Quarante-sixième année **N° 1** 6 Janvier 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 3792-IV*)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.



Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les Bains : Colbert Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle. Pierrbugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Calvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Noble J.. Pietri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 1. — Nourrice au sein campagne, enfant 8 mois, demande nourrisson. Docteur Baslez, Charost (Cher)

No 2. — Le Dr Fernet à Albert désire céder div. instrum., app. Potain, ophtalmoscope, appuis tête. trousses, etc.

No 3. — Confrère désire acquérir clientèle demi repos, banl., Paris (30 à 40 km.).

No 4. — On dem. à ach. installation de radiologie, hte fréqu., av. accessoires et une basc. méd.

No 5. — Vve de fonct., 50 ans, accompagnerait personne souffrante midi, ferait cuisine, gages 200 fr. par mois. Ecr. Dr Privat, Chaville (S.-et-O.).

No 6. — Jeune fille 25 ans, étud. médecine 3e année, rech. occup. comme secrét. ou assistant d'un confr. Meill. référ.

AVIS

I

Nous tenons à prévenir nos Abonnés et nos Lecteurs que le Concours médical et ses filiales n'ont absolument rien de commun avec le *Centre Médical de Diagnostic et de Thérapeutique* qui est installé dans la cour de l'immeuble où se trouvent leurs propres bureaux.

II

Les Bureaux du *Concours Médical* sont fermés par application de la « semaine anglaise » tous les Samedis, à partir de midi.

III

Le Dr MIGNON, Secrétaire Général de la *Mutualité familiale*, atteint de grippe, s'excuse auprès de ses nombreux correspondants du retard qui va forcément se produire dans les réponses qu'il doit leur faire.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Les Combinaisons

Pourquoi ne simplifiez-vous pas la désignation des combinaisons de la Mutualité familiale ? On se perd dans les appellations MA, MAD, 1 /2 MAD, etc. ; pourquoi n'avoir pas simplement dit MA, MA^2, MA^3, l'indice aurait indiqué le nombre de parts.

Autre chose, les sociétaires nés en 1878, membres de MA ou MAD, peuvent-il être admis à l'indemnité de 30 francs ?

Dr D.

Réponse.

La limite d'âge d'entrée est 45 ans. Comme l'indemnité de 30 francs ne peut être obtenue qu'en cumulant MA et MAD, il en résulte que seuls, peuvent être admis les candidats nés à partir du 1er janvier 1879.

Quant à la modification de l'appellation de nos combinaisons, j'y souscrirais de grand cœur. Au sein de notre administration, nous avons avantage à conserver nos titres, mais pour nos sociétaires, il n'y à qu'à considérer que nous avons trois sections :

1° L'indemnité maladie ;
2° La pension de retraite ;
3° La pension aux veuves.

La première section, *indemnité maladie*, comporte trois combinaisons :

1° Indemnité quotidienne de 10 fr. et mensuelle de 100 fr. ;

2° Indemnité quotidienne de 20 fr. et mensuelle de 200 fr. ;

3° Indemnité quotidienne de 30 fr. et mensuelle de 300 fr.

Il suffit que le sociétaire nous dise de quelle ces trois indemnités il désire : le reste nous regarde nous et nous seuls.

De même la seconde section, *pensions de retraite*, offre deux combinaisons :

1° Retraite à 60 ans avec ou sans contre-assurance ;

2° Retraite à 65 ans avec ou sans contre-assurance.

Chacune d'elles allant de 120 à 2.400 fr. de pension annuelle.

Lorsque mon stock d'imprimés sera épuisé, je tâcherai de simplifier les nouveaux de manière à les rendre aussi clairs que possible.

H. MIGNON.

Pénalité fiscale pour certificat d'assurance contre les accidents individuels

Voilà mon histoire : je reçois le 29 novembre 1923 le poulet suivant :

« Vous êtes redevable de :

1° La somme de 2 fr. 00 pour droit de timbre exigible sur le certificat délivré le 15 mai 1923 à M. G. assuré à la Compagnie la F. .... 2 fr. 00

2° Celle de 75 francs, amende encourue pour avoir établi ce certificat sur papier non timbré, ci 75, au total .... 77 fr. 00

La dispense de timbre prévue pour les certificats délivrés aux *ouvriers* victimes d'accidents du travail dans le cadre de la loi du 9 avril 1898 ne profite pas aux certificats remis aux assurés individuellement pour être présentés aux Compagnies ordinaires d'assurance contre les accidents.

Je vous prie de vouloir bien adresser d'urgence une demande sur timbre à 2 fr. en remise des pénalités encourues ».

Au lit avec une crise de coliques appendiculaires, je ne trouve cette lettre que 12 jours après, avecla suivante d'ailleurs :

« En vous confirmant un précédent avis resté sans réponse,je vous prie de vouloir bien adresser au bureau de Lyon Sociétés une demande *sur timbre* à 2 fr en remise de la pénalité encourue pour avoir délivré le 15 mai 1923 à M. G. un certificat établi sur *papier non timbré* ».

Le plus fort, c'est que j'en ai délivré depuis cette date des quantités d'autres ! D'ailleurs, avec la meilleure *bonne foi* ! Je viens d'aviser 7 à 8 collègues des environs de cette aventure

Pas un, entendez-vous, ne connaissait ce règlement Tous sans exception sont tombés des nues et la plupart m'ont demandé **si** je ne leur bourrais pas le crâne !

Cette unanimité m'a ébranlé et je viens vous demander et votre avis et ce que je dois faire ?

Dr R.

Réponse.

L'exemption de timbre, qui est accordée par l'article 29 de la loi du 9 avril 1898, en faveur des certificats faits en vertu et pour l'exécution de ladite loi, ne saurait, en effet, bénéficier à un certificat délivré pour obtenir l'application d'un contrat d'assurance individuelle contre les accidents, passé par un ouvrier assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail.

C'est donc à tort que vous avez établi sur papier libre un certificat destiné à la Compagnie qui assurait individuellement l'ouvrier blessé auquel vous avez donné vos soins, et vous avez bien encouru l'amende qui vous a été infligée.

Nous vous conseillons donc de faire la demande en remise d'amende qui vous est suggérée, en arguant de votre bonne foi. Vous obtiendrez vraisemblablement une importante remise partielle.

Fixation du chiffre d'une pension militaire.

Membre du *Concours* et du « Sou », je me permets de demander quelques précisions sur ma situation militaire.

J'ai été réformé comme aide-major de 2e classe en octobre 1917 et maintenu réformé par la suite

En juin 1921, pour hypertrophie chronique du foie et rein mobile, mon incapacité a été évaluée à 40 % et je fus pensionné provisoirement à 2.000 fr. par an. (J'ai deux enfants).

En mars 1923, nouvelle visite et incapacité évaluée à 55 %. , pension à 2.700 fr. (en tout).

Je reçois ces jours-ci un avis de la sous-intendance m'informant que ma pension provisoire va être remplacée par une pension définitive de 1.200 fr. + 300 fr soit 1.500 fr. par an.

Les chiffres ne concordant pas, je prends quelques renseignements ; j'apprends que, par erreur, j'aurais été classé comme *major* de 2e classe au lieu d'*aide-major* de 2e classe et surestimé, en raison de ce que je n'avais qu'un galon au lieu de trois.

Voudriez-vous donc avoir l'obligeance de me fixer :

1° Sur la pension à laquelle j'avais réellement droit d'abord quand mon incapacité avait été évaluée à 40 %, ensuite à 55 %. Je répète que je suis aide-major à titre temporaire depuis le 4 octobre 1914. Je n'ai jamais été titularisé. Je suis né en 84 et j'ai deux enfants.

2° Entre ma réforme (octobre 1917) et le début de

ma pension (juin 1921), près de 4 années se sont écoulées et pendant lesquelles la loi me donne droit à une rétribution.

La sous-intendance m'accorde 600 fr. par an. Pourquoi 600 fr. et non la totalité de la pension à 40 % ?

Dr X.

Réponse.

1° Les grades conférés à titre temporaire, aux auxiliaires, pour la durée de la guerre, comportent application du tarif afférent à ces grades pour la liquidation des pensions définitives ou temporaires prévues par la présente loi. — (art. 56 de la loi du 31 mars 1919).

Etant aide-major de deuxième classe à titre temporaire, vous aviez droit, par an, pour 40 % à 1.200 fr. + 120 × 2 = 240 fr. pour vos deux enfants.

Pour 55 % à 1.650 fr. + 165 × 2 = 330 frs. pour vos deux enfants.

2° Vous n'avez touché que 600 frs. parce que le ministre a fixé à 20 % le taux d'invalidité qui vous était dû pour rétroactivité.

G. F.

Preuve du droit à une pension militaire.

J'ai recours à votre obligeance pour me donner un renseignement dans le cas suivant.

Un de mes clients que je soigne depuis la guerre pour bronchite chronique avec emphysème pulmonaire, dit avoir contracté cette maladie au cours de la guerre — ce qui me paraît vrai. — Il a tenté d'obtenir une pension et, après avoir fait les démarches nécessaires, il a été examiné par une commission de réforme en 1922. A la suite de cet examen, il a reçu un avis reconnaissant qu'il est atteint d'emphysème pulmonaire avec invalidité inférieure à 10 %, mais l'informant qu'il ne peut être admis au bénéfice d'une pension, parce qu'il « a formulé sa demande de pension après l'expiration du délai pendant lequel il pouvait bénéficier de la présomption légale instituée par l'art. 5 de la loi du 31 mars 1919 et que, d'autre part, aucune pièce du dossier ne permet d'établir que l'infirmité invoquée a été contractée ou aggravée par le fait ou à l'occasion du service ».

En réalité, cet ancien militaire n'a jamais eu une journée d'indisponibilité au cours de la campagne et il ne possède aucun billet d'hôpital. Se trouvant bien à son poste, qu'il craignait de perdre en s'absentant, il ne s'est jamais présenté à une visite médicale quelconque.

Y aurait-il, malgré cela, un moyen de faire revoir son cas et de réparer l'erreur commise en ne signalant pas plus tôt son infirmité ? Son cas s'aggrave progressivement et le 10 % attribué par la Commission de réforme n'est certainement plus juste.

Dr H.

Réponse.

L'intéressé n'ayant pas profité de la présomp-

tion légale que lui accordaient les délais légaux, c'est à lui de faire la preuve que son affection est imputable au service.

Des renseignements donnés il ne possède, en l'état actuel, aucun moyen, aucune pièce de preuve.

Il ne lui resterait que les témoignages de camarades s'il a été en captivité, ou des attestations de chefs d'unité ou de corps, s'il a été soumis à l'action des gaz de combat.

G. F.

Point de départ du droit des mutilés aux soins médicaux.

Le *Concours* pourrait-il me dire quand commence pour le réformé de guerre le droit à la gratuité des soins ?

Date-t-il du jour de l'examen médical qui a conclu à l'incapacité ?

Ou de celui où le réformé a reçu son titre provisoire de réforme ?

Ou du jour seulement où le réformé reçoit son carnet médical (ces dates sont quelquefois très éloignées l'une de l'autre) ?

Si ce droit est antérieur au moment de l'entrée en possession du carnet médical, le médecin est-il autorisé à en faire jouir le réformé, son client, sans attendre le carnet et sous quelle forme ?

Dr L.

Réponse.

Les soins gratuits commencent du jour où l'intéressé s'est fait inscrire à la mairie de la commune où il réside, sur la liste spéciale « soins médicaux aux victimes de la guerre ».

Cette inscription a lieu sur le vu du certificat de la proposition faite en sa faveur par une Commission de réforme, ce qui permet à l'intéressé de se réclamer de l'art. 64 jusqu'à la notification ministérielle accordant ou refusant la pension (décret du 25 octobre 1922).

Il est délivré à l'intéressé un récépissé indiquant la section de la liste dans laquelle il demande à être inscrit. Cette inscription étant de plein droit, le médecin est autorisé, sur le vu de ce récépissé, à accorder les soins gratuits, en attendant la délivrance du carnet médical.

G. F.

Patente de médecins exerçant dans une polyclinique.

Je vous serais très obligé, à titre de membre du « Sou médical », de bien vouloir me renseigner sur le point suivant :

J'exerce la médecine dans un appartement et dans une clinique. Cette clinique appartient à un médecin qui y exerce sa spécialité, il la sous-loue à trois confrères, tous spécialistes qui, à des heures différentes, y exercent chacun leur spécialité. Le propriétaire

paye patente sur la totalité du loyer. Est-ce que chacun des autres confrères doit également payer patente sur la totalité de la valeur locative ou bien la patente doit-elle être partagée par quatre ?

Il est bien entendu que je paye déjà patente sur mon appartement.

Dr X.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente dû par chacun des médecins spécialistes sera calculé, et sur la valeur locative de leur habitation et sur le montant annuel du prix de sous-location.

A. MARTINOT.

Remboursement de la taxe de luxe à un sinistré de la guerre.

Veuillez, s'il vous plait, être assez aimable de me faire savoir s'il y a moyen (je suis sinistré) de me faire rembourser par l'Etat (et en espèces et non en obligations décennales) la *taxe de luxe* afférente à l'achat d'une auto professionnelle de 22.100 fr.

La préfecture m'a répondu *oui*, mais quand j'ai demandé le mode de remboursement, et à qui il fallait s'adresser pour cela, il m'a été impossible d'obtenir une réponse précise. Or, la somme en vaut la peine, surtout avec l'Etat qui devient de plus en plus insolvable pour nous.

Dr P.

Réponse.

Pour obtenir le remboursement, en qualité de sinistré, de la taxe de luxe afférente à l'achat d'une auto professionnelle, adresser au préfet une demande accompagnée des pièces justificatives. Celui-ci ordonnancera le payement.

A. MARTINOT.

Exemption d'impôts en faveur des mobilisés.

Je me permets de vous adresser en communication 6 pièces relatives à mes impositions de guerre qui me paraissent abusives, d'autant plus que j'ai été mobilisé au front du 1er août 1914 au 22 février 1919 et que la plupart sont des rappels récents (efforts de l'Etat pour extraire par tous les moyens l'argent de la poche des contribuables). Je n'ai fait aucune déclaration, je suis marié, j'ai un enfant. J'ai d'ailleurs tout payé, sauf le montant de la dernière feuille que je reçois ces jours derniers (exercice 1918) ayant déjà payé l'impôt il y a 2 ans, sur ma solde d'aide-major de 1re classe. Mes carnets de chèques et revenus divers représentent en tout :

1916 .... 4.280 de revenus.
1917 .... 4.900 —
1918 .... 5.800 —

Plus, bien entendu, ma solde de médecin aide-major de 1[re] classe.

Ci joint également feuille de dégrèvement de patente.

Dois-je régler comme les autres cette note de 84 fr. 66 ? Ai-je eu tort de payer sans discussion toutes ces notes venues tardivement ? Je sais qu'une quantité de dossiers sont actuellement en litige à la perception, à cause de ces rappels aussi désagréables qu'imprévus.

J'ai joint à dessein ma feuille de contributions personnelle mobilière et des patentes de 1914 que j'ai acquittée en totalité en juillet, un mois avant la guerre. Si j'avais payé par douzièmes (mais je n'en ai pas le temps et je ne veux pas non plus importuner le percepteur) j'aurais bénéficié certainement de 5/12, tout au moins sur le chiffre patentes. Il n'est pas douteux que l'Etat est mon débiteur et devrait logiquement me rendre le trop perçu. Je veux bien remplir honnêtement mon devoir de contribuable, mais l'Etat tracassier, insatiable, est le premier à donner le mauvais exemple, comme ce fait le prouve nettement.

D[r] R.

Réponse

1° *Impôt général. Traitements.*

Aucune loi ne prévoit, en ce qui concerne les mobilisés, l'exemption de leur traitement et du montant global de leurs revenus et, par conséquent, c'est à juste titre que les impôts y afférents sont réclamés.

2° *Contributions des patentes.*

Vous pouvez obtenir la réduction (5/12) du droit de patente par vous acquitté pour 1914 en adressant une demande sur timbre au préfet accompagnée d'un certificat du maire attestant que vous avez été mobilisé.

A. MARTINOT.

Traitement des vers intestinaux.

Au hasard d'une recherche dans ma collection du *Concours*, je remarque une clinique du P[r] A. Robin sur le traitement des vers intestinaux (1906, page 911) dans laquelle il est conseillé de faire prendre au malade, deux heures après la dernière capsule classique d'extrait éthéré de fougère mâle, 30 gr. d'huile de ricin.

Or, je croyais que l'usage des purgatifs huileux était interdit après l'extrait de fougère mâle. En tous cas cette interdiction est encore soigneusement rappelée dans une étude d'ensemble récemment publiée sur les parasites intestinaux. (In *Monde médical*, n° 624, mai 1923, page 338.)

Ubi veritas ?

D[r] P.

(*Voir la suite page XLVII-49*)

PROPOS DU JOUR

SOUHAITS A NOS AMIS

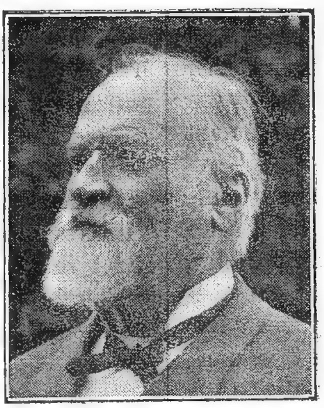
Le Jubilé médical de notre Directeur Armand Gassot (1873-1923)

Au début de 1924, sa quarante-sixième année, le *Concours médical* adresse aux médecins praticiens ses lecteurs, qui sont ses collaborateurs, ses amis et les meilleurs agents de sa prospérité et du succès de ses œuvres, ses meilleurs souhaits, l'assurance de son entier dévouement et ses remerciements pour leur précieuse coopération.

***

Le 15 décembre 1873, il y a cinquante ans, un jeune externe des hôpitaux de Paris, fils d'un médecin praticien du Loiret, soutenait brillamment sa thèse à la Faculté de médecine devant un jury que présidait le professeur Gubler, membre de l'Académie de médecine et médecin de l'hôpital Beaujon. Cette thèse de 130 pages était un travail sérieux où les expériences physiologiques s'alliaient aux observations cliniques. Elle avait pour titre : *Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique.*

La minutie que l'auteur avait mise dans ses recherches, la méthode qu'il avait suivie dans leur exposé, la prudence de ses déductions, la modestie et les réserves de ses conclusions indiquaient qu'il était un homme de conscience, qui avait trouvé dans le praticien, son père, le premier et le meilleur de ses maîtres.



Le jeune homme, aussitôt docteur, fut suppléer son père et comme lui exerça la médecine dans les plaines de la Beauce. Quelques années plus tard, il apprit qu'un praticien de province faisait de sérieux efforts pour grouper les médecins et les inciter à s'organiser et à se défendre, que ce praticien voulait fonder un journal où tous les médecins pourraient exposer leurs idées, formuler leurs plaintes, rechercher en commun le remède aux maux dont ils se plaignaient. Notre jeune docteur lui écrivit. Les deux confrères se rencontrèrent ; quelques autres se joignirent à eux : Le *Concours médical* était fondé.

Le jeune beauceron dont nous rappelons les débuts, celui qui passait il y a cinquante ans sa thèse, dont nous aurions fêté avec enthousiasme le jubilé médical, si sa santé un instant compromise et aujourd'hui heureusement rétablie, l'eût permis, ce jeune homme réfléchi, consciencieux, gagné par atavisme aux idées de généreuse confraternité, qui devait, plus tard, avec Maurat, aider Cézilly à fonder et à organiser le *Concours médical*, cet ouvrier laborieux de la première heure s'appelait Armand GASSOT. Il devait devenir le directeur du *Concours médical*, et préside aujourd'hui à sa prospérité.

Les débuts du *Concours médical* furent modestes. Ses fondateurs étaient en effet plus riches en idées qu'en ressources financières. Mais Cézilly et ses lieutenants, Gassot et Maurat, avaient trois grandes qualités : la volonté, la ténacité et la patience. Ils avaient foi dans l'œuvre qu'ils entreprenaient et, tout en ayant conscience de la modestie de leurs débuts et de la faiblesse de leurs moyens, ils avaient confiance dans l'avenir. Armand Gassot n'avait-il pas terminé sa thèse par cette citation de Montaigne :

Souventes fois les petites choses font la fortune des grandes ?

Le *Concours médical*, petite chose à ses débuts, en assurant la défense collective des médecins par le syndicalisme, leur défense individuelle par le « Sou médical », leur sécurité par la « Mutualité familiale », en permettant par son journal la coopération des idées des praticiens et leur coordination, a puissamment contribué à la grandeur de la profession médicale.

Puisque Cézilly, l'initiateur, a disparu, il est bon, il est juste de ne jamais perdre une occasion de rappeler ceux qui furent ses premiers

collaborateurs, qui le secondèrent puissamment dès les débuts ingrats et difficiles de sa noble tâche.

C'est un devoir pour nous, qui entrâmes au *Concours médical* lorsqu'il était engagé sur le chemin de la prospérité, de rappeler les services de nos aînés et, quand les circonstances nous le permettent, de leur dire toute la fierté que nous avons de les compter encore parmi nous et d'avoir pu mettre et conserver à notre direction, le Dr Armand Gassot, dont nous célébrons le cinquantenaire médical.

Ce qui fit et fait la force du *Concours médical*, c'est que, dès l'origine, Cézilly, aidé de Gassot et Maurat, sut fixer son programme et son rôle, et que, depuis quarante-cinq ans qu'il existe, notre journal ne s'en est jamais écarté.

Dans un exposé anonyme de l'œuvre du *Concours médical*, publié en 1905, et écrit sans doute par Gassot lui-même, ce programme et ce rôle ont été nettement exposés :

« Brisant avec tous les errements de la presse d'alors, y lisons-nous en propres termes, Cézilly voulut que le nouveau journal fût l'organe, non pas de ses idées propres, non pas même de celles d'un comité plus ou moins étroit, mais de la masse des médecins praticiens ; il ouvrit ses colonnes à toutes les idées neuves, à toutes les initiatives, provoquant les discussions et les contradictions, déterminant enfin entre tous un échange de réflexions dont il espérait le plus grand profit pour le Corps médical. En même temps, il groupait ses premiers lecteurs en une société d'études, chargée d'imprimer au journal sa ligne de conduite générale et de transformer en organisations concrètes celles des aspirations confraternelles qui auraient pu victorieusement supporter l'épreuve de la discussion ».

Jeanne, que nous regretterons toujours, Jeanne, dont l'esprit inventif et souple était au service d'une raison puissante et d'une volonté de fer, sut maintenir le *Concours médical* dans ce chemin. Depuis, avec nous tous, il n'a guère dévié de cette ligne de conduite. S'il put en être ainsi, c'est que notre journal, ou plutôt notre institution, est restée sous la direction de médecins praticiens, de vrais praticiens, qui, vivant ou ayant longtemps vécu la vie utile, pénible et laborieuse de ceux qui exercent la médecine, sont à même d'en comprendre les peines et les besoins comme la noblesse et la grandeur.

Un de nos amis, que ses travaux et sa valeur scientifique ont arraché à l'exercice professionnel, nous parlait un jour de la « politique d'hygiène sociale du *Concours médical* ». Quel ne fut pas son étonnement, quand, en toute franchise, nous lui répondîmes que le *Concours médical* n'avait et ne voulait avoir aucune politique, pas plus en hygiène sociale qu'en toute autre matière ?

Notre ami n'avait pas compris notre but, ni notre rôle.

Ce que notre « Œuvre » a été dès ses débuts, ce qu'elle est restée et ce qu'elle espère rester, ce qui fait son originalité et sa force, c'est de n'avoir pas d'idées préconçues, ni de « politique » personnelle.

Nous avons appelé le *Concours* un laboratoire de sociologie médicale et c'est bien, à notre avis, l'expression la plus juste qui peut le définir.

Nous nous efforçons de documenter de notre mieux nos lecteurs, de leur ouvrir les yeux sur les graves problèmes qui peuvent intéresser leur profession. Nous les poussons par la discussion à nous répondre, à nous livrer sur ces points, et en toute sincérité, le fond de leur pensée. Nous accouchons leurs esprits, autant que faire se peut, selon la méthode socratique. Puis, ainsi documentés nous-mêmes, nous cherchons à tirer parti des matériaux que nos correspondants nous ont donnés et à construire avec leur aide.

Ainsi le savant, dans son laboratoire, s'efforce par l'analyse d'arracher ses secrets à la nature, pour pouvoir synthétiquement reconstituer de nouveaux corps.

Ce n'est pas la première fois que nous exposons ces idées, et nos lecteurs attentifs souriront sans doute en parcourant ces lignes ; quelques-uns se demanderont peut-être avec anxiété si, en vieillissant, nous ne devenons pas inconsciemment rabâcheurs. Non. Si nous saisissons l'occasion du jubilé médical de notre directeur Gassot pour exposer une fois de plus notre but, notre rôle et notre méthode, c'est que nous tenons à rappeler à nos confrères qu'ils sont et doivent être nos inspirateurs et nos collaborateurs, et que nous voulons que le *Concours médical* reste ce qu'il a été depuis sa fondation, LEUR JOURNAL plus que le nôtre.

J. NOIR.

LE JUBILÉ DU « SCALPEL » ET DU Dr DE JACE

Tandis que les médecins français, il y 40 ans, trouvaient, en Auguste CÉZILLY, un novateur et un ardent défenseur de leurs intérêts moraux et professionnels, les médecins belges ont eu la bonne fortune de voir dans le même temps ces mêmes intérêts non moins ardemment défendus par DE JACE. L'un et l'autre, celui-ci dans son vaillant journal le *Scalpel*, celui-là avec son *Concours médical*, dont nous sommes, à cette heure, les continuateurs, ont eu le même objectif : faire l'union aussi intime que possible dans le corps médical de leur pays respectif, pour qu'il devienne fort et puissant, et qu'il puisse tenir, dans la société, la place à laquelle il a droit.

Aussi, ne pouvons-nous laisser passer sans la signaler à nos lecteurs la belle manifestation qui vient d'avoir lieu à Bruxelles à l'occasion du 75e anniversaire du *Scalpel*, et en l'honneur de son rédacteur en chef, notre vénéré confrère DE JACE.

A cette occasion, le Dr LOONTJENS, président de la Fédération médicale belge, a prononcé un très beau discours dont il nous suffira de reproduire certains passages pour souligner, mieux que nous ne le saurions faire nous mêmes, le rôle que jouent, en Belgique, le *Scalpel* et De Jace :

Mesdames et Messieurs,

Le 5 août 1848, en pleine effervescence révolutionnaire, le Dr Festraets, de Liège, faisait paraître le premier numéro du *Scalpel*, qu'il intitulait dans le style de l'époque : *L'organe des garanties médicales du peuple et des intérêts sociaux et scientifiques de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire.*

Ce titre était tout un programme !

Très honoré confrère De Jace,

. . . .

Fils de médecin, vous aviez pu connaître les difficultés et les devoirs rigides de la profession, ses dangers, ses fatigues et ses déboires ; et, cependant, vous n'avez pas reculé devant l'appel de votre conscience ; vous vous sentiez attiré vers la profession paternelle comme vers un sacerdoce.

C'est que vous aviez été élevé dans ces principes d'honneur, de travail et de dévouement qui forment les caractères forts et sont de tradition dans la famille De Jace.

C'est cette formation, ce sont les exemples parternels et ces vertus familiales qui ont fait de vous et de vos frères ces bons, généreux et savants citoyens, qui servent et honorent le pays dans toutes les manifestations de la pensée et de l'activité humaine !

Ils sont aujourd'hui groupés autour de vous avec Madame De Jace, votre digne compagne, avec vos enfants, unis à vos confrères et amis pour vous dire leur affection et proclamer vos mérites et vos vertus !

. . . .

Combien sombres et pénibles furent ces quatre années de guerre pour nous, médecins, privés de notre aliment intellectuel Elles furent plus cruelles, sans doute, pour vous, séparé du monde scientifique, condamné au silence, et en butte à toutes les tracasseries des Allemands, ces vandales qui ravagèrent votre bibliothèque et vous enlevèrent cette précieuse collection du *Scalpel*, de 1846 à 1914, collection peut-être unique en Belgique !

Mais, heureusement, vous aviez trouvé un nouveau but à votre activité naturelle. Sous les yeux des Allemands, au prix de bien des dangers, vous organisez, l'une après l'autre, les œuvres de ravitaillement et d'assistance et des soins médicaux du Comité national ; et, finalement, vous acceptez de les concentrer entre vos mains, dans votre propriété. Au péril de votre liberté, vous vous faites encore le propagateur des écrits clandestins et du Mot du Soldat !

Il fallait un grand sentiment de patriotisme et de charité pour soutenir pareil travail pendant quatre ans !

Tant de bienfaits forcèrent l'admiration de vos concitoyens. A l'Armistice, les habitants du canton de Flémalle ne voulurent pas vous permettre de les quitter, sans vous témoigner solennellement leur reconnaissance et vous en laisser le souvenir.

. . . .

Dès son origine, le *Scalpel* avait pour programme de faire connaître et apprécier les conquêtes nouvelles de la science, de soutenir les justes et légitimes revendications du corps médical, de favoriser toutes les œuvres créées pour le bien des médecins.

Le *Scalpel* est resté l'organe qui instruit et guide le médecin praticien, défend ses intérêts et veille à sa dignité.

Mais la science serait un acquit dangereux pour le médecin, si elle n'était éclairée et guidée par la conscience.

. . . .

Et, lorsque quittant l'atmosphère sereine de la science pure, le journaliste met sa plume au service de ses confrères pour la défense de leurs intérêts moraux et professionnels ; lorsque conscient de la beauté et de la dignité de la mission des médecins, il s'évertue à éveiller en eux le sentiment du devoir et du dévouement ; lorsqu'il leur montre que, s'ils ont des droits, ils ont aussi des devoirs, alors, il s'élève au rang de moralisateur, et je dirais volontiers de conducteur d'âmes.

Rôle ingrat, sans doute, mais nécessaire, que vous avez rempli avec une délicatesse et un soin de ne blesser personne qui imposent à tous la confiance et la conviction. Si bien que ceux mêmes qui, parfois,

◆◆

se sentaient touchés, sont devenus vos amis les plus intimes et les plus sûrs.

Le souci de la dignité médicale ne vous a pas fait oublier les intérêts professionnels de vos confrères.

....

Dès son origine, le *Scalpel* donnait la première place à sa chronique professionnelle. Vous êtes resté fidèle à cette tradition.

C'est ce souci des intérêts professionnels qui a fait le succès du *Scalpel* et a créé ce lien invisible de confiance, et je dirai d'amitié, entre vos lecteurs assidus et souvent inconnus et vous-même.

Comme à ses débuts, le *Scalpel* demeure à la tête du mouvement médical. Elle serait bien longue, la simple énumération des campagnes que vous avez menées, les polémiques que vous avez soutenues pour la défense des intérêts et de l'indépendance du médecin. Retracer ici tous les actes qui ont marqué votre vie de journaliste serait faire l'histoire du corps médical, pendant ces quarante dernières années.

....

Il n'est pas d'entreprise, pas d'œuvre médicale à la fondation desquelles vous n'ayez coopéré. Je ne citerai que la caisse de prévoyance du corps médical, les caisses de retraite, la médicale assurance, l'imprimerie médicale, toutes œuvres qui vous sont redevables de leurs succès.

Mais, il est une de nos institutions à laquelle vous avez marqué un intérêt et un dévouement considérable et continu. Si notre *Fédération médicale Belge* a pu se constituer, c'est à Festraet que nous le devons. Et si notre association fédérale a pu continuer à prospérer, n'est-ce pas en grande partie parce qu'elle a trouvé en vous un ami convaincu, un défenseur résolu et un polémiste toujours à son service ?

....

.... Aujourd'hui, surtout en présence de l'évolution de l'art de guérir et des transformations sociales, notre profession subit une crise intense et imméritée et seule l'Union, l'Union de tous peut la sauver.

Vous êtes convaincu que les hommes appartenant à une même classe ne peuvent rester isolés, sous peine de voir amoindrir leur influence, péricliter leurs intérêts, déconsidérer leur profession. C'est cette conviction qui a fait de vous, dès os débuts dans la carrière du journaliste, le propagandiste le plus ardent de nos sociétés médicales.

Au Congrès de Liége, vous nous signaliez ce fait anormal, que, *souvent la loi prend le médecin comme pivot d'action sans qu'il soit intervenu dans sa confection.* Votre observation, l'institution de nos congrès et la transformation de nos sociétés en unions professionnelles, eurent pour effet d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de faire participer les médecins à la préparation des lois qui régissent la pratique médicale ou qui intéressent la santé publique, la prévoyance sociale ou les œuvres de prophylaxie et d'hygiène.

Ce n'est pas sans une grande satisfaction que nous pouvons aujourd'hui constater que la défense de nos intérêts professionnels s'exerce par la représentation de nos unions fédérées dans les Commissions qui préparent les lois ou en règlent la mise en pratique.

....

Vous avez honoré la presse médicale belge et porté son renom bien au delà de nos frontières ; car votre zèle vous portait partout où les hommes de science, de progrès se réunissent pour l'étude et le perfectionnement de notre art.....

Très honoré confrère,

Si nous jetons un regard sur votre carrière parcourue, nous pouvons constater que pas un jour ne s'est passé sans un service rendu à notre profession. C'est que vous étiez animé de l'amour de la science, pour nous instruire, de l'amour de notre profession pour la vouloir digne et honorée, de l'amour de vos confrères pour travailler à faire régner parmi nous la confraternité et l'union.

Le corps médical a contracté envers vous une dette que nous voulons acquitter aujourd'hui. Nous avons voulu honorer le travail, le talent et la dignité de l'homme qui s'est dévoué au culte de la science et à la grandeur de la profession médicale.

Nous avons désiré que vos traits si familiers parmi nous soient fixés à jamais par le pinceau du maître Madyol, qui a mis dans son œuvre tout son talent et tout son cœur.

Acceptez ce portrait en témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance. — Qu'il soit dans votre demeure le souvenir de cette journée, qu'il vous dise que vous n'avez pas obligé des ingrats.

Nous nous associons pleinement à l'hommage ainsi rendu à De Jace et à son journal, et nous lui souhaitons, de tout notre cœur, de continuer à mener le bon combat, en faveur de la médecine et des médecins, qui n'ont jamais eu plus besoin de s'unir et de s'entendre, pour faire face à tous ceux qui les menacent dans leur indépendance, dans leur dignité et dans leur réputation.

G. DUCHESNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA TRANSFUSION SANGUINE AU SERVICE DU PRATICIEN (1)

IV. — Les techniques de la tranfusion,

Par Georges ROSENTHAL,

Docteur ès sciences, ex chef de Clinique à la Faculté.

L'étude de la technique de la transfusion sanguine doit nous faire envisager la prophylaxie de la coagulation sanguine, la question de la dose à employer, et enfin, l'instrumentation proposée par les différents auteurs.

I. — *La prophylaxie de la coagulation sanguine* fut, dès le début, et reste le problème essentiel de la transfusion sanguine, puisque de la non coagulation du sang dépend la sécurité du malade. Il faut toujours nous souvenir que la coagulation est un phénomène rapide qui rappelle la cristallisation des solutions et il est inutile d'en redire les dangers. Aussi devons-nous considérer comme exceptionnelles les méthodes rapides qui transfusent le sang avant qu'il ait eu le temps de se coaguler et même les méthodes dites du sang pur qui utilisent des récipients et aiguilles paraffinés sans contact offensant pour le sang. Il suffirait au cours de la manœuvre qu'une partie *minime* des aiguilles ou des ampoules de verre n'ait pas reçu ou perde l'enduit de paraffine dont il a été recouvert pour amener des catastrophes. Les méthodes de sang pur exigent donc une maîtrise

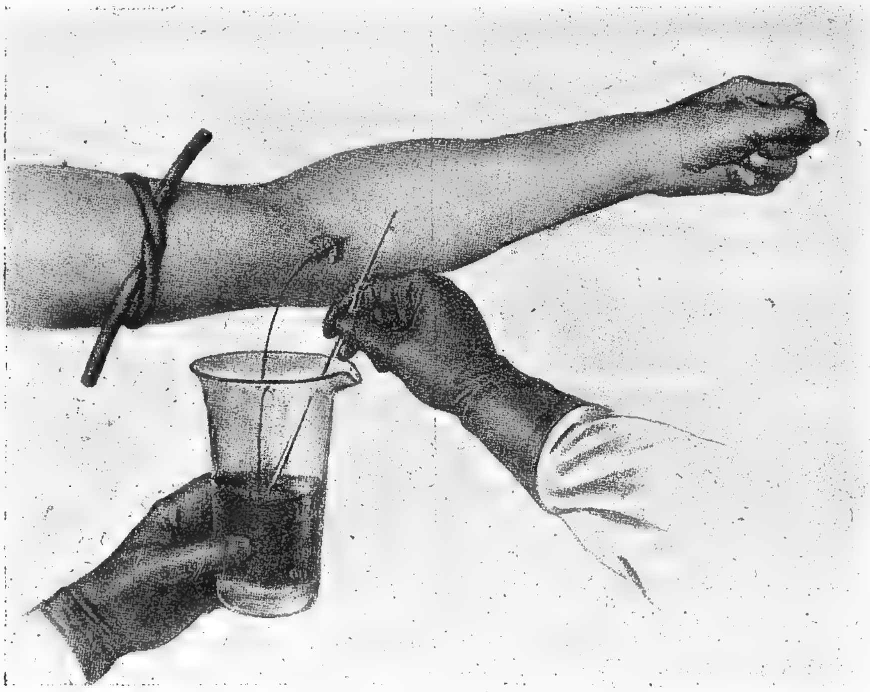


FIG. 1.
Technique de Lewishon (1915). 1er temps : le sang est recueilli par ponction veineuse et mélangé dans un verre avec le citrate (1).

(1) *Concours Médical*, 9 septembre, 4 novembre et 9 décembre 1923.

(1) Ces clichés sont empruntés au Rapport du professeur *Jeanbrau*, au XXXIIe Congrès de Chirurgie,

toute spéciale ; elles créent un risque, une possibilité d'accidents toujours à craindre ; personnellement, nous les redoutons d'autant plus qu'elles ne nous paraissent avoir d'autre utilité que de triompher à grand risque d'une difficulté aisée à vaincre grâce au citrate de soude, à l'arsénobenzol et à l'emploi de la dilution glucosée.

a) Sans revenir sur l'étude scientifique du rôle des sels de chaux dans la coagulation, que vous trouverez discutée dans les traités classiques de physiologie et les travaux d'Arthus, l'utilisation du citrate de soude, agent de suspension de la coagulation sanguine, au cours des transfusions, est due à Hustin (de Bruxelles) en premier lieu.

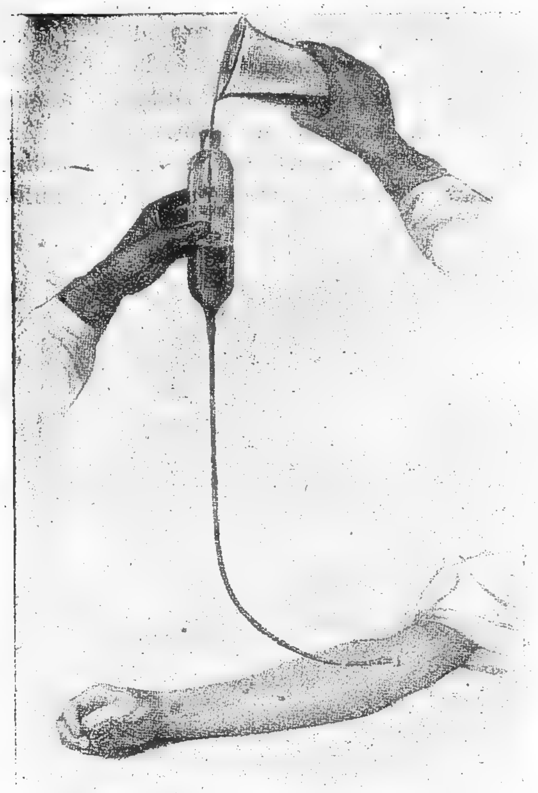


FIG. 2 (*in* rapport de JEANBRAU, p. 37).
Technique de Lewishon ; transfusion du sang à l'aide d'un appareil à Salvarsan. Notez la simplicité de la manœuvre ; opposez à cette simplicité l'inconvénient du transvasement, l'usage d'un long tube de caoutchouc qui crée un dangereux inconnu.

Cet auteur terminait son article du *Bulletin de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles* (avril 1914) par la conclusion suivante ;

« La technique de la transfusion telle que nous venons de la décrire, comprend donc deux temps. On recueille une certaine quantité de sang dans une quantité égale de solution glucosée citratée isotonique au moyen d'une ou de plusieurs ponctions veineuses.

Ce liquide versé dans un appareil à sérum ordinaire est ensuite injecté dans une veine après ponction transcutanée de celle-ci ».

Avec les travaux d'Agote (de Buenos-Ayres) et de Lewishon, aux Etats-Unis ; en France, avec les études du Pr Hédon (de Montpellier) et ceux de Jeanbrau, qui pratiqua la transfusion citratée pendant la guerre et rendit à nos blessés les plus grands services, le citrate de soude est devenu classique et bientôt tous les transfuseurs l'adoptèrent. Gastou doit être cité également parmi les précurseurs.

Beaucoup cherchèrent le minimum de citrate de soude utile pour maintenir le sang liquide ; une citratation de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 % leur sembla suffisante.

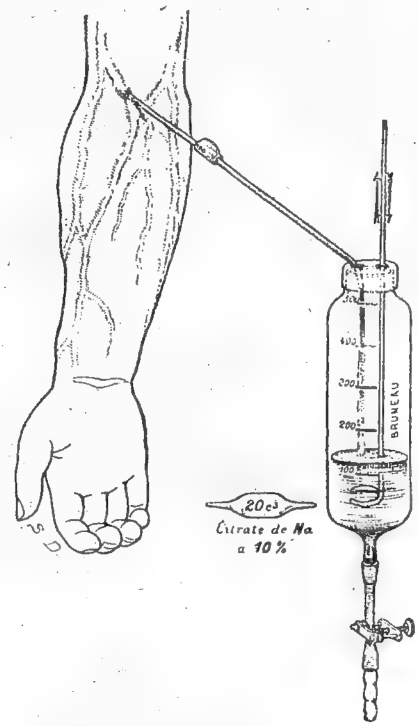


FIG. 3 (rapport de JEANBRAU, p. 40).
Technique de Bécart pour la transfusion citratée. Le sang va directement à l'ampoule ; un agitateur facilite le mélange du sang et du citrate.

Pour ma part, comme je suis partisan de doses de sang petites ou moyennes (100 à 250 cc.) et que je repousse les grosses doses (1 litre et plus), j'ai, depuis le début de mes recherches (Société de Thérapeutique, nov. 1917), réclamé la citratation du sang à 1 %, dose sans inconvénient, mais qui donne une absolue sécurité. *Le principe est donc que le sang sera mélangé à une solution de citrate de soude à 10 % dont on utilisera le dixième de la quantité de sang à recueillir*.

J'y ajoute le deuxième principe de sécurité.

Tout instrument ou récipient servant à la transfusion du sang sera stérilisé ou bouilli dans du citrate de soude à vingt pour cent.

Il est facile d'avoir en réserve des ampoules stérilisées de 20 cc. de citrate de soude à 10 %.

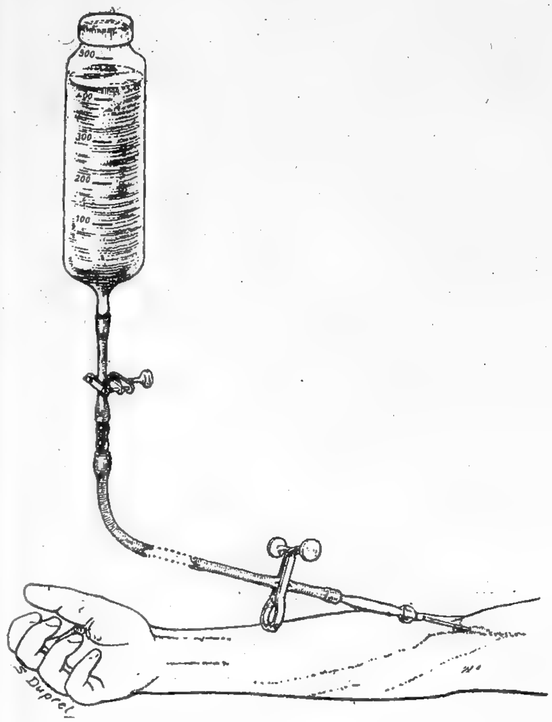


FIG. 4 (rapport de JEANBRAU, p.41). Technique de Bécart. Transfusion citratée à l'aide de la pesanteur. C'est bien la technique de l'injection intraveineuse de sérum sucré ou chloruré. Seul le titre de la figure serait à changer.

b) La *solution glucosée citratée de Hustin* fut reprise par Dupuy de Frenelle(Réunion chirurgicale de la IV[e] armée, 1918), qui proposa l'emploi d'une solution chlorurée citratée glucosée. Plus tard, ce distingué chirurgien recueille le sang dans une ampoule de sérum glucosé isotonique chaud dans la proportion d'une partie de sang pour deux de solution chaude. (Voir sa revue générale du *Monde médical*, 1922.)

c) Tzanck et Flandin (1921) ont utilisé l'*action anticoagulante des arsénobenzènes*, qui nécessite une dose de 1 milligr. par c. c. de sang, soit dix centigr. par 100 cc. de sang, pour éviter les inconvénients de la citratation. Il nous semble sans intérêt pratique de changer l'inoffensif citrate de soude contre le sulfarsénobenzol, ; mais le fait mérite d'être signalé.

d) Notons aussi que Bécart (1923) recommande de conserver les aiguilles et trocarts dans le mélange suivant :

Solution de paraffine à 55° à saturation dans l'éther.....	Q. S.
Colophane et lanoline........	traces.

et qu'il enduit la verrerie du mélange :

Paraffine fusible à 55°.......	deux parties.
Stéarine	deux parties.
Vaseline.....................	une partie.

« Stériliser à l'autoclave dans un petit récipient avec couvercle. Au moment de l'emploi, faire fondre au bain-marie. Faire chauffer l'ampoule sur la flamme d'une lampe à alcool. Y verser la mixture et bien lubrifier celle-ci ».

Nous préférons l'imprégnation par ébullition dans le citrate à 20 % selon notre technique.

Nous concluons de cet exposé de la première question que l'anticoagulant de choix est le citrate de soude, quoiqu'en cas de nécessité, la solution glucosée (Hustin et Dupuy de Frenelle), puisse s'utiliser avec avantages.

II. *La dose à employer* est question de doctrine et d'indications cliniques. Mais, de plus en plus,

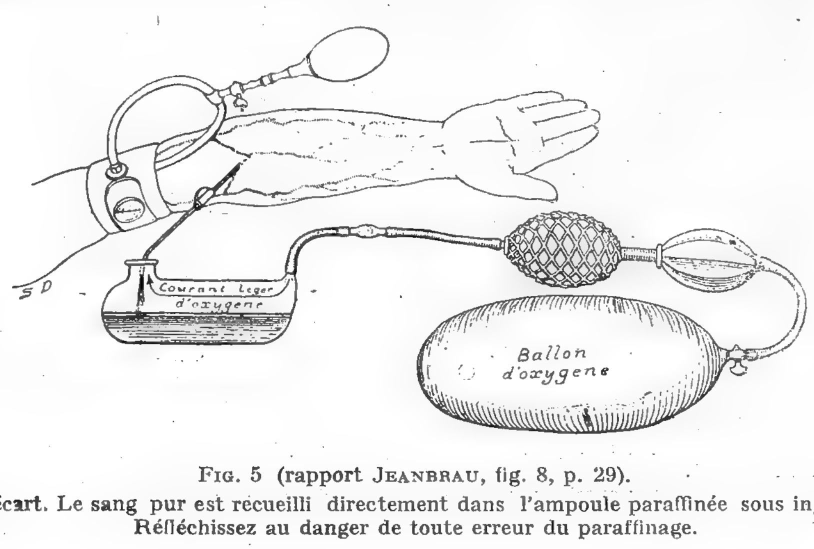


FIG. 5 (rapport JEANBRAU, fig. 8, p. 29).
Technique de Bécart. Le sang pur est recueilli directement dans l'ampoule paraffinée sous injection d'oxygène. Réfléchissez au danger de toute erreur du paraffinage.

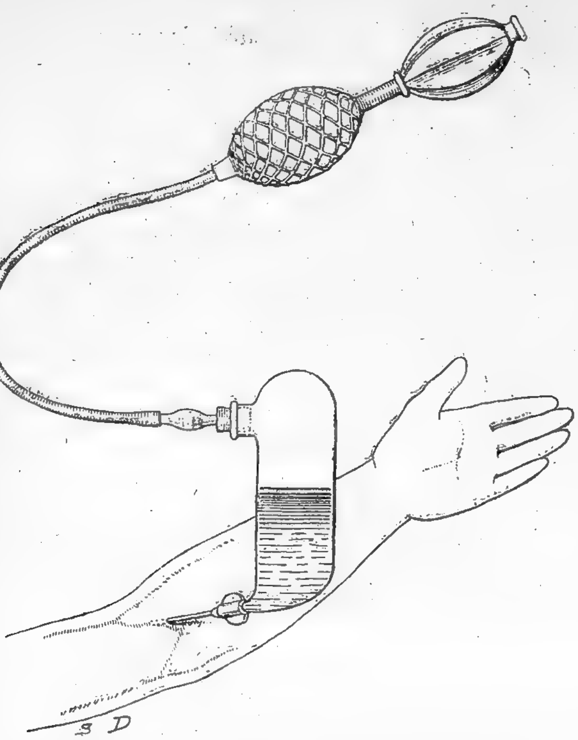


FIG. 6 (rapport JEANBRAU, fig. 9).

L'ampoule de Bécart est remplie ; une soufflerie est adaptée au gros orifice ; rapidement l'ampoule est adaptée à la canule intraveineuse, manœuvre délicate entre toutes, qui serait également difficile en transfusion citratée ; mais que d'appréhension doit donner la transfusion de sang pur (1923.)

on tend à abandonner la dose forte d'un litre et plus des premières transfusions. Dès 1917, nous avons noté d'une part que les transfusions massives créaient *un danger hépato-rénal* et surtout qu'elles étaient incapables de remplir le torrent circulatoire vidé par une blessure de guerre, un accident du travail ou de chemin de fer. Aussi, avons-nous proposé la technique hémosaline, c'est-à-dire l'emploi d'une forte dose de sérum glucosé ou chloruré pour effectuer le remplissage, et l'emploi d'une dose moyenne (100 à 250 ou 500 cc. maximum) de sang, dose qui peut être répétée à volonté. C'est la technique des grandes transfusions.

Mais, le plus souvent, quand il s'agit d'une transfusion médicale (anémie, grande hémorrhagie, etc.) ; la dose de choix est la dose répétée de 100 cc.

La répétition d'une dose de 100 cc. à 250 cc. est singulièrement plus puissante que l'injection d'une dose de 400 cc. qui lui est opposée, et nous ne voulons pas répondre à ceux qui ont omis notre théorie de la petite dose *répétée* (100 à 250 cc. au besoin chaque jour).

***

III. — L'instrumentation proprement dite est singulièrement différente avec les divers auteurs.

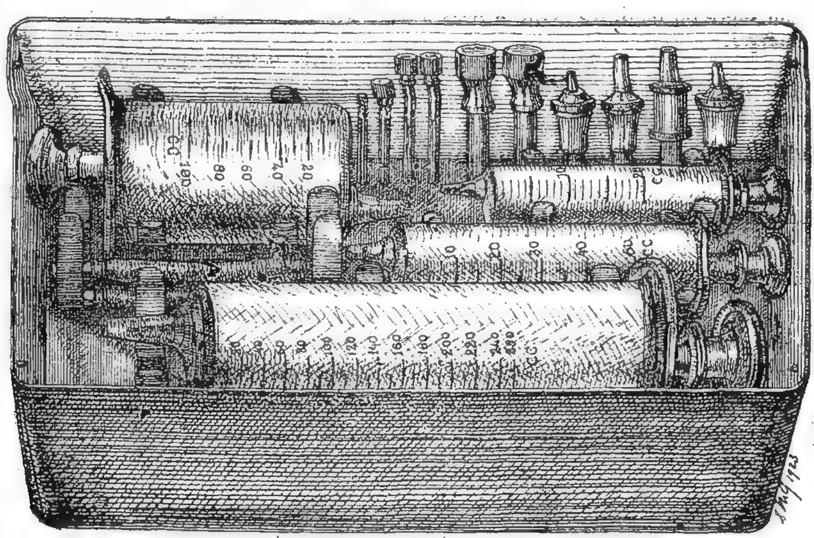


FIG. 7. — L'instrumentation de la transfusion sanguine dans les boîtes à transfusion de Georges Rosenthal. Le compartiment des seringues. Voyez la seringue courte (11 cm.) et large (6 cm.) de 100 cc. à embout latéral, solide, robuste et bien en main ; une seule main suffit à la manier. Voyez la seringue géante de 250 cc. pour les grandes transfusions, son embout est latéral.

Voyez les capsules-bouchons pour seringues petites ou géantes, et les raccords en caoutchouc mou qui faciliteront la manœuvre au début.

Montés sur pitons, vous trouverez aussi les raccords intermédiaires aux embouts des seringues géantes et pavillons des aiguilles.

Mais, il est possible de grouper les techniques en séries, car souvent, elles ne diffèrent que par les détails avec des idées directrices similaires. C'est ainsi que nous pouvons décrire trois groupes de méthodes :

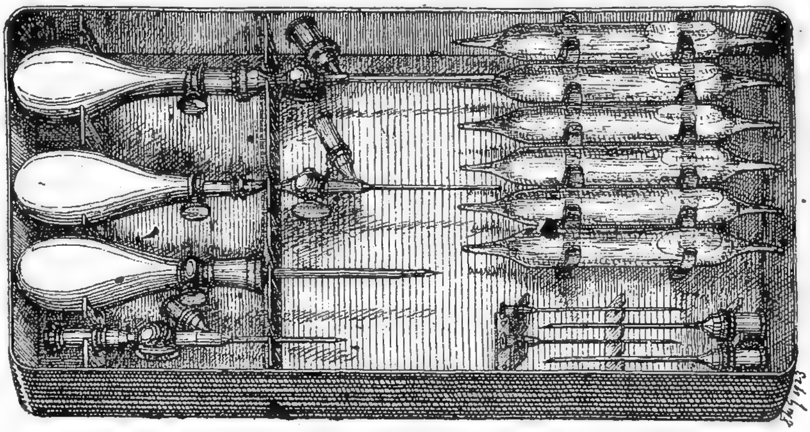


FIG. 8. — La boîte à transfusion de G. Rosenthal. Compartiment supérieur. C'est le compartiment des trocarts-canules en Y à double effet, dont le principe est dû à Potain. Il laissera dans la veine une canule mousse, l'extrémité latérale recevra la seringue nue ou armée du raccord en caoutchouc mou ; le pavillon terminal fermé ; injection simultanée (*préférée par* Dupuy de Frenelle) *ou consécutive de sérum glucosé. Notez le trocart*-canule droit pour l'urgence, les grosses aiguilles montables directement sur la seringue géante, les aiguilles ordinaires, et même le compartiment où se trouve une aiguille à extrémité renflée en boule qui peut se fixer dans une veine dénudée, s'il est besoin, ce qui est exceptionnel.

Remarquez les ampoules de provision de citrate de soude à 10 %.

A. — La transfusion à type d'injection de sérum (type Lewishon-Finney) avec sa variété des réinjections à la seringue.

B. — *La transfusion en ampoules de verre*, type Kimpton-Jeanbrau.

C. — La transfusion à la seringue, et nous insisterons spécialement sur notre technique en seringues closes (*Paris médical*, 4 août 1917-9 juin 1923), (Soc. des Praticiens, nov. 1922), (travaux du front de Goverts, 1914 et G Rosenthal, 1917).

A. *La transfusion à type d'injection de sérum* trouve sa réalisation schématique dans la technique de Lewishon (1915). Les deux figures 1 et 2 en montrent toute la facilité.

Le donneur est couché ; dans une veine saillante grâce à un lien, on introduit une grosse aiguille ; grâce à cette ponction veineuse, le sang jaillit et se recueille dans unverre gradué contenant une solution de citrate de soude. A l'aide d'un agitateur, le mélange, sang et citrate s'effectue complètement.

La deuxième figure nous montre l'injection au receveur ; elle rappelle le dispositif classique de l'injection intraveineuse de sérum chloruré ou glucosé. Le sang citraté est transvasé dans l'ampoule à sérum ; par l'action de la pesanteur, il pénètre doucement dans la veine du receveur.

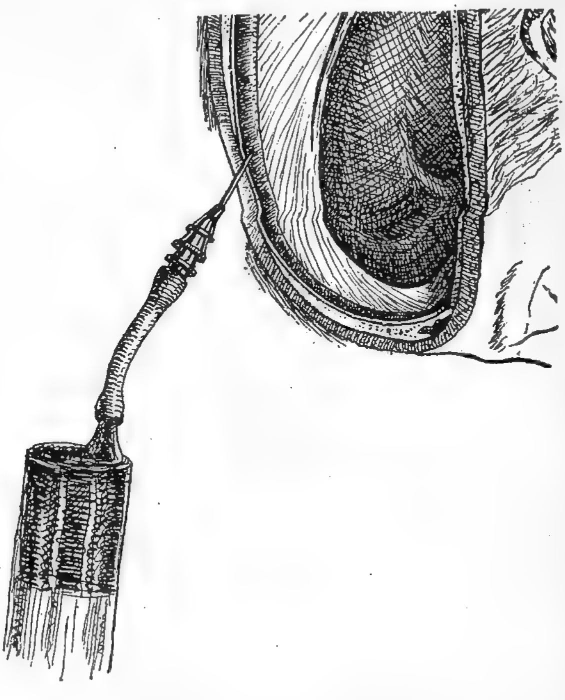


FIG. 9. — Transfusion chez le nourrisson (Société de médecine de Paris, 12 oct. 1923, fig. 1). L'aiguille de 1 cm. 1/4 de long, 6 à 7/10es de diamètre a été enfoncée obliquement sur la ligne médiane à la partie postérieure de la fontanelle antérieure. Le sang sort ; vous raccordez par un tube court en caoutchouc mou la seringue chargée de sang citraté du donneur et vous injectez lentement. C'est en somme la technique classique depuis Blechmann (1914) pour les injections de salvarsan aux nourrissons : c'est *une opération de petite chirurgie*.

La technique citratée de Bécart reproduit en

1921 la technique de Lewishon avec quelques modifications intéressantes. Le sang est recueilli dans l'ampoule citratée, grâce à une aiguille longue de 12 cm. et large de 25 dixièmes de mm. Le

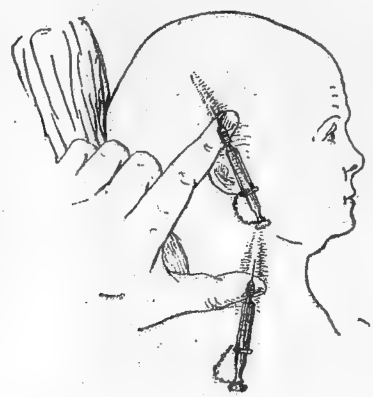


FIG. 10 (cliché de la *Clinique*, mars 1923). — Blechmann nous a appris à injecter les nourrissons dans la veine jugulaire malheureusement trop mobile et dans les veines épicrâniennes bien fragiles. Poussez très lentement l'injection dans les veines épicrâniennes qui se dilatent volontiers (Soc. de médecine de Paris, 12 oct. 1923, fig. 3 de notre communication).

trocart aiguille pour le receveur a un diamètre de 18 dixièmes de mm. L'ampoule citratée où le sang a été recueilli servira à l'injection intraveineuse dans les veines du sujet, ce qui évite le transvasement. Une double pince de Mohr règle l'injection.

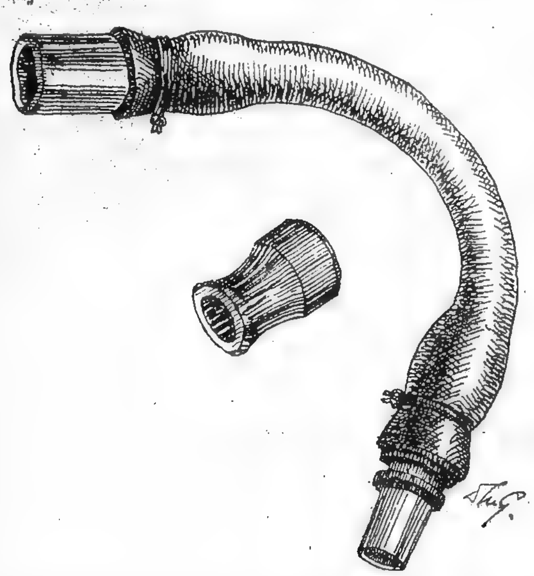


FIG. 11. — Deux pièces des plus utiles de notre instrumentation, le raccord en caoutchouc mou et la capsule-bouchon des seringues géantes. Le raccord en caoutchouc mou facilite la manœuvre de la seringue de 250 cc. que tiendra un aide. La capsule-bouchon se manie avec des mouvements de rotation ; elle transforme la seringue géante en vase clos aseptique. Son utilité s'étend à toute manœuvre des seringues géantes ; le modèle pour seringue de 20 cc. doit devenir d'un emploi quotidien dans tout laboratoire.

La technique d'Ameuille (Académie de médecine, 12 fév. 1918) était également une technique d'injection de sérum. Ameuille utilisait le citrate en poudre, ce qui peut nuire à la manœuvre par retard de dissolution.

Ces techniques ont l'inconvénient d'utiliser de longs tubes de caoutchouc qui masquent le contrôle du sang à sa pénétration.

Aussi faut-il considérer déjà comme un progrès la technique de Morichau-Beauchamp qui utilisa pour le deuxième temps, c'est-à-dire pour la réinjection au receveur nos seringues géantes. De même fit P.-E. Weil, qui usa de seringues de 20 cc . comme Goverts, puis fit construire une seringue avec piston d'argent, qui, malheureusement a une monture métallique, ce qui la rend moins sûre que nos seringues géantes toutes en verre, de description antérieure.

B. *La transfusion à l'aide d'ampoules de verre*

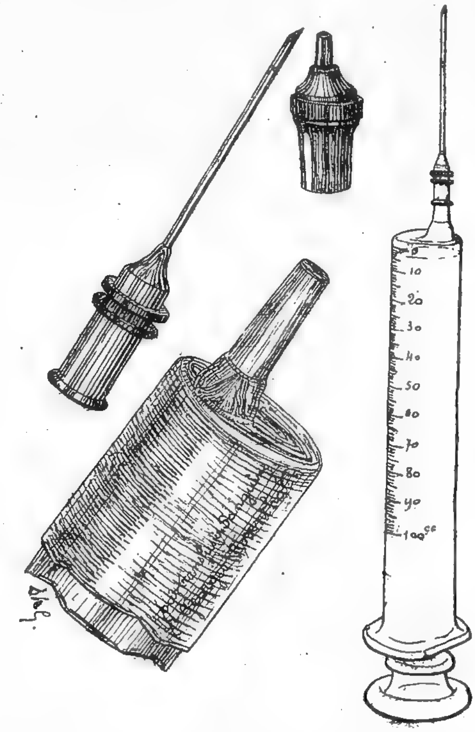


FIG. 12. — Notre seringue de 100 cc. avec son aiguille large de 2 millimètres directement montée peut se manier d'une main, après un certain entraînement. Elle peut par un raccord s'utiliser avec toute aiguille. C'est une technique sûre, qui n'a pas la grande facilité du maniement du trocart en Y. (Fig. 9, *P. M.*)

devrait en toute justice faire une place d'honneur aux travaux de Jeanbrau dont l'œuvre en transfusion sanguine fut et reste considérable. Sa méthode, utilisée au front français, fut un grand progrès ; mais elle nécessitait la dénudation des veines et nous devons actuellement recourir à des techniques plus simples. Récem-

ment, Jeanbrau « a fait construire par Gentile, un appareil à sérum dont les tubes sont en métal et dans lequel on enferme un agitateur également en métal nickelé » (1).

Toutes ces méthodes dérivent de l'ampoule de Kimpton modifiée par Beth Vincent. « Robert Proust, dit Jeanbrau, avait décrit cette technique dans la relation de son voyage aux Etats-Unis, dans la *Presse médicale* du 4 juillet 1914. Mais il ne paraît pas que la méthode de Kimpton ait été employée en France sauf depuis 1923 par Bécart qui l'a modifiée ».

(1) Le rapport de JEANBRAU au 32e Congrès de Chirurgie est une œuvre magistrale de documentation. Nous engageons le lecteur à s'y reporter pour l'étude de la question.

Quoique nous fassions les plus extrêmes réserves pour les transfusions de sang pur, nous signalons la technique de l'ampoule paraffinée de Bécart qui pourrait servir aux transfusions citratées. *La méthode des ampoules a le grand avantage d'éviter le passage du sang par toute pièce de caoutchouc.*

Voyez, dans la figure 5, comment par l'aiguille large, le sang est amené dans l'ampoule qui reçoit en même temps un courant d'oxygène, et

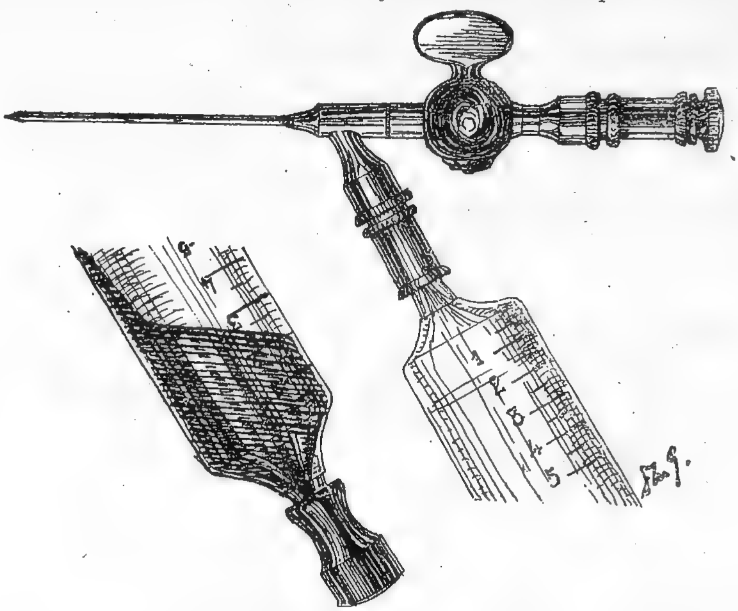


FIG. 13. — Notre trocart-canule à double effet en Y avec canule fixe de 9/10 de millimètre (grandeur naturelle) et la seringue capsulée (*Paris Méd*, 9 juin 1923, fig. 4).
Voyez à gauche toute la sécurité que nous donne l'oblitération de la seringue, devenue vase clos, songez aux ennuis que vous a donnés le transport de vos seringues après ponction de pleurésie purulente, d'abcès, etc. et adoptez ce nouvel instrument bien précieux. A droite, le trocart canule en Y a été monté directement sur la seringue. Après ponction veineuse, une fois le trocart interne enlevé, le robinet se ferme et vous remplissez aisément la seringue. Les dispositifs en Y des trocarts sont dus à Potain.

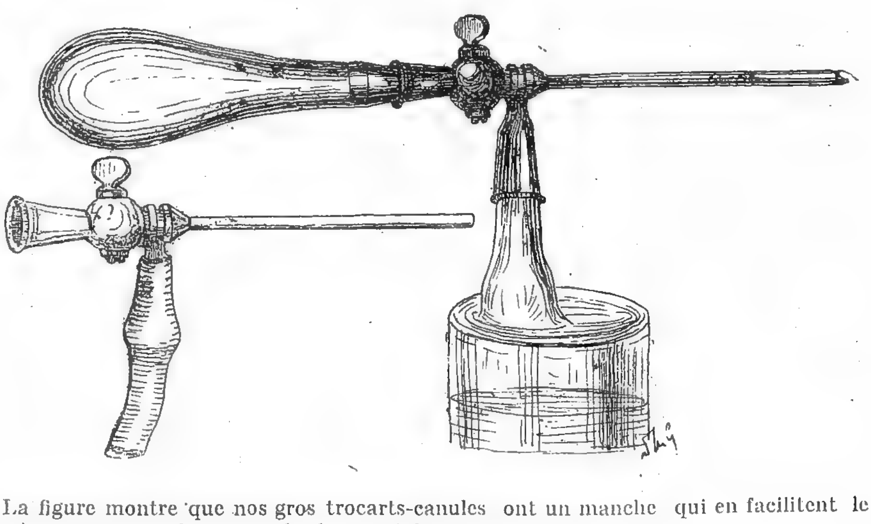


FIG. 14. — La figure montre que nos gros trocarts-canules ont un manche qui en facilitent le maniement. Entraînez-vous à vous passer des raccords de caoutchouc.

comment (fig. 6), l'ampoule remise verticalement armée d'une aiguille large, et sous l'action d'une soufflerie de thermocautère, sert à effectuer la transfusion. La manipulation est délicate, elle est facilement éclaboussante ; elle peut donner entre des mains habiles des résultats satisfaisants. Il y aurait lieu d'utiliser nos capsules-bouchons.

C. La technique à la seringue fut créée en 1914 par le distingué médecin belge Govaerts qui utilisait simplement des seringues en verre de 20 cc. lavées au sérum.

Sans connaître les travaux du distingué médecin belge, je commençais dès juillet 1917, au front de Champagne, la série de mes recherches sur la technique en seringues closes. Une communication à l'Académie de médecine, antérieure même à la communication du maître Jeanbrau, fut un des premiers travaux français ; dès cette date, je pus parler de la transfusion sanguine *opéra-*

mais aussi celles de 100 et 250 cc. les premières tout en verre, que Bruneau a construites dès 1918 (Soc. médicale des hôpitaux, octobre 1918).

Pour faciliter la description de notre pratique, nous prendrons 3 exemples :

1° La transfusion sanguine du nourrisson (thèse de S. Aizière) ;

2° La transfusion sanguine de la chlorotique grave ;

3° La transfusion sanguine de l'accident de chemin de fer ;

Et nous indiquerons la technique ;

4° Des transfusions partielles.

Notre description utilisera les clichés de nos différents mémoires.

1° A la demande de Raoul Labbé, nous avons réglé la technique de la transfusion sanguine du nourrisson (Soc. de méd. de Paris, 12 oct. et Soc. de thérapeutique, juin 1923).

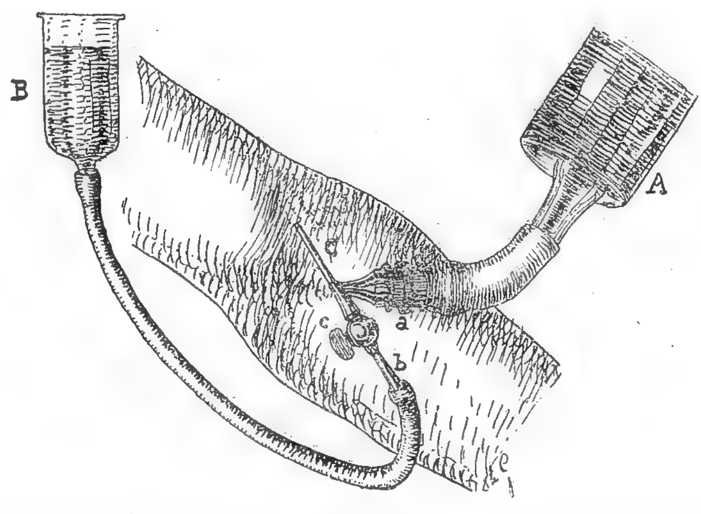


Fig. 15 — Justification de la dénomination de nos trocarts-canule à double effet. Par le pavillon latéral a du trocart s'effectue la transfusion sanguine de la seringue *A*. En même temps le bock *B* rempli de sérum dilue le sang en pénétrant par le pavillon *b* à travers le robinet *c* ouvert ou fermé à volonté. C'est l'injection double simultanée chère à notre distingué collègue Dupuy de Frenelle.

tion de petite chirurgie, car ma technique consiste en une prise de sang à la seringue, manœuvre clinique courante et en une injection intraveineuse à la seringue qui est également du domaine de la pratique médicale. « Georges Rosenthal, dit Jeanbrau, a eu le mérite de chercher une technique qui ne sortit pas de la petite chirurgie » et, plus loin, le maître de Montpellier ajoute : « L'outillage créé et perfectionné par G. Rosenthal est particulièrement pratique pour les transfusions médicales » (1).

Ma technique utilise des seringues de 5 à 50 cc.,

(1) Voir Société Médicale des Hôp. de Paris, nov. 1923

Comme matériel, des seringues de 2, 5 et 20 cc., un raccord de caoutchouc mou, des aiguilles courtes et nos petites capsules-bouchons, si simples et si pratiques pour faire de la seringue un vase clos. Tout le matériel est bouilli dans le citrate à 20 %, *seringues démontées*. La seringue est toujours chargée du dixième de son contenu de citrate de soude en solution à 10 %.

La manœuvre comporte :

a) La *prise de sang au donneur* : elle se fait comme une prise de sang banale avec la seringue armée d'une aiguille à biseau court de 8/10e de mm. de large, chargée de citrate bien entendu (au dixième avec solution à 10 %).

b) La seringue retirée du bras du donneur, vous enlevez aiguille et raccord ; vous adaptez la capsule-bouchon sortant du citrate à 20 % et vous retournez plusieurs fois pour mélanger mieux

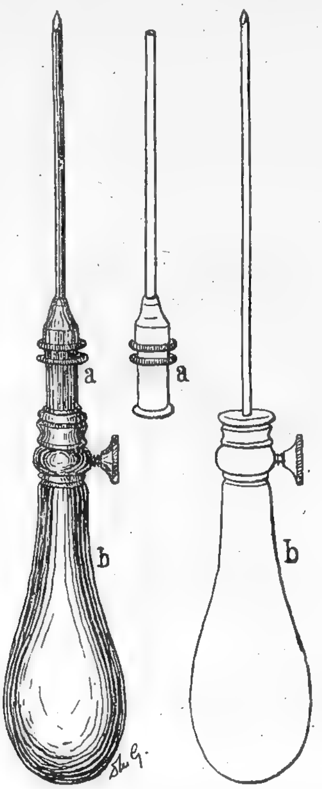


Fig. 16. — Notre Trocart canule droit à pavillon large pour seringue géante. La canule a 2 millimètres 5 de large ; c'est l'instrument d'urgence ; il est rapide et sûr. En quelques secondes il remplira la seringue de 100 cc., mais il n'a pas la propreté de maniement de nos trocarts canules en Y.

sang et citrate, c'est notre *temps intermédiaire*, il est indispensable.

c) A l'angle postérieur de la fontanelle antérieure, sous inclinaison marquée, vous plantez une aiguille à biseau court, longue de 1 cm. 1/4 et de 6 à 7 dixièmes de large. Adaptez à la seringue un raccord propre de caoutchouc mou retiré du citrate à 20 % où il a bouilli ; fixez ainsi la seringue à l'aiguille et poussez doucement (fig. 9).

Bien entendu l'épreuve des groupements sanguins a été rigoureusement établie. Comme difficultés : la contention de l'enfant. Il faut maintenir la tête dans une fixité absolue.

Dès 1916, Beth Vincent avait utilisé la fontanelle supérieure pour sa technique de transfusion à l'ampoule ; dès 1914 (mai 1914, *Le Nourrisson*), Blechmann injectait les nourrissons syphilitiques aux arsénobenzols par la fontanelle supérieure. Un peu d'appréhension accompagne la première manœuvre et pourtant cette voie est sûre, sans incident, si elle est maniée avec douceur. Elle est bie n meilleure que la jugulaire trop mobile, ou que les veines épicrâniennes (travaux de Blechmann, 1914), qui sont bien fixées, mais qui se dilatent volontiers sous l'injection.

Faites à un nourrisson anémique de 5 en 5 jours, 2, 5, 10, 20 cc. ou, s'il y a urgence, 2 puis 20 cc. et restez à la dose utile de 20 cc.

2° La transfusion sanguine est le traitement héroïque de la chlorose grave. Il faut préférer un donneur mâle (Aragon), et procéder par doses de 100 cc. de 7 en 7 jours. Faites, la première fois, une dose faible de 10 à 20 cc. (dose d'essai).

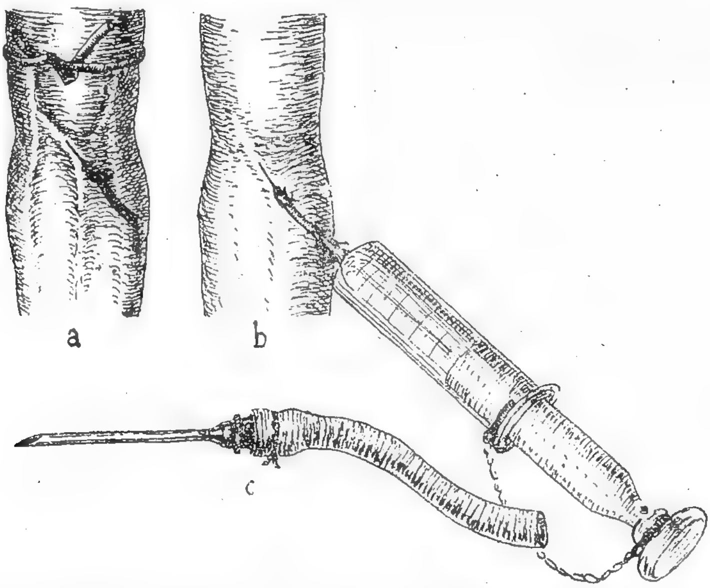


Fig. 17. — Nos deux dispositifs d'urgence. A droite la seringue géante fait une prise de sang comme une seringue de 20 cc. A gauche l'aiguille est dans la veine ; elle est munie d'un petit tube de caoutchouc mou. Le sang sera recueilli dans le corps de pompe de la seringue géante capsulée et naturellement citratée. (Fig. 8, *P. M.*)

a) La dose d'essai se fait à la seringue de 10 à 20 cc., armée d'une aiguille à biseau court de 7 à 8 dixièmes qui s'utilise pour la prise et pour l'injection. Entre les deux manœuvres, retirez embout et aiguille. Mettez notre capsule-bouchon, retournez plusieurs fois et réadaptez une aiguille sortant du citrate à 20 %.

b) La dose utile se fait avec notre seringue en verre de 100 cc. courte et large, maniable à une main, qui peut se fermer avec la capsule-bouchon La prise et l'injection se font avec nos trocarts canule en Y à double effet autant que possible sans interposition de raccord en caoutchouc. Notre seringue de 100 cc., la première en date, toute en verre est bien en main. Le trocart-canule en Y se manie aisément par son manche ; lorsqu'il a ponctionné la veine, il laisse dans le vaisseau sanguin une canule mousse non offensante pour l'endoveine. Pour la prise de sang, prenez un trocart canule en Y de canule large de 2 mm. 5 ; pour l'in-

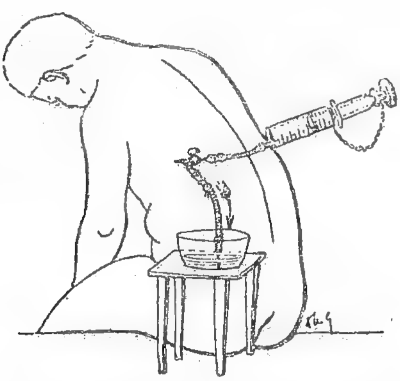


FIG. 18. — Cette figure montre nos multiples emplois de la seringue géante et des trocarts-canules à double effet. Notez l'avantage que vous aurez de faire vos ponctions sans laisser dans la plèvre une aiguille piquante (c'est le principe du Potain), mais vous pouvez ici, comme dans les ascites, les ponctions d'arthrite purulente, etc., faire d'une façon rigoureusement aseptique ponction, lavage ou injection d'électrargol, lantol, — bleu de méthylène. Nous réalisons ainsi l'oléothorax de Bernou. (*Revue de Path. C.*, fig. II. 5 fév. 1923.)

jection, prenez un trocart -canule en Y à canule de 1 mm. à 1 mm. 9.

Après ponction de la veine, adaptez la seringue de 100 cc. au pavillon latéral du trocart-canule ; retirez le trocart interne ; la seringue se remplit.

Ne jamais oublier le temps intermédiaire ; capsulez et retournez. Poussez toujours l'injection lentement. Ne vous inquiétez pas si la seringue qui a 6 cm. de large se vide très doucement. Maintenez-la avec soin, fixée sur le trocart en Y sans raideur ni faiblesse. La manœuvre est simple et sûre.

L'injection de 100 cc., bénigne et efficace, se renouvelle à volonté aussi souvent qu'il est nécessaire dans le traitement des cas graves. En général, une injection hebdomadaire suffit. Le clinicien est juge de sa conduite.

3° La dose de 250 cc. répétée à volonté, au besoin renouvelée immédiatement (soit une transfusion de 500 cc)., se fait à la seringue géante de 250 cc. chargée de 25 cc. de citrate de soude 10 %. Un aide est au moins utile, sinon nécessaire. Si vous n'avez pas l'habitude de manier cette seringue, utilisez le raccord en caoutchouc mou.

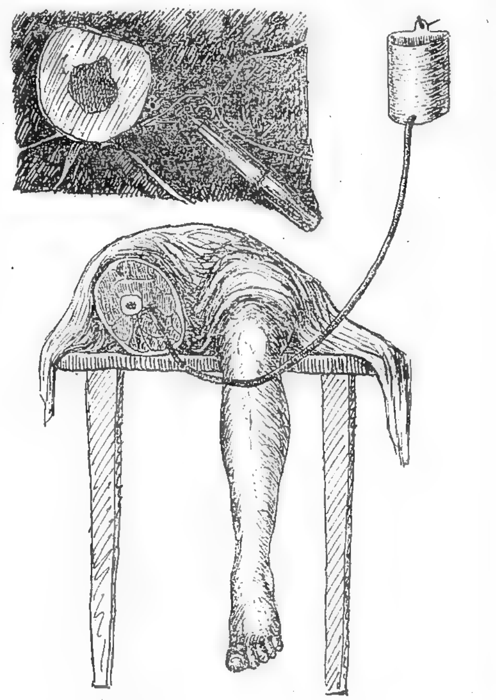


FIG. 19. — Manœuvre de transfusion chez un amputé d'après Lapeyre. (G. R. in *La Clinique*, Voies accessoires de transfusion, mars 23.)

Prenez un donneur vigoureux ; ponctionnez la veine avec le trocart-canule en Y de 2 mm. 5 auquel vous adaptez le raccord en caoutchouc mou; la ponction faite et le trocart enlevé, la seringue se remplit aisément. Sitôt remplie, vous la capsulez, vous la retournez plusieurs fois ; c'est le temps intermédiaire. Pour l'injection également, il est bon, sauf l'habitude de la manœuvre, d'utiliser le trocart-canule le plus large possible, quitte à pousser l'injection très lentement.

Grâce au pavillon terminal du trocart-canule en Y à double effet, vous pouvez simultanément ou consécutivement remplir le torrent circulatoire de solution sucrée ou saline ; *c'est le principe du double effet.*

L'injection de 250 cc., renouvelée à volonté est le traitement de l'accident du travail ou de la blessure de guerre.

En cas d'urgence, vous pourrez utiliser la seringue de 250 cc. (capsulée et piston retiré), comme le récipient de Lewishon, — faites alors votre ponction veineuse avec notre trocart-canule droit à 2 mm. 5 de diamètre. La seringue remplie, réadaptez le piston, retournez, chassez l'air, capsulez et terminez à l'aide du trocart en Y.

Si votre donneur a un sang trop coagulable, agitez le mélange avec un agitateur très lisse, bouilli au citrate.

4º Un mot des transfusions partielles.

Pour la *déplasmatisation de Fleig*, retirez au malade 100 ou 250 cc. de sang avec une de nos seringues ; capsulez et mettez à la glacière. Les globules se déposent en deux heures environ. Réinjectez au sujet après avoir prélevé le plasma qui forme une couche supérieure, ou après avoir reçu dans du sérum isotonique les globules. Deux recommandations ; ne pas centrifuger pour ne pas altérer les globules, ne pas laver les globules, ce qui est dangereux pour leur intégrité. Le sérum isotonique glucosé est particulièrement favorable pour diluer les globules avant réinjection.

Pour *notre déglobulisation*, (plasmothérapie de Moutier) c'est la manœuvre inverse qui s'utilise. Notre *seringue à piston creux*, malheureusement de construction délicate, rend les plus grands services.

***

De cette étude de technique, nous n'hésitons pas à conclure que, en dehors des grands accidents du travail, où la discussion est possible, l'avenir ira de plus en plus à la petite dose renouvelée. C'est la dose de 100 cc. *répétée à volonté*, pratiquée avec notre seringue tout en verre, courte et large, maniable à une main, armée des trocarts en Y à double effet, maniée aisément grâce aux capsules-bouchons, qui est destinée à devenir la manœuvre courante bien réglée et efficace dans la cure et la prophylaxie des anémies, des hémorrhagies et du choc.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites postabortives graves

M. J.-P. Tourneux, Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

J'ai été amené, au cours de ma pratique chirurgicale, à observer un certain nombre de cas de péritonites post-abortives évoluant sous des aspects cliniques assez divers, et présentant des degrés de gravité très différents les uns des autres. Si, dans la plupart des cas, il m'est arrivé d'obtenir, uniquement par le traitement médical, la disparition plus ou moins rapide des divers phénomènes infectieux, dans quelques autres, il a fallu le compléter par une intervention chirurgicale, une colpotomie ; dans d'autres cas enfin, où la thérapeutique habituellement suivie ne m'avait procuré aucune amélioration, et où l'état général des malades était devenu extrêmement grave, j'ai cru devoir recourir à l'ablation de l'utérus et de ses annexes, à l'hystérectomie, qui m'a paru constituer la seule ressource possible pour réaliser à la fois la suppression du foyer infectieux ainsi que le drainage du petit bassin.

La décision d'enlever l'utérus et ses annexes une fois prise, il paraîtrait, de prime abord, assez logique de chercher à utiliser la voie abdominale trans-péritonéale, ce qui aurait non seulement permis de pratiquer l'exérèse génitale, mais encore montré quel était l'état de diffusion des lésions infectieuses dans la grande cavité. Ce n'est pourtant pas la voie haute que j'ai suivie au cours de mes interventions, et si j'ai décidé, de parti pris, d'employer la voie basse, la voie vaginale, c'est grâce au souvenir des conseils que m'avait donnés à ce sujet un de mes maîtres. Il lui avait été donné d'intervenir à plusieurs reprises en pareilles circonstances, et il n'avait jamais obtenu que de très mauvais résultats en passant par l'abdomen, alors que l'hystérectomie vaginale lui avait donné de nombreux succès, ce qui tenait, disait-il, à ce qu'elle était une intervention plus rapide, beaucoup moins shockante, et surtout à ce que son exécution ne tendait pas à faire diffuser dans la grande cavité abdominale les germes infectieux jusqu'alors plus particulièrement cantonnés dans le petit bassin. Aussi avait-il eu le soin de me recommander de suivre toujours la voie vaginale, si je me trouvais un jour en face d'une péritonite post-abortive grave, pour laquelle, devant l'échec de toute thérapeutique ordinaire, l'ablation de l'utérus et de ses annexes, l'hystérectomie, paraîtrait la seule et dernière chance de salut.

J'ai donc, en suivant les conseils qui m'avaient été donnés, pratiqué l'intervention par la voie basse dans les trois cas où cette opération m'avais semblé indiquée ; je vais vous en rapporter rapidement les observations résumées à leurs points essentiels, ce qui vous montrera la gravité que peuvent prendre les accidents abortifs, et me

permettra également d'insister sur ma conduite opératoire.

Observation I. — Jeanne H... épouse F., âgée de 34 ans, est entrée au mois de mars à l'Hôtel-Dieu pour péritonite aiguë. Déjà mère de trois enfants, et trouvant indésirable la venue d'un quatrième enfant, elle s'est livrée la semaine précédente à des manœuvres abortives instrumentales, qui ont amené l'expulsion d'un fœtus d'environ trois mois de gestation, ainsi que de la presque totalité du placenta. Mais depuis sa délivrance, la malade est restée sans aucun soin : aussi, l'état général n'a-t-il pas tardé à devenir mauvais, et devant une aggravation incessante, s'est-on décidé à appeler un médecin qui, devant la situation, conseilla l'envoi le lendemain matin à l'hôpital.

A son entrée dans le service de chirurgie, Jeanne H., présente le tableau clinique des péritonites suraiguës : facies terreux, yeux excavés, langue sèche et rôtie, soif vive, vomissements fréquents, ventre très ballonné et très douloureux à la pre sion, température à 39,5, pouls à 120, petit et mal frappé, etc.

Devant ce tableau clinique, révélant un état général extrêmement grave, étant donnée la cause des accidents (qui nous fut confiée par la malade) et pensant que les manœuvres pratiquées avaient dû occasionner une perforation utérine, nous avons cru devoir intervenir chirurgicalement. L'hystérectomie eut lieu quelques heures p lus tard, sans aucun incident, et un peu de sérosité louche s'écoula par la brèche, qui fut largement drainée. Les suites, un peu mouvementées dans les premiers jours, ne tardèrent pas à devenir complètement favorables et la malade guérit sans complications.

L'utérus, qui contenait encore quelques débris placentaires en train de se putréfier, était le siège d'une perforation un peu en arrière de la corne gauche ; l'examen bactériologique de l'utérus et de la sérosité péritonéale montra la présence de streptocoque pur sans aucune espèce d'association microbienne.

Observation II. — Louise L..., âgée de 19 ans, entre pendant le courant du mois de septembre à l'Hôtel-Dieu pour une péritonite, dont la cause exacte, soupçonnée dès le début, ne fut confirmée que quelques jours plus tard par les aveux de la malade (manœuvres abortives instrumentales). Bien que l'affection offrît toute la symptomatologie classique des péritonites aiguës, comme l'état général de Louise L. paraissait beaucoup moins touché que celui de la malade de l'observation précédente, j'ai pensé qu'il convenait tout d'abord d'essayer le traitement purement médical (glace, lantol, injections...). Les premiers jours, il s'est produit une amélioration assez nette (baisse de température, pouls mieux frappé et moins rapide, etc.), mais qui ne fut que momentanée, car bientôt, on put assister non seulement au retour à l'état dans lequel la malade se trouvait au moment de son hospitalisation, mais encore à une aggravation très marquée de tout le cortège symptomatique. Aussi, devant une telle situation, avons-nous décidé de recourir à l'hystérectomie, qui eut lieu sans incidents notables. Les suites immédiates furent assez favorables, et nous pensions pouvoir guérir notre malade, mais vers le 6e jour, la température qui était presque arrivée à la normale, remonta brusquement, l'état général redevint mauvais et la malade succomba de septicémie.

L'utérus était également le siège d'une perforation à la face postérieure ; quant aux constatations bactériologiques, elles furent les mêmes que dans le premier cas.

Observation III. — Marie F., IIpare, âgée de 25 ans, est hospitalitée au mois d'août, à l'Hôtel-Dieu pour une péritonite dont la cause nous fut spontanément avouée par la malade. A la suite de manœuvres abortives, elle a expulsé, 6 jours auparavant, un fœtus de près de deux mois et demi de gestation ainsi que le placenta. Le col utérin est bien fermé et il n'y a pas d'écoulement suspects · comme, d'autre part, l'état général ne paraît pas très atteint, on décide d'essayer d'abord le traitement médical qui n'amena aucun résultat satisfaisant, car on put assister petit à petit à une aggravation régulière de tous les symptômes. Aussi, devant le mauvais état progressif de la malade, on estima qu'il pouvait devenir dangereux de temporiser plus longtemps et on se décida à recourir à l'intervention chirurgicale (hystérectomie vaginale). Les suites furent en tous points favorables et l'opérée guérit sans complications.

Là encore, l'utérus était également le siège d'une perforation dans la région postérieure au voisinage de la corne gauche et l'examen bactériologique montra de même la présence de streptocoque pur.

En résumé, j'ai donc pratiqué l'hystérectomie vaginale chez trois malades atteintes de péritonites aiguës post-abortives graves et j'ai obtenu deux guérisons et une mort. Une fois, devant le très mauvais état général présenté, je suis intervenu d'emblée ; dans les deux autres cas qui m'ont paru offrir un degré de gravité moindre, je me suis cru autorisé à tenter d'abord le traitement médical, et ce n'est que devant son échec que je me suis décidé à opérer. J'aurais peut-être sauvé ma deuxième malade si j'avais pratiqué l'hystérectomie dès son jour d'entrée à l'hôpital.

Dans mon premier cas, l'ablation de l'utérus et de ses annexes une fois effectuée, j'ai laissé

les pinces à demeure sur les pédicules pendant quarante-huit heures ; dans les deux autres cas, je me suis efforcé de supprimer la présence de ces différents clamps, qui sont une occasion de gêne pour le bon drainage, et au cours de l'intervention, je n'ai pas hésité à les remplacer de parti pris par des ligatures perdues. Ces dernières m'ont toujours paru faciles à poser, le drainage a pu ainsi être placé dans de meilleures conditions, car on n'était plus gêné dans les manœuvres par la présence de toute une série d'instruments métalliques, qui ne font que diminuer un champ opératoire déjà suffisamment retréci par lui-même. Je considère donc que la suppression des pinces à demeure et leur remplacement par des ligatures perdues constitue, toutes les fois que la chose est faisable correctement, un très réel progrès dans les ablations de l'utérus et de ses annexes par la voie basse.

Il a été pendant un certain temps à la mode, pourrait-on dire, de décrier l'hystérectomie vaginale et de chercher à la remplacer dans tous les cas par l'hystérectomie abdominale. Je pense, comme d'ailleurs un certain nombre de gynécologues, qu'il y a là une exagération vraiment manifeste et que dans un bon nombre de cas, cette intervention peut donner d'excellents résultats. Il est sans doute toute une série de lésions où elle a été utilisée autrefois au début de la chirurgie gynécologique, et où elle ne doit plus être appliquée aujourd'hui ; les fibromes et les salpingites, par exemple, n'ont assurément rien à gagner à être attaqués par la voie vaginale : ils sont et doivent rester uniquement du ressort de la voie abdominale.

Mais à côté de ces différents cas, il en est quelques autres, vieilles métrites chroniques, utérus à tendance fibromateuse, prolapsus utérins, etc., où l'ablation par le vagin peut être très facilement obtenue. On peut même dans ces cas, pour éviter le péril infectieux, fermer le vagin par quelques points de catgut, une fois que l'exérèse a été faite et la ligature des pédicules effectuée.

L'hystérectomie vaginale me paraît donc offrir de réels avantages dans un grand nombre d'affections ; en particulier, dans les cas analogues à ceux que je viens de vous rapporter, elle me semble présenter une supériorité bien marquée sur l'hystérectomie abdominale. Elle est en effet plus rapide, et aussi beaucoup moins shockante, ce qui a son importance, quand on est amené à intervenir sur des sujets infectés et en état de moindre résistance ; enfin elle ne touche pas à la grande cavité abdominale, et ne tend pas par conséquent à amener la diffusion des germes infectieux qui sont surtout jusqu'alors cantonnés dans le petit bassin.

Aussi, l'hystérectomie vaginale me paraît-elle constituer l'intervention de choix dans le traitement opératoire des péritonites aiguës post-abortives graves.

RADIOLOGIE

Quelques idées générales sur la radiothérapie moderne

Par le Dr Guilbert.

Radiologiste des Hôpitaux.

Il n'y avait, avant ces dernières années, qu'une technique radiothérapique ; il y a aujourd'hui deux méthodes ayant leurs mesures, leur langage, leurs partisans : la méthode du rayonnement de faible pénétration avec les doses fractionnées ; la radiothérapie profonde avec ses applications uniques ou très espacées. Ni l'une ni l'autre ne s'applique à la généralité des traitements par les rayons X ; l'une et l'autre ont leurs indications propres, et tout praticien doit pouvoir se faire une opinion précise sur la conduite générale d'un traitement radiothérapique puisque les rayons X sont un élément thérapeutique comparable, dans certains cas, à l'intervention chirurgicale.

L'écueil à éviter est la radiodermite ; les rayons très pénétrants filtrés, les séances espacées ou les applications uniques, la rendent improbable.

Les rayons filtrés et la radiothérapie actuelle. — En 1913, dans un très beau travail couronné par l'Académie des sciences, M. le professeur Nogier écrivait : « Ce que nous voulons mettre en évidence « dans les propriétés des Rayons X, ce n'est pas « l'innocuité déjà connue des doses faibles, c'est celle « des très fortes doses ».

Dans le même travail, M. Nogier écrivait encore : « Des rayons de qualité différente mais d'intensité « égale, traversant une même couche de matière « vivante (ou des cellules de même espèce) déterminent des effets biologiques différents, parce qu'ils « sont absorbés en proportion différente.

« Toutefois, il y a des raisons de penser que pour « une même espèce cellulaire, la proportion des effets « biologiques produits par la dose absorbée n'est « pas rigoureusement constante pour des rayonnements de qualités différentes ».

Le rayonnement employé à l'époque où M. Nogier écrivait cet article qui fait date dans la thérapeutique radiologique était un rayonnement de faible pénétration et peu filtré.

Les réactions biologiques obtenues n'étaient pas

comparables pour des mêmes doses, parce que le rayonnement utilisé n'était jamais de qualité semblable et sur la peau elles étaient plus redoutables, ce qui paraîtrait paradoxal si on ne savait aujourd'hui que les grandes longueurs d'ondes sont plus traumatisantes.

Le perfectionnement des appareillages a rendu plus aisé l'application des fortes doses très filtrées et c'est tout le progrès de la thérapeutique actuelle.

Les résultats sont encourageants. En effet la technique qu'elle permet de suivre limite les écarts de la sensibilité individuelle. De plus un rayonnement de qualité toujours identique donne des réactions biologiques semblables et par suite des effets thérapeutiques constants. Enfin, comme conséquence de de ces deux prémices, le rayonnement très filtré et très pénétrant actuellement utilisé permet d'employer avec plus de réussite la dose massive.

La dose massive, unique, bien mesurée, est sans danger dans tous les cas; tout au plus peut-elle donner les inconvénients passagers d'une desquamation ou d'une très légère vésiculation dont la durée ne dépasse pas huit jours ; c'est la radioépidermite, que l'on cherche du reste parfois dans le cancer.

Radiosensibilisation et dose fractionnée. — La répétition des petites doses dite méthode des doses fractionnées était généralement nécessaire quand le praticien peu sûr de son rayonnement croyait nécessaire de surveiller les réactions entre chaque application. Elle est encore utile aujourd'hui pour certains cas où la dose thérapeutique n'est pas ou ne peut être définie.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'une application antérieure sensibilise la peau pour les séances suivantes.

Dernièrement, MM. Foveau de Courmelles et Bazy ont qualifié cette sensibilisation de la peau « anaphylaxie ». S'il y a peut-être exagération, il n'en est pas moins vrai *qu'à partir d'une certaine dose* répartie sur un temps même prolongé, la peau reste sensible au traumatisme chirurgical ou radiologique, et il est difficile de prévoir l'intensité de la réaction qui n'est nullement proportionnelle aux doses supplémentaires et présente les caractères d'une *susceptibilité individuelle.*

La dose maxima appliquée en une fois laisse une sensibilisation de la peau qui dure six semaines à deux mois après l'application primitive. Si, après ce temps, on répète une dose semblable à la première, la réaction est du troisième ou quatrième degré : rougeur avec gonflement, vésiculation, mais pas de nécrose. On est certain d'éviter ce désagrément en ne répétant pas sur un même champ la dose massive avant six semaines à deux mois.

Si on a recours à la méthode de dose fractionnée, il est imprudent de dépasser d'un tiers la dose maxima en six semaines. Et il faut considérer alors le patient comme sensibilisé plus fortement et pour un temps plus long qu'après une application massive unique.

A notre avis, on ne doit pas recommencer une série d'applications avant trois mois au plus tôt, et cette seconde série sera notablement inférieure en quantité à la première.

La répétition des doses faibles amène la radiodermite avec nécrose qui demeure exceptionnelle avec les doses massives uniques.

Technique générale. — Ces quelques conclusions dictées par l'expérience nous ont fait adopter une technique précise qui nous a permis d'éviter toute lésion cutanée dans un service très actif et d'obtenir des résultats thérapeutiques des plus intéressants.

Cette technique est la suivante : *la dose limite est pour nous, en tous les cas, celle de l'érythème cutané un peu vif, obtenu en une seule séance.* C'est la D. E. niée par certains, discutée par d'autres, et pourtant généralement fidèle.

Cette dose maxima est donnée en une ou plusieurs séances, mais n'est jamais dépassée sur une porte d'entrée. Elle peut être renouvelée une ou deux fois au plus par porte d'entrée, à la condition expresse qu'entre chaque série de traitements, il y ait une période de repos de six semaines à deux mois selon la persistance des réactions cutanées.

Dans tous les cas où la chose est possible, et ils sont nombreux, nous donnons cette dose maxima par champ d'entrée en une seule séance, et la dose thérapeutique dans un laps de temps aussi court que possible : un jour, deux jours, trois jours, au maximum huit jours pour certains cancers demandant une longue irradiation.

Cette dose maxima (dose érythème) obtenue en une séance peut être dépassée d'un tiers si elle est répartie sur six semaines, mais la seonde série devra être espacée de deux à trois mois.

Thérapeutique appliquée.

I. *Dose massive.* — Pour les cancers, la question des doses massives ne se discute plus, la durée du traitement admise par tous ne doit pas dépasser huit jours.

Pour les fibromes, M. Ledoux-Lebard a proposé de les traiter en un nombre de séances très limité : 4 ou 5 ; M. Solomon, partisan de la technique ancienne, a réduit le temps de traitement à six semaines. Depuis deux ans, j'ai traité tous mes fibromes en une, en deux, ou trois séances quotidiennes, selon la tolérance de la malade, et j'ai à l'heure actuelle plus de 50 observations sans échec.

Pour éviter toute erreur de diagnostic, les malades traitées par nous ont toujours été examinées par un gynécologue. Les règles reviennent une première fois normalement et même abondantes, une seconde fois d'une façon minime, et la ménopause s'est avérée toujours définitive.

Il en est de même de l'hypertrophie de la prostate. Nous avons publié la technique et des observations

récemment encore au Congrès de Bordeaux, nous n'y reviendrons pas. Cependant il est nécessaire de constater que les doses massives sont remarquablement supportées chez l'homme et cela nous incite à réduire le nombre des séances à deux dans la plupart des cas.

II. *Dose fractionnée.* — Les doses fractionnées sont réservées dans cette technique : 1° au traitement des glandes à sécrétions internes où il n'est pas facile de prévoir lês réactions individuelles et où une thérapeutique trop active pourrait être dangereuse ; 2° au traitement des névralgies, des névrites ; 3° au traitement des tuberculoses locales ; 4° au traitement de la tuberculose générale (irradiation de la rate) ; 5° et aux cures d'excitation de certaines fonctions glandulaires, comme l'excitation des ovaires dans le cas d'aménorrhée.

Nous avons réservé un paragraphe spécial aux lésions cutanées, car en dehors des cancers et des tuberculoses qui entrent dans le cas ci-dessus, les dermatoses, les psoriasis, les eczémas, les prurits, doivent être traités par des séances très courtes et prudentes, la peau sur laquelle se fait l'irradiation étant une peau en moindre résistance. Sauf pour les prurits où les radiations de longueur d'ondes moyennes paraissent plus efficaces, nous employons toujours les grandes pénétrations. Cependant, nous estimons avec M. Pierquin, qu'elles ne sont point indispensables.

A la méthode des doses massives pour les fibromes, la prostate, on a fait l'objection suivante : pourquoi faire en une séance ce que l'on peut obtenir en plusieurs séances ? Outre que l'objection inverse serait plus vraie, la réponse est simple : en dehors de l'agrément du malade qui préfère cette façon de faire, il y a une raison technique qui domine toute autre considération : les résultats sont plus constants et identiques dans des cas semblables et cela se comprend aisément. Entre les séances, les réactions organiques sont certaines, impossibles à prévoir. Par la méthode des doses fractionnées, dans le traitement du fibrome par exemple, la stérilisation est obtenue en dix séances parfois, souvent en 25, et quelquefois plus encore. Sauf deux cas d'obésité exceptionnelle où nous avons dû faire un traitement complémentaire, nous avons toujours obtenu ce résultat en une seule séance.

De plus, dans l'hypertrophie de la prostate, où l'infection vésicale est un danger, que rend plus certain chaque séance de sondage, où la cystostomie, quand elle existe, est une infirmité que le malade désire voir disparaître, il importe d'aller vite *et il* n'y a pas de méthode par dose fractionnée qui permette d'obtenir le rétablissement de la miction en six semaines à deux mois.

Cette ligne de conduite dans le traitement radiothérapique n'est qu'une opinion raisonnée, que nous n'avons pas la prétention d'imposer. Cependant, nous avons la satisfaction de voir depuis deux ans ceux qui paraissaient irréductiblement opposés à cette manière de faire l'adopter peu à peu

L'Actualité Scientifique

La Presse

Action de la pilocarpine dans les rétentions d'urine.

Après avoir joui d'une vogue injustifiée comme sialogogue et sudorifique, dans certaines affections aiguëla pilocarpine était tombée en défaveur auprès des cliniciens. Il a fallu les récentes découvertes sur la physiologie pathologique du système sympathique et parasympathique pour lui redonner un lustre, qui paraît, cette fois, mérité. Elle est considérée, en effet, comme l'antagoniste de l'atropine, et se montre excitante du pneumogastrique et inhibitrice du sympathique. C'est sur ces données qu'est basé son emploi comme sédatif des crises gastriques du tabès.

Or, MM. Cain et Oury ont, à l'occasion d'un tabétique traité de cette manière, découvert fortuitement que la pilocarpine réussissait à rétablir la miction spontanée dans les cas où la rétention d'urine est d'origine réflexe.

D'autres malades, présentant le même syndrome de rétention réflexe, ont confirmé cette curieuse propriété de ce médicament.

De l'étude faite par les auteurs, il résulte que cette action, libératrice du spasme urétral, ne s'exerce que dans les rétentions conditionnées par voie réflexe par les affections du système nerveux central ou périphérique (tabès, hémiplégie, paraplégie médullaire...) Elle est nulle dans les rétentions inflammatoires et mécaniques.

Les auteurs emploient une solution aqueuse de chlorhydrate ou de sous-nitrate de pilocarpine au 100e, dont ils injectent un cent. cube par la voie sous-cutanée, par 24 heures. On pourrait monter jusqu'à 1 cent. cube 1/2 et même 2 cmc. par 24 heures.

Tantôt la miction se rétablit brusquement et à plein canal 8 à 10 minutes après l'injection. Elle s'accompagne de sudation abondante et de sialorrhée. Tantôt, elle reparaît dans le même délai, mais lentement, goutte à goutte ou par un filet. Tantôt, enfin, ce n'est qu'une demi-heure après l'injection qu'elle se rétablit, les autres réactions glandulaires faisant défaut.

Le mécanisme par lequel la pilocarpine agit sur

le réflexe urétral est encore discutable. Sa méconnaissance ne retire rien à l'efficacité du procédé. (*Presse méd.*, 27 octobre 1923.)

Les cures climatiques et hydrominérales des tuberculeux pulmonaires.

D'après M. L. Bernard, c'est à tort qu'on prétendrait que le climat d'altitude est spécifique pour la cure de la tuberculose pulmonaire. Il comporte ses contre-indications. Néanmoins, on reconnaîtra que l'altitude possède des conditions convenant à un grand nombre de tuberculeux, surtout si l'on a soin de délimiter cette altitude et de définir les catégories de tuberculeux qui sont justiciables de telle altitude déterminée. On distinguera donc trois zones : 1° petite altitude, jusqu'à 600 mètres qui se rapproche du climat de plaine, mais s'en différencie par un meilleur état hygrométrique et une plus grande pureté de l'air ; 2° la moyenne altitude, de 600 à 1.500 mètres. Ce serait l'altitude optima, avec la raréfaction, la pureté, la sécheresse de l'air, l'insolation, une certaine stabilité de l'atmosphère, l'absence de variations brusques de la température. Cette altitude est tonique, stimulante et reconstituante et n'est pas contre-indiquée par une fièvre peu élevée, d'allure prolongée et chronique. Elle s'adresse surtout aux tuberculeux à lésions débutantes et d'allure peu évolutive ; 3° la haute altitude, au-dessus de 1.500 mètres, dangereuse pour le plus grand nombre, et qui demande à être maniée avec une extrême prudence.

Si, d'autre part, les tuberculeux sont, en général, sensibles à l'humidité, au chaud ou au froid, c'est surtout l'instabilité atmosphérique qu'ils redoutent. « La stabilité habituelle de l'atmosphère est la condition qui doit être requise en premier lieu. L'insolation, considérée dans ses effets généraux, est précieuse, en raison, tant de ses propriétés purificatrices et désinfectantes que, plutôt, de son action sur les fonctions de nutrition. Mais l'héliothérapie, envisagée comme application locale des rayons solaires sur les téguments, si elle donne des résultats merveilleux dans la cure des tuberculoses dites externes, n'est pas indiquée dans la tuberculose pulmonaire. »

Le climat marin est trop excitant, trop stimulant pour les tuberculeux, sauf en certaines zones, très limitées, où ces caractéristiques font défaut.

« Il convient d'ajouter que la vie dans les grandes villes ne leur convient pas (aux tuberculeux pulmonaires)..... Ce qui est le plus fâcheux dans l'existence urbaine, c'est la vie enfermée dans l'air confiné, surchargé de gaz toxiques, dans l'atmosphère sombre et humide, lourde et souvent surchauffée des logements... Le plein air, loin des villes, est donc l'ambiance qui s'impose à tout tuberculeux... »

L'auteur décrit ensuite les conditions que réclame l'établissement d'un sanatorium, en même temps qu'il précise quelles sont les régions qui, en France, constituent des conditions défavorables, celles au contraire, qui sont « véritablement des régions d'élection, dont certaines mêmes n'ont pas d'équivalent dans aucun autre pays ».

Les indications des cures thermales, considérées comme un véritable traitement de la tuberculose, sont rares et limitées. Parmi celles qui peuvent être conseillées, en certains cas bien définis, l'auteur cite les Eaux-Bonnes, Amélie-les-Bains, Allevard, le Mont-Dore. Réserve faite d'ailleurs du scrupule qui doit guider le médecin, quand il s'agit d'envoyer un tuberculeux dans un centre de thermalisme et de tourisme, fréquenté par une nombreuse clientèle.

Les enfants, atteints de tuberculose ganglio-pulmonaire, sont justiciables de certaines cures climatiques et thermales. Aux fébricitants, on recommandera l'altitude. Aux apyrétiques, on prescrira la mer, sur les côtes de la Manche, ou la côte basque. Leur conviennent aussi, s'ils sont lymphatiques, à réactions torpides, Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, Biarritz. Les adénopathiques avec anémie, amaigrissement, bénéficient de la Bourboule et de Saint-Honoré. (*Presse méd.*, 3 novembre 1923.)

Albuminurie orthostatique.

C'est l'albuminurie qui apparait dans les urines quand le sujet se tient debout, et qui en disparaît s'il demeure couché. Elle fait partie des albuminuries dites fonctionnelles, intermittentes, dont on séparera les albuminuries circulatoires (asystolie), infectieuses (paludisme), dyscrasiques (A. paroxystique, forme larvée de l'hémoglobinurie paroxystique), et les albuminuries transitoires (goutte, saturnisme, diabète).

Elle est également à distinguer de l'albuminurie de fatigue, de l'albuminurie digestive, de l'albuminurie intermittente cyclique des adolescents...

M. L. Ramond, à l'occasion d'une observation typique qu'il a recueillie, fait un exposé très clair et très complet de cette affection. Il montre qu'il faut faire le diagnostic de l'albuminurie orthostatique vraie, de l'albuminurie orthostatique néphrétique, celle-ci devant être reconnue grâce à la recherche des signes du brightisme.

D'après lui, le pronostic de l'albuminurie orthostatique est favorable, bien que les sujets qui en sont atteints soient prédisposés à la tuberculose. Il explique pathogéniquement cette affection par la ptose du rein, par la lordose que présentent souvent les jeunes gens d'âge scolaire, par le ralentissement du courant sanguin dans la veine-cave inférieure, dans la station verticale, par l'hypotension artérielle, — toutes conditions

qui modifient la circulation rénale, et auxquelles il importe d'ajouter cependant une certaine débilité rénale, une fragilité, une méiopragie de l'organe.

Le traitement ne saurait être dirigé contre la débilité rénale proprement dite : les régimes lacté, déchloruré, hypoazoté, restent sans action. L'alimentation sera reconstituante, à la condition d'en supprimer les oxalates, et les albumines étrangères, sinon bien cuites. Le chlorure de calcium, le lactate de strontium offrent peu d'intérêt. Tout autre est la correction de la ptose rénale par une ceinture munie d'une pelotte, — de la lordose, par de fréquents repos et une bonne attitude à l'école, par le massage, les frictions, fortifiant les ligaments actifs de la colonne vertébrale, par de la gymnastique suédoise, des exercices généraux.

On prescrira l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, les phosphates et les glycérophosphates, la lécithine, la phytine, les sels de terres rares (pélospanine C), le séjour au grand air, à la campagne, à la montagne ou à la mer, selon les cas. Enfin, une cure à Saint-Nectaire sera des plus utiles, en complément de ce qui précède. (*Journ. de méd. et de chir.*, 25 octobre 1923.)

Ne faut-il jamais ponctionner la vessie.

Dans une analyse récente d'un travail de M. de Berne-Lagarde, publié sous ce titre lapidaire par *L'Hôpital* : *ne ponctionnez pas la vessie*, je faisais une réserve relative à l'opportunité d'une ponction d'urgence, quand le rétentionniste habite loin d'un centre où se trouve le secours chirurgical. Il m'est particulièrement agréable de trouver la confirmation de mon opinion dans une leçon de Legueu, sur *les grandes ruptures de l'urètre périnéal.* « Ce qu'il faut faire , dit l'éminent professeur, c'est ici de la chirurgie pure, sans sondages. Le premier instrument qu'il faut prendre, c'est le bistouri. Si on est loin de tout centre, en attendant d'avoir les instruments voulus ou d'aller à la ville voisine, pour délivrer le malade des épreintes pénibles qui le font souffrir, *prenez un trocart et faites une ponction hypogastrique* ... » Ensuite, cystostomie ; puis périnéotomie, pour d'une part, évacuer régulièrement la vessie ; d'autre part, découvrir la section, partielle ou complète de l'urètre. Ici, selon le cas, suture ou urétrorraphie, ou double urétrostomie périnéale suivie ultérieurement d'une autoplastie. (*Journ. des Prat.*, 27 octobre 1923.)

En vérité, pour qu'un enseignement de la médecine fût complet et pratique, il faudrait que les professeurs fussent astreints à faire un stage de quelques mois dans une clientèle rurale. Quand ils auraient vu les difficultés sans nombre au milieu desquelles se débat le médecin rural, quand ils auraient été en face d'un accouchement dystocique, au fin fond d'une campagne, avec pour tout aide, un domestique plein de bonne volonté, mais ignorant, ils comprendraient que les formules lapidaires n'ont rien à voir avec la pratique, et ils approuveraient le modeste praticien qui, sans s'en soucier et en les négligeant, fait ce qu'il peut, du mieux qu'il peut, en prenant pour principal objectif le service à rendre aux malades. G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les gants stérilisés et le brevet élémentaire dans le statut des sages-femmes.

(*Académie de médecine.* — 27-11-1923.)

L'Académie vote les articles ci-après du rapport de M. Bar sur la règlementation de la profession de sage-femme :

« Au cas de complication (au cours de la puerpéralité), la sage-femme doit donner à la femme enceinte le conseil de se confier à un médecin.

« Mais, dans les circonstances urgentes, elle peut faire les interventions suivantes : la version par manœuvres externes et celle par manœuvres internes, l'extraction de l'enfant par le siège, la rétropulsion du cordon, la délivrance artificielle. Elle peut pratiquer la suture des déchirures limitées à la commissure postérieure de la vulve.

« Elle peut prescrire les médicaments dont la liste a été arrêtée après avis de l'Académie et dans les quantités fixées ».

La discussion s'engage sur la question des gants stérilisés, du brevet élémentaire pour l'admission aux études, et de la durée pendant laquelle la sage-femme pourra s'occuper de l'allaitement.

La Commission voulait que toute exploration interne et à plus forte raison toute intervention fut faite avec des gants de caoutchouc stérilisés. — M. Herrgott voit là une dépense qui serait onéreuse pour beaucoup de sages-femmes et il pense que l'on pourrait se contenter d'exiger la stérilisation des mains.

— M. Wallich insiste sur l'importance des gants et doigtiers de caoutchouc, qui ont transformé la pratique des accouchements.

— M. Bar fait remarquer que l'usage des gants est imposé aux sages-femmes en Suisse et en Italie. Il y aurait peut-être intérêt à les fournir, à titre onéreux ou gratuitement, selon les circonstances. A

Besançon, la municipalité met à la disposition des accoucheuses des sacs contenant les objets nécessaires, sous réserve de restitution après usage. En conclusion, le vœu du rapporteur, légèrement modifié, est adopté sous la forme qui suit :

« Il est rappelé que les sages-femmes ne doivent pas pratiquer d'exploration vaginale sans *doigtiers* stérilisés, ni d'intervention sans *gants de caoutchouc* stérilisés ».

— M. Mesureur estime qu'un diplôme représentant une instruction assez solide doit être exigé pour l'inscription aux études de sage-femme. C'est, dit-il, le véritable moyen d'élever le niveau intellectuel et moral de la profession et d'y appeler des jeunes filles d'une position sociale plus élevée. Le brevet élémentaire lui paraît réaliser cette condition. Malgré quelques objections de M. Cazeneuve et de M. Pinard, l'amendement de M. Mesureur est adopté par 8 voix contre 7.

— M. Pinard voulait autoriser la sage-femme à conserver la surveillance du développement et de l'hygiène de l'enfant jusqu'à l'âge de trois ans. M. Wallich verrait là un encouragement à l'exercice de la médecine. Si le rôle de la sage-femme se comprend au cours de la première année, remarque-t-il, il semble déjà moins recommandable pour la deuxième année, à plus forte raison pour la troisième. M. Bar rappelle que les Syndicats médicaux consultés sur ce point ont envoyé 58 réponses. La moitié ont admis des soins de surveillance par la sage-femme pendant la première année et 11 ont écarté tout droit pour l'accoucheuse de surveiller l'enfant. L'amendement de M. Pinard est finalement repoussé et le chiffre de deux ans proposé par la Commssion adopté.

Intoxication par le sublimé suivie de guérison.

(MM. Sergent et Janet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-10-1923.)

L'intoxication par le sublimé, en dehors des symptômes locaux (gastriques généralement), comporte une atteinte du rein (néphrite mercurielle), du foie et du cœur (Guillain). Le pronostic en est fort difficile. Pour ce qui concerne les troubles rénaux, on voit assez habituellement, à l'oligurie et à l'anurie, succéder vers le sixième jour, une reprise de la diurèse qui se constate aussi bien dans les cas où l'évolution sera grave que dans ceux où elle sera favorable.

L'observation de M. Sergent est un exemple d'intoxication mercurielle ayant donné naissance à une néphrite azotémique aiguë, d'intensité moyenne, terminée par la guérison en une dizaine de jours. Le malade avait avalé un cachet contenant, assurait-il, 2 grammes de sublimé. Une heure après, amené à la Charité, il put subir un traitement énergique : lavage de l'estomac avec une solution bicarbonatée, eau albumineuse, caféine, huile camphrée. C'est à cette intervention rapide que la guérison semble avoir été due.

Rhumatisme chronique déformant syphilitique.

(MM. Dufour et Duchon. — *Société médicale des hôpitaux* ; 26-10-1923.)

M. Dufour rapporte deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique. Le premier malade, à la suite d'une série de poussées douloureuses articulaires, accuse une limitation des mouvements des épaules et des poignets, des craquements dans le genou droit, et une lésion mitrale. Le deuxième malade est un type de rhumatisant chronique déformant : dislocation des mains, saillie des articulations métacarpo-phalangiennes, etc. L'un et l'autre patients ont un Wassermann positif. Tous deux soumis à la médication bismuthée (Quinby) sont déjà améliorés, le deuxième tout au moins.

L'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur le rhumatisme chronique déformant syphilitique. Certaines affections mitrales, rattachées par routine au rhumatisme articulaire aigu, lui paraissent aussi dépendre de la syphilis.

Bronchites à amibes dysentériques.

(M. Petzetakis, d'Alexandrie. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-10-1923.)

M. Petzetakis a déjà, au mois de juillet dernier, présenté une étude sur certaines bronchites amibiennes pures, chez des sujets ayant eu la dysenterie, bronchites sans abcès amibien, donnant lieu parfois à une expectoration sanglante et pouvant simuler la tuberculose.

Poursuivant ses recherches sur ce sujet, l'auteur a pu rencontrer un groupe assez important de malades (dix observations) atteints de cette forme d'amibiase. Il n'y a pas ici d'abcès. Le malade expectore des crachats glaireux, visqueux, quelquefois sanglants, rappelant même les glaires dysentériques dans certains cas. L'examen microscopique peut déceler les amibes vivantes et le traitement émétinique est d'une efficacité remarquable.

Cancers cérébro-méningés et Bordet-Wassermann

(MM. Mathieu-Pierre Weil et Weissmann-Netter. — *Soc. méd. des hôp.* ; 26-10-1923.)

M. Urechia relatait dernièrement une observation de tumeur méningée s'accompagnant de réaction positive de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien .

MM. Mathieu-Pierre Weill et Weissmann-Netter montrent que les observations de ce genre ne sont pas exceptionnelles. Divers auteurs en ont rapporté et eux-mêmes en ont vu un exemple dans le service du prof. Bezançon.

Ainsi, au cours de lésions néoplasiques des méninges ou des régions juxta-méningées, en dehors de toute spécificité, le liquide céphalo-rachidien pourrait présenter une réaction de Bordet-Wassermann

positive, et aussi également de l'hyperalbuminose et de l'hypercytose. C'est là une notion intéressante, dont la méconnaissance est suceptible d'entraîner des erreurs.

— M. MILIAN n'est pas convaincu par les arguments apportés par M. Mathieu-Pierre Weil. D'ailleurs, ajoute-t-il, on trouve très souvent la syphilis dans les antécédents des cancéreux. Rien d'étonnant à ce que l'on constate un Wassermann positif dans le cancer, voire dans le cancer rachidien.

— M. BABONNEIX est du même avis. Si un certain nombre de sujets atteints de tumeurs malignes des centres nerveux offrent une réaction positive du liquide céphalo-rachidien, c'est parce qu'ils sont en même temps des syphilitiques, héréditaires ou acquis, et que, chez eux, la syphilis a lésé les centres nerveux et leurs enveloppes.

Les services pour psychiques « libres » dans les hôpitaux et les asiles.

(MM. MERKLEN, DE MASSARY, CLAUDE et TOULOUSE — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 26-10-1923.)

Il existe depuis quelque temps, dans plusieurs hôpitaux de Paris, des services de quelques lits destinés à recevoir des malades atteints de troubles mentaux transitoires, ne relevant pas de l'internement, par exemple des délirants éthyliques, des agités dont l'état psychique est dû à une infection aiguë (pneumonie, encéphalite, méningite), à l'azotémie, des femmes atteintes de psychose puerpérale, etc.

MM. Merklen, Minvielle et Hirschberg présentent aujourd'hui une statistique du service des psychiques de l'hôpital Tenon, pendant ces vingt et un derniers mois. Ce service, composé de 5 lits seulement, a reçu 295 malades. Les uns étaient des aliénés transitoires, les autres des aliénés chroniques. Le premier point est, dès leur entrée, d'établir le classement de ces sujets, pour trier ceux qu'il faut diriger sur l'asile d'aliénés. Des cas de toute espèce sont en effet adressés dans les services en question. Ainsi, M. Merklen a reçu 46 malades, paralytiques généraux, arrivés à un stade avancé de leur affection. On est frappé, remarque-t-il, de voir combien souvent l'affection reste inaperçue de l'entourage, les patients continuant l'exercice de leur profession par le seul automatisme. Un de ces paralytiques généraux conduisait encore un taxi la veille de son entrée. L'auteur considère les petits centres de triage neuro-psychiatriques dont il parle comme rendant de grand services.

— M. DE MASSARY signale à son tour l'intérêt pratique et l'intérêt didactique de cette création. A propos de chacun des malades admis se pose la question capitale : faut-il l'interner ? Les étudiants retirent les plus grands bénéfices à assister aux discussions renouvelées de ce problème.

— M. CLAUDE montre la liaison à faire entre ces centres hospitaliers d'isolement et l'asile Sainte-Anne. L'asile Sainte-Anne comporte, actuellement, un dispensaire et des salles ouvertes, sous la direction du prof. Claude et du Dr Toulouse. Les mentaux qu'il n'est pas nécessaire d'interner y trouvent des soins appropriés à leur état. Il conviendrait dès lors de définir les rôles respectifs des salles psychiatriques des hôpitaux et des salles « ouvertes » de Sainte-Anne.

— M. TOULOUSE estime que les services spéciaux d'agités, des hôpitaux, sont utiles parce qu'ils permettent de parer au plus pressé. Mais, ils ne devraient pas sortir de leur rôle d'urgence, n'étant pas organisés pour garder et soigner les psychiatriques. L'examen, le traitement et l'assistance de ces malades exigent, en effet, des installations qui ne se trouvent guère à l'hôpital. L'étude d'un mental comporte des recherches biologiques et une analyse psychiatrique minutieuse. Elle exige une expérience spéciale et soulève des problèmes médico-sociaux délicats. L'*hôpital psychiatrique*, tel qu'il a été récemment institué à Sainte-Anne, réunissant l'asile fermé, le service libre et le dispensaire, satisfait à tous les besoins. Il dispose des moyens d'exploration biologique et clinique ainsi que des procédés de traitement et de surveillance convenables. Les services d'agités des hôpitaux ordinaires ne peuvent répondre à des buts aussi complexes et leur rôle ne saurait viser qu'à l'urgence.

Les séquelles pulmonaires de l'intoxication par les gaz

(M. BRELET, de Nantes. — *Société médicale des hôpitaux* ; 20-10-1923.)

M. Sergent a publié, l'an dernier, une statistique des phénomènes pulmonaires rencontrés chez 54 malades, anciens gazés. Quatre n'avaient aucun signe de lésion, 28 étaient atteints de catarrhe bronchique chronique avec emphysème, 10 de sclérose pulmonaire ancienne, 4 d'induration fibreuse des sommets, et 1 seulement d'induration évolutive des sommets.

M. Brelet a eu l'occasion de son côté d'examiner un groupe de 50 anciens gazés. Trois seulement présentaient des signes de tuberculose pulmonaire. Beaucoup accusaient de la dyspnée et une certaine susceptibilité des bronches — quelquefois sans signes stéthacoustiques, — d'autres fois (33 cas sur 50) avec le syndrome de catarrhe sec et d'emphysème pulmonaire, tel que l'a décrit Laënnec, ou avec des indices de sclérose pulmonaire et de bronchite des sommets.

Les deux statistiques — de M. Sergent et de M. Brelet — se montrent, en définitive, comparables.

P. L.

Calculs de la trompe de Fallope.

(M. J. REGNAULT. — (Société de pathologie comparée, 11 décembre 1923.)

Le Dr Jules Regnault, de Toulon, a trouvé, au cours d'une opération d'hystérectomie, faite avec le Dr Makasdar, deux calculs libres dans une trompe de

Fallope. Il a étudié ce cas d'une affection très rare, sinon inconnue. Ces calculs, formés par du carbonate de chaux incrustant une substance organique constituée par des strates concentriques d'une substance anhiste, ont une densité faible (1.33), mais présentent une opacité comparable à celle d'une phalangette de doigt ; ils pourraient être décelés par la radiographie ; leur pathogénie reste obscure : ils ont pu se former autour d'un caillot de sang, autour de débris épithéliaux, au niveau de légers foyers de salpingite ou plus probablement autour d'ovules arrêtés dans leur émigration tubulaire (1).

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Traitement par le radium des néoplasmes de l'œsophage

M. Nogier. — On peut, pour ce traitement, utiliser trois méthodes : 1° si le rétrécissement n'est pas trop serré, on peut faire déglutir au malade une sorte d'olive allongée constituée par le tube de radium entouré d'un filtre d'or et enrobé de gutta-percha. Cet appareil est maintenu par un fil de soie fixé à la poire et sa position repérée par la radioscopie au moment de la mise en place et plusieurs fois au cours de l'application ; 2° dans les rétrécissements plus serrés, on peut utiliser la sonde porte-radium de Wasmer ; 3° le troisième procédé, le plus traumatisant et le plus pénible pour le malade, consiste à mettre le radium en place sous le contrôle de l'œsophagoscopie.

M. Bérard reproche à tous ces procédés, où le radium est maintenu au bout d'un fil après avoir été introduit par les voies naturelles, de favoriser les risques d'ulcération et d'infection du cancer ; de plus, le tube porte-radium a de grandes chances de se déplacer pendant la durée de son séjour. Il préconise donc, sauf dans les cas où il n'y a aucune sténose ni aucun spasme, la gastrostomie préalable et l'emploi de sondes en gomme mi-souples à l'intérieur desquelles sont glissés les tubes porte-radium et qui ressortent par la bouche ou même par une narine ; ces sondes portent un repère indiquant la hauteur d'application correcte du radium et permettant de remédier de suite à tout déplacement de celui-ci.

M. Sargnon, après avoir donné des précisions sur les différentes techniques actuellement employées dans la radiumthérapie du cancer œsophagien, aborde la question des résultats et des accidents. Ceux-ci n'ont certainement pas tous été publiés, mais on en connaît un certain nombre, notamment des morts par hémorragie ou autres causes.

Quant aux résultats, les cas de guérison sont absolument exceptionnels : on obtient seulement des améliorations. Peut-être l'avenir est-il à l'association du du radium et des rayons X.

Chéloïdes multiples guéries par la radiothérapie.

M. Nogier relate l'observation d'une femme de 29 ans porteur de chéloïdes étendues des avant-bras et des mains consécutives à des brûlures par de l'essence enflammée. Disparition complète par la radiothérapie.

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par les rayons X.

M. Nogier a préconisé ce traitement dès 1913 avec M. Regaud. Les résultats sont surtout intéressants dans les hypertrophies vraies et molles de l'enfance et de l'adolescence. Dans les hypertrophies lacunaires, on n'a en général qu'une amélioration. Dans les hypertrophies dures de l'adulte, où le tissu de sclérose est abondant, on obtient peu de résultats.

Tumeurs de l'amygdale traitées par la radiothérapie.

M. Arcelin, à l'occasion de la communication précédente, rapporte deux observations de tumeurs amygdaliennes traitées et guéries par la radiothérapie.

Néoplasme du cæcum avec invagination et péritonite. Ablation en trois temps.

M. Rougemont présente, au nom de M. Cotte, une malade qui montrait cliniquement des signes d'utérus fibromateux, avec une masse abdomino-pelvienne droite que l'on pensa être (il y avait une température oscillant entre 39° et 40°) un kyste de l'ovaire suppuré. Une première laparotomie montra qu'il y avait bien un utérus fibromateux, mais que la masse était formée par un néoplasme du cæcum avec invagination iléo-cæco-colique. On fit l'extériorisation de l'anse iléo-colique avec anus sur le grêle. Dans une deuxième intervention, on fit l'ablation de l'anse extériorisée et, dans une troisième opération, une entérorraphie intra-péritonéale par suture latérale, une radicale de l'éventration ; réunion par première intention ; guérison.

Absence congénitale du péroné.

MM. Plauchu et Gaudon présentent un nourrisson atteint d'absence congénitale du péroné, avec courbure très accentuée du tibia, et absence de deux métatarsiens et de deux orteils.

Un cas d'ozène trachéal.

M. Sargon présente un malade atteint d'ozène nasal atrophique bilatéral, s'accompagnant d'ozène

(1) L'examen histologique a été pratiqué par les Drs Ranque et Sènes, de Marseille, membres de la Société de pathologie comparée ; l'analyse chimique a été faite avec la collaboration de M. Guichard, pharmacien, ancien professeur de chimie à l'école de médecine navale de Toulon, et l'examen radiographique par M. le Dr Rougnon, de Toulon.

de la trachée. Celui-ci donnait peu de signes fonctionnels, seulement un peu de gêne le long de la trachée, et fut révélé par la trachéoscopie indirecte de Kilian qui montra l'existence de croûtes et de croûtelles trachéales. Traitement par les injections intra-trachéales de pneumobiol. Amélioration .

Laryngostomie pour rétrécissement du larynx. Résultat éloigné.

M. Collet présente un malade qu'il a opéré il y à trois ans ; ce malade avait alors 12 ans ; il avait été trachéotomisé à l'âge de 1 an 1/2, et portait une canule depuis 10 ans. Actuellement, le malade a la voix à peine voilée ; la respiration nasale ou buccale est parfaite.

Lithopédion d'un fœtus à terme toléré pendant trente ans.

M. Ch Dunet présente, au nom du Pr Villard, du Dr Charrin et au sien, un lithopédion enlevé opératoirement chez une femme de 71 ans qui en était porteuse depuis *trente ans*. Cette femme avait eu, en effet, en 1893, une grossesse extra-utérine-abdominale ; au neuvième mois, mort de l'enfant constatée par un chirurgien qui conseilla l'abstention opératoire. Depuis lors, la malade n'éprouva aucun trouble jusqu'en décembre 1923, où survint une crise d'occlusion intestinale qui céda au traitement médical. En janvier 1922, M. Villard voit cette malade et fait le diagnostic de fibrome calcifié avec réserves sur la possibilité d'un lithopédion. A l'intervention, ce fut ce dernier diagnostic qui se trouva confirmé. La tumeur présentait deux portions : l'une, correspondant au tronc, à l'abdomen et aux membres du fœtus, était située dans la grande cavité abdominale, l'autre, située dans le petit bassin, était constituée par l'extrémité céphalique du fœtus. Les tissus fœtaux étaient dans un état remarquable de conservation et tous les organes parfaitement reconnaissables. La tête était entourée d'une coque calcifiée d'une épaisseur variant de 2 à 5 millimètres ; l'autre masse était enveloppée d'une couche hyaline blanchâtre, pseudo-cartilageineuse.

Vaginisme. Névrotomie unilatérale du nerf honteux interne. Guérison.

MM. L. Michon et Wertheimer relatent l'observation d'une malade opérée par eux dans le service de M. Molin, pour du vaginisme ayant récidivé après une séance de dilatation sous anesthésie. Les auteurs pratiquèrent la section du nerf honteux interne gauche, opération un peu oubliée aujourd'hui, mais sur laquelle, en raison du bon résultat qu'ils ont obtenu, ils croient devoir rappeler l'attention.

Tumeur cérébrale à développement juxta-ventriculaire

MM. Mouriquand, Dechaume et R. Ravault rapportent l'observation d'une enfant de 6 ans, sans antécédents notables, qui, en août 1922, fut prise de céphalée, de vomissements et de constipation. Son caractère se modifia, puis apparurent des crises convulsives, et enfin un peu de raideur du tronc et de la nuque. A son entrée à l'hôpital, subcoma, signes méningés nets, mais discrets ; contracture marquée des membres supérieurs ; mâchonnement, grincement des dents ; réflexes tendineux normaux, Babinski positif, réflexes de défense exagérés ; pupilles égales ne réagissant pas à la lumière. Ponction lombaire : tension = 25 ; liquide normal au point de vue cytologique et chimique avec Wassermann négatif. La température, d'abord normale, s'élève les derniers jours. Mort quatre jours après l'entrée. A l'autopsie, on trouva une tumeur assez volumineuse de l'hémisphère droit, creusée d'une cavité kystique, qu'on aurait pu prendre pour le ventricule latéral : celui-ci est en réalité refoulé par la tumeur ; gros caillot au niveau du corps calleux ; dilatation du ventricule cérébral gauche.

Société médicale des hôpitaux.

Perforation pulmonaire spontanée au cours d'un pneumothorax artificiel total.

M. Roubier présente l'observation d'un malade traité dans son service pour une tuberculose évolutive du lobe supérieur du poumon droit par la méthode de Forlanini ; le pneumothorax fut d'abord bien toléré et le malade s'améliora, lorsque, à la suite d'une insufflation, il ressentit un brusque point de côté à droite, puis fit de ce côté des signes d'épanchement avec bruit de succussion. Liquide purulent à la ponction avec nombreux pneumocoques, sans bacilles de Koch. Cachexie progressive et mort. A l'autopsie, on trouva une vaste perforation (de l'étendue d'une paume de main) correspondant au lobe supérieur. La cavité pleurale renfermait du sang et de nombreux caillots. L'auteur fait remarquer qu'on ne peut invoquer, dans ce cas, la rupture d'une adhérence au cours de manœuvres d'insufflation, car la radioscopie faite quelques jours avant la perforation avait montré que le pneumothorax était à ce moment absolument total. Il s'est agi d'une perforation par processus pulmonaire ulcératif. Le sang et les caillots trouvés dans la cavité pleurale provenaient de la rupture d'une artériole au niveau de la perforation ; le malade a fait ainsi une hémoptysie dans son pneumothorax.

Un cas de gangrène pulmonaire guéri par la sérothérapie anti-gangréneuse et l'arsénothérapie associées.

MM. Froment et Lévrat présentent un malade entré à l'hôpital avec des signes d'hépatisation du sommet droit ; au bout de quelques jours, l'état général s'améliora, mais les signes physiques persistèrent. Puis la température s'éleva à nouveau, l'expectoration devint très abondante, puis fétide, l'état général s'altéra de plus en plus ; à la radioscopie,

ombre de forme triangulaire à base axillaire et à pointe hilaire au niveau du poumon droit. On fait pendant huit jours de suite du sérum antigangréneux ; puis, dès le deuxième jour de ce traitement, on lui associe le traitement par le novarsénobenzol, 0 gr. 30 le premier jour, puis 0 gr. 15 tous les deux jours pendant quatorze jours. La température s'abaissa rapidement, en même temps que diminuait l'expectoration et que s'améliorait l'état général. Un mois après le début du traitement, le malade était guéri.

Lymphadénie hérédo-syphilitique tardive.

MM. Weill, Bertoye et Bernheim présentent l'observation d'une fillette de 14 ans entrée à la Charité pour de volumineuses hypertrophies ganglionnaires sus-claviculaires, parotidiennes, sous-maxillaires, axillaires, inguinales ; grosse rate ; stigmates évidents d'hérédo-syphilis : tibias en « lames de sabre », volumineuse exostose du péroné, kératite interstitielle bilatérale. L'enfant n'avait pas eu d'éruption suspecte à sa naissance. Wassermann très positif. Examen du sang : hématies : 5.400.000 par millimètre cube ; globules blancs : 24.800 ; polynucléaires : 82 %. Après un mois de traitement par le bismuth, puis par le mercure, les masses ganglionnaires ont considérablement diminué, le Wassermann reste toutefois positif et on continue le traitement spécifique. Biopsie d'un ganglion : petits îlots caséeux à la coupe, sans B. de Koch ; inoculation au cobaye d'un fragment caséeux négative. Il s'agit, en résumé, d'un cas de lymphadénie aleucémique chez une hérédo-syphilitique.

Cancer de l'estomac et cancer des ovaires.

MM. Bouchut et Morénas présentent l'observation d'une femme de 40 ans atteinte depuis six mois seulement de troubles dyspeptiques avec vomissements ayant pris rapidement le caractère de stase, amaigrissement progressif. La malade entre à l'hôpital à la suite d'une crise de tétanie. Elle est très émaciée, on constate tous les signes d'une sténose pylorique. On tente de la réhydrater par des injections abondantes et répétées de sérum artificiel, puis on l'envoie en chirurgie où l'on pratique une rapide gastro-entéro-anastomose au bouton. Mort la nuit suivante. A l'autopsie : infiltration énorme des parois pyloriques ; ovaires hypertrophiés (volume d'une orange à droite, d'une noix à gauche. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un néoplasme ovarien de même type que le cancer gastrique (infiltration du type *linite*). Cette association de cancer pylorique et ovarien constitue un véritable syndrome qui a été étudié par divers auteurs. Le plus souvent l'un des deux cancers, l'ovarien d'ordinaire, ne se révèle qu'à l'autopsie. A noter qu'il s'agissait, comme il arrive ordinairement en pareil cas, d'un sujet encore jeune.

A. C.

Les Congrès

XXXIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

(8-13 *octobre* 1923 (1) (*Suite*).

M. de Fourmestraux (de Chartres) regrette que dans leur étude critique du traitement des prolapsus des femmes âgées, les rapporteurs aient donné une part exclusive à l'opération de Le Fort.

Le cloisonnement élargi du vagin est une intervention réglée, mais qui nécessite pour être correctement exécutée une anesthésie assez longue, c'est-à-dire constitue un danger réel chez les femmes âgées qui présentent un prolapsus incompatible avec une existence normale.

Toutes les fois que l'anesthésie générale ou rachidienne est contre-indiquée, l'auteur pratique le cerclage vaginal par fil métallique laissé à demeure. La technique de cette intervention est simple. Partant d'une des parois latérales du vagin à 3 centimètres de la vulve, un fil d'argent est faufilé avec une aiguille courbe, dans les parois recto et vésico-vaginales, puis fermé en bourse au niveau de son point d'introduction. Pessaire sous-muqueux qui n'a pas l'inconvénient de l'horrible instrument qu'est le pessaire sous une quelconque de ses formes.

Il a pratiqué 16 cerclages sous-muqueux pour prolapsus toujours dans les mêmes conditions, malades très âgées ou malades ayant subi des interventions suivies de récidives.

Dans 10 cas, le fil d'argent a été toléré, dans 5 cas il a ulcéré la muqueuse et il a fallu l'enlever.

Une femme de soixante-dix-neuf ans, opérée il y a dix ans, a été revue il y a quelques mois, fil métallique parfaitement toléré.

Le cerclage du vagin n'est pas un procédé très élégant, c'est la mise en place d'un pessaire sous-muqueux qui semble remplir les mêmes indications que le cerclage métallique périanal qui, dans certains prolapsus rectaux, donne de bons résultats.

En dehors de toute autre considération, c'est une technique qui ne demande que quelques minutes d'anesthésie locale ou de kélène, ce qui a une valeur précise chez des gens âgés et dont l'état général est souvent médiocre.

---

(1) *Service spécial de la Presse Médicale française* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

M. Imbert (de Marseille) a employé tous les modes opératoires (60 cas), sauf cependant la colpectomie. Il distingue trois sortes de prolapsus : 1° les prolapsus légers : cystocèle et rectocèle ; 2° les prolapsus marqués : cystocèle, rectocèle et chute légère de l'utérus ; 3° les prolapsus complets : l'utérus sort de la vulve. Les opérations périnéales guérissent les prolapsus légers. Dans le second cas, il faut faire la triple opération. Dans le troisième cas, surtout s'il s'agit d'une vieille femme, c'est la colpo-périnéorraphie avec hystérectomie vaginale qui convient. L'hystérectomie vaginale dans le prolapsus ne mérite pas toutes les critiques qu'on en a faites.

M. Schicklé (de Strasbourg) fait remarquer qu'après la triple opération, on observe souvent une disparition complète de la cystocéle et de la rectocèle, alors que le col utérin recommence à descendre. C'est que l'utérus et le vagin se trouvent dans le même axe. L'opération du Schauta est alors indiquée. Elle donne à l'auteur de bons résultats.

M. Dujarier (de Paris) n'envisage que les prolapsus complets des femmes âgées ayant atteint la ménopause et renoncé au coït. Dans ces prolapsus, le vagin est complètement éversé et il n'existe plus de sillon séparant la vulve de la masse prolabée.

Avant de connaître l'opération de Muller, l'auteur considérait ces cas comme bien décevants. Malgré les hystéropexies, la fermeture du Douglas et les périnéorraphies les plus larges, il n'obtenait que des résultats incomplets et peu satisfaisants.

Le Muller pratiqué depuis 1919 ne lui a donné que des succès dans treize cas dont la bonne moitié a été revue au bout d'un ou deux ans.

Voici les temps de l'opération : anesthésie rachidienne (6 à 8 centigrammes de novocaïne) ; incision circulaire du vagin à 2 centimètres environ de la vulve sur laquelle on branche deux incisions médianes arrivant jusqu'au col ; recherche du plan de clivage et décollement par traction, plus ou moins aidée du bistouri, des lambeaux ainsi délimités : résection large du col après avoir décollé la vessie ; fermeture du col au catgut. Le fil médian fixe l'anse d'un faisceau de crin qui servira au drainage, tant contre le sang que contre les sécrétions utérines. Ce drainage tombera spontanément vers le dixième jour. Enfouissement par étages de la large surface cruentée. Suture de la muqueuse vaginale.

M. Walther ne peut juger la colpectomie, car il n'a jamais fait que la « triple opération », avec hystéropexie, quand il y avait rétroversion et cette méthode lui a donné de très bons résultats.

M. Siredey approuve pleinement les conclusions des rapporteurs. Il ne peut discuter les techniques, n'étant pas compétent à ce sujet, mais il a vu les résultats et considère la triple opération comme une des meilleures de la chirurgie gynécologique. Les récidives s'observent chez les sujets mal opérés ou opérés trop tard. M. Siredey condamne le pessaire et insiste sur la nécessité du repos après l'opération et sur l'utilité de la kinésithérapie avant et après l'opération.

M. Jayle (de Paris) pense que le prolapsus utéro-vaginal est essentiellement une maladie de dystrophie des tissus et que, en conséquence, les procédés opératoires doivent plutôt viser à obtenir une amélioration aussi grande que possible, qu'à chercher une guérison complète et définitive qui est bien problématique. La maladie étant bénigne, l'opération doit être toujours bénigne. Chez les femmes âgées, il recommande un examen médical et l'anesthésie limitée à la région génito-périnéo-anale.

Il insiste sur l'importance des détails dans cette intervention, en particulier sur la nécessité d'éviter des délabrements trop grands, et toutes les causes d'hématomes post-opératoires, afin de supprimer les abcès qui restent la pierre d'achoppement dans cette opération.

Il estime que la méthode française doit être prise comme base du traitement dans la très grande majorité des cas. Il faut toujours faire suivre ces opérations d'un traitement médical physiothérapique. Il recommande à ses opérées de se considérer comme faibles dans cette partie de l'organisme et en conséquence, de prendre des précautions de vie dont les plus importantes consistent à couper la journée en deux par un repos régulier en position étendue ou assise après le repas de midi.

M. Le Nouène (du Havre) traite le prolapsus par l'opération de Schauta.

M. Gourdet (de Nantes) emploie l'Alquié-Alexander et la colpopérinéorraphie avec suture des releveurs.

M. Vanverts (de Lille) estime que le traitement opératoire des prolapsus génitaux doit varier suivant la disposition des lésions. Celle-ci doit donc être soigneusement établie avant toute intervention.

La *colporraphie antérieure* et la *colpopérinéorraphie* constituent les parties principales de l'opération dans presque tous les cas.

Au cours de la colporraphie antérieure, on a préconisé la suture des releveurs ; mais, celle-ci, d'exécution souvent difficile, ne donne qu'un résultat très passager et il n'est pas prouvé qu'elle soit utile ; elle constitue, du reste, une disposition anatomique anormale que les contractions des releveurs font rapidement disparaître. Il n'en est pas de même de la suture de ces muscles en arrière du vagin, au cours de la colpopérinéorraphie ; cette suture reconstitue, en effet, le plan musculaire du périnée.

La résection du col, indispensable en cas d'allongement hypertrophique intravaginal ou sus-vaginal du col, est avantageusement remplacée, en cas d'hypertrophie purement inflammatoire du col, par la *cautérisation au caustique de Filhos*.

L'*hystéropexie* directe ou indirecte ne doit pas être systématiquement combinée aux opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée. On la réservera aux prolapsus totaux et on n'y aura recours,

en cas de prolapsus partiel, que si l'utérus est en forte rétroflexion.

A la colpectomie totale, on préférera le *cloisonnement élargi du vagin*, qui a donné à l'auteur deux succès.

L'*oblitération du Douglas*, que Vanverts a combinée aux opérations plastiques colpopérinéales dans un cas où le cul-de-sac était très profond, lui a donné un résultat favorable.

M. Duvergey (de Bordeaux) a recours, chez les femmes jeunes, à la fois aux réfections périnéales et aux ligamentopexies. Il considère l'hystéropexie abdominale, même isthmique, comme dangereuse ; deux cas de grossesse extra-utérine et deux cas d'avortements à répétition ont été signalés à la suite de cette opération.

Il emploie, pour réparer le périnée, une technique qu'il a déjà décrite et qui consiste en une résection rectangulaire de la muqueuse vaginale postérieure, depuis le col jusqu'à la vulve, suivie de sutures musculaires et muqueuses avec resserrement de l'orifice vulvaire. Les résultats éloignés sont remarquables.

Chez les femmes âgées, les reconstitutions étendues du périnée constituent le point essentiel de la cure des prolapsus, et les ligamentopexies peuvent, sans inconvénient, être remplacées par l'hystéropexie abdominale.

Le cloisonnement du vagin peut aussi donner d'excellents résultats.

M. Goullioud (de Lyon) est resté fidèle à la *triple opération* : ventro-fixation, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie qui lui donnent satisfaction. Voici sa statistique :

Sur 126 opérations pour prolapsus, une mort.

Sur 87 malades revues à longue échéance, parfois après plus de dix ans, 72 résultats sont restés excellents ; 6 fois la pose d'un petit pessaire en berceau a été nécessaire pour parfaire les résultats ; 9 récidives plus ou moins rapides.

Pour que le succès soit obtenu, il faut une solide fixation de l'utérus par des catguts forts associés à des fils non résorbables. Les pointes de hernie parfois observées seront évitées par la confection d'un surjet péritonéal et d'un surjet aponévrotique soignés.

L'utérus ainsi fixé devient un point d'appui solide pour les organes du bassin ; il dévie la pression abdominale qui porte moins sur la vessie. Celle-ci est soutenue, d'autre part, par la sangle de la colporraphie antérieure qui demande, pour ne pas céder, à être elle-même soutenue par un solide périnée.

Les trois temps de l'opération sont donc nécessaires et quand l'auteur a voulu se dispenser d'exécuter l'un ou l'autre de ces temps, les résultats ont été moins bons.

Les opérées doivent être suivies ; à la moindre récidive, on appliquera un petit pessaire en berceau. Il n'y a rien de commun entre ce petit berceau et les gros pessaires qui distendent le vagin et retiennent les sécrétions.

Chez les femmes très âgées, on s'adressera à l'opération de Le Fort élargie.

La technique de Schauta-Wertheim, dans les quelques cas où l'auteur l'a employée, lui a paru efficace.

M. Tailhefer (de Béziers) traite le prolapsus total des vieilles femmes par la colpectomie à laquelle il ajoute l'ablation de la muqueuse du col et le drainage de celui-ci.

L'opération est faite à l'anesthésie locale. Grâce au drainage et à la suppression de la muqueuse cervicale par évidement, les inconvénients de la colpectomie de Müller-Savariaud n'existent plus. L'auteur cite l'observation d'une femme de soixante-treize ans ; déjà opérée pour un prolapsus total, neuf ans auparavant et dont la récidive après la « triple opération » se produisit au bout de quatre mois. La « colpectomie modifiée » a donné, chez cette malade, une guérison qui se maintient après dix-huit mois.

M. Guyot (de Bordeaux) ne pratique plus l'opération d'Alquié-Alexander, car il a eu un accident : une malade qui ne présentait cliniquement aucun signe d'annexite fit de la péritonite. Mieux vaut raccourcir les ligaments ronds par la méthode de Doléris, la laparotomie permettant de reconnaître sans erreur possible l'état des annexes.

L'hystéropexie abdominale est une bonne opération chez les femmes âgées, mais chez les femmes jeunes, elle demande une exécution minutieuse. Dans la plupart des cas, la « triple opération » est la méthode de choix.

M. Gernez (de Paris) pratique, chez les sujets jeunes, une colpopérinéorraphie, une opération de Le Fort et un raccourcissement des ligaments ronds dans le canal inguinal ; le tout, sous-anesthésie locale.

M. Cotte (de Lyon) expose les bons résultats qu'il obtient par le procédé de Watkins, Wertheim, Schauta.

M. Patel (de Lyon) emploie presque toujours la rachianesthésie basse dans toutes les interventions dirigées contre le prolapsus utérin. Chez les femmes âgées, il pratique une périnéorraphie antérieure et postérieure et fixe l'utérus par la méthode de Doléris après incision transversale de la paroi. Chez les femmes jeunes, il préfère la « triple opération ».

M. Thévenard (de Paris) pense que le procédé de choix pour l'immense majorité des cas est la « triple opération ». La suture méthodique des releveurs lui semble un grand perfectionnement apporté à la technique de Bouilly. Dans les cas de prolapsus accentué, il pousse très haut la suture du périnée dans le plan frontal. Il ne résèque pas le vagin comme pour une colpectomie ; il en fait un tampon qu'il fixe entre le périnée et le bas-fond de la vessie, tampon qui joue avantageusement le rôle de l'utérus dans le procédé de Schauta.

M. Lardennois (de Reims) distingue la thérapeutique des prolapsus génitaux de celle des déchirures du périnée : la périnéorraphie fait merveille, dit-il, dans les ruptures récentes du périnée, mais ne

suffit pas dans les prolapsus. Pour guérir ceux-ci, il est nécessaire de rétrécir le conduit vaginal lui-même sur toute sa hauteur, et, pour ce faire, la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie s'imposent. Pour être certain du succès, l'auteur conseille d'y ajouter une hystéropexie abdominale. Au début, sa technique n'était pas bien fixée, Il a été amené par la pratique et l'expérience à utiliser systématiquement la « triple opération ».

Il enlève de larges lambeaux de muqueuse vaginale et dissèque avec soin sur un centimètre les lèvres de la plaie à rapprocher, de façon à affronter, non des bords, mais de larges surfaces. De plus, l'auteur voit dans cette technique un moyen facile de rechercher et suturer les releveurs.

Chez les femmes âgées ou fatiguées, mieux vaut recourir à la rachi-anesthésie qu'à l'éther ou au chloroforme. Trois fois, l'auteur a pratiqué la colpectomie à la façon de Savariaud ; les résultats ont été satisfaisants. Il reproche cependant à cette méthode la suppression de la fonction conjugale. Dans la plupart des cas, c'est donc à la « triple opération » qu'il demande la guérison de ces malades, ou bien, supprimant l'hystéropexie, il pratique une colpopérinéorraphie complétée par la suture antérieure et postérieure des releveurs. Cette méthode dans 8 cas lui a donné 8 succès. Il reconnaît que l'intervention est plus longue et plus pénible que la colpectomie, mais elle garde l'avantage de ne pas supprimer la fonction sexuelle.

M. Henry Reynes (de Marseille) ajoute aux réfections du périnée et aux fixations de l'utérus l'électrisation anté ou post-opératoire des muscles releveurs. Il s'est bien trouvé de l'emploi de fils métalliques perdus dans toutes ces interventions. Ces fils sont tordus l'un sur l'autre ; on coupe le tortillon qu'on roule en « crosse d'évêque » avec une pince à mors plats pour éviter toute piqûre ou douleur. Ces sutures ne comprennent que les parties musculeuses ou cellulo-fibreuses. Les muqueuses sont ensuite suturées à la soie ou au catgut par-dessus les sutures métalliques profondes qui sont très bien tolérées et insensibles.

M. Paul Delbet (de Paris) estime que dans la pathogénie du prolapsus, les actions mécaniques jouent un rôle secondaire ; le rôle principal appartient à l'infection et à l'inflammation qui dissocie les ligaments et ramollissent l'utérus. D'après lui, le premier temps du traitement doit être un temps de désinfection.

Chez les femmes avant la ménopause, on pratiquera, soit une hystérectomie vaginale, soit un curettage avec opération de Schröder suivant que le prolapsus sera *incomplet* ou *complet*.

Comme opération curative, l'auteur emploie la colpopérinéorraphie associée à la fixation utérine. Il juge le procédé de Watkins et Wertheim illogique, la colpectomie barbare, le cloisonnement de Le Fort et le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés inefficaces. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les extraits d'ovaires dissociés

Tota mulier in ovario, ainsi, pour rester exacte, doit être révisée l'antique et classique formule, car c'est l'ovaire qui fait toute la femme, et non point l'utérus. C'est l'ovaire, « la grande raison pour laquelle il y a vraiment une médecine féminine et surtout une neuro-psychiatrie féminine » (1). Aussi la médication ovarienne est-elle appelée à jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans la thérapeutique des manifestations morbides les plus diverses dont l'organisme féminin peut être le théâtre.

L'étude des extraits ovariens a fait l'objet depuis une quinzaine d'années d'un grand nombre de publications où leur mode d'action, puis leurs indications, ont été successivement observées et précisées. On sait que par extraits dissociés il faut entendre les produits résultant d'une séparation, au moyen d'un traitement de la glande par des solvants appropriés, de ses principes à action antagoniste : hormones et chalones. Le produit hormonique possède une action *activante sur la glande en question et les organes* placés sous sa dépendance ; le produit chalonique exerce, dans les mêmes conditions, une action inverse, freinatrice ou neutralisatrice.

La dissociation de ces principes, dont on ignore la constitution chimique exacte, et qui sont étroitement unis dans la glande, est une œuvre de laboratoire qui ne va pas sans de sérieuses difficultés. En fait, elle n'a été réalisée jusqu'à présent, semble-t-il, que pour l'ovaire, d'où l'on a pu extraire deux corps, l'agomensine et la sistomensine, qui correspondent, par leur action physiologique, à la définition théorique des principes hormoniques et chaloniques (1). Le pre-

(1) Laignel-Lavastine. — Hygiène du sympathique. *Presse Médicale*, 31 octobre 1923.

(1) Prenons, par exemple, le cas de la surrénale et de la thyroïde. Si l'adrénaline peut être considérée comme une hormone (sympathicotrope), le principe chalonique peut-il être identifié avec l'extrait cortical ? C'est douteux. De la thyroïde nous connaissons l'action hormonique sur la trophicité des os et de certains tissus, mais ce serait dépasser les limites de la définition admise que de parler de son action chalonique, car si elle est bien modératrice de certains organes, cette action doit être rapportée, vraisemblablement, au même (ou aux mêmes) principe que son action activante : thyréoantitoxine (Fraenkel), iodo-thyrine (Baumann).

mier de ces corps, en effet (de constitution protéidique), semble bien exercer sur l'utérus et ses annexes une influence activatrice, se manifestant par l'exagération du molimen hémorragique, avec règles consécutives plus abondantes, alors que le second (de constitution lipoïdique) exerce une *influence* nettement opposée.

L'utilisation thérapeutique de ces deux substances découle de ces données physiologiques : on emploiera l'extrait activateur (agomensine) dans les cas où la congestion utéro-ovarienne pêche par défaut, réservant l'extrait freinateur (sistomensine) aux cas où cette congestion pèche au contraire par excès.

Pour notre part, nous avons relevé un cas type où l'administration de ce dernier principe a justifié entièrement la prescription qui en avait été faite ; dans deux autres cas le principe activateur a donné des résultats très nets. Voici, résumées, ces trois observations qui nous paraissent avoir, en s'ajoutant à celles publiées antérieurement par d'autres auteurs, un certain intérêt expérimental. Dans la première, il s'agit, en réalité, d'une action substitutive du médicament plutôt que d'une action activatrice, la malade ayant été ovariotomisée.

1er *cas* (extrait activateur).

Mme B., 38 ans, opérée il y a deux ans pour salpingite double. Présente l'ensemble des troubles caractéristiques de la ménopause chirurgicale : bouffées de chaleur, lourdeur de tête, etc. A pris 6 kgr. depuis l'intervention, engraisse encore.

Le 18 mars. — Institution du traitement par l'agomensine, 4 comprimés par jour, pendant dix jours par mois.

Le 12 juillet. — Atténuation des troubles ; pas d'amaigrissement.

Le 11 août. — Presque disparition des vapeurs et de la céphalée ; amaigrissement de 800 gr.

Le 25 septembre. — Plus de troubles d'aucune sorte. Amaigrissement de 1 kgr. 500. Suspension du traitement pendant un mois, reprise ensuite.

Le 25 octobre. — Etat excellent, la malade a maigri encore et ne dépasse que de 2 kgr. son poids pré-opératoire ; tous les troubles ont disparu.

2e *cas* (extrait activateur).

Mlle S., 22 ans. Premières règles à 14 ans ; depuis n'a jamais été bien réglée. Quelques jours avant la période cataméniale, douleurs dans les glandes mammaires avec tuméfaction consécutive. Règles peu abondantes accompagnées de douleurs vives. A la palpation, ovaires non douloureux, utérus apparaissant normal au toucher rectal. Nous nous abstenons du toucher vaginal, la malade étant vierge.

Traitement par l'agomensine, 4 comprimés par jour pendant les cinq jours précédant les règles.

Revue deux mois après : plus aucun symptôme mammaire, règles apparaissant normalement, sans grandes douleurs. La malade nous fait part de son mariage prochain ; nous lui conseillons de continuer le traitement par l'agomensine au moins un mois sur deux.

Mentionnons encore le cas d'une malade âgée de 19 ans, réglée à 9 ans et très régulièrement à partir de ce moment jusqu'à l'âge de 17 ans où se produit une fausse couche. Curettage. A la suite de celui-ci, plus de règles pendant deux ans. Mise à l'agomensine, les règles réapparaissent, d'abord faiblement, puis un peu plus abondantes, sans être cependant ce qu'elles étaient auparavant. Malade malheureusement perdue de vue depuis un an.

3e *cas* (extrait freinateur).

Mlle B., 14 ans. Début de la menstruation il y a 8 mois, interruption de celle-ci pendant trois mois; puis réapparition d'un flux abondant avec douleurs marquées. Ces règles, anormalement abondantes et prolongées (8 jours), se sont reproduites à nouveau au bout de 21 jours avec les mêmes caractères ; elles sont suivies d'anémie et de dépression nerveuse. Traitement par la sistomensine : deux comprimés par jour 10 jours après la cessation des menstrues, dose portée à 4 comprimés par jour à l'apparition de celles-ci. Dès le premier mois, règles apparaissant 25 jours après les précédentes, durant 5 jours seulement. Après trois mois de traitement, époques revenant régulièrement tous les 27/28 jours, moyennement abondantes, indolores. Etat général très amélioré.

Signalons, pour terminer, qu'ayant expérimenté des extraits lipoïdiques et protéidiques obtenus par des procédés identiques, mais provenant d'organes de bovidés et d'ovidés, les premiers nous ont donné des résultats satisfaisants, comme ceux que nous venons de rapporter, alors que les seconds, à côté d'une action spécifique incontestable (bien que moins nette cependant) ont déterminé des troubles divers, d'ordre digestif surtout, semblant impliquer un certain degré de toxicité. Rapprochant ces constatations de celles de Gley, nous sommes amenés à conclure, que, pour les extraits ovariens, les vaches et génisses (non gravides) constituent les animaux de choix et que l'on a intérêt à éliminer les organes provenant d'autres espèces, en particulier des ovidés.

A. J.

BIBLIOGRAPHIE

L. POULIOT. — Opothérapie des troubles menstruels, opothérapie lutéique dissociée. *Paris médical*, 11 novembre 1922.

O. ROLLAND et A. JOUVE. — L'opothérapie ovarique dissociée et le rôle antagoniste des substances lipoïdiques et protéidiques du corps jaune et du stroma ovarien. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, novembre 1922.

J. TISSOT. — Un cas d'hyperovarie et un cas d'hypoovarie traités par les extraits lipoïdiques et protéidiques de l'ovaire. *Progrès médical*, 30 mars 1923.

X. MAURIN. — Insuffisance ovarienne et goitre exophtalmique. *Journal de Médecine de Paris*, 7 avril 1923.

J.-R. HENRY. — Physiologie du corps jaune. *Gazette des Hôpitaux*, 7 et 14 avril 1923.

C. BRU. — De l'administration de deux substances antagonistes extraites de l'ovaire. *Bulletin médical*, 11 avril 1923.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CAMPAGNE CONTRE LES MÉDECINS DANS LA LITTÉRATURE MODERNE

« Tout a été dit, depuis qu'il y a des hommes, et qui pensent... » Cette pensée de Pascal me revient en mémoire, au moment où la chronique théâtrale des journaux m'informe du grand, du légitime succès que vient de remporter, aux Champs-Elysées, la nouvelle pièce de Jules Romains. Et je me prends à penser à mon tour : Oui, tout a été dit, sur et contre les médecins, depuis qu'il en existe, et qu'il existe autour d'eux des écrivains dont la verve s'aiguise à leurs dépens.

Molière a, pour sa part, manié vigoureusement le fouet de la satire contre la médecine et les médecins. Mais c'était Molière. Encore qu'il s'en faille que notre grand comique revive dans l'esprit des modernes contempteurs de notre art et de ses adeptes, rarement vit-on pareille abondance de romans et de pièces dans lesquels le médecin, personnage de premier ou de second plan, est dépeint sous les couleurs les plus sombres, présenté tantôt comme un charlatan, tantôt comme un vulgaire malfaiteur, toujours comme un indigne.

Si la littérature est le reflet des mœurs d'une époque, le public qui lit les romans du jour ou qui fréquente les salles de spectacle, doit avoir une singulière idée du corps médical et de ses habitudes.

Voici d'abord P. Benoist — dont le talent n'est pas seulement dans l'invention et dans l'écriture, mais aussi dans une aptitude spéciale à cultiver le plagiat — qui met en scène, dans Mlle de la Ferté, deux médecins, l'un simple médecin de campagne, l'autre professeur à la Faculté de Bordeaux. Les deux confrères se rencontrent en consultation au lit d'une tuberculeuse, placée dans les conditions hygiéniques les plus déplorables. Le professeur émet l'avis qu'il serait urgent d'envoyer la malade dans un sanatorium. — Vous n'y pensez pas ! réplique le médecin traitant. Vous n'allez pas me priver du revenu que je tire de mes visites à une malade qui, au demeurant, est perdue. » Et le consultant acquiesce. Puis, grossièrement, il se fait servir à manger, et termine son repas par une bonne rasade d'un lénitif cassis, à défaut de la vieille fine qu'il aurait préférée.

Prenons maintenant l'Immolé, d'E. Baumann. Il y a là un type de médecin d'une conscience à toute épreuve. Jugez-en plutôt. As de la chirurgie osseuse, opérateur remarquable, il enlèvera une tumeur de l'intestin, *non sans s'être fait payer d'avance 20.000 francs, pour une opération inutile.*

Enfin, le chef-d'œuvre de la satire, dans le genre, est la pièce de Jules Romains, dont je parlais en commençant : *Knock, ou le triomphe de la médecine.*

En voici l'analyse, telle que je la découpe dans le *Journal* du 16 décembre :

Un médecin, Knock, né médecin de cœur et de tempérament, après avoir étudié toutes les ressources de la pharmacie et de la médecine, après avoir acquis une longue expérience illégale sur un navire, se décide, vers la quarantaine, à passer (pour pouvoir exercer légalement en France), une thèse sur ce sujet qui est tout un programme : *les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent.* Il rachètera son domaine médical à un médecin de province, qui croit le rouler, car il n'a pas un seul client dans un pays où tout le monde se porte bien. Ce médecin de l'ancien temps faisait, en effet, payer ses visites assez cher et n'ordonnait que des remèdes de quelques sous. Le nouveau médecin, plus moderne, fera le contraire : il y aura des visites gratuites pour tout le monde le lundi et si, par hasard, les gens sont malades ils reviendront les autres jours. Il suffit de connaître la province pour savoir que tous les gens, même les plus riches, voudront profiter des visites *gratuites* et, qu'une fois le doigt mis dans l'engrenage, tout le reste y passera. Graphiques, statistiques, cartes médicales du pays, fiches indiquant la fortune de chacun beaucoup plus exactement que chez le percepteur, l'organisation formidable se développe, gagnant les villages voisins. Chacun voudra être soigné ; l'hôtel regorge — j'allais dire de pèlerins — et le vieux médecin, qui reviendra toucher son dû, sera bientôt forcé, lui aussi, de se soumettre et de reconnaître qu'il est malade. La *médecine* triomphe, le pharmacien travaille jour et nuit, l'auberge se transforme en grand palace, la fortune du pays est assurée.

Cette satire des plus divertissantes abonde en scènes comiques très ingénieuses qu'il faudrait toutes citer ; notons seulement la première arrivée de Knock dans l'innommable tacot de son prédécesseur sur une route aux décors mobiles et fuyants et les consultations gratuites où l'on voit mordre les provinciaux les plus avares et les plus défiants :

généralement les plus riches. Arrivée à ce point, la médecine devient une véritable religion dont le médecin moderne est le grand-prêtre et c'est avec un légitime orgueil que celui-ci peut voir briller le soir dans chaque maison, comme sur de petits autels élevés en son honneur, une veilleuse auprès de chaque malade.

M. G. de Pawolowski, critique théâtral du *Journal* et signataire des lignes qui précèdent, les accompagne des appréciations suivantes, touchant en général la médecine et les médecins :

On dit souvent que la littérature prend aujourd'hui de dangereuses allures commerciales ; que dire alors de la médecine, qui n'ait été dit du reste en termes plus sévères il y a de cela déjà bien des années dans une brochure écrite par un membre de l'Académie de médecine, M. Périer ? Aujourd'hui, tenter de faire disparaître ou de tuer *une maladie* suffirait et suffit à provoquer des protestations indignées de certains syndicats de médecins ; la médecine est une carrière qu'il faut exploiter intelligemment, rationnellement, commercialement, comme une carrière de pierres ou de plâtre, en lui faisant rendre le maximum. Il ne s'agit plus de tuer un malade comme autrefois, ce qui serait une perte sèche ou de se borner à soigner interminablement une maladie existante ce qui est sans intérêt et sans issue possible ; la science moderne a des vues plus larges : il faut s'adresser aux gens bien portants, les analyser, les scruter au microscope, les soumettre à tous les appareils de mesure scientifique et leur démontrer, ce qui est facile, qu'ils sont malades. C'est la méthode *anti-Croué*, il suffit de se répéter que l'on est malade pour le devenir.

Vous en savourerez comme moi, mes chers confrères, toute la bienveillance et toute la mansuétude. Vous qui, sans doute, faites en majorité partie de vos Syndicats, vous en connaissez quelques-uns de ces groupements, qui protestent avec indignation contre l'hygiène et la prophylaxie, capables de faire disparaître les maladies, et par suite, de tarir les sources des revenus des médecins ?

Au médecin mercanti, je n'opposerai pas le journaliste vénal. Et cependant, si nous en croyons l'*Humanité*, abstraction faite des idées qu'elle défend et du parti auquel elle appartient, la grande presse ne serait pas précisément un modèle de désintéressement ni d'indépendance.

Dans une autre pièce, à la représentation de laquelle j'ai assisté ces jours-ci, sur invitation, *Morphinomanes*, pièce bien construite et intéressante, l'auteur a imaginé une intrigue dont les fils sont tenus par un médecin qui, pour arriver à posséder la femme qu'il dit aimer, rend son mari morphinomane, dans l'espoir que celui-ci disparaîtra, victime de sa toxicomanie.

Voilà, je pense, de beaux échantillons d'humanité médicale.

N'estimez-vous pas, avec moi, que toute cette littérature va un peu fort. Du reste, ce n'est pas seulement dans nos milieux qu'on relève tout ce que ces campagnes ont de particulièrement odieux et de malsain. Certains journaux commencent à s'apercevoir que la mesure de la critique permise est par trop dépassée. Et j'ai sous les yeux le numéro du *Quotidien*, du 19 décembre, en première page duquel paraît un article intitulé : *Faut-il faire confiance au médecin d'aujourd'hui*. J'en extrais le passage suivant, qui montre bien en quel sens l'auteur de cet article, Jean Perrigault, oriente sa réponse :

Avant la guerre, sévissait, à côté du charlatanisme illégal le « charlatanisme diplômé ».

La dernière page de la grande presse insérait, tout comme aujourd'hui, des réclames dangereuses émanant d'authentiques docteurs. Des articles de « publicité rédactionnelle » commençaient à paraître un peu partout, vantant la science et les découvertes du grand chirurigen X..., du grand médecin Y..., de l'éminent spécialiste en toutes choses Z...

Ces gens-là sont une infime minorité , deux ou trois cents peut-être, en France, soit moins d'un pour cent de la totalité du corps médical.

Mais de temps en temps, la presse livre leurs exploits scandaleux en pâture à ses lecteurs.

Carnets médicaux, trafic de stupéfiants, exercice illégal de la pharmacie.

Or, *on généralise volontiers* ; quand on rencontre son docteur, on cligne de l'œil...

—Ah ! c'est un drôle de métier que le vôtre ! Pardon, quand je dis le vôtre, je me trompe, c'est de vos confrères que je veux parler...

Erreur immense que cette généralisation. Erreur qu'il faut détruire.

Je n'espère pas qu'une légende, qui trouve de si talentueux propagateurs, sera détruite de si tôt. Nous y pouvons contribuer cependant, dans une certaine mesure, en faisant preuve, en toute circonstance, de la plus scrupuleuse probité professionnelle, et en n'hésitant pas, selon nos moyens, à stigmatiser les médecins qui, par leurs agissements malhonnêtes, attirent sur leurs têtes les foudres de la Justice.

Mais ne trouvez-vous pas qu'il serait dommage que les propagandistes de l'indignité médicale, considérée et présentée par eux comme la règle, s'en tirassent avec les honneurs et les profits qui vont aux hommes de lettres à succès ?

Pour ma part, je voudrais que tous les organes de la presse médicale signalassent leurs noms à leurs lecteurs ; que tous les médecins connussent MM. Benoist, Baumann, Romains, etc, comme étant de nos meilleurs amis, si l'amitié qu'on nous porte est fonction du châtiment qu'on nous dispense : *qui bene amat, bene castigat.*

Et comme il est infiniment probable que ces écrivains ne seront pas sans se trouver dans la nécessité de faire appel, un jour, au secours médical, pour eux-mêmes ou pour quelqu'un des leurs, j'aimerais que le confrère qui aura alors leur confiance, pour avoir trouvé grâce devant eux, sût leur rappeler opportunément les injures, plus ou moins déguisées, dont ils auront abreuvé sa profession, et, leur rendant le bien pour le mal, ainsi qu'il est souvent de règle chez nous, les amenât à s'incliner devant le triomphe de la médecine qui leur aura peut-être sauvé la vie.

Quant à M. de Pawlowski, sans lui vouloir malemort, le moins que je puisse lui souhaiter, s'il est jamais malade, c'est de tomber précisément sur le docteur Knock, ou quelqu'un d'approchant ; je suis assuré que celui-ci saura proprement le mettre *knock out* : et vous admettrez qu'il ne l'aura pas volé !

G. Duchesne.

Deux intéressantes conférences à la Faculté de médecine : I. Le voyage en Russie du Dr Burnet ; II. Les origines du journalisme médical et la vie et les aventures de son inventeur, par le Dr Cabanès.

Deux conférences fort intéressantes ont été données à la Faculté de médecine.

La première a eu lieu, salle Béclard, au siège de l'A. D. R. M. où M. le Dr Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, chargé par la Société des Nations d'*une mission en Russie et en Pologne*, a bien voulu rendre compte à un public restreint et spécialement invité, de son voyage et des impressions qu'il a recueillies dans les milieux scientifiques russes et polonais.

M le Dr Burnet est un homme d'une consciencieuse franchise dont l'unique souci, comme à tout savant, est de démêler ce qui peut lui paraître la vérité et de le dire simplement et sans faiblesse.

La Pologne lui a paru un pays très riche, où l'activité industrielle, agricole, commerciale, intellectuelle la plus grande règne actuellement. La dépréciation de la monnaie polonaise lui paraît incompréhensible Les hôpitaux, les laboratoires qu'il a visités hâtivement, en passant trop vite à Varsovie, étaient admirablement installés.

M. Burnet est entré très facilement en Russie ; il lui a suffi de faire viser à Varsovie son passeport par le représentant des Soviets. Il a séjourné trois semaines à Moscou et à Karkow où il a eu l'impression d'une entière sécurité. La terreur ne règne plus en Russie et l'on n'y fusille guère plus que les prévaricateurs. Cela ne veut pas dire que la terreur rouge ait été un mythe, pas plus d'ailleurs que la terreur blanche qui l'a dépassée encore en cruautés. Certes, la liberté ne règne pas au Pays des Soviets, mais M. Burnet a entendu critiquer ouvertement le gouvernement en public par des gens d'opinions diverses sans qu'ils aient paru avoir la crainte d'être, si peu que ce soit, inquiétés.

M. Burnet n'a guère eu de rapports qu'avec des intellectuels ; aucun parmi eux n'est partisan du bolchevisme, mais ils se résignent à ce régime qui à l'heure actuelle leur permet de vivre et même leur fournit le moyen de travailler.

M. Burnet croit qu'en Europe occidentale, on ne se rend pas exactement compte de ce qu'est la Russie. Ce pays immense est presque dépourvu de voies de communications et ne peut exploiter ses richesses naturelles. Sa population est composée de 75 % d'illettrés. La minorité énergique qui s'est emparée du pouvoir, ne comprend guère que le sixième du total de la population.

M. Burnet a été très bien reçu à la Maison des Savants. Il n'y a ni famine, ni disette à Moscou, ni à Karkow. En ce qui concerne l'alimentation, la vie paraît notablement meilleure marché qu'en France ; ce qui manque, ce sont les vêtements et les objets manufacturés.

Le peuple des villes paraît avide de s'instruire. Il est émouvant de voir la population visiter les musées par escouades et écouter religieusement les explications que lui donnent des guides, intellectuels divers ou étudiants. Les savants et les médecins, étant utiles, sont protégés dans une certaine mesure par les Soviets. Il y a à Moscou des laboratoires merveilleusement agencés.

En un mot, M. le Dr Burnet a constaté en Russie une reprise de la vie économique très active. Sans doute il faudra bien des années pour arriver à une réelle prospérité. Mais le gouvernement actuel n'a en face de lui aucune opposition. Les fils des anciens aristocrates eux-mêmes qui ont de bonnes raisons pour ne pas aimer les Soviets, ne demandent qu'une chose, arriver à se créer une situation professionnelle convenable et à vivre enfin d'une vie normale.

La France est toujours aimée dans les milieux

intellectuels. Il existe à Moscou une association autorisée qui compte plus de 50 médecins ou savants, dont le but est de répandre en Russie les bienfaits de la science et de la civilisation françaises. C'est à nous, c'est à l'A. D. R. M. de tendre la main à cette association et d'envoyer en Russie le plus possible de publications françaises : tirages à part, journaux et livres.

Inutile de dire combien la communication de M. le Dr Burnet, faite avec une éloquence simple, un talent d'exposition remarquable et un accent de sincérité absolue, a été applaudie par le public d'élite qui a eu le plaisir de l'écouter.

***

La seconde conférence que nous avons eu le plaisir d'entendre, a été faite par notre ami, le Dr CABANÈS, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du doyen, le Pr H. Roger, et devant un nombreux public. Organisée par l'Association des journalistes médicaux, la conférence avait pour sujet : *L'origine du journalisme et du journalisme médical en particulier.*

Le Dr Cabanès passa rapidement en revue l'œuvre de Théophraste Renaudot, docteur de Montpellier, inventeur de la Presse française par la création de sa *Gazette*. Comme le faisait remarquer Renaudot lui-même, il imitait ce qui venait d'être tenté en Hollande et en Angleterre ; Cabanès donna des renseignements aussi intéressants qu'inédits sur les feuilles que faisait distribuer Saint François de Sales en Savoie pour lutter contre la Réforme, ce qui fut encore une ébauche de journalisme. Puis le conférencier fit un tableau saisissant et passionnant de la vie et des avatars de l'aventurier Nicolas de Blégny, le véritable fondateur de la presse médicale. Tour à tour garçon barbier, maître-chirurgien, bandagiste, il devint, grâce à l'appui de Dacquin, chirurgien de la Reine, puis du duc d'Orléans. Sa moralité suspecte l'obligea d'abandonner ces charges. Il se fit recevoir docteur en médecine de la Faculté de Caen, fonda à Pincourt, dans la banlieue de Paris, la première maison de santé, ouverte aux malades de la ville pour s'y faire soigner contre rétribution. Les débauches qui eurent lieu dans la maison de Pincourt et l'audace qu'il mit à vouloir faire revivre l'Ordre du Saint-Esprit et à s'en proclamer grand-maître, firent délivrer contre Nicolas de Blégny une lettre de cachet. Emprisonné pendant dix ans au château d'Angers, il en sortit pour gagner l'Italie et vint mourir à Avignon, en terre papale, où il exerça quelques temps la médecine et la chirurgie. Nicolas de Blégny avait publié, dès 1679, un véritable journal de médecine : *Les nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine.* Cette publication eut un véritable succès et devint peu après l'*Esculape savant.* Nicolas de Blégny fut le type du vrai charlatan, mais nous devons reconnaître que cet esprit inventif créa le premier journal de médecine, tenta de fonder une société de médecine, rédigea le premier annuaire, ouvrit la première maison de santé, introduisit en France les Monts de Piété, perfectionna les bandages, etc., etc. C'est suffisant pour lui faire beaucoup pardonner et sauver son nom de l'oubli.

Le Dr Cabanès accompagna sa conférence de nombreuses projections de documents très rares. Il fut vigoureusement applaudi et chaudement félicité par ses auditeurs. De nombreuses personnalités distinguées du monde médical et savant étaient, en effet, venues écouter l'exposé passionnant des recherches du médecin historien, un maître en sa partie, dont l'érudition n'a pas de limites.

J. NOIR.

SUR « LES SITUATIONS ACQUISES »

Depuis la guerre, le syndicalisme médical s'organise.

Les praticiens comprennent que, devant la menace de lois politico-sociales plus ou moins bien digérées, un syndicat organisé et conscient de sa force est seul capable de se défendre.

Le grand principe du libre choix devient la loi intangible pour tous et rien n'est plus juste ; car tout syndiqué doit avoir dans le sein de son organisation les mêmes droits comme les mêmes devoirs.

Et cependant ! Malgré la forte impulsion des militants, il persiste encore un peu partout ce que l'on est convenu d'appeler « les situations acquises », qui ne sont en réalité qu'une machine de guerre dressée par le praticien favorisé contre son confrère moins bien en cour.

C'est là une entorse grave donnée au principe du libre choix ; le syndicalisme actuel se doit de faire disparaître cette injustice qui est une marque de faiblesse et une menace de discorde.

Un peu partout les compagnies de Chemins de fer, les Compagnies d'assurances , les lycées et autres établissements d'enseignement, les usines,

le service de la protection du premier âge, voire, dans certaines régions, les sociétés de secours mutuels et le service de l'A. M. G. ont leur médecin particulier.

Le titulaire a-t-il, pour occuper ce poste, fait preuve d'une compétence toute spéciale ou d'une expérience particulière ?

Tout le monde sait qu'il n'en est rien. Pour obtenir une des sinécures dont je parlais plus haut, il n'est tenu compte d'aucune qualité professionnelle ; les relations personnelles, fe favoritisme, en un mot, président à ce choix.

Voilà pourquoi, le plus souvent, par un hasard providentiel, toutes les sinécures sont attribuées au même praticien.

Le confrère voisin n'a-t-il pas droit à la vie, lui aussi ? Son diplôme vaut-il moins et faut-il créer des médecins de deuxième zone ?

Encore si l'on apportait au maintien de cet état de choses des arguments décisifs !

J'ai entendu à ce sujet le plaidoyer *pro domo* suivant :

Une Compagnie ou une administration a le devoir de s'assurer que ses employés sont bien soignés et dans le minimum de temps possible, car il s'agit de sauvegarder la caisse.

D'où le droit absolu de choisir le médecin.

Que devient dans tout cela le libre choix ?

Il existe cependant pour les accidentés du travail, pour les pupilles, pour les mutilés de guerre, et ces malades sont-ils moins bien soignés pour cela ?

Et l'administration, n'a-t-elle pas toujours le droit d'avoir son médecin contrôleur ?

Aucun argument ne peut tenir devant le droit pour le client, le plus intéressé dans l'espèce, de choisir son médecin ; c'est un droit sacré, de plus en plus incontestable.

Nous le savons tous d'ailleurs. La confiance est le facteur le plus puissant de guérison ; sans cette influence psychique, le médecin imposé a beau être instruit et expérimenté, il échoue là où un autre, moins bien doué, mais agréé, triomphera.

Il faut donc, c'est une nécessité de l'heure, mettre à l'étude dans les syndicats la suppression des situations acquises.

Certains postes sans doute ne pourront être occupés que par un titulaire, mais celui-ci devra être agréé, et au besoin, nommé par le syndicat.

Notre groupement du Lot-et-Garonne, très actif, a fait un premier pas dans cette voie ; il a décidé qu'aucun syndiqué n'accepterait à l'avenir une fonction quelconque sans en référerau syndicat.

Cette décision est très sage, mais comporte, me semble-t-il, comme corollaire, la suppression des situations existantes.

Un traité, illicite en 1923, ne peut être permis parce qu'il date de 1920 ; ce serait illogique et injuste.

Allons, confrères du syndicat qui possédez ces bonnes sinécures, un bon mouvement ; faisons notre nuit du quatre août ; venez déposer sur l'autel syndicaliste vos fameuses situations ; voilà la vraie confraternité ; voilà ce qui fera le syndicat puissant et respecté.

A la formule : *plus* de situations acquises, substituons celle-ci : *pas* de situation acquise sans l'approbation du syndicat !

Je n'ai pas la naïveté de croire au triomphe immédiat de cette formule ; *natura non facit saltus* ; mais cependant, ne pourrait-on pas déjà amorcer la réforme ?

Parmi toutes les sinécures, il en est une dont le monopole est peut être plus choquant ; c'est celle de la surveillance des enfants du premier âge. On ne s'explique pas pourquoi tous les praticiens ne participeraient pas à ce service. Ne collaborent-ils pas déjà tous, dans le Lot-et-Garonne du moins, à la lutte antituberculeuse ou à la protection des pupilles de la Nation ?

L'Union des syndicats devrait faire sienne la proposition du syndicat d'Avesnes :

« Que le service de la surveillance des enfants du premier âge puisse être exercé par tout médecin syndiqué, ce service étant un service public, comme l'A. M. G., la vaccination, les mutilés, etc. »

Ce serait déjà un premier pas vers l'entente confraternelle et la prise en charge par le syndicat de tous les services intéressant la santé ou l'hygiène publique.

Dr Marquez.

LA DICHOTOMIE

Il est vraiment surprenant de voir combien de confrères se torturent l'esprit pour justifier la dichotomie. Cette coutume tend à entrer dans les mœurs, après avoir été pendant de longues années réprouvée. Il devient nécessaire de la blanchir. Et, de bonne foi, on s'attelle à ce problème.

Or, quoi que l'on dise et quoi qu'on fasse, lorsqu'un chirurgien (prenons comme exemple le cas d'une intervention chirurgicale) remet, sur le montant de sa note, une certaine somme au praticien qu lui a procuré un client, cela, pour le public, a toute l'allure d'une commission, d'une ristourne ; même si le client est informé que le médecin reçoit la dite somme. Le public est difficilement capable, ou même incapable, à moins qu'il s'abstienne totalement de réfléchir, de saisir une autre portée à cette manière de procéder.

Si donc le corps médical considérait que le médecin,

qui fait opérer un de ses clients, a droit pour ce simple fait à des honoraires particulièrement élevés, il faudrait, pour conserver à ce droit une apparence de dignité, que le médecin lui-même réclame à son client ces honoraires particuliers. Il lui dirait :

— Monsieur, vous avez une hernie. Je compte habituellement mes visites 20 francs ; si vous voulez vous contenter d'un bandage pour maintenir votre hernie, je ne vous demanderai pas davantage, mais si vous acceptez mon conseil de vous faire opérer, le prix de ma visite sera porté à 200 francs.

Ceci, assaisonné de tels arguments que chacun voudra et trouvera. Le client préfèrera sans doute le bandage ; ou bien, après avoir décliné les offres de son médecin habituel, il s'adressera directement à un chirurgien. Et j'imagine que de tels incidents feront marcher les langues !

Au reste, quels sont les arguments qui accompagneront la proposition du praticien ? Le seul retenu, parce qu'il est seul compatible avec la dignité professionnelle, est que le praticien, en faisant opérer son client, assume une lourde responsabilité. Croyez-vous, d'abord, que cet argument entraîne facilement l'acquiescement d'un client indécis, qui sent déjà froid dans le dos au seul nom d'une opération qu'on vient de lui représenter anodine ?

Mais passons. Je suppose que dans tous les coins de la France, lorsqu'un praticien croit devoir faire opérer un malade, il adresse ce malade au chirurgien, lequel vérifie d'abord le diagnostic qu'on lui annonce, s'assure des conditions de succès et finalement opère ou n'opère pas selon ce que lui dictent sa science et sa conscience. C'est donc lui, le chirurgien, qui prend la responsabilité de l'intervention et non le praticien : celui-ci n'a fait en somme qu'adresser son malade à un consultant. En l'occurrence, il assume une moins lourde responsabilité qu'en soignant un cas médical grave, en envoyant un de ses clients aux eaux, ou encore un tuberculeux à la montagne ! Je ne vois pas alors pourquoi ce médecin, du fait qu'il dirige un malade sur un service chirurgical, mériterait, en conscience, une indemnité de responsabilité, alors qu'il ne la réclame pas dans d'autre cas où il est seul engagé.

Vous me direz que, en fait, le dit praticien supporte souvent la responsabilité quand les choses ont mal tourné. Mais demandez aux chirurgiens s'ils n'en supportent pas encore une plus grande part ? Qui traîne-t-on en justice quand un opéré succombe ou reste estropié, le praticien qui a envoyé le malade à la clinique, ou le chirurgien lui-même ? Et j'ajouterai que le décès d'un pneumonique, ou d'un cancéreux inopérable, est souvent plus préjudiciable au praticien que la mort d'un opéré. Ce sont là de petits risques de métier contre lesquels on ne s'assure pas en proportionnant les honoraires aux périls encourus par le client.

Est-ce que, au surplus, le client disposé à reprocher l'opération malheureuse à son médecin, ne le jugera pas encore plus sévèrement s'il sait qu'il a perçu des honoraires *excessivement* supérieurs à ses honoraires habituels, et qu'il perçoit de même chaque fois qu'il décide un malade à une intervention. Ce client ne manquera pas de penser et de répéter bien haut que son médecin est intéressé dans ce genre d' « affaires ». L'indemnité de responsabilité ne sauvera pas la réputation du praticien : on la lui reprochera par-dessus le reste !

Quelques confrères, je crois qu'ils sont relativement rares, répudient bien la dichotomie dans le cas où le médecin n'assiste pas à l'opération ; ils l'admettent dans le cas contraire. Et pourquoi diable ? De deux choses l'une :

1° *Ou bien* le médecin va, en simple spectateur, voir opérer, pour son instruction personnelle, ou pour marquer de l'intérêt à son client. Je ne vois pas ce qu'il peut honnêtement mériter pour cela : son client ne lui a rien demandé, il ne fait rien d'utile pour lui ; il n'y a pas plus de motifs d'honorer ce moment passé dans la salle d'opérations que le temps consacré chaque soir à étudier, dans le cabinet, les cas observés dans la journée. Mettez-vous d'autre part, pour un instant, à la place du chirurgien. Il pratique une opération tarifée 1.000 francs ; si le médecin ne vient pas, il touchera l'intégrité de cette somme. Mais s'il vient voir, il faudra que le chirurgien lui abandonne le 1/5 ou le 1/3, c'est-à-dire 200 ou 333 francs ? A quoi cela rime-t-il ?

2° *Ou bien*, à la demande du client, ou à la demande du chirurgien, il assiste celui-ci, comme anesthésiste, opérateur, etc. : alors il a droit à une rétribution de la part du chirurgien en qualité d'aide. Mais ce n'est plus de la dichotomie !

Si notre profession perd en considération, ce dont nous nous plaignons tous, c'est que malheureusement le public a trop souvent l'occasion d'y voir des actes d'allure commerciale ; et la dichotomie, secrète ou avouée, a trop exactement un tel caractère. (1).

Dr L. F.

(1) Il est bien entendu que nous laissons à notre correspondant l'entière responsabilité d'une argumentation qui comporte une part indéniable de spécieux.

G. D.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée générale du 18 novembre 1923

La séance est ouverte à 5 heures sous la présidence de M. NOIR, vice-président, assisté de MM. MAURAT, VIMONT, BOUDIN et DUCHESNE.

M. NOIR se fait l'interprète des sentiments de l'Assemblée en exprimant pour M. GASSOT, président, que son état de santé éloigne de nous aujourd'hui, ses vœux de prompt et complet rétablissement. (*Assentiment.*)

Comptes de l'exercice écoulé.

M. MAURAT, trésorier, donne lecture des comptes financiers de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1922 au 30 septembre 1923

Capital indisponible.

Au 1er octobre 1922, le capital indisponible se décomposait comme suit :

Portefeuille	54.264 27
Espèces	378 08
	54.642 35

Depuis cette époque, aucune modification n'est survenue.

Capital disponible.

RECETTES.

Au 1er octobre 1922, l'avoir était de	6.665 85
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de don à la Société pour bons offices du journal *Le Concours médical* se sont élevées à	848 »
Produit des insertions aux « demandes et offres » dans le *Concours médical*	773 40
Intérêts du portefeuille	3.140 41
Produit du service des remplacements	1.187 50
Total	12.615 16

DÉPENSES :

Frais supplémentaires du banquet	3.722 30
Office de renseignements et contentieux	1.200 »
Droits de garde des titres	65 91
Indemnité au trésorier	800 »
Indemnité au comptable	50 »
Jetons de présence du Conseil	440 »
Total	6.278 21

Recettes	12.615 16
Dépenses	6.278 21
	6.336 95

L'avoir de la Société se décompose donc comme suit au 1er octobre 1923 :

Capital indisponible	54.642 35
Capital disponible	6.336 95
Total	60.979 30

Personne ne demandant la parole, M. le président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Etude historique sur la vieille Faculté de Médecine de Paris

Sous ce titre, M. Noir fait une communication dont le résumé sera publié ultérieurement.

L'Ordre des Médecins.

M. Duchesne donne lecture de l'étude qu'il a rédigée sur cette question et qui a été publiée dans le n° 49 du 9 décembre.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital Beaujon.** — M. Baldenweck, otologiste des hôpitaux, commencera, le 7 janvier 1924, l'enseignement combiné suivant :

I. Cours pratique avec examen des malades par les élèves. — Cet enseignement aura lieu tous les jours (sauf le dimanche), à 9 h. 1/2, et durera jusqu'au 13 février. Chaque élève aura sa table et examinera personnellement les malades assisté du chef de service et de ses assistants qui donneront les explications théoriques et pratiques particulières à chaque cas.

Le nombre des élèves est limité. Le prix du cours est de 200 fr.

Un certificat sera délivré à la fin du cours et, dans la limite des postes d'examen disponibles, les élèves pourront être admis à faire un stage de trois mois, renouvelable.

Les médecins inscrits à ce cours suivront le cours suivant sans avoir à acquitter de droits supplémentaires

II. Cours de propédeutique avec présentation de malades. — Ce cours élémentaire aura lieu à 11 h. et comprendra 30 leçons. Il sera principalement consacré au diagnostic, aux indications opératoires, aux soins post-opératoires et à la thérapeutique des affections oto-rhino-laryngologiques.

Le prix du cours est de 100 fr. pour les auditeurs non inscrits au cours précédent.

En voici le programme : *Oreilles.* — Epreuves d'audition. Traitement des affections du pavillon et du conduit auditif externe. Indications et technique de l'aération de l'oreille moyenne ; bougirage de la trompe d'Eustache. — Manière de diriger le traitement des otites aiguës. Indications opératoires dans les mastoïdites ; soins post-opératoires. — Traitement des otites chroniques. Traitement conservateur. Signification et recherche du cholestéatome. Lavage de l'attique. Indications de l'ablation des osselets. Indications de l'évidement pétro-mastoïdien ; technique, plastique, soins post-opératoires. — Epreuves vestibulaires. Diagnostic et traitement des labyrinthites inflammatoires. — Conduite à tenir dans les complications graves des otites moyennes. — Soins à donner dans les otites adhésives, cicatricielles. Tympan artificiel. — Diagnostic et traitement des localisations auriculaires des grands processus spécifiques : tuberculose, syphilis. Tumeurs de l'auditif et tumeurs ponto-cérébelleuses. — Classification pratique et pronostic de la marche des surdités chroniques. Notions sur les vertiges. — Valeur diagnostique du symptôme : douleur auriculaire. Thérapeutique des bourdonnements et des vertiges. Surveillance médicale des sourds ; les traitements dangereux.

Nez. — Traitement des affections du vestibule narinaire. Corps étrangers des fosses nasales. Les épistaxis et leur traitement. — Les coryzas ; diagnostic étiologique et indications thérapeutiques. Valeur diagnostique des ulcérations et des perforations de la cloison. Hématome et abcès de la cloison nasale. — La désobstruction des nez bouchés. Indications et principes techniques de la résection sous-muqueuse de la cloison, des éperons et des crêtes. Traitement de la rhinite hypertrophique, des synéchies nasales. Polypes des fosses nasales ; leur signification diagnostique et leur ablation. — Diagnostic étiologique des rhinites atrophiques. Traitements de l'ozène. — Classification et signification des rhinites spasmodiques ; conduite à tenir. Le syndrome du ganglion sphéno-palatin. — Traitement des sinusites aiguës. Ponction et lavage du sinus maxillaire. Indications et choix du procédé opératoire dans les sinusites chroniques ; soins post-opératoires. Conduite à tenir dans les complications crâniennes des sinusites, les complications orbito-oculaires. Conduite à tenir dans les sinusites latentes. Tumeurs malignes des fosses nasales et des sinus. Diagnostic et traitement des localisations nasales des grands processus spécifiques : tuberculose, syphilis, lèpre rhinosclérome.

Naso-pharynx. — Diagnostic étiologique des sécrétions naso-pharyngées. Végétations adénoïdes. Polype choanal. Polypes naso-pharyngiens. Tumeurs malignes. — Les manifestations broncho-pulmonaires des affections nasales et naso-pharyngées. Les traitements complémentaires de l'obstruction nasale et naso-pharyngée.

Bucco-pharxynx. — Hypertrophie amygdalienne, son traitement. Diagnostic et traitement des angines. Traitement des phlegmons amygdaliens. — Diagnostic étiologique et traitement des pharyngites. — Cancer de l'amygdale. Cancer du pharynx. — Diagnostic des localisations pharyngées des grands processus spécifiques : tuberculose, syphilis. Affections parasitaires.

Œsophage. — Traitement des corps étrangers de l'œsophage. — Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage. — Valeur séméiologique des spasmes et des dilatations de l'œsophage.

Larynx et trachée. — Thérapeutique médicale générale : inhalations, pansements, injections intralaryngées et intratrachéales. — Diagnostic et valeur séméiologique des paralysies laryngées. Les laryngites aiguës. Les laryngites chroniques. Curettage et galvano-cautérisation du larynx, en particulier dans la laryngite tuberculeuse. La thérapeutique symptomatique de la tuberculose laryngée. Vue d'ensemble sur la syphilis laryngo-trachéale et ses séquelles. Corps étrangers des voies aériennes ; conduite à tenir. — Indications, technique et soins post-opératiores des trachéotomies, de la thyrotomie, des laryngectomies, de la laryngostomie.

Généralités. — Les affections oto-rhino-laryngologiques dans leurs rapports avec les infections et les maladies générales. — Les agents physiques en oto-rhino-laryngolgie. Radio et radiumtpérapie. Diathermo-coagulation. Electrolyse. Ionisation. Héliothérapie. Finsenthérapie. Vaccinothérapie en oto-rhino-laryngologie. Les stations climatiques et hydro-minérales françaises dans leurs indications oto-rhino-laryngologiques.

S'inscrire pour ces deux cours, à l'hôpital Beaujon, auprès de M. Cuvillier, assistant.

— **Concours de l'internat.** — La section de médecine de l'A. nous prie d'informer les candidats à l'internat (concours 1924) qu'elle organise une série de conférences d'internat. La première débutera dans le courant du mois de janvier et sera faite par M. L. Niel, interne de 4e année.

Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux de la section de médecine, 13 et 15, rue de la Bucherie. (Tél. Gob. : 65-74).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Réponse.

Nous sollicitons les avis de nos lecteurs. En ce qui me concerne, m'en tenant à l'enseignement de feu le professeur agrégé Rigal, dont je fus l'élève à Necker en 1888, j'ai toujours prescrit sans inconvénient l'huile de ricin comme purgatif évacuateur à la suite des prises d'extrait éthéré de fougère mâle, considéré comme un spécifique du tœnia.

G. Duchesne.

Application du Tarif Breton.

I

Fracture d'apophyse épineuse.

J'ai encore recours à vos bons conseils au sujet d'une tarification que je ne trouve pas dans le tarif Breton et je ne sais comment l'établir par analogie. Voici le cas :

Un ouvrier portant un lourd sac de chaux fait un tel effort, qu'en contractant ses muscles cervicaux et occipitaux vertébraux, il provoque une fracture par arrachement de l'apophyse épineuse de la 7e cervicale (par contraction excessive, vraisemblablement, du splénius).

Je fais un appareil de contention représenté par une épaisseur de coton et un fort tassage avec des bandes passant en X sur le cou et sous les bras et circulaires passant sous les creux axillaires.

Ensuite, je fais coucher le blessé sur le dos, position qu'il ne doit pas quitter, la tête sans oreiller et traversin, immobile.

Seriez-vous assez bon de me dire :

1° Ce que je dois demander pour cette contention de fracture.

2° Le blessé ne devant pas bouger, ne peut venir à mon cabinet : la Compagnie ne trouvera-t-elle rien à redire que j'aie fait des visites et non des consultations ?

Dr M.

Réponso

Voir article 28 : « réduction et contention avec ou sans appareillage de fracture du bassin ou de la colonne vertébrale : 60 à 100 francs ». Quant aux visites à domicile, elles s'expliquent fort bien dans votre cas et seraient difficilement contestables.

F. D.

II

Blessés multiples.

Vieil abonné du *Concours*, je vous serais obligé de m'aider dans l'établissement de ma note d'honoraires dans le cas suivant :

1° Appelé d'urgence, de jour, par un chef d'entre-

prise assujetti à la loi sur les accidents du travail, à 6 kilomètres de tout médecin, pour accidents graves provoqués par explosion prématurée de mine.

2e Premier blessé atteint de broiement, par éclats multiples, de la cuisse et de la jambe droite. Mort à l'hôpital 3 heures après. Garrot, emballage sommaire du membre ; injections d'huile camphrée et d'éther.

3o Deuxième blessé atteint de fractures comminutves du pied droit et de la jambe droite, de plaies pénétrante du genou droit et de fracture non ouverte de la jambe gauche. Emballage et pansements sommaires des fractures. Garrot. Injections d'éther et d'huile camphrée. Parti à l'hôpital.

4o Troisième blessé atteint de fracture ouverte du tibia gauche. Pansement et attelles. Parti à l'hôpital.

5o Quatrième blessé atteint de plaies par éclats de métal au cou et à la joue gauche. Extraction d'un éclat, pansement.

6o Un certificat détaillé pour chaque blessé.

Dr G.

Réponse.

Vous avez à compter vos actes techniques pour *chaque* blessé, qu'ils soient du même jour ou non. Donc :

1er *blessé* : soins d'urgence et pose d'appareil provisoire de fractures pour transport ultérieur à l'hôpital = 50 frs. (art. 18 des avis insérés dans l'arrêté ministériel, du 28 juin 1921).

2e *blessé* : *Idem.*

3e *blessé* : *Idem.*

4e *blessé* : extraction de corps étranger superficiel = 20 frs. (Voir les dits avis).

Ajoutez à cela les *quatre* certificats initiaux au prix habituel — mais naturellement déplacement unique pour les quatre blessés en commun.

F. D.

III

Fracture de l'humérus. Pansements

Auriez-vous l'obligeance de me donner votre avis sur les questions suivantes (que *je ne crois pas* avoir déjà vu traiter explicitement).

Tarif Breton. — 1o que compter, s'il vous plaît, pour réduction et contention d'une fracture du col chirurgical de l'humérus sans déplacement notable, mais où j'avais nettement senti le premier jour une crépitation ? La radio au cinquième jour a montré un engrènement des deux fragments avec légère déviation axiale. J'ai fait un petit bandage assez simple avec extension continue, qui est resté 8, 10 jours. Ensuite, écharpe et massages.

2o Doit-on compter 2 pansements (aux premières consultations, du moins) pour plaie du front + contusion costale violente (fêlure possible) ?

Id. pour plaie d'un doigt + contusion du genou (léger épanchement) ?

Dr B.

Réponse.

1° C'est une fracture de l'humérus dont la réduction et contention est tarifée 120 fr. Fracture facile à traiter, sans doute, et payée cher, mais qui compensera d'autres fort ennuyeuses où vous ne toucherez pas plus. Cette fois le tarif vous est avantageux, ce sera le contraire une autre fois. C'est ce que je dis toujours aux confrères, en sens inverse, lorsqu'ils se plaignent d'un mauvais cas d'espèce.

2° Dans chacun des deux cas, vous n'avez pas deux pansements à faire. Et ce n'est pas la lésion, mais l'intervention qui est tarifée.

3° Le tarif applicable est celui du médecin le plus rapproché, qu'il y ait hameau ou communes différentes. Calculez donc la distance du médecin le plus rapproché du hameau de C. et c'est la seule base des frais de déplacement à compter.

F. D.

Les femmes de ménage et les chauffeurs seront garantis par la loi sur les accidents domestiques.

La loi du 2 août 1923 qui étend, aux domestiques et serviteurs à gages, les dispositions de la loi du 9 avril 1898, est-elle applicable aux hommes et femmes de service et chauffeurs qui emploient une partie seulement de leur temps au service d'un patron ?

Le ministre de la justice consulté le 5 décembre sur la question de savoir si une femme de ménage, payée à la semaine, à la journée ou à l'heure doit être considérée comme bénéficiant des dispositions de la loi nouvelle, tout en réservant l'appréciation ultérieure des tribunaux, s'est prononcé pour l'affirmative.

En fait, nous croyons que cette affirmative n'est guère douteuse, étant donnés les termes très généraux de la loi, qui vise non seulement les domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, mais encore les salariés du même genre à un titre quelconque attachés ou non à la personne.

Il est certain, d'autre part, que le législateur a entendu englober, dans cette large énumération, les conducteurs d'automobiles car, dans le rapport au Sénat fait par M. Charles Néron, le 17 mai 1923, le rapporteur indiquait nettement que le vote de *la proposition de loi rendait inutile* le vote d'une proposition Paté-Levasseur du 8 juillet 1921, concernant spécialement les conducteurs d'automobiles.

Il convient d'ailleurs d'ajouter qu'en ce qui concerne *les serviteurs qui sont employés une* partie de la journée ou une partie de la semaine par le même maître, la charge ne peut pas être bien lourde pour le patron, ni l'avantage bien considérable pour le salarié, puisque, d'après la

jurisprudence de la Cour de Cassation, le calcul de la rente qui est due, doit être fait non pas d'après le chiffre total des salaires accumulés, mais d'après le montant du salaire alloué par le patron au service duquel l'accident est arrivé.

Le salaire de base sera ainsi calculé sur le prix d'une heure, de deux heures ou de trois heures de travail par jour, pour une femme de journée par exemple ; sur le prix d'un jour, de deux jours par semaine, pour un homme de peine.

Il nous semble certain que la loi n'atteindra donc pas le but visé par le législateur et qu'un remaniement devra être fait pour grouper les assurances et les salaires.

P. NATTAN-LARRIER,

Avocat à la Cour d'Appel,
Docteur en droit.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Clinostatisme et diurèse, chez un diabétique

G. X., 65 ans, fonctionnaire au ministère des finances, de tempérament pléthorique, d'une remarquable régularité de vie, présente, en 1920, certains troubles qui font demander à son médecin une analyse d'urine : celle-ci décèle 120 gr. de sucre. On le met au régime habituel sans résultat appréciable. Au cours des vacances de Pâques 1923, le médecin traitant nous ayant fait appeler en consultation, le malade présentait un double souffle aortique (pas de syphilis dans les anamnestiques ; R. B. W. négative), un œdème très marqué de tout le membre inférieur, 110 gr. de sucre ; malgré cela, M. G.X. se livre à ses occupations habituelles, mais ne peut dormir dans son lit en raison d'un atroce prurigo qui s'exacerbe dès que la chaleur le gagne. Nous prescrivons à notre malade pendant 10 jours.

De boire à 4 h. et à 6 h. du matin : 100 gr. eau d'Evian. Il doit uriner immédiatement avant la première prise d'eau : cette urine est jetée. A 6 h. et à 8 h. 1/2, le malade recueille ses urines et note le résultat : 790 gr. en moyenne pour 200 gr. d'eau absorbée.

Pendant ce laps de temps, M. G. X. a pris, à chaque repas :

1 cachet de :

Bicarbonate de soude........	0,80 gr.
Antipyrine	0,30 gr.

Le taux du sucre tombe à 65 gr.

Le 11e jour, le malade se purge avec :

Eau-de-vie allemande........	20 gr.
Eau de citron..............	50 gr.

et boit, au cours de sa journée (24 h.) une bouteille d'eau d'Evian ; une bouteille d'eau de Vals ; une bouteille de limonade citrique, sans sucre

donc jeûne hydrique. L'œdème commence à céder. La deuxième période de clinostatisme est ordonnée comme la première et les cachets, bicarbonate et antipyrine, remplacés par 10 gouttes matin et soir de manganésia.

Le taux du sucre tombe à 25 gr.

Au cours de la 3e période de dix jours, aucune médication que le clinostatisme, et pendant la journée, aux repas, tisane d'eucalyptus.

La diurèse moyenne, de 4 à 8 h. du matin, est de 810 gr. toujours pour 200 gr. d'eau absorbée pendant « le clinostatisme ». Au cours de cette dernière période, l'œdème du matin est à peine visible et le soir double à peine la chaussette. Au cours du second mois, le sucre se maintient à 10 gr. ; le malade dort 6 à 7 heures *dans son lit*, l'œdème a disparu. Revu en octobre, nous ne notons aucune modification de l'aorte. Cependant, au Pachon, nous enregistrons les différences suivantes :

A Pâques.

Max	19
Min	10
Diff.	9
Ind	3

En octobre :

Max	16
Min	6
Diff	10
Ind	4

L'œdème et le prurigo n'ont plus reparu. Le taux du sucre se maintient, d'une semaine à l'autre, entre 8 et 12 gr. M. G. X. a donc vu très nettement son œdème diminuer (puis disparaître) pendant que sa diurèse augmentait au cours de l'absorption d'eau en clinostatisme.

Le régime médicamenteux, analogue à celui que nous avions prescrit, n'avait pas amélioré la glycosurie *avant le clinostatisme*. Que faut-il en conclure ?

Raymond MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

COMPÉTENCE ADMINISTRATIVE. — ACTION EN DOMMAGES-INTÉRÊTS CONTRE LES FONCTIONNAIRES. — PHARMACIEN MOBILISÉ. — HOPITAL MIXTE. — RADIOGRAPHIE DES MALADES CIVILS. — LÉSIONS. — SERVICE COMMANDÉ. — APPRÉCIATION. — INCOMPÉTENCE DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE.

COUR DE CASSATION (CH. CIVILE)
25 JUIN 1923.

Gazette du Palais, 7, 8 octobre 1923.

Il n'appartient qu'à l'autorité administrative de déterminer en quelle qualité les agents et employés de l'Etat ont agi, devérifier, comme aussi d'appré-

cier, les instructions et les ordres de service qui ont pu leur être donnés, de rechercher jusqu'à quel point ils s'en sont écartés.

Spécialement, l'autorité judiciaire saisie d'une demande en dommages-intérêts formée par une malade civile contre un pharmacien mobilisé comme infirmier militaire et affecté au service de radiographie d'un hôpital mixte, demande fondée sur des lésions attribuées aux conditions défectueuses dans lesquelles la radiographie aurait été pratiquée, est incompétente pour statuer sur cette demande si le défendeur soutient qu'il a agi en service commandé.

Lefèvre c. Veuve Adam.

La Cour de Caen avait rendu le 6 juin 1922 l'arrêt suivant :

La Cour,

Attendu que Lefèvre est appelant d'un jugement du Tribunal civil de Saint-Lô du 9 décembre 1920 qui a rejeté une exception d'incompétence par lui soulevée à l'occasion d'une action en responsabilité dirigée contre lui par les époux Adam ;

Attendu que Lefèvre était, en 1915, mobilisé au service de radiographie de l'hôpital complémentaire nº 2 à Saint-Lô en qualité d'infirmier de 2e classe ;

Attendu que l'installation radiologique, offerte par le Comité de la Croix-Rouge, avait été d'abord établie à l'hôpital mixte et confiée à l'aide-major Lefranc qui, sur la proposition du médecin-major, ratifiée par la direction du service de santé, s'était adjoint Lefèvre comme aide-infirmier ;

Attendu que le transport de cette installation dans l'hôpital complémentaire nº 2 fut consenti par les services compétents, sous la réserve que les malades et blessés civils pourraient être examinés dans ce dernier hôpital ;

Attendu que le médecin aide-major Simon remplaçait l'aide-major Lefranc en 1915 comme directeur du service radiologique, mais que n'ayant aucune compétence spéciale, il garda avec lui l'infirmier Lefèvre qui effectua pendant plusieurs mois toutes les opérations radiologiques jusqu'à la désignation d'un spécialiste qualifié, sans qu'il paraisse qu'aucun accident ne se soit produit avant l'instance actuelle ;

Attendu que c'est dans ces circonstances de fait que le docteur civil Leclerc et le docteur Viel, mobilisé comme chirurgien de la place de Saint-Lô, décidèrent, à la suite d'une consultation vers la fin de 1915, de faire radiographier la dame Adam, boulangère à Saint-Lô ; que l'infirmier Lefèvre procéda, comme il en avait l'habitude, à cette opération qui nécessita deux séances successives : la première, du 8 décembre 1915, n'ayant donné aucun résultat ;

Attendu qu'à la suite de la seconde séance, pratiquée le 16 décembre 1915, la dame Adam aurait été atteinte d'une radiodermite qui l'a tenue alitée jusqu'au mois de juin 1916 et aurait gravement altéré sa santé, d'où l'action en responsabilité introduite par les consorts Adam contre l'infirmier Lefèvre ;

Attendu qu'il échet maintenant de rechercher, pour le cas où sa responsabilité de l'opérateur pourrait être engagée d'une manière quelconque, s'il a accompli obligatoirement un acte rentrant dans son service ou s'il a agi en pleine liberté sous sa responsabilité personnelle ;

Attendu que bien que Lefèvre ait procédé aux opérations radiographiques de la dame Adam, sans aucune rémunération, avec les appareils de la Croix-Rouge prêtés à l'hôpital complémentaire n° 2, sous la condition de les affecter au traitement des civils qui exprimeraient le désir d'être opérés à cet hôpital, et qu'il ne soit pas impossible qu'il ait cru accomplir un acte de sa fonction, il n'aurait pas dû ignorer que, s'agissant d'un malade civil se faisant traiter volontairement, son ministère n'était pas plus obligatoire activement que passivement ; qu'il ne justifie pas avoir reçu un ordre précis et formel de son chef hiérarchique ; qu'il lui eût été d'autant plus facile de décliner la demande de la dame Adam, en supposant qu'elle lui ait été adressée, qu'il eût pu se retrancher derrière la qualité inférieure de son grade et invoquer, pour s'abstenir, son incompétence en matière de radiographie ;

Attendu dès lors, que c'est à bon droit que les premiers juges ont estimé que Lefèvre n'avait pas accompli un acte obligatoire de sa fonction, mais avait agi librement sous sa responsabilité personnelle ;

Adoptant, au surplus, les motifs du jugement non contraire au présent arrêt,

Par ces motifs,

Confirme....

***

M. Lefèvre s'est pourvu en cassation de cet arrêt.

Moyen unique du pourvoi : « Violation de l'art. 13, tit. II de la loi du 16-24 août 1790, du décret du 16 fructidor an III, du principe de la séparation des pouvoirs, fausse application des art. 1382, 1383 C. civ. et violation de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810 pour défaut de motifs, contradiction de motifs, manque de base légale, en ce que la cour d'appel a admis la compétence de l'autorité judiciaire pour connaître d'une demande en dommages-intérêts formée par la Vve Adam contre un ex-infirmier militaire à raison des suites d'une opération radiographique par lui pratiquée sur celle-ci à l'hôpital complémentaire n° 2 de Saint-Lô, sous prétexte que, s'agissant d'une malade ou blessée civile, l'opérateur aurait agi volontairement et librement, sans qu'il justifiât avoir reçu un ordre formel et précis de ses chefs hiérarchiques, alors que le caractère de prétendue faute de service, exclusive *d'une prétendue* faute personnelle de cet ex-infirmier militaire, résulte des faits même constatés par la cour d'appel, à savoir notamment : d'une part, que *l'installation* radiographique dont s'agit, offerte par la Croix-Rouge, a été établie d'accord entre celle-ci et les services compétents dans l'hôpital complémentaire n° 2 sous

la réserve acceptée par eux que les malades et blessés civils pourraient y être examinés ; d'autre part, que les médecins militaires chefs de service avaient spécialement affecté cet infirmier militaire aux dites opérations ; qu'enfin celui-ci avait pratiqué, comme il en avait l'habitude, sans aucune rémunération, l'opération incriminée, laquelle avait été décidée après consultation d'un médecin civil et du chirurgien de la place de Saint-Lô. »

Arrêt :

La Cour,

Sur le moyen unique :

Vu l'art. 13 du titre II de la loi des 16-24 août 1790 ;

Attendu qu'il n'appartient qu'à l'autorité administrative de déterminer en quelle qualité les agents et employés de l'Etat ont agi, de vérifier, comme aussi, d'apprécier les instructions et les ordres de service qui ont pu leur être donnés, de rechercher jusqu'à quel point ils « s'en sont écartés » ;

Attendu que le pharmacien Lefèvre, mobilisé comme infirmier militaire, a été affecté au service de radiographie de l'hôpital mixte de Saint-Lô ; qu'à la suite d'un accord intervenu entre le service de santé militaire et le comité local de la Croix-Rouge française qui avait fait les frais de l'installation, l'appareil radiographique fut transporté à l'hôpital complémentaire n° 2, sous la condition que les malades civils pourraient y être examinés ; que Lefèvre continua d'être affecté aux opérations radiographiques ; qu'il procéda à deux reprises à la radiographie de la dame Adam à qui cet examen avait été prescrit dans une consultation prise auprès de deux médecins, dont l'un était mobilisé comme chirurgien de la place de Saint-Lô ;

Attendu que la dame Vve Adam ayant été atteinte de lésions qu'elle attribue aux conditions défectueuses dans lesquelles la radiographie aurait été faite, a assigné Lefèvre en payement de dommages-intérêts ; que l'arrêt attaqué a rejeté une exception d'incompétence tirée de ce que Lefèvre aurait agi en service commandé ; que la décision est motivée sur ce que Lefèvre n'étant pas tenu, contrairement à ses dires, de prêter son concours à un malade civil, et ne justifiant pas avoir reçu de ses chefs hiérarchiques un ordre précis et formel, devrait être considéré comme ayant agi en dehors de l'exercice de ses fonctions d'infirmier militaire ;

Attendu qu'en prononçant ainsi sur les prétentions contraires des parties touchant la portée de l'ordre d'affectation de Lefèvre à l'un des services de l'hôpital militaire, l'arrêt attaqué a excédé les limites de la compétence judiciaire, et par suite violé le texte susvisé ;

Par ces motifs,

Casse...

Commentaires.

L'espèce ci-dessus démontre une fois de plus

l'éternel conflit entre l'autorité administrative et le droit commun. La Cour de Caen incriminait le pharmacien radiographe, parce que celui-ci agissait non comme mobilisé, recevant de ses chefs militaires des ordres pour soigner des militaires, mais comme infirmier, relevant du droit commun, Or, comme il ne possédait pas les titres scientifiques, lui permettant de faire de la radiographie, sans danger pour autrui, il aurait pu se retrancher derrière son incompétence, pour décliner la demande de la dame A.

Pour un peu, le ministère public l'aurait poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

La Cour de cassation se place à un autre point de vue. Le pharmacien-radiographe est considéré comme un fonctionnaire. Il n'a pas commis de faute personnelle se détachant de l'acte fonctionnel, mais une faute rentrant dans l'exercice normal de sa fonction. Il avait reçu de ses chefs l'ordre de radiographier militaires et civils et il s'est tenu dans les limites de ses fonctions. Il a agi en service commandé et, par suite, sa faute est de la compétence exclusive de l'autorité administrative (voir Cassation 19 décembre 1907 ; *Gazette du Palais*, 1908, 1, 96).

Ce point de droit élucidé, avouons que ce procès montre combien l'autorité militaire a, pendant la guerre, fait fi, dans certains cas, de la santé publique, tant pour les civils que pour les militaires. L'arrêt de la cour de Caen montre que le médecin aide-major S. remplaçait l'aide major L. comme directeur du service radiologique mais que, n'ayant aucune compétence en radiologie, c'était le pharmacien-infirmier qui restait chargé de la direction du service de radiologie. Et le service marcha ainsi plusieurs mois, jusqu'à la nomination ultérieure d'un spécialiste.

Il y a encore beaucoup à reprocher et à réformer, dans notre belle administration française, tant que les praticiens idoines ne seront pas appelés à concourir à la protection de la santé publique.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

I

Rédaction des rapports d'expertises par les médecins des aliénés.

6019. — M. PERREAU, sénateur, demande à M. le Ministre de l'Hygiène, si les médecins

du cadre des asiles publics d'aliénés sont autorisés à fournir des rapports en expertise mentale sur réquisition des tribunaux pour les centres de réforme et donner leur avis aux mutilés aliénés de la guerre, et les conseils d'un spécialiste non remplaçable donnés aux clients de l'Etat ne pouvant logiquement constituer une clientèle, si cette dérogation à la circulaire du 20 mars 1857 (art. 66), est tolérée. (*Question du 20 novembre* 1923).

Réponse. — La rédaction de rapports en expertise médico-légale, sur réquisition des tribunaux ou à la demande des centres de réforme, ainsi que les avis aux mutilés aliénés de la guerre, ne sauraient être considérés comme constituant l'exercice de la médecine extérieure. Cette dérogation à la circulaire du 20 mars 1857 est non seulement tolérée, mais tacitement encouragée pour la raison que les médecins du cadre des asiles publics sont les seuls spécialistes vraiment qualifiés pour offrir aux tribunaux et aux militaires aliénés les garanties désirables.

(*J. O.*, 5 décembre 1923).

II

6020. — M. PERREAU, sénateur, demande à M. le Ministre de l'Hygiène, si les médecins de quartiers d'hospices désignés par la commission administrative de cet hôpital communal pour assurer le service des aliénés, sont astreints à l'observation de l'article 60 de la circulaire du 28 mars 1857 ou du règlement de leur hôpital ou s'il peut être toléré qu'ils fournissent des rapports et avis aux tribunaux, aux centres de réforme et aux mutilés aliénés de guerre et, dans la négative, par qui remplacer ces spécialistes. (*Question du 20 novembre* 1923).

Réponse. — L'article 68 de la circulaire du 20 mars 1857 fait appel, en ce qui concerne l'interdiction de la médecine extérieure, à la conscience professionnelle des médecins d'asiles publics. Elle leur fait donc, en l'espèce, une obligation morale qui ne saurait souffrir aucun tempérament lorsqu'il s'agit d'un médecin exerçant dans un quartier d'aliénés annexé à un hospice.

Toutefois, la délivrance de rapports et avis aux tribunaux et aux centres de réforme ne constituant pas l'exercice de la médecine extérieure, cette délivrance ne peut être interdite aux médecins des quartiers d'hospice.

(*J. O.*, 5 décembre 1923.)

Quarante-sixième année N° 2 13 Janvier 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 60-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

III

Les Bureaux du *Concours Médical* sont fermés par application de la « semaine anglaise » tous les Samedis, à partir de midi.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, du Dr BAUCILHON, à Nîmes (Gard), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 7. — Jeune fille 25 ans, étud. médecine 3e année, rech. occup. comme secrét. ou assistant d'un confr. Meill. référ.

No 8. — Confrère recom. veuve, de fam. méd., tr. au courant comptab. ; pr administration clin. ou Maison de Santé s'adresser direct. au Dr Bouyer, 87, av. Wagram.

No 9. — Client. à repr. ds l'Oise. Pr. renseig. compl. s'adres. au Dr Delpierre, 184, fbg St-Denis, Paris.

No 10. — On demande 10 médecins, jeunes, actifs, libres, pr visites médicales, sit. d'av. Ecr. à M. le Dr Debat, labor. de l'Inotyol, 12, r. Ste-Anne, Paris.

No 11. — Confr. désire acquérir client. demi-repos banl. Paris (30-40 km.)

No 12. — A céder : tête incompl. 20 fr. Trousse à dissection 20 fr. Le Cri de Paris 1913-1920 inclus 50 fr.

No 13. — A repr. d'urg. décès 3 h. de Paris, région Nord, tr. ancien poste d'avenir, pro-pharmacien, possib. faire gros prod., s'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

No 14. — Rég. Centre, tr. bonne client. seul méd.. pro-pharmacien, rapp. 40.000 touchés, suscep. augm, gde maison, pet. loyer, s'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. R.C.S. 45.851.

CORRESPONDANCE

La cotisation du « Sou Médical » n'a pas changé.

Vous indiquez bien, dans votre numéro du 16 courant, le mode de payement par c/c. ch. P. Mais vous n'indiquez pas le montant de la cotisation du « Sou » pour 1924.

Vous pourriez l'indiquer dans votre prochain numéro, car je ne m'en souviens plus.

Réponse.

Malgré l'augmentation de la garantie de la responsabilité civile, portée de 20.000 à 50.000 frs. à compter du 1er janvier courant, la cotisation du « Sou » n'a pas varié. Elle est toujours de 25 francs.

Délégués du Conseil municipal à la Commission administrative d'un hôpital.

Je vous serai très obligé de vouloir me donner le renseignement suivant :

Dans les Commissions administratives des hospices ou hôpitaux, 4 membres sont nommés par le préfet, et 2, par le conseil municipal.

Le *Concours médical* du 25 septembre 1921 indique bien que le renseignement que je vous demande se trouve à l'art. 1er de la loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879, mais je n'ai pu me procurer les textes.

Je désire savoir si, aux termes de la loi, ou dans les commentaires, les 2 membres nommés par le conseil municipal *doivent être* pris parmi les conseillers municipaux, ou si les conseils municipaux peuvent choisir ces 2 membres en dehors des conseillers municipaux.

Dr B.

Réponse.

La loi du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879 ne fait aucune obligation au Conseil municipal de choisir dans son sein les membres de la Commission administrative de l'hôpital dont le choix lui appartient.

L'article 1er de la loi dit seulement que deux des membres de chaque Commission sont élus par le Conseil municipal.

L'article 4 précise que les délégués du Conseil municipal suivent le sort de cette Assemblée quant à la durée de leur mandat. En cas de dissolution du Conseil municipal, ce mandat est continué jusqu'au jour de la nomination des délégués par le nouveau Conseil.

En fait, les délégués du Conseil municipal à la Commission administrative sont souvent choisis en dehors du Conseil.

Seul, le maire, président de droit, appartient forcément au Conseil municipal.

Perte de dents par suite d'accident du travail.

Je vous serai obligé de bien vouloir, me donner le renseignement suivant :

Je soigne depuis un an un accidenté du travail. Traumatisme de la bouche ayant amené : 1° la fracture de 5 dents immédiatement : 2° l'ébranlement de 10 autres. Quant aux dents survivantes, voici le rapport du radiographe : « *Solution de continuité entre les alvéoles et les racines, signes en faveur de la chute prabable des dents restantes* ». J'ai opéré pansements et extractions et fait un 1er appareil de 10 dents, puis obligation de faire un 2e appareil de 16 dents après extractions nécessaires (dents s'ébranlant). Il est probable que d'ici un an, les autres dents seront obligatoirement extraites pour ébranlement progressif et que je devrai faire l'appareil complet, haut et bas.

On me demande de fournir un rapport appréciant le pourcentage d'invalidité du fait de la disparition de nombreuses dents et de l'ébranlement des autres. Je n'ai aucun barème à ce sujet et je suis assez embarrassé, car enfin avant l'accident le blessé mangeait fort convenablement avec des maxillaires probablement pas en excellent état. Faudrait-il tenir compte de l'état antérieur que je ne connais pas d'ailleurs et que le patient présentera à sa façon. En fait, il lui reste quelques dents assez branlantes et dans un an, plus du tout. Qu'y avait-il avant l'accident ? Nul ne le saura !

Prière d'apprécier le CHIFFRE D'INVALIDITÉ. (Je crois que la Compagnie transigerait pour une indemnité une fois versée).

Dr B.

Réponse.

Le Guide barème des pensions militaires souvent employé même en matière d'accidents du travail, alloue pour perte complète ou presque complète des dents, lorsque la prothèse n'est pas supportée, de 10 à 30 % et en cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle constatée, de 0 à 10 %

Mais suivant Imbert Odde et Chavernac (Evaluation des incapacités), cette évaluation est insuffisante, surtout si l'on remarque que l'Etat fournit l'appareil de prothèse au mutilé de guerre alors que les blessés du travail n'ont pas droit à cette fourniture. Il semble donc que, en cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle, le chiffre de 15 % pourrait être admis.

Quant à l'état antérieur il est généralement impossible de le connaître et il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Le propharmacien n'est pas patentable comme pharmacien.

Je suis médecin propharmacien et, pour la première fois, on m'impose comme pharmacien de 3e classe. Est-ce régulier ?

Il me semble avoir lu que la question avait été tranchée et qu'un propharmacien était considéré comme un médecin pour lequel la propharmacie était un accessoire. Si cela a changé, je n'ai qu'à m'incliner, mais si cela n'a pas changé et que vous puissiez me dire sur quoi m'appuyer, je ferai profiter mon imposeur de vos lumières.

Dr F.

Réponse.

Le médecin propharmacien, qui se borne à délivrer des médicaments à ses clients en exécution de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et qui ne tient pas officine ouverte, ne peut être imposé à la patente, comme pharmacien. (Conseil d'Etat, 19 juillet 1854, Dalloz, 1855.3.25 ; 1er juin 1900, Dalloz, 1901,5,463).

Vous pouvez donc, en vous basant sur ces décisions, adresser une demande en décharge au préfet ou sous-préfet de votre arrondissement, sur papier timbré à 2 francs, avant le 29 février 1924, le rôle ayant été publié le 4 novembre 1923.

Nous vous retournons sous ce pli l'avertissement communiqué.

Les clercs d'avoués ne sont pas garantis par la législation sur les accidents du travail.

Une femme, clerc expéditionnaire coursière chez un avoué, va au Palais de Justice porter des documents pour son patron, elle descend du tram *à l'arrêt*, se reçoit mal et tombe, résultat entorse grave.

Il me semble que le transporteur n'est pas responsable, mais le patron conteste qu'il y ait accident du travail et déclare qu'en tout cas, il n'est pas assujetti aux obligations de la loi de 1898.

A-t-il raison ? Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me le dire.

Dr J.

Réponse.

Un avoué, n'étant ni industriel ni commerçant, mais exerçant une profession libérale, n'est pas assujetti, en effet, à la législation spéciale sur les accidents du travail et par suite, l'accident survenu à l'un de ses clercs ne serait à sa charge que s'il y avait faute, négligence ou imprudence de sa part ou de celle de ses préposés, ce qui ne paraît pas exister en l'espèce que vous nous signalez.

Il ne paraît pas non plus y avoir faute de la Compagne des transports, car il est bien recommandé dans toutes les voitures de ne pas descendre avant l'arrêt complet.

Il semble donc que vous ne pourriez vous adresser, pour le payement de vos honoraires, qu'à la personne que vous avez soignée.

Demande de pension militaire.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le fait suivant :

Un démobilisé a fait toute la guerre dont 2 ans en Orient. Il y a contracté le paludisme. En 1921, il fait une demande de réforme ; on l'examine au point de vue paludisme et on le reconnaît malade, mais avec un pourcentage inférieur à 10 %. Il avait, à ce moment-là, des accès de fièvre et il n'a pas été examiné à un point de vue autre que paludisme.

Il semble qu'il y ait eu un diagnostic tout au moins incomplet et depuis, a évolué une tuberculose pulmonaire caractérisée (« civilement et militairement »). Il a fait, fin octobre dernier, une demande d'augmentation de pension pour aggravation. Cette demande est repoussée.

I. Peut-il faire appel ?

II. Devant quelle juridiction ?

III. Sa demande a-t-elle des chances d'être prise en considération, si on admet le diagnostic incomplet du C. R. en 1921 ?

Dr D.

Réponse.

L'intéressé peut faire appel devant le tribunal des pensions, dans un délai de six mois à partir du jour où il aura reçu notification du rejet de sa pension.

Il est difficile d'escompter les chances de succès, car il est vraisemblable — sans qu'on puisse l'affirmer, faute de renseignements suffisants — qu'en 1921, lors de la première visite, il avait dépassé déjà les délais légaux. Cependant pour le paludisme, il lui a suffi de faire la preuve qu'il avait servi, durant les hostilités, en Orient.

En octobre 1923, il avait dépassé certainement les délais de présomption en ce qui concerne la tuberculose non constatée antérieurement. D'autre part, il paraît difficile d'établir une filiation médicale entre cette affection et le paludisme.

G. F.

Echelons de grades et pension militaire.

J'ai recours à votre obligeance pour me donner si possible le renseignement suivant :

Je viens de passer *pour la première fois* devant le Centre de réforme de ma région et il m'est accordé une pension de 30 % (avec mise hors cadres), pour une affection contractée en captivité et constatée depuis septembre 1915 par évacuation sur l'intérieur, ayant, en outre nécessité plusieurs hospitalisations au cours de la guerre.

Le point sur lequel je voudrais être fixé est celui-ci : « A quoi correspondent les divers *échelons* dans un même grade ? »

Il m'est accordé 1.095 fr., soit le montant de la

pension de 2 galons 1er *échelon*. Or, je pensais que les échelons étaient de 4 ans, étant à 2 galons depuis le 2 août 1916, je pensais avoir droit aux 1.155 fr. du 2e échelon (7 ans de grade), (naturellement mon grade est à titre définitif, puisque mon 1er galon est de juin 1913).

Accessoirement, ne pensez-vous pas que pour cette affection ayant nécessité chaque année au moins l'hospitalisation constatée par billet d'hôpital, depuis 1915, je serais en droit à ma prochaine visite de prier le médecin-chef de vouloir bien régler *définitivement* cette question ?

Voilà 8 ans que c'est la même chose, les radios répondent toujours : même état, pourquoi ne pas régler de suite ma situation, qui, hélas ! n'ira jamais s'améliorant ? Dr X.

Réponse.

Si, au moment de votre démobilisation, vous aviez fait quatre ans de service effectif dans le premier échelon de lieutenant, vous auriez droit au taux de pension du deuxième échelon, mais il ne semble pas, d'après les renseignements donnés, que vous ayez été encore au service après le 2 août 1920, c'est-à-dire plus de quatre ans après votre promotion à deux galons.

Le point de départ légal des quatre ans pour la pension définitive est invariablement fixé à la date de la première Commission de réforme qui a constaté votre infirmité.

G. F.

Situation militaire d'un père de famille.

Dans le *Concours médical* du 25 novembre 1923 page 3536, XII, article : Nouvelle organisation du service militaire, un confrère, né en septembre 1886 et ayant 2 enfants vivants, demande si sa classe nouvelle est la classe 1904 au lieu de sa classe normale 1906, du fait qu'il est père de 2 enfants. A la page 3571, XLIII, de votre journal, vous lui répondez qu'il doit, en effet, suivre le sort de la classe 1904 à cause de ses enfants ; mais n'y a-t-il pas erreur et n'est-ce pas le sort de la classe 1902 qu'il faudrait dire, car, il me semble que d'après l'article 58 de la loi du 1er avril 1923, sur le recrutement, on doit être repoussé de 2 classes par enfant et non d'une. Je vous serais bien reconnaissant de me répondre à ce sujet

Dr T.

Réponse

Tout homme des réserves, à la naissance d'un enfant, passe de droit dans la classe de mobilisation, dont le millésime est inférieur de deux unités à celui de sa classe de mobilisation du moment » (art. 58).

Il s'agit donc bien de la classe 1902.

G. F.

Taxe de luxe.

En vous adressant pour le *Concours*, le compte rendu de notre dernière réunion, je viens vous demander un renseignement, oh ! bien extra-médical, s'il vous est possible de me le faire donner :

1° Il y a 4 mois, j'ai acheté un piano neuf 3.950 fr., sans payer de taxe de luxe, celle-ci n'étant due qu'au-dessus de 4.000fr. Aujourd'hui, par suite d'une hausse importante sur les pianos, je peux le revendre plus de 4.000 fr. Dois-je faire payer la taxe de luxe ?

2° J'achète en échange un piano à queue. Ce piano sorti de l'usine en décembre 1922 a été mis par la maison à la disposition d'un artiste pour une tournée de concerts. Aujourd'hui, il m'est revendu d'occasion par l'usine à environ moitié de son prix neuf, Dois-je payer la taxe de luxe sur ce piano ?

Dr V.

Réponse.

1° Puisque le prix de vente du piano excède la limite fixée par la loi, la taxe de luxe doit être acquittée au moyen de timbres mobiles apposés sur la quittance.

« Toute personne qui aura participé à une vente, soit comme acquéreur, soit comme vendeur, sans qu'une quittance du prix ait été délivrée et que la taxe de 10 % ait été acquittée, sera punie personnellement d'une amende égale au triple de la taxe qui n'aura pas été payée sans que cette amende puisse être inférieure à 100 frs.

2° Même réponse si le prix d'achat dépasse 4.000 frs. ta taxe de 10 % est due.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Base de la patente.

Quelle doit être la base de la patente du médecin lorsque le loyer comporte, outre le loyer proprement dit, des charges évaluées forfaitairement, comme il est de règle actuellement.

Lorsque les charges ne dépassent pas 10 %, elles peuvent être considérées comme normales. Mais quelle est la situation lorsque les charges sont plus élevées et atteignent, par exemple, 20 et 30 %, du prix principal du loyer ?

Dr F. R

Réponse.

Le droit proportionnel de la patente des médecins est calculé sur la valeur locative des locaux professionnels.

Cette valeur locative comprend : le prix de la location tel qu'il est stipulé par l'acte, auquel doit être ajouté, en vertu de la jurisprudence en vigueur, le montant des charges incombant au

propriétaire mais supportées par le locataire par suite de conventions spéciales (impôt foncier, prime d'assurance immobilière, grosses réparations, frais de chauffage, d'ascenseur, d'éclairage des locaux indivis, de balayge, de concierge...). Il n'y a pas lieu de considérer si ces charges dépassent 10 % du loyer.

Par contre. il y a lieu de défalquer : le montant des dépenses incombant au locataire, mais supportées par le propriétaire (réparations locatives, éclairage, chauffage des appartements, ramonages, contributions des portes et fenêtres, redevance pour concession d'eau à usage particulier).

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Pansements sans plaies.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur le cas suivant :

J'ai soigné dernièrement un blessé pour *contusion violente* du thorax (sans plaie) et *contusion* du genou (sans plaie). Le malade était au lit. Quel prix dois-je compter par visite à domicile, tant que j'ai dû panser thorax et genou ?

Dr C.

Réponse.

Je ne vois pas quels « pansements » vous aviez à faire au thorax et au genou alors qu'il n'y avait pas de plaie. Il me semble qu'il s'agissait là de visites simples à 10 francs en première catégorie.

F. D.

II

Brûlures diverses

Abonné du *Concours médical*, j'aurais recours à votre amabilité pour me renseigner sur la façon d'établir ma note d'honoraires au sujet d'un accident du travail. J'ai soigné un ouvrier atteint de brûlures étendues à toute la région antérieure de l'avant-bras droit, de la face dorsale de la main droite et des doigts, des brûlures de la face, de l'oreille droite et de la nuque.

En me conformant au tarif Breton, que dois-je demander par pansement ? Je suis en 2e catégorie et j'ai fait une vingtaine de pansements le malade n'étant pas encore guéri d'ailleurs.

Dr C.

Réponse.

Ces brûlures de l'avant-bras, main et doigts ne forment pas « l'étendue comparable à un membre » (art. 28) puisqu'il y manque un segment, le bras. Dans ce cas je conseille toujours

(*Voir la suite page XLVII-107*)

PROPOS DU JOUR

Un assainissement possible et nécessaire

Les journaux annonçaient récemment l'arrestation d'un nouveau trafiquant de soins qui, comme par hasard, exploitait à la fois, avec clinique à l'appui, les accidentés du travail et les réformés de guerre. Nous comptons que les tribunaux sauront faire pleine et prompte justice et que leur sévérité mettra un frein à l'audacieuse inconscience de ces gens. Nous souhaiterions voir nos Syndicats médicaux intervenir dans ces procès en se portant partie civile et en demandant pour le principe un franc (ou davantage) de dommages-intérêts pour préjudice porté à la profession médicale dont ils ont légalement le droit et la charge d'assurer la défense.

Dans l'épanouissement de cette flore malsaine des médecins marrons, il est des responsabilités qu'il nous suffira de signaler pour que les compagnies d'assurances se mettent en garde contre le zèle malencontreux de certains agents de leur contentieux.

Un de nos amis, qui exerce dans la banlieue sud, nous affirmait qu'un spécialiste marron d'accidents du travail avait averti une compagnie d'assurances qu'il allait amputer d'urgence le doigt d'une accidentée assurée. Le médecin contrôleur de la compagnie fut immédiatement mobilisé et s'en fut trouver le spécialiste en question qui lui affirma qu'il avait dû intervenir d'extrême urgence et opérer sous le chloroforme, la grossesse avancée de la blessée exigeant l'anesthésie générale. Le contrôleur, flairant une supercherie se rendit auprès de l'opérée. Il trouva une jeune fille qui s'indigna quand on lui parla de grossesse avancée et affirma qu'elle n'avait pas été endormie, ni amputée.

Le contrôleur fit son rapport. Une plainte fut déposée et un expert désigné pour examiner la blessée. Or l'agent du contentieux, qui représentait la Compagnie d'assurances, au grand étonnement du médecin contrôleur et de l'expert, retira, au dernier moment la plainte. Le médecin marron avait consenti à une forte réduction sur une note d'honoraires de plusieurs milliers de francs que la Compagnie d'assurances allait lui payer.

Nous avons entendu dire que certaines Sociétés d'assurances ayant en main les preuves de la malhonnêteté de certains tenanciers de cliniques, se servaient d'eux, leur imposant leur conditions sous la menace constante d'une exécution possible. Nous sommes persuadé que ces faits sont rares ou exagérés, s'ils existent réellement ; qu'en tous cas, ils restent inconnus des directeurs de Sociétés qui ne sauraient admettre qu'on pût utiliser, pour soigner des blessés, des médecins de pareille catégorie. Cette sorte d'impunité relative serait une invitation aux praticiens à conscience vacillante à se laisser glisser sur la pente savonnée qui mène à l'escroquerie.

La Commission ministérielle du tarif des accidentés profitant de la nécessité de régler l'application de la loi des accidents à l'*agriculture*, étudie une convention entre assureurs, médecins et pharmaciens, établissant entre eux une Commission de contrôle fonctionnant d'une façon analogue aux Commissions départementales pour les soins gratuits aux réformés. Si les médecins et les assureurs parviennent à s'entendre, la convention, approuvée par le ministre du travail, sera appliquée par les parties contractantes et nous ne doutons pas des résultats. On a objecté que les médecins marrons n'étant pas syndiqués, la convention serait inopérante, la loi des accidents n'imposant pas son contrôle comme la loi des pensions pour les soins aux réformés. D'accord, mais lorsqu'une note produite par le médecin marron aura été épluchée et sérieusement réduite par la commission mixte et que la Compagnie d'assurances aura refusé de payer, nous croyons que, s'il y a des juges en France, ils feront un accueil frais au dit médecin marron qui aura l'audace de venir dans de pareilles conditions réclamer leur verdict.

Il est probable qu'après une période suffisante de fonctionnement, si ce système donne de bons résultats, les intéressés et le gouvernement demanderont au législateur de rendre ce contrôle

obligatoire par le vote d'un texte de loi approprié.

Les Sociétés d'assurances commencent à comprendre que leur intérêt ne consiste pas à liarder sur les tarifs médicaux et à rogner les notes d'honoraires conscienciouses. Ouvriers, médecins, assureurs et patrons ont le plus grand intérêt à ce que les blessés soient promptement et parfaitement soignés, que leur guérison soit aussi rapide et aussi complète que possible. Pour cela, il faut que les soins médicaux soient toujours convenablement honorés, même à l'hôpital, et que la médecine des accidentés, comme celle des réformés, soit exercée dans une atmosphère saine et inspirant confiance.

La Commission ministérielle du tarif paraît être convaincue de l'utilité de cette innovation. D'ailleurs l'éloquence persuasive, la clarté et la droiture des idées qu'y développe avec talent notre distingué collègue, le Dr Renon, de Niort, qui a mission de soutenir les propositions de l'Union des Syndicats médicaux, ont fait sur tous les membres de la Commission une impression profonde et nous ne désespérons pas de voir assainir la médecine des accidents du travail. Ce sera une nouvelle victoire du syndicalisme médical qui montrera une fois de plus que les intérêts moraux et les intérêts matériels du médecin praticien honnête se confondent et qu'ils ne sauraient non plus entrer en conflit avec les intérêts des blessés ni même avec ceux des responsables.

J. Noir.

***

Notre « Propos du jour » était à l'imprimerie quand les journaux ont publié le jugement du Tribunal correctionnel de Bordeaux dans une grosse affaire de médecins marrons ; nous reproduisons la dépêche du *Matin* qui énumère les condamnations.

La leçon est sévère et l'avertissement nous paraît cette fois sérieux. Nous constatons qu'aucun groupement médical n'a pris fait et cause pour les inculpés et cependant l'on sait avec quelle ardeur les médecins prennent la défense de leurs confrères, lorsque cette défense est légitime. Nous eussions appris avec satisfaction l'intervention du Syndicat médical local, se portant partie civile, pour bien marquer qu'aucun lien ne pouvait unir les praticiens poursuivis avec les médecins bordelais :

Bordeaux, 5 janvier. — Télégr. *Matin*. — Le tribunal correctionnel vient de rendre son jugement dans l'affaire dite d'escroquerie à l'assurance, à laquelle étaient mêlés onze médecins, deux pharmaciens et dix-sept manœuvres. Seul, le docteur Faure est acquitté. Sont condamnés : les docteurs Lafontaine, à six mois de prison, à 3.000 francs d'amende et à cinq ans d'interdiction d'exercice de la profession de médecin ; Foucade, à six mois de prison, à 3.000 francs d'amende et à cinq ans d'interdiction d'exercice de la profession ; Lalanne, à six mois de prison, à 2.000 francs d'amende et à cinq ans d'interdiction d'exercice de la profession ; Fernand Rivière, à quatre mois de prison, à 3 .000 francs d'amende et à cinq ans d'interdiction ; Fournier, à quatre mois de prison, à 3.000 francs d'amende et à cinq ans d'interdiction ; Maurice Bos, à quatre mois de prison avec sursis, 2.000 francs d'amende et à deux ans d'interdiction ; Coyola, à quatre mois de prison avec sursis, à 2.000 francs d'amende ; Dalbeyra, à quatre mois de prison avec sursis, à 2.000 francs d'amende ; Dumur, à trois mois de prison avec sursis, à 1.000 francs d'amende ; Schenazzi, à 2.000 francs d'amende ; le pharmacien Georges Rivière, à quatre mois de prison, à 3.000 francs d'amende. On prononce la disjonction pour le cas du pharmacien Arbez, qui était malade au moment des débats. Le rabatteur Vittini et le contremaître Bonnet sont condamnés à huit mois de prison, mais remis en liberté, leur prévention remontant à plus de huit mois. Pour les accidentés complices, les peines suivantes sont prononcées ; six sont condamnés à six mois de prison ; trois à quatre mois ; trois à trois mois ; un à trois mois avec sursis : deux à deux mois avec sursis. En outre, tous les condamnés devront payer chacun le franc de dommages intérêts réclamé par le Syndicat de compagnies d'assurances et le Syndicat des entrepreneurs et manutentionnaires du port de Bordeaux. Foucade et Lalanne sont, en outre, condamnés à 2.000 francs de dommages-intérêts réclamés par la Compagnie des Chargeurs réunis.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA MALADIE DE HEINE-MEDIN

Poliomyélite antérieure aiguë,

Par Jacques Decourt,

Interne des Hôpitaux de Paris.

La maladie de Heine-Médin est une maladie infectieuse, due à un virus filtrant, qui détermine les caractéristiques cliniques essentielles de l'affection par son affinité spéciale pour les cornes antérieures de la moelle.

On sait actuellement qu'il s'agit d'un même virus, quand on parle de paralysie infantile, *forme sporatique*, telle que l'avait décrite Heine (de Stuttgart) en 1840, — ou des *formes épidémiques* décrites en Suède par Medin (1887), et très fréquemment observées depuis, tant en Europe qu'en Amérique.

Nature. — On pensa longtemps que la poliomyélite antérieure aiguë, bien individualisée cliniquement, n'était qu'un syndrome traduisant l'atteinte anatomique des cornes antérieures de la moelle, cette atteinte pouvant être le fait d'infections diverses, parmi lesquelles on citait : la fièvre typhoïde, la rougeole, l'érysipèle, la pneumonie, etc. Et d'ailleurs, comme le fait remarquer Tinel, rien ne s'oppose *a priori* à ce que des infections banales puissent, dans des cas exceptionnels réaliser ce syndrome. Mais le fait n'est pas démontré, et lesdites infections, quand elles atteignent la moelle, donnent habituellement une myélite diffuse, et non pas systématisée aux cornes antérieures, ce qui est le caractère essentiel de la maladie de Heine-Medin.

D'autre part, l'identité des deux formes : sporadique et épidémique, actuellement établie, n'a pas été admise sans discussion. On opposait les manifestations cliniques à peu près immuables de la paralysie infantile au caractère polymorphe et épidémique de la malade de Medin.

Mais, en réalité, on observa qu'entre les deux formes tous les cas intermédiaires sont possibles. L'étude soigneuse des conditions étiologiques permit de rapporter les cas sporadiques à une contagion indirecte par l'intermédiaire de porteurs de germe sains, ou de formes frustes mal caractérisées.

Enfin, Landsteiner et Popper découvrirent le virus (1910) et purent reproduire expérimentalement l'affection en l'inoculant au singe.

Netter montra que le sérum des sujets convalescents de paralysie infantile guérit les formes épidémiques, et que l'on peut réaliser *in vitro* cette neutralisation spécifique du virus.

Ce virus est un *virus filtrant* : après passage au travers des bougies Berkefeld, il reste virulent ; et la moelle des animaux inoculés avec le virus ainsi filtré se montre à son tour virulente pour d'autres animaux neufs.

Les résultats des cultures restent problématiques : Flexner et Noguchi obtinrent des corpuscules globoïdes *anaérobies. Rosenow isola en* culture aérobie un streptocoque plémdorphe, qui, transporté en milieu anaérobie, serait capable de prendre l'aspect globoïde décrit par Flexner et Noguchi, et d'acquérir *alors* la propriété de traverser les filtres. Le rôle pathogène de ces agents microbiens a été contesté. Leur existence, en tous cas, ne contredit pas les constatations de Landsteiner : le streptocoque de Rosenow, en milieu anaérobie, se transformerait en virus filtrant.

Epidémiologie. — Maladie infectieuse, la maladie de Heine-Medin est contagieuse. Evidente et directe dans les formes épidémiques, cette contagion, pour y être plus difficilement décelable, n'en existe pas moins dans les formes sporadiques de paralysie infantile : elle s'est faite alors grâce à des *cas frustes intermédiaires*, ou par l'intermédiaire de *porteurs de germe sains*. On trouve là une analogie avec l'encéphalite épidémique, dont le virus offre une si grande parenté avec celui de la poliomyélite. Et l'on se rappelle, d'ailleurs, qu'à l'apparition de l'encéphalite, on put un instant discuter de l'identité des deux affections.

Comme pour celle-ci encore, la voie de la pénétration du virus dans l'organisme semble être la muqueuse naso-pharyngée, puis les filets du nerf olfactif qui le conduit à l'encéphale. Outre l'appareil respiratoire, le tube digestif est une voie d'entrée possible.

En tous cas, la transmission du virus semble être toujours directe. Le rôle vecteur que l'on

a voulu faire jouer à la mouche piquante des étables (Stomoxys calcitrans) n'est pas démontré. Rappelons enfin que certaines épizooties à forme paralytique, frappant les poules, semblent présenter des rapports avec la poliomyélite humaine, puisqu'on les a vues parfois coïncider.

Etiologie. — La notion étiologique primordiale est la nature infectieuse de la maladie, et le mode de transmission de son virus, que nous venons d'étudier.

D'autres causes secondes ont cependant leur importance. Tout d'abord l'âge : la maladie de Heine-Médin est une affection du *jeune enfant*, qu'elle frappe surtout entre 2 et 12 ans, surtout les garçons. Il faut savoir néanmoins qu'on peut l'observer à tout âge. Elle éclôt surtout, dans les régions froides, pendant les *mois d'été* : juillet, août et septembre.

Quant aux causes occasionnelles telles que le froid, le surmenage, leur rôle est pour le moins très restreint.

Anatomie pathologique. — Les travaux modernes ont permis de mettre en évidence les lésions de la phase aiguë. Ils ont surtout montré que les *lésions sont diffuses*, prédominant il est vrai au niveau des cornes antérieures, mais atteignant aussi tout l'axe cérébro-spinal et ses enveloppes méningées. Tel est du moins le *type inflammatoire* habituel : à l'autopsie, on constate déjà ces lésions congestives diffuses, avec, de place en place, surtout au niveau du renflement lombaire de la moelle, des nodules inflammatoires périvasculaires. Histologiquement, les *méninges* sont habituellement le siège d'une infiltration lymphocytaire marquée ; et de véritables plaques de lepto-méningite ou des hémorragies sous-arachnoïdiennes ne sont pas rares. La *moelle* est surtout atteinte au niveau des cornes antérieures : amas leucocytaires, lésions cellulaires d'histolyse ou de neuronophagie, périvascularite, en sont les lésions essentielles, prédominant habituellement au niveau de la moelle lombaire, mais pouvant envahir le bulbe, la protubérance et les hémisphères cérébraux. Les *racines rachidiennes* peuvent présenter des figures de dégénérescence au niveau de certaines de leurs fibres. Les ganglions rachidiens, habituellement intacts, ont été parfois trouvés altérés. Les nerfs périphériques sont sains.

A côté de ce type inflammatoire, il existe un *type dégénératif*, où, sous l'influence probablement d'un virus atténué, les cellules nerveuses sont seules atteintes de dégénérescence, sans cette réaction intense du tissu conjonctivo-vasculaire observée dans le type précédent. Ce type dégénératif répond surtout aux formes sporadiques de la paralysie infantile classique.

Telles sont les lésions de la phase aigue.

A l'autopsie de sujets morts après de longues années, ce sont les *lésions cicatricielles*, depuis longtemps connues, que l'on observe. La moelle, dans ses parties, qui correspondent aux signes paralytiques est atrophiée de façon plus ou moins irrégulière ; les racines antérieures sont grêles. Histologiquement, on constate que les cornes antérieures sont envahies par des fibrilles névrogliques entrecroisées, étouffant les éléments nerveux. On y trouve parfois des dépôts calcaires et des corps amyloïdes. Les nerfs périphériques correspondants sont atrophiés. Au niveau des membres paralysés, les muscles sont envahis de tissu fibro-adipeux, les os atrophiés, décalcifiés.

Enfin, outre les lésions nerveuses, on a attiré l'attention, ces dernières années, sur l'existence de *lésions viscérales* au cours de la période aiguë de la maladie : et en particulier l'atteinte des amygdales, des glandes salivaires, des plaques de Peyer de l'intestin, de la muqueuse respiratoire, et assez fréquemment du foie et des reins. Ainsi la maladie de Heine-Medin serait une maladie beaucoup plus générale qu'on ne le pensait autrefois.

Comme l'écrit Claude, « cette maladie n'est pas une poliomyélite antérieure aiguë ». Mais parmi les aspects multiples qu'elle peut prendre, il en est un où la maladie semble sporadique, et détermine surtout des lésions du type dégénératif au niveau des cornes antérieures de la moelle : et ce n'est là que la *forme poliomyélitique de la maladie de Heine-Medin*, bien connue depuis longtemps. Mais il n'existe pas de démarcations absolues entre cette forme poliomyélitique, et les *formes généralisées* que les dernières épidémies observées ont permis de mettre en évidence, grâce à la connaissance du virus, qui permet de rassembler des faits cliniques en apparence dissemblables.

Symptômes. — Au point de vue symptomatologique c'est néanmoins la *forme spinale* qu'il faut prendre pour type de description ; elle est la forme réalisée typiquement par la paralysie infantile classique, en même temps qu'elle représente la forme la plus fréquente de la maladie de Heine-Medin épidémique. On sait qu'elle évolue régulièrement en cinq périodes : incubation, — invasion, — installation des paralysies, — régression et limitation de ces paralysies, — et enfin paralysie définitive avec déformations consécutives.

1° *Incubation.* — La période d'incubation, qui ne peut être déterminée qu'en temps d'épidémie, est variable. Habituellement de 1 à 4 jours, elle peut se prolonger une semaine, et jusqu'à un mois. Elle est absolument silencieuse.

2° *Invasion.* — Et c'est le plus souvent brusquement, qu'un enfant en pleine santé est pris de symptômes généraux qui marquent la période

d'invasion. Un état de malaise général s'accompagne de *fièvre*, qui monte à 39° ou même 40°. Le pouls est rapide, en proportion avec la température (à moins de complications bulbaires). Les *sueurs* sont abondantes, les urines rares.

Des *troubles gastro-intestinaux* sont habituels : langue sale, vomissements, diarrhée parfois fétide.

Assez souvent on note une angine légère, ou un *catarrhe des voies respiratoires* supérieures, sous forme de coryza ou de pharyngite, dont l'intérêt est grand surtout au point de vue doctrinal, puisqu'ils indiquent la porte d'entrée du virus.

Ce serait donc le tableau d'un embarras gastrique fébrile ou d'une affection aiguë banale, si l'*existence de troubles nerveux* ne venait bien souvent attirer l'attention. Outre l'*agitation*, l'anxiété, ou au contraire un abattement marqué, l'enfant, s'il est assez grand, pourra se plaindre de *céphalée*. Assez souvent des phénomènes douloureux existent à cette période sous forme d'une *hyperesthésie* généralisée, ou localisée aux régions qui seront paralysées (Müller). Enfin, souvent existent des *signes méningés* plus ou moins marqués : douleurs de la nuque et du tronc signe de Kernig, raie rouge vaso-motrice, parfois même de petites secousses localisées aux membres et à la face, et accompagnées d'une plainte (Colliver). Signalons enfin la possibilité d'*exanthèmes* scarlatiniformes ou morbilliformes qui peuvent un instant faire errer le diagnostic. Il est intéressant de noter aussi que l'herpès, si fréquent dans la méningite cérébro-spinale, est ici exceptionnel.

Pendant toute cette période, le diagnostic est à peu près impossible. Pourtant, l'existence de troubles nerveux pourra amener le clinicien à faire une *ponction lombaire*, afin d'éliminer une méningite. Faite à cette période, elle montre toujours une réaction méningée. Le liquide céphalo-rachidien, s'échappe sous une tension élevée. Il est clair, parfois légèrement fibrineux. L'hyperalbuminose peut atteindre 1 gr., et l'examen cytologique montre une leucocytose peu abondante, sous forme de lymphocytes, accompagnés parfois de quelques polynucléaires et macrophages. Mais on ne constate la présence d'aucun élément microbien ; la culture montre que le liquide est stérile.

L'*examen du sang* montrerait une leucopénie assez accentuée, avec prédominance relative des lymphocytes. Cette période d'invasion dure habituellement de 2 à 4 jours. Il est rare de la voir se prolonger davantage : fréquent au contraire, surtout en période d'épidémie, de la voir très abrégée, au point même parfois qu'elle pourrait passer inaperçue. Dans d'autres cas, elle reste le seul symptôme de la maladie, qui tourne court avant l'apparition des paralysies.

Mais dans la forme typique que nous décrivons en ce moment, après 3 ou 4 jours de signes généraux pendant lesquels le diagnostic reste en suspens, apparaissent brusquement les paralysies, qui viennent signer l'affection.

3° *Apparition des paralysies.* — A ce moment, les signes généraux s'amendent : soit brusquement, soit en lysis, la température est retombée à la normale ; et bien souvent c'est au moment où l'on veut faire lever l'enfant qu'il s'affaisse, et que l'on découvre la paralysie. *En quelques heures* celle-ci atteint son maximum. Parfois elle frappe les quatre membres, et l'enfant est inerte dans son lit. Plus souvent c'est une paraplégie des membres inférieurs, ou une monoplégie. Toutes les combinaisons sont d'ailleurs possibles, régies par les hasards de l'atteinte médullaire : parfois une jambe est prise d'un côté et un bras de l'autre ; exceptionnellement il s'agit d'une hémiplégie. Parfois enfin quelques muscles seulement sont touchés : muscles de l'épaule, groupe de la loge antéro-externe de la jambe ; il s'agit alors d'une paralysie à topographie radiculaire.

En tous cas, *les paralysies sont maxima d'emblée*. Il est plus rare de les voir s'installer progressivement ou par poussées successives.

Quelle que soit leur localisation, ces paralysies ont des caractères communs constants : ce sont des paralysies *flasques*, avec une *hypotonie* musculaire accentuée : les muscles sont mous ; si l'on soulève le membre atteint, il retombe lourdement.

Les *réflexes sont abolis*, ou tout au moins très fortement diminués. Et c'est là un signe précoce, qui, dans certains cas, peut précéder la paralysie. Parfois même un réflexe est momentanément très affaibli dans un territoire où aucune paralysie n'apparaîtra. Les réflexes cutanés disparaissent comme les réflexes tendineux dans les territoires correspondant aux segments médullaires atteints.

Le *réflexe cutané plantaire* se fait en *flexion*. On a pourtant signalé quelques cas où il donnait lieu à l'extension (Babonneix, Léri) : indiquant la diffusion des lésions au niveau du faisceau pyramidal ; et dans quelques cas exceptionnels même ce signe pourrait coexister avec du clonus et une exagération des réflexes, réalisant une véritable forme spasmodique. Ces cas sont des raretés. On se rappellera d'ailleurs que chez le jeune enfant le signe de Babinski n'a pas la même valeur que chez l'adulte.

Les paralysies, nous l'avons vu, siègent habituellement aux membres, prédominant à la racine de ceux-ci (segments supérieurs des renflements cervical et lombaire). Parfois cependant les muscles du thorax et de l'abdomen sont pris, ce qui peut entraîner des troubles respiratoires mécaniques. Par contre, les muscles de

la face, ainsi que les sphincters anal et vésical, sont presque toujours indemnes (à cette période du moins, car pendant la période d'invasion, la rétention d'urine ou l'incontinence des matières peuvent s'observer).

A cette période non plus, il n'existe *pas de troubles sensitifs*, ni subjectifs, ni objectifs.

L'*intelligence* est toujours intacte.

Quant aux *troubles trophiques*, ils sont rarement graves à cette époque. Les escarres sont exceptionnelles. Par contre, très précocément on note un abaissement de la température locale au niveau des membres paralysés, avec un peu de cyanose et quelquefois d'œdème. Mais ce qu'il importe d'explorer c'est l'état de la contractilité électrique des muscles. Les *troubles des réactions électriques* sont en effet très précoces, précédant l'atrophie musculaire, et d'une importance clinique considérable. Au bout de quelques jours (7 à 8) on constate la *diminution de la contractilité faradique*. Secondairement seulement (10e, 15e jour), apparaissent les autres éléments de la *réaction de dégénérescence*. Mais l'intérêt d'une telle exploration réside dans ce fait que tous les muscles paralysés ne présentent par ces modifications, ou qu'ils les présentent avec différents degrés de netteté : les muscles les plus atteints sont menacés de paralysie et d'atrophie définitive, et l'étude de la réaction de dégénécrescence permet, dans un certaine mesure, d'établir précocément le bilan des ravages exercés par l'infection. Il faut savoir cependant que la présence de troubles des réactions électriques ne permet pas de prévoir fatalement une déchéance définitive : la R. D. elle-même peut disparaître, et certains muscles qui l'ont présentée récupérer des fonctions satisfaisantes.

4° *Régression des paralysies.* — En effet, au cours de l'évolution ultérieure de la maladie, et surtout si une thérapeutique attentive est instituée, on va assister à une régression des paralyesies telle que, d'une manière générale, *les améliorations dépassent de beaucoup les prévisions les plus optimistes.*

Après une période, dont la durée peut varier de quelques jours à quelques semaines, pendant laquelle les paralysies sont restées sans changement on voit la plupart des muscles recouvrer peu à peu leurs fonctions. Certains muscles au contraire, définitivement paralysés, s'atrophient de plus en plus, et les troubles de leur excitabilité électrique persistent.

Cete période de régression dure souvent des années, et avec l'aide du traitement inlassablement poursuivi, certains muscles, même atrophiés et qui semblaient perdus, finissent par recouvrer tout ou partie de leur activité.

La régression est d'ailleurs variable selon les cas. Tandis que dans les formes sporadiques de paralysie infantile classique, elle se montre parfois très lente, dans les formes épidémiques au contraire on est frappé de son importance, de sa rapidité et de sa continuité.

L'abolition des réflxes persiste souvent très longtemps, alors même que la fonction du muscle et son excitabilité électrique sont redevenues à peu près normales.

En résumé, la paralysie du début perd rapidement son caractère global et massif, pour n'affecter plus que certains *groupes musculaires* dont la topographie répond aux différents segments médullaires atteints et aux racines antérieures qui leur correspondent. C'est ainsi que la paralysie définitive atteint habituellement : au membre supérieur les muscles de l'épaule, les muscles du bras et le long supinateur (C^5 et C^6) ; au membre inférieur le quadriceps crural et les muscles de la loge antéro-externe de la jambe (L^3, L^4, L^5). Et ces paralysies segmentaires peuvent elles-mêmes être dissociées, se limitant à un seul muscle, voire à quelqus-uns de ses faisceaux.

5° *Atrophie et déformations définitives.* — L'*atrophie musculaire*, surtout lorsqu'elle a été rapide et profonde est le meilleur indice du caractère définitif de la paralysie. C'est elle qui va permettre les *déformations* ultérieures du membre qui vont aller s'aggravant sous l'influence de l'action des muscles antagonistes et des rétractions tendineuses secondaires, deux facteurs qui vont donner au membre son *attitude vicieuse*. Celle-ci, d'abord ballante et corrigible, pourra se fixer définitivement par ankylose secondaire des articulations correspondantes.

Nous ne décrirons pas ces déformations définitives telles qu'on les observe chez tant de malades des hospices. Toutes les combinaisons cliniques sont possibles selon les muscles atteints. Nous rappellerons seulement les principales : au membre inférieur l'atteinte des muscles de la région antéro-externe entraîne un *pied bot paralytique* que la rétraction du tendon d'Achille fixe en équinisme pur, ou parfois associé au varus. Plus rarement, la paralysie des muscles postérieurs de la jambe donne un pied bot talus avec souvent flexions des orteils et pied creux. Au genou, le genu valgum paralytique est exceptionnel. Plus fréquemment, on peut observer de véritables *luxations paralytiques de la hanche*, fixant la cuisse en flexion, abduction et rotation externe. Au membre supérieur, les déformations, plus rares, consistent surtout en *aplatissement du moignon de l'épaule*, avec chute du bras accolé au tronc. La *main botte* n'est pas fréquente. On peut observer enfin de la *scoliose*, des déformations du bassin qui, chez la femme, peuvent être une cause de dystocie.

D'autre part, tous les tissus du membre

atteint sont le siège de *troubles trophiques* : la peau est amincie, les ongles sont friables, la circulation est défectueuse, le membre est froid, cyanosé, couvert de sueurs ; l'examen oscillométrique au Pachon montre une hypotension marquée, avec diminution de l'indice oscillométrique. Quand la paralysie a frappé de jeunes sujets, on peut constater un véritable *arrêt de développement* : le membre est plus court, plus fragile, malgré une adipose sous-cutanée parfois considérable et qui peut lui donner un aspect pseudo-hypertrophique. A la radiographie, les os apparaissent plus minces et plus clairs ; leurs crêtes d'insertions ne sont pas développées. Les articulations enfin, par suite de la laxité ligamentaire, sont le siège de mouvements anormaux qui réalisent le type du membre de polichinelle, et les luxations s'y produisent aisément. L'arrêt de développement des deux membres inférieurs fait du petit malade un cul-de-jatte.

Formes cliniques. — Telle est la maladie de Heine-Medin dans sa forme classique, *forme spinale* ou *poliomyélitique* qui représentait 64 % des cas d'après Medin. Actuellement que les formes frustes en sont mieux connues, on peut dire, avec Claude que, dans près de la moitié des cas, l'affection présente un tableau clinique différent, tant par le siège et la marche possible des lésions ou par les éléments cliniques anormaux qui peuvent apparaître, que par l'intensité de l'infection ou l'âge du sujet sur lequel, elle s'abat.

1° Le *mode de début*, nous l'avons vu, peut être variable. Nous avons signalé les formes à *début douloureux*, où des douleurs névralgiques ou musculaires, parfois accompagnées de contractures passagères, ou bien de l'hyperesthésie (Müller) constituent de véritables signes avant-coureurs des paralysies, siégeant sur les territoires qu'occuperont celles-ci, disparaissant quand les paralysies apparaissent.

Parfois les *signes méningés* dominent au début le tableau clinique, et sans le secours de la ponction lombaire, le diagnostic serait malaisé avec la méningite cérébro-spinale. Ces formes méningées ont souvent une période d'invasion prolongée (comme si les méninges constituaient une sorte de barrière à l'infection), et les paralysies, souvent plus lentes à s'installer, y régressent habituellement assez vite. C'est dire que le pronostic de ces formes est généralement favorable. Parfois même les paralysies n'apparaissent pas, et tout se réduit à un tableau clinique de méningite aiguë, qui, si l'on n'a pas la notion d'épidémicité, reste de nature indéterminée. Signalons enfin que l'on a récemment attiré l'attention sur la possibilité d'un syndromé méningé avec ictère, relevant de la maladie de Heine-Medin (Guillain et Richet fils, Pignot) : nous avons vu en effet que l'infection semblait bien souvent générale et que le foie pouvait être touché.

Dans d'autres cas enfin, la période d'invasion est très écourtée ou manque. Un enfant s'endort bien portant, et se réveille paralysé (*paralysie du matin* de West). Ces formes seraient plus fréquentes chez les très jeunes enfants. Pourtant on a pu voir des enfants plus grands être pris brusquement de paralysie, au cours de leurs jeux ou d'une promenade.

2° L'*apparition de symptômes anormaux* au cours de la maladie peut apporter des modifications au tableau clinique. Les *formes à douleurs persistantes* sont rares. Ce sont les formes « névritiques » de certains auteurs suédois, où en même temps que les paralysies, s'observent des douleurs musculaires et névralgiques intenses, persistantes, pouvant parfois en imposer pour un rhumatisme articulaire aigu. Elles relèvent en réalité de méningo-radiculites (Wickman et Petren) ou de l'atteinte des ganglions rachidiens (on a même observé des cas avec éruptions zostériformes). Très exceptionnelles sont les formes avec zones d'*anesthésies*, relevant d'un véritable processus de myélite transverse.

Nous avons signalé que l'*irritation pyramidale* pouvait s'observer, avec signe de Babinski en extension, clonus et même exagération des réflexes. Ceci est d'ailleurs très rare, et ne constitue habituellement qu'un symptôme épisodique.

3° *Selon le siège des lésions* surtout, la maladie de Heine-Medin est susceptible de revêtir des aspects cliniques variables qu'il importe de connaître.

Les *formes bulbaires sont fréquentes, soit à* titre de complication terminale d'une forme de paralysie ascendante, soit coexistant avec les paralysies spinales. Le plus souvent c'est une *paralysie faciale* qui vient révéler l'atteinte bulbaire. Elle peut s'associer à des *paralysies oculaires* : moteur oculaire externe surtout. Les paralysies de la langue sont plus rares (XII).

L'atteinte du *glosso-pharyngien*, se traduisant par la paralysie du voile, les troubles de la déglutition et de la phonation s'observe surtout dans les formes mortelles. De même les *troubles respiratoires*, dus à l'atteinte du noyau du pneumogastrique, et qui devront être distingués des troubles mécaniques apportés à la respiration par paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme. Nous avons signalé aussi que l'accélération anormale du *pouls*, aussi bien que son ralentissement et ses irrégularités devraient faire craindre une atteinte bulbaire. En dépit de leur haute gravité il ne faudrait cependant pas croire que toutes les formes bulbaires soient fatalement mortelles.

Les *formes cérébrales* de la maladie de Heine-Medin, déjà signalées en 1885 par P. Marie et

par Strümpell, ont été discutées. Bien qu'elles soient rares, leur existence paraît actuellement certaine. Tantôt, chez un sujet qui présente des paralysies spinales typiques, apparaissent des convulsions, ou une aphasie transitoire, attestant l'atteinte corticale. Tantôt on observe une encéphalite isolée, se traduisant le plus souvent par une hémiplégie spasmodique suivie de contracture. On se rappelle d'ailleurs que l'on prit un instant l'encéphalite dite léthargique pour une forme cérébrale ((mésocéphalique) de la maladie de Heine-Medin. Mais actuellement le mode d'évolution si différent des deux affections, et les caractères spéciaux du virus encéphalitique précisés par Harvier et Levaditi, ont fait juger de l'inexactitude de cette conception. Enfin les *formes ataxiques* (Wickman) caractérisées par des phénomènes d'incoordination et, chez les sujets seulement parésiés, par de la titubation, semblent relever de l'atteinte cérébelleuse.

4° La *marche de la maladie* réalise parfois le type ascendant du *syndrome de Landry*. Après une période d'invasion, parfois accompagnée de rachialgie intense et d'un abattement profond, apparaissent les paralysies qui débutent aux membres inférieurs, gagnent le lendemain les membres supérieurs et le tronc. Puis les troubles de la déglutition, de la parole, de la respiration surviennent, précédant de peu la mort qui apparaît le 3e ou 4e jour, parfois après une ou deux semaines. Beaucoup plus rarement la paralysie affecte une marche descendante et le pronostic est alors bien moins grave. Il semble que la maladie de Heine-Medin soit responsable d'un bon nombre de cas du syndrome de Landry.

5° Il nous faut insister sur les *formes abortives* où la maladie tourne court le 3e ou 4e jour, sans que les paralysies aient eu le temps d'apparaître, et sur *les formes frustes* qui se traduisent uniquement tantôt par des signes généraux avec catarrhe des voies respiratoires supérieures, tantôt par des troubles gastro-intestinaux, tantôt par des douleurs névralgiques simples, tantôt par un tableau méningé vite effacé, tantôt enfin par une parésie légère de certains membres ou une simple abolition passagère des réflexes au cours d'un état fébrile minime. De telles formes se sont montrées fréquentes au cours des épidémies, hors desquelles le diagnostic en est impossible. Leur cadre est d'ailleurs forcément mal défini, mais leur existence comporte une grande importance pour la propagation de la maladie. Nous avons antérieurement insisté sur ces faits, et montré les analogies qui existent à ce propos entre la maladie de Heine-Medin, l'encéphalite épidémique, et aussi la méningite cérébro-spinale.

Evolution. Pronostic. — L'évolution et le pronostic de la maladie de Heine-Medin sont très variables selon les formes.

Le *pronostic vital* est généralement plus sombre dans les formes aiguës épidémiques de la maladie, et surtout chez les sujets adultes. La mort peut survenir dès la période d'invasion dans le coma ou dans un état septicémique grave. Le plus souvent elle survient à la phase de paralysie aiguë, lorsque les lésions atteignent le bulbe. Nous avons vu, en particulier la gravité du syndrome de paralysie ascendante. La mortalité est d'ailleurs variable selon les épidémies. Les statistiques françaises ne l'indiquent pas supérieure à 5 %. Au contraire, pendant l'épidémie américaine de 1916-17, elle atteignit 27 % à New-York.

Par contre, si le sujet échappe à la mort au cours de la période infectieuse, le *pronostic fonctionnel* est meilleur dans ces formes aiguës épidémiques que dans les formes sporadiques. Nous avons vu que les paralysies y étaient moins tenaces, et que la règle était de les voir rétrocéder au delà de toute espérance. Dans la paralysie infantile classique, au contraire, c'est le pronostic fonctionnel qui est sombre, en raison des paralysies définitives, avec troubles trophiques et arrêts du développement, qu'elle laisse bien souvent. Nous avons vu toute l'importance de l'étude des réactions électriques pour l'établissement précoce d'un tel pronostic. Pourtant il ne faudra jamais désespérer d'un traitement longuement suivi, puisque nous avons vu que des muscles même atrophiés et avec R. D. pouvaient recouvrer leurs fonctions après des années.

Les *rechutes* de la maladie sont exceptionnelles : on les a pourtant vues parfois entraîner inopinément la mort.

Les *récidives* sont très rares également. Elles sont possibles néanmoins, à une période tardive, où l'immunité conférée par la première atteinte peut s'être épuisée.

Enfin on sait que les enfants atteints des séquelles de la poliomyélite, réduits souvent à une vie restreinte et confinée, peuvent être la proie facile des *affections intercurrentes*, et qu'une fièvre éruptive, ou une bronchopneumonie, la tuberculose enfin pourront, plus ou moins tardivement, avoir raison de leur organisme débile.

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie de Heine-Medin se pose dans des conditions très diverses. En période d'épidémie, les formes même atypiques, seront assez aisément reconnues ; et l'écueil sera plutôt alors la tendance à rapporter à la poliomyélite des infections dont elle ne sera pas responsable.

Mais c'est surtout dans les formes sporadiques que le diagnostic peut être délicat, au début tout au moins : or nous verrons qu'il y a intérêt à le porter précocement.

1° *A la période d'invasion* en effet, rien ne caractérise la polymyélite. Le tableau d'infection

aiguë qu'elle réalise peut faire penser à un début de fièvre éruptive, *scarlatine* surtout, ou à une *pneumonie*, une *grippe*, une *angine* banale. Nous avons vu l'importance de certains petits signes qui peuvent attirer l'attention du côté du système nerveux et en particulier des signes méningés ou douloureux.

En leur présence la ponction lombaire permettra d'éliminer d'une part les *réactions méningées* dont ces affections banales peuvent s'accompagner (et qui n'altèrent pas le liquide céphalo-rachidien), et d'autre part les méningites purulentes : surtout la *méningite cérébro-spinale* épidémique, dans laquelle le liquide céphalo-rachidien est plus ou moins purulent et contient des méningocoques.

C'est également la ponction lombaire et l'examen soigneux et complet du liquide céphalo-rachidien qui permettera d'éliminer une *méningite tuberculeuse* ou *syphilitique*.

Nous avons vu que, dans certains cas, l'existence de douleurs vives pouvait en imposer pour un *rhumatisme articulaire aigu* ; ajoutons : pour une *encéphalite épidémique*. C'est encore à celle-ci que pourront faire penser les formes avec torpeur accentuée, puisque, dans les deux affections les modifications du liquide céphalo-rachidien sont à peu près les mêmes.

En pratique, le diagnostic est à peu près impossible à cette période.

2° *A la période des paralysies* au contraire. il s'impose dans les formes typiques. La brusquerie d'apparition des paralysies, leur caractère flasque, l'hypotonie, l'abolition des réflexes, l'absence de troubles sensitifs, l'apparition rapide des troubles électriques sont caractéristiques. Il faudra éliminer cependant les *myélites aiguës* qui s'observent au cours de nombre d'infections aiguës, au cours de la syphilis ; mais la paralysie y est globale, s'accompagne de troubles sphinctériens, de troubles de la sensibilité objective, et son évolution se fait rapidement vers la spasmodicité : le Babinski en particulier y est très précoce.

L'*hématomyélie* aussi détermine une paralysie spasmodique. De plus, habituellement bilatérale, elle donne lieu à un syndrome de Brown-Séquard plus ou moins complet, avec dissociation de la sensibilité du type syringomyélique.

Beaucoup plus fréquentes, les *polynévrites aiguës*, infectieuses ou toxiques, avec leurs paralysies flasques, l'hypotonie, l'abolition des réflexes, l'atrophie musculaire rapide rappellent par bien des points la poliomyélite. Elles peuvent réaliser le syndrome de Landry. Mais ce sont surtout des affections de l'adulte. Leurs paralysies s'installent de façon progressive, s'accompagnent de troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité ; et bien souvent la notion d'une étiologie permettra le diagnostic. On se rappellera néanmoins que la polynévrite diphtérique peut succéder à une diphtérie méconnue, et qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs. On recherchera la paralysie du voile, qui manque rarement, et les troubles oculaires.

Chez les tous jeunes enfants, on évitera de prendre pour une poliomyélite les *pseudo-paralysies* de la *maladie de Barlow* (scorbut infantile où l'existence de douleurs périostées entraîne des impotences musculaires) ou de la *maladie de Parrot* (où les douleurs épiphysaires de l'hérédo-syphilis entraînent de semblables impotences).

En réalité le diagnostic de la forme spinale typique est habituellement facile.

Il n'en va pas de même des si nombreuses *formes atypiques* qui peuvent simuler nombre d'affections nerveuses : il nous a suffi de mentionner leurs caractères pour n'avoir pas à revenir sur leur diagnostic, ce qui serait envisager une grande partie de la pathologie nerveuse.

Un tel diagnostic ne sera guère possible qu'en période d'épidémie, puisque les moyens de laboratoire eux-mêmes sont insuffisants pour affirmer la maladie de Heine-Medin : les caractères de la ponction lombaire ne lui sont pas propres ; et les moyens biologiques : inoculation au singe, réactions de neutralisation du virus, ne sauraient guère être applicables à la clinique.

Enfin, nous avons vu que, dans des cas exceptionnels il est vrai, le syndrome poliomyélitique lui-même pourrait être dû à d'autres virus que celui de la maladie de Heine-Medin : on l'a signalé au cours du zona, de l'encéphalite épidémique, de la rage. De tels faits sont intéressants à connaître au point de vue spéculatif.

3° *A la période d'atrophie et de déformation*, ce sont encore les caractères de paralysies flasque, avec abolition des réflexes et R. D. qui, joints aux commémoratifs, permettront de reconnaître les séquelles de la maladie de Heine-Medin, et d'éliminer l'*hémiplégie cérébrale infantile*, ainsi que les paraplégies du mal de Pott, de la sclérose en plaques, de la syphilis médullaire, qui sont des *paralysies spasmodiques*, avec contracture, exagération des réflexes, Babinski en extension.

En présence des séquelles, il faudra reconnaître l'origine paralytique des déformations, et ne pas croire à un *pied bot congénital*, à une *luxation congénitale* de la hanche.

L'atrophie musculaire de la poliomyélite devra être distinguée de celle des diverses *myopathies*, qui s'installent lentement, progressivement et dont on retrouve le plus souvent le caractère familial. Il en est de même pour l'*amyotrophie spinale infantile* du type Werdnig-Hoffmann. Enfin, chez un tout jeune enfant, une *paralysie radiculaire obstétricale* du plexus brachial (d'ail-

leurs bénigne et vite atténuée habituellement) sera dépistée par la notion d'un accouchement pénible ayant nécessité l'emploi du forceps.

Nous ne pouvons nous étendre sur de tels diagnostics qui, au demeurant, restent habituellement faciles.

C'est surtout de façon précoce qu'il importe de reconnaître la maladie de Heine-Medin, car nous allons voir quelle thérapeu ique on peut lui opposer.

Traitement. — Cette thérapeutique mérite d'être étudiée, car, nous l'avons vu, la maladie de Heine-Medin est, en quelque sorte une maladie qui ne demande pas mieux que d'atténuer à la longue ses effets, et il importe d'aider inlassablement à cette guérison, par un traitement judicieux.

1° Le *traitement spécifique* existe à l'h eure actuelle : c'est la sérothérapie. Netter le premier a montré les bons effets de l'inoculation intrarachidienne du *sérum des convalescents.* Mais ce traitement est difficilement réalisable. Aujourd'hui Aug. Pettit prépare à l'Institut Pasteur un *sérum antipoliomyélitique* que, depuis 1919 il emprunte au poney. Peu employé encore ce sérum s'est montré d'une efficacité remarquable (Etienne, Stronp et Benech, Debré, Babonneix, Roger, de Marseille). L'amélioration se montre très rapide et instantanée : dans le cas de Babonneix (paralysie ascendante déjà compliquée de phénomènes bulbaires) la sérothérapie exerça, en quelques minutes, une disparition définitive des accidents les plus menaçants.

Le sérum doit être employé à la fois par voie intra-rachidienne (20 cc.) et par voie musculaire (40cc.).

Evidemment son action a d'autant plus de chances de s'exercer que l'emploi en est plus précoce. Idéalement c'est avant l'apparition des paralysies que le sérum devrait être inject é, susceptible qu'il serait alors d'empêcher l'évolution ultérieure de la maladie. Il est néanmoins indiqué d'y recourir encore après l'apparition des paralysies.

2° Un *traitement symptomatique* sera adjoint à la sérothérapie à cette *période aiguë* : bains chauds à 35° qui ont une action sédative ; ponctions lombaires au besoin pour combatttre l'hypertension rachidienne et assurer le drainage sous-arachnoïdien ; calomel contre les troubles gastro-intestinaux ; antisepsie naso-pharyngée pour détruire le foyer d'inoculation du virus. On a récemment proposé les injections intraveineuses d'uroformine (2 à 4 gr.) comme agent antiseptique.

Les paralysies constituées, la maladie entrée dans sa *phase chronique*, c'est à une série de *moyens physiques* qu'il faut recourir.

L'*électrothérapie* est le plus important de ceux-ci. Son emploi doit être précoce ; mais il ne doit pas l'être trop, sous peine d'être nuisible. La persistance de fièvre, de douleurs, la contre-indiquent. En pratique on n'y a pas recours avant la fin du premier mois. On n'emploiera au début que le *courant galvanique* : on commencera par utiliser seulement l'action trophique du courant (courant descendant) en appliquant le pôle + sur la colonne vertébrale, le pôle — à l'extrémité du membre atteint, et en faisant passer pendant 10 à 20 minutes un courant de 5 à 15 milliampères.

Plus tard on emploiera l'action excito-motrice du courant. S'il s'agit de muscles en réaction de dégénérescence, on appliquera les électrodes comme précédemment, et, à raison de 15 à 30 interruptions par minute, on cherchera à produire des contractions musculaires dans les muscles atteints. *On évitera en tous cas de fatiguer le muscle.* Néanmoins il faudra donner aux séances d'électrothérapie la durée nécessaire (jusqu'à 1 /2 heure et plus), et les répéter tous les jours au début si l'état de la peau le permet. La conduite du traitement est d'ailleurs affaire de cas particuliers et de tâtonnements. Si aucune contraction musculaire ne peut être produite, on s'adressera exclusivement à l'action trophique du courant.

La *faradisation*, sous peine d'être dangereuse, ne sera appliquée qu'aux muscles qui ne présentent aucune réaction de dégénérescence. Encore faudra-t-il expressément rejeter la faradisation rapide, tétanisante. On emploiera soit le choc espacé d'induction, soit la faradisation rythmée au métronome, de façon que chaque excitation soit séparée de la suivante par une période de repos musculaire suffisante.

Un tel traitement devra être poursuivi *pendant des années*. On pourra, la première année, la régler à raison de deux mois de traitement pour un mois de repos. On pourra se contenter ultérieurement d'une série de douze séances tous les quatre mois. Zimmern conseille de ne s'arrêter que lorsque, depuis un an, il ne s'est produit aucune amélioration dans l'état du muscle paralysé.

Outre l'électrothérapie, certains procédés ont pour but d'assurer la nutrition générale du membre paralysé. On recourt actuellement à la *diathermie* à l'aide de courants de haute fréquence, qui possèdent uniquement un effet calorique diminuant le spasme vasculaire et s'opposant par conséquent à l'insuffisance d'irrigation du membre malade. Ce procédé, dont les effets sont constants et rapides, permet à l'électrothérapie de donner son action maxima.

Enfin, pour favoriser la réparation nerveuse, on a proposé les applications de *rayons X* sur la colonne vertébrale. On emploie des rayons très

pénétrants, et l'on fait une application quotidienne pendant 3 jours consécutifs, suivis d'un mois de repos. Cette série de trois séances doit être répétée trois fois (Bordier).

Les *bains*, simples ou très chauds, les bains salés ont une excellente action stimulante. Les séjours au bord de la mer (Manche ou mer du Nord), ou les cures aux stations chlorurée sodiques (Salins, Salies-de-Béarn) sont indiqués.

Enfin les *massages*, la *mobilisation des articulations* malades sont indispensables ; et dès qu'on le pourra on commencera la série des *exercices actifs*.

A la période tardive de la maladie, lors des déformations acquises, divers *traitements orthopédiques* pourront être indiqués. On recourt parfois à certaines *interventions chirurgicales* palliatives (1) (ténotomies, transplantations tendineuses), dont les résultats malheureusement sont souvent peu durables.

Prophylaxie. — Les moyens prophylactiques sont le plus souvent limités, puisque le danger est surtout constitué par les formes abortives ou frustes qui ne sont pas diagnostiquées et par les porteurs de germe sains. Néanmoins lors d'un cas dûment reconnu toutes les précautions doivent être prises. L'Académie de médecine a voté le 11 juillet 1911, la déclaration obligatoire de la maladie de Heine-Medin, en faisant remarquer à ce propos qu'on ne devra faire aucune différence, au point de vue des précautions à prendre entre les cas sporadiques et les cas épidémiques. Les décrets du 10 février 1913 et du 28 septembre 1916 prescrivent officiellement cettte *déclaration obligatoire* (maladie 14).

L'*isolement* devra durer au moins 28 jours et tout ce qui aura été en contact avec le malade devra être soumis à une désinfection soignée. Il sera bon aussi d'isoler l'entourage : d'interdire l'accès de l'école aux frères et aux sœurs du petit malade. J. Renault fait remarquer que, par contre, le licenciement des écoles risque plutôt de favoriser la dissémination de la maladie.

On aura soin surtout de pratiquer chez les sujets suspects des *lavages antiseptiques du nasopharynx* (permanganate, eau oxygénée), et des pulvérisations ou inhalations mentholées, salolées ou goménolées (1).

(1) Cf. V. Veau. — Traitement chirurg. de la paral. inf. *Journal médic. français*, 25 juin 1911.

(1) Principaux ouvrages récents consultés :

Babonneix. — Poliom. épid. *Journal médic. fr.*, mars 1920. — Diagn. de la paral. inf. *Gaz. hôp.*, 3 et 5 octobre 1922. — Trait. médic. de la P. I. *Phare medical*, 18 juin 1923.

Bordier. — *Monde médical*, 1er novembre 1922.

Claude. — *In* mal. du syst. nerveux. Coll. Gilbert et Fournier 1922.

Delherm et Laquerrière — Electrologie. *In* Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, tome XXXI.

Dopter. — *In* Nouv. Tr. Méd. Roger, Widal, Teissier, tome IV, 1922.

Harvier. — Les infections à virus filtrants, *in* Nouv. Tr. méd. et thér. Gilbert et Carnot, 1922.

Levaditi. — Ectodermoses neurotropes (Masson 1922).

Tinel. — *In* Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, tome XXV.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

D'après M. Levy-Solal, la thérapeutique des vomissements incoercibles repose sur la conception pathogénique de ces vomissements.

Cette conception les attribue à trois causes principales : intoxication provoquée par une insuffisance du foie ; état névropathique spécial ; toxémie ovulaire (villotoxémie).

Sur ces données, M. Lévy-Solal base la thérapeutique médicale qui agira sur le foie et les endocrines ; sur l'inanition et l'acidose consécutive ; sur l'état névropathique.

Donc, évacuation de l'intestin (purgatifs, lavements) ; réduction de l'apport toxique alimentaire : régime lacto-végétarien, régime lacté pur ; enfin diète hydrique, et même diète absolue 24 à 36 heures, selon les résultats obtenus. Opothérapie ovarienne avec les lipoïdes de corps jaunes. En outre, administration rectale de sérum glucosé (50/1000). Enfin, chloral (4 gr. *pro die*) qui aide à tolérer les aliments, et moyens psychiques pour agir sur le système nerveux : changement de milieu, psychothérapie ; « savoir céder dans une certaine mesure au caprice des malades dans le choix des aliments ».

En cas d'insuccès de ce traitement médical, on sera amené parfois à provoquer *l'avortement* thérapeutique. L'une des indications de cette interruption de la grossesse est la fréquence croissante du pouls, plus de 100 pulsations à la minute ; le subictère, la polypnée, les polynévrites, les troubles psychiques, en sont d'autres. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 octobre 1923.)

L'adénopathie trachéo-bronchique. Etude radiologique.

L'adénopathie trachéo-bronchique est très commune chez l'enfant. Elle n'est pas toujours bacillaire, certes ; elle l'est souvent, les ganglions hilaires constituant le premier barrage opposé par l'organisme à l'offensive du B. K. Ces ganglions, qui réagissent en se tuméfiant, sont de véritables nids de microbes en sommeil, oserai-je dire, dont la vitalité est très amoindrie, la virurence très atténuée. Mais que faut-il pour réveiller l'une et l'autre ? Du surmenage, une affection intercurrente, tout ce qui est susceptible de diminuer la résistance du sujet. Il y a donc intérêt majeur à dépister précocement l'adénopathie trachéo-bronchique et à la combattre.

M. Laborderie considère la radiologie comme l'un des adjuvants de la clinique pour le diagnostic de cette affection. Etant bien connue l'anatomie radiologique du hile, si la clinique évoque l'idée d'adénopathie chez un enfant, l'examen à l'écran et à la plaque radiologique ne pourront que confirmer l'hypothèse d'abord envisagée.

Il rappelle en quelques mots comment se présente cette anatomie radiologique et comment il faut interpréter les images hilairès fournies par les rayons X.

Puis, le diagnostic étant posé, il se montre résolument partisan d'un traitement par ces mêmes rayons X. « Les résultats que j'ai obtenus, dit-il, par la radiothérapie ont été tels qu'en un nombre de séances variant de 6 à 8, j'ai vu disparaître tous les signes cliniques, et j'en arrive à cette conclusion que l'emploi systématique de la radiothérapie s'impose chez ces enfants, et cela, d'autant plus tôt que l'adénopathie trachéo-bronchique est la porte ouverte à la tuberculose ». (*Journ. des prat.*, 13 octobre 1923.)

Vomissements accidentels, régurgitation, hoquet

Le vomissement est un phénomène très fréquent chez les petits enfants. Il est habituel et dû, soit à une maladie du pylore, soit à une entité morbide bien décrite par Marfan. Il est périodique, et dû à un certain degré d'acétonémie causée par une insuffisance hépatique. Il est accidentel, et provoqué par des causes extra-gastriques : début des maladies aiguës, encéphalopathie (méningite), intoxication, anaphylaxie, toux, étranglement et occlusion intestinale, péritonite, appendicite. Il est encore accidentel et d'origine gastrique : le type en est l'indigestion aiguë, qui disparaît après évacuation de l'estomac et de l'intestin mis alors au repos pendant quelque temps (diète).

M. Theroude rapproche du vomissement la regurgitation observée surtout chez l'enfant au sein, et qui, passagère, est pour ainsi dire normale. Elle ne devient un signal d'alarme que si elle se répète et devient habituelle.

Le hoquet est un signe du même ordre. Régurgitation et hoquet indiquent que les repas sont trop abondants ou trop fréquents. (*L'Hôpital*, novembre 1923 A.)

La dyspepsie duodénale.

M. L. Meunier schématise d'une façon lumineuse le fonctionnement du pylore : sous l'action de l'acidité gastrique du contenu stomacal, le pylore s'ouvre et un flux de chyme pénètre dans le duodénum. Arrivé là, son acidité agit en sens contraire et referme le pylore. Mais la sécrétion alcaline du duodénum (bile, suc pancréatique, glandes de Brunner) neutralise cette acidité, dont l'action pylorique cesse ; le pylore s'ouvre de nouveau et un flux gastrique se précipite une seconde fois dans l'intestin.

Si le chyme gastrique est hyperacide, ou si le suc duodénal est hypoalcalin, le rythme précédent est troublé : le pylore devient le siège d'un spasme, la dyspepsie est créée.

Comment distinguer l'une de l'autre ces perturbations ? En combinant le tubage gastrique avec le tubage duodénal au moyen d'un dispositif ingénieux. La mesure de l'alcalinité du contenu duodénal résout le problème. « Au-dessous de 2 p. 1000, en présence d'un état dyspeptique douloureux, nous orientons plus volontiers notre diagnostic étiologique vers une cause située non en amont, mais en aval de la barrière pylorique, et plus spécialement vers une lithiase biliaire ». (*Presse méd.*, 7 novembre 1923).

Les opérations chez les vieillards.

D'après M. Laurence, « il est permis de dire que l'âge avancé ne doit pas, à lui seul, contre-indiquer une intervention chirurgicale importante. Toutes les fois que la chose sera possible, on opérera sous anesthésie locale. L'anestésie générale devient-elle indispensable, sa durée sera réduite au strict minimum. Enfin, le séjour au lit sera lui même abrégé dans toute la mesure compatible avec l'intervention pratiquée et la station assise ou demi-assise sera, pendant ce séjour, substituée au décubitus dorsal ». (*Journ. des prat.*, 7 novembre 1923.)

Les troubles digestifs de nature émotive.

Chez l'adulte, les troubles digestifs, diarrhée, entérite muco-membraneuse, constipation spasmodique, s'observent souvent secondairement à des troubles nerveux dans lesquels l'émotivité joue un rôle principal : tels sont les états mélancoliques avec anxiété, la constitution émotive ou maladie de Dupré. Si l'on méconnaît cette relation, dans les cas où l'émotivité n'est pas

suffisamment systématisée pour en imposer au médecin, ce serait faire fausse route que de diriger exclusivement le traitement contre l'entérite muco-membraneuse. Tandis que, dès que la dépression mélancolique guérit, l'entérite guérit en même temps.

Pour M. M. de FLEURY, ces troubles digestifs sont liés à des troubles vago-sympathiques. « Les symptômes d'ordre nerveux, habituellement décrits comme les conséquences de l'entérite glaireuse, nez pincé, teint verdâtre, sillons naso-labio-géniens creusés, bouffées de chaleur au visage, larmes faciles, sueurs froides, refroidissement des extrémités, tendance à la syncope, angoisses, sont, à mon sens, bien moins les effets d'une réaction secondaire sur le système nerveux, que les manifestations ordinaires de la constitution émotive dont l'entérite fait partie ».

Or, on sait que cette symptomatologie appartient en propre à l'irritation du sympathique abdominal.

L'auteur ne nie d'ailleurs pas qu'un élément infectieux ne puisse se surajouter à l'entéro-névrose, les spasmes et la coprostase facilitant les putréfactions secondaires et l'exaltation du microbisme intestinal.

La psychothérapie est impuissante contre de pareils états auxquels conviennent le repos au lit, l'hydrothérapie chaude, les bromures, le régime végétal, etc. (*Journ. des prat.*, 10 novembre 1923.)

Vaccination et vaccinothérapie.

La vaccinothérapie telle qu'on l'applique actuellement à la prévention, et surtout au traitement des maladies infectieuses consiste à injecter au malade une émulsion de microbes tués préalablement. La vaccination selon la doctrine de Pasteur injecte le même microbe vivant, quoique de virulence atténuée. On sait comment celle-ci donne l'immunité à l'organisme ; on ignore le mécanisme de celle-là, C'est ce qu'expose très clairement M. HAUDUROY, qui résume ainsi son travail :

« Il n'y a aucun point de comparaison entre les méthodes pastoriennes de vaccination préventive ou curative et nos méthodes actuelles. Nous raisonnons cependant la plupart du temps comme s'il y avait similitude.

« On obtient fréquemment des succès, il faut le reconnaître, en injectant des microbes morts, mais je crois que nous faisons erreur en disant que nous vaccinons. Nous guérissons nos malades par de la protéïnothérapie, par des phénomènes de choc peut-être ou par des mécanismes qui nous sont inconnus. Mais nous avons le tort de tout confondre. Il y aurait grand intérêt à séparer ces études. Etudier d'abord la maladie humaine ; ses caractères cliniques, l'immunité qu'elle donne et connaître à fond les propriétés biologiques du microbe pathogène, connaissance qui nous expliquera la plupart du temps les lésions observées. Nous pourrons juger si elle est justiciable de la vaccination ou de la vaccinothérapie et, nous réglant alors sur la méthode pastorienne (modifiée peut-être), essayer de la prévenir ou de la guérir. Si nous échouons ou si nous craignons des accidents, nous pourrions nous servir d'autres médications (ingestions ou injections de microbes morts, protéïnes, etc.), variables suivant les cas.

« Je crois qu'en séparant ainsi nettement deux modes thérapeutiques qui sont, à tort, souvent confondus, on trouverait peut-être les raisons de nos échecs, une méthode sûre et régulière et cela au plus grand profit de nos malades ». (*Bull. méd.*, 10 novembre 1923.)

Où en est la question de l'insuline.

De la mise au point de M. N. FIESSINGER, nous retiendrons la conclusion lapidaire suivante, qui nous semble bien exprimer l'opinion que nous pouvons nous faire de l'insuline.

« L'insuline ne guérit pas le diabète. Elle favorise par les tissus la glycolyse nécessaire à la combustion des dérivés cétoniques et donne un coup de fouet à la nutrition dans l'acte des mises en réserve. C'est un médicament d'étape du diabète ». (*Journ. des prat.*, 10 novembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le statut des sages-femmes (*fin*).

(*Académie de médecine* ; 4-12-1923.)

L'Académie termine la discussion du rapport de M. Bar sur la réglementation de la profession de sage-femme.

L'article 5 de la commission proposait un stage post-scolaire, pour les sages-femmes, d'une durée de quinze jours, tous les dix ans. M. CAZENEUVE demande la suppression de ce paragraphe. Que diraient, objecte-t-il, les ingénieurs, les médecins, les pharmaciens, si on les invitait périodiquement à refaire des stages, comme les officiers de réserve font des périodes militaires ? M. BAR répond que, à son avis, ce stage constitue une innovation indispensable, pour des raisons d'ordre professionnel et d'ordre moral.

Les sages-femmes n'ont pas toujours une éducation première qui leur permet de se tenir facilement au courant de tous les progrès de l'obstétrique. Moralement, ce stage obligatoire éliminerait les sages-femmes qui oublient leur devoir et font autre chose que des accouchements et de la puériculture. Celles-ci ne se présenteraient même pas et cesseraient ainsi d'exercer.

L'article 6 proposait d'instituer dans chaque département une commission composée d'administrateurs, de médecins, de sages-femmes et de mères de famille, pour exercer le contrôle (dont le principe a été admis par l'Académie) des actes professionnels des accoucheuses. M. Mesureur voit là une grave atteinte au secret professionnel, ladite commission de surveillance ayant une composition trop vaste et trop profane. Il vaudrait que le contrôle fut confié au médecin inspecteur départemental d'hygiène, mieux qualifié et lié plus rigoureusement par le secret professionnel. M. Bar est du même avis et il évoque à ce propos l'organisation nouvelle qui pourra être instituée quand on révisera la loi de 1902 sur la santé publique.

L'Académie, finalement, clôt les débats en adoptant les derniers vœux suivants :

« La sage-femme peut, sous la direction du médecin, exécuter le traitement prescrit.

« Dans le cas où une femme enceinte, en travail ou accouchée, ou bien les parents d'un enfant refuseraient de suivre l'avis de s'adresser à un médecin, donné par l'accoucheuse, celle-ci devra en référer à l'autorité médicale qualifiée pour la contrôler.

« Les sages-femmes peuvent collaborer, sous la direction des médecins, à la surveillance des enfants inscrits à l'assistance et protégés par les lois.

« Il serait très désirable que les sages-femmes fissent, au moins tous les dix ans, un stage de quinze jours dans une clinique ou une maternité-école de la Faculté dont elles ressortissent.

« Pour qu'un contrôle effectif puisse s'exercer, la sage-femme tiendra un registre sur lequel seront notés tous ses actes professionnels. Le médecin inspecteur d'hygiène sera seul qualifié pour prendre connaissance de ce registre. »

Lèpre mixte éparsénorésistante.

(MM. Delamare et Achitow. — *Académie de médecine* ; 4-12-1923.)

Les arsenicaux ont donné à quelques auteurs des succès et à d'autres des insuccès dans le traitement de la lèpre. MM. Delamare et Achitow rapportent un cas de lèpre mixte, de moyenne intensité et relativement récente, qui a résisté à divers traitements, en particulier à l'éparséno. Non seulement ce médicament n'a eu aucune influence appréciable sur l'évolution de la maladie, mais, de plus, il a compromis la santé du sujet dont l'amaigrissement a atteint, au cours de la médication, dix kilogrammes.

— M. Jeanselme considère cet échec comme la règle. Après avoir traité un certain nombre de lépreux par l'éparséno il a acquis la conviction que ledit médicament est dépourvu, en ce qui concerne la lèpre, d'efficacité thérapeutique. Le 606 et le 914, d'ailleurs, qui ont une structure chimique analogue, ne semblent pas non plus agir sur les manifestations cliniques de la lèpre.

L'œuvre Grancher après 20 ans de fonctionnement.

(M. Armand-Delille. — *Académie de médecine* ; 4-12-1923.)

M. Armand-Delille lit une note sur les résultats de l'œuvre Grancher, après vingt ans de fonctionnement, et son rôle dans la lutte anti-tuberculeuse.

Sur 2500 enfants, admis à l'œuvre, à des âges variant de trois à dix ans, M. Armand-Delille n'a observé que sept cas de tuberculose, dont deux seulement mortels. En outre, deux sujets ont succombé à d'autres maladies. Les résultats ont donc été particulièrement beaux. L'œuvre étant consacrée aux enfants de tuberculeux, ces chiffres prouvent l'efficacité du système de prophylaxie institué par Grancher. Ils montrent également, d'une manière indirecte, que la tuberculose n'est pas héréditaire mais exclusivement contagieuse et que le meilleur procédé de lutte contre cette maladie consiste, suivant la formule de Pasteur adoptée par Grancher, à « sauver la graine ».

Le chlorure de calcium dans la tétanie.

(MM. Rathery et Kourilsky. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-11-1923.)

Divers auteurs ont employé avec avantage les sels calciques dans le traitement de la tétanie et des accidents dus à la parathyroïdectomie. Netter a utilisé le chlorure et le lactate, par voie gastrique. M. Rathery s'est adressé à la voie veineuse. Chez une femme atteinte de tétanie grave post-gravidique, il a injecté du chlorure de calcium à faible dose (1 gramme), dans les veines : les crises ont été instantanément calmées. L'injection d'un gramme a produit la même action que 6 grammes pris par la bouche.

Insulinothérapie du diabète.

(MM. Chabanier, Lobo Onell et Lebert. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-11-1923.)

M. Chabanier présente trois diabétiques, traités par l'insuline, dont l'histoire lui paraît intéressante.

Les deux premiers offrent un exemple de la persistance des effets de l'insuline après arrêt de la médication. L'amélioration se maintient au bout de 4 mois chez l'un et de deux mois chez l'autre. Le troisième montre ce que peut donner le traitement de fond du diabète grave par l'extrait de pancréas. Ces faits, remarque l'auteur, légitiment le schéma de la cure anti-diabétique par l'insuline, qu'il a signalé en mars 1923 dans une communication à l'Académie de médecine.

— M. Marcel Labbé est surpris des résultats

thérapeutiques annoncés par M. Chabanier dans le diabète grave. Ils sont en désaccord avec ceux obtenus par la majorité des auteurs français et par les auteurs américains les plus optimistes. L'action curative immédiate de l'insuline est remarquable et admise par tout le monde. Il n'en va plus de même de l'influence sur le processus diabétique proprement dit. L'effet du médicament, de l'avis général, cesse peu après la suspension de son administration. L'amélioration provoquée par l'insuline dure un temps variable, mais n'a pas la persistance de celle due aux cures de régime. Il en va ainsi, du moins, pour les diabètes importants, les diabètes graves.

— M. Rathery s'étonne aussi de voir M. Chabanier admettre une guérison du diabète après emploi de l'insuline. Tous les auteurs restent dans le doute lorsqu'il s'agit d'affirmer une guérison stable en pareille circonstance, pour les cas de diabète consomptif. L'insuline reste un remède précieux, dans le diabète consomptif en particulier, mais les bienfaits ne persistent qu'avec la continuation du traitement. On peut espérer qu'avec l'amélioration de l'insulinothérapie, on obtiendra chez certains malades des résultats durables, avec élévation définitive du coefficient d'assimilation hydrocarbonée. La chose est possible, mais à l'heure actuelle, pour les diabètes importants, aucune observation probante de ce genre n'a été publiée.

— M. Lereboullet cite, à l'appui des idées de M. Chabanier, deux cas de diabète infantile sérieux dans lesquels les bons effets de la cure d'insuline se sont maintenus, malgré l'espacement des séries d'injections.

Les microbes de l'ozène.

(MM. F. Arloing, Thévenot et Jacod, de Lyon.— *Société de biologie* ; 27-10-1923.)

Trois agents ont été, suivant les auteurs, considérés tour à tour comme cause de la rhinite atrophique ozéneuse :

1° Le bacille décrit par Löwenberg, puis par Abel, en 1884, microbe très voisin du pneumobacille de Friedlander.

2° Le bacille pseudo-diphtérique de Belfanti et Della Vedova, signalé dès 1876.

3° Le coccobacille décrit par Pérez en 1899.

MM. Arloing, Thévenot et Jacod ont fait des recherches bactériologiques chez 40 ozéneux et ils ont rencontré : 30 fois le bacille d'Abel-Lœwenberg, 13 fois le bacille pseudo-diphtérique, 11 fois le bacille Pérez et 12 fois des microbes divers (staphylocoque, pneumocoque, tétragène, pyocyanique, etc.) En somme, si le bacille d'Abel-Lœwenberg s'est montré le plus fréquent, M. Arloing ne croit pas qu'il soit l'élément spécifique de l'ozène, pas plus que le pseudo-diphtérique ou le Pérez. Il pense qu'il s'agit là de microbes secondaires pouvant jouer un rôle dans la sécrétion de la croûte, mais n'étant pas l'origine de l'odeur si spéciale *sui generis, de l'ozène.*

Le réaction du benjoin colloïdal dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

(MM. Guy Laroche et Dauptain. — *Société de biologie* ; 27-10-1923.)

M. Guy Laroche a recherché la réaction du benjoin colloïdal chez un malade atteint de spirochétose ictéro-hémorrhagique avec syndrome méningé. Il l'a trouvée négative. Cette constatation, dit-il, s'ajoute aux observations déjà faites sur les liquides céphalo-rachidiens de patients souffrant de différentes affections aiguës et particulièrement de zona, d'oreillons, etc. Malgré l'intensité des réactions méningées, en pareils cas, le benjoin colloïdal avec ces liquides est demeuré négatif.

La bactériophage dans la fièvre typhoïde.

(M. P. Hauduroy. — *Société de biologie* ; 27-10-1923.)

Après avoir étudié le bactériophage dans les selles des typhiques, M. Hauduroy l'a recherché dans le sang. Il l'y a trouvé au moment de la convalescence, alors qu'il s'est montré régulièrement absent chez les individus sains. L'auteur estime que ces deux faits : présence constante du bactériophage dans les selles et dans le sang au moment de la convalescence, son absence chez les sujets sains, doit faire admettre qu'il joue un rôle important dans la guérison de la fièvre typhoïde. Ce rôle doit, d'ailleurs, être double. Il détruit les bacilles, arrêtant ainsi la maladie et, par cette destruction même, libère des protéines microbiennes sous une forme telle qu'elles établissent une immunité particulièrement forte.

Le réflexe médio-pubien.

(MM. Guillain et Alajouanine ; — *Société de biologie* ; 27-10-1923.)

MM. Guillain et Alajouanine signalent un nouveau réflexe obtenu en percutant la partie médiane du pubis. Ce réflexe provoque la contraction des adducteurs de la cuisse et celle de la sangle abdominale.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Corps étranger intra-oculaire, choroïdite exsudative. Guérison.

M. E. Garipuy rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, qui reçut il y a 2 ans un coup de fusil de chasse à très courte distance. L'œil droit avait été énucléé d'urgence, l'œil gauche contenait dans son corps vitré un grain de plomb qui avait produit une hémorragie et une choroïdite exsudative. L'œil s'était calmé, mais en laissant une très mauvaise acuité (V compte les doigts à 1 mètre).

L'an dernier, cet œil fut de nouveau le siège d'une choroïdite *exsudative* qui troubla le vitré, et réduisit encore la vision. Toute extraction du grain de plomb, qui siégeait à la partie postéro-interne du globe, étant impossible, on tenta un traitement par le sulfarsénol. La choroïdite fut guérie après 3 injections, l'exsudat se résorba, et la malade récupéra la vision antérieure (V doigts à 1 mètre).

L'auteur rapproche cette observation des cas d'ophtalmie sympathique dans lesquels le traitement médical a eu une heureuse efficacité, que l'on ait donné des arsenicaux, du mercure ou de l'aspirine.

Considérations sur la mesure de la pression sanguine par la méthode oscillatoire. Présentation d'un oscillographe enregistreur.

M. Constantin présente un appareil permettant d'obtenir de façon automatique une inscription discontinue et régulière de la courbe oscillatoire, à l'aide de la capsule oscillographique de Pachon-Boulitte.

Les oscillations artérielles répondant aux différents régimes de pression sont inscrites par tranches égales avec le chiffre manométrique correspondant.

L'appareil, de volume réduit et de fonctionnement simple, a déjà permis à son auteur des constatations intéressantes sur la détermination de Mx et Mn : indépendamment des variations quantitatives des oscillations, il y a des variations qualitatives qui peuvent être d'un grand secours dans la localisation de l'index systolique et de l'index diastolique. Ce sont :

La forme de l'oscillation dont le sommet se maintient très aigu pendant toute la phase allant de la première oscillation vraie à la fin des grandes oscillations ; ce sommet, moins vif pendant toute la période supra-maximale, est tout à fait émoussé au niveau des oscillations correspondant à Mn.

2) La situation du tracé, car les oscillations correspondant à la première oscillation vraie sont inscrites en général sur une abcisse plus élevée que les différentes oscillations supra-maximales.

3) L'influence de la respiration normale, qui, peu sensible sur l'ensemble de la courbe, devient évidente et extrêmement marquée sur les oscillations recueillies au chiffre de contre-pression correspondant à la minima.

Triple malformation congénitale du membre supérieur

M. J.-P. Tourneux rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans présentant au membre supérieur droit une triple malformation congénitale siégeant au coude, au poignet, et à la main.

La main, qui présentait six doigts d'à peu près égale longueur, pourvus chacun de trois phalanges, et possédant un métacarpien propre, sans qu'il y ait de pouce opposable, était fléchie d'une manière permanente sur la face palmaire et s'inclinait légèrement sur le côté cubital, réalisant ainsi la main bote proprement dite, sans lésions squelettiques, car il n'y avait pas d'anomalies osseuses. Enfin, au niveau du coude, le massif épitrochléen, particulièrement développé, au lieu de se trouver à sa place normale, était situé sur la face antérieure de l'humérus, ce qui déterminait une limitation considérable des mouvements de flexion.

Considérations à propos de quelques hernies dites accidents du travail.

M. Sorel. Les médecins praticiens ou experts sont fréquemment en présence d'ouvriers atteints de hernie en rapport avec le travail au dire des intéressés. La hernie est-elle une hernie de force ou de faiblesse, est-elle le résultat d'une véritable lésion traumatique, ou bien est-elle le résultat de conditions anatomiques prédisposantes, l'effort invoqué ne jouant que le rôle d'une cause secondaire ou même négligeable ?

Les faits, bien que réels, sont exceptionnels, où un effort violent, brusque et prolongé produit une hernie : c'est alors la hernie de force qui éveille dès sa formation de violentes douleurs et nécessite l'interruption du travail.

Ces conditions ont été longtemps exigées par les experts et les magistrats appelés à fixer les relations d'une hernie et d'un accident : c'était la jurisprudence ancienne.

Celle-ci a été modifiée par la Cour de cassation qui a jugé que toute lésion, dont le travail même normal a été la cause, est un accident, et qu'une hernie, simple conséquence d'un effort approprié au travail normal, est un accident du travail. La hernie de force n'est donc pas la seule que reconnaisse la loi du 27 avril 1898, l'aggravation d'une hernie persistante, par effort normal professionnel , crée l'invalidité et le droit à l'indemnité.

Au cas d'aggravation, l'incapacité n'est souvent que temporaire : nombreux sont les litiges ainsi solutionnés, tels ceux que l'auteur a rapportés au cours de sa communication.

Aussi, une jurisprudence nouvelle, exposée récemment avec une forte documentation à la Société de médecine légale de France, s'est elle substituée à celle qui n'envisageait en fait de « hernie accident » que la hernie de force.

Zona et varicelle.

M. Pierre Bézy, après avoir rapporté tout d'abord une observation personnelle où il lui a été donné de constater, 12 jours après l'apparition d'un zona chez une femme de 29 ans, celle d'une éruption de varicelle chez son enfant, reprend l'examen critique des rapports éventuels entre certains zonas et la varicelle. Il rappelle les différentes communications parues à ce sujet, montre l'extrême divergence des opinions des auteurs, et conclut en estimant que le problème

demeurera encore en suspens et ne pourra guère être résolu que le jour où l'on parviendra à connaître l'agent ou les agents propagateurs de la varicelle et du zona.

La varicelle est-elle variole ou zona, ou entité définie.

M. E. Lerrat, après un rapide historique de la question, examine d'abord les relations entre la variole et la varicelle et après avoir cité les diverses recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales, ainsi que plusieurs observations personnelles, croit pouvoir conclure que la varicelle est une affection du type varioloïde, mais qui ne saurait être assimilé à une variole, même atténuée. Il étudie en second lieu les rapports du zona et de la varicelle ; il rappelle les différents travaux parus à ce sujet, résume les discussions qui ont eu lieu, et après avoir rapporté 22 observations de varicelle type, sans que son enquête lui ait révélé un seul cas de zona ou d'affection zostériforme dans l'entourage, il croit pouvoir affirmer que jusqu'à plus ample démonstration, la varicelle ne saurait être confondue avec le zona, tant que la bactériologie n'aura pas apporté sous le microscope l'agent causal de ces affections.

Sur un cas de diabète sucré chez un tuberculeux traité par l'insuline.

M. M. Pajol rapporte l'observation d'un homme de 70 ans, atteint depuis deux ans de tuberculose pulmonaire ouverte, qui se met à présenter en juillet 1923, de la polydipsie, de la polyurie et de la pollakiurie nocturne. L'analyse d'urine révèle 89 grammes de glucose par litre pour une diurèse d'environ 4 litres par 24 heures avec 0,53 d'acétone.

Le malade mis au régime est rapidement amélioré (1.800 gr. d'urine par 24 heures, et 36 gr. de glucose par litre,) mais il maigrit, s'affaiblit, et ne peut renoncer au pain. Le 26 août, on commence le traitement par l'insuline (insulyl de Roussel), une injection intra-musculaire de 5 cmc. par jour. Dès la troisième injection, le malade est transformé ; à la date du 9 septembre, on a utilisé 4 boites du produit, soit 24 ampoules. On suspend le traitement ; à ce moment, le glucose et l'acétone ont complètement disparu malgré l'administration quotidienne de 300 gr. de pain.

Le 25 septembre, une nouvelle analyse d'urine montre que le glucose a reparu, mais en petite quantité ; la diurèse est de 1500 gr. par 24 heures. On commence une nouvelle série d'injections, et le 30 septembre, il n'y a plus de sucre dans les urines.

On ne saurait émettre la prétention de tirer des conclusions d'une seule observation : il s'agit d'une question trop récente, encore en cours d'étude, et si des médications nouvelles comme l'insuline doivent soulever le plus grand intérêt, un enthousiasme irréfléchi leur serait particulièrement nuisible.

Société de chirurgie

Radiumthérapie laryngée par fenestration thyroïdienne latérale.

M. E. Escat, considérant que la curiethérapie endolaryngée par laryngofissure, après exérèse chirurgicale, présente de grandes difficultés techniques et expose à de graves complications, telle la nécrose des cartilages, a songé à appliquer à la cure d'un cas d'épithélioma spino-cellulaire de la corde droite, ayant compromis la commissure vocale antérieure, la radiumpuncture interstitielle sans laryngofissure et sans exérèse de la tumeur.

La technique a consisté, après trachéotomie préalable basse, à engager, sous anesthésie régionale, en disposition palmée 5 aiguilles contenant chacune 2 mgr. 5 de bromure de radium, entre le périchondre profond de la lame droite du cartilage thyroïde et la base de la masse néoplasique, à la faveur d'une fenêtre elliptique découpée à ciel ouvert dans la lame cartilagineuse thyroïdienne. L'application dura 7 jours et le résultat a été l'involution complète de la tumeur en quelques semaines.

Si toutes réserves doivent être faites sur l'avenir d'un résultat qui remonte seulement à 6 mois, on peut d'ores et déjà apprécier la valeur de la technique suivie.

Tumeur villeuse de la vessie.

M. Martin rapporte le cas d'un malade atteint depuis deux ans d'hématuries très abondantes, dont la répétition avait entraîné un état d'anémie et de cachexie profonde. La vessie était pleine de caillots, l'examen cystoscopique fut particulièrement délicat, et la tumeur qui était implantée sur le bas fond vésical ne put être reconnue que grâce à l'urétroscope de Mac Costy. Afin d'arrêter l'hématurie, on pratiqua une cytostomie sous anesthésie rachidienne, ce qui mit la vessie au repos et fit disparaître l'hémorragie.

Ostéomyélite costale.

MM. Dambrin et Bernardbeig présentent une osbervation d'ostéomyélite costale concernant un jeune homme de 17 ans qui, en plus d'altérations graves de la santé générale, présentait une tuméfaction inflammatoire de la partie antérieure et supérieure droite du thorax.

Après essai du traitement par vaccinothérapie, on eut recours à une intervention chirurgicale qui permit l'ablation de plusieurs petits séquestres répondant à la portion chondro-costale de la 3e côte.

Il s'agit là d'un fait assez rare, dont le diagnostic est toujours délicat.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Môle hydatiforme et vomissements incoercibles.

M. Laurentie rapporte le cas d'une femme de 32 ans, mère de 7 enfants, enceinte de 4 mois, et qui en

même temps que des hémorragies profuses datant de 20 jours, présentait des vomissements incoercibles rebelles à toute thérapeutique. L'état général étant devenu très grave, on décida de pratiquer un avortement provoqué, et l'application du ballon de Champetier amena l'expulsion d'une môle hydatiforme : on termina par un curage digital. La malade guérit sans complications.

Calcul urétéral juxta vésical ayant simulé une annexite.

M. Laurentie est intervenu chez une jeune femme de 28 ans, souffrant depuis 2 ans de douleurs lombaires et ayant présenté trois mois auparavant un avortement spontané. On sentait au toucher vaginal, dans le cul-de-sac gauche, une petite masse dure que l'on pensa d'abord être une annexite, et que l'on reconnut ultérieurement être due à la présence d'un calcul de l'uretère. L'ablation fut faite par la voie sous-péritonéale, l'uretère ne fut pas suturé et la malade guérit sans incidents.

Avortement criminel, infection, hystérectomie. Guérison.

MM. Fournier et Rascol communiquent l'observation d'une IIe pare de 17 ans ayant subi des manœuvres abortives, en pleine péritonite (pouls à 150, T à 38,9, diarrhée persistante, langue rôtie, etc.). Devant l'état excessivement grave, on jugea que la seule chance de salut consistait en une hystérectomie, qui fut faite par la voie vaginale : les pinces furent laissées à demeure pendant 4 jours. Les suites furent excellentes, quant à l'utérus enlevé, il était en complet état de putréfaction et contenait encore des débris placentaires.

Grossesse après traitement par les rayons X.

M. Audebert après avoir rappelé les diverses opinions se rapportant à l'action des rayons X sur les fonctions ovariennes, insiste sur ce fait que de nombreuses femmes jeunes traitées ainsi pour des hémorragies persistantes, les ont vues cesser, sans que la menstruation ait disparu. On compte également quelques cas de grossesse après traitement par les rayons X, et l'auteur cite le cas d'une femme qui, présentant à la suite de sa IVe grossesse des hémorragies, fut soumise à 10 séances de radiothérapie. La guérison fut complète, et quelques mois après, la malade présentait une cinquième grossesse, qui évolua sans complications.

Kraurosis vulvæ.

M. J.-P. Tourneux a eu l'occasion d'observer une femme de 49 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour prurit vulvaire et leucorrhée, durant depuis environ un an, et qui présentait des modifications de la région vulvaire tendant à de l'atrophie des organes génitaux externes, et à un rétrécissement de l'entrée vaginale. Le coït d'abord gêné, était devenu douloureux, puis impossible. La peau de la région, de couleur jaune pâle, n'avait plus sa souplesse normale, mais était devenue dure et rugueuse ; il n'y avait pas de leucokératose. La malade refusait toute tentative de thérapeutique chirurgicale.

Deux cas de dystocie par accrochement des têtes dans des accouchements gemellaires.

M. Baux rapporte deux observations de cette complication où, devant l'impuissance de toute tentative d'extraction au forceps, il fallut, afin d'amener la délivrance de la parturiente, se résoudre à sacrifier un des enfants : on fit dans un cas une basiotripsie, et dans l'autre une décollation par le crochet de Bronn. Les seconds fœtus furent extraits vivants à la suite d'une version.

Grossesse extra-utérine, hématocèle tubaire, laparotomie. Guérison.

M. Fournier relate l'observation d'une malade enceinte de 2 mois, qui présenta l'histoire classique de la grossesse extra utérine. L'intervention chirurgicale montra l'existence d'une hématocèle tubaire gauche.

Dr J.-P. Tourneux.

Les Livres

J. B Baillière et fils, Paris.

Léon Giroux. — **Les rhumatismes aigus et leur traitement,** 1923.

Cette plaquette, conçue dans un esprit essentiellement pratique, se divise en deux grands chapitres. Le premier est consacré au rhumatisme articulaire aigu, dont l'auteur ne manque pas de souligner l'allure récidivante et la remarquable affinité pour les tissus du cœur, en en tirant d'abord cette conclusion qu'il importe, en conséquence, de poser un diagnostic précoce, et d'instituer et de poursuivre le traitement salicylé avant que le cœur ne soit atteint.

Après avoir clairement exposé la description symptomatologique du rhumatisme articulaire, son évolution et son pronostic, ainsi que ses principales formes cliniques, l'auteur passe en revue les différentes complications dont il peut être l'objet. Il insiste tout spécialement sur les troubles du rythme cardiaque, liés à des lésions de myocardite régionale, laissés dans l'ombre dans les ouvrages classiques. Ces troubles se manifestent par l'arythmie extra-sy-

tolique et le ralentissement du pouls. Il s'agirait, anatomo-pathologiquement, de myocardite interstitielle, caractérisée par des nodules développés aux dépens de l'adventice ou du tissu conjonctif péri-articulaire. « L'existence de ces lésions, retrouvées d'ailleurs dans d'autres organes, semble impliquer une longue persistance du processus rhumatismal susceptible d'expliquer les réveils si fréquents du rhumatisme franc. »

En ce qui concerne le traitement, Léon Giroux explique longuement comment le salicylate de soude doit être administré. A son sens, la méthode classique qui consiste à prescrire ce médicament à hautes doses pendant la période fébrile, et à diminuer celles-ci progressivement jusqu'à un ou deux gr. par jour pendant quinze jours, ne répond plus aux modernes conceptions sur la nature même de l'affection.

« Ce traitement est insuffisant, car le rhumatisme est une maladie qui paraît capable de rester longtemps à l'état latent et de présenter souvent, sous des influences inconnues, des réveils subits que nous ne saurions prévoir. Il nous paraît donc prudent, après la disparition des accidents généraux et locaux, de continuer le traitement à forte dose pendant une quinzaine de jours et de conseiller des cures mensuelles d'une dizaine de jours, à la dose de 2 à 3 grammes, *pendant plusieurs mois* ».

Le second chapitre traite des pseudo-rhumatismes infectieux : rhumatisme blennorragique, rhumatisme tuberculeux, rhumatisme scarlatin, rhumatisme syphilitique, rhumatisme méningococcique. La pathogénie et le traitement de ces pseudo-rhumatismes terminent cette brochure de 92 pages, dans lesquelles sont réunies les notions les plus récentes et les plus complètes sur un sujet qui sollicite couramment l'attention du praticien. Cette brièveté relative en fait l'un des principaux attraits, puisqu'elle ne réclame qu'une lecture d'une heure, après quoi l'on peut se dire pratiquement au courant de la question.

G. Duchesne.

Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris.

Pierre Caziot, ingénieur agronome, président de l'Association des anciens élèves de l'Institut National agronomique. **La vérité sur la richesse agricole.** Une brochure 16 × 24, de 36 pages. Prix : 2 fr. 50 franco.

Imprimerie Ducret, Aix-les-Bains).

A. Huart. — **Pour une politique thermale.**

Une enquête indispensable doit réunir un certain nombre d'indices par lesquels serait déterminée la part approximative des stations thermales dans le chiffre d'affaires total de la France économique.

En fonction de cette part, l'État apprécierait quel soutien il doit accorder au thermalisme. Et ainsi le fonds de propagande serait constitué par un prélèvement fait sur la part revenant à l'Office National du tourisme du chef de la taxe de séjour. Car si l'on réfléchit tant soit peu, ce sont les stations thermales qui alimentent en majeure part cet organisme touristique : par la taxe additionnelle créée par la loi de 1919 et par le prélèvement sur le produit des jeux

Reconnaissons que si le thermalisme donne beaucoup, il reçoit vraiment peu. Une politique thermale corrigera ce scandale et donnera au thermalisme sa véritable expression de mise en valeur intensive d'une richesse foncière trop longtemps abandonnée à ses propres moyens.

J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris

E. Debout, médecin légiste de l'Université de Paris. **Petit dictionnaire de médecine.** Termes médicaux. Expressions techniques. Un volume in-16 de 662 pages à deux colonnes. Broché : 20 fr. Relié : 26 fr.

Le dictionnaire que présente aujourd'hui au public le Dr Debout, paraît à son heure. Comme le dit excellemment dans la préface M. le Pr agrégé Roussy, la profusion des néologismes que voit naître chaque jour notre langue médicale, rend difficile pour le médecin et l'étudiant la lecture et la compréhension des articles qui passent dans nos journaux et nos revues de médecine.

L'auteur a défini la plupart des néologismes créés par la neurologie, la médecine mentale. Il s'est attaché à faire connaître les mots nouveaux employés en radiologie, bactériologie, physiologie et, se souvenant combien la clinique reste et doit rester la maîtresse choyée du médecin, il a longuement décrit les syndromes, les signes, les réactions que le clinicien doit parfaitement connaître et qui résument souvent d'un mot toute une maladie. L'étudiant qui lit le compte rendu de nos grandes sociétés et qui, le plus souvent, ne peut suivre la présentation d'un malade par suite de son incompréhension de certains mots concis comme : syndrome strio-pallidal, syndrome thalamique réflexe cubito-pronateur, réaction de Schultz-Charlton, hallucinations autoscopiques, hallucinations psycho-motrices, etc., consultera avec grand profit ce nouveau dictionnaire. Il économisera du temps, ce qui est appréciable en notre siècle et, par la recherche de la signification exacte d'une expression technique, il évitera la confusion dans son esprit, ce qui est encore plus précieux.

Librairie Agricole de la Maison Rustique 26, rue Jacob, Paris (VIe).

G. Moussu, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort et à l'Institut National agronomique, docteur en médecine. — **Les principales maladies des habitants de la basse-cour et leur traitement.** Un volume broché 12 × 19 de 260 pages avec de nombreuses figures, 2 planches en trichromie et une couverture en couleurs; 9 francs ; franco : 9 fr. 75.

L'hôpital militaire de Barèges de 1780 à 1820, par le Dr R. MOLINÉRY, de Luchon.

Sous le titre général d'« Esquisses d'hydrologie historique», le Dr Molinéry (à qui l'Académie vient d'attribuer la médaille d'or pour son mémoire sur l'histoire de la famille Barrié, dont huit membres de père en fils ont, sans interruption, exercé au cours de trois siècles la médecine thermale à Luchon), publie, de-ci de-là, tout ce qui peut contribuer à nous faire connaître le passé de nos vieilles stations françaises. Cette 17e monographie mesure assez l'effort constant réalisé par notre confrère et ami. Barèges, de 1780 à 1820, vit défiler tout un cortège de princes, de gens de lettres et de gens d'Église ; puis, sous l'épopée impériale, de généraux et de maréchaux. Napoléon premier avait donné des ordres pour que l'on puisse l'y recevoir..... Louis Bonaparte, Berthier, Murat, Ney, Augereau, y séjournèrent. Leur vie, leur traitement à Barèges retient notre auteur. Leur médecin, le Dr Borgella, y est joliment silhoueté et la sévère figure d e Ramond de Carbonnières, ancien secrétaire du cardinal de Rohan et futur préfet de l'empire, domine toute cette curieuse période... On nous annonce un Lamartine et un Alexandre Dumas, à Luchon. Peut-être, un jour qui n'est pas loin, Cabanès et Molinéry « sortiront-ils » les grands personnages aux Eaux minérales. Mais nous serions bien indiscrets d'insister.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur le traitement des infections aiguës graves

Il est pénible pour le médecin, au début d'une infection aiguë grave, de se résoudre à la seule médication symptomatique. Juguler l'infection par une attaque directe, comme dans la diphtérie ; éveiller, renforcer les défenses organiques générales, voilà la pensée dominante du thérapeute. Malheureusement, les médications spécifiques sont rares, et nos moyens d'exciter les réactions de l'organisme bien discutables. L'abcès de fixation est loin d'être toujours efficace ; dans les cas les plus graves, il ne prend pas, il est insuffisant pour provoquer le premier mouvement de contre-offensive ; il est souvent douloureux, et parfois, après guérison, le praticien se l'entend reprocher. Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de métaux colloïdaux sont bien peu actives ; les injections intra-veineueses ne sont pas sans danger ; elles provoquent une réaction extrêmement vive, impressionnante pour l'entourage du malade, pour le malade lui-même ; celui-ci refuse souvent une deuxième injection, ou, s'il l'accepte, la redoute tellement que le médecin est le premier à y renoncer. Dans ces conditions, on n'est pas étonné de voir la médication choquante de plus en plus discutée.

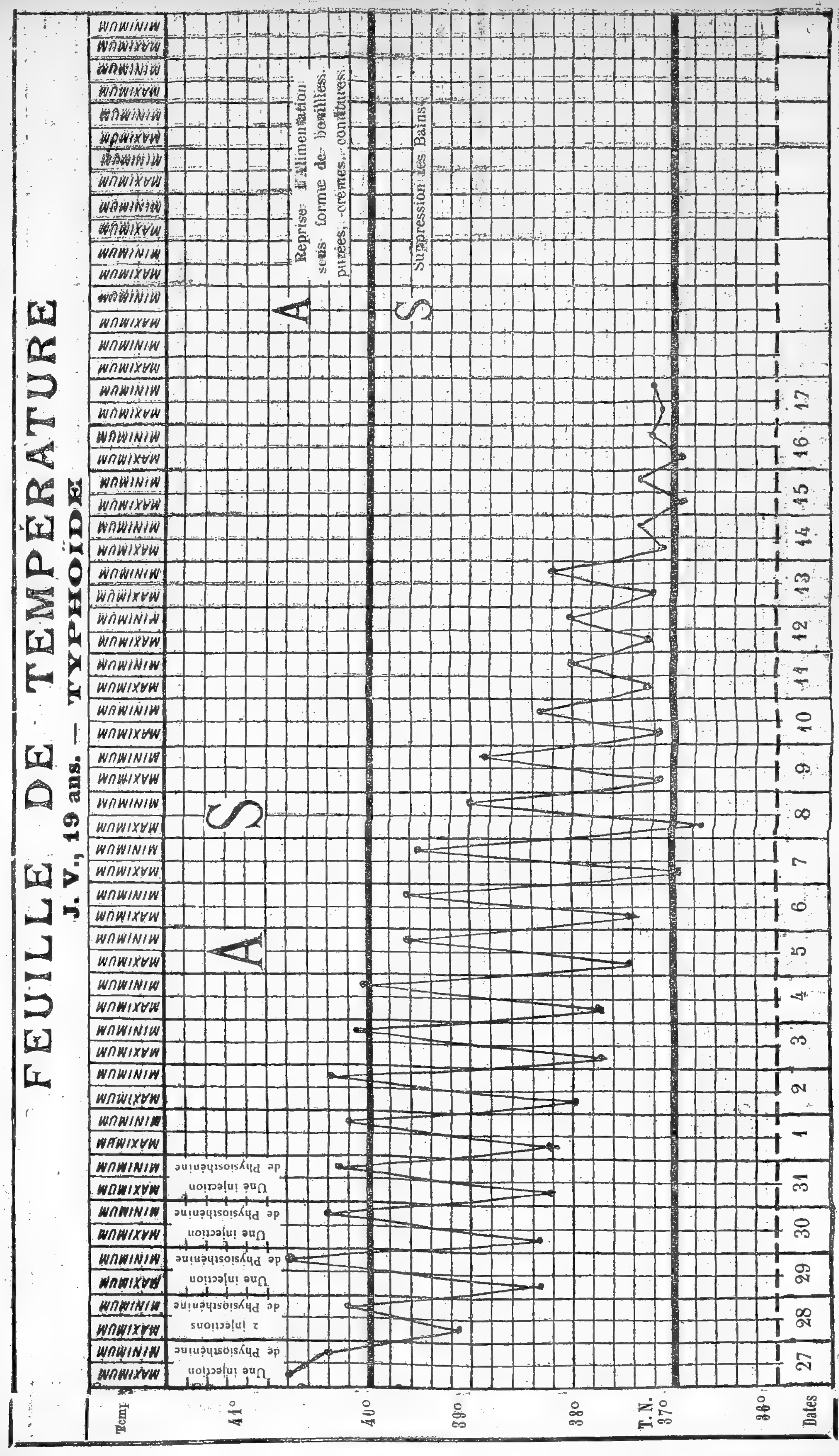
On a proposé également les injections de solutions glucosées à 30 %. Mais elles sont longues à effectuer (il faut compter 3/4 d'heure par injection), doivent être fréquemment répétées, leur activité dans les grandes infections ne semble pas démontrée ; elles paraissent agir plutôt par leur pouvoir diurétique, et à ce titre pourraient garder leur place à côté d'une médication véritablement anti-infectieuse.

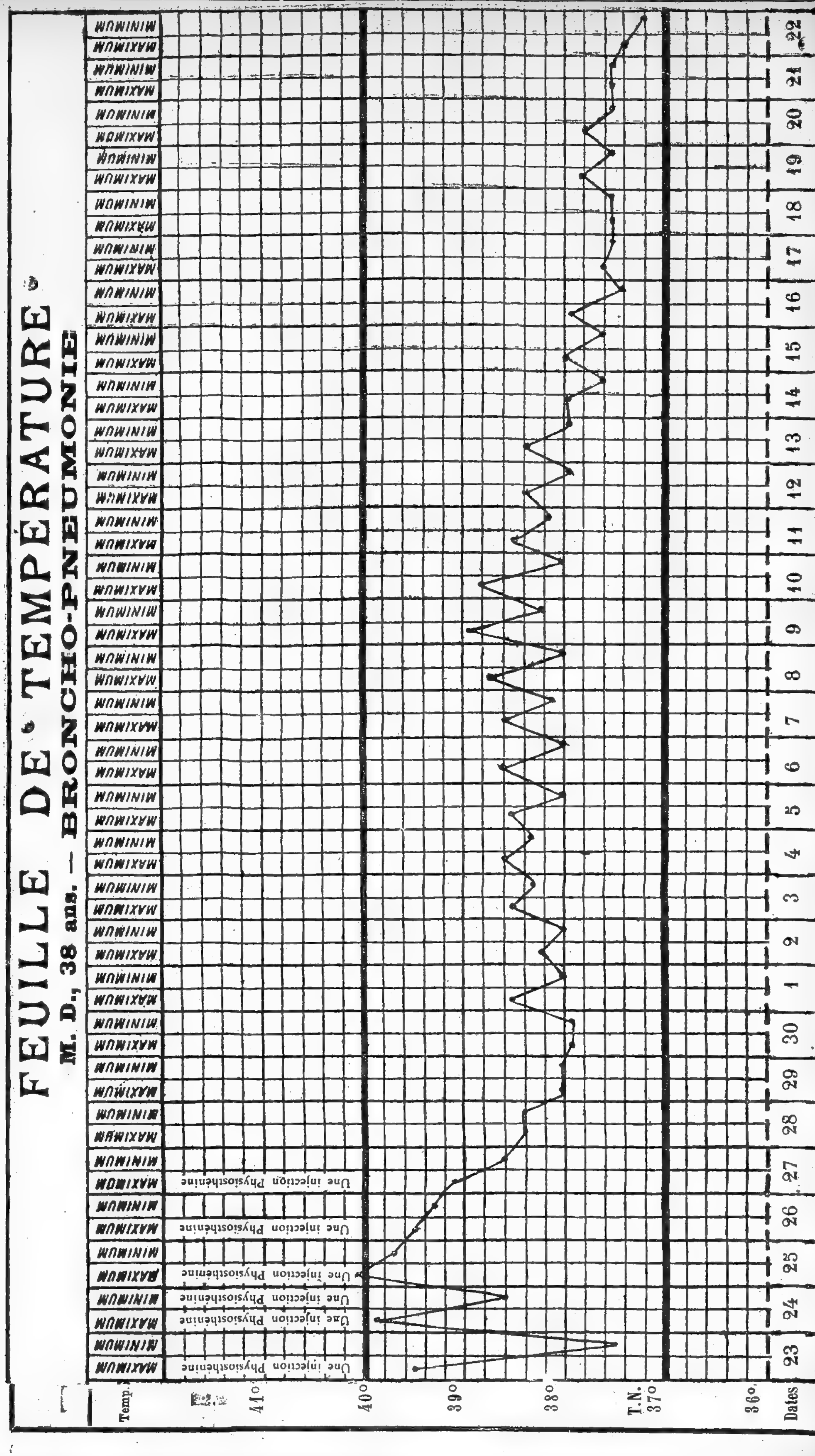
Autrement efficace et inoffensive se montre la « Physiosthénine » sérum nucléiné, que j'ai utilisée fréquemment depuis plus d'un an. Je l'ai essayée dans toutes les grandes pyrexies aiguës, aussi bien chez le nourrisson que chez l'adulte et le vieillard : gastro-entérites graves, à forme de choléra infantile, infections puerpérales, typhoïdes, pneumonies, dans un cas d'endocardite aigüe rhumatismale. J'ai limité cette médication aux cas dont le pronostic me paraissait particulièrement grave. Dans tous ces cas, la guérison fut obtenue, totale, sans complication, ni séquelle, et après une évolution singulièrement bénigüe. Dans un seul cas, la « Physiosthénine » se montra inefficace. Il s'agissait d'une femme atteinte de typhoïde depuis déjà plus de dix jours, en pleine campagne, livrée aux seuls soins de ses voisines, et ayant encore mangé le pot-au-feu le jour même où elle m'appelait ! Je la trouvai dans l'état le plus grave, avec un pouls à 140 et un météorisme abdominal considérable. De fait, après quelques jours, une perforation intestinale l'emportait en moins de 24 heures.

Je tiens à citer ici mes deux dernières observations qui montrent de façon particulièrement nette, l'action de la « Physiosthénine ».

1° *Fièvre typhoïde, J. V., 19 ans* :

Le jeune homme qui habite la campagne à..... 8, rue d'Evreux, vient le 25 août pour me consulter ; arrivé en retard, il me fait dire qu'il reviendra le surlendemain ; mais le lendemain même j'étais appelé auprès de lui. J'apprends que depuis une dizaine de jours, il se sent souffrant et que la veille, après son retour d'Evreux, pris d'une violente fièvre, il s'est alité. Sa température est à 40°5 ; il y a de la diarrhée, le ventre est ballonné ; le cœur, rapide et mal frappé, présente des intermittences ; la langue est sèche, et déjà, la nuit précédente, il y a eu du délire. Je fais le diagnostic de typhoïde, que va confirmer l'hémoculture. La forme paraît grave et je fais toutes mes réserves sur le pronostic. Le lendemain, je commence une première injection de 20 cmc.


FEUILLE DE TEMPÉRATURE
J. V., 19 ans. — TYPHOÏDE
A Reprise de l'alimentation sous forme de bouillies, purées, crèmes, confitures.
S Suppression des Bains
Une injection de Physiosthénine
2 injections de Physiosthénine
Une injection de Physiosthénine
Une injection de Physiosthénine
Une injection de Physiosthénine
A
S
Temp
41°
40°
39°
38°
T.N. 37°
36°
Dates
AOUT
SEPTEMBRE



FEUILLE DE TEMPÉRATURE
M. D., 38 ans. — BRONCHO-PNEUMONIE
Temp.
41°
40°
39°
38°
T.N. 37°
36°
Dates
MAXIMUM
MINIMUM
Une injection Physiosthénine
23 24 25 26 27 28 29 30
SEPTEMBRE
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
OCTOBRE

de « Physiosthénine » n° 1. Le lendemain matin, après une nuit calme, la température descend à 39°1. En cinq jours, je fais six injections de « Physiosthénine ». L'état général s'est immédiatement transformé ; le cœur s'est calmé et régularisé ; la diarrhée a cessé, le ventre s'est détendu ; à l'agitation et à l'anxiété du début, a succédé une euphorie remarquable ; je donne des bains tièdes que le malade est le premier à demander ; dès le dixième jour, je peux reprendre l'alimentation sous forme de bouillies, de purées, crèmes et confitures ; au quatorzième jour, je supprime les bains ; au dix-neuvième jour, la température tombe définitivement ; l'amaigrissement a été minime et la guérison survient pour ainsi dire sans convalescence.

Il suffit de jeter un regard sur le tracé thermique pour voir combien l'évolution de cette typhoïde a été anormale, méconnaissable. On est frappé par l'étendue des oscillations thermiques journalières, par la chute progressive de la température dès les premiers jours. Mais il a fallu voir, au cours de sa maladie, le malade causant et plaisantant avec son entourage, criant la faim, dormant bien, s'intéressant à tout ; il a fallu le voir se relever, guère plus affaibli que s'il relevait d'une angine de trois jours, pour comprendre combien sa typhoïde, qui semblait devoir être grave, a pu être transformée par le traitement initial.

2° *Broncho-pneumonie, M. D., 38 ans* :

Emphysémateux chronique, à santé déjà assez altérée, ce malade fut pris, le 22 septembre, au cours d'un déménagement, de point de côté et de fièvre avec dyspnée intense et cyanose. A la base du poumon droit, existait déjà un foyer limité de sous-crépitants. Le soir même, première injection de « Physiosthénine ». Le lendemain, aggravation manifeste ; deuxième foyer de sous-crépitants à la partie moyenne du poumon gauche ; râles sibilants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons ; dyspnée extrême ; pouls incomptable ; injections de « Physiosthénine », le matin et le soir. Le troisième jour, la situation semble désespérée ; la nuit a été très mauvaise, le malade n'a plus que des lueurs de connaissance, il asphyxie localement ; la moitié inférieure des deux poumons est pleine de râles sous-crépitants, un troisième foyer s'est développé au sommet droit. Je refais malgré tout une injection de « Physiosthénine » indépendamment des tonicardiaques et de l'oxygène que j'ai prescrits dès le début. Deux heures après, je revois le malade : il est dans le coma complet, la pupille dilatée, la cornée insensible ! la respiration est devenue rare, véritable « hoquet de la mort ». A la porte, je rencontre un ami du malade et peux lui dire : « Dans une heure, il ne sera plus là ». Une heure après, le malade avait sa connaissance et sa respiration reprenait. Depuis ce moment, l'amélioration devait se continuer, lente mais progressive, entrecoupée de légères rechutes provoquées par de nouveaux foyers. Aujourd'hui, le malade est guéri après une convalescence remarquablement rapide.

Ce cas a donc été particulièrement dramatique. Le malade, doué déjà d'une pauvre santé, terrassé par une infection brutale, foudroyante, a été jusqu'à la limite extrême de la vie. Au seuil même de la mort, il a pu trouver dans son organisme le sursaut de résistance qui l'a fait vaincre. L'aurait-il trouvé ainsi s'il avait été livré à ses seules ressources ? Scientifiquement, on ne peut répondre ; mais, *en pratique*, on peut avoir une opinion, et pour moi, ma conviction est faite. C'est pourquoi, j'ai cru utile de faire connaître ces observations auxquelles j'en pourrais ajouter d'autres, non moins frappantes.

Je considère, à l'heure actuelle, la « Physiosthénine » comme notre arme la plus puissante pour juguler les infections. Son usage est simple, inoffensif, jamais je n'ai observé la moindre réaction après la piqûre.

A toute période de la maladie, elle peut se montrer efficace, *mais elle l'est d'autant plus que* son usage est plus précoce.

Il ne faut pas craindre de rapprocher les piqûres, au besoin de les multiplier. Le plus souvent, j'ai fait six injections de 20 cmc. et cela a suffi ; peut-être en insistant abrègerait-on encore la durée de la maladie.

Dr M. VIVIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ASSURANCE ET RÉASSURANCE

L'assurance est entrée dans nos mœurs : on s'assure non seulement contre l'incendie, mais aussi contre la vie, contre les accidents et la maladie, sur le vol, contre les dommages qu'on peut faire encourir à autrui, etc., etc. On voit même le Parlement se préoccuper d'une vaste assurance mutuelle, qui couvrirait les salariés, gagnant moins de 10.000 francs par an, contre les risques maladie et invalidité prématurée et vieillesse.

L'assurance, dans son principe, est un facteur de l'idée d'association : plusieurs personnes se groupant pour supporter, en commun, les risques, qui peuvent survenir à l'un d'eux.

Mais, un tiers intervient, pour recruter ces adhérents, ces assurés. Il les réunit, s'occupe de la gestion de leurs intérêts communs. L'industrie de l'assurance a ainsi pris naissance ; des sociétés à capital fixe, sociétés anonymes, ont exploité la branche assurance, faisant payer leurs services et réalisant des bénéfices.

En effet, la prime que paie un assuré à son assurance, se décompose en deux éléments : « 1° la prime pure, qui représente la somme que la société doit mettre en réserve, pour assurer, à l'échéance du contrat ou à l'évènement du sinistre, le payement de l'indemnité promise à l'assuré ; elle n'est pas inscrite au compte spécial de l'assuré, mais elle tombe dans un fonds de réserve commun, productif d'intérêts, qui paye les indemnités, mais se reconstitue indéfiniment, par de nouveaux versements ; 2° le chargement, différence entre cette prime pure et le montant effectivement versé par l'assuré. Ce chargement appartient à la société et lui sert à payer ses frais généraux et à constituer ses excédents ou bénéfices. (Sumien, traité théorique et pratique des assurances terrestres, librairie Dalloz, Paris).

Comment l'« assureur peut-il fixer les primes et réaliser des bénéfices », parce que les risques qu'il assure comportent des règles générales de régularité, dégagées des statistiques et portant sur un grand nombre d'années. On arrive, de la sorte, à prévoir la quotité des risques probables, pour une durée d'années déterminées et on répartit ces risques sur les personnes qui s'assurent.

Les groupes d'assurés forment parfois une mutuelle, pour mettre en commun et les risques et les bénéfices. Or, il faut que le groupe soit nombreux, pour que la cotisation demandée à chaque adhérent soit moins lourde et que ce grand nombre de cotisants soit un facteur de sécurité.

Il faut enfin faire une sélection parmi les risques, car certains individus qui s'assurent sur la vie, ont moins de chance de survie que d'autres bien portants ; certains immeubles sont, par leur destination, ou leur exposition, plus exposés que d'autres à l'incendie. Des surprimes, ou même des exclusions sont nécessaires, pour que l'assurance ne devienne pas un bénéfice pour certains assurés, au détriment des autres adhérents du groupe.

L'assurance serait en effet immorale, si l'arrivée du sinistre devenait la source d'un profit pour le sinistré. Ce dernier serait peut être tenté de faire naître le risque, pour lequel il est couvert.

De même, pour l'assurance pour la vie, « l'indemnité payée au décès d'une personne n'est à aucun degré et dans aucun cas la réparation du dommage causé à l'assuré par le décès de celui-ci. Elle est l'acquisition d'un capital que le défunt n'a pas eu le temps de former lui-même ». (Planiol, cité par Sumien).

Lorsque les risques couverts par une assurance sont considérables, la société a intérêt à se réassurer. Ainsi, au moment de l'incendie des magasins du Printemps, plusieurs assurances sont intervenues pour payer les dégâts : c'est la coassurance.

Mais la société peut également s'assurer elle-même à une autre collectivité d'assurance et réassurer certains de ses gros risques. De la sorte, la loi du grand nombre jouera pour les gros sinistres, qui ne seront pas ruineux pour les compagnies, qui les auront garantis.

On a souvent protesté, surtout dans le monde médical, contre certains agissements de courtiers d'assurances, ou contre les compagnies elles-mêmes. Des médecins, pressés par leur clientèle, ont apposé leur signature au bas d'une police, qu'ils n'ont même pas pris le soin de lire, même superficiellement. Et au moment du sinistre, ils se voient opposer des restrictions, des clauses écrites en petites lettres.

Or, les polices doivent contenir un certain nombre d'indications et de mentions, que le décret du 8 mars 1922 a considérées comme cons-

titutives du fonctionnement même des sociétés d'assurances.

« Tout d'abord, dans toutes les sociétés, mutuelles ou à primes fixes, sauf dans les assurances sur la vie, la police doit mentionner en caractères très apparents, la durée du contrat. Elle doit également stipuler que la durée de la tacite reconduct on ne peut en aucun cas être supérieure à une année ; elle doit même réserver la faculté, pour les sociétaires, ou assurés, de se retirer tous les dix ans, en prévenant la société, au cours de leur période d'engagement, au moins six mois avant la fin du dernier exercice social : ce droit est réciproque au profit de la société » (Sumien).

Concluons rapidement : quelle est la moralité des assurances ?

L'assurance est entrée dans nos mœurs et elle est même nécessaire , pour donner aux travailleurs toute garantie du lendemain. L'assurance est un acte de prévoyance d'abord ; c'est aussi un geste d'épargne, constituant un capital, que bien peu auraient eu le courage de faire sur leurs économies annuelles.

De plus intervient la loi du grand nombre, qui uniformise les risques et les répartit sur une foule d'individus, faisant partie du même groupe d'assurés.

Mais les assureurs sont des commerçants, qui cherchent à tirer profit de leur industrie. A nos collectivités médicales de former des syndicats et des mutuelles. Ligue de défense professionnelle individuelle, comme le « Sou médical », qui soutient le médecin, qui est gêné dans le libre exercice de sa profession, et le couvre contre 50.000 francs de responsabilité professionnelle. Mutuelle comme la « Mutualité du corps médical français », qui garantit contre la maladie, l'accident et la vieillesse, comme l'Association générale des médecins de France, qui vient en aide aux confrères malheureux et âgés.

Mais, pour conclure, nous ne saurions trop recommander aux confrères, que la question intéresserait, de consulter le livre de M. Paul Sumien, Conseiller d'Etat, directeur au Ministère du travail et professeur à l'école des sciences politiques. Son ouvrage, sur les assurances terrestres, édité par la librairie Dalloz, Paris, est un monument juridique et pratique, qui, ne prenant jamais parti, pour ou contre, étudie impartialement le problème si aigu de l'assurance dans toutes ses branches et sous toutes ses formes.

Dr Paul Boudin.

LES MÉDECINS DE COLONISATION

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez bien voulu insérer dans le *Concours Médical* du 10 juin mes doléances et celles de mes confrères, comme moi, médecins de colonisation en Algérie. Aussi, je me permets de vous transmettre ci-joint la lettre de la préfecture d'Oran, refusant l'indemnité de logement qui m'avait enfin été votée par le Conseil municipal. Si vous voulez bien lui accorder une place dans vos colonnes, cette lettre servira certainement à édifier nos jeunes confrères qui ont encore quelques illusions sur les avantages promis aux médecins de colonisation.

Dr B.

Compte rendu de la séance du Conseil municipal d'Oued Taria

Vote de 575 francs pour indemnité de logement au médecin de colonisation

Le maire présente au Conseil une requête de M. le médecin de colonisation ayant trait à une demande d'indemnité de logement pour l'année 1923. Ce praticien fait remarquer qu'il ne lui a pas été possible d'occuper le logement qui lui était affecté par la commune en raison de l'exiguité du local, et qu'il s'est vu obligé de traiter avec un propriétaire de la localité pour occuper une maison plus spacieuse. Il demande de ce fait de vouloir bien faire contribuer la commune à une part des frais de loyer supplémentaire qu'il doit payer à ce propriétaire.

Le Conseil, après examen de la question, consent à voter à l'unanimité la somme de 575 francs à titre d'indemnité de logement pour le médecin de colonisation pour l'année 1923 seulement.

Plus exactement, voici les faits :

Avant mon arrivée à Oued Taria, le maire de cette commune n'ayant pas d'immeuble municipal à m'offrir, a loué de sa propre autorité à un propriétaire du pays et moyennant *douze cents francs par an* ! (l'indemnité de logement est de 100 fr. par mois, il fallait bien l'employer m'a-t-il répondu quand je lui reprochai d'avoir loué si cher un si modeste logement) une habitation sans couloir composée de trois pièces qui ouvrent directement sur la rue et d'une toute petite cuisine. On me permettait de garer ma voiture dans une grande cour en commun avec plusieurs autres locataires et encombrée de toute sorte d'instruments agricoles et d'animaux. Dans cette cour se trouvaient les lieux d'aisance également en commun et sans porte !

Je crois que n'importe quel confrère aurait refusé un pareil logement, surtout à ce prix. C'est ce que je fis moi-même et d'autant plus volontiers que j'eus la bonne fortune de trouver pour le même prix un logement un peu plus spacieux, mieux situé et complè-

tement indépendant. Je demandai donc à toucher moi-même mon indemnité de logement.

L'administrateur adjoint à la sous-préfecture de Mascara fut envoyé pour étudier la question et fournit un compte rendu concluant que le logement que m'avait réservé la municipalité était très convenable (il ne parla pas du prix) et que je devais m'en contenter. Cependant les habitants d'Oued Taria ne partageaient pas son avis, puisque le Conseil municipal me vota *à l'unanimité* la somme de 575 fr. qui, jointe au montant de la sous-location de la maison, devait compléter mon indemnité de logement en attendant que l'engagement du maire vis-à-vis du premier propriétaire ait pris fin.

Je croyais l'incident terminé mais il n'en est rien. La préfecture repoussa la proposition du Conseil municipal, motivant son refus par un argument qui, à lui seul, finirait certainement de décider les jeunes médecins qui hésitent encore à venir à la colonie. Il est parfaitement vrai, en effet, que mon confrère de Bou Hanifia les Thermes a dû se contenter d'une simple chambre d'hôtel pour lui, sa femme, ses deux enfants et sa clientèle. Son successeur, marié également, a dû se contenter d'une seule chambre, et s'il a pu trouver deux pièces et une cuisine, c'est qu'il était prêt à rentrer en France profondément dégoûté, car on le trouvait déjà trop bien logé pour un « simple médecin » et on voulait lui retirer sa chambre pour le loger à l'annexe de l'hôtel dans une mansarde ayant vue sur des tas de fumier....

Parmi les nombreux prétendus avantages que le Gouvernement fait reluire aux yeux des candidats, se trouve bien le logement gratuit, mais on ne spécifie pas quel genre de logement et somme toute une chambre d'hôtel est bien un logement, il n'y a donc rien à dire, nous nous en sommes contentés si longtemps étant étudiants !

PRÉFECTURE D'ORAN
2e Bureau
N° 11 581
—
Indemnité de logement du médecin de colonisation

Oran, le 21 août 1923.

Le Préfet du département d'Oran,
à Monsieur le Maire d'Oued Taria.

Par délibération du 25 juin dernier le Conseil municipal a décidé l'attribution pour l'année 1923 seulement, d'une indemnité de 575 fr. en faveur de M. Bayol, médecin de colonisation à Oued Taria.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que cette proposition ne peut être retenue pour les raisons suivantes : le logement mis par la municipalité à la disposition de M. Bayol se compose de trois belles pièces avec cuisine et d'une cour commune. Ce praticien aurait pu d'autant plus s'en contenter qu'il est célibataire et que son confrère M. le docteur Pernin de Bou Hanifia marié a occupé pendant un an avec sa femme une seule chambre de l'hôtel de cette localité et qu'il n'a à l'heure actuelle en attendant qu'un logement puisse lui être construit, que deux chambres et une cuisine. Quoiqu'il en soit M. le Dr Bayol a refusé d'habiter le local choisi par la municipalité d'Oued Taria et s'est installé dans un autre immeuble. Monsieur le gouverneur général saisi de la question estime que la commune ne pourra verser à M. le docteur Bayol d'indemnité de logement qu'au moment où elle cessera de payer le loyer de ce local, c'est-à-dire à la fin de l'année. Il vous appartiendra, le moment venu de présenter telles propositions que vous jugerez utiles au Conseil municipal.

Pour le Préfet.
Le Conseiller de Préfecture délégué.

LES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT EN MÉDECINE RURALE

Opinions de nos correspondants

J'ai été tellement ahuri des chiffres cités par le confrère M. dans le numéro du 25 novembre, au sujet de l'indemnité kilométrique en médecine rurale que je ne puis résister au désir de lui soumettre et de vous soumettre quelques réflexions sur cette question.

J'admets à la rigueur qu'un malade de situation modeste distant de 10 kil. de son domicile puisse lui payer quelques visites à 40 fr. l'une, mais j'ai peine à croire qu'il en soit de même pour une maladie de longue durée, une fièvre typhoïde par exemple, et comportant un nombre élevé de visites, 20 à 25, ce qui donnerait un total de 800 à 1000 frans.

A mon avis, l'indemnité kilométrique fixe ne peut s'appliquer que pour des maladies de courte durée avec un nombre de visites peu élevé, mais elle est impraticable en cas de longue maladie et pour des clients éloignés.

Aussi, pour remédier à cet inconvénient, dans notre région nous avons pris un moyen terme et adopté une sorte de forfait analogue au système que vous signalez dans ce même numéro.

Le prix des visites a été fixé selon la distance à une somme de 10, 12, 15, 18, 20 fr. en tenant compte de l'éloignement des divers médecins qui desservent la région. *Mais il n'y a pas de visite de passage et toutes les visites se payent le même prix.*

J'ajoute qu'il n'y a pas de tournées à jour fixe, les habitations étant trop disséminées et les agglomérations de peu d'importance.

Pour l'A.M.G. et la loi des pensions nous appliquons le tarif intégral avec indemnité kilométrique lorsqu'il y a lieu.

Dr L.

Une seule observation au sujet de votre enquête sur les indemnités de déplacement. Il est possible qu'elle ait été faite, et dans ce cas vous mettrez mon papier au panier, sinon elle a sa valeur. Dans tous les calculs faits jusqu'à présent, on ramène la question au médecin, à son intérêt, à sa recette journalière, à son portefeuille. Il ne faut pas oublier qu'à la campagne, là où les moyens de communication sont rares et quelquefois onéreux (courriers à chevaux, transports automobiles faisant courrier, voitures de louage), les gens regardent à deux fois avant d'entreprendre un voyage qui leur coûte : 1° une indemnité de déplacement ; 2° la perte de leur journée de travail.

Souvent, le père seul sait monter à bicyclette. Il faut donc que ce soit lui qui aille pour les autres membres de la famille parler au médecin, qu'il ne trouve pas toujours, et qu'il doit attendre. Dans ce cas, sa journée seulement est entamée, mais elle l'est sérieusement. Or, une journée de travailleur aux champs, au bois, à la scierie est estimée, suivant le travail fait, de 15 à 35 francs, beaucoup plus certainement que la moyenne de l'indemnité kilométrique réclamée par le médecin.

Le malade tire donc un gros avantage de ce fait que le médecin l'examine à domicile même, *en passant.* N'estimez-vous pas qu'il est logique qu'il lui en tienne compte dans le réglement des honoraires et qu'il lui paye une grosse partie sur la totalité de l'indemnité kilométrique ?

Ne nous occupons donc pas que du seul côté spéculation médicale, songeons un peu à la spéculation, ou tout au moins aux calculs très précis du client. Et cela nous expliquera que ce client ne soit pas autant surpris que l'on veut bien le dire de payer beaucoup plus chez lui que chez le médecin.

Dr V.

* * *

J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt la publication des lettres de différents confrères au sujet de l'indemnité kilométrique et de la visite de passage, et je viens vous donner connaissance de notre façon de procéder.

Nous sommes ici quatre médecins et nous sommes en contact avec quatre ou cinq autres. Nous avons établi nos prix de la façon suivante quand un déplacement est nécessaire : carte en main, nous avons évalué approximativement la distance des divers villages et établi des prix en conséquence, en nous basant sur une indemnité de un franc le kilomètre parcouru, *mais sans parler de cette indemnité* ; nous disons seulement : village A 12 fr., village B 16 fr., village C 20 fr., etc., etc., et tous les clients d'un même village *vus le même jour ou séparément, pour un déplacement spécial ou en passant* PAYENT LE MEME PRIX, et il n'y a pas de difficulté (1).

A mon avis notre façon de procéder est très défendable. Dans les visites lointaines, il y a en effet plus que la distance parcourue et le temps passé. Il y a aussi *les risques de la route*, et ils ne sont pas minces à la saison actuelle où les vaches et les moutons sillonnent les routes et où le moindre choc, sans dommage pour la bête parfois, vous coûte toujours plusieurs centaines de francs, empierrage des routes vicinales qui détruisent les pneus, cahots des trous dans les chemins de terre qui cassent les ressorts et faussent les axes ou les barres d'accouplement, etc.,

Si vous ne faites payer le tarif kilométrique qu'à un seul malade, vous rentrez à peine dans vos frais normaux d'essence et d'usure et les autres frais restent à la charge de la bonne bête de somme qu'est le médecin rural. Comme il n'est pas facile de répartir ses frais sur les clients au prorata de la distance parcourue sur leur demande, nous employons le système décrit plus haut : village X = prix x.

Une autre chose encore à considérer dans ces randonnées lointaines *dont la durée se trouve augmentée par les nouvelles demandes sur place*, c'est le manque à gagner qui est une chose bien différente du temps passé. En effet, j'entends par manque à gagner les visites d'urgence qui sont perdues parce que le médecin est loin de chez lui (accident du travail grave, forceps ou version urgents, hémorragies de la délivrance, etc.). Le client va chez le confrère, et parfois, vous le perdez définitivement.

N'est-il pas logique dans ces conditions que TOUS ceux qui vous ont retardé payent un prix qui vous dédommage un peu de la perte que vous faites ?

Pour ne pas abuser de vos instants, comme conclusion je me permets de vous suggérer ceci :

Chaque syndicat local établira, carte en main, si besoin est, le prix minimum à demander dans chaque village par le médecin appelé depuis chez lui ou en passant, ce prix étant le même dans les deux cas. Ce prix pour un même village peut varier si deux médecins *de localité différentes et plus ou moins rapprochées* sont susceptibles d'y être appelés ; mais *pour un même médecin*, ce prix ne sera jamais inférieur à celui que le syndicat aura établi en tenant compte de sa résidence et de celle du malade traité : pour chaque médecin de X, village X = prix x ; pour chaque médecin de Z, village X = prix z.

Il reste entendu que n'importe quel médecin peut toujours demander davantage et c'est ordinairement ce que nous faisons à titre de bonne confraternité quand nous sommes nettement dans un périmètre, qui est plus rapproché d'un confrère d'une autre localité que de nous-mêmes.

La tournée à jour fixe n'existe pas.

Je sais bien que cela n'est possible que si tous les confrères sont syndiqués, et si le syndicat marche bien, hélas !

Dans notre arrondissement, nous sommes les seuls, je crois, à procéder ainsi ; les autres ont reçu du syndicat l'ordre de prendre un franc par kilomètre parcouru et ils le font tant bien que mal ; sur cinquante membres environ que comporte notre syndicat, nous

(1) Très bien !

G. D.

sommes quatre ou cinq à comprendre nos intérêts. Parmi les autres, quelques-uns prennent un franc par kilomètre parcouru et se comportent je ne sais comment pour la visite en passant ; quant aux autres... mais ceci est une autre histoire...

Dr M.

***

Puisque votre enquête sur la question des indemnités en médecine rurale n'est pas close, je me permets de vous faire part de mon opinion qui, je crois, doit être celle de la majorité de mes confrères de la région.

D'abord la tournée à jour fixe : je la crois impossible dans nos clientèles de campagne. Car, comme le dit le Dr Lb (journal du 15 décembre), il faut tenir compte des cas imprévus et d'urgence, des accouchements qui, tel jour, peuvent nous retenir loin du lieu où nous devions nous rendre en tournée.

Elle serait de plus sans résultats ; car personnellement (et je ne suis pas le seul) je passe 15 à 20 jours parfois sans voir un malade de telle ou telle commune de mon rayon. Et malgré le prix modique de la visite en tournée, le malade « en puissance » ne consultera pas le médecin ; le paysan ne l'appelle qu'en pleine évolution de la maladie (bien souvent trop tard malheureusement).

Quant à la tournée préparée la veille, « la tournée simple » que vous préconisez, elle est peut-être possible dans certaines régions, mais dans notre Massif Central, il ne faut pas y compter. Ici, le médecin doit répondre immédiatement ou dans la journée autant que possible à l'appel du malade. Parfois la veille on ne prévoit rien pour le lendemain, et ce lendemain il n'est pourtant pas rare de faire une dizaine de visites ou consultations. Le client paye, il veut être servi de suite. Aussi il ne comprendra pas que vous attendiez au mardi par exemple, à aller voir un malade (cas non urgent et souffrant déjà depuis 2 ou 3 jours) si le lundi soir à 6 ou 7 heures quand il vient nous appeler vous êtes chez vous ; de même il ne comprendra pas davantage si vous l'engagez à venir vous prévenir à l'avenir le matin avant 8 heures dans un cas analogue, afin de pouvoir préparer votre tournée.

Faut-il condamner la visite de passage comme vous le faites ? Non, car comment oser demander un prix plus élevé que la visite simple (10 francs par exemple) à un malade qui vous prie d'entrer chez lui et qui sans votre passage serait venu vous consulter dans votre cabinet (pour 5 ou 6 fr.) ou pas venu du tout ?

Bien entendu, répartissez l'indemnité kilométrique sur les divers malades du même village qui sont venus vous chercher à peu près en même temps ; il serait injuste de faire supporter toute l'indemnité à celui qui aurait fait le premier geste.

De tous les arguments donnés contre la visite de passage par le Dr D. (numéro du 15 novembre) un seul paraît sérieux : éviter au client la tentative de changer son médecin habituel quand il sait qu'un autre doit passer ou doit venir voir son voisin.

En résumé, pour les clientèles de campagne à rayon éloigné la tournée fixe est impossible, ainsi que la tournée simple (exception faite pour quelques cas : par exemple quand on a un certain nombre de malades en traitement et que l'itinéraire n'est pas modifié au moment du départ) la visite de passage ne peut être supprimée malgré le sérieux argument du Dr D.

D'ailleurs, comme vous le dites avec juste raison (numéro du 15 décembre) « c'est affaire aux syndicats locaux et régionaux de trancher la question des honoraires en médecine rurale, en tenant compte de la topographie, des habitudes et de la répartition des clientèles. »

Encore faudrait-il que les décisions du syndicat fussent appliquées par tous ses membres. Car, hélas ! combien de confrères bien posés, avec belle clientèle, belle situation personnelle, prennent un malin plaisir à « éreinter » les jeunes !

Permettez-moi d'ajouter quelques mots sur un sujet qui a moins de rapports avec la question traitée.

Comment les confrères du syndicat de V. osent-ils dire qu'on ne doit pas tenir compte de la distance, puisque les frais d'auto comprennent pour les médecins ruraux la majoration du loyer urbain ?

Les logements sont-ils donc gratis à la campagne ? Personnellement, dans une petite commune de 700 habitants, j'occupe un local se composant d'une salle à manger, de deux chambres, d'une cuisine minuscule et d'un petit cabinet servant de salle d'examen et de pansements : comme salle d'attente mes malades se contentent du couloir mitoyen avec mon propriétaire.

Eh bien, je paye ce logement 1800 fr. par an ! Que serait-ce si j'avais beau cabinet, salle d'attente, salle d'examen comme les confrères de la petite ville voisine ?

Mes autos, car j'en ai deux (le mécanicien le plus près étant à 20 kilomètres, comment ferais-je toutes les fois que mon auto de service n'est pas en état de marcher) mes autos, dis-je, sont logées au petit bonheur et le prix du garage est, toute proportion gardée, plus élevé que celui de mes appartements.

Aussi, faut-il demander le maintien de l'indemnité kilométrique, car sans cela, qu'aurions-nous pour vivre, nous les ruraux et notre famille, car avec ma bonne petite clientèle (une des meilleures de la campagne, disent les confrères du département) j'arriverai péniblement à avoir un bénéfice net à peine égal à celui de l'instituteur. Et où sont les jeudis, dimanches, vacances et début dans la carrière à 20 ans pour nous malheureux « bourgeois » des professions dites libérales ?

Attention ! Les sages-femmes se font rares dans les campagnes, les officines de pharmaciens ne trouvent plus de titulaires, les médecins ruraux pourraient suivre le mouvement et déserter leurs postes. Les clients, les assurances, l'Etat, en se montrant trop

parcimonieux envers eux, commettraient une grave erreur !

Dr Vg.

***

En réponse à la lettre que je vous ai écrite, au sujet du tarif kilométrique, vous dites ceci, dans le numéro 47 du *Concours* (25 novembre), page 3563 :

« Je serais fort surpris que dans ces conditions, la visite de passage n'y fut pas la règle, etc., etc. De telle sorte que l'ensemble de ces visites de passage formerait les éléments de ce que j'ai nommé ailleurs la tournée régulière, etc. etc. »

Vous êtes dans l'erreur complète, en faisant semblable supposition.

La *visite de passage est* TRES RARE (1). Nous sommes cinq médecins dans la même localité ; or, il nous arrive quelquefois d'aller tous les cinq dans le même village dans la même journée.

Or, cela n'a pas lieu pour des malades déjà en cours de traitement, mais aussi pour des malades nouveaux.

Supposez les malades A, B et C soignés déjà depuis quelques jours par les docteurs X, Y et Z.

Les malades D et E tombent malades, il savent qu'un des trois médecins ou même les trois médecins doivent venir aujourd'hui voir leurs malades. Les deux nouveaux malades D et E pourraient donc faire appeler un des trois confrères et bénéficier de la visite de passage à demi tarif.

Cela peut vous étonner, mais c'est ainsi ; *il est rare qu'ils profitent du passage des confrères* X, Y, Z. Ils feront facilement appeler les confrères V et W et payeront ainsi plein tarif.

Ils préfèrent payer plein tarif et faire venir le médecin qui leur plaît.

Ils ne bénéficieront de la visite de passage que si l'un des médecins X, Y, Z est leur médecin ; ou bien si c'est un malade de cette catéogrie spéciale, qui change de médecins à chaque maladie.

De plus, quand ils sont malades tant qu'ils ne sont pas décidés à se faire examiner, on peut venir chaque jour dans ce village, ils ne vous font pas appeler. Par contre dès l'instant où ils sont disposés à une visite médicale, ils n'attendent pas, il faut que le médecin y aille le jour même ; alors que souvent ils bénéficieraient du demi-tarif, en attendant au lendemain, ce qui serait faisable, vu que souvent il ne s'agit pas d'une maladie à crise suraiguë.

Dr M.

(1) Tant mieux ! Cela cadre avec ce que j'écrivais précédemment de la visite de passage : exception, oui ; règle, non.

G. D.

***

Les kilomètres des ruraux.

Moi je peux généralement procéder par tournées : à dix francs la visite, demandée, annoncée, acceptée ou sollicitée au passage. Çà n'est pas assez cher, le rayon étant de six kilomètres.

Mais tel quel, ce prix ridicule avait un avantage : comptabilité admirable dans sa simplicité.

Or il est arrivé que les Puissances n'ont pas voulu de mon système. Ce point d'histoire n'est pas négligeable, ami Gassot et non moins ami Duchesne.

A) Les assureurs ont commencé : « S. V. P. note détaillée avec décompte des kilomètres ! » Tarif Breton. Aïe ! ma tête... je peine une heure sur une note de 70 francs qui passe à 130 francs, puis à 121 fr. 25 ? Je n'avais pas oublié que les kilomètres., J'avais oublié, de l'art. 17, le paragraphe à 35 francs et ensuite, de calculer à quelle somme peut bien s'éle ver le 75 % de 35 francs,

B) L'A. M. G. a continué : autre tarif, spécial à cette A. M. G. Les kilomètres, ici, n'étaient alors payés qu'à moitié. La visite ne vaut que le prix de la consultation. — Mon mémoire me revient « S. V. P. Décompte, etc. ».

Résultat curieux. Un rayon de six kilomètres produit 6 francs. Une visite 5 francs. L'unité A. M. G. est de onze francs..... au lieu de dix francs. — (Voir *in cauda*).

C) Victimes de la guerre. « S. V. P. Décompte de vos kilomètres au prix de 1 fr. 24 centimes. »!

Aïe ma tête. — Voyons, ces kilomètres commencent à la mairie et finissent à ..... *non ce sont ceux* des indigents ou bien ceux des *lois* 1898 qui finissent à .....

Ici le résultat fut que n'ayant pas pu rectifier à temps, j'ai touché en 1922 le produit de mes mémoires pour l'exercice 1920.

Avec majoration ? Avec majoration sérieuse !

Coda : (C'est de l'italien) (Je copie).

Dr C. Injection sérum antidiph., ; prix demandé 20 francs, réduit à 5 francs........

Certificats pour internement d'aliénés : prix demandé 20 francs (*Sic* !) : *supprimés* (*resic* !) ? (Evidemment ce sont là choses indifférentes et comprises *dans le prix de la visite*).......

« Les mémoires sont ainsi réduits de 105 francs,
« mais ...... (tenez-vous bien, ô confrères) comme
« le Dr C. n'a compté ses kilomètres qu'à l'aller, on
« lui ajoute (d'office) 418 *francs* » — (Daté de jan-
« vier 1923).

Et voici mes deux conclusions :

Aussi longtemps que On (assureurs, ministre des pensions, préfets) s'arrogera le droit de me payer cent sous une injection de sérum antidiphtérique, de ne pas me payer du tout un certificat d'aliénation ou d'estimer que mon coup de bistouri ne vaut que 75 % du coup de bistouri d'un médecin de ville, je ne pourrai pas défendre ce On contre mes kilomètres,

Mais aussi longtemps que On me payera ces kilomètres, à sa guise actuelle, je pourrai ne demander que 10 francs aux petites gens, — qui ne sont ni assurés, ni indigents, ni victimes, mais qui payent leurs impôts et sont très pauvres réellement.

Ça n'est pas moi qui ai organisé cette anarchie

des Archontes. J'en souffre ...... Ces trois tarifs! quel rêve pour ceux qui aiment à couper un cheveu en quatre. Mais quel embarras pour moi !

Jugez-en : ce jour, une petite tournée qui mesure 5 + 3 + 6 = 14 kilm. Trois clients : 1° un nourrisson malade, dont la visite sera, *ou bien ne sera pas payée* ; 2° un vieil accidenté dont la profonde plaie infectée bourgeonne et exige un coup de curette *après les précautions d'usage* ; 3° un malheureux rhumatisant en état de récidive qu'on vient d'admettre aux indigents — et qui ne m'a, à peu près, pas payé depuis deux ans que je le soigne.

Si tout le monde paye, j'encaisserai .... 10 + 20 + 17 = 47 francs.

La probabilité est 37 francs, mais je ne le saurai qu'après. Vous m'invitez à faire là-dessus un cadeau de 12 francs.

Trop bon vraiment. Le plombier me compte ce même jour, huit heures à cent sous et la sauce en plus.

J. C.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Réunions des 13 et 27 novembre 1923.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6080 Tristan, Conches (Eure).
6081 Giraud, Neuville-sur-Saône (Rhône).
6082 Ferrand, Blois (Loir-et-Cher).
6083 Vuillaume, Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).
6084 Desvignes, 175, rue des Culasses, Lyon (Rhône).
6085 Horand, 50, rue de la République, Lyon (Rhône).
6086 Thibert, Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
6087 Gestat, Sully-sur-Loire (Loiret).
6088 Wurtz, Compiègne (Oise).
6089 Dumur, Bordeaux.
6090 Girard, Lezoux (Puy-de-Dôme).
6091 Bare, Lille (Nord).
6092 Lenormant, 51, rue Notre-Dame-de-Lorette Paris.
6093 Percheval, Le Bourget (Seine).
6094 Fileux, Corbigny (Nièvre).
6095 Roux, Saint-Raphaël (Var).
6096 Mazer, Saint-Pol-sur-Mer (Nord).
6097 George, 36, Cours Léopold, Nancy.
6098 Fontan, Marseille-en-Beauvaisis (Oise).
6099 Delecour, Vermelles (Pas-de-Calais).
6100 Ducroux, Marcigny (Saône-et-Loire).
6101 Petithomme, Saint-Quentin (Aisne).
6102 Paret, Vizille (Isère).
6103 Marchand, Les Sables-d'Olonne (Vendée).
6104 Loiseau, Champigny-en-Beauce (Loir-et-Cher).
6105 Palazy, Dornes (Nièvre).
6106 Saint-Martin, Carnac-Plage (Morbihan).
6107 Bare, Argueil (Seine-Inférieure).
6108 Albert, Valence (Drôme).
6109 Bonvoisin, Elbeuf (Seine-Inférieure).
6110 Ferry, Romorantin (Loir-et-Cher).
6111 Clair, Saint-Jean-d'Aulph (Haute-Savoie).
6112 Escudie, Albi (Tarn).
6113 Douriez, Eu (Seine-Inférieure).
6114 Poingt, Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire).
6115 Coutin, Montmédy (Meuse).
6116 Cayet, Doullens (Somme).
6117 Lavoine, Saint-Quentin (Aisne).
6118 Godlewski, Avignon (Vaucluse).
6119 Nourigat, 1, rue d'Edimbourg, Paris.
6120 Dumont, Royaumeix (Meurthe-et-Moselle).
6121 Guglielmi, Pont-Sainte-Maxence (Oise).
6122 Bouju, Bretoncelles (Orne).
6123 Sureau, Charentonneau (Seine).
6124 Diers, 167, rue de Vaugirard, Paris.
6125 Duranton, Vichy (Allier).

Accidents du travail.

Le Dr G. (Seine-et-Oise), qui avait été assigné par une Compagnie d'assurances en remboursement de fournitures pharmaceutiques faites à des blessés du travail et jugées par elle exagérées, a gagné entièrement son procès, après plaidoirie de Me Nattan-Larrier.

Le Conseil ordonnance le payement de la somme de 300 fr. pour honoraires d'avocat.

Le Dr V. (Doubs) est traîné en appel, par un patron, d'un jugement de paix qui a condamné celui-ci au payement d'une somme importante pour honoraires afférents à de nombreux accidents du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel, la participation du « Sou », dans les honoraires de l'avocat, en outre des frais judiciaires proprement dits, étant limitée à 300 fr.

Honoraires de droit commun.

Le pourvoi formé à la requête du Dr N. (Cher) contre un jugement de paix qui rejetait une demande en payement d'honoraires intentée à la victime d'un accident d'automobile, a été admis par la Chambre des Requêtes.

Il y a lieu maintenant de suivre l'affaire devant la Chambre Civile et le Conseil ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 600 fr.

Les docteurs H. (Loiret), G. (Saône-et-Loire), et L. (Seine-et-Marne), qui ont donné des soins à des victimes d'accidents d'automobiles, ne peuvent se faire payer par les auteurs des accidents, qui prétendent ne pas en être responsables et par suite ne rien devoir aux médecins.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires et, outre les frais judiciaires proprement dits, détermine pour chacun d'eux, suivant l'espèce, le maximum de la participation du « Sou » dans les honoraires de leur avocat.

Responsabilité médicale.

Le Dr V. (Seine-Inférieure) est assigné en dommages intérêts par une ancienne domestique qu'il a soignée à la suite d'un accident survenu à son service.

Le Conseil l'admet au bénéfice de la garantie statutaire pour la responsabilité qu'il aurait pu encourir pour ses actes professionnels.

Le Dr F. (Nord) transmet une lettre de son avoué, concernant une proposition de transaction émanant de ses adversaires, qui ont fait appel du jugement, qui les déboutait de leur action en responsabilité professionnelle.

Le Conseil est d'avis que toute proposition autre que celle qui consisterait dans le désistement pur et simple des adversaires avec engagement de payer les frais, doit être rejetée et que le « Sou » ne pourrait que s'en désintéresser.

Le Dr C. (Seine) est en butte à une demande en dommages intérêts de la part d'une cliente qui lui reproche de l'avoir mal opérée. Une demande en nomination d'expert a été portée en référé.

Le Dr C. est admis à la garantie de la Caisse spéciale, dans les conditions statutaires.

Pharmacie.

Le Dr D. (Doubs) est poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie, parce qu'il aurait délivré des médicaments à plusieurs de ses clients, alors qu'il existe une officine de pharmacie dans sa commune. Il n'a agi ainsi que parce que le pharmacien refusait de délivrer certains médicaments et parce que son officine était très mal tenue.

Le Conseil accorde au Dr D. l'appui pécuniaire, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de son avocat.

Le Dr D. (Gironde) demande l'appui pécuniaire, pour faire fermer une pharmacie tenue illégalement par la veuve d'un pharmacien décédé depuis plus d'un an.

Avant de prendre une décision le Conseil désire avoir des renseignements complémentaires sur cette affaire.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

(12, 13, 14 et 15 *décembre* 1923)

Le docteur Duby monte à la tribune et proteste, au nom du Syndicat de *Bourg-Trévoux*, contre le syndicalisme intégral, le contrat collectif et l'autoritarisme du secrétaire général de l'*Union*. Les tarifs syndicaux ne seraient que des forfaits en médecine sociale et le contrôle technique irréalisable.

Le docteur Sorel, de Nice, répond au Docteur Duby que le syndicalisme s'est créé pour que les médecins ne soient pas submergés par les puissantes organisations des collectivités ou de l'Etat. L'*Union* est restée fidèle à cette conception.

Le docteur Duby dit que l'*Union*, non seulement a suivi le courant social, mais qu'elle a proclamé les bienfaits de la médecine sociale.

Le docteur Lafontaine remercie le docteur Duby d'avoir apporté, pour la première fois, à la tribune de l'*Union* des Syndicats médicaux, les critiques du Syndicat de *Bourg-Trévoux*.

Au sujet de l'objection faite que le Conseil n'aurait pas rempli son mandat et que, par amour de la médecine sociale, il aurait fait passer les questions théoriques avant les questions pratiques, il évoque les faits :

La première préoccupation de l'*Union* en 1919 a été d'obtenir le relèvement des honoraires tant dans la médecine privée que dans la médecine publique. Ainsi fut-il fait pour la loi des pensions et pour la loi des accidents du travail. Au sujet des catégories, il ne fut pas possible d'obtenir satisfaction au cours d'une seule année. Néanmoins, le tarif Breton n'a déjà plus que deux catégories.

Pour la loi des pensions, s'il y a eu un tarif kilométrique global, c'est que le tarif kilométrique départemental n'a pu être réalisé par les Syndicats. La plate-forme de combat de l'*Union* a été le libre choix et la nécessité d'un contrôle technique pour la production d'une médecine saine, étant entendu que ce contrôle serait organisé et effectué par le Corps médical. Ces conceptions se sont imposées.

Pour la loi de 1898, l'*Union* se trouvait en présence des intérêts opposés de la finance et de l'Etat. L'*Union* a su évoluer de façon telle que ses principes sont restés saufs et que, de plus, les résultats matériels ne sont pas négligeables puisque les honoraires en clientèle privée étaient, en certains endroits, inférieurs au tarif obtenu.

L'action de l'*Union* à l'égard du projet de loi sur les assurances agricoles a permis, de même, au Corps médical d'échapper au danger de tarification par l'Etat.

Le secrétaire général s'élève ensuite contre la confusion que les auteurs de l'acte d'accusation de

Bourg-Trévoux sont susceptibles de créer, dans les esprits, sur deux points importants :

1° Le contrôle technique, que l'Union s'efforce de faire entrer dans toutes les organisations de médecine sociale, ne donne nullement aux organes de contrôle le droit de diriger le traitement. La réunion des secrétaires des Commissions départementales de contrôle de la loi des pensions (11 décembre) a, d'ailleurs, bien montré la possibilité et l'efficacité de ce contrôle technique.

2° Le contrat collectif est bien l'arme du syndicalisme, mais le concevoir uniquement sous la forme d'un forfait avec un tiers-payant est une inexactitude, et l'Assemblée générale de l'an dernier l'a bien montré.

Le secrétaire général s'élève contre la conception de ceux qui veulent faire du syndicalisme une conception étroite de défense professionnelle : en présence des problèmes actuels, si le Corps médical se confinait dans cette doctrine corporativiste et renonçait à l'organisation professionnelle, il se vouerait à tous les échecs.

Le docteur Lauté (Hérault) proteste contre l'accusation portée contre le Conseil d'avoir négligé de consulter les syndiqués sur la question d'un contrat collectif pour une organisation de soins, sous le régime d'une loi éventuelle d'Assurances sociales. Une récente circulaire de l'*Union* prie les Syndicats de faire connaître leur avis sur la question, leur laissant le choix de prendre l'opinion des syndiqués soit par le moyen statutaire de leur Assemblée générale, soit par le moyen d'un referendum.

Le secrétaire général s'excuse d'avoir longuement fait justice de l'acte d'accusation de *Bourg-Trévoux*. Il estime qu'il était nécessaire de montrer que les critiques adressées au syndicalisme par le Syndicat de *Bourg-Trévoux* s'adressaient à une création de l'esprit de certains membres de ce groupement, et non au syndicalisme de l'*Union*, qui, elle, est restée dans la tradition des vrais syndicalistes de tous temps.

Organisation du travail syndical.

Vient en discussion le chapitre du rapport du secrétaire général consacré à l'organisation syndicale (Service de documentation, Bulletin, Archives, Commissions de l'exercice illégal, secrétariats).

Toute cette partie du rapport est approuvée par l'Assemblée, laquelle donne comme conclusions à la discussion du matin et à celle qui vient de s'engager, sur l'organisation du travail syndical, le vote des conclusions présentées par le secrétaire général :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 12 décembre 1923, après avoir examiné le travail de l'année, *constate que le Conseil de l'Union s'est conformé au mandat qui lui avait été donné et approuve sa gestion.*

« L'Assemblée générale, désireuse de poursuivre dans la voie suivie jusqu'à ce jour par le Syndicalisme médical, c'est-à-dire de faire du Syndicat médical le pivot de l'organisation de la médecine, *confirme le mandat précédemment donné* et qui n'a pu encore être exécuté (hygiène, contrôle et expertise, tactique générale, etc.).

« A cet effet, elle *décide de poursuivre l'organisation du secrétariat de l'Union et d'inviter les Syndicats à organiser leur secrétariat.*

« Elle charge le Conseil :

1° De compléter au secrétariat de l'*Union* le service de documentation en le perfectionnant, en établissant une liaison avec les Syndicats adhérents qui sont invités à adresser toute la documentation nécessaire au service central, en établissant, enfin, une documentation pour l'étranger ;

2° D'améliorer le service du *Bulletin* et d'augmenter pour cela le budget de la rédaction, de développer la rubrique du Mouvement syndical, que les secrétariats des Syndicats adhérents sont invités à alimenter par l'envoi régulier des comptes rendus de leurs Assemblées générales et de toute documentation qui touche le mouvement Syndical dans la circonscription de leurs groupements :

3° De mettre au point le service des Archives et d'envoi du *Bulletin*, afin d'aider, s'ils le demandent, les Syndicats dans l'envoi de leurs circulaires et de leurs lettres.

4° D'établir un service des Commissions ;

5° De créer un service de documentation concernant la répression de l'exercice illégal de la médecine, service qui comprendra :

a) Un fichier pour permettre de suivre la trace des illégaux ;

b) Une liste des diplômes décernés par les Facultés de médecine ;

c) Le recueil des jugements intéressant la répression de l'exercice illégal ;

Ce service se tiendra en contact avec les Syndicats avec lesquels il échangera des documents.

6° D'inviter les Syndicats à organiser leur secrétariat, à instituer un service d'archives et de documentation pour aider le travail des militants et à augmenter, s'il y a lieu, la cotisation de leurs adhérents ».

Au cours de la discussion un certain nombre de délégués (Fougères, Thiers, Clermont, Dordogne) soumettent à l'Assemblée quelques considérations sur l'installation des jeunes médecins et le recrutement des milieux syndicaux.

L'opinion unanime est que les secrétaires des Syndicats doivent faire tous leurs efforts pour amener à leurs groupements les médecins nouvellement installés. Les moyens sont divers : brochures de propagande locale, visite des confrères, équitable répartition des charges de médecine sociale au sein du Syndicat. La question se ramène, en fin de discussion, à celle de l'organisation des secrétariats et rentre dans le cadre des conclusions votées plus haut.

Loi des Pensions.

I. — Application du contrôle.

Le secrétaire général rend compte à l'Assemblée des résultats de la conférence des secrétaires des Commissions départementales de contrôle, qui s'est tenue la veille de l'ouverture de l'Assemblée. Le questionnaire envoyé aux secrétaires des Commissions départementales de contrôle et qui comportait 150 questions, a reçu 71 réponses. Sur 86 départements, 65 avaient délégué à Paris les secrétaires de leur Commission. C'est un résultat sur lequel il convient d'insister.

Le docteur LENGLET, délégué de l'*Union* à la Commission supérieure de contrôle, rend compte à l'Assemblée générale du résultat des observations qu'il a pu faire dans l'exercice de ses fonctions. Il insiste sur la nécessité pour les secrétaires des Commissions départementales de contrôle de s'en tenir au texte de la loi et du décret que nulle circulaire préfectorale ne peut abroger. Il est indispensable que le secrétaire de la Commission départementale se rende bien compte, qu'au sein de la Commission départementale, le préfet ne représente que l'une des parties constitutives de la Commission et n'est nullement un organe administratif prépondérant.

Dans toutes les circonstances où les membres médecins de la Commission départementale de contrôle rencontreront, dans l'exercice de leurs fonctions, des difficultés résultant de l'incompréhension par les autres parties en présence, des conditions d'exécution de la loi, ils doivent exiger l'inscription de la discussion au procès-verbal et, d'autre part, saisir de ces difficultés leur Syndicat, qui en réfèrera à l'*Union* pour rapport auprès des Pouvoirs publics.

Le docteur LENGLET rapporte les vœux émis par la réunion des secrétaires des Commissions départementales de contrôle, vœux que l'*Union* prend en considération et renvoie pour étude et exécution au Conseil d'administration de l'Union.

Aux termes de ces vœux :

A) Pour tout ce qui touche les jugements des Commissions départementales, le mot « avis » devra disparaître du texte du décret et être remplacé par le mot « décision » (article 54).

B) Des dispositions devront être prises envisageant la possibilité de payement des médecins et chirurgiens exerçant dans les hôpitaux publics et ayant à soigner des bénéficiaires de la loi de 1919.

Des dispositions analogues devront être prises pour permettre le traitement desdits bénéficiaires dans les établissements privés et la juste rémunération des médecins et chirurgiens y exerçant. A cet effet, une documentation précise devra être réunie par les Syndicats, sur le calcul des prix de revient de la journée dans les établissements hospitaliers de leur ressort, et cette documentation centralisée à l'*Union* (art. 66 et 67).

C) Tout médecin lié par un forfait avec une administration publique ou privée, et tenu par ce forfait à donner des soins aux employés de cette administration, ne doit pas pouvoir recevoir d'honoraires au titre de la loi des pensions pour des soins donnés à des employés de l'administration avec laquelle il est lié par un forfait.

D) Dans le cas de l'application du contrôle direct, des honoraires doivent être prévus pour le médecin contrôlé en même temps que pour le médecin contrôleur.

E) Les médecins experts des centres de réforme ne doivent pas pouvoir donner des soins aux bénéficiaires de la loi de 1919.

Le secrétaire général insiste, à son tour, sur la nécessité d'établir un lien permanent entre le secrétaire de la Commission départementale de contrôle et le secrétaire du Syndicat correspondant. Le secrétaire de la Commission départementale de contrôle doit éventuellement prendre ses directives auprès de son Syndicat qui ne doit jamais se déssaisir au profit d'organes administratifs quels qu'ils soient.

Il est souhaitable par ailleurs, que le Corps médical, sans empiéter sur les sanctions judiciaires que peut entraîner l'application du contrôle, envisage l'étude des sanctions administratives ; il y a là une question que l'Assemblée générale doit renvoyer pour étude au Conseil de l'*Union*.

Enfin, les Syndicats devront prévoir l'attribution éventuelle d'un supplément à l'indemnité accordée par l'Etat aux secrétaires de Commissions départementales. Cette mesure est nécessaire, notamment pour permettre l'accession aux Commissions de contrôle des médecins de campagne éloignés du lieu de réunion. Il est entendu, par ailleurs, que l'on s'efforcera d'obtenir la publication, par le ministère, des jugements de la Commission supérieure de contrôle et que d'autre part, le Conseil de l'Union préparera, avec ses avocats, la publication d'un commentaire du décret.

En fin de discussion l'Assemblée générale vote, à l'unanimité moins une voix (Bourg-Trévoux), les conclusions suivantes *proposées par le secrétaire général* :

L'Assemblée générale constate que cette année voit s'achever le cycle des études nécessaires à l'organisation de la médecine sociale proprement dite par le Syndicalisme médical, dans la limite du contrat collectif.

Elle se félicite du résultat obtenu par la mise en marche du contrôle en ce qui concerne *la loi des pensions* et constate que cette première réalisation syndicaliste a donné d'excellent résultats, montrant ainsi la maturité du Syndicalisme médical.

Elle regrette que le décret d'octobre 1922 n'ait pas été étendu purement et simplement à toutes les colonies françaises et que les médecins de Tunisie aient été ainsi lésés. Elle décide que l'expérience recueillie au cours du fonctionnement d'une année sera utilisée pour obtenir la révision du décret dont l'ambiguïté gêne encore son application.

II. — TARIF KILOMÉTRIQUE.

Le secrétaire général rend compte à l'Assemblée générale des tractations récentes en vue d'augmenter le tarif que l'Assemblée générale avait accepté l'an dernier pour une période d'une année (1.24 en plaine, 1.27 en montagne).

Le ministère des pensions s'est montré, récemment assez disposé à relever le tarif kilométrique pour les régions de montagne, mais le ministère des finances considérerait cette concession comme impossible.

En fin de discussion, pour témoigner de sa solidarité avec les médecins de montagne qui, l'an dernier, au cours de l'Assemblée générale, ont fait momentanément abstraction de leurs intérêts personnels dans un but d'union, l'Assemblée générale décide d'envoyer au ministère des pensions une dé-

légation chargée d'obtenir comme concession minimum le tarif de 1 fr. 50 du kilomètre pour les régions de montagne.

Cette délégation comprendra : MM. les docteurs CORNET (Puy-de-Dôme), DOREL (Haute-Loire), GIRY (Meurthe-et-Moselle), LEFEVRE (Cher), PIERSON (Meuse) et QUIVY (Paris).

Le rendez-vous est pris avec le ministère pour le 13 décembre à 10 heures.

Accidents du travail.

Le docteur DECOURT (Seine-et-Marne) expose l'évolution des évènements depuis la dernière Assemblée générale (les négociations à l'effet de la suppression du tout-compris ont paru dans le *Médecin Syndicaliste*).

Un certain nombre de délégués viennent attester que l'un des moyens de résoudre les difficultés actuelles est de réaliser la représentation des Syndicats au sein des Commissions administratives des hôpitaux. Plusieurs membres de l'Assemblée exposent les résultats auxquels leur Syndicats sont parvenus dans cette voie.

Le secrétaire résume la discussion en montrant que, dans la question des accidents du travail, comme dans toutes questions, le libre choix reste à la charge du syndicalisme. Les moyens de le réaliser sont divers ; ils peuvent être conjointement employés.

A l'heure actuelle, l'article IV de la loi de 1898 est un obstacle à la réalisation de nos désirs sur ce point. Il convient donc de poursuivre la modification de la loi et, d'ailleurs, du règlement type des hôpitaux.

De plus, il faut encourager l'action des Syndicats qui, localement, s'efforcent de réaliser des organisations de soins, d'accord avec certaines Commissions administratives d'hôpitaux dont les règlements permettent la rémunération des médecins traitants soignant les blessés du travail.

En fin de discussion l'Assemblée vote, à l'unanimité, les conclusions présentées par le secrétaire général :

L'Assemblée regrette que, par suite de circonstances dans lesquelles le Corps médical organisé n'a aucune responsabilité, l'article 4 de la loi sur les accidents du travail n'ait pu être revisé, laissant persister un état de faits qui enlève au malade la liberté de choisir son médecin, précisément dans les circonstances les plus graves, et laisse à la charge de l'Assistance publique et des médecins une partie des frais qui devraient incomber à l'assurance et que celle-ci, d'ailleurs, ne se refuse pas à supporter.

« Elle décide de continuer la campagne pour la modification de l'article IV de la loi de 1898 en vue de la suppression du « tout compris », pour obtenir que les blessés puissent être soignés par les médecins ou les chirurgiens de leur choix, soit à l'hôpital, soit dans une clinique privée, l'hôpital devant être réservé aux indigents.

Les accidents agricoles.

Le docteur RENON, un des délégués de l'*Union* à la sous-commission agricole de la Commission du tarif BRETON, rend compte des travaux de cette sous-commission.

Il expose qu'au sein de cette sous-commission les délégués de l'*Union* des Syndicats médicaux se sont trouvés les seuls éléments suffisamment mandatés pour prendre toutes décisions nécessaires, et parmi lesquels, d'ailleurs, le rapporteur a été choisi.

Ce rapporteur (Dr RENON) a établi un projet de contrat collectif qui a été soumis au Conseil d'administration de l'*Union* et qui vient en discussion devant l'Assemblée générale.

La Commission plénière du tarif BRETON, se réunissant demain, l'Assemblée générale doit immédiatement prendre ses responsabilités et donner aux représentants de l'*Union* au sein de la Commission toutes les directives nécessaires.

Lecture est donnée par le docteur RENON du contrat collectif pour les accidents agricoles (ce contrat paraîtra ultérieurement au *Médecin Syndicaliste*). Il est inspiré des précédents établis par l'organisation de soins et de contrôle de la loi des pensions ; et il est juste de remarquer que le bon rendement du contrôle, dans ce dernier ordre de faits, a si heureusement impressionné les éléments non médicaux de la Commission du tarif BRETON, que le rôle de nos délégués s'en est trouvé facilité.

Après lecture des différents articles du projet de contrat et explications données par le rapporteur, ces différents articles sont mis en discussion et votés par l'Assemblée générale :

1° Il est entendu que ce projet de contrat pourra devenir exécutoire soit sous le nom de décret, soit sous le nom de règlement d'administration publique.

2° Il est entendu que lorsque dans la même agglomération, le médecin devra voir simultanément plusieurs malades, il ne percevra l'indemnité kilométrique qu'une seule fois.

3° Contrairement à ce qui avait été demandé par certains membres non médecins de la Commission du tarif, le tarif sus-visé ne pourra être appliqué lorsque l'employeur fera appel au médecin au lieu et place de la victime.

4° Le principe d'un contrôle effectué par les délégués des médecins dans des conditions analogues à celles où s'effectue le contrôle des soins aux bénéficiaires de la loi des pensions, est accepté (unanimité moins deux voix).

5° Les dispositions prévues par le projet du rapporteur, quant à la réalisation de ce contrôle, sont adoptées. Il est entendu que les membres des Commissions de contrôle seront élus pour un an ; que les délégués de l'*Union* s'efforceront de faire attribuer, aux secrétaires de la Commission départementale, une indemnité de base suffisante.

En fin de discussion l'ensemble du projet est adopté.

Le secrétariat montre toute l'importance de la décision que vient de prendre l'Assemblée générale. Ce que l'on n'a pu obtenir, naguère, pour la loi des accidents du travail, catégorie industrielle, on vient de l'obtenir pour les accidents agricoles.

Non seulement, on échappe à la tarification d'office du ministre de l'agriculture, mais encore on organise un contrôle qui, s'il était généralisé à l'ensemble des accidents du travail, permettrait d'évincer de l'exercice de la médecine des accidents du travail tous les médecins marrons et, d'autre part, de donner à l'ensemble des médecins la possibilité de soigner des malades qui, actuellement, se dirigent, presque tous, vers des cliniques d'accidents du travail.

Pour conclusions, l'Assemblée adopte les décisions présentées par le secrétaire général dans son rapport, au chapitre des accidents du travail :

« L'Assemblée générale se félicite du fonctionnement régulier de la Commission du tarif Breton, et, en général du fonctionnement du décret qui a substitué au tarif Dubief le tarif Breton. Elle est heureuse de remarquer que la mise en application du tarif Breton a eu pour résultat de simplifier le fonctionnement de la loi et de faire reculer la chicane.

« Elle regrette qu'un jugement récent fasse craindre que certains abus ne soient pas l'objet des sanctions qu'ils méritent et qu'un contrôle bien organisé devrait pouvoir empêcher.

« L'Assemblée générale décide de poursuivre les revendications déjà faites concernant l'insstitution d'un contrôle sérieux sur le modèle de celui qui existe dans la loi des pensions.

« En attendant, les Syndicats, s'ils le jugent utile, peuvent envisager un palliatif ; le création de Commissions d'arbitrage.

« L'Assemblée générale se félicite de la marche des négociations en ce qui concerne l'extension de la loi sur les accidents du travail aux accidents agricoles ; elle confirme le mandat donné pour l'institution d'un contrôle ».

En réponse à un délégué qui regrettait l'insuffisance du tarif Breton, le secrétaire général fait remarquer à l'Assemblée qu'il a fallu 15 ans pour effectuer le progrès marqué par le passage du tarif Dubief au tarif Breton, et que l'institution d'un contrôle effectif permettra aux représentants du Corps médical, le jour où ils demanderont le réajustement du tarif Breton, de répondre victorieusement aux arguments que leurs adversaires ne manquaient pas de leur opposer jusque-là, à savoir : le nombre et l'importance des abus.

Exercice de la médecine.

Le secrétaire général expose à l'Assemblée le sujet qui vient en discussion.

Les pratiques locales de l'exercice de la médecine, les usages et coutumes varient à l'infini. Doit-on continuer dans cette voie ou tenter une unification ?

Au début de la discussion un certain nombre de délégués viennent protester contre toutes tentatives d'unification de tarif.

Ces communications valent à l'Assemblée un certain nombre de renseignements du plus haut intérêt sur les différentes conceptions qui se sont fait jour dans les différents Syndicats, quant à la valeur à attribuer aux termes « Indemnité kilométrique, visite au passant », notamment à propos du tarif kilométrique.

La plupart des orateurs déclarent qu'il est abusif de considérer le prix de revient du kilomètre en auto comme la seule base possible d'indemnité de déplacement pour le médecin. Dans beaucoup de contrées l'auto n'est pas le mode de locomotion auquel le médecin doit avoir recours.

Par ailleurs, il est abusif de considérer le tarif kilométrique comme une indemnité tendant simplement à dédommager le médecin de ses frais de déplacement. Il est très important de tenir compte du temps perdu.

La plupart des délégués semblent convaincus qu'il y aurait avantage à ne point rechercher une unification de tarifs qui courrait le risque de léser les Syndicats ayant obtenu des tarifs *élevés*, et d'encourager les Syndicats faibles, lesquells tendraient, de plus en plus, à s'en remettre à l'*Union* du soin de défendre leurs intérêts.

Tous ces points étant parfaitement pris en considération, le secrétaire général précise le sens du débat, et indique qu'il ne s'agit nullement d'unifier les tarifs, mais d'arriver à définir clairement les pratiques médicales en vigueur dans les différentes régions de France et, autant que possible, à donner aux mêmes termes la même valeur.

Cette mise au point étant faite, l'Assemblée générale, prenant acte des déclarations du secrétaire, adopte les conclusions de son rapport, afférentes au sujet discuté :

A cette occasion, l'Assemblée décide de continuer la campagne pour obtenir, dans la pratique médicale l'unification des usages et coutumes (Indemnité kilométrique, visite en passant, etc.).

De plus, l'Assemblée générale se rendant compte que le Syndicalisme médical doit étendre son domaine sur toute la médecine, non seulement en France mais dans les colonies françaises, charge le Conseil de constituer une Commission dont l'objet sera de s'occuper spécialement de la médecine aux Colonies.

(*A suivre*).

Rapport sur l'exercice illégal de l'art dentaire présenté à l'Assemblée générale du Syndicat général des médecins stomatologistes le 25 octobre 1923,

Par le Docteur R. Millon, de Fontainebleau.

La recherche et la répression de l'exercice illégal, en ce qui concerne la médecine générale, sont fort difficiles, nous le savons tous. Il suffit de parler de cette question aux confrères qui se sont donné mission de les tenter pour les entendre vous rappeler des cas effarants de pseudo-confrères qui, en dépit de toutes poursuites, condamnations, ont continué d'une façon fort lucrative l'exercice d'une profession

qui leur était interdite. La raison de cette impunité réside dans des causes multiples dont les principales sont : la difficulté de faire la preuve, l'inanité des condamnations prononcées et la mauvaise volonté des parquets. Ce sont là des faits immoraux et attristants. Mais une considération doit nous consoler : si l'exercice illégal de la médecine est difficile à supprimer, au moins cet exercice est-il rare. Il ne saurait causer un préjudice sérieux à l'ensemble de la profession médicale.

Il n'en est pas de même pour la spécialité que nous exerçons. Là, on peut le dire, la pratique irrégulière est particulièrement florissante ; à côté de notre art, elle prospère et grandit comme un bâtard vigoureux à côté de son frère légitime.

La raison de cet état est que les fauteurs de cet exercice illégal se recrutent parmi nos collaborateurs de chaque jour. Un confrère disait qu'à Paris il y avait autant de dentistes irréguliers qu'il y a de mécaniciens pour dentistes. La proportion est sans doute un peu forte. Il faut bien se rendre compte cependant que très peu de nos prothésistes résistent à l'envie de faire ce qu'ils nous voient faire chaque jour et de pratiquer un art qui, à force de le voir pratiquer, leur paraît très aisé. Nous-mêmes, sommes trop souvent les premiers à les engager dans cette voie en leur confiant des besognes qui ne sont pas dans leurs attributions. Ici, nous touchons à un des points les plus délicats de notre spécialité : où doit s'arrêter la besogne du mécanicien ? Un de nos confrères très habile en prothèse nous disait que chez lui, jamais un mécanicien ne pénétrait dans un cabinet. Cette manière de faire est tout à fait rationnelle et digne d'éloges. Mais peut-on assurer qu'elle est générale ? Sur ce sujet, ce qu'il est possible de préconiser, c'est pour le médecin stomatologiste l'étude de plus en plus approfondie de la prothèse, de façon à ce que non seulement celle du cabinet, mais encore celle de l'atelier lui deviennent familière, dans ses plus grandes finesses. Je crois même personnellement que notre école de stomatologie, qui a déjà rendu tant de services à notre profession, serait bien inspirée si elle créait pour les praticiens déjà spécialisés des cours de perfectionnement, comme il s'en est ouvert dans les hôpitaux pour toutes les cliniques.

***

Le mécanicien pour dentiste pratique l'exercice illégal de différentes façons. Tantôt il exerce clandestinement, sans cabinet fixe, se contentent d'aller à domicile et de façonner chez lui. Dans ce cas, il est rare que son client ne sache pas qu'il n'est pas diplômé. Tantôt, au contraire, il se pique d'audace et possède un cabinet plus ou moins luxueux. Il se fait alors appeler « docteur », pratique toutes les opérations de notre art et se moque ouvertement de la loi, comptant sur une impunité dont il a si souvent vu les exemples. Cette variété d'illégaux sévit à Paris et dans les grandes villes où la surveillance professionnelle est nulle. Elle est rare, au contraire, dans les villes de peu d'importance où la personnalité de chacun ne peut guère comporter de mystère, mais on la retrouve fréquemment dans les communes, principalement aux environs, et même dans un rayon assez éloigné de Paris. Là, le faux praticien vient, un jour ou deux par semaine, et il y jouit de la considération si souvent injustifiée qui jaillit de tout ce qui vient de la grande ville.

***

Mais, pour si assuré de l'impunité que soit le délinquant, il y a tout de même un risque à s'afficher de la sorte et à se faire passer pour chirurgien-dentiste quand on ne l'est pas. Beaucoup d'irréguliers n'osent s'y fier et alors se produit la collusion si fréquente entre diplômés et ceux qui ne le sont pas. Il y a association ouverte entre un chirurgien-dentiste et un prothésiste. Seulement, dans la majorité des cas, le diplômé ne paraît jamais au cabinet ; il se contente de percevoir un tant-pour-cent sur les affaires et va fonder un peu plus loin ou dans la banlieue un autre cabinet, où il exerce personnellement. De la sorte, un seul diplôme couvre deux cabinets ; aussi bien pourrait-il en couvrir plusieurs.

Le diplômé qui favorise ainsi l'exercice illégal d'un mécanicien peut être même un docteur en médecine. Certains de nos confrères, depuis peu, semblent assez friands de ce genre d'affaires et les prothésistes ne l'ignorent pas. Il suffit d'ouvrir certains petits journaux qui acceptent des annonces professionnelles pour voir que souvent des mécaniciens-dentistes « possédant cabinet et clientèle » demandent pour association des médecins même non spécialisés, en réalité ignorant tout de la spécialité et en quête seulement de ce qu'ils appellent « l'utilisation de leur diplôme ».

Le même manège n'est pas sans exister du côté médical et nous n'avons qu'à parcourir encore les colonnes de certains journaux pharmaceutiques pour y lire des annonces dans le genre de celle-ci parue dans le numéro du *Monde médical* du 15 mai dernier.

« Docteur en médecine, ancien interne des hôp., « très au courant de clientèle, jeune, actif, sérieux, « recherche situation où il pourrait employer son « diplôme ; direction maison de santé, association « cabinet dentaire, secrétaire de grand médecin, « spécialité pharmaceutique, etc., etc.

Je ne demande qu'à me tromper, mais je crois tout simplement que cet ancien interne des hôpitaux d'on ne sait d'où, si jeune, si actif et si sérieux ne serait pas éloigné d'accepter de s'associer, pour un prix raisonnable, à n'importe quelle entreprise de fausse monnaie stomatologique.

Il serait expédient par notre Syndicat, surtout par l'intermédiaire de l'Union des S. M. à qui nous sommes affiliés, de faire sentir à ces publications gratuites

à grands tirages, désireuses de lancer leurs produits avec l'aide des médecins, de tous les médecins, qu'il serait bon pour elles qu'elles ne fassent inconsciemment sans doute, du tort à quantité d'entre eux.

Je sais que l'initiative de notre président a déjà prévenu certains de ces journaux de notre mécontentement. Le résultat ne semble pas avoir été atteint puisque tout récemment je pus encore relever quatre annonces du même genre.

***

Je viens, Messieurs, d'énumérer brièvement les formes que prend l'exercice illégal de l'art dentaire. Il me reste à chercher avec vous quels seraient les moyens propres à le réprimer. C'est là la partie la moins aisée de ma tâche.

Si, en effet, nous entretenons de ces moyens certains de nos confrères qui semblent le plus aptes par leurs études et leurs fonctions dans les Syndicats à nous renseigner, nous les voyons nous affirmer qu'il est quasiment inutile d'entreprendre une tâche aussi ingrate. Je ne puis partager cet avis. Les résultats sont difficiles à atteindre en raison même de l'étendue du mal, qui sait si cette difficulté n'est pas plus apparente que réelle. Déjà, à titre individuel et personnel, il n'est pas impossible de prendre une salutaire initiave et de poursuivre un délinquant. Dans la petite ville que j'habite, j'ai obtenu par plainte directe au procureur de la République et sans constution de partie civile, deux condamnations en police correctionnelle et j'allais en provoquer une troisième lorsque le fautif a jugé bon de rentrer à Paris où ses méfaits se perdront davantage dans la masse. Il est donc exagéré de dire qu'il n'y a rien à obtenir des parquets. Quand les faits sont bien établis, les tribunaux ne demandent pas mieux que de sévir.

Les syndicats, par ailleurs, ne sont pas, vous le savez, incapables d'action. Le Syndicat des chirurgiens-dentistes l'a bien fait voir ; il a obtenu, cette année encore, plusieurs condammations, avec dommages-intérêts. Il n'a pas hésité à se porter partie civile et il a, je crois, toujours eu gain de cause. Je sais même qu'il a récemment obtenu la condamnation pour complicité d'exercice illégal de docteurs en médecine régulièrement diplômés et qui couvraient la pratique irrégulière de certains mécaniciens. Il y a pour nous un intérêt immédiat à marcher dans la même voie et, pour ma part, je ne vois pas pourquoi le bureau de notre syndicat ne se tiendrait pas en union avec celui du Syndicat des chirurgiens-dentistes, pour l'étude de ces questions de première importance. Et peut-être l'a-t-il déjà fait. Il y aurait une œuvre commune d'assainissement professionnel à poursuivre. Il y aurait lieu également d'un commun accord de pousser plus avant cette tentative que notre Syndicat a préconisée : le recensement officiel des stomatologistes et des chirurgiens-dentistes de France. Il n'est pas impossible d'entrevoir que, du jour où un annuaire sera mis à jour par les soins des deux Syndicats, les irréguliers qui n'y figureront pas seront vite démasqués.

Enfin, il existait, avant la guerre, de par l'initiative non seulement de l'Union des Syndicats médicaux, mais aussi par la collaboration des grandes associations professionnelles médicales françaises, *un office pour la répression de l'exercice illégal.* Cet office, malgré le zèle de ses membres, ne semble pas avoir obtenu de grands résultats : il a rencontré de grands motifs de découragement et la guerre a amené sa disparition. N'y aurait-il pas lieu de provoquer sa résurrection ? Cet office avait trouvé des collaborateurs de bonne volonté dans le monde de la magistrature et des auxiliaires précieux dans celui de la police. Il avait su intéresser à son fonctionnement bien des gens honnêtes. Il possédait quelques ressources et cela lui permettait de poursuivre des enquêtes, de réunir des documents, de provoquer des initiatives. Mais les faits auxquels il s'attaquait étaient du ressort de la médecine générale et les gens qu'il cherchait à traquer étaient des chevaux de retour, contre lesquels il y avait peu à espérer. Si un pareil organisme se créait à nouveau et voulait bien s'occuper des faits moins compliqués qui concernent notre spécialité, peut-être les résultats seraient-ils moins difficiles à obtenir. Dans notre sphère, les délinquants sont, bien souvent, des gens qui ont encore peur d'une condamnation correctionnelle. Une menace, une simple comparution devant un commissaire de police, une demande de renseignements émanant d'un parquet, suffiraient souvent à enlever à un débutant l'envie de poursuivre une carrière irrégulière.

Mais pour cela, nous ne devons pas nous le dissimuler ; il faut de la patience. La conquête des magistrats à nos idées est loin d'être faite ; la sympathie de la police est loin de nous être acquise. Notre syndicat, en cette occasion, comme en bien d'autres, agira sagement en s'appuyant sur la puissante Union des S. M., bien dirigée, bien intentionnée et qui, j'en suis certain, ne demande pas mieux que de nous prêter son appui.

En tous les cas, ce qui ressort de ce que j'ai tenu à vous exprimer rapidement, c'est que le mal existe, bien plus considérable peut-être que ne le supposent beaucoup de nos collègues, et que, en face de ce mal, la politique d'abstention me semblerait la plus détestable des lignes de conduite.

En l'état actuel des choses, nous ne pouvons peut-être, pour le moment que nous borner à faire du bruit, à attirer l'attention de tous les intéressés sur cet état de choses, à faire en un mot de la propagande. Mais il faut la faire. Cette propagande doit être faite auprès de l'Union pour l'intéresser à notre situation, auprès du Syndicat des chirurgiens-dentistes pour nous associer à ses campagnes, auprès des magistrats, des journalistes, pour leur montrer qu'il n'est ni sain, ni convenable que, même pour les soins de la bouche, les ignorants soient mis sur le même pied que ceux qui savent. Enfin il faut que chaque membre du Syndicat soit bien persuadé que tout ce qu'il

fera individuellement sera un service qu'il rendra à la collectivité. Si l'occasion se présente de faire poursuivre un illégal, chaque condamnation connue sera une pièce nouvelle au dossier qu'il faut former pour obtenir ce retour à un état meilleur.

CONCLUSIONS.

Le Syndicat général des médecins stomatologistes français, réuni en assemblée générale le 25 octobre 1923, est d'avis qu'il est utile de s'opposer par tous les moyens à l'exercice illégal de l'art dentaire. Dans ce but, il préconise :

1° Un accord avec le Syndicat des chirurgiens dentistes ;

2° Le recensement par un annuaire de tous les diplômés ,

3° La résurrection de l'Office national pour la répression de l'exercice illégal.

4° Les poursuites que ses membres pourront exercer à l'encontre de tous les irréguliers de la profession ou de ceux qui les encourageront ou les couvriront.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Mariage.** — Jeudi 3 janvier dernier, a été célébré le mariage de Mlle Madeleine VIMONT, avec M. PIOUX, l'un et l'autre avocats stagiaires au barreau de Paris.

Mlle Vimont est la charmante fille du Dr Maurice Vimont, membre du Conseil de direction du *Concours Médical*. Nous adressons à M. et Mme Vimont, ainsi qu'aux jeunes époux, les cordiales félicitations et les sincères vœux de bonheur du *Concours Médical*.

— **Journées médicales de Toulouse.** — A l'occasion de la prochaine exposition qui doit avoir lieu à Toulouse dans le courant de la saison d'été de 1924, on annonce l'organisation de Journées Médicales sous les auspices de la Faculté de Médecine et du corps médical toulousain.

La date en est fixée du 26 au 27 juin. Le programme en sera publié ultérieurement.

— **Hôpital de la Charité.** — M. B. Weill-Hallé fera le mardi, à 11 h., à la crèche, une leçon de pédiatrie (examen clinique, diététique, thérapeutique du nourrisson) La première leçon aura lieu le 8 janvier.

Les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, à la crèche : examen des nourrissons. Les vendredis, à 9 h. 1/2 : policlinique pour les affections médicales des femmes en période d'allaitement et des nourrissons. Les lundis et mercredis, à 9 h. 1/2 : examen des malades (salles Vulpian et Beau).

NOTA. — Des explications complémentaires seront données aux médecins et étudiants étrangers.

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin.** — Professeur Pierre Delbet. Un cours complémentaire sur le traitement des fractures et luxations des membres aura lieu du 7 au 17 janvier 1924, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera fait sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Pierre Mornard, Raoul Monod et Lascombe, chefs de clinique.

Détails des leçons. — 1° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue. — 2° Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe. — 3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. Technique de réduction et appareils. — 4° Fractures du col du fémur. Technique du vissage. — 5° Pseudarthroses du col du fémur. Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné. — 6° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue. — 7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction. — 8° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche. — 9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche. — 10° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à 20. Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils. La dixième leçon aura lieu à l'école pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr. Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 2829

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

(et c'est d'ordinaire accepté par les Compagnies) le prix *intermédiaire* de 30 frs. Vous y ajouterez 15 frs. moyenne brûlure, pour celles de la face, oreille droite et nuque (je suppose qu'il n'y a pas eu grande brûlure de la face, d'après votre lettre, mais des séries de petites brûlures). Au total 30 + 15 = 45 frs. (1re catégorie) par séance. Et cela durant les premières séances avec diminution successive « suivant les progrès de la cicatrisation » comme il est dit dans les avis de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921.

F. D.

III

Incision d'hématome.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de me tirer d'embarras, dans mes rapports avec une Compagnie d'assurances, en me gratifiant de vos conseils éclairés. Voici deux notes d'accidents du travail (1re catégorie) :

M. C., blessé, le 21 avril :

21 avril. Incision d'hématome sous-unguéal plus certificat	25 fr.
24 avril. Exérèse de l'ongle par suppuration	20 »
26 avril. Consultation avec pansement (1re catégorie)	8 »
28 avril » »	8 »
30 avril » »	8 »
2 mai » »	8 »
4 mai » »	8 »
9 mai » »	8 »
14 mai » cert. guérison	8 »

La Compagnie d'assurances me répond :

« L'hématome sous-unguéal ne se paye pas comme ouverture d'abcès. L'exérèse de l'ongle est compris dans le prix d'une visite ».

J'écris à nouveau pour protester, me basant sur l'art. 28 *bis* (d'après l'arrêté ministériel du 28 juin 1921) du tarif Breton :

Incision d'hématome, ponction d'hématome, incision d'hygroma, ablation d'ongles semi-détachés. Analogie : ouverture d'abcès superficiels : 20 fr.

La Compagnie répond :

« Nous reportant au *Journal officiel* du 30 juin 1921, page 7 433 nous y trouvons :

Extraction de corps étrangers profonds 20 fr. Ablation d'ongle semi-détaché, compris dans la visite ou la consultation.

Qui, de la Compagnie ou moi, a tort et qui a raison ?

2e *note* :

B. A., blessé 4 juin ; grosse contusion du pied gauche.

4 juin. Visite de nuit plus certificat origine	35 fr.
5 juin. Visite	10 »
6 juin. Visite	10 »

8 juin. Visite .... 10 »
11 juin. Visite .... 10 »
15 juin. Visite .... 10 »
19 juin. Visite reprend son travail le 20.
certificat guérison .... 10 »

La Compagnie me répond : « Nous ne voyons pas en quoi une crainte de fracture de métatarsien à travers un œdème justifie la visite quotidienne 3 jours de suite chez un blessé atteint de contusion sans plaie. Nous maintenons donc la réduction d'une visite 10 fr., soit 81 fr. au lieu de 91 fr.

Je réponds : la Compagnie ne peut juger mieux que le médecin traitant de la nécessité de faire des visites quotidiennes que j'ai jugées indispensables 3 jours de suite, ou plutôt le lendemain et le sur lendemain de l'accident.

La Compagnie répond qu'elle maintient son prix fixé.

Il est évident que la différence pécuniaire de ces deux accidents est insignifiante, mais je voudrais savoir si j'ai raison ou si j'ai tort. J'accepte d'avance votre décision et la suivrai.

Dr B.

Réponse.

1re *note.* — L'incision d'hématome ou d'abcès superficiel est tarifée 20 frs. Par contre l'ablation de l'ongle est « compris dans le prix de la visite ou consultation » (voir tableau terminal des avis insérés dans l'arrêt ministériel du 28 juin 1921.)

2e *note.* — Le nombre des visites n'est plus une question de tarif, mais de *fait*, chose dans laquelle je n'ai pas à m'immiscer.

F. D.

IV

Extraction de corps étranger de l'œil.

Faisant partie du « Sou médical » et abonné depuis longtemps au *Concours*, je viens vous demander un renseignement :

Nous avons ici des usines et assez souvent, des ouvriers viennent nous trouver avec « une paillle dans l'œil ».

Au point de vue assurance, combien doit-on demander ?

Je fais un certificat sans incapacité, mais j'enlève le corps étranger après avoir instillé quelques gouttes de solution de cocaïne.

Je fais de la médecine générale et ne suis pas ophtalmologiste (spécialisé). Dr P.

Réponse.

L'extraction de corps étranger de l'œil est tarifée : superficiel =15 frs ; profond =20 frs. Et cela pour *tous les praticiens*, oculistes ou non, ainsi qu'il est dit à l'art. 15, alinéa 2. Quant à la dérogation à cet alinéa, indiquée au début de l'art 27, , au sujet des oculistes, elle *n'est valable que pour le prix des consultations* et non pas pour toutes autres interventions tarifées à la suite.

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de la goutte

1° PENDANT L'ACCÈS :

Boissons diurétiques, limonade citrique, tisanes de fruits.

Donner, le premier soir, une pilule bleue du Codex ;

Le lendemain matin, une purgation de :

Sel de Seignette	30 gr.

dissous dans une verrée d'eau tiède, qu'on fera suivre de plusieurs verrées de citronnade ou d'orangeade chaude et très sucrée.

Chaque jour, jusqu'à apaisement de la crise douloureuse, faire prendre, en quatre fois, une cuillerée à café de la mixture suivante, délayée, dès le matin, dans une infusion de *houblon* :

Alcoolature de fleurs de colchique (Codex 1884)	40 gr.
Teinture de fraxinus ornus.......	14 gr.
Teinture de digitale	12 gr.
Teinture de quinine	8 gr.
Teinture de belladone	6 gr.
Teinture de glycyrrhizine........	20 gr.

Lorsque l'accalmie sera obtenue, la médication précédente étant supprimée, prendre chaque matin, à jeun, l'infusion formulée ci-dessous, dont on ne boira qu'une verrée (150 gr. environ) :

Racine d'aristoloche-clématite.	8 gr.
Racine de bétoine	10 gr.
Eau (par infusion)...........	1.000 gr.

Masquer la saveur désagréable avec un zest de citron.

Continuer huit ou dix jours.

2° EN DEHORS DES ACCÈS :

Hygiène surveillée.

Vie au grand air, sous la protection de vêtements chauds et sous réserve d'une certaine prudence dans les périodes pluvieuses et humides.

Usage plus que modéré de l'alcool et du tabac.

Hydrothérapie tiède.

Bains de Hammam, pour provoquer la sudation.

Frictions sèches au gant de crin.

Les bains de mer sont prohibés.

Sports, marche gymnastique.

Eviter la suralimentation habituelle et prolongée.

Cure de réduction alimentaire, avec les aliments suivants :

a) Lait et ses dérivés ;

b) Légumes frais et fruits de toutes sortes ;

c) Céréales.

Ne manger la viande et les légumes secs qu'avec modération.

Eviter les aliments riches en substances toxiques, en acide oxalique et surtout en acide urique, c'est-à-dire : les viscères des animaux, le gibier, la charcuterie, la laitance de poisson, les gelées, jus et bouillons de viande, l'oseille, les épinards, la rhubarbe, les haricots verts, les asperges, les pois chiches, les épices, les champignons.

Faire fonctionner :

1° L'*intestin* par des purgatifs répétés ;
2° *La peau* par les boissons chaudes, les bains de vapeur sèche, les frictions, etc. ;
3° *Le poumon* par la gymnastique respiratoire, le séjour à l'air pur, les cures d'altitude ;
4° *Le rein* avec ces cachets (un ou deux par jour) :

Benzoate de lithine	0 gr. 25
Benzoate de soude	0 gr. 10
Théobromine	0 gr. 50

Cure iodurée tous les deux mois, alternée avec l'administration du *citrate de soude à hautes doses.*

Cures thermales : Evian, Vittel.

Dr A. SATRE,
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DE L'AUDE

Service départemental d'hygiène sociale.

Concours pour la nomination d'un médecin du service d'hygiène sociale

LE PRÉFET DE L'AUDE,

Vu les délibérations du Conseil général de l'Aude du 26 avril 1922 et du 23 août 1923 :

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Un concours pour la nomination d'un médecin attaché au service départemental d'hygiène sociale de l'Aude, aura lieu à Montpellier, le *lundi* 8 *janvier prochain, à* 8 *h.* 30 (Faculté de médecine).

ARTICLE 2. — Les candidats devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 45 ans au plus, pourvus du diplôme le docteur en médecine français (diplôme de l'Etat) et avoir effectivement exercé la médecine pendant deux ans au moins ou avoir été attachés pendant un an au moins à un service spécialisé de tuberculose. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville, siège d'une Faculté ou d'une

école de médecine seront considérées comme des années d'exercice de la médecine.

Les demandes, rédigées sur timbre devront être adressées à M. le préfet (hygiène sociale) avant le *lundi* 1er *janvier* et accompagnées des documents suivants :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat d'aptitude physique ;

3° Extrait du Casier judiciaire (bulletin N° 2 ayant moins de trois mois de date) ;

4° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

5° Exposé des titres, travaux et services ;

6° Principales publications ;

7° L'engagement en cas de nomination ;

1° De renoncer à faire de la clientèle ;

2° De se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre par conséquent à aucune autre fonction ou mandat public ;

3° De ne pas s'installer dans le département de l'Aude en cas de cessation de fonctions, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation, sous dédit d'une annuité de traitement.

8° L'engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, de continuer à assurer son service dans le département de l'Aude, pendant trois mois au maximum.

Le concours comprendra les épreuves suivantes :

I. — Epreuves d'admissibilité :

1° Epreuve d'hygiène sociale ou épidémiologie, durée 3 heures, — Maximum 30 points ;

2° Epreuves sur titres. — Maximum 30 points :

3° Epreuve clinique. — Examen de deux malades atteints ou suspectés de tuberculose ;

Les malades à examiner seront tirés au sort ; 20 minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade ; chaque examen donnera lieu à un rapport écrit, rédigé aussitôt après l'examen. 3/4 d'heure seront accordés pour la rédaction de ce rapport, qui sera lu devant le jury. — Maximum 30 points.

Le nombre de candidats admissibles ne pourra dépasser 3.

Un minimum de 45 points (sur le maximum de 90) sera exigé pour cette admissibilité.

II. — Epreuves d'admission.

1° Epreuve sociale. Enquête sociale dans une famille de tuberculeux, accompagnée de l'examen médical de tous les membres de la famille (temps accordé pour cette enquête : 3 heures). Le rapport consécutif à l'enquête (temps accordé pour la rédaction : 3/4 d'heure) devra contenir toutes les propositions d'ordres divers découlant de cet examen. Ce rapport sera lu devant le jury. — Maximum : 20 points ;

2° Epreuve pratique de radioscopie clinique. Elle consistera en l'examen radioscopique d'un thorax malade ou sain (temps accordé : 15 minutes), accom-

pagné de l'interprétation et de la discussion des constatations faites (temps accordé : 5 minutes). — Maximum : 10 points ;

3° Epreuve pratique de laryngologie clinique. Elle consistera en l'examen d'un larynx malade ou sain (temps accordé : 20 minutes), accompagné de l'interprétation et de la discussion des constatations faites (temps accordé : 5 minutes). Maximum : 10 points ;

4° Epreuve de bactériologie se rapportant aux maladies contagieuses (temps accordé : 1 heure). Exposé de la technique et des résultats (temps accordé : 10 minutes). — Maximum 30 points ;

5° Epreuves orales de courte durée (10 minutes d'exposé, après 20 minutes de réflexion), portant sur des questions d'hygiène sociale, de législation sanitaire et de législation sociale. — Maximum : 5 points pour chaque épreuve.

Le jury se réserve d'apporter toutes modifications qui paraîtraient utiles à la durée des épreuves.

Article 4. — Le jury du concours sera ainsi composé :

Un représentant du préfet de l'Aude, *Président* ;
Le professeur d'hygiène de la Faculté ;
Le professeur chargé du cours de phtisiologie ou son agrégé ;
Le professeur de bactériologie ;
Un délégué de la Fédération départementale des Syndicats médicaux de l'Aude ;
Un délégué de l'Association départementale antituberculeuse de l'Aude ;
L'Inspecteur départemental d'hygiène de l'Aude.

Article 5. — La police générale du concours sera confiée au jury, qui, indépendamment des conditions déterminées dans le présent arrêté, prendra toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours. Les candidats classés pourront, dans l'ordre de leur classement, être appelés à remplir les postes de médecins d'hygiène sociale qui pourraient être créés dans un délai de deux ans.

Article 6. — Le médecin nommé pourra être titularisé après un stage minimum de six mois et maximum d'un an.

Pendant la durée du stage, il recevra une indemnité de 1.200 francs par mois.

Après titularisation, son traitement est ainsi fixé : 18.000 francs et augmentation de 1.000 francs tous les deux ans jusqu'à 25.000 francs.

Les frais de déplacement seront remboursés mensuellement sur un état justificatif.

Article 7. — Le médecin nommé résidera à Carcassonne.

Carcassonne, le 3 décembre 1923.

Le Préfet de l'Aude,
E. Renard.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. l'Inspecteur départemental d'hygiène, à la préfecture, à Carcassonne.

I

Vacances de directions de Bureaux d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinée à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rochefort (Charente-Inférieure).

Le traitement alloué est fixé à 9.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinée à en assurer l'application la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vittel (Vosges).

Le traitement alloué est fixé à 2.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnése de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et

administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 30 décembre 1923.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

L'organisation de l'hygiène scolaire

13413. — M. Paul Denise, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique : 1° de quelle manière est appliqué le décret Honnorat du 31 décembre 1920 sur l'organisation de l'hygiène dans les écoles ; 2° à combien s'élèvent les crédits annuels destinés à l'exécution de ce décret ; 3° comment sont répartis ces crédits. (*Question du* 28 *novembre* 1923).

Réponse. — 1° Il n'existe pas à cette date ou à une date rapprochée de texte relatif à l'hygiène scolaire ; 2° les seuls crédits inscrits au budget de l'instruction publique pour les dépenses de cette nature sont ceux relatifs à l'inspection médicale ; ils ne sont régis par aucun texte règlementaire. Pour répondre à la question posée, l'honorable député est prié de fournir toutes précisions sur le renseignement qu'il désire obtenir.

(*J. O.*, 21 décembre 1923).

L'examen médical des chauffeurs d'automobiles

5958. — M. Fernand Merlin, sénateur, demande à M. le ministre des travaux publics si des mesures d'ensemble sont envisagées pour règlementer la circulation et la conduite des automobiles, notamment en ce qui concerne l'examen médical des chauffeurs avant la délivrance des brevets, le contrôle régulier de leur état de santé et la limitation mécanique de la vitesse dans l'intérieur des agglomérations, afin de réduire le plus possible le nombre des accidents d'automobile, qui va toujours croissant. (*Question du* 11 *juillet* 1923).

Réponse. — 1° La règlementation du permis de conduire les automobiles a été modifiée tout récemment (arrêté du 16 mars 1923), après une étude approfondie du problème, notamment en ce qui concerne la visite médicale des candidats. A ce point de vue, il a été reconnu qu'il serait matériellement impossible de soumettre tous les conducteurs à une visite médicale offrant les



garanties désirables : les commissions médicales à instituer devraient, en effet, examiner, périodiquement, un nombre de conducteurs dépassant de plus de quatre fois celui d'une classe de jeunes conscrits qui exige des conseils de révision, des tournées annuelles de plusieurs semaines. La règlementation actuelle ne sera entièrement en vigueur que le 1er juin 1924 ; on ne saurait envisager à nouveau sa modification avant que l'expérience ait permis d'en apprécier les résultats ; 2° une étude spéciale de la question, d'ailleurs très délicate, de la limitation mécanique de la vitesse des automobiles, vient d'être prescrite à la suite des vœux exprimés au cours de la discussion du bugdet des travaux publcs.

(*J. O.*, 14 novembre 1923).

VARIÉTÉS

Sur une réclame d'empirique

La peste fit très souvent des apparitions à Grenoble aux siècles passés, et à diverses reprises d'effroyables ravages. Les autorités locales se défendirent comme elles le purent, et les vieux consuls de ces époques ont connu et ordonné tout ce que prescrivait alors la science médicale. Tous furent à la hauteur de la tâche que leur imposaient les circonstances. Ils restèrent à leur poste, organisant la défense, veillant au soulagement des malades, pourvoyant à l'alimentation des pauvres et assurant dans la ville la sécurité publique.

En 1629, l'épidémie fut telle que les moyens ordinaires étant impuissants, les empiriques offrirent leurs recettes.

L'un d'eux : Pierre Brons, de Carcassonne, proposa au Conseil de santé une eau souveraine dont il avait découvert le secret dans les archives de Toulouse.

La lettre qu'il écrivit à ce sujet est curieuse. Elle dépasse les promesses des vendeurs modernes de remèdes infaillibles ; leurs prospectus, annonces de journaux, réclames n'ont pas encore atteint la saveur probante et démonstrative de leur précurseur.

« *Pierre Brons de Carcassonne en Languodoc,*
« *habitant à présent à Grenoble*

1629

« Propose aulx Messieurs de la Saincté dudit « Grenoble qu'avec l'aide de Dieu, il faira une « eau préservatrice que tous ceulx, qui en pren- « dront seront préservés de la peste et qu'elle « faira sourtir la maladie à ceulx qui en seront « ataintz inthérieurement.

« Que estant sourtie en quelque endroict du « corps, comme estant le plus faible de la nature, « il faira un remède pour la tirer et sourtir plus

« avant et le mûrir et une autre pour la percer,
« purger, consolider et guérir parfaitement.

« Que toutz ceux qui l'auront aparante en
« quelque endroict du corps où elle soict, en
« prenant dudict remède, seront préservés de
« tout venin dans la vingt-quatre hure et con-
« tinuant ledit remède, en seront totalement
« guéris.

« Soict il pour ladite eau ou quattre aultres
« remèdes qu'il donnera, familiers et plaisans à
« la bouche que tout homme, femme et petits
« enfants, jusques à l'eage de ceulx de tetin pult
« prendre et recevoyr sans aulcune crainte ny
« desdain

« Qu'il faira ladicte eau et dispansation de
« sesdits remèdes à l'aspect de la souveraine cour
« de Parlement de Grenoble, de touts les Mes-
« sieurs, des médecins, appotiquaires et sirur-
« giens d'icelle et de tout le peuple au mitan de
« la place de Saint André, où il édiffiera ung
« bien pour la construction de ce qu'il luy sera
« nécessaire.

« Demande aux Messieurs de ladicte Sainteté
« de lui donner gaeg annuellement et somme
« capable pour faire les susdicts préservatifs
« moyennant quoy, il donnera le secret à la
« ville, pour estre mis dans les archifs d'icelle,
« pour estre distribué à ung chascun par les
« commis à ce depputés, comme s'observe et a
« esté observé en la ville de Tholoze et Carcas-
« sonne, ors de la grande peste en l'année (15)
« 90, 91, qu'alors ayant prins de ladicte eau,
« personne ou bien peu en morurent.

« Ledict proposant l'aiant veu et aidé à faire
« et tiré l'extraict d'icelluy du livre escript à la
« main de celluy qui la feist en ce temps là,
« comme estant alors le proposant serviteur
« d'ung de Messieurs les capitouls de ladicte ville.

« Que si ledit Conseil ne veult entendre à la-
« dicte despence,

« Le supplie de bon cœur et de la part de
« Dieu, luy permettre qu'il le fasse et distribue
« à ses dispens et le vende publiquement à ceulx
« qui s'en vouldront servir, et alors, la preuve et
« véritté sera déclarée et descouverte, nonobs-
« tant toutz faux calompniateurs. »

« BRONS. »

Le Conseil de santé fit d'abord la sourde oreille à ces promesses trop belles pour être sérieuse, il refusa à Pierre Brons le patronage officiel qu'il demandait, mais quelque temps après l'épidémie s'étant envenimée, il lui permit de vendre ses drogues, à la condition très sensée, de faire vérifier par des médecins les éléments dont il les composait.

Les résultats furent pareils à ceux qu'obtiennent de nos jours des eaux préservatrices du même tonneau... et l'épidémie continua jusqu'à sa fin naturelle.

(Tiré de PRUDHOMME, archiviste départemental.)

Dr DÉLÉON
(Lancey, Isère.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Voir suite page 118-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Kent-Monnet, de Nice (Alpes-Marit.), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineile. Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Carvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Fm.. Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Noble J.. Piétri, Potheau (*E*), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 15. — Docteur âgé, obligé d'abandonner, désire céder de suite sa clientèle. Faible indemnité.

N° 16. — Citroen réc. 10 HP amortis., técalemite, magondaux, etc. 12.500 cause double emploi. Ecr. Dr Calvel, Ambérieu (Ain).

N° 17. — Cycle-car Morgan, marche parf. cause double emploi, au pl. offr. à partir de 4.500 fr.

N° 18. — Tr. pressé. Poste demi-repos à repr. en Normandie, sup. instal. Seule cond : repr. loyer long bail.

N° 19. — A céder apr. décès client. et appart. à Paris. Pet. indem.

N° 20. — Cause départ, side-car sport Indian, 9HP tr. bon état nombreux accessoires. 3.300 fr.

N° 21. — A céd. à Paris clin. médico-dent. tr. bien instal. 4 pièces, eau, gaz, élect. bail, s.-loc. à spécialistes aff. tr. sérieuse. Cond. tr. avantag. gr. fac. de payement. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris.

N° 22. — A céd. dans gr ville marit. Inst. pour traitement d'une spécialité, beau produit, tr. belle install. ds maison particul. Possibilité faire plusieurs spécialités aff. en bonne marche. Bonnes cond. de cession. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 23. — Dans gr ville Sud-Est, cabinet de consult. méd. gén. et A. T. Produits 100.000 fr. env. aucun frais, locom. appart. 6 p., le tout parfait.meublé. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. R. C. Seine 45.851.

A vendre. — Cond. intérieure Ford, av. confortable caross. franç. Parfait état. Eclair. démarr. 5 roues. Actuell. en serv. Interm. s'abstenir. Toury, Constr. App. électro-méd., 7 imp. Milord, (140, av. St-Ouen), Paris.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale

Envoi des indemnités

Je reçois quelques lettres de confrères qui s'étonnent de n'avoir pas encore reçu le 10 janvier leurs indemnités-maladie.

Je crois devoir en profiter pour rappeler aux membres de la Mutualité familiale que le Conseil d'administration se réunit en fin de trimestre pour étudier les dossiers et voter les indemnités. Il se réunit même trop tôt, souvent, car, à chaque séance, il doit surseoir sur une vingtaine de malades qui attendent le 31, le 1er ou le 5, pour donner de leurs nouvelles ! !

Quoi qu'il en soit, ne pas oublier que le trésorier a, à chaque fin d'année, à recevoir 1.800 mandats de la M. F., 4.000 du « Sou », et 150 mandats d'indemnités maladie à envoyer.

Une telle besogne ne se fait pas en 4 jours, surtout au début de janvier, et malgré tout l'effort énorme fourni par Gassot, il ne peut guère envoyer ses fonds avant le 10.

Un peu de patience ! Chers confrères !

On ne vous oublie pas ! et c'est vous qui oubliez la tâche écrasante de votre trésorier ! !

Réponse à la question sur la prophylaxie du cancer

Outre les injections de *cuivre colloïdal*, que chacun connaît, il y a lieu de rappeler les pilules de *sulfate de cuivre* glutinisées à cinq cgr. (dix par jour pendant plusieurs mois) que Léger a conseillées récemment à titre de médication anti-infectieuse. (1)

Dr Pron.

(1) Académie de Médecine, 3 avril 1923.

Depuis fort longtemps, j'emploie le cuivre à titre de prophylaxie et traitement anticancéreux. La forme la plus simple paraît être la « pilulaire » ; je le prescris sous forme d'acétate neutre de cuivre à la dose de 0 gr. 01 par pilule, et 4 à 6 par jour. Ceci dit pour répondre à la question du Dr M. (in *Concours médical*, du 23 décembre 1923, page 3786).

Dr C[illegible]éreau.

Délai de révision d'une rente allouée à un accidenté du travail.

Un blessé accidenté, porteur d'une rente, interné un an avant le délai de révision de 3 ans et dont la femme par jugement est nommée tutrice, dont le délai de révision est expiré depuis un an, a-t-il encore recours à la révision ?

Dr A.

Réponse.

D'après les auteurs (Sachet, Traité sur les accidents du travail) le délai de révision n'est pas une prescription et, par suite, les causes de suspension et d'interruption de la prescription ne sont pas applicables à ce délai.

Dans ce sens : Tribunal civil de Lorient, 10 mai 1904 (Recueil du Ministère du Travail, V. 30). Tribunal civil de Lille, 18 novembre 1909 (Même Recueil, XIII, 49).

Le blessé dont il est question dans votre lettre ni personne pour lui ne peut donc plus actuellement demander utilement la révision de sa rente, étant donné que plus de trois ans se sont écoulés depuis la décision qui l'a fixée.

Base de la patente.

Veuillez me dire ce qu'il faut faire. J'ai un loyer de 1.200 francs.

On m'impose pour ma cote personnelle sur un loyer de 850 francs, le coefficient étant de 2 environ (passé).

On m'impose pour ma patente sur une valeur locative de 1.400 fr., le coefficient étant de 5 (passé).

Peut-on m'imposer sur une valeur locative supérieure à mon loyer qui est d'après-guerre ?

Dr L.

Réponse.

En principe, c'est le loyer indiqué dans l'acte de location qui sert de base pour calculer le droit proportionnel, à moins que cet acte ait un caractère anormal (prix de faveur, bail d'avant-guerre).

Pour obtenir que l'imposition soit calculée sur la valeur locative réelle, les contribuables doivent adresser une requête accompagnée, le cas échéant, de la partie de l'acte relative au prix de location :

1° Soit au contrôleur des contributions di-

rectes dans le mois suivant celui de la publication du rôle.

2° Soit au préfet dans les trois mois suivant celui de la publication du rôle. Elle sera alors rédigée sur timbre.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Réclamations des impôts arriérés.

Pouvez-vous me fournir le renseignement suivant :

Au mois de janvier 1923, j'ai reçu à la fois cinq feuilles de contributions pour des années antérieures, à savoir :

1° Impôt général sur le revenu au titre de l'année 1917 (revenus réalisés en 1916).

2° Impôt général sur le revenu au titre de l'année 1918 (revenus en 1917).

3° Impôt général sur le revenu au titre de l'année 1919 (revenus en 1918).

4° Impôt sur les traitements publics (solde) au titre de 1918 (pour 1917).

5° Impôt sur les traitements publics (solde) au titre de 1919 (pour 1918).

J'ai payé ces 5 feuilles le 17 février 1923. Entre temps, j'ai acquitté mes contributions normales pour 1923 (avec une augmentation de 500 fr. sur 1922).

Aujourd'hui, je reçois une nouvelle feuille (c'est la 10e de l'année, véritable chute de feuilles).

Celle-ci concerne l'impôt sur les bénéfices de l'exploitation agricole : l'impôt est établi au titre de l'année 1918. Je me demande où s'arrêtera cette aimable plaisanterie et s'il n'y a pas un délai légal dans la publication des rôles : en d'autres termes, *a-t-on le droit de me réclamer le 23 décembre 1923 une imposition pour l'année 1918 ?*

Dr L.

Réponse.

La loi du 12 juillet 1922 a prorogé les délais de déchéance des impôts relatifs aux années 1914-15-16-17-18-19-20. Ils prendront fin :

1° Pour les années 1914 à 1919 compris, le 24 octobre 1924.

2° Pour 1920, le 31 décembre 1924.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Impôts sur les bénéfices de guerre.

J'ai l'honneur de vous soumettre cette nouvelle lettre du contrôleur pour vérifier mes bénéfices de guerre à qui j'avais déjà répondu le 3 décembre dernier que : « pendant la période des années 1911-12-13 : l'absence de comptabilité existante relative à ces années me mettait dans l'impossibilité absolue de répondre. Que j'avais été mobilisé du 1er août

1914 au 1er juin 1916. Et que de juin 1916 au 1er semestre 1920, il lui était loisible de se reporter aux déclarations annuelles que j'avais faites au fisc. »

Pour la période 1911-12-13 — mes livres existent — et les livres de recettes également, mais le détail de mes dépenses professionnelles n'existe pas ; je n'avais pas en ce temps-là à en tenir compte, j'ai donc peut-être été trop loin en lui affirmant la non existence de comptabilité ; mais il y avait une part de vérité et je ne pensais jamais qu'on viendrait à vérifier mes livres.

Quant à la 2e période — 2e semestre 1916 — années 1917-18-19-20, je puis, sans peur comme sans reproche, lui ouvrir mes livres ; ils sont l'exacte vérité et reproduiront exactement le chiffre de mes déclarations annuelles.

Faut-il oui ou non céder à la prétention de ce Monsieur du fisc de fourrer le nez dans mes livres ; n'excèdent-ils pas leurs droits ?

Ancien mobilisé, quels sont mes droits de ce chef?

Dr X.

Réponse.

Il résulte de la législation et de la jurisprudence en vigueur que tout contribuable soumis aux bénéfices de guerre et qui possède une comptabilité pour les années imposables est tenu de la présenter aux agents du fisc lorsqu'ils en sont requis.

Tout refus de communiquer les livres sera constaté par procès-verbal. Leur destruction sera considérée comme manœuvre frauduleuse.

Nous conseillons du reste aux contribuables qui sont en mesure de le faire de ne pas se soustraire à cette vérification s'ils ne veulent pas être taxés d'office et se voir, de ce chef, attribuer un bénéfice supérieur à celui qu'ils ont effectivement réalisé.

Pour le calcul du bénéfice normal, c'est-à-dire celui afférent aux années 1911, 1912 et 1913, nous pensons qu'il est également préférable que le redevable communique ses livres à défaut desquels son bénéfice normal serait évalué forfaitairement à 5.000 francs.

Si vous vous trouvez en désaccord avec le fisc, nous nous tenons à votre entière disposition pour assurer votre défense devant les juridictions compétentes, pour la rédaction de vos requêtes, pétitions, etc.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Aggravation d'infirmité de guerre.

Installé depuis peu, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner par le *Concours* auquel je suis abonné sur le point suivant :

Un de mes clients, réformé de guerre pour pleurite du sommet droit avec 20 % de pension (titre

définitif 1921) présente actuellement des lésions (?) nettes à gauche et de ce fait il me semble avoir droit à une majoration.

Quelle est la marche à suivre pour obtenir cette majoration pour le cas où elle serait due ?

Dr X.

Réponse.

Que l'intéressé écrive au Directeur du Service de Santé de sa région une lettre recommandée pour lui indiquer qu'il désire passer une deuxième visite pour aggravation.

Joignez à cette demande un certificat médical établissant la réalité de cette aggravation.

Pension d'un tuberculeux de guerre.

Pourriez-vous me procurer le renseignement suivant ?

Il s'agit d'un réformé de guerre. La constatation de B. de K. dans les crachats entraîne-t-elle obligatoirement le taux d'invalidité de 100 % ?

Dr X.

Réponse.

Pour qu'un tuberculeux puisse obtenir un taux d'invalidité de 100 %, deux conditions sont nécessaires :

1° La présence du bacille de Koch dans les crachats ;

2° La constatation de signes cliniques certains de lésions en activité.

(Instruction ministérielle pour l'application du décret du 17 octobre 1919).

Fixation de pension militaire Recours

Je viens encore une fois faire appel à votre obligeance habituelle au sujet du cas suivant, sur lequel je voudrais avoir quelques renseignements, bien qu'en réalité je ne sois pas intéressé dans l'affaire. Un de mes malades, réformé de guerre à 30 % à titre définitif pour emphysème pulmonaire et bronchite chronique le 10 juin 1920. Il avait été déjà versé dans le service auxiliaire pour emphysème le 19 décembre 1919. Sa pension a été liquidée sur les bases suivantes : 15 % du 19 décembre 1915 au 9 juin 1920, 30 % à partir du 10 juin 1920.

Cet homme prétend qu'il aurait dû toucher 30 % depuis son classement dans le service auxiliaire. A la séance du tribunal des pensions du département le 7 novembre 1923, il a été débouté de sa demande et le tribunal pour cela s'est appuyé sur le fait suivant : Le malade a été réformé pour bronchite chronique et emphysème pulmonaire d'où le taux de 30 %. Il avait été versé dans le service auxiliaire pour emphy-

sème seulement sans qu'aucun signe de bronchite n'ait été mentionné, d'où 15 %.

Le malade a bien présenté un billet d'hôpital en date du 17 avril 1916 avec le diagnostic bronchite chronique mais comme ce billet ne porte que le cachet et non la signature du médecin, on l'a jugé sans valeur. En somme, le tribunal conclut que, puisqu'il n'y avait pas de bronchite chronique indiquée avant la mise en réforme, la demande de l'intéressé doit être déboutée.

Je ne sais ce qu'avait ce malade à ce moment, je ne le soigne que depuis un an pour les phénomènes d'hyposystolie dus à son emphysème.

Il me semble cependant que la décision du tribunal des pensions est empreinte de quelque chinoiserie. En somme, si j'en juge d'après mon expérience et d'après ce que disent les classiques, une des principales causes de l'emphysème est la bronchite chronique et il me paraît extraordinaire que l'on accorde une indemnité moins forte à la complication que l'on n'en accorde à la cause, le tribunal semblant croire au contraire que la bronchite chronique est au contraire une complication de l'emphysème. En définitive le malade doit-il se contenter de cette décision ou peut-il réclamer à nouveau ? auprès de qui et par quels moyens ? c'est ce qu'il voudrait savoir, encore qu'il ne se fasse pas beaucoup d'illusions sur le sort de sa demande.

Excusez-moi de cette longue missive, mais je serais heureux d'avoir votre avis sur cette question. Dr J.

Réponse.

Si votre client veut faire appel de la décision du Tribunal des Pensions, il doit s'adresser à la Cour régionale des Pensions.

Les experts ne tiennent pas compte des théories médicales, mais seulement de leurs constatations objectives pour appliquer les taux du barème. Or, ils n'ont constaté en 1915 que de l'emphysème, lésion moins grave que la bronchite chronique avec emphysème, entraînant par conséquent un moindre taux d'indemnisation.

Application du Tarif Breton.

I

Rayons ultraviolets.

Excusez-moi d'avoir encore recours à vos lumières, mais elles m'ont déjà tellement éclairé que je m'en voudrais de ne pas y avoir recours quand le besoin s'en fait sentir.

Après consultation avec un confrère, nous avons été d'accord, pour hâter la cicatrisation d'une plaie d'un accidenté de travail, de prescrire quelques applications de rayons ultra-violets. L'assurance a été prévenue de ce fait dans le certificat d'origine (elle n'a d'ailleurs pas répondu).

Comme le tarif Breton ne comporte pas cette inter-

vention, pourriez-vous me dire ce que je dois compter par séance ? Il me semble que cela pourrait rentrer dans le traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme électricité statique, air chaud, *lumière*, etc. Dr F.

Réponse

Votre intervention me paraît bien comprise dans le tarif Breton à la rubrique « Traitement comprenant électrisation complète du corps... air chaud, *lumière*, ionisation, chaque séance : 15 francs. Mais n'oubliez pas la *note* qui se trouve au bas de cet article : « Tout acte d'électrodiagnostic et d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après avis *conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Il résulte du mot « conforme » qu'il vous faut l'autorisation de l'assurance. Sinon elle peut refuser de vous payer vos honoraires spéciaux.

F. D.

II

Electrothérapie

Membre du « Sou Médical » et du *Concours*, je me permets de venir vous demander si d'après la loi des accidents de travail, j'ai le droit de faire moi-même à un blessé, atteint de paralysie faciale, de l'électrothérapie, combien de séances et à quel prix? Dois-je au préalable informer la Cie d'assurances ?

Dr N.

Réponse.

Lisez la note qui se trouve art. 26-VI et qui dit : « Tout acte d'électrodiagnostic ou d'*électrothérapie* ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après avis *conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ».

Il en résulte *a fortiori* que vous, médecin traitant, vous ne pouvez faire d'électrothérapie sans l'autorisation de la Compagnie d'assurance, par suite d'avis « conforme » de son médecin. Ou alors, vous risquez de ne pas être payé par ladite assurance.

F. D.

III

Abcès profond de l'aisselle.

Je vous serais reconnaissant de poser au Dr Decourt la question suivante et de me communiquer sa réponse.

J'ai eu à inciser dernièrement chez deux blessés un phlegmon profond de l'aisselle.

L'intervention a pu être pratiquée sous anesthésie locale mais présente incontestablement une difficulté plus grande que l'ouverture d'un simple abcès sous-cutané. Il n'y a donc certainement pas lieu d'appliquer le tarif de 20 francs prévu pour les interventions de cette nature.

(*Voir la suite page XLVII-165*)

PROPOS DU JOUR

L'« opinion » et la profession médicale

Les scandales des carnets et les poursuites contre les médecins marrons, joints au trafic illicite des stupéfiants, ont donné à la malice des journalistes une abondante pâture. Les auteurs dramatiques eux-mêmes y ont trouvé une mine à exploiter et, ce qui est assez humain, tous ont tendance à généraliser. Ce n'est pas un médecin, mais le médecin qu'ils ont la prétention de peindre.

Il en est parmi nous qui s'émeuvent de tout ce tapage. Tel le « *Médecin militaire* » qui, dans un article sur la *Crise de la médecine militaire*, paru dans le *Journal des Praticiens* du 5 janvier, exalte, un peu à nos dépens, « l'admirable tenue morale » de ses collègues, et, se drapant noblement dans sa dignité, comme le baron Larrey, de la cour du Val-de-Grâce, dans les plis de son manteau de bronze, écrit avec enthousiasme :

« A-t-on seulement remarqué que, dans cette vague de boue qu'on a appelée le scandale des carnets médicaux, aucun médecin militaire n'a même été soupçonné ? »

Nous comptons et avons compté d'excellents amis parmi les médecins militaires et nous avons la plus haute idée de leur honorabilité : cela ne veut pas dire que nous considérons le niveau moral du médecin militaire comme plus élevé que celui du médecin civil. Nous n'avons aucun des talents nécessaires au métier de chercheur de tares. Nous n'enquêterons donc pas sur les fautes imputables à certains de nos confrères militaires en activité ou en retraite, mais nous nous bornerons à remarquer qu'il n'y a rien de surprenant qu'on ne rencontre pas parmi les 1.200 médecins militaires un nombre aussi grand d'indignes que parmi les 24.000 médecins civils. Nous ajouterons qu'il y a quelque naïveté à faire remarquer que parmi les médecins militaires, aucun ne s'est servi indûment des carnets de soins aux réformés, puisque leur qualité même leur interdit l'exercice de la médecine civile, et ne leur permet pas de faire usage des carnets. Mais trêve à cette discussion oiseuse et irritante entre confrères. Nous conseillons au « Médecin militaire » du *Journal des Praticiens* de relire le VIIe Evangile selon Saint-Mathieu, où se trouve contée l'histoire de la Paille et de la Poutre.

Personnellement, les attaques de la presse, du roman et du théâtre, nous laissent indifférents. Montaigne, Molière, M. Léon Daudet, dans ses *Morticoles*, et beaucoup d'autres encore, ont traîné avec plus ou moins d'esprit et de talent les médecins dans la boue et ces derniers ne s'en sont pas plus mal portés pour cela. Leurs détracteurs ne se privent à l'occasion ni de leurs conseils, ni de leurs soins. Il en est de l'opinion que l'on exprime sur les médecins comme de celles que l'on émet sur les femmes.

Lorsque nous étions étudiant, un de nos bien jeunes amis qui s'était laissé naïvement bafouer par une maîtresse de passage, croyait se venger et excuser sa propre sottise en proclamant : « Les femmes sont toutes de sales grues. » — « Pardon, lui fut-il répliqué, tu voudras bien faire, certes, une exception en faveur de ta mère et tes sœurs. » Et comme il n'osait contredire : « Mon cher, tous parmi nous faisons ces exceptions et l'on finit ainsi par obtenir un total imposant de femmes honnêtes ».

Il en est de même pour les médecins. Chacun croit de bon ton de les vilipender en bloc, mais chacun aussi fait une exception pour son propre médecin et pour les médecins, ses amis. Il en résulte que le Corps médical continue et continuera longtemps à ne pas s'en trouver plus mal.

Opposons donc à ce flot d'outrages une dédaigneuse fierté.

D'ailleurs, le médecin a-t-il besoin de se défendre lui-même ? Les faits de sa vie courante y suffisent. Quelle est la profession qui fait volontairement plus de sacrifices pour autrui ?

Que MM. les journalistes se donnent la peine de lire les faits divers dans leurs propres gazettes ; presque tous les jours ils y verront citer à l'actif de médecins de véritables traits d'héroïsme dont la simplicité augmente encore la grandeur.

Nous en relevons deux cette semaine, au hasard de nos lectures :

C'est le Dr Louis Lamotte, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Beauvais, ancien élève du lycée et de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, qui meurt des suites d'une piqûre anatomique. Malgré son âge, il était resté durant la guerre à son poste

à Beauvais, donnant ses soins aux blessés militaires et civils pendant les violents bombardements d'avions qui rendaient en 1918 la ville inhabitable.

C'est le Dr Sicard, d'Aix-en-Provence. Tout récemment appelé d'urgence à donner ses soins, dans un hameau éloigné, à un receveur de tramways, éventré par un cambrioleur, il partit en auto à toute vitesse. « Il faisait nuit noire, dit le journal auquel nous empruntons ce fait divers, un cahot projeta le médecin hors de la voiture qui le transportait et dans sa chute, le praticien fut grièvement blessé aux reins. Il eut néanmoins le courage de procéder aux premiers pansements de la victime, puis il tomba évanoui ».

Le reporter n'a rien ajouté à cette phrase. Il a bien fait : de pareils actes d'énergie et de dévouement qui se produisent chaque jour dans notre profession n'ont pas besoin de commentaires. Le public les connaît, il les constate et ces faits authentiques suffisent à effacer les élucubrations vénimeuses de plumitifs dont l'imagination morbide est toujours en gestation de monstruosités et de scandales.

Le danger pour nous ne vient pas de ceux qui se prétendent nos ennemis, mais surtout de ceux qui se croient nos amis et veulent exalter notre rôle. Nous relevions naguère, dans le *Matin*, un article du Dr Rehm. Il y trouvait une solution simple à la crise médicale qui sévit dans certaines campagnes : c'était d'installer un médecin partout où se trouverait un prêtre et d'assimiler le corps médical français au clergé de notre pays. C'était pousser un peu loin l'amour du sacerdoce et l'avant-projet du Dr Rehm ne séduirait vraisemblablement que ceux qui, dans la hiérarchie, pourraient compter obtenir le rang d'archevêque.

M. Louis Forest, aussi dans le *Matin*, mû par les mêmes bons sentiments, écrit :

« Une nécessité sociale apparaît de plus en plus : le médecin moderne, le médecin hygiéniste, travaillant pour l'intérêt général, ne doit pas être atteint, de ce fait, dans son intérêt particulier. Il travaille pour l'humanité ; il faut que l'humanité le paye. Conclusions : le médecin doit, de plus en plus, devenir une sorte de grand fonctionnaire social, vivant non des malades, mais des bien portants ... »

Certes, nous ne contredirons pas M. Louis Forest : il y a dans ce qu'il affirme une grande part de vérité et ce n'est pas seulement aujourd'hui que l'on aperçoit l'époque encore lointaine où la médecine préventive prendra le pas sur la médecine curative.

Nous sommes loin, très loin encore de cet âge d'or de l'humanité et pendant beaucoup de générations, les médecins auront surtout des malades à soigner. Nous ne pensons pas cependant que l'idéal soit de voir le médecin transformé en « une sorte de grand fonctionnaire social ». Peut-être en fera-t-on l'essai ? Mais le jour où le médecin sera fonctionnarisé, il acquerra fatalement la mentalité du fonctionnaire. Il pourra certes conserver cette haute tenue morale dont le médecin militaire, que nous citions au début, dotait le service de santé. La plupart de nos employés d'administration sont, nous en sommes convaincus, de très honnêtes gens, tous pénétrés, parfois même trop pénétrés de l'importance de leur rôle et de la dignité de leurs fonctions.

Mais ce sera fini des belles qualités qui font du médecin français le type du bon praticien. Adieu l'énergie, le courage, le dévouement, l'activité sans bornes, l'initiative heureuse, l'ingéniosité hardie dans les circonstances difficiles !

Toutes ces vertus ne peuvent s'épanouir qu'aux rayons de l'indépendance, qu'au souffle de la liberté. Le fonctionnaire attelé à la tâche quotidienne que lui donne son administration, comme un bœuf de labour au joug de sa charrue, trace lentement son sillon. Il ne songe qu'au repos, n'aspire qu'à la retraite. Sa loi est celle du moindre effort et le moindre effort ne saurait conduire que bien lentement au Progrès.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

THÉRAPEUTIQUE ANTISYPHILITIQUE

Etat actuel de l'arsénothérapie,

Par M. Gougerot,
Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.

L'arsénothérapie reste encore, à l'heure actuelle, le meilleur traitement d'assaut de la syphilis ; lorsque nous sommes en présence de malades graves, lorsqu'il faut donner le traitement maximum, c'est à l'arsenic que l'on doit recourir. A la suite de la très remarquable découverte de Sazerac et Levaditi, qui ont montré l'action puissante des sels bismuthiques, on a pu croire que l'arsenic serait détourné,au moins en partie de son emploi. J'insisterai dans d'autres leçons sur les très grands services que peuvent rendre les sels de bismuth, mais dès maintenant je tiens à préciser que la découverte capitale de la bismuthothérapie ne diminue pas l'importance de l'arsénothérapie. L'arsenic reste le traitement le plus actif et vous devez en connaître tous les modes d'emploi, leurs inconvénients et leurs avantages.

Les techniques de l'arsénothérapie, les questions qu'elles soulèvent ne sont pas complètement tranchées, mais alors qu'en 1914 même il y avait un très grand flottement et des discussions passionnées, on peut dire que les idées se sont précisées et que les discussions ne portent que sur quelques points ; nous sommes en présence, à l'heure actuelle, d'opinions opposées, mais nettement formulées ; j'aurai à vous énumérer ces diverses opinions et vous indiquerai les techniques que je crois les meilleures.

***

Quels sont les meilleurs arsenicaux, leurs doses et leurs techniques ?

I. — 606 Salvarsan ou arsénobenzol.

Le premier est le vieux 606, le salvarsan allemand ou arsénobenzol français (de Poulenc). qui se présente sous forme d'une poudre jaunâtre. Il conserve encore actuellement de nombreux partisans et il est incontestable que, de tous les arsenobenzènes, c'est le plus actif.

Malheureusement, le vieux 606 a plusieurs inconvénients.

D'abord sa toxicité, ou, plus exactement, sa brutalité plus grande, il est certain qu'avec lui les petits phénomènes d'intolérance sont plus nombreux, plus fréquents, plus désagréables en clientèle qu'avec les autres sels arsenicaux.

Deuxième inconvénient : le 606 nécessite un matériel d'injection encombrant, et à l'hopital il devient difficile de faire des injections en série. Vous vous souvenez en effet qu'il est employé presque toujours en injections intra-veineuses avec des solutions diluées dans 150, 200 à 300 cmc. de sérum artificiel, ce qui exige un appareillage de bocks et de tuyauterie compliqué en comparaison de la simple seringue dont on se servira pour la pluparrt des autres sels arsenicaux. Néanmoins, comme l'a très justement remarqué M. Queyrat, l'inconvénient tenant à la difficulté des injections est un inconvénient que le médecin doit négliger complètement pour le grand bien du malade.

Quoi qu'il en soit, la plupart des syphiligraphes ont abandonné le vieux 606. Par exemple, dans les hôpitaux de Paris, sauf M. Queyrat qui l'injectait systématiquement dans son service, nous employons d'autres sels, et réservons le 606 à des cas spéciaux, qui généralement sont des cas d'exception : malades arséno-résistants ou arseno-récidivants aux autres arsenobenzènes.

Je crois que cet abandon presque total du vieux 606 est un tort et qu'il y a grand intérêt à faire du vieux 606, notamment dans la plupart des cas de syphilis primaire.

Le mode d'emploi du 606 est bien connu, il suffit d'en rappeler quelques détails. Tout d'abord, il n'est pas nécessaire de diluer autant qu'on le fait. Une dilution dans 100 cmc. ou 150 cmc. de sérum artificiel peut suffire ; cependant il faut se rappeler que ces dilutions moindres ont l'inconvénient de souvent irriter les veines et, par conséquent, de favoriser des thromboses ; or les veines d'un syphilitique sont précieuses, car, si nous les bloquons, nous risquons plus tard de ne plus pouvoir faire des injections intraveineuses au même malade.

Un autre détail très important. c'est que la plupart des auteurs, des Français tout au moins utilisent à l'heure actuelle, des solutions hyper-

alcalines. Vous vous rappelez que, quand on a dissous le vieux 606, la solution d'abord complète, limpide et acide se trouble quand on ajoute de la soude décinormale puis, les précipités se redissolvent. Au début du 606, on s'arrêtait dès le moment de la redissolution ; actuellement on préfère des solutions hyperalcalines, pour avoir une meilleure tolérance, car vous verrez, quand nous étudierons les accidents des arsenobenzènes, que la plupart d'entre eux tiennent à une diminution de la réserve alcaline de l'individu. Il est donc extrêmement intéressant, surtout avec un sel comme le 606, qui provoque souvent des accidents d'intolérance, d'ajouter un peu de solution alcaline ; aussi, avec MM. Queyrat et Marcel Pinard conseillons-nous d'ajouter 1/4 en supplément de la soude qui a servi à obtenir la solution ; par exemple si on a employé 10 cmc. de soude, on ajoutera en supplément 2 cmc. 1/2.

Il est certain que cette solution hyperalcaline, prête à la thrombose veineuse, mais il y a grand intérêt à éviter l'intolérance et les accidents, et mieux vaut risquer un peu de thrombose veineuse, qui est facilement remédiable, plutôt que d'avoir des accidents d'intolérance.

Les doses habituelles sont de 0.10 à 0.60 et la dose totale de 3 à 5 gr.

II. — 1206 OU SALVARSAN SODIQUE.

Les Allemands, pendant la guerre, ont cherché à perfectionner le vieux 606. C'est ainsi que Kolle, successeur d'Ehrlich à l'Institut de médecine expérimentale de Franckfort, a découvert le *salvarsan natrium* ou 1206. Ce corps se présente sous la forme d'une poudre jaune, un peu plus foncée que le 606 primitif ; c'est un sel sodique de ce dernier ; il est facile de le dissoudre d'emblée dans l'eau distillée, sans avoir besoin ni de le diluer, ni de l'alcaliniser. On l'injecte en solution cencentrée, dissous par exemple dans 5 cmc. d'eau, à la seringue. La technique, extrêmement simple, est celle du 914. On ouvre l'ampoule, on y verse l'eau distillée directement ; la solution se fait très vite ; il n'est pas besoin de triturer. On remplit la seringue et on pratique l'injection dans la veine. Les doses, sont celles du 914, 0.15 centigram., 0.30, 0.45, 0.60. 0.75. 0.90 centigr., alors que celles de l'ancien 606 oscillent entre 0.10 centigr. et 0.60 centigr. En effet, elles correspondent à 1 1/2 d'ancien 606 ; par exemple, 0.30 centigr. de 606 correspondent à 0.45 centigr. de salvarsan natrium ou de 914. La dose totale sera la même que pour le 914, d'environ 5 à 7 grammes.

Ce corps n'a pas eu en Allemagne même, son pays d'origine, le succès qu'on pouvait en attendre, je ne sais pourquoi. Il serait intéressant d'en poursuivre l'emploi, s'il est exact qu'il a une activité aussi grande que celle du 606 et n'a pas plus d'inconvénients.

III. — 914 NÉOSALVARSAN NOVARSÉNOBENZOL.

Le troisième corps est le 914, le dioxydiamidoarsenobenzol monométhylène sulfoxylate de soude, dérivé du salvarsan, du vieux 606. Il commence à avoir quelques années d'existence, presque de vieillesse. Le 914, qui se présente sous forme d'une poudre jaune porte dans la nomenclature allemande le nom de néo-salvarsan. En France, nous en avons d'excellentes marques, par exemple le novarsénobenzol de Poulenc et le rodarsan, des usines du Rhône.

L'efficacité du 914 est incontestable. La seule discussion est de savoir si, même à doses proportionnellement plus élevées, il est aussi efficace que l'ancien 606.

En pratique, on peut dire qu'il est à peu près aussi efficace, mais, pour certains cas, par exemple au début de la période du chancre, ou chez les malades arseno-résistants, il n'est pas douteux qu'il doit céder la place à l'ancien 606. Le grand avantage du 914, c'est de pouvoir être employé en solution concentrée, avec de petites seringues suivant la technique de Ravaut-Duhot. A l'hôpital ou en clientèle, c'est une très grosse simplification. On ouvre l'ampoule, on y projette directement, 2 cmc. d'eau bi-distillée. La solution se fait très rapidement. On remplit la seringue et on injecte dans la veine.

Je vous signalerai deux artifices pour faire tolérer les solutions de 914. Il faut, surtout en hiver, employer des solutions tiédies. Cette précaution évite les petits phénomènes d'intolérance, crises congestives observées quand l'eau distillée provient d'une chambre froide. Il suffit de plonger le ballon ou l'ampoule dans l'eau chaude. Un second artifice est de remplacer l'eau bi-distillée par une solution aqueuse de glucose à 50 %, suivant la technique proposée par M. Duhot, de Bruxelles. La solution ainsi préparée n'est pas sirupeuse ; elle est presque aussi fluide que l'eau pure. Le glucose chimiquement pur donne des solutions absolument incolores mais c'est un corps très coûteux, et actuellement à l'hôpital nous nous servons du glucose ordinaire dit « gluscose brut massé » qui est meilleur marché, la solutin est légèrement café au lait, mais il n'en résulte aucun inconvénient.

Les doses oscillent de 0.10 à 0.15 centigr., à 0.90 centigr., dose maxima habituelle ; mais dans certains cas nous n'hésitons pas à la franchir et à employer des doses de 1 gr. 05 ; 1 gr. 20 et 1 gr. 50 sont des doses d'exception.

La plupart du temps, on fait le 914 en injections intraveineuses.

On peut l'employer en solution aqueuse par

la voie *rectale,* selon la technique proposée, surtout chez les enfants, par MM. Weil et Mouriquand, de Lyon. Malheureusement l'absorption par voie rectale, qui devrait théoriquement être la même que par les veines, est assez inconstante, si bien qu'on n'est jamais sûr d'agir réellement. N'employez donc la voie rectale que lorsque la voie veineuse et impossible. Il en est de même des suppositoires.

On emploie encore le 914 en injections *sous-cutanées,* notamment d'après la technique de Sicard et de Poulard : on fait dissoudre la poudre de 914 dans une solution de novocaïne à 1 %, et on injecte des doses de 0.10, 0.15 à 0.30 centigr. Les doses supérieures, malgré l'anesthésique, sont douloureuses.

Les injections *intramusculaires* se pratiquent selon la formule de MM. Balzer et Beauxis Lagrave, en solution concentrée hyperglucosée, qu'on trouve dans le commerce sous forme de nombreuses spécialités (par exemple l'olarsol de Dumouthiers, le glyco 914 de Robert et Carrière en ampoule-seringue) à la dose de 0.45 ou 0.60 centigr. au maximum ; les doses plus élevées deviennent facilement douloureuses, à moins d'employer le petit artifice suivant : il suffit d'injecter en deux points différents d'une même fesse, ou dans les deux fesses, le même jour, deux doses de 0.45 centigr., par exemple, ce qui totalise 0.90 la dose maxima habituelle.

Pour les dosages, qu'il s'agisse d'injections intraveineuses, sous-cutanées ou musculaires on peut se rappeler les trois règles suivantes : — dose maxima pour une injection 0.015 (à 0.02) par kilo — dose totale pour toute la cure 0.10 par kilo, par conséquent d'environ 5 à 7 grammes pour un adulte. Enfin pour vous guider dans l'espacement des doses : on peut admettre qu'un malade absorbe et utilise facilement 0.15 centigr. par jour, il est donc inutile de ne faire des petites doses que tous les 8 jours et ces trop longs intervalles peuvent même être dangereux en faisant perdre un temps précieux « lorsqu'on fait la course avec le tréponème ».

IV. — 1116 ou galyl.

IV. — 1116 ou galyl, découvert par Mouneyrat, puis utilisé par Bermann et Tanon est vendu aujourd'hui sous forme de sel sodique. Le vieux galyl, en effet, demandait à être dissous dans un sérum carbonaté. Il se présente sous l'aspect d'une poudre jaune verdâtre. On le dissout dans 5 à 10 cc. d'eau ou de sérum artificiel. Il faut un peu plus d'eau bi-distillée que pour le 914.

On injecte des doses de 0.15 à 0.60 centigr, par la voie intraveineuse, ou par voie intra-musculaire la solution glucosée suivant la formule de Balzer et Beauxis-Lagrave.

Les doses totales sont celles du vieux 606, c'est-à-dire d'environ 3 à 5 grammes.

V. — 102 Luargol et disodoluargol, silbersalvarsan et néosilbersalvarsan.

Ce sont des combinaisons d'arsénobenzènes avec des sels d'argent.

Pendant la guerre, Danysz a découvert et préconisé en France un corps nouveau, le 102, ou *luargol.* Cette poudre foncée, presque noire, est une combinaison d'arsénobenzène, d'argent et d'antimoine. Les auteurs pensaient avec raison que l'action antiseptique de l'argent et de l'antimoine, combinée à l'action de l'arsenic, donnerait un corps encore plus puissant.

Le luargol primitif était incommode à injecter, la solution devant être sodique, si bien que Danysz l'a perfectionné en créant un sel sodique, le disodoluargol, directement soluble dans l'eau bi-distillée ; on l'injecte avec la grosse seringue de 20 cmc.

Je ne sais pourquoi ce corps n'a pas eu de succès en France. C'est sans doute en raison de certaines difficultés : tout d'abord il n'est pas facile de voir le sang refluer dans une solution presque aussi noire qu'une infusion de café. Ensuite, le disodoluargol, de même que les autres sels argentiques, est caustique pour la peau, l'hypoderme, et très douloureuse lorsque quelques gouttes peuvent refluer sous la peau.

De même que les sels argentiques allemands, le 102 thrombose facilement la veine. Enfin il détermine très fréquemment des phénomènes d'intolérance.

Les doses s'échelonnent entre 0.05 et 0.35 centigrammes. On a l'habitude de monter par 0.05 centigr. La dose totale était au début de 1 gr. 50 ou 2 gr.

Les Allemands ont proposé et lancé dans le commerce un corps de même ordre, le silbersalvarsan ou salvarsan à l'argent (Kolle) bientôt perfectionné sous la forme de néosilbersalvarsan, On le trouve dans le commerce, renfermé dans des ampoules, sous forme d'une poudre noire très foncée ; on peut se le procurer par les maisons Belges ou Suisses.

Ce néosilbersalvarsan a soulevé un grand enthousiasme en Allemagne.

Ce corps contient environ 22.4 d'arsenic et 14 % d'argent. La solution se fait directement avec l'eau bi-distillée je vous conseille de l'employer sous un assez gros volume, comme le disodosalvarsan, avec la grosse seringue de 20 cmc. Tirez même un peu le piston, de façon à atteindre environ 25 cmc. C'est qu'en effet ce corps est caustique et peut thromboser la veine s'il n'est pas assez dilué.

En raison de cette causticité, on n'emploie guère le néo-silbersalvarsan en injections musculaires. Pourtant, quelques auteurs allemands

et Duhot, de Bruxelles, n'hésitent pas à le faire, dans les cas où les injections veineuses sont impossibles, notamment chez les enfants. D'après ces auteurs, les injections musculaires sont légèrement douloureuses, mais très supportables. Je me permets d'en douter un peu, car les injections de disodoluargol ou de néosilbersalvarsan sont beaucoup plus douloureuses que celles de 914 qui déjà déterminent des douleurs souvent intolérables. Donc, en pratique, l'injection veineuse est seule à retenir.

Les doses de début sont de 0.05 centigr. pour les malades fragiles, par exemple pour un sujet d'un poids faible, une femme, pesant une cinquantaine de kilos. Au contraire, chez un individu résistant, on peut commencer par 0.10 centigr. et même 0.15. On augmente les doses par 0.05 centigr. Dans un cas urgent, on peut les élever par 0.10 centigr., on arrive ainsi progressivement à la dose maxima de 0.20 à 0.25 centigr. chez une femme ou un adolescent, et de 0.30 à 0.35 centigr. chez l'homme.

L'espacement des doses est de 2 à 5 jours suivant la dose. Lorsqu'on fait de petites doses de 0.05 et 0.10 centigr., on peut les espacer seulement de 2 jours. Lorsqu'on atteint 0.30 et 0.35 centigr., on fait des espacements de 5, 6 et même parfois 7 jours.

Le nombre des injections varie suivant les auteurs. Généralement, c'est 12 à 15, quelquefois 20. Ce nombre variera évidemment suivant la dose maxima à obtenir. En pratique, la plupart des auteurs s'arrêtent à 2 ou 3 gr. Chez les enfants, beaucoup d'auteurs allemands ont employé des doses plus fortes ; Leutzmann, notamment, emploie 0.007 milligrammes et demi par kilogramme du poids de l'enfant ; Töpfer n'hésite pas à employer chez les enfants la dose maxima de 0.015 milligrammes par kilogramme. Cette dose me semble excessive, car elle correspondrait, chez un adulte, à 0.90 centigr. de silbersalvarsan, dose que je considère, jusqu'à preuve du contraire, comme dangereuse. Par conséquent ne dépassez pas les doses correspondant à environ 0,35 centigr. pour un adulte de 60 kilos.

D'après Kolle, il n'y a pas d'intérêt, lors d'une première cure, à associer le mercure ou le bismuth à l'arsenic sous forme de néosilbersalvarsan, de façon à mieux surveiller la tolérance ; mais cette association sera faite dans une cure ultérieure. En effet, le pourcentage des Wassermann négatifs est plus élevé avec le mercure combiné, on entend par là le mercure injecté un ou deux jours avant ou après le néosilbersalvarsan. Par exemple, dans la statistique de Kolle et des auteurs allemands, le Bordet-Wassermann est négatif dans 50 % des cas, avec le silbersalvarsan seul ; on contraire le Bordet-Wassermann est négatif dans 94,6 %, c'est-à-dire dans plus de neuf dixièmes des cas, avec l'association arsenicale et mercurielle. Il y a donc avantage à associer au sel arsenical le mercure ou le bismuth.

Quels sont les avantages du sel argentique ? D'après ses partisans, très nombreux en Allemagne, en Belgique et en Amérique, il serait aussi actif que le vieux 606, beaucoup plus maniable que lui, et n'offrant pas plus de risques.

Duhot, qui a colligé les expériences allemandes et fait des expériences nouvelles, insiste (*Revue belge d'urologie et de syphiligraphie*, 1921, nº 2, page 39) sur la rapidité des guérisons cliniques et sérologiques obtenues avec le néosilbersalvarsan. Il signale des cas particulièrement intéressants pour la pratique : 5 malades, intolérants au 914, ont bien toléré le néosilbersalvarsan. Ce serait donc un grand progrès. Mais un nouveau produit arsenical doit toujours être jugé avec le critérium des syphilis nerveuses. Or, il faut reconnaître que le nouveau produit n'a pas donné de résultats supérieurs aux autres dans le traitement des tabétiques et des P. G. Je crois donc prudent de s'abstenir de tout emballement à son égard, d'autant que le néosilbersalvarsan entraîne très souvent des phénomènes d'intolérance ; les phénomènes congestifs, les ébauches de crises nitritoïdes sont assez habituels, ce qui, d'ailleurs n'aurait aucune importance si le produit était réellement très supérieur aux autres arsenicaux.

De plus le néosilbersalvarsan ne paraît pas être moins dangereux que les autres arsenobenzènes. On connaît déjà 4 cas de mort assez impressionnants.

Dans un cas de Ricke, le malade mourut 33 jours après la dernière injection ; il avait reçu en tout 7 injections, représentant 1 gr. 30 de néosilbersalvarsan, par conséquent une dose modérée. Le malade succomba à une dermatite généralisée, compliquée de pleurésie et de pneumonie.

Dans un cas d'Hoffmann, un syphilitique secondaire est mort 6 jours après la quatrième injection. Les injections étaient de 0.05, 0.15, 0.25, 0.30 centigr., par conséquent très correctes. Il succomba à une encéphalite hémorragique arsenicale.

Dans un troisième cas, de Behring, la mort survint après 3 injections de 0.10, 0.15 et 0.20 centigr., avec le même syndrome.

Dans un quatrième cas, de Schulz, la mort survint après la troisième injection (de 0.20) comme précédemment.

Je crois donc prudent de réserver l'emploi du néosilbersalvarsan aux cas d'exception, c'est-à-dire chez les malades arséno-résistants ou arséno-récidivants.

VI. — Sulfarsenol.

Un autre arsenobenzène, excellent et très employé, est le sulfarsénol, fabriqué en France

par Lenhoff-Wylde. Il se présente sous forme d'une poudre jaune et a le grand avantage d'être non oxydable à l'air.

Expérimentalement, il est 4 fois moins toxique que le 914. Il rendra donc de grands services chez les malades intolérants aux autres arsenicaux. Son efficacité est au moins égale à celle du 914. Les doses commerciales s'échelonnent par 0.06 centigr., de 0.006 à 0.60 centigr., puis par 0.12 centigr., de 0.60 à 0.96 centigr.

Il s'emploie selon la même technique que le 914, c'est-à-dire dissout dans un volume de 2 cmc. d'eau bi-distillée, et on l'injecte au moyen de la petite seringue.

On peut employer le sulfarsénol par la voie rectale, avec les mêmes incertitude que le 914.

On l'emploie aussi en injections intra-musculaires et sous-cutanées. Pour les premières, la technique indiquée par Yernaux de Bruxelles, est à recommander : dans l'ampoule ouverte de sulfarsénol on projette 8 à 10 gouttes, soit un demi-centimètre cube d'eau bi-distillée, quantité suffisante pour dissoudre, 0.60 centigr. si on a soin d'attendre quelques instants et d'agiter la solution avec une baguette de verre stérilisée. Puis on ajoute 1 à 2 cmc. d'huile d'olives stérilisée, en aspirant et en refoulant le mélange avec la seringue dans l'ampoule, on émulsionne, et l'émulsion ainsi obtenue est aussitôt injectée au malade. Cette solution est très bien tolérée par les muscles et a l'avantage de permettre une résorption lente.

Si l'on veut injecter le sulfarsénol sous la peau : *a*) il faut abandonner la région classique de la fesse ou de la face externe de la cuisse et il faut faire l'injection dans le tissu celluleux lâche périthoracique, en évitant de plonger l'aiguille dans le tissu adipeux, ce qui amènerait une nodosité souvent douloureuse (il suffit de faire pivoter l'aiguille pour s'assurer qu'elle est bien dans le tissu cellulaire).

b) Une deuxième précaution est de préparer le sulfarsénol en solution aqueuse à 6 % : par exemple, pour injecter une dose de 0.60 centigr. sous la peau, on dissoudra le produit dans 10 cmc. d'eau distillée (pour les injections sous-cutanées, l'emploi d'une grosse seringue n'a aucun inconvénient).

c) Troisième précaution : il faut pousser le piston de la seringue avec une extrême lenteur ; ainsi une injection de 0.10 centigr. demande 3 ou 4 minutes.

Les doses maxima sont celles du 914, on atteint facilement 0.72, 0.84, 0.96 centigr. Les doses totales sont identiques, environ 5 à 7 gr.

Rappelez-vous les trois règles indiquées plus haut : — espacement de 0.15 centigr. par jour, — dose maxima pour une injection de 0.01 centigr. et demi par kilogramme — une dose totale d'environ 0.10 centigr. ; par exemple, un adulte pesant 75 kilos atteindra une dose totale d'environ 7 gr. 50.

VII. — 592-132 Eparséno.

L'éparséno (Poulenc) est le 592 allemand perfectionné, rendu inoxydable, stable et utilisable, grâce aux recherches patientes et aux 132 essais de M. Pomaret, d'où le nom de 592-132.

L'éparséno est vendu en solution sous forme d'un liquide brun très foncé, couleur madère. Il contient environ 40 % d'arsenic. La solution est à 0.125 centigr. par centimètre cube et un centimètre cube de la solution d'éparséno correspond à 0.25 centigr. de 914 ou de sulfarsénol ; par conséquent 2 centimètres cubes, à 0.50 centigr., 3 cent. cubes à 0.75 centigr. de 914 etc.

L'éparséno est aussi efficace, à dose égale, que le vieux 606 ; il est très peu toxique. Sa toxicité immédiate est pratiquement nulle. On ne lui voit jamais produire de crises nitritoïdes. Par contre, sa toxicité lointaine est la même que celle des autres arsénobenzènes, c'est-à-dire qu'on a pu observer avec ce produit des érythrodermies arsenicales.

Si on veut forcer les doses, et surtout si le malade est tolérant, au point de vue de l'absorption, l'éparséno peut être employé en injections intraveineuses dilué dans 5 à 10 cmc. d'eau distillée ; mais presque tous les auteurs l'emploient en injections intra-musculaires.

En injection intramusculaire, ce corps étant souvent douloureux, il est préférable de l'associer à un anesthésique : « anesthésique spécial de Poulenc » ou solution huileuse à 5 % de para-amido-benzoate de butyle (ou scuroforme des Usines du Rhône). On le mélange à parties à peu près égales à l'éparséno. A défaut de ce produit, on peut employer un autre anesthésique :

Novocaïne	ââ 0,006 à 0,012
Stovaïne	milligrammes
Glucose pur	0.50 centigr.
Eau distillée	q.s. pour 1 cmc.

On mélange en aspirant dans la même seringue l'éparséno et l'anesthésique ; on aura soin d'agiter vigoureusement la seringue pour émulsionner. On injectera immédiatement l'émulsion ; car les deux liquides se séparent et se superposent par le repos.

Les doses injectées sont ordinairement, au début, d'un demi-centimètre cube d'éparséno, à un cmc. puis un cmc. à un cmc. et demi enfin deux centimètres cubes, qu'on ne dépasse guère en pratique, non pas que l'éparséno soit toxique, mais à cause de la douleur locale. S'il fallait atteindre de hautes doses, on pourrait, le même jour, en deux points différents, injecter 2 cmc. d'éparséno, c'est-à-dire l'équivalent de 1 gr. de 914. Mais ordinairement on reste à la dose totale

de 1 cmc. 1/2 à 2 cmc., répétée 2 fois par semaine ou de 1 cmc. répétée 3 fois par semaine. Ces injections intra-musculaires peuvent être pratiquées d'ailleurs par une infirmière, par un membre de la famille, ou par le malade lui-même, dans la région fessière.

VIII. — 190 Stovarsol-acétylarsan.

Un autre arsenobenzène tout récent est le 190; en chimie, acétyloxyaminophénylarsinique étudié par Levaditi et Navarro-Martin; on le trouve dans le commerce sous deux marques différentes, le stovarsol (Poulenc) et l'acétylarsan des Usines du Rhône.

Le stovarsol est présenté sous forme de comprimés de 0.25 centigr. et sert surtout pour l'administration buccale.

L'acétylarsan est une solution aqueuse, incolore et limpide, à 25 %, contenant par conséquent 0.25 centigr. de principe actif par centimètre cube. Les ampoules sont de 4 cmc., elles contiennent environ 1 gr. de 190.

Les expériences de MM. Levaditi et Navarro-Martin, au point de vue prophylactique, chez les singes et l'homme montrent que ce corps a une action préventive certaine.

La dose nécessaire est de 1 gramme par jour. On prend le matin à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner, 4 comprimés de 0.25 centigr. de stovarsol, dissous dans l'eau. On répète cette administration pendant 5 jours, suivis de 4 jours de repos, puis on recommence pendant 5 jours.

On s'est servi également de la voie digestive et des comprimés de 190 pour traiter les syphilitiques. Mais on se heurte au dilemme suivant : ou donner des doses suffisantes, qui produisent des troubles digestifs et même quelquefois du subictère, c'est-à-dire intoxiquer les malades ; ou bien rester à des doses modérées, bien tolérées, mais insuffisantes pour agir sur la syphilis.

Les injections se font dans la veine ou dans le muscle. Leur gros avantage est d'être, de toutes les injections arsenicales, certainement les moins douloureuses. On peut injecter en une fois 1, 2, 3, 4 cmc., cette dose pouvant être répétée deux fois par semaine. Les auteurs lyonnais recommandent d'espacer les piqûres de 5 jours. La dose totale est celle du 914 (donc 5 à 7 gr.), ou même un peu plus élevée. On a pu dépasser 10 à 12 grammes. Mais méfiez-vous, car dans un cas j'ai vu le malade présenter des symptômes de névrite périphérique arsenicale. En effet, le 190, comme tout arsenical, peut intoxiquer et il est préférable de rester au-dessous de 10 grammes.

Quelques auteurs lyonnais et toulousains, notamment Chatellier, Maroux et Valdiguier, ont publié une série d'observations tendant à prouver que le 190 est aussi efficace que le 914. *Tel n'est pas mon avis. J'ai traité, par exemple,* des malades atteints de roséole et de plaques muqueuses, chez qui le 190 n'a amené la disparition des phénomènes qu'au bout d'environ un mois et nous savons que dans la règle c'est en moins de 15 jours qu'une roséole disparaît par le 914. De même sur la réaction de Wassermann le 190 agit très lentement. Je n'ai jamais vu cette réaction rendue négative par deux ou trois cures de 190. MM. Sézary et Pomaret ont suivi des cas du même ordre : notamment dans trois cas où, malgré l'injection de doses totales de 21 gr., 41 gr., 47 gr., le Wassermann resta positif.

Expérimentalement, MM. Sézary et Pomaret (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 23 février 1923, n° 7, page 318) concluent d'après la spirochétose des poules, qui est le meilleur test biologique expérimental, que le 190 a une activité spirillicide 5 fois plus faible que le 606, 3 fois plus faible que le 914.

C'est donc un corps qui, cliniquement et expérimentalement, est moins puissant que le 914, le sulfarsénol, l'éparséno, etc., et d'autre part on ne peut élever les doses de crainte de la saturation arsenicale ; il faut donc réserver son emploi : aux malades qui sont intolérants aux autres sels arsenicaux, — à ceux chez lesquels, pour une raison quelconque, et comme il arrive en clientèle, on ne peut faire des injections intraveineuses — aux sujets qui, traités jusque-là uniquement par des injections intramusculaires ou sous-cutanées des autres arsénobenzènes, présentent des phénomènes douloureux empêchant de continuer. Dans ma pratique le 190 est donc un médicament de complément.

IX. — Tryparsamide.

Enfin, pour terminer, je vous citerai un arsenical nouveau, étudié surtout par les Américains, la tryparsamide, en chimie le sel de sodium de l'acide N phényl-glycérine-amide-parsonique de W. A. Jacobs et M. Heidelberger. Ce corps a été expérimenté par Louise Pearce et W. H. Brown, Lorentz Lœwenhart Bleckweim et F.-J. Hodges. (*The Journal of the American medical Association* du 26 mai 1923).

Il est livré dans le commerce en ampoules de 3 grammes, dose que l'on fait dissoudre dans 10 cmc. d'eau bidistillée et que l'on injecte dans la veine, suivant la même technique que le 914. Les auteurs américains recommandent instamment d'injecter dans l'intervalle un sel mercuriel, le salicylate de mercure. Ils font 8 injections hebdomadaires de tryparsamide et 9 injections de salicylate de mercure, soit une cure d'environ 8 semaines, puis un repos de 5 semaines, une deuxième cure suivie d'un repos, enfin une troisième cure de tryparsamide. Les résultats seraient merveilleux, notamment dans les syphilis nerveuses.

Voici la statistique des auteurs américains :

Sur 42 P. G., 21 ont pu quitter l'hôpital et reprendre leur travail, ce qui donne un pourcentage de guérison remarquable, de 50 %. Dans 12 cas, où le traitement a été institué à une période très précoce 7 patients ont récupéré leur état mental complet et les 5 autres, qui mentalement semblaient guéris, n'ont été conservés à l'hôpital que parce que leur séro-réaction dans le liquide céphalo-rachidien était encore positive. Les auteurs américains citent également dix cas de syphilis méningo-vasculaire : 4 fois le Bordet Wassermann devint négatif, dans le liquide céphalo-arachidien.

Le tryparsamide comporte malheureusement quelques inconvénients, à cette dose élevée de 3 grammes, il est toxique pour les nerfs, notamment pour le nerf optique, d'où sa contre indication dans les troubles optiques, or précisément on sait que les tabétiques et les P. G. sont souvent atteints de névrite optique.

***

Voilà très résumé l'état actuel de l'arsénothérapie.

En pratique, servez-vous en injections intraveineuses du 914 ou du sulfarsénol.

Lorsque vous avez des malades résistants et que vous désirez agir plus puissamment, employez le vieux 606, ou le néosilbersalvarsan, ou le disodoluargol. ;

Lorsque vous voulez recourir à la voie souscutanée employez le sulfarsénol, ou, pour les petites doses, le 914 ;

Pour les injections intramusculaires, utilisez soit le sulfarsénol, soit l'éparséno ;

Enfin retenez trois corps à l'étude, le salvarsan natrium, le néosilbersalvarsan et la tryparsamide.

Quels que soient le produit et la voie d'introduction, partout et toujours il ne faut pas se contenter de l'arsenic seul, il faut, dans les mêmes cures ou dans des cures alternées, associer à l'arsenic le bismuth et le mercure.

(*Leçon faite à l'hôpital St-Louis, recueillie par le* Dr LAPORTE *et revue par le professeur.*)

LE PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE APPARTIENT-IL AU PRATICIEN ?

Par le Dr André BERNOU (de Châteaubriant).

Après la si attachante discussion que le professeur Jousset et le docteur Giraud viennent de soutenir dans le *Concours Médical* (25 novembre 1923), il semblerait qu'il ne reste plus rien à dire au sujet de la réalisation du pneumothorax, par le praticien. Le docteur Giraud conclut à l'impossibilité de vulgariser, dès maintenant, une méthode dont la conduite est très délicate et nécessite le contrôle radiologique, tandis que le professeur Jousset, constatant la simplicité de l'intervention en elle-même, admet que le « penumothorax appartient au praticien » dans les *cas d'urgence* de pneumonie caséeuse *non encore caséifiée*, après que la sérothérapie a été jugée inapplicable, impuissante ou insuffisante.

Et pourtant, n'est-ce que dans ces conditions que le praticien pourra se risquer à tenter le pneumothorax ? Il me semble en effet qu'il est un point qui peut concilier bien des choses, auquel ces deux auteurs n'ont pas cru devoir faire allusion : c'est la *collaboration du praticien avec le spécialiste et le radiologiste.*

Je m'accorde entièrement avec M. Giraud pour constater que : « le pneumothorax est une intervention délicate dont le résultat final dépend avant tout de la compétence de celui qui la pratique. » Et si, personnellement, j'ai soutenu avec mon confrère Laurans (*Gazette Médicale de Nantes*, 15 nov. et 1er déc. 1922) qu'il est à désirer que tous les praticiens s'intéressent dorénavant à la collapsothérapie, j'en ai profité pour insister, dans ce même article, sur les nombreuses *complications qui peuvent surveni*, au cours du traitement par la méthode de Folanini ; pleurésies séro-fibrineuses et purulentes, perforations pleuro-pulmonaires, symphyses pleurales, réaction de base opposée, hernie pleurale, trans-médiastinale etc. Il est, en effet, indispensable que le praticien qui se lance dans la collapsothérapie connaisse toutes les complications qui pourront survenir au cours de ses cures. Et là, je m'associe avec MM. Jousset et Giraud pour souhaiter que « l'éducation du corps des praticiens soit plus poussée en matière de phtisiologie. »

Devons-nous toutefois attendre l'arrivée des nouvelles générations médicales pour faire bénéficier les malades des avantages de la collapsothérapie ?

Il me paraît évident que la plupart des praticiens pourraient, avec un peu de travail et quelques leçons pratiques, se mettre au courant de la méthode de Folrlanini. Pour les *indications* parfois un peu délicates, pour les *complications* qui peuvent surprendre, n'est-il pas toujours possible au praticien de s'en remettre à un médecin spécialiste ? Nul doute d'ailleurs qu'après une telle collaboration, le praticien ne devienne à son tour aussi compétent que le « spécialiste ».

Reste un point un peu embarrassant : la nécessité de l'examen radiologique. Pour M. Giraud, il est toujours indispensable. Pour M. Jousset, on peut à la rigueur s'en passer dans ces cas « d'urgence » où il

autorise le pneumo au praticien, ces cas d'urgence se résumant pour lui à la pneumonie caséeuse dont les signes cliniques sont assez nets. C'est une opinion à peu près équivalente que j'ai soutenue... et j'ai sur la conscience d'avoir arrêté par quelques insufflations, sans examen radiologique préalable, des hémoptysies qui devaient emporter un de mes malades. Toutefois, ces interventions doivent demeurer l'exception, et si on juge ensuite, en raison des signes cliniques constatés avant les insufflations, utile d'entretenir le pneumo, on devra faire la preuve radiologique de l'état satisfaisant du poumon opposé.

Nous savons d'ailleurs maintenant, depuis les travaux de Parry Morgan (de Cardiff), de Gwerder Pedoja (de Davos), ceux des Américains Barlow et Kromer, que même des lésions du poumon opposé peuvent être favorablement influencées si l'on se contente de pressions intra-pleurales très faibles, inférieures à la pression atmosphérique. Mes recherches sur le pneumothorax électif confirment cette opinion (*Journal des Praticiens*, 7 juillet 1923).

Donc, si on a dû faire le pneumo d'urgence, sans l'examen radiologique préalable, celui-ci permettra ultérieurement de régler le collapsus de façon à éviter tout danger et en conserver un bénéfice durable.

Doit-on limiter là l'action du praticien en matière de collapsothérapie ? Il me semble de prime abord que lorsque celui-ci aura réalisé quelques pneumos d'urgence, il ne résistera pas à la tentation de traiter les cas où la méthode Forlanini s'impose : dans les formes ulcéreuses progressives. Le jour où le praticien sera convaincu de l'efficacité du pneumo, il hésitera peut-être quelquefois, il faut bien l'avouer, à perdre des clients au profit du spécialiste. Il trouvera préférable d'insuffler lui-même son malade plutôt que de lui imposer très souvent des déplacements parfois longs et fatigants, pour recevoir des insufflations que le spécialiste serait tenté de faire en « surpression » pour les espacer ; ce fait s'est produit plusieurs fois à ma connaissance dans des pneumos en « cure libre », selon l'expression de Dénécheau et Amsler, et cela au détriment du malade.

Le praticien n'a pas le plus souvent d'installation radiologique chez lui ; mais devons-nous en conclure qu'il ne peut pas profiter de celles de ses confrères radiologistes ? Si cela était nécessaire pour chaque insufflation, il y aurait évidemment là presque une impossibilité. Heureusement il n'en n'est rien. L'examen radiologique est indispensable avant le traitement, sauf les cas d'urgence précités, pour poser les indications du pneumo ; les premières insufflations réalisées, il est également indispensable de s'assurer de l'étendue du décollement par les rayons X. Par la suite, la radiologie n'aura qu'une utilité intermittente ; si le praticien ne varie pas les conditions de pression « les examens radioscopiques pratiqués de temps en temps seront utiles en ce qu'ils confirment au praticien l'état du collapsus et lui donnent la confiance nécessaire à la conduite de ce traitement ». Par contre, chaque fois que l'on redoute une complication quelconque, les rayons X sont *indispensables*. Le plus souvent, rien n'empêchera le praticien de s'adresser à un spécialiste qui indiquera la ligne de conduite, ou a un radiologiste le jour où le praticien aura acquis lui-même une suffisante connaissance de la méthode.

« Dans la pratique courante, le malade pourra facilement se rendre au centre radiologique le plus proche quand le praticien aura le moindre doute, et dans le cas plus rare de complications immobilisant le malade, si le praticien désire ce supplément d'information, il a actuellement la ressource de faire venir un spécialiste possédant une voiture radiologique. (Laurans et Bernou, *Gaz. Méd. de Nantes*, *loc. cit.*).

En réalité, le praticien n'aura pas souvent à recourir à la radiologie s'il n'entreprend pas de chroniques, de malades trop avancés et plus ou moins cachectiques. Il aura encore moins d'ennui s'il sait éviter les pressions intra-pleurales élevées et, à ce point de vue, la formule un peu absolue du pneumo avec pression maintenue au voisinage du zéro (pneumo de repos de Leuret) ne me donne pas toute satisfaction ; on doit adopter la pression utile la plus faible possible. Quelquefois, il sera nécessaire de faire une pression positive au début, mais sauf s'il y a eu réactions pleurales, on pourra toujours, une fois les phénomènes morbides disparus, baisser considérablement la pression intra-pleurale.

Je n'ai jamais eu d'aussi bons résultats que depuis que j'ai adopté des pressions variant, suivant les malades, entre —4 et —12. Ce sont ces hypotensions qui m'ont conduit à régler la technique du pneumo électif, mais celui-ci, un peu plus délicat à manier, demande une grande habitude de la méthode de Forlanini et une surveillance radiologique plus sévère.

Qu'on ne croie pas que ces basses pressions soient insuffisantes. L'activité du pneumothorax ne dépend pas tant, ainsi qu'on a voulu le soutenir, du *repos complet* du poumon (ce repos n'existerait véritablement qu'avec des pressions très élevées, dangereuses pour la plèvre, les fonctions cardiaques et digestives et l'état général du malade), ni du rapprochement des parois des cavités pathologiques. On admet que la cicatrisation des cavernes se fait « comme la cicatrisation d'une plaie dont les lèvres sont rapprochées par une suture ». Dumarest, à qui j'emprunte cette citation, ajoute : « On peut même dire qu'il n'y a pas d'autre moyen pour une caverne importante de se cicatriser. »

J'ai cru longtemps devoir adopter cette opinion classique, mais depuis que le pneumo à basse pression m'a permis de mieux suivre le processus de guérison des cavernes tuberculeuses, j'ai toujours constaté la disparition de celles-ci, par un phénomène de sclérose rétractile périspeluncaire qui enserre la cavité comme un filet, réduit peu à peu son volume, jusqu'à la faire dipsaraître et ne plus se manifester radiologiquement que par un petit nodule sombre à l'écran, du volume d'un pois à celui d'une noisette. Et j'ajouterai qu'il est heureux qu'il en soit ainsi, cela

nous permet de comprendre que l'on ait pu guérir quelquefois, sans insufflations, des cavités pulmonaires, notamment dans les cas d'abcès ou de gangrène.

Il faut donc chercher autre chose pour expliquer l'action curative du pneumo. Je suis convaincu avec beaucoup d'auteurs que ce sont les modifications des circulations lymphatiques et sangulnes qui jouent le plus grand rôle. La suppression de la circulation lymphatique fait disparaître la résorption des toxines, arrête l'extension des lésions caséeuses puisque le bacille suit habituellement la voie lymphatique. La diminution de la circulation fonctionnelle sanguine réduit les phénomènes congestifs et favorise les processus scléreux.

Ces modifications de circulation sont obtenues le plus souvent avec des pressions fortement négatives. Il peut y avoir intérêt, au début, à atteindre et même à dépasser la pression atmosphérique (le zéro des collapsothérapeutes) pour vaincre la résistance de foyers pneumoniques et ralentir les résorptions toxiques, mais ceci obtenu, une pression beaucoup plus faible suffit à modifier la circulation sanguine et favoriser les processus scléreux.

Mais ceci déjà m'éloigne un peu du sujet sur lequel je voulais me cantonner. Je me permettrai de terminer en concluant :

Le pneumothorax artificiel a une technique simple, mais la conduite de la cure est assez délicate et nécessite une grande connaissance de la méthode. Le plus souvent, les insufflations pourront être abandonnées au praticien, mais les indications et la conduite de la cure, en cas de complications, devront être réservées au spécialiste jusqu'à ce que le praticien ait acquis une connaissance suffisante du pneumothorax. Dès lors, il pourra se passer du spécialiste, mais devra rester en constante liaison avec le radiologiste. Et pour me résumer : *Le pneumothorax est à la portée de tous les praticiens, à la condition qu'ils opèrent en collaboration avec le spécialis e et le radiologiste.*

***

Réponse à M. Jousset.

M. Jousset a bien voulu faire suivre mon article « Le pneumothorax appartient-il au praticien ? » d'une longue réponse. Je le remercie de la complaisance qu'il met à préciser, à mon intention, son point de vue. Sur quelques points, nous ne sommes donc pas éloignés de nous entendre ; mais sur d'autres, plus nombreux, le désaccord subsiste et, je le crains, de façon assez irréductible. Me sera-t-il permis, à mon tour, de dissiper un malentendu ?

M. Jousset me reproche de n'avoir pas reconnu, dans ce qu'il appelle des cas « peu avancés n'ayant pas dépassé le stade fluxionnaire », la pneumonie caséeuse au début. C'est exact, et je m'en excuse. Mais, je ne voudrais pas qu'à l'occasion de cette méprise, le débat pût dévier. Ce n'est qu'incidemment que j'ai été amené à envisager cette indication particulière du pneumothorax. Comme l'indique le titre même de mon article, l'objet de la controverse est le suivant : En l'état actuel des choses, le pneumothorax thérapeutique appartient-il au praticien ou au spécialiste ? Est-il, comme le veut M. Jousset, « *la plus simple des interventions* » ou, comme je le crois, « *une opération délicate, dont le résultat final dépend avant tout de la compétence de celui qui la pratique* ? » D'une façon générale, le médecin praticien possède-t-il ou ne possède-t-il pas, en matière de phtisiologie, les connaissances étendues nécessaires, moins sans doute pour créer un pneumothorax, que *pour conduire à bien* une cure particulièrement longue et difficile ? La radiologie est-elle ou n'est-elle pas indispensable avant, pendant et après la création du collapsus pulmonaire ? M. Dumarest a-t-il tort ou a-t-il raison de dire que « *seule* la radioscopie permet de voir ce qui se passe exactement dans le thorax ? » Suis-je moi-même dans l'erreur lorsque j'écris que « sans elle, le pneumothorax « est une méthode aveugle » ? Ou, est-ce au contraire M. Jousset quand il dit aux praticiens (c'est le sens de son article) : en présence d'une tuberculose aiguë, allez de l'avant ; pour créer et pour surveiller pendant de longs mois un pneumothorax, vous n'avez besoin ni de connaissances, ni d'outillage spéciaux ? Là, est le débat. Que le pneumothorax soit pratiqué dans les formes aiguës ou dans les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire, le problème, ainsi posé, reste le même et, dans leur ensemble, mes objections demeurent. Je maintiens intégralement ce que j'ai écrit au sujet de l'importance de la radiologie, des défaillances de l'auscultation, de la durée de la compression du poumon malade, et aussi de la nécessité pour tout médecin désireux d'utiliser la méthode de Forlanini, *d'accomplir un* stage d'entraînement auprès d'un spécialiste. M. Jousset estime qu'il suffira de « quelques leçons pratiques pour rafraîchir des idées surannées du praticien ». Qu'il me permette de ne pas partager son optimisme. Je ne crois pas qu'on puisse rafraîchir des « idées surannées », que nous appellerons en bon français des erreurs ; il faut les détruire et les remplacer par des notions exactes. Ce n'est pas là une mince entreprise, car trop souvent, on ne rencontre chez les praticiens, à l'égard des conceptions nouvelles en matière de phtisiologie, que scepticisme ou ironie. M. Jousset me permettra-t-il de lui dire qu'avec un peu de malignité, ceux-ci seraient en droit de trouver dans son article une sorte d'encouragement à persister dans leur attitude ?

Je tiens enfin à déclarer que si je considère comme primordial le rôle du médecin praticien

(1) Voir le *Concours médical*, n° 47, 1923 et n° du 8 juin 1923.

dans le dépistage de la tuberculose, je ne crois pas qu'on doive l'opposer à celui qui est dévolu au dispensaire, à condition, bien entendu, que celui-ci soit dirigé par un médecin compétent et doué de beaucoup de tact. Je pense que la lutte anti-tuberculeuse offre un champ d'activité suffisamment vaste pour que toutes les bonnes volontés et toutes les compétences puissent s'y rencontrer sans se heurter.

Dr A. GIRAUD,
Médecin assistant au sanatorium du Mont-Blanc, à Leysin.

***

Notre souci de l'impartialité nous a fait un devoir de publier les deux communications qui précèdent.

Si nous avons bien compris la thèse défendue par le professeur A. JOUSSET, il y aurait des pneumo d'urgence que devrait pouvoir faire tout praticien de médecine générale, suffisamment averti.

Nous nous en tiendrons là, de cette polémique, courtoise d'ailleurs, tout en proclamant, pour notre compte, que nous nous inclinons devant l'opinion du maître distingué, consciencieux et compétent qui veut bien honorer le *Concours médical* de sa collaboration, et que nous partageons ses idées sur la façon de concevoir et d'organiser la lutte antituberculeuse en général.

Nous n'acceptons pas de monopole de la tuberculose, encore qu'il soit profondément humain que des « orfèvres » le défendent, mais ils sont orfèvres....

Et nous disons, avec notre confrère FERRY, du *Syndicat des médecins de la Seine* :

« *Des médecins peuvent se spécialiser dans l'étude de la tuberculose et des affections pulmonaires, comme d'autres se spécialisent dans les maladies des enfants ; mais les tuberculeux restent, comme les enfants malades, dans la pratique journalière du médecin, et il n'est pas venu à l'idée de nos confrères spécialisés en médecine infantile de demander pour eux seuls le privilège de soigner les malades âgés de moins de 15 ans, à l'exclusion des autres médecins* ». (16 octobre 1923.)

G. DUCHESNE.

RŒNTGENDIAGNOSTIC DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

(E. LARRU. — *Archivos españoles de enfermedades del apparato digestivo,* novembre 1923.)

La muqueuse gastrique présente assez souvent des anomalies de forme et d'épaisseur, qui se traduisent, à l'écran, par un *aspect dentelé de la grande courbure* ou un *aspect aréolaire ou cannelé du corps de l'organe.* LARRU a observé ces anomalies dans 5 % des cas, sur 996 sujets examinés aux rayons X ou autopsiés ; SCHUTZE admet la proportion de 35 %.

LARRU a employé la technique suivante, qui ne présente d'ailleurs rien de particulier. Le malade, étant à jeun, est d'abord examiné en position debout, en situation antéro-postérieure, avec une incidence postérieure et avec une distance de 60 cm entre la pellicule et l'anticathode. Le temps de pose est d'une seconde ; l'intensité, de 40 milliampères. Au bout d'un quart d'heure, le malade est placé dans le décubitus latéral gauche. Il a ingéré 125 gr. de sulfate de baryte en suspension dans autant d'eau.

Pour observer l'aspect dentelé ou vermoulu de la grande courbure, il convient que l'estomac soit plein (1). Au contraire, pour les cannelures ou l'aréolation, l'estomac ne doit être qu'à demi rempli.

Le plus souvent l'aspect cannelé se montre en même temps que la dentelure et l'aspect aréolé.

On a une tendance à voir dans les anomalies précédentes un signe de cancer ; or c'est loin d'être la règle.

L'*aspect aréolaire et cannelé* traduisent une simple *hyperplasie* de la muquense, sans modification du péristaltisme. Dans cette forme de gastrite (*gastrite hyperplasique*), la muqueuse présente des plis et des sillons qui peuvent avoir 5 à 6 millimètres de hauteur ; ils sont surtout abondants le long de la grande courbure et dans la région moyenne de la paroi postérieure. Tantôt, ces saillies sont longitudinales et entrecroisées de plis, d'où *l'aspect mamelonné* ; tantôt, elles sont obliques.

Après ingestion de baryte, la paroi antérieure reste par endroits accolée à la paroi postérieure ; il y a alternance de parties vides et d'autres revêtues de baryte. D'autre part, en raison de la contractilité moindre de la grande courbure par rapport à la petite courbure, la baryte est dirigée vers la cavité gastrique (1), et la saillie des tractus conjonctifs qui unissent la *muscularis mucosæ* à la muqueuse donne l'aspect vermoulu.

L'*aspect dentelé* est dû à un *état hyperkinétique,* joint à un *hypertrophie* très accentuée de la muqueuse.

En résumé, il s'agit, en général, d'un processus de *gastrite rugueuse*, auquel se joint une *modification du tonus.*

Mais, il peut s'agir d'autre chose : soit de *mouvements péristaltiques spasmodiques*, soit d'un *processus*

(1) Ce qui paraît difficile avec cette quantité (L. Prou.)

(1) « Al desviar la substancia de contraste hacia la cavidad gastrica ».

ulcéreux ou ulcéro-cancéreux, soit d'*aérocolie de l'angle sphénique*. Les *tumeurs abdominales* peuvent également donner lieu à l'une des images précédentes.

Il faut se garder d'exercer sur l'estomac des pressions plus ou moins énergiques, car c'est mettre cet organe dans un état artificiel, et on risque ainsi de créer une pseudo-anomalie.

La différence de fréquence entre la statistique de LARRU et celle de SCHUTZE vient sans doute de ce que ce dernier s'est contenté de radioscopie. C'est la *radiographie seule*, qui est valable et l'examen en position couchée oblique.

L. PRON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de la névralgie faciale.

« A l'heure actuelle, disent MM. P. BROCQ et MADURO, pour traiter une névralgie faciale, c'est tout d'abord par l'alcoolisation qu'il faut commencer ; c'est une méthode simple, facile, bien réglée, qui assure au malade un soulagement de plusieurs mois, au bout desquels l'affection récidive ; de nouvelles injections d'alcool pourront être suivies de nouvelles périodes de sédation, de plus en plus brèves d'ailleurs. Après une ou plusieurs alcoolisations efficaces qui ont fait la preuve du caractère essentiel de la névralgie faciale, c'est à la neurotomie rétro-gassérienne qu'il faut recourir, puisqu'elle est tout à la fois bénigne dans ses suites et radicale dans ses résultats définitifs ». (*Bull. méd.*, 3 novembre 1923.)

La leucémie aiguë chez l'enfant.

C'est la forme la plus fréquente des états leucémiques. Elle débute brusquement, comme une infection aigue, par de la céphalée, de la fièvre, des douleurs articulaires, dans la majorité des cas. Parfois, c'est une angine, une hémorragie, une stomatite qui marque le commencement de l'affection. Puis, les organes hématopoiétiques réagissent fortement. Rate, foie, ganglions, s'hypertrophient notablement. Des lésions buccopharyngées, parfois précoces, apparaissent toujours d'une façon constante : gingivo-stomatite, liseré grisâtre sphacélique des gencives, tuméfaction des amygdales. L'état général est profondément touché, état caractérisé surtout par une adynamie intense. Les urines sont peu abondantes, et renferment un excès d'acide urique et de bases puriques. Des œdèmes localisés ou généralisés sont observés. Si l'on pratique l'examen du sang, on note une diminution des hématies, avec une augmentation des leucocytes, parmi lesquels les formes indifférenciées prédominent. L'évolution aboutit toujours à la mort, au bout de quelques semaines à quatre mois en général. La radiothérapie ainsi que le traitement arsénobenzolique restent inefficaces.

Le diagnostic est à faire avec de nombreuses affections, selon le symptôme dominant : scarlatine, rhumatisme articulaire aigu, ostéomyélite, oreillons, fièvre typhoïde, granulie, tuberculose pulmonaire, angine diphtérique, angine de Vincent, maladie de Barlow, purpuras hémorragiques, hémophilie, anémies graves...

L'examen du sang, qui doit être toujours pratiqué systématiquement, en révélant la formule leucocytaire spéciale à la leucémie aiguë, lèvera les doutes.

Pour MM. LEREBOULLET et BOULANGER-PILET, l'origine infectieuse de cette affection paraît vraisemblablement due à un agent pathogène inconnu que des recherches ultérieures permettront peut-être de découvrir. (*Paris médical*, 3 novembre 1923.)

Traitement des tumeurs malignes de la vessie par le mésothorium

Devant l'inefficacité des nouveaux traitements des cancers vésicaux par l'électro-coagulation, la curiethérapie, les cystectomies totales ou partielles, MM. LEGUEU, MARSAN et FLANDRIN ont eu l'idée de s'adresser au mésothorium, gaz rare dérivé du thorium, et dont la puissance du rayonnement est d'autant plus grande, qu'il se désintègre plus rapidement (5 ans).

Ils ont utilisé le bromure de mésothorium en injections intra-veineuses de la solution B (1 microgramme par cmc.), et en instillations intra-vésicales ou injections intramusculaires de la solution C (2 microgrammes par cmc.) pour 9 cas de tumeurs malignes inopérables de la vessie, accompagnées de troubles fonctionnels des plus marqués. Tantôt le mésothorium a été employé seul, tantôt en association avec l'électro-coagulation.

La contre-indication qui doit faire suspendre ce traitement pendant quelque temps est la diarrhée, qui marque le début de l'intoxication.

Les résultats ont été des plus encourageants. Les hémorragies ont disparu rapidement et ne se sont plus reproduites. Les urines « bouillon sale » se sont clarifiées. Les douleurs se sont nettement amendées dans 8 cas ; la pollakiurie, par contre, n'a jamais été complètement supprimée.

Au point de vue de la tumeur elle-même, les auteurs ont noté deux fois l'affaissement, le ratatinement, puis la disparition complète. Trois autres malades sont encore en traitement : l'amélioration chez eux est nette, et la tumeur a considérablement diminué.

Pour être moins brillants, les résultats obtenus dans les quatre autres cas n'ont cependant pas été nuls, et l'action sur l'état général, les hémorragies et les urines a été très nette.

« Il nous a paru déjà que le mésothorium pouvait être appliqué au traitement palliatif et peut-être curatif des néoplasmes malins de la vessie. Son innocuité, son maniement facile, son prix accessible à toutes les bourses, permettent d'en élargir les indications. Les résultats récents, mais encourageants, que nous avons obtenus nous incitent à en vulgariser la pratique pour établir, sur un grand nombre de faits, la valeur réelle de cet agent radio-actif. » (*Journal d'Urologie*, août 1923.)

La tuberculose pulmonaire fermée.

Que faut-il entendre par « tuberculose pulmonaire fermée » ? Quelles sont les bases du diagnostic de la tuberculose dite « fermée » cliniquement ! Quelles sont les limites du diagnostic de la tuberculose dite « fermée » ?

Après avoir largement développé ces points, MM. Emile Sergent et Pierre Pruvost disent, comme conclusion, qu'on n'a pas le droit de nier la tuberculose fermée évolutive, mais qu'il faut la considérer comme relativement rare, et que l'accord serait peut-être plus facile entre les phtisiologues si à l'épithète « *évolutive* », on substituait l'épithète « *active* ».

En effet : « *une tuberculose active* est une tuberculose non éteinte, dans laquelle le foyer est un centre de culture bacillaire. Une *tuberculose évolutive* est une tuberculose dans laquelle le foyer ou les foyers s'étendent sur place et essaiment. Une tuberculose évolutive est nécessairement une tuberculose active ; une tuberculose active peut n'être pas évolutive, si elle ne s'étend pas sur place et si elle n'essaime pas ».

Le diagnostic de « *tuberculose fermée* » est un diagnostic, qui ne doit être porté qu'*avec sursis, à titre de présomption et de probabilité*. C'est un *diagnostic d'attente*, qui comporte *la nécessité de tenir le sujet en observation* ; de celle-ci résultera tôt ou tard *la confirmation du diagnostic posé avec le bénéfice du sursis*.

« On ne peut, du point de vue pratique, formuler le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez l'adulte, lorsqu'il n'y a pas de bacilles dans les crachats, que d'une manière provisoire, et sous la réserve d'une observation prolongée et rigoureuse ». (Vᵉ Congrès français de la tuberculose, Strasbourg).

E. Rist exprimait ainsi la même opinion : « Je ne veux pas dire qu'un malade, présentant les signes physiques d'une lésion pulmonaire localisée, et dont l'expectoration, plusieurs fois examinée, n'est pas bacillifère, ne soit certainement pas tuberculeux. Mais je dis que, l'expectoration bacillifère faisant défaut, notre devoir est de chercher sérieusement et honnêtement si les symptômes et les signes observés ne seraient pas explicables par une maladie autre que la tuberculose. Si cette recherche, conduite avec persévérance, ne mène à rien, alors, mais alors seulement, nous serons justifiés à admettre le diagnostic de tuberculose, par *exclusion*, pour ainsi dire, et à titre d'hypothèse provisoire. »

D'ailleurs combien de patients n'est-il pas, qui, considérés quelques mois auparavant comme de faux tuberculeux, deviennent ultérieurement de vrais tuberculeux cliniques avec expectoration bacillifère ?

Pour concevoir la tuberculose fermée, on se souviendra qu'il peut exister dans le poumon de véritables épines sensibilisatrices, constituées par des foyers actifs, mais restant non évolutifs pendant longtemps. Leurs principales extériorisations sont les hémoptysies récidivantes et les pleurites à répétition ; mais elles sont suceptibles de se révéler aussi par des signes généraux, tel un état subfébrile plus ou moins prolongé, et par des signes physiques discrets, directs ou indirects, qui renseignent sur la localisation du foyer.

Pour résoudre le probème clinique, il faut avoir constamment présent à l'esprit le groupe des fausses tuberculoses, si nombreuses et si diverses, et se demander toujours s'il ne s'agit pas d'un de ces états pathologiques qui prennent le masque de la tuberculose, sans que le bacille soit en cause.

Toute question de doctrine mise à part, poser trop hâtivement le diagnostic de tuberculose fermée n'est pas sans conséquences fâcheuses, du point de vue pratique : c'est d'abord faire perdre un temps précieux au faux tuberculeux dont la maladie ne recevra pas le traitement qui lui convient ; c'est en outre, du point de vue social, encombrer les dispensaires, les sanatoriums et toutes les œuvres instituées pour la lutte antituberculeuse ; c'est aussi risquer de diminuer la natalité, en interdisant à nombre de fausses tuberculeuses le mariage ou la procréation. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1923.)

Carence alimentaire et tuberculose.

Parmi les facteurs classiques de la tuberculose, l'un des plus anciennement admis est la sous-alimentation ; la découverte même du bacille,

ne l'a pas fait déchoir de son premier rang, et récemment, la notion de la carence alimentaire est venue compliquer le problème, tant par elle même que par ses rapports de voisinage avec l'inanition.

Pour apprécier cliniquement le rôle de la carence alimentaire dans la tuberculose, il convient d'envisager successivement le rôle des maladies par carence proprement dites (carences simples ou plutôt carences à prédominance unique), et le rôle des carences multiples et compliquées (type carences de guerre).

D'observations cliniques et expérimentales, MM. Mouriquand, Michel et Bertoye concluent qu'une fois de plus doit être mise en évidence l'importance, en phtisiologie, du terrain, et par suite de la diététique, qui constitue l'agent modificateur le plus énergique de celui-ci.

Le développement de la tuberculose ne paraît pas nettement favorisé par les carences simples. Par contre, beaucoup plus néfastes sont les carences multiples et prolongées, généralement associées du reste à l'inanition, dont elles aggravent l'action.

Pour lutter efficacement contre la tuberculose sur le terrain diététique, il faut lui opposer un régime équilibré, varié, frais « vivant », où l'organisme puisse en quantité et en qualité, puiser tout ce qui lui est indispensable pour la lutte. Tout cela est d'autant plus nécessaire que devant l'infection tuberculeuse les besoins grandissent et que — l'expérimentation l'a prouvé — tels régimes, parfaitement suffisants à l'état normal, ne le sont plus quand il s'agit de faire les frais de la lutte contre le bacille.

Ce régime varié n'entrave pas directement l'extension bacillaire, mais il donne aux tuberculeux une nutrition meilleure et plus résistante aux toxines, prolonge la survie et permet dans certains cas des réactions anatomiques favorables qu'interdit un régime carencé.

Mais les organismes ne sont pas tous identiques. Certains ont, par hyperthyroïdisation ou autrement, un métabolisme plus actif. Ils réclament donc, à tuberculose égale, plus de substances minimales ou d'aliments spécifiques que d'autres. Il n'existe pas de régime antituberculeux type, mais des régimes adaptés à la nutrition et à la digestion de chaque sujet. Puisque « la tuberculose reste une maladie de misère, exacerbée par la carence alimentaire pris dans le sens le plus large et non spécialisée », ces régimes devront respecter, à côté de la quantité nécessaire, l'équilibre alimentaire et la notion de carence. (*Bulletin médical*, 24 novembre 1923.)

F. G.

Les Sociétés Savantes

Paris

Erythème polymorphe et zona.

(MM. J. Troisier et George. — *Soc. Méd. des hôpitaux* ; 2-11-1923.)

On connaît aujourd'hui les affinités qui unissent certaines dermatoses avec des maladies du système nerveux et l'on a créé à ce sujet une terminologie spéciale : celle d'ectodermoses neurotropes.

M. Troisier se demande si l'on ne pourrait pas ranger dans ce groupe l'érythème polymorphe et le zona. Il a eu l'occasion d'observer, dans le cours de l'été dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, une série de malades atteints les uns d'érythème polymorphe et les autres de zona. Il s'est agi d'une sorte d'épidémie intriquée des deux maladies. Elle soulève la question de l'identité du virus, tout au moins pour une catégorie d'érythèmes polymorphes. Alors que la clinique paraît opposer une neuro-ectodermose, le zona, à une ectodermose à peu près pure, l'érythème polymorphe, l'épidémiologie permet d'étudier leurs rapports sur le terrain étiologique.

Le bouton d'Orient (Leishmaniose cutanée).

(Mme Panayotatou, d'Alexandrie. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-11-1923.)

Le bouton d'Orient, connu aussi sous le nom de bouton de Biskra, de bouton du Nil, se développe presque toujours sur les parties du corps découvertes. On l'observe en divers pays d'Orient, et il a été vu également en Egypte. Mme Panayotatou a eu l'occasion de traiter, à Alexandrie, des malades présentant des localisations exceptionnelles (au sein en particulier) de ce bouton. Le diagnostic a été posé par la constatation des *leishmania tropica*. Le traitement par les injections locales d'émétine a donné de bons résultats.

L'auteur rappelle que le bouton d'Orient (*leishmaniose cutanée*) a une distribution différente du Kala-azar (*leishmaniose viscérale*). Cependant, en quelques pays (Calabre, Sicile, Le Caire, Alexandrie), les deux affections peuvent se retrouver ensemble.

Gangrène pulmonaire septicémique.

(MM. L. Kindberg et Mauvoisin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-11-1923.)

M. Lemierre présente une observation de MM. Kindberg et Mauvoisin relative à une forme septicémique frissonnante de la gangrène pulmonaire.

La malade, jeune femme de 29 ans, eut une période d'un mois de troubles septicémiques (accès fébriles violents, frissons, sueurs). Les recherches de laboratoire se montrèrent négatives et l'examen

des organes, des poumons en particulier, ne révéla rien de caractéristique.

Le diagnostic resta ainsi indéterminé jusqu'aux derniers jours précédant la mort. Alors apparurent des signes stéthoscopiques de cavernes gangréneuses avec expectoration fétide. En somme, la gangrène pulmonaire évolua ici pendant la plus grande partie du cycle clinique comme une septicémie. Seule, la fétidité de l'haleine attirait l'attention et pouvait faire penser à un processus pulmonaire.

L'acidose des néphrites.

(MM. Mathieu-Pierre Weil et Guillaumin. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 9-11-1923.)

On parle beaucoup de l'acidose du diabète. Pour être moins connue, l'acidose des néphrites a été signalée, cependant, par quelques auteurs : Peabody, Rathery, Chase, etc. MM. Mathieu-Pierre Weil et Guillaumin y ont consacré, de leur côté, une série d'études.

L'acidose leur est apparue comme un symptôme important de néphrites arrivées à une certaine période de leur évolution. Ce phénomène humoral peut s'accompagner de manifestations cliniques. La dyspnée en est un des éléments : on sait que l'organisme lutte contre l'acidose par la polypnée. Le délire, l'agitation, le coma en dépendent également quelquefois. La recherche de l'acidose n'a pas la valeur du dosage de l'azotémie, mais elle n'est pas sans intérêt.

Au point de vue pathogénique, cette acidose diffère de l'acidose diabétique. Elle relève d'un vice d'élimination, et non d'un vice de formation. Au point de vue thérapeutique, se présente la question du traitement alcalin. Il ne semble pas que l'on trouve là une indication bien nette encore dudit traitement, sous sa forme habituelle du moins.

— M. Rathery rappelle qu'il a insisté, il y a un an, avec MM. Desgrez et Bierry, sur l'état acidosique chez certains brightiques azotémiques et sur les renseignements pronostiques qu'il est susceptible de fournir.

Diabètes infantiles graves traités avec succès par l'insuline.

(M. G. Apert. — *Société médicale des hôpitaux* ; 23-11-1923.)

L'insulinothérapie est et restera longtemps encore à l'ordre du jour... On connaît l'optimisme de M. Chabanier, qui veut en faire un traitement de fond du diabète, du diabète sérieux tout au moins, et les critiques de plusieurs « diabétologues » autorisés des hôpitaux : MM. Marcel Labbé et Rathery, entre autres, pour qui l'insuline, merveilleux médicament, ne doit être utilisée que dans les accidents du diabète grave et avec la plus grande surveillance.

M. Apert fait, à la suite de M. Chabanier, un plaidoyer en faveur de l'extension de l'insulinothérapie. Il relate deux observations de diabète infantile rebelle au régime et transformé d'une façon prolongée par l'insuline. Ces deux enfants, dit-il, dont la santé est aujourd'hui satisfaisante, devraient avoir succombé déjà si on ne les avait pas soumis à une cure par l'extrait de pancréas. Tous les auteurs sont, en effet, d'accord pour admettre que le diabète infantile est constamment et rapidement mortel.

L'utilité de l'insulinothérapie dans le diabète grave est donc indiscutable. Quant aux inconvénients et aux dangers de la cure, voici ce qu'en pense M. Apert. Certes, il convient d'administrer l'insuline selon certaines règles, aux doses voulues, aux heures convenables et en concomitance avec un régime proportionné comme hydrocarbonés aux doses administrées. L'insuline est un produit physiologique très actif. Il ne faut pas faire jouer son activité à contretemps, sinon, au lieu d'empêcher l'hyperglycémie, elle provoque des troubles tels que malaise, sensation de vide à l'estomac, vertiges, faiblesse du pouls, attribuables à l'hypoglycémie. Quand on donne l'extrait de pancréas convenablement, on n'a pas d'incidents, ou du moins on sait modifier le traitement dès qu'ils s'ébauchent.

A la vérité, on ne doit pas recourir à l'insulinothérapie dans tous les cas de diabète. Ne pas prendre un pavé pour tuer une mouche. Le diabète bénin et floride, maintenu par le régime à un taux modéré de glycosurie et d'acétonurie, relève seulement des soins ordinaires. Dans les diabètes graves, avec amaigrissement et acétonurie, ne pas hésiter à prescrire l'insuline.

Une maladie qui disparaît : la chlorose.

(MM. Fiessinger, Rist, Chauffard et Achard. — *Société médicale des hôpitaux* ; 9 et 23-11-1923.)

Dans une communication sur la valeur des souffles jugulaires dans les chloroses frustes, MM. Noël Fiessinger et Bidegaray montrent que la chlorose, maladie fréquente autrefois, est actuellement fort rare.

M. Rist confirme la justesse de cette remarque. A la fin du siècle dernier, la chlorose était encore une affection d'observation courante. Depuis dix à quinze ans, c'est une exception.

Ce n'est pas seulement à Paris et en France qu'il en est ainsi. En Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Amérique, semblable constatation a été faite. Un professeur de l'hôpital St-Bartholomews, de Londres, explique par la réflexion humoristique suivante la disparition de cet état morbide : « La chlorose, dit-il, est une maladie des bonnes à tout faire. Il n'y a plus de chlorose, parce qu'il n'y a plus de bonnes à tout faire ! »

M. Chauffard pense également que la chlorose vraie, la chlorose d'autrefois est à peu près disparue. Aucun cas typique ne s'est présenté à son observation depuis dix ans. Il est probable que cette évolution curieuse est due à l'amélioration de l'hygiène générale.

M. Achard et M. Hallé ont été frappés, comme beaucoup de médecins, du même fait.

— M. Louis Ramond revenant sur le point soulevé par M. Noël Fiessinger, concernant la valeur des souffles jugulaires pour le diagnostic des anémies et de la chlorose, soutient que ces souffles ne méritent pas la qualification de souffles anémiques. Beaucoup de malades offrant les dits souffles ont une quantité d'hémoglobine normale. Il semble plus légitime de subordonner l'apparition de ces bruits d'auscultation à des modifications du calibre des vaisseaux et de la vitesse du sang déterminées par l'action du grand sympathique. Ils n'ont rien de caractéristique, en tout cas.

Empalement trans-recto-vésical.

(M. Bellot, de Cherbourg. — *Société de chirurgie* ; 14-11-1923.)

M. Michon présente un rapport sur une observation de M. Bellot, de Cherbourg, concernant un empalement trans-recto-vésical, avec éclatement de la vessie, par objet sphérique. Le malade, un matelot, était tombé sur une tige terminée par une boule. Celle-ci effondra le pantalon et pénétra dans le rectum. A l'opération, on trouva deux déchirures : une de la cloison recto-vésicale, et l'autre de la paroi antérieure de la vessie. L'auteur pense que cette dernière solution de continuité a été la conséquence d'une rupture de la poche vésicale sous l'influence du choc.

Dans les empalements de ce genre, le corps traumatisant peut transfixer la vessie de part en part. M. Bellot croit plutôt qu'ici la plaie péritonéale de la vessie dérivait du mécanisme habituel des ruptures vésicales par pression violente sur le ventre.

Un dernier point apparaît à M. Bellot et aussi à M. Michon intéressant à noter. C'est l'utilité du décubitus ventral pour obtenir la fermeture de la communication avec le rectum. Il est possible, pour rendre cette position moins pénible, de l'associer au décubitus latéral.

Influence de la lumière solaire sur la tuberculose expérimentale.

(M. Valtis. — *Société de biologie* ; 15-12-1923.)

D'une série d'expériences portent sur 15 cobayes tuberculisés et exposés ensuite à la lumière solaire, M. Valtis conclut que le soleil ne paraît exercer aucune influence sur la survie des cobayes ainsi tuberculisés.

Animaux traités et animaux témoins meurent environ dans les mêmes délais. Cependant, chez les cobayes tuberculeux exposés à la lumière solaire, soit directement, soit indirectement par interposition de verres rouges, les lésions viscérales, moins accusées que chez les animaux témoins, s'accompagnent d'une vive réaction ganglionnaire, particulièrement dans le groupe trachéo-bronchique.

Il semble que la lumière solaire exerce surtout une action locale sur le chancre d'inoculation qui, au lieu de s'étendre, diminue et se cicatrise.

Un cas rare de contagion de la rage.

(M. Kocevaloff. — *Société de biologie* ; 15-12-1923.)

L'inoculation de la rage à l'homme se fait ordinairement par morsure et quelquefois par léchage. M. Kocevaloff signale un cas de rage dans lequel la maladie fut contractée par un processus exceptionnel. Il s'agit d'un chat qu'un chien enragé poursuivit et couvrit simplement de bave, sans le mordre. La maîtresse du chat l'ayant pris dans ses mains, fut griffée par l'animal. Celui-ci resta dans la suite parfaitement indemne, mais la femme, deux mois plus tard, fut atteinte d'accidents rabiques auxquels elle succomba La contagion relevait d'une inoculation de la bave par les griffes du chat.

P. L.

Les Congrès

XXXIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

(8-13 *octobre* 1923 (*Suite*).

Communications particulières.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le pansement iodo-éthéré. — M. Delangre (de Tournai) vante la valeur thérapeutique du pansement iodo-éthéré et expose son mode d'application.

Sur un nouvel anesthésique local : le nikétol. — M. H.-C. Krafft (de Lausanne) fait connaître un nouvel anesthésique local : le nikétol. Ce produit, découvert par A. Chesnois, est vaso-constricteur et légèrement bactéricide. Son action est rapide et durable Il agit aussi bien dans les tissus enflammés que dans les tissus sains, et sa toxicité semble être minime puisqu'on a pu introduire 5 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100 dans la saphène externe d'un chien sans remarquer le moindre trouble cardiaque, respiratoire ou nerveux.

Anesthésie des nerfs splanchniques. — M. Rous-

SIEL (de Bruxelles) expose sa technique d'anesthésie des nerfs splanchniques et discute les indications de la méthode.

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR.

Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales

Cette question a été l'objet de deux rapports.

M. VILLARD (de Lyon) étudie les techniques opératoires.

M. P. MATHIEU (de Paris) discute les indications et expose les résultats.

Résumé du Rapport de M. VILLARD.

I. **Soins préopératoires et choix de l'anesthésique.** — Exception faite du cas où il existe une fistule cutanée biliaire, les oblitérations de la voie biliaire principale s'accompagnent d'un ictère par rétention dont le retentissement sur la cellule hépatique expose aux *hémorragies* et au *shock*.

Peut-on éviter ces accidents ?

La crainte de l'hémorragie a conduit certains chirurgiens à injecter du sérum gélatiné ou à prescrire quelques grammes de chlorure de calcium pendant les jours qui précèdent l'intervention. L'action anticoagulante de ce sel est cliniquement difficile à contrôler ; la plupart des chirurgiens croient à son action ; certains autres, comme Hartmann, sont sceptiques.

D'une façon générale, l'*éther* est l'anesthésique en faveur, en dépit de l'irritation bronchique qu'il produit. Il est de bonne pratique de faire précéder l'administration de l'éther de quelques bouffées de chlorure d'éthyle ; de ce fait, la salivation et l'irritation des voies respiratoires sont moins marquées.

Le chloroforme, presque universellement délaissé dans la chirurgie des voies biliaires, expose à la cholémie hémorragique et à l'ictère grave (Gosset, Quénu).

L'anesthésie locale ou régionale préconisée surtout par Pauchet serait peut-être préférable, mais son emploi ne s'est pas généralisé.

L'anesthésie des splanchniques, et même uniquement du splanchnique droit, bien que d'exécution peu aisée, serait souvent satisfaisante ; des accidents ont été signalés, dus, semble-t-il, à une poussée massive du liquide anesthésique dans la veine cave inférieure.

La rachi-cocaïnisation serait, d'après Pauchet, aussi grave que la chloroformisation. Le rapporteur a enregistré un accident mortel dans le seul cas où il l'a employée.

L'anesthésie régionale paravertébrale est de technique difficile et infidèle.

II. **Voies d'accès sur les canaux biliaires.** — Il est nécessaire d'explorer largement la face inférieure du foie. Autant que possible, on exécutera la manœuvre classique de *Mayo-Robson* qui consiste à extérioriser l'organe. Pour ce faire, deux conditions doivent être remplies :

a) Le tronc sera mis en hyperextension ;

b) Les incisions seront menées de façon telle qu'elles donneront un large accès sur les voies biliaires.

Ces incisions *sacrifient ou respectent* les nerfs de la région.

Parmi les premières, il faut citer :

L'incision latérale droite de Péan,

L'incision sous-costale de Keen, Musser et Kocher

L'incision oblique de Hartmann,

L'incision coudée de Kehr,

L'incision de Mayo-Robson,

et l'incision ondulée de Bévan.

Parmi celles qui respectent l'innervation, il convient de retenir :

L'incision oblique de Kausch,

L'incision de Kehr (2e manière),

L'incision de Rio-Banco,

L'incision de Gray,

et l'incision transversale basse de Sprengel.

De toutes ces voies d'accès, la meilleure sera celle qui, permettant l'éversement du foie, donnera le maximum de jour sur les régions sous-hépatique et duodénale et facilitera l'établissement d'un drainage toujours nécessaire.

La tendance actuelle est pour les procédés qui ne lèsent pas les nerfs. Il faut reconnaître pourtant que dans ces conditions, les manœuvres opératoires sont difficiles, parfois impossibles, et les préférences du rapporteur vont aux incisions de Bévan, de Mayo-Robson et de Hartmann. Il a pratiqué plus de 500 fois l'incision du Mayo-Robson sans avoir jamais observé d'éventration. Sans doute la perte de la sensibilité est constante, mais c'est, à son avis, un léger inconvénient d'autant que la paroi présente toujours une sollidité rassurante.

Interventions s'adressant aux oblitérations non lithiasiques de la voie biliaire principale à l'exclusion de l'ablation des tumeurs de l'ampoule de Vater et du pancréas. — Les causes d'oblitération de la voie biliaire principale, la lithiase mise à part, peuvent résulter :

1° D'un aplatissement du conduit par des compressions extérieures ;

2° De la présence de corps étrangers ;

3° D'altération de ses parois par tissu rétractile cicatriciel ou néoplasique.

Les opérations dirigées contre ces causes seront donc : *des décompressions*, *des cholédocotomies*, *des plasties*, *des résections* avec ou sans opérations restauratrices et *des dérivations*.

Opérations de décompression. — Elles ne sont guère réalisées qu'à l'occasion de kystes hydatiques de la face inférieure du foie. Ces faits sont rares, vingt observations seulement ont été publiées.

L'incision et le drainage suffisent à amener la guérison sans qu'il soit généralement nécessaire d'intervenir sur la voie biliaire principale.

Dans un cas, Monod a eu recours à des ponctions successives ; dans un autre, Americo Mosso fit une énucléation.

L'agent de compression peut être aussi un gan

glion, un adénome cicatriciel, un anévrisme de l'artère hépatique (Villandre). La technique s'inspire des conditions anatomiques et pathologiques qui varient avec chaque malade.

Cholédocotomie. — Elle peut être *évacuatrice* ou *dilatatrice*. Dans le premier cas, l'opération se résume dans l'ablation d'un corps étranger ; un parasite le plus souvent. Dans le second cas, elle tend à supprimer un segment sténosé. Les corps étrangers, le plus fréquemment rencontrés, sont les vésicules hydatiques, les ascaris, les lombrics et les douves. Chez une de ses malades, le rapporteur a pu extraire avec succès six douves vivantes du cholédoque.

La *cholédocotomie évacuatrice* n'offre, en pareille circonstance, aucune particularité technique spéciale. Cependant, on doit se rappeler que les porteurs de parasites présentent cliniquement les signes de la lithiase ; après extraction du parasite, il faut explorer complètement le cholédoque, celui-ci contenant souvent des calculs.

La méthode de l'aspiration rendra de grands services et le drainage se fera à l'aide d'un tube de gros calibre qu'on laissera longtemps en place surtout si les hydatides sont en cause, car, leur migration dans les voies intrahépatiques est lente.

Dans la cholédocotomie dilatatrice, le canal biliaire est ouvert sur toute la longueur de sa partie sténosée. Un cathétérisme prudent permet d'explorer la perméabilité de ses extrémités. Un tube de caoutchouc est couché dans la gouttière, ainsi créée, et engagé dans la lumière du canal en amont et en aval de la zone de sténose. Si les lésions paraissent étendues et gagnent le pancréas, le drain doit être poussé jusqu'à l'ampoule de Vater.

Exceptionnellement, cette intervention pourra se faire par la voie transduodénale (Hartmann, Meule, Jourdan).

Opérations plastiques. — Elles sont destinées à rétablir la perméabilité des voies biliaires rétrécies ou interrompues par une solution de continuité. Ces réfections sont obtenues en empruntant, aux parois du cholédoque, les éléments anatomiques nécessaires ou en utilisant les tissus voisins.

Si le cholédoque doit faire les frais de la réfection, on trace une incision longitudinale au niveau du rétrécissement et l'on suture transversalement. Cette technique est difficile en raison de l'atrophie du bout périphérique et de la rigidité des parois du conduit.

C'est à l'épiploon surtout, puis à l'estomac, au duodénum et à la vésicule qu'on peut emprunter les tissus nécessaires à la réparation. Les lambeaux partiellement disséqués sont rabattus sur la perte de substance. Il est préférable de ne transposer que les plans séreux et musculaires pour éviter les dangers d'infection par la muqueuse et la possibilité d'une fistule gastrique ou duodénale. Enfin, il est recommandé de pratiquer un revêtement épiploïque.

Mais, ces interventions sont rares et constituent de véritables curiosités chirurgicales.

Résection de la voie biliaire principale et opérations restauratrices. — Plus fréquemment, au cours d'une intervention destinée à lever l'obstacle du cholédoque, on a été amené à réséquer une partie plus ou moins étendue des voies biliaires. Il faut alors ou bien essayer la reconstitution du canal lésé, ou bien créer une dérivation par abouchement anormal dans le tube digestif.

Si le rapprochement des deux bouts est possible, la suture circulaire doit être tentée.

Si l'écart est trop considérable, il faut interposer un nouveau canal par greffe, ou donner un moule à la reconstitution spontanée : tube de caoutchouc par exemple.

La suture circulaire est d'exécution difficile, surtout quand il s'agit de néoplasme. Elle peut être faite par surjet, par points séparés ou à la façon d'une suture artérielle.

L'utilisation des greffes n'est pas sortie du domaine expérimental. Sencert a obtenu de bons résultats, chez le chien, en se servant de greffons artériels conservés dans l'alcool.

La prothèse sur tube de caoutchouc réalisée par Terrier, en 1907, est à la mode actuellement. C'est là une application à la chirurgie humaine des études expérimentales de Cornil et Carnot sur la réparation des pertes de substance faites aux organes creux. Ces organes fendus en long et maintenus ouverts par des sutures appropriées, on voit l'épiploon s'appliquer sur la brèche tout en respectant sa lumière.

Il se fait une reconstitution complète du conduit, y compris les glandes de la paroi.

Chez le chien, le tube de caoutchouc demeure en place dans le cholédoque environ trente jours, puis il est rejeté avec les fèces. Son expulsion, dans l'espèce humaine, peut être l'origine de graves accidents, aussi a-t-on tenté son extraction avant son passage dans l'intestin. La fistule qui subsiste dans ces cas peut guérir en un mois.

Quoi qu'il en soit, il est à craindre que les voies biliaires ainsi restaurées ne soient éphémères, et mieux vaut, sans doute, recourir aux techniques de dérivation.

Opérations de dérivation biliaire. — Un procédé très simple, mais profondément déplorable quant aux résultats, est l'abouchement des voies biliaires à la peau. La seule dérivation vraiment chirurgicale est une *dérivation interne*.

C'est ainsi qu'on peut anastomoser au tube digestif : la vésicule, le cholédoque, le canal hépatique, voire même le parenchyme du foie.

Quel est le point des voies biliaires qu'on abouchera au tractus digestif ? En principe, ce sera la vésicule ; ses rapports avec l'estomac, le duodénum et le côlon la désignent au premier chef ; mais quand cet organe est de volume réduit, quand le cystique

n'est pas perméable, quand les localisations inflammatoires sont étendues, il faut renoncer à l'utiliser et chercher à établir la dérivation aux dépens du cholédoque ou de l'hépatique. On réalisera une anastomose aussi haute que possible pour se rapprocher davantage des conditions physiologiques normales.

L'abouchement du côlon est la méthode la plus aisée, mais il est certain que, dans ce cas, l'arrivée de la bile se fait trop bas. D'autres inconvénients sont à signaler, en particulier la septicité du contenu du gros intestin qui fait que chez le chien, les anastomoses cholécystocoliques sont fatalement suivies d'infection ascendante.

L'abouchement avec le grêle satisfait mieux l'esprit, mais on se trouve pratiquement devant de grosses difficultés opératoires en raison de la présence du côlon transverse et de son méso. Pour amener le grêle au contact des voies biliaires, il faut le faire passer en avant du côlon ou l'attirer à travers son méso. Ces transpositions anormales compromettent les résultats fonctionnels et ne donnent définitivement que des résultats relatifs. Aussi la tendance actuelle est-elle en faveur de l'abouchement à l'estomac, surtout quand l'opérateur utilise la vésicule.

A la lecture des travaux de Claude Bernard qui démontra que la bile *in vitro* arrête la digestion gastrique, on est porté à croire que les résultats d'une telle anastomose seront « antiphysiologiques ». Il n'en est rien, et les faits expérimentaux et cliniques prouvent l'absence de troubles appréciables.

La variété des techniques proposées pour réaliser les différents types de dérivation démontre combien les opérateurs ont rencontré de difficultés anatomiques et physiologiques. Il n'est pas permis de choisir d'une façon définitive une méthode à laquelle on demeurera fidèle. Les circonstances opératoires guideront, seules, le chirurgien en lui dictant la meilleure technique dans chaque cas donné.

Opérations radicales s'adressant aux tumeurs de l'ampoule de Vater et de la tête du pancréas, obstruant le cholédoque.— L'intervention chirurgicale vise un double but : supprimer la tumeur, rétablir le cours de la bile.

L'exérèse du néoplasme peut être une opération simple s'il s'agit d'une tumeur de l'ampoule de Vater ou de papillome ; mais elle peut être aussi très complexe et nécessiter, dans certains cas, l'ablation d'une partie du duodénum, voire même d'une partie du duédonum et du pancréas. Certains chirurgiens sont allés jusqu'à pratiquer l'ablation totale de la glande pancréatique et, fait paradoxal, parfois avec succès. Souvent des opérations complémentaires sont nécessaires, obligeant à intervenir en deux temps : telle la recherche et l'ablation méthodique des adénopathies.

Cet important rapport se termine par l'exposé détaillé de quelques opérations expérimentales et théoriques.

(*A suivre.*)

CHASTENET DE GERY et DARIAN.

Les Livres

GUICHAOUA, libraire-éditeur, Douarnenez.

Docteur Emile BARRÉ. — « **Les Agonies** ».

Après une longue et pénible randonnée par les chemins boueux, ou après s'être essoufflé à l'ascension de nombreux étages, qu'est-il meilleur, au cours d'une soirée d'hiver, que de se reposer au coin d'un feu qui pétille ?

Un livre est là, à portée de votre main : vous le prenez, vous le feuilletez.

Un ouvrage médical ? Mais vous êtes farci de théories et de formules ; vous voulez simplement vous détendre l'esprit, oublier une minute votre fatigue et vos travaux absorbants.

Un roman ? C'est bien long à lire, aurez-vous le temps d'aller jusqu'au bout, le courage et la patience de retrouver chaque fois le fil de cette lecture interrompue ?

Un volume de vers ? C'est bien ! Mais encore faut-il que la poésie que vous lisez ne soit pas, pour votre esprit, une fatigue de plus ; que chaque vers ne soit pas un rébus, que chaque poème ne soit pas un assemblage de rimes sans aucun sens, l'obscur charabia auquel excellent certains poètes, dit décadents . . .

L'œuvre du docteur Barré, » *Les Agonies* », vous arrêtera et vous séduira par la fraîcheur, la simplicité, l'harmonie et l'extrême clarté du style. C'est une eau pure qui coule.

La variété étonnante des sujets fait songer, à la fois, à Musset, Verlaine et Beaudelaire ; mais tout cela est dit dans un ton bien particulier à l'auteur, avec une rondeur toute celtique, car le docteur Barré est un Breton de bonne race.

De la gaieté, de la mélancolie, de l'idéal et même du réalisme, mais où la poésie ne perd jamais ses droits. Des vers sonores qui frappent, qui restent et qui étonnent parfois.

Le docteur Barré, comme les meilleurs poètes, montre une fois de plus que le véritable talent est dans la simplicité et la sincérité.

L'auteur, peut-être, vous deviendra encore plus intéressant, lorsque vous saurez, que le médecin major E. Barré, revenu malade de Russie, où il accompagnait des convois pendant la guerre, atteint de lésions graves des cordes vocales et de l'oreille interne, dut jeune encore, cesser complètement l'exercice de sa profession. Il abandonna ses malades et leurs douleurs, pour la muse et ses caprices. Les amateurs de

beaux vers n'y ont pas perdu. Ceux que compte, parmi ces lecteurs, le *Concours Médical*, s'en délecteront, tout en faisant une bonne action confraternelle (1).

VIGOT FRÈRES, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr MOUNIER. **La voix : anatomie, physiologie, conseils et soins médicaux.** (1 vol. in-16, 21 figures. Prix : 3 fr. 50).

Ce livre est écrit spécialement pour les chanteurs et les orateurs. Laissant systématiquement de côté les descriptions trop scientifiques, l'auteur s'est donné comme but d'exposer très simplement et en termes courants tout ce que doivent savoir d'anatomie, de physiologie et d'hygiène les gens qui vivent de leur voix ou qui enseignent à s'en servir.

Il parle ensuite des maladies des chanteurs et des soins généraux ou locaux qui doivent être appliqués ; ces notions de médecine ne doivent pas, en effet, être ignorées des intéressés, qui connaîtront ainsi ce qu'ils peuvent attendre du spécialiste.

Le petit traité se termine par un exposé du massage et de l'électrisation dans les troubles de la voix parlée ou chantée.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Néo-rhomnol et syphilis

Le traitement de la syphilis par les sels de bismuth représente indubitablement, une conquête thérapeutique. Cependant, il n'a pas encore obtenu toute la faveur des praticiens, à cause de l'asthénie et des intolérances, assez souvent constatées. Or, plusieurs observations cliniques, recueillies dans ces temps derni rs, nous permettent d'affirmer que l'on évitera tout accident de ce genre, en faisant intervenir simultanément le néo-rhomnol. Voici la technique conseillée : *injection de la préparation bismuthique tous les deux jours* ; *dans le jour intervallaire, piqure de néo-rhomnol* (d'abord une seule ampoule et bientôt deux à la fois). Avec cette méthode, il n'y a plus de conséquences fâcheuses, et notamment d'asthénie bismuthique. En cas de tuberculose latente, la médication reste efficace et sans péril d'aggravation.

On sait que le néo-rhomnol (ou rhomnol *strychnoarsénié*) est le puissant reconstituant du noyau cellulaire ; on l'utilise couramment contre toutes dépressions et cachexies dystrophiques, faisant cortège aux états infectieux (grippe, typhoïde, paludisme, tuberculose). C'est une symbiose, énergique et atoxique, de phosphore, arsenic et strychnine (très bien tolérée, et très assimilable par la peau) et un précieux tonireconstituant bactéricide. Rien d'étonnant, dans ces conditions, que les piqûres de néo-rhomnol corroborent le traitement spécifique (bismuthé ou autres) De plus, dans la syphilis pulmonaire (assez fréquente si nous en croyons LETULLE et SERGENT, le néo-rhomnol sera précieux pour rompre cette redoutable hybridité morbide amalgamant les deux grands fléaux humains : vérole et tuberculose......

Les éléments strychno-arsenio-phosphorés ne sauraient qu'ajouter au pouvoir spirillicide du bismuth et du mercure. Avec l'appoint du néo-rhomnol, on observe la rapide cicatrisation des chancres, plaques, ulcérations ainsi que l'efficacité plus grande des traitements de l'aortite, du tabès et de la méningo-encéphalite spécifiques. Conseillons donc à tous les praticiens, en présence de cas récidivants ou de *résistance aux* tréponémicides officiels, de faire appel au néo-rhomnol. En ce qui concerne la cure bismuthique, la préparation de Leprince raréfie la stomatite et consolide la fragilité néphrétique ; rend les résultats curatifs plus rapides, plus durables et plus stables, en assurant, avec l'innocuité de la médication, la disparition des lésions cutanées et muqueuses persistantes et rebelles et la *négativité absolue des séro-réactions.*

Ayons recours à cette méthode, d'un maniement si aisé, dans les syphilis gravidiques, alors que le fœtus est menacé de mort, dans les accidents de l'hérédo-syphilis ; contre les engorgements ganglionnaires, érythèmes, papulo-pustules acnéiformes, gommes et croûtes rebelles, « psoriasis » palmoplantaires, douleurs ostéocopes, cachexie, syphilis nerveuse et atypique, etc....

Nous avons, dans le néo-rhomnol associé au bismuth, une arme de précision, un traitement de choix, contre toutes manifestations du tréponème pâle. La pluralité des virus est un problème doctrinal que la pratique résoudra, peut-être, plus sûrement que le laboratoire. Mais c'est déjà un progrès réel que d'assurer la tolérance du bismuth et du mercure, en stimulant une hémopoïèse éliminatrice ; en supprimant l'asthénie, inséparable de certains traitements ; en permettant enfin d'obtenir, avec le *minimum* de médicament utile, le *maximum* de résultats nettement favorables au patient.

(1) Lire page 172, FANTOMES, extrait des Agonies.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

La malade et les deux médecins.

Un malade, gravement touché, inquiétait fort son entourage et l'entourage n'avait pas confiance dans son médecin habituel.

On fit appeler le médecin de la commune voisine (désignons-le par le n° 2). Celui-ci, correct, s'informe du début de la maladie et de l'existence supposée d'un premier médecin. On lui dit que le premier a été remercié. Il le croit. Il néglige de se faire présenter la note acquittée par le n° 1. Mais... n'est-ce pas ? On lui demande de revenir. Il revient, se croyant dans son bon droit. Il guérit le malade.

On lui avoue alors que l'on n'a pas osé renvoyer le n° 1, lequel est revenu plusieurs fois et a prescrit nombre de bouteilles et de cachets.

Ce qui eût été comique, c'est la rencontre des deux médecins auprès du même malade.

D'ailleurs, les potions du n° 1 n'ont pas été prises. On les a commandées chez le pharmacien, puis on en a jeté le contenu un peu tous les jours pour faire croire... Vous comprenez ? Et le n° 1 de s'attribuer le mérite de la guérison. On rit sous cape. Le n° 2 s'en amuse aussi.

Il est bien sûr, lui, d'avoir traité la malade ; car il n'a appliqué que des médications externes : saignées, etc., qu'il a faites lui-même.

Question. — N'y a-t-il pas moyen d'éviter ces petites aventures au cours desquelles le public se sert d'un médecin, à l'insu de celui-ci, pour en déconsidérer un autre ? Je connais le n° 1. Il n'a pas vu qu'on piétinait ses plates-bandes, mais si cela nous arrivait ? Je connais très bien aussi le n° 2, qui m'a raconté l'histoire, et on ne peut lui faire de reproche. Mais au total c'est la corporation qui en souffre.

Si le 1 et le 2 s'étaient bien entendus, le 2 aurait pu avertir le 1 que lui, 2, prenait la suite d'un traitement, et qu'il désirait savoir si le malade était bien libre ?

A la fin du traitement, lorsque 2 a eu les aveux de son malade, il aurait pu encore avertir amicalement le 1 qu'on s'était payé sa tête. Mais qui aurait gardé le client : le 1 ou le 2 ? Ou l'auraient-ils rejeté tous deux de leur clientèle en manière de sanction ? Mais alors, c'est un 3e médecin qui bénéficierait de l'aubaine.

Un fichier par arrondissement ou par canton, contenant le nom de toutes les familles ou collectivités avec le nom de leur médecin habituel, serait-ce réalisable ? Les médecins enverraient au secrétaire chargé du fichier le nom de leurs nouveaux clients et la date du réglement des honoraires. Par retour du courrier, ou par téléphone, le médecin serait averti si le malade est en cours de traitement par un confrère. C'est compliqué ? Peut-être. Et puis le médecin, nouvel arrivant, qui câblerait tous les jours le butin (les clients) pris sur les confrères serait odieux. Alors, voulez-vous quelque chose de plus simple ? Nous admettons, par hypothèse, qu'un médecin est maître dans sa commune, ou dans son canton; et qu'il n'aura à rendre compte à personne des nouveaux clients qu'il fera dans son secteur. Mais, s'il est invité à venir exercer dans un secteur voisin, il avertira, par courtoisie le ou les médecins de ce secteur.

Dr P.

Réponse.

La question est infiniment moins embarrassante que vous le dites.

Contrairement à ce que vous écrivez, le n° 2 n'a pas fait tout son devoir. Se rendant compte qu'il était appelé auprès d'un malade en cours de traitement, il ne devait pas se contenter de l'affirmation qu'on lui donnait que le n° 1 avait été remercié. Il devait écrire à celui-ci ce qui suit, ou quelque chose d'approchant :

Mon cher confrère, je viens d'être appelé auprès de M. X. que vous soignez depuis quelques jours. Devant la volonté, nettement exprimée par le malade, de recourir désormais à mes soins, et son refus, malgré mes instances pour l'amener à accepter une consultation entre vous et moi, de continuer à vous voir, je n'ai pas cru pouvoir me dérober. Mais je considère qu'il est de mon devoir de vous mettre loyalement au courant de cette situation, afin que vous en soyez informé et que pous puissiez, si vous le jugez utile, vous faire régler les honoraires qui vous sont dus.

Veuillez agréer, etc.

Si le n° 2 avait agi ainsi, il aurait évité au n° 1 la position un peu ridicule dans laquelle il a été mis à son insu, et qui sera peut-être la sienne demain, à lui n° 2. *Hodie tibi, cras mihi.*

La solution de ce problème déontologique n'était donc nullement compliquée. Il suffisait que le deuxième médecin eût le courage d'aller

jusqu'à l'extrême limite des égards que l'on se doit entre confrères. Et il ne saurait être approuvé pour s'en être tenu à une demi-mesure.

Ces faits sont regrettables, parce qu'ils encouragent la clientèle à en user sans ménagement avec les médecins et à rire à leurs dépens.

Tout cela se fait sur notre dos, et nous n'en sommes pas finalement les bons marchands.

Et comme il est simple, pourtant, quand on le veut bien, d'être rigoureusement correct, de sauver au besoin les apparences, de pratiquer une confraternité agissante, et de faire changer de camp aux rieurs.....

La Déontologie, voyez-vous, ce n'est pas aussi compliquée que d'aucuns le prétendent. Ce n'est, au demeurant, que la mise en pratique du précepte ; « *Ne faites pas aux autres.....* »

G. Duchesne.

PETITS CONSEILS PRATIQUES A MES CONFRÈRES POUR LE RECOUVREMENT DES HONORAIRES DUS PAR DES TIERS

Dr Lop (Marseille).

J'ai fait connaître précédemment quelles étaient les raisons qui m'avaient conduit à différentes reprises devant le tribunal de commerce pour le règlement de certains accidents du travail, où j'avais été mis en action par le patron.

Aujourd'hui je me permets, si le *Concours* le veut bien, d'apporter ma petite expérience, en matière de droit commun hélas faite à mes dépens ! pour étudier le moyen d'éviter à mes collègues mes mésaventures et celles de pas mal d'autres confrères.

Par ce temps de folie de vitesse, les accidents causés par les automobiles se multiplient chaque année, et ce surtout au moment des vacances. Tantôt ce sont les voyageurs de l'automobile qui sont blessés plus ou moins grièvement, tantôt, hélas ! ce sont de pauvres tiers, innocentes victimes de la folie, de l'imprudence ou de la maladresse de certains. (1)

Sitôt l'accident arrivé, lorsque le propriétaire de l'automobile est lui-même en état de le faire, dare, dare on court au médecin le plus proche ; on lui confie le ou les blessés, on lui fait toutes sortes de recommandations, d'exhortations : « N'économisez rien, ne ménagez rien, faites tout votre possible, docteur ». Quelques-uns ajoutent même avec une belle superbe « : je suis assuré ». Tous nos confrères, plus ou moins, connaissent ce refrain, qui veut dire « Ne craignez rien, vous serez toujours payé ». Il s'en faut malheureusement qu'il en soit toujours ainsi.

Le médecin ainsi requis donne ses soins qui sont toujours très importants, paye de sa personne, paye aussi quelquefois de sa poche, et quand le moment est venu de la douloureuse, il n'y a plus personne.

Le blessé est mort ou guéri ; l'auteur de l'accident, s'il n'est pas de la ville où exerce le médecin, est reparti pour chez lui en France, quand ce n'est pas en Amérique. Ou bien encore il se passe ce qui m'est arrivé personnellement et certainement à d'autres. Le blessé est rentré chez lui guéri, s'est fait régler, soit amiablement, soit judiciairement, et quand vous vous adressez à lui, il vous répond : « *Monsieur, adressez-vous aux assureurs, ou à celui qui m'a blessé* ». Le public est convaincu qu'en pareille matière il lui est dû en plus de son indemnité les soins médicaux et pharmaceutiques, que ceux-ci ne sont pas compris dans l'indemnité globale qui lui est remise, et que le règlement doit en être fait à part par les assureurs (2).

C'est là une erreur très ancrée dans l'esprit du public, et que nous devons nous efforcer de dissiper. La plupart des gens raisonnent toujours comme s'il s'agissait de la loi de 1898 sur les accident du travail.

Ceci dit, voici comment je procède, et me permets de conseiller d'en faire autant à ceux de mes confrères appelés à intervenir, afin d'éviter le gros lapin, ou bien les ennuis des recouvrements litigieux ou judiciaires, toujours onéreux.

Sitôt que l'on vous amène un blessé ou que vous êtes appelé auprès de lui par ailleurs, par l'auteur de l'accident, le blessé ou les blessés ayant reçu de vous les premiers soins les plus indispensables, il est bon au préalable de prier l'auteur de l'accident d'attendre d'être fixé sur la nature des blessures qu'il a causées. Il est rare que celui-ci prenne la fuite ou soit tellement pressé qu'il ne puisse pas rester là pour attendre la résultat des premières constatations.

(1) Tout ce qui précède et suit s'applique à tous les accidents causés par des tiers, autres que des automobilistes que j'ai pris ici pour type.

(2) Ici, c'est le droit commun qui joue même pour les assujettis à la loi de 1898, blessés par des tiers, au cours de leur travail.

En ce dernier cas, il est bon de se rappeler que pour nos honoraires, nous pouvons nous réclamer du droit commun et non du tarif Breton. Toutefois, en matière d'accidents causés par des tiers, je recommande d'établir des honoraires, non d'après la situation de fortune de ceux-ci, mais d'après les services rendus et la position sociale de la victime, c'est-à-dire ce que nous réclamerions à cette dernière si l'accident était le résultat de son fait.

Par conséquent, on demande à celui-ci de vouloir bien signer une déclaration constatant qu'il vous prie de vouloir bien donner vos soins aux ou à la victime. Que sa responsabilité soit ou non établie, c'est affaire à lui de le faire discuter plus tard par les assureurs ; mais vous, vous n'avez pas à entrer dans cette voie-là : « Qui commande les violons les paye ».

Cette précaution n'a rien ni d'illégal, ni d'excessif. Il peut y avoir pourtant des gens qui refusent de s'engager, ils pourraient être exposés à payer, même s'ils ne sont pas responsables de l'accident. Cet engagement serait seul à pouvoir les lier.

Vous demanderez aussi qu'on vous fasse connaître le nom et l'adresse des assureurs, non pas que vous ayez affaire avec eux à aucun moment. Vous n'avez pas ici non plus à les connaître, mais afin de prendre la petite précaution suivante pour le cas où le fauteur de l'accident ou le blessé viendraient à se dérober pour une raison quelconque à leurs engagements :

Aujourd'hui, grâce à la nouvelle règlementation sur la circulation automobile, il est facile de savoir, par l'action pénale et souvent civile qui suit l'accident, si le propriétaire de la voiture est réellement rendu responsable.

La connaissance de l'assurance vous servira dans le cas où le blessé oublierait, en réglant avec les assureurs, de vous régler vous-même.

Je conseille donc, quand vous aurez remis votre note au blessé, et rien qu'à lui, d'adresser, par lettre recommandée avec accusé de réception, duplicata de vos honoraires aux assureurs en les priant, car je crois qu'on ne saurait les y obliger, de vouloir bien réserver, sur l'indemnité due pour votre blessé, le montant de vos honoraires, et leur demander s'il exigent une *opposition* par acte d'huissier.

Pour ma part, chaque fois que j'ai procédé ainsi, on a toujours acquiescé à ma demande d'une façon tout à fait satisfaisante.

Deuxième et dernière hypothèse : le sinistre est repoussé soit par les assureurs, soit par le propriétaire de l'automobile, qui a pu faire la preuve de sa non responsabilité.

Mais je crois qu'il n'en reste pas moins, vis-à-vis de vous, responsable des frais et débours qu'il vous a occasionnés, et qu'à défaut du blessé, il me paraît équitable qu'il soit tenu de vous régler, s'il s'est engagé ou si l'on peut prouver d'une manière certaine qu'il a commandé les soins.

Reste le blessé qui lui, doit toujours les soins qu'on lui a donnés, mais qui n'est pas toujours solvable, malheureusement !

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Maison de santé

Rapport de M. Charles Cazalet, membre de la Commission administrative des hospices civils de Bordeaux, sur le projet d'une maison de santé ouverte à tous les malades payants et à tous les médecins, présenté le 5 *mai* 1923 *au Groupe haspitalier du Sud-Ouest à titre personnel.* (*Revue des hôpitaux* 30 *septembre* 1923.)

Messieurs,

Pour éviter tout malentendu, permettez-moi de déclarer que, si le rapport que j'ai l'honneur de vous présenter est connu de mes collègues de la Commission administrative des hospices civils de Bordeaux, il vous est présenté à titre personnel et n'engage que moi.

Ainsi que vous le savez, des groupements de Commissions administratives des Hospices civils se sont organisés dans différentes régions de la France.

Ce qui s'est fait au Nord-Est, à l'Ouest, au Centre et au Sud-Est, peut et doit être fait dans notre Sud-Ouest où les hommes d'action et de bonne volonté ne manquent pas.

C'est ce qui explique notre présence ici.

Pour ma part, je salue cette éclosion de groupements comme l'aurore de temps nouveaux pour l'hygiène et la santé publiques. Car cela donnera une fois de plus, raison au vieux proverbe français : *L'union fait la force.*

Bien des initiatives ne demeureront pas stériles, bien des efforts ne seront pas annihilés, comme cela se produit malheureusement trop souvent.

Des idées généreuses naîtront, prendront l'essor, et, évoluant dans un terrain favorable, deviendront de vivantes et bienfaisantes réalités.

C'est ainsi qu'en prévision du Congrès de ce jour, la Commission des Hospices civils de Bordeaux s'est demandé quelles étaient les questions dignes de retenir votre attention et de solliciter votre jugement.

Elle a pensé que la création d'une Maison de santé administrée par les Hospices civils était une de celles-là.

Elle nous avait précisément chargé, le 18 janvier 1918, d'un rapport sur ce projet. Le temps a marché depuis et la question n'a pas avancé. C'est vrai, mais il n'est jamais trop tard pour bien faire.

Que disions-nous dans notre rapport ?

Nous y rendions, tout d'abord, un hommage mérité aux membres éminents du corps médical bordelais d'autrefois ; tels que les Briet, les Brethons,

les Primerose, les Roux, les Silva, les Capelle, les Grégoire, les Guittard ; à ceux récemment disparus : les Gintrac, les Bre, les Levieux, les Moussous, les Denucé, les Chabrely, les de Nabias, les Piéchaud, les Vergely, les Lande.

Cet hommage allait également vers nos maîtres d'aujourd'hui qui mettent au service des malades tout leur savoir médical et tout leur dévouement professionnel.

Nous développions ensuite deux idées qui, pour nous, sont primordiales : — L'hôpital est fait pour *tous* les malades et non pas seulement pour les indigents ; — *tous* les médecins doivent être admis auprès des malades *payants*.

Nous le répéterons aujourd'hui en y insistant.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que le régime des *payants*, créé dans nos Hospices par délibération du 11 août 1893, reposait sur ce principe qu'un malade traité dans un hôpital *ne devait pas payer d'honoraires au médecin qui le soignait.*

Et alors s'était établi un tarif journalier pour les diverses classes de malades, de 5 francs, 3 francs, 1 f. 50 et 1 franc, suivant les chambres particulières ou les salles occupées par eux.

Par la suite, ces prix furent augmentés et la Commission des Hospices, par sa délibération du 19 janvier 1894, les fixa ainsi qu'il suit :

Chambres particulières pour les hommes	10 francs en médecine. 15 francs en chirurgie.
Chambres de 1 ou 2 lits pour dames	4 francs en médecine. 6 francs en chirurgie.
Petits payants hommes 2 dortoirs de 6 lits	4 francs en médecine. 6 francs en chirurgie.

La Caisse des Hospices perçut ainsi en 1898, 31.208 fr. 50. et en 1899, 27.401 fr. 50.

Le 18 février 1898, le prix pour les dames avait été porté à 15 francs par jour en chirurgie.

Quatre ans après, ces tarifs étaient purement et simplement supprimés sur un rapport de M. le Dr Lande, qui faisait remarquer que les intérêts des médecins étaient lésés et que le principe : « L'hôpital aux pauvres » n'était pas respecté.

A ce moment fut adopté l'article 4 du règlement du Service de santé tel qu'il fonctionne actuellement ; et, en 1911, un nouveau vœu fut émis par la réunion médico-chirurgicale, interdisant l'accès de l'hôpital aux malades de situation aisée et le rétablissement des services des grands payants.

Le Dr Lande n'avait pas eu de peine à démontrer que dans la forme où fonctionnaient ces services, médecins et indigents en pâtissaient, l'hôpital bénéficiant seul de la location de ses salles.

Qu'arriva-t-il alors ? Des cliniques, des maisons de santé furent installées individuellement par les médecins des hôpitaux dont les capacités reconnues attirèrent les malades.

Pendant ce temps, faute de capitaux nécessaires pour de telles installations, les jeunes médecins, qui n'avaient pas leurs entrées dans les hôpitaux, se sont morfondus, le talent ne suppléant naturellement pas à l'argent.

Et, d'autre part, qu'ont fait les malades ? Ils ont été obligés de s'adresser aux docteurs déjà installés, alors qu'ils auraient été heureux de recevoir les soins des médecins de leur choix.

Eh bien ! nous croyons, nous, que pour remédier à cet état de choses, il faut mettre dans la main des jeunes médecins l'outil dont ils sauront intelligemment et utilement se servir.

Par quel moyen, Messieurs ? Par celui dont la Commission administrative des Hospices civils de Bordeaux a admis le principe, dans sa séance du 27 septembre 1918 ; par la création de la Maison de santé ouverte à *tous*, malades et médecins. Il est bien entendu que cette Maison de santé sera placée sous la surveillance, le contrôle et la direction de la Commission administrative des Hospices, tout indiquée pour remplir cette mission.

Nous appellerons, si vous le voulez bien, cette Maison de santé *Bon Accueil*, nom bien justifié à tous les points de vue.

Reprenons donc notre argumentation présentée dans notre rapport du 27 septembre 1918.

Vous excuserez certainement cette répétition, car vous comprenez l'importance qu'il y a à préciser l'état de cette question.

Qu'arrive-t-il aujourd'hui ?

Un malade *de Bordeaux* désirerait se faire soigner à l'hôpital par *son médecin*, car chez lui, ce n'est pas possible ; or, son médecin n'a pas de clinique, résultat : impossibilité absolue de se faire soigner.

Un malade *de l'extérieur* veut venir à Bordeaux consulter un médecin et faire un séjour de deux mois, par exemple, mais le médecin n'a pas de clinique. Ce malade ne pourra recevoir les soins nécessaires.

Comment également s'opérera la délivrance d'une dame *d'un département voisin*, si le médecin accoucheur souhaité n'a pas de clinique ? On ne le sait.

Tandis que notre système de grands payants sous la forme moderne comporte deux facteurs importants nouveaux : les honoraires aux médecins et la possibilité pour *tous* les médecins absolument de soigner les malades dans une clinique commune.

Quels sont, en résumé, les avantages de la création d'une Maison de santé telle que *Bon Accueil* ?

1° Tous les malades payants, de Bordeaux et d'ailleurs, seront indistinctement admis dans cet établissement pourvu d'un outillage médical perfectionné ;

2° Les jeunes médecins ne végéteront pas dans l'ombre faute de locaux spécialement aménagés ;

3° Les praticiens, au savoir reconnu de tous, pourront y donner également leurs soins éclairés aux malades qui les solliciteront ;

4° Les Commissions administratives des Hospices civils en retireront naturellement des ressources leur permettant d'améliorer leurs services pour le plus grand profit des malades indigents, et peut-être pour

résoudre plus facilement le problème de l'indemnité aux médecins des hôpitaux.

Bien entendu, on ne fera pas une *obligation* à tous les malades payants de se faire soigner à la Maison de santé, pas plus qu'il y a d'obligation pour *tous* les enfants de fréquenter les écoles de l'Etat.

Le principe de la liberté doit être respecté ; mais il semble bien certain que, de cette façon, la liberté même des malades sera complètement sauvegardée.

Ce qui prouve bien que notre conception est dans la vérité, c'est que divers médecins ont cru nécessaire de se grouper pour fonder des polycliniques qui attirent un plus grand nombre de malades dans un même établissement.

Il est toutefois bon de remarquer que l'idée d'accession des médecins et des malades n'y est pas généralisée, comme elle l'est dans la Maison de Santé que nous songeons à édifier.

Un fait nouveau, cependant s'est produit récemment, et combien significatif !

Une clinique de notre ville, qui se fonde en ce moment, a déclaré avoir l'intention d'admettre que des médecins ne faisant pas partie de son groupement *traitent* chez elle les malades qu'ils y enverront.

Par conséquent, que pourrais-je ajouter de plus convaincant qu'un tel fait ?

La question me semble donc résolue.

Examinons maintenant les objections qu'on pourrait nous faire et réfutons-les.

Pourquoi, par exemple, ne pas réserver le *Bon Accueil* exclusivement aux professeurs des Facultés et aux médecins des Hôpitaux ? N'offrent-ils pas toutes les garanties de savoir et de dévouement ?

Certes, nous reconnaissons les éminentes qualités professionnelles de ces maîtres de la médecine et les portes de notre Maison de santé leur seront grandes ouvertes, tout le monde le comprend.

Mais nous connaissons assez leur élévation d'idées et la noblesse de leur caractère pour savoir qu'ils n'accepteraient jamais de jouir d'un *monopole* et de regarder en premier lieu leur *intérêt particulier*. Il n'y a chez nous, ils le savent bien, aucune hostilité préconçue à leur égard, et notre institution ne menace en rien l'existence de leurs cliniques si justement renommées.

Quelle autre objection pourrait-on nous faire ? Celle-ci, peut-être. En vertu précisément du principe d'égalité de tous les médecins pour l'entrée à *Bon Accueil*, n'y aurait-il pas à craindre — le cas est bien rare, mais il faut le prévoir — que quelque médecin indigne ou taré pénétrât, par la porte si largement ouverte, dans notre Maison de santé ? Et alors, quel discrédit pour nous !

Nous n'avons pas cette crainte, car la Commission administrative saurait, dans ce cas, exercer son droit d'autorisation d'entrée, droit qui restera entier dans un cas exceptionnel et de notoriété publique.

Donc, les objections tombent d'elles-mêmes et les avantages restent seuls debout.

L'expérience a, d'ailleurs, déjà prouvé ce que nous avançons.

Il existe, à Nancy, un homme de bien dont je m'honore d'être l'ami depuis ma jeunesse, un homme qui, il y a plus de vingt ans, a mené à bien l'entreprise dont je vais vous parler.

Cet homme, c'est M. Alfred Krug, vice-président de la Commission administrative des Hospices de cette ville, qui a toujours vu ses initiatives couronnées de succès, parce qu'elles reposaient sur des idées justes.

La Maison de santé qui a été fondée à Nancy, sur son instigation, porte le nom de *Bon Secours*.

Dans son discours au Congrès de Lille et de Roubaix, tenu sous les auspices de l'Union hospitalière du Nord-Est, les 7 et 8 octobre 1922, et présidé par lui, M. Alfred Krug définissait admirablement l'œuvre à laquelle il a consacré le meilleur de son temps et de son cœur.

Permettez-moi de vous citer les passages ci-après :

« Une autre question très grave pour les hôpitaux et qui devra petit à petit transformer entièrement la physionomie des établissements modernes, est celle des malades payants.

« La formule qui, jusqu'à présent, a eu cours pour définir le rôle de l'hôpital est celle-ci : « L'hôpital est fait pour l'indigent ou le citoyen privé momentanément de ressources ». Avec cette définition le malade payant était éliminé ou accepté seulement à titre exceptionnel et dans des conditions toutes spéciales.

« Or, il est certain que, par les progrès actuels de la science, cette définition ne devrait plus être exacte, mais être modifiée dans le sens suivant : « L'hôpital est ouvert à tous les malades qui ne peu- « vent être utilement soignés à domicile ». Il est donc de l'intérêt de ces malades de trouver à leur portée des établissements bien outillés et aménagés pour les recevoir.

« Dans quelques villes, les Commissions administratives ont parfaitement compris le rôle nouveau qui leur incombait et ont créé, comme annexes de leurs hôpitaux, des maisons de santé payantes, comportant plusieurs classes suivant les moyens des malades et dans lesquelles tous les médecins ou chirurgiens de la ville sont admis à donner leurs soins. A Nancy, nous disposons actuellement de quatre-vingts chambres, mais un nouveau pavillon est en construction.

« Le prix de la pension varie de 40 à 16 francs par jour, soins médicaux non compris, les honoraires des médecins se réglant directement entre les médecins et les malades, sans que la Commission administrative ait jamais eu à intervenir. Il va sans dire que les médecins et chirurgiens fixent eux-mêmes leurs tarifs suivant la classe dans laquelle le malade est hospitalisé et je tiens à déclarer que depuis plus de vingt ans que la Pension *Bon Secours* a été créée, jamais nous n'avons eu de réclamation de malades au sujet d'honoraires exagérés.

« Une triple conception a présidé à la création de cette Maison de santé.

« La Commission administrative a pensé que si les malades fortunés ou aisés ne sont pas plus intéressants que les indigents, ils le sont tout au moins autant et qu'il n'est pas juste, alors que l'Administration fait tous ses efforts pour mettre à la disposition des indigents toutes les ressources de la science moderne, que les gens non indigents en soient privés. On dira naturellement qu'il existe des cliniques particulières, c'est vrai, mais, dans bien des régions, elles sont en petit nombre et n'existent pas pour toutes les spécialités ; de plus, elles constituent une sorte de monopole en faveur de praticiens déjà d'un certain âge, alors que les jeunes médecins qui ne demanderaient qu'à travailler, en raison du prix actuel de la construction et des appareils, ne peuvent plus s'installer à leurs propres frais. Il est donc bien plus logique et, je puis dire plus humain, d'installer ces annexes payantes dans nos hôpitaux en les outillant d'une façon moderne, c'est-à-dire en les dotant de tous les instruments et machines dont les différents spécialistes ont besoin.

« C'est ainsi que les Commissions administratives réalisent le deuxième point, c'est-à-dire d'offrir une compensation à leurs médecins qui sont peu rémunérés pour les soins qu'ils donnent aux indigents admis dans les hôpitaux et hospices.

« Enfin, le troisième et très important point de vue est celui des bénéfices très importants qu'une Maison de ce genre peut faire réaliser à l'administration hospitalière. En effet, les tarifs de pension doivent être établis de telle façon que dans toutes les classes il reste un bénéfice pour l'établissement ; ces bénéfices doivent être affectés à l'amélioration des services d'indigents. C'est, du reste, dans cet esprit et à cette condition que la création de ces services payants a été autorisée par l'Administration centrale et c'est grâce à ces suppléments de ressources que tous les hôpitaux pourront être dotés de tout l'outillage scientifique qui leur manque. Car, j'insiste sur ce point, nous devons, en tant qu'administrateurs et fonctionnaires, nous considérer comme les collaborateurs indispensables du corps médical. Notre rôle est de mettre à leur disposition tout le matériel nouveau pour faire profiter nos malades de toutes les méthodes nouvelles, quel que soit le prix de ces installations. »

Dans une lettre qu'il m'écrivait le mois dernier, M. Alfred Krug affirme de nouveau énergiquement, et avec raison, que la formule de l'avenir est : « L'hôpital est fait *pour tous les malades* ».

Je dois ajouter ici un souvenir personnel : j'ai vu, de très près et très souvent, fonctionner la clinique de Bon Secours ainsi que l'Hôpital lui-même, au cours des hostilités, sous la menace continuelle des obus. Tout cela marchait admirablement, les médecins et les infirmières religieuses donnant le plus bel exemple d'abnégation et de dévouement, abnégation et dévouement qui ont été récompensés par le Gouvernement.

A l'instar de Nancy, la Commission administrative des Hospices civils de Grenoble décidait, dans sa séance du 20 décembre 1893, la création d'une clinique médico-chirurgicale pour malades payants et son fonctionnement à partir du 1er janvier 1894. Puis elle fit édifier un pavillon comprenant vingt-quatre chambres, tout à fait séparé, au milieu d'un jardin avec entrée spéciale sur la route nationale. Cette nouvelle clinique fonctionne depuis le 14 septembre 1913. Le prix varie de 16 à 20 francs par jour. Comme à Nancy, les malades se font soigner par les médecins et chirurgiens *de leur choix.*

Enfin, l'Administration des Hospices d'Annecy n'a pas créé une Maison de santé indépendante de l'Hôpital, mais elle a réglementé, dans l'intérêt du corps médical et aussi des non indigents, le service des malades traités à leurs frais dans l'Hôpital. Ces malades choisissent également leur médecin, sauf agrément de l'administration quand il s'agit d'un praticien étranger au service de l'Hôpital ; mais alors ils acquittent directement au docteur les honoraires médicaux, en dehors du prix de journée dû à l'établissement.

Voilà donc, Messieurs, ce qui a été fait, et bien fait, ailleurs. Et je ne vous ai parlé que de ce que je sais. Peut-être, y a-t-il plusieurs autres créations faites depuis la guerre ? Je l'ignore.

Pourquoi n'avons-nous pas abouti ici ? C'est peut-être parce que nous n'avons pas eu l'occasion d'en parler en dehors de Bordeaux, et de créer un mouvement d'opinion à ce sujet.

Mais aujourd'hui que nous avons le plaisir de voir réunies en Congrès plusieurs Commissions administratives d'Hospices civils, nous pouvons avoir l'espoir de voir adopter, par elles, le principe que nous défendons dans ce rapport.

Avec ceux de mes collègues qui partagent ma manière de voir, nous serions particulièrement heureux s'il nous est bientôt permis d'en voir la réalisation dans notre cité même, centre littéraire, artistique, commercial, industriel et social.

N'est-ce pas à Bordeaux qu'on a déjà trouvé la solution de problèmes intéressant, à bon droit, les philanthropes et les sociologues ?

N'est-ce pas à Bordeaux qu'on a vu s'organiser et prospérer des œuvres sociales de toute sorte, démontrant combien notre population est animée de sentiments de bien public et de progrès social ?

En 1908, M. Mirman, alors directeur de l'Assistance publique, en témoignait hautement lorsqu'il appelait Bordeaux « une ville modèle, une ville d'initiative, surtout pour les œuvres d'assistance ».

Il me semble, quant à moi — et mon vieux cœur de Bordelais s'en réjouit d'avance — il me semble que Bordeaux mériterait de voir s'édifier, dans notre Sud-Ouest, à un endroit que nous trouverons sûrement, la Maison de santé que nous souhaitons et à

laquelle serait annexé un service spécial d'accouchement.

Quand on a le bonheur de posséder un maire comme le distingué M. Philippart, digne continuateur des traditions philanthropiques de son prédécesseur, M. Charles Gruet, on peut espérer et même tout atteindre.

Ses idées généreuses seront certainement partagées, le moment venu, par le conseil municipal tout entier, et cela nous permettra de substituer enfin à la vieille formule d'autrefois : l'hôpital aux malades indigents la formule d'aujourd'hui et de demain : l'hôpital à *tous* les malades.

Et si l'idée que j'ai eu l'honneur de développer devant vous prend corps, si cette œuvre d'hygiène sociale surgit un jour, s'affirme et triomphe, Municipalité bordelaise, Conseil municipal et Commission administrative des Hospices auront le droit de s'en enorgueillir, car elles auront contribué à augmenter notre patrimoine de gloire, et travaillé, en un mot, pour leur large part, à l'éclosion du « plus grand Bordeaux ».

Si j'ai parlé si longuement de Bordeaux, vous l'avez compris, Messieurs, c'est à titre *d'exemple* Les arguments que j'ai soutenus pour la ville qui a l'honneur de vous recevoir peuvent être revendiqués par toutes, et je suis convaincu que vous m'avez compris si j'ajoute que nous vous serions particulièrement reconnaissant, si c'est grâce à vous, grâce au vote que vous émettrez tout à l'heure, que Bordeaux peut réaliser ce qui a été considéré longtemps comme un rêve, une utopie ou un danger ;!

C'est, Messieurs, sous le bénéfice de ces observations, que je vous propose de vouloir bien adopter le vœu suivant :

« Convaincu de cette vérité que l'hôpital n'est pas « seulement pour les indigents, mais. pour *tous* les « malades.

« Le Congrès, sur le rapport qui lui est présenté, « dans sa séance du 5 mai par M. Charles Cazalet, « émet le vœu que, partout où les circonstances le « permettront, il soit créé une Maison de santé « administrée par les Hospices eux-mêmes, et dans « laquelle seraient admis *tous* les malades payants « ayant la faculté de choisir leur médecin, selon les « dispositions qui seront adoptées par chaque Com- « mission administrative pour le fonctionnement « intérieur de leur Maison de santé. »

Commentaires.

Personnellement, nous avons lu, avec le plus grand plaisir, le très intéressant rapport de M. Charles Cazalet. Nous y avons retrouvé les idées que nous défendons depuis 1906 et que nous avons exposées au premier Congrès des Commissions hospitalières, à Saint-Etienne, en 1913 et au deuxième Congrès à Montpellier, en 1914.

Oui, l'hôpital moderne doit être établissement gratuit, pour indigents et faire fonction de maison de santé, pour ceux qui peuvent eacquitter le prix de journée.

Oui, cette maison de santé doit être ouverte à tous les praticiens, qui auront le droit de se faire rémunérer directement par leurs clients.

Il reste bien entendu que toutes les questions disciplinaires demeureront du ressort de la commission administrative de l'hôpital, d'une part et du Syndicat médical d'autre part, celui-ci étant le défenseur légal de la probité corporative.

Aux exemples que cite M. Charles Cazalet, nous pouvons ajouter celui de l'hôpital d'Oyonnax, établissement hospitalier, dans lequel de 1907 à 1910, nous avons pu, avec nos deux confrères de la ville, soigner gratuitement les pauvres et, contre honoraires, ceux qui pouvaient les acquitter.

L'hôpital a bénéficié de cet état de choses tant au point de vue financier qu'au point de vue moral. Et les malades payants affluaient, certains d'être mieux soignés que chez eux, par un personnel hospitalier idoine.

Nous ne saurions trop le répéter : la médecine actuelle et surtout celle de l'avenir ne peut plus rester une médecine individuelle : la science moderne exige le concours de plusieurs médecins spécialistes, d'instruments et d'installations complexes, pour établir un diagnostic précis et quasi certain.

Il faut envisager le moment où le médecin ne pourra plus donner de consultations chez lui : il devra transporter son cabinet dans un hôpital, ou une maison de cure, pour que le malade puisse être rapidement examiné par les spécialistes nécessaires.

Les médecins de certaines villes d'eaux n'ont-ils pas, depuis longtemps, leur cabinet à l'établissement thermal ? des confrères ne se réunissent-ils pas à plusieurs, pour supporter à frais communs, les charges d'une polyclinique ?

Pourquoi, dès lors, ne pas envisager l'hôpital comme le centre médical de diagnostic et de traitement, ouvert à toutes les bourses et à tous les docteurs ?

La santé publique y trouvera son compte : prophylaxie et dépistage rapides.

L'établissement y puisera des ressources supplémentaires, pour l'amélioration des services.

Les malades ne devront plus abandonner les leurs, pour se faire admettre dans un établissement de la grande ville voisine.

Les médecins, par un contact professionnel permanent et journalier, s'initieront sans cesse aux découvertes les plus modernes.

L'ère des accords collectifs est ouverte et nous ne sommes pas étonnés de voir Bordeaux se trouver, une fois de plus, à la tête du mouvement de progrès.

A la dernière assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique, nous avons

fait adopter le vœu de voir la création rapide de mutuelles interhospitalières d'assurances. Par analogie, les Fédérations et Unions régionales hospitalières peuvent mettre des ressources en commun pour équiper et transformer la multitude d'hôpitaux, que nous possédons en France et qui ne rendent presqu'aucun service social, vu leur pauvreté et leur dénuement.

En hygiène publique, comme en beaucoup de choses, l'Union fait la force. Que par des accords locaux, commissions hospitalières, conseils municipaux et syndicats médicaux s'associent pour le plus grand bien de la protection de la santé publique.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA RÉALISATION DE LA STATISTIQUE SANITAIRE D'APRÈS LES CERTIFICATS DE DÉCÈS DANS LA SEINE-INFÉRIEURE

PRÉFECTURE
de la Seine-Inférieure
INSPECTION
des
SERVICES D'HYGIENE

Rouen, le 26 décembre 1923.

Mon Cher Confrère,

Afin d'assurer l'inviolabilité absolue des certificats médicaux de décès, tout en me permettant d'établir des statistiques sanitaires rigoureusement exactes et certaines, M. le Préfet vient d'adresser à tous les Maires du département la circulaire ci-jointe dont les dispositions entreront en vigueur à dater du 1er janvier 1924.

Il vous sera donc possible de me transmettre *directement* et *confidentiellement*, toutes les indications exactes que vous croirez devoir me communiquer, sur les causes des décès constatés par vous et de compléter ainsi les renseignements sommaires que vous avez bien voulu mentionner jusqu'à présent sur vos certificats.

J'ajoute que suivant un principe absolu adopté par l'Inspection des Services d'Hygiène, les certificats de décès que vous avez bien voulu établir jusqu'à présent n'ont été et ne seront *jamais communiqués* à qui que ce soit, ni en original, ni en copie ; ils seront du reste détruits aussitôt que le service de la statistique y aura prélevé les renseignements nécessaires.

Afin d'assurer d'autre part votre documentation personnelle, tous les relevés statistiques établis par l'Inspection des Services d'hygiène continueront, comme cela a été fait depuis quatre ans, à vous être adressés chaque année après la 2e session du Conseil Général.

Les nouvelles formules vous seront remises par les familles des décédés. Si vous voulez bien les *cacheter* après les avoir remplies, et les remettre ainsi aux intéressés, vous pouvez être assuré qu'elles me parviendront *confidentiellement*, par l'application des instructions spéciales données par M. le Préfet à MM. les Maires du département.

Il n'est rien innové en ce qui concerne la rémunération des certificats de décès qui ont toujours été et restent à la charge des familles, conformément aux usages locaux.

Veuillez agréer, mon Cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

L'inspecteur départemental des Services d'Hygiène,

Dr OTT.

PRÉFECTURE
de la Seine-Inférieure
INSPECTION
des
SERVICES D'HYGIENE

Le Préfet de la Seine-Inférieure
à MM. les Maires des villes à bureau d'hygiène;

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint à titre documentaire une circulaire générale concernant l'établissement des certificats médicaux de décès dans les villes ou communes non pourvues de bureaux d'hygiène prévus par la loi du 15 février 1902.

Au cas où vous voudriez utiliser les nouvelles formules, il vous suffira de m'en adresser la demande pour en obtenir la fourniture gratuite.

Il va sans dire, que le docteur en médecine, directeur du bureau d'hygiène de votre ville, est qualifié pour prendre connaissance, s'il le désire, du contenu des certificats avant leur envoi périodique à mon administration.

Dans le cas où vous désireriez par contre conserver votre organisation actuelle de constatation de décès, il vous suffira de m'en informer et de continuer comme par le passé à m'adresser, sous couvert de l'Inspection des Services d'hygiène, les relevés statistiques réglementaires.

Le Préfet.

PRÉFECTURE
de la Seine-Inférieure
INSPECTION
des
SERVICES D'HYGIENE

Rouen, le 26 décembre 1923

Le Préfet de la Seine-Inférieure
à MM. les Maires,

Afin d'assurer l'inviolabilité absolue du secret professionnel à l'égard des certificats médicaux de décès, et de donner ainsi satisfaction aux préoccupations légitimes du corps médical, tout en permettant à mon administration d'établir des statistiques sanitaires rigoureusement exactes et certaines, j'ai décidé l'application, à dater du 1er janvier 1924, des mesures suivantes, dans les communes dépourvues de bureaux d'hygiène.

1° Une *formule* dont le modèle se trouve ci-joint sera délivrée par vos soins, gratuitement, *à toute personne venant déclarer un décès* ; les formules nécessaires vous seront fournies par l'Inspection des Services d'Hygiène.

2° Il appartiendra à la famille du décédé de faire remplir la formule par le médecin traitant et de la remettre ensuite dans vos bureaux.

3° Sur le vu du *talon en forme de certificat de décès*, constatant que la mort est réelle et constante, vous pourrez délivrer le permis d'inhumer.

4° Le *certificat médical. Document confidentiel*, sera détaché du talon, conservé, *cacheté* dans vos bureaux, jusqu'au moment de l'*envoi trimestriel des actes de l'état civil*, à l'Inspection départementale des Services d'Hygiène, et joint à cet envoi. Quant au talon (certificat de décès), il sera conservé dans vos archives. Il vous appartiendra d'apposer sur le talon, comme sur le certificat médical, le *numéro d'enregistrement de l'acte* sur les registres de l'état civil de votre commune.

5° Chaque année, après le dépouillement de l'ensemble des certificats médicaux de décès, le résumé des renseignements statistiques concernant votre commune vous sera adressé par les soins de l'Inspection des Services d'Hygiène.

Le Préfet,
Charles LALLEMAND.

(COUVERTURE)

N°
Commune de
(à remplir par la Mairie)

CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS

DOCUMENT CONFIDENTIEL

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au moment de l'envoi trimestriel à l'Inspection des Services d'hygiène.

Ne doit être ouvert que par l'Inspection des Services d'hygiène

Préfecture du Département

DE LA SEINE-INFÉRIEURE

Ne doit être ouvert que par l'Inspection des services d'hygiène

(INTÉRIEUR)

DÉPARTEMENT de la **Seine-Inférieure** — Inspection des Services d'Hygiène

CERTIFICAT DE DÉCÈS

(*Partie à détacher et à conserver dans les Mairies*).

Partie réservée à la Mairie

Commune de
Nom
Prénoms
Age
Domicile
N° d'enregistrement sur le registre des actes de l'état civil (à reproduire ci-dessous). N°

Partie réservée aux Médecins

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le à heure est réelle et constante.
La cause en est indiquée dans la fiche confidentielle ci-annexée qui ne doit être ouverte que par l'Inspection des Services d'hygiène.
A le
Signature :

Commune de
Date du décès
Cause du décès

Renseignements complémentaires que le médecin traitant croira devoir porter à la connaissance des Services d'hygiène.

NOTE
Ce document qui ne peut être communiqué à personne ni en original, ni en copie, est détruit par les soins de l'Inspection des Services d'hygiène lorsque le service de la statistique sanitaire y a puisé les renseignements indispensables.

Signature
ou
N°

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

(12, 13, 14 et 15 *décembre* 1923)

(*Suite.*)

Pupilles de la Nation.

Un certain nombre de communications apprennent à l'Assemblée que dans certains départements (Yonne Ille-et-Vilaine), les Syndicats ont conclu des contrats collectifs du modèle de celui qui a été préconisé par la Commission de médecine pratique de l'Union. Dans les deux départements sus-nommés les examens sont pratiqués individuellement.

Par contre, il semble bien qu'un certain nombre de syndiqués n'aient pas eu connaissance du livret de santé proposé par la Commission de médecine pratique de l'*Union* et envoyé par le Conseil aux secrétaires des Syndicats.

Il est cependant important que les Syndicats ne considèrent pas comme négligeable ce problème, à l'occasion duquel, ils peuvent affirmer leur conception de la véritable médecine sociale et l'opposer à la conception administrative de la dite médecine ; examens hâtifs, paperasses, tarifs insuffisants.

En fin de discussion l'Assemblée adopte les conclusions suivantes du secrétaire général :

« Persuadée qu'il est utile, dans l'intérêt des Pupilles de la Nation et de leurs familles aussi bien que des médecins, que soit adopté partout le contrat collectif rédigé par la Commission de médecine pratique établissant le contrôle des Pupilles de la Nation, ainsi que le livret de santé proposé par la Commission, l'Assemblée charge le Conseil de faire toute propagande à cet effet ».

Service de santé et syndicats médicaux.

Cette question est renvoyée par l'Assemblée générale, pour étude complémentaire, au Conseil de l'*Union*.

Etat de l'organisat on syndicale.

La question de l'admission à l'*Union* d'un syndicat (Briey) créé sur le territoire d'un Syndicat antérieurement adhérent à l'*Union* (Meurthe-et-Moselle) vient devant l'Assemblée générale.

Le Syndicat de Meurthe-et-Moselle s'est, jusqu'ici, opposé à cette adhésion et le Syndicat de Briey insiste pour être admis.

Le docteur Giry, président du Syndicat de Meurthe-et-Moselle expose les raisons pour lesquelles son Syndicat a cru devoir s'opposer à l'adhésion du Syndicat de Briey. Le secrétaire général donne lecture des lettres reçues du Syndicat de Briey. L'assemblée générale décide qu'il n'y a pas lieu d'admettre le Syndicat de Briey.

Développement du syndicalisme médical.

Le secrétaire général donne lecture de la partie des conclusions de son rapport qui traite de ce sujet :

Après avoir constaté la cohésion qui existe dans l'*Union* des Syndicats et examiné la situation dans laquelle se trouve, actuellement, le syndicalisme médical, par rapport aux problèmes qui se présentent devant lui, l'Assemblée générale déclare que les buts que se propose le syndicalisme doivent être pour l'année qui vient ;

De poursuivre la mise en pratique des solutions dégagées pour l'organisation de la médecine sociale et permettant d'établir, chaque année, comme cela a été fait pour l'A. M. G., le bilan des résultats obtenus pour chacune des branches importantes de médecine sociale d'hygène et de défense sanitaire ;

b) D'iétudier à fond le problème de l'enseignemen médical ;

c) De m dégager, dans le domaine scientifique, l'exrience deséédecins praticiens et de permettre ainsi lapcritique mthodique des résultats obtenus en matièreé de défense sanitaire et de médecine sociale.

A cet effet, l'Assemblée générale invite le Conseil de l'*Union* à faire étudier par une Commission et à étudier lui-même l'organisation d'un Congrès qui aurait lieu en 1925 et qui serait consacré à la tuberculose et à la syphilis ainsi qu'à l'organisation de la lutte contre ces deux fléaux.

Ces conclusions sont *adoptées à l'unanimité.*

Droit syndicaliste et ordre des médecins.

Le docteur Cruchet présente un ordre du jour préconisant l'étude complète de la question. Il est favorable à la création d'un ordre des médecins, mais il ne le conçoit pas comme ceux de ses confrères qui le considèrent comme pouvant être bâti sur le modèle de l'Ordre des avocats.

Cependant, le droit médical et le droit syndicaliste sont bien deux choses différentes et une juridiction médicale supérieure lui paraît nécessaire pour atteindre les non syndiqués et pour établir une jurisprudence sur les questions médicales.

Le docteur Lafontaine se déclare entièrement d'accord avec le docteur Cruchet sur ce point que la question mérite une étude approfondie et qu'il est important que les Syndicats ne s'engagent pas à la légère ; il est heureux de reconnaître que, dans l'esprit de l'auteur de l'ordre du jour proposé, l'Ordre des médecins n'est pas calqué sur l'ordre des avocats. Il ne s'agit point, en effet, de revenir à des formes de jurisprudence correspondant à un état social révolu ; il ne s'agit pas d'un retour à la corporation.

Le secrétaire se déclare prêt à accepter les conclusions du docteur Cruchet. Mais il tient auparavant, à insister sur ce fait que les scandales qui ont éclaté à Marseille et les résultats du contrôle syndicaliste dans l'application de la loi des pensions prouvent surabondamment que la justice syndicaliste est agissante et effective. Il est à remarquer que, parmi les inculpés de Marseille, pas un seul n'était syndiqué. Le Syndicat avait donc su faire dans ce cas, la police chez lui. Cet exemple prouve que la justice syndicaliste est parfaitement capable d'atteindre syndiqués et non syndiqués.

Le docteur Crouzet de Marseille, à l'appui de ces

faits, vient défendre les conseils de famille des Syndicats et dire que partout où ceux-ci, comme à Marseille, ont su adopter une attitude énergique, ils ont pu réaliser l'épuration de la profession. Les docteurs Layral (Loire) et Noir (Seine) parlent dans le même sens.

Le docteur Cruchet et le docteur Lafontaine présentent, en fin de discussion, un ordre du jour commun que l'Assemblée vote à l'unanimité :

L'Assemblée générale de l'*Union* décide :

1° La nomination d'une Commission chargée d'étudier la question d'une juridiction disciplinaire légale pour tous les médecins ;

2° Les Syndicats sont invités dans le plus bref délai, à fournir sur cette question, à la Commission nommée, leurs desiderata et conclusions ;

3° La commission présentera un rapport dont les conclusions motivées seront mises à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de l'*Union* en 1924 pour discussion approfondie.

La discussion sur le rapport du secrétaire général étant terminée, l'ensemble de ses conclusions est adopté à l'unanimité moins deux voix (Dr Duby, Bourg-Trévoux ; Prallet, Haute-Savoie).

Sur la proposition du secrétaire général, l'Assemblée vote ensuite, à l'unanimité, des félicitations au Syndicat de Marseille pour son attitude dans la question des carnets de mutilés.

Assistance médicale gratuite.

Le docteur Rinuy présente à l'Assemblée les conclusions de son rapport sur l'Assistance médicale gratuite :

« L'Assemblée générale des Syndicats médicaux de France, réunie à Paris, en décembre 1923 :

« 1° Prend acte des efforts remarquables de certains Syndicats pendant le cours de l'année et des résultats acquis, en matière d'assistance médicale gratuite ;

« 2° Invite à nouveau, d'une manière très pressante, les Syndicats qui ne l'auraient pas encore fait, à mettre sur pied et à réaliser, chacun dans leur département, une organisation complète de soins, aux privés de ressources, sous la forme d'un contrat collectif, avec les préfets,

« Et prévoyant :

« *A*) Le libre choix absolu du médecin par le malade ;

« *B*) Des tarifs à la visite, établis d'après le tarif syndical minimum en usage dans la région ;

« *C*) Des tarifs complets d'accouchements et de chirurgie (petite chirurgie et chirurgie d'urgence), inspirés du même principe ;

« *D*) Un contrôle technique, par le Syndicat, avec ses diverses modalités : Commissions de contrôle mixtes et contrôle direct.

« 3° Est d'avis de ne pas s'opposer au principe de la demi assistance ; mais aux conditions expresses :

« *A*) Que les bases de l'Assistance partielle soient nettement définies, et établies d'accord avec les Syndicats ;

« *B*) Que les honoraires en matières d'A. M, G., pour l'indigent, comme pour le demi-nécessiteux, soient ceux du tarif syndical minimum, la commune et le département récupérant directement sur le demi-nécessiteux la part laissée à sa charge, sans que le Corps médical ait à intervenir ».

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

LES MÉDECINS ASSERMENTÉS DES PAUVRES DU ROYAUME-UNI VEULENT FAIRE GRÈVE

Depuis plusieurs semaines, un véritable combat est engagé, à Londres, entre trois institutions dont deux sont à peu près inconnues chez nous : les *Sociétés approuvées*, les *Médecins assermentés des pauvres* et le ministère de l'hygiène.

Les médecins assermentés des pauvres (panel doctors) sont des praticiens vivant dans des quartiers pauvres des grandes villes anglaises et qui, soit par philanthropie, soit parce qu'eux-mêmes ne sont pas riches et n'ont pas de clientèle assurée, reçoivent du gouvernement une rétribution annuelle pour chaque *malade assuré* soigné par eux durant l'année.

Les « *sociétés approuvées* » sont une espèce de syndicat général de toutes les maisons de commerce, chantiers, usines, etc., dont les employés et les ouvriers sont assurés. Ce sont ces sociétés approuvées qui, en vertu de l'*Insurance Act de* 1911, sont devenues les « dépositaires » du gouvernement uniquement en ce qui concerne les subsides qu'elles ont, par délégation, charge de verser aux médecins, le ministère de l'hygiène ne voulant pas que ce système des « panel-doctors » devienne un service d'Etat.

Le corps médical estimant que les sociétés approuvées, après avoir obtenu le contrôle financier du système d'assurance, veulent maintenant obtenir le contrôle des médecins eux-mêmes, ont refusé, il y a quelque temps, le cachet annuel de 7 sh. 3 d. par malade assuré que les sociétés leur offraient.

Dans le but d'arranger les choses, le ministère de l'hygiène annonça alors qu'il était prêt à élever ce cachet jusqu'à 8 sh. 6 d.

Comme il ne s'agit pas pour les médecins d'une question monétaire, mais d'une question de principe, deux cents délégués, représentant une large partie du corps médical assermenté d'Angleterre, d'Ecosse et du Pays de Galles réunis aujourd'hui au Central Hall de Westminster, ont unanimement repoussé l'offre gouvernementale et ont décidé de reprendre leur liberté le 1er janvier.

En somme, les médecins des pauvres veulent

bien être des fonctionnaires du gouvernement, mais non pas des « sociétés approuvées ». Et on jugera de la gravité de leur décision, quand on saura que dix millions d'ouvriers assurés, sans moyens, sont menacés d'être privés de soins si le différend n'est pas réglé promptement. (*Le Matin*, 19 oct. 1923.)

Service départemental des consultations de nourrissons

Rapport à l'Administration municipale, relatif à l'affiliation éventuelle de la Ville de Lille.

Par circulaire en date du 25 mai 1923, M. le Préfet du Nord nous adresse le texte de son arrêté du 18 mai 1923, pris en exécution d'une décision du Conseil général en date du 27 avril 1923 et instituant, dans le département du Nord, « *pour les communes qui en feront la demande* un service départemental de consultations de nourrissons doté de primes de fréquentations ». (Article I de l'arrêté préfectoral).

Et il nous invite à soumettre cette question au Conseil municipal.

***

A. — Règlement organique du service.

Analysons, d'abord, le fonctionnement de ce nouveau service départemental :

I. *L'affiliation des communes à ce service n'est pas obligatoire.* D'autre part, dans les communes affiliées, seront seules considérées comme faisant partie du service départemental : *a*) les consultations de nourrissons créées par une délibération du Conseil municipal et approuvées par le préfet ; *b*) les œuvres particulières « tendant vers le même but » et agréées par le préfet après consultation du maire. (Ce 2e alinéa, assez imprécis, n'est pas dans l'arrêté organique du préfet ; il se trouve stipulé dans la circulaire préfectorale du 25 mai 1923).

II. *L'affiliation des communes à ce service exige* : 1° *une formalité administrative* : Le Conseil municipal doit en adresser la demande au préfet ; 2° *le vote d'un crédit*, car les dépenses de toute nature nécessaires au fonctionnement des consultations sont à la charge des communes (frais d'installation, local, chauffage, éclairage, matériel, frais de bureau ; salaires du personnel : secrétaires, femmes de service ; honoraires des médecins et des sages-femmes ; primes aux mères fréquentant ces consultations).

III. *Cette affiliation a pour conséquences* :

1° *Pour le département, l'obligation de rembourser aux communes une partie de la prime versée aux mères* (la charge des primes sera supportée moitié par la commune et moitié par le département ; toutefois, en aucun cas, la part de la contribution départementale ne devra excéder 2 fr. 50 par prime allouée).

2° *Pour les consultations municipales de nourrissons, la mise en tutelle préfectorale.* (Le contrôle en sera assuré, sous l'autorité du préfet, par les inspecteurs de l'Assistance publique. Les médecins et sages-femmes seront nommés par le préfet, le maire conservant seulement un droit de présentation) ;

3° *Pour les familles bénéficiant, à un titre quelconque, de secours départementaux* (allocations diverses d'assistance, et, notamment, primes d'allaitement prévues par la loi du 24 octobre 1929), *ou ayant en garde des pupilles de l'Assistance publique, l'obligation* de présenter leurs enfants ou pupilles jusqu'au 12e mois, 2 fois par mois, à l'une des consultations ayant reçu l'approbation ou l'agrément du préfet. (Toute absence non motivée entraînera la suppression des secours accordés, ou — s'il s'agit d'un pupille de l'Assistance publique — le retrait de l'enfant). Toutefois, l'article 3 de l'arrêté préfectoral permet un certain nombre de dérogations à cette obligation.

IV. Dans la partie du département qui a été occupée par l'ennemi (à Lille, par conséquent), les dépenses « de personnel et d'administration du service », article 10 de l'arrêté préfectoral) seront remboursées aux communes par le département, celui-ci devant récupérer ces dépenses sur une organisation privée dite « Comité d'assistance aux régions libérées ».

Par dépenses de « personnel et d'administration du service », la circulaire préfectorale du 25 mai précise qu'il faut entendre » les frais du service médical (honoraires du médecin ou de la sage-femme) et les dépenses du personnel », celui-ci comportant, par consultation, un secrétaire, une peseuse et une femme de service. En outre, la préfecture fournirait les imprimés nécessaires au service. (Lettre préfectorale 26 juin 1923).

***

B. — Examen critique du réglement du service départemental.

Le service départemental des consultations de nourrissons n'est, à proprement parler, ni un service d'hygiène, ni un service d'assistance.

C'est un véritable *service de médecine sociale* : service de surveillance médicale des enfants du premier âge dans le but social de restreindre la mortalité infantile.

Comme dans toute organisation de médecine sociale, il faut donc :

1° Etudier la valeur médico-sociale de l'organisation proposée ;

2° Envisager la répercussion de cette organisation sur le milieu social dans lequel elle va fonctionner ;

3° Examiner les besoins financiers qu'elle suscitera.

***

I. — Valeur médico-sociale du service départemental.

A priori, nous affirmons que, dans l'intérêt supérieur de la société, dans l'intérêt des enfants du dee venir desquels la collectivité est responsable, cettr société ou collectivité a le droit et le devoir d'exiget que les mères ou les familles intéressées soumettenleurs jeunes enfants à une surveillance médicale régulière.

Ce droit a pour corollaire l'obligation, pour la Société, de mettre gratuitement à la disposition des mères ou des familles une organisation leur permettant d'assurer à leurs enfants cette surveillance médicale.

Diverses modalités d'organisation sont susceptibles de permettre ce contrôle. Les consultations de nourrissons constituent une de ces modalités.

***

Ces consultations de nourrissons ont été préconisées dans notre région dès avant la guerre. Depuis l'armistice, elles ont été, pour ainsi dire, systématisées et généralisées par un organisme privé, franco-américain, le Comité d'Assistance aux régions libérées.

Dans son rapport au Conseil général (N° 138), le préfet écrit :

Le Comité d'assistance aux R. L. avait, àl'issue de la guerre, pris la charge d'apporter un secours immédiat à toutes les populations qui avaient souffert de l'occupation, et notamment aux enfants.

« Il créa, dans ce but, dans les régions particulièrement éprouvées, des consultations de nourrissons *dont l'action heureuse n'est plus*, aujourd'hui, à démontrer...........

Plus loin :

Ce Comité a poursuivi un but précis : « mettre à notre disposition un organisme qui nous permît de combattre *notre excessive mortalité infantile, plus grande encore dans les régions libérées, au lendemain de l'armistice. Ce but a été atteint* .... »

Et plus loin encore :

« Il est hors de doute que les consultations de nourrissons *sont un des plus puissants moyens* dont nous disposions, à l'heure actuelle, pour combattre la mortalité infantile ».

***

Que devons-nous penser de ces affirmations du préfet du Nord ?

Les consultations de nourrissons sont-elles réellement comme il le proclame, « *un de nos plus puissants moyens de combattre la mortalité infantile* » ?

M. le préfet n'a évidemment pas songé qu'il existe d'autres œuvres dont l'action n'est pas moins importante : les gouttes de lait, les mutualités maternelles, etc.

M. le préfet n'a évidemment pas songé non plus que l'une des principales causes d'une mortalité infantile excessive réside dans les conditions de travail imposées aux mères durant leur grossesse et durant les 18 mois qui suivent leurs couches, dans l'arrachement de la femme à son foyer, dans l'entassement des familles ouvrières en d'immondes taudis, dans l'intoxication des générateurs par les poisons industriels ou sociaux, et que la meilleure façon de lutter contre une mortalité infantile excessive est, peut-être encore, d'arracher au capitalisme gouvernant des mesures plus complètes de protection de la femme ouvrière, lui permettant de rester à son foyer lorsqu'elle est mère, une extension des lois d'hygiène du travail, une amélioration des conditions générales d'existence de la classe ouvrière.

Spécialement, *les consultations de nourrissons du Comité d'assistance aux R. L.* ont-elles, réellement, comme le proclame M. le préfet, efficacement *combattu » notre excessive mortalité infantile, plus grande encore dans notre région au lendemain de l'armistice ?*

Reportons-nous aux statistiques officielles établies par notre bureau municipal d'hygiène.

Qu'y voyons-nous ? Bien avant l'organisation de ces consultations de nourrissons du Comité d'assistance aux R. L., notre mortalité infantile était en voie de décroissance constante, passant de 21,5 % des naissances en 1905 à 9,2 % en 1914. Et après la guerre, leur fonctionnement n'a pas empêché notre mortalité infantile qui était de 12,1 % en 1919, 11,7 % en 1920, 9,9 % en 1921, c'est-à-dire à peu près la même qu'en 1913 et 1914, de remonter à 12,4 % en 1922 (voir tableau ci-dessous).

Tableau

Années	Naissances	Décès de 0 à 1 an	°/o des naissances
1905	5.448	1.175	21,5
1908	5.161	1.047	20,2
1909	4.965	924	18,6
1912	4.809	763	15,8
1913	4.880	510	10,4
1914	4.543	421	9,2
Guerre 1914-1918.			
1919	2.728	330	12,1
1920	5.454	643	11,7
1921	5.004	491	9,9
1922	4.391	547	12,4

Les consultations de nourrissons du Comité d'assistance aux R. L. ont fonctionné à Lille, de 1919 à ce jour. Et l'année 1922 accuse un taux de mortalité infantile supérieur à celui de 1913 et 1914, égal à celui de 1919.

Est-ce là la preuve de leur « action heureuse qui

n'est plus, aujourd'hui, à démontrer » et dont nous parle M. le préfet ?

***

Nous ne mettons pas en doute la valeur relative des consultations de nourrissons dans l'action à mener en vue de la diminution de la mortalité infantile. Comme nous le disions au début, les consultations de nourrissons constituent, pour nous, une des modalités d'organisation susceptible d'assurer la surveillance médicale des enfants. Aussi admettons-nous volontiers qu'elles puissent constituer l'organisme mis par la collectivité à la disposition des mères et des familles.

Mais, *il ne nous paraît pas possible*, en raison même de leur valeur relative — *qu'on les impose* — comme le fait le règlement du service départemental — *à toute une catégorie de mères*, qu'on en rende la fréquentation obligatoire pour les assistées, sous peine de suppression de l'assistance.

C'est — alors que d'autres modalités d'organisation sont susceptibles de donner des résultats au moins aussi bons — accorder aux seules consultations de nourrissons un véritable monopole, monopole que les faits ne justifient pas.

Et cette obligation, inscrite dans le règlement du service départemental, obligation qui ne peut être considérée que comme une consécration officielle de leur valeur d'action, alors que cette action n'a rien de spécifique, cette obligation est, sur le terrain médico-social, notre première critique au règlement départemental.

Gratuité ? Oui.

Obligation ? Non.

Ce qui doit être obligatoire, ce n'est pas la fréquentation de tel ou tel organisme susceptible d'effectuer la surveillance médicale de l'enfant. c'est cette surveillance elle-même pour laquelle on ne peut pas ne pas reconnaître à la mère le droit de s'adresser à tel médecin, à telle sage-femme ou à tel organisme médical ou médico-social de son choix.

***

Certes, dans le règlement départemental, cette obligation de fréquentation est atténuée par certaines possibilités de dérogations.

« Il pourra, dit l'article 5, être dérogé à cette obligation, sur avis conforme du maire et du médecin, notamment lorsque le domicile de la nourrice sera distant de plus de 2 km. du lieu de la consultation, ainsi que pendant la mauvaise saison, ou en cas de maladie contagieuse du nourrisson ».

Or, ces dérogations — conséquence inévitable de l'obligation telle qu'elle est comprise par le règlement départemental — mettent en lumière du point de vue médico-social, l'infériorité et l'insuffisance du système adopté par le service départemental.

En vertu de ces dérogations, la surveillance médicale des enfants s'exercera d'une façon irrégulière, intermittente, parfois nulle.

Il y a là, pour les enfants dont les mères bénéficient des primes d'allaitement prévues par la loi du 24 octobre 1919, une véritable régression — tout au moins dans certaines localités — sur ce qui existe actuellement.

Actuellement, la surveillance de ces enfants s'effectue, le plus souvent, à domicile (et ce fait est reconnu par la circulaire préfectorale du 25 mai). De telle sorte que, pour ces enfants, il n'existe aucune restriction à cette surveillance : ces questions de bonne ou mauvaise saison, d'éloignement du domicile, de santé de l'enfant, ne jouent pas ; la surveillance est constante et régulière.

Avec le service nouveau, la surveillance de ces enfants se fera au local de la consultation (article 8 de l'arrêté préfectoral) ; et alors vont pouvoir jouer toutes les dérogations prévues à l'article 5 de ce règlement, d'où amoindrissement de la surveillance sanitaire de ces enfants.

Et ceci constitue notre deuxième critique à l'organisation du service départemental tel qu'il nous est présenté.

***

En résumé, du point de vue médico-social, nous disons *qu'en décrétant* l'obligation — pour les assistés, de fréquenter les consultations de nourrissons, officielles ou agréées, le règlement départemental a commis une *erreur scientifique*, car, médicalement parlant, rien ne permet d'attribuer une valeur plus grande aux consultations de nourrissons qu'à d'autres modalités de surveillance.

Et nous ajoutons qu'il a, en outre, commis une *faute sociale*, car cette obligation lui a imposé l'acceptation de dérogations, lesquelles entraînent, dans certains cas, une régression sur la situation actuelle.

On comprendra que nous ne pouvons proposer au Conseil municipal de s'associer à cette erreur et à cette faute.

***

II. — Répercussions sociales.

La législation actuelle, concernant l'assistance aux femmes en couches, impose aux mères l'obligation de respecter certaines mesures d'hygiène — dont la nécessité est reconnue de tous — et que les mères s'efforcent, d'ailleurs, en général, d'appliquer avec tout leur cœur et toute leur attention, dès qu'elles leur sont indiquées par une personne (médecin ou sage-femme) à laquelle elles ont confiance, et sans qu'il soit besoin de leur faire craindre une sanction éventuelle.

Que dit la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches (article 4) ?

« L'allocation ne peut être accordée ou maintenue que si la mère prend, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera, à cet effet la personne désignée par le Bureau d'assistance ».

Et la loi du 24 octobre 1919, assurant la protection des femmes qui allaitent leurs enfants, renvoie à cette disposition de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 :

La mère doit prendre, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires. Toutes instructions, utiles à ce sujet, lui sont données par une personne désignée par le bureau d'assistance. Bien plus, toute mutualité maternelle, toute société de secours mutuels, toute œuvre d'assistance peut, dans certaines conditions, être chargée d'exercer la protection et la surveillance hygiénique prescrite par la loi. (Article 10 de la loi du 17 juin 1913.)

La législation actuelle sur l'assistance aux femmes en couches présente donc un certain caractère de libéralisme qui contraste singulièrement avec le texte du règlement préfectoral sur les consultations de nourrissons, lequel stipule que, pour remplir les conditions prévues par l'article 4 de la loi du 17 juin 1913, les mères devront obligatoirement présenter leurs enfants, 2 fois par mois, à la consultation de nourrissons officielle ou agréée.

***

Jusqu'à ce jour, à Lille, cette surveillance hygiénique des femmes bénéficiaires des lois des 17 juin 1913 et 24 octobre 1919 est assurée, normalement et régulièrement, au domicile même des assistées, par deux sages-femmes relevant du bureau de bienfaisance.

En outre de cette surveillance sanitaire à domicile, le bureau de bienfaisance a institué, dans ses dispensaires, un certain nombre de consultations de nourrissons auxquelles les mères peuvent s'adresser pour faire peser leurs enfants. La fréquentation de ces consultations est libre : les mères y viennent ou n'y viennent pas, à leur gré. Le fait est, néanmoins, que bien qu'aucune sanction ne soit prise contre les assistées qui ne fréquentent pas ces consultations, bien qu'aucune prime de fréquentation ne soit allouée à celles qui les fréquentent, les mères y viennent en grand nombre et d'une façon régulière.

Est-ce à dire qu'aucune amélioration ne puisse être apportée au service organisé par le bureau de bienfaisance ? Certes non.

Mais, il ne nous apparaît pas que cette amélioration soit à chercher dans l'affiliation de la ville au service départemental des consultations de nourrissons, cette affiliation devant avoir pour conséquences pour les femmes assistées :

1° La suppression probable de la surveillance à domicile, la plus efficace parce que la plus régulière et la plus continue. (Cette suppression serait à envisager en vue de compenser une partie des frais qu'entraînerait le fonctionnement du nouveau service) ;

2° Le régime regrettable des dérogations, lesquelles diminuent la portée de la surveillance sanitaire par les consultations de nourrissons officielles obligatoires ;

3° Et, enfin, autre conséquence de l'obligation, un accroissement de la sensation d'asservissement qu'accompagne toujours, chez les malheureux, toute assistance accordée sous réserve d'aliénation d'une partie de leur liberté.

On nous objectera que cette affiliation, en assurant des primes de fréquentation à toute mère se présentant à la consultation officielle ou agréée, permettra d'exercer une surveillance sanitaire sur des enfants échappant, actuellement, légalement à toute surveillance : les enfants des femmes n'ayant pas été admises au bénéfice de la loi sur l'assistance aux femmes en couches ou ne relevant pas de la loi du 24 octobre 1919.

Voyons un peu dans quelle mesure on peut espérer voir ces mères suivre ces consultations officielles :

L'expérience des consultations de nourrissons du comité d'assistance aux R. L. est susceptible de nous donner quelques enseignement à ce sujet

Jusqu'en juin 1922, le taux de la prime de fréquentation allouée était de 10 frs. pour tout enfant de moins de 15 mois présenté à la consultation. Le nombre des enfants présentés chaque mois fut (de juin 1921 à juin 1922), en moyenne de 992.

A dater du 1er juillet 1922 et jusqu'au 1er février 1923, la prime de 10 frs. n'est plus allouée qu'aux enfants de moins de 12 mois.

Immédiatement, les mères, dont les enfants ont plus de 12 mois, ne viennent plus, et la moyenne mensuelle des enfants présentés tombe à 775.

Puis, à dater du 1er février 1923, la prime allouée n'est plus que de 5 fr., la moyenne mensuelle des enfants présentés tombe à 426 (1er février, 1er juillet 1923) et le tableau statistique ci-dessous démontre que la fréquentation des consultations suit une courbe régulièrement décroissante :

TABLEAU.

Nombre d'enfants ayant fréquenté les consultations de nourrissons des R. L., de juin 1921 *à juillet* 1923.

Année	Mois	Nombre	
1921	Juin	940	Taux de la prime : 10 fr. jusque 15 mois.
	Septembre	964	
	Décembre	1.012	
1922	Janvier	1.004	
	Avril	1.007	
	Juin	1.050	
1922	Juillet	1.050	Taux de la prime : 10 fr. jusque 12 mois.
	Septembre	799	
	Novembre	739	
1923	Janvier	617	Taux de la prime : 5 jusque 12 mois
	Février	579	
	Mars	451	
	Avril	403	
	Mai	374	
	Juin	327	

Il semble donc bien que c'est pour toucher la prime que l'on vient à la consultation. Et si cette prime

ne vaut plus le dérangement, la fréquentation des consultations se réduit progressivement. Ce qui ne veut pas dire que ces mères ne font plus surveiller leurs enfants : elles les font surveiller autre part ou autrement.

En présence de ce peu d'empressement momentané montré par les mères pour la fréquentation des consultations officielles, même dotées de primes, on peut se demander si l'obligation de fréquentation de ces consultations imposées aux assistées n'aurait pas un peu pour but d'assurer à ces consultations un minimum de clientèle, minimum dont l'importance (pour Lille, il s'agirait de plus de 800 enfants) permettrait le cas échéant, l'établissement de statistiques à effet.

***

Quoi qu'il en soit, il semble ressortir, de l'expérience passée, que même avec le système de primes (à moins de primes très élevées), le nombre de femmes devant fréquenter les consultations officielles sans y être obligées sera relativement minime.

Est-il bien nécessaire, pour arriver à ce résultat médiocre vis-à-vis des non assistées, d'aggraver la situation de celles qui sont assistées ?

Et, parce que l'expérience prouve que ces consultations de nourrissons ne peuvent avoir une clientèle suffisante sans qu'on leur assure une clientèle forcée, devons-nous nous prêter à ce que ce soient les plus malheureuses parmi les mères ouvrières qui constituent cette clientèle forcée, ce matériel humain, grâce auquel certains théoriciens de l'hygiène sociale, ou certains professionnels de la philanthropie pourront faire croire à la valeur sociale du système qu'ils préconisent ?

Donnons aux mères, à toutes les mères — riches comme pauvres — la possibilité de faire bénéficier leurs enfants d'une surveillance médicale et sanitaire effective.

Mais, laissons aux mères pauvres la même liberté qu'aux mères riches, afin de ne pas gêner, par de multiples contraintes et obligations, le développement de leur dignité et de leur personnalité humaine-développement nécessaire à l'émancipation même de la classe ouvrière. (Voir, à ce sujet, aux annexes, la lettre de la Mutualité féminine de l'Union de Lille).

***

III. — Répercussions financières.

Il nous reste à examiner quelle pourrait être la répercussion financière éventuelle de ce nouveau service sur le budget municipal.

Comme nous l'avons déjà vu, les communes des régions ayant subi l'occupation allemande ont à leur charge :

1° Les frais occasionnés par l'installation des consultations, leurs locaux, leur matériel, leur chauffage et éclairage ;

2° Les primes de fréquentation, déduction faite d'une somme de 2 fr. 50 par prime, laquelle reste à la charge du département.

Les frais de personnel et d'administration sont à la charge du département qui les récupérera sur le Comité d'Assistance aux R. L.

Il faut toutefois, noter que les communes devront faire l'avance des 3/4 de l'ensemble des frais qui ne leur incombent pas, le département ne s'engageant — d'après l'arrêté préfectoral (article 12) — à leur en avancer qu'un quart, les 3/4 restants ne devant être remboursés qu'en fin d'exercice.

Il est difficile d'apprécier ce que coûterait l'organisation des locaux de consultations (loyer, matériel, chauffage, éclairage). Ceci, évidemment, représenterait déjà une certaine somme ; car — si la municipalité décidait l'organisation du service — il faudrait prévoir une consultation par quartier, soit environ un total de 10 à 12 consultations.

On peut faire une estimation plus précise de la charge financière qu'entraînerait le paiement des primes.

D'abord, *quel devrait être le taux de la prime de fréquentation ?*

L'expérience des consultations de nourrissons du Comité d'assistance aux R. L. prouve que la prime de 5 fr. est insuffisante pour aboutir à un résultat médicalement utile. En juin 1923, avec une prime de 5 fr., 327 enfants seulement ont été présentés aux séances de consultations, alors qu'en janvier 1923, avec une prime de 10 fr., 615 enfants avaient été présentés.

Et ce chiffre de 617 enfants est réellement minime. En effet, le nombre des naissances, en 1922, fut de 4.391 sur lequel il y eut 547 décès de 0 à 1 an ; d'autre part, en ce même mois de janvier 1923, il y eut 842 enfants surveillés médicalement parce que relevant de la loi du 24 octobre 1919.

De ces chiffres, il ressort que, en janvier 1923, près de 1.400 enfants — malgré la prime de 10 francs offerte aux mères — n'étaient pas surveillés officiellement. Cette prime de 10 francs était encore insuffisante pour près de 50 % des mères, et il faudrait l'élever à un taux supérieur si l'on voulait augmenter le rendement médico-social de ces consultations de nourrissons.

Acceptons, toutefois, ce chiffre de 10 francs par prime. A raison de 24 séances par an, cela représente une dépense de 240 francs par enfant dont le département prendrait à sa charge 60 francs (2 fr. 50 par prime). Resterait à la charge de la ville, pour un enfant, une somme de 180 francs.

Quel serait, *environ, le nombre d'enfants qui fréquenteraient les consultations ?*

1° Tous les enfants tombant sous le coup de l'article 4 de l'arrêté préfectoral, notamment ceux dont les mères bénéficient de la loi du 24 octobre 1919,

En se basant sur les chiffres fournis par les 6 premiers mois de l'année 1923, on peut estimer le chiffre de ces derniers enfants à environ 750. Ce serait

donc pour la ville une dépense minimum de 750 × 180 = 135.000 francs.

2° Les enfants dont les mères fréquenteraient spontanément les consultations. Prenons comme moyenne le chiffre de 600 enfants. (Ce chiffre est, environ, celui de la fréquentation des consultations des R. L. en janvier 1923, dernier mois de prime à 10 francs : 617 enfants.) Pour ces 600 enfants, la ville aurait à supporter une dépense de 600 × 180 = 108.000 francs.

Donc, rien que pour le payement des primes, il faudrait escompter une dépense annuelle minimum de 250.000 francs.

De telle sorte que le prix de revient de la surveillance médicale d'un enfant non assisté (étant donné que les enfants assistés sont déjà médicalement surveillés en vertu des dispositions légales actuellement en vigueur et sans payement de primes) serait de plus de 400 francs par an (et, dans ce compte, n'entre pas en considération le montant des frais de fonctionnement des consultations).

Il nous apparaît que, si la capacité financière de la ville lui permettait cette dépense, il ne nous serait pas difficile de faire, pour la protection des jeunes enfants, plus et mieux que ce que sont susceptibles de faire les consultations de nourrissons officielles.

***

C. — Conclusions.

I. — En attendant qu'une loi impose à toutes les mères l'obligation nécessaire d'assurer à leurs jeunes enfants une surveillance médicale effective, nous estimons qu'il y a lieu d'*inciter les mères* — par tous moyens possibles — *à soumettre spontanément* leurs enfants au contrôle permanent et continu d'un médecin ou d'une sage-femme.

II. — Mais, nous pensons que, dans l'état actuel de la science, *il n'y a pas lieu d'imposer* aux mères telle modalité de surveillance sanitaire plutôt que telle autre. La mère doit rester libre de faire surveiller son enfant par le médecin ou la sage-femme de son choix ou par tel organisme médico-social qui lui plait, à condition que cet organisme soit susceptible de remplir normalement cette fonction.

III. — L'organisation du *service départemental des consultations de nourrissons* ne peut nous donner satisfaction :

a) Il nous paraît *inopérant*, d'une part, au point de vue théorique (les consultations de nourrissons ne semblant pas avoir, jusqu'à présent, eu une répercussion sensible sur la mortalité infantile générale) ; de l'autre, au point de vue pratique (les frais, qu'il serait nécessaire de faire pour attirer à ces consultations un nombre réellement important de mères, étant en disproportion avec le résultat susceptible d'être obtenu ;

b) *Il porte atteinte à la liberté des mères les plus lheureuses* (les bénéficiaires des lois d'assistance) en leur créant une obligation nouvelle non imposée par la loi ;

c) Il *restreint* — pour un certain nombre d'assistées — *la surveillance sanitaire* dont leurs enfants sont susceptibles de bénéficier avec l'organisation actuelle;

d) Il crée à la ville des *obligations financières* dont le montant pourrait — en vue de la protection des enfants du premier âge — nous permettre de faire mieux que ce que sont susceptibles de faire les consultations officielles de nourrissons.

IV. — En conséquence, nous estimons *qu'il n'y a pas lieu, pour la ville de Lille, de donner suite à la circulaire préfectorale du* 25 *mai* 1923. — Mais, nous nous réservons d'étudier les moyens qui, en attendant la promulgation de la loi sur les assurances sociales, permettront aux mères n'en ayant pas la possibilité matérielle, tout en respectant leur liberté, d'assurer à leurs enfants la surveillance médicale nécessaire.

Ch. SAINT-VENANT, Dr D. VERHAEGHE.

Le Conseil municipal a adopté le rapport.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **École de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts — *Cours de* 1924 (24e *année*). Les cours et les conférences de l'école de psychologie sont publics). La 23e séance de réouverture des cours a eu lieu le jeudi 17 janvier, à cinq heures sous la présidence de M. le professeur MAIGNON, professeur à l'école d'Alfort.

Cours pratiques. — Des cours pratiques de psychothérapie, d'hypnologie, d'orthopédie mentale et de psycho-physiologie ont lieu sous la direction des docteurs Bérillon, Paul Farez, Courtois, Brion, Franquet et de M. H. Gosset, les jeudis à dix heures aux dispensaires neurologiques pédagogique et anti-alcoolique annexes de l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Les consultations du dispensaire neurologique et pédagogique ont lieu, 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis, samedis de 10 heures à midi. Les étudiants des nations alliée et amies sont invités à y assister.

— Un concours d'internes aura lieu le 19 janvier, à 9 heures, à l'hôpital-hospice de Saint-Denis.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Hôpital, 7*bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Je trouve d'autre part au tarif un honoraire de 100 francs pour les abcès profonds non viscéraux.

Cette somme me paraît un peu élevée pour une intervention délicate il est vrai, mais rapide. N'y aurait-il pas lieu de rechercher une similitude avec une intervention d'importance analogue, ponction du genou, par exemple.

Dr F.

Réponse

Votre intervention, avec toutes explications fournies, me paraît pouvoir être assimilée à « paracenthèse du tympan » « 60 fr. » (art. 23). Il serait injuste, vu la région et la difficulté technique, de compter simplement « incision d'abcès superficiel ».

F. D.

IV

Prix des déplacements.

Membre du « Sou Médical, », je viens vous demander de bien vouloir me renseigner dans le cas suivant : J'habite Nantes, à 1 kilomètre environ de la limite de la commune, et j'ai eu à soigner un blessé domicilié immédiatement au-delà de la limite de Nantes, à B. qui fait partie de la commune de V. Mon blessé est donc à 1 kilomètre de chez moi, mais fait partie d'une agglomération dépendant d'une commune dont la partie principale V. est à environ 4 km. de la limite de Nantes.

Dois-je compter mes visites :

1° En considérant B. comme banlieue de ville de plus de 100.000 habitants : soit 10 fr. ;

2° En considérant B. comme faisant partie d'une commune dont la partie principale est en dehors du périmètre de 2 km. à partir de la limite de Nantes : soit 8 fr. + indemnité kilométrique.

Comment compter l'indemnité kilométrique ? Distance de chez moi au domicile du malade ; soit 2 km. aller et retour, ou comme l'indique le tarif, distance de la mairie de Nantes au domicile du malade soit au moins 5 km. : ce qui ferait 10 km. aller et retour.

Mon blessé qui avait un phlegmon et a été opéré sous anesthésie, a été transporté dans une clinique du centre de la ville pour l'intervention, dois-je compter en plus du prix fixé pour l'anesthésie une indemnité de déplacement ?

Dois-je compter en plus des visites, une indemnité pour les pansements (il s'agit d'un phlegmon de la main, phlegmon des gaines).

Mon blessé n'est pas, je crois, assujetti à la loi de 1898. C'est un patron jardinier qui est assuré pour son propre compte et a droit aux soins médicaux et pharmaceutiques par suite de sa police.

Dr B.

Réponse.

Si votre blessé n'est pas assujetti à la loi de 1898, c'est le tarif habituel de votre région que vous

avez à prendre. Je ne puis vous donner d'avis que d'après le tarif Breton. Auquel cas :

1° Votre blessé faisant *partie* du territoire de la commune de B... c'est le tarif de cette commune qui entre en jeu, « le principal emporte ici l'accessoire ». Avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-21.

2° Le tarif Breton dit : « de la *mairie* du domicile du médecin au domicile du malade ». C'est donc ainsi que vous avez à compter.

3° L'indemnité de déplacement n'est comptable, d'après les textes, que pour se rendre au domicile du malade.

4° Les pansements sont « compris dans le prix de visite ou consultation », art. 16.

F.D.

V

Séances d'air chaud.

Je serais très obligé au *Concours Médical* de me faire connaître si un médecin, spécialement outillé, et faisant, dans sa clinique, de la radiologie (sans que pour cela il ne fasse que la radiologie), a le droit de facturer une séance d'air chaud, 1re catégorie, 15 francs, en se fondant sur l'article 26, par. VI, alinéa IV, ainsi rédigé :

« Traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme : électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, *air chaud*, lumière, ionisation. »

Dr D.

Réponse.

Voir, tout d'abord, la note annexée à ce paragraphe VI que vous citez et d'après laquelle, pour réclamer des honoraires, le médecin spécialiste lui-même, doit avoir reçu, avant toute intervention, « l'*avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». *A fortiori*, il me semble, pour être sûrement payé, il faut que vous ayez reçu auparavant le dit « *avis conforme* ». Et si vous l'avez reçu, le payement ne paraît plus pouvoir être mis en discussion, spécialiste ou non.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de direction de Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 2[...]

mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Abbeville.

Le futur directeur ne pourra ni avoir, ni faire de clientèle, directement ou indirectement.

Le traitement alloué est fixé ainsi qu'il suit :

3e classe, 10.000 fr. (2.000 pour inspection des écoles) ;

2e classe, 12.000 fr. (2.000 pour inspection des écoles) ;

1re classe, 14.00 0 fr. (2.000 pour inspection des écoles) ;

Hors classe, 16.000 fr. (2.000 pour inspection des écoles).

avec promotion éventuelle dans le délai de trois ans.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus, l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J.O.*, 9 *janvier* 1924.)

Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1924

(Loi du 24 septembre 1919 (art. 1er) et décret du 4 mai 1920 portant réglement d'administration publique en exécution de la loi du 24 septembre 1919 (art. 86).

I. — *Stations hydrominérales et climatiques*

Biarritz (Basses-Pyrénées). — 30 mai 1912 (1).
Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). — 8 mars 1913.
Hyères (Var). — 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). — 8 mars 1913.
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). — 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie). — 20 mai 1913.
Lacaune (Tarn). — 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie). — 25 septembre 1913.

(1) Date du décret d'érection

Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — 17 mars 1914.
Aix-les-Bains (Savoie). — 28 juin 1914.
Ganties (Hautes-Garonne). — 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie). — 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées). — 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées). — 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie). — 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). — 16 avril 1921.
Menthon (Haute-Savoie). — 13 août 1921.
Biskra (Algérie). — 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées). — 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne). — 31 juillet 1923.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes). — 21 avril 1912.
Vichy (Allier). — 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche). — 25 mai 1912.
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault). — 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme). — 30 mai 1912.
Vittel (Vosges). — 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier). — 10 juin 1912.
Néris (Allier). — 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées). — 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges). — 10 juin 1912.
Martigny (Vosges). — 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme). — 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme). — 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône). — 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes). — 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées). — 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège). — 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 12 mars 1913.
Plombières (Vosges). — 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges). — 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne). — 7 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire). — 28 juin 1913.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). — 28 juin 1913.
Chaudesaigues (Cantal). — 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Mouillière). — 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre). — 26 juin 1916.

Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise). — 28 février 1919.
Bussang (Vosges). — 21 mars 1921.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne). — 13 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre). — 27 mai 1921.
Salins (Jura). — 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère). — 9 janvier 1922.
Alet (Aude). — 28 mars 1923.
Montjoie (Ariège). — 31 juillet 1923.
Uriage-les-Bains (Isère). — 21 juin 1922.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées). — 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais). — 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse). — 10 juin 1912.
Chamonix (Haute-Savoie). — 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges). — 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais). — 8 mars 1913,
Mimizan (Landes). — 10 juillet 1913.
Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales). — 10 juillet 1913.
Bormes (Var). — 22 juillet 1913.
Le Touquet Paris-Plage (Pas-de-Calais). — 3 septembre 1913.
Le Lavandou (Var). — 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude). — 6 décembre 1913.
Briançon (Hautes-Alpes). — 8 juillet 1914.
Arcachon (Gironde). — 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados). — 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var). — 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie). — 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes). — 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Pyrénées). — 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées). — 5 juin 1918.
Nice (Alpes-Maritimes). — 7 novembre 1918.
Menton (Alpes-Maritimes). — 28 janvier 1919.
Malo-les-Bains (Nord). — 21 mars 1921.
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine). — 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie). — 21 avril 1921.
Trouville-sur-Mer (Calvados). — 12 mai 1921.
Deauville-sur-Mer (Calvados). — 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados). — 2 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes). — 27 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord). — 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — 4 août 1921.
Bastia (Corse). — 15 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme). — 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure). — 13 août 1921.
Cap d'Ail (Alpes-Maritimes). — 15 août 1921.
Saint-Jean Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes). — 15 août 1921.
Paramé (Ille-et-Vilaine). — 15 août 1921.
Sainte-Maxime (Var). — 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados). — 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap Martin (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.
Grasse (Alpes-Maritimes). — 11 mars 1922.

Pornichet (Loire-Inférieure). — 20 juin 1922.
Royan (Charente-Inférieure). — 29 juin 1922.
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine). — 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados). — 28 mars 1923.
Les Sables-d'Olonne (Vendée). — 7 avril 1923.
Alger (Algérie). — 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie). — 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). — 31 juillet 1923.
Bandol (Var). — 31 juillet 1923.

(*J. O.*, 5 janvier 1924 ; erratum *J. O.* 9 janvier 1924.)

Concours pour l'emploi de médecin chef d'asiles d'aliénés

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 :

Vu les décrets des 3 janvier et 26 décembre 1922,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 10 mars 1924, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nomb e des postes mis au concours est fixé à sept.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succint de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 20 février 1924.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat directeur de l assistance et de l'hygiène publiques est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 janvier 1924.

Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 10 janvier 1924).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

La fourniture du lait aux malades et aux enfants

I

19601. — M. le colonel Picot, député, signale à M. le ministre de l'agriculture qu'actuellement certaines crèmeries de Paris refusent de fournir du lait aux familles ayant des malades ou des enfants en bas âge, sous prétexte qu'elles n'achètent pas suffisamment d'autres denrées, et demande au ministre quelles mesures il compte prendre pour assurer le lait, par priorité, aux malades, aux enfants en bas-âge et aux vieillards. (*Question du* 11 *décembre* 1923.)

Réponse. — La question de la production et du commerce du lait est étudiée actuellement par une commission spéciale instituée, le 30 novembre 1923, au ministère de l'agriculture. L'état de choses signalé par M. le colonel Picot a déjà fait l'objet des préoccupations du préfet de la Seine, qui a invité les sociétés laitières dont les dépôts vendent du lait et des denrées autres à veiller scrupuleusement à ce que leurs gérants, sous peine de sanctions sévères, ne contraignent aucun client qui désire du lait à acquérir d'autres denrées en même temps.

(*J. O.*, 9 janvier 1924.)

II

19693. — M. le colonel Picot, député, signale à M. le ministre de l'hygiène qu'actuellement certaines crèmeries de Paris refusent de fournir du lait aux familles ayant des malades ou des enfants en bas âge, sous prétexte qu'elles n'achètent pas suffisamment d'autres denrées, et demande au ministre quelles mesures il compte prendre pour assurer le lait, par priorité, aux malades, aux enfants en bas âge et aux vieillards. (*Question du* 13 *décembre* 1923.)

Réponse. — La question a été aussitôt mise à l'étude ; il y sera répondu dès que les documents et renseignements utiles auront pu être rassemblés.

(*J.O.*, 9 *janvier* 1924.)

Affectation des médecins de territoriale

19570. — M. Gabriel Maunoury, député, demande à M. le ministre de la guerre si les médecins de la territoriale peuvent être affectés par ordre de mobilisation à un régiment d'active caserné à plus de 100 kilomètres de leur résidence. (*Question du* 6 *décembre* 1923.)

Réponse. — Les médecins chefs des régiments d'infanterie appartiennent, en principe, au ca-

dre actif, mais les médecins en sous-ordre font partie nécessairement des réserves, étant donnée la proportion des médecins du cadre actif par rapport à ceux des réserves, qui est de 1 pour 10 environ. Des instructions ont été données aux généraux commandant les corps d'armée et les régions pour que les affectations de mobilisation des officiers du service de santé soient faites avec le plus grand soin d'après leurs compétences techniques, tout en tenant compte, dans la mesure du possible, de la classe de mobilisation des intéressés.

(*J. O.*, 29 décembre 1923.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Fantômes (1)

Hélas ! que j'en ai vu mourir des jeunes filles...
Que j'en ai vu mourir !

Victor HUGO.

Poète sans égal, étincelant bolide,
Organiste puissant, marteleur d'idéal,
Tambourineur bruyant de cette caisse vide,
Tu chantes une enfant adorable et candide,
Qui prend froid au sortir d'un bal !

Tu pleures le destin de cette jeune fille,
S'éteignant dans l'amour, la grâce et la vertu,
S'échappant de la vie ainsi que d'un quadrille
Et mourant comme on peut mourir dans sa famille,
Dans ton vers riche et bien vêtu,

Tu la vois se briser dans sa douceur latine,
Comme un épi trop lourd courbé sur le sillon,
Partir en écoutant chanter la voix divine,
Et le glas de la mort, sur ta lyre argentine,
Résonne comme un carillon !

Sur la vierge qui meurt, ta muse qui se penche
Songe au lys qui se fane au soir d'un bel été ;
Il faut à ton essor une enfant blonde et blanche,
Et que, près d'un bon feu, ta douleur qui s'épanche
Garde toute sa majesté !

Poète as-tu connu cet appel de détresse
De celle qui demande encore un mot d'espoir,
Implore le Seigneur d'épargner sa jeunesse,
Lorsque dans cette angoisse affreuse qui l'oppresse
L'on craint qu'elle atteigne le soir ?

As-tu veillé devant une lente agonie
Où le corps douloureux vainement se débat,

(1) Extrait du livre « Les Agonies ».

Quand, dans les yeux béants d'une face jaunie,
Tous les âpres regrets d'une aurore finie
Allument un suprême éclat ?

As-tu senti le froid courir sur ton échine,
Et la douleur briser ton âme de géant
A ce dernier regard de celle qui devine
Dans le calme qui vient sur son front qui s'incline,
L'éternelle paix du néant ?

Cette autre, sans parents et sans amour est morte
Et pour les assistants le fait est bien banal.
Derrière son cercueil ne sera pas d'escorte,
Mais quel soulagement, c'est fini, qu'on l'emporte !
A la morgue de l'hôpital.

Souvenir

C'était une petite reine
Qui nous vint un jour de printemps
Elle comptait quinze ans à peine,
Moi-même j'en avais autant.

Lorsque dans sa toilette claire
Elle parcourait le pays,
Je m'étonnais que sur la terre
Il fut des joujoux si jolis.

Des boucles blondes et soyeuses
Encadraient son visage blanc
Où ses lèvres, toujours rieuses,
Me semblaient deux gouttes de sang.

Elle avait, je me le rappelle
Chapeau léger, corsage fin ;
Je paraissais vêtu, près d'elle,
Comme un voleur de grand chemin.

Elle ne se montrait pas fière,
Fut la compagne de mes jeux,
En la voyant si familière,
Je fus bientôt son amoureux.

Jamais on ne vit *Béatrice*
Avoir d'esclave aussi soumis
Pour satisfaire son caprice...
Ou pour lui dénicher des nids.

Pour jeter dans ses deux menottes
Les fruits sauvages des sentiers,
Je laissais mes fonds de culottes
Sur les branches des noisetiers :

Pauvre reinette si mignonne !
Elle toussait un peu, je crois,
Et dut repartir en automne
Quand revinrent les premiers froids.

Mais me devinant dans la peine
Elle me dit : « Petit mari,

Je reviendrai quand votre plaine
L'an prochain aura refleuri. »

Et s'en retourna vers la ville ;
Mais plus d'un printemps s'est passé ;
Elle était tellement fragile,
Pauvre joujou qui s'est brisé !

BARRÉ.

APHORISMES VÉCUS

Les relations ne sont durables que lorsqu'elles sont dominées par l'*intérêt*, le *voisinage*, les *besoins* et, plus, rarement, l'*estime* et .... la reconnaissance.

Dans la vie, celui qui réussit est *jalousé* et *vilipendé* ; celui qui n'arrive à rien est *bafoué*. Le premier *jouit* de la haine qu'il inspire ; le second s'irrite de l'injustice apparente du sort et de la cruauté de ses semblables.

Conclusion : l'homme est un loup pour l'homme.
Moralité : Le meunier son fils et l'âne !

Le *vulgaire* recherche tous les motifs, valables ou non, de se décharger du fardeau de la *reconnaissance*, en arguant, par exemple, que son bienfaiteur ne lui a pas rendu service, dans toute la mesure possible, ou encore qu'on ne lui a donné que *le superflu*, c'est-à-dire qu'au *total*, on ne l'a obligé que dans la plus faible mesure de ses moyens. Donc, on ne lui doit qu'une reconnaissance *réduite* ou *presque rien* !

L'*adaptation* et l'*accommodation* progressives et successives, voilà le secret de la réussite dans la vie et celle du bonheur matériel et moral.

La *musique* est l'art d'exprimer des sentiments par des sons inarticulés et le plus souvent *sans suite*. Dans la série animale, ce sont les oiseaux qui l'utilisent, de façon plus ou moins agréable pour l'oreille humaine, mais toujours de façon *atavique* et non *imitative*, à l'exception du *perroquet* et du *geai* qui sont capables de reproduire les sons qu'ils entendent.

Si le médecin doit pénétrer le corps de ses malades, comme à l'aide des rayons X, il doit plus encore peut-être, en pénétrer l'âme. Les intérêts des uns et des autres, sont ici, en plein accord. Du reste la *conscience* et la *raison* commandent cet accord, dans tous les actes de leurs rapports.

On est le *domestique* de celui qui commande, qui a qualité pour cela et qui paye ! Il n'y a que le rentier qui n'est le domestique de personne.

Dr Ed. CROUZEL.

Quarante-sixième année — N° 4 — 27 Janvier 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 176-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I
Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

II
Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Testut, de la Roche-Posay (Vienne), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 25. — Docteur, 40 ans, reprendrait suite clientèle méd. gén. ou maison d'accouch. dans région du Midi, de préfér. littoral.

No 26. — Fournisseur médical vendrait de confiance sans intermédiaire, sa voiture Ford confortable conduite intérieure, éclair. démarr. 5 roues. Visible en service (roule tous les jours). Conviendrait surtout pour service médical en ville. Toury, constructeur appareils électro-médicaux, 7, imp. Milord, Paris (Marc. 19-74).

No 27. — A vendre occasion, par suite d'échange chez un client : 1 Pantostat Teiniger 110 vols continu, 1 Multostat Sanitas, 110 volts continu, 1 sellette électro-médicale, 110 volts continu, pour lumière, Cautère, galva nique, sinusoidal. 1 lustre-diffuseur, 2 appareils de chauffage, 10 ampères à 4 lampes (dont un très décoratif en fer forgé), Toury, constructeur, appareils électro-médicaux, 7, imp Milord, Paris (Marc. 19-74).

No 28. — A vend. coupé Zèbre 2 pl. 6 HP, 4 cyl. marche parf. Prix : 7.500. Torp. Buick, 5 pl. gr. tour, 18 HP, 6 cyl. écl. et dém. élect. parf. état. Prix : 18.000. Essais sur toutes dist. S'adr. Dr Poitevin, La Rochelle.

No 29. — A céder en banl. imm. Poste ancien faisant 40.000 appart. 6 pièces et dép., tr. belle situation, indemnité intér. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 30. — Pouponnière à céder dans ville agr. pr Paris tr. bonne instal. dans bel immeuble av. gr. jardin et dépend. Rapport 70.000 lég. indemn. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. R. C. Seine 48.851.

APHORISMES ANTIASTHMATIQUES

Pour son enfant qui relève d'une crise d'asthme, une maman ne manque jamais de vous demander des fortifiants. — « Ce ne sont pas des vins généreux », lui direz-vous, « ce ne sont pas des toniques, ni une nourriture forcée qui abrègeront la convalescence. »

« Surtout ne donnez pas d'huile de foie de morue, n'augmentez pas la ration de beurre ; car, 8 fois sur 10, l'asthmatique est un foie fragile, souvent un foie de gros mangeur ou d'intoxiqué. L'huile de morue et les aliments trop gros encombreront un peu plus le foie et la vésicule biliaire ».

***

C'est un « dépuratif » au contraire qui convient.

Donnez à l'enfant un peu de sulfate de soude, « à la Vichy » : un jour par semaine, — un jour fixe si possible — faites prendre, au coucher, un petit paquet de 2 ou de 3 gr. (selon l'âge) de sulfate, dans 2 à 3 cuillers à soupe d'eau pas trop froide.

Ce sera le meilleur moyen de stimuler le foie insuffisant et d'éloigner ainsi le retour des accès.

***

De même qu'un ex-coquelucheux reprend, quand il s'enrhume, une toux de caractère quinteux, de même l'asthmatique guéri de son asthme fera siffler sa trachée et ses bronches, au moindre rhume dont il sera affligé.

***

Si vous n'avez pas exploré son foie, son estomac, son intestin, si vous ne vous êtes pas occupé du régime alimentaire suivi jusque-là, vous n'avez pas examiné votre asthmatique. Cela est tout aussi important qu'ausculter le poumon ou mesurer la tension artérielle.

***

Syndrome — et non pas entité morbide — l'asthme est un syndrome curable. Seul, fait exception à ce pronostic, l'asthme capricieux complexe qui naît (ou renaît) à la ménopause, parce qu'il offre peu de prise à la thérapeutique: c'est cette forme-là qui, en clientèle, pourra vous donner des déboires. J'en dirais volontiers, à la manière de Ricord : « Si je dois aller en enfer, « je sais le supplice qui m'attend : celui de me « voir entouré de femmes à l'âge critico-asthmatique qui m'obséderont de leurs lamentations pour obtenir guérison ».

***

Les cures hydrominérales sont indispensables à l'asthmatique. Mais il y a des distinguos dans les indications des stations. Si je puis affirmer que Saint-Honoré améliore toujours les asthmes humides, les asthmes bronchitiques et des empxhysémateux, les asthmatiques qui crachent, par contre, Saint-Honoré ne guérit pas les asthmes secs des grands névropathes. Il ne peut rien non plus contre l'asthme du grand toxicomane ou adrénalinomane.

***

Quant un enfant présente des bronchites aiguës sifflantes à répétition, pourquoi dire à la mère : « C'est de la bronchite avec emphysème ». Pourquoi avoir peur de lui déclarer : « C'est de l'asthme infantile ? » Si nous prenons soin d'ajouter : « C'est un état qui guérit avec des « précautions, du régime et une cure thermale », la famille ne pourra pas être troublée.

M. Ségard.

(*L'Hôpital*, janvier A 1924.)

CORRESPONDANCE

Maison de retraite

Quelque aimable correspondant pourrait-il indiquer à Paris ou en province, une maison de retraite qui recevrait, un pensionnaire de 57 ans, présentant un léger degré de débilité mentale, sans tare psychopathique, et qui pourrait payer 3.000 frs. par an ?

Cure solaire

Existe-t-il à Paris, et dans la région parisienne, une maison de santé qui ait adjoint à son installation une galerie ou une terrasse où il soit possible de faire de l'héliothérapie ?

Traitement des vers intestinaux

Je suis personnellement opposé à l'emploi d'un purgatif huileux après absorption d'extrait éthéré de fougère mâle dans le traitement du tænia.

Les principes actifs du rhizome de fougère mâle, qui existent tous dans l'extrait éthéré, sont : une huile volatile, une huile grasse et la filicine brute, qui, d'après le prof. Pouchet, renferme de l'acide filicique, extrêmement toxique. Cet acide filicique est un poison du système nerveux et du myocarde ; les premiers signes d'intoxication sont des troubles de la vue (diplopie, achromatopsie) ; puis apparaissent des vertiges, des vomissements, enfin la défaillance cardiaque, avec syncope mortelle ; des

observations ont été publiées où l'intoxication par la fougère mâle a abouti à une cécité complète et définitive. D'après Pouchet, la *filicine* est *soluble dans l'huile*, et en se solubilisant, elle met l'acide filicique en liberté : celui-ci, absorbé par la muqueuse intestinale, provoque l'intoxication. D'où le précepte classique : ne jamais prescrire de purgatifs huileux après l'absorption de fougère mâle ; prescrire un purgatif salin, ou mieux le calomel ; c'est ce médicament qui est incorporé à l'extrait éthéré dans les capsules de Crequi dont les résultats sont presque toujours parfaits.

L'opinion classique n'est cependant nullement prouvée. Elle repose avant tout sur des expériences *in vitro*. Le prof. Rigal, le prof. Robin, ont préconisé le purgatif huileux et il ne semble pas qu'ils aient observé d'accidents graves. Ce qui est vrai *in vitro* peut très bien ne pas l'être *in vivo* ; la cornue gastro-intestinale n'est pas une cornue inerte de laboratoire. *In vitro*, le calomel au contact du chlorure de sodium se transforme en sublimé, très toxique. D'où le précepte : interdire toute prise de sel après absorption de calomel. Or, les physiologistes affirment aujourd'hui que, *in vivo*, au contact du suc gastrique, la réaction calomel plus sel ne donne nullement naissance du sublimé dans l'estomac et qu'aucune intoxication n'est à redouter. Quel est le médecin qui, malgré l'affirmation des physiologistes, oserait prescrire l'association du sel et du calomel ? Si un accident quelconque se produisait, quelle responsabilité pourrait être la sienne !

Il me semble qu'on peut raisonner de même pour le purgatif huileux et la fougère mâle. Il est possible que, *in vivo*, la solubilisation de la filicine ne se produise pas, ou que l'acide filicique, mis en liberté, subisse des modifications qui le rendent inoffensif. Mais, et je ne me suis jamais départi de cette manière de faire, je crois sage et prudent de suivre le précepte classique du prof. Pouchet, car, si, pour une cause ou une autre (idiosyncrasie, foie malade, absorption massive, etc.) une intoxication grave se produisait après prescription de fougère mâle (cécité ou syncope mortelle), les experts qui seraient commis sauraient rappeler aux praticiens que le purgatif huileux prescrit après la fougère mâle constitue une *faute lourde* et la responsabilité du médecin traitant serait par suite sérieusement engagée.

Dr P.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les propharmaciens ne sont pas assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires.

Médecin propharmacien, je désirerais que vous m'adressiez les textes officiels me permettant de re-

pousser la prétention du Receveur des Contributions directes de m'assujetir à l'impôt sur le chiffre d'affaires (pour mes recettes pharmaceutiques).

Dr R.

Réponse.

Le non assujettisement du médecin propharmacien à la taxe sur le chiffre d'affaires a été reconnu par le ministre des finances dans plusieurs réponses faites, par la voie du *Journal officiel*, à des questions posées par des parlementaires.

Nous vous citerons notamment une réponse faite à la question posée par M. Lesaché, député, le 25 septembre 1920 (nº 4752), et ainsi conçue :

« Le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et n'accomplit pas non plus d'actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Il n'est pas, en conséquence, assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires. »

La question et la réponse ont été publiées dans le *Journal officiel* du 9 novembre 1920 et dans le *Concours médical* du 21 novembre.

Point de départ du demi-salaire d'un accidenté du travail.

Je vous serais très obligé de me fournir le renseignement suivant :

Un ouvrier blessé (hémarthrose du genou) auquel j'ai donné un mois d'incapacité de travail, a-t-il droit à son demi-salaire depuis le 1er jour de sa blessure ou à partir du 5e jour seulement.

Pour quels accidents, le délai de 4 jours sans demi-salaire joue-t-il ?

Dr F.

Réponse

Dès lors que l'incapacité de travail a duré plus de 10 jours, l'indemnité temporaire est due à compter du premier jour.

Dans le cas contraire, elle n'est due qu'à partir du 5e jour après celui de l'accident.

Droit de la mère de la victime d'un accident du travail.

Veuillez me dire à combien a droit une veuve qui vient de perdre son fils, d'un accident du travail : âge du fils 18 ans, et à combien a-t-elle droit pour les frais funéraires ?

Dr B.

Réponse.

La mère de la victime d'un accident du travail a droit, si elle était à sa charge, à une rente égale à 10 % du salaire annuel de son fils.

Quant aux frais funéraires, ils ne sont à la charge du patron qu'à concurrence de cent francs.

Demande de pension militaire pour un blessé qui a perdu ses papiers.

Je vous prie de bien vouloir m'aider à débrouiller l'histoire suivante :

« Lag. (Jean-Auguste), blessé dans la nuit du 6 au 7 décembre 1915, hospitalisé à l'H. T. n° 38, se trouve à Verdun, au 206e en janvier 1918 : *il y perd ses papiers...*

« Aujourd'hui, il demande une pension pour sa double blessure, dont une au moins, la première, je crois, le fait encore souffrir.

« Mais, il n'a plus de papiers d'origine ! Là, gît toute la difficulté, puisqu'il appartient au mutilé de guerre de faire la preuve de sa mutilation ; est-ce que deux lettres écrites par des amis après la blessure de Lag, (amis du front) et deux belles citations peuvent servir de témoignage en l'occurrence ? »

J'attends, mon cher et honoré confrère, votre réponse : vous aurez rendu ainsi un gros service à un brave poilu et, par ricochet, à son médecin.

Dr C.

Réponse.

Jusqu'au 24 octobre prochain, votre client peut encore faire valoir ses droits, mais ni les lettres d'amis, ni les copies de citation ne suffisent pour faire la preuve. Il faudra demander un rapport à son corps et une copie des billets d'hôpitaux. De tout cela le centre de réforme se chargera sur les indications qui seront fournies par l'intéressé.

Que celui-ci adresse donc aussitôt au directeur du service de santé de sa région une lettre recommandée pour demander à comparaître devant une commission de réforme afin de faire valoir ses droits. Il y exposera sa situation, indiquera la date de la blessure, les lieux et dates d'hospitalisation, en disant qu'il a perdu ses papiers en cours de la campagne.

Propositions pour la Légion d'Honneur.

Comme abonné au *Concours médical* et au « Sou médical », je me permets de vous demander le renseignement suivant :

Le 2 août 1922, j'ai reçu de M. le Directeur du Service de Santé de la ne Région, un avis que j'étais compris sur l'état de proposition à titre exceptionnel pour la Légion d'honneur. D'autre part, j'ai appris,

par un ami, qu'au Ministère, mon état de proposition était arrivé, que je figurais avec un numéro qui me permettait d'arriver assez vite et ce, le 23 novembre 1922.

Depuis cette date, je n'ai rien vu. Est-ce qu'une fois la proposition arrivée au Ministère et inscrite avec un numéro d'ordre, est-on certain un jour ou l'autre, d'être promu. Est-il nécessaire d'être de nouveau proposé par le Directeur du Service de Santé pour de nouveau prendre rang, ou bien ai-je à être patient et à attendre mon tour ?

Dr Z.

Réponse.

Les propositions pour la Légion d'honneur sont, en général, renouvelées chaque année ; en tous cas il est établi un nouveau tableau pour 1924.

Si donc vous n'avez pas figuré sur le tableau antérieur, signé par le ministre et publié à l'*Officiel*, la proposition envoyée précédemment en votre faveur par votre directeur régional devra être reprise.

Vous n'aurez plus qu'à attendre patiemment votre proposition si, cette fois, elle est suivie d'une inscription au tableau du ministère.

Augmentation de pension militaire.

Un de mes clients passe devant la Commission de réforme qui lui accorde du 10 % pour « sclérose des sommets ». A. T. R. (?) arthrite coxo-fémorale gauche avec amyotrophie importante du membre. Cette dernière affection n'aurait présenté ses premiers symptômes que depuis 4 mois. Enquête négative, non imputable ».

Ne croyez-vous pas, comme moi, que son arthrite n'est qu'une manifestation nouvelle de sa tuberculose qui avait débuté par une orchite ? Quelle est l'enquête dont il est fait mention ? Ne pensez-vous pas que mon client puisse réclamer, après 6 mois, une augmentation du taux de sa pension !

Dr P.

Réponse.

Il s'agit d'une enquête, faite au corps pour savoir si l'infirmité avait été constatée dans les délais légaux.

Votre client peut adresser une lettre au ministre des Pensions (service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris), pour faire valoir la filiation médicale qui semble exister entre l'orchite et la lésion de la hanche. Cette lettre serait accompagnée d'un certificat médical rédigé dans le même sens.

Enregistrement de cession de clientèle.

J'ai lu hier dans un vieux numéro du *Concours* que les conventions par lesquelles un médecin cède à un

confrère le droit au bail, l'interdiction d'exercer, etc., devaient être enregistrées dans les 3 mois qui suivent la signature. Je vois que je suis en faute, bien involontairement, de quelques semaines ; que dois-je faire ? Dois-je aller faire enregisttrer l'acte malgré le retard et courir au devant des peines citées par le *Concours* ?

Devrai-je payer droits doubles pour les 2 parties, soit droits quadruples ? Quelle amende aurai-je ?

Pouvez-vous me dire quels sont les droits à payer pour 20.000 fr. ?

L'indemnité payée par un médecin pour la dite convention peut-elle être comptée dans les dépenses professionnelles pour le calcul de l'impôt ? En bloc ou bien à amortir en 5 ans ?

Dr X.

Réponse.

Aux termes de la loi du 23 août 1871, art. 14, à défaut d'enregistrement dans les trois mois, chacune des parties est tenue personnellement et sans recours, nonobstant toute stipulation contraire, d'un droit en sus qui ne peut être inférieur à 50 fr. en principal plus les décimes. Toutefois, l'ancien possesseur ou le bailleur peuvent s'affranchir de la pénalité à leur charge ainsi que du versement immédiat du droit simple, en déposant l'acte sous seings privés dans un bureau d'enregistrement, avant l'expiration du quatrième mois à compter de sa date.

Le droit proportionnel est de 5 % sur la cession de clientèle et le droit au bail.

Il est de 0.60 % sur le prix du bail.

L'indemnité versée à titre de droit au bail peut être amortie proportionnellement au nombre d'années de validité du bail.

La somme versée pour cession de clientèle n'est susceptible d'être déduite à aucun moment, puisqu'elle sera récupérée lors d'une nouvelle cession.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

La patente n'est pas réductible pour charges de famille.

Veuillez, je vous prie, avoir l'obligeance de me dire si mes impositions sont justes et si je puis obtenir une réduction :

1° J'ai repris le bail d'un prédécesseur qui avait loué en 1920 donc payé le prix fort : 2.200 fr. loyer qui était de 850 fr. en 1914 ;

2° J'ai fait toute la guerre, été malade pendant ? ans après, et ai une pension militaire de 25 % ;

3° J'ai 4 enfants.

J'estime que si je n'avais pas d'enfants, un loyer comme celui dont je dispose me serait inutile, je n'aurais besoin que d'une chambre à coucher au lieu

(*Voir la suite page XXXVII-217*)

PROPOS DU JOUR

Au sujet du Centenaire de la lithotritie. Souvenirs de jeunesse. Un inventeur méconnu : Le Dr François Fournier de Lempdes

Le 13 janvier 1824, Civiale pratiquait la première opération de la lithotritie sur le vivant à son domicile, 3, rue Godot de-Mauroi, ce qui lui valut, cinq ans plus tard, un service spécial à l'hôpital Necker bien qu'il ne fût pas chirurgien des hôpitaux. Nous devons toutefois ajouter que Civiale avait levé les objections d'ordre financier que pouvait opposer l'Assistance publique à cette innovation, en lui faisant un legs important. Telle est l'origine de l'école urologique de Necker, qui a brillé d'un si vif éclat depuis un siècle.

Le centenaire de la lithotritie a été célébré récemment dans plus d'un organe de notre presse médicale, car la découverte de cette opération est presque exclusivement française. C'est dans la *Chronique médicale* de Cabanès que l'on pourra lire le travail le plus consciencieux, le plus impartial, le plus sérieusement documenté sur les origines de la lithotritie, dont l'auteur est M. le Dr L. Boulanger, assistant à l'Hôpital d'Urologie.

M. Boulanger ne s'est pas borné, comme d'autres, à relater ce que l'on trouve un peu partout, à reproduire quelques erreurs et à faire de singuliers oublis, il est remonté aux sources, a cité des documents authentiques, a rendu à chacun justice. Son article porte en exergue : *Suum cuique*... C'est qu'en effet, dès les origines, la priorité, de l'invention de la lithotritie, fut âprement disputée : Fournier de Lempdes, Gruithuisen, Amussat, Civiale, Leroy d'Etiolles, s'attribuèrent tour à tour cette invention et les polémiques de Civiale et de Leroy d'Etiolles ne furent pas toujours empreintes de la plus parfaite courtoisie, ni d'une indiscutable bonne foi. Voillemier qui a écrit, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, un article sur la *Lithotritie*, où il s'efforce d'être vraiment impartial, parle de « l'inexpérience avec laquelle ces jeunes chirurgiens procédèrent, imaginant instruments sur instruments, sans s'inquiéter de ce qui avait été fait avant eux. »

Ce qui paraît à l'heure actuelle indiscutable et solidement établi, c'est que ce fut François Fournier de Lempdes qui inventa le premier instrument pouvant pratiquement réduire en poudre les pierres urinaires, sans léser la vessie (1812) et que ce fut Civiale qui, le premier, se servant d'un instrument perfectionné, sinon inventé, par Leroy d'Etiolles, parvint à pratiquer avec succès la lithotritie sur le vivant. C'était, rappelons-le, le 13 janvier 1824, onze ans après les premiers essais de Fournier de Lempdes.

Nous ne referons pas l'histoire de la lithotritie, nous renverrons ceux qui veulent se documenter à l'article de Voillemier, à la belle *Histoire de l'Urologie* de notre très distingué maître, le Dr E. Desnos, ouvrage admirablement illustré, où l'on pourra voir les portraits de Fournier de Lempdes, d'Amussat, de Civiale, de Leroy d'Etiolles, d'Heurteloup, de Thompson, de Bigelow, la reproduction des instruments qu'ils imaginèrent, que perfectionnèrent G. Guillon et Charrière. L'on pourra surtout lire avec grand intérêt l'article du Dr L. Boulanger dans la *Chronique médicale* avec les documents peu connus sinon absolument inédits, qu'il reproduit. Nous voulons nous borner à noter ici quelques souvenirs de jeunesse, ayant eu l'avantage de naître au pays des inventeurs de la lithotritie, car nous ferons sourire le lecteur en lui apprenant que les origines de la lithotritie sont non seulement françaises mais auvergnates.

***

Les souvenirs de jeunesse sont quelquefois intéressants et toujours agréables à évoquer.

Mon père, le Dr Elie Noir, qui exerça de longues années à Brioude (Haute-Loire) ma ville natale, où il fonda un des trois premiers syndicats médicaux en 1881, me conta maintes fois que Jean Civiale, né à Salhiles, commune de Thiézac (Cantal) en 1792, vint, une fois docteur, s'installer à Brioude. Il y aurait épousé en premières noces une des petites cousines de mon arrière-grand-père maternel, Dix-Août Faugère. Ce prénom de Dix-Août, singulier pour une jeune fille, montre quel était l'attachement de la population de ce pays à la Révolution, et comment on y commémorait la journée du 10 août 1792.

Civiale, à ses premiers débuts, aurait été appelé, s'il faut en croire l'anecdocte qui fut rapportée à mon père, au village voisin de La-

mothe pour y soigner une femme, atteinte de pneumonie. Il la saigna copieusement comme c'était la règle à cette époque, si copieusement qu'elle mourut et, dans de telles circonstances, qu'on imputa sa mort à Civiale. La malignité publique fit de ce fait au jeune docteur une réputation détestable qui le décida à quitter l'Auvergne et à venir à Paris. N'est-il pas piquant de relater que ce fut une saignée malheureuse qui fut la cause de la fortune du chirurgien réputé, Jean Civiale ?

***

Mais ce n'est pas sur Civiale que j'ai l'intention de m'étendre, mes souvenirs de jeunesse les meilleurs, les plus intéressants et les plus précis ont trait à FOURNIER DE LEMPDES, le génial inventeur qui imagina le premier instrument pour pratiquer la litbrotritie.

***

J'étais en 1886-1887, interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand et prosecteur à l'École de médecine ; j'avais succédé, dans ces dernières fonctions, à un ami qui devint un des meilleurs chirurgiens de nos hôpitaux parisiens, Charles Souligoux. Je m'empresse de dire que je n'ai à tirer aucune vanité des fonctions que la bienveillance de mes maîtres m'avait confiées ; elles n'avaient rien de commun avec les fonctions homonymes parisiennes. Certes, je n'étais pas un trop mauvais élève, mais j'étais le troisième de mon nom qui faisait des études médicales à l'école de Clermont et cela me valut sans doute quelques sympathies auprès de mes vieux maîtres. Je fis alors la connaissance d'un de mes collègues, à l'esprit inventif, doué de véritables qualités d'artiste, qui venait disséquer avec moi dans le cabinet du prosecteur, car le grand avantage du prosecteur, à Clermont-Ferrand, était alors d'avoir pour lui seul un cabinet de dissection, parfaitement agencé, et des cadavres à discrétion.

Ce camarade qui devint et resta un ami intime, était Emile Fournier de Lempdes, le petit-fils de l'inventeur de la lithotritie.

Ah ! les bons moments que nous avons passés avec quelques autres, dont le Dr Jean Mallet, devenu un de mes proches parents (1) ! Nous avions alors l'enthousiasme de la jeunesse, l'amour désintéressé de la science, le désir de tout essayer, de tout connaître. Je me souviens de Fournier de Lempdes, dessinateur de talent et véritable artiste, d'une patience et d'une minutie sans rivales, s'amusant à sculpter des oreilles internes, tandis que nous nous livrions à mille fantaisies anatomiques sur les cadavres dont nous disposions à volonté. Heureux temps pour de jeunes anatomistes, qui ne seront jamais vécus de nouveau dans une Faculté, aucune Ecole, pas même à Clermont-Ferrand !

Fournier de Lempdes était comme moi de famille médicale, ce qui, sans doute, augmenta notre mutuelle sympathie. Son père exerçait la médecine à Clermont-Ferrand, il y avait succédé à son grand-père, l'inventeur, et s'était spécialisé comme lui dans l'art, trop sottement dédaigné, de la chirurgie herniaire à laquelle il avait fait faire de nombreux progrès. D'ailleurs mon ami suivit la même voie que ses pères, et s'il eût été moins modeste, il aurait certainement trouvé la fortune dans cette spécialité.

Ce fut chez M. le Dr J. Fournier de Lempdes, introduit par son fils, que je pus voir les ingénieux instruments du grand-père et me renseigner exactement sur les origines de la litbotritie et de son inventeur.

***

François FOURNIER DE LEMPDES était né à Clermont-Ferrand en 178?. Il était issu d'une vieille famille de magistrats. Un de ses ancêtres Pierre Fournier, avait été procureur au Parlement de Paris et y jouissait d'une certaine réputation sous le nom de Pé Fournier, qui lui avait été donné pour le distinguer de nombreux homonymes. Boileau le cite dans sa première satire. Il y bafoue le Palais.

> Où Patru gagne moins qu'Huot et le Mazier,
> Et dont les Cicérons se font chez *Pé-Fournier*.

La famille Fournier, originaire d'Auvergne, acquit, sous Louis XV, après l'expulsion des Jésuites, une partie de la seigneurie de Lempdes près de Clermont-Ferrand, qui appartenait aux Pères, et, avec la propriété, elle fut dotée des droits seigneuriaux, d'où le nom de Fournier de Lempdes qu'elle porta depuis cette époque.

François Fournier de Lempdes fit ses études à Montpellier où il remplit les fonctions de chef de clinique, il y conquit en 1806 le diplôme dont voici le curieux libellé :

---

(1) Emile FOURNIER de Lempdes et Jean MALLET sont devenus tous deux médecins parisiens. Ils sont tous deux médecins de l'état civil dans les VIe et XIIIe arrondissements.

ATHENAEUM MEDICUM MONSPELIENSE.

Athenaeum medicum inter socios suos residentes admisit D. Franciscum Fournier de Lempdes, *ex partitione Gallorum dicta* : puits de Dôme (*sic*) *in cujus rei testimonium hoc* DIPLOMA *subscripsit.*

Datum Monspelîi, die vizesimo octavo mensis decembrae, anni 1806.

F. Fournier de Lempdes ne laissa pas un trop mauvais souvenir à Montpellier, car le 2 janvier 1807, une délibération de la *Société de médecine pratique de Montpellier*, fondée le 17 pluviôse an X, le nommait membre correspondant. Il avait alors 24 ans.

Fournier de Lempdes vint exercer la médecine à Clermont-Ferrand.

Son père, atteint d'un calcul de la vessie, fut son premier client et ce fut l'affection qu'il avait pour ce père qui le poussa à rechercher le moyen de réduire en poudre une pierre, même volumineuse, dans la vessie sans la meurtrir. L'on sait tous les risques que faisait courir alors la lithotomie et les souffrances épouvantables qu'elle provoquait, l'anesthésie étant inconnue. Ce fut alors qu'il imagina l'instrument qu'il dénomma la *litholepte*, auquel il associa une sonde à entonnoir ayant la forme d'une grosse sonde droite à olive, telle qu'il en avait fait construire plusieurs à cette époque. Cette sonde à entonnoir était destinée à laver la vessie, comme on le fait dans la lithotritie moderne.

Mon ami, Emile Fournier de Lempdes, m'a montré un certificat du Dr Chomet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, qui ne laisse aucun doute sur la priorité de l'invention de son grandpère, certificat dont voici la copie :

« *Je déclare avoir donné mes soins au père du Dr Fournier de Lempdes qui mourut en* 1812, *par suite de la présence d'une pierre dans la vessie. Son fils, frappé et affligé de cette mort, me communiqua alors ses idées sur la possibilité de broyer la pierre dans la vessie au moyen d'instruments qu'il avait imaginés, sans aucune incision et, cette même année* 1812, *il me pria de lui procurer des cadavres à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu afin de faire l'essai de sa nouvelle méthode. Je m'empressai de répondre à ses désirs* ».

Le premier litholepte de Fournier de Lempdes, fut construit par Pierre Reverchan, armurier mécanicien de Clermont-Ferrand dont le Dr Boulanger publie un certificat et une description détaillée de l'instrument dans son article de la *Chronique médicale*. En 1817, Fournier de Lempdes vint à Paris où il fit à l'hôpital Saint-Louis des expériences devant le baron Richerand, chirurgien, et le Dr Biett, médecin de cet hôpital, qui lui délivrèrent des certificats. Sauchau, dans un ouvrage sur la lithotritie, publié en 1830, dit avoir été témoin de ces expériences.

Nous nous bornerons là, ne voulant pas faire œuvre d'historien après tant d'autres, mais désireux seulement de faire rendre une justice posthume au véritable inventeur de la lithotritie.

Seul Gruithuisen aurait eu le droit de lui contester la priorité, car la description de l'instrument de Gruithuisen fut publiée dans la *Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg*, en 1813. Mais cet instrument ne pouvait être utilisé sans faire courir les plus grands dangers et, s'il est certain que Fournier de Lempdes n'a pas connu les travaux de Gruithuisen, il est possible que ce dernier ait eu vent des essais de Fournier de Lempdes par des officiers français, amis de ce dernier, qui furent envoyés de Clermont-Ferrand en Bavière et à Salzbourg à la fin de 1812.

***

François Fournier de Lempdes avait le génie de l'invention. Non seulement il avait imaginé le litholepte et les sondes droites à extrémité olivaire, mais il avait eu de singuliers projets qu'il avait étudiés soigneusement et dont on retrouverait, en cherchant bien, les traces (dessins, plans et mémoires) à la Bibliothèque de la ville de Clermont-Ferrand.

Admirateur passionné de Napoléon, il avait conçu et dressé les plans d'un *sous-marin*, destiné à aller délivrer le prisonnier de Sainte-Hélène. Une cloche à air devait remplir le rôle de la vessie natatoire des poissons et permettre les plongées. Des rames fort ingénieuses fonctionnant comme un parapluie qui s'ouvraient en reculant et se fermaient en avançant, étaient destinées à faire mouvoir le navire.

En recherchant dans les archives du ministère de la guerre, l'on trouverait sans doute son projet de canon se chargeant par la culasse. Dans une lettre du 27 novembre 1823, la direction de l'artillerie fit savoir au Dr F. Fournier de Lempdes que son modèle de canon ne pourrait être utilisé parce qu'il présentait trop peu de solidité. Les canons étaient alors en bronze. Les Prussiens, en 1866, trouvaient le moyen de rendre terriblement pratique le projet du médecin clermontois.

***

◆◆

Je prie nos lecteurs de m'excuser d'avoir, dans ces pages, rappelé des souvenirs d'ordre intime et un peu trop personnels, mais j'ai cru qu'ils liraient avec intérêt les renseignements inédits que je leur livre sur les origines de la lithotritie et j'ai considéré comme un devoir qui m'incombait, à moi, qui étais exactement renseigné, de rendre justice à François Fournier de Lempdes, le véritable inventeur de la lithotritie, modeste médecin praticien de province, qui fut une sorte de génie, trop ignoré de ses contemporains, et peut-être systématiquement méconnu.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA SYPHILIS IGNORÉE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Le problème des méningites,

Par le Dr LEREDDE.

I

J'ai déjà parlé de la question des méningites syphilitiques de l'enfance dans le *Concours médical* (1). Elle est d'une telle importance et si mal connue qu'on me permettra d'y revenir.

Les erreurs des médecins d'enfants, relatives à la fréquence, aux formes et aux modes de traitement de la syphilis congénitale, que j'ai signalées et dont j'ai signalé les suites redoutables au point de vue social (2), ont pour origine des erreurs que les syphiligraphes ont acceptées et que certains acceptent encore. En bonne justice, nous ne devrions pas accuser les pédiatres, mais nous accuser nous-mêmes : il ne nous est plus permis d'ajouter foi à des idées qui avaient cours il y a vingt ans et sont devenues classiques.

Suivant FOURNIER, un enfant né de parents syphilitiques, qui n'a pas d'accidents « spécifiques » est un enfant SAIN ; un enfant qui présente des stigmates dystrophiques, sans accidents spécifiques, n'est pas infecté, c'est un « parahérédosyphilitique » ; les héréditaires de seconde génération, de même, sont atteints d'accidents d'origine, mais non de nature syphilitique.

En pratique, le diagnostic de l'infection congénitale se réduit ainsi à la recherche des accidents «spécifiques » ; il est inutile, d'autre part, de traiter les enfants nés de parents syphilitiques qui n'en présentent pas à la première génération et aux suivantes.

***

Or, il existe une infection latente congénitale, parfois virulente (débilié congénitale, athrepsie...) très souvent atténuée (pour laquelle j'ai proposé le nom de cryptosyphilis), qui ne s'accompagne d'aucun signe clinique ou d'aucun signe de valeur spécifique, qui se rencontre normalement chez tous les enfants nés de femmes syphilitiques, quel que soit leur état de santé apparente, chez ceux qui présentent des stigmates dystrophiques et chez les autres.

L'étude de cette infection latente, *qui est d'une fréquence invraisemblable*, a été négligée jusqu'ici par les syphiligraphes, dont l'esprit était absorbé par la recherche et la description des accidents visibles. Elle est comparable à l'infection tuberculeuse latente, commune chez les enfants et les adolescents, qui ne se relève par aucun signe en dehors d'une cutiréaction positive.

(Entre les formes latentes de l'infection spirochétique et de l'infection bacillaire, il existe des différences. L'une et l'autre sont, à leur origine, des infections généralisées, mais la première existe dès la naissance, et se manifeste beaucoup plus souvent que la seconde, par des faits cliniques. L'infection tuberculeuse n'est jamais congénitale, elle apparaît à un âge quelconque.)

***

La séroréaction permet quelquefois de reconnaître la syphilis héréditaire lente ; mais elle reste très souvent négative, même chez l'enfant. Je sais maintenant qu'elle s'accompagne presque toujours, sinon toujours, chez celui-ci et souvent plus tard, d'altérations hématologiques dont la valeur me paraît de plus en plus grande, et qui peuvent permettre de reconnaître une maladie complètement obscure, en particulier à l'âge où il n'existe guère d'autres causes d'altérations du milieu sanguin (1).

(1) LEREDDE. — La S. héréditaire dans la pratique médicale, *Concours Médical*, 2 juillet 1922.

(1) LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis congénitale et les consultations hospitalières. — Le traitement de la syphilis congénitale. — La syphilis de l'enfance et les médecins d'enfants. Soc. de Médecine de Paris, mai-juin 1922.

(1) LEREDDE. — Hémodiagnostic de la S. héréditaire. Société de Dermatologie, 9 mars 1922. Les anémies syphilitiques familiales, *Journal des Praticiens*, 1er décembre 1923.

Les statistiques officielles attribuent, chaque année, à Paris, chez l'enfant, 80 décès à la syphilis. Dans un travail publié en 1922, j'ai écrit que la mortalité de 0 à 5 ans, peut être évaluée à 3.000 ou 4.000, qu'elle est, *au minimum*, de 40.000 chaque année en France.

Si ce chiffre est exact, il faut conclure simplement que les formes dans lesquelles l'infection congénitale s'accompagne d'accidents externes sont relativement rares ; qu'en pratique, elle est reconnue seulement dans les cas où elle se révèle par ceux-ci.

La fréquence de la syphilis congénitale, la rareté des accidents externes sont confirmées par un travail récent de MM. Lemaire et David, qui ont trouvé, sur 1.000 enfants examinés dans une consultation de puériculture 190 syphilitiques : chiffre inférieur à la réalité, les auteurs n'ayant établi le diagnostic que sur l'examen des enfants eux-mêmes et non sur cet examen et celui de leurs parents.

Sur ces 190 *enfants, MM. Lemaire et David n'ont observé d'accidents cutanéo-muqueux que six fois* (1 *sur* 32 !)

S'il est vrai que la syphilis héréditaire tue chaque année 40.000 enfants, — et ce chiffre paraît probable depuis les recherches de Couvelaire sur le nombre des morts-nés syphilitiques, — il faut admettre, d'après les données de Harman, Leredde et Drouet, qu'il naît en France chaque année environ 150.000 enfants hérédosyphilitiques, qu'il existe, dans notre pays plusieurs millions d'hérédosyphilitiques vivants. J'ajoute, sans aucun commentaire, que leur maladie reste ignorée plus de 95 fois sur cent.....

II

Les morts dues à la syphilis de l'enfant, ignorées des statistiques officielles, sont attribuées par celles-ci à des causes multiples, dont les principales sont : 1° la gastro-entérite ; 2° la débilité congénitale ; 3° la méningite et les convulsions.

Je parlerai plus tard de la question fondamentale des entérites. Celle de la débilité congénitale est en voie de solution : tous les médecins d'enfants reconnaissant qu'elle peut être due à la syphilis. Reste à faire de cette notion *livresque* une notion *pratique* ; l'infection n'est pas recherchée chez la plupart des enfants atteints de débilité congénitale et un grand nombre meurent parce qu'ils ne sont pas traités. Le fait s'explique parce que la débilité congénitale est attribuée à des causes multiples, parce que nous ne savons pas quelle est la fréquence relative des cas où elle est due à la syphilis et de ceux où elle est due à d'autres causes qui me paraissent tout à fait accessoires — enfin, parce que le diagnostic de la syphilis chez le nouveau-né débile qui n'a pas encore de signes de certitude, qui n'a souvent d'autre signe de présomption que sa débilité même, ne peut s'appuyer en général que sur la découverte de l'infection chez les parents ; *or, ceux-ci, la mère en particulier, ne sont pas examinés dans les consultations de puériculture.*

Avant de parler de la question des méningites, à laquelle se rattache celle des convulsions, une observation est nécessaire.

Le diagnostic, porté sur les feuilles de l'état-civil, n'est pas un diagnostic de certitude. En pratique, les parents parlent de méningite lorsqu'un enfant a eu des accidents convulsifs, et le mot convulsion, au moins chez l'enfant, ne veut pas dire jusqu'ici méningite. (On constatera peut-être, *quand on aura fait les recherches nécessaires*, que les enfants qui ont des convulsions sont normalement des hérédosyphilitiques.)

Les convulsions *mortelles*, elles-mêmes, n'impliquent pas nécessairement (jusqu'ici) l'idée de méningite. Un enfant tué par une entérite peut présenter des convulsions, les parents signalent celles-ci au médecin de l'état civil et garderont le souvenir non des troubles intestinaux, mais des accidents nerveux.

Il est donc prudent de faire des réserves avant de s'engager sur un terrain quelque peu mouvant. Je reconnais que, dans les cas particuliers, toutes les erreurs d'attribution, d'étiquette nosologique, sont possibles. Ceci dit, je soutiens qu'en principe, *en bloc*, il faut bien attribuer à des méningites les 500 morts annuelles, de 0 à 1 an, que les statistiques de la ville de Paris attribuent à la méningite simple, à la tuberculose méningée et aux *convulsions*, et de même aux âges suivants.

***

Je viens de résumer l'observation de 152 femmes atteintes de syphilis acquise, chez lesquelles une enquête familiale a été poursuivie.

Dans 40 cas, je n'ai pas eu de renseignements au sujet des fausses couches, 112 d'entre elles ont perdu 76 enfants avant terme ou à terme.

Ces 152 femmes ont eu 506 enfants ; 145 sont morts, presque tous en bas âge : 70 de cause inconnue.

Dans quarante cas, la mère a attribué la mort à une méningite ou à des convulsions : ce fait, à lui seul, prouve, je crois, l'extraordinaire fréquence de la méningite hérédosyphilitique ; je ne parle pas de la méningite chronique, que nous connaissons tous, mais de la méningite subaiguë, mortelle, analogue à la méningite tuberculeuse.

N'oublions pas que chez les syphilitiques acquis, l'infection méningée est *constante* au début de l'infection et qu'il en est à peu près certainement de même chez les héréditaires.

Il est bien possible que, dans un nombre plus

ou moins élevé de cas, la méningite, à laquelle succombent les hérédosyphilitiques, soit une méningite tuberculeuse ; même au cours de la première année où on nous dit que celle-ci est relativement rare. Nous savons, depuis les recherches d'Hutinel et Pr. Merklen, que la méningite tuberculeuse se développe souvent chez des hérédosyphilitiques ; en principe, toute méningite, chez ceux-ci, est syphilitique, elle peut être, à sa terminaison, *mixte*, spirochétique et bacillaire.

La « méningite » chez les hérédosyphilitiques reste fréquente à la seconde génération, et c'est encore là un fait important qui se dégage de mes recherches et prouve, avec d'autres, *que l'enquête familiale* chez tout malade soupçonné de syphilis congénitale, *doit s'étendre aux grands-parents eux-mêmes.*

J'ai relevé 47 observations de femmes hérédosyphilitiques, qui ont eu 146 grossesses.

32 enfants sont morts à terme ou avant terme, 35 sont morts, 79 ont survécu (= 54 % seulement).

Sur 35 enfants, presque tous morts en bas âge, la mort a été attribuée, *dans dix cas*, à une méningite (ou à des convulsions). Chez un enfant mort à 5 ans, on a constaté des bacilles dans le liquide céphalo-rachidien.

Autre fait intéressant, que je ne suis pas le premier à signaler sans doute, mais dont la fréquence et l'importance sont ignorées.

La méningite est la plus commune de toutes les affections familiales, dont la syphilis apparaît de plus en plus comme la cause normale. Deux de mes malades, hérédosyphilitiques, ont perdu chacun trois frères ou sœurs en bas âge de méningite. Deux autres, deux chacun. Une femme, syphilitique acquise, a perdu huit enfants en bas âge, de méningite ou de convulsions, une autre deux, une autre trois, une femme hérédosyphilitique deux. Enfin, une femme hérédosyphilitique de même en a perdu dix en bas âge, d'entérite ou de convulsions.

***

La raison première pour laquelle la méningite hérédosyphilitique est méconnue se trouve, je l'ai dit déjà, dans les opinions des syphiligraphes sur la syphilis congénitale, mais des raisons secondes se trouvent dans les livres les meilleurs et les plus connus de médecine infantile. M. Comby nous dit que la syphilis héréditaire peut réaliser le syndrome méningitique de la tuberculose, et ajoute que la méningite syphilitique est cliniquement identique à la méningite tuberculeuse. La méningite aiguë, non tuberculeuse et non épidémique, *est d'ailleurs rare* : en 25 ans, M. Comby n'a constaté que 30 cas de méningite non tuberculeuse contre 600 de méningite bacillaire vérifiés à l'autopsie. Il écrit que celle-ci s'observe même chez les nourrissons, et cite un cas de méningite syphilitique chez l'enfant, guéri par les frictions et l'iodure.

Entre parenthèses, il paraît impossible, dans l'état actuel de l'anatomie pathologique, de reconnaître à l'autopsie la nature syphilitique d'une méningite, réserve faite des cas, certainement très rares, où elle s'accompagne de lésions « spécifiques ». En cette matière, seule l'étude clinique portant sur le malade, les ascendants et les collatéraux, peut renseigner le médecin.

Nobécourt dit que la méningite syphilitique simule plus ou moins la tuberculeuse : *les faits sont rares* et s'observent surtout dans les premières semaines de la vie. Les méningites aiguës non méningococciques sont, avant un an, plus communes que les formes tuberculeuses (opinion qui s'oppose à celle de Comby appuyée sur des autopsies) ; Nobécourt attribue les formes non méningococciques surtout à des infections pulmonaires ou gastro-intestinales, et rappelle la rareté de la méningite syphilitique.

Sans parler de la fréquence de celle-ci, Apert dit que la méningite syphilitique survient dans les deux premières années ; le traitement est la pierre de touche du diagnostic.

Suivant M. Variot, la méningite tuberculeuse est exceptionnelle jusqu'à 6 mois. Cet auteur signale les convulsions mortelles dues à l'hérédosyphilis et la difficulté de distinguer les formes bacillaires et spirochétiques de la méningite.

On sait que les médecins d'enfants attribuent les convulsions à un nombre illimité de causes : troubles digestifs, dentaires, début des maladies aiguës, rachitisme, influences psychiques... sans parler des affections cérébrales. Quel est dans tout cela le rôle de la syphilis ? Rien de précis ne ressort de la lecture des différents auteurs, en dehors de ce que vient de dire M. Variot.

Plusieurs insistent sur les conditions prédisposantes : « tempérament » nerveux, hérédité neuro-pathologique, tares multiples : épilepsie, hystérie, « arthritisme », alcoolisme et vésanies. M. Comby rapporte deux observations des plus suggestives : l'une concernant une hystéro-épileptique qui avait perdu cinq enfants de convulsions, en bas âge, et en conservait un atteint également d'éclampsie infantile ; l'autre, une famille dans laquelle, sur 15 enfants, 12 moururent en bas âge à la suite de convulsions. Le père était mort alcoolique.

III

Bref, la méningite hérédosyphilitique paraît une affection rare, et qui ne mérite pas les honneurs d'un chapitre spécial dans les livres de pédiatrie. Les convulsions reconnaissent des

causes multiples au milieu desquelles la syphilis n'est pas, en général, mentionnée ; les formes familiales sont expliquées par l'hérédité neuropathologique......

S'il est permis de résumer sous cette forme l'opinion commune, j'opposerai à cette opinion les conclusions suivantes :

1° Le nombre extraordinaire des morts attribuées à la méningite et aux convulsions dans les familles syphilitiques démontre l'extrême fréquence des méningites spirochétiques de l'enfance, qui deviennent — dans un nombre inconnu de cas — des méningites tuberculeuses.

2° Tous les cas de convulsions (quelle que soit leur cause apparente) et de méningite chez l'enfant, doivent être présumés syphilitiques et obligent à une enquête étiologique *complète* chez l'enfant, ses parents, ses frères et sœurs, ses grands-parents même.

3° Les symptômes de la méningite syphilitique étant les mêmes que ceux de la méningite tuberculeuse, le diagnostic de celle-ci ne peut être porté qu'après recherche des bacilles dans le liquide céphalorachidien. En l'absence d'examen du liquide, un traitement d'épreuve est toujours nécessaire et doit être toujours rigoureux, comme tout traitement d'épreuve.

4° La prophylaxie de la méningite tuberculeuse, qui tue chaque année en France plusieurs milliers d'enfants, exige non seulement l'application des mesures destinées à prévenir l'infection bacillaire chez ceux-ci, mais la recherche et le traitement de tous les cas de syphilis congénitale, le traitement devant être mené de manière à obtenir la stérilisation de l'infection syphilitique.

CLINIQUE MÉDICALE

Les abcès dysentériques du foie : émétine et chirurgie.

M. le professeur Chauffard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Il n'y a pas bien longtemps encore, les abcès amibiens du foie étaient décrits sous le nom d'abcès des pays chauds. Cette qualification impliquait la notion d'une affection étrangère à nos régions. Elle ne répond plus à la réalité ! Si, longtemps, l'amibiase n'a été observée que dans les climats chauds, déjà avant 1914 et surtout depuis la guerre, nous avons appris à compter avec elle, en France, soit chez des coloniaux revenus dans la métropole, soit pour des cas autochtones.

La filiation entre l'abcès du foie et la dysentérie n'a pas été établie dès le début. La première description clinique fut donnée par Larrey, pendant l'expédition de Syrie, au début du siècle dernier, mais Larrey ne vit pas la relation existant entre l'abcès et la dysenterie. Le travail princeps à cet égard est dû à un médecin anglais qui en 1828, donna à l'abcès le nom de dysentérie hépatique. A la vérité, les choses ne se sont vraiment éclairées que lorsque nous avons appris à connaître l'agent pathogène de la dysentérie. De ce jour, nous avons distingué deux dysentéries : l'une amibienne, qui peut causer l'abcès du foie, l'autre bacillaire, qui ne touche pas le tissu hépatique.

L'amibe dysentérique a un double pouvoir biologique : elle est hématophage, détruisant les globules rouges, et histolytique, détruisant les tissus, par l'intermédiaire d'un ferment nécrosant. Je vous rappelle qu'à côté de sa forme active, existe une forme de repos, de résistance, le kyste amibien, extrêmement résistant à la thérapeutique et provocateur des rechutes de la maladie. On peut dire que les deux caractères principaux de la dysenterie amibienne (comparée en particulier à la dysenterie bacillaire) sont la tendance aux rechutes et la localisation hépatique.

Dans ce dernier cas, l'amibe se propage par voie portale et se greffe sur le foie, donnant naissance à l'abcès. On n'oubliera pas que ces échéances hépatiques peuvent être extrêmement tardives. Je vous citerai le cas d'un explorateur colonial, retiré en France, qui eut, douze ans après son retour, une atteinte aiguë du foie.

L'amibe, greffée sur le tissu hépatique, exerce son pouvoir nécrosant, déterminant un abcès à aspect spécial, beaucoup plus nécrotique que pyogénique. L'ensemencement du pus montre la plupart du temps sa stérilité. Nous connaissons comme stériles deux abcès spécifiques du foie, l'abcès froid tuberculeux et l'abcès dysentérique. Le pus peut se présenter sous trois types : pus rouge, brun rougeâtre, chocolat, épais, grumeleux, souvent coagulé ; c'est le pus nécrotique, de la lésion en activité. Dans d'autres cas, il est verdâtre, moins nécrotique, tout en restant stérile ; il correspond à l'abcès en régression; au pus mort. Dans un troisième aspect, le pus devient graisseux. Il y a là une distinction d'autant plus importante que sur le pus rougeâtre, l'émétine est toute puissante, alors qu'elle n'agit pas sur le pus verdâtre ou graisseux, qui relève de la chirurgie s'il est assez abondant.

Quant à l'abcès lui-même, il offre des changements analogues. Dans sa période évolutive, la

paroi est anfractueuse, avec le tableau du phagédénisme intra-hépatique. Autrefois quand on ouvrait ces abcès à la phase en question, on voyait parfois le phagédénisme envahir la paroi de l'ouverture. On savait que la quinine arrêtait le processus et l'on saupoudrait la plaie avec de la poudre de quinine. Celle-ci est, en effet, localement, un poison pour l'amibe, mais son action générale est très inférieure à celle de l'émétine. A la période de non évolution, l'abcès est enkysté avec une paroi plus ou moins épaisse, voire fibreuse.

Cela dit, nous pouvons aborder maintenant l'histoire de notre malade. C'est un homme de 25 ans entré dans le service le 8 octobre pour un abcès aigu du foie. Il avait eu en 1921 une atteinte de dysenterie en Cochinchine. Revenant en France au mois de septembre dernier, il fit à Port-Saïd des excès alcooliques pour fêter son retour. Il fut pris alors de crises douloureuses dans le flanc droit, avec 39°5 de température. On lui fit pendant trois jours un traitement, probablement émétinique, et tout se calma. Le 5 octobre, les douleurs reprirent (point de côté hépatique), avec frissons, fièvre (40°), selles pâteuses. Reçu dans nos salles, nous le trouvons — comme il est d'habitude dans les états de ce genre — amaigri, un peu pâle et subictérique, dans une attitude caractéristique, couché sur le côté gauche, les jambes fléchies. A l'examen, nous notons que le côté droit respire mal, superficiellement. L'hémithorax droit a 5 centimètres de plus, à la mensuration, que le gauche. Sur la ligne mamelonnaire, la délimitation du foie donne 17 centim. Elle s'éleva dans la suite à 18 et 19 cm. On constate deux points sensibles, l'un sous-costal, antérieur, l'autre postérieur, plus accusé que le premier. Pas de douleurs des phréniques.

L'examen radiographique montre, en vue frontale, une ascension du dôme hépatique, également appréciable en vue latérale, plus proche vers l'arrière. La douleur postérieure et la radiographie nous induisaient en erreur sur le siège véritable de l'abcès, comme nous le verrons tout à l'heure.

La recherche des amibes était négative. Les épreuves hématologiques indiquaient des modifications légères.

On trouvait là tous les signes de l'abcès : la douleur, le gros foie, la fièvre, les sueurs, les troubles digestifs, la pâleur subictérique, l'amaigrissement. En pareil cas, il ne faut jamais omettre la mensuration des hémithorax, la recherche des amibes, l'examen du rectum même. La présence des amibes n'est pas indispensable au diagnostic, d'ailleurs. La radiologie et l'hématologie, enfin, sont des compléments importants.

Il est des causes d'erreur. Quelquefois, la courbe fébrile affecte le type intermittent, et, comme il s'agit de malades ayant vécu dans les pays chauds en général, on pense au paludisme. Une autre cause d'erreur est la forme hémoptoïque. Elle concerne des sujets qui ont une vomique et continuent à avoir une expectoration sanguinolente. On peut croire à la tuberculose. La question se complique ici d'un autre facteur : la possibilité de l'abcès et de l'amibiase du poumon, dont la connaissance n'est pas très ancienne. Dans certaines circonstances, on reconnaît aisément l'abcès du poumon sur l'écran, lorsqu'il est séparé du foie par une zone claire. Un autre caractère tient à la vomique, qui se rencontre toujours dans l'abcès hépatique ouvert dans les bronches, tandis que dans l'abcès dysentérique du poumon, l'expectoration se produit peu à peu sans vomique préalable.

Le diagnostic de l'abcès amibien du foie étant établi, il convient d'envisager trois questions. La première est la suivante : l'abcès est-il solitaire ? Sauf les ponctions répétées, nous n'avons guère de moyen direct de nous renseigner sur ce point. La deuxième question est celle du volume — grand, moyen ou petit — de l'abcès. La mensuration du thorax donne un premier renseignement, global. La limitation du bord inférieur du foie et du dôme, par la palpation, la percussion et les rayons fournit également des indices intéressants. Il est une part d'erreur ; elle tient à ce qu'à côté de l'abcès, il existe de l'hépatite ambiante. La troisième question est relative au siège de la lésion. Si l'abcès est antéro-externe et fait saillie, la réponse est facile. Ce n'est pas toujours chose simple, pour les autres localisations. On s'appuiera sur la douleur (le maximum de douleur à la pression), sur la direction de la saillie révélée par la radiographie, et sur les ponctions. Avec une aiguille assez longue (10 centimètres) on encercle le foie par des ponctions convergentes, jusqu'à ce qu'on soit entré dans le foyer de l'abcès. Il ne faut pas craindre de recourir à ces ponctions qui n'exposent en rien le malade. En chirurgie, c'est une bonne technique de chercher ainsi le siège de l'abcès et de laisser l'aiguille en place pour guider le bistouri.

Dans le cas actuel, sur les deux points douloureux, l'un, l'antérieur, disparut complètement avec l'émétine. Le point postérieur persiste, diminué seulement d'acuité. La radiographie nous orientait aussi vers un siège postérieur de l'abcès.

Pendant 4 jours, nous avons soumis le malade au traitement émétinique, deux injections par jour, de 4 centigr. chacune. La douleur s'amenda; la fièvre passa à 38°, à 37°, pour remonter un peu. L'état général s'améliora et le foie diminua légèrement de volume. Les choses étant restées ensuite sans modification, je pensai que la guérison ne pourrait pas être obtenue complètement par le traitement médical. J'envoyai le

patient en chirurgie, chez M. Lejars, avec deux indications, l'une et l'autre malheureusement inexactes. Je dis que l'abcès était volumineux (il ne l'était pas) et qu'il évoluait vers la face postérieure (il était antérieur). Nous nous étions trompés non sur la réalité de l'abcès, mais sur sa grosseur et sa direction. Cette double erreur, je ne vois pas bien comment nous aurions pu l'éviter : la clinique, la radiographie la rendaient fatale. Elle a tenu à l'insuffisance de nos ressources d'exploration. Or cette erreur a été grave. Tout d'abord, si j'avais su que l'abcès était petit, je ne l'eus pas fait opérer. En outre, ayant dit au chirurgien que la poche était postérieure, M. Lejars aborda le foie en arrière, par voie transpleurale et ne trouva pas la collection. Quelques jours après, le malade mourut de pleurésie. L'autopsie nous montra une petite cavité contenant du pus verdâtre, épais, et non le pus d'une lésion évolutive. Nous eûmes là sur place la démonstration de l'action de l'émétine. L'émétine avait modifié les caractères du pus et de la paroi, et refroidi l'hépatite. Son action aurait été dans la suite moins nette, car elle n'agit guère sur l'abcès mort.

Que peut donc l'émétine en matière d'altérations amibiennes du foie ? Il faut distinguer trois groupes de faits : 1° l'hépatite présuppurative, dont les limites sont difficiles à fixer ; 2° l'hépatite abortive, ou plutôt abortivée (par l'émétine), que j'ai étudiée avec M. Françon ; et 3° l'abcès collecté.

A l'heure actuelle, nous connaissons 17 observations dans lesquelles la ponction a révélé du pus — donc d'une hépatite en phase suppurative et non pré-suppurative — qui ont comporté des guérisons définitives et sans opération, par la cure émétinique. L'abcès amibien du foie, en effet, ne récidive pas contrairement à l'amibiase intestinale, dont les rechutes sont si communes. L'émétine agit donc non seulement sur l'hépatite pré-suppurative mais aussi sur certaines hépatites suppurées, qu'elle abortive.

Reste le troisième groupe, que nous voyons trop tard, où il y a collection suppurée, qui peut être volumineuse. Suffirait-il de vider l'abcès par ponction pour le guérir ? J'ai obtenu ainsi une guérison chez une jeune femme revenant du Dahomey. Cela paraît risqué. Pour les grosses poches, on est conduit à l'opération, après avoir refroidi et stérilisé la suppuration par un traitement émétinique. Au lieu d'intervenir dans un foyer amibien en activité, on opère après mort des amibes. L'abcès ouvert guérit alors rapidement, au lieu de suppurer des mois comme autrefois.

Vous voyez que l'émétine a complètement transformé le pronostic et l'évolution des complications de la dysentérie sur le foie. Elle permet de guérir certains cas sans opération. Pour ce qui concerne notre malade, si j'avais cru être en face d'une lésion aussi peu volumineuse et d'accès aussi difficile, je n'aurais pas conseillé l'intervention. Enfin dernier bienfait de l'émétine ; la prophylaxie des abcès amibiens. Un traitement régulier des dysentériques a les plus grandes chances d'éviter les complications hépatiques. Il se passe en cette matière ce qui se passe pour les localisations cardiaques du rhumatisme et pour la syphilis. Du temps de Bouillaud, un rhumatisme articulaire aigu durait trois mois — aujourd'hui avec le salicylate, il dure 15 jours — et il avait plus de chances de léser le cœur. De même, pour la dysentérie amibienne. Soignée de bonne heure avec l'émétine, elle se complique très rarement d'abcès du foie. On évite ainsi souvent l'opération, et vous avez vu qu'elle n'est pas sans risque.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. Lacroix.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Un grand médecin vu et entendu par un chirurgien

La leçon inaugurale du Professeur J. Ath. Sicard.

Par Dartigues.

« Pour la deuxième fois, les Latins ont conquis la Gaule ! » Vous vous rappelez la fameuse phrase de Numa Roumestan répondant à des félicitations à la suite d'un discours. On peut dire que pour la deuxième fois, J.-Ath. Sicard a conquis Paris : la première fois vers 1893, lors de sa réception à l'Internat, et hier, trente ans après, à sa réception au professorat !

1893 ! Oh ! comme c'est loin, et cependant cela me paraît si près par la netteté du souvenir ! Jeunes gens, nous étions attablés à la terrasse du café de la Source, au Quartier Latin ; mon ami Paul Laffitte vint s'asseoir à côté de nous et nous dit : « Il y a un candidat extraordinaire à l'Internat ; il a lu tout à l'heure une copie qui a émerveillé tout le monde ; son exposé est d'une élégance suprême. Il s'appelle Athanase Sicard ; il ira loin et... il arrive de Marseille ! »

Et c'est Ath. Sicard que nous avons entendu hier dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pour notre

enchantement, dans l'épanouissement de son talent et dans tout l'éclat de sa notoriété scientifique.

Matelots, marins et pêcheurs aux faces réjouies du Vieux Port de Phocée, débardeurs de la Joliette aux épaules de bronze, nervi aux maigres membres d'acier, garçons aux tabliers blancs, gérants indulgents, la serviette sur le bras, de Basso, de Pascal et des cafés de la Cannebière en rumeur, petits cireurs agiles comme des écureuils, fleuristes éloquentes de la place Puget, Marseillaises à l'œil noir et à la hanche rythmiquement puissante, peuple ; et enfin, aristocratie des grands industriels : savonniers, saliniers, directeurs de compagnies maritimes et de banques ; aristocratie intellectuelle : médecins, ingénieurs, avocats, professeurs ; et mânes sportives de l'incomparable Bouin, réjouissez-vous, l'un des vôtres, un frère vraiment supérieur s'est imposé, victorieux, à Paris !

Par le fond solide de sa pensée savante, par la forme impeccable de son langage, par sa pure diction harmonieuse et rapide, par sa tenue physique, régulière et belle, il a fait revivre devant nous toutes les élégances attiques réunies. C'est un Hellène de la plus éclatante époque de Périclès, parlant la plus belle langue qui ait succédé au grec, la française, et maniant avec suprême aisance les plus hautes spéculations scientifiques médicales dans une exposition de clarté, qui s'est offert à notre admiration sous les feux hémicyclaires de l'amphithéâtre en fête.

Il y avait là un public dense de jeunesse très belle, pleine d'attention intelligente, admirable dans la sobriété de sa manifestation compréhensive, un *démos* d'étudiants calmes et sympathiques, bien dignes de l'homme qui allait paraître et comparaître devant lui. Et il y avait aussi un aréopage nombreux de Sages de la science, honneur de la médecine française, dont les crânes me faisaient l'effet de boîtes de Pandore contenant toutes les richesses de la science contemporaine, présents des dieux créateurs.

J'entends, près de moi, avant l'entrée solennelle du nouveau professeur, cette phrase d'un assistant : « Il parle bien, il fera un joli cours. »

Et en effet, c'est un plaisir que de l'entendre : d'une voix bien articulée, sans accent, avec assez de souffle pour porter une longue phrase énumérative sans apparent effort, lisant avec un art consommé des choses admirablement écrites, semblant plutôt dire que lire, même, Sicard m'a donné la sensation qu'on ne peut s'exprimer avec plus de perfection. Avec cela, une belle prestance, un port de tête bien équilibré, que rehausse un lorgnon qui n'a rien de savantasse, Sicard ne donne pas l'impression si erronée qu'on se fait des habitants de sa ville. Ce Marseillais, du haut de son allure aristocratique et sympathique, en même temps que de son intelligence supérieure, peut se rire de tous les rustres persifleurs. En le voyant, je ne pouvais m'empêcher de penser combien la vraie et vaste culture intellectuelle, non écrasée par un labeur mal ordonné, donne un cachet de raffinement, de telle sorte que parmi les savants, sans passé généalogique lointain, s'il y a des arrivés, et quelquefois, il faut le dire, des arrivistes, il n'y a pas de parvenus : les favorisés de l'intelligence et du savoir dépassent de beaucoup les favorisés de la rapide fortune.

J.-Ath. Sicard a un prénom remarquable et qui semblerait prétentieux s'il ne venait du pays de l'immortelle lumière : Athanase, qui veut dire immortel. N'est-ce pas délicieusement naïf et juste aussi que des parents, en mettant au monde un fils, le parent de ce titre nominal qui semble défier la mort, comme s'ils ne songeaient qu'à immortaliser la vie qu'ils viennent de transmettre sous un ciel bienheureux ?

Le Pr Sicard a remercié par delà la mort et dans la vie présente tous ses maîtres, avec un rare bonheur d'expression, et je le compte parmi ceux qui ont accompli sans banalité aucune cette tâche initiale de gratitude des leçons inaugurales.

Il a dit à Widal que c'était à lui qu'il devait l'inspiration scientifique et « la petite flamme sans laquelle la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ». Il a bien montré le hasard qui, « à la croisée des chemins, met des impondérables qui fixent notre destinée ». Il a fait valoir l'exemple du maître qui prouve que « le talent ne se conserve que par une perpétuelle lutte », que « la vraie intelligence est celle qui forme les intelligences ». Il a remercié le Pr Widal de l'avoir, avec générosité et dès ses débuts, associé à ses travaux et il l'a comparé, suivant la jolie expression provençale, à un *sourcier*, l'homme qui, avec sa baguette, cherche dans la profondeur des terres les endroits où peuvent jaillir les sources vives. Les vrais grands maîtres ont, comme Widal, le don de divination des hommes, et je pense qu'on peut les appeler des *sourciers scientifiques* qui savent, non seulement découvrir les belles nappes intellectuelles, mais aussi les faire surgir à la lumière en fécondes et claires eaux pour lesquelles s'édifient de majestueux aqueducs. *Sourcier* et *sorcier*, c'est à mon sens le même mot. Il désigne celui qui *voit* au milieu de ceux qui ne voient pas encore. Et n'est-ce pas là le rôle des hommes de science qui prennent, dans le monument que leur a légué le passé, les pierres dont le choc et la chute même provoquent des étincelles qui éclairent tout d'un coup l'avenir ?

Sicard a parlé aussi de ses autres maîtres : de FOURNIER, qui fut une sorte de divinité de la syphiligraphie ; de CHARCOT aux yeux d'aigle, qui créa la neurologie française ; de BRISSAUD, dont mon adorable maître Segond, si finement intelligent, me parlait souvent en admirant son crâne formidable et son intellectualité prodigieuse ; de RAYMOND, charmant homme qu'il a silhouetté avec délicatesse et dont il a dit d'une voix de velours : « ses élèves conservent pieusement sa mémoire », de RÉNON, enfin, dont la caractéristique fut la bonté associée à une volonté qui me rappelle celle de Démosthène, Rénon qui fut : « le meilleur des professeurs, conscient de la grandeur de sa tâche ».

Sicard, par ces exemples magistraux auxquels il rendait hommage, a bien montré que « le respect du Passé et du Présent avait sa douceur et sa noblesse ».

Mais, laissons là ce côté information et sentimental, et voyons le fond de la première leçon de Sicard : une leçon inaugurale est l'occasion d'une synthèse ; c'est en cela qu'elle peut, en dehors de l'amitié ou de la curiosité, attirer ceux qui aiment à considérer un homme dans l'ensemble de son œuvre et des idées qui l'ont guidé.

Rien que par le titre de cette conférence : l'*Evolution et l'orientation de la médecine*, nous voyons que Sicard monte tout de suite vers les sommets, que c'est un esprit d'envergure qui sait planer sur les réalités concrètes et indiscutables cueillies par l'observation et l'expérimentation, et nous nous apercevons immédiatement qu'il n'est pas seulement un admirable ouvrier méthodique qui travaille avec intelligence, mais qu'il est un ingénieur, c'est-à-dire un esprit qui crée en obéissant à des plans savamment conçus, ce qui est la preuve d'un puissant cerveau.

Devant le grand médecin qu'est Sicard, nous sommes devant un homme complet : un clinicien, un homme de laboratoire, un expérimentateur, un thérapeute, et dans ce thérapeute, il y a à la fois un esprit de médecin et un tempérament de chirurgien, et l'on conçoit très bien, qu'à la croisée des chemins, il ait pu être embarrassé un instant comme Hercule entre le Vice et la Vertu ; il est vrai qu'ici, il s'agissait de deux vertus scientifiques également attirantes, ce qui pouvait encore plus prolonger l'hésitation.

Comme clinicien, Sicard a distingué la forme myoclonique de l'encéphalite léthargique, fait la révision de la névralgie dans toutes ses variétés anatomo-topographiques, glané des précisions dans le vaste champ offert par la guerre en fait de pathologie nerveuse, etc. Il s'apparente donc par l'esprit clinique qui vit en lui à l'école des cliniciens qui a été la gloire de la médecine française, dont l'œuvre a un caractère de pérennité indiscutable.

On sent bien que ce clinicien est tout de même attiré vers ailleurs pour cueillir les fruits nouveaux de la recherche. Il dit à un moment : « la clinique donne le diagnostic et le pronostic essentiels », Mais que de fois nous sommes obligés de nous en contenter, et que de fois la pratique nous a enseigné que tout le reste n'ajoute que des reflets brillants ou complémentaires à ces premières, nécessaires et essentielles lumières ! Il est bon que la génération commençante ne l'oublie pas, pour vouloir, éblouie, se laisser entraîner trop loin vers les sphères majestueuses : le point de vue de Sirius, dont nous parlait Guillain l'autre soir, ne doit pas être celui de la masse praticienne.

Une médecine trop savante ne vaudra jamais l'ensemble des moyens d'observation et d'exploration que porte en soi le médecin rompu à la clinique, mobile, mobilisable, le franc-tireur de la médecine qui est appelé dans les campagnes civilisées ou dans les brousses occidentales et orientales à donner le soin urgent d'où dépend la vie, sans qu'on attende la contemplation des tubes de gélose, l'horaire d'un Poupinel ou la réaction transcendantale.

Il est très beau, le diagnostic *loin du malade*, par le laboratoire, mais il est plus immédiatement utile, le diagnostic *près du malade*, à son chevet, par la clinique. En médecine, le généralissime scientifique restera tout de même celui qui sera, dans le combat, près de son malade en lutte avec la maladie. Jeunes gens, pénétrez-vous que c'est la clinique qui donne le plus vrai contact : le mot clinique ne vient-il pas du grec *cleinos*, lit ? Aussi, n'est-il pas étonnant que ce soit là que se fait le réel accouplement du penser scientifique qui cherche à pénétrer, comme dans une fissure d'engendrement, le mystère de l'entité pathologique pour le rapprochement fécond d'où surgira la thérapeutique, œuvre de tendresse, de soulagement, de guérison ?

La parole professorale a une allure prophétique et d'affirmation : nous savons par expérience qu'elle a été parfois trop prise au pied de la lettre par les irréfléchis et, qu'en son nom, bien des erreurs ont été commises dans une répercussion lointaine dont on ne voyait plus le point de départ. Dieulafoy n'avait-il pas dit un jour d'enthousiasme sacré : on ne doit plus mourir d'appendicite ! Bien des gens sont morts de cette phrase lapidaire, mal lue des profanes ou des insuffisants d'instruction !

Comme *homme de laboratoire*, comme *laboratorien* (permettez que je crée ce mot plus bref) et comme *expérimentateur*, Sicard a fait de magnifiques études sur le liquide céphalo-rachidien : la cytologie et la chimie de ce liquide vivant, sur l'anatomie du rachis, les trous de conjugaison, l'espace épidural, les racines médullaires, les injections épidurales, les injections rachidiennes de lipiodol, etc., études qui ont eu une première conséquence pratique de séro-diagnostic, de cyto-diagnostic et même de pharmaco-diagnostic (localisation des tumeurs médullaires, etc.).

Il s'apparente donc par ses travaux à l'école des Physiologistes, à l'école des Anatomo-Pathologistes, à l'école des Microbiologistes, à l'école des Humoristes qui se sont succédé en époques qui ne sont en réalité pas tranchées comme des dynasties, mais s'intriquent les unes les autres, et au fond, s'empruntent les unes aux autres, pour édifier la science qui est une évolution nécessitant des phases embryologiques successives, autant qu'une solidarité entre les connaissances qui semblent si disparates et n'ont de scission que pour ceux qui ne peuvent voir les chaînons qui les réunissent.

On s'étonnera peut-être que je sépare le laboratorien de l'expérimentateur : en réalité, ils ne font qu'un ou ne devraient faire qu'un, mais cette nuance vient de ce que j'ai vu souvent les hommes de laboratoire comme des exécutants en extase devant leurs cornues et leurs tubes, comme des rêveurs, mais non comme des penseurs. On sent en Sicard l'amour du laboratoire, de son atmosphère tiède et solitaire, tandis que mijotent les secrets de la vie et de la mort

dans des petits cylindres de verre. Avec quel langage imagé et quel amour égal, comme s'il s'agissait de la tresse d'or d'Aphrodite, il nous parle de la torsade blonde décrite par une colonie microbienne dans un tube de gélose !

Dans l'expérimentateur, il y a celui qui expérimente sur l'animal et celui qui expérimente sur l'homme. Le sacrifice du lapin ou du cobaye ou du chien ressemble au sacrifice antique par l'Augure qui cherchait à voir la Vérité d'en haut par l'examen des entrailles des victimes : entre le grand prêtre ancien et le grand médecin moderne, il n'y a pas grande différence puisque c'est la même aspiration de savoir, de prévoir et de prédire. Le mérite de Sicard est d'allier les deux expériences et d'oser aller de l'animale à l'humaine : il y faut du courage du côté de l'essayeur, et de la résignation ou de la confiance du côté de l'essayé.

En tout cas, dans cette partie de sa leçon, le Pr Sicard nous a bien montré le rôle de la biochimie cellulaire, des affinités cellulaires électives pour certains agents pathologiques, et que « l'intérêt n'est plus à la cellule morte, mais à la cellule vivante, au protoplasma qui la compose », et il a pu dire que « les classifications nosologiques de l'avenir se feront sur les variations bio-chimiques et non morphologiques ».

Comme thérapeute, le Pr Sicard a un bagage des plus intéressants que je vais résumer par les mots synthétiques suivants : l'alcoolisation dans la névralgie (injections d'alcool dans les nerfs sensitifs et les névralgies faciale, intercostale, sciatique, lombaire), l'oléisation iodée (injections d'huile iodée), la salicylatisation dans l'ectasie veineuse (injections de salicylate de soude dans les varices), etc., et par cette inclination thérapeutique, il s'apparente aux plus grands médecins, comme par les moyens vecteurs et l'audace des chemins anatomiques suivis, il s'apparente aux plus grands chirurgiens, car il y a pour ainsi dire une partie chirurgicale dans l'œuvre thérapeutique de Sicard.

Cela s'explique : la tendance de l'idéalisme latin est de se manifester presque toujours par un caractère pratique ; le latin pense pour agir. J'entends idéalisme dans le sens de pensée non nuageuse, de recherche par l'idée, de raisonnement déductif ou inductif, ajoutés à l'intuition qui engage dans des sentiers que l'on ne pressent pas déserts et d'où l'on apercevra tout à coup, à leur détour, de vastes horizons subitement éclairés.

On sent très bien que par le goût d'une thérapeutique active comportant un certain emploi manuel, qui ne confie pas aux bouches rebelles ou au cloaque rectal d'absorption, le médicament, mais qui le véhicule lui-même jusqu'au lieu sensible d'élection, que Sicard aurait fait un beau, calme, sûr et habile chirurgien. Il a, en effet, porté, par l'aiguille à injection, le médicament jusque dans les ventricules cérébraux, jusque dans les ventricules cardiaques, jusque dans les espaces sous-arachnoïdiens, jusqu'au niveau des orifices crâniens et des trous de conjugaison.

A un moment de son discours, le Pr Sicard a assis son auditoire, qui l'était déjà — permettez cette expression familière — par une énumération étourdissante de choses et de mots transcendantaux, qui donnait le mal de mer de la science ; mais le flot en était si harmonieux, battu par la rame de ce nautonier ensorceleur habitué aux sirènes méditerranéennes, que nous n'avons pas eu la nausée ; mais, un instant, j'ai dû me cramponner au bras de mon savant ami Ravaut.

En tout cas, Sicard a pu dire que « la thérapeutique biologique et chimique a fait reculer la maladie et apporté un soulagement à la souffrance ».

Cependant, l'éminent nouveau professeur, a, à un instant de sa très belle leçon, dit : « Le but de la médecine est la guérison des maladies ! » Qu'il me permette, à moi, humble gladiateur du bistouri, ayant cependant fréquenté dans les amphithéâtres savants, et parfois chez les Muses méditatrices, de ne pas accepter cette définition, qui est bien plutôt celle de la thérapeutique contre la maladie déclarée, que celle de la médecine en général. Je conçois la médecine sous un aspect de philosophie et sous un caractère pratique et créateur plus grandioses.

L'avenir de la médecine n'est pas celui que chaque génération de travailleurs croit tenir. Ah ! je suis bien sûr que microbes, vaccins, sérums, humeurs, réactions cytologiques, tout ce qui fait l'École médicale de notre époque, subiront un jour la même ironie que les savants d'aujourd'hui laissent percer envers les Écoles médicales du passé, parce qu'elles n'ont émis que des Vérités fragmentaires alors qu'elles croyaient détenir la vérité totale. Je rirais bien si je pouvais, à la même place, entendre le professeur qui parlera au lieu de Sicard dans seulement cinquante ans ! Le spectacle et la vie des médecins eux-mêmes montrent bien que la médecine n'a pas encore fait suffisamment de progrès, ou plutôt, qu'elle n'est pas engagée dans la véritable voie, car le vrai but de la médecine est qu'il n'y ait plus ou qu'il y ait moins de maladies, et que la masse humaine, éminemment plastique, évolue vers la forme, qui pleinement réalisée, réalise la santé parce qu'elle est en même temps une harmonie physiologique.

Toute cette médecine thérapeutique d'à présent, dont je comprends la beauté et toute l'utilité, croyez-le, n'est pour moi que ce que les entraîneurs d'animaux ou d'hommes appellent le *dopping*, c'est-à-dire l'ensemble des moyens donnant un coup de fouet à des organismes défaillants afin qu'ils reprennent pied dans la vie.

Ce sera, je crois, la science de la Morphologie progressive, de l'élevage humain, de l'homoculture, qui édifiera les beaux organismes de l'avenir, résistant plus vigoureusement aux maladies auxquelles on ne laissera plus la parole si elles veulent la prendre (comme la peste, le choléra, si meurtriers autrefois), et ne tombant pas dans l'accident avec autant de faci-

lité. Les docteurs Rouhet, Ruffier, Heckel et quelques autres confrères au nombre desquels j'ose me nommer, et quelques observateurs géniaux tels que Triat, Amoros, Desbonnet, Démény, l'ont compris depuis longtemps et l'ont prouvé par l'exemple personnel.

Au risque d'être foudroyé devant le socle-autel qui porte la statue de Bichat devant les colonnes du Temple vénéré, pour avoir voulu, non dérober le feu sacré, mais au contraire introduire subrepticement un peu de timide phosphorescence, je crois pouvoir dire que si Médecins, Chirurgiens, Savants, nous sommes d'une utilité incontestable pour le secours, nous ne sommes que des « raccommodeurs de porcelaines et de parapluies », et que si nous sommes assez souvent des sauvegardiens de la santé, nous ne sommes pas encore assez des créateurs de santé et de vie.

Pouvez-vous me démentir ? A un moment, Sicard parlant avec une tendresse apitoyée des derniers jours de Rénon, rapporte le mot que ce dernier lui adressait quelques semaines avant sa mort : « Je ne suis pas bien, je vais me soigner et faire de la culture physique ! » Voilà donc l'aboutissant de toute une existence d'admirable labeur du plus estimable des hommes, grand par sa science, sa bonté et sa volonté, d'un professeur de pathologie interne dans une des chaires les plus élevées du monde ! N'est-ce pas la faillite de toute la thérapeutique pharmacopéique, en face de la thérapeutique prémonitrice qui, par la culture physique, fait la mise au point de la forme et de la physiologie de tous les organes dans l'harmonie de l'enveloppe totale qui a éliminé tout ce qui n'est pas élément noble et réellement fonctionnel ? Quand les masses myologiques se mettent en mouvement pour accélérer le torrent circulatoire en un rythme puissant et régulateur qui est la vie, microbes ont moins d'atteinte nocive et sclérose des parenchymes splanchniques est impuissante à se développer.

Lorsque Rénon, cet homme bienveillant et distingué, est monté dans sa chaire, je savais bien qu'il allait bientôt en descendre ; quand mon délicieux et regretté maître Segond a gravi les degrés de sa chaire, j'ai lu avec mélancolie dans sa face et son aspect qu'il allait bientôt en tomber.

Pour ma part, et pour m'en tenir à ma modeste fonction de chirurgien, quand j'ai opéré, délivré d'une tumeur, arrêté une hémorragie aiguë ou chronique, évacué une collection, décomprimé un organe, détourné une voie physiologique, je considère n'avoir accompli qu'une mission mécanique, et que la réelle tâche médicatrice est à peine commencée.

La médecine de l'avenir est celle qui visera la durée de la vie humaine par l'assainissement social, par l'hygiène collective et individuelle, par la science du mouvement appliqué à l'édification de formes impeccables et, par conséquence, de physiologies organiques parfaites ; ce sera celle aussi qui fera reculer la vieillesse ou la rendra honorable et supportable.

Inclure en les êtres plus de vitalité, c'est non seulement introduire en eux plus de vigueur et de santé, plus de résistance à la maladie et même à l'accident, c'est fortifier la race et préparer de plus puissantes hérédités par des milieux humoraux transmis indemnes.

Un jour viendra où l'homme vivra plus longtemps et mieux dans la gloire de la Force, de la Beauté, et de la Santé, et avec une intelligence qui rayonnera de lui plus féconde et plus vaste.

Le Pr Sicard, pour terminer, s'est adressé aux élèves et leur a parlé de cette période un peu mélancolique de l'existence « qui n'est plus la jeunesse et qui n'est pas encore la vieillesse ». Je puis certifier qu'il n'y a pas à le ranger parmi ceux qu'atteint crépusculairement une ménopause intellectuelle, et que nous aurons de nouvelles découvertes de lui. Le mot qu'il a dit en parlant de son grand maître Widal: « Vous apportez à l'édifice une pierre solidement enchâssée et qui résistera à l'épreuve du temps » peut lui être appliqué, et les pierres qu'il pose sont déjà fermes dans la superstructure d'un édifice déjà haut : Sicard m'apparaît comme un de ces tailleurs de pierre moyenâgeux des cathédrales qui, dans les vertiges des échafaudages, travaillaient avec sérénité et quotidiennement, toujours plus près des cieux !

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Le traitement de la tuberculose et sa préservation par le travail.

Le traitement de la tuberculose par le travail traverse une crise, qui peut être un coup de grâce ou un commencement de stabilité, suivant la tactique de ses partisans. Les uns sont arrivés avec une rapidité déconcertante à en faire une soi-disant panacée, mais il suffit de peu de temps pour que les cures miraculeuses soient démenties par l'expérience rigoureuse et désintéressée. D'autres phtisiologues réputés reconnaissent, par contre, que la cure de travail ne cherche nullement à détruire la croyance dans le régime hygiéno-diététique particulièrement en honneur

dans les sanatoriums ; ils établissent seulement que le travail peut aider à la guérison dans des formes choisies ; celui-ci doit rendre les plus grands services aux malades et aux organisations sociales, ainsi que l'a dit le Dr G. Ichok dans un intéressant travail.

Paterson, le père de la méthode, qui a fixé le dosage du travail au point de vue clinique, préconise différents degrés dans la manière utile dont il faut l'imposer aux malades ; *sa méthode est aussi souple que possible* ; l'activité peut être d'une durée maximum de six heures, selon la nature des travaux effectués et de l'effort donné.

La cure de travail est recommandée pour les tuberculeux latents, apyrétiques, pour les tuberculeux atteints de lésions fibro-caséeuses ou même ulcéro-caséeuses devenus apyrétiques depuis plusieurs mois, et dont l'état reste stationnaire. Les modifications de la circulation pulmonaire dues au travail musculaire détermineraient des auto-inoculations curatives comparables à des injections de tuberculine, et la graduation du travail serait la régularisation scientifique du processus, aboutissant à l'auto-immunisation, c'est-à-dire à la guérison clinique.

Encore une fois, l'individualisation la plus large doit être admise ; la base du traitement est partout la même, mais son application varie à un tel point qu'il serait préjudiciable à la méthode de fixer des règles immuables. Ni dans le nombre des heures, ni dans le genre du travail, aucune prescription ne peut avoir une valeur absolue.

Pour dégager les sanatoriums et faire la place aux candidats obligés d'attendre bien longtemps, l'assistance par le travail est à envisager : création d'un office central et de comités locaux.

D'autre part, les statistiques, édictées par la préfecture de la Seine, montrent que la mortalité par tuberculose est de beaucoup plus fréquente à l'âge de 15 à 19 ans (période post-scolaire, période d'apprentissage). Dès lors, il y a lieu de se demander, si le traitement par le travail ne devrait pas être employé aussi comme moyen de préservation sociale, pour diminuer la morbidité et la mortalité par tuberculose, en généralisant un système, qui vise à la fois le maximum de rendement et la capacité individuelle du travailleur.

Les médecins spécialisés, versés dans les questions de la tuberculose, se sont plusieurs fois prononcés sur certaines contre-indications pour l'orientation professionnelle. Les résultats acquis par eux doivent être retenus par les médecins, appelés à donner leur avis relativement aux choix d'une carrière. En connaissant une part les exigences physiologiques de chaque métier et d'autre part la somme d'aptitudes du sujet examiné, les médecins pourront certainement abaisser la mortalité par la tuberculose sous toutes ses formes.

Puisque la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire, puisque même une prédisposition marquée peut être surmontée grâce à une hygiène appropriée, l'orientation professionnelle judicieuse doit diminuer le nombre des victimes. Dans les cas où la tuberculose est déjà déclarée, l'intervention de l'organisation médico-sociale du travail sera encore heureuse et efficace, si l'équilibre entre la maladie et l'organisme atteint est protégé par les travaux qui permettent d'en tenir compte. (*Le Bulletin médical*, 14-17 novembre 1923.)

Diagnostic et traitement des sciatiques.

Parmi les nombreuses thérapeutiques proposées pour le traitement de la *sciatique essentielle*, MM. les Drs Henri Roger et Gaston Aymes ont obtenu les meilleurs résultats des *injections locales*, en particulier des injections épidurales de sérum novocaïné, combinées aux injections étagées de Sicard, et parfois aux injections d'air. Pareille méthode est accessible à tout praticien; elle est décrite avec beaucoup de soins par les auteurs dans leur ouvrage sur le même sujet (publié chez Maloine).

Ils classent au second plan la radiothérapie des racines et funicules lombo-sacrés.

Les diverses périodes de la *sciatique arthritique*, ses diverses formes cliniques, comportent chacune des médications variées.

A la phase aiguë s'adressent le repos, la thermothérapie locale et surtout les bains thermo-lumineux, associés à une cure intensive par le salicylate de soude.

A une phase ultérieure correspondent la mobilisation progressive, le petit vésicatoire fessier. Dès cette période, et surtout dans les cas de formes traînantes, les injections épidurales et la radiothérapie pourront être conjointement utilisées, en même temps qu'on administrera à l'intéressé les sels de lithine, et qu'on injectera du soufre colloïdal. Ce sont surtout ces cas qu'on enverra aux eaux minérales, Aix-les-Bains, Dax, Lamalou.

Les *sciatiques basses* se trouveront bien des injections péronières, de l'électro-ionisation. Les *sciatiques hautes* du type funiculaire, plus tenaces, seront justiciables des épidurales et de la radiothérapie, qui agissent plus ou moins directement, *loco dolenti*, sur la funiculite ou la périfuniculite. (*L'Hôpital*, novembre 1923 B.)

Côtes cervicales et hypertrophie des apophyses transverses cervicales ; hypertrophie de la vertèbre cervicale.

C'est actuellement une notion courante que celle des côtes supplémentaires de la région cer-

vicale, que l'on appelle encore côtes cervicales. Cette question a été l'objet de contributions nouvelles, tant au point de vue radiologique et anatomique qu'au point de vue clinique, notamment grâce à un intéressant travail du Dr Crouzon, dont voici la conclusion :

1° A la notion de côte cervicale doit s'ajouter aujourd'hui celle d'hypertrophie de l'apophyse transverse de la 7e cervicale. L'association de ces deux malformations congénitales constitue la dorsalisation de la 7e cervicale ;

2° Le syndrome des côtes cervicales et des apophyses transverses hypertrophiées est le même : il consiste surtout dans des troubles subjectifs de la sensibilité des membres supérieurs.

Quand on observe des troubles de ce genre, sans cause avérée, provenant des nerfs ou du système nerveux central, il faut penser à ces malformations, chercher un diagnostic dans la radiographie, et, contrairement à ce qu'on attendait autrefois de la radiographie, on trouvera plus souvent une apophyse transverse hypertrophiée qu'une côte cervicale vraie.

Enfin on pourra quelquefois constater, chez des sujets âgés, une spondylite avec tassement, associée à la malformation costale ou apophysaire ; ce processus explique l'apparition tardive des symptômes chez des sujets atteints de ces malformations congénitales costales ou apophysaires.

3° En présence de troubles persistants, gênants ou intolérables, on peut être tenté de conseiller l'intervention chirurgicale dont les résultats sont en général très satisfaisants. (*La Presse médicale*, 21 novembre 1923.)

F. G.

Province et Divers

Adénite sérique.

Parmi les accidents imputables au sérum organique, appliqué au traitement de la diphtérie, il en est un qui est à peine signalé dans les classiques, et sur lequel MM. Mouriquand et Dechaume appellent l'attention : c'est l'adénite sérique, qu'il faut distinguer des réactions ganglionnaires qui accompagnent l'infection elle-même.

Forts de 9 observations qu'ils ont recueillies, les auteurs décrivent : « une forme pure de l'adénite au cours de la sérothérapie antidiphtérique : tout symptôme de l'angine diphtérique a disparu, le malade est apyrétique. L'examen de gorge est négatif, la culture ne montre que les saprophytes banaux, il n'y a plus de ganglions. Brusquement, dans le laps de temps dévolu pour le déclanchement des accidents sériques (6 à 11 jours), la température remonte. L'examen somatique ne permet pas de l'expliquer.

« En quelques heures, les ganglions sous-maxillaires deviennent volumineux et douloureux, un examen minutieux ne permet pas de donner une origine infectieuse à ce phénomène qui paraît pourtant d'ordre inflammatoire, puisque, dans certains cas, il y a de la périadénite.

« Le lendemain, l'éruption sérique vient montrer l'origine et en 48 heures ou trois jours, aussi brusquement que pour le début, tout rentre dans l'ordre ».

C'est donc, d'une part, dans la rapidité de l'évolution, d'autre part, dans le synchronisme entre l'éruption sérique et l'adénite, celle-ci précédant, accompagnant ou suivant celle-là, à bref délai, qu'on trouvera les éléments du diagnostic.

Il existe cependant des formes associées, qui aboutissent à la suppuration, nécessitant même l'incision. L'origine sérique de ces formes ne saurait être niée, surtout quand l'éruption apparaît pour la confirmer. Mais il semble bien que l'élément microbe ou toxine intervienne pour surajouter son action propre à celle du sérum, d'autant plus que les ganglions sont précicément les barrages qui retiennent les germes et leurs sécrétions ; ils sont donc touchés particulièrement par l'infection et c'est à leur niveau que le sérum exerce ses effets nocifs presque électivement. (*Lyon médical*, 10 novembre 1923.)

Lithiase biliaire à forme gastralgique et cholécystectomie.

La lithiase biliaire ne se traduit pas toujours par le syndrome de la colique hépatique. Il est des cas dans lesquels elle simule une dyspepsie gastrique avec gastralgie. Si l'on y pense, on fera assez aisément le diagnostic, en se rappelant que le maximum des douleurs se montre de préférence la nuit ; que l'absence de sang dans les selles élimine l'hypothèse d'ulcère duodénal ; qu'il est possible de mettre en évidence un point cystique ; qu'enfin le dosage de la cholestérine dans le sang et la radiographie apportent des précisions sur la nature même de l'affection.

D'après M. Dambrin, que l'on hésite ou non, il y a intérêt à vérifier chirurgicalement le diagnostic ; en présence d'une vésicule nettement calculeuse, on pratiquera la cholécystectomie ; la présence de calculs, même petits, même difficilement décelables, comporte indication de l'opération.

« Il faut bien savoir, conclut l'auteur, que beaucoup de malades soignés pour des troubles gastriques sont en réalité atteints de lithiase vésiculaire à forme gastralgique et que, chez de tels malades, la cholécystectomie est formellement indiquée ». (*Toulouse médical*, 15 novembre 1923.)

L'auto-hémothérapie dans le zona.

D'après M. Spillman, il n'y aurait pas de

traitement aussi efficace et aussi rapide du zona, que l'injection en plein muscle fessier de 5 à 10 cmc. de sang du malade recueilli par ponction veineuse au pli du coude.

L'expérience prouve que très rapidement, les douleurs cessent, et que les vésicules d'herpès zoster s'affaissent et se dessèchent. Une seconde injection suffit à déterminer la guérison définitive en quelques jours (cinq, dans un cas rapporté par l'auteur).

Ces injections sont habituellement exemptes de réactions et d'incidents. Parfois, on observe quelques phénomènes réactionnels sur lesquels F. Moutier et J. Rachet ont publié une intéressante étude que j'ai analysée précédemment. (*La Médecine*, novembre 1923.)

Syndrome pluriglandulaire de gigantisme et d'obésité.

M. Sabrazès rapporte une curieuse observation concernant une jeune fille de 12 ans, mesurant 1 m. 48 et pesant 57 kilos, chez laquelle l'examen clinique, complété par l'examen du sang, ont permis de conclure à un syndrome pluriglandulaire intéressant les ovaires, surtout l'hypophyse (globe antérieur), les surrénales et faiblement la thyroïde.

On ne trouve ni hérédo-syphilis, ni tuberculose, dans ses antécédents. Pour l'auteur, et c'est le côté de son exposé qui nous a déterminé à la signaler ici, on abuserait « du rôle de l'hérédo-syphilis dans la pathogénie des troubles endocriniens. Beaucoup d'autres facteurs, tenant à la grossesse, aux modalités de l'accouchement et ultérieurement à des troubles de nutrition, de carence, à des infections occultes, ont aussi leur rôle. Des infections qui ne sont ni tuberculeuses ni syphilitiques, du premier âge ou de l'enfance, infections dans lesquelles le colibacille, des méningocoques, des staphylocoques, des streptocoques, etc. peuvent intervenir, déclanchent des syndromes endocriniens et laissent comme séquelles, quand elles guérissent, des modifications histologiques des organes à sécrétion interne ».

Traitement : exercices physiques et gymnastique respiratoire ; alimentation variée, riche en vitamines, tout en observant le régime des obèses; opothérapie pluriglandulaire (extraits ovariens, surrénaliens, pituitaires, thyroïdiens) ; adrénaline, retropituitine ; strychnine, digitale, nucléinate de soude, iode... seront tour à tour et prudemment ordonnés, avec un pronostic extrêmement réservé. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 décembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les expertises médicales des pensions.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine*, 18-12-1923.)

Au nom d'une commission composée de MM. Gley, Balthazard, Hartmann, Sergent et Sieur, M. Léon Bernard présente un rapport sur les expertises médicales des pensions militaires.

La question, on se le rappelle, fut soulevée par une lecture de MM. Gourdon, Dijonneau et Thibaudeau sur le rendement professionnel des malades de guerre. Les observations de MM. Gley, Forgue, Jeanbrau, Léon Bernard et Sergent provoquèrent même quelque émotion dans les milieux de pensionnés de guerre, à ce moment.

M. Léon Bernard montre qu'il ne s'agit nullement de toucher à la loi du 31 mars 1919 régissant les droits des réformés de guerre. Pour les réformés de l'avenir, cependant, il y aurait peut-être lieu de modifier les deux articles : 5, qui admet la présomption d'origine, et 7, qui fixe le délai à partir duquel la pension temporaire devient définitive. Ceci est d'ailleurs l'affaire du législateur et non celle des médecins.

Au point de vue médical, le rapporteur voudrait que les expertises fussent confiées à des spécialistes autorisés, avec appel pour les cas litigieux devant des surexperts. De plus, il conviendrait d'indiquer le taux d'invalidité à accorder aux tuberculeux qui ne rentrent pas dans le cadre clinique du 100 pour 100, ainsi qu'aux réformés présentant des suites d'intoxications par gaz de combat. En outre, hors les conditions spéciales de guerre, il serait souhaitable que les maladies ne donnent droit à pension que si elles peuvent être rattachées au service à la suite d'examen médical.

Les conclusions du rapport de M. Léon Bernard sont adoptées par l'Académie.

Les méthodes d'enrichissement des crachats dans les expertises.

(M. Fernand Bezançon. — *Académie de médecine*, 18-12-1923.)

Différentes méthodes ont été proposées pour « enrichir » les crachats tuberculeux et faciliter la recherche du bacille de Koch dans les expectorations. Lesquelles de ces méthodes sont assez sûres pour être utilisées dans les expertises militaires ?

M. Bezançon considère la technique d'autolyse à l'étuve, malgré sa valeur, comme de date trop ré-

cente. Elle ne répond pas encore aux conditions requises en pareil cas, son étude devant être poursuivie dans des laboratoires de recherches.

Les méthodes d'homogénéisation par la soude ou l'antiformine, par contre, qui ont fait leurs preuves depuis plus de dix ans, sont indiquées en matière d'expertises militaires, à condition cependant que quelques précautions soient prises (matériel irréprochable, lames neuves, etc.).

Lèpre contractée à Paris.

(M. E. Jeanselme. — *Académie de médecine*, 18-12-1923.)

M. Jeanselme relate l'histoire d'un homme qui, ayant fait un long séjour dans des contrées léprigènes (Guyane, Tonkin), présenta, huit ans après son retour en France, des symptômes de lèpre. Cette éclosion tardive est d'ailleurs habituelle, et l'on cite couramment des exemples de lèpre apparue dix et vingt ans après le retour dans la métropole.

Cet homme eut un fils qui a toujours vécu à Paris. Or, ce fils, aujourd'hui âgé de 16 ans, est également lépreux depuis quelque temps. Il est infiniment probable que l'enfant, vivant avec son père, a été contagionné par celui-ci.

Il est d'opinion courante qu'en dehors des foyers léprigènes, la lèpre n'est pas contagieuse. A l'hôpital Saint-Louis, où des lépreux sont hospitalisés en salle commune depuis un siècle, on n'a jamais eu à déplorer de cas de transmission du germe. Cependant, il serait peut-être exagéré d'affirmer l'impossibilité absolue de la contagion. Le cas de M. Jeanselme et quelques autres analogues (Lande, Perrin, Prouff), montrent qu'une cohabitation prolongée suffit parfois à inoculer la lèpre, le bacille de Hansen se retrouvant souvent dans le mucus nasal. Il circule à Paris environ 150 à 200 lépreux et il serait sans doute bon de prendre à leur égard quelques mesures prophylactiques.

Influence nocive du salvarsan dans l'association syphilis-malaria.

(MM. Marinesco et Draganescu. — *Académie de médecine*, 18-12-1923.)

Wagner von Jauregg, de Vienne, emploie dans le traitement de la paralysie générale la provocation d'accès paludiques, par l'injection sous-cutanée de quelques centimètres cubes de sang prélevé sur un malarique. Les statistiques publiées par cet auteur, qui portent sur plusieurs centaines de cas, accusent plus de 60 % de rémissions. D'après les médecins viennois, la nocivité du traitement serait nulle. Les malades, après une série de 10 à 12 accès, supporteraient convenablement une cure de quinine et de salvarsan.

M. Marinesco ne partage pas complètement cette opinion. Il a vu une de ses malades, à la fois paralytique générale et paludéenne, présenter, à la suite d'injection de néo-salvarsan, une recrudescence des accès fébriles et du coma malarique, auquel elle succomba. Il pense que le traitement arsenical chez des sujets qui sont malariques et paralytiques généraux peut provoquer des accidents graves. Un certain nombre d'auteurs ont observé des faits du même ordre. L'injection de salvarsan est susceptible de réactiver le paludisme et Bittorf l'a même recommandée pour dépister les cas latents. La réactivation s'accompagne quelquefois d'accidents graves quand la syphilis s'y associe.

Méningite à pneumocoques guérie par sérothérapie.

(M. Jeandel, du Mans. — *Soc. méd. des hôp.*, 23-11-1923.)

M. Netter rapporte, au nom de M. Jeandel, du Mans, un cas de méningite à pneumocoques guérie par la sérothérapie.

La malade, enfant de 14 ans, fut atteinte de méningite à pneumocoques, consécutive à une mastoïdite opérée. Le diagnostic fut établi par la ponction lombaire et l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien. L'auteur eut recours aux injections intra-rachidiennes et sous-cutanées de sérum anti-pneumococcique à hautes doses, sans abcès de fixation et sans autre moyen thérapeutique. La terminaison fut favorable.

Cette guérison est d'autant plus intéressante à enregistrer que la méningite à pneumocoques est encore considérée comme une forme dont le pronostic est des plus mauvais.

Rhumatisme chronique déformant dans l'hérédo-syphilis.

(MM. Harvier et J. Decourt. — *Soc. méd. des hôp.*, 30-1-1923.)

MM. Harvier et J. Decourt publient deux observations de rhumatisme chronique déformant chez des femmes hérédo-syphilitiques. Les injections de bismuth semblent avoir amélioré la deuxième malade.

— M. Dufour pense que le rôle de la syphilis dans la genèse des rhumatismes chroniques paraîtra plus grand quand on le recherchera avec soin. Il n'y a pas un type unique mais des formes variées de rhumatisme chronique spécifique.

Adénite appendiculaire ayant simulé la peste.

(MM. Boidin et de Gennes. — *Soc. méd. des hôp.*, 16-11-1923.)

M. Boidin expose un cas d'adénite inguinale d'origine appendiculaire ayant simulé un bubon pesteux. Il s'agit d'une appendicite herniaire (long appendice engagé dans untrajet herniaire) ayant donné lieu à un bubon dominant le tableau clinique, masquant les lésions profondes, et accompagné d'un mauvais état général. On pensa à la peste, mais les examens de laboratoire firent rejeter ce diagnostic ;

pas de bacilles pesteux dans la sérosité, inoculations aux animaux négatives, réaction de déviation du complément négative.

L'existence d'une adénite inguinale d'origine appendiculaire est, d'ailleurs, un fait assez rare.

La « gale du nickel ».

(MM. GIRARD et THÉVENARD. — *Soc. méd. des hôp.*, 23-11-1923.)

MM. Girard et Thévenard ont observé dans le service du prof. Chauffard un exemple de l'affection connue sous le nom de gale du nickel. La maladie consiste e n une éruption à petites lésions cutanées nécrotiques, siégeant aux mains et aux avant-bras principalement, qui s'observe chez certains ouvriers travaillant dans des usines de nickelage. Tous les ouvriers n'en sont pas atteints et les femmes en sont plus facilement frappées.

Les auteurs estiment que cette « gale du nickel » est une pyodermite nécrotique due à l'action de l'acide sulfurique utilisé dans les bains de nickelage.

Collo-vaccin dans la tuberculose.

(M. HALLOPEAU. — *Société de chirurgie*, 7-11-1923.)

M. Hallopeau relate 4 observations de tuberculoses chirurgicales, osseuses, traitées par le collo-vaccin de Grimberg. Les résultats ont été beaucoup moins encourageants que ceux signalés par divers auteurs, ces temps derniers. Chez deux malades, il y eut même une aggravation très nette, malgré le traitement. L'auteur ajoute que, dans ces conditions, il n'est pas tenté de persévérer dans l'emploi de cette méthode.

Sur la rachianesthésie.

(M. DUVERGEY, de Bordeaux. — *Société de chirurgie*, 7-11-1923.)

M. RICHE présente un rapport sur une étude de M. Duvergey concernant la rachanesthésie. L'auteur a pratiqué 2.256 anesthésies rachidiennes. Il considère ce procédé comme très intéressant, mais d'une application parfois délicate. M. Riche critique cette appréciation. Pour lui, la rachianesthésie est chose simple : préparation nulle, injection de la même dose au même endroit, sans mesurer le liquide rachidien extrait. A l'inverse du chloroforme, la rachianesthésie serait à la portée des opérateurs les moins expérimentés, pourvu qu'ils sachent faire une ponction lombaire et lire les divisions d'une seringue !

— MM. DUJARIER et CUNÉO sont du même avis.

— M. DE MARTEL utilise la rachianesthésie pour les grosses opérations abdominales. La résolution musculaire et l'immobilité absolue qu'elle assure rendent presque inoffensives des opérations qui, sous narcose générale, deviennent graves. La méthode, cependant, offre des inconvénients. M. de Martel constate toujours, ou presque, après rachi avec 0 gr. 07 de stovaïne, une chute marquée de la tension artérielle, qui survient environ vingt minutes après l'injection. Jamais de rachianesthésie pour les opérations bénignes.

Prolapsus du rectum ; traitement.

(M. BRÉCHOT. — *Société de chirurgie*, 7-11-1923.)

M. Bréchot a traité un cas de prolapsus muqueux du rectum, chez une fillette de sept ans, par une résectio n segmentaire du sphincter externe. Le résultat a été satisfaisant.

— M. Paul MATHIEU remarque que le procédé de Thiersch guérit presque tous les prolapsus rectaux, le prolapsus total en particulier. Une nouvelle technique ne paraît pas devoir être employée souvent, dès lors.

— M. BROCA pense que, pour les prolapsus de l'enfant, la méthode de Thiersch est la meilleure lorsque ne réussit pas le traitement dit médical. Ce dernier consiste à faire aller l'enfant à la selle en position couchée, sans qu'il puisse pousser, et à réduire tout de suite s'il sort quelque chose ; à traiter le rachitisme qui est presque constamment à l'origine des choses. De la sorte, le sphincter n'est pas forcé tous les jours et reprend sa tonicité. Le prolapsus ne s'aggrave, à vrai dire, que si la mère n'est pas assez soigneuse pour s'astreindre à ce traitement.

P. L.

Les névroses du système organo-végétatif et la psychothérapie.

(M. Paul FAREZ. — *Société de psychothérapie*, 16-10-23.)

Les névroses du système organo-végétatif ont souvent, pour origine, une « épine irritative ». Il est nécessaire de supprimer celle-ci pour guérir celles-là Cette « épine », lorsqu'elle est somatique, relève de la médecine générale. D'autres fois, elle est psychique, tels les rêves, les idées fixes, les souvenirs obsédants, les émotions, les préoccupations, les traumatismes affectifs. La psychothérapie excelle à les rendre inoffensifs, après les avoir recherchés, jusque dans les profondeurs du subconscient, mis à jour, redressés, ou dissociés, réduits, inhibés. Cela se fait communément en France, depuis de nombreuses années, surtout à la suite de Charcot et de Pierre Janet, que Freud a pillés et démarqués.

A un autre point de vue, il y a, dans ces névroses, soit hypotonie, soit hypertonie de pneumogastrique, soit hypotonie, soit hypertonie du sympathique. Voilà quatre cas nettement différenciés. Au traitement de chacun d'eux répond, nous dit-on, un médicament spécial, doué d'une affinité élective : la pilocarpine excite le pneumogastrique, l'atropine l'apaise ; l'adrénaline stimule le sympathique, l'ésérine le calme. C'est lumineux et simple, bien ordonnancé, parfait de balancement et de symétrie. Disposant d'un tel quadrige, nous devons, nous assure-t-on, obtenir, aisément et toujours, la régulation nerveuse,

viscérale, trophique. Dès lors, comment peut-il encore y avoir des névroses de la vie organo-végétative ?

Ce programme si prometteur, est admirable en théorie ; mais dans la pratique journalière, il n'en va plus de même. La réalité apparaît beaucoup plus complexe que cette systématisation schématique ; ce découpage de la clinique est quelque peu arbitraire ; ce qu'on en dit, ce sont des interprétations intuitives, affirmées plus que démontrées ; la clarté que l'on croit posséder n'est souvent qu'illusoire ; l'engouement actuel est excessif, e n tous cas prématuré ; le praticien qui s'y abandonne avec trop de complaisance s'expose à bien des déceptions.

En effet, dans un cas donné, que faut-il incriminer? L'excitation d'un des systèmes ou l'inhibition de son antagoniste ? En théorie, les effets s'équivalent dans les deux cas. Donc, le diagnostic est malaisé et incertain, le choix du médicament approprié. Le médicament une fois arbitrairement choisi, quelle en sera la posologie ? Il faut tâtonner ; on est encore en pleine incertitud , car les effets diffèrent suivant les doses. Et puis, l'antagonisme de ces deux systèmes n'est pas si intégral qu'onle dit : la réalité montre qu'ils sont solidaires, imbriqués l'un dans l'autre. Quant à l'action soi-disant élective de ces quatre médicaments, il faut en rabattre, car ils sont amphotropiques ; ils agissent sur les deux systèmes à la fois, avec prédominance, il est vrai, sur l'un ou sur l'autre. Même cette prédominance diffère suivant les localisations, agit sur le pneumogastrique dans un organe, sur le sympathique dans un autre. En outre, leur action varie aussi suivant l'état du nerf antagoniste ; contrairement à ce qu'on attend, surviennent parfois des ffets inversés, réversifs, contradictoires. Et encore, ces effets se montrent dissemblables suivant qu'ils sont immédiats ou consécutifs, locaux ou diffus.

Tâtonnement, incertitude, désillusion, déboires, voilà à quoi mène souvent, dans la pratique, cette théorie séduisante, sans doute pleine d'avenir, dont on ne saurait trop souhaiter, encourager la mise au point lente et progressive. En attendant qu'elle ait dépassé le stade initial — et ses protagonistes actuels en conviennent — force nous est d'y associer toujours cette fidèle psychothérapie qui a tant fait ses preuves. Celle-ci, par ses multiples procédés agit globalement sur l'ensemble de l'organisme. Sédative ou tonique tout à la fois, elle ramène au niveau normal l'excitation ou la dépression d'où qu'elles viennent ; elle confère la détente, le calme moral, l'équilibre euphorique.

Les Livres

18, rue d'Enghien.

L'établissement d'un indice de robusticité, d'une fiche médicale et sportive a déjà donné lieu à bien des discussions. Les médecins qui s'intéressent aux sports trouveront dans l'«Almanach du Miroir des Sports 1924 », qui vient de paraître, plusieurs modèles, résultant des travaux de la *Socéité Médicale d'éducation physique et de sport*, d'enquêtes faites par l'*Auto*, qui faciliteront leur tâche.

Avec ses articles variés, ses listes de records mises à jour, l'Almanach du Miroir des Sports c nstitue une s urce de documentation utile et précise.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE.
23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Henri FORESTIER.— **Le traitement thermal d'Aix-les-Bains, la douche-massage.** 4e édition. Un volume in-16 jésus de 68 pages, avec figures. Prix : 4 fr. 50.

C'est une monographie courte et substantielle de la cure thermale d'Aix, illustrée par deux figures ; de la *douche-massage*, cette pratique originale que le Dr Forestier a ainsi dénommée depuis longtemps, et qui est la spécialité principale de la station.

Les indications sont présentées de la façon la plus clinique et la plus claire, les malades justiciables de la cure étant classés en 6 groupes : 1° rhumatisants diathésiques ; 2° goutteux articulaires ; 3° rhumatisants chroniques ; 4° arthropathiques ; 5° algiques ; 6° indications secondaires.

Les chapitres du rhumatisme vertébral et de la spondylose rhumatismale, du rhumatisme cervical cellulitique, des sciatiques d'origine vertébrale, sujets que le Dr Forestier a spécialement étudiés, ont reçu des développements originaux et intéressants.

Gaston DOIN, éditeurr,
8, place de l'Odéon, Paris.

Jean-Charles ROUX, F. MOUTIER et P. CAILLE. **Pathologie gastro-intestinale.** (4e édition. **Tome I, 1** vol. in-8° de 810 pages avec 58 figures dans le texte. Prix : 30 fr.).

Cet ouvrage fait suite à cinq volumes publiés sous ce titre de 1905 à 1919 ; en une nouvelle édition, il a été remanié profondément . Les auteurs ont rétabli un ordre logique, ils ont complété les divers sujets traités par les notions acquises récemment. C'est ainsi qu'ils ont pu en somme faire un exposé de gastro-entérologie moderne.

Ce n'est pas un traité didactique : seuls sont étudiés les problèmes qui, dans la vie médicale, ont un intérêt pratique, méthodes d'exploration, questions de séméiologie, données de thérapeutique médicale ou indications chirurgicales.

Cette nouvelle édition de la *pathologie gastro-intestinale* paraîtra en *deux volumes.*

Dans le premier volume,les auteurs ont réuni ce qui se rapporte à la pathologie de l'œsophage et de l'estomac. Sans envisager tous les sujets traités, on peut dire que la partie la plus importante du volume est consacrée à l'étude de l'ulcère de l'estomac, du duodénum, et à son traitement. C'est, en effet, une affection fréquente, beaucoup plus commune qu'on ne le pensait autrefois et qui, sous des formes cliniques diverses, avec des accidents variés, constitue la grande maladie gastrique (A. Mathieu).

Le second volume sera consacré aux maladies de l'intestin, aux grandses médications et aux régimes alimentaires.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr Arthur Leclercq. **Les albuminuries et leur traitement.**(*Tome V de la* «**Collection des maladies de la cinquantaine** », 1923, 2e édition, revue, corrigée, et augmentée. 1 vol. in-8° carré de 192 pages. Prix 12 fr.)

Ce dernier volume représente le terme des maladies de la cinquantaine qui ont évolué depuis la goutte, l'obésité, le diabète. jusqu'à l'artério-sclérose, la cardiosclérose, jusqu'à la néphrosclérose. Celle-ci est au rein ce que l'artériosclérose est à l'artère, ce que la cardiosclérose est au cœur, c'est par le rein que finit le cycle pathologique, c'est le rein qui ferme la marche. Mais, de ce que la néphrosclérose représente le type ultime des albuminuries à la cinquantaine, il ne s'ensuit pas qu'elle les résume toutes.

A cinquante ans, il faut compter tout d'abord avec les *albuminuries fonctionnelles* de la goutte, de l'obésité, du diabète qui sont, dans le début, à maximum de rétention chlorurée, mais qui, avec les progrès de l'âge, ont une évolution toute marquée vers l'artériosclérose.

Dans l'ordre artériel, à côté de la *néphrosclérose*, maladie endogène, il est indispensable de ranger les *néphrartérites*, le *néphrathérome*, les premières étant le résultat des toxi-infections rénales,la syphilis surtout, la deuxième étant la traduction anatomique du rein athéromateux, dont la sénilité représente la plus haute expression clinique.

Outre ces variétés d'albuminuries artérielles, à maximum de rétention uréique, il faut aussi compter, à la cinquantaine, avec les lésions toxi-infectieuses du rein parenchymateux dont le maximum de rétention est hydro-chlorurique. Il faut faire état des vieilles *néphrites* mal éteintes, dont le propre est à cinquante ans de se propager aisément au rein artériel pour provoquer avec l'âge l'artérialisation des lésions, y compris la rétention uréique.

Enfin, il faut compter avec les *albuminuries mécaniques* venant à la suite de la stase rénale dans la période hyposystolique des cardiopathies artérielles ou valvulaires. Celles-ci offrent un maximum de rétention chlorurée, mais peuvent, comme les albuminuries précédentes, présenter des complications azotémiques ou un syndrome de rétention mixte en rapport avec l'âge, le degré des lésions, ou leur diffusion dans le domaine artériel ou canaliculaire.

En réalité, bien que ce classement des albuminuries ait toute sa raison d'être dans le principe, il n'existe plus, dans une certaine période des affections rénales, de cloison étanche , qui permette de compartimenter avec le maximum de précision, une néphrite parenchymateuse et une albuminurie artérielle. De même l'expression de néphrites couramment employée pour désigner tous les modes de lésion rénale est aussi injustifiée (sauf pour les néphrites parenchymateuses d'ordre toxi-infectieux) que l'expression de myocardites appliquée confusément à la sclérose myocardique, à la myocardite pure, à l'athérome du myocarde.

C'est pourquoi l'auteur, à cette dénomination de néphrites, a préféré, comme titre de son ouvrage, celle plus générale d'*albuminuries*, expression qui ne préjuge en rien de la nature de la maladie causale.

Cliniquement, l'étude des albuminuries est dominée par trois idées maîtresses : quelles sont les substances retenues dans le milieu sanguin par suite du blocage fonctionnel ou lésionnel du rein ? Pourquoi l'albumine passe-t-elle spécifiquement dans les urines alors que les autres éléments du sang sont retenus ? Comment la stabiliser ? Ici, l'auteur s'accroche à la théorie humorale, et place la cause de la diapédèse de l'albumine dans la rupture de l'équilibre humoral que produisent les rétentions hydrochlorures, uréiques, etc. Et ce sera l'œuvre des diurétiques, théobromine, scille, chlorure de calcium, phloridzine, d'éliminer les substances étrangères à l'organisme, et, par suite d'un courant inverse de retenir l'albumine.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 1923.

Dr Millet. — **La séro-réaction comme méthode de contrôle du diagnostic et du traitement de la syphilis.** (Un volume in-8, 142 pages, 9 figures.)

L'auteur, en écrivant ce livre, n'a pas cherché à faire œuvre d'érudition, mais bien à exposer simplement des principes qu'il croit vrais, parce qu'ils se sont toujours trouvés d'accord avec la clinique et le laboratoire. C'est un ouvrage du plus haut intérêt pratique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le Scillarène, glucoside cristallisé, principe actif isolé du bulbe de la scille ; sa valeur thérapeutique

Pourquoi la scille médicament connu de tous les médecins pour ses propriétés toni-cardiaques et diurétiques est-elle tombée dans le discrédit ?

C'est avant tout, parce que la poudre de scille a des effets inconstants, parfois même dangereux en raison de sa compositon très inégale en principes actifs et en produits toxiques.

Le prof. Gabriel Perrin, qui a bien étudiè cette question expose que ces principes actifs varient parfois du simple au double, de telle sorte que, le praticien ne peut pas manier cette substance avec toute la tranquillité et la certitude nécessaires.

Cependant, les propriétés thérapeutiques de la scille sont remarquables, et maintenant que le principe actif du bulbe de la scille a été isolé sous la forme d'un *glucoside cristallisé* (le Scillarène), l'étude physiologique et clinique de la scille a pu être reprise et a donné des résultats fort intéressants. Le professeur Gabriel Perrin dans un travail de physiologie et de thérapeutique (1), et le docteur Calac, dans sa thèsein augurale (2), ont poussé très loin ces recherches, et, leurs conclusions a peu près identiques, méritent d'être signalées dans un court résumé :

Pour ces auteurs : « le scillarène allonge et renforce la diastole, augmen e le tonus cardiaque élève la pression artérielle, « de plus, il ne s'accumule pour ainsi dire pas car « le cœur arrêté en systole sous l'influence du glucoside de la scille reprend son activité après des lavages dans la solution de Ringer ». C'est la preuve de la non adhérence du glucoside à la fibre cardiaque et de sa face élimination.

Au point de vue clinique, le scillarène ne remplace pas la digitale ; il occupe une place spéciale dans la thérapeutique entre la digitale et la théobromine, grâce à un pouvoir toni-cardiaque et diurétique constant, régulier, progressif, sans danger d'accumulation et sans effets secondaires sur le rein et sur l'estomac.

C'est là un fait nouveau dans la médication par la scille et un progrès réalisé en cardiologie.

Ce qui intéresse surtout le praticien, c'est de connaître les propriétés *spéciales* du glucoside de la scille, c'est de savoir les raisons qui donnent à ce principe actif une place nouvelle dans la pratique médicale. Perrin et Calac ont répondu à cette question essentielle, et ils ont reconnu au médicament les propriétés suivantes : avec un dosage exact et une posologie précise, il maintient la compensation obtenue par la digitale, il permet un traitement cardio-rénal aussi prolongé qu'il est nécessaire, sans danger d'accumulation et presque sans toxicité, enfin, il agit dans les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1923.
(2) *Thèse de Toulouse*, 1923.

C'est à la suite de ces constatations, que Cheinisse (1) a pu écrire : « La scille est réhabilitée » marquant ainsi devant l'opinion médicale le fait nouveau à retenir.

D'autres précisions ont été données encore sur l'utilisation du glucoside de la scille. Nous savons, par exemple :

1° Que ce corps cristallisé est le médicament de choix des cardiopathies moyennes, lorsque l'indication de la digitale et du strophantus n'est pas encore formelle.

2° Il permet de reculer, à une échéance lointaine l'utilisation de ces médicaments, en maintenant suffisante l'activité du cœur et du rein.

3° Lorsque, après l'utilisation habituelle de la digitale ou de la digitaline, on emploie le scillarène aux doses moyennes, on maintient un état physiologique tout à fait favorable, et, pendant longtemps, dans les cas même graves et anciens de cardiopathie.

On s'explique donc pourquoi, grâce à ce glucoside, la médication par la scille prend en ce moment une place imporatnte en cardiologie, et pourquoi, M. le professeur Rathery citait récemment le scillarène dans un très remarquable travail de thérapeutique (2).

En outre, des recherches nouvelles sont faites sur la question de savoir si, avec le glucoside de la scille, il ne sera pas plus facile d'obtenir la disparition de l'azotémie dans certaines néphrites, comme tendent à le faire espérer les travaux du prof. Pic, de Lyon, sur l'action de la scille envisagée à ce point de vue.

Pour toutes ces indications, la posologie du scillarène est la même.

On utilise par jour, 1 à 4 comprimés ou 1 à 4 fois quinze gouttes de la solution, dont 1 centimètre cube renferme un demi-milligramme de principe actif. Dans les cas où on veut agir vite, on emploiera les ampoules de scillarène à la dose de une à trois par 24 heures et de préférence par la voie intra-musculaire. L'injection est bien tolérée.

Dr H. BARJOU.

(1) *La Presse médicale*, 4 août 1923.
(2) *Paris médical*, 1er décembre 1923.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

De la nécessité de nettoyer efficacement les ustensiles de table et la vaisselle

De jeunes époux, tout récemment mariés, savouraient les douceurs de la lune de miel. Ils s'adoraient et n'avaient rien à se refuser l'un à l'autre. Un jour, la jeune femme supplia son mari de la mener souper, en partie fine, dans un de ces établissements dans lesquels il lui était arrivé, durant son célibat, de faire force bombes.

Après s'être longtemps fait prier, le mari céda, et le soir même, le couple légitime goûtait aux joies, généralement illégitimes, du cabinet particulier.

Quelques semaines plus tard, le jeune femme présentait un petit bouton à la lèvre. Tout d'abord, on n'y prit pas garde : il ne s'agissait sans doute que d'un de ces bobos sans lendemain, que les profanes appellent des boutons de fièvre, et qui ne sont autre chose qu'une poussée d'herpès, souvent concomitante de la période menstruelle. Mais loin de disparaître comme on s'y attendait, la lésion sembla s'aggaver, s'ulcérant et résistant à toutes les médications banales mises en cause.

Justement préoccupés, les deux époux décidèrent de consulter un médecin. Celui-ci fut d'abord mal impressionné par l'aspect de la lésion. Mais, il hésitait à formuler le diagnostic qui lui semblait s'imposer. Il s'entoura de toutes les précautions nécessaires en pareille circonstance, se livra à toutes les recherches, à tous les examens requis, et finalement, ne conservant plus le moindre doute, prononca le redoutable verdict : chancre syphilitique....

Les intéressés ne voulaient d'abord rien en croire. Mais, devant les preuves accumulées, ils durent se rendre à l'évidence, et furent littéralement atterrés. Puis, un travail se fit dans l'esprit du mari qui, très sûr de n'avoir pas contaminé sa femme, se demanda comment elle avait bien pu prendre le contage. Eh ! mais c'était aveuglant, pensait-il, l'épouse en qui il avait une aveugle confiance, l'avait odieusement trompé, et c'est à la faveur de baisers adultères qu'elle avait été infectée. — Je vous laisse à imaginer les scènes qu'il fit à la malheureuse, les reproches violents qu'il lui adressa, les décisions de rupture qu'il lui signifia....

Cependant, elle ne savait que gémir et pleurer, criant, dans ses sanglots, son innocence. Tant et si bien que son mari, ému et touché par ses véhémentes protestations, réserva son jugement et résolut de faire une enquête. Il se rendit dans l'établissement où avait eu lieu le souper, et où il était connu. Il interrogea le personnel, et il apprit ainsi que le jour où il y avait mangé avec sa femme, d'autres soupeurs les avaient précédés dans le cabinet, et parmi eux une de ses connaissances que l'on savait pertinemment et notoirement syphilitique....

La preuve de l'origine de la syphilis de la jeune femme était ainsi faite, et celle-ci ne méritait que d'être plainte et soignée. Ce qui fut fait incontinent.

Ce drame de la syphilis, ainsi qu'appelle ces évènements mon ami le Dr Bory (1), me fut conté pendant la guerre, par un des chefs de service de l'hôpital St-Louis, après une conférence à laquelle je venais d'assister.

Il me revient en mémoire, au moment où la Société d'hygiène publique cherche à attirer l'attention du corps médical sur le danger de dissémination des maladies contagieuses par les ustensiles de table. Il n'est pas douteux que, dans le fait que je viens de rapporter, un verre, une cuiller, une fourchette, insuffisamment lavés, et ayant été souillés par un consommateur porteur de lésions ouvertes, avaient servi de véhicule au spirochète, qui avait secondairement infecté la jeune femme à la faveur sans doute d'une minuscule érosion labiale.

Le même danger de contagion existe pour le bacille de Koch, pour l'agent pathogène de la grippe. Des expériences ont été faites, qui sont parfaitement concluantes à cet égard. Et j'ai sous les yeux un travail du professeur AUCHÉ, de Bordeaux, qui relate un certain nombre de ces expériences (2). Les unes ont consisté à rechercher et à dépister les germes infectieux sur les ustensiles de table employés par des malades avérés (tuberculeux). Les autres ont porté sur la comparaison entre la morbidité d'un groupe

---

(1) *La syphilis au point de vue physique et psychologique*. P. 195 (chez Alcan)

(2) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1923.

de soldats américains dont la vaisselle était lavée à la cuisine par un personnel spécial et la morbidité d'un groupe analogue dont les ustensiles étaient lavés à tour de rôle dans un bac commun. La comparaison, faite dans les mêmes conditions, entre la mortalité de deux groupes vivant de la même manière, mais dont l'un prenait certaines précautions pour le nettoyage de sa vaisselle, tandis que l'autre n'utilisait que la « plonge », fut tout autant démonstrative.

La preuve est donc faite irréfutablement de la transmission possible des maladies contagieuses par les ustensiles de table. Et ce qui est vrai pour les transmissions qui ont pour origine des malades connus, ne le serait pas moins pour les porteurs de germes souvent ignorés. Ainsi donc, non seulement la tuberculose, la syphilis, pourraient se diffuser, mais il en serait certainement de même de la pneumonie, de la rougeole, de la diphtérie, etc.

C'est donc à bon droit que nous devons nous préoccuper de parer à de tels dangers, dont nous ne soupçonnons pas assez la menace et la gravité. Or, les mesures à prendre ont, certes, leur intérêt dans le milieu familial. Mais combien plus grand apparaît cet intérêt dans les collectivités nombreuses, telles que les établissements d'instruction (lycées et collèges), les casernes, les hôpitaux, aussi bien d'ailleurs que dans les restaurants et les cafés, que fréquente une clientèle plus ou moins importante !

Dans les sanatoriums, un décret ministériel impose l'emploi d'un dispositif qui permet de nettoyer la vaisselle à l'eau bouillante. Cette manière de faire devrait être obligatoire partout où l'on vit en commun, malades ou bien portants. Il y a cependant un écueil qu'il n'est pas impossible d'éviter : la verrerie ne supporterait pas cette ébullition. Qu'à cela ne tienne ! Il suffira de remplacer les récipients en verre par des récipients en métal, telles que des timbales.

Dans les familles même, quand l'action du médecin peut s'y exercer efficacement, on recommandera, s'il y existe un ou des malades, de prendre un soin tout particulier de la vaisselle et de son nettoyage, en insistant sur l'action positive d'un essuyage sérieux avec des linges particulièrement propres.

De toute façon, nous souhaitons qu'une campagne soit méthodiquement menée, soit au moyen de conférences, soit par l'intervention individuelle des praticiens, en faveur d'une hygiène et d'une prophylaxie spéciales réalisées par un nettoyage aussi parfait que possible des ustensiles de table.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile

TRIBUNAL CIVIL D'ORLÉANS

Jugement du 23 novembre 1923

Attendu que le 10 juillet 1923 une voiture automobile conduite par le sieur G., décédé depuis, ayant renversé le sieur L, et lui ayant fait de graves blessures, G. a fait aussitôt venir le docteur H, pour lui donner les premiers soins ;

Attendu que le même jour, il a écrit au demandeur pour le remercier de son dévouement, que sa lettre contenait expressément les phrases suivantes : « Veuillez continuer vos bons soins auprès de ce brave homme qui, nous l'espérons en sera quitte pour une forte commotion ; surtout tenez-moi régulièrement par téléphone au courant de sa santé » ; que le 15 juillet, il lui a écrit à nouveau pour le remercier des nouvelles favorables que le docteur H. lui avait données du blessé ;

Attendu que si la défenderesse peut soutenir que c'est par humanité que son mari a été aussitôt après l'accident chercher le secours d'un médecin et que cette démarche n'impliquait pas qu'il se reconnût responsable de l'accident, le demandeur est fondé à considérer d'autre part, que, par les lettres précitées, il l'a chargé de continuer ses soins au blessé jusqu'à la guérison et que, par là, il s'est engagé éventuellement à payer lui-même les honoraires qui pourraient lui être dus à raison de ces soins ;

Attendu que la Compagnie d'assurances ayant refusé de régler ses honoraires, c'est donc à bon droit que le demandeur en poursuit le payement contre la défenderesse.

Par ces motifs,

Condamne la dame veuve G. à payer au demandeur la somme de sept cent douze francs quatre-vingt-cinq centimes.

Et la condamne, en outre en tous les dépens.

Commentaires

Le « Sou médical » est de plus en plus saisi de plaintes de confrères, qui se voient refuser leurs légitimes honoraires, pour soins donnés à des victimes d'accidents d'automobiles.

Quelqu'un est écrasé par une auto. Le chauffeur, ou le propriétaire de la voiture, conduit le blessé chez un médecin, ou fait appeler ce dernier à domicile. Rien ne doit être négligé pour que l'écrasé soit vite remis sur pied.

Malheureusement, au moment de payer la note, le blessé se récuse en invoquant la responsabilité

de l'écraseur ; ce dernier se retranche derrière son assurance ; celle-ci refuse de payer, soit parce qu'il a été reconnu que l'automobiliste n'était pas coupable, soit pour tout autre motif.

Bref, le médecin est le dindon de la farce, surtout si le principal intéressé, c'est-à-dire le blessé, est insolvable.

Le jugement ci-dessus, obtenu par le « Sou médical », est un commencement, car nous avons l'intention de faire fixer la jurisprudence, en ce qui concerne les soins médicaux donnés à l'occasion des accidents d'automobile.

Peu nombreuses sont les décisions qui comportent une analogie avec l'espèce qui nous occupe.

Les faits, qui entourent l'appel du médecin, déterminent le caractère de l'engagement de l'intermédiaire. C'est la doctrine de la Cour de Cassation, qui a décidé, par arrêt du 1er décembre 1872 (S. 72.1.430) que l'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin, auprès d'un malade, peut, suivant les circonstances, être considéré comme s'étant obligé, soit personnellement, d'une façon exclusive, soit solidairement, au payement des honoraires.

C'est ainsi que, si un témoin d'un accident, qui s'empresse, par humanité, d'aller quérir les secours de l'homme de l'art, n'engage pas sa responsabilité (Vassy, 29 novembre 1882, *Gaz. Pal.*, 82, 2.376), un intermédiaire, voisin ou ami du malade peut être considéré, selon les faits, comme un *negotiorum gestor* du blessé, ce dernier se trouvant hors d'état de faire appel au médecin, étant par exemple dans le coma ou dans un état de shock traumatique (Trib. Reims, 23 novembre 1895, *Pand. franç, per.*, 1896, 2.26).

Mais cet intermédiaire peut voir sa responsabilité mise en cause, lorsque c'est en raison de sa personnalité que le médecin a donné ses soins et que le malade est totalement inconnu de ce dernier. C'est ce qui se passe souvent, lors d'un accident d'automobile : le propriétaire du véhicule donne sa carte ou l'adresse de son assurance.

Pour ne pas être responsable envers le médecin, la personne qui a appelé le docteur doit lui faire connaître d'avance qu'elle entend rester étrangère au payement des honoraires (trib. civ. Gannat, 1er avril 1909, *Concours médical* 1909, p. 654).

Nous devons conclure de ce qui précède que les adhérents du « Sou médical » doivent, avant l'introduction de toute instance judiciaire, nous informer de tous les détails du litige. Selon les cas, nos avocats conseils décideront de faire citer tous, ou quelques-uns seulement des débiteurs possibles du docteur : à savoir le blessé, le propriétaire de l'automobile, l'assurance de celui-ci, les tiers, les intermédiaires, voire même les parents de la victime.

Le médecin a donné ses soins ; des honoraires lui sont dus, de ce fait ; au juge de dire qui payera.

Dr Paul BOUDIN.

ANOMALIES FISCALES

Bien que la loi du 1er juillet 1916 soumette à la contribution extraordinaire sur les bénéfices supplémentaires tous les patentés, les personnes exerçant une profession libérale se croyaient, de bonne foi, exemptes de cet impôt, car l'article 3 de la même loi ordonnant de déterminer le bénéfice net au moyen du *bilan* ne leur était évidemment pas applicable (1).

Ce n'est que lorsque le Conseil d'Etat, par arrêt du 30 janvier 1920, eut décidé que les docteurs étaient soumis à la contribution extraordinaire que les intéressés virent qu'ils s'étaient trompés. Or, à ce moment, tous les contribuables diligents avaient fait leurs déclarations annuelles au sujet de l'impôt cédulaire et de l'impôt général. Ils avaient été imposés d'après ces déclarations, et avaient payé les sommes qu'ils croyaient légitimement devoir pour les bénéfices non commerciaux et l'impôt général sur le revenu.

En s'appuyant sur l'interprétation du Conseil d'Etat, l'administration a mis en demeure les médecins qui ont exercé pendant la guerre de faire leurs déclarations relatives à la contribution extraordinaire.

Les Commissions ont vérifié les déclarations souscrites et ont taxé ceux qu'elles ont considérés comme ayant fait des bénéfices supplémentaires. Ces docteurs ont ainsi versé à l'Etat 50 %, plus les majorations de retard, soit en moyenne 65 % des bénéfices supplémentaires qu'on leur a trouvés.

Si, pour fixer les idées, nous prenons comme exemple un docteur ayant fait, pendant une période imposable, un bénéfice net

s'élevant à	50.000 fr.
dont le bénéfice moyen d'avant-guerre était de	20.000 fr
son bénéfice supplémentaire ressort à	30.000 fr.
sur lequel il faut encore déduire, en vertu de l'art. 12 de la loi du 1er juillet 1916..................	5.000 fr.
Reste imposable	25.000 fr.

(1) Cette croyance était surtout motivée par les déclarations faites à la Tribune du Parlement par le ministre des Finances et les rapporteurs de la loi (N.D.L.R.)

Aux taux moyen (majorations comprises) de 65 %, cela donne : $\frac{25.000 \times 65}{100} = 16.250$ fr.

Lorsque en 1921 ou 22, cela dépend de la diligence de l'administration, le docteur en question s'est vu obligé de verser 16.250 fr. sur les 50.000 fr. qu'il a encaissés et sur lesquels il a payé l'impôt cédulaire et l'impôt général sur le revenu global, il n'a pas douté un instant qu'il lui serait fait, pour ces deux impôts, un dégrèvement, puisqu'en réalité il ne lui restait net, pour l'année envisagée, que 50.000 — 16.250 = 33.750 fr.

Il a donc adressé au préfet une demande en dégrèvement sur timbre avec la certitude qu'elle serait favorablement accueillie. Or, là encore il s'est trompé et l'administration, puis le Conseil de préfecture et enfin le Conseil d'Etat le lui ont bien fait voir en rejetant purement et simplement sa demande, sans l'examiner au fond, en se basant sur les considérants suivants : Aux termes de l'article 17 de la loi du 13 juillet 1903 rendu applicable aux réclamations en matière d'impôt général sur le revenu par l'article 22 de la loi du 15 juillet 1914 et aux réclamations en matières d'impôts cédulaires par l'article 51 de la loi du 31 juillet 1917, les demandes en décharge ou réduction doivent être adressées au préfet ou au sous-préfet dans les trois mois de la publication du rôle (arrêt du Conseil d'Etat du 2 mars 1922.)

Il est juste d'ajouter que si le réclamant a adressé, au ministre, une demande de dégrèvement à titre gracieux, l'administration des contributions directes a donné un avis favorable.

Mais beaucoup ignorent cette procédure spéciale, et, de plus, n'est-il pas inique d'être, en la circonstance, à la merci d'une décision *gracieuse*, c'est-à-dire de dépendre du bon plaisir d'un fonctionnaire ?

Mais là ne se bornent pas les injustices de la loi fiscale : si on invoque contre le contribuable une prescription de trois mois et s'il est légalement déchu de ses droits pour n'avoir pas prévu, en 1918, un fait qui ne se passe qu'en 1920, l'administration n'hésite pas à s'appuyer sur les décisions des Commissions de taxation des bénéfices de guerre pour réclamer des suppléments d'impôts cédulaires et sur le revenu global lorsque ces décisions font supposer que le bénéfice servant de base au calcul de ces impôts est inférieur au bénéfice net réel.

Pour fixer nos lecteurs à ce sujet, nous allons prendre un nouvel exemple.

Supposons un docteur qui, non mobilisé, visite la clientèle de plusieurs de ses confrères absents. Afin de remplir la tâche qui lui incombe, il a acheté, en 1918, une voiture automobile qui lui a coûté 10.000 fr. et fait d'autres dépenses s'élevant à 5.000 fr. soit en tout une somme de 15.000 fr. qu'il a portée en déduction de ses recettes de l'année.

Il avait déclaré un bénéfice net professionnel de .... 30.000 fr.
son bénéfice d'avant guerre étant de 27.000 fr.
il ne se croyait pas imposable aux bénéfices de guerre et avait déclaré pour l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et l'impôt général .... 30.000 fr.

La Commission de taxation relative aux bénéfices de guerre ayant rejeté la déduction, des 15.000 fr. représentant des achats et admis seulement un amortissement de 10 %, les impôts dus par ledit docteur pour 1918 ont été calculés comme il suit :

1° *Bénéfices de guerre :*

Bénéfices déclarés	30.000 fr.
Dépenses rejetées	15.000 »
Total	45.000 »
Amortissement	1.500 »
Bénéfice net	43.500 »
Bénéfice normal	27.000 »
Bénéfice supplémentaire	16.500 »
A déduire (art. 12 de la loi du 1er juillet 1916)	5.000 »
Bénéfice imposable	11.500 »
Contribution sur les bénéfices de guerre à 50 %	5.750 »

2° *Base de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et de l'impôt général sur le revenu.*

Bénéfice net fixé par la Commission de taxation	43.500 fr.
Contribution sur les bénéfices de guerre	5.750 »
Bénéfice net imposable	37.750 »
Bénéfice déclaré	30.000 »
Excédent de bénéfice	5.750 »

Donnant lieu à une réimposition à l'impôt cédulaire et à l'impôt général si la prescription de 5 ans n'est pas acquise.

Il ressort donc de ce qui précède que le contribuable est forclos après trois mois pour n'avoir pas réclamé, en raison d'un fait indépendant de sa volonté et qu'il ne pouvait prévoir, tandis que l'administration a cinq ans pour faire état de la décision d'une Commission qu'elle pouvait provoquer dans le courant de l'année suivant celle qui donne lieu à l'imposition à la contribution des bénéfices de guerre, c'est-à-dire en 1919 si la période imposée est 1918.

D'autres constatations doivent être faites au sujet des suppléments d'impôts cédulaires et sur le revenu global exigés par le fisc comme

conséquence des décisions des Commissions de taxation relatives aux bénéfices de guerre :

1º Les compléments d'impôts sont immédiatement exigés par le Trésor sans attendre, en cas d'appel, la décision de la Commission supérieure ;

2º L'imposition supplémentaire se fait d'office sans que le contribuable ait été appelé à s'expliquer devant le contrôleur chargé de l'assiette de ces impôts, parce que l'administration regarde comme suffisante l'instruction à laquelle a procédé la Commission du premier degré des bénéfices de guerre. Dans les cas qui lui sont favorables, elle fait état des décisions de Commissions qui sont complètement étrangères aux impôts en cause. Or, le même droit est refusé au contribuable par un arrêt du Conseil d'Etat du 9 février 1923 décidant qu'un contribuable taxé d'office à l'impôt général sur le revenu global, qui a attaqué cette taxation devant le Conseil de préfecture, ne peut demander à cette juridiction de surseoir à statuer jusqu'à ce que la Commission supérieure des bénéfices de guerre ait rendu sa décision parce que les deux juridictions sont indépendantes l'une de l'autre.

Avant de terminer cet exposé de quelques anomalies fiscales, il est bon de faire remarquer que le contribuable dont l'impôt cédulaire et l'impôt général sur le revenu ont été augmentés en prenant pour base la décision de la Commission de taxation des bénéfices de guerre doit, en plus de son recours à la Commission supérieure, faire une réclamation auprès du préfet. Sans cette précaution, il serait exposé, si la Commission supérieure réduit son bénéfice imposable pour les bénéfices de guerre, à se voir refuser le dégrèvement de ses impôts ordinaires lorsqu'il invoquerait cette décision, parce que la prescription serait acquise, les rôles ayant été publiés depuis plus de trois mois.

A. Martinot,
Conseiller fiscal,
Directeur du *Contribuable français*

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

27 *décembre* 1923.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Mignon, Gassot, Noir, Duchesne, de la Rochefordiere, Pamart, Mazeroux et Levassort.

Excusé : M. Boudin.

En l'absence de M. Boudin, M. de la Rochefordière remplit les fonctions de secrétaire.

Sur la proposition de M. Gassot, trésorier, le Conseil vote le remboursement à la combinaison MA d'une somme de cinq mille francs à prendre sur les économies réalisées par le compte de gestion.

Indemnité-maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Fr.	C.
3	Gassot	Loiret	2 mois et demi	5.200	»
34	Parmentier	Var	3 mois	300	»
61	Force	Puy-de-Dôme	un mois et 28 jours chr	170	»
80	Pardoux	Paris	3 mois	302	»
81	Treille	Creuse	3 mois	300	»
100	Coqueret	Aube	3 mois	300	»
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300	»
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
151	Grorichard	Jura	52 jours	520	»
154	Poirson	Jura	3 mois	300	»
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300	»
171	Laguens	Gironde	3 mois	300	»
192	Houdart	Finistère	3 mois	300	»
201	Coyola	Gironde	3 mois	300	»
218	Nicolas	Aveyron	5 mois et 14 jours chr	546	60
219	Delattre	Seine-et-Oise	3 mois	300	»
228	Tacheron	Aube	14 jours + 2 mois et 23 jours chr	416	60
244	Lefevre	Ardennes	47 jours	470	»
255	Demmler	Oise	3 mois	300	»
260	Jacquot	Oise	3 mois	300	»
311	Rouvier	Isère	3 mois	300	»
341	Chabanon	Lozère	26 jours + un mois et demi	410	»
			A reporter	12.235	20

			Fr.	c.
		Report.......	12.235	20
348 Miltas	Creuse	3 mois	300	»
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300	»
379 Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300	»
384 Brasse	Seine-Inférieure	17 jours + 4 jours chr	183	30
389 Pluyaud	Seine-et-Oise	14 jours	140	»
442 Froment 1/2	Bouches-du-Rhône	35 jours	175	»
490 Vincens	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
493 Laurent	Paris	13 jours	130	»
504 Delucq	Gers	3 mois	300	»
520 La Bonardiere	Var	37 jours	370	»
527 Branzeau	Landes	3 jours + 3 mois et 18 jours chr	365	65
535 Cannac	Tarn	3 mois	300	»
592 Lecoq	Nord	33 jours	30	»
614 Aube	Var	2 mois et 16 jours chr	253	30
671 Juif	Saône-et-Loire	11 jours	110	»
686 Dufour	Corrèze	22 jours	110	»
688 Monmarson	Manche	3 mois	300	»
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300	»
702 Aurand	Rhône	11 jours	110	»
712 Laffage	Côte-d'Or	14 jours	140	»
748 Bougon	Eure	un mois (cure thermale)	100	»
757 Forestier	Savoie	9 jours	90	»
794 Basset	Cantal	un jour	10	»
800 Laurans	Loire-Inférieure	2 mois et 10 jours chr	233	35
823 Moreau	Maine-et-Loire	un mois (cure thermale)	100	
828 Mercier	Paris	64 jours	640	»
830 Brot	Yonne	13 jours	130	»
833 Pillière	Ardennes	54 jours	540	»
834 Mohamed	Mayenne	3 mois	300	»
837 Bécour	Nord	3 mois	300	»
839 Girodolle	Corrèze	3 mois	300	»
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
878 Sallé	Somme	2 mois et 13 jours	259	95
884 Bourdicaud Dumay	Corrèze	54 jours	540	»
900 Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300	»
925 Guyot	Haute-Marne	13 jours	130	»
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300	»
958 Saint-German	Haute-Garonne	29 jours	290	»
1020 Abelly	Vaucluse	33 jours	330	»
1056 Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1058 Achard	Oran	11 jours	110	»
1087 Bonifas	Hérault	24 jours	240	»
1216 Allanic	Maine-et-Loire	15 jours chr	50	»
1232 Lert	Paris	60 jours	600	»
1272 Moliméry	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1327 Mitzora	Paris	28 jours	280	»
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300	»
1301 Joly	Allier	7 jours	70	»
1408 Grandou	Eure	3 mois	300	»
1467 de la Tour	Charente-Inférieure	30 jours	300	»
1563 Saint-Paul	Tarn-et-Garonne	3 mois	300	»
1573 Lecouillard	Manche	3 mois	300	»
1680 Hermitte	Isère	29 jours	290	»
1762 Calmels	Aveyron	3 mois		»
1755 Lefevre	Allier	10 jours	100	»
1761 Carcy	Basses-Pyrénées			
1791 Martin	Aube	12 jours	120	»
1796 Marmarian	Alpes-Maritimes	12 jours + 3 mois et 18 jours chr	479	95
1810 Mougeot	Jura	7 jours	70	»
1682 Guilmard	Orne	55 jours	550	»
1897 le Lostalot	Basses-Pyrénées	24 jours	240	»
1901 Guinoiseau	Haute-Marne	9 jours	90	»
1970 Perchepied	Seine-Inférieure	21 jours	210	»
		Total.......	27.545	70

Combinaison MAD.

			Fr.	c.
55 Forestier	Lozère	60 jours + 15 jours chr.	1300	»
107 Bentkowski	Gard	22 jours	440	»
135 Lalaurie	Aude	60 jours + 1 mois et 5 jours chr.	1433	55
209 Rontin	Tarn-et-Garonne	9 jours	180	»
671 Juif 1/2	Saône-et-Loire	11 jours	110	»
794 Basset 1/2	Cantal	un jour	10	»
		A reporter.......	3.473	55

			Report	3.473 55
1830	BROT ... 1/2	Yonne	13 jours	130 »
1732	CALMELS ... 1/2	Aveyron	3 mois	300 »
1755	LEFEVRE ... 1/2	Allier	10 jours	100 »
74	DUJARDIN	Finistère	12 jours	240 »
800	LAURANS ... 1/2	Chateaubriand	2 mois et 10 jours	233 35
			Total	4.476 90

Un sociétaire qui veut conserver l'anonymat fait un don de 25 francs à la caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les somemes suivantes pour leurs pensions du 4e trimestre 1923 : à :

4	Madame Lepage, Paris	150	fr.
13	Mineurs Deshusses	125	»
38	Madame Gillette, Calvados	150	»
43	Madame Chevreux, Paris	150	»
45	Madame Valot, Haute-Saône	60	»
51	Madame Rousselot, Marne	150	»
	Total	785	»

Ces sommes leur seront remises sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1923.

Pensions de retraite (combinaison R)

Le Conseil alloue les sommes suivantes pour leurs pensions de l'année 1922 à Messieurs :

10	Gilbert Laurent, Loire	1.200	fr.
18	Bazot, Yonne	1.200	»
39	Siguan, Bouches-du-Rhône	1.200	»
77	Scheydt, Hérault	1.200	»
	Total	4.800	»

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 1er janvier 1924.

Rectification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Bouilly, Kindler, Lemarchand.

Combinaison MAD :

MM. Quenardel, Gravel et Masson (ce dernier porté à tort à la combinaison MA au procès-verbal de la séance du 2 octobre).

Admissions provisoires

Le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
COLLON, de Colombey-les-deux-Eglises (Hte-Marne).
VERGNET, de Froissay (Loire-Inférieure).
URAMEL, du Kremlin, (Seine).
ROUGELOT, de Draguignan (Var).
COCHEREL, de Réguiny (Morbihan).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
CAMUS, de Thionville (Moselle).
BORDENAVE, de Léognan (Gironde).
RIEUSSET-PÉCHOLIER, de Mèze Hérault).
VERGUET, de Frossay (Loire-Inférieure).
APARD, de Reuilly (Indre).
LOUBRIAT, de Montmorillon (Vienne)
DELECOUR, de Vermelles (Pas-de-Calais).
DELON, de Toulouse.
BOURGUET, de Marseille.
STREIFF, de Maisse (Seine-et-Oise).
MATHIEU, de Villefranche-de-Lauraguais (Haute-Garonne).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin mars.

Admissions

Le Conseil prononce enfin les admissions suivantes :

Combinaison P :

M. le docteur :
STREIFF, de Maisse (Seine-et-Oise).

Combinaison R :

MM. les docteurs :
DEBIDOUR, de Paris.
ODINET, de Paris.
URAMEL, du Kremlin (Seine).
DELON, de Toulouse.

Combinaison V :

M. le docteur :
URAMEL, du Kremlin (Seine).

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, Dr DE LA ROCHEFORDIÈRE, — *Le président,* Dr A. MAURAT.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure

(9 Décembre 1923)

La Fédération tient à exprimer toute sa gratitude au Dr Bourdon pour son dévouement à la cause médicale et pour l'activité qu'il a déployée pendant trois années au Conseil de l'« Union » comme représentant du département de l'Eure.

A. M. G. — Notre demande de relèvement des honoraires à :

Consultation	3 fr.
Visite	5 fr.

Doit être présentée au Conseil général à sa session d'avril.

La Fédération compte sur le Dr BRIQUET pour défendre sa cause. La condition qu'il avait posée à été réalisée de la sorte :

1° Dans les syndicats d'Evreux et de Bernay, des ententes locales ont été réalisées entre les médecins pouvant entrer en concurrence et signées par eux, assurant le respect du tarif syndical minimum ;

2° Dans les syndicats des Andelys et de Pont-Audemer un engagement général a été pris dans le syndicat ;

3° Seul le syndicat de Louviers n'a pas répondu

La Fédération demande la révision du tarif des accouchements et interventions :

Vaccination. — La Fédération demandera le relèvement de la vacation minima à 15 francs.

Inspection des pupilles de la nation. — La Fédération ayant fait valoir à l'Office départemental que les médecins se déplaçant fréquemment pour ne trouver aucun pupille à inspecter, il serait juste de leur assurer une indemnité kilométrique ou une vacation minima, l'Office a demandé que lui soient présentés des cas concrets.

Les médecins intéressés sont donc priés d'écrire au plus tôt au secrétaire de la Fédération pour lui signaler les plaintes qu'ils auraient à formuler en ce sens.

Pétition Michelin. — Un texte de protestation contre le projet d'augmentation des impôts visant l'automobile est présenté et approuvé. Il sera signé par le bureau de la Fédération.

Propositions des syndicats. — 1° Le syndicat d'Evreux demande le relèvement à 1 fr. 25 de l'indemnité kilométrique.

La Fédération ayant déjà voté la suppression de la visite dite en « passant » ne retient pas actuellement cette proposition, mais décide que sera mis à l'ordre du jour de la prochaine assemblée le tarif minimum suivant :

Consultation	7 fr.
Visite	8 fr.

Après une étude dans les syndicats, le relèvement de l'indemnité kilométrique pourra être repris en 1924.

2° A la suite d'une initiative du syndicat des Andelys, la Fédération rappelle aux syndicats que les tarifs consentis aux Sociétés de secours mutuels doivent être les tarifs ouvriers locaux diminués d'une réduction d'au plus 10 % à titre d'indemnité d'encaissement.

3° Le syndicat de Bernay porte à la connaissance de la Fédération un fait de pression de la part d'un maire pour imposer un médecin aux bénéficiaires de l'A. M. G. Le syndicat de Bernay est prié de formuler une plainte officielle qui sera présentée à l'administration et défendue par la Fédération.

4° La Fédération s'associe à la décision des syndicats d'Evreux, des Andelys et de Bernay de repousser formellement dans la loi d'assurances sociales les deux principes du forfait et du tiers payant.

L'administration a donné une réponse au sujet de l'organisation projetée des consultations de nourrissons, et elle accepterait la collaboration du corps médical aux conditions anciennes, attendant pour toute modification le vote par le parlement du projet Strauss, en discussion au Sénat.

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

(25 novembre 1923)

Lutte antituberculeuse et antisyphilitique. — Pour la lutte antituberculeuse, les Syndicats fédérés sont d'avis qu'entre dispensaires et praticiens il doit y avoir liaison et collaboration, le dispensaire devant être un centre de prophylaxie et de diagnostic (surtout précoce) en liaison constante avec les médecins traitants.

Ils s'associent aux conclusions du rapport du docteur Andrieux (Syndicat de Chateaulin) demandant l'institution d'une *Fiche de liaison*, remise par le dispensaire à chaque malade « *pour son médecin traitant* », fiche contenant : examens radioscopiques, analyses de crachats, cuti-réactions, ainsi que les propositions sociales.

Le projet publié par le *Médecin Syndicaliste*, prévoyait l'établissement des fiches par le médecin du dispensaire, la Fédération estime que ce travail doit revenir à un secrétai

Pour la lutte antisyphilitique, la Fédération, dans le même esprit, demande la liaison la plus grande entre dispensaires et praticiens.

Révision de la loi du 15 *février* 1902. — Les Syndicats fédérés estiment nécessaire une collaboration des praticiens et des Syndicats médicaux plus étroite que celle prévue dans le projet actuel de cette révision.

Inspection médicale des écoles. — La Fédération, convaincue de l'utilité des inspections médicales d'écoles, fait observer qu'on ne saurait les rendre obligatoires comme les vaccinations jennériennes (auxquelles on les compare à ce point de vue) qu'à la condition de les rendre également gratuites. Il faut donc que la charge incombe aux municipalités ou à l'Etat. Il faut encore que l'infirmière visiteuse soit en même temps secrétaire.

Contrats avec les collectivités. — La Fédération constate l'accord des syndicats pour s'opposer au payement des soins *par maladies*, vu qu'ils sont hostiles à toute médecine forfaitaire. Les Syndicats ne sont guère,non plus,partisans de *tiers-payants*, cette institution étant reconnue être la cause principale de démoralisation des quelques médecins qui ont « trafiqué ».

S'il est impossible d'en obtenir la suppression, que l'on recoure au moins au *ticket modérateur*, étant entendu que celui-ci doit être assez important pour être *réellement modérateur*, soit au moins un tiers du montant des honoraires.

Quant aux *indemnités de déplacement*, les Syndicats constatent que pour des raisons multiples, *et tout premièrement géographiques*, qui chez nous, ne permettent pas les « tournées » on ne saurait concevoir dans notre région qu'une indemnisation au prorata des kilomètres parcourus.

La Fédération s'opposera à toute création nouvelle de « *catégories* », faisant d'ailleurs observer que si l'on en voulait créer en matière d'accidents agricoles, là ce serait de droit *aux médecins de campagne que reviendrait la première catégorie.*

Statuts de l'Union. — La Fédération ne voit guère la nécessité de les modifier. Sur la proposition du Dr Marchais, elle demande que sur un même territoire ne puissent exister *deux syndicats adhérents à l'Union*, sans quoi pourraient se créer *des syndicats d'indésirables*, qui nuiraient à l'action commune.

Loi des pensions. — Le tarif kilométrique n'ayant été fixé que pour un an aux taux pour nous insuffisants de 1 fr. 24-1 fr. 27, les syndicats demandent son élévation à 1 fr. 50, minimum nécessaire dans nos régions.

La Fédération demande que les secrétaires des Commissions de contrôle qui doivent se déplacer pour les réunions de ces Commissions soient indemnisés pour ces déplacements.

Tarif Breton. — Les syndicats fédérés réclament « l'abolition du tout compris ». L'élévation à 1 fr. 50 par kilomètre parcouru du tarif kilométrique avec une majoration pour les déplacements de nuit.

Ordre des médecins. — Deux des syndicats seulement ayant étudié cette question, les deux autres sont invités à le faire pour leur prochaine réunion.

Visites de passage. — Les syndicats sont tous d'avis qu'il faut « au passage » majorer le prix de la visite, mais plusieurs modalités sont envisagées : les uns proposent la moitié du prix d'une visite qui serait faite exprès, les autres une majoration proportionnelle à la distance du lieu de « l'arrêt ». La question sera donc renvoyée aux syndicats.

Dispensaires antituberculeux. — De nombreux confrères s'étant plaints de ne plus revoir ceux de leurs malades qui allaient aux dispensaires, il est reconnu que ce ne sont pas les dispensaires qui les détournent de leurs médecins, mais eux-mêmes par le fait d'une mauvaise compréhension. L'institution de la *Fiche de liaison* demandée par les syndicats et qui leur sera semise » *pour leur médecin traitant* » contribuera à les lui ramener.

Certains se sont plaints que les dispensaires donnassent des soins. Il est reconnu que, *d'accord avec les syndicats*, les dispensaires ont le droit de délivrer *sept médicaments* : huile de foie de morue, phosphate et carbonate de chaux, sirop iodotannique, oxyde blanc d'antimoine, sirop de morphine, teinture d'iode.

D'ailleurs, la délivrance de ces médicaments est en décroissance considérable et continue.

On s'est plaint également d'un abus d'examens radioscopiques : personnes aisées se faisant radioscoper, malades le faisant pour des affections manifestement étrangères à la tuberculose.

Le président donne connaissance, à ce propos, d'une circulaire adressée, dans le courant de la semaine, aux dispensaires par le Comité départemental : dorénavant les dispensaires se borneront à la radioscopie des voies respiratoires et ne la feront gratuitement que pour les personnes régulièrement inscrites sur leurs registres, se prêtant en conséquence à tous examens visites ou mesures prophylactiques prescrits par eux.

Ces dispositions sont jugées satisfaisantes.

Allocations aux tuberculeux de la guerre. — Une note venant de paraître dans tous les journaux de la région au sujet de la manière dont ces allocations pourront être obtenues et les ter-

mes en étant considérés comme désobligeants pour les médecins traitants, l'assemblée rédige une protestation ferme (1) que le Dr Chauvel est chargé de présenter immédiatement à M. le préfet.

La Fédération proteste contre l'institution éventuelle (Circ. Strauss) de consultations dentaires dans les dispensaires.

Pneumothorax artificiel et A. M. G. — Les Syndicats prennent note des décisions prises par le Conseil général au sujet du pneumothorax artificiel dans l'assistance médicale à savoir : hospitalisation nécessaire pour l'observation du malade et les deux premières insufflations, les suivantes devant être faites par les praticiens et étant tarifées, 40 fr.

Distances kilométriques et A. M. G. — Les distances kilométriques allouées par les mairies sont souvent très loin de la réalité. En outre la rédaction du règlement départemental ne prévoit plus la manière de compter en kilomètres et fractions de kilomètres. La Fédération priera donc la Commission de contrôle des services d'assistance (à laquelle les syndicats ont des représentants) de revoir cette question ainsi que l'élaboration d'un tarif de chirurgie d'urgence, tous les cas chirurgicaux ne pouvant être hospitalisés (hernies étranglées, coup de pied de cheval au ventre par exemple, etc.).

Pupilles de la nation. — Le président en expliquant les raisons qui jusqu'à présent ont empêché la mise en train du contrôle sanitaire des pupilles, annonce qu'elle est imminente et donne lecture des circulaires que médecins et mairies vont recevoir incessamment — c'est aujourd'hui chose faite — L'organisation va donc commencer à fonctionner.

Seuls les médecins syndiqués sont admis à ce service ! Le docteur Le Gorgen fait observer que pour cette question encore il serait utile qu'à la préfecture existât une Commission technique de contrôle.

Le président sera chargé de demander que toutes circulaires émanant de la préfecture soient adressées à la Fédération mais aussi aux syndicats individuellement.

Le syndicat de Quimper ayant appris la nomination à un poste d'une administration départementale d'un médecin non syndiqué qui a eu une conduite très incorrecte, pour laquelle une sanction sévère à dû être réclamée, a protesté contre cette nomination et *demande la révocation de ce médecin.*

Le docteur Marchais, président du syndicat de Chateaulin sur le territoire duquel exerce ce médecin demande que copie de la protestation soit remise à son syndicat, qui s'y associe.

Faisant partie d'une « Amicale » à laquelle la nomination du médecin visé pourrait l'y faire rencontrer, il y apportera également la protestation.

Exercice de la médecine par les médecins de sanatoriums départementaux. — Le syndicat de Morlaix demande à la Fédération de faire préciser les droits des médecins des sanatoriums départementaux quant aux soins à des non-pensionnaires de l'établissement pour toutes affections autres que la tuberculose. Le secrétaire écrira à M. Louppé, président du Conseil général, à ce sujet.

Contre les nouvelles taxes automobiles. — La Fédération protestera au nom des quatre syndicats du Finistère contre les nouvelles taxes projetées, qui auraient une fâcheuse répercussion sur la médecine de campagne déjà si fortement grevée, alors qu'avec une ignorance incompréhensible toutes les tarifications officielles s'entendent pour indemniser les frais de déplacement *au-dessous du prix réel de revient* (syndicat de Chateaulin).

On s'associera donc à la pétition Michelin, mais non sans faire valoir en outre que « ces taxes frapperaient non un objet de luxe, mais le principal outil du médecin, grâce auquel les habitants des campagnes peuvent recevoir des soins rapides. »

Dr E. Damey.

(1) Cette protestation a été présentée à M. le Préfet, celui-ci s'y attendait, l'a très bien accueillie et a donné des ordres en conséquence.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le Docteur BOUCARD fait savoir à ses confrères qu'il organise une tombola au profit de *La Maison du Médecin* (Maison de retraite pour les Médecins âgés) tombola qui, sera tirée le dimanche 2 mars, à la *Faculté de Médecine* dans le local où se fera la Vente de Charité.

Pour recevoir des billets :

Ecrire : Docteur BOUCARD, 30, rue Singer, Paris, XVIe.
Le billet : 5 frs. — le carnet de 10 billets : 50 francs

— **Fédération thermale et climatique française.** — La Fédération climatique et thermale dont nous avons, à diverses reprises, entretenu nos lecteurs, a reçu la haute approbation du Syndicat général des médecins des stations sanitaires et balnéaires de France. Le Dr Mazeran a présenté sur cette importante question un rapport dont la magnifique ordonnance et la belle indépendance ont beaucoup frappé l'Assemblée générale. Nous sommes assuré que tout le corps médical français applaudira à une courageuse initiative qui va nous permettre enfin de lutter efficacement contre les stations allemandes. L'organisation rationnelle des stations, leur agencement technique, la création d'une Société de Crédit thermal français qui permettra l'industrialisation et la mise en valeur de stations admirables, mais malheureusement insuffisamment outillées, sera une partie du beau programme dont la réalisation va être inlassablement poursuivie par la Fédération thermale et climatique française.

Les Statuts sont approuvés, les réunions se multiplient, l'effort qui est de la volonté en marche, se concrétise, la méthode et le travail se sont associés : le succès est certain.

Raymond MOLINÉRY.

— **Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.** — Le bureau de l'A.E. est heureux de vous faire part du succès partiel de sa campagne pour l'amélioration du sort matériel des externes. M. Michel Missoffe, vice-président du Conseil municipal avait bien voulu déposer sur le bureau de cette Assemblée un projet d'arrêt nous donnant pleine satisfaction. Le Conseil municipal ne pouvant en raison du déficit du budget voter le texte proposé a décidé de mettre à la disposition de la 5e commission un crédit provisionnel de 100.000 francs en vue d'attribuer aux externes des hôpitaux qui en feront la demande et dont la situation sera reconnue digne d'intérêt des secours d'études.

Le Conseil municipal pare ainsi au plus pressé. Nous voulons espérer que dans les années suivantes des disponibilités budgétaires plus considérables lui permettront de faire entièrement droit à notre juste demande

— **18e V. E. M. aux Stations thermales de la Méditerranée** (vacances de Pâques 1924). — Le 18e voyage d'études médicales, sous la direction scientifique du Pr Carnot, professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine et du Pr agrégé Rathery, aura lieu cette année aux stations de la Méditerranée ce qui modifiera sa date habituelle. Le temps dont disposent les médecins à cette époque de l'année étant généralement limité, le 18e V. E. M. comprendra trois circuits indépendants :

A) Le circuit principal comprendra les *stations de la Provence et de la Côte d'Azur* du 17 au 23 avril.

Concentration à Aix-en-Provence. Dislocation à Nice.
Nombre d'adhérents : environ 180.
Prix du voyage : 450 francs.

B) Un circuit préalable est à l'étude pour les *stations de la Cerdagne et des Pyrenées-Orientales.* (Arrivée à Carcassonne et visite individuelle de la ville le 13). Concentration à Carcassonne le 14 avril au matin et départ par autocars, vallée de l'Aude, Usson-les-Bains, Mont-Louis, Font-Romeu, les Escaldes, Thués-les-Bains, Vernet-les-Bains, le Boulou Amélie-les-Bains, Banyuls, Montpellier : jonction avec le circuit principal à Aix le 17 au matin.

Nombre maximum d'adhérents : 60.
Prix approximatif du voyage : 350 francs.

C) Enfin un 3e circuit en *Corse*, est à l'étude pour la période du 24 au 27 avril : traversée de Nice à Bastia, Orezza, Corté-Vizzavona, Piana, Ajaccio : départ probable pour Nice ou si possible pour Marseille le 27 avril au soir.

Nombre maximum d'adhérents : 60.
Prix approximatif : 400 francs.

Comme les années précédentes les *Médecins et étudiants en médecine*, bénéficieront sur les chemins de fer français du voyage au demi-tarif, du lieu de résidence ou de la gare frontière au point de concentration et vice versa, mais par décision du Comité des grands réseaux cette faveur n'est plus étendue aux femmes ou filles de médecins. L'admission des femmes ou filles d'adhérents est donc différée et ne pourrait en tous les cas avoir lieu qu'en nombre limité et à des conditions peut-être plus onéreuses. (La question est encore à l'étude).

Prière aux confrères désireux de participer au 18e V. E. M. d'adresser le plus tôt possible leur demande d'admission au Dr Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris 16e. Ils voudront bien indiquer si, en dehors du circuit principal de la Côte d'Azur, ils désirent participer aussi au circuit de Cerdagne ou de Corse ou aux deux. Les adhérents qui demanderaient la participation de leur femme ou de leur fille pour le cas où les circonstances permettraient d'envisager leur admission, sont priés d'indiquer aussi dès maintenant s'ils viendraient seuls au cas où cette participation ne pourrait avoir lieu.

Dès que le Comité de direction sera fixé sur le nombre éventuel de demandes pour les trois circuits et par cela même sur le prix définitif des deux circuits supplémentaires les admissions par catégorie et par pays seront définies. Les intéressés seront prévenus au plus tard le 1er mars.

N. B. — Des subventions et des concours demandés tout spécialement en considération de l'état des changes permettront en fin de voyage de faire bénéficier d'une ristourne les adhérents des pays à change bas. Cette ristourne ne s'appliquerait, en aucun cas, aux femmes ou filles de médecins.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

de 3 et mes impôts subiraient de ce fait une réduction appréciable.

Pourriez-vous me conseiller sur la façon deréclamer à la Préfecture, le contrôleur ne voulant rien entendre.

Dr X.

Réponse.

Le droit proportionn el de la *patente* des médecins est calculé sur la valeur locative des locaux professionnels et de l'habitation. Cette dernière ne saurait être réduite en raison des charges ou de la situation de famille.

Les calculs sont exacts et établis de la manière suivante :

$$\frac{2.225}{15} \times 5{,}541984 \times 822{,}24.$$

C'est seulement pour le calcul de la *personnelle mobilière* qu'il est tenu compte du nombre de personnes à la charge ; mais nous ne pouvons vous dire si la réduction qui vous est accordée de ce chef [2.225 — 1730 + déduction de l'exonération à la base] est suffisante car elle varie suivant les communes.

Quant aux calculs, ils sont justes :

$$1{,}730 \times 0{,}25685736 \times 444,\ 36.$$

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Interventions diverses.

J'ai donné mes soins pour un accident du travail et je voudrais avoir votre avis sur la note à rédiger.

Il s'agit d'une brûlure des deux membres inférieurs depuis les orteils jusqu'à mi-cuisse.

Je compte donc 56 fr. 25 pour chaque pansement jusqu'au jour où j'estime que les pansements aux deux jambes n'équivalent qu'à la brûlure d'un membre, soit 37 fr. 50, et ainsi de suite, quoiqu'il y ait, en réalité, deux pansements.

Mais, il y avait, en outre, une brûlure superficielle de trois doigts de la main gauche. Est-ce que je puis compter 11 fr. 25 en plus ?

Enfin, j'ai dû faire une piqûre de morphine, à ma première visite. Est-ce gratuit ?

J'ai fait un cathétérisme de l'urèthre à ma seconde visite, et j'ai dû faire des visites pour vomissements, état syncopal, sans faire de pansements. L'assurance doit payer ces visites et ordonnances, qui sont une conséquence des brûlures. Un agent d'assurances affirme le contraire, et c'est pour cela que je sollicite votre avis.

Dr L.

Réponse.

1° Vous pouvez compter « br ûlure d'un mem-



bre » quand la brûlure atteint les *trois* segments de ce membre. Quant au nombre de pansements à compter, c'est celui de ceux que vous avez à faire.

2° L'injection hypodermique est « comprise dans le prix de la visite ou consultation ».

3° Le cathétérisme de l'urèthre est tarifé à l'article 22.

4° Quant aux visites et ordonnances nécessitées par l'*état général* du blessé, il est incontestable que l'assurance doit les payer, tout comme les pansements et au même titre.

F. D.

II

Soins d'urgence

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois compter pour l'accident du travail suivant :

Un ouvrier atteint d'écrasement, entre deux cylindres, de l'avant-bras et du bras, sans la main, avec fracture de l'épicondyle et volumineux hématome de tout le membre.

1° Soins d'urgence pour blessure grave avec appareil de contention provisoire ;
2° Radiographie du coude face et profil ;
3° Grand pansement humide et de tout le membre avec attelle métallique ;
4° Certificat descriptif.

De plus, grand pansement quotidien, s'étendant de la main à l'épaule.

Le membre n'a pas de plaie, mais il est augmenté de volume par le fait d'un énorme hématome remontant jusqu'à l'épaule.

Je suis dans une ville de 2e catégorie.

Dr B

Réponse.

1° Les « soins d'urgence » sont tarifés dans les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, mais seulement « quand le blessé doit être transporté dans un centre chirurgical » et pour « la pose de l'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure *par un autre médecin* ».

2° Les radiographies sont tarifées à l'article 26. S'y reporter pour fixation des prix.

3° Les « pansements » sont compris dans le prix de la visite ou consultation (art. 16).

F. D.

III

Appareil plâtré sans réduction.

Profitant de votre obligeance, je viens vous prier de vouloir bien me donner votre opinion sur le cas suivant au sujet duquel je suis en divergence de vue avec la Compagnie d'assurances : « L'A. ».

J'ai dû appliquer un appareil plâtré du genou ; il existait une fracture osseuse du plateau tibial (fracture parcellaire).

Dans ma note d'honoraires, j'ai compté pour la somme de 150 fr., le prix de cet appareil.

La Compagnie d'assurances réduit et m'offre 50 fr.

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir quelle est votre manière de voir, que la Compagnie et moi-même accepterons comme décision arbitrale.

Dr P.

Réponse.

L'appareil plâtré est compris dans le prix de la « réduction et *contention* de fracture ». Dans le cas où il n'y a pas eu de réduction à faire, l'analogie est facile avec « répétition d'appareils plâtré des grands segments : 50 francs » (art. 18 *in fine*).

IV

1o Suture de tendons.

2o Invalidité pour perte du pouce droit.

Comme abonné au *Concours médical*, je viens encore solliciter vos lumières pour différentes questions qui m'embarrassent. Voici ce dont il s'agit :

1o Le 12 décembre 1923, je suis mandé à V., (5 kil. de ma résidence), pour un accident du travail : plaie transversale de la face dorsale du cou-de-pied droit, de 7 cm. de longueur, profonde, déchiquetée, avec section des tendons du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil, et des tendons extenseurs en 2e, 3e et 4e orteils, par chute sur le bord tranchant d'une plaque de tôle.

La plaie étant déchiquetée et souillée, je débride et régularise ; je pratique la suture des tendons ; puis, la suture de la plaie en plusieurs plans. Pansement. Injections de sérum antitétanique. Certificat en double.

Suites excellentes. Seule, la suture du jambier antérieur a mal tenu.

Comment dois-je tarifer ces différentes interventions ?

2o Quel est le taux de l'incapacité permanente pour perte du pouce droit, par arrachement complet des deux phalanges ?

Dr B.

Réponse.

1o Vous avez à compter d'après l'art 17 « suture des tendons du cou de pied » : 150 fr. ; plus « sutures multiples » : 25 fr. ; plus « injection antitétanique » ; 20 fr. ; plus certificat descriptif : 10 fr.

2o D'après le guide barème militaire, l'invalidité, dans ce cas, est de 20 %.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

LOI du 3 *janvier* 1924 *modifiant l'article* 24 *de la loi du* 7 *avril* 1903 *relative à l'application à la ville de Paris et au département de la Seine de la loi du* 15 *février* 1902 *sur la protection de la santé publique.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'article 24 de la loi du 7 avril 1903 est ainsi modifié :

« *Art.* 24. — Le préfet de la Seine et le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions sanitaires et sous sa présidence, par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, dont la composition est fixée comme il suit :

« Le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents ;

Deux vice-présidents, pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du conseil d'hygiène et deux secrétaires administratifs ;

« Dix-neuf membres à raison de leurs fonctions : le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la faculté de médecine de Paris, le doyen de la faculté de pharmacie de Paris, le président du comité technique de santé du gouvernement militaire de Paris, le secrétaire général de la préfecture de la Seine, l'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la ville de Paris, le directeur de l'hygiène, du travail et de la prévoyance sociale, le directeur des affaires départementales, le directeur administratif des services municipaux d'architecture, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, le chef de la 2e division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine, le chef du bureau de l'hygiène de la préfecture de police, l'inspecteur divisionnaire du travail ;

« Vingt-quatre membres titulaires, nommés par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la présentation du conseil d'hygiène,

« Trois membres du conseil général de la

Seine et trois membres du conseil municipal de Paris, élus par leurs collègues ;

« Six membres choisis par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence.

« Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données aux conseils départementaux d'hygiène par la présente loi.

« Les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continueront à exercer leurs fonctions, sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la présente loi au préfet de police.

« Les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine, en dehors de Paris, exercent les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présence loi sous l'autorité,soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations.

« Les maires des communes autres que Paris exercent les attributions sanitaires sous l'autorité, soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents.

« Le préfet de police continuera à appliquer, dans les communes du département de la Seine autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi ».

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

(*J. O.*, 10 janvier 1924.)

Arrté ministériel nommant les membres de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

Représentants de l'administration. — MM. le médecin inspecteur Odile, président ; Lehmann inspecteur général au ministère des pensions ; Paloque, chef adjoint du cabinet, chef du service des soins gratuits au ministère des pensions ; Sauvalle, inspecteur général des finances ; Guérin, directeur adjoint de la comptabilité publique au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919. — MM. Beurdeley, membre de l'Association générale des mutilés de la guerre ; Marcel Héraud, vice-président de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre ; Lissonde, secrétaire de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Delfau de Pontalba, de

l'Union nationale des combattants ; Mathure, secrétaire général de la Fédération nationale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens. — MM. le docteur Lenglet, de la Seine ; le docteur Noir, de la Seine ; le docteur Decourt, de Seine-et-Marne ; Barthet, pharmacien de la Seine ; Cordier, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont nommés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration. — MM. Sevin, sous-directeur à la direction de la liquidation du ministère des pensions ; Lhomme, du service des expertises médicales au ministère des pensions ; Vandeuvre, du service des expertises médicales au ministère des pensions ; Fichet, chef de bureau au ministère des finances ; Charra, sous-chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919. — MM. Pichot, président de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés et de réformés de la guerre ; Cassin, président honoraire de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre ; Screve, de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Cauet, membre de la Fédération nationale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre ; Hersent, de l'Association générale des mutilés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens. — MM. le docteur Caillaud, du Loiret ; le docteur Humbel, de Seine-et-Oise ; le docteur Philippeau, de la Seine, Decramer, pharmacien du Nord ; Joly, pharmacien de la Sarthe.

Fait à Paris, le 11 janvier 1924.

MAGINOT.

(*J. O.*, 12 janvier 1924).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Nomination des médecins de sanatoriums publics

19516. — M. GRINDA, député, rappelle à M. le ministre de l'hygiène que l'article 26 du décret du 10 août 1920 dispose que « les médecins chefs directeurs (des sanatoriums publics) seront choisis parmi les médecins adjoints figurant sur une liste d'aptitude établie par la commission spéciale prévue par l'article 28 » et demande si l'ouverture d'un concours pour le poste de médecin directeur du sanatorium de Groslay (Seine-et-Oise) peut être considérée comme conforme à cette disposition. (*Question du 4 décembre* 1923.)

Réponse. — Si l'article 26 du décret du 10 août dispose que les médecins chefs directeurs des sanatoriums publics sont choisis parmi les médecins adjoints figurant sur une liste d'aptitude établie par la commission spéciale prévue à l'article 28, l'article 35 prévoit que, pendant la période de cinq ans consécutive à la promulgation du décret, le recrutement des médecins directeurs pourra porter sur des médecins autres que les médecins adjoints en fonctions. Il est exact, toutefois, que les médecins directeurs des sanatoriums publics dépendant du département de la Seine et de l'assistance publique ont été nommés jusqu'ici en dehors des conditions prévues par le décret du 10 août 1920 et à la suite de concours spéciaux. Ces sanatoriums ne reçoivent d'ailleurs aucune subvention de l'Etat relative aux frais de fonctionnement. L'application au département de la Seine et à la ville de Paris des règles édictées par le décret du 10 août 1920 soulève quelques difficultés dont la solution est actuellement à l'étude et paraît devoir être facilitée par les modifications projetées au texte du décret.

(*J. O.*, 29 décembre 1923.)

Nombre des bénéficiaires des allocations aux femmes en couches et des primes d'allaitement.

6101. — M. François-Saint-Maur, sénateur, demande à M. le ministre de l'hygiène quel est le nombre de femmes bénéficiaires des allocations d'assistance aux femmes en couches et celui des bénéficiaires des primes d'allaitement (*Question du* 20 *décembre* 1923.)

Réponse. — Voici ces nombres pour les trois dernières années :

Années	Femmes admises	Primes d'allaitement
1920	336.935	261.270
1922	345.972	283.013
1921	304.525	237.455

(*J. O.*, 12 janvier 1924.)

Les frais d'expertise d'une victime civile de la guerre ne peuvent lui être réclamés si l'Etat a été condamné aux dépens.

19250. — M. Delory, député expose à M. le ministre des pensions que le docteur D..., de Lille, a été désigné, en septembre 1922, par le tribunal des pensions de Douai, pour expertiser le nommé P..., victime civile de la guerre, qu'à la suite de cette expertise, P... a obtenu, par arrêt de la cour de Douai, une pension de 50 p. 100 au lieu de 10 p. 100 allouée par le ministère des pensions ; que, pour préciser son diagnostic, le

docteur D... a cru devoir procéder à la radiographie du blessé, qu'actuellement ce médecin réclame à P..., la victime, une somme de 300 fr. pour frais de radiographies faites au cours de l'expertise et demande au ministre s'il admet qu'un expert ait le droit de réclamer les frais de son expertise au blessé, lequel n'est pas responsable si les médecins du centre spécial de réforme se sont trompés quant à l'évaluation de son indemnité et s'il pense que le blessé ait le droit de refuser le payement de la note à lui envoyée par l'expert. (*Question du* 20 *novembre* 1923.)

Réponse. — Aux termes de l'article 130 du code de procédure civile, la partie qui succombe est tenue au payement des frais de l'instance. Or, en l'espèce, l'intéressé a obtenu gain de cause à la suite de son recours devant la juridiction des pensions et l'Etat a été condamné aux dépens. Par conséquent le demandeur n'a pas à payer d'honoraires à l'expert commis par le tribunal.

(*J. O.*, 11 janvier 1924.)

Un mutilé de guerre a le droit d'avoir copie des pièces médicales jointes à son dossier.

19382. — M. René Nicod, député demande à M. le ministre des pensions si un militaire a le droit d'avoir copie des pièces médicales qu'il a jointes à son dossier de demande de pension, lequel se trouve à l'heure actuelle au ministère. (*Question du* 27 *novembre* 1923.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 11 janvier 1924.)

Pas de recours contre le refus d'assistance aux femmes en couches.

6083. — M. Abel Lefevre, sénateur, demande à M. le ministre de l'hygiène si une postulante dont la demande d'assistance aux femmes en couches a été rejetée par arrêté préfectoral peut se pourvoir contre cette décision devant la commission cantonale d'appel et, dans la négative, pour quel motif cette demanderesse, dont le domicile de secours n'est pas dans la commune où elle réside, ne pourrait avoir le droit de recours octroyé aux personnes ayant acquis leur domicile de secours dans la commune de leur résidence. (*Question du* 14 *novembre* 1923.)

Réponse. Aux termes de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite auquel renvoie l'article 6 de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches, c'est le préfet du département de la

résidence qui a seul qualité pour statuer sur les demandes d'assistance formées par des postulantes qui n'ont pas leur domicile dans la commune de leur résidence et aucun recours n'a été prévu par la loi contre sa décision. Mais il convient de signaler qu'un projet de loi a été déposé sur le bureau de la Chambre qui assure aux postulantes à l'assistance les mêmes recours, quelles que soient leurs conditions de domicile de secours.

(*J. O.*, 13 janvier 1924.)

Admission des malades dans les hôpitaux

19385. — M. Jean JADE, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° si l'article 2 de la loi du 1er août 1919 permet à un hôpital d'admettre d'urgence un malade venant d'une commune autre que celle sur laquelle est situé l'établissement ou bien si le bénéfice dudit article 2 est limité aux personnes tombées malades sur le territoire de la commune où est situé l'hôpital ; 2° dans le cas où un hôpital aurait admis d'urgence un malade d'une autre commune que celle de l'hôpital et que le maire de son domicile de secours refuserait d'admettre à l'assistance médicale, à qui incomberaient les frais de traitement. (*Question du 27 novembre* 1923.)

Réponse. — 1° L'article 2 de la loi du 1er août 1919 ne vise que la personne admise en vertu de l'article 1er de la loi du 7 août 1851 et exclut, en conséquence, l'hypothèse des malades venus d'une autre commune que celle où l'hôpital est situé ; 2° l'admission d'urgence par un hôpital en dehors des cas d'application de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, si elle n'est pas faite en vertu des articles 3 et 4 de la loi du 15 juillet 1893, ne relève que du réglement intérieur de l'établissement aux termes de l'article 2 de la loi du 7 août 1851, et l'établissement n'a droit de ce chef à aucun remboursement de la collectivité du domicile de secours, son seul recours étant celui qu'il peut exercer contre le malade et sa famille suivant l'article 5 de cette dernière loi, à moins de conventions conclues avec les communes conformément à son article 3.

(*J. O.*, 9 janvier 1924.)

VARIÉTÉ

Le 25e Anniversaire du Radium

Une grande manifestation vient d'avoir lieu à la Sorbonne pour célébrer le 25e anniversaire de la découverte du radium. De tous les discours qui furent prononcés, trois, à mon avis, sont à

retenir : d'abord celui du recteur Paul Appell, relatant la vie et les œuvres de Pierre et Mme Curie, nous montrant l'ulilité de ces grandes recherches scientifiques désintéressées ; ensuite, celui de M. Jean Perrin, qui a expliqué savamment ce qu'était le radium, et son immense portée dans les sciences physiques ; enfin et surtout celui du Dr Antoine Béclère, qui nous fit voir la grande utilité en médecine de ce corps nouveau, comment les rayons gamma pouvaient détruire les cellules cancéreuses, bref nous montrant que la vraie gloire du radium était de pouvoir soulager un peu l'humanité souffrante.

Après avoir entendu ces trois discours instructifs, nous avons eu le plaisir d'admirer diverses expériences que Mlle Irène Curie et M. Hollweck avaient spécialement préparées. Nous entendîmes alors le ministre de l'instruction publique : d'une voix forte, M. Léon Bérard prononça, en de belles phrases, émaillées de nombreuses citations latines, l'éloge de Curie. Malgré tout le charme de la langue cicéronienne du grand maître de l'Université, nous aurions certes trouvé plus appropriée à cette cérémonie toute scientifique et non littéraire, une allocution du ministre de l'hygiène, M. Paul Strauss, venant glorifier la découverte d'un savant qui a contribué à atténuer la souffrance humaine.

Et maintenant, avec le recul de ces quelques journées, jetons un coup d'œil d'ensemble sur cette manifestation, et essayons d'en découvrir le but véritable. Quelques uns affirmaient que le point final était de poser la candidature de Mme Curie à l'Institut ; son élection paraîtrait à nos yeux toute naturelle. D'autres prétendaient que l'on désirait forcer la main au Gouvernement, dans le but de lui faire doter plus largement nos laboratoires : ce serait certes un grand bien ; ne serait-il pas en effet possible de distraire du budget de la guerre quelques dizaines de millions, pour les utiliser dans un but plus humanitaire, et cela, d'autant plus facilement que les laboratoires contribuent puisamment à la défense nationale ?

En résumé, on peut dire que Mme Curie, la vaillante collaboratrice du regretté Pierre Curie, mérite bien tous les honneurs qu'elle a reçu, ainsi que la récompense nationale offerte au nom du Gouvernement par M. Millerand. La découverte de ces deux êtres, unis à la fois par les liens du mariage et ceux de la science, a une portée incalculable et leur nom doit passer à la postérité. Le *Concours Médical* les salue respectueusement en tant que bienfaiteurs de l'humanité.

Georges Boudin.

Quarante-sixième année N° 5 3 Février 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 228-IV)

Office de Renseignements du « Concours

Cet Office est mis à la disposition de nos lec teurs pour les renseigner et les documenter pou tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de l profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envol des abonnements et des cotisations filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique le plus économique est le versement au compte de chè ques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médica français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Bécus, de Romilly (Aube), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière. Micelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Noble J., Pierri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 31. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos, banl., Paris (30 à 40 kilom.).

No 32. — Dame ayant loisirs, instr. connaissant sténo. dactyl. ferait chez elle tous trav. écrit. comptabilité.

No 33. — Cure d'air. Pension d'enfants de 7 à 14 ans, convalescents ou chétifs, non contagieux, altitude 400 m. à 12 kil. de la mer, pleine campagne, recommandé par Dr Buges, à Cassis-sur-Mer (Bouches-du-Rhône).

No 34. — Doct. dem. poste méd. seul ou propharm. rayon 50 kil. et comm. faciles av. Paris. Ecr. Laboratoires Gabail, 13, rue de l'Estrapade.

No 35. — A céder un canapé se transformant en chaise longue, et en fauteuil speculum. S'adresser au Dr Vimont, 40, rue Chardon-Lagache, Paris.

No 36. — Jeune doct. célibat. tr. au courant client. cherche assister confr. âgé ou fatigué av. ou sans repr. évent. ou place dans clin. Paris, banl. ou prov.

No 37. A céd. dans banlieue Paris. bon poste, rapp. 30.000 sans aucun frais, de locom. Fixes, Habit. agréab. sit. d'av. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

CORRESPONDANCE

Exercice illégal de la médecine. Masseurs. Rhabilleurs. Massage hygiénique

Vous avez bien voulu, le 3 octobre dernier, me donner des renseignements sur le droit des masseurs d'exercer librement en France.

Toutefois, l'arrêt de la Cour de Cassation du 29 décembre 1900, réservant aux médecins la massothérapie, je vous serais très obligé de me fixer sur les attributions actuelles des masseurs.

Quelles sont les limites de leur art ?

Doivent-ils ne faire leur traitement que sur prescription médicale ou peuvent-ils accepter de masser un malade s'adressant directement à eux ?

En outre, leur massage peut-il porter sur toutes les parties du corps, membres, thorax, colonne vertébrale ?

Peuvent-ils traiter impunément les algies, céphalées, sciatiques, lumbago, névralgies intercostales, constipation, comme ils l'annoncent sur leurs cartes en se limitant à leur traitement exclusivement manuel.

D[r] M.

Réponse.

Tout d'abord relevons une petite erreur dans l'interprétation qui est donnée à l'arrêt de la Cour de Cassation, chambre criminelle, du 29 décembre 1900, dont le résumé est ainsi conçu :

« Le délit d'exercice illégal de la médecine peut résulter de tout mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, encore qu'il n'y ait eu prescription d'aucun médicament, ni recours à aucune opération chirurgicale, notamment du traitement par le magnétisme. « Spécialement, le fait d'avoir donné des soins suivis

à l'aide de passes magnétiques, pratiquées sur les malades par dessus leurs vêtements et de leur avoir fourni quelquefois de l'ouate aimantée, suffit pour faire condamner comme coupable d'exercice illégal de la médecine, celui qui s'est livré à ces pratiques, sans être muni de diplôme de docteur en médecine (loi du 30 novembre 1892, article 16).

En ce qui concerne les masseurs, ils ne peuvent, n'étant pas docteurs en médecine, diriger d'une manière suivie le traitement, par massages, d'affections chirurgicales quelconques.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892, le mot « *traitement* » est général et s'entend de tout acte, ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation des malaises ou maladies et, nonobstant l'opinion contraire du rapporteur de la loi, à la Chambre des députés, les termes du texte législatif sont formels et ne permettent ni doute ni interprétation.

Ainsi, le diagnostic d'une affection dont se plaint un malade, la pratique sur lui du massage, la prescription de frictions, à l'eau blanche par exemple, et du repos, par un rhabilleur-masseur, constituent des faits caractérisés d'exercice illégal de la médecine.

Est suffisant même pour caractériser l'exercice de la médecine le fait, par un rhabilleur-masseur, de pratiquer des massages *de sa propre initiative* à la suite d'une opération faite par un homme de l'art et sans exécuter en cela les prescriptions du docteur en médecine.

Il ne suffirait pas, pour pouvoir se disculper du délit d'exercice illégal de la médecine, de prouver qu'il n'y a eu aucune ordonnance de médication, car l'article 16, § 1, de la loi du 30 novembre 1892, ne subordonne l'existence du délit ni au mode de traitement employé, ni à l'administration d'aucun médicament ; cet article vise la pratique de tous procédés curatifs.

C'est ainsi que la Cour de Paris (16 mai 1900) et le tribunal correctionnel de Lyon (9 mai 1905) ont condamné des masseurs qui, sans se placer sous la direction suivie d'un médecin, pratiquaient du massage sur des lésions pathologiques. Dans le même sens, tribunal correctionnel de Charleville, 23 juin 1913, etc. (Voir *Concours médical* 1922, p. 2969.)

Mais le massage non thérapeutique est permis : massages toniques, ou pour cures d'amaigrissement, massage de beauté, etc. Il ne faut pas que ces opérations de massages aient pour but la guérison d'un cas pathologique.

Ainsi le massage, fait dans les établissements de bains, surtout après des séances de sudation, est licite ; tandis que serait punissable le massage local destiné à soigner une arthrite ou une luxation de date récente.

En ce sens s'est prononcé le tribunal correctionnel de Mantes (28 avril 1897).

Pourvu qu'il ne soit pas thérapeutique, le massage peut porter sur toutes les parties du corps.

Mais, le fait de soigner manuellement algies, névralgies, constipation, douleurs ou déformations pathologiques quelconques constituerait le délit d'exercice illégal de la médecine, si le traitement n'avait pas été, au préalable, indiqué, réglé par un médecin.

Cependant, le fait de distribuer des cartes indiquant la guérison possible de certaines affections par le massage, n'est pas punissable correctionnellement. Une action civile seule en dommages-intérêts pourrait être intentée.

Enfin, en dehors de tout massage hygiénique, le masseur ne doit pas accepter d'entreprendre un *malade* qui s'adresse directement à lui, sans avoir au préalable consulté un docteur, qui lui aura conseillé des séances de massage, en aura déterminé la durée et le mode d'application.

Ce faisant, le masseur aurait pris part au diagnostic d'une maladie.

Cependant, après ces considérations générales, devons-nous conclure que chaque cas particulier doit être examiné séparément. Le délit d'exercice illégal de la médecine est malaisé à réprimer, car les termes mêmes de la loi du 30 novembre 1892 sont peu précis et surtout lorsqu'on considère que les magistrats sont parfois les premiers clients des illégaux. *Vulgus vult decipi.*

Dr Paul Boudin.

Prescription de substances vénéneuses.

De la part d'une quinzaine de médecins, membres du « Sou médical », je suis chargé de porter à votre connaissance les faits suivants, pour vous demander conseil et avis au sujet de la marche à suivre pour notre défense.

Une inspection des pharmacies a fait relever contre nous un certain nombre d'infractions à la loi sur les stupéfiants :

Papier sans en-tête ; dose d'extrait thébaïque écrite en chiffres ; solution d'héroïne (0,10 pour 20 gr.), avec nombre de gouttes dépassant celui indiqué pour les 7 jours ; un flacon de comprimés de Pantopon, avec prescription : 1 par jour, d'où contravention, puisque le flacon d'origine contient 20 comprimés, etc... ; toutes fautes réelles, reconnues, mais où l'on ne peut déceler l'intention de favoriser l'emploi des stupéfiants dans un but autre que thérapeutique.

Quelle peut être notre défense ? Ces inculpations ne se sont produites que dans l'arrondissement de X, et non dans tout le département ; dans quelques pharmacies et non dans toutes.

Dr Z.

Réponse.

Les lois et décrets sur les stupéfiants sont très formels, en ce qui concerne le mode de prescription des toxiques. Ces médicaments ne doi-

vent être délivrés que si le médecin a indiqué lisiblement son nom et son adresse ; si les doses sont indiquées non en chiffres, mais en lettres ; si les prescriptions ne doivent pas excéder une quantité pour sept jours ; enfin, si le mode d'administration des médicaments est nettement indiqué.

Certes, des sanctions pénales ont été prévues par la loi du 19 juillet 1849, sur les substances vénéneuses, modifiée par celle du 16 juillet 1916. Mais l'article 463 du code pénal, faisant bénéficier du sursis, peut être applicable et c'est ce que vous devez vous efforcer à obtenir.

Vous pouvez démontrer au magistrat enquêteur que la Faculté de médecine fait de nous de savants docteurs, mais nullement des praticiens et qu'on ne nous a jamais enseigné le respect qu'on doit aux lois et règlements.

Or, bien peu nombreux sont les médecins qui s'astreignent à prendre l'habitude de formuler en toutes lettres.

De plus, à la campagne, nous rédigeons nos ordonnances sur un papier quelconque que nous fournit notre client et nous n'avons pas sur nous de timbre humide, portant notre nom et notre adresse. D'autant que les pharmaciens des alentours, connaissant notre signature, délivrent les médicaments sans objection.

Délivrer une boîte de Pantopon peut excéder la dose d'une semaine ; mais il s'agit d'un malade, qui ne fera pas renouveler son ordonnance par son médecin, parce que malade accidentel et non morphinomane, ce n'est pas grand crime, mais plutôt approvisionnement en vue d'une maladie pouvant excéder 8 jours, mais ne devant pas faire absorber au client un poison utile à la satisfaction d'un vice.

Donc, près du magistrat enquêteur, plaidez coupable, mais avec circonstances atténuantes ; mais surtout faites agir toutes les personnalités politiques que vous connaissez les uns et les autres pour arrêter les poursuites.

Tenez-nous au courant et dites-nous si nous pouvons vous être utiles en quelque chose.

Dr Paul Boudin.

Révision à la suite du décès d'un pensionné du travail

D, ouvrier mineur, *blessé* le 1er février 1922 : *contusion du thorax, fracture de côte*, suivie de pleuro-pneumonie.

Convalescence très lente. Le travail n'est jamais repris, par suite de *congestion pulmonaire et de myocardite.*

Par devant le tribunal, l'*incapacité permanente totale est admise*, sans expertise, *au début de* 1923.

Le tribunal n'a pas nommé d'expert, sur le vu de l'observation de ce blessé faite par moi-même, mé-

decin traitant — et sur un rapport établi par deux médecins de la Compagnie, venus auprès du blessé, lors de la dernière visite de contrôle.

J'avais été prié de signer ce rapport. J'agréais au désir de mon confrère, quand j'en lus les conclusions :

« *Nous estimons que, par suite de son accident, D... est atteint d'incapacité totale permanente de travail* ».

D. est décédé le 3 *décembre* 1923, des suites normales de la congestion pulmonaire et de sa myocardite. Il laisse une veuve et un enfant au-dessous de treize ans.

Ses autres enfants (6 ou 7) sont en âge de travailler.

Sa veuve, son enfant ont-ils des droits à pension ?

Si oui, quelles démarches faire. ?

Dr G.

Réponse.

Lorsqu'un accidenté du travail meurt des suites de sa blessure, sa veuve a droit à une pension égale à 20 % de son salaire. En outre, dans le cas où il laisse des enfants âgés de moins de seize ans, et sans qu'on ait à distinguer si ces enfants travaillent ou non, ces enfants ont droit jusqu'à seize ans à une rente égale à 15 % du salaire s'il n'y en a qu'un, à 25 %, s'il y en a 2, à 35 % s'il y en a 3 et à 40 % s'il y en a quatre ou un plus grand nombre. Le salaire qui doit servir de base au calcul de ces rentes est le même qui a servi à déterminer la rente de la victime.

Pour obtenir l'attribution de ces rentes, tant pour elle que pour ses enfants mineurs, dont elle est la tutrice naturelle et légale, la veuve doit faire une déclaration au greffe du tribunal civil. Le président du tribunal, saisi par cette déclaration, la convoquera ainsi que le patron et l'assureur pour tenter une conciliation. Si l'assurance ne conteste pas la relation de cause à effet entre l'accident et le décès, il est fort probable qu'elle ne se refusera pas au payement de la rente. Mais si la conciliation est impossible, la veuve a droit au bénéfice de l'assistance judiciaire pour poursuivre la procédure.

Impôts sur les automobiles.

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Je viens d'acheter une Ford (4 places, 14 HP). Les indirectes me font payer pour un trimestre 119 fr. 80.

Je n'avais pas de voiture jusqu'ici, et je serais heureux de savoir si c'est bien ce que doit payer le propriétaire d'une voiture à usage professionnel.

Dr D.

Réponse.

Le chiffre de 119,80 pour un trimestre est exact. Il se calcule comme suit :

Droit principal pour les voitures de plus de

12 chevaux dans les communes autres que Paris	281 25
18,75 par C. V. du 1er au 12e	225 »
26,25 pour chacun des 13e et 14e	52 50
Ensemble	558 75
Dont moitié seulement pour une voiture professionnelle	279 37
Droit de circulation sur une voiture de 13 à 24 C. V.	200 »
Total	479 37

Pour un trimestre, le quart est de 119,84.

Radiation des cadres d'un médecin de complément

Je vous serai obligé de vouloir bien m'indiquer la marche à suivre pour obtenir ma radiation des cadres : né en mars 75, je suis aide-major de 1re classe. Je pense pouvoir demander ma radiation en toute sécurité, et me trouver libre de toute obligation militaire par la suite.

Dr R.

Réponse.

Le temps fixé pour la durée de vos obligations militaires étant écoulé, vous pouvez en toute assurance demander votre radiation des cadres au directeur du service de Santé de votre région.

Admission d'un pensionné de guerre dans un sanatorium.

Je vous serais reconnaissant de me fournir le renseignement suivant :

Où puis-je envoyer un réformé no 1 atteint d'ostéo-arthrite bacillaire du genou qui me demande à juste titre de passer la fin de l'hiver dans un sanatorium ou dans un établissement hospitalier « approprié à son état ». Je ne connais pas, dans ma région, d'établissement susceptible de le soigner utilement. Il en est un, mais trop exposé aux vents du large pour mon malade qui a de la symphyse pleurale.

Mon malade désire suivre un traitement actif avec héliothérapie ou physiothérapie.

Dr A.

Réponse.

Que votre malade écrive au directeur du service de santé de sa région une lettre pour lui faire connaître ses désirs, et lui exposer en détail son affection. Vous feriez au mieux d'y joindre une attestation, dans laquelle vous développeriez, médicalement parlant, les contre-indications, qui existent en ce qui concerne ce sanatorium voisin de son domicile.

Pourvoi devant le Tribunal des pensions.

Vieil abonné du *Concours*, je viens une fois de plus, faire appel à vos bons conseils :





J'ai un de mes malades classe 1901, incorporé en août 1914, réformé temporaire en décembre 1914. Réformé définitivement, invalidité 40 % par la Commission spéciale de T., dans sa séance du 6 février 1922. « Sans origine ».

La pension lui est refusée le 18 avril 1923 par le Ministre des Pensions pour le motif suivant :

« L'intéressé est atteint de rhumatisme polyarticulaire déformant : gonflement et déformations des genoux, du cou-de-pied avec gêne considérable de la marche qui nécessite l'emploi de deux cannes. Tophus du volume d'une noisette au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus droit. Amyotrophie des muscles interosseux, assourdissement des bruits du cœur, sans lésion appréciable.

Cet état là s'est aggravé.

L'infirme père de quatre enfants est employé par charité publique comme cantonnier, les enfants pour la même raison sont sur la liste médicale de l'Assistance gratuite.

Cet homme a-t-il un recours quelconque contre cette décision ? Le malade ayant été déclaré apte à servir en 1914 (août) et réformé en décembre de la même année, il semble qu'il y ait une contradiction.

Je vous serais très obligé, si vous aviez la bonté de bien vouloir m'éclairer sur ce point.

Dr D.

Réponse.

Votre malade bénéficie d'un délai de six mois à partir du jour où le rejet de sa pension lui a été notifié, pour se pourvoir contre cette décision devant le tribunal départemental des pensions. S'il prend une décision en ce sens, il devra adresser sa demande, sous pli recommandé, au greffe du tribunal civil.

Remboursement de la taxe de luxe à un sinistré de guerre.

La réponse donnée sous ce titre dans le *Concours médical* du 6 janvier nous a été fournie à titre officieux par le service compétent. Mais nous faisons le nécessaire pour obtenir une réponse officielle qui pourra fixer la jurisprudence.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Classement des revenus dans les diverses catégories

En 1923, j'ai touché de la Prévoyance médicale, 30, rue de Londres, à Paris.

1° Un dividende de 17 fr. 90 pour 2 parts de jouissance de cette Société ;

2° Une allocation semestrielle de 449 fr. 90, en tant que membre de la Prévoyance, depuis au moins 15 années et âgé de 60 ans.

(*Voir la suite page XLVII-275*)

PROPOS DU JOUR

Un assainissement possible et nécessaire
La loyauté dans les concours. A propos de l'anonymat des copies

Nous demandons pardon à nos lecteurs de nous occuper aujourd'hui d'une question parisienne, mais elle a, à notre avis, une grande importance pour le corps médical français tout entier.

A Paris, comme d'ailleurs dans beaucoup de ville, les fonctions médicales hospitalières sont mises au concours. S'il ne s'agissait que de donner des soins suffisants aux malades des hôpitaux, le concours nous paraîtrait peu utile. Tous les docteurs en médecine sont capables de soigner les malades et les raisons de valeur morale devraient primer, dans la désignation des médecins pour les hôpitaux, les raisons d'ordre scientifique. D'ailleurs, dans beaucoup de villes, même de quelque importance, à Agen par exemple, nous avons vu préférer au concours pour le choix de chirurgien des hôpitaux la désignation par le syndicat médical du département.

Mais, dans les villes pourvues d'un enseignement médical, et surtout à Paris, le médecin des hôpitaux a une autre tâche importante, celle de participer à l'instruction, à l'éducation des jeunes médecins et ce rôle, à notre avis, prime même celui des professeurs de Faculté. Il est donc nécessaire qu'on tienne compte de la valeur scientifique et des qualités professorales des candidats. Ceci légitime le choix au concours.

L'on a beaucoup discuté sur la valeur des concours, l'on s'est plaint amèrement du favoritisme qui y régnait. La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a voulu faire quelque chose pour assainir le choix de ses futurs membres. Elle a cru y avoir réussi en partie en exigeant l'anonymat des copies.

Nous avons eu, par hasard, l'occasion de nous entretenir à ce sujet avec des confrères, très sérieux, des hommes d'élite qui ont abandonné les concours. Ils nous en ont parlé sans rancœur, même avec une sorte de satisfaction de s'être libérés d'une préparation devenue pour eux fastidieuse, mais il nous ont donné des renseignements précis sur les mœurs qui tendent à s'introduire parmi les candidats, renseignements qui, sans nous étonner outre mesure, méritent d'être publiés. Si ces habitudes, en effet, étaient tolérées plus longtemps, elles ne tarderaient pas à nuire à la considération du corps médical des hôpitaux de Paris.

Que nous importe, nous objecteront plus d'un praticien de nos lecteurs ? C'est aux médecins des hôpitaux de Paris à prendre eux-mêmes des mesures pour assainir leur recrutement et se défendre. — Pardon, répliquerons-nous, si les médecins des hôpitaux n'étaient pas une élite, chargée de l'éducation de nos futurs confrères, nous pourrions à la rigueur nous en désintéresser, mais nous avons le droit et même le devoir de réclamer que le choix de ceux qui doivent devenir les éducateurs des futurs médecins nos confrères ne soit pas entaché de déloyauté et que le médecin des hôpitaux qui servira fatalement d'exemple, comme chef, à ses élèves, nos confrères de demain, ne soit pas frappé d'une tare originelle qui permette à chacun de mettre en doute la pureté de sa conscience et sa valeur morale.

Ceci dit pour bien montrer à tous que la question ne saurait nous désintéresser et que, peut-être, nous sommes les seuls qui puissions la traiter en toute franchise et en toute indépendance, (1) nous allons exposer le plus simplement possible les détails que le pur hasard nous a permis de recueillir sur le concours des hôpitaux et les résultats que donne l'anonymat des copies.

Nous nous empressons de dire que nous ne visons aucune personnalité, que tous les candidats choisis jusqu'ici paraissent présenter les garanties scientifiques nécessaires, que nous nous garderons bien de prétendre qu'il en est qui ont été admis par fraude. Ceux qui nous ont renseigné et qui ont abandonné les concours depuis longtemps, nous ont parlé, nous le répétons, sans jalousie et sans rancœur, nous voulons simplement signaler des habitudes qui, paraît-il, tendent à devenir des mœurs qui, si elles n'étaient pas modifiées, auraient des conséquences désastreuses.

***

L'anonymat des copies, nous a-t-on dit, est la principale précaution que l'on a cru devoir prendre contre le favoritisme.

Cet anonymat est-il possible ? Nous en doutons. Chaque maître, membre du jury, qui s'in-

(1) Nous disons les seuls parce qu'on ne saurait nous reprocher d'avoir un intérêt personnel direct ou indirect, proche ou éloigné, dans cette question. J. N.

téresse aux candidats, ses élèves, cherche (ce qui est assez naturel) à percer cet anonymat et y parvient sans trop de difficulté.

D'autre part, il est facile à un membre du jury qui met dans l'urne une question qui pourra être tirée, de choisir un sujet qu'il a traité tout spécialement devant ses élèves. En insistant sur certains points secondaires, il les retrouvera dans certaines copies, ce qui lui permettra d'en identifier les auteurs. Contre cela, il n'y a rien à faire, si l'on conserve l'anonymat dans le concours tel qu'il est institué.

Mais il y a une chose beaucoup plus grave qui dénote, chez les candidats qui s'y livrent, une véritable aberration, une réelle inconscience. C'est un fait qui s'est produit dès les premiers concours d'après-guerre, qui tend à devenir une coutume établie et acceptée et contre laquelle on ne saurait trop s'élever ; nous allons l'exposer :

Il est une excellente méthode de préparation des concours qui consiste à se grouper par 3 ou 4 en conférences que dirige souvent un maître. Cette collaboration est parfaite mais, où elle ne l'est plus, c'est quand elle se continue dans la salle même où a lieu le concours. L'on nous a affirmé (et le caractère de ceux qui nous l'ont affirmé ne nous permet pas de douter de leur parole) que, lors de la composition écrite, les candidats faisant partie d'une même conférence, se plaçaient côte à côte, se concertaient entre eux, et dressaient en commun le projet de copie.

Or, il est facile de comprendre que trois candidats qui, individuellement, peuvent mériter, par exemple, la note 11, pourront par le fait de cette collaboration entre gens qui, indiscutablement ont beaucoup travaillé, compléter à eux trois leurs connaissances réciproques et arriver à faire ainsi des copies méritant 13, 14 et même 15, le maximum. Ceci, tous les candidats l'ont constaté et pourraient l'affirmer, nous a-t-on dit.

Mais, d'où vient que personne ne s'en plaint ? Mon Dieu, pour ceux qui connaissent le milieu des candidats au concours, c'est assez naturel. Les uns se taisent parce qu'ils comptent bien profiter de cette habitude. Les autres (et c'est évidemment le plus grand nombre) parce que la délation leur répugne et qu'ils ne veulent pas être traités de mouchards. Il en est, comme ceux qui ont été appelés, par hasard, à nous renseigner, qui, devant cette nouvelle difficulté déloyale du concours, ont préféré se retirer sans bruit. Tant mieux pour eux sans doute.

Mais il arrivera fatalement, si l'on continue ainsi, que les meilleurs parmi les bons finiront par accepter cette coutume et par faire comme les autres. Lorsqu'on a sacrifié plusieurs années de sa vie, et les plus belles, à travailler nuit et jour pour obtenir un titre, il est dur d'abandonner la partie sans avoir tenté tout le nécessaire pour réussir.

Eh bien, nous, nous trouvons de telles mœurs déplorables et nous n'hésitons pas à le dire. Collaborer dans un concours équivaut à copier. Copier, c'est chercher à voler la place du concurrent honnête. Nous ne faisons aucune distinction entre cet acte et celui qui a consisté à détacher plusieurs coupons du carnet d'un pensionné de guerre pour soutirer à l'Etat quelques milliers de francs. Et cependant, le résultat est que le dernier acte conduit son auteur en correctionnelle (ce qui est très bien) et que le premier peut mener celui qui l'accomplit à une situation indiscutablement enviée et le plus souvent lucrative.

Le remède est, nous semble-t-il, assez facile à trouver. L'Assistance Publique a des locaux qui nous paraissent assez vastes pour que les 50 à 60 candidats soient suffisamment espacés pour ne pouvoir communiquer clandestinement. Les places marquées d'avance pourraient être tirées au sort et le zèle du surveillant pourrait être stimulé pour lui éviter d'être considéré comme le complice des fraudeurs.

***

En écrivant ces lignes, nous croyons avoir fait une bonne action. Tous ceux qui ont le souci de l'assainissement des milieux médicaux, et c'est la presque unanimité du corps médical, nous approuveront. Peut-être avons-nous exagéré de bonne foi ce que nous avons entendu raconter ? Peut-être avons-nous transformé les paroles de ceux dont le hasard nous a permis d'écouter la conversation et que nous ne voudrions à aucun prix mettre en cause ?

Mais nous serions heureux de recevoir de personnes autorisées un *démenti signé* qui nous affirmerait *sur l'honneur* que nous nous sommes ou avons été trompé. Ce démenti, nous nous ferions un *devoir*, nous dirons même un *plaisir*, de le publier en tête d'un de nos plus prochains propos du jour.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

I

L'Allaitement au sein

Par P. ROHMER,

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Messieurs,

Le lait maternel est l'aliment physiologique du nourrisson ; si ce dernier en est privé, « il en souffre presque toujours et en meurt quelquefois » (MARFAN). Il y a à peine quelques dizaines d'années que ce fait scientifique n'est plus contesté, et que les savants ont cessé de vouloir faire mieux que la nature. Nous verrons dans le cours de ces leçons que notre esprit critique n'a pas complètement abdiqué ses droits, et que, dans quelques rares cas, nous modifions et complétons cet aliment naturel ; qu'il est non plus tout à fait exact que les enfants souffrent *toujours* de l'alimentation artificielle ; mais ces exceptions ne font que confirmer la règle de la grande supériorité de l'allaitement maternel sur tous les autres modes d'alimentation du nourrisson. C'est lui qui assure le développement normal de l'enfant bien portant, et c'est à lui qu'on a recours en dernier lieu, dans les affections gastro-intestinales graves. On peut affirmer que 70 à 80 pour cent des nourrissons qui meurent, succombent par suite du défaut de cette alimentation physiologique, et encore faut-il ajouter ceux qui, sans mourir, entrent malades ou chétifs dans leur seconde ou troisième année, à la suite de l'alimentation défectueuse qu'ils ont eue pendant la première année. Ces considérations expliquent et justifient l'insistance avec laquelle la médecine infantile et la puériculture moderne mettent l'allaitement maternel au premier rang de leurs revendications.

Il est donc indispensable que les médecins en possèdent la technique, qu'ils connaissent ses indications ainsi que les difficultés et les obstacles qui peuvent se présenter pendant l'allaitement au sein.

Physiologie de l'allaitement au sein. Vous savez que les seins sécrètent pendant les premiers jours après l'accouchement du colostrum, qui est caractérisé par sa richesse en matières azotées et en substances minérales. Nous n'en connaissons pas la fonction spécifique ; nous savons qu'il se modifie de jour en jour jusqu'à la montée laiteuse, qui marque la sécrétion du lait adulte, et qui survient vers le quatrième jour chez les multipares, souvent un ou deux jours plus tard chez les primipares.

Le premier jour, l'enfant ne doit rien prendre. Les jours suivants, les quantités que boivent les nouveau-nés diffèrent énormément d'un enfant à l'autre ; les chiffres varient de 0 à 160 gr. pour le deuxième, de 80 à 285 gr. pour le troisième jour, etc. On trouve dans les traités des moyennes, comme les suivantes :

1er jour	2e	3e	4e	5e	6e	7e
0	90	190	310	350	380	470 gr.

On peut aussi établir des moyennes pour la première semaine, en multipliant le nombre des jours moins un avec 70 à 80 gr., mais on se gardera d'attribuer à tous ces chiffres plus qu'une valeur très relative. A la fin de la première semaine, l'enfant devra être arrivé à environ 100 gr. par jour et par kilo ; dans la deuxième semaine, les quantités augmentent pour atteindre finalement environ un sixième du poids de l'enfant. Pendant les premiers mois, l'enfant continue à prendre 1 /6e ; dans le deuxième trimestre, 1 /7e ;

(1) Ces leçons font partie d'un cours de puériculture, fait aux médecins qui sont candidats aux postes de médecins-inspecteurs de puériculture, en vertu d'une convention passée entre la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace et les préfets du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Le cours sera publié intégralement dans le *Concours médical* en 1924.

Nous remercions bien vivement M. le professeur ROHMER de nous faire l'honneur de nous en confier la publication parallèlement au *Médecin de l'Alsace et Lorraine.*

N. D. L. R.

plus tard 1 /8e de son poids. La sécrétion lactée monte rapidement pour atteindre son maximum — 1 litre ou un peu au-delà — entre la dixième et la vingtième semaine ; elle reste à ce niveau jusqu'à vers la fin de la lactation. Ceci équivaut à dire que l'enfant prend au début entre 100 et 110 calories, au commencement du deuxième trimestre de 90 à 100, après six mois de 90 à 80 calories par kilo de poids, si on admet qu'un litre de lait de femme contient environ 700 calories. Il est vrai que cette estimation est très inexacte, parce que la composition chimique du lait de femme est variable, surtout pour ce qui concerne sa teneur en matières grasses. On indique comme moyenne les chiffres suivants:

Matières azotées	1,03
Graisse	4,07
Lactose	7,03
Substances minérales	0,21

Nous reviendrons plus tard sur l'analyse chimique du lait de femme ; qu'il nous suffise ici de savoir qu'il ne faut considérer les quantités de nourriture que je viens d'indiquer que comme des points de repère, dont il faut éviter de trop s'écarter. En réalité, il faut avant tout tenir compte des besoins individuels des nourrissons, qui peuvent être différents d'un enfant à l'autre. La nourriture est suffisante, si l'enfant est bien portant et si sa croissance pondérale se poursuit normalement.

Le poids de naissance d'un enfant normal peut varier entre 2500 et 4000 grammes et au-delà, avec une moyenne de 3150 à 3250 grammes. La chute initiale d'environ 150 à 200 (0 à 700) grammes est due principalement à l'inanition et à la perte d'eau des premiers jours. Le poids de naissance est généralement rétabli au bout de 10 jours, mais certains enfants y arrivent plus lentement, surtout quand l'alimentation est insuffisante. A partir de ce moment, le poids doit augmenter régulièrement ; il monte plus vite au début (29 grammes par jour dans le premier, 27 dans le deuxième, 24 dans le troisième mois), plus lentement dans la seconde moitié de la première année. Généralement ; le nourrisson bien portant et allaité au sein a doublé son poids de naissance vers la fin du cinquième mois, et l'a triplé à 12 mois. Une autre règle pour déterminer le poids que devrait avoir un enfant à un moment donné, si l'on fait abstraction des trois premiers mois, consiste à multiplier le nombre des mois par 600 dans la première moitié, et par 500 dans la seconde moitié de l'année et d'additionner le résultat au poids de naissance.

La taille est d'environ 50 cm. à la naissance et d'environ 70 cm. à la fin de la première année.

Il faut toujours insister sur la valeur relative de toutes ces règles ; il y a des enfants qui augmentent plus rapidement, et d'autres qui augmentent plus lentement au début et dont la croissance pondérale suit une marche inverse vers la fin de la première année, pour arriver finalement au même résultat. Ce qui importe, c'est que la courbe du poids doit suivre une ligne régulière et non interrompue, et que l'enfant doit présenter tous les autres *signes d'une bonne santé* : coloration rosée des téguments, bonne turgescence des tissus, bonne tonicité de la musculature ; le ventre ferme, légèrement bombé ; la peau fine et intacte. N'oubliez pas non plus de contrôler le développement des *fonctions statiques et psychiques* de l'enfant : il réagit à des effets lumineux ou acoustiques dès les premiers jours; à un mois, l'œil fixe les objets ; l'enfant tourne la tête à la perception d'un bruit ; il semble prendre conscience du monde extérieur. Dans le deuxième trimestre, il apprend à porter librement la tête, à s'asseoir, à connaître son entourage ; entre 6 et 9 mois, il se tient debout en s'appuyant ; il saisit les objets avec l'intention de s'en emparer. A la fin de la première année, il apprend à marcher et commence à bredouiller quelques mots. Les premières dents (incisives médianes inférieures) percent à 6 mois ; à la fin de la première année, l'enfant doit avoir les 8 incisives ; la première dentition est terminée vers trente mois. La grande fontanelle se rétrécit lentement et est fermée à 18 mois.

Ce sont là quelques points faciles à retenir et à retrouver ; il faut les rechercher pour savoir si l'on a affaire à un enfant bien portant ou à un enfant malade, arriéré ou idiot.

Revenons, après cette digression, à la *technique de l'allaitement*. J'ai l'habitude de faire offrir le sein aux nouveau-nés à partir du deuxième jour et, pendant la première semaine, aussi souvent qu'il se présente. Dans la deuxième semaine, on les habitue lentement à observer des intervalles réguliers entre les repas. Je recommande de donner six fois le sein pendant le reste du premier mois, et cinq tétées à partir du deuxième mois, toujours en supposant qu'il existe des conditions normales quant à la sécrétion lactée et à la santé de l'enfant. Les intervalles seront d'environ 3 heures ; les tétées nocturnes sont toujours inutiles. Beaucoup d'auteurs recommandent des tétées plus nombreuses et plus rapprochées ; je n'y vois aucun inconvénient, mais je n'y ai recours personnellement que dans des cas pathologiques.

Quant à la *toilette du sein*, de simples mesures de propreté suffisent ; je n'ai jamais pu me convaincre de l'utilité ni de la préparation des mamelons pendant la grossesse, ni de leur désinfection pendant la durée de l'allaitement ; il suffit de les laver légèrement à l'eau tiède avant et après les tétées, et de les tenir secs dans les intervalles.

Quel sera le *régime de la mère* qui allaite ? Je ne lui impose aucune restriction ; elle peut

manger et boire ce qui lui convient. Je n'ai jamais défendu ni vin, ni liqueur, ni aliment épicé ou faisandé, et je n'ai jamais vu un nourrisson souffrir de ce régime libéral. Si un nourrisson névropathe ou trop sensible montre de la répugnance pour un lait maternel qui a pu prendre de certains aliments une odeur particulière, vous direz à la mère de renoncer à ce plat, tout en lui affirmant que la santé de l'enfant n'en aura pas souffert. On suivra la même règle pour les médicaments ; ceux qui passent dans le lait ne s'y trouvent que dans des quantités minimes et inoffensives. En règle générale, on peut donc permettre aux mères d'en user dans les doses habituelles. Exceptionnellement, après ingestion d'une forte dose d'un médicament très actif (chloroforme, morphine, extrait de fougère mâle, etc.) on videra les seins pendant 8 heures par expression manuelle, sans utiliser le lait. Il est évident que cette règle ne s'applique pas aux cas où une drogue est prise habituellement en fortes doses (par exemple : morphinomanie).

Nous arrivons maintenant aux *obstacles qui peuvent s'opposer à l'allaitement au sein.* L'agalactie totale est très rare. Quant à l'hypogalactie, il est certain qu'elle devient plus rare partout où la bonne volonté de la mère d'allaiter son enfant se rencontre avec le zèle et le savoir technique du médecin qui la conseille. C'est ainsi que s'expliquent les succès tout à fait remarquables de M. PINARD, qui ne l'a rencontrée que dans 1 p. cent des cas. M. MARFAN a trouvé l'hypogalactie dans 10 p. cent des cas dans les couches élevées de la population, et dans 1 pour cent des cas dans le peuple. A Lille, 90 pour cent des mères ont été de bonnes nourrices pendant la guerre, dans des conditions pourtant défavorables. D'après un auteur anglais, 83 p. cent des femmes observées à Londres ont pu allaiter sans difficultés au-delà du troisième mois, et une statistique allemande donne pour Berlin des chiffres presque identiques. C'est donc à ces résultats que l'on doit arriver, si l'on y met le zèle, la conviction, le savoir et la patience nécessaires.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la balance seule permet de mesurer la production de lait d'une mère nourrice ; ni l'inspection des seins, ni l'analyse chimique ou microscopique du lait ne nous fournissent des indications sûres.

Le stimulant unique pour la *sécrétion des glandes mammaires* est l'excitation provenant de la succion de l'enfant et de l'évacuation régulière des glandes. C'est pour cette raison que nous portons le nombre des têtées à 7, 8, ou au-delà en cas d'hypogalactie, surtout au début de la lactation et chez des primipares. Dans ces cas, il faut savoir patienter pendant des semaines, en se contentant d'une augmentation minime ; souvent on intercale un ou deux biberons entre six têtées aux deux seins. Si l'enfant est faible, on peut lui substituer un autre nourrisson plus robuste (allaitement mutuel !). La rétention du lait dans les seins peut les ruiner en peu de jours ; quelquefois un seul jour y suffit, si le sein fonctionnait difficilement. Il faut aussi que les mères s'abstiennent, pendant la lactation, d'un travail trop dur ; j'ai souvent constaté que les ouvrières perdaient le lait au moment où elles retournaient à la fabrique. Les médicaments galactagogues qu'on a recommandés jusqu'à présent, sont sans efficacité.

La *brièveté des mamelons,* ou des mamelons plats, ne constituent pas un obstacle insurmontable à l'allaitement ; ce ne sont que les mamelons ombiliqués qui, en règle générale, le rendront impossible.

Quant aux *maladies maternelles,* qui peuvent empêcher l'allaitement, il faut défendre celui-ci chaque fois qu'il provoque chez la mère des signes avérés d'épuisement sérieux. Pendant les maladies infectieuses aiguës, la sécrétion des glandes mammaires diminuera spontanément ; l'élaboration de quelques centaines de grammes de lait ne constituant pas une très grande charge pour l'organisme maternel, il faut faire continuer l'allaitement, tout en prenant les précautions nécessaires pour protéger l'enfant contre l'infection. Pour la plupart des maladies, on ne peut pas établir de règle générale ; on s'en tiendra à celle-ci, qu'on défendra l'allaitement au sein dans les cas où la santé de la mère ou de l'enfant en sont sérieusement compromises. Je défends formellement l'allaitement dans la tuberculose pulmonaire, même si elle est latente ou guérie ; on risque toujours qu'elle se réveille ou que sa marche n'en soit accélérée. Dans la syphilis, par contre, il faut toujours faire allaiter, excepté dans les cas où l'infection date des derniers mois de la grossesse, et où, par conséquent, l'enfant peut être indemne et pourrait être contaminé après coup.

Vous savez que la lactation n'empêche pas la conception, que le retour de la menstruation n'altère pas le lait d'une façon essentielle, qu'une nouvelle gravidité n'empêche, en principe, pas l'allaitement, que la disparition subite du lait à la suite d'émotions est impossible ; dans ce dernier cas, il peut y avoir rétention momentanée du lait dans la glande, et fléchissement transitoire de la sécrétion ; il suffit de continuer tranquillement l'allaitement pour que le débit normal se rétablisse promptement. D'autre part, il y a des rapports étroits entre le système nerveux et la sécrétion mammaire, et celle-ci obéit à tout moment à des influences nerveuses ; des préoccupations, soucis, dépressions, la crainte même de perdre le lait, peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses sur elle.

Restent les *gerçures et les mastites.* Les crevasses ou gerçures du mamelon et de l'aréole gué-

rissent rapidement, si l'on supprime l'allaitement ; mais si l'on prend au sérieux le devoir du médecin de le faire continuer dans la mesure du possible, c'en est un obstacle très important. Certains médecins les traitent par des compresses à l'alcool, ou à la glycérine additionnée de 5 à 10 p. cent de tanin, ou bien les badigeonnent avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 ou de bleu de méthylène à 5 p. cent. MARFAN recommande le procédé suivant : laver à l'eau oxygénée, sécher, badigeonner avec la solution suivante :

Teinture de benjoin	10 gr.
Borate de soude	5 gr.
Glycérine	15 gr.
Eau de roses	45 gr.

laisser sécher ; protéger les mamelons par des bouts de sein dans l'intervalle entre les tétées. Le but des nombreux traitements qu'on a indiqués est d'obtenir une cicatrisation rapide et de pouvoir continuer l'allaitement. Quelquefois il sera nécessaire d'ôter l'enfant du sein pendant quelques jours, en exprimant le lait manuellement ou au moyen d'un tire-lait, ou bien on fait boire l'enfant à un bout de sein muni d'une tétine. Le traitement est souvent très long ; la succion de l'enfant très douloureuse pour la mère ; celle-ci se décourage et finit par perdre le lait.

Le traitement de la *lymphangite et de la galactophorite* est un traitement chirurgical. On relèvera les seins par un pansement approprié ; on appliquera du froid ou de la chaleur selon les indications habituelles, et on fera une incision, s'il se forme un abcès. Il y aura toujours utilité de vider les seins pendant ce temps, dans les intervalles réguliers. Dans l'intérêt de l'enfant, la question se pose s'il faut continuer à le faire téter le sein malade. Du point de vue de l'enfant, je n'y vois aucun inconvénient. Une infection intestinale par le pus que l'enfant pourrait avaler, n'est pratiquement pas à craindre. On mettra donc l'enfant au sein malade, si l'inflammation de ce dernier ne s'en trouve pas aggravée ; dans ce dernier cas, par contre, on supprimera l'allaitement du côté malade ; j'ai vu des infections tellement violentes que même la succion de l'enfant au sein bien portant provoquait des douleurs si intenses du côté malade qu'il fallait faire cesser l'allaitement complètement. Ces cas cependant sont rares.

Quand l'allaitement au sein ne suffit pas, il faut adjoindre au lait de femme une certaine quantité de nourriture artificielle. *C'est l'allaitement mixte.* On y a recours dans les cas d'hypogalactie réelle et plus souvent encore, pour des considérations sociales. Si nos efforts en matière de puériculture arrivaient à faire allaiter les femmes intégralement pendant les trois premiers mois, en leur permettant de s'abstenir de tout travail rémunérateur pendant cette période, et à les faire pratiquer l'allaitement mixte quand elles retournent au travail, tout le problème de la lutte contre la mortalité infantile serait presque résolu. C'est vous dire l'importance sociale de l'allaitement mixte ! On peut le pratiquer de deux manières : en complétant chaque tétée par le biberon, ou bien, en réduisant le nombre des tétées et en intercalant un ou deux repas artificiels complets. Pour l'ouvrière qui travaille, ce dernier mode s'impose naturellement. Mais je le recommande aussi dans les cas d'insuffisance du sein. Le biberon est l'ennemi du sein ; les enfants apprennent vite à préférer le biberon, qui coule plus facilement et demande moins d'efforts, et ils vident incomplètement les seins quand ils savent qu'on leur donnera le biberon après la tétée. Si l'on adopte cette méthode, on fera donc donner chaque fois les deux seins, et on ne réduira jamais le nombre des tétées à moins de trois par jour. Mais j'ai vu des enfants qui buvaient une plus grande quantité de lait au sein avec la première méthode, et cette considération décide toujours en dernier ressort.

On commence avec le *sevrage* entre le sixième et le neuvième mois. Le procédé de choix est de sevrer lentement et de substituer, dans des intervalles d'une ou de plusieurs semaines, à une tétée après l'autre un repas artificiel. D'habitude, je fais donner, à 6 mois, au milieu de la journée un bouillon de légumes, qui est précédé et suivi de deux tétées dans la matinée et la soirée. Un mois plus tard, la dernière tétée est remplacée par une bouillie épaisse au lait. Puis, vers le neuvième mois, on remplace une tétée après l'autre par un biberon. Cette méthode lente fait mieux supporter le sevrage par l'enfant, ménage la mère et permet mieux aux seins de reprendre leur forme primitive. Mais les circonstances imposent souvent un sevrage brusque ; celui-ci est nécessité par un enfant névropathe qui, ou bien refusera de prendre le biberon tant qu'on le garde au sein, ou bien repoussera obstinément le sein dès qu'il aura goûté un biberon.

Il ne me reste plus qu'à dire ua mot sur *le choix d'une nourrice mercenaire.*

Leur nombre diminue parce qu'elles gagnent plus d'argent par un autre travail, parce que notre conscience sociale moderne se révolte à la pensée de sacrifier l'enfant de la nourrice à l'enfant né dans une situation de fortune plus favorable, et finalement, parce que les jeunes mères modernes ont de plus en plus le désir de nourrir leurs enfants elles-mêmes. Je me bornerai donc à vous rappeler brièvement les principes suivants :

Le seul moyen de savoir si la nourrice a suffisamment de lait, est la balance ; l'analyse du lait est inutile et illusoire.

L'examen médical de la nourrice doit être complet et minutieux. On portera l'attention en première ligne sur la tuberculose pulmonaire, à cause de l'extrême réceptivité des jeunes nourrissons pour cette affection et du caractère grave qu'elle revêt à cet âge ; puis, sur la blennorrhagie, les affections cutanées contagieuses et la syphilis. L'examen comporte en tous les cas la réaction de Bordet-Wassermann ; l'omission de cette dernière engage la responsabilité civile du médecin en cas d'infection. On conseille de rédiger le certificat avec une certaine circonspection ; il est plus prudent de certifier qu'on n'a pas trouvé de maladie à l'examen de la nourrice, que de garantir qu'elle est « bien portante » ! N'oubliez pas non plus que le médecin est au moins moralement responsable vis-à-vis de la nourrice quant à la santé de l'enfant pour lequel il l'engage.

S'il y a disproportion entre la quantité de lait offerte par la nourrice et celle qui est demandée par un enfant peut-être très jeune, débile ou malade, il faut faire vider les seins régulièrement, pour ne pas ruiner la sécrétion lactée ; il y a avantage, dans ces cas, à laisser l'enfant de la nourrice avec sa mère pendant un certain temps. Plusieurs changements de nourrices successifs dans la même famille pour cause de manque de lait ne parlent pas en faveur du médecin, qui dirige l'allaitement, sans oublier que sa négligence prive les nourrices de leur gagne-pain !

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Troubles psychiques chez les tuberculeux.

M. le Pr H. Claude.

Peu de temps avant la guerre, j'avais été commis par un juge d'instruction pour examiner l'état mental d'une femme qui prétendait avoir été victime d'attentats à la pudeur de la part de son médecin traitant.

La chose se passait dans une localité des environs de Paris. Notre confrère ainsi accusé, nouvellement installé dans cette localité, risquait de perdre sa clientèle et de voir sa situation et son honorabilité compromises par les déclarations rendues publiques de la malade. Nous nous rendîmes auprès de cette femme, et l'examen nous révéla aussitôt que nous étions en présence d'une délirante atteinte d'une psychose à type érotomaniaque, avec idées de persécution se traduisant au dehors par des déclarations calomnieuses contre son médecin. Or, la malade était soignée pour lésions bacillaires en évolution et nous pûmes nous convaincre que son délire était intimement lié à sa tuberculose. Nous avons conclu à la nécessité de son internement. Voilà donc un exemple qui prouve l'existence de manifestations d'ordre psychopathique chez les tuberculeux, et qui vous montre l'intérêt pratique qu'il y a pour tout médecin à bien connaître ces troubles.

Sous quelles formes de troubles mentaux la tuberculose peut-elle se manifester ?

Nous n'insisterons pas sur les désordres psychiques qui peuvent résulter d'une atteinte directe du virus tuberculeux sur les méninges ou sur l'encéphale. Chacun sait en effet que la *méningite bacillaire*, sous sa *forme aiguë*, de l'adulte peut déterminer un syndrome délirant dont la nature organique ne fait aucun doute.

Le méningite tuberculeuse peut revêtir la *forme « en plaques »* et s'accompagner d'hémiplégie, d'aphasie avec, parfois, un délire aigu confusionnel qui peut dans certains cas rappeler le delirium tremens et faire penser à une intoxication éthylique. Dans ces cas-là, c'est la ponction lombaire qui dicte le diagnostic.

Dans les infections tuberculeuses atténuées du névraxe, on peut avoir des formes méningées chroniques à marche lente : *méningites hyperplastiques, méningites séreuses*, avec colonisation limitée du virus, présence de bacilles rares dans les lacs arachnoïdeiens, dilatation des ventricules cérébraux et hypertension marquée du liquide céphalo-rachidien. L'affection emprunte alors la symptomatologie des tumeurs cérébrales et peut s'accompagner incidemment de manifestations psychiques.

Mais ce n'est pas de ces troubles-là que nous nous occupons aujourd'hui. Nous n'envisagerons que les désordres psychiques indépendants de la localisation du bacille sur les centres nerveux.

La pathogénie que l'on peut invoquer, pour expliquer chez les tuberculeux l'atteinte des fonctions intellectuelles, semble reposer sur l'*intoxication des centres nerveux* par les poisons secrétés par les bacilles dans l'organisme. Chez les tuberculeux cavitaires, le bacille de Koch sécrète une toxine, la tuberculine, capable de diffuser dans la circulation générale. Il est naturel de penser que cette *toxhémie* engendre des troubles fonctionnels des centres cérébraux, troubles qui sont sous l'influence directe des foyers générateurs de tuberculine. A la toxine tuberculeuse se joignent les poisons des microbes qui, le plus souvent, vivent associés au bacille de Koch : pneumocoque, streptocoque, etc. L'affaiblissement de la résistance générale de l'organisme favorise l'intoxication. La plupart des fonctions viscérales sont déficientes chez les tuberculeux

et c'est en particulier l'*insuffisance hépatique* et l'*insuffisance rénale*, conditionnées par la dégénérescence amyloïde ou graisseuse de ces organes, qui contribuent à l'imprégnation toxique générase. Ajoutez à ces causes, déjà nombreuses, l'*anoxhémie* par diminution de l'oxygénation au niveau des poumons lésés, entraînant la réduction des oxydations utiles ; enfin, dans certains cas, une intoxication éthylique sujaroutée.

Mais tous les tuberculeux ne font pas des troubles psychiques, et ceux-ci ne sont pas toujours conditionnés par l'intensité des lésions bacillaires. C'est qu'il faut encore, pour l'éclosion des troubles mentaux, certains éléments spéciaux qui sont les prédispositions personnelles et les facteurs d'hérédité. Il est fréquent de retrouver l'aliénation mentale dans les antécédents héréditaires des psychopathes tuberculeux, et il est intéressant de noter que ces malades font leur psychose d'après leur propre tempérament psychique antérieur. La psychose chez eux, comme dans beaucoup d'autres cas, n'est que l'exagération des tendances morbides du psychisme habituel du sujet.

I. État mental des tuberculeux. — L'état mental des tuberculeux présente-t-il des particularités vraiment spécifiques ? On ne pourrait l'affirmer d'une manière absolue et il ne semble pas que les poisons tuberculeux puissent provoquer des troubl es intellectuels bien particuliers.

Mais si nous cherchons à analyser les manifestations psychiques les plus fréquemment rencontrées chez les bacillaires, nous trouvons d'abord, au seuil des états nettement pathologiques, de simples *troubles de l'humeur et du caractère.* Ces troubles peuvent se présenter sous deux types différents :

1° *Des états dépressifs* caractérisés par de l'asthénie physique et psychique, de la fatigabilité rapide, des idées hypocondriaques. Il est bon de noter que les conditions de vie matérielle favorisent souvent cet état d'esprit chez les tuberculeux misérables, mal nourris, vivant dans des taudis sans air et sans lumière et chez lesquels la misère physiologique est pour beaucoup dans la dépression générale de l'organisme. Il y a d'autre part des malades de la classe aisée qui viennent trouver le médecin en lui disant : « Je suis neurasthénique ». Il faut toujours, dans ces légers état dépressifs, rechercher, malgré des apparences de bonne santé, une cause organique. Il faut explorer minutieusement tous les appareils . Dans certains cas, on trouvera à la base de ces asthénies des troubles gastro-intestinaux, une insuffisance hépatique ou un mauvais fonctionnement rénal. Mais si l'on ne découvre rien d'anormal du côté de ces organes, il importe de rechercher avec soin des lésions tuberculeuses larvées qui peuvent ne se révéler que par quelques ganglions hypertrophiés, une légère hyperthermie vespérale et parfois, plus nettement, par de petits foyers pulmonaires, jusqu'alors ignorés et dont l'examen radiologique confirme l'existence.

2° Par opposition à ces états de dépression, on rencontre souvent, chez les phtisiques à une période avancée, un *syndrome d'excitation psychique* avec hyperactivité générale, optimisme, euphorie. Il est fréquent de voir ces tuberculeux se lancer dans des entreprises au-dessus de leurs forces. Ces malades ne se rendent pas compte de la faiblesse de leur résistance physique. Ils sont doués de cet « illusionisme délirant » dont a parlé Letulle. Leur besoin d'action va jusqu'à l'impulsivité. Ils peuvent se laisser aller aux tendances toxicomaniaques, poussés par le besoin de soutenir leurs forces défaillantes. Mais ce qui est peut-être le plus caractéristique chez eux, c'est une hyperaffectivité, une exaltation des tendances sentimentales avec un certain appoint d'érotisme assez particulier. Il y a dans cet état mental une part due à la constitution antérieure, exagérée elle-même par les conditions de vie des tuberculeux : contact dans les sanatoria avec d'autres malades dont l'état de santé appelle l'intérêt ou la pitié, soins attentifs, prévenances affectueuses de la part des médecins ou du personnel traitant ; échange de confidences exaltant l'idéalisme poétique commun à ces malades et l'imagination morbide qui les porte à forger parfois d'irréalisables romans. Il s'agit d'ailleurs, en général, d'un érotisme beaucoup plus cérébral que génital. Peut-être y a-t-il parfois une sentimentalité polarisée vers un érotisme plus ou moins refoulé qu'on retrouve dans toutes les psychoses, surtout chez la femme. Il existe là une teinte spéciale incontestable dans l'état mental des tuberculeux, et cet état peut, dans une certaine mesure, servir d'excuse à quelques défaillances dans la conduite de ces malades.

Il ne faudrait pas, toutefois, pousser la chose à l'extrême et conclure dans tous les cas au caractère morbide des écarts de conduite chez les bacillaires. Il ne faut pas voir là une caractéristique absolue de leur psychisme.

II. Psychoses tuberculeuses. — A côté de ces formes spéciales d'état mental que nous venons d'indiquer, on peut rencontrer chez les tuberculeux de véritables états pathologiques, des *psychoses tuberculeuses.* Mais il faut bien s'entendre sur ce terme. Tout tuberculeux peut présenter des troubles psychiques indépendants de sa tuberculose. Il faut, pour pouvoir parler de psychose tuberculeuse, qu'il y ait une corrélation directe entre les troubles mentaux et l'infection bacillaire. Cette corrélation est établie par deux caractères spéciaux à ces psychoses : 1° leur apparition au cours des tuberculoses avérées ; 2° leur exagération ou leur réappari-

tion à l'occasion des poussées *évolutives* de la maladie.

On rencontre dans les psychoses tuberculeuses diverses formes cliniques :

a) *Confusion mentale.* C'est, chez le tuberculeux, un état hallucinatoire onirique analogue à celui de la confusion mentale toxi-infectieuse banale. Cet état apparaît surtout à la période terminale cachectique, très rarement au cours de l'évolution de la maladie. On a pourtant cité des cas de poussées confusionnelles se manifestant avant la phase terminale, et l'observation rapportée en 1913 par M. Truelle en est un exemple très caractéristique. Il s'agissait dans ce cas d'accès délirants avec désorientation et onirisme, éclatant chez le malade à chaque poussée évolutive des lésions tuberculeuses et sans signes cliniques de méningite ni altération du liquide céphalo-rachidien. Ces états confusionnels à répétition avaient d'ailleurs guéri.

On retrouve alors le tableau habituel de la confusion mentale avec un élément délirant à type onirique, une agitation modérée et de la carphologie.

b) *Délires polymorphes.* — Il existe surtout, au cours de la phtisie cavitaire lente, un autre type de délires plus rares, mais plus intéressants parce qu'ils ont été très peu décrits. Ce sont les délires à caractères polymoprhes. Ils sont peu connus parce qu'ils sont parfois intriqués à d'autres délires toxiques.

On assiste dans ces cas à l'apparition chez des sujets plus ou moins prédisposés d'un délire qui se constitue peu à peu.

Ce délire peut être fondé sur des hallucinations, sur des interprétations ou sur des troubles cœnesthésiques. Le malade interprète les symptômes de sa bacillose, les troubles digestifs, les douleurs thoraciques qu'il éprouve.

L'activité psychique est parfois normale en dehors du délire et c'est là un fait important, propre aux délires tendant vers la systématisation. Les idées délirantes peuvent présenter diverses formes : le type d'idées de préjudice, de persécution, de jalousie. Ou bien c'est un délire imaginatif, onirique ou mystique.

Ces formes s'accompagnent parfois d'éléments hystériques ou pervers.

Le cas suivant est un exemple saisissant de ces délires à caractère prévalent de persécution, par conséquent systématisé avec un certain polymorphisme dans l'expression.

Mme An... est une femme âgée de 34 ans, d'un milieu bourgeois. Son père est mort d'une congestion cérébrale. Il semble avoir présenté un tempérament paranoiaque accusé et a été mêlé à un procès en diffamation. Une de ses sœurs est décédée de tuberculose.

L'enfance de la malade fut normale, mais elle a toujours été d'une santé assez délicate. A 17 ans, elle est atteinte d'entéro-colite. Employée de banque jusqu'à 21 ans, elle est obligée de quitter son emploi qui la fatiguait et en 1912, à l'âge de 23 ans, elle présente une fistule anale, qui dure 4 ans et nécessite en 1917 une intervention chirurgicale (dilatation). Entre temps, en 1913, elle fait des poussées d'adénopathies et des angines. Elle restait alors chez elle sans occupation bien déterminée, passant son temps à lire, à broder, à songer. Une liaison sentimentale qui dura plusiurs années s'est terminée, il y a trois ans, par la naissance d'un enfant actuellement vivant et bien portant, élevé en nourrice, le père de l'enfant ayant disparu.

Les troubles psychiques ont débuté il y a dix ans, en 1913, en même temps que la fistule anale. Ce furent d'abord des préoccupations avec tendances interprétatives et ébauches d'idées de persécution. Bientôt apparurent des hallucinations, sensorielles et cutanées, des hallucinations auditives : on proférait des injures à son égard. Elle entendait aussi répéter ce qu'elle avait dans l'esprit, c'était un véritable « écho de la pensée ». Son délire peu à peu s'organisa. Elle avait un persécuteur. C'était le voisin du dessus de son appartement, un nommé G... qui voulait, dit-elle, l'obliger à épouser un de ses fils. Comme elle s'y refusait, G... lui en voulait et c'est lui qui a causé la mort des parents de la malade. Elle ne peut le prouver, mais elle en a la conviction morale. Beaucoup d'autres personnes actionnées par G... lui disent des injures, la regardent de travers dans la rue et, à l'hôpital Sainte-Anne, tout ce qui lui arrive de mauvais est l'œuvre de son persécuteur.

Le délire ne s'est pas borné à ces idées de persécution. Il a entraîné de la part de la malade certaines réactions : elle a demandé l'autopsie de sa mère au procureur, a sollicité du commissariat de police l'autorisation d'acheter un révolver et a menacé de tuer son persécuteur. Ces faits ont motivé l'internement de Mme An... à l'asile Sainte-Anne où elle est entrée le 21 juin 1922.

La malade présentait alors des lésions bacillaires avérées des deux sommets pulmonaires. Malgré l'évolution déjà ancienne de sa psychose, elle ne présentait et ne présente encore à l'heure actuelle aucun affailbissement intellectuel. Possédant un certain avoir et propriétaire d'une maison à Paris, elle s'occupe parfaitement de ses affaires pécuniaires, écrit à son gérant des lettres très sensées, s'intéresse dans les moindres détails de la santé et de l'éducation de son enfant.

Après deux ou trois mois passés à l'asile, les hallucinations sensorielles disparurent mais les hallucinations psychiques présentèrent une persistance un peu plus longue. Adaptée peu à peu à la vie de l'asile, elle s'y sent plus tranquille, protégée contre ses ennemis. Son droit, pense-t-

elle, triomphe étant donné l'insuccès de ses persécuteurs.

Mais bientôt, les éléments sensoriels et hallucinatoires du délire font place à une activité imaginative débordante : elle est descendante de Fouquet. Son persécuteur lui en veut parce qu'une des parentes de la malade aurait épousé Louis XVII. Elle tient sa fortune de Napoléon qui n'est pas mort à Sainte-Hélène, mais s'est enrichi en Amérique où il est devenu business-man. Elle a été remarquée par des monarques, etc.

Neuf mois après son entrée à l'asile, c'est une nouvelle phase de protestations, de revendications. La malade craint d'être tuée par la faim. On note des interprétations endogènes : elle a des coliques et c'est G..., son persécuteur, qui les provoque. Elle crache jaune, c'est G... qui lui envoie du soufre.

En octobre 1923, Mme An... présente une poussée évolutive nette de ses lésions pulmonaires et l'on assiste parallèlement à une reprise de son activité délirante. Elle est prise d'une véritable graphorrhée où se traduit un énorme développement imaginatif. On retrouve dans ses longues lettres de nombreux emprunts à des souvenirs de lectures historiques. Ce sont des récits fantastiques de substitutions d'enfants, d'assassinats, d'héritages. Elle se découvre une parenté avec les médecins de l'hôpital. Le chef du service est son père et descend d'un mariage clandestin d'Abd el Kader avec la reine Victoria, mariage célébré au château d'Amboise.....

De nouvelles illusions sensorielles apparaissent avec des idées d'empoisonnement. La malade interprète tous les symptômes de sa poussée bacillaire. Son délire s'étend à tous les personnages qui l'entourent.

Nous sommes donc, aujourd'hui surtout, en présence d'un délire éroto-maniaque où l'érotisme reste au second plan et où l'élément imaginatif domine de beaucoup le tableau, mais les idées de persécution restent simultanément toujours actives.

Il importe enfin, dans ce cas, de noter le contraste frappant entre la conservation d'une activité psychique bien réglée pour les choses de la vie courante et l'intensité d'un délire extrêmement riche et varié.

On rencontre parfois dans les psychoses tuberculeuses des accidents délirants antérieurs de cause inconnue, réapparaissant à l'occasion d'une poussée bacillaire évolutive. C'est le cas de la malade suivante :

K... Hélène, âgée de 55 ans, eut une tante paternelle internée pour mélancolie. Son père, éthylique, est mort âgé. Elle a été atteinte à l'âge de 3 ans d'une coxalgie gauche guérie par ankylose. A 8 ans, elle a fait une fièvre typhoïde grave. Depuis longtemps, elle était sujette aux bizarreries d'humeur, à l'instabilité, aux impulsions, aux colères. Pendant deux ans, chez ses parents, elle présenta du mutisme et de l'inactivité.

En 1918, à l'âge de 42 ans, elle fut internée une première fois pour des phénomènes d'« excitation intellectuelle, désir de commettre un crime, vagues idées délirantes de persécution, illusions et interprétations, impulsions ». On n'avait rien signalé à ce moment-là au point de vue pulmonaire.

En 1923, à 55 ans, deuxième internement. La malade entre le 7 juillet 1923 à Sainte-Anne présentant des idées d'influence avec écriture automatique, idées mystiques, et érotomanie. Elle avait demandé à son médecin de la déflorer pour la délivrer de la magie noire. Elle était poussée par une force à laquelle elle ne pouvait résister. Persécutrice du Dr X, qui avait refusé d'accéder à son désir, la malade se plaignait avec un certain maniérisme verbal, des formules prétentieuses et un peu stéréotypées. On relevait chez elle un léger affaiblissement intellectuel.

Au point de vue organique, elle présente un syndrome de Basedow discret (exophtalmie, tachycardie, tremblements) et une tuberculose pulmonaire à forme ulcéro-caséeuse en évolution, dont le début, difficile à préciser, paraît peu ancien.

A l'occasion du deuxième internement, depuis l'invasion tuberculeuse, on trouve un tableau psychopathique. différent du premier. C'est un état d'automatisme psychique avec érotomanie. On l'influence encore, mais on ne lui donne plus actuellement que de bons conseils. On relève en outre un grand désordre imaginatif incohérent dans ses écrits, et pourtant, son activité de vie est normale.

Depuis qu'elle est entrée à l'asile, on a observé une parallélisme très net entre les poussées fébriles et les phases délirantes.

c) *Psychoses toxi-infectieuses à type hébéphrénocatatonique.* Au cours d'une tuberculose latente, mais avérée, on peut voir apparaître un syndrome mélancolique au maniaque évoluant sur le type de la démence précoce . Nous en avons publié un cas avec Rose ; Séglas et Lhermitte en ont rapporté un autre exemple. Mais les relations de la démence précoce avec la tuberculose sont très contestables, bien qu'elles soient acceptées par Ballet et par Kohn. Ce que l'on voit plutôt, c'est la tuberculose compliquant la démence en raison d'une mauvaise hygiène ou d'une insuffisance d'alimentation.

d) *Troubles mentaux apparaissant et disparaissant en dehors de la tuberculose chez des tuberculeux et dus à des causes diverses.* Dans cette catégorie de troubles psychiques, on peut ranger :

1° Des états d'excitation maniaque chez des

déséquilibrés tuberculeux, ce sont des manifestations légères, disparaissant à la manière des accès maniaques ;

2° Des psychoses hallucinatoires au cours desquelles se produisent de légères poussées tuberculeuses.

3° Des psychoses d'épuisement avec apparition de la bacillose à la faveur du mauvais état général.

4° Des psychoses thyroïdiennes s'accompagnant de poussées tuberculeuses.

5° Des psychoses polynévritiques par association de délires alcooliques et de tuberculose. Dans ces cas-là, la tuberculose ne suffit pas à déclancher les troubles mentaux, il faut l'intervention de l'intoxication alcoolique associée, qui réalise alors *le syndrome de Korsakoff*.

Voici un malade qui illustre assez bien ce type de psychose :

C... Charles, âgé de 48 ans, est entré le 1er septembre 1923 à l'asile Sainte-Anne présentant des signes d'alcoolisme chronique marqués (tremblements, polynévrite avec aréflexie et atrophie des membres inférieurs) et atteint en outre de tuberculose pulmonaire, pour de la désorientation, de la zoopsie, de l'onirisme, de l'obtusion intellectuelle. Il présente de gros troubles de l'attention et de la mémoire de fixation. De la fabulation, conséquence d'une amnésie antérograde marquée. Des illusions, des hallucinations, de l'anxiété, une inconscience à peu près complète de sa situation et de la perte de l'autocritique. Il s'agit là d'un syndrome de Korsakoff très caractérisé chez un tuberculeux alcoolique. Le fait intéressant chez ce malade est qu'il a été possible de vérifier à deux reprises, à l'asile, le parallélisme des signes évolutifs généraux et locaux de tuberculose et des recrudescences des symptômes psychopathiques.

Au temps où l'on admettait que la paralysie générale pouvait être due à d'autres causes que la syphilis, on avait parlé de cas de paralysie générale bacillaire. Ce fait n'est plus admis aujourd'hui.

Diagnostic. — Le diagnostic des psychoses tuberculeuses doit être fait avec la paralysie générale, les psychoses toxiques : alcoolique, toxicomaniaques. Les psychoses infectieuses : puerpérales, grippales, encéphalitiques.

On établira que la psychose est bien liée à la tuberculose par l'examen clinique, la coïncidence des troubles mentaux avec les poussées évolutives.

S'il n'est pas toujours possible d'affirmer l'origine tuberculeuse d'une psychose, on peut du moins constater les modifications d'allure, la teinte spéciale que la tuberculose donne à un tableau psychopathique banal. Cette allure, cette coloration spéciale, des troubles psychiques sont faites surtout :

1° De l'*état affectif* : exaltation des sentiments, tendance aux états passionnels, à l'érotomanie.

2° Des *symptômes cœnesthésiques interprétés* sous forme hypochondriaque ou englobés dans le délire (fièvre, troubles dyspeptiques, saveur de la bouche, etc.)

3° Du *caractère de l'activité délirante* : conservation des notions antérieures de la vie habituelle contrastant avec la diminution de l'attention, du contrôle et prévalence de l'affectivité morbide. Ces altérations du contrôle mental entraînent les délires à forme imaginative ou d'influence contrastant avec une activité phychique et intellectuelle très voisine de la normale et avec une mémoire fidèle, parfois même exagérée.

Anatomie pathologique. — Dans les cas légers se manifestant par de simples troubles du caractère, dans les petites poussées délirantes et dans certains états confusionnels, les lésions de l'encéphale peuvent être très minimes. Ce sont de simples troubles fonctionnels de la corticalité cérébrale, ou une légère hyperhémie méningée, parfois une méningite séreuse et de petites altérations cellulaires (faits de Tinel et Gastinel, de Flateau et de Mlle Zilberlast-Zand).

Dans les formes plus graves délirantes prolongées, on a des lésions analogues à celles de la démence précoce. Anglade a montré qu'il s'agissait de sclérose névralgique hyperplastique des couches profondes de la substance grise. H. Claude et F. Rose, Séglas et Lhermitte ont trouvé dans certains cas de la méningite hyperplastique hémorrhagique, de la destruction cellulaire par neuronophagie, une démyélinisation des éléments nerveux du réseau superficiel, de légères lésions vasculaires et de l'encéphalite hyperplastique du corps calleux.

Le traitement doit être avant tout celui de la tuberculose et des lésions organiques associées. Il faut faire surtout de la désintoxication gastro-intestinale, traiter l'état général par la cure d'air, favoriser la récalcification, etc. On y adjoindra, dans les formes confusionnelles avec agitation, la balnéation, la ponction lombaire, le repos au lit.

Il est nécessaire à tout médecin de connaître la possibilité des réactions antisociales de ces phtisiques délirants dont je vous ai indiqué les tendances persécutrices et érotomaniaques. Il importe de prévenir ces réactions pour la sauvegarde du malade et de son entourage.

Leçon professée à l'asile clinique Sainte-Anne, recueillie par le Dr Fribourg Blanc *et revue par l'auteur.*

RÉFLEXIONS SUR LE DIABÈTE ET SON TRAITEMENT

Le diabète est une maladie à l'ordre du jour. On discute sa pathogénie, son diagnostic, son traitement médicamenteux, son régime alimentaire. Après l'avoir longtemps considéré comme une maladie décevante, en raison de sa chronicité perdurable, et de l'impossibilité de le faire disparaître par un traitement efficace et curateur, on se demande dans quelle mesure on pourrait fonder quelque espoir sur la quasi-spécificité de la fameuse insuline, à laquelle les Sociétés savantes et les périodiques médicaux consacrent régulièrement, à cette heure, des controverses et des études plus ou moins concluantes.

Et tout d'abord, on s'efforce de distinguer le diabète proprement dit des glycosuries non diabétiques. Dans le premier cas, si nous en croyons Marcel Labbé, il s'agirait d'un trouble glycorégulateur permanent, auquel s'associerait une perturbation du métabolisme des albumines et des graisses. Dans le second, au contraire, le trouble glycorégulateur serait conditionné par le système nerveux, par les glandes endocrines, par les reins, par le foie. Celles-ci seraient facilement curables, et réclame raient une alimentation lacto-farineuse, avec suppression de la viande et réduction des graisses. On en poserait le diagnostic différentiel par l'examen clinique des malades, et surtout par la mesure de la glycémie et l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire au glucose.

En ce qui concerne le diabète lui-même, il semble qu'il y ait lieu de distinguer un diabète hépatique d'un diabète pancréatique. Un trouble permanent de la fonction glycogénique du foie peut, en effet, jeter dans la circulation une quantité de sucre supérieure aux besoins de l'organisme. Mais, d'autre part, cette quantité, normale à son origine, peut s'accumuler en excès dans le sang, par suite d'une utilisation, d'une combustion imparfaites et insuffisantes, et le pancréas, ainsi d'ailleurs que d'autres endocrines, serait le fauteur de cette insuffisance d'utilisation et de combustion.

D'un autre côté, on a constaté que si la réduction des hydrocarbones dans l'alimentation des diabétiques trouvait son indication au cours du traitement du diabète, il s'en fallait de beaucoup que leur suppression pure et simple, naguère prescrite avec la dernière rigueur, fût sans inconvénient. On a découvert qu'à côté du sucre introduit dans l'organisme à la faveur de l'alimentation, il fallait faire place à un sucre qui proviendrait aussi bien des graisses que des albumines organiques, tant et si bien qu'il ne suffisait pas de supprimer le premier pour supprimer en même temps l'hyperglycémie.

On a même constaté que l'une des complications les plus graves du diabète, l'acidose et le coma qui en résulte, est fonction, dans une certaine mesure, d'une déficience hydrocarbonée et qu'il était souvent imprudent de restreindre exagérément l'emploi du sucre alimentaire.

Toutes ces considérations ont modifié les idées qu'on se faisait jadis sur le traitement diététique du diabète. La connaissance des seuils a permis de doser en quelque sorte la ration d'hydrocarbones utilisable sans inconvénient par un diabétique donné. Si nous nous en rapportons à Linossier, on règlera l'alimentation en réduisant la ration globale au minimum indispensable. L'objectif consiste à maintenir le diabétique à son poids normal, et même un peu au-dessous. La dose des hydrocarbones sera calculée selon la tolérance individuelle. La viande par contre sera diminuée, et autorisée seulement une fois par jour. Il est même des cas où les cures de féculents, selon la méthode de von Noorden, auront un effet des plus salutaires.

Les cures de jeûne, type Guelpa ou type Allen, plus ou moins systématisées, sont admises par la plupart des auteurs comme exerçant une action incontestable sur la glycosurie, qu'elles suppriment complètement.

En ce qui concerne l'insuline, on doit concevoir son action comme épisodique, si j'ose dire. Il n'est pas douteux qu'elle donne un vigoureux coup de fouet à la combustion du sucre organique et qu'elle agit sur la glycémie si énergiquement qu'elle peut la faire complètement disparaître, ce qui ne va pas sans certains risques qui ont été bien mis en lumière. Elle ferait merveille contre l'acidose et préviendrait le coma, qu'elle combattrait même efficacement quand elle intervient alors qu'il s'est déjà manifesté. Elle trouverait également son utilité pour préparer les diabétiques à mieux supporter une intervention chirurgicale, à résister plus fortement à certaines infections. Selon la forte parole de Noël Fiessinger, ce serait un médicament d'étape, auquel il ne faudrait pas demander plus qu'il ne peut donner.

D'autres auteurs ont cherché à remettre à la mode la santonine. Cette substance aurait une réelle action sur les gangrènes diabétiques.

Par contre, on tend à renoncer de plus en plus à l'antipyrine qui, si elle réduit incontestablement la glycosurie, en raison surtout de son influence sur le rein, ne modifie en rien, au contraire, la glycémie, de telle sorte que le résultat obtenu n'est guère qu'un trompe-l'œil, et que le remède est peut-être pire que le mal.....

Au milieu des fluctuations que subissent ces différentes médications, tantôt panacées, tantôt inutilités risquées, au gré des temps et des gens, il est un traitement qui surnage et qui, s'il n'a rien d'absolument spécifique, n'en a pas moins fait ses preuves, je veux parler des alcalins qui, tout au moins quand le foie est en cause, garderont leurs propriétés stimulantes sur la cellule hépatique. La cure de Vichy, de Vals, par exemple, conserve et conservera longtemps son prestige mérité, mais, il n'est pas donné à tout le monde d'en recueillir les bienfaits à la source

même. Ce qui ne prive d'ailleurs pas ceux qui ne peuvent s'offrir un tel déplacement des effets certains de la médication alcaline. Celle-ci peut être facilement instituée et suivie à domicile. Elle comportera comme base l'emploi d'une eau alcaline naturelle. Cela pourra être l'eau de Vichy. Cela pourra être aussi, avec les mêmes avantages, et d'autres encore, l'eau de Vals (La Reine). On en connaît les caractéristiques minérales : une asop raisonnable de bicarbonate de soude (3 gr. environ par litre), et une forte teneur en acide carbonique. Cette gazéification naturelle donne à la Reine de Vals une saveur particulièrement agréable, qui n'est pas à dédaigner de la part de malades chez lesquels la soif n'est pas le moindre des désagréments. Je prescris volontiers, en dehors du régime alimentaire réglé selon les préceptes de Linossier, que je rappelais plus haut, la prise triquotidienne d'un grand verre d'eau de Vals (La Reine) additionné d'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude	0,50
Phosphate neutre de soude	0,20

pour un paquet, n° 30.

A renouveler par périodes de 10 jours, interrompues par 5 jours de repos.

Je réserve l'insuline pour les complications possibles contre lesquelles elle trouverait son indication.

Et l'œil fixé sur l'élimination glycosurique et sur la teneur en sucre du sang (glycémie), j'obtiens de ce système des résultats particulièrement encourageants, qu'accentue encore la satisfaction éprouvée par les malades à suivre un traitement à la fois simple et agréable, grâce au plaisir réel qu'ils éprouvent à consommer la délectable Reine de Vals.

E.-D. Gaston.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Formes larvées de la dilatation bronchique chez l'adulte.

La dilatation bronchique se distingue sous trois formes différentes :

1° Une forme très typique : antécédents, longue durée, caractère remarquable de la toux et de l'expectoration.

2° Une forme à type de cavité pulmonaire : expectoration abondante, en vomiques fractionnées, faisant penser par son intermittence à toutes les formes de collection purulente intrapulmonaire.

3° *Les formes larvées*, dans lesquelles la toux, l'expectoration, les hémoptysies éventuelles, seront si banales qu'on pensera d'abord et avant tout à une infection broncho-pulmonaire beaucoup plus courante : tuberculose pulmonaire, « bronchite chronique », cancer pulmonaire. Or, en pareil cas, le pronostic est tout différent, les thérapeutiques tout autres.

La forme pseudo-tuberculeuse, écrit M. L. Ameuille, est de beaucoup la plus fréquente. Tous les éléments de confusion avec la tuberculose existent : état général lamentable ; toux et expectoration intarissables ; signes d'auscultation.

Mais le redressement du diagnostic devient facile le jour où l'on a fait attention à deux phénomènes importants, quoique de valeur inégale : le contraste entre l'aspect physique et l'examen bactériologique des crachats ; les indications spéciales fournies par l'analyse radiologique.

Or les *crachats*, moins abondants que dans les formes tuberculeuses typiques, *ne renferment pas de bacilles tuberculeux*. Pour bien donner à cette observation sa pleine valeur, il faut d'abord établir de façon irréfutable l'absence de bacilles dans les crachats, en faisant les examens les plus méthodiques et les plus répétés et en pratiquant surtout, comme complément d'épreuve, l'*inoculation au cobaye*.

Les crachats sont purulents, mais non bacillifères.

L'intervention d'une mycose doit être écartée par la culture des produits non bacillifères ; celle de la syphilis, par un examen suffisamment poussé, par la réaction de Wassermann, par l'essai du traitement spécifique. On aboutira ainsi au diagnostic de dilatation bronchique, et presque toujours on retrouvera dans les antécédents la grave infection broncho-pulmonaire, qui en a été le point de départ.

D'autre part, on oublie trop souvent la fréquence et l'importance de l'*hémoptysie* dans la dilatation bronchique ; on n'y pense même jamais, et la constatation de cet accident mène autant à faire affirmer indûment le diagnostic de tuberculose qn'à faire écarter celui de bronchectasie ; or, des hémoptysies, légères ou abondantes, rares ou répétées, mais isolées de tout autre symptôme ou signe, peuvent se montrer pendant des mois ou des années, en laissant le médecin poser à bon droit, semble-t-il, le diagnostic de tuberculose ; et celui-ci, contrairement à toutes les probabilités, vient à être dé-

montré faux lorsqu'apparaissent des signes non douteux de dilatation bronchique.

Une *bonne analyse radiologique* peut aussi aider à poser un diagnostic correct. En utilisant le cliché plutôt que l'image radioscopique, on remarque, en effet, la prédominance des images lacunaires, cavitaires, sur toutes les autres images ; puis, entre ces images lacunaires, on ne voit pas de plaques opaques correspondant aux condensations pulmonaires, si fréquentes dans la tuberculose évolutive ; enfin, ce qui apparaît tout d'abord comme un feutrage, des marbrures, se dissocie, à un meilleur examen, en travées distinctes convergentes vers le hile.

La forme pseudo-bronchitique de la dilatation bronchique se rencontre chez des gens âgés, tousseurs et cracheurs d'habitude, auxquels on attache l'étiquette de bronchite chronique à cause de leur âge ; mais de ce diagnostic de routine de bronchite chronique, on extrait un nombre respectable de dilatations bronchiques, grâce à une auscultation soignée et à une étude radiographique suffisante.

Quant à *la forme pseudocancéreuse*, elle constitue une rareté.

L'utilité du diagnostic exact de la bronchectasie, c'est que des malades considérés comme des contagieux cessent de l'être, et, que traités convenablement, ils guérissent avec rapidité. (*Bulletin médical*, 26 novembre 1923.)

Introduction à l'étude des troubles fonctionnels cardiaques.

Le cœur n'est pas constitué seulement par un muscle creux ; il possède en lui-même un organe, dans lequel naissent et se propagent les excitations qui déclenchent la contraction coordonnée des différentes fibres musculaires : *c'est le faisceau primitif* qui règle l'automatisme cardiaque.

En outre, les *nerfs extra-cardiaques* accélérateurs et frénateurs : le *sympathique* et le *pneumogastrique*, modifient l'activité des centres d'automotricité, pour adapter le travail du cœur aux besoins variables de l'organisme.

Ainsi que l'a exposé magistralement le Dr R. Lutembacher, l'onde d'excitation, l'étincelle qui provoque l'explosion du moteur cardiaque, naît aux confins de l'oreillette droite et de la veine cave supérieure, dans une formation embryonnaire, appelée le *nœud sinusal de Keith et Flack* ; puis, elle se répand dans les oreillettes par le seul intermédiaire des fibres musculaires, à une vitesse ralentie de 1 m. par seconde. Elle atteint ainsi le *nœud de Tawara*, situé à la partie postérieure et droite du septum inter-auriculaire, immédiatement en avant de la veine coronaire. Ce n'est qu'à partir de ce point que l'excitation est captée par un tissu spécial pour gagner ensuite les ventricules : c'est *le faisceau de His* et ses arborisations. Ce faisceau, qui prolonge le sommet du nœud triangulaire de Tawara, parcourt la cloison inter-auriculaire, au-dessous de la valve interne de la tricuspide ; il atteint ensuite la partie membraneuse de la cloison interventriculaire, là où sont les deux endocardes accolés sans interposition de fibres musculaires. Ce faisceau se divise en une branche gauche et une branche droite, destinées respectivement à chacun des ventricules.

Fait intéressant à noter : de même qu'en électricité, il y a peu d'isolants parfaits, de même les fibres du myocarde ventriculaire ne sont pas absolument dénuées de pouvoir conducteur. Sans doute, à l'état normal, l'excitation se propage dans le ventricule presqu'uniquement par le faisceau ; cependant, la conduction transmyocardite s'observe à l'état normal et pathologique.

A l'état pathologique, celle-ci joue un rôle, qui n'est pas négligeable. Lorsqu'une des branches du faisceau est sectionnée, le tissu myocardique peut suppléer la branche détruite et conduire, par des voies de fortune, l'excitation dans le ventricule correspondant ; en sorte qu'il n'y a pas hémisystolie.

Cette suppléance ne peut pas s'exercer, lorsque c'est le tronc du faisceau qui est coupé. Il n'existe à ce niveau aucune connexion musculaire entre les oreillettes et les ventricules. Seul, le faisceau relie les deux cavités, dans « un désert de tissu conjonctif ». Fort heureusement, le faisceau n'est pas seulement conducteur, il est *excito-conducteur.*

D'autre part, tout le long de son trajet, sont échelonnés des *centres secondaires*, capables de remplacer le sinus ; dans ces centres, l'excitation peut naître et entretenir la contraction cardiaque. Ceux-ci entrent immédiatement en fonction dès que l'excitation sinusale vient à manquer, ou ne peut plus se transmettre à travers un faisceau détruit. Ces centres sont une sauvegarde pour le cœur qui reprend son rythme, malgré la défaillance des centres supérieurs, ou la rupture des connexions avec le sinus.

Grâce à l'*électro-cardiographie*, il est facile de suivre l'onde d'excitation à travers le cœur. Nous pouvons savoir si elle naît normalement au sinus et poursuit régulièrement sa marche à travers les tissus excito-conducteurs, ou si, au contraire, elle naît en un point anormal, si elle se propage à une vitesse pathologique ou suit un trajet atypique. Cette onde d'excitation s'accompagne, en effet, d'une variation de potentiel, d'une électronégativité, qui se déplace avec elle et crée autour d'elle un champ électrique variable.

Quant aux *nerfs extra-cardiaques*, ils n'agissent sur le cœur qu'au moyen des centres d'automotricité, qu'ils excitent ou qu'ils inhibent.

Le *pneumogastrique* exerce sur le cœur une action permanente, en sorte que celui-ci ne tra-

vaille pas à plein rendement ; il réalise une certaine *économie* de ses forces. Le *sympathique* est au contraire un *nerf de défense* ; il stimule toutes les propriétés fonctionnelles du cœur et lui permet d'accomplir un effort, à la condition que ses réserves énergétiques soient suffisantes.

Il est indispensable de bien connaître les divers appareils neuro-musculaires du cœur, leur structure et leurs propriétés physiologiques respectives, afin de comprendre les troubles fonctionnels cardiaques. Ceux-ci dépendent, suivant les circonstances : d'une défaillance du myocarde, d'une altération du faisceau primitif ou d'un déséquilibre du système vago-sympathique. (*La Presse médicale*, 1er décembre 1923.)

F. G.

Province et divers

Traitement de l'herpès de la cornée.

L'herpès de la cornée est une lésion qui localise sur la cornée un processus neurotrophique, que déclanche vraisemblablement une certaine infection. Généralement sans gravité, bien que les exulcérations qui succèdent à l'exfoliation de l'épithélium cornéen soulevé par les vésicules herpétiques puissent, en certains cas rares, constituer l'ulcère proprement dit, cette affection est caractérisée d'une part par les douleurs atroces qui accompagnent la poussée vésiculaire, douleurs intra-oculaires, comparables à celle que causerait un corps étranger incandescent, et péri-orbitaires par la participation des branches sus et sous-orbitaires du trijumeau ; d'autre part, par la facilité avec laquelle elle récidive, une nouvelle poussée apparaissant avant que la précédente soit éteinte. Je la connais bien, pour en avoir souffert longtemps et à plusieurs reprises, et je me suis toujours bien trouvé du traitement que me faisait suivre mon ami le Dr Bellencontre, et qui consistait, en dehors de l'observation d'une sage hygiène générale et alimentaire, à maintenir la pupille dilatée au moyen d'atropine.

M. Gros dit s'être très bien trouvé en pareil cas d'applications de courant faradique. Deux malades que le traitement par un collyre à la dionine n'avait pas soulagés, furent guéris presque instantanément par l'électrothérapie, sous la forme de courant faradique, dont il est regrettable que l'auteur n'indique pas le mode d'emploi en la matière. (*Clinique ophtalmologique*, novembre 1923.)

Diagnostic clinique et radiologique des estomacs dilatés.

L'estomac se dilate, tantôt par suite d'une insuffisance fonctionnelle de sa musculature, tantôt par suite d'un obstacle pylorique (spasme, tumeur) qui provoque la dilatation classique de tout conduit organique en amont de l'obstacle. Il est intéressant de faire précocement le diagnostic pathologique et différentiel de cette affection gastrique. C'est ce qu'expose M. Timbal.

Cliniquement, on cherche à apprécier le volume de l'estomac par la percussion, assez infidèle ; par la palpation, dans sa recherche du clapotage, soit à jeun, soit après les repas, bien qu'il existe des estomacs dilatés qui ne clapotent jamais, tandis que les aérophages, qui ne sont pas forcément des dilatés, clapotent toujours ; par le tubage de l'organe à jeun. Ces différentes recherches ne donnent que des résultats imprécis et incertains. Ceux-ci seront confirmés par l'inspection à l'écran sur lequel l'organe se projettera avec sa forme et ses dimensions.

La dilatation par insuffisance musculaire possède une symptomatologie analogue à celle de la dyspepsie asthénique : pesanteurs, ballonnement, vertiges, essoufflements, névralgies, parfois douleurs tardives. Les malades sont amaigris, leur paroi abdominale est faible, tombante ; ils présentent assez souvent une ptose rénale droite. Leur plexus solaire est très sensible ; cette sensibilité s'atténue dans le décubitus horizontal; elle disparaît quand on relève l'estomac. Le cathétérisme à jeun est négatif, ou s'il ramène du liquide, celui-ci est peu abondant ; il contient quelques rares débris alimentaires, de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide lactique. L'image radioscopique est caractéristique : c'est celle d'un tube long et étroit, dont l'axe vertical descend très au-dessous de l'ombilic pour se recourber brusquement en haut et à droite, affectant la forme d'un J majuscule. On constate en même temps un léger retard dans l'évacuation de l'organe.

Quand la dilatation est d'origine pylorique, les malades accusent le syndrome pylorique : douleurs survenant quelques heures après les repas, et atteignant leur paroxysme vers la quatrième heure, avec des renvois acides, des régurgitations et même des vomissements. L'examen clinique du malade fournit peu de renseignements, au moins dans les cas relativement récents. Le tubage à jeun ramène souvent un peu de suc gastrique contenant quelques débris alimentaires. L'analyse de ce suc gastrique, prélevé après repas d'épreuve, révèle habituellement de l'hyperchlorhydrie. L'image radioscopique diffère de celle de la forme précédente : le volume de l'organe est augmenté, surtout dans le sens transversal. On note en même temps des contractions énergiques de l'estomac, avec formation d'incisures profondes sur ses contours. Il y a un retard considérable dans l'évacuation du contenu gastrique. L'apparition et la disparition successives du spasme pylorique entraînent des rétentions et des évacuations accélérées également successives. (*Toulouse Médical*, 1er décembre 1923.)

De la mort subite au cours de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Le chlorure d'éthyle est couramment employé, soit pour obtenir une anesthésie de courte durée, pour une intervention minime et rapide (extraction dentaire), soit pour précéder l'anesthésie chloroformique, en sidérant en quelque sorte le patient brusquement, de manière à éviter la période d'excitation.

Il a été longtemps considéré comme inoffensif, jusqu'au jour où des accidents mortels se sont produits, et ont rendu les praticiens plus circonspects dans son emploi.

M. Hamet relate deux nouvelles observations de mort subite à la suite de l'inhalation de chlorure d'éthyle, avant tout acte opératoire. Il semble que le mécanisme de cette mort soit comparable à celui de la mort subite par chloroforme, expliquée par un phénomène d'inhibition portant sur le centre bulbaire. On a remarqué en outre qu'en quelques cas, elle était survenue à l'occasion d'une reprise de l'anesthésie, après que le patient avait respiré quelques bouffées d'air.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont intéressants à connaître, à une époque où la responsabilité professionnelle du médecin est mise en cause, par une clientèle portée à lui faire supporter les conséquences d'accidents regrettables, dans la production desquels il n'est d'ailleurs pour rien. Aussi fera-t-il bien, toutes les fois qu'il procédera à une anesthésie générale, de prendre toutes les précautions d'usage, pour que, si la mort survient contre toute attente, il puisse justifier sa conduite. (*Archiv. de méd. navale*, décembre 1923.)

La kératite parenchymateuse.

La kératite parenchymateuse est-elle curable, demande M. Kleefeld ? L'emploi du microscope cornéen a permis de constater que, même après une guérison clinique complète, il subsistait, comme séquelle de l'affection, de la vascularisation de la région atteinte avec vaisseaux néoformés dans lesquels la circulation existait. L'auteur, par des injections de *Quinby*, pratiquées à la période d'œdème, est arrivé à produire une guérison complète vérifiée au microscope cornéen. Cette médication bismuthique lui a également donné de très bons résultats dans des cas plus avancés de kératite parenchymateuse. A cette occasion, il fait remarquer que les arsenobenzènes n'avaient que peu d'action sur l'évolution de cette affection que les chocs anaphylactiques enrayent mieux.

Discussion. — M. Colard fait remarquer que l'on obtient de très bons résultats en injectant le *Quinby* à petites doses et à intervalles plus espacés (3 à 4 jours) que ceux prescrits habituellement. (*Bruxelles Médical*, 22 novembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Paralysie cubitale neuf ans après un traumatisme du coude.

(MM. Pasteur Valléry-Radot et Krief. — *Soc. méd. des hôp.*, 16-11-1923.)

Les paralysies du nerf cubital survenant longtemps après un traumatisme du coude ne sont pas exceptionnelles. Elles s'expliquent, ordinairement, comme l'ont montré MM. Broca et Mouchet, par une fracture du condyle externe de l'humérus, d'où *cubitus valgus* qui s'installe progressivement pendant la croissance et produit un effacement de la gouttière épitrochléo-olécrânienne. Le nerf se trouve resserré dans cette gouttière.

MM. Pasteur Valléry-Radot et Krief ont traité un malade atteint d'une paralysie cubitale, survenue neuf années après un traumatisme du coude, le mécanisme de la paralysie paraissant avoir été ici différent de celui invoqué par M. Mouchet. Dans ce cas, la compression du nerf dans la gouttière s'est produite sans fracture antérieure du condyle. C'est à un élargissement de l'olécrâne qu'est due la compression, élargissement dont l'origine n'a pu être complètement élucidée (ostéo-périostite ou cal d'une fracture passée inaperçue).

— M. Queyrat demande si la syphilis a été recherchée chez ce sujet.

Injections à la base cranienne par voie frontale.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux*, 16-11-1923.)

La thérapeutique de certaines affections nerveuses (méningites, paralysie générale, etc.) par les injections directes intra-cérébrales a consisté surtout en injections intra-ventriculaires (par voie pariétale) ou en injections par voie postérieure. M. Sicard propose aujourd'hui une technique nouvelle qui consiste à pénétrer au niveau du front, dans la masse cérébrale, et à aller jusqu'à la base du crâne, pour y déposer le sérum ou le médicament destiné à agir thérapeutiquement.

L'auteur emploie une aiguille en nickel, de 12 à 14 centimètres de longueur, de 7/10es de millimètre de calibre, à extrémité terminale pleine et arrondie, à orifice de sortie latéral. Le patient étant couché, il pro-

tique au-dessus d'un rebord orbitaire, à 3 ou 4 centim. de la ligne médiane, une petite percée osseuse au perforateur Il entre alors l'aiguille qu'il dirige vers la *partie externe* de la base, jusqu'à ce qu'elle ait atteint celle-ci, ce que l'on reconnaît à la sensation de résistance osseuse. L'extrémité de l'aiguille étant mousse ne saurait produire de lésion vasculaire au passage. On fait alors l'injection convenable (auto-sérum salvarsiné dans la paralysie générale, sérum anti-méningococcique dans la méningite cérébro-spinale, etc.)

M. Sicard a pratiqué cette petite intervention depuis deux ans dans onze cas : deux méningites tuberculeuses, deux paralysies générales, trois méningites cérébro-spinales, etc. C'est surtout dans la méningite cérébro-spinale bloquée, là où l'injection intra-rachidienne demeure inopérante, que la nouvelle technique transcérébro-frontale offrirait son indication la plus utile.

Diagnostic radiologique de la dilatation bronchique par le lipiodol.

(MM. Armand-Delille, Darbois, Duhamel et Marty. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 16-11-1923.)

La méthode diagnostique des injections de lipiodol de Sicard et Forestier a été appliquée par Sergent et Cottenot à l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. M. Armand-Delille montre un certain nombre de radiographies effectuées chez l'enfant, selon cette technique, et permettant d'établir le diagnostic de la dilatation bronchique.

— M. Boidin a vu une fois, chez un sujet sensible à l'iode, une injection inter-crico-thyroïdienne de lipiodol (dans laquelle une petite quantité de médicament avait pénétré dans le tissu cellulaire) être suivie d'œdème iodique péri-laryngé assez alarmant. Il faudra donc faire l'injection avec beaucoup de soin.

— M. Ameuille connaît deux cas où le lipiodol demeure visible radiologiquement dans les bronches 3 mois après l'injection. La résorption ne se fait pas toujours en quelques minutes, comme on l'a dit. Elle peut être fort lente.

Méningites associées.

(M. Vialard, de Rochefort. — *Soc. méd. des hôp.*, 23-11-1923.)

M. Souques présente, au nom de M. Vialard, de Rochefort, quatre observations de méningites tuberculeuses associées à des méningites cérébro-spinales. Ces formes associées ne sont pas absolument exceptionnelles, puisque M. Sabrazès, sur 495 cas de méningites diverses de l'adulte, a pu en relever un pourcentage de 1,41.

Broncho-pneumonie guérie par pneumothorax.

(M. Léon Bernard. — *Soc. méd. des hôp.*, 30-11-23.)

M. Léon Bernard relate une observation de broncho-pneumonie morbilleuse guérie par le pneumothorax artificiel. Cinq insufflations pleurales ont changé rapidement l'état de la malade, une fillette de cinq ans. L'enfant, qui semblait en imminence de mort, s'est transformée du jour au lendemain, une défervescence se faisant rapidement.

Sans tirer des déductions qu'un seul cas n'autorise pas, M. Léon Bernard ajoute qu'à son avis les applications du pneumothorax artificiel s'étendront certainement dans l'avenir. Dans les affections aiguës, cette intervention devra être de courte durée et, la guérison étant obtenue en peu de temps, le poumon pourra reprendre vite sa fonction.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie extra-pleurale.

(MM. Ameuille et Lardennois. — *Soc. méd. des hôp.*, 30-11-1923.)

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la thoracoplastie extra-pleurale, employé en Suisse et en Allemagne, n'est guère utilisé encore en France. Le prof. Bérard, de Lyon, y a eu recours chez quelques malades du sanatorium d'Hauteville. M. Ameuille montre, aujourd'hui, quatre malades, opérés par M. Lardennois, chez lesquels les résultats ont été excellents, les sujets étant actuellement guéris, avec les apparences d'une santé florissante. A côté des succès, qui sont impressionnants, il y a, il est vrai, les échecs.

— M. Lardennois ajoute que le point délicat est de poser les indications de l'opération. Celle-ci convient aux tuberculeux jeunes, dont la santé n'est pas trop altérée, à lésions unilatérales aggravées d'adhérences pleurales qui ne permettent pas la pneumothorax artificiel. Le poumon opposé doit être rigoureusement sain.

La thoracoplastie extra-pleurale, qu'il vaudrait mieux appeler polycostectomie thoracoplastique, peut être faite en un ou deux temps. Les suites opératoires sont douloureuses. La dyspnée est marquée, la fièvre assez élevée. La mortalité est assez forte, les statistiques publiées à l'étranger donnant le chiffre de 15 pour 100 de morts. C'est, en revanche, un moyen héroïque de guérir certains tuberculeux condamnés.

— M. Rist rappelle l'histoire d'un de ses malades qui fut opéré par Sauerbruch, à Zurich. Le résultat fut remarquable et la guérison se maintient depuis dix ans. Le malade doit avoir une certaine force d'âme pour accepter, lorsqu'elle est nettement indiquée, une opération qui peut le guérir rapidement ou amener sa mort non moins rapidement.

— M. Courcoux note qu'il s'agit là d'une opération qui ne s'adresse qu'à un nombre restreint de sujets. La dernière statistique de Sauerbruch accusait, sur 507 opérés, 12 à 14 p. 100 de mortalité dans les premiers jours ou les premières semaines, 33 p. 100 de guérisons avec reprise de la vie normale et 27 p. 100 d'améliorations.

Sur la rachianesthésie.

(MM. Sauvé et Chevassu. — *Société de chirurgie*, 14-11-1923.)

La discussion soulevée par la communication de M. Duvergey sur la rachianesthésie est reprise par MM. Sauvé, Chevassu, Savariaud et Thiéry.

— M. Sauvé a vu, une fois, des accidents sérieux avec une rachianesthésie à la cocaïne à dose faible (5 centigr.).

— M. Guibal, de Béziers, a pratiqué 3.400 anesthésies rachidiennes, avec un certain nombre d'accidents graves. Plus la novocaïne est active, fidèle en somme, plus les troubles bulbaires sont à craindre. L'auteur estime que la rachianesthésie a des indications et des contre-indications nettes. Dans les cas neutres ou indifférents, il vaut mieux ne pas y recourir et préférer autre chose.

— M. Chevassu pense que la rachianesthésie, quoique très séduisante, constitue une anesthésie plus dangereuse que les autres. Partisan lui-même de ce mode d'anesthésie, jadis, son enthousiasme fut refroidi par quelques cas de mort consécutifs à l'emploi (abandonné, il est vrai, aujourd'hui) de la cocaïne. Il fut calmé plus encore par l'aventure qui advint à un de ses collègues d'internat qui, ayant fait à un malade une cure de hernie sous rachianesthésie, avait le désagrément de rencontrer de temps en temps, à la porte de l'Hôtel-Dieu, son ancien opéré, le dos rond, les jambes spasmodiques et la menace à la bouche.

Depuis, son opinion ne s'est pas beaucoup modifiée. Sans parler des cas de mort, des troubles sérieux ont été quelquefois observés après cette anesthésie.

— M. Savariaud est, par contre, un partisan convaincu de l'anesthésie rachidienne. Elle constitue, pour lui, la méthode de choix pour toutes les opérations sur l'abdomen. Elle donne le silence abdominal, condition dont on connaît l'importance primordiale en pareil cas.

— M. Cunéo remarque que, pour se faire une opinion sur les cas de mort signalés au passif de la rachianesthésie, il faudrait que les observations soient publiées en détail, mentionnant en particulier l'âge, des malades, la nature de l'opération, etc.

— M. Paul Thiéry considère l'anesthésie rachidienne comme un procédé d'exception, applicable aux cas où l'anesthésie générale est absolument contre-indiquée et où l'anesthésie locale est insuffisante.

Cancer du côlon transverse. Colectomie en un temps.

(M. Ch. Lenormant. — *Société de chirurgie*, 14-11-1923.)

M. Lenormant a traité une malade de 66 ans, atteinte de cancer du côlon transverse, par la colectomie en un temps avec suture termino-terminale. La patiente guérit et sa santé reste actuellement bonne. La persistance d'un obstacle dans la zone opérée (révélé par la radiographie) incite toutefois à faire des réserves pour l'avenir.

L'auteur ne prétend pas que cette colectomie idéale soit le traitement de choix de ces tumeurs, pour lesquelles l'opération en plusieurs temps reste habituellement indiquée. Elle peut convenir, toutefois, à quelques cas.

Le mécanisme de l'immunité locale.

(M. Besredka. — *Société de Biologie*, 8-12-1923.)

Dans une série de travaux, M. Besredka s'est efforcé d'établir que l'immunité locale joue un grand rôle dans nombre de maladies et qu'elle intervient souvent beaucoup plus que les anticorps généraux dans le processus de guérison.

Ainsi, la dysentérie amibienne, le choléra, la fièvre typhoïde, le charbon, des strepto-staphylococcies, se caractérisent par l'infection d'un organe (intestin, peau) qui supporte tout le poids du mal. Après une première atteinte, l'organe réceptif ne réagit plus à la seconde attaque et l'organisme entier en bénéficie: l'immunité devient générale.

L'immunité locale empièterait dès lors de plus en plus sur le domaine réservé jusqu'ici aux anticorps.

L'organe intéressé (intestin, peau) est lui-même plus ou moins réceptif. Un traumatisme (friction, feu de rasoir, action chimique), en amoindrissant la vitalité cellulaire, peut exalter la sensibilité locale. On peut aussi, par contre, diminuer cette sensibilité, en portant par exemple sur la peau ou l'intestin une faible dose de virus, sous forme de vaccin. On crée alors une cuti ou une entéro-immunité.

M. Besredka rappelle qu'il a montré que l'on vaccine le cobaye contre une infection mortelle à staphylocoque ou à streptocoques, en lui appliquant la veille sur la peau du ventre un pansement spécifique composé de vaccin staphylo ou streptococcique. Les germes virulents inoculés le lendemain, au lieu de cellules réceptives, se trouvent, du fait du pansement, en face de cellules résistantes.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Les séquelles de l'encéphalite épidémique chez l'enfant.

M. P. Auban, après avoir expliqué par des raisons d'ordre pathologique général la difficulté et l'obscurité du diagnostic de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles chez l'enfant, expose les résultats des derniers travaux cliniques et expérimentaux sur ce sujet.

Il rapproche en partie ces séquelles du grand groupe des encéphalopathies infantiles dont il rappelle les grands caractères anatomo-pathologiques; il signale le polymorphisme manifeste des séquelles

de l'encéphalite et passe successivement en revue les troubles moteurs et les troubles intellectuels. Il rappelle l'aspect clinique des myoclonies, des chorées, du syndrome de Parkinson, des troubles variés paralytiques, et insiste surtout, en rappelant les derniers travaux des auteurs français et étrangers, sur l'intérêt clinique et médico-légal qui s'attache à la connaissance des séquelles psychiques. Ces dernières peuvent être divisées en troubles d'excitation cérébrale, nocturne, en modifications du caractère avec tendance à l'impulsivité et en manifestations de déficience intellectuelle.

L'auteur termine en présentant à la Société un cas intéressant de syndrome parkinsonnien dont l'évolution paraît progressive et le pronostic grave. Il fait remarquer combien ce cas correspond entièrement à la notion maintenant classique des formes prolongées de l'encéphalite épidémique.

Calcul enclavé de l'uretère gauche chez un néphrectomisé du rein droit.

M. J.-P. Tourneux rapporte l'observation d'un homme de 49 ans, ayant déjà subi en 1905 une néphrectomie droite pour pyélonéphrite calculeuse, qui, après avoir présenté tous les symptômes classiques de la lithiase urinaire (douleurs, hématuries, phénomènes réflexes), fut atteint, le 13 août 1913, d'anurie calculeuse.

Le malade, en bon état général, bien qu'un peu agité et inquiet, fut amené à l'Hôtel-Dieu, 5 jours après ; le cathétérisme ureteral montra qu'un obstacle infranchissable et impossible à refouler se trouvait à 14 cm. du méat ureteral, siégeant par conséquent au point du rétrécissement marginal de Schwalbe, qui correspond au détroit supérieur du bassin.

Etant donnée la situation, on décide de recourir à la taille urétérale qui fut faite le 19 août, par laparotomie latérale sous-péritonéale, après cathétérisme de l'uretère. L'extraction du calcul une fois faite, l'incision du canal fut refermée par quelques points et la paroi abdominale suturée après drainage. La sonde uretérale fut laissée 6 jours : il n'y eut pas d'incidents, sauf un léger écoulement d'urine par l'orifice de drainage.

L'auteur, après avoir rappelé la rareté relative des calculs de l'uretère, insiste sur ce fait que l'enclavement s'était réalisé en un point où il ne se produit que peu souvent (7/00 d'après Jeanbrau), termine en revenant sur la conduite opératoire qu'il a cru devoir suivre. Dans les cas ordinaires d'anurie par calculs, qui s'accompagnent presque toujours de pyonéphrose, on a coutume d'intervenir, soit par néphrotomie, soit par pyélotomie, car il s'agit surtout d'évacuer la collection suppurée d'urine. Dans le cas présent, il n'en était pas de même, le malade n'avait qu'un seul rein, il n'y avait pas d'infection de la poche pyélique, et enfin le calcul était très bas situé : c'est pour ces diverses raisons que l'auteur s'est décidé à intervenir directement sur l'uretère.

Insomnie chronique, séquelle unique d'une encéphalite à forme léthargique.

M. Laporte présente l'observation d'un homme âgé de 26 ans, qui fut atteint en novembre 1922 d'une encéphalite à type léthargique d'une durée de plusieurs mois. Complètement remis au début de mars 1923, ce malade vit progressivement la durée de son sommeil diminuer peu à peu depuis le mois d'août ; actuellement, il passe plusieurs jours sans dormir, n'en éprouve pas le besoin, mais se sent très fatigué. En dehors de cette insomnie, le malade ne présente aucune autre séquelle de sa maladie.

Souffle respiratoire rythmé par le cœur au cours d'une insuffisance aortique.

M. Laporte relate le cas d'un homme de 27 ans, qui a fait plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu et qui est atteint d'insuffisance aortique ; la pression est de 16-7 au Vaquez-Laubry. Chaque systole provoque au niveau de la bouche un bruit respiratoire particulier, très analogue à un souffle cardiaque perçu à distance. La radiographie ne décèle pas de dilatation aortique.

Cette respiration, rythmée par le cœur et perceptible à l'oreille, a la même signification que les signes circulatoires périphériques de l'insuffisance aortique et est en relation avec l'exagération de la pression différentielle. Elle s'explique par la compression brusque de la trachée par la crosse aortique à chaque systole.

L'ostéo-synthèse dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur.

MM. J.-P. Tourneux et Thomas ont eu à intervenir chez un jeune homme de 18 ans présentant une fracture latérale double du maxillaire inférieur, par suite de coup de pied de cheval, qu'ils ont traitée pas l'ostéo-synthèse : le résultat a été très satisfaisant, donnant une correction parfaite et un très bon articulé dentaire.

Ils rappellent, à ce sujet, combien il est difficile, en pareil cas d'obtenir la consolidation osseuse en bonne position, par suite de la bascule en bas et en arrière du fragment médian, et passent successivement en revue les divers modes de traitement proposés. Ils estiment que la meilleure conduite à suivre consiste à recourir à l'ostéosynthèse par plaques, en utilisant la voie cutanée, comme l'ont recommandé Annandale, Hartmann et Loison, et non la voie buccale, qui ne donne qu'un jour trop insuffisant.

Un cas de myopathie atrophique progressive.

M. Gay rapporte le cas d'une malade âgée de 44 ans, prise depuis l'âge de 16 ans d'une atrophie musculaire progressive myopathique dont on relève un cas analogue dans sa famille. Au lieu de suivre la marche classique du type Landouzy-Déjerine, l'affection débuta par la ceinture scapulaire, puis prit la ceinture pelvienne et, ces derniers temps, attaqua la face.

La réflectivité est atteinte au prorata de l'amyotrophie : il n'y a pas de contractions fibrillaires. A l'inverse de ce qui est souvent observé, en ne note ni boules de Roth, ni pseudo-hypertrophie, ni rétractions fibro-tendineuses. La prédominance de l'affection au niveau des régions proximales est très nette. Jadis la malade pouvait se redresser étant couchée, elle ne peut plus le faire aujourd'hui qu'étant assise. Pour cela, elle cherche dans le voisinage un point d'appui sur lequel, elle pose ses mains, puis elle fléchit le tronc en avant afin de s'aider plus efficacement au moyen de ses bras. Cette manœuvre de redressement à partir de la station assise se trouve dans des amyotrophies trop graves pour que la manœuvre classique puisse être recherchée et elle met en évidence, comme cette dernière, la nécessaire collaboration des membres supérieurs et des muscles redresseurs des membres inférieurs et de la ceinture pelvienne.

Considérations sur un cas de pleurésie purulente interlobaire d'origine tuberculeuse.

MM. Serr et Roques communiquent l'histoire d'un jeune soldat qui, après avoir présenté une pleurésie purulente de l'espace interlobaire gauche, traitée par des ponctions répétées, fut atteint de lésions tuberculeuses au niveau du sommet du même côté. Les auteurs passent en revue les diverses hypothèses qui peuvent être émises au sujet des relations existant entre les lésions tuberculeuses du sommet et l'épanchement purulent de l'espace interlobaire.

Société de chirurgie.

Empyème chronique, décortication pulmonaire. Guérison.

M. Miginiac présente un jeune homme qu'il a opéré en juin 1922 d'un empyème non tuberculeux de la plèvre droite. Par suite du très mauvais état du malade, l'intervention fut faite à l'anesthésie locale au kélène.

Le malade étant en meilleur état, devant l'abondance de la suppuration, l'absence d'oblitération pleurale, le malade fut réopéré au mois d'août.

Sous chloroforme, après résection de la 8e côte, grâce à l'écarteur de Tuffier, on put d'abord retirer un drain qui était tombé dans la plaie, et pratiquer ensuite la décortication pulmonaire, qui fut des plus aisée.

La guérison, qui a mis un an à se produire, est aujourd'hui complète et parfaite, le sujet se porte très bien, ne présente pas de fistules, et sa paroi thoracique est à peine déformée et rétractée.

Les récidives en couronne après le traitement radiothérapique des tumeurs.

M. Ducuing communique trois observations de ces récidives, qui surviennent toujours à la limite extrême de l'irradiation et dépendent de facteurs tenant à la tumeur elle-même, et à la manière dont cette dernière a été irradiée. Au point de vue pathogénique, cette récidive répond à un coup de fouet donné par une dose de rayonnement trop faible à des éléments néoplasiques non atteints par le chirurgien. Il convient donc, dans le traitement des tumeurs opérables, non seulement de pratiquer une exérèse très large, mais d'irradier ensuite plus largement encore en accordant une même intensité de rayonnement à l'extrême périphérie qu'au centre.

Estomac biloculaire, gastro-pylorectomie. Guérison.

M. Miginiac présente les pièces opératoires et l'observation d'une femme âgée de 60 ans, chez laquelle l'examen clinique avait fait penser à une sténose pylorique par vieil ulcère vraisemblablement dégénéré.

La radiographie ayant montré qu'il s'agissait d'une sténose médio-gastrique, on fit une laparotomie dans le but d'établir une gastro-entérostomie. Par suite de l'induration de la poche cardiaque, de ses adhérences multiples, et de sa profondeur, il fallut pratiquer tout d'abord une gastro-pylorectomie, qui fut suivie ensuite d'une gastro-entérostomie au bout n de Jaboulay.

La guérison fut parfaite ; la malade a conservé le tiers de son estomac, s'alimente normalement, et a gagné 7 kilogr. en 6 mois.

Estomac biloculaire traité par la gastrotomie. Guérison.

M. Dambrin rapporte l'observation d'une femme de 46 ans, souffrant depuis une quinzaine d'années, sans signes nets d'ulcus : pas de distension stomacale, mais douleur à la pression vers la partie moyenne de l'organe. La radiographie montra un estomac biloculaire des plus nets.

L'intervention eut lieu le 21 novembre 1923 : la biloculation était due à un ulcère calleux adhérent au pancréas. Devant la difficulté d'établir une bonne gastro-entérostomie, l'auteur préféra aboucher l'une à l'autre les deux poches gastriques par une gastro-gastrotomie large faite à la suture. Les suites furent parfaites, la malade se trouve en excellent état de santé et a notablement engraissé.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXXIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

(*Paris*, 8-13 *octobre* 1923) (1).

(*suite*)

TROISIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR (*suite*)

Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. Indications opératoires et résultats.

Résumé du rapport de M. P. MATHIEU.

L'oblitération de la voie biliaire principale a des conséquences bien différentes suivant qu'il y a ou non une ouverture de cette voie en amont de l'obstacle. Dans le premier cas, la bile s'écoule au dehors par une *fistule biliaire*, l'ictère est rare ou léger, c'est la déperdition prolongée de la bile qui seule diminue organiquement le sujet, et l'opération indiquée ne tire guère ses difficultés que de complications anatomiques locales. Dans le second cas,la *dilatation des voies biliaires* en amont de l'obstacle s'accompagne d'un *ictère par rétention* qui est total, constant et souvent ancien au moment de l'opération. La cholémie intense a altéré tous les tissus. Dans ces conditions les résultats opératoires sont, en général,mauvais. Les accidents post-opératoires qu'on peut observer sont en effet, les hémorragies dites cholémiques, l'ictère grave infectieux, l'anurie, le collapsus cardiaque. Aussi l'examen médical des ictériques avant toute intervention doit-il être particulièrement minutieux. Il serait utile pour le chirurgien de pouvoir déterminer par des moyens simples, comme ceux que l'urologue emploie, la résistance de son patient. Mais ici, le problème est beaucoup plus complexe. L'insuffisance du foie n'est pas aussi aisée à mettre en évidence que celle du rein. Du moins devra-t-on doser l'urée dans le sang et dans l'urine, rechercher dans l'urine les corps cétoniques, étudier le retard de la coagulation sanguine et l'augmentation du temps de saignement et ne pas opérer les ictériques somnolents avec pouls accéléré, ou oliguriques, ou présentant quelques hémorragies. Si l'opération est possible et décidée, le chirurgien en présence d'une oblitération de la voie principale se trouve amené à pratiquer, soit un traitement direct de cette oblitération, soit une dérivation de la bile. Il s'agit de préciser les indications de ces méthodes dans les diverses oblitérations par rétrécissements, par tumeurs, par malformations congénitales, par paralysies, par compression.

I. **Rétrécissements non néoplasiques.** —Ils sont traumatiques ou inflammatoires. Les premiers sont presque toujours consécutifs à une opération. On ne connaît que quelques faits de rétrécissements accidentels.

A. RÉTRÉCISSEMENTS POSTOPÉRATOIRES. — La *cause* de beaucoup la plus fréquente est une blessure de la voie principale au cours d'une cholécystectomie ; 80 cas environ de ces blessures opératoires ont été actuellement publiés. La lésion, section ou résection partielle ou totale de la voie principale, se produit dans diverses circonstances. Le conduit commun peut être atteint dans la région du confluent quand l'hépatique et le cystique sont soudés par des lésions inflammatoires, quand un gros calcul occupe la terminaison du cystique, quand une traction sur la vésicule après libération du cystique coude le conduit principal. Parfois une ligature qu'on a cru placer sur le cystique étreint latéralement le cholédoque et provoque la formation d'un nodule fibreux. Plus rarement l'hépatique a été pris pour le cystique ou la ligature de l'artère cystique englobe le canal hépatique. La chol écystectomie rétrograde est dangereuse quand le carrefour biliaire est rendu méconnaissable par des lésions inflammatoires

Cliniquement, que la plaie opératoire ait été reconnue et réparée, ou méconnue, c'est la persistance de la fistule ou l'apparition de l'ictère par rétention après fermeture de cette dernière qui feront faire le diagnostic d'oblitération.

Au point de vue anatomique, tantôt les lésions sont localisées à la voie biliaire qui présente un nodule fibreux au point où elle a été blessée et une dilatation du segment sus-jacent à la structure, tantôt il y a, en outre, de la péritonite sous-hépatique rétractant et soudant les viscères de la région dont la morphologie se trouve bouleversée (*blocage sous-hépatique* de Villard). Dans les cas avec fistule, cette péritonite est constante et ce n'est guère qu'en se guidant sur la fistule qu'on peut atteindre la voie principale.

B. RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES. — Ils sont rares et difficiles à mettre en évidence. Il faut citer :

Les *rétrécissements par hépatocholédocite généralisée* dont les premières observations ont été publiées par Terrier, Chauffard et Rendu ;

Les *rétrécissements par hépatocholédocite partielle* consécutifs à des accidents lithiasiques ;

Les *rétrécissements vatériens* résultant de l'évolution d'un ulcère duodénal siégeant au niveau de l'am-

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et revues qui n'appartiennent pas à l'Association.

poule de Vater, parfois causés par le séjour prolongé d'un calcul dans l'ampoule.

C. Interventions pratiquées. Leurs résultats. — 1° *Opérations de drainage.* — La dérivation externe de la bile n'est ici que le premier temps d'une intervention plus complète. Exceptionnellement, cette opération a pu, à elle seule, amener la guérison.

2° *Dilatation des rétrécissements.* — Ce n'est qu'un moyen accessoire, et c'est au drain placé dans le conduit qu'il faut surtout attribuer le rétablissement du calibre.

3° *Section des rétrécissements.* — Ici encore le procédé ne semble efficace que si la dilatation du conduit est maintenue par un tube de caoutchouc (observations de Bonneau, de Tixier, de Lejars pour l'hépatique ou le cholédoque, de Jourdan, de Hartmann, de Heule pour l'ampoule de Vater).

4° *Cholédochoplasties.* — La section longitudinale du rétrécissement avec suture transversale n'a guère été utilisée que par Peterson et par Moynihan.

5° *Résection du rétrécissement avec suture bout à bout.* — C'est une opération assez rare, dont l'initiateur fut Kehr et dont 7 cas seulement sont connus. Elle n'est praticable que lorsque la lésion est bien limitée et facilement accessible.

6° *Anastomoses bilio-intestinales.* — Elles sont exécutées de façons très diverses selon les cas.

La *cholécysto-entéro ou gastrostomie* a donné d'excellents résultats, mais elle ne peut être utilisée que rarement, soit que la vésicule ait été précédemment enlevée, soit qu'elle soit rétractée.

Les *anastomoses latérales de l'hépatique ou du cholédoque avec le duodénum ou l'estomac* sont souvent indiquées et facilitées par le contact du conduit biliaire dilaté avec l'estomac ou le duodénum ; 29 cas publiés ont donné 3 morts. Ces opérations sont généralement faites par sutures ; on a quelquefois utilisé le bouton.

L'*anastomose termino-latérale de l'hépatique ou du cholédoque avec le duodénum* est une bonne opération, mais qui n'est à faire que si elle se présente dans des conditions favorables, n'exigeant ni grands décollements, ni traction forte sur les parties à rapprocher. Les suites immédiates de cette opération comme celles des opérations de la catégorie précédente sont favorables, mais les suites éloignées sont parfois fâcheuses (ictère, douleurs, angiocholite ascendante).

L'*hépatico* ou *cholédocho-jéjunostomie*, qui est faite surtout quand les précédentes ne peuvent l'être, passe pour exposer fréquemment à l'infection ascendante ; 8 cas ont été publiés avec 3 morts.

L'*hépato et la cholangio-entérostomie*, imaginées par Marcel Beaudoin pour les cas où aucune portion des voies biliaires n'est accessible, sont des opérations de n cessité, exceptionnelles (17 observations avec 12 morts).

La *reconstruction de la voie biliaire principale* a été pratiquée souvent par les techniques très diverses que voici :

On a fait des tentatives de *greffes* empruntées suivant les cas à l'estomac, au duodénum, au jéjunum, sous forme d'un lambeau de la paroi de ces organes, ou bien constituées par un lambeau péritonéo-aponévrotique, par l'appendice, par un segment de veine ou d'artère. Nous ne sommes pas encore bien fixés sur la valeur de ces procédés.

On a tenté de reconstruire la voie biliaire à l'aide d'un *drain*, qui, tantôt est *placé entre les deux segment s de la voie principale*, tantôt est *implanté dans le tube digestif* et toujours doit être placé de façon à pouvoir être évacué, soit dans l'intestin, soit à l'extérieur. Il est rare que la reconstruction par drain puisse être complétée par des sutures. Le premier type de ces deux opérations a donné dans 5 cas de rétrécissements avec ictère, 2 morts ; dans 6 cas avec fistule, 6 guérisons. La seconde opération, implantation du drain dans le tube digestif, demande à être examinée sous les deux aspects qu'elle peut revêtir. Dans les cas où la prothèse a pu être complétée par des sutures, 10 cas environ, les rétrécissements avec fistule, 5 cas, ont donné 3 morts, les rétrécissements avec ictère ont tous guéri opératoirement. Dans les anastomoses par tube sans suture, 19 observations, les atrésies avec fistule ont toutes guéri, les atrésies avec ictère ont fourni 2 morts.

D. Indications opératoires. — Etant donnée la diversité des lésions, toutes les techniques précédemment examinées conservent leur valeur selon les cas. En ce qui regarde les anastomoses, celle que l'on doit préférer est celle qui se présente le mieux au point de vue de son exécution. C'est-à-dire que, d'une part, le segment du tube digestif à choisir est celui qu'il est le plus facile d'anastomoser, que, d'autre part, le mode d'anastomose à préférer, latéro-latérale, termino-latérale, anastomose par tube, est dans cet ordre, celui qui pourra être exécuté sans tiraillement marqué.

Toutes les anastomoses bilio-intestinales exposent au rétrécissement de la bouche et surtout à l'infection par angiocholite ascendante par suite de l'absence du sphincter terminal. Aussi pour éviter ce dernier risque, conviendra-t-il de chercher des améliorations de technique comme le procédé de Witzel.

Quant aux reconstructions, en dehors du danger d'infection, faut-il craindre l'atrésie du conduit néoformé ? Nous n'avons que peu de renseignements sur ce point ; ceux que nous possédons (Propping), sont plutôt favorables. Peut-être dans l'avenir pourra-t-on remplacer le drain qui est un assez mauvais matériel, par des tubes résorbables, des canaux organiques morts et conservés.

II. **Tumeurs de la voie biliaire principale.** — La chirurgie des *tumeurs bénignes* de la voie biliaire principale est très restreinte (8 cas dans la thèse de Bravet). D'ailleurs, certaines de ces formations d'aspect adénomateux ont une évolution maligne.

Les *tumeurs malignes* sont, au contraire, fréquentes. Elles siègent surtout au niveau du confluent et de la terminaison du cholédoque. Elles s'accompagnent

d'ictère et d'hydropisie des voies biliaires. Le traitement chirurgical en est peu encourageant, exception faite pour les tumeurs vatériennes.

Dans l'immense majorité des cas, on n'a pratiqué que des *opérations palliatives* (70 à 75 p. 100 de mortalité rapide). La meilleure paraît être l'anastomose bilio-intestinale dont la forme varie suivant le siège de la lésion. Les *opérations radicales*, rares et possibles seulement dans quelques cas favorables, ne donnent pas de plus mauvais résultats que les palliatives.

Les *cancers de l'ampoule de Vater* sont, comme y insistait Letulle en 1906, relativement favorables. Ce sont des tumeurs petites, bien limitées, ayant peu de tendance à la généralisation. Elles déterminent d'une façon précoce de l'ictère et une dilatation du cholédoque, souvent aussi de la vésicule. Le ventre ouvert, l'exploration des voies biliaires montre le siège très inférieur de l'obstacle, et alors, la *duodénotomie exploratrice* est la manœuvre capitale pour le diagnostic et le traitement. Celui-ci sera presque toujours l'*excision simple de la papille* qui donne 50 p. 100 de guérisons opératoires. On résèque la tumeur au bistouri ou au thermocautère pour éviter l'hémorragie, ici fréquente, et on suture ou non à la muqueuse duodénale les deux conduits cholédoque et Wirsung. La réparation semble se faire aussi bien sans sutures. On a observé des survies pouvant aller jusqu'à six et neuf ans. Dans des cas exceptionnels, on a dû recourir à la *résection en coin du duodénum* par voie externe (3 cas) ou à la *duodénectotomie circulaire* (5 cas). La *curiethérapie* post-opératoire a été tentée au moins 2 fois.

III. **Oblitérations par malformations congénitales.** — Elles présentent un intérêt chirurgical fort inégal. On les classe en deux catégories :

A. Aplasies et atrésies. — Ce sont des malformations souvent incompatibles avec la vie. Mais parfois, malgré l'ictère, les enfants ont pu survivre quelques semaines ou quelques mois. Le seul traitement possible est une dérivation biliaire qui, dans les cas où elle a été tentée, n'a jamais donné de succès.

B. Dilatations kystiques de la voie principale. — Cette lésion assez rare (50 cas environ) est beaucoup plus intéressante. *Anatomiquement*, elle se présente sous la forme d'un gros kyste sous-hépatique formé aux dépens d'une partie ou de la totalité des voies biliaires, y compris quelquefois la vésicule. La fin du cholédoque est perméable, mais, dans certains cas, rétrécie ou coudée. Le kyste est fréquemment adhérent aux organes voisins. *Cliniquement*, il s'agit toujours d'un sujet du sexe féminin chez lequel apparaissent, un temps variable après la naissance, de trois à vingt-deux ans, un ictère souvent incomplet, des poussées angio-cholitiques et une grosse tumeur rénitente, sous-costale droite, presque toujours prise pour un kyste du rein ou un kyste hydatique. Souvent le diagnostic n'a pu être fait même après laparotomie. Le *traitement* a presque toujours donné des résultats déplorables. La résection de la poche, la ponction simple ou suivie de drainage ont toujours été suivies de mort. La kystotomie simple ou suivie de kysto-entérostomie ont donné quelques guérisons. La chirurgie de cette singulière lésion s'améliorera sans doute quand elle sera mieux connue et qu'on en fera plus couramment le diagnostic clinique et opératoire.

IV. **Oblitérations par hydatides.** — Il s'agit presqu'invariablement d'une rupture d'un kyste hydatique du foie dans les voies biliaires. La question a été parfaitement mise au point par de nombreux auteurs français (Devé, Cauchoix, Quénu, P. Duval, Lecène et Mondor, Lapointe).

Les kystes qui s'ouvrent le plus fréquemment dans les voies biliaires sont ceux de la convexité supéro-externe du lobe droit. Et, dans 90 p. 100 des cas, l'ouverture porte sur les gros conduits biliaires intra-hépatiques, souvent le droit (Devé). Les voies biliaires extra et quelquefois intra-hépatiques sont distendues. Des coliques hépatiques, une diminution de volume de la tumeur, la présence de vésicules hydatiques dans les selles, l'ictère et la fièvre sont les signes habituels. En pratique, l'intervention a lieu pour rétention biliaire avec fièvre. Dans cette forme d'oblitération des voies biliaires, on a pratiqué des opérations très diverses, simples ou combinées.

Les indications opératoires se présentent sous deux aspects. Dans le premier cas, la rétention biliaire avec infection domine ; il faut d'abord agir sur la voie biliaire principale pour la drainer ; si le kyste est reconnu au cours de l'opération, il convient d'agir sur lui, au besoin dans une intervention secondaire. S'il n'est pas reconnu, il faudra le chercher par la clinique et la radiologie pour intervenir secondairement en cas d'accidents persistants.

V. **Oblitérations par ascarides, douves.** — Cette affection est connue depuis les travaux de Müller et de Miyaka. Eberlé évalue à 23 le nombre des cas opérés avec 4 guérisons sur 5 environ. Le nombre des ascarides contenus dans les voies biliaires peut être considérable. L'angiocholite est la règle ; l'abcès du foie est une complication fréquente. Quant à la lithiase, qui coexiste fréquemment avec l'ascaridiase, elle est aussi bien considérée comme une cause de l'invasion ascaridienne que comme un effet de cette invasion. En tout cas, on observe des calculs qui contiennent des œufs du parasite.

Les symptômes et le traitement sont ceux de l'obstruction biliaire par calculs avec angiocholite. Un traitement médical de l'ascaridiase serait sans doute un complément utile de l'opération.

On connaît un cas de distomatose hépatique avec oblitération du cholédoque par dix grandes douves (Villard).

VI. **Oblitérations par compressions diverses.** — Les causes de compression se ramènent essentiellement aux tumeurs de la tête du pancréas, aux kystes

hydatiques du foie, aux tumeurs du pédicule hépatique.

Le *cancer de la tête du pancréas* est la cause la plus fréquente d'oblitération de la voie biliaire. L'ictère, la cholémie sont intenses et graves. Le traitement a toujours été jusqu'ici une opération palliative dont la meilleure est la cholé-cysto-duodénostomie ou gastrostomie. Mais la mortalité est très élevée en raison de la cholémie et la survie ne dépasse guère six mois.

Dans les *pancréatites chroniques*, si l'affection a pour cause une lithiase biliaire, c'est en traitant celle-ci qu'on guérira la pancréatite. Si la lésion du pancréas survient en dehors de la lithiase biliaire, il faut faire une dérivation de la bile, généralement une cholécysto-duodénostomie.

Quand il s'agit d'un kyste ou d'un *pseudo-kyste* du pancréas, le traitement du kyste fait, en général, cesser l'ictère.

La *compression par un kyste hydatique du foie* est relativement rare. Ici encore, le traitement du kyste amène la guérison.

Dans les *compressions par adénopathie du pédicule hépatique*, l'ablation des ganglions, si elle est possible, suivie d'une anastomose de dérivation constitue l'intervention la plus recommandable. Cette manière de faire a donné des succès à Hürtle, Roux et Roussiel.

Enfin, les *compressions par anévrisme de l'artère hépatique* ne sont pas absolument exceptionnelles, Früdenwald et Tarmenbaun en rapportent 65 cas dont 13 ont été opérés. Tuffier, Kehr et Kading ont seuls lié l'artère ; 2 fois ,la guérison fut obtenue malgré des nécroses partielles du foie.

(A suivre.)

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Les Livres

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr MATHÉ, membre de l'Association pour le développement des relations médicales entre Pays amis et alliés. — **Les stations thermales et climatiques françaises. Leur situation actuelle et leur avenir.**

L'une des caractéristiques du mouvement thermoclimatique contemporain, c'est qu'il intéresse le corps médical français tout entier : la grande campagne de propagande menée pendant plus de 30 ans par les Garrigou, les Bordet, les Albert Robin, porte actuellement ses fruits. Il serait injuste de ne pas associer à ces noms ceux de Landouzy et de Carron de la Carrière qui, voici 25 ans révolus, créèrent ces intéressants voyages d'Etudes aux Eaux minérales, voyages reconnus si utiles que les Allemands, les Italiens en ont copié la formule. Dans une belle communication à la Société de Médecine de Paris, M. L. Mathé, membre de l'A. D. R. M., étudie la question de nos Eaux minérales du point de vue scientifique, médical et commercial.

Du point de vue scientifique, l'Institut d'hydrologie rattaché au Collège de France a résolu la question. Les prof. Moureu, Desgrez, Bordas, Urbain, Rathery, Lepape, Baudouin et d'autres encore se sont voués aux recherches de laboratoire et, par un protocole d'expériences, fixé par eux, vont pouvoir relever des observations comparables entre elles. *Du point de vue purement médical*, l'enseignement clinique thermoclimatique est dès maintenant organisé et fonctionne dans presque toutes nos Facultés : les étudiants y assistent de plus en plus nombreux.

Du point de vue commercial, c'est-à-dire la vente du produit des sources : « eau, sous-produits, sels, eaux-mères, etc. », la question relève d'une organisation mise sur pied par des techniciens spécialisés. Agents, dépositaires, propagande, tout doit marcher de pair.

La *Fédération thermale et climatique française* qui vient de se constituer aura à s'intéresser à tous ces problèmes : elle ne faillira pas à sa tâche.

Raymond MOLINÉRY.

La Science moderne, nouvelle revue scientifique, destinée au grand public. Son premier numéro contient les articles suivants :

Bigourdan (de l'Institut) : Le problème de l'heure. — Lecornu (professeur à l'Ecole polytechnique) : Les moteurs d'aviation moderne. — Olmer (professeur à l'Institut Catholique) : Les atomes.— Guillet (directeur de l'Ecole Centrale) : La question des métaux et alliages légers. — Nicolardot (directeur du Bureau international permanent de chimie analytique) : L'état actuel de la chimie. — Lumière (A.) (correspondant de l'Académie de médecine) : L'état colloïdal et la vie. — Wery (directeur de l'Institut national agronomique) : Les eaux stagnantes et l'hygiène rurale. — Le Gavrian (professeur à l'Ecole des Ponts-et Chaussées) : Les routes au temps présent. — Broca (professeur à la Faculté de Médecine de Paris) : Les accidents du travail. — Montpetit (secrétaire général de l'Université de Montréal) : La monnaie. — Defos du Rau (agrégé de l'Université) : Un savant français : E. Branly. — Variétés, Nouvelles, Chroniques et Actualités, Sociétés savantes, Livres et Revues. Nos concours.

Ce numéro comprenant 96 pages à 2 colonnes avec de nombreuses illustrations, sera envoyé franco contre la somme de 3 fr. 50 pour la France ou de 5 fr. pour l'étranger, adressée à MM. J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). (L'abonnement est du prix de 35 fr. pour la France et 50 fr. pour l'étranger).

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 1923.

Dr W. KOPACZEWSKI. — **Pharmacodynamie des colloïdes. Chocs pathologiques et thérapeutique.** Préface du Dr CAUSSADE, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris. (1 vol. in-16 de 292 pages. Prix : 10 fr.).

Cet ouvrage s'adresse à la fois aux biologistes, aux médecins et aux pharmaciens chimistes. Les premiers y trouveront une mise au point, concernant les phénomènes de chocs, un résumé des travaux expérimentaux de l'auteur et une critique serrée des conceptions anciennes. Les médecins pourront, grâce à ce livre, s'orienter facilement dans les conceptions pathogéniques nouvelles, s'enrichir d'un critérium expérimental qui les empêchera de faire des généralisations hâtives, se rendre compte des actions thérapeutiques des colloïdes et faire un choix judicieux des préparations et du mode d'introduction.

Enfin les chercheurs des laboratoires puiseront dans ce travail des idées et des orientations nouvelles, que l'auteur a éparpillées dans de nombreuses communications aux Sociétés savantes de France et de l'étranger.

Bref, ce livre arrive « au moment où il faut fixer et coordonner les notions nouvelles qui doivent servir à la compréhension des termes qui ont cours usuellement dans le langage médical et qui, d'autre part, peuvent guider et diriger les recherches des biologistes et des pathologistes, notamment en ce qui concerne les colloïdes.

Dr O'FOLLOWELL. — **Le médecin de service, année 1923-1924.** Annuaire des médecins de théâtre, listes du service médical des théâtres, concerts, cirques, cinémas.

Les Thèses

P. — Dr E. ROBIEUX. — **Etude sur l'action neurotonique du nucléinate de strychnine.** (Paris, Vigot frères, éditeurs, 1923.)

L'arsenic et le phosphore, depuis des siècles — la strychnine plus récemment — ont fait leurs preuves en matière de thérapeutique neuro-tonique. Aussi bien ce travail n'envisage-t-il cette médication que sous certains angles nouveaux.

Un premier point établi est qu'on s'assure actuellement le maximum de résultats par l'emploi de produits organiques — rigoureusement dosables et assimilables — et dont la molécule se rapproche en composition de la molécule vivante. Nucléinates et cacodylates : voilà en effet le dernier mot de l'organothérapie phosphorée et arsenicale. De même, l'auteur insiste sur une forme organique de la strychnine, le nucléinate de strychnine, sel stable, et d'obtention relativement facile, dont il fait l'étude chimique complète.

Mais avant tout, ce sont les raisons de l'association des trois principes actifs : phosphore, arsenic, strychnine, qui nous sont exposées. Cette synergie supprime les inconvénients d'accumulation des deux premiers, évite le coup de fouet de la strychnine employée seule, et au total celle-ci semble jouer le rôle d'un catalyseur amorçant l'action de la cure arsénio-phosphorée.

Des faits cliniques solides étayent cette thèse. L'auteur voit dans cette association médicamenteuse un tonique par excellence de la cellule nerveuse. Or, il le démontre en clinique à l'aide d'observations rigoureuses recueillies dans un service d'aliénés. Les améliorations obtenues dans toutes les psychasténies secondaires prouvent la valeur de cette synergie, employée sous forme d'injections sous-cutanées de néo-rhomnol, complexe unissant par cmc 0,001 de nucléinate de strychnine défini et 0,05 de cacodylate de soude chimiquement pur.

C'est le point le plus original de ce travail que celui-là, qui met en relief la valeur de ces essais chez des *aliénés*, au sens vrai du mot, tous malades échappant à l'influence psychothérapique, et améliorés par les injections seules.

Ce ne sera que pour mémoire que l'auteur rappellera les heureux effets de cette triple médication, déjà fort employée dans toutes les asthénies post-infectieuses. Par une méthode rigoureuse, il mesure là encore les résultats d'après les données exactes que lui fournissent les courbes de poids et les mesures hématologiques.

Et ainsi la conclusion reste que l'arsenic, le phosphore et la strychnine en association organique, sous forme de néo-rhomnol, constituent avant tout le type du médicament neuro-tonique et stimulateur.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'insuffisance ovarienne ; comment la reconnaître et la traiter ?

A côté du système circulatoire, du système nerveux, il existe un autre système dont les fonctions importantes ne sont apparues qu'assez récemment, c'est le système endocrinien. Chaque élément de ce système, c'est-à-dire chaque glande, exerce dans l'économie un rôle particulier mais, dans l'ensemble, toutes sont plus ou moins solidaires, et l'action de l'une d'elles toujours plus ou moins intriquée dans celle d'une ou plusieurs autres. De là la difficulté de faire un diagnostic exact et d'instituer une thérapeutique vraiment adéquate et efficace.

L'insuffisance ovarienne, cependant, est une de celles qui entraînent des troubles assez caractéristiques pour qu'il soit possible de la dépister avec un minimum d'erreurs dans un grand nombre de cas.

Ces troubles se traduisent par des symptômes plus ou moins nets du côté des organes génitaux, de la menstruation, de la morphologie générale, de l'habitus extérieur, de l'état mental et de l'appareil circulatoire.

Organes génitaux. — Insuffisance de développement, organes conservant le caractère infantile, parfois clitoris anormalement développé.

Menstruation. — Règles diminuées en fréquence, en intensité et en durée, souvent douloureuses.

Morphologie générale et habitus. — L'insuffisance ovarienne peut déterminer de la maigreur comme de l'obésité, cette dernière plus fréquemment. Les traits du visage sont parfois modifiés dans le sens masculin, en même temps que l'on observe une ébauche de barbe ou de moustache (virilisme discret). Ce syndrome s'accentue parfois (on observe alors très souvent, du côté des organes génitaux une hypertrophie clitoridienne) jusqu'à réaliser l'hirsutisme d'Apert avec apparence d'hermaphrodisme : hypert ichose, aspect masculin, rudesse du caractère et de l'abord. D'après plusieurs auteurs des troubles aussi accentués seraient l'expression d'une insuffisance conjuguée de l'ovaire avec la surrénale (Launois, Pinard), avec l'épiphyse (Sicard, Hagueneau), avec l'hypophyse ; ou bien encore d'une tumeur ovarienne (Tuffier, Achard).

Etat mental et nerveux. — Irritabilité du système central avec exagération de la réflectivité médullaire. Hyperexcitabilité aussi du sympathique ; cependant les facultés intellectuelles sont plutôt ralenties et amoindries. Insomnie très fréquente.

Appareil circulatoire. — Pression artérielle généralement diminuée sans qu'il y ait ordinairement hypotension caractérisée ; les bouffées de chaleur ont une valeur signalétique, mais on se souviendra cependant qu'elles se produisent aussi chez les basedowiens. Les extrémités sont souvent cyanosées. Le sujet présente fréquemment des palpitations, des vertiges.

Ces troubles s'observent le plus souvent aux périodes ci-après de la vie féminine :

Au moment de la puberté et dans les 2 ou 3 premières années qui suivent l'instauration de la menstruation.

Pendant les 2 ou 3 premiers mois de la grossesse où la fonction ovarienne se trouve suspendue.

Chez les femmes ayant subi l'ovariectomie double ; souvent même après une ovariectomie simple, pendant 4 ou 5 mois.

A toute époque de la vie génitale, lorsqu'une affection infectieuse ou des troubles nutritifs ont exercé un retentissement sur la fonction glandulaire et l'ont amoindrie.

Le traitement de l'insuffisance ovarienne a pour base l'opothérapie ovarienne, celle-ci pouvant être totale ou fractionnée au moyen des extraits dissociés (*agomensine* et *sistomensine*) à action antagoniste. Ceux-ci permettent une médication plus sûre et plus adéquate à chaque cas par l'administration de l'extrait qui correspond le mieux aux symptômes observés. Ce sont surtout les phénomènes menstruels qui guideront ce choix. On prescrira l'agomensine si les règles sont notoirement insuffisantes ou même inexistantes, lorsqu'elles sont précédées ou suivies de malaises et de troubles vasculaires. On donnera la sistomensine si les règles se prolongent à l'excès et si elles sont accompagnées de douleurs. Dans les troubles ménopausiques ou consécutifs à l'ovariectomie, on se trouvera généralement bien de l'association des deux extraits, en faisant prédominer celui qui correspond le mieux au principal des troubles observés, ou que l'expérience aura montré comme obviant davantage aux symptômes dominants.

En face de cas rebelles ou à symptomatologie très prononcée, on recourra avec avantage à l'administration par voie hypodermique de l'un ou l'autre produit.

A. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES HONORAIRES EN MÉDECINE RURALE

L'Union des Syndicats Médicaux de France entreprend, auprès des médecins qui exercent à la campagne, une enquête destinée à établir quel y est le prix moyen de la visite avec déplacement. Pour calculer ce prix moyen, « chaque médecin n'a qu'à faire le total de toutes les visites qu'il a faites avec déplacement dans une année, en exceptant celles de son lieu de domicile : visites à tarif plein, visites en passant, en tournée régulière, etc. Il fait, d'autre part, le total de ce que toutes ces visites lui ont rapporté dans cette même année, et il divise ce chiffre par le nombre de visites. Il obtient ainsi le prix moyen de la visite avec déplacement (1). »

Cette enquête, venant après celle que j'ai menée dans le *Concours Médical* depuis trois mois, et dont les éléments continuent à me parvenir, est des plus intéressantes. Elle complètera la nôtre, en mettant en évidence un facteur d'appréciation, au moins théorique, des plus importants.

Aussi, ne saurai-je trop insister auprès de nos lecteurs pour qu'ils prennent la peine de faire le calcul, relativement simple et facile, qui leur est demandé, et d'en adresser le résultat à qui de droit.

La conception de Rénon peut se résumer ainsi : si l'on admet que les circonscriptions médicales, telles qu'elles résultent de la répartition des clientèles, se développent sur un rayon de 10 kilomètres autour du centre où se trouve la résidence du ou des médecins, toutes les visites faites aux accidentés agricoles, dans l'intérieur de ce rayon, *au moment choisi par le médecin lui-même*, — et nous éliminons ainsi de ce système les visites spéciales, les visites d'urgence, demandées à heure fixe, les visites de nuit, du dimanche, — seraient tarifées à un prix uniforme, le prix moyen envisagé précédemment, quelle que soit la distance à laquelle habite le blessé, qu'elles soient faites en tournée régulière ou en passant. Que si l'on trouve qu'il y aurait une disproportion trop grande à coter la visite à 2 kilomètres au même prix que la visite à 9 kilomètres, M. Rénon envisage la subdivision de la circonscription médicale en deux sous-circonscriptions, l'une mesurant un rayon de 5 kilomètres, l'autre mesurant un rayon de 10 kilomètres. Dans la première, le prix moyen serait diminué ; il serait augmenté dans la seconde. Si ce prix moyen était par exemple de 20 francs pour toute l'étendue de la clientèle considérée, il serait ramené à 15 francs pour la première zone ; il serait porté à 25 francs pour la seconde zone ; ainsi, la moyenne serait respectée.

Ce système obéit, au demeurant, au principe de la *cote mal taillée* dont je parlais, en ouvrant mon enquête personnelle. Il se rapproche de celui que je préconisais, et qui est mis en pratique en certaines régions : l'établissement, par le Syndicat local ou régional, du prix minimum à demander pour visites faites dans chacune des agglomérations de la circonscription (bourgs, villages, hameaux, lieux dits).

***

Je ne saurais assez répéter qu'il est nécessaire que les médecins ruraux réfléchissent et prennent rapidement les mesures que la situation paraît comporter, soit qu'ils se rallient à la combinaison Rénon, soit qu'ils en adoptent une autre. Un danger les menace, en effet, dont ils ne soupçonnent pas suffisamment la gravité. Je m'explique.

C'est, en particulier, le *Concours Médical*, ne l'oublions pas, qui, par la création de la Financière médicale en 1900, a préparé les voies qui ont abouti à l'adoption, pour les soins médicaux aux accidentés du travail dans l'industrie, d'un tarif d'où le forfait était exclu, et qui rémunérait le médecin selon l'acte technique qu'il avait accompli. C'est l'un des nôtres, Jeanne, qui, avec Dubuisson et Brouardel, a bataillé de toute son énergie, pour obtenir le tarif Dubief, qui marqua, à l'époque, une conquête magistrale pour le corps médical. Quand, la guerre terminée et la vie enchérissant, il fut démontré que le tarif Dubief ne répondait plus aux nécessités de l'heure, l'Union des Syndicats se mit à la tête du mouvement qui devait amener la substitution du tarif Breton au tarif Dubief. Ce ne fut pas sans peine que les ouvriers de la première heure, aussi bien que les vaillants champions de 1920, réussirent à obtenir des honoraires suffisamment rémunérateurs, selon les époques.

Or, il est arrivé, et il arrive encore trop souvent, que des médecins demandent à leur clien-

(1) *Le medecin syndicaliste*, 15 janvier 1924.

tèle privée des honoraires moins élevés que ceux qui sont prévus au tarif Breton. Citerai-je, en particulier, cette sous-préfecture de l'extrême Sud-Ouest, où ce n'est qu'hier que nos confrères ont décidé de porter à *cinq francs* le prix de leur visite aux mutualistes de leur clientèle !

Si je n'hésite pas à « mettre ainsi les pieds dans le plat », oserai-je dire, c'est que cela se sait ; c'est que les administrations, publiques ou privées, ne l'ignorent pas. C'est qu'elles n'entendent pas continuer à payer, pour leurs ayants droit, des honoraires plus élevés que ceux qu'on réclame habituellement à la clientèle privée.

Elles sont décidées, il faut qu'on le sache, à ne plus se laisser faire. Et je le prouve.

Le Conseil général de l'Hérault vient de remanier son réglement départemental de l'Assistance publique gratuite. Le paragraphe 5 du nouveau texte est ainsi rédigé :

« Pour mettre fin à l'anomalie résultant de ce fait
« que, dans certaines localités, le prix de la visite,
« payé par les clients payants, est moins élevé que le
« prix payé par l'Administration pour les assistés,
« la clause ci-après est insérée dans le règlement :
« *En aucun cas, le prix de la visite (indemnité kilo-*
« *métrique comprise) ne pourra être supérieur au prix*
« *de la visite fixé dans la localité par les médecins eux-*
« *mêmes pour leur clientèle payante* (1).

Voilà, je pense, qui est net et significatif.

Que, partout où les tarifs de la clientèle payante ne sont pas au taux qui correspond à la valeur du franc, les syndicats s'empressent de les augmenter raisonnablement, de manière à ce qu'ils deviennent, dans leur expression minima, au moins aussi élevés que les tarifs officiels. (2) Que partout où les tarifs syndicaux sont suffisants, mais où certains médecins ne les appliquent pas et prennent des prix sensiblement plus bas, ceux-ci reviennent à une plus exacte conception de leurs devoirs de syndiqués, et respectent les décisions prises en commun.

Pour y réussir, l'occasion n'a jamais été aussi favorable. La mise en application de la législation du travail aux accidents agricoles constitue une circonstance inespérée pour essayer d'uniformiser, régionalement ou localement, les prix, et supprimer, s'il est possible, l'irritante question des indemnités de déplacement. Le renchérissement actuel de la vie est une autre occasion de relever des tarifs qui sont beaucoup trop insuffisants.

(1) *Languedoc médical*, 1er décembre 1923.

(2) On lit dans le Bulletin de novembre 1923 du syndicat médical d'un département du Midi : Le secrétaire rappelle que le dernier Tarif minimum du syndicat date de 1919. *Ce tarif est notablement inférieur au Tarif Dubief pour les visites et consultations.*
C'est navrant ! !

Et maintenant, je continue la publication des diverses opinions que nos correspondants nous ont soumises sur la question des indemnités de déplacement en médecine rurale.

G. DUCHESNE.

***

Opinions de nos correspondants.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, l'opinion de nombreux confrères sur la question que vous avez abordée : *les indemnités de déplacement en médecine rurale.*

Je retiens de ces exposés qu'il est impossible d'arriver à l'unification des tarifs, qu'il faut tenir compte à la fois de la topographie régionale, de la densité de la population et de l'occupation des habitants ; trois facteurs qui ont créé les usages médicaux.

Il serait, évidemment, très commode pour le médecin d'exposer dans son salon d'attente la carte de sa circonscription où des cercles concentriques réuniraient les points équidistants de sa résidence de manière à renseigner immédiatement le client du prix de la visite à son domicile.

Bien que ce moyen de calculer tienne parfaitement compte des prestations imposées au médecin, j'estime qu'il n'est pas applicable à tous les clients ; je dirais volontiers qu'il n'est applicable qu'à quelques clients, aux clients aisés ; or, ceux-ci ne forment pas la majorité de la clientèle du médecin.

A partir d'une certaine distance, mettons cinq kilomètres en région de montagne, le prix de la visite constitue une lourde charge pour le budget familial du travailleur. C'est pourquoi, j'estime que la *tournée à jour fixe* répond à une nécessité dans les communes qui ne sont pas trop éloignées de la résidence du médecin, à condition toutefois qu'elles aient une population suffisante.

L'avantage incontestable de la tournée, c'est qu'elle rend les soins médicaux accessibles à tous sans grand débours. Le médecin n'y perd rien, parce qu'il est exceptionnel qu'il n'ait pas un nombre de malades suffisant pour justifier son déplacement ; en outre, il se trouve rarement en présence de cas désespérés, car le client n'a pas reculé devant la petite dépense qui l'a tranquillisé en permettant au médecin d'imposer *à temps*, une diététique et une thérapeutique utiles. Je garderai toute ma vie le souvenir d'une visite faite de passage dans une maison où l'on me fit entrer « parce que les enfants n'avaient pas d'appétit » ; à l'examen, je découvris trois cas d'angine couenneuse ; je fis immédiatement une triple injection de sérum et les enfants guérirent en quelques jours. J'ai la conviction que la visite spéciale, réclamée le lendemain, n'aurait pas permis d'obtenir ce résultat.

Loin de moi la pensée de vouloir ériger en doctrine philanthropique la formule que j'adopte. Je dois à la vérité de dire que la région où j'exerce se prête merveilleusement à cette pratique, d'autant plus que

l'une des quatre communes que je dessers, distante de 5 kilomètres de ma résidence, m'accorde une subvention mensuelle de 200 fr. à condition que j'y fasse trois tournées par semaine. Cette commune a 400 habitants ; le prix de la visite y est de 8 francs ; le voyage spécial est rarissime.

Je signale cette particularité parce qu'elle pourrait être suggérée utilement au conseil municipal des communes riches. Nous connaissons plusieurs localités dont les habitants sont éclairés et chauffés presque sans frais à cause de l'utilisation des chutes en vue de la production d'énergie électrique et de la répartition du bois des coupes communales. Il serait souhaitable que la municipalité de ces communes privilégiées prît à sa charge de rétribuer le déplacement *régulier* du médecin desservant.

Dans la commune la plus éloignée de mon rayon médical, soit à 7 kilomètres de ma résidence, je me rends en tournée 2 jours par semaine ; un confrère, également distant, en sens opposé, s'y rend aussi 2 fois dans la semaine. Le prix de la visite est uniformément taxé à 10 francs ; la visite spéciale est aussi exceptionnelle. La commune a 800 habitants ; c'est assez pour motiver la tournée à jours fixes ; la moyenne des visites est de 4 en hiver ; en été, c'est le téléphone qui renseigne sur la nécessité du déplacement.

Outre la topographie, la densité de la population et l'occupation des habitants, facteurs généraux motivant les habitudes médicales régionales, il est un quatrième facteur sur lequel je voudrais insis ter parce qu'il est particulièrement intéressant dans la région où j'exerce : c'est *la composition de la famille*, Les ménages avec 5, 8 et 10 enfants se rencontrent fréquemment dans ma circonscription médicale. Un exemple démonstratif : le lieu de ma résidence compte en 1923, pour 1.900 habitants, 63 naissances et 19 décès ; si la moyenne de la France était comparable, notre pays gagnerait 800.000 habitants par an.

Eh bien, n'est-ce pas pour soigner des enfants que nous sommes le plus souvent appelés ? Coqueluche, broncho-pneumonie, diphtérie, scarlatine, rougeole, ne sont-ce pas les maladies qui nous tiennent en haleine pendant tout le semestre d'hiver ?

Beaucoup de confrères en conviendront, les familles nombreuses, si intéressantes, constituent la moitié de leur clientèle *médicale*. Pour ces vaillants parents, la tournée du médecin assure à la fois, la sauvegarde de la santé à leur foyer et de leurs intérêts pécuniaires.

Ce sont là des arguments que je considère comme décisifs pour justifier la visite dite « en tournée ».

D[r] B.

***

C'est au sujet de l'enquête menée actuellement par le *Concours médical*, que je vous écris aujourd'hui : le tarif kilométrique à la campagne, le tarif des visites de passage, les tournées, etc...

1° Les réductions demandées au médecin lorsqu'il visite plusieurs mutilés de la guerre ou plusieurs assurés dans la même localité sont assimilables aux réductions demandées par un acheteur en gros. Il y a économie de frais généraux pour le commerçant, par une moindre manipulation de marchandise, par l'expédition unique, sur une seule feuille d'expédition. sur un seul wagon ; économie encore par l'avantage de n'avoir à correspondre qu'avec un seul acheteur, et de n'avoir à faire qu'une seule facture et un seul recouvrement.

Pour le médecin, on lui fait observer son économie de frais de transport, c'est-à-dire un seul transport et une seule perte de temps pour le voyage.

Ces réductions sur le plein tarif à la visite sont, en fait, déjà appliquées quand il s'agit de collectivités organisées : collèges, usines, mines, etc.

Idem, lorsqu'un médecin est invité à voir plusieurs malades dans une même maison (ce sont encore des malades groupés). Le médecin ne demandera pas le plein tarif, c'est-à-dire visite et déplacement pour chaque malade de cette maison. Tout le monde s'accorderait à dire qu'il abuse. Il demandera ordinairement le prix fort pour le premier malade, et le prix d'une simple visite pour le second ;

2° Les assurés, réformés, et tous ceux, présents et futurs, qui se proposent d'interposer un tiers payant entre eux et le médecin, sont-ils une collectivité organisée ? c'est-à-dire : ont-ils dans chaque localité un délégué ou un secrétaire qui centraliserait les demandes de visites médicales, qui attendrait le médecin et lui remettrait la liste des malades avec leurs adresses exactes et tous les renseignements utiles : nom du patron ou de la Compagnie d'assurance, circonstances de la blessure ou de la maladie.

Y aura-t-il établissement d'une note unique payée comptant ?

Si oui, que les médecins soient rétribués au moyen d'une indemnité fixe (déplacement), à laquelle s'ajouterait un prix de visite modéré multiplié par le nombre de malades visités.

3° Mais, s'il n'y a pas tout cela.

Si le médecin est raccroché chaque fois qu'il s'apprête à se mettre en route. Si on l'invite à faire demi-tour et à revenir sur ses pas. S'il perd dutemps à chercher la maison isolée. S'il abime autant son auto dans un chemin de traverse de 500 mètres ou d'un kilomètre, mais qui ne le fait pas sortir de la commune, que sur un e grande route de 5 kil. qui lui donnera droit à une indemnité de parcours parce qu'elle l'aura mené dans une commune voisine, etc. Si le médecin, rentré chez lui, est obligé d'établir de multiples papiers ; il faut convenir alors que le médecin ne jouit plus des avantages de la médecine collective, qu'il n'économise presque plus ses frais généraux, qu'il n'a plus affaire ici au client unique comme un directeur de collège ou d'usine, et par conséquent qu'il est autorisé à traiter tous ses malades comme des clients distincts, et à leur appliquer, à chacun le prix fort (visite et déplacement).

Je vous livre toutes ces réflexions, à l'appui de la campagne menée par le *Concours médical*. Presque

toutes les objections contre la visite « en passant » ont déjà été aperçues. Il faut les faire ressortir.

Elles donneront lieu à des difficultés d'application. Exemple : le cas rapporté par le *Concours* du 27 nov. 1923, page 3574), mais, il faut montrer aussi que le déplacement une fois payé, quel que soit le nombre de visites dans une localité, n'est pas équitable malgré l'apparence.

Dr P.

***

Le confrère Duchesne a publié dans le *Concours médical* un certain nombre d'articles sur les visites en passant et l'Union des Syndicats a mis cette question à l'étude. Le Syndicat de la Région Nortaise a voulu s'en occuper au moment où la loi sur les accidents du travail allait être appliquée aux agriculteurs.

Voici comment dans la région on considère la visite en passant.

C'est une visite demandée en cours de tournée, ou une visite que le médecin fait, de son propre chef, toujours en cours de route, à un malade qu'il a en traitement.

1° Toute visite demandée par un client au domicile du médecin est payée au tarif ordinaire, kilomètres compris, quelle que soit l'heure à laquelle elle a été demandée, sauf de nuit, bien entendu.

Le client sait fort bien quel prix il aura à payer pour cette visite, il ne s'inquiète pas si d'autres malades seront visités par le médecin dans la même tournée, c'est l'affaire de ce dernier de parcourir le moins de kilomètres possible. Le client y gagne d'être plus vite servi.

En pratique, il n'y a jamais de réclamations ;

2° Le malade doit être revu le lendemain ou un des jours suivants, visite entière. Le médecin a promis cette visite sans savoir quelle sera sa tournée ce jour-là.

Enfin, le malade en traitement n'a pas besoin d'une visite à un jour fixé d'avance ; il pourra être vu en passant au cours d'une tournée et la visite sera payée sans indemnité kilométrique.

Cependant, si la tournée s'est trouvée allongée par cette visite, il y aura lieu de tenir compte des kilomètres parcourus en plus.

Est-il possible d'appliquer une autre manière de faire ?

Nous ne le croyons pas.

On pourrait, comme certains l'ont suggéré, prendre un prix de visite unique, forfaitaire, sans indemnité kilométrique.

Les clients éloignés nous demanderont certainement plus souvent, mais les clients rapprochés nous demanderont certainement aussi moins souvent, et nous serons les premières victimes de ce système, nos kilomètres parcourus s'augmenteront et nos recettes diminueront.

Au surplus, qui sera assez éloquent pour convaincre nos clients voisins de payer pour les autres. On a beau écrire la solidarité avec un grand S, elle n'est pas encore dans les mœurs de la clientèle.

Est-il possible d'appliquer cet autre système qui consiste à faire payer chaque malade d'après la distance réellement parcourue ; c'est-à-dire dans une tournée passant par A, B, C, prendre tant jusqu'à A, tant de B à A, tant de B à C. etc.

Notons que, dans ce cas, le prix d'une visite pour un même lieu, ne sera jamais fixe, qu'il variera avec chaque tournée, d'où comptabilité à peu près impossible, et source de chicanes incessantes avec le client.

Notons aussi que le médecin à petite clientèle devra, s'il veut vivre, prendre presque toujours le prix fort, puisque la tournée pour lui est rare, tandis que le confrère à grosse clientèle qui fait une grande tournée et une grosse journée, pourra prendre moins cher.

Comptabilité impossible, chicanes avec le client, chicanes avec les confrères.

Notre prix de visite en passant est de 10 fr. Notre prix de visite ordinaire 8 fr. plus un franc par kilomètre parcouru.

Nous croyons que notre façon de faire est la seule juste et la seule praticable dans notre région où les agglomérations sont assez éloignées les unes des autres.

Peut-être dans d'autres régions à populations plus denses, est-ilpossible de faire autrement, surtout avec un prix de visite simple plus élevé.

Nous ne voyons pas pourquoi cette méthode ne peut pas être appliquée aux tiers payants : assistance médicale, victimes de guerre, et assurances.

Il peut y avoir matière à abus. Il en sera de même avec tout autre système.

Nous ne demandons pas mieux qu'on nous contrôle, tout en souhaitant qu'on ne nous suspecte pas *a priori*.

Nous estimons que cette question, comme beaucoup d'autres, doit être réglée par chaque Syndicat Il n'est pas possible de prendre des mesures applicables à toute la France.

Dans chaque région, il y a à tenir compte des habitudes, des possibilités ; même avec les tiers payants l'entente devra se faire par région ou bien elle ne se fera pas.

Dr Paul Mérand,
Nozay (Loire-Inférieure).

DÉONTOLOGIE

La clientèle des médecins de sanatoriums publics.

Le droit pour les médecins de sanatoriums publics d'exercer la médecine a fait l'objet d'études multiples (*Concours médical*, syndicats, Société des médecins de sanatoriums, Commission de surveillance des sanatoriums, Ministère de l'hygiène, etc.).

La discussion semble avoir été faussée par des considérations contingentes de personnes ou de sentiments. Il me paraît utile d'y revenir en m'appuyant sur les seuls textes qui établisesnt ou doivent établir le statut et les droits des médecins de sanatoriums publics.

1° Loi du 7 septembre 1919.

2° Décret du 10 août 1920.

Ce décret dispose que « les médecins-chefs et médecins-adjoints de sanatoriums résidant dans l'établissement ne feront pas de clientèle au dehors, sauf autorisation exceptionnelle, révocable, laissée à l'appréciation de la commission qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région. »

Le texte est particulièrement lumineux et ne paraît prêter à aucune équivoque. S'il est vrai que des interprétations ambiguës en ont été données, quelle que soit leur origine, on peut s'en étonner à bon droit. Quand une loi est obscure (et il ne s'agit pas ici d'une opinion personnelle), on ne peut s'appuyer, pour l'appliquer et en pénétrer le sens, que sur les travaux qui ont précédé son vote. Sur le droit des médecins de sanatoriums, la loi est muette. La nécessité s'impose de recourir à sa discussion pour comprendre la rédaction du décret et des termes « ne pas faire de clientèle au dehors ». Au cours des débats (*Officiel*, 6 mars 1919, 11 juillet 1919) la question a été expressément et nettement posée par plusieurs députés ou sénateurs au rapporteur de la loi et au commissaire du Gouvernement : les réponses *ont été formelles*.

« Si nous estimons indispensable que le médecin n'ait pas le droit de faire de la clientèle au dehors, ni d'avoir un établissement privé, nous admettons fort bien qu'il puisse être au sanatorium un médecin consultant. »....

« Je veux dire que nos médecins, ayant au sanatorium tous les moyens de recherches bactériologiques ou radiographiques désirables, pourront mettre ces moyens et leur science à la disposition des malades qui viendront les consulter à l'établissement, soit *qu'ils y viennent de leur propre chef*, soit *qu'ils soient envoyés par des médecins-traitants*. »

A dessein je souligne les mots qui précisent et délimitent nos droits. Ces déclarations ont précédé le vote. Elles constituent donc l'esprit de la loi. Aucune discussion n'est possible sur ce point, et, en toute loyauté, les termes d'un texte aussi clair ne se prêtent pas à des commentaires contradictoires.

Les médecins de sanatorium y trouvent un droit très net établi par des documents officiels et voté en pleine connaissance de cause par le corps législtatif.

Il appartient aux collectivités intéressées d'intervenir dans l'application pour sauvegarder tous les intérêts ; ceux des malades d'abord, ceux des médecins de sanatorium et aussi, puisque la question a été posée, ceux des praticiens exerçant hors du sanatorium.

Aucun médecin de sanatorium public n'a manifesté le désir de jouir d'un droit sans limitation. Pour l'exercice en dehors, « l'autorisation révocable » de répondre aux appels des confrères est nécessaire. Et rien n'est plus légitime puisque, de l'avis de tous, la présence du médecin est indispensable au sanatorium.

Reste la question de la consultation au cabinet. Des praticiens se sont élevés avec véhémence contre son principe. Actuellement les textes initiaux demeurent. Depuis 4 ans, ils sont appliqués dans leur véritable esprit. Il s'agit en fait, non pas seulement de légalité, mais encore de correction et de bonne foi. Les médecins actuellement en fonctions ont cru à ce statut écrit et à la force de la loi. Les engagements pris ne peuvent disparaître sans accord préalable. Cela va de soi.

En réalité, le droit des médecins de sanatorium est-il préjudiciable aux praticiens ?

Vingt médecins de sanatoriums publics sont en fonctions. Peut-on sérieusement prétendre qu'ils constituent un danger pour leurs confrères ? Dans un avenir, sans doute éloigné, le cadre complété pourra comporter un ou deux médecins par département. Mais que sera la consultation de ces médecins placés à la campagne (la loi l'exige), loin de tout centre habité, de toute voie de communication, et quel médecin disposant de deux heures par jour pourrait créer à son cabinet une consultation assez importante pour justement inquiéter ses confrères voisins ?

En cas d'abus d'ailleurs, l'administration, chargée des intérêts de l'établissement et de ses pensionnaires, ne manquera pas (c'est son devoir) d'exiger l'application du réglement. En fait, dans la plupart des cas, le médecin de sanatorium reste inconnu de ses voisins, sa clientèle est sans importance. S'il acquiert une certaine notoriété, les praticiens conservent toujours la confraternelle ressource de l'honorer de leur confiance et d'en faire leur médecin consultant pour la tubercu-

lose. Nul doute qu'il préfère aux difficultés des examens d'inconnus, l'intérêt réel et l'utilité plus grande d'une consultation demandée par ses confrères. Et, limité par le temps, le règlement aidant, par le jeu même des circonstances, il sera dans l'impossibilité matérielle de recevoir d'autres malades.

Là me paraît devoir être la véritable solution. Acceptée dans un esprit de loyale confiance et de cordiale confraternité, elle peut établir une entente réelle pour le bien de tous, médecins et malades.

Pour résumer :

Le législateur a donné aux médecins de sanatoriums publics le droit d'exercer la médecine à leur cabinet et, après autorisation révocable d'être appelés en dehors par leurs confrères. Ce droit est limité dans le temps par le règlement intérieur des établissements et ne peut porter préjudice à aucun médecin.

Si par impossible il soulevait des objections sérieuses, une entente loyale entre médecins supprimerait toutes les difficultés dans l'application de la loi.

Plougonven, 10 janvier 1924.

Dr Le Page,
Médecin-directeur du Sanatorium de Plougonven.
Vice-président de la Société des médecins de sanatoriums et des dispensaires français.

JURISPRUDENCE

COUR DE CASSATION (Ch. Civile).

12 novembre 1923.

(*Gazette du Palais*, 2 décembre 1923.)

Responsabilité civile. — Accidents du travail. — 1° Entreprises assujetties. — Loi du 12 avril 1906, art. 1er. — Maisons de santé et cliniques médicales. — 2° Procédure. — Transaction. — Désistement. — Instance en cours.

1° *Les maisons de la santé et les cliniques médicales qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales assujetties par la loi du 12 avril 1906 à la législation des accidents du travail, alors même qu'elles sont tenues par un médecin, et quelle que soit l'importance du traitement médical eu égard aux autres fournitures.*

Il n'en est autrement que des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation d'aucun bénéfice.

2° *Est nulle comme contraire à l'ordre public une transaction portant sur une instance engagée dans les termes et pour l'application de la loi du 9 avril 1898.*

Notamment le désistement du pourvoi en cassation de l'ouvrier sur promesse de versement d'une somme d'argent.

La Cour de Pau avait rendu le 1er février 1921 l'arrêt suivant :

La Cour,

Attendu que le docteur Dieudonné, appelant, dirige à Cambo (Basses-Pyrénées) une maison de santé ou sanatorium, où il reçoit des malades qu'il soigne exclusivement en sa qualité de médecin ; que son établissement, plus spécialement approprié pour les soins à donner aux tuberculeux, comporte des aménagements et des installations conformes à une hygiène rigoureuse et qui le distinguent des hôtelleries ou pensions de famille ordinaires ; que les malades y sont, en outre, l'objet de la part du médecin traitant d'une surveillance constante et soumis par lui à un régime soit alimentaire, soit hygiénique, nécessité par leur état ; que si, indépendamment de ce traitement médical, but principal de l'entreprise créée, ou organisée par l'appelant, ce dernier fournit à ses clients le logement et la nourriture, on ne saurait voir dans ces fournitures accessoires que le complément indispensable des soins médicaux qu'il prodigue à ses malades, au profit desquels il peut ainsi exercer son art plus facilement et plus utilement :

Attendu que, dans ces conditions, le docteur Dieudonné ne cesse pas d'exercer dans le sanatorium dont il a la direction et qui constitue pour le praticien un véritable instrument de travail, la profession purement et simplement libérale de médecin au regard des malades, qui n'ont en vue que le souci de recourir à son expérience en s'hospitalisant dans son établissement ;

Attendu, dès lors, qu'on ne peut considérer celui-ci assimilable à une clinique pour malades chroniques, comme affecté à une exploitation commerciale ou industrielle assujettie aux lois des 9 avril 1898 et 12 avril 1906 sur les accidents du travail ;

Par ces motifs,

Réformant le jugement du Tribunal de Bayonne du 25 mai 1920,

Dit et juge que le docteur Dieudonné exerçant la médecine dans son sanatorium de Cambo où il donne à ses malades les soins de son art. se livre à une profession purement libérale ; que, par suite, il n'est pas commerçant, et que la législation relative aux accidents du travail n'est applicable ni à son établissement ni au personnel qu'il emploie ;

Déclare, en conséquence, l'intimé irrecevable dans son action, l'en déboute et le condamne aux entiers dépens de première instance et d'appel.

Le sieur R. s'est pourvu en cassation de cet arrêt :

Moyen unique du pourvoi : « Violation des art. 1er de la loi du 9 avril 1898, 1er et 4 de la loi du 12 avril 1906, 1er et 2 de la loi du 23 août 1913 et du décret du 27 septembre 1906, et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a décidé qu'une maison de santé n'était pas assujettie à la législation sur les accidents du travail, sous prétexte que le médecin en soignant des malades exerce une profession libérale, alors que les maisons particulières de santé figurent au nombre des exploitations commerciales soumises à la taxe pour le fonds de garantie en matière d'accidents du travail, en vertu des textes précités, et que la qualité de médecin appartenant à leur directeur ne saurait leur enlever le caractère d'entreprise commerciale, qui leur est conféré par la loi ».

Le docteur Dieudonné et la Cie d'assur. La Zurich ont opposé une fin de non recevoir tirée du désistement de M. R. de son pourvoi.

Arrêt :

La Cour,

Sur la fin de non recevoir :

Attendu que le prétendu désistement opposé par les défendeurs n'a été, d'après leurs propres déclarations, signé par le demandeur R. que sur la promesse d'une somme de 500 fr., élevée ensuite à 800 fr. ; qu'une telle transaction portant sur une instance engagée dans les termes et pour l'application de la loi du 9 avril 1898 est nulle comme contraire à l'ordre public ;

Par ces motifs,

Rejette la fin de non recevoir ;

Sur le moyen unique :

Vu l'art. 1er de la loi du 12 avril 1906 ;

Attendu que les maisons de santé et les cliniques médicales qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales assujetties par la loi du 12 avril 1906 à la législation sur les accidents du travail, alors même qu'elles sont tenues par un médecin et quelle que soit l'importance du traitement médical eu égard aux autres fournitures ; qu'il n'en est autrement que des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation d'aucun bénéfice ;

Attendu que R., infirmier au service du docteur Dieudonné, directeur d'une maison de santé à Cambo, a été, au cours de son service, victime d'un accident qui l'a laissé atteint d'une incapacité permanente ;

Attendu qu'après avoir déclaré « qu'indépendamment du traitement, le docteur Dieudonné fournit à ses clients le logement et la nourriture », l'arrêt refuse de le considérer comeme assujetti à la loi du 9 avril 1898, par le motif que « ces fournitures accessoires sont le complément indispensable des soins médicaux qu'il prodigue à ses malades au profit desquels il peut exercer son art plus facilement et plus utilement » ;

Attendu qu'en statuant ainsi, l'arrêt a violé le texte de loi susvisé ;

Par ces motifs,

Casse...

MM. Sachet, rapp. ; Paul Matter, av. gén. — Me Chassagnade-Belmin et Brugnon, av.

Note. — I. — Sur le premier point : le pourvoi soutenait que les personnes « tenant une maison particulière de santé » figurant parmi les professions énoncées dans la liste des exploitations commerciales assujetties à la taxe du fonds de garantie des accidents du travail dressée dans le décret du 27 décembre 1906, le juge était lié par cette disposition, comme il l'est chaque fois qu'une profession figure sur cette liste. V. sur ce principe, Sachet, Tr. de la législ. sur les accidents du travail, 6e éd., t. 1er, n. 120, p. 87.

La Cour de cassation a estimé que, sans qu'il y eût lieu de faire état de cet argument, l'assujettissement à la loi du 12 avril 1906 résultait du caractère d'entreprise commerciale, qui appartient en principe à toutes les maisons de santé ou cliniques médicales tenues par des particuliers.

La question était jusqu'alors controversée. On considérait généralement que l'établissement d'une maison de santé rentrait dans la commercialité quand le médecin qui la tenait spéculait principalement sur les fournitures ; par exemple, quand il confiait à des confrères le soin de traiter les malades, ne se réservant que la direction et la gestion de l'établissement (V. Trib. com. Seine, 29 octobre 1866 (*Journ. trib. com.*, t. XVII, n. 5928, p. 43) ; Dutruc, Dict. du contentieux commercial, Vº Acte de commerce, n. 29 ; Nouguier, Tr. des actes de commerce, t. 1er, n. 184 ; Fuzier-Herman, Rép. vº Actes de commerce, n. 178) mais qu'il n'en était pas de même du médecin hospitalisant des malades dans sa clinique pour l'exercice de sa profession, les objets fournis aux pensionnaires n'étant que l'accessoire de ses soins. V. Alauzet, Comment, du C. de commerce, t. VIII, n. 2966. C'était sur cette distinction que s'était fondée la Cour de Pau dans l'arrêt déféré à la Cour de cassation, mais celle-ci ne l'a pas admise, estimant qu'une maison de santé particulière est toujours une entreprise commerciale. Rappr. cep. Grenoble, 13 juin 1893 (S. 94.2.36) ; Cass. civ., 1er mars 1920 (*Gaz. Pal.*, 1920.2.193).

II. — Sur le second point : sur la nullité des transactions dans la matière des accidents du travail, rappr. Cass. 14 mai 1912 (*Gaz. Pal.*, 1912.1.726) ; 8 mai 1912 (*Gaz. Pal.*, 1912.1.725) ; Aix, 24 décembre 1919 (Rec. assur., 1920.1.45). V. Comp. Cass., 13 février 1912 (*Gaz. Pal.*, 1912.1.526).

Commentaires

Au cours de l'année 1923, nous avons publié et commenté, dans le *Concours* (pages 603 et 761) deux décisions du Conseil de préfecture de la Seine, décisions qui sont soumises au Conseil d'Etat.

L'une assujettissait le médecin, propriétaire d'une maison de santé, à la taxe sur le chiffre d'affaires, alors que l'autre jugement déclarait que le docteur ne peut pas être considéré comme exerçant une profession commerciale, lorsqu'il héberge et soigne à la fois ses propres clients.

La distinction ci-dessus avait son origine dans l'établissement de l'assiette de deux impôts différents, l'un : impôt sur le revenu, l'autre : taxe sur le chiffre d'affaires.

Pour l'impôt sur le revenu, le conseil de préfecture faisait masse des recettes et des dépenses que le docteur, propriétaire d'une maison de santé, est obligé de faire pour soigner certains malades, qui, à leur propre domicile, ne pourraient pas recevoir les soins nécessaires à leur état.

Le bénéfice net, réalisé par le médecin, est donc seul imposable, comme revenu professionnel, sans qu'il y ait lieu de faire une discrimination quelconque, pour déterminer les bénéfices provenant de l'exploitation hôtelière et ceux strictement médicaux et professionnels.

Tandis que pour la taxe sur le chiffre d'affaires, le conseil de préfecture a estimé qu'il fallait faire abstraction de la personnalité de l'exploitant, que ce dernier exerce ou non une profession libérale.

L'arrêt de Cassation ci-dessus décide que toute maison de santé privée doit être considérée comme établissement commercial, à l'opposé des établissements de bienfaisance, qui ne peuvent réaliser aucun bénéfice.

Cet arrêt se base sur le droit pur, mais il n'est pas conforme à l'équité. En effet, si, en principe, les établissements de bienfaisance ne doivent pas réaliser de bénéfices, il en est différemment dans la réalité.

Des hôpitaux, des cliniques de Croix-Rouge, des dispensaires, font une concurrence acharnée aux médecins, qui essayent, seuls, ou à plusieurs, d'ouvrir une maison de santé privée.

Les hôpitaux réalisent des bénéfices sur l'admission des malades payants et sur celle des blessés du travail, qu'ils font soigner gratuitement par leur corps médical. Ces établissements ne payent pas d'impôts et peuvent, par des adjudications, ou par des associations, faire des achats en grosse quantité.

Les maisons de santé privées ne peuvent plus lutter, écrasées qu'elles sont par les frais généraux et par la concurrence de prix faite par les établissements publics.

Je sais bien que ces derniers n'agissent que pour le bien public, que leurs administrateurs donnent leur dévouement et leur peine gratuitement ; que les demi-indigents et les personnes modestes sont soignées à l'hôpital, ou au dispensaire, alors qu'elles ne pourraient acquitter les frais élevés de maisons de santé.

Mais, beaucoup de faux pauvres n'ont plus peur de l'hôpital et se font soigner à bon compte, lésant ainsi les ressources de la bienfaisance privée, ou publique et les droits aux honoraires des médecins et chirurgiens.

Cette question de l'hospitalisation des payants est fort importante et, pour l'étudier, il faut envisager l'avenir, qui est sous la dépendance des progrès de la science médicale moderne et ne pas se laisser hypnotiser par les errements du passé. Une collaboration étroite du corps médical et des administrateurs d'hôpitaux s'impose, si l'on veut que tous les intérêts en présence et surtout ceux du public soient sauvegardés.

Dr Paul Boudin.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Questionnaire adressé par l'Association corporative des Etudiants en médecine au personnel enseignant des Facultés et Hôpitaux.

QUESTION 1.

Que pensez-vous des résultats donnés par l'application du nouveau régime ?

Sont-ils bons ?

Le niveau général des études médicales s'est-il élevé ?

Y a-t-il lieu de réformer le nouveau régime, sinon dans le fond au moins dans sa forme ?

QUESTION 2.

Que pensez-vous de la répartition des stagiaires dans les services hospitaliers ?

Approuvez-vous l'entassement des stagiaires de première année en quelques services de clinique tel que cela se fait actuellement ?

Croyez-vous que cette méthode puisse être féconde ?

Que pensez-vous de l'extension du stage ?

Laisser les étudiants choisir leurs services comme il leur plaît ?

Faut-il limiter le nombre des places dans les services ?

QUESTION 3.

Que pensez-vous du développement considérable que l'on a donné aux spécialités ?

Actuellement un étudiant du nouveau régime ne fait de médecine générale et de chirurgie que pendant ses deux premières années d'études (soit 10 mois pour la médecine et 10 mois pour la chirurgie, 4 mois pour l'accouchement et

16 mois pour les spécialités parmi lesquelles on compte la médecine infantile).

Cette proportion vous paraît-elle bonne ?

Ne croyez-vous pas que cela nous mène infailliblement à la division des médecins en « catégories » ?

QUESTION 4.

Que pensez-vous du régime des examens employé actuellement ?

Etes-vous favorable à la méthode actuelle qui fait un examen pour chaque matière et qui met dans la vie de l'étudiant des examens à chaque instant et à dates fixes souvent très rapprochées les unes des autres ?

Ne croyez-vous pas préférable de revenir au système de l'ancien régime, soit : un seul examen comprenant plusieurs matières, à passer non à des dates fixes, mais dans des limites fixes, entre telle et telle inscription par exemple, sans que l'écart entre ces inscriptions puisse être supérieur à deux ?

Ne croyez-vous pas ce système préférable puisqu'il permettra à l'étudiant de se présenter quand il se sentira prêt ?

QUESTION 5.

Comment, à votre avis, devra être composée la commission de réforme des études médicales ?

Pour nous, nous demandons qu'elle soit composée : de professeurs, de représentants de l'administration, de délégués des médecins des hôpitaux, de délégués des organismes groupant le plus grand nombre de « praticiens », en l'espèce : l'Union des Syndicats médicaux de France (1), de délégués des étudiants en médecine.

Que pensez-vous de cette proposition ?

(1) Lors de la dernière réforme, les praticiens qui faisaient partie de la Commission avaient été désignés non par leurs pairs mais par le ministre de l'Instruction publique.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

(*Décembre* 1924)

Bilan financier de l'Union.

Le trésorier de l'Union, le docteur BONGRAND, donne lecture de son rapport financier et du Rapport de l'expert comptable commis à la vérification technique des comptes. Ces deux documents, qui ont paru dans le numéro du 1er décembre du *Médecin Syndicaliste*, sont approuvés par l'Assemblée, qui adresse au trésorier de l'Union ses remerciements.

Lutte antituberculeuse.

Le Secrétaire général rappelle que la dernière Assemblée générale avait donné au Conseil mission de prendre contact avec le Comité National de lutte contre la tuberculose pour arriver à une entente, au sujet du conflit qui s'était produit en Lot-et-Garonne où le Syndicat médical, d'accord avec le Comité local de lutte contre la tuberculose, avait pris en charge la lutte antituberculeuse. Cette entente devait, naturellement, amener à examiner les conditions de la collaboration du Corps médical à la lutte antituberculeuse. Une Commission mixte a été réunie, comprenant cinq délégués de l'Union des Syndicats médicaux et cinq délégués du Comité National.

Les conclusions du rapporteur de la Commission mixte (Secrétaire général de l'Union) sur les principes directeurs de la lutte contre la tuberculose ont été acceptées, à l'unanimité, par tous les membres de la Commission ; mais la discussion n'a pu aboutir lorsqu'il s'est agi d'appliquer ces principes et de définir les grandes lignes d'une organisation de lutte antituberculeuse susceptible de s'assurer la collaboration de tous les médecins praticiens. Les délégués de l'Union avaient proposé, comme base de discussion, un projet de contrat collectif pour l'organisation d'un dispensaire antituberculeux, élaboré par la Commission de Défense Sanitaire de l'Union et qui a paru dans le numéro spécial d'octobre du *Médecin Syndicaliste*.

On sait que ce projet prévoit la présence, parmi le personnel médical du dispensaire, de tous les médecins, exerçant dans la circonscription du dispensaire, ayant souscrit aux clauses du contrat.

Les délégués du Comité National n'ont pas voulu accepter cette incorporation du Corps médical à l'organisation de lutte antituberculeuse. Ils n'acceptent les médecins praticiens qu'à titre bénévole.

Le Secrétaire général lit, à la tribune, des extraits du compte rendu de la séance où s'est produite la suspension des négociations. Cette lecture ne peut laisser aucun doute dans l'esprit des assistants. Le Comité National de lutte contre la tuberculose ne veut pas s'assurer la collaboration obligatoire de tous les médecins parce qu'il les considère comme incompétents en matière de tuberculose.

Le Secrétaire général montre toute l'importance du problème. La doctrine du Comité national mène à la dépossession graduelle du médecin en matière de

Défense sanitaire. Ce que le Comité national veut réaliser, aujourd'hui, pour la tuberculose, on tentera de le faire demain pour la syphilis et le cancer. La formule de l'organisation étatiste de la lutte contre les fléaux sociaux apparaît nettement. Les médecins ne sont considérés que comme les pourvoyeurs de l'organisation officielle.

A cette formule, il convient d'opposer la formule de l'organisation syndicaliste de la lutte contre les fléaux sociaux, qui est la seule susceptible d'associer étroitement les intérêts des malades et les intérêts des médecins ; il rappelle, à ce sujet, les études parues dans le numéro spécial d'octobre du *Médecin Syndicaliste*.

Cette rupture des négociations, dit-il, a au moins le mérite d'éclaircir la situation. Elle oblige tous les médecins à se rendre compte que la médecine sociale s'engage actuellement dans la voie d'une médecine sociale administrative, remise entre les mains de médecins choisis administrativement après une spécialisation tout au moins apparente. Cette conception va mener, si l'on n'y prend garde, au démembrement du diplôme de docteur en médecine. L'Etat va créer progressivement des médecins sociaux spécialisés à qui il remettra le droit exclusif d'exercer telle ou telle partie de la médecine publique. Ce n'est point là seulement une vue de l'esprit : la création projetée d'une chaire de médecine sociale ne vise à rien moins qu'à la création de médecins spécialistes en matière de médecine sociale. Au Corps médical de dire si c'est ainsi qu'il conçoit l'exercice de la médecine.

Cette question touche de près à celle de l'enseignement médical. Il faudra qu'un jour prochain les Syndicats se décident à aborder ce problème, et le Secrétaire général indique que l'heure est venue de faire fonctionner, à l'Union, la Commission de l'Enseignement. Il faut dégager les doctrines de l'Union sur ce terrain et montrer que si elles s'opposent à la dissociation du diplôme de docteur en médecine, elles ne sont point pour cela l'ennemi des compétences.

Le Secrétaire général indique que si l'on veut faire prévaloir les conceptions syndicalistes, en matière de lutte contre les fléaux sociaux, il est nécessaire du faire l'éducation des masses.

Ainsi que cela s'est produit au début du conflit autour de la Loi des Pensions, on ne manquera pas de représenter les médecins, dans cet ordre de faits, comme l'ennemi public. Il importe que tous les syndiqués et l'Union des Syndicats médicaux renseignent l'opinion publique et lui montrent que les solutions proposées par le Syndicalisme médical, en matière de Défense sanitaire et de lutte contre les fléaux sociaux, sont les seules qui tiennent vraiment compte de l'intérêt des malades et de l'intérêt public.

Le docteur Parisot, de Nancy, vient apporter les résultats du fonctionnement du dispensaire Villemain qu'il dirige dans cette ville.

Il est d'accord avec le Secrétaire général pour affirmer que l'organisation de la lutte contre la tuberculose ne peut pas se faire en dehors du Corps médical et doit utiliser sa collaboration ; mais, cette collaboration, il y a des départements où elle existe, et l'orateur donne un exemple, celui de la Meurthe-et-Moselle.

Il insiste sur ce fait qu'une place est faite, dans le Comité directeur, aux Délégués du Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle, que le Président et le Bureau du Syndicat ont à jouer un rôle dans l'administration du dispensaire.

On ne saurait parler d'incompétence du médecin en matière de tuberculose. Les diagnostics des malades qui ont été envoyés par les médecins de Meurthe-et-Moselle, en nombre croissant, au dispensaire Villemain étaient, en général, exacts ; mais le médecin se trouve souvent dans l'impossibilité de faire œuvre prophylactique, surtout parce qu'il hésite à prononcer, devant ses malades, le mot de tuberculose.

En conclusion, le docteur Parisot déclare qu'il préfère, au projet de la Commission de Défense sanitaire de l'Union, l'organisation du dispensaire telle qu'elle existe en Meurthe-et-Moselle. Il craint que le projet de la Commission de l'Union n'entraîne une besogne trop absorbante pour le médecin traitant et des dépenses excessives pour le budget du dispensaire. Le fonctionnement du dispensaire Villemain, au contraire, est tel que le praticien, en parfait accord avec le médecin chef du dispensaire, n'a nullement besoin de se déplacer pour faire œuvre prophylactique et n'a pas de fiches à remplir.

Le docteur Parisot souhaite, cependant, que les médecins de dispensaire s'inspirent partout des principes de déontologie qui ont fait le succès du dispensaire Villemain et des dispensaires similaires établis dans certains départements. Il est à souhaiter, par ailleurs, que soient seuls conservés au dispensaire, les malades véritablement tuberculeux et que les autres rentrent dans la clientèle normale des praticiens ou des médecins d'hôpitaux.

Enfin, il faut prendre des mesures pour extirper de l'esprit du médecin l'idée du tort qui lui est fait par l'infirmière visiteuse. Il faut que la visiteuse, au point de vue déontologique, soit dirigée par le médecin-chef et qu'on lui interdise toute fonction médicale quelle qu'elle soit.

Le docteur Parisot lit les conclusions de l'ordre du jour du Syndicat de Meurthe-et-Moselle, qui repousse le projet de la Commission de Défense sanitaire de l'Union et approuve l'organisation de la lutte antituberculeuse en Meurthe-et-Moselle.

Le docteur Bonvallet, d'Angers-Campagne, remercie le Secrétaire général d'avoir clairement établi que l'opposition des médecins praticiens à l'organisation officielle actuelle de la lutte antituberculeuse ne résulte pas seulement de la notion du tort qui allait leur être fait par cette organisation, mais qu'elle était le fruit d'une conception plus haute de leur rôle social et la conséquence de leur opinion sur l'inefficacité de cette lutte.

Il pense que l'organisation officielle n'a pas été

faite pour les tuberculeux, mais à l'occasion des tuberculeux pour le triomphe de quelques conceptions scientifiques particulières. Il remarque que si l'on accuse les médecins d'envoyer trop tard leurs malades au dispensaire, on pourrait facilement reprocher aux infirmières-visiteuses de ne « dépister » que des malades déjà très gravement atteints ou des non tuberculeux.

Les docteurs CHAPOY (Doubs), DU CAMP D'ORGAS (Bordeaux), MICHON (Rhône), LAYRAL (Loire), viennent successivement exposer à la tribune l'état de l'organisation de la lutte antituberculeuse dans leur département, et les tractations de leurs Syndicats avec les Comités locaux.

Un délégué des Deux-Sèvres monte, ensuite, à la tribune et pose nettement la question. S'agit-il, dit-il, d'arriver localement à des accommodements plus ou moins heureux avec l'organisation officielle, ou s'agit-il, pour tout le Corps médical, de prendre en charge la lutte contre les fléaux sociaux ? Si la lutte antituberculeuse n'est pas prise en charge par l'ensemble des médecins, elle ne sera pas.

Si les dispensaires peuvent, dans certaines grandes villes, donner des résultats apparents, il est incontestable que dans les campagnes, ils sont voués à un échec certain, et que, seul, le médecin traitant est susceptible d'exercer une action efficace.

Le docteur SOREL (Nice) vient indiquer combien il est nécessaire que les Syndicats ne s'en remettent pas uniquement à l'Union, organisme central, du soin d'obtenir des résultats. Il leur faut conquérir localement les Bureaux d'hygiène, les Commissions administratives d'hospice et les différentes organisations de Défense sanitaire. Il faut que les Syndicats, par une lutte constante, soutiennent, à la périphérie, l'action centrale de l'Union.

(Voir la fin de la discussion sur la lutte antituberculeuse à la séance du samedi matin 15 décembre.)

Syndicat de l'Aube.

Le vœu suivant a été déposé sur le bureau du Syndicat médical de l'Aube :

Considérant que le recours à l'assistance ne peut être un droit que pour ceux qui ont fait tout le possible pour parer eux-mêmes aux risques de la vie et que des circonstances de force majeure ont empêché d'y réussir;

Qu'il est certainement d'une moralité supérieure de faire acte de prévoyance qu'appel à l'assistance ;

Que, par suite, il est du rôle de la puissance publique de tout faire pour augmenter le nombre des prévoyants et diminuer celui des assistés ;

Et que, à ce titre, une législation d'assurance obligatoire s'explique et se justifie ;

Mais considérant que la contrainte n'est légitime qu'autant qu'elle est mise au service d'un intérêt général et prépondérant ;

Que cet intérêt n'existe que dans la mesure nécessaire pour rendre inutile le recours à l'assistance ;

Que, dès que ce résultat est atteint, tout ce qui le dépasse doit être laissé à la liberté individuelle et à l'appréciation personnelle de chacun ;

Considérant que les projets, actuellement à l'étude, d'assurances sociales ne respectent pas ce principe ;

Qu'ils englobent dans leurs six classes une foule de personnes qui doivent demeurer maîtresses de leurs actes et la totalité presque absolue du travail national;

Qu'ils grèvent l'économie générale de la France d'un impôt formidable de 10 % sur le travail, sans souci du risque inévitable en face de la concurrence étrangère sur les marchés internationaux ;

Considérant plus spécialement qu'ils font appel au concours du corps médical en faveur d'une clientèle extrêmement étendue et dont la disparition du marché libre sera de nature à compromettre l'exercice normal de la profession ;

Qu'on comprendrait ce concours s'il s'agissait uniquement des plus basses classes, de manière à rendre inutile l'Assistance médicale gratuite.

Qu'il suffirait pour cela d'aider une seule classe d'assurés payant les cotisations et recevant les allocations de la deuxième classe ;

Que cette solution, dont le poids serait bien moins lourd, respecterait le jeu des libres initiatives, tant dans le domaine de la prévoyance que sur le terrain médical ;

Est d'avis :

« Que l'organisation d'une assurance sociale obli-
« gatoire ne peut être légitime que si les assurés sont
« mis sur le même pied, payant la même cotisation,
« recevant les mêmes allocations avec la limite de la
« deuxième classe du projet de la Commission de la
« Chambre des députés ».

2 décembre 1923.

Dr P. BERTRAND.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

L'Orchestre médical. — L'Orchestre médical, dont on n'a pas oublié les belles manifestations artistiques d'avant guerre, est en voie de réorganisation.

Un appel est adressé à tous les médecins instrumentistes, ainsi qu'aux étudiants en médecine et aux membres de la famille médicale (femmes, fils et filles de médecins) pour constituer le nouveau groupement, lequel, en principe, tiendrait ses répétitions les premier et troisième jeudis de chaque mois, au siège de l'Association générale des étudiants, 13 et 15, rue de la Bûcherie. Sur la proposition de sa section médicale et de ses président et vice-président, MM. Crouzat et Lehman, ladite Association a, en effet, offert aux médecins musiciens la plus aimable hospitalité.

La cotisation prévue serait de 40 francs par an, de 20 francs pour les étudiants.

Tous les médecins et étudiants amateurs de musique sont invités à adresser dans le plus bref délai leur adhésion de principe au docteur Louis Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard, Paris (V^{e}).

— **Cours d'hygiène sociale.** Cours libre autorisé par le Conseil de l'Université de Paris. Troisième année, 1923-1924. — La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race, par M. le docteur Sicard de Plauzoles, professeur au Collège libre des sciences sociales, directeur général du Comité national de propagande d'hygiène sociale et de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. Le cours aura lieu à la Sorbonne les mardis (amphithéâtre Milne-Edward) et samedis (amphithéâtre Edgar-Quinet), à 17 h. 30, du 15 janvier au 5 avril 1924.

La première leçon a eu lieu le mardi 15 janvier, à 17 h. 30, amphithéâtre Milne-Edwards sous la présidence de M. le professeur G.-H. Roger, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— **A. D. R. M.** — M. le Dr Cadenat, agrégé, chirurgien des hôpitaux, fera, le samedi 2 février à 17 h. 3/4, dans les locaux de l'A. D. R. M. à la Faculté de Médecine, salle Béclard, une conférence sur : « Les débouchés médico-chirugicaux en Extrême-Orient ».

— **Internat.** — Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine vacantes le 1er mars 1924 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'institution Sainte-Périne et à la fondation Chardon-Lagache ; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; 4° à l'hôpital marin de San-Salvadour (Var).

Ce concours sera ouvert le lundi 11 février 1924, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les candidats qui désirent concourir peuvent se faire inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de Santé), jusqu'au lundi 28 janvier, de 14 à 17 h.

Conditions d'admission au concours et nature des épreuves. — Sont admis à prendre part au concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de 3e année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Ces derniers devront produire : 1° Un extrait de leur acte de naissance ; 2° un certificat de revaccination antivariolique de date récente ; 3° un certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ou à défaut un certificat établissant que cette vaccination est contre-indiquée ; 4° un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date. Les candidats de nationalité étrangère devront fournir, en plus de l'extrait de leur casier judiciaire délivré par le service du casier central au ministère de la Justice, un extrait du casier judiciaire délivré par les autorités de leur pays d'origine ou s'ils appartiennent à un Etat ne possédant pas encore l'institution du casier judiciaire, une pièce en tenant lieu ; ces deux documents doivent avoir moins de trois mois de date. Le refus ou l'autorisation d'admettre à concourir le candidat au casier judiciaire duquel serait mentionnée une condamnation sera prononcé par le directeur de l'administration ; 5° un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, par écrit, de rester attachés pendant une année au moins à l'établissement dans lequel ils auront été institués.

Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve écrite commune consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet, soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe.

Il est accordé aux candidats deux heures pour rédiger cette composition ;

2° Une épreuve orale sur une question de pathologie.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer cette question après dix minutes de réflexion.

Cette épreuve diffèrera pour les candidats suivant les établissements pour lesquels ils sont inscrits.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — Dans l'amphithéâtre de médecine expérimentale, les 25 et 27 février notre collaborateur et ami, M. le Dr Raymond Molinéry fera deux conférences sur *les idées philosophiques de la médecine au 18e siècle* ; la seconde étant plus particulièrement consacrée *à la vie et à l'œuvre de Théophile de Bordeu*. Des projections accompagneront ces conférences ouvertes au public.

— **Pour nos petits.** — M. Gaston Cony, président de l'œuvre « Nos Marionnettes » se met à la disposition des municipalités, écoles, patronages associations, œuvres de bienfaisance, comités d'initiative, etc... qui désireraient organiser une belle représentation enfantine avec le concours de son célèbre « Guignol de la Guerre » qui amuse petits et grands. Pour tous renseignements, écrire à M. Gaston Cony, 31, rue des Cendriers, Paris, XXe.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Or, je suis fort embarrassé pour classer ces deux sommes dans mes revenus sur ma feuille de déclaration pour l'impôt sur le revenu exercice 1924.

La somme de 17 fr. 90 représente sans doute le revenu de mes 2 parts de jouissance et doit être comprise sous la 3e catégorie (revenu des valeurs et capitaux mobiliers). Mais, alors est-elle passible de la taxe de 10 %, applicable à ces valeurs, et comment l'appliquer ?.

Quant à la somme de 449 fr. 90, où dois-je la faire figurer ? Pas dans le revenu des valeurs et capitaux mobiliers, il me semble, puisque le revenu de mes parts de jouissance est déjà représenté par les 17 fr. 90. Je devrais donc l'inscrire dans la 7e catégorie, mais à quel titre ? Indemnité, émoluements, pension viagère, rente viagère ? Ce n'est pas une pension viagère ou une rente viagère, il s'agit d'une simple allocation annuelle, payable en 2 semestres, dont le montant est variable, étant déterminé chaque année par l'Assemblée générale des membres de la Prévoyance suivant l'état de la caisse et le nombre des bénéficiaires.

Si cependant vous considérez mes 449 fr. 90 comme pension viagère, devrais-je les inscrire à la subdivision : *a*) ou à la subdivision *b*) de B, pensions et rentes viagères ?

Si les 449 fr. 90 rentraient dans le revenu des valeurs et capitaux mobiliers, devrais-je pour eux payer la taxe de 10 % et comment.

Dr X.

Réponse

Le classement dans les catégories a une importance très minime :.

Vous pouvez porter :

Les 17 fr. 90 à la cédule des valeurs mobilières ;

Les 449 fr. 90 aux allocations, salaires, pensions et rentes viagères qui figurent tous sous une même rubrique.

A. MARTINOT.

Communication de l'enregistrement d'un bail

Je viens vous demander le petit renseignement suivant :

Le nu-propriétaire d'un immeuble peut-il avoir le droit de savoir, près du receveur de l'enregistrement, si cet immeuble est reloué, à quel prix, pour combien de temps ?

Ainsi, je possède une petite ferme en nue propriété. L'usufruitier, par hostilité, avait l'intention de favoriser le fermier, de lui faire un bail avantageux, à bas prix, pour me nuire. Le receveur de l'enregistrement est-il tenu de me donner les renseignements ci-dessus sur la durée du bail, le prix ? Puis-je exiger ces renseignements ?

Dr Y.

Réponse.

Si le receveur de l'enregistrement refuse la

communication de l'enregistrement du bail, il n'existe d'autre moyen d'obtenir ces renseignements que de le demander en justice. Nous ne croyons cependant pas que vous aurez besoin d'aller jusque-là.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Maginot

I

Cas atypique.

En qualité d'abonné du *Concours médical*, je vous serai reconnaissant de bien vouloir par la voie du journal, me fixer sur le point suivant : voici l'histoire d'un malade de guerre.

Un de mes clients est réformé pour tuberculose rénale. Le rein droit a été enlevé. Le rein gauche ayant à son tour infecté la vessie, un chirurgien abouche avec succès, l'uretère correspondant à la peau. Cet uretère laisse passer une sonde à demeure, molle 18. Mais, un beau jour, le malade qui posait et ôtait lui-même sa sonde ne peut plus la remettre. L'uretère se rétrécit et il se produit une véritable rétention d'urine dans le bassinet. Avec difficulté, j'arrive à remettre une sonde plus petite, aidé en cela par un mandrin métallique que le malade (un ingénieur) a fabriqué dans le cours du traitement, je suis obligé de refaire plusieurs fois cette opération de patience.

D'autre part, un chirurgien appelé en consultation me conseille de faire des lavages du bassinet.

Dans ces deux cas, il s'agit d'une opération atypique qui n'a rien de commun avec le cathétérisme de l'uretère par voie vésicale, ni avec le lavage du bassinet fait par la même voie.

Dois-je compter 150 fr. pour chaque intervention ? C'est beaucoup.

Dois-je compter 20 et 25 fr. par analogie avec les lavages et les cathétérismes de vessie ? C'est peu.

Page 51, du numéro du 6 janvier 1924, M. F. D., indique ceci : cette fois, le tarif vous est avantageux, ce sera le contraire une autre fois. Puis-je raisonner ainsi et compter 150 fr. ? Dr A.

Réponse.

C'est, en effet, un cas «atypique» et très spécial. De même que, lorsqu'il s'agit (art. 74) de « pansements spéciaux prolongés et très compliqués », ce cas me semble être également « à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle » avec toutes explications nécessaires. Au reste, si vous avez eu à faire cette intervention plus de cinq fois, l'article 18 vous obligeait à en donner avis à la Commission.

F. D.

II

Injections antispécifiques

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur le point suivant :

Un malade visité à domicile par le médecin du Centre de réforme est réformé à 100 % avec le diagnostic suivant : *rhumatisme ankylosant.*

Ce malade, devenu mon client, présente à mon sens *des accidents tertiaires*, et s'est, du reste, trouvé très amélioré d'une série d'injections intra-veineuses de novoarsénobenzol, alors que tous les traitements antérieurs étaient restés sans résultat.

La Commission départementale de contrôle peut-elle m'objecter que les soins donnés ne correspondent pas à la maladie qui a occasionné la réforme, et me refuser de ce fait le payement de ces injections intraveineuses ?

Dois-je par conséquent, subir une erreur de diagnostic des médecins experts ? Dr L.

Réponse.

Je crains fort que la Commission n'accepte pas de vous payer des injections *antispécifiques.* En effet : 1° ou votre traitement n'est pas dirigé contre une séquelle de la maladie causale de la pension ; 2° ou, s'il y a eu erreur de diagnostic des médecins experts, comme vous le pensez, je ne vois pas, en tous cas, comment la syphilis aurait pu être considérée comme donnant droit à une pension et, par suite, aux soins gratuits consécutifs à la maladie causale de cette pension. Dans les deux cas, le payement par l'Etat de vos injections antispécifiques ne me paraît pas des plus assuré. Tel est, du moins, mon avis personnel. F. D.

Application du Tarif Breton.

I

Massage électrique vibratoire.

Je me permets, étant abonné au *Concours médical*, de vous demander le renseignement suivant :

Un confrère m'a adressé pour traitement électrique un blessé du travail, qui, à la suite d'une fracture du bras, présentait de l'atrophie et de la raideur articulaire de ce bras.

Je ne suis pas spécialiste de l'électrothérapie et de la radiologie, mais, faisant de la médecine générale, je possède une installation qui me permet de faire les examens et traitements qui relèvent de cette spécialité.

Après le 1er examen du blessé (électro-diagnostic), je fis au patron et à la Compagnie d'assurances, un rapport concluant à la nécessité d'un traitement comprenant « massage, mobilisation méthodique, courants galvanique et faradique, régulièrement appliqués ».

J'obtiens l'autorisation de faire un traitement qui a duré 2 mois.

J'ai adressé une note d'honoraires, qui portait par séance :

Traitement électrique	9 fr.
(2e catégorie) :	
Massage vibratoire électrique	7 50
Total	16 50

(art. 26 et 24).

Cette note m'est revenue avec réduction du prix de chaque séance à 9 fr. avec mention que le massage désigné rentre dans le traitement électrique.

J'ai effectivement fait, à chaque séance, d'abord, application du courant, puis longue séance de massage vibratoire de mobilisation.

Me conseillez-vous d'accepter cette réduction ? Ou dois-je maintenir ma note telle qu'elle a été établie ?

Qu'ai-je à faire, si je n'accepte pas la réduction ? Peut-on s'appuyer sur les termes de l'art. 24 (kinésithérapie) disant « nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute » et arguer que je ne suis pas spécialiste ?

Dr J.

Réponse

1° L'article 24 est pour la kinésithérapie (traitement mécanique et non électrique) ; il me paraît donc ne rien avoir de commun avec le massage électrique vibratoire.

Ici vous ne pouvez vous baser que sur l'article 26 (VI), si je vous ai bien compris. Or là je ne vois que « traitement électrique » mot bien vague et qui, par suite, peut renfermer tout ce qu'on voudra d'électrique, même votre massage électrique vibratoire ; tout pour 12 fr. ! Ce ne serait qu'en cas de « électrisation complète du corps » que vous pourriez demander davantage, soit 15 fr. Tarif en main, je ne puis vous répondre autre chose.

2° Si la compagnie vous a « donné l'autorisation » de faire ce traitement électrique, je ne vois pas qu'elle soit en droit, dans la suite, de vous opposer la tarification établie sous prétexte que vous n'êtes pas spécialiste, remarque qu'elle aurait dû faire au moment de la demande d'autorisation.

F. D.

II

Les soins et non les lésions sont tarifables.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

J'ai été appelé dernièrement d'urgence pour donner mes soins à un ouvrier d'une usine de D., électrocuté.

Cet ouvrier était mort et mes efforts ont été inutiles.

Que dois-je compter comme note d'honoraires ? Le tarif Breton ne prévoit rien pour un cas semblable. J'ai été obligé de fournir plusieurs certificats dont l'un sur papier timbré à la gendarmerie.

Dr B.

Réponse.

Ce sont les *soins* techniques que vous avez eu à donner dont on peut discuter la tarification, mais non pas les lésions présentées. Or vous ne

me donnez aucun détail sur ce que vous avez été appelé à faire. Comment voulez-vous que je vous donne un tarif à appliquer ? En tout cas, et de façon générale, vous avez à compter ici : 1° votre visite ou plusieurs (art. 6) dans le cas où vous êtes resté plusieurs « demi-heures » ; 2° votre déplacement kilométrique.

F. D.

III

Plaies de doigts

Je vous serai reconnais sant de me fixer sur le po int suivant :

Pour établir une note d'honoraires d'un blessé atteint à trois doigts de la même main, est-ce l'article 17 qui doit être appliqué ou le 14 ? C'est-à-dire :

Puis-je formuler $3 \times 8 = 24$ pour chaque pansement ou simplement 15 fr.

Dr P.

Réponse.

Pour un pansement fait à *une seule* main, ce n'est jamais l'article 14 qui peut être en jeu. Ou bien il n'y a qu'un doigt blessé, et c'est alors l'article 16 (pansement compris dans le prix de la visite). Ou bien il y a plusieurs doigts, et dans ce cas (si les plaies ne sont pas très superficielles) ce sont des « pansements multiples » à 15 fr. (art. 17).

F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La guérison rapide des engelures

Par le docteur François DEBAT,
Ex-chef du laboratoire dermatologique de l'hôpital St-Antoine.

Voici une méthode très simple due à mon regretté maître le docteur JACQUET, qui permet de guérir avec une étonnante rapidité les engelures, quelles que soient leur ancienneté et leur gravité.

Pour les engelures des mains. — Faire si possible chaque heure pendant cinq minutes la gymnastique élévatoire suivante :

Les bras étant en élévation, fléchir et étendre les doigts énergiquement.

Entre temps, éviter dans la mesure du possible de porter les mains ballantes.

Pour les engelures des pieds. — La gymnastique élévatoire, moins facile, consiste, le corps étant étendu, à élever alternativement les jambes en étendant et en fléchissant les orteils.

Pansements. — Pendant la nuit (et pour les engelures ouvertes, nuit et jour) on pansera les lésions avec un topique tel, par exemple, que l'inotyol, appliqué en couche épaisse.

Nettoyer les lésions avec un corps gras, vaseline, axonge, ou huile. Eviter l'eau et le savon.

Avec ce traitement, l'amélioration est immédiate, aux mains en particulier, La teinte violacée s'efface, les élancements douloureux se calment, l'œdème disparaît, les ulcérations se cicatrisent en quelques jours.

Le traitement est non seulement curatif, mais préventif. Si, au début de l'œdème et de la cuisson, l'engelureux a recours à la gymnastique élévatoire et aux pansements indiqués, il est sûr de prévenir le mal.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire relative à la protection des mères et des nourrissons.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets.

Paris, le 15 janvier 1924.

Depuis le vote et l'application de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, les circulaires se sont succédé pour appeler votre plus vigilante sollicitude sur l'importance des visites à domicile prescrites pour le contrôle du repos maternel de quatre semaines.

La loi du 17 juin 1913, malgré son texte impératif qui s'impose aux bureaux de bienfaisance, n'a pas été, jusqu'à ce jour, obéie suffisamment; elle est apparue comme une loi d'assistance sans que son caractère d'hygiène sociale ait suffisamment frappé les esprits.

Une angoissante crise de dépopulation, dont la solution principale consiste à accroître les naissances, a pour élément et pour cause un excès de mortalité infantile qui sévit avec une particulière intensité pendant les premières semaines de l'existence.

Il importe donc, pour rendre de plus en plus efficace la lutte contre une mortalité infantile exorbitante et évitable, de recourir à tous les moyens de surveillance sanitaire et d'entr'aide sociale.

En édictant le contrôle du repos consécutif à l'accouchement, le législateur de 1913 s'est nettement proposé pour but d'instituer un véritable patronage des mères assistées à domicile, non seulement pour vérifier si la mère observe réellement le repos dans son intérêt et au profit de son enfant, mais pour rechercher les moyens de prolonger le plus possible l'allaitement au sein par la mère. La loi complémentaire sur les primes d'allaitement du 24 octobre

1919, s'inspire de la même préoccupation prévoyante.

J'insiste donc de la manière la plus pressante pour que, dans chacune de vos communes, ou tout au moins dans chaque canton, le ou les bureaux de bienfaisance délèguent une personne qualifiée, professionnelle ou bénévole, sage-femme, dame patronnesse, infirmière-visiteuse, etc. pour procéder à ces visites familiales strictement indispensables pour l'application loyale et fidèle de la loi sur l'assistance aux femmes en couches.

Le recours aux consultations maternelles, d'abord, aux consultations de nourrissons, ensuite, résultera nécessairement de l'organisation d'un service complet d'assistance maternelle, communale ou cantonale. Les municipalités peuvent d'ailleurs, en dehors de leurs collaborateurs directs, faire appel, dans le cadre même de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, à des mutualités maternelles, à des sociétés d'assistance maternelle agréées.

Le péril national que court la France ordonne impérieusement, en dehors même des impulsions du cœur et de l'accomplissement spontané du devoir de solidarité, de ne négliger aucun moyen de protection et de sauvetage de la première enfance. Il y va du salut de la France, et j'attends de votre fermeté et de votre dévouement qu'une loi bienfaisante et prévoyante soit partout appliquée dans son esprit et dans sa lettre.

Je compte formellement que, dans le délai d'un mois, au reçu de la présente circulaire, vous me ferez parvenir un premier rapport relatant tout à la fois les résultats antérieurement acquis et les réalisations nouvelles que vous avez le strict devoir d'obtenir et d'imposer pour le respect de la loi de protection des mères et le sauvetage des nourrissons.

Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 19 janvier 1924.)

Vacances de direction de bureaux d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau muni-

cipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Ivry-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés, par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Abbeville.

Le futur directeur ne pourra, ni avoir, ni faire de clientèle, directement ou indirectement.

Le traitement alloué est fixé ainsi qu'il suit :

3e classe, 10.000 fr. + 2.000 fr. pour inspection des écoles ;

2e classe, 12.000 fr. + 2.000 fr. pour inspection des écoles ;

1re classe, 14.000 fr. + 2.000 fr. pour inspection des écoles ;

Hors classe, 16.000 fr. + 2.000 fr. pour inspection des écoles,

avec promotion éventuelle dans le délai de trois ans.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, jour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction del'assistance et de l'hygiène publiques, 6ebureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou fonctions

antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 20 janvier 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Réglementation des études dentaires.

19669. — M. Duboys Fresney, député, expose à M. le ministre de l'hygiène qu'une commission interministérielle présidée par M. Strauss sénateur, a été instituée, en 1921, dans le but de rechercher les conditions dans lesquelles il était possible de réglementer les études dentaires, et lui demande si cette commission s'est réunie, si son fonctionnement a donné des résultats et, dans le cas de l'affirmative, quels sont ces résultats. (*Question du* 12 *décembre* 1923.)

Réponse. — Bien que la question posée par l'honorable député rentre dans les attributions de M. le ministre de l'instruction publique, le ministre de l'hygiène n'hésite pas à répondre en raison du rôle qui lui incombe pour l'exercice de la profession dentaire. La commission interministérielle d'études chargée d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire n'a tenu qu'une séance, le 12 décembre 1921, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur. Des raisons diverses ont contribué à l'ajournement des travaux de la commission.

(*J. O.*, 18 janvier 1924.)

Sanatoriums subventionnés.

19742. — M. Edouard Soulier, député, expose à M. le ministre de la guerre que les réformés atteints de tuberculose ouverte sont renvoyés dans les villes et dans leur famille, de façon dangereuse pour tous, et demande : 1° combien existent, soutenus ou subventionnés par l'Etat, les départements ou les communes, de sanatoriums ou d'établissements curatifs, combien de malades y peuvent être recueillis sans encombrement en observant toutes les règles d'une scrupuleuse hygiène, et quelle en est la liste ; 2° quels sont ceux de ces établissements qui sont gratuits, et quels sont ceux qui sont à bon marché. (*Question du* 15 *décembre* 1923.)

Réponse. — 1º L'honorable député est prié de bien vouloir donner des précisions sur les faits particuliers qui ont motivé sa question écrite, en ce qui concerne le renvoi dans leurs foyers, des réformés atteints de tuberculose ouverte ; 2º le nombre des sanatoriums subventionnés par l'Etat, les départements, les communes, les sociétés de secours mutuels, les établissements publics et les associations reconnues d'utilité publique et recevant des tuberculeux pulmonaires (hommes, femmes, et enfants) est de 25 comprenant au total 3.476 lits. Ces établissements sont les suivants : Bellecombe (Ain), F. Mercier, au Montet (Allier), Plougonven (Finistère), Pressac (Gironde), Bon-Accueil à Montpellier, Seissuel (Isère), Saint-Jodard (Loire), Montfaucon (Lot), Monbran (Lot-et-Garonne), Clavières (Mayenne), Pignelin (Nièvre), Angicourt (Oise), Larressore (Basses-Pyrénées), la Guiche (Saône-et-Loire), Groslay (Seine-et-Oise), Yerres (Seine-et-Oise), la Tuyolle (Seine-et-Oise), Gorbio (Alpes-Maritimes), Sainte-Feyre (Creuse), Bel-Air (Indre-et-Loire), Chavannes (Loire), Mardor (Saône-et-Loire), la Baronnie (Seine-et-Oise), Villepinte (Seine-et-Oise), Ris-Orangis (Seine-et-Oise), En outre, différents traités ont été passés avec des sanatoriums privés, affectés aux tuberculeux pulmonaires, soit par l'Etat (pour l'hospitalisation des réformés), soit par les départements (pour l'hospitalisation des malades de l'assistance médicale gratuite). Le nombre de ces établissements est de 7. Le chiffre des lits dont ils disposent est de 620. Ces établissements sont les suivants : Engayresque (Aveyron), Villeneuve-d'Amont (Doubs), Moncan (Morbihan). Villa Saint-Patrick à Pau, Bayère (Rhône), Bligny (Seine-et-Oise), la Croix-Montoire (Indre-et-Loire) ; 3º tous les établissements ci-dessus sont gratuits pour les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, et pour les malades de l'assistance médicale gratuite qui sont placés en vertu d'une décision régulière prise, soit par le ministre de l'hygiène soit par le préfet, suivant les catégories auxquelles appartiennent les intéressés. Les malades qui ne bénéficient ni de l'article 64 susvisé, ni de l'assistance médicale gratuite et qui n'ont pas les ressources suffisantes pour payer la totalité du prix de journée, peuvent être admis gratuitement ou à tarif réduit, dans les sanatoriums compris dans la première des deux listes ci-dessus, si le placement est proposé par un dispensaire d'hygiène sociale (loi du 7 septembre 1919, art. 3, § 3.)

(*J.O.* 18 janvier 1924.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 288-IV)

(Suite du Sommaire)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr CLÉMENT, de Vernon (Eure), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 1 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 40. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéf. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 41. — A vendre Peugeot 10-12 HP 1913, entièrement révisée, 2 pl. et spider, 4 pneus neufs, roue secours garnie. Faire offre à partir 4.000 fr.

N° 42. — Je cherche une infirmière sérieuse, connaissant bien la stérilisation.

N° 43. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

N° 44. — Cabinet voies urinaires, bien situé Paris, à céder ou à sous-louer pour voies urinaires ou autre spécialité, bonnes conditions.

N° 45. — Bords de l'Océan. Bon poste rap. 40.000 fr. seul médec. gr. maison. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 46. — A céd. dans gr. ville, import. cabinet électro et radio., tr. gros produit. Gr. maison part. matériel neuf et import. Présent. avec collaboration préalable. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. R. C. Seine n° 46.851.

DÉONTOLOGIE

Sous quelles conditions les masseurs peuvent-ils exercer, sans s'exposer à des poursuites.

A l'occasion de notre article sur la profession de masseur, la question suivante nous a été posée : « comment un masseur peut-il se garantir, pour ne pas être poursuivi pour exercice illégal de la médecine ?

Exerce illégalement la médecine, celui qui, non muni du diplôme de docteur en médecine d'Etat français, se livre d'une manière suivie au diagnostic et au traitement des maladies.

Donc, le masseur doit d'abord se dispenser de faire lui-même un diagnostic et de poser, seul, les indications d'un traitement massothérapique. Il ne devra donc entreprendre un traitement par massage que d'après une ordonnance de médecin.

Le docteur devra spécifier le nombre des séances, leur durée et les segments de membres qui devront être soumis au traitement. De plus, de temps à autre, sans qu'il s'écoule un long intervalle, le malade devra se faire examiner par son médecin pour que celui-ci puisse être juge de l'efficacité du traitement et se rendre compte s'il faut continuer, suspendre ou modifier le traitement.

Au contraire, si le médecin se désintéressait du traitement, il pourrait, par la suite, être rendu responsable d'un accident, qui pourrait survenir à l'occasion d'un traitement dont il n'aurait pas surveillé l'efficacité ou les dangers.

L'ordonnance peut ne pas avoir été rédigée par écrit, lorsque, par exemple, le masseur est un employé, attaché à la clinique du médecin.

Mais, dans ce cas de formule orale, le praticien ne doit pas négliger son malade, puisqu'aucune trace écrite ne subsiste des ordres qu'il a donnés au masseur.

Bien entendu, je ne parle ici que de massage thérapeutique et non de massage hygiénique.

Par ces temps où la responsabilité du praticien est souvent mise en cause, il est important de surveiller le patient, qui peut voir un traumatisme, bénin en apparence, se transformer en arthrite tuberculeuse, par des séances de massage intempestif, ou une subluxation méconnue nécessiter une intervention sanglante, malgré des massages répétés.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Frais funéraires de la victime d'un accident du travail.

Dans le numéro 4, nous avons répondu que les frais funéraires de la victime d'un accident du travail n'étaient à la charge du patron qu'à concurrence de cent francs.

C'est là une erreur, qui nous est signalée par M. Quillent, secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers de la Seine, auquel nous adressons nos remerciements.

Une loi du 12 avril 1922, a, en effet, porté ce maximum à deux cents francs.

J. D.

Bris d'un appareil dentaire par accident du travail.

En réponse à votre honorée, j'ai l'honneur de vous faire connaître que votre réponse me surprend.

Il me semble difficile de ne pas rendre responsable le patron des conséquences physiques en relation directe avec un accident. Mon blessé s'est cassé des dents dans sa chute, il a détérioré un appareil de prothèse : il me semble illogique de lui faire supporter les frais de cet accident. D'autre part le tarif Breton est énonciatif et non limitatif : par le fait il laisse le champ libre à une appréciation du juge. Je suis surpris qu'un accident aussi banal n'ait pas déjà fait l'objet d'une jurisprudecne quelconque ; je vous serais reconnaissant de prendre tous renseignements utiles à ce sujet auprès du syndicat des dentistes et de me les faire tenir. Dans le cas où il n'y aurait eu aucun jugement de rendu sur une affaire similaire n'y aurait-il pas lieu à votre avis de provoquer un jugement à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

Ministère du Travail
—
Contrôle des Assurances privées.
—
Contrôle des Sociétés d'Assurances contre les accidents du travail.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 19 janvier 1924.

Monsieur,

Après examen de la lettre du Dr C., que vous m'avez communiquée et que je vous retourne ci-incluse, j'ai l'honneur de vous informer qu'il résulte de la doctrine et de la jurisprudence qu'il faut entendre par accident du travail, au sens de la loi de 1898, toute lésion provenant de l'action

violente et soudaine d'une cause extérieure (Cassation 21 février 1912. Sachet. Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, t. I, 6e édition, § 256). Pour caractériser l'accident du travail donnant à la victime le droit de prétendre au bénéfice de la loi susvisée, il faut donc que la force extérieure qui s'est manifestée violemment et soudainement ait occasionné une lésion à l'organisme. Dans le cas signalé par le Dr C... qui vise la détérioration, par suite d'une chute, d'un appareil de prothèse dentaire, il s'agit uniquement, semble-t-il, d'un dommage matériel qui n'est pas susceptible de donner lieu à application de la loi du 9 avril 1898.

Il n'appartiendrait qu'aux tribunaux de se prononcer définitivement au sujet des réparations auxquelles l'ouvrier serait, à cet égard, en droit de prétendre.

Recevez, Monsieur l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du travail
Par autorisation
Le Conseiller d'Etat, directeur :
SUMIEN.

Assurances contre les accidents.
Femmes de ménage.

En ce qui concerne l'article du numéro 6-1-24, page XLIX-51 sur « les femmes de ménage et les chauffeurs sont garantis par la loi sur les accidents domestiques ».

J'ai recours aux services d'une femme de ménage que j'emploie une heure par jour à 1 franc de l'heure, soit 365 francs par an. Je me présente à une compagnie d'assurances pour me garantir. L'agent me répond que sa compagnie n'assure que pour un minimum de 2.400 fr. C'est son droit. Mais le législateur a-t-il prévu le cas ? C'est une exploitation en règle de la petite bourgeoisie par les compagnies d'assurances. Car, notez bien ce qui suit : cette femme de ménage utilise toute sa journée en dix maisons différentes. Les dix employeurs s'assureront au total pour 2.400 × 10 = 24.000 fr. aux diverses compagnies. Voyez le bénéfice.

Que faire vis-à-vis de l'agent ?

Existe-t-il une compagnie qui m'assurera pour la somme exactement payée à la femme de ménage ?

J'attends votre réponse pour me mettre à couvert.

Dr B.

Réponse.

Vous pourriez vous adresser à la Caisse nationale d'assurances contre les accidents, à la Caisse des dépôts et consignations, rue de Lille, à Paris.

La femme de ménage sera assurée, par chaque employeur, pour le temps qu'elle passe chez chacun d'eux ; mais si elle est blessée, elle ne sera indemnisée qu'au prorata du salaire qu'elle

touche chez l'employeur chez lequel est arrivé l'accident. C'est une des bizarreries de la loi.

Dr P. B.

Droits de la veuve et des enfants d'un ouvrier accidenté du travail.

Je vous serais très obligé de vouloir me donner les renseignements suivants concernant la pension d'une veuve d'accidenté du travail dont je soigne l'enfant :

Accident, suivi de mort immédiate, le 16 janvier 1924 à R.

Salaire pendant l'année précédente :

1° Mensualité fixe, de 750 fr. jusqu'à fin août, et de 900 depuis fin août.

2° Frais de déplacement de 25 à 30 fr. (suivant les localités où se rendait le défunt), payé même les jours fériés ; il était presque constamment en déplacement.

La veuve désirerait savoir :

1° A combien va se monter sa pension ?

Y a-t-il majoration par l'existence d'un enfant ?

2° Formalités à accomplir pour que cette pension lui soit allouée au plus tôt ?

A noter que l'accident a eu lieu à R. mais que les domiciles, et du défunt, et du chef d'entreprise, sont L.

Merci d'avance de votre prompte réponse pour laquelle je vous joins un timbre.

D'autre part, tous mes remerciements pour votre dernière réponse ayant trait à l'assurance du personnel de maison, et à un détail de règlement d'honoraires.

Dr P.

Réponse.

La veuve d'une victime d'un accident du travail a droit à une rente égale à 20 % du salaire de son mari et l'enfant mineur, jusqu'à l'âge de 16 ans, à une rente de 15 %. Dans l'espèce que vous nous soumettez, le salaire servant de base à la fixation de la rente doit être décompté comme suit (à l'exclusion des frais de déplacement destinés à couvrir les dépenses exceptionnelles et ne pouvant être confondus avec le salaire) : (750 × 8 mois) + (900 × 4 mois) = 9.600 fr. En vertu de l'art. 2 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 5 août 1920, les rentes sont calculées sur l'intégralité du salaire jusqu'à 4.500 fr. et de là jusqu'à 15.000 fr. sur le 1/4 seulement. En définitive, les rentes de votre cliente et de son enfant seraient calculées sur une somme de : 4.500 + (5.100 : 4) = 5.775 fr., ce qui donne pour la veuve une rente de : 1.155 fr. et pour l'enfant une rente de 866 fr. 25.

En raison du décès immédiat de l'accidenté, le juge de paix de R. saisi par le maire, a dû ouvrir une enquête sur la cause et la nature de l'accident. Cette enquête doit être close au

plus tard dans les 10 jours de l'accident. c'est-à-dire le 26 janvier. Pendant 5 jours, le procès-verbal d'enquête restera au greffe de la justice de paix de R. où la veuve pourra en réclamer une expédition. Ces cinq jours écoulés, le dossier sera transmis par le juge de paix au président du tribunal civil de *R.*, qui, dans un nouveau délai de cinq jours, devra convoquer les parties, c'est-à-dire : la veuve, les patrons et l'assurance, pour tenter une conciliation. Votre cliente n'a donc qu'à attendre cette convocation qui se produira vraisemblablement entre le 5 et le 10 février. Si l'assurance ne conteste pas l'accident du travail, ni le salaire de base indiqué par la veuve, il est fort probable qu'elle acceptera de servir les rentes que nous vous indiquons et la procédure sera terminée. Au cas où par impossible, l'accord ne pourrait se faire, la veuve bénéficierait de plein droit de l'assistance judiciaire pour poursuivre l'affaire devant le tribunal civil de R..

Réquisition des voitures des médecins.

Abonné depuis plusieurs années au *Concours médical* je viens vous prier de bien vouloir me fixer sur la question suivante :

Ce matin, un gendarme s'est présenté chez moi pour me remettre une réquisition, en cas de guerre, de la seule automobile que je possède. Cette réquisition émane du service de la deuxième région militaire.

Jusqu'ici, l'automobile du médecin n'était pas réquisitionnable, puisqu'en 1914, celle que j'avais ne l'a pas été, pas plus que celle de mes confrères ; et qu'après la guerre, l'administration militaire chargée de ce service ne m'a jamais demandé de la présenter au contrôle.

Je vous prie de vouloir bien me fixer sur ce que je dois faire. Quelle est la loi sur ce sujet ? A-t-elle été modifiée ?

D[r] G.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 22 juillet 1909 dispose que sont exemptées de la réquisition en cas de mobilisation et ne sont pas portées sur la liste de classement par catégories : ... les voitures appartenant aux docteurs en médecine à raison d'une voiture par médecin.

Par conséquent, puisque vous n'avez qu'une seule automobile, elle ne doit pas être réquisitionnée en cas de mobilisation, ni classée à cet effet.

C'est sans doute une erreur de l'adminstration militaire, à laquelle vous pouvez adresser une réclamation en lui rappelant le texte de loi ci-dessus rapporté.

Droits des ascendants d'une victime de la guerre

Vieil abonné du *Concours* et membre du « Sou médical », je sollicite de vos services compétents le renseignement suivant :

Un ascendant (vieux père ou vieille mère, infirme ou ayant l'âge requis par la loi) d'un militaire mort pour la France, touche une pension de 800 fr, ce militaire étant simple soldat.

1° Si ce militaire était un sous-officier (sergent), cette pension est-elle majorée en raison du disparu qui était un « gradé » ? Combien l'est-elle ?

2° Si ce militaire était un officier subalterne — ou un officier supérieur, cette pension est-elle autre encore ? et combien ?

Autrement dit, y a-t-il un taux suivant le grade du mort pour cette catégorie de pensionnés ou est-ce le chiffre uniforme de 800 fr. ?

Dr B.

Réponse.

Pour que les ascendants d'une victime de la guerre aient droit à une allocation, il faut qu'ils soient infirmes ou atteints d'une maladie incurable, ou âgés de plus de 60 ans s'il s'agit d'ascendants du sexe masculin, et de plus de 55 ans s'il s'agit d'ascendants de sexe féminin et qu'ils ne soient pas inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu.

L'allocation est de 400 fr. pour le père, de 800 fr. pour la mère, veuve, divorcée ou non mariée ; de 400 fr. pour la veuve, remariée ou qui a contracté mariage depuis le décès du militaire ou marin ; de800 fr. pour le père et la mère conjointement.

Elle est invariable, quel qu'ait été le grade du défunt.

Revenus d'une commandite

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur le point suivant :

Dans une société en commandite simple constituée par deux associés responsables et en nom et un commanditaire, le commanditaire doit-il dans sa déclaration d'impôt sur le revenu faire figurer les bénéfices qu'il a touchés à l'article revenu des valeurs et capitaux mobiliers ou à l'article bénéfices industriels et commerciaux ?

Dr X.

Réponse.

Les produits d'une commandite doivent figurer dans la déclaration d'impôt général à la cédule des valeurs et capitaux mobiliers.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

(*Voir la suite page XLVII-331*)

PROPOS DU JOUR

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES, ET EN PARTICULIER DE LA TUBERCULOSE

jugée par M. Mirman,

Conseiller à la Cour des Comptes
Ancien Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur.

Le *Concours Médical*, dans un de ses derniers numéros, a fait paraître sous le titre : « le rôle du corps médical en hygiène sociale » un fort intéressant article de M. le Dr G. Batier (de Strasbourg), dont j'approuve entièrement les idées directrices. Aussi ai-je vivement regretté d'y lire une petite erreur de fait me concernant. Votre honorable correspondant m'a représenté comme « l'apôtre » de la déclaration des maladies contagieuses.

Sans doute, lorsque j'ai été appelé, en 1905, à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, l'une de mes tâches fut de tirer le meilleur parti possible de la loi de 1902 sur la protection de la santé publique. Mais je ne me faisais aucune illusion sur les graves imperfections de ce texte législatif (auquel, soit dit entre parenthèses, je n'avais pas eu à collaborer comme député, le projet étant déjà voté par la Chambre lorsque les suffrages des électeurs de Reims m'envoyèrent siéger au Palais-Bourbon). J'ai toujours eu le plus grand respect pour l'importance qu'attachent justement les médecins au « secret professionnel ». J'estimais que — de façon générale — l'obligation de déclarer devait incomber à la famille, préalablement avisée par son médecin, et qu'il ne pouvait être fait échec à cette règle que dans des cas particulièrement graves, et après accord préalable avec le corps médical, tant sur le principe même, que sur les modalités d'application. Et je pensais aussi qu'en tous cas, aucune obligation de déclarer une maladie contagieuse ne pouvait être raisonnablement « imposée », tant que cette déclaration ne devait pas être certainement suivie des mesures prophylactiques qui, seules, la peuvent légitimer.

Telle fut, nettement, ma position lorsqu'à diverses reprises, durant que j'étais à la tête de cette direction, fut agitée la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose ; je n'ai cessé de dire à ce sujet : nous connaissons aujourd'hui par douzaines de milliers des tuberculeux auxquels la société ne donne ni les soins, ni les secours nécessaires ; commençons par organiser, par étendre ces secours et ces soins ; nous aurons fort à faire pour les assurer à tous ceux qui les réclameront. Si cette assistance médicale et matérielle est sérieuse, efficace, le nombre de ceux qui la solliciteront spontanément s'accroîtra très vite ; nous n'aurons pas trop de toutes nos forces et de toutes nos ressources si nous voulons garantir le nécessaire aux tuberculeux qui, sur les conseils de leurs médecins, se seront fait connaître à nous. Cela fait, restera-t-il des cas non déclarés ? Certes. En restera-t-il de non déclarés et qu'il y aurait eu à la fois intérêt pour le malade et pour la société à déclarer ? Beaucoup moins ; un nombre infime, si, je le répète, la déclaration a constamment entraîné les conséquences nécessaires sans lesquelles elle ne serait qu'une vaine formalité et une brimade. Ainsi, disais-je, discuter pendant de longues séances sur les mérites en soi, de la déclaration obligatoire, c'est une controverse purement théorique, ce sont des paroles creuses. L'essentiel est d'agir, d'abord ; ensuite ? d'agir encore. Et je résumais ainsi ma pensée : « La déclaration obligatoire de la tuberculose ne pourra être envisagée que le jour où l'assistance prophylactique et matérielle aux tuberculeux sera sérieusement organisée et à la hauteur de sa tâche, et ce jour-là.... il sera vraisemblablement fort inutile de la décréter obligatoire. Que si cependant alors une certaine obligation paraît encore nécessaire, nous nous entendrons avec le corps médical sur la façon dont il conviendra de l'aménager . »

Cette collaboration des pouvoirs publics avec le corps médical organisé, collaboration non accidentelle, intermittente, mais permanente et méthodique, tant pour la préparation que pour l'application des lois qui reposent essentiellement sur l'action des médecins, je l'ai toujours proclamée comme *indispensable* ; il est bien certain que si la loi de 1902 n'a pas réalisé les espoirs de ses généreux auteurs, c'est que ceux-ci n'ont pas assez tenu compte de cette nécessité. Je souhaite que les auteurs de la future législation des assurances sociales ne commettent pas la même faute.

Que votre honorable correspondant se soit ainsi mépris sur mes idées personnelles, cela, bien entendu, n'a aucune importance que pour moi-même, et je n'aurais pas songé à vous envoyer cette lettre, si elle ne m'était pas occasion de vous dire le particulier intérêt avec lequel je lis

chaque semaine le *Concours Médical*, la communion d'idées où je me sens avec lui sur la presque totalité des questions traitées, et les souhaits amicaux que je forme pour lui, pour son rédacteur en chef et tous ses collaborateurs.

Réponse.

Nous remercions infiniment M. Mirman d'avoir bien voulu préciser, à l'intention de nos lecteurs, ses conceptions personnelles sur la déclaration des maladies contagieuses ; ce sont les nôtres.

Nous le remercions également des sentiments d'estime et de sympathie qu'il professe pour le *Concours médical* et dont il veut bien nous donner une nouvelle assurance ; nous en sommes vivement touchés.

Nous nous souvenons, toujours agréablement, du passage de M. Mirman au Ministère de l'Intérieur, où il dirigea l'hygiène et l'assistance dans un esprit éminemment libéral et avec des idées conformes aux aspirations du corps médical, dont il s'efforça de toujours défendre les intérêts, à une époque où l'organisation de celui-ci n'avait pas encore atteint le degré de force et de puissance auquel les syndicats et leur Union l'ont conduit depuis la guerre.

M. Mirman nous démontre qu'il ne cesse pas de s'intéresser à nos questions professionnelles et qu'il les juge d'un point de vue qui est le nôtre : nous ne pouvons que nous en réjouir ; il est bon qu'en dehors de nos milieux, le corps médical possède des amis avertis et bien informés, capables de prendre sa défense et de lui rendre justice. M. Mirman est de ces amis, ses sentiments le vengent des attaques complaisantes, que soulèvent trop souvent contre lui des « gendelettres » en mal d'effet facile ou de démagogues avides de mauvaise réclame.

G. D.

Référence du *Répertoire d'Hygiène et de Médecine sociales* : 3100.

RÉFLEXIONS SUR LA THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

De temps en temps, depuis la guerre, la question de l'utilité de la thèse de doctorat en médecine est posée dans nos *Gazettes médicales*. C'est une conséquence du renchérissement de la vie, et de l'augmentation considérable du prix du papier, qui a quintuplé les frais d'impression et de brochage. Quand, après de longues et coûteuses études, à la veille de s'installer et d'avoir à supporter des charges énormes, tant de premier établissement, que de dépenses professionnelles que, de longtemps, les recettes précaires d'une clientèle inexistante et qui se créera peu à peu, et plus ou moins nombreuse, ne couvriront pas, on impose au futur docteur en médecine les déboursés considérables qui résultent de l'édition de son travail inaugural, il est évident qu'on ne tient pas assez compte de la disproportion qui existe entre l'effort qu'on lui demande et les services qu'il rend à la science.

Faut-il cependant la supprimer ? Je n'en suis pas d'avis. Telle qu'elle est, et si peu solennelle que soit sa soutenance, si peu de valeur qu'elle ait souvent comme sanction de la science de l'impétrant, ce n'en est pas moins une consécration que légitime le respect d'une tradition qui ne doit pas mourir.

J'en tiens donc pour le maintien de cette formalité. Mais, d'autres l'ont proposé avant moi, elle ne devrait occasionner à son auteur qu'un minimum de dépenses. Il suffirait qu'elle fût dactylographiée à une dizaine d'exemplaires, à répartir entre les juges, le candidat et le secrétariat de la Faculté.

La soutenance passée, le jury déciderait si les intérêts de la science exigent qu'elle soit imprimée et diffusée entre les diverses Facultés, et l'impression aurait lieu aux frais de l'Etat.

Car, si la majorité de ces travaux ne représente souvent qu'une compilation et une argumentation plus ou moins abondantes, plus ou moins bien écrites, il en est cependant qui constituent de véritables monuments qui font époque, qui marquent une étape, et qui méritent d'être conservés. Telles, par exemple, les thèses des internes lauréats (médaille d'or) qui sont habituellement des mémoires du plus haut prix. Telles encore les thèses qui mettent au point une question de technique ou de doctrine, comme celle de mon ami Blechmann, sur la ponction sous-xiphoïdienne du péricarde dans la péricardite avec épanchement (1913).

***

A ce propos, j'ai lu, récemment, je ne sais plus où, ni sous quelle signature, qu'il n'y avait pas d'exemples que des candidats aient été refusés ou ajournés, à l'occasion de leur thèse. Affirmation erronée, quoique cela puisse paraître phénoménal. Je connais deux cas où la soutenance a eu lieu dans les règles ordinaires, et où le verdict du jury a été une condamnation à l'ajournement du candidat, mis dans l'obligation de rédiger et de représenter un nouveau travail sur un autre sujet. L'un concerne le Dr Gérard (*La fécondation artificielle*), aux environs de 1885 ; l'autre, mon ami le Dr M. (*La dégénérescence humaine, ses causes , ses conséquences et ses remèdes*) en 1894.

L'aventure de Gérard avait fait quelque bruit

à l'époque, en raison du sujet traité. Celle de M. passa inaperçue. Et cependant, sa soutenance ne manqua pas de piquant. Le président du jury était le professeur Pinard. Il eng... uirlanda copieusement le candidat, et prenant acte de l'une de ses conclusions, aux termes de laquelle il se demandait si le remède à la dégénérescence humaine ne devrait pas être, en certains cas, la castration, il s'écria, sur un ton outragé et grandiloquent, et en se drapant dignement dans sa toge amaranthe : « Ce remède vous convient, Monsieur. Et je ne sais ce qui me retient de demander au garçon une paire de ciseaux à votre intention ! »

N'empêche que Gérard et M avaient engagé des dépenses importantes, en pure perte, et qu'ils durent « remettre cela », comme on dit, quelques semaines plus tard.

C'était une pénalité matérielle, comme une amende, surajoutée à l'affront du refus. Elle devait leur être épargnée, si chacun avait fait son devoir. Car, en définitive, si la responsabilité du choix du sujet appartenait en fait aux auteurs des travaux contestés, celle de la présentation du travail incombait, dans une certaine mesure, au président du jury.

Il est, en effet, d'usage et de règle que toute thèse soit soumise, en manuscrit, au professeur que le candidat choisit comme président de son jury. Le président doit la signer pour qu'elle soit ensuite soumise à la signature du Doyen de la Faculté de médecine, qui équivaut à un *imprimatur.*

Or, je soutiens que la signature apposée par ce président engage sa responsabilité, et qu'il ne devrait pas pouvoir, ensuite, la renier, en refusant le candidat, *en raison seulement du sujet traité.* Je ne conçois pas qu'un professeur donne une sorte d'approbation tacite à ce sujet, sans l'avoir au moins parcouru, pour la retirer ensuite au moment de la comparution de l'auteur devant ses juges.

On me dira qu'il n'a pas le temps de le faire, en raison de ses multiples occupations et de ce qu'il y a de fastidieux dans cette lecture. C'est là une objection spécieuse : pour l'argumenter au jour de la soutenance, il faudra bien qu'il ait précédemment lu la thèse en cause. Un peu plus tôt, un peu plus tard, c'est une sorte de nécessité professionnelle. Pourquoi ne pas commencer par là ?

Et je me demande si le candidat ainsi évincé, ne serait pas fondé à se retourner vers le président de son jury, et à lui tenir ce langage : « Monsieur le professeur, avec votre autorisation exprimée par votre signature, j'ai fait imprimer un travail qui, plus tard, n'a pas eu l'heur de vous plaire. C'était à vous de ne pas l'accepter, si le sujet traité par moi vous déplaisait. Vous n'en avez rien fait, et par votre faute, j'ai subi un préjudice matériel, dont vous voudrez bien m'accorder réparation. »

Je sais bien qu'on pourrait me rétorquer que le professeur qui accepte la présidence d'un jury de thèse n'engage que lui, et qu'il pourrait se trouver en contradiction avec les autres examinateurs, unanimes, sauf lui, à refuser le candidat ; que la signature ainsi donnée ne signifie pas approbation *des idées de l'auteur, mais* seulement acceptation de présidence.

Je crois que la question est discutable, et j'aimerais qu'un juriste donnât son avis à son propos.

Pure spéculation d'ailleurs, et sans intérêt puisque, s'il est inexact que de mémoire d'homme: des candidats *à la thèse n'aient jamais été ajournés*, le fait est tellement exceptionnel, deux cas en 10 ans, que c'est pratiquement comme s'il n'existait pas.

G. Duchesne.

Référence du *Répertoire d'Hygiène et de Médecine sociales* : 5100.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE CŒUR ET LA SYPHILIS

Par Léon Giroux et Louis Brin.
Anciens chefs de clinique à la Faculté.

La syphilis, longtemps confinée dans le domaine de la dermatologie, a pris rapidement, surtout dans ces dernières années, une place considérable dans la pathologie viscérale. Son affinité pour le système nerveux fut la première à frapper les observateurs, qui lui rattachèrent bientôt les syndromes nerveux les plus divers, méningés, encéphaliques et médullaires, et en particulier, la paralysie générale et le tabes ; ces acquisitions eurent un résultat pratique immédiat et il est

manifeste qu'aujourd'hui, pour ne citer que le tabes, que cette maladie est plus rare et moins grave qu'autrefois, et cela pour deux raisons : d'abord, parce que les malades sont mieux traités au début de leur infection, et ensuite, parce qu'une intervention thérapeutique énergique arrête l'évolution des lésions méningées avant l'échéance des troubles fonctionnels graves et des désordres anatomiques irréparables.

Le rôle de la syphilis dans la pathologie cardio-aortique fut plus tardivement mis en évidence, mais il s'y montra bientôt d'une importance comparable, et aujourd'hui, il est admis qu'en cardiologie, la syphilis est, avec le rhumatisme articulaire aigu, le facteur étiologique dominant.

La syphilis peut toucher le cœur aux différents moments de son évolution, mais de préférence à une période tardive, à partir de la 10[e] année. Au début, à la période septicémique, l'atteinte est légère et fugace et se traduit par des troubles du rythme cardiaque, extra-systoles, tachycardie paroxystique. Malgré la bénignité de ces manifestations, d'ailleurs très mal étudiées, les sujets qui en sont atteints doivent être plus particulièrement surveillés, car ces troubles sont très probablement dus à la fixation du tréponème dans les tissus du cœur. Actuellement, en effet, on tend à admettre que les manifestations tertiaires sont virtuellement déterminées dès la période secondaire.

En réalité la syphilis ne manifeste sa gravité pour le cœur et l'aorte qu'à une période tardive. C'est à partir de la 10[e] année, et souvent beaucoup plus tard, 15 ans, 20 ans après la contamination, que les lésions sont observées, parfois fortuitement, plus souvent à l'occasion de troubles fonctionnels plus ou moins graves. Toutes les parties du cœur peuvent être intéressées, mais avec une fréquence variable. Il est rare que l'endocarde et le péricarde soient atteints, et le plus souvent, ils le sont secondairement à une lésion du myocarde ; par contre, les localisations au muscle cardiaque et surtout à l'aorte sont d'une grande fréquence. Au niveau de l'aorte, lieu d'élection de la syphilis artérielle, le tréponème provoque des désordres dont la structure anatomique et l'évolution sont différentes et qui aboutissent à deux types cliniques distincts, l'anévrisme et l'aortite. Actuellement, l'anévrisme est considéré comme étant à peu près toujours de nature spécifique ; les aortites ont, dans la majorité des cas la même origine. D'après les statistiques les plus récentes, l'aortite serait, dans 80 à 90 pour 100 des cas, la conséquence de la syphilis. Elle se présente à l'observation sous des aspects variables ; tantôt solitaire, tantôt accompagnée d'hypertension, souvent associée à une insuffisance cardiaque plus ou moins grave.

L'angine de poitrine a, dans 50 à 60 pour cent des cas, une origine syphilitique certaine basée sur les commémoratifs et les réactions humorales et il semble que cette proportion soit au-dessous de la réalité, car la réaction de Bordet-Wassermann, devient souvent négative à une période tardive de la maladie. L'angine d'effort, consécutive à l'aortite, en est la forme habituelle, mais la variété de décubitus, surtout rencontrée chez les sujets atteints d'une hypertrophie considérable du cœur et d'une forte hypertension, en est parfois aussi la conséquence ; nous verrons d'ailleurs que la syphilis est le principal facteur de l'hypertension.

Les lésions de l'aortite sus-sigmoïdienne syphilitique ne restent pas indéfiniment cantonnées à l'aorte ; à une période plus ou moins tardive de leur évolution, elles envahissent l'orifice aortique, les coronaires et le myocarde. La coronarite détermine, quand elle intéresse les branches d'un certain calibre, des infarctus cardiaques dont l'importance est variable et les conséquences toujours graves. Le malade peut, en effet, succomber rapidement ou rester porteur d'un anévrisme, et par là même, exposé à une rupture du cœur et à la mort subite.

Quand les lésions artérielles sont plus diffuses, quand elles intéressent surtout les rameaux intra-myocardiques, elles sont à l'origine d'une myocardite chronique scléreuse. La myocardite chronique, souvent observée, a une étiologie des plus obscures, mais il n'est pas douteux que les cas observés chez des sujets relativement peu âgés, n'ayant pas dépassé la cinquantaine, relèvent souvent de la syphilis.

La syphilis porte souvent son action sur une région hautement différenciée du myocarde, sur le faisceau auriculo-ventriculaire, encore appelé faisceau communiquant ou faisceau de His. On sait que ce dernier, d'une structure anatomique particulière, joue un rôle fondamental dans la physiologie des cavités cardiaques et qu'il est chargé de tranmettre aux ventricules l'excitation née dans la région du sinus. Une lésion localisée sur le trajet du faisceau de His. aura pour conséquence de déterminer un trouble grave de la conductibilité ; un blocage partiel, puis total, des excitations sinusales. Ainsi se trouve réalisée une dissociation auriculo-ventriculaire incomplète, puis complète, un syndrome d'Adams-Stokes souvent secondaire à une gomme syphilitique du faisceau communiquant.

En dehors des lésions que nous venons d'énumérer rapidement et qui sont les plus fréquentes et de beaucoup les plus intéressantes pour le médecin, la syphilis est susceptible d'en provoquer beaucoup d'autres, en particulier des gommes volumineuses dont les caractères varient avec le siège. Quand elles sont localisées aux parties tolérantes du myocarde, elles passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'au-

topsie. Quand, au contraire, elles se développent dans la région des orifices, elles peuvent être à l'origine de troubles mécaniques graves et rapidement mortels que seule, une vérification nécropsique permet d'expliquer. Ces gommes sont très rares ; il en est de même des lésions mitrales syphilitiques dont l'existence est discutée par certains auteurs, mais dont la réalité cependant ne paraît pas douteuse.

Toutes les variétés d'arythmie peuvent avoir une origine syphilitique ; l'extra-systole, la tachycardie paroxystique ; l'arythmie complète, l'alternance cardiaque. Si la tachycardie paroxystique est rare, par contre, l'alternance et surtout l'arythmie complète sont souvent observées. Ces arythmies sont généralement secondaires à l'insuffisance cardiaque, consécutive à l'aortite, à la myocardite chronique ou à l'hypertension.

Exceptionnellement on rencontre des myocardites d'apparence primitive, survenant sans cause appréciable, et dont l'évolution est particulièrement grave. L'étiologie de cette variété est des plus obscures, mais la syphilis est parmi les facteurs incriminés. Son rôle nous paraît certain, car à l'heure actuelle, nous observons un malade atteint de cette forme de myocardite, chez lequel les tonicardiaques n'ont fourni qu'une amélioration incomplète et passagère, alors que le traitement spécifique, encore insuffisamment prolongé, s'est déjà montré d'une réelle efficacité.

Enfin, la syphilis peut encore être à l'origine de troubles circulatoires graves par un autre mécanisme, en troublant l'équilibre normal de la tension artérielle. La syphilis est en effet une maladie hypertensive, et dans un article antérieur nous avons montré l'importance de son rôle basé sur les commémoratifs, la réaction de Bordet-Wassermann, l'influence du traitement. Cette hypertension syphilitique se présente à l'observation sous des aspects divers : tantôt elle paraît solitaire ; tantôt associée à une néphrite et à une aortite (néphro-aortite) ; exceptionnellement accompagnée d'une ectasie aortique. Cette hypertension sous ces modalités variables est la cause d'accidents circulatoires variables et toujours d'une extrême gravité (rupture vasculaire, accès angineux, insuffisance ventriculaire gauche).

La syphilis peut donc aujourd'hui être considérée comme le principal facteur des affections cardio-artérielles, c'est-à-dire des syndromes les plus graves de la pathologie cardiaque ; aussi, le médecin devra-t-il toujours la rechercher, car le traitement étiologique, seul susceptible de fournir des résultats durables, sera la conséquence de cette enquête.

Quand on réfléchit aux conditions dans lesquelles on observe généralement les graves désordres de la syphilis cardio-artérielle, on se rend compte que l'action médicale n'intervient pas au moment le plus opportun. Le plus souvent en effet, ce sont des troubles fonctionnels sérieux qui conduisent le malade à l'hôpital ou au cabinet du médecin (accès angineux, insuffisance ventriculaire gauche, compression médiastinale, rupture vasculaire). En voici, empruntés à nos observations, quelques exemples : 1° M., âgé de 43 ans, vient nous consulter pour une céphalée très pénible. Syphilis à 20 ans. Tension artérielle : 24-13. Hémorragie méningée le surlendemain. 2° B., âgé de 45 ans, vient nous voir en juillet dernier ; syphilis à 22 ans, 3 petits ictus en mars (spasme artériel). Tension 23-12 ; double souffle aortique ; gros cœur gauche, albuminurie légère (néphro-aortite). 3° B., âgé de 42 ans, est vu à l'occasion d'une forte épistaxis. Syphilis à 25 ans. Tension 25-14. Bruit de galop, dyspnée d'effort.

Les cas de cette nature sont d'une extrême fréquence et ils nous montrent que les malades ne sont le plus souvent examinés qu'à l'occasion d'un accident révélateur dont le pronostic est toujours sérieux, et parfois même immédiatement grave.

Cependant, il est évident que les lésions évoluent depuis longtemps à l'insu du malade qui pendant des années, conserve les apparences de la santé. Nous en avons la preuve dans certaines constatations fortuites ; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer par hasard au cours d'un examen radioscopique pratiqué sur un sujet encore jeune des lésions de l'aorte demeurées latentes ; de noter au cours d'une autopsie une aortite sus-sigmoïdienne dont aucun trouble fonctionnel n'a révélé l'existence. Il paraît également certain que le processus encore obscur qui aboutit aux grandes hypertensions est lent dans son action, et que les accidents qui en résultent en sont une conséquence lointaine.

En présence de ces faits, et aussi des circonstances trop souvent défavorables dans lesquelles est institué le traitement, on doit se demander si, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas de moyens qui permettent une intervention médicale plus précoce. Par l'examen régulier des réflexes, par la ponction lombaire, nous sommes en mesure de déceler à leur début les lésions nerveuses, et de leur opposer en temps opportun un traitement énergique. Dans le domaine de la pathologie cardio-artérielle, nous avons dans la radioscopie et la sphygmomanométrie des moyens précis d'investigation qui permettent le contrôle du médecin avant que la santé des sujets contaminés soit déjà gravement compromise.

La période latente de la syphilis cardio-artérielle, dont le pronostic est si grave, doit donc être l'objet d'une surveillance attentive, et cette dernière ne peut s'exercer d'une manière réellement efficace qu'en soumettant le malade, à partir de la 10e année, à un examen radioscopique et sphygmomanométrique régulier. L'éducation

des syphilitiques serait à ce point de vue facile à faire : il suffirait de leur montrer les graves conséquences auxquelles leur négligence peut les exposer. Cette surveillance permettrait au médecin d'intervenir dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire à une période où le malade peut être traité comme un syphilitique banal, c'est-à-dire avec toute l'énergie désirable. Dans les circonstances actuelles, malgré les difficultés auxquelles se heurte le traitement, les résultats sont souvent excellents ; disparition ou atténuation des accès angineux, amélioration de la fonction cardiaque, plus rarement chute durable de la tension ; mais ils ne sont que partiels et trop souvent, l'on se trouve en présence de sujets dont l'insuffisance cardiaque et rénale sont telles qu'il serait dangereux de recourir à la thérapeutique étiologique. Par contre, si cette dernière intervenait avant l'échéance des troubles fonctionnels, ce qui nous semble possible, on pourrait espérer une guérison définitive, et ainsi, l'on verrait s'atténuer la gravité des aortites et diminuer les cas d'hypertension. Le médecin aurait du même coup la satisfaction d'épargner aux malades bien des souffrances et souvent une mort prématurée.

CAUSERIE CHIRURGICALE

La séance solennelle de la Société de chirurgie. Éloge de Farabeuf par J.-L. Faure

Par DARTIGUES.

Je viens de passer de délicieux moments ; je voudrais bien parvenir à vous les faire partager. Ce fut *un vrai régal littéraire servi à la table aristocratique* des Grands de France de la Chirurgie.

La salle de la Société de Chirurgie est gaie et claire : elle donne par sa netteté une impression d'asepsie, et, par sa lumière, une impression de scialitique : le scialitique est un mirifique miroir abat-jour lumineux dont les chirurgiens se servent avec l'avantage de ne pas se faire ombre. Cette impression reçue ici indique aussi que les sociétaires ne se portent pas ombrage ! On n'a pas la sensation d'être, comme en certains milieux, dans une tombe ou une catacombe, mais plutôt dans un blanc berceau, où s'élève la naissante voix des idées, belles filles toujours renouvelées.

Beaucoup de dames arrivent : milieu, pour la circonstance, en grande partie gynécologique, comme il convient pour le professeur qui prendra dans quelques instants la parole. Une femme fort élégante et l'œil napoléoniennement impérieux s'approche. Je me lève et respectueusement m'incline, en serrant légèrement une main délicate et fine. Bernard, qui, seul, peut se permettre de tutoyer les Académiciens, avec sa voix d'inquisiteur, me demande : « Elle est du métier, cette dame ? » — Je le foudroie du regard ; il se reprend vivement : « Elle est de la partie ? » — « Je te crois, lui dis-je, c'est Madame J.-L. Faure ». J'ai vraiment ri, car il était éberlué, Bernard, directeur du grand journal humoristique de la Médecine, et pourtant, il ne s'étonne pas facilement, ce familier des Académiciens !

Douay, aux lunettes et à la barbe d'or, a l'air d'un grand savant qui m'a toujours impressionné : il est là, dès le début, comme il convient à l'âme gynécologique damnée de J.-L. Faure, si tant est que J.-L. Faure ait quelque chose de damné, dans sa spiritualité amène et suavement sentimentale !

Les Grands de France de la Chirurgie entrent un à un : l'Académicien Schwartz, Melchior, à la bonne grosse tête blonde de boucher bienfaisant et bien élevé ; le grand Jalaguier, à la belle tête huguenote et que je vois en haut-de-chausses à la Henri III ; le P[r] Sébileau à l'aspect de troglodyte raffiné et à la main duquel je cherche instinctivement la hache de silex ; mes amis : Wiart, dont les yeux s'exhorbitent facilement dans l'affirmation affectueuse de ses convictions ; Mouchet, élégant, fin, net et basané ; Lapointe, la barbe en pointe et l'air jeune avec un œil rêveur ; Savariaud, puissant, judicieux et tranquillement doux ; Labey, au grand front renversé, musico-chirurgical et au sourire sûr de grand prolifère ; le savant P[r] Quénu, dont je fus le « roupiou », que je connus tout jeune, et qui est de neige maintenant, avec toujours ses yeux d'iceberg ; le P[r] Delbet qui, du temps où il était mon jeune prosecteur admiré, arborait des pardessus cloche impressionnants et qui a conservé sa face terriblement intelligente et combative d'où sort une parole brève et cinglante ; le P[r] Lejars, à la barbe cendrée de renard gris ; le P[r] Hartmann, avec sa belle tête de Sage de la Grèce, mais, dont les yeux angulairement plissés, trahissent des pensées intérieures réjouissantes ; le très brillant P[r] Duval, aux lèvres disertes cachées en partie par des moustaches tombant à l'asiatique ; Tuffier, que j'aime avec sa face d'aigle heureux et confiant en son envergure intellectuelle ; mon ami Souligoux, dont la force et la certitude auvergnates contrebalancent le déséquilibre moral de son illustre compatriote Pascal ; puis, Arrou, Rochard le marin, Gernez, Lenormant, Baumgartner, Alglave, Mathieu, Schwartz le jeune, Routier, Michon, l'aimable Walther qui a connu les plus belles appendicitaires de la République d'avant-guerre ; Ockinczyc, à l'air d'officier de cavalerie hongrois ; Launay, que nous ne saurions évoquer sans une gamme de galons dorés sur son front de guerre ; mon

ancien maître éphémère Potherat à l'aspect de colonel de la garde républicaine ; le Pr Gosset, le teint haut en couleur, m'évoquant un général baron d'Empire, caracolant sur une selle en peau de panthère ; Frédet, dont l'œil d'acier semble rayonner sur tout le réseau du P.-L.-M. jusqu'à la Côte d'Azur ; Richet, à la tête de médaille et qui fut le premier des chirurgiens contemporains rasés ; les amis Hallopeau, froidement correct ,Dujarrier, aux yeux grands et lumineux qui semblent suivre une vrille cervico-fémorale, Descamps l'anatomiste-artiste avec sa formidable tête savante ;Robineau, le Coligny de la chirurgie parfaite, dont la sarcasticité s'impose de ne pas sourire ; Sauvé, Proust qui arrive du Superbagnères où il a été faire le « skieur » ; le Pr Lecène, à l'aspect d'un gladiateur antique qui aurait l'air intelligent ; Lardennois, au regard subtil et bon enfant de ceux qui savent ce que les gens ont dans le ventre et principalement dans l'intestin; mon ancien maître prosecteur, Auvray ; puis de Martel, figure pâle et rêvant plaies et bosses en même temps que sutures duodénales, et encore le triumvirat sympathique des militaires savants : les Prof. Jacob, Rouvillois, Sieur ; enfin, mon ami le grand Veau, ex-premier de ma promotion d'internat, qui, m'ayant aperçu le crayon à la main, me prend pour un journaliste et m'adjure d'être indulgent dans mes critiques : Victor Veau, peut être tranquille, je l'affectionne.

Je contemple quelques instants, en attendant l'ouverture de la séance, cet ensemble de têtes chirurgicales, instruites et renommées et je les analyse. En général, toutes ces faces qui sont quotidiennement penchées, avec la plus grande attention qui existe au monde, sur la chair pantelante et des spectacles anatomiques vivants et sanglants, ont un mélange de sérieux, de tendu par habitude professionnelle, et aussi de gaieté ; aujourd'hui, la gaieté domine, car les âmes de ces chirurgiens, et leur esprit, sont en fête, dans cette ambiance aimable, parce que l'un d'eux, parmi les plus éminents par le prestige du verbe couronnant le prestige du bistouri, va faire revivre une figure qui fut unique en son genre et à laquelle ils sont tous redevables d'une partie de leur savoir précis : le Pr J.-L. Faure, non content de faire jaillir chaque jour la reviviscence et la santé superbe dans les existences compromises et de fermer les portes de la Vie au nez écrasé de la Camarde, va, dans quelques instants, ouvrir les portes de la Mort pour aller chercher, parmi les fantômes illustres reposant dans l'immobilité éternelle, une personnalité magnifique à laquelle il va redonner la vie dans une pensée suprême.

Mais, quand on voit des chirurgiens assemblés, on ne peut, en même temps qu'à leur cerveau cultivé et plein d'idées d'action rapide et exacte, s'empêcher de songer à leurs mains habiles, instruments dociles de leur savoir impérieux. Et, quand je vois tous ces hommes, dont l'amitié de la plupart m'honore, je ne puis me retenir de penser qu'ils constituent un groupe restreint, une phalange intellectuelle et agissante imbrisable comme la *Macédonienne*, qui rend à l'humanité douloureuse, le service le plus urgent de la salvation.Songez que la catégorie chirurgicale, dans le monde social et civilisé, est peut-être la plus rare et la plus sélectionnée dans une capacité humaine donnée. Il n'y a pas sur le globe qui, non content de tournoyer à une vitesse vertigineuse dans les espaces, s'anime d'une croissance progressive de vitesse prodigieuse de la vie rampant à sa surface, plus de 3.000 hommes connaissant le corps humain dans sa structure vivante et capables de remédier aux attaques multipliées et polymorphes de la maladie réclamant l'opposition du bistouri sauveur ; 3.000 cerveaux armés de science et de volonté pensante, avec l'habileté de mains adéquates, au milieu de deux milliards d'êtres sur la terre, depuis le Canaque, le Fuégien, le Patagon et l'Esquimau, jusqu'aux races supérieures qui percent à chaque instant les énigmes de l'avenir pour introduire un peu de progrès, de réconfort, de certitude et de bienfaits sur la terre ! Si vous ne trouvez pas que les chirurgiens du monde constituent une des plus belles aristocraties de combat contre le Mal et la Mort, c'est que vous n'y avez pas encore suffisamment réfléchi ! .....

Et, parmi ces chirurgiens, beaucoup sont spécialisés, mais quelques -uns me paraissent auréolés de plus de pureté : ce sont les chirurgiens d'enfants. Tous, hélas ! chaque jour, nous fouillons des chairs blettes ou tristement décadentes, nous sauvons ce que nous pouvons du passé ou de l'actuel humains ; mais eux plus particulièrement, trempent leurs doigts agiles dans le sang des innocents, dans les chairs de fraîcheur qui constituent le futur cheptel anthropologique de leur nation. Et, je vous envie ou plutôt vous admire, amis Ombrédanne, Mouchet, Veau, Hallopeau et d'autres, de plonger vos mains animatrices dans le liquide chaud, rutilant et pur de l'enfance, comme dans des bénitiers de vie d'où vous sortez sanctifiés !

J'en étais là de mes imaginations errantes, tout en causant avec l'ami Huguier, à mes côtés, quand le sympathique président Mauclaire, à la face rabelaisienne, monte au fauteuil et fait l'allocution d'usage, d'une voix qui n'a aucune prétention à entrer à la Comédie-Française pour roucouler aux pieds de doña Sol. Cependant, il a dit des choses qui m'ont beaucoup plu par leur bon sens : il souhaite qu'il y ait beaucoup de prix encourageant les travailleurs intellectuels conscients ; il veut qu'on fasse de la propagande (bonne chose, mais bien mauvais et blessant mot pour les étrangers, et il y avait précisément là de mes amis, hidalgos charmants, mais susceptibles comme des Latins) ; il pense que la chirurgie agrandira son domaine et croit à « son avenir énorme », et, comparant, sans s'en douter, les opérations à des fruits, dit que certaines « opérations ne sont pas mûres », voulant dire par là qu'elles ont besoin d'une mise au point ; j'ai bien peur que des personnes aient pensé par cette suggestion, plutôt à la maturité psychique des opérés, qu'à celle des opérations !

Mon ami Ombrédanne, déjà piedestalisé par des ouvrages remarquables, se lève à son tour comme secrétaire général. Les moustaches flamberge-au-vent, les larges yeux humectés de gazelle, le cheveu bouclé comme Aramis, d'une voix tendre, il nous fait un rapport extrêmement original par sa brièveté de rédaction et le choix des apports, et il a le droit de dire qu'il a battu tous les « records de la concision ». Avec quelle précision il a mis à sa place l'opération de Baldwin, création d'un vagin artificiel avec une anse intestinale ! Je crois, pour ma part, que, dans cette opération entachée d'orientalisme, le jeu n'en vaut pas la chandelle.

Voici enfin le morceau d'art attendu. Le Pr J.-L. Faure, blanchi par la vie chirurgicale, la plus tragique de toutes, a toujours le regard sûr, le geste prompt et le bras fort. Sa voix un peu brisée et le restant de son accent originel, donnent à ce qu'il dit de la tendresse, de l'émotion et de la bonhomie, bien qu'il se meuve souvent dans des sphères très hautes et très lyriques, dans le monde harmonieux du verbe et dans l'univers des images où doiminent les idées éternelles qui constituent sa philosophie simple et mélancoliquement sereine.

J.-L. Faure est, à mon avis, ému : il va rescusciter, par la magique parole et l'eau lustrale des souvenirs, un mort qui fut grand parmi nous en vivant pendant un demi-siècle parmi les cadavres. J.-L. Faure est ému, bien qu'il ait entre ses doigts, la certitude stable des feuillets chargés de sa pensée informée, plus que s'il allait opérer d'une grave opération de vie ou de mort, une princesse du sang dollarissime ou une princesse de pauvreté qui a remis entre ses fières mains, toute sa fortune : son cœur et son espérance. Il est ému, parce qu'il va jouer amoureusement, joyeusement et douloureusement, de son violon d'Ingres : son verbe pétri dans les émotions humaines et qui s'élèvera en notes d'harmonie, de couleur et d'irradiation de clarté ! Cette émotion de J.-Louis n'est pas l'émotion oratoire proprement dite, si bien décrite en un livre magnifique par mon ami, le Professeur-sénateur Pulido, de Madrid, « La Emocion oratoria » qui est, à mon avis, une émotion de combat intérieur où les idées gémissent en luttant pour la genèse de la morphologie verbale qu'il faut servir chaudement, pantelante au public qui est toujours un Minotaure sans pitié pour qui faiblit, ou comme une femme spasmée si on a le bonheur aléatoire de la conquérir.

J.-L. Faure commence par une note grave : il nous convie tous, tant que nous sommes ici réunis, comme dans un temple , « *à la communion du souvenir* ». Et, recueilli, j'ai bien l'impression d'un Temple qui n'est pas enseveli comme celui de Maeterlinck, mais où l'ambiance fait un voile invisible, à une grande mémoire ensevelie et que J.-L. Faure va, par l'évocation, doucement déchirer.

Et, en effet, nous revoyons, tous ceux de ma génération, la silhouette inoubliable de Farabeuf, quand il franchissait ces quelques mètres de rue qui séparent l'Ecole Pratique de l'Ecole de médecine, comme un Rubicon séparant son laboratoire, où dominait la Mort disséquée et scrutée, et où il exerçait son investigation conquérante, de l'amphithéâtre de la Faculté bondé d'une jeune foule, romaine par son agitation, et à laquelle il lançait les lambeaux de vie, issus de ses cadavres ranimés par sa vision plastique.

Ah ! certes, cet homme comme il n'y en a plus guère, était étrange peut-être, en son accoutrement, mais pas ridicule, et il fallait s'incliner bien bas, quand il passait devant vous, car, c'était à la fois de la Lumière, de la Souffrance et de l'Enthousiasme scientifique sacré qui dominaient nos fronts respectueux.

Respectueux, on ne le fut pas toujours peut-être, car la jeunesse, sans pitié, parfois, a un profond instinct : celui de la joie ; elle fabrique de la gaieté avec tout ce qu'elle trouve devant elle. Dans tout enthousiasme, précisément parce qu'il est féerique, dans toute foi précisément parce qu'elle est entière, la jeunesse exubérante saisit le côté naïf des plus grands sentiments, et elle a la cruauté de profiter de cette naïveté pour exciter la verve de celui qu'elle trouve parfois comique ; mais, il arrive ceci de merveilleux qu'elle est vite dominée par le souffle sacré de *celui qui croit.*

Farabeuf était un grand croyant de la science et, comme cela se passait chez un être supérieur et intelligent, il avait la force incommensurable et géniale de ceux qui croient que c'est arrivé !

Il y a aussi à mon sens, même si on ne partage pas, je ne dirai pas toutes les idées scientifiques de ce grand anatomiste, car elles ont la pérennité indiscutable des vérités acquises par une observation sans reproche, mais leur influence un peu dévoyée au point de vue purement chirurgical moderne, il y a aussi, à mon sens, une raison majeure, sentimentale, si vous voulez, pour laquelle cet homme extraordinaire doit être admiré sans réserves ; c'est que cet homme conçut, enfanta, travailla dans la crucifixion affreuse de la douleur physique... et dans la Pauvreté ! Ce Très Grand de la Science, enveloppé de haillons, presque, qui nous semblent lumineux, dans sa pauvreté acceptée sans amertume, pouvait faire taire la parole de tous les heureux matériels ; il était plus généreux qu'eux tous, car de l'asmosphère de Mort où il vivait, il faisait émaner la richesse de la Vie que répandaient au loin ceux qui recevaient la substantielle moelle de son enseignement.

Qu'il me soit permis, en pensant à ces existences de grands savants revêtues de la simplicité et de la noblesse d'une pauvreté volontaire, de rappeler le souvenir du puissant et splendide anatomiste que fut Charpy, mon premier professeur.

En termes admirables, J.-L. Faure nous a montré en Farabeuf « cet homme dont jamais le couteau n'est entré dans la chair vivante, qui n'a jamais pénétré dans une salle d'opérations, « et qui, pourtant, a

tant fait pour la gloire et la grandeur de la chirurgie française ».

« Nous sommes tous, a-t-il ajouté, quelque peu les fils de son génie », et cependant, « cet homme qui s'est dépensé pour tous n'a pas eu le souci personnel de sa gloire ».

J.-L. Faure nous a bien montré l'explication du caractère de Farabeuf par la description de ses origines et de son milieu paysan, et il en a profité pour nous brosser en peintre consommé le pays de la Brie, la ville de Provins dont le Dr Merlin, qu'on pourrait aussi appeler l'Enchanteur comme son ancêtre, a chanté les beautés. Emporté par les ailes d'avion de son lyrisme, J.-L. Faure nous a conduits à Stamboul dont il compare les murailles à celles de cette petite ville provinciale délicieuse et rosacée. Stamboul, la Corne d'Or, les cimetières d'Eyoub, et les Murs qui ruisselèrent du sang des immenses batailles où se joua le sort du monde à un moment, m'ont évoqué, quand je les vis, la grandeur des luttes entre les nouvelles forces conquérantes et une civilisation qui achevait sa vie dissolue, tandis que Provins donne plutôt la douce vision d'une chrysalide verdoyante faite pour la lente éclosion d'enfances géniales.

J.-L. Faure a bien dit que le paysan de France avait été la *force* de la Patrie, et il a eu un grand succès, quand il a évoqué, en une belle image de fresque, les sabots de la cavalerie barbare arrêtée à la Marne « où se changèrent les destinées du monde », mais à mon sens, la glèbe de la Patrie dans sa fécondation puissante produit plus que de la force et de l'endurance obstinées ; maniée et remaniée, haussée à l'intellectualité et parvenue aux hautes sphères du savoir et de la recherche spirituelle, elle fait mieux, elle peut engendrer ces cerveaux magnifiques qui s'affirment avec plus de puissance primitive, car ils viennent presque directement des terroirs qui jouent une influence souveraine sur la destinée de ceux qui sont appelés à être illustres.

Le paysan quand il donne des fils de son génie arrive à donner des produits de pensée admirable.

Nous avons ensuite entendu l'ascension de Farabeuf, sa réception à l'internat, à l'adjuvat, au prosectorat, à l'agrégation où il échoua une fois, malgré une thèse qui devait toucher ses juges sensibles « sur l'épiderme », contre Mathias Duval qui fut un si magnifique professeur, sa nomination à l'Ecole pratique. J.-L. Faure répète à ce sujet le vieux cliché « l'âpre chemin des concours » ; je crois qu'il s'agit bien plutôt d'un sentier plein de ronces et d'embuscades !

J.-L. Faure, à propos de Farabeuf, qui avait songé à devenir médecin de campagne et qui fut obligé d'y renoncer à cause d'une cruelle otite, fait ressortir en toute justice le rôle de ces médecins qui, loin des villes, exercent un véritable apostolat « et sont les meilleurs d'entre nous ».

Il a dit aussi le rôle de Farabeuf qui, malgré sa mauvaise santé, s'engagea pendant la guerre de 70 : « Il allait tous les jours aux fortifications où son rôle se bornait à prendre régulièrement froid sans rendre aucun service ».

Il a rappelé comment Farabeuf créa la nouvelle Ecole pratique avec un talent d'organisateur extraordinaire et dont il fit « la première Ecole Anatomique du Monde ».

Il nous l'a montré dans son laboratoire, « faisant cuire lui-même sa côtelette » et travaillant tout en déjeunant ! Il nous a rappelé son talent de dissecteur, son merveilleux don de dessinateur au tableau, maniant la craie colorée avec une maîtrise sans égale, la rédaction de son livre de médecine opératoire et celui de l'Introduction à l'obstétrique avec Varnier et Pinard.

Ce livre de Manuel opératoire eut une influence prodigieuse sur les générations qui en reçurent l'enseignement. Je sais qu'il est contesté au point de vue chirurgical par un certain nombre de chirurgiens éminents. Je le pense moi-même en partie, car cette chirurgie est une chirurgie la plupart du temps inapplicable et qui a un caractère funéraire ; elle manque de variété, on sent qu'elle n'est qu'un exercice et elle a l'aspect d'un solfège ; Farabeuf allait jusqu'à indiquer la place, l'inclinaison, le geste de l'opérateur ; c'était bon pour ceux qui étaient dépourvus de tout instinct de l'action ; ceux qui n'ont pas cet instinct, devraient avoir celui de renoncer à pratiquer la chirurgie. Ceci dit, Farabeuf a eu un mérite incontestable, celui d'introduire la précision la plus rigoureuse, basée sur l'anatomie la plus exacte et la plus représentative par l'image la plus fouillée qui soit, d'après les dissections les plus minutieuses et les plus sincères. Il a imposé le goût, le besoin de cette précision aux générations de chirurgiens qu'il a imprégnées de sa méthode.

« Farabeuf, — a dit J.-L. Faure — n'a malheureusement pas écrit tout ce qu'il savait. Ses leçons flamboyantes sont perdues pour toujours, c'est un irréparable malheur ». C'est vrai, ce qui fut la personnalité animatrice de ce maître qui eût la divinité, le *daimon* de sa science, est évanoui à jamais ; sous peu, les foules étudiantes qui le connurent, et dont le cerveau fut défriché et disséqué par son enseignement pénétrant et pétrissant la mémoire impérissablement, ne seront plus. De cet homme qui s'avançait comme un fantôme devant l'immense tableau noir qui bientôt se couvrait et s'animait des images coloriées de ses constructions anatomiques, et qui, au fur et à mesure qu'il parlait, se transfigurait et s'illuminait jusqu'à posséder en un envoûtement étroit toute l'intelligence éparse dans l'amphithéâtre, il ne reste plus qu'un souvenir mélancolique comme celui des grands artistes qui animèrent de leur voix et de leurs actes les scènes de l'art et celles du monde.

Mais il pouvait cependant, je crois, laisser davantage de lui : l'Etat-Major étincelant qui l'a entouré et a profité de lui pouvait mieux faire que de recueillir ses cartes et ses plans ; il pouvait pour l'homme à la santé délabrée, que seul le souffle de la science

soulevait, dont l'oreille fermée comme celle d'un Beethoven de l'anatomie, non seulement ne percevait que difficilement, mais souffrait horriblement, dont les yeux affaiblis par les veilles entrevoyaient mal le monde extérieur lointain, réunir en une synthèse tout ce qu'il a prodigué sans compter. Si Farabeuf avait vécu et enseigné plus près de nous, par la sténodactylographie, la phonographie, le haut parleur, la photographie colorée et la cinématographie, plus de sa personnalité saisie au vol serait restée de lui et peut-être n'eût-il tenu qu'à lui, si sa modestie ne s'y était opposée, à ce qu'il vécut davantage répercuté parmi nous...

Quoi qu'il en soit, une œuvre réelle reste de Farabeuf : c'est à lui qu'on doit d'avoir formé une élite chirurgicale, laquelle a discipliné à son tour la merveilleuse moyenne qui fait la supériorité de la France chirurgicale par laquelle furent sauvées nos armées. Farabeuf a vécu l'anatomie, il l'a pensée et chantée en véritable Tyrtée, et on peut dire qu'il a été, lui aussi, par delà la tombe, un artisan de la Victoire. Si les chirurgiens français, dans leur manière opératoire, ont une clarté, une précision, une élégance, une certitude qui sont leurs qualités indéniables, c'est qu'ils ont cultivé en eux l'âme du chirurgien, telle que l'a dressée pour toujours J.-L. Faure en des pages immortelles comme des strophes, et aussi la conscience et la responsabilité du chirurgien, telles que les ont précisées en des écrits admirables, le Pr Forgue, le Pr Delbet et Cathelin : et, chose extraordinaire, ce côté éthique, moral, dérive de la science cultivée dans l'amour et la douleur par ce splendide désintéressé que fut Farabeuf.

Ecoutez donc la parole de J.-L. Faure qui veut qu'on élève une statue à Farabeuf ; ce ne devrait, à mes yeux, en tout cas, pas être une statue banale, mais celle où l'artiste symboliserait le Savoir, la Recherche scrupuleuse, le Désintéressement sans pareil, la noble Pauvreté au milieu de cette ville énorme dont les avenues charrient la richesse du monde à laquelle il a contribué.

Mais, ce n'est pas du bronze qui verdira, ou du marbre qui noircira, qu'il faut consacrer seulement à cet homme unique que fut Farabeuf ; il faut, à mon avis, que tous ceux qui ont vécu de sa substance spirituelle, qui « ont gagné leur vie ou ont accédé à la fortune grâce à lui », comme dit un jour, dans un amphithéâtre en houle, mon maître Segond, inégalable en éloquence et en puissance expansive du cœur, se mettent à réédifier matériellement son œuvre, comme une cathédrale sainte, en y réunissant les plus belles hyperstructures de ses travaux et la plus grande splendeur de vitraux irisés de ses dessins sans pareils, et aussi la collection admirable, non seulement de ce qu'il a offert à nos visions, mais, de ce que sa parole savante et spirituelle a donné à nos oreilles qui se souviennent pour toujours.

En sortant de la salle pleine de succès où J.-L. Faure se laisse embrasser en Sultan de la Gynécologie française par toutes les jolies femmes qui avaient assisté à cette magnifique audition, je rencontre Ombrédanne, fier à juste droit de sa laconicité secrétariale, Deniker-Brancomir en puissance d'article probablement, de Martel avec qui nous échangeons, dans une amitié sportivo-chirurgicale, l'excitabilité de nos réflexes, puis l'ami Lardenuois avec lequel je m'éloigne.

Lardennois me dit affectueusement : « Je suis vraiment heureux pour toi que J.-L. Faure t'ait cité à propos de ton *topo* sur l'abolition de la douleur, le plus beau titre de gloire de l'homme, car cet éloge de J.-L. Faure restera et tu seras serti dans quelque chose qui durera ».

— « Oui, lui répondis-je, avec une voix à la Talma faite pour me faire jalouser de Deniker, s'il connaissait ce bas sentiment, « l'amitié d'un grand homme est un bienfait des dieux. » Et j'ajoute : « Cet éloge de Farabeuf par J.-L. Faure, vois-tu, est une merveille de pure harmonie, c'est le Verbe qui aurait la ligne sculpturale de la Vénus de Milo. Et puis, encore..., cet éloge n'est pas *funèbre*, bien qu'il s'agisse de l'homme qui faisait revivre les cadavres en découvrant et en enseignant dans leur structure la sagesse des plans universels ; il ne fleure pas non plus l'encens dont les narines de cet anatomiste n'avaient pas besoin, lui qui disait sarcastiquement : « Si les morts étaient aussi dégoûtants que les vivants, je n'aurais jamais fait d'anatomie » ; aussi, je souhaite ardemment qu'on lise ces pages toutes frémissantes de pensée et de sentiment, car elles sont écrites par un clair cerveau soutenu par un grand cœur et au moyen d'un style incomparable ».

Sur ces paroles, je quitte l'ami Lardennois qui s'en va allègrement en pensant sans doute que c'est à Farabeuf qu'il doit peut être d'avoir découvert le décollement colo-épiplooïque ; et je m'éloigne de ce Quartier de l'Ecole où mes amis et moi promenions l'anatomie triomphante de nos vingt ans que Farabeuf nous apprenait à déchiffrer pour notre avenir.

LE TRAITEMENT DES SINUSITES EN CLIENTÈLE

Par les docteurs A. Maurice et G. Schangel (de Paris).

Nous n'envisagerons dans ces quelques lignes que le traitement véritablement pratique des sinusites, laissant systématiquement de côté tous procédés thérapeutiques qui ne peuvent être mis en œuvre qu'à l'hôpital.

Deux cas peuvent se présenter dans la pratique journalière.

A. — La sinusite est soupçonnée.

A la suite d'un coryza banal qui a un peu « traîné », ou a été négligé ; après une avulsion dentaire ou, au cours d'une épidémie de grippe, un malade se plaint de douleurs frontales, maxillaires ou occipitales, en même temps qu'il accuse des sécrétions nasales purulentes avec cacosmie subjective. Que faire ?... Tenter pendant quelques jours, 7 à 8 au maximum, le *traitement médical* de la sinusite soupçonnée :

1° Application de compresses humides chaudes sur la région douloureuse (à noter cependant que certains malades se trouvent mieux des compresses froides) ;

2° Prescription de calmants : aspirine ou un des cachets suivants :

Pyramidon	0 gr. 20
Valérianate de quinine	0 gr. 25
Caféine	0 gr. 02

(3 à 4 cachets par jour).

3° Inhalations très fréquentes, 4 à 5 par jour, pendant 5 à 10 minutes :

Menthol	2 gr. 50
Teinture de badiane	āā 20 gr.
Teinture de benjoin	āā 20 gr.
Teinture d'eucalyptus . . q. s. p.	150 gr.

Une cuillerée à café dans 1/2 litre d'eau bouillante.

4° Après chaque inhalation, renifler par chaque narine gros comme un pois de la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	quinze centigrammes
Adrénaline	un milligramme
Acide borique	1 gramme
Essence de géranium	IV gouttes
Lanoline	3 grammes
Vaseline	25 grammes

en un tube d'étain.

Ce traitement peut suffire dans les sinusites aiguës ou subaiguës, mais, il ne doit être qu'un « *traitement d'attente* ». Si, après 7 à 8 jours de son application, une amélioration nette ne s'est pas produite ou si le diagnostic est hésitant, l'avis du spécialiste devient nécessaire.

En présence d'un malade suspect de sinusite, que fera le spécialiste ?

Il pratiquera :

1° *La rhinoscopie antérieure et postérieure* qui décèlera la présence de pus dans le *méat moyen* (sinusite frontale, maxillaire ou ethmoïdite antérieure).

Dans la *fente olfactive* (ethmoïdite postérieure, sinusite sphénoïdale) ; dans le *méat supérieur* ou sur la *voûte du cavum* (ethmoïdite postérieure, sinusite sphénoïdale).

2° *La diaphanoscopie ou transillumination de la face* qui révèlera la transparence ou l'opacité des sinus examinés, ce dernier caractère, surtout lorsqu'il est unilatéral, constituant une grosse présomption de sinusite ;

3° *La radiographie des sinus* qui, dans certains cas, permettra de préciser le diagnostic.

Rhinoscopie, diaphanoscopie et radiographie ne nous donneront que des *signes de très grande probabilité.*

Seul, le cathétérisme des sinus suspects nous fournira des *signes de certitude.*

Nous tombons ainsi dans le second cas, que nous allons maintenant envisager.

B. — La sinusite est confirmée.

1° Sinus maxillaire.

Le cathétérisme de ce sinus pratiqué par le méat inférieur et suivi d'un lavage a donné issue à du pus. Le diagnostic de sinusite maxillaire s'impose.

Quel en sera le traitement ?

Tout d'abord, on devra tenter la guérison de la sinusite par une série de ponctions faites à 3 ou 4 jours d'intervalles (7 à 8 ponctions au maximum) et suivies de lavages.

Ces ponctions, faites sous anesthésie locale, après badigeonnage au Bonain ou à la cocaïne-adrénaline, ne sont pas douloureuses et sont, en général, assez bien acceptées des malades.

S'il s'agit d'une sinusite aiguë ou subaiguë, surtout d'origine nasale ou grippale, il y a de fortes chances pour que ce traitement combiné au traitement médical indiqué plus haut et complété au besoin par quelques vaccinations (stock-vaccin ou auto-vaccin), entraîne la guérison de la sinusite.

Si, au contraire, il s'agit d'une sinusite chronique avec fongosités remplissant la cavité du sinus, les ponctions ne suffiront pas.

De même, dans les sinusites maxillaires d'origine dentaire où parfois, la radiographie aura décelé la présence dans le sinus d'une racine abcédée, les ponctions seront rarement suffisantes. Dans ces formes-là d'ailleurs, le traitement de la lésion dentaire, cause de la sinusite, devra être entrepris avant, ou, pour le moins, concomitamment avec le traitement de la

✦✦✦✦

lésion sinusale. Ici encore, la ponction du sinus devra être faite par voie infra-méatique et non alvéolaire (le milieu buccal étant dans ces cas particulièrement infecté et la réinfection du sinus par la fistule alvéolaire se produisant quotidiennement).

Si, après 7 à 8 ponctions-lavages du sinus maxillaire, complétées ou non par un nombre égal de vaccinations, le pus qui s'écoule du sinus est toujours aussi abondant, il y aura lieu d'entreprendre un traitement plus énergique et plus radical.

Nous ne sommes pas d'avis, dans ces cas, de s'attarder aux divers traitements chirurgicaux intermédiaires qui ont été préconisés par différents auteurs; ces procédés ont, en effet, l'inconvénient de ne pas assurer la guérison certaine de la sinusite et, d'autre part, le malade, déjà las des multiples ponctions qu'il a subies, consent d'autant plus volontiers à se soumettre à un traitement chirurgical que ce dernier lui offre plus de chances de guérison.

C'est pourquoi, dans ces cas, nous conseillons toujours la *cure radicale* (Caldwell-Luc). Pratiquée sous-anesthésie locale, cette intervention est indolore. Elle épargne le cornet inférieur et ne nécessite aucun pansement. Grâce à l'anesthésie locale, elle ne comporte absolument aucun danger.

La guérison est rapide, certaine et définitive.

2° *Sinus frontal.*

S'il s'agit d'une *sinusite aiguë*, le traitement médical mentionné plus haut devra suffire. Tout au plus, aura-t-on dans certains cas à pratiquer la résection de la tête du cornet moyen qui, assez fréquemment, vient obturer l'orifice inférieur du canal naso-frontal.

S'agit-il, au contraire, d'une *sinusite chronique*, il faudra, pour assurer l'écoulement du pus et éviter la rétention, cause des douleurs frontales, élargir l'infundibulum à l'aide de la râpe et, cela, sous anesthésie locale.

L'antrotomie par voie externe peut, elle aussi, être pratiquée sous anesthésie locale. Ses indications sont limitées aux cas de sinusites compliquées ou récidivantes.

3° *Sinus sphénoïdal et ethmoïde.*

Le cadre restreint de cet article ne nous permet pas de parler des sinusites sphénoïdales qui sont pourtant très à l'ordre du jour, mais sont, il faut le reconnaître, assez rares. Elles se manifestent la plupart du temps par une céphalée occipitale tenace.

Quant aux suppurations ethmoïdales, les divers procédés de curettage ou d'évidement mis en pratique pour le traitement de ces affections ne peuvent être, eux aussi, que mentionnés dans ces quelques lignes.

Conclusions. — Dans les cas aigus d'origine nasale, traitement médical suivi, au bout de quelques jours, de ponctions si la guérison ne se produit pas.

Dans les cas aigus d'origine dentaire, ponctions évacuatrices.

Dans les cas anciens d'origine dentaire, les ponctions ne suffisent pas. Il faut la cure radicale pour le sinus maxillaire. Pour le frontal, l'agrandissement de l'infundibulum suffit souvent, la cure radicale ne devant être tentée qu'en cas d'insuccès du traitement endo-nasal.

LOCALISATION EN PROFONDEUR A L'EXAMEN RADIOSTÉRÉOSCOPIQUE

Par LAMBOLEZ,

Licencié ès-sciences mathématiques et physiques, préparateur à la Faculté de médecine de Nancy.

Les méthodes radiographiques permettant un repérage précis d'un corps étranger dans l'organisme sont très nombreuses, MM. Ribaut et Marie, en particulier, ont décrit et employé un procédé de déterminations térécométrique. Nous basant sur le même principe, par l'emploi du stéréomètre et l'observation de deux radiographies stéroscopiques au stéréoscope de Gaze, nous nous proposons de déterminer la profondeur réelle de deux points de perspectives correspondantes connues sur les clichés.

Si on observe un point A d'un cliché, (fig. 1) son image par rapport au premier miroir M_1 se trouve dans le plan P_1 symétrique du plan P du cliché par rapport à ce miroir, et l'image de A après seconde réflexion sur le second miroir M_2 du stéréoscope appartient à un plan P' parallèle à P distant de $d\sqrt{2}$, si d est la distance des deux miroirs parallèles, à 45° de l'horizon, du stéréoscope.

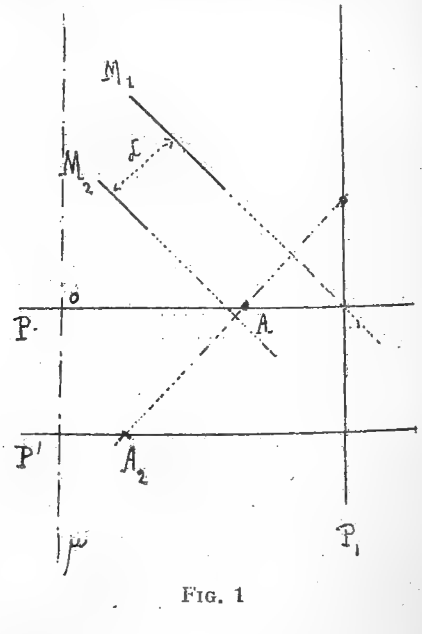


FIG. 1

Soient A et A' deux perspectives d'un point a, les positions des points correspondants A_2 et A'_2 par rapport au plan médian μ vertical de l'appareil sont définies en valeur absolue par :

$$\mu A_2 = D - d\sqrt{2} = m.$$
$$\mu A'_2 = D' - d\sqrt{2} = m'.$$

D et D' désignant les distances des points A et A' au plan médian lues au stéréomètre gradué dans les deux sens à partir de 0.

Le problème qui se pose est le suivant : à quelle distance du plan P' se trouve le point reconstitué a, connaissant les distances OO' = δ = 6 cm 6 des yeux, $A_2 A'_2$ des perspectives et $\Delta = d\sqrt{2} = 1$ des yeux au plan P' (μ étant la distance connue des yeux au plan des clichés).

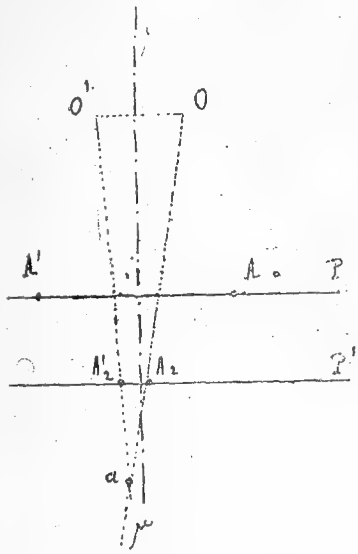


Fig. 2

Il est évident que m et m' peuvent être positifs ou négatifs ; 4 cas peuvent se présenter qui correspondent à un point a au-dessous de P' pour 3 d'entre eux et à un point a au-dessus de P', et cela, quand m et m' sont tous deux négatifs.

Dans le cas où a est au-dessous de P' (fig. 2),

$A_2 A'_2 = m + m'$ si ces deux quantités sont positives.

$A_2 A'_2 = m - m'$ si elles sont de signes contraires.

Dans le cas où a est au-dessus de P', (fig. 3), m et m' sont tous deux négatifs et en valeur absolue

$$A_2 A'_2 = m + m'$$

Supposons tout d'abord

$$A_2 A'_2 = m + m' = D + D' - 2\,d\sqrt{2}$$

On a

$$A_2 A'_2 \; (\delta = x) \; 1 + x$$

d'où :

$$x = \frac{1\,(m + m')}{\delta - (m + m')}$$

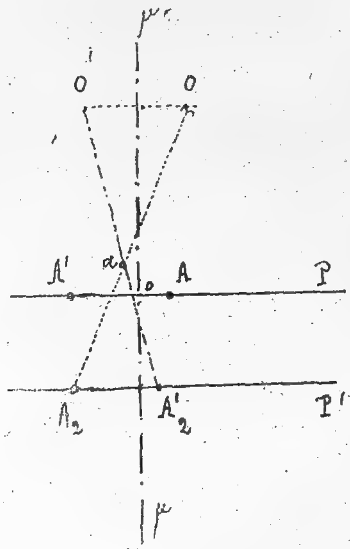


Fig. 3.

Soit $A_2 A'_2 = m - m'$, le même raisonnement subsiste, on est conduit à la formule :

$$x = \frac{1\,(m - m')}{\delta - (m - m')}$$

Enfin, si $A_2 A'_2 = -(m + m')$, le point a est au-dessus du plan P'.

Od a :

$$A_2 A'_2 \; (\delta = x) \; 1 - x$$

d'où :

$$x = \frac{1\,(m + m')}{\delta - (m + m')}$$

En résumé, il suffit d'appliquer une des formules :

$$x = \frac{1\,(m + m')}{\delta - (m + m')}$$
$$x = \frac{1\,(m - m')}{\delta - (m - m')}$$

selon que m et m' sont de mêmes signes ou de signes contraires.

Connaissant les distances x_1 et x_2 de 2 points reconstitués au plan P', on en déduira, par somme ou par différence, leur distance en profondeur, selon que ces points sont de part et d'autre ou d'un même côté du plan P'

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

La céphalée du méat moyen.

Nombreuses sont les céphalées d'origine nasale. En ce qui concerne particulièrement *les céphalées sinusiennes* (maxillaire, frontale et sphénoïdale), le diagnostic différentiel s'impose de plus en plus au clinicien pour l'indication opératoire à poser.

Dès 1921, Lubet-Barbon et Labernardie ont attiré l'attention sur le *cornet moyen* dans ses rapports avec les poussées inflammatoires des sinus; on sait aujourd'hui que dans, ces cas, il faut envisager la collaboration intime de deux facteurs infectieux et mécanique.

1° Tantôt il s'agit d'une infection chronique des sinus.

2° Tantôt, c'est une infection momentanée et très légère, déterminant des phénomènes de compression, à la faveur d'une architecture vicieuse.

Les tableaux cliniques sont bien différentes dans un cas et dans l'autre.

Laissant de côté l'infection des sinus, M. Bouchet et A. Soulas, étudient avec détails les cas où s'il y a injection, celle-ci est minime, tandis que *le facteur mécanique y est prépondérant*, et notamment une *malformation du méat moyen.*

Ces céphalées sinusiennes se présentent sous un *aspect clinique* assez net. Le début, insidieux et progressif, est caractérisé par de la lourdeur de tête, des migraines fronto-orbitaires ; le nez mouche très peu ; pas d'antécédents de coryza.

Après une période plus ou moins longue, durant laquelle les analgésiques et les pommades ont été généralement administrées avec largesse, le malade se présente avec des symptômes, toujours identiques, à quelques différences de degrés près.

Céphalée orbito-frontale.

Sensation de nez sec et bouché ; et c'est tout.

Donc, pas de troubles rappelant le coryza chronique, pas de symptômes toxi-infectieux sinusiens ; une simple triade symptomatique, dont le premier terme est de beaucoup le plus important.

Les malades, en effet, n'oublient jamais cette migraine des yeux, du « front », parfois « des tempes ». C'est un mal à la tête bilatéral, quelquefois unilatéral, correspondant alors à des signes rhinologiques unilatéraux. Régional e sans point précis, siégeant généralement au-dessus des yeux, partant de la racine du nez, encadrant les arcades sus-orbitaires, prenant toute la région frontale et pouvant irradier vers la région pariétale, il peut être orbitaire et revêtir la forme de la fatigue oculaire. Certains malades essayent de le localiser au fond d'un œil entre le nez et l'oreille. Les irradiations sont toujours mal définies ; en général la douleur a son maximum orbito-nasal, et irradie soit vers la racine des cheveux, soit vers l'oreille, soit vers le ptérion. Elle n'est pas fronto-occipitale.

C'est une névralgie avec paroxysmes, exagérée par toutes les causes de congestion ; elle n'existe jamais la nuit ; on n'observe pas non plus des éclairs ou des coups subits comme cela arrive dans certaines névralgies, trigémellaire par exemple.

Cette céphalée, insupportable par sa durée, finit par obséder les malades.

D'autre part le *nez est peu perméable*, et les malades se plaignent d'avoir le nez un peu bouché ; ils expirent très bien, mais leur inspiration est en réalité bien gênée, car le *méat moyen*, toute la zone moyenne du méat moyen, est le siège d'un obstacle (déviation haute, petite crête, tête de cornet volumineuse) ; or c'est cet obstacle qui gêne le trajet inspiratoire, trajet qui suit une voie un peu différente de celle du trajet expiratoire. De cette architecture nasale viciée gênant l'inspiration résulte la sensation subjective éprouvée par les malades.

Enfin, le *nez est sec*, mais ce symptôme, qui se retrouve dans d'autres insuffisances respiratoires d'origine nasale, passe quelquefois inaperçu en raison de l'intensité des autres.

La rhinoscopie explique très bien ces symptômes, et les éclaire quelque peu : on découvre nettement que le cornet moyen constitue une région irritée, comprimée, qui souffre ; la cloison est également déviée dans nombre de cas. Si on cocaïne et si on adrénalinise, on assiste très rapidement à une sédation ainsi qu'à une rétraction du cornet moyen, qui apparaît plus nettement portant la trace de sa compression.

Mais, comme la céphalalgie est un des symptômes les plus communs de la séméiologie médicale, avant de poser le *diagnostic* de céphalée du méat moyen, il y a bien des étapes à parcourir pour le rhinologiste.

Certaines formes de céphalée doivent être éliminées :

La céphalée syphilitique est profonde, à exacerbations vespérales, occipito-frontales, nocturnes.

S'il s'agit de stercorémie, l'interrogatoire éclaire la situation.

Les céphalées dues à une méningo-encépha-

lite quelconque, à une tumeur cérébrale, à un abcès du cerveau, à un glaucome, sont accompagnées de troubles pupillaires et d'un cortège symptomatique bien différent.

Celle des urémiques se complique de nausées, de vertiges, d'hébétude, de signes artériels, etc.

La migraine des hypotendus est occipitale et s'accompagne d'hypotension artérielle.

Chez les diabétiques, des névralgies erratiques se déplacent parfois de la tête aux membres inférieurs s'accompagnant de signes nerveux ou autres des plus variés.

Il faut aussi écarter les migraines oculaires dues à l'astigmatisme, à l'asthénopie accommodative.

Enfin les infections chroniques des sinus doivent être éliminées. Mises à part les migraines chez les hydrorrhéiques, les névralgies chez les porteurs de polypes, ou encore dans la rhinite spasmodique, dont le diagnostic se pose aisément — le diagnostic d'une céphalée du méat moyen reposera surtout sur l'absence des divers symptômes qui accompagnent les autres céphalées d'origine nasale ou sinusienne et sur la constatation d'une *fosse nasale sèche, dont le méat moyen est rétréci par un cornet anormalement comprimé.*

D'ailleurs, les résultats du *traitement* viendront confirmer le diagnostic. Si on touche la région intéressée avec un petit tampon d'ouate cocaïno-adrénalinisé, il se fait un soulagement en quelques minutes ; mais comme la décompression n'est que très transitoire par ce procédé, il faut en arriver à des moyens plus radicaux. La simple cautérisation de la tête du cornet moyen avec une solution d'acide chromique au 1/10 suffit dans bien des cas. Faire un attouchement cocaïné d'abord, puis toucher à l'acide chromique, dont on relève l'excès ensuite. La technique peut varier suivant les cas. Exemple : un attouchement d'un côté d'abord, un deuxième du même côté quelques jours plus tard, puis une cautérisation du cornet opposé deux ou trois fois s'il y a lieu. (*Le Progrès médical*, 1er décembre 1923.)

Le rachis tabétique.

Il n'est pas rare de voir, au cours de tabès généralement avancés, des manifestations osseuses ou articulaires (fractures spontanées, ostéo-arthropathies) localisées surtout aux grands os longs, aux grandes articulations des membres. La colonne vertébrale semble moins souvent atteinte, et, dans cette région, à côté des grandes déformations, existent des formes frustes de *rachis tabétiques*, sur lesquels l'attention des praticiens n'a pas été encore suffisamment attirée.

Le Pr Henri ROGER (de Marseille) divise les rachis tabétiques en trois groupes principaux, chevauchant parfois les uns sur les autres :

A.) *L'ostéo-arthropathie lombaire* à type classique, de beaucoup le plus fréquent : tassement vertébral d'une, deux, parfois trois vertèbres lombaires, entraînant une cyphoscoliose plus ou moins accentuée. Début insidieux et indolore, plus souvent douloureux qu'on ne l'a dit, — à la période d'état, déformation, parfois mobilité différente du rachis, douleurs et signes divers de compression. Le diagnostic est basé sur la notion antérieure du tabès, sur le peu de douleur spontanée ou provoquée, sur l'absence ou le léger degré de raideur lombaire, sur les caractères radiographiques pathognomoniques (proliférations souvent exubérantes dans le sens transversal, associées au tassement vertébral avec aplatissement vertébral).

B) *La lombarthrie tabétique*, avec sa conséquence, la funiculite tabétique, qui, sans lésions osseuses au début, peut évoluer vers le précédent. Son diagnostic avec le rhumatisme lombaire est délicate. Mais la raideur moindre, le flou plus marqué et l'exubérance plus considérable des ostéophytes, la coexistence d'arthropathies spécifiques des membres sont de bons arguments en faveur de la nature tabétique d'une lombarthrie.

C) *La spondylose tabétique*, forme rare. La raideur moindre doit faire penser au tabès.

Enfin, un type exceptionnel est le *type ostéomalacique.*

Pronostic. — Le plus souvent le rachis tabétique n'est pas mal supporté et n'a pas de conséquences graves (pas de compression médullaire comme dans le mal de Pott).

Traitement. — Rares sont les malades qui se font traiter pour une ostéo-arthropathie qui, à ses débuts, ne détermine qu'une légère saillie avec un raccourcissement insignifiant.

Cependant, quand la syphilis ou simplement le tabès n'ont jamais été traités, il faut faire un *traitement antisyphilitique* intensif (cyanure intraveineux, novarséno jusqu'à 0 gr. 75 plusieurs fois répété, bismuth) ; ce traitement sera, dans le cas contraire, moins sévère (hectine, bismuth).

Localement, une immobilisation par corset orthopédique, appareil plâtré, est indiquée surtout dans les cas récents, afin d'éviter des tassements, des déformations plus accusées et des phénomènes compressifs plus accentués. Cependant, à une période tardive, après fixation de la cyphoscoliose, un pareil corset ne ferait qu'augmenter la gêne apportée aux fonctions respiratoire et abdominale, sans grand bénéfice pour le patient. (*Paris médical*, 24 novembre 192 .)

Vaccinothérapie curative de la fièvre typhoïde

Le Dr M. VIGOT recommande l'emploi, soit d'un *stock-vaccin iodé*, qui contient 350 millions de

bacilles d'Eberth par cent. cube (Ranque et Senez), soit un *stock-vaccin préparé par la chaleur* (Lebailly) ; ce dernier est fait par culture de 24 heures, de la race des typhiques, paratyphiques A et B, agglutinée au taux le plus élevé par le sérum du malade ; la culture est émulsionnée, après titrage à 200 millions par centimètre cube, dans l'eau physiologqique à 8.5 p. 1000,additionnée d'une petite quantité d'acide phénique (5 p. 100), puis, après répartition en ampoules, chauffée au bain-marie à 56° pendant une heure.

Le vaccin peut être injecté à n'importe quel mom nt de la fièvre typhoïde, mais il est nécessaire que le diagnostic soit bactériologiquement confirmé ; Vigot recommande dans ce but le séro-diagnostic comme étant de réalisation plus facile pour le praticien. Ces conditions font qu'il n'est guère possible de commencer le traitement avant le dixième jour. L'action du vaccin injecté tardivement est peut-être moins nette, mais elle est réelle ; à noter, comme preuve de l'efficacité d'un traitement, même tardif, les heureux résultats de la bactériothérapie dans les rechutes.

La gravité de l'état général, les formes ataxo-adynamiques, les hémorrhagies intestinales, les complications cardiaques ou pulmonaires ne doivent pas empêcher la vaccination. C'est surtout dans les formes graves que l'on se trouvera bien d'avoir recours au vaccin. La *seule contre-indication est la perforation intestinale.*

L'injection se fera du liquide bien homogène sous la clavicule dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elle est indolore, sans réaction locale ni générale.

La dose à injecter varie avec l'âge, la forme, la gravité de l'état général. Chez l'adulte, dans une forme ordinaire, la première injection sera d'un centimètre cube (c'est-à-dire 200 millions de bacilles en vaccin chauffé) ou 0.5 centimètres cubes en vaccin iodé (soit 175 millions de bacilles). Les injections seront répét es tous les deux jeours en augmentant la dose : 1,5, — 2, — 2,5 en vaccin chauffé ; ou 0.75 ; 1 — 1.5 en vaccin iodé. Ce sot des doses, que n'a jamais dépassées le Dr Vigot, quoique celles-ci ne lui aient pas donné de réactions.

Dans les formes graves, il faut être prudent, et dimi-nuer de moitié la do e à injecter.

Suivant la courbe thermique ou l'état du malade, on ne dépasse pas 1.5 ou 2 centimètres cubes.

L'enfant supporte très bien le vaccin ; la dose initiale variera de 0.25 à 0.5 suivant l'âge pour arriver à 1 ou 1.5 centimètres cubes.

L nombre des injections ne peut pas être fixé à l'avance ; il sera au minimum de quatre. Les injections seront continuées jusqu'à ce que la température soit aux environs de 37. En général, il faut six injections.

Résultats. — Toutes les injections de vaccin sont parfaitement tolérées ; elles ne sont jamais suivies ni de frisson, ni de malaises, ni d'élévations de température. Il faut savoir *la bénignité absolue du vaccin, quell que soit la gravité des cas*

Deux faits importants : 1° *la chute de la température*, phénomène constant ; la température ne reste plus en pallier, elle se met à osciller, et cela, souvent dès la première injection ; il faut quelque fois attendre la deuxième et même la troisième pour qu'elle tombe ; 2° l'*amélioration de l'état général.*

Le vaccin semble éviter les complications.

La mortalité, notée par l'auteur pour les cas non traités, variant entre 15,2 et 15,7 p. 100, est tombée à 9.07 p. 100 pour les 41 cas traités par le vaccin.

Bref, la vaccinothérapie curative de la fièvre typhoïde est simple, efficace, et sans danger. Elle donne de meilleurs résultats que la balnéation et son emploi est beaucoup plus facile. (*Gazette des hôpitaux*, 22 novembre 1923.)

Troubles endocriniens dans l'helminthiase.

Parmi les manifestations si variées de l'helminthiase, on sait actuellement distinguer un certain nombre de troubles morbides relevant nettement de la déficience ou du vice de fonctionnement de glandes à sécrétion interne. D'autre part, écrit P. Simonin, la notion d'intoxication vermineuse, modifiant et complétant les conceptions que l'on se fit longtemps du rôle pathogène des helminthes, vient éclairer singulièrement le mécanisme de ces accidents.

Les perturbations apportées par l'infestation vermineuse dans le jeu des grandes fonctions ne sont pas sans retentir gravement sur la nutrition générale. Certes, l'amaigrissement reconnaît souvent pour cause des troubles gastro-intestinaux aigus et surtout chroniques ; mais on voit des sujets qui possèdent un excellent appétit, et qui paraissent jouir de l'intégrité complète de leurs fonctions digestives perdre, en peu de temps, une notable partie de leur poids. C'est que les phénomènes de nutrition peuvent être encore plus profondément altérés par une véritable viciation des *métabolismes* organiques normaux. Les *insuffisances glandulaires* (hépatique, pancréatique, surrénale) interviennent pour une large part dans la genèse de ces troubles ; pour en être persuadé, il suffit de constater les lésions intenses de dégénérescence que portent ces organes dans l'intoxication expérimentale chronique par les produits vermineux. D'origine toxique elles-mêmes, les insuffisances permettent en outre l'auto-intoxication secondaire de l'organisme par l'affaiblissement de leur rôle normal et de dépuration ou de stimulation des fonctions cellulaires. D'autre part, l'étude des variations de

l'élimination urinaire montre une exagération des processus de désassimilation ; l'azoturie, la phosphaturie sont souvent excessives ; l'albuminurie, si réquente, et qui est loin d'être toujours en rapport avec une lésion du rein, traduit elle aussi l'intensité des phénomènes de dénutrition. Ceux-ci semblent échapper aux mécanismes régulateurs, et les malades, amaigris considérablement, subissent parfois une véritable déchéance physique, qui les mène à la cachexie.

Les cestodes peuvent provoquer chez l'enfant des *troubles de la croissance*, principalement dans le premier âge. A l'adolescence, on constate aussi, dans l'ankylostomiase, un véritable appauvrissement physique et mental (*infantilisme ankylostomique* de Sicardi).

Le même parasite retarde l'apparition de la *puberté*. Le plus grand nombre des enfants, issus des femmes infectées, naissent chétifs, et, dans la suite, sans être parasités eux-mêmes, ils restent d'une complexion délicate et d'une santé précaire, incapables de tout progrès physique et intellectuel. Chez des malades jeunes, atteints de kystes hydatiques non compliqués du foie ou de l'abdomen, Dévé a constaté un degré plus ou moins accusé d'infantilisme, indépendant de toute tare héréditaire, et qu'il attribue à l'intoxication hydatique chronique.

Des *perturbations de la fonction menstruelle* ont été maintes fois signalées au cours des helminthiases : dysménorrhées, aménorrhées, métrorrhagies. Les ténias ou les ascarides ont été parfois la cause d'une *interruption de la grossesse*.

Enfin, des syndromes d'intoxication aiguë par les helminthiases se sont terminés par la mort, s'accompagnant des signes les plus typiques de *l'insuffisance surrénale aiguë*. (*Revue française d'endocrinologie*, juillet 1923.)

F. G.

Province et Divers

Des rétrodéviations de l'utérus.

Les rétroversions utérines sont acquises ou congénitales. Les premières succèdent le plus souvent à des troubles de l'involution, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement.. On essayera tout d'abord de les traiter médicalement par des massages locaux et de la gymnastique, au besoin par un pessaire bien appliqué temporairement. Si, au bout de quelques semaines, les troubles qui en découlent ne sont pas amendés, on songera à l'intervention chirurgicale. Les rétroversions congénitales sont le fait d'une malformation ; le traitement médical est impuissant contre elles ; seule, l'opération sanglante est indiquée.

Cette opération est réalisée soit par l'hystéropexie directe, soit par les ligamentopexies, selon les procédés d'Alquié-Alexander, ou de Doléris, celui-ci permettant l'exploration du petit bassin, et l'action chirurgicale éventuelle sur l'appendice ou sur les annexes. C'est à l'opération de Doléris que M. COTTE donne la préférence.

« En résumé, dit-il, on peut dire que les interventions destinées à corriger les rétrodéviations utérines sont susceptibles, lorsqu'elles sont correctement exécutées, de donner les meilleurs résultats. Aussi bien, actuellement, il faut poser en principe que toute rétroversion doit être opérée : au début de la vie génitale, ce sera peut-être le meilleur moyen de permettre le développement complet de l'appareil génital et son fonctionnement régulier ; plus tard, ce sera souvent la seule façon de faire disparaître les phénomènes douloureux ou les phénomènes de congestion qui accompagnent les rétrodéviations et de prévenir le prolapsus. A la ménopause enfin, il faudra souvent encore intervenir pour fixer un gros utérus prolabé qui saigne ou pour compléter la cure radicale du prolapsus ; mais, bien entendu, à quelque moment qu'on soit appelé à intervenir, il faudra s'assurer auparavant, par un examen minutieux et complet de la malade, que la rétroversion est bien en cause et qu'il n'y a aucune contre-indication à l'intervention ». (*Lyon médical*, 25 nov. 1923.)

Prophylaxie des maladies vénériennes. Efficacité de la réglementation.

Dans la lutte à entreprendre contre les maladies vénériennes, il faut ouvrir évidemment un compte spécial pour les prostituées qui semblent devoir être le principal facteur de la diffusion contagionnelle. Or, on discute encore sur la valeur de la réglementation de la prostitution, et sur la façon dont il faut la concevoir. M. MOUTON-CHAPAT s'est livré à une enquête très sérieuse, à Nancy, et les résultats qu'il en a obtenus méritent d'être pris en considération. Il a examiné 81 femmes, dont 79, régulièrement visitées au dispensaire municipal, ont été déclarées saines et non retenues. Son examen a porté sur l'exsudat génito-urétral et sa bactériologie. Cet examen a été répété 158 fois, et 4 fois seulement, il a révélé du gonocoque typique. Par contre, 28 femmes sur 79 offraient un aspect clinique parfaitement sain de leurs voies génitales .

D'après l'auteur, la pratique de la visite sanitaire des femmes en carte, suivie de l'hospitalisation de celles qui sont reconnues malades donne au point de vue de la prophylaxie anti-vénérienne, un résultat entièrement satisfaisant.

Si le nombre des hommes contagionnés demeure considérable, ce n'est donc pas à la prostitution réglementée et surveillée qu'il faut s'en

prendre, mais à la prostitution clandestine (ouvrières, domestiques, artistes de cafés-concerts). Il semble donc que c'est vers la clandestinité que doivent s'orienter les efforts des hygiénistes et des sociologues, et que la réglementation offre une sécurité non douteuse. (*Revue méd. de l'Est*, 1er nov. 1923.)

L'insuline.

M. Lyonnet publie un important travail d'ensemble sur ce nouveau médicament. Il passe en revue l'historique de la question, le mode de préparation, les recherches expérimentales, l'établissement du fameux titrage physiologique, selon lequel l'unité « est la quantité d'insuline capable de faire tomber en quatre heures à 0,45 p. 1.000 la glycémie d'un lapin de 2 kil. à jeun depuis 16 à 24 heures » ; l'action de l'insuline dans le diabète : baisse de la glycémie et de la glycosurie, augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone, diminution ou disparition des corps acétoniques, augmentation du quotient respiratoire, rétablissement de l'équilibre azoté, amélioration de l'état général. Il précise pour sa part les indications de ce médicament ; le coma diabétique, les diabètes graves de l'enfance et de l'adulte, les diabètes compliqués avant une intervention chirurgicale. Il envisage enfin la façon de diriger un traitement par l'insuline.

Retenons de cette intéressante étude, ce paragraphe des conclusions de l'auteur, qui correspondent à celles de N. Fiessinger, que j'ai signalées précédemment : « Quant au résultat pratique, il ne semble pas que ce soit encore une révolution dans l'art de guérir. Comme j'ai cherché à le démontrer, ce n'est, en somme, qu'un traitement d'exception pour les cas de diabète très grave, devant lesquels nous étions désarmés. Ce traitement demande des précautions très grandes, un vrai luxe d'analyses ; on comprend qu'il ne puisse bien se faire que, dans un hôpital ou dans une clinique ». (*Lyon médical*, 10 décembre 1923.)

Les perforations de l'intestin par contusion des hernies.

En rapportant cinq observations de cet accident redoutable, dont une personnelle, M. Miginiac insiste avec raison sur ce précepte que, dans les cas de perforation traumatique de l'intestin, aussi bien que dans les cas de perforation pathologique de l'estomac ou de l'appendice, le salut du malade réside dans la précocité de l'intervention chirurgicale, avant qu'aient apparu les signes de la péritonite. Deux grands symptômes doivent retenir l'attention et guider le praticien vers la décision formelle : avec un pouls, un facies, un état général normaux ou pseudo-normaux, le ventre, regardé de profil, ne respire plus ; le ventre palpé doucement, donne à la main la sensation d'une planche de bois. La constatation de la réaction de défense traduite par le *ventre de bois* est une indication d'intervention immédiate . (*Toulouse Méd.*, 15 déc. 23.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène en Tunisie.

(M. Wallich. — *Académie de médecine*, 27-12-1923.)

M. Wallich présente un rapport sur un travail de M. Dinguizli, de Tunis, intitulé : de la nécessité de créer des auxiliaires visiteuses musulmanes pour propager l'hygiène dans la population indigène.

L'auteur estime que, pour aboutir à un résultat dans le développement de l'hygiène en Tunisie, il faut pénétrer dans les logis arabes eux-mêmes, pour y apporter les conseils convenables et combattre les nombreux préjugés courants. Il trace le schéma d'une organisation de ce genre, comportant une assistance médicale à domicile, et la création de visiteuses musulmanes appelées à répandre les notions principales de l'hygiène.

Les injections de citrate de soude dans l'anémie.

(M. Normet. — *Académie de médecine*, 27-12-23.)

M. Normet lit une note sur le traitement de l'anémie par les injections intra-veineuses de citrate de soude.

L'auteur emploie une solution de citrate de soude à 30 pour 1.000, dont il injecte 40 à 60 cent. c. selon le poids du malade (2 centigr. par kilogr.), dans les veines du pli du coude. Dans les cas favorables, le lendemain de la première injection, on constate une augmentation notable du nombre des hématies. Les piqûres sont répétées tous les huit jours et l'amélioration va en s'accentuant, avec une petite phase négative après chaque injection.

Ce traitement s'appliquerait aux anémies pernicieuses aplastiques graves, aux anémies vraies. Dans les anémies symptomatiques (tuberculose, cancer), il ne serait pas indiqué.

Le Wassermann dans les tumeurs cérébrales.

(M. Clovis Vincent. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 23-11-1923.)

M. Clovis Vincent revient sur la question des Was-

sermann positifs dans les tumeurs du cerveau. S'appuyant sur quatre observations, il montre que le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien peut être positif chez un malade n'ayant aucun signe de syphilis, mais offrant des indices de tumeur cérébrale. Le liquide céphalo-rachidien est alors xanthochromique, hyperalbumineux, souvent fibrineux, pauvre en éléments cellulaires. Le diagnostic de tumeur cérébrale avec réaction de Wassermann positive ne doit pas éliminer le traitement d'épreuve, mais il empêchera qu'on s'y attarde par trop et que l'on néglige les autres interventions.

— M. Guy LAROCHE a observé dans deux cas de tumeur cérébrale, contrôlée à l'autopsie, une réaction de Wassermann positive dans le céphalo-rachidien et négative dans le sang. Les liquides céphalo-rachidiens étaient xanthochromiques et contenaient du complément.

— M. DUFOUR a vu une réaction de Wassermann positive dans le liquide d'une pleurésie tuberculeuse, et dans le liquide céphalo-rachidien d'une encéphalite épidémique, le premier malade étant hérédo-syphilitique et le second syphilitique acquis. Cette positivité de la réaction, dans des lésions diverses, chez d'anciens spécifiques, mettra en éveil la sagacité du clinicien.

Le lever précoce des opérés.

(M. BRISSET, de Saint-Lô. — *Société de chirurgie*, 28-11-1923.)

M. Raymond GRÉGOIRE expose une statistique de M. Brisset, de Saint-Lô, portant sur 51 interventions gastriques, avec lever précoce des opérés, du deuxième au quatrième jour.

La question du lever des opérés a notablement évolué depuis vingt ans. Jadis, le séjour au lit était un dogme et sa durée uniformément et empiriquement fixée à 21 jours. En 1908, J.-L. Faure proposa de faire lever au douzième jour les opérés du ventre et l'on s'aperçut que cela n'offrait généralement pas d'inconvénient. Pour les opérés de la tête, des membres, du thorax, ce délai fut raccourci et parfois (pour la tête en particulier), très réduit.

M. Brisset estime qu'après une laparotomie sus-ombilicale, une gastro-entérostomie, il n'y a qu'avantage à faire lever le malade au bout de peu de temps, du deuxième au quatrième jour. On éviterait ainsi des complications post-opératoires (congestions passives) et l'on donnerait aux opérés les bienfaits du mouvement. Ces raisons l'ont conduit au lever précoce et dans 51 cas, concernant des opérations gastriques, il en a obtenu de bons résultats.

La méthode de M. Brisset soulève toutes les critiques qui ont été faites déjà à l'innovation de J.-L. Faure : risque d'embolie, d'éventrations, nécessité d'un repos général des grands opérés. L'avenir en fixera la valeur.

—M. WALTHER remarque que, depuis longtemps, il conseille le lever dès le deuxième ou troisième jour à ses opérés d'estomac, de gastro-entérostomie principalement. Ce lever consiste, pour les malades, non pas à marcher, mais à rester pendant quelques heures chaque jour sur un fauteuil. Il n'a jamais fait lever précocement les opérés de laparotomie sous-ombilicale.

Claudication intermittente des deux membres inférieurs.

(M. TUFFIER. —*Société de chirurgie*, 28-11-1923.)

M. Tuffier relate l'histoire d'un malade atteint d'insuffisance artérielle (suppression des pulsations) dans les deux membres inférieurs, avec claudication intermittente, sans gangrène, et il évoque les difficultés de la conduite thérapeutique en pareil cas.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, fumeur, ni alcoolique, ni syphilitique, qui fut pris, il y a 3 ans, brusquement, d'une douleur dans la cuisse droite, avec fourmillements et impotence partielle. Le membre était refroidi, livide, la marche impossible au bout de 200 mètres (claudication intermittente), les battements de la fémorale très faibles, et, ceux de la poplitée disparus. Un an plus tard, mêmes accidents du côté gauche. Examiné récemment, les deux iliaques externes n'accusent aucune pulsation.

Le diagnostic porté est oblitération successive incomplète des deux iliaques par athérome, laissant une grosse menace de gangrène ischémique. La thérapeutique est délicate. En dehors du traitement médical (régime végétarien, calorification du membre, etc.), se pose la question, difficile à résoudre, d'une intervention. La menace de gangrène y fait penser, mais c'est là un problème fort embarrassant à solutionner.

Récidive, dans le sein, d'un cancer gastrique.

(M. HARTMANN. —*Société de chirurgie*, 21-11-1923.)

M. Hartmann a observé la récidive, dans le sein, chez un homme, d'un cancer pyloro-gastrique opéré par gastro-pylorectomie. C'est au bout de trois ans, et sans récidive gastrique, que le néoplasme du sein apparut. L'intérêt de ce cas est double. Il montre : un siège exceptionnel d'une métastase de cancer gastrique ; l'apparition tardive (plus de 3 ans) de cette métastase et l'absence, tout au moins clinique, du retour *in situ* de la lésion.

Fracture de la première phalange ; réduction par flexion forcée.

(M. BRÉCHOT. —*Société de chirurgie*, 21-11-1923.)

M. Bréchot montre les radiographies d'une fracture de la première phalange qu'il n'a pu réduire de façon satisfaisante que par la flexion forcée du doigt. Le tendon extenseur constitue dans cette position une véritable attelle maintenant heureusement les fragments.

Ces fractures des phalanges avec grand déplace-

ment sont souvent difficiles à réduire et à contenir. Dans ces cas, l'auteur considère la flexion forcée comme la méthode de choix.

— M. Hartmann partage sur ce sujet l'opinion de M. Bréchot.

Blessure de guerre et syphilis.

(MM. Gaudier et Minet. — *Société de chirurgie*, 21-11-1923.)

MM. Gaudier et Minet ont soigné un malade qui, sept ans et demi après une blessure de guerre ayant gravement lésé le frontal, fut atteint de crises d'épilepsie bientôt suivies d'une hémiparésie droite. Wassermann négatif. Devant l'importance des accidents, on pratiqua une intervention, qui n'amena aucun changement. La réaction de Wassermann étant alors devenue positive, un traitement spécifique fut institué et le patient guérit rapidement.

Cette observation illustre de façon remarquable la difficulté du diagnostic de la syphilis encéphalique dans certains cas. La réactivation du Wassermann, après l'opération, mérite aussi d'être signalée. Les auteurs ajoutent que la syphilis doit être soupçonnée là *même* où une blessure de guerre paraît à elle seule suffisante pour expliquer la genèse des symptômes.

Epididymite tuberculeuse : collo-vaccin.

(MM. Savariaud et Grimbert. — *Société de chirurgie* 21-11-1923.)

M. Savariaud rapporte un cas d'orchi-épididymite tuberculeuse des deux testicules traitée par les injections de collo-vaccin de Grimbert. Le patient reçut, à raison de deux ou trois par semaine, 50 injections. Une amélioration notable, à la fois locale et générale, s'ensuivit. Aucune fistule n'apparut et les lésions se modifièrent d'une façon très satisfaisante. Il persiste néanmoins, une induration épididymaire qui devra être excisée.

Arthrite syphilitique suppurée.

(MM. Dupont et Peyre. — *Société de chirurgie* 28-11-1923.)

M. Albert Mouchet lit un rapport sur un travail de MM. Dupont et Peyre relatif à un cas d'arthrite (pseudo-tumeur blanche) syphilitique suppurée.

Le malade, un homme de 26 ans, eut successivement les deux genoux pris. L'affection fut considérée d'abord comme blennorrhagique et opérée comme telle. Puis, on pensa à la tuberculose, diagnostic que les examens de laboratoire firent rejeter. La ponction de l'articulation ramena du pus jaunâtre bien lié, en quantité faible (20 cent. cubes). C'est alors qu'un séro-diagnostic montra une réaction de Bordet-Wassermann positive. Un traitement arsénobenzolé, aussitôt institué, fut suivi de guérison rapide de cette double arthropathie qui durait depuis plusieurs années.

M. Mouchet montre que l'intérêt de cette observation ne réside pas dans l'aspect de tumeur blanche pris par l'un des genoux. Ces tumeurs blanches syphilitiques ont été vues, il y a longtemps, par Richet et par Fournier. Elles sont connues, bien que l'attention ne soit pas toujours suffisamment attirée sur elles. Leur siège d'élection est le genou.

Ce qu'il y a de spécial, dans le cas des auteurs, c'est la présence de pus franc, retiré par la ponction, d'un genou syphilitique. Des faits de ce genre ont été décrits par Mauclaire et Fouquet, mais ils sont fort rares.

Un signe clinique à noter ici encore, est la *bilatéralité des lésions*. La bilatéralité est un des grands caractères de la syphilis articulaire, des hydarthroses spécifiques, par exemple.

Réaction du benjoin colloïdal et Wassermann.

(MM. Blouquier de Claret et Brugairolle. — *Société de biologie*, 15-12-1923.)

MM. Blouquier de Claret et Brugairolle ont examiné dans le service de neurologie du prof. Euzière, de Montpellier, le liquide céphalo-rachidien de nombreux malades atteints d'affections nerveuses. Ils ont recherché, en particulier, comparativement, l'état de la réaction du benjoin colloïdal et du Wassermann. Ils ont constaté une concordance dans la majorité des cas. Sept fois, cependant, il y eut discordance, et toujours alors la clinique et l'examen complémentaire donnèrent raison à la réaction du benjoin. Il semblerait donc que celle-ci offrît une valeur plus grande encore que le Wassermann dans la détermination des altérations syphilitiques des centres nerveux.

Le réflexe médio-pubien en clinique.

(MM. Guillain et Alajouanine. — *Société de biologie*, 15-12-1923.)

Nous avons parlé du réflexe médio-pubien, signalé par M. Guillain. Il s'obtient en percutant la région pubienne médiane et consiste en une double réponse : contraction des muscles de la sangle abdominale et contraction des adducteurs de la cuisse.

Quelques applications cliniques apparaissent à ce réflexe. On peut le trouver dissocié, la réponse abdominale pouvant être normale et la réponse des adducteurs nulle. Ce caractère a permis à M. Guillain de localiser le siège d'une lésion au-dessous des segments dorsaux D^{11} et D^{12}.

Un réflexe médio-pubien totalement aboli indique une lésion médullaire dorsale inférieure. Partiellement aboli, il oriente vers une lésion médullaire lombaire supérieure.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

A propos du diagnostic des diverticules de Zenker.

M. G. Garnier, ayant eu l'occasion d'observer récemment un diverticule de la partie supérieure de l'œsophage, rappelle les signes de début sur lesquels M. Garel a, depuis longtemps, attiré l'attention. Ces diverticules ont, en effet, une marche très insidieuse et peuvent rester méconnus pendant de nombreuses années. Les signes décrits par M. Garel peuvent faire faire un diagnostic précoce. C'est d'abord le rejet intermittent de petites particules alimentaires solides, telles que grains de riz, de semoule, pépins de raisins, ingérées plusieurs jours auparavant. En second lieu, si l'on examine la gorge au miroir, on constate la présence continuelle, dans les deux fosses latérales, de mucus très aéré, prédominant du côté où siège la lésion. Ce phénomène correspond à une salivation excessive, dont les malades se plaignent d'une manière très précoce. Enfin, la présence de ces bulles d'air, barbotant dans le mucus qui remplit le diverticule, fait entendre à la déglutition un bruit de gargouillement. Ces trois signes, véritable triade symptomatique des diverticules supérieurs de l'œsophage, mettront sur la voie du diagnostic qui sera complété par la radioscopie, le cathétérisme et l'œsophagoscopie.

Radiographie d'un cas de cholestéatome de la mastoïde.

MM. P.-J. Collet et R. Gaillard présentent une radiographie de la région mastoïdienne montrant un élargissement très marqué de l'antre avec densification extrême de sa paroi externe. On fit, sur cet aspect, le diagnostic de cholestéatome de la mastoïde, qui fut de tous points confirmé par l'intervention (évidement pétro-mastoïdien).

Ulcus de la petite courbure décelé par la radioscopie.

MM. Jean et Léo Barbier présentent l'observation d'une malade du service de M. Cade, atteinte de troubles gastriques à allure névropathique, ayant eu cependant depuis quelques jours des douleurs une heure et demie après les repas et quelques vomissements acides. La radioscopie montra l'existence d'un tout petit diverticule (volume d'un petit pois) sur la petite courbure, et lorsqu'on demandait à la malade de toucher le point où siégeaient ses douleurs, son doigt venait se placer exactement sur le diverticule. L'intervention pratiquée par M. Delore (exérèse de l'ulcus) confirma le diagnostic : ulcère perforant dont le fond était constitué par du tissu pancréatique et du tissu cellulo-graisseux.

Accidents post-encéphalitiques du type parkinsonnien chez un hérédo-syphilitique.

MM. Pallasse et Bouvier présentent l'observation d'un homme de 35 ans, sans antécédents héréditaires connus, mais que des déformations très nettes des tibias doivent faire considérer comme un hérédo-syphilitique. En 1920, le malade a fait un premier séjour à l'hôpital (service de M. Bonnamour), pour des phénomènes encéphalitiques, avec température entre 39 et 40°, somnolence, nystagmus, inégalité pupillaire, sans paralysies oculaires. Après un mois et demi de séjour, la température revient à la normale, le malade guérit peu à peu et peut reprendre son emploi de comptable. Deux ans après, apparaît une sialorrhée très gênante, puis des troubles de l'écriture, qui amènent de nouveau le malade à l'hôpital.

A son entrée, facies hébété, aux traits figés, au regard fixe. Salivation abondante, larmoiement. Parole lente, monotone, sans déficit psychique. Gestes lents s'arrêtant si l'on détourne l'attention du sujet. Les troubles de l'écriture consistent en une micrographie très nette. D marche lente, avec perte des mouvements associés. Pas de paralysies ; pas de tremblement au niveau des membres, mais il en existe au niveau de la langue. Micropnée. Ponction lombaire : lymphocyphose normale. A noter que le malade a engraissé de 22 kilos depuis son encéphalite.

Nœvus sébacé développé sur le trajet d'une fente branchiale.

M. Collet présente un homme porteur d'une malformation congénitale consistant en une file arciforme de petites tumeurs verruqueuses, partant du tragus, descendant sur la joue gauche, croisant le maxillaire inférieur, dessinant ainsi le trajet de la première fente branchiale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un nævus sébacé.

Insomnie rebelle guérie par la ténotomie des droits externes.

M. Dor présente une malade qui, depuis huit ans, avait perdu le sommeil et avait consulté en vain de nombreux médecins, et des plus distingués. Elle eut enfin spontanément l'idée que ses yeux pouvaient être en cause et consulte l'auteur, qui constate une exophorie de 16 degrés, c'est-à-dire que la position de repos des yeux est en divergence de 16 degrés et que, pour maintenir le parallélisme des axes optiques, la malade fait un effort permanent de contraction des droits internes. Le port de lunettes amène immédiatement une amélioration. On fait ensuite la ténotomie des deux droits externes, qui amène la disparition de l'insomnie.

Amibiase broncho-pulmonaire.

M. Leclerc présente l'observation d'un homme de 31 ans ayant eu la fièvre typhoïde à 12 ans, une crise d'appendicite la même année et une entérite aiguë en 1911. Début de l'affection en avril 1915, le malade étant sur le front français, en contact fréquent avec des coloniaux, par de la diarrhée parfois glaireuse et sanguinolente ; hospitalisé à diverses re-

prises, pas d'amélioration. Après la guerre, en 1919, un médecin consulté à Paris pense à la tuberculose et croit voir un sommet un peu opaque à la radioscopie. En mai 1921, point de côté droit et fièvre. M. Leclerc voit le malade quelques jours après, ne trouve rien aux poumons, mais devant l'altération de l'état général et constatant une douleur à la pression de la fosse iliaque droite, se souvenant au surplus de la crise appendiculaire ancienne, pense à une appendicite chronique et fait pratiquer, par M. Delore, une appendicectomie. On ne trouve, à l'intervention, que des lésions appendiculaires éteintes. Par contre, l'épiploon est œdématié, le cæcum épaissi et adhérent, avec une très petite quantité de liquide ascitique. Suites opératoires simples ; mais le malade reste subfébrile, pâle, la douleur à la pression du cæcum persiste. A un nouvel examen (juillet), on croit constater une diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Le malade part à la Bourboule pour faire une cure d'air. Là, un examen radiologique est pratiqué. Négatif au point de vue digestif, il décèle au niveau lobe inférieur du poumon droit de petits nodules que le radiologue déclare être de nature tuberculeuse. Quelques jours après, à la suite d'une randonnée en automobile, le malade est pris de frissons violents avec forte fièvre, point de côté à la base droite, râles fins, dyspnée intense, crachats rosés (renseignements fournis par le Dr P. Olivier). Ces signes s'amendent en une huitaine de jours et le malade peut rentrer chez lui, dans l'Ardèche, mais ne quitte plus ensuite la chaise-longue, puis le lit. M. Leclerc le revoit fin septembre avec son médecin habituel et constate : matité dans la moitié inférieure de l'hémothorax droit avec diminution des vibrations, obscurité du murmure avec quelques sous-crépitants discrets, sans souffle, ni égophonie ; expectoration abondante, hémoptoïque et purulente; quatre analyses cytologiques et bactériologiques furent faites en des laboratoires différents : une seule révèle la présente de B. de Koch, peu nombreux. Inoculations négatives. Deux ponctions exploratrices ne ramènent qu'un peu de liquide rougeâtre. Un nouvel examen radioscopique montre une obscurité totale, homogène, de toute la région de la base droite. Le foie dépasse d'un bon travers de doigt les fausses côtes ; la palpation profonde est douloureuse à son niveau. Le teint est terreux, les conjonctives un peu jaunes ; la diarrhée persiste. Amaigrissement progressif, cachexie marquée. La fièvre dépasse sououvent 40°. L'état du malade va s'aggravant. En présence de cet ensemble de symptômes, on pense enfin à une amibiase broncho-pulmonaire et on institue un traitement par l'émétine qui amène une guérison rapide. Il s'agissait donc bien d'amibiase, consécutive à des lésions intestinales anciennes. Le passage des amibes dans le poumon se fait le plus souvent, en pareil cas, par l'intermédiaire du foie.

Il convient de penser à cette affection en présence d'un état broncho-pulmonaire mal défini s'accompagnant de manifestations diarrhéiques. M. Leclerc ne pense pas que, dans son cas, il y ait eu association de tuberculose et d'amibiase : il croit que l'analyse qui a montré des B. de Koch étant la seule positive sur quatre, a dû être entachée d'erreur.

Manifestations pleuro-pulmonaires de l'amibiase.

M. Cade, à propos de la communication précédente, relate l'histoire d'un Annamite observé par lui pendant la guerre et qui succomba après avoir présenté une vomique et des signes de pyopneumothorax. L'autopsie montra une grande quantité de pus fétide dans la plèvre droite, un poumon transformé en éponge purulente avec, à sa partie centrale, une cavité communiquant à travers le diaphragme avec un gros abcès du foie ; ulcération du côlon iliaque. Il s'agissait évidemment d'une amibiase larvée intestinale et hépatique, s'étant présentée au stade des complications pleuro-pulmonaires. Le diagnostic présente évidemment de grandes difficultés. Il ne faut pas négliger la recherche du parasite dans les selles, recherche dont le résultat négatif ne saurait d'ailleurs faire écarter le traitement d'épreuve par l'émétine.

Ulcère simple de la vessie.

MM. Reynard et L. Michon présentent l'observation d'une femme de 26 ans ayant présenté, peu de temps après un accouchement au forceps, de la pollakiurie, puis des hématuries abondantes. Il s'agissait d'un ulcère de la vessie qui guérit après curettage. Les ulcères de la vessie sont rares, en dehors des ulcérations secondaires à des affections vésicales diverses. La cause en est inconnue ; dans certains cas, comme celui de M. Reynard, le traumatisme obstétrical paraît jouer un rôle. Le diagnostic se fait par la cystoscopie.

Fibrome pur du testicule.

M. L. Michon présente un cas de fibrome pur du testicule, affection très rare dont les observations se comptent. Il s'agisssait d'un enfant ; la tumeur, du volume d'une noix, remontait aux premiers mois de la vie.

Société médicale des hôpitaux.

Tétanos à forme prolongée avec hyperthermie anormale.

MM. Bouchut et Bonafé présentent l'observation que nous résumons ci-après : femme de 31 ans, naine rachitique, entrée pour cholécystite et angiocholite et opérée peu après. Suites opératoires et cicatrisation normales. Le 22e jour, apparition de raideur dans les membres inférieurs, sueurs abondantes. On pense d'abord à du pithiatisme, mais le diagnostic de tétanos ne tarda pas à s'imposer : raideur d u dos et de la nuque, dysphagie et trismus, température à grandes oscillations à partir du quarante et unième

jour. Liquide céphalo-rachdien normal, sans tension. Le quarante-huitième jour, le *thermomètre éclata* dans l'ampoule rectale de la malade, et deux fois cet accident se répéta. La température était d'ailleurs très instable, passant de 43° à 37°2. L'évolution de ce tétanos dura *soixante et onze jours* avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. On nota, par intermittences, de la céphalée, des vomissements, de l'amblyopie. Les crises paroxystiques furent assez rares. Pendant neuf jours avant la mort, la malade rest a apyrétique, avec trismus et dysphagie considérable et flaccidité des membres inférieurs. La malade reçut en tout *cinq litres et demi de sérum*, ce qui greva le budget des hospices de la somme de 2.700 francs ! L'autopsie fut entièrement négative, ainsi qu'une culture des centres nerveux et du tissu de cicatrice opératoire.

Tumeurs histologiquement bénignes avec généralisation.

MM. Cade et J. Barbier relatent deux observations de tumeurs, cliniquement latentes, de l'estomac accompagnées de généralisation ganglionnaire et hépatique dans un cas, seulement ganglionnaire, dans l'autre, tumeurs qui, à l'examen histologique, présentaient l'aspect de l'adénome. Ceci ne prouve pas, ainsi que le font remarquer les auteurs, que les tumeurs bénignes peuvent se généraliser, mais que des tumeurs réellement malignes peuvent avoir la structure de tumeurs bénignes

Pneumothorax d'origine tuberculeuse chez un nourrisson.

MM. Mouriquand, Bernheim et Charleux présentent l'observation d'un enfant de quatre mois, entré à l'hôpital pour coqueluche, chez lequel apparut un hydropneumothorax que l'autopsie montra avoir été provoqué par la rupture de la plèvre,au contact d'une caverne tuberculeuse développée dans la zone corticale du poumon. Cliniquement, on n'avait pas noté les signes habituels des pneumothorax, si ce n'est un bruit de pot fêlé, perçu en dehors des cris (chez le nourrisson, lorsque l'enfant crie, on obtient souvent le bruit de pot fêlé, en dehors de toute collection gazeuse). La radioscopie seule avait permis le diagnostic. L'épanchement se résorba d'ailleurs rapidement et l'enfant succomba à ses lésions pulmonaires. A noter enfin que la cuti-réaction à la tuberculine s'était montrée négative à deux reprises, fait exceptionnel chez le nourrisson tuberculeux.

Méningite cérébro-spinale chez un albuminurique.

MM. Zœller et Xamben, médecins-majors, présentent l'observation d'un soldat entré à l'hôpital pour albuminurie, chez lequel apparurent, après trois semaines de séjour, des symptômes méningés avec coma, qui firent pendant quelque temps faire penser à des accidents urémiques. Deux ponctions lombaires furent pratiquées, l'une donna un liquide normal, l'autre un liquide riche en polynucléaires et renfermant du méningocoque, d'ailleurs en petite quantité. Guérison rapide par le sérum.

Tétanie d'origine digestive et insuffisance hépatique.

MM. Bouchut et Morénas rappellent qu'ils ont déjà présenté à la Société une malade atteinte de cancer sténosant du pylore avec généralisation ovarienne et qui présenta, en outre, des phénomènes de tétanie et des altérations très marquées du foie. Les auteurs se posent à ce sujet deux questions : 1° l'atteinte du foie est-elle due au néoplasme ? Ils ne le pensent pas ; la fonction hépatique reste habituellement normale chez les cancéreux gastriques, en dehors des métastases ; dans leur cas, le foie était méiopragié du fait des habitudes alcooliques de la malade, mais le caractère des lésions observées les leur fait attribuer surtout à la toxi-infection émanant de la stase gastrique ; 2° la tétanie peut-elle dépendre de l'insuffisance hépatique ? On a attribué la tétanie d'origine digestive à diverses causes, notamment à l'insuffisance des glandes parathyroïdes, mais on tend à revenir à la théorie de l'intoxication par les liquides de stase ; celle-ci se fait par la voie portale et touche en premier lieu le foie. Il semble donc que l'insuffisance hépatique joue un rôle important dans la production de la tétanie.

Coma dyspeptique et insuffisance hépatique.

MM. Cade et Morénas présentent l'observation d'un homme de 52 ans amené à l'hôpital en état de demi-coma. On peut cependant obtenir de lui ces quelques renseignements : syphilis, il y a 24 ans ; bonne santé jusqu'à ces derniers mois, puis apparition d'un ictère et altération de l'état général. Bientôt le coma s'installe, complet. Sujet émacié, teint pâle et jaunâtre. Légère splénomégalie. Réflexes rotuliens diminués, mais non abolis, pas de Babinski, Pupilles paresseuses. Le malade présente quelques mouvements convulsifs à droite et meurt rapidement. L'autopsie montra l'existence d'un ulcéro-cancer pylorique avec altérations du foie et de la rate. Le coma dyspeptique est une manifestation rare, qui se rencontre presque toujours chez des cancéreux gastriques ; on a pu en observer chez des ulcéreux, mais ce fait prouve seulement qu'on ne peut l'attribuer aux toxines du cancer. Il paraît rationnel d'en voir la cause principale dans l'insuffisance hépatique.

Un cas de mort par injection de lait.

MM. Bouchut et Bonafé présentent l'observation d'une malade de 74 ans, atteinte d'asthme, chez laquelle de nombreuses médications ayant échoué, ils essayèrent les injections de lait : une première série de quatre injectionsamena une amélioration très sensible, si bien que les crises ayant récidivé, la malade revint elle-même réclamer de nouveau ce traite-

ment. Mais cette fois, à la sixième injection, la malade fut prise immédiatement d'un malaise intense et succomba en cinq minutes, malgré des soins énergiques. L'autopsie ne permit pas d'expliquer cette mort rapide ; d'autre part, au niveau de l'injection, on ne trouva pas de lait, ce qui semble indiquer une absorption rapide par une veine. Le sang n'avait pas jailli cependant par l'aiguille introduite seule au préalable. Cette précaution peut donc être insuffisante et il convient en pareil cas, d'aspirer avec la seringue en place, pour s'assurer qu'on ne ramène de sang.

M. Cordier pense que la protéinothérapie donnera des mécomptes ; elle peut occasionner des chocs très violents et ne donne que des résultats temporaires.

M. Weill fait remarquer que les injections de lait, de sérum, sont dangereuses chez les sujets présentant de l'asthme ou de l'urticaire.

Perforation pulmonaire au cours d'un pneumothorax artificiel.

MM. Chaix et Vallery présentent, au nom de M. Cordier, des pièces provenant de l'autopsie d'une malade ayant succombé après plusieurs insufflations dans la plèvre. Il y avait de nombreuses adhérences qu'avait d'ailleurs montrées la radioscopie.

Influence des rayons ultra-violets sur la précipitation du calcium dans les os rachitiques.

MM. Vignard, Mouriquand, Chassard et Bernheim présentent l'observation de deux jumeaux nourris pendant six mois au lait condensé Nestlé et à la crème de riz, présentant à peu près rigoureusement les mêmes symptômes de rachitisme et tous deux une grosse rate. Cuti-réaction et réaction de Wassermann négatives. L'un d'eux fut soumis, pendant un peu plus d'un mois, aux irradiations de la lampe de quartz à vapeurs de mercure (rayons ultra-violets), l'autre servit de témoin. Chez le premier, on put constater par la radiographie une récalcification rapide des extrémités osseuses ; chez le second, les lésions ne se modifièrent pas. Ce fait confirme les travaux expérimentaux de Hess, en particulier, sur l'action bienfaisante des rayons ultra-violets sur la nutrition osseuse, action qui, elle-même, explique les heureux résultats de l'héliothérapie.

Traitement de la cirrhose du foie par les sels mercuriels.

MM. Gallavardin et Régnier présentent deux observations de cirrhotiques qu'ils ont traités par les sels mercuriels. La première a trait à une cirrhose alcoolique typique avec ascite ayant nécessité de juillet à novembre 1922 *neuf ponctions* (76 l. 5 de liquide). On donne alors, pendant dix jours, quinze centigrammes par jour de calomel en trois doses. Augmentation de la diurèse. Même cure en décembre et janvier suivant. L'ascite diminue progressivement et disparaît. La seconde observation concerne une femme, également atteinte de cirhose éthylique, et ayant subi *dix-huit ponctions* (en tout 228 litres de liquide). On fait alors du cyanure de Hg intra-veineux : 5 milligrammes, puis 15, puis 2 centigrammes par jour tous les deux ou trois jours ; en tout, seize injections. Le taux des urines passe de 600 à 1.200 et 1.700 gr. par jour. La dentition étant très mauvaise, la gingivite oblige à suspendre le traitement. Le mois suivant, on reprend le mercure sous forme de calomel : 3 cachets de 5 centigr. par jour, en commençant par 1, puis 2, puis 3 par jour. La diurèse est de nouveau très augmentée et la malade nettement améliorée. L'action diurétique a été plus rapide et supérieure à celle du cyanure et a persisté après son administration. On doit donc le considérer comme le médicament de choix.

Tumeur ovarienne double avec pleurésie secondaire

MM. Gallavardin et Gravier présentent l'observation d'une femme de 35 ans porteur d'une tumeur kystique bilatérale des ovaires s'accompagnant d'épanchement volumineux de la plèvre droite ; celui-ci nécessita en un mois et demi huit ponctions. Malgré l'état grave de la malade et se basant sur des cas analogues antérieurement observés, M. le professeur Tixier résolut de pratiquer l'ablation des tumeurs. Après cette intervention, on assista à une disparition rapide de l'épanchement, fait paradoxal, si l'on songe que d'ordinaire, les généralisations d'une tumeur évoluent pour leur propre compte et que souvent même l'ablation de la tumeur semble leur donner un coup de fouet. La malade, après deux mois d'état parfait, a succombé avec des signes de généralisation intra-thoracique.

A. C.

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Professeurs A.-B. Marfan, J. Anderodias, René Cruchet. **Introduction à la médecine des enfants : hygiène, allaitement, croissance, puberté, maladies du nouveau-né.** *Deuxième édition*, 1923. (Un vol. gr. in-8° de 528 pages avec 88 figures. Prix : 35 fr.)

C'est le premier volume de « *La pratique des maladies des enfants : diagnostic et thérapeutique* », qui doit comprendre, en 9 volumes (7 parus), les maladies des différents organes ou systèmes, y compris les fièvres éruptives, les maladies de la peau, et en plus, la chirurgie des enfants. Avant l'achèvement de cette publication, il est devenu nécessaire d'en publier une deuxième édition.

Le Pr Marfan y traite les considérations générales sur l'enfance, ses périodes, ses maladies. Comme tou-

jours, cet auteur est soucieux du fonds et de la forme.

Le Pr ANDÉRODIAS a traité : le nouveau-né et le nourrisson. Après des notions anatomiques et physiologiques, il expose l'hygiène du nouveau-né depuis la ligature du cordon ombilical, jusqu'aux soins minutieux de tous ordres si indispensables au nouveau-né. Puis, il passe en revue les maladies propres au nouveau-né ; il étudie ensuite le développement du nourrisson (croissance, dentition, etc.), l'hygiène et l'alimentation du nourrisson. Enfin, il consacre au prématuré un chapitre spécial.

Le Pr CRUCHET termine ce volume par une étude d'ensemble de la moyenne et de la grande enfance, croissance physique, hygiène générale (alimentation, vêtements, promenades, jeux, sommeil, travail) et éducation.

Enfin, en une centaine de pages, il s'arrête à la puberté : croissance physique, croissance psychique, hygiène générale et éducation et maladies propres à la puberté.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

A. JUILLET et L. GALAVIELLE, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier. — **La pratique microscopique**. Un vol. in-8° de 730 pages avec 128 figures dans le texte et 50 planches en couleurs hors texte, 1923. Prix : 65 fr.

Ce traité est plutôt un guide très complet, destiné à faciliter les manipulations les plus importantes, communément demandées au laboratoire. Il donne à l'étudiant et au praticien quelques-unes des techniques qui constituent la base des recherches cliniques les plus fréquentes. Les auteurs s'appliquent à n'indiquer que des méthodes classiques, ayant fait leurs preuves, ou quelques nouvelles, appelées à un rôle important dans le diagnostic médical, et qui ne sauraient être ignorées de personne, malgré leur emploi restreint.

Ces techniques sont presque toujours sommairement expliquées, et une rapide esquisse est tracée des hypothèses émises pour les justifier. L'emploi de chaque technique est exposé clairement ; le plan de chaque étude microscopique est détaillé ; l'interprétation des résultats est elle-même indiquée dans ses grandes lignes.

En réalité, le débutant ne saurait se méprendre sur la facilité apparente de certaines recherches. Son attention est maintes fois appelée sur les difficultés qu'il peut rencontrer et sur la gravité des erreurs qu'il peut commettre. Les auteurs lui rappellent la responsabilité qu'il assumera en abordant certaines recherches devenues banales par leur large emploi en clinique, mais qui exigent de la part du praticien des connaissances et une habileté que la simplicité apparente de certaines techniques pourrait lui faire oublier.

L'illustration est abondante et fort bien adaptée. La plupart des figures sont originales : pour faciliter leur lecture, quelques dessins sont demi-schématiques. Les échelles de grossissement sont rigoureuses et constantes, car il faut habituer l'observateur à la précision scientifique.

Dans une première partie, se trouve la liste des objets nécessaires à toute installation de laboratoire, des notions précises sur la stérilisation des milieux de culture, les ensemencements et les inoculations. Puis viennent la description du microscope, l'étude des préparations microscopiques, des méthodes de coloration et de fixation.

Plus importante est la deuxième partie ; elle débute par l'étude du sang. La sérologie comprend ensuite tous les séro-diagnostics, et l'importante réaction de Bordet-Wassermann. Dans l'hémoculture, procédé de diagnostic fort apprécié pour sa grande précision, la technique d'isolement et de caractérisation des bacilles du groupe Eberth-coli, constitue un type de manipulation bactériologique.

Les auteurs donnent une étude sommaire des espèces bactériennes, ne précisant que les caractères indispensables pour le diagnostic médical, et ajoutant chaque fois l'étude cytologique des sérosités, et une rapide interprétation des résultats. C'est ainsi qu'ils étudient les pus, les exsudats pathologiques, les crachats, les liquides des séreuses, le liquide céphalo-rachidien, dans leur forme, leur flore, leur cytologie.

Après les teignes et la gale, ils abordent la coprologie. Un chapitre est consacré aux urines ; enfin, il est traité de l'analyse bactériologique de l'eau.

Enfin, il est signalé au lecteur les périodiques et les journaux qu'il devra consulter pour étudier plus à fond les questions qui l'intéressent.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr JAMIESON, B. HURRY. — **Les cercles vicieux en pathologie**, traduit sur la 3e édition anglaise, revue et augmentée par les docteurs C. FLANDIN et FRANÇON. (Un volume in-8, 1923, 24 planches, dont une en couleurs. Prix : 20 fr).

La traduction de MM. Flandin et Françon nous fait connaître l'intéressante monographie de Hurry, qui jouit d'une grande popularité dans les pays de langue anglaise, où elle a atteint sa troisième édition : il suffit de parcourir ce volume pour se rendre compte de la prodigieuse érudition de l'auteur, et de l'aisance avec laquelle il passe des problèmes les plus délicats de la pathologie générale aux cas concrets que nous offre la clinique journalière.

Sous le nom de cercle vicieux, il étudie le processus morbide, qui consiste « dans la perpétuation et l'aggravation réciproques d'un désordre par un autre désordre », et il lui assigne trois origines différentes : les corrélations physio-pathologiques qui solidarisent deux organes ou deux séries d'organes, les réactions des symptômes sur leurs causes, l'intervention irrationnelle d'une thérapeutique indésira-

ble (cercles dits artificiels parce qu'ils sont l'œuvre du médecin).

Voici un exemple de cercle vicieux : dans la pneumonie, on rencontre souvent une réaction circulaire due à l'embarras réciproque du cœur et des poumons. Le grand effort imposé au ventricule droit est dû en partie à la gêne de la circulation pulmonaire et à l'insuffisance de l'hématose, et en partie à l'action des toxines ; il entraîne fréquemment de la dilatation et de la défaillance cardiaque. Quand cette défaillance survient, la faiblesse du myocarde gêne encore davantage, à la fois, la circulation pulmonaire et l'hématose ; le trouble premier se trouve ainsi renforcé. « Le cœur entre ainsi dans un circulus vitiosus, puisque la stase sanguine cause une nouvelle diminution de la quantité d'oxygène, dont dépend l'activité cardiaque augmentée (Fränkel). »

Le domaine du cercle vicieux est très étendu. Hurry passe successivement en revue, à ce point de vue, les grands appareils de notre organisme, puis les affections des animaux supérieurs et des plantes : par des exemples, il montre le rôle considérable qui revient à ce mécanisme pathogénique dans la maladie, soit qu'il la prolonge, soit qu'il l'aggrave au point de détruire totalement certains organes ou d'entraîner une terminaison fatale. Mais bien souvent, le cercle vicieux est interrompu par le jeu des forces naturelles ou par les procédés thérapeutiques (mesures d'hygiène, médications internes, appareils chirurgicaux, interventions opératoires), qui sont à la disposition du praticien.

En terminant, Hurry insiste sur la nécessité pour l'art de guérir de tenir compte de cette notion nouvelle du cercle vicieux.

L'ouvrage est illustre de schémas clairs et nombreux, qui permettent de bien suivre les idées de l'auteur.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

F. BEZANÇON, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et S.-I. DE JONG, médecin des hôpitaux de Paris. — **Maladies de l'appareil respiratoire.** Tome II du Précis de pathologie médicale. (Un vol. de 566 pages avec 82 figures et 2 planches en couleurs). 1923. Prix : 20 fr.

Sur six volumes, que comprendra le « Précis de Pathologie médicale » destiné à remplacer le « Dieulafoy », deux ont déjà paru : ils sont consacrés, l'un *aux maladies du sang et des organes hématopoïétiques et maladies des reins* ; l'autre, aux *maladies de l'apparel digestif et de la nutrition*.

Le troisième volume (tome II), qui paraît aujourd'hui, est consacré aux maladies de l'appareil respiratoire. Les auteurs y ont condensé le fruit de leurs nombreux travaux ; mais, tout en donnant ainsi à leur ouvrage une allure très personnelle, ils ont su restreindre la place réservée à leurs propres recherches pour exposer les faits classiques et les autres travaux récents. C'est donc un livre d'enseignement de premier ordre, dont la lecture sera aussi profitable au médecin qu'à l'étudiant.

Après quelques pages consacrées à l'anatomie et à la physiologie, ainsi qu'à l'anatomie pathologique générale des voies respiratoires, les auteurs étudient méthodiquement les diverses maladies des divers segments de l'appareil respiratoire.

Ils traitent notamment les bronchites, la dilatation des bronches, l'asthme, l'emphysème, sujets auxquels ils ont consacré de si importants travaux.

Vient ensuite la tuberculose : tuberculose de première infection, tuberculose du nourrisson, tuberculose ganglio-pulmonaire de la deuxième enfance, tuberculose pulmonaire de l'adulte avec ses diverses formes anatomo-cliniques, ses moyens de diagnostic et son traitement.

Sont enfin traitées les pleurésies, le pneumothorax, et les maladies du médiastin, avec l'adénopathie trachéo-bronchique et les médiastinites.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

CH. FIESSINGER. — **Les pronostics du praticien en clientèle** (*In* « Comment guérir » ? Bibliothèque des praticiens. Un vol. in-8°, 324 pages, 1923.)

Ce volume, conçu dans un esprit méthodique, écrit dans un style clair, est d'une portée éminemment pratique. Le malade veut, en effet, guérir, mais il veut aussi savoir quand et comment il guérira, et il faut que son médecin puisse le lui dire.

Or, les pronostics valent par le don de prévision qu'ils témoignent du médecin ; ce dont de précision ayant été reconnu exact par le malade, celui-ci accorde sa confiance. Et n'oublions pas que, guérir un malade, c'est, au point de vue pratique, obtenir le consentement du système nerveux : système nerveux seul désorienté dans nombre de désordres du sympathique neuro-glandulaire, système nerveux touché par les réactions d'un organe malade ou par les toxines d'une maladie infectieuse.

Le meilleur thérapeute n'est point celui qui ordonnera le plus de remèdes ; c'est celui qui saura tirer du système nerveux les procédés défensifs les plus immédiats et les mieux combinés.

Après un chapitre consacré au pronostic par les examens de laboratoire et les grands symptômes, l'auteur envisage successivement les différentes maladies étudiant le pronostic suivant la cause, suivant l'âge, les symptômes, les complications, le traitement.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Comment combattre l'hypertension des artério-scléreux

Une des grandes difficultés de la thérapeutique des artério-scléreux hypertendus a été de diminuer la pression artérielle d'une manière efficace et progressive. Ce n'est pas que les hypotenseurs manquent, trinitrine, nitrate de soude, tétranitrate d'érythrol, gui, etc..., mais leur emploi est limité et on ne saurait en faire la base d'une cure continue. Seul, l'iodure de potassium ou de sodium a été préconisé d'une manière un peu empirique et il a donné des résultats parfois très appréciables. On explique ceux-ci, depuis les recherches du Pr G. POUCHET sur l'iode et les iodiques, par les propriétés spoliatrices des iodures, qui, diminuant la masse sanguine, abaissent la tension vasculaire et soulagent le travail du cœur. Le même savant pharmacologue a été amené récemment à reprendre ses recherches, avec la collaboration de Mme SOUFFLAND. Au cours d'études sur l'iode colloïdal électro-chimique (iodéol), ces auteurs ont constaté que ce produit exerce une influence marquée sur la pression artérielle qu'il abaisse d'une façon presque constante, et reconnu ainsi qu'il peut être appliqué très utilement au traitement de l'artério-sclérose contre laquelle il agit en qualité d'hypotenseur doux et continu. Son action se montre bien supérieure à celle des iodures, étant moins brutale et plus sûre et s'attestant parfaitement tolérée par tous les malades.

M. G. POUCHET et Mme SOUFFLAND viennent de publier dans le *Progrès Médical* (5 décembre 1923) les résultats de cette expérimentation. Ils sont des plus satisfaisants. Nous ne pouvons reproduire ici, même résumées, les observations qu'ils rapportent et nous devons nous borner à en indiquer les conclusions. Le traitement consiste, en outre des précautions diététiques et hygiéniques classiques, dans l'administration, par la voie digestive, d'iodéol, sous forme de capsules, au nombre de 4 à 6 par jour en deux ou trois fois, pendant une période de 12 à 15 jours, suivie d'un repos d'une huitaine de jours et d'une reprise de la médication. Au bout de quelque temps, on peut changer le rythme de l'administration des capsules de la façon suivante : huit jours de traitement, une quinzaine de repos, huit jours de capsules, trois semaines de repos, et ainsi de suite, en surveillant l'état de la pression artérielle, rapprochant au besoin ou même prolongeant la période d'administration de l'iodéol. Par cette technique, le médicament est administré de la manière la plus utile pour éviter l'accoutumance et permettre au malade d'obtenir tous les bons effets de son traitement. Dans les cas où la pression maxima est très élevée, atteint ou dépasse 27, on se trouvera bien de débuter par une saignée de 150 à 300 grammes, suivant les circonstances.

Ce traitement à l'iodéol, qui ne souffre aucune difficulté et ne produit aucun mécompte, amène une amélioration assez rapide et qui se maintient. Dès la première quinzaine, la pression maxima peut baisser de plusieurs centimètres de Hg. et, au bout de trois ou quatre périodes de traitement semblables, cette pression peut être abaissée de 10 à 11 centimètres et revenir à la normale, où, tout au moins à une pression compatible avec un état de santé satisfaisant, comme en témoigne la disparition de tous les malaises (maux de tête, étouffements, irritabilité) et la possibilité d'une activité régulière, Il est à noter toutefois que la pression minima est moins touchée que la maxima et ne diminue que de 1 à 2 centimètres. L'amélioration remarquable ainsi obtenue persiste malgré des interruptions de traitement très prolongées, et peut même être définitive (observation 3).

On ignore encore par quel mécanisme l'iode colloïdal (iodéol) produit ces résultats, mais les faits sont là, qui méritent la plus sérieuse attention. Ils placent désormais l'iodéol parmi les hypotenseurs les plus constants et les plus maniables.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE MÉDECIN, FONCTIONNAIRE SOCIAL

Il vient d'en arriver une bien bonne à Louis Forest, le distingué chroniqueur qui, chaque jour que Dieu fait, signe en première page du journal *Le Matin*, le *Propos d un Parisien.*

Vous savez de reste que M. Forest nourrit une tendresse particulière pour la médecine et pour les médecins. Il est de ceux qui rêvent d'assainir une profession dont l'antique prestige est en train de sombrer sur les bancs de la correctionnelle. Il est de ceux qui préconisent la création d'un Ordre des médecins, seul organisme capable de procéder aux exécutions nécessaires et aux épurations indispensables.

Il rêve également d'une transformation du médecin, chargé non plus de soigner les malades, mais de prévenir les maladies, et devenant de ce fait une sorte de fonctionnaire social, je crois même qu'il dit — saluons ! — de *haut* fonctionnaire ! !

Or, quelle n'a pas dû être sa satisfaction le jour où il a pu croire que son dernier rêve était sur le point de devenir une réalité dans un gros bourg de la Sarthe ? Voici en effet, ce qu'il écrivait le 16 janvier dernier :

A Tuffé (Sarthe)

J'expliquais, il y a quelque temps, une évolution des mœurs médicales. En empêchant les gens de devenir malades, l'hygiène scientifique fait tort au médecin, qui vit de la fièvre et du microbe. Il devient donc illogique de payer le médecin à la maladie, il faut, comme en Chine, le payer à la santé. Il doit avoir intérêt à voir autour de lui le monde bien portant.

Telle est aussi la thèse du maire de Tuffé (Sarthe).

Il considère, par exemple, que la santé est le plus précieux des biens ; que les pouvoirs publics doivent parfois se substituer à l'action individuelle, quand cette dernière n'est pas rationnelle ; que, par exemple, un individu qui, pour s'épargner les frais d'une consultation, ne va pas faire soigner, au début, une maladie qui, prise à temps, eût été bénigne et non contagieuse, fait un tort à la société ; que les ressources d'un médecin sont basées — à moins qu'il ne soit un saint (*sic*) — sur la longueur et la persistance de la maladie ; que le médecin ne doit pas s'inquiéter de savoir si son client le payera ou non ; qu'il doit être suffisamment rémunéré à l'avance pour récupérer les énormes frais de ses études et résister à la tentation de faire durer la maladie...

En conséquence, le maire de Tuffé a proposé de créer une association entre tous les habitants de sa commune. Chacun payera une cotisation pour assurer à un médecin une existence confortable. Ce docteur devra faire des conférences d'hygiène, de prophylaxie... Il touchera un salaire fixe, mais il aura des « primes » à la santé publique. Disposition encore plus intéressante : « Pour les maladies et blessures imputables à la négligence ou à la mauvaise conduite de l'assuré, le médecin aura le droit de refuser ses soins gratuits ».

Si ce texte était américain, on s'extasierait sur son originalité pratique. Mais il vient de Tuffé (Sarthe).

Quatre jours plus tard, le 20 janvier, M. Forest reconnaissait qu'il avait été induit en erreur et que le maire de Tuffé n'était absolument pour rien dans le projet imaginaire qu'il vantait si fort précédemment.

Il en informait ses lecteurs dans les termes suivants, qui ne manquent pas de saveur.

L'heureuse erreur.

Je crains d'avoir, et malgré moi, joué un mauvais tour au maire de Tuffé (Sarthe). J'ai raconté que, dans cette localité, la municipalité proposait de créer une assurance obligatoire non pas contre la maladie, ce qui serait banal, mais pour la santé, ce qui est beaucoup plus original. Un médecin serait chargé de veiller à la santé publique, en veillant sur la santé privée. Il serait municipalement payé pour « dépister » à l'école, dans les familles, partout, le mal naissant, toujours facile à soigner au début. Il serait d'autant mieux rémunéré que la population se porterait mieux.

Ce projet avait paru suffisant. Il répond à un idéal nouveau d'hygiène sociale. Par malheur, il est un peu comme la jument de Roland. Vous savez qu'elle n'avait qu'un défaut : celui d'être morte. Le projet n'existe pas. La proposition imprimée qui m'a été adressée est due à un habitant de Tuffé, aujourd'hui retiré en Dordogne, et qui, voulant faire le bien, a publié un règlement comme s'il était le maire de la ville. De la sorte, les compliments adressés à Tuffé (Sarthe) ne sont pas, pour l'instant, mérités. Mais, et c'est là le miracle, le bon exemple porte des fruits même lorsqu'il n'a pas été donné. L'initiative que Tuffé (Sarthe) n'a pas prise a éveillé, de divers côtés, l'attention. Il en naîtra du progrès par-ci, par-là. Le

mauvais tour joué au maire de Tuffé prend donc un tour excellent.

M'est avis que le mauvais tour a été bien plutôt joué au chroniqueur du *Matin* qu'au maire de Tuffé. Il y a eu erreur, et si M. Forest la qualifie d'heureuse, c'est qu'il sait, comme dit l'autre, faire contre fortune bon cœur.

C'est dommage ! Il eût été curieux pour nous d'assister à l'expérience dont on prêtait gratuitement la conception au maire de Tuffé, et d'en enregistrer les résultats. Il faut que vous sachiez que Tuffé compte environ 1500 habitants : c'était un champ expérimental particulièrement bien choisi... Chaque habitant aurait sans doute été frappé d'une contribution de 20 francs par an, ce qui aurait constitué une prébende d'environ 30.000 francs pour le haut fonctionnaire social de cette commune.

Hélas ! le rêve de M. Forest reste rêve. Et il n'a même pas le mérite de la nouveauté ni de l'originalité. J'ai souvenir d'avoir publié, dans les colonnes du *Concours*, une proposition de l'un de nos correspondants, selon laquelle tout Français serait tenu de se soumettre, une fois par an, à une visite médicale et de la payer, fût-il le mieux portant du monde. Ce serait proprement une assurance contre la maladie. Et d'autre part, les honoraires perçus ainsi par l'homme de l'art lui constitueraient une sorte de fonds de caisse qu'il serait assuré de toucher.

En 1919, M. Taft, ancien président de la République des Etats-Unis, avait fondé une Ligue pour la prolongation de la vie. Moyennant une cotisation de 75 francs par an, les ligueurs recevaient des conseils personnels et individuels de santé. Mon ami Boudin, à l'époque où cette nouvelle nous parvint, commenta cette création, dont nous ne savons pas si elle a jamais fonctionné, et quels résultats elle a donnés. Mais, c'était en Amérique, et nous sommes en France !

Si le projet prêté au maire de Tuffé consiste tout simplement à organiser, dans cette commune, un poste de médecin directeur d'hygiène, rien encore là de nouveau ni d'original, si ce n'est la rémunération de ce fonctionnaire par les habitants eux-mêmes de cette minuscule commune. La loi sur la santé publique, qui doit être prochainement remaniée et perfectionnée (!), prévoit, dans son texte nouveau, l'obligation, pour les villes d'une certaine importance, d'avoir un bureau d'hygiène, avec un personnel compétent.

L'idée est excellente dans son principe. Je ne sais si elle le sera autant dans sa réalisation ; mais c'est là une autre histoire qui n'a rien à faire ici aujourd'hui.

Ce qui n'est pas douteux, c'est que, parallèlement au perfectionnement de la technique médicale, on tend de plus en plus, — et les médecins ne sont pas les derniers à s'associer au mouvement, quoi qu'on en ait dit dans un esprit mal intentionné, — à organiser l'hygiène et la prophylaxie, qui préviennent les maladies, ce qui vaut mieux, nous en sommes d'accord, que d'avoir à les soigner.

Des progrès indiscutables ont été accomplis, depuis le temps, déjà éloigné, où la pratique obligatoire de la vaccination jennérienne a commencé à faire disparaître pour ainsi dire la variole de la nosographie, en tant que maladie épidémique. La vaccination anti-typhoïdique, si largement pratiquée pendant la guerre sur tous les individus mobilisés, a fait également ses preuves. Il est à présumer qu'un jour viendra où elle sera aussi couramment effectuée que la précédente. On peut non moins concevoir qu'il en sera sans doute de même de certaines autres maladies contagieuses. Et nous savons déjà quels résultats ont donné, au point de vue prophylactique, les injections préventives de sérum de convalescent de scarlatine, de rougeole....

Mais, si des maladies contagieuses, vieilles connaissances des médecins, tendent à disparaître, il faut bien l'admettre, de nouvelles entités pathologiques peuvent, en contre-partie, faire leur apparition : je n'en veux pour preuve récente que l'encéphalite épidémique, question d'étiologie mise à part, qui n'était pas connue il y a dix ans.

La roue tourne, et nous pouvons dire, avec le poète : *multa renascentur quæ jam cecidere.*

Quelque développement heureux que prenne la prophylaxie, il est vraisemblable, sinon certain, qu'il y aura toujours des malades, et qu'il faudra toujours des médecins pour les soigner individuellement. Il semble donc illusoire d'espérer que l'hygiène et la prophylaxie suffiront à tout.

Le rôle de l'hygiéniste a grandi et grandira encore sans doute ; celui du médecin de soins ne diminuera pas autant que M. Forest le prophétise. Et c'est ici que se pose, de nouveau, la question : Peut-on concevoir à sa façon, que le médecin de soins soit un fonctionnaire social, payé par la collectivité, sans doute forfaitairement ?

Plusieurs considérations, et notamment le souci de la qualité des soins, provoquent une réponse franchement négative. Non, le médecin de soins ne doit, en aucun cas, être une sorte de fonctionnaire, même haut placé, dans la hiérarchie sociale.

— Mais, a-t-on déjà objecté, il y a bien d'autres intellectuels qui, fonctionnaires de l'Etat, ou d'une collectivité quelconque, reçoivent un traitement fixe, et dont le travail n'en est pas moins sérieusement accompli ! Des ingénieurs, des architectes...

Voire !

En tous cas, s'il en était un jour ainsi des mé-

decins, ils devraient être soumis aux mêmes obligations et bénéficier des mêmes avantages : la journée de huit heures, le repos hebdomadaire, un congé annuel payé, une retraite après trente ans de pratique et soixante ans d'âge.

J'ai assisté un jour à une répétition avec orchestre de l'opéra-comique : *Philémon et Baucis*. On approchait de la fin du deuxième acte, il ne restait plus que quelques mesures de la partition à exécuter. Sur ces entrefaites, midi sonne. Immédiatement, comme un seul homme, tous les musiciens de l'orchestre posent leurs instruments et quittent leur pupitre, laissant en plan les chanteurs et le metteur en scène qui dirigeait la répétition. Leur contrat portait qu'ils ne devaient pas jouer plus de deux heures de suite. Midi marquait la fin de la deuxième heure. Aucune considération, et en particulier celle-ci, qu'il n'y en avait plus que pour cinq minutes, n'eût été de nature à les retenir.

Voyez-vous un médecin fonctionnaire — et j'emploie ce terme parce qu'il fait image — le voyez-vous en train d'accoucher une femme ; la tête est à la vulve ; l'expulsion du fœtus est prochaine ; encore une demi-heure, et tout sera terminé. Mais, l'heure qui tinte clôt sa journée de travail, sa tâche horaire accomplie. Il laisse là la parturiente et se retire... Evoquer cette situation ridicule et criminelle, c'est tout simplement en montrer toute l'absurdité.

Voyez-vous, Monsieur Forest, l'hygiéniste public peut être sans grand inconvénient un fonctionnaire. Mais ne souhaitez plus que le médecin de soins le devienne. Car s'il en était jamais ainsi, vous seriez exposé à voir votre médecin personnel vous abandonner au beau milieu de son examen, parce que sa journée de huit heures viendrait précisément de finir. Et vous ne seriez pas content !!!

G. DUCHESNE.

Référence du *Répertoire d'Hygiène et de Médecine sociales* : 5720.

LA MUTUALITÉ

Un conflit grave entre les médecins belges et les mutualistes

Nous lisons dans *Le Quotidien* du 16 janvier 1924 l'entrefilet suivant :

Un conflit grave vient d'éclater à Bruxelles entre les mutualistes et les médecins.

Il n'est pas sans intérêt de le signaler au public français : on sait que, chez nous, les relations sont parfois un peu tendues entre les sociétés de secours mutuels et le corps médical. Puissent-elles n'arriver jamais au degré d'acuité qu'on constate en Belgique !

La cause principale du conflit porte sur les honoraires médicaux payés par les mutualités bruxelloises.

Suivant contrat valable pour 1923, leur taux avait été fixé comme suit :

Consultation chez le médecin : 2 fr. ;
Visite à domicile : 4 fr. ;
Visite urgente ou de nuit : 9 fr.

Les médecins refusent ce taux pour 1924 et, invoquant la cherté de la vie, ils proposent :

Consultation chez le médecin : 4 fr. ;
Visite à domicile : 6 fr. ;
Visite urgente : 10 fr. ;
Visite de nuit : 20 fr.

Les mutualistes se récrient. Accorder ces honoraires aux médecins, déclarent-ils, ce serait ruiner les Sociétés, tuer la mutualité en Belgique.

Les médecins répliquent que les sociétés de secours mutuels peuvent aisément demander un effort financier plus grand à leurs adhérents, ou ne payer qu'une partie des honoraires médicaux, les adhérents assumant personnellement la charge de payer la différence ; les parts incombant à la Société de secours mutuels, d'une part, et à chacun des adhérents d'autre part, pouvant varier selon la situation pécuniaire et les charges de famille de ces derniers.

La question des honoraires n'est pas la seule qui allume des discussions passionnées. Une autre, fort irritante, a trait au choix du médecin.

Le « Collège » des médecins de Bruxelles demande que le mutualiste ait le libre choix. C'est une offensive contre les consultations, les cliniques, les hôpitaux organisés par les mutualités et que ces dernières préconisent comme répondant aux exigences modernes de la science médicale et de l'hygiène.

Le problème du choix du médecin est encore plus difficile à résoudre que celui des honoraires, car il touche aux bases mêmes de l'organisation médicale.

Les mutualistes ont convié les membres du Collège des médecins de Bruxelles à venir discuter publiquement la question dans un meeting. Ces derniers ont refusé, se déclarant insultés dans une affiche apposée par les mutualistes.

Le meeting a eu lieu néanmoins. Les orateurs, tous mutualistes, ont dénoncé avec force l'intransigeance des médecins. Les relations entre les deux camps sont rompues. Les sentiments sont montés de part et d'autre.

Faisons des vœux pour qu'ils s'apaisent et que mutualistes et médecins trouvent rapidement le chemin vers l'accord si désirable et si nécessaire. — *A. C.*

Commentaires

Hélas ! en France, nous avons connu pareils conflits. Qu'il nous suffise de rappeler les joutes oratoires, parfois très passionnées du XIe Con-

grès national de la Mutualité, à Montpellier et du XIIe, à Angers.

Le corps médical a toujours été désireux de collaborer à toutes les œuvres de bienfaisance, ou de solidarité sociale ; mais la vie devenant de plus en plus dure, la profession s'encombrant progressivement, les docteurs ont demandé des honoraires, leur permettant de vivre honorablement.

Le véritable principe de la mutualité, celui qu'on perd trop souvent de vue, est de mettre en commun les risques maladie, pour que la loi des grands nombres puisse permettre de parer aux répercussions familiales de l'arrêt du travail, par maladie ou accident.

La mutualité est donc une assurance, dans laquelle chacun doit verser une cotisation aussi minime que possible (puisque personne ne peut toucher de bénéfices) mais suffisante pour que les risques soient couverts.

Or, les mutualistes ont souvent placé à leur tête des hommes de bonne volonté, certes, mais que des intérêts électoraux, ou autres, ont conduits à faire de la surenchère. Ces dirigeants se sont efforcés à donner, à leurs adhérents, le maximum d'avantages pour un minimum de cotisations. Ce minimum a tellement été minime qu'on a dû réclamer l'aide de membres honoraires, des subventions des communes, ou de l'Etat et enfin, une réduction considérable sur les honoraires médicaux.

Pendant nos vacances dernières, nous avons été consulté par les médecins d'Oloron, qui sont en conflit avec les mutualistes de leur ville. Les docteurs recevaient, des mutualités, un honoraire de deux francs par consultation, de quatre francs pour une visite de nuit, etc.

Désespérant d'obtenir une augmentation, les médecins adressèrent une lettre collective aux présidents des mutuelles, pour les avertir qu'à partir du premier janvier 1924, les praticiens demanderaient 5 francs pour une consultation au cabinet (et les autres actes médicaux sont tarifés en proportion). Le client payerait lui-même et recevrait un reçu, grâce auquel il se ferait rembourser tout ou partie, par sa société.

Les dirigeants des mutuelles ne l'ont pas entendu ainsi : ils ont menacé de faire venir un médecin, qui aurait le monopole des mutualistes. En outre, comme ces chefs sont des hommes politiques influents, ils se font forts de faire attribuer, à leur médecin-employé, tous les postes officiels (médecin de l'assistance médicale gratuite, consultations de nourrissons, etc., etc.)

Nous avons fait remarquer à nos confrères qu'ils ne devaient pas être émus de cette déclaration de guerre. N'est-il pas à craindre que le médecin, qu'on leur opposera, ne soit un jeune, frais émoulu des Facultés et faisant ses premières armes sur des mutualistes, sans avoir l'appui de ses anciens, car, comme bien on le pense, il sera mis à l'index des syndicats médicaux voisins.

Il se peut encore que cet appât tente un praticien, qui a déjà fait plusieurs postes médicaux et ne réussit nulle part.

Ce peut être enfin un médecin militaire, prenant sa retraite, ne connaissant que la médecine des hommes et nullement celle des femmes, des enfants et des vieillards.

Combien regrettables sont ces conflits, dont les premières victimes sont les malades eux-mêmes. Les passions sont déchaînées ; des paroles regrettables sont prononcées et la rupture des relations s'en suit.

Dans beaucoup de localités de France, le conflit a été aussi aigu qu'en Belgique. Les médecins ont été conduits à ignorer totalement les mutualités. Et, après un recul de plusieurs années, médecins, mutualités et malades se sont fort bien trouvés de cette absence de tractations !

Pourquoi se battre, pourquoi faire intervenir des questions de sentiment, lorsque des problèmes pécuniaires sont en jeu. Etant donné que les mutualistes doivent être le mieux soignés, avec le minimum de dépenses possible, qu'à tout travail consciencieusement fait doit correspondre un honoraire suffisamment rémunérateur, quelle doit être la cotisation annuelle qu'un mutualiste doit verser à sa société, pour que celle-ci puisse fonctionner, sans recourir aux subventions des tiers ?

La Fédération mutualiste du travail, qui est si bien dirigée par son président, Robert Perdon, lui-même un ouvrier, a su résoudre le problème à la satisfaction de tous.

Pourquoi les dirigeants des mutualités ne s'inspireraient-ils pas de l'expérience de ce groupe ouvrier-mutualiste, qui laisse à ses adhérents la liberté absolue du choix de son médecin, celui-ci étant rémunéré directement par le malade et ce dernier ayant la faculté de se faire rembourser, par sa mutuelle, des sommes auxquelles il a droit ?

Pas de meetings contradictoires, pas de diatribes dans les journaux, mais des ententes, ou des contrats collectifs, des accords bilatéraux, permettant de fixer les droits de chacun, tout en faisant la part de la solidarité sociale.

Dr Paul BOUDIN.

Référence du *Répertoire d'hygiène et de médecine sociales* : 0500.

HYGIÈNE

Où allons-nous ?

Il existe une belle loi sur la santé publique, la loi Borne. Inutile de répéter qu'elle n'est pas appliquée et que, par conséquent, elle n'a pas donné les résultats que l'on en attendait.

De plus en plus, des constructions s'élèvent dans les terrains vagues, au hasard et selon la fantaisie des bâtisseurs ; les lotissements avec leurs maisonnettes qui couvriront bientôt toute l'Ile de France, s'opèrent dans des conditions déplorables, et l'on se soucie de la loi de 1902 comme un poisson d'une pomme ; l'assainissement des immeubles et des îlots insalubres n'a pas fait de sérieux progrès ; les déclarations de maladies contagieuses se font mal ; la prophylaxie scolaire est un leurre ; l'inspection médicale des écoles, *tout récemment réformée*, n'a abouti qu'à une augmentation de traitement, *encore insuffisant*, des médecins inspecteurs qui n'ont ni le temps ni les moyens de remplir leurs fonctions et ne possèdent ni infirmières scolaires, ni matériel nécessaire pour l'établissement des fiches qu'on leur réclame ; le service de désinfection est une duperie (surtout en matière de tuberculose) quoique le public la réclame à tout propos et hors de propos. Les tuberculeux meurent à l'hôpital et les logis qu'ils ont infectés restent infectés. Les logements successivement contaminés provoquent la propagation tuberculeuse et l'on pourrait souhaiter que la crise du logement persiste parce qu'elle gêne et suspend cette propagation. Bref ! tout est façade, paperasserie, fonctionnarisme, inspections, inspection d'inspections, etc., mais d'hygiène, point.

Voyez les bureaux d'hygiène. Ils sont toujours sous la dépendance des maires qui ne supportent pas les mesures pouvant gêner leur popularité ou entraver leur réélection. Il faut plaire à l'électeur d'abord, on s'occupera de sa santé après.

Le directeur du bureau d'hygiène a besoin d'assistantes d'hygiène ou d'infirmières scolaires. Or, les infirmières sont et seront longtemps encore très rares. Question de traitement et de convenances personnelles. On ne trouve guère d'infirmières que pour les hôpitaux. Elles sortent de la Grande Ecole de la Salpêtrière ou de l'Ecole de la Pitié et de Lariboisière après un examen sérieux.

Elles tiennent à l'assistance pour différentes causes, notamment les retraites importantes. Aussi les municipalités ont-elles été obligées d'avoir recours pour se procurer des assistantes d'hygiène à un concours local avec commission municipale d'examen composée de conseillers municipaux, de médecins et pharmaciens du pays, etc. nombreuses sont les candidates, aussi incapables l'une que l'autre. Pour *une* place, on prend la plus instruite... Il est certain qu'une infirmière ainsi obtenue ne peut posséder qu'un diplôme de valeur très relative. Le diplôme d'Etat dont il est question aura sans doute une valeur supérieure à moins que l'on ne soit obligé d'abaisser le total des points devant l'insuffisance des candidates. Quoi qu'il en soit, il sera toujours difficile d'obtenir la quantité et la qualité nécessaires aux services publics. Mais il y aurait trop à dire sur cette question, traitée si souvent d'ailleurs et si magistralement par le Dr Noir, le distingué rédacteur du *Concours Médical*, qui la connaît à fond.

Que devient la prophylaxie générale et scolaire avec les bureaux d'hygiène ? Le médecin directeur du bureau d'hygiène ou attaché ne peut procéder à une enquête que s'il y a déclaration du médecin traitant. Or, voici un enfant atteint d'une angine suspecte. Le médecin adresse cet enfant à l'hôpital et ne déclare pas parce qu'il n'est pas sûr du diagnostic. A l'hôpital on reconnaît et on traite une diphtérie. Et pour différentes raisons, les communications entre l'hôpital, le bureau d'hygiène de Paris, ou la préfecture, la direction de l'enseignement et le bureau d'hygiène local, sont nulles, incertaines et tardives et l'enfant rentre à l'école dès sa sortie de l'hôpital, sans qu'aucune mesure de désinfection n'ait été prise dans la famille ou à l'école. Nous savons que certains directeurs ou directrices ayant connaissance par la famille du bulletin d'hôpital ont prévenu le bureau d'hygiène, demandé la désinfection et de leur propre chef, brûlé les livres de l'enfant pendant que le bureau d'hygiène, ignorant le cas, puisqu'il n'y a pas de déclaration, se refuse à désinfecter. De son côté, le médecin scolaire reste muet, car les désaccords entre les médecins, les familles, les médecins inspecteurs des écoles, la préfecture, le bureau d'hygiène ne sont point rares et dénotent le chaos administratif.

Nous retrouvons la même incohérence dans l'organisation actuelle des bureaux d'hygiène.

On connaît les annonces « Concours pour une place de médecin directeur de bureau d'hygiène dans telle ville, tant de traitement (en général 12.000 fr.) etc. interdiction de faire de la clientèle... » L'interdiction de faire de la clientèle est nécessaire, car il n'est pas possible à un médecin directeur de bureau d'hygiène de faire de la clientèle et de s'occuper utilement du bureau d'hygiène, mais comment veut-on qu'un médecin vive avec 12.000 fr. ? Alors, aussitôt venu,

aussitôt parti, et il y a une vacance nouvelle. Cela se voit tous les jours.

Non, le médecin de bureau d'hygiène ne peut faire de la clientèle parce que le temps lui fait défaut, parce que cela gênerait ses relations avec les confrères du pays. Il pourrait pourtant être chargé de services spéciaux : état-civil, dispensaire, inspection médicale des écoles, fonctions qui ont des rapports directs avec les services du bureau d'hygiène qu'ils complètent et qui n'absorbent pas comme la clientèle pure.

Et puis cela permettrait de constituer un traitement convenable au médecin directeur.

Un médecin de bureau d'hygiène intercommunal, pourrait également se voir constituer plus facilement un traitement suffisant par les communes intéressées.

D'autre part, pourquoi laisse-t-on exercer la clientèle à un médecin de bureau d'hygiène dans telle ville et pas dans telle autre ?

Pourquoi un médecin directeur ici, et un agent voyer directeur ailleurs.

Et nous avons aujourd'hui un ministère de l'hygiène que nous avons réclamé si longtemps !

Quand est-ce donc qu'il y aura de la cohésion, de l'ensemble, des mesures efficaces, strictement appliquées, avec sanctions réelles, dans notre organisation hygiénique ?

On piétine sur place. On patauge même. Il semble qu'on manque de foi et d'entrain. Le je m'enfichisme gagne le domaine hygiénique.

La période de tâtonnements a assez duré et il n'est que temps de se mettre à l'œuvre résolument et surtout méthodiquement.

Dr Courgey.

Référence du *Répertoire d'hygiène et de médecine sociales* : 3400.

LES DROITS DES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES AUX PRESTATIONS DES CAISSES DE MALADES (1)

Par J. Dietrich,

Secrétaire général de la caisse locale de malades de Strasbourg et de l'Union des caisses locales d'Alsace-Lorraine

D'après la situation juridique actuelle, les membres des Caisses légales de malades ont un droit aux prestations des secours de maladie, c'est-à-dire au traitement médical gratuit, aux médicaments, etc. ainsi qu'à une indemnité de maladie s'élevant au moins à la moitié du salaire de base pour une durée minima de 26 semaines. Les Caisses ont le droit de garantir statutairement les prestations en question pour une durée de 12 mois entiers. Les Caisses ont aussi partiellement fait usage du droit d'accorder de pareilles prestations supplémentaires, par exemple la Caisse locale générale de maladie de Strasbourg-Ville.

Les secours cessent donc au plus tard à l'expiration de la 26e semaine (respectivement à la fin du 12e mois) qui suit le commencement de la maladie, si le secours pécuniaire n'est accordé qu'à partir d'une date ultérieure, après celle-ci. Si dans la durée de l'allocation du secours pécuniaire, il y a une période pendant laquelle il n'est accordé que des soins médicaux, cette période ne sera pas comptée dans le calcul de la durée de l'allocation du secours pécuniaire, à condition qu'elle n'excède pas 13 semaines. Si l'allocation des secours pécuniaires est à continuer après l'expiration de la 26e semaine (respectivement du 12e mois) qui suit le début de la maladie, le droit aux soins médicaux s'éteint en même temps que le droit aux secours pécuniaires.

Après avoir bénéficié des prestations des secours de maladies pendant toute la durée légale et statutaire, les assurés, dont le cas de maladie nécessite la continuation des secours, *n'ont plus droit aux prestations de la Caisse*. En ce qui concerne les prestations en espèces, il s'agit ensuite généralement d'un droit à la rente d'invalidité auprès de l'Institut d'assurance-invalidité ; dans tout cas où une incapacité de travail plus longue peut être prévue, *il incombera donc au médecin traitant de veiller à ce que la demande d'invalidité soit faite à temps*, afin que l'assuré puisse bénéficier autant que possible immédiatement de la rente d'invalidité lorsque les prestations de la Caisse auront cessé. *La législation de l'assurance sociale actuelle ne prévoit malheureusement pas le traitement médical ultérieur gratuit pour l'assuré lorsque les prestations de la Caisse auront cessé.* Si le traitement médical ne pouvait pas se faire aux frais de l'assuré (ce qui sera certainement généralement le cas), il ne restera qu'à demander le traitement médical ultérieur aux frais de l'assistance publique.

Qu'en est-il des droits futurs éventuels des assurés ayant entièrement bénéficié des prestations de la Caisse et qui éventuellement sont même bénéficiaires de la rente d'invalidité ? Il s'agit, avant tout, des deux catégories suivantes : d'abord des assurés dont les droits sont expirés et qui, tôt ou tard, sont de nouveau, soit entièrement, soit *partiellement*, astreints à une occupation les assujettissant à l'assu-

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, août 1923.

rance obligatoire et qui, par conséquent, en vertu d'une nouvelle affiliation, peuvent de nouveau acquérir des droits aux prestations de la Caisse-maladie ; puis ceux qui, à la suite des dernières prestations reçues, ont fait usage du droit de continuer leur affiliation volontairement.

En ce qui concerne la première catégorie, il y a lieu de distinguer tout d'abord, si le secours ultérieur a pour cause la même maladie, non guérie, pour laquelle les prestations statutaires ont été entièrement touchées ou bien s'il s'agit d'un nouveau cas de secours, indépendant de la cause de maladie antérieure. Dans le premier cas, le nouveau droit au secours de maladie dans les cas à secourir dans le courant d'une année après que les prestations statutaires auront été entièrement accordées, sera limité aux prestations normales légales et à une durée totale de 13 semaines. Si le cas à secourir a pour cause la même maladie et se présente 12 mois après avoir bénéficié en dernier lieu des secours (respectivement après l'expiration des droits), de même qu'en cas de nouvelle maladie, il existe tout simplement un nouveau droit aux prestations entières et statutaires.

Les droits ultérieurs de la deuxième catégorie, c'est-à-dire de ceux dont le droit aux secours est terminé et qui ont continué volontairement l'affiliation, sont moins clairs. Les personnes de cette catégorie, qui, après avoir touché les prestations entières et statutaires, continuent à avoir besoin des soins médicaux et qui sont incapables de travailler, n'acquièrent pas de nouveau le droit aux prestations des secours de maladie de la Caisse par la continuation de leur affiliation : en continuant le payement des cotisations, ils se garantissent tout au plus un droit aux autres prestations de la Caisse (par exemple secours à la famille et aux femmes en couches, indemnité funéraire). En cas de nouvelle maladie, même si celle-ci n'était pas en rapport causal avec la première, il n'existe un droit aux prestations des secours de maladie que s'il a existé entre temps un état n'ayant exigé ni traitement médical ou n'ayant pas été compliqué d'une incapacité de travail. Cependant la présence d'une maladie définie (chronique) dans le sens médical ne suffit pas pour l'admission de la nécessité d'un traitement médical ; la nécessité du traitement médical présume un corps ou un esprit morbide dont l'état de santé ne peut être amélioré, ou même dont on peut prévoir une aggravation, si le traitement médical ou médicamenteux n'est pas continué. Ces deux derniers principes ont été expressément établis par une décision de principe du « Groser Senat des Reichs-Versicherungsamts », c'est-à-dire par l'instance suprême compétente. D'après ces principes, il faut par conséquent distinguer, si dans ea suite il n'a pas existé un état de santé n'ayant lécessité ni traitement médical dans le sens précisé n-dessus, ni compliqué d'incapacité de travail. Dans lciux de ces cas donc, où le besoin d'un tel traitement ceédical n'a pas existé avant le nouveau cas à secourir ms assurés à l'assurance continue auraient à nouveau droit aux prestations de secours de maladie, cependant à l'indemnité de maladie seulement, si entre temps, il a réellement existé un travail ou une capacité effective, respectivement si ceux-ci peuvent être prouvés, vu que dans le sens de la loi l'indemnité de maladie n'est à considérer que comme compensation pour la perte de salaire et qu'elle ne peut donc être demandée que si le nouveau cas à secourir apporte une modification effective en ce qui concerne la capacité de travail. Les assurés à l'assurance continue volontaires, les malades atteints de maladies chroniques et les personnes empêchées dans leur travail peuvent donc, le cas échéant, après l'expiration de leurs droits et si les conditions susmentionnées sont acquises, de nouveau acquérir un droit aux soins médicaux en cas de besoin d'un nouveau traitement, quant à un droit à l'indemnité pécuniaire seulement, s'ils peuvent prouver effectivement une capacité de travail ou occupation rétribuée antérieurement. Donnons ci-dessous quelques exemples :

1° Continuation du cas de secours après avoir reçu entièrement les prestations de la Caisse.

L'assuré est tombé malade le 1er septembre 1921 à la suite de catarrhe pulmonaire (tuberculeux). Il existe un droit aux prestations supplémentaires de la Caisse, aux secours de maladie pour la durée de 12 mois. Le susdit assuré a été déclaré, par le médecin, incapable de travailler à partir du 1er octobre 1921. Dans le cours de la maladie s'est produite de nouveau une capacité de travail temporaire du 1er avril au 1er mai 1922, donc pendant 1 mois. Vu que la fin du délai de 12 mois ne compte pas dans le présent cas à partir du jour de début de la maladie, mais à partir du jour de la perception de l'indemnité de maladie et que le droit à l'assistance médicale ne finit qu'avec le droit à l'indemnité de maladie, l'assuré aurait, dans le présent cas de secours, droit aux prestations de la Caisse et cela tant à l'assistance médicale qu'à l'indemnité de maladie jusqu'au 1er octobre 1922. Mais l'assuré étant entre temps de nouveau capable de travailler, n'a pas touché l'indemnité de maladie pendant 1 mois, ce qui fait que le droit est prolongé d'un mois, c'est-à-dire jusqu'au 1er novembre 1922. Si l'assuré avait travaillé entre temps plus de 13 semaines, respectivement s'il n'avait pas touché d'indemnité de maladie, le délai aurait été prolongé de 13 semaines, respectivement, jusqu'au commencement de janvier 1923, au lieu d'un mois, puisque dans ces cas la période intermédiaire ne peut être comptée que jusqu'à la 13e semaine. Après expiration de cette période de secours statutaire, tous les droits aux prestations de la Caisse sont périmés. Si une demande de rente invalidité a été présentée à temps après que le médecin traitant a pu prévoir que l'incapacité de travail se prolongerait davantage, l'assuré obtient, après la cessation des prestations d'indemnité de maladie, la rente d'invalidité légale, ou, s'il est assujetti à la loi de l'assurance des employés, il obtient la rente de cette assurance. Le traitement curatif né-

cessaire est continué, s'il ne peut être suivi à ses propres frais, éventuellement aux frais de l'assistance publique.

2° *L'assuré reprend de nouveau une occupation après expiration des prestations statutaires.*

Il s'agit d'un cas analogue à l'exemple du numéro 1. L'état de santé s'améliore peu de temps après expiration des prestations statutaires complètes. Admettons que celles-ci soient périmées le 1er novembre. Comme la demande a été présentée à temps, l'assuré a obtenu la rente-invalidité après expiration des prestations de la Caisse. Mais l'état de santé s'améliore de telle façon que l'assuré peut reprendre un travail facile et devient, par cela même, de nouveau membre de la Caisse-maladie. Il redevient membre, cependant dans une classe de cotisation inférieure que précédemment en rapport avec son salaire moins élevé : il peut même gagner 1/3 de son salaire précédent, sans qu'il perde la rente-invalidité. Il reprend par exemple le travail le 1er avril 1923. Après avoir ainsi travaillé pendant une assez longue période, son état de santé empire et il est de nouveau porté malade le 1er juin à la suite de la même maladie que précédemment. En raison de son affiliation à la Caisse de malades, il a de nouveau droit, et suivant une classe de cotisation inférieure, aux prestations de la Caisse-maladie à laquelle il était affilié en dernier lieu, cependant seulement aux prestations normales de l'indemnité de maladie et cela durant toute l'année après expiration du dernier secours perçu, c'est-à-dire durant toute l'année du 1er novembre 1922 au 1er novembre 1923 pour la durée de 13 semaines. Dans le même cas si l'assuré est plus longtemps capable de travailler et s'il tombe malade de la même cause de maladie que précédemment, mais seulement après le 1er novembre 1923 ou si avant cette date, par exemple pour une blessure, il devait se faire soigner ou devenait incapable de travailler, il a droit de nouveau aux secours statutaires complets de la Caisse à laquelle il avait de nouveau appartenu en dernier lieu en raison de son occupation.

3° *L'assuré fait usage du droit d'assurance continue après expiration des prestations de secours statutaires complets.*

Le cas est basé sur l'exemple numéro 1.

a) *Aucune modification ne se produit dans l'état de santé de l'assuré.*

Péniblement il continue, de ses propres deniers, les cotisations ainsi qu'il en a légalement le droit. Il croit pouvoir bénéficier à nouveau plus tard des prestations de la Caisse. En ce qui concerne les prestations des soins médicaux et de l'indemnité de maladie, cela devra lui être refusé puisqu'ayant perçu les prestations statutaires légales entièrement l'état de malade continue invariablement. Cependant la nécessité de traitement pour un membre de la famille se présente. Dans ce cas le droit aux prestations respectives de la Caisse existe de fait, de même que celui de l'assistance aux femmes en couches dans le cas qu'il s'agisse d'une femme assurée dont les droits sont expirés. Le droit à l'indemnité funéraire reste maintenu.

b) *L'état de santé de l'assuré s'améliore.*

L'état s'améliore de telle façon que l'assuré, quelque temps après avoir bénéficié des prestations complètes de la Caisse, respectivement après le 1er novembre 1923, n'a plus besoin d'aucun secours médical (ni de médecin, ni de médicaments), mais cependant il n'est toujours pas en état de reprendre une occupation.

Dans la suite l'état de santé empire de nouveau ou encore une nouvelle cause de maladie se déclare (par exemple la nécessité de se faire soigner à la suite d'une blessure de l'assuré). Dans ce cas, ce dernier a de nouveau droit aux prestations des secours médicaux de la Caisse — *et cela lorsqu'il s'agit de la même cause de maladie non guérie* — dans le courant de l'année suivant l'expiration de ses droits, donc du 1er novembre 1922 au 1er novembre 1923 pour la durée maxima de 13 semaines ; s'il s'agit d'une nouvelle cause de maladie, par exemple d'une blessure ou si le besoin de traitement a lieu après le 1er novembre 1923, le droit est porté à la durée entière des prestations statutaires, éventuellement jusqu'à 12 mois. Dans le cas où l'état de santé s'est même amélioré de telle façon que l'assuré pouvait travailler, même sans une occupation l'assujettissant à l'assurance obligatoire (tel par exemple l'exercice d'une occupation indépendante), il acquiert, dans le cas d'une nouvelle incapacité de travail, même de nouveau le droit à l'indemnité de maladie, à condition toutefois que l'exercice effectif d'un travail rétribué antérieur soit prouvé ou puisse être prouvé.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Proposition de loi tendant à soumettre aux pénalités prévues par les articles 309, 310, 311, 319, et 320 du code pénal selon les distinctions qui y sont contenues, la communication des maladies vénériennes, présentée par M. Louis Martin, sénateur.

Exposé des motifs.

Messieurs, s'il est un devoir qui s'impose avec plus grande force au législateur, c'est la protection de la santé publique. Ce devoir est surtout impérieux quand les maladies qu'il s'agit de proscrire s'attaquent aux sources mêmes de la vie et font d'inquiétants ravages. Dans tous les pays, la lutte contre les maladies vénériennes et surtout contre la syphilis a été sérieusement entamée et vigoureusement conduite.

La législation comparée nous fournit à cet égard des indications précieuses. En Danemarck, l'article 181 de la loi pénale du 10 février 1866 décide que « toute personne qui se sachant ou se soupçonnant atteinte d'une maladie vénérienne aura des rapports avec une autre personne sera punie d'emprisonnement ». En Norvège, l'article 155 de la loi du 22 mars 1903 est ainsi conçu, : « Celui qui connaissant ou présumant chez lui l'existence d'une maladie sexuelle contagieuse aura contaminé ou aura exposé à la contamination une autre personne par commerce charnel ou par débauche sera puni d'emprisonnement. Si la personne contaminée est unie par le mariage à la personne contaminatrice la poursuite n'a lieu que sur la demande de la victime ». Ces prescriptions sont strictement suivies, et l'on a vu, il y a peu de temp, en Norvège, un individu condamné à trois ans de prison pour avoir contaminé vingt-quatre jeunes filles.

En Finlande, le nouveau code pénal, chapitre XX, paragraphe 13, punit la contamination par rapports sexuels de la peine des travaux obligatoires ou de la détention. Suisse : les lois pénales du canton de Schaffhouse (§ 185) et du canton du Tessin (§ 425) présentent des dispositions analogues.

En France, un mouvement très vif, très puissant s'est manifesté, particulièrement dans les milieux médicaux et dans les milieux juridiques, pour demander au législateur de bien vouloir se préoccuper de cette question vitale pour l'avenir de la race. Nous avons plaisir à citer notamment parmi les ardents propagateurs de cette idée M. Albert Willm, avocat à la cour, ancien député de la Seine, à qui nous devons la pensée initiale de notre proposition. Déjà, à nos portes, en 1889, la conférence internationale de prophylaxie due à l'initiative de l'éminent hygiéniste bruxellois le docteur Dubois Havenith posa le problème .Peu de temps après, le docteur Fournier fonda à Paris, avec le concours de notre regretté ancien collègue M. René Bérenger, la société de prophylaxie sanitaire et morale, dont le titre fait suffisamment connaître le but utile et patriotique. En mai 1901, au congrès tenu à Lyon par la puissante association la fédération abolitionniste de la police des mœurs, un rapport et un projet de loi furent présentés, développés, et, sans être adoptés sur-le-champ, retenus avec faveur pour les futures conférences.

En 1902, la seconde session de la conférence internationale de prophylaxie de Bruxelles incrivait dans le programme de ses travaux la discussion des délits civil et pénal de contamination intersexuelle: dix rapports et de longs débats lui étaient consacrés. En 1903, le 10 février, la société française de prophylaxie sanitaire et morale votait, après de fort intéressantes discussions, la création juridique du délit pénal. « Il y a lieu, disait-elle, de créer un délit de transmission des maladies vénériennes, soit que la communication ait été intentionnelle, soit qu'elle ait été le fait d'une imprudence volontaire ».

Enfin, le 16 juillet 1903, après le scandale de l'affaire Forissier, le Gouvernement nommait une commission extraparlementaire du régime des mœurs. Celle-ci aboutit le 29 juin 1906 à un rapport très remarquable de M. le professeur A. Le Poitevin, concluant, au nom du comité de rédaction, à la création du délit pénal de contamination. Et l'on s'en tint là, les initiatives individuelles ne pouvant aller plus loin, et les préoccupations gouvernementales étant sans doute complètement épuisées par la création de la commission extraparlementaire. Nous venons de parler d'initiatives individuelles. Il serait bien long de les énumérer toutes. Citons cependant les noms de MM. le sénateur René Bérenger ; Denis, conseiller à la cour de cassation ; A. Le Poitevin, professeur de droit pénal à la faculté de droit de Paris ; Bulot, procureur général près la cour de Paris, puis procureur général près la cour de cassation ; Feuilloley, avocat général près la cour de cassation ; Saint-Aubin, alors directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice ; le docteur Louis Julien, l'éminent syphiligraphe, médecin en chef de Saint-Lazare ; Charles Gide, professeur à la faculté de droit de Paris ; le professeur Armand Després, médecin en chef des hôpitaux, ancien conseiller municipal de Paris, ancien député, qui, dès 1870, demandait dans ses leçons d'agrégation et dans ses brochures la punition non seulement civile, mais pénale, des contaminateurs ; Edouard Dolléans, professeur près les facultés de droit; Albert Willm, cité plus haut; Lucien Le Foyer, ancien député, avocat à la cour d'appel de Paris ; docteur Alfred Fournier, de l'Académie de médecine ; docteur Gaucher, professeur à la faculté de médecine de Paris ; docteur Lan-

douzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; docteur Balzer, de l'Académie de médecine ; docteur Louis Fiaux, ancien conseiller municipal de Paris ; docteur Reboul, de Nîmes ; docteur Jean Lépine, de Lyon ; docteur Robert Teutsch, de Cannes, etc. En Allemagne, le professeur Neisser, en Suisse, le professeur Jadassohn, mettent la création du délit pénal au premier rang des mesures nécessaires.

A la société générale des prisons, dans un débat des plus intéressants, M. Feuilloley, avocat général près la cour de cassation, M. le professeur de droit Saleilles, M. le professeur de droit Garçon, Me Henri-Robert, ont pris en considération l'institution du délit pénal de contamination, déjà appliqué à plusieurs reprises en Norvège et en Bavière (1).

Certes, s'il est parmi les personnages qui réclament la création du délit de contamination sexuelle des individualités compétentes, ce sont assurément les médecins adonnés par la spécialité de leurs observations et de leurs cliniques à l'étude des maladies vénériennes. Or, ce sont précisément ces médecins qui voient dans l'institution du délit un obstacle puissant à la propagation des maladies. Dans tous les pays ils sont unanimes. Et fait non moins probant, non moins considérable, pour répondre à l'objection que l'on a soulevée quelquefois, de la difficulté d'application de la loi, les principaux jurisconsultes qui ont étudié cette question sont ici pleinement d'accord avec les docteurs.

La jurisprudence, précédant l'action législative, a commencé à s'engager dans cette voie. Elle a appliqué aux contaminateurs, selon qu'ils étaient ou non de bonne foi, c'est-à-dire selon qu'ils se savaient ou non atteints du mal qu'ils communiquaient, les pénalités punissant les blessures volontaires ou involontaires. On peut citer, notamment, les décisions suivantes : jugement du tribunal correctionnel de Lyon, 15 décembre 1859 ; tribunal correctionnel de la Seine, 27 juillet 1888 ; tribunal correctionnel de la Seine, 22 octobre 1888 ; cour d'appel de Toulouse, juin 1909. La cour de cassation elle-même en décidant, par un arrêt du 30 décembre 1905, que le mot « blessures » employé par l'article 320 du code pénal, doit être pris dans son acception la plus générale et la plus large, qu'il comprend nécessairement « les lésions aussi bien internes qu'externes et les maladies mêmes », a donné une force incontestable à cette jurisprudence.

Mais ce n'est là qu'une jurisprudence à ses débuts qui n'a que la force et l'étendue d'une jurisprudence commençante, qui peut être désavouée demain, et non l'ampleur et la puissance de la loi. C'est pourquoi, parlant de ce principe, que « prétendre assurer la régénération d'un peuple, comme l'écrit un auteur d'une haute compétence, sans assurer les sources mêmes de la génération est, un plan singulièrement chimérique », nous vous demandons de bien vouloir réaliser au plus tôt cette réforme nécessaire et dont notre pays tirera le plus grand profit.

La presse, en de nombreux articles, a depuis longtemps réclamé cette mesure. Ne pouvant nommer tous les publicistes qui ont exprimé un sentiment conforme et qui trouveront ici l'expression de notre sympathie, nous considérons comme un devoir de souligner d'un mot les brillantes campagnes de M. Louis Forest, dans le *Matin*.

Que l'on veuille bien ne pas dire, comme on l'a fait quelquefois, que c'est créer le crime ou le délit de maladie. Ce qui fait le crime, ou le délit, ce n'est pas la maladie, c'est la transmission de la maladie.

« ... L'Etat intervient bien, écrit M. Emile Duclaux (*L'Hygiène sociale*), entre un maquignon trop habile et un acheteur trop confiant ». Et M. Emile Duclaux rappelle une pratique curieuse des courtisanes de Venise déposant de l'argent chez un banquier, garantie de leur bonne foi, cautionnement à la disposition du client qu'il pourrait leur arriver, par malheur, de contaminer.

D'ailleurs, comme le remarque M. G. Séailles, professeur à la Faculté de droit de Paris : « Il ne s'agit pas tant ici d'un châtiment... il y a là la défense de l'individu et, en somme, de la société. Il y a préjudice grave causé volontairement à autrui, et comme le préjudice se multiplie, se renouvelle contre un nombre indéfini d'individus, il y a vraiment menace pour la société ».

C'est ce qu'exprime également avec une énergie non moins forte l'honorable M. Fiaux : « L'homme qui contamine une femme, une jeune fille, est l'agent responsable de toutes les contaminations ultérieures ... Et nous soutenons précisément que la communication de la maladie syphilitique doit être considérée comme un attentat à la personne, à la santé peut-être même à la vie. L'auteur de cet attentat n'a pas plus de droit à l'impunité que le voleur ou que le meurtrier... La liberté de faire ce que l'on veut de son corps n'est pas la liberté d'attenter au corps des autres ».

Et d'ailleurs, cette disposition répressive « ne vise pas moins l'hygiène que la morale ; le contaminateur ou la contaminatrice peuvent être recherchés et punis : leur égoïsme l'emporte sur l'intérêt privé, sur l'intérêt public de la communauté. Le délit pénal de contamination créera une conscience sexuelle à l'usage de ceux que nul enseignement, nulle parole préventive, n'aura éclairés, touchés. La victime seule, toutefois, a le droit de plainte ».

Tous ces témoignages, si fortement exprimés, nous dispensent de rien ajouter en faveur de la création du délit pénal, amplement justifiée par les plus hautes considérations de morale et de défense nécessaire de la santé publique (1), Ce délit serait, comme

(1) *Bulletin de la Société*, numéros de décembre 1905 et mai 1914.

(1) La syphilis congénitale, cause au minimum, chaque année, en France, la mort de 40.000 enfants de zéro à cinq ans. Dr Leredde. Diagnostic de la syphilis congénitale. Extrait du *Bulletin et Mémoire de la Société de Médecine de Paris*, mai et juin 1922.

les autres blessures, réprimé par les articles 309, 310 et 311 du code pénal en cas de contamination consciente et volontaire, et par les articles 319 et 320 en cas de contamination par imprudence et négligence préventive.

Nous n'entendons pas soutenir que ces mesures suffiront à elles seules pour enrayer le redoutable fléau. Elles doivent être complétées par tout un ensemble de mesures appropriées. Mais elles n'en auront pas moins une incontestable efficacité, et, dès lors, nous espérons qu'elles vous paraîtront justifiées.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous soumettre la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — Les pénalités prévues par par les articles 309, 310, 311 ,319 et 320 du code pénal sont applicables, suivant les distinctions y contenues, à la communication des maladies vénériennes.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Fiançailles.** — Nous apprenons les fiançailles de Mlle le Dr J. BLECHMANN, sœur de notre collaborateur et ami, Germain Blechmann, avec le Dr H. MONTLAUR, chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis.

Tous nos compliments et nos meilleurs vœux.

— **Ecole Française de stomatologie.** (Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique). — *Maladies de la bouche et des dents.* 20, passage Dauphine, Paris. — Conférences sur la syphilis tertiaire de la cavité buccale, par le docteur Rousseau-Decelle, ancien interne des hôpitaux, professeur de pathologie buccale.

15 février, 17 h. 30 : la syphilis tertiaire du maxillaire supérieur. — 22 février, 17 h. 30 : la syphilis tertiaire du maxillaire inférieur. — 29 février, 17 h. 30 : les labialites tertiaires. — 7 mars, 17 h. 30 : les manifestations bucco-dentaires de l'hérédo-syphilis — 14 mars, 17 h. 30 : thérapeutique et prophylaxie de la syphilis tertiaire buccale. — 21 mars, 17 h. 30 : les leucoplasies.

Cours public et gratuit ouvert aux étudiants, aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes.

S'inscrire par simple lettre, adressée au Directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris, 6e.

— **Hôpitaux de la Seine.** — Saint-Denis. — Concours de l'Internat du 19 janvier : *Ecrit* : questions sorties : Hernie inguinale étranglée — Cirrhoses du foie — Rétention placentaire.

Epreuves cliniques : chirurgie ; médecine.

Reçus titulaires : 1er Derancourt 48 ; 2e Jarrin 45 ;
Reçus provisoires : 1er Gallois 42 1/2 ; 2e Person 41 1/2

— Toute la Presse Liégeoise, et notamment *La Wallonie*, le *National Liégeois*, *l'Expres* et le *Journal de Liège* donnent d'élogieux comptes rendus de la campagne de conférences que fait en Belgique notre distingué confrère et ami M. le Dr BAQUÉ, de Luchon.

Ce savant clinicien a pris, comme sujet de ses causeries, la médication thermale sulfurée des Pyrénées.

L'orateur, après avoir montré le danger de ce snobisme déplorable et ridicule qui consiste à passer la frontière pour aller chez nos voisins ennemis chercher ce qu'ils n'ont pas chez eux et que la France possède en abondance, a examiné la magnifique gamme des sources sulfurées qui s'étend de l'Océan à la Méditerranée, et qui ont nom : Cauterets, Luchon, Ax, sans ououblier les Eaux-Bonnes et les Eaux-Chaudes et un certain nombre d'autres encore.

Toutes nos félicitations au vaillant médecin pyrénéen.

— **Congrès d'hygiène urbaine.** — Bordeaux. — M. le Pr SELLIER nous fait savoir que le Congrès d'hygiène urbaine aura lieu à Bordeaux en juin 1924.

Il serait à souhaiter que le plus grand nombre possible de médecins de villes thermales et climatiques puissen assister à ce Congrès.

— **Commission consultative des Stations hydrominérales et climatiques auprès de l'Office National du Tourisme sous la présidence de M. Marinjer.** La Commission consultative s'est récemment réunie.

La démission de M. le Pr Robin et de M. le Dr Carron de la Carrière a été acceptée, mais avec tous les regrets de la Commission de les voir s'éloigner de nos travaux.

Une subvention de 1000 fr. a été accordée aux *Archives d'hydrologie médicale.* De nouveaux bureaux de renseignements ont été créés à Madrid et à Amsterdam.

M. le Pr Piery, de Lyon, est autorisé à conserver sa subvention de 2.500 fr. versée par l'O.N.T. pour le voyage de 1924.

Les divers rapports de MM. Carron de la Carrière, Molinéry et Meillon, et de MM. Gardette, Qusiserne et Famechon ont été discutés et les conclusions fermes seront prises dans une prochaine séance.

La Commission accorde une subvention supplémentaire de 3.000 fr. à M. le Pr Sellier pour ses voyages d'étude médicale.

La réédition de l'album des Stations thermales est mise à l'ordre du jour, et on convient de conserver le classement tel qu'il a été fait dans la première édition, c'est-à-dire par ordre alphabétique et par catégorie.

M. Monod demande qu'il soit joint à l'album une carte de Chemin de fer en couleur sur laquelle les stations thermales seraient indiquées par des disques de grosseur différentes selon l'importance de la station.

Le Conseil d'administration de l'O.N.T. attribue une subvention spéciale de 50.000 fr. pour participation aux travaux des Syndicats d'initiative des stations thermales.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Contribution personnelle mobilière

Le « Sou » ou le *Concours* pourrait-il me rendre le service de répondre à la question suivante :

J'ai loué à P., au 1er novembre 1921, un appartement que je n'ai occupé et dans lequel je n'ai emménagé que le 1er mai 1922, époque à laquelle j'ai abandonné J., où je résidais depuis 28 ans, et où j'ai encore payé pour 1922 tous mes impôts, y compris la personnelle-mobilière.

Or, le fisc me réclame, également pour l'année 1922, une personnelle mobilière de 1.900 fr. pour mon appartement de P., que je n'ai occupé que du 1er mai au 8 août 1922.

Cette contribution n'étant due que dans le lieu où le contribuable a son domicile au 1er janvier, je considère la taxe réclamée à P. comme abusive et j'ai fait à ce sujet les réclamations nécessaires.

Le fisc me répond : « Vous aviez bien en effet votre domicile à J. au 1er janvier 1922 ; mais vous aviez aussi *la libre disposition* de l'appartement de P. ; donc vous devez la taxe aux deux endroits ».

Suis-je fondé à résister, ou est-ce le fisc qui est dans le vrai ?

Dr Z.

Réponse.

En vertu de l'art. 12 de la loi du 21 avril 1832, la contribution personnelle-mobilière est due, à raison des locaux meublés dont il dispose, par tout habitant français ou étranger jouissant de ses droits.

Si, donc, au premier janvier 1922 vous aviez la libre disposition de l'appartement de Paris, c'est avec juste raison que la personnelle-mobilière y afférente vous est réclamée.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Fracture de l'humérus.

Je désirerais vivement votre avis pour pouvoir établir ma note de soins à un blessé du travail.

Un apprenti, dans une usine, tombe du balcon où un treuil monte des objets lourds, de la rue. Chute de 7 à 8 mètres de hauteur sur le pavé, c'est l'épaule droite qui supporte le choc.

Appelé aussitôt, je ne constate aucun signe de fracture : pas de crépitation, pas de mobilité anormale, presque pas d'impotence fonctionnelle, les mouvements passifs tous possibles, pas de déformation ; je suis plutôt surpris de devoir me borner à un diagnostic de contusion.

Mais le soir l'aspect de l'épaule et la production d'un hématome trop important me faisant à nou-



veau craindre quelque lésion osseuse, je demande un examen aux rayons.

Celui-ci fait voir une fracture engrénée de l'humérus au col chirurgical. La déformation est très faible. Nous estimons donc, le radiologiste et moi, qu'une réduction ne nous donnant que des chances d'un résultat plus mauvais, le mieux est de se borner à poser un appareil destiné à maintenir, jusqu'à formation du cal, cette heureuse coaptation spontanée.

J'ai donc appliqué un appareil d'immobilisation qui prend le bras, l'avant-bras et le thorax, mais ne voulant pas imposer à cet enfant un appareil lourd, encombrant et pénible à supporter, je n'ai recouru qu'à des bandes amidonnées (en épaisseur respectable...)

Voilà donc ce que j'ai fait ; comment devrai-je tarifer cela ? Ne trouvera-t-on pas exagéré que j'applique le tarif Breton qui ne parle que de : réduction-contention de fracture de l'humérus : 90 fr. (en 2e catégorie) ?

Dr D.

Réponse

Vous avez eu affaire à une fracture de l'humérus. Dans ce cas le tarif dit (art. 18) : réduction et contention de fracture de l'humétus = 120 fr. C'est là le prix pour fracture moyenne, pour toutes les fractures de cet os, qu'elles soient faciles ou difficiles à réduire et à maintenir. Ici le cas vous est favorable ; ce peut être le contraire une autre fois.

F. D'.

II

Remarques sur le Tarif.

Il est souvent pénible au chirurgien de voir son aide-anesthésiste rémunéré à 50 fr. tandis qu'il ne touche lui-même que 37 fr. 50 ou même moins, mais c'est une infériorité que d'autres clauses du tarif compensent.

Mais si je *réduis* et *contiens* une fracture du péroné, ce ne peut être généralement qu'avec un plâtre, et je touche 2e catégorie, 18 fr. 25, tandis que si je fais le plâtre sans réduction « pose seule » je touche 37 fr. 50. Il vaut mieux en ce cas ne pas parler de réduction, n'est-ce pas ?

Dr M.

Réponse.

1° Il est rare qu'on soit obligé de prendre un second confrère chargé de l'anesthésie pour une intervention tarifée 37 fr. 50. En tous cas, trouverez-vous donc trop payé 50 fr. la responsabilité encourue par le confrère anesthésiste, avec tous les aléas que l'éther ou le chloroforme comportent ?

2° La « réduction et contention de fracture du péroné » *seul* n'a pas été considérée par la Commission comme d'une énorme difficulté technique. D'où son prix minime. De plus, on a jugé qu'elle ne comportait pas d'ordinaire la nécessité

d'un appareil plâtré. Toutefois, dans le cas où cet appareil est nécessaire, il est tarifé 50 fr. somme qui ne me paraît pas exagérée.

F. D.

III

Luxation du radius.

Je vous prie de bien vouloir me donner votre avis sur les deux points suivants :

1° Comment tarifer la réduction d'une luxation du radius seul. Je ne trouve rien à ce sujet dans le tarif des frais médicaux pour les accidents du travail.

2° J'ai réduit une luxation de la hanche sous anesthésie générale chez un indigent. Pour la Gironde, les frais d'intervention pour l'A. M. G. sont ceux des accidents du travail, 2e catégorie, mais réduits de 30 %. Pour les accidents du travail il faut que l'anesthésie soit pratiquée par un second médecin pour être tarifée 50 fr. Faut-il voir de même pour l'A. M. G ?

Dans le cas particulier j'ai fait moi-même l'anesthésie.

Dr A.

Réponse.

1° J'ai déjà maintes fois proposé (et avec acceptation des deux parties) de tarifer la réduction et contention de luxation d'un os, au même prix qu'un cas de fracture du même os. Donc je proposerais ici, pour cette luxation du radius, le prix de « réduction et contention d'un seul os de l'avant-bras : 60 francs. »

2° Puisqu'il est entendu, pour l'A. M. G. dans votre département, que vous vous basez sur le tarif Breton, il m'apparaît que vous devez le suivre partout et par conséquent, l'anesthésie ne peut être payée qu' à un *second* médecin anesthésiste.

F. D.

IV

Fractures de plusieurs métatarsiens.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur la façon d'établir ma note d'honoraires au sujet d'un accident du travail.

Un ouvrier, employé à réparer les voies, se laisse tomber un rail sur le pied droit. La radiographie a révélé des fractures incomplètes sans déplacement important des IIe, IIIe et IVe métatarsiens, et des fractures, avec écrasement et déplacement, au niveau de la 1re phalange des trois premiers orteils : à la partie moyenne de la phalange pour le IIIe orteil ; à l'union de la partie condylienne et de la diaphyse pour le IIe ; intéressant les condyles séparés eux-mêmes entre eux par un trait secondaire pour le 1er orteil. Pas de plaie, mais des ecchymoses.

J'ai mis en appareil le pied, siège de ces diverses fractures, appareil immobilisant les métatarsiens et maintenant après réduction, les fractures des orteils,

Que dois-je demander comme honoraires à la compagnie d'assurance ? J'ai eu à réduire et à maintenir réduite chacune des trois fractures des orteils ; puis ayant immobilisé en bonne position les orteils fracturés ; j'ai maintenu l'ensemble de ces orteils et les métatarsiens dans un appareil unique consolidé par une semelle de fort carton.

Dr L'

Réponse.

La réduction et contention de fracture d'un seul métatarsien est tarifée 20 francs. De même celle d'un orteil (article 18). Vous avez vu des fractures de trois métatarsiens plus des trois premiers orteils. Sans doute l'addition n'est pas à faire, mais il y a là un bloc complexe d'interventions, plus l'appareil global que vous avez eu à mettre. Auquel cas il me semble que vous pourriez équitablement demander 80 fr. par *analogie* avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

F. D.

V

Accident traité par plusieurs confrères successivement.

Je viens vous demander comment je dois établir pour une compagnie d'assurance ma note d'honoraires pour le cas suivant :

Le fils d'un de mes clients avait été pris sous une automobile : je me rends *d'urgence* au domicile de ses parents où on le transportait et je lui donne mes soins avec un confrère appelé en même temps. Il y avait fractures de côtes et du fémur. J'ai procédé à la réduction, et à la pose d'un appareil de traction continue ce qui a pris PLUS *d'une heure*.

Puis, par discrétion, j'ai laissé ce malade aux soins de mon confrère. C'était en novembre dernier.

Je ne trouve pas le tarif Breton bien explicite et je serais content d'être guidé pour établir ma note.

Dr S'

Réponse.

Il y a lieu de compter pour le premier jour : « réduction et contention de fracture du fémur : 112 fr. 50 » en 2e catégorie + « réduction et contention de fracture des côtes 15 fr. ». Les jours suivants visites avec ou sans déplacement.

Voilà, tarif en main, ce qui est dû par le tiers payant. Quant à savoir à quel médecin ces sommes sont dues, c'est à vous de vous entendre avec votre confrère pour le départage des honoraires suivant ce que vous avez eu à faire l'*un* et l'*autre*. Toutefois au cas où vous auriez, le premier jour, opéré ensemble les réductions et contentions, l'un des deux a droit aux honoraires de l'aide (art. 11) soit 50 fr., l'autre étant l'opérateur.

F. D.

Contrat de mariage entre médecin et pharmacienne.

A défaut de contrat de mariage, le fonds de commerce de pharmacien tomberait en communauté et rien n'empêcherait le mari de l'aliéner, contrairement à ce que croit le Dr Boudin. Il faut donc que le Dr D. fasse les frais d'un contrat, s'il veut assurer à sa femme une sécurité totale, quoique, en fait, la parole d'un honnête homme vaille autant que tous les contrats.

Quel régime adopter ? Le Dr Boudin préconise la séparation de biens. Je ne suis pas de son avis et voici pourquoi : si ce régime assure à la femme la propriété des produits de son officine, il la prive de sa part dans les économies réalisées sur les revenus de la profession de son mari, et, cependant vous savez que les économies, dans un ménage, sont le fait de la femme, qui assure la besogne ingrate de l'administration intérieure. Je considère comme de beaucoup préférable la communauté réduite aux acquêts. Il suffira d'avoir soin de stipuler que le fonds de commerce de pharmacie sera propre à la femme, alors même qu'il ne serait pas intégralement payé au jour du mariage ou ne serait acquis qu'au cours du mariage, sauf récompense à la communauté pour les sommes déboursées par elle pour le payement du fonds.

Les produits tomberont, il est vrai, en communauté, *mais seulement si la femme accepte celle-ci.* Pendant toute la durée de la communauté, en vertu de la loi du 13 juillet 1907, la femme sera considérée comme séparée de biens pour tout ce qui est de l'exercice et des profits de sa pharmacie. A la dissolution de la communauté, elle a le choix : ou de renoncer à celle-ci, et alors les produits de son travail sont gardés par la femme ou ses héritiers francs et quittes de toutes dettes ou charges autres que celles dont ils étaient antérieurement le gage dans les termes de l'art. 3 (auquel je vous renvoie) ; si la femme ou ses héritiers acceptent la communauté, les biens réservés tombent dans la masse avec laquelle ils sont partagés.

On peut combiner les avantages de la séparation de biens ou du régime dotal avec ceux de la communauté, en adjoignant au régime dotal de séparation une société d'acquêts. Cela se fait beaucoup. Mais je déconseille le régime dotal, qui n'empêche pas le mari de dilapider la dot de sa femme s'il en a envie, mais gêne au contraire beaucoup les époux s'ils veulent faire une opération financière avantageuse ou simplement déplacer leurs capitaux immobilisés dans des propriétés foncières. Et c'est un nid à procès.

Bernard Auger,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation.



DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Concours pour l'emploi de chef du laboratoire départemental de chimie et de bactériologie des Côtes-du-Nord.

Un concours sur titres sera ouvert à Saint-Brieuc, le 25 février 1924, pour l'emploi de chef du laboratoire départemental de chimie et de bactériologie des Côtes-du-Nord, situé à Saint-Brieuc.

Ce concours aura lieu à l'hôtel de la préfecture ledit jour, à neuf heures et demie.

Les candidats devront être Français, âgés de trente ans au moins et quarante-cinq au plus, être docteur en médecine ou docteur ès sciences, ou docteur en pharmacie ou pharmacien de 1re classe.

Les demandes tendant à prendre part au concours devront parvenir à M. le préfet des Côtes-du-Nord et être accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat médical d'aptitude physique ;

3° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

4° De ses principales publlications.

5° De l'engagement, pour e cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle.

Le registre portant inscription des candidats sera clos le 15 février 1924.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement fixe de 10,000 frs. ;

2° En plus du traitement, remie de 40 p. 100 sur le prix des analyses ou recherches faites à titre payant. (*J. O.*, 23 janvier 1924.))

LA CURE DE REPOS EN MER

Personne n'ignore actuellement l'action bienfaisante du séjour aux hautes altitudes sur les organismes fatigués, qu'il s'agisse des suites d'une grave maladie, d'une sérieuse opération chirurgicale, ou de l'épuisement résultant des conditions malsaines de l'existence trépidante de beaucoup de nos contemporains ; on sait combien est réconfortant le temps passé dans la montagne : c'est un point sur lequel il a souvent été insisté dans la Revue du T.C.F. et nous devons nous féliciter que notre pays possède une gamme variée de stations pouvant répondre à toutes les indications.

Mais il convient de ne pas ignorer que des conditions toutes différentes peuvent donner des résultats analogues, ainsi que le savent depuis longtemps les médecins anglais qui, pour remettre en état une constitution affaiblie, ordonnent le séjour, non *à la mer*, mais *en mer*.

Chaque année de nombreuses croisières sillonnent les océans, emportant pour une ou plusieurs semaines des passagers qui sont tellement satisfaits de leur séjour à bord que souvent ils ne descendent même pas à terre pendant les escales qui coupent le voyage.

C'est que, pendant ces traversées, ils jouissent non seulement de l'action bienfaisante de l'atmosphère marine, mais aussi et surtout d'une tranquillité complète de corps et d'esprit et d'un calme absolu. Aussi les résultats sont-ils presque toujours favorables et, lors du débarquement, chacun constate une amélioration certaine et, souvent, le retour à l'état normal.

Il était naturel que les Anglais, peuple essentiellement marin, fissent, les premiers, l'essai de ce mode thérapeutique, mais il n'y a pas de raison pour que nous ne l'utilisions pas également, car notre pays s'y prête aussi bien que l'Angleterre ; aussi est-il à désirer que nos médecins pensent à ordonner, à l'occasion, un séjour d'une ou de plusieurs semaines *en mer*.

Mais ils ne peuvent le faire que s'ils se sont rendu compte de l'action bienfaisante que peut produire un voyage à bord d'un paquebot bien organisé ; pour en être pleinement convaincu le mieux est de faire une expérience personnelle.

Pour permettre à nos confrères d'atteindre ce résultat, l'association de la Presse Médicale, avec le concours de la Compagnie havraise péninsulaire, organise pour les médecins une croisière, qui, vers Pâques 1924, partira de Marseille, touchera Valence, la côte Nord de l'Afrique, le Portugal et se terminera au Havre.

C'est, en somme, dans un autre ordre d'idées, le pendant du VEM, dont on connaît le succès toujours grandissant ; nous souhaitons de tout cœur à cette heureuse tentative un résultat aussi favorable.

Pour tous les renseignements s'adresser à l'Association de la Presse Médicale, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

C. M. GARIEL,
Vice-président du Touring-Club.

(*Revue du Touring-Club*, février 1924.)

VARIÉTÉS

Un médecin poète tragique : L' « Ajax » du Dr H. Nermord [1]

Pour écrire en 1924 une tragédie classique en alexandrins sonores, sur un sujet emprunté aux légendes de la guerre de Troie, il faut avoir l'audace enthousiaste de la jeunesse. Cette audace, notre confrère et ami, le Dr H. Nermord, l'a eue, et cependant Nermord n'est plus tout jeune, puisqu'il est notre contemporain.

Hâtons-nous de dire qu'il a parfaitement réussi,

(1) Dr H. NERMORD, *Ajax*, tragédie en 5 actes, préface du Dr Finot. A Paris, chez André Coq, 36, rue Bonaparte. Belle édition de luxe à tirage réduit, ornée de bois originaux dessinés et gravés par Deslignères.

qu'il a, en de beaux vers corneliens, chanté la fureur et la mort d'Ajax, fils de Télamon, l'émule du vaillant Achille.

Ceux qui, comme nous, (comme le Dr Finot qui a écrit sur l'auteur d'Ajax, une savoureuse préface) ont connu Nermord, il y a quelque 35 ans, et qui le revoient aujourd'hui, ne sont pas étonnés de sa témérité, car il est resté toujours jeune. Il n'a changé ni d'aspect, ni d'allures, ni de visage ; il est resté comme nous le décrit son ami, P. Finot, un artiste dans l'âme, un poète qui devait fatalement un jour se manifester.

Nos confrères qui taquinent les Muses ne sont pas rares, mais si la plupart flirtent avec l'amoureuse Erato, la comique Thalie ou même la lyrique Polymnie, nous n'en connaissons guère qui aient osé faire la cour à la grave Melpomène.

La tragédie d'Ajax ne rappelle guère nos tragédies françaises ; elle nous paraît nettement inspirée des grands tragiques grecs. L'amour n'y joue aucun rôle. Les grandes passions qui animent l'action du drame sont l'orgueil, la haine, la soif de vengeance qui, poussées à l'extrême, provoquent chez le héros un accès de délire furieux, suivi, lorsqu'il a repris conscience, d'un état de honte et le dégoût qui le conduit au suicide expiatoire.

Ajax orgueilleux de sa force, est une sorte de brute sauvage. Il nous dit lui-même :

> C'est si bon de verser le sang d'un ennemi.

Mais, cependant, les qualités ne lui font pas défaut. Il fait preuve de courage, de fidélité à ses amis, de dévouement à la Patrie grecque et d'une sorte de dignité royale qui ne manque pas d'allure chez cette sorte de sauvage, violent et impulsif.

Le premier acte est une sorte de prologue : Ajax assiste de loin à la mort de Patrocle, il veut voler à son secours. Minerve l'arrête, lui offre son appui, mais le guerrier vaniteux la repousse insolemment et offense les Dieux qui puniront son orgueil. Il suffisait alors pour entraîner ces guerriers barbares aux pires sottises de les exciter comme le constate Minerve :

> Dire qu'il nous suffit d'enfoncer le tison
> De l'orgueil dans vos chairs, pour qu'aussitôt la haine
> Gorgone déchaînée, au crime vous entraîne.

Mais voici qu'Achille est tué ; Ulysse et Ajax se disputent ses armes ; les rois grecs les attribuent à Ulysse. Ajax, furieux, ne peut tolérer cet affront. Dans un accès de délire aigu, provoqué par les dieux et par sa propre colère, jouet d'une hallucination, il massacre le troupeau sacré de l'armée des Grecs, croyant pourfendre les chefs Achéens qu'il considère comme ses ennemis.

Peu après, il reprend conscience. Quelle honte pour un héros comme lui ! Il doit expier sa faute, il se tuera. Ses soldats, ses amis cherchent à l'en dissuader, on tente de l'émouvoir en faisant appel au souvenir de son père Télamon ; sa décision est irrévocable et rien ne saurait la modifier :

> Je connais mieux que vous ce qu'il me reste à faire,
> Quant au roi Télamon, eh bien ! Teucer, mon frère,
> Lui dira simplement, n'en prenez pas souci,
> Qu'avec Patrocle, Achille, Ajax est mort aussi.

L'on insiste encore, on lui fait entrevoir la prise de Troie, convoitée depuis neuf longues années. Il reste inébranlable, même sa femme, son fils, son frère, qu'il chérit, ne le détourneront de son fatal projet :

Crois-tu que sans honneur, je veuille qu'on me voie,
Si les Grecs sont vainqueurs, franchir les murs de Troie

Il plante en terre le glaive qu'il a arraché au cours d'un combat à Hector et s'en perce le cœur en se jetant dessus, mais, même au moment de la mort qu'il aborde farouche, sans trembler, il ne pardonne rien à ses ennemis comme il le proclame dans un superbe monologue :

Comme un aigle blessé qui rentre dans son aire,
Avec, pour y mourir, la flèche meurtrière,
Je descends vers le Styx sans honte et sans émoi,
En emportant ma haine implacable avec moi.

Le drame est fini. Cependant, comme dans les tragédies grecques, il se prolonge encore. La mort du héros a été une expiation ; le sage Ulysse demande qu'on lui pardonne et qu'on lui rende les honneurs funèbres que ses services à la cause commune lui ont mérités, et Minerve l'approuve. C'est Teucer, le frère d'Ajax, qui, aidé de ses compagnons d'armes, assurera sa sépulture.

Telle est la trame simple de cette tragédie qui ressemble à une traduction de Sophocle.

Relatons quelques épisodes : la lassitude des soldats grecs, après neuf ans de luttes, exprimée en termes qui rappellent un peu le langage des défaitistes de 1917. Mais, est-il bien sûr que le poète se soit laissé aller à une allusion de ce genre.

Dans toutes les armées fatiguées par une longue guerre, les mêmes faiblesses se manifestent dans tous les temps. L'on peut lire dans les *Annales* de Tacite, les harangues de l'histrion Percennius, incitant à la révolte les légions de Pannonie, lors de la mort d'Auguste, et les propos ne diffèrent guère de ceux des défaitistes de Cœuvres.

Une autre épisode à signaler est le chant des Argonautes qu'Ajax demande à Stentor de chanter pour l'entendre une dernière fois :

Lorsque les Héros conduits par Jason
Partirent d'Argos chercher la Toison...

Enfin, citons encore le monologue d'Ajax au moment fatal et celui de Teucer devant le cadavre d'Ajax qui termine la tragédie.

Nous ne croyons pas que, depuis l'Iphigénie de Jean Moréas, représentée pour la première fois sur le Théâtre antique d'Orange, en 1903, une autre œuvre de ce genre ait été écrite en beaux vers français.

Nous souhaiterions à l'Ajax de Nermord le sort de l'Iphigénie de Moréas Et ce serait pour nous un vrai régal d'entendre nos vieilles arènes de Lutèce retentir des cris d'Ajax et, comme le rêvait le Dr Finet dans sa Préface, d'écouter notre ami Nermord entonner lui-même de sa voix de Stentor, le chant des Argonautes :

Lorsque les Héros conduits par Jason
Partirent d'Argos chercher la Toison...
....
Vogue, marin, vogue ! On la trouvera
Io ! Io ! la Toison ! Qui de nous l'aura ?

J. Noir.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 340-IV)

(Suite du Sommaire)

Demi-Colonnes

AVIS

—

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, du Dr FOUILLOUD-BUYAT de Saint-Geoire-en-Vadaine (Isère), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Ben.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Rioux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berre, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*), Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minette, Pierrhugues, Verrier
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Fél., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 47. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos, banl. Paris (30 à 40 kilom.)

N° 48. — Dr, 40 ans, dem. sit. stable assist. chir. gén. ou oto-rh. gde ville préf., disp. cap.

N° 49. — Occasion. Lot catguts secs et stérilisés, drains crins de Florence et soies Ecr. Verjat, 110, faub. Poissonnière, Paris.

N° 50. — Occasion. A vendre lot env. 300 appareils anesthésie et masques chloroforme. Ecr. Verjat, 110, f ub. Poissonnière, Paris.

N° 51. — Vve de doct., 37 ans, bonne éduc. dem. emploi secrét. dame de comp. ou surveillante de clin., mais. de santé.

N° 52. — Occasions : 1 forceps Tarnier et bte nick. 200 fr., 1 étag. nick. av. 10 flac. de 30 g. bouchés émeri 35 fr., aiguille Reverdin 18 fr., 6 pinces Clamp et 12 hemost. 150 fr., 1 scie et 2 cout. à amput. 75 fr., 1 pince Pozzi, 1 pince vag., 1 spec. 40 fr., 1 dav. à os, 2 gouges, 1 maillet 38 fr. ; instruments séparés, demander la liste. S'ad. à Ch. Loreau, 3 bis, rue Abel, Paris, 12e. R.C. Seine 45172.

N° 53. — Doct. recherche pr consult. 3 ap-midi pr semaine, 2 pièces chez confr. ou toute autre pers.

N° 54. — E udiant en méd. cherche le « Traité des membres » de Dujarier, Ecr. à Jean Durin, Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand.

N° 55. — Maison de cure climatique. Régime, 150 m. d'altitude, 3 km. de la mer et de Cannes. Vue splendide sur mer et montagnes. Contagieux et mentaux exclus. Tout le confort. Dr Daniel, ext. int. des H. Le Cannet (Alpes-Maritimes).

LÉGISLATION

Les traitements par sérum et auto-vaccins et la loi du 25 avril 1895

La sérothérapie, les autovaccins, entrent actuellement dans une phase de grande faveur. Dès lors, la question suivante se pose : que doit faire un médecin, pour se mettre en règle avec la loi, lorsqu'il veut préparer lui-même des produits injectables ?

Aux termes de l'article 1er de la loi du 25 avril 1895, les virus atténués, les sérums thérapeutiques, les toxines modifiées et produits analogues, pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliquées au traitement des maladies aiguës ou chroniques, ne pourront être débités à titre gracieux ou onéreux qu'autant qu'ils auront été, au point de vue, soit de leur fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement, rendue après avis du Conseil d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine.

Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire et révocable. Ils seront soumis à une inspection, exercée par une commission nommée par le ministre de l'hygiène.

Quiconque, par conséquent, médecin, ou pharmacien, qui désire, dans son laboratoire, fabriquer des sérums thérapeutiques, ou des vaccins, doit en adresser la demande au Ministre de l'hygiène. Celui-ci ordonnera une enquête, une inspection du laboratoire, l'examen des produits, le mode de préparation.

La décision d'autorisation ou de refus sera notifiée après l'avis des sociétés indiquées plus haut.

Ajoutons que le laboratoire ne doit pas dépendre d'un établissement public et doit être entièrement privé. Ainsi, un professeur de Faculté ne pourrait pas fabriquer des sérums et vaccins dans son laboratoire de Faculté, pour les débiter ensuite, gratuitement ou à titre onéreux, à des malades hospitalisés ou non.

Si le laboratoire ne veut faire que des autovaccins, les formalités seront moins grandes, en ce sens qu'une enquête locale seule pourra être ordonnée. Mais, le directeur du laboratoire fera bien de toujours se faire délivrer, par le médecin-

traitant, une ordonnance spécifiant l a nécessité de faire les prélèvements nécessaires pour fabriquer un auto-vaccin. De plus, ce sera le médecin traitant qui, seul, devra pratiquer ensuite les injections sous-cutanées d'auto-vaccin et non pas quelqu'un appartenant au laboratoire.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Remboursement de la taxe de luxe à un sinistré de guerre

Nous donnons ci-après, la copie de la réponse qui nous a été faite par l'Administration des Contributions indirectes au sujet du remboursement à un sinistré de guerre de la taxe sur le chiffre d'affaires afférent à l'achat d'une voiture automobile

Comme vous pouvez en juger, cette question n'est pas d'ordre fiscal, mais se rattache directement aux dommages de guerre.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Réponse des Contributions indirectes

En dehors de l'exception prévue par le décret du 17 août 1921 (*J. O.*, du 24) en faveur des automobiles achetées en vue d'assurer un service de transport public concédé, subventionné ou exploité par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics hospitaliers, aucune disposition ne permet d'exonérer de la taxe de 10 % la vente des automobiles servant au transport des personnes, même si ces voitures sont utilisées par l'acheteur pour l'exercice de sa profession. La taxe du chiffre d'affaires, étant, aux termes de la loi du 25 juin 1920, à la charge exclusive du vendeur, l'administration n'a pas en effet, à connaître la qualité de l'acheteur.

Il importe donc peu, pour l'application de la loi, que celui-ci soit un sinistré de guerre.

Permis de conduire une automobile ou une bicyclette

Une question de droit s. v. p.

J'ai un permis de conduire pour voiture automobile.

Si j'achète une moto, suis-je tenu de me procurer un nouveau permis.

Dr T.

Réponse.

L'article 29 du décret du 31 décembre 1922 (*Code de la route*), après avoir, dans son premier paragraphe, dit que nul ne peut conduire



un véhicule automobile s'il n'est porteur d'un permis délivré par le préfet, ajoute, dans son paragraphe 2, que « les conducteurs de motocycles à deux roues devront être porteurs d'un permis spécial que le préfet pourra délivrer aux candidats âgés de 16 ans au moins ».

Il résulte de ces dispositions que le permis de conduire une automobile n'est pas valable pour une motocyclette.

Les quittances d'honoraires-accidents sont exemptes de timbre

Depuis 15 ans, j'ai présenté de nombreuses notes d'accidents du travail. Jamais, il ne m'a été retenu de timbre. Aujourd'hui, pour une note de 179 fr. concernant des blessés de la manufacture d'allumettes, les Contributions indirectes me réclament le timbre-quittance. J'ai protesté, m'appuyant sur des précédents très nombreux. Pourriez-vous m'indiquer le texte qui a trait à cette exemption ?

Je n'ai pas besoin de vous dire que je suis abonné du *Concours* et membre du « Sou ».

D[r] F.

Réponse

L'article 29 de la loi du 9 avril 1898 exempte de timbre, d'une façon générale, tous les *actes* faits en vertu et pour exécution de la loi.

Il est admis que les quittances d'honoraires des médecins qui ont soigné des blessés du travail doivent bénéficier de cette exemption.

Certaines administrations publiques se sont montrées réfractaires à cette interprétation. Mais elle a été admise par la Direction de l'Enregistrement, ainsi que l'indique une lettre du Directeur de l'Enregistrement d'Angers, en date du 17 juin 1919, que le *Concours médical* a publiée (1919, page 1198). Cette lettre reconnaît que le mémoire produit à l'Administration des Ponts et Chaussées, pour les soins donnés à un blessé du travail, est, contrairement à la règle générale, dispensé de timbre, ainsi que la quittance à donner lors du payement ?

Il n'y a aucune raison pour que la solution applicable aux Ponts et Chaussées ne le soit pas aux Manufactures d'allumettes.

Expertises au Tribunal des Pensions

1° Je viens d'être nommé expert auprès du tribunal des pensions de N... et je désirerais savoir quels sont les honoraires que je puis demander. On m'a *dit* que l'Etat n'allouait que 25 fr. et que le Corps médical demandait 100 fr. La question a-t-elle été solutionnée et quel en est le résultat ?

2° Faut-il examiner le pensionné devant les représentants de l'Etat ou seul ?

3° Quel barême de pension appliquer, est-ce celui, réformés de guerre ?

Dr R.

Réponse.

L'article 41 du décret du 2 septembre 1919 fixe à 25 fr. par pensionné examiné, les honoraires dus aux experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le Tribunal des Pensions.

Cette disposition n'ayant pas été modifiée par un autre décret, est toujours en vigueur.

2° Il est de règle en matière d'expertise que les parties doivent être convoquées. Il y a donc lieu, pour l'expert au Tribunal des Pensions, de convoquer à ses opérations, en même temps que le mutilé, le représentant de l'Etat.

3° Par application de l'article 65 de la loi de 1919, l'intéressé doit bénéficier de la réglementation la plus favorable, à la condition que les *lois et réglements soient respectés*. Il y aura donc lieu d'appliquer le plus favorable entre les Guides-Barêmes de 1915 et de 1919 et l'échelle de *gravité de la loi de 1831*.

Prorogation de bail

Resté en possession des locaux que j'habite, alors que mon bail antérieur au 1er août 1914 est expiré, je suis depuis lors locataire verbal pour une prorogation égale à la durée des hostilités. La loi étant promulguée le 24 octobre 1919 et mon bail verbal expirant le 13 février 1925, je devrai donc à cette époque, quitter la maison que j'habite.

Voudriez-vous être assez aimable de me dire, comme on me l'a affirmé, si cette loi de prorogation, promulguée le 24 octobre 1919, a été modifiée et si la nouvelle date serait maintenant le 30 juin 1926.

Si le fait est exact, je ne devrais donc sortir que le 13 février 1926 et alors dois-je en prévenir mon propriétaire verbalement ou par ministère d'huissier et ledit propriétaire a-t-il le droit d'augmenter mon loyer pendant cette année supplémentaire ?

Dr X.

Réponse.

Aucune modification n'a été apportée par la nouvelle loi sur les loyers à la durée des prorogations professionnelles accordées par la loi du 9 mars 1918.

La prolongation d'un an qu'elle a acordée est simplement afférente à la prorogation facultative qui a été instituée par la loi du 31 mars 1922. Celle-ci pouvait aller jusqu'au 1er janvier 1925 et la loi du 29 décembre 1923 en a étendu la possibilité jusqu'au 1er janvier 1926. Mais cette prorogation qui, en cas de difficultés, est accordée ou refusée par les tribunaux, ne s'applique

que dans les localités de plus de 4.000 habitants (au lieu de 10.000 antérieurement), dans celles où le nombre des habitants ou celui des foyers a augmenté entre les deux derniers recensements et dans les régions libérées.

Passage d'un médecin d'une arme combattante dans le corps de santé.

Appelé service armé de la classe 1917, j'ai fait campagne de 1916 à 1919 successivement comme conducteur d'artillerie, comme aspirant, comme sous-lieutenant et dernièrement, je viens de recevoir ma nomination de lieutenant de réserve (Croix de guerre, une blessure, deux citations).

Entre temps, j'ai terminé mes études médicales et je suis installé depuis un an déjà à X.

J'ai demandé, commeil était logique, à être versé dans le Service de santé, j'ai constitué patiemment mon dossier et j'ai même subi les épreuves nécessaires à l'obtention du grade de médecin auxiliaire ! ! Or, ma mutation m'oblige à démissionner de l'artillerie : me voici donc rétrogradé de lieutenant à adjudant.

Je vous demanderai si :

1° J'ai le droit de demander à être muté dans le Service de santé avec un grade équivalent à celui que j'ai conquis sur les champs de bataille ; quels textes de lois puis-je invoquer ?

2° Si la mutation à grade égal est impossible, sera-t-il tenu compte du grade que j'abandonne pour favoriser mon avançement ?

3° Serai-je ennuyé par des périodes et quelle sera leur fréquence et leur durée ?

Mon dossier est encore en instance à la direction du Service de santé du n^e corps et ma nomination de médecin auxiliaire n'a pas paru, c'est dire que je puis encore tout arrêter ou ajouter telles réclamations que vous me conseillerez, dans le cas où cette mutation me serait trop préjudiciable.

Dr Z.

Réponse.

1° Votre cas n'est pas unique ; bien des confrères devenus comme vous, pendant la guerre, officiers dans les armes combattantes, ont été versés dans le Service de santé depuis la démobilisation avec un grade équivalent à celui qu'ils détenaient dans l'infanterie ou l'artillerie. Nous pouvons vous affirmer que, dans le courant de décembre 1923, notamment, deux semblables mutations ont paru au *Journal officiel.*

Qu'on vous ait fait subir les épreuves de l'examen pour le grade de médecin auxiliaire, la chose est normale, car il fallait que vous acquerriez les notions indispensables sur le Service de santé en campagne et en paix, après avoir été stratège, ce qui était tout différent.

Mais ne vous hâtez pas de démissionner de votre grade de lieutenant, sans avoir l'assurance

que vous serez versé dans le Service de santé avec le grade équivalent de médecin aide-major de 1re classe.

Remettez donc entre les mains de votre Directeur du Service de Santé une lettre adressée au Ministre de la Guerre (7e Direction), où vous exposerez votre situation (y compris l'examen de médecin auxiliaire avec la date), en même temps que vos très justes prétentions. Dites que vous tenez à la disposition du Ministre votre démission de lieutenant pour le jour où vous serez nommé médecin aide-major de 1re classe.

2° D'après l'article 49 de la loi sur le recrutement, vous pourrez être convoqué pour des périodes d'exercice, dont le nombre et la durée sont fixés par le Ministre, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois.

Demande de pension militaire. *Forclusion.*

Voici, aussi brièvement que possible, l'histoire d'un *de mes malades, très intéressant, et au sujet* duquel je vous demande des renseignements :

Blessé le 15 juillet 1916 par éclat d'obus au coude *droit*, opéré une première *fois* à *l'ambulance de M.* réopéré à Paris et enfin réséqué du coude en septembre 1916 à Paris, hôpital auxiliaire ..., il reste dans les hôpitaux pour ces diverses opérations jusqu'en mars 1917, époque à la quelle il passe devant une commission de réforme qui le réforme n° 1 avec pension de 60 % pour « avant-bras droit ballant, suite de résection du coude.

Sa pension est portée à 65 % d'après le nouveau régime des pensions par arrêté du 31 décembre 1920.

En 1922, je vois ce blessé que je connaissais avant la guerre comme bien portant, très solide, je l'ausculte, lui trouve, après avoir constaté des hémoptysies, des traces très nettes de tuberculose pulmonaire et, rattachant cette T. P. au mauvais état général porduit par sa blessure, ses 8 mois d'hôpitaux et ses opérations multiples, je le présente d'urgence devant la Commission de réforme de V., qui, le 24 octobre 1922 (ma proposition doit dater du commencement de septembre), porte sa pension à 95 %, pour « résection du coude par blessure, tuberculose pulmonaire évolutive, sans pièces d'origine, mais pouvant être rattachée médicalement aux fatigues de la blessure et de multiples interventions chirurgicales ».

Muni de *ce titre*, dont je vous donne exactement la mention, mon malade a touché depuis octobre 1922 ses 95 %. Tout allait donc bien jusque-là, et *mon client se contentait du 95 % bien* qu'à mon avis, il dût avoir encore davantage, sa tuberculose étant très nette, ses hémoptysies répétées, et les crachats que j'avais envoyés et dont je n'ai eu aucun résultat d'analyse, me paraissant nettement bacillifères, lorsque avant-hier, 3 janvier 1924, il reçoit une note

(Voir la suite page XLVII-387)

PROPOS DU JOUR

Une Conférence à l'Association pour le développement des relations médicales extérieures : Les débouchés médico-chirurgicaux en Extrême-Orient.

M. le Dr Cadenat, un des plus distingués parmi les jeunes chirurgiens des hôpitaux de Paris et qui n'est pas un inconnu pour les lecteurs du *Concours médical*, à son retour d'un voyage d'études, a fait à l'Association des relations médicales extérieures (A. D. R.M.), devant un public d'élite, une très intéressante conférence sur les débouchés médico-chirurgicaux en Extrême-Orient.

Avec une clarté d'exposition et une pureté d'élocution qui classent l'orateur au tout premier rang de nos conférenciers, M. Cadenat, limitant à l'essentiel le récit de son beau voyage, nous a exposé la situation médicale en Extrême Orient.

***

Après avoir traversé le Canada français et avoir eu la satisfaction de constater son expansion et sa prospérité, après avoir visité les hôpitaux de Chicago, il gagna le Japon par Vancouver et Yokohama, visita Tokio et Kioto, les deux capitales, et eut l'heureuse inspiration de quitter l'Empire du Soleil Levant deux jours avant le tremblement de terre.

Le *Japon* a donné à M. Cadenat l'impression d'une nation qui se transforme. Le Japonais qui se promène dans les rues de Yokohama, coiffé d'un chapeau canotier ou d'une casquette occidentale, vêtu d'un kimono et tenant un parapluie d'une main et un éventail de l'autre, symbolise parfaitement ce peuple en pleine évolution.

Comme M. Cadenat s'attendait à trouver au point de vue médico-chirurgical de grandes innovations au Japon, ce fut pour lui une petite déception de n'y constater que l'imitation de ce qui existe dans notre Occident. Les hôpitaux sont assez analogues aux nôtres, mais les salles y sont moins bien tenues, les salles d'opération encombrées et moins bien organisées. Les études médicales y paraissent trop théoriques. Le désir des étudiants n'est pas de devenir de bons médecins, mais de se hâter de conquérir un diplôme donnant le droit d'exercer. L'éducation clinique est presque nulle, elle se borne à l'examen des malades aux consultations et jamais au lit dans les salles d'hôpital. Les chefs de services ont de sérieuses difficultés pour recruter un état-major suffisant, et le praticien japonais, si l'on fait abstraction d'une élite évidemment très instruite, paraît très inférieur au praticien français. Un autre défaut de l'enseignement médical au Japon est son manque d'unité, il existe des écoles relevant de l'Etat, d'autres des municipalités, d'autres libres, qui adoptent chacunes des méthodes et des programmes différents.

L'influence française au Japon est presque inexistante. Tous les professeurs et les médecins distingués ont fait leurs études en Allemagne et ont subi l'influence germanique. Dans une bibliothèque médicale le Dr Cadenat découvrit un certain nombre d'ouvrages français, notamment la Chirurgie du Pr Lejars, mais ces livres étaient traduits en allemand.

Depuis la guerre, c'est l'influence anglaise et l'influence américaine qui prennent de beaucoup le pas sur les autres. D'ailleurs, l'Amérique n'est qu'à dix jours de voyage du Japon et les Japonais ne peuvent pas éviter d'être impressionnés par les superbes installations hospitalières et chirurgicales des Etats-Unis. En somme, M. Cadenat juge que notre action ne pourra jamais jouer au Japon qu'un rôle secondaire et sans doute assez effacé.

***

En *Chine*, c'est toute autre chose. L'influence française y est bien établie, et depuis plusieurs siècles. La Chine est un Etat singulier qui donne au voyageur l'impression d'un pays d'une autre époque. La République Chinoise n'a rien de commun avec la nôtre ; elle se compose en fait de trois Etats, un au Nord avec Moukden, un au Centre avec Péking et Tientsin, un au Sud avec Nanking, Hankeou, Changhaï et Canton et ces états sont sous la dictature des généraux que les placides chinois qui ne s'occupent guère de politiques, laissent se disputer le pouvoir, sans sortir eux-mêmes de leur quiétude indifférente.

La médecine chinoise est pour nous singulière. Les hôpitaux sont dans un état de malpropreté indicible et le médecin indigène ne diffère pas beaucoup du sorcier. Le Dr Cadenat a assisté à

une consultation dans un hôpital Chinois, où devant lui, sans s'émouvoir de sa présence, un médecin indigène se contentait, pour poser des diagnostics et instituer des traitements, de faire tirer la langue aux malades et de tâter le pouls aux deux poignets. Aussi les médecins étrangers sont-ils très recherchés. Le médecin allemand, malgré la guerre, paraît avoir conservé un grand prestige que lui dispute le médecin français. Les médecins anglais et américains sont beaucoup moins appréciés.

Il y a en Chine quelques-uns de nos confrères, hommes de valeur et d'une grande énergie qui rendent les plus grands services à l'influence française et se sont fait là-bas une situation considérable. Parmi eux, nous devons citer le Dr Bussière, qui est à la tête de l'Ecole de médecine de Tientsin ; le Dr Fresson, de l'Ecole de Changhaï ; le Dr Porak, qui dirige l'Institut Pasteur de Changhaï ; le Dr Casabianca, de l'Ecole de Canton. Ces médecins distingués seraient tous heureux de voir venir de France des collaborateurs instruits dont la situation serait très vite assurée et ne tarderait pas à devenir brillante. Nanking et Hankéou sont des villes où l'on pourrait constituer des centres médicaux français importants. Canton est un centre prospère pour les médecins français, mais il pourrait être très facilement doublé.

***

Notre *Indo-Chine* est, de l'avis de tous, et de celui des Américains en particulier, une colonie admirable, d'une grande prospérité et d'un plus grand avenir. Au Nord et au Sud sont deux pôles d'influence française : d'une part, le Tonkin avec sa capitale, Hanoï dont l'influence rayonne sur toute la Chine du Sud ; de l'autre, la Cochinchine avec Saïgon dont le rayonnement se fait sur les Indes Néerlandaises, le Siam, la presqu'île de Malacca, les Philippines etc. L'Annam avec Hué, ville moins importante, le Cambodge avec Pnom-Penh, le Laos, encore sauvage, n'ont pas la richesse, ni l'importance de la Cochinchine et du Tonkin. Hanoï est dotée d'une Ecole de médecine de plein exercice, dirigée par les docteurs Degorce et Le Roy des Barres qui est appelée à une très grande prospérité et où des médecins français de valeur seraient bien accueillis et trouveraient desuite des chaires à l'Ecole s'ils étaient capables d'y enseigner (notamment l'anatomie et la physiologie). Saïgon ne possède pas d'Ecole, mais est pourvue d'un Institut Pasteur renommé, dans tout l'Extrême-Orient ; ce fut lui que dirigea le Dr Yersin, qui y découvrit le microbe de la peste et actuellement le Dr Bernard supplée le Dr Yersin avec distinction. De nombreux postes de médecins sont vacants en Indo-Chine et les débouchés pour les médecins français sont d'autant plus sûrs que la réorganisation de l'assistance indigène assure au médecin nouveau-venu un traitement fixe immédiat qui lui permet d'attendre la clientèle.

***

Ce n'est pas tout. Chose qui paraît surprenante et qui est cependant la réalité, le médecin français est très apprécié par les Anglais eux-mêmes dans toutes les possessions britanniques d'Extrême-Orient. A Honkong, à Singapour, dans les grandes villes de l'Inde, à Calcutta, à Bombay, les médecins français jouissent d'une réputation que n'ont pas les médecins anglais auprès de leurs compatriotes. Après une année d'études supplémentaires en Angleterre, ce qui paraît absolument indispensable, de jeunes médecins français auraient de sérieuses chances de succès en se fixant dans les Indes anglaises.

« Ce qui nous étonne, disait un Anglais au Dr Cadenat, c'est que le médecin français paraît trouver un réel plaisir à examiner ses malades. » Et c'est bien là ce qui fait la supériorité du praticien français, il n'exerce pas la médecine comme un métier. mais bien comme un art qu'il aime ; son malade sent qu'il s'intéresse réellement à lui et il le lui rend en affection et en confiance.

***

La belle conférence du Dr Cadenat a eu le grand succès qu'elle méritait. Nous avons jugé que nous ne saurions lui donner trop de publicité, car elle montre aux médecins encore jeunes, chargés de famille, que, par ces temps où la vie est difficile, ils peuvent, s'ils connaissent bien leur art et ont quelque énergie, se faire sûrement une situation en Extrême-Orient, situation qui peut facilement devenir brillante. En outre, l'installation de médecins français en Chine, et même dans les Colonies anglaises des Indes et d'Extrême-Orient créerait des rayonnements d'influence française qui rendraient les plus grands services à notre Patrie.

J. NOIR.

Référence du *Répertoire d'Hygiène de médecine sociale* 5440 (Débouchés).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Par G. Faroy,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

L'ulcère de l'estomac a une évolution essentiellement chronique et récidivante ; de plus, débutant souvent au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, il s'accompagne fréquemment de complications plus ou moins précoces ou tardives (hémorragie, perforation, périgastrite, biloculation, ulcéro-cancer), qui en assombrissent singulièrement le pronostic.

Il y a donc intérêt à le dépister le plus tôt possible, pour tenter, par un traitement approprié, sévère et prolongé, d'en enrayer l'évolution et de provoquer sa cicatrisation définitive.

La symptomatologie de l'ulcère varie avec sa localisation ; c'est là déjà une première difficulté du diagnostic. Mais il est des formes qui se traduisent par un tableau clinique relativement vague et qui ne donnent souvent que des présomptions : tels sont les ulcères des faces (antérieure et postérieure) et de la grande courbure.

Les ulcères des orifices (cardia et pylore), sont beaucoup plus franchement caractérisés par des syndromes cardiaque (très voisin du syndrome œsophagien) et pylorique ; aussi, sont-ils les plus anciennement connus.

L'ulcus de la petite courbure, si fréquent et très étudié ces dernières années, bien que souvent moins facile à diagnostiquer que les deux précédents, et quelquefois de symptomatologie très floue, peut actuellement être mis en évidence par la recherche d'un syndrome qui lui est propre, dit de la petite courbure.

L'étude de ces différents signes n'entre pas dans le cadre de cet article ; mais il faut savoir que le traitement de l'ulcère de l'estomac a pour but de lutter contre certains d'entre eux, qui dominent toute l'histoire clinique de l'affection et qui sont communs à la majorité de ses formes : ce sont les spasmes (pylorique, médiogastrique, cardiaque), et les crises douloureuses qu'ils provoquent, la stase, l'hypersécrétion, l'hyperchlorhydrie.

Traitement. — Il est double, *diététique* et *médicamenteux.*

1° Le régime doit être hypochloruré, l'acide chlorhydrique du suc gastrique tirant son élément chloré du chlorure de sodium de l'organisme ; il peut avantageusement être *sucré* ou *gras* dans une certaine mesure, le sucre et les corps gras diminuant la sécrétion de l'estomac.

Dans les cas sérieux, au début du traitement, le régime doit être strictement lacté ; le lait est pris sans avoir besoin d'être écrémé, à la dose de 2 à 3 litres par jour, et même plus, en nature, par petites quantités au cours de la journée. S'il est mal toléré, on l'additionne de 5 grammes de *citrate de soude* par litre ; ou bien on fait prendre du lait homogénéisé.

L'adjonction de *poudre de viande* est en général bien supportée et augmente le pouvoir nutritif du lait ; elle paraît avoir une certaine action calmante sur les douleurs des hyperchlorhydriques.

Quand l'état du malade s'est amélioré, ou si le cas est moins sérieux, le lait est absorbé, partie en nature, partie sous forme de potages ou bouillies, avec du tapioca, de la semoule, des farines (crème d'orge, de riz, d'avoine, de blé vert) ou des petites pâtes (vermicelle, etc.) ; ces potages doivent être cuits longuement.

Plus tard, on ajoute au régime : des jaunes d'œufs ou même des œufs (2 à 3 par jour), crus ou à la coque à peine cuits, du riz à l'eau ou au lait, très cuit, des pâtes d'Italie cuites à l'eau (très longuement), des purées (de pommes de terre d'abord, puis de haricots, lentilles, pois décortiqués), de la crème de lait, des crèmes aux œufs et au lait, des puddings légers (semoule, tapioca, riz, pâtes), des fromages frais, enfin des gelées de fruits, en assez grande quantité ; on tolère une ou deux biscottes par repas.

Quand le malade ne souffre plus depuis 4 ou 5 semaines au moins, on lui laisse prendre un

peu de viande rouge saignante, voire même de la viande crue hachée, des volailles maigres, des poissons maigres cuits au court-bouillon, des cervelles et du ris de veau cuits à l'eau, du jambon cuit maigre, puis quelques légumes verts hachés, cuits à l'eau, et quelques fruits cuits en compote.

Le pain rassis ou grillé est permis ; le lait est remplacé comme boisson par de l'eau pure (ni gazeuse, ni minéralisée).

Les épices, les sauces, les aliments indigestes, le vin et toutes les boissons alcoolisées sont rigoureusement interdits ; le tabac également.

Le beurre frais est autorisé et même à recommander à tous les stades du régime ; glacé et en fortes quantités, il a été préconisé dans le début du traitement de l'ulcère.

Le sel, interdit presque totalement, peut être remplacé par du phosphate de soude, à la dose de 5 grammes par jour. Le sucre doit être permis *larga manu* dans tous les aliments qui en tolèrent.

Lorsque le malade est guéri cliniquement, il est indispensable de lui apprendre que son régime devra, dans l'avenir, se tenir, sensiblement, dans les limites que nous venons d'indiquer ; les aliments défendus le seront toujours ; c'est à cette condition seulement que les récidives pourront être évitées.

2° La *thérapeutique médicamenteuse* de l'ulcère de l'estomac a pour but de calmer les douleurs et les spasmes, de saturer l'acidité du suc gastrique, de diminuer la sécrétion, d'accélérer l'évacuation de l'estomac et de favoriser la cicatrisation de la lésion.

L'antispasmodique de choix est la belladone, à laquelle il faut joindre son alcaloïde l'atropine.

La *belladone* peut se prescrire sous forme de teinture, à la dose progressive de 30 à 60 gouttes par jour, en 3 fois, dans un peu d'eau ; la teneur en alcool de la teinture la rendant peu tolérable par certains estomacs, on la remplace par la formule suivante :

Extrait de belladone..	} ââ un centigramme
Poudre de belladone..	

pour une pilule ; 3 pilules au début des trois repas.

Si les crises douloureuses sont très intenses, on aura recours au sulfate d'*atropine*, en ingestion, ou en injection, à doses croissantes de un demi à un milligramme et demi.

On doit même quelquefois ne pas hésiter à se servir de la *morphine*, malgré son action excitante sur la sécrétion gastrique, à condition de ne pas en prolonger l'emploi.

La saturation du suc gastrique hyperacide est obtenue avec les alcalins et les alcalino-terreux.

On fait prendre, dès le début des crises douloureuses, dans un peu d'eau, une cuillerée à café de la poudre suivante :

Magnésie calcinée.....	5 grammes
Bicarbonate de soude..	15 grammes

pour un paquet ; à renouveler au bout de 10 minutes, si la douleur n'est pas complètement calmée ; *ne pas faire prendre plus d'un paquet par jour*, pour éviter l'excès de bicarbonate et son action excitante sur la sécrétion. En cas de diarrhée, on remplace la magnésie par la *craie*.

On peut encore prescrire 3 ou 4 fois par jour, un peu avant l'heure où les douleurs apparaissent habituellement, un verre à Bordeaux à un demi-verre de la solution suivante :

Bicarbonate de soude..	8 grammes
Phosphate de soude....	4 grammes
Sulfate de soude.......	2 grammes
Eau	un litre

Si les douleurs sont presque continuelles, il y a avantage à ordonner des alcalino-terreux :

Craie préparée.......	} ââ 10 grammes
Carbonate de magnésie ou magnésie calcinée.	
Carbonate de bismuth..	

4 à 5 cuillerées à café par jour, entre les repas et régulièrement espacées.

Il est utile en outre de faire un véritable pansement gastrique, pendant 10 à 15 jours, en faisant prendre le matin à jeun, délayés dans un verre d'eau, 10 grammes de carbonate de bismuth ; le malade se couche ensuite sur le dos, le ventre, et les côtés droit et gauche, pendant 5 minutes dans chaque position. On peut encore faire absorber ces 10 grammes de bismuth en 4 fois dans la journée, le matin à jeun, à 10 heures du matin, 4 heures et 10 heures du soir.

Le *kaolin* et le *talc*, préconisés également et de la même façon que le bismuth, sont loin de donner les mêmes résultats.

En résumé, le traitement médicamenteux type de l'ulcère de l'estomac consiste à prescrire:

1° Un antispasmodique, belladone ou atropine;

2° Une poudre ou une solution saturante ;

3° Un pansement au bismuth.

En cas de sténose serrée du pylore, avec stase alimentaire, il est nécessaire de vider l'estomac

chaque jour, par un lavage, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire ; pour ne pas laisser l'estomac vide, on remplace le liquide extrait par un demi-litre de lait citraté et additionné au besoin de deux cuillerées à soupe de poudre de viande.

Nous n'insisterons pas sur le traitement des complications de l'ulcère ; celui des gastrorragies sera exposé dans un autre article ; celui des perforations est strictement chirurgical.

Il faut pourtant savoir que s'il apparaît des symptômes de *périgastrite*, menace de perforation, l'estomac doit être mis au repos le plus complet, par la diète hydrique ; des injections d'atropine auront pour but de calmer les contractions de l'organe ; des applications de glace atténueront les phénomènes inflammatoires ; l'alimentation se fera par des lavements alimentaires ou des injections de sérum glucosé.

MÉDECINE LÉGALE

Nouvelles méthodes d'examen médico-légal des taches de sang.

M. le Professeur Balthazard, membre de l'Académie de Médecine.

Les questions qui nous sont posées par les juges d'instruction peuvent varier beaucoup suivant la conception que ces magistrats se font de la médecine légale. Pour ce qui concerne les taches de sang, on nous demande de résoudre quelquefois des problèmes simples, d'autres fois des problèmes ordinairement non solubles, comme par exemple de déterminer si un sang donné appartient à un homme ou à une femme.

Je vous ai montré comment vous reconnaîtrez, d'une façon générale, une tache de sang, par la recherche de l'hémoglobine. La tache qui vous est soumise est-elle récente ou ancienne ? On peut avoir sur ce point quelques indications. Le sang d'une tache subit des modifications. L'oxyhémoglobine se transforme — lentement — en méthémoglobine, passant du rouge au brun et puis au gris. Si nous prenons une série de taches d'ancienneté variable, nous aurons une échelle de teintes qui nous guidera. Supposons une empreinte sanglante. On recherche d'abord dans l'échelle des teintes la division qui lui correspond. Admettons que ce soit le nº 5. On applique ensuite, à côté de l'échelle des teintes, une deuxième empreinte analogue à la première et l'on attend le temps nécessaire pour qu'elle atteigne le nº 5. On a ainsi un indice approximatif de l'ancienneté de la tache. Il importe d'agir de cette manière car les changements de coloration ne sont pas semblables suivant les conditions ambiantes, l'épaisseur de la tache, etc.

Un autre procédé s'appuie sur ce fait que la tache se dissout d'autant mieux dans un solvant qu'elle est plus récente. On place la tache dans de la glycérine jusqu'au lendemain et l'on apprécie la quantité de sang dissoute. C'est une technique assez imprécise, intéressante néanmoins. Le meilleur solvant est ici l'ammoniaque : la dissolution est évaporée et laisse un résidu constitué par de l'hémoglobine, qui est dosable.

Comment mesurer le sang contenu dans une tache. On vous demandera quelquefois combien la victime a perdu de sang. On peut dissoudre la tache dans l'ammoniaque et rechercher la quantité d'hémoglobine. Ce n'est pas toujours facile. Un moyen plus simple est de mesurer la surface de la tache, d'en enlever un centimètre carré, de dissoudre et doser l'hémoglobine. On sait qu'il y a 140 grammes d'hémoglobine pour un litre de sang. On pourra donc de cette façon fixer approximativement la quantité de sang.

Un diagnostic qui se présente souvent est celui du sang humain. Lorsque des taches de sang sont trouvées sur les vêtements ou sur le couteau d'un inculpé, celui-ci déclare volontiers qu'il a saigné quelque temps auparavant un lapin, un poulet, ou un autre animal. Pour établir qu'il s'agit de sang humain, on dispose de plusieurs méthodes : celles des précipitines, de la déviation du complément, de l'anaphylaxie. Ces deux dernières sont plus compliquées et plus longues. Pour l'anaphylaxie, il faut attendre plusieurs semaines après l'injection déchaînante et les résultats ne sont pas toujours très nets. Au contraire, la méthode des sérums précipitants donne des résultats instantanés et exacts. En voici les bases :

On pratique chez le lapin une série d'injections de sérum humain. Le sérum lapin acquiert ainsi la propriété d'être précipitant avec le sérum humain. Aujourd'hui, où l'on fait beaucoup de prises de sang recueillies dans des conditions aseptiques, chez l'homme, on a facilement sous la main la matière à injecter. Personnellement, je prépare les animaux de la manière suivante. J'injecte une première fois, dans la veine marginale de l'oreille du lapin (veine facile à trouver) 5 cent. c. de sérum humain. Après un repos de 3 ou 4 jours, je commence des injections qui seront au nombre de quatre, de 2 centimètres cubes de sérum, intra-péritonéales. Quarante-huit heures après la dernière injection, on peut saigner l'animal, aseptiquement, avec une canule introduite dans la carotide, et recueillir 150 gr.

de sang, soit 75 cc. de sérum qui est distribué en ampoules de 1 à 2 centimètres cubes, conservées au frais et à l'abri de la lumière.

L'activité de ce sérum est considérable. Il agit sur du sang humain dilué au millième au dix-millième, quelquefois au cent millième. On prend donc dans un tube 1/2 centimètre cube de dilution de sang humain. On incline le tube et on laisse couler le long de sa paroi interne quelques gouttes de sérum de lapin, qui tombent à la partie inférieure. A la surface de séparation se montre un disque blanc qui, au bout de 20 minutes, se réunit en gros flocons ! C'est là une réaction facile à mettre en œuvre et caractéristique.

Des précautions sont à prendre. Il importe de ne pas employer de solutions sanguines trop concentrées. Si vous prenez n'importe quel sang dilué au dixième, vous aurez toujours un précipité, moins abondant qu'avec le sang humain voilà tout. Au centième, la précision est déjà plus grande, sans être complète encore. A cette dilution, un sérum préparé pour précipiter du sang de cheval précipitera du sang de mulet, un sérum préparé pour le sang humain précipitera du sang de singe. Au millième, seul le sang humain est précipité et c'est ce chiffre qu'il faut adopter. Il faut aussi que le sérum anti-humain soit clair (filtré) et qu'il ait une grande activité, qu'il trouble les dilutions au dix-millième au moins.

Aujourd'hui, on ne se contentera pas de dire qu'une tache est constituée par du sang, on doit établir s'il s'agit ou non de sang humain. Si l'on vous demandait de fixer à quel animal un sang appartient, il serait nécessaire de préparer des sérums précipitants pour le sang des animaux les plus répandus. A la vérité, vous ne pourriez guère faire ce travail que si l'on vous précisait l'animal : poulet, porc, etc. C'est là même une question exceptionnelle, car si la tache n'est pas de sang humain, peu importe l'animal dont elle provient.

Je n'insiste pas sur cette méthode des sérums précipitants. Elle est classique. Ce n'est pas d'ailleurs une réaction du sang. Elle ne démontre pas qu'une tache est constituée par du sang. Elle indique simplement son origine humaine. Elle est déterminée par la globuline du sérum et non par l'hémoglobine. Tous les organes contenant de la globuline la fourniront. Ainsi le sperme, la sécrétion vaginale, la salive, le mucus nasal, le pus peuvent la donner. Elle oriente seulement vers la source humaine d'une tache. Pour savoir ce qu'est cette tache, il faut rechercher l'hémoglobine (qui caractérise le sang), les cellules nasales, les cellules du pus, etc.

Un autre problème est de fixer, dans certains cas, l'organe générateur du sang examiné. Dans l'affaire Bassarabo, on découvrit dans une valise des linges sanglants. On se demanda s'il s'agissait du sang de la victime. Ce n'était pas exact et je pus établir que les taches étaient du sang menstruel. Comment faire ce diagnostic ? En enlevant une parcelle de tache, la dissolvant dans une solution physiologique de chlorure de sodium à 8 ou 9 pour 1000. Dans une tache ancienne les globules rouges ont disparu. Mais si vous centrifugez et examinez le dépôt, vous trouvez, au cas de sang menstruel, des cellules utérines et vaginales. De même vous pourrez constater souvent des cellules d'épithélium vibratile des fosses nasales lorsqu'il s'agira d'épistaxis (et nombre d'inculpés disent qu'ils ont saigné du nez), ou des cellules spéciales dans l'hémoptysie. On ne peut pas toujours, il va sans dire, arriver à cette précision.

Jusqu'à la découverte des précipitines, le diagnostic de l'origine du sang était basé sur la forme des cristaux d'hémoglobine, qui diffère chez l'homme et les animaux. A la vérité, les données ainsi recueillies sont souvent vagues. Dans une affaire criminelle, en province, deux assassins avaient tué une vieille femme, pratiqué le coït sur elle et introduit ensuite un litre vide dans le vagin. On nous avait envoyé le litre où je parvins à caractériser les empreintes digitales des inculpés, et des spermatozoïdes. Il existait une autre charge : des taches de sang sur les vêtements. L'expertise de ces taches fut confiée au professeur de chimie du lycée qui, s'appuyant sur les vieux traités, chercha à préparer des cristaux d'hémoglobine, vainement et sans résultat. Il eût été plus simple de nous faire parvenir les vêtements avec le litre et nous eussions résolu rapidement la difficulté par la méthode des sérums précipitants.

Un autre procédé est l'examen des globules. Les globules des oiseaux, des poissons, des reptiles, sont ovalaires et nucléés. Chez les mammifères, ils sont arrondis. On a indiqué des dimensions : 4 μ, 6 μ, etc., selon les espèces, mais comme il s'agit généralement de globules déformés, on n'obtient de la sorte que des renseignements très peu intéressants.

Reste une grosse question de cette hématologie médico-légale : le diagnostic individuel du sang. Je vais vous montrer les directives dans lesquelles on cherche la solution de ce problème, d'autant que nous touchons là à un sujet important de pratique médico-chirurgicale.

Vous savez quelle extension a prise la transfusion du sang dans ces dernières années. Elle a pu le faire grâce à la découverte que je vais maintenant exposer. On injectait jadis n'importe quel sang et l'on avait parfois des accidents formidables, rapidement mortels. Depuis que l'on connaît quels sangs on peut injecter, les accidents ne se rencontrent plus. Pour le médecin légiste, cette découverte ne permet pas de conclure que telle tache provient de tel individu

mais elle autorise quelquefois à dire qu'elle peut en provenir ou à affirmer qu'elle n'en provient pas, ce qui est déjà beaucoup. Elle est basée sur l'agglutination des hématies. Les hématies de l'homme peuvent être agglutinées non seulement par des sérums animaux (hétéro-agglutination) mais aussi quelquefois par des sérums humains (iso-agglutination). Ceci explique pourquoi, dans la transfusion, on a parfois injecté du sang qui agglutinait le sang du récepteur, d'où des thromboses multiples et des accidents graves.

Les travaux poursuivis sur la question ont montré que ce phénomène était dû à deux agglutinines, α et β, agissant sur deux substances (agglutinats), A et B. Suivant que l'on trouve dans le sang, α ou β, ou ni l'une ni l'autre, A ou B, A et B, ou ni l'un ni l'autre, on a quatre groupes. A et α fonctionnant ensemble ne peuvent coexister dans le même sang. De même β et B. Le groupe I comporte 2 agglutinines (α et β), sans agglutinat. Le groupe II comprend A et β ; le groupe III B et α; le groupe IV, A et B, sans agglutinines.

Il suffit de placer sur une lame et une lamelle les deux sangs, de retourner la lamelle et de l'appliquer sur la lame. S'il y a agglutination, les globules, au lieu de rester isolés, se réunissent en masse. En chirurgie, l'examen est simple. On mélange à une goutte de sang, une goutte de sérum du donneur, diluée au centième. S'il n'y a pas d'agglutination, on peut faire la transfusion. Le phénomène inverse, l'agglutination du sang du donneur par le sang du récepteur n'a pas d'inconvénient, en raison de la dilution subie par la petite quantité de sang injectée.

En médecine légale, voici un individu qui a une tache de sang sur ses vêtements. Il déclare qu'il a saigné du nez. Vous dissolvez la tache et prélevez une goutte de sang. Si le liquide de la tache agglutine ce sang, vous pouvez dire que la tache n'est pas du sang de cet individu.

Voilà un caractère individuel du sang. Chaque être humain est ainsi classé à ce point de vue dans un groupe dont il ne sort pas. Tous les groupes ne sont pas répartis de façon uniforme. Le groupe I ne comprend que 4 %, le II, 40 %, le III, 11 % et le IV, 45 % des êtres humains. Nous pouvons déterminer le groupe auquel appartient une tache, le sang d'un cadavre, le sang d'un inculpé, et établir des comparaisons, susceptibles d'aboutir quelquefois à des conclusions intéressantes.

Il y a des causes d'erreur. Dans certaines maladies (l'anémie pernicieuse, par exemple) existent des auto-iso-agglutinines. Ce serait, a-t-on dit, des pseudo-agglutinations déterminant un empilement (dissociable) des globules. Sur les taches anciennes, d'autre part, les agglutinines sont susceptibles de disparaître, ce qui ne saurait conduire qu'à des indécisions et non à des erreurs.

Une des applications les plus curieuses du phénomène de l'agglutination est celle relative à la recherche de la paternité. Les agglutinines des parents peuvent être transmises aux enfants, et l'on ne rencontre pas chez un enfant des agglutinines absentes chez les générateurs. Voici un homme dont l'enfant possède des agglutinines faisant défaut chez lui et chez la mère. D'après ces notions, il pourrait mettre en doute sa paternité. En réalité, on se trouve là en présence de quelques objections encore, et pour tout un groupe de cas la méthode reste inopérante. Ces recherches, très intéressantes, n'ont pas subi un contrôle suffisant pour être employées en justice. Je ne me hasarderai pas à m'appuyer sur elles pour trancher une demande en divorce ou en désaveu de paternité. Quelquefois, comme pour la syphilis, les caractères d'agglutination sautent une génération. Il faudrait reprendre les recherches chez les grands-parents en particulier et nous tomberions souvent alors dans la banalité. Cependant, dans quelques circonstances précises, ce point de vue de l'agglutination pourra parfois être utile. Voilà un individu accusé d'avoir violé et rendu mère une jeune fille. Si l'enfant appartient à un groupe différent de l'inculpé, il y a non une certitude assurément, mais des chances pour qu'il ne soit pas le père et cet argument — au profit d'un accusé — pourra être donnée en safaveur.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

FAITS CLINIQUES

Accouchement provoqué.

(Méthode du Pr Fabre)

Dr J. Coste, de Jausiers. Mlle M. Garcin, accoucheuse.

Nous avons eu récemment l'occasion de provoquer un accouchement avant terme par le seul emploi de médicaments, suivant le procédé du professeur Fabre. Cette méthode, encore peu connue et,par suite, rarement employée, nous ayant donné les plus heureux résultats, nous croyons qu'il n'est pas inutile de publier dans tous ses détails le récit d'une intervention qui nous a paru autrement plus simple et plus inoffensive que la sonde de Krause, le ballon de Tarnier, ou son écarteur trivalve.

Il s'agissait d'une secondipare, ayant dépassé la trentaine, de taille moyenne, robuste, bien portante ; elle était malheureusement affligée d'un bassin asymétrique qui lui avait valu trois ans auparavant un accouchement extrêmement laborieux. Nous n'avions d'ailleurs, au sujet de celui-ci, pour tous renseignements, que les détails tragiques sur lesquels s'étendait complaisamment notre cliente atteinte, au souvenir des souffrances endurées, d'une véritable phobie de sa maternité. Elle ne nous apprenait rien d'intéressant sur ses antécédents personnels, mais, en l'examinant de près, on trouvait, malgré son allure, des traces d'un rachitisme (fémurs courts, aplatissement de la hanche gauche, léger genu valgum) qu'elle ignorait ou qu'elle avait oublié. Au surplus, l'exploration méthodique de son bassin montrait qu'il n'était pas tout à fait normal ; par suite de l'affaissement de son arc antérieur gauche, son diamètre oblique gauche était plus petit que le droit, ce qui, dans l'ensemble, donnait à son détroit supérieur une forme nettement oblique-ovalaire.

Dans ces conditions, tant pour calmer les appréhensions maladives de la malheureuse que pour lui assurer un second accouchement moins pénible que le premier, dès le 5e mois de la grossesse, nous décidions de l'interrompre 20 jours avant son terme normal qu'il était facile, grâce à certaines circonstances très précises, de fixer aussi exactement que possible. Et nous tombions d'accord pour mettre à l'épreuve, dans cette circonstance, la méthode de Fabre si bien exposée dans la thèse de son élève Astier (Lyon, 1919) que nous venions de lire tout récemment.

Au jour dit, notre malade ayant été minutieusement préparée (bain, lavement, toilette vulvaire, irrigation vaginale), la présentation ayant été reconnue favorable (O. I. G. A.), et l'enfant vigoureux, nous intervenons à 9 heures du matin.

Nous injectons sous la peau d'abord 0,01 centigramme de nitrate de pilocarpine ; puis, 5 minutes après, 0,25 centigrammes d'ergot (sous forme d'ergotine) et enfin, à partir de 9 h. 30, de 1/2 en 1/2 heure, un centimètre cube de rétropituine (rétropituine de Carrion) jusqu'à concurrence de 5 centimètres cubes ; l'ensemble de ces médicaments constituant ce que Fabre appelait un groupe médicamenteux d'accélération.

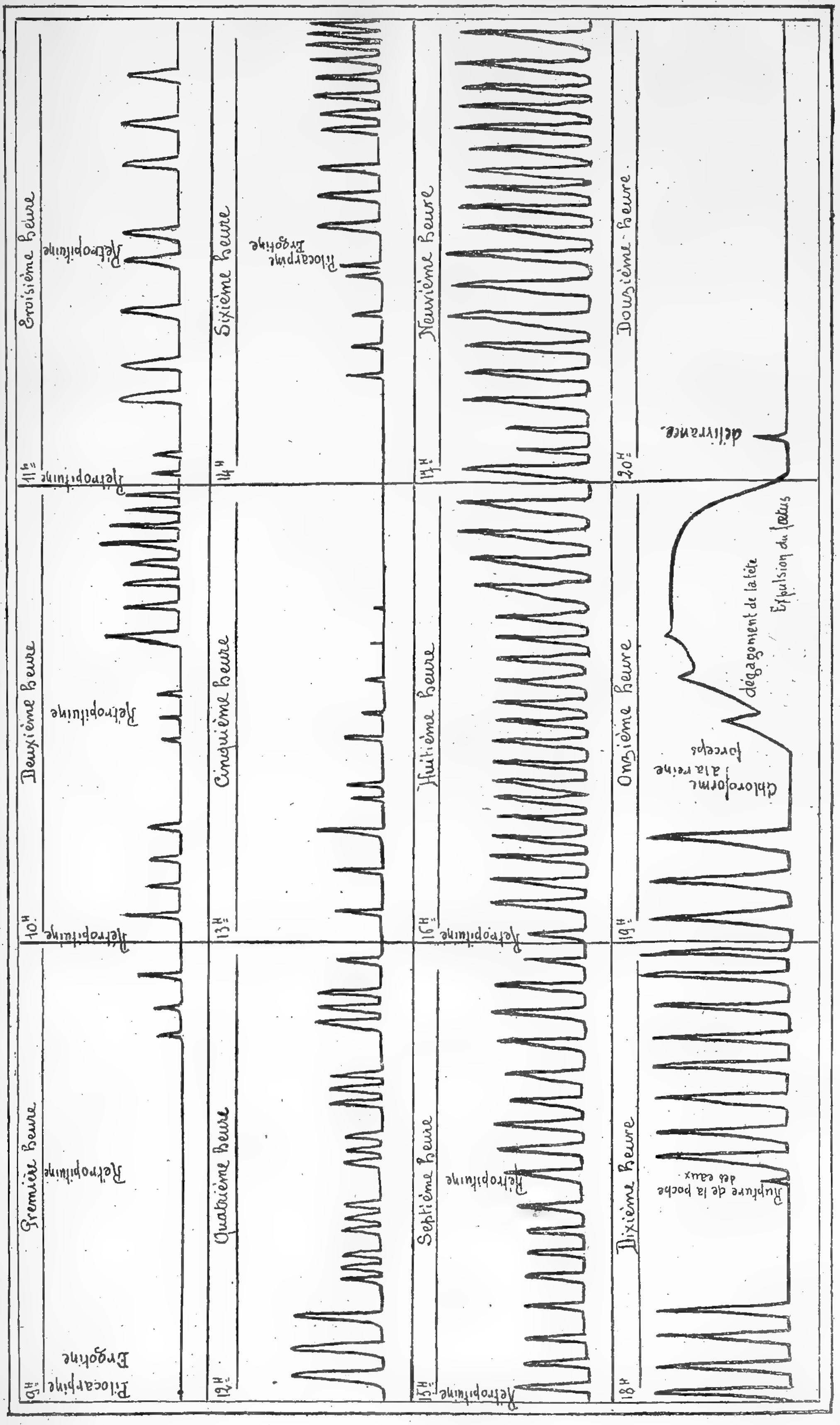
48 minutes après la première piqûre, les douleurs apparaissent. D'abord brèves et de faible intensité ; puis, plus longues et plus fortes, elles se suivent à des intervalles irréguliers ; au cours de la quatrième heure cependant, elles affectent un rythme couplé, mais cela ne dure pas ; bientôt, cependant que leur durée diminue en même temps que leur intensité, elles s'espacent et finissent pas s'arrêter.

A ce moment (fin de la cinquième heure), le col utérin qui, au début de notre intervention, n'était que ramolli, est complètement effacé, l'orifice utérin est à 2 francs, la poche des eaux bombe, la présentation qui ne s'est pas modifiée est amorcée, les bruits du cœur fœtal restent parfaits.

Vers 14 h. 30, l'accalmie semblant vouloir se prolonger, nous décidons de faire appel à un second groupe médicamenteux. Nous injectons alors ensemble 0,007 milligrammes 1/2 de nitrate de pilocarpine et 0,25 centigrammes d'ergot ; puis, à partir de 15 heures, de 1/2 en 1/2 heure, un centimètre cube de rétropituine jusqu'à concurrence de 3 centimètres cubes.

Dès la pemière piqûre, les douleurs se réveillent, leur intensité et leur nombre vont en augmentant, elles sont remarquablement régulières et leur durée reste constamment la même : une minute, jamais plus. Au bout de deux heures de ce régime, la malade commence à pousser. A ce moment, la dilatatino est à 5 francs, le segment inférieur est dilatable, la poche des eaux bombe énergiquement, la présentation est engagée.

Brusquement, à la fin du premier quart de la dixième heure, les douleurs s'arrêtent ; 20 minutes passent dans le calme le plus complet ; l'un de nous, pour voir, fait un toucher ; la dilatation est complète, la tête plonge. Aussi profite-t-on d'une douleur provoquée par l'examen pour rompre la poche des eaux. Bientôt, les contractions utérines reprennent intenses. La parturiente pousse énergiquement, mais la tête ne descend pas ; vers la fin de la dixième heure, nous nous apercevons qu'elle se défléchit et s'incline sur le pariétal gauche. Nous décidons de terminer par un forceps. La patiente étant chloroformée, application en mastoïdo-frontale suivant le diamètre oblique droit. La tête est amenée très aisément à la vulve. On désarticule et retire le


Première heure
Deuxième heure
Troisième heure
Quatrième heure
Cinquième heure
Sixième heure
Septième heure
Huitième heure
Neuvième heure
Dixième heure
Onzième heure
Douzième heure
9H
10H
11H
12H
13H
14H
15H
16H
17H
18H
19H
20H
Pilocarpine
Ergotine
Rétropituine
Rupture de la poche des eaux
chloroforme à la reine
forceps
dégagement de la tête
Expulsion du fœtus
délivrance

forceps. Il est 19 h. 30. Les douleurs reprennent de plus belle ; elles sont subintrantes et il faut soutenir énergiquement le périnée qui se distend mal en raison de son état cicatriciel (déchirure suturée lors du premier accouchement). La tête petite passe cependant sans grands dégâts, et nous mettons au monde une petite fille bien portante (2.800 grammes) qui crie et s'agite aussitôt.

La délivrance se produit spontanément quelques minutes après, sans hémorragie.

Suites normales.

Le procédé du professeur Fabre nous a donc donné toute satisfaction. L'emploi combiné du nitrate de pilocarpine, de l'ergotine et de l'hypophyse ne semble avoir choqué en rien l'enfant ; quant à la mère, elle ne s'en est nullement montrée incommodée. Toutefois, il est certain que la pilocarpine doit être maniée avec prudence. Après chacune des deux injections que nous en avons faites, sont apparus des symptômes dont il est bon d'être averti : faciès vultueux, bouffées de chaleur, inspirations profondes, sueurs profuses, salivation abondante, constituèrent alors un *ensemble symptomatique typique* assez impressionnant mais de courte durée.

En somme, nous aurions certainement gardé de cet accouchement le meilleur souvenir si quelques heures après, une surprise — d'ailleurs absolument indépendante de l'action des médicaments dont nous venions de nous servir — ne nous avait été réservée.

Une nourrice était venue prendre le nouveau-né presque aussitôt. A ce moment, nous nous étions renseignés, l'enfant avait uriné naturellement, mais n'avait pas encore rendu de méconium. Son anus étant trouvé normal, nous n'avions pas attaché grande importance à ce fait, que nous notions cependant comme pouvant être une conséquence de notre intervention. Or, le surlendemain nous trouvions le bébé en pleine occlusion et nous reconnaissions, trop tard hélas ! que son ampoule rectale n'était qu'un diverticule borgne du revêtement cutané, profond de quatre centimètres et bourré d'enduit sébacé.

L'enfant mourut avant qu'une intervention chirurgicale, qui n'était pas de notre compétence, pût être tentée. Nous ne fûmes pas autorisés à vérifier nécroscopiquement les conditons dans lesquelles se terminait l'intestin de ce petit être dont le développement avait été sans doute entravé par l'état moral de sa mère, déplorable pendant toute sa gestation, à moins que ce ne fût là le résultat lamentable des restrictions alimentaires que, malgré nous et malgré les siens, notre cliente par une aberration inconcevable, s'était imposées dans le but d'avoir un enfant petit pour ne pas trop souffrir.

Mais nous n'avons pas à discuter des causes de cette malformation ; aussi bien, ne doit-il rester de notre récit qu'une double certitude : la mise en train du travail par le groupe médicamenteux de Fabre est possible.

Elle est inoffensive aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Dr COSTE et M. GARCIN.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les capsules surrénales et la formation de la cholestérine.

« Les capsules surrénales sont, avec les centres nerveux, les organes les plus riches en lipoïdes. Mais alors que les centres nerveux, chez un animal adulte, ont une constitution lipoïdique à peu près fixe, tout au moins avec nos méthodes de dosage encore très grossières, les capsules surrénales contiennent une quantité de lipoïdes très variable suivant les états pathologiques. » (GUY LAROCHE).

Il semble dès lors naturel de penser que les lipoïdes des centres nerveux sont des lipoïdes de constitution cellulaire, et que les glandes surrénales, dont la teneur en lipoïdes est si variable, doivent jouer un rôle important dans le métabolisme lipoïdique.

Deux méthodes de dosage des lipoïdes : d'une part, l'examen à la lumière polarisée, d'autre part, l'examen des coupes congelées, ont démontré que ces lipoïdes des capsules surrénales étaient très riches en éthers de *cholestérine.* Ce fait a été d'ailleurs contrôlé par des méthodes chimiques.

On peut même considérer le parenchyme surrénal comme étant l'organe le plus riche en cholestérine (54 à 56 grammes p. 1000).

Ou bien les glandes surrénales se chargeraient de la cholestérine du sang, lorsque celle-ci dépasse un certain taux, ou bien ces glandes seraient *un foyer de formation de cholestérine* ; c'est l'hypothèse dernière à laquelle se rallie l'auteur avec le Pr Chauffard et M. Grigaut.

Il y aurait, d'ailleurs, dissociation complète

entre la sécrétion de la cholestérine et celle de l'adrénaline : en effet, par des dosages pratiques comparativement sur le sang de la veine surrénale et de la circulation générale, Porak et Quinquaud ont vu que la sécrétion de la cholestérine était augmentée sous l'influence de l'injection de saponine, qui ne modifiait pas la sécrétion d'adrénaline ; par contre, l'excitation des splanchniques n'augmentait pas la teneur en cholestérine du sang surrénal.

Il faut dire aussi que les hypercholestérinémies peuvent, quoique considérables, s'accompagner d'une teneur normale en cholestérine des capsules surrénales. Or, des dosages de Guy Laroche ont établi avec évidence ce fait que, dans les ictères, la cholestérine des capsules surrénales restait à un taux normal ; aussi, cet auteur a-t-il pu opposer l'une à l'autre deux catégories d'*hypercholestérinémie* : l'une, d'origine *surrénale* chez les hypertendus, les néphrétiques, les artério-scléreux ; l'autre, d'*origine hépatique* au cours des maladies du foie.

Toute une série d'exemples empruntés, soit à la physiologie normale, soit à la pathologie, montrent encore que *les capsules surrénales fonctionnent d'autant plus activement que l'organisme a plus besoin de lipoïdes.*

Chez le fœtus, les dosages de surrénales aux différents âges mettent en évidence une augmentation de la cholestérine dans les derniers mois de la vie intra-utérine et à la naissance, alors que le fœtus a un besoin intense de ce lipoïde pour parfaire la structure de son système nerveux.

La grossesse réalise un état physiologique temporaire qui exige la suractivité de toutes les glandes, et spécialement des glandes à sécrétion interne ; aussi, les capsules surrénales grossissent-elles. De plus, c'est à ce moment que paraissent les corps jaunes, centres de sécrétions temporaires très riches en cholestérine.

***

Quel est le rôle de cette cholestérine surrénale? Nous devons penser que l'organisme l'utilise à des fins importantes, en raison de son pouvoir anti-hémolytique, de son action anti-toxique à l'égard des venins et de certains alcaloïdes. Mais on ne sait encore si elle agit en tant que cholestérine, ou que vectrice de substances mal définies, ou de support d'anticorps comme d'antitoxines.

Les réactions de l'écorce surrénale aux injections de saponine, de toxines et de corps microbiens, doivent être rapprochées de ces faits que les animaux, ayant servi à la production d'anticorps, ont une écorce surrénale hypertrophiée. Celle-ci doit donc avoir une grande importance dans l'établissement des processus d'immunité.

***

En résumé, les faits anatomo-cliniques et expérimentaux, recueillis par l'auteur, sont des plus importants en ce qui concerne le fonctionnement de l'écorce surrénale à l'état normal et pathologique. Si bien des points restent encore obscurs, il résulte néanmoins de ce travail que la glande corticale répond par de grosses variations lipoïdiques aux différents processus physiologiques (grossesse, par exemple) et pathologiques (infections aiguës et chroniques, intoxications, etc.).

Les capsules surrénales jouent bien le rôle de foyers de formation et de centres régulateurs de la cholestérinémie. (*Revue française d'endocrinologie,* 3 juillet 1923.)

Diabète grave et insuline.

L'insuline a permis à MM. Gilbert, Baudouin et Chabrol, non seulement de conjurer l'évolution d'un coma diabétique franchement déclaré, mais encore de ramener un *diabète consomptif avec acidose considérable* à l'état d'un diabète simple et léger, dont la glycosurie est actuellement intermittente.

Dans ce traitement furent employées les marques américaines et françaises titrées à 10 unités par centimètre cube, et la marque anglaise dosée à 20 unités.

Il est recommandé de ne recourir qu'à titre exceptionnel, dans les cas très graves, aux doses supérieures à 60 unités ; la glycosurie du malade, observé par les auteurs, cédait à des doses très faibles d'insuline (de 10 à 20 unités par 24 heures). Il est bon de régler l'administration du médicament en se basant sur les résultats de l'*examen fractionné des urines*, afin de ne pas atteindre la dangereuse hypoglycémie thérapeutique. On ne doit pas faire d'injection aux heures de la journée où le sucre fait défaut. Cette méthode est plus pratique, par suite plus utile, que celle des analyses du sucre sanguin, qui ne peuvent être indéfiniment répétées.

D'après H. Chabanier, G. Lobo-Onell et M. Lebert, si le coma constitue une indication formelle de l'insuline, la meilleure indication est constituée par les formes de *diabète grave, avec dénutrition* ; il faut s'efforcer de les traiter aussi précocement que possible. En alimentant les malades, la phase d'hypoglycémie est supprimée.

M. Apert a traité par l'insuline, préparée suivant la méthode des précédents auteurs, un sujet de 17 ans, atteint de diabète grave, ayant eu à certains moments jusqu'à 8 et 12 litres d'urine et 700 gr. de sucre. Récemment, celui-ci avait maigri de 3 kilos ; soumis à un régime constant, il conservait, malgré tout, de 105 à 149 gr. de sucre avec 0.30 à 0.75 d'acétone. Or, avec le même régime, l'*insuline* fit disparaître totale-

ment l'acétone dès le 3e jour, et tomber le sucre dès le premier jour à 30 grammes, puis finalement à moins d'un gramme.

L'état général fut très amélioré. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 15 et 22 juin 1923.)

Modes d'administration de l'insuline.

Extrait d'une étude très complète, par le Dr L. Payan.

Dosage. — Différents procédés, variables suivant les auteurs, permettent d'extraire, sous le nom d'insuline, les hormones sécrétées par les îlots de Langerhans. Les différentes insulines obtenues ne sont donc pas rigoureusement comparables entre elles ; leurs effets diffèrent suivant le produit, la dose injectée et le sujet. L' « unité insuline », primitivement admise par les auteurs canadiens, est la quantité d'extrait qui, chez un lapin d'un kilo, abaisserait le taux du sucre sanguin à 0 gr. 45 p. 1000, taux au dessous duquel apparaissent les convulsions. *Injectée à un diabétique humain, cette même* quantité d'insuline le rendrait théoriquement capable d'utiliser ou d'emmagasiner 1 à 4 grammes d'hydrates de carbone. L' « unité insuline » de Chabanier, plus forte, est la dose d'insuline nécessaire pour abaisser de 60 p. 100 le taux du sucre contenu dans le sang d'un lapin de 2 kgr. 500, à jeun depuis 16 heures. Mais la plupart des auteurs n'attachent actuellement qu'une importance secondaire à la dose unité : ils se bornent à juger de l'activité d'une insuline d'après les modifications qu'elle apporte au métabolisme préalablement connu d'un diabétique.

Effets chez les diabétiques. — L'insuline abaisse le taux de la glycémie : ce taux diminue de une à quatre heures après l'injection, pour revenir à la normale au bout de 24 heures.

Elle diminue ou supprime la glycosurie : le glycose urinaire commence à diminuer de 2 à 4 heures après la piqûre et remonte 8 à 20 heures plus tard.

Elle élève la tolérance pour les hydrates de carbone. Elle amène la diminution et parfois la disparition des corps acétoniques, parallèlement à celle de la glycosurie. L'acide B oxybutyrique serait le plus rebelle des corps cétoniques à l'action de l'insuline (Desgrez, Bierry et Rathery). Simultanément, s'élève le taux de la réserve alcaline du sang (60 pour 100 normalement) et la tension du CO^2 alvéolaire.

Elle rétablit l'équilibre azoté et améliore l'état général ; la polyphagie disparaît, la constipation cesse ; le poids augmente avec une rapidité parfois extraordinaire (9 k. 200 en six jours ; 4 k. 500 en cinq jours —, Blum), par fixation d'eau ; les forces physiques et intellectuelles se relèvent. Ces effets de l'insuline ne sont que passagers, si des injections multiples, longtemps répétées, ne sont faites. Il faut avouer que l'amélioration persistante du coefficient d'assimilation des hydrocarbones n'a guère été obtenue que chez des diabétiques légers, et que le même résultat aurait été obtenu par la seule diététique.

Emploi de l'insuline. — Les solutions stérilisées d'insuline sont contenues dans des flacons ou ampoules de quelques centimètres cubes ; elles sont titrées en unités insuline ; un centimètre cube répond à une unité.

L'insuline ne s'emploie qu'en injections : sous-cutanées, intra-musculaires et, dans les cas d'urgence, intra-veineuses (poussées très lentement). Les doses injectées chaque fois varient d'une à cinq unités en moyenne chez l'adulte pour les injections sous-cutanées ou intra-musculaires ; deux unités et demie pour les injections intra-veineuse. Chez l'enfant, doses moindres (2 à 4 unités) ; débuter par une ou deux unités.

Le nombre quotidien des injections dépend de la gravité et de l'urgence des cas : deux en moyenne ; trois, quatre, cinq et même plus en 24 heures, dans les cas de coma (10, 15, 20, 25 unités Chabanier et plus — 10, 50 et même 60 unités américaines).

Il est important de choisir l'heure des injections, de façon à faire coïncider la combustion des aliments pris aux repas avec la période de l'action la plus forte de l'insuline (Blum). Selon le produit employé, la piqûre sera pratiquée trois heures (Blum), une heure (Banting) ou immédiatement (Chabanier) avant les repas.

La durée du traitement variera avec les sujets ; mais chez tous, le *régime antidiabétique devra être continué.* La restriction alimentaire globale, celle des hydrates de carbone et des albuminoïdes seront maintenues ; elles seront toutefois beaucoup moins fortes et l'on pourra permettre un certain excès d'aliments et notamment de protéines pour réparer en particulier les pertes qu'a subies antérieurement l'organisme.

Contre-indications. — *L'insuline est inutile* et peut avoir des inconvénients dans le *diabète simple*, où Blum, Desgrez, Bierry et Rathery, Delezenne la déconseillent. Chabanier, Lobo-Onell, et Mlle Lebert ont pourtant conseillé des cures d'insuline : cures de quinze à vingt jours, durant lesquelles le malade ne serait soumis à aucune restriction alimentaire.

Elle est dangereuse dans le *diabète*, *dit rénal*, sans hyperglycémie.

Son emploi reste discutable chez les diabétiques tuberculeux ; Blum l'a vue déterminer des poussées aiguës chez deux de ses malades.

Il semble à déconseiller chez les diabétiques atteints de néphrite : l'insuline prédispose par elle-même aux œdèmes des malades qui font déjà le plus souvent de la rétention chlorurée.

Accidents. — 1o *Dus à un abaissement trop grand de la glycémie.*

D'après les auteurs canadiens, ces accidents se montreraient dans la glycémie discrète, inférieure à 0.7 p. 1000 ; une glycémie de 0.3 entraînerait la mort.

Dans les cas légers, ce sont des sensations de chaleur et de faiblesse avec élévation de la température et sueurs plus ou moins abondantes ; dans les cas graves, des signes de nervosité, des sueurs, des tremblements, des hallucinations, un état de demi-coma, puis de coma complet pouvant se terminer par la mort.

On préviendra ces accidents en n'employant pas l'insuline à doses massives, en surveillant la taux de la glycémie et de la glycosurie. On les traitera, s'ils sont légers, par du sirop de sucre (une à trois cuillerées à soupe en ingestion ou en lavement) ; s'ils sont graves, par des injections de glycose dans les veines (5 à 20 gr.) et d'adrénaline dans la fesse (un milligramme).

2° *Dus à la rétention hydrique.* Liée, pour Blum, à l'enrichissement des tissus en glycogène et en sels minéraux, la rétention hydrique (qui explique l'augmentation rapide du poids des malades) peut entraîner des œdèmes parfois assez intenses pour faire suspendre le traitement. On les évitera en établissant avant la cure le fonctionnement rénal du malade et la façon dont il élimine ses chlorures. On les traitera par le régime déchloruré et les diurétiques (théobromine, chlorure de calcium, sels de potasse).

Il est à remarquer que l'insuline ne guérit point le diabète. Administrée avec toute la prudence voulue, elle en combat du moins temporairement les plus graves manifestations et peut permettre au malade d'échapper plus aisément désormais aux dangers si grands de l'acidose et même du coma. (*Revue médicale de France et des colonies*, novembre 1923.) F. G.

Province et Divers.

Technique de la sérothérapie curative antidiphtérique.

M. DE VAUGIRAUD a, au cours d'une petite épidémie de diphtérie, recueilli dix-sept observations qui lui permettent de formuler certaines remarques intéressantes au point de vue pratique.

L'allure de cette épidémie a été généralement bénigne. Le coryza purulent a été trois fois noté. Ce symptôme doit comporter l'isolement du malade et l'examen bactériologique de la sécrétion, capable de disséminer la contagion. Deux fois l'angine évolua en l'absence de fausses membranes ; dans l'un de ces cas, des accidents cardiaques se montrèrent qui démentent dans une certaine mesure la réputation de bénignité que possèdent ces formes larvées. Deux fois apparurent des paralysies, chez des sujets dont l'affection causale passa inaperçue et ne fut que tardivement soignée. Les accidents sériques ont mis en évidence ce fait que la dose de sérum injecté ne joue qu'un rôle secondaire dans leur apparition. Les réinjections ont été parfaitement tolérées, moyennant certaines précautions. Enfin, l'auteur déplore l'appel habituellement tardif du médecin par le malade ou sa famille.

Au point de vue du traitement, il s'exprime ainsi :

« La sérothérapie doit être : *hâtive*, c'est-à-dire aussi précoce que possible ; sans attendre les résultats de l'examen bactériologique, toutes les fois qu'on soupçonne une diphtérie grave ; — *suffisante*, et au besoin, *massive* : c'est-à-dire qu'elle tiendra compte beaucoup moins de l'âge et du poids du malade que de la gravité des symptômes locaux et généraux et de la date de la maladie à laquelle intervient le traitement ; — *répétée*, tant que persistent les manifestations locales de la diphtérie (fausses membranes, laryngites, coryza) ; il est même recommandable, afin de prolonger l'immunité sérique, de faire une dernière injection quelques jours après la guérison des accidents locaux. » (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 23 décembre 1923.)

L'essence de cèdre dans le traitement de la blennorrhagie.

Tout en instituant le traitement local classique de la blennorragie, par les grands lavages, les instillations, les massages, certains auteurs demeurent fidèles aux balsamiques administrés à la période d'état. Parmi ces balsamiques, le santal tient une place importante. Mais s'il jouit d'une ceraine efficacité, il est d'une tolérance assez difficile, provoque des douleurs lombaires, d'origine rénale, et est d'un prix élevé.

M. TANT propose de lui substituer l'essence de cèdre (Cedrus Atlantica) qui serait infiniment mieux supportée, et ne provoquerait aucun malaise.

Il conseille de donner dix capsules de 0,30 par jour, deux par deux, avec une petite quantité de liquide, toutes les deux heures, de manière à maintenir le malade sous l'influence du médicament dont le maximum d'élimination se manifeste deux heures environ après son absorption.

A son dire, l'essence de cèdre jouit des mêmes propriétés thérapeutiques que le santal, et a sur celui-ci l'avantage de ne jamais provoquer de troubles gastro-intestinaux, ni de douleurs lombaires. (*Bruxelles méd.*, 20 décembre 1923.)

La tuberculose vésicale et son traitement.

La cystite tuberculeuse primitive est tellement rare que certains auteurs la nient. Le plus souvent, selon M. SOURDILLE, elle est secondaire,

soit à une tuberculose rénale, soit à une tuberculose génitale.

Le diagnostic repose en grande partie sur la cystoscopie et le cathétérisme des uretères, cette dernière exploration renseignant sur l'état respectif des deux reins.

Quand la tuberculose vésicale est secondaire à une néphrite tuberculeuse, il faut, sans hésiter, l'un des reins étant sain et suffisant pour assurer l'élimination urinaire, pratiquer la néphrectomie, opération relativement bénigne et bien supportée (mortalité de l'auteur : 2,66 %). Elle suffit habituellement à faire disparaître presque instantanément les signes de cystite, et surtout la douleur des épreintes, et il est de règle que, dans les mois qui suivent, la vessie redevienne spontanément normale. S'il en était autrement, si les troubles vésicaux persistaient, on serait autorisé à agir, d'abord par un traitement général qui est celui de toutes les tuberculoses; ensuite, par un traitement local comprenant l'application de cataplasmes laudanisés, de compresses chaudes sur l'hypogastre, l'emploi de suppositoires calmants (opium, belladone, valériane), de lavements à l'antipyrine et au laudanum. Intérieurement, on fera des instillations de sublimé, alternées avec des instillations d'huile goménolée. L'eau phéniquée à 3 %, l'huile gaïacolée-iodoformée, sont également recommandadables, à l'encontre du nitrate d'argent, qui est formellement contre-indiqué. En cas d'échec de ce traitement médical, on recourrait à l'intervention opératoire.

Quand la tuberculose vésicale coïncide avec une tuberculose génitale, le cas est beaucoup plus grave que le précédent. Chez l'homme, on supprimera le foyer génital, facilement s'il est testiculaire, plus grave, s'il s'agit de vaso-spermato-cystectomie, ou de prostatectomie.

Si le cas est inopérable (tuberculose rénale bilatérale, ou insuffisance du rein non tuberculeux), on est désarmé curativement. Palliativement, on fera la cystotomie ou la néphrostomie.

Dans les cas très rares, exceptionnels, où la vessie est seule en cause, on aura recours soit au traitement médical, soit au traitement chirurgical représenté par la cystostomie et le curettage vésical. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er janvier 1923.)

Traitement du diabète sucré.

Question toujours d'actualité, depuis que l'insuline est devenue le remède à la mode. M. Rathery la résume dans les propositions suivantes :

« A) *Diabète simple.* — Il n'est justiciable que de la seule cure de Bouchardat. L'insuline est absolument contre-indiquée.

« B) *Diabète consomptif.* — On utilise à la fois un régime équilibré et la cure d'insuline; celle-ci sera faite méthodiquement, en commençant par de *faibles* doses ; on recherchera la dose utile du médicament. On ne cessera pas brusquement l'emploi de celui-ci et suivant les cas, on prescrira des injections quotidiennes ou plus espacées. Les alcalins (bicarbonate de soude) n'ont jamais guéri le diabète consomptif ; ils pourront être utilisés à petites doses, on ne prescrira jamais de fortes doses comme le recommandait l'école allemande.

« C) *Coma diabétique.* — L'insuline constitue ici le remède héroïque. Elle peut donner des résultats inespérés. On prescrira d'emblée de *très fortes doses.* On ne négligera pas le traitement adjuvant : hydrates de carbone, liquides abondants, toni-cardiaques, etc. ». (*La Clinique ophtalmologique*, 7 décembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Pour la première enfance.

(M. Marfan. — *Académie de médecine*, 8-1-1924.)

M. Marfan commence la discussion du rapport de M. Wallich sur l'hygiène de la première enfance.

M. Wallich demande que l'on exige de l'éleveuse au biberon une bonne santé, une habitation saine, et la connaissance des notions pratiques élémentaires de puériculture. M. Marfan remarque que la loi Roussel (art. 28 et 29 du règlement de 1877) répond déjà aux deux premiers vœux du rapporteur. Pour ce qui concerne les notions de puériculture, le médecin inspecteur se chargera de les indiquer à l'éleveuse, sans qu'il soit besoin de réclamer à celle-ci une sorte d'examen et de certificat. Le nombre des nourrices va plutôt en décroissant. Il faut les éduquer, sans les décourager.

Les *centres ruraux* de placement familial constituent un bon moyen d'améliorer la situation des enfants protégés. Le premier centre de ce genre a été fondé à Mainville, près de Draveil (Seine-et-Oise). Il est surveillé par le Dr Blechmann. Malheureusement, les frais sont assez élevées (200 fr. par mois pour un nourrisson) et toutes les régions ne se prêtent pas à de telles installations.

M. Wallich propose d'émettre un vœu en faveur

des Pouponnières modèles, du type de celles fondées par l'Entr'aide des femmes françaises. Les résultats des pouponnières en général sont fort médiocres, en raison de leur double inconvénient : l'allaitement artificiel et la contagion dans les locaux communs. Si les fièvres éruptives et la diphtérie atteignent rarement les nourrissons, par contre, d'autres maladies infectieuses (broncho-pneumonies, yodermites, diarrhées graves) peuvent les frapper et sont plus sérieuses chez les enfants non au sein. Les Pouponnières de l'Entr'aide ont pu fournir des statistiques meilleures, parce qu'elles sélectionnent les nourrissons à l'entrée.

Une cause majeure de mort pour ces enfants, dit M. Marfan, c'est la privation des soins maternels. Au début de la vie, l'être humain — contrairement aux petits des animaux — a besoin que tout lui soit fourni : aliments, mouvement, propreté. Il est nécessaire de le nettoyer souvent, de le promener, de l'aérer. A défaut des dits soins, le développement se ralentit, l'hypothrepsie et l'athrepsie s'installent. Or, seule la mère, en général, ou une personne qui se substitue à elle, peut y consacrer le temps nécessaire. La meilleure méthode de puériculture serait sans doute, celle qui payerait la mère pour devenir la nourrice de son enfant, comme le pensait Lagneau. Malheureusement, dans nombre de cas, les intéressées elles-mêmes n'accepteraient pas cette forme d'assistance, préférant la vie libre de l'usine, de l'atelier, du magasin ou du bureau, à l'attachement près du berceau. La séparation de la mère et de l'enfant est — comme la maternité — une question non seulement économique, mais aussi morale. Il faudrait agir dans ce double sens. En tout cas, M. Marfan estime que tout vœu concernant les pouponnières doit être ajourné jusqu'à plus ample informé.

Suffocation mortelle d'un nourrisson par une tétine.

(MM. BALTHAZARD et DUVIN. — *Académie de médecine*, 8-1-1924.)

MM. Balthazard et Duvin rapportent un cas de suffocation accidentelle mortelle chez un nourrisson de quatre mois par une tétine. L'enfant ayant avalé la tétine, celle-ci vint appuyer sur la glotte, et la mort survint en quelques minutes devant les parents impuissants. L'autopsie, faite à l'Institut médico-légal, put écarter l'hypothèse émise tout d'abord, de tentative criminelle.

Ce fait, ajouté à d'autres du même genre, montre que les sucettes, déjà condamnées par les hygiénistes, qui les considèrent comme un des moyens de propagation des maladies infectieuses du nourrisson, sont encore des instruments dangereux, susceptibles de causer des accidents irréparables. Il en est de même, d'ailleurs, des fragments de racines de guimauve ou d'iris, quelquefois employés par les mères pour calmer les enfants.

— M. DOLÉRIS rappelle qu'une proposition de loi visant l'interdiction de la ventedes sucettes a été déposée à la Chambre des Députés par M. Pinard et quelques-uns de ses collègues. L'observation de M. Balthazard met en relief, à un point de vue nouveau, l'importance de cette loi.

Le sulfate de cuivre dans l'ophtalmie granuleuse.

(M. NICATI. — *Académie de médecine*, 8-1-1924.)

Les expériences de Nicolle et Cuénod sur le contage de l'ophtalmie granuleuse font espérer qu'un jour nous posséderons un traitement vaccinal ou sérique de cette affection. En attendant, le traitement local conserve toute son importance.

Dans une lecture sur cette question, M. Nicati note que le cuivre, remède réputé depuis Hippocrate, consacré par la pratique sous forme de sulfate dès l'époque de l'expédition de Bonaparte en Egypte, offre une certaine spécificité dans la thérapeutique de l'ophtalmie granuleuse. L'application du sulfate de cuivre, en piqûres, sous la conjonctive, est la méthode de choix, non exclusive du reste des attouchements et des instillations.

Troubles fonctionnels du rein dans les maladies mentales.

(M. R. TARGOWLA. — *Société médicale des hôpitaux*, 30-11-1923.)

M. Targowla pense qu'il existe, dans la plupart des maladies mentales, un trouble des divers modes de l'activité du rein, que les moyens actuels d'investigation permettent de mettre en évidence. A défaut d'anatomie pathologique, les psychoses posséderaient ainsi une physiologie pathologique non à négliger.

Poroadénite inguinale guérie par les rayons ultraviolets.

(MM. A. CHAUFFARD et THÉVENARD. — *Soc. méd. des hôp.*, 7-12-1923.)

M. Chauffard présente un malade atteint de poroadénite inguinale double suppurée (maladie de Nicolas) qui a guéri rapidement par les irradiations ultraviolettes. Il s'agit, on le sait, d'une affection dont la marche est d'une grande lenteur.

Les amibes dans l'expectoration et l'urine au cours de la dysentérie.

(M. PETZETAKIS. — *Société médicale des hôpitaux*, 16-11-1923.)

M. Achard signale un travail de M. Petzetakis, d'Alexandrie, relatif à la présence d'amibes vivantes dans les crachats et les urines au cours de la dysentérie amibienne aiguë.

Poursuivant ses recherches sur la bronchite amibienne, l'auteur a rencontré, à plusieurs reprises, des amibes vivantes dans l'arbre trachéo-bronchique chez des dysentériques en poussée amibienne aiguë.

Il a vu quelquefois, également, dans les mêmes conditions, des amibes dans les urines.

A quels diabétiques doit-on prescrire l'insuline ?

(MM. Desgrez, Bierry et Rathery. — *Soc. méd. des hôp.*, 30-11-1723.)

Tous les diabétiques *simples*, et ce sont les plus nombreux, ne sont pas justiciables de l'insuline, disent MM. Desgrez, Bierry et Rathery. Le régime suffit à lui seul, si ce régime est bien équilibré. Le diabète *consomptif*, par contre, doit être soumis à la cure insulinaire, mais ce diabète consomptif diffère essentiellement du diabète simple avec acidose. L'insuline est donc indiquée dans le diabète consomptif vrai. Elle l'est également dans le coma diabétique et peut-être dans certaines conditions (intervention chirurgicale, gangrène, etc.).

Quels effets thérapeutiques peut-on attendre du traitement par l'insuline ? Une action passagère, pensent les auteurs. Les améliorations sont importantes, mais ne constituent pas des guérisons. Quant à la dose de médicament et au nombre des injections, ils varient avec les malades.

Raies blanches et raies rouges cutanées.

(MM. Tinel, Schiff et Santenoise. — *Soc. méd. des hôp.*, 7-12-1923.)

MM. Tinel, Schiff et Santenoise font un essai de classification des raies blanches et des raies rouges cutanées observées en clinique. Ils distinguent la ligne blanche mécanique, les raies rouges mécaniques, et la raie rouge vaso-motrice.

La ligne blanche, dite de Sergent, se produit après une friction douce de la pulpe du doigt. Elle apparaît lentement, 10, 20, 30 secondes même après l'excitation. Elle est remarquable par sa netteté et le caractère rectiligne de ses bords. Il convient de la distinguer de la raie blanche que provoque la friction d'un corps mousse et de la tache blanche de Hallion et Laignel-Lavastine, que réalise instantanément la pression du doigt, l'une et l'autre étant des phénomènes de pure expression mécanique du sang capillaire refoulé hors du territoire comprimé. La ligne blanche de Sergent, comme l'a montré M. Sézary, et admis M. Sergent lui-même, ne constitue pas un indice bien précis d'insuffisance surrénale.

Les raies rouges mécaniques, provoquées par le tracé de l'ongle ou la friction énergique de la pulpe digitale sont, en somme, l'inverse de la ligne blanche. Leur contour est également rectiligne. Elles traduisent simplement l'action mécanique, sur les capillaires, d'un traumatisme provoquant leur dilatation atonique. Quelquefois, la raie rouge s'entoure d'une auréole blanche et elle a alors la signification de la ligne blanche.

La raie rouge vaso-motrice apparaît, après éraillement de la peau à la pointe d'une épingle, d'une façon plus ou moins lente. Elle consiste en une raie qui s'élargit progressivement et a des contours flous. C'est la seule raie vaso-motrice véritable. Elle est dite méningitique, parce qu'elle est particulièrement intense au cours des réactions méningées.

Quant aux autres types de raies cutanées (dermographisme, raie urticarienne), elles restent actuellement, d'interprétation imparfaitement élucidée.

Enfin, il arrive que les diverses lignes : blanche, rouge mécanique et rouge vaso-motrice, ne soient pas pures, mais plus ou moins combinées, aboutissant à des types mixtes.

En somme, les raies cutanées seraient des phénomènes intéressants dont l'étude, complétée, pourrait sans doute fournir quelques données symptomatiques, sur le tonus sympathique et sur les nerfs vasomoteurs, en particulier. Il conviendrait, pour cela, de multiplier les travaux à ce sujet.

Action de la cholestérine sur le virus encéphalitique.

(M. Nicolau. — *Société de biologie*, 22-12-1923.)

Dans une communication récente, M. Danysz faisait connaître les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'encéphalite expérimentale du lapin par la cholestérine. M. Nicolau a poursuivi des investigations du même ordre, mais, contrairement à M. Danysz, il ne croit pas qu'on puisse attribuer à la cholestérine une action neutralisante *in vivo* vis-à-vis du virus encéphalitique. Les essais chimio-thérapiques entrepris autrefois avec le bismuth et les sels de quinine avaient déjà donné des résultats analogues (survie de quelques animaux). L'auteur a constaté, toutefois, une action neutralisante manifeste *in vitro* de certaines substances colorantes, telles que le chlorhydrate de parafuchsine, le trypano rouge, le bleu de méthylène, le tryparosane et aussi l'optoquine.

La formol-gélification dans la tuberculose.

(MM. P. Courmont, Gaté et Papacostas. — *Société biologique de Lyon*, 17-12-1923.)

La formol-gélification a été d'abord étudiée, par Gâté et Papacostas, dans la syphilis, où elle offre un certain intérêt sans avoir une grande valeur diagnostique. Ces mêmes auteurs et M. Paul Courmont ont fait des recherches sur la formol-gélification dans la tuberculose. Ils l'ont trouvée, en pareil cas, très fréquemment positive, plus particulièrement dans les formes ulcéreuses et dans les formes évolutives à pronostic sévère, où elle atteint la proportion de 100 pour 100.

P. L.

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr A. HESNARD, professeur à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux.— **L'Inconscient.** Préface du Dr TOULOUSE (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de psychologie expérimentale). Un vol. in-16 de 300 pages avec figures dans le texte, 1923. Prix : 12 fr.).

Dans une première partie de son livre, l'auteur expose le « *bilan de l'inconscient* », en dressant la liste des faits innombrables qui, en psychologie générale, démontrent l'existence, chez le sujet pensant, d'une formidable activité psychique ignorée ! Faits tirés de l'évolution ancestrale et individuelle ; faits d'ordre affectif, qui paraissent à l'auteur constituer les assises mêmes du psychisme ; faits d'ordre sensitif et surtout moteur ; faits relatifs à l'interpsychologie, parmi lesquels il place les faits supra-normaux ou métapsychiques, conçus au point de vue de leur mécanisme psychologique subjectif.

Dans une deuxième partie, en médecin psychiatre, il décrit les multiples *aspects de l'Inconscient morbide*, étudié à la lumière des acquisitions cliniques les plus récentes : chez les psychasthéniques et les obsédés, les hystériques (somnambulisme, personnalités multiples, etc.), les épileptiques, les aliénés (psychoses aiguës, psychoses constitutionnelles, hallucinations et délires, etc.), en donnant, à propos de chaque groupe de malades, une interprétation des faits orinale et strictement conforme aux enseignements cliniques.

Enfin, dans une dernière partie, après avoir exposé les données physiologiques et biologiques du problème de l'Inconscient, puis les techniques d'exploration des tendances inconscientes — parmi lesquelles il fait une place aux procédés de psycho-analyse, doctrine aujourd'hui très répandue de Freud, — l'auteur rappelle les diverses théories de l'Inconscient : théories statiques, dynamiques et affectives, motrices, etc., proposées par les psychologues, auxquelles il joint, en une rapide esquisse, les systèmes imaginés par les métaphysiciens et les religieux. Il se refuse à en édifier une nouvelle pour remplacer celles qu'il vient de critiquer, et cela pour la raison simple que l'Inconscient n'est, pour la science, que l'envers du conscient, c'est-à-dire toute la psychologie objectivement conçue.

Cet ouvrage de forte documentation positive sera lu avec un très vif intérêt par tous les psychologues : médecins, même non spécialisés, philosophes, littérateurs, etc., en un mot par tous ceux qui, par profession ou par goût, ne sauraient se désintéresser d'un des aspects les plus troublants et les plus instructifs de la personnalité humaine.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

J. PARISOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, et Gabriel RICHARD, ancien interne des hôpitaux de Nancy, médecin consultant à Royat.— **Les glandes à sécrétion interne et leur valeur fonctionnelle.** Méthodes de recherches. Procédés de diagnostic. (Un vol. in-8o de 248 pages aveec figures dans le texte, 1923. Prix : 15 fr).

A juste titre, les auteurs ont pensé qu'un grand pas serait fait dans l'étude des sécrétions internes si l'on possédait des moyens d'évaluer l'état fonctionnel des divers organes endocriniens.

Pour y parvenir, en même temps qu'ils cherchaient de nouvelles méthodes d'exploration, ils reprenaient en série, chez l'homme, tous les tests indiqués pour les différentes glandes, cherchant dans l'expérimentation l'éclaircissement des points obscurs ou contradictoires.

Tout leur travail reflète cette double pensée : fournir des méthodes pratiques, utilisables pour le praticien ; ne recommander que celles, dont les résultats ont été vérifiés par la clinique et l'expérimentation.

Une première partie, consacrée aux *bases physiologiques des méthodes de recherches*, indique l'essentiel du ce qu'il faut savoir de l'anatomophysiologie des glandes endocrines pour pouvoir en poursuivre l'étude.

La deuxième partie étudie les *méthodes générales d'examen*, les procédés d'investigation, qui vont permettre de fixer pour chaque glande la technique de recherche.

La troisième partie, la plus importante, traite de l'*application de ces méthodes de recherches* à chacune des glandes ou des complexes pluriglandulaires : thyroïde, surrénale, hypophyse, parathyroïdes, glandes génitales, épiphyse et thymus, syndromes pluriglandulaires.

Un chapitre de conclusions indique la pratique des examens de la valeur fonctionnelle des glandes : il envisage les différents problèmes qui, dans la clinique quotidienne, s'offrent au praticien, et il fournit les éléments de la solution à trouver.

Ce livre retiendra d'ailleurs quiconque s'intéresse au problème si actuel de l'endocrinologie et de l'opothérapie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Un traitement rationnel de la séborrhée.

Depuis les remarquables travaux de Sabouraud, la séborrhée est devenue une véritable entité morbide.

C'est Sabouraud qui a découvert le *syndrome pilo-sébacé*, et clairement démontré le lien étroit de parenté qui unit ces divers états pathologiques : *peau grasse, calvitie, acné,* qui ne sont que des modalités différentes des troubles fonctionnels du follicule pilo-sébacé.

Rappelons brièvement les étapes nettement cycliques de cette affection.

D'abord, *aspect luisant* de la peau, surtout marqué le matin, aux ailes du nez, au menton, au front. Pendant la nuit, *le sébum,* sécrété en excès par les glandes sébacées, s'est déposé à la surface de la peau qui en est enduite comme d'une légère couche de vaseline. A la longue, la dilatation anormale des orifices glandulaires par cette matière grasse, que la pression entre deux ongles fait sourdre en cylindres vermiformes (*comédons*), donne à la peau un aspect chargriné, en écorce d'orange.

Les traits perdent leur modelé, leur finesse, le nez grossit, les joues s'empâtent, le menton s'épaissit. Le charme et la grâce d'un jeune visage aux arêtes nettes disparaissent peu à peu pour faire place au masque bouffi de la séborrhée.

Irritée perpétuellement par cette sécrétion acide, infectée par les micro-bacilles qui pullulent à l'abri dans les culs-de-sac glandulaires, la peau va être le siège d'affections secondaires : et voici les désespérantes *acnés,* papuleuses, pustuleuses, et leur cortège de suppurations interminables et, chez les vieillards ,ces répugnantes élevures pigmentées dites *crasses séniles,* amorces des cancers cutanés, qui, comme l'a montré le Pr Borrel, au récent congrès de Strasbourg, viennent se greffer sur les lésions cutanées chroniques dues à la séborrhée.

Abandonnée à elle-même, la séborrhée ne reste pas cantonnée à la face. Elle va gagner le cuir chevelu, frapper d'atrophie la papille pilaire, entraîner par étapes la mort et la chute du poil. Les points d'attaque sont toujours les mêmes ; le front d'abord qui prend de l'ampleur, surtout au niveau des bosses frontales où se creusent deux golfes latéraux.

Ces golfes s'accentuent, délimitent entre eux, un îlot, le *toupet,* dont certains hommes connus ont su se faire une originalité.

En même temps, le vertex est le siège d'une dépilation progressive aboutissant à la *tonsure.*

Tous ces points isolés de la calvitie vont se rejoindre, et le toupet, seul îlot qui surnageait encore, va être submergé. C'est, installée, la calvitie *hippocratique.*

Tel est le schéma clinique des méfaits de la séborrhée, dont l'évolution va de la puberté à l'extrême vieillesse.

Jusqu'ici, la séborrhée avait résisté victorieusement aux innombrables lotions tapageusement annoncées, faussement scientifiques, fallacieusement prometteuses : pétroles... sans pétrole, solutions alcooliques... très diluées, eaux formolées, etc., etc. Ces traitements infructueux ont fini par épuiser la dose de crédulité, pourtant formidable, des patients.

Pour si rebelle qu'elle soit, la séborrhée est cependant curable.

C'est encore à Sabouraud que nous sommes redevables d'une thérapeutique rationnelle efficace. Il a montré que le soufre était l'agent médicamenteux le plus actif, le seul actif même. Mais pour que son action spécifique se fasse sentir jusque dans les culs-de-sac glandulaires, à la source même de l'infection, il fallait le véhiculer à l'état soluble, et débarrasser en même la peau temps de son vernis graisseux imperméable.

C'est de ces directives qu'est née la lotion au sulfure de carbone soufré. Préparation efficace certes, mais que ses multiples inconvénients (odeur, douleur, toxicité, inflammabilité) ont fait écarter par la clientèle.

Depuis, un an déjà, le corps médical a adopté, avec le grand succès que l'on sait, *le Néobiol,* dont la composition (soufre solubilisé, à la dose de 2,2 %, par un procédé spécial, dans un complexe hydrocarburé) réalise la médication de choix de tous les états séborrhéiques.

Dissolvant parfait des graisses, vecteur du soufre, il n'est *ni toxique, ni douloureux, ni malodorant, ni inflammable.*

Si, sa fortune fut rapide, c'est que son action est *remarquable. Contre la séborrhée du visage,* en applications quotidiennes, avec une boulette de coton, il dégraisse la peau, modère rapidement l'activité glandulaire, rétablit le rythme sécrétoire perverti.

La peau reprend sa finesse, les traits leur fermeté, le nez, son galbe primitif.

En quelques jours, les pustules d'acné, se flétrissent.

Au cuir chevelu, mêmes applications quotidiennes avec une boulette de coton, et la chute des cheveux,sous le peigne du matin, diminue progressivement, passe en quelques semaines de plusieurs centaines parfois au chiffre normal de quelques unités.

C'est une précieuse acquisition pour notre arsenal thérapeutique.

Dr T.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES PROCÈS MÉDICAUX ET L'ORDRE DES MÉDECINS

Les procès médicaux nous sont, pour ainsi dire, tous connus, soit qu'ils intéressent un membre de notre « Sou médical », soit que nous en trouvions l'exposé aux rubriques spéciales des journaux judiciaires (*Gazette du Palais*), ou de nos journaux professionnels.

Ce sont les actions engagées par un médecin pour se faire rendre justice. Ce sont, plus souvent, les actions qui sont menées contre un médecin, qui doit se défendre contre une accusation dont il est l'objet, soit en correctionnelle, soit au civil.

C'est donc une question qui ne saurait, en aucun cas, nous trouver indifférents. Aussi, avons-nous relevé dans le *Scalpel* l'article suivant qui nous semble devoir être discuté, tout au moins dans ses conclusions.

Procès médicaux

Je reviens sur ce sujet parce que j'ai, dans la magistrature et le barreau, des amis qui se sont émus d'une note publiée par le *Scalpel* du 20 octobre 1923.

Il m'a été reproché de causer jurisprudence, encore que je n'ai enregistré que les commentaires médicaux de certains jugements, sans critiquer nullement les controverses juridiques.

Par après, on me dit : vous prenez quelques lignes d'un texte, et vous voudriez pendre les magistrats. Ce à quoi je réponds, que je m'interdis de sortir des considérants scientifiques qui doivent former le fonds des décisions dans les affaires médicales.

Comment ! J'ai vu un enfant tuberculeux. Les parents demandent au tribunal l'occupation d'une chambre supplémentaire dans la maison dont ils sont locataires partiels. Le juge refuse : il a vu l'enfant, il est bien portant. Vous produisez des certificats de complaisance. Ce juge ignore les longues recherches qui ont motivé la déclaration de plusieurs cliniciens, du radiologue et du dispensaire.

Pourquoi ne pourrais-je reproduire le seul attendu médical d'un récent jugement : « Attendu qu'il s'agit d'une appendicite opérée à froid ; que cette opération est courante ; qu'elle n'exige que peu de préparatifs et ne prend que peu de temps » ?

La science a-t-elle déclaré que l'opération à chaud seule offre des dangers ? La ponction lombaire est aussi une chose courante et la chloroformisation, quoique de chaque jour : n'implique-t-elle pas une technique sévère au point que beaucoup appellent un spécialiste en narcose.

Je voudrais savoir où sont écrits ces axiomes : l'appendicectomie n'exige que peu de préparatifs et ne prend que peu de temps.

De tels considérants sont fréquents. Combien il serait utile que la Fédération médicale Belge réunisse des documents à ce sujet et mène, à l'occasion, une campagne utile sur les procès médicaux ! Il faut convenir que nos moyens de défense professionnelle sont souvent primitifs et peu adéquats aux contingences actuelles

La centralisation de documents analogues à ceux que j'ai cités dans ces deux articles permettrait d'utiles conclusions.

Il en est une que je livre immédiatement à vos réflexions.

Si nous examinons les diverses jurisprudences, nous nous apercevons que les militaires sont jugés par leurs pairs et qu'il existe des tribunaux spéciaux, soit en temps de guerre, soit en temps de paix.

Les conflits domestiques ou ouvriers sont du ressort des Conseils de prudhommes ou de tribunaux arbitraux.

Les commerçants possèdent le tribunal de commerce. Quant aux avocats, ils ne reconnaissent que le Conseil de l'Ordre.

Chaque fois donc, les gens de même profession sont érigés en tribunal.

On est jugé par des collègues choisis pour leur compétence, leur valeur morale, choisis, le plus souvent, par élection.

Seul, parmi les professions libérales ou autres, le médecin paraît devant le juge, unique souvent.

Pourquoi n'avons-nous pas notre justice comme les diverses catégories que j'ai citées ?

Et nos commissions médicales, formées des représentants du pouvoir central et d'élus par leurs pairs, ne pourraient-elles posséder les pouvoirs de ce Conseil de l'Ordre que d'aucuns réclament ?

Dr René LEDENT.

Bien que les faits signalés se passent en Belgique, bien que le signataire de l'article soit belge, et pense et écrit en belge qu'il est, il y a tant d'affinités entre la médecine belge et la médecine française, que nous pouvons, sans difficulté, transposer au point de vue français ce que nous signalent nos amis de Belgique, et faire état d'arguments qui ont été invoqués, sur le même terrain, de ce côté-ci de la frontière.

Nous sommes payés pour savoir avec quelle souveraine incompétence les juges apprécient

souvent les actes professionnels de nos confrères qui leur sont déférés. Nous savons également que les expertises auxquelles les magistrats ont souvent recours pour éclairer leur religion sont faites par des spécialistes qui n'ont parfois qu'une médiocre connaissance de la pratique de la médecine proprement dite, et dont les rapports ne s'inspirent pas toujours d'un suffisant esprit d'impartialité et de neutralité.

Voilà pourquoi j'ai personnellement proposé aux Syndicats la mise à l'étude de la création, dans le cadre syndical, de commissions médicales régionales qui seraient obligatoirement consultées dans tous les cas où un médecin serait traduit en justice à l'occasion d'un acte accompli dans l'exercice de sa profession, que cet acte soit de pure technicité ou qu'il relève du droit commum.

M. Ledent va beaucoup plus loin, beaucoup trop loin ajouterai-je. Ne se satisfaisant pas des commissions médicales officielles qui fonctionnent dans son pays avec des attributions légalement définies, il reprend pour son compte un plaidoyer en faveur de la création d'un Ordre des médecins qui fonctionnerait à la façon d'un tribunal spécial.

Ce plaidoyer n'est pas nouveau pour nous, Des médecins français l'ont déjà prononcé, et j'en sais qui reviennent volontiers à la charge, quand ils en ont l'occasion. J'ajoute qu'ils apparaissent comme animés des meilleures intentions, et que leur bonne foi ne saurait être mise en cause, pas plus d'ailleurs que la mienne.

Mais, pour justifier sa thèse, M. Ledent a recours à des arguments qui sont d'une faiblesse pitoyable, et qu'il ne me sera pas difficile de rétorquer.

En dehors des Conseils de guerre, tribunaux spéciaux chargés de juger les militaires, et qui ont fait tellement leurs preuves qu'il est question de les modifier de façon telle qu'ils cesseraient d'apparaître comme des juridictions spéciales, il cite le tribunal de commerce, juridiction des commerçants, et le Conseil des prud'hommes, juridiction des domestiques et des ouvriers.

Et il ajoute, — je cite de nouveau son texte : « Chaque fois donc, les gens de même profession sont érigés en tribunal ».

Voyons, voyons, il faudrait s'entendre et être sérieux. Que jugent les tribunaux de commerce ? les conflits qui sont strictement d'ordre commercial ; dès que ces conflits, dès que les actes reprochés au commerçant, revêtent un caractère délictueux, ils sont justiciables des tribunaux de droit commun. Exemple : le tribunal de commerce déclare en faillite un commerçant qui ne fait pas honneur à ses affaires, par suite d'insuccès ou de spéculations malheureuses qui laissent sa probité hors de cause. Que s'il s'agit d'une banqueroute simple ou frauduleuse, alors que l'insuccès ou les spéculations sont entachés d'agissements répréhensibles, le tribunal de commerce est dessaisi, et le Tribunal Correctionnel ou la Cour d'Assises, tribunaux de droit commun, deviennent seuls compétents.

De même pour les Conseils de Prud'hommes. Un employé est l'objet d'un brusque congédiement. Il estime que l'indemnité qui lui a été allouée n'est pas suffisante. Il actionne son patron devant le Conseil des Prud'hommes,dont les décisions sont d'ailleurs susceptibles d'appel devant le tribunal civil (tribunal de droit commun). Mais si le même employé a volé son patron, ce n'est plus le Conseil des Prud'hommes qui est compétent, c'est le tribunal correctionnel.

Il est donc erroné de prétendre que chaque corporation possède son tribunal corporatif chargé de juger ses membres, *dans tous les cas*; les attributions de ces tribunaux spéciaux, au contraire, sont nettement définies et limitées.

Ceux qui demandent l'organisation d'une juridiction spéciale à l'intention des médecins ne prétendent tout de même pas qu'elle aurait à connaître des délits de droit commun commis par eux. Si un médecin a compté et fait payer des soins qu'ils n'a pas donnés réellement, c'est un escroc, et les conditions dans lesquelles il a commis son escroquerie ne retirent rien à la qualification de son délit. Il relève du tribunal correctionnel, et Bordeaux hier, Marseille aujourd'hui, nous le font bien voir.

Il est impossible que des esprits sensés pensent autrement et émettent l'avis que le voleur sera jugé par des médecins, s'il est médecin, alors qu'il sera jugé par des magistrats de carrière, s'il est épicier ou banquier.

Ceux qui soutiendraient le contraire, je refuserais formellement de discuter avec eux.

Qu'aurait donc à juger un tribunal d'exception composé de médecins ? Certains actes considérés comme des fautes anti-déontologiques, et qui ne sont fautes qu'au regard des usages professionnels.

Alors, nous tournons toujours dans le même cercle. Quelles sont ces fautes ? Par quels caractères sont-elles définies ? Quelles sanctions méritent-elles ?

Un de mes amis me disait dernièrement : « Je suis partisan de l'Ordre des médecins. S'il existait, je serais armé contre *un tel*, qui me chipe mes clients quand il en a l'occasion ».

Chiper un client, c'est répondre à l'appel d'un malade en cours de traitement, et accepter de le soigner sans se conformer aux règles de la bienséance confraternelle. C'est une incorrection. Cela mérite un rappel à l'ordre, et si le fait se répète, une rupture complète de relations. Mais, que diable ! ce n'est pas un crime. Et je ne pense pas que vous poussiez l'intransigeance jusqu'à demander que le coupable soit suspendu du droit

d'exercer sa profession ! Au surplus, que faites-vous du libre choix dont vous demandez l'application en toutes circonstances ? Pour des raisons que je n'ai pas à discuter, un malade a perdu confiance en moi ; il ne veut plus me voir à son chevet. Il me remercie et appelle un de mes confrères. Je n'ai cependant pas la prétention de m'imposer à lui. Tout ce que je puis exiger, c'est d'être payé de mes soins. Si, par surcroît, le confrère qui me remplace se montre correct avec moi, s'il ne profite pas de la situation pour me « débiner », je n'ai rien à dire. Et s'il est incorrect et accepte ma succession avec la plus grande désinvolture, même s'il critique ce que j'ai fait, je pense que c'est un mauvais confrère ; je le dis à mes collègues du Syndicat ; je romps tous rapports avec lui, et je demande que la mesure soit étendue à tous les membres du Syndicat. Mais je ne vois pas comment je pourrais aller plus loin, et me leurrer de l'espoir qu'il serait possible de lui interdire, temporairement ou définitivement, l'exercice de sa profession. Ne m'est-il pas arrivé d'ailleurs de tenir l'autre rôle, et d'être appelé second auprès d'un malade en cours de traitement par un confrère dont il était mécontent ? Ai-je refusé ? Non, n'est-ce pas ? Mais à la différence du précédent, j'ai loyalement prévenu mon prédécesseur, et je me suis bien gardé de critiquer sa conduite. Il a fait cela ? C'est sans doute que les circonstances l'exigeaient Les circonstances se sont modifiées, et je vais y conformer mon traitement.

Et pour en revenir, en terminant, à l'interdiction d'exercer la médecine, qui m'apparaît comme singulièrement illusoire et inopérante, une belle occasion s'offre à nous d'apprécier ce qu'elle vaut. Cinq médecins viennent, à Bordeaux, d'être condamnés à de la prison et à cinq ans d'interdiction d'exercice de leur profession. Ils ont fait appel de ce jugement. Si la Cour le confirme ou en aggrave même les pénalités, je demande qu'on surveille de très près les trois interdits, lorsqu'ils auront accompli leur peine d'emprisonnement. Je serais curieux de savoir ce qu'ils feront en sortant des geôles gouvernementales. Je parie un contre cent qu'ils continueront, nonobstant la peine accessoire prononcée contre eux, à voir et à soigner des malades. Et je ne répondrais pas qu'ils tarderont à grouper autour d'eux une clientèle intéressante, et productive.

On les poursuivra pour exercice illégal, me direz-vous ? C'est là que je vous attends, et nous en recauserons.

En pareille circonstance, je me contenterais, avec l'éminent professeur Verger, d'espérer qu'il leur fût interdit de pratiquer aucun acte médico-légal, et j'entends par là toutes les formalités qui incombent au médecin en exécution des lois qui prévoient une organisation de soins (assistés, accidentés du travail, pensionnés de guerre...), — ce qu'il est facile d'obtenir — et je me déclarerais satisfait. Je me sens impuissant, comme d'ailleurs chacun de mes 20.000 confrères français, à empêcher un malade de s'adresser au rebouteux, au guérisseur, au magnétisseur en qui il a confiance, pas plus que je ne me reconnais le droit de m'opposer à ce qu'il aille à Lourdes chercher la récompense de sa foi. Comment voulez-vous que je puisse valablement lui interdire de s'adresser à M. X., médecin interdit, mais qui n'en possède pas moins un diplôme qui fait de lui, *in aeternum*, un docteur en médecine ?

L'Eglise reconnaît que le prêtre, à partir de son ordination, ne perd aucune des prérogatives liturgiques et rituelles qui découlent de sa consécration. *Tu es sacerdos in æternum secundum Melchisedech*, disent les Ecritures. S'il est interdit, pour quelque cause que ce soit, il n'en conserve pas moins le pouvoir de donner le baptême, l'absolution, sacrements qui gardent toute leur valeur au regard de celui qui les reçoit. Et si le même prêtre interdit prononce sur l'hostie les paroles sacrementelles, rien ne peut faire que la transsubstantiation n'en soit la conséquence nécessaire et inévitable.

Le médecin, qu'on compare volontiers à un prêtre, et dont la profession est assimilée à un véritable sacerdoce, ne cessera pas d'être médecin parce qu'un jugement correctionnel lui aura fait défense d'exercer, et il ne manquera pas de malades qui lui conserveront leur confiance, et qui ne voudront pas d'autre soins que les siens.

A cela, que pouvons-nous faire ?

Et que pourrait-il faire, d'ailleurs, cet homme dont une longue préparation aura fait un médecin et n'aura fait qu'un médecin, et qui pourra compter, avant sa condamnation, des années plus ou moins longues d'exercice ?

Ne nous payons pas de mots. Ne nous leurrons pas de chimères. Demeurons sur le terrain des réalités et des possibilités. M. Verger l'a fait. Je crois l'avoir fait de mon côté. Et il n'en résulte pas que l'Ordre des médecins soit utile pour arriver à un résultat.

G. Duchesne.

Références du *Répertoire de l'Hygiène de médecine sociale* : 5484.

DÉONTOLOGIE

Les dispensaires d'hygiène sociale doivent-ils faire une concurrence déloyale aux médecins praticiens.

Les personnes de bonne volonté, qui ont instauré les rouages administratifs de la lutte sociale contre la tuberculose et la syphilis, n'en ont vraisemblablement pas envisagé les répercussions, ni les incidences.

Certes, nous sommes de ceux qui applaudissent, lorsque le Parlement augmente les crédits du ministère de l'hygiène ; mais pourquoi ce dernier ignore-t-il que les premiers auxiliaires, les plus grands propagandistes, se trouvent chez les médecins praticiens ?

De partout s'élèvent des plaintes contre la concurrence déplacée que les dispensaires, les sanatoria et autres établissements officiels font dans certaines régions aux docteurs en médecine qui y sont établis.

D'une part, comme nous le publions ci-dessous, les organisations officielles ne tiennent pour bonnes que les prescriptions données au dispensaire.

D'autre part, les infirmières-visiteuses ou autres racolent riches et pauvres, pour les inciter à consulter au dispensaire.

Et le public simpliste se dit que si l'Etat installe certains médecins spéciaux pour soigner syphilitiques et tuberculeux, c'est que les autres docteurs sont incapables de soigner ces maladies.

Témoin l'avis ci-dessous publié dans le *Journal de Beaune*, du 8 décembre dernier et reproduit dans l'*Avenir Bourguignon* et dans le *Progrès de la Côte-d'Or*.

AVIS AUX MUTILÉS

Circulaire de l'Office national des mutilés et réformés de guerre, en date du 26 *juillet* 1923.

1° Des allocations journalières pourront être accordées *aux familles des tuberculeux de guerre soignés à domicile.*

2° Ces allocations ne pourront être accordées que si le malade suit strictement les prescriptions du dispensaire et s'il observe bien les règles d'hygiène qui lui seront prescrites.

En conséquence, il devra se faire inscrire au dispensaire.

(Pour Beaune, le mardi, jeudi, samedi, de 9 à 11 heures, rue Notre-Dame, n° 12).

3° Ces allocations pourront s'élever *au maximum* à 2 fr. par jour pour la femme et à 2 fr. par jour pour chacun des enfants de moins de 16 ans.

4° Les allocations seront mandatées à la fin de chaque mois aux intéressés sur le vu de l'état mensuel, dressé par le médecin-chef du dispensaire.

5° Le malade qui cessera de suivre les prescriptions du dispensaire devra être rayé de l'état mensuel et, de ce fait, les allocations lui seront supprimées.

6° Dès que le comité départemental sera saisi d'une nouvelle demande d'allocation, le pétitionnaire sera signalé au dispensaire.

Cette coupure de journal était accompagnée de la lettre suivante :

Nous possédons à B, un dispensaire d'hygiène sociale et de lutte antituberculeuse. Le service dudit dispensaire est assuré par deux médecins.

Il y a déjà pas mal de tirage, car si les indigents vont au dispensaire, des malades pouvant payer s'y rendent également et, bien entendu, c'est au détriment des confrères.

Au point de vue lutte antituberculeuse, le Dispensaire doit examiner les malades envoyés par les médecins, faire le s examens bactériologiques, les examens radiographiques et en transmettre le résultat au médecin traitant. Ceci c'est la théorie.

En réalité, l'infirmière visiteuse rabat sur le dispensaire tous les malades qu'elle peut rencontrer et le médecin traitant n'est même pas averti. De plus, le dit médecin traitant paraît être un Monsieur qui ignore les soins à donner aux tuberculeux, car on a l'air de laisser croire que les médecins du dispensaire sont seuls capables d'en soigner et que les autres médecins n'agissent que d'après les indications qu'on leur donne.

Mais l'affaire se corse. Les journaux de B. et de la région viennent de publier une circulaire que je vous adresse. De cette circulaire, il résulte que le dispensaire ne fera pas que de la prophylaxie, mais qu'il va traiter (ce qu'il fait déjà d'ailleurs), et que tout tuberculeux de guerre qui ne sera pas soigné par le dispensaire pourra se taper pour avoir une allocation.

Que devient alors le libre choix dans cette affaire ?

Et cela va continuer, car le dispensaire va étendre son action aux cancéreux et aux syphilitiques, sans compter que l'on vient déjà d'y adjoindre, une goutte de lait avec consultation de nourrissons et sans compter ce que l'on pourra encore ajouter ensuite.

Quelle doit être la conduite des 7 autres médecins en face d'une pareille situation ? Un conseil de vous nous ferait le plus grand plaisir et nous vous en remercions d'avance.

Pour nous, nous ne cesserons de répéter que la collaboration des syndicats médicaux est indispensable, si l'administration veut faire action sociale utile et bienfaisante.

Le médecin praticien a droit de vivre de sa

profession ; il ne faut pas, gratuitement, prétendre qu'il ignore la syphilis, ou la tuberculose : ce serait faire injure aux professeurs de Faculté et aux maîtres des hôpitaux. Les journaux médicaux sont en assez grand nombre, pour que le plus éloigné des docteurs de petite campagne puisse se tenir au courant des découvertes de la science.

Le praticien a surtout besoin de faire faire des examens de laboratoire : c'est ce que devra faire le dispensaire, qui enverra directement au praticien le résultat de ces examens.

A ce sujet, un de nos confrères nous écrit :

« Nous n'en finirons pas avec les dispensaires du Finistère.

« Voilà le sens d'une affiche, apposée à la porte du dispensaire de C. et signée de M. de Guébriant, président des dispensaires du Finistère.

« Toute personne, *même aisée*, qui le désire pour toute affection que ce soit, peut venir se faire radioscoper au dispensaire, à condition de vouloir bien payer une somme de ..... pour frais de matériel et les honoraires que peut demander le médecin du dispensaire, qui fera l'examen.

« Est-il possible que le médecin du dispensaire, qui touche 25.000 francs de fixe, plus les indemnités, qui ne doit pas faire de clientèle, se permette de faire concurrence aux praticiens avec un matériel qu'il n'a pas acheté, qu'il n'a pas à entretenir, alors qu'il ne paye pas patente, ni autres impôts qui atteignent le malheureux praticien. »

Nous avons entendu les mêmes doléances contre la clientèle que font, au sanatorium, les médecins de l'établissement, alors que les malades sont attirés par la gratuité, ou la modicité des prix et par le mirage de titres officiels.

Cependant les médecins de sanatorium estiment avoir le droit d'agir ainsi, si la commission administrative les autorise à faire de la clientèle payante à l'intérieur de l'établissement.

Sans vouloir prendre parti dans ce débat, nous estimons nécessaires des ententes locales entre syndicats médicaux, médecins et administrations des dispensaires et sanatoria, pour le plus grand bien des malades.

Les médecins praticiens seront les premiers à diriger leurs malades indigents sur l'établissement public et même à adresser leur clientèle payante, à fin d'examen ou de diagnostic lorsqu'ils seront assurés que leurs droits légitimes seront respectés.

Quant aux malades, ils ont tout à gagner de se faire traiter par le médecin de famille, en collaboration avec les secours publics, lorsqu'il il y a lieu : la médecine collective et administrative a souvent fait faillite : témoin les caricatures de traitement qui se font dans les consultations gratuites de beaucoup d'hôpitaux, de dispensaires privés ou autres collectivités bienfaisantes

Dr Paul Boudin.

Réf. du *Rép. d'Hyg. et de Méd. sociales* ; 2340 (L'Armement d'H. S.).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

L'internationale des Mutualités.

Le *Scalpel*, organe de défense professionnelle des médecins belges, qui entretient avec le *Concours*, les meilleures relations amicales, porte à notre connaissance l'existence d'un conflit entre les médecins et les mutualités belges. Celles-ci s'efforceraient de réduire les honorai res de nos confrères et d'autre part ouvriraient largement la porte de leur société à des personnes d'aisance reconnue, suivant en cela l'exemple de nos sociétés qui rêvent la Mutualité universelle, ouverte à tous.

Il y a une internationale ouvrière (il y en a même plusieurs, je n'en sais plus le nombre, je crois qu'on compte le numérique quatre). Il y a une internationale, peut-être plus dangereuse, celle des financiers et capitalistes agioteurs et semeurs de ruine qui spéculent sur le pétrole, le blé, la houille ou le franc, producteurs de la vie chère et complices des guerres passées et futures aussi.

Il y a une internationale pour l'exploitation des médecins, formée par les mutualités des divers pays, unies entre elles et poursuivant un but unique, offrir à leurs adhérents une médecine au rabais, car il ne faut perdre de vue que le but de toute Mutualité est de provoquer la dévalorisation de l'acte médical, c'est une véritable offensive contre nos honoraires, analogue à l'offensive contre notre franc. Je connais l'argument des mutualistes. Je vous amène une clientèle nombreuse que vous n'auriez pas sans mon intervention. En retour, faites-nous des prix de gros comme le pratique le commerce pour les commandes importantes.

Erreur que les mutualistes n'ont jamais voulu reconnaître. Le médecin a besoin pour vivre d'une somme journalière et représentant tant d'actes ou de vacations médicales bien faites. Si ces vacations sont insuffisamment payées, le médecin sera obligé d'en faire un nombre double. Il consacrera moins de temps à chaque malade et fera de la médecine à la grosse, au détriment de ses malades et de la société, car en ce cas le malade insuffisamment soigné verra sa maladie se pro-

longer, les rechutes devenir fréquentes et, enfin de cause c'est la société qui payera peut-être cher un travail insuffisamment fait. Inutile d'ajouter qu'un médecin fatigué par un surmenage inutile et facteur de salaires de famine imposés, ne pourra travailler, se tenir au courant des progrès de la science, dont il pourrait faire bénéficier ses malades.

Répétons encore une fois, en nous inspirant de la formule ouvrière : « travail mal payé, travail mal fait », qu'il faut pour avoir de bonne médecine la payer suffisamment, de telle sorte que le médecin puisse vivre honorablement de sa profession.

Nous avons vu aussi que nos confrères belges se plaignaient de l'intrusion dans les sociétés de membres fortunés, n'entrant dans les rangs mutualistes que dans un simple but de lucre. La chose est bien certaine et forme l'objet des fréquentes doléances du corps médical, sans aucun résultat du reste. Je pourrais pour ma part citer maints mutualistes que j'ai soignés au cours de ma carrière qui gagnaient certes beaucoup plus que moi : acheteurs de grands magasins de nouveauté, chefs de rayons, directeurs de succursales. Je dois ajouter qu'ils n'avaient confiance en moi que pour des vétilles, recourant à des médecins huppés en cas de maladie plus sérieuse pour eux et surtout pour les leurs. La faute en est du reste aux Conseils d'administration des sociétés. Ils engageaient ces personnalités à entrer dans leur société espérant ainsi leur donner un lustre particulier. Ils escomptaient les idées altruistes de ces philantropes à la manque. Ils espéraient encaisser les cotisations, comptant bien que ces sociétaires ne réclameraient jamais les avantages offerts par la société.

C'est là l'erreur. Une fois embusqués dans la société, ils prétendent profiter de tous les bénéfices qu'ils peuvent récolter. Et alors c'est la plaie pour les sociétés. Leur peau a plus de valeur que celle du modeste sociétaire. Il faut s'occuper de très près de leur petite santé, souvent même il vaut mieux prévenir que guérir. Ils voient le médecin pour des riens, chose d'autant plus facile qu'ils n'ont guère de permission à demander, qu'on ne soupçonnera pas leur désir de tirer au flanc. Ils s'arrêtent d'autant plus facilement qu'ils ont des employés travaillant sous leurs ordres et assurant leur besogne. Ils n'ont pas peur de prolonger leur incapacité. Ils leur faut bien une petite convalescence qu'ils accepteraient difficilement d'un subordonné.

C'est eux qui connaissent bien la valeur de l'argent. Ils savent qu'aucune dépense ne doit être engagée qu'un vue d un bénéfice. Ils appliquent leur théorie à leur cotisation qu'ils entendent bien récupérer et même si possible avec avantages. Le résultat est qu'ils coûtent très cher aux sociétés qui les ayant admis ne peuvent plus s'en débarrasser et c'est en vain que dans les Congrès mutualistes on invite les sociétés à solliciter l'adhésion à titre de membres honoraires des membres riches qu'elles comptent dans leurs rangs. Mais c'est prêcher dans le désert. La présence de personnalités d'aisance notoire dans les sociétés ne nuit pas seulement à leurs caisses, mais également à leur bon renom et à leur intérêt moral. C'est là une des causes fréquentes des conflits avec les médecins. C'est ce qui permet à nos confrères de dire qu'ils sont exploités par des parasites mutualistes.

Aussi les médecins réclament la suppression du service médical des sociétés mutuelles ; s'ils acceptent de soigner des sociétaires de condition modeste, ils veulent faire verser un complément d'honoraires à ces richards qui se sont faufilés dans les rangs des sociétés.

Le résultat detous ces conflits, c'est la rupture du contrat médico-mutualiste et les victimes ce sont les gens modestes privés ainsi de soins par la faute de ces capitalistes exploiteurs des médecins.

C'est ce qui vient de se passer en Belgique. Le Comité directeur du Collège des médecins de Bruxelles a décidé que les médecins devront considérer comme clients ordinaires leurs clients mutualistes, leur appliquer le tarif syndical, refuser les bons et les feuilles mutualistes.

Nous ne pouvons, nous médecins français, qu'applaudir à ce geste énergique, mais je me rappelle le dessin de Forain avec cette légende : Tiendront-ils ! que ça des civils. Je souhaite que par sa cohésion, le corps médical organisé belge tienne et sorte victorieux de la lutte.

Dr M. VIMONT.

LES LOYERS DES MÉDECINS

Grave question qui a tant déjà fait couler d'encre, même de ma part, que j'y reviens, avec timidité. Le problème est, en effet, insoluble, quoique l'on fasse, sinon de construire et de construire beaucoup.

A la réunion organisée par le journal *L'Evolution médico-chirurgicale* et l'initiative du Dr de Parrel, nous étions nombreux à la mairie du IXe arrondissement, rue Drouot. L'excellent Dr Dartigues présidait. Deux députés étaient venus nous éclairer (?) M. Ignace, rapporteur de la loi sur les loyers, au temps

de la première loi (il y en a eu vingt et quelques, depuis !) ancien sous-secrétaire d'Etat, et M. Le Corbeiller, ancien président du Conseil municipal de Paris. Le Dr Sibut exposa la question, et les syndicats médicaux (la Seine et Paris) étaient représentés.

M. Ignace nous rassura (?) Il nous dit, en effet, qu'à des situations exceptionnelles devaient correspondre des lois exceptionnelles. Mais n'est-ce pas un cercle vicieux : on est peut être dans cette situation anormale à cause de lois anormales elles-mêmes. M. Ignace nous affirma que le Sénat n'aurait pas le dernier mot, que même sur le terrain des loyers, la Chambre en avait déjà eu antérieurement raison et qu'il en serait de même à l'heure présente, pour n'accorder aux propriétaires qu'une augmentation de 75 % et non de 100 % ; que, si ce ne pouvait arriver en fin de cette législature, la prochaine, dès son arrivée, ferait pour le mieux ! D'autre part, la loi du 31 mars 1922, donne la tranquillité jusqu'au 1er janvier 1925, donc, attendons, tranquilles... sous l'orme !

Le Dr Paul Guillon dit d'excellentes choses, montrant que les médecins avaient le beau rôle en montrant leur utilité dans les quartiers pour la santé publique, que leur dissémination, leur éloignement, par expulsion de leurs locaux, seraient très préjudiciables à leur clientèle, qu'il était donc de bonne tactique de ne pas parler d'eux, mais de l'intérêt général. La C. T. I. (Confédération des Travailleurs Intellectuels), a fait, dit le Dr P. Guillon, bien des démarches auprès de la ville de Paris pour ses nouvelles constructions et un certain nombre de priorités pour les intellectuels (nous les avons, en effet, obtenues, et j'étais, je suis de la Commission qui s'en occupe), mais cela est loin d'être suffisant.

On a essayé d'assimiler partiellement les médecins aux commerçants, au sens de « la propriété commerciale », de leur « fonds », clientèle acquise aux prix de tant de temps et de labeur souvent !

M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat au service de santé militaire, président de la Ligue contre le cancer, donc, ami des médecins, avait présenté l'amendement qui fut rejeté. Certains médecins avaient craint que l'assimilation fût complète, qu'on nous impose sur le chiffre d'affaires. M. Ignace nous rassura, dans le cas où nous aurions droit, nous aussi, à notre « fonds », car le secret professionnel doit être conservé pour la sécurité de la Société — ceci nous rassure peu personnellement ! Comme tactique, demander avec d'autres, beaucoup d'autres, le droit d'être gardé, donne de plus grandes chances de réussite... plus tard !

Le propriétaire, dit-il encore, est un commerçant, qui vend le droit d'occuper ses locaux, c'est une marchandise, comme une autre, et dont la vente — ici la location — doit se régler. Cet argument a frappé beaucoup de nos confrères, mais il n'est pas nouveau ; moi-même, dans l'*Information sociale*, où travailleurs intellectuels et manuels opposent leurs idées, j'ai démontré qu'en raison de la similitude des marchandises, maisons, aliments, vêtements, livres ..... tout ou rien pouvait être *réglementé*, devait l'être.....

Mais !... Il y a un *mais* ! La taxation des marchandises, mobilières, dirai-je, n'a jamais réussi. La Convention guillotinait les marchands qui faisaient « de la spéculation illicite »..., quand elle les prenait ! et les autres continuaient dans l'arrière-boutique. Pendant la guerre, ce fut de même, les marchandises se cachèrent, et, comme l'on en manquait, on ferma les yeux... On continue, et nous payons tout en général, 3, 4, 5, 6 ou 7 fois plus cher qu'avant la guerre, selon les objets.

Pour la maison qui a perdu pendant la guerre, dont certains propriétaires tués comme les autres, ne touchaient rien — dont certains, les petits, se suicidèrent, de misère — il n'en va pas de même ; elle n'a pas droit à doubler : c'est que, elle, la maison, elle ne peut se dérober, on la tient par de lourds impôts, des charges... Posons la question en toute équité : pourquoi, alors que les commerçants, les vrais, faisaient de grosses fortunes pendant la guerre, les locateurs d'appartements, de logis, sont-ils mis à part des autres et n'ont rien à dire ? Nous payons tout, sauf le loyer, quatre à cinq fois plus cher en moyenne, et nous ne disons rien, et cela se répète tous les jours !...

La concurrence est même inopérante, car la vie chère augmente, augmente sans cesse. Ne la compliquons certes pas encore pour cela du loyer. Mais, supprimons donc la violation constante de la loi empêchant de supprimer tant de locaux à usage d'habitation pour en faire des banques, des cinémas, des bureaux ou locaux d'Etat, ... des grands magasins, nouvelle féodalité. Qu'on attende pour rendre la liberté que tout se soit tassé, que tout le monde soit logé, les Français d'abord, avant les 45.000 étrangers qui, dit-on, surpeuplent en ce moment Paris !

Les médecins paraissent avoir plus de chance d'obtenir — et ils le doivent, comme les commerçants ; l'égalité existe-t-elle ? — s'ils se coalisent avec tous les intellectuels, tous les « *professionnels* », comme le demandait l'amendement rejeté de M. Justin Godart. Cette extension comprenant, non seulement les intellectuels, mais encore les ouvriers, petits patrons, travaillant « en chambre » comme l'on dit, peut être utile, car elle rassemble le nombre, le seul élément électoral, que craignent les députés ... juste au moment de l'élection ! — peut aussi, par ce nombre même, effrayer, comme je l'ai dit le 7 décembre. Les médecins rougiraient-ils, comme maints confrères l'ont dit, de revendiquer pour eux-mêmes, n'osant se mettre en cause ?

Quand une corporation revendique, c'est en son propre nom ; elle montre bien un peu, parfois, la répercussion sur l'intérêt général, elle est un peu *égocentrique*, et personne n'en est dupe, et l'on ne cède que si l'on sent sa force. — Les ruraux, les terriens, jadis négligés, sont aujourd'hui bien favorisés. Les médecins qui peuvent être de grands électeurs, ne le sont pas, ils n'en ont souvent ni le temps, ni le goût, hélas ! Comme le Dr Paul Boudin l'a dit l'autre soir,

il faut qu'ils s'efforcent aux élections de faire promettre, écrire aux candidats, de faire aboutir leurs revendications. Il a cité un cas en Saône-et-Loire où un candidat oublia... quatre ans, une promesse écrite, mais la réalisa à la fin de la législation pour... être renommé... évidemment !

Paul Boudin nous montra l'évolution médicale par l'union, la mise en commun des locaux pour l'exercice médical ; ainsi le nombre moins grand se pourrait trouver ; l'appartement familial serait distinct du local médical comme tant de boutiques sont séparées de l'habitation. Plusieurs confrères consulteraient, comme font déjà maints spécialistes séparés, qui, les yeux ; qui, nez, larynx, oreilles ; qui, radiologie... Chaque médecin, sans se spécialiser, dans un quartier, pourrait, à des heures différentes, voir ses malades en consultation, le matin, l'après-midi, le soir...

Cette économie de locaux — comme toutes les économies, trop peu en faveur — aiderait à diminuer la crise du logement, mieux que tous les beaux discours. Joignez-y cet arrêt de constructions non destinées à l'habitation, et au contraire, la fabrication nombreuse de maisons d'habitation, « faites payer les Boches », ce que l'on nous a tant promis, et tout ira mieux sans doute. Vie chère, loyers chers, disparaîtront devant la production et l'économie.

Le Syndicat des médecins de la Seine, en son Assemblée générale du 9 décembre, y est revenu.

On ne nous a donné jusqu'ici que des discours et des promesses, et l'on sait ce que cela a produit !...

De temps en temps un député signale des économies énormes à réaliser, on en parle beaucoup, on ne fait rien ; ah ! si l'on augmente les impôts, éléments de vie et de loyers chers !

Mais, comme l'a dit Boudin, agissons sur nos députés ; apportons-leur des vœux, des idées, des projets — les vœux seuls sont insuffisants — des études, des bases de réforme et d'amélioration des finances nationales, et les nôtres s'en trouveront mieux également !

Ce n'est pas toujours le propriétaire (c'est même une minorité, en général), c'est souvent un intermédiaire, le principal locataire, qui profite des prorogations, il voit des baux de 3 ans, devenir avec la guerre, puis la prorogation de 5 ans, 3 mois et 23 jours, devenir 14 ans et demi, et en user, voire ne faire aucune réparation aux maisons, attendu que les baux ne les exigent qu'à la fin de leur durée ; aussi certaines constructions vont-elles devenir inhabitables, et ce n'est pas cela qui arrangera la crise des loyers. D'autres fois, des locataires eux-mêmes sous-louent, réalisant souvent des bénéfices énormes, où le propriétaire ne figure pas : gérants et concierges prennent parfois leur part de la curée. Si Monsieur Vautour n'est pas toujours innocent, il l'est plus que nous ne le croyons en général. C'est comme pour les autres éléments de la vie chère, ce sont presque toujours les intermédiaires qui profitent, et en matière d'habitations, souvent les propriétaires assistent impuissants à leur ruine, avec maisons en décrépitude, loyers d'avant guerre et leurs impôts.

Dr Foveau de Courmelles.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique du registre des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 11 et 27 décembre 1923.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs

6126 Debrock, Hazebrouck (Nord).
6127 Tournier, 28, place Bellecour, Lyon.
6128 Collette, Caen (Calvados).
6129 Fié, Saint-Amand-en-Puisaye (Nièvre).
6130 Houin, Réhon (Meurthe-et-Moselle).
6131 Boussecoutte, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)
6132 Laffargue, Bordeaux (Gironde).
6133 Bosc, Sens-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine).
6134 Tahier, Brest (Finistère).
6135 Charvin. Saint-Etienne (Loire).
6136 Raoult, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
6137 Poterel-Maisonneuve, Lorient (Morbihan).
6138 Gaston, Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).
6139 Plaussu, Grenoble (Isère).
6140 Borianne, 11 *bis*, cité Trévise, Paris.
6141 Boué, Saint-Laurent-de-Neste (Htes-Pyrénées).
6142 Boudréaux, Montcornet (Aisne).
6143 Turlais, Montendre (Charente-Inférieure).
6144 Bernard, Nice (Alpes-Maritimes).
6145 Carpentier, Combourg (Ille-et-Vilaine).
6146 Lévêque, Lille (Nord).
6147 Fidelin, Etretat (Seine-Inférieure).
6148 Latombe, Ruelle-sur-Touvre (Charente).
6149 Hérier-Fonclaire, Boulogne (Seine).
6150 Cleuet, Lille (Nord).
6151 Jouve, Béziers (Hérault).
6152 Dumont. Saint-Priest (Isère).
6153 Tribaudet, Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire).
6154 Schmitt, Rohrbach-les-Bitche (Moselle).
6155 Couette, Bezons (Seine-et-Oise).
6156 Longueville, Loriol (Drôme).
6157 Bord, 69, rue de Rome, Paris.
6158 Leroy, Arras (Pas-de-Calais).

6159 Cornet, La Rivière-Saint-Sauveur (Calvados).
6160 Thuau, Lormont (Gironde).
6161 Antoine, Villaines-la-Juhel (Mayenne).
6162 Ferriol, Toulon (Var).
6163 Moret, Courlon (Yonne).
6164 Warnier, Crécy-en-Ponthieu (Somme).
6165 Odeyé, Lesneven (Finistère).
6166 Brun, Cavaillon (Vaucluse).
6167 Meiffret, Saint-Tropez (Var).
6168 Chauvin, Colombiers, par La Jard (Ch.-Inf.)
6169 Martin, Aix-les-Bains (Savoie).
6170 Vermorel, 16, rue de Rivoli, Paris.
6171 Lelongt, Chaumont-en-Vexin (Oise).
6172 Camus, Vincennes (Seine).
6173 Valmyre, Hyères (Var).
6174 Bourzac, 90, boul. de Montparnasse, Paris.
6175 Decouvelaere, Tourcoing (Nord).
6176 Retout, Mayenne (Mayenne).
6177 Poirier, Rochefort-en-Terre (Morbihan).
6178 Allain, Téloché (Sarthe).
6179 Senty, Béziers (Hérault).
6180 Bousseau, Vitry-sur-Seine (Seine).
6181 Bauzy, Esbly (Seine-et-Marne).
6182 Danjou, Igé (Saône-et-Loire).
6183 Moré, Bannalec (Finistère).
6184 Luquet, Melay (Saône-et-Loire).
6185 Blanchet, Avallon (Yonne).
6186 Dumont, Brévannes (Seine-et-Oise).
6187 Foulquier, Nîmes (Gard).
6188 Poey-Noguez, Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées).
6189 Le Borgne, Granville (Manche).
6190 Boucher, Monthureux-sur-Saône (Vosges).

Accidents du travail.

Le Dr R. (Seine), appelé en garantie, par un patron, des condamnations qui pourraient être prononcées contre lui sur la demande en payement de fournitures pharmaceutiques faites à un blessé du travail, sous prétexte que ses prescriptions avaient été abusives, a, sur plaidoirie de Me Nattan-Larrier, été mis hors de cause et a obtenu la condamnation de son adversaire à un franc de dommages-intérêts pour abus de citation en justice.

Le Conseil accorde rétrospectivement au Dr R. l'appui pécuniaire dans cette affaire, qui s'est entièrement déroulée depuis sa précédente réunion.

Le Dr B. (Hérault), est traîné en appel d'un jugement de paix qui a condamné un patron à lui payer des honoraires pour soins donnés à l'un de ses ouvriers, blessés dans son travail, dans un hôpital, à la suite d'un engagement écrit signé par le patron en conformité du règlement de l'hôpital.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Honoraires de droit commun.

Le Dr N. (Cher), qui a obtenu de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation un arrêt d'admission du pourvoi formé contre un jugement qui l'avait débouté d'une demande en payement d'honoraires contre la victime d'un accident d'automobile, transmet une proposition de transaction de son adversaire.

Le Conseil ayant été d'avis qu'il y avait lieu d'exiger, pour accepter cette proposition, le remboursement de toutes les sommes avancées par le « Sou », l'adversaire a accepté et remboursé, outre le principal de la demande, les intérêts et les frais de justice de paix, la somme de 1.400 fr., versée par le « Sou » pour le pourvoi en cassation.

Le Dr B. (Meurthe-et-Moselle) demande l'appui pécuniaire dans un procès en cours devant le juge de paix en payement d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail agricole.

Le Conseil, étant donné que le procès a été commencé sans que l'avis du « Sou » ait été demandé et paraît avoir été mal engagé, dit que conformément aux statuts et règlements, il n'y a lieu à appui pécuniaire, mais seulement à appui moral.

Le Dr H. (Loiret) a obtenu un jugement favorable sur sa demande en payement d'honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile. Les héritiers de l'auteur de l'accident, décédé depuis, ont été condamnés au payement des honoraires.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr H. de la somme de 150 fr., montant des honoraires de son avocat.

Le Dr M. (Somme) ayant soigné la victime d'un accident de voiture hippomobile, ne peut se faire payer par l'auteur de l'accident des honoraires qui lui sont dus.

L'appui pécuniaire lui est accordé dans cette affaire.

Responsabilité civile.

Le Dr L. (Basses-Pyrénées) est menacé d'une action en dommages-intérêts pour prétendue responsabilité professionnelle.

Le Conseil, en attendant un complément de renseignements sur cette affaire, accorde en principe au Dr L. la garantie statutaire.

Le Dr L. (Corrèze), qui soutient, avec l'appui du « Sou », un procès en responsabilité professionnelle, signale que son adversaire serait disposé à abandonner sa demande si lui-même renonçait au payement de ses honoraires (2.426 fr.) et payait les frais exposés. Il propose que le « Sou » prenne à sa charge la moitié de la perte de ses honoraires, soit 1.213 fr., ses frais et les honoraires de son avocat.

Le Conseil, après discussion, n'accepte pas cette proposition préférant laisser suivre l'affaire dans laquelle la responsabilité du Dr L. ne paraît pas engagée.

Divers.

Le Dr C. (Tarn-et-Garonne) envoie la copie

du jugement qui condamne le pharmacien de sa localité à lui payer des dommages-intérêts pour agissements de nature à lui porter préjudice.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr C. de la somme de deux cents francs, qu'il a payée pour honoraires de son avocat.

Le Dr C. (Doubs), ayant fait condamner le mutilé de guerre qui l'avait diffamé et envoyé la copie du jugement, le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 250 fr., montant des honoraires de son avocat.

Le Dr J. (Moselle), diffamé par une sage-femme, demande l'appui pécuniaire pour soutenir le procès qu'il lui a intenté.

Le Conseil renvoie toute décision sur cette demande après l'obtention des renseignements complémentaires qui ont été demandés au Dr S.

Le Dr B. (Marne), ayant donné sur le différend survenu entre lui et une Société industrielle dont il assurait le service médical, des renseignements desquels il résulte qu'un grave préjudice lui a été réellement causé par la brusque rupture du contrat, l'appui pécuniaire lui est accordé pour former une demande en dommages-intérêts.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

(*Décembre* 1924)

Les assurances sociales.

Le docteur Duby (Bourg-Trévoux) monte à la tribune pour combattre les Assurances sociales et protester contre la voie dans laquelle s'engage l'Union, en élaborant des contrats collectifs en vue d'une organisation de soins, dans le cadre éventuel de l'Assurance sociale.

Pour sa part, il est fermement opposé au principe même de l'assurance sociale. Il considère que la prévoyance qui est obligatoirement imposée à l'assuré est une chose néfaste. Pareil projet se révèle incompatible avec les principes de liberté individuelle qui ont, jusqu'ici, été l'honneur du Corps médical.

Il s'élève également contre les conséquences que la mise en œuvre des Assurances sociales ne manquera pas d'avoir au point de vue médical. C'est l'avilissement de la médecine assuré dans un bref délai ; la substitution, aux habitudes médicales actuelles, de mœurs médicales incompatibles avec l'exercice d'une médecine consciencieuse et saine.

Le docteur Jayle (Syndicat des médecins de la Seine) partage, dans l'ensemble, les opinions du précédent orateur. Il fait remarquer toutefois, qu'il n'est pas question, quelles que soient les conclusions auxquelles l'Assemblée va en arriver, quels que soient les résultats de la campagne entreprise contre les Assurances sociales par leurs adversaires, de retirer, à l'Alsace-Lorraine, le bénéfice des dispositions législatives particulières dont elle se déclare satisfaite. Pour lui, l'Alsace-Lorraine est un pays de transition entre la France de l'intérieur et les pays germaniques. Il est normal qu'elle conserve des habitudes et des dispositions législatives particulières.

Il lui paraît malhabile, alors qu'à son sens, la loi n'est pas près d'être votée, de paraître s'engager à y collaborer en prévoyant les conditions mêmes de cette collaboration.

Enfin, l'orateur fait le procès du projet actuellement en suspens à la Chambre (rapport Grinda), lequel prévoit l'institution de Caisses d'assurances, c'est-à-dire de tiers payants.

Il considère l'institution des Caisses comme une chose éminemment dangereuse, tant au point de vue du malade, qui ne se trouve pas placé vis-à-vis de son médecin dans les conditions d'entente directe nécessaires au maintien de la confiance réciproque, qu'au point de vue de l'exercice de la médecine qui, dans le cas de tiers-payant, se trouve encombré par la nécessité d'un contrôle constant.

Il montre qu'elles avaient été les conséquences de l'institution de Caisse dans sles pays étrangers qui les ont subies : en Allemagne, la Loi d'Assurance sociale (avec Caisses d'assurance) est appliquée depuis 40 ans. Elle vient d'aboutir à des difficultés insurmontables pour l'assuré et pour le médecin. Des dispositions récentes viennent encore d'aggraver les dispositions législatives de la Loi d'assurance allemande : l'assuré est, de plus en plus, caporalisé et, quant au médecin, c'est, pour lui, la misère certaine, à tel point que les médecins des Caisses allemandes viennent de décréter la grève. En Angleterre, la situation est non moins inextricable. Après 12 ans d'application, la loi d'assurance se révèle la source de nombreux maux, tant au point de vue public qu'au point de vue professionnel et, là encore, une grève médicale est en cours. La Pologne a tenté d'appliquer une loi d'assurance sociale votée en 1920. Les médecins sont tenus d'assurer chaque jour un certain nombre d'heures de présence dans les hôpitaux des Caisses. La situation des assurés ne semble point les satisfaire puisque, tout dernièrement, une grève industrielle a éclaté en Silésie polonaise, en Galicie, à l'occasion de l'application de la Loi d'assurance. Enfin, à Varsovie, il a été impossible d'appliquer cette loi.

Le docteur JAYLE montre que, si la Loi d'assurance sociale a pu être votée et si on a pu tenter de l'appliquer dans les Pays sus-indiqués, c'est que le Syndicalisme médical n'y existait pas : en 1883, lorsque la loi de Bismarck a été imposée aux Allemands, les Syndicats médicaux allemands n'étaient pas encore formés. De même, en Angleterre. Enfin, en Pologne, il faut tenir compte d'une situation spéciale inhérente à la présence, dans ce pays, de nombreux médecins réfugiés de Russie et de non moins nombreux Israélites, candidats obligatoires, de par leur misère, à toutes les situations rémunérées par des fixes ou des forfaits.

Le docteur JAYLE affirme que, d'ailleurs, l'application en France, d'une Loi d'assurance sociale, entraînerait les mêmes conséquences que l'application des lois étrangères a entraîné dans les différents pays dont il vient d'être parlé.

A ses yeux, l'entente directe avec le malade n'est pas même capable de pallier aux inconvénients de la loi, au point de vue médical. Les sommes d'argent dont disposeront les Caisses étant, par définition, limitées, l'entente directe lui paraît inopérante.

Il a été proposé, dit-il, que les divers Syndicats puissent localement adopter, à l'égard de la loi, quant à son mode d'application et quant aux conditions de leur collaboration, l'attitude qui leur paraîtra la plus avantageuse, c'est-à-dire accepter l'institution du tiers-payant, ou, au contraire, mettre à la base de leur collaboration l'entente directe avec le malade. Pour l'orateur, cette pratique aboutirait à l'émiettement des forces médicales. Il montre que les résultats obtenus dans la campagne de la Loi des Pensions ont été dus à l'énergique attitude de l'Union. Dans toutes ces questions où les médecins se trouvent en présence d'adversaires singulièrement puissants (les pouvoirs publics), il est nécessaire que les pouvoirs du Conseil de l'Union, organisation centrale du Syndicalisme médical, soient plutôt renforcés qu'atténués. Sans quoi, on verrait des Syndicats faibles, tels que ceux qui, dans certaines grandes villes, n'ont pas encore réussi à réunir l'ensemble des médecins praticiens, réduits à accepter des conditions regrettables.

En terminant, le docteur JAYLE lit un ordre du jour du Syndicat des Médecins de la Seine. Celui-ci ne veut donner sa collaboration à une organisation de médecine dans le cadre de la loi des assurances sociales qu'aux conditions ci-dessous :

« ... Libre choix, tarif à la visite, maintien du secret professionnel, entente directe du malade avec son médecin, payement direct et intégral du médecin par le malade suivant les conditions de la pratique ordinaire ; en aucun cas, les honoraires du médecin ne seront déterminés par les sommes que le malade aura reçues de la Caisse d'assurance.

Sans vouloir discuter le principe de la loi des assurances sociales, le S. M. S. est d'avis qu'il convient de faire une propagande intense auprès des assurés éventuels et de l'opinion publique pour démontrer les avantages des propositions faites par le corps médical en ce qui concerne l'organisation de l'assurance-maladie.

« Le S. M. S. demande l'obligation pour les Caisses de ne pouvoir passer un contrat qu'avec les Syndicats médicaux de leur région ; si les caisses acceptent d'autres médecins, ne ne pouvoir établir de contrat que sur les bases du contrat collectif accepté par ces Syndicats médicaux..... »

Le docteur GISS, de Thionville, s'élève contre cette opinion que l'Allemagne a été le berceau de la Législation sur les assurances sociales. La législation d'assurance sociale a pris naissance dans les coutumes d'Alsace-Lorraine. Il lui paraîtrait donc abusif de rejeter le principe des assurances sociales sous le prétexte que c'est un produit d'Outre-Rhin.

Cela dit, il déclare, au nom des Alsaciens-Lorrains (en réponse aux promesses qui leur ont été faites par les adversaires mêmes des assurances sociales, de ne point toucher à leur législation particulière sur ce point), qu'ils sont disposés à s'abstenir au moment du vote des conclusions du débat, mais qu'ils se tiennent à la disposition de l'Assemblée pour fournir tous renseignements de nature à éclairer celui-ci.

Le docteur GISS, faisant allusion aux propositions de suppression du tiers-payant, montre que les tentatives qui ont été faites dans ce sens en Alsace-Lorraine ont abouti, le plus souvent, à substituer à un débiteur solvable, la Caisse d'assurance, un débiteur insolvable, l'assuré peu fortuné.

Le docteur MICHON déclare, qu'à ses yeux, la loi des assurances sociales est mauvaise parce qu'elle tend à retirer à la famille et aux Groupements de solidarité les soins à donner à ceux-ci, pour les remettre aux représentants de l'Etat. Cela, dit-il, peut être, à la rigueur, un pis-aller, ce ne doit pas être un idéal. L'assurance-maladie ne doit pouvoir jouer que dans le cas où la famille de l'intéressé ne peut directement s'acquitter des frais médicaux.

Le docteur HUMBEL désire attirer l'attention de l'Assemblée sur ce point que si le Corps médical désire arriver à ses fins, quant aux conditions de sa collaboration à une loi éventuelle d'assurance sociale, il faut que ses délégués puissent paraître devant le législateur avec un programme minimum sur lequel l'ensemble du Corps médical serait disposé à se battre et qui lui concilierait, d'autre part, l'opinion publique. Il insiste donc, pour que les conclusions du débat soient, autant que possible, prises à l'unanimité et puissent faire disparaître tout germe de discorde parmi les forces médicales.

Le docteur ZIPFEL, de la Fédération de la Côte-d'Or, vient lire un ordre du jour de sa Fédération s'élevant contre tous les contrats collectifs conclus ou à conclure en matière de médecine sociale. Ces contrats, dit-il, « font descendre les membres du Corps médical au rang d'employés ».

Le Secrétaire général, docteur LAFONTAINE, expose les conditions dans lesquelles le Conseil de l'Union a eu à élaborer des projets de contrat collectif pour l'organisation de soins dans l'éventualité du vote d'une loi d'assurance sociale.

Il rappelle que les conclusions de son Rapport sur

ce point ont été votées par la Commission de Médecine Pratique de l'Union dont font partie le docteur Jayle et le docteur Le Fur, du Syndicat des Médecins de la Seine et que, par conséquent, elles semblent bien susceptibles de faire l'union du Corps médical.

Le Secrétaire général rappelle l'ordre du jour voté par la dernière Assemblée générale de l'Union :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie à Paris, les 14, 15 et 16 décembre 1922.

« Invite le Conseil à suivre la préparation de la loi et à étudier dans le courant de l'année, dans les limites du contrat collectif et après avoir pris l'avis des Syndiqués. les conditions dans lesquelles l'Union pourrait collaborer à l'application de cette loi, si elle est votée sur les bases suivantes : libre choix, tarif à la visite suivant les prix des Syndicats ; payement intégral des honoraires par le malade, ou par les caisses suivant le désir des Syndicats ».

Il n'est donc plus question de mettre en discussion le principe du contrat collectif. Celui-ci est définitivement acquis et fait partie des directives de l'action du Syndicalisme médical en matière de médecine publique.

Quant à la consultation des Syndiqués, prévue par l'Ordre du jour rapporté ci-dessus, elle a été faite par l'Union qui a consulté statutairement les Syndicats sur ce point et leur a demandé de mettre à l'ordre du jour de leurs Assemblées les études de la Commission de médecine pratique publiées par le *Médecin Syndicaliste*.

Il rappelle que ces études prévoient la possibilité de deux organisations. Une organisation de soins et contrôle avec tiers-payant ; une organisation d'assurance des maladies sans tiers-payant.

Quant à la genèse de l'assurance sociale, il ne croit pas devoir insister sur l'historique auquel certains orateurs donnent tant d'importance ; pour lui, l'assurance sociale est née des faits. Au stade « charité et bienfaisance » a succédé le stade « assistance et mutualité » que tend à remplacer, aujourd'hui, le stade « assurance sociale ».

C'est en ce sens qu'il a pu dire que, pour lui, l'assurance était un fait social et non un fait d'ordre national ou politique. On a dit, dit-il, que les Assurances sociales avaient entraîné en Angleterre, en Allemagne, en Pologne, des conséquences extrêmement fâcheuses, mais le docteur Jayle a, lui-même, fait remarquer que lorsque les lois d'assurance sociale ont été votées dans ces pays, le Syndicalisme médical n'y existait pas.

En fait, dans ces pays, l'organisation des assurances sociales a précédé l'organisation syndicaliste du Corps médical, tandis qu'en France l'organisation des assurances sociales devra tenir compte, pour ce qui est de la technique médicale, de l'existence déjà assurée du Syndicalisme médical.

Ceci posé, dit-il, quelle attitude adopter à l'égard d'une loi éventuelle d'assurance sociale. Il en est une particulièrement nette et qui a le mérite de la franchise ; elle consiste à déclarer que nous sommes irréductiblement hostiles à l'assurance sociale. C'est là, l'expression d'une opinion philosophique et d'une doctrine sociale. Mais, jusqu'ici, aucun des Délégués qui sont montés à la tribune, n'a présenté le problème sous ce jour. En réalité, l'assurance sociale pose un problème qui peut être envisagé au triple point de vue : politique, économique, technique.

En tant que fait politique, les assurances sociales peuvent être considérées comme un frein qui a été opposé par le parlementarisme actuel aux revendications de certaines classes. Ce sont essentiellement des raisons politiques qui sont susceptibles de décider le législateur dans le vote de cette loi ; mais il est évident que le Syndicalisme médical n'a pas à s'engager sur ce terrain.

Doit-il envisager la question au point de vue économique, c'est-à-dire financier ? Evidemment, ce point de vue intéresse tous les Français : les médecins peuvent donc l'envisager en tant que contribuables et en tant que consommateurs, mais on ne saurait avancer qu'il les intéresse, par exemple, au même titre que les ouvriers (futurs assurés) ou les patrons, auxquels la loi demandera des sacrifices.

En tant que consommateurs, destinés à souffrir du renchérissement du prix de la vie qui pourra découler de l'institution des assurances sociales, les médecins ne peuvent faire intervenir leur Syndicat professionnel. Pareilles questions sont du ressort du Parlement, des Ligues de consommateurs, mais non du Syndicalisme médical.

Reste le point de vue technique. A ce point de vue, le Syndicalisme médical doit se saisir du problème technique posé par le projet d'assurance sociale. Il doit élaborer les solutions susceptibles d'harmoniser les intérêts de l'assuré en tant que malade et les intérêts du médecin. Il se trouve ainsi sur une position singulièrement forte, sur un terrain préparé d'avance et sur lequel il pourra livrer bataille, s'étant ainsi préalablement concilié l'opinion publique.

C'est cette méthode qui a été suivie lors de la campagne autour de la Loi des Pensions. Le Secrétaire général rappelle, qu'à ce moment, l'Union avait contre elle la Presse, le Parlement et ceux des Mutilés que les politiciens avaient réussi à exciter contre le Corps médical. Mais les positions sur lesquelles le Corps médical s'était placé étaient inexpugnables et toutes les mauvaises volontés conjurées de ces milieux n'ont pas réussi à e n chasser les Syndicats médicaux qui sont sortis victorieux de la bataille.

Cette tactique doit encore réussir. Elle réussira d'autant mieux qu'il existe maintenant un précédent et que certains des anciens adversaires de la profession médicale ont été sincèrement convaincus par les évènements.

Le Secrétaire passe ensuite rapidement à l'examen des deux types d'organisation proposés par la Commission de médecine pratique. Il montre que, en matière de médecine d'assurance sociale, il existe deux gros dangers :

1º L'encombrement du cabinet médical qui abou-

tit à la production d'une médecine de qualité inférieure, consistant essentiellement en une distribution d'ordonnances. On peut obvier à cet inconvénient en écartant de l'assurance tous les petits risques, tous ceux qui ne peuvent être couverts par la solidarité de foyer.

2° Le manque de confiance entre le médecin et le malade dont les rapports sont viciés par ce fait que le médecin apparaît souvent aux yeux du malade comme le médecin de la Caisse beaucoup plus que comme son propre médecin, et que le malade apparaît parfois aux yeux du médecin comme un simulateur ou un fraudeur éventuel à dépister. On peut écarter ce danger en séparant le médecin de l'assuré du médecin de l'assureur. Encore faut-il, dans ce cas, que le contrôle soit possible, c'est-à-dire que le nombre des actes médicaux des médecins des assurés soit tel qu'il n'exige pas la création d'un véritable corps de contrôleurs, médecins des assureurs. On est donc encore conduit, dans ce cas, à éliminer les petits risques du cadre de l'assurance maladie.

Reste la question du tiers-payant :

La Commission de médecine pratique a élaboré un projet « d'assurance des maladies » qui n'est peut-être pas parfait, mais c'est jusqu'ici le seul projet qui ait été mis sur pied et dans lequel ont ait réussi à éliminer le tiers-payant. Il va sans dire que ce projet s'applique uniquement à l'assurance-maladie et qu'en admettant même qu'il soit mis en œuvre, il faudra toujours un contrat collectif pour la prophylaxie.

Le Secrétaire général termine en adjurant l'Assemblée générale de voter des conclusions qui permettent au Corps médical d'apparaître, dans les discussions qui vont suivre, comme le défenseur des consommateurs de soins aussi bien que des producteurs de soins, des malades comme des médecins.

Le docteur Le Fur insiste pour que le contrat sans tiers-payant comportant l'entente directe du médecin et du malade soit encore étudié. Il conclut en proposant successivement deux ordres du jour ; un du Syndicat des médecins de la Seine, préconisant l'entente directe ; puis, un ordre du jour de conciliation.

Le docteur Lafontaine indique qu'il n'est pas du tout question, dans cette Assemblée, de fixer définitivement tous les caractères des contrats à adopter. Il rappelle que les conclusions du chapitre de son rapport sur les assurances sociales prévoient l'étude de deux types de contrat : l'un avec tiers-payant, l'autre sans tiers-payant ; qu'il n'a pas hésité à déclarer, au cours de ces conclusions, que ce dernier système était nettement préférable au point de vue médical, parce qu'entre autres choses, il permettait l'entente directe du malade avec son médecin.

Le docteur Chapoy (Doubs) insiste pour qu'une active propagande soit faite auprès de l'opinion publique afin de lui faire bien comprendre le point de vue auquel s'est placé le Corps médical.

La discussion continue un moment, puis le président demande la priorité pour l'ordre du jour reproduisant les conclusions du rapport du secrétaire général à la Commission de médecine pratique de l'Union, conclusions adoptées par cette Commission.

Divers délégués demandent que dans l'étude et l'élaboration d'un contrat collectif avec organisation de soins et contrôle, il soit prévu la possibilité de faire jouer le ticket modérateur.

Le Secrétaire général accepte cette adjonction et modifie, par ailleurs, le dernier point de ses conclusions afin de leur faire indiquer plus nettement la nécessité de sauvegarder le secret professionnel.

En fin de discussion, les conclusions suivantes sont mises aux voix et adoptées séparément et dans l'ensemble :

« Deux systèmes s'offrent pour réaliser la collaboration du corps médical, à l'assurance-maladie, suivant les indications données, par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, c'est-à-dire sur les bases suivantes : *libre choix, tarif à la visite, respect du secret professionnel.*

1° *Contrat collectif avec organisation de soins et de contrôle, possibilité d'introduction du ticket modérateur.*

2° *Contrat collectif* permettant le fonctionnement de l'assurance-maladie (certificats), etc. : l'organisation de la prophylaxie et le fonctionnement de l'assurance invalidité ; mais en ce qui concerne l'assurance-maladie, entente directe du malade avec son médecin, selon les conditions de la pratique ordinaire, l'assuré recevant pour chaque maladie une indemnité fixe en espèces.

L'adoption de ce dernier système est nettement préférable au point de vue médical. Les deux systèmes ne peuvent fonctionner qu'à l'exclusion des petits risques (maladies bénignes et saisonnières, indispositions).

Dans les deux systèmes le secret professionnel doit être intégralement conservé ».

Le secrétaire général indique nettement que ces conclusions donnent mandat au Conseil de mettre à l'étude les deux différents types de contrat prévus par elle et que ces études faites par la Commission de médecine pratique reparaîtront à la prochaine Assemblée générale.

Lutte antituberculeuse.

Le Secrétaire général continue l'exposé de la question.

Il se félicite de la netteté des positions prises au sein de la commission mixte par les délégués du Comité national ; ainsi, les syndiqués savent ce qu'ils ont à faire.

Pour lui, il est difficile de trouver un compromis vraiment heureux entre deux conceptions aussi opposées que celle de l'Administration et celle des médecins syndiqués. Au fond, dit-il, la vraie question, c'est l'organisation de la lutte antituberculeuse par les Syndicats. Dans cet ordre d'idées, les médecins et les Syndicats ont un très gros effort à faire.

L'ordre du jour proposé par le Président est adopté à l'unanimité.

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats « médicaux de France, réunie le 15 décembre 1923,

« Considérant que, seul, le médecin praticien est

« qualifié pour être le pivot de la lutte contre la tu-
« berculose et que toute action efficace ne saurait être
« engagée sans son concours direct,

« Donne mandat au Conseil de l'Union pour que,
« sans tarder, l'organisation syndicaliste de la lutte
« antituberculeuse soit mise en vigueur ».

Scrutin.

Le scrutin s'ouvre à 10 heures et pendant le dépouillement la discussion continue.

Le docteur Bouvat prend ensuite la parole et engage une discussion avec le Président. Il accuse le bureau de l'Union :

1° De mettre « sous le boisseau » les questions qui ne lui plaisent pas ;

2° De profiter de sa documentation de premier ordre pour prendre avantage sur les délégués, qui lutteraient ainsi à armes inégales.

Le Secrétaire général déclare simplement que pas un des arguments employés par lui n'est nouveau ; toute sa documentation a paru déjà dans le *Médecin Syndicaliste*, où ceux qui le désirent peuvent la lire.

Le docteur Guy fait ensuite adopter l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats
« médicaux de France réunie le 15 décembre.

« Considérant qu'il est très désirable que des
« échanges de vues, des ententes, des accords s'éta-
« blissent entre Syndicats limitrophes.

« Donne mandat aux membres du Conseil de l'U-
« nion de prendre, chacun dans sa région, toutes ini-
« tiatives nécessaires pour organiser cette liaison.

« Et demande qu'un numéro du *Médecin Syndi-*
« *caliste* publie les noms et adresses des bureaux de
« tous les Syndicats ».

« Docteurs Guy, Dibos, Lautié, de Sardac, du Camp d'Orgas ».

Lutte antisyphilitique.

Le Secrétaire général montre que la conception syndicaliste de la lutte antisyphilitique est exactement superposable à celle de la lutte antituberculeuse.

Il y a une conception administrative avec un dispensaire, un chef de dispensaire fonctionnaire, des employés, *sans participation aucune du praticien qui est ignoré*, qu'on déclare inapte à diagnostiquer et à traiter la syphilis.

Il y a une conception syndicaliste du dispensaire avec participation de tous les médecins. Le dispensaire apparaissant, dans ce cas, surtout comme le centre des moyens techniques et de laboratoire, pour faire le diagnostic scientifique et faciliter, si besoin est, le traitement.

Le docteur Guy signale que, dans certaines villes, l'Administration fait une véritable réclame, non déguisée, au profit des hôpitaux, contre l'intérêt des praticiens, réclame atteignant toutes les classes sociales de malades.

Le docteur Vanverts voudrait que l'Union prenne parti contre la réclame charlatanesque faite un peu partout, et qui est contraire à toute médecine saine.

L'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats
« médicaux de France, réunie le 15 décembre 1923 ».

« Considérant que la lutte antisyphilitique, comme la
« lutte antituberculeuse, ne saurait être poursuivie
« avec efficacité sans la collaboration étroite de tous
« les praticiens,

« Décide de poursuivre l'organisation de la lutte
« antisyphilitique sous la forme syndicaliste préconisée
« par l'Union ».

Syndicats de spécialistes.

La question se pose de savoir si chaque spécialiste devra adhérer d'office à son syndicat local.

Après discussion, il est décidé qu'il sera sursis à cette adhésion obligatoire.

Le docteur Renon vient rendre compte des résultats obtenus à la Commission du tarif Breton réunie en séance plénière. Elle comprenait donc, non seulement la sous-commission agricole, mais encore les industriels.

Les délégués de l'Union ont présenté les desiderata de l'Assemblée Générale en matière d'accidents agricoles. Le point de vue de l'Union n'a pas été intégralement et immédiatement adopté, et ceci est peut-être dû, en partie, à la participation des industriels à la réunion.

La discussion a porté sur plusieurs points qui sont les suivants :

1° Tout d'abord, les membres non médicaux ont, à la quasi-unanimité, demandé que soit adoptée la disposition suivante de la convention collective :

b) « Le tarif sus-visé sera appliqué lorsque l'employeur fera appel au médecin au lieu et place de la victime ».

Ces délégués, *y compris les ouvriers*, déclarent que cette disposition ne touche en rien au libre choix.

2° Les mêmes membres, non médicaux, ont prétendu :

a) Que dans bien des localités, le *tarif Breton est supérieur au tarif syndical* ;

b) Que, d'ailleurs, dans certains départements, le *tarif syndical* est de beaucoup supérieur au tarif réellement appliqué.

3° Une grosse question fut celle de l'*indemnité kilométrique et de la visite en passant*. Les membres non médecins ont reproché l'imprécision du terme « indemnité kilométrique », qui ne tient même pas compte du temps perdu par le médecin, et qui devrait s'appeler plus justement « indemnité horo-kilométrique ».

La base de l'entente semble pouvoir être, d'après le docteur Renon, dans l'accord suivant :

Autour de la demeure du médecin, on tracerait des cercles concentriques séparés par deux, trois, cinq ou x... kilomètres suivant les cas ; ces cercles circonscrivent donc des « zones kilométriques » à l'in-

térieur desquelles le prix de l'acte médical serait tarifé uniformément.

Si ceci était adopté, le médecin pourrait s'arranger pour ne pas y perdre d'argent, et il semble bien que les assureurs, les administratifs et les patrons feraient immédiatement l'accord sur ces bases, même au prix de tarifs assez élevés. (Ceci fera l'objet d'une étude détaillée qui remplira un prochain numéro du *Médecin Syndicaliste*).

L'Assemblée générale demande au Conseil de l'Union de continuer les pourparlers et de faire étudier, *le plus rapidement possible* la question par *tous les syndicats locaux.*



Dr F. DECOURT,
Président de l'Union.

Inspection des écoles.

On discute le rapport du Secrétaire général.

Le docteur Priolo montre qu'à Brive, cette inspection est faite suivant la conception syndicaliste.

Le Secrétaire général, se basant sur des documents certains, montre que, dans beaucoup d'endroits, et dans Paris en particulier, l'inspection médicale des écoles n'est qu'une façade. Pour lui, il y a deux points bien distincts à considérer dans la question : d'une part, le problème de l'hygiène de l'enfant, qui doit être résolu uniquement par le médecin de famille ; d'autre part, le problème de l'hygiène scolaire, à proprement parler, qu'il ne faut pas confondre avec le premier.

Il doit y avoir, incontestablement, « un médecin de l'école » qui peut et doit recevoir des renseignements sur la santé de l'enfant, mais dont le rôle doit se borner à faire de l'hygiène scolaire, de la statistique ; à faire placer l'enfant au premier rang s'il est myope ou sourd, etc. Le Secrétaire général affirme ensuite que les médecins inspecteurs des écoles n'ont rien à craindre de la conception syndicaliste ; quand les Syndicats médicaux construisent, c'est aux plus aptes qu'ils font appel ; ce sont donc les médecins inspecteurs actuels qui seront appelés les premiers. Leurs intérêts seront vigoureusement sauvegardés.

Ce qui vient d'être dit pour les écoles publiques s'applique exactement aux écoles privées avec lesquelles le contrat collectif sera passé sur les mêmes bases qu'avec l'Etat.

L'ordre du jour du Secrétaire général est adopté.

***

Le docteur Vanverts, au nom de plusieurs délégués, vient demander qu'on change la date des prochaines Assemblées générales : décembre est, en effet, un mois particulièrement chargé pour les médecins. Après discussion, il est décidé que la question sera posée aux Syndicats, qui décideront.

Le docteur Vanverts expose ensuite la question de la déclaration des décès. La loi actuelle ne se préoccupe que du contrôle des décès ; or, à l'heure présente, on voudrait pouvoir faire œuvre statistique. Une Commission, dans laquelle l'Union est représentée par les docteurs De court et Quivy, a exposé le point de vue syndicaliste :

1° Il faut que la déclaration respecte le secret professionnel ;

2° Si l'on demande une petite observation au médecin, il faut qu'il soit honoré.

La discussion, au sein de la Commission, a été longue, et, actuellement, on n'est arrivé à rien de positif.

Après l'intervention du Secrétaire général, la conclusion du débat est que, seule, une déclaration faite aux Syndicats, respecterait le secret professionnel et pourrait avoir une véritable valeur scientifique.

Le docteur Vanverts fait remarquer, à ce propos, combien deviendra énorme la besogne des secrétaires ou des présidents de Syndicats.

Le docteur Crouzet montre qu'à Marseille, à propos de l'encéphalite épidémique et de la fièvre de Malte, il y a eu accord avec le préfet, pour que la déclaration soit faite dans le cadre syndicaliste.

Mortalité infantile.

Les rapporteurs, chargés d'étudier cette question, n'ayant pas encore remis leurs conclusions, cette question est renvoyée à une prochaine Assemblée générale.

Questions diverses.

Le Président offre la parole aux orateurs qui voudraient traiter les questions n'ayant pu être discutées au cours de la présente Assemblée générale.

Le docteur Py demande la parole et l'obtient. Il demande une Tribune libre dans le *Médecin Syndicaliste* et lit, pendant quelques minutes, un rapport sur les Assurances sociales.

Le Président l'arrête, et lui fait remarquer que la question a été résolue dans une précédente séance et qu'on ne saurait y revenir. Une discussion se produit entre le docteur Py et le Président. Ce dernier demande à l'Assemblée générale si elle veut entendre traiter de nouveau la loi d'assurances sociales. La majorité répond par la négative.

La séance est levée.



Dr QUIVY,
Secrétaire Général de l'Union.

Elections au Conseil de l'Union.

Le docteur Legras en proclame les résultats :

Votants : 13.049.

MM. les docteurs :	Voix	
1. BONGRAND	12.918	—
2. DECOURT	12.594	—
3. ROUSSELLIER	12.090	—
4. CHAPON	12.078	—
5. RINUY	12.060	—
6. RENON	12.035	—
7. LEFEVRE	12.003	—
8. QUIVY	11.859	—
9. GUY	11.377	—
10. LENGLET	11.220	—
11. DU CAMP D'ORGAS	10.950	—
12. WENNAGEL	10.848	—
13. LE FUR	10.781	—
14. METZGER	9.827	—
15. CAMPINCHI	9.769	—
16. MÉLOCHE	9.705	—

17. CHAUVET	9.610 —	22. SIMONIN	8.940 —
18. CLAVERIE	9.402 —	23. HUMBEL	8.160 —
19. MICHON	9.265 —	24. CAILLAUD	7.953 —
20. BARBANNEAU	9.204 —	25. DOREL	7.851 —
21. DIBOS	9.041 —	26. GIRY	7.622 —(1)

Circulaire relative à l'organisation d'un concours pour l'admission d'infirmière des hôpitaux militaires en 1923.

Paris, le 13 novembre 1922,

Un concours sera ouvert le 8 avril 1924, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent).

Le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé d'après le nombre de candidates et la valeur du concours.

I. — CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADMISSION AU CONCOURS.

Aucune candidate ne pourra être admise à concourir si elle ne remplit pas les conditions suivantes :

1° Etre Française ou naturalisée Française.

Les candidates Alsaciennes-Lorraines justifieront de leur réintégration dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section V de la partie III du traité du 28 juin 1919 :

2° Avoir eu, au 1er janvier 1924, vingt et un ans au moins et trente-cinq ans au plus.

(A titre d'indication) : les candidates nommées infirmières permanentes des hôpitaux militaires, passé l'âge de vingt-cinq ans, n'ont pas droit au minimum de retraite garanti par l'article 10 du décret du 26 février 1897 ;

3° Etre de bonnes vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français (1), de l'assistance publique ou d'une école d'infirmières laïques, publique ou privée, agréée par le ministre de la guerre, ou avoir servi, pendant la guerre, en qualité d'infirmière dans les formations sanitaires militaires pendant un an au moins ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie, Tunisie et dans les corps d'occupation extérieurs.

La visite médicale destinée à déterminer l'aptitude physique ne sera subie que par les candidates susceptibles, de par leur classement, d'être nommées à l'emploi d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires.

Cette visite qui sera passée dans les conditions fixées à l'annexe 2 de la présente circulaire sera obligatoire et nulle ne pourra être admise à cet emploi si elle ne réalise pas les conditions d'aptitude physique exigées.

II. — CONSTITUTION DES DOSSIERS.

Les candidates à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires devront adresser au « ministre de la guerre, direction du service de santé, 1er bureau, personnel, 66, rue de Bellechasse, Paris (7e) », avant le 15 mars 1924, une demande écrite en vue de participer au concours.

Elles devront indiquer dans cette demande :

a) L'adresse exacte de leur domicile.

Les candidates provenant des infirmières de la Croix-Rouge française en service au Maroc, et à l'armée du Levant devront indiquer également l'adresse en France où devra leur être adressée, en cas d'admission, leur lettre de convocation.

b) Leur profession.

c) Le centre d'examen écrit et oral qu'elles auront choisi.

Les candidates ne pourront ultérieurement être autorisées à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre.

Elles joindront à leur demande les pièces suivantes (2) :

1° Une copie de leur acte de naissance dûment légalisée ;

2° Un certificat du maire de la commune de leur domicile constatant que la candidate est Française ou naturalisée Française.

Les Alsaciennes-Lorraines ayant récupéré la nationalité française joindront à leur acte de naissance une pièce justifiant qu'elles ont été réintégrées de plein droit dans la nationalité française.

Les candidates naturalisées devront joindre soit la copie du décret prsésidentiel leur ayant accordé cette faveur, soit une pièce permettant de retrouver ce décret au *Bulletin des lois* ;

3° Une autorisation maritale, s'il y a lieu ;

4° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de leur commune ou le commissaire de police de leur quartier à Paris ;

6° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

6° Une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police, de leurs diplômes et certificats

(1) Institué par décret du 27 juin 1922.

(1) Les clichés nous ont été aimablement prêtés par l'*Informateur médical*, que nous remercions vivement.

(2) Les candidates en résidence hors de la métropole qui auront des difficultés pour réunir les pièces stipulées aux paragraphes 1er, 2, 3, 4 et 5 les adresseront ultérieurement et le plus tôt possible à l administration centrale. Mais elles devront envoyer avant le 15 mars 1924, leur demande écrite d'autorisation accompagnée de la copie, certifiée conforme, de leurs diplômes, certificats et références et, le cas échéant, de leur livret d'infirmière.

ainsi que des références de tous genres relatives à leurs connaissances et aptitudes professionnelles ;

7° Le livret d'infirmière si la candidate provient des infirmières temporaires ou des infirmières de sociétés.

La liste des candidates admises à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre de la guerre qui fera parvenir, en temps opportun, aux intéressées, l'autorisation ainsi que toutes indications jugées utiles, par l'intermédiaire des directeurs du service de santé des corps d'armée.

III. — Composition du jury.

Le jury sera unique et comprendra trois membres désignés par le ministre de la guerre, savoir :

1° Un médecin principal de 1re classe ou de 2e classe, président ;

2° Deux médecins-majors de 1re ou de 2e classe.

IV. — Epreuves du concours.

Le concours comprendra les épreuves suivantes :

1° *Epreuve d'admissibilité.*

1re épreuve (coefficient 4). — Epreuve écrite d'instruction générale. Elle consistera en une composition sur une question d'hygiène hospitalière ou sur un cas d'urgence de la compétence professionnelle des infirmières.

Deux heures et demie sont accordées pour sa rédaction.

Cette épreuve est éliminatoire. — Les candidates qui auront obtenu une note inférieure à 11 ne seront pas admises à prendre part aux épreuves définitives.

2° *Epreuves définitives.*

2e épreuve (coefficient 5). — Epreuve orale.

Les candidates auront à répondre à deux questions tirées au sort d'après le programme ci-après (annexe 1).

La durée de l'interrogation est de vingt minutes.

3e épreuve (coefficient 3). — Epreuve pratique.

La durée de cette épreuve est variable et déterminée suivant sa nature par le jury. (Voir le programme de l'annexe 1).

V. — Centres d'examens écrits et oraux. — Dispositions générales concernant les diverses épreuves. — Opérations du jury.

1° *Epreuve d'admissibilité.* — L'épreuve écrite aura lieu au chef-lieu de chaque corps d'armée ou, en Algérie-Tunisie, au chef-lieu de la division, à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte, sous la surveillance d'un médecin militaire désigné par le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte.

A l'armée du Rhin, dans les théâtres d'opérations extérieures, l'épreuve écrite aura lieu à Mayence, Casablanca, Beyrouth, dans une formation sanitaire désignée par le directeur du service de santé.

La date et les heures de commencement et de fin de l'épreuve seront rigoureusement les mêmes dans tous les centres d'examen, soit le 8 avril 1924, de 14 à 16 h. 30.

Le sujet de la composition sera choisi par le jury qui se réunira à cet effet, en commission spéciale, au ministère de la guerre, direction du service de santé.

Ce sujet sera mis par le jury dans une enveloppe cachetée à la cire qui sera adressée en temps utile aux directeurs du service de santé.

Aux jours et heure de l'épreuve, l'enveloppe sera décachetée par le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, en présence des candidates.

Le procès-verbal de la séance devra mentionner que le cachet était intact.

Si aucune candidate ne se présente, l'enveloppe sera renvoyée au ministre (direction du service de santé), cachet intact.

Les candidates seront surveillées en permanence, pendant la composition, par le médecin désigné.

Il leur sera interdit de se servir de livres, notes ou manuscrits, ou de communiquer entre elles.

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera l'exclusion immédiate du concours.

La composition sera faite sur des feuilles à en-tête imprimé, envoyées par le ministre ; le médecin chef les remettra aux candidates au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet. Ce cachet devra être apposé seulement sur l'en-tête imprimé.

Il sera délivré, en outre, aux candidates, du papier timbré du cachet du médecin chef, papier devant seul servir à établir les brouillons. Aucun autre papier ne pourra rester entre les mains des candidates pendant la durée de la composition.

Chaque candidate inscrira son nom et ses prénoms, l'adresse de son domicile et apposera sa signature sur l'en-tête imprimé, à l'endroit indiqué, avant de remettre sa composition au médecin surveillant. Celui-ci s'assurera de l'exécution de cette prescription, et, le cas échéant, fera faire, en sa présence, par la candidate, les rectifications nécessaires.

Un procès verbal sera établi pour la séance ; il indiquera le nom des candidates convoquées, celui des candidates ayant participé à l'épreuve, et signalera la régularité de l'épreuve, ou, s'il y a lieu, les divers incidents susceptibles d'être mentionnés.

A l'issue de la séance, il sera établi deux enveloppes cachetées à la cire, contenant, la première les compositions, la deuxième le procès-verbal de la séance. Ces deux enveloppes portant la mention :

« Résultat du concours pour l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires » et indiquant le centre d'examen, seront réunies dans une seule enveloppe en papier fort, ficelée et cachetée à la cire, portant comme souscription :

« A NE PAS OUVRIR »

« (Résultats d'un concours). »

Cette enveloppe sera adressée par pli recommandé, dans les 24 heures, par le directeur du service de santé au ministre de la guerre, direction du service de santé, 1er bureau, personnel, qui, après avoir numéroté les compositions et détaché les en-tête, conservera ces derniers et remettra les copies au président du jury.

Aussitôt après la correction des compositions, les candidates aptes à subir les épreuves définitives seront convoquées par les soins du ministre aux centres d'examens oraux.

2° *Epreuves définitives.* — *a*) Centres d'examens oraux. — Les centres d'examens oraux seront en principe : Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Nancy, Rennes.

L'itinéraire du jury et les dates de passage dans ces divers centres seront fixés ultérieurement par le ministre, suivant le nombre de candidates par centres et portés à la connaissance des admissibles.

La tournée du jury commencera en principe vers le milieu de juin 1924.

b) Choix des questions orales ou pratiques. — Les sujets des questions seront arrêtés en séance plénière, par le jury, après une délibération précédant immédiatement l'épreuve. Pour chaque épreuve et pour chaque candidate, l'urne devra contenir trois sujets de questions.

c) Ordre de passage des candidates. — Dans sa première réunion, à chaque centre d'examen, le jury fera tirer au sort par les candidates l'ordre dans lequel elles seront appelées à subir les épreuves.

Les candidates pourront être réparties en séries, en suivant l'ordre primitif déterminé par le sort, si le jury le juge opportun.

d) Attribution de notes. — Les notes de l'épreuve écrite et des épreuves orales et pratiques, seront données de 0 à 20.

Les notes des épreuves orales et pratiques seront affichées à l'issue de chaque séance.

e) Etablissement de la liste du classement définitif. — A la fin des opérations, le jury établira le classement des candidates d'après le total des points obtenus à toutes les épreuves.

f) Clôture des opérations. — Les opérations seront closes par l'envoi au ministre :

1° De la liste de classement général ;

2° Des procès-verbaux des séances ;

3° D'un rapport du président du jury sur la marche des opérations, sur la valeur du concours et sur les modifications susceptibles d'y être apportées.

VI. — Dispositions générales.

I. — Les candidates voyageront à leurs frais pour se rendre dans les divers centres d'examen.

II. — Les infirmières qui seront admises dans le service de santé militaire, à la suite de ce concours et des suivants, débuteront comme infirmières stagiaires.

Un an après la date de leur admission, les aptitudes professionnelles et morales et la manière de servir des stagiaires feront l'objet de la part du médecin traitant et du médecin chef de l'hôpital, d'un rapport spécial individuel qui sera adressé au ministre par le directeur du service de santé du corps d'armée ou du théâtre d'opérations extérieur, lequel consignera son avis personnel motivé sur le renvoi ou le maintien de l'intéressée.

Si le rapport est satisfaisant, l'intéressée sera nommée infirmière titulaire de 3e classe. Dans le cas contraire, elle sera invitée à cesser ses fonctions.

L'attention des médecins traitants, des médecins chefs et des directeurs du service de santé, est appelée sur la nécessité absolue de n'admettre, à l'issue du stage, que les infirmières présentant toutes les garanties morales et techniques que l'on doit exiger.

3° Les infirmières des hôpitaux militaires sont à la disposition du ministre qui peut leur donner une affectation dans toute formation sanitaire ou les changer d'affectation suivant les nécessités du service.

NOTICE N° 1

Programme des épreuves orale et pratique.

1° *Epreuve pratique.*

L'épreuve pratique comportera obligatoirement :

1° L'application d'un pansement, bandage, écharpe ;

2° La reconnaissance et la manipulation d'instruments ou appareils d'usage courant faisant partie de l'arsenal médico-chirurgical.

2° *Epreuve orale.*

L'épreuve orale comportera deux questions tirées au sort parmi celles énumérées dans le programme ci-après :

1° Antisepsie et asepsie. — Principes généraux ;

2° Stérilisation des instruments et des matériaux de pansement ;

3° Toilette du malade, de l'infirmière ;

4° Les divers pansements et bandages ;

5° Liniments. — Collutoires. — Gargarismes. — Lavages de la bouche. — Collyres. — Pommades. — Sinapismes. — Vésicatoires. — Cataplasmes, etc. ;

6° Inhalations. — Pulvérisations. — Fumigations ;

7° L'entéroclyse ;

8° Bains généraux et partiels. — Enveloppements humides. — Lotions ;

9° La glace. — Conservation. — Mode d'utilisation ;

10° Saignée. — Ventouses ;

11° Notions générales sur l'anesthésie chirurgicale ;

12° Injections hypodermiques, intramusculaires et intraveineuses. — Instrumentation. — Nettoyage et stérilisation des seringues et aiguilles. — Liquides injectés. — Choix et préparation de la région ;

13° La température du malade. — Son importance. — Les thermomètres. — La feuille de temépérature ;

14° Syncope. — Respiration artificielle ;

15° Les hémorragies (premiers soins) ;

16° Les empoisonnements (premiers soins) ;

17° Notions générales sur les fractures. — Précautions à prendre à l'égard d'un fracturé ;

18° Dangers et principaux modes de transmission des maladies contagieuses ;

19° Les produits pathologiques (crachats, vomissements, selles, urines). — L'importance de leur examen immédiat par l'infirmière et de leur conservation pour l'examen par le médecin. Soins à prendre dans les prélèvements pour les analyses ;

20° Surveillance du malade dans l'intervalle des visites du médecin (douleur, altération du pouls et de la respiration, vomissements, éruptions cutanées). — L'isolement provisoire du malade ;

21° Devoirs de l'infirmière vis-à-vis du médecin traitant ;

22° Hygiène générale du malade. — Son lit, objets à l'usage du malade. — Sa toilette. — Ses vêtements. — Recueil et manipulation hygiénique des linges et objets souillés ou suspects ;

23° Alimentation du malade ;

24° Considérations générales sur le massage.

PHARMACIE.

a) Généralités sur les médicaments. — Produits employés comme médicaments.

b) Formes sous lesquelles les médicaments sont administrés aux malades ou délivrés par la pharmacie.

c) Classification et étiquetage des médicaments pour éviter les erreurs. Médicaments pour l'usage externe, médicaments dangereux, toxiques.

NOTICE N° 2.

APTITUDE PHYSIQUE DES INFIRMIÈRES DES HOPITAUX MILITAIRES.

Les candidates à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires doivent être robustes et bien constituées. Les médecins experts, dans leurs déterminations, devront s'inspirer par analogie, toutes les fois que la chose sera possible, de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire en ce qui concerne le service armé ; ils ne perdront pas de vue les conditions d'existence particulière auxquelles sont soumises les infirmières, souvent exposées aux influences combinées de la fatigue et de la contagion ; ils mèneront, en conséquence, leurs expertises avec une rigueur comparable à celle qui est de mise dans le recrutement des engagés volontaires.

Le médecin expert sera un médecin militaire du service hospitalier désigné par le directeur du service de santé du corps d'armée.

L'examen clinique sera minutieux et sera complété par un examen radioscopique des poumons, et, s'il y a lieu, par tout autre examen radioscopique ou par toute autre exploration ou recherche jugée utile.

Les postulantes devront joindre à leur demande une déclaration écrite et signée par laquelle elles s'engageront à se soumettre à l'examen du médecin expert ainsi qu'à toutes les vaccinations préventives ultérieures qui pourront être prescrites par le service de santé.

La déclaration de la postulante et le certificat établi par le médecin expert seront conformes au modèle annexé.

(*J. O.*, 19 janvier 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Une affiche sensationnelle en Belgique.** — Un riche docteur américain révolutionne le monde : *Gratuitement, docteur Jack guérit tous les maux.*

Le Dr Jack ne fait pas souffrir par des opérations coûteuses et bien souvent inutiles.

Le Dr Jack vous empêche de vieillir.

La méthode du Dr Jack n'exige aucune drogue.

C'est la faillite des méthodes actuelles : fini le bistouri finies les drogues qui vous détraquent l'estomac.

Le Dr Jack arrive tout droit de New-York à Anvers et de grandes affiches indiqueront sur les murs de nos cités les locaux où le docteur Jack fera la démonstration de sa méthode infaillible.

Le docteur Jack, ayant une très grosse fortune, ne demandera pas un sou pour ses services.

Cette affiche est apposée en Belgique. Nous n'avons pas connaissance du passage de ce mirifique guérisseur en France.

Nos amis Belges sont évidemment favorisés ! !

— **Ecole interalliée des hautes études sociales,** 16, rue de la Sorbonne, Paris. — Le Freudisme, par M. le Dr Paul HARTENBERG. Les mercredis 13, 20 et 27 février 1924, à 5 h. 1/2.

I. — Exposé des doctrines de Freud : mercredi 13 février 1924, à 5 h. 1/2 ; II. — Critique des doctrines de Freud : mercredi 20 février 1924, à 5 h. 1/2. III. — Le mouvement freudiste ; sa psychologie ; ses dangers : mercredi 27 février 1924. à 5 h. 1/2.

— **Quatrième Salon des médecins.** — Le Dr Rabier, secrétaire, prévient ses confrères adhérents que, pour des raisons d'installation, cette exposition est reculée exactement d'une semaine et aura donc lieu du 9 au 16 mars inclus.

Les œuvres devront en conséquence être portées au Cercle de la librairie, 117, bd Saint-Germain les 5 et 6 mars ; au reste, chaque exposant recevra prochainement une lettre explicative.

Enfin, pendant la durée de ce Salon, tous les médecins, pharmaciens, dentistes, et leurs familles sont invités à le visiter gracieusement autant qu'il leur plaira.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

signée du Directeur de la Liquidation des Pensions signée Z. (pour le ministre et par son ordre), ainsi conçue ;

« Le Ministre des Pensions fait connaître à Monsieur X., titulaire d'une pension de 1.560 fr. concédée par arrêté du 31 décembre 1920 pour « avant-bras droit ballant, suite de résection du coude », que l'affection ci-dessous décrite « Tuberculose pulmonaire évolutive, amaigrissement », constatée le 24 octobre 1922 par la Commission de réforme de V., n'est pas susceptible de modifier le taux de la pension sus-visée ; en effet, cette infirmité n'est pas imputable au service, n'ayant pas été constatée dans les délais légaux et, d'autre part, aucune pièce d'origine n'existe au dossier ».

Il y a là, à mon avis, une erreur d'interprétation, car la Commission de réforme de V. avait dans le texte que je vous ai cité plus haut, indiqué que sa tuberculose pouvait être rattachée médicalement aux fatigues de la blessure et de multiples interventions chirurgicales.

Je sais bien que les cinq ans pendant lesquels mon blessé pouvait se pourvoir en aggravation, expiraient en mars 1922 puisque sa première commission de réforme était de mars 1917, mais n'a-t-on pas fait un nouveau décret prolongeant de six mois, le délai de forclusion auquel cas, mon blessé ayant été proposé en septembre serait peut-être tout juste, mais juste à temps pour pouvoir bénéficier de la présomption légale et non pas banni par le forclos.

Ceci est ma première question.

2e question. — Y a-t-il lieu de se pourvoir avec quelque chance devant le tribunal des pensions ?

3e question. — Si, malgré tout, son augmentation de pension était refusée, devrait-il rembourser l'augmentation qu'il a touchée depuis octobre 1922 jusqu'à maintenant !

4e question. — J'ai prescrit à ce malade des cachets récalcifiants, formule Ferrier, qui ont certainement, avec le repos, amélioré sa tuberculose, puis-je les lui continuer, s'il est forclos pour sa tuberculose, ces cachets pouvant servir non seulement à son processus tuberculeux, mais encore à la récalcification de ses lésions osseuses opérées ?

Dr Y.

Réponse.

1° Malheureusement, votre malade est frappé de forclusion pour sa tuberculose pulmonaire, ainsi qu'il en a été avisé le 23 janvier 1924. Il eût été possible de rattacher cette affection au long séjour dans les hôpitaux pour le traitement de son bras droit, mais à la condition que l'intéressé ait profité des délais de présomption légale, c'est-à-dire qu'il ait produit sa demande dans les délais légaux, avant le 4 mars 1920, ou, à l'extrême rigueur, avec un retard de deux ou trois mois ; le délai de deux ans et demi était trop grand. Il n'était, en effet, pas possible non plus de regarder cette tuberculose *pulmonaire comme* une conséquence par aggravation de la blessure,

ceci pour répondre au délai de cinq ans que vous voudriez invoquer.

L'intéressé devrait donc aujourd'hui faire la preuve de l'imputabilité au service, et il ne le peut pas.

Les délais de forclusion n'ont pas été prolongés.

2° La seule chance à courir, c'est de se pourvoir dans les six mois de la notification devant le Tribunal des Pensions, par lettre recommandée au greffe du Tribunal civil. Au moment de son appel en conciliation, avant l'audience, votre client verra, d'après les conclusions du Commissaire du Gouvernement, s'il doit poursuivre avec quelque chance de succès.

3° Il devra vraisemblablement reverser, à moins d'insolvabilité.

4° Il n'a plus droit à ses cachets pour sa tuberculose. Voyez si vous les jugez utiles à la lésion osseuse.

Application du Tarif Breton.

I

Majorations dominicales.

Appelé en consultation par un confrère pour un cas grave d'accident de travail, voudriez-vous m'indiquer le prix que je dois réclamer à la Compagnie d'assurance ?

Cette consultation a eu lieu *un jour férié* (Toussaint), *à 22 heures.*

Dr M.

Réponse

La majoration de 50 % pour « dimanches et jours fériés » (art. 3) n'est tarifée que pour les visites *simples*. Elle n'est donnée ni pour les consultations simples, ni pour les consultations entre confrères, ni pour les actes opératoires. Pour ces derniers, il y a toutefois une majoration de 25 % (art. 8). Je ne vois donc pas sur quel article du tarif vous pourriez vous baser pour réclamer une majoration sur la visite déjà triplée dans votre cas.

F. D.

II

Trépanations multiples

Mon blessé a eu un coup de pied de cheval en plein front, est tombé sur le coup et je suis allé le voir dans la ville, dans une maison au lieu de l'accident, où il avait été transporté.

Son patron le fit transporter à la clinique où je l'opérais d'urgence, vu la plaie bourrée de terre et vu l'hémorragie. Je n'ai pas compté de supplément pour l'urgence de l'opération.

Le front avait une plaie contuse avec une petite déchirure. Je dus lui faire une incision concave en haut allant du bord externe de l'œil gauche (le coup ayant porté principalement à gauche), jusqu'au milieu de l'œil droit, au-dessus des sourcils.

Je fus conduit à lui faire une trépanation simple, mais jamais la dure-mère ne fut ouverte : c'est pourquoi, je ne compte que 150 fr.

Je trépanais, le sinus frontal gauche, le plus atteint, étant bourré d'esquilles, mais je trouvais aussi une petite ouverture du sinus frontal à droite et je dus aussi le trépaner, c'est pourquoi, je compte la trépanation de 2 sinus frontaux. Je trouvais aussi des esquilles venant de la paroi supérieure de la cavité orbitaire et je dus ouvrir cette cavité et aller la nettoyer au niveau de la graisse rétro-oculaire et je comptais une orbitotomie gauche.

L'assurance veut homologuer tout cela à une trépanation avec ouverture de la dure mère, vu l'étendue de la fracture (ce qui n'est pas vrai puisque le blessé n'a pas eu sa dure-mère ouverte). C'est là qu'est le gros point, car la diminution qui vient après est insignifiante et cela me serait égal de la supporter : un pansement à 8 fr. est un pansement simple comme en font beaucoup de médecins et qui est le tarif médical de pratique courante art. 16, tandis qu'au tarif chirurgical art. 17, il y a pansements multiples sur un même segment de membre, ici région frontale droite, gauche, œil. J'ai fait ce pansement le 4 et le 6 et ils comptent 16 fr. pour le 4 et 8 pour le 6 juillet. Mais encore s'il n'y avait que cela ce ne serait rien. Ils ne discutent que sur ces 2 points.

Comme il faut que je réponde avant dimanche à l'agent d'assurance, je lui réponds que je n'accepte pas cette réduction, attendu que je ne puis homologuer mon opération à une trépanation avec ouverture de la dure-mère, ce qui est d'abord contraire à la vérité et opération qui est beaucoup moins difficile que celle que j'ai faite. Que j'applique le tarif de la loi de 1898 et qu'ils veuillent bien me faire savoir leur réponse dans la huitaine, etc...

Dr P.

Réponse.

1° Il n'y a d'urgence à compter que pour les opérations de *nuit* (art. 8).

2° Pour une opération ayant compris plusieurs interventions *simultanées*, on ne compte jamais en additionnant les prix d'opérations fixés au tarif, ces prix comprenant l'opération et tous ses préparatifs ainsi que les pansements, etc... D'ordinaire, on compte une des interventions à plein tarif et les autres à demi-tarif, de façon à former un total de prix opératoire en rapport avec les différentes interventions distinctes effectuées au cours de l'opération unique. De plus, il fut convenu, à la Commission du tarif, que le prix *maximum* d'une opération serait de 600 fr. ; et, c'est ce prix qui fut fixé pour les plus grosses opérations, exemple : « Laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux ; laryngectomie, etc ». En conclusion, il m'apparaît que votre opération, avec ses interventions complexes, peut être assimilée équitablement aux plus grosses et être comptée 600 fr.

3° Pour vos divers pansements spéciaux et méticuleux de la tête, dans les jours suivants, je trouve équitable de compter « pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr. » (art. 17).

Le pansement du bras est naturellement compté en plus. (art. 14).

F. D.

III

Ouverture d'abcès.

Je soigne une blessée qui, à la suite d'une piqûre, présente un panaris de la première phalange du médius. J'incise une première fois ; après plusieurs jours, le doigt reste gonflé. Après anesthésie à la novocaïne, j'agrandis l'ouverture, et je fais une contre-ouverture.

Ai-je le droit de compter pour ces deux interventions, je précise :

1re *intervention* : incision.

2e *intervention* : agrandissement de la première plaie. Contre-incision.

Une ouverture d'abcès superficiel à 20 fr. (1re cat.). *Vous me rendriez service en me fixant sur ce point quelque peu délicat.*

Dr L.

Réponse.

Vous ave z fait d'abord une « ouverture d'abcès superficiel : 20 fr. ». Puis, un certain nombre de jours plus tard, vous avez dû faire une deuxième intervention supplémentaire, avec contre-ouverture, sans anesthésie locale. Dans ces conditions, je trouve légitime de compter de nouveau « ouverture d'abcès superficiel ».

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Médecins traitants et médecins experts.

Je vous serais très obligé, si vous vouliez bien me répondre à la question suivante ?

Pour les soins spéciaux aux mutilés de guerre, le médecin général touche 8 fr. par consultation et le médecin spécialiste 20 fr. Pourquoi, toujours pour les mutilés de guerre, les experts civils des centres de réforme (médecins généraux et spécialistes), ne touchent-ils que 5 fr. par examen ?

Si cette question n'a pas été déjà solutionnée, ne croyez-vous pas que la question pourrait être posée au ministre ?

Dr L.

Réponse.

Les « experts civils des centres de réforme » n'ont *aucun rapport* de tarification avec le décret du 25 octobre 1922 qui concerne les *soins* donnés aux pensionnés de guerre. Il s'agit ici d'une sorte de *fonction* administrative spéciale qu'ils ont ac-

cepté de remplir, acceptant ainsi la rémunération fixée au préalable par l'Etat. Votre question pourrait, au besoin, être posée par un parlementaire, ce qui me semble la voie la plus courte... mais elle est en dehors de la pratique médicale et, par suite de l'action des représentants des praticiens. F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Un enfant confié par l'Assistance publique à une famille n'est pas compté pour la détermination des droits aux allocations aux familles nombreuses.

20124. — M. Pouzin, député, demande à M. le ministre de l'hygiène, si un enfant confié dès sa naissance par l'Assistance publique à une famille peut être compté pour la détermination des droits que les familles dites « nombreuses » peuvent tirer des textes des lois du 14 juillet 1913 et du 15 juillet 1922, fixant les primes ou allocations à accorder à de telles familles (*Question du 15 janvier 1924.*)

Réponse. — Les familles auxquelles sont confiés des pupilles de l'Assistance publique reçoivent à cet effet, un véritable salaire prélevé sur les fonds attribués à l'administration pour l'application de la loi sur les enfants assistés. Elles ne peuvent donc prétendre à bénéficier, en outre, de la loi du 14 juillet 1913, sur l'assistance aux familles nombreuses. Du reste, l'article 2, paragraphe 5 de la loi du 14 juillet 1913 dit expressément « seront considérés comme chefs de famille les parents qui, en cas d'abandon des enfants ou de la disparition des père et mère, auront pris la charge des enfants ». Le terme de « parent » employé par la loi, et la condition de prise de la charge des enfants s'opposent à l'application de la loi sur les familles nombreuses à des personnes étrangères à la famille et payées pour assurer la garde des enfants qui leur sont confiés.

(*J. O.*, 26 janvier 1924.)

La loi sur les accidents domestiques s'applique aux serviteurs occasionnels.

20171. — M. Coucoureux, député, demande à M. le ministre du travail : 1° si la loi du 2 août 1923 étendant le risque professionnel aux domestiques, gens de maison et serviteurs à gages, s'applique aux serviteurs occasionnels ; 2° dans

le cas de l'affirmative, comment doit être calculé le salaire de ces domestiques, soit au point de vue des indemnités, soit au point de vue des assurances. (*Question du* 17 *janvier* 1924.)

Réponse. — Sous réserve de l'appréciation des tribunaux judiciaires seuls compétents pour interpréter la loi du 2 août 1923, étendant le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, le ministre du travail estime : 1° que cette loi s'applique aux serviteurs occasionnels, qu'ils aient contracté directement avec celui qui les emploie comme domestiques ou qu'ils soient attachés à une agence chargée de répondre à des demandes de remplacement. C'est celui avec lequel ils sont liés par un contrat de louage de services qui est responsable des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail ; 2° que la jurisprudence constante de la Cour de cassation qui décide que le travailleur intermittent dans une entreprise continue ne peut faire entrer en compte, pour la fixation des indemnités qui lui sont dues en cas d'accident de travail, que le salaire qu'il a perçu dans cette entreprise sans pouvoir y ajouter le gain réalisé par ailleurs dans d'autres maisons, doit s'appliquer à l'espèce. Le salaire qui sert de base à la fixation des primes d'assurances n'est soumis à aucune disposition législative ou règlementaire ; la prime est librement débattue entre les parties. (*J. O.*, 26 janvier 1924.)

L'introduction de l'assistance médicale gratuite dans les départements recouvrés.

20038. — M. Schuman, député, demande, à M. le Ministre de la Justice, les raisons pour lesquelles n'est pas promulgué le décret introduisant, dans les départements recouvrés, la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite et signalant la nécessité d'étendre à ces départements, la loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. (*Question du* 10 *janvier* 1924).

Réponse. — Un projet de décret avait été préparé en vue de rendre applicable, dans les département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la législation française sur l'assistance médicale gratuite, mais, après étude de la question, les services financiers ont estimé que la mesure envisagée ne pouvait intervenir que concurremment avec l'unification des charges départementales et communales, tant dans les départements recouvrés que dans le reste de la France. Le projet de décret destiné à réaliser l'égalisation desdites charges est, d'ailleurs, soumis actuellement aux départements ministériels intéressés. En ce qui concerne l'introduction de la loi sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, les mêmes observations que ci-dessus sont à formuler.

(*J. O.*, 2 février 1924.)

VARIÉTÉS

Sur une nouvelle source de volupté morbide (le chatouillement interdigital)

Par le Dr Ed. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

Les hasards de la pratique médicale m'ont donné l'occasion, il y a quelque temps, d'observer un cas pathologique probablement aussi rarissime que bizarre. Un homme âgé de 60 ans est venu me consulter pour des ulcérations intéressant le derme et situées sur les parois bi-latérales de 4 orteils, excepté le pouce, et datant de plusieurs années.

Ces parois, sous l'action compressive des chaussures donnant lieu à l'accolement forcé des orteils, sont sujettes, quelquefois, à des altérations de l'épiderme, par macération sudorale, chez les personnes spécialement atteintes d'*hyperhydrose.*

Chez le malade en question, l'hyperhydrose n'existe qu'accidentellement, par suite de grattages bi-quotidiens, c'est-à-dire au coucher et au lever, avec localisation aux parois latérales des doigts du pied des espaces interdigitaux.

Ce malade m'a avoué qu'il avait contracté l'habitude de se gratter, par frottement digital, avec le pouce et l'index, par suite du plaisir qu'il en ressentait.

Il avait tenté, en vain, de se débarrasser de cette habitude, passée, chez lui, à l'état de véritable besoin.

Ce grattage interdigital lui provoque une volupté spéciale qui cesse avec le frottement, en laissant une sensation de brûlure légère. Il m'a fait remarquer que la sensation éprouvée varie complètement avec l'orteil considéré.

Un rapide coup d'œil de l'anatomie des nerfs distribués aux parois latérales des espaces interdigitaux du pied, avec l'intrication des éléments nerveux, explique les différences sensitives *qualitatives* et *quantitatives* basées sur l'influx nerveux d'origine encéphalique, mais distribué par les nerfs périphériques.

On sait que les trois surfaces interdigitales des quatre premiers orteils, en partant du pouce, appartiennent à la zone spéciale du 1er territoire. La surface interdigitale comprenant la moitié du 4e orteil et la totalité du petit orteil relève de la zone du second territoire plantaire, par analogie aux mêmes parties de la main.

Les orteils sont innervés, à la fois : 1° par le *musculo-cutané* anastomosé avec le *tibial antérieur* ; 2° par le *saphène externe* ; 3° par le *plantaire externe* et par le *plantaire interne*. Le mode de répartition des différents nerfs, sur les trois phalanges des orteils, rappelle, à peu près, celui

des nerfs de la main, sur les phalanges des doigts. Le nerf *grand sciatique* est le fil conducteur originel des nerfs superficiels des orteils.

La métamérisation des téguments, déjà compliquée pour les membres supérieurs, est beaucoup plus complexe, si l'on considère les membres inférieurs, qui proviennent des masses prévertebrales où la métamérisation cesse rapidement d'être méconnaissable.

Cette division a été invoquée pour expliquer la répartition de certains troubles cutanés (anesthésie, éruptions, zona, etc.), qui sont en rapport avec une lésion nerveuse, mais ne répondent pas à la distribution d'un nerf périphérique. Ces faits anatomiques peuvent expliquer, à la rigueur, les anomalies sensitives qu'on observe, selon que l'on considère un espace interdigital comparativement à un espace voisin qu'on devrait pouvoir classer et séparer nettement, tandis que la nature de la sensation éprouvée par un patient dont on soumet les espaces au frottement prolongé de la pulpe de l'index est bien différente, comme réaction sensitive.

J'ai observé que, de façon habituelle, l'acuité sensitive du chatouillement interdigital a son *maximum* d'intensité dans la région du petit orteil et son *minimum* dans la région du gros orteil, par gamme d'impression graduelle. Le chatouillement de la partie centrale de la plante du pied paraît donner une impression *moyenne*, relativement aux cinq orteils. Les faces *dorsales* du pied et de la main paraissent donner une impression *émoussée*, relativement à la face correspondante plantaire et palmaire. Cette différence sensitive trouve son explication dans la distribution anatomique des nerfs et aussi, dans l'*atavisme* fonctionnel, tout au moins de la main, organe du *tact* et de la *préhension*, nettement différencié et même prédestiné, par sa situation squelettique, l'une, le pied, pour la marche et le support du corps à l'état de repos et l'autre, la main, pour la *préhension*, *la défense*, et les usages multiples dictés par la conservation de l'espèce.

Chez le singe, le pied est un organe mixte de *préhension*, de *support* et de *mouvement de la marche*. La main et le pied paraissent avoir conservé, à peu près intact, leur caractère primitif.

Chez l'homme, au contraire, le développement progressif de l'adaption fonctionnelle de la main, différenciée par l'usage et le temps, a marché parallèlement avec le progrès de la civilisation.

Inconscient, le malade en question m'a relaté, assez fidèlement, les différences de sensation qu'il éprouve, par le grattage morbide dont il est l'esclave.

Ce psychopathe d'un genre inédit a découvert une nouvelle source de volupté qui est relativement inoffensive, si on la compare aux toxicoma-

nes divers (stupéfiants, éther, alcool ,narcotiques divers, chloral, et toutes les gammes des produits chimiques de la chimie moderne).

Rappelons, pour mémoire, et définissons rapidement la *volupté*. C'est un plaisir des sens ou de l'âme, de *durée* et d'*intensité* variables ; mais d'habitude passager et de courte durée, de cause sensuelle variable aussi et impressionnant directement le cerveau.

L'*alcoolisme* (éthylisme) est une volupté de forme grossière, d'une durée variable avec la *qualité* et la *quantité* de l'alcool ingéré, et aussi de la nature des essences (huiles volatiles) qui lui sont associés, dans les *liqueurs* diverses, les breuvages dits *apéritifs* (par un atroce euphémisme exprimant le contraire de la réalité), ayant pour conséquence l'*ébriété* à forme gaie ou triste, ou à forme délirante, spasmodique, épileptiforme ou autre. Certains aliments sont capables, aussi, de déterminer, pendant la digestion, des phénomènes variables et comparables à ceux de l'alcool.

L'*euphorie* ? Certains auteurs l'ont ainsi définie : état de confiance, de satisfaction du sujet qui croit se bien porter, soit que cette sensation corresponde à une amélioration réelle de son état (convalescence), soit qu'elle provienne d'une illusion, comme on l'observe à la période terminale de certaines maladies (phtisie), ou sous l'influence de stupéfiants (opium et ses alcaloïdes, haschich, etc.).

L'éther sulfurique, dérivé de l'alcool éthylique agit comme ébriant, mais avec un degré intensif plus élevé et un peu différent. Les éthers de condensation supérieure (amyles, méthyles, etc.) agissent de façon très sensiblement différente.

L'*euphorie* varie, comme source, c'est-à-dire qu'elle est provoquée tantôt par des *calmants* (bromures, valériane, produits chimiques divers, ou par des *excitants* (éther, alcool, café, etc.), ou enfin par des *stupéfiants* (opiacés, haschich, coca, etc).Le *grattage* ou *chatouillement interdigital* paraît échapper aux trois classifications précédentes. Il appartient à une catégorie *mixte*, à cause de ses caractères communs à chacune des espèces sus-indiquées.

Dr Ed. CROUZEL,

Ex-préparateur et lauréat
Médaille d'or
de la Faculté de Médecine
Correspondant national
Membre de la Société
de Pharmacie de Paris.

Le Buisson (Dordogne).

Quarante-sixième année — N° 8 — 24 Février 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 394-IV)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons rçeu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, du Dr Buges, de Cassis (B.-du-Rh.), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 56. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct, rég. Ouest, bénéf. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 57. — A louer 50 mill. radium élément. Bonnes conditions.

N° 58. — Dr, 40 ans, dem. sit., stable assist. chir. gén. ou oto-rh. gde ville préf., disp. cap.

N° 59. — Maison de cure climatique. Régime, 150 m. d'altitude, 3 km. de la mer et de Cannes. Vue splendide sur mer et montagnes. Contagieux et mentaux exclus. Tout le confort. Dr Daniel, ext-int. des H. Le Cannet (Alpes-Maritimes).

N° 60. — Méd. ch. pr un de ses mal. de poitr., tuberc. n'évol. pas, situation mécan. ou agric. en Afrique du Nord. Dr Haton, r. Chanzy, Paris, XIe.

N° 61. — A vend. cinema Pathé Cok état neuf, fourn, son éclair. ou pouvant se brancher sur courant, enrouleuse et dérouleuse. Prix très avantageux, faire offres Dr Chavignac, Salers, Cantal).

N° 62. — A vend. voiturette Terrot 1924, moteur Ballot 6 HP, 2 pl. et strap. 5.500 fr. S'adr. Dr Juilhe; à Nérondes (Cher).

N° 63. — Sud-Est, poste méd. impt. 9 communes, fixes 5.000 fr. seul Méd. Méd. ch. de fer et services publics station estivale. Pet. indem.

N° 64. — Mathis, 6 HP, 1922, entièrement revue 1924, éclairage Magondeaux, amortisseur : 7.000.

N° 65. — Dans pet. ville du Sud-Est à céd. excell. poste rappt 51.000, maison agréab. Bail. Cond. tr. avant. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris Ve.

N° 66. — Clinique av. appt. à repr. à Paris, méd. gén., gynéc. et A.T. Belle inst. ds maison mod. aff. sér. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e, R.C. Seine 46.851.

CORRESPONDANCE

Expertise amiable d'un blessé de droit commun.

J'ai reçu hier un dossier de la compagnie d'assurance « La P. » et une lettre dont je vous adresse la copie ; je vous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants :

1° Le rapport qu'on me demande doit-il être rédigé sur papier timbré ?

2° Quels honoraires dois-je réclamer ?

3° Est-il exact que les honoraires sont dus moitié par la compagnie d'assurance, moitié par le blessé ?

Il ne s'agit pas d'un accident du travail, mais de responsabilité de droit commun. Dr X.

Réponse.

La Compagnie d'assurances vous demande de vouloir bien arbitrer un différend avec l'un de ses assurés pour le règlement d'une indemnité due à ce dernier. Il ne peut s'agir dans ce cas de l'application d'un tarif quelconque, les honoraires que vous devrez réclamer dépendront uniquement de votre appréciation, basée sur la difficulté de votre mission et le temps que vous aurez dû y consacrer.

Vous ferez bien de rédiger votre rapport sur timbre, sinon vous seriez passible d'une amende s'il venait à être produit en justice.

Les parties qui vous ont choisi pour arbitre ont pu, dans leur compromis, fixer entre elles la répartition des frais d'arbitrage ; c'est là une question de convention qui n'est soumise à aucun règlement. Mais pour la sauvegarde de vos intérêts, vous pourrez demander d'être réglé intégralement par la Compagnie, qui pourra retenir sur l'indemnité qu'elle reconnaît devoir au blessé la partie de vos honoraires qui doit incomber à celui-ci.

Accident survenu à un bûcheron.

Un bûcheron dans son travail est blessé.

Son patron (l'entrepreneur de coupe) nie sa responsabilité. Que faire ?

Dr N.

Réponse.

Les exploitations forestières ne sont assujetties que dans certains cas à la législation sur les accidents du travail, ainsi qu'il résulte de la loi du 15 juillet 1914.

Sont seuls considérés, aux termes de l'article 2 de cette loi, comme exploitations de bois, et par suite assujettis, les travaux d'abatage, d'ébranchage, lançage, schlittage, transport à la main en forêt et, lorsqu'ils sont exécutés sur le parterre de la coupe, les travaux de débit, façonnage, sciage, empilage, écorçage et carbonisation.

Toutefois, la loi n'est pas applicable aux terrains boisés, exploités, en tout ou en partie, dont la superficie, d'un seul tenant, n'excède pas 3 hectares, ni aux arbres plantés hors des bois, lorsque l'opération n'aura pas le caractère d'une exploitation, ni aux éclaircies faites dans les plantations de moins de vingt ans.

Elle n'est pas non plus applicable aux coupes de bois effectuées pour son usage personnel par le propriétaire du sol, ou par le fermier ou métayer.

Est considéré comme chef d'entreprise le pro-

priétaire des bois abattus ou mis en œuvre, si leur exploitation n'a été assumée par un entrepreneur à la suite d'une adjudication ou en exécution d'un contrat d'entreprise.

Si l'accident est survenu par le fait ou à l'occasion d'un travail assujetti en vertu des dispositions que nous venons de rapporter, et si le lieu de l'accident se trouve hors de la commune où le chef d'entreprise a son domicile, l'accident doit être porté à la connaissance de ce chef d'entreprise par lettre recommandée avec accusé de réception, par la victime ou son représentant.

Le blessé peut aussi, si la déclaration n'a pas été faite par le chef d'entreprise, la faire à la mairie du lieu de l'accident, en joignant à la déclaration un certificat médical.

Si le chef d'entreprise refuse de payer le demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques, il appartient au blessé, ainsi qu'au médecin et au pharmacien pour les frais médicaux et pharmaceutiques, de citer le chef d'entreprise devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Si l'accident paraît devoir entraîner une incapacité permanente, le juge de paix, auquel le dossier aura dû être transmis par le maire, devra procéder à une enquête.

Dans le cas où le travail du bûcheron blessé ne serait pas de ceux qui sont assujettis à la législation spéciale, le droit commun serait applicable et le chef d'entreprise ne serait responsable qu'en cas de faute, de négligence ou d'imprudence de sa part ou de celle de ses préposés.

A noter que, lorsque la loi étendant aux exploitations agricoles le bénéfice de la législation spéciale sur les accidents du travail sera applicable, certains accidents survenus à des bûcherons pourront être assujettis à la législation spéciales en vertu de ladite loi, et non de la loi de 15 juillet 1914. Mais ce ne peut être le cas actuellement, la loi sur les accidents agricoles n'étant pas encore entrée en vigueur et ne devant y entrer que le 1er septembre 1924.

Frais de justice criminelle.

Il arrive assez souvent que le maire me prie d'aller constater le décès et de faire un certificat pour les gendarmes lorsqu'un individu est trouvé noyé dans nos nombreux marais. Est-ce que je ne puis être honoré pour cela ? Il s'agit souvent d'indigents ou vagabonds étrangers à la commune. Membre du « Sou », je me permets de vous demander ce renseignement.

Dr M.

Réponse.

Du moment que vous avez été requis par le maire, agissant en qualité d'officier de police judiciaire, pour la constatation de décès, vous avez droit, en vertu de décret du 5 octobre 1920,

à un honoraire de 15 frs., augmenté d'une indemnité kilométrique de 0.20 par km. parcouru si vous vous êtes déplacé en chemin de fer et de 0.60 si vous avez employé tout autre moyen de transport, chaque fois que vous vous êtes déplacé de plus de 2 km. de votre résidence.

Pour obtenir payement, vous devez faire deux mémoires sur papier libre, si la somme totale réclamée ne dépasse pas 50 fr., et les adresser au procureur de la République de votre arrondissement qui les fera taxer. Vous serez ensuite réglé par le trésor.

Si la somme réclamée dépasse 50 frs., un des deux exemplaires du mémoire doit être établi sur timbre.

Pension militaire. Aggravation de l'infirmité.

Un de mes clients, mutilé de la guerre et bénéficiaire d'une pension de 65 % pour : « *fracture de la jambe gauche avec raccourcissement de 8 cm. 1/2, troubles respiratoires* », fait depuis son retour dans ses foyers de la tuberculose des sommets.

Il y a bientôt 2 ans, devant l'expectoration abondante et la toux opiniâtre, il a demandé une revision et une augmentation de sa pension.

Voici la réponse qu'il vient de recevoir par le canal de la mairie sous pli ouvert :

« L'intéressé présente une raideur serrée du genou avec extension équivalente à l'ankylose, avec raccourcissement de 8 cm. 1/2 du membre inférieur gauche. Amyotrophie de 3 cm. de la cuisse suite de fracture du fémur, infirmité pour laquelle une pension définitive de 1.560 fr. majorée de 175 fr. a été accordée à cet ancien militaire par arrêté du 22 février 1922.

« Tuberculose pulmonaire avec râles humides au sommet droit et craquements dans la fosse sus-épineuse gauche, expectoration bacillaire, fièvre, sueurs, amaigrissement.

« Cet ancien militaire a formulé sa demande après l'expiration du délai pendant lequel il pouvait bénéficier de la présomption légale instituée par l'art. 5 de la loi du 31 mars 1919.

« Or d'autre part aucune pièce du dossier ne permet d'établir que l'infirmité invoquée a été contractée ou aggravée par le fait où à l'occasion du service.

« En conséquence ne peut prétendre qu'à la pension de 65 % déjà concédée »

Il me semble que le fait de mentionner : « troubles respiratoires » dans le diagnostic initial de la pension constitue bien un lien avec la maladie invoquée. D'autre part, est-ce que l'état de moindre résistance provoqué par la fracture de cuisse n'a pas été une prédisposition pour cet homme à contracter la tuberculose ? Un professeur de la faculté de Paris, dans une expertise, a dû affirmer cette relation de

tuberculose, conséquence d'un grand traumatisme, en l'espèce amputation.

Enfin est-ce que l'administration avait le droit de faire connaître la décision sus-énoncée sous pli ouvert au vu et au su de tout le monde dans une petite localité.

Dr F.

Réponse.

Cette communication ne devait pas être faite sous pli ouvert : une faute a été commise par le maire. Il faudrait adresser une réclamation en ce sens au sous-intendant militaire, chef de la section régionale des pensions, qui a chargé le maire de cette notification.

D'autre part quelques détails sont nécessaires pour nous prononcer sur l'imputabilité au service des troubles respiratoires.

A quelle date l'intéressé a-t-il passé devant la Commission de réforme pour sa fracture de jambe ?

Etait-il déjà libéré du service militaire, et à quelle époque avait-il été libéré ou démobilisé ?

Quelles avaient été ses indisponibilités (hôpital, infirmerie, etc.) pour troubles respiratoires durant sa présence sous les drapeaux ?

A quelle date avait-il adressé ses demandes de visite pour la première fois, puis pour l'aggravation ?

Patente d'un médecin propriétaire de sa maison. Amortissement du prix d'une automobile.

1° J'ai acheté en 1923 l'immeuble que j'habitais comme locataire. Je payais 2.000 fr. de loyer, et portais 600 fr. en déduction de mes recettes professionnelles, pour la part des pièces strictement professionnelles, bureau, salle d'attente et garage.

Maintenant que je suis propriétaire, quelle somme puis-je déduire ?

2° J'ai acheté également en 1923 une voiture 10 HP. Renault, pour 22.000 fr. qui me sert continuellement pour mes tournées.

Puis-je déduire de mes recettes : 1° l'intérêt de ce capital ; 2° un amortissement annuel et quel serait le taux de cet amortissement ?

J'a jouterai que j'ai une 2e voiture, j'ai du reste toujours eu deux voitures depuis mon installation et je comptais annuellement 5.000 fr. d'amortissement. Mais ma dernière voiture étant d'un prix plus élevé je crois pouvoir compter un amortissement supérieur.

Dr E.

Réponse.

1° Le fait d'avoir acheté l'immeuble dont vous étiez primitivement locataire, ne vous empêche pas de déduire de vos recettes la valeur locative des locaux exclusivement réservés à l'exercice de votre profession.

2° Si votre automobile vous sert seulement

pour vos tournées, vous êtes fondé à comprendre dans vos frais généraux son amortissement (dont la durée est généralement de 5 ans) soit annuellement une somme de 22.000 : 5 = 4.400 fr

A ce chiffre sera ajouté l'amortissement de votre seconde voiture, mais l'administration n'admet pas la défalcation de l'intérêt du capital.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déclaration du revenu. Amortissements admis ou rejetés.

Récemment installé et n'ayant pas encore eu à faire de déclaration de bénéfices en vue de l'impôt sur le revenu, j'ai recours à votre obligeance pour m'éclairer sur la façon dont doit être calculé le bénéfice réel en vue de cette déclaration.

Il y a lieu, paraît-il, de déduire les frais professionnels. Pour les dépenses courantes (personnel, frais de bureau, frais d'auto, etc.) cela est facile.

Mais pour les grosses dépenses (frais de première installation) comment procéder ?

Comment déduire l'achat du mobilier professionnel et des instruments ?

Comment déduire le montant des frais d'aménagement des locaux ?

Comment déduire les frais d'achat de clientèle ? (une partie payée comptant, le reste payable à terme et portant intérêts).

Aux prix actuels, cela représente une somme importante qui dépasse sensiblement les bénéfices de l'année.

En plus de la déduction de ces divers frais, y a-t-il lieu de défalquer annuellement l'intérêt du capital engagé ?

Doit-on également tenir compte des frais d'études?

Pour l'auto, sur quelle période calcule-t-on habituellement son amortissement ? Dans le cas où l'on achète une voiture d'occasion, est-on en droit de réduire cette période proportionnellement à l'usure de la voiture ?

Dr C.

Réponse.

1° Les frais de première installation peuvent, soit se déduire intégralement la première année, soit s'amortir en un nombre d'années à fixer par vous suivant la durée du bail.

L'amortissement est préférable si, toutes déductions opérées, le supplément des recettes n'excède pas le minimum exonéré.

2° En ce qui concerne le mobilier et les instruments, l'amortissement seul est admis par l'administration.

3° Les frais d'aménagement des *locaux professionnels* sont également susceptibles d'être amortis.

4° La somme due pour cession de clientèle ne peut être déduite des recettes, puisqu'elle sera plus tard récupérée.

5° Le capital engagé est rémunéré par les bénéfices professionnels, conséquemment son intérêt ne saurait venir en déduction des recettes.

6° L'administration a jusqu'à ce jour absolument refusé d'admettre l'amortissement des frais d'étude.

7° Une automobile s'amortit suivant le nombre d'années qu'elle est présumée pouvoir servir. Il est évident qu'en principe une voiture d'occasion sera plus vite hors d'usage qu'une neuve.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Contribution personnelle mobilière.

Je vous remercie de m'avoir fait transmettre la réponse de M. Martinot, votre conseiller fiscal (1), spécifiant que « la contribution personnelle mobilière est due à raison des locaux MEUBLÉS dont il dispose, par tout habitant.... »

Or, je me permets d'insister sur ce fait, signalé dans ma précédente lettre et qui n'a peut-être pas suffisamment retenu l'attention de M. Martinot, que mon appartement de la rue P. N'ÉTAIT PAS MEUBLÉ le 1er janvier 1922 et que ce n'est que le 1er mai de la même année que j'y ai transporté mon mobilier.

Je vous serais donc obligé de vouloir bien insister à ce sujet auprès de M. Martinot, en lui demandant si, *même dans ces conditions*, je dois la taxe.

Dr X.

Réponse.

La contribution personnelle-mobilière est due pour toute habitation meublée au 1er janvier. En conséquence, vous en êtes exempt pour votre appartement de la rue P. puisque vous y avez transporté votre mobilier le 1er mai seulement.

La demande de décharge doit être adressée :

Soit au contrôleur dans le mois suivant celui de la publication du rôle.

Soit à la préfecture ou à la sous-préfecture dans les trois mois suivant celui de la publication du rôle. Elle devra alors être rédigée sur timbre si la cotisation dépasse 30 francs.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Les intérêts des Bons de la Défense Nationale et l'impôt sur le revenu.

Vous me rendriez le plus grand service, à moi comme à la plupart des confrères, en me faisant sa-

(*Voir la suite page XLVII-439*)

(1) Voir n° 6, p. 331.

PROPOS DU JOUR

Les nouveaux procédés de propagande prophylactique. L'Utilisation nouvelle des vespasiennes. La prostitution au service de la prophylaxie

Nous avons à diverses reprises signalé et vanté ici certaines méthodes nouvelles, destinées à répandre dans le public les notions indispensables d'hygiène et de prophylaxie. Nous avons assisté à des séances cinématographiques que la mission Rockefeller a vulgarisées en France et nous avons pu nous rendre compte de l'impression profonde qu'un film bien présenté et habilement composé, pouvait produire sur le public. Des conférences ou plutôt des causeries très simples, accompagnées des démonstrations vivantes du cinématographe sur la tuberculose ou sur la syphilis, intelligemment conçues et dépourvues de toute allusion choquante, gravent dans l'esprit des auditeurs d'une manière ineffaçable l'image du danger individuel et social, ses désastreuses conséquences et les moyens efficaces plus ou moins facile à appliquer pour s'en préserver ou s'en défendre.

On ne nous accusera donc pas d'être doué d'un esprit réactionnaire, ennemi systématique des innovations et du progrès. Mais nous ne sommes pas de ceux qui acceptent tout ce qu'on propose les yeux fermés, qui trouvent que tous les procédés sont bons en prophylaxie sanitaire, qui découvrent une excuse aux tentatives les plus singulières dans les bonnes intentions qui les ont fait naître. Nous ne saurions prendre pour devise : *La fin justifie les moyens.*

***

Le Syndicat des médecins de la Seine a, depuis sa fondation, maintes fois protesté contre la publicité médicale dans les vespasiennes et ces protestations s'élevaient dans un souci d'intérêt public bien plus que dans un but de défense professionnelle. Ceux d'entre nous, en effet, qui ont pris et prennent part à l'administration de notre Syndicat et à la répression de l'exercice illégal de la médecine, ont une connaissance suffisante de la psychologie des malades qui se laissent séduire par les réclames de la presse et par les affiches des vespasiennes pour ne pas s'illusionner. Ils savent bien que leur intention est surtout d'éviter de se confier à leur médecin ordinaire, soit par la crainte injustifiée d'une indiscrétion auprès de leur famille, soit par une sorte de pudeur déplacée, soit et surtout parce qu'ils pensent, dans leur crédulité plus que naïve, trouver un remède merveilleux et rapide, un spécialiste, possédant de mystérieux procédés qui leur permettront de guérir plus vite et de dissimuler leur maladie à leur entourage. C'est donc bien volontairement que ces malades s'adressent aux charlatans dont l'urinoir leur indique l'adresse et c'est bien volontairement qu'ils cherchent à échapper au contrôle de leur médecin, surtout si ce médecin est un médecin de famille. Aussi, nous, praticiens syndiqués, qui savons bien cela, nous nous sommes attaqués à la réclame des vespasiennes dans le but de protection de certains malades contre une exploitation éhontée et de débarrasser autant que possible notre profession de quelques douzaines de médecins indignes.

Notre désir vient d'être satisfait, l'ancienne publicité pharmaceutique et médicale a disparu des vespasiennes, mais elle y est remplacée par une autre que nous ne nous attendions guère à y trouver, celle du *Comité national de propagande d'hygiène et d'éducation prophylactique* dont le siège social est 7, rue Mignon.

Ce comité dont nous ignorons absolument les directeurs et dont nous ne doutons certes pas des excellentes intentions, a fait apposer dans certaines vespasiennes deux affiches jaunes : l'une imprimée en caractères rouges, recommande la lutte antituberculeuse et donne l'adresse des dispensaires antituberculeux de l'Office Public d'hygiène sociale.

L'autre, qui lui fait face, imprimée en caractères noirs, a trait au péril vénérien et donne l'adresse des services hospitaliers et du dispensaire d'hygiène prophylactique où les syphilitiques peuvent recevoir gratuitement des soins. Nous nous demandons si nos confrères des hôpitaux spéciaux et des dispensaires antituberculeux sont plus particulièrement flattés de la publicité clandestine faite à leurs services et s'ils réclameront l'inscription de leurs noms en caractères gras sur les affiches.

Vraiment, le Comité national pousse bien loin la pudeur. L'on crie par dessus les toits qu'il n'y

a pas de maladies honteuses, ni secrètes, mais des maladies tout court, que les vénériens et les tuberculeux des deux sexes ne sont pas des coupables mais des malades, dignes de ce fait de respect et d'égards, et pour leur indiquer les services et les dispensaires où ils pourront se faire soigner, on juge prudent d'avoir recours à la discrétion de la vespasienne qui devient (qu'on nous pardonne de nous servir de cette expression) le confessionnal de la nouvelle religion sanitaire. Ne serait-il pas préférable d'afficher sur les murs au grand jour ces placards qui n'ont rien de subversif et dont les petits caractères des adresses seraient bien plus lisibles que dans le clair obscur hypocritement discret de l'urinoir ?

Oh ! nous entendons déjà la réponse que l'on nous fera ; le comité espère détourner dans les hôpitaux et les dispensaires la clientèle qui gagnait autrefois le cabinet louche ou l'officine suspecte dont les affiches des vespasiennes lui indiquaient l'existence. Quelle erreur ! Les malades qui se laissaient séduire par cette publicité, qui n'allaient pas chez leurs médecins pour des raisons que nous avons exposées plus haut, n'iront pas davantage et pour les mêmes raisons dans les dispensaires, ni dans les hôpitaux. Le résultat obtenu sera de déconsidérer un peu plus les méthodes employées pour réaliser la prophylaxie antituberculeuse et antivénérienne dans le corps médical d'abord, (ce dont le Comité national se soucie sans doute peu) dans la partie saine du grand public ensuite qui ne verra pas sans stupéfaction la nouvelle publicité se substituer à l'ancienne. Et comme les cliniques spéciales et les officines suspectes ne sont pas à court d'imagination, elles trouveront des moyens nouveaux de réclame qui leur ramèneront une clientèle qui n'a pas l'intention de les abandonner.

***

Un autre procédé de prophylaxie antivénérienne, qui, celui-ci, est encore à l'état de projet, a fait le sujet d'un article du *Progrès médical* du 2 février 1924. C'est un distingué médecin principal, M. le Dr G. Saint-Paul, qui en est l'auteur. Bien que nous ne soyons guère tenté de défendre le projet de M. G. Saint-Paul, il nous est permis de le féliciter bien sincèrement de son courage, car le procédé de lutte antivénérienne qu'il expose provoquera vraisemblablement de nombreuses plaisanteries et sera une mine inépuisable de scènes amusantes pour les revues de fin d'année des théâtres légers et des cafés concerts. Or il faut être bien convaincu et ne pas manquer de caractère pour braver le ridicule que la légende prétend mortel en notre pays.

M. G. Saint-Paul est médecin militaire, c'est sans doute dans le but d'assurer la prophylaxie antivénérienne, surtout dans l'armée, qu'il a émis son idée. Elle consiste à trouver à la lutte antivénérienne une auxiliaire inattendue comme l'indique le titre de l'article : *La prostitution doit aider la prophylaxie.* M. G. Saint-Paul cherche les moyens d'intéresser les maisons de prostitution et leur personnel à l'enseignement prophylactique ; il préconise deux procédés qui doivent marcher de pair : augmenter le gain des établissements qui se plieraient à cet enseignement, user de sanctions contre ceux qui, s'y dérobant, deviendraient les sources de contamination. Il propose la création d'une cabine prophylactique dans chaque maison publique où deux infirmiers instruits, liés par le secret professionnel, donneraient l'enseignement nécessaire et feraient prendre les précautions indispensables. M. G. Saint-Paul ne va pas jusqu'à proposer de mettre à la tête des établissements en question une direction médicale ni d'y instituer un enseignement officiel. Mais en bonne logique, son idée poussée jusqu'au bout, devrait aboutir à ces innovations.

Les progrès sont si stupéfiants à notre époque qui vit le triomphe de l'aviation, de la télégraphie sans fil et du radium, que nous ne serions pas autrement étonnés si un jour on nous annonçait la création du lupanar-école d'éducation sexuelle. Resterait à savoir si le corps enseignant relèverait du ministère de l'hygiène ou de celui de l'instruction publique.

Nous laissons nos lecteurs méditer sur le projet troublant de M. G. Saint-Paul.

J. Noir.

(*Rép. d'H. et de M. S.* : 7260).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des tumeurs malignes des gaines tendineuses.

Par M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

S'il est un diagnostic particulièrement délicat à poser, c'est assurément celui de tumeur maligne de la gaine des tendons, car la plupart des symptômes par lesquels se manifestent cliniquement ces néoplasmes se retrouvent communément dans l'évolution des autres affections qui peuvent venir frapper les enveloppes tendineuses. Aussi, dans l'immense majorité des cas, est-il des plus difficiles de reconnaître la sarcomatose des gaines, particulièrement dans ceux où il existe au début quelques points de dégénérescence fibro-kystique, car on se trouve alors en présence de tumeurs offrant à la palpation une sensation de mollesse et de fluctuation, bien capable d'induire le chirurgien à de grosses méprises et de le porter à confondre les néoplasmes des gaines avec toutes les autres affections, si nombreuses, qui peuvent arriver à les simuler.

Aussi, n'est-ce que par un examen tout à fait attentif du malade, et qu'en tenant bien compte de tous les renseignements et de tous les petits signes fournis, qu'il sera possible, en dernière analyse, de porter le diagnostic de tumeur maligne des gaines, qui ne devra être, et nous le disons tout de suite, qu'un véritable diagnostic d'élimination, un diagnostic d'exception.

Les tumeurs des gaines tendineuses se rencontrent chez les enfants comme chez les adultes ; elles se développent sur le membre supérieur au niveau des doigts, de la main et de l'avant-bras, comme elles peuvent siéger au membre inférieur sur des orteils, sur le pied, et sur la moitié inférieure de la jambe. Aussi, avant de pouvoir affirmer avec certitude que la lésion observée est bien située au niveau d'un tendon, convient-il tout d'abord d'éliminer les différentes lésions qui peuvent prendre naissance aux dépens des diverses formations constitutives régionales (articulation, tégument, muscles, nerfs, etc.).

Il est, en premier lieu, relativement assez facile d'écarter l'idée d'un kyste arthro-synovial, tumeur liquide développée sur la face dorsale des synoviales articulaires. Leur siège est déjà un excellent élément de diagnostic, car c'est surtout à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, et à la face dorsale du poignet que se trouve le lieu d'élection de ces kystes arthro-synoviaux. Et, si leur contenu liquide et visqueux parvient, dans certains cas de haute tension, à leur donner une fermeté, une résistance presqu'analogues à celles d'une tumeur solide, on notera en revanche, contrairement à ce que l'on observe dans les tumeurs vraies, et cela en plus d'une absence complète de gêne et de phénomènes douloureux, des modifications de volume imprimées à ce kyste par les mouvements de flexion de la main sur l'avant-bras, ou d'extension du pied sur la jambe.

Après avoir ainsi éliminé l'origine articulaire de la tumeur, il convient de se demander en second lieu si son point de départ ne se trouve pas dans la couche superficielle (téguments), dans la couche profonde (squelette), ou dans la couche intermédiaire (muscles, vaisseaux, nerfs).

Les tumeurs, qui proviennent soit de la peau, soit du tissu cellulaire sous-cutané, affectent au début une situation tout à fait superficielle ; plus tard, elles tendent surtout à proliférer en surface, et ce n'est que tout tardivement, dans les stades ultimes, qu'elles arrivent à adhérer aux plans profonds, puis à les envahir. De par leur évolution clinique, les tumeurs de la peau se distingueront donc nettement de celles qui se développent au niveau des gaines tendineuses.

Une exostose de croissance, un ostéo-sarcome ne peuvent être mobilisés ni dans le sens vertical, ni dans le sens horizontal ; ils adhèrent en outre intimement au squelette, et ces caractères suffisent pour les différencier. Le périoste peut être le siège d'une néoformation envahissant et infiltrant tardivement les gaines tendineuses ; le diagnostic, tout à fait facile au début, deviendra donc ultérieurement beaucoup plus délicat, et seule, une palpation méthodique pourra éclaircir cette question et empêcher une erreur. D'après la plupart des auteurs, on pourrait souvent, dans ce cas, percevoir une légère crépitation, et en fin de compte, il ne faudrait pas oublier de recourir à la radiographie qui permettra de lever tous les doutes. Ce n'est que dans ces cas tout à fait ex-

ceptionnels, comme celui que rapporte Venot, dans lequel le sarcome des gaines adhérait en un point du périoste et où le véritable diagnostic ne fut d'ailleurs pas porté, que l'interprétation exacte devient impossible.

Inutile d'insister bien longuement sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs nerveuses et vasculaires que l'on peut se borner à signaler, car les névromes, comme d'ailleurs les anévrysmes et les angiomes profonds, se manifestent, étant donné le peu d'épaisseur de la région, par un ensemble de troubles fonctionnels et physiques qui ne pourront laisser aucun doute dans l'esprit.

Pour les tumeurs d'origine musculaire, à l'exception de celles qui peuvent provenir du carré pronateur, elles siègent rarement dans les régions où se développent les sarcomes des gaines et ce n'est guère qu'au tiers moyen de la jambe et de l'avant-bras que le diagnostic pourra être quelque peu hésitant. Mais il faut se garder d'oublier que ces tumeurs tiendront plutôt à proliférer en plein muscle, et ne montreront que fort peu de tendance à envahir les territoires purement tendineux, ce qui donnera un très bon élément de différenciation.

L'origine tendineuse du néoplasme étant ainsi tout d'abord établie, il faudra en second lieu se demander si la tumeur est développée aux dépens du tendon lui-même ou bien aux dépens de sa gaine.

Les tumeurs tendineuses vraies sont extrêmement rares : les fibromes et les ostéomes décrits par Nélaton, Demarquay, Kirmisson, Lejars, Blanc, Kummer, ne présentent pas l'allure envahissante des sarcomes, et offrent une consistance beaucoup plus ferme. Au premier abord, le sarcome pur des tendons, dont Rosenthal a rapporté neuf observations, semble d'un diagnostic plus difficile, car, par la rapidité du développement et par l'extension précoce aux régions voisines, il rappelle assez bien l'allure clinique des tumeurs nées aux dépens des gaines tendineuses. Mais il faudra se souvenir que dans le cas de néoplasme propre des tendons, la gêne fonctionnelle se manifeste de très bonne heure, alors que la tumeur ne présente encore qu'un développement des plus modérés, et ce caractère suffira à lui seul pour assurer le diagnostic.

Il est encore une autre affection des tendons qui est plus difficile à différencier du sarcome des gaines : ce ont les kystes décrits en 1910 par Bergmann, kystes analogues, comme aspect de la paroi et du contenu, aux kystes synoviaux articulaires, mais développés dans l'épaisseur même des tendons. Bergmann relate dans son mémoire trois cas observés chez des sujets jeunes, qui présentaient sur le trajet d'un tendon (long péronier latéral, extenseur des doigts) une tumeur bien limitée, tendue, peu douloureuse, avec tous les caractères des tumeurs vraies. Dans aucun de ces trois cas, le diagnostic exact ne fut porté, et ce n'est qu'au cours de l'intervention que l'on vit seulement que l'on avait affaire à un kyste developpé dans l'épaisseur même du tendon. On comprend aisément que ces collections liquides dues, selon les idées de Ritsche et de Bergmann, à une dégénérescence colloïde particulière du tissu conjonctif périfasciculaire, peuvent donner le change et que seule, l'intervention, comme le dit bien Bergmann, est capable d'en montrer la véritable nature.

Parmi les différentes affections propres aux gaines tendineuses et susceptibles de pouvoir induire en erreur le clinicien, on peut se contenter de signaler simplement l'existence des téno-synovites crépitantes et des téno-synovites séreuses. Les premières possèdent des symptômes très particuliers, dont le plus important est la crépitation, et quant aux secondes, qu'elles soient d'origine traumatique, blennorragique ou rhumatismale, leur diagnostic se pose facilement. Les commémoratifs feront facilement reconnaître les productions traumatiques, et l'existence d'un écoulement urétral, d'une adénite, ou d'une épididymite aiguë, permettra de différencier les synovites relevant d'une affection gonococcique. Enfin les synovites rhumatismales s'accompagneront de mouvement fébrile et de douleurs articulaires, qui ne pourront laisser commettre une erreur.

La tuberculose des gaines se présente avec des manifestations cliniques si nombreuses et si variées que, bien souvent, on range parmi les sarcomes des cas de productions tuberculeuses et inversement : il en suffit pour preuve les cas de Gignouse et de Jourdan, où l'on intervint en croyant avoir affaire à une affection tuberculeuse des gaines.

Au nombre des téno-synovites bacillaires, il est une forme qui, plus que toutes les autres, peut en imposer pour une tumeur solide ; c'est la synovite à grains riziformes. Elle se rencontre surtout au niveau des gaines digito-palmaires et au membre inférieur le long de la gaine des extenseurs des orteils. C'est une poche à parois plus ou moins minces, surdistendue par un liquide sous forte tension où flottent libres ou adhérents les corps hordéiformes. Certes, au niveau du membre supérieur, la poche a souvent une forme en bissac et il est possible, en refoulant d'une loge dans l'autre le contenu liquide, de produire au moment du passage au point retréci le bruit de chaînon caractéristique. Mais cette disposition peut ne pas exister ; pour peu que la paroi soit épaisse, irrégulière, le contenu de la poche reste irréductible, et dans ces conditions, le diagnostic présentera nécessairement de grandes difficultés. Il faudra cependant retenir que, quelle que soit la tension du contenu liquide

d'une téno-synovite, ce dernier n'arrive jamais à offrir la consistance dure d'une tumeur néoplasique, et que dans le doute, on pourra toujours avoir recours à une ponction et à l'inoculation au cobaye du liquide retiré.

En seconde ligne, vient la synovite fougueuse, tuméfaction mamelonnée sur le trajet des tendons, suivant le mouvement de va et vient dans le sens de l'action des muscles et effaçant les méplats articulaires. La consistance assez ferme que l'on note au début pourra être trompeuse et en imposer, mais au bout d'un temps généralement assez court, surviennent le ramollissement et la suppuration. Dans leur marche envahissante, les fongosités et le pus ne tardent pas à dépasser les limites de la gaine et à arriver au contact des téguments ; bientôt, la peau s'amollit par place et des trajets fistuleux intarissables s'établissent en différents points. Les territoires ganglionnaires correspondants sont envahis, la santé générale est menacée, et la recherche du bacille de Koch dans le pus et dans les fongosités se montrera positive.

Il est une affection des gaines, exceptionnelle il est vrai, la téno-synovite à tendance fibroformative, dont la variété proliférante ou tubéreuse, décrite par Kœnig et bien étudiée par Kummer, peut simuler une tumeur par les excroissances papillomateuses arrondies et lisses, sessiles ou pédiculées, qui font saillie dans des poches atteintes d'inflammation chronique. L'erreur peut se commettre facilement s'il s'agit d'une gaine digitale où la tuméfaction reste longtemps limitée ; elle est beaucoup plus difficile pour les autres régions où les tumeurs deviennent beaucoup plus volumineuses.

Inutile d'insister sur le diagnostic avec les kystes téno-synoviaux qui s'impose, alors qu'il existe d'autres lésions qu'il est beaucoup plus malaisé de reconnaître et de différencier.

Le lipome arborescent des gaines tendineuses, appelé encore téno-synovite proliférante à type graisseux de Kummer, est caractérisé par une infiltration adipeuse de la paroi synoviale, avec des végétations lipomateuses sur sa face interne. Cette téno-synovite, que Poncet pensait être d'origine tuberculeuse, arrive à constituer une tuméfaction plus ou moins volumineuse ayant la consistance des néoplasmes graisseux. En présence d'une tumeur des gaines, il suffira de songer au lipome : la tuméfaction est beaucoup moins limitée que dans les sarcomes, les contours en sont tout à fait différents, et elle ressemble bien plus à une synovite fongueuse incomplètement ramollie qu'à une tumeur vraie.

Dans un article de la *Presse Médicale*, Forgue et Massabuau ont signalé une forme de synovite hypertrophiante pseudo-néoplasique, étudiée depuis par Rossi, par Donaté et par Ugo-Camara, et qui se rapproche autant par ses caractères histologiques que cliniques des néoplasmes conjonctifs. Ce sont des tumeurs bien limitées, recouvertes par une peau normale, constituées par un tissu ferme, sans aucune tendance à la caséification, englobant complètement les tendons, toutes conditions en somme qui réalisent le tableau clinique des tumeurs malignes et entraînent de grandes difficultés de diagnostic. C'est d'ailleurs, dans de pareils cas, que l'examen histologique devient tout particulièrement délicat et peut parfois, même lorsqu'il est pratiqué par des anatomo-pathologistes de valeur, induire en erreur complète. Aussi ne faut-il pas alors se contenter de simples examens, mais leur ajouter d'autres recherches de laboratoire.

Comme la tuberculose, mais bien loin derrière elle, la syphilis peut produire, au niveau des extrémités digitales, des dactylites pouvant simuler une tumeur des gaines : tel était le cas de Nicolas dont Rochard a fait le sujet de sa thèse. Il faut donc savoir, dans certains cas douteux, utiliser les commémoratifs, le traitement d'épreuve, ainsi que les recherches de laboratoire (réaction de Wassermann, du benjoin colloïdal) avant d'en venir à une intervention sanglante.

Le diagnostic de tumeur des gaines une fois porté, est-il possible en clinique d'en préciser la nature, c'est-à-dire la variété histologique ? Contrairement à Heurtaux et à Malherbe qui pensaient que, grâce à certains caractères (tumeur moindre, consistance plus molle, lenteur d'accroissement), on pouvait différencier les myélomes des sarcomes, nous croyons que cette distinction clinique sera toujours extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible. Le siège même des tumeurs qui, pour certains auteurs, donnerait une quasi certitude de structure, ne nous paraît pouvoir fournir que des présomptions. Les sarcomes à myéloplaxes se développent assurément de préférence au niveau des orteils et des doigts, mais on en a rencontré également à la main et à l'arrière-pied ; les sarcomes fuso-cellulaires ont été signalés aux doigts, aux orteils, à la main, au pied et à l'avant-bras. Quant au sarcome globo-cellulaire, il a été noté aux doigts, aux orteils, à la main, au pied, à l'avant-bras et à la jambe. On voit par ces multiples localisations combien il est difficile de porter un diagnostic précis, étant donné que toutes les variétés de sarcome se rencontrent, avec des différences de pourcentage bien minimes, aux diverses régions où apparaissent ces tumeurs.

La récidive *in situ* et la généralisation ne peuvent pas non plus être d'un bien grand secours, car tous les néoplasmes, quelle que soit leur nature, peuvent présenter ces complications. Aussi faudra-t-il se souvenir que seul l'examen histologique après biopsie pourra trancher la question et que de son résultat découleront d'importantes indications opératoires.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Le mycosis fongoïde.

M. le Professeur JEANSELME,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Les hasards de la clinique ont fait entrer dernièrement dans notre service un malade atteint d'une affection rare, le mycosis fongoïde. Cette appellation de mycosis fongoïde, due à Alibert, est d'ailleurs assez défectueuse. Après Alibert, Bazin, un des plus illustres médecins de cet hôpital, décrivit longuement la maladie ; sa description fut complétée par Brocq.

Il est difficile de donner une définition précise de l'affection dont je vous parle, puisque sa nature reste indéterminée. Nous ne pouvons nous baser que sur les symptômes et l'évolution. Le mycosis fongoïde est une maladie chronique, à poussées successives, à manifestations cutanées polymorphes, quelquefois à manifestations viscérales. Un de ses caractères majeurs est le prurit. Elle aboutit généralement à la mort, après de nombreuses années, il est vrai.

Le début a lieu par des éruptions cutanées polymorphes et quelquefois par du prurit seulement : prurit intense, forcené, que rien n'explique. Quand, chez un sujet qui a dépassé l'âge moyen, vous voyez un tel prurit, vous pouvez penser au mycosis. Souvent aussi, il y a des lésions cutanées superficielles, à type d'urticaire, de roséole, des petites eczématides, se faisant par poussées successives. On croit à de l'urticaire chronique, à de l'eczéma, à de la lichénisation.

Puis, survient une autre phase, plus caractéristique pour l'œil averti. Les petits placards s'élargissent, se rapprochent et, au bout d'un certain temps, tout le corps peut être habillé par une nappe érythrodermique, qui comporte quelques petits espaces respectés. La nappe érythrodermique faisant relief, les zones intactes de la peau paraissent enfoncées.

La peau érythrodermique est de couleur brique, violacée en d'autres points, épaissie, quelquefois un peu œdémateuse. Elle paraît détendue, trop lâche, formant en certaines régions (aisselles, abdomen), des plis, des bourrelets. Son aspect n'est plus lisse, mais grenu, rappelant la peau d'orange. Elle est recouverte de squames, simulant dans quelques cas les taches de bougie du psoriasis ou la desquamation large de la dermatite exfoliatrice. L'exfoliation peut être plus discrète.

En même temps, le système lymphatique est atteint. On trouve, aux aines, et aussi aux aisselles et aux chaînes carotidiennes, des masses ganglionnaires assez fermes, indolores, aphlegmasiques, bien délimitées.

Aux deux symptômes précédents (éruptions cutanées, adénopathies), s'en ajoute un troisième, le prurit : prurit forcené, s'accompagnant de lésions de grattage, causant l'insomnie.

Les ongles sont usés (aux dépens de la table externe) par le grattage, brillants. Parfois, cependant, ils sont dépolis, stratifiés, ce qui tient à des lésions de la matrice de l'ongle.

Les différentes phases que je viens d'énumérer ne se montrent pas toujours dans cet ordre. D'autre part, il arrive assez souvent qu'en promenant les pulpes digitales sur la peau on sente des petites saillies, qui peuvent être le point de départ des tumeurs du mycosis fongoïde. Ces tumeurs siègent sur la peau malade ou même sur la peau saine. Il est des cas de mycosis à forme d'emblée néoplasique, sans érythrodermie. Habituellement, les tumeurs sont tardives. Leur volume varie de la grosseur d'une cerise à celle d'une tête de fœtus. Fréquemment, elles sont étranglées à la base et ombiliquées, avec une forme pseudo-hémisphérique. De plus, leur surface est bosselée, d'où un aspect caractéristique. A l'habitude, ces tumeurs sont assez molles, de couleur rouge vif, d'où la comparaison qu'on en a faite avec des tomates.

Ces lésions ont tendance à s'ulcérer. Tantôt une érosion apparaît au centre ; tantôt, la masse se mortifie, se creuse et l'on trouve une grosse excavation sous leur enveloppe, comme un fruit pourri dont la pelure peu touchée fait illusion. Les néoplasies en question affectent parfois des formes hémicycliques, policycliques. On peut les voir couvrir tout un flanc, par exemple, et rappeler grossièrement le cancer. Elles diffèrent notablement de ce dernier, par l'absence de saignements, leurs bords mollasses et non durs, leur exubérance sans pénétration en profondeur. Elles sont susceptibles de régresser spontanément, et complètement, sans laisser de cicatrice (simplement une aire achromique).

Les symptômes de mycosis fongoïde — prurit ; lésions eczématolichénoïdes, puis érythrodermiques ; petits infiltrats pouvant être l'origine de tumeurs spéciales ; infiltrations ganglionnaires — peuvent se succéder, et cela pendant des années. La maladie — même sans thérapeutique — semble quelquefois guérir, offrant des trèves assez longues. Malheureusement, ce ne sont que des trèves et un moment arrive où l'évolution reprend. Le mycosis est, en effet, presque toujours mortel. Le prurit entraîne une insomnie tenace, les fonctions cutanées sont profondément trou-

blées et le malade finit par tomber dans le marasme. Les infections cutanées (streptocoque, staphylocoque) sont fréquentes. Plus rarement, la mort résulte de lésions internes, d'une néphrite par exemple, facilitée par le mauvais état de la peau.

Différentes pathogénies ont été proposées pour expliquer le mycosis fongoïde. L'examen des altérations érythrodermiques montre un aspect de ganglion lymphatique étalé. Les tumeurs sont formées de tissu adénoïde. La formule sanguine n'a rien de caractérisé : c'est une formule de mononucléose. On peut trouver, d'autre part, dans le foie, la rate, et même le poumon, le rein et le cœur, des tumeurs analogues à celles de la peau. Dans ces conditions, on tend à penser qu'il s'agit d'une sorte de lymphadénie cutanée.

Vous savez que, chez l'embryon, le tissu hématopoiétique existe aussi au niveau de la peau. Plus tard, il se différencie. La théorie actuelle considère que dans la peau et même les viscères il se produit alors une reviviscence de cette fonction embryonnaire. Je ne pousserai pas plus loin ce côté pathogénique. J'ajouterai seulement que, dans certains cas de mycosis fongoïde, on peut voir le sang contenir un gran d nombre de leucocytes, aboutissant à la leucémie. On peut rencontrer tous les intermédiaires entre le mycosis fongoïde, la lymphadénie de la peau, et la leucémie.

Sous quelle influence se ferait cette reviviscence cellulaire ? On a cherché un *primum movens* infectieux. Quelquefois, l'affection apparaît après une maladie aiguë, plus souvent, dans une infection chronique, la tuberculose et la syphilis (acquise ou héréditaire) surtout.

Je passe au diagnostic. En général, il reste longtemps indéterminé. Il commence à s'éclairer à la période érythrodermique. Je vais vous dire quelques mots, à ce propos, du malade de notre service. C'est un homme de 61 ans, cultivateur, qui fait remonter le début de son affection à 1917. Jusqu'en 1921, l'unique symptôme fut un état squameux accompagné de prurit, à la paume des mains et à la plante des pieds. Les hyperkératoses palmo-plantaires sont ici communes, mais, en l'absence d'érythrodermie, elles n'ont rien de caractéristique. A partir de 1921, le patient eut des poussées cutanées simulant l'eczéma sec et lichénoïde. Fait important, susceptible déjà d'orienter le diagnostic, à chaque poussée, le patient voyait ses aines se gonfler, se soulever, pour rentrer dans l'ordre ensuite. Cette coïncidence d'un gonflement ganglionnaire avec une lésion cutanée prurigineuse doit éveiller l'attention du clinicien. Il ne s'agit pas de ganglions infectés par une pénétration microbienne au niveau de la peau malade : les ganglions sont complètement indolents.

A partir de juillet 1923, les lésions banales du revêtement cutané se transformèrent en une véritable érythrodermie. On fit, à Tours, quelques applications radiothérapiques qui calmèrent le prurit, d'abord, et restèrent ensuite sans effet. C'est alors que cet homme, entra, au début de novembre, à la clinique. Examinons-le. Vous voyez tous les caractères de l'érythrodermie mycosique. La face est rouge, infiltrée, les traits empâtés. Les lésions cutanées que vous apercevez sont mixtes, dues à la fois au mycosis fongoïde et à la thérapeutique. Elles comprennent : l'érythrodermie avec plis cutanés surabondants, saillies ganglionnaires, chute des poils, légers infiltrats, perçus en promenant les doigts sur certains points. Les lésions thérapeutiques relèvent du traitement que nous avons mis en œuvre : les rayons ultra-violets et le cacodylate de soude à haute dose (2 gr. 60, intra-veineux, en douze jours). Ces lésions sont : un aspect bronzé des téguments, une augmentation de la desquamation et de l'hyperkératose. On ne note pas d'altération des muqueuses, comme il en existe quelquefois. La formule sanguine est celle rencontrée d'habitude (mononucléose marquée). Pas d'anémie, pas de leucémie vraie.

Nous avons fait faire un Wassermann qui s'est montré négatif. S'il avait été positif, un traitement spécifique eût été évidemment indiqué.

Le diagnostic a pu être posé ici d'emblée, mais il est des cas qui s'accompagnent de lésions adventices déroutantes. J'ai observé un sujet chez lequel toute la région érythrodermique était hérissée de papillomes, offrant l'aspect de la tuberculose verruqueuse ou de l'icthyose histrix, mais je ne connais pas de tuberculose verruqueuse de ce genre et, pour l'icthyose, le caractère, congénital de celle-ci suffit à l'éloigner. De plus, le prurit forcené appartient au mycosis fongoïde.

Quelques mots, pour terminer, du traitement. Bien entendu, il est infidèle puisqu'habituellement la maladie a une terminaison fatale. Un mycosique fongoïde doit être soigné tout d'abord comme un grand brûlé. Il est nécessaire de recouvrir la peau d'un corps gras neutre, l'axonge ou le liniment oléo-calcaire. Vous tâtonnerez pour trouver le meilleur produit dans chaque cas. La peau devient ainsi plus souple, et ne donne plus au patient la sensation de brisure pendant les mouvements.

Quand vous avez des tumeurs ulcérées, vous appliquerez sur elles des préparations antiseptiques, naphtolées par exemple. Surtout, ne pas enlever chirurgicalement ces tumeurs, qui guérissent spontanément, sauf cas exceptionnels. Les médicaments utilisables se réduisent à très peu de chose. On a surtout employé, depuis longtemps d'ailleurs, l'arsenic. Même le cacodylate de soude intra-veineux à hautes doses,

◆◆◆

même le novar, ne donnent pas grand résultat. L'opothérapie n'est pas supérieure.

Reste la cure radiothérapique. Elle calme le prurit et fait rétrocéder, momentanément, les ganglions et les tumeurs. Les résultats sont quelquefois si beaux qu'ils donnent une espérance de guérison. Malheureusement, après une trêve, la maladie reprend son activité et devient de moins en moins réductible par les rayons ; ceux-ci restent sans effet, alors, mais le répit peut avoir été assez long.

En pratique, donc, le traitement se résumera en trois choses : couvrir la peau d'un corps gras, faire de la radiothérapie et peut-être recourir à l'arsenic.

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. LACROIX.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Décentralisation provinciale et décentralisation parisienne au point de vue chirurgical. De l'esprit de société pour le développement de la science

Notre dévoué et distingué collaborateur DARTIGUES *vient d'être élu président de la* Société des Chirurgiens de Paris. *En prenant possession du fauteuil présidentiel, il a prononcé une remarquable allocution où il parle de la décentralisation scientifique, et où il soutient la cause de tous les laborieux du savoir et de la recherche, des plus humbles aux plus grands ; il y montre aussi l'état d'esprit qui doit animer les sociétés savantes, pour le développement désintéressé du progrès. Dans un langage élevé, où il se hausse aux grandes idées et aux sentiments altruistes qui lui sont chers, avec une indépendance d'affirmation et d'expression qui caractérisent sa manière, Dartigues a synthétisé en grandioses images l'œuvre magnifique de la science et l'esprit qui doit animer ses serviteurs fervents. Le* Concours médical, *si attaché à toutes les manifestations qui peuvent être utiles à l'épanouissement du sentiment confraternel dans l'œuvre de science, a demandé à son collaborateur de reproduire cette allocution qui est, en somme, une des causeries auxquelles il a su nous attacher.*

N. D. L. R.

Mes Chers Collègues,

Vous m'avez appelé au très grand honneur de présider vos séances et de diriger, en 1924, la destinée de la Société des chirurgiens de Paris. Je vous en remercie profondément, car vous avez voulu surtout reconnaître par là mes efforts à servir notre groupement scientifique depuis sa fondation.

Etre à l'honneur, être au devoir dans le plaisir d'une approbation générale accordée par ses pairs, ses camarades et ses amis, c'est une récompense si haute qu'on n'a plus qu'un souci, c'est d'en être digne !

Messieurs, quand une création apparaît pour augmenter la force spirituelle sociale, c'est qu'une évolution plus ou moins longue a préparé cet avènement : l'idée était animée d'une progressive vitesse et rien ne pouvait empêcher sa venue au jour. Mais, faut-il cependant que certains hommes prennent l'initiative de la réaliser d'une façon pratique, en groupant les esprits préparés et les volontés toutes prêtes à s'unir ! Je ne saurais donc ouvrir cette session sans adresser notre reconnaissance collective à celui qui a mené à bien la tâche de la fondation de notre Société, à notre premier président CAZIN ; c'est à lui que nous devons d'être ici ce soir.

Il était de toute évidence qu'en plein XXe siècle, où la chirurgie a pris une telle extension et une telle puissance de par le monde, et en particulier dans notre pays, qui possède la plus haute moyenne de savoir et d'expérience acquis dans la méthode, la précision et la clarté françaises, qu'une seule tribune à Paris ne pouvait plus suffire pour exprimer tous les progrès et pour discuter dans le contrôle mutuel les résultats de l'observation clinique et des techniques opératoires.

Si nous sommes sincèrement respectueux des traditions qui nous relient à un passé qui nous a faits ce que nous sommes ; et si, comme le disait jadis Pasteau dans une merveilleuse allocution : « *Nous sommes ennemis de l'ignorance et de toute espèce d'anarchie scientifique comme du respect admiratif des idées toutes faites* », il faut bien tout de même, à un moment, si tant est qu'il est impossible de faire éclater des cadres trop étroits, en créer de nouveaux où puissent s'exercer plus largement et plus indépendamment l'activité humaine.

Nous aussi, comme tous ceux qui prirent des initiatives, nous prétendons amalgamer en nous une force de tradition et une force neuve de liberté : la tradition.., mais nous en créons une du seul fait de notre existence qui se poursuit. Et d'ailleurs, notre ancien président Ozenne ne nous a-t-il pas démontré, en 1909, qu'historiquement, nous recueillons la succession de la *Corporation des chirurgiens de Paris*, fondée au XIIIe siècle.

Songez qu'elle n'est pas loin, l'époque pénible

de transition que quelques-uns d'entre nous ont vécue et où nous avons été les champions d'une nouvelle ère d'existence chirurgicale. Bien des jeunes, qui peuvent aujourd'hui s'adonner à la science qui leur est chère et dont ils vivent, ne se doutent pas des difficultés que nous avons traversées et même parfois des humiliations subies pour avoir droit à la parole et au port-d'arme du bistouri. Mais, quand l'exercice de la chirurgie s'est multiplié pour le bien des malades dans une société ayant pris un énorme accroissement et pour le besoin des temps nouveaux, il a fallu de nouvelles tribunes scientifiques. C'est ainsi que s'est créée la Société des chirurgiens de Paris, et puis celles de Lyon, de Montpellier, de Marseille, Toulouse, Bordeaux, Strasbourg, Nancy, Lille, etc.

Une décentralisation chirurgicale s'était faite en province sous la poussée du progrès de notre art et sous la levée nombreuses d'hommes de talent sur tous les points du territoire. Pour nous, nous avons, à côté de cette décentralisation provinciale, établi une décentralisation dans la centralisation parisienne même. Nul plus que nous ne respecte et n'admire nos grandes Sociétés aînées, mais il faut bien reconnaître que ceux qui travaillent avec ardeur dans l'honnêteté, ont droit à la vie intellectuelle comme à la vie matérielle, et nous pensons que nul n'a le droit de passer avec des éteignoirs quand les légères flammes vacillantes de la vérité se lèvent.

Le président du dernier Congrès français de chirurgie, M. Témoin, nous a tracé le tableau du *Chirurgien solitaire de province*, celui qui vit et agit en dehors des centres universitaires. Mais si ce dernier a ses difficultés, il a aussi ses avantages : il a son initiative entière, il simplifie sa manière et intensifie son rendement individuel ; il n'est pas trop à plaindre ; il a un fief chirurgical où on vient le chercher au besoin pour le porter aux honneurs : c'est *un féodal* de la chirurgie. Mais il y a aussi le cas du *Chirurgien solitaire de Paris* : votre mérite, au plus grand nombre, est de travailler dans les conditions les plus difficiles, qui vous obligent à être plus ingénieux, à avoir plus d'initiative personnelle et à développer en vous le sens plus aigu des responsabilités directes et sans soutien; sans être entourés d'états-majors d'hommes extrêmement distingués, agités par l'ambition, intéressés à vous aider, à vous compléter, à faciliter votre tâche, à vous tenir en haleine, il faut que vous alimentiez votre champ d'observation et d'action et c'est bien vous qui êtes à la fois votre général et votre soldat.

Il est certain que pour nous, chirurgiens de Paris isolés, la nécessité d'une tribune nouvelle s'imposait, parce qu'elle constitue plus qu'un endroit où l'on peut parvenir à se faire entendre, mais un lieu de réunion où nous mettons en commun les résultats de nos essais et de notre expérience. Que serions-nous tous, tant que nous sommes ici, sans cette Société qui est un port d'attache qui nous empêche de sombrer, inconnus, dans la grande mer parisienne ?... une poussière intellectuelle éparse et sans direction ! Aimons-la, soutenons-la, cette Société qui a doublé, comme autrefois Vasco de Gama, le Cap des Tempêtes et qui, grâce surtout à Bonamy, notre président de guerre, grâce à Cazin, Péraire, Le Fur et d'autres, a surnagé au sein de toutes les difficultés de la guerre, comme le navire symbolique de notre grande ville. Aimons-la, fortifions-la, ne serait-ce que pour la cohésion, le soutien moral, et les relations d'amitié ou de camaraderie qu'elle entretient parmi nous. Messieurs, il est assez émouvant de succéder à une série de présidents éminents par leur valeur technique, leur savoir scientifique et leurs qualités morales. Je remercie mon ami Thévenard de ses paroles vraiment trop bienveillantes ; je m'efforcerai d'imiter la façon dont il a dirigé vos débats, c'est-à-dire avec calme, bon sens et aménité. Thévenard représente à mes yeux un des principaux témoins d'une époque historique de la *chirurgie dominée par la haute silhouette de* Doyen, dont il a été l'assistant et le collaborateur scientifique pendant de longues années ; il a vu, près de cet homme prodigieux qui fut une force de la nature en même temps qu'un esprit puissant et créateur, des choses splendides que nous ne verrons peut-être jamais ; je m'incline devant Thévenard qui, par ses qualités chirurgicales personnelles, ses justes concepts, sa tranquillité cérébrale au milieu des difficultés, étreint la vérité, l'observation clinique et l'acte opératoire comme les robustes purs-sangs auxquels nous le savons habitué.

Mes chers collègues, avez-vous bien choisi en moi l'homme qu'il fallait pour le côté administratif d'une présidence ? Je ne le crois pas, et sans doute, relèverez-vous quelques naïvetés dans ma manière. Mais, je compte sur la précieuse collaboration des membres du bureau : sur Desjardins, notre distingué vice-président, Barbarin, notre sympathique et tout dévoué secrétaire général, Zislin, Lavenant, Iselin, Blanc, Lanos, Hérisson, Petit de la Villéon et sur votre indulgence unanime.

Ce que je puis vous promettre, c'est de diriger vos débats dans le plus grand sentiment d'impartialité, et peut-être aurai-je, en plus, le bonheur de faire surgir et fructifier quelques idées qui poussent à la rénovation et à la multiplication des actes qui font une Société plus prospère et plus puissante.

Quel doit être, en effet, le rôle d'un président ? *Un président doit être un incitateur de travaux*, et, comme le dénicheur de nids, savoir trouver dans la forêt scientifique les arbres frémissants d'où s'envolent les jeunes idées hardies, issues des

belles ovulations, Il doit pressentir tout ce qui est prêt à surgir de la variété de vos talents, car il n'y a pas, heureusement un type-étalon de chirurgien, mais des chirurgiens. Une note en nous domine, et il en est qui sont plus particulièrement cliniciens, techniciens, opérateurs, inventeurs, organisateurs, expérimentateurs ; quelques-uns jouent le rôle d'incitateurs, d'autres le rôle utile de frénateurs ; j'en appelle à Ozenne, notre Nestor, qui est quelquefois l'adversaire redoutable de nos idées, mais qui sait discuter sans être jamais l'ennemi de nos cœurs. Et ce qui ne nuit pas à l'excellence de l'esprit scientifique, il y a parmi vous de nombreux talents para-chirurgicaux, talents d'écrivains,d'orateurs, d'historiens, de biologistes, d'artistes. Notre ancien collègue à l'immense savoir, Baudouin, malheureusement éloigné de nous, n'est-il pas le créateur incontesté de la chirurgie de la Préhistoire ?

Un président doit profiter de cet esprit d'indépendance qui vous anime tous, et qui est, comme l'a dit Dupuy de Frenelle, « *une des plus belles formes de l'esprit français* ». Il doit aussi vous encourager à ambitionner la *Maîtrise* dont Judet a parlé un jour ici en termes incomparables « l'*esprit souffle où il veut*, a dit Judet, *et le plus modeste praticien de la ville ou de la campagne peut s'élever par l'effort de l'observation et de l'analyse aux plus hautes régions de notre art.* »

Un président doit être aussi un animateur : faire circuler la vie par le conflit honorable des discussions, faire en sorte que les communications analytiques de faits, ou synthétiques de vastes ensembles, ne restent pas lettre morte, et, permettez l'expression familière : « ne tombent pas à plat ». Il faut qu'on relève souvent le gant, surtout à propos des grandes questions. Vous avez déjà traité ici, par exemple, les anesthésies, les transfusions, les infections, les greffes ; mais, je voudrais vous voir discuter, à côté des grandes exérèses qui nous sont coutumières, les grandes plasties édificatrices morphologiques et splanchniques ; je désirerais vous entendre exposer vos idées sur la préparation si capitale des malades à l'opération, qui en augmente si merveilleusement le pourcentage de guérison ; sur l'apport complémentaire à la chirurgie des moyens physiothérapiques naturels, sur la continuation du traitement médical post-opératoire basé sur la modification des terrains lithiasiques, tuberculeux, cancéreux, par exemple ; je souhaiterais enfin que le côté appareillage de la chirurgie prît le développement suffisant qui prouvera qu'il n'est pas toujours nécessaire de verser le sang pour faire œuvre chirurgicale.

Messieurs, le tout, pour un cerveau, est de contenir des choses précieuses et variées ; il n'y faut pas donner asile à des choses insuffisamment exactes ou à des inutilités ; la place n'y est pas déjà si considérable ! Un cerveau vaut plus par la qualité que par la quantité des choses que l'on y introduit ; la valeur d'une cérébralité est en raison des vérités qu'elle a saisies et qu'elle garde fermement.

Mes chers collègues, nous avons eu tous nos déboires ; et, certains jours d'angoisse, dans notre si difficile profession, quel est celui d'entre nous qui, s'il a le cœur bien placé, n'a pas baissé la tête devant la fatalité décevante ? Qui n'a pas baissé la tête de tristesse, mais aussi de douloureuse méditation, en se demandant, face à face avec sa pensée et l'analyse de ses actes, s'il a bien fait tout ce qu'il fallait faire ? Il y a parfois dans notre art une part que nous mettons sur le compte de la fatalité, mais fatalité qui n'est faite que de notre faiblesse et de l'incertitude mouvante où la science du moment vogue encore, en attendant que soit éclairée de phares puissants la mer noirâtre de l'inconnu.

Tous, nous connaissons ces longues périodes heureuses où nous marchons de succès en succès, de salvation en salvation, de certitude en certitude, périodes d'épanouissement où nous croyons à notre définitive toute puissance et que le coup de tonnerre d'un désastre interrompt brusquement, nous ramenant à l'humilité, tout en nous plongeant dans le doute. Cette paralysie, heureusement, ne dure pas, et les forts reprennent l'âpre chemin où ils se regrandissent par de nouveaux succès puisés dans une foi chirurgicale renouvelée.

Mais, c'est pour cela qu'il faut avoir le courage de voir apporter ici la relation de nos échecs aussi bien que de nos cas merveilleux et étonnants, car si ces derniers ont la vertu de susciter des audaces rivales, les premiers sont une occasion d'instruction plus grande par une discussion plénière d'où sort un verdictd'enseignement et aussi un baume de réconfort, puisqu'il est bien rare que cette confession publique n'entraîne pas les aveux de certains qui ne furent pas plus heureux en des circonstances identiques.

Messieurs, *un président doit tout mettre en œuvre pour le prestige de la Société.*

La science a un caractère d'université qui la place bien au-dessus des partis, des religions, des nations ; elle inspire les esprits partout où il y a des hommes qui savent, pensent, travaillent et qui cherchent. Aussi, devons-nous accueillir largement et favorablement les étrangers, solliciter leur venue et leur demander de vouloir bien exposer leurs idées, leurs travaux. Je vous proposerai également, dans un nombre de séances augmenté s'il se peut, de susciter des conférences sur les sujets les plus à l'ordre du jour, traités par les hommes qui sont les plus désignés par leurs recherches.

Soyons réservés, et ayons de la mesure dans nos manifestations scientifiques, mais, par con-

tre, n'ayons pas la pusillanimité des faibles ; sortons de cette crainte illusoire de la critique des mobiles de notre extériorisation qu'on a trop fait longtemps peser sur nous et qui a abouti tant de fois à diminuer le mérite des initatives françaises, qui nous reviennent ensuite trop souvent de l'étranger comme choses nouvelles ! Persuadons-nous que ce qui est digne d'être connu, doit l'être avec le retentissement qui convient : si les travailleurs cherchent dans la solitude, la science ne vit pas de silence. Reconnaissons-le, il faut que les tribunes soient retentissantes ; elles sont faites pour cela ; il suffit qu'on y entende résonner de grandes vérités et éclater de belles découvertes.

Si vous avez quelque chose d'intéressant à dire, faites-le. Que la Société vous serve pour faire entendre votre voix, et que votre voix la serve ! Combattons les vieux préjugés ; dans cette belle enceinte, convions le plus de monde possible afin de diffuser intensément les nouveautés de la science devant des films, des projections dont Pauchet, ce merveilleux professeur d'énergie, va vous donner l'exemple.

Cultivons l'initiative ; méritons d'être à l'avant-garde comme le demandait notre ancien président Eugène Delaunay, et songeons que nous sommes les protagonistes « *d'un art qui n'est qu'initiative perpétuelle* », comme le disait jadis, avec un instinct si sûr et si éloquent, l'illustre bâtonnier, Henri Robert, en défendant un des nôtres.

Créons aussi le désir de travailler parmi les jeunes, poussons-les à produire, et attirons vers notre Société par des prix bienfaisants les laborieux. Pauchet et Cathelin ont bien voulu, répondant généreusement à mon appel avec la compréhension vive et intuitive qui les caractérise, créer un prix de gastro-entérologie de 1000 francs, et d'Urologie chirurgicale de 1000 francs. Je remercie en votre nom ces grands maîtres de la chirurgie gastro-intestinale et urologique qui font honneur à notre pays et à notre Société.

Mes chers collègues, travaillons enfin au sein de la camaraderie haussée à l'amitié. Travaillons pour l'idée juste et vraie, sans souci des conséquences personnelles ; travaillons pour le profit de tous ; voilà la vraie loi du travail qui nous rend indépendants et forts malgré la faiblesse de notre esprit et les défaillances de nos moyens. Dans le travail pour la vérité, on est toujours appuyé sur un roc inébranlable où jamais l'adversité ne peut complètement nous abattre. L'idée, l'effort scientifique, ont cela de merveilleux et d'unique que plus ils sont livrés avec générosité, plus on s'enrichit. Ceux qui ne rendent rien en retour à la masse sociale qui les nourrit sont de vils exploiteurs parasitaires ; ils sont les pirates fainéants de la savane sociale : nous les méprisons de tout notre esprit et de tout notre cœur. Quand, au contraire, un des nôtres s'élève par le don de ce qu'il a de meilleur, c'est autant de mérite, de notoriété et de considération qui passe à la collectivité que nous représentons, c'est-à-dire à une œuvre qui, sans cesse, s'amplifie et perdure.

Messieurs,

Heureux ceux qui viendront après nous, car dans la grande connaissance humaine, ils sauront encore plus de vérités que nous ! Mais consolons-nous, car nous avons la conscience que c'est notre travail, notre effort et notre volonté de savoir qui préparent ces vérités dont ils jouiront comme nous jouissons des découvertes, des acquisitions et des vérités préparées par le labeur et le sacrifice de ceux qui nous ont précédés. L'édifice arrivé au faîte, comme une cathédrale millénaire, ne se souvient pas de ceux qui ont posé les pierres de sa base, mais il frémit jusqu'à la cime de la pensée intitiale qui a présidé à sa construction.

DE L'ENCÉPHALITE A FORME LÉTHARGIQUE

Intoxication par phaseolus lunatus,

Par le Dr Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

Depuis 1915, et surtout en 1917 et 1918, comme nous le verrons plus loin, il s'est fait en France, et aussi probablement dans les pays alliés restant en communication avec les pays d'Extrême-Orient, une intense fabrication, clandestine, de farine de haricot (*phaseolus*).

Si notre haricot indigène, primitivement originaire des Indes, n'est plus toxique, par contre le haricot exotique importé est généralement le *phaseolus lunatus*, dangereux par l'énorme quantité de produits cyanogénés qu'il renferme.

Le *phaseolus lunatus* type est le haricot de Java ; il se fait aussi un grand commerce du haricot de Birmanie, de Rangoon, du Chili, de Lima. Pendant la guerre, il a été broyé en France, sous le nom de haricot du Japon, plusieurs variétés qui n'étaient peut-être que des haricots provenant des localités ci-dessus énoncées. Alors que la dose de 0 gr. 05 peut être mortelle, 100 grammes de ces haricots en renferment une moyenne de 27 à 32 milligrammes.

Furent également introduits des haricots blancs de Madagascar, dits aussi pois du Cap, qui renfer-

ment une dose bien moindre d'acide cyanhydrique, 5 à 6 milligrammes par 100 grammes de haricot. Les haricots de la Côte d'Ivoire, du Sénégal en contiennent également. En Europe, on peut signaler le haricot de Hongrie qui a causé souvent des accidents sérieux, et mêmes mortels, par ses hautes doses d'acide prussique. Il est bon de faire remarquer que ces haricots n'ont pas le goût ni l'odeur d'eau de laurier-cerise ni d'amandes amères.

Mais, à cette notion de toxicité du *Phaseolus lunatus* par l'acide cyanhydrique, s'est ajoutée depuis peu la connaissance d'un glucoside cyanogénétique, qui sous l'influence de l'émulsine, de l'hydrolyse ou de la fermentation, se décompose en acétone, glucose et acide cyanhydrique (Gustave André, *Chimie agricole*, page 173). Ce glucoside azoté qui a reçu le nom de *phaséolunatine* donne par conséquent, en plus de l'acide cyanhydrique, un produit, l'acétone, dont on connaît les propriétés hypnotiques.

Ce pouvoir hypnotique sera encore renforcé par le mélange du *Phaseolus lunatus* avec les farines de maïs ou d'orge dont les glucosides-alcaloïdes renferment des radicaux méthyl-phényl. Il y aura donc une synergie toxique méthyl-benzoïle ou d'acétophénone, éminement narcotique, origine de l'intoxication pathogène de l'encéphalite épidémique.

L'encéphalite léthargique est la conséquence d'une intoxication végétale, d'une intoxication par une drogue, le *Phaseolus lunatus*, originaire d'Extrême-Orient.

Les propriétés hypnotiques, oniriques avec séquelles narcomaniaques du *Phaseolus lunatus* sont aussi l'apanage de nombreuses plantes qui croissent dans les mêmes régions : le haschisch, le datura, la jusquiame, le marihnana, la mandragore.

L'agent toxique du *Phaseolus lunatus*, de même que celui des différents végétaux que je viens d'énumérer, se fixe électivement sur les cellules grises nerveuses, et par cette fixation détermine des modifications de l'activité fonctionnelle du névraxe.

La pénétration du toxique par les voies digestives ne se fait pas en bloc (voir plus loin), l'intoxication phaséo-lunatique s'installe très lentement, sans fièvre.

L'intoxication massive ou l'intoxication chronique accélérée entraînent une grave altération des cellules grises ; celles-ci, devenues produits de déchets, provoquent une réaction de défense. Toute cellule dégénérée donne naissance à une diastase tendant à la solubiliser et à la faire disparaître dans le courant circulatoire.

La violence de la réaction constitue l'encéphalite léthargique. Celle-ci est donc toujours d'un pronostic grave ; elle dénote une destruction des cellules grises qui se manifestera cliniquement par les séquelles si fréquentes dans cette intoxication.

Mais je ne veux pas entreprendre la description de l'encéphalite léthargique, mon intention étant seulement de rechercher l'étiologie de cette maladie. Les quelques cas que j'ai vus rentraient dans le cadre de la forme léthargique et de la forme chronique à séquelles ; dans tous ces cas, j'ai pu trouver rétrospectivement qu'il y avait eu alimentation exagérée par le haricot exotique et le maïs réunis.

Dès le mois d'août 1920, je signalais la quantité vraiment fantastique de maïs qui avait été consommée en France depuis 1915. Dans le présent article, les lecteurs verront que, la quantité de haricots toxiques importée en France a dépassé tout ce qu'il est possible d'imaginer.

En 1922, ce trafic n'avait pas encore cessé et les prix courants offraient à la meunerie de la farine de haricot à 36 fr. les 100 kilos, alors que la farine de froment dépassait le cours de 100 francs.

Dans ma petite brochure sur l'origine végétale de l'encéphalite léthargique, je montrais déjà les haricots et les pois exotiques comme faisant partie de cet ensemble complexe auquel je donnais le terme vague de « toxine des farines avariées », dans l'impossibilité où j'étais de déterminer exactement l'élément toxique.

A une proportion très variable de farine de froment, on trouvait toujours mélangées des farines de succédanés multiples : seigle, orge, maïs, riz, pois, haricots, sans compter la farine de toutes les graines de moissons (ivraie, nielle, etc.,) renfermant elles aussi des glucosides-alcaloïdes dangereux et s'attaquant au névraxe.

Au maïtisme qui paraissait surtout responsable des séquelles, je joignis successivement le lathyrisme résultant de l'emploi du *Lathyrus cicera*, causant des symptômes spasmodiques, et enfin le phaséolunatisme ou intoxication narcotique par le haricot de Java, expliquant la crise léthargique de l'encéphalite.

Dès mes premières recherches, j'avais trouvé la farine de haricot dans de nombreux échantillons, mais je croyais qu'il s'agissait de haricots indigènes ne présentant aucun danger. J'appris depuis qu'il s'était fait de nombreuses importations de haricots de Java ; personnellement, je pus me rendre compte de la relation constante de cause à effet entre la consommation de farines renfermant des haricots de Birmanie ou de Java et l'apparition de l'encéphalite à forme léthargique.

Ce n'est qu'à la fin de novembre 1923, plusieurs mois après ma publication sur le rôle joué par le phaséolunatisme, que mes recherches bibliographiques me firent connaître la communication de M. le pharmacien principal Rothéa.

Ma conception de l'étiologie purement végétale de l'encéphalite léthargique n'est donc pas une simple vue de l'esprit ; elle repose sur des faits très positifs.

A ceux qui douteraient encore de la réalité de la consommation en France de haricots toxiques, je conseille la lecture des *Annales des falsifications et et des fraudes* de l'année 1918 ; ils y verront à plusieurs reprises (voir pages 354, 360, 361) le mode d'introduction de ces haricots, leur transformation

en farines, les moyens de diminuer la toxicité de ces graines ou farines.

Mais tous les vœux de la Société des experts-chimistes de France sont restés platoniques ; malgré le décret du 19 octobre 1918 interdisant la fabrication des farines de légumineuses (haricots, pois et lentilles), ces haricots toxiques ont été broyés dans nos moulins ; il y en avait des stocks considérables à en juger par la quantité de farines de ces haricots livrée à la boulangerie.

Voici quelques extraits de ces *Annales* (nov.-déc. 1918) :

L'UTILISATION DES HARICOTS DE BIRMANIE DANS L'ALIMENTATION HUMAINE. *Communication présentée à la Société des Experts-Chimistes de France* par M. ROTHÉA, *pharmacien principal, chef du laboratoire de l'inspection technique des substances.....*

« J'estime que la question des haricots toxiques est « aujourd'hui d'actualité, autant, si ce n'est davan- « tage, qu'au moment où les intoxications de 1906 « ont provoqué les savants travaux de MM. Gui- « gnard et Kohn-Abrest.

« Les haricots secs sont en effet avec les pommes « de terre les légumes dont la consommation est la « plus considérable pendant la longue période du « sommeil de la nature. Or, personne n'ignore com- « bien la sécheresse persistante de l'été dernier a « rendu déficitaire la récolte des légumes secs de « même que celle des précieux tubercules. Il est « par conséquent probable, sinon certain, que des « stocks considérables de haricots secs nous vien- « dront de nos colonies et des contrées productrices « d'outre-mer. Nous retrouverons dans nos ports et « sur nos marchés les différentes variétés du PHA- « SEOLUS LUNATUS, plus ou moins toxiques, suivant « leur origine, leur mode de végétation, et suivant « toutes les conditions déjà signalées et décrites. Du « reste, j'ai pu constater dans la 14e région, où entre « autres fonctions, j'étais chargé de la surveillance de « l'hygiène alimentaire de la troupe, que, dès 1915, « les haricots cyanhydriques étaient couramment « livrés aux ordinaires des dépôts et aux hôpitaux « militaires. Parmi ceux-ci, certains enfermaient « des doses minimes d'acide cyanhydrique, d'autres « au contraire en contenaient des doses éminemment « toxiques, comme les haricots de Java qui, dans un « même échantillon, avaient leurs téguments colorés. « Des recherches analytiques effectuées par notre « ami M. le professeur Barrel, de la Faculté de Lyon, « actuellement chef du laboratoire central militaire « de la 14e région, lui ont permis de constater, après « triage des graines, que certaines contenaient les « doses de CNH presque maxima signalées par « M. Guignard dans son travail publié dans le « *Bulletin des sciences pharmacologiques*, 1906, tan- « dis que d'autres en renfermaient des proportions « beaucoup plus faibles.

« J'ai pu constater que, frauduleusement sans « doute, des graines *très toxiques* avaient été mélan- « gées à des graines pour ainsi dire inoffensives. « Quoiqu'il en soit, je dois ajouter, quelle qu'ait été « la dose d'acide cyanhydrique trouvée, les haricots « étaient *impitoyablement refusés*, RENDUS AU FOUR- « NISSEUR, *qui sans aucun doute les livrait à la con-* « *sommation civile* ; l'autorité militaire, en effet, « n'accepte jusqu'alors aucune variété de haricot « à glucoside cyanogénétique.

« Il y aura sans doute quelque tempérament à « apporter à cette prohibition trop exclusive, mais « seulement dans certaines conditions parfaitement « définies. Ces mêmes conditions que j'examinerai « plus loin doivent également s'appliquer à la popu- « lation civile ».

J'ai fait imprimer quelques lignes, vers la fin de cet extrait. N'est-elle pas vraiment admirable l'organisation d'un pays qui *permet de livrer pour la consommation civile un produit reconnu très toxique pour le militaire* ? 200 grammes de haricots de Java peuvent être mortels, et avec ces haricots, on faisait une farine destinée à fabriquer du pain que l'on pouvait consommer à la dose de 300 grammes par jour. Cela explique la rapidité d'intoxication dans les centres où cette farine était livrée pure, sans mélange, à la boulangerie.

M. le pharmacien principal communique ensuite ses nombreuses expériences sur la possibilité de diminuer la toxicité de ces haricots par la macération et la décoction ; il résulte de ses analyses qu'en moyenne, on peut ramener la toxicité de 0 gr. 028 d'acide cyanhydrique par 100 gr. de haricots à 0gr.003 — 0 gr. 007, soit d'environ 7/8, ce qui est intéressant.

Le public prendra-t-il jamais ces précautions ? De plus, pour la fabrication du pain, eau et farine sont mélangées, la pâte mise au four, et le consommateur absorbe tout ; farine entière et eau de mélange. Farine de haricots de Java ou de Birmanie, sous forme de pain, présente donc le maximum de toxicité.

Comment a-t-on pu faire circuler en France une telle quantité de haricots de Birmanie que beaucoup de grosses minoteries réduisaient en farine presque exclusivement et sans relâche ?

En lisant la communication de M. Rothéa, on peut, entre les lignes, se rendre compte du mécanisme de la fraude.

Le décret du 15 avril 1912 exige que les haricots de Birmanie soient accompagnés d'un certificat d'origine et que l'analyse faite dans les laboratoires des douanes montre que le chiffre d'acide prussique qu'ils renferment est inférieur à 20 milligrammes par 100 grammes. En réalité, les haricots toxiques ne sont jamais accompagnés de ce certificat et, par le fait même qu'ils circulent, sont considérés comme ayant passé par le contrôle d'analyse des douanes.

Mais d'un autre côté, les haricots qui avaient été livrés aux magasins militaires ont été vérifiés, après réception, par les laboratoires des armées qui ont reçu pour instruction de ne recevoir aucun haricot renfermant des traces d'acide cyanhydrique ; tous

les haricots toxiques ont donc été rendus aux fournisseurs qui les ont écoulés dans le commerce des grains et principalement dans les moulins. Alors même que les laboratoires civils trouvaient dans les farines plus ou moins de *Phaseolus lunatus*, il n'y avait pas de poursuites judiciaires, puisque tous ces haricots avaient été acceptés par les laboratoires des douanes. Et c'est ainsi, le commerce de ces haricots laissant un bénéfice considérable, que de grandes quantités de cette drogue ont été importées et que certaines localités ont été approvisionnées de farines, largement additionnées de *Phaseolus lunatus*, dont l'usage prolongé devait entraîner de si nombreux cas d'intoxication des centres nerveux avec séquelles narcomaniaques.

M. Rothéa fait remarquer que les 20 milligrammes tolérés par le décret du 15 avril 1912 correspondent exactement au double de la dose thérapeutique fixée pour 24 heures par le Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires. Je ferai remarquer que la solution à 2 pour 100 du Codex donne comme maximum 0 gr. 10 pour une dose, soit 2 milligrammes d'acide cyanhydrique, et une dose maxima de 0 gr. 50 en 24 heures, soit 10 milligrammes d'acide cyanhydrique.

Une ration de pain de 400 grammes renfermait donc 60 milligrammes d'acide cyanhydrique, en supposant 20 milligrammes pour 100 grammes de haricots et 84 milligrammes, au dosage de 28 milligrammes, ce qui n'est pas rare dans le haricot de Birmanie. La dose toxique mortelle étant de 50 à 70 milligrammes, on voit le résultat possible ; fort heureusement, l'acide cyanhydrique du glucoside se dégage très lentement, mais il s'accumule sans se détruire et altère profondément et trop souvent irrémédiablement les cellules nerveuses.

Mais, me direz-vous, s'il en était ainsi, tout le monde aurait dû être empoisonné. Fort, heureusement par suite des habitudes de la meunerie et de la boulangerie, le danger d'intoxication est très diminué. Si le meunier reçoit des grains des régions les plus diverses et a pour règle de faire un mélange de ses différentes farines avant de les livrer à la boulangerie, celle-ci de son côté à souvent 4, 5, 6 fournisseurs et opère toujours un mélange des farines qu'elle a reçues. Le consommateur, de son côté, a souvent plusieurs boulangers. Il en résulte une très grande dilution, pour ainsi dire, du toxique, ce qui est une sauvegarde contre l'intoxication.

Tels sont les commentaires que m'a suggérés la communication de M. Rothéa à la Société des Experts-Chimistes de France dans sa séance du 11 décembre 1918. A la séance suivante, M. Benoist fit remarquer *que les farines étaient le mode d'écoulement habituel des haricots suspects*, et qu'il était indiqué d'énumérer les farines dans les produits susceptibles de renfermer des composés cyanogénétiques.

Dans les numéros des *Annales des falsifications* 123-124 (1919), citons un travail de M. Eug. Collin, chimiste au laboratoire central du service de la répression des fraudes, sur *les farines alimentaires et leurs produits dérivés*. Je lis, page 26 : « Il s'est fait « depuis la guerre un *commerce considérable de poudre de haricots*. L'inconvénient de cette catégorie « d'aliment est d'exposer le vendeur et le consommateur à débiter ou à absorber des produits qui « sous une apparence satisfaisante, peuvent être les « plus défectueux ». Et M. Collin donne les caractères différentiels du *Phaseolus vulgaris* et du pharicot de Java ou haricot toxique (*Phaseolus lunatus*), reconnaissable au microscope à ses cellules en sablier.

En insistant sur la fréquence du *Phaseolus lunatus* dans les farines destinées à la panification, je n'ai donc pas exagéré ce danger : laboratoires des douanes, laboratoires militaires ou civils des substances, laboratoires des fraudes ont eu souvent à s'occuper des haricots toxiques exotiques. Mais la farine de ceux-ci, déjouant tous les règlements et toutes les analyses, n'en a pas moins été mélangée dans nos farines alimentaires ; et toutes les recherches que j'ai effectuées montrent que cette proportion énorme des farines toxiques introduites dans les mélanges devait forcément entraîner des accidents.

Un dernier extrait de la communication de M. Rothéa nous donnera des renseignements sur quelques particularités de l'acide cyanhydrique.

« Nous n'ignorons pas que l'acide cyanhydrique « du glucoside, sous l'influence des diastases du tube « digestif, sous l'influence du sang et certainement « aussi sous celle adjuvante de l'acidité stomacale, « ne se dégage pas en bloc, mais au contraire très « lentement. Mais nous savons également, d'après « les observations de Robertson et Wijnne relatées « par M. Guignard, que contrairement aux idées « admises, l'acide prussique peut être mis en évidence treize, quatorze et même dix-sept jours après « l'autopsie. Il s'accumule donc sans se détruire, « du moins totalement. Nous avons déclaré nous-« même, dans notre travail sur l'Intoxication des « pigeons voyageurs du colombier militaire de Grenoble par les graines de vesces (*Bulletin des « sciences pharmacologiques*, n° 7, 1916), que la chaleur animale augmentait la production du toxique « dans un temps donné. Il n'existe aucune antidote « spécifique contre les intoxications cyanhydriques, « qui en sont d'autant plus dangereuses ».

Ce paragraphe du travail de M. Rothéa est particulièrement intéressant, car il explique bien ce qui a été maintes fois observé dans l'encéphalite léthargique : très grande lenteur de décomposition du glucoside dans le tube digestif, et d'autre part, accumulation du toxique dans l'organisme d'où il s'élimine très lentement ; accélération des phénomènes toxiques sous l'influence de la chaleur. Lors de l'alimentation par le *Phaseolus lunatus*, les symptômes d'intoxication n'apparaîtront qu'à la longue, sauf dans le cas d'absorption massive, comme je l'ai observé chez un de mes malades qui mangeait quotidiennement plus d'un kilo de pain, composé depuis plusieurs jours de farines presque pures de haricot

toxique et qui mourut d'encéphalite léthargique en moins de 48 heures. Mais d'un autre côté, on pourra voir survenir l'encéphalite chez un individu qui n'est plus soumis depuis peu au pain de phaséolus.

Il suffira de fatigue, de surmenage ou d'une maladie intercurrente telle que la grippe, une angine, une bronchite, pour provoquer l'explosion de la crise léthargique, par le même mécanisme qui amène l'apparition du delirium tremens chez un intoxiqué chronique par l'alcool, alors même qu'il n'a pas pris d'alcool depuis quelque temps.

De même le lait de la nourrice peut renfermer de la phaséolunatine par suite de l'usage de pain aux haricots cyanogénétique, et l'on voit apparaître l'encéphalite léthargique chez un nourrisson dont la nourrice, bien qu'intoxiquée, ne présente aucun symptôme d'encéphalite.

M. Rothéa, dans son travail, ne fait allusion qu'à l'acide cyanhydrique comme toxique dans le haricot de Java ou de Birmanie.

Mais l'acétone, produit de fermentation de la phaséolunatine, ne joue-t-elle aucun rôle dans la pathogénie des névraxites ?

L'acétone est un hypnotique, et la chimie nous enseigne que l'acétone, unie au phénol, constitue un seul corps, l'acétophénone ou hypnol, qui est un narcotique plus puissant encore que l'acétone.

Or, il existe deux succédanés qui ont été très employés depuis 1915, le maïs et l'orge, qui tous deux renferment des alcaloïdes à radicaux méthyl-phényle. Haricot cyanogénétique et maïs ou orge réunis formeront un narcotique qui altérera les cellules grises et donnera naissance à un syndrome que l'on a désigné du nom d'encéphalite léthargique. Le mélange sera donc beaucoup plus toxique que ne l'est chaque farine isolément ; cette synergie toxique montre la nécessité de diviser avec soin les succédanés qui, séparément, n'offrent parfois aucun inconvénient, mais qui, mélangés, deviennent dangereux.

On est habitué à considérer l'acide cyanhydrique comme un poison foudroyant ; mais ce qui s'est passé depuis 1915 nous enseigne qu'il existe aussi une forme à intoxication lente qui peut aboutir à un ensemble de symptômes redoutables avec séquelles.

Si l'alcool produit l'ivresse et le delirium tremens, il engendre aussi l'alcoolisme chronique qui s'installe sournoisement sans crises aiguës ; on peut se tuer rapidement avec un boisseau de charbon, et d'autres personnes sont intoxiquées lentement, débilitées par l'oxyde de carbone. Tous les toxiques minéraux ou végétaux, plomb, mercure, arsenic, digitale, tabac, etc., présenteront ainsi des phénomènes aigus ou chroniques d'intoxication.

Le phaséolunatisme rentre dans la règle générale des intoxications végétales ; il y aura une forme aiguë ou une forme chronique, l'une et l'autre avec ou sans séquelles.

La difficulté du problème consiste dans la complexité des intoxications. *Phaseolus lunatus*, *Lathyrus cicera*, maïs, orge, riz, ivraie, nielle peuvent donner naissance à des intoxications différentes, ayant chacune leurs lésions névraxiques propres et leurs symptômes particuliers.

Le polymorphisme de l'encéphalite dite épidémique provient en grande partie de cette multiplicité d'origine.

En résumé :

I. L'encéphalite à forme léthargique est le résultat d'une intoxication par une drogue végétale : le *Phaseolus lunatus*, qui, par ses symptômes hypnotiques et ses séquelles narcomaniaques, rentre dans le cadre des autres narcotiques originaires des mêmes régions : datura, jusquiame, haschisch, marihnana, mandragore.

II. Mes investigations personnelles m'ont démontré que depuis 1915, et souvent en 1917, 1918, 1919 et 1920, il avait été fait en France un emploi inconsidéré de farines fabriquées avec le *Phaseolus lunatus*; les communications faites à la Société des Experts-chimistes de France en 1918 viennent corroborer cette opinion.

III. L'encéphalite léthargique n'est pas contagieuse ; elle n'est ni d'origine microbienne, ni d'origine infectieuse, ni d'origine virulente. Résultat d'une intoxication végétale, la maladie est due au phaséolumatisme ; on peut dire que seuls ont été atteints ceux qui ont consommé, en trop grande quantité, du pain, dans la fabrication duquel était entrée de la farine de haricot toxique.

LA DOULEUR ET SES ANTIDOTES

Un analgésique renforcé

Par M. le Dr A. Mallein-Gérin,

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Deux classes bien distinctes de médicaments ont été établies en thérapeutique : les analgésiques et les hypnotiques.

Cette distinction, si elle s'impose pour l'étude, est un peu arbitraire au point de vue thérapeutique appliquée. Les analgésiques sont, par définition, des composés capables de supprimer la douleur, en agissant sur la cause même, ou plus exactement sur le lieu de production de cette douleur. Ils doivent eux-mêmes se subdiviser en analgésiques externes à action purement locale, et en analgésiques internes, dont l'action est moins nettement définie : ce sont ces derniers que nous aurons en vue.

Les hypnotiques ont pour rôle de provoquer un sommeil *aussi voisin que possible du sommeil physiologique*. En général, ces derniers ne sont pas des analgésiques, mais cependant un certain nombre d'entre eux, les hypnotiques barbituriques, possèdent des propriétés sédatives très marquées. Leur emploi s'est rapidement généralisé et les résultats favorables obtenus sont certainement dus,pour une part, à la double action des barbituriques.

Le plus employé de ces médicaments est le somnifène qui, comme on sait, est l'isopropyl-propényl-diéthylbarbiturate de diéthylamine.

Il ne semble cependant pas que ces hypnotiques constituent le médicament de choix pour le traitement de la douleur.

Employés à fortes doses, ils sont capables d'amener un état d'hypnose assez marqué pour que le malade n'ait plus de réaction physique traduisant la souffrance, mais ces fortes doses ne sont pas toujours employées sans quelques inconvénients.

Etudions d'une façon succincte la douleur. Pour qu'il y ait douleur, trois éléments sont nécessaires : un centre de perception, une cause de production et en général un conducteur reliant le lieu de production au centre. Le centre peut, dans certains cas, être directement impressionné, mais c'est là l'exception. Deux méthodes apparaissent aussitôt pour le traitement de la douleur.

On agira, soit sur le lieu de production, soit sur les troncs nerveux sensitifs qui en émanent ; le médicament employé produira (ce n'est là qu'une hypothèse) une section physiol gique du nerf, et le traitement aura atteint son but, ou bien on s'adressera directement au centre de perception.

A ces deux méthodes correspondaient deux classes différentes de médicaments, ceux employés dans le premier cas étaient des analgésiques, dans le second cas, on s'adressait aux hypnotiques, ceci un peu schématiquement. Il arrivait fréquemment que l'une des deux méthodes se montrait tout à fait insuffisante.

Après avoir eu recours aux analgésiques, il fallait employer les hypnotiques.

Nombreux sont les malades qui, atteints d'affections très douloureuses : (cancers propagés, polynévrites, douleurs tabétiques, crises de coliques néphrétiques même) présentent, après la sédation des phénomènes douloureux, un état d'anxiété, d'agitation, d'excitation, tel qu'il faut recourir chez eux à la médication hypnotique.

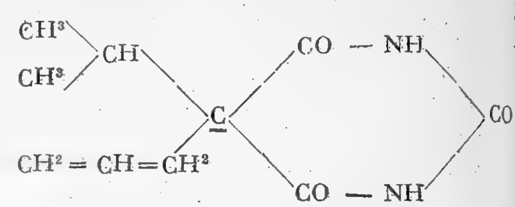
Pour ces raisons d'ordre clinique et pour les raisons d'ordre physiologique invoquées précédemment, il paraissait rationnel de chercher à associer dans une certaine mesure à un analgésique, un hypnotique qui viendrait *prolonger* et *renforcer* son action.

Un certain nombre d'associations ont été étudiées, mais aucune de celles proposées jusqu'à ce jour n'est exempte d'inconvénients, car pour qu'un produit d'association soit capable de rendre d'importants services, il faut qu'il possède une action thérapeutique certaine, et qu'en outre, *sa toxicité soit faible*.

Or la toxicité du produit sera surtout celle de l'hypnotique . Il fallait donc trouver une hypnotique digne de ce nom, mais à toxicité réduite, pour l'associer à un analgésique connu par exemple le pyramidon.

On s'est adressé à l'acide isopropylpropénylbarbiturique.

Ce corps , longuement étudié au point de vue physiologique (*Arch. intern. Pharmacodynamie*, Paris-Bruxelles, 1921, n° 2, 1922, n° 3, MM. les Drs Wiki, Ritz, etc.) répond à la formule suivante :



Sa toxicité réduite en fait un hypnotique de choix.

En combinant cet acide avec l'amidopyrine, on obtient l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (Allonal Roche). Ce composé possède les propriétés analgésiques de l'amidopyrine, mais ces propriétés ont été *prolongées* et *renforcées* en quelque sorte par le barbiturique qui lui a été associé.

La sédation obtenue avec ce médicament n'est plus transitoire comme avec l'amidopyrine. La douleur disparaît au bout d'une demi-heure environ, puis le sommeil survient laissant au malade un long répit.

Nous ne voulons pas, quant à nous faire aujourd'hui l'étude clinique de ce composé qui a déjà donné lieu à un certain nombre de publications intéressantes, notamment par les docteurs Burns et Schall dans le *New York Medical Journal* (avril 1922 et janvier 1923) et par les docteurs Combemale, Courteville et Nayrac, dans la *Pratique Médicale française*, avril 1923, qui ont utilisé les propriétés analgésiques puissantes de ce produit à toxicité très réduite, dans toutes les algies, même les plus intenses, cancer, polynévrites, névralgies, douleurs tabétiques, où il peut remplacer avantageusement la morphine et l'opium. Nous nous proposons de revenir sur les indications de ce médicament, dans un travail ultérieur, mais nous avons voulu dès maintenant attirer l'attention de nos confrères sur cet analgésique renforcé, susceptible de leur donner d'excellents résultats dans toutes les algies.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les glandes parathyroïdes dans la genèse d'une cataracte après thyroïdectomie.

Le Dr Van Lint publie l'observation d'une jeune fille, chez laquelle s'est développée une cataracte double, après thyroïdectomie pour goitre exophtalmique, *cataracte due à l'ablation des glandes parathyroïdes* au cours de l'intervention.

Bien que l'opérée ait dû absorber de la glande thyroïde aussitôt après l'opération, et cela pendant quelques semaines, en raison de phénomènes nerveux récemment apparus, les manifestations oculaires ne furent observés que dix mois plus tard ; c'était une cécité presque complète, par troubles diffus envahissant les couches antérieures et postérieures du cristallin ; l'opacité devint totale à droite et l'œil dût être opéré par discision, suivie d'extraction des masses. En même temps, la malade se plaignait de contractures des quatre membres, de céphalées et de douleurs dans les lombes. L'administration de glande parathyroïde n'exerça aucune influence ni sur ces symptômes, ni sur les yeux.

Or, dit l'auteur, la tétanie ne peut dépendre que de l'ablation des glandes parathyroïdes, et les autres manifestations morbides doivent être rattachées à l'acte opératoire ; aucune affection antérieure ne peut les expliquer. Quant à la cataracte, elle n'est pas d'origine congénitale (jamais la malade ne s'était plainte de la vue), ni diabètique (pas de sucre dans les urines), ni traumatique (pas de coup, ni de chute), ni de voisinage (intégrité des membranes oculaires).

Et même si cette cataracte peut dépendre de la thyroïdectomie (elle est fréquente dans le myxœdème), elle doit être ici regardée comme la conséquence de l'extirpation des glandes parathyroïdes, au même titre que la tétanie.

Cette opération pratiquée expérimentalement chez les rats, les souris, les lapins, les chiens et les chats est toujours suivie de tétanie, puis de cataracte ; en même temps, on voit se produire la chute des ongles, des cals osseux insuffisants après fractures, cassures des dents, accidents que l'on attribue à une insuffisance dans la fixation du calcium.

En pathogénie vétérinaire, on remarque aussi que des veaux aveugles par cataracte présentent des lésions des glandes parathyroïdes.

Enfin, en pathologie humaine, cataracte et tétanie se retrouvent associées dans l'ergotisme et la dystrophie myotonique, comme d'aparathyroïdie.

La théorie, généralement admise, sans preuve péremptoire d'ailleurs, c'est que *la tétanie et la cataracte seraient produites par la même toxine.*

Quelle thérapeutique appliquer dans l'insuffisance parathyroïdienne ?

Contre le trouble cristallinien, il n'y a absolument rien à tenter ; aucune intervention, ni médicamenteuse, ni opération, ne peut parvenir à l'éclaircir. La seule solution consiste à enlever le cristallin.

Contre l'anémie et la tétanie, il faut administrer des *comprimés de glandes parathyroïdes*, ou mieux, des comprimés contenant de la chaux et de la glande parathyroïde, mais l'efficacité de cette thérapeutique est loin d'égaler celle de l'administration de glande thyroïde dans le myxœdème. Aussi, a-t-on eu recours à d'autres applications spécifiques des glandes parathyroïdes : la transplantation et la sérothérapie.

La greffe a donné d'excellents résultats expémentaux, mais infiniment moins réguliers en clinique. Comme la transplantation doit se faire d'homme à homme, il n'est pas facile de se procurer des glandes parathyroïdes. Le donneur court un certain danger ; l'ablation d'une seule glande (il y en généralement quatre) peut amener la tétanie. Cet accident se produit généralement chez la femme enceinte, la grossesse, à elle seule, amenant de l'insuffisance parathyroïdienne.

Quant à la sérothérapie, elle n'a été expérimentée que dans les laboratoires. Le sérum provenait d'un animal injecté du sang d'un autre animal ayant subi l'ablation des glandes parathyroïdes.

Bref, dit le Dr Van Lint, l'*insuffisance parathyroïdienne* est une affection grave, dans laquelle la thérapeutique n'exerce qu'une action illusoire. Comme, d'autre part, l'ablation des glandes parathyroïdes accompagne fréquemment l'extirpation totale de la glande thyroïde, on s'étonne de voir recommander celle-ci, par certains auteurs, comme le traitement idéal du goitre exophtalmique. (*Bruxelles médical*, 8 mars 1923.)

Insuline et diabète.

Le professeur Laguesse vient de publier une étude d'ensemble très intéressante sur les îlots endocrines du pancréas, l'insuline et le diabète. En voilà les conclusions :

Les travaux de Macleod et des ses collaborateurs canadiens, comme ceux de leurs continua-

teurs français, appuyés sur les recherches antérieures, et les complétant heureusement, ont permis d'isoler à l'état de plus ou moins grande pureté, sous le nom d'insuline, l'hormone ou hormozone, principe essentiel de la sécrétion interne du pancréas. Ils ont localisé définitivement la production de cette hormone dans les îlots que, dès 1898, l'auteur avait cru pouvoir dénommer endocrines, et rendu indiscutable son action sur les principales phases de l'emmagasinement, du clivage, et de la destruction, de l'utilisation en un mot, de la molécule de sucre.

Ils ont mis entre les mains des physiologistes et des chimistes, avec l'insuline, un moyen nouveau et puissant de recherche pour pousser à fond l'étude du métabolisme des hydrates de carbone, et en même temps, l'étude des troubles de ce métabolisme.

Ils ont apporté de nouvelles preuves à l'appui de cette idée que l'insuffisance pancréatique est l'un des facteurs essentiels, sinon le plus important, dans l'établissement du diabète.

Au point de vue thérapeutique, ils ont donné aux praticiens un remède, dont la préparation et l'action doivent être surveillées de près, mais qui se montre très efficace contre certains accidents graves du diabète, tels que le coma, et, comme préventif avant une opération chirurgicale, un remède capable d'améliorer considérablement, mais temporairement, l'état général des malades.

Et tout en se gardant de donner à ceux-ci l'illusion d'une guérison certaine, il est permis pour l'avenir d'espérer dans certains cas, dans beaucoup de cas peut-être, par des cures répétées bien échelonnées, aidées par un régime approprié, mais relativement peu sévère, de pouvoir maintenir indéfiniment l'amélioration, et même arriver à des guérisons définitives. (*Revue française d'endocrinologie*, septembre 1923.)

L'opothérapie en dermato-syphiligraphie.

L'élément essentiel de la peau est la papille dermique, que l'on peut comparer, dit le Dr Gastou, à une éponge baignée dans le plasma sanguin. Les altérations des glandes vasculaires sanguines, qui déversent directement leurs produits dans le sang, sont donc capables d'amener de grosses perturbations dans la physiologie de la peau. Et il n'y a pas que la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse, le thymus, le pancréas, les glandes génitales ; il y a aussi le sang, qui élabore lui-même des substances endocriniennes.

La clinique corrobore ces faits ; il suffit de se rappeler la peau bouffie des myxœdémateux, la sécheresse cutanée des hyperthyroïdiens, la pigmentation des addisonniens, les sueurs ou l'obésité des hypophysaires. Il paraît donc logique qu'une thérapeutique spécifique s'oppose à ces déficiences.

La plupart des malades cutanés sont des déficients de plusieurs glandes vasculaires sanguines ; aussi prescrit-on volontiers d'emblée des produits pluriglandulaires.

Voici, par exemple, une formule moyenne pour quelques affections courantes, comme la *pelade, le sclérème, les sclérodermies, le prurit, certaines affections lichénoïdes* :

Thyroïde	0,02
Hypophyse	0,01
Surrénale	0,10
Ovaire (ou testicule)	0,10

Une autre façon de faire de l'opothérapie consiste à injecter au malade son propre sang (auto-hémothérapie ou auto-sérothérapie). Cette médication trouve ses indications dans le *psoriasis*, le *pemphigus des muqueuses, certaines acnés, les furonculoses, les dermo-épidermites, l'urticaire.* Cette hémothérapie semble agir par une hyperleucocytose, et surtout par des modifications dans l'équilibre des substances colloïdales.

Quant à la syphilis des glandes endocrines, il paraît évident que beaucoup de dystrophies hérédo-syphilitiques sont dues à l'infection spécifique de ces glandes pendant leur formation. Et l'on a vu des hérédo-spécifiques qui, après avoir retiré un bénéfice appréciable du traitement arsenical, ont été brusquement améliorés par l'administration de produits opothérapiques, conjointement au traitement par les arsénobenzènes (Appert, Hutinel, Barthélemy).

Ici encore, on a remarqué la supériorité des *préparations polyglandulaires.* Il est recommandé de donner au début des doses assez fortes (doses de mise en train), de suspendre ensuite quelques jours, puis de reprendre avec des doses inférieures (doses d'entretien).

Pour un enfant de trois ans, par exemple :

Dose de mise en train :

Thyroïde	0,05
Surrénale	0,01
Hypophyse	0,01

Dose d'entretien :

Thyroïde	0,02
Surrénale	ãã 0,005
Hypophyse	ãã 0,005

(*Le Scalpel*, 30 juin 1923.)

F. G.

Etude pathogénique des convulsions infantiles.

Les convulsions sont un des accidents les plus banaux et les plus communs de la première enfance ; un de ceux qui provoquent l'appel d'urgence du médecin, même et surtout la nuit. Elles ont un certain caractère dramatique qui justifie l'émoi angoissé des mères et des nourrices ; elles réclament de la part du praticien une rapidité de décision dans la conduite à tenir.

Dans leur forme généralisée, elles rappellent la crise d'épilepsie. Il en est d'incomplètes et d'irrégulières, limitées à un simple renversement des globes oculaires en arrière. Il en est qu'on a qualifiées d'internes, qui rappellent le tableau du spasme phréno-glottique.

On les a longtemps attribuées à une excitation exagérée des centres corticaux. L'anatomie de l'encéphale du petit enfant contredit cette interprétation. Le tissu nerveux manque de sa charpente névroglique, « les éléments de la substance grise corticale sont très peu nettement différenciés, ne présentent que des contours diffus, le prolongement cylindraxile est presque invisible. » D'où cette conclusion que les convulsions, loin d'être provoquées par une surexcitation des centres corticaux, résulteraient au contraire, d'une inhibition de ces centres, laissant libre cours aux manifestations désordonnées de l'énergie des centres médullaires. « Des causes multiples irritent la cellule nerveuse bulbo-médullaire en la chargeant d'un potentiel qui, dépassant à un moment donné la capacité de la cellule, décharge brusquement sous forme de mouvements convulsifs l'énergie accumulée, les cellules cérébrales étant dans l'impossiblité de réfréner cette surexcitatiobilité. » Ainsi s'explique M. Auban dont l'ingénieuse conception pourrait s'appliquer également à l'adulte, bien que les auteurs le nient, et considèrent que l'épilepsie jacksonienne ressortit à une excitation corticale.

Il importe de faire le diagnostic étiologique des convulsions infantiles. Les unes sont symptomatiques des lésions du névraxe (causes méningo-encéphalites : traumatismes, méningites, encéphalites, porencéphalie, tumeurs cérébrales) ; les autr. s ont causes viscérales ou périphériques : hyperthermie, intoxications, irritation des nerfs périphériques ; helminthiase, corps étrangers des voies digestives ou respiratoires, bandages herniaires, épingles des maillots mal ajustés, la tétanie avérée ou larvée les provoquent. Enfin, on décrit les convulsions essentielles, groupe dans lequel rentre l'épilepsie de l'enfant).

Quelles que soient les causes provocatrices de la convulsion, celle-ci demande, pour se manifester, une surexcitabilité spéciale du système nerveux de l'enfant. L'alcoolisme, le saturnisme, la tuberculose des générateure, et surtout l'hérédo-syphilis jouent un rôle primordial dans la constitution surexcitable des enfants. La syphilis interviendrait, soit en déterminant la dystrophie de la cellule nerveuse, soit en provoquant des troubles endocrinologiques. (*Toulouse Méd.*, 1er janvier 1924.)

Traitement de la colique néphrétique prolongée

Lorsque, au bout d'environ 24 heures, une colique néphrétique n'aura pas cédé au traitement médical classique, M. Gayet estime qu'il y a lieu d'intervenir selon une technique qu'il décrit en détail. Les autres indications de cette intervention sont la situation du calcul dans l'uretère (sur une longueur de 6 cm. à partir du méat urétéral), son volume (les calculs un peu volumineux ne sont pas justiciables du traitement en cause ; le degré d'infection du rein bloqué. Si l'infection est récente, la manœuvre recommandée est indiquée. Si l'infection est grave et invétérée, il faut y renoncer.

Cette manœuvre consiste à cathétériser l'uretère, par l'intermédiaire de la cystoscopie. La sonde introduite dans le conduit urétéral suffit souvent à mobiliser le calcul et à provoquer son expulsion. Si l'on échoue, on injectera dans ce conduit un mélange de novocaïne-glycérine, et on recommencera le cathétérisme, avec des chances de passer à côté du calcul et de pénétrer jusque dans le bassinet qui se vide de son contenu, soulageant ainsi immédiatement le malade ; le calcul est souvent expulsé peu après. En cas d'échec, on essayera de dilater l'uretère avec des sondes à ballonnets de caoutchouc. Quand le calcul est situé à l'extrémité inférieure de l'uretère, bombant dans la vessie, une méatotomie avec la sonde à diathermie le libère.

De toute façon, « il ne faudra pas s'attarder trop longtemps à ces manœuvres. Et comme le calcul doit à tout prix être éliminé, l'urétérotomie sanglante reprendra tous ses droits. » (*Lyon Médical*, 25 déc. 1923.)

Traitement de la dyspepsie hyperacide.

Caractérisée chimiquement par l'excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, cette dyspepsie se manifeste cliniquement par des malaises qui apparaissent dès que l'estomac commence à se vider, et deviennent de véritables douleurs quand l'évacuation est terminée et que le suc gastrique hyperacide irrite la muqueuse. L'horaire de ces douleurs, eu égard à nos habitudes alimentaires, serait donc 11 heures, 16 heures et 1 heure. En même temps on note une salivation abondante, une sensation de faim plus ou moins vague, des brûlures à l'épigastre, des vomissements glaireux.

M. Lemoine conseille d'abord d'agir sur le psychisme des malades généralement en cause dans l'origine de la maladie : repos, séjour à la campagne, régularité des repas, bains tièdes... On neutralisera l'hyperacidité gastrique avec les poudres inertes absorbantes et la belladone, à la condition de les administrer une heure avant l'apparition des douleurs : 10 h., 15 h. et minuit.

Voici deux formules qu'il recommande :

1°	Carbonate de chaux.........	0,25
	Magnésie	0,25
	Avec ou sans poudre de belladone	2 cgr.

pour un cachet ; trois par jour.

2° Potion :

Teinture de belladone.....	200 gouttes
Phosphate de chaux......	4 gr.
Magnésie	5 gr.
Sirop de fl. d'orang.......	150 gr.
Eau chloroformée saturée.	150 gr.

une cuillerée à soupe trois fois par jour, aux heures indiquées.

Aux malades qui dorment mal et sont constipés, il conseille le soir en se couchant, de prendre un des cachets suivants :

3° Cachets :

Véronal	10 cgr.
Sulfonal	20 cgr.
Poudre de bourdaine.......	0,40
Podophylle	0,01

pour un cachet.

Régime alimentaire : viandes grillées à chaque repas, purées, pâtes, fruits cuits ; infusions chaudes en guise de boisson. User modérément du pain. Supprimer les œufs, le lait, les crudités, le vin pur, la bière. Prendre souvent un biscuit ou un petit beurre dans le courant de la journée, pour que l'estomac ne soit jamais complètement vide. (*Gz. des Prat.*, 1er janv. 1924.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Séro-diagnostic du sexe de l'enfant avant la naissance

(M. Fried. — *Académie de médecine* ; 15-1-1924.)

Les examens sérologiques ne servent pas seulement au diagnostic des états pathologiques. Depuis quelque temps, on s'efforce de les utiliser dans les recherches médico-légales et il y a là toute une série de problèmes, dont la solution semblait jusqu'à ce jour parfaitement insoluble, que la sérologie pourra peut-être bientôt résoudre.

M. Achard présente un travail de M. Isaac Fried, de Bratislova, intitulé : séro-diagnostic du sexe du fœtus chez la femme enceinte après le cinquième mois. Il s'agit d'un procédé basé sur la déviation du complément, avec le sang de la femme et un antigène particulier. Le travail du Dr Fried, en raison de son intérêt, est renvoyé à l'examen d'une commission. Le jour est-il proche où les parents pourront demander au médecin de leur faire connaître, quatre mois avant la naissance, le sexe du futur nouveau-né ?

Vaccination anti-dysentérique buccale.

(M. Aimé Gauthier. — *Académie de médecine* ; 15-1-1924.)

M. Aimé Gauthier fait une lecture sur la vaccination et la vaccinothérapie anti-dysentériques par la voie buccale.

L'auteur, commissaire de la Société des nations pour les épidémies, a été chargé en 1923, au moment du désastre de l'armée hellénique, d'organiser en Grèce une campagne de vaccination dans les camps de réfugiés évacués d'Asie-Mineure. Pour ce qui concerne la dysentérie, il eut recours à la voie buccale, à l'administration *per os* d'un vaccin polyvalent, comme moyen prophylactique d'abord, comme moyen curatif ensuite.

Les vaccins anti-dysentériques buccaux ont offert une valeur immunisante remarquable. Sur 29.800 individus vaccinés, aucun cas de dysenterie n'est apparu, et cela dans des foyers manifestes d'endémicité. Dans un camp de réfugiés, où sévissait une forte épidémie, celle-ci s'arrêta chez les vaccinés (les deux tiers) et elle continua chez les non vaccinés (l'autre tiers). Une fois, 340 individus vaccinés furent transportés d'un camp non touché par la maladie dans un camp contaminé : tous restèrent indemnes.

Quant aux essais de traitement de la dysenterie par le vaccin buccal, ils donnèrent également de bons résultats et un pourcentage de guérisons très important.

— M. Vaillard montre l'intérêt de ces recherches. L'immunisation par ingestion a été proposée contre d'autres infections. Il était logique de l'essayer dans les dysenteries bacillaires. Nicolle, de Tunis, avait fait déjà quelques essais à ce sujet. M. Gauthier en a poursuivi une application beaucoup plus étendue et très significative. Il ressort de son travail que le vaccin anti-dysentérique polyvalent, administré par voie digestive, est inoffensif, d'un emploi facile et surtout efficace. Si ces faits se confirment, un réel progrès sera réalisé dans la prophylaxie de la dysentérie épidémique bacillaire.

Pour ce qui concerne la valeur curative de la vaccinothérapie *per os*, des études complémentaires seraient nécessaire pour l'établir nettement, les cas de M. Gauthier ayant pu constituer simplement une série heureuse.

— M. Achard remarque à son tour que les recherches de M. Gauthier sont pleines de promesses pour l'hygiène publique.

Manifestations ostéo-articulaires et syphilis.

(M. Flandin. — *Société médicale des hôpitaux* ; 14-12-1923.)

M. Flandin rapporte quatre observations relatives

à des manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. Il conclut que la syphilis ancienne et peu virulente peut produire des altérations ostéo-articulaires sans caractère apparent de spécificité et ne se distinguant pas des altérations analogues qui dépendent d'autres infections ou intoxications atténuées et chroniques. Bien que non spécifiques en apparence, ces lésions de syphilis vieillie ou d'hérédo-syphilis atténuée relèvent du traitement spécifique, qui les améliore.

Simulation de tuberculose et d'occlusion intestinale par une pathomime.

(MM. Brulé, Basch, Hillemand et Schutzenberger. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-12-23.)

Dieulafoy, dans une leçon clinique mémorable, à laquelle assistait Paul Bourget, ami du grand clinicien de l'Hôtel-Dieu — leçon que nous avons recueillie et publiée, d'ailleurs — a donné le nom nouveau de *pathomimie* à un état morbide mental qui amène le sujet à simuler une maladie grave, à s'en faire opérer, même, et cela sans raison, intéressée tout au moins. Le patient de Dieulafoy se fit amputer pour une affection dont il avait créé de toutes pièces la symptomatologie.

C'est un cas de pathomimie du même ordre que rapporte aujourd'hui, M. Brûlé. La malade, une jeune fille de 22 ans, entra à l'hôpital en proie à des crises dyspnéiques violentes, avec 40° de température, un pouls de 120. Elle racontait qu'elle avait eu, dans son enfance, des abcès aux jambes, qualifiés de tuberculeux ; une coxalgie pour laquelle on l'avait immobilisée deux ans ; une appendicite pour laquelle on l'avait opérée en 1917 ; des accidents d'occlusion intestinale traités par laparotomie, en 1920, par M. Okinczyc ; des hémoptysies, etc. En présence des troubles actuels, on pensa à une granulie. Quelques jours après survinrent des vomissements fécaloïdes et l'on fut amené à pratiquer d'urgence un anus cæcal.

C'est alors que l'on se renseigna auprès de M. Okinczyc, qui signala la malade comme une simulatrice. La laparotomie pratiquée en 1920 dans le service du prof. Hartmann, avait montré des organes sains, le ballonnement du ventre s'étant affaissé dès le début de l'anesthésie. Une incision de fistule faite six mois plus tard, avait révélé la présence de fil à repriser dans la plaie.

Fort de ces renseignements, on surveilla la patiente et elle avoua ses simulations : ballonnement du ventre provoqué, dit-elle, par l'absorption de plusieurs litres de liquide, élévation thermométrique obtenue en secouant le thermomètre ou par des contractions répétées du sphincter anal, ingestion de ses propres matières fécales (recueillies dans une boîte en fer blanc cachée sous le lit) pour avoir des vomissements fécaloïdes, épistaxis déterminées par des traumatismes de la muqueuse nasale pour faire croire à des hémoptysies, etc.

Trois explications peuvent être apportées à cet état morbide : la simulation, l'hystérie et la pathomimie. La simulation a un but intéressé : l'obtention d'une indemnité, l'exemption du service militaire, etc. Rien de cela ici. L'hystérie, le pithiatisme, imite les syndromes par des moyens internes. Chez cette jeune femme les moyens employés sont tous externes. Le but est immatériel. La base est un état mental très particulier.

— M. Heuyer montre que cette simulation des maladies éclôt sur un terrain de débilité intellectuelle en général. Entre la simulation, l'hystérie et la pathomimie, il existe bien des rapports et bien des cas intermédiaires.

Maladie de Roger chez une mère et son enfant.

(MM. Debré, Cordey et Olivier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-12-1923.)

M. Debré relate une observation de maladie de Roger rencontrée à la fois chez un enfant et chez sa mère. Dans l'hypothèse d'une origine syphilitique, il s'agirait d'hérédo-syphilis maternelle et d'hérédo-syphilis de deuxième génération quant à l'enfant.

— M. Pinard a vu, avec M. Queyrat, une femme et son enfant atteints tous deux de perforation spécifique de la voûte palatine.

— M. Milian a rencontré un cas analogue. De tels exemples montrent l'affinité d'un germe donné pour un organe déterminé. Il y a des syphilis systématisées, osseuse, artérielle, etc. Peut-être, certains caractères ethniques (nez écrasé des Chinois et des Sénégalais, œil bridé des races jaunes) ont-ils cette origine générale.

Le lever précoce des laparotomisés.

(M. Lapointe. — *Société de chirurgie* ; 5-12-1923.)

La discussion sur le lever précoce des laparotomisés est reprise par M. Lapointe. L'auteur reconnaît, d'abord, que la durée traditionnelle des vingt et un jours d'alitement a vécu. Il n'y a aucun motif sérieux de maintenir au lit des opérés qui ne sont pas des malades, au delà du quinzième jour, voire du dixième jour, dans l'appendicite à froid par exemple.

Mais faut-il aller plus loin, conseiller le lever dès le lendemain, méthode qu'on a appelée traitement ambulatoire des laparotomisés ? Les arguments donnés en faveur de cette manière de faire sont plutôt des impressions que des certitudes. Les accidents pulmonaires et les embolies seraient alors moins fréquents. Les différences ne paraissent pas très grandes pour l'embolie et l'on peut, sans recourir à l'ambulation, par la gymnastique respiratoire, une position demi-assise à certains moments, atténuer les chances d'accidents pulmonaires. Le lever très précoce inquiète le malade, quelquefois, sans offrir d'avantage patent.

— M. Dujarier utilise chez ses opérés le lever pré-

coce depuis quinze ans. Il a commencé par les hernies et les appendicites et il l'a étendu ensuite aux différentes opérations abdominales, tant sus que sous ombilicales. Il n'y a recours que pour les interventions aseptiques, qui ont été correctes et sans incident. Pour les hernies et les appendicites, lever dès le lendemain et sortie du service du huitième au dixième jour. Pour les fibromes, gastro-entérostomies, lever du quatrième au septième jour, s'il n'y a ni température ni symptômes inquiétants. La convalescence est ainsi écourtée, sans inconvénient appréciable. Ce serait là une excellente méthode, à condition de l'utiliser avec douceur et discernement.

— M. Gaudier, de Lille, a érigé en système, dès 1917, le lever précoce et l'alimentation rapide de ses opérés d'estomac. Le deuxième jour, ils sont assis dans leur lit et le troisième jour ils commencent à faire quelques pas. Comme régime : eau sucrée le premier jour, bouillies claires le deuxième, pulpe de viande le quatrième, alimentation normale au dixième, sauf contre-indication médicale.

Oblitérations de la terminaison de l'aorte.

(M. Leriche, de Lyon. — *Société de chirurgie* ; 5-12-1923.)

M. Tuffier a signalé dernièrement un cas d'insuffisance circulatoire bilatérale des membres inférieurs se traduisant par de la claudication intermittente et des douleurs. M. Leriche estime qu'il ne s'agit pas là de troubles vaso-moteurs et que l'oblitération artérielle vraie n'est pas douteuse. Nous avons un moyen de valeur absolue pour différencier les oblitérations artérielles et les spasmes. Pendant la guerre, MM. Babinski et Heitz ont montré que, dans le spasme, un bain chaud ramène toujours les oscillations dans le membre, alors que dans l'oblitération artérielle il ne change rien aux données de l'oscillométrie.

L'oblitération de la bifurcation aortique admise, quelle conduite s'ensuit-il ? Il faudrait, dit l'auteur, se porter droit sur la lésion et vérifier l'état de la fourche aortique. Le traitement idéal consisterait à réséquer la zone oblitérée et à rétablir la perméabilité artérielle. Cet idéal paraît malheureusement difficilement réalisable.

Sympathicectomie pour gangrène sénile du gros orteil.

(M. Brocq. — *Société de chirurgie* ; 5-12-1923.)

M. Brocq a pratiqué, chez un de ses malades, une sympathicectomie péri-fémorale pour gangrène sénile du gros orteil. Les douleurs intolérables du patient furent aussitôt calmées et les symptômes ne tardèrent pas à s'améliorer.

— M. Mauclaire remarque qu'il est nécessaire d'accumuler les observations de sympathicectomie pour pourvoir préciser les indications de celle-ci et en connaître les résultats. Personnellement, il a eu recours à cette opération dans deux cas de mal perforant, et pour une ulcération de moignon. Les résultats n'ont pas été très nettement favorables, mais la décortication du vaisseau n'avait été faite que sur une longueur de 3 centimètres. M. Brocq l'a étendue à huit centimètres.

P L.

Les Congrès

XXXIIe Congrès de l'Association Française de Chirurgie

(*Paris*, 8-13 *octobre* 1923).

(*fin*)

Communications particulières.

Tete, cou, thorax.

Traitement de l'angine de poitrine par la sympathectomie cervicale. — M. Jonesco (de Bucarest) considère cette intervention comme non dangereuse et s'étonne qu'elle ne soit pas pratiquée plus souvent. On doit utiliser l'anesthésie « rachidienne haute ». Les quelques insuccès publiés doivent être attribués à une technique défectueuse ou à ce fait qu'on est intervenu chez des asystoliques.

L'extirpation du ganglion de Gasser peut guérir la névralgie rebelle du trijumeau même après échec de la neurotomie rétrogassérienne. — M. Loubet (de Bordeaux). Dans un cas de névralgie du trijumeau dite esssentielle à prédominance ophtalmique, ayant débuté neuf ans auparavant, après échec des divers traitements médicaux et de l'alcoolisation des branches périphériques, la gassérectomie s'est montrée la suprême ressource thérapeutique. La neurotomie rétrogassérienne n'ayant pas amené la cessation des crises, l'extirpation du ganglion de Gasser fut pratiquée douze jours après et fut suivie de la disparition immédiate des phénomènes douloureux.

— M. Denicker (de Paris) pense que les insuccès enregistrés après la neurotomie rétro-gassérienne sont dus souvent à une opération incomplète. La section n'a peut-être pas intéressé les filets nerveux supérieurs qu'il n'est pas toujours aisé de découvrir.

Avant de pratiquer la résection du ganglion de Gasser qui constitue une intervention manifestement plus grave que la simple neurotomie, il est bon d'interroger le réflexe cornéen ; s'il persiste, on peut être certain que la neurotomie n'a pas été exécutée complètement et l'on doit parfaire cette opération.

Traitement chirurgical des amygdales infectées. Amygdalectomie par morcellement et évidement.— M. MALHERBE (de Paris). Toute amygdale infectée chroniquement doit être enlevée ; c'est le seul traitement logique et vraiment efficace.

De nombreux procédés ont été proposés pour cette ablation totale. La plupart d'entre eux présentent des inconvénients assez importants pour expliquer pourquoi l'amygdalectomie n'a pas encore la place qu'elle devrait occuper. La faute en est à la technique qui laisse fort à désirer.

Ce qui prime, tout d'abord, c'est de faire courir le moins de risque aux opérés. La technique que propose l'auteur consiste en un évidement complet sous anesthésie générale de toute la loge amygdalienne, évidement pratiqué à l'aide de différents morcelleurs à écrasement qui vident entièrement cette loge par destruction progressive et ablation totale du tissu tonsillaire.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Quelques résultats éloignés. — M. GUISEZ (de Paris) rapporte une série de cas de cancers de l'œsophage soignés depuis plus d'un an par application de radium dont le début remonte à treize, six, quatre et trois ans et chez lesquels la guérison semble se maintenir complète.

Chez tous ces malades, le diagnostic a été fait sous endoscopie et contrôlé par biopsie. M. Guisez reste fidèle aux longues sondes porte-radium et rejette tous les porte-radium courts qui se perdent dans la dilatation sus-jacente à la sténose cancéreuse. Il affirme que les résultats sont meilleurs depuis que les séances sont plus longues, les doses moins fortes et réparties en plusieurs tubes.

Les succès s'expliquent aussi par ce fait que les cancers œsophagiens sont particulièrement sensibles au radium, qu'ils évoluent lentement sans tendance à la généralisation. Ce qui fait surtout leur gravité, c'est leur situation sur un segment important du tube digestif.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

L'entérostomie iliaque bilatérale définitive. — M. DUVERGEY (de Bordeaux) a pratiqué deux fois cette opération chez des malades atteints de cancers vésicaux étendus, inopérables, se traduisant cliniquement par des hématuries, des douleurs et une pollakiurie très pénible. Les patients ont été remarquablement soulagés, leur vie a été rendue tolérable grâce au port d'un appareil prothétique recueillant l'urine de chaque fistule urétérale s'ouvrant dans la région iliaque. L'auteur étudie la technique de l'urétérostomie, les soins postopératoires. C'est dans les cancers inopérables de la vessie, ceux de la prostate propagés à la vessie, dans les cystites tuberculeuses graves et rebelles, très rarement dans certains cas d'extrophie vésicale que l'urétérostomie bilatérale définitive trouve ses indications. Elle permet d'assurer le repos complet de la vessie en l'excluant définitivement; en cela elle est supérieure à la cystostomie. Elle vaut mieux aussi que la néphrostomie qui traumatise un rein déjà altéré, sans compter que la fistule lombaire est difficilement entretenue par l'opéré. Quant à l'implantation des uretères dans l'intestin, il s'agit là d'une opération exceptionnellement sévère, tandis que l'urétérostomie iliaque est une intervention relativement facile et peu grave.

Reconstitution des ligaments ronds par la greffe de tendons morts dans les rétrodéviations utérines et dans les prolapsus génitaux.—M. REGARD (de Genève). Le raccourcissement et la fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale serait une excellente méthode si le plus souvent ces ligaments n'étaient frêles et allongés.

Dans l'impossibilité où se trouve parfois le chirurgien d'exécuter cette opération pourtant physiologique, il recourt à la ventrofixation, opération de pis aller.

La greffe de tendon mort permet dans ces cas de fixer la matrice d'une façon naturelle, quelle que soit l'atrophie des ligaments ronds.

Voici la technique proposée par l'auteur : après ouverture de l'abdomen on soulève l'utérus par deux pinces tire-balle. On recherche les ligaments et l'on constate leur atrophie. Une pince de Chaput est placée sur un des ligaments à 5 ou 6 centimètres de la matrice et permet une légère traction. Le péritoine est incisé et l'on découvre le ligament jusqu'au-dessous de la corne utérine. On greffe alors un tendon de veau traité par l'alcool à 60 degrés, long de 10 centimètres. Par un rapide surjet, on referme le péritoine.

Avant de faire le dernier point, on introduit à travers la gaine du muscle grand droit une pince de Kocher et l'on va chercher par dessous le péritoine la portion externe du ligament rond et du tendon greffé. On les ramène l'un et l'autre sur la gaîne du grand droit où on les fixe par des points séparés non résorbables de manière que la matrice se trouve exactement en place.

La même manœuvre est exécutée du côté opposé. La fixation de l'utérus est très puissante et les greffes de tendon mort faites en tissus sains réussissent toujours.

Dans le cerclage du vagin chez les femmes âgées, on peut employer le tendon de veau de préférence aux fils métalliques. En procédant ainsi on ne laisse pas de corps étranger dans le vagin et les suites opératoires en sont améliorées.

Des ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale.— M. MAURER (de Paris). Contrairement à ce qu'il a écrit il y a dix ans dans le *Journal de chirurgie*, l'auteur croit que chez les femmes atteintes d'infection puerpérale ou de fibromes infectés, mieux vaut lier la veine iliaque interne que l'iliaque primitive Il a pratiqué cette opération à l'occasion d'un abcès du ligament large consécutif à des manœuvres abortives septiques.

L'état général était grave et la température oscillait entre 37°8 et 41°2. Le succès obtenu chez cette malade montre qu'il est légitime de pratiquer cette opération.

L'auteur insiste sur un point de technique important : il est bon de faire porter la ligature sur la partie gauche de la veine pour ne pas se priver de la voie de retour que constitue la veine sacrée moyenne veine souvent très importante et toujours richement anastomosée avec les veines sacrées latérales et les plexus extra et intrarachidiens.

MEMBRES.

Paralysies obstétricales des membres supérieurs. Traitement chirurgical et orthopédique. — M. MENCIÈRE (de Reims) complète ses études antérieures sur les paralysies du membre supérieur envisagées au point de vue chirurgical et orthopédique, en exposant sa technique dans la paralysie obstétricale radiculaire du plexus brachial.

La paralysie du sous-épineux et du petit rond rotateurs externes permet au sous-scapulaire de fixer le membre en rotation interne : position vicieuse telle que la plupart des mouvements utiles deviennent impossibles ; notamment le port de la main à la bouche et en arrière sur la nuque.

Or, une opération simple, d'exécution rapide (ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne) permet de faire décrire un quart de cercle à l'avant-bras et de replacer la trochlée face en avant.

Les photographies présentées par l'auteur concernant des malades opérées depuis nombre d'années montrent que la fonction du membre est redevenue pratiquement normale.

Homogreffe osseuse et ostéo-périostique pratiquée à ciel ouvert pour pseudarthrose du col du fémur. — M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris) traite la pseudarthrose du col du fémur par une double greffe. Après avoir mis l'articulation à nu pour aviver les fragments et réséquer le tissu fibreux, il place une fiche osseuse péronière ou tibiale qui unit le col fémoral au centre de la tête. Il enveloppe ensuite le col fémoral au niveau du foyer de la pseudarthrose avec un large manchon ostéo-périostique.

Cette opération doit être réservée aux sujets qui ne sont ni trop vieux, ni trop faibles, ni trop gras.

Coxite sèche de croissance.—M. FRŒLICH (de Nancy) attire l'attention sur une forme fréquente d'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche chez l'enfant et qu'il a appelée « coxite sèche » avec luxation progressive de la tête fémorale. Elle débute vers cinq ou six ans, au milieu d'un état général excellent, et se manifeste par des douleurs et une claudication en plongeon. Elle aboutit à une luxation ou subluxation de la hanche.

La radiographie montre une usure périphérique de la tête fémorale et une disparition partielle du toit de la cavité cotyloïde.

Pour cette affection, qui n'a rien de commun avec l'ostéochondrite déformante juvénile, on peut discuter l'idée d'une insuffisance congénitale de la cavité cotyloïde, mais la luxation ici se fait, non pas progressivement, comme dans la luxation congénitale, mais par poussées d'arthrite.

Le traitement consiste à immobiliser le membre en abduction de façon à fixer l'articulation ; il est nécessaire quelquefois, pour amener l'ankylose, de faire une arthrodèse et un enchevillement de l'articulation coxo-fémorale.

Technique simplifiée du vissage des fractures du col du fémur. — M. REYNES (de Marseille). Cette technique qui a donné à l'auteur d'excellents résultats dans cinq cas, utilise de simples vis à bois de menuisier, longues de 8 à 9 centimètres.

Une petite incision cutanée est faite sur la face externe du trochanter à 3 centimètres de son sommet. Une percerette fait un trou dans l'os où la vis est engagée et poussée jusque dans la tête.

Ces vis sont très bien tolérées.

Dans un cas de fracture bi-condylienne, l'auteur a obtenu également un bon résultat.

Fracture du col du fémur chez le vieillard. Un cas de décapitation consolidée osseusement par l'appareil plâtré. — M. JUDET (de Paris). Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, atteint de fracture intra-capsulaire du col du fémur. La consolidation fut obtenue sous appareil plâtré, placé après traction forte dans la position d'abduction modérée.

Trois mois plus tard, le malade marchait sans souffrance ni boiterie.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent par le vissage fémoro-coxal.— M. DESCARPENTRIES (de Roubaix) pense que la guérison de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent pout s'obtenir à l'aide d'une intervention chirurgicale relativement simple à condition que la hanche soit réductible par manœuvres orthopédiques.

La réduction étant obtenue, il suffit de la maintenir à l'aide d'une vis passée à travers le fémur et dont la pointe est enfoncée dans l'os iliaque à la place de l'ancienne cavité pathologique. Deux malades, l'un de dix-sept ans et l'autre de vingt et un ans, ont été ainsi traités.

Les hanches étiquetées « rhumatisme », « arthrite sèche ou déformante », « coxa plana », « morbus coxæ senilis », sont des malformations congénitales méconnues.—M. CALOT (de Berck), ayant éudié quatre-vingts pièces étiquetées arthrite sèche ou rhumatisme de la hanche, ou morbus coxæ senilis, a pu poser les conclusions suivantes :

1° Ce que Charcot et les médecins appellent rhumatisme localisé de la hanche, ce que les chirurgiens, avec Deville et Paul Broca, appellent arthrite sèche de la hanche et avec Niemeyer, arthrite déformante, ce que tous, avec Adams, appellent le *morbus coxæ senilis*, c'est en réalité une malformation congénitale

méconnue, sur laquelle peut évidemment se greffer, quelquefois, des manifestations « d'arthritisme » comme il s'en produit souvent sur des fractures ou luxations non réduites ou mal réduites.

Ainsi s'explique le paradoxe qui frappait Dieulafoy, à savoir que la hanche, presque toujours indemne dans le rhumatisme chronique généralisé, est, au contraire, presque toujours prise dès qu'on parle de rhumatisme partiel. Le paradoxe n'est qu'apparent puisque ce n'est pas ici du rhumatisme, mais une malformation. Ainsi s'explique aussi cet autre paradoxe, qui est la constatation, chez l'enfant, de lésions identiques à celles du morbus coxæ senilis.

2° De cela, d'après l'auteur, on peut faire la preuve sur toutes les pièces anatomiques et sur toutes les figures des livres classiques de toutes langues portant l'étiquette rhumatisme ou arthrite sèche ou déformante de la hanche. Mais, ce qui vaut mieux, on peut aussi faire sur le vivant cette preuve et ce diagnostic avec les appoints réunis de la clinique et de la radiographie.

3° Et ces conclusions s'appliquent aux arthrites déformantes de la hanche chez l'enfant aussi bien qu'à celles de l'adulte ou du vieillard ; à ce qu'on appelle ostéo-chrondrite ou coxa plana, ou morbus coxæ juvenilis, comme au morbus coxæ senilis. De plus, c'est toujours (sous ces diverses étiquettes) la même malformation congénitale, à savoir une subluxation de 1 centimètre à 3 centimètres de haut aux aspects multiples et changeants suivant les individus et suivant les âges.

4° Mais comme on est encore peu familiarisé avec les aspects protéiformes de cette lésion, elle reste, en fait, la plus méconnue des lésions de la hanche, ce qui est d'autant plus fâcheux qu'elle en est aussi la plus fréquente, si fréquente que l'on peut dire aux praticiens : une hanche pour laquelle on vous consulte est, avant vingt ans, une malformation dans la moitié des cas ; après vingt ans, 90 fois sur 100.

5° Au point de vue clinique, ces malformations restent latentes, aussi longtemps que le bon équilibre de la hanche n'est pas rompu. La rupture d'équilibre peut être produite par des causes *physiologiques* (grossesse, accouchement, ménopause, obésité, *sénilité*), *traumatiques* (surmenage, métiers fatigants, coups et chutes) ou *pathologiques* (toutes les maladies intercurrentes qui diminuent le tonus des muscles de la hanche, ou encore diathèse arthritique).

Mais ce ne sont toujours là que des causes **révélatrices**, *occasionnelles*, ayant déclenché l'extériorisation clinique de la malformation congénitale fondamentale, toujours démontrable par la radiographie qui permet de retrouver un double cotyle ou un cotyle à double fond, c'est-à-dire l'ancien et le nouveau cotyle, celui-ci (le néocotyle) empiétant plus ou moins sur le cotyle originel.

Présentation d'instruments.

M. Barbarin (de Paris) présente un *appareil pour fractures du col du fémur.*

M. Gourdet (de Nantes) présente : 1° une *table cystoscopique pliante.*

2° Un *écarteur genre Gosset-Jayle à pièces démontables.*

3° Un *séchoir électrique.*

M. Jentzer (de Genève) présente : Un *trépana-main.*

M. Trèves (de Paris) présente :

1° Un *appareil pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche.*

2° Une *table orthopédique.*

M. Mencière (de Reims) présente une *masse et un ostéotome.*

Assemblée générale.

Au cours de l'Assemblée générale qui a eu lieu le jeudi 11 octobre à deux heures et demie, M. Bérard (de Lyon) a été élu vice-président du Congrès de 1924 et M. Roux a été élu membre d'honneur.

D'autre part, il a été décidé que le prochain Congrès s'ouvrirait à Paris, sous la présidence de M. Tuffier, le 6 octobre 1924.

Enfin, les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès de 1924 :

1° *Traitements et résultats éloignés des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.* — Rapporteurs : MM. Dujarrier (de Paris) et Imbert (de Marseille).

2° *Indications du traitement chirurgical des fibromes utérins.* — Rapporteurs : MM. Robineau (de Paris) et Tixier (de Lyon).

3° *Soins pré et post-opératoires et anesthésie dans les opérations gastro-intestinales.* — Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Lambret (de Lille).

Chastenet de Géry et Dariau.

Les Livres

Amédée Legrand, éditeur.
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr W. Jullien (de Pau). — **Inégalité pupillaire et tuberculose pulmonaire**. Un volume in-8°, 117 pages.

Jusqu'à ces derniers temps, la simple constatation d'une inégalité pupillaire marquée chez un sujet, ne présentant aucune affection locale oculaire, ni générale aiguë, faisait immédiatement songer à la syphilis et orientait les recherches dans ce sens. Toute une série de travaux récents ont eu pour but de prouver qu'il n'en n'est pas toujours ainsi, et que la tuberculose pulmonaire est, elle aussi, capable de réaliser par elle-même des anisocories. Tantôt elle apparaissent spontanément (inégalité pupillair

spontanée) tantôt, restant à l'état latent, il suffirait pour les extérioriser d'instiller un collyre dans les yeux du malade (inégalité pupillaire provoquée).

L'auteur se propose de rechercher si réellement, ainsi qu'on l'a dit et peut-être trop vulgarisé, on possède un moyen sûr et même précoce de diagnostiquer des tuberculoses incipientes, qu'aucun autre signe ne permettrait d'affirmer.

« Le fait, écrit le Dr Jullien, d'avoir trouvé une inégalité pupillaire apparente chez 26 % de nos tuberculoux pulmonaires, ne prouve en rien que la tuberculose pulmonaire doive être mise forcément en cause dans tous les cas, *tant il est difficile d'éliminer tous les facteurs susceptibles de produire l'anisocorie.* De même la proportion de 71,42 % d'inégalités pupillaires obtenues grâce à l'épreuve de la mydriase provoquée ne doit pas nous impressionner outre mesure... Nous savons qu'il suffit de bien peu de chose, d'une cause minime imputable au malade ou à l'opérateur, pour obtenir des résultats complètement erronés. *Pratiquement, on ne peut guère tabler sur l'épreuve, sans une arrière-pensée.* »

L'auteur établit aussi que le siège apical d'une lésion n'est pas une condition indispensable à la production d'une anisocorie ; que toute lésion apicale n'occasionne pas, à coup sûr, une anisocorie.

D'autre part, la constatation chez un sujet ayant un poumon malade, d'une inégalité pupillaire, spontanée ou provoquée, en supposant même que cette dernière puisse être admise sans conteste, ne comporte pas systématiquement le diagnostic de tuberculose. Toutes les affections parenchymateuses du poumon sont susceptibles d'influer sur la pupille du côté, qui leur correspond. L'anisocorie ne peut non plus faire présumer de la présence d'une symphyse pleurale (réalisation du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose).

VIGOT FRÈRES, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr R. VEILLET, chef du laboratoire de clinique médicale thérapeutique à Marseille, médecin consultant à la station thermale de La Bourboule. — **Crénothérapie et climatothérapie suivies d'une étude des principales stations hydrominérales et climatériques françaises à l'usage des médecins praticiens et des étudiants de médecine de 5e année**, avec une préface de M. le Pr CARNOT, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, directeur des V.E.M., membre de l'Académie de médecine (1 vol. in-8o de 250 p. 10 francs.)

Landouzy disait : « Il faut que les médecins comprennent que, de toutes les médications, la plus puissante est la médication hydrominérale ». Quel merveilleux instrument, en effet, pour redresser les déviations fonctionnelles, surtout débutantes. Les médications hydrominérale et climatériques occupent les avant-portes de la thérapeutique préventive et sont en particulier d'une utilité féconde en puériculture.

« Mais, dit le Pr Carnot, dans la Préface qu'il a écrite pour présenter cet ouvrage, je me suis bien souvent rendu compte à quel point sont encore ignorées les inestimables ressources thérapeutiques que nous offrent les stations françaises, et combien il est nécessaire de les indiquer avec précision et clarté, sous une forme pratique. »

C'est à cette œuvre que s'est consacré le Dr Veillet en écrivant ce livre, et il faut l'en féliciter grandement, car il a pleinement réussi. Médecin thermal averti et réputé, le Dr Veillet avait les qualités scientifiques et cliniques pour faire une œuvre complète précise et concise, où les observations d'expérience personnelle devaient souvent trouver place.

La première partie de l'ouvrage traite des généralités sur les cures, questions peu connues, car généralement délaissées, mais cependant de primordiale importance ; au sujet des préparatifs d'une cure, par exemple, que de conseils judicieux ! on sent que c'est le médecin thermal expérimenté qui parle. La 2e partie est consacrée aux notions indispensables en crénothérapie et en climatothérapie : 60 pages fort documentées, fort instructives, et où sont signalées et résumées les recherches et les travaux les plus récents concernant la science thermale. Dans la 3e partie, l'auteur étudie 150 stations de cure, à un point de vue strictement médical ; et grâce à sa distribution et à sa composition, le texte parle aux yeux. Enfin la 4e partie donne au lecteur la possibilité de trouver de suite la station qui convient le mieux à un malade donné. Notre confrère a voulu nous éviter toute recherche inutile, toute perte de temps, et il y a réussi à souhaits.

Pour toutes ces raisons, notre confrère de La Bourboule a écrit un livre qui mérite l'attention du corps médical, livre original, purement médical, impartial, très à la page, car, signalant les documents les plus récents et les plus intéressants. Bref, il y a dans ce livre place pour tout ce qui concerne nos stations et qui intéresse directement le médecin. Et tout cela se lit sans fatigue et est d'un intérêt soutenu.

Aussi, souscrivons-nous pleinement à l'opinion du professeur Carnot qui termine sa préface en disant : « Le Dr Veillet a écrit un livre très bien conçu, clair et didactique, sans détails superflus, et qui rendra service en permettant aux praticiens de diriger leurs malades vers les stations qui leur conviennent le mieux. Aussi devons-nous le remercier et souhaiter que son livre contribue à faire connaître et apprécier nos admirables stations hydrominérales et climatériques française».

Librairie DARDEL, Chambéry.

Gabriel PÉROUSE. — **La Vie d'autrefois à Aix-les-Bains.** (1 vol. in-8o, 348 pages).

Cet ouvrage, très intéressant et richement documenté, résume l'histoire d'Aix, depuis les temps an-

ciens jusqu'à l'époque moderne ; il est illustré de 15 planches artistiques.

En des chapitres successifs, il étudie l'Aix Romaine, le château et les Seigneurs ; le Prieuré et les Chanoines ; le seizième siècle et le bain d'Henri IV ; les Hôtelleries ; les Touristes et baigneurs de l'ancien régime ; les thermes du XVIIIe siècle ; les saisons des princes de la maison de Savoie ; une promenade dans la vieille ville ; l'époque impériale ; il y a cent ans ; Lamartine ; Alexandre Dumas et Balzac.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'action du gui sur le rein

Dans un récent travail, le Pr BUSQUET (*Paris médical*, 1923, 453), étudie les réactions vasomotrices provoquées sur le rein par l'injection intraveineuse de quelques médicaments usuels et il signale une action vaso-constrictive passagère qu'il a pu obtenir avec ce qu'il appelle « l'indosé organique du gui ».

Cette réaction fugitive, et du reste peu marquée, d'après le tracé qu'il publie, pourrait jeter le trouble dans l'esprit du médecin et lui faire admettre la possibilité d'une contre-indication de l'emploi du gui dans certains cas de lésion rénale. Cette hypothèse doit être rejetée, car, dans le même travail, il montre que ce phénomène, très passager, ne s'observe qu'avec de très faibles doses, ne provoquant ni chute de la pression sanguine, ni modification du débit du cœur. Il signale, en outre, que des doses plus fortes sont très « hypotensives », comme l'ont montré BONNAMOUR et NIQUET, et que cette réaction vaso-motrice n'a plus aucune signification.

Ce travail de physiologie pure ne peut donc modifier nos connaissances sur la valeur et l'emploi thérapeutique de cette drogue et les nombreuses observations cliniques publiées depuis 1907, date du premier travail de R. GAULTIER et J. CHEVALIER sur son pouvoir hypotenseur, ont toujours confirmé leurs indications thérapeutiques : c'est un hypotenseur durable, un régulateur du travail du cœur et un diurétique.

L'action diurétique du gui, signalée par CHEVALIER sur les animaux, a été confirmée cliniquement par FEDELI, FUBINI et ANTONINI, et surtout par BONNAMOUR et NAZ, puis par BERGÈS (Thèse de Lyon, 1913), sous la direction du Pr PIC, qui rangent le gui parmi les diurétiques azoturiques, favorisant l'élimination des déchets azotés. C'est toujours actuellement le médicament d'*entretien* des cardio-rénaux et des scléreux et, jusqu'à présent, aucune contre-indication n'a été signalée par son emploi prolongé.

Au point de vue théorique, par contre, le travail de BUSQUET doit attirer l'attention, parce qu'il nous montre que, dans les extraits végétaux, à côté des principes actifs connus, il peut se trouver ou se former des produits encore cliniquement inconnus, provenant de l'hydrolyse ou du dédoublement du protoplasma végétal. Ces produits sont doués d'activité pharmacodynamique et sont susceptibles de jouer un rôle dans l'action thérapeutique de ces préparations complexes qui varient suivant les matières premières employées et la forme dans laquelle elles ont été préparées. Le corps hypertenseur et vaso-constricteur qu'il a découvert dans le genêt, bien qu'il ne soit pas chimiquement déterminé, montre que, dans bien des cas, il est utile, et même parfois nécessaire, d'utiliser aux lieu et place des extraits totaux les principes réellement utiles d'une plante pour éviter les effets surajoutés produits par des substances extractives encore mal connes.

C'est ce qui a été réalisé depuis longtemps pour la *guipsine*, qui ne renferme que les principes utiles du gui privés de leurs substances irritantes (résines) et nuisibles (indosé du gui) et c'est ce qui fait sa supériorité sur les extraits bruts des pharmacies. Avec elle, l'activité est toujours constante et, en cas d'urgence, on peut l'utiliser par voie sous-cutanée sans réaction, ce qui ne saurait être recommandé avec les extraits commerciaux.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DE LA DÉCLARATION DES DÉCÈS AVEC TOUTES LEURS CAUSES TECHNIQUES : ORIGINELLES ET CIRCONSTANCIELLES

Il serait utile, pour la santé publique, que les causes *réelles* des décès soient connues. On pourrait ainsi dresser des statistiques exactes et complètes, permettant d'étudier les habitats, les lieux d'origine, l'étendue et l'importance sociale de certaines maladies, de s'efforcer d'en démêler les causes générales, toujours si complexes et de remédier, autant que possible, à leur extension. Sans doute, chaque praticien serait prêt, dans la mesure de ses moyens, à collaborer à cette œuvre de prophylaxie et d'hygiène sociale. Mais encore faut-il que l'Etat, qui a besoin de cette collaboration, et ne peut rien sans elle, tienne compte de nos desiderata basés sur la pratique journalière et sur le sentiment de nos devoirs impérieux envers les familles qui se confient à nos soins.

Or, il est un principe, immuable et intangible, sur lequel nous, médecins de famille, nous ne pouvons transiger. C'est le respect absolu du *secret professionnel*. Ce secret, nous devons le conserver et c'est pourquoi, bien souvent, nos certificats actuels ne portent pas la cause *vraie*, en tant que cause première, fondamentale, originelle du décès. Ils ne font alors mention que des symptômes terminaux, base insuffisante, naturellement, d'une statistique utile, c'est-à-dire permettant d'en tirer toutes les déductions nécessaires.

Afin d'arriver à quelque chose de pratique, qui puisse être accepté par l'ensemble des praticiens, le ministre de l'hygiène, il y a quelques mois, créa une *commission d'étude* sur la déclaration des décès. Celle-ci est composée de représentants de l'administration, de statisticiens, d'hygiénistes, de médecins-légistes, de juristes, et enfin de deux représentants des praticiens, désignés par l'Union des syndicats médicaux : Quivy et Decourt, à côté desquels siège notre ami Boudin, en communion d'idées avec eux.

Dès le début des travaux de cette commission, nous avons posé deux principes sans l'observation desquels nous avons déclaré la commission inopérante, en pratique. Le premier, c'est que, dans la réforme projetée, nous ayions l'assurance qu'en aucun cas ne pourrait être envisagée, de façon directe ou oblique, une violation totale ou partielle du secret professionnel. La seconde, c'est que cet exposé technique et complet de toute cause de décès qui nous serait demandé, étant un service social, utile à la collectivité, les frais en résultant devraient être supportés par l'Etat demandeur. Ceci établi, nous nous déclarions prêts à collaborer, avec les pouvoirs publics, en vue des modalités d'exécution qui pourraient apparaître comme les meilleures, afin d'aboutir à un résultat pratique.

***

En vue de la sauvegarde du secret professionnel, on nous proposa, tout d'abord, l'*anonymat*, le nom du décédé étant remplacé par un simple numéro d'ordre, particulier à chaque praticien, et ne correspondant qu'au nombre des décès qu'il aurait à déclarer dans l'année. *Seul* ainsi, le médecin traitant serait à même de pouvoir retrouver la personnalité du décédé. De plus, nos déclarations ne devraient plus passer par la mairie de la commune du décédé, mais être envoyées *directement* au médecin inspecteur départemental.

Ces deux points étaient déjà précieux. Mais, avec toutes les circonstances d'âge, de sexe, de *lieu*, de *dates*, fournies par nos déclarations, qu'on veut complètes, cet anonymat et cet envoi direct n'étaient pas encore suffisants, à nos yeux, pour la sauvegarde du secret professionnel. Et voici pourquoi. Avec les précautions ci-dessus, si l'anonymat est facile à respecter dans les grosses agglomérations, il n'est nullement impossible de le dévoiler dans les campagnes. Un exemple : supposons une jeune fille décédée dans un village, à la suite d'un avortement. Sans qu'il y ait aucun nom sur la fiche, alors que, dans telle commune, à telle époque, une femme de tel âge est décédée d'avortement, il est facile de savoir de qui il s'agit. Et si une action judiciaire venait à s'en suivre, n'est-ce pas nous, médecins de famille, qui nous serions montrés les délateurs, rôle peu enviable ? D'ailleurs, même en dehors de toute action judiciaire, ne serait-ce pas le médecin de famille qui pourrait être la cause originelle de la connaissance publique de décès causés par tuberculose, syphilis, etc... Il est inutile d'insister. Tout médecin comprendra que les représentants des praticiens ne pouvaient accepter de tels risques pour leurs confrères. On envoyait bien directement les déclarations à la préfecture et à un confrère, mais là, qui nous prouve qu'il ne pouvait, par hasard, y avoir de

fuites — et même de *perquisitions judiciaires* ? Dans cette crainte, nous avons donc demandé qu'on nous donnât l'*assurance officielle* qu'aucune recherche judiciaire ne pourrait être faite dans ces déclarations qui étaient, en somme, des *observations techniques*, privées et faites, en vue de l'hygiène publique et de la défense contre les maladies. Nous avons le regret de dire qu'après consultation prise au ministère de la justice, cette assurance n'a pu nous être donnée. la justice ayant le droit de rechercher *partout* les moyens de s'éclairer.

Nous fîmes remarquer alors que, dans ces conditions, nul médecin ne pouvait se trouver, grâce à ces déclarations *complètes* de décès, à l'abri de *poursuites* éventuelles de la part d'une famille qui, à la suite d'ennuis judiciaires ou même de simples racontars, aurait le droit, en remontant aux sources, de démontrer que les dits ennuis, les dits racontars, avaient pour point de départ, les déclarations de son médecin traitant et le faire condamner — légalement — pour violation du secret professionel (art. 378 C.P.). Et les médecins légistes de la commission ainsi que les juristes furent de notre avis.

Ils nous proposèrent, pour éviter cela, l'inscription, dans un texte de loi, de l'*obligation* pour le médecin de déclarer les causes du décès, ainsi qu'il en est déjà pour les maladies contagieuses. Ceci évitait tout danger de poursuites pour le médecin, puisqu'on ne pouvait plus lui faire grief d'une déclaration quelles qu'en soient les suites, alors qu'il avait dû obéir à la loi. C'était déjà une assurance donnée au praticien, mais si elle était suffisante au point de vue *matériel*, elle est encore, à nos yeux, insuffisante au point de vue *moral*.

En effet, s'il arrive qu'à la suite de notre certificat le public apprenne que telle personne est morte, par exemple, de syphilis, la famille ne pourrait plus,par l'obligation de déclarer, inscrite dans la loi, nous poursuivre pour violation de secret professionnel, c'est entendu. Mais notre *conscience*, à nous médecins de famille, sera-t-elle satisfaite de ce que, grâce à nous, on a pu connaître cette cause spéciale de décès. Ne sentirons nous pas que, même à l'abri de toute poursuite judiciaire, nous n'en avons pas moins joué le rôle d'un *délateur* et que ce secret qu'on nous a confié ou que nous avons découvert au chevet de notre malade est devenu public à cause de nous. Ne nous en sentirions-nous pas, quand même, *diminués* dans notre loyauté professionnelle et dans notre situation morale de confident de toutes les misères humaines ? Et puis, de quel front oserons-nous ensuite solliciter la confiance absolue que nous désirons sentir chez nos malades si ceux-ci ne sont pas assurés de notre silence consécutif ? Enfin, et ceci est le plus grave, nos clients oseront-ils désormais nous confier toutes leurs tares physiques ? Oseront-ils même réclamer nos soins, dans certains cas et, par crainte de divulgations possibles, n'iront-ils pas plutôt demander conseils et traitements à des empiriques quelconques, dans des officines louches, mais où, du moins, ils sont certains, de pas rencontrer des *médecins*, obligés, de par la loi, à dévoiler un secret qu'en cas de malheur, ils veulent, avant tout, laisser ignorer au public, à leur famille, à leurs enfants ?... Ces certificats de décès pourraient, quelquefois, devenir de véritables *fiches*, des tuniques de Nessus appliquées sur le dos de certaines familles et leur causant un préjudice matériel et moral indiscutable.

Dans l'intérêt de la santé publique, nous voulons bien déclarer exactement et complètement les causes des décès, mais nous ne voudrons jamais, fût-ce indirectement, être le *primum movens* de la publication d'un secret médical qui nous aura été confié. Cela jamais ! Ces *fiches individuelles* ne sont pas assurées d'un anonymat constant. Nous ne pouvons les livrer à un tiers, même médecin, que si celui-ci les *détruit*, et les détruit *aussitôt après* qu'il y aura puisé les renseignements nécessaires et qu'il aura « impersonnalisé », si je puis dire, ces renseignements dans les colonnes générales de ses diverses statistiques particulières.

Il y a donc encore un pas à faire. Avant de donner notre adhésion à ces déclarations de décès, il faut que ce pas soit franchi, par la destruction rapide de nos observations techniques, destruction faite *avant* toute divulgation des résultats statistiques — et *avant* que quiconque, fût-ce la justice elle-même, ait l'attention attirée sur tel ou tel fait et le désir d'en rechercher l'origine dans les déclarations que nous avons faites. Nos observations techniques ne sont pas destinées à former des *archives. Ce sont de simples notes individuelles qui doivent disparaître dès qu'elles ont rempli leur rôle de contribution à l'étude de la mortalité publique.* C'est la condition absolue pour qu'elles soient exactes, complètes et quelles rendent le service qu'on peut en attendre.

Et leur destruction presque aussitôt réception par le médecin de la Préfecture est une assurance qui doit nous être donnée au préalable et une des conditions, *sine qua non*, que nous devons obtenir, avant de poursuivre plus loin l'étude des modalités de ces déclarations.

Vous voyez, confrères, combien est complexe cette question de déclaration des décès, par rapport au secret professionnel. C'était là le premier principe, que nous avions posé le jour même de la séance d'ouverture de la commission. Quant au second principe, à savoir le payement de nos certificats par l'Etat, l'affaire est beaucoup plus simple à exposer.

En somme, que nous demande l'Etat, au nom

de l'hygiène publique ? De lui fournir, à chaque décès, un certificat, ou plus justement, une *observation médicale complète* relatant toutes les *causes* et toutes les *circonstances* relatives à ce décès. Et dans quel but nous le demande-t-il ? Afin de dresser des statistiques qui puissent servir à une étude générale de la mortalité et de ses causes, aussi bien en vue de remédier au danger d'épidémies que pour chercher à supprimer, autant que possible, les grands fléaux de l'humanité : tuberculose, cancer, syphilis etc... C'est bien là une tâche *sociale* à laquelle nous sommes conviés par l'Etat, en dehors de la personnalité de chaque décédé, en dehors de l'intérêt spécial et personnel de sa famille, et rien que dans l'intérêt de la collectivité toute entière.

Ce n'est donc pas à la *famille du décédé* qu'il appartient de payer les légitimes honoraires qui nous sont dus pour notre travail technique, mais au représentant des bénéficiaires de ces travaux, au représentant de la collectivité, à l'*Etat*

Comment pourrions-nous, d'ailleurs, réclamer à la famille un certificat pour statistique qu'elle ne nous a jamais demandé d'établir ? Et si elle refuse de payer, au nom de quel principe pourrions-nous la contraindre. *Qui commande paye*! nous répliquera-t-elle avec juste raison. Il serait vraiment trop commode que l'Etat, après nous avoir demandé un service, se désintéresse du payement et se décharge sur d'autres du soin d'acquitter la note, au risque même de voir celle-ci rester impayée. Encore une réforme sociale que l'on ferait ainsi, comme tant d'autres, aux frais du corps médical. Nous ne pouvons accepter cette désinvolture et, modestement, nous nous contenterons de réclamer *le même régime que celui des vétérinaires* dont l'Etat paye les certificats, en cas d'épizootie. Il nous semble que la santé des gens vaut bien, au moins, autant que celle des troupeaux.

Ces certificats, ou plutôt ces observations techniques détaillées, ne pourraient guère nous être payées moins de dix francs. On nous oppose, à ce payement, la pénurie de nos finances. Il s'agirait, paraît-il, d'environ deux à trois millions à mettre à la charge de l'Etat. Nous ne pensons pas que ce serait une somme impossible à trouver dans le budget. Nous sommes même persuadés qu'il est, dans celui-ci, d'autres crédits conservés qui sont moins utiles à la nation.

* * *

Tel est le point où nous en sommes à la commission dite de « déclaration des décès ». Je n'ai pas parlé de l'essai qui fut tenté dernièrement en Seine-et-Oise. Il ne pouvait réussir tant que les principes exposés ci-dessus n'étaient pas admis. Nos confrères de ce département ne pouvaient que refuser leur collaboration à l'expérience qui leur fut proposée. Il en serait de même de tout autre département, car ce serait, chaque fois, mettre la charrue avant les bœufs.

La commission l'a compris. Un projet nouveau doit être proposé. Nous verrons s'il est acceptable. En attendant, j'ai pensé utile d'exposer à nos confrères l'état actuel de la question, en leur demandant de nous envoyer les observations, les objections, les améliorations qu'ils jugeraient à propos de nous suggérer. Nous pourrions en faire notre profit, lors des discussions à la commission. D'ailleurs, comme d'ordinaire, il est bien entendu que nous ne pourrions conclure définitivement aucun accord officiel avant que se soient prononcés les syndicats, dont nous, délégués de l'Union, ne sommes que les mandataires.

Dr Fernand DECOURT.

(Rép. d'H. et de M. S.: 5.224.)

L'ENSEIGNEMENT PAR LE CINÉMA

J'ai assisté récemment à la présentation de plusieurs films documentaires édités par la Section *Enseignement*, de Pathé Consortium Cinema.

J'avais déjà, aux journées médicales de Bruxelles, été vivement intéressé par la projection sur l'écran d'un certain nombre d'exercices de médecine opératoire. Il s'agissait, autant qu'il m'en souvient, de la découverte et de la ligature de l'axillaire et de l'humérale, dont il était facile de suivre méthodiquement chacun des temps, depuis l'indication du repère sur la peau, jusqu'à l'achèvement du nœud du fil.

Les filons que j'ai « visionnés » dernièrement — c'est, je crois, l'expression consacrée par la nouvelle terminologie de l'industrie cinématographique — sont consacrés à des sujets de caractères différents.

Je citerai, en premier lieu, des vues cinémicrobiologiques, prises sous la direction et le contrôle du Dr Comandon : *spirochæta pallida* (fig. 1 et 2). *Mécanisme de la phagocytose* (fig. 3 et 4). On voit ici tout d'abord l'agent pathogène sous la forme d'une sorte de flagellum ondulé, accroché pour ainsi dire au lymphocyte. Le travail d'absorption s'accomplit peu à peu, de telle sorte qu'à un moment donné, on assiste à la disparition de ce flagellum dans l'intérieur du globule blanc. L'acte essentiel, par lequel l'organisme assure sa défense contre les offensives microbiennes, se trouve ainsi réalisé sous les yeux du spectateur.

Nous avons ensuite assisté à la projection de cinéradiographies, montrant très nettement comment s'exécutent les mouvements du squelette des articulations (fig. 5). J'y joins, à titre de curiosité, la projection cinéradiographique d'un serin dans sa cage (fig. 6).

Nous avons suivi d'un œil intéressé les divers temps d'une cholécystectomie, avec curettage préalable de la vésicule et du cholédoque, farcis de calculs (fig. 7 et 8), exécutée par V. Pauchet.

Enfin, l'écran nous présenta un cas de sclérose en plaque de la région cérébelleuse, ayant toute la valeur d'une démonstration clinique. Tous les signes et symptômes de cette affection furent soulignés avec une netteté parfaite, tout aussi bien que si le malade lui-même nous avait été exhibé en chair et en os. La figure 9 représente l'instabilité d'équilibre du sujet qui, légèrement poussé aux omoplates, tombe immédiatement en avant, dans les bras heureusement tout proches, de l'aide de l'expérimentateur.

Je ne m'étendrai pas sur l'exécution remarquable de ces différents films. La netteté et la précision des photographies permettent de suivre tous les détails des sujets présentés, qu'un texte clair et concis explique d'une façon suffisamment compréhensible.

Ce résultat mérite à lui seul d'être enregistré, pour la façon remarquable dont l'Art sert ici les intérêts de la Science.

Je voudrais seulement me placer au point de vue de la valeur d'enseignement de semblables projections.

En ce qui concerne les vues microbiologiques, il est facile de concevoir que l'étudiant ou le médecin apprendront ainsi à reconnaître les espèces microbiennes les plus communes, qu'ils se familiariseront avec leur morphologie, et que, le jour où ils les retrouveront dans le champ d'une préparation microscopique, ils n'auront aucune peine à les identifier.

La cinéradiographie m'apparaît surtout comme un tour de force intéressant ; elle juxtapose la physiologie à l'anatomie. Elle prendrait une valeur plus grande, au point de vue éducatif, si elle pouvait s'appliquer à des cas pathologiques. Il serait en effet infiniment plus instructif de montrer successivement une luxation du coude projetée d'abord en nature, avec sa déformation caractéristique ; puis, le squelette de l'articu-

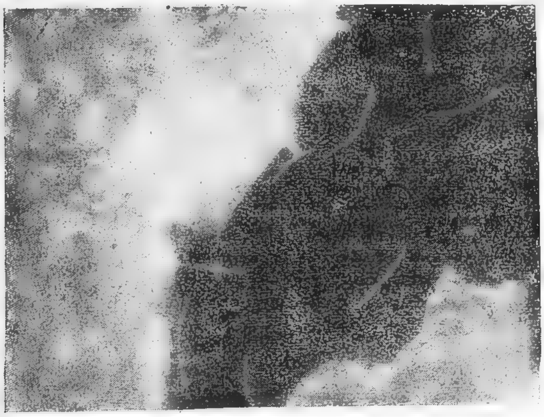


Fig. 1.

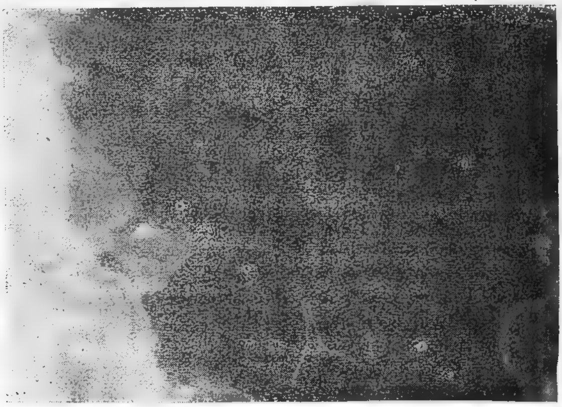


Fig. 2.



Fig. 3.

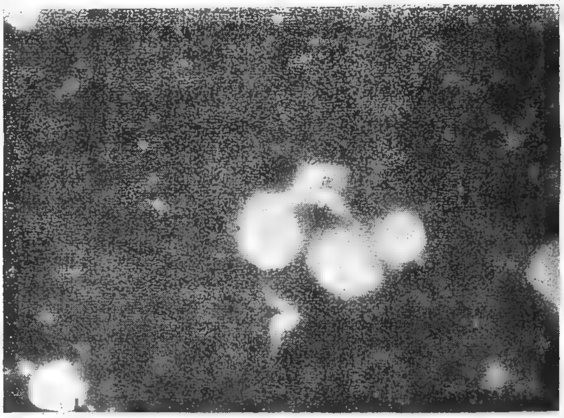


Fig. 4.

lation, avec les rapports anormaux des surfaces articulaires ; enfin, les manœuvres de réduction. Je ne doute d'ailleurs pas que ce progrès ne soit prochainement accompli.

Une opération chirurgicale, du genre de celle qu'il m'a été donné de voir, met surtout en évidence la virtuosité de l'opérateur. Elle a certainement moins de valeur pratique, puisque de telles interventions sont exclusivement réservées aux as de la chirurgie, et n'entrent pas dans le cadre de la pratique de chaque jour.

la projection de certains types cliniques qui apparaissent comme des raretés, qu'un étudiant n'est pas assuré de rencontrer à l'hôpital au cours de ses stages hospitaliers, et devant lesquels il se trouvera embarrassé si les hasards de la vie les amènent plus tard sous son observation. Témoin la sclérose en plaques, dont personnellement, je n'ai rencontré que deux cas dans mon existence, le premier, à Necker, en 1888, quand j'étais « roupiou » dans le service de Rigal ; le second, en 1915, dans le régiment dont j'étais



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.

chef de service. Il n'est pas douteux que je n'ai fait mon diagnostic, dans ce second cas, qu'à la faveur de mes souvenirs d'étudiant.

Plus instructive pour la masse serait évidemment la projection, au ralenti, de l'une de ces interventions courantes que tout médecin doit être à même de pratiquer : une hernie étranglée ; une trachéotomie ; une amputation ; voire, une réduction de fracture, suivie de la pose de l'appareil.

Mais j'attache surtout une importance et une puissance éducative infiniment plus grande à

On pourrait donc présenter ainsi aux élèves des types d'affections nerveuses, telles que la sclérose en plaques, la maladie de Little, la maladie de Thomsen, etc., qui sont relativement exceptionnelles, et sur lesquelles il est cependant utile d'avoir des notions assez exactes.

Si je formule ici ces observations, c'est que je crois fermement à la grande valeur éducative du cinéma, dont je suis assuré qu'on tirera de plus

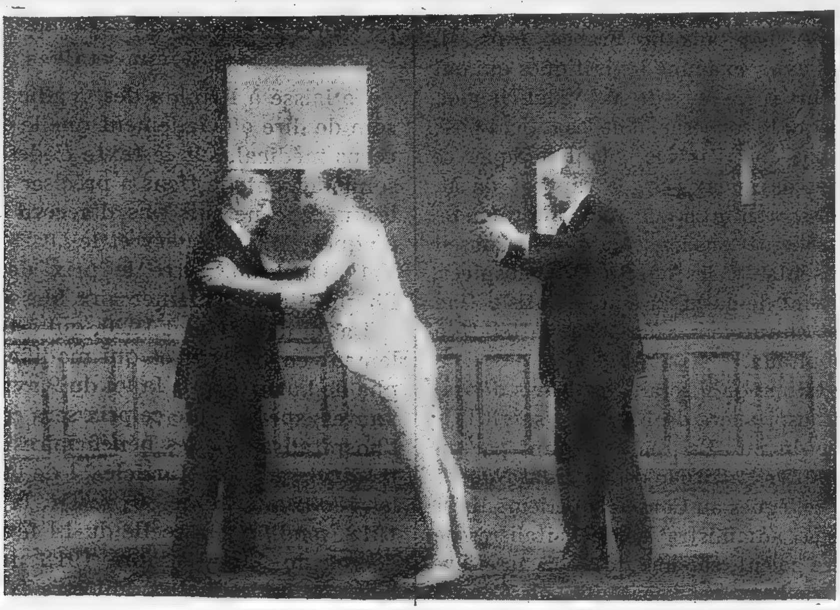


Fig. 9.

en plus parti pour suppléer, dans l'enseignement de la médecine, aux leçons prises sur le vif, dans les cas exceptionnels qui méritent cependant d'être mieux connus que par une description, fût-elle la mieux faite du monde, d'un Traité de Pathologie.

Et cela ne m'empêche pas de rendre hommage aux efforts de Pathé Consortium, et d'admirer, du point de vue médico-artistique, les résultats obtenus jusqu'alors, et qui nous en font présager d'autres, plus démonstratifs encore.

G. Duchesne.

(*R. H. M. S.* : 5080).

CHRONIQUE HOSPITATIÈRE

Les chirurgiens d'hôpitaux doivent-ils recevoir des honoraires pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés ?

L'an dernier, une proposition de modification de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, avait été présentée par le Ministre du Travail au Ministre de l'Hygiène. La commission des accidents du travail s'était mise d'accord sur un texte ; assureurs, chefs d'entreprise, représentants des ouvriers et des médecins en avaient accepté la teneur.

Consulté par le Ministre de l'Hygiène, le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait nommé une délégation de représentants des commissions hospitalières, pour discuter le texte avec la commission des accidents du travail.

Nos confrères se souviennent encore de l'émotion, suscitée par un rapport quelque peu vif, dont les termes avaient sûrement dépassé la pensée véritable de l'auteur.

Cette question de l'hospitalisation des blessés du travail, entraînant la discussion du mode de rémunération des chirurgiens d'hôpitaux, a été mise à l'ordre du jour du Congrès de l'Union hospitalière du Nord-Est, Congrès qui s'est tenu à Boulogne-sur-Mer, les 14, 15 et 16 septembre derniers.

Le compte rendu en a été publié dans la *Revue des hôpitaux* du 30 novembre 1923 (administration : bureaux des hospices civils, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon.)

Réflexions sur le projet de réforme de la législation des accidentés du travail

Rapporteur : M. Gauguery, économe-chef des Services administratifs des Hospices civils de Nancy

Le rapporteur fait l'historique de la question. Il rappelle le rapport de M. Vidal-Naquet, vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Marseille et membre du Conseil supérieur

de l'Assistance publique, rapport dont il fait l'analyse. Il donne lecture d'un article sur cette question, publié dans le journal « *Les Hôpitaux de France* », par son auteur, M. le Dr Henri Reynès, président de l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France. Puis, M. Gauguery, après avoir examiné les critiques qui ont pu être faites sur le rapport de M. Vidal-Naquet, déclare qu'en ce qui le concerne, il ne les retient pas ; car il ne suffit pas de critiquer, il faut indiquer ce que l'on propose de mieux. Or, le rapport de M. Vidal-Naquet est le résultat d'une étude approfondie à laquelle ont participé tous les membres du Conseil supérieur, représentants des hôpitaux et hospices. Ses conclusions sont de nature à donner satisfaction aux médecins et chirurgiens sans porter atteinte à la dignité des hôpitaux.

M. Gauguery estime qu'il serait à son avis désirable que l'Union hospitalière du Nord-Est suivît l'Union hospitalière du Sud-Est, en marquant par un vœu qu'elle approuve l'attitude de M. Vidal-Naquet et ses éminents collègues au Conseil supérieur. Il est bon, dit-il, que les administrations hospitalières de la France entière soient, sur une question aussi importante, derrière leurs représentants au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Puis, après explications complémentaires de M. l'inspecteur général Rondel, le rapporteur conclut en proposant à l'Assemblée le vœu suivant qui est adopté à l'unanimité :

L'Union hospitalière du Nord-Est, réunie en Assemblée générale annuelle à Boulogne-sur-Mer, les 15 et 16 septembre 1923,

Vu la demande du Syndicat médical des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France ;

Vu le rapport de M. Vidal-Naquet, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en date du 23 mars 1923 ;

Emet le vœu :

Que, dans le projet de loi relatif à la revision de la législation sur les accidentés du travail, le texte qui sera adopté pour remplacer le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 juillet 1920, soit en substance le suivant :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation. Ces frais devront être remboursés à l'hôpital d'après le prix de revient de la journée établi dans les conditions déterminées par les lois et règlements sur la fixation des prix de journée dans les établissements hospitaliers et majoré de 30 %. Tout acte médical accompli à l'hôpital est rémunéré en plus, conformément aux honoraires fixés au tarif visé au paragraphe précédent, diminué de 30 %. Ces honoraires seront réglés par le chef d'entreprise à l'administration hospitalière qui les répartira ensuite aux ayants droit, conformément au règlement en vigueur dans l'établissement, règlement établi dans les conditions fixées par la loi du 7 août 1851, après avis du corps médical.

« Dans les cliniques ou hôpitaux privés, les prix à la charge du chef d'entreprise ne peuvent être supérieurs à ceux de l'hôpital public le plus proche ».

Commentaires

Je laisse à l'Union des syndicats médicaux le soin de dire officiellement quelle est l'opinion du corps médical, sur le texte ci-dessus ; mais personnellement, je tiens à préciser trois points sur lesquels je ne suis pas d'accord avec M. Vidal-Naquet, M. Gauguery et le Dr Reynes.

1° Quel doit être le prix de journée que l'hôpital doit réclamer aux blessés du travail ?

La loi du 6 juillet 1920, qui est encore actuellement en vigueur et qui modifie le 3e paragraphe de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 (et suivantes) spécifie que ce prix sera celui établi pour l'hospitalisation des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite (article 24 de la loi du 15 juillet 1893) majoré de 30 %. Or, la loi du 28 juin 1918, modifiée par celle du 14 février 1921 et le décret du 13 novembre 1918 déterminent les bases selon lesquelles doit être évalué le prix de journée.

Cette évaluation s'établira en prenant pour base toutes les dépenses ordinaires, extraordinaires et supplémentaires afférentes à l'année écoulée, sous déduction des éléments particuliers (dotations, frais de gestion du patrimoine hospitalier, etc.).

L'article 9 du décret prévoit que lorsque l'importance de l'établissement permet d'avoir des services distincts pour la médecine et la chirurgie, un prix spécial de journée est calculé séparément pour chacun d'eux.

Enfin le deuxième paragraphe de l'article 11 du décret est ainsi conçu : « En ce qui concerne les *dépenses du personnel médical* de tout ordre, d'achats de médicaments, ou objets de pansements, d'instruments de chirurgie et d'appareils de laboratoire, il est procédé à une ventilation à forfait dans les différents services.

« Cette ventilation s'opère de la façon suivante ;

« Dans les hôpitaux, la journée de chirurgie est comptée comme une journée un tiers de médecine...

« Dans les hôpitaux-hospices :

a) La journée dans les services de médecine est comptée comme une journée et demie dans les services de vieillards ;

b) La journée dans les services de chirurgie est comptée comme deux journées dans les services de vieillards. »

Nous en déduisons que la commission administrative de l'hôpital peut, si son économe connaît bien son métier, se faire rembourser intégralement les frais occasionnés par l'hospitali-

sation des blessés du travail. De plus, la loi du 6 juillet 1920 majore ce prix de 30 % : bénéfice net pour l'hôpital.

Il en résulte qu'à l'heure actuelle, les commissions hospitalières sont mal fondées de refuser au corps médical hospitalier un relèvement d'honoraires, puisque l'hôpital fait un bénéfice de 30 % sur le prix de chaque journée d'hospitalisation d'un blessé du travail.

Mais, si une modification doit être apportée à cette loi de 1920, pour prévoir des honoraires en faveur du corps médical hospitalier, nous ne pouvons souscrire aux conclusions que M. Gauguery a fait voter par le Congrès et maintenant cette majoration de 30 %.

Par sa destination propre, l'hôpital, établissement public, ne doit pas faire acte de commerce, ni de bénéfice. Ce 30 % en est un.

2° Nous ne pouvons pas également adopter la proposition votée par le Congrès et ainsi conçue : « Tout acte médical accompli à l'hôpital est rémunéré en plus, conformément aux honoraires fixés au tarif visé au paragraphe précédent (tarif Breton) *diminué de* 30 %.

Pourquoi cette diminution ? Probablement pour contrebalancer le 30 % de majoration sur le prix de journée ? De sorte qu'une fois de plus ce sera le corps médical hospitalier qui fera les frais de la combinaison : il renonce à 30 % de ses honoraires au tarif Breton, pour que l'hôpital bénéficie d'une majoration de 30 % sur le prix de journée.

3° Nous ne pouvons pas encore adhérer au mode de réglement des honoraires médicaux.

Le Congrès, suivant MM. Gauguery et Vidal-Naquet, estime que la commission hospitalière doit percevoir elle-même les honoraires médicaux, pour les répartir ensuite aux ayants droit, conformément aux règlements locaux.

Ce sera encore la lutte du pot-de-fer contre le pot-de-terre. Ce règlement local n'est pas librement discuté par le corps médical local hospitalier ; mais il est *imposé* à ce dernier par la commission administrative. C'est à prendre, ou à laisser et les médecins d'hôpitaux s'inclinent souvent, pour ne pas, par une démission collective, faire souffrir les pauvres malades de l'omnipotence des administrations.

Voici donc ce qui se passera : ici, les professeurs de Faculté, médecins et chirurgiens d'hôpitaux, nommés au concours, renonceront généreusement à leurs honoraires. Leur titre est suffisamment rémunérateur auprès de la clientèle payante de ville, pour qu'ils puissent faire le geste d'abandonner toute somme hospitalière, pour l'amélioration de leur service.

Là, le médecin nommé à l'hôpital, sans concours, grâce à la politique, ou à ses appuis personnels, renoncera encore à ses honoraires, au profit de l'hôpital, pour conserver son poste, dû à la faveur.

Et les médecins praticiens, qui vivent péniblement de leur travail, qui ne font que de la médecine, mais ni politique, ni course aux distinctions honorifiques, auront mauvaise grâce à réclamer leurs légitimes honoraires, car on leur opposera ce qui se passe dans nombre d'hôpitaux de France.

De plus, l'hôpital se créera de nouvelles ressources, provenant de l'hospitalisation des blessés du travail, lesquels seront attirés à l'établissement public, au détriment des cliniques privées, voire même du cabinet des médecins de la localité.

Personnellement, je ne vois aucun inconvénient à ce que les hôpitaux fassent des bénéfices. Ceux-ci augmenteront le patrimoine des pauvres et permettront de soigner les déshérités de la vie avec le maximum de confort et de science moderne. J'ai trop vu de près le dévouement, absolument désintéressé, des hommes de bien, que sont les administrateurs d'hospices et hôpitaux, pour leur faire un grief quelconque de leur désir d'avoir des recettes supérieures au chiffre des dépenses. J'irai même plus loin, puisque, personnellement, j'ai souvent écrit en faveur de la possibilité, pour les petits hôpitaux de province, de faire fonction de maison de santé payante pour les malades aisés.

Mais, que cette question de l'hospitalisation des blessés du travail se traite entièrement sur le dos des médecins, nous ne pourrions l'admettre. Ces victimes du travail sont des clients ordinaires, pour lesquels un responsable doit payer les soins. Le corps médical ne saurait donc accepter d'être frustré de son droit aux honoraires, puisqu'il ne s'agit pas de charité à faire.

Aussi, accordons-nous personnellement toute notre sympathie au texte qui, élaboré par la commission des accidents du travai, avait été transmis, par le ministre du Travail, à son collègue de l'Hygiène, texte qui fut ensuite repoussé par les délégués des commissions hospitalières au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Nous aimons à croire que les administrateurs des hôpitaux mieux informés consentiront à reprendre la conversation, en prenant comme guide les textes législatifs et réglementaires, qui fixent, d'une manière générale, l'admission des malades dans les hôpitaux et le prix de journée qui doit être réclamé à qui de droit.

Dr Paul Boudin.

(*R. H. M S.* : 0425).

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'HYGIÈNE SOCIALE DANS LA SEINE-INFÉRIEURE

Les centres d'examen médical sont réservés aux personnes nécessiteuses.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que la section antituberculeuse du centre d'examen médical de Dieppe vient d'être ouverte.

Tenues par un médecin spécialisé de l'Office et n'exerçant pas la médecine, les séances d'examen ont lieu tous les samedis, jour du marché de Dieppe, à 14 heures, rue Thiers, nº 35.

Le Centre de Dieppe, comme tous les autres Centres de l'Office, ne doit pas être confondu avec les consultations habituelles des hôpitaux ou des dispensaires. *Les malades n'y reçoivent en effet aucun soin médical ; jamais aucune ordonnance médicale ne leur est délivrée. Ils sont toujours renvoyés pour les soins médicaux proprement dits à leur médecin habituel ou invités à en choisir un, lorsqu'ils déclarent n'en pas avoir.*

De même, le résultat des examens pratiqués n'est jamais communiqué ou remis au malade ou à la personne examinée, ou à un tiers quelconque, mais communiqué exclusivement au médecin traitant, si celui-ci le désire.

Les malades dont l'examen n'est pas demandé par un médecin traitant, font toujours l'objet d'une enquête sociale préalable ; ils sont informés qu'ils ne recevront au Centre aucun soin médical proprement dit, et que le résultat des examens pourra être communiqué à leur médecin habituel, et à lui seul.

Le rôle du Centre d'examen médical n'est donc pas de soigner des tuberculeux, mais seulement d'en permettre, d'une part, l'examen spécial avec un outillage technique conforme aux données actuelles, et, d'autre part, de faire bénéficier les tuberculeux et surtout leurs familles des lois d'assistance et de préservation sociale ; c'est ainsi que sont indiquées aux malades les formalités d'admission à l'Assistance médicale gratuite pour l'obtention des soins médicaux, ou encore les formalités d'entrée dans les sanatoriums, les hôpitaux-sanatoriums ou les hôpitaux ; de même encore l'admission des enfants de tuberculeux dans les préventoriums est facilitée, sans charges pour les communes ou les familles, lorsque celles-ci remplissent les conditions administratives nécessaires. En dernier lieu enfin, les familles de tuberculeux nécessiteux ou dignes d'intérêt sont signalées aux bureaux de bienfaisance ou aux comités de secours, ainsi qu'aux autres organismes d'assistance ou de bienfaisance existants dans le rayon d'action du Centre.

Toutes les opérations effectuées dans un Centre d'examen médical ou par son personnel sont gratuites. Il en résulte que les personnes pouvant rémunérer leur médecin sont priées de s'abstenir de les solliciter. Cette recommandation fondamentale est d'ailleurs rappelée dans les divers locaux du Centre par des affiches très apparentes

Toutefois, lorsque dans la ville ou siège un Centre, il n'existe aucune ressource d'examens spéciaux, les ressources techniques dont dispose le Centre peuvent être mises à la disposition de tous les médecins, mais seulement sur leur demande expresse et toujours à titre absolument gratuit pour les malades. Cette tolérance disparaîtrait naturellement le jour où l'existence d'un médecin spécialisé en radiologie dans la ville siège du Centre serait notifiée à l'Office.

Dans ce cas, la tolérance ci-dessus serait restreinte à la classe sociale intermédiaire entre celle justiciable de l'Assistance médicale gratuite et celle pouvant honorer équitablement son médecin. La discrimination de cette classe sociale ne peut évidemment être faite que par le médecin traitant. Ces malades ne seraient donc examinés qu'à sa demande, ou s'ils sont accompagnés par lui, et toujours à titre absolument gratuit.

J'espère que les quelques précisions ci-dessus rappelées vous engageront à envoyer au Centre d'examen médical de Dieppe vos malades nécessiteux ou indigents, ou mieux encore, à les y accompagner, lorsque vous jugerez utile de leur procurer le bénéfice des examens techniques qui peuvent y être pratiqués (radioscopie, examen bactériologique des crachats, examen laryngoscopique, etc.) ou l'assistance sociale qui y est donnée. Vous pouvez être assuré d'y recevoir, de la part de votre confrère spécialisé de l'Office, l'accueil le plus confraternel et le plus cordial.

Dr Ott.

Fac Simile de l'Affiche apposée dans les C. E. M. de la Seine-Inférieure

DÉPARTEMENT
de la
SEINE-INFÉRIEURE

Office Public d'Hygiène Sociale

AVIS AU PUBLIC

Tous les services rendus dans un Centre d'Examen Médical, ou par son personnel, étant GRATUITS, les personnes AYANT LE MOYEN DE RÉMUNÉRER LEUR MÉDECIN sont priées de S'ABSTENIR de les SOLLICITER.

Les Visiteuses d'hygiène ou Infirmières sociales, lorsqu'elles sont en service, doivent porter ostensiblement l'insigne dont le modèle est reproduit ci-contre ; elles sont en outre pourvues d'une carte d'identité photographique contresignée par le Préfet de la Seine-Inférieure.

Le modèle n'a pu être reproduit

Toute réclamation relative au fonctionnement des Centres d'Examen Médical, quelle qu'en soit la nature, doit être adressée DIRECTEMENT à M. le Préfet (Office public d'Hygiène sociale — Préfecture — Rouen).

(*R. H. M. S.* : 7020.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **18e Voyage d'études médicales.** — Le 18e voyage d'études médicales, devant avoir lieu au cours des vacances de Pâques 1924, et le temps dont disposent les médecins à cette époque de l'année étant limité, comprendra, comme il a été annoncé précédemment, trois itinéraires indépendants.

Comme les années précédentes, une réduction de 50 % sera accordée aux médecins et étudiants en médecine français et étrangers sur les chemins de fer français du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

PREMIER ITINÉRAIRE.

Il comportera la visite des stations de la Cerdagne et des Pyrénées-Orientales conformément au programme ci-dessous :

Dimanche 13 *avril* (1er jour). — Concentration à Carcassonne le 13 avril, à 7 heures du matin. — De 7 h. 30 à 8 heures, visite facultative de la Cité. — Départ de Carcassonne à 8 h. 30 du matin par les autocars de la Compagnie du Midi : route de la vallée de l'Aude. — Arrivée à Alet à 9 h. 1/2 : départ d'Alet à 10 heures. — Déjeuner à Usson-les-Bains à midi 1/2 ; départ d'Usson à 14 h. 30. — Arrivée à Font-Romeu à 16 h. 45. Vin d'honneur et visite de l'Hôtel. Départ à 17 h. 45. — Arrivée aux Escaldes à 18 h. 30. Visite du Sanatorium. Dîner et coucher aux Escaldes.

Lundi 14 *avril* (2e jour). — Départ des Escaldes à 8 h. 1/2. — Arrêt à Thuès-les-Bains. — Arrivée à Vernet-les-Bains à midi. Visite de Vernet-les-Bains. Déjeuner à 13 heures. — Départ à 14 h. 30 pour Molitg. — Arrivée à Amélie-les-Bains vers 19 h. 30. Dîner coucher.

Mardi 15 *avril* (3e jour). — De 8 heures à 10 heures visite d'Amélie-les-Bains. — A 10 heures, départ pour le Prats de Mollo et la Preste. Déjeuner à la Preste. — Départ pour le Boulou. Visite du Boulou. Départ du Boulou par la route des Pyrénées. — Dîner et coucher à Banyuls-sur-Mer.

Mercredi 16 *avril* (4e jour). — Visite de Banyuls. Déjeuner. — Départ de Banyuls à 10 h. 52 pour Montpellier. — Arrivée à Montpellier à 15 h. 36. Visite de la

Faculté et des hôpitaux. (Dislocation pour les médecins inscrits à cet itinéraire seulement). — Pour les médecins participant à la visite du littoral méditerranéen, départ de Montpellier à 18 h. 01. Arrivée à Tarascon à 19 h. 37. Dîner et coucher à Tarascon. — Départ le lendemain matin et arrivée à Aix-en-Provence à 9 h. 38.

DEUXIÈME ITINÉRAIRE.

Il aura lieu du 17 *avril au* 23 *avril*, et comprendra les stations de la Provence et du littoral méditerranéen.

Jeudi 17 *avril* (1er jour). — Concentration à l'établissement thermal d'Aix-en-Provence, à 10 heures. Visite de l'établissement thermal. Déjeuner. — Départ pour Marseille à midi 35. — Arrivée à Marseille à 2 heures. De 14 h. à 18 heures, visite de l'école de médecine et de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Dîner au buffet de Marseille. — Départ pour Hyères. Coucher à Hyères.

Vendredi 18 *avril* (2e jour). — De 7 h. 30 à 11 h. 30, en autocars, visite de San-Salvadour, du sanatorium de la ville de Paris, du Mont-des-Oiseaux, d'Hyères, du sanatorium Renée Sabran, à Giens, de l'Institut Hélio-Marin. A 11 heures 30, déjeuner. — Départ à 13 heures, pour Bormes, le Lavandou, Cavolaire, Sainte-Maxime, Fréjus, Saint-Raphaël. Arrêt d'une heure. Valescure. Les stations climatiques de la Corniche de l'Estérel. — Arrivée à Cannes à 19 h. 30. Dîner et coucher à Cannes.

Samedi 19 *avril* (3e jour). — De 8 à 12 heures, visite de Cannes, du Cannet et des établissements médicaux. Déjeuner à Cannes. — De 14 à 16 heures, visite facultative des îles de Lérins. — A 16 heures, départ en autocars pour Golfe Jouan, Juan-les-Pins, Antibes, Grasse. — De 18 à 19 h. 30, visite de Grasse. Dîner et coucher à Grasse.

Le groupe qui doit aller le lendemain (deux autocars) aux Courmettes, part plus tôt et va directement de Cannes à Grasse, et, après un court arrêt à Grasse, va dîner à Thorenc, où il couchera.

Dimanche 20 *avril* (4e jour). — Départ de Grasse à 6 h. 30 pour Thorenc. Retour par les Gorges du Loup. — Le groupe qui a couché à Thorenc se rend à Courmes et de là aux Courmettes, et retrouve les cars à Tourrettes-sur-Loup. Regroupement de tout le V. E. M. pour déjeuner à Vence. — Départ de Vence à 16 h. 30. — Arrivée à Nice vers 18 h. 30. Dîner et coucher à Nice.

Lundi 21 *avril* (5e jour). — Visite de Nice dans la matinée. Déjeuner à Nice à 12 h. 30. — Départ de Nice à 16 heures, en autocars, par la Grande Corniche du haut et Gorbio. — Arrivée à Menton à 19 heures. Dîner et coucher à Menton.

Mardi 22 *avril* (6e jour). — De 8 à 11 heures, visite à Menton. — A 11 heures, départ pour San-Remo, où aura lieu une Manifestation médicale Franco-Italienne. A midi 30, déjeuner à San-Remo. — A 15 h. 30, départ pour Monte-Carlo ; de 17 h. 30 à 19 h.30, visite de Monte-Carlo. Dîner et coucher à Monte-Carlo.

Mercredi 23 *avril* (7e jour). — Départ de Monte-Carlo à 7 h. 30 pour Beaulieu (arrêt), Villefranche, Nice. — Un groupe se rend à Peira-Cava et y déjeune ; un autre groupe se rend à Saint-Martin-de-Vésubie et y déjeune. — Départ de ces deux localités après déjeuner. — Retour à Nice et dislocation (*a*).

Les médecins participant au Circuit de Corse, s'il peut avoir lieu, se regrouperont à l'embarcadère des lignes de Corse à Nice.

TROISIÈME ITINÉRAIRE.

Projeté pour la période du 24 *au* 27 *avril*, en Corse, il est encore à l'étude, et son maintien au programme est soumis à la possibilité d'obtenir un bateau. Les démarches à ce sujet sont encore en cours et aucune décision ne pourra vraisemblablement être prise avant le 15 mars.

Si cette troisième partie du programme peut être réalisée, trois ou quatre jours seraient consacrés à la visite de Bastia, Orezza, Corté, Vizzanova, Pietrapola, Ajaccio, Piana.

N. B. — *Ces itinéraires sont susceptibles de modifications de détails.*

Le prix du premier itinéraire avoisinera 400 francs.
Le prix du second itinéraire est fixé à 450 francs.
Le prix du troisième itinéraire avoisinera 450 francs.

***

Les médecins et étudiants en médecine désireux de participer, en plus de l'itinéraire principal de la Côte-d'Azur, à l'un des deux autres itinéraires ou aux trois, sont priés d'envoyer de suite leur demande d'inscription au Dr M. GERST, 94, boulevard Flandrin, Paris (16e)

Les confrères désireux d'être accompagnés de leur femme, *sont priés d'indiquer nettement s'ils maintiendraient leur candidature au cas où la participation des dames ne pourrait avoir lieu.* Cette question ne sera résolue qu'au moment de la clôture des inscriptions.

***

Des subventions et des concours demandés tout spécialement en considération de l'état des changes, permettront, en fin de voyage, de faire bénéficier d'une ristourne les adhérents des pays à change bas. Cette ristourne ne s'appliquerait, en aucun cas, aux femmes ou filles d'adhérents.

Des avantages spéciaux sont prévus pour un nombre limité d'internes des hôpitaux et d'étudiants en médecine.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Maladies des yeux.* — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Dr JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le *mardi* 19 *février* 1924, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes. Présentation de malades. Projections.

Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre. Semblables séries en *juin* et en *novembre* 1924.

Tous les jours, à 9 h. 1/2 : présentation d'affections oculaires courantes.

— Nous avons trop souvent insisté dans ce journal sur la haute importance de la pratique de ces interéchanges entre nations alliées ou amies pour que nous le fassions une fois encore aujourd'hui. Mais il faut rendre hommage aux ouvriers de la première heure, qui, avec Dartigues et Gaulheur l'Hardy, avaient créé pour resserrer les liens des pays latins l'U. M. F. I. A. (union médicale franco-ibéro-américaine). Le Dr Mathé, secrétaire général de la propagande, pour ces régions, au bureau de l'A. D. R. M., prépare, croyons-nous, un « *Congrès médical des pays latins* » dont nous entretiendrons prochainement nos lecteurs.

Rappelons que le bureau de l'A. D. R. M. est ouvert tous les jours, salle Béclard, à la Faculté de médecine.

Raymond MOLINÉRY,
Du Comité de l'A. D. R. M.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

voir si les intérêts des Bons de la défense nationale *à moins d'un an*, des Obligations du Crédit national, doivent figurer dans la déclaration de l'impôt général sur le revenu.

J'ai lu que le Bon de la défense nationale était assimilé à un billet de la Banque de France. D'autre part, au moment de l'émission des obligations du Crédit national, n'était-il pas convenu qu'elles seraient exemptes de tous impôts ?

Si ces intérêts doivent figurer au nombre des valeurs mobilières, ne serait-il pas utile de les distinguer des valeurs étrangères ? De quelle manière ? Dans une notice explicative ?

Dr L.

Réponse.

Légalement, les intérêts des Bons de la défense nationale, ceux des obligations du Crédit national doivent figurer sur la déclaration d'impôt général, sans qu'il y ait lieu de les distinguer des autres valeurs mobilières françaises ou étrangères. Maintenant, ces titres étant au porteur, seule votre conscience peut régler votre conduite.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

Interventions multiples

J'ai recours à votre obligeance et à votre compétence une fois de plus dans le cas suivant :

J'ai vu aujourd'hui un accidenté du travail présentant une plaie à la tête et une plaie à la main gauche. Cela fait donc deux pansements $2 \times 8 = 16$ francs, pour aujourd'hui plus le certificat. Jusque-là, çà va très bien. Demain, je me propose de lui faire une injection de sérum antitétanique.

Puis-je compter pour le même jour :

2 pansements : $2 \times 8 =$	16
+ 1 injection de sérum	20
	36

Ou bien n'ai-je le droit de compter que l'injection de sérum comme dans le cas de pansement simple ?

Dr C.

Réponse.

La visite ou consultation comprend *un pansement* et vous ne pouvez la compter en même temps qu'une intervention, car il y aurait le *cumul* défendu par l'art. 13. Or, ici, vous avez eu à faire deux pansements plus une injection de sérum. Supprimez donc le prix d'une visite (et du pansement qu'elle comprend) et comptez alors un pansement + injection — en donnant l'explication ci-dessus à la compagnie. C'est là, je pense, ce que me semble réclamer une juste appréciation de l'art. 13.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Injections intratrachéales

Comme membre du « Sou » et du *Concours* pourriez-vous me dire à combien je puis tarifer des injections intratrachéales d'huile goménolée pour laryngite chez un tuberculeux pensionné de guerre.

Dr P.

Réponse.

A propos d'un cas d'espèce analogue, la Commission supérieure de contrôle a décidé que « l'injection intratrachéale » serait *comprise* dans le prix de la visite ou consultation, sans être l'objet d'une tarification spéciale.

F. D.

Les surprises des tarifs

Nous connaissons la campagne des Carnétards exploitée largement contre le Corps médical. Nous savons également avec quelle crainte d'être détroussé l'Etat épluche les notes des médecins soignant les mutilés et combien facilement il conteste les tarifs kilométriques. Aussi il est intéressant de signaler, à titre de comparaison, le fait suivant qui fut évoqué dans le Congrès des pharmacies mutualistes.

Il s'agit d'une pharmacie mutualiste qui, ayant établi sa facture trimestrielle pour fournitures de médicaments à des mutilés faisant partie de Sociétés de secours mutuels selon les prix qu'elle fait habituellement aux Sociétés adhérentes, s'est vu refuser le payement, sous prétexte qu'elle n'était pas conforme aux prix du tarif spécial aux fournitures des mutilés. Une nouvelle facture, qui a majoré le total de 45 % a été alors établie et payée sans observation. Sans commentaires.

Dr M. V.

Maladies transmissibles. Rapports du médecin des épidémies avec ses confrères praticiens

Voulez-vous me permettre de soumettre à votre appréciation la copie ci-jointe de l'extrait des instructions ministérielles relatives aux maladies contagieuses — et de vous demander un avis à ce sujet.

Médecin des Epidémies.

Extrait des instructions ministérielles.

Le médecin des épidémies est nommé par le préfet.

Il est tenu de se rendre sur le champ, d'après l'ordre du préfet ou du sous-préfet, sur tous les points de l'arrondissement où on signale une maladie épidémique. *Il en constate la nature*, recherche les causes

qui ont pu leur donner naissance, en observe les effets, s'entend avec les médecins de la localité sur les mesures à prendre pour arrêter les progrès, etc., etc.

Le médecin des épidémies peut-il *constater la nature* de la maladie signalée à l'administration, ce qui équivaut à exercer un contrôle sur le diagnostic et le traitement du médecin traitant ?

Voici, en particulier, comment les choses se sont passées dans deux cas récents.

1er *cas*. — Fièvre typhoïde. — Le médecin des épidémies s'est présenté chez la famille, l'a interrogée pour savoir si l'on avait constaté des taches sur l'abdomen, et a même demandé à entrer dans la chambre de la malade — ce qui lui a été du reste refusé.

Mis au courant de ce fait, je me suis rendu chez mon confrère — avec qui, d'ailleurs, j'entretiens de bons rapports, — et me suis élevé contre cette façon de procéder.

2e *cas*. — Fièvre typhoïde. — Cette fois, mon confrère est venu chez moi, porteur de l'instruction ministérielle en question, et m'a demandé de venir avec moi dans la famille. Nous y sommes donc allés ensemble. Il n'a pas demandé à voir la malade, et s'est borné à poser quelques questions relatives à l'étiologie : eau, lait, légumes, etc. Cela m'a paru déjà plus acceptable.

Je vous serais très obligé de m'indiquer quelle conduite doit tenir en pareille circonstance le médecin traitant. Les mots de l'instruction ministérielle : « *Il en constate la nature* » me paraissent donner au médecin des épidémies un pouvoir de *contrôle* que je considère comme absolument vexatoire et inadmissible. Supposez par exemple — restons dans le cas d'une fièvre typhoïde — que le médecin des épidémies arrive au moment où apparaissent des taches que le médecin traitant n'a pas encore pu constater, ou bien qu'il demande si on a mis de la glace sur le ventre alors que le médecin traitant ne l'a pas encore jugé utile. Voyez-vous le trouble qui peut résulter de toutes ces investigations dans l'esprit de la famille ? Je n'ai pas besoin d'insister davantage.

Dr F.

Réponse.

Les textes législatifs et règlementaires ne sont pas suffisamment précis, pour déterminer le rôle du médecin des épidémies ?

Comment la maladie épidémique est-elle signalée ?

Dans un très grand nombre des cas, c'est le médecin traitant, qui, une fois son diagnostic assuré, fait la déclaration prescrite par les lois du 15 février 1902 et du 30 novembre 1892.

Parfois, c'est le maire, ou la rumeur publique, qui informe le préfet, ou le bureau d'hygiène, de l'existence de plusieurs cas de maladies transmissibles.

Dans le premier cas, le médecin des épidémies est déjà renseigné par les cartes de déclaration du ou des médecins du lieu contaminé.

Son premier devoir déontologique pur est de s'entendre d'abord avec ses confrères. Ces hommes de l'art représenteront, les uns les malades, l'autre la société. Ensemble, ils discuteront scientifiquement sur l'intensité de la maladie, s'entendront sur les prélèvements nécessaires, en vue d'examens de laboratoires, verront ensemble les cas douteux, moins pour faire un diagnostic clinique en vue d'un traitement que pour rechercher l'intensité, la virulence et la causalité de l'épidémie.

En cas de désaccord, une consultation sera provoquée avec un troisième confrère.

Donc, le médecin des épidémies doit respecter les règles les plus élémentaires de la déontologie et, parce qu'il est, momentanément, le représentant de l'autorité préfectorale, il ne doit pas s'imaginer qu'il ait une science supérieure à celle de ses confrères et qu'il doive s'ériger en juge de leurs diagnostics.

Mais, envisageons le cas, dans lequel aucune déclaration n'aurait été faite. Si aucun médecin n'a été appelé auprès des malades, le médecin des épidémies recherchera lui-même la nature et la cause de l'infection.

S'il apprend cependant qu'un docteur a été appelé, mais que ce dernier n'a pas jugé bon de faire une déclaration, le médecin des épidémies doit, avant tout, s'enquérir, auprès de son confrère, des motifs pour lesquels ce dernier n'a pas fait de déclaration.

Le tribunal correctionnel de Remiremont (13 mars 1907) a décidé que, dans les cas où la déclaration est obligatoire, le médecin n'est tenu de la faire que lorsque son diagnostic est définitif.

Réformant un jugement du tribunal correctionnel de Mirecourt, qui le 19 mai 1909, condamnait un médecin, pour déclaration tardive de maladie transmissible, la Cour d'appel de Nancy a, dans son arrêt du 11 novembre 1909 (chambre correctionnelle) acquitté le prévenu, avec l'attendu suivant : « attendu que l'affirmation du médecin traitant doit être tenue pour vraie, à moins que la prévention ne fasse nettement la preuve contraire ».

Il s'en suit que le médecin des épidémies ne doit pas se transformer en gendarme vis-à-vis du médecin qui n'a pas fait de déclaration ; mais il doit s'enquérir, auprès de ce dernier, des motifs de son abstention. En cas de désaccord, le médecin des épidémies provoquera une consultation.

Mais, dans ce cas, qui payera cette consultation ? Il est à craindre que les finances départementales, communales, ou du ministère de l'hygiène ne soient trop mal dotées, en vue de la

lutte contre les maladies transmissibles, pour faire les frais d'un consultant.

Le médecin des épidémies devra donc se borner à signaler aux autorités administratives compétentes qu'à son avis, il y a maladie transmissible, alors que le médecin traitant a une autre conception scientifique.

Il ne faudrait pas cependant que le médecin traitant mette de la mauvaise volonté dans l'accomplissement de son devoir social. La loi l'oblige à faire la déclaration. Tant que la loi ne sera pas modifiée, tout citoyen doit obéissance à la loi.

D'ailleurs le deuxième paragraphe de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, est ainsi conçu : « la liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel... » Il s'en suit que, tout en déclarant la maladie transmissible, le médecin est délié du secret professionnel, mais uniquement au regard de ceux qui doivent recevor sa déclaration. Ainsi, le docteur ne saurait divulguer, à des tiers, l'existence d'une affection contagieuse dans une famille, sans s'exposer à des poursuites en violation du secret.

Ainsi a jugé la Cour de Cassation, par arrêt du 13 mars 1897 : « attendu qu'il ressort des dispositions et des travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892, que c'est dans un but exclusif d'hygiène que la déclaration des maladies dépidémiques est exigée des médecins, ou sages-femmes, et que ceux-ci ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel, à l'égard de ces maladies, que dans une mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique » et que « ces communications, confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent ».

Il ressort de tout ceci que, si le médecin des épidémies, qui agit au nom de la défense de la santé publique, a le devoir strict de s'entendre avec son confrère et de ne pas s'ériger, aux yeux de la clientèle, en super-médecin, le praticien ne saurait se soustraire aux obligations légales et se refuser à confier, à son collègue, enquêteur, ce qu'il a pu apprendre, en ce qui concerne la propagation de l'épidémie en cours. Il ne pourrait invoquer le respect du secret professionnel, puisque ce confrère est, comme lui, assujetti aux mêmes obligations.

Mais si un différend devait surgir, nous pensons qu'il serait utile d'en saisir le Syndicat médical local, dont le conseil de famille aurait à résoudre le conflit, en agissant même, si besoin en était, auprès de l'administration préfectorale.

Dr Paul BOUDIN.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Prévention de la grippe

Eviter l'excès de fatigue, les veillées inutiles. Se reposer quelque temps après les repas.

Veiller soigneusement à la propreté générale du corps.

Ne pas manquer de savonner et brosser les mains et les ongles avant chaque repas.

Laver la bouche et les dents chaque matin et chaque soir.

Fuir les deux poisons : l'*alcool* et le *tabac*, le premier parce qu'il trouble les fonctions du foie, le second parce qu'il irrite la bouche, coupe l'appétit, retarde la digestion et sollicite la toux, qui blesse le poumon.

Aération suffisante, jour et nuit, l'air se renouvelant dans les pièces où l'on vivra avec facilité et sans courant d'air. Chauffage modéré uniforme de l'appartement.

Eviter d'exposer le corps aux refroidissements brusques ; éviter l'humidité.

Changer de chaussures en rentrant les jours de pluie, surtout par les temps de dégel.

Eviter les poussières.

Aliments nourrissants, bien mastiqués ; pas de repas excessifs.

Trois ou quatre fois par jourr, veser sur le dos de la langue, quelques gouttes de ce mélange :

Miel .... } àâ 15 gr.
Teinture d'iode ...... }

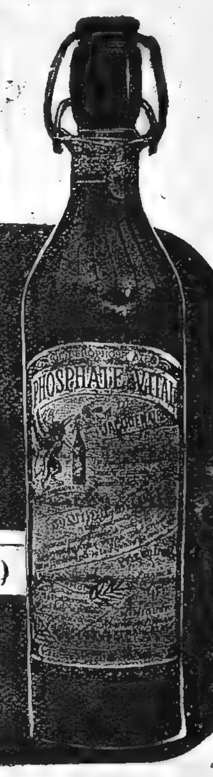
Garder un bon moral, la confiance étant un facteur de résistance.

Dès qu'un rhume commence, se livrer à un exercice vigoureux (marche, course à bicyclette, jardinage) ; provoquer ainsi la transpiration et rétablir une circulation normale ; faire suivre cet exercice d'un bain chaud, d'une bonne friction au linge sec ou au gant de crin et d'un changement de linge ; on rendra plus efficace l'effet du bain chaud en le faisant suivre d'une douche froide ou d'une friction froide, faite très rapidement.

Lit. *Très léger* purgatif salin. Boissons chaudes.

Pas de sinapismes, ni de cataplasmes sinapissés, qui font souffrir inutilement.

Les remplacer par l'enveloppement ouaté, ou mieux l'enveloppement humide du tronc ; mieux encore, le *maillot des jambes*, la vieille botte de ouate, dont la technique est si oubliée ; enveloppement des membres inférieurs, y compris la cuisse, par une épaisse couche de ouate non hydrophile, fixation par un tour de bande ; par-dessus, un tissu imperméable, fixé lui aussi par des tours de bande, le tout laissé *plusieurs heures en place*.



Introduire dans les narines, avec un bois d'allumettes, garni d'un tampon d'ouate, quelques gouttes du mélange suivant :

Camphre .... } Menthol.......... }	ââ 0 gr. 50
Stovaïne	dix centigrammes.
Adrénaline à 1 p. 1000	XXX gouttes.
Huile d'eucalyptus..	XV gouttes.
Huile de paraffine...	50 gr.

Tenir la tête un moment renversée et aspirer profondément.

Toutes les deux heures, prendre une cuillerée à soupe de cette potion :

Amidopyrine	1	gramme
Hyposulfite de soude.	2	—
Teinture de bryone..	3	—
Alcoolat de mélisse ..	10	—
Sirop d'opium.......	20	—
Hydrolat de tilleul q.s.p.	150	cmc.

Fruits cuits, petites bouillies au lait, limonade peu sucrée ; éviter tous les stimulants, les aliments gras (dont le lait) et les sucreries.

Dr A. SATRE (de Grenoble).

LÉGISLATION

Loi du 9 février 1924 réprimant le délit d'abandon de famille

Art. 1er. — Sera tenue pour coupable d'abandon de famille et sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an ou d'une amende de cent à deux mille francs (100 à 2.000 fr.) toute personne qui, ayant été condamnée, soit en vertu de la loi du 13 juillet 1907, soit en vertu d'une ordonnance du président du tribunal ou d'un jugement, à fournir une pension alimentaire à son conjoint, à ses enfants mineurs ou à ses ascendants, sera volontairement demeurée plus de trois mois sans acquitter les termes de ladite pension.

En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement sera toujours prononcée.

Les pères et mères condamnés pour abandon de famille pourront être privés de la puissance paternelle et de leurs droits civiques.

Il pourra être fait application de l'article 463 du code pénal sur les circonstances atténuantes.

Art. 2. — Lorsqu'une personne débitrice d'aliments, dans les conditions prévues à l'article 1er, au profit de son conjoint, de ses enfants mineurs ou de ses ascendants, est demeurée plus de trois mois sans acquitter les termes de sa pension, elle

devra être préalablement appelée devant le juge de paix aux fins de constat, et ce, au moyen d'une lettre recommandée du greffier avec accusé de réception.

Le magistrat recueille les explications des parties et dresse du tout procès-verbal qu'il transmet au procureur de la République.

Au cas de décès de l'un des époux et de manquement par l'autre époux de ses obligations alimentaires vis-à-vis de ses enfants mineurs, la convocation devant le juge de paix pourra être requise soit par le subrogé-tuteur ou un membre du conseil de famille des mineurs, soit par le procureur de la République.

Art. 3. — L'article 222 du code civil est complété comme suit :

« Il en est de même si le mari a été condamné pour abandon de famille ».

(*J. O.*, 10 février 1924.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

L'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux.

19259. — M. Delory, député, expose à M. le ministre de l'hygiène qu'une loi du 5 août 1917 a édicté certaines mesures susceptibles de favoriser l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux, mesures qui constituent les articles 54 B, 54 C, 54 D, du livre II du code du travail ; que, toutefois, l'application de cette loi est subordonnée à la publication d'un règlement d'administration publique ; que ce règlement n'est pas encore rendu ; que, de ce fait, la volonté du législateur se trouve annihilée par l'inertie des services ministériels et demande quand on peut espérer voir publier ce règlement d'administration publique. (*Question du* 20 *novembre* 1923.)

Réponse. — La loi du 5 août 1917, sur les chambres d'allaitement dans les usines, prévoit qu'un règlement d'administration publique, pris après avis du comité supérieur de protection des enfants du premier âge et du comité consultatif des arts et manufactures, détermine les conditions d'installation, d'hygiène et de surveillance des chambres d'allaitement affectées aux enfants nourris au sein en totalité ou en partie. Le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge a examiné cette question et arrêté deux types de programme à remplir par les chambres d'allaitement, l'un considéré comme un programme maximum applicable aux établissement industriels de grande

importance, l'autre qui constitue un programme minimum auquel doivent satisfaire les établissements de moindre importance qui prévoient pour leurs ouvrières la possibilité d'allaiter sur place leurs enfants. Ces programmes, dans l'élaboration desquels avait à intervenir le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge, ont été adressés à M. le ministre du travail, à qui il appartient de prendre l'initiative du règlement destiné à compléter une loi dont l'application ressortit à son département. Or, des renseignements fournis par M. le ministre du travail, il résulte que le nouveau projet de décret consécutif à l'établissement des deux programmes élaborés par le conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge est actuellement soumis au comité consultatif des arts et manufactures. Sans attendre d'ailleurs, la publication du décret en question, M. le ministre du travail a, par voie de circulaire, prescrit toutes mesures utiles pour que les mères allaitant leur enfant disposent à cet effet d'une heure de liberté chaque jour pendant les heures de travail. Le décret qui intervinedra n'aura pour objet que de fixer les conditions d'installation des chambres d'allaitement à laquelle un certain nombre d'établissements ont déjà procédé.

(*J. O.*, 7 février 1924.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Chute d'une première molaire

La famille a fêté sa naissance à genoux,
Pleurant d'émotion en ce moment si doux...
Pourquoi donc me quitter, ô molaire infidèle,
Quel motif invoquer pour être aussi cruelle ?
Quinze lustres passés dans un accord commun,
Vie de travail utile et toujours opportun,
Place des mieux choisie en bas du maxillaire,
Liberté, mouvement et tout ce qui peut plaire...
Entourage branlant, mais encore complet
De joyeux compagnons de fête et de banquet.
Rappelez-vous les soins qui vous ont entourée
Sans cesse, à tout instant de la sainte journée :
Rinçage, cure-dents, brosse et écouvillon,
Parfum, eau chaude ou froide à large profusion...
Si vous aviez voulu, vous pouviez vivre encore,
Mais vous sautez dehors en bousculant le store !
Soit ! vous voici perdue, à jamais, sans retour,
Sans que l'on puisse, hélas ! vous retrouver un jour !...
Dans quelques milliers d'ans ma boîte crânienne
Tenue par un savant la trouvant ancienne
Lui fera dire : « Oh !.. quel dommage ! et quel regret !
Il manque une molaire et ce serait complet !... »
Hamlet désavouerait Yorick en sa grimace,
Car tu seras absente, — à l'appel pas de trace !
Poussière perdue, en proie au châtiment,
Vilaine que j'aimais et qui fut mon tourment.

Dr COURCEY.

Quarante-sixième année — N° 9 — 2 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 448-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*), Ondaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineile, Pierrbugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Noble J., Piétri, Potheau (E), Rosanoff.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Orhtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours medical*, du Dr Fritsch, de Sermaize-les-Bains (Marne), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 67. — On achèterait d'urg. à l'ét. neuf, faut. roulant ou voiturette à main pr ataxique. Faire offres Dr F. Beis, à St-Laurent-d'Aigouze (Gard).

N° 68. — A vend. cause dép. cond. int. Renault 10 HP, 3 pl., déb. 22, ayant peu roulé, tr. bon état, écl. dém. élect., klakson, phare sec., bout. magondeaux, amort. hartford ; 16.000 fr. Dr M. Chevallier, Loudun (Vienne).

No 69. — Maison de cure climat., repos, régimes, 150 m. alt. 3 km. de mer et Cannes, vue splend. s. mer et mont., contag. et mentaux exclus, tt le conft, Dr Daniel, ex-int. hôpitaux. Le Cannet (A.-M.).

No 70. — Importante aff. purement médicale accepterait apports pécuniaire, instrumental ou immeuble parisien.

No 71. — A vendre : 7 pinces Kocher 42 fr., 3 bistouris 15 fr., 1 costome 25 fr. 2 rugines 16 fr., 4 boug. hégar (12-14-18-22 fr.), 1 curette fenêtrée 8 fr., 1 hystéromètre 6 fr., 2 écart. Farabeuf 8 fr., 1 pince clamp-courbe 8 fr., 1 pince de Museux, forte 20 fr., le touts neuf, s'adr. Dr Joyes, 62, rue Monge, Paris.

No 72. — Hôtel part. ds 12e arrt pr bois de Vincennes 7 pièces, cuisine, salle de bain, 2 ch. bonnes, jardin, prix 150.000 fr. conviendrait à médecin, s'adr. Georges Pusset, 47, bd St-Marcel, Paris.

No 73. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos, banl. Paris (30 à 40 kilom.).

No 74. — Dr, 40 ans, dem. sit., stable assist. chir. gén. ou oto-rh. gde ville préf. ; disp. cap.

No 75. — A remettre superbe clientèle av. cab. et rayons X rapport prouvé pr livres 65.000 en 1923. pr. à déb.

No 76. — Poste seul méd. rég. Sud-Ouest proxim. gde ville, rappt 50.000 fr. suscep. augment. Pays agr. s'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

No 77. — Rég. Ouest excell. poste, gr. produit, belle maison, contr. riche. S'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. R.C. Seine 46851.

No 78. — Mathis, 6 HP, 1922, entièrement revue 1924, éclairage Magondeaux, amortisseur : 6.500.

CORRESPONDANCE

Les traitements par sérums et auto-vaccins (1).

Vous avez eu l'amabilité de me conseiller d'écrire au ministre de l'hygiène pour lui demander une autorisation pour la fabrication des auto-vaccins. Je vous adresse une copie de la réponse qui fixe cette question de la législation médicale.

Comme vous le verrez, l'autorisation n'est pas nécessaire. Si, par conséquent, d'autres confrères vous posent la question vous aurez un document pour leur répondre.

Dr M.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE
DE L'ASSISTANCE
ET DE LA
PRÉVOYANCE SOCIALES

Monsieur le professeur,

Vous m'avez adressé une lettre tendant à obtenir l'autorisation de préparer des auto-vaccins dans votre laboratoire privé d'analyses exclusivement médicales sis à X.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'auto-vaccin, lequel n'est pas « débité » sui-

(1) Voir le no 7, page 342.

vant le sens ordinaire attaché à ce mot, mais est réservé à un malade unique, ne tombe pas sous l'application de la loi du 25 avril 1895, visant les sérums, vaccins et produits analogues. L'auto-vaccin est, en effet, envisagé comme une préparation magistrale, exécutée sous le contrôle du médecin par le bactériologiste ayant sa confiance et dont le praticien fait usage sous sa propre responsabilité.

En conséquence, mon administration n'a pas, dans le cas spécial que vous m'avez soumis, à intervenir sous la forme d'une autorisation.

Veuillez agréer, etc.

La fin de la participation à la Mutualité Familiale

Je vous serais obligé de me dire quelle sera ma situation au mois d'octobre prochain : j'aurai 65 ans révolus.

J'ai contracté pour une durée de quinze ans avec la Mutualité Familiale. Dr R.

Réponse.

La Mutualité Familiale est une Société de Secours Mutuels et non une assurance : vous n'avez donc pas contracté avec elle pour une durée de quinze ans.

Vous participez chaque année aux avantages qu'elle offre moyennant le payement de votre cotisation.

Vous faites partie de la combinaison MA qui assure la participation jusqu'à 65 ans ; à cet âge le sociétaire est sortant, il ne paye plus de cotisation et n'a plus droit à l'indemnité. Mais l'article 42 des statuts porte que ce droit cesse le 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint 65 ans.

Vous serez donc participant jusqu'au 1er janvier 1925 sous la réserve, bien entendu, du payement de la cotisation du 2e semestre 1924.

A. G.

Recouvrement d'honoraires accidents.

Ayant un certain nombre de notes d'honoraires pour accidents du travail concernant la Compagnie la P..., je ne peux obtenir règlement de ces notes. Certaines de celles-ci, remontant au 1er *trimestre* 1923, c'est-à-dire à un an. J'ai écrit deux fois à l'agent général de la Compagnie ; j'ai écrit au directeur lui-même. Je ne reçois aucune réponse.

Je sais bien ce que vous allez me dire : « Vous auriez dû réclamer le montant de vos honoraires aux ouvriers victimes des accidents du travail, qui se seraient fait rembourser par la Compagnie.

C'est exact en principe. Mais, en pratique, c'est impossible. Jamais cette manière de faire n'a existé,

et au cas où je voudrais l'implanter, l'ouvrier me dirait de suite : le docteur X et le docteur Y ne me font pas payer ; j'irai me faire soigner chez eux, et, du coup, je n'aurai plus un client d'accident de travail.

Puis-je, dans le cas, citer l'agent de la Compagnie devant le juge de paix pour règlement d'honoraires ; ou peut-être, cette simple menace la décidera-t-elle à me régler ma note qui se monte à 1.500 fr.

Dr D.

Réponse.

Si vous ne pouvez obtenir des Compagnies d'assurances, le payement de vos honoraires accidents du travail, ce n'est pas aux ouvriers blessés seulement que vous pouvez vous adresser, mais également aux patrons contre lesquels l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 vous donne une action directe.

D'ailleurs, vous ne pouvez poursuivre en payement les Compagnies d'assurances contre lesquelles vous n'avez aucune action, faute de lien de droit.

Vous n'ignorez pas qu'en matière d'accidents du travail, la prescription est d'un an seulement à compter de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du payement du demi-salaire. Cette prescription est d'ordre public et ne peut être interrompue que par une reconnaissance écrite de la somme due ou par une citation en justice. Au bout d'un an et malgré vos réclamations répétées, les Compagnies pourraient se retrancher derrière cette prescription pour refuser de vous payer.

Vous avez donc intérêt, avant que l'année soit écoulée, à citer les patrons devant le juge de paix du lieu de l'accident, seul compétent, à quelque chiffre que puisse monter la somme réclamée. Nous vous rappelons que la procédure faite pour le recouvrement d'honoraires accidents du travail est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Augmentations sur les loyers prorogés.

J'ai une maison avec garage loué e 600 francs avant la guerre (location verbale). Par jugement, j'ai été condamné en novembre 1921 à laisser au locataire la jouissance de la maison jusqu'au mois de novembre 1926. C'est bien et je n'ai qu'à m'incliner.

Mais, n'ai-je pas le droit d'augmenter le prix du loyer, le locataire n'ayant payé jusqu'ici que 600 fr. comme avant guerre ?

Si oui, veuillez me dire combien ? Veuillez me dire aussi quel est le moyen que je dois employer pour lui faire connaître son augmentation ? (voie d'huissier ou autre).

Le cas échéant, , ai-je le droit de faire une augmentation avec effet rétroactif ?

Dr B.

Réponse

La loi du 31 mars 1922 a donné le droit au propriétaire, dont le locataire bénéficie des prorogations prévues par les lois des 9 mars 1918 et 23 octobre 1919, de demander à ce dernier, pendant la durée de la prorogation, une augmentation du loyer égale à l'augmentation qui s'est produite depuis le 1er août 1914 dans les impôts grevant l'immeuble loué et dans les prestations payées pour la commodité des locaux (chauffage, éclairage, tapis, etc.), plus une somme forfaitaire de 5 % du prix du loyer de 1914 pour contribution à l'augmentation des dépenses d'entretien. Sont toutefois dispensés de ces augmentations les locataires qui bénéficient de la prorogation au titre de mobilisés et qui l'ont été dans la zone des armées. C'est donc aux locataires qu'il appartient de faire cette preuve.

La procédure à employer, au cas où le locataire refuserait de payer les augmentations prévues par la loi, est la procédure de droit commun, c'est-à-dire la citation devant le juge de paix après préliminaire de conciliation.

Il ne nous semble pas que vous puissiez valablement réclamer à votre locataire le payement rétroactif de ces augmentations, car il pourrait soutenir que vous y avez tacitement renoncé en lui présentant jusqu'ici des quittances ne contenant aucune réserve à ce sujet.

Taux d'invalidité d'un accidenté du travail.

En août dernier, un engreneur de machine à battre les grains se fait arracher le bras droit complètement, ne laissant qu'un moignon très court.

Dans le certificat de consolidation que je dois prochainement fournir à l'assurance, dois-je indiquer le taux d'invalidité permanente et quel peut-il être dans ce cas ? Dr P.

Réponse.

Il n'est pas obligatoire pour le médecin d'indiquer, dans le certificat de consolidation, le pourcentage de l'incapacité permanente. D'après certains avis, il est préférable de ne porter aucune évaluation sur le certificat et de remettre simplement au blessé une note séparée, non signée, portant mention du pourcentage. Les opinions sont partagées sur ce point.

Quoiqu'il en soit, le Guide Barème des Invalidités des Pensions militaires, qui peut souvent être employé pour les accidents du travail, surtout pour des invalidités aussi précises que celle dont il s'agit, fixe à 80 %, l'infirmité résultant de la perte complète du bras droit.

Responsabilité de la nourrice envers le médecin.

J'exerce dans une région où sont placés en nour-

rice beaucoup d'enfants du premier âge ; les parents habitant la ville et le plus souvent Paris.

Quand les enfants sont malades, les nourriciers appellent le médecin.

Or, il arrive assez souvent qu'après une maladie de leur enfant, les parents, imputant, à tort ou à raison, la cause de la maladie à l'incurie ou au manque de surveillance des nourriciers, sont mécontents, viennent chercher leur enfant et, naturellement, oublient de passer régler la note d'honoraires.

Les nourriciers, qui m'ont appelé, refusent également de payer.

J'envoie bien mes notes aux parents ; les uns payent ; les autres ne se donnent même pas la peine de faire une réponse.

Comme les parents sont loin et que les sommes à recouvrer sont souvent peu importantes, je préfère abandonner mes créances que d'engager une action en payement.

Je désire donc faire en sorte que cette situation se répète le moins souvent possible en prenant certaines précautions ; mais, avant, je voudrais savoir qui est responsable des honoraires envers moi ?

Sont-ce les nourriciesrs qui m'ont appelé ou les parents des enfants ? Dr L.

Réponse.

La nourrice qui a fait appeler le médecin pour soigner un enfant qui lui a été confié et dont le médecin ne connaît pas les parents, a été reconnue responsable des honoraires (Justice de paix de Cloyes, 27 février 1904. *Concours médical*, 1904, p. 605. — Justice de paix de Bléré, 11 décembre 1908. *Concours médical*, 1908, p. 160).

Vous pourriez donc, dans la plupart des cas, poursuivre la nourrice, puisque le plus souvent, vous ne connaissez nullement les parents, car c'est à la nourrice que vous avez fait confiance.

Lorsque la nourrice est mariée, il faut citer en même temps son mari.

La brûlure par cyanamide est-elle un accident du travail ?

Comme abonné du *Concours* et membre du « Sou médical », veuillez me renseigner sur un cas d'accident de travail, refusé par une Compagnie qui ne considère pas ce cas comme un accident : brûlure ou dermite artificielle produite par cyanamide.

L'ouvrier en a semé, porté et les jours suivants fut atteint de dermite des mains et des poignets.

Dr L.

Réponse

Si la brûlure est survenue brusquement, à la suite d'un seul contact avec le produit caustique, il y a accident du travail et la responsabilité du patron peut être engagée. Cependant, comme il s'agit sans doute d'un ouvrier agricole, il faudrait encore prouver qu'il y a eu faute, négli-

gence ou imprudence de la part du patron ou de celle de ses préposés, ce qui dépend des circonstances dans lesquelles le produit a été employé.

Si, au contraire, la brûlure est survenue à la suite d'un contact prolongé avec le produit, elle constituerait une maladie professionnelle, non garantie encore par la loi, comme ne figurant pas dans la liste des maladies professionnelles annexée à la loi du 25 octobre 1919, même au cas où la législation spéciale serait applicable, en raison de la profession.

Pénalité fiscale pour délivrance d'un certificat sur papier libre

Dans le *Concours médical* du 6 janvier 1924, je lis : « Pénalité fiscale pour certificat d'assurance contre les accidents individuels », page VII-5 et 6-VIII « l'exemption de timbre ne saurait bénéficier à un certificat délivré pour obtenir l'application d'un contrat d'assurance individuelle contre les accidents, passé par un ouvrier assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail. »

Médecin d'une administration, je délivre à l'administration le certificat prévu par la loi du 9 avril 1898 en double exemplaire (ce qui est réglementaire au point de vue administratif) ; et il m'est demandé, en outre, par le blessé, un autre certificat destiné à une Compagnie d'assurances.

Ce dernier certificat libellé sur papier libre avec en-tête la mention : loi du 9 avril 1898.

Je soussigné, etc............

m'expose-t-il à l'amende, étant donné que j'ignore si ce certificat doit servir au blessé à faire sa déclaration lui-même à la mairie, ou s'il veut s'en servir pour obtenir l'exécution d'un contrat d'assurance individuelle.

Dr P.

Réponse

Sont soumis au timbre de dimension, en vertu de la loi du 13 brumaire an VII, « tous papiers destinés aux actes civils et judiciaires et aux écritures qui peuvent être produites en justice et y faire foi » et d'une manière générale, « tous actes et écritures, extraits, copies et expéditions soit publics, soit privés, devant ou pouvant faire titre, ou être produits pour obligation, décharge, justification, demande ou défense ».

Ce texte, très général, englobe tous les écrits ayant le caractère de titres et notamment les certificats de médecins susceptibles d'être produits pour justification quelconque. Bien que le certificat dont vous nous parlez porte en tête la mention : loi du 9 avril 1898, il n'est exempt de timbre que si le destinataire en fait l'usage pour application de la loi.

S'il en est fait un autre emploi, l'absence de timbre fait encourir au signataire de l'écrit une

amende de 50 francs en principal plus les décimes et, en outre, le droit de timbre.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déclaration de revenu en cas de séparation de biens

1° Etant marié sous le régime de la séparation de biens, ma femme doit-elle personnellement faire une déclaration d'impôts sur le revenu? Si oui, de combien est-elle exonérée ?

2° Puis-je ou ne puis-je pas la faire figurer comme charge de famille, puisqu'elle doit contribuer dans l'entretien de son ménage pour le 1/3 ? La faisant figurer comme charge de famille, de combien suis-je exonéré ?

Dr X.

Réponse.

Dès l'instant qu'une femme séparée de biens habite avec son mari, ses revenus doivent toujours être totalisés avec ceux de ce dernier pour l'assiette de l'impôt général.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Amortissement du prix d'achat d'une automobile

J'ai acheté, le 1er août, pour 16.000 fr. accessoires compris, une auto Renault, 6 chevaux, conduite-intérieure. Dans mes dépenses professionnlles de 1923, pour la déclaration d'impôt sur le revenu, dois-je comprendre ces 16.000 fr. ou seulement une somme à fixer pour l'amortissement en plusieurs années de ce capital ? Dans ce dernier cas, quelle somme prendre ?

Dr M.

Réponse.

L'amortissement seul d'une automobile peut être regardé comme dépense professionnelle. Une voiture s'amortit généralement en cinq ans.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Justification de la déclaration du revenu

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la marche à suivre pour faire une réclamation au fisc sur un impôt de bénéfices professionnels que je considère comme exagéré.

Le fisc a-t-il le droit d'exiger nos livres de compte pour vérification ? Je ne le crois pas.

S'il me dit : « Prouvez-moi que votre bénéfice est

(*Voir la suite page XLVII-49.*)

PROPOS DU JOUR

Un film sensationnel à la Société des chirurgiens de Paris

Notre distingué collaborateur, le Dr Dartigues, président de la Société des Chirurgiens de Paris, avait bien voulu nous convier à une séance de cette Société où devait être produit un film sensationnel, représentant dans tous ses détails, une opération de greffes testiculaires.

Félicitons tout d'abord la Société des Chirurgiens de Paris dont les membres font de fréquentes communications cinématographiques.

Marchant à l'avant-garde du progrès, ils font ainsi revivre les opérations les plus intéressantes qu'ils ont pratiquées, au cours de communications où l'auteur se borne à de très brèves explications.

Par le ralentissement du déroulement du film, les assistants peuvent se rendre compte des moindres manœuvres opératoires, en apprécier la délicatesse, en juger les difficultés.

La description orale ou écrite la plus claire, la plus complète, la plus minutieusement détaillée, ne donnera jamais à celui qui l'écoute ou la lit une idée aussi nette et aussi précise. Nous dirons même plus : en assistant à l'opération elle-même, l'enseignement qui en résultera, sera de moindre valeur, car le spectateur pourra subir au cours de l'opération maintes distractions, qui ne pourront se produire lors du développement d'un film dans l'obscurité, et certaines manœuvres, faites très rapidement par un chirurgien habile, pourront passer inaperçues au cours des interventions ; tandis que le cinématographe les ralentissant à volonté, permettra de les décomposer, de les analyser en quelque sorte, et de s'en rendre un compte plus exact.

« Amas d'épithètes, mauvaises louanges, a écrit La Bruyère. Ce sont les faits qui louent et la manière de les raconter ».

La cinématographie réalise cette maxime ; elle supprime les épithètes, les faits seuls y louent le chirurgien et le film possède encore seul la manière la plus simple et la plus éloquente pour les raconter.

***

C'est donc à une des dernières séances de la Société des Chirurgiens de Paris dans la vaste salle des conférences de l'Hôtel de la rue de Rennes, devant un public très nombreux, que le Dr Dartigues nous a montré le film complet d'une opération de greffes testiculaires, pratiquées d'abord à gauche par M. le Dr Serge Voronoff selon la méthode extra-vaginale, puis à droite par le Dr Dartigues, lui-même, selon la méthode intravaginale.

Nos lecteurs connaissent bien l'éloquence fougueuse de notre brillant collaborateur et certains spectateurs s'attendaient à une conférence étincelante et dite dans un langage spirituel et imagé. A leur grande surprise, le Dr Dartigues n'a donné que de brèves explications au fur et à mesure que se déroulait le film, qui était d'ailleurs parfait.

Il s'est presque borné à laisser fonctionner le cinématographe dont il faisait hâter ou ralentir simplement la marche pour faire mieux remarquer tel ou tel temps de l'opération. En cédant la parole au cinématographe, le Dr Dartigues a bien fait ; rien ne vaut pareille démonstration, surtout lorsque le film est parfait et c'était bien ici le cas.

Nous avons vu arriver la cage du chimpanzé qui va fournir les greffons testiculaires. Nous avons assisté à l'anesthésie, à la toilette opératoire du singe, à la mise à nu et à l'énucléation du testicule, à la résection de l'épididyme, à l'avivement de l'albuginée et à la section en deux de la glande génitale qui restera toujours innervée et nourrie par le cordon tant que durera la greffe. C'est le Dr Georges Voronoff qui, avec une grande habileté, pratique l'opération sur le singe. Le Dr Serge Voronoff s'occupe ensuite du patient auquel il fixe les greffons. Le sujet est endormi au protoxyde d'azote. Ce mode d'anesthésie générale a été adopté pour faciliter la cinématographie. Dans les opérations de ce genre l'on se borne ordinairement à l'anesthésie locale.

Le Dr Serge Voronoff, qui pratique le greffage extra-vaginal, ouvre les tuniques des bourses à gauche, incise les tuniques cellulo-érytréo-fibreuses, isole le feuillet pariétal de la tunique vaginale et prépare ainsi la nidation du greffon en avivant la surface de la cavité qu'il a ainsi creusée et où il va le fixer. Le greffon est détaché du singe à l'instant même et fixé par ses deux extrémités, sa face parenchymateuse mise en rapport avec le feuillet pariétal de la vaginale. Une suture en surjet rapprochant les tuniques au-dessus, permet l'enfouissement nécessaire ; puis trois greffons ayant été ainsi fixés et en-

fouis, le chirurgien pratique la suture en surjet des tuniques cellulo-érytréo-fibreuses, avec du catgut et au moyen d'une aiguille intestinale droite de Pauchet. Les tuniques sont maintenues tendues et affrontées par un aide au moyen de pinces de Lane, ce qui permet de faire rapidement la suture et le scrotum est en dernier lieu suturé avec des agrafes de Michel.

A droite, nous voyons ensuite le Dr Dartigues compléter l'opération de la greffe par sa méthode intravaginale. Cette méthode ne diffère de la précédente que par l'ouverture de la vaginale, son retournement, l'avivement de la face interne de son feuillet pariétal contre lequel on fixe les greffons en y affrontant leur surface parenchymateuse. La suture de la vaginale réalise l'enfouissement des greffons.

Le pansement de l'opéré se borne à l'application de compresses stérilisées, fixées par un suspensoir. Les suites opératoires sont des plus simples.

Quant au singe, après ligature du cordon, le scrotum est suturé avec du catgut chromé et un pansement au collodion suffit à assurer la prompte guérison.

Un seul testicule de singe a suffi à fournir six greffons ; trois pour chaque testicule de l'homme greffé.

En somme, cette opération est assez simple et consiste surtout en sutures diverses et délicates.

Ce ne sont pas les méthodes opératoires qui ici passionnent le public, même le public savant, ce sont les résultats de la greffe. Le Dr Dartigues s'est borné à montrer le film sans entrer dans la discussion de cette question. Il y a des croyants, des incrédules *a priori* et des sceptiques. Cependant les opérations et les expérimentations de greffes testiculaires commencent à être nombreuses et seront avant peu, nous l'espérons, absolument concluantes Voronoff, Baudet, Max Thorek, de Chicago, Dartigues et peut-être d'autres, seront dans quelque temps en mesure de fournir des observations détaillées et de donner des résultats. La fonction endocrine des cellules interstitielles ou séminifères du testicule ne paraît plus discutable et nous sommes loin de l'époque où l'on se livrait à des plaisanteries faciles sur les expériences de Brown-Séquard qui ont été cependant le berceau de l'opothérapie. Espérons que les paroles prononcées autrefois par Dartigues en faveur des greffes testicules deviendront l'expression de la vérité scientifique, du fait que l'on ne peut plus discuter :

« Retrouver de la force musculaire, disait Dartigues, retrouver des fonctions génitales presque éteintes ou sommeillant d'une façon presque désespérante, retrouver surtout l'appétence au travail cérébral fortement diminuée, retrouver le sens bienfaisant de l'euphorie et, en un mot, toute une revitalisation de l'organisme au point de vue somatique et psychique, appelez-le comme vous le voudrez, pour nous, c'est *rajeunir* et, si le mot ne satisfait pas tout le monde, le fait positif doit satisfaire ceux qui en bénéficient, grâce à la greffe ».

Qu'ajouter à cette éloquente tirade : si ce n'est : Ainsi soit-il !

J. Noir.

(*R.H.M.S.* : 4910.)

* * *

La Loyauté des concours des hôpitaux de Paris

Nous nous attendions à recevoir de nombreuses lettres de protestation au sujet de l'article où nous avons exposé le plus simplement possible les mœurs singulières qui tendaient à s'acclimater parmi les candidats du concours de médecins des hôpitaux. Nous sommes certain que, parmi nos 8.000 lecteurs, il y a plus d'un intéressé.

Personne n'ayant protesté, nous pouvons affirmer que tous les renseignements que l'on nous a donnés sont rigoureusement exacts.

Or, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec quelques candidats à l'internat en médecine. Au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, dans la demi-heure de réflexion qui est accordée aux candidats avant la rédaction de la copie, il se passe exactement ce qui a lieu au concours de médecins des hôpitaux. Les candidats se groupent et collaborent au plan de leur copie et les amis complètent mutuellement leurs lacunes. *Vœ soli* !

Nous le répétons : pareilles mœurs, si elles s'établissent définitivement, ne tarderont pas à porter une grave atteinte au prestige des concours de nos hôpitaux et nous espérons que les Associations intéressées sauront intervenir pour rétablir un élément sans lequel un concours n'a plus de raison d'être : la *loyauté*.

J. .N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

II

Les troubles alimentaires des enfants au sein.

Par P. Rohmer,

Professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Malgré la grande supériorité de l'alimentation au sein, elle ne constitue pas, dans tous les cas, pour le nourrisson, une garantie certaine de prospérité sans trouble. Le médecin doit connaître les difficultés qui peuvent se présenter au cours de l'allaitement naturel ; il dispose, pour les traiter, de règles sûres et d'une application facile.

I. — *Sous-alimentation.* — Nous avons déjà parlé, dans la dernière leçon, de l'hypogalactie ; il nous reste à étudier les symptômes de la sous-alimentation qu'elle peut provoquer. Celle-ci se manifeste par l'insuffisance ou l'arrêt de l'augmentation du poids, ou même, si l'inanition est plus forte, par un abaissement lent de la courbe pondérale. L'enfant maigrit ; le ventre se rétrécit ; l'élasticité de la peau, la turgescence des tissus, l'agilité, diminuent. Selon son caractère, l'enfant est anormalement tranquille, « trop sage », ou il est nerveux, crie, se frotte la figure avec ses mains, etc. Il mouille trop rarement les langes et est constipé ; les selles sont petites, visqueuses, couleur vert foncé ou brun foncé, du même aspect et de la même nature que le méconium.

Chez certains enfants, surtout quand ils sont atteints d'une tare constitutionnelle, la sous-alimentation peut aussi se manifester par des vomissements et des diarrhées.

L'enfant au sein supporte très bien une inanition, même prolongée ; il suffira de le réalim nter suffisamment, pour faire disparaître tous les symptômes et le faire augmenter d'une façon normale. Ce n'est que dans les cas d'inanition extrême et prolongée, par exemple, dans la pylorosténose, que nous voyons finalement se produire la vraie athrepsie.

Quelquefois, la mise au sein elle-même rencontre des obstacles ! Il y a des nouveau-nés — débiles, prématurés, et même des enfants en apparence normaux — *qui ne prennent pas le sein* : le réflexe de la succion n'est pas encore établi, ou l'enfant suce maladroitement. A la clinique, où nous voyons ces cas assez souvent, nous les gavons en leur donnant du lait de nourrice exprimé avec une cuillère ou un compte-gouttes, à la sonde ou au biberon. Dans la famille, on se bornera à mettre les enfants tranquillement au sein ; au bout de quelques jours, ils apprendront à boire, à la condition toutefois qu'il n'y ait ni débilité congénitale ni idiotie.

On rencontre très rarement des enfants névropathes qu'on n'arrive pas à faire prendre le sein du tout.

D'autres fois, un enfant, qui a bien bu jusqu'à présent, *refuse subitement de prendre le sein.* Dans ce cas, il faut chercher la maladie qui en est la cause : la rhinite, qui en empêchant la respiration par voie nasale, force l'enfant à quitter le sein après quelques gorgées, pour respirer par la bouche ; — la stomatite, l'angine, l'otite moyenne, dans lesquelles la déglutition est douloureuse ; — la pyélite, les septicémies du nouveau-né, d'autres maladies encore, qui sont accompagnées d'inappétence. Chez certains sujets nerveux, l'inappétence subsiste quand la maladie elle-même qui l'a déclanchée est passée.

Nous rencontrons aussi déjà à cet âge l'inappétence purement nerveuse, qui peut prendre des allures très inquiétantes.

On traitera, s'il y a lieu, ces maladies que je viens d'énumérer et on veillera à ce que l'enfant ne soit pas sous-alimenté et que la mère ne perde pas son lait. Dans l'anorexie nerveuse du jeune nourrisson, on se gardera bien — contrairement à ce qu'on fait souvent utilement chez l'enfant plus âgé ! — d'espacer les repas, en cherchant à stimuler l'appétit par la faim. Les nourrissons s'affaiblissent rapidement à ce régime et perdent de plus en plus le goût pour la nourriture ! Il

(1) Voir *Concours médical*, n° 5, 3 février 1924.

faut, au contraire, les alimenter de force, et les remettre avec patience et régulièrement au sein, tout en évacuant ces derniers, si les enfants ne les vident pas, pour que la sécrétion lactée ne se perde pas. On ajoutera éventuellement une certaine quantité de nourriture artificielle, qu'il y aura quelquefois avantage à donner dans une forme concentrée.

II. — *Vomissements habituels.* — On rencontre chez l'enfant au sein tous les degrés des vomissements essentiels, depuis la simple régurgitation jusqu'aux vomissements habituels et à la sténose hypertrophique du pylore. Ces vomissement seront traités dans une leçon ultérieure.

III. — *Dyspepsies chroniques de l'enfant au sein.* — La selle physiologique de l'enfant au sein est la selle demi-molle, homogène, couleur jaune-or. Mais nous voyons très souvent dans les mêmes conditions chez le nourrisson des *selles pathologiques* — plus ou moins liées, jaunes ou vertes, glaireuses, panachées de grumeaux blancs, présentant toute la gamme des selles pathologiques, — qui déconcertent et inquiètent les mères et leurs médecins. Souvent, malgré ces selles, les enfants se portent admirablement bien, ont une courbe pondérale normale et offrent tous les signes d'une santé florissante. Il arrive quelquefois que, hypnotisé par les mauvaises selles, on sèvre les enfants ; c'est une faute grave qu'il ne faut jamais commettre tant que l'enfant se porte bien !

Il existe des *transitions* entre l'état normal et l'état pathologique ; on y trouve l'un ou l'autre signe qui révèle un léger trouble alimentaire, sans que — bien entendu ! — cette constatation soit une raison suffisante pour modifier l'allaitement !

Dans d'autres cas, *l'état général est moins satisfaisant* : l'enfant ne prospère pas ; il est pâle, agité ; son sommeil est moins profond ; la turgescence de ses tissus et l'agilité diminuent ; il y a des oscillations anormales de la température ; la courbe du poids fléchit ou devient horizontale ; à la moindre infection, le poids diminue plus ou moins considérablement. Souvent, il y a de l'anorexie, du météorisme, de la flatulence et des coliques. Parfois les selles sont simplement « dyspeptiques » ; plus souvent leur nombre est augmenté, et l'on en trouve une chaque fois qu'on change les langes.

De prime abord, on est tenté d'attribuer ce trouble dyspeptique à la *mauvaise qualité du lait maternel*. Dans quelques rares cas, on peut effectivement l'incriminer avec plus ou moins de raison ! On signale, par exemple, qu'il est mal supporté quand les globules gras sont extrêmement petits — ce qui ne constitue toutefois qu'une anomalie transitoire. Quelquefois, on trouve un excès de beurre, tandis qu'une modification de la quantité des autres composants du lait se rencontre beaucoup plus rarement. L'analyse chimique du lait demande d'ailleurs, pour être faite correctement, de grandes précautions. La composition du lait est extrêmement variable. Le premier lait qui sort du sein est toujours très pauvre en graisse, et la teneur en matière grasse se décuple du commencement à la fin de la tétée. Il varie, chez la même femme et le même jour, d'un sein à l'autre ; il est autre le matin et le soir, et change d'un jour à l'autre. Pour faire une analyse exacte du lait, il faut donc tenir compte de ces fluctuations, et vider complètement les deux seins au moins deux fois à quelques jours d'intervalle, ou bien, pour se faire une idée approchante de sa composition, prélever à plusieurs reprises des quantités égales au début et à la fin de la tétée. Mais ces modifications quantitatives dans la composition du lait sont très rares, de même que l'altération qualitative en est tout à fait exceptionnelle. Pour pouvoir dire que le lait d'une femme est mauvais, il faudrait que tous les enfants qui en boivent tombent malades. On cite effectivement des observations de ce genre, mais elles sont rarissimes, et la plupart des auteurs — et j'en suis ! — n'en ont jamais vu personnellement. Pratiquement, on épuisera toutes les autres possibilités que j'indiquerai tout à l'heure, avant d'incriminer la mauvaise qualité du lait maternel. L'analyse chimique n'est pour ainsi dire jamais nécessaire. Il serait encore plus chanceux de recommander un changement de nourrice. On peut exceptionnellement le risquer quand l'enfant est au sein d'une nourrice mercenaire, mais jamais quand il s'agit de la propre mère de l'enfant.

D'habitude, on fait cette expérience qu'un enfant ne prospère pas au sein d'une femme, tandis que son lait est parfaitement bien toléré par tous les autres enfants qui en boivent. On en a conclu avec raison que, si *le lait d'une femme est mal supporté, la faute en est pratiquement presque jamais à la qualité du lait, mais toujours à l'enfant.*

Il peut y avoir aussi des *fautes de technique* ! Au lieu de la sous-alimentation, que nous avons déjà appris à connaître, il faut quelquefois accuser la *suralimentation*, surtout quand les tétées sont trop fréquentes et trop rapprochées. Elle aussi est rare ; on ne la rencontre que dans les deux premiers mois, le plus souvent chez des enfants débiles ou prématurés qu'on met subitement au sein d'une nourrice trop riche en lait, surtout quand ils sont constitutionnellement tarés. Le début de la dyspepsie par suralimentation est insidieux ; les enfants vomissent, ou souffrent de diarrhées, de coliques, etc. D'habitude, il suffira de régler les heures des tétées et la quantité de la nourriture pour obtenir promptement une amélioration. Dans les cas graves, on peut sup-

primer un repas, ou bien, on fait boire aux enfants avant chaque tétée 50 gr. de thé (tout en ayant soin de faire vider les seins !) Au bout de quelques jours, on rétablit les tétées normales, sans trop se préoccuper de la qualité des selles. Rarement, on sera obligé d'avoir recours à un lavage d'estomac avec de l'eau de Vichy, ou même à un calmant, comme le chloral ou le gardénal.

N'oublions pas que des infections peuvent provoquer un état très ressemblant, qu'il s'agisse d'une septicémie des nouveau-nés, d'une infection entérale, d'une naso-pharyngite, broncho-pneumonie, pyélo-cystite, d'une tuberculose, syphilis, etc. !

Il y a des prématurés ou débiles, mais aussi des nouveau-nés normaux, qui n'augmentent pas pendant les premières semaines malgré une quantité suffisante de nourriture. D'ordinaire, il suffit d'attendre ; à la clinique, nous sucrons quelquefois le lait de nourrice dans ces cas. On peut aussi provoquer l'augmentation du poids en ajoutant un peu d'albumine ou de babeurre, selon les règles que nous connaîtrons tout à l'heure.

La grande majorité des cas où les enfants ne prospèrent pas au sein est attribuable à des causes dysergiques ou internes. Le lait est bon, mais l'enfant ne le supporte pas ! Ce sont souvent des enfants névropathes, qui présentent une irritabilité spéciale des intestins, ou des neuro-arthritiques avec tendance à l'eczéma — bref, des enfants avec des tares constitutionnelles, qui réagissent d'une façon anormale à l'ingestion de l'aliment physiologique. Il y a des enfants qui — outre qu'ils n'augmentent pas convenablement, — présentent des symptômes pathologiques très variés, tels que vomissements, diarrhées, constipation, flatulence, irritabilité nerveuse, cris, agitation, insomnie, etc. Dans des cas très rares (que je n'ai jamais observés personnellement !) on a vu des états syncopaux ou pseudo-méningés, des entéro-spasmes douloureux, de l'anorexie totale et insurmontable. Tous ces symptômes, tantôt légers, quelquefois graves, *peuvent* disparaître d'un jour à l'autre comme par enchantement (mais ne disparaissant pas toujours !), les selles *peuvent* devenir bonnes, la courbe du poids monter régulièrement et rapidement et les enfants se transformer à vue d'œil, le jour où l'on remplace le sein par le biberon. Ces faits sont difficiles à expliquer. Faut-il en conclure qu'on doit les traiter par la suppression de la mise au sein ? Non ! On ne peut jamais prévoir la réaction qu'un pareil essai peut produire chez des enfants qui sont toujours particulièrement labiles. Les formes graves sont excessivement rares. D'habitude, vous ne rencontrerez que certains troubles légers chez un enfant qui prospère mal au sein. Quelquefois, on peut déjà obtenir une amélioration avec de l'eau de chaux, d'après la formule :

Eau de chaux officinale.	100 gr.
Sirop simple..........	50 gr.

une cuillerée à café avant chaque tétée.

Notre traitement habituel, qui nous donne d'excellents résultats, consiste à ajouter à la nourriture une préparation albumineuse, par exemple, du fromage blanc (caséine-beurre que nous nous procurons en traitant le lait frais avec de la présure) ou une des préparations albumineuses qui se trouvent dans le commerce. Nous utilisons de préférence le larosan (Laroche), du paracaséinate de calcium finement pulvérisé qu'on délaye dans de l'eau de Vichy tiède, à raison d'une cuillerée à café de la poudre sur deux cuillerées à bouche de l'eau minérale, à donner plusieurs fois par jour. On ignore le mode d'action de ce procédé, qui a fait ses preuves, et que nous employons régulièrement et avec profit. On peut aussi avoir recours à l'allaitement mixte, en ayant soin que le supplément de nourriture artificielle que l'on donne contienne peu de graisse et beaucoup d'hydrates de carbone et de substances minérales. Nous remplaçons d'habitude à cet effet une tétée par un biberon de babeurre, ou bien, nous ajoutons 50 à 100 gr. de babeurre au total de lait de femme exprimé que nous donnons aux enfants de la clinique.

Le professeur Weill (de Lyon), qui explique la plupart de ces cas par l'hypothèse d'une intolérance pour le lait de femme, a eu de beaux résultats thérapeutiques à la suite d'injections sous-cutanées de lait de femme cru ou stérilisé, dans des doses de 5 cc., qu'on peut éventuellement répéter plusieurs fois.

Ce n'est que quand toutes ces tentatives auront échoué et que l'enfant aura atteint au moins 3 mois, qu'on se décidera à le sevrer complètement.

De ce qui précède, on déduira cette règle générale, qui comporte peu d'exceptions : *si un enfant ne prospère pas au sein, il ne faut pas chercher la faute chez la mère, mais chez l'enfant.*

IV. — *Dyspepsies aiguës.* — Nous voyons souvent, chez des enfants nourris au sein et ayant bien prospéré jusqu'à ce moment, survenir brusquement des dyspepsies aiguës avec vomissements et diarrhées. Il est tout à fait exceptionnel qu'il faille incriminer dans ces cas une altération subite du lait, due à un écart de régime, à une indisposition ou à une émotion de la mère ou de la nourrice. Ces accidents peuvent se présenter, en été, chez des enfants surchauffés, très rarement, dans chaque saison, par suite d'un autre manque de soins. Mais tout cela, c'est l'exception, et la règle est celle-ci : lorsqu'une dyspepsie aiguë éclate brusquement chez un enfant qui, jusqu'à présent, a bien prospéré au sein, elle est généralement provoquée par une infection aiguë, qui a son siège en dehors du tractus

gastro-intestinal. Ce sont de petites grippes, des angines, rhinites, otites, pyélites, etc., qui ont si souvent chez le nourrisson un retentissement sur les fonctions digestives. On parle dans ces cas de « *dyspepsies secondaires* ». On traitera l'affection primitive et on ne modifiera en rien l'allaitement au sein ; la dyspepsie cessera avec la disparition de l'infection. Ce n'est que quand celle-ci se prolonge, ou bien quand, l'infection passée, le trouble alimentaire continue à évoluer d'une façon autonome, qu'on interviendra, en s'inspirant des prescriptions que j'ai données plus haut pour les dyspepsies chroniques. Mais jamais on ne sèvrera l'enfant !

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS L'AIR COMPRIMÉ

Les accidents dus au travail dans l'air comprimé sont en général désignés sous le nom de « maladies des caissons », « coup de pression » ; ce dernier nom est impropre, comme l'a fait remarquer il y a longtemps P. Carnot ; c'est plutôt « coup de dépression » qu'on devrait les appeler, car c'est toujours au moment de la décompression que les accidents graves se produisent.

Tous ces accidents reconnaissent une cause génératrice unique qui est la variation brusque de la pression à laquelle l'ouvrier est soumis, des causes occasionnelles qui tiennent aux conditions du travail, et des causes prédisposantes, inhérentes à l'ouvrier lui-même.

Lorsqu'on soumet un organisme vivant à une pression supérieure à la pression atmosphérique normale, l'air qui pénètre dans les poumons se dissout dans le sang des capillaires avec une vitesse et dans des proportions en rapport avec la pression. L'opération inverse se produit au moment du retour à la pression normale.

Si la compression a été suffisamment forte, 2 kilogrammes par centimètre carré par exemple, et si la décompression est brusque, il se passe dans le sang ce qui se passe dans une bouteille de champagne débouchée rapidement, des bulles de gaz se forment au sein du liquide et cherchent à s'échapper tumultueusement en lésant les tissus ou membranes qui forment les parois des vaisseaux, ou les tissus environnants, ou les muqueuses, ou forment encore de véritables bouchons inertes et incompressibles dans les capillaires, compromettant ainsi les circulations locales situées en aval de ces bouchons. Disons tout de suite que ces bouchons sont constitués non par de l'air, mais par de l'azote, l'oxygène de l'air se fixant sur les tissus et dans les humeurs ; l'azote n'est, en effet, qu'un gaz inerte, inassimilable, se dissolvant simplement dans le sang d'après la loi de Dalton.

Pour qu'il ne résulte aucun trouble de cette décompression, il faut donner le temps aux gaz dissous dans le sang de s'échapper au travers de l'épithélium pulmonaire, et aux gaz dissous dans les différents tissus d'être repris par le sang pour être restitués à l'atmosphère dans les mêmes conditions.

Toute brusquerie dans ces échanges expose à des accidents que nous allons sommairement passer en revue ou simplement mentionner.

Pendant la période de compression, on note le plus souvent des douleurs d'oreilles qu'on peut faire disparaître par des mouvements de déglutition répétés au cours desquels la pression s'équilibre dans l'oreille interne, des bourdonnements d'oreilles, des céphalées, quelquefois des vertiges, surtout en cas de compression un peu trop rapide. Les ouvriers constatent presque toujours qu'ils sont obligés de resserrer la boucle de leur pantalon : ce fait est dû à un aplatissement abdominal consécutif lui-même à une ampliation du thorax. Tous ces petits accidents n'ont aucune gravité réelle et disparaissent rapidement dès que l'équilibre de pression du milieu intérieur est réalisé.

Pendant la période de séjour dans le milieu comprimé, les accidents sont excessivement rares, à moins d'une modification subite de la pression, consécutive à une fuite accidentelle, à un « renard » ou pendant les « siphonnages » (pour l'enlèvement des vases ou déblais très meubles). On appelle « renard » en termes de métier la décompression brusque qui se produit quelquefois lorsqu'une partie des terrains sous-jacents à la chambre de travail cède brusquement ; les renards se produisent encore au moment des marées.

Pendant cette période, on observe les phénomènes physiologiques suivants : ralentissement du pouls, anémie cutanée, diminution de l'acuité auditive, affaiblissement de la voix avec modification du timbre (voix argentine).

La période de décompressiaon est la plus dangereuse. L'impression la plus pénible ressentie par l'ouvrier est la sensation de froid : on se rappelle qu'en se comprimant, l'air s'échauffe et qu'en se détendant, il se refroidit, abandonnant en même temps un brouillard froid pénétrant les vêtements qui font office de condensateur. L'abaissement de la température pendant la décompression peut atteindre 15 à 20 °.

Les accidents constatés sont des hémorrhagies diverses : épitaxis, otorrhagies, gastrorrhagies, rupture du tympan, bourdonnements d'oreilles, surdité subite, vertige de Ménière, cécité passa-

gère, emphysèmes localisés (tel « la grosse joue » provoquée par l'expansion de l'air du canal de Stenon), des accidents dyspnéiques par œdème du poumon, des céphalées, perte de connaissance, paralysies partielles ou totales, hémiplégie, et quelquefois mort rapide par véritable apoplexie.

De tous ces accidents, les plus graves sont les paralysies qui peuvent affecter toutes les formes ; la paraplégie est cependant la plus fréquente. Leur intensité est variable ; lorsqu'elles n'ont pas disparu au bout de quelques jours, leur pronostic est, en général, grave.

Tous ces accidents sont accompagnés de symptômes douloureux désignés en argot de métier sous le nom de « moutons », et de sensations de fourmillement appelées « puces ». Ils peuvent s'accompagner ou être le point de départ d'hystérotraumatismes.

Les accidents ne se produisent pas toujours au cours de la remontée ou aussitôt après l'accès à l'air libre ; quelquefois, ils ne se produisent que 2, 3 ou 6 heures après, alors que l'ouvrier a déjà regagné son domicile. Le diagnostic différentiel avec des courbatures banales est alors des plus difficiles.

La pathogénie de tous ces accidents, des plus bénins jusqu'aux plus graves, relève d'une cause unique : une variation subite ou rapide de pression, et est sous la dépendance directe de la vitesse de la compression et surtout de la décompression. Leur production est favorisée par certaines conditions de travail, telles que la durée du travail, la ventilation des caissons, celles des écluses, et influencée par l'état individuel des ouvriers, leur âge, les affections organiques ou autres dont ils peuvent être porteurs, leurs habitudes d'intempérance, ainsi que la tendance trop générale à éluder les règles du travail qui leur sont imposées.

La durée du travail a une action manifeste sur la production des accidents. Cette durée doit être proportionnée à la pression subie (voir plus loin le décret).

La ventilation du caisson a une très grosse importance. Des quantités minimes d'oxyde de carbone, l'augmentation du taux de l'acide carbonique, ou la présence de gaz méphitiques se dégageant quelquefois des terrains traversés, ont une influence certaine, non seulement sur la production des accidents, mais encore sur le rendement du travail effectué par les ouvriers. Cette ventilation doit toujours osciller autour de 50 mc. par homme et par heure. Une bonne précaution consiste à avoir dans le caisson des caisses renfermant de la chaux vive qui fixe l'acide carbonique. D'une façon générale, la ventilation doit toujours pécher par excès plutôt que par défaut.

La ventilation des écluses est, de son côté ; très importante, car les ouvriers s'y entassent au maximum, dans leur hâte de revoir le jour, et l'astmosphère des écluses ne tarde pas à se charger de principes délétères.

L'âge des ouvriers a une influence certaine également sur la genèse des accidents. Leur proportion passe de 0 pour ceux de 18 à 20 ans (l'admission des ouvriers de moins de 18 ans est interdite) à 10 % pour ceux de 20-25 ans, à 23 % pour ceux âgés de 25 à 40 ans, elle était très élevée (près de 100 %), pour ceux âgés de plus de 40 ans, avant l'application de la législation actuelle dont il sera parlé plus loin.

Les ouvriers tubistes doivent avoir le cœur et les poumons en bon état, ne présenter de catarrhe ni nasal ni laryngé, non seulement ne pas être alcooliques, mais encore s'abstenir le plus possible d'alcool dont l'influence néfaste est bien mise en relief par la fréquence des accidents du lundi. L'examen médical d'entrée doit être très sévère et renouvelé au bout de quelques jours de travail, certaines lésions pouvant ne se révéler qu'après quelque séjour sous les caissons.

Dans leur hâte de retrouver l'air libre, les ouvriers ont, d'autre part, une tendance trop générale à enfreindre les prescriptions tutélaires qui leur sont imposées ; il y a lieu de tenir compte de cette tendance, en particulier, la manœuvre des robinets de décompression ne doit pas leur être confiée ou abandonnée.

La prophylaxie de ces accidents réside tout entière dans l'éviction des sujets qui ne sont pas absolument sains, et dans l'application continue, méthodique et systématique des prescriptions administratives qui ont fait l'objet du décret du 1er octobre 1913, (qui n'est que la reproduction du décret du 15 décembre 1908, modifié par celui du 21 avril 1910).

Ce décret, rendu après études préalables de la Commission d'hygiène industrielle du Ministère du Travail, à laquelle avaient été adjoints deux entrepreneurs de travaux dans l'air comprimé, deux délégués du Syndicat des ouvriers tubistes, et deux ingénieurs en chef des Ponts et Chaussées ayant effectivement dirigé d'importants travaux dans l'air comprimé, est suffisamment clair et net pour se suffire à lui-même et n'appeler que très peu d'explicaitions complémentaires. Son application a diminué considérablement le nombre des accidents ; ses prescriptions ont donc reçu une consécration pratique et doivent être considérées comme bonnes et suffisantes.

Nous reproduisons le texte complet du décret et de l'affiche qu'il mentionne et dont l'apposition est obligatoire dans les chantiers à air comprimé.

***

DÉCRET DU 15 DÉCEMBRE 1908.

Prescrivant les mesures particulières de protection et de salubrité dans les chantiers de travaux à l'air comprimé.

....

Article premier. — Dans les chantiers de travaux à l'air comprimé, les chefs d'industrie, directeurs ou préposés, sont tenus, indépendamment des mesures générales prescrites par le décret du 29 novembre 1904, de prendre les mesures particulières de protection et de salubrité énoncées aux articles suivants :

Art. 2. — Un médecin désigné par le chef d'entreprise est chargé du service médical. Sa rémunération est à la charge de l'entreprise (D. 21. 4. 1910).

Aucun ouvrier ne doit être admis au travail dans l'air comprimé s'il n'est muni d'un certificat délivré par ce médecin et constatant qu'il n'est pas impropre à ce genre de travail.

Aucun ouvrier ne doit être maintenu au travail dans l'air comprimé si le certificat n'est pas renouvelé quinze jours après l'embauchage et ensuite une fois par mois.

En dehors des visites périodiques, le chef d'entreprise est tenu de faire examiner par le médecin tout ouvrier qui déclare souffrir du nez, de la gorge ou des oreilles ou qui exprime le désir d'être soumis à un examen.

Un registre du personnel ouvrier, tenu constamment à jour, mentionne les accidents et les indispositions même légères se rapportant au travail dans l'air comprimé.

Art. 3. — Des mesures doivent être prises pour empêcher l'introduction sur le chantier de toutes boissons autres que les boissons hygiéniques.

Tout ouvrier en état d'ébriété doit être éloigné du chantier pendant vingt-quatre heures.

Art. 4. — La compression et la décompression doivent être surveillées par un agent spécial que désigne un ordre de service.

A la compression, le temps employé doit être de quatre minutes au moins pour augmenter la pression de 1 kilogramme par centimètre carré jusqu'à 2 kilogrammes de pression totale effective, et de 5 minutes au moins pour chaque kilogramme de pression au-delà de 2 kilogrammes par centimètre carré.

Le temps employé à la décompression ne doit pas être inférieur aux valeurs indiquées ci-dessous :

20 minutes par kilogramme de pression au-dessus de 3 kilogrammes effectifs par centimètre carré ;

15 minutes par kilogramme de pression entre 3 et 2 kilogrammes effectifs par centimètre carré ;

10 minutes par kilogramme de pression au-dessous de 2 kilogrammes effectifs pour abaisser la pression à zéro.

Si la pression ne dépasse pas 1 kilogramme effectif par centimètre carré, le temps nécessaire pour abaisser la pression à zéro peut être réduit à 5 minutes.

Il est interdit d'opérer la descente du caisson au moyen de diminutions brusques de pression sans avoir fait sortir préalablement les ouvriers.

Chaque écluse doit renfermer un manomètre.

Si sa pression est supérieure à 1 kilogramme effectif par centimètre carré, le manomètre doit être du type enregistreur fonctionnant d'une manière ininterrompue.

Art. 5. — La hauteur de la chambre de travail doit être telle que les ouvriers puissent se tenir debout ; en aucun cas, cette hauteur ne doit être inférieure à 1 m. 80.

La quantité d'air envoyée dans la chambre de travail doit être de 40 mètres cubes au moins, par heure et par homme. Elle est réglée de façon que la proportion d'acide carbonique ne dépasse pas 1 pour 1.000.

Dans le cas où l'envoi de l'air se trouverait arrêté, le préposé de l'entrepreneur dans la chambre de travail doit prescrire la sortie de tous les ouvriers après une période d'attente de 10 minutes au plus.

Il est interdit de tirer une mine dans la chambre de travail avant que celle-ci ait été évacuée par les ouvriers et de les faire rentrer avant que l'état de l'atmosphère soit redevenu normal.

Art. 6. — Le cube d'air dans l'écluse doit être d'au moins 600 décimètres cubes par personne.

Le renouvellement de l'air des écluses pendant les périodes de décompression dépassant 10 minutes doit être assuré par la mise en jeu simultanée des robinets d'entrée et de sortie de l'air comprimé.

En été, les écluses exposées au soleil doivent être protégées par une tente et par des paillassons maintenus humides.

Lorsque les chantiers occupent plus de 20 ouvriers à la fois dans l'air comprimé, la communication entre la chambre de travail et l'extérieur doit être assurée par téléphone.

Art. 7. — Des précautions spéciales doivent être prises pour éviter, en cas de vertige, toute chute dangereuse des ouvriers à la sortie de l'écluse à l'air vers l'extérieur

Art. 8. — Les portes de communication et les tampons de fermeture des écluses à air doivent s'ouvrir du côté de la plus forte pression.

Les portes servant à l'évacuation des déblais et l'introduction des matériaux peuvent s'ouvrir du côté de la moins forte pression, mais elles doivent être munies d'un enclanchement de sûreté qui les empêche de s'ouvrir intempestivement.

Art. 9. — Les cheminées doivent être d'accès facile et les échelles être constamment maintenues en parfait état d'entretien et de propreté.

Des appareils de secours doivent être préparés pour remonter les ouvriers qui ne pourraient gravir les échelles.

L'écluse à air, les cheminées et la chambre de travail sont éclairées par la lumière électrique.

Des précautions spéciales doivent être prises dans la chambre de travail pour éviter la circulation des ouvriers sous les cheminées.

ART. 10.—Chaque tuyau d'amenée d'air est pourvu à son entrée d'une soupape automatique se fermant dès que la pression de l'air envoyé tombe au-dessous de celle qui existe dans la chambre de travail.

L'installation servant à l'aérage (pompes, réservoirs ou tuyaux) doit être munie d'un dispositif réglant automatiquement la pression de l'air envoyé dans le caisson.

ART. 11.— Le chantier doit être pourvu d'une boîte de secours renfermant notamment un tube d'oxygène sous pression ou des substances pouvant dégager rapidement et facilement des quantités notables d'oxygène pur.

Quand les travaux sont effectués sous une pression effective supérieure à 1 kilog. 200 par centimètre carré, une baraque de repos doit être aménagée à proximité du chantier pour recevoir les ouvriers à la sortie de la chambre de travail. Ses dimensions sont fixées d'après le nombre des ouvriers travaillant simultanément dans l'air comprimé à raison de six mètres cubes de capacité par homme. Elle doit être convenablement aérée, chauffée et pourvue de lavabos, avec savon et serviettes individuelles, d'un vestiaire et de lits de repos.

Quand la pression dans la chambre de travail dépasse 2 kilogrammes par centimètre carré, il doit être installé une chambre de recompression de dimensions suffisantes pour contenir un lit et recevoir deux aides.

ART. 12. — Tous les appareils, notamment les moteurs, réservoirs, tuyaux, soupapes, échelles et chaînes doivent être soumis à une vérification hebdomadaire.

Le boulonnage reliant les tronçons successifs des cheminées doit faire l'objet d'une vérification spéciale toutes les fois qu'il y aura été touché.

ART. 13. — Le Préfet peut, par arrêté pris sur le rapport des ingénieurs chargés de la surveillance ou des inspecteurs du travail, et à raison des conditions particulières dans lesquelles le travail doit être exécuté, accorder dispense permanente ou temporaire de tout ou partie des prescriptions relatives : au manomètre enregistreur (art. 4, dernier paragraphe), à la teneur maximum de l'air en acide carbonique (art. 5, 2e paragraphe), à l'installation du téléphone (art. 6, dernier paragraphe), au réglage de la pression par dispositif automatique (art. 10, dernier paragraphe), et à la chambre de recompression (art. 11, dernier paragraphe), ; dans ce dernier cas, le médecin désigné conformément à l'article 2 est obligatoirement consulté.

ART. 14. — Les chefs d'industrie, directeurs ou préposés sont tenus de faire afficher dans les locaux où se font le recrutement et la paye :

1° Le texte du présent réglement ;

2° Le texte, arrêté par le Ministre du Travail, le Comité des Arts et Manufactrues entendu, des avis concernant la durée du travail dans l'air comprimé et les soins à donner en certains cas.

ARRÊTÉ DU 28 DÉCEMBRE 1908

fixant le texte de l'affiche à apposer dans les chantiers de travaux à l'air comprimé, en exécution de l'article 14 du décret du 15 décembre 1908.

AFFICHE

Avis concernant la duree du travail dans l'air comprimé et les soins à donner dans certains cas.

Il est imprudent de dépasser par 24 heures, dans l'air comprimé, les durées de séjour ci-après, y compris le temps d'éclusage :

8 heures pour les pressions effectives inférieures à 2 kilogrammes par centimètre carré ;

7 heures pour des pressions comprises entre 2 kilogrammes et 2 kil. 300 par centimètre carré ;

6 heures pour des pressions comprises entre 2 kil. 500 et 3 kilogrammes par centimètre carré ;

5 heures pour des pressions comprises entre 3 kilogrammes et 3 kil. 500 par centimètre carré ;

4 heures pour des pressions comprises entre 3 kil. 500 et 4 kilogrammes par centimètre caré

Le jour de changement de poste, et au plus, une fois par semaine, la durée journalière du séjour peut être augmentée pourvu qu'il s'écoule au moins 12 heures entre la sortie et la rentrée de chaque équipe ;

Cette dérogation ne doit pas porter la moyenne hebdomadaire du séjour journalier dans l'air comprimé au-dessus des chiffres qui précèdent.

Si la pression dépasse 2 kilogrammes par centimètre carré, il est désirable, pour la facilité des soins médicaux à donner aux ouvriers qu'un local voisin du chantier soit mis à leur disposition, dans le cas où ils ne pourraient être logés dans un rayon inférieur à 2 kilomètres.

***

Comme il a été dit, le texte de ce décret est clair et n'appelle que peu de commentaires ; tout au plus peut-on faire les remarques suivantes :

ARTICLE 4. — La pression est toujours définie par ces mots « kilogramme effectif par centimètre carré », ce qui signifie kilogramme en plus de la pression atmosphérique. La pression effective est donc inférieure d'un kilogramme à la pression absolue.

Rappelons que la pression dans un caisson est égale au poids de la colonne d'eau qu'il s'agit de refouler du caisson. Par centimètre carré et pour une hauteur d'eau de 10 m. au-dessus du fond du caisson, la pression admise est d'un décimètre cube d'eau, c'est-à-dire d'un kilogramme (le chiffre exact est de 10,33). A 20 m. de profondeur, on aura donc une pression effective de 2 kil. ; elle sera de 3 kil. à 30 m., etc...

D'après l'article 5, l'air d'un espace clos est considéré comme vicié par les produits de l'air expiré lorsqu'il contient au moins 1 pour 1.000 d'acide carbonique d'origine respiratoire, c'est

la raison pour laquelle le décret considère cette proportion de 1 pour 1,000 comme proportion limite, bien qu'elle soit encore loin de la limite correspondant au risque d'asphyxie, mais la fixation de cette limite permet éventuellement au préfet d'intervenir en abaissant ce taux limite dans le cas par exemple où des dégagements carboniques ou autres d'une certaine importance viendraient à se dégager des sols traversés. Le préfet, en prenant un autre taux limite, obligerait ainsi à recourir à une ventilation bien supérieure, double quelquefois de la ventilation minime prescrite qui est de 40 mètres cubes par heure et par homme.

Il ne faut pas perdre de vue que l'huile employée pour le graissage des pompes doit avoir un point élevé d'inflammabilité ou de décomposition ; dans les cas contraires, les produits de désagrégation de ces huiles contribueraient à vicier l'atmosphère des caissons.

Le traitement des accidents résultant du travail dans l'air comprimé ne comporte en réalité, qu'un moyen efficace, qui est la recompression de l'ouvrier atteint et sa décompression très lente. Cette pratique est surtout capitale dans les coups de pression survenant après séjour dans de hautes pressions, plus de trois atmosphères.

Il va sans dire que le repos et le réchauffement des ouvriers, après leur sortie du caisson, ne peuvent donner que d'heureux résultats, mais ces prescriptions sont, en général, éludées par les intéressés eux-mêmes.

Quant à la décompression elle-même, on a tendance à substituer à l'ancienne méthode de décompression lente mais graduelle, la décompression par paliers successifs dont la durée est fonction, tant de la pression maxima atteinte que de la durée du séjour.

Dr Ott

QUESTIONS DE PNEUMOTHORAX POUR CONFIRMER SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

Le pneumothorax a maintenant fait ses preuves ; il n'est plus, comme en 1914, souvent et amèrement critiqué. Il semble même qu'on ait tendance à y avoir recours comme à une panacée universelle. Mais, indications et résultats restent encore un peu dans l'ombre ou sont mal connus. Il est donc intéressant d'apporter des arguments pour ou contre chaque fois que s'en présente l'occasion.

Depuis dix ans que je pratique le pneumothorax, j'ai pu constater les résultats éloignés, définitifs, qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce mode de traitement de la « tuberculose pulmonaire ».

Deux ordres de faits m'ont surtout impressionné, et je voudrais les mettre ici en vedette pour convaincre ceux de nos confrères qui douteraient encore de l'efficacité de cette thérapeutique.

1° *Preuves de l'efficacité du traitement par l'innocuité d'une grossesse après la cure par le pneumothorax* ;

2° *Preuves de l'efficacité du traitement par la reprise fonctionnelle du poumon malade assurant seul l'hématose au cours d'un nouveau pneumothorax effectué sur le second poumon.*

1° Dès 1921, à la Société d'Etudes scientifiques de la tuberculose, j'ai communiqué trois observations de malades qui avaient été opérées par moi du pneumothorax, et, ultérieurement, étaient devenues enceintes. Depuis, le nombre de ces observations s'est multiplié. Ma statistique s'élève aujourd'hui à treize cas de malades qui, ayant été atteintes plus ou moins gravement de tuberculose pulmonaire, ont été par moi opérées du pneumothorax et ont pu mener ultérieurement à bien leur grossesse. L'accouchement le plus ancien remonte à près de quatre ans, le plus récent est du 20 septembre 1923. Chez les treize malades en question, le pneumothorax a été pratiqué pour des lésions graves, évolutives pour la plupart, ou chroniques, avec de larges ulcérations ; la grossesse s'est produite un ou deux ans après le pneumothorax ; elle a évolué sans incident et elle n'a été suivie, dans la période où généralement la tuberculose reprend ses droits, c'est-à-dire dans la sixième semaine après l'accouchement, d'aucune manifestation tuberculeuse. A l'heure actuelle, ces treize dames sont toutes en bonne santé. Je les contrôle périodiquement ; aucun réveil ne s'est manifesté sur le poumon malade ; chez une seule, dont l'observation est publiée plus loin, une localisation est apparue sur le côté opposé ; quelques-unes reçoivent encore leurs injections compressives ; la plupart ont repris leurs occupations et leurs soucis de mère de famille, élevant leurs enfants, presque toutes à la campagne, dans des conditions d'hygiène que je recommande plus particulièrement, et, même aussi, à Paris, où deux ou trois ont retrouvé leur vie mondaine ou leur vie bourgeoise active. J'ajoute que les treize enfants sont vivants, de bonne santé, quelques-uns merveilleux. Deux sont même le fruit d'une union entre pneumothorax, le mari et la femme ayant chacun un poumon comprimé, et les enfants ne s'en portent pas plus mal. J'ai exposé à Strasbourg les photographies de ces mamans et de leur enfant ; il n'est guère possible de les reproduire dans ce journal, mais je ne pense pas qu'il y ait de preuves plus décisives à apporter à l'efficacité du pneumothorax que cette liste de treize cas.

2° On a souvent objecté que le poumon comprimé était définitivement perdu, ou que les lésions dont il était porteur pouvaient se réveiller ultérieureement si l'organe devait être un jour décomprimé.

J'ai actuellement trois malades chez qui, un premier pneumothorax ayant donné un résultat satisfaisant, une localisation survenue ultérieurement sur l'autre poumon, a obligé à pratiquer une nouvelle intervention.

Le premier, M. S... a été opéré par moi, en octobre 1916, d'un pneumothorax, à droite. Evolution banale du traitement, guérison obtenue au bout de deux ans, le poumon gauche paraissant intact jusque là. Le malade disparaîtde mon contrôle; puis, en 1920, me revient avec une lésion déjà ulcérée du poumon gauche. Le poumon droit largement décomprimé n'avait pas repris intégralement sa place. J'envisage la possibilité de créer un pneumothorax à gauche: refus du malade qui, effrayé, préfère recourir à une thérapeutique médicamenteuse et à une cure climatique : l'une et l'autre restent inopérantes. La cure d'altitude pratiquée à Leysin provoque même des hémoptysies Dix-huit mois se passent, et, en octobre 1921, le malade revient me trouver : température élevée, 38°5, amaigrissement assez considérable, expectoration bacillifère. Auscultation et radioscopie s'accordent pour déceler la présence de deux cavernes au côté gauche. Le cas était sérieux, j'en indique la gravité au malade qui me donne carte blanche pour intervenir. Le côté droit me paraissant suffisamment décomprimé, je pratique une insufflation du côté gauche. En quelques séances, la compression est amenée à son maximum ; le malade conservant un moignonpulmonaire gauche de faible volume, l'hématose se fait presque exclusivement du côté droit. Il y a 28 mois que le traitement est commencé ; le malade vit à la campagne, se livre à quelques occupations, n'a aucun incident et surtout n'a jamais présenté aucune manifestation nouvelle du côté anciennement traité.

La malade n° 3, Mme K... femme d'un confrère. Pneumothorax droit, remontant au mois de juillet 1918. Evolution normale. Les séances de compression n'étaient pas encore cessées, quand, apparaissent à gauche des signes de tuberculisation qui, rapidement, prennent un caractère aigu. Questionné par le mari sur l'utilité d'une intervention, j'hésite en raison de la compression encore intense du côté droit. Un traitement par la sérothérapie est alors institué, mais après trois injections, la malade continue de décliner, la température reste élevée, les lésions s'étendent, le larynx se prend : le tableau est de plus en plus sombre, et c'est dans ces conditions que nous décidons, d'un commun accord avec le mari, de tenter comme suprême ressource la compression du second poumon. A cette date, le poumon droit n'avait pas encore repris sa place intégrale. Il existait, au contraire, des phénomènes pleurétiques de ce côté, accusés par un épanchement léger, tous signes qui ne laissaient pas de rendre très audacieuse la tentative qui allait être faite. C'est avec une grande prudence que les premières injections ont été pratiquées. Le poumon se décolla complètement ; la malade eut immédiatement un abaissement de température, et, à l'heure actuelle, malgré que la compression du poumon gauche ne soit pas complète, la fonction respiratoire se fait surtout et presque exclusivement avec le poumon droit qui ne présente aucun signe évolutif.

La malade n° 2, Mme V... a été opérée par moi du pneumothorax à gauche, le 10 août 1918. — Evolution banale du traitement. Guérison. Le pneumothorax est abandonné après 20 mois. Puis, un beau jour, sans que j'aie été consulté, j'apprends le mariage de cette jeune malade, mariage immédiatement suivi d'une grossesse ; début de grossesse quelque peu pénible. Malgré tout, je me refuse à parler d'avortement comme il en avait été question. La malade accouche normalement d'un enfant (27 mai 1922) dont elle se sépare aussitôt et, pendant quinze mois, elle continue à aller aussi bien que possible sans présenter aucune manifestation nouvelle. Une faute de sa part amène de nouvelles manifestations du côté opposé, manifestations qui prennent vite un caractère aigu et que ne peut enrayer un séjour à l'altitude (Les Escaldes, du 12 août au 1er octobre 1923). Dans ces conditions, une seule planche de salut : un pneumothorax à pratiquer du côté nouvellement touché. A l'heure actuelle, la seconde intervention remonte à 3 mois (10 octobre 1923), la malade va beaucoup mieux : plus de température ; son second poumon reste largement comprimé et la fonction respiratoire se fait exclusivement par le poumon gauche sans qu'aucune manifestation se soit produite.

Après cette double série de preuves, il sera maintenant facile de conclure : l'efficacité du pneumothorax est indiscutable, puisque, d'une part, les lésions pulmonaires traitées par la compression, — à la condition, bien entendu, qu'elle ait été pratiquée pendant un temps assez long — ne sont pas exacerbées, comme c'est la règle, par la grossesse et que, d'autre part, un poumon qui a été traité par le pneumothorax peut, après décompression, assurer seul et à l'exclusion de l'autre poumon, la fonction respiratoire, sans accuser aucun réveil de ses anciennes lésions. Et ainsi prend sa place à côté des procédés d'immobilisation dans le traitement de la tuberculose chirurgicale le procédé d'immobilisation pulmonaire, complété ultérieurement, s'il y a lieu, par la libération des brides pleurales.

Ainsi s'unifie, comme je l'écrivais dès 1914 (communication à la Société d'Etudes Scientifiques, 12 février 1914), le traitement de la tuberculose tout court sous la tutelle de cette trinité thérapeutique : repos, air et soleil. Dr HERVÉ.

L'ULCÈRE GASTRIQUE D'ORIGINE TOXIQUE

SANTIAGO CARRO. (*Archivos españoles de enfermedades del aparato digestivo*, septembre 1923.)

L'ulcère d'estomac, qui constitue une affection très répandue, a des causes diverses, et, parmi celles-ci, figure l'action des toxiques.

Chez de nombreux sujets, l'usage prolongé de médicaments irritants, comme l'aspirine, la quinine, etc., détermine une gastrite aiguë ou chronique, qui les conduit à l'ulcère. Le fait se rencontre encore plus souvent chez les neurasthéniques et les hystériques qui se servent, pendant des années, de médicaments toxiques, sédatifs ou hypnotiques.

Les ouvriers, qui travaillent le plomb ou les produits qui en renferment, fournissent un contingent plus important d'ulcéreux que les autres professions.

Le tabac est un des toxiques les plus préjudiciables à la muqueuse gastrique. Il y a action directe de la nicotine, qui est ingérée avec la salive et qui imprègne les aliments. Certains de ces malades n'arrivent à se guérir qu'en supprimant absolument le tabac ; le régime et les médicaments les mieux appropriés restent inefficaces. Outre l'action locale, la nicotine est nocive pour la muqueuse gastrique par l'intermédiaire du torrent circulatoire ; à ce sujet, l'auteur rappelle les expériences de Elliot qui, en injectant à de jeunes truies de la tétrahydra-B-naphtilamine, a provoqué des ulcérations gastriques.

Chacun connaît l'action toxique du chloroforme sur l'appareil digestif, action qui se manifeste chez les opérés par des nausées, des vomissements, une langue saburrale, etc. La production d'ulcère n'est pas rare (surtout quand le chloroforme est impur, comme il l'a été pendant la guerre), et Carro a vu apparaître, ces temps derniers, deux hématémèses chez deux opérés : l'un, âgé de 30 ans (hernie inguinale) ; l'autre, de 60 (sténose pylorique cicatricielle), qui étaient, à vrai dire, physiologiquement tarés : le premier, asthénique congénital et ancien tuberculeux ; le second, artério-scléreux (20 au Riva-Rocci).

Les hémorragies post-opératoires se montrent avec une fréquence toute particulière chez les gastropathes, même subissant une opération ailleurs qu'à l'estomac.

Aussi, doit-on, d'une façon générale et spécialement chez les patients dont l'estomac est le lieu de moindre résistance, abandonner le chloroforme et choisir, par exemple, l'anesthésie rachidienne.

L. PRON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'insuline.

Le Pr BENOIT (de Montréal) analyse d'une manière complète les travaux de Banting.

Banting et Best, conclut-il, ont trouvé une méthode qui permet d'isoler ou d'extraire des îlots du pancréas une sécrétion interne, qu'ils appellent insuline.

L'insuline a pour action physiologique de régulariser le taux du sucre dans le sang. Cette action s'exerce non seulement à l'état normal, mais aussi chez les animaux dépancréatisés ; elle fait disparaître la glycosurie et l'acétonurie ; elle corrige l'hyperglycémie, et l'acidose en réglant et ramenant à la normale le métabolisme des hydrates de carbone.

On comprend que cette découverte thérapeutique ait fait naît e les plus beaux espoirs thérapeutiques.

L'application de l'insuline au traitement du diabète a déjà donné des résultats : dans le diabète grave, avec acidose et coma, on a rapporté des améliorations rapides et remarquables avec les injections d'insuline. Le taux du sucre peut toujours être abaissé dans le diabète, quel que soit le pourcentage de l'hyperglycémie et de la glycosurie. L'insuline fera-t-elle disparaître le diabète ? C'est là une autre question. Il serait prématuré de porter un jugement.

L'étude thérapeutique et clinique de l'insuline est commencée, mais elle est loin d'être terminée ; cependant les résultats promettent d'être considérables.

Banting et ses associés vont pouvoir poursuivre activement leurs recherches. L'Université de Toronto vient de créer une chaire de physiologie expérimentale qu'elle a confiée à Banting : le titulaire aura à sa disposition une somme annuelle de dix mille dollars, dont six mille pour les émoluments du professeur, et quatre mille pour les frais d'expériences. Le gouvernement canadien a en outre voté au Pr Banting une pension annuelle de sept mille cinq cents dollars,

afin qu'ils puisse consacrer tout son temps à ses travaux scientifiques.

C'est là, on l'avouera, un exemple qui pourrait être suivi en Europe avec profit. (*Revue française d'endocrinologie*, septembre 1923.)

L'opothérapie dans l'antiquité. (Bile et foie).

D'une étude très complète et très intéressante, publiée par le Dr Roshem, nous croyons utile d'extraire quelques passages fort suggestifs, qui montrent combien l'opothérapie, remise en honneur par Brown-Séquard, est ancienne.

Déjà, au temps des « Dames galantes », on connaissait la vertu aphrodisiaque des testicules de coq. Aux « pulmoniques », on prescrivait le poumon de renard. Mais aussi, le foie faisait partie de la pharmacopée de nos aïeux, soit sous la forme du fiel, soit sous celle des concrétions, des calculs tibiaires.

Longtemps la bile a été considérée comme salutaire à la vue et propre à guérir les maladies des yeux ; empiriquement, on en était arrivé à prescrire la bile de bœuf ou l'huile de foie de morue dans l'espoir de rendre plus nette la vision nocturne des héméralopiques. Pline affirmait que le fiel est un médicament « utile pour les yeux ». Miletus guérissait les cataractes avec le fiel de l'homme.

La Bible nous apprend aussi comment Tobie put guérir avec du fiel de poisson son père, devenu aveugle, par la projection, durant son sommeil, d'une fiente d'oiseau sur les yeux. Tobie, est-il dit, pêcha dans le Tigre un énorme poisson, dont il préleva le cœur, le foie et le fiel , et c'est avec le fiel du poisson que, pendant une demi-heure, il frotta les yeux de son père ; il en sortit « une taie semblable au blanc d'œuf et le vieillard recouvra la vue ».

Pour conserver le fiel, on avait recours à une véritable stérilisation par la chaleur. D'après Pline, on liait l'orifice de la vésicule ; on la mettait ainsi à bouillir au bain-marie pendant une demi-heure, et on la gardait ensuite complètement enfouie dans du miel, ce qui la mettait à l'abri de tout contact septique.

Le fiel, considéré également comme résolutif, était encore employé dans les lavements purgatifs (Lémery) ; il était « propre pour les brouissements d'oreille, pour empêcher les taches du visage ».

Le « bezoard bovis » était un calcul biliaire « pierre apéritive, sudorifique, propre pour résister au venin, pour arrêter le cours du ventre, pour l'épilepsie ; on en usait aussi par le nez pour faire éternuer » ; « elle aiguisait la vue, et elle fortifiait le cerveau ».

Ce bézoard, ainsi que le bezoard oriental, (d'une chèvre des Indes), le bézoard occidental (du Pérou), le bézoard forcé, le bézoard simiœ, avait la propriété de ne point s'user ; on le gardait dans de petites boîtes d'or ; il suffisait de le mettre à tremper quelques instants dans du vin ou de l'eau — où il ne se dissolvait pas — et de boire le liquide loin des repas. Ainsi, le bezoard resservait toujours ; on pouvait le prêter à ses amis, sans qu'il perdît rien de ses qualités précieuses, semblable en cela aux « pilules perpétuelles » !

Abandonnant le procédé de Pline, les alchimistes, plus tard, préparaient le *fiel* par distillation. Aux XVIIe et XVIIIe siècles, on y mêlait certains produits, qui devaient aider à obtenir une conservation prolongée.

La manière indiquée par Lemery (Dictionnaire universel des drogues simples, Paris 1749) est un curieux amalgame des divers procédés antérieurs.

« Le fiel de bœuf, écrit cet auteur, contient du sel volatil, qui le rend détersif et propre à nettoyer la peau ; mais, comme il est fort visqueux et qu'il se corromprait facilement étant gardé, on lui donne quelque préparation, comme on va voir dans la suite.

Préparation du fiel de bœuf :

Du sucre candi	2 j
De l'alun de roche............	2 ij
Du borax et du sel de verre....	ââ 22 iij

« Mettez toutes ces drogues pulvérisées dans une bouteille de verre, et versez par dessus une pinte de fiel de bœuf distillée ; bouchez après cela la bouteille très exactement et, l'exposez pendant quinze jours aux rayons du soleil, la remuant souvent pendant ce temps-là, puis filtrez la liqueur et gardez-la pour l'usage.

« Remarques. — On pulvérisera toutes les drogues ensemble ; on les mettra dans une bouteille de verre, on versera dessus le fiel qu'on aura fait distiller dans une cucurbite de verre ou de grès au feu de sable ; on bouchera la bouteille, et on l'exposera au soleil ou dans le fumier l'espace de quinze jours, l'agitant de temps en temps, puis on filtrera la liqueur et on la gardera : c'est du fiel de bœuf préparé.

« Il a à peu près les mêmes qualités que le verjus préparé, pour décrasser la peau ; mais on l'estime plus puissant,

« On fait distiller le fiel de bœuf, afin qu'il se conserve mieux, et qu'il soit plus convenable à être employé sur le visage des dames ; on y ajoute ordinairement du camphre, mais il n'y sert guère, car il ne s'en dissout rien dans les liqueurs aqueuses, et il donne une odeur fort désagréable ; j'en ai retranché aussi l'alun de plume et le sublimé corrosif....... »

Bien autrement imparfaite était la préparation des *foies d'animaux*. Comme les poumons, les intestins, on les prélevait sur l'animal récemment tué ; on les lavait ; on les coupait par tranches ;

on les faisait sécher au four par une douce chaleur, puis on les enveloppait d'hysope ou de marrube pour les garder.

Dans l'antiquité, les foies d'ours, de renard et de loup étaient d'un usage courant ; au XVIIIe siècle, le foie de loup était généralement employé. On le donnait aux phtisiques, et ceci est à rapprocher de nos essais d'opothérapie hépatique dans la tuberculose pulmonaire ; on le donnait aussi aux hydropiques, et « il est superflu de remarquer combien, dans ce cas encore, l'opothérapie hépatique est de nos jours souvent indiquée ». (*Paris médical*, 19 mai 1923.)

F. G.

Index physiologique pour le contrôle du pronostic.

Avant d'entreprendre un traitement très actif, — et, j'entends par là une intervention chirurgicale, une cure radiothérapique à hautes doses, une médication mercurielle ou arsenicale importante, — le médecin aurait le plus grand intérêt à savoir comment son malade supportera ce traitement. Et l'aspect clinique n'est pas toujours suffisamment démonstratif, à telles enseignes qu'il est arrivé que des sujets soumis, sur leur bonne mine, à l'action de fortes irradiations, en ont été fortement shockés, au point de succomber peu de temps après.

Or, il semble possible d'acquérir à ce propos une sorte de certitude, en utilisant l'index de M. DECLAIRFAYT.

Cet auteur a découvert « qu'il existe à l'état normal, avec un système circulatoire indemne et en bon état d'équilibre humoral, une relation constante entre la pression sanguine maximum, et la richesse sanguine en hématies et en hémoglobine ; cette relation est voisine de 3. Elle s'écrit :

$$\frac{T}{G \times H}$$

T, tension maximum étant exprimée en millimètres ; G, globules rouges et H, hémoglobine, étant exprimés par leur seul premier chiffre du dosage.

L'expérience nous a montré qu'un index hémotonique de 3 et de 4 permet une intervention thérapeutique active dans d'excellentes conditions de sécurité ; un index de 5 est encore satisfaisant ; un index de 6 est un chiffre limite ; les index de 9 et au-dessus interdisent toute intervention sérieuse sous peine de décès. » (*Le Scalpel*, 29 décembre 1923.)

Thérapeutique anthelminthique.

M. SIGALAS rappelle les excellents résultats qui peuvent être obtenus, dans le traitement de l'helminthiase, par l'emploi de l'huile de chenopodium et du tétrachlorure de carbone.

L'huile de chénopodium serait surtout active contre les ascarides, le tétrachlorure de carbone contre l'ankylostome.

La dose maxima de l'huile de chénopodium est, chez l'adulte, de cinquante gouttes ; chez le vieillard, de quarante gouttes ; chez l'enfant, de 2 à 15 ans, de quatre à trente gouttes. Elle s'administre généralement en capsules dures, et en trois doses, de deux en deux heures ; une purgation d'huile de ricin ou de sulfate de soude, prise deux heures après la dernière dose, est utile, en raison de la constipation que détermine souvent le médicament, qui peut, en outre, provoquer de la surdité, dont l'apparition est une indication de suspendre le traitement.

La dose maxima de tétrachlorure de carbone est de 3 cmc., pris le matin à jeun, soit en capsules dures, soit sous l'eau. Deux heures après, purgation au sulfate de magnésie.

On peut associer l'huile de chenopodium et le tétrachlorure, selon la formule suivante :

Tétrachlorure de carbone	trois cmc.
Huile de chénopodium...	un cmc.

pour une dose. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 13 janvier 1923.)

Le traitement diététique de l'ulcus gastrique.

Après avoir fait la critique des différents régimes prescrits dans la cure de l'ulcus gastrique, régimes de Cruveilhier, de Ziemssen, de Leube, de Lenhartz, M. SCHRIJVER expose en détails sa pratique personnelle.

Il distingue l'ulcus avec hémorragie de l'ulcus sans hémorragie, que l'hémorragie soit apparente ou occulte. Dans le premier cas, il soumet son malade à une cure de jeûne absolu de 48 heures, durant lesquelles on emploiera comme anti-déshydratants les lavements d'eau (250 gr. deux ou trois fois par jour), ou l'instillation rectale goutte à goutte, le repos au lit étant en même temps imposé. Le 3e jour, toutes les deux heures, un verre de mélange à parties égales de lait et d'eau de chaux ; le 4e jour, même coupage, mais toutes les heures ; le 5e jour, coupage de 2/3 de lait par 1/3 d'eau de chaux, toutes les heures. Ensuite, jusqu'à ce que la douleur et l'hémorragie aient disparu, on continue le repos et le régime lacté, à raison d'une prise de 250 gr. de lait bouilli additionnés de deux cuillerées d'eau de chaux, toutes les heures, de 8 heures à 22 heures. On pourra user, parallèlement du sac de glace sur la région épigastrique ou du cataplasme chaud. Pendant les jours de jeûne, le malade sucera quelques pilules de glace. Le lait sera pris par gorgées. Le lavage de la bouche et le nettoyage de la langue évitent la sensation désagréable de la langue chargée. S'il existe de la fermentation acide de l'estomac, l'auteur adminis-

tre une cuillerée à café d'un mélange de 25 gr. de bicarbonate de soude et de 15 gr. de carbonate de magnésie.

Douleur et hémorragie ayant disparu, on donnera trois fois par jour, à 8 h., à midi et à 18 h., une bouillie au lait avec farineux très fins : riz broyé ou farine de riz, semoule, farine de maïs, flocons d'avoine. Le lait coupé d'eau de chaux, comme précédemment, sera continué dans les périodes intercalaires, en attendant 2 heures après chaque prise de bouillie. Après une semaine de cette diététique, on procède à la recherche des hémorragies occultes ; si elle est positive, on en revient au régime lacté absolu. Au dire de l'auteur, le lait serait une sorte de spécifique de l'hémorragie.

Si tout va bien, pendant les 3e et 4e semaines, on pourra utiliser les aliments suivants : lait, babeurre, yaourt, crème caillée ou douce, cacao, thé léger, biscottes, pain grillé, beurre, sucre, miel, pain d'épices, gelée, œufs à la coque, bouillies avec farineux, purées de petits pois, haricots blancs et rouges, pommes de terre, épinards, viande hachée, poissons cuits, fruits cuits... A partir de la troisième semaine, l'horaire alimentaire doit être réglé ainsi : 8 h., 13 h., 18 h. : repas principal ; 10 h. 1/2, 15 h. 1/2, 21 heures : petit repas (un verre de lait ou de chocolat avec une ou deux biscottes). Il faut procéder par transition prudente, pour passer du régime lacté et des bouillies à une alimentation plus riche.

Au bout de 4 semaines, le malade, qui aura été autorisé à faire quelques mouvements dans son lit, pourra se lever. Mais on ne sera pas assuré de la guérison complète de l'ulcus. Aussi sera-t-il prudent de continuer à surveiller très attentivement l'alimentation du sujet, et ses réactions. Si une récidive se produisait après un an de ce régime, la parole resterait au chirurgien. (*Arch. des mal. de l'appareil digestif*, décembre 1923.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les injections intra-trachéales de lipiodol dans le diagnostic de la dilatation des bronches.

(MM. SERGENT et COTTENOT. — *Académie de médecine* ; 22-1-1924.)

M. Sergent montre, ainsi que l'ont fait déjà MM. Brodin, Trémolières et Joulia, l'utilité des injections intra-trachéales de lipiodol, selon la méthode de Sicard et Forestier, pour établir le diagnostic de la dilatation des bronches.

Hémoptysies de la dilatation des bronches.

(MM. BEZANÇON, M.-P. WEIL, AZOULAY et E. BERNARD. — *Académie de médecine* ; 22-1-1924.)

M Bezançon rapporte deux observations de dilatation bronchique ayant donné lieu à des hémoptysies répétées et ne s'accompagnant pas d'expectoration (forme sèche hémoptoïque). Dans les deux cas, la syphilis paraissait jouer un rôle. On sait, d'ailleurs, combien est fréquente l'intervention du terrain hérédo-syphilitique ou syphilitique acquis dans cette maladie. Au point de vue thérapeutique, la notion spécificité est à retenir, et, dans cette forme, les hémoptysies peuvent, à elles seules, devenir une indication formelle du pneumothorax artificiel.

Drainage des abcès du cerveau.

(M. E.-J. MOURE, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 22-1-1924.)

Pour faciliter le drainage — toujours difficile à obtenir convenablement — des abcès du cerveau, M. Moure a imaginé une petite pince dilatatrice à ressort qu'il introduit dans la poche purulente qu'elle maintient béante. L'écartement des branches de la pince est réduit au fur et à mesure de la cicatrisation.

La question des greffes testiculaires.

(M. MAX THOREK, de Chicago. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-10-1923.)

M. Max Thorek, chirurgien de l'hôpital américain, de Chicago, a pratiqué chez le singe et chez l'homme une série de greffes testiculaires. L'auteur rappelle, d'abord, les deux opinions soutenues sur le rôle des sécrétions des glandes masculines. Pour les uns, les tissus spermatogéniques du testicule fournissent à la fois les spermatozoïdes et les hormones génératrices des caractères secondaires sexuels. Pour les autres, cette dernière fonction, endocrine, est confiée à des cellules particulières, les cellules interstitielles de Leydig M. Thorek attribue, pour ce qui le concerne, aux cellules de Leydig les caractères secondaires sexuels, le désir et la puissance génésiques.

Le chirurgien américain a adopté une technique opératoire particulière. Au lieu de greffer, comme Voronoff, Dartigues et Baudet, dans la zone péritesticulaire de l'opéré, il choisit le tissu cellulaire périrénal. S'appuyant sur un nombre important d'interventions, il estime que la greffe, indiquée dans des circonstances nombreuses (dépression mentale due à l'âge, vieillesse prématurée, neurasthénie sexuelle, etc.), donne des résultats très intéressants.

— M. PEUGNIEZ montre que le point essentiel de

◆◆◆◆◆

la transplantation testiculaire réside dans les effets obtenus. A-t-on recueilli les confidences des intéressés et de leurs partenaires, quant à leur valeur nouvelle ? Quelles sont les modifications de l'état général ?

— M. Dartigues répond que les suites de la greffe doivent être envisagées au double point de vue génésique (qui n'est peut-être pas le principal) et général. Si l'on n'a pas toujours le moyen de vérifier le premier, le second est de constatation plus facile et plus sûre. Or, les opérés retrouvent, dans la règle, de la force musculaire (le dynamomètre le constate), de la vigueur cérébrale, une diminution des tensions exagérées (le Pachon l'enregistre), en un mot des avantages dont l'importance ne saurait échapper.

— M. Le Fur se demande pourquoi, alors que les autres greffes chirurgicales donnent souvent de beaux succès, les greffes testiculaires échoueraient.

— M. Delaunay est du même avis. Il ne faut pas considérer la greffe testiculaire dans ses seuls effets sur la puissance sexuelle. Elle apporte les plus heureux changements dans l'état de la force musculaire et de la vigueur intellectuelle.

— M. Robert Lœwy, applaudissant aux travaux de vulgarisation de M. Dartigues sur cette question, déclare qu'il n'hésitera plus à pratiquer dorénavant les greffes testiculaires.

La maladie de Lane.

(M. Paul Delbet. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-10 et 23-11-1923.)

Pour M. Paul Delbet, la maladie de Lane (stase intestinale chronique) est souvent la conséquence d'angulations par adhérences, de strictions par brides, elles-mêmes reliquat de péritonites de toute nature. Le traitement des affections causales (appendicite, ovarite, etc.) exerce alors un rôle curatif.

— M Thévenard estime qu'à côté de ces fausses maladies de Lane, existe un type morbide Lane-Glénard justiciable, à sa période ultime, de l'opération de Lane (colectomie).

— M. Pauchet pense, toute considération pathogénique mise à part, que la stase intestinale chronique joue un rôle considérable en pathologie. L'auto-intoxication d'origine intestinale, dit-il, est certainement, avec la syphilis, la cause la plus fréquente de nos affections chroniques. On peut la retrouver à l'origine des dermatoses, de la migraine, de l'artério-sclérose, de l'arthritisme, du rhumatisme chronique, de certaines psychoses et épilepsies essentielles, etc. Son traitement, qui est chirurgical (colectomie totale) dans les cas rebelles, est aussi médical. Ce dernier est simple et efficace ; huile de paraffine, essence d'ail, kaolin, ferments lactiques, gymnastique respiratoire, gymnastique abdominale, reptation. Lane disait à M. Pauchet : *la danse du ventre* est la seule danse qui devrait être imposée aux jeunes filles. On pourrait l'appeler le traitement kinétique de la constipation.

La radiothérapie des cancers.

(M. Aubourg. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 4-1-1924.)

M. Aubourg parle des résultats cliniques qu'il a observés depuis l'emploi de la radiothérapie à courte longueur d'onde. Outre la cessation à peu près constante des syndromes douloureux, on voit dans la majorité des cas une disparition complète des tumeurs cancéreuses traitées. Mais, ces disparitions impressionnantes ne sont parfois que momentanées. Contre les récidives, un nouveau traitement radiothérapique doit être pratiqué. Même, il est vraisemblable qu'en l'absence de récidive, on arrivera à la conception des traitements répétés, comme dans la syphilis.

Névralgie rebelle guérie par traitement spécifique.

(M. Marcel Pinard. — *Société médicale des hôpitaux*, 14-12-1923.)

M. Marcel Pinard relate une observation de névralgie dite essentielle (Wassermann négatif), rebelle aux thérapeutiques usuelles et en particulier à l'alcoolisation du nerf, pour laquelle la neurotomie intra-crânienne était proposée, et qui guérit en une semaine, après 3 piqûres de 914.

Splénomégalies syphilitiques.

(MM. Grenet et Peignaux. — *Société médicale des hôp.* ; 14-12-1923.)

M. Grenet a obtenu un bon résultat de la cure spécifique chez une de ses malades, syphilitique splénomégalique.

— M. Noël Fiessinger remarque que les splénomégalies syphilitiques ne régressent pas toujours complètement à la suite du traitement.

— Pour M. Grenet, l'inefficacité du traitement prouve surtout, alors, que l'on est intervenu trop tard.

Sur l'administration de l'insuline dans le diabète grave.

(MM. L. Blum, Carlier et Schwab. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-12-1923.)

L'interruption brusque de la médication insulinaire chez les malades atteints de diabète grave n'est pas sans danger, dit M. Blum, les patients étant dans ces conditions plus sensibles à l'intoxication acide, dont ils semblent plus menacés qu'auparavant. A l'appui de cette remarque, M. Léon Blum (de Strasbourg) rapporte deux observations, l'une de coma mortel ayant débuté quarante-huit heures après l'arrêt des piqûres ; l'autre, de coma survenu après la diminution des doses d'insuline et guéri d'ailleurs par une reprise de fortes quantités du médicament.

Le cinéma et les troubles mentaux.

(MM. de Massary et Rachet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-12-1923.)

Le cinéma, qui peut servir beaucoup à l'éducation de la jeunesse — et des autres âges — est susceptible aussi d'imprimer des impressions moins heureuses sur l'esprit de quelques spectateurs à mentalité déjà mal équilibrée. M. de Massary a eu, dernièrement, dans son service, un groupe de trois sujets atteints d'idées mystiques de sacrifice et de rédemption. Tous trois voulaient offrir leur sang pour une transfusion devant être, dans leur appréciation, mortelle pour eux. Il a paru à l'auteur que l'origine de cette petite épidémie, qui avait frappé, il va sans dire, des débiles mentaux, tenait à un film vantant le sacrifice de la transfusion, film passé peu de temps auparavant dans un cinéma du quartier.

Sérothérapie anti-pneumococcique.

(MM. Étienne (de Nancy) et Braun. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-12-1923.)

M. Etienne a employé, dans 22 cas de pneumonie, le sérum préparé à l'Institut Pasteur par M. Cotoni. Sur 13 pneumonies franches, la sérothérapie a provoqué une véritable abortivation, 7 fois, entre le 3e et le 7e jour. Deux fois, la première injection a été suivie d'une lysis presque immédiate. Dans 6 cas de broncho-pneumonies, il y eut 4 fois descente rapidement déclanchée.

La formol-gélification dans la fièvre typhoïde.

(MM. Gaté et Papacostas. — *Société biologique de Lyon* ; 17-12-1923.)

MM. Gaté et Papacostas ont trouvé une proportion de 64 pour 100 de formol-gélifications positives dans la fièvre typhoïde de l'adulte. La date d'apparition la plus commune de la réaction se situe au 2e septénaire. La réaction ne survit pas à la maladie. Sa disparition coincide avec la défervescence ; quelquefois elle la suit immédiatement ; le plus souvent elle la précède et permet de l'annoncer.

Le changement expérimental de sexe chez la poule.

(M. Jacques Benoit. — *Société de Biologie de Strasbourg* ; 14-12-1923.)

M. Benoit présente deux poules, chez lesquelles, après une ovariotomie pratiquée au 4e et au 26e jour, se développèrent à droite un organe à aspect testiculaire et effectivement testiculaire, comme l'a montré l'examen histologique, en même temps que l'animal prenait une crête, un plumage et le maintien d'un coq. L'auteur conclut ainsi son travail :

« Les faits d'expérimentation et d'hermaphrodisme, ainsi que les donnécs embryologiques et histologiques qui s'y rapportent, permettent de conclure que la gonade droite de la poule ne doit pas être considérée comme un ovaire, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent, mais comme un testicule rudimentaire. Cet organe peut se développer et même entrer en spermatogénèse quand on enlève l'ovaire, ou bien quand cet ovaire régresse ou s'arrête dans son évolution.

« Le développement qui se produit dans ces conditions des caractères sexuels mâles chez la poule confirme la notion de la double potentialité (Pézard) ou de l'équipotentialité (Zawadowsky) du soma. Mais il conduit à une autre donnée, celle de l'existence dans un même soma, de deux germens distincts, le germen mâle et le germen femelle, aussi rigoureusement fixés l'un que l'autre au point de vue de leur déterminisme cyto-sexuel. »

Réactions sanguines chez les femmes vierges et chez les femmes mariées.

(M. Lewicki. — *Société polonaise de Biologie* ; 26-11-1923.)

L'injection de sperme provoque, chez les animaux, la production d'anticorps spécifiques. On pouvait penser qu'une réaction analogue avait lieu dans le sang de la femme après absorption du sperme déposé dans le vagin pendant le coït. M. Lewicki a pratiqué quelques recherches dans ce sens. Employant la méthode Bordet-Gengou, avec un antigène sperme dilué, il a trouvé une réaction négative dans le sérum chez les femmes vierges, 6 fois sur 8, les deux autres cas concernant des tuberculeuses. Chez 6 femmes pratiquant régulièrement le coït, la réaction fut franchement positive cinq fois. L'auteur poursuit ses recherches qui aboutiront peut-être à établir un caractère nouveau, sérologique, de la virginité, ou, plus exactement, de la pratique du coït complet chez la femme.

P.L.

Traitement du terrain cancéreux.

(Dupuy de Frenelle, *Société de médecine* ; 11-1-24.)

Il existe un terrain cancéreux sur lequel le cancer s'ensemence, pousse et se développe favorablement, sur lequel la récidive éclôt plus ou moins rapidement après l'opération. L'évolution de cette récidive est plus ou moins rapide suivant la résistance de l'organisme au cancer.

Le terrain cancéreux est caractérisé, en particulier, par un déséquilibre minéral, déjà très étudié, qui porte surtout sur la déperdition de l'organisme en silice, en chaux, en magnésie, en acide phosphorique et en fer. Zeller a notamment démontré le rôle de la silice, qui est l'élément dominant du tissu conjonctif dans la lutte contre l'invasion cancéreuse. Robin a montré que la fixation de la chaux, de la silice et de la magnésie dans les tissus cancéreux sert à la défense de l'organisme contre le cancer.

Pour rendre à l'organisme cancéreux son équilibre minéral détruit, il faut donc lui donner de la silice, de la magnésie, de la chaux, du phosphore, du fer. Ce traitement ne peut prétendre à guérir directement le cancer. Il a pour but de donner à l'organisme un regain de santé et de lui fournir les matériaux de première nécessité qui lui sont utiles pour lutter contre l'invasion de la maladie cancéreuse qui le menace.

D'autre part, il existe des médicaments qui, exceptionnellement, ont guéri des cancers : la quinine, préconisée par Jaboulay ; le sélénium, préconisé par Wassermann ; le cuivre, préconisé par Gaube, du Gers. Selon Dupuy de Frenelle, l'erreur a été de vouloir guérir des cancers avancés avec ces médicaments. Ceux-ci peuvent être utiles, au contraire, pour rendre réfractaire au cancer un organisme menacé, par ses antécédents, de cancer ou de récidive cancéreuse.

Pour pouvoir utiliser les éléments de traitement du terrain cancéreux avec des doses suffisamment actives et suffisamment prolongées, Dupuy préconise la forme colloïdale, à la condition que les solutions colloïdales soient assez concentrées et que leur injection ne provoque pas de choc marqué. L'auteur a réuni, sous forme de complexes colloïdaux, les éléments du traitement du terrain cancéreux en une série de six ampoules :

La première est un complexe cuivre magnésium ;

La deuxième ampoule est un complexe quinine, cuivre, magnésium ;

La troisième ampoule est un complexe sélénium, or, cuivre, magnésium ;

La quatrième ampoule est un complexe colloïdal électrique, fer, manganèse ;

La cinquième ampoule renferme une solution concentrée d'hypophosphites de chaux et de magnésie associés à des formiates des mêmes bases ;

Le contenu de la sixième ampoule est encore variable.

Cette série de six injections se fait à raison d'une injection intra-musculaire :

Tous les cinq jours dans les cas de cancer en activité ou dans les semaines qui suivent l'exérèse ;

Tous les dix jours environ pendant le cours de la première année qui suit l'ablation d'un cancer ;

Tous les vingt jours la deuxième année ;

Tous les trente jours la troisième année, et ainsi de suite, sauf indications particulières résultant de modifications de l'état général ou de l'apparition de symptômes locaux.

Ce traitement, surtout prophylactique, ne saurait diminuer en rien la nécessité impérieuse de traiter dans le plus bref délai le cancer par les seuls moyens qui ont actuellement fait leurs preuves, qui sont : l'opération, le radium, les rayons X.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Évolution et complication anormales d'une sinusite maxilliaire d'origine dentaire.

MM. Tixier et Ph. Rochet présentent l'observation d'un jeune homme de 16 ans qui, au cours d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire, présenta 1° une perforation spontanée de la voûte palatine faisant communiquer la bouche avec le sinus, fait très rare, en dehors de la syphilis, dont le malade ne présentait aucun stigmate ; 2° deux hémorrhagies très abondantes qui firent penser un instant à des gastrorrhagies, fait également fort rare au cours de l'évolution des sinusites, et dû sans doute à l'ulcération des branches des artères palatines.

Rein surnuméraire.

M. Gayet rapporte l'observation d'une femme chez laquelle, après ablation d'un gros rein pyonéphritique, il aperçut au fond de la plaie opératoire une petite masse brunâtre du volume d'un gros haricot qui fut reconnue par la suite être un rein surnuméraire de structure normale. Ces cas sont très rares, si l'on en distingue les cas des reins multiples accolés, qui sont au contraire fréquents.

Ostéites syphilitiques suppurées.

M. Durand présente 2 observations : la première concernant un homme de 35 ans qui porte depuis plusieurs mois une tuméfaction de la région tibio-tarsienne avec trois fistules ; sur le tibia, une gomme qui, à la ponction, s'est montrée formée par du pus. D'après l'aspect radiographique (épaississement de la corticale compacte, remaniement du canal médullaire) et malgré l'absence d'antécédents, l'auteur pense qu'il s'agit de syphilis. L'autre observation est comparable à celle-ci. M. Durand ne croit pas qu'on puisse continuer à admettre que la syphilis osseuse ne donne ni suppuration, ni séquestre. Quant au traitement, il n'a pas eu de résultats avec les arsenicaux et reste fidèle au vieux traitement mixte : biiodure de Hg et iodure de potassium. Mais ces lésions sont très rebelles et exigent de fortes doses.

Ectasie aortique. Amélioration fonctionnelle par le traitement spécifique.

MM. Cade et S. Barbier présentent l'observation d'un malade atteint d'anévrysme aortique avec dysphagie, dysphonie presque complète, douleurs et parésie dans le membre supérieur droit, quintes de toux violentes et dyspnée continue avec paroxysmes nocturnes. Syphilis avouée. Après essai du cyanure de Hg, qui amène de la stomatite en raison du mauvais état dentaire, on fait du novarsénobenzol (0 gr. 15 tous les deux jours, puis 0 gr. 30 deux fois par semaine). Ce traitement fut rapidement suivi de la dis-

parition de *tous* les signes fonctionnels. Il y a donc lieu, chez de tels malades, de tenter, même *in extremis*, une médication spécifique intensive

Fractures de jambe haute avec bon résultat fonctionnel.

MM. Durand et Girardot présentent deux cas de fracture, l'une de l'extrémité supérieure du tibia et du péroné, l'autre de l'extrémité supérieure du tibia seulement, qui ont guéri rapidement avec un excellent résultat fonctionnel, après simple immobilisation en appareil plâtré, contrairement à ce qu'on voit habituellement.

Pyonéphroses calculeuses.

M. L. Phélip présente deux reins provenant de néphrectomies pratiquées pour calculs du bassinet engagés dans l'uretère avec distension des calices. Dans l'un de ces cas, il y avait coexistence de lésions tuberculeuses et d'un diverticule vésical.

Vagin double avec bifidité apparente du col.

M. Rhenter présente l'observation d'une femme porteur d'un vagin double avec cloison nettement formée sur toute la hauteur du conduit vaginal et gagnant même sur l'orifice cervical, au point d'avoir pu faire affirmer l'existence de deux cols, au cours d'un examen pratiqué pendant une grossesse. Au début du travail, on put encore croire à l'existence de deux cols, également effacés. Plus tard, après rupture de la poche des eaux, l'on ne trouva plus qu'un col unique, la présentation reposant sur la bride vaginale que l'on dut sectionner entre deux pinces. La fin de l'accouchement fut normale, ainsi que la délivrance.

Pseudo-néoplasme au niveau d'une cicatrice d'abcès du sein.

M. Albertin présente l'observation d'une malade chez laquelle il fit l'amputation du sein et le curage de l'aisselle pour une petite tumeur développée sur la cicatrice d'un abcès que la malade avait eu trente ans auparavant. L'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité d'une mastite.

Sarcome du médiastin.

M. J. Rollet présente l'observation d'un malade porteur d'une volumineuse tumeur du médiastin, formant voussure au niveau de l'hémithorax droit, soulevant le sternum ; la radioscopie montrait une opacité de tout le côté droit, avec déviation globale de tout le médiastin jusqu'au tiers moyen de l'hémithorax gauche. L'autopsie montra que la tumeur avait envahi le poumon droit et la plèvre, qui renfermait environ quatre litres de liquide purulent. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire à terminaison foudroyante.

MM. Bocca et Mantelin rapportent l'histoire d'un jeune homme de 20 ans, sans antécédents, qui fut pris brusquement d'une céphalée atroce accompagnée de quelques frissons. Obligé d'interrompre son travail, il rentre chez lui, passe une assez bonne nuit, mais le lendemain matin, perd brusquement connaissance. Amené à l'hôpital dans le coma avec contracture des membres inférieurs, exagération des réflexes, Babinski, il présente en outre de la cyanose généralisée, de la mydriase, et du Kernig. Température : 40°. Ponction lombaire : tension de 92 au manomètre de Claude, liquide puriforme. On injecte 40 cmc. de sérum antiméningococcique dans le canal rachidien et autant dans les veines. Malgré ce traitement, le malade meurt une demi-heure après son entrée. Nombreux méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. A l'autopsie, congestion généralisée de tous les organes ; liquide puriforme dans toutes les scissures et sillons du cerveau. De telles formes de méningite sont rares. Dans les formes foudroyantes pures, le liquide céphalo-rachidien est clair, la maladie n'ayant pas eu le temps d'évoluer. Ici, le liquide était purulent, ce qui permet de penser que l'affection remontait à une date antérieure aux premiers symptômes, d'où le nom de forme ambulatoire à terminaison foudroyante.

Intoxication par le dial.

MM. J.-F. Martin et Mantelin relatent l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui tenta de se suicider en absorbant *vingt-sept* comprimés de dial. Il tombe aussitôt dans un sommeil profond avec abolition des réflexes rotuliens et mydriase. Le lendemain, subcoma avec agitation extrême, délire de rêve permanent. Quarante-huit heures après l'absorption, le malade commence à parler et le lendemain il revient à l'état normal. Il n'y a eu ni oligurie, ni albuminurie. L'analyse du sang n'a pas décelé de véronal, mais on en a trouvé une quantité notable dans les urines (le dial est un corps très voisin du véronal). Ce cas est à rapprocher d'un cas d'empoisonnement par le véronal présenté antérieurement à la Société par M. Mantelin. (V. *Conc. Méd.*, du 17 juin 1923, p. 2303.)

Intoxication grave par le gaz d'éclairage.

MM. J.-F. Martin, Michaud et Mantelin présentent l'observation d'un homme de 68 ans qui fut trouvé sans connaissance près d'un tuyau à gaz ouvert : résolution musculaire complète, stertor, corps couvert de marbrures rosées. On fait immédiatement une injection sous-cutanée d'oxygène et des inhalations d'oxygène sous pression. Après le troisième ballon, le malade ouvre les yeux, et dit quelques mots, les marbrures rosées disparaissent. Le traitement est continué toute la nuit, le malade sort guéri

de l'hôpital au bout de trois semaines. Deux prises de sang furent faites : l'une, le jour de l'accident, révéla la présence d'oxyde de carbone, l'autre, le lendemain n'en contenait plus, ce qui confirmerait la théorie de Gréhant, Nicloux et Balthazard d'après laquelle le composé carboxy-hémoglobine n'est pas stable. Les inhalations d'oxygène sous pression peuvent se faire avec un ballon ordinaire auquel on adapte un embout : celui-ci est introduit dans une narine et à chaque inspiration on presse sur le ballon tandis qu'on ferme la bouche et l'autre narine ; celle-ci est ensuite débouchée pour permettre l'expiration.

Société médicale des hôpitaux.

Pneumothorax spontané.

MM. Péhu, Barre et Reboul présentent l'observation d'un enfant de 11 mois qui fit, au cours d'une bronchopneumonie tuberculeuse, un pneumothorax spontané.

Leontiasis ossea. Sarcome du maxillaire inférieur.

M. Durand présente une jeune fille de 21 ans, sans autre antécédent que son père mort bacillaire. *Réglée à sept ans.* A 10 ans, le crâne et la face ont commencé à prendre un volume exagéré. Actuellement, le crâne a un développement énorme : 67 m. de périphérie ; les maxillaires supérieurs sont hypertrophiés, ainsi que les branches montantes du maxillaire inférieur. Celui-ci est en outre le siège d'une grosse tumeur dont le début remonte à 10 mois et qui est manifestement un sarcome. La radiographie montre un épaississement osseux énorme avec transparence anormale aux rayons ; la selle turcique est déformée, irrégulière et petite. En raison de ce dernier fait et aussi de la menstruation précoce de cette jeune fille. M. Durand pense à un processus endocrinien.

Deux cas de sporotrichose.

MM. Nicolas, Massia, Gaté et Ravault présentent deux observations de sporotrichose. La première concerne un homme de 61 ans qui, à son entrée à l'hôpital, était porteur de gommes fluctuantes siégeant sur la cuisse droite et les avant-bras, et de gommes ulcérées laissant couler un pus séreux et mal lié. L'examen du pus, retiré par ponction des gommes non ulcérées, montra l'existence du *sporotrichum Beurmanni.* Inoculation au cobaye et Wassermann négatifs. Amélioration manifeste par le traitement ioduré (6 gr. par jour). La deuxième observation concerne une femme qui était porteur de multiples gommes ulcérées, dans le pus desquelles on trouva une forme un peu particulière de sporotrichum, le *sporotrichum Schenki.* Cette malade ne put supporter le traitement ioduré et quitta l'hôpital non guérie.

Modes de début de la sclérose en plaques.

MM. Bériel et A. Devic ont étudié cette question en se basant sur 46 observations. Le début est tantôt brusque, tantôt lent. *Le début brusque* peut se faire par de la céphalée avec vomissements et photophobie, par des phénomènes généraux avec délire, par du vertige, par une hémiplégie.

Dans les formes à début lent, on relève le plus souvent la paraplégie spasmodique progressive, avec claudication intermittente. Plus rarement, ce sont des troubles sensitifs qui ouvrent la scène : dysesthésie, sensation de froid, fourmillements ; d'autres fois, ce sont des troubles oculaires, des accidents cérébelleux.

Un cas d'érythrémie (maladie de Vaquez).

MM. B. Lyonnet, Gallavardin et Gravier présentent un malade de 62 ans venu consulter pour des troubles dyspnéiques : pas d'antécédents, pas de lésion cardiaque, hypertension modérée, albuminurie légère. Le malade présente une teinte érythrémique de tout le corps, surtout accusée au niveau des mains, des pommettes, du nez et des pavillons auriculaires ; langue, palais et pharynx d'un rouge rappelant la scarlatine.

Splénomégalie très marquée . Examen du sang : globules rouges : 6.975.000 ; globules blancs 16000. Formule leucocytaire normale. Le syndrome paraît remonter à l'enfance. Depuis quelques années, le traitement de l'érythrémie s'est orienté vers la radiothérapie des épiphyses des os longs, thérapeutique qui permet d'abaisser assez rapidement le chiffre des hématies à la normale.

Maladie de Vaquez.

MM. Gallavardin, Gravier et Morénas présentent un autre malade, comparable au précédent, mais en différant par une splénomégalie beaucoup moins accusée, et une hyperglobulie au contraire plus marquée (7.362.000 glob. rouges), ce qui tend à prouver qu'il n'y a pas de rapport entre la polyglobulie et les dimensions de la rate. M. Gallavardin se propose, dans ce cas, de traiter le malade par des inhalations de mésothorium.

Relations de certaines scléroses en plaques avec l'encéphalite épidémique.

M. Bériel présente l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui, en avril 1922, souffrit de céphalée, de lassitude générale pendant huit jours, puis tomba brusquement dans un état de somnolence invincible qui dura quinze jours ; il aurait eu ensuite une hémiplégie. En juillet, le malade est guéri. Fin septembre, engourdissement du membre inférieur droit et apparition de crises convulsives généralisées. En décembre, le malade entre à l'hôpital et on constate une paraplégie spasmodique typique, avec quelques troubles sensitifs, rétention d'urine et constipa-

tion. Après une amélioration passagère, survinrent une paralysie faciale, des troubles de la vue ; ultérieurement, une incoordination très accusée aux membres supérieurs. Se basant sur ce cas, M. Bériel admet la possibilité du développement de certaines scléroses en plaques à la suite de l'encéphalite épidémique. Mais quant à savoir dans quelle mesure l'encéphalite peut, d'une manière générale, intervenir dans l'étiologie des scléroses en plaques, la question ne peut être précisée.

Sarcome de la moelle dorsale. Ablation.

MM. Bériel et Branche relatent l'observation d'une femme de 62 ans, présentant une paraplégie légère à tendance spasmodique, uniquement motrice. L'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien fit rechercher les signes de tumeur médullaire. On découvrit une petite bande d'anesthésie du côté droit. Ultérieurement, apparurent des troubles successifs légers sur la jambe gauche, les phénomènes moteurs étant plus marqués à droite. Ce syndrome de Brown-Séquard atténué fit affirmer la tumeur, qu'on chercha ensuite à localiser. On constata par la suite des points douloureux au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. L'intervention fut donc pratiquée à ce niveau (Dr Desgouttes) ; la tumeur, molle, d'apparence maligne, fut enlevée à la curette, la moelle était fortement aplatie en-dessous. Les suites opératoires furent bonnes et, six mois après l'intervention, la malade avait récupéré la plus grande partie de ses fonctions normales.

Société d'ophtalmologie.

M. Genet présente deux cas de corps étrangers intra-oculaires enlevés par l'électro-aimant : il s'agit de cultivateurs ayant reçu en travaillant des éclats de pioche, genre d'accident assez rare.

KM. Jacqueau et Bujadoux relatent l'histoire d'un éclat de verre de la chambre antérieure conservé huit ans, sans autre accident qu'un épisode aigu caractérisé par de l'injection périkératique avec photophobie et larmoiement. Le corps étranger, lors des examens pratiqués à ce moment, avait passé inaperçu.

Les mêmes auteurs présentent un cas de *cil inclus dans la chambre antérieure* ; il s'agit d'une jeune fille ayant reçu dans l'œil un bouchon de bouteille de limonade.

MM. Rollet et Bussy présentent un cas d'épithélioma palpébral datant de vingt ans, devenu disséquant, péribulbaire, sans perforation de l'œil.

MM. Aurand et Jacod présentent un cas d'œdème maculaire avec mydriase et parésie accommodative consécutif à une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale catarrhale aiguë.

Réunion obstétricale et gynécologique.

MM. Voron et Mantelin présentent trois cas d'éclampsie dans lesquels ils firent des ponctions lombaires : dans les deux premiers, ils obtinrent une suppression complète de la céphalée et des troubles visuels ; dans le troisième, la ponction diminua l'intensité de l'agitation sur laquelle le traitement habituel n'avait eu aucune action.

MM. Voron et Grivet relatent un cas de syphilis fébrile ayant simulé l'infection puerpérale ; diagnostic par le Bordet-Wassermann et le succès du traitement spécifique.

M. Planchu rapporte un cas d'hydrocéphalie diagnostiqué pendant la grossesse dans une présentation du siège par la perception de l'élargissement de la suture sagittale à travers la paroi.

M. Gaucherand présente l'observation d'une accouchée qui, par son passé et par les signes actuels, pouvait être considérée comme une tuberculeuse. L'état général et l'évolution des suites de couches, l'importance des signes physiques discordant avec l'état général, orientèrent le diagnostic vers la dilatation des bronches. Cette femme put nourrir sans incident.

A. C.

Les Livres

Vigot Frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris.

Dr Lagayo. — **Le radiodiagnostic par les insufflations abdominales.** Un volume in-8° de IV. 268 pages et 62 figures, 1923. Prix : 22 fr.

Dans cet ouvrage très intéressant, l'auteur expose ce que doit savoir un spécialiste radiologiste pour guider sa main et étayer son diagnostic, et ce qui peut intéresser le praticien non radiologiste, en quête de connaissances générales.

Dès le début, les radiogrammes du *thorax* ont ouvert des perspectives encourageantes : n'y avait-il pas, en effet, de riches contrastes entre les champs pulmonaires et l'ombre cardio-péricardique ; n'assistait-on pas, devant l'écran radioscopique, aux mouvements respiratoires des côtes et du diaphragme ; ne voyait-on pas les images si impressionnantes du pyo-pneumothorax, des pleurésies et de certaines tuberculoses ?

Rien de comparable *au-dessous du diaphragme.* Les rayons X qui décelaient les corps étrangers, dessinaient le squelette, ne promettaient guère pour le *diagnostic des affections abdominales* ; généralement l'image sous-phrénique était uniformément grise. Et cependant, en regardant les ventres d'enfants porteurs de météorisme intestinal, on voyait bien des ombres projetées par le foie, les reins, la rate. Mais

l'attention des chercheurs ne s'était pas éveillée aussitôt et ce n'est que, douze ou quinze ans plus tard, que furent faites, pour le diagnostic des affections hépatiques, les premières distensions gazeuses artificielles du tube digestif.

Deux types des contrastes provoqués servent actuellement au radiodiagnostic des affections abdominales : les injections ou ingestions opaques et les insufflations. Les résultats sont aussi différents que les moyens ; les deux méthodes ont chacune leur objet propre.

Dans l'abdomen, les insufflations les plus couramment pratiquées se font les unes sans effraction dans l'estomac et les côlons (*insufflations gastro-coliques*), les autres avec effraction dans la cavité péritonéale (*pneumo-péritoines*), ou dans la loge périrénale (*insufflations péri-rénales*).

Désirant être utile à la pratique journalière, l'auteur a négligé les procédés d'insufflation abdominale exceptionnels, abandonnés ou encore mal réglés : insufflations dans la vessie et le bassinet, distension gazeuses dans les plans péritonéaux de la partie supérieure du ventre.

De nombreuses figures schématiques aident à l'intelligence du texte ; les techniques et l'appareillage sont décrits avec une grande précision. Les trois méthodes citées plus haut sont sans cesse en parallèle (avantages, inconvénients, indications propres, contre-indications et même dangers). Après des chapitres spéciaux consacrés à la radiologie du foie, des voies biliaires, de la rate, du rein, des tumeurs abdominales, l'auteur étudie les indications plus spéciales à chacune des méthodes d'insufflations.

Edition « Clinique et laboratoire »
17, rue de Rome, Paris.

A. Sartory, professeur à l'Université de Strasbourg et A. Bailly, docteur en pharmacie. — **Les mycoses pulmonaires et leurs parasites (avec quelques généralités sur les champignons inférieurs)**. Un volume, 336 pages, 8 planches, 20 figures, 1923. Prix : 20 francs.

Pour rendre leur ouvrage pratique, les auteurs ont tenu à fournir au médecin, au pharmacien, au vétérinaire, au scientifique, les indications botaniques nécessaires pour établir les affinités des diverses espèces fungiques susceptibles d'envahir les tissus pulmonaires, et au botaniste les données nécessaires pour découvrir chez le patient, au sein des lésions, le parasite végétal, pour l'isoler ensuite et le cultiver sur les milieux artificiels.

Les champignons décrits ou signalés dans ce livre ne sont pas tous des parasites habituels des voies pulmonaires ; mais accidentellement, ils peuvent y être isolés et produire des désordres graves (sporotrichum Beurmani, hemispora stellata, etc.)

Après une étude rapide de l'étiologie, de l'anatomopathologie des maladies mycosiques, des toxines mycosiques, de la prophylaxie, un chapitre fort documenté aborde les généralités sur les champignons inférieurs. Puis sont étudiés avec détails les Phycomycètes, les Levures, les Périsporiacées (genre aspergillus).

A signaler l'étude intéressante des oospora, les oosporoses pulmonaires, si fréquentes à l'heure actuelle, simulant à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire : il est tout indiqué de rechercher ces parasites dans les expectorations des malades suspects de tuberculose.

Cet ouvrage est illustré de figures nombreuses, les unes originales, les autres empruntées à divers travaux, de manière à faciliter la compréhension des descriptions.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

J. Okinczyc, professeur agr. à la Faculté de médecine de Paris. — **Cancer de l'intestin.** *In* Bibliothèque du cancer, publiée sous la direction des professeurs H. Hartmann et L. Bérard. Un vol. in-8° de 240 pages avec 78 figures dans le texte 1923. Prix : 15 francs.

Puisqu'en l'état actuel de la science, il n'y a pour traiter et guérir le cancer qu'une intervention chirurgicale précoce et complète, la collaboration médico-chirurgicale reste l'élément le plus efficace de la lutte engagée contre le cancer. Le cancer de l'intestin, qui reste longtemps une maladie localisée, bénéficiera, plus que tout autre, d'un diagnostic et d'un traitement chirurgical précoces.

Dans ce livre, qui s'adresse aux chirurgiens et aux médecins se trouvant aux prises avec les difficultés du diagnostic et du traitement du cancer de l'intestin, la question est envisagée au point de vue de la séméiologie, perfectionnée par les moyens modernes de la radiologie et du laboratoire.

L'auteur n'a cependant pas voulu négliger les chapitres d'histologie, qui permet d'éclairer le pronostic.

Enfin le traitement, actuellement chirurgical exclusivement, est étudié minutieusement à la lumière des résultats. Il reste donc dans le domaine de la pratique, consacrée par l'expérience et les discussions le plus récentes.

De nombreuses figures, les unes inédites, les autres empruntées aux auteurs les plus récents et les plus autorisés, facilitent la lecture de ce livre, qui tend avant tout à être clair et pratique.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Comment je traite mes tuberculeux

Par le Dr Edouard ARDOIN (d'Alger).

En face du redoutable problème de la tuberculose pulmonaire se dressent, pour tout praticien animé du double désir de « faire quelque chose », et de bien faire, deux attitudes : abandonner au hasard et à la fatalité le sort du malade avec la conviction arrêtée qu'il n'existe aucune thérapeutique médicamenteuse active, et ne lui prescrire que la diététique d'usage ; ou chercher dans l'arsenal thérapeutique un ou plusieurs médicaments capables de donner dans certains cas bien choisis, même dans certaines formes déterminées, des succès, améliorations ou guérisons.

Des deux attitudes, je prendrai, pour ma part, et résolument, la deuxième et pour les raisons suivantes :

Sans doute, en dehors de la cure d'air et de repos — méthode intangible et qui doit être appliquée dans tous les cas — il n'existe pas de « grande médication » pharmacodynamique antituberculeuse comparable à la grande médication que représente par exemple le sérum antidiphtérique dans la diphtérie. Mais est-ce à dire qu'il n'existe aucune médication et qu'après avoir mis nos tuberculeux au repos et à l'air, nous avons fait tout notre devoir ? Assurément non. Après plusieurs années d'expérimentation et après avoir pratiqué toutes sortes de médications anti-tuberculeuses, j'estime qu'il est de mon devoir de praticien de déclarer qu'il existe dans certaines formes de la tuberculose pulmonaire, un médicament qui, bien manié dans des cas bien choisis et relativement nombreux, donnera des satisfactions multiples et contribuera puissamment à la guérison. C'est l'iodo-benzométhyl formine par voie injectable.

Son mode d'emploi a été fixé depuis longtemps par les travaux de Dufour, Renon, Loeper, Pissavy et Robine, Debray, Hamant et Jullien, Hamant et Méry ; par les notes de Lereboullet et Petit, Berthier, du professeur Calmette enfin, qui en rappelle les doses et le mode d'application dans « L'infection bacillaire et la tuberculose » (chapitre de la chimiothérapie de la T. P.). Tout cela est assez connu pour qu'il soit inutile d'insister.

Quant à la formule, nous savons tous que ce corps cristallisé, injectable sans réaction et sans choc, est une combinaison benzométhylique d'iode (42 %) et d'urotropine ; au total : phénol et formol, deux puissants antiseptiques internes associés, sous une forme parfaitement biochimique, à l'iode, l'animateur par excellence des défenses intra-cellulaires et organiques.

Indications et contre-indications. — L'indication classique est la tuberculose pulmonaire à forme lente, fibreuse, et que l'on peut résumer dans cette formule : « Toute tuberculose pulmonaire à évolution lente, à bonne résistance organique, est justiciable de cette médication ». Sous son influence, on assistera à l'assagissement progressif des lésions, au redressement de l'état général, à la diminution de l'expectoration, à la transformation et souvent à la disparition des bacilles, à l'augmentation du poids, etc.

Tous points qui me paraissent acquis à une condition, comme l'écrit Dufour, savoir attendre et persévérer dans la médication.

J'insisterai simplement sur deux points :

1° Y a-t-il intérêt à employer, comme le prétendent certains auteurs, l'iodo-benzométhyl formine (iodaseptine) dans tous les cas de bacillose, évolutive ou non, fébrile ou non ? Je ne le crois pas. Mon sentiment très net est que l'iodaseptine, médication lente, est le médicament de la tuberculose lente, et que ce serait compromettre son mérite que de l'employer dans les formes aiguës. Comme l'écrivent Hamant et Méry, il vaut mieux dans les cas aigus s'adresser à la septicémine, moins riche en iode (33 %) et le médicament des grandes infections aiguës graves, pour ne substituer la dominante iode à la dominante urotropine qu'après amélioration dûment constatée et retour de la température au voisinage de la normale ou à la normale.

2° L'iodo-benzométhyl formine représente pour moi le traitement idéal, formel si j'ose dire, d de la tuberculose congestive à lésions limitées, subfébrile ou apyrétique et hémoptoïque. Chez ces malades, elle donne des résultats supérieurs à toute autre médication. Affirmation étrange, mais combien vraie ! Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir vécu, comme nous avons tous vécu, dans la terreur de l'iode chez les congestifs hémoptoïques. Singulière ironie de constater qu'avec un peu d'audace, un praticien résolu arrive à faire table rase d'idées traditionnelles et officielles qui, à sa grande surprise, s'effondrent lamentablement devant les résultats d'une expérimentation bien conduite ! Singulier bonheur aussi de constater qu'un produit aussi actif convient à un nombre important de malades et leur rend la santé sans leur être funeste le moins du monde (1).

(1) Congrès de médecine de Bordeaux, 1923.

Il est une règle. Ne s'adresser qu'aux hémoptoïques non fébriles ou subfébriles. La médication ne procurerait que d'amères déceptions dans les hémoptysies liées à un processus de destruction rapide hyperthermique. Mais chez tout tuberculeux qui, après une hémoptysie — si abondante soit-elle — retrouve un état général convenable, reste apyrétique ou ne présente qu'une température légère avec des phénomènes d'auscultation localisés de préférence à un poumon, il y a intérêt à faire de l'iodo-benzométhyl formine. J'irai plus loin dans ma conviction : il y a devoir moral. Il ne faut pas la faire tout de suite, l'iodo-benzométhyl formine, je le répète n'est pas le médicament des gens pressés. Il vaut mieux attendre que l'hémoptysie soit nettement arrêtée depuis quelques jours, huit au moins La crise passée, il faut aborder résolument la médication. Tous ceux chez qui j'ai procédé de la sorte, non seulement n'ont plus refait d'hémoptysie, ainsi que la constaté Dufour (2), mais ont cicatrisé leurs lésions et sont pour la plupart complètement guéris, guérisons datant de deux ans, sans récidive dans deux cas. Dans un cas l'hémoptysie, au début fébrile, avait duré 8 jours et n'avait cédé qu'à des injections intra-veineuses d'hypophyse. La bacilloscopie, positive alors, est actuellement et constamment négative. L'état pulmonaire est excellent, le nombre de kilogs. impressionnant.

J'ai combiné chaque fois les injections avec une récalcification intense suivant la formule suivante :

Phosphate tricalcique		0,50
Carbonate de chaux		0,30
Poudre de prêle		0,20
Magnésie calcinée ....}	âã	0,10
Chlorure de sodium ....}		

Pour un cachet n° 60 à prendre à la fin de chacun des trois repas pendant toute la durée du traitement.

Pour conclure :

Dans les formes de tuberculose congestive, hémoptoïque, apyrétique et peu fébrile, à bacilloscopie positive, avec conservation d'un état général suffisant et lésions limitées de préférence à un poumon, la médication par l'iodobenzométhyl formine intra-veineuse donne des résultats inespérés qui doivent la faire préférer à toute autre médication.

(2) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, mai 1920

Posologie. — Des trois modes d'introduction du médicament, buccale, intra-musculaire, intraveineuse, l'intra-veineuse est sans contredit la plus active, celle qui donne les meilleurs résultats, C'est aussi la moins pénible pour le malade, une injection intra-veineuse bien faite étant pratiquement indolore. Deux recommandations importantes.

1° Chercher plusieurs veines chez le malade — 3 à 4 suffisent —. Ne piquer dans la même veine que tous les 3 à 4 jours, certains malades ayant une sensibilité veineuse spéciale. On n'aura recours à la voie intra-musculaire qu'en cas d'impossibilité d'utiliser la voie veineuse.

2° Faire les injections (1 ampoule, 5 cc.) par séries de 20. Chez certains malades — ceux qui sont relativement graves—injecter seulement 1/2 ampoule par jour ou une tous les deux jours au début de la première série. Chez d'autres, au bout d'un certain nombre d'injections dans la veine, vers la quinzième en général, avant ou après, il se produit après l'injection une réaction fébrile même chez les apyrétiques. Cette réaction qui peut pousser jusqu'aux environs de 40° me paraît caractéristique de la saturation de l'organisme par l'iode. Il y a intérêt *absolu* à cesser immédiatement les injections pendant au moins 8 jours. Cette réaction fébrile est un signal d'alarme auquel il faut obéir, Continuer les injections compromettrait le résultat. Il suffit d'arrêter et tout rentre dans l'ordre avec amélioration consécutive. Trois séries intra-veineuses sont habituellement nécessaires et suffisantes. Après la troisième série, continuer l'action du traitement par l'absorption de gouttes ou de comprimés pendant 20 jours.

Conclusion. — La médication par l'iodo-benzométhyl formine peut paraître ennuyeuse vu le nombre des piqûres. Il n'en est rien. Les malades, heureux des résultats, réclament eux-mêmes les injections et tous ceux que j'ai soignés se sont toujours très facilement soumis au traitement. Chez certains d'entre eux qui n'ont pratiqué qu'une cure d'air et de repos tout à fait moyenne la guérison, avec disparition des bacilles dans les crachats, reprise de la vie normale et du travail, date de longs mois sans rechute aucune. « *Il s'agit là de stérilisation vraie d'une maladie microbienne par une médication chimique*, dans de bonnes conditions de repos, la thérapeutique médicamenteuse ayant joué d'une façon évidente le rôle de premier plan.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Sa condamnation par un avocat, conseiller juridique d'un Syndicat.

Il existe à Paris un petit Syndicat dissident, appelé Syndicat médical de Paris, qui groupe environ 500 membres, — environ le dixième du Corps médical de la capitale. Nous y avons d'excellents amis. Il présente ceci de particulier qu'il compte, dans son sein, quelques confrères qui, dignes de la plus grande estime et de la plus grande considération, professent, sur le Syndicalisme, des idées toutes paradoxales. Quand on les en entend parler, quand on lit l'exposé de leurs conceptions il est impossible de ne pas en déduire que tout, en eux, respire la plus formelle opposition à la doctrine syndicaliste, telle qu'elle est acceptée et suivie par la majorité des médecins syndiqués. Il semble, en effet, qu'ils prennent plaisir à jouer le rôle des guillotinés par persuasion, et que leurs aspirations, secrètes, et peut-être inconscientes, ne tendent rien moins qu'à limiter tellement le domaine du Syndicalisme que ce serait, en réalité comme s'il n'existait pas.

Or, ce Syndicat vient d'être le théâtre d'évènements fort curieux, et qui méritent d'être connus de tous ceux qui, parmi nous, s'intéressent aux questions professionnelles.

Le 23 novembre dernier, M. D'AYRENX, qui le vice-préside, a lu un long rapport concluant à la nécessité de la création d'un Ordre des Médecins, *uniquement tribunal de la Corporation* dont il grouperait *obligatoirement* tous les membres. Cet Ordre agirait par ses Conseils de famille, constituant une juridiction à trois degrés, qui *poursuivraient et réprimeraient, d'office ou sur les plaintes qui leur seraient adressées, les fautes ou infractions commises par les médecins.* Ces Tribunaux d'exception disposeraient d'une échelle de peines dont les plus graves seraient : la suspension temporaire du droit d'exercer ; la radiation de la corporation avec interdiction d'exercer définitivement.

Là-dessus, il s'est produit un coup de théâtre sensationnel qui n'a pas dû manquer de faire une vive impression sur l'auditoire, et qui, j'hésite à le croire, tout en le souhaitant vivement, ouvrira peut-être les yeux de ceux qui se déclarent encore partisans de la création d'un Ordre des Médecins.

Me DE FALLOIS, avocat à la Cour, conseiller juridique du Syndicat, a, à son tour, donné lecture d'un rapport dont voici tout d'abord la conclusion lapidaire de la première partie :

Bien loin d'assurer l'honneur de la corporation, l'existence d'un Conseil de l'Ordre des Médecins ne servirait qu'à le compromettre, car il se révélerait impuissant à réprimer les abus qui ne sont, malheusement, que trop réels.

Ce début du rapport de l'éminent avocat est si fortement documenté, si puissamment motivé, qu'il est impossible, à moins de nier l'évidence, de ne pas être convaincu.

Si longue que soit cette démonstration, elle offre un intérêt si considérable que je tiens à la mettre intégralement sous les yeux des lecteurs du *Concours médical*.

Rapport de Me de Fallois

Un grand nombre de vos collègues ont été séduits par l'idée de former un Ordre des médecins. Pourquoi, disent-ils, les médecins ne formeraient-ils pas un ordre aussi bien que les avocats ? Et ils voient, dans la création de cet ordre, de très réels avantages.

On pourrait écarter les indignes ; on pourrait surveiller les suspects ; on pourrait exclure les malfaisants, et, ainsi, le corps médical, purifié de toute souillure, apparaîtrait digne de la haute mission qu'il exerce, et inspirerait au public la confiance qu'il doit mériter.

Ainsi présentée, la proposition est incontestablement séduisante.

Par malheur, l'institution d'un Ordre des médecins me paraît se heurter à des obstacles insurmontables.

L'Ordre des avocats, supprimé avec l'ancienne organisation judiciaire, ne fut rétabli que sous le Premier Empire, après vingt ans d'éclipse.

Il est douteux que ce rétablissement ait été le fruit d'une inspiration de générosité et de bienveillance.

En fait, la Révolution avait non seulement supprimé l'Ordre des avocats, mais elle avait permis la plaidoirie au premier venu, sans exiger de lui aucune garantie de capacité ou de moralité.

Le Prétoire avait été envahi par une tourbe d'individus tarés.

L'Empereur, qui avait reçu de nombreuses plain-

tes à ce sujet, et qui avait le sentiment de la régularité, voulut porter remède à cet état de choses ; et, en même temps qu'il réorganisait les Ecoles de droit, il exigea des futurs défenseurs, par l'article 29 de la loi du 22 ventôse an XII, le titre de licencié en droit ; puis, par le décret du 14 décembre 1810, il entendit les soumettre à une discipline.

C'est ainsi qu'il forma ce que l'on pourrait appeler la « *Cohorte des Avocats* », avec un état-major choisi par lui, ou, plus exactement, par son Procureur général, sur la présentation des avocats ayant terminé leur stage.

La pensée de Napoléon, en reconstituant l'Ordre, fut donc, non pas de constituer un corps indépendant, autonome et maître chez lui, mais d'embrigader le barreau, en y constituant une hiérarchie qui dépendait plus ou moins de lui ou de ses agents.

Et cela est si vrai que la personnalité de l'Ordre des avocats est, en droit, des plus douteuses.

Aucun décret n'a reconnu l'Ordre d'utilité publique.

Et si l'Ordre, en fait, jouit de la personnalité, c'est que, à la tête du Ministère de la Justice, s'est presque toujours trouvé un avocat, *peu disposé, naturellement, à se montrer rigoureux sur les titres de sa corporation et qui n'a jamis eu l'indiscrétion de lui demander son acte de naissance.*

L'Ordre des avocats, comme on le voit, n'aurait donc qu'une existence des plus précaires, si, remontant à plus de cent ans, il n'avait, en quelque sorte, *acquis le droit d'être, en vertu d'une prescription séculaire.*

Voilà donc l'Ordre sur lequel les médecins voudraient se modeler.

Sont-ils bien sûrs que le Parlement consentirait à relever, en leur faveur, les corporations disparues ?

Je dis : LES CORPORATIONS, AU PLURIEL, car il est bien évident que, pour les médecins, comme pour les avocats, LES CORPORATIONS DEVRAIENT ETRE LOCALES.

Il devrait y avoir autant de corporations qu'il y a de villes où exercent les médecins ; et, pour les médecins de campagne, on en serait même réduit à faire une sorte de corporation cantonale.

On remarquera que cette difficulté n'existe pas pour les avocats qui ne peuvent exercer qu'auprès d'un Tribunal, et, par conséquent, au chef-lieu d'un arrondissement.

S'ils sont trop peu nombreux, c'est le Tribunal qui remplace, pour eux, le Conseil de discipline.

Seriez-vous disposés à admettre *que le Tribunal s'érigeât en Conseil de discipline des médecins de campagne quand leur nombre n'atteindrait pas le minimum fixé par la loi ?*

On comprend que le Tribunal serve de Conseil de discipline aux rares avocats de son ressort. Magistrats et avocats appartiennent, les uns et les autres, à la grande famille judiciaire ; mais il n'y a aucune parenté entre les magistrats et les médecins.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, la plus grave des objections que l'on pourrait opposer au projet d'institution d'un Ordre des médecins.

En effet, cette difficulté pourrait être aisément surmontée. Au lieu d'un Ordre de canton ou d'arrondissement, il y aurait dans les départements trop pauvres en médecins, un Ordre de médecins de département.

La difficulté ne serait donc pas insurmontable, mais le projet soulève des objections plus graves.

1° L'Ordre des avocats a été rétabli, nous avons vu dans quelles conditions un peu vagues, il y a plus d'un siècle.

Il existe ; il est entré dans les mœurs ; il a une tradition, et, cependant, il est battu en brèche par d'incessantes attaques.

Les difficultés de la vie actuelle ont rendu plus aiguës les divergences qui se manifestent entre les membres du Barreau.

Le Barreau — et c'est là une séduction — est une profession à la fois académique et pratique, comme la médecine est une profession à la fois doctrinale et pratique.

L'avocat est un homme de lettres, qui s'occupe d'affaires, comme le médecin est un homme de science qui s'occupe des maux de l'humanité.

Mais ce double caractère même peut susciter des divisions, *suivant que les uns ou les autres donnent la primauté à l'idéal ou au réel.*

Ces divergences existent dans votre corps. Elles existent aussi au sein de l'Ordre des Avocats.

Et il en est qui se demandent si, en présence de ces tendances contraires, il ne conviendrait pas de rendre à chacun sa liberté et de permettre aux avocats, comme aux médecins, de suivre leurs principes traditionnels, ou, au contraire, de consentir les concessions que peuvent sembler imposer à certains les nécessités de la vie moderne.

Eh bien ! un ordre des medecins devrait nécessairement englober les traditionnalistes et les novateurs. Ne serait-il pas à craindre que ces deux éléments, au lieu de se fondre, ne se combâtissent avec âpreté — avec d'autant plus d'âpreté que toute séparation serait impossible — et que toutes ces dissonances fussent loin de se résoudre en accord ?

Aujourd'hui, pareil danger n'existe pas pour vous. Chacun s'agrège au Syndicat de son choix et chaque Syndicat a ses règles plus ou moins strictes, plus ou moins larges.

Vouloir mêler ces groupements de nuances différentes, ne serait-ce pas s'exposer à faire un tableau qui serait un amalgame de couleurs criardes, ou qui ne se fondrait que dans un gris uniformément maussade ?

Voilà la première objection.

2° Il y en a une deuxième.

Pour les avocats, on comprend l'existence d'un Conseil de discipline.

En effet une partie de leur vie est absolument publique.

Ils plaident devant les Tribunaux ; et, s'ils se livrent

à certains écarts, le Tribunal peut les réprimer ou les déférer à leur juridiction disciplinaire.

Il s'agit là de faits patents et manifestes.

Sans doute, il y a toute une seconde partie de la vie de l'avocat qui demeure dans l'ombre.

Ce sont les consultations, ce sont les avis, c'est la conduite vis-à-vis des clients.

Le Conseil de l'Ordre est compétent pour tous les manquements à la vie professionnelle, aussi bien ceux qui appartiennent à ce qui constitue sa partie voilée, que ceux qui appartiennent à sa partie ouverte.

Mais enfin, il y a une partie ouverte ; et, même pour la partie voilée, très souvent il ne s'agit, dans les difficultés disciplinaires, que de questions accessoires ou connexes à la partie publique...

Au contraire, pour les médecins, il n'existe pas de vie publique.

Tout se passe dans l'intimité du cabinet.

Et, tandis que le clair-obscur du cabinet de l'avocat n'est, en général, que l'aube du grand jour de l'audience, l'ombre du cabinet du médecin n'est que le crépuscule de la nuit éternelle et profonde où doivent à jamais demeurer ensevelis les mystères qui concernent la santé de ses clients.

Il y a là une différence qui ne saurait vous échapper et qui, au point de vue disciplinaire, a une importance capitale.

Le Conseil de l'Ordre a le plus souvent à statuer sur des actes, qui, de près ou de loin, se réfèrent à la vie publique de l'Avocat.

Il peut donc avoir des informations extérieures et n'a pas à franchir la porte du cabinet du confrère.

Pour les médecins, la question serait toute différente.

Supposons un Conseil de l'Ordre des médecins institué.

Quelles seraient ses fonctions ?

S'il n'avait que les fonctions du Conseil de l'Ordre des avocats, il devrait uniquement se préoccuper des manquements professionnels qui lui sont déférés. Le Conseil de l'Ordre des avocats est saisi, soit par le Procureur général, soit par la plainte de la partie lésée.

Or, on ne voit pas très bien comment le Procureur général, ou, si vous voulez, le Procureur de la République, pourrait saisir un Conseil de l'Ordre des médecins.

Y a-t-il une infraction à la loi sur l'exercice de la médecine ? Ce n'est pas ce Conseil de discipline, c'est le Tribunal que le Procureur de la République doit saisir. Y a-t-il ce que les Anglais appelleraient une « *improperty* », c'est-à-dire une *inconvenance professionnelle* ? On ne voit pas comment le Procureur de la République aurait à dénoncer un acte qui n'enfreint aucune loi. S'il s'agit d'avocats, au contraire, le Procureur général peut dénoncer les discourtoisies, les infractions professionnelles, *parce qu'il a sur les avocats un droit de contrôle et de surveillance, et ce droit, il ne le possède en aucune façon sur les médecins*.

Le Conseil de l'Ordre des médecins sera-t-il saisi par la partie ?

Le Conseil de l'Ordre des avocats est saisi par la partie dans trois cas :

1) En cas de réclamation au sujet des honoraires ;

2) En cas de responsabilité encourue par l'avocat dans l'accomplissement de sa mission ;

3) Enfin, au cas de ce que les Anglais appelleraient « *Misconduct* », *c'est-à-dire attitude fâcheuse vis-à-vis du client.*

a) Or, pour les honoraires, la question se pose tout différemment pour les avocats et pour les médecins.

Le Conseil de l'Ordre est nécessairement compétent pour les avocats en matière d'honoraires.

On sait, en effet, que les avocats ne peuvent réclamer leurs honoraires en justice.

Ils ne peuvent même pas écrire au client pour les lui demander.

Aussi, pour prévenir une ingratitude trop fréquente, est-il d'usage que les clients versent d'avance la provision.

C'est le seul correctif qu'on ait encore trouvé au caractère frustratoire de cette *oblation spontanée* que doivent constituer les honoraires de l'avocat.

Le Conseil de l'Ordre, en matière d'honoraires, n'est donc compétent *que contre l'avocat.*

Le client n'est pas son justiciable ; par conséquent, il ne peut être saisi d'une demande de l'avocat contre le client.

Il n'a jamais à statuer que sur une demande formée par le client en restitution totale ou partielle de la provision qu'il a versée.

Par conséquent, le Conseil de l'Ordre n'est compétent, en matière d'honoraires, qu'à raison des habidudes particulières de l'Ordre des avocats, habitudes qui impliquent un payement d'avance.

Toute autre est la condition des médecins. Ils peuvent réclamer leurs honoraires devant les Tribunaux et, s'ils ont reçu leurs honoraires d'avance, ce qui est exceptionnel, on peut leur réclamer, judiciairement, tout ou partie de ces honoraires. L'institution d'un Conseil de discipline ne changerait rien à cet état de choses.

La différence tient, en effet, à la situation respective des avocats et des médecins vis-à-vis des tribunaux.

Les médecins vivant en dehors de la sphère de la magistrature sont, vis-à-vis des tribunaux, dans la même situation que le reste des citoyens. Au contraire, les avocats sont les familiers de la justice ; juges et plaideurs ne sont pas assez loin pour qu'il convienne de faire des premiers les arbitres de la rémunération des seconds. Voilà pourquoi, en matières d'honoraires, l'existence d'un Conseil de l'Ordre des avocats se justifie, et comment, pour cette attribution, un Conseil de l'Ordre des médecins serait inutile.

b) Le Conseil de l'Ordre des avocats est saisi, en deuxième lieu, de plaintes pour mauvais accomplissement de la mission dont le défenseur choisi a été chargé.

Ici, encore, la situation est complètement différente pour les avocats et pour les médecins.

L'avocat est, en principe, irresponsable ; et, s'il commet quelque faute, désertion de la cause, négligence dans l'exercice des fonctions, les Tribunaux ne sauraient être saisis d'une réclamation à cet égard.

Autrement, les avocats seraient sous la férule du magistrat et perdraient l'indépendance nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les médecins, au contraire, peuvent être traduits devant les Tribunaux, et même devant les Tribunaux correctionnels, pour fautes graves commises dans l'exercice de leurs fonctions : (blessures par imprudence, résultant d'une légèreté, au cours d'une opération, prescription de médicaments à doses dangereuses,etc.)

Sans doute, les Tribunaux n'ont garde de s'ingérer dans les questions de diagnostic, de pronostic ou de traitement.

Ils laissent à l'homme de l'art la plus large latitude pour exercer sa profession suivant ses doctrines, ses théories, ses tendances et ses systèmes.

Mais, quand un médecin a fait un acte qui, dans toutes les théories, dans toutes les doctrines, dans toutes les tendances et dans tous les systèmes doit être considéré comme une faute ; en un mot, quand il a commis un *barbarisme ou un solécisme contre les règles certaines de l'art, il encourt une responsabilité civile et, dans certains cas, pénale.*

Là encore, on voit la différence entre la situation du médecin et celle de l'avocat. Au premier abord, l'irresponsabilité de l'un, la responsabilité de l'autre peuvent former un contraste choquant ; *mais il ne faut pas oublier que, si le médecin est le directeur du traitement, l'avocat n'est pas le directeur du procès. Les* « conclusions » *qui constituent l'aiguillage de l'affaire sont l'œuvre de l'avoué qui, mandataire de la partie, à l'exclusion de l'avocat, peut avoir une responsabilité plus étendue.*

C'est, en réalité, l'avoué qui joue le rôle du médecin, c'est lui qui rédige les ordonnances en matière judiciaire. L'avocat plaide sur des conclusions qui, en principe, lui sont étrangères. Il n'a qu'à les développer et à les faire valoir de son mieux, et, dans ce rôle de simple amplification des arguments de son client, il n'encourt qu'une responsabilité anodine devant une juridiction disciplinaire pour l'incurie qu'il aura pu montrer dans l'exercice de sa mission.

Un Conseil de l'Ordre des médecins ne saurait, évidemment, dépouiller les Tribunaux de leur compétence en matière de responsabilité médicale ; dès lors, en cette matière encore, l'existence d'un Conseil de l'Ordre des médecins serait inutile.

c) Reste le troisième chef dont le Conseil de l'Ordre des avocats peut se trouver saisi.

Ce sont les mauvais procédés à l'égard des clients ; ce sont là des fautes secondaires, qui n'entachent que la dignité professionnelle, et c'est à peu près la seule matière sur laquelle un Conseil de l'Ordre des médecins pourrait avoir à exercer son activité.

Est-il nécessaire de constituer un Conseil de l'Ordre des médecins pour statuer sur ce qui n'est, en définitive, qu'une vétille, laquelle trouve, d'ailleurs, une sanction suffisante dans la perte de la clientèle et de la considération du médecin ?

Mais, direz-vous, il n'y a pas que des vétilles ; il y a, dans notre profession, comme dans toute autre, des corsaires et des forbans ; il y a des hommes qui déshonorent la médecine par les pratiques auxquelles ils se livrent et par les opérations qu'ils consentent à accomplir. Eh bien ! c'est ici qu'un Conseil de l'Ordre serait indispensable pour assurer l'honneur de la corporation.

Je réponds : *Bien loin d'assurer l'honneur de la corporation, l'existence d'un Conseil de l'Ordre des médecins ne servirait qu'à le compromettre, car il se révèlerait impuissant à réprimer des abus qui ne sont, malheureusement, que trop reels.*

Vous songez, n'est-ce pas, à toute une série de faits qui, non seulement, peuvent entacher l'honneur médical, mais qui, parfois, pourraient aller jusqu'au crime.

Eh bien, de deux chose l'une :

Ou ces faits sont établis, et alors la justice pénale est là pour les réprimer.

Ou ils ne le sont pas, et alors, que peut faire un Conseil de discipline en présence d'un confrère *véhémentement soupçonné, mais contre lequel il n'existe aucune preuve positive ?*

D'ailleurs, dans toutes ces manœuvres *d'obstétrique illicite et d'ovariotomie frauduleuse* — car c'est sans doute à cela qu'on pense quand on parle à mots couverts de semblable sujet — la cliente et le médecin sont, pour employer une expression des rédacteurs du Code civil, en d'autres circonstances, « *moins ennemis que complices.* »

Il y a bien peu de chances que la patiente dénonce son opérateur en dévoilant sa propre turpitude ; dès lors, il aura beau exister un Conseil de discipline, ces faits, si répréhensibles qu'ils soient, ne viendront pas à sa connaissance par la voie d'une plainte.

Irez-vous, sur des bruits toujours vagues, sur des indices toujours fugitifs, sur des commérages colportés, autoriser le Conseil de l'Ordre des médecins à se saisir directement d'incriminations aussi délicates et ne voyez-vous pas à quels dangers vous pourriez exposer les membres les plus honorables de la profession ?

3° Il y a une troisième objection.

Les avocats sont les adversaires nés les uns des autres, puisqu'ils plaident sans cesse l'un contre l'autre

A ce duel perpétuel, il faut un juge du camp remplaçant les témoins, et qui puisse assurer la loyauté du combat.

Ce juge du camp, c'est le Conseil de l'Ordre ; et on comprend combien sa juridiction est nécessaire pour apaiser les conflits qui peuvent naître entre les tenants des deux causes contraires.

Le médecin, au contraire, est seul en face de son malade. Il n'a pas besoin d'arbitre pour trancher les différends qui pourraient s'élever entre lui et un confrère qui n'existe pas.

Sans doute, il peut appeler d'autres médecins en consultation ; mais ces consultations, toutes gracieuses, provoquées, le plus souvent, par le médecin traitant lui-même, ne sauraient soulever aucun conflit sérieux.

Ici, encore, si l'on comprend l'existence d'un Conseil de l'Ordre des avocats, on ne saurait comprendre l'existence d'un Conseil de l'Ordre des médecins.

4° Il y a une quatrième objection.

Le Conseil de discipline des avocats a souvent à statuer sur les questions de détournements de clientèle.

Or, pour les médecins, ces détournements de clientèle peuvent aussi exister ; et il semblerait que le Conseil de discipline de l'Ordre des médecins eût, à ce point de vue, une incontestable utilité. Mais, si l'on va au fond des choses, on constate que les espoirs que l'on fonderait sur le Conseil de l'Ordre des médecins ne seraient que des illusions, et que l'argument se retourne en objection.

Il est certain que le Conseil de l'Ordre des avocats a, au nombre de ses attributions, de faire respecter, par chaque avocat, la clientèle qui appartient à son confrère.

Indéniablement, à ce point de vue, le Conseil de l'Ordre des avocats à une incontestable utilité.

Mais pourquoi ?

Parce que ses décisions sont armées de sanctions efficaces.

Il peut suspendre un avocat et, par conséquent, lui interdire, pendant un certain temps, l'exercice de ses fonctions.

Et cette interdiction est *effective*, puisque l'avocat suspendu ne peut plus plaider devant aucune juridiction, chacune recevant notification de l'arrêt du Conseil. Pour un médecin, il en serait tout différemment.

Le Conseil de l'Ordre pourrait peut-être arriver à empêcher les pharmaciens d'exécuter les ordonnances du médecin suspendu ; mais comment pourrait-il empêcher le praticien de visiter ou de recevoir des clients ?

DÈS LORS, LA DÉCISION DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SE TROUVERAIT INOPÉRANTE. N'Y AURAIT-IL PAS A CRAINDRE QUE CETTE IMPUISSANCE DU CONSEIL DE L'ORDRE NE DÉCONSIDÉRAT L'INSTITUTION ELLE-MÊME ?

5° Il y a une cinquième objection.

On comprend l'existence de l'Ordre des avocats *parce que les avocats sont appelés à remplir des fonctions publiques. Ils sont, en effet, investis du droit de compléter le Tribunal ou la Cour, en cas de carence de magistrats.*

Les magistrats ont un Conseil de discipline constitué par la Cour de Cassation.

Il est naturel que ces magistrats éventuels que constituent les avocats aient, eux aussi, un Conseil de discipline.

Les médecins, eux, ne sont pas, même éventuellement, appelés à remplir des fonctions publiques ; par conséquent, à ce point de vue, on ne comprendrait pas, pour eux, l'existence d'un Conseil de discipline.

Mais, direz-vous, les médecins peuvent être appelés à remplir des fonctions publiques. Ils sont nommés experts auprès des tribunaux ; pourquoi ne pas, dès lors, instituer, pour eux, un Conseil de discipline ?

Ici, je ferai deux réponses :

Tout d'abord, il n'est pas exact que les experts remplissent des fonctions publiques.

La Cour d'appel de Paris vient encore de le déclarer dans un arrêt récent.

Ensuite, la situation des avocats et des experts est tout à fait différente.

Les avocats sont appelés à siéger suivant leur ordre d'inscription.

C'est l'avocat le plus ancien, présent à l'audience, qui doit monter au Tribunal.

Il n'y a donc aucun choix.

C'est le hasard qui désigne le magistrat d'un jour.

Il faut donc que tous soient, par leur intégrité, toujours dignes d'occuper ces fonctions.

Au contraire, les experts sont choisis, par le Tribunal, sur des listes dressées par lui.

Le choix du Tribunal est une garantie suffisante d'intégrité pour les experts appelés à remplir leurs delicates fonctions.

Ici encore, par conséquent, l'intervention d'un Conseil de l'Ordre serait sans objet.

Telles sont, Messieurs, les quelques observations que j'ai cru devoir vous présenter.

Comme je vous le disais en débutant, l'idée d'un Ordre des médecins est séduisante.

Mais vous voyez que l'assimilation entre les médecins et les avocats, sur laquelle elle repose, n'est que spécieuse.

Au fond, ce vœu de corporation n'est que l'expression de cette aspiration à l'association qui se fait sentir dans toute les professions ; mais je crois que cette aspiration a trouvé sa satisfaction nécessaire et suffisante dans les syndicats que vous avez formés.

Aller plus loin, faire de la corporation l'agrégation où devrait entrer tout praticien, me semblerait dangereux *et pour le praticien en général et pour vous, membres d'un syndicat d'élite.*

Beaucoup de médecins, encore épris de l'individualisme d'un autre âge, craignent de s'enrôler dans les Associations.

Vous les obligeriez, sans nécessité aucune, à entrer dans un cadre qui leur répugnerait. D'un autre côté, vous êtes des syndicats libres ; y entre qui veut.

Par conséquent, ceux qui s'agrègent à vous, s'y agrègent volontairement.

Vous pouvez refuser d'admettre, vous pouvez exclure en toute liberté, car le médecin qui ne fait plus partie de votre Association n'en peut pas moins exercer sa profession. Vous ne lui retirez pas son gagne-pain, Vous pouvez donc vous montrer rigoureux sans scrupules, sévères sans ménagement. Mais le jour où la CORPORATION SERAIT OBLIGATOIRE, *le jour où vous auriez un* ORDRE UNIQUE *des médecins dont tous les praticiens devraient* NÉCESSAIREMENT FAIRE PARTIE, *l'exclusion prononcée par le Conseil de l'Ordre ferait*

du banni un « outlaw » professionnel. On y regarderait à deux fois avant de prononcer un pareil ostracisme, et, au lieu de purifier la profession, la constitution d'un Ordre des médecins n'aurait d'autre effet que de maintenir, dans le corps Médical, les éléments qu'on voudrait en éliminer.

Cette élimination, en effet, serait d'autant plus difficile qu'elle ne pourrait être prononcée qu'en vertu des règles de la déontologie médicale.

Or, ces règles ne sont écrites nulle part. Nul ne les a codifiées et *la pluralité même de vos Associations montre que vous n'êtes pas tous d'accord sur la manière de les formuler. Eh bien ! du moment qu'un ordre sera obligatoire, ne seront-ce pas les latitudinaires qui l'emporteront nécessairement sur les rigoristes et qui feront admettre les règles les plus relâchées ? La constitution du corps Médical en ordre serait le découronnement de la noble profession d'Hippocrate* !

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire et que ceux qui se plaignent de la situation actuelle doivent voir leurs doléances repoussées ?

Nullement.

Ceux qui se plaignent des maux actuels ne constatent, malheureusement, que des faits trop avérés.

Seulement, s'ils ont raison sur le diagnostic, ils se trompent sur le traitement.

Oui, nous le disions nous-mêmes tout à l'heure, il y a des forbans et des corsaires en médecine ; mais, comme nous espérons l'avoir montré, la constitution d'un Ordre des médecins ne remédierait pas au mal.

***

Ayant ainsi conclu, Me de Fallois, tout comme je l'ai fait moi-même, pose la question suivante : N'y a-t-il pas cependant quelque chose à faire ? Doit-on s'en tenir au *statu quo* ?

Et il répond : Non, il ne faut pas demeurer dans le *statu quo*. Oui, il y a quelque chose à faire.

Nous allons voir, maintenant, comment il conçoit la solution du problème. J'avoue que j'aime infiniment moins cette seconde partie de son rapport. Mais, je m'en voudrais de ne pas exposer impartialement ses idées, quitte à montrer ce que certaines d'entre elles ont d'inconsistant.

Auparavant, il est un point spécial que je désire souligner, car il est d'importance. L'objectif principal de ceux qui défendent la thèse de l'Ordre des Médecins est d'arriver à empêcher un médecin indigne d'exercer sa profession.

Or, cet objectif peut-il être pratiquement atteint ? Me de Fallois répond une première fois, lorsqu'il dit : « *Le Conseil de l'Ordre pourrait peut-être arriver à empêcher les pharmaciens d'exécuter les ordonnances du médecin suspendu ; mais, comment pourrait-il empêcher le praticien de visiter ou de recevoir des clients ?*

Plus loin : « *Celui qui a conquis son diplôme est médecin à perpétuité. Sans doute, il peut renoncer à l'exercice de la médecine ; il peut cesser de pratiquer ; mais son droit à exercer son art ne meurt pas pour cela ; il n'est qu'endormi, et, plus heureux que la Belle au Bois-dormant, le médecin se réveille à volonté* ».

Il me plaît, en ce qui me concerne, de trouver, ainsi exprimée, la confirmation de ce que je n'ai cessé de répéter dans tous les articles que j'ai publiés à ce sujet.

Ayant fait cette constatation, Me de Fallois examine cependant les circonstances dans lesquelles la loi autorise les Tribunaux à prononcer accessoirement la peine de la suspension temporaire ou de l'interdiction définitive du droit d'exercer. En scrutant les textes, il établit que cette peine ne peut être jointe qu'aux condamnations criminelles pour tous crimes ; aux condamnations correctionnelles pour tous crimes ; aux condamnations correctionnelles pour vols, escroqueries ou excitation de mineures à la débauche.

L'abus de confiance ou l'outrage public à la pudeur ne sont pas justiciables de cette pénalité accessoire.

Bien que je sois incompétent en matière de droit, et tout en me défendant de chercher à l'éminent avocat une mauvaise querelle, je me permets de faire remarquer que la qualification de *crime* entraîne la comparution du prévenu en Cour d'Assises ; que l'outrage public à la pudeur, l'avortement lui-même ne sont que des délits.

Cette remarque faite, je cite sa proposition : « *Toutes les fois qu'un médecin est passible de peines correctionnelles, le Tribunal devrait pouvoir lui appliquer au moins la suspension temporaire sans être, d'ailleurs, forcé de le faire* ». Soit ! Nous sommes dans le droit commun, encore qu'il y aurait sans doute pas mal de choses à dire sur cette sanction.

Mais, cette extension de la répression ne lui suffit pas. Pour atteindre et châtier les médecins indignes et qui déshonorent la profession, il propose un contrôle sur les ordonnances qui sont copiées par les pharmaciens sur leurs registres officiels, où les représentants de l'Ecole de Pharmacie pourraient en prendre connaissance, et relever celles qui leur paraîtraient suspectes. Ces relevés seraient adressés à l'Ecole de Médecine.

« *Ce serait la Faculté de médecine qui exercerait un contrôle compétent, discret et professionnel sur les agissements des médecins. Il est bien entendu que l'on ne relèverait que les prescriptions de nature véritablement inquiétante. Le doyen de la Faculté de médecine, assisté d'une commission, examinerait les ordonnances incriminées et, s'il y avait lieu ; provoquerait des explications de la part des médecins. C'est cette Commission..... qui pourrait dénoncer au Parquet le médecin pour agissements répréhensibles dans l'exercice de sa profession* ».

Là, nous nageons en pleine fantaisie. Et il est certain que Me de Fallois, en dépit de la bonne vo-

lonté dont il est animé, s'aventure sur un terrain qui ne lui est guère familier, courant ainsi le danger de parler de ce qu'il ne connaît pas.

Une ordonnance est correcte ou incorrecte dans sa rédaction. L'incorrection peut se traduire par des erreurs de posologie, ou d'association (incompatibilités). Si elle est incorrecte, il est du devoir du pharmacien de ne pas l'exécuter. S'il le fait, nonobstant, et s'il en résulte un dommage, sa responsabilité est engagée au moins autant que celle du prescripteur. Cette sorte d'incorrection ressortit à l'erreur ou à la négligence, dont les conséquences peuvent être reprochées, tant au médecin qu'au pharmacien, qui devront en rendre compte. On conviendra que c'est exceptionnel, et qu'un tel contrôle, à supposer qu'il soit institué, serait condamné à la stérilité.

Peut-on concevoir qu'une ordonnance, correcte dans sa rédaction, soit suspecte en raison des substances prescrites ? Alors, où allons-nous? Retiendra-t-on, à la faveur de cette conception, la prescription de seigle ergoté, ou de rétropituine, ou de rue, ou de safran, sous prétexte que ces médicaments ont la réputation, injustifiée d'ailleurs, de provoquer l'avortement ? C'est enfantin. Un médecin qui exercerait la coupable industrie de faire avorter ses clientes se garderait bien de recourir à des procédés dont l'inefficacité est démontrée, et s'il conservait cependant quelque confiance en eux, il éviterait pardessus tout de laisser entre les mains d'un tiers, fût-il pharmacien, une trace écrite de ses agissements.

Il est vrai, cependant, que des médecins ont été ou failli être poursuivis pour infractions à la loi sur les substances vénéneuses du tableau B, à l'occasion d'ordonnances incorrectes dépistées dans les officines, par l'inspection des Pharmacies. Mais il est non moins vrai qu'il s'est souvent agi de simples négligences dans la rédaction de l'ordonnance ou d'erreurs d'interprétation d'une loi qui n'a pas fait sensiblement diminuer la morphinomanie et la cocaïnomanie, mais qui gêne chaque jour le médecin et qui nuit aux malades.

Je désapprouve aussi cette tendance, que nous retrouvons ailleurs, de vouloir faire intervenir en cette matière la Faculté de Médecine et son doyen ? La Faculté est un organisme universitaire, son personnel enseignant appartient à l'Université. Le doyen en est l'administrateur. L'action disciplinaire qu'elle a le droit d'exercer est limitée à ce personnel et aux étudiants. Mais je lui dénie toute qualité pour participer à la discipline du Corps médical.

Puisque l'idée d'un Ordre des Médecins est née de l'existence d'un Ordre des Avocats, je vous le demande, est-ce que la Faculté de Droit et son doyen interviennent comme organes de discipline des Avocats ?

Je pense avoir montré en quoi consisteraient les agissements répréhensibles des médecins, à l'occasion de leurs ordonnances.

Mais, Me de Fallois leur donne une compréhension plus vaste, en y incorporant l'*inobservation des règlements.*

De quels règlements veut-il parler ? Ecoutons-le :

« *Le médecin, en rupture de serment hippocratique, serait poursuivi pour inobservation des principes essentiels de son art et des règles fondamentales de sa profession. Il ne pourrait être frappé que de suspension temporaire ; mais, en cas de récidive, ou, tout au moins de récidive redoublée, il pourrait être frappé d'incapacité absolue* ».

Et plus loin .

« *Dans le système que nous vous présentons, nous instituons un nouveau délit, une infraction professionnelle, l'inobservation des principes essentiels et la violation des règles élémentaires de la profession* ».

Les règlements, les principes essentiels, c'est et ce ne peut être que la *déontologie*. Nous y voilà !

Il s'agit donc, dans l'esprit de l'honorable rapporteur, de réprimer les fautes anti-déontologiques, assimilées à un délit.

Vous pensez bien que je ne vais pas recommencer à m'étendre sur la fragilité de la déontologie, sa variabilité, selon les régions, la difficulté de la codifier universellement. Je me suis longuement expliqué à ce sujet. Je n'y reviendrai pas.

J'en arrive à la conclusion du rapport de Me de Fallois .

« *Vous avez une Faculté de Médecine dont les maîtres éminents jouissent d'une considération absolue. Pourquoi ne pas en faire les premiers régulateurs moraux de votre profession ? Ils sont au-dessus des divergences d'écoles, de tendances, d'aspirations ; ils représentent à la fois la règle et le progrès* ».

Oh ! oh ! Maître, est-ce que vous n'allez pas un peu fort ? Etes-vous sûr que nos Maîtres, pour lesquels j'ai le plus grand respect, pris dans leur ensemble, ne commettent jamais de fautes anti-déontologiques ? N'avez-vous jamais entendu parler de ces professeurs, aujourd'hui décédés, qui, lorsqu'il étaient appelés en consultation par un modeste praticien, avaient coutume de lui faire, devant la malade et son entourage, un cours dans lequel ils lui démontraient qu'il s'était trompé et qu'il n'était qu'une f... bête ?.

Laissez les professeurs dans leur chaire. Demandez-leur de fabriquer de bons médecins, en leur apprenant non seulement l'art médical, mais encore la déontologie, dans la mesure où ils la connaissent eux-mêmes. C'est, de cette façon, et de cette façon seulement, qu'ils pourront avoir une action prophylactique sur les risques de la moralité professionnelle.

En ce qui me concerne, et tout bien considéré, l'Ordre des Médecins ayant été condamné et enterré, j'en tiens plus que jamais pour les Commissions médicales régionales, organisées et fonctionnant dans le cadre syndical, telles que je les ai conçues et proposées le 18 novembre dernier, à l'Assemblée générale de la Société civile du *Concours médical.*

Je sais que cette idée plaît à un certain nombre de confrères qui me l'ont dit.

Le reste n'est que chimère et abstraction de quintessence.

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 5.484

JURISPRUDENCE

I

Les propharmaciens sont assujettis à la vérification des poids et mesures

Dans le numéro du 20 mai 1923, page 1972, nous avons publié le sommaire d'un arrêt de cassation, en date du 17 février 1923, qui tranche par l'affirmative la question controversée de l'assujettissement des propharmaciens à la vérification des poids et mesures.

Nous publions aujourd'hui le texte du jugement attaqué et celui de l'arrêt de cassation, que nous trouvons dans le journal *Le Propharmacien* du 1er février.

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE DE...
6 *décembre* 1922.

Attendu que, poursuivi pour avoir refusé de laisser vérifier les poids et mesures dont il se sert, X... reconnaît la matérialité de l'acte reproché et déclare son action motivée par ce fait que : docteur en médecine, habitant une commune dépourvue de pharmacien, il vend et livre lui-même les remèdes à la clientèle, qu'il est conséquemment pro-pharmacien et que le ministre, interrogé sur le point de savoir si cette profession était astreinte aux obligations du décret du 26 février 1873, ayant répondu négativement, il s'est refusé de se prêter à la vérification pour laquelle il reconnaît avoir été convoqué par M. le maire de ... ; qu'à l'appui de ses dires, X... communique un journal, dit l'*Informateur Médical*, qui fut immédiatement rendu, où se trouve le compte rendu d'une réponse ministérielle ;

Attendu que le règlement du 26 février 1873 émane d'une autorité ayant le pouvoir réglementaire, qu'il fut pris par cette autorité dans les limites de sa compétence, rédigé dans les formes légales et rendu exécutoire dans les publications prescrites aux lois fondamentales de la République ; qu'en cet état sa légalité est indiscutable ; que, dans son article 6, § 1, le décret s'exprime ainsi : « Sont assujettis à la vérification les commerces, industries et professions désignés au tableau A joint au présent décret, etc. » ; qu'au tableau A, on lit sous la lettre P, les deux professions suivantes : « Pharmacien, produits chimiques (Marchands de) » ; que conséquemment, X..., docteur en médecine, vendant des produits pharmaceutiques, rentre bien dans la classification du tableau A ; que la réponse du ministre constitue une simple opinion qui ne saurait infirmer un texte réglementaire légalement pris ;

Attendu qu'en vertu des pouvoirs tenus de l'ordonnance du 17 avril 1839, article 38, S... intima à X... d'avoir à se soumettre au règlement du 26 février 1873, et que le refus de ce dernier constitue l'infraction prévue et réprimée par l'article 471, § 15, du Code pénal, portant : « Seront punis d'amende, etc. » ; que faisant application au prévenu de l'article susvisé, il convient de le condamner à 1 franc d'amende et aux dépens ; qu'il sied de fixer à 4 jours la durée de la contrainte par corps ;

Par ces motifs, jugeant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort, condamne X... à un franc d'amende, le condamne aux dépens liquidés de 8 francs, et non compris le coût du présent, ni les frais de son exécution ; fixons à 4 jours la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende et des frais.

Ainsi jugé....

Déféré à la Cour de Cassation, ce jugement a été complètement confirmé par l'arrêt ci-dessous qui tranche une question depuis longtemps en suspens :

La Cour...

Statuant sur le pourvoi de X... contre un jugement rendu le 6 décembre 1922 par le Tribunal de simple police de... qui l'a condamné à un franc d'amende pour refus de se soumettre à la vérification des poids et mesures ;

Sur le motif pris de la fausse application du décret du 26 février 1873 en ce que le demandeur, vendant des médicaments en conformité de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, n'ayant pas d'officine ouverte et ne payant pas patente au titre de pharmacien, ne serait pas assujetti à la vérification des poids et mesures ;

Attendu que les professions de pharmacien et de marchand de produits chimiques ou pharmaceutiques figurent au tableau A annexé au décret du 26 février 1873, au nombre de celles qui sont assujetties à la vérification des poids et mesures ;

Qu'il résulte des énonciations du jugement atta-

qué que le docteur X... établi dans la commune de T... où il n'existe pas de pharmacien, vend des médicaments aux personnes près desquelles il est appelé, en conformité des dispositions de l'article 27 de la loi du 21 germinal, an XI ;

Attendu qu'il importe peu que le demandeur ne soit pas autorisé, en vertu des dispositions de la même loi du 21 germinal an XI, précitée, à tenir une officine ouverte ; qu'aux termes de l'article 6 du décret du 26 février 1873, modifié par l'article 1er du décret du 31 juillet 1910 : « Sont assujettis à la vérification les individus exerçant les commerces, industries et professions désignés au tableau annexé au dit décret, lorsque leurs opérations se font au poids et à la mesure » ; qu'il suffit pour que ces prescriptions soient applicables au demandeur que les opérations auxquelles il se livre exigent nécessairement l'emploi de poids et de mesures dont l'exactitude doit être constatée pour assurer l'exactitude du débit ;

Attendu enfin qu'il est indifférent que le demandeur ne soit pas inscrit au rôle des patentes au titre de pharmacien ou de marchand de produits pharmaceutiques, aucune loi ne faisant dépendre de l'accomplissement de cette formalité l'assujettissement à la vérification des poids et mesures ;

D'où il suit que c'est à bon droit, qu'en l'état des constatations susvisées, l'arrêt attaqué a fait application au prévenu de l'article 471, § 15, du Code pénal ;

Par ces motifs : rejette le pourvoi...

Les médecins propharmaciens doivent donc s'incliner devant cet arrêt, et ne plus s'opposer ni à la vérification de leurs poids et mesures, ni au payement de la taxe afférente.

R. H. M. S. : 5770.

II

Pharmacien contre médecin. — Refus d'exécuter les ordonnances médicales Dénigrement.

TRIBUNAL CIVIL DE MONTAUBAN

21 *février* 1923.

Attendu que C., docteur en médecine, a formé contre J. pharmacien au même lieu une demande de dommages-intérêts pour réparation du préjudice matériel et moral à lui causé par le refus de J. d'exécuter ses ordonnances ; que par jugement du 26 juillet 1922, C. a été autorisé à rapporter la preuve de divers faits de nature à justifier sa demande et J. a rapporté la preuve d'autres faits en défense à l'action ;

Que les enquêtes et contre-enquêtes ont eu lieu ;

Attendu qu'en principe un pharmacien peut refuser d'exécuter les ordonnances d'un médecin, mais que sa responsabilité peut se trouver engagée s'il accompagne son refus de commentaires, de réflexions ou d'attitudes qui sont de nature à lui imprimer le caractère d'une manœuvre dolosive ;

Attendu qu'il résulte de l'enquête que J. refusait systématiquement d'exécuter les ordonnances du docteur C. alors cependant qu'il est le seul pharmacien de la localité et que les autres pharmaciens se trouvent à une grande distance (2e, 4e, 5e témoins);

Qu'il en résulte encore que J. accompagnait son refus de propos blessants, disant qu'il ne délivrerait pas les médicaments ordonnés par cet individu (3e témoin) ; par cet homme-là (3e, 4e, 5e, 6e témoins); par cet oiseau-là (9e témoin) ; qu'il l'accompagnait aussi de gestes non moins blessants en laissant tomber à terre l'ordonnance que le client était obligé de ramasser (4e témoin) ; que semblables propos et gestes en présence de personnes qui peuvent même ignorer les démêlés d'ordre personnel existant entre C. et J., et il n'est pas démontré qu'elles en soient au courant, sont de nature à porter atteinte au docteur C. en mettant en suspicion sa compétence et son honorabilité ;

Attendu que de ce refus systématique d'exécuter les ordonnances alors que J. est seul pharmacien de la localité, joint aux propos et gestes ci-dessus indiqués, résulte nettement un plan de lutte contre le docteur C. qui comporte l'intention dolosive de diminuer la situation professionnelle tout au moins de ce médecin ;

Qu'il résulte même que ce plan a donné des résultats, puisque certains témoins ont abandonné pour ce motif le docteur C. (7e et 8e témoins) ;

Attendu que les résultats de l'enquête ne sont nullement infirmés par ceux de la contraire enquête.

Attendu que le dommage subi est minime et qu'il est surtout d'ordre moral, ce qui conduit à réduire largement le chiffre des dommages-intérêts demandés ;

Par ces motifs :

Le Tribunal jugeant publiquement contradictoirement en matière ordinaire et à charge d'appel, le Ministère public entendu ;

Condamne J. à payer à C. la somme de cent francs à titre de dommages-intérêts.

Le condamne aux dépens de l'instance.

Commentaires.

Ainsi, grâce à l'appui du « Sou médical », notre confrère a pu faire justement condamner son adversaire.

Ces conflits locaux sont loin d'être rares ; cependant, malgré leur acuité, parfois assez grande, rares sont les décisions de justice. Le « Sou médical » a fait juger les espèces suivantes :

Le pharmacien qui tient des propos de nature

à jeter la déconsidération sur un médecin et qui se livre à des critiques sur les ordonnances de ce dernier, en lançant des insinuations tendant à faire suspecter sa moralité ou son savoir, doit être condamné à réparer le préjudice subi par le médecin qui a été victime de ces agissements. (Tribunal civil de Pontoise, 10 novembre 1903 ; *Concours médical*, 1904, page 12.)

S'il est permis de critiquer, même en public, les actes d'autrui, encore faut-il le faire avec compétence et en observant les règles de la discussion courtoise. Ainsi, a été reconnu coupable le pharmacien qui a critiqué les ordonnances du médecin, au lieu d'en référer à celui -ci, s'il y trouve quelques observations à faire (Cour de Paris, 4e chambre, 10 mars 1905, confirmant Tribunal civil de Meaux, 29 juillet 1904 ; *Concours médical* 1904, page 652 et 1905, page 191).

Ont été condamnés trois pharmaciens, qui, par voie d'affiches, avaient dénigré un médecin et un autre pharmacien : dommages-intérêts et affichage du jugement, dans toutes les communes où avaient été apposés les placards diffamateurs (Tribunal civil de Pontoise, 24 février 1905, *Concours médical*, 195, page 219).

Le dénigrement d'un médecin donnera lieu à une réparation d'autant plus élevée que le préjudice causé sera plus important. Ainsi, en raison de la qualité de son auteur, la diffamation faite par un confrère ou par un pharmacien a plus de répercussion, dans le public, que celle émanant d'une personne étrangère à l'art de guérir. En outre des dommages-intérêts, le médecin calomnié peut obtenir l'insertion du jugement dans les journaux locaux (Tribunal civil de Grenoble, 14 novembre 1907, *Concours médical*, 1908, page 446 ; Cour d'Aix, 1re chambre , 17 octobre 1910 ; *Concours médical*, 1911, page 108).

Accessoirement à la réparation du dommage causé par la diffamation ou le dénigrement, se pose la question suivante : un pharmacien est-il en droit de se refuser à exécuter une ordonnance de médecin ?

Oui, répond le jugement ci-dessus, mais, à la condition que ce refus du pharmacien ne soit pas attentatoire à l'honorabilité du médecin.

En effet, en vertu de la liberté absolue du commerce, le pharmacien, comme tout autre négociant, est libre de vendre ses médicaments à qui bon lui semble. La loi du 21 germinal, an XI, sur la pharmacie ne contient aucun article restreignant le droit de vente, ou de refus de vente.

Vainement, certains auteurs ont-ils invoqué une sorte de monopole, surtout pour les cas où le pharmacien est sans confrères dans une localité. La loi de germinal n'interdit-elle pas, à quiconque n'est pas titulaire du diplôme de pharmacien, de délivrer des médicaments ou des drogues ? Le médecin lui-même ne peut avoir le droit de donner des médicament à ses propres clients, que lorsqu'il n'existe pas d'officine dans la commune de sa résidence.

Aussi a-t-on pensé que cette sorte de monopole institué par la loi, en faveur des pharmaciens, devait, par réciprocité, obliger ces derniers à délivrer des médicaments, à toute réquisition.

Cette conception a été soutenue dans deux thèses de doctorat en droit, par assimilation avec les professions de notaire, d'avoué, d'huissier, qui confèrent à leur titulaire un véritable monopole.

Invoquant les termes de l'article 3 de la loi du 25 ventôse, an XI : « les notaires sont tenus de prêter leur ministère, lorsqu'ils en sont requis », les auteurs précités estiment que, dans certains cas, les pharmaciens devraient donner leurs médicaments, lorsqu'ils sont seuls titulaires d'une officine, dans une localité.

Nous ne partageons pas cet avis, car le diplôme de pharmacien ne constitue qu'une garantie scientifique pour le public : il donne la preuve que les études nécessaires ont été faites pour que les médicaments soient préparés *secundum artem*.

Un notaire, un avoué doit acheter une étude, dont le nombre est limité ; le pharmacien est libre de s'installer où bon lui semble, même en surnombre.

Ceci dit, le refus, de la part du pharmacien, d'exécuter les ordonnances d'un médecin, ne constitue aucun acte dolosif si ce refus ne s'accompagne d'aucune réflexion désobligeante à l'endroit du docteur.

S'il existe plusieurs officines dans la localité, le client s'adressera ailleurs.

Le jugement ci-dessus relève, contre le pharmacien, des propos qui prouvent son hostilité contre le praticien, propos qui ont déterminé certains clients à changer de docteur.

Mais, un point a été omis : dans cette querelle, que devient l'intérêt du public ?

Seul pharmacien dans la localité, par suite étant le seul à avoir le droit de délivrer des médicaments, le propriétaire de l'officine a obligé les malades à s'adresser dans d'autres localités, d'où perte de temps et dépenses de déplacement.

Il a été jugé que le médecin peut se substituer au pharmacien défaillant et délivrer des médicaments à sa propre clientèle lorsque l'officine est ouverte d'une manière intermittente (Cassation, 24 mars 1905), lorsque la pharmacie est mal tenue et que l'approvisionnement est défectueux (Paris, 18 février 1882 ; Trib. Saumur, 2 avril 1883) ou lorsque le pharmacien se refuse à faire venir les médicaments ordonnés (Cassation, 6 février 1857).

Mais le pharmacien doit être mis en demeure,

par lettre, ou par ministère d'huissier, ou déclaration verbale devant témoins, d'avoir à délivrer les médicaments ordonnés aux clients, pour ne pas compromettre la santé publique en se refusant à exécuter les ordonnances médicales.

Bien entendu, le pharmacien ne pourra admettre que son adversaire, le médecin, puisse délivrer des médicaments à ses propres clients et poursuivra le docteur en exercice illégal de la pharmacie.

Le procès serait intéressant à soutenir devant la justice répressive, à la condition que le médecin ne fasse aucun acte sans avoir reçu l'avis des avocats conseils du « Sou ». Il faut beaucoup de prudence, en pareille matière, pour que le tribunal ne puisse être saisi que de ce seul problème : l'intérêt général doit-il souffrir de la rancune d'un pharmacien à l'égard d'un médecin ?

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. : 5550

DÉONTOLOGIE

Les offres de postes médicaux

X... poste médical vacant (1)

Par Ch. Kuhlmann (de Mutzig).

Nous ne saurions assez mettre nos jeunes confrères en garde contre les offres — toujours alléchantes et souvent fallacieuses — de postes médicaux, qui émanent de personnes étrangères au Corps médical. Sans se soucier du chiffre de la population ou de la capacité productive de la clientèle, par intérêt ou par simple commodité, peut-être aussi par rancune, telle personne baptise une localité « poste médical » et en vante les avantages par voie de publicité ou par sollicitations directes.

Un cas typique vient de se dérouler à Saint-Blaise, petit village de la haute vallée de la Bruche, entre Rothau et Saales.

Jamais un médecin n'a résidé à Saint-Blaise ; cependant en automne 1922 — si l'on en croit la légende — l'urgente nécessité de la présence d'un médecin s'y est imposée par l'augmentation aussi subite qu'angoissante de la morbidité et de la mortalité. Certain industriel s'est vu dans la douloureuse obligation d'envisager la fermeture de son établissement, vu les absences dues à la maladie. Trois petits enfants — c'est toujours la légende qui parle — sont morts faute de soins !

Et pourquoi ce déchaînement du fléau ? Parce que, conformément au règlement établi par la F. S. A., la consultation hebdomadaire à l'usine a été supprimée.

Sensible aux souffrances de l'humanité et conscient de sa haute mission, le syndicat médical de Molsheim, cédant aux instances du patron, rétablit exceptionnellement, avec le consentement de la F. S. A., une consultation hebdomadaire faite à tour de rôle par les médecins de la contrée contre rétribution spéciale.

Après 3 mois (mi-février 1923), l'industriel prie les médecins de cesser les consultations, vu les frais qu'elles occasionnent. Le 20 mars, il demande qu'elles soient reprises, mais se heurte à un refus du syndicat ; le même jeu se renouvelle, le 27 mars et le 5 mai 1923, au sujet d'une consultation mensuelle.

Cependant l'état sanitaire allait toujours s'aggravant — c'est de nouveau la légende qui parle — et l'obstination criminelle du médecin ne cédait ni aux menaces ni aux supplications.

Aux grands maux les grands remèdes !

Saint-Blaise fut consacré « poste médical vacant » et au tableau noir de la faculté de médecine une affiche invita les jeunes confrères au courant du français et bons catholiques à s'y installer. Une seconde affiche rédigée par la F. S. A. et recommandant aux candidats de se renseigner au préalable à la F. S. A. ou au syndicat de Molsheim ne fut pas posée, mais la première fut retirée.

Entre temps, un nouveau confrère s'était établi à Saales.

Néanmoins, les recherches pour Saint-Blaise continuèrent activement et vers la mi-juillet un confrère demanda et obtint son admission au syndicat de Molsheim en vue de son établissement à Saint-Blaise. On lui avait promis un fixe annuel de 10.000 fr. que devait lui servir l'ensemble des communes environnantes, mais une infime minorité de ces dernières répondit à l'appel pressant de l'industriel et un profond abîme séparait les promesses de la triste réalité. En outre, certaines communes faisaient dépendre leur aumône de consultations à jour fixe dans leurs murs. C'est ainsi que commença l'ère des déboires pour le confrère qui, conformément au règlement syndical, s'était engagé à ne pas donner de consultations en dehors de son domicile.

Puis, il arriva que Saint-Blaise, « centre médical », qui n'avait jamais rêvé tant d'honneur, ne put fournir de logement à son médecin.

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1er décembre 1923.

Le village de Saulxures, à 4 kilom. de distance, aurait pu donner asile au médecin de Saint-Blaise, et encore la maison visée était-elle occupée ! Domicilié à Saulxures, le médecin aurait eu son cabinet médical à Saint-Blaise. Mais il fallait pour cela une dérogation au règlement syndical déjà cité et le syndicat de Molsheim refusa à l'unanimité cette dérogation, qui aurait créé un précédent dangereux. Sur ce, le candidat se retira.

L'urgence si énergiquement proclamée de la présence d'un médecin à Saint-Blaise aurait pu, semble-t-il, suggérer et justifie rla construction d'une maison que le confrère aurait prise en location ; mais il n'en fut pas question et pour cause : cela aurait coûté encore plus cher que les consultations hebdomadaires accordées par le syndicat.

Cette petite histoire — et c'est à ce seul point de vue que l'incident de Saint-Blaise mérite d'être relevé — comporte un précieux enseignement pour les jeunes médecins qui seraient tentés de prêter une oreille docile aux sollicitations toujours intéressées des dispensaires occasionnels de la manne médicale. Notre organisation syndicale a précisément pour but de garantir la collectivité médicale contre les atteintes de ceux qui — sauf quand ils sont malades — prennent volontiers à l'égard des médecins le ton de l'employeur vis-à-vis de son salarié. Et seule une cohésion absolue nous préservera des brèches que promesses et beaux discours pourraient pratiquer dans notre unité de front.

Loin de vouloir écarter nos jeunes confrères de la clientèle, qui est ouverte à tous, nous souhaitons les conseiller et leur ouvrir, par notre organisation même, la porte de toutes les Caisses.

Les avantages sont liés à quelques engagements vis-à-vis de la collectivité. Mais cette contrainte est légère ; elle est largement compensée par l'indépendance morale que nous avons conquise, alors qu'il y a une dizaine d'années, nous étions parfois les humbles serviteurs d'un industriel qui daignait nous mesurer sa bienveillance... et son salaire.

R. H. M. S. : 5080.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique du Registre des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Réunions des 15 *et* 29 *janvier* 1924.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6191 Ruyssen, Montalieu-Vercieu (Isère).
6192 Taravellier, Briançon (Hautes-Alpes).
6193 Hautefeuille, Gravelines (Nord).
6194 Lafont, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
6195 Charles, Meursault (Côte-d'Or).
6196 Béranger, Mâcon (Saône-et-Loire).
6197 Mourlan, Soulac-sur-Mer (Gironde).
6198 Aymard, Belmont (Loire).
6199 Corvisy, 59 *bis*, rue du Mont-Cenis, Paris.
6200 Jacquot, Badonviller (Meurthe-et-Moselle).
6201 Destelle, Barneville (Manche).
6202 Romien, Digne (Basses-Alpes).
6203 Cayla, Neuilly-sur-Seine (Seine).
6204 Parisot, Nogent-sur-Seine (Aube).
6205 Fanjoux, Cercy-la-Tour (Nièvre).
6206 Ferry, 301, rue de Vaugirard, Paris.
6207 Pérignon, Sedan (Ardennes).
6208 Kent-Monnet, Nice (Alpes-Maritimes).
6209 Arnaud, Voiteur (Jura).
6210 Duquet, 51, boulevard Malesherbes, Paris.
6211 Rameix, Moncontour-de-Poitou (Vienne).
6212 Mesnager, Châlons-sur-Marne (Marne).
6213 Laure, Argelliers (Aude).
6214 Genty, Mainsat (Creuse).
6215 Bouger, Andeville (Oise).
6216 Niort, Montbron (Charente).
6217 Dumas, Lyon (Rhône).
6218 Babeau, Saint-Chinian (Hérault).
6219 Peyret, Viroflay (Seine-et-Oise).
6220 Leboucher, Caen (Calvados).
6221 Vinon, Albi (Tarn).
6222 Clément, Hyères (Var).
6223 Le Moine, Saint-Germain-sur-Ille (I.-et-V.).
6224 Moisan, Merdrignac (Côtes-du-Nord).
6225 Marcheguet, Saint-Hilaire-des-Loges (Vendée)
6226 Aubanel, Sauve (Gard).
6227 Lobry, 3, rue Dulong, Paris.
6228 Riou, Le Chambon-sur-Lignon (Haute-Loire).
6229 Richard, Le Havre (Seine-Inférieure).
6230 Passeron, Lanstoque (Alpes-Maritimes).
6231 Herpe, 24, rue de la Glacière, Paris.
6232 Démoulin, Toulon.
6233 Mariani, Toury (Eure-et-Loir).
6234 Prudhomme, Cloyes (Eure-et-Loir).
6235 Lalaurie, Cunac (Aude).
6236 Couppey, 81, avenue d'Italie, Paris.
6237 Périllat-Botonet, 5, rue Sedillot, Paris.
6238 Barbié, 139, avenue de Saint-Ouen, Paris.
6239 Tobé, Chamonix (Haute-Savoie).
6240 Herbaux, Mazingarbe (Pas-de-Calais).
6241 Tarte, Saint-Nicolas-du-Port (M.-et-Moselle).
6242 Phipps, 9, rue de Lévis, Paris.

Accidents du travail.

Le Dr N. (Bouches-du-Rhône), est créancier pour soins donnés à des blessés du travail d'une Société dont la faillite vient d'être prononcée à Paris.

Le Conseil autorise le Contentieux du « Sou » à représenter le Dr N. à cette faillite.

Le Dr G. (Loiret) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents, sur laquelle on lui conteste le payement des frais de déplacement, sous prétexte qu'il aurait visité d'autres clients en cours de route.

L'appui pécuniaire lui est accordé, à la condition qu'il réduise le montant de sa note, en tenant compte des visites faites en passant à des clients autres que les blessés.

Le Dr D. (Seine-et-Marne), qui, conformément aux avis qui lui avaient été donnés par le « Sou », avait refusé de déposer comme témoin dans une affaire d'accident du travail, est traîné en appel d'un jugement du Tribunal civil qui a admis qu'il avait eu raison d'invoquer le secret professionnel.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Honoraires de droit commun.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine), ayant obtenu satisfaction à l'amiable dans une affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé (action à intenter contre une blessée du travail dont le patron, société coopérative, avait disparu par suite de dissolution, aucune assurance ne garantissant d'autre part le risque), demande le remboursement de la somme de dix francs, payée pour honoraires de son défenseur. (*Accordé.*)

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr D. (Seine) de la somme de 150 fr. pour provision dans l'affaire d'appel de justice de paix pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Dr M. (Seine-et-Marne) ne peut obtenir le payement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, sur la demande du propriétaire de l'auto.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr E. (Charente-Inférieure), ayant soigné à l'hôpital la victime d'un accident agricole, le payement de ses honoraires lui est refusé par l'assurance, qui soutient que les frais de séjour comprennent le service médical, alors que le règlement de l'hôpital réserve aux médecins le droit de demander des honoraires aux malades payants.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr E. dans cette affaire.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr A. (Calvados) est assigné en 200.000 fr. de dommages-intérêts par la veuve d'un client, décédé après avoir été soigné par son remplaçant, qui est assigné solidairement avec lui.

Le Conseil admet le Dr A. au bénéfice de la garantie statutaire.

Quant à son remplaçant, qui n'était pas membre du « Sou » à l'époque où les soins incriminés ont été donnés et qui paraît n'avoir conmmis aucune faute professionnelle, ni encouru aucune responsabilité, l'appui moral lui est accordé.

Le Dr L. (Basses-Pyrénées) annonce le gain complet du procès dans lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé. A une demande en payement d'honoraires, l'adversaire avait répondu par une demande reconventionnelle en dommages intérêts pour faute professionnelle.

Divers.

Le Dr M. (Seine) a été imposé d'office sur des bénéfices professionnels bien supérieurs à ceux qu'il avait déclarés, conformément à la réalité.

Le Conseil l'autorise à confier sa défense à M. Martinot, dont le « Sou » prendra à sa charge les honoraires.

Le Dr S. (Moselle) a obtenu la condamnation de la sage-femme qui l'avait dénigré à des dommages-intérêts.

Le Conseil décide que les honoraires qu'il a pu avoir à payer dans cette affaire lui seront remboursés, quand il aura envoyé la copie du jugement.

Le Dr B. (Hérault), a été révoqué sans délai de ses fonctions de médecin d'une Société de secours mutuels, remplies en conformité de décisions syndicales.

Le Conseil lui accorde, en principe, l'appui pécuniaire pour intenter une action à la Société.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr P. (Loir-et-Cher), ayant soigné une réfugiée belge indigente, pour laquelle lui avaient été délivrés des bons de l'Assistance médicale gratuite, se voit refuser le payement de ses honoraires, sous prétexte que cette femme n'était pas inscrite sur la liste des réfugiés.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires devant le Conseil de préfecture.

Le Dr S. (Nord) se voit refuser le payement par le service de l'Assistance médicale gratuite de ses honoraires pour accouchement d'une femme de nationalité belge, et ce, malgré la remise, qui lui a été faite, d'un bon de l'Assistance.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Mariages.** — Nous sommes heureux d'annoncer le mariage de Mlle Odette BILLON, fille de notre sympathique confrère, le Dr A. BILLON, directeur de la Maison de Santé de la Plaine Monceau, qui fut créée, il y a trente ans, avec la collaboration et l'appui du *Concours Médical*, avec M. Charles GICQUIAU.

Ce mariage a été célébré le 25 février dernier en l'église Saint-Ferdinand-des-Ternes, devant une nombreuse assistance, dans laquelle nous avons remarqué la présence de M. le professeur Desgrez, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Le *Concours Médical*, dont les membres du Conseil de direction, Maurat et moi-même, étaient également présents, adresse ses compliments à M. et Mme Billon et ses meilleurs vœux de bonheur aux jeunes époux.

Nous avons le plaisir d'apprendre en même temps le mariage de Mlle de SAINT-AUBAN, fille du très distingué avocat à la Cour d'Appel de Paris, ancien membre du Conseil de l'Ordre, avec le Dr JAMIN, de Châtel-Guyon, neveu de notre excellent confrère et ami MAZERAN, l'un des plus anciens et plus réputés médecins consultants de cette charmante ville d'eaux.

Toutes nos félicitations et nos souhaits les plus sympathiques.

G. D

— La tombola de la Maison du médecin comporte plus de 25.000 francs de lots.

Tirage : 2 mars. Faculté de médecine.

Demander billets et liste des lots au Dr BOUCARD, 30, rue Singer, Paris XVIe.

— **Association pour le développement de nos relations médicales entre pays amis et alliés.** — M. le professeur Gil Casares à Paris.

M. le professeur Gil Casares est avec Ant. Mut un des maîtres les plus estimés de la cardiologie espagnole. Il appartient à la Faculté de Santiago, où il professe avec éclat. Lors des dernières élections, M. Gil Casares fut envoyé au Sénat représenter la Faculté. Vous savez qu'en dehors des sénateurs élus, par la foule, le Clergé, les Facultés, etc., élisent chacun un sénateur représentant la corporation : ceci, vous le pensez bien, à de multiples avantages. C'est à ce titre, également, que l'éminent Martinez Vargas avait été élu sénateur par les électeurs de Huesca.

Le prof. Gil Casares a bien voulu faire, à Paris, trois conférences de cardiologie, l'une dans le service de M. le prof. Gilbert, la seconde dans le service de M. le prof. Chauffard, la troisième enfin, dans le service de M le prof. Sergent.

La conférence du maître espagnol est la démonstration de ce dont nous avons si souvent parlé à l'A. D. R. M. : l'interéchange des hommes pour l'interéchange des idées. M. Gil Casares a présenté à ses nombreux auditeurs sa méthode graphique pour inscrire les oscillations pulsatiles du cœur et des vaisseaux. Il se sert à cet effet d'un appareil qu'il a inventé et qu'il nomme « palographe ». Cette méthode intermédiaire à la méthode graphique et à l'électrocardiographie permet l'étude de l'arythmie et des insuffisances cardiaques. Simple, facile, exacte, la méthode permet encore l'étude des mouvements synchrones du cœur, du bulbe veineux, de la jugulaire, de la carotide.

Parmi les points originaux mis en lumière par le savant médecin de Santiago, citons : l'explication de la tachycardie paroxystique ; la découverte d'une nouvelle forme d'arythmie cardiaque d'origine hémisystolique.

Le Dr Gil Casares démontrait ce qu'il avançait en projetant des photographies ou en faisant fonctionner son appareil.

— **Communiqué de l'Association corporative des étudiants en médecine.** — Les élections au Conseil de l'Université ayant été annulées pour vices de forme, il sera procédé à un nouveau scrutin le samedi 23 février.

Tous les étudiants en médecine dont les inscriptions ne sont pas périmées seront admis à voter.

1° Les étudiants qui ont une carte d'immatriculation devront la présenter pour le poinçonnage.

2° Les étudiants qui n'ont pas de carte d'immatriculation voteront sur la présentation d'une carte de vote spéciale, délivrée, dès maintenant, au Secrétariat de la Faculté.

Tous les étudiants pourront donc voter, même ceux qui ont 16 (AR) ou 20 (NR), et les internes et externes non immatriculés.

L'Association Corporative présentera la même liste que lors du premier scrutin.

C'est cette liste qui a été élue la première fois, c'est encore elle que vous ferez triompher le 23 février.

— **Commission du Tarif Breton.** — Par arrêté en date du 12 février 1924, M. Gravelin, conseiller référendaire à la cour des comptes, est nommé membre des deux sections de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. Ginisty, mis à la retraite.

(*J. O.*, 14 février 1924.)

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — (Hôpital de la Charité). — *Maladies du cœur, des vaisseaux et des reins.* — Conférence-consultation, tous les jeudis, de 10 heures à midi, par le Dr Camille LIAN, dans l'amphithéâtre de la Clinique du professeur Emile Sergent : exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la consultation.

(Les malades adressés à la consultation devront se présenter avant 10 heures).

— **Pathologie chirurgicale.** — M. Desmarest, agrégé, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, a commencé une série de conférences de chirurgie d'urgence le lundi 25 février, à 18 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Conduite à tenir : 1° dans les traumatismes du crâne ; 2° dans les hernies étranglées ; 3° en cas d'occlusion intestinale ; 4° chez un malade présentant un syndrome péritonéal aigu ; 5° dans les cas de grossesse extra-utérine ; 6° dans les pelvi-péritonites aiguës ; 7° dans les lésions des voies biliaires d'origine calculeuse ; 8° dans les traumatismes de la cage thoracique et de son contenu ; 9° dans les traumatismes de l'arbre urinaire ; 10° dans les traumatismes osseux et dans les grands traumatismes des membres.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.

R C. Clermont 2829

Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

au-dessous de celui pour lequel nous vous imposons » que puis-je objecter ?

Dr F.

Réponse.

Aucune loi ne vous oblige à communiquer vos livres aux agents du fisc. Toutefois, si vous n'êtes pas en mesure de justifier le chiffre de bénéfices par vous déclaré, celui substitué par le contrôleur est adopté dans la plupart des cas.

La réclamation pour obtenir réduction de l'imposition doit alors être faite à la préfecture ou à la sous-préfecture dans les trois mois suivant celui de la publication du rôle. Elle sera rédigée sur papier timbré et accompagnée de l'avertissement.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton

Corps étrangers multiples de l'œil

Je reçois un blessé présentant 2 corps étrangers de la cornée du même œil :

Un profondément implanté ;
Un superficiel.

Puis-je compter les deux extractions séparément ou seulement la plus avantageuse ?

Il y a quelques mois, je vous avais consulté pour un ouvrier présentant à la suite d'un accident, une augmentation brusque et considérable de volume d'une hydrocèle double amenant avec la gêne des phénomènes douloureux un arrêt du travail.

La Compagnie refusait ma note considérant qu'il n'y avait pas accident.

Après avis du *Concours* transmis à la Compagnie, celle-ci me réglait mes honoraires, « *ne voulant pas que je les perde* ! »

Qui a été lésé ? L'ouvrier qui âgé, ayant un travail peu pénible, n'a pas réclamé, n'ayant rien, pour n'être pas mis à pied.

Dr F.

Réponse.

Voyez article 27 A, 2e alinéa : « Extraction d'un corps étranger profondément implanté ou *multiple*..... ». Vous ne pouvez donc compter plus de 20 fr. quand il y a plusieurs corps étranger dans le même œil.

Nota. — Il n'est pas étonnant que la Compagnie n'ait rien payé à l'ouvrier, si celui-ci n'a rien réclamé.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

Bulletins à envoyer. Injections nombreuses.

1° Ma clientèle étant à cheval sur deux départements, à qui dois-je envoyer le 1er bulletin de visite d'une victime de la guerre : à la préfecture du département où réside le bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919, ou à la préfecture de mon département, à moi ?

2° J'ai un ancien militaire, également bénéficiaire de la même loi, à qui je fais chaque jour une piqûre (cacodylate de soude). Que dois-je compter pour cela? Je sais que les piqûres « sont comprises dans le prix de la visite » ai-je le droit de tirer un bon de visite pour chaque piqûre ? Veuillez m'éclairer à ce sujet, s'il vous plait. Dr L.

Réponse.

1° Dans votre cas, envoyez vos bulletins de visite à la préfecture du département où réside le bénéficiaire, ce qui simplifiera tout. D'ailleurs, vous êtes en réalité dépendant des deux préfectures, puisque votre clientèle est à cheval sur deux départements.

2° Bien que ce ne soient pas là des interventions à tarif spécial (art. 18), si vous faites plus de cinq injections, il est prudent de donner avis de votre « série » à la Commission, afin de ne pas avoir d'ennuis dans la suite, à propos du *nombre* de vos visites ou consultations. F. D.

II

Injections d'un sérum spécial

J'ai, en ce moment, en cours, un mutilé de guerre qui fait une fistule osseuse ; j'ai l'intention de le traiter par vaccinothérapie. Croyez-vous que je puisse user des carnets médicaux pour obtenir bouillon Delbet ou vaccin Grémy, par exemple? Ne pensez-vous pas que la Commission préfectorale fasse des difficultés ?

Dr B.

Réponse.

Il est de simple prudence de demander avis à la Commission de Contrôle pour éviter tout ennui de « tarification médicamenteuse » dans la suite. De façon générale, au point de vue des médicaments, les Commissions accordent l'autorisation d'employer une spécialité quelconque, lorsque celle-ci n'est pas à l'heure actuelle « remplaçable » par une « formule ». En demandant avis, ne manquez donc pas de donner toutes explications techniques nécessaires pour justifier votre choix.

F. D.

Date de mobilisation.

Un ordre de mobilisation reçu quelques mois après la fin de la guerre m'affectait en qualité d'aide-major de 1re classe de réserve à un régiment actuellement dissous et m'ordonnait de rejoindre le 5e jour (classe 12). Je viens de recevoir un autre ordre m'affectant à un autre régiment mais m'obligeant à rejoindre le 1er jour de la mobilisation.

A une demande d'explication adressée au service de santé j'ai reçu la réponse suivante :

« Le colonel commandant le 5e régiment a demandé que le personnel médical de ce régiment rejoigne le 1er jour ».

Je voudrais savoir si un colonel a le droit de mobiliser les réservistes officiers à la date qui lui fait plaisir ou bien s'il y a des règles fixes pour la mobilisation,.

Dr Z.

Réponse.

En cas de mobilisation, les rappels pourront toujours s'effectuer individuellement et sans commencer obligatoirement par la classe la plus ancienne (art. 48 de la nouvelle loi d'avril 1923 sur le recrutement de l'armée).

Ce n'est pas le colonel qui vous mobilise à tel jour, c'est le ministre de la guerre. Le colonel cependant fait au ministre toutes propositions qu'il juge utiles en ce qui concerne son régiment et le ministre ratifie en établissant, ou en donnant délégation pour faire établir les ordres de mobilisation.

Droit à pension militaire. Forme de la demande. Rappel.

1° Un jeune homme parti service armé (incorporé comme tel) en 1914, dans un bataillon de chasseurs à pied, et classé service auxiliaire par une commission de réforme de la zone des armées en août 1917 peut-il demander une pension ?

2° En a-t-il le droit encore à l'heure actuelle.

3° Quelles sont les formalités à remplir pour cette demande de pension.

4° Au cas où une pension lui serait accordée, en quoi consiste le fameux « rappel » de pension dont parlent les pensionnés et depuis quand (quelle date) le touchera-t-il.

Réponse.

Classé service auxiliaire pour maladie en 1917, ce jeune homme peut encore, jusqu'au 24 octobre prochain, délai de rigueur, obtenir une pension.

Il ne bénéficiera plus de la présomption légale que ses infirmités sont imputables au service, mais il devra faire la preuve de cette imputabilité, en apportant toutes pièces d'origine utiles ;

billets d'hôpital, certificats de visite, ou toutes indications qui permettent à son corps d'origine de les reconstituer, tel par exemple l'extrait de la décision de la Commission de réforme qui l'a classé service auxiliaire en 1917.

Qu'il adresse à cet égard, avec toutes ces indications utiles, une lettre recommandée au directeur du service de santé de sa région, en lui demandant à être expertisé.

Ce « rappel » partira du jour où il a passé pour la première fois devant une Commission de réforme qui a constaté l'infirmité invoquée, à la condition que le taux d'invalidité reconnu à cette date soit au moins égal à 10 %.

MEMENTO DE DIÉTÉTIQUE JOURNALIÈRE

Le sel dans les néphrites chroniques

Le *défendre* complètement dans : a) néphrites **chlorurémiques à gros œdèmes** ; b) **néphrites chlorurémiques sèches** ; c) **néphrites hypertensives** ; d) **néphrites azotémiques avancées.**

Le *tolérer* dans : a) **néphrites albuminuriques simples** ; b) **néphrites chlorurémiques légères** ; a) **néphrites azotémiques légères** (chiffre d'urée sanguine inférieur à un gramme.

Même quand il est **toléré**, son emploi exige une **surveillance** de tous les instants.

Aux aliments préparés sans sel, on ajoutera, au moment de la consommation, d'abord de très **petites doses**, 1 gr. à 1 gr. 50, puis, s'il ne survient pas d'accident quelques jours après ; 2 à 3 gr.; d'une façon générale ne pas dépasser 4 à 5 gr. par 24 heures. Pour **vérifier** si les doses précitées sont bien **tolérées**, recourir, soit au **procédé de la balance**, simple et suffisant en pratique courante, soit mieux, si possible, à **l'épreuve du bilan des chlorures** d'après la technique de M. Widal.

Si l'on constate, une augmentation de poids progressive ou, si la quantité de sel excrété par l'urine est inférieure à la quantité de sel ingéré, il est prudent de diminuer les doses de NaCl et même de le supprimer complètement.

Sauf, le cas de nécessité absolue, surtout si régime **sans sel doit être polongé** pendant longtemps, il est bon d'instituer chaque mois, une **période de vingt jours « à régime déchloruré »** et une deuxième **période de dix jours « à régime hypochloruré »** ; en effet, il ne faut pas oublier que **l'interdiction prolongée du sel peut provoquer** chez certains sujets des **troubles digestifs** (inappétence, nausées, fermentations, diarrhée, etc.). En tolérant le sel quelques jours par mois, on pourra prolonger indéfiniment le régime déchloruré.

Pour donner quelque saveur aux aliments, on

pourra user de succédanés, tels que le phosphate de soude, amino-sel, le bio-sel, le sel Fros, le sel Heudebert, le sel de Saint-Nectaire, etc.

Dr G. SIGURET (St-Nectaire).

JURISPRUDENCE

Baux. Prorogation. Le droit de reprise du propriétaire ne peut s'exercer sur les locaux professionnels.

M. le Dr G., locataire d'avant-guerre, avait notifié en temps voulu à son propriétaire son intention de bénéficier de la prorogation professionnelle accordée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918.

Après la promulgation de la loi du 31 mars 1922, le propriétaire, réformé de guerre, s'appuyant sur l'article 4 de ladite loi, a demandé à reprendre pour son habitation personnelle l'appartement où le Dr G. exerçait sa profession. A noter que le propriétaire possédait lui-même dans une maison contiguë un appartement de 8 pièces et que sa demande de reprise n'avait peut-être pour but que de bénéficier de la majoration qu'il aurait pu apporter au prix de location de l'appartement ainsi enlevé à son locataire ou de louer avantageusement le sien propre, au cas où il l'aurait réellement quitté pour s'installer dans celui du Dr G.

Par jugement du 15 juin 1922, le juge de paix de Saint-Symphorien-de-Lay donna raison au propriétaire et valida la notification avec congé donné pour le 31 décembre 1922.

Le Dr G. se pourvut en cassation contre cette décision et, par arrêt du 4 janvier 1923, la Commission supérieure de Cassation la cassa, pour vice de forme et défaut de motifs et renvoya les parties devant le juge de paix de Roanne.

Par jugement du 16 juin 1923, le juge de paix de Roanne se prononça dans le même sens que celui de Saint-Symphorien-de-Lay.

Mais le Dr G. se pourvut à nouveau en cassation contre cette décision et avec raison, car il eut gain de cause, par l'arrêt de la Commission Supérieure de Cassation ci-après :

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION.

6 décembre 1923.

Attendu que le Dr G., réclamait la prorogation à titre professionnel pour les locaux dont il est locataire d'avant-guerre et dans lesquels il exerce sa profession ;

Que, s'appuyant sur l'article 4 de la loi du 21 mars 1922, le jugement attaqué lui a refusé cette proroga-

tion et a accordé à M., propriétaire, mutilé de guerre, la reprise des lieux loués ;

Mais attendu que ledit article n'autorise les propriétaires à exercer leur droit de reprise que pour leur habitation personnelle ; qu'il s'ensuit que leur privilège est limité aux locaux d'habitation à l'exclusion de ceux qui ont reçu une affectation commerciale, industrielle ou professionnelle ; qu'il n'était pas contesté que le Dr G. exerçât sa profession dans les lieux loués ; d'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait le juge de paix a violé l'article cidessus visé.

Par ces motifs, casse et renvoie à Perreux (Loire).

La décision de la Commission supérieure est conforme à celle prise par arrêt du 26 avril 1923 de ses sections réunies (*Gazette du Palais*, 17 mai 1923), . Les deux sections, ainsi que l'explique la note de la *Gazette du Palais*, étaient bien d'accord, avant le 26 avril 1923, pour décider que l'article 4 n'autorise la reprise des locaux loués que pour l'habitation personnelle et non pour l'exercice d'un commerce. La loi d'ailleurs est formelle sur ce point et dans notre espèce, le propriétaire du Dr G. avait bien spécifié qu'il entendrait reprendre l'appartement pour son habitation personnelle. Mais, alors que la 2e section avait avait jugé que le droit de reprise pouvait s'appliquer aussi bien à des locaux à usage commercial qu'à des locaux d'habitation, la 1re section avait estimé que le droit de reprise ne pouvait s'exercer sur des locaux à usage commercial (arrêt du 4 janvier 1923, *Gazette du Palais*, 12 mai 1923). Les deux sections réunies s'étaient prononcées en ce dernier sens dans l'arrêt du 26 avril 1923.

Bien entendu, la solution devait être la même pour un local professionnel que pour un local commercial, les lois sur les loyers ayant toujours soumis au même régime les locaux à usage industriel, commercial ou professionnel.

J. Dumesny.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Circulaire relative à la lutte méthodique contre la fièvre typhoïde.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, à MM. les préfets,

Paris, le 8 février 1924.

Monsieur le préfet,

J'appelle à nouveau votre attention sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, maladie évitable, et je vous prie de vous référer à ma circulaire du 2 mai 1922 relative à la lutte contre les maladies

transmissibles par l'eau, ainsi qu'aux instructions, rédigées par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, conformément à la loi du 15 février 1902, dites « Instructions prophylactiques applicables aux maladies se manifestant par des symptômes intestinaux ».

Lorsqu'on se remémore brièvement les causes étiologiques directes de cette maladie : eau, lait, légumes mangés crus, huîtres, coquillages, aliments contaminés, on sent l'importance de l'enquête immédiate et compétente, sur place, dès qu'un cas suspect est signalé dans une localité.

De la rapidité avec laquelle l'alerte est donnée et les mesures prises, dépend le rayonnement ou l'extinction d'un foyer typhoïdique.

La cause de cette maladie étant due à l'introduction dans l'organisme par le tube digestif d'un germe typhique provenant d'un malade, d'un convalescent ou d'un porteur de germes, à l'aide de moyens différents et variables, la prophylaxie rationnelle consiste à empêcher tout germe émanant du malade, directement ou indirectement, d'arriver au contact du sol, de l'eau, des aliments, et à détruire sur place ces microbes spécifiques dès leur émission.

En conséquence, le principe à appliquer sans délai est la désinfection, en cours de maladie, organisée de telle façon qu'aucune matière organique provenant du malade ne puisse être projetée sur le sol, les fumiers, dans les fosses d'aisance non étanches, et, de là, gagner la nappe d'eau souterraine, infecter les puits, sources, canalisations, cours d'eau.

Des précautions seront également prises afin d'empêcher la souillure des personnes qui approchent le malade, et de celles qui sont préposées au ramassage du linge et à son blanchissage.

Les mains et les ustensiles de ménage seront particulièrement nettoyés et désinfectés ; le linge sera désinfecté avant d'être envoyé au blanchissage.

En résumé, ces mesures de petit assainissement visent la contamination immédiate et directe des personnes ou la contamination par intermédiaires (individus, mouches, objets). Elles relèvent au premier chef des médecins traitants et des services municipaux et départementaux d'hygiène, elles constituent les moyens d'urgence et de prophylaxie locale et individuelle à appliquer immédiatement, avec la vaccination antityphique, lorsque éclate la fièvre typhoïde dans une commune.

Les mesures de grand assainissement doivent avoir pour objet l'assainissement général de la localité (fumiers, purins, vidanges, égouts, etc.), l'alimentation en eau potable (puits, sources, etc.).

Elles sont d'ordre essentiellement édilitaire et comportent la surveillance constante des périmètres de protection, leur extension ou leur

création, l'épuration de l'eau susceptible d'être contaminée, la captation et l'amenée d'eaux pures.

Ce problème d'alimentation en eau est lié à celui de l'évacuation des matières et eaux usées.

S'il convient d'agir vite à l'aide des moyens de fortune, lorsqu'on n'est pas outillé en conséquence et qu'on se trouve surpris par l'apparition de la fièvre typhoïde dans une localité, il n'en est plus de même quand cette maladie y est déjà connue, qu'elle se manifeste d'une mantière intermittente ou qu'une épidémie a démontré le danger toujours possible d'une contamination nouvelle.

Le devoir des municipalités est tout tracé : l'approvisionnement en eau doit être étudié, et, si l'origine de la fièvre typhoïde est reconnue de nature hydrique, l'alimentation communale ou urbaine doit être améliorée à bref délai.

Il appartient à l'autorité préfectorale de prendre les initiatives nécessaires, particulièrement en vue de susciter les examens et les recherches indispensables.

Aussi, importe-t-il qu'une lutte méthodique et appropriée contre la fièvre typhoïde soit entreprise dans toute agglomération ayant présenté des cas non importés de cette affection, en vue de supprimer les causes d'insalubrité qui sont l'origine de la maladie et d'aviser aux moyens d'améliorer la situation par des travaux d'assainissement ou l'amenée d'eau potable.

La tâche est d'ores et déjà indiquée pour les pays où la fièvre typhoïde sévit ou a été signalée, mais il existe des localités atteintes, pour lesquelles l'administration sanitaire n'est pas prévenue : il convient que l'autorité préfectorale prenne les devants et soit renseignée par de sérieuses enquêtes sur place, avec le concours bienveillant des médecins traitants, en collaboration confraternelle avec les médecins des épidémies et des services d'hygiène.

Il est essentiel, Monsieur le Préfet, de reprendre cette œuvre de longue haleine, en débutant par la recherche des villes ou communes ayant commencé, avant la guerre, des travaux de captation de sources, destinées à transformer leur alimentation en eau potable, sans qu'ils aient été poursuivis et conduits à bonne fin.

Je vous prie de dresser un tableau de ces villes et communes, en me faisant connaître, dans le plus bref délai, la nature de ces travaux et toutes indications nécessaires permettant d'en apprécier la raison d'être et l'intérêt, ainsi que les raisons diverses, le plus souvent d'ordre budgétaire, qui s'opposent à la continuation et à l'achèvement de ces améliorations édilitaires et hygiéniques.

Vous y ajouterez l'estimation approximative des dépenses, que nécessiterait l'achèvement des travaux commencés ou projetés.

Dans une seconde série d'études, vous voudrez

bien, conformément à la présente circulaire, rechercher les localités éprouvées par la fièvre typhoïde, pour lesquelles aucun projet d'assainissement n'a été envisagé et me communiquer le résultat de vos enquêtes, ainsi que l'exposé des moyens en vue de réaliser l'assainissement du sol et du sous-sol, les adductions d'eau indispensables, les mesures d'épuration à prendre, etc.

Les deux parties de cette enquête, l'une et l'autre poursuivies avec compétence et avec méthode, sans la moindre pensée de pessimisme, sans qu'aucun discrédit puisse en résulter pour les administrations locales, dont la bonne volonté n'est pas en cause, sont faites pour accroître les garanties de sécurité des villes et des campagnes ; elles ne se heurteront autour de vous à aucune méfiance, à aucun malentendu.

Il vous appartient, monsieur le préfet, de stimuler les municipalités, en vue de la sauvegarde des vies humaines, à laquelle le devoir et l'intérêt nous ordonnent d'attacher le plus haut prix.

Paul STRAUSS.

(*J. O.*, 14 février 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Le diagnostic de la tuberculose dans les centres de réforme.

19405. — M. LE PROVOST DE LAUNAY, député, expose à M. le ministre des pensions que la précocité du diagnostic de la tuberculose a une importance capitale au point de vue médical, et demande au ministre de donner des ordres pour que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats soit effectuée dans les centres de réforme par la méthode d'enrichissement de Besançon et Philibert. (*Question du* 28 *novembre* 1923.)

Réponse. — Il résulte d'un avis récemment émis par l'Académie de médecine, à la demande du ministère des pensions, que la méthode d'autolyse à l'étuve du professeur Besançon est de date encore trop récente pour être introduite dans la pratique des expertises militaires.

(*J. O.*, 7 février 1924.)

Définition des sanatoriums privés.

20409. — M. GRINDA, député, demande à M. le Ministre de l'hygiène, quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un établissement soit considéré comme sanatorium privé répondant à la définition de l'article 7 de la loi du 7 septembre 1919 et, comme tel, soumis à la réglementation instituée par ladite loi. (*Question du* 30 *janvier* 1924.)

Réponse. — Pour pouvoir être considéré comme rentrant dans la définition de l'article 7 de la loi du 7 septembre 1919, un sanatorium doit répondre aux conditions ci-après : 1° avoir pour objet le traitement de la tuberculose par la cure d'air et de régime sous une surveillance médicale; 2° ne pas être géré par l'Etat, un département, une commune ou un établissement public, et dans le cas où l'établissement est géré par une association d'utilité publique ou une société de secours mutuels, n'avoir pas obtenu son assimilation à un sanatorium public par application de l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 7 septembre 1919. (*J. O.*, 15 février 1924.)

Application de la loi sur l'encouragement national aux familles nombreuses.

20491. — M. Antier, député, demande à M. le Ministre de l'hygiène, les raisons qui l'ont empêché de se conformer à l'article 8 de la loi du 22 juillet 1923, sur l'encouragement national aux familles nombreuses, prescrivant qu'un « règlement d'administration publique devra être rendu, après avis du conseil supérieur de la natalité, dans les six mois qui suivront la promulgation de la loi », et insistant pour que paraisse au plus tôt ce règlement qui doit fixer les conditions d'application de la loi et qui est attendu avec la plus grande impatience par les municipalités et les intéressés. (*Question du 5 février* 1924.)

Réponse. — Le projet du règlement d'administration publique prévu par l'article 8 de la loi du 22 juillet 1923, après avoir été préalablement soumis pour examen à une commission interministérielle, et pour avis au conseil supérieur de la natalité, est actuellement en discussion devant le conseil d'Etat. Le ministre de l'hygiène fera toute diligence en ce qui le concerne pour que ce règlement paraisse dans le moindre délai, et pour que les intéressés ne subissent aucun retard dans l'attribution des allocations auxquelles ils peuvent avoir droit.

(*J. O.*, 15 février 1924.)

Le service effectué par un médecin de réserve en exécution d'une convention ne peut être assimilé à une période d'instruction.

6149. — M. Laurent Thiéry, sénateur, demande à M. le Ministre de la guerre si le service accompli par un médecin de réserve comme chef de service conventionné dans un hôpital militaire correspond ou est assimilable à des périodes d'instruction. (*Question du 26 janvier* 1924.)

Réponse. — Les services effectués par un médecin de réserve, en exécution d'une convention, ne peuvent être assimilés aux périodes d'instruction.

(*J. O.*, 13 février 1924).

Quarante-sixième année — N° 10 — 9 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 506-IV)

(*Suite du Sommaire*)

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr ROLLAND, de Pont-de-Claix (Isère), la somme de huit francs, pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 79. — A céd., excell. cab. dent. tenu par doct. rég. Ouest, bénéf. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 80. — A louer 50 mill. radium élément. Bonnes conditions.

N° 81. — Dr 40 ans, dem. sit., stable assist. chir. gén. ou oto-rhino, gde ville préf. ; disp. cap.

N° 82. — Maison de cure climat., repos, régimes, 150 m. alt. 3 km. de mer et Cannes, vue splend. s. mer et mont., contag. et mentaux exclus, tout le conft., Dr Daniel, ex-int. hôpitaux. Le Cannet (A.-M.).

N° 83 — Auto Benjamin, 4 pl., roulé seul. 6.000 km compteur, pneus neufs, payée 12.000, cède 7.500, pressé.

N° 84. — A céder dans banl. imméd. de Paris, bonne clinique, ouverte l'ap.-midi, long bail, 3 pièces, inst. moderne, indem. 7.000. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 85. — Dans pet. ville rég. Ouest, poste rapp. 50.000 en augmentation, on traite av. 10.000 compt. pays riche, beau rayon, s'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. R. C. Seine, 46.851.

CORRESPONDANCE

Accident à un facteur des P.T.T.

Je viens à nouveau vous soumettre un cas qui se présente dans ma clientèle :

Un facteur des P. T. T. passant sur une route, lors de son service, près d'un attelage de bœufs, reçoit un coup de pied d'un de ces animaux.

L'administration des P. T. T. me demande ma note sur laquelle je compte mes visites à 10 fr., mes consultations à 6 fr. et le certificat 8 fr., selon le tarif local. L'administration me répond que d'après la loi sur les accidents de 1898, mes visites sont de 8 fr., consultations 7 fr. et certificat 5 fr.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si cet accident rentre dans la catégorie des accidents-loi et si l'administration des P. T. T. est dans son droit en me faisant appliquer le tarif de ces accidents.

Dr F.

Réponse.

Les employés de l'Administration des postes et télégraphes sont ou ne sont pas assujettis à la loi du 9 avril 1898, suivant qu'ils appartiennent au cadre auxiliaire ou au cadre permanent.

La raison de cette différence est, que le statut des derniers est régi par la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles qui règle leur situation en cas d'accident résultant de l'exercice de leurs fonctions, et exclut par là-même l'application de la loi de 1898, tandis que les premiers, qui ne bénéficient pas des dispositions de la loi de 1853, sont protégés par la loi de 1898 à raison du caractère industriel que présente l'administration des postes et télégraphes, en réalité, simple entreprise de transports gérée par l'Etat.

Il résulte de cette distinction que, si le facteur que vous avez soigné appartient au cadre permanent, les frais médicaux ne peuvent être supportés par l'Etat, et, qu'au contraire, s'il appartient au cadre auxiliaire, l'Etat est responsable de vos honoraires calculés sur les bases du tarif Breton, mais seulement du tarif Breton.

Frais médicaux après consolidation de la blessure. Accident du travail

La compagnie d'assurance L'A..... me faisant une réduction assez sensible sur une note d'honoraires, je vous envoie sa lettre en vous demandant si elle est bien en droit de faire cette réduction.

Cette affaire mérite d'être signalée, car elle peut exposer des médecins à des surprises.

En tous cas j'attends l'avis du service juridique du *Concours* pour répondre à l'assurance.

Dr E.

Réponse.

Il est bien exact que les soins médicaux et les médicaments ne sont dus par le patron que jusqu'à la consolidation et que ceux qui sont postérieurs à cette date ne peuvent être réclamés qu'au blessé lui-même.

Mais l'expert ne fixe pas souverainement la date de la consolidation et celle-ci ne peut être fixée légalement en cas d'incapacité permanente que par procès-verbal de conciliation devant le président du Tribunal ou par le Tribunal lui-même, qui n'est nullement lié par l'avis de l'expert.

Si aucune conciliation, ni aucun jugement n'est encore intervenu, il appartient au blessé de combattre la date proposée par l'expert, si elle ne répond pas à la réalité des faits et vous, médecin traitant, pouvez donner tous renseignements à l'avoué ou à l'avocat de votre client pour leur permettre de faire adopter une date autre que celle de l'expert.

Accident de droit commun Responsabilité des héritiers de la victime.

En juillet 1922, je fus appelé vers 2 heures du matin auprès d'un jeune homme de 25 ans présentant à la région épigastrique les symptômes d'une violente contusion avec shock intense. Après avoir donné les soins d'urgence, j'ordonnai le transfert du blessé dans une clinique distante de 60 kilomètres, et j'accompagnai moi-même le blessé dans l'automobile prêtée à cet usage. Une heure après l'arrivée à la clinique, et avant qu'on ait pu tenter la moindre intervention, le blessé décédait.

Ce blessé était employé dans une minoterie à L., et ses parents habitaient et habitent encore S. J'ai été appelé dans la nuit par un des témoins de l'accident que je n'ai plus revu ensuite. J'ai donné les premiers soins à la minoterie même, et la patronne de la minoterie m'a recommandé elle-même de prendre toutes les décisions que je jugerais nécessaires, sans penser toutefois engager sa responsabilité vis-à-vis de son ouvrier au point de vue honoraires.

Le père de la victime vient me voir quelques jours après et me dit qu'il me payerait. L'accident ayant eu une cause mystérieuse et que je n'ai pas cherché à élucider, j'ai appris que certains témoins de l'affaire auraient versé au père une certaine somme pour payer les frais et étouffer l'histoire. Or, le père a payé les frais, notamment le transport en auto à la clinique, mais refuse depuis de régler mes honoraires. Le juge de paix de S. a même tenté une démarche en conciliation qui n'a abouti à rien.

J'ai l'intention de poursuivre à fond cette affaire pour le principe plutôt que pour les honoraires demandés (150 francs). Je voudrais savoir à quel pourcentage de la somme le père d'un fils majeur peut être considéré comme responsable. D'autre part, je

ne tiendrais pas à me prévaloir de la responsabilité de la patronne au point de vue de mes honoraires. Cette dernière m'a engagé à faire tout ce qu'il fallait par pure humanité, et alors qu'il s'agissait d'un accident survenu en pleine nuit et hors de la minoterie.

Dr B.

Réponse.

Dans l'affaire dont vous nous entretenez, il ne s'agit évidemment pas d'un accident du travail : vous n'aurez donc pas d'action contre la patronne de la minoterie à moins d'un engagement formel de sa part de payer vos honoraires. Les seuls responsables sont les héritiers de la victime. Si celle-ci était célibataire et sans enfant, comme il semble résulter de votre lettre, ses héritiers sont ses père et mère, frères et sœurs. Vous devez les citer tous solidairement devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux, qui statuera en dernier ressort, votre demande ne dépassant pas 300 fr. Le père n'est pas tenu de la dette pour un pourcentage déterminé, mais pour une part proportionnelle à ses droits dans la succession de son fils ; s'il doit seul hériter, il est tenu pour le tout.

Rente de la veuve d'un accidenté du travail.

Un ouvrier vient de mourir à la suite d'un accident du travail. Son salaire a été évalué à 3.699 fr.

Il laisse une veuve sans enfant.

D'après votre article du 10 février la veuve a droit à une rente égale à 20 % du salaire de son mari, c'est-à-dire 739 fr.

Je voudrais savoir si cette veuve a le droit de racheter la rente et à quel taux. Elle est âgée de 37 ans.

Dr J.

Réponse.

Les rentes allouées en vertu de la loi du 9 avril 1898 ne peuvent être rachetées que dans des cas limitativement enumérés par la loi et qui ne peuvent s'appliquer à la veuve de la victime d'un accident.

Sur un salaire de base de 3.699 fr., la rente de la veuve est effectivement de 739 fr. par an.

Perte totale ou ankylose d'un doigt.

Je vous prie de me dire si la perte complète du fléchisseur du majeur gauche est assimilable avec la perte totale du doigt au point de vue I. P. P.

Une compagnie d'assurance qui admet 10 % d'invalidité pour la perte totale de ce doigt ne veut

donner que 6 % pour la perte du fléchisseur. La blessée doit-elle l'accepter (une femme de ménage qui fait la cuisine et qui cire les parquets).

Dr D.

Réponse.

Le Guide-barème des pensions militaires souvent employé pour les accidents du travail, indique 8 % pour l'amputation du médius gauche et de 4 à 12 % pour l'extension permanente du même doigt.

Imbert, Oddo et Chavernac (Evaluation des incapacités) proposent également 8 % pour la perte totale de ce doigt et 12 % pour l'ankylose complète des trois articulations.

Donc la diminution proposée par la compagnie peut, non seulement ne pas être justifiée, mais pouvoir être remplacée par une majoration. En effet, il est souvent plus gênant, pour travailler, d'avoir un doigt ankylosé que de n'en pas avoir du tout.

Radiation des cadres du service de santé.

Abonné du *Concours médical*, je vous serai très obligé de me donner le renseignement suivant :

J'ai reçu le 5 juillet 1923 de la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris une note me demandant si je désirais ou non être rayé des cadres. J'ai répondu affirmativement. Or, en fait de radiation, j'ai reçu ces jours-ci un ordre individuel m'affectant en cas de mobilisation au fort de V. Alors ?.....

Je suis né en juin 1875 et père d'un enfant. J'ai le grade de médecin major de 2e classe de territoriale.

Suis-je dégagé de toute obligation militaire et comment, si oui, pourrai-je obtenir ma radiation des cadres définitive ?

Dr D.

Réponse.

L'envoi de cet ordre de mobilisation est certainement le résultat d'une erreur matérielle. Votre classe est dégagée de toute obligation militaire, et vous ne pouvez être maintenu dans les cadres que sur votre demande.

Adressez une lettre en ce sens au directeur du Service de santé du G. M. P., dans laquelle vous renouvellerez votre désir d'être rayé des cadres et vous ne pouvez pas ne pas obtenir satisfaction.

Démission du grade de médecin aide-major

Je viens vous demander encore un renseignement. J'ai été remis soldat de 2e classe à la 2e section d'infirmiers militaires à X., comme me le fait savoir mon fascicule de mobilisation pour avoir soi-disant donné une démission d'aide-major de 1re classe à titre dé-

finitif (grade avec lequel j'ai fait la guerre) en demandant à suivre le sort de ma classe.

Mais, je croyais que du fait d'être docteur en médecine et d'avoir satisfait à l'examen demandé, on devait faire les périodes au moins comme médecin auxiliaire, pourquoi suis-je remis d'office de 2e classe et me vois-je obligé en cas de période à exécuter à mener l'existence de soldat de 2e classe soumis aux vexations que je suis payé pour les avoir connues, des sous-officiers au service de santé ?

Ci-joint un timbre pour la réponse avec mes excuses pour l'ennui que je vous donne de ressasser ces questions militaires, mais tel renseignement à mon avis peut servir à un confrère trompé comme moi par la belle loyauté des militaires qui vous demandent de prendre une décision en négligeant totalement de vous préciser ce à quoi vous pouvez vous exposer en la prenant, témoin le fait de vouloir passer de la réserve à la territoriale ; j'étais loin, je vous prie de le croire, de savoir que de ce fait j'étais sensé démissionner d'un grade qui avait l'avantage de me donner un semblant de tranquillité.

Dr Y.

Réponse.

L'autorité militaire a suivi vos désirs. Vous pouviez avoir avantage à donner votre démission ; ainsi, il est dit à l'article 17 de la loi sur le recrutement (avril 1923) que « les militaires non officiers ayant accompli au moins cinq ans de service sont dispensés de la *moitié* des périodes d'exercice de la première réserve ». Or, la durée totale de ces périodes pour les hommes de troupe ne peut excéder huit semaines (art. 49), et pour les officiers, elle est de 2 mois.

Il n'est pas logique de penser que vous soyez, malgré tout, appelé à faire des périodes comme soldat de 2e classe. Ecrivez donc à votre directeur et demandez-lui, chose qu'il peut faire, de vous nommer sous-officier tout au moins, et mieux médecin auxiliaire à votre section d'infirmiers. Le mal sera ainsi partiellement réparé. Nul doute qu'en cas de guerre vous ne récupériez en peu de jours votre grade de médecin de réserve : on en aura trop besoin pour que la chose n'arrive pas.

Déclaration des revenus.
Amortissement du prix d'achat d'une automobile. Déduction des impôts.

Commé abonné au *Concours médical*, je me permets de demander à M. Martinot, qui répond toujours avec une inlassable patience et avec une grande clarté à toutes sortes de questions, de bien vouloir examiner la façon dont je remplis la formule de déclaration ci-jointe, et de bien vouloir, à l'aide des renseignements que je lui envoie, effectuer toutes les corrections nécessaires.

Le chiffre de ..... francs représente le bénéfice global de ma profession médicale pour toute l'année, dont il faut déduire le chiffre des dépenses professionnelles soit .... francs. Mais dans ce dernier chiffre ne figure pas l'amortissement de ma voiture automobile que je calcule ainsi : 8.900 fr. son prix d'achat, amorti en 2 ans, soit 4.450 fr. par an : j'ai acheté cette auto le 1er novembre 1922.

D'autre part, j'ai eu à payer, l'année dernière ... fr. d'impôts divers, où dois-je les faire figurer dans la formule en question ?

Dr Z.

Réponse.

Une auto neuve s'amortit, à moins de circonstances exceptionnelles (fréquence des sorties, mauvais état des routes) en cinq années. Si le contrôleur vous demande de justifier votre bénéfice professionnel, il est probable qu'il contestera la durée d'amortissement (2 ans).

Les impôts doivent figurer au tabeau VI de la déclaration.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Exerciec simultané de la médecine et de la pharmacie. Impôts applicables.

Je suis installé à M. comme pharmacien et j'ai naturellement payé tous les impôts (patente, etc.) pour 1923.

Je n'exerce pas la médecine ou du moins, très, très rarement j'ai à donner une consultation, gratuitement le plus souvent. Pour être en règle, j'ai déposé à la préfecture mon diplôme de médecin, et ce, en 1922.

En 1922, on ne m'a rien réclamé comme médecin, mais je reçois aujourd'hui un avertissement pour payer à titre de médecin 25 fr. de patente et des impositions locales, le tout formant 93 fr. 35 pour 1923.

Dois-je deux patentes, même au cas où j'exercerais la médecine ? Je ne puis déclarer d'impôt sur les bénéfices des professions libérales, n'en réalisant pas, Ne me taxera-t-on pas à nouveau d'office pour ce dernier impôt ?

Dr X.

Réponse.

1° Est imposable à la patente le médecin qui exerce la médecine, lorsqu'il n'est pas établi et qu'il se borne à donner gratuitement ses soins aux pauvres (1854, 227-A, 13, 28 décembre 1853, ministre des Finances, c. Lorin, Aisne).

2° Si vous ne réalisez pas de bénéfices dans l'exercice de la médecine, vous ne sauriez être soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions libérales en tant que médecin.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Les pensions des mutilés de guerre sont exemptes d'impôts

Pensionné avec 50 % d'invalidité (médecin A. M. de 1re classe, 1er échelon) et touchant de ce fait 1825 fr. veuillez me dire si je dois ajouter cette somme sur ma feuille de déclaration d'impôt sur le revenu.

Dr N.

Réponse

Les pensions servies aux mutilés en vertu de la loi du 31 mars 1919 sont exemptes d'impôt.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Déclaration du revenu des propriétés foncières.

Est-on en droit, pour la déclaration du revenu des propriétés bâties, de déclarer seulement le revenu cadastral ? Et si oui, peut-on encore déduire de ce revenu le montant des impositions ?

Dr N.

Réponse

Le contribuable qui souscrit sa déclaration d'impôt général peut porter au revenu des propriétés foncières suivant que l'une des deux molités l'avantage :

Soit le revenu net forfaitaire figurant sur l'avertissement foncier. Dans ce cas, du fait qu'il y a forfait, il ne peut en être opéré aucune déduction ;

Soit le revenu net effectivement réalisé. Il est obtenu en défalquant du montant des loyers réellement encaissés et augmenté des avantages en nature... les frais de gestion, d'entretien, les impôts, l'amortissement du capital.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Appareil plâtré genre mal de Pott.

Permettez-moi d'avoir une fois de plus recours à votre amabilité pour éclaircir ou plutôt compléter un point du tarif Breton : il me semble que la tarification du grand corset plâtré type mal de Pott, a été omise.

J'ai eu récemment à expliquer un tel appareil pour une fracture du rachis lombaire, par écrasement, et je ne sais à quoi assimiler mon appareillage.

Notez que l'application est une opération assez longue et qu'il faut la compléter ultérieurement par un

(Voir la suite page XLVII 553)

PROPOS DU JOUR

Le sanatorium et la défense contre la tuberculose en tant que maladie sociale.

Une discussion passionnée au Conseil général de la Seine, au sujet de l'acquisition par le département du château de Franconville pour en faire un sanatorium, a remis à l'ordre du jour la question de l'utilité du sanatorium dans la lutte contre la tuberculose en tant que maladie sociale.

L'achat du château de Franconville ne nous intéresse guère ici. Nous n'avons pas à prendre parti dans des débats violents, où peut-être l'intérêt des tuberculeux et de la santé publique ne jouait qu'un rôle secondaire et il nous répugne de soupçonner, si peu que ce soit, les mandataires élus de la Seine d'avoir voulu favoriser une affaire au détriment des finances du département. A quelque parti politique qu'ils appartiennent nos élus savent bien tous qu'aux heures critiques que nous vivons, toute dépense inutile se traduit par répercussion en une augmentation du coût de la vie qui frappe surtout durement les familles les plus nombreuses et les gens les moins fortunés.

Nous abordons la question à un point de vue général. La création d'un sanatorium est-elle dans la lutte *sociale* contre la tuberculose une création utile ? Les dépenses qu'elle nécessitera donneront-elles au point de vue social le maximum de résultats que l'on pourrait obtenir avec un emploi plus judicieux de la même somme d'argent ?

A ces deux questions, nous n'hésiterons pas à répondre : *non.*

Le sanatorium est un instrument de cure et non un organisme de prophylaxie. Ceci est admis par tout le monde.

Pour bénéficier de la cure dans un sanatorium, il faut une sélection très judicieuse des malades qui doivent y être envoyés. Ceci n'est encore pas discuté.

Pour que le sanatorium donne des résultats utiles au point de vue social, il faut que le malade qui en sort, *avec les apparences de la guérison*, puisse reprendre une vie normale, travailler, nourrir sa famille, ou s'il n'en a pas encore, être dans des conditions de santé telles qu'il puisse sans danger à venir fonder une nouvelle famille, la nourrir et l'élever. Trente-deux ans d'exercice de la médecine, et trente et un ans de service d'Assistance médicale à domicile à Paris, dans le même quartier, où nous avons pu suivre pendant de longues années des tuberculeux soignés au sanatorium populaire, nous permettent d'affirmer le fait suivant sans crainte d'être démenti par des médecins qui ont une expérience analogue à la nôtre : *très rarement, pour ne pas dire jamais, le malade peu fortuné qui sort du sanatorium avec les apparences de la guérison, reste définitivement valide, s'il retombe (ce qui est la règle, et pour lui presque toujours une nécessité) dans les conditions d'existence où il se trouvait avant d'être admis au sanatorium.*

Donc le sanatorium populaire, instrument de cure et non de prophylaxie, ne cessons pas de le répéter, s'il peut dans des cas très exceptionnels donner des résultats excellents, ne peut, *au point de vue social*, être considéré comme un moyen d'atténuer le péril tuberculeux.

N'y aurait-il pas surtout, à l'heure présente, un meilleur moyen de poursuivre efficacement la lutte antituberculeuse ? Evidemment, oui, il en existe un, connu depuis longtemps et nous ne comprenons pas pourquoi ce moyen a été relativement négligé, notamment à Paris, car c'est lui qui aurait dû et devrait absorber, surtout à ce jour, la presque totalité des disponibilités budgétaires. Ce moyen consiste à poursuivre la résolution du problème de l'habitation salubre, à construire le plus possible de maisons saines et bien exposées, permettant de détruire les taudis et les foyers tuberculeux qui, depuis près d'un demi-siècle, sont signalés par le casier sanitaire des maisons de Paris.

La ville de Paris, depuis le déclassement des fortifications, ne manque pas de terrains où il serait facile d'élever des maisons bien construites, et bien exposées. Il serait tout aussi facile de réserver autour de ces maisons des espaces libres et des squares.

L'utilisation des millions, destinés à l'installation de sanatoriums d'une efficacité discutable, à la construction de maisons saines à loyers modérés donneraient dans la lutte antituberculeuse des résultats infiniment supérieurs à toute autre tentative.

En créant les Offices publics d'hygiène sociale qui se sont tout d'abord attachés à préserver l'enfant, on a fait œuvre utile. En cherchant à hospitaliser les tuberculeux contagieux qui sont un danger social, surtout dans la promiscuité affreuse où la crise du logement oblige la population des grandes villes à vivre à l'heure actuelle, l'on fait encore œuvre de prophylaxie. Mais en créant à grands frais des sanatoriums populaires pour donner à quelques malheureux l'illusion de la guérison, les pouvoirs publics commettent une lourde erreur qui porte un grave préjudice à l'ensemble de la population. Ces millions devraient être employés à la lutte contre le taudis, à la solution rapide de la crise du logement dont le retentissement sur la natalité a beaucoup plus d'importance qu'on ne se le figure.

Nous fûmes récemment prié par un de nos amis d'aller rendre visite, dans le XIIe arrondissement, à une jeune femme, tombée malade et dont le mari était sorti depuis peu d'un sanatorium populaire. Le malheureux avait repris son travail et, au bout de quelques semaines, avait rechuté. Le quartier était sain et le couple habitait dans une maison bien construite, une chambrette unique, bien que propre et très aérée. Un unique lit et assez étroit occupait presque toute la chambrette, et nous voyons encore le geste de dépit et de colère du vieux confrère qui soignait la malade et nous avait donné rendez-vous.

« A quoi bon, nous disait-il, envoyer des malheureux dans un sanatorium, si en sortant, ils retombent malade, et viennent contaminer dans une aussi dangereuse promiscuité leur famille. Il n'y a qu'une solution au problème antituberculeux, c'est celle de l'habitation »

« Eh ! oui, lui répondîmes-nous. Ici encore le quartier est sain, la maison est propre, ensoleillée et bien aérée, mais allez dans le centre de Paris, rue de l'Hôtel-de-Ville, rue Quincampoix, sur la rive droite, ou rue Maître-Albert, rue Zacharie, rue Saint-Médard, rue Mouffetard sur la rive gauche. Visitez la cité Jeanne-d'Arc, les maisons ouvrières du faubourg du Temple, de Belleville, Charonne et Ménilmontant et vous verrez, cher confrère, combien plus encore vous avez raison ».

Pour combattre la tuberculose efficacement d'énormes sacrifices sont nécessaires. A l'heure actuelle, les ressources sont limitées et pour faire œuvre utile, il est de toute nécessité d'employer les moyens qui peuvent donner *socialement* les résultats les plus complets et les plus rapides. En construisant des sanatoriums alors que la crise du logement n'est pas résolue et que la question des taudis et des foyers tuberculeux reste pendante, ceux qui ont la charge de sauvegarder la santé publique, font une mauvaise besogne. Ils mettent, comme dit le proverbe, la charrue devant les bœufs.

Nous avons pris Paris comme exemple, parce qu'il nous fournit la plus éloquente démonstration. Mais ce que nous venons d'écrire sur la capitale est rigoureusement vrai pour toutes les villes grandes et petites.

Après le sauvetage de l'enfance, de la graine, comme disait Grancher, en citant Pasteur, la première préoccupation dans la poursuite de la préservation contre la tuberculose doit être celle de la salubrité de l'habitation. C'est une vérité banale, une redite, presqu'un rabâchage, mais qu'on ne saurait trop répéter puisqu'on n'hésite pas à l'oublier en construisant et aménageant de coûteux et de socialement inutiles sanatoriums. prétendus populaires.

J. Noir.

R. H. M. S. : 7040.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA SYPHILIS IGNORÉE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

II. Le problème des entérites (1)

Par le Dr LEREDDE.

Le mot « syphilis » figure, dans quelques livres, parmi les causes des entérites : ceci ne veut pas dire que l'existence d'une entérite hérédosyphilitique soit connue, qu'elle soit recherchée, qu'elle soit traitée comme syphilitique, en particulier chez les enfants.

Les chapitres consacrés à l' « étiologie » dans nos livres de médecine sont encore, il faut l'avouer, d'une banalité singulière, à de rares exceptions près. Entre les causes prédisposantes, agissantes, quelquefois même les causes occasionnelles, l'école topologique n'établit, en général, aucune hiérarchie, et les auteurs qui incriminent des infections à l'origine de tel ou tel syndrome les énumèrent au hasard, les inscrivent sur le même plan ; ils semblent craindre d'en oublier une seule. Dans nos livres, la syphilis est cause d'entérites, comme la rougeole, la scarlatine, la diphtérie et dix autres maladies de l'enfance.

L'existence d'une entérite hérédosyphilitique a été entrevue par FOURNIER qui parle d'un enfant né de parents syphilitiques, dont les troubles intestinaux s'amélioraient sous l'action de la liqueur de Van Swieten (2). FOURNIER n'a malheureusement pas poursuivi de recherches chez les nourrissons, et ne s'est occupé que des formes « spécifiques » de la syphilis intestinale, dans le but surtout de démontrer que la maladie peut atteindre tous les organes, et qu'on doit y penser chez tous les malades.

II

Voici une observation admirable, qui permet à elle seule d'affirmer 1° l'existence d'une entérite hérédosyphilitique chez l'enfant du premier âge et 2° sa curabilité par les arsénobenzènes.

OBSERVATION I. — Raymond M., vu le 19-10-21 est né à terme, *jumeau*. L'accouchement s'est fait sans difficultés. Les deux enfants ont été nourris au sein, pendant 6 semaines, puis au biberon coupé d'eau (lait : 95, eau : 20) toutes les 3 heures.

Jusqu'à 5 mois, les deux enfants vont bien. Puis l'un et l'autre présentent sans cause connue de l'entérite, diarrhée persistante, puis période de constipation. L'un des deux meurt à 7 mois 1/2. L'autre m'est amené à 9 mois MOURANT.

Son poide est de 4.500 grammes (poids normal: 8.250). *Sur le seul fait de la gémellité*, une injection de sulfarsénol (0 gr. 01) est faite le jour même; l'examen de la mère est remis à huitaine.

25-10-21. Mme M., 33 ans, se porte bien, n'a jamais eu de signes de syphilis. W = 0 ; H = 0 ; J = 0. Aucun stigmate (réflexes, yeux, système osseux). Les dents sont mal plantées, quelques unes sont tombées, langue scrotale.

Le mari, que je n'ai pu voir, « se porte bien », dit-elle (migraines).

Mme M. a eu un premier enfant qui est mort à 19 mois. Cet enfant *nourri au sein* avait eu de l'*entérite*. La mère attribue sa mort à une méningite.

Deux fillettes, 4 ans et 2 ans, « se portent bien », dit la mère, comme son mari. Je reparlerai de ces enfants.

25-10-21. Raymond M., va un peu mieux, a gagné 190 gr.

Le traitement est continué ; l'enfant reçoit de 8 en 8 jours des injections de sulfarsénol à 1,5, 1,5, 1,5, 2, 3, 3, 4, 5, 5, 6, 6 (17 janvier). Poids le 20 novembre : 5 kgr., le 17 janvier : 5670. Pas d'incident sauf à la fin de novembre où une injection est suivie de constipation avec météorisme et fièvre.

Repos du 17 janvier au 4 février. L'enfant pèse à cette date 6.900 gr. Injections de sulfarsénol à 2, 3, 4, 6, 8, 10 centigr. Poids le 14 mars : 8.020 gr. (poids normal 9.500).

La mère, sans me demander conseil, l'emmène à la campagne où il a une coqueluche et une otite, sans gravité d'ailleurs.

L'enfant est ramené à mon dispensaire le 21 novembre. Poids 10 kgr. 900, c'est-à-dire qu'il a son poids normal. Il présente depuis deux mois de belles SYPHILIDES PAPULO-CRUSTACÉES sur le ventre, quelques éléments isolés sur les cuisses et les avant-bras.

Le traitement a été repris : les syphilides ont disparu en quinze jours. Depuis novembre 1922, l'enfant a reçu 23 injections de sulfarsénol et d'éparsénol Il pèse, le 16 novembre 1923, 12.600 gr., c'est un

(1) *Concours médical* : 27 janvier 1924 : Le problème des méningites.

(2) Traité de la syphilis, tome II, fasc. 2.

petit gaillard vigoureux, musclé, qui jase sans interruption.

J'ai promis de parler de ses deux sœurs. L'aînée, Denise, 5 ans, a été vue en mars 1923. Elle a eu une rougeole, une diphtérie, une coqueluche en 1922 et tousse un peu depuis.

Examen hématologique le 22-3-23.

Hémog. = 70 % ; Hématies = 2.880.000 ; Leucocytes = 22.000 ; v. glob. = 1.09 ; Polynucléaires = 18 ; Mono = 7 ; Lympho = 32 ; Eosin = 12,5 ; Myél-éosino = 1,5.

Gilberte, 3 ans, n'a jamais été malade. Quelques troubles intestinaux actuels.

Examen hématologique : Hémog. = 70 ; Hématies = 3.160.000 ; Leuc. = 9.600 ; v.glob. = 0.99 ; Polynucléaires = 41 ; Mono = 6 ; Lympho = 46,5 ; Eosin = 5,5 ; Mastzellen = 1.

Je possède deux autres observations, également précieuses, d'entérite hérédosyphilitique chez un adolescent et une jeune fille adulte.

Observation II. — P. C., 14 ans, m'a été confié en mai 1921 par le Dr Roger Savignac.

Il est atteint d'entérite depuis le 10e mois. Malgré tous les soins, les troubles intestinaux ont persisté et se sont même aggravés. En 1917, on a porté le diagnostic de *tuberculose intestinale*. Les selles étaient toujours liquides, malodorantes. Accès fébriles : *la température, après une marche d'une demi-heure, s'élevait à* 38°5. L'enfant est resté au lit pendant près d'un an. Amélioration depuis, grâce à un régime sévère, mais faiblesse générale persistante, poussées thermiques après tout effort, troubles intestinaux au moindre prétexte. W = 0 ; J = 0 ; *Hecht positif*. Aucun stigmate (dentaire, etc.).

La mère présente une séro-réaction positive (W = 0 ; H = +). Ecartement des incisives médianes supérieures. Il est possible que le fils soit atteint d'une infection de deuxième génération.

Traitement régulier par le novarsénobenzol du 25 mai 1921, au 4 novembre 1922. Les troubles intestinaux disparaissent, les selles sont moulées *en l'absence de tout régime*. M. C. peut marcher huit heures *sans aucune élévation thermique.*

Plusieurs examens hématologiques ont été faits. Le premier, au 25-5-21, donnait les chiffres suivants : hémoglobine = 75, hématies = 2.400.000, polynucléaires = 46 % ; le dernier, 13-7-22 : hémoglobine = 75, hématies = 4.260.000, polynucléaires = 68 %.

Observation III. — Mlle Mal., 25 ans, m'a été également confiée par le Dr Savignac. Cette jeune fille a toujours été de santé délicate. Elle a eu une première crise d'entérite à l'âge de 4-5 ans. Soignée en 1915, par le Dr Audrain, de Caen (elle a engraissé de 14 livres à cette époque.) A 18 ans, nouveaux accidents, qui ont persisté. Les selles sont fréquemment diarrhéiques ; il existe, en outre, des troubles gastriques (crampes, brûlures, sensations de pesanteur), maigreur. Le poids n'est que de 47 kgr., quoique la taille soit normale.

W = 0 ; J = 0 ; *Hecht positif*. Dents mauvaises, mal plantées, sans stigmates. Réflexes rotuliens vifs. Mlle M. est née à 7 mois. Le père est mort à 48 ans hémiplégique, la mère à 47 ans, basedowienne.

Elle a été traitée dans une maison de santé où on a fait des injections de sulfarsénol de 0,12 à 0,30 ; 5 jours d'intervalle de la première à la deuxième, 2 de la deuxième à la troisième, 2 de la troisième à la quatrième, 3 de la quatrième à la cinquième et de la cinquième à la sixième. On ordonne à la malade de se suralimenter après chaque injection.

Après la sixième à 0,30, la malade qui a gagné 2 kgr. a une crise d'entérite formidable et en perd 5 ou 6. Nouvelle crise au cours d'un traitement par le cyanure de mercure (1).

Le traitement (sulfarsénol) est commencé à mon dispensaire le 15-3-1922 ; les injections sont faites *tous les 8 jours* ; pendant 10 mois, la dose de 0,30 ne peut être dépassée ; mais en février 1923, on peut injecter 0,48.

Amérlioration graduelle. Séro-réaction négative en janvier 1923 ; le Dr Savignac supprime tout régime. A cette époque, les selles sont normales depuis 7 mois (depuis 1915, Mlle M. n'avait de selles normales qu'une ou deux fois par mois.)

***

Reste à connaître la fréquence des entérites hérédosyphilitiques, leur importance au point de vue pratique, en particulier chez l'enfant du premier âge.

La syphilis congénitale est elle-même d'une fréquence extraordinaire, reconnue par les médecins d'enfants qui ont étudié la question (2).

Mais la syphilis n'est jamais recherchée, semble-t-il, chez les enfants atteints de troubles intestinaux, à moins qu'ils ne présentent d'autres signes tels qu'une grosse rate, des vomissements répétés, des végétations adénoïdes précoces, etc. L'entérite ne figure pas sur la liste des signes de la syphilis du nourrisson, que M. Marfan a établie dans ses travaux récents. En pratique, les troubles intestinaux sont toujours attribués par les médecins d'enfants (et les praticiens à leur exemple) à des fautes alimentaires.

Je serai le dernier à contester l'importance de celles-ci, et les services admirables que les mé-

(1) Leredde et Loiselet. — La pagaïe syphiligraphique. *Annales des maladies vénériennes*, juin 1923.

(2) Je rappelle que M. Marfan indique le chiffre de 30 pour cent, parmi les enfants, et que MM. Lemaire et David (*Le Nourrisson*, sept. 1923), ont trouvé 190 enfants syphilitiques sur 1.000, en tenant compte seulement de ceux qui présentaient des signes de certitude ou des signes multiples de probabilité, *c'est-à-dire en excluant ceux chez lesquels l'infection était latente.*

decins d'enfants ont rendus au point de vue social, en organisant la lutte contre les erreurs d'hygiène alimentaire chez le nourrisson, et en diminuant ainsi la mortalité infantile (1). Mais il est bien permis de contester l'importance *exclusive* attribuée à ces erreurs, et il est temps de rechercher si, dans des cas nombreux, d'autres causes de troubles gastro-intestinaux ne restent pas inaperçues.

***

J'ai pris soin, depuis deux ans, d'interroger les parents des enfants que j'ai vus à mon dispensaire, sur l'existence de troubles intestinaux chez ceux-ci. J'ai réuni 24 autres observations dont voici le résumé.

Observation IV.— Nicolle Sp., 3 mois, Grossesse normale, accouchement normal, née à terme, nourrie au sein. Diarrhée depuis quelques jours, sans cause connue. Léger eczéma facial. L'enfant dort bien. Hémoglobine : 65 %, hématies : 4.040.000, polynucléaires : 18 %. La mère présente de l'eczéma des mains. Réflexes rotuliens très faibles. Elle a deux autres enfants. L'aîné, 14 ans, est atteint de ptosis gauche depuis quelques années. Dents vilaines, poinçonnées. Le frère, plus jeune, le père, n'ont pas été examinés.

Observation V. — Raymond Gir., 3 mois. Grossesse normale, accouchement normal. Nourri au sein. Constipation persistante depuis le deuxième mois. Hydrocèle droite. Poids 3.890 (normal 4.800).

Anémie (3.880.000) avec hypochromie (65 %) et monocytose (P = 28,5 %). La mère a une S. R. (W + H + J) négative. Une fausse couche, deux autres enfants qui se porteraient bien (?). Père non vu.

L'enfant traité par l'éparséno se développe douc façon remarquable. L'hydrocèle, les troubles intestinaux disparaissent.

Observation VI. — Jean Fou., 3 mois 1/2, né à terme, nourri au sein. Strabisme convergent de l'œil droit. Diarrhée, vomissements après les tétées. Hypochromie (60) avec monocytose (P = 33,50 %).

La mère présente des stigmates dentaires (dents crénelées, en tournevis : W = 0 ; H = +.

Observation VII. — Paulette Cer., 6 mois 1/2. Née à terme. Accouchement normal. Nourrie au sein jusqu'à 3 mois, puis biberon. Enfant très nerveuse qui a eu de la diarrhée à de nombreuses reprises, sans cause connue.

Anémie (3.600.000) avec hypochromie (55) et monocytose (P = 18,50 %). La mère est épileptique, a perdu un enfant de méningite. W + H + J = 0. La mère a présenté des troubles oculaires soignés par l'huile grise.

Observation VIII. — Raymonde Vil., 9 mois, née à terme. La grossesse a été normale. Nourrie au sein jusqu'à 6 mois, biberons depuis. Diarrhée verte pendant les premiers mois. Végétations adénoïdes, grosse rate. Anémie (2.750.000) avec hypochromie (55) et monocytose (P = 29 %). Amélioration considérable après 15 injections d'éparséno : hématies : 4.040.000, hémoglobine 65 %, polynucléaires 34 %.

La séro-réaction (W + H + J) est négative chez la mère, qui ne présente aucun signe et aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Un examen du L.C.R. fait chez cette femme a révélé une *légère* hypertension et une *minime* lymphocytose (1,9 L. par mmc.)

Observation IX. — Emile Mas., 10 mois 1/2, est né à terme. Nourri au sein pendant un mois, puis alimentation artificielle. Entérite persistante, gros ventre, crâne déformé. L'enfant a été mené à Trousseau où on a fait une séro-réaction chez la mère : celle-ci ayant été négative, on a porté le diagnostic de rachitisme (!).

Or, la mère, 24 ans, dolichocéphale, présente une réaction de Hecht positive. Elle a déjà eu un autre enfant qui a présenté des troubles d'intestins pendant les premiers mois.

Observation X. — Eugène Lem., né en juin 1922, 11 mois, est né à terme, a été nourri au sein jusqu'à 3 mois. Soigné à Bretonneau à 4 mois pour « entérite et convulsions ». Troubles intestinaux persistants depuis.

(Cet enfant auquel je n'ai pu faire qu'une injection d'éparséno est mort à Bretonneau en août 1923 (convulsions).

La mère 31 ans (W + H + J = 0) a eu 13 enfants et 2 fausses couches. 8 autres enfants sont déjà morts à Bretonneau (entérite, convulsions). J'en ai vu deux autres, l'une Germaine 3 ans, a toujours été malade. Gros ventre, entérite persistante : l'autre, Antoinette 14 ans, atteinte d'entérite chronique, présente des cicatrices ganglionnaires cervicales. L'une et l'autre ont été nourries au biberon.

La mère de Mad. Lem. a eu 15 enfants, dont 9 morts en bas âge !

Observations XI et XII. — Jacqueline Sév., 10 mois, est née à terme (placenta gros, hydramnios) nourrie au sein jusqu'à 5 mois. Diarrhée persistante depuis le huitième, qui a disparu, mais l'enfant vomit maigrit, paraît condamnée.

Sévérine Sév., 32 mois est née à terme. Diarrhée,

(1) Celle-ci (de 0 à un an), est tombée en France de 258 pour 1.000 (1892) à 124 (1911), d'après Nobécourt et Schreiber. Mais elle est encore supérieure à ce qu'elle est dans les pays voisins, non menacés par la dépopulation, et ce fait prouve à lui seul l'insuffisance flagrante de nos administrations d'hygiène et l'indifférence des pouvoirs publics.

vomissements, dans les premiers mois, quoique nourrie au sein. Elle a été menée aux Enfants-Malades où on a constaté une grosse rate et prescrit des frictions mercurielles *pendant quinze jours* (*sic*). Amélioration. A 7 mois, les accidents reparaissent. Nouveau traitement de *quinze jours* ! Nouveaux accidents à 14 mois. Potion mercurielle pendant deux mois.

Les fonctions intestinales restent défectueuses les selles malodorantes, l'enfant est pâle, paraît fatigué.

Le traitement par le novarsénobenzol, poursuivi pendant 6 mois, a amené une véritable résurrection chez la première fillette dont le poids est passé de 7.170 gr. le 18 septembre, à 10.800 le 21 février 1921. Amélioration graduelle, mais plus incomplète chez l'aînée.

La mère présente des céphalées persistantes, un peu d'albuminurie W + H + J = 0. Fatigue. La fatigue et les céphalées disparaissent au cours du traitement par le novarséno.

Observation XIII. — Marcel Bord., 19 mois, né à terme. Accidents intestinaux réitérés (alimentation artificielle). Convulsions à 17 mois. Très nerveux, dort mal. Strabisme intermittent. Taches pigmentaires sur le corps (le père est atteint de *neuro-fibromatose*). La mère, 48 ans (W + H + J = 0) présente de l'hypertension artérielle ; elle a perdu un enfant « estropié » de « convulsions » à 28 jours. Elle a deux autres enfants vivants, dont un est « chétif ».

Observation XIV. — Paul Del., 12 mois, né à terme, a eu des convulsions à 4 mois. Crises d'entérite de temps à autre.

Hypoglobulie (3.360.000), hypochromie (55), leucocytose (11.000) monocytose (P = 30 %).

La mère, 28 ans, présente un rétrécissement mitral pur ; W +, H +, J = 0, L.C.R. normal ; sa mère a eu des troubles cérébraux et a perdu une fillette à 5 ans.

Observation XV. — Renée Léc., 2 ans 1/2, née à terme, l'accouchement a été difficile. Nourrie au sein. Troubles d'estomac, bâillements, alternatives de diarrhée et de constipation. Hypochromie (55 %), hypoglobulie légère (4.000.000), leucocytose légère (10.000), monocytose considérable (P = 18,50 %).

Les troubles digestifs disparaissent au cours du traitement. Le taux de l'hémoglobine s'élève à 80, celui des polynucléaires à 45. *Je n'ai trouvé aucun signe précis de syphilis chez la mère* ; le père est un hérédo-syphilitique certain.

Observation XVI. — Sam. Gag., 5 ans 1/2, nourrie au sein. Entérite, diarrhée, constipation, vomissements, jusqu'au sevrage.

Le tube digestif reste sensible.

Hypoglobulie légère (4.040.000), hypochromie légère (70), monocytose (P = 42 %).

Une sœur, Paulette, 3 ans 1/2, présente également de l'hypochromie (55) avec monocytose (50 %) et légère hypoglobulie (4.080.000). Eczéma lichénifié des membres. La mère est strabique (mère morte de rétrécissement mitral).

Le père est hérédo-syphilitique (W = 0 ; H = + J = 0). Pelade de la barbe. Eczéma lichénifié des membres depuis plusieurs années.

Observation XVII. — Albert Pou., 8 ans, souffre d'entérite depuis 2 ans, selles moulées mais d'odeur fétide, quelques coliques. Glossite exfoliante marginée.

Opéré à 7 ans pour végétations adénoïdes. Accès de somnambulisme.

Hypochromie (65), hypoglobulie (3.320.000), monocytose (47,5 %). La mère est indemne. Père 35 ans, peladique depuis 1914, légère hypertension artérielle. La mère a perdu 7 enfants en bas âge.

Observation XVIII. — Georges Font., 8 ans 1/2, né à terme, a été nourri au biberon, sans troubles intestinaux. Depuis 3 ans, crises de diarrhée avec douleurs abdominales et fièvre. Nervosisme. Deux accès de laryngite striduleuse.

Mis au régime sans résultat précis.

W = 0 ; H = 0 ; J = 0. Véritable brèche entre les incisives médianes, aux deux mâchoires. La mère a eu de l'épilepsie jacksonienne et a été guérie à la suite d'injections de novarséno.

Tous les troubles intestinaux disparaissent chez l'enfant à la suite d'un traitement par le novarsénobenzol.

Observations XIX et XX. — Madeleine Ler., 10 ans, est née à terme. Elle présente des troubles intestinaux tenaces (diarrhée, constipation) dont la cause est restée inconnue.

W + H + J = 0. Atrophie des incisives supérieures latérales.

Marguerite Ler., 11 ans, est née également à terme. Elle présente de l'entérite depuis l'âge de 5 mois. Céphalées en casque. Bronchites réitérées.

Les deux sœurs sont atteintes d'aortite (souffle systolique de la base) avec tachyarythmie. Extrasystoles chez la plus jeune.

Le père et la mère sont syphilitiques. Les deux enfants ont été traitées.

Observation XXI. — Paul Lel., 10 ans 1/2, a eu de l'entérite au cours de la première enfance. Bronchites hivernales. Végétations adénoïdes opérées à 9 ans. Fissure palatine et labiale opérée par le Dr Ombredanne. Souffle systolique de la base.

Une sœur, 9 ans, présente une fissure palatine, qui n'a pu être réunie. Le père est mort paralytique général.

Observation XXII. — Raymond Pic., 12 ans, est le frère d'un épileptique que j'ai présenté à la

Société de Dermatologie en avril 1923. Le père est mort P.G. W = + chez la mère. Entérite persistante, qui a commencé dans la première enfance et n'a disparu qu'à l'âge de 6 ans. Glossite exfoliante marginée. Langue scrotale.

Observation XXIII. — Mad. Lem., 21 ans, vue en 1923, opérée d'appendicite en 1920 (trois crises à partir de 1919). Constipation persistante, douleurs abdominales. Céphalées, frilosité, myopie, hypotension artérielle. Thorax en caréne, sans autres stigmates.

Le père est mort à 45 ans *tabétique*.

La mère a perdu deux enfants en bas âge.

Deux sœurs : l'une Mad. Duq., 27 ans, présente de l'hypotension artérielle (115), des troubles d'estomac, de l'eczéma (fesses, visage) ; la seconde, Mlle Per., 20 ans, est atteinte d'aortite ; elle souffre d'une boulimie permanente.

Observation XXIV. — Jacques Guill., 21 ans, nourri au sein, a eu de l'entérite à 26 mois ; accidents intestinaux de temps à autre depuis ; migraines réitérées, hypertension (170) avec souffle systolique de la base. L'hypertension et le souffle disparaissent après traitement de 8 mois par le novarséno. Hérédité de deuxième génération. La mère, 40 ans, a été atteinte de pelade à 16 ans. Troubles dyspeptiques. Etat neurasthénique W + H + J = 0. Son père est mort à 53 ans (acc. cérébraux). Sa mère, traitée par l'huile grise, est morte à 52 ans à la suite d'accidents cérébraux qui ont duré 6 ans. Une sœur morte-née.

Jacques G., a un frère, André, 12 ans 1/2 qui présente de l'hypochromie (65) avec monocytose (P = 40 %) et se porte bien d'ailleurs.

Observation XXV. — Pierre D., 30 ans, est atteint depuis plusieurs années d'entérite rebelle, fatigue habituelle. W + H + J = 0. Aucun stigmate La mère est syphilitique. Les troubles intestinaux s'améliorent nettement après une quinzaine d'injections de novarséno, dont plusieurs sont suivies de diarrhée, ce qui est un fait assez zare.

Observation XXVI. — Mad. Lest., 30 ans, est une femme peu vigoureuse, atteinte d'entérite depuis l'enfance, qui présente des pupilles déformées, une dépression profonde de la région inférieure du sternum, de l'anémie (3.540.000) avec hypochromie (65 %).

Observation XXVII. — Mlle Oud., 35 ans, entérite depuis l'enfance. Nervosité, tendance neurasthénique, migraines, hypotension artérielle (120), hypoglobulie (3.800.000) avec hypochromie (65) et monocytose (50 %) Séro-réaction négative (Pasteur). Pas de stigmates. La mère est nerveuse, souffre de migraines et de troubles hépatiques, elle a perdu un enfant quelques heures après la naissance ; elle a une sœur atteinte de rhumatisme déformant et d'entérite perpétuelle, sa mère est morte à 50 ans (« paralysie de la langue »).

III

Ainsi, la syphilis paraît responsable d'un nombre sans doute considérable de cas d'entérite ou de gastro-entérite de l'enfance et il est bien possible que la plupart des morts attribuées à celles-ci sur les statistiques officielles, soient dues en réalité à la syphilis héréditaire, au moins dans les villes où l'hygiène alimentaire des nourrissons a été l'objet de mesures sérieuses.

En dehors des enfants atteints d'entérite syphilitique, qui meurent parce qu'ils ne sont pas soumis au traitement antisyphilitique, il en existe, qui survivent, parce que leur alimentation est bien réglée. Mais, parce que l'infection, *cause première*, n'est pas reconnue, n'est pas traitée, ces enfants restent exposés à toutes ses conséquences, au-delà du premier âge.

Nous sommes toujours ramenés à la nécessité de rechercher la syphilis chez l'enfant du premier âge, de la rechercher *avant même qu'elle se manifeste par des faits cliniques*, ce qui exige une organisation nouvelle des consultations de puériculture, que j'ai réclamée et qui se réalisera lorsque les médecins d'enfants auront reconnu que le premier examen d'un enfant exige *un temps prolongé, une méthode exacte, l'utilisation des moyens de laboratoire* et, ce qu'on oublie toujours, *la recherche de la syphilis chez les parents* dans tous les cas sans aucune exception.

N. B. — Ce travail était écrit, lorsque j'ai recueilli l'observation suivante :

Ginette Gal., 4 ans est née à terme après un accouchement normal. Elle a failli mourir à 6 mois, à la suite d'une entérite grave : il est vrai que l'enfant était nourrie au biberon, avec beaucoup de soin d'ailleurs. Depuis, constipation, état souvent fiévreux, poussées d'urticaire, nervosisme, quelques bronchites. Opérée en 1923 pour végétations adénoïdes.

Sternum en bréchet avec dépressions profondes, des deux hypochondres. Aucun autre stigmate.

Hypoglobulie et hypochromie légère (4.040.000, 70 % polynucléaires : 39 %).

La mère est syphilitique (W = ++++). Elle a perdu déjà un enfant à 4 ans d'appendicite. Elle a mené la seconde à un des maîtres de la médecine infantile, auquel elle a dit être syphilitique. Diagnostic : rachitisme « essentiel ». Prescription : huile de foie de morue, sang de bœuf !

CLINIQUE CHIRURGICALE

Examen chirurgical de l'estomac.

M. le professeur HARTMANN.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Etant donné le nombre croissant des opérations pratiquées de nos jours sur l'estomac, il est nécessaire que le chirurgien connaisse bien la symptomatologie des affections gastriques, sans quoi il serait amené à tomber au rang des barbiers du Moyen-Age qui n'étaient, vous le savez, que les exécuteurs des prescriptions des médecins. Comme le chirurgien, au moment de l'intervention, peut constater *de visu* l'état des organes malades, il lui est possible de faire progresser la clinique pour ce qui concerne tout un groupe de gastropathies, souvent mieux que le médecin. Je sais que, pour certains, il suffit en grande partie d'envoyer le patient à un radiologue, à un chimiste, d'étudier les fiches qui nous sont fournies par eux, et de poser le diagnostic d'après ces fiches. Evidemment, de tels examens rendent des services. Je crois néanmoins qu'un interrogatoire bien fait, conduit avec méthode, et des explorations d'ailleurs simples permettent généralement de poser le diagnostic : à une condition, que tout cela soit convenablement analysé.

Quand vous vous trouvez en présence d'un gastropathe, laissez-le exposer son histoire. Vous aurez ainsi quelques notions générales sur sa maladie. Quelquefois, la loquacité du patient vous fera déjà suspecter la névropathie : ces dyspeptiques névropathes, qui sont la « plaie » des chirurgiens, sont des *noli me tangere*, qu'il faut se garder d'opérer, car ils se plaindraient bien des fois plus vivement après l'intervention qu'avant.

Néanmoins, ne laissez pas parler le malade indéfiniment, interrogez-le alors avec méthode. Faites préciser, en premier lieu, le début des accidents. Ceci offre une grosse importance. Voici deux patients atteints tous deux de stase gastrique. La sténose pylorique causale dépend ordinairement d'un ulcère ou d'un cancer. Si le malade déclare que jusqu'à ces 5 ou 6 derniers mois, il n'avait jamais eu aucun trouble gastrique, vous devrez suspecter le cancer, car un ulcère ne détermine pas des phénomènes de sténose en quatre à cinq mois.

Vous envisagerez, ensuite, différents symptômes, la douleur, les vomissements, etc. La douleur a des caractères et un siège à déterminer. Ce sera un malaise, un pincement, un élancement, une crampe... Elle a des rapports avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Certains malades éprouvent à jeun une sensation de gêne gastrique, de crampe, de vertige. Pensez à une dyspepsie névropathique et, si ce diagnostic se confirme, adressez le sujet au médecin. Si au contraire, il existe à jeun une véritable douleur, qui se calme par la prise d'aliments (douleur de la faim, des auteurs), pensez à l'ulcère pylorique. Une douleur provoquée par les aliments, qui se calme par les vomissements, douleur réveillée par la pression épigastrique et se propageant en arrière (douleur en broche) appartient à l'ulcère rond. Lorsque ces phénomènes douloureux ne se produisent que trois ou quatre heures après les repas, se continuent plusieurs heures, s'arrêtent consécutivement à un vomissement, et diminuent après l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, vous êtes en présence de ce que j'ai décrit avec Soupault sous le nom de syndrome pylorique, dépendant d'un ulcère du pylore. Le symptôme douleur arrive ainsi non seulement à indiquer la nature, mais encore le siège de la lésion, avec plus de précision parfois que la radiographie. Hier encore, chez un malade que la radiographie avait étiqueté ulcère du pylore, j'ai trouvé un ulcus de la face postérieure de l'estomac. Des douleurs précoces, assez haut situées, avec irradiation dans la poitrine à gauche, dépendent souvent d'ulcère de la petite courbure. Tout ceci, il va sans dire, n'a rien de rigoureusement absolu.

Voici un autre symptôme, les éructations. L'éructation inodore n'a pas grand intérêt. L'éructation fétide indique des fermentations dérivées de la sténose.

Les vomissements doivent être analysés. Il en est qui se produisent au cours de la digestion et sont suivis de cessation des douleurs. D'autres — plus rarement — se font au bout de un et deux jours et sont abondants. Ils sont en rapport avec la grande dilatation gastrique de la sténose pylorique. Quand vous trouvez dans les matières vomies des aliments ingérés la veille, vous pouvez affirmer la sténose pylorique.

Vous verrez des malades qui vomissent le matin à jeun. Il s'agit de matières grisâtres et sans goût dans la pituite éthylique, de liquide clair et acide dans l'hyperchlorhydrie (dont certains cas sont justiciables de la chirurgie). Quelquefois, vous êtes en présence de sang. Est-il abondant, c'est probablement un ulcère ; est-il moindre, à moitié digéré, c'est plutôt un cancer.

D'une manière générale, les sujets atteints de sténose pylorique sont des constipés. Il est en

outre nécessaire d'examiner l'état intestinal et aussi les garde-robes. Lorsque l'estomac saigne assez abondamment, on rencontre du melæna, melæna parfois occulte (dans les petites hémorrhagies) et décelé alors par l'analyse.

Passons maintenant à l'examen physique. L'inspection montre quelquefois des battements au niveau de l'épigastre. On les observe surtout chez les névropathes et ils font penser à la dyspepsie nerveuse. Le soulèvement de la paroi, en rapport avec la contraction de l'estomac résultant de l'effort de celui-ci pour se vider, est susceptible de découler d'une sténose. On peut noter des ondulations péristaltiques, comme des vagues. L'influence du froid suffit, dans quelques cas, à les provoquer. Une pression douce y parvient également et les contractions se dessinent alors sous la peau. Ce phénomène est intéressant : il indique un obstacle à l'évacuation gastrique, généralement une sténose pylorique, ou une sténose du duodénum. L'inspection, enfin, chez les sujets très amaigris, suffit parfois à révéler une tumeur.

La palpation offre une importance plus grande. Certains auteurs estiment qu'en faisant fléchir les cuisses sur l'abdomen, on facilite cette palpation, par détension de la paroi. En réalité, il n'en est rien, l'effort produit pour fléchir les cuisses entraînant plutôt une contraction de la paroi. Je préfère examiner le malade allongé sur un lit, l'abdomen légèrement relevé par un coussin. Quelques précautions sont à prendre. Ne pas se servir de la main froide. Ne pas appuyer les extrémités des doigts et palper doucement avec la main bien à plat. Vous arrivez ainsi, dans différents cas, à constater la présence d'une tumeur. Ne vous contentez pas d'apprécier sa consistance, plus ou moins dure. Dites au sujet de faire des inspirations profondes et suivez les mouvements de la lésion : les tumeurs de l'estomac s'abaissent avec l'inspiration et remontent avec l'expiration, suivant le va et vient du diaphragme. Les tumeurs du côlon ne sont pas influencées de cette manière.

Je vous ai dit qu'en clinique chirurgicale, un mode spécial de palpation, la palpation bimanuelle, rendait habituellement de grands services. Pour l'estomac, il n'en est pas de même. La partie supérieure gauche de l'estomac est très haut placée, et en arrière on ne peut pas l'atteindre. Le pylore, d'autre part, avoisine la paroi abdominale antérieure et on n'a pas, pour lui, de contact lombaire. Le palper bimanuel ne donne donc, dans l'exploration gastrique, que des résultats négatifs.

Les tumeurs pyloriques, situées en avant, sont faciles à sentir. Les tumeurs de la petite courbure, placées sous le rebord costal, sont plus difficiles à percevoir. Vous poserez la main à plat sur l'épigastre, les doigts sous le rebord costal, et vous recommanderez au malade de faire une grande inspiration. L'estomac s'abaisse et vous arrivez plus ou moins nettement sur une induration.

La palpation permet encore d'étudier la sensibilité de la région. Chez les névropathes, on constate souvent une douleur superficielle, qui s'associe communément aux battements dont je vous ai parlé. Au contraire, on rencontre dans l'ulcère des douleurs profondes. On a dit qu'elles correspondaient au plexus solaire. Ceci est vrai pour certains cas, mais d'autres fois vous avez bien une douleur de l'ulcus lui-même.

Autre exploration dépendant du palper : la recherche du clapotage provoqué par une pression brusque. Lorsque vous constatez du clapotage le matin à jeun, il y a état pathologique, sténose pylorique. L'existence du clapotage après le repas a moins de valeur, quoique ce phénomène indique un peu d'atonie gastrique.

Ce n'est pas tout. Il est une technique d'examen plus complexe, capitale : le tubage de l'estomac, l'introduction d'une sonde dans la poche gastrique. Vous devez faire ce tubage dans des conditions déterminées, le malade étant à jeun le matin. Beaucoup de médecins tubent l'estomac, le sujet assis. Je préfère la position couchée à plat sur un lit ou une table. L'introduction de la sonde n'est pas plus difficile et d'ailleurs rien n'empêche de commencer la cathétérisme œsophagien en position assise et de terminer en position couchée. L'amorçage se fait quelquefois seul, sinon vous vous servez de la pompe.

L'estomac à jeun, le matin, 14 heures après le repas, est vide. Lorsque vous ramenez quelque chose, c'est qu'il existe un état pathologique. Vous devez étudier les caractères du liquide extrait. Du mucus simple, mélangé de salive, indique la pituite. Du liquide transparent, très acide, relève d'une exagération chlorhydrique, de gastrosuccorrhée, symptôme d'ulcère souvent. S'il s'agit de liquide verdâtre, pensez à la bile. Un liquide franchement vert, toutefois, teinte épinard, tient plutôt à des champignons ayant végété dans l'estomac. Enfin le liquide à jeun peut contenir des débris alimentaires, ce qui indique une rétention, probablement un obstacle à l'évacuation, presque toujours une sténose pylorique. Pour bien voir s'il y a des débris alimentaires, j'ai l'habitude de faire ingérer au repas de la veille au soir quelque chose de facilement reconnaissable, des bouts de carottes généralement. Vous apercevez la coloration jaune spéciale des fragments, et point n'est besoin du microscope pour les caractériser.

Cette exploration fondamentale une fois faite, j'ai coutume de pratiquer un lavage et d'insuffler l'estomac avec la poire du thermocautère. Autrefois, on obtenait cette insufflation au moyen d'une poudre effervescente (3 gr. d'acide

tartrique et 3 gr. de bicarbonate de soude pris l'un après l'autre). La poudre a l'inconvénient de donner toujours le même dégagement gazeux, quelle que soit la dilatabilité de l'estomac. Si la dilatabilité est grande, elle ne sera pas épuisée; si elle est petite, le dégagement gazeux sera douloureux. Je préfère de beaucoup l'insufflation avec la poire, qui est graduelle. La complication de la sonde à passer n'entre pas en ligne de compte, puisque, vous avez déjà cathétérisé le malade.

Je vous engage à dessiner l'estomac insufflé (*méthode dermographique*) et, avant de retirer la sonde, à comprimer pour chasser le gaz.

Par ces examens simples, vous arrivez le plus souvent à fixer le diagnostic. Reste, finalement, deux explorations importantes : l'étude du chimisme gastrique et l'épreuve radiologique. Cette dernière comprend la radioscopie et la radiographie. La radiographie est intéressante car elle permet d'avoir sur le papier une image de l'estomac malade. La radioscopie est plus utile encore et donne plus de renseignements puisqu'elle montre des aspects successifs de l'estomac en contraction.

Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le
Dr P. LACROIX.

LES SYPHILITIQUES ET LEUR TRAITEMENT AUX EAUX SULFURÉES DE LUCHON

Par les docteurs

Henri PELON, et Pierre SALLES,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Montpellier, Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecins des Eaux de Luchon.

L'introduction successive, dans la thérapeutique antisyphilitique, des arsénobenzènes et des bismuthiques a profondément modifié les anciennes méthodes de traitement.

Sans vouloir discuter ici la valeur respective des trois grands médicaments : mercure, arsenic, bismuth, qui ont chacun leurs partisans systématiques et leurs détracteurs exclusifs, il semble bien qu'à l'heure actuelle la majeure partie des praticiens, encore mal fixée sur l'existence ou la non existence de virus différents arséno-bismutho ou mercuro-résistants, soit plutôt, à l'exemple de MM. Gougerot, Lortat-Jacob, éclectique et opportuniste, faisant, suivant les divers cas cliniques, un emploi judicieux et raisonné de chacun de ces trois médicaments, les associant même très fréquemment pour le plus grand bien des malades.

Les néo-arsenicaux ont une puissance comparable comme moyen d'attaque au début d'une syphilis ; cicatrisants merveilleux, guérissant rapidement chancre et plaques muqueuses, ce sont des agents de prophylaxie sociale de tout premier ordre.

Mais leur action est souvent fugace et a besoin d'être complétée par celle du mercure et du bismuth.

La plupart des syphiligraphes préconisent aujourd'hui la nécessité des cures hydrargyriques et bismuthiques, combinées ou alternées avec les arsénobenzènes, mercure et bismuth constituant le traitement de fond de la syphilis.

Malheureusement, les mercuriaux et les bismuthiques sont quelquefois mal tolérés par l'organisme qui se montre réfractaire à ces médicaments et ne permet pas d'atteindre les doses utiles et nécessaires.

Or, précisément, les eaux sulfurées, par un mode d'action que nous étudierons plus loin, sont un précieux adjuvant des médications hydrargyrique et bismuthique qui, grâce à elles, non seulement sont bien acceptées, mais peuvent même être renforcées dans les cas où la thérapeutique doit être conduite avec la plus grande énergie.

Dans un ouvrage écrit en 1908 avant l'introduction du salvarsan et de ses dérivés (1), l'un de nous a fait une étude générale du traitement hydro-minéral général de la syphilis. Notre intention n'est pas de la reprendre, mais de mettre au point seulement la question du traitement des syphilitiques aux eaux sulfurées de Luchon.

L'utilité d'une cure sulfurée en pareille occurrence est connue depuis longtemps, mais n'est plus envisagée aujourd'hui sous le même aspect que précédemment. On la prescrivait jadis comme *traitement d'épreuve*, car on considérait les eaux sulfurées comme une excellente pierre de touche pour caractériser une syphilis larvée ou latente, et aussi comme un très bon critérium de guérison. Or, c'était là une grossière erreur qu'ont révélée bien des mécomptes. Le traitement d'épreuve est *inutile* et *dangereux*, parce qu'il donne aux malades une quiétude trompeuse, parce que les jugements qu'il porte ne sont pas sans appel, parce que, de son fait, des accidents graves peuvent ultérieurement survenir.

(1) Henri PELON. — Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes. Paris, de Rudeval, 1908.

La réaction de Bordet-Wassermann rend d'ailleurs inutile, dit M. R. Durand-Fardel, ce « jugement des eaux ».

Précisons donc maintenant les principaux avantages de l'utilisation par les syphilitiques des sources sulfurées de Luchon.

1° En premier lieu, ces eaux sont essentiellement STIMULANTES et TONIQUES, et chacun sait que la syphilis s'accompagne souvent d'*asthénie* et d'*anémie*, augmentées parfois par l'usage des mercuriaux et des bismuthiques. Or, après la cure thermale de Luchon, le malade éprouve une sensation de mieux-être, de remontement ; l'action déprimante si fréquente de la médication spécifique est complètement annihilée ; le faciès est meilleur et les signes d'anémie s'amendent. *L'activité de réduction de l'oxyhémoglobine* est augmentée par nos eaux sulfurées, ainsi que l'ont très nettement démontré les recherches faites à Luchon par M. le professeur Marcel Labbé. Il y a même un *accroissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine*.

La cure sulfurée de Luchon amène donc une véritable modification du sang et aide à la formation de l'hémoglobine en mettant à la disposition de l'économie du soufre, métalloïde qui entre, avec le fer, dans la constitution de l'hémoglobine.

MM. Loeper, Vahram et Berthomieux avaient insisté, à la Société médicale des hôpitaux, sur l'action *excito-globulaire* de la médication soufrée colloïdale. Les mêmes auteurs, en collaboration avec M. Bergeron, précisèrent ultérieurement les effets du soufre associé au mercure sur l'hématopoïèse, la tension sanguine et la nutrition générale des syphilitiques.

Les constatations, que nous avons faites à Luchon confirment les conclusions de ces auteurs. La cure combinée, thermo-sulfurée et hydrargyrique ou bismuthique, provoque une élévation importante du nombre des hématies, une augmentation d'un centimètre en moyenne des tensions maxima et minima, une élévation dans l'urine des chiffres de l'urée, du phosphore, de l'acide urique et du rapport azoturique.

D'autre part, des recherches récentes ont bien établi que la perte en soufre est doublée chez les syphilitiques secondaires, que le chlore, le soufre, la potasse, la chaux, la magnésie, sont en excès dans les urines : il y a donc une *déminéralisation exagérée* qui explique la dénutrition et contre laquelle le traitement sulfuré de Luchon permet de lutter efficacement.

Donc, en premier lieu, ACTION TONIQUE et REMONTANTE.

2° En second lieu, ACTION DÉPURATIVE, qui, s'adressant à l'organisme sur lequel évolue la syphilis, en redresse les modalités nutritives viciées, et lutte contre les mauvais états constitutionnels (scrofule, lymphatisme, arthritisme), mettant le malade en fâcheuse posture devant la syphilis envahissante.

3° Enfin et surtout, ACTION PUISSAMMENT ADJUVANTE DES MÉDICATIONS HYDRARGYRIQUE ET BISMUTHIQUE.

a) *Adjuvance du traitement mercuriel.*

Qu'arrive-t-il lorsqu'on soumet un malade à un traitement par les mercuriaux ?

Ceux-ci se combinent dans l'organisme avec le chlorure de sodium des humeurs pour faire un chlorure double de sodium et de mercure, qui, au contact de l'albumine des tissus, forme un albuminate insoluble s'immobilisant dans ces tissus ; dès lors, la médication devient inactive. Or, *les eaux sulfurées de Luchon transforment ces composés albumino-hydrargyriques en sulfates de mercure, solubles, qui sont facilement absorbés* et dont l'excès s'élimine aisément. Par conséquent, en même temps qu'on active l'absorption du médicament, on évite l'intoxication hydrargyrique par accumulation de ce même médicament. L'étude de la réaction de Bordet-Wassermann avant et après la cure de Luchon, sulfurée et mercurielle, témoigne de l'excellence de cette pratique.

« Ce traitement sulfuré adjuvant, dit M. Gougerot, devrait être employé plus qu'il ne l'est actuellement, car il renforce singulièrement l'activité du mercure ».

b) *Adjuvance au traitement bismuthique.*

Il semble bien qu'à l'égard du bismuth les eaux sulfureuses aient le même effet adjuvant qu'à l'égard du mercure. Le docteur Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin, tout au début de l'apparition du traitement bismuthique expérimenté dans son service, donnait déjà systématiquement à ses malades des pastilles de soufre. Plus tard, le professeur Pautrier, de Strasbourg, recommandait le « sigmuth » à cause de l'effet heureux du soufre combiné au bismuth dans cette spécialité. Steinfeld et Meyer ont constaté d'autre part expérimentalement que l'élimination du bismuth au niveau du rein était accéléré par les composés soufrés. A plus forte raison, lorsqu'il s'agit, non plus de soufre en nature, mais des eaux thermales sulfureuses absorbées par les voies digestives et les voies respiratoires, l'effet bienfaisant de l'association thérapeutique sera-t-il manifeste. L'observation publiée par l'un de nous à la Société d'hydrologie est à ce sujet démonstrative (1).

Comment s'exerce cette action adjuvante ? Le bismuth forme-t-il dans l'organisme, comme le mercure, des albuminates insolubles transformés en composés solubles par les eaux sulfureuses ? Ceci est d'autant moins démontré que pour Sazerac et Levaditi le bismuth circule dans l'or-

(1) SALLES. — Société d'hydrologie médicale de Paris, février 1923.

ganisme sous forme de métal à l'état colloïdal. Mais ce qui est bien certain, c'est que pour le bismuth comme pour le mercure, le soufre, par son action excitante générale, stimule l'élimination tant du côté du rein que de l'intestin.

D'autre part, si, au niveau de l'intestin, le bismuth s'élimine sous forme de composé soufré, d'indoxylsulfate par exemple, il est naturel, de penser que l'eau sulfureuse, favorisant cette combinaison, favorisera l'élimination du médicament.

Enfin, l'eau sulfureuse exerce une action antitoxique tant au niveau de la muqueuse intestinale que de la muqueuse buccale, et elle donne sans doute, en particulier à la muqueuse gingivale, par son contact répété, une résistance plus grande à l'égard du double processus toxique et infectieux qui crée la stomatite.

CURE LUCHONNAISE DES SYPHILITIQUES.

En quoi consiste cette cure chez les syphilitiques envoyés aux eaux sulfurées de Luchon ? Elle consiste en une cure thermale faite simultanément avec un traitement antisyphilitique. Les malades nous arrivant ont habituellement été soignés à leur résidence par les néo-arsenicaux et viennent faire à Luchon une cure hydrargyrique ou bismuthique, bien spécifiée par le médecin qui nous les adresse. C'est dire que, le plus souvent, nous n'avons pas la responsabilité du choix à faire entre un traitement mercuriel ou un traitement bismuthique. Mais si nous devons, à ce sujet, prendre une décision thérapeutique, nous nous laissons guider par les règles que nous posons plus loin, touchant les indications de la cure sulfurée de Luchon chez les syphilitiques.

Comme médicaments *mercuriels*, nous utilisons les sels solubles : notre préférence va au cyanure intra-veineux à un et deux centigrammes : c'est le sel que nous employons toujours quand il faut aller vite ; dans les cas ordinaires, nous utilisons le bi-bromure intra-musculaire à deux, trois et cinq centigrammes ; à activité égale, c'est le sel le moins douloureux, mais nous recourons aussi aux solutions de bi-iodure ou de benzoate.

L'iodure de potassium est adjoint au mercure toutes les fois que l'indication se pose (ulcérations tertiaires, gommes, artérites, etc.).

Quant au *bismuth*, il peut être employé soit sous forme de sel soluble, tartro-bismuthate (formule de Jeanselme et Pomaret), benzobismuth, etc., soit sous forme insoluble, bismuth métal (néotrépol), bismuth colloïdal (ionoïde de bismuth), sels insolubles, tartro-bismuthates, iodobismuthates, hydroxydes. Les plus usités à l'heure actuelle sont les sels insolubles, iodobismuthates et hydroxydes, et ce sont ceux dont nous avons surtout l'expérience.

Les iodobismuthates (quinby, rubyl, etc.) se font en injections intra-musculaires, à la dose de trois centimètres cubes tous les trois jours ; les hydroxydes (curalues, muthanol) à la dose de deux centimètres cubes. Nous avons pu d'ailleurs réduire à deux jours l'intervalle séparant les injections de trois centimètres cubes de quinby.

Le *traitement thermal* est avant tout un traitement général se résumant en boisson, bains, douches, humages, étuves. L'eau en *boisson* se prend, le matin, à jeun, ou une heure avant les repas à la dose progressive de 100 à 400 centimètres cubes : c'est un excellent procédé d'absorption du soufre, habituellement parfaitement toléré par l'estomac ; dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, où la boisson sulfureuse n'est pas possible, nous utilisons le *humage* pour saturer de soufre l'organisme et constatons chaque jour de nouveaux bienfaits de cette pratique thermale, grande spécialité de Luchon.

Les *étuves* et les *douches* sont prescrites surtout dans la deuxième partie de la cure pour compléter l'effet du *bain*. Nous donnons celui-ci dans une baignoire, à la température habituelle de 35 degrés centigrades, portée à 36° pendant les cinq dernières minutes ; sa durée va progressivement de 20 à 30 minutes. La détermination de la source qui doit le fournir dépend en grande partie de l'état constitutionnel du sujet. A côté des sources *polysulfurées* très excitantes, Luchon possède des *hyposulfitées* et des *blanchissantes* très sédatives, ayant une radio-activité élevée, bien déterminée par M. le professeur Moureu, et cela abstraction complète étant faite de leur degré de sulfuration auquel n'est nullement proportionnelle leur activité physiologique et thérapeutique. L'indication d'une eau excitante ou d'une eau sédative dépend principalement du tempérament du syphilitique. A un syphilitique scrofuleux par exemple, nous arrivons rapidement à prescrire des sources très actives et excitantes qui donnent un coup de fouet à cet organisme torpide, à réactions lentes, réveillent les combustions organiques trop souvent ralenties et détergent profondément, si nous pouvons ainsi dire, le terrain sur lequel évolue la syphilis. Au contraire, à un malade nerveux, facilement irritable, nous ne donnons pas ces eaux-là qui amèneraient de l'agitation, de l'insomnie. Ce sera bien le cas de prescrire les hyposulfitées, qui sont toniques, tout en étant sédatives et qui donnent des résultats surprenants chez les neurasthéniques.

Nous venons de prendre là deux exemples extrêmes ; entre les deux, la gamme des sources luchonnaise est étendue et permet d'appliquer à un malade déterminé la qualité d'eau qui lui convient le mieux.

La douche sulfurée, donnée suivant les cas, en *jet brisé ou en pomme d'arrosoir*, à une tempé-

rature de 36 à 38 degrés, complète admirablement l'effet du bain.

Signalons aussi les excellents résultats obtenus chez les syphilitiques non congestifs, non hypertendus, par les bains d'*étuves* naturelles, qui, grâce à l'abondante sudation et à l'inhalation forcée de vapeurs sulfurées, favorisent l'élimination des toxines fracastoriennes et celles des sels mercuriels et bismuthiques en excès.

INDICATIONS. — La cure de Luchon est particulièrement indiquée :

a) Toutes les fois que les préparations hydrargyriques et bismuthiques seront peu ou mal tolérées aux doses ordinaires, ou qu'il y aura intolérance pour les doses massives reconnues nécessaires, tout spécialement dans les cas arséno intolérance d'arséno résistance et arséno-récidive.

b) Quand les accidents sérieux précoces se développent malgré un traitement énergique par les trois grands médicaments, arsenic, bismuth, mercure, et font redouter une infection maligne.

c) Lorsque le système nerveux paraîtra plus particulièrement menacé, c'est le cas où jamais d'aller vite et fort.

d) Lorsque l'état général du syphilitique est fortement atteint et a besoin d'être remonté.

e) Lorsqu'on aura affaire aux cas, assez fréquents, semble-t-il maintenant, où un rhumatisme chronique est sous la dépendance d'une spécificité ancienne.

f) Quand les malades en apparence guéris et ne présentant aucun accident visible, conservent malgré des traitements arsenicaux, mercuriels et bismuthiques, bien conduits, des réactions humorales irréductibles du sang ou du liquide céphalo-rachidien.

g) Lorsqu'on a affaire à des malades, rebelles aux traitements réguliers, qu'il faut éloigner de leurs occupations ou de leurs plaisirs habituels.

h) Lorsqu'il s'agit de syphilitiques, voulant se traiter discrètement et secrètement loin de leur milieu habituel, — jeunes gens, désireux de cacher leur maladie à leur famille, époux contaminés isolément dans une aventure extra-conjugale.

i) Chez les syphilitiques dont tous les accidents cliniques et humoraux ont cédé à une cure suffisamment prolongée, et pour lesquels des cures espacées, dites de consolidation (mercurielles et bismuthiques alternées) sont avantageusement recommandées.

j) Dans la syphilis héréditaire et chez les enfants de syphilitiques.

Indications respectives des mercuriaux et des bismuthiques pendant la cure sulfurée de Luchon.

Elles restent ce qu'elles sont dans la pratique commune. Outre les cas de bismutho ou d'hydrargyro-résistance qui ne peuvent être connues que par le médecin ordinaire du malade, nous nous en tenons pour l'instant à la règle générale suivante : nous nous servons de préférence du bismuth dans les accidents nerveux de la syphilis dans les aortites ; nous employons plutôt le cyanure de mercure dans les accidents oculaires. L'état actuel de la question ne permet pas encore de pousser plus loin la spécialisation de l'un ou de l'autre médicament.

CONTRE-INDICATIONS de la cure de Luchon. Les eaux sulfurées de Luchon sont contre-indiquées chez les syphilitiques congestifs, hépatiques, néphrétiques, cardiopathes organiques, mal compensés, cancéreux.

LA PROPHYLAXIE DU CANCER

Par le Dr BARONAKI,

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois,

Depuis une dizaine d'années, par des dépôts et communications successifs à l'Académie des sciences ainsi que par différentes publications (1), nous nous sommes appliqué à démontrer que le cancer est une affection générale, d'une symptomatologie bien caractérisée, dont la localisation n'est que la conséquence.

Nous avons eu la satisfaction de rallier à notre conception de nombreux confrères et nous sommes heureux de pouvoir les remercier publiquement de leurs encouragements dans la lourde tâche que nous avons assumée.

Ayant étendu nos investigations à la prophylaxie du cancer, qu'ils nous permettent aujourd'hui, dans ce cadre restreint, de les entretenir brièvement de cette angoissante question, qui bien qu'elle nécessite encore nne certaine mise au point, est susceptible de les intéresser.

Il est probable que ceux qui n'ont pas suivi nos

(1) « Le cancer et son traitement rationnel », chez Maloine et fils.

travaux ou ne partagent pas nos vues sur la genèse du cancer trouveront qu'il est prématuré de parler de prophylaxie avant de dégager officiellement du chaos actuel sa pathogénie.

Il est non moins évident que nous ne serons pas très bien compris par les partisans de l'introuvable microbe spécifique, ainsi que par ceux de la théorie cellulaire.

Nous avons d'ailleurs, en d'autres circonstances, par une argumentation serrée, avec preuves à l'appui, démontré la fragilité de leurs hypothétiques théories.

Abstraction faite de ces éléments divergents, nous serions heureux qu'on ne voulût bien voir, dans cet article, qu'un effort loyal dans un but social et humanitaire.

Nous pensons qu'il ne pourrait être utilement question de prophylaxie qu'à condition d'être bien pénétré des déviations pathologiques qui, en quelque sorte, conditionnent les néoplasmes, et qui passent par quatre étapes, à savoir :

1° *Perturbations endocrines.* — Les altérations sont d'ordre anatomique : dégénérescence cellulaire, sclérose intense, altérations artérielles, intraglandulaires ; et d'ordre fonctionnel : troubles sécrétoires, insuffisance et viciations des sécrétions.

2° *Perturbations humorales.* — Modifications du plasma sanguin dans ses caractères physiologiques, dans sa toxicité et dans sa composition chimique déficitaire : acide phosphorique, potasse, soude, manganèse et chaux.

3° *Viciations des ferments organiques* et hémopoïétiques, en particulier des hormones, provoquant par des processus successifs des troubles de nutrition cellulaire et de tous les échanges de l'organisme.

4° *Perturbations globulaires.* — Diminution du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine, en lécithine, en cholestérine, déformation et dégénérescence granuleuse des globules, puis leucocytose.

Les éléments constitutifs de la genèse des néoplasmes se trouvant ainsi sommairement précisés, il est aisé de se rendre compte que l'origine de l'affection cancéreuse réside dans les déviations anatomo-physiologiques des endocrines.

Munis de ces indications succinctes, entrons dans le vif de la question de la prophylaxie qui fait l'objet de cette communication en examinant, tout d'abord, la raison de ces altérations glandulaires.

Parmi les causes essentielles, notons l'âge, par suite d'un fatal envahissement scléreux des glandes.

L'hérédité qui donne une prédisposition qu'on ne saurait nier, imputable, sans doute, à une conformation spéciale des glandes endocrines transmissible aux descendants.

Les maladies infectieuses (la fièvre typhoïde en particulier), par leur action inflammatoire, modifient la structure des glandes et sont susceptibles de provoquer des troubles fonctionnels.

La syphilis héréditaire ou acquise.

Le surmenage, les émotions, les chocs moraux, par la dépression nerveuse qu'ils déterminent, en particulier par celle du grand sympathique, peuvent exercer une certaine influence sur les sécrétions glandulaires.

Les saisons paraissent nettement avoir une action : le printemps active les sécrétions, l'automne et le froid les ralentissent.

L'abus de la viande, surtout frigorifiée, exerce une action nocive sur les endocrines.

L'ingestion exagérée de sucre, lorsqu'il est mal assimilé, est susceptible d'entraver partiellement les échanges organiques.

Ajoutons enfin à toutes ces causes, un facteur important : la déminéralisation du plasma sanguin consécutive à l'insuffisance minérale de certains sols tels que celui de la Sologne, un des plus fertiles de France en cancéreux. Non seulement dans cette région l'eau est peu minéralisée, mais tous les produits du sol, légumes, céréales, vins, se trouvent de ce fait déficitaires au point de vue minéral.

Si maintenant nous tenons compte de la corrélation fonctionnelle intime qui existe entre le plasma sanguin et les sécrétions glandulaires, on peut déduire que la déminéralisation du plasma provoque une insuffisance sécrétoire, car, expérimentalement, nous avons maintes fois constaté qu'une hyperminéralisation du plasma entraîne une hypersécrétion endocrinienne, et, inversement, une hyposécrétion entraîne une hypominéralisation.

Il résulte de ces constatations que si nous sommes souvent impuissants à remédier aux causes déterminantes des troubles endocriniens que nous avons citées précédemment, il ne nous est pas impossible d'intervenir efficacement au point de vue de la minéralisation du plasma.

Pour atteindre ce but, il faudrait d'abord délimiter les zones déminéralisées.

Initier les habitants de ces régions au danger qui les menace et leur démontrer la nécessité pour eux d'une compensation minérale artificielle.

Constituer des centres minéralisateurs de prévoyance où les habitants pourraient, périodiquement, se faire minéraliser par ingestion ou injections sous-cutanées.

On pourrait aussi étendre cette action minéralisatrice aux sols déficitaires par des engrais appropriés.

Ces mesures, aussi paradoxales qu'elles puissent paraître, sont susceptibles de donner des résultats surprenants et nous en sommes d'autant plus convaincu que nous savons, par expérience, que la solution plasmatique que nous injectons aux néoplasiques arrête fréquemment l'évolution cancéreuse. Dans ces conditions, ces mêmes injections faites à titre préventif ne pourraient être qu'efficaces.

Le problème de la prophylaxie du cancer, tant cherché, trouverait ainsi sa réalisation et le terrible fléau serait efficacement combattu.

Il est évident qu'il y a deux sérieuses objections

à notre proposition : la première, c'est que l'opinion médicale n'y est pas encore suffisamment préparée. La seconde, c'est que son application serait onéreuse. Seuls les pouvoirs publics pourraient en prendre l'initiative, mais ils sont malheureusement guidés par des commissions souvent intransigantes et peu disposées à examiner des idées nouvelles n'émanant pas de leur milieu.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les hydrorrhées nasales.

L'écoulement continu ou intermittent d'un liquide aqueux, séreux ou muqueux par les narines peut être le seul symptôme pour lequel consulte un malade. Cette hydrorrhée ne se distingue du coryza aigu vulgaire que par son origine non inflammatoire, la persistance de l'aspect non filant de la sécrétion.

Eutdiée autrefois comme un phénomène banal, *local* et purement nasal, il faut aujourd'hui d'après Robert LEROUX, l'envisager comme un *syndrome d'ordre général*, considéré tantôt comme le symptôme objectif d'une insuffisance rénale, vicariant des œdèmes brightiques, tantôt comme un mode de réaction de l'organisme, en présence d'un corps étranger, liquide ou pulvérulent.

Il semble donc indiqué de pratiquer l'examen physique, chimique, histologique, et bactériologique des liquides hydrorrhéiques.

Les fosses nasales peuvent sécréter par leur muqueuse ou donner passage aux sécrétions des cavités voisines, d'où une première division des hydrorrhées en endo-nasales et transnasales.

Robert LEROUX classe ensuite les *hydrorrhées endo-nasales* en *H. de sécrétion*, qui est un phénomène passif, exagération de la sécrétion normale, sous l'influence d'une parésie des vaso-constricteurs facilitant l'exosmose, (anémiques, débilités, neuro-arthritiques, etc.) ; *H. de choc ou d'absorption* (rhume des foins, rhino-bronchite paroxystique) ; *H. d'élimination* au même titre que les œdèmes, la diarrhée dans la rétention chlorurée de l'insuffisance rénale ; *H. mercurielles* ; *H. réflexes* (polypes, etc.).

Dans les *hydrorrhées trans-nasales*, on distingue, la *crânio-hydrorrhée* (écoulement de liquide céphalo-rachidien, par fracture de l'ethmoïde) et la *sinuso-hydrorrhée*, provenant surtout du sinus maxillaire et caractérisée par un écoulement de liquide aqueux, clair, de nature mal définie, augmentant avec l'inclinaison de la tête en avant.

Le traitement des hydrorrhées est causal ; il est facilité dans une certaine mesure par ces classifications, dont doivent tenir compte les spécialistes, et que ne doivent pas oublier les praticiens pour conseiller utilement les malades. (*La Consultation*, revue clinique, décembre 1923.)

Sur le typhus exanthématique et son étiologie supposée

La dernière guerre nous fit assister aux épidémies de typhus exanthématique les plus effroyables qu'on ait jamais vues.

Malgré des aspects cliniques différents, deux symptômes dominent toujours : l'exanthème et les symptômes nerveux. (Dr Paul HAUDUROY.)

La *période d'incubation*, qui peut manquer, est en général de onze jours ; elle est marquée seulement par des maux de tête, de l'anorexie, de la lassitude, qui n'ont rien de spécial.

L'*invasion* est brusque : frisson solennel ou petits frissons, fièvre, douleur frontale violente ; elle peut être « foudroyante ».

A *la période d'état*, c'est le tuphus et l'exanthème.

Celui-ci s'établit du 4e au 7e jour ; il peut manquer dans 1 /20 des cas : ce sont d'abord de petites macules, rares, difficiles à voir sur le tronc, puis sur le corps entier. Au début, elles sont rose pâle, de la grandeur d'une tête d'épingle à une lentille ; puis, bientôt, elles prennent une teinte bleuâtre et s'entourent d'un halo gris-bleu, qui donnent les pétéchies, semblables à une ecchymose légère et ne s'effaçant plus à la presslon. En même temps apparaissent des taches plus grandes, qui donnent à la peau un aspect marbré. L'exanthème dure de 7 à 8 jours ; il est suivi d'une fine desquamation sans laisser ni cicatrice, ni pigmentation.

En même temps, on peut observer un exanthème de la muqueuse bucco-pharyngée.

Quand l'éruption est à son maximum, les symptômes nerveux ont pris toute leur intensité : torpeur intense, délire véritable.

Durant tout ce temps, la fièvre se maintient élevée (40°-41), sans rémission matinale marquée ; le pouls est à 115-120. La rate est tuméfiée.

Du onzième au treizième jour survient la *mort* dans la plupart des cas. Si le malade, par contre, doit guérir, la période de terminaison arrive brusquement, mais la convalescence est très longue.

Les *complications* sont, par ordre de fréquence, la myocardite, les infections broncho-pulmonaires, les escarres, la gangrène de la bouche, les suppurations ganglionnaires, etc.

Il semble que le typhus laisse derrière lui une *immunité durable.*

A l'autopsie, aucune *lésion anatomo-pathologique* qui soit caractéristique.

De l'*étude expérimentale* du typhus, il résulte que pas un seul animal de laboratoire n'a fait un véritable typhus, et que la maladie expérimentale vraie est encore à obtenir.

Si la preuve expérimentale de la *transmission du typhus à l'homme par le pou* n'est fournie que par quelques accidents ou expériences mal contrôlées, il y a cependant les faits innombrables réunis pendant la dernière guerre surtout, et qui, eux, sont des preuves absolues que le pou joue le rôle le plus important : les épidémies de typhus s'arrêtèrent, en effet, aussitôt qu'on parvint à se débarrasser des poux.

La résistance du pou à la chaleur, aux antiseptiques n'est pas très prononcée. La chaleur sèche à 45° le tue en 2 heures 1/2 à 3 heures, à 80° en quelques minutes.

Certains auteurs affirment que les lentes des poux infectés sont susceptibles de transmettre la maladie, si elles sont frottées ou écrasées sur des érosions de la peau. La chose n'est pas absolument démontrée.

Un fait du plus haut intérêt au point de vue de l'*étiologie* de la maladie est le suivant : un pou se nourrit sur un malade atteint de typhus; il peut dès lors transmettre le virus (au singe, par exemple), mais *sa piqûre est constamment dénuée de virulence du premier au septième jour* qui suivent le repas infectant ; *elle est toujours virulente les 9e et 10e jours.* Il y a là un fait remarquable encore inexpliqué ; il constitue une des obscurités, et non des moins curieuses, de l'étiologie du typhus.

A remarquer que le pou ne serait pas le seul vecteur de la maladie. La *contagion pourrait encore se faire par l'air,* comme dans l'épidémie de peste pneumonique de Mandchourie, ou *par la projection de gouttelettes salivaires.*

La *bactériologie du typhus* est une des questions qui ont été le plus travaillées, et qui cependant est loin d'être résolue. On ne peut manquer d'être troublé sur la valeur des diverses théories, en voyant leur nombre. Tout y est représenté : microbes banaux, spirochètes, virus filtrant. Il faut conclure, avec le Dr Hauduroy, qu'aucun des microorganismes décrits n'est vraisemblablement l'agent du typhus exanthématique. On a accumulé une quantité énorme de documents, de faits, d'expériences ; mais on est encore loin de la solution du problème.

Dans les cas isolés, le diagnostic clinique peut être hésitant ; il faut alors recourir au *diagnostic du laboratoire,* bien que les réactions indiquées n'aient aucune valeur absolue.

Cependant le *séro-diagnostic* est la méthode la plus couramment employée. Par le sang des malades (sérum) on essaye d'agglutiner le proteus X 19. C'est un microbe isolé du sang et des urines des malades, et dont le rôle dans la maladie nous échappe encore ; il existe cependant dans l'organisme des individus infectés des anticorps vis-à-vis du proteus X 19 (Weill et Félix). La réaction d'agglutination doit être poussée jusqu'à des taux assez élevés (1/10.000) : l'agglutination positive entre 1/200 et 1/10.000 permettra d'affirmer le typhus exanthématique. Cette réaction est malheureusement assez tardive ; elle ne se produit qu'au 5e jour environ, moment où l'éruption apparaît en général.

Citant pour mémoire l'*inoculation au cobaye du sang des typhiques,* il faut dire que l'*étude du liquide céphalo-rachidien* peut donner des indications précieuses : au premier septénaire, macrolymphocytose, puis, au 2e septenaire, polynucléose d'autant plus abondante que la maladie est plus grave.

Quant *à la thérapeutique,* nous ne possédons pas de remèdes spécifiques, puisque nous ne connaissons pas le véritable agent du typhus.

On peut tenter la médication générale recommandée dans toutes les maladies infectieuses, l'abcès de fixation, les métaux colloïdaux.

La sérothérapie a été essayée : sérum de convalescent, puis sérum thérapeutique obtenu en vaccinant des chevaux avec des produits de broyage d'organes infectés ; mais il faut encore attendre les résultats probants de cette méthode.

Hygiène et épidémiologie.

Il faut épouiller les malades et lutter contre les parasites. Les sujets doivent être tondus, savonnés soigneusement, badigeonnés parfois au xylol et baignés. Enduire, après le bain, les régions (si on ne les rase pas), où sont les lentes et les poux avec de l'onguent gris ou du sublimé à 1/1000, additionné de 30 % d'acide acétique.

Les vêtements sont introduits dans des chambres, étanches et sèches, de 2 m. 50 de long, de 1 m. 75 de large et de 1 m. 75 de haut. On ferme et, par une tubulure, on introduit 7 à 8 mc. d'anhydride sulfureux. On laisse en contact une heure. Passé ce délai, les poux et les lentes sont sûrement détruits.

Il faut réaliser l'isolement absolu du malade.

Les planchers sont lavés à l'eau bouillante alcalinisée.

La désinfection des locaux est faite avec l'acide sulfureux (60 gr. par mc. pendant 2 à 3 heures).

Le personnel (infirmiers, médecins) doit porter un costume spécial, en soie généralement, et autant que faire se peut d'une pièce, sans fissure dans tous les cas. On y joindra des gants de caoutchouc et un masque.

L'Institut Pasteur a donné la formule d'une *mixture parasiticide,* ainsi composée :

Essence d'eucalyptus.
Essence de menthe.... } ââ 300 cent. c.
Essence de citronnelle.
Naphtaline .... 100 grammes

On porte à même la peau des sachets imprégnés de cette mixture, qui a l'avantage d'éloigner les poux.

Grâce à l'application en grand de ces mesures durant la dernière guerre, on a pu arrêter l'épidémie serbe, protéger la Roumanie, la Grèce et par là même les pays occidentaux. (*Le Progrès médical*, 8 décembre 1923.)

Province et divers

Vers la guérison de la paralysie générale.

Fonction d'infection syphilitique, la paralysie générale semblait jusqu'à présent réfractaire aux méthodes de traitement moderne de la syphilis. Des essais tentés par différents auteurs n'avaient donné que des résultats éphémères, douteux ou nuls.

Si nous en croyons M. Beckers, il existerait un composé arsenical, étudié au Rockfeller Institut de New-York, qui permettrait les plus belles et les plus légitimes espérances. C'est le tryparsamide, au sujet duquel Carrel a dit : « Les résultats cliniques obtenus en dehors du laboratoire sont incroyables, et il est émouvant de songer que bientôt on pourra guérir la paralysie générale et que les fous sortiront des maisons de santé ».

Ces résultats seraient encore plus positifs si l'on associe le tryparsamide au salicylate de mercure.

L'auteur rappelle, à cette occasion, la méthode de traitement de la P. G. qui consiste à donner le paludisme au malade, et après que se sont manifestés plusieurs accès de fièvre, de quininiser celui-ci et de lui faire ensuite six injections intra-veineuses de novarsenobenzol. (*Bruxelles médical*, 20 janvier 1924.)

Danger du transport précoce des trépanés.

La chirurgie du crâne a fait, à la faveur de la guerre, des progrès considérables. Des traumatismes graves, intéressant non seulement le squelette, mais encore les méninges et le tissu encéphalique lui-même, traités précocement par la trépanation large suivie d'épluchage et de désinfection, ont pu se terminer par la guérison dans des proportions élevées.

Cependant, il est advenu que de tels blessés, évacués précocement vers l'arrière, sont morts rapidement, succombant à une méningo-encéphalique aiguë. Et ces faits se sont reproduits avec une telle fréquence relative qu'il est permis d'incriminer le transport lui-même, soit que les trépidations, les cahots du train, aient réveillé la virulence de germes en état de léthargie momentanée, soit que les adhérences formées autour des foyers de contusion cérébrale se rompent à la faveur du transport et déterminent la généralisation d'une infection localisée (de Martel).

M. Billet, qui relate ces faits intéressants, en tire les conclusions suivantes : « Un blessé du crâne, ayant subi la trépanation, doit être considéré fort longtemps comme un blessé grave, intransportable. Dans la pratique civile, où il n'y a pas lieu, tout au moins habituellement, de songer à une évacuation, on astreindra ces blessés à un long séjour au lit ; on ne les autorisera à se lever, et *a fortiori*, à reprendre leurs occupations, que lorsque tout danger d'infection aura a paremment disparu. Il y aura toujours lieu de prévenir le blessé et son entourage des dangers auxquels expose un lever précoce ou la reprise trop hâtive des occupations journalières ». (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 20 janvier 1924.)

Une revue de médecine infantile.

J'ai publié dans le *Concours médical* du 27 janvier dernier les *Aphorismes antiasthmatiques* de mon ami Ségard, parus dans l'*Hôpital* n° A de janvier 1924.

Ce numéro constitue une intéressante et complète revue de médecine infantile, réunie à l'instigation et sous la direction de mon ami G. Blechmann, auteur d'un feuillet pratique sur la diarrhée de l'enfant de 3 ans, sur le bain simple et sur l'hygiène de la chambre de l'enfant.

Parmi les autres travaux figurant dans ce numéro, je citerai trois consultations de Marfan sur la croissance du nourrisson et l'intolérance absolue pour le lait de vache ; trois consultations sur la coqueluche ; le traitement de la chorée de Sydenham ; les anémies des nourrissons : l'otite moyenne grave non douloureuse, la bouillie au beurre dans l'alimentation des nourrissons.

Voici le mode de préparation de cette bouillie qui se compose, pour 24 heures, de beurre : 20 gr. ; farine de blé : 15 gr. ; sucre : 15 gr.. ; eau bouillie : 300 gr., à mélanger avec des quantités de lait variables avec l'âge du sujet.

« *a*) Faire fondre le beurre, dans une casserole, à feu très doux ou sur une plaque d'amiante, jusqu'à ce qu'il cesse d'écumer et se colore en brun.

« *b*) Ajouter farine et sucre en mélangeant soigneusement et faire bouillir jusqu'à l'épaississement et coloration brune de la masse.

« *c*) Ajouter l'eau en agitant constamment ; porter de nouveau à ébullition pendant 5 à 10 minutes ; passer sur un fin tamis ; ramener avec de l'eau bouillie le volume total à 300 gr.

« *d*) Mélanger enfin la mixture avec la quantité voulue de lait bouilli et refroidi et conservé au frais jusqu'au moment de l'emploi.

La proportion de lait va de 1/3 (enfant de moins de 3 kilos.) à 2/5es (enfant au dessus de 3 kil.).

M. DUPÉRIÉ, qui donne ces indications précieuses, conclut ainsi : « Sans vouloir faire de la bouillie au beurre une panacée pour tous les troubles alimentaires du nourrisson, nous gardant bien de la prôner à l'égal du lait maternel ou du lait de femme, qu'aucun aliment ne saurait supplanter, nous estimons que la bouillie au beurre mérite d'être étudiée ; son emploi nous a paru justifié chez les hypotrophiques, les intolérants pour le lait de vache et comme régime transitoire de réalimentation après la guérison des troubles gastro-intestinaux aigus. »

Les intestinaux hépatoïdes.

Ce sont, dit M. MATIGNON, des intestinaux à aspect d'hépatiques, et qu'il faut distinguer des hépatiques lésionnels à point de départ intestinal. Ils présentent un teint bilieux qui va de la cire un peu foncée à celui du mauvais chocolat trop clair. Chez eux, l'examen du foie est négatif, et la douleur qu'ils accusent dans la région de cet organe doit être rapportée au côlon droit (angle colique ou côlon ascendant) ; la coloration jaunâtre n'intéresse pas les conjonctives ; on peut mettre en évidence une teinte subictérique de l'espace sous-unguéal ; leurs urines ne renferment pas de pigment biliaire, mais le taux de l'urobiline est augmenté. Leur pseudo-jaunisse est le fait d'une hémolyse exagérée et l'indice d'un état anémique.

Ils sont justiciables au premier chef de la cure châtelguyonnaise. (*Strasbourg médical*, 5 janvier 1924.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'insuline chez les diabétiques tuberculeux

(MM. Marcel LABBÉ, BITH et BOULIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-12-1923.)

Les opinions varient quant à l'utilité de l'insuline chez les diabétiques tuberculeux. Tandis que M. Blum, de Strasbourg, et quelques auteurs français se montrent défavorables à l'emploi de l'insuline chez les tuberculeux ayant du diabète, les médecins canadiens soutiennent pour la plupart un avis différent. M. Marcel Labbé a eu l'occasion d'administrer l'insuline chez quatre malades de cette catégorie et il n'a pas vu le médicament aggraver les lésions pulmonaires.

Méningite morbilleuse.

(MM. Guy LAROCHE et QUIOC. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-12-1923.)

M. Guy Laroche a eu l'occasion d'observer, en juin dernier, au décours d'une rougeole, chez un enfant, l'apparition d'un état méningé aigu avec liquide céphalo-rachidien trouble et aseptique. La méningite est une complication extrêmement rare de la rougeole.

— M. Robert DEBRÉ a vu un cas analogue.

Rhumatisme et lésions dentaires.

(MM. J. TROISIER, RAOUL et LEBOUCHER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-12-23.)

Il est question depuis plusieurs années en Amérique des relations possibles entre le rhumatisme chronique et les lésions dentaires infectieuses. Deux observations de M. J. Troisier montrent qu'une discussion semblable peut être suscitée pour le rhumatisme articulaire aigu franc. Il s'agit de deux malades chez lesquels une atteinte de rhumatisme aigu a succédé, à plusieurs reprises, à des crises de douleurs dentaires à type névralgique. Les Américains vont jusqu'à conseiller, dans des circonstances de ce genre, l'avulsion systématique de toutes les dents cariées. C'est là, certes, une médication un peu trop radicale, mais l'importance des soins dentaires, alors, ne saurait être contestée.

La céphalée bismuthique.

(MM. BENSAUDE, CAIN et OURY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-12-1923.)

Jusqu'à ce jour, nous connaissions deux ordres d'accidents relevant de l'intoxication bismuthique : des accidents aigus (cyanose grave, voire coma) rencontrés après l'ingestion d'une dose massive de sous-nitrate de bismuth (50 à 100 gr.) en vue d'examen radioscopique ; des accidents chroniques, d'intoxication lente, notés depuis l'utilisation des sels de bismuth, dans le traitement de la syphilis (stomatite, érythrodermie, albuminurie, exceptionnellement ictère). M. Bensaude rapporte des faits d'un tout autre ordre. Ils ont trait à l'apparition d'une céphalée chez des malades soumis au traitement bismuthé, par voie buccale, pour des affections gastro-intestinales. Cette céphalée est un phénomène tardif, de pronostic bénin, qui cesse quand on remplace le sous-nitrate par le carbonate de bismuth, ou encore par le koalin.

Fractures du crâne avec hypotension du céphalo-rachidien.

(M. Leriche, de Lyon. — *Société de chirurgie* ; 5-12-1923.)

On est habitué dans les fractures du crâne, à parler d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et à appliquer la thérapeutique réductrice de cette tension. M. Leriche montre que la fracture du crâne peut s'accompagner, au contraire, d'hypotension, avec les troubles ordinaires de celle-ci.

L'hypotension sera prévue lorsqu'il y aura eu écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien par l'oreille et par le nez. Elle sera mise en évidence par la ponction lombaire qui ne donne alors que quelques gouttes de liquide, sans jet.

L'hypotension produit des céphalées, des vertiges, des phénomènes comateux et convulsifs. Fréquemment, elle s'accompagne d'une élévation de température et d'un ralentissement du pouls. Le type le plus banal et le plus bénin de ces accidents est donné par certaines céphalées consécutives à la ponction lombaire, qui entraîne souvent, on le sait, par l'orifice de pénétration, un suintement du céphalo-rachidien. Dans les fractures du crâne, les symptômes de l'hypotension sont beaucoup plus accentués. Ils ressemblent d'ailleurs à ceux de l'hypertension.

La distinction entre les deux états est importante en thérapeutique. Si l'hypertension légitime les ponctions décompressives, l'hypotension réclame les injections de sérum.

M. Leriche conclut que, dans une fracture du crâne, lorsque la ponction ramène seulement quelques gouttes de céphalo-rachidien, quand le manomètre indique une pression basse, quand il y a eu perte de liquide par le nez et les oreilles ; il faut relever la tension, rétablir l'équilibre par une injection sous-cutanée de sérum ou par une injection intraveineuse d'eau distillée (hypotonique). On obtiendra ainsi de bons résultats, à condition bien entendu qu'il n'y ait pas de foyers de contusion cérébrale.

Traitement des syncopes anesthésiques par injections intra-cardiaques d'adrénaline.

(M. Toupet. — *Société de chirurgie* ; 5-12-1923.)

Nous avons déjà parlé du traitement de la syncope grave par les injections intra-cardiaques d'adrénaline. Plusieurs auteurs y ont eu recours. M. Toupet rapporte aujourd'hui 4 observations personnelles de syncopes chloroformiques ou anesthésiques qu'il a traitées par l'injection intra-cardiaque d'adrénaline. Dans les 4 cas, il obtint un retour immédiat des contractions cardiaques et deux fois, les malades guérirent définitivement. Il s'agit donc là d'une méthode intéressante et dont la technique ne paraît pas très compliquée.

Une simple aiguille fine à ponction lombaire suffit comme matériel. L'injection se pratique indifféremment dans le muscle ou dans les cavités cardiaques. La majorité des auteurs adoptent comme point d'élection le 4e espace intercostal gauche, au ras du bord du sternum. Il suffit d'enfoncer franchement l'aiguille de trois ou quatre centimètres (on peut aspirer avec la seringue pour voir si l'on est dans le ventricule) et d'injecter l'adrénaline (un milligramme qui peut être renouvelé). Rapidement, en général, les battements du cœur réapparaissent, ce dont on se rend compte en voyant l'aiguille, jusque-là immobile, osciller.

Pour avoir des chances de succès, l'injection intracardiaque d'adrénaline ne doit pas être trop tardive. Au delà de quatre ou cinq minutes d'arrêt du cœur, l'espoir de ranimer l'organe n'est plus très grand.

En définitive, la méthode des injections intracardiaques d'adrénaline dans le traitement des syncopes anesthésiques paraît devoir prendre, dans l'avenir, une place importante à côté des autres procédés de réanimation du cœur : massage du cœur, injections intra-veineuses d'adrénaline (Crile), injections intra-artérielles dans une artère proche du cœur (Spina), injections intra-rachidiennes de caféine (Bloch et Hertz, etc.)

— M. Lenormant ajoute, aux quatre observations personnelles de M. Toupet et aux 15 qu'il a relevées dans la littérature, un cas recueilli dans son service. L'injection intra-cardiaque d'adrénaline faite un peu tardivement (au bout de douze minutes) a obtenu ici un succès partiel, c'est-à-dire a ranimé momentanément les battements du cœur, sans survie définitive.

Curetage et irrigation continue dans la fièvre puerpérale.

(M. Gauthier, de Luxeuil. — *Société de chirurgie* 12-12-1923.)

M. Lapointe présente un rapport sur une étude de M. Gauthier, de Luxeuil, relative à 350 cas de fièvre puerpérale traités par le curetage et l'irrigation continue.

L'irrigation intra-utérine continue a été introduite dans la pratique obstétricale il y a plus de trente ans, par Pinard. Mais, à cette époque, on n'y avait recours qu'après échec des injections intra-utérines ordinaires. A l'heure actuelle, tout le monde pense que le temps initial et fondamental du traitement consiste dans le nettoyage de l'utérus, avec les doigts ou la curette. Le curetage fait, M. Gauthier installe dans l'utérus deux drains jumelés qu'il fixe au col : un de calibre 18, non perforé, pour l'afflux du liquide; l'autre, de calibre 30, perforé de place en place, pour le reflux. Il pratique alors une irrigation à l'eau bouillie, *très abondante*, de 100 à 150 litres par 24 heures.

Sur les 350 cas, il n'y a eu que 3 décès. Il s'agit d'une série fort belle, mais sans doute heureuse. Comme le remarque M. Lapointe, il serait probablement exagéré de conclure que le curetage et l'irrigation continue guérissent toujours l'infection *post partum* 99 fois sur 100.

Sur la rachianesthésie.

(M. MAUCLAIRE, M. LABEY. — *Société de chirurgie* 19-12-1923.)

M. MAUCLAIRE emploie peu la rachianesthésie. Dans un cas de rachianesthésie haute, il a observé une réaction méningée mortelle (stovaïne et strychnine).

— M. Georges LABEY pratique couramment depuis deux ans la rachianesthésie, dont il est devenu un fidèle partisan. Elle n'est pas sans danger, et il ne faut pas y recourir dans les interventions de petite importance. Mais, dans les opérations sérieuses sur les organes pelviens, l'estomac, l'intestin et les voies biliaires, elle offre des avantages : le silence abdominal, si utile pour ce groupe d'interventions, la diminution du choc opératoire, le fait que le rein et le foie ne sont pas touchés , la disparition, enfin, des accidents pulmonaires post-anesthésiques.

En face de ces avantages, se placent les inconvénients. Sur 680 anesthésies rachidiennes (novocaïne), l'auteur a eu trois morts par syncope, et comme troubles tardifs, un cas de céphalalgie ayant duré huit jours, quelques cas de rétention d'urine, et trois paralysies du moteur oculaire externe de courte durée.

— M. Louis SAUVÉ, d'abord séduit, comme tout le monde, par la rachianesthésie, a vu son enthousiasme calmé par les inconvénients de la méthode. Sur 1000 rachianesthésies, il a eu trois morts et six fois des accidents impressionnants, accidents bien connus d'ailleurs : pâleur extrême, lipothymies, sensation de mort prochaine, et surtout cette apnée spéciale des rachianesthésiés.

La rachianesthésie paraît à l'auteur plus risquée et plus dangereuse que les autres procédés d'anesthésie. Néanmoins, comme les aléas qu'elle offre sont différents de ceux du chloroforme et de l'éther, elle a son utilité dans les contre-indications de ces deux agents. Il faut la rejeter absolument dans les cas bénins. M. Sauvé y a recours dans les interventions de lithiase biliaire lorsque l'éther, du fait de lésions pulmonaires, et le protoxyde d'azote, du fait de l'hypertension, sont inutilisables.

Cancer de la langue chez une jeune fille de 21 ans.

(MM. DUJARIER, Marcel PINARD et GIRAUD. — *Société de chirurgie* ; 19-12-1923.)

M. Dujarier relate l'observation d'une jeune fille de 21 ans atteinte de cancer de la langue. C'est un exemple de cancer juvénile, assez rare. Parmi les causes occasionnelles de l'affection, l'auteur signale l'irritation prolongée par un appareil de prothèse pour redressement des dents (appareil porté pendant 6 ans) et une hérédo-syphilis probable.

Néphrectomies pour tuberculose rénale.

(M. LE FUR. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 4-1-1924.)

M. Le Fur présente deux reins tuberculeux qu'il a enlevés par néphrectomie. Le premier appartenait à une jeune femme de 22 ans. Il était volumineux et distendu par un liquide chocolat formé d'une bouillie d'hématies et de bacilles de Koch. L'uretère, perméable cependant, ne laissait pas passer une goutte de ce liquide (épais) et il s'agissait de la variété, rare, de rein exclu avec perméabilité de l'uretère.

Le second cas était une tuberculose à forme néphrétique. On trouva dans le rein un bassinet distendu offrant une couronne de plaques de caséification, et l'examen histologique décela dans le reste du tissu rénal de nombreux noyaux tuberculeux non caséifiés.

P L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique.

Hydropisie généralisée du fœtus et du placenta.

M. Th. GUIRAUDEN. — Une multipare de 35 ans présente de l'anasarque et accouche laborieusement à sept mois et demi d'un enfant de 3 kgr. 400.

Cet enfant, qui meurt peu après, est porteur d'une volumineuse ascite et tous ses tissus sont œdématiés. L'infiltration a également envahi le placenta, qui pèse 2 kg. 080.

On ne trouve la syphilis ni chez l'enfant, ni chez la mère. Cette dernière a des signes d'insuffisance cardiaque et de l'albuminurie ; l'une disparaît, l'autre s'atténue rapidement aussitôt après l'accouchement.

Cancer métastatique de l'ovaire.

M. TÉDENAT. — Les cancers secondaires ou métastatiques de l'ovaire sont actuellement regardés comme fréquents. Ils sont en général bilatéraux, les deux ovaires étant pris au même degré ou à peu près.

On admet que, le plus souvent, les cancers du sein et de l'estomac arrivent à l'ovaire par la voie de la sérosité péritonéale. Les cellules épithéliales sont semées à peu près également sur les deux ovaires. Mais les voies sanguine et lymphatique ne peuvent être exclues.

Ces cancers sont fréquents entre 25 et 45 ans ; ils sont très rares après la ménopause ; le tissu ovarien étant trop dur, trop scléreux pour accepter la greffe des cellules épithéliales malades.

L'auteur a opéré 9 cas de cancers bilatéraux de l'ovaire consécutifs à des cancers du sein, de l'estomac, de l'intestin.

On ne peut attendre de bons résultats de l'excision des cancers métastatiques de l'ovaire, même, quand les organes étant peu ou point adhérents, l'amputation est facile. Le mal continue, car il y a des traînées métastatiques sur le foie et l'épiploon.

Discussion : M. DE ROUVILLE estime rare la réci-

dive des kystes mucoïdes sur l'ovaire resté en place et n'admet pas l'opinion d'après laquelle l'hystérectomie serait une mesure de prudence utile au cas de kyste unilatéral.

Malformation et dilatation de l'urèthre.

MM. VAYSSIÈRE et ARTAUD. — Examinée pour douleurs à la miction et au cours des rapports sexuels, une jeune femme de 21 ans, sans antécédents notables, présente entre ses petites lèvres un véritable cloaque barré transversalement par une cloison à l'union de son 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs. Au-dessus, un orifice effondré, admettant la pulpe de l'index, c'est le méat urinaire ectasié et en hypospadias. Au-dessous, un vagin en fer à cheval, menant à des organes génitaux internes normaux ; intervention après préparation vésicale, dédoublement de la cloison uréthro-vaginale et, *in situ*, accolement solide des releveurs. Suites urinaires et conjugales correctes.

Discussion. — M. DE ROUVILLE a publié, il y a deux ans, un cas d'incontinence d'urine par insuffisance sphinctérienne, traitée et guérie par myorraphie antérieure des releveurs.

Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail

MM. Léon VALLOIS et GRYNFELT. — Observation d'une femme enceinte pour la dixième fois et ayant subi antérieurement un curettage à la suite d'un avortement, laquelle présenta brusquement une rupture de l'utérus au cours d'un travail qui ne faisait que commencer. Déchirure longitudinale s'étendant le long du bord latéral gauche et permettant le passage du fœtus *dans la cavité péritonéale. Hystérectomie* totale. Mort de la femme.

Au point de vue histologique, une étude très complète de l'utérus a été faite par M. Grynfeltt. Les altérations constatées au niveau du muscle et du tissu interstitiel devaient être sous la dépendance de phénomènes toxi-infectieux dont témoignait l'inflammation chronique de l'organe. Les altérations présentées par les parois vasculaires ont été le point de départ de raptus hémorrhagiques qui sont encore venus diminuer la résistance de la paroi utérine et en préparer la rupture.

Kyste inter-utéro-vésical.

MM. DE ROUVILLE et A. GUIBAL. — Au cours d'une intervention pratiquée sur une malade qui avait présenté deux crises douloureuses avec réaction péritonéale, les auteurs ont trouvé, entre la vessie et l'utérus, un kyste fixé par des adhérences lâches à ces organes et à la trompe droite incurvés en avant. L'examen histologique a révélé des villosités fœtales et des cellules syncitiales, modifiées par une infiltration conjonctive. Les auteurs concluent à un avortement tubo-abdominal et soulignent : 1° la situation anté-utérine du kyste fœtal ; 2° l'absence d'hématocèle.

Discussion. — M. MADON a publié, l'an dernier, une observation analogue avec M. DE ROUVILLE.

Analgésie rachidienne et contraction utérine.

MM. P. DELMAS et ROUME. — Dans cette communication, les auteurs font remarquer qu'il ne leur a pas semblé au cours des diverses interventions qu'ils ont eu l'occasion de faire sous rachi-analgésie, que la contraction et la rétraction de l'utérus fussent influencées par ces modes d'analgésie.

En particulier, au cours des opérations césariennes, dont ils citent deux observations, l'utérus se rétracte parfaitement.

Quant aux contractions utérines, ils ont pu constater au cours de diverses versions par manœuvres internes, que l'utérus se contractait aussi énergiquement qu'avant l'injection, mais que, dur et tendu constamment avant la piqûre, cet organe se relâchait parfaitement et devenait souple dans l'intervalle des contractions. Ils en déduisent que seule, la contracture est modifiée et ceci dans un sens favorable.

Discussion. — M. DE ROUVILLE rappelle à ce sujet sa publication avec M. Puech, en 1901, dans le *Montpellier médical*, de trois cas d'injection intra-rachidienne de cocaïne chez des femmes en travail. On en pouvait conclure, ce qui a été confirmé par des *publications ultérieures, l'absence d'action ocytocique* de la cocaïne. Peut-être même ce mode d'insensibilisation nuit-il à l'énergie du muscle utérin et à l'action des parois abdominales.

M. Paul DELMAS pose à nouveau le *problème avec* netteté. La contraction utérine n'est pas touchée (aucun cas d'inertie secondaire) ; la rétraction non plus (vérification au cours des opérations césariennes) Seule la contracture est modifiée heureusement (ainsi qu'il est constaté au cours des versions par manœuvres internes).

A ce sujet l'auteur rappelle une constatation qu'il a faite bien des fois au cours de cures radicales de hernie pratiquées pendant la guerre. Cette action sur la contracture était si marquée que, la rachi une fois réalisée, la hernie se réduisait souvent d'elle-même.

Ce fait est à rapprocher des injections de cocaïne dans un foyer de fractures avant la réduction, rendue, ainsi, non seulement indolore, mais aussi plus facile.

Il n'est pas de raison pour que les muscles soient troublés par la rachi dans leur fonctionnement normal. Seul est interrompu l'arc réflexe de la contracture par suppression de l'épine irritative de la douleur.

Curieuse tentative d'avortement.

M. Th. GUIRAUDEN. — Arrivée à la fin de son troisième mois, une multipare de 40 ans, peu familiarisée avec l'anatomie et désireuse d'interrompre sa grossesse, pousse une injection de vinaigre pur dans sa vessie en croyant se trouver dans le canal cervical de l'utérus. Il en résulte une violente cystite hémorra-

gique dont l'origine reste longtemps ignorée. La grossessse continue jusqu'à son terme. L'enfant est vivant, dépasse la moyenne, mais la cystite n'est pas encore guérie au moment de l'accouchement.

Tuberculose et gestation.

MM. VALLOIS et ROUME. — Sous ce titre, les auteurs donnent une suite à leur communication du 22 février dernier. Ils y relataient le cas d'une femme chez laquelle l'évolution de la tuberculose avait été enrayée par une évacuation de la cavité utérine faite au quatrième mois de la gestation. Cette malade enceinte à nouveau est revenue demander conseil. En présence de son bon état général, les auteurs estimèrent qu'il y avait lieu de laisser la grossesse suivre son cours. Celle-ci évolua jusqu'au cinquième mois sans réveiller ni réaction thermique, ni troubles de dénutrition, quand un avortement de cause inexpliquée vint en interrompre le cours.

Ils font part des expériences d'inoculation qu'ils ont faites avec des parties d'œufs issus de mères manifestement tuberculeuses : le placenta leur a donné des résultats positifs, tandis que les organes fœtaux (foie et rate) n'ont jamais tuberculinisé le cobaye.

Discussion. — M. Paul DELMAS rapporte, avec les réserves que comporte un cas de clinique observé en pratique privée sans vérifications de laboratoire, un cas plutôt dramatique où, dès le lendemain de l'accouchement, une bacillémie suraiguë emporta une femme porteur d'une simple induration du sommet gauche.

Volumineuse tumeur ovarienne prise pour un fibrome utérin. (Action hypertrophiante de la radiothérapie).

M. DE ROUVILLE et MADON. — Sur une tumeur se présentant cliniquement comme un fibrome, un traitement radiothérapie est institué en raison de l'état général précaire de la patiente. Dès la première séance, la tumeur croît dans de telles proportions que le radiothérapeute interrompt le traitement et renvoie la malade à l'un des auteurs. La tumeur, au cours de 5 séances de radiothérapie, est passée du volume des deux poings à un volume dépassant celui d'un utérus gravide à terme. L'intervention chirurgicale pratiquée sur les instances de la malade et de sa famille montra qu'il s'agissait d'une tumeur ovarienne se présentant microscopiquement comme un épithélioma germinatif (séminome de l'ovaire). L'utérus frappé par le même processus présentait des lésions sensiblement identiques.

Un cas de néphrite aiguë dans les suites de couches.

MM. Paul DELMAS et ROUME. — Les auteurs relatent un cas de néphrite aiguë survenue brusquement dans le postpartum sans que la malade ait présenté d'albumine dans les urines au cours de la grossesse, et sans que l'élément étiologique de cette affection ait pu être déterminé.

Ils pensent à un état de débilité rénale antérieure et constatent que si cette hypothèse est vraie, la grossesse qui fait si souvent des toxhémies n'avait cependant pas fait apparaître d'albumine dans l'urine. Ceci est d'accord avec les conceptions actuelles qui envisagent, dans l'albuminurie gravidique, des facteurs tout autres que le facteur rénal et sans doute plus importants.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Influence de la rachianesthésie sur les spasmes viscéraux.

M. P. DELMAS a vu au cours de la rachianesthésie diminuer ou disparaître la contracture utérine pendant le travail. Il rappelle les réductions spontanées en masse des hernies étranglées que l'on peut également observer par ce procédé d'analgésie.

Rétention d'urine par fibromes utérins à symptomatologie atypique.

MM. MADON et GUIBAL. — Chez une femme de 41 ans souffrant depuis quelque temps de douleurs abdominales et n'ayant jamais présenté d'hémorragies, apparaissent brusquement des phénomènes de rétention d'urine nécessitant l'évacuation de la vessie à la sonde. Dirigée d'abord par son médecin sur la clinique des voies urinaires où le diagnostic de fibrome est porté, cette femme est immédiatement envoyée dans le service de gynécologie.

L'intervention, hystérectomie abdominale subtotale, confirme l'examen clinique en montrant un volumineux fibrome occupant la face postérieure de l'utérus et entraînant par la bascule en arrière de cet organe la compression de l'urètre par le col. L'ouverture de l'utérus révèle en outre un gros fibrome pédiculé intra-cavitaire ; il est à remarquer, fait assez exceptionnel, que cette femme n'avait jamais présenté ni ménorrhagies ni métrorrhagies.

Paul DELMAS.

Les Livres

GAUTHIER-VILLARS ET Cie, éditeurs,
55, quai des Grands-Augustins, Paris, 1923.

F. FRANÇON et J. HUTINEL. — **Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement,** avec une préface de M. le Pr CHAUFFARD. Un volume de VIII-132 pages, 1923. Prix : 10 fr.

La littérature si riche consacrée à l'amibiase dans ces dernières années témoigne de l'extension prodigieuse qu'elle a prise dans notre pays. Déjà avant 1914, le fait était prévu et annoncé ; mais la guerre, avec le formidable mélange de races qu'elle a suscité, a brûlé les étapes ; si l'on considère, de plus, la rapidité et la fréquence des communications entre les races les plus éloignées, entre les climats les plus différents, on peut presque dire que de même qu'il n'y a plus de distances, il n'y a plus de maladies exotiques. Des cas qui paraissaient, il y a 20 ans, l'apanage des pays tropicaux, nous deviennent familiers : il nous faut compter avec eux, les reconnaître, apprendre à en faire le diagnostic, à en diriger le traitement.

Les auteurs, grâce à une précieuse expérience acquise, notamment au Maroc oriental, ou à la IIe armée, ont réalisé une étude d'ensemble de l'amibiase hépatique, dont l'histoire se trouve morcelée dans les traités aux chapitres : Congestions, abcès du foie, etc. Se limitant exclusivement à l'amibiase hépatique, ils ont laissé de côté, de parti pris, tout ce qui appartient à l'histoire naturelle, à la pathologie et au traitement de la parasitose, sans rentrer directement dans le cadre qu'ils se sont tracé. Et d'ailleurs, il existe dans ce chapitre encore bien des doutes, bien des contradictions, bien des questions restées, sans réponse, et qui nécessiteront des travaux ultérieurs.

Une notion nouvelle, encore trop peu connue, c'est qu'à côté du mal, existe le remède, que nous devons aux expériences de Velder, aux observations cliniques de L. Rogers : c'est l'admirable médication par le chlorhydrate d'émétine. Mais là aussi, il faut être averti, savoir manier le médicament, connaître la nécessité des cures successives. Dès lors, le pronostic de la dysenterie amibienne, et surtout de sa plus redoutable complication, l'hépatite amibienne, se trouve changé du tout au tout. Un dysentérique bien soigné a toutes les chances de ne pas avoir d'abcès du foie, ou, s'il est atteint d'hépatite et soigné à temps, d'échapper à l'intervention opératoire et de guérir complètement par le seul traitement médical.

Edition de « LA FRANCE DU NORD »
rue Victor Hugo, Boulogne-sur-Mer.

Dr SCHEKTER. — **Pour lutter contre les maladies Hygiène de la maman. La valeur nutritive des aliments.** Un opuscule in-16°, 64 pages, 1923. Prix : 1 fr. 25.

Dans cet ospuscule sont réunies une série de publications et notes résumées, extraites ou inspirées des ouvrages de médecine de nos maîtres, pour être à la portée de tout le monde, et pour aider le médecin dans la lutte contre les maladies. Il est tout à fait indiqué de le vulgariser dans la clientèle.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr L. CHAUVOIS. — **Les désanglés du ventre. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux,** in-8°, 1923, 167 pages, 103 figures, 7 planches dans le texte. Prix : 6 francs.

L'auteur, s'appuyant sur une abondante illustration, s'est appliqué à mettre à la portée de tous l'importante question de la dislocation des parois du ventre, avec chute des organes abdominaux mal soutenus. Avec son expérience personnelle et celle de tous les spécialistes des affections digestives, il montre que cette dislocation et cette chute constituent une infirmité de plus en plus répandue aujourd'hui, et dont l'origine remonte souvent jusqu'à l'enfance. Il importe d'en traiter tôt les premières manifestations et mieux encore, de les prévenir, « l'ignorance ou l'indifférence en pareille matière étant au plus haut degré préjudiciables à la santé et au bonheur de l'individu, autant que déplorables pour la beauté et la vigueur de la race. »

En parcourant ces figures opposant sans cesse les types déformés aux beaux sujets, vigoureux, amenés à point par une saine discipline hygiénique, en lisant d'autre part le contexte décrivant les maux du désanglage et ses remèdes, on sentira s'éveiller le désir de réaliser pour soi-même et autour de soi les moyens de réfection et de perfection préconisés.

Ce livre se recommande donc à la méditation, non seulement des affaiblis du ventre, mais encore de tous les parents soucieux de l'avenir de leurs enfants, des « jeunes » désireux de s'assurer beauté et santé, des artistes enfin, et de tous les épris d'art, qu'intéresse la perfection de la forme humaine.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le codoforme n'est pas une panacée mais a des indications bien précises

« *Timeo hominem unius.... medicamenti* ».

Le codoforme n'est pas un médicament à tout faire et ne doit pas être considéré comme un calmant de *toutes* les toux.

Association synergique de codéine et du « sel bromoformique de Bottu », il procure, dans des cas bien déterminés, des résultats satisfaisants. Il importe cependant de ne pas oublier qu'il a des indications précises et, conséquemment, limitées.

Quand un malade tousse pour cracher, il est illogique de l'empêcher de tousser. Cette toux salutaire est celle des bronchites à la période d'état, des congestions pulmonaires, des pneumonies et bronchopneumonies, de la bronchite chronique et de l'emphysème.

Dans ces cas, la médication révulsive et expectorante, nécessaire et le plus souvent suffisante, permet d'obtenir la fluidification des sécrétions bronchiques et leur bienfaisante expulsion. Donner, comme on le fait parfois, en même temps que les expectorants, l'opium, la belladone et autres sédatifs « hypocriniques » est d'une pratique irrationnelle.

Mais où le codoforme retrouve tous ses droits, c'est dans la thérapeutique de la toux sèche, quinteuse, spasmodique, convulsive. Il modère la toux coqueluchoïde généralement liée à l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques, calme rapidement la toux sèche, courte, fréquente de la pleurésie. Ses résultats sont nettement constatables dans la toux matinale avec « râclements » de la pharyngite chronique.

Les comprimés de codoforme sont nettement supérieurs à tous les calmants classiques dans les accès de cette toux bruyante spéciale, qui congestionne la face, si pénible au patient, et se caractérisant par les picotements de la gorge quand le malade respire un peu d'air frais, le matin notamment.

Dans les périodes initiales et terminales de la grippe, on le prescrira avec grand intérêt contre la laryngo-trachéite si commune et si tenace. Dans les toux laryngées où des inhalations concomitantes sont de rigueur, on se trouvera bien, surtout dans les formes convulsives, du mélange de Beall :

Thymol		1 gr. 20
Acide phénique		5 grammes
Essence d'eucalyptus ...	ââ	1 gramme
Essence de térébenthine.		
Ether sulfurique		3 gr. 75
Alcool éthylique		90 grammes

30 gouttes par inhalation, versées sur un mouchoir tenu ensuite au voisinage des narines.

Médicament sans sucre, le codoforme rendra les plus grands services aux personnes diabétiques, puisque chez eux potions, sirops, sont contre-indiqués. D'ailleurs les comprimés de codoforme ne déterminant aucune irritation gastrique remplacent avantageusement les sirops, plus ou moins écœurants fatiguant toujours l'estomac, et devront leur être préférés dans la toux émétisante des tuberculeux, dans celles des nerveux, des gastropathes, des cardiaques, des hépatiques.

Si vraiment l'humour est « le sens exact de la relativité de toutes choses », tout praticien doit être doublé d'un humoriste et ne pas demander au codoforme plus qu'il ne peut donner. Ici comme ailleurs l'éclectisme est la tenue de rigueur. D[r] Camille BAUREGARD.

N. B. — La note suivante confirme tellement bien l'exposé précédent que je me fais un double plaisir de la communiquer à la fois à titre de remerciements pour son auteur et de référence évidente pour les Praticiens.

« Non seulement j'ai distribué vos deux échan-
« tillons, mais je prescris souvent votre codo-
« forme ; il a l'avantage de ne pas nous con-
« traindre à faire des efforts de mémoire pour
« formuler une préparation utile et surtout pra-
« tique. En ce moment, notre faculté de mémoire
« est débordée par le flux continuel de tous ces
« nouveaux médicaments ; nous sommes très
« perplexes quand, après l'examen de notre
« malade, il nous faut encore dérouler notre film
« de formules qui finissent par se brouiller.

« Je demeure partisan des formules simples,
« pratiques, ne venant point encombrer la mé-
« moire du médecin, et après avoir prescrit vos
« comprimés, j'ai le cerveau reposé et la cons-
« cience professionnelle tranquille parce que je
« sais que je n'aurais pu aussi bien libeller une
« association de médicaments rendant service
« au médecin et au malade.

« Je recevrai avec intérêt quelques échantil-
« lons ; mes malades en général trouvent la vie
« chère pour eux, et aux peu fortunés je tendrai
« au lieu d'une ordonnance, une main renfer-
« mant un flacon de codoforme.

« Faites de ma réponse tout ce que vous
« croyez devoir faire dans l'intérêt des grippés,
« et recevez, l'expression de mes sentiments
« reconnaissants ».

D[r] BARET (Nantes).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ORDRE DES MÉDECINS

J'ai publié, la semaine dernière, l'intéressante et concluante étude de Me de Fallois sur les dangers qui résulteraient pour le corps médical de la création d'un Ordre des médecins.

Je ne saurais mieux faire que de faire suivre cette publication de celle d'un travail non moins intéressant d'un autre avocat, Me JEAN-LETORT, du barreau de Paris, parue dans la *Gazette médicale du Centre* du 15 novembre 1924.

Parlant du scandale de Marseille, « auquel on a raccroché le renouveau actuel du mouvement en faveur d'un Ordre des médecins, » l'auteur dit : « Il me paraît dangereux de dire et laisser dire qu'une telle institution eût empêché le scandale, et même l'affaire en question. Du jour où l'information judiciaire fut engagée, le scandale était inévitable ».

Je tenais à souligner préalablement cette conclusion qui, pour être moins lapidaire que celle de Me de Fallois, n'en équivaut pas moins à un manque d'enthousiasme pour l'Ordre des médecins.

Et puisque nous évoquons ainsi l'affaire des carnets médicaux, je prie nos lecteurs de se souvenir du tapage fait par la grande presse autour d'elle, lorsqu'elle a éclaté, des longues tartines qui s'étalaient chaque jour en première page des quotidiens à gros tirage, de leurs vitupérations, et d'en faire la comparaison avec l'excessive discrétion dont les mêmes feuilles usent actuellement pour rendre compte des débats correctionnels. De temps en temps, on trouve, reléguées à la 3e page, quelques lignes laconiques, sans le plus petit mot de commentaires : trois lignes exactement aux nouvelles brèves du *Matin* d'hier. Il y a là une attitude dont je ne veux pas chercher aujourd'hui la signification, mais qu'il eût été dommage de ne pas souligner. On est hanté, quoiqu'on fasse, par telles circonstances particulières dont on cherche l'influence sur les évènements, et l'on ne peut s'empêcher de se rappeler que l'un des inculpés est un ancien député, que l'autre est adjoint au maire de Marseille et conseiller général. Et l'on songe ! ! !

Je m'excuse de cette digression et je donne la parole à Me Jean-Letort.

Lorsque l'affaire dite du « scandale des carnets médicaux » commença à donner lieu dans la grande presse et dans la presse médicale à la discussion que l'on sait sur l'opportunité de la création d'un Ordre des médecins, la *Gazette médicale du Centre* me fit l'honneur de me demander à ce dernier sujet un article. Profane, et ne voulant pas encourir le reproche si facilement adressé à ma profession d'avocat de me mêler des affaires des autres (chacun nous y mêle cependant), j'ai refusé d'abord, temporisé ensuite ; je n'accepte aujourd'hui qu'avec la plus grande réserve et à la condition de traiter la question sans prendre parti, cherchant seulement à dégager de la discussion telle que je viens de la suivre dans ces derniers mois les idées les plus frappantes, ee analysant en professionnel les projets envisagés. Jt traiterai enfin des rapprochements que l'on fait partout d'un Ordre des médecins avec l'Ordre des avocats, gardant là encore la réserve qui s'impose.

***

Autant que j'ai pu m'en rendre compte, les projets actuels d'un Ordre des médecins présentent trois aspects distincts, suivant qu'il s'agit de ceux que proposent certaines personnalités éminentes du monde médical du Sud-Ouest, de la proposition de loi déposée en avril dernier sur le bureau de la Chambre par 15 députés, des intentions gouvernementales.

Les membres du corps médical qui appellent de leurs vœux un Ordre des médecins paraissent presque unanimement avoir en vue un organisme disciplinaire disposant de sanctions légales.

La proposition de loi que nous venons de viser attribue en outre à cet organisme un rôle de défense professionnelle, notamment pour remédier aux inconvénients actuels de l'expertise judiciaire.

Quant au gouvernement, on lui prête l'intention de lier à la question des assurances sociales celle d'un Ordre des médecins qui servirait de « liaison » avec les pouvoirs publics et dans lequel on trouverait les garanties nécessaires au fonctionnement de cette institution nouvelle.

Et partout l'on entend invoquer l'exemple de l'Ordre des avocats.

***

Certes, nos conseils de l'Ordre sont bien des conseils de discipline, des tribunaux d'honneur, disposant de sanctions ayant force de loi.

Ils s'occupent également de la défense de nos intérêts professionnels.

Ils servent aussi de liaison avec l'autorité, repré-

sentée par le corps judiciaire, les parquets, la chancellerie, veillant à nous assurer le libre exercice de notre privilège et la confiance des magistrats, et en contre-partie à l'observation par nos soins de nos devoirs de loyauté, de collaboration exacte et de respect des institutions et de leurs représentants.

La profession de médecin et celle d'avocat ont d'ailleurs bien des points de contact, dont j'ai parlé dans ces colonnes. Nos déontologies se ressemblent, et pas seulement par leur caractère commun de varier d'une région à l'autre et de ne pas être toujours respectées. *Les violations dont elles sont l'objet n'atteignent pas, on néglige trop de le proclamer, l'honorabilité d'ensemble de nos corps professionnels, et il nous faudrait moins de modestie, plus de fierté, à proclamer que leur intégrité morale a mieux résisté qu'on ne le dit à la débâcle du sens moral de toute une société. Un coup d'œil sur les mœurs de l'étranger suffirait à nous réconforter sur les nôtres.*

Mais, si nos professions ont de grandes ressemblances, que de différences, et qui sont essentielles ! La presse médicale les a soulignées d'ailleurs comme il convient. Les auteurs de la proposition de loi d'avril 1923 ne les voient cependant pas, et non seulement ils évoquent à propos d'un Ordre des médecins l'Ordre des avocats, mais encore les chambres de discipline des notaires et des avoués. Pourquoi pas des agréés, des huissiers, des experts, des arbitres et même des courtiers et agents de change, bref de ces professions libérales à monopole qui sont des offices publics, groupées en petite compagnies fermées, auxiliaires des autorités administratives ou judiciaires, dépendant d'elles, recevant leurs mots d'ordre, obligées de soumettre à leur agrément toutes les mutations dont leurs charges sont l'objet ? C'est là s'écarter beaucoup, on le voit, de la situation — au moins actuelle — du médecin.

Bien que collaborateurs, eux aussi, de la justice, les avocats ne présentent pas autant de dépendance. *Ils n'en sont* pas moins astreints à un serment, lequel a comporté, dans le passé, des exigences qu'il ne faut pas oublier. L'ordonnance du 20 novembre 1822 ne leur faisait-elle pas jurer avant tout « d'être fidèle au roi et d'obéir à la Charte constitutionnelle » ?

Ce début a été supprimé et le serment est devenu le suivant : « Je jure de ne rien dire ou publier, comme défenseur ou conseil, de contraire aux lois, aux réglements, aux bonnes mœurs, à la sûreté de l'Etat et à la paix publique et de ne jamais m'écarter du respect dû aux tribunaux et aux autorités publiques. »

Ce n'est évidemment pas le serment d'Hippocrate, et le caractère politique qu'il a gardé ne doit pas être méconnu. Il révèle une indéniable inquiétude du pouvoir à l'égard de ces hommes qui disposent, à cette tribune redoutable de la barre, d'une liberté de parole absolue. Il a permis de refuser avant la guerre l'accès de la profession à certain extrémiste, qui depuis...

Tout licencié en droit qui a prêté ce serment a droit au titre d'avocat ; mais, pour s'en servir à une barre, il lui faut obtenir son admission à un barreau. Il choisit celui de la cour ou du tribunal dans le ressort desquels il désire plus spécialement travailler. L'admission à un barreau confère la faculté de plaider accessoirement devant tous les autres.

Chaque barreau a son conseil de l'Ordre, recruté à l'élection, et qui possède un réglement intérieur, lequel diffère, nous l'avons dit précédemment, d'un point du territoire à l'autre : ce qui est permis à Paris sera interdit à Riom, à Caen, à Valence ; pour d'autres questions, ce seront certains barreaux de province qui dépasseront celui de Paris.

Il existe des barreaux si peu importants que le pouvoir disciplinaire y est alors exercé par le tribunal. C'est d'ailleurs d'un acte de la puissance exécutive, le dernier en date étant le décret du 20 juin 1920, que les conseils de l'Ordre détiennent leur pouvoir disciplinaire.

Ce décret énumère notamment les pénalités mises à la disposition du conseil, et il indique que les décisions comportant interdiction temporaire ou radiation sont transmises au procureur général pour en assurer et en surveiller l'exécution.

L'Ordre des avocats est par conséquent une institution obligatoire, et reposant sur le concours des autorités.

Les décisions ne sont pas sans recours : elles peuvent être discutées par l'avocat qui en est l'objet devant une juridiction d'appel, qui ne comporte aucun membre du barreau, et qui est la cour d'appel du ressort. Ce qu'on sait moins, c'est que le droit d'appel appartient aussi, *dans tous les cas*, aux procureurs généraux...

Sait-on enfin que le parquet n'a nul besoin de passer par le conseil de l'Ordre pour la répression des manquements, de la part d'un avocat, dans sa plaidoirie ou dans ses écrits, aux obligations que lui impose le serment professionnel ? Il peut en saisir directement la cour ou le tribunal devant lequel se débat le procès, et qui prononce l'une des peines disciplinaires, ceci sans préjudice du droit pour les magistrats de réprimer d'eux-mêmes les fautes commises à leur audience par des avocats.

***

On le voit, le rôle *public* de l'avocat est spécialement visé, mais le contrôle du sonseil de l'Ordre a l'occasion de s'exercer dans la pratique bien davantage sur le cabinet de l'avocat et sur sa vie privée que sur son attitude à l'audience. Cependant l'aboutissement de tout, c'est l'audience : il ne faut pas que la parole y soit donnée à un indigne. Or, c'est dans le cadre d'un même prétoire que va évoluer l'avocat, constamment en présence des mêmes confrères contradicteurs successifs dans les instances,constamment en contact aussi avec les magistrats, fonctionnaires qui représentent l'autorité au pouvoir. Quelle différence avec la situation du médecin, travaillant

en ordre dispersé, avec une liberté d'allures bien plus grande, sans autres spectateurs bien souvent que son malade et sa conscience !

De ce mode d'existence différent découlent des conséquences comme celle-ci : l'avocat, c'est le juriste, l'homme d'affaires autorisé à plaider. Radié d'un barreau, il perd le droit de plaider, tout au moins dans le ressort de la cour d'appel, en admettant qu'un barreau du ressort d'une autre cour d'appel consente à le recueillir.

Mais, de toute façon, son cabinet n'est pas pour cela fermé, frappé d'interdit. Sans changer d'orientation d'esprit, il pourra continuer à traiter des affaires contentieuses, conservant le droit de consulter, et même celui, qui appartient à tout le monde, de plaider... devant les juridictions qui ne sont pas réservées aux avocats : les justices de paix, les tribunaux de commerce. Il lui suffira de se faire munir pour chaque affaire d'un pouvoir du client.

Le médecin radié, au contraire, devra totalement changer d'orientation, tout ce qui touche à la médecine lui devenant fermé, à moins d'admettre, comme certains le suggèrent, que lui soient laissées ouvertes les portes des maisons de santé, hôpitaux, asiles cliniques ou dispensaires, bref d'établissements où il ne travaillera plus sous son nom, ni pour son propre compte, sa personnalité devant disparaître comme ne méritant plus la confiance.

Certains, plus larges encore, se contenteraient de lui interdire simplement toute manifestation d'un caractère officiel : droit de rédiger un certificat, d'être expert, ou même d'assister à une expertise judiciaire, d'être attaché à une administration publique ou privée, à une compagnie d'assurances. Il en est ainsi, paraît-il, en Angleterre.

Tout cela nous paraît — soit dit au pasasge — des moyens termes à faire plutôt figurer dans l'échelle des sanctions qu'à considérer comme sanction suprême : cette dernière peut difficilement s'envisager autrement à mes yeux que sous la forme d'une interdiction définitive, mais *totale*, d'exercer dans quelques conditions que ce soit *l'art de guérir*.

***

Une autre observation nous vient à l'esprit à propos des intentions que manifestent quelques-uns d'investir l'Ordre des médecins, non seulement du soin de réprimer les fautes contre la déontologie, mais aussi les fautes professionnelles, les fautes techniques, et nous avons à dire à ce sujet que pour les avocats, protégés par l'usage salutaire de la provision préalable, la question ne se pose pas avec la même acuité que pour le médecin, qui ne reçoit sa rémunération qu'après le service rendu, et voit si fréquemment répondre à sa note d'honoraires par une assignation reconventionnelle en dommages-intérêts pour la prétendue mauvaise qualité de ses soins.

Il nous est interdit, du reste, de recouvrer par les voies judiciaires ce qui peut, malgré tout, se trouver nous rester dû, car nos honoraires doivent être, pour parler comme ceux qui ont posé nos règles, « un libre présent, tribut volontaire de la reconnaissance des clients ».

J'en ai fini avec les avocats, mais je ne voudrais pas, n'ayant parlé que du rôle disciplinaire de leurs conseils de l'Ordre, laisser ignorer que ceux-ci s'emploient également à apporter à certaines détresses le réconfort moral et pécuniaire que leur doit la solidarité de notre corps professionnel, et travaillent à faire aboutir les améliorations législatives ou autres si désirables pour faciliter notre si difficile combat pour l'existence. Un groupement libre, devenu rapidement important, l'*Association nationale des Avocats inscrits*, s'est formé dans ces dernières années pour le même but.

***

Ne parlons plus maintenant que des médecins, et du caractère de gardien des traditions morales de l'Ordre qu'on voudrait leur donner. C'est là un terrain sur lequel ses partisans *peuvent rallier le plus* grand nombre de voix, celui où ils heurtent le moins de susceptibilités.

Les adversaires répondent qu'au sein des organisations syndicales fonctionnent déjà des conseils du famille qui jouent ce rôle à Marseille.

A quoi les promoteurs d'un Ordre des médecins objectent l'absence de caractère obligatoire des syndicats, les syndicats marrons que fondent les indésirables après leur exclusion, l'insuffisance des sanctions qui, pour être efficaces, ont besoin d'aller jusqu'à la radiation en passant par la suspension momentanée. A cet effet le concours des pouvoirs publics est indispensable ; pour le mettre en mouvement, il faut que les sanctions aient force exécutoire, légale.

Timeo Danaos... ripostent les opposants : ils se voient tombés aux mains du pouvoir, ils imaginent un corps d'officiels, bientôt envahi par les politiciens.

Cependant, disent les partisans d'un Ordre, un congrès, en 1845, en émit le vœu ; sans la perturbation de la Révolution de 1848, il aurait reçu consécration législative.

On y répond que les recherches historiques ne permettent pas de trouver trace du moindre projet législatif d'Ordre des médecins, et on oppose l'avis défavorable de l'assemblée générale de l'Association des Médecins de France, devant qui la question est reprise, en 1884. On rappelle aussi que deux sénateurs proposèrent, lors des travaux préparatoires de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, la création d'un Ordre, et qu'elle fut repoussée ; qu'en 1900 le congrès international de médecine professionnelle ne vota un pareil projet que grâce à l'appoint des voix de médecins étrangers.

L'affaire de Marseille réveille la question. Les vio-

lentes et injustes attaques dirigées du haut de la tribune contre le corps médical lors de la discussion du régime des pensions avaient préparé l'atmosphère. La mise au point des projets d'assurance sociale qui se poursuit en ce moment aurait amené du reste fatalement avec elle l'étude d'une organisation de « liaison » entre le corps médical et l'Etat.

Alors éclate le scandale des carnets médicaux. On entend aussitôt s'écrier de divers côtés : « Que n'avions-nous un Ordre des médecins ! Une telle histoire et le discrédit qu'elle entraîne nous auraient été évités ; il nous faut créer cette institution, organisée selon nos besoins, avant qu'on ne nous en impose une qui ne serait pas de notre goût ; suivons, une fois de plus, l'exemple de l'étranger sur lequel nous ne pouvons continuer à retarder plus longtemps : l'Angleterre, le Canada, la Belgique, l'Espagne, la Prusse ; quand nous avons retrouvé l'Alsace-Lorraine, elle avait son Ordre des médecins. Au surplus, à une noble profession comme celle de la médecine, ne faut-il pas un autre tribunal que celui des voleurs de grand chemin ? ... » Et deux professeurs de déontologie, le docteur Aversenq, de la faculté de Toulouse, et le docteur Henri Verger, de la faculté de Bordeaux, reprennent en détail l'étude du problème, préparant leur projet, le font accepter par une grande quantité de médecins de la région.

Dès les premiers jours, cependant, une forte résistance se lève, principalement dans les milieux syndicaux. Les organismes réclamés existent, dit-on ; voyez les syndicats et leurs conseils de famille. Ils ont l'avantage des régimes de libre arbitre ; craignons le retour aux corporations et à leurs contraintes.

Si les Ordres de médecins existent à l'étranger, ils n'en ont écarté ni les abus ni les scandales. Quant à l'Alsace-Lorraine, c'est un régime de syndicats libres qui y fonctionne. Pour ce qui est de faire respecter la déontologie, encore faudrait-il auparavant que le code déontologique, éternellement en suspens, ait enfin sa réalisation. Serait-il d'ailleurs applicable, lorsqu'on voit les coupables se recruter précisément parmi ceux mêmes qui composeraient précisément les conseils de l'Ordre ? Du terrain moral, l'action de l'Ordre ne dévierait-elle pas sur le terrain professionnel, tournant à la querelle d'école ? Et l'on prononce les mots de clan, de coterie, d'officiels, de fonctionnarisés, de politique. On cite le docteur Brouardel et sa campagne de 1897 dans la *Revue des Deux Mondes*, le docteur Le Gendre et son *Traité de Déontologie*. Toutefois on peut constater qu'un journal très syndical paraît, dans ses derniers articles, commencer à faire des concessions (1).

Je ne vais pas peser le pour et le contre de chacun de ces arguments ; je me permettrai seulement de parler du fâcheux point de départ — le scandale de Marseille — auquel on a accroché le renouveau actuel du mouvement en faveur d'un Ordre des médecins.

Il me paraît dangereux de dire et laisser dire qu'une telle institution eût empêché le scandale, et même l'affaire en question. Du jour où l'information judiciaire fut engagée, le scandale était inévitable. A moins que par le jeu de ses relations un Ordre des médecins n'obtienne, au nom de l'intérêt général, la discrétion de la presse.

N'est-il pas également dangereux de masquer ainsi le fait si important que l'information judiciaire et la lumière qui en devait découler ont été voulues par le corps médical que les syndicats ont eux-mêmes attaché le grelot, non sans rencontrer de sérieuses difficultés ? Un Ordre des médecins n'eût pas fait mieux.

Dangereuse aussi la revendication d'une juridiction d'exception, pour des délits de droit commun comme ceux-là. Déjà le reproche est fait à la magistrature d'être une « justice de classe ». Que dirait-on de la résurrection en faveur des médecins du privilège de clergie ? Il existe pour les militaires et les magistrats : mais ce sont des fonctionnaires, ne l'oublions pas, et dépositaires de la puissance publique.

Or, l'affaire des carnets relève du droit commun : c'est une escroquerie qui appartient aux tribunaux ordinaires, donc à l'opinion. Voilà pourquoi l'exemple est mal choisi.

Sans doute l'affaire comporte un côté moral, qui relève d'un Ordre des médecins ; mais les infractions de droit commun commises par des médecins sont, évidemment, moins fréquentes que les infractions à la déontologie. C'est pour ces dernières, où l'opinion n'a rien à voir, et pour qu'elle n'ait rien à y regarder, que l'on conçoit l'organisation d'un Ordre.

D'ailleurs le droit commun paraît avoir voulu se suffire à lui-même. N'existe-t-il pas dans la loi de 1892 un article 25 qui prévoit la faculté, pour le tribunal qui vient de prononcer contre un médecin certaines condamnations, d'y ajouter comme peine accessoire la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession ? Condamnation à une peine afflictive et infamante (1), à une peine correctionnelle pour faux, vol et escroquerie ou pour crimes ou délits prévus par les articles 316 (2),

(1) Sans doute s'agit-il du *Concours Médical* et de mes articles ? Pourquoi tant de discrétion ? Ai-je fait des concessions à l'idée de la création d'un Ordre des médecins ? Franchement, je ne crois pas. Prenant acte de l'existence active du syndicalisme médical, qui groupe 15.000 médecins, je cherche à accroître son autorité et son action disciplinaire. Je livre en toute bonne foi mes conceptions à l'examen et à la critique des Syndicats. Elles ne sont que l'élargissement du droit que possèdent légalement ceux-ci de défendre la profession et ses intérêts. Elles s'efforcent de rester sur le terrain des possibilités et des réalités. De là à l'Ordre des médecins, il y a loin !

G. D.

(1) Les peines suivantes en matière criminelle : la mort, les travaux forcés à perpétuité, la déportation, les travaux forcés à temps, la détention, la réclusion.

(2) Castration.

317 (1), 331 et 332 (2), 334 et 335 (3) du code pénal, à une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour des faits qualifiés crimes (4), que ces crimes ou délits aient été commis en France ou à l'étranger (5).

C'est ainsi que s'étant rendu coupable de complicité d'escroquerie en facilitant à un accidenté du travail la perception de son demi-salaire de deux employeur à la fois, un médecin s'est vu interdire l'exercice de la profession (Cassation, 17 juin 1922).

Nous ne connaissons d'ailleurs pas d'exemples d'application de cette faculté laissée aux magistrats. Il sera intéressant d'observer ce qu'en feront les tribunaux qui vont avoir à juger les affaires des carnets médicaux. Dès maintenant, on peut se demander si les syndicats interviendront auprès des parquets pour qu'ils requièrent l'application de l'article 25.

Une fois l'interdiction prononcée — que ce soit par un tribunal ou un conseil de discipline — se pose la question de la rendre effective. On peut envisager diverses mesures à cet effet : retrait du diplôme, avec avis à toutes les préfectures ; inscription sur une liste noire, constamment tenue à jour, communiquée à tous les confrères, aux pharmaciens, aux tribunaux pour modifier le tableau des experts et pour connaître la validité des certificats produits en justice, aux administrations publiques et privées, aux compagnies d'assurances.

Mais comment prévenir la clientèle ? Le retrait du diplôme, l'interdiction même de faire figurer le titre sur les cartes de visite, papier à en-tête, plaque à la porte, ne suffiraient pas. Et faut-il envisager des moyens tels que l'affichage, la publicité de la presse ? Leur portée dans l'espace et le temps serait au surplus relative.

On en arrive alors à la nécessité pour le corps médical de faire sa police lui-même, de repérer l'indésirable, et de le signaler aux poursuites de l'autorité, lesquelles il faudrait imaginer moins molles qu'elles ne sont actuellement, m'a-t-il été dit, en matière d'exercice illégal de la médecine.

La mise à l'index par tous les confrères serait également une solution opérante, et non la moindre... si elle pouvait être obtenue.

Et maintenant quelle serait la sanction à la radiation ?

Nous n'avons guère vu envisager, par les auteurs de projets, comme moyen de contrainte que l'amende, seule sanction actuelle pour les cas d'exercice illégal. Il est facile cependant de se rendre insolvable, mais n'oublions pas que le non-payement d'une amende expose à de la contrainte par corps, c'est-à-dire de la prison.

(1) Avortement et administration de substances nuisibles.

(2) Attentat à la pudeur et viol.

(3) Excitation de mineurs à la débauche.

(4) Par le jeu des circonstances atténuantes.

(5) Remarquons que sur ces délits, Me Jean Letort est en désaccord avec Me de Fallois.

Je réclame pour cette modeste contribution d'un ami à l'étude d'une question d'actualité toute l'indulgence du lecteur.

***

Je m'excuse maintenant de revenir sur la conception de Me de Fallois, selon laquelle les professeurs des Facultés de médecine, « nos maîtres », comme il dit, seraient particulièrement qualifiés pour constituer des sortes de Conseils de discipline du corps médical.

En y réfléchissant et en m'aidant d'un document qui vient de me tomber sous les yeux, je ne puis que m'insurger davantage contre une semblable idée, qui dénote, de la part de son auteur, une assez courte vue sur les réalités de la situation.

Tout à l'heure, je rappelais comme capables de jouer un certain rôle dans le procès de Marseille, les fonctions administratives et politiques de certains inculpés. Il n'est pas possible, en présence de la suggestion de l'avocat conseil du Syndicat médical de Paris, de ne pas faire ressortir que l'un de ces inculpés est professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. C'est un de ces « Maîtres » que l'on voudrait nous imposer comme sauvegardiens de notre moralité. Jolie référence, n'est-il pas vrai ? (1)

Quant au document auquel je fais allusion, et que vous pourrez lire, il émane d'une personnalité qui n'est pas suspecte en la circonstance, puisque le *Dr Cruchet, qui en est l'auteur, se* trouve précisément être tout à la fois un professeur, un « maître », et qu'il est partisan de la création d'un organisme professionnel sur le plan tracé par son collègue, le professeur Verger.

Parlant des maîtres de la Faculté de Paris, il s'exprime ainsi :

Ils sont parfaitement ignorants de l'orientation médicale contemporaine ; ils ne se rendent pas compte que l'évolution se fait avec une rapidité déconcertante, et à leurs dépens mêmes ; ils ne voient pas que les vrais officiels ne sont déjà plus eux, mais les syndicalistes vers qui se tournent de plus en plus les espoirs de demain ; ils ne sentent pas que, la base professionnelle une fois rétablie sur des assises solides, le syndicalisme va s'attaquer progressivement à toutes les questions médicales, jusques et y compris la réforme de l'enseignement ; ils ne s'aperçoivent pas qu'ils ne sont qu'une minorité divisée et affaiblie, en petites écoles ennemies sans programme, sans ordre, sans idées directrices, et qu'ils ne pourront rien contre le pouvoir restauré de la grande famille

(1) C'est, à coup sûr, une exception. Et j'entends qu'on ne me prête pas l'arrière-pensée de la moindre tendance généralisatrice. Nos maîtres sont, heureusement, à l'abri du soupçon. Mais on n'a pas manqué de faire remarquer, et je m'empare de cette remarque, que si l'Ordre des médecins avait existé, le professeur Marseillais en eût été, sans doute, un des pontifes.

médicale française, désormais maîtresse majeure, et à juste titre, des destinées de la profession.

... Ils ne savent rien... Je n'en veux pour preuve que la réflexion qui m'était faite, par un de mes distingués collègues de la Faculté de médecine de Paris, que je rencontrai par hasard sur le boulevard Saint-Michel, au sortir d'une des séances de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Comme il me demandait ce que je faisais dans la capitale et que je lui expliquais d'où je venais, lui parlant avec enthousiasme des débats auxquels je venais d'assister, de la vie intense de ces réunions admirables, emplies d'une indépendance d'opinion absolue où chacun disait franchement, ouvertement, ce qu'il pensait sans s'embarrasser de formes pompeuses ou de périodes protocolaires, il me regarda avec des yeux tout ébaubis. Je vis bien à son air candide qu'il ne comprenait rien à ce que je lui disais. L'action syndicale devait être pour lui quelque chose comme la Bête de l'Apocalypse ou quelque énigme indéchiffrable provenant de l'âge de la pierre impolie. Finalement, il eut ce cri du cœur : « Que voulez-vous, mon cher ami ! notre Doyen ne nous met au courant de rien ! » (1).

Vous ne voudriez tout de même pas me faire croire que ces hommes, que je respecte profondément, je le répète, seraient particulièrement *qualifiés* pour exercer une action disciplinaire sur le corps médical, parce que chargés d'honneurs et pourvus de titres universitaires !

Que s'ils avaient l'ambition de jouer un pareil rôle, rien de plus facile d'ailleurs. Qu'ils adhèrent au syndicalisme, qu'ils fassent bon marché des préjugés qui les ont retenus, pour la plupart, jusqu'ici à l'écart de nos groupements. (2) Qu'ils viennent au Syndicat, et se mêlent à la masse des praticiens. Qu'ils participent activement au mouvement dont Cruchet fait ressortir d'une façon si saisissante l'ampleur et l'irrésistible entraînement. Ils auront alors leur place marquée au sein de nos assemblées. Ils prendront contact avec le corps médical ; ils sauront qu'elles sont ses aspirations. Ils apprendront une foule de choses qu'ils ignorent. Et instruits alors de contingences qui, pour le moment, ne leur sont guère familières, ils pourront peut-être alors jouer un rôle actif dans nos Conseils de famille.

Ces Conseils de famille, qui existent actuellement dans chaque Syndicat, je souhaiterais qu'ils élargissent leur influence en émanant, non plus de la cellule syndicale, mais de la Fédération régionale de Syndicats dont je crois la systématisation désirable.

On sait que c'est dans ces conseils de famille que je vois l'amorce, le noyau, des Commissions médicales régionales dont je crois bien avoir été le premier à soumettre l'idée à la discussion de nos groupements et de leur Union.

Et je ne crois pas inutile de préciser de nouveau quelles seraient, selon moi, les attributions de ces Commissions. Alors que tous les auteurs de projets de création d'un Ordre des médecins n'y voient guère qu'un Tribunal chargé de réprimer et de punir, pour moi, les Commissions médicales seraient avant tout des Comités consultatifs, des Tribunaux d'arbitrage, des Conseils d'enquête. Ce n'est que, dans des cas bien déterminés, qu'elles pourraient s'ériger en juridictions répressives, chargées de connaître des infractions des médecins contre la déontologie, et de les punir.

La pénalité la plus grave, la plupart du temps, se limiterait à la mise à l'index du délinquant, et à la rupture de toutes relations avec lui.

Et s'il fallait en arriver à se prononcer sur une interdiction d'exercer, soit que ces Commissions la décident elles-mêmes, dans les cas précités, soit qu'elles la déclarent motivée, dans les consultations qu'elles donneraient aux Tribunaux de droit commun, cette interdiction devrait être strictement bornée à la médecine publique. Le médecin interdit serait uniquement privé du droit d'occuper une fonction telle que celle de médecin d'hôpital, de médecin inspecteur des enfants en bas âge, des enfants assistés, des écoles, médecin des épidémies ; il ne pourrait établir aucun des certificats réclamés par la législation en vigueur ; il ne pourrait être expert auprès des tribunaux. Après cela, si certaine clientèle privée lui demeurait fidèle, je n'en serais nullement choqué. A la façon dont il se comporterait envers elle, on pourrait se rendre compte s'il s'est amendé, s'il mérite d'être réhabilité, et si l'interdiction partielle prononcée contre lui peut être levée. A tout péché miséricorde, dit le proverbe. Laissons au défaillant le moyen de se racheter. et ne soyons pas plus intransigeants que le Christ qui a dit qu'il y aurait plus de place dans le Ciel pour cent pècheurs repentants que pour un juste. Un juste, selon la parole divine, c'est si rare ! ! !

G. Duchesne.

R. H. M. S. : 5484

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 janvier 1924.

(2) Quelques uns l'ont déjà fait : le professeur Balthazard, à Paris ; le professeur Delmas, à Montpellier ; le professeur Vanverts, à Lille ; le professeur Cruchet, à Bordeaux, etc. Ils ont pris, dans nos groupements professionnels, une place de premier plan.

JURIPRUDENCE

TRIBUNAL SUP. COLMAR

29 novembre 1922

RESPONSABILITÉ. — MÉDECINS. — LAPAROTOMIE. — OUBLI D'UNE COMPRESSE DANS LA PLAIE.

Comme tous les citoyens, les médecins répondent du préjudice causé à la vie, au corps, ou à la santé d'autrui, par un fait contraire au droit, résultant de leur négligence ; en pareille matière, le demandeur en responsabilité doit, pour triompher dans son instance, établir que l'action ou l'abstention incriminée constitue une faute de son auteur, et que cette faute lui a été préjudiciable (art. 823, C. civ. loc).

Pour prouver que l'omission d'un acte de sa profession constitue, de la part d'un médecin, une faute engageant sa responsabilité civile, le demandeur en indemnité est tenu d'établir que cette omission est telle qu'un médecin doué de l'expérience, de la science, de l'attention et de la prudence normales, ne l'eût pas commise.

En tous cas, le médecin échappe à toute responsabilité s'il établit que l'omission qui lui est imputée, résultant d'un cas fortuit ou de la force majeure, ne constitue pas une faute de sa part.

Spécialement, le docteur qui, après une laparotomie, a fermé la plaie opératoire en laissant une compresse dans la paroi abdominale, n'est pas nécessairement en faute par ce seul fait, s'il résulte des circonstances et d'une expertise ordonnée que le médecin le plus prudent, le plus consciencieux, et le plus expérimenté, aurait été susceptible, dans la circonstance, de commettre pareille omission. (*Revue d'Alsace-Lorraine*, 1923, 179 ; *Gazette du Palais* 14 déc. 1923.)

Commentaires.

Cette question de la responsabilité professionnelle fait couler beaucoup d'encre. Les malades prennent l'habitude de réclamer à leurs docteurs une maîtrise surhumaine. Les juges doivent faire l'analyse très sérieuse des circonstances de fait, pour déterminer si, dans l'espèce qui leur est soumise, le médecin a causé un dommage, par son ignorance, son impéritie ou l'absence d'observation des règles de la plus élémentaire prudence.

Dans le cas particulier, jugé par le tribunal supérieur de Colmar, il semble, à première vue, que doit être coupable le chirurgien qui oublie, dans le ventre d'un opéré, une compresse, qui, ultérieurement, nécessitera une nouvelle intervention chirurgicale.

Cependant, des questions de fait peuvent intervenir pour décharger l'opérateur de toute culpabilité.

Bien qu'en droit, le chirurgien soit responsable de tous les sous-ordres qui l'aident dans la salle d'opération, il ne peut, à lui seul, supporter le poids d'une surveillance minutieuse sur tous ses assistants.

Au cours d'une laparotomie, un aide est chargé de compter les compresses, qui, successivement sont employées, introduites dans le ventre du patient, puis retirées.

Après l'opération, un aide doit rechercher ces compresses, qui souvent portent un numéro d'ordre et il doit en retrouver le compte.

Pendant ce temps, le chirurgien donne toute son attention à la conduite de son acte opératoire. Est-il donc véritablement responsable de la faute d'inattention d'un interne, ou externe, qui a un moment d'absence et a oublié de prévenir qu'il était probablement resté une compresse au fond du champ opératoire ?

Est-il encore responsable, si l'infirmière, chargée de faire le récolement des compresses, l'intervention une fois terminé, ne l'a pas fait d'une manière minutieuse ? Nous ne voyons guère le chirurgien, à quatre pattes, sous la table d'opérations et recherchant lui-même si toutes les compresses employées sont bien présentes.

Ajoutons encore que le personnel d'aides, qui gravite autour du chirurgien, n'a souvent pas été choisi par ce dernier, mais lui a été imposé par l'administration de l'établissement.

Le problème est donc très complexe et, pour déterminer la part des responsabilités, les juges doivent se faire faire un récit détaillé de toutes les phases de l'acte opératoire et du rôle imparti à chacun des assistants.

La question de fait prime le point de droit pur.

Dr Paul BOUDIN.

DÉONTOLOGIE

La dichotomie

Au correspondant qui m'a écrit à la date du 11 janvier et qui a oublié de signer sa lettre.

J'ai souligné combien me paraissait spécieuse l'argumentation d'un correspondant à qui je laissais l'entière responsabilité de ses idées (1).

Mais le *Concours Médical* est une libre tribune où toutes les opinions peuvent se manifester. Et

(1) *Concours médical*, n° 1, p. 45.

c'est dans cet esprit que j'ai publié hier cet article, comme je publierais demain celui que vous m'adresseriez pour réfuter le précédent. A la condition que je sache qui vous êtes, tout autant que je connais, mieux qu'il ne le croit sans doute, le docteur Lf, dont les conceptions en matière professionnelle diffèrent sensiblement de celles du Syndicalisme médical.

G. Duchesne.

***

I

Un médecin a suivi son malade pendant les quelques semaines ou les quelques heures qui précèdent une intervention. Il l'a insinuée — puis conseillée ; — noyé dans un milieu ignorant, parfois défiant, il a lutté pied à pied, stimulé quelquefois par une urgence dramatique, contre le préjugé ou la phobie qui retarde le passage des mains du médecin à celles du chirurgien, au risque de la vie — enfin, au prix d'objurgations répétées, il a enlevé d'assaut le consentement ; il a remis l'intéressé aux mains du « spécialiste »... peut être à la dernière heure qui laissât une chance de succès.

Il a *fait* preuve de flair, de conscience, d'énergie, de doigté.

Il a risqué une grosse responsabilité : 1° en laissant le temps s'écouler malgré lui pour persuader son malade, au lieu de l'abandonner à son malheureux sort ;

2° En déclanchant l'assaut final et en décidant au vol une intervention qui peut être malgré lui, trop tardive.

Par une manœuvre opiniâtre et hardie, il a sauvé la vie du malade.

Le patient arrive à pied d'œuvre. Le chirurgien vérifie les conclusions du praticien : entouré d'une ambiance choisie et d'un personnel exercé qui lui mâche la besogne, dans un milieu où il est le maître et le pontife, il va procéder à une intervention rendue souvent automatique à force d'être répétée.

Le jour du réglement venu, le metteur en œuvre, le responsable, la « tête » qui a appelé le « bras » verra ce bras allonger une main fine sur les nombreux billets bleus.

Le « manœuvre » aura été honoré... Zut ! pour l'autre... pour l'autre... pour celui sans lequel le manœuvre n'eût pas eu à intervenir, le patient étant devenu « cadavre » avant...

II

Un malade, dans le cours d'une affection un peu longue, s'en va, de lui-même ou sur le conseil de son médecin, consulter un chirurgien.

L'opération est décidée en principe, seulement, le chirurgien ou le malade désire la présence du médecin traitant. Celle-ci, du reste, est souvent de la plus grande utilité pour les suites du traitement.

Jour pris avec le praticien.

Voyage, frais de transport — presque toujours en un véhicule personnel.

Temps passé : perte de consultation ou de visites, peut-être perte de *clients*.

III

Le praticien est à pied d'œuvre, l'opération a lieu à sa porte, il n'a pas eu même à en prendre l'initiative.

Mais il remplit près du chirurgien les fonctions d'aide. Souvent on le charge de l'anesthésie...

Un bon anesthésiste est souvent celui qui inspirera le plus de confiance au patient, parce qu'il en est connu d'avance.

L'anesthésiste, si je ne me trompe, assure là une tache délicate, remplit un poste de confiance.

Conclusions.

Laissons de côté les nuées philantropiques. Parlons raison :

1° Le médecin qui déclanche une opération a droit à des honoraires ;

2° Le médecin qui assiste à l'opération a droit à des honoraires ;

3° Le médecin qui aide à l'opération a droit à des honoraires.

Si vous voulez, pour ne pas ergoter en épicier, estimons à un tiers la valeur « marchande » de chacun de ces rôles, quoique le rôle n° 1 me paraisse infiniment plus méritant, mais passons.

Ceci posé, admettons que le chirurgien qui touche une somme globale de 1000 francs en défalque 100 pour le titulaire de chacun de ces rôles : dans l'espèce le médecin praticien. Je prétends que celui-ci n'aura pas volé son argent, et que, dans le cas n° 1, il pourra en plus recevoir quelques remerciements.

Voilà ce que doit être la dichotomie, dégagée de tous les raisonnements spécieux, nuageux, ou filandreux.

Dr R.

R. H. M. S. ; 5328

Les honoraires en médecine rurale

Opinions de nos correspondants

L'Union des syndicats demande en ce moment l'avis des praticiens sur les visites de passage et tournées médicales.

J'ai 30 ans d'exercice ; je suis un des plus vieux syndicalistes du département ; à ce titre, je vous supplie, ainsi que l'Union, de ne pas vous engager dans cette question de « la visite en passant » qui nous conduirait à un contrôle irritant et à une inquisition désastreuse.

Les tarifs Breton et de la Loi des Pensions, discutés surtout par des médecins de ville (que Decourt ne me foudroie pas une fois de plus !) ont consacré le principe désastreux de la visite en passant et des tournées de passage ; c'est déjà trop.

En Meurthe-et-Moselle où la population est assez dense et les médecins assez rapprochés, dans certains cantons au moins, nous avons condamné depuis longtemps les tournées médicales et nous les avons encore enterrées dans notre dernière réunion syndicale, parce que certains jeunes confrères voulaient les ressusciter.

Quant aux visites de passage, voici comment nous procédons. Supposons trois villages, A B C, échelonnés à des distances de plus en plus éloignées de notre résidence.

Un client qui nous appelle en B n'a pas à s'occuper si nous passons d'abord par A pour y voir un autre malade ; si nous devons ensuite pousser jusqu'à C, c'est notre affaire et non celle du client, ni même celle d'un tiers payant, quel qu'il soit. Nous sommes tout de même libres d'arranger nos visites dans l'ordre qui nous convient. Après qu'on nous a rogné déjà nos tarifs, il serait désastreux qu'on nous impose encore nos itinéraires.

Mes clients savent que la visite en A est tant, celle en B tant, celle en C tant et ils payent maintenant le tarif plein, sans récriminer.

Les visites de passage sont de deux sortes d'ailleurs :

1° Celles faites à des malades nouveaux qui nous appellent au cours d'une visite spéciale demandée par un autre malade.

Ces malades nous retardent dans nos prévisions ; ils nous empêchent de voir, aux heures convenues, des malades plus éloignés qui ont eu la politesse de nous prévenir et qui nous attendent. Il est donc équitable de leur réclamer au moins la moitié du déplacement

Je demande d'ailleurs le prix complet du déplacement quand le cas est sérieux.

2° L'autre visite en passant est celle faite à un malade en cours de traitement et qu'on devait revoir précisément le jour ou la visite spéciale est demandée par un autre malade.

Dans ce cas, puisque la visite était prévue et qu'elle s'imposait, nous la comptons à tarif plein.

La visite en passant, demandée avec l'arrière-pensée d'un rabais, n'est pas intéressante et je connais des confrères qui refusent ce client de passage et ne se trouvent pas mal de cette façon de procéder un peu brutale, mais qui a été comprise par les intéressés.

Je suis d'ailleurs tout à fait d'accord pour que nous réservions nos sympathies, comme le conseille Decourt, aux clients qui nous ont téléphoné dès le matin et nous ont aidés en nous permettant de régler notre travail et de choisir nos heures.

Enfin, je ne trouve pas qu'il soit indiqué de diminuer nos tarifs et nos ressources, même pour dissiper les appréhensions des assurances (tarifs agricoles), au moment où tout augmente, vie, essence, huile et pneus.

Adoptons un tarif syndical, à l'imitation des pharmaciens qui, plus roublards et plus mercantis que nous, ont toujours proposé leur tarif d'ailleurs très élevé de l'assistance, lequel a été toujours adopté sans discussion ; ils ignorent, de ce fait, l'impopularité que nous a valu notre résistance à la loi des Pensions.

Maintenons ce tarif assez élevé, sans nous préoccuper de toutes les questions locales ou régionales et accordons aux tiers payants une réduction à discuter, s'il le faut.

Surtout pas de visites en passant !

Dr C.

***

Le calcul que vous demandez à propos du prix moyen des honoraires en médecine rurale est évidemment « simple et facile », mais demanderait quelques heures que je n'ai pas le loisir de vous accorder en ce moment.

Dans ma région, il est courant de demander 1 franc le km. et 5 francs la visite. Pour ma part je compte les kilomètres + 8 francs de visite. D'ailleurs j'ai l'intention de porter ce prix à 10 francs. Le boulanger, l'épicier, le boucher, et surtout les garagistes ayant augmenté considérablement leurs prix, je ne vois pas pourquoi mes dépenses s'étant élevées, mes recettes ne suivraient pas le même mouvement.

Si je vois un second malade dans la même maison, je compte 5 francs de plus, 20 francs, si c'est dans une maison à proximité ou si on arrête ma voiture.

La nuit, je double, si je ne suis pas couché et je triple si on me sort du lit.

Quant à la question des « tournées », j'estime qu'elle ne peut être ni discutée ni encore moins résolue pour *toute la France*. Il y a des régions où elle est pour ainsi dire obligatoire, d'autres où elle est pratiquement irréalisable, à moins de manger de l'argent les trois quarts du temps.

Et je m'explique : avant de pratiquer dans ce département du centre, j'ai eu l'occasion de remplacer plusieurs confrères dans un département du Nord.

Là, la population est plus dense, les communes moins étendues, et les routes plus nombreuses et plus praticables surtout. En faisant 40 ou 50 kilomètres, on atteint les 9/10es de sa clientèle et avec la possibilité de voir 7 ou 8 clochers et presque toujours autant de malades (je parle d'une moyenne annuelle).

Ici, en faisant 50 ou 60 km., on touche seulement le quart de la clientèle, et bien des jours, en été surtout, on rentrerait « bredouille ».

Conclusion : Dans les régions où la « tournée paye », établir un prix d'après la distance pour telle ou telle localité ; dans les autres, le tarif local, plus les kilomètres. Les conclusions du confrère Mirand me paraissent très judicieuses et peuvent, à mon sens, servir de règle dans la très grande majorité des cas.

J'écris cette lettre à mon corps défendant, mais je crois pouvoir dire qu'elle reflète l'état d'esprit de la plupart des confrères de l'arrondissement, bien que beaucoup trop d'entre eux soient encore très timorés dans leurs honoraires

Dr B.

Réponse.

Bravo ! mon cher confrère : c'est vous qui êtes dans le vrai et votre exemple devrait être suivi par les confrères timorés, comme vous les appelez, et imprudents, comme je les nomme, qui hésitent encore à relever le taux de leurs honoraires.

Je le répète : le moment est favorable et l'occasion opportune. Ne les laissez pas échapper, sinon, le corps médical aura des surprises désagréables.

G. D.

***

Comme suite à votre étude dans le *Concours* sur les honoraires médicaux, je vous adresse deux articles de journaux. L'un, émanant de *Paris soir*, prétend nous rendre responsables de la dépopulation ; le rédacteur oublie simplement que ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas s'offrir un médecin pour accoucher leur épouse peuvent s'adresser aux sages-femmes ; il oublie aussi qu'il coûte beaucoup moins cher pour mettre un enfant au monde en s'offrant le médecin qu'en réglant les notes du boucher, de l'épicier, etc., etc. durant l'existence de cet enfant. Les mercantis peuvent toujours courir : le médecin seul est responsable de la dépopulation et pas eux !!

L'autre article, émanant de l'*Echo de Paris*, demande que nous fassions encore des sacrifices pour faire les frais de la loi sur les assurances agricoles : il oublie que le cultivateur vend son blé actuellement 90 francs au lieu de 20 francs avant la guerre : que l'œuf, ici, vaut 0 fr. 80 actuellement au lieu de 0,15 il y a seulement 15 ans. Il n'y a donc pas exagération lorsqu'un médecin, à la campagne, demande 60 francs pour aller faire une visite à 20 kil. en tout 40 kilomètres, avant guerre, il aurait tarifé cette visite 20 francs. Il est facile de constater qui a modifié les proportions d'élévation de la vie d'une façon anormale : cultivateur et médecin mis en parallèle.

J'estime, comme suite à vos articles sur les déplacements, en médecine rurale, que l'indemnité kilométrique doit partout et pour tout être conservée, c'est le seul moyen d'éviter des abus.

A notre retour ici après la guerre et après formation d'un syndicat local, il avait été décidé que l'indemnité kilométrique serait comptée 1 franc par kilomètre parcouru pour un seul client (donc voyage spécial) et 0 fr. 75 lorsqu'il y aurait plusieurs malades ou appel au passage. Nous avons été en général, très satisfaits de cette manière de tarifer ; seulement à mon avis, cela faisait parfois des inégalités : ainsi une visite à 20 francs se trouvait ramenée à 17 francs s'il y avait plusieurs malades : ce chiffre était un peu baroque. Notre syndicat s'étant trouvé dissous, j'ai eu la curiosité de demander au président à examiner les feuilles de tarif remises par chaque confrère pour les localités desservies par lui. J'ai bien constaté l'observation des tarifs quant au kilomètre, mais je me suis rendu compte que certains confrères, pour handicaper leurs voisins dans certaines communes, réduisaient la distance qu'en réalité ils parcouraient : ils comptaient, et l'un d'eux surtout, 5 kilomètres au lieu de 7, 4 ou lieu de 5 ; j'ai même failli être victime de ce procédé pour l'assistance médicale gratuite ; mais j'ai réclamé à la Préfecture et ai eu gain de cause.

Un de nos confrères âgés étant parti, le jeune qui lui a succédé a trouvé bon d'aller à prix fixe, faire des visites dans une localité à 10 km., c'est-à-dire 20 aller-retour, au prix de 14 francs !!! Voyant cela j'ai modifié mes prix et voilà comme je fais. Je compte toujours 1 franc par km., au client qui appelle et qui doit être suivi et surtout exige la visite à telle heure ou presque et quand on me fait retourner spécialement (cas urgent, accident), je compte 1 fr. 50. Par contre, j'ai diminué la visite dite de passage tout en percevant une indemnité kilométrique partielle. Si par exemple, j'avais dans un village deux clients, l'un appelant exprès et l'autre attendant mon pas-

sage, au lieu de demander 17 francs (chiffre anormal) à chacun, je compte au premier 20 francs et à l'autre 15 francs ou des proportions analogues ; mais en dehors, je ne fais jamais de visite à moins de 10 francs, tarif ouvrier minimum.

Je me trouve bien de cet état de choses. Je trouve immoral que les assurances, mutilés, l'assistance médicale, ne veulent payer aucune indemnité kilométrique si on voit d'autres malades. En assistance : visite à 3 francs, j'ai un village dont les extrémités sont à plus d'un kilomètre l'une de l'autre : si étant chez un malade payant à une extrémité, je me rends sur appel au passage à l'autre extrémité, chez un malade de l'assistance, je percevrai 3 francs pour parcourir 2 kilomètres + 1 acte médical. Y a-t-il un chauffeur de taxi qui travaillerait à ce prix ? Le médecin est toujours la bonne poire.

Si les assurances sociales partent des mêmes principes, nous serons traités comme le dernier des ilotes.

Aussi, je suis toujours partisan du règlement des honoraires par le consommateur de soins médicaux.

Je suis aussi un adversaire résolu des tournées à jour fixe ; c'était à la rigueur excusable jadis quand on se servait de chevaux pour éviter des kilomètres, mais avec l'auto, c'est impossible vu les frais, et je ne veux pas comme mon jeune concurrent parcourir 20 kil. et faire une visite pour toucher 14 francs ou même rien du tout ! D'ailleurs la tournée à jour fixe n'empêche pas certains clients de vous faire retourner le soir dans une localité déjà visitée, et de ne pas vouloir attendre au lendemain. J'ai lu avec plaisir dans le *Concours* qu'un certain nombre de confrères partageaient mon opinion et je me réjouis de n'être pas seul.

La société a évolué : le médecin doit évoluer aussi : je ne demande pas mieux de me dévouer pour mon prochain, mais j'estime que nous devons être traités comme les prolétaires conscients et organisés.

Qu'on en finisse une fois pour toutes avec cette exploitation du médecin. Tant qu'à être fonctionnaire, il faut avoir les avantages du fonctionnaire. Si notre profession nous interdit de nous reposer comme eux périodiquement, que nous puissions au moins nous arranger avec nos clients : c'est le seul moyen de limiter les abus qu'engendrent toutes les lois sociales et le tiers payant.

Dr M.

R. H. M. S. ; 5320.

Les escroqueries à l'accident de travail (1)

Tant qu'ont duré l'instruction et les débats de cette pénible affaire, nous avons cru devoir garder le silence. Le public d'ailleurs était tenu au courant par la presse locale qui en a relaté toutes les phases, comme c'était son devoir. Mais aujourd'hui le jugement est rendu, un innocent est acquitté et dix coupables sont condamnés, nous n'avons donc plus aucune raison de nous taire et nous pouvons, en toute liberté, tirer de ces tristes événements les enseignements qu'ils comportent.

Disons tout de suite que c'est avec une profonde tristesse que nous avons vu des confrères s'asseoir sur les bancs de la correctionnelle, mais que c'est avec satisfaction et reconnaissance que nous accueillons le jugement qui relaxe un innocent et frappe sans faiblesse ceux qui déshonorent notre profession et qui, pour la plupart, ne font pas partie de notre syndicat professionnel.

On voit, par l'énoncé des condamnations, publié d'autre part, que le tribunal a établi, très justement d'ailleurs, une gradation dans la culpabilité des prévenus. En effet, il y avait parmi eux deux récidivistes, puis des coupables auxquels étaient reprochés des méfaits nombreux et graves, des chefs de file, d'autres enfin, moins endurcis, qui se montrèrent humiliés et affaissés et chez lesquels un relèvement moral pouvait être escompté.

On sait quels griefs leur étaient reprochés argent donné systématiquement à tous les accidentés, prolongation de l'incapacité de travail, truquage des plaies, majoration des notes d'honoraires portant des actes médicaux non exécutés. Le système de défense fut identique pour tous : les sommes versées n'étaient que des avances faites à de pauvres diables sans travail, les prolongations d'incapacité étaient toutes imputables à des complications imprévues et la surcharge des notes provenait d'une erreur de comptabilité. Fortement attaqués par la partie civile et par le substitut du procureur de la République, ces dix médecins ont été habilement défendus par des avocats éminents qui, malgré l'appui de leur talent et l'autorité qui s'attachait à leur nom n'ont pas réussi..à enlever un acquittement.

Mais abandonnons le petit côté de la question : oublions ce qui vient de se passer à Bordeaux pour considérer les choses d'un point de vue plus général et plus élevé.

Ainsi donc, voilà qu'après les scandales des carnets médicaux qui ont éclaté un peu partout, des fraudes de même nature se produisent dans plusieurs grands centres à propos des accidents du travail. Quels sont ces hommes qui compromettent si gravement l'honneur de notre profession ? Il y en a de tous âges et de toutes caté-

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 janvier 1924.

gories. Du haut en bas de l'échelle médicale, on trouve des cassures, du bois pourri. Il est juste de dire toutefois que c'est sur les premiers échelons, sur ceux où s'accrochent les jeunes ou les demi-jeunes, que se massent le plus ordinairement ces indésirables. Les hommes mûrs et les vieux ne sont qu'exceptionnellement atteints par la contagion. Ils ont sucé d'autres principes et tiennent autant et même davantage à leur dignité professionnelle qu'au luxe et à la richesse dont certains jeunes paraissent ne pouvoir se passer. TOUT, TOUT DE SUITE, a dit Lavedan en parlant d'eux, et sa formule peut s'appliquer aussi bien à certains confrères nouvellement reçus qu'à tous les jeunes en général. On ne sait plus attendre, marquer le pas. On veut arriver avant même que d'être parti ; on trépigne, on s'irrite et on perd le contrôle de soi-même et de ses actes. Il faut de l'argent, beaucoup d'argent pour entretenir un train de maison, avoir son auto, des vêtements de coupe irréprochable, se montrer partout où l'on s'amuse et s'offrir des vacances coûteuses et prolongées. Or, nous savons tous que la médecine, peu rémunératrice autrefois, nourrit à peine son homme aujourd'hui, en raison de l'augmentation des frais généraux et du nombre, toujours croissant, des confrères qui s'installent dans les grandes villes. Le jeune médecin peu fortuné qui veut d'emblée mener grand train arrive vite au bout de son rouleau et si sa convoitise est plus forte que sa conscience, il sombrera fatalement. Ce que ce praticien indélicat se garderait bien de faire dans sa clientèle qui contrôle ses actes, il le fera, sans hésiter pour les accidentés ou pour les mutilés. Le TIERS PAYANT, voilà l'ennemi, le démon tentateur, et c'est pourquoi nos syndicats ont une tendance générale à le supprimer partout où il existe et partout où on voudrait l'introduire. La chute de ces égarés sera encore facilitée par les nombreux et mauvais exemples qu'ils ont sous les yeux, dans la société, car le mal dont je parle n'est pas exclusif à notre corporation, il est général et se propage avec une rapidité déconcertante. C'est la gangrène gazeuse avec ses effets foudroyants. La guerre, qui nous a ramené la pourriture d'hôpital, nous a laissé aussi la gangrène morale. Elle devait être moralisatrice, cette guerre, disaient les optimistes. Hélas ! je m'aperçois tous les jours qu'elle a été exactement tout le contraire. LE SYSTEME D ; FAUT PAS S'EN FAIRE : voilà les formules. Le mercantilisme qui a régné en maître et qui continue à dominer a changé nos mœurs. Ceux qui ne savent pas gagner beaucoup d'argent et vite ne sont que des poires ; ils ne méritent pas de vivre et, s'ils succombent, c'est tant pis pour eux. Voilà où nous en sommes arrivés, non pas seulement en France, mais dans le monde entier, et voilà pourquoi notre profession a subi, elle aussi, la contamination fâcheuse.

Est-ce à dire que le mal ait pris des proportions alarmantes et qu'il soit sans remède ? Je ne le pense pas. Je crois et j'affirme que le corps médical demeure intact et sain dans son ensemble. La proportion des mauvais est infime par rapport à la masse, mais il faut veiller. Des mesures d'assainissement s'imposent, des amputations sont nécessaires, des freins sont à trouver, des martingales à imposer.

Il y avait, de mon temps, derrière la porte du Syndicat, un balai tout neuf dont je n'ai jamais eu, Dieu merci ! à me servir. Il me paraît que le moment est venu de l'essayer. Allons, président ! retroussez vos manches. Poussez au dehors tout ce qui est malpropre et vidons nos poubelles.

F. DE COQUET.

Pourquoi nous ne nous sommes pas portés « Partie civile »

On a été étonné, voire même ému, au Palais et dans le monde médical, de notre abstention calculée, que d'aucuns ont prise pour un manque d'énergie. Il n'en est rien. Après en avoir longuement discuté, le Conseil d'administration a jugé plus sage que notre Syndicat ne se porte pas partie civile, laissant à la justice seule le soin de faire son œuvre.

Onze inculpés devaient comparaître devant le tribunal correctionnel. Sur ces onze, M. le Dr Faure nous avait paru devoir être mis hors de cause et le jugement qui l'a acquitté nous a donné raison. Si donc nous nous étions portés partie civile, il aurait fallu ou le faire contre les onze inculpés et englober le Dr Faure dans notre suspicion ou l'écarter, ce qui était faire un choix et préjuger du jugement. C'était une sorte de manœuvre tendancieuse destinée à influencer le tribunal, ce qui eût été incorrect et parfaitement inutile. Si nous avions voulu jouer à coup sûr, nous aurions borné notre action contre quelques-uns seulement des dix autres prévenus, ceux qui nous paraissaient le plus gravement compromis. Mais, dans ce second cas, nous aurions été accusés encore de dicter par notre choix ses arrêts au tribunal et sûrement aussi de chercher à innocenter les membres de notre Syndicat en chargeant les autres. N'est-on pas allé jusqu'à reprocher à un expert médical de déposer avec haine contre un accusé parce qu'il ne faisait pas partie de notre Syndicat ? Le tribunal a fait justice de cette accusation.

A côté de ces raisons d'ordre moral, il en est également une autre qui n'est pas sans valeur. Plusieurs fois déjà nous nous sommes portés partie civile dans les procès qui nous paraissaient être gagnés d'avance et nous avons succombé. Notre caisse en a pâti et notre amour-propre aussi.

La prudence est une vertu : elle vaut bien qu'on lui fasse parfois quelques concessions.

R. H. M. S. ; 4470

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Fédération corporative des Médecins de la région parisienne

Les médecins locataires et la dernières loi sur les loyers

Quelle est, au regard de la plus récente loi sur les loyers, la situation des médecins locataires de Paris et de la région parisienne, et quelles formalités doivent-ils remplir pour être assurés de jouir des avantages qui leur ont été conférés tant par cette loi que par les précédentes ?

Telle est la question, d'un intérêt pratique et toute d'actualité, que s'est posée la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, et à laquelle elle a prié son conseil juridique, Me Maurice Brochin, avocat à la Cour d'Appel, de donner une réponse.

Elle pense que ses adhérents seront heureux de mettre à profit les indications qui lui ont été transmises par Me Brochin, étant entendu, d'une part, que ces renseignements sont inapplicables aux locataires d'appartements situés dans des immeubles construits ou achevés après le mois d'août 1914, et, d'autre part, qu'en pareille matière, une solution quelconque n'est jamais que « provisoirement définitive. »

Si l'on veut bien se rappeler qu'un appartement n'est occupé qu'en vertu soit d'un bail (convention faite pour une durée déterminée), soit d'une location verbale (convention faite pour une durée non déterminée), soit d'une simple jouissance de fait, il en résulte que tout locataire se trouvant actuellement en possession d'un appartement rentre forcément dans l'une des catégories suivantes :

A	1. — Bail d'avant-guerre, expirant	après le 1er janvier 1926. / avant le 1er janvier 1926.
	2. — Bail conclu entre août 1914 et le 31 mars 1922, expirant	après le 1er janvier 1926. / avant le 1er janvier 1926.
	3. — Bal postérieur au 31 mars 1922, expirant	après le 1er janvier 1926. / avant le 1er janvier 1926.
B	1. — Location verbale d'avant-guerre non expirée.	
	2. — Location verbale conclue entre août 1914 et le 31 mars 1922.	
	3. — Location verbale postérieure au 31 mars 1922.	
C	1. — Prorogation de la loi du 9 mars 1918, en cours.	
	2. — Prorogation de la loi du 31 mars 1922, en cours.	
D	1. — Occupation sans titre.	

A chacune de ces situations correspondent les solutions suivantes.

***

A. 1. — Bail d'avant-guerre expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a rien à faire.

Avant le 1er janvier 1926 :

1° Si le locataire n'a pas profité de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918 : trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra notifier à son propriétaire, par exploit d'huissier, sa volonté de profiter de la prorogation accordée, par la loi du 9 mars 1918, s'il ne l'a déjà fait.

Cette prorogation, qui est de 2 ans pour les locaux d'habitation, et d'environ 5 ans pour les locaux à usage professionnel, peut être refusée par le juge, notamment au cas où le locataire a réalisé des bénéfices de guerre.

Elle ne peut excéder le 24 octobre 1928 pour les locaux d'habitation, ni le 24 octobre 1934 pour les locaux à usage commercial ou professionnel.

Elle comporte une augmentation de loyer qui semble devoir être limitée à une contribution à l'augmentation des impôts, et à un forfait de 5 % sur le prix de 1914 pour l'entretien.

Le locataire fera bien de demander, très subsidiairement, dans le dit exploit, le maintien en possession jusqu'au 1er janvier 1926 en vertu de la loi du 29 décembre 1923, d'après laquelle l'augmentation de loyer sera, en ce cas, généralement égale à 75 % + 10 % du prix de 1914.

2° Si le locataire profite de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918 : il s'agit alors des cas prévus plus loin en C. 1 (voir ce chapitre).

***

A. 2. — Bail conclu entre aout 1914 et le 31 mars 1922 expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a rien à faire.

Avant le 1er janvier 1926 : Trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra, par exploit d'huissier de préférence, demander son maintien en possession, au minimum pendant six mois, au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation du loyer étant généralement de 75 % + 10 % du prix de 1914.

***

A. 3. — Bail postérieur au 31 mars 1922 expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a aucune prorogation à demander.

Eventuellement il peut, avant le 29 mars 1924, saisir soit le juge de paix (loyer inférieur à 1000 francs), soit le tribunal, en vue de faire réduire au prix limite le taux de son loyer.

Avant le 1er janvier 1926 : Trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra, par exploit d'huissier de préférence, demander son maintien en possession, au minimum pendant six mois, au maximum jusqu'au 1er janvier 1926 ; l'augmentation de loyer étant généralement de 75 % + 10 % du prix de 1914.

Eventuellement il peut, avant le 29 mars 1924, saisir soit le juge de paix (loyer inférieur à 1000 francs, soit le tribunal, en vue de faire réduire au prix limite le taux de son loyer.

***

B. 1. — LOCATION VERBALE D'AVANT-GUERRE.

Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire n'a rien à faire pour rester dans les lieux.

Mais dans les vingt jours de la réception d'un congé, le locataire doit, comme expliqué ci-dessus en A. 1., demander à bénéficier de la loi du 9 mars 1918, et, très subsidiairement, de celle du 29 décembre 1923.

***

B. 2. — LOCATION VERBALE CONCLUE ENTRE AOUT 1914 ET LE 31 MARS 1922.

Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire n'a rien à faire pour rester dans les lieux.

Mais, dans les vingt jours de la réception d'un congé, il doit, par exploit d'huissier de préférence, demander le maintien en possession pour une durée minima de six mois, et au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation de loyer étant généralement de 75 % + 10 % du prix de 1914.

***

B. 3. — LOCATION VERBALE POSTÉRIEURE AU 31 MARS 1922.

Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire reste en possession.

Dès réception d'un congé, il doit se conformer aux indications données en B. 2.

Dans les deux cas, il peut, éventuellement, avant le 29 mars 1924, saisir, soit le juge de paix (loyer inférieur à 1000 francs), soit le tribunal, en vue de faire réduire au prix limite le taux de son loyer.

***

C. 1 et 2. — PROROGATION DES LOIS DU 9 MARS 1918 ET DU 31 MARS 1922, EN COURS.

Trois mois au moins avant l'expiration de la prorogation, ou avant le 29 mars 1924 si la prorogation se termine à cette date, le locataire doit, par exploit d'huissier de préférence, demander le maintien en possession pour une durée minima de six mois, et au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation de loyer étant généralement de 75 % + 10 % du prix de 1914.

***

D. — OCCUPATION SANS TITRE.

Le locataire doit demander, avant le 29 mars 1924, son maintien en possession comme il est expliqué en C. 1 - 2.

Au cas où l'expulsion aurait été ordonnée, le locataire peut solliciter soit du juge de paix (loyer inférieur à 1000 francs), soit du juge des référés, un sursis à expulsion jusqu'au 1er juillet 1924, le juge du principal devant statuer sur l'indemnité d'occupation due par le locataire.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Journées médicales de Toulouse.** — La date des Journées médicales de Toulouse, primitivement fixée à fin juin 1924 est renvoyée au 10 juillet 1924.

Les journées médicales auront lieu du jeudi 10 au dimanche 13 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Bardier, secrétaire général, 10, rue St-Etienne, Toulouse.

— **Les journées médicales de Bruxelles de** 1924. — Les journées médicales de Bruxelles de 1924 s'ouvriront le dimanche 26 juin. Les séances auront lieu au Palais d'Egmont que la ville de Bruxelles vient d'accorder au Comité.

Le professeur Carrel, du *Rockefeller Institute de New-York*, parlera à la séance inaugurale.

— **Les élections au Conseil de l'Université.** — Le nouveau scrutin pour la désignation des délégués au Conseil de l'Université ont eu lieu le 23 février à la Faculté de médecine.

Deux listes étaient en présence patronnées respectivement par la section de médecine de l'Association générale des Etudiants et par l'Association corporative.

Quatre délégués présentés par la section de médecine ont été élus : ce sont : MM. Brunet, ancien vice-président de l'A.E., Chevereau, interne, Crouzat, ancien président de la section de médecine et poisson, ont été élus également. Deux autres présentés par l'Association corporative, MM. Gay, externe et Machavoine, interne.

— **Hôpital Laënnec.** — M. le professeur agrégé André JOUSSET fera à l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec, le mardi matin, à 11 heures, douze leçons sur la tuberculose.

La première leçon aura lieu le *mardi* 18 *mars*.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

parage des bords de l'appareil et par l'ouverture de fenêtres dans le plâtre déjà sec, travail qui demande du temps et de la patience. Dr C.

Réponse

L'appareil plâtré pour mal de Pott n'existe pas dans le tarif Breton et cela se conçoit, puisqu'il ne s'agit que d'accident du travail. Mais il existe dans le tarif Maginot, qui comprend les soins aux tuberculeux. Si vous avez eu à faire un appareil de ce genre, à la suite d'un accident du travail, vous pourriez prendre ce tarif comme base et demander de même : « Corset plâtré : 150 fr. », alinéa que vous trouverez dans le tarif Maginot à « intervention sur le thorax et la colonne vertébrale ».

II

Pouce et gros orteil.

Je vous serais reconnaissant de m'écrire votre avis à ce sujet, en me retournant la lettre ci-jointe.

Dois-je compter :

1º Réduction de luxation du pouce du pied droit 37.50 ?

2º Ou me ranger à l'avis de l'assurance — 18.75, cette luxation étant considérée dans l'appellation générale orteil.

Je pourrai transmettre votre avis à la compagnie où au besoin l'avis du « Sou » dont je fais partie.

Dr B

Réponse

Le mot « pouce » n'a pas été mis dans le tarif Breton à l'intention du « gros orteil » mais parce que nous avons fait remarquer que la luxation du pouce (de la main) était d'une réduction souvent assez difficile, à côté de celle des autres doigts et qu'il était équitable de la tarifer un peu plus.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

La Chélidoine

Plusieurs auteurs ont récemment parlé de la chélidoine comme pouvant amener une modification dans l'état cancéreux et sur la tumeur elle-même. L'utilisation de la chélidoine est extrêmement ancienne. Dioscoride et Pline la prescrivaient contre la jaunisse. Dans les temps modernes, Cazin, Gilbert, Biette, Linné, l'ordonnèrent contre l'ictère, l'hydropisie, les fièvres intermittentes. Voici une préparation que recommande Antonin Bossu dans les affections ci-dessus mentionnées.

Racine de chélidoine..... } ãã 30 gr.
Racine de genévrier...... } à macérer dans
Vin blanc.................. 500 gr.

A prendre tous les matins à la dose de 3 à 4 cuillerées à potage.

Cazin, à l'exemple du célèbre Hoffmann qui, chacun le sait, fut un des grands thérapeutes du 18e siècle, ordonnait, suivant la saison, le suc de la plante entière ou seulement le suc de la racine. Et cela était fort légitime. D'autres faisaient préparer des pilulets contenant 10 cgr. d'extrait et, allant à doses progressivement croissantes, ordonnaient jusqu'à 10 pilules par jour.

En usage externe, la chélidoine peut encore rendre des services. Un rebouteur, récemment condamné pour exercice illégal de la médecine, s'était acquis une grande renommée en guérissant verrues et dartres, réputées incurables, par une application de suc frais de la plante, plante dont il gardait jalousement le secret... autant que de ses paroles magiques.

Contre la teigne, l'ancienne pharmacopée nous indiquait la formule suivante que vous pourrez utiliser, si le traitement de Sabouraud ne vous donne pas de résultat :

Suc de chélidoine	āā 6 gr.
Savon blanc	
Pommade camphrée	

Avoir soin de bien mettre le cuir chevelu à nu, de le lotionner en frictionnant avec une forte décoction de feuilles fraîches de chélidoine et frotter ensuite pendant 5 minutes.

Dans la conjonctivite palpébrale, le suc de chélidoine mélangé avec de l'eau de miel provoque une action substitutive. Il est conseillé d'agir avec prudence. Le vieux de Blégny — dont les Drs Cabanès et Noir nous ont récemment entretenus — mélangeait bétoine, marjolaine, fenouil et verveine avec la chélidoine pour une friction autour des yeux.

Les extraits, après avoir joui d'une grande vogue, sont remplacés par les intraits et d'aucuns — non des moindres parmi nos savants maîtres — utilisent la plante totale. Quoi qu'il en soit, nous devons dire que la chélidoine aurait donné des résultats intéressants dans le carcinome gastrique, et même dans la diathèse cancéreuse.

On peut prescrire :

Extrait hydroalcoolique....	3 gr.
Julep	150 gr.

6 cuillerées à café par 24 heures.

La chélidoine, connue encore dans diverses de nos provinces sous le nom de « *grande-éclaire* » croît dans les lieux incultes, auprès des vieux murs, dans les décombres. Sa tige est cylindrique, ses feuilles à lobes arrondis et dentés contiennent un latex jaunâtre l'apparentant aux papavéracées. Les fleurs sont jaunes.

Peut-être, chez vous, la désigne-t-on sous le nom de « pelougne ». Raymond MOLINÉRY.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 27 février 1924 pour l'application de la loi du 22 juillet 1923 concernant l'encouragement national à donner aux familles nombreuses.

Art. 1er. — La déclaration prescrite par l'article 5 de la loi du 22 juillet 1923 est faite par le père ou, à son défaut, par la mère. A défaut du père et de la mère, elle est faite par un ascendant ou par le tuteur.

Art. 2. — La déclaration est faite sur papier libre, à la mairie de la résidence du déclarant. La signature de ce dernier est légalisée par le maire.

Si le déclarant ne peut signer, ou s'il est dans l'impossibilité de manifester sa volonté, la déclaration est établie par le maire, au nom et pour le compte du déclarant.

Art. 3. — La déclaration mentionne :

1° Les noms, prénoms, date et lieu de naissance du déclarant, ainsi que sa nationalité, sa résidence, sa profession et la qualité en raison de laquelle il fait la déclaration ;

2° Les noms, prénoms, dates et lieux de naissance, ainsi que la résidence :

a) Des enfants vivants de moins de treize ans ;

b) Des enfants âgés de plus de treize ans et de moins de seize ans qui poursuivent leurs études dans des établissements d'enseignement publics ou privés, ou qui, dans les conditions de l'article 5 du présent décret, ont fait l'objet d'un contrat d'apprentissage ;

c) Des enfants âgés de plus de treize ans et de moins de seize ans qui sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable, à l'exclusion de ceux qui sont hospitalisés aux frais de l'Etat, du département ou de la commune, ou assistés à domicile par application de la loi du 14 juillet 1905 ;

3° La nationalité des enfants donnant droit à l'allocation ;

4° L'attestation du déclarant qu'il ne reçoit aucun des secours alloués par application, soit de la loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés, soit de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses, ni aucune des indemnités allouées pour charges de famille à leur personnel civil ou militaire, par l'Etat, les départements, les communes, les établissements et services publics.

Art. 4. — A l'appui de la déclaration sont produits les bulletins de naissance, sur papier libre, des enfants, ainsi qu'un certificat du percepteur, délivré gratuitement, et établissant que ni les père et mère, ni les enfants, mention-

nés dans la déclaration, ne sont inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu.

Sont également joints à la déclaration, s'il y a lieu, soit un certificat du chef de l'établissement d'enseignement public ou privé dans lequel les enfants font leurs études et attestant leur présence, soit un certificat médical constatant l'état des enfants infirmes ou atteints d'une maladie incurable.

Si le déclarant est séparé de corps ou divorcé, il produit un extrait, sur papier libre, du dispositif du jugement ou de l'arrêt prononçant la séparation ou le divorce et lui confiant la garde des enfants.

Si la déclaration est faite par un ascendant ou par le tuteur, le déclarant justifie de sa qualité et produit un extrait, sur papier libre, des actes de décès du père ou de la mère des enfants.

Art. 5. — Dans le cas où des enfants mentionnés dans la déclaration sont en apprentissage, le déclarant doit le justifier par la production, pour chacun des enfants, de la copie d'un contrat régulier d'apprentissage établissant que l'enfant reçoit un enseignement professionnel ; cette pièce est accompagnée d'un certificat du maître, visé par le maire, constatant que le contrat est toujours en vigueur et qu'il reçoit une application régulière de part et d'autre.

Art. 6. — Le maire délivre récépissé de la déclaration et l'adresse, sans délai, au préfet, revêtue de son visa, après avoir vérifié les indications qui y sont contenues, ainsi que les pièces justificatives qui y sont annexées. Il y joint un certificat de vie concernant les enfants résidant dans sa commune.

Art. 7. — Le préfet se fait adresser, s'il y a lieu, un certificat de vie concernant les enfants qui ne résident pas dans la commune du déclarant et il statue dans le délai d'un mois, à dater de la réception de la déclaration.

Il avise aussitôt de sa décision le maire, qui la notifie au déclarant en la forme administrative.

Art. 8. — Si le père et la mère sont tous deux décédés, disparus ou ont abandonné leur famille, s'il n'y a ni ascendant, ni tuteur, le maire signale au préfet la situation des enfants et lui adresse un dossier constitué conformément aux dispositions des articles 3, 4, et 5 du présent décret.

Le préfet après avoir statué adresse le dossier de la famille au juge de paix du canton de sa résidence, à l'effet de faire désigner, conformément à l'article 1er de la loi du 22 juillet 1923, les personnes ou les établissements qui recevront l'allocation. Avis de cette décision est aussitôt transmis au préfet ; ce dernier est également informé, sans délai, de toute autre décision judiciaire qui vienrdait à intervenir.

Art. 9. — Les contrats d'apprentissage prévus à l'article 5 ci-dessus sont transmis par le préfet au contrôleur des services d'assistance, ainsi, que, suivant les cas, au directeur des services agricoles et aux inspecteurs du travail chargés respectivement d'en assurer le contrôle.

Art. 10. — Le titulaire de l'allocation est tenu de faire connaître aussitôt, par une déclaration écrite, tous changements survenus dans la situation de la famille et modifiant les conditions qui ont motivé l'allocation.

Cette déclaration est déposée à la mairie de la commune de la résidence du titulaire de l'allocation avec les justifications nécessaires. Elle est visée par le maire, et sans délai, transmise par lui au préfet.

Dans le cas où le chef de famille ne se conforme pas aux prescriptions ci-dessus, le maire signale d'office au préfet le ou les changements de situation qui sont à sa connaissance et en avise l'intéressé.

Art. 11. — En cas de modification des conditions qui ont motivé l'attribution de l'allocation, la suppression totale ou partielle est prononcée par le préfet.

En cas de retrait de l'allocation par application du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi, la décision prononçant le retrait et désignant, s'il y a lieu, le nouveau titulaire, est aussitât notifiée au préfet.

Art. 12. — Lorsque, par application de l'article 4, paragraphe 1er, de la loi, le titulaire de l'allocation voudra la déléguer à une autre personne ou à un établissement ayant effectivement la charge de l'un ou des enfants, il devra souscrire, sur papier libre, une délégation, en présence du maire, qui la transmettra aussitôt au préfet.

Art. 13. — Les mandats de payement des allocations sont adressés par le préfet au maire, qui les remet à leur titulaire, après que celui-ci y a inscrit une déclaration certifiant l'existence des conditions donnant droit à l'allocation. Ladite déclaration est visée par le maire.

Art. 14. En cas de fraude, soit par émission, soit par fausse indication dans les pièces produites par des bénéficiaires de l'allocation nationale, le préfet prononce la suppression totale ou partielle de ladite allocation, sans préjudice du remboursement des sommes indûment versées.

Dispositions transitoires.

Art. 15. — Les dispositions de l'article 6 de la loi du 22 juillet 1923, publiées au *Journal officiel* du 2 août suivant, sont applicables aux récépissés des déclarations faites dans la période comprise entre le 3 février 1924 et la publication du présent décret.

Art. 16. — Les ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, de la justice et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

(*J. O.*, 2 mars 1924).

Circulaire relative à l'organisation de l'inspection médicale dans les établissements d'enseignement.

Paris, le 3 mars 1924.

Monsieur le préfet,

Un important effort est poursuivi depuis longtemps par l'Université avec l'appui financier de municipalités éclairées, ainsi qu'avec le concours dévoué de médecins et d'hygiénistes, pour développer l'inspection médicale dans les écoles, et nous n'ignorons pas que vous avez mis au service de cette œuvre votre influence et votre activité. Mais si dignes d'attention que soient les résultats obtenus, il n'est pas douteux qu'ils pourraient être plus grands.

La nécessité de l'inspection sanitaire des écoles n'est plus à démontrer. Il n'est plus à démontrer que l'œuvre d'enseignement peut et doit s'accompagner d'observations médicales, grâce auxquelles des avertissements utiles peuvent être donnés aux familles : ainsi renseignées, elles sont mises en mesure de faire disparaître, par des soins donnés à temps, des troubles fréquents et profonds tandis que, ignorant ces désordres cachés, elles exposeraient leurs enfants à des complications funestes et à des aggravations parfois incurables.

Mais ce n'est pas seulement durant la journée scolaire que l'inspection médicale est utile à l'écolier ; aucune des institutions créées afin de faciliter et de compléter l'œuvre scolaire (cantines, colonies et camps de vacances, écoles de plein air, préventoriums), ne pourrait fonctionner rationnellement sans l'intervention du médecin inspecteur.

La nécessité de cette intervention résulte encore du fait qu'aucune agglomération, et moins que toute autre une agglomération d'enfants ou d'adolescents, ne saurait échapper à un contrôle continu, sous le rapport de l'hygiène, sans des risques sérieux de contagion.

Enfin, en dehors de cette utilité directe, l'inspection sanitaire des écoles a pour résultat de concourir à la diffusion d'idées essentielles en ce qui touche aux habitudes de propreté et à la culture corporelle, et ainsi d'amplifier la propagande que poursuivent les maîtres en faveur de l'hygiène.

Pour réaliser d'un seul coup le vaste program-

me que nous concevons, on souhaiterait assurément le vote d'une loi rendant l'inspection médicale obligatoire. Vous n'ignorez pas, du reste, que le Parlement est saisi de propositions en ce sens. Mais sans attendre le vote de ces dispositions, il nous a paru possible d'obtenir de nouveau d'importants résultats par un appel méthodique et persévérant à l'initiative des conseils généraux et municipaux, et nous avons estimé opportun de vous demander d'agir d'une façon plus instante auprès de celles de ces assemblées qui ont différé l'étude de la question pour les décider à rechercher les moyens de lui donner une solution rapide et satisfaisante.

Il ne s'agit pas, dans nos intentions, de pousser à entreprendre de lourdes dépenses. Nous désirons, au contraire, qu'on s'applique à établir partout le contrôle médical de l'école aussi simplement que possible et avec le minimum de frais grâce à une sage entente entre les autorités et les collectivités intéressées, grâce à une coordination ingénieuse des ressources, des idées et des bonnes volontés, comme l'a fait, par exemple, le département du Doubs, ou dans un autre type, le département de l'Hérault.

Ainsi le ministère de l'hygiène vous recommande d'utiliser, toutes les fois que cela vous paraîtra possible, les organes et les collaborateurs qui dépendent de lui. Vous pouvez, en requérant leur coopération directe aux visites sanitaires, aboutir à des réalisations rapides, vous connaissez trop la compétence et le dévouement des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs des bureaux d'hygiène pour ne pas être certain d'avance qu'ils vous seront précieux dans la circonstance.

Nous vous rappelons aussi que le ministère de l'instruction publique accorde des subventions aux départements et aux communes qui font des sacrifices en faveur de l'inspection médicale scolaire. Sans doute, les fonds dont il dispose sont limités ; mais si un vaste effort était tenté dans l'ensemble du pays, il n'est pas douteux que le Parlement consentirait à relever ces crédits de manière à encourager toutes les initiatives.

L'une des difficultés que vous rencontrerez lors de l'établissement du budget de l'inspection médicale consistera à fixer un tarif qui rémunère d'une manière équitable un service lourd et délicat, sans obérer à l'excès les finances départementales ou municipales. Sur ce point, votre tâche sera assurément facilitée par la conception généreuse que les médecins se font de l'intérêt public ; une autre difficulté consistera dans le choix des médecins eux-mêmes. Lorsque de nombreux praticiens exerceront dans la ville où sera créée une inspection médicale, vous éviterez soigneusement dans la désignation des médecins inspecteurs tout ce qui pourrait avoir

l'apparence d'un choix arbitraire. Les modalités de désignation pourront varier d'ailleurs selon les circonstances locales.

D'autre part, il est essentiel que les négociations à poursuivre tant avec les collectivités intéressées qu'avec les groupements professionnels n'aboutissent pas à des initiatives éphémères ou à une organisation de façade. Nous entendons faire œuvre sérieuse en organisant d'une façon effective, efficace, et profonde, la protection sanitaire de l'enfance, et nous ne saurions trop vous recommander d'avoir constamment présent à l'esprit, dans toutes vos interventions, l'objet très élevé que nous nous proposons d'atteindre.

Aussi vous voudrez bien ne pas perdre de vue qu'il faut prévoir dans chaque école au cours de l'année un nombre suffisant de visites, que ces visites doivent être faites scrupuleusement, qu'on doit chercher les moyens d'en alléger le poids au médecin pour qu'elles ne soient point superficielles, que le meilleur de ces moyens est la création toutes les fois qu'il est possible, d'assistantes scolaires d'hygiène qui peuvent opérer un tri préalable et qui ont, en outre, l'avantage de faire pénétrer l'action médicale au sein de la famille, qu'enfin la confection des fiches individuelles est indispensable ; ces fiches seront secrètes et à la disposition du médecin inspecteur seul.

Au reçu de ces instructions, vous voudrez bien vous concerter avec l'autorité académique et vos collaborateurs des services d'hygiène pour examiner avec eux la méthode d'action qu'il sera opportun d'adopter dans votre départemnt.

Dans un délai de deux mois, vous aurez à nous faire connaître ce qu'il vous paraîtra possible de réaliser avec la collaboration du conseil général et des municipalités. Ultérieurement, vous nous tiendrez au courant des résultats partiels que vous aurez obtenus et des progrès d'ensemble que l'œuvre de l inspection médicale réalisera sous votre inspiration. Un tel objet est digne de toute votre sollicitude et de tout votre dévouement.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance, et de la prévoyance sociales,
Paul Svrauss.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.
Léon Bérard.

(*J. O.*, 4 mars 1924.)

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doi-



vent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance du bureau municipal d'hygiène de Rennes (Ille-et-Vilaine) est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé à 20.000 fr. par an avec une augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans jusqu'à un maximum de 25.000 francs. Ledit traitement est passible de versement à la caisse municipale des retraites.

Le docteur médecin, directeur du bureau municipal d'hygiène de Rennes, devra s'abstenir de toute clientèle, toute contravention à cet égard pouvant entraîner la révocation , Il pourra toutefois être professeur à l'école de plein exercice de pharmacie de Rennes ou médecin aux hospices.

Rentreront dans ses attributions, en plus de celles obligatoirement conférées au bureau d'hygiène soit par la loi du 15 février 1902, soit par d'autres dispositions législatives :

1° Service de l'état civil (centralisation de tous les documents relatifs à la constatation médicale des naissances et des décès ; établissement de la statistique démographique de la commune) ;

2° Hygiène infantile (surveillance administrative et médicale des crèches municipales ; surveillance au point de vue médical des œuvres de l'enfance : goutte de lait, consultations de nourrissons) ;

3° Hygiène scolaire (inspection médicale des écoles municipales et des écoles maternelles communales ; indication des mesures d'hygiène à prendre dans les écoles publiques ; contrôle de l'inspection médicale des écoles privées) ;

4° Dispensaire du service de l'assistance médicale gratuite (surveillance de cet établissement au point de vue hygiénique et administratif) ;

5° Surveillance des établissements classés comme incommodes, insalubres et dangereux ;

6° Prophylaxie des maladies vénériennes (visite des femmes soumises au contrôle sanitaire) ;

7° Laboratoire municipal de bactériologie (direction) ;

8° Lutte contre la tuberculose ;

9° Orientation professionnelle, examen médical des enfants en vue de les guider dans le choix d'une profession en rapporrt avec leurs aptitudes physiques).

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris), leurs demandes accom-

pagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé. Les candidats devront avoir vingt-huit ans au moins et quarante-cinq ans au plus.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 2 mars 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les quadrilettes sont assujetties à la taxe de circulation, à la taxe des prestations et à la taxe vicinale.

6118. — M. Bouveri, sénateur, demande à M. le ministre des travaux publics si les quadrilettes de 4 C. V. peuvent être assujetties au payement des droits de circulation ainsi qu'à la prestation ou taxe vicinale. (*Question du 10 janvier* 1924.)

Réponse. — Réponse affirmative en ce qui concerne la taxe de circulation. Pour ce qui est de la taxe des prestations, les voitures automobiles en sont passibles, par application de l'article 7 de la loi du 10 juillet 1901, dans les conditions prévues par la loi du 21 mai 1836. Dès lors, les quadrilettes dont les caractéristiques sont semblables à celles des voitures automobiles doivent être soumises à cette taxe. Quant à la taxe vicinale, qui est représentée, aux termes de l'article 5 de la loi du 31 mars 1903, par des centimes additionnels aux quatre contributions directes, elle est susceptible d'être appliquée, dans les communes où elle est perçue, aux posseseurs de quadrilettes, dès lors qu'ils figurent au rôle de l'une desdites contributions, mais elle n'atteint pas spécialement leurs véhicules.

(*J. O.*, 20 février 1924).

Quarante-sixième année — N° 11 — 16 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 564-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

UN ASSUREUR CONSEIL

Le *Concours Médical* vient d'adjoindre à son Office de renseignements, M. H. Trollet, assureur-conseil.

Il se tiendra à la disposition des abonnés de notre Journal pour leur donner tous les renseignements qu'ils jugeront devoir demander en ce qui concerne les assurances.

Il s'offre à leur faire obtenir les tarifs les plus réduits, et supprimer les cas de déchéance qui pourraient exister dans leurs contrats en cours, tant au point de vue Incendie, qu'au point de vue Accident et Vol.

En cas de sinistre, il s'occupera de la défense des intérêts des assurés qui auront contracté des assurances par son intermédiaire.

Adresser la correspondance à l'administrateur du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris, Service de l'Assureur-conseil.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Mairet, de Puget-Théniers (Alpes-Maritimes), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*), Oudaille
Cap d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineille, Pierrhugues, Verrier.
Juan les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Pietri, Potheau (E.), Rosanoff, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldagues, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 86. — Dans station baln. du Nord, client. méd. à prendre av. pet. clinique médico-chir., rayons X, convt. à docteur voulant poste demi-repos.

N° 87. — Echangerais torp. 4 pl., mot. Ballot 1918, excel. état, contre cond. int. 2-3 pl., également en bon état.

N° 88. — Nombr. occasions d'instruments, appareils médicaux, chirurg., mobilier opératoire. s'adr. Ch. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, 12e.

N° 89. — A céder important poste médical à 80 km. de Paris.

N° 90. — Veuve de doct. 42 ans, recom. par conf. Paris, tr. au courant quest. méd. et chirurg. désire place secrétaire ou surveil. maison de santé ou clinique.

N° 91. — A vendr. cond. int. Dodge, 18 HP., écl. dém. élect., carburat. Solex, magnéto, pneus neufs, bon ét. phare, 10.000 fr. Dr Voisin, Cruseilles, (Haute-Savoie)

N° 92. — Mathis, 6 HP., écl., démar., bon état 5.500 fr. Dr Dubroca, à Locanau (Gironde).

N° 93. — Quartier du Panthéon, client. à céder, reprise de l'appartem., 5 pièces, ascenseur, électr., téléphone, cause maladie.

N° 94. — Maison de cure climat., repos, régimes, 150 m. alt. 3 km. de mer et Cannes, vue splend. s. mer et mont., contag. et mentaux exclus, tout le conft., Dr Daniel, ex-int. hôpitaux. Le Cannet (A.-M.).

N° 95. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos, banl. Paris (30 à 40 kilom.).

N° 96. — Maison produits pharm. 1er ordre. de Paris, cherche représentant médical qualifié et avec références, pour rayon Est et Sud-Est.

N° 97. — Clientèle campagne rapp. 25 à 30 000 fr. poste d'avenir. Pays chasse et pêche. très faible indemnité. Urgent.

N° 98. — A vendre sur plage bretonne, pharmacie seule, conditions avantageuses facilités de paiement.

CORRESPONDANCE

Perte de dents par suite d'accident de droit commun.

Une personne, renversée par une voiture, a subi la perte de deux dents incisives supérieures. Qu'est-elle en droit de réclamer à l'auteur de l'accident ?

D'abord, je pense, un appareil de prothèse. Mais, ne peut-elle pas, de plus, demander une indemnité pour le préjudice causé, car en somme un appareil, si bien fait soit-il, ne vaut pas de bonnes dents authentiques ? Dr C.

Réponse.

S'il ne s'agit pas d'un accident du travail, et si la responsabilité de l'accident incombe au conducteur de la voiture, la personne blessée a le droit de réclamer à son écraseur l'entière réparation du préjudice subi. Ce préjudice comprend non seulement le coût de l'appareil de prothèse, mais encore tous les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure, les journées de travail qui peuvent avoir été perdues, le *pretium doloris*, etc., et notamment le préjudice résultant de la perte de deux dents, préjudice que ne peut réparer que partiellement la pose d'un dentier.

Recouvrement des notes accidents avant la fin du traitement.

Je viens vous demander vos lumières au sujet d'un accident de travail que je soigne depuis 14 mois; il s'agit d'ostéomyélite à foyers multiples ; la guérison demandera vraisemblablement quelque temps encore. Je me demande quand je dois envoyer ma note d'honoraires à la Compagnie. Convient-il d'établir une note pour l'année écoulée ? Ou bien est-il préférable d'attendre la consolidation ? Et n'y a-t-il aucun danger dans ce cas de voir invoquer la prescription ? Dr L.

Réponse

La prescription, en matière d'accidents du travail court de la cessation du payement de l'indemnité temporaire. Comme le blessé en traitement doit continuer à toucher cette indemnité jusqu'à la consolidation, il ne doit pas y avoir danger de prescription.

Cependant, il a été admis par la Cour de

Cassation que le médecin traitant d'un blessé du travail avait le droit de se faire payer ses honoraires en cours de traitement. Vous pouvez donc envoyer votre note d'honoraires sans attendre la fin du traitement, par exemple à la fin de l'année, comme vous le faites sans doute pour vos notes de droit commun.

Privilège pour honoraires médicaux.

J'ai donné mes soins à un cafetier et à sa femme. Ils ont vendu leur café et la femme me dit de remettre ma note d'honoraires à un huissier qui avait fait la vente du fonds de commerce — la plupart des huissiers étant, en même temps, agents d'affaires. Il me payerait, disait-elle, dans les 3 semaines.

Après beaucoup plus longtemps, cet huissier vient me proposer seulement le quart de ce qui m'est dû, me disant que les dettes sont de beaucoup supérieures au prix de la vente du café et que les créanciers ne peuvent toucher, chacun, qu'une part proportionnelle. Dois-je me contenter de cela, ne suis-je pas privilégié, n'ai-je pas d'autres recours ? Il n'y a pas eu, je crois, de décision judiciaire, de liquidation, je n'ai pas été convoqué.

Je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois faire, dans le prochain numéro du *Concours*.

Dr R.

Réponse

Le paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil donne au médecin un privilège pour le recouvrement des honoraires des soins donnés pendant la dernière maladie du débiteur. La jurisprudence, interprétant restrictivement cette disposition, a décidé que le privilège ne s'appliquait qu'aux soins donnés au débiteur lui-même et non aux membres de sa famille. Dans votre affaire votre privilège ne s'applique donc qu'aux soins donnés au mari, à moins que le fonds de commerce n'appartienne à la communauté, auquel cas vous pourrez exercer votre privilège contre vos deux débiteurs, le mari et la femme.

Si l'huissier chargé de la vente du fonds et de la distribution du prix refuse de vous admettre par privilège à la répartition, vous serez dans la nécessité de prendre jugement contre vos débiteurs pour faire sanctionner votre privilège. Nous croyons devoir vous signaler que pour les recouvrements d'honoraires de droit commun, le juge de paix est compétent en dernier ressort jusqu'à 300 francs et à charge d'appel jusqu'à 600 francs ; au-delà, le tribunal civil est seul compétent

---

Calcul de la rente d'un accidenté du travail

Voudrez-vous être assez aimable pour me dire à combien s'élèverait la rente d'un blessé du travail

atteint d'incapacité permanente de 30 %. Salaire annuel : 7.200 francs.

Dr C.

Réponse

L'ouvrier blessé dans son travail, qui reste atteint d'une incapacité partielle et permanente, a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à son salaire. Cette rente est calculée sur l'intégralité du salaire jusqu'à 4.500 francs et sur le quart seulement du surplus jusqu'à 15.000 francs.

Ainsi dans le cas qui vous intéresse, le salaire de base est le suivant : 4.500 plus le quart de 2.700 = 5.175 francs.

L'ouvrier étant atteint d'une incapacité de 30 % a donc droit à une rente égale à 15 % de son salaire de base, ce qui donne : 776,25.

Les propharmaciens sont assujettis à la taxe pour vérification des poids et mesures

Etant *pro-pharmacien* depuis 2 mois, je reçois une feuille de la perception m'imposant comme marchand de *produits pharmaceutiques*, la somme de 10 francs 65, j'en suis fort étonné. Cette imposition est-elle pour 1 an et pourquoi suis-je imposé puisque je ne tiens pas d'officine ouverte tout le jour comme un pharmacien ? Veuillez donc, je vous prie, me donner des renseignements et m'indiquer la formule de protestation vis-à-vis de la perception.

Dr D.

Réponse.

En votre qualité de propharmacien, vous n'êtes pas imposable à la patente, la vente de produits pharmaceutiques ne constituant pour vous que l'accessoire de votre profession de médecin. Mais par contre vous êtes soumis à la taxe des poids et mesures qui n'est perçue que sur les usagers. Cette taxe est en réalité destinée à couvrir les frais de vérification.

Il apparaît de la lecture de l'avertissement que vous avez reçu que la somme de 10,30 vous est réclamée au titre de la taxe des poids et mesures. Vous êtes donc justement imposé.

Indemnisation d'un accident du travail survenu à un apprenti.

Accident du travail chez un *petit apprenti* de 14 ans qui gagne 0 fr. 75 de l'heure.

I.P.P., par suite de section complète au niveau de la 2e phalange de l'index et médius *droits*.

1° Sur quelle base établir la pension ?

2° Quelle indemnité journalière est due à cet ouvrier ? Journée entière, je crois sur son salaire d'ap-

prenti ou bien sur le salaire d'un ouvrier le moins payé de la même catégorie ?

Dr G.

Réponse.

L'article 8 de la loi du 9 avril 1898 dit textuellement ceci : « Le salaire qui servira de base à la « fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé « de moins de seize ans ou à l'apprenti victime « d'un accident ne sera pas inférieur au salaire « le plus bas des ouvriers valides de la même « catégorie occupés dans l'entreprise.

« Toutefois dans le cas d'incapacité tempo- « raire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de « seize ans ne pourra pas dépasser le montant « de son salaire. »

Dans l'espèce que vous nous soumettez, le blessé ayant moins de seize ans, sa rente sera donc calculée d'après le salaire de l'ouvrier valide de la même catégorie le moins payé. La détermination de ce salaire est une question de fait ; peut-être pourriez-vous avoir des précisions à ce sujet auprès du syndicat professionnel du corps de métier de l'ouvrier blessé.

Quant à l'indemnité temporaire jusqu'à la consolidation, elle sera égale à la moitié du salaire de l'ouvrier de la même catégorie le moins payé.

Exonération d'impôts en faveur des sinistrés de guerre. Obligations décennales d'intérêts de dommages de guerre.

Je vous serai très obligé de vouloir bien demander à votre excellent correspondant fiscal, M. Martinot :

1° Si, étant *sinistré*, j'ai encore actuellement droit à des dégrèvements d'impôts (que je n'ai jamais réclamés depuis 1919), et lesquels S.V.P. ? (A noter que je ne me *suis pas réinstallé dans mon ancienne localité* dévastée, mais dans le même département dans une région non réellement dévastée) ;

2° Si on doit porter sur ses revenus de l'année, dans la déclaration, une somme de 4.500 fr. *reçue en obligations décennales* dans le courant de 1923 pour intérêts d'un immeuble dévasté ?

Dr B.

Réponse.

1° D'après la loi du 16 juillet 1921, vous aviez droit au dégrèvement de la moitié des impôts de 1914, et vous n'avez pas dû être imposé pour les années 1915 à 1918. Si dans la commune où vous avez été réfugié vous aviez été compris dans les rôles des contributions directes (personnelle, mobilière) ou des impôts sur les revenus pour les dites années, vous seriez toujours en droit de demander la décharge des dites impositions. Il en est de même en ce qui concerne les impôts sur les revenus qui auraient été établis à votre nom au titre de l'année 1919.

Pour les années 1920 et postérieures, la commune de P.-de-B. n'étant pas considérée comme dévastée (elle n'est pas comprise dans la limite fixée par le décret du 5 octobre 1921) vous rentrez dans le droit commun et n'avez droit à aucune des exonérations ou réductions prévues par la loi du 16 juillet 1921.

2° Le payement des intérêts en obligations ayant été institué récemment, il n'y a encore aucune décision de jurisprudence à ce sujet. A notre avis, ces obligations étant inaliénables, on ne peut soutenir que les sommes qu'elles représentent *ont été à votre disposition* au cours de l'année 1924 ; dès lors la condition prévue par l'article 10 de la loi du 15 juillet 1914 n'est pas remplie et ces revenus ne nous paraissent pas devoir être déclarés et par suite soumis à l'impôt général sur le revenu.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

La valeur de l'indice de Pignet.

Le *Concours* pourrait-il me dire où je pourrais me documenter sur l'indice — rapport entre le poids, la taille et la circonférence thoracique. L'indice a-t-il la même valeur chez l'adolescent que chez l'adulte ? Car, fréquemment, l'adolescent est mince, maigre et donne un indice élevé, alors que vers l'âge de 18-20 ans il s'étoffera et aura un indice plus faible.

A-t-il la même valeur chez la femme qui a souvent un périmètre thoracique élevé, à cause de seins mal placés ?

Chargé de l'admission dans plusieurs sociétés de secours mutuels, j'ai vu des candidats acceptés par moi, refusés par le Comité à cause de leur aspect défavorable.

Je voudrais alors, en présence de sujets dont les organes sont actuellement sains, mais dont l'aspect général paraît chétif, me servir de la mensuration.

Dr G.

Réponse.

Vous pourrez vous documenter sur l'*Indice de Pignet* dans tous les traités d'hygiène militaire, aux chapitres « aptitude physique militaire » ou « Entraînement militaire ».

L'Indice de Pignet ne possède aucune valeur absolue ; il ne fournit qu'une indication qui, jointe aux autres facteurs, permet de porter un jugement d'appréciation sur la valeur physique du sujet. Son but principal est de traduire l'état dans lequel se trouve être le développement physique ; comme tel, il s'applique aux adolescents et aux adultes inclusivement. Il ne préjuge en rien de ce que les organes soient sains ou non. Chez l'homme mûr, il perd une grande partie de sa valeur, en raison de facteurs, tel que l'adi-

posité, qui deviennent des causes d'erreur. D'ailleurs, cet indice a été établi et étudié à la suite d'un grand nombre de mensurations pratiquées chez des jeunes gens de 18 à 25 ans environ. Ces limites d'âge sont donc celles entre lesquelles il peut donner par conséquent les indications les plus utiles. Chez la femme, il s'applique aussi, à condition que le périmètre thoracique puisse être pris en éliminant la glande mammaire ; il est toutefois moins sûr chez les adipeuses.

Décès d'un ancien mobilisé. Présomption légale inapplicable

J'ai une cliente dont le mari est mort en 1921 à 46 ans des suites d'une maladie de cœur.

Ce malade avait fait toute la guerre sans être jamais hospitalisé.

Toutefois il s'est fait soigner dans les six mois qui ont suivi sa démobilisation par un médecin qui peut le certifier. De plus, dans cette période de six mois, il a fait remplir des ordonnances dont on peut avoir la copie certifiée par les pharmaciens.

Etant donné qu'il a été soigné, on peut en faire la preuve, dans les 6 mois qui ont suivi sa démobilisation pour une affection rapportée du service certainement (maladie de cœur) et ayant causé la mort, est-ce que sa veuve n'aurait pas droit à une pension ?

Dr P.

Réponse.

Cet homme, étant donné son âge, semble être mort plus d'un an après son retour dans ses foyers. Sa veuve ne bénéficie donc pas de la présomption légale et il lui appartient de faire la preuve que son mari est décédé des suites d'une maladie imputable au service.

Evidemment, d'après les renseignements fournis, il a souffert d'une maladie de cœur dans les six mois qui ont suivi sa démobilisation ; mais cette maladie ne semble pas avoir été constatée par l'autorité militaire, et, dès lors, cette preuve, très rationnelle d'ailleurs, ne suffit pas pour établir les droits à la pension de la veuve.

Application du Tarif Breton.

I

Extraction de corps étrangers de l'œil.

1° Un praticien, non spécialiste, peut-il demander à une compagnie d'assurance la somme de 15 francs pour extraction d'un corps étranger de la conjonctive avec anesthésie par instillations et pansement ? (accident du travail) ;

2° Combien lui sera payée la consultation et le pansement du lendemain si l'état du blessé l'exige ?

Dr P.

Réponse.

1° La dérogation à l'article 15, alinéa 2, notée

à l'article 27, n'existe que pour la consultation des oculistes, mais pas pour les *interventions*. Donc, spécialiste ou non, un praticien peut demander 15 francs pour extraction de corps étranger superficiel de la cornée.

2° Le pansement est compris dans le prix de la visite ou consultation, qui est, dans ce cas, pour le non-spécialiste, de 7 à 8 francs, suivant la catégorie.

F. D.

II

« Pansement » et « acte chirurgical ».

Le n° 8 du *Concours Médical* du 24 février 24, nous fait connaître votre conseil d'abandonner le prix du pansement assimilé à celui de la consultation dans le cas d'honoraires à réclamer pour injection antitétanique.

C'est sur ce point que je désire retenir votre attention et voici mes arguments pour une conclusion différente de la vôtre.

1° Lorsqu'à la suite d'un accident du travail le médecin pratique un acte chirurgical important, suivi d'une injection de sérum antitétanique, il cumule pour l'acte chirurgical et pour l'injection.

2° S'il est fait à un blessé un pansement sur chacun des deux bras, ils comptent tous deux. Donc deux actes chirurgicaux.

3° Dans le cas d'un pansement sur le bras gauche (1er acte chirurgical) accompagné d'une injection de sérum antitétanique sur la cuisse droite (2e acte chirurgical), il y a également à compter l'un et l'autre, par conséquent cumul.

Telle est mon interprétation, c'est ainsi qu'en toute sincérité j'ai établi mes notes, incontestées jusqu'à ce jour. Aujourd'hui une compagnie d'assurances pose la question et fait allusion au *Concours médical* que je lis depuis 29 ans. Je serais très heureux après lecture de ma communication de connaître la voie à suivre.

Dr B.

Réponse.

Le « pansement », dans le tarif Breton, n'est pas considéré comme un « acte chirurgical » et c'est pourquoi il n'est pas l'objet d'un tarif *spécial*, mais est compris dans le prix de la visite ou consultation. Seulement, nous avions fait remarquer, à la Commission du tarif Breton, qu'il ne serait pas équitable de ne compter qu'une consultation quand on est obligé de faire plusieurs pansements. Aussi en cas de « blessures multiples » (art. 14), on avait admis qu'on compterait une consultation par pansement effectué. D'autre part, n'oublions pas qu'il fut entendu à la Commission que le prix de chaque intervention à tarif spécial serait établi en y comprenant le prix de la visite ou consultation. Et c'est pourquoi nous avons obtenu (non sans

(*Voir la suite page XLVII* 611)

PROPOS DU JOUR

Les variations des opinions officielles sur la prophylaxie des maladies vénériennes au cours des derniers siècles.

Nous avons récemment (Propos du Jour du 24 février 1924) exposé les suggestions que notre distingué confrère, M. le médecin principal le Dr G. Saint-Paul, avait développées dans un article du *Progrès Médical*, intitulé : *La prostitution doit aider la prophylaxie.* L'auteur préconisait la création de cabines prophylactiques dans les maisons publiques où des infirmiers expérimentés, liés par le secret professionnel, donneraient des conseils sanitaires aux clients de l'établissement et leur feraient prendre les précautions prophylactiques nécessaires. Nous laissions entrevoir les plaisanteries, d'ailleurs faciles, que pourrait provoquer pareille réalisation et invitions nos lecteurs à méditer sur le projet troublant de M. G. Saint-Paul. Notre appel a été entendu et nous croyons devoir publier la lettre très intéressante qu'a bien voulu nous adresser le Dr H. Perreau, d'Ivry-sur-Seine:

Mon Cher Confrère,

Je viens de lire votre article du *Concours Médical* sur la « prostitution au service de la prophylaxie » et j'apprends qu'un confrère militaire le Dr Saint-Paul a présenté dans le *Progrès Médical* un projet de prophylaxie en intéressant les maisons de prostitution à l'enseignement prophylactique.

Peut-être la réalisation de ce projet serait-elle tournée en ridicule par des plaisanteries faciles ou par des scènes de revues montmartroises, c'est très possible, mais je crois que les résultats seraient plus efficaces que ceux obtenus par les nombreux et dispendieux dispensaires existant ou qu'on doit encore créer.

Il est préférable de prévenir que de guérir.

Il serait donc préférable d'empêcher la contagion vénérienne que de créer d'onéreux dispensaires pour soigner des milliers de vénériens.

J'ai appris dernièrement par des clients revenant d'Allemagne, qu'en Allemagne dans toutes les maisons de prostitution, il existait des cabinets de toilette spéciaux où chaque client devait aller et où il trouvait tout le matériel nécessaire pour essayer de se protéger d'une contagion possible. Eau antiseptique, savon, pommade au calomel, etc. Les clients le savent, y sont habitués et n'oublient jamais, paraît-il, de passer au cabinet de toilette spécial.

Je crois les maladies vénériennes aussi fréquentes dans les lupanars boches qu'en France, or, mon client a fréquenté souvent les maisons de prostitution pendant son séjour en Allemagne, il n'a jamais rien eu comme maladie vénérienne ; dès son retour en France il a une blennorrhagie attrapée dans une maison de prostitution où naturellement il n'a trouvé aucun moyen de protection.

Ne croyez-vous donc pas que le Comité national de prophylaxie ne ferait pas œuvre vraiment utile en exigeant dans toutes les maisons de prostitution françaises qui sont sous la surveillance de l'Etat, l'installation de cabinets de toilette spéciaux avec tout le matériel prophylactique nécessaire. Le médecin chargé de l'examen médical de la maison serait chargé aussi de l'inspection de ces locaux spéciaux et vérifierait si le matériel prophylactique est renouvelé et au complet. On pourrait mettre dans ces locaux une affiche spéciale indiquant la façon de se protéger, les moyens de se servir de la pommade, de faires les savonnages, etc.

C'est une question fort intéressante au point de vue de la prophylaxie vénérienne.

Je suis sûr que les maisons de prostitution accepteraient avec plaisir cette création très moderne du dernier confort qui leur permettraient de promettre à leurs clients plaisir et sécurité. Et quelles que soient les plaisanteries, je crois que les maisons rivaliseront d'efforts pour aménager le plus complètement (dernier cri de l'hygiène) ces cabinets spéciaux de prophylaxie qui devraient exister enFrance.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Dr H. PERREAU.

Cette lettre et l'article de M. G. Saint-Paul nous ont incité à faire quelques recherches, et nous avons trouvé dans l'ouvrage bien connu de Parent-Duchatelet, la question traitée en détail dans un chapitre intitulé : *L'administration peut-elle et doit-elle favoriser l'emploi des moyens préservateurs de la syphilis* ?

Parent-Duchatelet, membre de l'Académie de médecine et du Comité de salubrité, nous apprend qu'à son époque, vers 1850, il existait des hommes, se disant inventeurs de moyens préservateurs de la contagion syphilitique. Parmi eux, l'on comptait quelques médecins, un certain nombre de prétendus chimistes et beaucoup de pharmaciens. Ces inventeurs étaient pour la plupart des charlatans, souvent étrangers, mais il en était de bonne foi qui s'adressaient aux Préfets de Police, lesquels transmettaient les

procédés pour examen au Comité de salubrité. Parent-Duchâtelet se plaint des placards exposés à ce sujet sur les murs de Paris, des distributions de cartes et de billets sur la voie publique. Constatons en passant que les mœurs n'ont guère changé et qu'à cette époque déjà lointaine les médecins de vespasiennes n'avaient pas plus de vergogne qu'en 1924. Ceci pour ceux qui parlent sans cesse de la démoralisation croissante de notre profession.

Les inventeurs de moyens prophylactiques demandaient avec instance qu'on expérimentât leurs procédés avant de les condamner, et comme ils n'avaient pas à leur disposition les infirmeries régimentaires de l'armée, où naguère M. Chéron engagea nos conscrits à user de la pommade au calomel, ils insistaient « pour que des essais comparatifs pussent être tentés dans les maisons publiques de prostitution et faire connaître par là l'efficacité de l'invention. »

Le préfet de police, assez embarrassé, répondait « qu'il n'en était pas d'un moyen curatif, employé dans un hôpital ou partout ailleurs, comme d'un moyen préservatif, dont l'essai ne pouvait être tenté que dans des maisons notées d'infamie » et tout en reconnaissant l'intérêt social qu'il y avait à arrêter la propagation de la syphilis, il affirmait qu'il était « *de son devoir de préserver de toute atteinte la morale publique et de faire en sorte qu'une découverte, même utile, ne pût être considérée comme une prime d'encouragement accordée à la débauche.* » Mais comme il sentait bien qu'il ne se trouvait pas là sur un terrain bien solide, à l'exemple de Ponce-Pilate, il s'en lavait les mains et passait l'affaire au *Conseil de salubrité.* Celui-ci, après avoir examiné un des moyens proposés le reconnaissait sans danger, mais craignant lui aussi de se compromettre, ajoutait dans son rapport « que les expériences qu'on sollicitait étaient difficiles et délicates ; qu'elles avaient déjà été tentées, mais que ces tentatives avaient été accompagnées d'un tel appareil de scandale et d'indécence, qu'elles avaient marqué d'avance du sceau de l'indignité et de l'infamie quiconque aurait voulu les renouveler ». Le Conseil faisait allusion à la fameuse affaire Guilbert de Préval qui avait fait tant de bruit un demi-siècle auparavant. L'anecdote est curieuse et instructive et mérite d'être rappelée.

Guilbert de Préval était docteur régent et professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, conseiller, médecin consultant et correspondant de S.M. le Roi de Danemark.

En 1770, il fit savoir qu'il avait trouvé un spécifique pour préserver de la contagion syphilitique. L'annonce de pareille découverte eut le succès que l'on peut imaginer dans la Cour de Versailles, où le Roi Louis XV ne donnait pas précisément l'exemple de la continence et des bonnes mœurs. De Préval fut comblé de prévénances et de promesses, mais les grands seigneurs exigèrent qu'il fit lui-même, en présence de témoins, l'essai de son « eau fondante antivénérienne ». De Préval accepta. Le 6 mai 1771, il se risqua à contracter la syphilis dans une petite maison de M. de Saint-Laurent, rue Popincourt, devant le duc de Chartres et le prince de Condé. Le 10 juin il renouvelle l'expérience pour le comte de la Marche qui le fit surveiller ensuite pendant une assez longue période par son chirurgien.

Le lieutenant de Police de Sartines, s'il faut en croire les *Mémoires secrets*, donna l'ordre à la Faculté d'expérimenter le procédé. Ce fut fait devant le doyen et trois docteurs-régents de la Faculté sur des malades de Bicêtre. Le prince des Deux-Ponts fit refaire les expériences dans ses Etats. De Préval prétendit avoir traité avec succès 2.700 soldats et 6.200 bourgeois de Paris. Malheureusement le fils du duc de Duras constata à ses dépens que le moyen de préservation de Guilbert de Préval n'était pas infaillible. De Préval eut l'imprudence de faire distribuer des libelles vantant son procédé. La Faculté qui était honteuse du bruit fait à ce sujet et qui finissait par nuire à son prestige, saisit ce prétexte pour rayer de Préval de la liste de ses membres dans une séance solennelle de 8 août 1772, présidée par le doyen Letheuiller. Mais de Préval se défendit ; soutenu par la Cour, il trouva des appuis au Parlement. Un procès fastidieux en résulta et ce ne fut que le 13 août 1777 que le Parlement finit par donner gain de cause à la Faculté de médecine.

Il n'est pas sans intérêt de relever un argument de la Faculté de médecine contre le procédé de Préval :

« Nous savons ou au moins nous croyons qu'un préservatif pour la maladie dont il est question produirait un déréglement dont souffriraient la population et le bon ordre social, nous pourrions ajouter la pureté des mœurs. »

Et ailleurs un mémoire de la même Faculté reprochait à G. de Préval « *d'avoir offert avec l'impunité un appât pour le vice, avoir anéanti les mœurs autant qu'il était en lui, et ouvert la porte au libertinage.* »

Que pensent de ces considérations, les champions officiels de la lutte antivénérienne ?

Parent-Duchâtelet adopta la même doctrine. Il trouve aussi immoral l'emploi des moyens préservateurs des maladies vénériennes que la conduite d'un magistrat qui, à la tête du gouvernement d'un pays où les bonnes mœurs seraient absolument respectées, proposerait d'y introduire la prostitution.

Cependant tout le monde ne pensait pas ainsi puisque la *Société de médecine de Bruxelles* avait couronné en 1836 un mémoire du Dr Ratier sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Un préfet de Police de Paris, Ducoux, avait cru utile, à l'exemple des mesures adoptées en Belgique, « *d'obliger les maîtresses de maison à avoir constamment à la disposition des filles et des visiteurs une préparation d'oxyde de sodium, étendue dans vingt-six parties d'eau, avec une instruction pour s'en servir.* »

L'initiative privée avait devancé cette tentative officielle ; dans un autre chapitre le même Parent-Duchâtelet le relate, et non sans indignation, en ces termes : « Le dirai-je, j'ai la certitude qu'un de ces guérisseurs dont les affiches noircissent les colonnes de nos journaux, n'a pas refusé d'être à l'année chez une de ces teneuses de maisons clandestines, qui, faisant de bonnes affaires, ne voulait pas compromettre la bonne réputation de son établissement ! »

Quelle mesure aurait pu prendre, s'il eût existé un Conseil de l'Ordre des médecins contre ce docteur spécialiste devenu agent médical de prophylaxie antivénérienne.

Pascal avait dit : « Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà ». En dépit des théories philosophiques actuelles reportant dans le cas présent l'espace sur le temps, ne pouvons-nous pas affirmer qu'en matière de prophylaxie antivénérienne ce qui fut officiellement une erreur au XIXe siècle devient une vérité au XXe ?

J. Noir.

R. H. M. S.; 7290

A propos du duel récent entre deux chirurgiens

Plusieurs de nos lecteurs nous incitent à dire ce que nous pensons du duel entre deux maîtres réputés, professeurs à la Faculté et chirurgiens des hôpitaux, qui a fait beaucoup de bruit dans la presse.

Dans notre jeunesse nous avons beaucoup aimé l'escrime que nous considérons comme plus gracieux, plus noble et plus utile que la boxe brutale qui accapare actuellement la faveur de nos sportifs. Malgré cela, nous n'admettons pas le duel. Il est vrai que ceux qui ont assisté à un combat à l'épée trouvent autant de différence entre ce pugilat armé et les gracieuses passes d'un assaut au fleuret qu'entre un ballet à l'Opéra et une danse rituelle de sauvages du Centre Africain.

Mais si, personnellement, nous n'admettons pas le duel, nous ne nous reconnaissons aucun droit d'imposer à d'autres notre manière de voir. Il en est ici comme de la Religion, c'est affaire de sentiment et non de raison, et Pascal nous a appris que le cœur a des raisons que la raison ne connaît pas.

En outre, un motif plus sérieux ne nous permet pas d'apprécier la conduite des deux chirurgiens duellistes.

Nous ne saurions oublier que M. le Pr Broca, notre collègue comme représentant de l'Union des Syndicats médicaux à la Commission du tarif Breton, nous y a rendu, nous y rend et, nous espérons, nous y rendra encore de grands services.

D'autre part nous nous souvenons que l'intervention du Pr Cunéo a contribué beaucoup au succès de la cause médicale, lors du conflit pour les soins à donner aux pensionnés de guerre. Lui aussi a bien voulu aider la Commission de l'Union des Syndicats médicaux à établir le tarif chirurgical, appliqué aux pensionnés.

Reconnaissant les services rendus, nous conservons et conserverons également pour les professeurs Broca et Cunéo les mêmes sentiments de reconnaissance et nous ne nous permettrons pas d'apprécier leur conduite, persuadés que nous sommes qu'ils ne sont pour rien dans la publicité donnée à leur affaire, d'ordre absolument privé.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RÉCENTES ACQUISITIONS EN THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE (1)

Par Camille Lian,

Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.

Je me propose de vous exposer, dans cette leçon, les principales acquisitions faites en thérapeutique cardio-vasculaire, l'année dernière.

Le traitement des aortites syphilitiques.

Si le bismuth s'est montré, et est connu, comme un excellent médicament dans les syphilis viscérales, on n'a été que récemment fixé sur sa valeur en thérapeutique cardio-vasculaire. MM. Laubry et Bordet ont montré que le bismuth n'avait pas les mêmes inconvénients que les arsenicaux, lorsqu'il y a insuffisance cardiaque ; car il est à présent admis qu'en cas d'asystolie ou d'insuffisance ventriculaire gauche, les sels arsenicaux sont à délaisser. On n'avait alors à sa disposition que le mercure. L'apparition du bismuth et son application dans ces cas est donc très importante.

D'après les récents essais, on a reconnu qu'il était utile de varier le traitement et de ne pas s'en tenir à un seul médicament. Mais je vous conseille de ne pas employer successivement le bismuth et le mercure, car vous savez que tous deux agissent sur la muqueuse buccale, et vous risqueriez des incidents qu'il est possible d'éviter en intercalant entre leurs deux séries un traitement arsenical ou, si celui-ci n'est pas possible, en laissant entre les deux cures un repos suffisant.

A quel intervalle doit-on se faire succéder les différentes séries ? Vous comprenez qu'il ne peut y avoir une règle formelle, car cela dépend essentiellement des cas particuliers auxquels on a affaire ; mais il est nécessaire d'avoir un schéma, et si celui que je vais vous donner n'a rien d'absolu, du moins vous servira-t-il, en pratique, à vous guider dans la conduite du traitement d'une aortite due à une syphilis, ignorée ou non, traitée depuis des années. Je commence volontiers par le bismuth, et j'ordonne 12 injections à raison de deux par semaine ; soit six semaines.

Il ne faut pas laisser un grand intervalle entre cette cure et la suivante, car il est capital de ne pas accord de répit au tréponème. Je prescris 3 à 4 semaines de repos.

Puis, en ayant soin d'examiner fréquemment mon malade pour dépister l'apparition possible d'un certain degré d'insuffisance cardiaque, j'entreprends la cure arsenicale, en injections sous-cutanées ou intra-veineuses, ces dernières ne devant être utilisées que si le sujet est robuste. La cure sera de 8 semaines, après quoi on laissera à nouveau un mois de repos, avant d'aborder le mercure.

On pourra employer, soit les injections intraveineuses de cyanure, soit l'huile grise, qui est très efficace et qui a l'avantage de ne nécessiter qu'une injection hebdomadaire, alors que le cyanure doit être fait trois fois par semaine.

Si ces divers traitements ont été bien supportés, il est utile de recommencer le cycle, ce qui fera une année de traitement presque sans répit, car dans les intervalles des piqûres, il est utile de donner de l'iodure de potassium.

Les années suivantes, on fera au début de chaque semestre une série, non plus de 3 médicaments, mais de deux seulement.

Comme je vous l'ai dit, ceci ne constitue qu'un schéma assez grossier. Il faut adapter son traitement à chaque cas particulier, et d'autre part, savoir le modifier selon les incidents qui pourraient survenir. On doit toujours se méfier lorsque l'on soigne des cardiaques, et je vous citerai le cas récent d'un malade, sujet très hypertendu, présentant un certain degré d'insuffisance cardiaque qui se traduisait par de la dyspnée et du pseudo-asthme. Ce malade fut amélioré par la digitale et la théobromine ; cependant, la pression restait élevée. Un Wassermann fut négatif. Malgré cela, comme le malade n'avait qu'une quarantaine d'années, j'instituai un traitement par le bismuth. Après une série de piqûres, je revis le malade, et je constatai que son état était moins bon qu'auparavant, car il présentait du pouls alternant, tandis qu'il n'en avait pas eu auparavant. Je dus renoncer au

(1) Leçon recueillie par le Dr Barrieu (de Royat) au Cours de Revision des Acquisitions médicales pratiques (oct. 1923). Dans ce cours fait à la clinique médicale propédeutique du professeur Sergent seront exposées en 12 jours, chaque année, en octobre, toutes les données nouvelles de l'année précédente en pathologie interne.

traitement antisyphilitique, et reprendre uniquement la médication toni-cardiaque.

Cet exemple suffit à vous montrer qu'il faut être prudent dans la conduite d'un traitement antisyphilitique chez un aortique ou un cardiaque, et qu'il est de première importance de surveiller attentivement son malade.

Essai thérapeutique contre l'endocardite maligne.

Le diagnostic d'endocardite maligne à évolution lente est beaucoup plus souvent porté qu'auparavant, parce que, à la faveur des travaux récents, on connaît mieux les signes de cette affection, et qu'elle échappe moins à l'attention prévenue du praticien.

Ceci ne veut malheureusement pas dire qu'on lutte beaucoup plus efficacement contre elle ; cette affection comporte toujours un pronostic aussi grave, la proportion de la mortalité étant considérable.

On a tenté la séro ou la vaccinothérapie dans cet état septicémique dû au streptococcus viridans ; vainement, pourrions-nous dire, car les succès isolés signalés çà et là sont rarissimes et peu probants.

L'Américain Caps, après une série d'expériences *in vitro* et *in vivo* sur le streptocoque traité par les sels arsenicaux, institua un traitement par le cacodylate de soude, avec succès, semble-t-il.

Il fait quotidiennement une injection intraveineuse de cacodylate pendant une longue période (4 mois), et à doses progressives. Il commence par 5 cgr., et augmente jusqu'à 0 gr. 25 ; il conseille d'aller presque jusqu'à l'intoxication légère qui se traduit par une odeur alliacée. Quand surviennent des troubles intestinaux, il suspend le traitement tout au plus 24 à 48 heures, et il le reprend aussitôt à une dose un peu moins forte.

Caps a traité ainsi huit malades qui avaient une hémoculture positive. Il n'a eu que deux décès. Il a enregistré quatre guérisons datant de 7, 5 et 4 années. Il a encore deux malades en traitement, mais il a constaté chez eux la chute de la température.

On voit quels services seraient susceptibles, d'après Caps, de rendre les sels arsenicaux. Personnellement, je ne puis vous donner mon avis sur le traitement de Caps, car je ne l'ai appliqué que dans un cas, qui fut d'ailleurs un échec, mais je n'en fais pas état, car il ne fut pas conduit selon la technique de Caps. L'avenir jugera la valeur de ce nouveau traitement.

Digitale et ouabaïne.

Je ne vous parlerai pas des propriétés respectives de ces deux médicaments, que je vous ai exposées l'année dernière à ce même cours.

Ce qui vous intéresse plus que les discussions théoriques, c'est la manière dont il faut manier ces produits. Jusqu'à ces derniers temps, il était recommandé de ne pas donner à un malade la digitaline et l'ouabaïne successivement, mais d'attendre quelques jours après l'un d'eux pour aborder l'autre. Des essais de M. Laubry ont montré que cette précaution était superflue, et qu'on pouvait même prescrire simultanément ces deux produits. Il a employé un mélange renfermant 1/3 de digitaline cristallisée et 2/3 d'ouabaïne cristallisée. Vous vous rappellerez que par la voie intra-veineuse, la dose d'ouabaïne à employer est 1/4 de milligramme. Mais par la bouche, l'ouabaïne peut s'employer largement. J'avais donné comme posologie facile à retenir : donner 2 ou 3 fois plus d'ouabaïne qu'on aurait prescrit de digitaline. M. D. Routier a renchéri et considère que l'ouabaïne n'agit pas par la bouche si l'on ne donne pas au moins 1 milligramme en une fois. Donc, si vous prescrivez un mélange d'ouabaïne et de digitaline, ne tenez compte pour la posologie que de la digitaline.

Quinidine dans l'arythmie complète.

La valeur de la quinidine dans le traitement de l'arythmie complète n'est plus à vanter, et des différentes statistiques qui sont publiées, il ressort que la proportion de succès par régularisation du rythme est bien de 40 %, comme l'ont dit les différents auteurs à l'apparition de ce médicament.

Je vous répète pour mémoire, la manière de distinguer cliniquement l'arythmie complète de l'arythmie extrasystolique. Alors que, dans celle-ci, il y a un fond de rythme régulier, coupé à intervalles variables par une contraction prématurée, dans l'arythmie complète, on cherche en vain un fond de rythme régulier, la succession des contractions cardiaques se fait constamment d'une façon boiteuse.

Le résultat obtenu par le sulfate de quinidine est-il durable ? Beaucoup d'auteurs ont cru ou croient encore que la quinidine ne donne que des succès passagers. J'ai déjà, l'année dernière, affirmé le contraire ; actuellement, mes malades observés depuis deux ans me permettent de dire avec plus de force que les bons résultats de la quinidine sont souvent durables.

Chez certains, l'arythmie disparue n'est pas revenue. Chez d'autres, il y a eu de temps à autre une courte rechute de quelques heures ou de quelques jours qu'une nouvelle cure a maitrisée. Comme je l'ai dit, il est nécessaire de mettre le malade à un traitement d'entretien assez soutenu, et je ne reviendrai pas sur cette question que j'ai longuement traitée devant vous.

D'ailleurs, plus nous avancerons dans le temps, plus les résultats seront favorables. Car nous voyons actuellement surtout des arythmies complètes anciennes, et les succès seront plus nombreux quand le traitement sera mis en œuvre de bonne heure. Cela sera, quand la quinidine sera mieux connue, et quand les médecins seront persuadés de son efficacité, de son peu de nocivité, et de la nécessité de donner des doses suffisantes.

Pour les cas que j'ai traités, j'ai obtenu 44 % de succès, et exactement 16 régularisations du rythme sur 37 arythmies complètes soumises à la quinidine, et le bon résultat est resté durable dans 12 cas sur 16. Cela revient à dire qu'on peut enregistrer un succès durable chez 1/3 des malades atteints d'arythmie complète.

Mais le champ de la quinidine s'élargit, qui tend à faire d'elle, non seulement le médicament de l'arythmie complète, mais celui plus général des arythmies cardiaques. Je vous parlerai de son application au traitement des extra-systoles et de la tachycardie paroxystique. Il y a peu de renseignements à ce sujet dans la littérature médicale, vous les trouverez dans le volume de 1924 de l'Année Médicale Pratique et je ne ferai état devant vous que de mon expérience personnelle.

Quinidine dans l'arythmie extra-systolique

J'ai eu l'occasion de soigner par le sulfate de quinidine 7 cas d'arythmie extra-systolique. Les extra-systoles fréquentes avaient été constatées dans plusieurs examens. Elles disparurent ou diminuèrent beaucoup dans ces 7 cas. Toutefois, ces résultats sont pour la plupart récents, et je ne sais s'ils persisteront. J'ai l'impression cependant qu'ils seront moins durables que ceux obtenus dans le traitement de l'arythmie complète

Quinidine dans les tachycardies paroxystiques.

Envisageons maintenant les tachycardies paroxystiques.

J'ai d'abord été amené à prescrire la quinidine dans l'intervalle des crises, car c'est le plus souvent à ce moment que je vois les malades.

J'ai traité ainsi 15 cas, qui m'ont doné 1/3 de résultats favorables. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une malade ayant une crise de 20 heures tous les quinze jours. Mise au traitement quinidique, elle fut revue trois mois après. Elle n'avait eu qu'une crise 4 ou 5 jours après la première consultation, et encore fut-elle moins forte que les précédentes. Elle en eut une autre peu de temps après la seconde fois que je la vis. D'une façon générale, dans ce tiers de résultats très favorables, les crises ont été très espacées par la médication : un malade fixe l'amélioration à 95 % pour son cas personnel.

Dans un autre tiers, les résultats furent moins nets ; les crises étaient moins fortes et seulement un peu plus espacées.

Enfin dans l'autre tiers, la maladie ne fut influencée en rien par la médication.

Pour diminuer la fréquence des extrasystoles et des crises de tachycardie paroxystique, je prescris le sulfate de quinidine de la façon suivante : le traitement doit être long, donc à doses faibles. Ce n'est pas un traitement d'assaut comme dans l'arythmie complète. Je donne 3 comprimés de 0 gr. 20 par jour, un au début de chacun des trois repas, pendant deux semaines, puis cinq jours d'arrêt et ainsi de suite.

On peut se demander s'il faut employer la quinidine au cours des crises paroxystiques de tachycardie. Les résultats seront difficiles à interpréter, car on ne sait jamais quand va se terminer une crise de tachycardie paroxystique, et on risque d'accorder au médicament le mérite de l'avoir jugulée, alors qu'elle aura cessé spontanément. D'autre part, il y a lieu de se méfier si l'on donne la quinidine au cours de la crise, car c'est un médicament dépresseur du cœur, et comme la tachycardie paroxystique surmène le myocarde, il faut faire attention de ne pas faire courir au malade le risque de provoquer une crise d'insuffisance cardiaque.

Pour ces raisons, et jusqu'à ce que l'expérimentation soit plus avancée, je pense que dans la pratique courante, il est préférable de recourir au sulfate de quinidine surtout dans l'intervalle des crises : ainsi, comme mes tentatives l'ont montré, vous avez de grandes chances d'obtenir un résultat excellent ou passable sans faire courir aucun risque aux malades.

Je viens de vous parler des tachycardies paroxystiques à cœur régulier. Mais il existe des cas où la crise consiste en une *tachy-arythmie complète exclusivement paroxystique*, le traitement est alors le même que dans l'arythmie complète permanente.

Parmi les crises à cœur régulier, il y a différentes variétés qu'il est difficile ou impossible selon les cas, de reconnaître cliniquement, mais qu'on peut diagnostiquer par l'électro-cardiographie. 1° *Accélération cardiaque simple ou tachycardie sinusale* où les contractions cardiaques sont rapides mais normales (en général, les crises ne dépassent pas 160 à 180, début et fin progressives, chiffres très variables pendant la crise) ; 2° *Tachycardie paroxystique proprement dite ou tachy-extrasystolie paroxystique*, selon l'appellation que j'ai proposée pour elle en raison de son mécanisme voisin de celui des extra-systoles, selon les théories de Mackenzie, Th. Lewis : les ordres de contraction, au lieu de partir du point physiologique (oreillette droite, nœud sino-auriculaire), partent d'une autre région cardiaque siége d'une grande hyperexcitabilité (cri-

ses caractéristiques lorsque, comme c'est fréquent, les contractions cardiaques dépassent 200 à la minute, début brutal, fin souvent brusque, assez grande fixité du chiffre des pulsations pendant la crise) ; 3° *Auricular flutter ou tachysystolie auriculaire*, où les contractions auriculaires ont une fréquence double ou triple des ventriculaires (mêmes caractères que dans la tachy-extrasystolie, mais fréquence des contractions ventriculaires ne dépassant pas 180).

D'après quelques observations de Parkinson et Nicholl, de Gallavardin et Gravier, et d'après une observation personnelle avec électrocardiogramme, je suis porté à considérer que la variété la plus indiquée pour l'emploi de la quinidine pendant les crises est l'auricular flutter. Mais les faits rapportés dans la littérature sont trop peu nombreux pour permettre une appréciation définitive sur ce point.

D'ailleurs, je n'insiste pas sur l'emploi de la quinidine pendant les crises de tachycardie paroxystique, la question n'est pas encore au point. Par contre, en me basant sur mon expérience personnelle, je vous recommande la prescription de la quinidine dans l'intervalle des crises.

Adrénaline.

Vous savez que dans le syndrome de Stokes-Adams, les crises syncopales peuvent se succéder d'instant en instant, réalisant ainsi un véritable état de mal syncopal. C'est un accident extrêmement grave, qui se termine souvent par la mort subite.

On a essayé le sulfate d'atropine, à la dose de 1 milligramme, deux ou trois fois en 24 heures ; et on a obtenu quelques succès de cette manière.

Depuis quelques années, on a fait des essais avec l'adrénaline. Sachez que quelques observations ont été publiées où 1 /2 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline, intra-musculaire, eut pour effet d'arrêter l'état de mal. Cette dose est à répéter plusieurs fois en 24 heures.

Il ne faut pas employer la voie intra-veineuse, qui s'est montrée dangereuse.

Chirurgie.

Divers essais, très osés, ont été tentés par la chirurgie, et je vous signalerai seulement le cas d'une fillette atteinte d'un *rétrécissement mitral*, opérée par deux chirurgiens américains, MM. Elliot Cuttler et Levine qui, par une section de la mitrale, ont transformé le rétrécissement en une insuffisance, espérant ainsi atténuer beaucoup les troubles fonctionnels pénibles immobilisant la petite malade au lit. C'est une voie nouvelle ouverte, mais l'avenir seul nous dira ce qu'il faut en retenir.

Au contraire le traitement chirurgical de l'*angine de poitrine* semble mériter de passer dans la pratique, car la statistique de M. Jonnesco montre la possibilité d'obtenir chirurgicalement de bons résultats durables.

L'opération consiste en la section du sympathique cervical gauche. La douleur part, en effet, du plexus cardiaque, et les fibres sensitives vont dans la chaine sympathique cervicale, d'où par les rami communicantes, elles passent dans le système rachidien par la voie des racines postérieures.

Si on supprime le sympathique cervical, on empêche donc les excitations sensitives parties du plexus cardiaque de gagner les centres nerveux, et par suite, on supprime la sensationde douleur. En outre, il semble possible d'empêcher le réflexe inhibiteur qui produit la mort subite ; en effet, si l'arc réflexe passe par le bulbe, il se trouve interrompu dans son trajet par la section de la chaîne sympathique cervicale.

Cette théorie est séduisante, et d'après M. Jonnesco, la *réalité correspondrait bien à la théorie*. Sur les 8 cas de cet auteur, deux malades opérés, alors qu'ils étaient dans un état voisin de l'asystolie, ont succombé. Il recommande donc de ne pas tenter l'opération chez un sujet ayant un cœur défaillant. Les 6 autres cas ont été des guérisons, et elles datent depuis assezlongtemps pour pouvoir sans crainte se prononcer sur elles.

M. Tuffier a eu l'occasion de pratiquer une fois cette opération avec succès. Il en a été de même dans un cas de Bruning. Enfin, deux chirurgiens américains ont pratiqué 5 fois cette intervention ; ils ont obtenu 4 résultats bons ou encourageants, et 1 de leurs malades a succombé quelques heures après l'opération.

Cette statistique montre que dans une maladie contre laquelle on est si souvent désarmé, lorsque les autres traitements se seront montrés inefficaces, alors que le pronostic est sombre, on pourra tenter cette opération.

M. Danielopolu a proposé, dans le même but, de sectionner quelques nerfs rachidiens, immédiatement après la réunion des deux racines antérieure et postérieure. Il pense agir d'abord par ébranlement de voisinage, puis par dégénérescence secondaire sur les racines postérieures, en particulier sur le ganglion spinal situé sur le trajet de cette racine. C'est aux cellules du ganglion spinal qu'aboutissent à la fois les rami communicantes et les filets sensitifs des nerfs rachidiens. On ferait porter la section sur les premiers nerfs rachidiens dorsaux dans le domaine desquels siègent les phénomènes douloureux chez le malade à opérer. Toutefois, la technique proposée par Danielopolu n'a pas encore été mise à l'épreuve.

En tous cas, ce qu'il faut retenir, c'est que le

traitement chirurgical de l'angine de poitrine s'impose vraiment à l'attention. (Pour plus de détails, et pour les références bibliographiques, voir l'*Année Médicale Pratique*, 3e année, 1924, qui vient de paraître à la librairie Maloine : 1 vol. in-16 de 524 pages exposant en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, toutes les données nouvelles et pratiques de l'année précédente, dans toutes les branches de l'activité médicale. Prix : 20 francs.)

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Anxiété et impulsions.

M. le Prof. H. CLAUDE.

Il est d'un grand intérêt pour tout médecin, tant au point de vue clinique que médico-légal, de bien connaître les caractères morbides que peut présenter un acte impulsif, et de savoir en déterminer la cause.

On peut rencontrer des impulsions au cours des équivalents psychiques de l'épilepsie. L'impulsion dans ce cas est inconsciente.

A côté de l'épilepsie nettement caractérisée, on peut voir des impulsions conscientes, mais brutales et non réfrénées, chez des sujets à tempérament épileptoïde.

Aujourd'hui, nous nous occuperons des *impulsions conscientes*, discutées par le sujet, non réalisées, qui se rencontrent le plus souvent au cours d'états anxieux, obsédants.

L'*anxiété* est un syndrome psychologique et neuro-végétatif caractérisé par un état hyperémotif où domine le sentiment d'une attente pénible, douloureuse, d'un danger, d'une douleur morale, compliquée d'une sensation physique d'angoisse, c'est-à-dire de constriction thoracique ou précordiale. L'anxiété-angoisse a été considérée tantôt comme la cause, tantôt comme le conséquence des obsessions impulsives.

On peut la rencontrer soit à l'état pur : c'est la névrose d'angoisse ; soit comme élément symptomatique dans la mélancolie, la confusion mentale, les psychoses hallucinatoires, la paralysie générale au début, et surtout dans les états obsédants impulsifs de la psychasthénie.

Voici un premier malade. C'est un homme âgé de 36 ans qui exerçait le métier de mécanicien, apprécié de ses patrons et gagnant bien sa vie. Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, sont muets. On ne relève qu'un léger strabisme consécutif à des convulsions infantiles. Depuis son enfance, il s'est toujours montré d'un tempérament nerveux, inquiet, scrupuleux. Pendant la guerre, étant affecté à une batterie d'artillerie et étant demeuré très longtemps dans un secteur calme, l'inaction lui devint de plus en plus pénible. Il avait le « cafard ». Son fâcheux état moral s'aggravait peu à peu lorsqu'en juillet 1915, il fut appelé à l'intérieur comme ouvrier spécialiste. Au lieu d'améliorer son état, ce changement de situation lui causa un gros choc moral. Il se trouvait complètement désorienté Invité un soir à dîner chez son père, il fut pris au dessert, subitement, d'une angoisse extrême. En proie à une inquiétude intense, il eut envie de crier et déclara aux siens : « Je vais devenir fou ». La crise d'anxiété dura environ 5 à 10 minutes, puis tout se dissipa. Une amélioration sensible se produisit et dura jsuqu'en août 1923. Sar... menait alors une vie normale. Heureux en ménage, travaillant régulièrement, sans agitation extérieure, il paraissait très calme. Mais il était soumis à un certain surmenage intellectuel. Chef d'équipe à l'atelier et très consciencieux, il avait à surveiller le travail des ouvriers : il en éprouvait une grande tension nerveuse et sortait chaque soir de l'usine avec l'impression de n'avoir pas satisfait à sa tâche. Le 19 août, à midi, étant seul à la maison avec sa femme, ennuyé de l'absence de ses enfants qui étaient partis à la campagne, brusquement, il fut pris d'une crise d'angoisse analogue à celle de 1915. C'était une sensation physique très pénible, indéfinissable, un besoin de crier, de dire des choses désagréables à sa femme, comme une force extérieure irrésistible qui le poussait à faire de mauvaises choses et à dire du mal sans qu'il le veuille. Cette crise fut plus longue que la première et l'état d'anxiété du malade subsistait presque constamment. Chaque jour, il devait se contraindre, faire un effort extrême pour se raisonner, se dominer. Il était, dit-il, « comme un fou lucide ». Il parvint cependant trois mois à se contenir, mais le 9 décembre, à bout de forces, une nouvelle crise éclata, plus violente que les précédentes. « Je suis fou, je suis fou », hurlait-il, entrecoupant de sanglots les insultes qu'il adressait à son entourage. Sa femme étant près de lui et portant un corsage décolleté : » N'approche pas, lui criait-il, je sens que je vais t'étrangler ». Cette crainte obsédante de serrer le cou à ceux qui étaient près de lui le poursuivit longtemps. La crise passée, étant retourné à son travail, il cherchait à absorber toute sa pensée dans sa tâche, mais cette idée terrible d'étrangler un ouvrier penché sur son étau l'assaillait malgré lui. Sar... gardait une conscience très

nette de son état et en éprouvait une souffrance atroce. Son anxiété morale s'accompagnait souvent d'une sensation physique brutale de crispation au niveau de l'estomac, et, en dehors des crises d'angoisse, d'un malaise général avec demi-torpeur et profond découragement. C'est alors qu'il vint chercher refuge à l'asile. Là, tous les phénomènes s'atténuèrent peu à peu. De temps en temps cependant, il est repris de petites crises assez courtes. Il y a quelques jours, il eut subitement l'idée impulsive de se jeter sur un camarade. Il se roula alors par terre pour échapper à l'obsession. Parfois il éprouve un besoin spontané de troubler le silence et de pousser des cris, mais pourtant, l'état s'améliore visiblement et vous voyez aujourd'hui ce malade ayant repris un calme complet et analysant tout ce qu'il a éprouvé avec une lucidité d'esprit parfaite.

Il est intéressant de noter que l'on a pu enregistrer chez lui un déséquilibre neuro-végétatif assez net, à réaction du type vagal avec exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Ce qui nous frappe chez ce malade, c'est l'intensité de l'état anxieux. Cette anxiété s'accompagne par instants d'impulsions homicides, mais ces impulsions n'ont jamais été réalisées. Sar... a toujours conservé un contrôle suffisant de lui-même pour résister à ses impulsions mauvaises. Mais la résistance qu'il leur opposait exagérait encore son état anxieux et sa souffrance morale. Il en est résulté une véritable intrication entre l'anxiété et la résistance aux impulsions.

Ce malade ne présente pas de désordre affectif. Nous ne connaissons pas de cause morale à son pénible état. Des troubles d'ordre psychosexuel ne semblent pas davantage devoir être invoqués.

Par opposition à ce premier cas, voici un deuxième malade chez lequel l'état anxieux est toujours demeuré au second plan, tandis que l'impulsion obsédante, non réfrénée, a été réalisée.

Vign... est un homme de 41 ans qui a passé son enfance à la campagne. Vivant isolé, toujours taciturne, triste, il se livre depuis le jeune âge à l'onanisme. Vers l'âge de vingt ans, il est pris d'accès obsédants le poussant à tuer son père ; il ne céde pas à ces impulsions, mais elles se renouvellent périodiquement tous les mois. A 24 ans, il quitte son pays et va errer à travers la France. Il est atteint d'impuissance sexuelle complète et devient à ce sujet victime de la risée de ses camarades. Son humeur est de plus en plus sombre, il fait plusieurs tentatives de suicide et se met à boire. Les tendances impulsives obsédantes s'accentuent. Il nourrit des idées de vengeance contre la société qu'il englobe toute dans un ressentiment général. Il souffre, et l'idée lui vient qu'il serait soulagé quand il aurait accompli l'acte libérateur.

Se trouvant de passage à Paris, il y a 18 mois, Vign... se présente un matin à l'hôpital Tenon pour se faire hospitaliser. Ne lui trouvant pas de lésions sérieuses, on le renvoie. Il va déambuler dans les rues. Tout à coup, sur le boulevard Bonne-Nouvelle, il voit un passant devant lui qu'il ne connaissait pas. Il le suit quelques instants, pris du désir irrésistible de le frapper. Il saisit une planche qui était à sa portée, et brutalement tue cet homme en lui assénant sur la nuque des coups de cette arme improvisée.

On avait d'abord pensé à la possibilité d'un raptus épileptique en raison de la brutalité soudaine de l'acte et d'une certaine tendance aux évanouissements présentée par le malade. Mais cette hypothèse, manquant de consistance, fut bientôt rejetée. D'ailleurs, pendant les 18 mois que Vign... vient de passer à l'asile, il n'a présenté aucune manifestation de nature comitiale.

A son entrée à Sainte-Anne, le malade était tout à fait lucide et racontait avec précision son obsession et les pensées qui lui avaient traversé l'esprit avant le meurtre. Il s'était dit « Ce serait beau si je me laissais aller ». Il avait frappé et avait éprouvé un profond soulagement après l'acte accompli. Depuis, à l'asile, il s'est tenu très tranquille. Une fois seulement il a eu l'idée de se détruire, mais n'a pas présenté de nouvelle impulsion. Vous le voyez maintenant très calme, parlant peu et se présentant surtout comme un débile.

Ici donc, nous avons le type de l'impulsion réalisée avec très peu d'anxiété. Chez le premier malade, au contraire, tout était dans l'anxiété et les impulsions restaient contenues.

Les impulsions homicides sont causées par une obsession imaginative de l'acte, qui se présente avec une telle force de nécessité que l'état anxieux atteint un paroxysme irrésistible. Alors, pour se libérer, le sujet est conduit à l'acte, qu'il réprouve, mais dont il attend le soulagement.

Avant d'être réalisé, souvent, pendant des années, le geste s'est présenté à l'esprit, tout à coup. Mais il y a eu une lutte plus ou moins dramatique dont le sujet est sorti vainqueur. Tous ces malades dépeignent en termes absolument nets le besoin qu'ils éprouvent de se libérer de l'angoisse.

Ces obsessions sont *intermittentes*, revenant à intervalles réguliers : c'était le cas pour Vign... Elles sont généralement précédées d'une *période d'incubation*, signalée déjà par Esquirol et Marc, où l'on observe des prodromes caractérisés par des préoccupations, des malaises vagues, de la tristesse, de l'irritabilité, de l'indifférence, des

troubles de l'attention. Il s'y joint des signes physiques : inappétence, insomnie, céphalée. Puis, s'installe la *période d'état* où s'éveille chez le sujet un sentiment indéfinissable de haine, de jalousie, de revendications sociales ou autres, où apparaît l'idée de vengeance à caractère obsédant, accompagnée de l'image du meurtre.

Pendant des années, des mois, le malade parvient, en luttant, à écarter l'obsession, mais toujours elle revient.

Parfois cette obsession impulsive alterne avec d'autres, avec l'idée de suicide par exemple.

Avec le temps, l'obsession s'impose de plus en plus. La lutte devient angoissante. Le malade a tendance à se faire protéger. Un de ses moyens de protection est la fuite ; il cherche à changer de milieu, réclame souvent de lui-même son internement, demande qu'on le surveille. Sentant le danger, l'obsédé crie à son entourage : « Sauvez-vous, je vais vous égorger ». Un malade de Baillarger, nommé Glévardel, lutta 26 ans contre l'impulsion. Il se faisait attacher à un meuble par le cou et les poignets. Entré à l'asile sans avoir commis de meutre, il dit au médecin traitant : « Quand je solliciterai ma mise en liberté, redoublez de surveillance, je n'userais de la liberté que pour commettre un crime qui me fait horreur. »

Marc relate l'histoire *d'un chimiste* qui se faisait lier les deux pouces avec un ruban. La lutte contre l'impulsion homicide peut même pousser jusqu'au suicide.

Parfois l'idée fixe de tuer peut survenir sans prodromes, subitement, mais cette exécution brusque est rare ; il faut la différencier de l'acte épileptique, mais il s'agit peut-être dans ce cas d'un état épileptique.

Dans les cas ordinaires, si le sujet cède à l'impulsion, il tue sans colère, sans haine. L'acte commis, il en sait le caractère détestable, répréhensible. Il parle d'une force invincible qui l'a poussé, mais il a conscience de son état normal, et du caractère criminel de son acte.

Les malades expriment parfois de façon naïve leur impulsion et leur soulagement. « C'est une idée qui m'a prise », dit tout simplement une femme qui vient d'égorger un enfant. L'homicide a lieu parfois par empoisonnement, mais le plus souvent par un acte brutal : coup de couteau, de bâton, égorgement, strangulation. L'impulsion se complique parfois de sadisme, de viol.

Il s'agit d'une véritable *crise mentale* caractérisée par un degré assez marqué d'obnubilation de la conscience et de confusion intellectuelle, suivies après l'acte, d'une détente presque agréable, puis d'abattement et de prostration physique et morale.

Dans la véritable « névrose d'angoisse », ce n'est pas l'impulsion qui domine, c'est l'état anxieux.

La psychonévrose d'angoisse, isolée d'abord par Heckel, bien étudiée ensuite par Freud en 1895, est une névrose spéciale, distincte de la neurasthénie. Elle est caractérisée par une excitabilité générale et sensorielle, une certaine faiblesse irritable, de l'insomnie et surtout un *état de peur* avec craintes physiques et morales, sans causes ni objet définis. *L'attente anxieuse est le noyau de la névrose.* Il existe toujours chez l'anxieux, disait Freud «, une certaine quantité de peur flottant librement ».

Cet état habituel est traversé de crises avec déclanchement de pleurs, de sanglots, ou de manifestations physiques de l'angoisse.

L'état mental de l'anxieux, dit Freud, est fait d'inquiétude constante avec exacerbation. On observe aussi chez lui de l'hyperesthésie à la douleur et une certaine aptitude à l'hallucination, fait signalé dans un cas rapporté par Lacassagne.

Cet état est poussé à l'extrême dans certains cas de *psychonévrose pure* caractérisés par une anxiété diffuse avec état d'inquiétude intense, d'attente perpétuelle d'un malheur, de sensation aiguë de l'imminence d'un danger. Au cours de ces états on voit souvent se produire des accalmies, périodes intercalaires qui donnent à la névrose un caractère d'*intermittence.*

Dans certains cas on peut voir survenir sur ce terrain des *crises de mélancolie anxieuse et délirante* comme chez cette femme que je vous présente : cette malade, qui a toujours été une scrupuleuse, a présenté récemment un accès délirant aigu avec dépression intense, inquiétude extrême et réactions de peur terribles. Elle était terrorisée par la pensée d'une vengeance possible qui s'exercerait contre elle, en raison de quelques dépenses exagérées qu'elle avait faites.

On rencontre aussi des *formes intermédiaires où s'associent des impulsions, de l'anxiété et un petit état mélancolique.* Nous en avons un exemple dans la malade suivante : c'est une femme âgée de 36 ans, qui est entrée, il y a deux mois, dans le service libre de l'asile Sainte-Anne à la suite d'une fugue. Elle était brusquement partie de chez elle un jour, entraînée à fuir par une impulsion irrésistible. Elle était restée quatre jours absente, puis avait rejoint son domicile d'où on l'a amenée à l'asile. A son entrée, la malade était dans un état d'asthénie générale et d'anémie intense avec inactivité physique et torpeur prononcées. A cet état de dépression s'associait une anxiété diffuse se caractérisant par une inquiétude extrême, un état de peur qui la poussait à chercher secours auprès du personnel de service. « Je suis trop malheureuse, disait-elle, je n'en puis plus. Je ne suis pas maîtresse de moi. Je me fais du tort. Je me fais du mal. »

Des idées d'auto-accusation s'associaient à cette anxiété. La malade, il y a quelques années, avait trompé son mari. Celui-ci avait pardonné et la vie du ménage avait repris normalement. Mais la faute antérieure servait d'aliment aux idées d'auto-accusation de la malade et les remords avaient déclanché chez elle cet état anxieux à type mélancolique. Il est intéressant de noter que la confession que nous fit la malade réduisit sensiblement l'état d'anxiété.

Au point de vue organique, on relevait une légère bouffissure de la face dépendant de troubles endocrino-sympathiques avec dysthyroïdie et altération du métabolisme basal. Le réflexe oculo-cardiaque était très accusé. Ces troubles se sont atténués sous l'influence de l'opothérapie.

Dans d'autres cas enfin, on peut observer des *obsessions éclatant sur un terrain de débilité mentale.* Il en a été ainsi chez la dernière malade que voici. Cette femme, dont il est facile de constater le pauvre développement psychique, a été prise peu de jours après son dernier accouchement d'une peur obsédante de tuer son enfant. Il lui semblait qu'elle devenait folle et avait tenté de se donner la mort par strangulation pour échapper à l'impulsion obsédante. Pendant cette crise anxieuse, un nom lui revenait sans cesse à l'esprit, nom qu'elle ne voulait pas prononcer. C'était celui de la femme Weber dont elle avait entendu parler comme tueuse d'enfants. L'ayant deviné, nous avons dit avec autorité à la malade que nous connaissions ce nom et nous l'avons prononcé brusquement ; l'effet fut immédiat : libérée de son obsession et rassurée, elle a été transformée et va sortir guérie et pleine d'entrain.

Voilà donc une série de faits qui montrent la valeur séméiologique du syndrome anxieux.

Y a-t-il pour ce syndrome une pathogénie univoque ?

Freud fait jouer un rôle considérable à l'incomplétude sexuelle. Pour lui, la tension sexuelle s'irradie dans ce cas du côté de l'innervation somatique, en produisant une série de symptômes parfois très comparables aux manifestations morales, et même émotives, du coït. D'où l'anxiété des vierges, des jeunes épouses déçues, des veuves, de la ménopause, des abstinents, des masturbateurs avec impuissance psychique secondaire. Ce qui produit la névrose d'angoisse, dit Freud, ce sont les entraves à la transformation psychique normale de l'excitation somatique. Cette opinion peut être conforme à la réalité dans quelques cas, mais non dans tous. Il n'en est pas ainsi, en particulier, dans le cas de notre premier malade (Sar...) : chez lui, la cause de sa névrose est inconnue, la genèse de l'impulsion obsédante reste obscure et l'état anxieux lui est consécutif. Chez le second malade (Vign), masturbateur invétéré, il s'agit vraisemblablement d'un complexe sexuel. Dans le cas de Mme M., cette femme qui avait trompé son mari, il ne semble pas que la thèse du refoulement soit en cause : il s'agissait d'une banale histoire conjugale. Il n'y a rien de net non plus dans les autres cas à ce point de vue.

La pathogénie de ces états anxieux, concomitants d'obsessions, impulsions, est donc très obscure.

On peut invoquer parfois les troubles de l'état neuro-végétatif qui se traduisent surtout alors par des phénomènes de sympathicotonie, mais cet état neuro-végétatif n'est pas toujours troublé.

Le pronostic des états anxieux est difficile à établir. Dans les *états obsédants-impulsifs,* il faut redouter la réalisation de l'acte qui peut se produire sans qu'on s'y attende (cas Vign.)

Dans les *états mélancoliques frustes,* le danger n'est pas moins grand. Les deux dernières malades que vous venez de voir ont tenté, en effet, de se suicider. Ce sont des sujets à surveiller de très près et à isoler le plus souvent.

Dans les *états anxieux à manifestations rares,* bruyantes, à caractère névropathique, psychasthénique, le danger est moindre. Il convient toutefois de garder en toutes circonstances une grande circonspection. La lutte contre l'impulsion à l'homicide peut conduire le malade au suicide, et l'on ne saurait être trop prudent dans l'appréciation que l'on peut avoir à porter sur l'avenir de ces malades.

Les états anxieux sont justiciables d'un traitement adapté aux causes qui les déterminent. S'il existe un complexe sexuel à la base, la psychothérapie aidée des méthodes psychanalytiques pourra rendre des services. Dans les états mélancoliques légers, il faut soumettre d'abord le malade à une cure de désintoxication, puis rassurer et encourager le sujet.

Lorsqu'on observe des troubles de l'équilibre neuro-végétatif, on peut agir sur la sympathicotonie ou sur la vagotonie par la médication appropriée (ésérine, belladone), qui, améliorant le terrain, facilite l'action de la psychothérapie.

Enfin, la séparation du malade d'avec le milieu où se sont déclanchés les troubles, l'isolement, l'alitement, sont indiqués dans la plupart des cas.

Leçon professée à l'Asile clinique, recueillie par le Dr Fribourg-Blanc *et revue par l'auteur.*

LITHIASE BILIAIRE LARVÉE

SICART (*Archivos españoles de enfermedades del aparato digestivo*, janvier 1924).

La présence de cholélithes est d'une grande fréquence (dix pour cent des autopsies faites par Sicart) chez des sujets n'ayant présenté aucun signe clinique de lithiase. On constate le même fait, à l'occasion de laparotomies. Aussi, faut-il rendre hommage à Glénard, d'avoir, dès 1892, créé le terme d'hépatisme. De son côté, Moynihan a donné comme signes de début de la lithiase : intolérance pour les aliments gras ou fermentés et pour les œufs, sensation de plénitude avec oppression à l'épigastre, flatulence et rots, une demi-heure à trois quarts d'heure après les repas ; tendance au relâchement de la paroi abdominale ; difficulté de respiration profonde ; apparition facile de la chair de poule, vomissements.

Sicart fait deux groupes des manifestations frustes de la lithiase biliaire : symptômes à distance et symptômes digestifs.

1° *Symptômes à distance ou généraux.* — D'abord, les *manifestations cutanées* : teinte sale de la peau, sans qu'il y ait ictère vrai, avec prédominance dans les régions où le tégument est fin et souple ; xanthéasma, surtout palpébral, cloasma. Plus significatif est le subictère, qui apparaît par poussées successives, en relation avec des malaises gastriques mal définis et accompagnées de fébricule.

La *fébricule hépatique* mérite la plus grande attention. Son extraordinaire fréquence a fait dire à Madinaveitia que la majorité des petites fièvres d'origine obscure ne dépendaient pas d'un processus tuberculeux, mais de la lithiase biliaire. Elle indique une infection. Elle affecte le type intermittent quotidien ou biquotidien avec des intervalles irréguliers pendant des semaines, des mois ou des années ; elle coïncide ou elle alterne avec d'autres symptômes : céphalée, arthralgies, myalgie, oppression thoracique, troubles du rythme cardiaque, asthénie disproportionnée avec le degré thermique. Elle se montre surtout à la fin de la digestion gastrique et au commencement de la digestion intestinale ; les écarts de régime la provoquent. Chez la femme, elle précède ou elle accompagne la période menstruelle.

Une autre manifestation importante est la *migraine* ; comme la fièvre, elle coïncide, de plus ou moins près, avec les règles ; elle augmente de fréquence pendant la phase d'activité génitale maxima de la femme, pour disparaître à la ménopause. Dans les deux sexes, elle est provoquée par les repas abondants, surtout riches en graisse et en cholestérine. Les accès alternent avec des crises de coliques hépatiques frustes, de diagnostic très difficile, ou avec d'autres équivalents morbides : tachycardie, irascibilité, mélancolie, méiopragie digestive, céphalée banale. Tous ces symptômes sont améliorés par le drainage du tube digestif au moyen des cholagogues et des purgatifs salins.

La *nausée* est très fréquente, surtout le matin à jeun ; elle est accompagnée, ou non, de sialorrhée modérée, d'état vertigineux, d'instabilité et de sueur froide. Elle est augmentée par les inspirations profondes ; maxima au réveil, elle diminue progressivement dans la matinée ; le petit déjeuner, mais encore mieux le déjeuner, la supprime.

Urrutia a signalé les *douleurs précordiales*, pouvant simuler l'angine de poitrine ; elles s'expliquent par les relations anatomo-physiologiques entre le foie et la petite circulation.

Les *douleurs abdominales prémenstruelles*, qui cessent avec l'apparition du sang, constituent un des signes avant-coureurs les plus constants de la lithiase biliaire.

F. Ramond a insisté sur la *diminution du murmure vésiculaire de la base droite*. C'est là un signe de premier ordre pour diagnostiquer la lithiase et la différencier des états algiques pyloro-duodénaux.

2° *Symptômes digestifs.* — Les *accidents gastriques* sont si fréquents que Loeper a pu écrire que, dans tout trouble digestif, il faut explorer le système hépatobiliaire.

On peut rencontrer, dans la lithiase biliaire, la fameuse *faim douloureuse*, dont on a fait une caractéristique de l'ulcère duodénal (1).

Les *crises douloureuses* sont généralement tardives, à cause de la proximité de la vésicule et du pylore, et on peut les confondre avec celles de l'ulcère, d'autant qu'elles sont plus nocturnes que diurnes. D'autre part, les deux maladies peuvent coexister.

Ce qui caractérise les crises hépatiques, c'est l'atteinte rapide de l'état général, et la localisation de la douleur (spontanée ou provoquée) dans le côté droit avec irradiation ascendante ; de plus, les émotions, la fatigue, les trépidations, les infractions au régime sont bien plus mal supportées par les hépatiques que par les hypersécréteurs et les ulcéreux ; chez ceux-ci, les

(1) On revient heureusement de cette erreur. La faim douloureuse s'observe *fréquemment* chez les ptosiques simples, chez les hyperchlorhydriques simples et chez les nerveux (L. P.).

douleurs ont une irradiation transversale et descendante, et la zone d'hyperalgésie cutanée siège entre les deux lignes externes des muscles droits. Une cure bismuthée, à laquelle on joint une alimentation grasse, calme les hyperchlorhydriques ; au contraire, les cholélithiasiques s'en trouvent mal. Les crises pyloriques se produisant périodiquement à l'époque des règles feront penser à la lithiase larvée.

Le chimisme gastrique n'a aucune valeur diagnostique ici, non plus que la recherche des hémorragies occultes, qui peuvent exister chez les hépatiques.

La radioscopie est d'un secours précieux, à la condition d'être bien interprétée ; par la palpation sous l'écran, on localise le point douloureux sur le bord du foie en son milieu et la pression déclanche le péristaltisme. Souvent, les calculs sont visibles.

La *diarrhée prandiale* a été décrite par Linossier en 1907.

Diagnostic positif. — La *douleur localisée* en des points bien déterminés est un moyen précieux de diagnostic.

Le point cystique est bien connu. On connaît également la variante de Murphy, qui consiste à introduire le pouce sous les fausses côtes, puis à l'immobiliser, alors qu'on fait faire au malade une grande inspiration ; celle-ci est brusquement arrêtée par l'apparition d'une vive douleur.

Abrahams a proposé d'imprimer une série de brusques dépressions sur la ligne ombilic-9e côte ; vers le milieu, se produit une vive douleur, qui devient intolérable, si l'on insiste.

En 1913, Plantier a proposé avec raison de compléter l'examen dans le décubitus par la palpation dans la station debout. Sicart, dans cette position, *percute* le point cystique, et il est arrivé ainsi à trouver une proportion telle de malades du foie qu'il a hésité longtemps à accepter ses résultats comme valables.

Les autres points douloureux sont situés : sur le côté du cou (point phrénique) ; à la région deltoïdienne ; à l'angle de l'omoplate ; à l'extrémité de la 11e côte ; sur les apophyses épineuses des 8, 9, 10 et 11e dorsales. Pauly, en 1920, a décrit un nouveau point situé entre la pointe de l'omoplate droite et la colonne vertébrale.

A côté de la *radioscopie*, comme moyen de laboratoire, il faut mentionner la recherche de la *cholestérinémie* ; celle-ci est significative, quand elle dépasse 1,80 0/00. Mais, il peut y avoir dissociation entre la teneur en cholestérine du sang et de la bile ; on rencontre la cholestérinémie sans lithiase, par exemple, dans l'ictère simple, l'urémie et les convalescences et toutes les fois que le cholédoque est obstrué.

Le *cathétérisme duodénal* de Meltzer-Lyon est à l'étude, c'est-à-dire que ses résultats ont été, tantôt approuvés, tantôt critiqués : bile incolore dans l'obstruction du cholédoque ; bile trouble et verte avec des globules de pus et des cellules épithéliales cylindriques dans les cholécystites aiguës. Par contre, un appoint de grande valeur pour le diagnostic de lithiase est la découverte de cristaux de cholestérine.

Mais, le procédé le plus sûr est la *recherche des calculs et du sable biliaire dans les selles.* On peut également faire une épreuve diététique ou médicamenteuse, consistant en administration répétée de jaunes d'œuf ou en injections de préparations de cholestérine, qui déclenchent une crise de colique hépatique.

L. PRON.

APPAREIL PORTATIF A VASES COMMUNIQUANTS POUR PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Par Marcel BREGER,

Interne des Hôpitaux de Paris.

Depuis que la thérapeutique du pneumothorax artificiel s'est vulgarisée et étendue hors de l'hôpital et du sanatorium, on a cherché à construire une instrumentation légère, robuste et facilement transportable. Aussi, à côté des appareils à vases communiquants, — appareils remarquables par la simplicité, la précision et la sécurité de leur fonctionnement, mais malheureusement volumineux et lourds, — on a vu apparaître toute une série de petits appareils à seringues ou à poires, mais qui, pour cette raison, ne semblent pas présenter au même degré les avantages que l'on trouve, au point de vue fonctionnement, dans les appareils à vases communiquants. Notre pensée n'est point de faire ici une critique de ces appareils, d'ailleurs fort ingénieux, non plus que de contester leur utilité en abordant la question de savoir si le P. A peut, dans certains cas, se faire au lit du malade, ou bien s'il doit rester une thérapeutique de cabinet et de sanatorium. Mais, en attendant que la lumière soit faite sur ce point, ne pourrait-on, du moins, mettre tout le monde d'accord sur le choix d'un appareil à pneumothorax ? Pourquoi, en effet, l'appareil perfectionné de l'hôpital et du sanatorium ne serait-il pas en même temps léger, solide et transportable ? Ceci donnerait tout au moins au praticien spécialiste l'avantage de n'avoir pas à se munir d'un appareil de chaque sorte. Certes, nous sommes loin de méconnaître la difficulté du problème ; nous avons cru, cependant, qu'elle n'était pas insurmontable et cette idée nous a conduit à faire construire un appareil dont voici la description :

L'appareil est contenu dans une boîte extra-plate.

longue de 0,60, large de 0,30. C'est une petite valise très légère qui se porte à la main sans effort (V. figure 1).

La mise en place de l'appareil est, croyons-nous, des plus simples. Elle se fait, en effet, grâce à un dispositif imité de celui qu'emploient les horlogers pour assurer la stabilité de leurs « réveils de poche ». Tout le monde connaît ces écrins en cuir, extra plats, formés de trois pans articulés entre eux, les deux premiers formant l'écrin qui renferme le troisième dans lequel est encastré le réveil. Lorsqu'on ouvre cet écrin, le pan qui supporte le réveil vient s'arc-bouter dans l'entrebaillement des deux autres. Le réveil est ici



(Figure 1).

remplacé par un appareil à pneumothorax, avec cette différence capitale toutefois qu'au lieu de faire reposer l'écrin sur son pan inférieur, on le redresse sur le côté, de façon qu'il repose sur la surface triangulaire formée par les bords des trois pans. De la sorte, l'appareil est vertical et, grâce à un verrou qui rend les trois pans solidaires, ce dispositif lui assure une solidité et une stabilité parfaites tout en évitant l'encombrement. Cette manœuvre une fois faite, l'opérateur a donc devant lui son appareil bien éclairé et facilement accessible (V. figure 2).

Description et fonctionnement de l'appareil.

Nous signalerons tout de suite les particularités essentielles de l'appareil, qui sont les suivantes :

a) Le groupement en une seule pièce de verre, ou « croisillon », de toutes les conduites de verre de l'appareil ;

b) Le dispositif d'élévation du flacon mobile qui se fait, grâce à un curseur.

c) La position du manomètre entre les deux vases communiquants, et celle de la règle mobile entre les deux branches du manomètre, ce qui permet une lecture facile et rapide de la pression pleurale, tant pour le manomètre que pour les vases communiquants.

I. — Le croisillon de verre.

Ce dispositif nous a semblé particulièrement intéressant, par ce fait qu'il groupe, en une seule pièce de verre peu encombrante et très robuste toutes les conduites de verre de l'appareil, généralement dispersées et, par suite, fragiles. L'opérateur a ainsi, groupées sous la main, toutes les commandes de son appareil, et les manœuvres deviennent aisées et rapides, grâce à la disposition symétrique des quatre branches de ce croisillon, commandées chacune par un robinet de verre parfaitement étanche et légèrement vaseliné, ce qui évite tout grippage possible. Chacun de ces robinets, du reste, peut être enlevé instantanément par l'opérateur lui-même, s'il y avait besoin de le vaseliner à nouveau. La branche supérieure du croisillon est reliée au ballon d'azote, l'inférieure au flacon gradué, la droite au manomètre, la gauche au tube de caoutchouc, supportant l'aiguille à ponction.

La manœuvre est la suivante : pour charger l'appareil d'azote, il suffit d'ouvrir les robinets supérieur et inférieur, qu'on renferme ensuite. Cette manœuvre est associée naturellement à celle des vases communiquants. Pour avoir la pression pleurale, on ouvre les robinets de droite et de gauche. Pour insuffler, on ouvre en plus le robinet inférieur.

II. — Le curseur et les vases communiquants.

Les vases communiquants sont reliés par un tube de caoutchouc passant derrière le plateau afin de ne pas gêner l'opérateur. Le flacon gradué est fixe et maintenu solidement par des attelles dans le plateau où il est encastré. Sa contenance est de 500 cc. Il est gradué de 50 en 50 cc. Le flacon de droite très court, et ramassé de façon à permettre de plus grandes différences de niveau, est maintenu de la même façon que l'autre, mais, dans un curseur mobile entre deux montants. La course de ce curseur a été calculée de façon à permettre toutes les pressions positives (jusqu'à + 30) et négatives que l'on peut atteindre dans la pratique courante.

Voici la manœuvre de ce curseur ; glissez l'index sous le crochet qui est au bas du curseur et soulevez le tout sans aucun effort. Vous éleverez flacon et curseur, qui resteront au point où vous les abandonnerez, grâce au cliquet à ressort qui s'accroche à la crémaillère. — Pour faire descendre le flacon, il n'y a qu'à dégager le cliquet en poussant vers la droite l'oreille de ce cliquet avec le pouce, tandis que l'index, passé sous le crochet, maintient le curseur. Ce dispositif nous paraît intéressant non seulement, en raison de son peu de volume et de poids, mais encore, parce qu'il permet de n'employer à la manœuvre que la main droite, laissant la main gauche libre pour tenir le trocart

III. — La règle mobile.

Une seule règle pour tout l'appareil, graduée en centimètres de 0 à 20 à partir de son milieu. La manœuvre est la suivante : pour mesurer la pression pleurale donnée par le manomètre, placez le bouton de la règle en regard de l'index du manomètre. Pour mesurer la différence du niveau des liquides des vases communiquants, on place le bouton de la règle en regard du niveau du flacon gradué et on lit le chiffre de la règle qui se trouve en regard du niveau du flacon de droite.

Pour maintenir cette règle dans la position voulue, il suffit de la coincer, en attirant à soi, légèrement, le bouton.

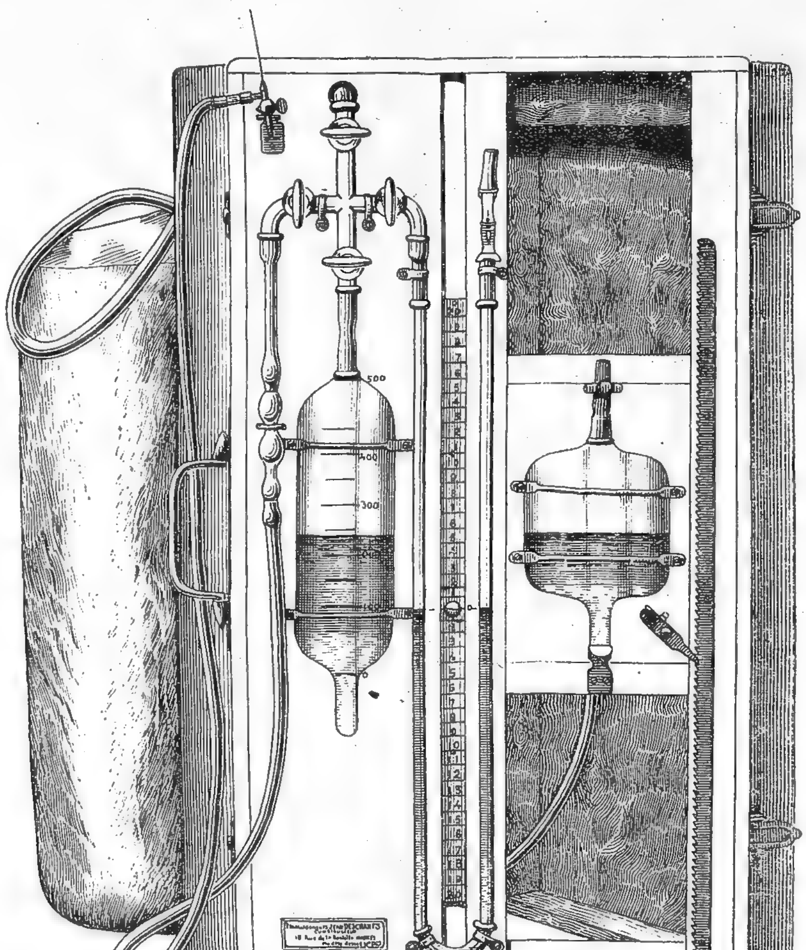
A signaler aussi que toutes les pièces de verre de l'appareil sont munies d'anneaux de caoutchouc qui les isolent complètement du plateau où elles sont fixées, et les protègent ainsi efficacement des chocs, même violents que pourrait subir l'appareil pendant son transport.

V. — Transport de l'appareil

Pour le transport de l'appareil, les précautions à prendre sont les suivantes :

1° Mettre le flacon mobile en haut de sa course afin qu'il soit bloqué ;

2° Faire passer tout le liquide dans le flacon de droite ;



(Figure 2).

IV. — Le manomètre.

C'est un manomètre à eau ordinaire. Signalons que sa branche droite, ainsi du reste que le flacon de droite, est fermée par une pince fixe sur un tube de caoutchouc, les tubes de caoutchouc permettant d'introduire facilement le liquide nécessaire dans le flacon et le manomètre. Il suffit, en effet, pour cela, d'y adapter un petit entonnoir.

3° Fermer les robinets et pinces de l'appareil.

L'appareil peut alors être transporté dans n'importe quelle position.

En résumé, voici donc un appareil simple et très robuste, qui a cependant, croyons-nous, toutes les qualités de présentation, de précision et de sûreté de fonctionnement qu'on est en droit de demander Il est, par ailleurs, léger et, sans être minuscule, il n est

pas encombrant. C'est une simple valise qui trouve sa place partout. Enfin, sa simplicité de construction en fait un appareil d'un prix très modéré, ce qui, à l'heure actuelle,est à considérer.

MODE D'EMLPOI

a) **Mise en place de l'appareil.**

Mettre la boîte debout de façon que le couvercle s'ouvre à main droite. Attirer à soi le plateau supportant l'appareil. Fixer l'un à l'autre le plateau et le couvercle à l'aide du crochet placé à mi-hauteur à l'intérieur du bord du couvercle.

b) **Remplissage de l'appareil.**

Préparer une solution de sublimé à un pour 1.000 légèrement colorée au bleu de méthylène. Ouvrir la pince du flacon mobile qui doit être en haut de sa course et les robinets inférieur et gauche du croisillon. Adapter un petit entonnoir au tube de caoutchouc que ferme cette pince et verser la solution. Le liquide remplira le flacon de droite. Dès qu'il est plein, ne pas continuer à verser de liquide, le flacon de gauche devant rester vide, sans quoi le liquide s'élèverait dans lé croisillon.

Pour remplir le manomètre, adapter l'entonnoir sur le caoutchouc qui est au bout de sa branche droite après avoir ouvert la pince qui obture ce caoutchouc et les robinets de droite et de gauche du croisillon. Verser très lentement la solution de sublimé jusqu'à ce que le liquide arrive au niveau de l'index du manomètre.

c) **Manœuvre de l'appareil.**

I. — Pour remplir d'azote ou d'oxygène le flacon gradué :

Adapter le ballon rempli de gaz au caoutchouc qui traverse le plateau à sa partie supérieure. Si le ballon n'est pas très volumineux, il y a avantage à le mettre à l'intérieur du triangle formé par l'appareil et sa boîte.

Mettre en bas de sa course le flacon mobile et ouvrir sa pince. Ouvrir les robinets supérieur et inférieur du croisillon : le flacon gradué se remplira de gaz.

Fermer ensuite les deux robinets ouverts du croisillon. La manœuvre du flacon mobile est la suivante: passer l'index de la main droite sous le crochet situé au bas du curseur et débloquer celui-ci en poussant avec le pouce l'oreille du cliquet vers la droite.

II. — Mesure de la pression pleurale :

Avant de ponctionner le malade, ouvrir la pince du manomètre ainsi que les robinets de droite et de gauche du croisillon. Ponctionner, puis mesurer, avec la règle mobile, les oscillations du manomètre.

III. — Insufflation du gaz :

Ouvrir le robinet inférieur du croisillon en plus des robinets de droite et de gauche et élever le flacon mobile, suivant les besoins.

IV.— Pour recharger de gaz le flacon gradué :

Fermer le robinet de gauche du *croisillon* et recommencer la manœuvre comme plus haut.

d) **Transport de l'appareil.**

Précautions à prendre :

a) Mettre le flacon mobile au haut de sa course, afin qu'il soit bloqué ;

b) Faire passer tout le liquide dans le flacon gradué ;

c) Fermer les robinets et pinces de l'appareil ;

d) Fermer la boîte.

L'appareil peut alors être transporté dans n'importe quelle position.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Les formes ictériques de l'ulcère du duodénum.

Si l'ulcère du duodénum est d'un diagnostic relativement facile dans ses formes typiques, nombreux sont encore les cas où le diagnostic reste indécis. Exception faite, en effet, pour l'exploration radiologique, aucun symptôme ne peut être considéré comme tout à fait pathognomonique, puisqu'il est possible de retrouver chacun des symptômes dans les affections les plus diverses du tube digestif ou même de la cavité abdominale.

Parmi ces formes larvées, *la forme ictérique* ne semble pas au Dr Bickel avoir attiré toute l'attention voulue.

De ce cas, l'auteur cite un exemple typique : il s'agissait d'un homme de 37 ans, sans antécédents gastro- intestinaux, qui présentait un ictère franc, s'accompagnant de signes nets d'altération du parenchyme hépatique et évoluant sous l'aspect d'un ictère catarrhal prolongé. Brusquement, le tableau clinique se modifie, et un melæna fou-

droyant emporte le malade. L'autopsie vient démontrer la présence insoupçonnée de *trois ulcères duodénaux.*

Il s'agissait bien d'une *forme ictérique de l'ulcère duodénal* : en effet, l'*ictère* non seulement se trouvait *au premier plan* de la symptomatologie, mais encore il la constituait tout entière. L'*anamnèse*, d'autre part, était *négative* en ce sens ; elle était même *trompeuse*, puisqu'avant l'ictère, l'ulcus avait évolué *sous le masque d'une pseudo-tuberculose pulmonaire.*

Le *mécanisme* par lequel s'établit l'ictère est variable, mais commandé, d'une part par la proximité du duodénum et des voies biliaires, d'autre part par les conditions circulatoires, qui, par la veine porte, ramènent au foie le sang duodénal. On trouve ici les deux types principaux des ictères : obstruction des voies biliaires et lésion de la glande hépatique.

Quant à la *localisation*, on peut dire, malgré de très nombreuses exceptions, que dans la règle, la constatation de l'ictère devra porter l'attention du côté de la portion descendante du duodénum et faire songer à la possibilité d'une localisation de l'ulcus à proximité de l'embouchure du cholédoque.

Le *diagnostic* n'est le plus souvent pas facile, et ce n'est en général que par la collaboration étroite d'une anamnèse soigneuse, d'une étude clinique approfondie, de radiographies en séries, d'examens répétés des matières fécales et du liquide obtenu par tubage duodénal, que l'on arrive à s'orienter et à rapporter l'ictère à sa véritable origine, et cela, en l'absence de toute symptomatologie gastro-intestinale bruyante.

Malheureusement ce diagnostic n'a qu'un intérêt théorique. (*Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, novembre 1923.)

L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires opothérapie hépatique.

D'après le Dr E. Girbal (de Marseille), le *foie*, dont les cellules si fragiles sont sensibles à la plus petite infection ou intoxication, est *constamment lésé au cours de la tuberculose pulmonaire. L'intensité de cette atteinte* peut d'ailleurs *retentir sur la résistance des malades*, et par là, sur l'évolution des lésions tuberculeuses.

Ces altérations se traduisent par des symptômes fonctionnels hépatiques ou extra-hépatiques.

Symptômes hépatiques : gêne, pesanteur, sensibilité dans l'hypocondre droit (congestion du foie) ; région vésiculaire plus sensible, douleur irradiée vers l'épaule droite ; foie augmenté de volume le plus souvent, bord lisse, mou, parfois léger subictère ou teint cholémique.

Symptômes extra-hépatiques : langue saburrale, aigreurs, ballonnement du ventre, éructations, digestions lentes, somnolence après les repas, alternative de diarrhée et de constipation, troubles nerveux (hypocondrie, inaptitude au travail, fatigue cérébrale, diminution de la mémoire, nervosité, insomnie, fatigue au réveil, lourdeur dans les jambes, sans douleur musculaire).

***

Si le foie est atteint avec prédilection par les toxines tuberculeuses, venues du poumon, c'est qu'il a également *un rôle de défense à remplir contre le bacille de Koch.*

Il existe, en effet, une corrélation intime entre la richesse du foie en *glycogène* et son action sur les poisons ; le glycogène sous forme de glycose s'unit à un grand nombre de substances toxiques (Roger). Par la *sulfo-conjugaison*, il rend également celles-ci inoffensives. La *cholestérine* est une véritable substance anti-toxique, si bien que la phtisie fébrile amène une diminution du taux de la cholestérine.

Le foie, par la *bile* principalement, détruit le bacille de Koch, dont elle aide ensuite l'élimination par l'intestin, rendant son cheminement intestinal moins dangereux pour l'organisme.

Au cours de la tuberculose, l'*action du foie* sur *les graisses* est particulièrement modifiée ; les cirrhoses graisseuses sont un signe de dégénérescence hépatique ; d'autre part, l'amaigrissement constant des tuberculeux pulmonaires doit être rattaché, en grande partie, à l'insuffisance de la fonction adipogénétique du foie, qui ne fabrique plus suffisamment de graisse et à l'hyperactivité de la fonction adipolytique, qui en détruit on en brûle un excès.

L'insuffisance hépatique due aux lésions du foie, diminue sa production en fibrinogène et en thrombogène pour le sang, d'où les *troubles de la coagulabilité* sanguine : hémoptysies abondantes, hémophilie, hémogénie.

***

Si les manifestations et les complications de la tuberculose pulmonaire (fièvre, amaigrissement, dyspepsie, insomnies, œdèmes) ne sont pas uniquement sous la dépendance de l'insuffisance hépatique, il n'en est pas moins vrai que le foie joue dans leur genèse un rôle important.

Le traitement par l'*opothérapie hépatique*, que le Dr Girbala eu l'occasion d'instituer chez de nombreux tuberculeux, donne, de ce fait, une véritable confirmation expérimentale.

Il est réalisé par l'*huile de foie de morue* (utilisée depuis longtemps dans la tuberculose pulmonaire, bien avant qu'on ait songé à rapprocher de cette maladie les phénomènes d'insuffisance hépatique) et *par les extraits hépatiques.*

Si les lésions pulmonaires ne présentent pas toujours une atténuation sensible et rapide par

le traitement opothérapique, on constate d'une façon constante une amélioration marquée de l'état général et du poids, accompagnée de diminution des troubles digestifs et de la température. Le traitement par les extraits hépatiques est donc indiqué dans la tuberculose pulmonaire, les relations entre le mauvais état général de ces malades et l'insuffisance hépatique étant incontestable.

Au cours des complications de la tuberculose pulmonaire, les résultats sont aussi constants, et en particulier, au cours des hémoptysies (Gilbert et Carnot), le pouvoir coagulant de l'extrait hépatique étant remarquable dans ces hémorrhagies où l'insuffisance hépatique joue un rôle prépondérant. (*Pratique médicale française*, décembre 1923.)

Les paralysies diphtériques.

La question des paralysies diphtériques ne cesse pas d'être à l'ordre du jour. En effet, malgré les progrès de la sérothérapie, elles sont encore fréquentes et causent par elles-mêmes une notable mortalité (J. Comby).

Le début se fait presque constamment par une paralysie du voile du palais, qui se traduit par le nasonnement de la voix, par un enrouement spécial de la toux et enfin par le rejet des liquides, au moment de la déglutition. Si cette paralysie reste souvent localisée au voile du palais, elle est aussi fréquemment suivie d'autres manifestations paralytiques : paralysies oculaires, troubles de l'accommodation, paralysie des membres inférieurs avec incertitude de la marche, pseudo-ataxie, ou même impotence complète obligeant les enfants à garder le lit. Ce n'est pas tout ; les phénomènes paralytiques peuvent s'étendre aux autres muscles du corps, au diaphragme même ; alors l'enfant peut être emporté subitement par des accidents bulbaires : syncope mortelle par arrêt du cœur ou de la respiration. Enfin les centres nerveux peuvent être touchés aussi : à la polynévrite s'ajoutent alors la myélite et l'encéphalite.

Précoces, les paralysies apparaissent dans la huitaine ou dans les premiers jours, avant même que l'exsudat pharyngé ait disparu. *Tardives*, elles se montrent parfois 4 à 6 semaines après la guérison clinique, par une apparition soudaine, en pleine santé.

Le Dr Comby en cite un cas très instructif, car il justifie pleinement les injections répétées de sérum contre les paralysies diphtériques quelles qu'elles soient, précoces ou tardives, bénignes ou graves, locales ou générales. Il montre que la bactériologie n'est pas infaillible (fait au début, l'examen bactériologique avait à plusieurs reprises donné un résultat négatif ; cependant, en présence d'un aspect clinique particulier et de l'apparition de paralysie le 8e jour, le médecin traitant avait fait des injections répétées de sérum : 80 cc. chez un enfant de 6 ans).

Il ne faut donc pas attendre la réponse du laboratoire pour intervenir énergiquement.

Cependant, dans le cas cité, une paralysie précoce fut suivie d'une paralysie tardive plus grave que la première ; l'angine se répéta également avec plus de gravité après un mois d'accalmie, et la présence du Lœffler fut cette fois nettement constatée. C'est là un argument irréfutable en faveur de la sérothérapie intensive et répétée pour tous les cas analogues.

En présence d'une diphtérie pharyngée ou laryngée, nous ne pouvons jamais dire quand le sujet cessera d'être porteur de germes. Même traité, même guéri, il peut encore héberger des microbes, virulents pour son entourage comme pour lui-même. Il pourra être victime d'une recrudescence bactérienne avec paralysie plus ou moins grave. C'est là la justification pleine et entière de la *sérothérapie systématique contre toutes* les paralysies diphtériques.

En pareil cas, il faut toujours injecter le sérum de Roux, que l'enfant ait été ou n'ait pas été injecté préalablement. La crainte de l'anaphylaxie ne doit pas arrêter le médecin. Le danger est trop pressant pour reculer devant la perspective des accidents sériques. S'il s'agit d'un nourrisson, d'un enfant en-dessous de deux ans, on injectera sous la peau du ventre ou dans les muscles de la fesse 10 cmc. de sérum. On répétera la dose pendant cinq jours consécutifs. S'il s'agit d'un enfant plus âgé, la dose sera de 20 cc. pendant cinq jours : au total 100 cc. Parfois, le 2e ou le 3e jour, la paralysie rétrocèdera, on continuera quand même les injections pour assurer et consolider la guérison. (*Le Progrès médical*, 5 décembre 1923.)

F. G.

Province et Divers

Impétigo et néphrite impétigineuse.

L'impétigo est une affection banale de l'enfance. Le populaire en méconnaît la gravité, allant même jusqu'à le considérer comme un exutoire salutaire qu'il faut respecter (chapelet). Or, on sait aujourd'hui qu'il s'agit là d'une dermatose infectieuse dont l'agent prépondérant est le streptocoque.

Cette infection de la peau retentit souvent sur les lymphatiques et sur les ganglions (lymphangite, adénites). Elle peut même intéresser l'état général, par suite de résorptions septiques. Enfin, il advient que les reins eux-mêmes en souffrent et deviennent le siège d'une néphrite.

C'est ce que rappelle M. Carles, en rapportant trois observations de néphrites impétigi-

neuses, qu'il fait suivre des réflexions suivantes, qui méritent considération :

« 1° Chaque fois qu'on a à traiter des affections impétigineuses, il y a lieu d'analyser et de surveiller minutieusement l'état des urines. Bien que rare, la néphrite impétigineuse constitue une complication sévère qu'il y a lieu de redouter et qu'on doit s'efforcer de prévenir.

« 2° En présence d'une néphrite impétigineuse, le régime et le traitement de la complication rénale ne sont pas choses suffisantes ; il est nécessaire, avant tout, de guérir et de faire disparaître le plus rapidement possible l'infection cutanée causale.

« 3° Par son début souvent brusque, les œdèmes qui l'accompagnent, l'anurie ou l'oligurie, l'hématurie qui la signalent, sa forte albuminurie avec cylindrurie, la néphrite impétigineuse est à rapprocher de la néphrite scarlatineuse.

Il est intéressant de remarquer que, dans l'une comme dans l'autre variété de ces néphrites, c'est le streptocoque ou autres produits septiques dont il occasionne la formation qui paraissent les agents responsables de l'inflammation rénale observée. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10-1-24.)

Le phlegmon orbitaire d'origine sinusienne.

A la faveur d'une très intéressante et dramatique observation, MM. Beauvieux, Philip et Caussimon rappellent les rapports qui existent entre la cavité de l'orbite et les sinus qui l'environnent : sinus frontal, sinus ethmoïdal, sinus sphénoïdal, sinus maxillaire.

L'infection de ces différentes cavités peut se propager à l'orbite et y provoquer, soit un phlegmon, soit une thrombo-phlébite. Mais il faut savoir et retenir que cette infection sinusale peut demeurer insidieuse et latente pendant plusieurs mois, et méconnue lorsque les accidents éclatent du côté de l'œil.

Ceux-ci réclament une intervention active et complexe, faite d'un acte chirurgical, du recours à l'abcès de fixation, de la vaccinothérapie, et de tous les soins habituels aux grandes infections.

D'où découle la nécessité de ne pas négliger les signes même légers et fugaces des sinusites latentes, de les dépister, et de soigner celles-ci opportunément. (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 20 janvier 24.)

Ether benzyl-cinnamique et lupus tuberculeux.

M. Lavrand a traité plusieurs cas de lupus tuberculeux des fosses nasales par les injections hypodermiques d'éther-benzyl-cinnamique. Il pratique une série de douze piqûres allant graduellement de 1/2 cmc., à 7/10 de cmc., pour finir par une dose de un cmc. Repos quinze jours. Reprise d'une seconde série d'injections semblables. Repos de douze jours. Troisième série.

Les résultats seraient des plus encourageants. Ils se traduisent par une régression progressive de l'infiltration ; par le changement d'aspect de la suppuration, qui diminue ; par une cicatrisation progressive des ulcérations ; par l'aplatissement des lupomes qui pâlissent et s'exfolient ; par l'amélioration de la réaction ganglionnaire. ; par une amélioration de l'état général. (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 3 février 24.)

Cinématographie et enseignement médical.

MM. Rocher et Jeanneney mettent en évidence, comme je l'ai fait moi-même, il y a quinze jours, les services que peut rendre, dans l'enseignement de la médecine, le cinéma « non seulement donnant au complet toutes les manifestations de la vie : mouvement, relief, couleur, sons, etc., mais encore *permettant d'analyser* des phénomènes, en les projetant au ralenti, de les amplifier (*microcinématographie*), *enfin de* synthétiser des phénomènes extrêmement lents (*germination, croissance d'une plante*). *Dans* ces conditions, on peut affirmer qu'on se trouve devant un instrument scientifique enregistreur et reproducteur théoriquement parfait. »

Les auteurs envisagent ensuite comment l'organisation de l'enseignement cinématographique pourrait être réalisée. A leur sens, il faudrait des installations appartenant à des laboratoires déterminés. La collection de films de la Faculté serait relativement limitée, ceux-ci devant concerner seulement la médecine opératoire, la physiologie, la neurologie. Les autres films seraient, soit prêtés par une cinémathèque centrale, soit fournis par une coopérative de cinématographie des Facultés. Enfin, la location resterait une ressource précieuse, en raison du prix modéré auquel la font les maisons spéciales de production (Pathé Consortium Cinéma : section enseignement).

Cet exposé confirme excellemment ce que j'ai écrit moi-même sur le sujet. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 janvier 24.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les épidémies en France pendant l'année 1922.

(M. Pierre TEISSIER. — *Académie de médecine*, 5-2-1924.)

M. Pierre Teissier présente un rapport sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1922.

La variole n'a eu que deux petits foyers, à Toul et dans la Gironde, d'importation étrangère, rapidement éteints, grâce aux mesures prises. Rien à noter pour ce qui concerne la coqueluche, la diphtérie et la rougeole. L'épidémie parisienne récente de rougeole, n'a commencé qu'en décembre 1922. La fièvre typhoïde reste en diminution générale. Elle est toujours rare chez les hommes vaccinés pendant la guerre, ce qui tendrait à prouver que l'immunité due à la vaccination est de plus longue durée qu'on ne le supposait tout d'abord. Dans les réveils d'épidémies de fièvre typhoïde et de paratyphoïde, l'importance de l'eau d'alimentation reste grande et l'hygiéniste ne doit pas négliger les recherches de ce côté. La question de l'eau contaminée demeure entière, à côté de l'origine ostréaire, du rôle des porteurs de germes, et, pour la paratyphoïde, du rôle de certains aliments (les gâteaux à la crème particulièrement).

M. Pierre Teissier estime qu'une propagande devrait être poursuivie auprès du public, en faveur de la vaccination antityphoïdique sous-cutanée. Les objections faites à celles-ci sont aujourd'hui injustifiées. L'ingestion prophylactique de vaccin bilié *selon* la méthode de Besredka n'a pas cliniquement fait ses preuves. Du moins, elle réclame la confirmation du temps.

Parlant de la tuberculose, et notant le grand nombre de déclarations spontanées de cette affection, l'auteur croit qu'une évolution a lieu dans les idées des praticiens à ce sujet, et qu'il deviendra ainsi possible d'inscrire la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

— M. VINCENT demande que les paratyphoïdes soient comprises dans le groupe des états typhoïdes à déclaration obligatoire. Les paratyphoïdes sont fréquentes. Si leur symptomatologie se rapproche souvent de celle de la fièvre typhoïde, il ne faut pas méconnaître qu'elles peuvent provoquer des accidents de gastro-entérite aiguë simulant parfois le choléra. Dues à des microbes parfaitement définis, elles sont susceptibles de donner lieu à des épidémies autonomes, quelquefois graves. Fréquemment, leurs causes (surtout pour la para B) sont d'ordre alimentaire. Enfin, l'immunité conférée par l'une d'elles ne s'étend pas à l'autre, ni à la fièvre typhoïde. Pour ces diverses raisons, il serait bon de les distinguer et de les soumettre à la déclaration.

L'insuline dans le traitement du diabète.

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine*, 5-2-24.)

M. Marcel Labbé fait une communication sur l'insuline dans le traitement du diabète.

L'insuline a une double propriété ; elle est antiglycémique et antiacidosique. Par son action anti-acidosique (qui est très supérieure à celle des alcalins), elle prévient ou guérit le coma diabétique, le vrai coma diabétique du moins, car elle est inutile dans le coma brightique rencontré chez des diabétiques obèses. Le médicament rend à titre préventif de grands services quand une intervention opératoire est à pratiquer chez un glycosurique les opérations chirurgicales, et surtout l'anesthésie par le chloroforme, étant fortement comatigènes en pareil cas.

Le traitement insulinaire exerce en somme une action remarquable sur le diabète : l'hyperglycémie et la glycosurie sont diminuées, en même temps que les symptômes résultant de l'hyperglycémie (soif, fatigue musculaire, tendance aux suppurations, troubles oculaires, névralgies, etc.) ; l'acidose est supprimée et la menace de coma écartée ; la dénutrition azotée suspendue. Malheureusement, les effets ne sont pas durables et l'on ne saurait dire qu'elle arrête l'évolution de la maladie (elle l'entrave cependant). L'insuline est un remède puissant, indispensable dans les diabètes graves avec dénutrition azotée et acidose, avantageux dans les formes intermédiaires avec acidose légère ou transitoire, inutile dans les diabètes bénins sans dénutrition ni acidose. Avec le régime, on agit plus énergiquement qu'avec l'insuline sur la glycémie et la glycosurie. Avec l'insuline, par contre, on agit plus efficacement sur l'acidose.

Modifications au traitement anti-rabique.

(M. REMLINGER. — *Académie de médecine*, 5-2-1924.)

M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc, signale quelques modifications susceptibles probablement d'être apportées au traitement antirabique.

Le virus employé dans les Instituts Pasteur oscille maintenant autour de son 2.000e passage par le cerveau du lapin. Ses propriétés ont subi, de ce fait, des atténuations, des modifications, dont on pourrait tenir compte dans la conduite du traitement. C'est ainsi qu'en multipliant le nombre des injections quotidiennes, il semble qu'il serait possible de réduire la cure classique de quinze et trente jours, à cinq jours seulement, ce qui serait un gain de temps très appréciable. Il serait sans doute opportun, aussi, pour l'avenir, de commencer les passages d'un virus nouveau

destiné à remplacer plus tard le virus ancien si celui-ci arrivait à ne plus offrir les qualités nécessaires.

Obstructions nasales et névroses respiratoires.

(M. G. GAUTIER. — *Académie de médecine* ; 5-2-1924.)

M. Gautier traite l'imperméabilité nasale relevant de l'« aboulie » respiratoire, de l'akinésie pharyngienne, de la dysmorphose bucco-pharyngée, c'est-à dire l'imperméabilité dont la cause n'est pas une affection sténosante opérable, par la dilatation qu'il pratique avec deux modèles de bougies en caoutchouc. On améliorerait ainsi les conséquences nombreuses de l'imperméabilité nasale.

Traitement de la leucémie myéloide par le thorium X.

(M. Ch. AUBERTIN. — *Société médicale des hôpitaux* ; 11-1-1924.)

M. Aubertin rapporte un cas de leucémie myéloïde qu'il a traité avec succès par le thorium X. L'importance pratique de ce traitement, remarque-t-il, ne saurait échapper. Une simple injection sous-cutanée hebdomadaire d'une substance qui, il est vrai, ne se conserve pas mais qu'on peut recevoir régulièrement par la poste, permettra à tout médecin de traiter une leucémie, à condition de surveiller ou de faire surveiller de temps en temps l'état du sang. Le thorium X est plus facile à manier que le benzol bien qu'il produise, comme lui, de l'hypoglobulie.

Séquelles pleuro-pulmonaires tardives des plaies de poitrine.

(M. BRELET, de Nantes. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-1-1924).

M. Brelet a examiné, au centre de réforme de Nantes un groupe d'anciens blessés de poitrine. Treize d'entre eux ne présentaient aucun signe clinique appréciable ; dix-sept avaient des adhérences pleurales, de la pachypleurite. Chez trois seulement, on constatait des signes de tuberculose pulmonaire, apparus, d'ailleurs, plusieurs années après la blessure (chez l'un, du côté opposé à la plaie thoracique).

— M. SERGENT trouve dans le travail de M. Brelet une confirmation de ses observations personnelles. Les blessures pénétrantes de poitrine ne sont pour ainsi dire jamais suivies de tuberculose pulmonaire. Une bacillose tardive, qui apparaît du côté opposé à la plaie thoracique en particulier, ne saurait être rattachée à celle-ci, surtout lorsque des causes adjuvantes, comme c'est la règle, sont trouvées alors : séjour prolongé à l'hôpital, contagion de voisinage, déchéance générale. Les tuberculoses post-traumatiques signalées par les auteurs ont été, pour la majorité, consécutives à de grandes contusions thoraciques. La contusion thoracique semble offrir une action différente à ce point de vue de la plaie de poitrine. Le fait était connu avant la guerre et observé à la suite de violents traumatismes consécutifs, par exemple, aux accidents de chemin de fer et d'automobile.

Septicémie colli-bacillaire mortelle.

(M. DELATER, du Val-de-Grâce. — *Société med. des hôpitaux*, 11-1-24.)

M. Delater a traité un jeune soldat atteint d'infection coli-bacilailre ayant donné lieu à une néphrite aiguë avec urémie et à une parotidite suppurée bilaérale. Le malade succomba.

Les pullulations microbiennes, dit l'auteur, passées de l'intestin dans le sang, sont vraisemblablement communes. Les expériences de Roger, Charrin, Bouchard, ont montré avec buelle facilité on retrouve chez l'animal les germes de la flore intestinale. Les hôtes bactériens de l'intestin n'y restent saprophytes que grâce à une immunisation locales spontanée, édifiée dès les premiers jours de la naissance. Cette barrière naturelle est sans doute franchie fréquemment, dans certaines conditions. Les pullulations sanguines qui en résultent restent habituellement silencieuses ou provoquent des malaises légers accompagnés ou non d'ascension thermique. Qu'un organe soit sérieusement atteint et l'infection pourra s'y localiser. M. Delater explique ainsi la néphrite aiguë urémigène et la parotidite suppurée rencontrée chez son malade.

Sérothérapie intra-ventriculaire dans la méningite à méningocoque.

(MM. ACHARD, MARCHAL et LAQUIÈRE. — *Soc. méd. des hôp.*, 18-1-1924.)

Dans un cas de méningite à méningocoque rebelle à la sérothérapie par voie sous-cutanée et par voie lombaire, ayant persisté malgré l'injection de 1.200 cent. cubes de sérum trivalent, M. Achard a eu recours à l'injection intra-ventriculaire et, aussitôt la teméperature tomba et les accidents s'amendèrent.

La trépano-ponction ventriculaire, préconisée par Lewkowicz, comme traitement systématique de la méningite cérébro-spinale, a été faite chez le malade de M. Achard à la région frontale pour atteindre la corne antérieure du ventricule latéral. Le médecin polonais la pratique plus volontiers à la région temporale.

Hoquet persistant depuis 15 mois.

(MM. GUILAIN, ALAJOUANINE et MATHIEU. — *Soc méd. des hôp.*, 25-1 et 1er-2-1924.)

M. Guillain présente un malade atteint de hoque dont le début remonte à quinze mois. Les secousses fréquentes le jour, sont interrompues la nuit pendant le sommeil. La compression oculaire, la compression du plexus solaire et du phrénique ne les modifient pas. L'examen radioscopique a montré qu'il s'agit

d'un hoquet droit, mais n'a révélé aucune lésion locale.

La pathogénie de cet état morbide est difficile à préciser. Il semble que ce hoquet chronique est à rapprocher des secousses rythmiques ou choréiques observées à la suite d'encéphalites épidémiques.

— MM. HALBRON et M. GAMBILLARD ont traité, en 1921, à l'hôpital Saint-Louis, une malade analogue, chez laquelle le diagnostic d'encéphalite léthargique n'était pas douteux. Elle avait eu, trois mois auparavant, pendant huit jours, un état de somnolence marqué, avec céphalée et diplopie. L'examen radiographique montrait des contractions rythmiques de l'hémidiaphragme gauche.

— M. DE MASSARY a examiné, tout récemment, à l'écran, une jeune fille venue consulter pour un hoquet violent. Le diaphragme était inerte et ne jouait aucun rôle dans ce hoquet, qui était produit par des myoclonies des muscles du cou. A côté du hoquet ordinaire, dû aux secousses du diaphragme seul ou aux secousses du diaphragme et des muscles thoraciques, il faut donc signaler un hoquet relevant uniquement de myoclonie s des muscles inspirateurs accessoires, à l'exclusion du diaphragme.

— M. ABERT pense que, dans l'épidémie présente de hoquet, toutes les variétés peuvent se voir. L'auteur en observe un cas où l'hémi-diaphragme gauche seul est touché. L'affection est de date ancienne et a succédé à une encéphalite léthargique.

Suture latérale de la veine iliaque externe.

(M. PETIT DE LA VILLÉON. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 4-1-1924.)

M. Petit de la Villéon rapporte deux cas de suture latérale de la veine iliaque externe. Il s'agit de brèche veineuse survenue au cours d'une opération de hernie inguinale récidivée et réopérée. L'auteur a pu réussir à oblitérer la lésion veineuse en pratiquant avec une aiguille fine un surjet au fil de lin, inversant les lèvres de la plaie du vaisseau. Guérison dans les deux cas sans aucun incident circula toire.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique

I. — MM. VALLOIS et ROUME : *Expulsion d'un œuf entier vers cinq mois de grossesse.* — Les auteurs présentent un œuf entier du poids de 500 gr. qui fut expulsé en un temps par une primigeste. Ils font remarquer que ces avortements en un temps sont plutôt rares à cette époque de la gravidité.

Discussion. — M. TÉDENAT rappelle qu'il n'est pas rare de voir des femmes cependant attentives et expérimentées arriver au terme de leur grossesse sans avoir senti remuer leur fœtus. Il en rapporte un cas des plus démonstratifs.

II. — M. DEVEZE : *Volumineux kyste de l'ovaire : phénomènes de compression graves.* — Kyste ovarique exceptionnellement volumineux : il s'élevait à 43 centim. au-dessus de la symphyse et renfermait 32 litres de liquide.

La malade accusait une gêne respiratoire considérable et une déficience rénale très accusée : urines rares et 0 gr. 50 d'azotémie. Les membres inférieurs, très œdématiés,présentaient l'aspect éléphantiasique.

L'opération, très simple, ne fut marquée par aucun incident, grâce à l'évacuation partielle du kyste par ponction pratiquée huit jours avant l'ablation de la poche kystique.

Discussion.— M. DE ROUVILLE préfère opérer les gros kystes par ponction suivie aussitôt de l'énucléation, et les moyens sans les ponctionner, en s'aidant d'une incision abdominale de longueur appropriée.

M. TÉDENAT a opéré depuis 1882 un grand nombre de kystes ovariens. Les cas volumineux étaient assez nombreux, il y a une trentaine d'années, parce qu'on les opérait plus tardivement qu'aujourd'hui.

III. — MM. P. DELMAS et ROUME : *A propos d'un cas d'éclampsie puerpérale.* — Relation d'un cas d'éclampsie puerpérale à forme un peu spéciale : l'intoxication gravidique se manifestait surtout par une agitation violente et continue plutôt que par des accès paroxystiques. Après expulsion spontanée d'un enfant mort, tout est rentré dans l'ordre, bien que les phénomènes aient été inquiétants. Le traitement a consisté en saignées copieuses, lavements purgatifs et théobryl intra-veineux.

IV. — M. E. GODLEWSKI : *Colibacillose aiguë avec bactériurie post-partum.* — L'auteur attire l'attention sur les infections colibacillaires qui, survenant chez une accouchée, peuvent causer une erreur de d iagnostic.

Il relate à ce sujet l'observation d'une femme de 29 ans constipée habituelle, qui, au 7e jour après un accouchement normal, présente les signes d'une infection pouvant faire penser tour à tour à de la puerpéralité, de l'éberthisme, paludisme, tuberculose, etc... Or, cette infection prolongée n'était que de la colibacillose, contrôlée par des crises de bactériurie bien caractérisée.

Discussion. — M. Paul DELMAS souligne la fréquence de la stercorémie chez les accouchées. Elle est d'autant plus rare que, chez elles, est mieux pratiquée la libre pratique intestinale par lavements, faiblement additionnés d'eau oxygénée. A titre préventif, Fabre avait conseillé les purgations dans les quelques jours qui précèdent l'accouchement. Il préfère, quant à lui, de faibles doses d'eau magnésienne précédant le petit déjeuner du matin au cours des dernières semaines de la grossesse.

V. — M. TÉDENAT : *Cancer du corps de l'utérus.* — Dix fois beaucoup plus rare au corps qu'au col de l'utérus, le cancer épithélial survient habituellement

à la ménopause, plus souvent après. Tandis que le cancer du col arrive surtout chez les multipares, le cancer du corps est relativement fréquent chez les nullipares et des vierges.

Point rare, la coïncidence du myome et du cancer du corps. Il faut y penser ; si, après l'âge de la ménopause, les règles persistent, si des pertes rouges surviennent après plusieurs mois de suspension des menstrues, une perte roussâtre, quelques filets de sang dans des pertes aqueuses, un petit caillot au lever, après un effort, doivent faire craindre et conseiller un examen. Les douleurs sont ordinairement tardives.

L'exploration digitale de la cavité utérine, le curettage ne donnent pas toujours un diagnostic sûr. Un myome saillant dans la cavité utérine peut empêcher l'accès sur un ulcus. Les produits de curettage sont souvent difficiles à interpréter : il existe des altérations de l'épithélium, même en dehors de la métrite sénile, qui ne sont pas du cancer. Ces cas sont à surveiller. « Ils sentent le cancer », et si un curettage ne supprime pas les pertes, il faut opérer.

L'évolution est habituellement lente, les ganglions sont envahis point ou très tard, et si on peut dire, le cancer du corps est un bon cancer comme le cancer du rectum ; opérant à temps l'auteur a obtenu des survies, c'est-à-dire de vraies guérisons.

On fera l'hystérectomie vaginale si l'utérus n'est pas très gros, ce qui est la règle ; s'aidant au besoin de l'incision latérale de Suchardt. La voie vaginale est bien moins grave que la voie abdominale chez les femmes grasses, à ventre « adipo-venteux ». Chez les femms moins adipeuses, l'hystérectomie totale simple vaut mieux.

Les rayons X, la radiumthérapie, parfois dangereux au cas d'annexites, n'ont pas encore donné les nombreuses et durables guérisons de l'hystérectomie.

Discussion. — M. de Rouville estime que le curettage explorateur donne seul la certitude du diagnostic. Celui-ci posé, c'est à l'hystérectomie qu'il convient de faire appel. La vaginale est ici particulièrement recommandable. Elle enlève la totalité du néoplasme, et sa gravité est bien moindre que l'hystérectomie abdominale.

M. Vallois, chez une mlalade opérée depuis plus de 15 ans et chez laquelle la guérison opératoire s'est maintenue, fut mis sur la voie du diagnostic par un curettage pratiqué pour pertes rouges chez une femme de 60 ans. Les granulations qui constituaient le produit de raclage furent, à l'examen histologique, reconnues comme étant de nature cancéreuse.

M. Tédenat a vu plusieurs fois un petit polype intra-cervical coïncider avec les cancers du corps. Leur présence impose donc un examen complet dans des cas en apparence bénins.

M. de Rouville signale dans le même ordre d'idées l'existence, au niveau du col, d'épithéliomas se présentant sous la forme de polypes cervicaux et comportant, sitôt reconnus, l'hystérectomie comme seul traitement rationnel.

VI. — MM. Vallois et Roume : *Recherches sur la fréquence et la gravité de la procidence du cordon ombilical.* — D'une statistique portant sur environ 7,000 accouchements, les auteurs dégagent un cas de procidence sur 144 accouchements. Quant à la mortalité de cette complication, elle reste assez élevée pour l'enfant, surtout si on considère que la procidence accompagne souvent une autre cause de dystocie : placenta-prævia, rétrécissement pelvien, etc... Dans les conditions d'une statistique brute, ils donnent le chiffre de 37 %.

VII. — M. E. Vayssière : *Grand kyste séreux du rein droit, erreur de diagnostic.* — Les gros kystes séreux du rein sont particulièrement rares, leur symptomatologie est vague (pas de troubles urinaires, mais sensation d'une volumineuse masse kystique fluctuante, plus ou moins descendue dans la fosse iliaque); le cas rapporté par l'auteur avait été diagnostiqué : kyste ovarien droit sous-séreux. Après l'opération, néphrectomie par voie abdominale, assez facile, on se trouva en présence d'un volumineux kyste rénal, séreux, uniloculaire pesant 1.050 gr. ; il s'était développé au détriment du pôle inférieur et de la région moyenne du rein droit.

Discussion. — M. de Rouville, sans argumenter cette communication, rappelle que, dans sa thèse de doctorat, consacrée aux néphrectomies partielles, il concluait pour les grands kystes franchement abdominaux à la néphrectomie transpéritonéale, et, pour les tumeurs de moyen volume, à la néphrectomie partielle lombaire avec suture du rein, conclusions récemment adoptées à la Société de chirurgie.

VIII. — MM. de Rouville et Madon : *Hémorragies par placenta prævia dès le début de la grossesse ayant entraîné l'avortement au 5e mois.* — Les hémorragies liées à l'insertion vicieuse du placenta se manifestent ordinairement au cours des trois derniers mois de la grossesse, sans cependant que le fait puisse être érigé en règle générale comme en témoigne le fait clinique rapporté. Chez une femme de 31 ans, ne présentant qu'un avortement dans ses antécédents, des hémorragies répétées se produisent presque aussitôt après les dernières règles normales ; un examen obstétrical montre chez cette femme l'existence du placenta au niveau de l'orifice cervical. Peu après, cette femme avortait d'un embryon mort. A noter que le placenta a été expulsé avant l'embryon.

IX. — MM. Vallois et Roume, : *Hématome rétro-placentaire.* — Placenta sur la face utérine duquel on peut voir une cavité, du volume d'une orange remplie par un caillot unique. L'enfant fut expulsé mort et légèrement macéré. La mère n'avait jamais eu d'albuminurie au cours de sa grossesse, ni aucun signe de ce décollement placentaire.

X. — MM. Vayssière et Rathelot. : *Placenta prævia et hystérotomie.* — Observation d'une femme au 9e mois de sa grossesse avec gros fœtus, hydram-

nios, insertion centro-partielle du placenta, membranes inaccessibles et segmentinférieur particulièrement résistant. L'hémorragie devenant menaçante, les auteurs pratiquent sous narcose au kélène une césarienne d'urgence qui donne un fœtus de 1.120, difficile à ranimer. A noter particulièrement la très faible perte de sang au cours de l'intervention et la bonne rétraction de l'utérus.

XI. — MM. Gaujoux, Gilis et Matet : *A propos d'un cas de vomissements incoercibles au 6e mois d'une grossesse gémellaire.* — Chez une secundigeste de 25 ans, l'ingestion de moules avariées au 4e mois de sa grossesse détermine des vomissements si rebelles à toute thérapeutique qu'au début du 6e mois, l'état de la malade est considéré comme désespéré : l'avortement thérapeutique est alors pratiqué qui donne deux petits jumeaux et amène promptement la guérison.

XII. — M. P. Delmas et Roume : *Opération césarienne abdominale avec énucléation de l'œuf.* — Cette intervention pratiquée pour rétrécissement pelvien, offre deux points à souligner : l'incision utérine tombe sur l'insertion placentaire, et l'œuf, pour gagner du temps tout en économisant du sang, est décortiqué rapidement d'avec la paroi ; incisé ensuite hors du champ opératoire, il donne un fœtus qui venait d'expulser son méconium dans la poche, aussitôt décollée, mais crie aussitôt, comme il est de règle après les césariennes menées sous rachi.

Discussion : M. P. Delmas pense que cette technique, d'ailleurs plus chirurgicale, n'est pas à rechercher systématiquement : utile ici pour éviter l'inondation sanguine plus abondante qui eût accompagné l'effondrement du placenta, elle n'est désirable qu'en vue de s'opposer à l'issue dans le ventre de liquides septiques ; or, l'énucléation d'un œuf infecté parce qu'ouvert, est impossible. Tous les fœtus qu'il a extraits par césarienne sous rachi ont crié dès leur naissance, tandis que ceux provenant de la même intervention sous narcose ont dû être ranimés. Il ne s'agit donc pas de mort apparente, d'ailleurs inexplicable, mais d'imprégnation du fœtus par l'anesthésique dont est chargé le sang maternel.

Paul Delmas.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

E. Régis, professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux. **Précis de psychiatrie.** (Un vol. in-16, cartonné toile de 1.270 pages, avec 98 figures dans le texte, et 7 planches hors texte, dont 5 en couleurs), 1923. Prix : 38 fr.

La psychiatrie est peut-être, de toutes les parties des sciences médicales, celle que les travaux modernes ont modifiée le plus profondément en peu d'années, et celle qui s'est transformée le plus vite. La nouvelle édition de ce Précis constitue, à vrai dire, *un livre entièrement* nouveau.

Elle a d'ailleurs été revue, corrigée et augmentée par le Dr Régis fils, médecin de l'asile de Cadillac, et s'adresse non seulement aux étudiants et aux praticiens, mais encore à tous ceux qu'intéresse spécialement l'étude des maladies mentales : aliénistes, médecins experts, médecins des prisons, médecins de l'armée, de la marine et des colonies, psychologues, avocats, magistrats, etc.

La caractéristique de cette œuvre est d'accorder une place importante aux psychoses d'auto-intoxication, XX d'infection, trop négligées d'ordinaire, et c'est là une très heureuse pensée, car ces psychoses représentent la presque totalité des innombrables psychoses symptomatiques, auxquelles le praticien a particulièreement affaire et qu'il rencontre à chaque instant

Toutefois, on se méprendrait à croire que le souci de donner à l'étude de ces délires des hôpitaux toute l'étendue qu'ils méritent a pu faire négliger les grandes folies des asiles d'aliénés, ou quelqu'autre chapitre de la psychiatrie. Tout au contraire, rien ici n'a été sacrifié de telle manière que, mieux qu'un précis, ce livre peut être regardé comme un traité véritable où l'état actuel de la psychiatrie se trouve exposé de façon complète, tant au point de vue nosographique qu'à celui de nombreuses applications pratiques possibles.

A. Maloine et Fils, éditeurs.
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris,

Pr E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. — **Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.** — *Tome XXV* **Pédiatrie.** *deuxième volume*, en 2 fascicules par Pr Weill, Péhu, Gardere, Bertoye, Dufourt, Pr Nobécourt, Merklen, Rivet, Harvier, Ribadeau-Dumas, Meyer, Babonneix, R. Voisin, Tinel, Lance, Lamy, Terrien. (In-8o, 425 pages, 2 planches en couleurs, 1923. Prix : 60 francs).

Dans ce tome, on ne trouvera que des notions ayant trait strictement à l'enfance, les questions de pathologie générale : les affections qui n'ont dans le premier âge aucun caractère particulier sont traitées ailleurs. D'ailleurs, le programme n'a pas été réduit à la médecine pure, une large part du volume est consacrée à la chirurgie.

Le Pr Weill et M. Péhu font un exposé général des infections de l'enfance ; puis, vient un exposé détaillé des infections qui revêtent dans le premier âge des caractères particuliers, telles que, par exemple, la diphtérie, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc.

Les autres collaborateurs, tous médecins d'enfants, ont traité les maladies des reins, du foie, de la peau, du thymus, du sang, et des organes hématopoiétiques. MM. MERKLEN, RIVET, HARVIER, ont apporté un soin consciencieux à des articles nécessairement brefs, mais très clairs et uniquement pratiques. MM. BABONNEIX, TINEL, VOISIN, à la fois neurologistes et pédiatres, ont décrit les affections nerveuses propres à l'enfance, les convulsions, les encéphalopathies infantiles, les chorées, la paralysie infantile. MM. LANCE et LAMY se sont chargés de l'orthopédie, conçue au sens le plus large. Dans cette partie, on trouvera simplement écrit tout ce qui est nécessaire pour bien soigner une scoliose, un mal de Pott, une coxalgie, une difformité, et éviter à l'enfant, par négligence, une infirmité dont il pourrait se ressentir toute la vie.

Enfin, M. TERRIEN a écrit un très bon chapitre de thérapeutique des maladies de l'enfant, avec les médicaments habituels et leur posologie.

Ce livre a été traité dans un esprit nouveau ; il met en relief tout ce qui est particulier aux malades de l'enfance ; il écarte la théorie et les considérations inutiles de pathologie. Il rendra un grand et réel service à ceux qui, par les devoirs de leur profession, approchent l'enfant et ont pour mission de le guérir.

Les Thèses

Ly. — Dr H. RAILLON. — **Nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse h,pno-analgésique : trichorobutylalcool-diallylmalonylurate d'éthylmorphine (hémypnal)** (Thèse 1923.)

Un très sérieux effort est fait depuis quelques années pour tenter de supprimer ou tout au moins d'atténuer les douleurs de l'accouchement. Si la plupart des méthodes qui ont été *préconisées n'ont pas* eu, d'une façon générale, la faveur des médecins et accoucheurs, c'est qu'elles étaient toutes passibles d'inconvénients assez sérieux, soit du côté de la mère ou du fœtus, ou bien que, trop délicates dans leur application, elles exigeaient une surveillance constante et ininterrompue de la parturiente. La méthode dont M. Raillon a fait l'objet de sa thèse, et qui a déjà donné lieu à quelques communications intéressantes (prof. Rossier, prof. Hamm), apparaît d'une grande supériorité parce que, suffisamment active pour atténuer considérablement la perception douloureuse, elle reste sans aucune influence nocive aussi bien sur la marche du travail que sur la délivrance, les suites de couches, et l'enfant. Elle est extrêmement simple, puisqu'elle se borne à l'administration de cachets ou de suppositoires, n'exige ni compétence spéciale, ni apprentissage préalable. Un seul point essentiel pour la *réussite* : ne pas commencer trop tôt, et attendre que la dilatation soit entre un et deux francs. Une seule contre-indication : l'inertie utérine.

L'analgésie obstétricale par l'Hémypnal semble *donc bien le procédé de choix pour la pratique journalière*, et il est à souhaiter que par sa généralisation il contribue à relever notre natalité défaillante en enlevant toute l'appréhension des *maternités futures*.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les idées modernes sur la lithiase biliaire. Son traitement

Les recherches contemporaines ont établi que la crise de colique hépatique n'est qu'une manifestation symptomatique d'un état biliaire préexistant, parfois ancien, et qui prend souvent des apparences trompeuses, propres à égarer le diagnostic.

« Quand un malade réalise sa première colique hépatique, dit Chauffard, il y a longtemps qu'il a commencé sa lithiase biliaire » (1).

C'est là un fait de grande importance pratique, car il met en évidence, pour le médecin, la nécessité d'un traitement anti-lithiasique précoce, tout à la fois prophylactique et curatif.

Il est donc nécessaire d'étudier, d'abord, les moyens de diagnostiquer cet état lithiasique, c'est-à-dire de reconnaître les symptômes avant-coureurs de la crise hépatique elle-même.

Einhorn (2) a examiné, de près, cette importante question, et il a le mérite d'avoir montré que la lithiase emprunte souvent le masque trompeur d'une affection gastro-intestinale banale.

« Certains états migraineux avec vomissements bilieux, dit-il, certains météorismes généralisés, des accès douloureux abdominaux avec dyspnée, des sensations de plénitude, d'oppression, de flatulence avec vomissements, relèvent le plus souvent d'une affection vésiculaire cholélithiasique ».

Linossier a insisté aussi sur l'origine biliaire

(1) *Traité* sur la lithiase biliaire.

(2) *New-York medical Journal*, juin 1922.

de certaines diarrhées, dites prandiales, et qui sont des débâcles de bile pure, survenant au moment des repas.

Enfin, sous le nom de *petit hépatisme*, Carrière a décrit un ensemble de troubles digestifs à étiologie biliaire, et la conclusion de ses travaux se formule ainsi :

Ne jamais oublier, chez un dyspeptique, d'examiner la vésicule et les fèces pour faire un bon diagnostic.

Nous connaissons heureusement la cause de la lithiase biliaire et nous pouvons ainsi la combattre efficacement. L'opinion de Chauffard et de son élève Grigaut a prévalu : il s'agit d'une accumulation de cholestérine dans le sang (cholestérinémie), puis dans la bile, avec, secondairement, formation de calculs. « Quatre-vingt-quinze pour cent des calculs biliaires sont formés de cholestérine » (Chauffard). Assez souvent cependant, la lithiase n'arrive pas au stade ultime du calcul ; elle s'arrête à cet état pathologique intermédiaire, où la bile épaissie, boueuse, stagnante, encombre la vésicule et les canaux.

Une autre notion à retenir, c'est l'état d'infection du système biliaire. Il semblerait même, s'il faut en croire Pauchet, que la crise de colique hépatique n'est qu'une poussée inflammatoire, catarrhale et infectieuse, assez analogue à la crise d'appendicite.

Ces notions de cholestérinémie et d'infection biliaire dictent la thérapeutique à suivre, et, pour combattre la lithiase, il faudra, d'une part, dissoudre et éliminer la cholestérine, d'autre part, empêcher l'infection biliaire.

C'est pour répondre à cette double nécessité que l'on utilise, en pratique, la Félamine, sel des acides biliaires purs (c'est-à-dire décholestérinisés et dépigmentés), et de l'hexaméthylène-tétramine.

Pour Larcher (1), Vialard (2), et Pardoux (3), ce médicament diminue la viscosité de la bile, dissout la cholestérine, favorise son élimination et, d'autre part, abaisse la température du malade, toujours plus ou moins atteint de cholécystite (4).

L'auto-observation suivante, qui nous a été communiquée par un confrère de Nice, est fort instructive, à ce double point de vue :

« Lithiase biliaire ancienne, confirmée par la « radioscopie et la radiographie. Crises violentes « survenant tous les trois mois environ. Mouvements fébriles, 38 à 38,5, indice de cholécystite.

« *Traitement.* — Régime décholestérinisé, « injections intra-veineuses d'héxaméthylène-« tétramine.

« Effets favorables sur la température qui « disparaît, mais aucun effet sur les crises douloureuses.

« L'huile d'olive et les laxatifs n'ont pas d'effets sur la constipation. Le teint est subictérique, une opération chirurgicale est décidée.

« Utilisation de la Félamine (avril 1923). Dose « employée : 2 fois par jour, aux repas, 3 comprimés, dans une infusion de Boldo, pendant 3 « semaines tous les mois.

« En moins de 15 jours de ce traitement, les « selles se régularisent, elles sont colorées et « moulées. Le traitement est donc continué, et, « actuellement (décembre 1923), je n'ai pas eu « la moindre crise lithiasique ; la vésicule est « indolore et n'est plus perceptible à la palpation.

« Je pense que la Félamine a fait dissoudre la « boue biliaire, l'a empêchée de se reproduire et « a permis ainsi l'enkystement du calcul ».

L'utilisation du sel des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine (Félamine) empêche donc la crise de colique hépatique de se produire, et tend à guérir la lithiase elle-même par dissolution et élimination de la cholestérine; c'est là un fait important à retenir pour le praticien. D'autre auteurs (Oppenheim, Geo Pfaff) expriment la même opinion, et insistent, en outre, sur l'action cholagogue de ce médicament dans la constipation par acholie.

Combien nous sommes loin, à l'heure actuelle, de la lithiase biliaire, considérée comme maladie par ralentissement de la nutrition! Il s'agit, bien plutôt, d'un trouble fonctionnel de la cellule, d'un défaut d'oxydation de la cholestérine, avec infection plus ou moins nette des voies biliaires. Au point de vue thérapeutique, le sel résultant de la combinaison des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine, répondant à ces données étiologiques, représente le traitement de choix de la lithiase biliaire à la fois opothérapique et désinfectant.

Dr BIRAN.

(1) *Les Sciences médicales*, 15 mars 1923.
(2) *Journal des praticiens*, 1er décembre 1923.
(3) *Le Concours médical*, 23 décembre 1923.
(4) Ces auteurs utilisent une dose journalière, pendant 3 semaines par mois, de 3 à 4 compr. de félamine (cas chroniques) et 3 à 9 comprimés (cas aigus).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN BANQUET D'AMITIÉ ET D'INTELLECTUALITÉ FRANCO-HISPANO-AMÉRICAIN UNION DES SCIENCES MÉDICALES ET DES INDUSTRIES SCIENTIFIQUES CHIMIOTHÉRAPIQUES ET PHARMACOTHÉRAPIQUES

Comment il faut comprendre les relations et la collaboration médicales internationales, et quelles sont les tendances simplificatrices et unitaires de la Science pour l'avenir humain.

Par DARTIGUES.

....Et ce banquet fut aussi intéressant et aussi noble que le banquet de Platon dont le thème fut l'Amour, et le banquet de Xénophon, dont le thème fut la Beauté ! Le nôtre eut une signification de puissance et de rayonnement terrestre ; il eut pour thème : la Pensée et l'Action scientifiques !

Le Dr Mathé, directeur des *Archivos Medicos*, secrétaire général de l'UMFIA ou *Union medico-Franco-Ibero-Americana*, et secrétaire de l'AD RM. ou *Association pour le développement des relations médicales entre les pays alliés ou amis*, pour la section, à la Faculté, des relations hispano-américaines, m'a joué un vilain tour !

Au nom du doyen. le Pr Roger, il m'avait invité à ce banquet comme président représentant l'UMFIA, que je fondai, en 1912, avec mes amis les docteurs Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy et m'avait dit : « Je te tuyauterai ».

En fait de « tuyautage », Mathé, débordé, je veux le croire, ne m'a donné aucune indication et j'arrivai le 18 février, au Club de la Renaissance, absolument comme un paysan du Danube, ne sachant ni quel était le but du banquet, ni quelles personnalités françaises et étrangères y assisteraient et il m'imposait la charge difficile, sous ce néant de renseignements, de prendre la parole à la minute du Champagne !

Heureusement, mon ami Molinéry, le savant hydrologue pyrénéen, historien distingué, et par conséquent documenté, était là ! Comme il est partout, sait tout, voit tout, entend tout, retient tout, écrit sur tout et parle de tout avec talent, je finis par être fixé sur, si vous voulez, la pièce qui allait se jouer à une table accueillante aux étrangers.t

Il y avait là le sympathique Pr Roger, qui est, je ne crains pas de le dire, parmi tous les doyens que j'ai vus se succéder depuis 33 ans que je suis à l'Ecole de Médecine, celui qui a le mieux compris la grandeur et l'efficacité de son rôle. Tout en restant un savant, il est un grand doyen, parce qu'au lieu de se confiner dans *l'Ecole*, comme le Pape dans le Vatican, il sait précisément en sortir et voir ce qui se passe au dehors.

Et il y avait aussi un groupe important de Missionnaires savants de la Science médicale : le Pr J.-L. Faure qui a tout visité du monde, que tous les sommets ont contemplé ; le Pr Labbé, qui a été en mission en Amérique du Sud ; le Pr Brumpt qui enseigna dans les Républiques Sud-Américaines, qui s'est enfoncé jadis dans l'Afrique noire et qui, grâce à son esprit éveillé, évita la mouche Tsé-Tsé ainsi que la maladie du sommeil : le Dr Heitz-Boyer, le chirurgien-urologiste, l'homme des Antilles ; Desmarests, qui va aux Etats-Unis, comme on va faire un tour au Bois, et qui arrive juste du Mexique ; Chiray, et beaucoup d'autres.

Et il y avait encore la phalange princière des représentants des grandes firmes françaises, chimio-médicales, pharmacopéiques végétales, et opothérapiques animales ; tout d'abord mes amis Castanet, Lematte et Guillaumin ; Brunet aux côtés duquel je me trouvais ; Leprince, Deschiens, Girard, Famel, Buisson, Cabrol, Monal, Petit, Bertrand, Chassaing, Midy, etc., etc., dont beaucoup, outre leurs produits français répandus, rivaux heureux de tous les produits étrangers, dans le monde entier, jettent dans la circulation mondiale la richesse de leurs journaux informés, colporteurs de nos idées et de nos progrès nationaux de la science.

Et il y avait enfin une masse imposante et vraiment sympathique de médecins de toutes les branches de la science, représentant la vieille Espagne et la jeune Sud-Amérique : Castille, Aragon, Andalousie, Catalogne et puis, Brazil, Republica Argentina, Venezuela, Guatemala, Peru, Chili, Uruguay, Colombia, Ecuador. L'ensemble est celui d'une belle et vive jeunesse ; le teint blanc domine, et le cheveu noir, et la barbe rasée ; quelques confrères ont des faces de médaille ; l'élément latin éclate avec son reflet d'intelligence et d'expansion communicative

C'est en leur honneur qu'est donné ce banquet, en l'honneur de tous ces hommes qui ont franchi de larges océans pour nous faire celui de fréquenter nos cliniques, de venir se perfectionner auprès des grands maîtres de la science médicale française. Et la présence des grands chimiothérapeutes des firmes françaises s'explique par la connaissance approfondie qu'ils ont de ces pays éloignés, où par leur rayonnement, ils cultivent des intérêts communs à tous en cherchant, multipliant, recueillant les sympathies.

En somme, ce banquet exalte l'Union des sciences médicales et des industries scientifiques, et fut dressé pour affirmer l'indissolubilité de l'Union internationale franco-hispano-amézicaine.

L'heure des toasts a sonné : c'est le grand instant intellectuel collectif du banquet. On a beaucoup médit des discours. Ils sont nécessaires ; de toute antiquité, les hommes, quand ils ont bien banqueté, ont toujours éprouvé le besoin de s'expliquer pourquoi ils se trouvent réunis ; l'acte substantiel de la communion matérielle et digestive tend à se sublimer en une expression verbale des pensées du cerveau et des sentiments du cœur ; la chaleur communicative des banquets, dont on a tant souri, n'est pas un mot vide de sens ; il est simplement naïf de l'avoir prononcé ; *en réalité*, il correspond *à une réalité* : les substances alimentaires de la terre produisent le calorique et métamorphosées, s'irradient en pensées qui sont les étincelles de l'esprit de l'univers. L'animal crie, hurle, mugit, miaule ou aboie, avant la prise de la nourriture, puis dort ; l'homme, après avoir mangé, parle, et c'est là une différence notable !

L'Instant de la parole doit donc, dans une fête, être bien accueilli de ceux qui ont quelque intellectualité et aussi quelque indulgence, car il n'est pas toujours facile de dire quelque chose d'intéressant et d'élever la pensée lorsqu'on s'adresse à des gens repus ou en détente, et l'on peut s'estimer heureux quand on est parvenu, ce qui est un certain art, ou une certaine force animatrice, à les mettre en état d'allégresse intellectuelle et sentimentale.

Le doyen Roger a parlé le premier : sa tête est fine et son front est grand ; la blancheur de son visage n'exprime pas la vieillesse, mais la candide pureté de ses intentions spirituelles soulignées par son regard vigilant. Il parle avec une grande aisance, un langage châtié, clair et précis. Il a su dire aux représentants de la royale Espagne et à ceux de la républicaine Amérique Centrale et Méridionale ce qu'il fallait leur dire, tant au point de vue des sympathies communes émanées des affinités raciales et des cultures issues de la grande famille latine, comme au point de vue de l'identique idéal et des intérêts réciproques ; il a excusé le Pr Hartmann, président de l'ADRM, qui a été dans l'impossibilité de venir : l'on sait le dévouement actif qu'apporte à cette œuvre des relations scientifiques, ce maître estimé !

Le Dr Mathé s'est levé ensuite, et a très bien fait ressortir, aux applaudissements de tous, le rôle du doyen Roger « qui est un homme d'action », et comment ce dernier avait compris ce qui devait sortir de fécond et d'utile de l'union des sciences médicales avec l'industrie. En effet, c'est bien, à mon avis, la première fois qu'un grand savant médical officiel français sort de sa tour d'ivoire et ne croit pas déchoir en s'occupant des questions économiques liées aux pures questions scienitfiques.

Roger est un preux : il a osé cela ; sans doute, l'homme qui sait un instant lâcher le microscope et le stéthoscope pour aller au tournoi économique international où il doit faire triompher l'oriflamme aux trois gaies couleurs de son pays, descend-il des héroïques comtes Roger, conquéquants des Siciles ! A ce propos, me sera-t-il permis de rappeler qu'il y a trois ans, le Dr Noir qui est à la tête de toutes les bonnes initiatives, acceptait et faisait paraître de moi dans le *Concours Médical* (no du 27 mars 1921), un article important où je traçais tout un vaste programme pour le *développement de l'influence et de la prééminence de la science médicale française*, programme que j'avais lu au conseil d'administration de l'ADRM, à la Faculté. J'y disais entre autres choses : « Nous voulons continuer à lutter pour la prééminence de la pensée française et de la science médicale française dans le monde, dans la mesure de notre intelligence, de nos découvertes et de l'*effort matériel à accomplir* pour imposer les manifestations de l'une et recueillir le fruit des autres... » — « Il faut développer ce programme en posant tout d'abord certains principes et en faisant abstraction de toute idée préconçue et d'*habitudes anciennes de penser, respectables mais périmées.* » J'ajoutais : « Hommes dont l'existence appartient en grande partie à un monde fini, nous sommes passés dans un monde nouveau et nous *devons nous renouveler si nous voulons être de quelque utilité pour notre pays et la science française.* Donc, *plus de scrupules erronés qui n'engendrent que pusillanimité, inactivité et impuissance.* En combattant ici, *laissez un instant vos âmes de purs savants et descendez sur la terre, car il faut agir en pensant juste, face à la réalité.* » Je disais aussi : « L'idée ne prédomine que si elle a une base matérielle et une force matérielle. L'avenir du monde appartiendra à ceux qui sauront faire cette campagne intellectuelle qui manifeste une puissance équivalente à la force des armées. Nous ne sommes pas là seulement pour faire prévaloir un idéal, mais sachons que nous sommes engagés dans une lutte, que cette lutte est une lutte

économique sous son aspect scientifique, et que si nous l'emportons, nous serons alors pleinement vainqueurs, c'est-à-dire que la *pensée française aura triomphé en même temps qu'aura triomphé le matériel français*. Il n'y a pas d'idéalisme intégral ni de matérialisme intégral ; les deux vont de pair, nous ne croyons pas au dualisme. » Et je terminais : « Ils n'ont pas peur, les professeurs allemands, du qu'en dira-t-on, du scrupule excessif ! Ils ne craignent pas, les représentants de la science allemande, de voir leurs noms aller de pair avec les produits et le matériel allemands. Ils travaillent pour leur pays ; on ne peut le leur reprocher. Nos savants faisaient cela autrefois aussi. Et avant que nous ne fussions des vaincus ou des timorés, on a vu jadis en France des membres de l'Institut et de l'Académie *patronner des découvertes et des produits, sans être traités d'agioteurs* ! »

Je vois avec joie aujourd'hui, que mes paroles initiales ont été entendues et qu'elles ont été repercutées là où il fallait, puisque nous constatons ce fait réel, qui eût paru étrange avant la guerre, que la tête officielle la plus éminente, a su s'adapter aux temps nouveaux, et que le personnage grand prêtre ou dictateur de la médecine a su descendre dans l'arène des tangibilités, se mêler à la foule, et entrer en relations avec les alchimistes modernes, ceux qui créent de l'or avec des produits français. O Chimène espagnole, qui l'eût dit ! et Rodrigue andalou, qui l'eût cru ! qu'un jour le professeur-académicien-doyen ferait le voyageur, et se commettrait un soir dans un banquet scientifico-industriel avec les Princes des Cascarines, du Santal, de la Choréine, des sirops et des vins thérapeutiques ! O professeur-doyen, vous n'avez pas démérité, vous avez gravi un degré de plus dans la réalité des choses, et le banquet de ce soir n'est pas une fiction : le succès vous l'a prouvé !

Le Dr Mathé, en un clin d'œil, si je puis ainsi parler, a changé de langue, et, à la joie inépuisable et reconnaissante des étrangers hispano-américains, s'est adressé à eux en castillan, langue mère de toutes les richesses qui s'est épanouie jadis au reflet des pépites. L'espagnol de Mathé est pur et sans alliage, mais cet ami lui a donné une accentuation San-Antonio-faubourienne vraiment un peu marquée qui recroqueville mon oreille de pyrénéen. Mathé, en parlant de l'*intercambio*, de l'interéchange intellectuel, se défend de parler *propagande* et il paraît que l'on commence à *comprendre* qu'il ne faut pas user de ce mot malsonnant. Il y a longtemps que j'ai *senti* cela, que je l'ai dit et écrit. Dans le même article, je disais aux collègues de l'ADRM et au monde médical français : « A ce sujet, à mon avis formel, vous n'obtiendrez de résultat appréciable et vous ne créerez des liens durables, que si vous rejetez comme je vous l'ai dit bien souvent, ce *nom de propagande, qui sonne mal et blesse des susceptibilités bien légitimes*, que si vous tenez compte de l'amour-propre bien naturel de ceux dont nous voulons acquérir la sympathie, l'estime et l'admiration. En dehors de la sympathie s'alliant harmonieusement avec l'*intérêt commun et bilatéral*, vous travaillerez dans le néant ! Il faudra donc user de réciprocité et demander aux maîtres les plus qualifiés de venir chez nous en leur offrant dans nos Universités une hospitalité intellectuelle bien comprise. »

Le célèbre professeur Montoya, de Médénine (Colombia), habile chirurigen qui a le plus contribué à répandre dans son pays les idées de Pasteur, prit ensuite la parole et fut très légitimement applaudi.

Le très aimé J.-L. Faure, le grand voyageur franco-américain qui a promené autour du monde son bistouri étincelant, aux acclamations de la foule présente, dit quelques mots. A ce moment, un coup de canon retentit, un soleil magnésique fulgure, des lourdes volutes de fumée se déroulent : nous sommes subitement photographiés. Mais J.-L. Faure n'aime pas parler dans les gaz asphyxiants et, sa modestie étant connue, faire le Jupiter tonnant. Il propose de me donner la parole à sa place et je suis obligé d'obéir à cette délégation verbale périlleuse, puisqu'il me faut totalement inproviser, et dissiper les nuages.

Je résume, de mémoire, ce que j'ai pu dire au milieu des vapeurs de champagne mélangées aux fumées magnésiques, tandis que s'éclaircissait l'atmosphère et qu'essayait de monter ma pensée au-dessus des vulgaires contingences.

Je rappelai tout d'abord qu'il y a quelques jours, en prenant le fauteuil de la présidence de la Société des chirurgiens de Paris, j'avais dit que : *La Science a un caractère d'universalité qui la met au-dessus des partis, des religions, des nations ; qu'elle inspire les esprits partout où il y a des hommes qui savent, pensent, travaillent et qui cherchent* ; et que j'avais engagé mes camarades, mes amis, mes collègues, à accueillir favorablement les étrangers, à solliciter leur venue en France. Il y a, en effet, il doit y avoir entre savants, prototypes de haute culture, habitués à la grande recherche et au maniement des idées communes, dans l'intérêt du monde entier, une *hospitalité internationale* !

La présence, en ce banquet d'amitié et d'intellectualité franco-hispano-américaines, de tant de représentants médicaux du Nouveau monde, de l'Espagne et de la France, m'a suggéré quelques réflexions que je me suis efforcé de grouper en une vaste synthèse et de peindre en une large fresque ; et j'ai dit comment il faut comprendre les relations et la collaboration médicales internationales et quelles sont les tendances simpli-

ficatrices et unitaires de la science pour l'avenir humain.

En effet, quand on envisage de très haut la question, à travers l'espace et le temps, s'impose impérieusement à l'esprit la tendance à l'unification des moyens essentiels de l'évolution humaine, par le rôle de la locomotion et de l'intercommunication progressives, le rôle des idées, le rôle des langues vivantes, et le rôle de l'être humain physique.

Le globe, comme un sein gonflé, préposé à la lactation spirituelle du monde, se couvre d'une résille de fer de plus en plus serrée et trépidante sous les machines dévoratrices d'espace. Tous les moyens de communications et de transports et sur terre et sur mer et dans les airs se développent en une vitesse vertigineuse ; de plus en plus, l'homme s'affronte à l'homme à toutes les distances les plus éloignées, mais de plus en plus, il s'abouche avec son semblable, de plus en plus, aussi, il se fusionne avec lui. Mais, ce n'est pas qu'au point de vue économique et industriel que sert tout ce transport grandiose et infiniment multiplié, il sert à faire circuler ceux qui portent une tête savante ou de pensée, ou détentrice de techniques perfectionnées dans l'art et dans la science. De nombreux déjà parmi nous de France se sont laissés aller à ce courant nouveau qui les a portés vers ailleurs ; une pléiade de médecins depuis la guerre a été surtout en Espagne et en Amérique, autrement qu'en touristes. Parmi eux, les professeurs Roger, J.-L. Faure, Marcel Labbé, Brumpt, les docteurs Proust, Heitz-Boyer, Pauchet, Chiray, Dehelly, Desmarests, Cadenat, etc., etc.

J'ai rappelé, comme de juste, que mon ancien maître Pozzi les avait depuis longtemps précédés avant la guerre, donnant ainsi un digne exemple.

Cependant, ai-je dit, la plupart d'entre eux ont fait ces voyages, à la façon de visites royales, ou en ambassadeurs de science, ce qui est très beau, il est vrai ; mais sans vouloir les diminuer nullement, je les ai comparés aussi à des pigeons voyageurs qui tracent dans l'azur de belles trajectoires de vol et portent de beaux messages. Je pense qu'il faudrait que la jeunesse studieuse de chez nous imitât l'exemple que nous donnent ces jeunes gens d'outre-mer, Argentins, Vénézuéliens, Chiliens, Péruviens, Colombiens, Equatoriens, Brésiliens, etc., qui viennent faire de longs séjours, quelquefois de deux ou trois ans : nos jeunes docteurs devraient parcourir le monde et visiter les universités étrangères, en y séjournant suffisamment, car il y a partout à apprendre.

Il est facile aussi de se rendre compte du rôle des idées qui vont presque toutes vers un sens collectif et, originaires de partout, se condensent en une communauté de savoir, de telle sorte que la science est actuellement mondiale ; on ne peut pas dire qu'il y ait, à proprement parler, une science française, espagnole, anglaise, américaine, allemande : il y a une science tout court, car la science, c'est l'étude et l'acquisition des Vérités et que les Vérités sont universelles : l'humanité, qu'elle le veuille ou non — en réalité, elle le veut — travaille à un patrimoine commun, et elle est de plus en plus communiste par la pensée scientifique.

Les langues vivantes jouent un rôle primordial et tendent aussi à l'unification. Le parler humain aux infinis idiomes, en s'éloignant des origines et des premières dispersions, tend visiblement à se condenser en quelques langages principaux vecteurs de la pensée humaine. La confusion symbolique des langues, à la base de la monstrueuse Babel inachevée, se clarifie, et une fusion lentement s'opère. L'homme, pour s'aboucher, se trouve face à face, en nos temps modernes, avec quatre à cinq langages principaux. Au point de vue scientifique, c'est encore trop ; un jour viendra où une langue pour l'usage des sciences se fondra, où le castillan avec le français prendra la plus grande part, et facilitera le travail bibliographique actuellement polyglottique et par conséquent déperditeur de temps. Les langues initiales, littéraires, resteront pour exprimer l'essence de nos âmes dans ce qu'elles ont de sentimental et de passionnel acquis depuis les berceaux maternels.

Enfin, bien loin, dans un avenir, si infini que l'imagination vagabonde peut seulement l'entrevoir à travers les siècles des siècles, il est à prévoir que l'être humain aura abandonné les nuances plus ou moins marquées de sa polymorphie ethnique, et qu'il aura accédé, *physiquement*, à un prototype de surhomme, conçu suivant l'antique idéal hellénique, et qui sera le produit de la fusion du sang des races diversement colorées, de la culture physique et des sports conçus suivant les mêmes données scientifiques, d'une même moralité et d'une identique culture intellectuelle. Il n'y aura plus une Afrique noire, une Asie jaune, une Europe et une Amérique blanche ou rouge, mais une terre réellement habitée par l'*homo sapiens* ayant réalisé l'olympienne beauté et la santé indéfectible, grâce à la science.

Mais, pour porter ses yeux très haut et aux sommets philosophiques où nous nous créons aisément des âmes de visionnaires, il ne faut cependant pas perdre de vue la terre et les hommes.

En effet, si la science est impavide et froide, et si on la peut considérer en elle-même indifférente à la joie ou à à la tristesse, au bonheur ou au malheur, aux éclatants triomphes ou aux lugubres désastres ; si elle peut être comme la Beauté impeccable symbolisée par le poète Baudelaire qui faisait dire à cette dernière :

Et jamais je ne pleure. et jamais je ne ris !

il ne faut pas oublier qu'elle est faite par des hommes, c'est-à-dire par des êtres faibles, frémissants, sensibles et passionnés, mais dont l'idéal commun est l'édifice de la force et de la richesse conquises sur une Nature toujours plus profondément possédée et vaincue. Il ne faut pas oublier non plus que si elle est infiniment égoïste dans le travail accompli dans les lucides cerveaux, elle renferme en passant par les âmes et les cœurs des hommes, une capacité de fraternité qui fait se réunir les savants du monde entier comme dans ce banquet d'amitié et d'intellectualité.

Par une voie détournée, la science a aussi un rôle éthique de premier ordre, car si des poèmes comme celui de l'*Ame du chirurgien* de J.-L. Faure, chantent la gloire d'une science et décrivent, jusqu'au jaillissement des larmes, l'angoisse du savant devant la limite de sa puissance contre le mal ou la mort, ils incitent le technicien à se rendre davantage compte de sa responsabilité devant la vie menacée et à faire appel à toutes les ressources de son savoir volontaire.

Ce sont les médecins du monde qui, dans la recherche et dans l'application scientifique au milieu du péril souvent, de l'abnégation et du dévouement presque toujours, concourent au plus grand développement des plus hautes pensées humaines qui sont celles de l'abolition de l'esclavage de la Douleur, la permanence de la Santé, la culture du Bonheur.

Ce banquet présidé par le doyen Roger, symbolisait bien la Pensée et l'Action scientifique ; et, plus de 2000 ans après celui de Platon et celui de Xénophon, il avait toute la signification que pouvaient lui apporter des siècles de progrès, de civilisation et de découvertes et qui sont la richesse de l'humanité péniblement acquise par le cerveau de ceux qui en tout temps cherchèrent et trouvèrent.

LE CORPS MÉDICAL ET LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

Dans un des derniers numéros du *Concours*, nous avons vu, d'après un article du *Scalpel*, le différend qui existe actuellement, en Belgique, entre le corps médical et les sociétés de secours mutuels. La situation est analogue, en France, sans être toutefois aussi tendue, parce que les médecins n'ont pas encore abordé la situation de front, et ne font que des efforts particuliers, ou locaux, sans avoir pris jusqu'ici une attitude générale. Et pourtant, avec la cherté progressive de la vie, il ne nous est plus possible de consentir aux sacrifices que nous avons acceptés jusqu'à ce jour, surtout quand nous avons, en face de nous, des sociétés qui n'ont pas voulu faire l'effort nécessaire pour s'adapter aux nécessités de la vie nouvelle.

Médecin de campagne, je ne viserai ici que les sociétés mutuelles de campagne et nous verrons combien elles ne sont devenues que des « façades » de plus en plus inconsistantes et maquillées. Ce ne sont plus, en effet, des groupements apportant à leurs membres des « secours » contre la difficulté de l'existence, quand la maladie survient, secours si utiles à des ouvriers vivant de leur gain journalier et qui ont besoin, quand celui-ci n'existe plus, d'allocations journalières — si utiles encore quand, l'âge survenant, ils donnent la petite retraite qui avait été promise, lors de leur entrée dans le groupement. Aujourd'hui, allocations journalières, retraites, sont des termes qui existent encore sur le papier, mais qui ne correspondent à presque rien, dans la pratique. Aussi les sociétés mutuelles ne sont-elles plus que de simples associations de gens, modestes, aisés, parfois même assez fortunés, *qui ont uniquement en vue de payer les soins médicaux à un tarif réduit*, et pas autre chose. Il est facile de le démontrer.

Dans nos plaines briardes, que je prends comme exemple, puisque j'y exerce depuis 32 ans et que je puis en parler en connaissance de cause, les ouvriers de culture, qui forment la majeure partie des sociétés mutuelles, gagnaient autrefois trois francs par jour, quatre depuis le début de ce siècle et jusqu'en 1914. Ils versaient alors une cotisation annuelle de 18 francs et, en plus de la gratuité des soins médicaux et des frais pharmaceutiques, avaient droit à une indemnité de trente sous par jour. C'était peu. Mais c'était une sorte de *demi-salaire* qui les aidait à passer les jours difficiles et à subvenir aux premiers besoins immédiats. A 60 ans, ils touchaient une retraite de 60 francs par an... Là, c'était déjà une simple « façade » de retraite qui, même au prix de la vie en ce temps-là, ne répondait à peu près à rien. Il n'y avait donc de vraiment *utile*, comme « secours », dans ces sociétés mutuelles que l'allocation journalière. Mais celle-ci, du moins, avait son utilité.

Aujourd'hui les ouvriers de culture ont vu leurs salaires journaliers monter de 4 à 16 francs. C'est légitime et loin d'être exagéré. Mais ils pourraient, et devraient augmenter dans la même proportion leurs cotisations mutuelles et, par suite, toucher des allocations journalières également quadruplées, ce qui leur apporterait le *même* secours qu'autrefois, en cas de maladie. Or, les cotisations anciennes de 18 francs ont été portées simplement à 27 francs, la plupart du temps, pas davantage... Les dirigeants

mutualistes *n'ont pas osé* regarder la situation en face et demander, aux membres de leurs sociétés *de mettre les cotisations en rapport avec la valeur actuelle de l'argent.* Par crainte de nuire à leur situation honorifique, à leur prestige, parfois aux rubans et faveurs qu'ils espèrent, ils se sont faits les mauvais bergers de l'Ecriture et ne se sont pas souciés de conduire dans le bon chemin ceux qu'ils avaient pour mission de conseiller. Il est des responsabilités qui découlent des situations. Ayant accepté ces situations, par gloriole trop souvent, les dirigeants mutualistes auraient dû, pour le moins, prendre hautement leurs *responsabilités.* Ils ne l'ont pas fait et c'est de là que provient le malaise actuel dans les sociétés mutuelles et la faillite manifeste de celles-ci, devant les engagements pris.

Oui, faillite ! L'allocation journalière est, chez nous, restée de trente sous ! C'est six sous d'avant-guerre, pas plus ! Que peut faire, avec cela, un ménage d'ouvriers ? Autant dire, en réalité, que, dans nos sociétés de secours mutuels, *l'allocation journalière n'existe plus.*

Et alors, comme la « retraite » (60 francs par an !) « n'existait pas » déjà auparavant, que reste-t-il, comme *utilité pratique*, des sociétés de secours mutuels ?

Simplement, l'*avantage de payer son médecin moins cher que le non-mutualiste.* Pas autre chose. C'est une simple façon d'obtenir un tarif réduit, comme les malins qui vont au théâtre avec des billets de faveur. Est-ce ainsi que le corps médical avait compris l'*action sociale* des mutualités alors que, par altruisme, il leur avait consenti des tarifs moins élevés, et, en réalité, avait été l'artisan le plus actif de la constitution et de la prospérité de ces sociétés ?

De quel droit, aujourd'hui, les mutualistes viendraient-ils réclamer des médecins des sacrifices pécuniaires en leur faveur, alors qu'eux-mêmes ont refusé de s'imposer un sacrifice quelconque — et même de continuer à verser des cotisations *de même valeur* qu'avant la guerre, c'est-à-dire en les portant au prix correspondant à la diminution actuelle du pouvoir d'achat de l'unité monétaire ?

Et puis... disons-le franchement, le voudraient-ils, les médecins de campagne *ne le pourraient plus.* Leur vie est maintenant totalement bouleversée par l'usage, devenu indispensable pour eux, de l'auto, ce minotaure qui dévore à belles dents leur maigre budget : 15 à 18 mille francs, tel est le bilan annuel de nos frais d'autos, quand nous comptons exactement, y compris l'amortissement, *tous* ces frais, ce que trop de confrères ne font pas, car il n'est pire « comptable » qu'un médecin. Ah ! il est loin le temps de « Cocotte » et de son picotin d'avoine ! Et loin aussi doit être le temps où le médecin consentait à soigner les mutalistes (ces pauvres gens !) à moitié prix, surtout quand, trop souvent, parmi eux, on compte des commerçants dont le moindre gagne bien plus que le médecin dont il sollicite les soins à tarif de faveur....

Au reste, dans un journal mé dical, est-il utile d'insister sur tous ces truismes ? Contentons-nous donc de poser ce principe qu'à l'heure actuelle, le corps médical n'a plus à se sacrifier pour les mutualistes et que, d'ailleurs, il n'est même plus en situation de le faire.

Et voyons, maintenant, comment, chez nous, dans notre coin, dans notre modeste cadre, de syndicat d'arrondissement, nous avons résolu la question.

***

Depuis longtemps, à chaque réunion de notre syndicat, nous entendions un grand nombre de confrères récriminer contre les tarifs spéciaux accordés aux mutualistes : « Il faut leur appliquer le tarif ordinaire ! » Telle était la phrase consacrée. Puis, ces protestations rituelles religieusement effectuées, chacun se retirait... et on recommençait l'année suivante. Depuis peu cependant, quelques confrères avaient mis en pratique ce qu'ils réclamaient à nos assemblées. Notre chef-lieu, plusieurs bourgs avaient suivi le mouvement et, lors d'une réunion d'été 1923, il avait été convenu de faire un referendum auprès de tous les confrères de l'arrondissement pour éclaircir la situation et leur demander leur avis.

Ce referendum donna les résultats suivants : les 5/6 des confrères demandaient formellement que les tarifs pour les mutualistes soient *ceux de la clientèle courante sans aucun rabais.* Et, à l'assemblée générale suivante, en octobre 23, la motion fut votée à l'unanimité des trente et quelques présents.

Mais entre le *vote de principe* et la *mise en pratique individuelle*, il y a ou il peut y avoir de la marge... Aussi, le bureau du syndicat proposa-t-il que chaque médecin signât, *avec dédit de mille francs*, l'engagement de se conformer au vote émis. De plus, il fut convenu que, les engagements signés, ce serait le bureau du syndicat qui, par une circulaire signée de ses membres, ferait part de la décision syndicale à *tous* les présidents ou secrétaires des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement.

Nous sommes 54 syndiqués cotisants, sur 54 médecins exerçant dans l'arrondissement : ou plutôt sur 51, car trois confrères âgés, bien que continuant à cotiser, n'exercent plus. Donc des feuilles d'engagement furent envoyées, en double, aux confrères, en leur demandant de signer et retourner un exemplaire et de garder l'autre. Voici quel était le libellé dudit engagement :

Syndicat médical, etc....

Je soussigné........ docteur en médecine exerçant à .... m'engage à demander, à partir du 1er janvier 1924, aux adhérents des Sociétés de secours mutuels de l'arrondissement, le tarif ordinaire appliqué à la clientèle des diverses localités que je dessers, *sans réduction aucune.*

La *totalité* des honoraires sera payée soit par le malade lui-même, soit par le trésorier de la Société, suivant accord entre les médecins locaux et les sociétés.

Au cas où je viendrais à manquer à cet engagement, je m'engage, en outre, à verser à la Caisse du trésorier du Syndicat une amende de mille francs.

Date... Signature....

Noms et adresses des présidents ou secrétaires des Sociétés mutuelles dont le signataire est médecin.

Sur 51 envois, quarante-sept confrères retournèrent l'engagement accepté et signé. Un seul refusa.

En conséquence, dans le courant de décembre dernier, chaque président ou secrétaire des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement, reçut la lettre suivante :

Monsieur,

Le Bureau du Syndicat médical de l'arrondissement a l'honneur de prévenir M. le ..... de la Société de Secours Mutuels de ..... que, à la suite de la décision prise à l'Assemblée générale du Syndicat, en date du 21 octobre 1923 :

« A partir du 1er janvier 1924, le tarif ordinaire de clientèle sera appliqué aux adhérents des Sociétés de Secours mutuels, *sans réduction aucune.*

« La *totalité* des honoraires sera payée, soit par le malade lui-même, soit par le trésorier de la Société, suivant accord entre les médecins locaux et les Sociétés ».

Pour les médecins de l'arrondissement,

Le bureau du Syndicat,

Signatures du président, vice-président, secrétaire et trésorier.

Nous ferons deux remarques sur le libellé de cette lettre :

1° Au moment où, à la dernière assemblée générale de l'Union, on a tant parlé pour et contre le contrat collectif et le tiers-payant, il est à constater que ce contrat professionnel établi collectivement entre nous, comporte aussi bien le *tiers-payant* que le *payement direct par le malade*, au choix de chaque confrère.

2° « La *totalité* des honoraires sera payée... » est-il dit. Nous ne pouvions admettre, ainsi que certaines sociétés mutuelles le proposaient, de recevoir une partie des honoraires des mains du trésorier et l'autre de celles des malades. Nous savions trop bien que le recouvrement de la partie payée directement par le malade aurait été aléatoire — ou, en tous cas, aurait pu devenir la source d'ennuis pour le médecin. Non ! la visite est, par exemple, de huit francs. C'est 8 francs que versera le trésorier au médecin, quitte, à lui, à faire ce qu'il voudra avec son adhérent, cela n'est plus de notre ressort. Ou bien, c'est 8 francs que versera directement le sociétaire, contre la signature du médecin, chaque fois sur sa feuille de maladie, pour qu'il puisse se faire rembourser, en tout ou partie, ultérieurement par le trésorier de sa société, et là, encore, en dehors de nous.

***

Et c'est ainsi que, depuis le 1er janvier 1924, les mutualistes de notre arrondissement, où il y a de nombreuses sociétés mutuelles, sont rentrés dans le droit commun et redevenus, si j'ose dire, « des clients tout comme les autres », ce qu'ils n'auraient jamais dû cesser d'être.

En lisant l'article du *Scalpel* et les commentaires judicieux de l'ami Duchesne, j'ai pensé utile de *faire connaître aux confrères ce que nous* venions de faire dans notre petit coin. Sans grands discours, ni mirifiques discussions théoriques, nous avons simplement passé à *l'action.* Sans doute, pour cela, il faut un syndicat fort actif et dont fassent partie tous les praticiens de la région... M'est avis qu'ils en font d'autant mieux partie qu'ils ont pu se rendre compte, par les actions antérieures, qu'il est de leur intérêt, matériel et moral, d'être compté au nombre des syndiqués.

Là encore, et comme toujours, *l'union fait la force.* Et cela aussi bien dans un modeste syndicat local, pour les petites questions locales, que pour les grosses questions générales, dans notre grand organisme professionnel central, l'Union des syndicats médicaux de France. Ne l'oublions pas.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. : 0540

LA SOLUTION DU PROBLÈME DES HONORAIRES MÉDICAUX DUS PAR LES MALADES PAYANT LEUR HOSPITALISATION

Comme les peuples, heureux les médecins qui n'ont pas d'histoires, pourrait-on paraphraser ; et, pourtant, des histoires, il en faut, dans le conflit social progressif où chacun tire le drap de son côté ; autrement, toujours la même catégorie de gens serait appelée à se laisser tondre ; tel fut, longtemps, le cas de la profession médicale que l'on a affublée du mot pompeux de *sacerdoce*, oubliant qu'autour de l'os, habituellement, il doit y avoir un peu de viande à grignoter.

Nos lecteurs ont donc bien lu le mot « dus » et si pour s'en pénétrer, ils veulent bien attendre les preuves que nous tirerons un autre jour de la jurisprudence en la matière, qu'ils sachent d'abord que, dans un tout petit coin de nos possessions coloniales, à la Martinique, le problème a été posé par nous, il y a six ans, solutionné avec un esprit d'humanité et de charité très large, et a donné des résultats inespérés.

Notre organisation hospitalière est commune à celle de tout le territoire français ; la loi de 1851 régit les attributions des commissions administratives de nos cinq hôpitaux civils. Les médecins y sont nommés par le Gouverneur, sur la proposition des commissions, au choix et à l'ancienneté (3e catégorie). L'hôpital civil de Fort-de-France, en particulier, d'un contingent de 450 malades, reçoit distinctement d'une part des indigents au compte de l'A. P. coloniale, et, d'autre part, des particuliers payants et des fonctionnaires payant un tarif très réduit (20 %).

Les indigents sont en salle commune.

Les fonctionnaires et particuliers payants, à :

6 fr. par jour salle commune ;
12 fr. — —
20 fr. — chambres séparées.

Mais les indigents et les payants en commun sont dans des salles bien distinctes. Donc, deux catégories de malades : indigents et payants.

Les médecins et chirurgiens, accoucheurs, spécialistes, etc., sont payés, conformément au dogme, pour soigner gratuitement les *indigents* et les *fonctionnaires*.

Chaque médecin ou chirurgien a une ou deux salles sans distinction de catégorie et peut faire admettre à 6 fr., 12 fr., 20 fr. ses clients de ville, venus sans fausse honte se faire soigner à l'hôpital par commodité personnelle ; un médecin peut avoir une, deux et même trois salles de payants ; là, il soigne gratuitement les fonctionnaires et peut, aux autres payants, présenter une note d'honoraires ; le mieux pour éviter le mauvais client payant, est de demander provisions tout comme le notaire ou l'avoué — (si guéri, le client file à l'anglaise ou promet ! tant pis !). S bien que le médecin d'un service payant, n'est plus chef de son service en apparence, car, pendant sa visite, il voit venir dans sa salle un autre confrère pour soigner son « payant ». Il n'en persiste pas moins qu'administrativement parlant, il reste chef du service.

De la sorte, l'indigent est à part en salle commune ; le payant, en salle commune ou en chambre, sait qu'il doit honorer le médecin à part la journée d'hôpital. Le médecin ne doit pas être plus gêné à discuter ses honoraires avec son client d'hôpital qu'il ne l'est à le faire avec son client de ville. Le tarif Jeanne lui tient lieu de Sésame.

Quant au payant, il peut dans les mêmes conditions ou bien accepter les soins du médecin attaché à la salle, ou bien en choisir un autre. Donc, pour le client, libre choix du médecin même à l'hôpital. Il formule son désir à son entrée dans la salle.

Bien plus, le fonctionnaire, soigné gratuitement par le médecin de service, doit des honoraires s'il choisit un praticien autre.

Il devrait en être de même pour l'indigent, mais le cas ne s'est jamais présenté.

Nous voyons bien souvent entrer en fraude aux indigents, quelque conseiller municipal, ou quelque petit bourgeois aisé ; eh bien avec celui-là, quand on peut, on temporise jusqu'à le dégoûter de son séjour ; on le met à la diète, aux cataplasmes, on prétexte une inopportunité ; on fait une ponction d'hydrocèle, au lieu d'une cure radicale, on conseille le port d'un bandage au lieu d'un von Barker-Bassini ; on formule du sirop de Vidal au biiodure au lieu d'autre chose et, ma foi, s'il y a urgence, on s'exécute en pensant que les fraudes sont si rares aux salles d'indigents, que c'est la part restreinte de pitié forcée.

Notre conception du droit du malade d'hôpital est tellement large que nous n'avons aucune pudeur à avouer les moyens employés pour dégoûter le fraudeur.

Il y a bien aussi des cas où le client payant d'hôpital ne paye pas le médecin exactement comme le client de ville. Qui ne connaît pas ces petites désillusions ! A soi de prendre ses précautions et de dresser ses listes noires.

La solution ainsi comprise du problème a donné depuis six ans des résultats au-dessus de toutes espérances.

L'hôpital ne désemplit pas, car son contingent dans cette période a passé de 200 à 450 malades ; on retient sa place de salle commune ou sa chambre « aux payants » quelquefois un mois d'avance ; l'agrandissement de l'établissement s'impose chaque année et chaque année des étages s'exhaussent, des pavillons se construisent. Qui mieux est : le nombre des indigents augmente ; on se familiarise avec le bistouri ; il y a treize ans, il ne fallait pas parler à un indigène d'injection intra-veineuse, aujourd'hui, il est le premier à vous demander des « *piqires* » (*sic*).

Ici, on a compris que l'hôpital est, au malade ce que le garage industrie est à l'automobile.

Exemple typique : L'an dernier, on décide de créer un pavillon pour enfants. Une fois édifié, on l'affecte par nécessité impérieuse à une salle commune à 12 fr. par jour. Cette année on distrait de cette salle commune un emplacement pour quatre lits payants à 20 fr.

L'alastrim s'abat sur la colonie, on construit un pavillon d'isolement pour indigents ; mais en attendant les épidémies, on affectera ce service à des « payants ».

Le Corps médical s'est défendu ; il a obtenu que l'Administration le laisse honorer par le client qui le peut ; le malade est content, le médecin de même ; quant à l'hôpital, il voit son budget passer de 300.000 fr. à 850.000 alors que, depuis la vie chère, seul le tarif des chambres séparées à passé de 18 à 20 fr. ; les bénéfices de l'établissement de 30.000 fr. en 1917 ont atteint 117.000 en 1920 ; la contingent médical de 4 médecins a doublé, plus un pharmacien. Que demande le peuple ?...

Il est juste de reconnaître que ce principe a été ardu à faire comprendre à l'administration qui s'en faisait un épouvantail en croyant que le malade aurait fui ; il est accouru.

Le médecin fait l'hôpital ; lui seul a voix au chapitre ; qu'il impose sa volonté ; il a pour forcer la main aux pouvoirs publics un débordement de jugements métropolitains, d'arrêts de Cours et du Conseil d'Etat, reconnaissant au médecin son DROIT à l'honoraire en pareil cas.

A la Martinique existe au voisinage de l'hôpital civil, un hôpital militaire ; ce dernier a un cinq galons, et un médecin résident et reçoit aussi des malades civils payants, à meilleur marché qu'à l'hôpital civil. Là, le payant ne doit pas d'honoraires au médecin traitant ; malgré ces avantages, il n'y a pas trente lits occupés et sur ces trente lits d'un hôpital qui pourrait recevoir trois cents malades, il n'y a pas 10 civils hospitalisés. Les personnalités médicales sont loin d'entrer en jeu, car tous les médecins résidents qui font de la clientèle civile ne suffisent pas à la demande — comprendra qui pourra ; c'est à croire à l'orgueil du malade de dire : l'opération m'a coûté « tant », comme un riche.

Le critérium cherché réside dans les salles payantes même communes ou dans les pavillons spéciaux ; *la clinique payante dans l'hôpital* avec libre accès et libre choix.

Point n'est besoin de faire de distinction autre ; on paye, ou bien on ne paye pas ; la promiscuité des salles communes d'indigents répugne, alors que celle des salles payantes communes se supporte aisément entre gens d'à peu près même condition sociale ; question de milieu et de capacité du milieu, question aussi de rubrique ; on est fier d'être « aux payants », on affiche de payer ; on exige de la considération... faiblesse humaine. On est à la clinique ! on n'est pas à l'hôpital avec tout le monde.

On nous demandera, sans doute, notre tarif chirurgical aux payants à :

20 fr. tarif du *Concours médical* ;

12 fr., demi-tarif ;

6 fr. tarif des accidents du travail.

Tarif médical : 1, 2, 3 francs par jour d'hospitalisation suivant catégorie, avec toutes les élasticités que comporte l'esprit de défense professionnelle adouci par un sentiment de charité et d'humanité.

Mais, là aussi, il y a des fraudeurs ; on serre alors la vis des honoraires médicaux ou chirurgicaux, froidement.....

Pour notre part, malgré que les Sociétés de secours mutuels sachent qu'elles doivent payer, nous épargnons les moins prospères et maintenons le principe pour les autres.

Telle pourrait être la ligne de conduite à adopter, aussi bien par le professeur de Faculté, que par ceux de deuxième et de troisième catégorie ; on ne perd aucune dignité à demander la juste rétribution de son travail et l'on fait du tort aux petits en étant trop généreux.

Inutile de faire intervenir l'administration, sa comptabilité et ses mandats ; on ne gagne rien à être trop intime avec la maréchaussée.

L'ennemi n'est pas le malade ; l'adversaire, c'est la Commission administrative qui n'accepte de se laisser convaincre que lorsqu'on l'a muselée ; au pied du mur, si elle osait, elle serait reconnaissante de l'inflation de ses bénéfices, mais là aussi, comme partout ailleurs, la reconnaissance, c'est ..... l'ingratitude des autres.

Dr E. Agis-Garcin,
Médecin d'Assistance publique
Chirurgien.
Accoucheur de l'hôpital civil
de Fort-de-France.

R. H. M. S. : 0425.

Les dix commandements du mauvais syndiqué.

Nous reproduisons avec plaisir le texte ci-dessous que nous avons trouvé dans l' « Echo de la Banque », *journal syndical. L'humour de nos camarades américains repose malheureusement sur un fond de vérité par trop solide. Si ce moyen de propagande pouvait secouer les techniciens indifférents, nous l'emploierions volontiers.*

1° Ne venez pas aux réunions ;

2° Mais si vous venez, venez en retard ;

3° Si le temps ne vous convient pas, ne songez pas à venir ;

4° Si vous venez à une réunion, trouvez des fautes dans le travail des organisateurs officiels et autres membres ;

5° N'acceptez jamais une fonction, car il est plus acile de critiquer que de faire les choses ;

6° Néanmoins, soyez froissé si vous n'êtes pas délégué à un Comité, mais si vous l'êtes, n'assistez pas aux réunions du Comité ;

7° Si le président vous demande de donner votre opinion sur un sujet important, répondez que vous n'avez rien à dire. Après la réunion, dites à chacun comment les choses auraient dû être faites ;

8° Ne faites rien de plus que ce qui est absolument nécessaire, mais quand d'autres membres retroussent leurs manches ou emploient volontairement et d'une façon désintéressée leur habileté pour aider à la bonne marche des affaires, criez que le Syndicat est mené par une clique.

9° Payez vos cotisations aussi tardivement que possible ou ne les payez pas du tout ;

10° Ne vous tourmentez pas pour amener de nouveaux adhérents : « Laissez faire Georges ».

(Du *Bulletin Builders* (*U. S. A.*).

Cet entrefilet que nous avons découpé dans le journal de l'*Ustica*, devrait être lu et médité par tous ceux qui, dans une corporation, profitent du travail des autres sans apporter à leur syndicat autre chose que critiques ou indifférence.

C'est actuellement un truisme que d'affirmer que l'homme ne peut plus vivre isolé et qu'il ne peut se passer de son semblable.

En médecine, notre travail professionnel, exécuté dans le silence du cabinet, ayant comme sanction l'obligation du secret professionnel, incite chaque médecin à un individualisme outrancier.

Cependant les nécessités de la vie ont obligé notre corporation à s'unir étroitement, non seulement dans le cadre de la bienfaisance et de la mutualité (Association générale des médecins de France) mais encore dant le cadre syndical. Et l'on a pu assister à une évolution vraiment curieuse : fondés pour défendre des intérêts corporatifs quelque peu égoïstes, les syndicats médicaux se sont transformés en défenseurs de la santé publique.

Techniciens de l'hygiène, les docteurs estiment que les pouvoirs publics ne peuvent se passer d'eux pour la lutte contre la maladie et la mortalité. Aussi, le travail syndical a deux aboutissants : le premier, la défense des intérêts corporatifs ; le deuxième, l'étude des problèmes sociaux, dans le cadre de la défense de la santé publique.

Or, nous avons connu une période d'indifférence, chez les médecins, voire même de méfiance, contre des groupes professionnels, qui, en se laissant dénommer syndicats, laissaient supposer l'emploi de procédés de violence, ou de révolte sociale.

Cette appréhension a disparu ; mais trop de tièdes ou d'indifférents subsistent encore,surtout à Paris. Egoïstes sont ceux qui bénéficient du travail collectif, qui profitent des relèvements de tarifs, qui assistent à l'épuration de la profession, alors que les commissions de contrôle mixtes empêchent les abus,lorsqu'existe un tiers-payant.

Mauvais syndiqués sont ceux, qui, au lieu de prendre courageusement la queue de la poêle, se contentent de critiquer par derrière les actes des confrères de bonne volonté, qui délaissent leurs intérêts privés en vue de l'intérêt corporatif et collectif.

Certes, la critique est aisée, surtout lorsqu'on ne s'est pas donné la peine d'étudier à fond une question et d'accuser les dirigeants du syndicat de faiblesse, ou de carence, parce qu'ils n'ont pas obtenu, pour tous, les satisfactions désirables.

Bien au contraire, nos syndicats sont dirigés par des chefs que les syndiqués ont désignés librement, par l'élection. Aux électeurs de changer les dirigeants, lorsque ceux-ci ne leur donnent pas satisfaction ; mais en syndicalisme, comme en politique, les électeurs ont les élus qu'ils méritent.

Aussi, devant les résultats obtenus par le syndicalisme médical, donnons-nous, à titre de curiosité, l'entrefilet ci-dessus, dû à l'humour américain, car nous savons qu'il s'applique à peu de nos confrères.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de Médecine.** — *Conférences de pathologi médicale.* — M. le docteur LIAN, agrégé, commencera ses leçons de pathologie médicale le *lundi* 17 *mars* 1924, à 18 *heures*, (Petit Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et 4e années d'études.

Programme du cours : immunité, maladies infectieuses aiguës, maladies par carence.

— **Faculté de médecine et de pharmacie.** — **Centre régional de Toulouse pour la lutte contre le cancer.** — *Concours pour une place de chef de laboratoire et une place de chef de laboratoire adjoint de radiodiagnostic et de radiothérapie.* — Les épreuves de ce concours auront lieu au Centre régional, hospice de la Grave, le mardi 1er avril, à 8 heures du matin.

Conditions du concours. — Seront admis à concourir les candidats de nationalité française pourvus du diplôme de docteur en médecine En s'inscrivant, les candidats déposeront au Secrétariat de la Faculté leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscriptions sera clos le 25 mars. Le traitement annuel de début est de 3.000 francs pour le chef de laboratoire titulaire et de 2.400 francs pour le chef adjoint. Les

chefs de laboratoire sont nommés pour un an ; toutefois ils peuvent être prorogés par périodes d'un an par décision du directeur, après avis favorable du Conseil d'administration du Centre. Les deux chefs de laboratoire, titulaire ou adjoint, devront assurer la surveillance constante des traitements par rayons X et pratiquer les examens radiologiques nécessaires. Ces fonctions de chef de laboratoire sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de chef de travaux ou de préparateur.

Epreuves du concours. — 1° Composition écrite sur un sujet de radiologie avec applications au diagnostic et à la thérapeutique. Quatre heures sont accordées ; 2° examens clinique et radiologique de deux malades et, à la suite, exposé oral de quinze minutes au maximum, pour chaque malade. Une heure est accordée pour l'ensemble de l'épreuve ; 3° montage et description technique d'un appareillage pour applications cliniques des rayons X ; 4° appréciations des titres et travaux scientifiques.

— **Chirurgie orthopédique chez l'adulte.** — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes, le jeudi 13 mars, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Vingt-cinq leçons théoriques faites à la Faculté sur les opérations orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié les 2e et 4e mardis du mois, à 9 h. 3/4. Présentation de malades et opérations orthopédiques tous les samedis.

— **Pathologie interne.** — M. le professeur Sicard a commencé ses cours du semestre d'été le jeudi 13 mars, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Sujet ou cours. — Maladies infectieuses neutotropes. Pathologie endocrinienne.

— **Hygiène.** — M. le professeur Léon Bernard a commencé le cours le vendredi 7 mars 1924, à 16 h., au petit amphithéâtre, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Eléments d'épidémiologie et de prophylaxie, d'hygiène alimentaire, d'hygiène urbaine, d'hygiène sociale et d'hygiène publique.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Robert Debré, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, les mercredis et vendredis, à 17 h.

— **Médecine légale.** — Des conférences sont faites pendant le semestre d'été sous la direction de M. le professeur Balthazard, tous les jours, à 6 h., au grand amphithéâtre. Elles portent sur les accidents du travail, les maladies professionnelles et les pensions aux mutilés de guerre.

18 et 19 mars, M. Gougerot. Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail. — 20 mars, M. Piédelièvre. Congestion pulmonaire et pneumonie traumatiques. Complications cardiaques et artérielles des accidents du travail. — 21 mars, M. Duvoir, Tuberculose pulmonaire et accidents du travail. — 22 mars, M. Duvoir. Complications hépatiques et rénales des traumatismes. Tumeurs et maladies de la nutrition. — 24 mars, M. Balthazard. Tuberculose chirurgicale et accidents du travail. — 25 mars, M. Proust. Lésions de l'appareil génito-urinaire dans les accidents du travail. — 26 et 28 mars, M. Balthazard. La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Maladies saturnines et hydrargyriques. — 29 mars, M. Ménard. Applications de la radiographie aux accidents du travail. — 31 mars et 1er avril, M. Dervieux. Honoraires médicaux dans les accidents du travail. Tarif Breton. Pratique des expertises d'accidents du travail ; rédaction et dépôt des rapports. — 2 et 3 avril, M. Rieux, professeur au Val-de-Grâce. La loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre. Principes généraux. Barèmes d'invalidité ; blessures multiples. Procédure. — 7 juin, M. de Lapersonne. Complications oculaires des accidents du travail (amphithéâtre Dupuytren, Hôtel-Dieu, 4 h.).

Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, a lieu tous les samedis, à 3 h., à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du samedi 8 mars.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — I. SERVICES CLINIQUES, avec l'assistance de MM. Portes, chef de clinique ; Prowilewicz et Pétetin, chefs de laboratoire ; Champeau et Hidden, chefs de clinique adjoints ; Paquy, ancien chef de clinique ; Sellet, ancien chef de clinique adjoint ; Allard, Canouet, François, Job, Sypiorski et Yver, moniteurs ; Demelin et Noguères, répétiteurs.

1° *Service des consultations.* — Femmes en état de gestation : tous les jours, de 8 à 18 h. — Mères nourrices et nourrissons : les mercredis, à 9 h. ; les lundis et vendredis, à 14 h. — Gynécologie : les mardis, à 9 h., et samedis, à 14 h. — Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons), le mercredi, à 14 h., et le vendredi, à 9 h.

2° *Service intérieur.* — Tous les jours, à 9 h. 30 : visite des femmes et enfants hospitalisés ; les jeudis et samedis, à 11 h. : opérations.

II. ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. le professeur Couvelaire. Le lundi, à 11 h. : discussion des observations cliniques. Le vendredi, à 11 h. : leçon clinique. Présentation de malades.

III. ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. — 1° *Conférences de pathologie obstétricale.* — Le mercredi, à 11 h. — Mercredi 5 mars, M. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux. L'appendicite pendant la gestation et la puerpéralité. — Mercredi 12 mars, M. Abrami, agrégé, médecin des hôpitaux. Glycosurie et gestation. — Mercredi 17 mars, M. Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Cancer du col utérin et gestation. — Mercredi 26 mars, M. Brulé, agrégé, médecin des hôpitaux. Ictères et gestation. — Mercredi 2 avril, M. Okinczyc, agrégé, chirurgien des hôpitaux. La ptose intestinale dans ses rapports avec la puerpéralité. — Mercredi 9 avril, M. Gougerot, agrégé, médecin des hôpitaux. Dermatoses et gestation. — Mercredi 30 avril, M. Aubertin, agrégé, médecin des hôpitaux. Pronostic des cardiopathies pendant la gestation. — Mercredi 7 mai, M. Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien des hôpitaux Pyélonéphrites au cours de la gestation et de la puerpéralité. — Mercredi 14 mai, M. Lemierre agrégé, médecin des hôpitaux. Néphrites chroniques et gestation. — Mercredi 21 mai, M. Milian, médecin des hôpitaux. Le mariage des syphilitiques. — Mercredi 4 juin, M. Lévy-Solal, agrégé, accoucheur des hôpitaux. Hémorragies rétro-placentaires et apoplexies utérines. — Mercredi 11 juin. M. Le Lorier, agrégé, accoucheur des hôpitaux. Vomissements graves de la gestation. — Mercredi 18 juin, M. Levant, accoucheur des hôpitaux. Gonococcie et gestation.

2° *Conférences de pathologie du nouveau-né.* — Le samedi à 11 h. — Samedi 8 mars, M. Ombrédanne, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Les hernies au moment de la naissance. — Samedi 15 mars, M. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux. Diagnostic de la syphilis congénitale chez le nouveau-né. — Samedi 22 mars,

M. Morax, ophtalmologiste des hôpitaux. Conjonctivite gonococcique du nouveau-né. — Samedi 29 mars, M. Lesné, médecin des hôpitaux. Troubles digestifs du nourrisson élevé au sein. — Samedi 5 avril, M. Ravaut, médecin des hôpitaux. Réactions cérébro-méningées chez le nouveau-né et le nourrisson syphilitique. — Samedi 3 mai, M. Debré, agrégé, médecin des hôpitaux. Tuberculose du nouveau-né et du nourrisson. — Samedi 10 mai, M. Debré, agrégé, médecin des hôpitaux. Tuberculose du nouveau-né et du nourrisson (*suite*). — Samedi 17 mai, M. Hallé, médecin des hôpitaux. Eczémas du nourrisson. — Samedi 7 juin, M. Marcel Pinard, médecin des hôpitaux. Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — Samedi 14 juin, M. Vignes, accoucheur des hôpitaux. Mort apparente du nouveau-né. — Samedi 21 juin, M. Cleisz, accoucheur des hôpitaux. Lésions traumatiques du nouveau-né.

3° *Présentation de malades au dispensaire antisyphilitique*, par M. Marcel Pinard, le mercredi, à 15 h.

IV. Musée Henri-Varnier. — Les collections d'anatomie obstétricale normale et pathologique peuvent être étudiées par les étudiants et les médecins les lundis, de 14 à 19 h.

V. Direction d'études. — M le professeur Couvelaire se tient à la disposition des médecins et des étudiants, le lundi, à 15 h., à la clinique Baudelocque.

Du 1er juin au 14 juillet auront lieu des cours de perfectionnement. Des affiches spéciales indiqueront en temps utile les horaires, les programmes et les conditions de ces cours : 1° Cours de clinique, de thérapeutique et d'opérations obstétricales du 2 au 21 juin : 2° cours de gynécologie du 23 juin au 12 juillet.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. Basset, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mercredi 5 mars 1924, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 4e année d'études.

Programme. — Abdomen, parois et contenu. Tube digestif et annexes.

— M. Lecène, professeur, a commencé son cours le jeudi 6 mars 1924, à 17 h., et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. (Nombreuses projections à chaque leçon.) Cours spécialement destiné aux étudiants de 3e année d'études.

Programme. — Affections chirurgicales des membres

— **Maladies de la nutrition.** — MM. Marcel Labbé professeur ; Henri Labbé, agrégé ; Stévenin, médecin des hôpitaux, et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront, le mercredi 5 mars 1924, à 3 h., au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Programme de cours. — Les principes de la nutrition. — Les grands syndromes gastriques. Examen clinique des dyspeptiques. — Analyse du suc gastrique. — Les syndromes intestinaux et pancréatiques. Entérites aiguës et chroniques. — Les fèces. Examens macroscopique et microscopique ; recherche du sang ; recherche des parasites. — Analyse chimique des fèces : dosage de l'azote total, des acides de fermentation, de l'ammoniaque. — Les fèces : dosage des graisses acides, neutres et insaponifiables. Dosage des savons. Coefficient d'utilisation. — Analyse des urines : azote total, ammoniaque, acides aminés, azote colloïdal, coefficients d'utilisation azotée. — Acide urique et purines : dosage dans les urines et dans le sang. Créatine et créatinine. — Pigments biliaires, sels biliaires, urobiline : recherches dans l'urine et dans le sang. Lipoïdes et cholestérine dans le sang. — Chlorures et phosphates urinaires. — Albumines, albumoses et peptones dans les urines. — Glucose dans les urines et dans le sang. Les divers sucres de l'urine. Méthodes microchimiques pour le dosage du glucose dans le sang. — Réactions d'acidose : corps acétoniques dans l'urine, le sang, le liquide céphalo-rachidien. Dosage des acides organiques dans l'urine. — Le métabolisme basal : mesure des échanges respiratoires. — L'obésité : pathogénie et thérapeutique. — L'uricémie et l'oxalémie : goutte, lithiase urinaire, migraine. — Le diabète : pathogénie, évolution et thérapeutique. — L'acidose : le coma diabétique et les acidoses non diabétiques. — Les grands syndromes rénaux : diagnostic et thérapeutique. — Les syndromes hépatiques : diagnostic des insuffisances fonctionnelles du foie. — Interprétation clinique des analyses d'urine.

Le cours aura lieu tous les jours, à 3 h., et sera terminé en un mois. Le montant du droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent, jusqu'au 26 février, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— **Société centrale de l'Association générale des médecins de France.** — La Société centrale a tenu son Assemblée générale annuelle le dimanche 2 mars à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Darras, assisté de MM. Abel Watelet, secrétaire et Jules Bongrand, trésorier.

L'exposé de la situation morale a été fait par M. Watelet qui a insisté sur les avantages de ce groupement et a adressé un pressant appel à tous ses membres pour qu'ils fassent une propagande active auprès des nombreux médecins de Paris et de la région.

Le rapport du trésorier fait ressortir le bon équilibre financier de l'œuvre.

En outre des pensions servies à huit sociétaires, des secours sont accordés à 47 veuves et enfants de sociétaires. Vingt-cinq allocations d'ancienneté sont votées aux plus anciens membres.

A l'ordre du jour, deux questions posées par le Conseil général de l'Association : la création d'une caisse maladie-invalidité-vieillesse, dont le principe n'a pas été admis et l'Ordre des médecins que les membres présents ont été unanimes à rejeter dans la forme présentée l'an dernier au Parlement.

Au cours de la séance, M. Le Lorier, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, a été élu vice-président pour six ans.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

peine) que le prix de l'injection antitétanique serait fixé à 20 francs, prix, comme nous le faisions remarquer, qui comprend : 1° le prix de la consultation ou visite, 2° le prix de l'injection même. D'où il résulte que je disais, dans la réponse que vous incriminez, qu'en cas de deux pansements plus une injection, on doit retrancher du total un « prix de visite ou consultation » parce que déjà compris dans le prix fixé pour l'injection, en faisant ainsi la part équitable de l'art. 13 sur le cumul. Sans quoi, alors que pour un pansement plus une injection antitétanique, on n'est en droit de compter que l'injection, soit une seule intervention d'après l'art. 19, quand il s'agirait de deux pansements plus une injection, on compterait trois interventions, ce qui serait contraire au bon sens.

F. D.

III

1° Appareil « définitif » ; 2° Brûlures diverses.

Je viens vous soumettre un cas qui m'embarrasse un peu pour établir une note d'honoraires d'un accidenté du travail. Ce blessé a eu des brûlures multiples et une fracture des 2 os de l'avant-bras gauche. Le premier jour, je lui ai posé un appareil pour sa fracture, mais tous les jours suivants, je lui ai fait des pansements au nombre de trois, l'un à la face, l'un au bras droit, l'autre au bras gauche. Je défaisais donc chaque fois l'appareil.

Sur ma note, puis-je porter pour le premier jour le prix d'un appareil de réduction-contention à 90 francs ? Je ne puis l'appeler appareil *définitif* ainsi qu'il est nommé sur le tarif Breton.

Que me conseillez-vous ? Je vous serais reconnaissant de me répondre au plus tôt.

Dr G.

Réponse.

1° Il n'est pas parlé, comme vous le dites, d'appareil « définitif » pour les fractures en général, dans le tarif Breton. Ce mot n'est employé que pour celles du maxillaire inférieur spécialement. Ce qui est tarifé, c'est « réduction et contention » des fractures, que cette contention ait lieu, de façon ou d'autre, suivant les cas, et que l'appareil de contention soit amovible ou non. Vous avez donc bien à compter 90 fr. pour le premier jour.

2° Pour les jours suivants, alors qu'il s'agit de « pansements de brûlures » et de brûlures diverses, comptez ou bien suivant ce que ferait le total des « surfaces additionnées » de ces diverses brûlures on y appliquant le tarif (surface de la main, d'un membre, de deux membres, etc.), ou bien, s'il ne s'agit que de petites brûlures, comptez autant de fois le tarif de « pansements de petites brûlures » qu'il y a de membres atteints. Les deux façons sont également équitables.

F. D.

IV

Brûlures diverses.

Etant en contestation avec la Compagnie assurance la P., pourriez-vous me dire quels honoraires exacts je puis réclamer pour soins donnés à une grande brûlée avant son hospitalisation.

Je me suis rendu à l'usine même, théâtre de l'accident, distante de deux kilomètres et j'ai passé deux heures auprès de la malade procédant à des pansements divers, intéressant la face, le tronc et les quatre membres. Je suis retourné une deuxième fois dans la soirée auprès de l'accidentée, et j'ai procédé à l'injection de sérum artificiel.

Pour tout cela la Compagnie m'offre 36 francs. Est-elle dans le vrai ?

Dr L.

Réponse.

Je ne puis vous donner un conseil ferme, ne connaissant pas l'étendue des diverses brûlures, dont vous ne me donnez que le siège. De façon générale, d'après les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, il faut se baser sur le total des « surfaces additionnées » et voir si ce total correspond à une main, un seul membre, deux membres, etc. En tous cas, *a priori*, ce prix de 36 francs me paraît insuffisant. Vous devez arriver avec ces brûlures diverses à un total égal à un membre, soit 50 francs plus le déplacement.

F. D.

Pharmacien. Substitution de médicaments

Depuis longtemps, un pharmacien remplace toutes les spécialités que les médecins prescrivent par des produits plus ou moins analogues. Jusqu'à ces temps derniers, nous n'avions pas de preuves. Aujourd'hui, nous les avons ; les voici :

1° Un confrère ordonne « Hamaméliode Oberlin » Le pharmacien remplit un flacon sur lequel il colle son étiquette et sur laquelle il écrit de sa main « Hamaméliode » (Le flacon est en notre possession) ;

2° Un second confrère prescrit :

Cachets de thyroïdine Fournier.
Cachets de mamelle Fournier.

Le pharmacien ne délivre pas ces spécialités et remet à la cliente des cachets fabriqués par lui.

Nous possédons l'ordonnance avec la preuve que les cachets ont été faits par lui, puisqu'en face de notre prescription est mis un numéro qui correspond à celui de son registre.

Nous avons une Société de médecins assez solide au point de vue entente confraternelle, mais notre réserve de fonds est insignifiante.

Nous voudrions d'abord faire comparaître le pharmacien devant le bureau de notre Société, et lui demander des excuses écrites avec engagement de sa part de cesser cette pratique et ses commentaires souvent malveillants. Il est possible qu'il s'y refuse. Dans ce cas, pouvons-nous nous arranger

pour empêcher nos clients d'aller chez lui ? Mais ne pourrions-nous pas en outre le poursuivre ou le faire poursuivre par Oberlin et par Fournier ? Quelle serait la marche à suivre ?

Veuillez avoir l'obligeance de nous donner votre avis sur la meilleure solution à adopter.

Dr T.

Réponse.

L'article 52 de la loi du 21 germinal an XI prescrit aux pharmaciens de ne délivrer aucune préparation médicinale, ou drogue composée que sur une ordonnance de médecin.

En second lieu, si la loi exige du pharmacien qu'il ait fait des études spéciales, c'est qu'elle veut qu'il se rende compte de la nature des médicaments qu'il vend, qu'il n'exerce pas machinalement sa profession.

Il en résulte que si le pharmacien découvre, dans une ordonnance, soit une erreur, soit l'énoncé d'un médicament, qui manque actuellement dans son officine, son devoir est d'avertir le docteur (Tribunal correctionnel de Lectoure, 5 avril 1895).

Or, de sa propre autorité, votre pharmacien a substitué un produit à un autre. Il peut être poursuivi pour tromperie sur la marchandise vendue, absolument comme le pharmacien qui délivre du sulfate de quinine au lieu de chlorhydrate, de l'antipyrine au lieu de pyramidon, etc. (Cour de Paris, 9e chambre, 14 février 1907 ; tribunal correctionnel de la Seine, 8e chambre, 3 décembre 1908).

Le client, lorsqu'il présente une ordonnance, et le médecin, qui prescrit un médicament et une marque, doivent nécessairement compter sur les effets connus du produit. Aussi, plus qu'en toute autre profession, ou commerce, les pharmaciens doivent-ils fournir, avec la plus scrupuleuse loyauté, les produits, même coûteux, qui leur sont ordonnés (en ce sens, Tribunal correctionnel d'Amiens, 26 avril 1910).

Mais le propriétaire d'une marque de spécialité pharmaceutique pourrait-il assigner le pharmacien, pour tromperie sur la marchandise vendue ? La jurisprudence est constante pour attribuer la propriété de la marque à celui qui en a effectué le dépôt régulier. Par suite, ce propriétaire peut agir en justice, s'il peut apporter la preuve que le pharmacien a substitué un autre produit : il a subi, de ce fait, un préjudice et pourra actionner en concurrence déloyale.

Le client peut-il déposer une plainte contre le pharmacien ? Oui, à la condition qu'il puisse faire faire un constat par huissier, par exemple au sortir de la pharmacie, que le produit, qui lui a été vendu, n'est pas conforme aux prescriptions du docteur.

Quelle action peuvent avoir les médecins contre le pharmacien ? Le faire comparaître devant

le conseil de famille du syndicat médical, pour lui faire comprendre le mauvais de ses agissements ;

Porter plainte entre les mains du syndicat pharmaceutique de la région (s'il en existe un) pour que ce groupe professionnel rappelle le délinquant à une meilleure observation de ses devoirs.

Mais, si le pharmacien se refuse à comparaître devant les juridictions professionnelles, les médecins ne peuvent qu'aider leurs clients à faire surgir le flagrant délit. Car ils n'ont pas un intérêt immédiat à la répression de la fraude. Ils ne peuvent arguer que de leur position de défenseurs de la santé publique, au point de vue technique seul.

Un médecin peut-il engager sa clientèle à ne pas se servir dans une pharmacie nommément désignée ?

Le docteur a le droit et le devoir de se préoccuper de l'efficacité des médicaments qu'il ordonne et de la façon dont ils sont préparés ; mais sa liberté ne va pas jusqu'à détourner, sans motif, la clientèle d'un pharmacien (tribunal civil de Pont-Audemer, 7 décembre 1909).

Mais si le docteur a des motifs sérieux pour engager sa clientèle à ne pas se fournir dans telle officine, il ne doit donner de tels conseils qu'à titre confidentiel, en particulier, pour ne pas donner prise à une action en dénigrement, ou en diffamation.

La Cour de Lyon a jugé, le 15 mars 1898, qu'un médecin ne peut être poursuivi par un pharmacien, s'il a donné à ses clients des indications confidentielles et désintéressées sur une officine, dans le but de leur être utile et pour assurer l'efficacité du traitement qu'il prescrit aux malades qui l'interrogent et le consultent.

Pratiquement, dans le cas particulier qui nous est soumis, nous pensons qu'une action d'un client, ou d'un propriétaire de marque de spécialité, ne pourra être accueillie par les tribunaux, que si l'on apporte la preuve (par témoins, ou constat d'huissier) que le pharmacien a substitué un médicament à un autre.

Quant au corps médical local, il peut faire comparaître le délinquant devant lui, ou lui envoyer une délégation de docteurs, pour lui démontrer les inconvénients de ses errements, tant pour la clientèle que pour lui-même.

Pareille mission peut également être confiée au syndicat des pharmaciens de la région.

Si ces démarches amiables n'avaient aucun résultat, le président du syndicat médical pourrait, par lettre recommandée, mettre le pharmacien en demeure d'avoir à délivrer les médicaments prescrits. Cette mise en demeure aurait pour effet de couvrir le corps médical contre toute poursuite, de la part du pharmacien, au cas où

ce dernier viendrait à se plaindre d'un détournement de clientèle, si les docteurs engageaient leurs malades à se servir ailleurs que dans l'officine incriminée.

Dr Paul BOUDIN.

Zona et varicelle.

J'ai signalé au *Concours Médical*, en octobre, un cas de contagion zona varicelle, le premier que j'avais vu.

En voici un second, et que deux à côté rendent intéressant.

Je suis appelé le 6 février dernier près de Mme P., que je trouve atteinte d'un zona facial.

Après lui avoir indiqué le diagnostic et le traitement, voyant près d'elle son petit garçon âgé de trente mois, je la préviens (quoiqu'encore un peu sceptique) de la possibilité pour le bambin de faire, une quinzaine de jours plus tard, une éruption de varicelle.

Le 18 février, je suis rappelé pour le bambin atteint de l'éruption de varicelle généralisée prédite.

Premier incident amusant.

En voici un second, bien curieux celui-là.

Il se trouve que ce second cas de contagion zona varicelle se produit dans la même rue que le premier cas qui remonte à octobre, le premier au numéro 14, le second au numéro 30.

Evidemment, il est difficile de parler de contagion à près de quatre mois de distance.

Coïncidence ! Hasard !

Tout de même, il est curieux que les deux seuls cas de contagion vus dans ma vie médicale se trouvent sur un espace de quinze cents à deux mille mètres carrés, alors que le territoire d'Alforville s'étend sur environ quatre cents hectares et que je rayonne sur une distance au moins double.

C'est entendu, invoquons le hasard, ne pouvant trouver autre chose, mais je ne peux cependant m'empêcher de rester rêveur en songeant combien nous sommes ignorants !

Dr E. LONGUET.
(Alfortville).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté portant reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières

Par arrêté en date du 28 février 1924, pris en application du décret du 27 juin 1922, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a prononcé la reconnaissance administrative des écoles ci-après énumérées,

avec des réserves portant principalement sur l'obligation d'adopter le programme d'études délibéré par le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

1re section.

1° Ecole d'infirmières des hospices civils de Nîmes, avec réserve ;

2° Ecole d'infirmières de la maison de santé protestante évangélique de Nîmes, avec réserve ;

3° Ecole d'infirmières de la Salpêtrière, assistance publique de Paris, sans réserve ;

4° Ecole d'infirmières de l'Union des femmes de France, comité de Lyon, avec réserve ;

5° Ecole d'infirmières de l'Union des femmes de Zrance, comité de Nantes, avec réserve ;

6° Ecole d'infirmièrs de la marine (école du brevet supérieur de la marine, à Brest), sans réserve ;

7° Ecole des masseurs aveugles de l'association Valentin-Hauy, à Paris. Pour sa spécialisation, sans réserve ;

8° Ecole des masseurs de France et des masseurs aveugles à Paris. Pour sa spécialisation, à titre provisoire, avec réserve ;

9° Ecole française d'orthopédie et de massage, rue Cujas, à Paris. Pour sa spécialisation, à titre provisoire, avec réserve.

2e section.

10° Ecole d'infirmières visiteuses de Bordeaux, pour la tuberculose, avec réserve ;

11° Ecole d'infirmières visiteuses du comité national, 250, boulevard Raspail, à Paris, pour la tuberculose, sans réserve ;

12° Ecole de puériculture de la Faculté de médecine, rue Desnouettes, à Paris. Pour l'enfance, sans réserves ;

13° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de L lle. Pour la tuberculose, sans réserve ;

14° Ecole professionnelle des visiteuses de l'enfance de la fondation américaine à Lyon. Pour l'enfance, avec réserve ;

15° Ecole de visiteuses d'hygiène pour la tuberculose à Lyon, sans réserve ;

16° Maison-école d'infirmières privées, 66, rue Vercingétorix, à Paris : pour la tuberculose, avec réserve ; pour l'enfance, sans réserve ;

17° Ecole d'infirmières visiteuses pour la tuberculose, à Nantes, avec réserve.

Délivrance de brevets de capacité à des infirmières hospitalières

Par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales pris en

date du 28 février 1924, par application du décret du 27 juin 1922, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 224 infirmières hospitalières possédant un diplôme d'école d'infirmières hospitalières, savoir :

20 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'Association des dames françaises, à Paris.

72 infirmières diplômées de l'école d'infirmières annexe de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon.

10 infirmières diplômées de l'école régionale des hospices de Toulouse.

55 infirmières diplômées de la maison-école d'infirmières privées, 66, rue Vercingétorix, Paris.

10 infirmières diplômées de l'école d'infirmières du comité de la Société de secours aux blessés militaires à Nancy.

43 infirmières de l'hôpital-école de la Société de secours aux blessés militaires à Paris.

8 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'Union des femmes de France à Paris.

Par le même arrêté ministériel, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 86 infirmières en fonction dans des établissements hospitaliers à caractère permanent, savoir :

2 infirmières de l'hôpital d'Autun.

5 infirmières des hospices civils réunis de Besançon.

5 infirmières de l'hôpital de Bourbon-l'Archambault.

4 infirmières de l'Hôtel-Dieu de Cholet.

6 infirmières de l'hôpital de Flers.

3 infirmières de l'hôpital-hospice de Longjumeau.

4 infirmières des hospices civils de Mantes-sur-Seine.

1 infirmière de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

5 infirmières de l'hôpital civil de Rochefort.

5 infirmières des asiles publics d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

10 infirmières de l'hôpital départemental de la Roche-sur-Yon.

5 infirmières de l'hôpital-hospice des Sables-d'Olonne.

7 infirmières de l'hôpital de Saintes.

7 infirmières de l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély.

17 infirmières de l'hôpital-hospice d'Alençon.

(*J. O.*, 29 février 1924).

La protection médicale des pupilles de la Nation et l'assistance médicale gratuite.

Du rapport sur les travaux de l'Office national des Pupilles de la Nation pendant l'année 1923,

présenté par M. Hebrard de Villeneuve, que publie en annexe le *Journal Officiel* du 5 mars, nous extrayons la passage suivant :

Le problème qui se pose est de savoir si les pupilles de la nation, qui remplissent d'ailleurs les conditions prescrites par la loi du 15 juillet 1993, ont droit à l'assistance médicale gratuite.

Remarquons que le conseil supérieur n'a pas le pouvoir de trancher une telle question dont la solution définitive appartient aux juridictions chargées du contentieux de l'assistance. Mais nous ne devons pas nous désintéresser d'une controverse qui touche aux plus graves intérêts de nos pupilles ; il faut que nous nous formions une opinion et que nous donnions à cet égard des instructions aux offices départementaux. Dès 1917, la question ayant été posée par des intéressés, le ministre de l'instruction publique demanda l'avis de la section permanente et celle-ci, adoptant l'opinion émise par les départements de l'intérieur et de l'instruction publique et par le secrétaire général de l'Office, rapporteur de l'affaire, décida que la loi de 1917 ne substitue par les offices départementaux à l'organisation créée par les lois d'assistance, en particulier par celle de 1893. ...

Mais l'opinion contraire ayant été soutenue par quelques membres du conseil supérieur, il se produisit un certain flottement dans l'application de la règle ci-dessus. Dès 1922, il apparut qu'il fallait procéder à une étude plus approfondie de la question et, après mûr examen de la section permanente , elle fut soumise en mars 1923 au conseil supérieur.

Dans un premier système qui fut éloquemment soutenu par des membres du Parlement, les pupilles doivent être tenus en dehors de tout application de la loi de 1893. Ils ne remplissent pas la première condition exigée par la loi ; ils ne sont pas dénués de ressources, puisque la nation les a adoptés. Ce n'est pas un secours qui leur est dû, c'est la réparation du dommage qu'ils ont subi du fait de la mort de leur soutien : La France est leur débitrice et il ne serait conforme ni à leur dignité, ni à la justice de l'Etat, de les considérer comme des enfants assistés.

Les partisans du second système firent d'abord observer que ce serait mal poser la question de la restreindre à l'assistance médicale gratuite. Le même raisonnement qui tend à exclure les pupilles de ce genre d'assistance devrait s'appliquer aux infirmes, aux aliénés, aux enfants des familles nombreuses. En somme, il s'agit de décider si un pupille de la nation est exclu du bénéfice de toutes les lois d'assistance.

La question ainsi posée s'élargit singulièrement et il ne paraît pas possible de la résoudre par quelques arguties de texte. Ce qui est inadmissible *a priori* c'est que le pupille puisse se trouver, par suite de l'adoption de la nation,

dans une situation moins bonne que celle qui résulterait pour lui de l'application du droit commun. Ce n'est certainement pas le but que poursuivent les partisans du premier système : c'est cependant le résultat auquel ils aboutiraient fatalement.

L'assistance créée par les lois de 1838, de 1893, de 1905, de 1913, est obligatoire : elle constitue un droit pour l'assisté, droit garanti par des recours contentieux. Au contraire, l'article 14 de la loi de 1917 dispose que les offices départementaux accordent aux pupilles des subventions dans la limite de leurs disponibilités financières.

D'autre part, si l'on supprime aux pupilles les allocations d'assistance pour les remplacer par les subventions des offices départementaux, on oublie que ceux-ci ne sont pas organisés et ne peuvent pas s'organiser avec leurs cadres actuels de façon à faire fonctionner régulièrement un tel service ; qu'ils ne disposent pas notamment du personnel indispensable pour éviter les abus qui se produisent déjà trop facilement dans le service de l'assistance médicale gratuite. Enfin, si l'on soustrait les pupilles à la réglementation prévue par la loi de 1893, on augmente par là même la dépense dans de fortes proportions, puisque les tarifs acceptés par le corps médical pour les malades bénéficiaires de la loi de 1893 ne seraient pas applicables aux pupilles.

Dans certains départements, ce dernier point de vue a peut-être valu au premier système des partisans intéressés.

Les communes disent : on nous enlève une charge : plus de contribution obligatoire pour nous : c'est l'Etat qui payera seul.

Les médecins disent : on nous débarrasse d'une réglementation : nous devenons maîtres absolus de nos prix : c'est l'Etat qui payera.

Ce sont là des paroles bien légères dans la situation actuelle de nos finances et nous nous permettrons de rappeler à ceux qui l'oublient trop facilement que le souci de ménager les ressources du Trésor public est peut-être, dans la crise que nous traversons, une des meilleures formes de patriotisme.

Tels sont brièvement résumés les motifs qui ont amené le conseil supérieur à voter, le 20 mars 1923, un ordre du jour portant que « le titre de pupille de la nation ne saurait priver les enfants qui le portent du bénéfice des lois d'assistance, mais que les offices départementaux ont le devoir de compléter, dans la plus large mesure possible, l'action de ces lois, quand la santé des pupilles l'exige. »

APHORISMES VÉCUS

Chez tout individu, il y a un total variable de sentiments et de forces impondérables *antagonistes*. La prédominance des *bons* ou des *mauvais* constitue la *mentalité* individuelle, bonne ou mauvaise, d'origine *atavique*, *instinctive* ou acquise par l'effet du hasard ou des circonstances.

Un propos inconsidéré et à double sens peut être assimilé à une fusée explosible chargée de projectiles, lancée dans l'espace et qui peut faire des ravages meurtriers insoupçonnables pour celui qui la lance.

Il est toujours facile de paraître honnête, lorsque ses propres intérêts ne sont pas en jeu.

Pour tout observateur compétent et averti, il y a, parmi les humains, aussi peu de cerveaux *sans fêlure* qu'il n'y a, dans la nature, de tiges de bois absolument *droites*.

On avoue un *insuccès*, mais jamais une déconvenue.

La vie est une *cohue*, où chacun joue des coudes, pour éviter de *chuter* et d'être *piétiné*. L'être le *plus stable*, *le mieux équilibré* est celui qui résiste victorieusement aux assauts des contingences *hostiles* et souvent *antagonistes* qui le ballottent incessamment ; quoi qu'il advienne, sa devise doit être aussi *fluctuat nec mergitur.*

Tant que la *paix générale* dépendra du choc des civilisations en contact, elle sera *instable*, pour ne devenir *définitve*, qu'après *fusion* ou *soudure* de ces civilisations, ce qui demandera beaucoup de temps, hélas !

Nous ne vantons, d'habitude, que les actes d'autrui qui nous sont favorables, ou les idées qui concordent avec les nôtres.

En affaires, celui qui n'avance pas, recule.

Quarante-sixième année. **N° 11** *bis.* 19 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Le Sou Médical

Correspondance

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page 664-XXX).

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

LE SOU MÉDICAL

Sa garantie de 50.000 fr. contre la responsabilité civile.

Aux confrères qui ne connaissent pas encore le « Sou médical », nous recommandons la lecture de l'entrefilet suivant, publié dans l'*Echo médical des Cévennes* de janvier 1924.

Epilogue d'un procès médical.

Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié le procès qui fut intenté à notre très estimé confrère, le Dr Fortuné Mazel, de Nîmes, par les époux Arnaud, il y a plusieurs années.

Après une interminable instruction et des débats retentissants où notre confrère reçut les plus unanimes et les plus émouvants témoignages de sympathie, *le procès se clôtura par un acquittement.* Ce résultat fut un soulagement et une satisfaction pour le Corps médical. *Le « Sou médical », dont le Dr Mazel fait partie, le soutint avec energie.*

Les époux Arnaud, ayant refusé le paiement des honoraires, furent, par un juste retour des choses d'ici-bas, poursuivis à leur tour.

Me Dumas, l'éminent avocat de Cannes-Grasse, démontra victorieusement la validité de l'instance introduite par notre confrère et, sur ses conclusions,

le tribunal de Grasse vient de condamner les époux Arnaud à verser au Dr Mazel 1.400 fr. d'honoraires.

Ainsi se termine une affaire qui n'a que trop inquiété l'opinion médicale et occupé l'attention publique. Le dernier mot reste donc très heureusement et fort équitablement à notre estimé confrère, que nous sommes heureux de féliciter ici.

Oui, le « Sou médical » soutient ses adhérents *avec énergie.* Quand, ayant reconnu que leur cause est juste, il la prend en mains, il ne l'abandonne de lui-même sous aucun prétexte. Et s'il faut la porter devant les plus hautes juridictions, la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat, il le fait allègrement, trouvant sa satisfaction complète lorsque la cause est gagnée.

Il n'éprouve aucune hésitation à régler tous les frais de procédure qui ont été exposés, et à pourvoir en outre au règlement des honoraires de l'avocat.

Et s'il advient que son adhérent succombe ; si, quoiqu'il fasse, la responsabilité civile de celui-ci est retenue par le tribunal, et entraîne une condamnation à des dommages-intérêts, c'est encore de grand cœur qu'il supporte ceux-ci, jusqu'à concurrence de **cinquante mille francs**, somme plus que suffisante pour faire face à de telles condamnations civiles puisque, jusqu'à présent, il n'y a pas d'exemple qu'elle ait été jamais atteinte.

Au surplus, lisez plus loin (1) les services divers que le « Sou médical » rend à ses membres ; lisez le jugement qu'avec son appui, vient d'obtenir un médecin de Meaux, et qui consacre une fois de plus, nonobstant l'appel dont il est frappé, la rigueur du secret professionnel. Et si vous n'êtes pas convaincus de l'intérêt immense que vous avez à devenir des nôtres, c'est que vous ne voulez pas l'être. Ou bien c'est que vous avez une confiance illimitée dans votre étoile, et que vous croyez que vous n'aurez jamais d'histoires, jamais d'affaires.

Prenez garde ! Il n'en est aucun, parmi les médecins, qui puisse se dire assuré d'éviter toute sa vie la récrimination du mauvais client, qui veut esquiver le quart d'heure de Rabelais ; la faute légère ou lourde qui l'amènera dans le prétoire où sa responsabilité sera mise en cause ; le propos désobligeant contre lequel il devra se défendre, sous peine de voir sa réputation ternie.

Quel regret n'éprouverait-il pas, alors, à se voir isolé, livré à ses propres ressources, sans soutien, sans appui ?

Soutien, appui, ressources, le « Sou médical »

(1) Page 656.

vous offre ce trépied défensif, et pour quel sacrifice ? *Vingt-cinq francs par an* ! !

Vingt-cinq francs de cotisation annuelle, pour des avantages qui comprennent une assurance contre un risque évalué à un maximum de 50.000 francs, est-ce que cela compte dans un budget ?

Venez à nous, vous qui ne faites pas encore partie du « Sou médical ». Venez grossir nos rangs. Nous sommes aujourd'hui 4.000. Aidez-nous à doubler ce chiffre respectable et impressionnant. La force que nous sommes s'en trouvera, non pas doublée, mais décuplée, et les intérêts du corps médical ne s'en porteront pas plus mal.

G. Duchesne,
Secrétaire général adjoint du Sou médical.

CORRESPONDANCE

Déontologie.

Je sais qu'on ne s'adresse jamais en vain à vous. N'en accusez, je vous prie, que votre extrême amabilité et votre compétence universellement reconnue en matière de droit médical.

Un de mes distingués confrères d'une petite ville toute proche de la mienne est venu hier soir me trouver comme président du Syndicat, pour me demander mon opinion touchant l'attitude d'un confrère chirurgien.

Ma réponse fut facile. Je jugeai que la conduite du chirurgien vis-à-vis de lui était blâmable d'une façon absolue.

Vous allez, d'ailleurs, en juger.

Voici les faits : le confrère plaignant, faisant uniquement de la médecine générale, était appelé, il y a quelque temps, à voir une jeune fille de sa clientèle.

Il diagnostiqua appendicite aiguë avec menaces de perforation, et appela un chirurgien de la ville voisine en consultation, celui-là même dont notre confrère a le droit de se plaindre.

Le chirurgien est d'avis qu'une intervention s'impose et l'opération a lieu. Jusque-là rien que de très naturel.

Quelque temps après, l'opérée rentre chez elle. Mais là, après quelques jours, elle est prise de signes pulmonaires (toux, fièvre), qui la font, de nouveau, recourir à son médecin (évolution bacillaire aiguë pulmonaire).

Ce dernier lui donne ses soins, et quelques jours après, voilà où l'affaire va se préciser, revenant voir sa malade comme à l'ordinaire, il constate qu'elle a disparu de la circulation.

Il interroge les parents, et il apprend que le chirurgien est venu la voir, et lui a conseillé de *venir chez lui à sa maison de santé* pour se faire soigner. Tout

cela évidemment en dehors du médecin qui ignorait tout.

Mon confrère justement étonné de pareil procédé, m'a demandé si une telle conduite de la part d'un chirurgien consultant était permise.

J'ai répondu sans hésitation, qu'à mon humble avis, la conduite de ce chirurgien était blâmable pour trois raisons.

La première, parce qu'il avait enlevé au médecin traitant, et à son insu, une de ses malades, en traitement et cela à l'encontre des règles les plus élémentaires de la déontologie.

La seconde, c'est que, faisant uniquement de la chirurgie, il ne lui convenait guère de s'aventurer sur le terrain médecine pure où il cessait d'être compétent.

La troisième, enfin, c'est qu'une pareille façon de faire, si elle devait s'étendre, ramènerait chez nous l'anarchie et, chose plus grave, deviendrait préjudiciable aux malades.

Mon confrère désirerait que je soulève la question à une de nos prochaines réunions générales. Comme il ne voudrait en rien envenimer les choses, il serait heureux de voir un texte précis sur lequel s'appuyer, nous donner raison.

Vous pourriez sur ce point particulier, nous donner votre avis (*rapports des chirurgiens consultants avec les médecins généraux*). Votre consultation ferait force de loi, et forts de votre autorité, nous pourrions aborder la discussion générale, dans laquelle alors, évitant de faire des personnalités pour ma part, je pourrais néanmoins arriver à montrer au confrère qui, forcément, se sentira visé, combien sa conduite a été contraire à notre code déontologique.

Dr M.

Réponse.

Le problème posé dans votre lettre du 17 courant comporte deux phases qu'il faut examiner successivement :

1) Une opération chirurgicale, reconnue nécessaire par le médecin traitant de la malade, atteinte d'appendicite, a été pratiquée par un chirurgien appelé par celui-ci. Tout s'est passé régulièrement, en accord avec les usages professionnels. La malade a été guérie et est rentrée chez elle.

2) Ultérieurement, cette même malade fait des accidents pulmonaires, indépendants de l'appendicite précédente. Elle appelle de nouveau son médecin habituel. Puis, sans en informer celui-ci, elle appelle le chirurgien qui l'a opérée. Le chirurgien n'hésite pas à venir la voir en dehors de son confrère, et *proprio motu*, l'hospitalise dans sa maison de santé.

La conduite du chirurgien, dans cette seconde phase, a-t-elle été correcte ?

Nous répondons : NON. Pour deux motifs : 1° Cette malade était en cours de traitement, pour un fait nouveau ; il devait se refuser à la visiter en dehors de son médecin habituel. Si elle

avait insisté — elle ou son entourage — déclarant qu'on ne voulait plus recourir aux soins du premier confrère, le second devait écrire au premier, le mettre au courant de la situation, et lui demander de l'autoriser à continuer ses propres soins. En cas de refus du médecin, il devait s'abstenir ; 2° Il devait s'abstenir, parce qu'il avait été introduit dans cette famille par le médecin habituel, et qu'il avait, de ce fait, contracté certaines obligations envers lui.

Le règlement déontologique du syndicat du Rhône s'exprime ainsi :

« Quand un médecin aura été appelé en consultation par un de ses confrères et que le malade ou la famille désirerait qu'il revînt, il ne devra *jamais* se rendre à cette invitation sans que le médecin qui l'a fait appeler une première fois soit présent.

. . . .

« Après l'opération et les premiers pansements, lorsque le chirurgien est d'avis que ses soins ne sont plus nécessaires, il doit confier la direction et la continuation du traitement au médecin traitant. En aucun cas le chirurgien ne pourra confier cette continuation du traitement à un interne ou à un infirmier sans entente préalable avec le médecin traitant. » (Voir *Concours Médical*, 21 octobre 1923, p. 3268.)

Dans le cas que vous nous soumettez, il faut distinguer entre la première affection qui a entraîné la collaboration du médecin traitant avec le chirurgien, et qui semble n'avoir suscité aucun incident d'ordre déontologique, et la seconde affection, indépendante de la première, laquelle constitue ce que nous appelons, en termes juridiques, une novation.

Supposons que, les accidents pulmonaires éclatant, la malade ou sa famille appellent *d'emblée* le chirurgien. Il a le devoir de s'inquiéter des raisons pour lesquelles on laisse de côté le médecin habituel, de faire des objections, et de mettre tout en œuvre pour que celui-ci soit appelé. Mais, en vertu du libre choix, étant donné qu'il s'agit d'un fait nouveau, je le répète, il ne commet pas d'infraction déontologique en cédant aux instances de la malade ou de sa famille. Mais, à la condition qu'il en informe son confrère.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses ont marché. Dans votre cas, le médecin habituel avait d'abord été rappelé pour le fait nouveau. Ce n'est que secondairement que le chirurgien a été rappelé à son tour auprès d'une malade *en cours de traitement.*

Il avait le devoir strict de se récuser, tant qu'il n'aurait pas obtenu l'agrément de son confrère à la continuation de ses soins personnels.

Sans qu'il y ait lieu de retenir le troisième grief que vous faites au chirurgien d'avoir accepté de soigner dans sa maison de santé une malade de

médecine générale, échappant à sa spécialité — tout docteur en médecine étant présumé capable, théoriquement, de traiter tous les cas qui lui sont soumis — et en présence des faits tels que vous nous les exposez, nous concluons : la conduite du chirurgien a été incorrecte et c'est à bon droit que le médecin habituel est fondé à s'en plaindre devant son syndicat qui appréciera ensuite la sanction que mérite le délinquant.

Dans cette aventure, il y a, vous le voyez, une certaine subtilité qu'il importait de souligner, sans qu'elle enlève rien à la rigueur de notre conclusion.

G. Duchesne.

Perte des dents par accident du travail

J'ai lu avec intérêt la lettre du Ministre du travail que vous avez publiée dans votre numéro du 10 février 1924, au sujet du bris des dents, occasionné par un accident du travail.

Cette lettre énonce que « pour caractériser l'accident du travail donnant à la victime le droit de prétendre au bénéfice de la loi de 1898, il faut que la force extérieure qui s'est manifestée violemment et soudainement ait occasionné une lésion à l'organisme ».

Que faut-il alors penser de la lettre ci-contre qui fut adressée à un de mes clients en août 1921 par le Syndicat général de garantie X. ?

Il s'agissait d'un ouvrier couvreur qui, au cours de son travail, alors qu'on lui passait deux tuiles à la volée, avait laissé ces tuiles filer entre ses mains, de telle façon que l'une d'elles était venue frapper de coin sur ses dents. Il en était résulté le bris, au ras de la gencive, des deux incisives latérales du même côté, l'une à la mâchoire supérieure, l'autre à l'inférieure. Ayant promis à son ouvrier de lui faire poser deux dents à part pour remplacer ce dommage, M. L., entrepreneur, reçut la lettre suivante :

« En réponse à votre lettre du ..... relative à l'ac-
« cident survenu à votre ouvrier M..., qui lui a oc-
« casionné la fracture de deux dents, j'ai l'honneur
« de vous faire connaître qu'aux termes de la juris-
« prudence, les victimes d'accidents du travail,
« tombant sous l'application de la loi de 1898, n'ont
« droit au remplacement que des molaires servant au
« broiement des aliments.

« Il ne leur est rien dû lorsqu'il s'agit d'incisives
« dont l'absence n'a pour effet que d'influer sur
« l'esthétique du blessé.

« En l'occurrence, il n'est donc rien dû à votre ou-
« vrier M... Nous sommes toutefois disposés à par-
« ticiper pour une somme de cinquante francs dans
« les frais que doit entraîner le travail préconisé par
« le Dr M.

N'aimant pas les histoires, au reçu de cette lettre,

l'entrepreneur M. L., accepta les cinquante francs et me paya la différence. Il n'y a donc rien à réclamer. Mais, que pensez-vous de cette doctrine et peut-on admettre que les dents incisives ne servant pas à broyer les aliments ne sont que de jolies plaquettes d'ivoire que le créateur n'a mis là que pour embellir la figure et « ajouter à l'esthétique » de la physionomie ?

Dr M.

Réponse

L'espèce qui fait l'objet de votre lettre est toute différente de celle qui avait été soumise au ministère du Travail.

Dans cette dernière, il s'agissait de dents postiches brisées dans un accident du travail. Il n'y avait donc pas, comme l'indique la réponse ministérielle, lésion à l'organisme, mais dommage matériel, non prévu ni indemnisé par la législation spéciale sur les accidents du travail, telle que l'eût été, par exemple, la déteriorartion d'un vêtement porté par l'ouvrier au moment de l'accident.

Dans votre espèce, il s'agissait, au contraire, de la perte des dents naturelles de la victime de l'accident, perte qui est, dans certains cas, reconnue par les tribunaux comme entraînant une incapacité permanente partielle, surtout lorsque cette perte est susceptible d'avoir une influence sur la nutrition et, par suite, sur la santé du blessé.

Il est probable que la Compagnie d'assurances dont la lettre vous a été communiquée, bien que la jurisprudence soit établie en ce sens que les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du chef d'entreprise, a consenti à prendre sa part dans les frais de remplacement des dents brisées dans le but d'éviter une demande future de revision de l'accident par suite une prétendue incapacité permanente partielle consistant en des troubles gastriques occasionnés par l'absence des dents brisées.

Nous n'avons pas connaissance de la jurisprudence à laquelle elle se réfère, mais il est probable que cette compagnie a pour habitude, en vue d'éviter tout inconvénient, de ne payer l'appareil de prothèse que lorsqu'il intéresse les molaires, ne reconnaissant aux incisives, surtout lorsque, comme dans l'espèce, la perte n'est que d'un petit nombre d'entre elles (deux), qu'une moindre importance fonctionnelle.

Accident du travail. Hernie.

Comme membre du « Sou », j'ai encore une fois recours à vos conseils :

Je vois, le 4 février, un ouvrier qui vient de recevoir sur le dos une balle de chiffons de 168 k. Il a deux

Voir la suite page XXVI-660 bis.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES ARYTHMIES DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Par Léon GIROUX,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

L'emploi des méthodes graphiques et de l'électro-cardiographie a permis, dans ces dernières années, de porter la lumière dans le chaos des arythmies ; mais, par contre, il a eu pour conséquence d'introduire en cardiologie un langage nouveau qui reste le privilège des médecins spécialisés. En effet, à l'heure actuelle, tous les travaux consacrés à la pathologie cardiaque sont illustrés de tracés graphiques et de courbes électriques dont l'interprétation est délicate, malgré les commentaires qui s'efforcent d'en faciliter la lecture. Cet article, conçu dans un esprit pratique et exposé sous une forme élémentaire, a pour but de montrer que le médecin peut, par les seules ressources de la clinique et sans le secours des techniques nouvelles, reconnaître, dans la majorité des cas, la nature d'une arythmie, en mesurer la valeur pronostique et lui opposer un traitement opportun.

A. NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE CARDIAQUES. — Actuellement, il est admis que le cœur est formé de deux systèmes anatomiques de structure et de fonction différentes ; l'un indifférencié, apparu le dernier au cours du développement embryonnaire et qui forme la masse contractile des oreillettes et des ventricules ; l'autre, nettement spécialisé, et qui représente les vestiges du tube cardiaque primitif. Ce dernier, profondément dissimulé dans le tissu de seconde formation, est difficile à mettre en évidence, mais les recherches anatomiques et physiologiques récentes ont permis de l'isoler et d'en préciser la fonction. Ce tissu primitif a son origine au niveau de l'em-

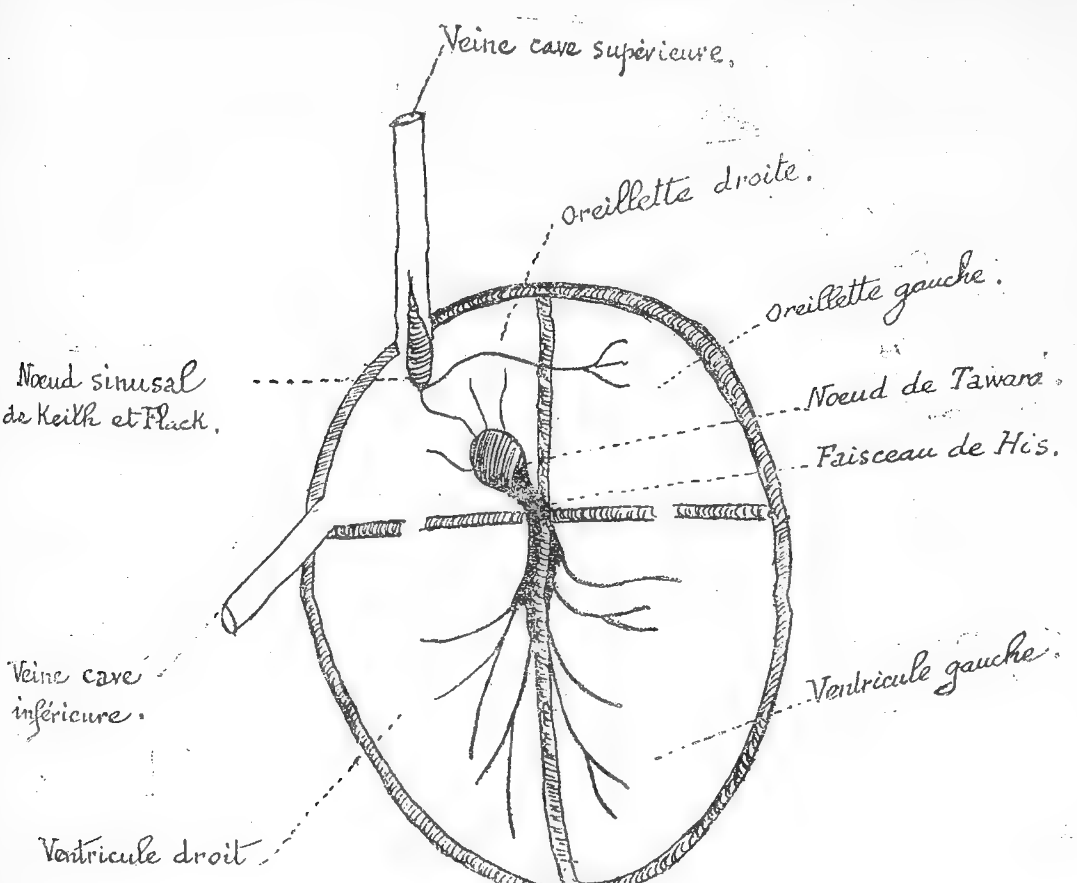


FIGURE 1. — Schéma du tissu primitif du cœur.

bouchure de la veine-cave supérieure où il forme un amas appelé *noyau sinusal* ou *nodule de Keith et Flack* ; de là, il s'épanouit dans l'oreillette et forme un second amas situé à l'union du septum auriculaire avec la cloison interventriculaire ; c'est le *noyau inférieur d'Aschoff-Tawara.* De ce dernier,émane un faisceau dont l'importance physiologique est considérable, c'est le *faisceau de His*, encore appelé faisceau unissant qui longe d'abord la partie antérieure de la portion membraneuse du septum interventriculaire, puis se divise en deux branches, droite et gauche, destinées aux ventricules. Ces dernières se divisent à leur tour et se rendent, par des rameaux courts, aux piliers et, par des branches plus longues, aux fibres musculaires indifférenciées des masses ventriculaires. A ce tissu primitif sont annexées de fibres nerveuses, et au nœud sinusal aboutissent des ramifications du vague (modérateur) et du sympathique (accélérateur), chargés de coopérer avec lui à la fonction cardiaque et d'adapter le rythme des excitations sinusales aux besoins variables de l'organisme.

Le cœur apparaît donc constitué de deux systèmes, le tissu primitif chargé de lancer les ordres et de les transmettre aux oreillettes et aux ventricules ; le tissu indifférencié,dont la fonction est d'y répondre par la contraction de ses masses musculaire et d'assurer ainsi les actes efficaces de la révolution cardiaque.

Le fonctionnement régulier de ces deux systèmes nécessite la mise en jeu de cinq propriétés fondamentales, l'*automaticité* : ou propriété de produire des décharges rythmiques dont l'origine se trouve au niveau du noyau sinusal de Keith et Flack ; l'*excitabilité*, par laquelle le cœur est apte à recevoir l'excitation ; la *conductibilité*, qui lui permet de transmettre de fibre à fibre le stimulus qu'il reçoit : la *contractilité*, grâce à laquelle le cœur répond à l'excitation par une contraction suivie d'une période d'inexcitabilité (période dite réfractaire), pendant laquelle toutes ses propriétés sont suspendues ; la *tonicité*, qualité essentielle pour le jeu régulier des autres propriétés.

Ces différentes aptitudes sont déclanchées par un stimulus initial émané du noyau sinusal et dont le rythme est de 70 à 80 à la minute. Il est facile de comprendre que ce rythme serait invariable et, par conséquent, incompatible avec les exigences de la vie, si l'intervention du système nerveux ne l'adaptait à tout instant aux besoins variables de l'organisme.

B. Les arythmies. — Les propriétés fondamentales du cœur peuvent, sous des influences diverses et d'une importance variable, être atteintes de troubles, qui sont à l'origine des différentes arythmies. Cependant, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de superposer exactement les troubles du rythme cardiaque à la perturbation d'une propriété déterminée, car, comme le dit Vaquez, dont on connaît les importants travaux sur cette question, le mécanisme des arythmies est, le plus souvent, complexe.

Nous allons donc nous borner à en exposer, sous une forme énumérative, les différentes modalités.

a) Arythmie respiratoire. — L'arythmie respiratoire traduit un trouble de l'automaticité ; elle s'observe surtout dans le jeune âge, et plus particulièrement de 5 à 12 ans, d'après Mackenzie ; on la rencontre également dans la convalescence de certaines maladies infectieuses (diphtérie, fièvre typhoïde), et aussi, dans certains états de dépression nerveuse (neurasthénie). Chez ces sujets, on observe un espacement variable des révolutions cardiaques ; une accélération avec diminution de l'amplitude du pouls à l'inspiration ; un ralentissement avec augmentation de la force des pulsations à l'expiration ; les périodes d'accélération et de ralentissement ont une durée d'ailleurs variable. Cette arythmie est souvent découverte par les parents qui s'en inquiètent et redoutent une maladie grave du cœur. Récemment encore, nous avons été consulté au sujet d'un enfant chez lequel, en vertu de ce trouble banal,on hésitait à pratiquer l'ablation de végétations adénoïdes. L'arythmie respiratoire doit donc être bien connue des médecins ; le diagnostic en est d'ailleurs facile par l'observation du pouls et de la respiration ; d'autre part, les inspirations profondes l'accentuent, tandis que la marche et l'effort, une injection d'atropine, en accélérant le pouls, la font disparaître. L'arythmie respiratoire ne présente aucune signification pronostique.

b) *Pouls paradoxal.* — Le pouls paradoxal, décrit par Griesinger, puis par Kussmaul, se traduit au contraire par une diminution d'amplitude du pouls ou par sa disparition pendant l'inspiration ; on l'observe surtout dans la symphyse du péricarde. Attribué par Kussmaul à une gêne mécanique créée par des adhérences dans les vaisseaux de la base du cœur, il serait, pour Vaquez et Esmein, d'origine sinusale, car ces auteurs l'ont vu disparaître sous l'influence accélératrice d'une injection d'atropine.

L'arythmie respiratoire et le pouls paradoxal sont des arythmies d'origine sinusale, traduisant l'instabilité de l'action nerveuse inhibitrice du pneumogastrique. Leur mécanisme permet de comprendre qu'elles disparaissent sous l'influence des causes accélératrices du pouls, marche, effort, émotions, injection d'atropine ; qu'elles ne comportent aucune gravité et ne sont justiciables d'aucun traitement.

c) *Extra-systoles.* — L'extra-systole est la plus fréquente des arythmies, et il est important pour le médecin d'en comprendre la signification. Sous

ce nom, on désigne une contraction prématurée, consécutive à une excitation anormale, née le plus souvent d'un autre point que le sinus, et suivie d'une pause plus longue que normalement et appelée *repos compensateur*. Il s'agit d'un trouble de l'excitabilité, dont l'origine est variable, mais qui ne modifie que d'une façon transitoire le rythme normal du cœur.

Les extra-systoles sont la conséquence de facteurs étiologiques très divers. Elles sont rares chez les jeunes enfants, mais elles sont très fréquentes à partir de l'adolescence et s'observent surtout chez les sujets entachés de nervosisme ; les troubles digestifs, les états émotionnels sont susceptibles de les provoquer et de les entretenir. Les syndromes douloureux (colique hépatique, colique néphrétique), les intoxications consécutives à une mauvaise hygiène (alcool, tabac, café), ou à l'absorption de certains médicaments (salicylate de soude, et surtout digitale), sont une cause fréquente de l'extra-systole.

L'extra-systole s'observe souvent aussi au cours des cardiopathies organiques qui entraînent la fatigue et la défaillance du cœur (affections mitrales, symphyse cardiaque, myocardites chroniques), ainsi qu'au cours de l'hypertension, dont elle est, dans certains cas, le premier signe révélateur. On peut également la rencontrer au cours des maladies infectieuses aiguës et, dans ces circonstances, quand le sujet en était indemne antérieurement, elle doit retenir l'attention sur le cœur. Enfin, la chorée est capable de la provoquer, ainsi que la syphilis, qui peut intervenir aux différents moments de son évolution. En résumé, au point de vue étiologique, l'extra-systole présente deux grandes variétés qui s'opposent l'une à l'autre : la première, où le trouble est purement fonctionnel et bénin ; la seconde, au contraire, où il est conditionné par un état organique toujours sérieux.



FIGURE 2. — Electro-cardiogramme normal. P contraction de l'oreillette. Q R S T, complexe ventriculaire.

Les extra-systoles, suivant le siège de l'excitation anormale dont elles dérivent, se distinguent en extra-systoles *sinusales*, *auriculaires*, *auriculo-ventriculaires*, *ventriculaires*. Nous ne parlerons pas des extra-systoles sinusales qui n'entraînent qu'un simple décalage de la contraction cardiaque, ne s'accompagnent d'aucun trouble subjectif et n'ont par conséquent qu'un médiocre intérêt pour le médecin.

1° *Extra-systoles ventriculaires.* — L'extra-systole ventriculaire est la variété la plus fréquente, elle a son origine dans les vestiges du tube cardiaque primitif annexés aux ventricules. Suivant qu'elle survient plus ou moins tôt pendant la diastole, elle se traduit par des signes un peu différents ; dans un premier cas, elle apparaît précocement après la systole normale précédente, dès que le cœur sort de sa période réfractaire. Dans ces conditions, on observe un rythme à trois temps ; les deux premiers bruits représentent la systole normale (bruit systolique ventriculaire, bruit diastolique sigmoïdien), le troisième, l'extra-systole. Ce bruit a un timbre particulier ; il est claqué en raison de la vacuité des ventricules et du redressement brusque des valvules auriculo-ventriculaires ; il n'est pas suivi d'un bruit sigmoïdien, parce que l'ondée sanguine est insuffisante pour forcer les valvules artérielles. Dans ces conditions, l'extra-systole ne peut se manifester à la périphérie où l'on note une *bradysphygmie*, un *faux pouls lent*.

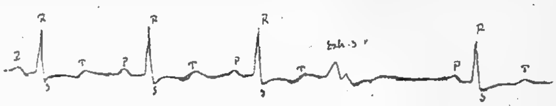


FIGURE 3. — Extra-systole suivie d'un repos compensateur.

Dans une seconde variété, l'extra-systole est plus tardive et trouve un ventricule suffisamment rempli, pour qu'elle s'accompagne d'un double bruit ventriculaire et sigmoïdien. Dans ces circonstances, on note un rythme à quatre temps. Au pouls, on perçoit une pulsation anticipée, faible et plus rapprochée de la pulsation qui la précède, que de celle qui la suit. Dans les deux cas, on observe un *repos compensateur* plus prolongé quand l'extra-systole est précoce. L'existence de ce repos compensateur est facile à comprendre ; l'extra-systole a, en effet, pour résultat de mettre, comme une contraction normale, le cœur dans un état réfractaire, de telle sorte qu'une excitation sinusale se trouve inefficace et qu'il faut attendre l'excitation suivante pour que le cœur reprenne son rythme normal. Ainsi, l'espace qui sépare l'extra-systole de la contraction précédente ajouté à celui qui la sépare de la contraction qui la suit a une durée égale à deux révolutions cardiaques normales.

Quand l'extra-systole se reproduit à intervalles réguliers, on a ce qu'on appelle un *pouls bigéminé*, caractérisé par la succession régulière d'une pulsation normale, puis de l'extra-systole, et enfin, du repos compensateur.

Quand deux révolutions normales sont régulièrement suivies d'une extra-systole, on a un *pouls trigéminé*. Le bigéminisme s'observe souvent au cours du traitement digitalique ; son apparition est un signe de dilatation cardiaque et doit entraîner la suspension du médicament. La digitale, en effet, allonge la diastole et favorise

la distension active du cœur, c'est-à-dire un état favorable à la production des extra-systoles.

Enfin, dans certains cas, l'extra-systole est tardive et la pulsation faible peut se trouver presqu'à égale distance de la contraction qui la précède et de celle qui la suit, d'où un *faux pouls alternant*, qu'il faut éviter de confondre avec le pouls alternant vrai dont le pronostic est tout différent. Le diagnostic, comme nous le verrons ultérieurement, est d'une grande facilité.

Extra-systoles auriculaires. — L'extra-systole auriculaire est la conséquence d'une excitation anormale qui a pris naissance dans l'oreillette ; elle se rencontre surtout chez les sujets atteints d'une affection mitrale et plus particulièrement d'une sténose, c'est-à-dire dans les cardiopathies qui s'accompagnent d'une distension de l'oreillette. Au cœur et au pouls, l'extra-systole auriculaire se traduit par les mêmes caractères que l'extra-systole ventriculaire. Les extra-

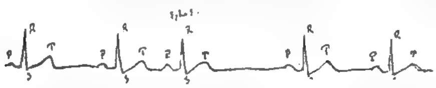


FIGURE. 4. — Extra-systole auriculaire avec repos compensateur complet. La contraction extra-systolique est précédée d'une contraction auriculaire P.

systoles auriculaires peuvent se grouper et donner naissance à des crises de tachycardie paroxystique, susceptibles elles-mêmes de se souder et d'aboutir à la fibrillation des oreillettes et à l'arythmie complète. Nous retrouverons plus loin ces différents types d'arythmie.

Extra-systole auriculo-ventriculaire. — L'extra-systole auriculo-ventriculaire prend naissance dans la région du nœud de Tawara. Le stimulus hétérotope se propage à la fois vers l'oreillette et le ventricule et, suivant son siège exact, ces cavités se contractent simultanément ou bien le ventricule retarde ou anticipe légèrement sur l'oreillette.

Les extra-systoles présentent ce fait curieux que, malgré un mécanisme qui paraît identique, elles se traduisent par des phénomènes subjectifs variables. Certains sujets n'ont pas la sensation locale, cardiaque, de leur arythmie, ils éprouvent uniquement une sensation de fatigue, de malaise, parfois de vertige, dont l'origine serait obscure, si l'exploration du pouls ne décelait la cause de ces troubles en montrant l'irrégularité des pulsations. Ce silence cardiaque s'observe souvent dans l'extra-systole d'origine organique, mais il n'est pas rare de le rencontrer chez des sujets indemnes de toute tare organique apparente.

Cependant, le plus souvent, l'extra-systole, et plus particulièrement celle qui survient chez les sujets nerveux ou surmenés, c'est-à-dire sous l'aspect d'un trouble fonctionnel banal, s'accompagne de troubles subjectifs généralement bruyants. Les malades, qui attirent l'attention du médecin sur cette forme d'arythmie, sont généralement des émotifs prédisposés par leur tempérament à l'angoisse et aux réactions anxieuses. En effet, au cours de l'examen, il est facile de déceler l'instabilité du système nerveux végétatif et un état d'inquiétude vague que rien ne justifie. C'est sur ce terrain préparé au point de vue somatique et psychique que l'extra-systole apparaît et déclanche, dans le domaine de l'affectivité, des réactions sans proportion avec leur objet.

Dans la symptomatologie subjective de l'extra-systole, il y a deux faits à considérer : le *trouble organique* secondaire à la perturbation circulatoire, et le *choc émotionnel* qui en est la conséquence. Dans le cas le plus net, et surtout dans l'extra-systole précoce, le malade a la sensation de quelque chose qui se décroche dan s la poitrine ; cette sensation correspond à la contraction prématurée ; aussitôt après, coïncidant avec le repos compensateur qui entraîne une ischémie transitoire des centres nerveux, survient le malaise, parfois du vertige, et dans certains cas, un état lipothymique. La période de repos compensateur se termine par une contraction cardiaque énergique qui donne au malade la sensation d'un spasme, d'une torsion, d'un coup de bélier intrathoracique. La violence de cette contraction, qui annonce la reprise du rythme normal, s'explique facilement par le remplissage anormal du cœur, par le repos prolongé des ventricules, et aussi par l'hypotension aortique secondaire à une diastole prolongée. Le malaise ne se dissipe généralement pas dès le retour au rythme normal ; il persiste pendant un temps variable, habituellement très court.

Le malaise est variable suivant le moment d'apparition de l'extra-systole : il peut être très atténué ou nul quand l'extra-systole est tardive ; il est à son maximum quand elle se répète à de courts intervalles et constitue une *véritable arythmie extra-systolique.*

Dans certains cas, l'extra-systole s'accompagne d'une douleur en coup de poignard localisée à la base du cœur, et parfois irradiée au bras gauche.

A ce syndrome organique d'ordre sensitif s'associe à des degrés divers un syndrome émotionnel, généralement très pénible. Beaucoup de ces malades viennent consulter, en proie à une réelle anxiété et se croyant atteints d'une maladie grave du cœur, et dans certains cas d'angine de poitrine. Le médecin qui a l'expérience de ces troubles et qui connaît le terrain sur lequel ils évoluent peut, au cours de l'examen, recueillir des renseignements qui éclairent l'état mental du malade ; il n'est pas rare en effet d'apprendre que ces sujets éprouvent, au moment de leurs palpitations, un besoin d'agitation, de déplacement, un véritable état d'instabilité anxieuse.

La répétition de ces troubles peut entraîner un véritable état de dépression nerveuse, accompagné de tristesse, d'insécurité, de préoccupations hypocondriaques obsédantes.

Le *diagnostic* de l'extra-systole est généralement facile et il suffit, dans bien des cas, d'écouter le malade raconter ses misères et traduire les sensations qu'il perçoit pour soupçonner la nature du trouble qui l'inquiète. Parfois, cependant, c'est uniquement par l'examen du cœur et du pouls que l'on décèle l'extra-systole qui n'éveille qu'un sentiment de malaise. Dans l'un et l'autre cas, l'auscultation du cœur permet d'entendre un rythme à trois ou quatre temps, et la palpation du pouls de percevoir une contraction faible anticipée suivie d'un long repos ou une pause plus prolongée en raison de l'inefficacité périphérique de la contraction extra-systolique. Cependant, il n'est pas rare que l'examen du cœur et du pouls reste négatif, car l'émotion de l'examen, en accélérant le rythme cardiaque, suffit pour faire disparaître les contractions extra-systoliques.

L'origine exacte du stimulus anormal est plus difficile à préciser, mais dans la pratique, cette détermination est sans importance au point de vue du traitement. Cependant, le médecin que cette question intéresse pourra souvent y parvenir par ses seules ressources, par l'*inspection* et l'*auscultation des jugulaires*.

D'abord, il pourra éliminer l'extra-systole sinusale par l'épreuve du nitrite d'amyle. Cette épreuve, conseillée par Josué, consiste à faire respirer au malade V à VI gouttes de nitrite d'amyle dont l'action inhibitrice sur les terminaisons du pneumogastrique supprime toute excitation anticipée d'origine nerveuse.

L'extra-systole ventriculaire et auriculaire se caractérise par l'existence d'un repos compensateur. A l'examen des jugulaires, on observe des ondes anticipées. L'auscultation du pouls veineux, conseillée par Josué, fournit également d'utiles renseignements. Elle sera pratiquée le malade couché à plat, sur le dos, la tête aussi basse que possible, et à l'aide d'un stéthoscope de deux centimètres de diamètre. Placé à droite, le médecin auscultera de l'oreille gauche la jugulaire droite entre les chefs sternal et claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien, ou suivant les cas, un peu en avant ou en arrière. La pression sera très douce pour éviter les bruits artériels et un silence absolu sera indispensable. Les bruits jugulaires seront identifiés par la palpation simultanée du pouls radial. Normalement, on entend trois bruits, rappelant un rythme de galop ; d'abord deux bruits très rapprochés correspondant, le premier à l'oreillette, le second au ventricule ; puis, un petit silence auquel succède un troisième bruit dû au claquement sigmoïdien ; enfin, un grand silence correspondant à la diastole et le cycle recommence. Ces trois bruits correspondent aux accidents principaux du phlébogramme.

L'extra-systole ventriculaire se traduit à l'auscultation jugulaire par l'apparition, après le troisième bruit, c'est-à-dire après le petit silence, d'un bruit anticipé dû à l'extra-systole et suivi d'un autre bruit dû à la contraction auriculaire inefficace. A ces bruits succède un silence prolongé en rapport avec le repos compensateur. L'extra-systole auriculaire se caractérise par ce fait que le dernier bruit de la révolution normale qui la précède est plus rapproché du premier bruit de la révolution cardiaque déclanchée par la contraction extra-systolique. Quant aux extra-systoles auriculo-ventriculaires, leur origine exacte ne peut être fixée que par l'emploi des méthodes graphiques et de l'électro-cardiographie.

Le *pronostic* des extra-systoles est très variable ; elles doivent toujours retenir l'attention quand il s'agit d'un jeune enfant ou d'un sujet qui approche de la cinquantaine. Dans la période intercalaire, elle est un symptôme d'une extrême fréquence et souvent d'une grande banalité. De toute façon, la constatation d'un trouble de cette nature doit entraîner un examen attentif de l'appareil circulatoire, car le pronostic découlera de cette enquête. La constatation d'un rétrécissement mitral, d'une symphyse cardiaque, d'une forte hypertension, donnera à l'extra-systole, surtout s'il s'agit d'un sujet antérieurement indemne, une signification fâcheuse, car elle sera l'expression d'une insuffisance cardiaque légère. Si l'examen est négatif, il faudra songer à la possibilité d'une myocardite à son début. Quand toute cause organique paraît devoir être écartée, et surtout s'il s'agit d'un sujet jeune, entaché de nervosisme, l'extra-systole sera considérée comme un phénomène banal sans valeur pronostique.

En résumé, l'extra-systole n'est qu'un symptôme d'orientation dont l'origine est très variable ; son pronostic dépend essentiellement des circonstances dans lesquelles elles survient.

a) *Tachycardie paroxystique.* — La tachycardie paroxystique est un trouble du rythme cardiaque dont l'origine se trouve dans un centre anormal d'excitation qui se substitue d'une façon transitoire au noyau sinusal. Ce centre hétérotope siège au-dessus du noyau de Tawara, à son niveau, ou parfois légèrement au-dessous.

La tachycardie paroxystique présente de grandes analogies avec l'extra-systole et se rencontre comme elle dans deux circonstances différentes : chez des sujets atteints d'une cardiopathie chronique, et en particulier d'un rétrécissement mitral qui entretient un état permanent d'hypertension dans l'oreillette ; souvent aussi, en dehors de toute lésion organique, chez

des sujets qui présentent un fonctionnement anormal des glandes à sécrétion interne et une grande instabilité du système neuro-végétatif. Les émotions, les troubles digestifs, le surmenage, les perturbations de la vie génitale : puberté, ménopause, sont susceptibles de déclancher les crises souvent précédées de phénomènes extra-systoliques. C'est à cette variété qu'on donnait autrefois le nom de *tachycardie paroxystique essentielle*, ou de maladie de Bouveret.

La crise de tachycardie paroxystique est très variable au point de vue de sa fréquence et de sa durée. Le *début* en est le plus souvent brusque,



FIGURE 5. — Tachycardie paroxystique auriculo-ventriculaire. L'accident P est perdu dans l'accident R. d'origine ventriculaire.

mais parfois aussi, elle est précédée de vertiges, de malaises, de gêne thoracique ; dans certains cas, elle s'annonce par des extra-systoles qui finissent par se masser pour constituer l'accès. Dans la variété la plus typique, le début est subit, le malade éprouve un choc intra-thoracique ; il a la sensation de quelque chose qui se décroche, puis immédiatement survient l'emballement du cœur qui bat à un rythme invariable pendant toute la durée de la crise. Le pouls atteint en moyenne 200 pulsations à la minute, parfois jusqu'à 300. A la palpation, on sent dans la région précordiale un ébranlement qui remplace le choc systolique ; à l'auscultation, on note des battements réguliers précipités, de caractère éclatant en raison de la vacuité relative du cœur. Le grand silence est très raccourci et l'on peut noter un rythme pendulaire ; les souffles organiques, s'ils existaient, ont disparu, la faible importance de l'ondée sanguine étant insuffisante à les produire.

La crise s'accompagne, quand elle se prolonge, d'un peu de fatigue, d'angoisse, de gêne respiratoire ; la face est pâle, angoissée, et l'on peut noter une répercussion dans tout le domaine du sympathique se traduisant par des troubles vaso-moteurs, digestifs, des phénomènes douloureux dans la région du plexus solaire, une polyurie nerveuse.

La fin de l'accès est généralement brusque, comme le début ; elle s'annonce par une sensation de choc intra-thoracique et le cœur reprend son rythme normal ; subitement, le malaise cesse et le malade retrouve son état de santé antérieur. Dans certains cas, après un court arrêt, le rythme tachycardique reprend et ce n'est qu'après plusieurs freinages que l'emballement du cœur cesse définitivement.

L'accès de tachycardie paroxystique a une fréquence et une durée variables ; l'accès peut être très court, durer quelques secondes ou quelques minutes ; se répéter à intervalles éloignés, ou à plusieurs reprises dans la journée. Ces accès passagers, à part leur incommodité, n'entravent pas l'activité du malade. Parfois la crise est plus prolongée ou tend à le devenir ; elle peut alors persister plusieurs heures et même plusieurs jours. C'est dans ces circonstances qu'on observe le surmenage du cœur et des signes d'insuffisance : dilatation cardiaque, hépatomégalie, oligurie, hypotension, et dans certains cas, thrombose cardiaque.

A côté de cette *tachycardie paroxystique totale*, dans laquelle l'accélération porte à la fois et d'une façon égale sur les oreillettes et les ventricules, il existe une *tachycardie partielle*, encore appelée *tachysystolie auriculaire* ou auricular flutter. Cette dernière se distingue de la précédente en ce que les contractions de l'oreillette sont beaucoup plus fréquentes que celles du ventricule. Le pouls peut se montrer relativement peu fréquent, rester régulier ; aussi, cliniquement, cette forme peut passer inaperçue. Le plus souvent cependant, le pouls est irrégulier. Les accès de la tachysystolie auriculaire ont plus de tendance que les accès de tachycardie totale à se souder, et généralementi, ls aboutissent à l'arythmie complète.

Le médecin est appelé à porter le diagnostic de tachycardie paroxystique dans deux circonstances différentes au *cours de l'accès*, ou en *dehors de la crise*. Dans le premier cas, le diagnostic est facile ; dans le second, on se basera uniquement sur les renseignements fournis par le malade. L'accès de tachycardie paroxystique, par le malaise qui l'accompagne, laisse toujours des souvenirs d'une précision telle qu'il est facile rétrospectivement de l'identifier, le diagnostic sera basé sur le mode particulier du début et de la fin ; sur le caractère paroxystique de la crise, sur la fréquence des battements pendant l'accès.

Le diagnostic sera complété par la recherche d'une lésion organique du cœur dont l'existence ou non est importante à retenir au point de vue du pronostic. Le médecin devra aussi se souvenir qu'au moment de l'accès, les signes orificiels peuvent disparaître et que l'examen doit être de préférence pratiqué dans l'intervalle des accès. Quant au siège exact du stimulus anormal, il ne peut être déterminé que par les méthodes graphiques et l'électrocardiographie. Ces méthodes sont également indispensables pour le diagnostic de la tachycardie auriculaire.

Le pronostic de la tachycardie paroxystique est étroitement lié aux causes étiologiques et dépend de la longueur des accès et de l'existence ou non d'une lésion du cœur. Associée à une lésion organique, elle aboutit plus ou moins rapidement à l'arythmie complète et à l'insuffisance

cardiaque. Dans le cas contraire, le pronostic est relativement bénin ; les accès évoluent pendant de longues années sans gravité ; ils peuvent s'espacer et même disparaître définitivement. Malgré tout, un sujet atteint de cette arythmie est exposé à une échéance plus ou moins lointaine à l'aggravation des accès et à l'insuffisance cardiaque, accompagnée d'arythmie complète.

E) ARYTHMIE COMPLÈTE. — Cette arythmie, désignée autrefois par l'expression imagée de *delirium cordis*, est une forme fréquemment observée. Le mécanisme en est complexe ; aux troubles de l'excitabilité s'associe une atteinte de la conductibilité et souvent aussi de la tonicité cardiaque. Dans ce trouble du rythme, on voit se substituer au noyau sinusal des centres d'excitation multiples, dont les stimuli pour la plupart s'interfèrent et se détruisent, et dont certains parviennent aux ventricules à des intervalles variables. Aussi, l'oreillette, au lieu d'être le siège de contractions coordonnées, se trouve dans un état de fibrillation dont le mécanisme n'est pas actuellement élucidé.

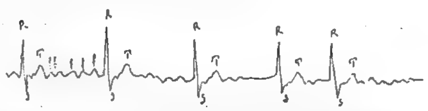


FIGURE 6. — Arythmie complète. Inégalité de l'amplitude et de l'espacement des accidents R. Disparition de l'accident P qui est remplacé par une série de fibrillations (f. f. f. f.)

L'arythmie complète s'observe chez l'adulte avec une grande fréquence, surtout chez les sujets atteints de lésions mitrales et de symphyse du péricarde, ou encore de myocardite scléreuse souvent associée à la sclérose artérielle ou rénale. Parfois on ne constate aucune lésion orificielle, mais il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents une ou plusieurs atteintes rhumatismales. Dans certains cas cependant, l'arythmie complète est *solitaire* et peut persister de longues années sans conséquence fâcheuse. La syphilis est souvent notée dans les antécédents de ces malades.

L'arythmie complète est caractérisée par une grande irrégularité du pouls et par une accélération moyenne de son rythme, qui se maintient généralement aux environs de 100 à 120 pulsations à la minute. Cette arythmie se traduit par une grande variabilité de l'amplitude des pulsations et de la pause qui les sépare, sans qu'il y ait entre elles un rapport quelconque, une pulsation faible pouvant suivre une pause prolongée. A l'examen du cœur, on retrouve le même irrégularité ; d'autre part, les souffles d'insuffisance se montrent inconstants et ne sont perceptibles qu'au cours des systoles efficaces ; les signes de la sténose mitrale sont atténués, car le roulement présystolique ne peut se produire en raison de l'asthénie auriculaire.

Quand l'arythmie complète est associée à une lésion organique du cœur, elle s'accompagne de signes plus ou moins nets d'insuffisance cardiaque : dans le cas contraire, les troubles fonctionnels sont nuls, car, contrairement à ce qui se passe dans la tachycardie paroxystique, le malade n'a pas conscience de l'agitation désordonnée du cœur.

L'évolution de cette arythmie est variable ; au début, elle revêt le plus souvent une allure paroxystique, sous forme d'accès plus ou moins prolongés ; cette période peut durer longtemps dans la forme solitaire ; dans le cas d'une lésion organique, au contraire, l'arythmie devient rapidement permanente.

L'arythmie complète est facile à reconnaître par les seules ressources de la clinique et l'arythmie extra-systolique est seule susceptible de prêter à erreur. Dans ce dernier cas, on se basera sur l'existence de séries de pulsations fortes et régulières ; sur la présence de pulsations faibles suivies d'un long repos compensateur terminé lui-même par une pulsation énergique. En cas d'arythmie complète, il n'existe aucun rapport entre l'énergie des pulsations et la longueur de la pause. Enfin, ce trouble du rythme est plus souvent associé à une lésion organique, et le pouls est plus ou moins accéléré, ce qui ne s'observe pas dans l'arythmie extra-systolique.

F) BRADYCARDIES. — Les bradycardies sont caractérisées par un ralentissement *partiel* ou *total* du cœur. Dans le premier cas, le ventricule seul est ralenti ; dans le second les oreillettes et les ventricules battent sur un même rythme. Le mécanisme de ces deux variétés est totalement différent ; la bradycardie totale résulte d'une atteinte organique ou fonctionnelle du pneumo-gastrique, depuis ses origines cérébrales jusqu'à sa terminaison au noyau sinusal ; la bradycardie partielle par dissociation relève au contraire d'une lésion organique du faisceau de His.

a) *Bradycardie totale.* — La bradycardie totale est acquise ou en apparence spontanée, et dans ce dernier cas très probablement congénitale.

1° *Acquise.* — La bradycardie acquise s'observe au cours de différentes infections ou se montre associée à une lésion du système nerveux. A cette forme se rattachent les bradycardies ictérique, digitalique, urémique, appendiculaire, ainsi que celles qui accompagnent une hémorragie cérébrale, une méningite, une tumeur du cervelet, etc.

2° *Spontanée ou congénitale.* — Cette variété est le plus souvent une trouvaille clinique ; c'est le pouls lent dit *physiologique*, qui est loin d'être rare et qu'on observe parfois chez plusieurs sujets d'une même famille.

Dans la bradycardie totale, le rythme est généralement peu ralenti et se maintient aux environs de 50 pulsations; d'autre part, il n'existe pas de troubles nerveux comparables à ceux qu'on observe dans la bradycardie par dissociation. Pour éviter les répétitions, les signes distinctifs de ces bradycardies seront envisagés plus complètement au diagnostic.

b) *Bradycardie par dissociation.* — La bradycardie par dissociation est également *acquise* ou *congénitale*, mais la première variété est de beaucoup la plus fréquente.

1° *Acquise.* — La forme acquise comporte deux variétés : l'une *aiguë*, passagère, observée au cours des maladies infectieuses telles que la diphtérie et le rhumatisme articulaire aigu à la suite de certaines intoxications par le strophantus et surtout la digitale. Il s'agit en général d'une dissociation incomplète, c'est-à-dire que le ventricule n'est que passagèrement indépendant de l'oreillette. Dans certains cas même, on note uniquement un retard de la conduction, un simple allongement du temps de propagation de l'excitation de l'oreillette au ventricule.

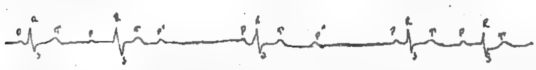


FIGURE 7. — Blocage auriculo-ventriculaire partiel. Les contractions auriculaires P' et P'' sont bloquées et ne s'accompagnent pas de contraction ventriculaire. L'espace P R de la 2e révolution cardiaque est augmenté de durée (trouble de conduction).

La *forme chronique*, encore appelée ralentissement permanent ou syndrome d'Adams-Stokes, est plus intéressante pour le praticien ; elle s'observe presque toujours à un âge avancé, entre 50 et 70 ans ; les causes principales sont le rhumatisme articulaire aigu, la syphilis qui peut intervenir par une gomme du faisceau de His ou par la propagation d'une lésion aortique ; les lésions scléreuses diffuses du myocarde.

Le *début* est souvent marquée par des accidents nerveux passagers (tels que vertiges, pertes passagères de connaissance) parfois précédés d'extra-systoles, d'accès de tachycardie traduisant un trouble de l'excitabilité.

Puis, sous l'influence du progrès de la lésion, le rythme ventriculaire autonome s'installe et la fréquence du pouls tombe à 30 ou 40 pulsations à la minute. Mais avant que la destruction du faisceau de His soit complète, le ventricule peut quelque temps encore rester sous l'influence du pneumo-gastrique dont l'action modératrice provoque des crises de *ralentissement paroxystique* ; le pouls peut dans ces circonstances n'atteindre que 10 ou 15 pulsations à la minute. Cette période est la plus grave, car l'ischémie cérébrale qui résulte de cette bradycardie extrême entraîne des accidents nerveux sérieux et parfois rapidement mortels. Le *vertige* en est la forme la plus bénigne, il se traduit par une simple obnubilation passagère ; la *syncope* est déjà plus grave ; parfois, dans les périodes de ralentissement considérable, on note des *accidents convulsifs* qui, par leur répétition, constituent un véritable état de mal, souvent mortel.

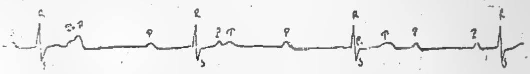


FIGURE 8. — Blocage auriculo-ventriculaire complet. Indépendance des accidents auriculaires P et des complexes ventriculaires.

Quand le malade sort de cette période dangereuse il entre dans la phase de ralentissement permanent. Dès lors, le cœur bat sur un rythme invariable qui lui est propre et qui n'obéit plus aux causes accélératives habituelles, efforts, émotions, fièvre. Le pronostic s'améliore, car la lésion est stabilisée, et le cœur libéré du pneumogastrique n'a plus à craindre les influences multiples susceptibles de solliciter son action.

2° *Congénitale.* — La bradycardie partielle congénitale est généralement découverte par hasard : il s'agit d'une affection familiale souvent héréditaire et qui paraît relever le plus souvent de la syphilis.

Le diagnostic du pouls lent est facile ; il est aisé de le distinguer d'un faux pouls lent extra-systolitique par l'auscultation du cœur, qui montre dans ce cas un rythme à trois temps. Quant à la nature exacte de la bradycardie, elle est également facile à préciser. La bradycardie totale se traduit par un ralentissement peu marqué : le pouls se maintient aux environs de 50 pulsations ; il obéit d'autre part à toutes les causes accélératrices, marche, émotions, fièvre, ainsi qu'aux épreuves de l'atropine et du nitrite d'amyle. L'épreuve de l'atropine, préconisée par François Franck, puis utilisée par Dehio et Vaquez, consiste à injecter un ou deux milligramme de sulfate d'atropine et à compter le pouls toutes les cinq minutes pendant environ une heure. L'épreuve du nitrite d'amyle conseillée par Josué repose sur l'effet accélérateur de cette substance. Le malade en respire V ou VI gouttes. En cas de bradycardie totale, ces deux épreuves sont suivies d'une accélération du pouls, la première après un délai variable, la seconde presque instantanément. Enfin, l'auscultation des jugulaires permet, dans la bradycardie totale, d'entendre régulièrement les trois bruits normaux de la révolution cardiaque.

En cas de bradycardie partielle, le pouls est plus ralenti, et le rythme à peu près invariable n'est pas influencé par les causes accélératrices dont nous venons de parler. Le malade présente ou a présenté des accidents nerveux plus ou moins graves. Enfin, l'auscultation des jugulaires permet d'entendre, entre les bruits d'origine ven-

triculaires, des bruits isolés dus à la contraction de l'oreillette. Le diagnostic de bradycardie par dissociation étant posé, on devra en rechercher la cause et toujours penser à la syphilis.

La bradycardie totale spontanée présente le pronostic le plus bénin : c'est une manière d'être beaucoup plus qu'un état pathologique ; par contre, la bradycardie par dissociation est toujours grave, surtout à la période de ralentissement paroxystique. A cette phase, les accidents nerveux peuvent entraîner la mort. Quand le ralentissement est permanent, le pronostic s'améliore, la bradycardie passe au second plan et le pronostic dépend surtout des lésions organiques associées.

G) Pouls alternant. — D'après Gravier, « l'alternance est un trouble qui consiste en ce que la réponse du muscle cardiaque aux excitations rythmiques qui lui parviennent régulièrement n'est pas uniforme comme normalement, mais a une valeur alternante ». Il en résulte ainsi une succession régulière de contractions fortes et faibles pratiquement équidistantes.

L'alternance cardiaque est relativement fréquente et se recherche de préférence au pouls. En raison de son pronostic sérieux, il est important de la mettre en évidence, ce qui d'ailleurs est facile dans la pratique médicale courante. D'après l'opinion la plus généralement admise, ce trouble serait la conséquence d'une débilité périodique de certaines fibres du myocarde.

Le pouls alternant se rencontre dans les cas où le myocarde est plus spécialement atteint, myocardites aiguës infectieuses et toxiques, affections cardio-artérielles, néphrite chronique, syphilis du cœur, myocardites primitives. Suivant les cas, la tension artérielle est élevée (affections cardio-artérielles) ou anormalement basse (myocardites aiguës, myocardites primitives).

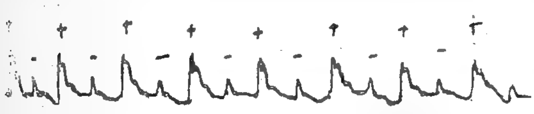


Figure 9. — Pouls alternant, + Pulsation forte — pulsation faible.

Le diagnostic de l'alternance est facile sans l'emploi d'une instrumentation spéciale. Quand elle est très nette, on peut la reconnaître par la simple palpation de l'artère ; cependant, le plus souvent il est utile, pour la rendre plus évidente, de comprimer de la main gauche l'artère humérale pendant que la main droite explore l'artère radiale. Sous une compression convenable qui influence davantage la contraction cardiaque débile, on distingue avec plus de netteté la contraction forte de la contraction faible. Le brassard du sphygmomanomètre remplace avantageusement la compression manuelle et, à l'aide de l'appareil de Pachon, on peut sur le cadran objectiver l'alternance qui se traduit par la succession régulière d'un indice oscillométrique alternativement ample et faible. La marche, un léger effort, peuvent également accentuer l'alternance.

L'alternance vraie est facile à distinguer de la fausse alternance ; dans ce cas en effet, l'auscultation du cœur révèle un rythme à quatre temps, tandis que dans l'alternance vraie, on note le plus souvent un bruit de galop qui traduit l'atteinte de la tonicité cardiaque.

Le pronostic de l'alternance est grave, sauf dans les cas où elle se montre très passagère. D'ailleurs, on la rencontre dans des circonstances qui par elles-mêmes comportent une signification des plus fâcheuses ; sa constatation ne fait ainsi que confirmer la gravité du pronostic. La syphilis étant un facteur fréquent de l'alternance, cette maladie sera systématiquement recherchée.

H) Traitement des arythmies.

a) *De l'extra-systole.* — Le traitement de l'extra-systole sera envisagé d'une façon différente suivant qu'il existe ou non une lésion organique du cœur. L'extra-systole banale des jeunes sujets entraîne souvent, comme nous l'avons vu, une grande inquiétude et même une réelle anxiété ; le médecin devra donc commencer par rassurer le malade en insistant sur le peu de gravité du trouble qui le tourmente ; il évitera de recourir aux toni-cardiaques, dont l'emploi, d'ailleurs inutile, aurait pour conséquence de fixer son attention, ce qui irait à l'encontre du but poursuivi. Dans ces circonstances, on conseillera avec avantage tout ce qui est capable de diminuer l'excitabilité cardiaque, c'est-à-dire une hygiène alimentaire rigoureuse, les valérianates, le repos moral. L'atropine, par son action accélératrice, donne souvent de bons résultats ; elle sera prescrite sous la forme d'extrait, de poudre ou de teinture de belladone. Le bromure, en particulier le sédobrol, le cratœgus, seront également recommandables. Le malade pourra d'autre part se livrer à un exercice modéré, mais éviter tout surmenage intellectuel et moral. Cette médication, faite surtout d'hygiène et de médicaments antinervins, ne sera pour le malade l'objet d'aucun soupçon et contribuera à le convaincre de la vanité de ses inquiétudes. Par contre, il faut que le médecin sache que cette variété de l'extra-systole est souvent d'une ténacité désespérante ; qu'elle évolue avec une extrême fantaisie et qu'à une échéance plus ou moins lointaine, elle peut aboutir à la tachycardie paroxystique.

L'extra-systole associée à une lésion organique traduit au contraire une légère défaillance cardiaque et justifie l'emploi d'une médication plus active. La conduite à tenir sera variable suivant

les cas; s'il s'agit d'un cardiopathie mitrale, on aura recours à la médication digitalique; si le malade est un hypertendu, en dehors d'une diététique sévère, le médecin prescrira la médication hypotensive (purgatifs, hypotenseurs). En résumé, car il est impossible d'envisager tous les cas particuliers, le but à poursuivre sera de diminuer le travail du cœur et d'accroître son énergie.

b) *De la tachycardie paroxystique.* — Le traitement se proposera de juguler l'accès et d'en empêcher le retour. Malheureusement, il faut reconnaître que dans la pratique, ce but est rarement atteint.

Au moment de l'accès, le médecin s'efforcera par différentes manœuvres de solliciter le rôle frénateur du pneumo-gastrique. Vaquez conseille la conduite suivante à laquelle il n'y a rien à ajouter :

1° Dès le début de l'accès, le malade doit s'allonger sur le dos en inspirant profondément et en restant le thorax distendu le plus longtemps possible.

2° Si la crise persiste, il prendra une boisson quelconque par petites gorgées ou de 10 en 10 minutes, et à trois reprises différentes, un cachet d'hypophyse de 0 gr. 15.

3° Si le médecin assiste à la crise, il pratiquera la compression du pneumo-gastrique droit à la base du cou.

4° Après 24 heures, si la crise persiste, le malade prendra à 10 minutes d'intervalle 4 cuillerées à soupe de sirop d'ipéca ou davantage, pour provoquer le vomissement.

5° Si tous les traitements échouent et si la crise se prolonge 3 ou 4 jours et s'accompagne des signes de la dilatation cardiaque, on aura recours aux toni-cardiaques, et de préférence à l'ouabaïne intra-veineuse.

En dehors de l'accès, le traitement s'efforcera d'atteindre la cause ; s'il s'agit d'une tachycardie nerveuse, le médecin recommandera une hygiène sévère, le repos, les valérianates ; l'opothérapie ovarienne sera indiquée si la puberté ou la ménopause paraissent intervenir. Dans les cas où il existe une lésion organique concomitante, la tachycardie paroxystique sera justiciable d'un traitement toni-cardiaque. La syphilis sera systématiquement recherchée.

c) *De l'arythmie complète.* — L'arythmie complète sera traitée d'une façon un peu différente, suivant qu'elle est solitaire ou accompagnée d'insuffisance cardiaque. Dans le premier cas, on prescrira le sulfate de quinidine d'emblée en procédant d'une façon progressive pour tâter la susceptibilité du sujet ; le premier jour, on prescrira une dose de 0 gr. 20 ; le second de 0 gr. 40, pour atteindre, le 3e jour, 1 gr. 20, dose qui sera maintenue pendant trois ou quatre jours ; ensuite, les doses seront dégressives, puis le traitement supprimé. La médication doit être fractionnée, répartie sur toute la journée, et poursuivie, le malade étant au lit et au régime lacto-végétarien.

Quand il existe de l'insuffisance cardiaque, il faut au préalable la traiter par une cure digitalique ; la quinidine ne sera prescrite que dans le cas où l'équilibre circulatoire est rétabli et le pouls ralenti par la digitale. Il y aura, d'autre part, intérêt à l'associer à la théobromine.

Sous l'influence du traitement et dans les cas favorables, surtout dans la forme solitaire, le rythme se ralentit, puis se régularise ; le résultat est généralement obtenu du 3e au 4e jour. Mais ces résultats sont transitoires ; aussi, pour les rendre durables il faut, si rien ne s'y oppose, continuer pendant longtemps la médication aux petites doses de 0 gr. 20, 0 gr. 40.

Dans les cas où la syphilis paraît en jeu, il y aura lieu d'instituer le traitement spécifique, mais à la condition qu'il soit prudent et rigoureusement surveillé.

d) *De la bradycardie.* — Le traitement de la bradycardie par dissociation est variable suivant la période à laquelle on l'observe. A la période de ralentissement paroxystique, quand le malade est aux prises avec les accidents nerveux dont nous connaissons la gravité, le but à poursuivre est de supprimer toute cause capable de solliciter l'action du pneumogastrique. Le repos et une bonne hygiène seront recommandés ; l'atropine sera prescrite en injection ou en ingestion, à la dose quotidienne de un demi-milligramme en surveillant la tolérance du malade. La sécheresse de la bouche, les troubles de la vue, indiquent la saturation et la nécessité de suspendre pendant quelques jours la médication. A cette période, la digitale est formellement contre-indiquée, car elle aurait pour conséquence d'aggraver le trouble de la conduction. La syphilis sera toujours recherchée et, même dans les cas où cette enquête reste négative, et surtout s'il s'agit d'un sujet relativement peu âgé, il y aura intérêt à recourir au traitement d'épreuve. A la période de ralentissement permanent, en dehors des prescriptions hygiéniques, on traitera l'insuffisance cardiaque si elle existe par les toni-cardiaques. L'emploi de la digitale n'est plus à redouter, car le ventricule est libéré de l'influence dangereuse du pneumogastrique.

Quant à la bradycardie totale, elle est sans valeur pronostique et ne comporte aucun traitement.

e) *De l'alternance.* — L'alternance est toujours le témoin d'une grosse insuffisance du cœur ; aussi nécessite-t-elle un traitement énergique par la digitale ou l'ouabaïne. Cette dernière médication est théoriquement plus indiquée, et pratiquement, elle donne souvent de meilleurs résultats. Elle

sera prescrite en injections intra-veineuses ou par ingestion. Dans le premier cas, elle sera administrée à la dose de 1 /4 de milligramme par jour pendant 4 ou 5 jours ; dans le second, à des doses variant de 1 à 4 milligrammes par jour pendant un temps variable suivant l'importance de la dose (8 à 10 jours pour les doses de un milligr. ; 3 à 4 jours pour les doses fortes). Les doses fortes seront fractionnées et données en plusieurs prises dans la journée. Au préalable, il y aura toujours intérêt à tâter la susceptibilité du sujet. D'autre part, il faut se rappeler qu'en thérapeutique cardiaque, il est souvent impossible *a priori* de savoir qu'elle sera la médication la plus favorable, la digitale ou l'ouabaïne. L'expérience seule indiquera au médecin la conduite à suivre et lui montrera que, dans bien des cas, l'association des deux médicaments est seule efficace.

Enfin, il ne faut pas oublier que la syphilis est dans certains cas à l'origine de l'alternance, qu'il est important de la rechercher et d'instituer, le cas échéant, un traitement approprié en le faisant précéder d'une cure toni-cardiaque.

G) Conclusions. — Cette étude élémentaire nous a donc montré que, dans la majorité des cas, le médecin, par les seuls moyens dont il dispose, est capable de reconnaître la nature d'une arythmie. Cependant, il aura toujours intérêt à demander un supplément d'information aux méthodes nouvelles, et plus spécialement à l'électrocardiographie qui lui apportera des renseignements que la clinique est impuissante à lui fournir. Le malade d'ailleurs souvent convaincu que seules, elles peuvent permettre l'exactitude du diagnostic et fixer l'opportunité du traitement, comprendra l'utilité de cette recherche.

La connaissance des arythmies nous a d'autre part appris que leurs manifestations, souvent bruyantes, empruntent en réalité leur signification aux lésions organiques associées dont le médecin peut apprécier la nature et mesurer la gravité. Enfin, cette étude nous à conduit à mettre en évidence l'importance étiologique de la syphilis et la nécessité de poursuivre à son sujet une rigoureuse enquête. Mais il faut savoir que dans la pratique, la conduite du traitement demandera une grande prudence, car il s'agit de sujets souvent atteints d'une insuffisance cardiaque ou cardio-rénale plus ou moins grave, et dont la tolérance à la médication sera parfois nulle ou très limitée. De ces enseignements divers, nous pouvons conclure que tout médecin est le plus souvent capable par la seule observation clinique de reconnaître la nature et la signification d'une arythmie, et en mesure de lui opposer le traitement rationnel dont elle est justiciable.

LA STÉRILITÉ FÉMININE

Le problème angoissant de la dénatalité, en France, reconnaît deux facteurs principaux : d'une part, la mort prématurée d'un trop grand nombre d'enfants en bas âge ; d'autre part, l'absence de procréation dans une forte proportion de ménages. Celle-ci est souvent volontaire. Si elle n'échappe pas complètement à l'action du médecin, la stérilité volontaire est d'ordre philosophique ou sentimental, et ce sont surtout des raisons sentimentales ou philosophiques qui doivent être employées pour la combattre.

La stérilité involontaire est, par contre, d'ordre physio-pathologique ; elle appartient en propre à la médecine. Elle peut être le fait de l'homme. Elle est fréquemment le triste apanage de la femme. C'est d'elle seulement qu'il sera question ici.

Les causes de la stérilité féminine sont nombreuses. Elles peuvent être classées de la façon suivante :

1° Causes morphologiques ;
2° Causes organiques ;
3° Causes mécaniques ;
4° Causes inflammatoires ;
5° Causes biologiques.

Causes morphologiques. — Relativement rares, elles sont essentiellement caractérisées par l'*absence* ou l'*anomalie* de certains organes de l'appareil génital. Leur rareté même ne permet de les considérer que comme des curiosités qui ne méritent qu'une simple mention. Certaines anomalies cependant sont justiciables d'une intervention efficace ; bien que d'origine congénitale, elles seraient mieux placées dans la classe des causes mécaniques. J'y reviendrai.

Causes organiques. — Ce sont les tumeurs des organes génitaux, et, en particulier, les *kystes de l'ovaire* et les *fibromes utérins.*

Les kystes ovariens sont habituellement unilatéraux. Leur extirpation, qui est du domaine de la grande chirurgie, est une opération que pratiquent couramment les gynécologues. C'est, en général, une opération à pronostic favorable. L'essentiel est de conserver l'ovaire sain, qui pourra être le *primum movens* de grossesses ultérieures.

Les fibromes, quand ils ne sont pas trop volumineux, ne sont pas incompatibles avec la grossesse. Mais ils interviennent souvent pour l'interrompre, à moins qu'ils ne soient, au moment de l'accouchement, une cause de dystocie, qui compromettra plus ou moins irrémédiablement la vie du fœtus.

On a vu cependant, malgré l'existence de tumeurs fibreuses, des grossesses menées à terme sans complication et achevées par un accouchement normal, soit qu'il s'effectue spontanément, soit qu'une application de forceps suffise à le terminer. Il faut savoir toutefois que l'extirpation d'un fibrome utérin chez une femme enceinte, dans la majorité des cas, permet à la grossesse de suivre son cours. En pareil cas, pour décider de la conduite à tenir, il y a un intérêt primordial à faire examiner la femme simultanément par un chirurgien et par un accoucheur.

Causes mécaniques. — Elles sont relativement nombreuses, et se rencontrent surtout aux étages inférieur et moyen de l'appareil génital.

Pour exceptionnel que cette anomalie apparaisse, un *hymen imperforé* peut subsister, en dépit du mariage et des rapports sexuels. Le *Journal des Praticiens* en a rapporté, sous la signature du Dr Leplat (19-1-24), un cas bien curieux, dans lequel l'hématocolpos, qui est la conséquence inévitable de cette imperforation de l'hymen, n'était devenu apparent que d'une façon tardive, après que la femme était mariée depuis longtemps déjà. Chose inimaginable, la copulation se faisait dans la vessie, à travers le court canal de l'urètre largement dilaté. Et fait digne de remarque, les deux époux ne s'en plaignaient pas, au contraire...

Exceptionnel également est l'hymen d'une élasticité telle qu'il n'est pas rompu lors des premiers rapprochements, mais qu'il se laisse refouler par l'organe copulateur qu'il coiffe à la manière d'un doigt de gant, — disons, si vous le préférez, d'un condom. Il s'agit, là, d'une tricherie dont la Nature est seule responsable.

Je n'ai pas besoin de m'appesantir sur le remède que réclament ces anomalies, et qui est à la portée de tout praticien averti.

L'*atrésie du col utérin*, atrésie primitive, est un obstacle à la fécondation, les spermatozoïdes, en dépit de leur subtilité, ne pouvant franchir la barrière qui leur est ainsi opposée. On aura recours, en pareil cas, soit à la dilatation progressive avec des bougies d'Hégar, soit, ce qui donne de meilleurs résultats, à une petite opération connue sous le nom de stomatoplastie.

Les *déviations utérines* figurent au nombre des causes mécaniques de la stérilité. Dans les *antéversions*, quand le corps utérin a basculé en avant, le col, par contre, se porte en arrière et se cache pour ainsi dire dans le cul-de-sac postérieur, dans des conditions telles que la semence fécondante ne peut l'atteindre ni le baigner.

L'*antéflexion* et la *rétroflexion*, en coudant exagérément le corps utérin sur la région du col, constituent également un obstacle à la fécondation. Cet obstacle, à vrai dire, n'est pas absolument insurmontable, et la grossesse n'est pas impossible, chez les femmes qui sont atteintes de ces malformations, congénitales ou acquises. Elles n'en expliquent pas moins la stérilité dont ces femmes sont souvent atteintes. Aussi doit-on, quand on les constate, chercher à y remédier. On peut essayer, médicalement, de redresser manuellement l'utérus, en pratiquant le massage de l'organe. Malgré la défaveur dont il est actuellement l'objet, le pessaire de Hodge, en étain malléable, serait capable, au dire de certains auteurs, de contribuer à maintenir un utérus, dont la rétroflexion a été réduite, en bonne position.

Mais il semble que le traitement de ces affections soit plutôt du domaine de la chirurgie. L'hystéropexie, qui fixe la paroi antérieure de l'utérus à la face interne de la paroi abdominale, compte de nombreux détracteurs. En tout état de cause, elle n'est pas à conseiller chez les femmes jeunes, en raison de la gêne qu'elle apporterait au développement de l'utérus gravide, d'où l'interruption de la grossesse pourrait résulter ; et de la dystocie certaine qui compliquerait l'accouchement, à supposer que la grossesse ait pu être menée jusqu'à terme. Le raccourcissement des ligaments ronds est l'opération d'élection. Deux procédés le réalisent : celui d'Alquié-Alexander, qui intervient extérieurement, par le canal inguinal. Celui de Doléris, qui comporte l'ouverture du ventre, et permet au chirurgien de voir ce qu'il fait.

Causes inflammatoires. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles intéressent tous les étages de l'appareil génital. Ce sont d'abord les *vulvo-vaginites*, qu'elles soient d'origine gonococcique, ou qu'elles procèdent d'une exaltation de virulence des saprophytes du vagin.

L'acidité des sécrétions pathologiques, qui, normalement, sont alcalines, tue les spermatozoïdes.

Le traitement comprend, en dehors du repos au lit, tout au moins au début, les grandes injections vaginales avec de l'eau bouillie chaude, additionnée, soit de permanganate de potasse (4 p. 1000), soit de perborate de soude (15 gr. p. 1000), soit encore de 15 gr. d'un mélange à parties égales de perborate de soude et de bicarbonate de soude, soit enfin, d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque. Les injections seront prises dans le décubitus horizontal, sous basse pression, le bock n'étant pas placé à plus d'un mètre au-dessus du plan du lit.

En outre, il sera bon de maintenir les parois vaginales écartées l'une de l'autre, au moyen de bourdonnets de coton hydrophile, imprégnés d'une pommade à la résorcine (1 p. 15) ou à l'icthyol (0,50 p. 15). Une bande de gaze introduite lâche dans le vagin fera souvent mieux que les tampons.

Dans certaines formes tenaces, il y aura avantage à badigeonner la muqueuse vaginale avec

de l'alcool iodé, ou une solution de nitrate d'argent (1 %.), ou d argyrol (15 %).

La *métrite du col* de l'utérus, par la congestion de la muqueuse qui l'accompagne et par le bouchon de sécrétion acide qui en remplit la lumière, s'oppose, dans le plus grand nombre des cas, à la fécondation. Elle s'accompagne assez souvent d'exulcérations et de développements kystiques aux dépens des œufs de Naboth. Elle est d'un diagnostic facile, mais son traitement est long et demande des soins assidus. En dehors des injections chaudes (40° au maximum), pratiquées comme précédemment, on commencera par essayer l'action décongestionnante de la glycérine, sous la forme, soit de tampons imprégnés d'une mixture glycérinée icthyolée, soit, mieux encore, sous la forme d'ovules ou de tampovules. Ces applications déterminent, en effet, une véritable saignée blanche, au niveau du museau de tanche, et sont, de ce fait, nettement antiphlogistiques. Si les lésions sont plus marquées, on utilisera des badigeonnages locaux avec de la teinture d'iode, du thigénol, de la glycérine créosotée, du bleu de méthylène... Les cautérisations du col ont leurs partisans, et leurs détracteurs. Les premiers ont recours au caustique de Filhos, et déclarent s'en bien trouver. L'essentiel, si l'on emploie cette médication, est d'agir prudemment de manière à éviter les atrésies cicatricielles du col. Des scarifications du col ont aussi leurs avantages, en ce qu'elles le décongestionnent, en même temps qu'elles ouvrent les kystes cervicaux. Enfin, en désespoir de cause, il sera parfois indiqué de s'adresser au chirurgien, qui pourra faire l'amputation du col malade, suivie d'une restauration plastique.

La *métrite du corps*, ou endométrite est aiguë ou chronique. Elle a pour cause, soit une infection post-puerpérale, soit une infection gonococcique, soit enfin une rétention de débris placentaires.

Dans les formes aiguës, en dehors d'applications de glace sur le ventre, on procèdera au curage digital quand le post partum sera en cause. Le type blennorragique cède souvent aux seuls moyens médicaux. Si la situation s'aggrave, la parole appartient au chirurgien, qui pourra être amené à pratiquer une hystérectomie.

Dans les formes chroniques, le curettage demeure l'intervention de choix, quand la métrite prend la forme hémorragique. Autrement, l'application dans la cavité utérine dilatée des topiques signalés plus haut suffira souvent à amener la guérison.

Les trompes, et aussi l'ovaire, participent enfin souvent aux processus inflammatoires de l'appareil génital. Aiguës, si elles ne cèdent pas aux moyens médicaux, les *salpingo-ovarites* réclament l'intervention chirurgicale. Chroniques, elles ne sont pas fatalment justiciables d'une opération mutilante, qui laisse la femme à jamais castrée. Le repos bien compris, le massage gynécologique, certaines cures thermales (Luxeuil, Saint-Sauveur, Salies-de-Béarn), sont capables de faire fondre les exsudats inflammatoires dont ces organes sont le siège.

Enfin, et J.-L. Faure le rappelait précédemment, la vaccinothérapie paraît appelée à donner, dans ces cas, des résultats très encourageants, et à restreindre de plus en plus le domaine de la chirurgie abdominale.

Causes biologiques. — Sous ce nom, je désigne les stérilités qui sont dues à des *dystrophies* des organes génitaux, et surtout à des *insuffisances fonctionnelles.*

L'utérus peut demeurer infantile ou pubescenl. Les ovaires peuvent être de dimension réduite. La fonction ovarienne peut s'exercer dans des conditions défectueuses, soit que l'ovaire soit seul en cause, soit que l'état général retentisse sur l'appareil génital comme dans le syndrome adiposo-génital. En ce cas, ce sont les endocrines qui doivent être incriminées.

Cliniquemenl, ces états se manifestent par de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, des irrégularités menstruelles.

Il semblerait que, dans un grand nombre de cas, l'hérédo-syphilis soit responsable de ces états. D'où l'indication de rechercher systématiquement la spécificité en recourant aux méthodes modernes (réaction de B. W.). Si le résultat de ces recherches était positif, il est évident qu'il serait indiqué de prescrire le traitement antispécifique. A plus forte raison, si, au lieu d'hérédo-syphilis, l'examen clinique et sériologique révélait une syphilis acquise.

Sous cette réserve, le traitement de la stérilité due aux causes biologiques comporte le massage gynécologique, l'usage des eaux thermales dont nous avons parlé, certains exercices, tels que l'équitation, et surtout l'opothérapie, pour laquelle on mettra en œuvre soit l'extrait d'ovaire, soit l'association ovaire, thyroïde, hypophyse. C'est l'association triglandulaire qui est en passe de devenir classique.

De modernes travaux préconisent l'essai éventuel de l'opothérapie hétérologue, dans laquelle la thyroïde et l'hypophyse sont associées au testicule

Certains accoucheurs, le professeur Pinard en tête, recommandent aussi comme restaurateur de l'aptitude à concevoir le régime lacté absolu pendant plusieurs mois.

Telles sont, brièvement exposées, les notions les plus récentes sur le traitement de la stérilité. Nous n'oublierons pas toutefois qu'en ce qui concerne les causes inflammatoires de la stérilité, il y a une place prépondérante pour la prophylaxie. Puisque ces inflammations sont le plus souvent d'origine vénérienne, c'est par la lutte

anti-vénérienne qu'il faut les combattre, ou mieux les prévenir.

Il y a, actuellement, une vaste mouvement déclanché en ce sens. Il a déjà porté ses fruits, au moins pour ce qui regarde la syphilis, qui est nettement en voie de décroissance, à telles enseignes qu'à l'hôpital Saint-Louis, il devient très difficile de découvrir le tréponème dans les sécrétions et les exsudats des lésions des nombreux malades qui fréquentent les consultations de cet établissemeil.

La blennorragie doit subir le même sort, si des mesures opportunes sont prises. Parmi ces mesûres, je signalerai l'avantage qu'il y aurait à intéresser les prostituées professionnelles à la prophylaxie anti-vénérienne, ainsi que vient de le préconiser M. Saint-Paul, dans un article récent du *Progrès médical.* Mais les plus grands ravages sur ce terrain sont causés par la prostitution clandestine. C'est à elle qu'il est indispensable de s'attaquer. Un projet de loi récemment déposé au Parlement assimile la communication d'une maladie vénérienne aux coups et blessures par imprudence, et la rend passible des mêmes pénalités, sans préjudice des réparations civiles qui pourraient être demandées.

Sans doute parviendra-t-on ainsi à restreindre de plus en plus le cadre de la vénéréologie.

Ce jour-là, un pas gigantesque aura été fait dans le traitement préventif de la stérilité féminine (1).

G. Duchesne.

QUELQUES ERREURS A EVITER DANS LA PRATIQUE JOURNALIÈRE CONCERNANT LES NOURRISSONS ET NOTAMMENT LEUR DIÉTÉTIQUE

Par le Dr Georges Schreiber.

Ancien interne des Hôpitaux ; ancien chef adjoint de clinique médicale infantile.

Ces quelques lignes n'apprendront peut-être rien à beaucoup de mes confrères — surtout aux jeunes qui ont pu bénéficier des stages spéciaux de puériculture et de pédiatrie imposés par la Faculté. Cependant, comme elles visent des erreurs que j'ai pu relever personnellement en diverses circonstances et à plusieurs reprises, je ne crois pas inutile de les signaler.

Ne donnez sous aucun prétexte votre assentiment à la séparation prématurée d'une mère et de son enfant. — Je viens de voir dans la même semaine deux bébés, l'un âgé de quarante-cinq jours, l'autre de trois mois, que leurs mères ont eu la folie de placer en nourrice — le deuxième jour après leur naissance ! Tous deux sont dans un piteux état et ont bien peu de chance de survivre. Les parents du premier se lamentent parce qu'ils désiraient ardemment cet enfant, qui est leur premier-né après sept ans de mariage. S'ils avaient su.... !

L'accouchement a été effectué par un médecin compétent et dévoué, mais qui n'a pas suffisamment mis les parents en garde contre la responsabilité terrible qu'ils encouraient.

Ne facilitez pas trop le placement des nourrissons dans des pouponnières ! — Il ne s'écoule guère de semaine sans qu'un de mes confrères ou quelque personne charitable bien intentionnée ne me demande une recommandation pour faire admettre dans une pouponnière un bébé... qui, souvent, n'est pas encore né !

Je suis loin d'ignorer les difficultés qu'éprouvent certaines mères à garder leur enfant, parce qu'elles sont domestiques, parce qu'elles sont boutiquières, parce que le logement n'est pas chauffé, etc., etc., mais ces difficultés dans une bonne moitié des cas ne sont pas insurmontables. Or, c'est être complice d'une mauvaise action que de supprimer le sein définitivement et la mère momentanément, s'il est un moyen quelconque de l'éviter.

En pareille circonstance, je demande toujours à avoir un entretien avec la mère avant de placer l'enfant. Je lui explique que la pouponnière la mieux organisée et surveillée n'est pas l'institution idéale qu'elle imagine ; qu'elle vaut mieux sans doute que le placement chez une éleveuse ignorante, inconnue et appointée au rabais ; mais que les dangers pour l'enfant demeurent très grands. Après ce préambule, j'envisage avec elle les causes qui motivent la séparation, puis les moyens de l'éviter s'il s'agit d'une femme indigente : obtention d'un secours (prime d'allaitement), placement de la mère et de l'enfant dans un asile d'allaitement ; travail provisoire à domicile, etc. ; s'il s'agit d'une femme relativement aisée, ce qui est souvent le cas : engagement temporaire d'une bonne à la maison ou d'une employée au magasin, etc. J'insiste sur l'immense avantage que présente l'allaitement au sein pendant les trois ou quatre premiers mois pour que l'enfant vive d'abord, pour qu'il jouisse d'une bonne santé ensuite (le fils sera plus robuste, plus travailleur ; la fille plus belle, plus facile à marier). Les arguments varient suivant chaque cas particulier ; mais on arrive souvent à obtenir gain de cause. Cela en vaut la peine.

Ne donnez pas du lait trop coupé. — Il m'arrive de temps à autre de rencontrer des bébés de 2 mois, de 3 mois même, nourris d'une façon prolongée avec

(1) Pour la rédaction de ce travail, je me suis largement inspiré de l'ouvrage de M. J. Batuaud, intitulé : La stérilité féminine. Ses causes. Son traitement, auquel je renvoie le lecteur. (Chez O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.)

du lait de vache coupé par moitié sans raison bien valable ou parce qu'ils présentent quelques légers troubles digestifs. On a souvent tendance à exagérer le coupage du lait avec de l'eau sucrée, au détriment de l'enfant, de la sorte sous-alimenté. Coupez, si vous voulez, le lait de vache, par moitié pendant les 10 ou 20 premiers jours, par tiers pendant le restant du premier mois et pendant le deuxième ; par quart pendant les troisième, quatrième et cinquième mois, ou mieux encore, ajoutez à la quantité de lait de chaque biberon progressivement croissante (de 25 grammes au 10e jour à 110 grammes au 5e mois), une dose fixe de 30 grammes d'eau bouillie, sucrée à 10 pour 100 avec du sucre en poudre ordinaire. Le coupage sera ainsi réduit automatiquement, et à partir du sixième mois vous donnerez du lait pur. Mais, n'oubliez pas que, souvent dans les grandes villes le lait est déjà coupé avant d'être livré à domicile et fixez les rations en tenant compte de la courbe du poids de l'enfant.

N'alimentez pas les enfants dès la naissance avec de la farine lactée ou avec un produit similaire. Les farines lactées, préparées à l'eau, peuvent être recommandées à partir du sixième mois, en remplacement d'une ou plusieurs tétées ; à partir du septième, elles peuvent être données au même titre que les bouillies ; mais elles ne doivent pas être administrées au nourrisson normal comme aliment exclusif et à moins d'indications spéciales et limitées, elles ne doivent pas être prescrites avant le sixième mois.

Les farines lactées données trop tôt peuvent produire la *dyspepsie des féculents* par suite d'une insuffisante digestion des matières amylacées avec production abondante d'acides gras qui irritent l'intestin et entretiennent les fermentations. Cliniquement, la dyspepsie des féculents débute par une phase de constipation, mais ensuite, on peut voir apparaître une diarrhée plus ou moins abondante avec des crises abdominales douloureuses, du ballonnement et une légère élévation de température. Cette affection bénigne chez les nourrissons âgés et facilement curable, par la suppression ou la restriction des aliments amylacés, est souvent très grave pendant les premiers mois de l'existence.

Les farines lactées administrées trop tôt et d'une façon exclusive sont, en outre, anémiantes, rachitigènes et souvent elles engendrent du scorbut infantile.

Considérez le lait surchauffé homogénéisé comme un bon lait..... mais médicamenteux. — Les laits homogénéisés et stérilisés industriellement de bonne marque ont connu une vogue justifiée et ils rendent chaque jour de précieux services, bien que leur emploi soit actuellement plus restreint par suite de la vulgarisation des laits condensés sucrés et des laits en poudre.

Les laits homogénéisés et surchauffés sont des laits très purs et plus faciles à digérer que le lait de vache ordinaire, mais ce sont des *laits morts*, privés de germes nocifs, mais aussi de tous éléments utiles, entre autres de vitamines. Pour cette raison, en dehors de l'allaitement mixte, on devra en réserver l'emploi aux enfants présentant des troubles de la digestion et de la nutrition.

Les laits homogénéisés sont à considérer comme des *laits médicamenteux* dont l'administration exclusive ne doit pas être prolongée au-delà de quelques semaines sous peine d'exposer l'enfant aux atteintes du *scorbut*. Au cas où on serait amené à transgresser cette règle, on ne manquera pas de prescrire simultanément un peu de jus d'orange, de citron ou de raisin, pour suppléer à l'absence des vitamines indispensables à l'organisme.

N'abusez pas de la diète hydrique. — La diète hydrique rend des services chez le nourrisson, mais très souvent, il m'est arrivé de constater que ses indications ont été démesurément étendues et que son maniement était critiquable (1). La diète hydrique, — il ne faut pas l'oublier — est une arme à double tranchant : elle favorise l'élimination des toxines formées dans le tube digestif en même temps qu'elle supprime l'apport de toxines et de germes ; elle compense la déshydratation des tissus consécutive aux diarrhées profuses et calme la soif qui en résulte ; elle permet ainsi à l'organisme de se débarrasser des substances nocives qui l'encombrent en réduisant les *inconvénients d'une suspension alimentaire totale*.... mais, en même temps, elle entretient ou aggrave la dénutrition et diminue les moyens de défense naturels de l'enfant. En raison de sa simplicité, la diète hydrique est très *facilement ordonnée et nombre* de médecins la prescrivent dès que l'enfant présente le moindre trouble diarrhéique... même lorsqu'il s'agit d'une diarrhée verte chez un nourrisson au sein, affection très commune et presque toujours inoffensive.

La diète hydrique appliquée pendant 12 à 24 heures n'est pas nuisible, quand bien même elle serait superflue. Malheureusement, il arrive souvent que le médecin — ou la famille en dehors de lui — poursuivent pendant plusieurs jours et parfois plusieurs semaines le même régime hydrique absolu ou relatif (bouillon de légumes, eau de riz), alors qu'un régime de digestion facile, mais beaucoup plus nourrissant eût été très bien accepté par l'enfant. Le médecin doit connaître le maniement des aliments de transition entre la diète hydrique et le régime normal et il doit en faire un usage beaucoup plus large dans la pratique courante. Le *lait condensé sucré* ou *le lait sec demi-écrémé* dilués dans de l'eau bouillie bien chaude ou dans de l'*eau de riz*; les *bouillies maltosées de régime*, pour ne citer que des produits ayant de nombreux succès à leur actif, peuvent être prescrits d'emblée

(1) Georges SCHREIBER. — Les abus de la diète hydrique chez le nourrisson. *La Consultation*, juin 1923.

Les dangers des restrictions alimentaires excessives chez le nourrisson malade. *Le Monde Médical*, 15 janvier 1924.

dans bien des cas ou après une diète hydrique ne dépassant pas 12 ou 24 heures.

Méfiez-vous en été du lait de vache naturel, surtout lorsque le nourrisson a moins de six mois.

La multiplication des bactéries dans le lait — excellent milieu de culture — s'effectue avec une extrême rapidité, particulièrement durant les grandes chaleurs. En quelques heures, le lait peut devenir nocif, et il suffit que l'enfant en ingurgite une très faible dose pour être infecté et intoxiqué.

Un nourrisson élevé *exclusivement* au sein est à l'abri du choléra infantile, dit le professeur Marfan. Comme il est très difficile, *même dans les pays de production laitière,* d'exercer un contrôle sévère et journalier, sur la façon dont le lait est trait, transporté, manipulé et conservé, je considère qu'il est sage — tout au moins en plein été et durant le premier semestre de la vie — de prescrire comme aliment normal à défaut du sein, soit du lait en poudre, soit du lait condensé sucré de bonne marque. Pour ma part, j'agis ainsi systématiquement depuis quelques années et n'ai pas à m'en repentir.

Ne vaccinez pas un enfant atteint d'eczéma ou d'impétigo. — Dans les maternités, on vaccine les enfants dans les jours qui suivent la naissance, parce qu'on les a sous la main. Encore évite-t-on de vacciner les bébés prématurés ou débiles. En ville, à moins d'une épidémie de variole, il est sage d'attendre le troisième mois, car on a plus de chance ainsi d'avoir un résultat positif dès la première inoculation.

Cette règle, toutefois, ne doit pas être appliquée d'une façon immuable. Toute affection aiguë, tout trouble digestif tant soit peu persistant, constituent une contre-indication momentanée de la vaccine. En outre, on se gardera bien de vacciner un enfant présentant des lésions cutanées, notamment de l'eczéma ou de l'impétigo. En pareil cas, en effet, on risque de voir se produire une vaccine généralisée ou des accidents lymphangitiques ou phlegmoneux.

Ne recommandez pas les bains pour traiter l'eczéma. — En macérant l'épiderme, l'eau entretient ou prolonge l'eczéma. Il faut mouiller le moins possible les parties malades. Ce que l'on peut recommander pour calmer l'irritation, ce sont de simples lotions ou des attouchements très légers pratiqués deux ou trois par jour, avec de l'ouate imbibée d'une solution de *coaltar saponiné* étendu de deux ou trois fois son volume d'eau bouillie tiédie. Ensuite, pour faciliter la dessiccation et diminuer le prurit, on pourra recommander l'application soit de poudres inertes, soit d'une pâte à l'eau contenant à parties égales de l'oxyde de zinc, du talc, de la glycérine à 30°, et de l'eau. Si l'eczéma est croûteux, on commencera par faire tomber les croûtes à l'aide de pansements vaselinés, ou de cataplasmes de fécule de pommes de terre appliqués à froid et laissés à demeure quelques heures.

Ne prescrivez pas de bains de tilleul. — Le *tilleul* est devenu très cher et, d'autre part, il n'a jamais augmenté la valeur sédative d'un bain. Le bain ordinaire à 36° exerce à lui seul une action calmante sur le système nerveux, surtout s'il est donné d'une façon prolongée : dix, quinze, vingt minutes et davantage, suivant l'âge de l'enfant et la nature de l'affection. Si vous tenez au tilleul, faites-le boire dans des tasses ; n'en remplissez pas inutilement une baignoire.

N'abusez pas du cataplasme sinapisé. — Dès qu'un enfant tousse, il est de règle dans beaucoup de familles d'appliquer sur la poitrine un cataplasme sinapisé *bien chaud.* Si l'enfant crie au cours de l'application, c'est signe que le cataplasme produit son effet. Malheureusement, dans un très grand nombre de cas, l'enfant crie tout simplement parce qu'il est brûlé. Les cicatrices thoraciques par brûlures produites dans ces conditions sont d'observation journalière. L'efficacité du cataplasme contre la bronchite et la broncho-pneumonie est possible, mais douteuse ; *ses dangers sont certains.* Aussi, est-il sage de ne pas considérer le simple cataplasme à la farine de lin comme un agent thérapeutique inoffensif et d'en réserver l'emploi à des cas bien déterminés. Très souvent, il suffit d'ordonner des frictions thoraciques avec un linge imbibé d'huile camphrée. Si on tient au cataplasme, on devra recommander avec le plus grand soin *de ne pas l'appliquer trop chaud.* On évitera ainsi aux tout petits bien des souffrances inutiles.

N'abusez pas des lavements dans les entérites. — Les lavages d'intestin, pratiqués à l'aide d'une sonde molle introduite à 10 ou 15 centimètres dans le rectum peuvent rendre des services, surtout si l'on utilise un liquide peu irritant pour la muqueuse intestinale : eau salée à 7 pour 1.000, décoction de racines de guimauve ou de graines de lin. Lorsque les selles sont très putrides, on peut également avoir intérêt à recourir *momentanément* à l'injection d'une solution antiseptique faible (borate de soude, eau oxygénée, etc.), mais les lavements administrés une ou plusieurs fois par jour d'une façon prolongée entretiennent souvent l'entérite au lieu de la guérir. La recherche de la cause et son traitement, la prescription détaillée d'une diététique bien réglée (régime féculent le plus habituellement, bouillies maltosées, lait condensé sucré ou lait sec écrémé dilués dans l'eau de riz, etc., etc.), sont beaucoup plus importantes et plus efficaces que les entéroclyses les plus savantes. Si l'on veut agir directement sur la muqueuse, il est souvent plus avantageux d'ordonner du sérum physiologique salé ou du sérum glucosé en *goutte-à-goutte* intrarectal (1), soit en utilisant un petit appareil spécial, soit en se servant d'un bock ordinaire sur le tube duquel on interpose une pince de Mohr réglée de manière à obtenir un écoulement d'une goutte toutes les trois ou quatre secondes.

---

(1) Georges SCHREIBER. — Deux médications efficaces contre les entérites rebelles. *Le Monde médical,* avril 1919.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES SAGES-FEMMES

Leur rôle dans la Société moderne. Réformes désirables.

Encore qu'il y ait trop souvent antagonisme entre le médecin et la sage-femme, les deux carrières ont de tels points de contact ; elles sont, dans le domaine de l'obstétrique, tellement identiques, qu'il n'est pas possible que le Corps médical se désintéresse du sort des accoucheuses et de leur rôle dans la société moderne.

Il ne peut s'en désintéresser, d'abord parce que les sages-femmes sont souvent les collaboratrices des médecins, et que leur profession, tout comme la médecine, est une profession essentiellement libérale. C'est le côté direct de la part active qu'il doit prendre pour obtenir que la qualité des soins qu'elles donnent soit aussi parfaite que celle de ses propres interventions.

Il ne peut s'en désintéresser, parce que, s'il restait indifférent aux mesures de réglementation à outrance qui sont projetées, s'il avait la faiblesse de laisser forger les chaînes qui entraveraient leur liberté et leurs indépendance professionnelles, il serait exposé, ce premier pas fait, à se voir menacé un jour des mêmes entraves. C'en est le côté indirect et répercussif.

C'est pour ces raisons que nous entreprenons, aujourd'hui, cette étude.

***

Il faut avoir le courage de le reconnaître et de le proclamer, la discussion qui s'est poursuivie pendant de longs mois, à l'Académie de médecine, a revêtu trop fréquemment la forme d'un véritable réquisitoire contre les sages-femmes, prises dans leur ensemble. Elles y ont proprement fait figure d'accusées, et, ce qu'il y a de fâcheux, c'est qu'elles n'étaient pas là pour se défendre.

A vrai dire, elles ne sont pas restées muettes au cours de débats qui ont été parfois passionnés, et leurs groupements professionnels ont élevé des protestations fortement motivées, devant lesquelles il n'est pas possible de ne pas s'incliner, tellement sont puissants les arguments dont elles ont fait état, tellement ces arguments pourraient être invoqués très opportunément par les médecins, s'ils se trouvaient dans la même situation.

Mais, jusqu'à présent, ces protestations ne sont pas sorties d'un cercle relativement limité, et nous ignorons trop les moyens de défense, — je ne trouve pas d'expression meilleure dans la circonstance, — qu'elles ont invoqués pour riposter aux attaques dont elles étaient l'objet.

Aussi, le *Concours médical* a-t-il résolu de leur ouvrir ses colonnes pour leur donner une large publicité, et permettre ainsi à l'opinion médicale, qu'il s'efforce de renseigner, le moyen de formuler un jugement impartial. Nos lecteurs trouveront donc à la fin de cet article deux documents, l'un émanant du Comité d'entente des sages-femmes françaises ; l'autre, de l'Association des accoucheuses et puéricultrices de France.

***

Mais je tiens à déclarer, préalablement, que le *Concours médical* n'a aucun lien avec les groupements professionnels de sages-femmes, qu'il n'a été nullement sollicité par elles de leur donner l'hospitalité, et qu'il leur consacre cette étude dans une complète indépendance de pensée, de plume et d'attaches.

Il n'a aucun parti-pris. Il est dirigé par des praticiens des villes et de campagne qui ont quelque raison de savoir à quoi s'en tenir sur leur compte, et qui n'ignorent pas les critiques que certaines sages-femmes méritent trop fréquemment, mais qui ne méconnaissent pas davantage les services qu'elles peuvent rendre à la santé publique et à l'hygiène sociale.

Parmi ces critiques, celle qui semble avoir déclanché en quelque sorte l'intervention de l'Académie de médecine, et qu'elle a plus particulièrement retenue, est la facilité avec laquelle les avorteuses se recruteraient parmi elles. Le souci de réprimer l'avortement, et de résoudre ainsi partiellement l'angoissant problème de la dénatalité, a été le mobile et le guide essentiel des Académiciens.

Que les avortements soient pour ainsi dire innombrables actuellement, le fait n'est pas douteux, et les médecins savent mieux que quiconque à quoi s'en tenir sur ce point. Mais il n'est pas particulier à notre époque, et l'histoire nous apprend que Rome souffrit jadis du même mal, à un point tel qu'une législation spéciale y fut instaurée pour les réprimer. Ce n'est pas notre intention d'en rechercher ici les causes. Ce que nous en devons dire cependant, c'est que ces causes sont surtout d'ordre social, et que le devoir étroit de la société, lésée par ces pratiques, devrait être bien plutôt de les prévenir, que de les laisser s'accomplir, pour les rechercher ensuite et les punir. Avis aux législateurs !

Est-ce à dire cependant que les sages-femmes soient les principales fautrices des nombreux avortements qui se perpètrent de nos jours ? Franchement, je ne le crois pas. Certaines actions correctionnelles, ouvertes devant les tribunaux et sanctionnées par des condamnations plus ou moins sévères, démontrent que les faiseuses d'anges sont souvent des profanes qui n'appartiennent pas à la profession. Sans parler de la proportion, certainement considérable, de fausses couches qui sont provoquées par les intéressées sur elles-mêmes, avec ou sans la complicité d'un tiers.

C'est hier qu'une de nos sociétés médicales (Montpellier) enregistrait cette observation d'une femme qui, voulant se faire avorter, s'était poussé une injection de vinaigre dans la vessie, ce qui n'avait nullement interrompu la grossesse, qui se termina normalement, mais d'où était résultée une cystite suraiguë qui dure encore. C'est hier que je recevais les confidences d'un couple qui m'avouait ingénuement, — ingénuement, pour ne pas dire cyniquement ! — que le mari, s'aidant d'un speculum, avait introduit, dans l'utérus de sa femme, la sonde libératrice. Dans les usines, dans les ateliers, partout où des femmes travaillent en commun, elles se renseignent les unes les autres, et elles ont acquis une expérience, dont elles sont parfois les victimes, mais qui leur permet de consommer, avec plus ou moins de bonheur, leur acte répréhensible.

Il y a des sages-femmes qui se livrent systématiquement à la pratique des avortements, — et les annales judiciaires ne laissent aucun doute à ce propos. Mais ce serait une généralisation fâcheuse que de prétendre que toutes les sages-femmes sont assez inconscientes et amorales pour faire état de leur connaissances spéciales, en supprimant délibérément la vie, qu'elles sont au contraire chargées, par destination, à aider à se manifester.

Nous nous plaignons à juste titre de la suspicion regrettable qui pèse actuellement sur le Corps médical, parce qu'une infime minorité de ses membres a commis des actes délictueux qui ont attiré sur eux les foudres de la Justice. Ne soyons pas plus intransigeants envers les sages-femmes, et ne nous laissons pas aller à leur encontre à une généralisation qu'elles ne méritent certainement pas.

Si la pratique de l'avortement criminel est l'un des reproches qu'on puisse adresser à certaines accoucheuses, ce n'est pas, à mon avis, le principal.

Le gros grief qu'on peut leur faire, c'est d'abord, de provenir d'un recrutement insuffisamment sélectionné. C'est ensuite, pour un certain nombre d'entre elles, de laisser à désirer sous le rapport des connaissances techniques.

J'en ajouterai un autre, qui est d'observation courante, et qui provient de ce qu'elles ont trop confiance en elles-mêmes, et négligent de s'assurer, en temps voulu, le concours du médecin, quand des complications surgissent dans les accouchements qu'elles pratiquent, et qu'elles sont impuissantes à combattre.

Mais, n'ont-elles pas des excuses ? Et sont-elles responsables des trop grandes facilités d'accès dans les Maternités que leur donne la législation actuelle, et des lacunes de l'enseignement qu'elles reçoivent ?

La sélection défectueuse de leur recrutement admet, dans une profession délicate, des femmes que leur éducation inexistante et leur culture élémentaire insuffisante n'ont pas préparées au rôle difficile qu'elles doivent tenir dans la société. Les lacunes de leur enseignement tiennent aux erreurs des programmes et des méthodes, circonstances auxquelles les médecins n'échappent pas eux-mêmes, et qu'ils ne cessent de déplorer.

En quoi les connaissances techniques des accoucheuses sont-elles insuffisantes? Cela demande à être précisé. La parturition étant un acte essentiellement physiologique, l'accouchement normal est la règle, l'accouchement anormal, l'exception. Dans le premier cas, avec une présentation occipitale régulière, il n'y a, la plupart du temps qu'à surveiller le travail attentivement, en étant aussi sobre que possible du toucher, de manière à intervenir activement au moment du dégagement de la tête, puis des épaules, en soutenant le périnée et en facilitant les manœuvres de déflexion et de rotation que la nature est la première à exécuter. Si la variété est une gauche antérieure, comme c'est encore la règle, les choses se passent dans les conditions les plus favorables. Dans la variété postérieure, il faut déjà plus de temps pour que la rotation s'effectue et que la tête s'engage en occipito-pubienne ; mais le résultat est habituellement satisfaisant.

Je suis convaincu que, lorsqu'il en est ainsi, toute sage-femme en sait assez pour valoir un médecin. M. du Coquet va même plus loin, et il n'hésite pas à écrire, parlant des matrones plus audacieuses qu'expérimentées : « Je me hâte d'ajouter que, de nos jours, le savoir est plus fréquent que l'audace et je ne crois pas faire rougir mes confrères praticiens en reconnaissant que l'expérience d'une bonne accoucheuse est souvent supérieure à la nôtre. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 février 1924.)

Mais les complications obstétricales, encore que rares en comparaison de l'obstétrique normale, sont nombreuses. Ce sont elles qui réclament un savoir suffisant, une sagacité en éveil, une attention soutenue, un bon sens aiguisé, toutes qualités qui supposent une

maîtrise de *soi-même* et un *sang-froid* impertubables. Il ne s'agit plus d'assister, en l'aidant opportunément, à un acte mécanique dont toutes les phases se succèdent selon un plan constant et bien établi. Avec des causes diverses, le plan est troublé, bouleversé même ; du domaine de la physiologie, nous passons dans le domaine de la pathologie : il y a un diagnostic à faire, après un examen clinique approfondi ; il y a une décision à prendre, d'où dépendra le succès de l'intervention. C'est dans ces circonstances que les sages-femmes laissent souvent à désirer. C'est de ce point de vue qu'il est permis de dire que leur instruction professionnelle est lacunaire.

Quant au retard qu'elles apportent fréquemment à appeler le médecin dans les cas difficiles et embarrassants, s'il n'est pas excusable, il s'explique toutefois par le désir qu'elles ont d'achever elles-mêmes l'acte qu'elles ont commencé, de manière à en retirer tout le profit. Il ne faut pas oublier, en effet, que leur situation est souvent précaire ; qu'elles ont peine à vivre de leur profession, avec la concurrence acharnée des matrones, dont elles souffrent ; qu'elles végètent, dans une condition parfois misérable, et qu'elles ne sont pas assez payées des efforts qu'elles ont faits pour conquérir leur diplôme et pour l'exploiter ensuite honorablement.

Mais ces défectuosités fondamentales ne sont pas sans remède. Si l'on exige désormais des sages-femmes qu'elles possèdent, avant d'entrer à l'Ecole, le brevet élémentaire, qui a acquis actuellement une réelle valeur et qui est la sanction de bonnes études primaires, on éliminera par cela même les sujets médiocres, ceux dont l'intelligence est incapable d'assimiler le minimum de notions primordiales que requièrent les études plus approfondies qui doivent faire de bonnes praticiennes. Mais, en même temps, on ouvrira la carrière à des jeunes filles appartenant à des milieux déjà sélectionnés, et qui, mises dans l'obligation de gagner leur vie, ne répugneront pas à embrasser une profession dont elles contribueront à relever le niveau moral.

Il y a cependant, à ce propos, un écueil auquel on ne semble pas avoir songé, et sur quoi il importe d'attirer l'attention. Ainsi que je l'ai lu récemment dans une de nos publications, si le brevet élémentaire s'obtient à 16 ans, et si l'accès des Ecoles n'est ouvert qu'aux élèves sages-femmes âgées au moins de 19 ans, que feront les jeunes filles pendant les trois années qui s'écouleront entre l'obtention de leur diplôme et leur entrée à la Maternité ?

J'avoue que je ne comprends pas bien les motifs qui ont fixé à 19 ans l'âge minimum des élèves sages-femmes. Un étudiant en médecine peut prendre sa première inscription à 18 ans. Or, on sait qu'à âge égal, la femme a plus de maturité dans le jugement que l'homme. Et je ne verrais aucun inconvénient à ce que l'élève sage-femme puisse commencer ses études également à 18 ans. Entre le brevet élémentaire et l'entrée à l'école, il y aurait tout avantage à ce que ces jeunes filles fissent de bonnes études d'infirmières. Ce côté particulier du sujet mérite d'être examiné ; j'imagine que la solution de cette difficulté n'est pas impossible à trouver, pour peu qu'on s'en donne la peine.

Si les programmes d'enseignement sont mal compris, si les méthodes laissent à désirer, il ne semble pas plus difficile de les réformer et de les perfectionner. Il est nécessaire évidemment que les sages-femmes aient des connaissances suffisantes en anatomie et en physiologie. Mais, il est surtout indispensable qu'elles soient rompues à la pratique des accouchements, et surtout à la connaissance de la pathologie obstétricale. De la pratique, de la pratique et encore de la pratique : tel est semble-t-il, l'objectif principal auquel doivent tendre leurs études. Dans cette pratique, je réclame une place de choix pour l'apprentissage de l'asepsie et de l'antisepsie. Il y a là un entraînement auquel les élèves ont besoin d'être soumises d'une façon ininterrompue, de manière à ce que la propreté chirurgicale passe chez elles à l'état d'habitude, et qu'elles s'y soumettent, pour ainsi dire automatiquement, et sans efforts.

Je demande, dans les programmes, qu'une part soit faite à l'enseignement de la déontologie. Je sais bien qu'on pourrait en dire autant des programmes d'enseignement de la médecine proprement dite. Mais il est possible que cet enseignement finisse un jour par être donné aux étudiants en médecine par des compétences reconnues. Et, en attendant, puisqu'il s'agit de réformer, en l'améliorant, le statut des sages-femmes, il importe qu'elles apprennent quels sont leurs devoirs dans les rapports qu'elles entretiendront plus tard avec leur clientèle et avec le Corps médical.

Jusqu'ici, je ne vois pas d'obstacles insurmontables dans les réformes envisagées sous cet angle.

Est-il possible enfin de rendre la vie des sages-femmes plus facile, et d'accroître leurs chances de se tirer d'affaires honorablement ? Je le crois, si l'on leur ouvre certains débouchés pour lesquels elles semblent particulièrement faites.

L'hygiène sociale, qui fait de réels progrès, a besoin de femmes instruites pour tenir l'emploi d'infirmières dans les cadres de l'armement prophylactique. Infirmières employées dans les centres d'examen, dans les dispensaires, où se trouvent surtout des consultations de nourrissons ; infirmières attachées au service de l'inspection des écoles ; infirmières visiteuses enfin, — douées des connaissances et du tact nécessaires pour mener à bien leur tâche.

Dans ce vaste domaine, appelé à grandir en-

core, je vois un avenir pour les sages-femmes, devenues ainsi des collaboratrices étroites des médecins, sachant les seconder habilement, leur préparant leur besogne, et la leur facilitant (1).

Qu'elles coopèrent à la surveillance des enfants en bas-âge ; qu'elles participent au service de l'Assistance médicale gratuite, en ce qui les concerne, rien de plus naturel, si elles savent se tenir à leur place et si elles se gardent d'empiéter sur le domaine des médecins.

Ces progrès réalisés, ces buts atteints, convient-il de suivre l'Académie lorsqu'elles prétend leur imposer l'usage de doigtiers et de gants en caoutchouc dans la pratique de leur art ? Est-il souhaitable que leurs actes techniques soient contrôlés dans le sens envisagé par la docte Assemblée ? Méritent-elles d'être transformées en dénonciatrices du secret professionnel, dont nous sommes si jaloux, lorsque leurs clientes refuseront, malgré leurs conseils et leurs objurgations, d'appeler le médecin ?

Je me contente de poser ces questions, dont les réponses figurent dans les documents annexés à cet article, dans des termes auxquels je ne trouve rien à redire.

J'ai été un peu surpris, je l'avoue, d'apprendre que 40 syndicats médicaux, parmi ceux qui ont répondu au questionnaire du professeur Bar, se montraient favorables à l'institution du contrôle et du régistre paraphé, pour l'inscription de tous les actes professionnels des sages-femmes. Sans doute ont-ils eu de bonnes raisons pour le faire. Si de sages mesures sont prises pour relever le niveau moral de l'accoucheuse, je crois bien que de tels procédés n'auront pas lieu d'être envisagés. Et puis, je le répète, nous n'avons aucun intérêt à laisser s'organiser un système de surveillance étroite qui pourrait un jour nous être appliqué.

***

Un dernier point demande à être examiné. Sans doute aurais-je dû commencer par là. Il m'a semblé, en présence d'une situation de fait devant laquelle il faut nous incliner, qu'il fallait d'abord traiter le sujet du point de vue de cette situation. Les sages-femmes existent ; elles ont un statut légal. On parle de réformer ce statut qui laisse à désirer. Dans quel sens doivent être orientées ces réformes ? C'est ce que je me suis efforcé d'établir.

Mais, de ce qu'elles existent, doit-on déduire qu'elles sont utiles. En d'autres termes, les sages-femmes répondent-elles à un besoin ? Sont-elles les organes nécessaires d'une fonction sociale essentielle ?

En toute bonne foi, je réponds : *oui*.

Que des médecins aient eu trop souvent à se plaindre des sages-femmes qui travaillaient à côté d'eux ? Cela n'est que trop vrai. Que cela me soit arrivé dans ma carrière ? Je n'en répondrais pas. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour les condamner en bloc, et souhaiter leur disparition.

S'il est établi qu'un certain nombre de praticiens font tous les accouchements de leur clientèle, les recherchant même, en raison du profit qu'ils en retirent, il est non moins exact que certains autres ne les font qu'à leur corps défendant, en raison de la perte de temps et du manque à gagner qui en résultent pour eux. Je le sais parce qu'ils me l'ont dit ou écrit. Dans les périodes de bon état sanitaire, lorsque le médecin n'est que modérément occupé, l'inconvénient n'est pas, pour lui, très grand à s'immobiliser plusieurs heures auprès d'une parturiente. Mais, quand la morbidité s'accroît, quand, par exemple, la grippe sévit, que le médecin est appelé de tous les côtés à la fois, alors qu'il ne sait où donner de la tête, il n'en est plus de même, et il maudit en lui-même l'évènement qui l'empêche, pendant une demi-journée ou une journée entière, de répondre à tous les besoins de sa clientèle, dont certains éléments n'hésitent pas à lui faire des infidélités.

Les premiers ne voient pas évidemment auprès d'eux les sages-femmes d'un œil favorable. Mais les autres, par contre, ne sont pas fâchés de trouver en elles des auxiliaires qui les déchargent, dans une certaine mesure, de besognes qu'elles peuvent parfaitement accomplir à leur place. Il faut tenir compte aussi des petites agglomérations rurales dans lesquelles un médecin ne pourrait vivre, et qui offrent aux sages-femmes des situations dont elles peuvent bénéficier, ainsi d'ailleurs que la santé publique.

Personnellement, je crois que les médecins n'auraient qu'à gagner à utiliser les sages-femmes de leur entourage pour se faciliter leur tâche, en les chargeant de surveiller le travail de leur propre cliente et de ne les appeler qu'au moment de l'expulsion. La question des honoraires respectifs du médecin et de la sage-femme ne serait pas difficile à résoudre. C'est ainsi que procèdent, si je ne me trompe, certains confrères, et non des moindres ; si, par surcroît, on leur ouvre des débouchés intéressants en hygiène sociale, on peut en conclure que leur utilité est indiscutable et qu'il faut les seconder.

Tout cela me paraît possible, mais à une condition, c'est que la sage-femme soit digne de la confiance que le médeci n aura en elle.

Il faudrait aussi que les sages-femmes se constituent partout en Syndicats, et que ces groupement se tinssent en liaison permanente avec les

(1) Je renvoie à ce sujet, le lecteur à l'article très documenté que mon collègue et ami Boudin a publié dans le n° 35 du C. M. du 25 août 1921 : Comment favoriser l'installation des sages-femmes dans les campagnes.

Syndicats médicaux. Ce serait sans doute un excellent moyen, sinon le meilleur, de maintenir les accoucheuses sur le seul terrain où il leur est permis de travailler, et de donner à leurs rapports avec le corps médical le caractère de cordiale correction qu'ils doivent avoir.

***

En résumé, il est désirable que le niveau moral et intellectuel des sages-femmes soit relevé, afin qu'elles puissent donner toute garantie à ceux qui les emploient.

Ce résultat atteint, les sages-femmes méritent de jouir de toutes les prérogatives qui sont attachées aux professions libérales, puisque leur profession, connexe de la profession médicale, appartient comme celle-ci, à cette catégorie dont il importe, pour l'intérêt général, de maintenir inattaquable le caractère.

G. Duchesne.

***

Lettre adressée par Madame HENRY,

Presidente de l'Association des accoucheuses et puéricultrices de France

à Monsieur le professeur BAR,

Rapporteur du projet de règlementation de la profession de sage-femme devant l'Académie de Médecine.

Monsieur le Professeur,

L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France adresse par ailleurs à l'Académie de Médecine une réponse complète au rapport dont vous avez saisi cette haute Assemblée.

Mais, il m'apparaît que j'ai le devoir de vous dire, dans toute l'indépendance de ma conscience et avec l'émotion qui m'étreint, le sentiment personnel qui m'anime.

Dès la lecture du premier chapitre de votre rapport, mon opinion a été faite : sous le couvert de votre nom et de votre autorité, sous le couvert aussi de l'intérêt que vous dites porter aux sages-femmes, vous tendez à ruiner leur profession et à empêcher leur recrutement.

Comment voulez-vous, Monsieur le professeur, qu'une jeune fille appartenant à une famille honorable — analogue à la mienne ou à la vôtre — aborde une carrière dont les membres sont odieusement suspectés et traités comme vous le faites, ce n'est pas possible !

Je veux vous parler net.

Si, en ce moment, il y a parmi les médecins un grand nombre de voleurs et de prévaricateurs, allons-nous le crier sur les toits et proclamer la nécessité — au nom de l'intérêt social — de les surveiller, de les contrôler tous, parce que tous ils menacent la Société ?

Nous réclamons la justice et un traitement égal pour nous comme pour vous.

Si, au lieu de prendre la position que vous avez cru devoir prendre, vous aviez tendu la main aux sages-femmes, en les considérant — ce qui est la vérité — comme appartenant à la grande famille médicale, vous auriez, laissez-moi vous le dire, mieux agi — et obtenu un meilleur résultat.

La campagne que vous avez menée contre des femmes qui, modestement, cherchent à servir l'intérêt public en gagnant leur vie, n'est pas française, et c'est assez dire qu'elle n'a aucune chance de réussite.

D'ailleurs, et ce sera mon dernier mot, si l'Académie de médecine devait vous suivre et si votre rapport devait fixer pour l'avenir les obligations légales des accoucheuses, celles-ci, dans le cours normal de leur existence professionnelle, n'auraient maintes fois que cette alternative : ou manquer à l'humanité ou se mettre hors la loi.

Je pense qu'on ne le voudra pas.

F. Henry,
Présidente de l'Association
des accoucheuses et puéricultrices
de France.

***

Observations présentées par l'Association des accoucheuses et puéricultrices de France en réponse au rapport de M. le professeur BAR, sur la réglementation de la profession de sage-femme.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

I. — L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France, pénétrée des principes exposés par M. le Professeur Richet et rapportés par M. le professeur Bar, donne son concours le plus absolu à la lutte contre l'avortement provoqué.

Dans cet esprit, elle croit opportun de préciser qu'il ne suffit pas de rappeler aux médecins et aux sages-femmes que cette pratique tombe sous le coup de la loi pénale ; elle demande que toute condamnation prononcée contre un médecin ou contre une sage-femme coupable d'avoir provoqué un avortement comporte, *ipso facto*, interdiction d'exercer la profession et déchéance des droits civils et politiques.

II. — L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France élève une protestation indignée contre

la tendance générale du rapport de M. le professeur Bar, qui ne vise rien moins qu'à laisser entendre que la lutte contre l'avortement provoqué doit être, au premier chef, une lutte contre les sages-femmes.

Les sages-femmes vivent modestement — beaucoup même pauvrement — mais, elles ont, dans l'ensemble de l a profession, parfaite conscience de leurs devoirs et les pratiquent.

Elles ne doutent pas de la dignité et de la probité du Corps médical, elles savent que des médecins provoquent l'avortement — et ne demandent pas cependant que des mesures spéciales soient prises pour surveiller tous les médecins.

III. — L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France rejette comme contraire à l'ordre public toute mesure qui pourraient porter atteinte au respect du secret professionnel.

Elle défend ainsi des principes que tous les médecins, jusqu'à ce jour, ont tenu à honneur de défendre.

Elle paraît les défendre à l'heure actuelle contre certains d'entre — et pour eux.

TITRE I

Texte des propositions rapportées.

Il est nécessaire de maintenir la profession de sage-femme :

1° Parce que les sages-femmes bien réparties doivent permettre de donner partout et toujours assistance éclairée aux femmes enceintes, accouchant ou en couches.

2° Parce que les sages-femmes sont des aides indispensables dans les maternités.

3° Parce que les sages-femmes doivent être des auxiliaires précieuses pour la surveillance des enfants en bas âge et parce que leur maintien rendra possible et efficace l'assistance obligatoire prescrite par loi de 1893.

L'exercice de la profession de sage-femme doit être contrôlé.

Observations.

La profession de sage-femme est et doit demeurer une profession libérale.

De ce principe découlent les conséquences suivantes :

a) Aucune répartition ne saurait être envisagée si ce terme comporte une intervention quelconque d'un organe d'autorité et une obligation imposée aux sages-femme.

b) Les sages-femmes sont des aides indispensables dans les maternités, mais elles ne peuvent être contraintes à être attachées à ces seuls établissements.

Elles sont indispensables au même titre et dans les mêmes limites que n'importe quel homme ou femme exerçant une profession libérale là où elles sont appelées à exercer leur art.

c) L'assistance des enfants en bas âge et la collaboration des sages-femmes au jeu de la loi de 1893 font notamment partie des attributions des sages-femmes.

L'exercice de la profession de sage-femme ne doit pas être contrôlé : les sages-femmes relèvent de leur conscience et de la loi comme tous les hommes ou femmes qui exercent une profession libérale.

Seules peuvent être contrôlées les sages-femmes qui assurent un service public et sont de ce chef de véritables fonctionnaires.

TITRE II

Capacité de la sage-femme.

Le rapporteur expose que la Commission désire éviter les interprétations ambiguës. Or, il écrit, à trois reprises différentes, un mot dont on aimerait à connaître la portée exacte et précise.

Qu'est-ce qu'un accouchement « laborieux » ?

A quel moment l'accouchement commence-t-il à être « laborieux » ?

Qui diagnostiquera l'accouchement « laborieux » ?

Si la loi envisagée pour déterminer le futur statut des sages-femmes doit reposer sur des données de cet ordre, les intéressées sont vraiment fondées à dire dès maintenant qu'il est inutile de modifier la loi de 1892,

Grossesse.

Texte des propositions rapportées

La sage-femme peut donner des conseils d'hygiène à la femme enceinte dont la grossesse est certaine (perception des bruits du cœur fœtal) et normale.

Dans le cas où une complication survient, elle doit donner à la femme enceinte le conseil de se confier à un médecin.

En cas de refus, elle doit se récuser.

Mais elle peut sous la direction et la responsabilité du médecin appliquer le traitement prescrit.

Observations.

La seule question à discuter est celle de savoir à quel moment la sage-femme peut commencer à donner ses soins.

Il y a lieu de retenir tout d'abord que la commission de 1917 et 1918 laissait la sage-femme donner ses soins pendant la grossesse.

Ce n'est pas manquer de respect à la Commission telle qu'elle est actuellement composée que d'insister sur les votes émis précédemment.

En réalité, il faut se placer au point de vue pratique et ne pas partir du postulat qui veut que la sage-femme soit ignorante, sans conscience et socialement dangereuse.

La femme enceinte peut aller consulter soit un mé-

decin, soit une sage-femme. Il faut admettre qu'elle s'adressera à un médecin ou à une sage-femme possédant, en principe, un même degré d'honnêteté.

Quel danger y aura-t-il alors à ce que la sage-femme donne les conseils d'hygiène que réclame l'état de la femme enceinte, dès le début de la grossesse ?

Nous sommes bien d'accord pour reconnaître que les vomissements incoercibles, la grossesse extra-utérine et les autres accidents sérieux des premiers mois de la grossesse ne peuvent être utilement traités par des sages-femmes.

Mais, est-ce à dire qu'elles ne peuvent pas les déceler, et ce faisant, rendre les plus grands services ?

C'est si vrai que M. le professeur Bar lui-même devra plus loin — page 610 — écrire :

« La sage-femme... grandit son rôle en s'employant à dépister chez ses clientes la possibilité de complications, en les avertissant et en sachant s'effacer pour ne pas les traiter. »

Ces lignes justifient la manière de voir qui fut celle de la Commission en 1917 et en 1918, car c'est pendant toute la grossesse et notamment pendant la première partie de la grossesse qu'il y a lieu pour la sage-femme de dépister les complications.

N'est-ce pas un maître éminent qui, dernièrement, faisait ressortir le rôle des sages-femmes quand il s'agit de dépister le cancer ?

Et l'on viendrait après cela soutenir qu'il pourrait être dangereux que la sage-femme fût appelée à donner des conseils pendant la période où se font les avortements puisqu'elle ne doit pas donner ses soins à la femme qui avorte !

Ici encore, c'est la notion pratique qui doit répondre :

« La sage-femme qui, appelée auprès d'une femme avortée, ne lui donnerait pas ses soins commettrait une mauvaise action.

***

Aucune observation à faire sur les trois derniers alinéas.

ACCOUCHEMENT.

Texte des propositions rapportées.

La sage-femme peut donner des soins à la femme dont l'accouchement est normal.

Elle doit appeler le médecin dès qu'il se produit un fait anormal, soit pendant l'accouchement, soit pendant la délivrance.

Mais, en cas d'urgence, elle peut faire les interventions suivantes : la version par manœuvres externes, l'extraction de l'enfant par le siège, la version par manœuvres internes, la rétropulsion du cordon, la délivrance artificielle. Elle peut pratiquer la suture des déchirures limitées à la commissure postérieure de la vulve.

Observations.

M. Potocki a présenté, au nom de la Société des Accoucheurs des hôpitaux de Paris, un projet de statuts de la profession de sage-femme élaboré par une commission comprenant MM. les professeurs Pinard et Ribemont-Dessaignes, MM. Bonnaire, Potocki et Devraigne.

Nous nous rallions au texte suivant extrait de ce rapport :

« Accouchement : la sage-femme assiste les femmes, non seulement pendant l'accouchement normal, mais encore pendant les accouchements difficiles. Elle reconnaît les complications qui se produisent et dont certaines peuvent nécessiter de sa part une intervention d'urgence, mais, il ne lui est permis de pratiquer que les opérations purement manuelles. Elle est donc autorisée à pratiquer l'extraction de l'enfant par le siège, la version par manœuvres internes, la réduction de la procidence du cordon et de la procidence des membres, toutes opérations strictement manuelles et ne nécessitant pas l'emploi d'instruments spéciaux. »

Il suffit de lire, page 604 du rapport Bar, les considérations du rapporteur sur le danger qu'il y aurait à différer certaines interventions pour comprendre combien le problème est en réalité plus complexe que l'on ne pense et quelles difficultés l'on éprouve à vouloir enfermer dans des formules rigides les mouvements mêmes de la vie.

Dès maintenant, nous disons à M. le professeur Bar et à tous nos maîtres : « Si vous voulez vous attacher

à assurer un recrutement sérieux et à ne former qu'un personnel vraiment digne de la mission qui lui incombera, vous aurez fait plus pour lutter contre les dangers qui vous préoccupent qu'en rédigeant des textes de lois. »

C'est une tendance contre laquelle nous nous élevons que celle qui veut faire intervenir le législateur ou l'autorité à toute occasion.

Et nous le disons ici avec force : nous ne comprenons pas comment le rapporteur peut admettre la possibilité de réglementer dans l'avenir « par décret » l'exercice de la profession de sage-femme.

Ainsi, par la vertu d'un décret, telle intervention manuelle licite le lundi risquera d'être illicite le mardi...

***

Au texte relatif à l'accouchement, nous ajoutons le texte suivant extrait du rapport Potocki déjà cité :

Délivrance : la sage-femme est autorisée à pratiquer la délivrance artificielle et à la faire suivre d'une injection intra-utérine. En cas d'hémorragie survenant au moment de la délivrance ou après la délivrance et en attendant l'arrivée du médecin, elle donnera tous les soins nécessaires, mais ne fera pas de tamponnement.

SUITE DE COUCHES

Texte des propositions rapportées

La sage-femme peut soigner la femme accouchée pendant les suites de couches normales.

Elle est tenue de faire appel au médecin quand une complication survient.

Elle peut sous la direction et la responsabilité du médecin appliquer le traitement prescrit.

Observations.

Nous sommes d'accord, mais donnons ci-dessous le texte du rapport Potocki relatif à ce paragraphe :

Suites de couches. — La sage-femme surveille les suites de couches physiologiques, décide du moment où la femme peut se lever : mais, son rôle, tout d'observation, doit se borner en principe aux prescriptions de propreté et d'hygiène. Le médecin devra être appelé dès qu'il se produira une complication quelconque, car traiter les maladies n'est pas du ressort de la sage-femme.

***

La sage-femme peut conserver le contrôle de l'allaitement maternel, de l'alimentation, de l'hygiène de l'enfant et de tout ce qui a trait à son développement jusqu'à l'âge de deux ans, mais, elle n'a pas qualité pour juger de l'opportunité d'établir l'allaitement mixte ou artificiel ; elle peut le surveiller d'après les indications des médecins. Elle doit, sans nulle exception, réclamer le recours à l'intervention du médecin chaque fois qu'un symptôme morbide apparaît. En cas de refus, elle doit se récuser, mais, elle peut, sous la direction du médecin, exécuter le traitement prescrit.

Le texte ci-dessous extrait du rapport Potocki nous apparaît comme plus complet et plus rationnel, encore qu'il omette, comme le texte de la commission, tout ce qui est relatif à la surveillance de la nourrice.

Soins à donner à l'enfant. — La sage-femme soigne l'enfant dès la naissance et ses soins peuvent s'étendre à toute la première année.

Dès que l'enfant est né, la sage-femme instille la solution de nitrate d'argent au 1/50 entre les paupières et fait la ligature du cordon ombilical. La sage-femme, qui doit être pénétrée de l'importance de l'allaitement maternel, non seulement conseilllera, mais ordonnera encore à la nouvelle accouchée d'allaiter son enfant. Elle le fera mettre au sein devant elle à chacune de ses visites.

La sage-femme dirige l'allaitement maternel, elle décide du moment où il faut commencer l'allaitement mixte et surveille cet allaitement.

La sage-femme ne pose pas l'indication de l'allaitement artificiel d'emblée, mais elle peut le diriger quand il aura été prescrit par le médecin. Elle est autorisée à conseiller la mère au moment du sevrage.

Dès que la sage-femme reconnaît une maladie chez l'enfant, elle doit faire appeler le médecin.

La sage-femme cesse de surveiller l'enfant quand celui-ci a atteint sa deuxième année.

Il existe entre le texte du rapport de M. le professeur Bar et celui du rapport de M. Potocki une divergence absolue en ce qui concerne l'opportunité d'établir l'allaitement mixte ou artificiel. Il n'est pas mauvais de rappeler que c'est souvent la nourrice qui d'elle-même prend la décision et qu'elle ne présente manifestement pas de garanties supérieures à celles de la sage-femme.

Nous ne voyons aucun inconvénient à ce que l'on proscrive l'usage du sublimé qui, en fait, n'est pas employé.

L'emploi par les sages-femmes des extraits d'hypophyse est à interdire.

***

La sage-femme peut pratiquer les vaccinations et revaccinations jennériennes.	D'accord.

TITRE III

Garanties d'instruction nécessaires pour exercer la profession de sage-femme.

L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France a déjà écrit plus haut qu'à son avis, toute réforme est conditionnée par la question du recrutement et des capacités des sages-femmes.

Aussi a-t-elle pris une position très énergique sur les garanties à exiger des candidates.

Elle considère avant tout qu'il faut supprimer l'examen d'entrée et s'en tenir purement et simplement à l'obligation pour toutes les candidates d'être munies du brevet élémentaire.

L'examen d'entrée, par la faiblesse même des examinateurs, est devenu à peu près inexistant et il n'élimine personne.

Maintenir cet examen dans les conditions où il existe actuellement, c'est vouloir maintenir le recrutement à un niveau très bas et renoncer à toute garantie réelle.

Texte des propositions rapportées.	*Observations.*
« Pour être admise comme élève sage-femme, la candidate doit avoir à son entrée dans les écoles et dans les maternités 19 ans révolus et moins de 25 ans. » « A titre transitoire, pendant 5 ans à partir de la promulgation de la loi, la limite d'âge supérieure pourrait être fixée à 30 ans. »	Nous proposons de fixer la limite d'âge à 30 ans et par conséquence de supprimer le deuxième alinéa.
« La postulante aux études d'élève sage-femme doit subir à son entrée à la maternité un examen spécial dans les conditions prévues par l'arrêté ministériel du 11 janvier 1917. Il serait utile qu'un programme fût dressé des connaissances spéciales dont la candidate doit justifier dans l'examen d'entrée. L'enseignement pourrait en être fait dans la post-scolarité. »	Nous proposons ceci : « La postulante aux études d'élève sage-femme doit être munie du diplôme du brevet élémentaire. »
Lorsqu'il sera constaté qu'une élève admise dans une école de sages-femmes n'aura pas, à la fin du premier trimestre suivant son entrée, fait preuve des qualités physiques, morales ou intellectuelles nécessaires, elle pourra être congédiée.	D'accord.
La durée des études est de deux ans. Leur programme doit s'adapter au rôle médical et social de la sage-femme et se limiter aux connaissances qui lui sont nécessaires pour l'exercice de sa profession. »	D'accord.

TITRE IV

Exercice de la profession de sage-femme.

C'est sous ce titre qu'on voit se dégager, pour ainsi dire, la philosophie de la réforme à laquelle veut s'attacher M. le professeur Bar.

Et cette philosophie, il n'est pas difficile d'en découvrir l'origine et le fondement : M. le professeur Bar a été séduit par la loi prussienne de 1921 dont il a démarqué purement et simplement les prescriptions essentielles.

Même « répartition » par l'intervention de l'autorité, même « contrôle » par des commissions identiquement composées, même obligation de la tenue d'un registre — disons tout d'un mot : même caporalisme.

Il est possible qu'en Prusse, ce régime donne satisfaction, mais il y a lieu de considérer qu'il a été instauré à une date relativement récente, qu'il a remédié à un état plus qu'incertain dans le statut des sages-femmes et que nous n'en connaissons qu'imparfaitement les résultats.

En outre, nous n'avons pas besoin d'insister sur les différences essentielles entre nos traditions, notre formation individuelle et sociale et les éléments prussiens de même ordre.

Le temps n'est plus où tout ce qui venait d'outre Rhin était dans notre pays accepté comme l'expression du dernier progrès réalisé, et, sans rejeter, dans un esprit de système qui serait ridicule, toute mesure

qui semblerait bonne, pour cette seule raison qu'elle vient d'Allemagne, il nous est permis, dans l'espèce, d'écarter la prétendue réforme poursuivie par M. le professeur Bar, en déclarant qu'elle est imprégnée d'un esprit qui n'est pas le nôtre.

Ceci dit, il y a dans les considérations exposées par M. le professeur Bar, aux pages 611, 612, 613 et 614 de son rapport, partie d'exactitude et partie d'erreur.

Il est exact de dire que la diminution du nombre des sages-femmes dans les campagnes vient notamment de ce que le monde des campagnes, facilement aisé, fait davantage appel aux médecins dont les honoraires ne s'écartent pas sensiblement de ceux des sages-femmes.

Il n'est pas exact, par contre, de dire que le nombre des sages-femmes est exagéré dans les villes, car les travaux de statistique et les renseignements recueillis par M. le professeur Bar lui-même démontrent que la situation des sages-femmes est meilleure dans les villes que dans les campagnes.

Il est un fait que les sages-femmes peuvent signaler, et elles le font du reste sans aucune amertume, mais en hommage à la vérité — c'est que ce n'est que depuis 1883, époque du premier concours des accoucheurs, qu'elles ont été l'objet d'attaques dont la campagne actuelle est le dernier terme. Jusqu'à cette date, les sages-femmes ont été parfaitement considérées et ont rempli leur mission sociale sans difficulté. Il y a là une constatation qu'il n'était pas inutile de retenir.

Ceci dit et sans reprendre les propositions du rapporteur, propositions dont nous avons noté plus haut la tendance et l'origine, nous aborderons les textes retenus par la Commission.

Texte des propositions rapportées.

« L'exercice de la profession de sages-femmes munies de leur diplôme doit se faire dans les conditions fixées ci-après :

L'administration doit prendre les mesures nécessaires pour que toute femme qui accouche puisse être assistée par un médecin ou une sage-femme.

Les sages-femmes peuvent collaborer sous la direction des médecins à la surveillance des enfants inscrits à l'assistance médicale et protégés par la loi. Dans ce but, la sage-femme devra faire au moins deux visites par mois, du 1er octobre au 1er juin, et une visite par semaine, du 1er juin au 1er octobre. Elle devra en référer au médecin chaque fois que l'état de l'enfant ne sera pas normal. Il faut assurer aux sages-femmes chargées d'un service public des conditions d'existence honorables par des allocations communales, départementales ou d'Etat, et par l'attribution d'une retraite lorsque l'âge ou l'état de leur santé les empêcheront d'exercer leur profession. Il serait très désirable que les sages-femmes fissent, au moins tous les dix ans, un stage de quinze jours dans une clinique ou une maternité-école de la Faculté dont elles ressortissent. »

Observations

Le principe de la liberté d'exercice de la profession doit être uniquement limité par la discipline de la conscience individuelle et le respect de la loi, telle qu'elle est inscrite au code.

Il est bien de prévoir, comme le fait la Commission, que les sages-femmes devront à des dates déterminées visiter les enfants inscrits à l'assistance médicale — mais, la Commission a-t-elle prévu sur quels fonds seront prélevés les frais et honoraires de visite ?

Quant au stage, il ne saurait dans aucun cas être obligatoire.

* * *

« Il y a lieu d'instituer dans chaque département une Commission composée d'administrateurs, de médecins, de sages-femmes et de mères de famille, chargée de surveiller les actes professionnels des sages-femmes qui exercent dans ce département.

Pour qu'un contrôle effectif puisse s'exercer, la sage-femme tiendra un registre, officiellement paraphé, sur lequel seront notés tous ses actes professionnels, avec le résultat en ce qui concerne la mère et l'enfant. »

Voilà la grande pensée du rapporteur — la mesure calquée sur la loi prussienne de 1921 :

Le contrôle par une commission départementale,

Le registre.

L'Association des accoucheuses et puéricultrices de France élève une protestation formelle contre de telles mesures.

L'article 378 du Code pénal fait aux sages-femmes, comme aux médecins et pour le cas où leur conscience ne le leur commanderait pas, l'obligation légale de garder les secrets dont ils sont, par état, dépositaires.

Faudra-t-il donc admettre que les secrets pourront être révélés par les sages-femmes à des administrateurs, à des médecins, à d'autres sages-femmes et par surcroît à des mères de famille ?

Qu'on y prenne garde : admettre de semblables pratiques, c'est ouvrir une brèche dangereuse dans un principe jusqu'à ce jour indiscuté — et d'ailleurs indiscutable — ; c'est permettre demain d'autres mesures du

même ordre, livrer bientôt au public le secret des familles ; c'est, sous couleur de contrôle, sombrer dans le désordre — et peut-être pis. Quand on songe que la Commission croit qu'il suffira de faire jouer dans le cadre du « département » les « contrôleurs » pour que la réforme s'élève au-dessus des jalousies, des animosités ou des soupçons, on se demande en vérité quel sentiment l'a dominée : ironie ou candeur !

Et ce qui est vrai de la commission départementale l'est du registre.

M. le professeur Bar nous fait connaître que certains de ses collègues ont suggéré la possibilité de ne porter sur ce livre que des dates et des numéros.

Ainsi le secret professionnel serait sauvegardé.

Il faut s'entendre : ou on veut contrôler ou on ne veut pas contrôler.

Le contrôle, pour être efficace, doit porter sur des mentions dont on puisse vérifier l'exactitude... Et puisque ce que l'on recherche, c'est d'empêcher l'avortement provoqué, il faudra que les mentions portées au livre ne manquent pas, le cas échéant, de faire connaître les déclarations de la cliente qui s'est présentée chez la sage-femme et qui aura précisé qu'elle a pu être l'objet de manœuvres abortives de la part d'un parent, d'un ami, d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une matrone....

C'est ainsi que le registre rendra les services que l'on peut attendre de lui. Mais, c'est ainsi également qu'on aboutira au désordre dont nous avons parlé plus haut — car, ainsi seront possibles toutes les infamies.

***

Ce qui vient d'être dit ne saurait empêcher, comme nous l'avons déclaré au seuil même de ce travail, le contrôle exercé sur les sages-femmes chargées d'assurer un service public. Ces sages-femmes sont des fonctionnaires et en cette qualité doivent être en règle avec *l'administration qui les emploie.*

TITRE V

Maisons d'accouchements privées.

Texte des propositions rapportées.

« Les maisons d'accouchements privées sont soumises pour leur ouverture et leur fonctionnement aux règles édictées par l'administration.

« Les sages-femmes qui les dirigent ou qui y exercent leur profession sont soumises à toutes les prescriptions professionnelles qui précèdent.

Observations.

Il est toujours aisé de parler de « l'administration » et de compter sur elle. Mais il ne serait pas mauvais de savoir de quelle « administration » il est ici question.

Conclusions.

Les conclusions du rapport de M. le professeur Bar présentent en raccourci les données principales auxquelles la commission s'est rangée.

Il est en conséquence inutile de reprendre la critique qui vient d'être faite.

En ce qui nous concerne, nos conclusions sont déjà inscrites dans les considérations générales placées au début du présent mémoire. Ce que nous défendons, ce sont des principes généraux auxquels nous estimons qu'il serait néfaste de porter atteinte ; ce que nous revendiquons pour notre profession, c'est le droit de l'exercer librement sous le contrôle de la loi ; ce que nous souhaitons, c'est qu'un recrutement plus sévère et des études sérieuses rehaussent cette profession et donnent au public les garanties qu'il est en droit d'exiger.

Ce que nous voulons enfin, c'est qu'on nous respecte et, que dans la crise où se débat la natalité de notre cher et grand pays, on ne s'acharne pas à nous faire jouer le rôle de l'âne « de qui vient tout le mal ».

Nous n'avons de goût pour être ni des dupes, ni des victimes.

Ordre du jour voté par le Comité d'entente des sages-femmes françaises dans sa séance du 22 décembre 1923.

Le Comité d'entente des sages-femmes françaises, agissant au nom et par délégation des organisations suivantes :

Association des accoucheuses et puéricultrices de France,

Caisse de retraites pour les sages-femmes,

Association de secours mutuels des sages-femmes de France et des Colonies,

Association des sages-femmes agréées,

Association des sages-femmes catholiques,

Syndicat des sages-femmes de Lille et de la région du Nord de la France,

Syndicat des sages-femmes du Loiret,

après avoir pris connaissance de l'ensemble des textes votés par l'Académie de médecine sur la réglementation de la profession de sage-femme,

Adresse ses remerciements aux maîtres qui ont défendu les principes essentiels à l'exercice de toutes les professions libérales et ont affirmé leur confiance et leur estime pour la corporation des sages-femmes ;

Proteste contre le vote de certaines propositions qu'il s'engage à combattre, si le législateur en est saisi et notamment contre :

1° Le principe même du contrôle de la profession de sage-femme, principe dont l'Académie a senti la gravité puisqu'elle a remplacé le texte « *d'obligation* » dont elle avait été saisie, par un texte envisageant seulement une « *possibilité* » de contrôle, comme si elle pressentait et redoutait l'extension d'un tel contrôle à tous ceux qui pratiquent l'art des accouchements.

2° L'obligation envisagée pour les sages-femmes d'employer des doigtiers ou des gants de caoutchouc stérilisés, — prescription excellente, en principe, mais d'une application difficile dans la majorité des cas, en sorte que la mesure proposée pourrait à la fois constituer une menace inutile pour les sages-femmes et un danger pour les femmes en couches.

3° L'interdiction faite aux sages-femmes d'instituer l'allaitement mixte.

4° L'obligation faite aux-sages-femmes d'en « référer à l'autorité médicale qualifiée pour les contrôler dans l'exercice de leur profession », dans le cas où « une femme enceinte, en travail ou accouchée, ou bien les parents d'un enfant refuseraient de s'adresser à un médecin » — étant ici rappelé que, d'une part, les sages-femmes ne consentiront jamais à trahir leur devoir en abandonnant une femme ou un enfant, comme on semble vouloir les y inciter, que, d'autre part, elles obtiennent facilement des familles l'assistance du médecin, et qu'enfin, le recours prévu à l'intervention d'un *fonctionnaire administratif*, souvent éloigné, sera inopérant.

5° La surveillance par un médecin inspecteur et la tenue d'un registre où seront consignés les actes de la vie professionnelle des sages-femmes, ces deux prétendus moyens de contrôle étant contraires au principe du secret professionnel, qui est d'ordre public et ne comporte pas de degré, — et, au surplus inefficaces, comme il a été démontré à l'Académie même.

6° Le vote d'une loi prévoyant des sanctions spéciales contre les sages-femmes, qui seront ainsi placées dans une situation d'infériorité intolérable, par rapport à l'ensemble des professions libérales, alors que le droit commun suffit à la répression des actes délictueux ou criminels qui ne sont pas, contrairement à la tendance affirmée par l'Académie, le fait seulement des sages-femmes.

Et faisant confiance au Parlement pour tenir compte, le cas échéant, de l'intérêt général et des principes essentiels au libre exercice d'une profession honorable, socialement nécessaire, digne de l'estime de tous et de la sollicitude des pouvoirs publics;

passe à l'ordre du jour.

SOU MÉDICAL

I

Jurisprudence

Monsieur le rédacteur en chef
du *Concours Médical*, Paris.

Je trouve dans la *Gazette du Palais* d'hier une décision du tribunal de Meaux, en date du 22 novembre 1923, qui me paraît mériter d'être reproduite dans le *Concours*, où je ne crois pas qu'elle ait paru.

Si ce n'est pas déjà fait et, pour le cas où elle ne parviendrait pas à votre connaissance, veuillez la trouver inclus.

Vous savez que déjà la Cour de Cassation s'est prononcée à ce sujet, en ce qui concerne les accidents du travail, disant qu'en cette matière le secret médical subsiste toujours (arrêt de la Chambre criminelle du 9 mai 1913). Malgré cette obligation que leur impose la loi, nombre de médecins sont convaincus que la législation de 1898 les en a affranchis ; il convient de les mettre en garde contre cette erreur importante qui peut engager leur responsabilité, tant au point de vue des conséquences pénales que des dommages-intérêts que pourraient leur réclamer des personnes lésées.

Nous connaissons un hôpital ophtalmologique, où fréquemment on refusa de délivrer des certificats à des blessés, alors que l'assureur du patron en obtenait à volonté. Sur les instances du patient, on consentit parfois à lui remettre un *duplicata* de la pièce illicitement donnée à son adversaire éventuel.

Nous avons dû plusieurs fois protester auprès de l'administration de cette fondation, par l'intermédiaire de nos camarades, et menacer même d'une plainte au parquet si ces pratiques qui sont de nature à préjudicier aux intérêts des accidentés du travail, ne cessaient point. Depuis quelque temps, je n'ai pas eu l'occasion de connaître de nouvelles viola-

tions du secret professionnel médical ; j'en conclus qu'on a tenu compte de nos protestations.

E. QUILLENT.

TRIBUNAL CIVIL DE MEAUX
22 novembre 1923.

SECRET PROFESSIONNEL. — ÉTENDUE. — MÉDECIN. — PORTÉE ABSOLUE. — C. PÉNAL., ART. 378.

Un médecin est tenu au secret professionnel, non seulement à l'égard de son client, mais erga omnes.

En conséquence, c'est à bon droit qu'une partie assignée en responsabilité, à la suite d'un accident, se refuse, au cours de l'enquête, à délier du secret professionnel un medecin, qui, dès lors, ne saurait déposer sans encourir les sanctions édictées par l'art. 378 *C. pén.*

LE TRIBUNAL,

Attendu qu'au cours de l'instance en dommages-intérêts introduite par Bouché contre l'industriel Douarin, qu'il entend faire déclarer responsable de la mort par empoisonnement de sa fille, ledit Bouché a assigné Douarin pour faire déclarer irrecevable et mal fondée l'opposition faite par lui à la déposition du docteur Delavierre, lié par le secret professionnel ;

Attendu que Douarin fait plaider qu'en réalité il n'a pas fait l'opposition dont il lui est aujourd'hui fait grief, mais que, lors de l'enquête à laquelle il a été procédé, ayant été sollicité de délier un témoin du secret professionnel, il a estimé ne devoir le faire, ne s'en reconnaissant pas le droit et ne le reconnaissant d'ailleurs à personne ;

Attendu, dans ces conditions, et étant donné que le demandeur avait délié le docteur Delavierre du secret professionnel, la question à juger par le tribunal est la suivante : si le docteur Delavierre est tenu au secret professionnel, non seulement à l'égard de son client Bouché, mais *erga omnes* ?

Attendu qu'aux termes de l'art. 80 C. inst. crim., toute personne citée pour être entendue en témoignage, est tenue de satisfaire à la citation ; qu'en conséquence, il semble bien, dans l'esprit du législateur de 1808, que ledit article, qui oblige tout citoyen à déposer en justice des faits parvenus à sa connaissance, est applicable aux médecins lorsqu'il s'agit de faits dont il ne leur a point été fait confidence, alors même qu'ils n'en auraient eu connaissance qu'à raison de leur profession ;

Mais attendu que cette solution, conforme au droit strict, a été combattue par la suite ; qu'ainsi des auteurs ont admis que, appelés en témoignage, les médecins pouvaient parler ou garder le silence, et qu'ils ne devaient régler leur conduite à cet égard que sur les inspirations de leur conscience, sans que les tribunaux aient le droit de leur arracher leur secret s'ils croyaient de leur devoir de le garder ;

Attendu que, par la suite, et à l'occasion de l'interprétation de l'art. 378 C. pén., postérieur de 2 ans à la promulgation du C. inst. crim., la doctrine et la jurisprudence, dans le silence du législateur de 1810 et de 1832 (revision du Code pénal), ont évolué ; qu'ainsi livrées aux usages et affranchies de toutes règles fixes, les conditions d'application de l'art. 378 devaient forcément varier avec eux et suivre le mouvement des mœurs et de l'opinion publique ; que cette évolution s'est faite, tendant sans cesse vers l'extension du secret professionnel ; partant en effet des principes rigides des anciens usages, le corps médical en est arrivé lentement, mais progressivement, et par une marche constante, à réclamer que le secret médical doit avoir une portée *absolue* ; que telle a été aussi l'opinion de la jurisprudence, qui a cru devoir consacrer cette doctrine ; que, quel que soit l'intérêt particulier en cause, il ne convient pas de modifier cette jurisprudence, et ce dans un but d'intérêt général supérieur à l'intérêt particulier.

Par ces motifs,

Dit et juge que le docteur Delavierre est tenu au secret professionnel *erga omnes*, et que celui-ci ne saurait faire de déposition sans encourir les sanctions édictées par l'art. 378 C. pén.

Et condamne Bouché aux dépens.

Mes PÉRARD et PRUNET, avoués.

NOTE. — La décision rapportée contient un exposé intéressant de l'évolution doctrinale et jurisprudentielle qui semble tendre à imprimer au secret professionnel une portée absolue. Toutefois, la question est encore très controversée. Tout citoyen devant la vérité à la justice, le secret professionnel comporte-t-il, malgré le défaut de spontanéité d'une déposition en justice, une dispense, ou une prohibition ? Prohibition, répond la décision ci-dessus, fondée sur l'art. 378 C. pén., et prohibition telle que le dépositaire du secret ne saurait être délié de son obligation au silence, établie dans un intérêt social. V. dans le même sens : Aix 19 mars 1902 (S. 1903.2.121 — D. 1903.2.452). Comp. Garraud, Tr. de dr. pén. français, t. V, n, 56 ; Muteau, Du secret professionnel, p. 15 ; Brouardel, Responsabilité médicale, p. 82 ; Demarle, De l'oblig. au secr. prof. p. 110 ; Sadoul, Du secr. prof., p. 42. V. contra, Garçon C. pén. annoté, sous l'art. 378, n. 74 et s. — Sur la valeur probante d'une déposition faite au mépris de la prohibition de l'art. 378, V. Cass. civ. 1er mai 1899 (*Gaz. Pal.* 99.1.689 et les conclusions de M. l'avocat général Desjardins. — S. 1901.1.161).

Commentaires.

Ce jugement est frappé d'appel, avec l'appui pécuniaire du « Sou Médical ». Mais il est conforme à la jurisprudence jusqu'ici rendue.

En effet, un client peut-il délier son docteur du secret professionnel ?

Non, car le secret n'est pas le résultat d'une convention passée entre malade et médecin : il a, comme bases, de hautes considérations sociales qu'aucun particulier ne saurait abolir. En ce

sens : trib. civ. Rennes. 12 juin 1903, D. 1905,2, 321 ; Aix, 19 mars 1902, S. 04,2,266 ; trib. Besançon, 17 février 1887, S. 87,2,94 ; Grenoble, 23 août 1828, J. G. v° témoins, n° 49.

En effet, vis-à-vis du malade lui-même, le médecin ne saurait parfois dire toute la vérité, car, par ses fonctions, il a pu deviner, voir, découvrir certains secrets, certains actes, dont il ne saurait se faire dénonciateur.

Il peut également, dans un esprit de prudence, cacher la vérité à son client. Le docteur est parfois obligé de mentir : que serait-ce s'il devait dire la vérité à un patient condamné, ou même dans un état de surexcitation cérébrale ou trop pusillanime ?

Au reste, nous publierons incessamment un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles, qui reconnaît qu'en certaines occurrences, le médecin peut cacher la vérité à son malade, pour ne pas aggraver son état physique et ne pas influencer son état moral, en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérir ou d'améliorer son état.

Dans un autre ordre d'idées, en matière criminelle, l'obligation au secret demeure impérieuse, même lorsque le prévenu, client du médecin, autorise ce dernier à parler librement devant le juge instructeur. Cette autorisation pourrait se retourner contre le prévenu, au cas où ce dernier serait mis en demeure, pour prouver son innocence, de délier le docteur du secret professionnel, alors que le récit du praticien équivaudrait à une condamnation de son client.

Non, un médecin est fait pour soigner le malade et il n'a pas à être mis en présence de sa conscience, pour savoir s'il doit ou non parler selon les circonstances. La paix publique l'oblige à se taire, dans tous les cas, même si, librement ou moralement contraint, son client le délie du secret professionnel.

Vainement, pourrait-on, une fois de plus, soulever les discussions théoriques, concernant les choses secrètes de leur nature que, seules, devrait conserver le médecin, sous le sceau du silence. Le praticien n'a pas à se faire juge de savoir si ce qu'il a pu entendre, surprendre, comprendre, au cours de l'exercice de sa profession, est, ou non, secret de sa nature. Il doit se taire.

Le secret ne découle pas d'une convention tacite, librement consentie entre le docteur et son malade, convention qui donne à ce dernier le droit d'exiger le silence de celui auquel il s'est confié, silence dont il peut, à son gré, le relever. L'article 378 du Code pénal est d'ordre public, car le législateur a fait passer l'intérêt moral, l'intérêt social, avant l'intérêt particulier.

Bien entendu, un médecin ne saurait se dérober de répondre aux questions qui lui seraient posées, comme à un citoyen quelconque, pour des faits qu'il n'a pas appris dans l'exercice de sa profession.

2° La lettre de M. Quillent, soulève un autre point de principe : en matière d'accident du travail, le médecin est-il, ou non, lié par le secret professionnel ?

Oui, dit l'arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 9 mai 1913 (*Concours médical* 1913, p. 1403). Le médecin, aux termes de la loi sur les accidents du travail, doit délivrer au blessé, un certificat relatant les conséquences de l'accident et la durée probable de l'incapacité temporaire de travail. Mais le praticien doit se borner à spécifier ce qu'il constate, comme lésions provenant du traumatisme, en oubliant, (s'il a été auparavant médecin du blessé), de mentionner sur le certificat toute affection médicale ou chirurgicale ancienne. Il ne doit pas, par exemple signaler une ancienne tuberculose, ou syphilis, ou hérédité morbide, qu'il aurait été appelé jadis à soigner chez le blessé.

Au chef d'entreprise d'user de la faculté de renseignement et de contrôle, par l'intermédiaire de son propre médecin, faculté qui lui est conférée par le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905.

Abordant enfin l'errement que nous signale la lettre de M. Quillent concernant un établissement qui, à l'insu du blessé, délivre des certificats, ou renseignements au chef d'entreprise, nous dirons que la délivrance de certificats hors la présence et sans le consentement du blessé, ou du client, constitue un manquement grave au secret professionnel (Cour de Rennes, 2e chambre, 22 avril 1899 ; Aix, 15 janvier 1900).

Nos confrères, qui agissent ainsi, ne sauraient donner comme excuse que personne, à la Faculté, ne leur a appris, d'une manière pratique, leurs devoirs et obligations juridiques, découlant des lois sociales, qu'il leur faut chaque jour appliquer. Nul, en France, n'est censé ignorer la loi.

Dr Paul BOUDIN.

II

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 12 et 26 février 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.243 REYNES, à Apt (Vaucluse).
6.244 GONTIER, à Signy-le-Petit (Ardennes).
6.246 BLOMME, à Paris, 135, rue de Vanves.
6.247 DANIAUD, à Orly (Seine).
6.248 BORSSEL, à Guignicourt (Aisne).
6.249 ALBRESPY, à Saint-Varent (Deux-Sèvres).
6.250 CADIOT, à Vandeléville (Meurthe-et-Moselle).
6.251 BRIOIS, à Saint-Quentin (Aisne).
6.252 PAYRÉ, à Prats-de-Mollo (Pyr.-Orientales).
6.253 CLAVERIE, à Septeuil (Seine-et-Oise).
6.254 DE LÉZINIER, à Marseille (Bouches-du-Rh.).
6.256 RIBEROL, à Dax (Landes).
6.255 BAZIN, à Unverre (Eure-et-Loir).
6.257 PELLETIER, à Franconville (Seine-et-Oise).
6.258 AUGEY, à Biarritz (Basses-Pyrénées).
6.259 CACHERA, à Paris, 17, rue Théodore-de-Banville.
6.261 DUBOIS, à Auffay (Seine-Inférieure).
6.262 SOUBIRAN, à St-Laurent-d'Aigouze (Gard).
6.263 CHÉNÉ, à Paris, 3, av. de la Grande-Armée.
6.264 DUBLANC, à Labrit (Landes).
6.265 CHRÉTIEN, au Havre (Seine-Inférieure).
6.266 CATTIN, à Annecy (Haute-Savoie).
6.267 SCHWOB, à Paris, 3, rue de Turbigo.
6.268 HERMANN, à Villerupt (Meurthe-et-Moselle).
6.269 JAMES, à Caen (Calvados).
6.270 DARGET, à Bordeaux (Gironde).
6.271 SOLLIER, à Maizières-la-Grande-Paroisse (Aube).
6.272 APOSTOLIDES, à Soulaines (Aube).
6.273 SCAPULA, à Clérey (Aube).
6.274 VESENBURGER, à Nantes (Loire-Inférieure).
6.275 VITOU, à Roubaix (Nord).
6.276 FAIDHERBE, à Roubaix (Nord).
6.277 DE PRÉNEUF, à Clermont-Ferrand (P.-de-D.
6.278 MEUNIER, à Montcornet (Aisne).
6.279 LANTUÉJOUL, à Paris, 89, rue d'Assas.
6.280 MARREL, à Villeurbanne (Rhône).
6.281 BERNARD, à Roubaix (Nord).
6.282 TAPHANEL, à Recquiguies (Nord).

Accidents du travail.

Le Dr P. (Vendée) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents contestée. La Compagnie prétend qu'il n'y avait pas accident du travail. Suivant l'avis de Me Nattan-Larrier, la rédaction du bulletin d'avis d'accident qui a été remis au médecin engage le patron, à défaut par lui d'avoir prévenu ultérieurement le médecin qu'il refusait de reconnaître sa responsabilité.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. et un crédit de 100 fr. lui est ouvert pour se faire représenter en justice de paix, s'il ne peut y aller lui-même.

Le Dr B. (Eure), ayant soigné dans un hôpital un blessé du travail, fils d'un chef d'entreprise qui s'est engagé par écrit à payer les journées d'hospitalisation et les honoraires médicaux, se voit opposer par la Compagnie d'assurances le « tout compris » de l'article 4, § 3 de la loi accidents.

Avant de prendre une décision sur la suite à donner à cette affaire, des renseignements complémentaires seront demandés au Dr B. sur les circonstances de fait et la rédaction du règlement de l'hôpital et de l'engagement du patron.

Le Dr A. (Marne) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre contre l'ouvrier le recouvrement d'honoraires accidents du travail que le patron, disparu et qui n'était pas couvert par une assurance, n'a pas payés.

Le Conseil estime qu'il n'y a là qu'une affaire de recouvrement, ne soulevant aucune question de principe et qui ne donne lieu qu'à l'appui moral, tout au moins en premier ressort. L'appui pécuniaire pourrait être accordé en appel, le cas échéant.

Le Dr L. (Seine), convoqué pour assister à la contre-visite d'un blessé du travail par le médecin de l'assurance, après avoir attendu vainement celui-ci pendant 40 minutes, est parti sans que la contre-visite ait eu lieu. La Compagnie refuse de lui payer l'honoraire de consultation majoré de moitié prévu par l'article 3 a) du tarif Breton.

Le Conseil accorde, en principe, l'appui pécuniaire au Dr L. pour poursuivre le recouvrement intégral de sa note.

Honoraires de droit commun.

Le Dr T. (Vosges), ayant soigné les victimes de deux accidents d'automobiles, n'a pu se faire payer ses honoraires par les deux automobilistes qui l'ont mis en œuvre.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire dans ces deux affaires, qui sont de la compétence du juge de paix. Dans le cas où le Dr T. ne pourrait se présenter lui-même en justice de paix, un crédit de cent francs pour chaque affaire lui est ouvert pour se faire représenter.

Le Dr A. (Seine-Inférieure), ayant été payé d'une partie seulement de ses honoraires, par une Société de Secours mutuels dont il a soigné un adhérent, demande l'appui pécuniaire pour poursuivre contre ce dernier le recouvrement du solde de sa note.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. et un crédit de 100 fr. lui est ouvert pour se faire représenter en justice de paix.

Le Dr G. (Ain), ayant fait condamner au paiement de ses honoraires, pour soins donnés à la victime d'un accident de voiture, l'auteur de l'accident, est traîné en appel par ce dernier.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel. Outre les frais judiciaires proprement dits, le « Sou » participera, s'il y a lieu, à concurrence de 200 fr. dans les honoraires de l'avocat que son adhérent aura choisi.

Le Dr C. (Finistère), ayant vainement réclamé à plusieurs reprises le paiement d'une note d'honoraires, est menacé par sa cliente, d'une action en responsabilité, qui ne paraît nullement motivée.

Etant donnée cette menace et les frais qu'entraînerait le procès, qui est de la compétence du tribunal civil, la note étant de peu supérieure à 600 francs, le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire, comprenant, outre les frais judiciaires proprement dits, la participation dans les honoraires de l'avocat à concurrence de 150 fr.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr L. (Basses-Pyrénées) annonce qu'il a gagné le procès en responsabilité pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé. Son adversaire a été débouté de sa demande et condamné à lui payer ses honoraires.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr L. des honoraires de son avocat, dont le montant est de 200 francs.

Le Conseil ordonnance le versement au Dr X. d'une somme de 500 fr., montant de la participation du « Sou » dans les honoraires plus élevés de l'avocat qui a plaidé pour lui une affaire de responsabilité dans laquelle il a obtenu gain de cause.

Arbitrage confraternel.

Pour liquider un différend survenu entre deux de ses membres à la suite d'un remplacement, le Conseil décide de procéder lui-même à l'arbitrage auquel ils ont accepté, en principe, de recourir. Un compromis d'arbitrage sera soumis à leur signature préalable, puis ils seront convoqués devant le Conseil pour les opérations d'arbitrage.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

témoins, dont son patron. Sous l'effort, il a ressenti une douleur dans l'aine droite qu'il a signalée immédiatement. Très mal à l'aise, il a cessé son travail dès l'accident et est venu me voir. Je lui ai délivré un certificat notant ceci : « présente une pointe de hernie inguinale droite, douloureuse et qui paraît bien provenir de l'accident brusque et soudain qu'invoque le blessé (chute d'une balle de chiffons sur le dos).

« Cet accident nécessitera une quinzaine de jours de repos, mais il y a lieu d'envisager un certain degré d'incapacité permanente, dans la suite, et qu'il restera à déterminer ».

Puis deux jours après, je revois le malade qui souffre beaucoup moins. Deux jours après, encore, je le réexamine avec soin, car il persiste tout de même une gêne dans la région de l'aine et sur un second certificat, je note que le canal inguinal droit s'est trouvé en effet forcé au moment de l'accident, mais qu'il n'est plus guère douloureux ; que les deux canaux inguinaux sont assez facilement perméables au doigt ; qu'il y a, en somme, un peu de faiblesse de ces canaux, des deux côtés.

Mais, je remarque du côté droit, expliquant la persistance des douleurs, une petite tumeur marronnée de *hernie crurale* droite, réductible assez difficilement du reste, à petit orifice de sortie et dont les bords sont douloureux.

Ce second certificat, je le donne au blessé et lui demande de le montrer au médecin de l'assurance qui devait venir le lendemain chez le blessé.

Je vais donc le lendemain du rendez-vous chez le blessé, mais le médecin de l'assurance a devancé l'heure du rendez-vous et il est parti quand j'arrive. Il a vu le blessé « avec ses gants » donc superficiellement, ne lui a rien dit et est parti avec le 2e certificat.

Le 15 février, je donne un certificat de reprise disant qu'il peut reprendre son travail, mais que la question de l'opération de la hernie crurale devra se poser. Le blessé passe à l'assurance, qui l'éconduit ne reconnaissant pas l'accident.

Je pense qu'il y a, dans ce cas, cependant, accident de travail et je vous demanderais de me fixer sur la ligne de conduite que j'aurai à indiquer au blessé.

Dr D.

Réponse.

Il semble que, dès lors que le blessé a reçu sur le dos une balle de 168 kilos et qu'il peut indiquer des témoins, non seulement de ce fait lui-même, mais encore du fait qu'il a signalé immédiatement la douleur qu'il a ressentie dans l'aine, la relation de cause à effet entre l'accident et la hernie ne saurait être sérieusement contestée.

Il faudrait donc, si aucune déclaration d'accident n'a été faite par le patron, que le blessé en fasse une lui-même à la mairie du lieu de l'accident et y joigne un certificat relatant la probabilité d'une incapacité permanente partielle.

Une enquête devrait, à la suite de cette déclaration, être faite par le juge de paix. Le blessé

pourrait citer son patron devant le même juge de paix, celui du lieu de l'accident, en paiement de son demi-salaire et vous-même citer également le patron, devant le même juge toujours, en paiement de vos honoraires.

Même si la déclaration de l'accident a été faite par le patron, le blessé peut, pour déclencher l'enquête, déposer à la mairie un certificat concluant à une incapacité permanente partielle.

Le juge, si l'accident est contesté, nommera un expert pour éclairer sa religion.

Blessure survenue à un accidenté du travail en traitement.

Un blessé du travail, section complète du sciatique droit au 1/3 supérieur de la cuisse, malgré une suture de son nerf faite le lendemain à l'hôpital, présente une anesthésie du pied avec paralysie des muscles fléchisseurs du pied.

L'accident est survenu le 9 juillet 1923. Depuis cette date, le blessé est toujours en traitement et il n'y a pas eu encore de certificat de consolidation.

En octobre, étant chaussé de pantoufles à semelles de feutre, il marche sur un clou de bottine, qui s'enfonce dans le talon. En raison de l'anesthésie du pied, il ne s'en aperçoit que le soir en se déchaussant. Cette plaie du talon ne se ferme pas en raison de la mauvaise trophicité de ce membre.

La Compagnie d'assurances, à qui j'ai écrit pour l'informer de cette complication, me répond que cette blessure ne peut lui incomber, car ce n'est pas un accident du travail.

Je lui réponds qu'en effet ce n'est pas un accident de travail, mais que c'est une conséquence de l'accident, que cette blessure ne se serait pas produite si le blessé n'avait pas eu son membre anesthésié et atteint de troubles trophiques dus à l'accident primitif.

La Compagnie envoie son médecin examiner mon blessé. Il me dit : « La Compagnie n'est pas légalement responsable des suites d'une blessure accidentelle aggravée par le premier traumatisme.

Cette blessure du pied ne saurait être comptée comme accident du travail, la jurisprudence à cet égard, est tout à fait précise.

Avant d'engager le blessé à poursuivre, je vous serais très obligé de me faire savoir si nous avons des chances ou non de réussir.

Dr H.

Réponse.

La complication qui a retardé la consolidtion de la blessure de votre accidenté doit, à notre avis et contrairement aux affirmations de la Cie d'assurances, être considérée comme une suite et une conséquence de l'accident. Comme vous

le dites justement, la seconde blessure ne se serait pas produite si le blessé n'avait pas eu son membre anesthésié à la suite de l'accident primitif.

Mais pour faire prévaloir cette thèse, nous ne pensons pas que le blessé ait, pour le moment du moins, à engager aucune procédure particulière. En effet, il résulte de votre lettre que cet homme va rester atteint d'une incapacité permanente partielle et que la date de consolidation de la blessure n'est pas encore fixée. Cette date ne pourra être fixée qu'en conciliation devant le Président du Tribunal civil ; c'est à ce moment sans doute que la Cie d'assurances prétendra qu'elle ne peut couvrir le second accident et que la consolidation doit être fixée à la date où elle aurait dû normalement être acquise. Devant cette contestation d'ordre technique, le président demandera l'avis d'un expert. Si, malgré cela, les parties ne peuvent se mettre d'accord, la procédure suivra son cours normal et le tribunal décidera.

Mais si la compagnie se refusait, avant la consolidation, à continuer de payer le demi-salaire, le blessé devrait la citer, en même temps que le patron, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Accident survenu à un remplaçant.

Grippé ces temps -ci, j'ai demandé pour me remplacer un interne de l'hôpital de G.

Celui-ci n'a pas lâché son service à l'hôpital, mais toutes les après-midi, il vient chez moi à 8 kil., soit dans une auto de louage que je lui envoie, soit par le tram.

Le dernier jour de son demi-remplacement, il a fait une chute de bicyclette assez sérieuse en revenant sans lanterne, vers 18 heures, de faire quelques visites dans la plaine.

Il s'est fait une petite fracture de la tête de son radius (à droite) et une autre fracture légère de son arcade sourcilière droite. Quelques contusions.

Suis-je responsable (?).

Je pose cette question, persuadé qu'elle intéressera tous les confrères. Soyez donc assez aimable pour nous donner votre avis détaillé :

Cas d'un remplaçant en déplacement complet (jour et nuit au domicile du médecin).

Cas d'un remplaçant qui vient quelques heures seulement.

Dr R.

Réponse.

Le médecin remplacé n'est pas responsable, dans la très grande majorité des cas, des accidents qui peuvent survenir à son remplaçant,

D'une part, en effet, le médecin, s'il est assujetti, actuellement, à la législation spéciale sur les accidents du travail pour ses domestiques, ne l'est pas pour ses aides et employés professionnels.

En outre, le remplaçant, docteur en médecine ou étudiant remplissant les conditions imposées par la loi, n'est pas l'employé, le préposé du remplacé.

Le médecin remplacé ne serait responsable de l'accident survenu à son remplaçant que si une faute, une négligence, une imprudence, de sa part ou de celle de ses préposés, pouvait être relevée contre lui. Par exemple, si le remplaçant était conduit par le chauffeur du remplacé et si l'accident était survenu par suite d'une faute de ce chauffeur, préposé du remplacé.

Il pourrait encore y avoir responsabilité si l'accident provenait d'un vice de construction ou d'un défaut d'entretien de l'auto du médecin remplacé. Par exemple encore, dans le cas qui vous préoccupe, si la bicyclette vous appartenait et avait causé l'accident par suite d'une rupture provenant d'une mauvaise fabrication, de vétusté, etc.

Mais si le remplacé était conduit en auto de louage, votre responsabilité apparaîtrait difficilement et ce serait la responsabilité du loueur seul qui pourrait, sauf circonstances exceptionnelles, être mise en cause.

Formalités précédant l'installation d'un médecin.

Un médecin qui a terminé tous ses examens, moins la thèse, peut-il s'installer ?

2° Quelles formalités (dans l'affirmative) a-t-il à remplir ?

Dr R.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine dispose que les médecins ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtnu le diplôme de docteur en médecine. Il résulte de cette disposition qu'un médecin ne peut s'intaller avant d'avoir passé sa thèse.

Avant d'accomplir aucun acte de sa profession, le médecin qui s'installe doit faire enregistrer son titre à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de son arrondissement et le faire viser à la mairie de son domicile.

Honoraires médicaux pour les accidents agricoles

Je resterai votre obligé, si vous pouvez me renseigner sur une question d'honoraires assurances.

La culture est régie par la loi au point de vue accident.

Prenons un exemple :

Le patron X. assure son personnel et en même temps lui, sa femme, ses enfants. En ce qui regarde les honoraires, il me semble que le tarif n'est pas le

même pour les domestiques, et pou r les membres de la famille de l'assuré et l'assuré lui-même.

Dr R.

Réponse.

La législation sur les accidents du travail n'est pas encore applicable à l'agriculture et ne le sera que le 1er septembre prochain. Jusque-là, c'est le tarif de droit commun, qui, en principe, doit être appliqué et il est normal que ce tarif soit plus élevé pour les patrons que pour les ouvriers agricoles.

Lorsque la loi sera applicable, les exploitants assujettis à la loi, et ceux qui n'y sont pas assujettis, par exemple les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec des membres de leur famille, pourront, en contractant une assurance, se placer eux-mêmes, pour les accidents dont ils seraient victimes, sous le bénéfice de la même législation, et y placer les membres de leur famille.

Dans ce cas, le même tarif officiel serait applicable aux honoraires médicaux, pour le cas où bien entendu, le médecin aurait été choisi par le bénéficiaire. Ce tarif, d'ailleurs, n'est pas encore arrêté, car le tarif Breton subira probablement quelques modifications pour devenir applicable aux accidents agricoles. A cet effet, une sous-commission spéciale a été nommée par le Ministre du Travail. Les différences porteront vraisemblablement surtout, et peut-être exclusivement, sur le régime de l'indemnisation des déplacements.

Impôt sur le revenu.
Indemnités de dommages de guerre.
Amortissements.

Veuillez être assez aimable de me répondre à la question suivante :

Réfugié, marié, sans enfants, j'ai fait depuis 5 ans que je suis ici une déclaration négative au « contrôleur des contributions directes », tant : *a*) pour les bénéfices professionnels, que *b*) pour les impôts sur les revenus.

Or, j'ai touché ce mois-ci une somme importante sur mes dommages de guerre, en rentes à 5 %, naturellement puisque l'Etat ne paye plus en billets de banque. Si je comprends bien l'esprit de la loi, je n'ai pas de déclaration à faire cette année, pour cette somme, mais il me faudra le faire l'an prochain. Dans quel sens ?

Prenons un chiffre rond, s'il vous plaît, pour simplifier et nous comprendre, par exemple : 100.000 fr.

Il est bien entendu qu'en vertu de l'art. 46, toujours en vigueur, je pourrais, l'an prochain, demander l'imputation pour A et B, sur mes dommages de guerre, mon compte avec l'Etat n'étant pas encore terminé.

Le Docteur (Nom et prénoms)..

demeurant à........................*Rue*.....................*No*......

départt de...................................

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du* “ *Concours Médical* ”.

A......................*le*........... 1924.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*
132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

Pour les bénéfices des professions, libérales : j'ai dû acheter une auto neuve professionnelle en mai 1923 : coût 22.100 fr. ; comment l'amortir pour le fisc. J'ai fait des dépenses pour mon cabinet, m a salle de pansements, etc., qui sont, je crois, déductibles du bénéfice brut.

Soyez assez aimable de m'établir un compte approximatif pour m'éviter des ennuis avec le fisc ; il est vrai que si le « carnet de coupons » dans les banques vient à être créé légalement, les opérations du « contrôleur » seront simplifiées. Cependant nous autres réfugiés, nous avons des comptes impossibles avec l'Etat, car nous :

1° Achetons chaque jour, ce qui nous manque, et il y en a... ;

2° Nous payons nos dettes d'avant-guerre ;

3° Nous avançons de l'argent à l'Etat pour hâter la reconstruction de nos immeubles ; en un mot, nous cherchons à équilibrer le passif et l'actif et ce n'est pas facile du tout.

D'autre part, il est assez difficile d'expliquer tout çà au contrôleur de « l'arrière » qui, souvent, n'y comprend rien.

Excusez ma longue lettre ; je me résume :

1° Fin de ce mois, je ferai au contrôleur une déclaration *négative* pour l'année 1923 ?

2° J'attends vos lumières pour faire, en 1925, ma déclaration A et B de 1924. Je pense m'être expliqué à peu près clairement. Merci.

Je ne sais pas si vous vous rappelez que j'avais rouspété ferme pour ne pas payer mes impôts, auto, circulation, en ma qualité de « réfugié » profitant de l'art. 46, etc. Le ministre des finances « *ipse* » m'a répondu. Il faut payer (loi de juillet 1923), mais pour les impôts *directs* (l'impôt de l'auto est *indirect*), l'art. 46 joue toujours.

Je me permets de vous donner ces renseignements parce que l'imbroglio parlementiaire est en progression, et le plus malin y perd son latin.

Dr X.

Réponse.

1° Les indemnités touchées à titre de dommages de guerre étant un remboursement de capital ne sauraient être portées sur la déclaration d'impôt général. Les intérêts seuls peuvent être considérés comme un élément taxable.

2° La durée d'amortissement d'une voiture automobile est généralement de 5 ans. Vous êtes, par conséquent, autorisé à porter chaque année dans vos dépenses professionnelles le 5e de son prix d'achat (soit : $\frac{22.100}{5}$, en l'espèce).

3° Si les dépenses faites dans votre cabinet sont d'ordre secondaire, vous pouvez les regarder comme frais généraux. Si, au contraire, elles donnent une plus-value à votre installation,

l'amortissement seul est déductible de votre bénéfice.

A. MARTINOT.
Conseiller fiscal.

Les bénéfices faits sur les étrangers doivent être portés dans la déclaration des revenus.

Exerçant dans une région frontière et ayant une grosse partie de ma clientèle en pays étranger, suis-je soumis pour cette partie à la déclaration de mes bénéfices et à l'impôt sur le revenu ? Mes bénéfices français sont astreints à la loi. En est-il de même de mes bénéfices étrangers ? Dr Z.

Réponse.

Etant Français et domicilié en France, c'est le total de vos bénéfices professionnels que vous devez porter sur votre déclaration d'impôt cédulaire et le montant de vos revenus sur votre déclaration d'impôt général.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Fin des obligations militaires.

Voudriez-vous bien me dire si, médecin-major de 2e classe, né en août 77, mais engagé volontaire, classe 1895, je suis absolument dégagé de toute obligation militaire, même en cas de mobilisation, et, s'il y a lieu de demander ma radiation des cadres (*sans risquer d'être remobilisé un jour sans grade*... ?

Dr N.

Réponse.

Engagé volontaire en 1895, vous avez suivi le sort de la classe 1895 et, dès lors, comme les hommes de cette classe, vous êtes entièrement dégagé de toute obligation militaire.

Il sera toutefois prudent de votre part de l'écrire à votre directeur du service de santé, en lui demandant, comme conséquence naturelle de ce fait, d'être définitivement rayé des cadres. Vous ne risquerez pas d'être remobilisé un jour sans grade.

LA MUTUALITÉ FAMILIALE et la prévoyance chez le médecin

Les médecins ne brûlent jamais, et cependant, ils s'assurent contre l'incendie ; — ils ont raison.

Il n'y a guère chaque année qu'une ou deux condamnations de médecins à des dommages-intérêts envers leurs clients, encore ces condamnations sont-elles relativement légères et dues le plus souvent à quelque faute : pourtant, presque tous les médecins s'assurent contre la responsabilité professionnelle — et ils ont encore raison.

D'où vient donc que si peu d'entre eux s'inquiè-

tent de risques autrement redoutables : la maladie, la vieillesse, la mort ? — Car le nombre est petit de ceux qui s'assurent contre la maladie, qui se constituent une retraite pour leurs vieux jours et se préoccupent de laisser, en cas de mort prématurée, leur femme et leurs enfants hors du besoin pressant.

Comment expliquer cette négligence ?

C'est que le médecin se porte généralement bien, mène une vie active et, chose inexplicable, ne croit pas que lui aussi peut être arrêté par la maladie et immobilisé pour un temps plus ou moins long, sinon d'une manière définitive. Il ne croit pas qu'il vieillira, que son activité diminuera, que la clientèle l'abandonnera peu à peu, il ne croit pas enfin qu'il peut, lui aussi, être victime d'une mort prématurée.

Chose inexplicable, en effet, pour un médecin qui passe sa vie au milieu des malades et des mourants, et sait mieux que personne combien la santé est chose fragile !

Il s'assure contre des risques à peu près inexistants et ne s'assure pas contre les risques de tous les jours, risques dont il connaît la fréquence et la gravité, risques auxquels il lui est impossible de se soustraire.

En parle-t-on devant lui ? Il écoute d'une oreille distraite. L'adjure-t-on de faire œuvre de prévoyance ? Il remet au lendemain, à plus tard, trop souvent au jour où il sera trop tard.

Le *Concours médical*, qui s'est donné comme programme la défense professionnelle, ne pouvait se désintéresser d'une question aussi importante que celle de la prévoyance chez le médecin ; il a fondé une œuvre essentiellement médicale qui présente à ses adhérents toutes les garanties et dans laquelle la rigueur des chiffres n'exclut pas toute idée de confraternité.

La *Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français* est une société de secours mutuels libre, régie par la loi du 1er avril 1898 et fonctionnant sous le contrôle d'un actuaire.

C'est une œuvre faite pour les médecins et administrée par des médecins.

Elle a été créée en 1894, elle a donc trente années d'existence et l'on peut juger la manière dont elle fonctionne et les services qu'elle a rendus à ses adhérents.

Elle comporte trois sections :

1° L'indemnité en cas d'impossibilité d'exercer pour cause de maladie ou d'accident ;
2° La pension de retraite ;
3° La pension aux veuves.

Chacune d'elles a son compte particulier, il est donc possible d'adhérer, soit à une seule d'entre elles, soit à plusieurs simultanément.

Un compte spécial de gestion pourvoit aux dépenses autres que les indemnités ou les pensions.

Enfin, une caisse auxiliaire est réservée à tous se-

cours ou emplois utiles à la Société ou à ses adhérents en dehors des prescriptions statutaires.

Indemnité-maladie.

L'indemnité pour impossibilité d'exercer due à la maladie ou à un accident est certainement la branche la plus importante.

La Mutualité Familiale donne une indemnité journalière pendant soixante jours et, si l'impossibilité d'exercer se prolonge au delà, une indemnité mensuelle.

Cette indemnité est, au gré des adhérents :

1° Journalière de 10 francs et mensuelle de 100 fr. ;
2° Journalière de 20 francs et mensuelle de 200 fr. ;
3° Journalière de 30 francs et mensuelle de 300 fr.

Elle est donc à la portée de toutes les situations et de toutes les possibilités.

La cotisation annuelle est constante, c'est-à-dire qu'elle reste toujours la même, et varie avec l'âge du sociétaire au moment de son entrée dans la Société.

En voici le tableau :

Age d'entrée	Indemnité de 10 fr.	Indemnité de 20 fr.	Indemnité de 30 fr.
25 ans	68 fr.	148 fr.	223 fr.
26 —	69 »	151 »	227 »
27 —	71 »	154 »	232 »
28 —	72 »	157 »	237 »
29 —	73 »	160 »	241 »
30 —	75 »	163 »	246 »
31 —	77 »	166 »	251 »
32 —	78 »	170 »	256 »
33 —	80 »	174 »	262 »
34 —	82 »	178 »	268 »
35 —	84 »	182 »	274 »
36 —	86 »	187 »	282 »
37 —	88 »	192 »	289 »
38 —	91 »	197 »	297 »
39 —	93 »	202 »	304 »
40 —	96 »	208 »	313 »
41 —	98 »	213 »	321 »
42 —	101 »	219 »	330 »
43 —	104 »	226 »	341 »
44 —	107 »	232 »	350 »
45 —	110 »	239 »	360 »
46 —	114 »	»	»
47 —	117 »	»	»
48 —	121 »	»	»
49 —	125 »	»	»
50 —	129 »	»	»

La limite d'entrée est 50 ans pour l'indemnité de 10 francs et 45 ans pour les indemnités de 20 et de 30 francs.

La participation commence six mois après l'admission et cesse au 31 décembre de l'année ou le sociétaire atteint 65 ans.

Tous les trois mois, le Conseil d'administration se réunit, entend le rapport du secrétaire général, et fixe les indemnités qui sont immédiatement envoyées sans frais, par le trésorier.

Nous ne pouvons donner ici que les grandes lignes de l'organisation : il nous suffira de dire que, pour la seule indemnité journalière de dix francs, la société a alloué plus de *deux millions* à ses adhérents.

Nous pourrions citer des sociétaires qui ont reçu plus de 15.000, plus de 20.000, plus même de 25.000 francs d'indemnités.

Nos lecteurs pourront obtenir tous renseignements complémentaires en écrivant au secrétaire général Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise).

On voit que la Mutualité Familiale a voulu s'adresser à la totalité du Corps médical, à toutes les situations comme à toutes les possibilités. Et comme la participation à l'indemnité maladie cesse à 65 ans, elle a ouvert, dans sa section Retraites, une combinaison donnant la pension à 65 ans, précisément au moment où le sociétaire, par la suppression de son indemnité, risquerait de se trouver dans une position gênée.

Mais nous ne voulons pas parler aujourd'hui des pensions de retraite : ce sera pour un des prochains numéros.

A. Gassot.

Quarante-sixième année | N° 12 | 23 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 670-IV)

(Suite du Sommaire)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr SERRES, de Vaux-sur-Seine (Seine-et-Oise), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 99. — Pour remplacement longue durée, province, offre situation importante à médecin actif.

N° 100. — On dem. méd. désireux faire tuberculose pulm. pr' dispensaire antitubercul. privé. occupations 2 à 3 après-midi par semaine.

N° 101. — Méd. âgé, désirant poste tout repos, disposant de qq. ressources pers. (retraite) est dem. pr. pet. client. insulaire. Avantages : 5.000 fr. par an et le logt. On fait la pharmacie.

N° 102. — Réelle occasion : à vend. 10 HP. Bignan, cond. int., 5 pl., carr. Driguet, avril 1923, roulé 6.000 km., a coûté 34.000 frs., état neuf, avec access. Prix 26.000 fr. (carr. seule vaut act. 20.000), cause double empl., s'adr. Dr Esclavissat, Chatillon (Seine).

N° 103. — Paris. Clientèle à céd. pr. cause santé, rapport 40.000 frs. suscept. augm. grd. appt., conviendrait préf. à jeune docteur.

N° 104. — Infirmière manipulatrice dem. emploi clinique ou radiologiste.

N° 105. — Orpheline de méd., 24 ans, instr., connaissant mach. à écr. et espagnol désire pl. de secrétaire. Mlle Barcelonne, 17, rue des Puits-Clos, Toulouse.

N° 106. — Méd., 29 ans, santé parf., célib. actif, 1 séjour Afrique équator. comme médecin de circonscription dem. sit. méd. bien rétribuée ds société, entrepr. colon. Peu importe colon. et latitude, accept, contrat longue durée.

N° 107. — Grande ville ouest. Désirerait association av. conf. dispos. capitaux pr. donner extension.

N° 108. — Citroen, 5 HP., 1923, parf. état, 7.500, Drouet et Plet, Rueil (S.-et-O.).

N° 109. — Mathis, 6 HP. 1922, écl. Magondeaux, amort., revue janv. 1924, 6.500. Cligny, 10, rue des Bois, Rueil.

N° 110. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

N° 111. — Nord-Est, à céd. de suite ou mois suivants client. indust. et agric., rapport 45.000, transmissible ; moto suffit, indem. modérée.

N° 112. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéf. nets 35.000, convient spécial. à docteur.



CORRESPONDANCE

Les doubles certificats médicaux pour la Mutualité Familiale

Je vous ai fait envoyer deux certificats par le confrère qui m'a examiné et je pense que mon dossier doit être tout à fait en règle. Je vous serai reconnaissant, s'il manquait quelque chose, de bien voulor m'en avertir, car je tiens à être admis pour le 1er avril.

Dr L.

Réponse

Non, votre dossier n'est pas au courant, car les certificats doivent être délivrés par deux médecins différents. A quoi servirait-il d'exiger deux certificats signés du même examinateur ?

Lorsqu'on veut entrer à la combinaison V ou bien simultanément aux combinaisons MA et MAD pour avoir l'indemnité de 30 francs, il faut subir un double examen médical et chacun des examinateurs doit délivrer son certificat particulier.

Vous devez donc passer un second examen pour être en règle.

Dr Mignon.

Rente d'une victime du travail

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner le renseignement suivant : un de mes clients, ouvrier boulanger, gagnant 12.000 fr. par an, victime d'un accident du travail et à qui j'ai dû enlever deux phalanges de l'index, a obtenu 20 % comme évaluation de son I. P. P.

A combien doit s'élever sa rente annuelle ?

La Compagnie offre 600 fr.

Dr D.

Réponse

L'ouvrier blessé dans son travail qui reste atteint d'une incapacité permanente et partielle a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à son salaire. La rente est calculée sur le salaire intégral jusqu'à 4.500 fr. et sur le 1 /4 seulement du surplus jusqu'à 15.000 francs.

Ainsi dans l'espèce qui vous intéresse le salaire de base doit être calculé de la façon suivante : 4.500 plus le 1 /4 de 7.500 = 6.375 fr. L'incapacité étant de 20 %, le blessé a droit à une rente égale à 10 % du salaire de base, soit 637 fr. 50.

Représentation en justice dans les procès en matière de loyers

Je suis, comme beaucoup d'autres, en difficulté avec mon propriétaire pour une question de loyer,

Or, je viens de lire la loi, qui n'est pas un modèle de simplicité et de clarté et je vous serais reconnaissant en particulier, si vous vouliez bien me faire connaître la signification de ce texte :

I. — Procédure de l'action en réduction :

..... « Les parties comparaîtront en personne, sauf en cas d'excuse valable.

Elles pourront se faire assister ou représenter par tous mandataires de leur choix, et *pour les affaires ressortissant du tribunal, par un avocat régulièrement inscrit ou un avoué* ».

Dois-je comprendre que, au cas où je ne pourrais me présenter *en conciliation* devant le président du tribunal — ce qui est probable en raison d'un état de santé précaire — je devrai nécessairement m'y faire représenter par un avocat ou un avoué ? Et n'ai-je la possibilité de donner pouvoir à un ami où à un parent de se rendre à ma place devant le juge ?

Au cas où le différend ne serait pas aplani en conciliation, *devrai-je* de même confier à un avoué ou à avocat le soin de soutenir mes droits ?

Dr J.

Réponse.

Dans toutes les affaires de loyer introduites, par application des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923, devant le tribunal civil les parties doivent en principe se présenter en personne. Cependant si elles ont une excuse valable elles peuvent se faire représenter, mais *exclusivement* par un avoué ou un avocat régulièrement inscrit. Donc, vous ne pourriez confier vos intérêts à un parent ou un ami à moins qu'il ne soit lui-même avoué ou avocat. Les règles fixées pour la comparution des parties sont les mêmes devant la Chambre du Conseil qu'en conciliation.

Nous croyons devoir vous signaler que si vous avez l'intention d'introduire une action en réduction du prix de votre loyer, vous devez faire la plus grande diligence ? En effet, l'action ne sera plus recevable après le 31 mars et l'action est réputée engagée non pas par la convocation en conciliation, mais bien par la citation à comparaître devant la Chambre du Conseil. Or, la convocation du greffier pour la conciliation doit être lancée au moins huit jours à l'avance ; pour peu que le rôle soit encombré, vous risqueriez en attendant plus longtemps de voir arriver l'échéance sans avoir pu lancer la citation devant la Chambre du Conseil.

Exercice de l'herboristerie

Comme membre du « Sou » et abonné au *Concours* je viens vous demander un petit renseignement.

Un médecin exerçant dans une ville où se trouve un pharmacien peut-il faire de l'herboristerie et vendre des plantes médicinales à ses clients ?

Peut-il faire le commerce des simples en dehors de sa clientèle ?

Ce médecin a-t-il besoin d'un « diplôme d'herboriste » ?

Quelles sont les conditions pour obtenir ce diplôme ?

Y a-t-il des déclarations à faire pour le fisc et une patente à payer ? Dr G.

Réponse.

Un médecin ne peut faire de propharmacie, c'est-à-dire délivrer des médicaments quelconques à ses malades, que dans le cas où aucun pharmacien n'est installé dans la commune où il exerce.

Vous ne pouvez donc vendre de plantes médicinales à vos clients. Pour avoir ce droit, il faudrait que vous soyez pourvu du diplôme d'herboriste, mais alors l'exercice de l'herboristerie ne pourrait être considéré comme un accessoire de votre profession de médecin et vous seriez soumis à l'impôt des patentes.

Pour obtenir le diplôme d'herboriste, il suffit de se faire immatriculer à l'école de pharmacie moyennant un droit de 30 francs et de passer un examen portant sur la connaissance des plantes usuelles et médicinales, leur récolte, leur conservation et quelques notions élémentaires concernant le caractère de ces plantes. Le droit d'examen est de 105 francs. Il y a deux sessions par an, en mai et en novembre.

Pension d'un apprenti victime d'un accident du travail

Un de mes clients a eu son fils, âgé de 13 ans et demi, apprenti ajusteur gagnant 0,50 de l'heure (4 fr. par jour), victime d'un accident du travail qui l'a amputé de l'index gauche. Il travaillait pour la première fois depuis le 1er août et l'accident est survenu le 15 décembre. L'ouvrier adulte le moins payé de son atelier gagne environ 2 fr. de l'heure.

Le père me demande à quelle pension son fils a droit, et si le taux de cette pension en permettra le rachat.

Dr P.

Réponse.

L'apprenti victime d'un accident du travail qui reste atteint d'une incapacité permanente et partielle, a droit à une rente calculée sur la base du salaire de l'ouvrier de la même catégorie le moins payé. A raison de 16 fr. par jour, le salaire annuel de base en comptant 300 jours ouvrables, serait donc de 4.800 fr. Pour le calcul de la rente, le salaire est pris dans sa totalité jusqu'à 4.500 et pour le 1/4 seulement au-delà ; dans l'espèce qui vous intéresse, le salaire de base définitif est donc de 4.575 fr.

L'invalidité résultant de la perte de l'index gauche est ordinairement fixée à 12 %. Comme la rente doit être égale à la moitié de la réduction

du salaire, la rente du jeune apprenti sera de 6 % de 4.575 soit 274 fr. 50.

La rente dépassant 100 fr. son rachat est impossible. La rente ne peut d'ailleurs être rachetée que si le bénéficiaire est majeur.

Prorogation de bail et bénéfices de guerre

J'ai l'honneur de demander l'avis du *Concours médical* sur le cas suivant : mon bail actuel, qui est la reproduction exacte d'un bail précédent, a été conclu pour une période de 9 ans du 1er novembre 1916 au 1er novembre 1925. Voulant bénéficier de la prorogation de 5 ans et 83 jours accordée par les lois du 9 mars 1918 et 31 mars 1922, j'ai notifié à mon propriétaire au cours de l'été dernier, mon intention de profiter de cette prorogation. Je me croyais donc en sûreté pour 8 ans, quand je viens de lire dans les journaux médicaux :

« Bail d'avant-guerre expirant avant le 1er janvier 1926, (c'est mon cas, si on considère que mon bail actuel n'est, comme je le dis plus haut, que la reproduction exacte du précédent). « Cette prorogation qui est de 2 ans pour les locaux d'habitation et d'environ 5 ans pour les locaux à l'usage professionel *peut être refusée par le juge de paix notamment au cas où le locataire a réalisé des bénéfices de guerre.* »

Mais, c'est une clause que je n'ai jamais lue dans la loi du 31 mars 1922. Existe-t-elle dans la récente loi sur les loyers — et modifie-t-elle les lois anciennes ? — Est-elle spéciale à la région parisienne ou bien s'étend-elle à toute la France ? Je suis surpris qu'une loi limite un droit qu'une loi antérieure de 9 mois nous accordait largement. Je voudrais bien savoir si je ne fais pas erreur dans l'interprétation de la loi, pour quels motifs le juge de paix pourrait m'enlever ce droit à la prorogation (puisque je n'ai pas fait de bénéfice de guerre) et quelle nouvelle démarche j'ai à faire pour obtenir cette prorogation (la première ayant été faite au cours de l'été dernier) pour être fixé de bonne heure sur le point de savoir si oui ou non cette prorogation me sera accordée par le juge de paix. Dr X.

Réponse.

Une loi du 23 octobre 1919 a assimilé aux baux et locations verbales en cours au 1er août 1914, les baux et locations verbales renouvelés entre les mêmes parties et pour les mêmes locaux. Vous avez donc droit à la prorogation professionnelle de 5 ans et 83 jours qui commencera à courir à partir du 1er novembre 1925, date à laquelle expirera votre bail. Durant le cours de cette prorogation, vous devrez supporter les augmentations fixées par la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire 5 % du loyer de 1914 plus la majoration qui s'est produite depuis 1914, dans les impositions qui grèvent l'immeuble.

Cette prorogation ne pourrait vous être refusée

que dans le cas où vous auriez réalisé des bénéfices de guerre, ou bien si votre propriétaire a vendu l'immeuble qu'il occupait ou a été privé du logement qu'il habitait lorsqu'il a consenti à renouveler votre bail. Hors de ces deux cas, votre droit à la prorogation est absolu.

Un médecin d'hôpital peut être membre de la Commission administrative

A titre d'abonné au *Concours médical* et de membre du « Sou » médical », je vous serai reconnaissant de bien vouloir me faire connaître si, au point de vue des règlements, les fonctions d'administrateur d'un petit hôpital de chef-lieu de canton sont compatibles avec les fonctions de médecin de ce même hôpital.

Dr N.

Réponse.

Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de médecin d'un hôpital et celles de membre de la Commission administrative du même hôpital.

D'une part, en effet, une circulaire du Ministre de l'Hygiène du 20 avril 1920 conseille aux présets d'introduire un médecin dans les Commissions administratives des hôpitaux, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques.

D'autre part, une réponse du Ministre à un sénateur, publiée au *Journal officiel* (Sénat, séance du 18 mai 1920, n° 3349) précise qu'il n'y a pas lieu de faire de distinction entre les médecins rétribués et ceux qui ne le sont pas. (Voir *Concours médical*, 25 septembre 1920).

Le médecin peut-il déduire de sa déclaration de bénéfices professionnels les sommes versées par lui à la Caisse Nationale des Retraites

Un fonctionnaire peut le faire, déduisant de ses revenus, d'une part, les retenues faites par l'Etat sur son traitement en vue de la pension de retraite réversible en partie sur la tête de sa veuve et d'autre part, les versements qu'il peut faire librement chaque année à la Caisse Nationale des Retraites pour s'assurer dans ses vieux jours une rente viagère pour lui et pour sa femme.

Le Conseil d'Etat vient d'ailleurs de se prononcer affirmativement sur cette question qui intéresse tous les fonctionnaires et à mon avis, devrait intéresser bon nombre de médecins.

Conformément aux conclusions de M. Georges Bonnet et sur le raport de M. Josse, le Conseil d'Etat a décidé qu'un fonctionnaire pouvait déduire de son traitement, pour sa déclaration d'impôt général sur

le revenu, non seulement les retenues obligatoires faites par l'Etat pour sa retraite, mais aussi les *versements volontaires* effectués par lui à des *caisses diverses* à la condition toutefois que ces versements volontaires conservent le caractère d'une dépense de prévoyance proportionnée à l'importance du salaire.

Pour les médecins fonctionnaires, la question est ainsi résolue, mais pour beaucoup de non fonctionnaires, elle me paraît assez intéressante pour être posée et résolue par l'affirmative afin d'éviter toute contestation le cas échéant.

Dr M.

Réponse.

Dans son instruction sur l'établissement des impôts cédulaires, l'Administration avait prévu le droit pour *le salarié* de déduire du salaire imposable le montant des versements effectués à une caisse de retraite ; l'arrêt du Conseil d'Etat admet le principe de cette déduction.

Dans ladite instruction, l'Administration n'a pas prévu cette faveur en ce qui concerne les professions libérales. Pour en bénéficier, il sera donc indispensable d'introduire une réclamation devant le Conseil de préfecture et en cas d'échec un pourvoi en Conseil d'Etat, aucun arrêt de jurisprudence n'étant encore intervenu en la matière.

A notre avis, votre thèse mérite d'être soutenue.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Rétributions forfaitaires et déclaration du revenu

Je vous serais bien reconnaissant si vous vouliez bien me fixer sur certain sujet de bénéfices professionnels, si l'on peut dire, en vue de la déclaration de l'impôt. Je suis médecin du chemin de fer et au service médical on m'a dit que l'*indemnité* qui m'était allouée (1.200 fr.), étant donné son caractère d'indemnité couvrant à peine les frais de déplacement, ne devait pas être déclarée pour l'impôt des bénéfices professionnels.

En est-il de même de l'indemnité qui m'est allouée comme médecin des Ecoles (2.000 fr.) ?

Les honoraires que je reçois comme médecin de l'assistance médicale gratuite (environ 1.000 fr.) pour des visites de 5 fr. ne vous paraissent-ils pas aussi devoir être exemptés de l'impôt ?

Je suis aussi médecin-inspecteur de la protection du 1er âge et des consultations de nourrissons. Ces fonctions dont la rémunération est loin d'être en proportion du travail accompli (environ 1.500 fr.), peuvent-elles être considérées comme donnant un bénéfice ?

Dr Z.

Réponse.

1° Si l'indemnité que vous donne le chemin de fer vous est allouée pour couvrir les frais de déplacement, il y a là simplement *remboursement de*

dépenses et, de ce fait, elle ne saurait figurer dans la déclaration.

2° A moins qu'elles n'aient le même caractère que l'indemnité précitée, les autres indemnités dont vous parlez dans votre lettre doivent être regardées comme recettes.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Point de départ de la patente

Je lis, au dos de la feuille de contribution à l'article VII que la taxe est due, pour l'année, par ceux qui *exerçaient au* 1er *janvier*. Or, je suis installé ici depuis 4 mois. Je n'y étais donc pas le 1er janvier 1923, dois-je donc payer patente pour ces 4 derniers mois de 1923 ? Si je ne le dois pas, que dois-je faire pour me faire détaxer ?

Dr D.

Réponse.

En cas de profession entreprise après le 1er janvier, les droits sont dus à partir du 1er du mois pendant lequel s'est produit le fait motivant l'imposition supplémentaire.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Nomination au grade de médecin aide-major

Interne des hôpitaux, docteur en médecine depuis un an, ayant fini la guerre comme médecin sous-aide major, je reçois aujourd'hui, du directeur du Service de santé de la Ne région, de nombreux papiers pour me demander si je désire être proposé pour le grade de « médecin aide-major de 2e classe de réserve ».

On exige de nombreuses pièces que je peux fournir, sauf le certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire que je n'ai jamais reçu (ayant été nommé pendant la guerre), et faute duquel je devrais subir un examen.

Je désirerais savoir :

1° *Si j'ai un avantage quelconque* à être nommé *aide-major de 2e cl. de réserve* (je suis de la classe 1915, ai fait une grande partie de la guerre dans un bataillon de chasseurs à pied, et depuis la guerre, me suis marié et ai deux enfants) ;

2° Si j'aurai des périodes à faire ou d'autres obligations militaires à remplir ;

3° Si, en cas de mobilisation, cela me pemettrait de partir plus tard et d'être affecté à une ambulance ou à un hôpital (ce que je n'ai pas connu pour la dernière guerre) ;

4° Enfin, s'il y a un moyen quelconque de se passer de cet examen qui me semble passablement ridi-

(Voir la suite page XLVII-717)

PROPOS DU JOUR

Le Concours Médical aux Antipodes.
La médecine civile et la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie

« Le *Concours médical* est un petit journal, paraissant à Paris et qui défend principalement les intérêts professionnels des médecins civils. » C'est ainsi que débute le numéro du 21 décembre 1923, que nous venons de recevoir, numéro de l'important journal, publié à Nouméa : *Le Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles Hébrides, journal hebdomadaire, commercial, minier, agricole et judiciaire. Le mieux informé* (*sic*). *Le plus répandu* (*sic*). Ce journal est en effet très répandu en Nouvelle-Calédonie et aux Nouvelles-Hébrides, îles qui comptent une population européenne sensiblement égale, comme nombre, aux lecteurs du *Concours médical*.

Le *Bulletin du commerce* se plaint d'avoir été pris à partie par nous d'après les renseignements fournis par un ex-médecin de colonisation, licencié de son emploi par le gouverneur ; il suppose que c'est sur les renseignements donnés par ce médecin — de fâcheuse mémoire — que nous avons à diverses reprises critiqué la situation médicale en Nouvelle-Calédonie. Néanmoins, le *Bulletin du commerce* ne nous en garde pas rancune :

« Nous ne pouvons qu'approuver entièrement, écrit-il, la chaleur et les préoccupations avec lesquelles le *Courrier Médical* (lisez *Concours médical*) défend les intérêts corporatifs des membres de son Association, mais notre confrère peut-il mettre en doute les décisions d'un gouverneur, alors qu'elles n'ont été prises qu'après avis d'un conseil d'enquête technique et de longues enquêtes officielles ? »

L'ex-médecin de colonisation, licencié par le gouverneur, est inconnu de nous ; il ne nous a jamais écrit, nous n'avons pas à le défendre, il ne nous l'a d'ailleurs jamais demandé.

Dans l'article que nous avons publié le 26 août 1923 sur la crise de la médecine civile en Nouvelle-Calédonie, nous avons relevé un article du *Bulletin du Commerce* qui accusait les médecins (1) ayant quitté la colonie de déblatérer sur elle et ses habitants, *entassant mensonges sur mensonges dans les publications médicales*, et d'avoir nui considérablement, par ces manœuvres déloyales, au recrutement des médecins de colonisation. » Nous avons fait alors simplement remarquer que nous avions pris nos renseignements à bonnes sources. Ces sources sont : 1° un article de M. Georges Barthelemy, député du Pas-de-Calais, délégué au Conseil supérieur des Colonies, intitulé : *Les médecins coloniaux civils ne veulent plus se laisser manger par les médecins militaires*, publié dans les *Annales coloniales* du 29 juillet 1922 ; 2° un article du Dr Brémont, ancien médecin directeur de l'hôpital civil de Cayenne, paru le 13 septembre 1922 dans la *France Australe* (journal de Nouméa) sur le même sujet.

Notre but n'était pas de mener campagne contre les médecins militaires coloniaux qui ont rendu et rendent de grands services, ni de nuire à la Nouvelle-Calédonie, encore moins à ses habitants, mais de défendre la situation précaire des médecins civils, installés dans nos colonies lointaines qui ne pourront pas vivre tant qu'*officiellement* on organisera contre eux la concurrence des médecins militaires. Et nous voulions en outre mettre en garde les jeunes médecins contre la propagande faite en faveur de certaines colonies (*nous ne disons pas toutes*) décrites comme de véritables Eldorados, où les attendent une vie délicieuse et la fortune rapide et qui en reviendraient, après quelques années, désillusionnés, aigris, miséreux et gardant une légitime rancune à ceux qui les ont trompés.

Le *Bulletin du Commerce* affirme que la situation a changé en Nouvelle-Calédonie :

« La pénurie de médecins, dit-il, pénurie dont nous avons souffert pendant quelques années, a heureusement cessé et ce sont des faits devant lesquels tous les détracteurs doivent pourtant s'incliner. »

Nous voudrions bien partager l'optimisme du *Bulletin du Commerce* : nous savons que deux médecins civils, anciens médecins militaires, exercent actuellement à Nouméa et que quatre médecins militaires, auxquels toutes les fonctions sanitaires sont confiées, partagent avec eux la clientèle des 7.000 habitants de la ville. Nous savons encore qu'un cinquième médecin militaire

(1) *Bulletin du Commerce* de la Nouvelle-Calédonie du 5 mai 1923.

est attendu. Sept médecins pour 7.000 habitants dans un pays réputé sain, c'est beaucoup pour permettre aux médecins civils de vivre. D'ailleurs, la question a été discutée au Conseil général de la colonie dont nous lisons dans les colonnes mêmes du *Bulletin du Commerce* le compte rendu des séances des 10 et 11 décembre 1923. Nous citons textuellement :

« M. Kollen expose qu'il voudrait parler des médecins, mais qu'il est dangereux d'aborder cette question dans ce pays (1) et il en sait quelque chose : cependant, il tâchera d'être très modéré. L'Administration a autorisé les médecins militaires à faire de la médecine civile ; de ce fait, elle a fermé la porte aux médecins civils. Il n'est pas possible, en effet, qu'un médecin civil puisse concurrencer un médecin militaire. En dehors de la solde qui s'élève à plus de 30.000 francs par an, les médecins militaires sont logés, ils ont les instruments de chirurgie de l'hôpital à leur disposition. Il tient essentiellement à ce que le nouveau médecin civil qui vient d'arriver à Nouméa, le docteur Ducasse, reste ici et ne soit pas obligé de quitter la colonie comme les docteurs Le Scour et Paulet. Il propose que le Conseil vote aux médecins civils une solde de médecin de colonisation, afin d'égaliser les chances entre les médecins civils et militaires. Autrement, il est impossible au nouveau médecin de rester ici et de concurrencer ses confrères militaires qui jouissent de beaucoup d'avantages. En outre, il propose que les médecins civils soient dégrevés de leurs patentes. »

« Le *secrétaire général* donne connaissance de la circulaire ministérielle du 9 mars 1923 fixant les conditions dans lesquelles les médecins militaires ou les médecins civils rétribués par l'Administration peuvent être autorisés à exercer : « C'est « lorsque le nombre des médecins civils sera « reconnu suffisant par le gouverneur qu'il sera « interdit aux médecins militaires d'exercer la « médecine privée ». L'Administration s'est conformée jusqu'à maintenant à ces instructions, le nombre de médecins civils étant jugé insuffisant. Du jour, où il y aura assez de médecins civils, l'autorisation accordée sera rapportée par le gouverneur. — M. Kollen dit que cette circulaire aurait dû être appliquée lorsque les docteurs Le Scour et Paulet se sont élevés contre la concurrence des médecins militaires. *On n'a rien fait et les deux docteurs ont dû partir*, ce qui a mis la population dans l'obligation de s'adresser aux médecins militaires et de subir leurs exigences.

M. David pense que l'on peut fixer à 3 médecins civils pour assurer le service de Nouméa (*sic*). Le jour où ce chiffre sera fixé, l'autorisation d'exercer devra être retirée aux médecins militaires. »

(1) Pourquoi ? ? (N.D.L.R.)

Et ainsi, on tourne, croyons-nous, dans un cercle vicieux : les médecins civils ne vont pas en Nouvelle-Calédonie parce que la concurrence des médecins militaires les empêche de vivre et l'Administration réclame des médecins militaires pour remédier à la pénurie de médecins civils. 4 à 5 médecins militaires pour une garnison dont l'effectif atteint, croyons-nous, 150 hommes, c'est un peu beaucoup à notre avis, surtout quand en France on se plaint amèrement de ne plus recruter un nombre suffisant de médecins militaires.

Dans une séance du 12 décembre 1923, (compte rendu publié dans le *Bulletin du Commerce* du 4 janvier 1924), le Conseil général a abordé la question de la lèpre et de la léproserie de la presqu'île Ducos. La discussion y a été orageuse, nous pourrions dire burlesque. Nous aurions été heureux de voir l'Administration démentir ou rectifier les renseignements que nous avons donnés dans notre *Propos du Jour* du 2 septembre 1923, sur l'épouvantable organisation de la léproserie de la presqu'île Ducos, renseignements puisés dans un article de la *France Australe* du 18 mars 1922, signé par M. E. Caillard et complétés par des détails qu'une personne bien informée nous a fait parvenir. La léproserie de la presqu'île Ducos n'a rien à envier aux plus sinistres léproseries du Moyen Age. Il est vrai qu'en France, l'Union des Syndicats médicaux de France a signalé un sanatorium possédant une organisation (si l'on peut dire) analogue.

Dans la même séance :

« Il est ensuite discuté sur certains articles parus dans la presse médicale de nature à nuire au pays et qui sont inspirés par des médecins ayant laissé dans la colonie un souvenir fâcheux.

Le *secrétaire général* serait reconnaissant aux Conseillers de bien vouloir communiquer à l'Administration ces articles ; elle se fera un devoir d'écrire au Ministre en vue de mettre fin à la campagne (1). »

M. le secrétaire général de la Nouvelle-Calé-

(1) Citation textuelle du compte rendu de la séance du Conseil général du 12 décembre 1923 publié dans le *Bulletin du Commerce*.

donie nous fait beaucoup d'honneur en voulant bien se préoccuper de nous. *Il écrira au Ministre*, promet-il, *en vue de mettre fin à la campagne.*

M. le secrétaire général, dont la mentalité a sans doute été déformée par son séjour à la Nouvelle, se trompe. Nous ne sommes pas à Nouméa, et, à Paris, nous ne nous laissons pas traiter comme de simples Canaques ou de vulgaires déportés au Pénitencier.

Nous ne doutons pas que M. le Ministre des Colonies, qui est un homme de grande valeur et haute intelligence, évite de se donner le ridicule d'intervenir en pareil cas pour mettre fin à une campagne qui est dictée par le seul souci de l'intérêt public. D'ailleurs, s'il l'entreprenait, il se heurterait à un mur contre lequel se briseraient ses efforts et sa puissance. Le *Concours médical* est indépendant, et son rédacteur signe ses articles et a coutume de dire ce qu'il pense, comme il lui convient, en en acceptant toute la responsabilité. Il dédaigne les rubans, les honneurs, et autres moyens officiels qui flattent les vanités et arrêtent les critiques gênantes.

Il n'y a qu'un seul moyen de mettre un terme à une prétendue campagne, entreprise en toute loyauté, c'est d'apporter au débat des faits incontestables démentant ce que nous avons publié, ou bien de faire connaître la réalisation de réformes indiquant qu'il a été tenu compte, notamment pour la situation déplorable de la léproserie, des précisions que nous avons données. Et en toute bonne foi, nous serons heureux de donner à ces rectifications ou à ces explications la plus large publicité.

J. Noir.

R. H. M. S. 8900.

A la Faculté de Médecine de Paris

Lundi dernier, M. le professeur agrégé C. Lian, médecin des hôpitaux, inugurait ses conférences de Pathologie interne par une intéressante leçon d'introduction sur les maladies infectieuses.

Cette leçon sera publiée prochainement *in extenso.*

Nous nous bornerons à souligner aujourd'hui le grand sccès remporté par notre distingué collaborateur et excellent ami, dont nous avons fortement goûté la clarté d'exposition, l'harmonie de construction, les qualités pédagogiques, servies par des dons physiques, qui justifient suffisamment l'attention soutenue d'un auditoire prompt à témoigner ses sympathies au nouvel agrégé.

G. D.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONSIDÉRATIONS SUR LES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES ET LEURS INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Par le Dr Paul Truffert,

Chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

Les accidents et les complications dus à la présence dans le rhino-pharynx de l'amygdale dite de Luschka, et dont les principaux sont connus déjà depuis longtemps, acquièrent en réalité un polymorphysme considérable.

Si nombreux sont les troubles pouvant en résulter que, sans crainte de tomber dans le paradoxe, on peut dire que l'exploration du rhinopharynx doit être systématique chez tout enfant présentant une affection quelconque, traînante et résistante à la thérapeutique usuelle.

Aperçu anatomique. — A l'orée du carrefour aéro-digestif, là où viennent se terminer les cavités naturelles de la face, respiratoire ou nasale, digestive ou buccale, se trouve une barrière lymphatique, barrière de défense que Waldeyer avait surnommée : « anneaux péri-pharyngo-nasal et péri-pharyngo-buccal ».

Ce dernier, le plus vaste, part de l'amygdale pharyngée, se prolonge sur les parois latérales du pharynx, autour de la trompe d'Eustache (amygdale tubaire) pour gagner, entre les piliers

du voile, les amygdales palatines dont les pôles inférieurs sont unis par l'amygdale linguale.

Le cercle péri-pharyngo-nasal s'arrête aux amygdales tubaires unies l'une à l'autre par l'infiltration lymphoïde diffuse de la face dorsale du voile du palais.

Mais entre les différentes agminations qui jalonnent ces deux cercles, la coulée lymphoïde est continue, et on peut dire que cette infiltration lymphoïde diffuse s'étend, plus ou moins importante, dans toute l'étendue du rhino-pharynx. C'est pourquoi, à la conception classique répondant à une réalité indiscutable de végétations adénoïdes représentées par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, doit s'ajouter le syndrome adénoïdien caractérisé par les altérations morphologiques, physiologiques ou pathologiques de tout le revêtement lymphoïde du cavum.

Etiologie. Pathogénie. — On conçoit donc que ce syndrome réunisse deux ordres de faits qui, très voisins dans certaines de leurs manifestations, s'opposent néanmoins par leurs causes et par leurs conséquences. C'est ainsi que les végétations adénoïdes,suivant cette conception élargie, se manifesteront en clinique par des accidents variables : les uns mécaniques ou d'obstruction, les autres infectieux et retentissant d'une façon égale, mais non identique, sur l'évolution générale de l'individu.

On peut dire que les végétations adénoïdes sont l'apanage de l'enfance, et on pourrait même ajouter que tout enfant est porteur de végétations adénoïdes sans pour cela être adénoïdien.

Le syndrome adénoïdien, en effet, commence lorsque la présence de ces formations lymphoïdes entraîne un trouble. Trouble quelquefois très important qui attire d'emblée l'attention, mais qui, dans d'autres cas, ne se manifeste que tardivement, par retentissement sur l'évolution de l'individu.

Pour M. Marfan, l'hérédo-syphilis jouerait dans le syndrome adénoïdien un rôle étiologique fondamental. Evidemment, si nous lisons les déformations faciales qu'il est classique d'attribuer aux adénoïdiens : palais ogival, coryza chronique, troubles trophiques divers et même malformations dentaires, on est frappé de l'identité flagrante qui existe entre ces déformations et celles qu'il est classique d'attribuer à l'hérédo-syphilis. D'autre part, nous savons qu'une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis héréditaire est l'hypertrophie du tissu lymphoïde ; il est légitime de concevoir que cette hypertrophie ne ménage pas le revêtement lymphoïde du cavum.

Mais il est possible de retourner cette proposition et de penser que l'hypertrophie des tissus adénoïdiens se manifeste plus constamment chez les hérédo-spécifiques, dont l'aspect ogival de la voûte réduit d'autant les dimensions de la filière respiratoire sans que cette hypertrophie soit l'apanage exclusif des hérédo-spécifiques.

En un mot, il est légitime de penser que, pour un type donné d'adénoïdes, les manifestations seront plus fréquentes, plus précoces, plus accentuées chez l'hérédo-syphilitique à cavum étroit, que chez un enfant dont l'hérédité n'est point suspecte, à cavum large, évoluant normalement.

Il n'en reste pas moins que l'hérédo-spécificité groupe un bon nombre de cas de nourrissons gênés par les végétations adénoïdes.

Bien qu'il soit difficile de fixer l'âge auquel les végétations adénoïdes manifestent leur présence, les auteurs sont d'accord pour situer l'apparition des accidents entre 2 et 4 ans, c'est-à-dire à l'âge où l'enfant prend possession de sa vie active et souffre davantage d'une insuffisance respiratoire ou de la fatigue relevant d'une infection chronique.

Mais, s'il est vrai que les végétations adénoïdes, comme toutes les formations lymphoïdes, se modifient avec l'âge, il n'en reste pas moins que, même chez l'adolescent, et même dans certains cas chez l'adulte, on voit une amygdale pharyngée volumineuse et procidente au même titre que les amygdales palatines ; mais à cet âge, les accidents sont moins nets, car l'amygdale pharyngée, pour volumineuse qu'elle soit, est au large dans un rhino-pharynx complètement développé.

Si telle est la pathogénie des accidents les plus fréquents et les plus classiques relevant des végétations adénoïdes, à ces troubles purement mécaniques se surajoutent des accidents infectieux. De même que l'on voit chez l'adulte des amygdales palatines peu volumineuses, mais cryptiques, entraîner des troubles qui nécessitent un traitement chirurgical, de même l'infection localisée au niveau des adénoïdes, tout en concourant à en augmenter le volume, peut, en entraînant des accidents qui ont un retentissement profond sur l'organisme, avoir des conséquences aussi graves et prépare le terrain à des inoculations secondaires, en diminuant ou supprimant les agents de défenses naturels.

Etude clinique. — On peut grouper les accidents dont l'ensemble constitue le syndrome adénoïdien en :

Accidents d'origine mécanique, et en
Accidents infectieux.

Enfin à l'heure actuelle, où l'on tend à attribuer aux formations lymphoïdes une sécrétion endocrinienne, les altérations des végétations adénoïdes auraient une place dans les syndromes **pluri-glandulaires.**

I. Troubles mécaniques

Qu'elles revêtent, suivant l'étiologie classique, la forme en masse, la forme disséminée ou la forme mixte, les végétations adénoïdes obstruent plus ou moins complètement le rhino-pharynx.

A) Obstruction nasale.

Dans son aspect le plus caractéristique, l'obstruction nasale se traduit par l'ouverture de la bouche. L'enfant se présente la bouche largement ouverte, « la lèvre supérieure souvent relevée, trop courte pour recouvrir les dents bien ou mal plantées et plus ou moins projetées en avant . La mâchoire inférieure est constamment abaissée et le « menton paraît tombant ».

Cette ouverture permanente de la bouche est l'élément fondamental du faciès adénoïdien classique. Mais à côté de ce degré extrême, l'obstruction nasale peut être moins accentuée et se manifester exclusivement par une ouverture de la bouche au cours des efforts ou dans le sommeil.

En effet, il s'agit alors d'enfants qui suppléent par la mise en jeu de l'inspiration volontaire, à l'insuffisance de l'inspiration physiologique.

B) Troubles de l'audition.

De même, l'augmentation de volume du tissu lymphoïde rhino-pharyngé obstrue plus ou moins complètement la trompe d'Eustache. Cette obstruction a comme résultat mécanique une diminution d'audition. Il est rare en effet que des enfants perçoivent ou attachent la même importance que des adultes aux bourdonnements d'oreille.

Si, dans les cas les plus accentués, l'obstruction tubaire se manifeste par une diminution de l'audition attirant l'attention des parents, il est beaucoup plus fréquent que ceux-ci attribuent à des troubles psychiques ce qui n'est, à tout prendre, qu'une insuffisance de l'acuité auditive.

En dehors du sourd pour lequel les parents viennent chercher un secours, existe une grosse quantité d'enfants considérés comme distraits, inattentifs ; trouble dont les parents ne parlent souvent pas.

Depuis fort longtemps, notre maître, M. le professeur Sebileau, enseigne qu'il faut toujours faire préciser aux parents que l'enfant ne fait pas répéter, que l'enfant n'est pas considéré comme inattentif. Souvent notre maître nous a fait constater que ces enfants sont de mauvais élèves en classe parce qu'ils n'entendent pas les leçons, et que l'ignorance où ils sont de leur déficience auditive jointe à leur amour-propre et souvent au jugement de leurs parents entrave leur développement intellectuel.

On conçoit l'importance de ces troubles auriculaires peu accentués tant au point de vue individuel qu'au point de vue social.

C) Conséquence des troubles mécaniques.

L'importance de ces troubles mécaniques est très grande.

A un degré extrême, ils sont chez les nourrissons un obstacle important au développement : l'obstruction nasale empêchant la tétée ; l'obstruction tubaire, la surdité, entraînant la mutité ou des troubles de la parole.

Dans leur forme la plus habituelle, cette obstruction produit un faciès tout à fait caractéristique et bien classique.

« La lèvre supérieure, quelquefois grosse et « raccourcie, laissant voir les incisives ; la mâ- « choire inférieure pendante, tout cela donne à « la physionomie un air hébété.

« Les plis labiaux et naso-géniens sont presque « effacés, les pommettes sont aplaties et la pau- « pière inférieure semble se continuer avec la « peau qui recouvre l'os malaire, sans faire de « sillon. Les yeux paraissent à fleur de tête ; les « angles de la mâchoire sont saillants et dejetés « en dehors ; le nez est aplati transversalement, « la face semble allongée et les joues effacées, le « squelette de la face est lui-même altéré : les « maxillaires supérieurs ont subi un arrêt de « développement qui porte surtout sur les bords « alvéolaires. Ceux-ci paraissent avoir été com- « primés latéralement de dehors en dedans ; « ils décrivent un arc rétréci où les dents ne trou- « vent plus une place suffisante ; ces dents, par « suite, chevauchent, plantées de travers, les ca- « nines en particulier, repoussées en dehors du « rang.

« Quand on fait ouvrir la bouche, on est frappé « par la forme ogivale et la profondeur du palais. « Le maxillaire inférieur, complètement déve- « loppé, présente par comparaison des dimensions « qui paraissent exagérées, tandis que les sinus « de la face sont réduits de volume ainsi que les « fosses nasales.

« Faute d'être distendues par le jeu normal « des courants d'inspiration et d'expiration, ces « diverses cavités sont restées à l'état embryon- « naire ; la fonction supprimée n'a pu faire « l'organe.

« Pour la même raison, le thorax est déformé, « latéralement comprimé et déprimé au niveau « du tiers inférieur du sternum ; l'air n'entrant « pas en quantité suffisante dans l'appareil pul- « monaire, la paroi thoracique obéit à l'attrac- « tion des muscles inspirateurs.

« Enfin, la colonne vertébrale, elle aussi, en « subit le contrecoup, d'où une scoliose ordinaire- « ment dorsale à courbure longue et peu pro- « noncée ; déviation rachidienne qui, pour Ziem, « serait non la cause, mais plutôt l'effet d'une « asysmétrie crânienne provoquée par la sténose « nasale ».

II. *Troubles de l'infection*

A) La rhinite.

D'une façon presque constante, l'infection des végétations adénoïdes se traduit par une infection des fosses nasales ; l'épaississement de la muqueuse injectée ajoute encore aux troubles mécaniques, en même temps que la sécrétion s'accumule dans les fosses nasales, allant du mouchage au jetage, avec excoriations du vestibule et de l'orifice narinaire.

B) Infection auriculaire.

Sans contredit, la plus fréquente. L'infection des adénoïdes ne saurait épargner la trompe d'Eustache. Elle se traduit alors par tous les degrés de l'infection de la caisse, depuis le simple catarrhe s'accompagnant d'une poussée fébrile et de douleurs empêchant l'enfant de dormir, jusqu'à l'otite purulente avec, comme conséquence, la récidive et souvent le passage à la chronicité. On conçoit que cette infection de la caisse ajoute encore, au point de vue pronostic, aux troubles auriculaires d'origine mécanique.

On peut dire que toute otite de l'enfant prend son origine dans une infection de végétations adénoïdes.

En dehors de ces manifestations classiques et bien connues de l'infection des adénoïdes, il en est d'autres qui prennent une place de plus en plus grande dans la pathologie infantile.

C) Infection atténuée, localisée aux adénoïdes.

Cette infection atténuée peut se traduire de façons fort différentes :

a) *Tantôt uniquement pharyngée*, elle se traduit par un accès fébrile plus ou moins intense (39°) avec abattement, torpeur ; l'enfant se plaint de douleurs dans la région auriculaire et l'examen otoscopique montre que la caisse du tympan ne participe pas à ce syndrome infectieux.

Les amygdales palatines sont quelquefois indemnes, mais la paroi du pharynx présente une rougeur inflammatoire et le voile du palais paraît épaissi.

Enfin l'enfant ronfle.

En général, cette poussée est transitoire, dure 2 ou 3 jours, et tout rentre brusquement dans l'ordre. Mais ces adénoïdes restent infectées et l'infection chronique, en même temps qu'elle augmente le volume des adénoïdes, exerce à distance un retentissement considérable.

b) *Le retentissement ganglionnaire.* — Comme toutes les formations lymphoïdes, l'amygdale pharyngée est en relation étroite avec les chaînes lymphatiques cervicale et médiastinale ; sans parler des adéno-phlegmons rétro-pharyngiens des nourrissons, qui ont fréquemment leur origine dans une angine du cavum, l'infection retentit sur les chaînes ganglionnaires cervicale et médiastinale.

Elle peut se mainfester, soit *sous forme* d'une *micro-polyadénopathie* comparable à la micro-polyadénopathie décrite par M. Legroux dans l'imprégnation tuberculeuse, soit sous forme d'une *adénopathie trachéo-bronchique* avec sa dypsnée, sa fièvre, et surtout sa *toux coqueluchoïde* ; elle revêt quelque fois une forme de pseudo-asthme infantile.

Il n'est pas rare également que l'on rencontre, dans la région sous-angulo-maxillaire, un gros ganglion à évolution torpide qui se présente cliniquement comme un ganglion tuberculeux et dont la cuti-réaction permet d'affirmer la nature purement inflammatoire.

Ces accidents ganglionnaires ne sont qu'une variété de la pseudo-tuberculose d'origine adénoïdienne.

c) *Les laryngo-trachéo-bronchites.* — Le pus sécrété d'une façon permanente par les adénoïdes infectées se déverse en nappe sur les parois pharyngées et tombe dans les voies aéro-digestives inférieures.

Irritant le larynx, il entraîne des troubles de la voix, qui devient rauque et quelquefois s'éteint ; il détermine une toux sèche, quinteuse et fatigante quelquefois entrecoupée d'accidents spasmodiques.

L'infection atteignant la trachée, les bronches, peut donner lieu à des accidents broncho-pulmonaires d'origine rhinogène, comparables à ceux étudiés par MM. Florent et Flurin chez l'adulte, mais qui sont de tous les âges et qui peuvent évoluer suivant toutes les variétés d'intensité que comporte la virulence de l'infection. Les adénoïdiens sont souvent des pseudo-tuberculeux.

d) *Accidents digestifs.* — Le pus, au lieu d'être inhalé, est fréquemment dégluti. Il en résulte chez l'enfant des troubles digestifs de gastro-entérite, tout à fait comparables à ceux signalés par M. Luc chez les adultes comme secondaires à la déglutition des sécrétions fétides des sinusites chroniques.

D) Conséquences des accidents infectieux.

S'ils aggravent les conséquences de l'obstruction respiratoire et auriculaire, ils ajoutent encore aux troubles du développement et préparent le terrain aux infections secondaires.

Diminuant la défense de l'organisme, les adénoïdes favorisent l'évolution de la tuberculose. Réceptacle naturel des micro-organismes, elles favorisent l'éclosion chez les adénoïdiens des maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, coqueluche, méningite cérébro-spinale, grippe, etc.

III. *Troubles divers attribués aux adénoïdes*

L'exophtalmie (Holtz, Spiier, Escherich, Ber-

tolotti, Poppi), pouvant s'accompagner de troubles de la vision, peut être comparable aux névrites optiques décrites chez l'adulte (Hajeck, Segura et les auteurs modernes) comme secondaires aux infections ethmoïdo-sphénoïdales.

Poppi, dans une monograhpie récente, signale des observations d'un *syndrome basedowien*, d'une *tache de vitiligo*, améliorés par l'ablation de l'amygdale pharyngée.

Quant aux troubles du développement squelettique : *déformation thoracique*, *acromégalie* et à certains troubles psychiques : *idiotie*, *crétinisme* ; quant au *myxœdème*, s'ils s'accompagnent souvent d'hypertrophie adénoïdienne, celle-ci n'est qu'un élément du syndrome d'insuffisance endocrinienne. En effet, la sécrétion interne des différentes amygdales, sur laquelle ont insisté récemment les auteurs anglo-américains, n'a pas encore trouvé sa confirmation biologique absolue et il ne faut pas oublier que récemment, Poppi et Civaléri ont considéré comme constante l'existence dans la paroi pharyngée d'une glande hypophysaire située sous l'amygdale pharyngée.

Peut-être est-ce à ce voisinage qu'il faut attribuer certains troubles réflexes, comme le strabisme, comme les anomalies dentaires, comme les troubles trophiques oculaires qui se rencontrent chez les adénoïdiens.

Diagnostic.

En résumé, les troubles relevant des adénoïdes, pour multiples qu'ils soient dans leur expression clinique, n'en ont pas moins comme conséquence commune d'entraver le développement de l'organisme au moment le plus actif de son évolution.

Il importe donc d'en dépister avec soin l'existence.

Dans certains cas, leur présence s'impose : le faciès de l'enfant, la constatation d'une sécrétion purulente dans le nez et le cavum, l'existence d'une otite, permet d'affirmer la présence de végétations adénoïdes.

Mais dans d'autres cas, il faut les rechercher et dans toutes les circonstances, il importe d'en fixer la forme.

Le toucher digital est sans contredit le meilleur moyen d'investigation, mais, bien qu'indolore, il effraye l'enfant et est souvent mal toléré par les parents ; d'autant plus qu'il détermine quelquefois un saignotement que des parents pusillanimes jugent inconsidérément.

C'est pourquoi il doit être réservé à des cas d'exception, lorsque les autres moyens d'investigations se révèlent insuffisants. Il faut d'abord amadouer l'enfant. *L'examen d'un enfant doit être pratiqué avce une douceur poussée à l'extrême.*

L'enfant amadoué et confiant se prête en général aux examens. On pratique donc d'abord l'examen des cavités annexes : fosses nasales, oreilles ; le miroir de Glatzel renseignera sur cette perméabilité des fosses nasales. Cet examen, en dehors des renseignements précieux qu'il fournira, a pour résultat de donner confiance à l'enfant.

On passera ensuite à l'examen de la gorge et, en général, l'abaisse-langue permet une exploration très suffisante.

En effet, existe-t-il des amygdales palatines vo umineuses et infectées, masquant plus ou moins une paroi pharyngée épaissie ? On peut dès lors affirmer qu'il existe une hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngé. Et le toucher n'intervient que pour préciser dans certains cas l'aspect morphologique de cette hypertrophie.

Lorsque l'hypertrophie de l'anneau péribuccal est peu accentuée, lorsque la paroi pharyngée n'est pas épaissie, il suffit de pousser l'abaisse-langue vers la base de la langue, ce qui détermine une contraction du voile exerçant une expression de l'amygdale de Lushka, laquelle amène du pus sur la paroi postérieure du larynx.

Lorsque ce réflexe n'amène pas de pus, l'examen se présente différemment suivant l'âge du malade.

Si on est en présence d'un tout jeune enfant, le toucher sera le seul possible : on aura soin de prévenir les parents du geste que l'on va faire et de son apparence brutale.

Si on est en présence d'un enfant plus âgé, et dans les cas où le pharynx non irrité est tolérant, il est souvent possible de faire une rhinoscopie postérieure.

A partir de 7 à 8 ans, l'enfant tolère ces explorations.

Cette rhinoscopie postérieure permet en général d'apercevoir, implantée à la voûte du cavum, la tuméfaction mûriforme que constitue l'amygdale laryngée hypertrophiée.

Cet aspect ne prête guère à confusion.

Le polype fibreux se rencontre chez un adolescent du sexe masculin ; il saigne.

Le fibro-myome est généralement choannal.

Chez le nourrisson, on pourra penser au coryza syphilitique, mais il s'accompagne de jetage séro-sanguinolent très fétide.

Chez un adulte âgé, on reconnaîtra vite des manifestations de syphilis tertiaire et les tumeurs malignes.

L'exostose de la voûte du cavum, signalée par Messieurs Sieur et Rouvillois, se reconnaîtra au toucher pharyngé.

La pharyngite granuleuse décrite par les anciens classiques est, ainsi que l'a montré Ruault, un aspect diffus des adénoïdes pharyngées ; l'aspect inflammatoire du pharynx est dû à l'infection de ses follicules lymphatiques épars ; ce n'est donc pas une pharyngite spéciale.

Enfin, si on doit s'attacher à ne pas méconnaître l'origine adénoïdienne de certains troubles ganglionnaires, respiratoires, digestifs ou ré-

flexes, il faudra, par contre, se garder d'attribuer à des adénoïdes une tuberculose ganglionnaire, pulmonaire ou intestinale évoluant pour son propre compte.

Très souvent la discrimination clinique est d'autant plus difficile que la tuberculisation est une conséquence de l'adénoïdisme.

C'est pourquoi il faudra s'aider des moyens d'investigation physique et biologique : la radioscopie et les diverses réactions à la tuberculine. Ces dernières conservent chez l'enfant toute leur valeur diagnostique.

Un autre diagnostic souvent difficile est celui du faux adénoïdien : hérédo-spécifique, rachitique, insuffisant glandulaire, chez lequel on devra rechercher toutes les malformations, tous les troubles, dont on devra fouiller avec soin les antécédents.

La réaction de Bordet, les réactions de Hecht, la floculation sont autant de recherches biologiques qui doivent être pratiquées dans tous les cas douteux, non seulement chez l'enfant lui-même, mais encore chez les ascendants.

En général, on arrive facilement au diagnostic des végétations adénoïdes. Il nous reste à en préciser : les indications thérapeutiques, médicale, hydro-minérale, physique, chirurgicale, et dans ce dernier cas, les incidents, les accidents, les suites et les séquelles qui peuvent accompagner l'exérèse des végétations adénoïdes ou lui succéder.

Traitement.

Dès qu'un malade est reconnu porteur de végétations adénoïdes. dès que ces végétations adénoïdes entraînent un trouble quelconque, elles *sont* justiciables d'un traitement. Mais la thérapeutique adénoïdienne est riche en moyens et, s'il est des cas d'espèces qui ressortissent à un traitement purement médical ou à un traitement exclusivement chirurgical, la frontière entre les deux thérapeutiques n'est pas absolue, et très souvent d'ailleurs, les deux procédés doivent conjuguer leurs efforts.

En effet, si des végétations peu volumineuses mais infectées, doivent être traitées médicalement, des végétations volumineuses entraînant des troubles d'ordre mécanique sont justiciables d'une exérèse immédiate.

Mais ce traitement chirurgical demande à être appliqué dans certaines conditions bien déterminées. En effet, il est fréquent de constater chez des enfants opérés jeunes de végétations adénoïdes la reproduction d'une masse lymphoïde volumineuse et infectée.

A) Traitement médical.

Relèvent du traitement médical les végétations adénoïdes peu volumineuses, de forme diffuse, et infectées, surtout lorsque ces végétations adénoïdes sont constatées chez un enfant jeune. Il est certain, en effet, que, dans ce cas, un acte chirurgical s'effectuant en milieu infecté, et se trouvant dans l'impossibilité d'être complet, serait voué à des accidents immédiats et à un échec ultérieur.

Mais la réalisation de ce traitement médical se heurte à des difficultés. En effet, l'âge du malade empêche le plus souvent la balnéation chaude, antiseptique, balsamique, que réalise l'inhalation.

Néanmoins, à la condition toutefois de *proscrire absolument le menthol, dangereux chez les enfants,* on peut pallier à cet inconvénient en faisant vaporiser autour du lit du malade les mixtures de l'inhalation. Ce n'est là qu'un expédient que se révèle souvent d'ailleurs efficace.

Cette vapeur chaude à pour but de déterger les végétations des exsudats qui les recouvrent et de permettre l'action ultérieure des antiseptiques.

Parmi ceux-ci : le goménol, l'eucalyptol, la résorcine, le collargol et l'électrargol sont les plus habituellement employés.

Mais pour que leur action soit vraiment efficace, ils doivent être employés en suspension huileuse afin d'adhérer à la surface infectée.

Dans l'impossibilité où l'on est chez le jeune enfant de faire des pulvérisations huileuses, on s'adresse aux instillations, lesquelles sont suffisantes à cause de l'étroitesse des fosses nasales et du cavum infantile.

Ce traitement doit être prolongé souvent longtemps après la poussée aiguë. Il sera bon dans ces cas de varier l'antiseptique employé.

Ce traitement médical n'est le plus souvent qu'un traitement d'attente, pour permettre à l'enfant d'atteindre l'âge où il pourra subir une opération définitive.

Un excellent adjuvant est le traitement hydro-minéral : la Bourboule, le Mont-Dore, St-Honoré sont des stations infantiles par excellence ; Cauterets, Luchon, Challes sont également indiquées.

En dehors de ce traitement médical, on a préconisé la destruction des végétations adénoïdes par les caustiques (badigeonnages au nitrate d'argent, galvanocautérisation, ablation à l'anse galvanique des masses adénoïdiennes).

Les cautérisations chimiques ne sauraient être de mise que chez l'adulte. Les galvanocautérisations sont à l'heure actuelle à peu près abandonnées.

Quant à l'action radiothérapique, bien que nous n'ayons pas trouvé trace de son application aux formations adénoïdiennes, les résultats heureux obtenus par notre collègue et ami P. Gilbert sur des hypertrophies molles des amygdales palatines témoignent de la sensibilité du tissu lymphoïde à la radiothérapie.

B) Traitement chirurgical.

En somme, la presque totalité des végétations adénoïdes relèvent du traitement chirurgical : ablation au couteau de Moritz Schimdt, ou à la pince de Chatellier des végétations adénoïdes. Mais il est des règles qu'il nous paraît intéressant de préciser.

Indication d'urgence. — Chez le nourrisson, ces indications existent seules et relèvent d'une obstruction nasale complète gênant ou empêchant la tétée au point d'entraver la croissance de l'enfant.

Chez le jeune enfant, avant 4 ans, l'indication d'urgence se tire d'accidents mécaniques ou infectieux tels que : surdité, adénopathie trachéo-bronchique, bronchites à répétition, gastro-entérite. Mais, dans ce cas, l'intervention ne devra être pratiquée qu'après une désinfection soignée et complète du rhino-pharynx et qu'après avoir prévenu l'entourage de l'indication même de l'opération sans pouvoir préjuger, vu l'âge, si les folliculites lymphatiques peu volumineux qui échappent fatalement à la curette ne seront pas atteints ultérieurement d'hypertrophie.

Au-dessus de 4 ans, les indications opératoires s'élargissent. Tout enfant présentant une obstruction ou une infection du cavum, tout enfant présentant une otite, tout enfant présentant un des troubles mécaniques, infectieux ou trophiques que nous avons signalés plus haut, doit être débarrassé des formations lymphoïdes qui encombrent son cavum.

Une seule contre-indication générale et formelle à l'intervention, est l'hémophilie.

L'opération sera pratiquée de préférence sous anesthésie générale. Elle est trop dans la pratique courante du spécialiste pour qu'il soit intéressant d'en rappeler la technique. Mais elle peut donner lieu à des incidents, à des complications.

Le seul incident notable à retenir, d'ailleurs assez rare, est la chute immédiate des végétations adénoïdes sur le larynx entraînant un trouble d'asphyxie immédiate, mais auquel on obvie facilement en débarrassant au doigt l'arrière-gorge de son corps étranger. C'est pour parer à cet incident qu'ont été imaginés divers adénotomes à panier.

Un autre incident, est la section incomplète du paquet de végétations. Celui-ci pend alors et détermine un réflexe de toux ou de nausée. Il est facile dans ces cas d'achever la section ou, si l'enfant est réveillé et le paquet peu volumineux, il tombe de lui-même dans les heures ou les jours qui suivent.

En somme, les incidents opératoires sont exceptionnels.

Les complications sont moins rares et relèvent toutes de l'infection.

La poussée fébrile qui suit l'exérèse des végétations adénoïdes est tellement fréquente qu'elle doit être prévue. De même, chez un enfant porteur d'une otite qui semblait vouloir s'éteindre, l'ablation des végétations adénoïdes détermine quelquefois un réveil de l'infectieon auriculaire.

Ce réveil est en général passager et doit également être prévu.

Quant aux infections plus accentuées et surtout les infections pulmonaires, elles sont rares et constituent un accident vraiment exceptionnel d'autant plus qu'on aura soumis par avance l'enfant à une désinfection plus prolongée du cavum.

Pour éviter dans la mesure du possible ces accidents post-opératoires, il est indispensable de prolonger pendant la semaine qui succède à l'intervention le traitement de désinfection rhino-pharyngée.

Pour exceptionnelles qu'elles soient, les séquelles de l'intervention doivent être envisagées. Elles tiennent surtout au terrain.

Ce sont les *récidives* et les *synéchies palato-pharyngées.*

Nous nous sommes déjà expliqués sur les *récidives*, qui tiennent à ce fait qu'on a dû opérer un enfant jeune, porteur de végétations adénoïdes diffuses. Elles tiennent donc à l'âge du malade, à la forme anatomique de ses végétations, et non pas à l'opérateur. Il n'en reste pas moins que tout en faisant prévoir cette possibilité de récidive, on devra dans ces cas, s'attacher à cureter le plus complètement possible la région infiltrée.

Les *synéchies vélo-pharyngées* sont très rares ; bien que l'on ait discuté sur leur signification, il semble qu'avec M. le professeur Sébileau, on doive les considérer toujours comme de nature syphilitique.

Si elles nécessitent pour leur production la coexistence d'une opération avec des accidents tertiaires en évolution, il sera néanmoins prudent, dans les périodes pré-opératoire et post-opératoire, de soumettre l'enfant suspect à un traitement anti-spécifique léger.

Ces synéchies ont des conséquences redoutables. Le plus souvent très étendues, elles obstruent presque complètement les choannes, la trompe d'Eustache et déterminent la surdité. La voix est elle-même troublée, accident d'autant plus redoutable que ces synéchies sont souvent, du fait de leur étendue, rebelles à tout traitement.

En effet : les dilatations, les calibrages, les diverses opérations plastiques, ne donnent souvent que des résultats éphémères toujours insuffisants et subissent quelquefois un échec total.

Ce sont là d'ailleurs des complications exceptionnelles.

En résumé, le traitement chirurgical des végétations adénoïdes, qui reste le seul traitement radical, doit être aidé préventivement et secondairement par le traitement médical qui constitue le facteur essentiel du succès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les ostéo-périostites post-typhiques.

M. J. P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Parmi les différentes infections osseuses consécutives aux fièvres éruptives, la plus importante et la plus intéressante est, d'un avis unanime, l'ostéopériostite éberthienne.

Signalée pour la première fois par Bœrhaave en 1728, elle a été l'objet, au début du siècle dernier, de nombreux travaux de Maisonneuve (1839) et de Chassaignac (1854) ; mais son véritable caractère et sa nature propre ne furent vraiment démontrées que le jour ou Ebermaier trouva la présence du bacille d'Eberth dans le pus de ces ostéo-périostites.

Depuis cette époque, bien des observations ont été rapportées, mais, par suite des différentes modalités qu'elle peut affecter, cette maladie ne cesse pas d'être des plus intéressantes à étudier ; dans un laps de temps assez court, il nous a été donné d'observer l'ostéite post-typhique, chez quatre sujets sous quatre aspects différents ; dans trois cas, il existait du bacille d'Eberth à l'état de pureté ; une seule fois, il s'est agi d'une association microbienne, comme vous allez pouvoir vous en rendre compte en écoutant les quatre observations que je vais vous résumer rapidement.

Observation I. — Un homme, âgé de vingt-huit ans, exerçant la profession de cultivateur, a été hospitalisé au mois de juin pour une tuméfaction douloureuse siégeant au niveau de l'avant-bras droit.

Pas de particularités à signaler dans ses antécédents, tant héréditaires et consanguins que personnels, si ce n'est que notre malade a été hospitalisé au mois de novembre de l'année dernière dans un des services de médecine de l'Hôtel-Dieu, pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne.

La guérison de sa dothiénentérie obtenue, notre patient était en parfaite santé, lorsqu'il s'aperçut un jour, et cela environ deux mois après sa sortie de l'hôpital, de l'apparition d'une tuméfaction douloureuse au niveau du bras gauche, tuméfaction qui disparut d'ailleurs au bout d'une quinzaine de jours de repos.

Notre malade reprit alors son travail, mais au bout d'un certain temps, une nouvelle tuméfaction également douloureuse se manifeste au niveau de l'avant-bras droit. Nouveau repos, plus prolongé que le précédent, mais les douleurs ne disparaissant pas, et tendant au contraire à s'accroître, le malade se décida à se faire hospitaliser de nouveau.

Vous avez pu vous rendre compte, en l'examinant, qu'il présentait sur le bord interne de l'avant-bras une tuméfaction dure, douloureuse, rouge, du volume d'une petite noix : elle était de plus profonde et immobile, manifestement d'origine osseuse. Il n'existait pas de modifications du pouls et de la température, ni aucune autre lésion organique.

Etant donnée cette symptomatologie, nous avons pensé à une ostéo-périostite du cubitus, et étant donnée l'existence antérieure d'une dothiénentérie, à une périostite post-typhique.

Le malade fut opéré quelques jours après ; les tissus superficiels étaient sains et le périoste légèrement congestionné. L'os fut trépané : il n'existait pas de séquestre, mais du pus et des fongosités dans lesquels il fut possible de déceler la présence de bacille d'Eberth pur. La plaie, drainée par une mèche de gaze, guérit rapidement, et vers la fin du mois de juin, notre opéré pouvait quitter l'hôpital.

Observation II. — Le second de nos malades est venu nous consulter au début du mois d'août : il présentait une tuméfaction douloureuse au niveau du tiers supérieur du tibia droit, et se plaignait également de douleurs dans la région antérieure de la cuisse gauche.

Agé de 27 ans, cet homme, un boulanger, s'était toujours bien porté jusque vers la fin du mois de mars de cette même année, où il fut atteint d'une fièvre typhoïde assez grave, puisqu'elle s'est accompagnée de quatre entérorragies. C'est depuis trois semaines environ qu'il s'est rendu compte de l'existence d'une tuméfaction au niveau du tibia droit, d'abord très légère, mais qui a augmenté progressivement de volume et assez rapidement.

En l'examinant, on constate, sur la face antérieure de la jambe, une tumeur fluctuante, douloureuse, du volume d'une mandarine, tandis qu'à la cuisse, la palpation montre simplement un léger empâtement profond.

A nouveau, le diagnostic d'ostéo-périostite post-typhique du tibia fut porté, et le malade fut opéré. Après l'incision d'un périoste très épaissi, il s'écoula un pus bien lié, très abondant, de couleur chocolat ; l'os sous-jacent était congestionné, et de consistance assez friable : il fut curetté et drainé. Nous n'avons pas cru devoir intervenir du côté du fémur, étant donné le peu d'importance des phénomènes symptomatologiques, et les suites n'ont pas tardé à venir justifier notre conduite : l'empâtement douloureux commença à se résoudre peu de jours après notre intervention, et au moment où notre opéré put quitter l'Hôtel-Dieu, il avait complètement disparu. Dans ce cas, comme dans le précédent, l'ensemence-

ment du pus montra l'existence de bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Observation III. — Notre troisième cas a été observé vers le milieu du mois d'octobre, époque où une femme, âgée de 38 ans, vint vous consulter pour une douleur siégeant dans la cuisse droite.

Dans ses antécédents, nous avons pu relever qu'elle avait présenté six mois auparavant une fièvre typhoïde bien caractérisée d'intensité moyenne. La convalescence dura environ un mois et demi ; puis, des phénomènes douloureux apparurent au niveau de la face antérieure du fémur droit, et bientôt, toute cette région devint le siège d'un empâtement. Le médecin traitant fit de la révulsion par des pointes de feu, révulsion qui entraîna une disparition presque complète de l'élément douleur.

L'empâtement persista cependant, et à la suite de fatigues, les mêmes phénomènes fonctionnels ne tardèrent pas à réapparaître, et d'une manière assez intense pour empêcher la malade de se livrer à tout travail, ce qui l'obligea à venir réclamer une intervention.

Le point maximum des phénomènes se trouve au niveau du tiers inférieur du fémur : à l'inspection, il n'y a pas de tuméfaction bien apparente, mais à la palpation, qui est assez pénible pour la malade, on perçoit, sous un léger empâtement des tissus, un placard résistant et dur, s'élevant au-dessus du niveau normal de la face antérieure du fémur.

Dans ce cas encore, le diagnostic s'imposait ; lors de l'intervention, qui eut lieu quelques jours plus tard, l'incision du périoste donna issue à quelques gouttelettes de pus. L'os sous-jacent, siège d'une réaction hypertrophique des plus nettes, fut abrasé à la gouge et la cavité médullaire fut curettée et drainée. Les suites opératoires furent des plus normales, et la malade sortait guérie au début du mois suivant.

L'examen bactériologique devait cette fois nous réserver des surprises, car il nous montra qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de bacille d'Eberth seul, mais d'une association microbienne avec le staphylococcus aureus.

Observation IV. — Enfin, notre dernière observation est celle d'un homme de peine, âgé de 35 ans, qui fut hospitalisé, au mois de novembre, pour une tuméfaction douloureuse du tibia droit.

Six mois auparavant, notre malade avait eu une fièvre typhoïde qui dura deux mois ; ce fut pendant la convalescence de cette dothiénentérie que des douleurs apparurent au niveau de la jambe, qui augmenta bientôt de volume. Le médecin traitant pensa d'abord à une phlébite et prescrivit le repos ; mais devant la persistance des douleurs et l'apparition de trois tuméfactions bien limitées sur la face antérieure du tiers moyen de la jambe, il fallut bien reconnaître qu'il s'agissait d'une lésion osseuse, d'une ostéo-périostite post-typhique.

Deux de ces tuméfactions ont disparu spontanément, mais la troisième a persisté, et c'est ce fait qui a amené notre malade à demander une intervention chirurgicale.

Vous avez pu voir d'ailleurs, en l'examinant, à la partie moyenne du tibia gauche, une tuméfaction du volume d'une noix, dure, douloureuse, et non mobilisable sur les plans profonds, car elle faisait corps avec l'os. La température présentait des oscillations allant de 37 à 39,5.

Au cours de l'intervention, sous le périoste soulevé par la tuméfacition, on trouva du pus et des fongosités en assez grande abondance, et cette cavité sous-périostée communiquait par un étroit pertuis avec la cavité médullaire remplie, elle aussi de fongosités, qui furent enlevées à la curette, après un large évidement osseux.

Les suites de l'opération furent également favorables, et le malade put rentrer chez lui, un mois et demi après environ. Entre temps, l'examen du pus et des fongosités avait montré qu'il s'agissait de bacilles d'Eberth pur.

Trois de nos malades ont donc présenté des ostéo-périostites à bacille d'Eberth pur : ces cas, quoique moins rares qu'autrefois, ne sont pas très fréquents, puisque Déhu ne signalait en 1893 que trois cas dans lesquels l'examen bactériologique du pus avait démontré la présence exclusive du bacille d'Eberth. Il est en effet des plus fréquents de trouver, dans ces foyers purulents ou dans ces tissus malades, des pyogènes associés au bacille d'Eberth, et c'est ce qui a conduit certains auteurs, comme Fraenkel, à prétendre que les ostéo-périostites ne pouvaient être dues qu'à une infection secondaire. Il y a là une erreur d'interprétation manifeste ; de nombreuses observations sont venues prouver le contraire, pendant que Rendu, Netter, Orloff, et Sultan réussissaient à démontrer expérimentalement le pouvoir pyogène que l'on contestait au bacille d'Eberth.

D'une façon générale, les lésions osseuses sont peu profondes, et comme l'a fort bien dit Schwartz, le plus souvent, on est frappé de la superficialité des dégâts et de leur peu d'étendue.

C'est en effet entre l'os et le périoste que le travail inflammatoire est le plus actif, mais il est bien évident que, dans bon nombre de cas, la moelle osseuse présentera elle aussi des réactions, étant donné que c'est à son niveau que s'est fait l'apport des bacilles.

On sait en effet depuis les recherches de Roger et de Josué que le bacille d'Eberth se rencontre toujours dans la moelle osseuse au cours de la dothienentérie ; aussi, n'est-il pas surprenant que la présence de ce bacille puisse provoquer au niveau du système squelettique un certain nombre de réactions. Parfois, ce sera de l'ostéogénèse, et l'on assistera à un accroissement du dé-

◆◆◆◆

veloppement des os, ce qui se voit surtout chez l'enfant ; mais dans d'autres cas, il se développera de véritables ostéites plus ou moins nécrosantes.

Suivant les points où se constituera l'abcès, où se collectera le pus, suivant les réactions différentes du périoste et de l'os lui-même, et suivant aussi l'évolution de la maladie, on pourra assister à des évolutions très différentes les unes des autres, constituant autant de formes cliniques : ce sont elles qui sont surtout intéressantes à étudier, beaucoup plus assurément que les formes anatomiques de la maladie.

Je n'insisterai pas ici sur toutes les classifications qui ont été tour à tour proposées par les différentes auteurs, qui se sont occupés de ces ostéo-périostites : Hutinel, Terrillon, Dehu et Mauclaire, Chantemesse, Widal, Poncet, Dupont, etc., ont réparti ces lésions en une foule de formes qui ne diffèrent bien souvent les unes des autres que très superficiellement. Pour mon compte, je vous proposerai de distinguer trois formes ; la forme plastique, la forme aiguë, et la forme chronique pouvant aboutir soit à l'hyperostose, soit à la suppuration.

La forme plastique est marquée par une légère ascension thermique pendant la convalescence ; le malade perçoit de vagues douleurs dans les régions éphiphysaires et juxta-épiphysaires, douleurs que la pression et la station verticale exagèrent ; il n'existe pas de troubles généraux. La lésion que présentait notre malade de l'observation II, au niveau du fémur, me semble bien être une ostéo-périostite post-typhique de ce type ; mais ici, cette forme coïncidait avec une ostéite chronique suppurée du tibia.

La forme aiguë est marquée au début par une violente douleur, et de petits frissons ; à la période d'état, on observe de vives douleurs, localisées et exaspérées par la pression et par la station debout. La température atteint 39°-40°, et l'on note assez souvent des exacerbations nocturnes. Localement, on constate de l'œdème de la peau, du gonflement, puis de la tuméfaction, qui peut se terminer par la résolution, par une légère hyperostose ou par l'abcédation.

C'est à cette catégorie qu'appartient l'ostéo-périostite présentée par notre malade de l'observation IV. Fait assez intéressant, il semble bien que chez lui, aient successivement évolué deux des modalités des ostéo-périostites éberthiennes aiguës, la forme résolutive et la forme suppurée. Vous avez vu, en effet, que quelque temps avant de venir nous trouver pour sa tuméfaction tibiale suppurée, le malade avait présenté au niveau de ce même os deux autres tuméfactions qui disparurent sans laisser presque de traces derrière elles.

La forme chronique se traduit par une évolution lente avec des poussées subaiguës ; la douleur est peu intense, mais constante. La fièvre existe quelquefois, bien que l'apyrexie soit la règle : souvent, la douleur est longtemps le seul symptôme, puis apparaît une tuméfaction aboutissant à la suppuration ou à l'exostose.

C'est une ostéo-périostite chronique ayant abouti à la suppuration que nous a présentée notre malade de l'observation I. Celui de l'observation III nous a présenté au contraire une forme chronique ayant évolué vers l'exostose ; mais il faut bien se souvenir qu'exostose ne signifie pas guérison, car dans presque tous les cas, les douleurs persistent et obligent le chirurgien à intervenir. Il est bien entendu cependant que l'opération n'a lieu que lorsque le traitement médical, essayé tout d'abord, aura échoué : ce dernier aura une durée variant avec le bénéfice qu'en tire le malade et aussi un peu suivant son état social, un ouvrier ne pouvant faire du repos aussi longtemps que l'exige parfois le traitement médical.

J'ai cru devoir intervenir dans les quatre cas que je vous ai présentés, même lorsqu'il n'y a pas eu de signes manifestes d'abcédation ; je pense en effet que quand un malade présente au niveau d'une pièce squelettique une tumeur douloureuse, rebelle au traitement médical, ou en voie de suppuration, il convient d'opérer le plus rapidement possible. Je conseillerai, pour ma part, d'essayer le traitement révulsif pendant environ un mois et demi, sauf bien entendu dans les cas où la suppuration est manifeste de bonne heure. Si, au bout de ce laps de temps, l'amélioration n'est pas très sensible, j'estime qu'il convient d'intervenir, et il me paraît complètement inutile d'attendre que la fluctuation apparaisse, car, pendant qu'on attend avec le vain espoir de voir les lésions rétrocéder, le malade souffre inutilement, et bien souvent, les lésions s'étendent et gagnent des régions non encore attaquées.

L'intervention chirurgicale est dans ce cas le traitement de choix : l'on trouve à ce moment aux points douloureux, soit des fongosités, soit des gouttelettes de pus, lésions parfois bien minimes, mais source certaine des phénomènes douloureux observés, puisque ceux-ci disparaissent dès que celles-là sont traitées chirurgicalement. Au cours de l'intervention, la simple incision périostique est généralement insuffisante, et il faut toujours trépaner l'os, car bien souvent sous un périoste qui, macroscopiquement, paraît sain ou peu atteint, siégent des foyers d'ostéite et de médullite, qu'il faut ouvrir et drainer pour obtenir de bons résultats.

LES SURPRISES DE L'ULCÈRE GASTRODUODÉNAL

F.-F. MARTINEZ. (*Archivos españoles de enfermedades del aparato digestivo*, janvier 1924.)

L. PRON.

Quand l'ulcère gastro-duodénal a des manifestations sévères, telles que l'hématémèse, on peut craindre une issue fatale par perforation ou transformation cancéreuse. Inversement, quand il évolue avec le tableau de l'hyperchlorhydrie banale (1), on semble autorisé à porter un pronostic bénin. Il y a pourtant quelques surprises, même quand l'examen radioscopique est négatif.

Martinez rapporte cinq observations à l'appui de la discordance possible entre l'allure de la maladie et son évolution finale.

I. — Homme, ni alcoolique, ni syphilitique, se plaignant de brûlures ; à la palpation, hyperesthésie de l'épigastre ; à l'écran, grand estomac atonique ; comme chimisme, H. très élevé : 2,73 % avec A = 4 gr. 64. Découverte d'hémorragie occulte dans les fèces et dans le liquide de lavage stomacal. On fait le diagnostic d'ulcère et on met le patient au bismuth à jeun, aux alcalins dans la journée et à l'atropine après les repas. Comme régime : lait, soupe de farines, œufs et purées. Tous les malaises passent rapidement et le régime est élargi et bien supporté pendant neuf mois. Martinez est alors rappelé par télégramme et il trouve le malade à l'agonie, conséquence d'une abondante hématémèse. Celui-ci se sentant en bonne santé, sauf quelques douleurs avec pyrosis, qui cédaient au bout de quelques jours de médication, avait abandonné le régime et, étant très constipé, avait pris un purgatif salin ; quelques heures après, l'hémorragie se déclanchait.

II. — Confrère, ayant eu, il y a 20 ans, une crise d'hyperchlorhydrie avec vomissements et grands malaises digestifs consécutifs. Ceux-ci, ayant résisté au régime lacté, ne cédèrent qu'aux sels de Karlsbad et aux poudres alcalines prises en abondance. Etat très amélioré pendant 15 ans, puisqu'aucun régime n'eut à être suivi ; néanmoins, brûlures fréquentes avec aigreurs et crise bi-annuelle depuis 5 ans, qui cède en peu de jours aux alcalins ; abus du tabac. On trouve du clapotage à jeun ; la sonde ramène un liquide verdâtre, contenant 0,91 d'acide libre et donnant une forte réaction de Weber. Après repas d'épreuve, A = 1,94 ; H = 1,01 et C = 0,93. Alimentation uniquement lactée. Comme médicaments : 12 gr. de bismuth à jeun et, dans la journée, deux fois 10 gouttes d'une solution aqueuse d'atropine au millième, plus une solution genre Bourget. Au bout d'un mois, grande amélioration, qui incite à élargir le régime : soupes, lentilles, flancs et purées, puis légumes, poisson blanc, croûte de pain, biscuits, compotes, avec médication intermittente ; six mois plu tard, un peu de viande et suppression du bismuth et de l'atropine. Trois ans et demi se passent bien et le malade se regardait comme entièrement guéri, quand, pendant une nuit de décembre 1923, il fut pris d'une hématémèse qui se répéta quatre fois et entraîna la mort.

III. — Jeune homme ayant eu depuis deux ans, de grandes douleurs d'estomac avec aigreurs, brûlures et vomissements d'hypersécrétion, syndrome intermittent durant trois ou quatre mois avec bonnes périodes d'égale durée. Deux hémorragies par l'anus. Le chimisme était élevé (H = 2 gr. ; C = 0.73) avec grande hypersécrétion ; beaucoup de sang dans les fèces. Une intervention est proposée et acceptée. On trouve une péri-duodénite avec induration et on pratique une gastro-entérostomie postérieure. Les onze premiers jours, tout alla bien, quand subitement, se produisit du collapsus, suivi d'un vomissement abondant de sang, qui entraîna la mort, trois heures après. A l'autopsie, on vit que la nouvelle bouche et les sutures étaient normales et en pleine cicatrisation ; mais, sur le fond de l'ulcère, se trouvait un petit orifice, qui communiquait avec l'artère hépatique (1).

IV. — Homme de 56 ans, se plaignant de l'estomac depuis trente ans : chaleur et plénitude épigastrique simplement. En 1920, on constate une faible hyperchlorhydrie : H = 0,91, qui est améliorée par le bismuth et les alcalins. En 1921, crise douloureuse avec hématémèse suivie de melæna ; trois mois après, nouvelle crise avec hémorragie occulte fécale. Après repas d'Ewald, forte hyperchlorhydrie : H = 1,82, C = 1,40 ; Weber positif. Quelques mois après l'instauration d'un régime sévère, on constate, à la radioscopie, une sténose du pylore, qu'annonçaient des vomissements alimentaires et qui est retrouvée plus tard à deux reprises. Le chimisme devient aclhorydrique avec acide lactique en abondance ; il s'agit donc d'un cancer sténosant, succédant à un ulcère, ce dernier ayant évolué silencieusement pendant un an (1920-1921).

V. — Homme, opéré il y a 6 ans de prostatectomie ; il y a 20 ans, maladie d'estomac avec vomissements, douleurs et hématémèse, état qui dure 6 mois et qui cède à des poudres et à des lavages long-

(1) Forme la plus fréquente (L. P.).

(1) On ne devrait jamais se contenter d'une gastro-entérostomie, quand on opère un ulcère à froid ; la gastrectomie partielle est le seul traitement rationnel et efficace ; elle est bénigne entre les mains de chirurgiens exercés (L. P.).

temps pratiqués. Pendant 19 ans, il s'est cru guéri et il a mangé n'importe quoi sans souffrir. En septembre 1923, il vient consulter Fernandez pour des troubles identiques à ceux d'il y a 20 ans, qui sont apparus depuis deux mois : poids, brûlures, aigreurs, flatulence ; éructations nauséabondes ; vomissements abondants de liquide, la nuit. La radioscopie montre un estomac énorme avec rétention de la baryte au bout de 12 heures. Le tubage à jeun ramène 1.200 c. c. de liquide clair, contenant des grumeaux de lait et des aliments, pris 36 heures auparavant, et d'acidité élevée : A = 2 gr. 73, H = 1 gr. 91 ; pas de sang ; Uffelmann positif nettement. Après Ewald H = 2 gr. 41, C = 1 gr. 91 ; recherche du sang dans les fèces négative. Le malade refuse une intervention ; on le met au lait, à l'atropine, aux alcalins et aux lavages. Peu de jours après, les douleurs, les vomissements, les éructations et la pesanteur, disparaissent.

En octobre, le liquide extrait à jeun contient 1 gr. d'acide libre et 0,40 d'acide combiné, et des résidus alimentaires. En novembre, amaigrissement de 2 kil., répugnance pour le lait ; couleur chocolat du liquide gastrique de jeûne, avec absence d'H et présence nette de sang. Même résultat après repas d'épreuve. La radioscopie montre une lacune nette sur la petite courbure dans la région pylorique ; la palpation permet de sentir là une masse dure et douloureuse ; il y a transformation de l'ulcère en cancer, comme dans le cas précédent.

LES VOIES D'INTRODUCTION DES SÉRUMS SPÉCIFIQUES

Les sérums spécifiques sont habituellement utilisés en injections hypodermiques et intramusculaires. Exceptionnellement est-il indiqué, dans les cas d'extrême urgence, où il faut aller vite et frapper fort, de recourir à la voie endoveineuse. Quant à l'administration *per os*, il semble que la plupart des auteurs s'accordent à lui nier toute efficacité.

Cette question, si importante en pratique, vient de faire l'objet d'une intéressante discussion à la Société de Pédiatrie (4 février 1924).

Notre confrère et ami G. Blechmann s'est déclaré partisan des instillations nasales et intrarectales de sérum antipneumococcique dans le traitement des rhino-pharyngites, des angines, des otites, des bronchites, des broncho-pneumonies pneumococciques chez l'enfant.

Etant donnée l'importance du rôle du pneumocoque dans ces affections diverses qui, souvent, chez le nourrisson, ne se traduisent que par des troubles généraux : hyperthermie très marquée, simple catarrhe du cavum, sans autres signes cliniques, il administre systématiquement dans ces cas le sérum antipneumococcique par la voie endo-nasale, et accessoirement par la voie intra-rectale, en le mélangeant à des sels d'argent.

Chez le jeune enfant, il préconise d'instiller matin et soir, par la voie nasale, XX à XL gouttes de sérum de l'Institut Pasteur, et il fait parfois conserver en lavements, également deux fois par jour, 10 cmc. du même sérum.

L'observation clinique lui a montré que le sérum ainsi administré, seul ou mélangé au sérum antistreptococcique, paraissait donner des résultats aussi favorables que les injections souscutanées, sans en présenter les inconvénients.

Quant à la réalité de l'absorption des sérums ainsi introduits dans l'organisme, elle ne saurait être mise en doute, des accidents sériques ayant été observés. A preuve le cas relaté par Blechmann et Chevallier, concernant un enfant de 18 mois qui, au décours d'une varicelle, *fit* une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Un matin, on instille dans chaque narine une dizaine de gouttes de sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur, et l'on administre par la voie rectale 10 cc. de ce même sérum qui sont conservés.

Une heure après, l'enfant présente les accidents suivants : la face devient bouffie, les yeux sont larmoyants, le visage se couvre d'une éruption papuleuse et blanchâtre, la surface de tout le corps devient le siège d'une véritable urticaire généralisé. Ces accidents disparaissent après quelques heures.

On continue cependant les instillations et les lavements de sérum, matin et soir, pendant les 3 jours suivants ; les accidents signalés ne se reproduisent plus et l'enfant guérit.

Avant sa maladie, ce nourrisson n'avait reçu aucun sérum en injections ; il n'avait pas pris d'hémostyl par la bouche; il n'avait jamais été alimenté avec de la viande ou du jus de viande de cheval. Ces accidents insolites ressemblent en tous points à des accidents sériques et il paraît peu vraisemblable qu'on puisse les rapporter à une autre cause qu'à l'administration du sérum antipneumococcique par les voies indiquées.

La discussion qui suivit la communication de G. Blechmann montra que la plupart des médecins d'enfants qui y prirent part doutent de l'efficacité de cette méthode. Ainsi parlèrent Lereboullet, Barbier, Debré, Dorlencourt, Lesné, Schreiber, appuyant leur opinion sur les résultats négatifs que donne le sérum anti-diphtérique ainsi utilisé.

Par contre, Apert reconnaît qu'il faut faire une distinction entre les deux sérums, et qu'en ce qui concerne le sérum anti-pneumococcique, l'action locale conserve une valeur au moins probable. « Il convient d'établir, a-t-il dit, une dis-

tinction entre le sérum antidiphtérique, uniquement anti-toxique, et le sérum anti-pneumococcique, sur tout bactériolysant. Comme pour le sérum anti-méningococcique, l'action de ce dernier peut s'exercer *in situ*, ce qui justifie, par exemple, son emploi local dans les pleurésies à pneumocoques. L'administration du sérum anti-pneumococcique par le nez est logique, tandis que celle du sérum anti-diphtérique par la même voie ne l'est pas. »

De cette controverse, nous retiendrons qu'il est à souhaiter que Blechmann multiplie ses expérimentations et qu'il obtienne des résultats tels que sa première impression, nettement favorable, s'en trouve confirmée.

N'est-il pas infiniment plus facile de faire accepter par les familles une instillation nasale et un lavement qu'une injection sous-cutanée ? Si la méthode fait ainsi la preuve de son excellence le praticien verra sa tâche facilitée.

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

La tuberculose pulmonaire chez l'enfant. Ses formes aiguës et subaiguës.

Les formes aiguës et subaiguës de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, dit le Pr Lereboullet, sont très utiles à connaître, tant au point de vue pronostique qu'au point de vue de la cure prophylactique à faire dans le milieu où se développe cette tuberculose.

Aux lésions anatomiques de cette tuberculose correspondent trois grandes formes cliniques :

1° La *granulation miliaire* donne la forme granulique, entraînant la mort par la généralisation des lésions, qui restent à ce stade granulique (*phtisie aiguë granulique*) ;

2° Le *tubercule caséeux*, siégeant souvent à la base du poumon, donne la forme caséeuse, à type habituel de *bronchopneumonie caséeuse.*

3° L'*infiltration caséeuse*, aboutissant de la forme précédente dans certains cas, donne l'ulcération de la caverne ; il y a alors *bronchopneumonie caséeuse et ulcéreuse*, réalisant le type de la *phtisie galopante*.

***

Etude clinique.

I. Dans la *phtisie aiguë granulique*, la fièvre, l'amaigrissement et l'état général ont le plus d'importance. Mais souvent l'asphyxie et la dyspnée traduisent fonctionnellement le semis granulique des poumons.

Même dans la forme miliaire broncho-pulmonaire, qui, chez le tout jeune enfant, fait penser à une broncho-pneumonie ou à une bronchite capillaire plutôt qu'à la tuberculose, on constate la prédominance des signes en un point du poumon et leur *fixité*, ce qui est loin d'exister dans les bronchopneumonies migratrices ordinaires.

Un autre élément de diagnostic très important c'est, *à la radiographie*, la présence de lésions pulmonaires, sous forme de petites taches multiples, correspondant au semis granulique.

Par contre, *les signes biologiques font défaut.* La cuti-réaction est ordinairement négative, et, comme il s'agit de lésions disséminées par voie sanguine et sans communication avec les bronches, on ne peut trouver de bacilles de Koch dans l'expectoration ou les selles.

II. *La bronchopneumonie tuberculeuse,* à laquelle on ne pense pas assez souvent, n'est pas exceptionnelle au décours des maladies infectieuses de l'enfant : rougeole, coqueluche, grippe.

Il faut aussi remarquer la *fixité des signes physiques* (râles fins, crépitants ou sous-crépitants), constatés au même point du poumon, pendant une série de jours ; souvent cette fixité n'est pas au sommet, mais plutôt à la base, siège initial fréquent des lésions tuberculeuses infantiles. C'est ensuite *la discordance entre les signes physiques et fonctionnels* (signes physiques étendus avec dyspnée et cyanose, dont les malades ne paraissent pas souffrir — ou dyspnée marquée avec tirage et peu de signes physiques) — puis, *la discordance entre les signes généraux et les signes physiques.*

La *fièvre* aide au diagnostic, non par son intensité, mais au contraire par sa relative faiblesse. Ce caractère joint à l'intensité des phénomènes pulmonaires doit faire penser à la tuberculose.

Cependant le point important, c'est *la recherche des symptômes extra-pulmonaires, ganglions* gros et mous, *hypertrophie simultanée du foie et de la rate, gommes tuberculeuses sous-cutanées.*

La *cutiréaction* doit être faite, mais très souvent elle est négative ; on ne peut en tirer aucune donnée pour le diagnostic. En revanche, la *recherche des bacilles* peut être utile, car il est de règle qu'il y ait communication avec les bronches à un moment donné. Si l'enfant ne crache pas, on peut les rechercher par la bacilloscopie des crachats, extraits de l'estomac, ou dans les

selles. Bref, il faut faire la preuve de la bacillose, car il y a assez souvent de ces fausses tuberculoses, de ces bronchopneumonies traînantes, banales, qui peuvent faire faire un pronostic erroné.

Cette forme évolue malheureusement toujours vers la mort, soit par l'évolution progressive des lésions pulmonaires, soit par généralisation ou par méningite secondaire.

III. La broncho-pneumonie peut aussi parfois évoluer vers la *phtisie galopante*, celle-ci n'est qu'une tuberculose pulmonaire évoluant très vite, avec des manifestations multiples et généralement des ulcérations cavitaires terminales.

***

S'il est important de faire le diagnostic de ces tuberculoses pulmonaires infantiles, ce n'est malheureusement pas au point de vue thérapeutique, car nous sommes désarmés dans tous ces cas ; toutes les sérothérapies, toutes les vaccinothérapies ont échoué. Il y a autre chose à faire. Lorsque nous constatons chez un enfant une tuberculose progressive à marche rapide, nous ne devons pas limiter notre intervention au seul petit malade ; nous devons chercher d'où est venue cette tuberculose, tâcher de remonter à sa cause, qui est souvent familiale, et soigner quelquefois les sujets qui ont donné la tuberculose. Il faut surtout arracher à la contamination les autres enfants.

Par les œuvres multiples de placement à la campagne des enfants tuberculeux latents ou faiblement évolutifs, ou simplement soupçonnés de tuberculose, on a pu arriver souvent à empêcher l'évolution aiguë de la tuberculose chez les frères et sœurs d'enfants soignés pour des tuberculoses évolutives semblables. (*Le Bulletin médical*, 12-15 décembre 1923.)

La causalgie, syndrome sympathique.

Les critères anatomo-chirurgical et physio-médical permettent d'établir que *la causalgie, ou douleur de cuisson*, est un syndrome essentiellement sympathique.

Aujourd'hui, tout le monde admet qu'il existe *deux ordres de voies sympathiques* entre lesquelles s'établissent des anastomoses étagées : les unes sont contenues *dans les troncs nerveux*, les autres cheminent *dans les gaines péri-vasculaires.*

De ces données le Pr LAIGNEL-LAVASTINE tire les déductions suivantes pour la pratique neurologique.

Le point de départ de l'excitation douloureuse sympathique peut se trouver dans la lésion nerveuse elle-même, lorsque le nerf contient des fibres sympathiques ; *la section du nerf au-dessus* suffit alors parfois à la faire disparaître.

Mais dans les cas où la causalgie persiste malgré la section du nerf au-dessus de la lésion, il faut admettre que l'excitation douloureuse a pour point de départ l'irritation des terminaisons sympathiques dans le territoire du nerf par l'intermédiaire des troubles trophiques qu'a déterminés sa névrite. L'excitation sympathique douloureuse est alors conduite par des voies collatérales, probablement péri-vasculaires. Les fibres sympathiques que n'atteint pas la section du nerf au-dessus de la blessure et qui passent à ce niveau par des voies collatérales, peuvent rejoindre le nerf plus bas, au voisinage de sa périphérie ; la *section du tronc nerveux au-dessous et à distance de la blessure* peut dans ces cas supprimer la causalgie.

D'autre part, il faut, avec Tinel, remarquer que les voies sympathiques péri-vasculaires sont de beaucoup les plus riches et les plus importantes à la racine du membre ; tandis que les voies sympathiques tronculaires sont réduites ici au minimum. A mesure que l'on se rapproche de la périphérie du membre il semble que toutes les fibres sympathiques tendent à se rassembler dans les troncs nerveux et à abandonner les gaines vasculaires. On comprendra, dès lors, l'efficacité, dans la causalgie, des sections portant sur les troncs nerveux au voisinage de leur terminaison, et de la dénudation des gros vaisseaux à la racine du membre.

Sous l'influence de ces excitations douloureuses, il s'établit dans les centres sympathiques un véritable état d'éréthisme, d'hyperexcitabilité très marquée, qui peut diffuser dans les centres voisins et même dans les centres homologues du côté opposé. Cet état d'éréthisme des centres sympathiques voisins et homologues se traduit par des phénomènes de *synesthésalgie*, qui se limitent assez souvent à un territoire plus ou moins étendu, véritable champ causalgique. Cet éréthisme détermine dans ce champ une sorte d'hyperesthésie superficielle par inhibition ou blocage sympathique. Il peut enfin se traduire à distance dans le champ causalgique par des réactions sympathiques diverses : sueurs profuses, vaso-dilatations, chair de poule, mydriase, etc.

Cet état d'éréthisme sympathique, une fois constitué, peut se prolonger spontanément, après même la disparition de l'excitation douloureuse initiale et ne s'apaiser qu'avec une certaine lenteur. (*Le Bulletin médical*, 5-8 décembre 1923.)

La cuti-réaction ; sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge.

Dans la première enfance la tuberculose est plus fréquente que ne le pensaient les anciens médecins. L'emploi de la cutiréaction, dit *le professeur Marfan*, a réalisé un grand progrès dans le diagnostic de cette affection.

A l'inverse de tous les autres modes d'emploi de la tuberculine, la cuti-réaction est d'ailleurs

dénuée de tout inconvénient ; chez les tuberculeux notamment, elle ne produit qu'une réaction locale, jamais de réaction de foyer, ni de réaction générale.

La technique en est très simple ; on pratique deux scarifications superficielles après décapage de la peau à l'éther ou à l'alcool, avec un vaccinostyle flambé et refroidi, de préférence sur la région deltoïdienne du bras. Il faut choisir une surface indemne de toute altération. Les deux scarifications, éloignées de 5 cent. l'une de l'autre, doivent avoir chacune 5 mm. de longueur.

La supérieure sert de témoin. Sur l'inférieure seule, on dépose une goutte de tuberculine *brute* (tuberculine pour usage vétérinaire) ; diluée, elle serait trop faible, on laisse sécher cinq minutes à l'air, puis on remet les vêtements.

Quand la cuti-réaction est *négative*, il ne se produit ultérieurement aucune différence entre les deux scarifications ; à peine, un peu de rouge sur la plaie inférieure, qui d'ailleurs se cicatrise aussi vite que la plaie témoin.

Quand elle est *positive*, vers la 12e heure, apparaît une petite tache rouge, peu étendue, peu ou pas saillante ; après 24 heures, cette tache est devenue une papule rouge, dure, œdémateuse, surélevée ; vers la 36e heure, la réaction atteint son maximum, ayant au moins 5 mm. de diamètre dans tous les sens, parfois 10 à 15 mm. Après 48 heures, elle pâlit, s'efface ; la saillie disparaît le 3e jour, il ne reste qu'une tache rougeâtre qui s'efface entièrement du 6e au 15e jour. Cependant quand la réaction est négative, en prévision d'une réaction exceptionnellement tardive est-il bon de pratiquer un nouvel examen quatre à cinq jours après.

***

Aujourd'hui, on peut dire que tout le monde est d'accord sur le point suivant : une *cuti-réaction positive* signifie que *le sujet porte en lui des bacilles tuberculeux* VIVANTS ; mais *elle ne signifie nullement qu'il présente une tuberculose en évolution.* Pour que la cutit-réaction soit positive, il suffit qu'il y ait dans son organisme, dans ses poumons ou dans ses ganglions lymphatiques, un petit amas fibreux ou fibro-crétacé dans lequel il reste encore un bacille vivant, c'est-à-dire une petite lésion au repos, guérie cliniquement.

Il y a *des cuti-réactions très fortes*, dès la 8e heure, qui signifient une infection assez récente, suscitant des actes de défenses énergiques et corrélativement une production abondante d'anticorps ; on lui attribue donc une signification favorable pour le pronostic. Ce qui est certain, d'après le Pr Marfan, c'est que ces cuti-réactions très fortes sont la règle dans les formes de tuberculose que les anciens faisaient rentrer dans la scrofule.

Les *cuti-réactions faibles* (papule pâle, petite, à peine saillante) s'observent à la période ultime de la tuberculose pulmonaire à lésions très étendues ou dans la granulie.

Les *réactions tardives* peuvent signifier qu'il existe des foyers bacillaires très anciens, au repos depuis longtemps.

La *cuti-réaction est négative soit parce que* l'organisme ne renferme pas de bacilles de la tuberculose, soit parce que, bien que porteur de bacilles, celui-ci a perdu le pouvoir de réagir à la tuberculine : *anergie de la période d'incubation de la tuberculose* (cette période pouvant atteindre 20 et 30 jours, il faut chez un jeune enfant que l'on suppose infecté depuis peu, répéter la cuti-réaction au bout de quatre semaines) ; *anergie par extension considérable des lésions tuberculeuses, accompagnée de cachexie* ; *anergie* (d'ailleurs très inconstante) *en relation avec les fonctions de l'appareil génital chez la femme* (menstruation, grossesse, accouchement, lactation) ; *anergie due à certaines maladies* (période d'éruption de la rougeole, moins fréquemment, pneumonie, grippe épidémique, coqueluche, cirrhoses et ictères prolongés, etc.) ; *anergie dans le traitement intensif par la tuberculine.*

***

Cet exposé fait voir que, dans le premier âge la plupart des causes d'anergie n'interviennent pas ; les autres, fort peu nombreuses peuvent être facilement écartées par une enquête ou par un examen clinique. Quand cette élimination a été faite si la cuti-réaction, répétée à quelques semaines d'intervalle, est deux fois négative, il est permis d'avancer que l'organisme ne renferme pas de bacilles de la tuberculose.

Ce progrès réalisé est vraiment très considérable dans la clinique des maladies du premier âge ; en effet, chez le jeune enfant, les signes de certitude de la tuberculose ne peuvent être constatés qu'exceptionnellement (bacille dans les crachats, etc.).

Dans la première enfance, presque toujours la tuberculose se localise dans les ganglions trachéo-bronchiques. Or, très souvent, cette adénopathie reste occulte, ou les symptômes en sont peu significatifs ; ils se résument en un certain retard dans la croissance, un état subfébrile, une anémie légère, des accès de bronchite d'apparence commune. Si on n'a pas recours à la cuti-réaction, le diagnostic de cet état est impossible, et la cuti-réaction doit être préférée à l'ophtalmo-réaction, ou à l'intra-dermo-réaction. Elle reste le procédé de choix pour le diagnostic de la tuberculose des jeunes enfants. (La *Presse médicale*, 8 décembre 1923.)

Province et Divers

La dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs. Syphilis et ulcères dits variqueux.

MM. Favre, Contamin et Martine ont étudié avec la plus grande attention certaines altérations de la peau des membres inférieurs, caractérisées par une pigmentation brunâtre, avoisinant des îlots de dépigmentation, une éruption purpurique à éléments de dimensions variables, des nappes de cellulite, des ulcérations, désignées communément sous le nom d'ulcères variqueux, coïncidant avec des varices plus ou moins volumineuses, et plus souvent, des veines atteintes de phlébite chronique.

Pour ces auteurs, de telles lésions sont d'origine syphilitique ; la preuve leur en est fournie par les examens sérologiques pratiqués systématiquement, et par le résultat du traitement spécifique.

« Les localisations de la syphilis sur les veines du membre inférieur constituent un champ d'étude jusqu'ici peu exploré ; il s'agit pourtant de lésions très fréquentes, dont la constatation nous paraît avoir une haute valeur révélatrice, et dont la cure, dirigée par des notions étiologiques précises, permet d'obtenir d'admirables résultats thérapeutiques locaux, comme aussi de prévenir d'autres complications viscérales d'une infection dont les manifestations cutanées et veineuses sont parfois, à longue distance, les signes avant-coureurs ». (*Lyon médical*, 3 février 1924.)

Appareil pour injections urétérales.

Sommairement décrit par M. Tant, cet appareil permettrait aux blennorrhagiens qui ne peuvent pratiquer les grands lavages classiques, de s'administrer des injections urétrales dans les meilleurs conditions d'efficacité et d'innocuité.

Il se compose d'un étrier ajusté perpendiculairement sur un collier qui peut se fixer sur le pénis à la racine du gland.

La courbure de cet étrier est traversée par une tige creuse munie d'un pas de vis et terminée par une olive terminale, qui pénétrera en s'y accolant dans le méat urinaire, grâce à la pression suffisante exercée par la progression graduée de la tige. L'injection pénètre dans le canal par la tige et l'olive qui est munie d'un clapet intérieur maintenu par un ressort, de telle sorte qu'il se referme après l'injection et empêche ainsi le reflux du liquide (*Bruxelles méd.*, 10 janvier 1924.)

Ponction lombaire et syphilis.

Dans les syphilis méningées et nerveuses, il arrive souvent que la séroréaction sanguine soit négative, alors que celle du liquide céphalo-rachidien demeure positive, témoignant ainsi de la persistance de l'infection.

Il importe donc, écrit M. Bernard, de pratiquer une ponction lombaire lorsque la réaction sanguine est négative pendant six mois malgré les réactivations, et avant de donner l'exeat à un malade après un traitement abortif.

L'auteur décrit ensuite pratiquement la technique de la ponction lombaire. Parlant des accidents de cette petite intervention, il s'exprime ainsi : « Il est indispensable que le malade puisse se coucher séance tenante et rester dans cette position pendant dix heures au moins et mieux pendant 24 heures... Le médecin qui permettrait à ses ponctionnés de retourner prématurément chez eux encourrait une réelle responsabilité civile ; il fera bien de prévenir ses clients de ce que, peut-être, ils pourraient avoir à suspendre leur besogne le lendemain encore. Il ne saurait assez insister pour que ces ordres ne soient pas transgressés, car le malade ne ressentant le plus souvent aucun malaise dans la position horizontale, croit pouvoir, en l'absence de toute surveillance, quitter son lit, et il faut bien dire que telle est la cause de la plupart des malaises et accidents. » (*Bruxelles méd.*, 7 février 1924.)

Arsénicaux et paludisme.

Si l'arsenic a été de tout temps prescrit comme reconstituant dans le traitement du paludisme, ce n'est que depuis la découverte du 606 et de ses succédanés qu'à cette propriété s'est ajoutée une action bactéricide indiscutable.

M. Bernard conseille de traiter ainsi, non seulement le paludisme primaire et secondaire, mais encore les cas de quinino-résistance. Lors, que la quinine ne donne pas de résultats positifs, employer les injections intra-veineuses de 914. A l'appui de sa thèse, l'auteur rapporte des observations concluantes.

A son dire, les arsénobenzènes constituent des succédanés précieux de la quinine qu'ils peuvent remplacer et ils lui sont toujours supérieurs par leur vertu reconstituante. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 10 février 1924.)

L'examen préalable d'une nourrice.

Il s'agit de l'examen demandé par une famille recherchant une nourrice mercenaire. Inutile, dit M. P. Delmas, de compter sur la présentation de l'enfant de celle-ci, pas plus que sur son interrogatoire. Par contre, l'examen objectif doit être aussi minutieux que possible, et donnera des renseignements positifs. On passera donc en revue successivement l'aspect général du sujet, pour apprécier son embonpoint ; la chevelure (parasites, plaques d'alopécie) ; le visage (pigmentations) ; la bouche, les dents (mauvaise dentition : dyspepsie probable) ; les muqueuses

bucco-pharyngées (plaques muqueuses) ; le cou (ganglions) ; le thorax (éruptions, lésions de grattage, de révulsion) ; les poumons et le cœur (auscultation).

Les seins seront l'objet d'une attention spéciale. Ils doivent être fermes, recouverts d'une peau saine à nombreuses arborisations veineuses, posséder un mamelon saillant à peau souple, sans érosions ni fissures. On pourra recueillir quelques cuillerées de lait pour mesurer approximativement sa richesse en beurre.

Si l'on peut examiner les organes génitaux, on n'y manquera pas. A défaut, on explorera les aines (ganglions) et on inspectera les membres inférieurs.

Si l'opinion du médecin est défavorable à la nourrice, « il devra succinctement indiquer les raisons de son refus, sans jamais leur donner une forme désobligeante ; au contraire, toutes les fois que ce sera compatible avec la vérité, il insistera sur les inconvénients que pourrait présenter le nourrissage par la mercenaire ».

Si la nourrice est acceptée, le médecin réglera son régime alimentaire, et le nombre et la durée des tétées de l'enfant. Le contrôle de la valeur du nourrissage sera obtenu par les pesées régulières du nourrisson. Sa suralimentation sera dépistée par les selles mal liées, verdâtres, l'érythème fessier.

La nourrice elle-même sera surveillée personnellement. Si elle maigrissait d'une façon constante, elle devrait renoncer à sa place. (*Languedoc médical*, 10 février 1924.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Fièvre paratyphoïde B chez un nourrisson.

(MM. Achard et J. Thiers. — *Académie de médecine*, 12-2-1924.)

Sans être très commune chez le nourrisson, la fièvre typhoïde n'est cependant pas exceptionnelle. Beaucoup plus rares sont les paratyphoïdes, dont les exemples publiés se comptent (cas de Bluhdorn, de Netter, de Blechmann, etc.).

M. Achard relate une observation nouvelle de paratyphoïde B, chez une fillette de deux ans et demi, hospitalisée à la crèche de son service de Beaujon. La mort survint au vingt et unième jour par défaillance cardiaque. L'origine de la maladie paraît avoir été des contacts avec une jeune femme atteinte de fièvre paratyphoïde B.

Il ne faudrait pas conclure de là que l'affection est généralement mortelle. La guérison a été notée dans la majorité des cas.

Perturbations cardiaques dans le surmenage sportif.

(M. Maurice Boigey. — *Académie de médecine*, 12-2-1924.)

La pratique des sports qui a pris, on le sait, une extension très grande depuis la guerre, s'est développée à peu près entièrement en dehors des conseils médicaux. L'hygiéniste et le médecin n'ont-ils rien à dire à ce sujet ? M. Maurice Boigey lit une note posant la question et qu'il intitule : durée des perturbations cardio-vasculaires produites par l'exercice.

L'auteur a poursuivi ses recherches pendant plusieurs années à l'École de gymnastique de Joinville et elles lui ont montré que, d'une façon générale, le système cardio-vasculaire est influencé par l'exercice d'une manière plus accentuée qu'on ne le croit ordinairement. Ainsi, chez 26 adolescents de quatorze à dix-huit ans, ayant exécuté une course de 100 mètres, les perturbations du rythme cardiaque se sont prolongées de quarante minutes à neuf heures. Pour la course de 3.000 mètres, le rythme a été troublé de trois heures (minimum) à dix-sept heures. Les jeux, en raison des petites périodes de repos sans cesse répétées qu'ils comportent, modifient l'état du cœur avec moins d'intensité (40 minutes à 3 heures).

M. Boigey conclut que les compétitions de courses troublent le fonctionnement de l'appareil circulatoire pour un temps assez long, plus long encore s'il n'y a pas en entraînement progressif. Un exercice de grande durée agit plus défavorablement qu'un exercice intense. Les jeux, dans lesquels les mouvements sont coupés d'arrêts fréquents, apparaissent plus salutaires que les courses. La position couchée, prise à l'issue d'un exercice, abrège notablement la durée de ces perturbations cardiaques.

— M. Doléris pense que l'étude de l'*abus des sports* pourrait être soumise à une commission académique. Aujourd'hui, les jeunes gens s'adonnent souvent aux sports intensifs, sans avoir été entraînés par de bonnes méthodes basées sur des principes physiologiques et hygiéniques. Il en résulte de nombreux cas de surmenage précoce, et parfois des altérations organiques sérieuses. Des protestations s'élèvent déjà nombreuses.

L'Académie nomme, finalement, pour approfondir la question, une Commission spéciale dite des sports et de l'éducation physique.

Angine de Ludwig guérie par la sérothérapie.

(M. L'Heureux. — *Société de chirurgie*, 9-1-1924.)

On connaît la gravité de l'angine de Ludwig, maladie essentiellement infectante. Dans une commu-

nication, qui fait l'objet d'un rapport de M. P. HALLOPEAU, le médecin-major L'Heureux relate un cas d'angine de Ludwig avec gangrène gazeuse, qu'il a traitée avec succès par la sérothérapie. L'auteur, après incision de la région sus-hyoïdienne, a arrosé la plaie d'eau oxygénée et de sérum anti-gangréneux, et a pratiqué une série d'injections sous-cutanées de sérum anti-gangréneux polyvalent. Guérison en quinze jours.

M. Hallopeau pense que l'association de la sérothérapie au large traitement chirurgical est un facteur essentiel pour l'obtention d'un bon résultat en pareille circonstance. Comme il est difficile de savoir exactement à quels agents microbiens on a affaire, et qu'un examen extemporané ne peut le dire, l'emploi d'un mélange des divers sérums est indispensable. Le sérum et l'intervention opératoire paraissent aussi nécessaires l'un que l'autre pour obtenir la guérison.

Le sérum polyvalent peut être utilisé, à la fois, localement et en injections. Localement, il serait plus avantageux que l'eau oxygénée, le Dakin ou l'oxycyanure. En injections, il y a lieu d'agir dès le début par de fortes doses, pour éviter l'accoutumance. C'est ce qu'a fait d'ailleurs, le médecin-major L'Heureux chez son patient. Les voies d'introduction du sérum seront la voie sous-cutanée et la voie veineuse, plus active lorsqu'il y a urgence.

Rachianesthésie et anesthésie générale.

(M. J.-L. FAURE. — *Société de chirurgie*, 23-1-1924.)

Poursuivant la discussion sur la rachinesthésie, M. Faure vient défendre l'anesthésie générale.

Que reproche-t-on à l'anesthésie générale et pourquoi cherche-t-on à la remplacer par les méthodes les plus diverses ? Ce n'est certes pas le sommeil, « inappréciable bienfait, qu'il faudrait inventer s'il n'existait depuis longtemps ». Ce sont ses accidents, les uns tardifs, les autres précoces. Les accidents tardifs du chloroforme et de l'éther ont été exagérés. Il ne faudrait pas les nier, sans doute, mais en les passant au crible de la critique, on peut les alléger notablement. En fait, on est frappé de la simplicité avec laquelle les malades supportent l'anesthésie générale dans ses suites. Restent les accidents immédiats, les morts sur la table d'opération, au début ou au cours de l'anesthésie.

Le chloroforme est plus dangereux, à ce point de vue. L'éther l'est beaucoup moins, avec l'appareil d'Ombrédanne en particulier.

Le protoxyde d'azote, avec l'état perpétuel de demi-asphyxie qu'il entraîne, n'est pas innocent. Les morts sont communes avec cet agent. M. Faure est convaincu que la mode en passera avant longtemps.

Restent les mélanges. Le chloroforme pur est plus toxique que le chloroforme mélangé. Depuis 17 ans, M. Faure se sert exclusivement, du mélange de Schleich (éther, 60 ; chloroforme 20 ; chlorure d'éthyle, 10), qu'il donne avec un appareil spécial. Sur plus de 10.000 anesthésies, il n'a eu aucun accident sérieux , pas de mort. Or, les communications faites sur la rachianesthésie ont accusé les chiffres suivants : 3 morts sur 600 cas (Labey), 3 morts sur 1.000 cas (Sauvé), en moyenne une mort sur 250 — sans compter les accidents tardifs.

Et cependant, un certain nombre de chirurgiens se rallient à l'anesthésie rachidienne en raison surtout du fameux « silence abdominal » qu'elle procure. Or, ce silence peut être obtenu avec une valve à cadre (valve de J.-L. Faure), simple et facile à appliquer, qui permet de fixer la masse intestinale et la maintient quand les malades, dormant mal, poussent sur l'intestin.

En résumé, conclut l'auteur, l'anesthésie générale doit rester la méthode ordinaire, la méthode universelle. Les mélanges, le mélange de Schleich, entre autres, sont les meilleurs.

Chez certains malades gravement atteints, chez les mourants, on emploiera, si on le peut, l'anesthésie locale. Dans quelques cas exceptionnels (cardiopathies graves, affections graves du foie et des reins, réduction de fractures), on pratiquera l'anesthésie rachidienne.

Traitement des fractures de Dupuytren.

(MM. Pierre FREDET, GERNEZ, MOUCHET, HARTMANN, AUVRAY. — *Société de chirurgie*, 9-1-1924).

A propos de deux observations de M. Guimbellot, de fractures de Dupuytren traitées par l'opération sanglante, M. ALGLAVE préconise la réduction sanglante systématique, avec ostéosynthèse, de toutes ces fractures, même fermées, à grand déplacement.

— M. Pierre FREDET est d'accord avec M. Alglave s'il s'agit de fractures réellement irréductibles ou impossibles à maintenir par les appareils plâtrés. Mais, avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui, presque toutes les fractures de Dupuytren peuvent être réduites et guérissent fort bien sans opération.

— M. GERNEZ montre que la fracture réduite, le plâtre appliqué, il faut maintenir la réduction jusqu'à dessiccation complète. Une certaine force est indispensable. C'est parce qu'on abandonne trop tôt ou que l'on laisse ce soin à un aide peu instruit sur ces détails qu'on a des échecs.

— M. SAVARIAUD indique la bonne manière de tirer : non dans l'axe, mais, suivant l'antique conseil de Dupuytren, le pied en adduction forcée, en hypercorrection. Dans une fracture sus-malléolaire, une telle méthode est défectueuse. Dans une bi-malléolaire, elle est nécessaire et sans inconvénient.

— M. TUFFIER obtenait de mauvais résultats à une époque où le traitement des fractures, négligé par les chirurgiens, était confié à des sous-ordres. Depuis vingt ans qu'il fait lui-même la réduction, les résultats de son service sont bien meilleurs. La réduction, simple quand elle est exécutée immédiatement, est plus difficile après 24 heures.

— M. THIÉRY signale les différences entre la réduction et la contention de la fracture de Dupuytren. La première est facile en général, la seconde beaucoup plus délicate. Pour avoir une bonne contention, on doit la surveiller et recourir à un appareil plâtré qui se solidifie rapidement (plâtre bien gâché et additionné de chlorure de sodium).

— M. CHEVRIER emploie pour l'appareil plâtré, une technique inspirée des dentistes, qui ajoutent à la bouillie plâtrée une solution de sulfate de potasse pour la faire prendre instantanément. Les attelles, imbibées de bouillie et exprimées, peuvent être arrosées sur leur s deux faces avec la solution de sulfate de potasse. Une petite couche de plâtre sec et l'appareil est posé. Il sèche très vite.

Le traitement opératoire, l'ostéosynthèse systématique, pour toutes les fractures de Dupuytren, trouve, en définitive, un nombre infime de partisans à la Société de Chirurgie. Tous les orateurs sont d'accord pour dire qu'il n'y a pas lieu de recourir à l'ostéosynthèse quand la réduction est facile. Or, c'est ordinairement le cas, lorsque l'intervention est précoce, et conduite méthodiquement. Lorsqu'on réduit la fracture dans les premières heures, dit M. HARTMANN, on obtient aisément, à l'habitude, la remise en place des fragments. Après 24heures, les résultats sont beaucoup moins satisfaisants.

Faut-il utiliser l'anesthésie générale ? M. SAVARIAUD la rejette et préfère la rachi-anesthésie, M. Albert MOUCHET considère l'anesthésie générale comme indispensable pour obtenir une bonne réduction. M. BASSET y supplée par le procédé de Delbet : la traction continue et prolongée sur le pied. M. AUVRAY emploie l'anesthésie régionale ou générale ; M. THIÉRY, le chloroforme dans quelques cas difficiles seulement.

Que faut-il demander à la radiographie ?

On peut faire la réduction sous l'écran. C'est un luxe qui n'est pas à la portée de tout le monde. On peut contrôler le résultat au moyen des rayons. M. DUJARIER demande au cours de la consolidation une ou deux radiographies, face et profil. Quand la radio du lendemain est satisfaisante, il est rare que la déviation se reproduise. M. Paul THIÉRY est resté fidèle aux règles simples : pas de réduction sous l'écran. La clinique, qui permet de voir le pied déformé, permet aussi de le voir reformé. Si l'on a quelques doutes, recourir au contrôle radiologique dans les heures qui suivent ou le lendemain. M. HARTMANN résume ainsi sa pratique : réduction dans les premières heures, suivie d'une contention immédiate dans un appareil plâtré, radiographie pour vérifier l'excellence de la réduction. L'état morphologique, ajoute enfin M. Dujarier, n'est pas tout ; les soins consécutifs ont aussi leur importance. Une fracture réduite même imparfaitement, mais très bien soignée ultérieurement, donne souvent un résultat favorable, alors que l'inverse n'est pas rare (TUFFIER).

Syndrome de Volkmann.

(M. DENIKER. — *Soiciété de chirurgie*, 23-1-1924.)

M. Albert MOUCHET présente un rapport sur une observation de M. Deniker concernant un syndrome de rétraction ischémique de Volkmann (rétraction de deux doigts seulement), développé chez une jeune fille consécutivement à un traumatisme du bras, sans fracture. Le traitement précoce par l'air chaud, les bains chauds et surtout les tractions élastiques a été suivie de bons effets.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Syndromes cutanés et hématologiques liés à un dysfonctionnement du système endocrino-sympathique.

M. DELONE. — Une jeune fille qui, depuis l'enfance présente un état particulier des téguments, qui sont épaissis, durs, comme infiltrés, avec par place des placards d'eczéma, est améliorée après huit mois de traitement par l'extrait thyroïdien. A ce moment, elle néglige de se traiter, et cinq mois plus tard, l'éruption reparaît : on constate, en outre, aux deux membres inférieurs, depuis le cou-de-pied jusqu'au tiers moyen de la jambe, de larges ecchymoses avec pétéchies contenant un liquide lactescent.

L'examen du sang montre qu'il existe un certain degré d'anémie, avec diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, ainsi qu'une leucocytose avec prédominance de grands mononucléaires, quelques éosinophiles et diminution du nombre des hématoblastes.

Les placards d'eczéma et le purpura ont cédé au traitement thyroïdien.

On peut admettre que sous l'influence de troubles endocriniens, une action inhibitrice peut être exercée sur les cellules de la moelle osseuse chargée de la formation des hématoblastes, ou une action inverse sur la rate, qui détruirait les plaquettes, comme elle détruit les hématies.

Sur l'emploi de la cocaïne en ophtalmologie.

M. FRENKEL. — On abuse considérablement de la cocaïne en pratique ophtalmologique, et l'on doit résumer les indications de son emploi en disant : pas de cocaïne comme agent de thérapeutique médical, et en la réservant pour l'anesthésie chirurgicale et comme moyen de diagnostic.

Même en sa qualité d'agent anesthésique, la cocaïne a perdu du terrain dans ces derniers temps ; si elle a maintenu ses positions dans l'anesthésie locale, elle est abandonnée ou presque dans l'anesthésie régionale.

Comme moyen de diagnostic, la cocaïne sert en-

core de mydriatique pour l'examen ophtalmoscopique. Assez utile pour explorer les régions périphériques du cristallin, elle permet moins bien de voir le fond de l'œil. Dans les cas d'inégalité pupillaire, la mydriase paralytique pure peut être exagérée par la cocaïne, la mydriase spasmodique n'est pas influencée ; dans les cas de myosis, la cocaïne reste habituellement sans effet.

Considérations sur le traitement hydro-minéral des névrites à l'occasion d'un cas de névrite typhique avec œdème.

M. Serr présente le cas d'un malade chez lequel apparurent, vers la cinquième semaine de l'évolution d'une fièvre typhoïde, des symptômes de polynévrite sensitivo-motrice du membre supérieur gauche, avec prédominance des troubles moteurs. En peu de jours, l'impotence devint complète, puis on vit se développer de l'œdème au niveau de la main et de l'avant-bras gauche. Cet œdème, élastique, dû à un trouble vaso-moteur, acquit bientôt un grand développement.

Les traitements institués (électricité, lumière, etc.) étant restés sans résultats, une cure par les boues de Dax fut conseillée. A la fin de ce traitement, l'œdème avait notablement diminué, les mouvements commençaient à se produire, les douleurs avaient disparu. L'amélioration se produisit assez rapidement dans la suite, mais il ne fut pas possible de savoir si la guérison complète fut obtenue.

L'auteur, à l'occasion de ce cas, fait une étude générale des indications du traitement des polynévrites par la thérapeutique hydro-minérale.

De l'emploi de l'huile camphrée en chirurgie.

M. J.-P. Tourneux, après avoir rappelé que plusieurs auteurs ont récemment insisté sur un certain nombre de dangers que pourraient entraîner les injections à haute dose d'huile camphrée, dangers consistant en accidents toxiques (convulsions et troubles cardiaques), et en accidents cutanés (production de tumeurs), pense que ces dangers ont été considérablement exagérés.

Depuis 1910, il a toujours eu recours chez les blessés gravement atteints, les opérés en état de shock opératoire, les infectés en état de septicémie, à l'administration par voie sous-cutanée d'huile camphrée à dose massive 90 à 120 centimètres cubes par jour, en 3 injections de 30 à 40 centimètres cubes, sans jamais avoir observé aucune complication, bien que dans plusieurs cas, les injections aient été continuées pendant plusieurs jours.

D'après les résultats cliniques qu'il a pu constater, le camphre, en solution huileuse au 1/10e, ne lui paraît pas jouir d'une action aussi toxique que certains ont cru devoir le soutenir, et l'absence de production d'accidents lui paraît devoir tenir à ce fait : que le camphre ne pénètre que peu à peu dans la circulation et s'élimine au fur et à mesure par la respiration.

Cette élimination rapide par les poumons montre bien le grand intérêt qu'il y a à employer des doses massives qui permettent seules de lutter contre l'élimination constante et de déterminer une action efficace pendant plusieurs heures en assurant une absorption régulière du camphre.

Des sévices sur un enfant par omission.

M. Sorel. — L'article 312 du Code pénal modifié par la loi du 9 avril 1898 contient toute la législation relative aux sévices sur enfants.

Dans les cas de sévices, il y a lieu de distinguer les formes s'exerçant par action violente (traumatismes) et celles résultant de privations de soins, de nourriture, sévices par omission. Des premières, on fournit assez aisément la preuve, les seconds ne peuvent être démontrés avec la même certitude ; les maladies de l'enfant dues à l'ignorance, à l'insouciance de la mère, de la nourrice sont parfois bien semblables aux sévices par omission criminels.

Le rôle du médecin est de discerner la mentalité, la moralité de l'inculpée : ce sont les circonstances de fait, les antécédents, le milieu, qui guident le médecin légiste dans cette tâche délicate.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Deux nouveaux cas de cholécystite au cours de la puerpéralité.

M. Laurentié. — La première malade est une VIpare de 28 ans dont toutes les grossesses antérieures ont été accompagnées de poussées de cholécystite. Dès le lendemain de l'accouchement, la température s'éleva à 39° et se maintint à ce degré pendant 8 jours avec ictère, tuméfaction douloureuse de la vésicule, etc. Le traitement médical amena d'abord une amélioration, puis la guérison.

La seconde malade est une Vpare, qui, au 5e mois de sa grossesse, voit apparaître des frissons, de la fièvre, de la dyspnée, de la douleur vésiculaire, de la contracture abdominale. T. à 39 ; P. à 120. Puis, un avortement spontané se déclanche, et 6 jours après, survenait une accalmie brusque suivie bientôt de guérison.

Colibacillose gravidique ayant simulé une appendicite.

M. Laurentié. — Une primipare, au 4e mois de sa grossesse, présente des douleurs abdominales à début brusque, surtout localisées dans la région appendiculaire, avec vomissements et constipation. T. 39,4. P. à 120. On pense à une appendicite et on institue le traitement médical (morphine, glace, etc.). Le même état persistant, on décide d'intervenir, mais la laparotomie montra l'absence totale d'altérations de l'appendice et de la vésicule biliaire.

Ultérieurement, la malade fut purgée et lavementée, ce qui amena une certaine baisse de la tempéra-

ture, mais l'état général resta mauvais jusqu'au moment où un avortement spontané se produisit.

Il s'est donc agi dans ce cas d'une collibacillose sans localisations, ayant simulé une appendicite, dont tous les troubles furent immédiatement enrayés par l'avortement spontané.

Cancer du vagin traité par le radium au cours d'une grossesse.

M. R. Gariruy. — Il s'agit d'une femme de 42 ans, IV pare, dont la dernière grossesse remonte à 15 ans, actuellement au 5e mois de gestation, qui présente une tumeur végétante, remplissant tout le fond du vagin, cachant le col, avec une très large base d'implantation au niveau de la paroi postérieure et s'accompagnant de violentes douleurs abdominales.

Une biopsie montrant qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques, on procéda à la mise en place de 5 aiguilles et de 5 tubes formant une dose de plus de 100 millicuries.

A la suite de cette application, il n'y eut pas d'incidents immédiats ou éloignés et pas d'action sur la grossesse : la tumeur se mit à rétrocéder pendant que les douleurs disparaissaient.

Au moment de l'accouchement (juillet 1923), qui eut lieu normalement à terme, on ne trouva plus aucune trace de la tumeur.

Fibrome ou grossesse.

MM. Audebert et Fournier. — Il s'agit d'une femme aux environs de la ménopause présentant un utérus volumineux, développé très rapidement, de consistance irrégulière. L'auscultation est négative, on ne sent pas de parties fœtales, mais il existe du pseudo-ballottement en un point : l'examen radiographique est négatif.

La laparotomie permit d'enlever un fibrome avec transformation kystique.

Le diagnostic était assez difficile, car le pseudo-ballottement, et le développement ultra-rapide de la tumeur, pouvaient faire penser à une grossesse se développant dans un utérus fibromateux.

Trois cas de placenta prævia central.

M. Baux. — Les trois cas d'insertion vicieuse du placenta furent traités par la dilatation artificielle suivie de version, conduite qui permit d'obtenir de enfants vivants, et qui paraît nettement supérieure à la méthode de Braton Hicks, qui sacrifie le fœtus de propos délibéré.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L. Cheinisse. — **L'Année thérapeutique**. Année 1923 Brochure de 200 pages. Prix : 8 francs.

Tous les ans, M. Cheinisse dresse le « bilan thérapeutique », ainsi qu'il le dit lui-même excellemment, de l'année écoulée, de façon « à tenir le praticien au courant des acquisitions nouvelles de l'art de guérir ».

L'édition 1923 ne le cède en rien à ses devancières. Divisée en deux grandes parties : *maladies et symptômes* ; *méthodes et techniques thérapeutiques*, elle expose avec une louable concision, qui n'en est pas le moindre mérite, les différents chapitres d'actualité ressortissant à chacune des deux divisions indiquées. L'ordre alphabétique adopté par l'auteur rend encore plus facile et plus attrayante la compulsion de cet ouvrage. Parmi les sujets traités, je signalerai plus particulièrement : l'asthme des foins, le diabète et son traitement par l'insuline, l'éclampsie, l'encéphalite épidémique, l'épilepsie, les hémoptysies, l'hypertension, l'inertie utérine, la maladie du sommeil, le paludisme, la syphilis, la tuberculose, les vomissements de la grossesse, l'anesthésie, les injections (sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses)...

M. Cheinisse ne se contente pas de faire œuvre de compilation et d'érudition. Il se montre, en outre et surtout, critique avisé. Et ce qui me plaît particulièrement en lui, c'est la parfaite indépendance de pensée avec laquelle il n'hésite pas à combattre telle conception pathologique, telle technique thérapeutique. Parlant, par exemple, du traitement de l'inertie utérine par l'hypophyse, il montre, textes en main, combien sont entachées d'erreur les appréciations formulées par deux auteurs, chaleureux partisans de cette médication, sur certains travaux étrangers. Comme ces auteurs mettent les accidents observés sur le compte de l'incompétence de praticiens insuffisamment avertis, il ne se gêne pas pour leur dire leur fait : « Il est donc à souhaiter que Messieurs les spécialistes qualifiés veuillent bien se mettre d'accord avant d'accuser les simples praticiens, médecins moins avertis, de ne pas savoir se servir d'une drogue dont le maniement exige, paraît-il, des connaissances aussi spéciales ».

Plus loin, il fait le procès des injections intra-veineuses, mises pour ainsi dire à toutes les sauces, et en passe de tenir, dans la pratique moderne, la place qu'occupaient autrefois l'émétique et la saignée. Exagération regrettable et même dangereuse, la voie buccale conservant, en maintes circonstances, sa valeur et sa commodité d'emploi.

Pareil courage, pareille impartialité, méritaient d'être signalés. Ne sont-ce pas là les meilleures garanties que peut réclamer le praticien préoccupé d'avoir, sur les nouveautés qui le sollicitent, un exposé complet de la question traitée ? G. Duchesne.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur quelques plantes aux vertus ignorées,

Au bon vieux temps la médication par les plantes était la base de toute thérapeutique : dans chaque famille on se transmettait de génération en génération la connaissance de leurs propriétés, et il eût été curieux de rechercher l'origine de ces formules dont beaucoup remontaient aux moines du Moyen-Age et même aux Druides qui faisaient, les uns et les autres, commerce de leur science en l'art de guérir.

Toutes ces médications n'étaient pas sans effet : certaines même, ainsi administrées à l'aveugle, étaient capables de provoquer des accidents graves et des empoisonnements mortes dont l'histoire a gardé quelques observations.

Après s'être désintéressés trop longtemps des ressources thérapeutiques du règne végétal, des médecins et des chimistes ont cherché depuis quelques années à débrouiller le chaos de ces vieilles recettes et ont travaillé à une mise au point indispensable. Contrôlant scientifiquement une à une les vertus attribuées à divers végétaux, ils en ont éliminé un grand nombre comme insignifiants et anodins, mais ont retenu un choix sélectionné de plantes aux propriétés curatives indiscutables, les considérant comme très capables de rendre aux praticiens de réels services.

Le professeur G. Pouchet, les docteurs J. Chevatier, Brissemoret, Liégeois, Gougeon, Laumonier, et tant d'autres, ont publié d'intéressants mémoires sur la vertu de diverses plantes. Et le clair et substantiel *Précis de Phytothérapie* du Dr Henri Leclerc, publié chez Masson en 1922, est venu mettre au point avec une remarquable netteté cette question de la thérapeutique par les plantes, contribuant pour une large part à remettre cette médication en honneur auprès des praticiens.

Dans plusieurs de nos laboratoires parisiens ont été entreprises des recherches sur des plantes encore inusitées et j'ai cru intéressant de signaler à nos lecteurs les travaux récents faits au laboratoire Lancosme sur les propriétés particulièrement actives du Berbéris, du Thlaspi et du Cupressus dans toutes les maladies du système veineux, quand on utilise ces plantes dans leur intégralité.

Du Berbéris vulgaris, épine-vinette, avaient été extraits, il y a quelques années, deux alcaloïdes, la Borbérine et l'Oxyacanthine dont les propriétés toniques et cholagogues avaient été mises en lumière par Ray, Gilibert et Copland. — Lancosme a montré que l'extrait hydro-alcoolique de Berbéris donne d'excellents résultats comme anti-métrorragique. Stimulant neuro-musculaire, il augmente le tonus des parois veineuses, facilite la circulation et arrête les métrorragies persistantes dues à l'atonie des vaisseaux. Ses propriétés peuvent être comparées à celles de l'hydrastis, mais lui sont nettement supérieures.

Bernard de Gordon avait conseillé le Thlaspi contre les vomissements de sang. Tragus, Matthiole, Lange, L'Hermitte, Hannon l'avaient recommandé dans certaines formes d'hémorragies. Et il résulte des observations cliniques recueillies par Lancosme que le Thlaspi est un puissant régulateur du flux menstruel, se montrant particulièrement actif dans les métrorragies observées soit à la puberté, soit à la ménopause.

Quant au Cupressus, ses propriétés avaient été remarquablement mises en lumière dès 1919 par H. Leclerc dans sa communication à la Société de Thérapeutique et dans ses articles parus au *Journal des Praticiens.*

Les expérimentations faites et les observations recueillies récemment par divers praticiens sont venues confirmer en tous points l'opinion du docteur Leclerc et il est maintenant bien prouvé que, succédané de l'Hamamelis, le Cupressus lui est très supérieur.

En mélangeant ces trois plantes dont l'action se complète étroitement et en y associant le marronnier d'Inde et le viburnum, décongestionnants et calmants de l'élément douleur, on obtient un mélange thérapeutique particulièrement actif comme régulateur de la circulation veineuse, à la condition cependant que cette association médicamenteuse soit administrée sous la forme d'extraits fluides représentant la plante entière et non plus à l'état d'alcaloïdes ou autres dérivés chimiques. Sous cette forme liquide facilement assimilable, ce composé, stimulant et vaso constricteur, donne de très bons résultats dans les varices, les phlébites, les hémorroïdes, les douleurs utérines et annexielles, la dysménorrée et les troubles de la menstruation, dans les troubles circulatoires de la ménopause et même contre la dégénérescence scléreuse ou myo-fibromateuse de l'utérus.

Le praticien ne doit plus se contenter de continuer à prescrire la digitale et la belladone, mais, depuis qu'un choix scientifique et rigoureux a été fait parmi les plantes médicinales, il doit connaître toutes les ressources de la phytothérapie et utiliser journellement dans sa clientèle cette thérapeutique qui compte à son actif d'indéniables succès.

P. M.

BIBLIOGRAPHIE.

H. Leclerc. — *Journal des Praticiens*, 1919. — *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1920. — Précis de Phytothérapie, 1922.

G. Pouchet. — *Bulletin de Therapeutique*, 1897. — Précis de Pharmacologie et de matière médicale, 1907.

Typaldo Lascarato. — *Journal des Praticiens*, 1899.

Liégeois. — *Journal des Praticiens*, 1900.

H. Huchard. — *Journal des Praticiens*, 1903.

Gilbert et Lereboullet. — *C. R.* Société de Biologie, 1906.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DES THÈSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE

Mon articulet du 10 février dernier m'a valu les trois documents suivants, dont chacun, à des titres divers, présente un réel intérêt.

Il y a eu d'autres « recalés » à la Faculté de Paris que Gérard et votre ami M...

J'ai été, en juillet 1885, le témoin — l'unique témoin en dehors des intéressés — du refus d'un malheureux candidat qui présentait sa thèse à un jury présidé — si je ne me trompe — par Vulpian.

J'allais passer mon doctorat premier et, sans aucun enthousiasme ni conviction, j'examinais vaguement la *Matière médicale* offerte à la curiosité des étudiants tout au fond du Musée Orfila. C'était l'époque la plus active des examens ; toutes les salles étaient occupées. Un jury de thèse vint siéger tout près de moi, suivi d'un jeune homme timide sous sa toge sombre. Le brave garçon, pour la circonstance, avait fait venir toute sa famille de sa lointaine province : mère, père, frère, petites sœurs. Le sujet, fort banal, n'avait attiré aucun curieux, pas même un camarade. Aux éclats de voix du président, je m'approchai plus intéressé qu'à l'étude comparative des sels de soude et de potasse. Le candidat se défendait mal, donnant l'impression qu'il n'était pas l'auteur de ce piteux travail. Le résultat ne se fit pas attendre : en moins de 10 minutes, la thèse fut refusée et la famille éplorée n'eut plus qu'à évacuer la salle en baissant la tête. Je n'ai jamais vu à l'Ecole rien de plus triste.

Ce n'était pas comme l'échec retentissant de Gérard, quelques mois après ; cette fois, la grande salle des thèses était trop petite pour la foule qui se pressait à la porte, et son souvenir est resté net dans l'esprit des étudiants de l'époque.

Les conséquences ne furent pas les mêmes non plus en ce qui concerne ce que vous appelez le préjudice matériel. Il fut réel, sans doute pour votre ami M..., et dans le cas que je vous cite ; Gérard, au contraire, en tira un gros profit, car son travail fut édité à de multiples exemplaires, et pendant de longues semaines, *la Fécondation artificielle* fit prime sous les galeries de l'Odéon.

Nous avions tous l'impression que si cette thèse avait été admise, elle n'eût pas recueilli le même succès de librairie.

Veuillez excuser l'auteur de cette courte note : il n'a eu d'autre prétention que de fixer un tout petit point d'histoire.

Il veut profiter de cette occasion pour vous féliciter et vous remercier de votre action énergique et généreuse en faveur des médecins de campagne, surtout au sujet de l'indemnité kilométrique.

Dr MARCHAIS,
Président du Syndicat de l'arrondissement de Châteaulin.

***

« Je crois que de mémoire d'homme, — écrit le Dr F.-M. Grangée dans la *Vie médicale* (4 janvier 1924) — l'on n'a jamais vu un candidat qui ait été ajourné ou refusé à propos de sa thèse ».

« J'ai lu récemment — écrit le Dr G. Duchesne dans le *Concours médical* (10 février 1924) — je ne sais plus où, ni sous quelle signature, qu'il n'y avait pas d'exemples que des candidats aient été refusés ou ajournés (1), à l'occasion de leur th se ».

Vous citez deux cas (deux cas en 10 ans, dites-vous) et vous concluez : Le fait est tellement exceptionnel que c'est pratiquement comme s'il n'existait pas.

La vérité est que Grangée a commis une erreur et vous une autre. Depuis 48 ans, 85 thèses de doctorat en médecine ont été refusées en France. A vrai dire, il y en a de moins en moins et depuis 8 ans, il n'y en a pas eu une seule ; mais avant la guerre, il y en avait au moins une, presque tous les ans. La question que vous posez au point de vue juridique a donc son intérêt. Vous trouverez ci-joint le tableau par facultés et par années scolaires.

Les unes ont été refusées parce qu'elles émettaient des idées subversives (maladies vénériennes, libertinage, syphilis, avortement) ; quelques-unes parce qu'elles prônaient une spécialité pharmaceutique désignée par son nom. (Mais, je crois qu'à ce point de vue, les jurys actuels se montrent de moins en moins difficiles) ; d'autres pour insuffisance, et probablement peut-être aussi, parce que le candidat n'ayant pas lu sa thèse — faite par un autre — ignorait ce qu'elle contenait.

Je vous envoie ces quelques réflexions à toutes fins utiles. C'est ma manie de la statistique et mon souci de l'exactitude qui me fait vous écrire. Je n'ai mis les chiffres antérieurs à 1875 que pour mémoire (je ne les compte pas dans les 85), mais je crois qu'il y avait alors encore plus de refus ; jusqu'en 1855, on en compte 8 (il n'y avait que 3 facultés) sur 409 thèses présentées.

(1) « Refusé ou ajourné » me paraît la même chose.

Croyez, mon cher confrère, à mes sentiments cordialement dévoués.

Dr Ch. DARRAS.

	Paris	Bordeaux	Lyon	Montpellier	Nancy	Strasbourg	Total
1847	1			3			4
....							
1855	6			1		1	8
....							
....							
1865	1			1			2
....							
1867				3			3
1875-1876 ...	2			2	1		5
1876-1877 ...	3			1			4
1877-1878 ...	2			1			3
1878-1879 ...	4			1			5
1879-1880 ...	4		2				6
1880-1881 ...	1			1			2
1881-1882 ...	2	1					3
1882-1883 ...	3						3
1883-1884 ...	1			1			2
1884-1885 ...	2						2
1885-1886 ...	1						1
1886-1887 ...	»						»
1887-1888 ...	3	1					4
1888-1889 ...		1				1	2
1889-1890 ...	1						1
1890-1891 ...	1						1
1891-1892 ...	1						1
1892-1893 ...	»						
1893-1894 ...	3						3
1894-1895 ...	4			1			5
1895-1896 ...	2		1				3
1896-1897 ...	1						1
1897-1898 ...	2				1		3
1898-1899 ...	»						»
1899-1900 ...	3						3
1900-1901 ...	4						4
1901-1902 ...	1	1					2
1902-1903 ...	1						1
1903-1904 ...	1						1
1904-1905 ...	»						»
1905-1906 ...	2						2
1906-1907 ...	1						1
1907-1908 ...	1	2					3
1908-1909 ...	2						2
1909-1910 ...	1						1
1910-1911 ...	2						2
1911-1912 ...			1				1
1912-1913 ...	»						»
1913-1914 ...	1						1
1914-1915 ...	1						1

***

La question de la « thèse de doct orat en médecine » continue à être agitée périodiquement dans les assemblées de professeurs et même de médecins ; mais, jusqu'ici du moins, aucune réforme importante n'a été appliquée. On ne peut en effet considérer comme telle la diminution du nombre des juges, de 4 à 3. Quant à celle du nombre d'exemplaires de la thèse déposés par le candidat, elle a pour but et pour résultat heureux de rendre moins élevées les dépenses imposées aux étudiants ; mais elle a un autre résultat moins heureux, sur lequel l'attention n'a pas été attirée : Les thèses des Universités françaises sont envoyées aux Universités étrangères qui, de leur côté, envoient celles de leurs élèves aux Universités françaises. La diminution du nombre des exemplaires de thèses déposées par les candidats a entraîné naturellement la suppression d'un certain nombre d'échanges ; — résultat très regrettable au point de vue des bibliothèques universitaires, dont la vie est actuellement mise en péril par l'élévation du change.

On peut donc regretter la mesure qui a abouti à cette conséquence funeste, d'autant plus que le résultat heureux de ladite mesure — à savoir la diminution des frais d'impression — aurait pu être obtenue par un autre moyen.

J'ai insisté autrefois (1) sur les raisons qui plaidaient en faveur du maintien de la thèse de doctorat en médecine. Je me contenterai de les rappeler : 1° La loi portant « qu'on n'aura le diplôme d'Etat, permettant d'exercer la médecine en France, qu'après avoir soutenu une thèse », une loi nouvelle devrait décider qu'elle n'est pas obligatoire. — 2° Si la thèse était rendue facultative, il en résulterait deux catégories de docteurs en médecine : ceux qui auraient subi cette épreuve et ceux qui ne l'auraient pas subie, et l'on peut prévoir les inconvénients qui résulteraient de ce système. Si — pour ces raisons et pour d'autres — la suppression ou le caractère facultatif de la thèse ne réunit que de rares partisans, aussi bien chez les professeurs que chez les praticiens, et si, par conséquent, l'accord peut être considéré comme existant sur ce point, il n'en est pas de même sur le régime de la thèse.

La principale modification qui a été proposée est la suivante : la thèse ne serait pas imprimée avant la soutenance ; elle serait dactylographiée à une dizaine d'exemplaires et ceux-ci seraient répartis entre les juges, le candidat et le secrétariat de la Faculté ; la soutenance passée, le jury déciderait si les intérêts de la science exigent qu'elle soit imprimée et diffusée entre les diverses Facultés. C'est cette opinion que défend, dans un

(1) A propos de la thèse de doctorat en médecine *Presse Médicale*, 1er mars 1911, p. 186.

article récent, notre excellent confrère Duchesne qui — comme il l'a dit lui-même (1) — ne fait que reprendre un projet proposé par d'autres.

Les avantages de ce système sont les suivants : suppression des thèses dépourvues de valeur, qui encombrent les rayons des bibliothèques, entraînent des frais inutiles de reliure, sont une cause de perte de temps pour les chercheurs qui les compulsent sans profit ; diminution des dépenses pour les candidats, surtout si — comme le propose Duchesne — l'impression des thèses dont la valeur a été reconnue par le jury était faite aux frais de l'Etat.

On ne peut guère retenir ce dernier avantage, l'Etat devant certainement se refuser à se charger de ces frais. S'il les acceptait, du reste, il le ferait avec une telle parcimonie que le nombre des thèses imprimées deviendrait rapidement infime.

A côté des avantages, le système proposé présente des inconvénients. Répondant à ceux qui l'avaient soutenu à l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine, Landouzy montrait ses difficultés d'application : « Je crois, disait-il, que votre vote sera essentiellement platonique, car vous ne vous doutez pas des difficultés, des réclamations que soulèverait le dispositif que vous avez voté. Je voudrais bien savoir quel sera le critérium pour la note qui entraînera la non-impression de la thèse.

J'aurais préféré que nous fissions appel aux juges et que nous mettions plus de fermeté à refuser aux examens comme à la thèse. Lorsque vous aurez la possibilité de ne pas laisser imprimer une thèse, c'est à ce moment que vous aurez des réclamations continuelles. Tous ceux que vous aurez refusés diront : « Ma thèse n'était pas mauvaise ; elle contenait au moins une observation très intéressante, dont nul n'a le droit de faire fi ».

Je ne puis que me rallier à ces remarques et rappeler ce que je disais plus haut sur les inconvénients de la diminution du nombre d'exemplaires de thèses.

On me permettra de revenir sur les propositions que j'ai faites dès 1911 et qui étaient destinées à parer, dans la mesure du possible, aux inconvénients du système actuel — inconvénients que j'ai réunis dans les lignes qui précèdent.

Il y a deux sortes de thèses : celles qui constituent des travaux importants et qui ne doivent pas nous occuper ; celles qui, rédigées à la hâte par des étudiants désireux de se débarrasser le plus vite possible d'une simple formalité, peuvent être considérées comme dépourvues de valeur. Pour donner à leur travail un aspect qui le rende présentable au Président de la thèse, puis au jury, l'élève estime qu'un certain nombre de pages est nécessaire. Pour obtenir cette *apparence* obligatoire, il met bout à bout un nombre suffisant de lignes. Ce but est atteint par la compilation, faite au petit bonheur, des travaux ultérieurs, souvent par la copie plus ou moins textuelle de passages empruntés à des thèses plus anciennes. Quelques observations prélevées dans celles-ci complètent le travail.

Est-il donc indispensable que la thèse ait une longueur minima, au-dessous de laquelle elle doit être considérée comme n'étant pas digne d'être présentée et soutenue ? Une seule observation inédite, accompagnée des quelques remarques qu'elle soulève, ne peut-elle à la rigueur constituer une thèse ?

Je reconnais que celle-ci aura un aspect mesquin. Mais au fond, sera-t-elle de valeur moindre qu'une thèse plus longue, obtenue par l'adjonction à la partie originale — seule intéressante — de considérations connues, exclusivement destinées à « faire du volume » ?

Dans l'intérêt des étudiants, obligés de présenter et de faire imprimer une thèse, des professeurs chargés de la lire et de l'argumenter, des travailleurs en quête de documents, j'estime, écrivais-je en 1911, que le principe de la thèse courte, et même très courte, est à adopter et que nous devons pousser nos élèves dans cette voie quand — ce qui est la règle générale — nous les considérons incapables d'édifier un travail de valeur.

Je tiens à rappeler à ce sujet la remarque faite par le professeur Delbet. « Les thèses les plus mauvaises, disait-il, renferment au moins une observation qui peut être très précieuse ultérieurement. Il est extrêmement commode pour nous de trouver ces observations dans les thèses. Je crois qu'il y a un avantage à conserver ces thèses ».

L'étudiant, « en mal de thèse », peut donc se borner à relater une ou plusieurs observations inédites et les accompagner de quelques commentaires. Ces observations lui seront volontiers fournies par ses maîtres et par ceux auxquels il écrira, sur le conseil de ceux-ci (1).

J. VANVERTS,
Professeur à l'Université de Lille

(1) G. DUCHESNE. — Réflexions sur la thèse de doctorat en médecine, *Concours Médical*, 1924, p. 294.

(1) J'ai proposé, dans un article paru en 1920 (Plaidoyer en faveur du maintien de la Thèse de doctorat en médecine, *Presse Médicale*, 1920, n° 13, p. 218), que certaines thèses servent à publier les observations qui ont été utilisées pour composer les travaux parus dans les journaux médicaux et qui n'y ont pas été relatées. Cette proposition a été vertement critiquée, et j'ai été accusé de vouloir faire publier les travaux des maîtres aux frais des élèves ! Une phrase de mon article avait peut-être prêté à cette interprétation. J'avais, en effet, écrit « les maîtres trouveront ainsi le moyen d'augmenter la valeur de leurs publications scientifiques ». Phrase malheureuse, je le reconnais, mais à laquelle je n'avais pas voulu donner le sens qu'on lui a attribué.

***

Je remercie tout d'abord mes aimables et distingués correspondants d'avoir ainsi complété ma documentation, très imparfaite, je dois le reconnaître.

M. Darras, qui est particulièrement renseigné sur les statistiques concernant la médecine et les médecins, m'apprend que les refus de thèses sont infiniment plus nombreux que je ne le pensais. Il en résulte, ainsi qu'il le fait remarquer lui-même, que l'intérêt de mes réflexions cesse d'être purement spéculatif, et devient réel.

M. Vanverts, en sa qualité de professeur, veut bien faire entendre, aux lecteurs du *Concours*, un son de cloche qui prend une valeur considérable en raison de son origine.

Je me permets de faire état de ces deux communications pour revenir brièvement sur la question que j'ai posée : un professeur qui a accepté la présidence d'un jury de thèse, en apposant sa signature sur le travail du candidat, n'encourt-il pas une certaine responsabilité envers celui-ci si, au moment de la soutenance, il la refuse ? Le candidat, qui a exposé des frais relativement élevés, ne serait-il pas fondé à lui en demander réparation ?

Je n'ai peut-être pas assez précisé ma pensée à ce propos. Je demande à m'expliquer de nouveau, à la lueur des renseignements nouveaux qui me sont parvenus.

Autrefois, la soutenance de la thèse prenait la forme d'un véritable examen. La brochure imprimée portait en première page la mention suivante : « Le candidat répondra à toutes les questions qui lui seront posées à l'occasion de sa thèse ». Le jury pouvait ainsi procéder à une rapide révision des connaissances du futur docteur en médecine. Il va de soi que, si cette révision n'était pas satisfaisante, si l'instruction du candidat offrait des lacunes trop nombreuses, le refus était parfaitement justifié et légitime. C'était même un devoir de la part des juges, qui sont responsables de la qualité des médecins qu'ils fabriquent, qu'on me passe cette expression.

Mais cette coutume est tombée en désuétude, et la soutenance de la thèse n'est devenue qu'une simple formalité. On estime sans doute que les examens subis précédemment ont dû faire la preuve du savoir de l'impétrant. C'est à peine un dialogue entre les juges et le candidat, celui-ci se bornant généralement à opiner du geste et du bonnet, et à garder un silence prudent. Le président, qui termine toujours l'argumentation, clôt la séance le plus souvent par quelques mots de compliments, à l'adresse de celui qu'il *salue finalement* du nom de *cher confrère.* Et le tour est joué.

Je conçois cependant parfaitement que, si le candidat fait montre d'une insuffisance notoire, au point, nous dit Darras, d'ignorer complètement le travail qu'un autre a fait pour lui, le refus s'impose.

Ce n'est pas dans ces conditions que j'évoque la responsabilité du président. Mais Darras nous indique en outre, comme motif de refus, la subversion des idées de l'auteur. Et c'est bien parce qu'elles étaient subversives que les thèses de Girard et de M. furent refusées. Or, ne semble-t-il pas paradoxal qu'un professeur accepte un travail qui présente ce caractère, et en autorise l'impression pour venir ensuite, *à raison seulement de ce caractère*, refuser à son auteur le grade convoité ? Il ne s'agit plus là d'insuffisance du candidat, mais de doctrine, ou de moralité. J'estime que le professeur a le devoir préalable, ou bien de refuser sa signature, ou bien de prévenir le candidat de la certitude qu'il a d'être refusé. Si celui-ci maintenait quand même son intention de soumettre ses conceptions à l'appréciation d'un jury, il serait juste qu'il en supportât seul les conséquences. Mais il n'aurait pas été pris en traître.

Les professeurs n'exercent pas gratuitement les fonctions de juges. Ils reçoivent une rétribution pour le travail fastidieux qu'ils accomplissent ainsi. Il me semble que ce n'est pas trop exiger d'eux, par cela même, lorsqu'ils sont sollicités d'apposer leur signature sur un mémoire inaugural, de le parcourir, d'en apprécier rapidement l'esprit général, et de se rendre compte ainsi s'il ne va pas à l'encontre des doctrines reçues où de la moralité courante.

Je conclus donc que le refus d'une thèse, *à cause de sa seule subversion,* est inadmissible, s'il ne comporte pas une réparation du dommage matériel subi par son auteur, qui aura engagé des dépenses inutiles d'impression et d'édition.

Sur le point de décider, le cas échéant, les travaux qui mériteraient d'être imprimés, je crois qu'il existe un critérium qui a un certain poids. C'est la note donnée par le jury au travail présenté, et qui va de *Passable* à *Très-bien.* Seules seraient imprimées les thèses qui auraient mérité la note *Bien* ou *Très-bien.* Car, je veux me persuader que cette note n'est pas donnée à la légère, et qu'elle exprime bien la valeur du candidat et de son mémoire.

Pour le surplus, je n'entends pas discuter ici les arguments du professeur Vanverts. Il est infiniment plus compétent que moi sur cette matière. Je tiens donc pour parfaitement juste son opinion sur l'utilité, la longueur plus ou moins grande des thèses, sur l'intérêt que présentent les échanges entre Universités françaises et étrangères, etc.

Et pour terminer sur une anecdote vécue, je vous conterai les détails d'une soutenance à laquelle j'ai assisté, et dont le souvenir est demeuré vivace dans mon esprit.

Il s'agissait d'une thèse sur les présentations de l'épaule, soutenue par un de mes amis devant un jury présidé par Pinard, et dont faisait partie le professeur Baillon, dont ceux de ma génération n'ont certainement pas oublié la notoire et hargneuse sévérité...

Or donc, le professeur Baillon, prenant la parole, se mit en devoir d'appliquer cette sévérité chicanière au candidat et à son travail, lui cherchant noise sur chaque mot de son exposé et de ses conclusions.

Lors, quand Pinard qui, pendant tout ce temps, rongeait son frein, parla à son tour, il s'exprima ainsi (il me semble voir encore, à plus de trente ans de distance, le retroussis dédaigneux de sa lèvre ; il me semble entendre son verbe âpre et cinglant) : « Monsieur le professeur Baillon me permettra de lui faire remarquer que, s'il jouit, comme botaniste d'une légitime réputation mondiale, si les plantes, leur anatomie, et leur physiologie, s'enorgueillissent de l'avoir pour champion, il n'est peut-être pas aussi qualifié pour disserter des questions d'accouchement qui, je l'imagine, ne lui sont pas précisément familières.

« Quant à moi, je vous félicite, Monsieur, de la peine que vous avez prise pour rédiger ce travail ; je vous fais compliment de la conscience avec laquelle vous l'avez fait, et des enseignements qui en résultent.

« Je vous félicite et je vous en remercie bien sincèrement ».

— Va donc, cria l'un des assistants dans le couloir, à l'adresse du grincheux Baillon, va donc, vieil en..... de synanthérées ! »

Ce fut le mot de la fin. N'était-il pas, révérence parler, de circonstance ?

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 3 100.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Toujours des subventions

La Mutualité, tout comme le Midi, bouge.

En attendant le vote de la loi des assurances sociales, dont le principe sera peut-être voté comme cadeau à la masse électorale, mais dont l'application ne verra pas le jour avant quelques années, elle cherche à améliorer le sort de ses adhérents, ce qui est très légitime.

Vous croyez peut-être, qu'elle va demander à ses sociétaires un nouvel effort financier, qu'elle va proposer un relèvement des cotisations pour faire face aux dépenses nouvelles augmentant chaque jour ? Détrompez-vous. Elle va, selon ses chères habitudes, se livrer à un nouvel acte de mendicité, et ne pouvant agrandir la participation des membres honoraires, elle veut taper l'Etat de nouvelles subventions, au moment où la nécessité des économies se fait sentir pour tous.

Le grand Manitou mutualiste, le Dr Patureau-Mirand, membre du Conseil supérieur de la Mutualité et président du groupe mutualiste de la Chambre, a saisi celle-ci d'un projet de loi dont voici le texte :

Article unique.

Le 2e alinéa du paragraphe premier de l'article 26 de la loi du 1er avril 1898 est modifié comme il suit :

A attribuer aux sociétés de secours mutuels et aux sociétés de secours aux ouvriers mineurs des subventions établies de la manière suivante :

A) 25 % des dépenses effectuées en vue des secours en cas de maladies des membres participants et de leurs familles, ainsi que celles en vue de sa préservation contre les maladies, de la prophylaxie et de l'hygiène y compris les secours accordés aux infirmes et aux incurables.

B) 50 % des dépenses spéciales à la maternité et à la protection des nourrissons.

C) 4 % des dépenses occasionnées par les services autres que la retraite, la maladie et la maternité,

Puisque le grand rêve de la Mutualité est qu'elle puisse grouper en son sein toute la population française, comme dans une véritable religion, il s'en suivrait que l'Etat devrait payer 25 %, 50 % des frais de maladie de toute la France en attendant qu'on exige la médecine gratuite pour tous les habitants. Cela serait d'autant plus parfait qu'il est probable qu'en ce moment-là il n'y aurait plus de médecins, sauf quelques fonctionnaires aussi difficiles à se recruter que les médecins militaires actuellement.

Les subventions allouées aux sociétés de secours mutuels s'élevaient d'après le dernier rapport officiel (septembre 1923) à 11.831.879 dont 7.690.585 pour la part de l'Etat et 4.141.294 pour la part des départements et des communes pour 4.336.784 membres participants comprenant dans ce nombre les membres des sociétés libres qui ne touchent pas de subventions (au nombre de 289.133) soit 4.047.651 ; ce qui donne une subvention de 2,72 par tête, pour des cotisations dont la moyenne est d'environ de 12 par an . Voyons un peu que deviennent ces subventions dans le nouveau régime proposé par M. Patureau-Mirand et l'état-major mutualiste.

D'abord que faut-il entendre par les secours

en cas de maladie? Il me semble que ces secours doivent comprendre les allocations en nature, service médical et pharmaceutique presque toujours fournis gratuitement aux sociétaires, et les allocations en argent c'est-à-dire l'indemnité de chômage. Si nous relevons les secours en cas de maladie distribués dans les diverses sociétés de secours mutuels nous arrivons aux chiffres de 38.972.889 compris les secours aux infirmes et de 1.934.113 pour les secours de Maternité . Si l'Etat devait verser 25 % des frais de maladie, il devrait inscrire au budget dansc but la somme de 9.743.229 fr. et pour les frais de maternité 967.056 (50 %) soit pour ces deux services 10.710.285. Il est difficile d'évaluer la subvention couvrant 4 % des dépenses occasionnées autres que la retraite, la maladie et la maternité.

En comparant le chiffre demandé comme subventions dans le projet de loi Patureau-Mirand, on trouve qu'il est équivalent à peu de choses près au montant des subventions déjà en usage ; cela serait vrai si ce nouveau mode de répartition supprimait les anciennes subventions. Mais alors pourquoi un nouveau projet pour obtenir le même résultat. C'est qu'il s'agit là de subventions nouvelles se superposant aux anciennes de façon à les doubler.

D'abord le projet de loi ne vise que la participation de l'Etat. Par suite les subventions des départements et des communes restent intangibles. Le projet de loi ne vise également que les secours de maladie. En admettant que les 25 % et 50 % suppriment la subvention de 0.50 par tête pour les sociétés qui assurent la maladie, il n'en reste pas moins les subventions de 0.50 par membre dans les sociétés qui assurent des retraites ou pour des membres de plus de 55 ans candidats aux pensions.

Ces chiffres représentent une grosse somme à laquelle il ne sera pas touché par la nouvelle répartition des subventions maladie et maternité. Nous pouvons donc dire que le projet de loi Patureau-Mirand aurait pour but de doubler le chiffre actuel des subventions à l'heure où l'on prêche le régime des économies, où l'on marchande les pensions aux mutilés et aux veuves de guerre.

Et pour atteindre quel but ? Faire du battage au moment de la période électorale, où il faut promettre la lune à chaque électeur, car il faut surtout faire des promesses avec l'argent des autres.

Il est vrai que le député mutualiste veut bien nous persuader que son projet n'augmenterait pas les dépenses de l'Etat, car un mutualiste de plus, dit-il est un client de moins pour l'assistance. Encore une blague électorale. Nous y répondrons dans un prochain article.

Dr Vimont.

R. H. M. S. : 0.500

SUR LES DANGERS DE L'OUVERTURE PRÉMATURÉE DES SAISONS THERMALES

Par Béal (du Mont-Dore).

Primo non nocere

Il ne semble guère ambitieux au premier examen, le vieil adage ! Et pourtant, que de saines réflexions, il fait naître et que de devoirs il comporte !

Ne pas nuire..... ce serait un paradoxe assurément de prendre cette maxime comme base de thérapeutique. Les progrès de la médecine nous interdisent de nous contenter d'une formule d'apparence aussi négative. Le précepte ancien n'en mérite pas moins d'être toujours présent à l'esprit des médecins ..... et des autres.

Nos villes d'eaux feront bien de l'inscrire sur le frontispice de leurs établissements thermaux. Parmi les méditations qu'inspirera sa lecture, la question de l'ouverture prématurée des saisons viendra en bonne place.

Dans un but sans doute excellent, certaines stations du Centre et de l'Est ont tenté d'allonger leurs saisons. L'idée n'a point germé par hasard dans le monde thermal. Elle a été créée par les circonstances. Réalisée avec trop de hâte, elle n'a malheureusement donné que des déboires.

C'est un fait infiniment regrettable que la plupart de nos centres thermaux soient si exigus. Est-ce une raison de proposer un remède qui se révèle pire que le mal ?

Il faut bien reconnaître que l'occasion était tentante. L'afflux des baigneurs après la guerre était grand, les stations petites. Le prix de la construction plus élevé encore là qu'ailleurs, rendait impossible l'accroissement nécessaire. La conclusion semblait s'imposer : réaliser dans le temps ce qu'on ne pouvait réaliser dans l'espace, allonger les saisons. Ce qui fut fait.

Le résultat fut lamentable ; il faut avoir le courage et la loyauté de le dire. On peut disserter sur les différentes façons de concevoir l'organisation d'une station thermale, sur les initiatives à prendre, les impulsions à communiquer, les directives à donner. Mais, il est un principe qui doit dominer toutes les considérations : c'est l'intérêt des malades. Devant lui, tout doit s'incliner : les idées, les théories, les essais et l'intérêt tout court.

C'est un organisme complexe qu'une ville d'eaux. Tout entière adaptée aux besoins du baigneur, faite

pour lui, embellie pour son agrément, elle apparaît comme une fée bienfaisante qui distribue ses faveurs. Voilà la théorie. La pratique est parfois d'essence moins divine. Les intérêts s'y mêlent, s'y enchevêtrent et dans ce grand tumulte des affaires, la voix du médecin risque bien souvent d'être affaiblie au point de devenir un imperceptible murmure.

C'est pourtant le rôle du médecin de proclamer les vérités utiles aux baigneurs. Déjà mon collègue, le Dr Constant, de Vittel, a appelé l'attention sur l'inopportunité de l'avancement des saisons. Comme lui, j'estime — et c'est un devoir de le dire — que nos villes d'eaux risquent, en persistant dans cette dangereuse pratique, de nuire à nos malades et de se nuire à elles-mêmes.

L'erreur a été de bonne foi commise. Mais la persévérance dans l'erreur est due en partie au sentiment de ceux qui, refusant de considérer nos stations comme des villes où les malades viennent chercher la santé, ne veulent voir en elles que des centres touristiques où des oisifs viennent trouver des promenades et des plaisirs. Il est d'ailleurs juste de le reconnaître, l'immense majorité des populations thermales déplore maintenant qu'on se soit engagé dans cette voie néfaste, dont la réalité a montré d'éclatante façon les dangers.

Il n'est ici question, bien entendu, que des stations de montagne, celles à qui la nature mesure parcimonieusement les beaux jours. Celles qui jouissent d'un climat égal, qui ignorent les printemps brumeux — il en est peu — peuvent à loisir écarter les bornes de leurs saisons, encore que le baigneur ne semble guère disposé à changer ses goûts, ses possibilités, ses habitudes. Sur les raisons de garder aux premières les limites raisonnables admises par une longue expérience, on pourrait écrire des volumes. J'énumèrerai seulement les principales.

Le climat inconstant, impossible à prévoir, de nos stations d'altitude est la plus importante, parce qu'elle est en rapport direct avec la santé de nos malades. Ce n'est pas que l'état de l'atmosphère commande d'absolue façon l'efficacité de la cure. C'était même autrefois une coutume de dire que notre traitement montdorien, par exemple, s'accommode mieux d'un horizon brumeux que d'un radieux soleil. Je ne sais quelle part, dans cette affirmation, revient à la vérité et quelle part à la fantaisie. Que par une chaleur excessive, le traitement impose quelque fatigue, cela va de soi. On peut en dire autant de tout exercice, de tout effort demandé dans ces conditions aux malades. Que la brume d'un été boudeur n'enlève rien à la cure de son efficacité, je l'admets aisément. Mais le froid, le froid que l'on peut rencontrer en mai, alors que nos montagnes viennent seulement de dépouiller leur manteau de neige, n'est-il pas un ennemi redoutable pour nos baigneurs, si sensibles pour la plupart aux variations thermiques ? Le baigneur en est fort incommodé pour accomplir sa cure. Le médecin ne l'est pas moins pour la diriger. Il lui faut tenir compte du facteur atmosphérique. Il est appelé à modifier au jour le jour son ordonnance thermale au gré du baromètre. Son client se trouve placé à mi-chemin entre le bien et le mal : la cure lui promettant une très probable amélioration, le climat lui offrant en revanche un accident toujours possible. Prolonger ce débat est inutile. Il apparaît clairement que l'intérêt du malade défend de tenter l'aventure.

Je sais bien que les partisans des saisons allongées soutiennent que c'est dans l'intérêt des baigneurs que la ville d'eaux doit ouvrir prématurément ses portes. « Voyez, nous disent-ils, nos hôtels surchargés. « Voyez, vos clients s'entassant dans nos établisse- « ments. Nous leur offrons le moyen d'être plus à « leur aise ». A ceux-là, je réponds : « Votre but est louable et tout irait bien si la nature voulait s'incliner devant vos décisions. Mais elle n'a cure de vos initiatives. Il faut alors que, nouveaux Josué, vous répétiez en sens inverse le geste de votre illustre prédécesseur et que vous alliez nous chercher le soleil. Si vous voulez attirer précocement le baigneur, attirez aussi le beau temps ».

Malheureusement, jusqu'aux derniers jours de mai, nos montagnes gardent leur capuchon et leurs écharpes de nuages et leur hospitalité n'est guère généreuse avant que juin n'amène les beaux jours. Assurément, le soleil peut, certaines années, venir dorer ce peu réconfortant tableau. Mais, quand il s'agit de malades, est-il sage de négliger la règle et de compter sur l'exception ?

Ajoutez aux caprices habituels du climat montagnard en mai, une impréparation totale des stations. S'il reste au baigneur quelque illusion d'entrevoir par rares instants le soleil, qu'il abandonne en tous cas tout espoir de trouver la moindre distraction. Il faut avoir vu le début des dernières saisons. Quelle impression pénible ! Tout sommeille. La station d'été n'est pas encore sortie de sa chrysalide ; c'est encore la ville d'hiver. Les hôtels entrebâillent timidement leurs portes, offrent aux arrivants un maigre confort, mais leur distribuent en revanche avec largesse la poussière des tapis. Les jolies vitrines des commerces de luxe sont encore cachées sous le revêtement de planches qui les défend contre la mauvaise saison. Les casinos ressemblent à des salles d'attente où bâillent les voyageurs arrivés trop tôt. Partout, c'est le désert, un désert où l'oasis des sources n'apparaît pas comme une suffisante compensation.

L'objection est prête ; je l'entends : « Ne pourrait-on pas obtenir des populations thermales plus de hâte » ? Il n'est guère permis de garder à ce sujet quelque espérance. Le début traînant des saisons trop tôt ouvertes coûte fort cher aux hôteliers qui sont astreints à garder pour de trop rares clients un onéreux personnel. Le recrutement des employés d'hôtel n'est pas simple. De nombreuses équipes sont choisies par les villes d'été dans les stations hivernales. Entre la fermeture de celles-ci et l'ouverture de celles-là, la marge est insuffisante. Pour l'hôtelier, les difficultés s'accumulent et les frais dépassent de beaucoup les recettes.

Cela serait une insuffisante raison si les propriétaires d'hôtels avaient le sentiment qu'ils sont utiles aux baigneurs et aux stations. Mais ce qui manque, c'est la foi. « Est-il logique, nous disent les hôteliers, de faire un aussi coûteux effort quand le résultat , loin d'être favorable, est préjudiciable aux malades ? » Et alors, que voit-on en pratique ? Des hôtels où quelques chambres seulement sont préparées, où le baigneur est servi — et mal servi — par des employés clairsemés.

On dit aussi : « Le début sera toujours le début. En le reculant, vous ne l'évitez pas ». L'argument ne résiste pas à l'examen des réalités. Pour un début prématuré, personne ne se hâte, parce qu'on sait bien que le client ne se hâtera pas lui-même, que seuls viendront ceux qui ignorent tout de la ville d'eaux. Au contraire, ouvrez la saison à son heure, à l'heure fixée depuis toujours par le climat et que chacun en chaque station connaît bien, tout le monde affluera et la ville d'hiver dépouillant d'un seul coup sa torpeur de huit mois deviendra l'accueillante station d'été.

Ces baigneurs égarés, innocentes victimes d'intempestives réclames, sont-ils au moins la rançon d'un progrès, d'une meilleure répartition dans l'ensemble de la saison ? Il n'en est rien. Les statistiques sont, sur ce point, d'une éloquence sans réplique. Depuis qu'on a tenté l'ouverture précoce des saisons, le nombre des baigneurs en mai est allé en diminuant. Les mois de juillet et d'août qu'il s'agissait de désencombrer ont vu, au contraire, un afflux plus grand qu'autrefois. Les malades ont d'instinct corrigé notre erreur et ont sagement désobéi à notre invite.

Pas plus qu'on ne changera les conditions atmosphériques, on ne modifiera les coutumes. S'il est dangereux d'attirer en mai les malades à la montagne, il leur est, d'autre part, souvent difficile d'y venir à cette époque. Seule, la saison des vacances, libérant l'homme d'affaires, le professeur, l'enfant, permet le grand exode des villes. La cure thermale ne se peut, en effet, comparer au traitement d'une maladie aiguë. Ce dernier, on le subit à l'heure où le mal arrive. Pour l'autre, on choisit son moment. Les loisirs que laisse la profession, la liberté que donnent les vacances aux familles, l'état de la température, sont les circonstances qui dictent le départ. Voudrait-on que le malade abandonne toutes ces considérations pour d'hypothétiques avantages ? Dans le but impossible à atteindre de mieux répartir les baigneurs, on risque ainsi non seulement de les mécontenter, mais de leur nuire. Il est permis de se tromper. Il est profondément regrettable — diabolicum — de s'obstiner dans l'erreur.

Que conclure de ces développements ? Que les villes d'eaux doivent modérer leurs ambitions et les adapter au bien des malades. Il est une date consacrée par l'expérience, fixée par la nature, qui donna à chaque site son climat, son caractère, sa physionomie propre. Respectons-la comme nos prédécesseurs l'ont respectée. Au Mont-Dore, par exemple, le 1er juin a marqué de tout temps le début de la saison. Que l'ouverture officielle soit reportée au 25 mai, cela se peut admettre. Ce ser a le moyen de voir tout le monde prêt le 1er juin. Ce n'est point par hasard que cette dernière date a été adoptée. Son choix est la résultante des observations météréologiques de toujours, de la connaissance approfondie du pays et de ses possibilités atmosphériques. Pensons à nos malades. Pour eux, gardons les traditions. N'imitons point ces accoucheurs trop pressés qui s'emparent du forceps pour terminer leur attente. Laissons l'enfant arriver à son heure. Il sera de meilleure venue.

Nos villes d'eaux attaquées par la concurrence étrangère, ignorées parfois chez nous, se doivent à elles-mêmes de n'encourir aucun reproche. Il ne faut pas qu'on puisse dire que nos baigneurs sont venus s'y exposer au froid, à l'inconfort, à l'ennui. Ils viennent chercher la santé. Ne négligeons rien pour la leur donner. Gardons-nous des initiatives qui ne tendent pas exclusivement vers ce but. Suivons l'exemple des anciens qui créèrent les stations thermales, assurèrent leur prospérité et qui nous valurent cette pléiade de malades fidèles et reconnaissants.

R H. M. S. : 3404.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Le prix de journée dans les hôpitaux.

Rapport présenté au Congrès du 5 mai 1923 par M. Léon Duguit, doyen de la Faculté de droit de Bordeaux, membre de la Commission administrative des Hospices civils de Bordeaux.

(*Revue des Hopitaux*, 30 novembre 1923.)

Messieurs,

Il n'est pas à mon sens de question qui touche plus directement à la vie matérielle, je pourrais dire à la vie morale des administrations hospitalières, que la question du prix de journée. J'estime que pour la résoudre, il ne faut jamais perdre de vue la destination fondamentale des hôpitaux : ils sont essentiellement et avant tout des établissements de bienfaisance destinés à assurer les soins médicaux et un refuge aux déshérités de la vie ; et cette mission, sacrée et noble entre toutes, ils doivent la remplir sans que jamais intervienne une idée de lucre sous une forme quelconque. Dès lors, s'ils doivent être couverts de leur dépense par les collectivités, à la charge desquelles la loi met le devoir d'assistance médicale, si même parfois, ils peuvent exiger de l'hospitalisé le

paiement d'une redevance, ils ne peuvent jamais réaliser un bénéfice.

A cette condition seulement, ils seront vraiment des établissements de bienfaisance ; et, c'est ce qui fait la grandeur de leur mission et la noblesse du rôle qui incombe à leurs administrateurs.

I

Il n'est pas un de vous qui ne connaisse la grande loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, due à l'initiative d'un éminent directeur de l'Assistance publique, M. Henri Monod. Elle reconnaît à tout Français privé de ressources un droit à l'assistance médicale gratuite et en répartit les charges entre l'Etat, les départements et les communes, dans des conditions qu'il n'y a pas lieu de rappeler. Elle distingue, suivant que la commune possède un ou plusieurs établissements hospitaliers qu'elle subventionne, et celles qui n'en ont point.

Les premières, aux termes de l'article 35 de la loi, peuvent être autorisées, par une décision spéciale du ministre, à avoir une organisation différente de celle qu'ont les autres communes ; elles remplissent leur devoir d'assistance en subventionnant l'administration hospitalière qui, en retour, doit recevoir gratuitement les malades indigents ayant dans la dite commune leur domicile de secours.

C'est la situation dans laquelle se trouvent certainement toutes les villes dont les administrations hospitalières ont ici des représentants. A ce sujet, il convient d'observer que les subventions qu'allouent alors les villes à leurs hôpitaux constituent la forme sous laquelle elles exécutent l'obligation d'assistance médicale que la loi met à leur charge. Contrairement à ce que semblent croire certains conseillers municipaux, ce n'est point une allocation volontaire auxquelles les villes pourraient librement se soustraire. Elles n'y ont pas d'ailleurs intérêt, car partout ou à peu près elles réalisent ainsi une notable économie sur ce qu'elles auraient à payer si elles étaient soumises au régime normal de la loi de 1893. A Bordeaux, cette économie dépasse 100.000 francs.

II

Quant aux communes qui n'ont pas d'hôpitaux, elles doivent être, aux termes de l'article 3 de la loi de 1893, rattachées pour le traitement de leurs malades à un ou plusieurs hôpitaux les plus voisins. Les malades y sont admis sans formalité compliquée : il suffit d'un certificat médical constatant qu'ils ne peuvent être soignés à domicile et visé par le maire agissant comme président du Bureau d'assistance.

La commune doit évidemment à l'hôpital un prix de journée, et le mode de fixation et le principe de la quotité en étaient déterminés d'une manière très nette, très logique et très équitable, par l'article 24 de la loi de 1893 : « Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes ..... est réglé par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives, après avis du conseil général ....., sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années ».

Devant les majorations et l'instabilité des prix nées de la guerre, cette règle ne pouvait subsister telle quelle ; et deux lois, l'une du 28 juin 1918, article 7, l'autre du 14 février 1921, sont venues décider que la revision du prix de journée aurait lieu chaque année et qu'il ne peut être inférieur au prix de journée de l'année précédente. La loi de 1921 ajoute, au paragraphe 5 : « Si lors de la clôture de l'exercice, la moyenne des prix de revient constatés excède la moyenne du prix de journée fixé, de plus de 1 % de celui-ci, la commission administrative aura le droit de réclamer la différence entre le prix de journée fixé et le prix de revient. ». Comme à l'inverse : « Si, lors de la clôture de l'exercice, la moyenne des prix de revient constatés est inférieure de plus de 1 % à la moyenne des prix de journée fixés, les conseils municipaux et les conseils généraux auront le droit de réclamer la différence entre le prix fixé et le prix de revient ».

L'application de ces lois n'est pas sans soulever dans la pratique quelques difficultés, mais, ce que je retiens, c'est qu'elles ont voulu se conformer à cette idée que je mettais en relief au début de cet exposé, à savoir que les hospices doivent recevoir un prix de journée égal autant que possible à leur prix de revient ; ils ne doivent pas supporter de préjudice, mais ils ne doivent pas réaliser de bénéfice.

III

J'arrive à une autre catégorie de malades que j'appellerai, suivant l'usage, les malades payants. Quels sont-ils ? Uniquement ceux qu'on a pris coutume d'appeler les demi-indigents, c'est-à-dire ceux qui sans être complètement dénués de ressources ne peuvent pas cependant payer les prix élevés que demandent les cliniques libres et les honoraires, encore plus élevés, que demandent les médecins et les chirurgiens qui soignent ou opèrent dans ces établissements. Ce sont ces demi-indigents, et ceux-là seuls, que les hôpitaux peuvent recevoir, parce que s'ils en recevaient d'autres, ils cesseraient d'être des établissements de bienfaisance, pour devenir des entreprises commerciales, ce qu'ils ne peuvent pas, ce qu'ils ne doivent pas être.

Evidemment, en fait, il sera parfois difficile de savoir si celui qui demande son admission à l'hôpital est précisément dans cette situation de demi-indigent. Mais cette difficulté laisse le principe intact. Il n'y a pas d'ailleurs de difficulté de fait qui ne puisse être résolue avec un peu de bonne volonté.

Si une administration hospitalière doit toujours être un établissement de bienfaisance, et si c'est à ce titre qu'elle reçoit les demi-indigents, elle ne peut leur demander un prix de journée qui lui fasse réali-

ser un bénéfice, elle ne peut lui demander qu'une somme exactement égale au prix de revient. Si elle demande davantage, elle sort de son rôle, elle cesse d'être un établissement de bienfaisance. Le prix de journée fixé pour l'assistance médicale gratuite sera naturellement celui qui devra être demandé au malade demi-indigent. Rien de moins, mais rien de plus.

Je n'ignore pas que, depuis quelques années, depuis que surtout les dépenses se sont considérablement élevées pour les hôpitaux, beaucoup d'administrations ne se sont pas conformées à cette règle et qu'elles ont fixé, pour les malades à leurs frais, un tarif sensiblement supérieur à celui de l'assistance médicale gratuite. A Bordeaux, nous demandons aux malades domiciliés dans la ville, 12 francs pour la médecine et 13 francs pour la chirurgie, et aux malades étrangers à Bordeaux, 14 francs en médecine et 16 francs en chirurgie, plus une somme, au reste légère, pour les frais d'opération.

Personnellement, j'estime que cette pratique doit être abandonnée, que nous ne devons avoir qu'un seul tarif, le même pour tous, pour les malades des communes, des départements et de l'Etat, comme pour ceux qui supportent eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. Je viens de dire pourquoi ; j'ajoute que, dans leur intérêt bien entendu, les hôpitaux doivent procéder ainsi. D'une part, beaucoup de malades devant le haut prix demandé préfèrent se faire soigner dans les cliniques libres dont le tarif n'est pas sensiblement plus élevé, quelquefois même inférieur. D'autre part, beaucoup de malades, qui auraient payé un prix plus modique trouvent, à l'aide de quelque complaisance, le moyen de se faire admettre comme indigents et ne payent rien. Le fait que les hôpitaux se dépeuplent de plus en plus des malades payants est incontestable. Nous le constatons à Bordeaux. A Paris, il n'est pas sans inquiéter vivement les dirigeants de l'Assistance publique. Une des sources de revenu tend, sinon à se tarir, du moins à baisser sensiblement, et, de plus, le fait a sa gravité toute particulière, dans les villes qui ont des services de Faculté.

Je conclus de tout cela que les hôpitaux étant, par leur origine et leur destination même, des établissements de bienfaisance, ne doivent jamais poursuivre la réalisation d'un bénéfice pécuniaire quelconque, qu'en dehors des malades indigents de la ville, qu'ils soignent gratuitement, ils ne doivent recevoir que les malades de l'assistance médicale gratuite et les demi-indigents, et qu'ils ne doivent avoir qu'un seul et unique prix de journée, déterminé exactement par le prix de revient.

A cette condition seulement, ils seront ce qu'ils doivent être.

Commentaires.

Nous sommes heureux de relever, sous la plume de M. le professeur Duguit, l'affirmation que l'hôpital cesserait d'être un établissement de bienfaisance, s'il admettait, comme payants, des malades autres que les semi-indigents, sinon il se transformerait en entreprise commerciale, ce que sa destination d'établissement public lui interdit.

Cependant, je relève une contradiction dans ce rapport. Au début, M. Duguit dit que les semi-indigents sont ceux qui ne peuvent acquitter les frais élevés de clinique, ainsi que les honoraires des chirurgiens.

Et, *in fine*, beaucoup de malades préfèrent se faire soigner dans les cliniques libres, dont le tarif n'est pas sensiblement plus élevé que celui des hôpitaux, quelquefois même inférieur.

Le professeur Duguit conclut en constatant la diminution du nombre des malades payants, dans les hôpitaux, et il déplore cette abstention des entrées payantes, ce qui tend, non pas à tarir, mais à faire baisser, d'une manière inquiétante, une source très appréciable des revenus des hôpitaux.

Comment concilier la première affirmation de M. Duguit avec sa conclusion ; d'une part, les hôpitaux ne doivent pas faire de bénéfices, parce qu'établissements publics de bienfaisance et d'autre part, l'exode des malades payants menace les sources de profit de ces mêmes établissements.

A notre avis personnel, nous constatons que beaucoup de malades nous glissent entre les mains, pour se faire soigner, examiner et radiographier dans les hôpitaux. Les médecins de ville se plaignent encore plus aujourd'hui de la concurrence que leur font les consultations externes et les services payants des hôpitaux. Que de malades, que de blessés du travail, qui pourraient parfaitement recevoir les soins de leur médecin, se font admettre à l'hôpital en payant, ou vont à la consultation externe, croyant qu'ils seront examinés gratuitement ou pour un prix minime par un grand maître.

L'hôpital n'est plus l'asile des deshérités de la fortune, mais de tous ceux qui veulent des soins à bon compte, au détriment du patrimoine des pauvres et du dévouement des médecins.

Certes, nous applaudirions personnellement à la concentration de l'art de guérir à l'hôpital. Etablissement gratuit pour les bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, l'hôpital ferait fonction de maison de santé, à tarifs variables, mais maison de santé bon marché, à cause de la concentration de « l'entreprise de soins » et de la diminution des frais généraux.

Un accord avec le syndicat médical local permettrait aux médecins de venir soigner leurs malades payants, une commission mixte d'administrateurs et de médecins devant connaître de tous les conflits qui pourraient surgir.

La médecine se transforme ; elle devient de plus en plus collective ; les moyens de diagnostic et d'examens nécessitent des installations

complexes, coûteuses, dirigées par des spécialistes.

Pourquoi l'hôpital de l'avenir ne serait-il pas cette maison de cure que le Dr Grinda entrevoyait lors de sa proposition de loi de février 1920 ?

Admettons hardiment que l'hôpital, qui a besoin de ressources pour soigner les pauvres, trouvera des bénéfices dans les soins qui seront donnés aux payants, sans que soient frustrés les intérêts du corps médical.

A l'assemblée générale de l'Union hospitalière du Nord-Ouest, du 17 novembre 1923 (*Revue des hôpitaux*, 31 décembre 1923) est revenue en discussion l'interprétation à donner au règlement modèle des hôpitaux, en ce qui concerne l'admission des malades payants.

« Après discussion, l'assemblée adopte le vœu suivant proposé par le rapporteur, M. Brédif, administrateur des hospices d'Orléans ;

1° Les malades payants pourront être admis à l'hôpital, dans tous les cas et non pas exceptionnellement, dès qu'il existe un nombre de lits supérieur à celui qui est nécessaire, pour assurer les services obligatoires de l'assistance. Les commissions administratives en fixent le nombre ou la proportion, dans le règlement.

2° Le paragraphe 14 de la note 3 sous l'article 28 du modèle de règlement, adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921, doit être interprété comme s'il était ainsi rédigé :

« Les honoraires seront réglés selon un tarif établi par la commission administrative, après avis du corps médical ».

3° L'admission prononcée par la commission administrative, oblige les chefs de service à fournir leurs soins indistinctement à tous les malades admis, gratuits ou payants.

Pour les payants de la 3e série (série supérieure riches ou aisés) seulement, ils ont droit à des honoraires selon un mode et un tarif déterminés par les commissions administratives, après avis du corps médical.

4° La loi du 7 août 1851 et celle du 15 juillet 1893 devraient être réformées, en ce sens qu'il soit possible d'admettre des malades comme partiellement indigents, les frais d'hospitalisation restant à la charge de ces malades seulement pour partie, le surplus étant remboursé aux hôpitaux dans les conditions de la loi de 1893 ».

Ce vœu va donc à l'encontre de l'opinion du professeur Duguit, qui estime que l'hôpital ne doit jamais admettre de riches.

De plus, il interprète la question des honoraires médicaux, qui seront réglés aux médecins d'après un tarif arrêté d'accord avec la commission administrative.

Cette interprétation va donc également à l'encontre de celle donnée par le Comité des inspecteurs généraux, qui tendrait à faire fixer un prix global et forfaitaire de journée, prix qui comprendrait les honoraires des médecins, ou de l'intervention, opération, ou traitement qui aurait pu être exécutée.

Ainsi, peu à peu arrive-t-on à consentir à discuter avec les médecins d'hôpitaux quel doit être leur contrat qui les lie à l'hôpital. Que de paroles inutiles on se serait épargnées si, dès le début, on avait voulu considérer le corps médical comme un collaborateur indispensable et non comme un personnel employé supérieur !

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 0425.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Proposition de résolution relative à la protection de l'enfance contre la tuberculose présentée par M. Pierre Even, député (Côtes-du-Nord).

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs, l'obligation de créer des sanatoria, des préventoria, des dispensaires, des maisons maternelles, des offices publics d'hygiène et des directions départementales, en un mot l'obligation de compléter l'armature de protection de la santé publique en France ne rencontre plus guère d'adversaires.

Faut-il maintenant rendre obligatoire et officielle l'organisation de toute œuvre qui concourt avec efficacité à cette protection ? Il y aurait peut-être là un excès qui risquerait de ruiner l'Etat tout en ruinant l'essor d'une foule d'œuvres privées des plus intéressantes. Cependant, certains apôtres fervents de l'œuvre Grancher voudraient obtenir du Gouvernement une généralisation quasi officielle et obligatoire du placement organisé suivant les méthodes de cette œuvre. C'est ainsi qu'au cours d'un récent congrès tenu dans l'Ouest, un ardent défenseur du placement familial présenta la motion suivante :

« Le congrès, considérant :

« 1° Que tout chef de famille, dont les enfants sont exposés chez lui à la contagion de la tuberculose, a le devoir de les soustraire à ce danger en les écartant du foyer de contagion ;

« 2° Que s'il est indigent, l'Etat a le devoir d'intervenir pour lui en faciliter les moyens ;

3° « Que l'œuvre Grancher, depuis vingt ans, a fait preuve de sa valeur prophylactique absolue,

« Emet le vœu :

« Que dans toute la France des filiales Grancher soient mises à la portée des ayants besoin ;

« Donne mandat aux parlementaires ici présents de faire aboutir au plus tôt une loi facilitant à ces filiales les placements qu'elles ont pour but de réaliser : placements d'enfants sains à écarter du foyer tuberculeux familial.

« Pour que cette loi puisse fonctionner dans les départements pauvres, où il y a des familles nombreuses, l'Etat devra assumer une part très prépondérante dans les frais, tout en continuant à laisser à l'œuvre son autonomie ».

Nous soulignons, à dessein, le « placement l'enfants sains à écarter du foyer tuberculeux familial ». Tel est le but déclaré. L'œuvre Grancher constitue-t-elle le seul moyen de l'atteindre? Assurément non. L'auteur de la motion, M. le docteur Prouff, a consacré les longues années d'une vie très active de médecin rural à l'organisation des filiales Grancher ; sa motion fut appuyée par M. Armand-Delille, médecin des hôpitaux de Paris, qui développa avec argumentation et présenta des chiffres de nature à impressionner l'auditoire de praticiens, appelés à voter la motion présentée. Elle fut, en effet, adoptée, mais les commentaires de M. Armand-Delille en avait précisé remarquablement la portée et nous devons les reproduire ici dans ce qu'ils ont d'essentiel.

D'abord cette affirmation de principe.

« Si nous arrivions à prévenir la tuberculose chez les enfants, il n'y aurait presque plus de tuberculeux en France ; nous réduirions la tuberculose dans la proportion de 95 p. 100 au bout d'une vingtaine d'années ».

Puis cet exposé pittoresque :

« Placez un tuberculeux à la place où je suis, et devant lui un petit auditoire de dix cochons d'Inde, à la distance de 50 centimètres. Ils respirent pendant une heure les « postillons » émis par l'orateur en parlant ou en toussant ; ces « postillons » lancés par un individu qui a des bacilles tuberculeux, contaminent les cochons d'Inde. Ils deviennent tuberculeux, dans la proportion de huit sur dix, c'est-à-dire qu'il n'y a que celui de l'extrême droite et celui de l'extrême gauche qui ont été protégés de par leur position par rapport à l'orateur.

« Si un cochon d'Inde est contaminé en une heure, vous comprendrez comment un malheureux enfant est exposé à la contagion, puisque tous les jours, il est dans le lit de sa mère, à table à côté de ceux qui toussent, sur les genoux du père, qui, le soir, le prend en rentrant de son travail, et dont il reçoit les « postillons ». Combien de fois j'ai vu de malheureuses femmes en discussion avec leur enfant, tousser et l'asperger de bacilles ! »

« Il y a encore d'autres résultats à considérer : ce sont les résultats économiques.

« Pour guérir un tuberculeux, il faut en moyenne trois années de sanatorium ; au prix moyen de 15 fr. par jour, cela fait 5.000 ou 6.000 fr. par an ; au bout de trois ans, cela fait au moins 15.000 fr. Mais combien y a-t-il de malades qui guérissent ? Mettez un sur trois. Donc, pour récupérer un individu, homme ou femme, il faut dépenser 40.000 à 50.000 fr. Et c'est un capital social hypothéqué.

« Au contraire, le placement d'un enfant à la campagne coûte au maximum 1.000 fr. par an, soit 3.000 fr. pour trois ans de séjour ; voilà ce qu'on dépense pour sauver un enfant, qui est un capital neuf. Le placement familial est donc économique, en dehors de toute question, même de sentiment ».

Ces conclusions sont plus étendues que celles de M. le docteur Prouff.

Les voici :

« Nous sommes très bien armés pour certains enfants, en employant les armes que nous donne la nature : les stimulants physiques, l'alimentation, l'air, et, en particulier, l'air marin, la lumière, le soleil. Pour les enfants légèrement atteints, voilà comment il faut éteindre le feu qui couve, en augmentant la résistance de l'organisme. Pour en avoir la preuve, il vous suffira de visiter l'école de plein air que le docteur Violette a organisée auprès de Saint-Brieuc, à Saint-Laurent, et où il obtient des résultats merveilleux.

« Prenez un enfant chétif, malingre, qui a vécu dans les rues étroites d'une ville, avec une alimentation quelquefois bonne, mais qui n'a pas eu assez de soleil, de lumière, il va maigrir, il a les traits tirés. Mettez-le dans une école de plein air pendant deux ou trois mois, avec des exercices de gymnastique respiratoire tous les matins, puis au grand air ; surtout, donnez-lui des bains de soleil, laissez-le vivre très peu vêtu ; le soleil favorisera la nutrition, les muscles se développeront, le corps se fortifiera ; au bout de quelque temps, il se redresse sur ses muscles solides, il a une paroi abdominale tendue, il n'a besoin ni de corset ni de ceinture. Je souhaite que les congressistes aillent voir les résultats obtenus en deux mois au préventorium du docteur Viollette.

« Nous devons multiplier ces préventoria, qui font de la prophylaxie scolaire. Toutes les écoles devraient même devenir des écoles de plein air et de soleil. Si nous placions ces enfants dans les familles de paysans, chez eux la tuber-

culose pourrait tout de même se développer ; cela empêcherait même de placer les enfants sains, parce qu'on dirait qu'ils sont tuberculeux... Les enfants pour lesquels un examen médical attentif décèle un commencement de tuberculose doivent être placés non pas à l'hôpital, mais au préventorium ou à l'école en plein air ».

Enfin la dernière phrase nous trace la voie à suivre :

« Reste à connaître la part que la commune, le département et l'Etat pourraient mettre dans cette organisation ; il serait à souhaiter que, pour préserver l'enfance, il y ait une organisation qui permette la collaboration de ces trois organismes, ceci dans une proportion à déterminer, et qui permette d'employer une partie du maigre budget que nous avons pour la lutte antituberculeuse à sauver et à préserver les générations de l'avenir ».

Nous n'ignorons pas le projet de loi tendant à étendre les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoria aux préventoria. Le rapport présenté par M. Brunet au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales, est favorable à cette extension (n° 6279). D'autre part, M. Claussat, au nom de la commission d'hygiène, a présenté un avis favorable au projet de loi (n° 6281, *Journal officiel* du 8 novembre 1923). Notre collègue écrit à ce sujet :

« Si la loi du 7 septembre 1919, sur les sanatoria publics, n'est plus aujourd'hui discutée par personne, puisqu'elle a trait à des établissements destinés aux malades reconnus atteints de tuberculose et susceptibles d'y être traités utilement, il faut reconnaître que l'initiative gouvernementale ou parlementaire était restée muette en ce qui concerne ce qu'on appelle improprement les « prétuberculeux ».

« Jusqu'ici, les établissements affectés au traitement de ces « prétuberculeux » ont été créés par des œuvres privées et par des administrations communales et départementales et ont fonctionné sans le secours de l'Etat.

« Leur nombre serait plus élevé si le concours financier de l'Etat leur était assuré au même titre qu'il est assuré pour la création et le fonctionnement des sanatoria.

«.. Et cependant, quelle lutte contre la tuberculose sera plus efficace que celle entreprise pour protéger l'enfant ! »

Nous sommes pleinement d'accord avec lui et nous estimons que le concours financier de l'Etat et le placement obligatoire assureraient l'efficacité de la lutte pour la protection de l'enfance. Citant l'avis de M. le professeur Léon Bernard, M. Claussat s'exprime ainsi :

« En y ajoutant, comme le fait M. le professeur Léon Bernard, l'admission des enfants qui ont eu un contact de cohabitation intime et prolongé avec un tuberculeux contagieux, on aura fait reculer la tuberculose ».

C'est sur ce dernier point particulier que nous vous proposons d'appeler l'attention des pouvoirs publics, suivant les directives du congrès de Saint-Brieuc.

Nous estimons qu'il appartient au Gouvernement d'étudier les possibilités de réalisation dans les divers départements : s'il est démontré, comme certains l'affirment volontiers, que des régions ne se prêtent pas, pour des raisons diverses, au bon fonctionnement de l'œuvre Grancher, il est utile, en tout cas, d'encourager financièrement toute organisation pratique qui a pour but l'isolement des enfants sains menacés de contagion dans un foyer contaminé par la tuberculose. Parmi ces organisations se placent au premier rang, avec l'œuvre Grancher et les centres d'élevage, les écoles de plein air et les préventoria. Il faut donc les développer.

Indiquons, en terminant, que le conseil général du Finistère a pris l'initiative d'adopter une proposition rédigée dans cet esprit.

M. Strauss, ministre de l'hygiène, dans sa circulaire du 28 décembre 1922, a recommandé aux préfets de grouper les enfants assistés dans des centres sous la surveillance d'une infirmière, car « cette extension d'une expérience tentée avec succès par des œuvres privées, projetée par plusieurs administrations publiques, est certainement de nature à augmenter les garanties de contrôle sanitaire et de surveillance préventive des enfants assistés ».

D'autre part, le ministre, prenant la parole à une assemblée générale réunie pour examiner les questions du placement familial, s'est écrié :

« La protection de la santé publique ne tient pas dans une loi, et quelque effort que nous fassions pour avoir une meilleure charte sanitaire, c'est par la multiplication des œuvres fragmentaires et par la coopération des œuvres privées avec les institutions publiques que, peu à peu, nous obtiendrons les résultats recherchés. Ce faisant, nous réaliserons un immense profit matériel et moral pour le pays ».

Multiplication des œuvres et coopération avec les institutions publiques pour un profit matériel et moral : nous pensons être fidèles à l'expression de la pensée ministérielle en vous priant d'adopter la proposition de résolution que nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations.

Proposition de résolution.

La Chambre invite le Gouvernement à assurer la protection de l'enfance contre la tuberculose par le placement obligatoire des enfants

sains loin du foyer familial contaminé aussi longtemps que pèsera sur eux la menace de la contagion, et à développer les moyens de placement individuel ou collectif par des mesures d'encouragement financier aux œuvres Grancher et aux centres d'élevage, aux écoles de plein air et aux préventoria.

(Travaux parlementaires, Chambre S. E. 1923. Annexe n° 6516. *J. O.*, 25 février 1923.)

R. H. M. S. 7090

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **L'Association professionnelle des journalistes médicaux français** vient de tenir, à la Faculté de médecine, sa première Assemblée générale annuelle. Plusieurs questions d'ordre journalistique et professinonel ont été discutées.

En outre, a été commencée l'étude des moyens qui permettraient d'obtenir des avantages d'achats en faveur des sociétaires et celle de la création d'une caisse mutuelle.

Cette Assemblée générale a renouvelé statutairement une partie de son bureau, qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1924. *Président* : M. CRUCHET ; *vice-président* : MM. DARRAS et MONTEUX ; *secrétaire général* : M. Albert GARRIGUES ; *secrétaire général-adjoint* : M. DIEUPART ; *trésorier* : M. VIEL ; *membres du Conseil d'administration* : MM. BOUQUET, CAMESCASSE, GRANJUX, OZENNE, TUSSAU et VITOUX ; *membres du Conseil de famille* : MM. COLIN, CORNET et LAUMONIER.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris). — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens, comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ;

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Université de Paris.** *Faculté de Médecine* (Année scolaire 1923-1924, 2e semestre). — *Cours de psychiatrie médico-légale* (Pr : M. Henri CLAUDE). — Le Dr Henri CLAUDE, professeur de clinique des maladies mentales, assisté du Dr Jean LHERMITTE, agrégé, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le *lundi 24 mars à 6 heures*, à l'amphithéâtre Vulpian. Ces leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

Programme du cours : I. Etat mental et exercice des droits civils. — II. Le problème de la responsabilité pénale et du témoignage devant la Justice. — III. La délinquance infantile. — IV. Les états périodiques : manie, mélancolie. — V. Les épileptiques et les hystériques. — VI La syphilis nerveuse et la paralysie générale. — VII. Les obsessions, impulsions. L'émotivité morbide. — VIII. Les délires et les démences. Psychoses traumatiques. — IX. Les troubles graves de la personnalité : dégénérescence, déséquilibre, états schizomaniaques. — X. L'homicide et le suicide pathologiques. — XI. Les troubles mentaux de l'alcoolisme. — XII. Les intoxications. Les toxicomanies.

— **Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.** — L'Assemblée générale annuelle de l'A. E. a eu lieu le samedi 8 mars à 21 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Le Dr Belot, président d'honneur de l'Association a ouvert la séance par une allocution au cours de laquelle il a fait garder une minute de silence en souvenir des membres de l'Association morts dans l'année : Lionel Girard, Mlle Maas, Villetard de Prunières. Après le rapport financier du trésorier, le président a constaté dans le rapport moral la parfaite marche de l'association au cours de l'année. Puis l'Assemblée a renouvelé son bureau pour 1924, ont été élus :

Ancien externe secrétaire : Dr F. Lepennetier.

Externes en exercice :

Président : P. COSSA ; *vice-président* : BOCQUENTIN ; *secrétaire général-adjoint* : Mlle BROSSE ; *secrétaire* : LEPROUST ; *trésorier* : G. BAZOUGE.

— **Hôpital maritime de Berck.** — Un cours de Pâques comportant 6 leçons sur le Traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Ce cours sera fait par M. E. Sorrel, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du lundi 14 avril au samedi 19 avril 1924.

Programme des leçons. — Lundi 14 avril 1924 : Traitement du mal de Pott. — Mardi 15 avril 1924 : Traitement de la coxalgie. — Mercredi 16 avril 1924 : Traitement de la tumeur blanche du genou. — Jeudi 17 avril 1924 : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. — Vendredi 18 avril 1924 : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur. — Samedi 19 avril 1924 : Traitement des ostéites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à 9 h., à l'hôpital maritime. Chaque cours sera suivi des opérations, ponctions, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes.

Pour tous renseignements, écrire à M. Parin, à l'hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

cule : je pense être apte au grade de médecin auxiliaire, puisque je l'ai été 4 ans pendant la guerre.

Dr M.

Réponse.

1° Vous avez tout avantage à devenir en somme officier tant au point de vue de votre situation morale que de votre situation pécuniaire, si un jour vous êtes de nouveau appelé à servir. Ce qui ne vous occasionnerait pas grand inconvénient actuellement en restant sous-aide major, vous serait désagréable dans quelques années et vous priverait notamment d'une meilleure affectation, s'il y avait une nouvelle guerre.

2° Vous pourrez être appelé à faire encore des périodes, quand celles-ci seront réorganisées, mais d'après la loi d'avril 1923, leur durée totale n'excèdera pas 4 mois.

3° En cas de mobilisation, votre affectation dépendra de votre âge actuel, les vieilles classes, étant de préférence affectées aux étapes ou à l'intérieur ;

4° Il ne semble pas que vous puissiez être dispensé de l'examen de médecin auxiliaire, qui porte sur l'organisation et l'administration de l'armée, en paix comme en guerre. Il ne demande d'ailleurs pas grand effort, ni grand temps à préparer.

Demande de pension militaire. Point de départ des soins gratuits.

Au mois de mai dernier, je suis appelé auprès de M. X., 45 ans, catarrheux de vieille date, bronchitique chronique. Je diagnostique : phase aiguë au cours d'infection pulmonaire, chronique. Emoi et doute de la famille. Je fais examiner les crachats : purée de bacilles.

Alors l'entourage me dit : votre client est malade depuis, plusieurs congestions pleuro-pulmonaires en 1917, en 1918. Je réponds, qu'effectivement, la tuberculose ne sévit pas du jour au lendemian, mais remonte sans aucun doute aux maladies 1917 et 1918.

A ce moment, on fait une demande de pension : l'expert de la Commission vient à domicile, *accorde* 100 %. A ce moment, la famille se croit en droit de demander un rappel (*Concours médical* du 21 octobre 1923). Mais le malade meurt aux premiers jours de novembre, quinze jours après avoir reçu le titre définitif de l'intendance.

Voulez-vous être assez aimable de me dire si :

1° La veuve n'aura pas droit à un secours au moins gracieux à titre de rappel. Son mari a toujours été malade, depuis 1918, tous les 2 ou 3 mois, il venait en consultation. Mon opinion à son sujet était faites, mais j'ignorais totalement sa présence aux armées lors de ses premières maladies. J'ignore dans quelles conditions, il avait passé devant la Commission de réforme

2° Puis-je demander aux services des soins aux mutilés de guerre, de me rembourser mes honoraires pour la dernière maladie de M. X., mai, novembre 1923. Maladie au cours de laquelle sa pension lui a été accordée, mais, comme vous le voyez, bien tardivement.

Dr G.

Réponse.

1° La veuve de ce militaire peut toujours adresser une demande motivée au Ministre des Pensions, Service des secours, 37, rue de Bellechasse, Paris 7e.

2° Le point de départ des soins gratuits (art. 64) est fixé au jour de l'inscription de l'intéressé par le maire sur la liste spéciale. Cependant exposez la situation par lettre détaillée à la Commission de l'art. 64 qui siège à la Préfecture et peut-être obtiendrez-vous satisfaction. Les instructions ministérielles sont, en ce sens, très larges, dit-on.

3° Que la veuve, enfin, s'adresse à la Sous-Intendance régionale des Pensions pour faire constituer son dossier de pension.

Application du Tarif Breton

I

Fracture du calcanéum.

1° Comment tarifer la réduction et la contention par un appareil plâtré d'une fracture du calcanéum ?

Je ne trouve rien à ce sujet, dans le tarif officiel des accidents du travail.

Dr A.

Réponse.

A défaut de toute tarification officielle, il me semble que : réduction, contention de fracture du calcaneum, avec pose d'un appareil plâtré, pourrait être assimilé à « fracture d'un os de l'avant-bras : 60 fr. ».

F. D.

II

Interventions de nuit et cumul.

Abonné au *Concours*, membre du « Sou » et débutant en clientèle, je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois demander à la Compagnie d'assurances : (tarif des régions libérées).

Je suis appelé à *une heure du matin*, à 3 kil. de chez moi, pour accident de travail : grande plaie du cuir chevelu ; je fais 5 points de suture et un pansement.

J'y retourne l'après-midi, je refais le pansement, je fais les certificats initiaux et 10 cc. de sérum antitétanique.

Ce compte est-il exact ?

A une heure du matin :

Tarif de nuit triplé pour village à 3 kil., soit 19 × 3 = ... 57 fr.
5 points de suture.................... 25 »

(Dois-je augmenter cet acte opératoire de 25 % comme tarif de nuit ?).....

Pansement	8 fr.
L'après-midi :	
Visite	19 fr.
Pansement	8 »
Certificats initiaux	5 »
Sérum antitétanique	20 »
	142 »

Cumule-t-on le prix de visite, plus le pansement, plus le sérum antitétanique ?

Dr G.

Réponse.

1° *Pour les visites de nuit,* vous avez à compter ou la visite de nuit (30 francs) ou les sutures, mais pas les deux, car il y aurait là le cumul défendu par l'article 13. Vous avez un très léger bénéfice à compter : « points de suture multiples : 25 francs » plus 25 % de majoration de nuit (art. 8), soit 25 francs plus 6,25, au total : 31,25. Ajoutez à cela votre déplacement de 3 kilomètres aller et retour, soit 6 francs, mais sans majoration de nuit, puisque celle-ci n'existe pas pour les frais de déplacement. Au total : 37,25.

2° *Pour la deuxième visite,* vous avez à compter l'injection de sérum, plus le certificat initial, plus le déplacement, mais pas la visite (voir plus haut), ni le pansement compris dans le prix de la visite (art. 16).

Relisez attentivement votre tarif Breton, car vous voyez que, tarif en main, nous sommes loin de compte.

F. D.

III

Consultation de nuit entre confrères.

Voici un accident du travail grave. Le médecin du malade m'appelle à 10 heures du soir ; je me rends à son appel, et fais un examen complet du malade. Cet examen révèle, *entre autres choses*, une plaie à éplucher et à suturer ; je fais le nécessaire immédiatement. Est-ce que la « consultation » ainsi comprise, c'est-à-dire l'examen par deux médecins, dont l'un spécialisé, ne comporte pas d'honoraires, du fait qu'elle s'est terminée par un acte chirurgical, et en vertu du principe du non cumul ?

Si, comme je le pense, la consultation ainsi étendue doit être rémunérée à part, au triple d'une visite par conséquent, le fait que cette visite-consultation a eu lieu la nuit multiplie-t-il par trois son prix ? Ce qui, au total, mettrait cette visite à 90 fr. (plus l'indemnité kilométrique, la visite ayant eu lieu à 55 kil de chez moi). Voici une question multiple qui est d'intérêt général, et à laquelle je ne me souviens pas d'avoir, dans le *Concours médical*, vu exposer de solution.

Dr F.

Réponse.

Tarif Breton. Vous pouvez choisir comme tari-

fication entre l'intervention effectuée de nuit avec 25 % de majoration (art. 8) ou « consultation de nuit entre confrères » mais l'article 13 (cumul) vous interdit de compter les deux à la fois. Le plus rémunérateur est de compter la « consultation de nuit entre confrères ». En ce cas, j'ai déjà conseillé, ce qui fut accepté par les deux parties plusieurs fois, de compter ainsi :

Consultation entre confrères : 3 visites.
Majoration pour la nuit : 2 visites en plus.
Déplacement kilométrique.

Vous pourrez trouver toutes explications sur ce point particulier dans mes réponses insérées par article dans l'Agenda du *Concours* de 1924. Celle-ci se trouve à la page 137.

Application du Tarif Maginot.

Phénomènes complexes comme cause originelle de soins donnés

Au début de janvier 1924, je suis appelé auprès d'un malade. Je diagnostique une fièvre typhoïde et je constate que cet homme est en même temps tuberculeux pulmonaire.

Quelques jours après, mon malade m'apprend qu'il est pensionné de guerre pour « tachycardie, séquelles de congestion pulmonaire, état général déficient ». Il touche sa pension, mais n'a jamais eu le carnet de visites des soins gratuits aux victimes de la guerre. Ce carnet demandé, n'est pas encore arrivé, mais on le recevra, incessamment.

La typhoïde de mon malade évolue encore ; la tuberculose pulmonaire a reçu un violent coup de fouet. Il est probable que la tuberculose intestinale est aussi de la partie.

En résumé, mes soins ont cherché à combattre une typhoïde et la tuberculose concomitante.

Il est évident que la cause première de mes visites est la typhoïde, et que la tuberculose a été traitée par surcroît. J'ai vu depuis le 1er janvier 1924 mon client distant de 7 kil., deux fois par semaine environ.

Et voici maintenant mon embarras.

Quelles sont les visites que je puis inscrire sur le carnet des soins gratuits aux victimes de la guerre, et dans quelle proportion ?

Dr B.

Réponse

Au point de vue de la forme, il est regrettable que le malade n'ait pas eu de carnet, au moment où vous faisiez vos visites, car vous ne pouvez plus faire que du « remplissage » postérieur, ce qui est toujours aléatoire et discutable.

Au point de vue du fond, c'est une question que l'on ne peut résoudre de loin. *A priori*, vous ne pouvez naturellement soigner une typhoïde comme séquelle de guerre, donc mettre aux frais

de l'Etat, les visites à ce sujet. Si, après sa typhoïde, se développaient des symptômes pouvant être considérés comme suites de l'affection causale de la pension et inscrite sur le carnet, vous serez en droit de détacher des feuilles de celui-ci, cela va de soi.

F. M.

Un traitement mécanique des phlegmons de la main.

Il y a quelques semaines, un confrère annonçait dans votre journal le *Concours*, qu'il avait obtenu une guérison rapide d'une brûlure du pied en élevant ce membre, aussi verticalement que possible.

J'emploie cette méthode depuis longtemps pour le phlegmon de la main.

Il y a une vingtaine d'années, je fus atteint d'un panaris de l'annulaire droit.

J'élevai la main aussi haut que possible en m'appuyant le coude sur le bord d'une table.

Après quelques minutes, la douleur, la rougeur et la tuméfaction diminuèrent notablement.

Je recommençai de temps en temps.

L'amélioration et la guérison se firent avec rapidité.

Depuis, j'ai conseillé le procédé à plusieurs malades qui s'en sont bien trouvés.

Je n'ai pas essayé la méthode pour les phlegmons des pieds. Le résultat doit être le même.

Dans les phlegmons, les vaisseaux sanguins, les artères, amènent avec abondance le sang vers le point où les antigènes ont créé un foyer.

Les physiologistes nous disent que cet afflux est un moyen de défense produit pour amener rapidement de nombreux phagocytes destructeurs des intrus.

Mais les gendarmes arrivent souvent trop tard ou ils arrivent trop nombreux et les dégâts sont produits.

En élevant une main malade depuis peu de temps, la circulation diminue rapidement, une ischémie se produit.

A ce moment, la circulation du retour par les veines et les vaisseaux lymphatiques, qui se faisait mal à cause de la compression du voisinage, et peut-être aussi par l'action paralysante des toxines, se trouve libre.

Cette circulation entraîne plus facilement alors, les globules sanguins qui circulaient difficilement dans les vaisseaux capillaires, puis ceux qui en étaient sortis par diapédèse, et enfin les microbes streptocoques ou staphylocoques et autres *ejusdem farinæ*, avec les micelles en voie de floculation ou de précipitation.

Quelle que soit la théorie explicative, l'effet est presque constant.

Si après quelques essais on n'a pas obtenu le résultat désiré, on doit s'abstenir.

Dr Aury (Les Aspres. Orne).

Assurance « gens de maison ».

Il est à signaler que suivant une loi en date du 2 août dernier, les domestiques sont désormais assujettis à la loi de 1898 sur les accidents du travail.

En cas d'accidents, ceux-ci n'ont donc plus à faire la preuve qu'il y a faute de la part de leurs maîtres et la responsabilité de ces derniers se trouve engagée dans tous les cas.

Comme les indemnités et rentes prévues par la loi sont basées sur les salaires (espèces et nature), il importe de déclarer pour être complètement assuré, l'intégralité de ceux-ci, la nourriture et le logement devant figurer pour 300 fr. par mois environ.

Une révision des polices s'impose donc pour les mettre en harmonie avec la nouvelle loi.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de la coqueluche

Isolement absolu, même après la diminution et la disparition des quintes.

Renoncer à la *sortie* du malade, dangereuse malgré l'opinion commune ; le maintenir à la chambre, en aérant fréquemment la pièce.

Affecter à l'enfant des objets de toilette, de table, etc., qui ne serviront qu'à lui.

Ebouillanter immédiatement, pendant une demi-heure, tous les linges souillés par les expectorations bronchiques, dans une solution alcaline (lessive commune).

Alitement si le nombre des quintes est élevé. Prendre la température.

Donner une *nourriture très légère*, surtout si le malade est fébrile ou subfébrile, comme c'est presque constant au début. Alimenter surtout avec de la viande crue, pulpée ou râpée, et des jaunes d'œufs, en administrant l'aliment aussitôt après la quinte.

Assurer la liberté des fonctions intestinales.

Pratiquer dans la pièce des *vaporisations antiseptiques continues* et des inhalations des mêmes vapeurs :

Teinture de Niaouli........	10 gr.
Eucalyptol................	3 gr.
Alcool camphré...........	90 gr.

1 cuillerée à café dans un verre d'eau bouillante, maintenue sur une lampe à alcool.

Antisepsie des premières voies respiratoires : lavages de la bouche et de la gorge, etc. Verser, deux fois par jour, dans les narines, quelques gouttes de cette mixture :

Huile	90 gr.
Goménol	1 gr.

Faire un *sanglage méthodique du ventre* : ce sanglage, bien fait, non seulement évitera les hernies, les éventrations, mais facilitera grandement les quintes, en donnant au malade un bon point d'appui pour tousser et mieux expectorer. Ce sanglage devra être fait avec une large bande de flanelle, renouvelé chaque jour s'il le faut, et réalisé parfaitement à l'aide d'un spica double de l'aine.

Contre l'élément catarrhal :

Alterner, de deux en deux jours, les injections *intra-musculaires* d'huile goménolée à 10 p. 100 et d'huile éthérée camphrée :

Huile camphrée à 1 /10.....	0 gr. 01
Ether	0 gr. 02

Contre l'élément spasmodique :

Donner, en tenant compte de l'âge de l'enfant, de trois à quatre fois par jour, dans un peu d'eau, dix gouttes de :

Teinture de grindelia..... }	ââ 10 gr.
Teinture de belladone.... }	
Teinture de rosera........	5 gr.

(flacon styli-gouttes) ;

ou encore deux ou trois gouttes de :

Dionine	dix centigrammes
Eau de laurier-cerise.........	10 gr.

Calmer les quintes en faisant respirer prudemment des ampoules d'iodure d'éthyle ou d'iodure d'amyle.

Vers la fin de la maladie, elles seront aisément combattues avec la solution alcoolique à 20 % de benzoate de benzyle (de 20 à 40 gouttes *pro die*).

Les quintes nocturnes seront atténues avec ces paquets :

Poudre de Dower..	35	milligrammes
Extrait de ciguë....	65	—
Poudre de cannelle..	15	—
Poudre de sucre....	30	—

pour un paquet.

A donner dans un peu de miel ou de sirop de fleur d'oranger.

Comme *antiseptiques* et *prophylactiques* à l'égard des complications, *inhalations d'oxygène*.

Fluidifier les expectorations et *favoriser l'élimination urinaire* par trois cuillerées à café quotidiennes de :

Oxymel scillitique.........	120 gr.

En cas de *quintes suraiguës*, inhalations d'éther ou de chloroforme et enveloppements thoraciques (maillot humide).

En cas d'*adynamie*, donner, après les quintes, une cuillerée à café de :

Valérianate de caféine...	1 gr. 50
Sp. de café............	100 gr.

Dr A. Satre,
(de Grenoble).

LÉGISLATION

Loi modifiant l'article 21 de la loi du 14 juillet 1905 (assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables) et l'article 5 de la loi du 14 juillet 1913 (assistance aux familles nombreuses).

Art. 1er. — L'article 21 de la loi du 14 juillet 1905 est modifié ainsi qu'il suit :

« La jouissance de l'allocation commence du jour de la demande d'admission à l'assistance ».

Art. 2. — L'article 5 de la loi du 14 juillet 1913, modifié par la loi du 27 juin 1922, est complété ainsi qu'il suit :

« Si cette demande est faite dans les trente jours de la naissance de l'enfant, la jouissance remonte au jour de la naissance ».

(*J. O.*, 6 mars 1924.)

(*Erratum*, *J. O.*, 7 mars 1924.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 14 février 1924 concernant le statut des médecins des sanatoriums publics.

Art. 1er. — Le décret du 29 septembre 1922 fixant le statut des médecins des sanatoriums publics est complété ainsi qu'il suit :

Art. 7 bis. — La répartition des médecins-directeurs et des médecins-adjoints dans les différentes classes prévues à l'article 3, devra toujours être telle que la dépense afférente au payement des traitements ne puisse, en aucun cas, dépasser celle qui résulterait d'une égale répartition de l'effectif total de chacune des catégories de médecins directeurs et de médecins-adjoints dans les différentes classes fixées pour ces catégories.

Dispositions transitoires.

Art. 7 ter. — Le classement des médecins en fonctions à la date du 29 septembre 1922, sera effectué par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Les services rendus dans les sanatoriums publics entre le 7 septembre 1919 et le 29 septembre 1922 entreront en compte pour le calcul de l'ancienneté exigée pour l'avancement des médecins de ces établissements et les intéressés seront placés dans la classe qu'ils auraient normalement pu atteindre si, au jour de leur entrée en fonctions, ils avaient été effectivement nommés médecins-adjoints de 4e classe.

L'application de ces dispositions ne comportera, en aucun cas, de rappel de traitement.

Art. 2. — Le ministre de l'hygiène, de l'assis-

tance et de la prévoyance sociales, le ministre des finances et le ministre du travail sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.* (*J. O.*, 28 février 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Conditions d'obtention des primes de natalité.

20525. — M. CHAUSSY, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène, à qui doit s'adresser, pour obtenir la prime de natalité à laquelle elle a droit, une mère de famille qui ne remplit pas les conditions de durée de résidence imposées par les règlements du département où elle habite présentement, ajoutant que les conditions fixées par l'article 2 du règlement en question exigentque les bénéficiaires de la prime à la natalité habitent le département depuis deux ans. (*Questions écrite du 7 février* 1924.)

Réponse. — Les primes à la natalité sont, aux termes de la loi de finances du 29 juin 1918 (art. 48) et du règlement du 30 avril 1920, créées par les départements ou par les communes. L'Etat subventionne le département ou la commune qui veut bien instituer ces primes. Cette création n'a aucun caractère obligatoire. Il suit de là que lorsqu'un règlement départemental n'accorde la prime qu'aux familles domiciliées depuis deux ans sur son territoire, le ministre ne peut pas exiger le versement de cette prime à des familles qui ne remplissent pas cette condition. Cependant, par deux circulaires successives, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a appelé l'attention de MM. les préfets sur les deux points suivants : 1° lorsqu'une mère de famille a acquis, par sa résidence dans un département ou une commune qui a institué des primes à la natalité, le droit de participer à ces primes, il serait désirable que ce droit lui fût conservé pendant une année après qu'elle a quitté le département ou la commune ; 2° il serait désirable que le délai de résidence exigé pour acquérir le droit à la prime dans un autre département ne dépassât pas une année. Mais le ministre ne peut, sur ces points, qu'indiquer son désir. Il ne peut pas l'imposer aux collectivités qui instituent les primes. En cas de contestation sur le droit à la prime, l'autorité administrative qui doit être saisie est le préfet.

(*J. O*-, 7 mars 1924.)

La fourniture du lait aux malades et enfants en bas âge.

19693. — M. LE COLONEL PICOT, député, signale qu'actuellement certaines crémeries de

Paris refusent de fournir du lait aux familles ayant des malades ou des enfants en bas âge, sous prétexte qu'elles n'achètent pas suffisamment d'autres denrées et demande au ministre quelles mesures il comspte prendre pour assurer le lait, par priorité, aux malades, aux enfants en bas âge et aux vieillards. (*Question du* 13 *décembre* 1923.)

Réponse. — Aucun texte réglementaire ne permet actuellement d'interdire l'obligation imposée aux acheteurs de lait de prendre en même temps d'autres denrées. Le système des cartes préférentielles de lait a fonctionné dans le département de la Seine, pour la dernière fois, pendant l'hiver 1921-1922. Cette organisation résultant d'une entente entre l'administration préfectorale et les chambres syndicales des laitiers en gros et des crémiers détaillants, lesquelles s'engageaient à faire assurer, par priorité, la délivrance de lait à certaines catégories de personnes, particulièrement intéressantes. En 1922, les arrivages étant devenus normaux, il n'a point paru nécessaire de continuer ce régime auquel il y aurait lieu de recourir, si la réduction desdits arrivages, en se prolongeant et en s'accentuant, venait à rendre la situation inquiétante. Or, pendant le mois de décembre 1923, les expéditions de lait sur Paris ont été beaucoup plus importantes que le mois précédent, et même qu'en décembre 1922. Toutefois, le fait signalé est porté à la connaissance de M. le préfet de police pour qu'il use de son influence auprès des représentants qualifiés des chambres syndicales intéressées.

(*J. O.*, 8 mars 1924.)

Le certificat exigé pour l'allocation de repos aux femmes en couches doit être délivré par un médecin.

20700. — M. Dugueyt, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène, si le « certificat médical » exigé par l'article 4 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches, doit nécessairement émaner d'un docteur en médecine et, dans le cas de l'affirmative, sur quel texte les autorités locales peuvent s'appuyer pour refuser un certificat délivré par une sage-femme. (*Question du* 20 *février* 1924.)

Réponse. — L'article 2 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches, prescrit la production d'un certificat médical. D'après cette disposition formelle, seul, un médecin a qualité pour délivrer le certificat dont il s'agit.

(*J.O.*, 29 *février* 1924.)

N.D.L.R. — La réponse du ministre est conforme à celle que nous avions antérieurement donnée à la question de savoir si le certificat pouvait être délivré par une accoucheuse (Voir 1923, p. 2894.)

Quarante-sixième année — N° 13 — 30 Mars 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 728-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Perdrigé, de Nice, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo les Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*), Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineille, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Pietri, Potheau (E.), Rosanoff, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 113. — Recherche occas. gros matér. salle opér. et clinique.

N° 114. — Docteur pharmacien désirerait trouver occupations à Paris ou province.

N° 115. — Doct. 40 ans, sér. 15 ans prat., cessant médec. génér. dés. sit. paraméd. ou maison de santé Paris.

N° 116. — Cause triple emploi Torpedo de Dion 7-10 HP, 4 cyl. Econo magond. récem. révisé, parf. et marche 4.500 fr. Dr Debray, Creil (Oise).

N° 117. — Médecin radiologiste cherche pr. clientèle assistant intéressé.

N° 118. — A vend. motocyclette Monet et Goyon 2 HP, en excel. état marche ayant roulé 4.000 km. au max. 1.500 fr. Dr Maurice Maniez, Beuvry, Pas-de-Calais).

N° 119. — Ouverture en mai pouponnière modèle, banlieue N-O, Orléans. Direction médicale, enfants de naissance à deux ans. Prix mod. Renseig. Dr Duval, Ingré (Loiret).

N° 120. — Centre. Poste propharmacien à céder gratuitement. Timbre pr réponse.

N° 121. A vend coupé Delage 9 HP, tout équip é, excel. état, essai à volonté, 7.000 fr. Dr Lefèvre, Montluçon.

N° 122. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos. banl. Paris (30 à 40 km.).

N° 123. — A céder à Paris ds tr. bon quartier, client. anc. rapport 40.000 fr. av. clinique, gd appart. ces urg. s'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 124. — Clinique chirurg à repr. ds Sud-Est rappt 65.000 fr. tr. bonne inst. vaste maison av. gd jardin, long bail, s'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, R.C. Seine 46851.

CORRESPONDANCE

Les admissions à la Mutualité Familiale

Vous avez dû recevoir mon dossier il y a déjà plusieurs semaines. Je suis étonné de ne pas avoir encore reçu mon avis d'admission ; est-ce qu'il y a quelque difficulté ou quelque irrégularité dans mon envoi ?

Je voudrais bien être fixé et vous seriez bien aimable de me faire réponse.

Dr L.

Réponse

Votre dossier est régulier et sera soumis à la prochaine réunion du Conseil d'administration. Vous devez comprendre que celui-ci ne se réunit pas à chaque demande d'admission. D'après les statuts, ses réunions ont lieu à la fin de chaque trimestre et c'est à ce moment qu'il statue sur les demandes d'admission.

La prochaine réunion aura lieu le 1er avril et vous recevrez notification quelques jours après.

Dr MIGNON.

L'Indemnité de trente francs

Je suis inscrit à la Mutualité Familiale pour une indemnité journalière de 20 francs et mensuelle de 200 francs : veuillez me dire ce que je dois faire pour doubler ces indemnités.

Faites-moi la réponse par le journal : elle peut intéresser d'autres confrères.

Dr A.

Réponse.

Vous ne pouvez doubler votre indemnité actuelle, puisque le maximum admis est de 30

francs seulement pour l'indemnité journalière et de 300 francs pour l'indemnité mensuelle.

Ecrivez au secrétaire général, Dr Mignon (Le Vésinet, Seine-et-Oise), pour demander votre passage de 1/2 MAD à MAD.

Si, comme il est vraisemblable, vous êtes admis par le Conseil d'administration, MAD vous donnera 20 francs et 200 francs tandis que MA continuera à vous donner 10 francs et 100 francs.

Vous aurez donc ainsi l'indemnité journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs, maximum actuel.

A. G.

Délivrance de certificats aux fonctionnaires et employés de l'Etat

Les certificats de maladie délivrés aux instituteurs et aux facteurs des postes par un médecin non assermenté sont-ils exempts de timbre ?

D'une façon générale, les fonctionnaires (percepteurs et leurs employés, postiers, etc.) sont-ils exemptés du droit de timbre pour les certificats destinés à leur administration ?

Dr B.

Réponse.

L'article 4 de la loi de finances du 29 mars 1897 a exempté de timbre les certificats de maladie pour agents du *service actif* délivrés par des médecins non assermentés. Pour savoir s'il doit établir son certificat sur timbre ou non, le médecin doit donc se préoccuper de savoir s'il a affaire à un agent du service actif. La loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles contient un tableau des emplois du service actif (annexe 2) mais des lois postérieures ont considérablement étendu ces emplois.

Au nombre des agents du service actif figurent à l'annexe 2 de la loi du 9 juin 1853 : les agents des douanes, les fonctionnaires des contributions indirectes et des tabacs, les gardes forestiers et les agents des postes, tels que les courriers, les facteurs et les inspecteurs des postes et télégraphes. Deux lois des 17 août 1876 et 25 juillet 1893 ont assimilé aux agents du service actif les membres de l'enseignement primaire et notamment les instituteurs ou institutrices communaux, titulaires ou adjoints. Parmi les agents des contributions directes, seuls les inspecteurs et contrôleurs principaux et ordinaires sont compris dans les agents du service actif, en vertu d'une loi du 30 mars 1902. L'exemption de timbre ne saurait donc s'appliquer aux percepteurs ni à leurs employés.

Contre-visite d'un accidenté qui a repris son travail

Membre du « Sou » et abonné du *Concours*, je serais heureux d'avoir votre avis sur le litige suivant.

Pour un prétendu accidenté du travail, mon client, je délivre un certificat d'accident du travail. La Compagnie d'assurances récuse l'accident et fait désigner par le juge de paix un médecin pour examiner le malade. Le confrère m'avertit par lettre recommandée en me fixant le jour et l'heure de sa contre-visite.

J'ajoute que depuis 5 ou 6 jours le malade avait repris son travail.

J'ai envoyé, comme d'habitude, ma note à la Compagnie, rédigée ainsi :

14 février 1924. Consultation......... 7 fr.
Certificat............. 5 fr.
1er mars 1924. Visite en consultation avec le Dr G. (conformément à l'autorisation du juge de paix du 23 février 1924) c'est-à-dire visite majorée de 50 %........ 12 fr.

La Compagnie prétend que, pour le 1er mars 1924, elle ne me doit rien et encore moins une visite majorée de 50 %.

Je vous demande donc de me dire : 1° si des honoraires me sont dus pour cette visite à jour et heure fixe ; 2° s'il est bien légal que je majore ma visite de 50 %.

Dr D.

Réponse.

L'article 4, § 5, de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 prévoit la contre-visite d'un blessé du travail « au cours du traitement ».

Dès lors que le blessé était guéri et avait repris son travail depuis 5 ou 6 jours, il ne pouvait y avoir lieu à contre-visite, et vous auriez dû, à notre avis, prévenir le médecin du patron ou de l'assurance, qui sans doute n'avait pas été avisé du fait que le traitement était terminé.

Nous sommes donc d'avis que vous n'insistiez pas pour vous faire payer la présence à la contre-visite inutile du 1er mars.

Accident à une domestique en dehors de son travail

Voulez-vous avoir l'obligeance de me répondre, par la voie qui conviendra, au sujet de l'accident survenu dans les circonstances suivantes :

Une bonne sort sans prévenir son patron pour toucher à la poste des bons du Trésor lui appartenant ; elle glisse, se fracture le fémur. Estimez-vous que la responsabilité du patron est engagée ?

Dr V.

Réponse

La loi étendant aux gens de maison l'appli-

cation de la législation sur les accidents du travail est entrée en vigueur depuis le mois de février dernier. Pour bénéficier des dispositions de la loi, le domestique blessé n'a donc qu'une preuve à faire, celle que l'accident est survenu au moment et par le fait du travail.

Dans le cas particulier que vous nous soumettez, il ne semble pas que l'on puisse considérer l'accident comme un accident du travail, puisque la bonne était sortie sans demander l'autorisation de son patron et pour faire une course n'ayant aucun rapport avec son travail. Dans ces conditions, à notre avis, la blessée n'a pas droit aux indemnités prévues par la loi.

Recouvrement d'honoraires accidents. Prescription

En janvier 1923 j'ai soigné à la suite d'un accident un ouvrier V. au compte de MM. C. Plusieurs fois, j'ai envoyé ma note s'élevant à 100 fr., je n'ai jamais reçu de réponse. Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la marche à suivre pour me faire payer ?

Dr C.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident du travail, vous avez comme débiteurs, en outre du blessé, sans doute insolvable, les patrons de celui-ci contre lesquels l'article 4 de la loi de 1898 vous donne une action directe. Le recouvrement doit être poursuivi devant le juge de paix du lieu de l'accident qui, en raison de la modicité de la somme réclamée, statuera en dernier ressort, c'est-à-dire sans qu'appel puisse être interjeté de sa décision. Nous vous signalons qu'en vertu de l'article 29 de la loi du 9 avril 1898, la procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Mais vous nous dites que vos soins ont été donnés en janvier 1923. Or, l'article 18 établit une prescription d'un an qui s'applique au recouvrement des frais médicaux et pharmaceutiques. Suivant les cas, cette prescription commence à courir soit du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, soit de la cessation du payement de l'indemnité temporaire, c'est-à-dire de la guérison ou de la consolidation de la blessure en cas d'incapacité permanente. Si donc le blessé s'est trouvé guéri ou consolidé en janvier 1923, la prescription est aujourd'hui acquise, et vous risquez fort de vous la voir opposer par les patrons. S'il en était ainsi, nous estimons qu'il vaudrait mieux pour vous renoncer à ce recouvrement que de vous exposer à des frais inutiles.

Impôt sur le revenu. Justification de la déclaration

Je tiens, sans plus attendre, à remercier M. Martinot d'avoir bien voulu examiner la façon d'établir ma déclaration pour l'impôt global et cédulaire.

Mais, sans doute sous l'influence des événements actuels, ma déclaration a déjà été examinée et le contrôleur me demande déjà le détail de mes « frais généraux », je pense que cela veut dire mes frais professionnels, les seuls que je puisse déduire de mes bénéfices également professionnels ? Je ne puis mieux faire que de lui en donner le détail qu'il demande, ce qui me sera facile.

Par contre, il prétend (sans pour cela savoir exactement s'il a raison) que j'ai omis de déclarer le revenu de valeurs et capitaux mobiliers que je possède. J'avoue, en effet, avoir omis de déclarer un certain nombre de titres d'emprunt national que j'ai souscrits pendant la guerre en 1916-17 : cela me fait en tout environ 100 fr. de rente à des taux divers. Ne sont-ils pas exempts de tous impôts présents et futurs ? De même un bon du Congo de 100 fr. ? Dois-je les déclarer ? Dois-je déclarer simplement le chiffre de la rente ou celui du capital que représentent ces divers titres par leur valeur d'achat ou par leur valeur au cours ? Je suis assez embarrassé.

Bref, même en répondant avec sincérité : la vérité et rien que la vérité ! Je crains fort d'être imposé d'office, car il se trouve que j'ai déclaré un bénéfice peu élevé par rapport aux frais, dépenses qui, elles, le sont en proportion d'autant plus. Cela tient au fait que, dans le cours de l'année précédente (1923) comme les autres années, les tarifs de la clientèle étaient extrêmement bas : consultation 4 et 5 fr. ; visite 5 et 6 fr. A la campagne les chiffres employés, suivant les diverses distances de 3, 4, 5 et 8 kilomètres, étaient de 6, 7 et 8 francs (chiffre le plus élevé). Par conséquent, tout en faisant beaucoup de clientèle, je n'arrivais qu'à un chiffre peu élevé ; par contre en faisant beaucoup de clientèle mes frais : essence, réparations auto, étaient très élevés, comparés au chiffre du bénéfice.

Le contrôleur n'est pas au courant de ce fait et cette disproportion peut l'avoir frappé, et c'est pour cette raison que je crains (peut-être à tort) d'être taxé d'office.

Dois-je esquiver la chose par avance ou bien attendre simplement d'avoir reçu l'avertissement pour savoir si je serai ou non taxé d'office ?

Si je suis taxé d'office, comment et à qui et sous quelle forme dois-je introduire une demande de rectification ?

C'est pour traiter de toutes ces questions que je demande à M. Martinot de bien vouloir perdre encore un peu de son temps pour instruire mon ignorance.

Dr X.

Réponse.

1° Les revenus exempts de l'impôt de 10 %

sur le revenu des valeurs mobilières ne sont pas exempts de l'impôt général sur le revenu et par conséquent, doivent être indiqués dans la déclaration du revenu global.

Pour justifier votre bonne foi, vous pouvez invoquer le fait que ces titres ont perdu de leur valeur en capital pendant l'année 1913 ; évidemment le revenu seul doit être déclaré.

2° Si vous avez fourni au contrôleur le détail de vos frais généraux, le contrôleur ne peut vous taxer d'office, mais vous pouvez être appelé à justifier le montant de vos dépenses.

3° Si vous êtes taxé sur un bénéfice exagéré et que vous désiriez contester l'imposition, adressez une réclamation sur papier timbré au sous-préfet de l'arrondissement (joindre l'avertissement).

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Affectation en cas de mobilisation.

J'ai reçu hier un ordre de mobilisation pour me rendre le 16e jour à L. et être affecté à l'Etat-major du groupe d'unités d'instruction d'infanterie n° .. Classe recrutement 1905. Classe mobilisation 1904, mais marié, père de 3 enfants.

1° Est-ce que, d'après vous, ce 16e jour correspond à la classe à laquelle je dois appartenir d'après mon âge et ma situation de famille. Sinon ? à qui réclamer ?

2° A quoi pensez-vous que correspond ce groupe d'unité d'instruction ? Est-ce bien une affectation territoriale, à laquelle j'ai droit ?

Dr N.

Réponse.

1° Le 16e jour correspond aux besoins de service de l'unité à laquelle vous êtes affecté (art. 40 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement).

2° C'est bien une affectation territoriale qui ne peut trouver logiquement sa place qu'à l'intérieur.

Attribution de la médaille militaire aux blessés de guerre.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir, par le journal, me donner le renseignement suivant :

Un soldat de 2e classe, blessé en septembre 1914 et ayant subi l'énucléation de l'œil droit, touchant une pension de 1500 fr. avec une réforme n° 1, a-t-il droit automatiquement à la médaille militaire ? Si oui, quelles démarches doit-il faire pour obtenir sa décoration ?

Dr A.

Réponse.

D'après les lois et réglements en vigueur, le soldat énucléé de l'œil droit pour blessure de guerre, a droit à la médaille militaire.

Qu'il adresse donc une demande en ce sens au ministère de la Guerre, cabinet, bureau des Décorations, en y joignant une copie certifiée conforme de la décision motivée de la commission de réforme qui l'a réformé n° 1 pour énucléation de l'œil droit.

Les pièces nécessaires établies par le ministère et par la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur, un décret lui conférera la médaille militaire.

Application du Tarif Breton.

I

Indemnité kilométrique en plaine et en montagne

Pourriez-vous avoir l'obligeance de me donner le renseignement suivant ? J'exerce dans l'arrondissement de N. qu'un arrêté préfectoral a déclaré zone de montagne pour le calcul de l'indemnité kilométrique dans les soins donnés aux mutilés.

1° Puis-je me baser sur ce fait pour demander pour l'indemnité kilométrique dans les accidents du travail le prix de 1 fr. 50 par kilomètre.

2° Dans l'affirmative, puis-je demander ce prix quand le terrain est plat entre mon domicile et celui du blessé.

3° Dans ce cas, que devrais-je compter si un de mes confrères a son domicile plus proche que moi de celui du blessé, mais en région montagneuse, alors que la région est placée entre la commune que j'habite et celle où réside le blessé.

Dr M.

Réponse.

1° L'art. 2 du tarif Breton dit : « La division en régions de plaine ou régions de montagne sera faite suivant les divisions *administratives* existant actuellement. A défaut d'autres, la division préfectorale pour les soins aux blessés de guerre me paraît devoir servir de base de façon tout à fait légitime.

2° La division est faite de façon générale et ne peut être modifiée suivant toutes les questions d'espèce. C'est tantôt le médecin, tantôt le tiers payant qui y gagne ou y perd.

3° Vous devez toujours suivre ce qui est dit dans ce même art. 2, à savoir compter « l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché ».

F. D.

II

Note réduite sans explications.

Abonné du *Concours Médical*, je viens vous demander un nouveau renseignement, au sujet du règlement des notes d'honoraires par une Compagnie d'assurances, en matière d'accidents du travail.

(*Voir la suite page XLVII-775*)

PROPOS DE DEMAIN

L'aventure du Dr Gargan-Livry ou comment, en 1950, fut aboli l'Ordre des médecins

Summum jus, Summa injuria

Le 25 mars 1950, le Conseil de l'Ordre des médecins du département des Côtes-Rouges était réuni pour juger le docteur Gargan-Livry, de Bon-Hospice, accusé de graves manquements au Code de déontologie, notamment par son confrère, le docteur Aulnay, plus ancien que lui de quelques printemps.

Lorsque, deux ans auparavant, Gargan-Livry était venu, lui quatrième, s'installer à Bon-Hospice, il y avait déjà un lustre qu'une minorité de médecins français, bruyante et turbulente, avait réussi à obtenir du Parlement une loi créant l'Ordre des médecins, juridiction particulière de la profession. La majorité, comme frappée d'inertie, avait laissé faire, et lorsqu'elle s'était décidée à agir, il était trop tard, et elle s'était réveillée, le fait déjà accompli.

Les Syndicats médicaux existaient bien toujours. Mais cette existence même était devenue purement virtuelle, et, en fait, les Conseils de l'Ordre avaient accaparé toute l'autorité disciplinaire, qu'ils exerçaient de la façon la plus active, sur le corps médical.

A son arrivée à Bon-Hospice, Gargan-Livry qui, durant ses études, avait été pendant un an moniteur d'accouchements dans une Maternité hospitalière de Paris, où il s'était acquis une compétence reconnue dans le domaine de l'obstétrique, avait postulé pour obtenir un poste d'accoucheur dans les services de l'hôpital local. Il s'était heurté à un refus impitoyable de la Commission administrative, présidée précisément par Aulnay. Un peu plus tard, il avait sollicité un emploi de médecin consultant en puériculture au dispensaire d'hygiène sociale de la ville, dont le médecin chef était encore, comme par hasard, le même Aulnay : nouveau refus, enveloppé de considérations vagues et embarrassées.

Fermement résolu à observer les règles déontologiques auxquelles il avait obéi, en faisant correctement, dès son installation, les visites d'usage à ses trois confrères, il s'inclina, avec l'espoir qu'il serait un jour apprécié comme il le méritait, et que des jours meilleurs luiraient pour lui. Il se mit courageusement à la tâche, et, grâce à quelques succès obstétricaux, remportés d'ailleurs dans la clientèle de l'Assistance médicale gratuite, qui ne s'était pas fermée devant lui, il jouissait d'une réputation qui grandissait de jour en jour, et grâce à laquelle on l'appelait volontiers dans les cas difficiles et embarrassants. Quand, alors, il se trouvait en présence d'un malade en cours de traitement, il ne manquait jamais de se conformer aux prescriptions du Code de déontologie, et n'acceptait d'intervenir qu'en présence et avec l'agrément du médecin traitant.

Cette attitude irréprochable aurait dû finir par lui concilier les bonnes grâces de ses confrères locaux. Il n'en fut malheureusement rien, et il ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était rarement demandé en consultation par eux. Si, exceptionnellement, il en était ainsi, il se heurtait de leur part à une politesse glaciale, sous le couvert de laquelle il se trouvait en butte à des objections constantes à l'avis qu'il émettait, aux solutions qu'il proposait.

Puis, il apprit un beau jour — tout finit par se savoir — qu'Aulnay se refusait, pour ainsi dire systématiquement, à se rencontrer avec lui, chez ses propres clients. Les raisons qu'il donnait de son refus étaient puériles et spécieuses : «Gargan-Livry était trop jeune ; il n'avait pas encore suffisamment fait ses preuves ; les succès qu'on lui attribuait n'étaient que des cas particulièrement heureux dans lesquels la chance l'avait favorisé... N'était-il pas préférable de recourir à un consultant d'expérience reconnue, que l'on ferait venir de la grande ville, et qui offrirait toutes garanties ? »

Or, il était advenu que certains clients d'Aulnay, se cabrant, et préférant Gargan-Livry, l'avaient remercié pour appeler ce dernier. Son ressentiment s'en était accru, et il avait d'autant moins pardonné à son jeune confrère que celui-ci, toujours correct, ne s'était jamais rendu auprès d'un de ses malades sans l'en prévenir courtoisement. Une rupture formelle de relations en était résultée entre eux, à la suite de laquelle Aulnay, qui était maire de Bon-Hospice, et qui détenait tous les postes médicaux officiels de la ville et du canton, s'était juré que jamais Gargan-Livry n'aurait accès dans les services publics.

Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis son installation ; Gargan-Livry, qui avait jusque-là

tenu bon, et demeurait scrupuleusement soumis au Code déontologique, finit par se dire qu'il serait bien naïf de continuer des procédés confraternels dont on ne lui savait aucun gré. Il donna sa démission du Syndicat auquel il avait adhéré et dont il ne faisait partie en réalité que pour la forme, ce groupement n'ayant en fait aucune activité. Et il décida d'ignorer désormais ses confrères, et de se rendre auprès de tous les malades sans exception qui l'appelleraient, sans se préoccuper de savoir s'ils étaient ou non en cours de traitement. La seule chose qu'il s'était interdite, c'était de se laisser aller à prononcer aucune parole désobligeante sur le compte des autres médecins. Il se refusait formellement de prêter l'oreille aux critiques que ses nouveaux clients ne manquaient pas de formuler contre ses prédécesseurs. Quoi qu'ils aient fait, quelques erreurs qu'ils aient pu commettre — cela nous arrive à tous ! — il restait muet, se bornant à imposer silence à ses interlocuteurs.

Mais il n'en violait pas moins sciemment et d'une façon habituelle la loi déontologique. Ce qui n'empêchait pas sa réputation de grandir et sa clientèle de s'étendre. C'était, je l'ai dit, un médecin instruit, un de ceux dont on dit communément : « Il sait son affaire » !

Aulnay, qui n'était pas sans se ressentir de la vogue dont jouissait de plus en plus Gargan-Livry, et dont la clientèle commençait à péricliter, en dépit de sa situation officielle, résolut de frapper un grand coup : il déposa une plainte entre les mains du Conseil départemental de l'Ordre. Une enquête fut ordonnée ; elle confirma, ce que nous savons déjà, que Gargan-Livry commettait de quotidiennes infractions au règlement déontologique. C'est dans ces conditions que celui-ci, le 25 mars 1950, comparaissait devant ses pairs, assemblés pour le juger.

Les débats furent courts. Les faits étaient patents. Au surplus, Gargan-Livry ne les niait pas. Il se borna à arguer, pour sa défense, de l'hostilité dont il était l'objet de la part de ses confrères, et d'Aulnay en particulier. Mais le siège du Tribunal était fait. Après une brève délibération, il fut frappé de la peine de la suspension du droit d'exercer la médecine pendant un an, qui lui fut signifiée dans les formes ordinaires.

Comme il s'attendait à ce résultat, il avait pris ses précautions. Il possédait, à quelques kilomètres de là, un petit bien de famille. Grâce aux ressources qu'il s'était constituées pendant les deux années de son exercice, il décida de le faire valoir lui-même. Mais, avec une belle crânerie qui était bien dans son caractère, il fit encadrer le texte du jugement du Conseil de l'Ordre et il l'afficha ostensiblement à la porte de sa propriété. Puis, il se mit à cultiver ses vignes et à faire de l'élevage, quelques prés étant adjacents à son vignoble. Il appliquait, à soigner ses bêtes, les connaissances qu'il avait acquises en médecine humaine, déclarant qu'avec cette clientèle, il était au moins assuré de n'être l'objet d'aucune récrimination, ni de ses malades, ni de ses confrères.

Quant on apprit, à Bon-Hospice, la mesure qui frappait Gargan-Livry, ce fut une stupeur incrédule. Etait-il possible qu'un médecin, dont le renom avait dépassé les limites de sa commune, fut mis ainsi dans l'impossibilité de pratiquer son art ? Les gens n'en voulaient rien croire. Et, tout comme par le passé, ils continuèrent à lui demander ses soins. Mais lui, de les conduire devant l'écriteau appendu à sa porte : « Impossible, leur disait-il. Vous le voyez, il m'est interdit, sous peine de poursuites, que je tiens à ne pas encourir, de faire œuvre de médecin ». Ses anciens clients étaient bien forcés de se rendre à l'évidence à la lecture du jugement. Ils s'en retournaient, la tête basse, maugréant contre une législation ridicule qui les privait du secours d'un homme qui avait leur confiance.

Plus il se refusait à répondre aux appels des malades, plus ceux-ci se montraient nombreux : l'humanité est ainsi faite.

Mais, comme on n'ignorait pas que le coup avait été monté par Aulnay, le mécontentement grandissait contre lui, et ses affaires n'en allaient pas mieux, au contraire.

Il y avait un mois que le jugement du Conseil de l'Ordre avait été prononcé et était définitif, Gargan-Livry n'ayant pas consenti à en porter appel, lorsque, par un bel après-midi de printemps, — on était alors à la fin d'avril —, une automobile, filant à toute allure, dérapa et vint buter violemment contre un arbre devant sa porte. Ce fut un fracas formidable, de bois brisés, de tôles défoncées, de vitres pulvérisées, auquel succédèrent, après un moment de silence, des clameurs et des gémissements. Un homme gisait parmi les débris du véhicule, perdant son sang en abondance par une large blessure à la tête. On accourut de toutes parts, et les premiers venus se précipitèrent chez le médecin suspendu. Il était occupé dans le voisinage ; il s'empressa de se rendre auprès du blessé qu'il fit transporter chez lui : « Soignez-le, sauvez-le, lui criait-on. » Mais lui, tout en étanchant le sang qui coulait de la plaie, et en préparant ce

qu'il fallait pour faire un pansement provisoire et pratiquer une piqûre réconfortante : « Impossible, mes chers amis. Vous savez bien que cela m'est défendu. C'est écrit à ma porte ! » — « Vous n'allez pas le laisser mourir, lui rétorquait-on. Ce serait inhumain ! » — « Allez chercher un médecin sans retard. Ne perdez pas de temps. Qu'il vienne tout de suite faire le nécessaire et continuer les soins que j'ai commencé de donner comme n'importe lequel d'entre vous pourrait le faire. Je ne puis davantage. » — « Mais c'est de la démence ! Puisque vous êtes médecin..... » — « Je l'étais, je ne le suis plus. » Inutile d'ajouter que, tout en parlant ainsi, repris par le métier, il accomplissait les premiers gestes qui s'imposaient.

Enfin, une voiture d'ambulance vint, qui transporta le blessé à l'hôpital de Bon-Hospice.

Cependant, la foule qui s'était amassée sur la route commentait l'évènement. Elle entourait l'écriteau où elle lisait : « .... Par ces motifs, nous, membres soussignés du Conseil de l'Ordre des médecins du département des Côtes-Rouges condamnons M. Gargan-Livry à la peine de la suspension du droit d'exercer la médecine pendant un an à dater de ce jour ».

Elle ne comprenait pas qu'il fût possible de mourir en présence d'un docteur en médecine qu'un jugement avait privé des droits qu'il tenait de son diplôme. Et pourquoi ? Parce qu'il aurait contrevenu à un certain Code de déontologie ! ! ! Et d'abord qu'était-ce que cette déontologie qui pouvait entraîner de pareilles conséquences ? ? Cet Aulnay de malheur était cause de tout le mal ! Mais cela ne se passerait pas ainsi ... Il verrait ce qu'il lui en coûterait..... »

Et pendant tout ce temps, Aulnay était fort affairé auprès de sa fille, jeune primipare de 25 ans, en travail depuis quelques heures, qui venait d'être prise d'une hémorragie abondante. Affolé, perdant la tête, il avait téléphoné à tous ses confrères ; pas un n'était là pour venir l'aider. L'un d'eux était à l'hôpital auprès du blessé qu'il ne pouvait quitter. L'autre faisait sa tournée et ne rentrerait que tard dans la soirée.

— Il faut appeler le docteur Gargan-Livry, lui clama-t-on dans son entourage. » — « Gargan-Livry ! Jamais ! » — « Mais si on n'intervient pas sans délai, elle est perdue ». Se resaisissant, Aulnay pratiqua hâtivement un tamponnement vaginal, et sautant dans son automobile, il se rendit à toute vitesse chez son ex-confrère : « Ma fille va mourir. Venez, je vous en supplie .... Je vous expliquerai .... Il n'y a que vous qui puissiez nous tirer de là ... De grâce, ne perdons pas de temps ... J'ai ma voiture, je vous emmène ..... »

Gargan-Livry n'hésita pas. « Partons, dit-il». Dix minutes après, il était auprès de la parturiente, diagnostiquait un placenta prævia, qu'il effondrait pour faire une version podalique à la suite de laquelle il extrayait un bel enfant étonné qu'il confia à son grand-père, pour continuer à s'occuper de la jeune femme.

Une heure plus tard, l'enfant ranimé reposait dans son berceau tandis que l'accouchée parée, pansée, réconfortée par une injection de sérum artificiel, toute pâle, mais souriante, s'emparait de la main de Gargan-Livry qu'elle serrait avec effusion. Mais celui-ci se dérobait, l'attention attirée par une rumeur qui grandissait dans la rue. Une centaine de personnes étaient là qui criaient : « A bas Aulnay ! A bas Aulnay ! Bandit ! Criminel ! Assassin ! »

Effondré dans un fauteuil, Aulnay demeurait immobile, morne, étranger en quelque sorte à ce qui se passait. Gargan-Livry ouvrit largement la fenêtre, s'y encadra et harangua les mécontents : « Mes amis, retirez-vous ! Un enfant vient de naître dans cette maison. Sa maman est très fatiguée ! Ne la troublez pas par vos cris. Tout s'arrangera, c'est moi qui vous le promets ! » A sa vue, à ses paroles, les manifestants se turent et disparurent les uns après les autres, tandis qu'Aulnay, revenu à lui et ayant pris enfin conscience de la situation, se jetait dans ses bras, en sanglotant.

....

Un mois s'écoula. Les élections législatives avaient lieu. Aulnay, qui avait fait rapporter la décision du Conseil de l'Ordre suspendant Gargan-Livry, le lendemain de l'accouchement de sa fille, s'y présenta et fut élu.

Son premier soin, dès que les Chambres recommencèrent à siéger, fut de déposer un projet de loi abolissant l'Ordre des médecins. Il sut trouver des concours efficaces et nombreux, tant et si bien que le 31 décembre 1950, le *Journal officiel* publiait la loi abrogeant celle qui, six ans plus tôt, créait l'Ordre des médecins. Ainsi disparaissait un organisme professionnel qui n'aurait jamais dû exister, et dont l'éphémère expérience avait révélé les défauts, sans en faire apparaître aucun avantage.

G. Duchesne.

R. H. M. S. : 5484.

CRITIQUE MÉDICO-HISTORIQUE

Travaux Originaux

Rendons justice à ceux qui contribuèrent à la grandeur de la France

Guy Crescent FAGON

Archiâtre et Surintendant du Jardin du Roi 1638-1718

Comment M. Louis BERTRAND décrit et apprécie Fagon, dans son panégyrique de Louis XIV ? — Les Portraits authentiques de Fagon. — Une erreur du Musée du Louvre, acceptée sans contrôle par l'auteur de « Louis XIV ». — Le prétendu Fagon de Jean JOUVENET est Raymond FINOT, médecin du Prince de Condé. — La vie de Fagon. — Le savant et le surintendant du Jardin du Roi (1).

M. Louis Bertrand a écrit un Panégyrique de Louis XIV. Cet ouvrage a été diversement apprécié, par la critique et nous n'avons pas la prétention de porter sur lui un jugement.

Le Panégyrique n'a rien de commun avec l'Histoire. L'une s'attache à la recherche de la vérité ; l'autre se borne à l'admiration, excluant *a priori* toute critique.

Louis XIV, de l'avis de tous, fut un grand Roi ; nous ne pouvons trouver surprenant que, même au XXe siècle, on écrive son panégyrique.

Mais était-il nécessaire pour étayer un éloge hyperbolique de ce Grand Roi, d'y ajouter un appendice où, sans la compétence nécessaire et sans le souci d'une documentation exacte, M. Louis Bertrand prend à partie les médecins de Louis XIV et tout particulièrement Fagon ?

Qu'il s'attaque à Daquin, le favori de Madame de Montespan, le petit-fils d'un savant rabbin d'Avignon, converti au catholicisme, et le père d'un évêque de Fréjus, de Daquin qui ne fut jamais un savant, et n'eut jamais la charge de surintendant du Jardin du Roi, peu nous importe ! Daquin était, en effet, un « quémandeur acharné », un insatiable solliciteur de bénéfices, un être sans dignité, effronté même à ses heures.

Louis XIV le connaissait bien mais, avec une inconséquence singulière, il continuait à l'enrichir.

On raconte qu'un jour Daquin vint annoncer au Roi la mort d'un personnage de sa Cour. « Homme rare ! dit Louis XIV, voulant donner sans doute une leçon à Daquin, c'est le seul qui ne m'ait jamais rien demandé. — Sire, riposta insolemment l'archiâtre, pourriez-vous me dire ce que vous lui avez donné. » Le courtisan discret n'avait jamais reçu du Roi la plus petite faveur.

Nous abandonnerions donc volontiers ce Daquin aux rigueurs de M. Louis Bertrand, mais pouvons-nous en faire autant de l'honnête, du scrupuleux, du savant Fagon, qui, de l'avis de tous ses contemporains, méritait la faveur du Roi? Pouvons-nous sans protester en laisser ternir la mémoire ?

Il nous appartient à nous, membres du Comité d'Etudes de la Montagne Sainte-Geneviève, de défendre Fagon. C'est dans notre rôle, c'est même presque notre devoir, car tout rattache Fagon à ce coin de Paris qui est l'objet de nos recherches et de nos études. Il naquit sur la paroisse de Saint-Médard, sans doute au Jardin du Roi. Il fit ses études au Collège Sainte-Barbe au sommet de notre montagne. Ce fut rue de la Bûcherie, dans nos vieilles Ecoles de médecine, qu'il coiffa le bonnet de docteur. Ce fut au Jardin du Roi, que Vallot l'appela comme professeur ; il en enrichit les collections, l'administra plus tard avec succès et, à l'exemple du monarque, grand psychologue et profond connaisseur d'hommes, il sut attirer à cet établissement des savants d'élite et contribua puissamment à en faire une institution unique au monde, qui fut, pendant des siècles, le plus glorieux fleuron de la couronne scientifique de la France. Fagon mourut enfin au Jardin du Roi et fut enterré à Saint-Médard. Vous voyez qu'il nous appartient, c'est donc à nous de le défendre.

***

COMMENT M. LOUIS BERTRAND DÉCRIT ET APPRÉCIE FAGON.

M. Louis Bertrand a abordé dans l'appendice de son *Louis XIV*, l'examen de la constitution et des maladies du Roi. Il paraît ignorer que Cabanès, avec plus de prudence et aussi... de compétence, a traité ce sujet dans son *Cabinet secret de l'Histoire*.

M. Louis Bertrand a une singulière méthode de critique historique, il appuie ses jugements sur des documents qu'il qualifie de ridicules ou de malveillants.

Toute sa documentation est puisée dans le *Journal de la Santé du Roi*, rédigé par ses médecins, journal qu'il définit « « *le plus magnifique monument que la sottise satisfaite se soit élevée à elle-même* », tout en remarquant quelques lignes plus loin que ce journal « *contient une masse énorme de faits consciencieusement observés* » évidemment par ces médecins du Roi qu'il dénomme de dangereux imbéciles. S'il lui est permis à lui, Louis Bertrand, de se servir du *Journal de la Santé du Roi*, il n'admet pas le même droit à l'éditeur qui osa l'annoter et à ceux qui en tirèrent des conclusions qui ne furent pas toujours à la gloire de

(1) Cet article a fait l'objet d'une communication au Comité d'études historiques et archéologiques « *La Montagne Sainte-Geneviève et ses abords* », le 20 novembre 1923, sous la présidence de M. le D[r] Capitan, professeur au Collège de France.



Fig. 1. — Portrait de Fagon par Hyacinthe Rigaud, gravure d'Edelinck.

Louis XIV et qu'il appelle « *une horde de grotesques et de sectaires* » : parmi eux, il cite *Michelet* ! !

M. Louis Bertrand qui, dans sa préface, accable Saint-Simon et sa *critique malveillante et hargneuse*, fait confiance avec la même logique à ses *mémoires*, quand, dans un passage sur l'autopsie du Roi, Saint-Simon affirme « *qu'il aurait vécu plus d'un siècle* sans les fautes dont il a été parlé qui lui mirent la gangrène dans le sang », fautes, sans aucun doute imputables à Fagon (1). Mais passons sur ces procédés singuliers de critique historique.

La constitution de Louis XIV était, paraît-il, robuste, il fut cependant toujours malade et M. L. Bertrand se pose la question : « Comment un homme « taillé pour vivre cent ans » a pu être si fréquemment indisposé et malade ? » Et M. L. Bertrand, toujours logique, ajoute : « *L'explication, la plus vraisemblable, c'est qu'il a été déplorablement traité par ses médecins, lesquels, avec une obstination de maniaques, fermés à toutes les indications de la nature, gaspillèrent et finirent par ruiner totalement « cette santé héroïque* ». Pour faire ce bel ouvrage, les médecins du Roi y mirent le temps. *Louis XIV mourut à 76 ans* ; Vallot le soigna pendant 19 ans, Daquin pendant 22 ans et Fagon qui l'acheva, mit aussi 22 *ans* à terminer cette tâche !

« Enfin, s'écrie M. L. Bertrand, Fagon, le *terrible et impérial Fagon, qui faisait trembler tout le monde autour de lui*, ne lâcha le Roi qu'après avoir dicté et signé le procès-verbal de son autopsie. »

Nous montrerons ce qu'était ce terrible et impérial Fagon et comment il faisait trembler tout le monde.

Cependant M. Louis Bertrand avoue : « Ces docteurs nous sont assez mal connus ». Et cet aveu est, au moins *pour celui qui le fait*, une indiscutable vérité.

Voici textuellement le portrait que M. Louis Bertrand fait de Fagon :

« Guy-Crescent Fagon naquit au Jardin des Plantes, au milieu des simples. Mais ni la bourrache, ni la guimauve, à qui il donna ses soins, n'adoucirent son caractère. Cet homme fut, dans ses fonctions, un brutal autocrate. *Pour en juger, il suffit de regarder un portrait de lui qui est au Musée du Louvre* (???) Couvert d'une volumineuse perruque poivre et sel, *dont les mèches se hérissent sur son front comme des soies de sanglier*, en robe noire et rabat de baptiste blanche, il montre d'abord un long nez flaireur de bassins, comme celui de son confrère Gui Patin, quoique beaucoup moins pointu, une bouche en cul-de-poule (?) de *petits yeux porcins sans grande expression*, au teint jaune et bilieux, *un front ridé et obstiné* (?). L'entêtement est la caractéristique de cette figure de pédant. On le sent sûr de soi et de sa science, que jamais n'effleura le plus léger doute. Et l'on peut être bien certain que toutes les évidences contraires à l'idéologie scolastique vinrent se briser contre ce *front barré et sillonné de rides profondes*. »

Nous reviendrons sur ce singulier portrait de Fagon et apporterons à M. Louis Bertrand quelques documents authentiques plus véridiques que les rêves de l'imagination d'un romancier qui veut revêtir la peau d'un historien.

M. Louis Bertrand qui, mieux que Cabanès, sait éclairer l'Histoire par la Clinique, pose le diagnostic rétrospectif de la maladie de Louis XIV. Il était atteint, *à l'insu de ses médecins*, du ver solitaire. Et la preuve, c'est que, dans le *Journal de la Santé du Roi*, ces mêmes médecins, Vallot, d'abord, en 1659, puis Fagon, en 1690 et en 1705, relatent que Louis XIV rendit des vers.

Tout porte à croire que ces vers n'étaient pas des tænias. Comment Fagon, d'ailleurs, qui était un érudit et un naturaliste, eût pu ignorer le tænia? Un de ses contemporains qui fut un de ses amis, Nicolas Andry, Docteur régent, Doyen de la Faculté, Conseiller du Roi, Lecteur, puis Professeur au Collège Royal, avait écrit en 1700 un traité : *De la génération des vers dans le corps humain* qui fit beaucoup de bruit à l'époque et que Fagon ne pouvait ignorer, puisqu'une thèse qu'il soutint contre le tabac fut publiée à la fin du second volume de l'ouvrage d'Andry.

Avant Andry, A. Paré, Houllier et d'autres, plus d'un siècle avant Fagon, distinguaient parfaitement le ver solitaire des ascarides.

Il ne convient pas ici de prendre l'effet pour la cause. Si Louis XIV était souvent l'hôte de vers intestinaux, c'est qu'à l'exemple de la plupart des grands seigneurs de son époque, il ne mettait aucune modération dans ses repas. Ceci est indiscutable.

Le traitement que Fagon appliquait à Louis XIV peut-il, à nous médecins du XX[e] siècle, paraître si ridicule ? Des intempérants du genre de ce monarque, sans les purgations, les saignées répétées et le régime, prescrit par Fagon, mais trop rarement suivi, seraient morts cent fois de congestion ou d'hémorragie cérébrale, si ce n'est d'une affection des reins ou du foie. Ne fait-on pas de même aujourd'hui, bien que la mode ne soit plus aux festins plantureux du XVII[e] siècle ? Ne purge-t-on pas fréquemment, ne saigne-t-on pas de temps à autres les hypertendus ?

Ne nous moquons donc pas si vite de nos aînés. Leur thérapeutique n'était pas si sotte qu'elle l'a paru à une époque encore récente où régnait une ignorance relative. Il faut pour bien juger les médecins du XVII[e] siècle se rendre compte du genre de vie, des mœurs et du régime que suivaient leurs clients, dont la constitution était manifestement bien différente de celle de nos contemporains et on ne saurait leur reprocher d'avoir ignoré les découvertes de Claude Bernard et de Pasteur.

A lire M. Louis Bertrand, Louis XIV, le grand Roi, aurait été un pauvre malheureux, « le patient de Fagon », qui tremblait devant ses médecins, tout comme le Malade Imaginaire, qui se laissait torturer par ses chirurgiens. « Le Roi était le prisonnier de chacun de ces Messieurs, sa proie une et indivisible jusqu'à la mort exclusivement ». Est-ce avec des arguments de ce genre que M. Louis Bertrand espère démontrer la grandeur du Roi qu'il admire ? Surtout lorsque l'on sait que ce Roi, martyr de ceux qui le soignaient, et qu'en génial connaisseur d'hommes, il avait lui-même choisis, leur témoignait une confiance absolue et les comblait d'honneurs.

Notre but n'est pas de discuter sur la maladie et la fin de Louis XIV, mais il est vraisemblable qu'il était devenu diabétique et la phlébite, suivie de gangrène, qui termina son existence, fut une de ces complications assez fréquentes dans le diabète.

---

(1) Cependant Saint-Simon, comme tous ses contemporains, admirait Fagon dont il fait le portrait le plus élogieux, et qu'il appelait « un des beaux et des bons esprits de l'Europe ».

Mais nous n'avons pas pour objet l'étude des maladies de Louis XIV, revenons à la défense de Fagon.

***

Les Portraits authentiques de Fagon. Une erreur du Musée du Louvre, le prétendu Fagon de Jean Jouvenet.

M. Louis Bertrand nous décrit un prétendu portrait de Fagon, exposé au Musée du Louvre. Or, ce portrait de Jean Jouvenet n'est pas celui de Fagon et nous en donnerons la preuve irréfutable.

Les portraits authentiques de Fagon ne le montrent pas avec « une perruque poivre et sel dont les mèches se hérissent sur son front comme des soies de sanglier », s'il a un long nez, il ne donne pas l'impression de flairer quelque chose ; sa bouche n'est pas en cul-de-poule ; ses yeux ne sont ni « petits », ni « porcins » ; sa figure n'est pas d'un pédant et son front n'est barré ni sillonné d'aucune ride profonde.

Le *terrible*, l'*impérial* Fagon a de grands yeux, un visage souriant et débonnaire, son front est sans ride et sa perruque, soigneusement bouclée, est aussi soignée que celle de Louis XIV lui-même.

Nous reproduisons ici deux gravures du portrait de Fagon par Hyacynthe Rigaud, le peintre de Louis XIV et des grands personnages de sa cour ; nous y ajoutons l'effigie de Fagon, frappée sur un jeton du doyen de la Faculté, Vernage, que nous avons fait photographier en le grossissant deux fois pour que le lecteur puisse plus facilement se rendre compte de la physionomie du médecin de Louis XIV. Enfin, nous reproduisons encore la photographie d'une statuette satirique de Fagon, conservée au Musée Carnavalet. Nous croyons que l'iconographie authentique de Fagon se borne à ces documents et il est facile à quiconque veut les étudier sans parti pris, de constater qu'ils ne répondent en rien au portrait du Louvre que M. Louis Bertrand se plaît à décrire, en l'interprétant fâcheusement.



Fig. 2. — Le portrait de Raymond Finot, médecin du Duc d'Enghien, par Jean Jouvenet, exposé au Musée du Louvre, comme portrait de Fagon. (Dû à l'obligeance de notre ami, le Dr Cabanès).

Le portrait de H. Rigaud n'est pas au Louvre, mais à l'Ecole de Médecine et depuis longtemps dans un état lamentable. Voici ce qu'en disait en 1877, à l'article Fagon, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, le Dr A. Chéreau, qui fut un des plus érudits bibliothécaires de la Faculté de Médecine de Paris :

La Faculté « fit placer (16 avril 1695), le portrait de Fagon dans ses Ecoles supérieures, portrait peint par Rigaud, qui gît, aujourd'hui, *déchiré, irréparable, dans un coin de notre Faculté*, mais qui, heureusement, a été admirablement bien gravé par Edelinck ; elle chargea aussi le bronze et l'argent d'exprimer son affection sans

bornes, sa reconnaissance éternelle envers son bienfaiteur ; contre toute habitude, deux doyens, Claude Berger et François Vernage, au lieu de faire frapper leurs propres portraits sur leurs jetons de décanat, cédèrent la place à Fagon ; sur un de ces jetons représentant une ruche d'abeilles, on lit comme légende : *Sic nos servavit Appollo* ; sur l'autre, on voit Fagon, en robe de conseiller d'Etat, avec l'épitoge, et pour légende : *Scholæ tutela præsens*. Avis aux collectionneurs de jetons qui ont pris Fagon pour un des doyens de la Faculté de médecine de Paris, tandis que son image qu'on voit sur deux de ces jetons n'est qu'un pieux hommage aux services réels qu'il avait rendus aux médecins de Paris ».

Grâce à l'amabilité de notre ami, le Dr Cabanès, qui a bien voulu nous prêter un cliché reproduisant le prétendu Fagon du Musée du Louvre, nous pouvons mettre à côté des portraits du premier médecin de Louis XIV, portraits d'*une authenticité indiscutable*, la reproduction de la peinture, attribuée à Jean Jouvenet, et nous laissons nos lecteurs juges. Peut-on de bonne foi confondre les deux personnages ? Et, puisque le portrait de H. Rigaud et l'effigie du jeton sont certainement Fagon, est-il permis d'affirmer que c'est encore le même Fagon dont le visage est peint sur la toile du Musée du Louvre ?



FIG. 3. — Portrait de FAGON, par Hyacinthe Rigaud, gravure de Ficquet. (Collection de l'auteur).

Or, nous avons dans notre collection et nous reproduisons ici le portrait de Fagon peint par Hyacinthe Rigaud, gravé par Edenlinck, le célèbre graveur contemporain de Fagon et de Rigaud, le même portrait gravé par Etienne Ficquet, artiste qui s'acquit une grande réputation au milieu du XVIIIe siècle, enfin le jeton du doyen François Vernage (grossi deux fois) frappé à l'effigie de Fagon.

Il y a évidemment une erreur dont l'administration du Musée du Louvre est indiscutablement responsable et qui atténue dans une certaine mesure celle de M. Louis Bertrand qui, sans cela, serait trop grossière. Le faux Fagon du Louvre est exposé dans la Galerie du Pavillon Mollien au milieu de la salle XIV. Il est bien en évidence entre deux Poussin, au-

dessus d'un *Siège de la Rochelle*, de Claude Lorrain, porte le nº 441 et sur le cadre est la mention :

JEAN JOUVENET (1644-1717).

Portrait de FAGON, premier médecin de Louis XIV.

La chalcographie du Louvre a reproduit jadis cette peinture comme venant des Galeries de Versailles. Elle ne l'attribue pas à Jouvenet et se borne à signaler : *Fagon, premier médecin de Louis XIV, peinture de l'époque.* Personne, sauf peut-être M. Louis Bertrand, ne peut discuter que ce n'est pas là Fagon. D'ailleurs, il est actuellement reconnu que c'est l'image de Finot. (1) Raymond FINOT, docteur de la Faculté de Paris, était un ami du doyen janséniste, Philippe Hecquet. Il fut le médecin de Henri-Jules de Bourbon, prince de Condé, fils du Grand Condé. Finot, de l'avis de ses contemporains, était

« bon physicien et très habile médecin. Un biographe de Hecquet le dote de « mœurs douces et polies ; son attention pour les malades, l'avait fait aimer des grands, estimer du public et respecter d'un nombre infini de gens qui se faisaient honneur d'être de ses amis. Ces grandes qualités étaient accompagnées d'une exacte probité, d'une piété sincère, d'une charité très tendre et très étendue pour les pauvres » (2). Il mourut le 28 septembre 1709.

Voilà l'homme que M. Louis Bertrand, croyant exécuter Fagon, a traité comme on a pu le lire plus haut, interprétant un portrait vraiment expressif, mais qui ne saurait chez toute personne impartiale, évoquer une âme aussi odieuse.

Renouvelons toutefois nos regrets de constater que, dans un Musée comme le Louvre, où les étrangers affluent par milliers, on laisse perpétuer d'aussi fâcheuses erreurs et que M. Louis Bertrand, devenu historien, accepte sans vérification les indications inscrites sur les tableaux du Musée du Louvre.

(1) M. Noë LEGRAND, dans une communication à la *Société d'Histoire de la médecine* publiée le 9 *février* 1910 dans le bulletin de cette Société, a fait cette démonstration avec les documents irréfutables que nous reproduisons ici.

(2) ELOY. — Dict. histor. de la médecine. Histoire des plus célèbres médecins, 1756.

***

LA VIE DE FAGON. — Le meilleur argument à opposer aux attaques injustifiées de M. Louis Bertrand est le simple récit de la vie de Fagon, récit qu'il est facile de lire un peu partout.

Guy-Crescent Fagon est né à Paris sur la paroisse de Saint-Médard, peut-être au Jardin du Roi, le 11 mars 1638. Son acte de baptême ne porte que le prénom Guy et nous ignorons pourquoi lui fut ajouté celui de Crescent. Orphelin de bonne heure, il fut élevé par son grand oncle maternel, Guy de la Brosse, le fondateur illustre du Jardin du Roi. Il était fils de Henri Fagon, commissaire des guerres et petit-fils de Pierre Fagon qui fut porte-manteau ordinaire du Roi et maître d'hôtel du prince de Joinville. Il devait épouser en 1664, Marie Mazereau, fille d'un orfèvre-joaillier de Paris, dont il eut deux fils, l'aîné, Louis, fut conseiller au Parlement, le second, Antoine, docteur en théologie, fut évêque de Lombez, puis de Vannes.

Bien qu'issue de la bourgeoisie, la famille de Fagon n'était pas riche. Il ne put faire ses études que grâce aux libéralités d'un philanthrope, Germain Gillot, docteur en Sorbonne, qui prévit chez cet enfant une intelligence supérieure et une véritable valeur. Fagon garda toute sa vie, le plus reconnaissant souvenir de son bienfaiteur. Il fit ses études au Collège Sainte-Barbe, puis les continua aux Ecoles de Médecine de la rue de la Bûcherie où il fut reçu docteur le 9 décembre 1664.

Antoine Vallot qui, depuis quelques années, avait vu adjoindre à sa charge de premier médecin du Roi celle de surintendant du Jardin du Roi, y appela aussitôt Fagon dont il connaissait les qualités. Il lui confia la chaire de chimie d'abord, puis celle où il fut associé à Denis Joncquet, professeur de botanique.

Vallot songeait alors à constituer son *Hortus Regius*, catalogue des plantes cultivées au Jardin du Roi. Pour compléter son œuvre, il envoya Fagon en mission en Auvergne, en Languedoc, en Provence, dans les Alpes et les Pyrénées. Fagon à son retour collabora à la rédaction de l'*Hortus Regius* qui comprenait plus de quatre mille espèces ou variétés de plantes. L'ouvrage est précédé d'un petit poème de 200 vers latins qui est attribué à Fagon.



FIG. 4. — Jeton du doyen François VERNAGE, frappé à l'effigie de Fagon. Grossi deux fois. (Collection de l'auteur).



Fig. 5. — La statuette de Fagon infirme, conservée au Musée Carnavalet.

La réputation du jeune docteur était déjà devenue très grande. Louis XIV l'appela en 1668 à la Cour comme médecin de la Dauphine et quelques semaines après lui donnait le brevet de médecin de la Reine. En 1671, il succéda à Joncquet comme professeur de botanique.

Le 16 novembre 1693, lors de la disgrâce de Daquin, neveu par alliance de Vallot, Fagon fut choisi par Louis XIV comme son premier médecin.

Voici les circonstances qui amenèrent Fagon à la charge d'Archiâtre d'après les *Mémoires de l'abbé de Choisy* : (1)

« Le Roi étant à Marly eut un fort accès de fièvre. Les médecins, sur le minuit, voyant que la fièvre diminuait, lui firent prendre un bouillon. Daquin dit : « Voilà la fièvre qui est sur son déclin, je m'en vais me coucher. » Fagon fit semblant de le suivre, et s'arrêta dans l'antichambre, en disant entre ses dents : « Quand donc veillerons-nous ? Nous avons un si bon maître, et qui nous paye si bien ! »

Il se fit un fauteuil, appuyé sur un bâton : il était aussi bien que dans sa chambre, parce qu'il ne se deshabille jamais, et ne dort qu'à son séant, à cause de son asthme.

Une heure après, le Roi appela le premier valet de chambre, et se plaignit à lui que sa fièvre durait encore. Il lui dit : « Sire, M. Daquin s'est allé coucher, mais M. Fagon est là-dedans : le ferai-je entrer ? — Que me dira-t-il ? » lui dit le Roi, qui craignait que le premier médecin ne le sût. « Sire, reprit Niert (et ce que je dis, je le sais de lui), il vous dira peut-être quelque chose ; il vous consolera ». Fagon entra, tâta le pouls, fit prendre de la tisane, fit changer de côté, et enfin se trouva seul auprès du Roi pour la première fois de sa vie. »

Quelques mois après, sous un prétexte quelconque, Daquin, dont le Roi était obsédé, fut remercié et Fagon devint premier médecin du Roi.

Daquin qui n'était ni un naturaliste, ni un savant n'avait pas succédé à Vallot lors de sa mort en 1671, comme surintendant du Jardin du Roi. Colbert qui avait eu d'ailleurs à se plaindre de l'administration de Vallot à la fin de sa vie, avait réuni la surintendance du Jardin à celle des Bâtiments du Roi dont il était pourvu. Daquin, passé au second plan, n'était plus qu'intendant. Fagon inspira assez de confiance pour que la Surintendance du Jardin fut rétablie en sa faveur et Colbert conserva la seule Surintendance des Bâtiments.

Tout le monde applaudit à l'élévation de Fagon aux importantes charges de la Cour. Comme il était généreux, juste et intègre, un de ses premiers actes fut de diminuer les revenus de sa charge qui avaient été fort augmentés par Daquin et de renoncer au droit qu'il avait de toucher une redevance pour les nominations aux chaires de la Faculté.

Fontenelle, d'après le Dr Jules Roger (*La Vie médicale d'Autrefois*), rapporte que Louis XIV organisant la maison du Duc de Berry donna à Fagon l'autorisation de vendre la charge de médecin de ce prince à qui il voudrait et Fagon refusa.

Fagon, déjà très aimé de ses confrères, acquit encore des droits plus grands à leur reconnaissance. Les médecins de la Cour, presque tous docteurs de Montpellier, soutenus par les médecins de la province, avaient obtenu du Grand Conseil du Roi l'autorisation de créer une Chambre Royale de médecine. Leur but était d'organiser des examens qui, une fois passés avec succès, permettraient à tout médecin quelle que fût son origine d'exercer librement dans tout le royaume. C'était la suppression des Privilèges de la Faculté de Paris dont les docteurs avaient seuls droit d'exercer partout : *Urbi et orbi salus* était leur devise. Colbert empêcha d'enregistrer la décision du Grand Conseil. Fagon intervint en conciliateur.

La Chambre royale fut dissoute de nouveau ; le 3 mars 1694, le Roi lui donna l'ordre formel de ne pas chercher à se reconstituer. Mais la Faculté, d'autre part, institua par une mesure gracieuse un *jubilœum examen*, le plus simple possible, et reçut en son sein, tous les membres de la Chambre royale qui avaient quelque valeur. Ce fut alors (1695) que le fameux portrait de Fagon, peint par Hyacinthe Rigaud, fut placé dans les Ecoles supérieures de la rue de la Bûcherie et que les doyens Claude Berger et François Vernage firent frapper leurs propres jetons à l'effigie de Fagon, le protecteur de la Faculté.

En 1699, Fagon fut élu membre honoraire de l'Académie des Sciences.

Fagon était d'une très faible santé ; il était perclus de douleurs, sujet à de fréquents accès d'asthme qui, comme nous l'avons appris de l'abbé de Choisy, l'empêchaient de coucher dans un lit. Il fut obligé de se faire suppléer par Tournefort à sa chaire de botanique du Jardin du Roi. Après la mort de Louis XIV, il se démit volontairement de toutes ses charges et passa celle d'Archiâtre à Louis Poirier. Il ne conserva que ses fonctions de Surintendant du Jardin du Roi.

Une statuette satirique, conservée au Musée Carnavalet et que nous reproduisons, montre Fagon infirme, voûté, les genoux demi-fléchis, se soutenant péniblement appuyé sur sa canne. Son visage, néanmoins souriant, exprime la bonhomie et la bonne humeur. C'est bien là, « l'impérial, le terrible Fagon, qui, selon M. Louis Bertrand, faisait trembler tout le monde ».

Fagon fut atteint de la pierre, affection alors très fréquente, il fut opéré avec succès en 1702 par Georges Maréchal, premier chirurgien du Roi.

Fagon, valétudinaire depuis son enfance, sut se soumettre à un régime très sévère. Il mourut le 11 mars 1718 à l'âge de 80 ans, un an après sa femme morte à 72 ans, cinq ans après son illustre client, Louis XIV, mort à 76 ans. Fontenelle qui savait juger les hommes avec moins de parti pris que M. Louis Bertrand, faisant allusion à la santé plus que délicate de l'Archiâtre, disait que son existence était la preuve de son habileté. Constatons que les personnes de la santé desquelles il s'était surtout occupé : le Roi, sa femme et lui-même, purent atteindre un âge avancé. Ses régimes et sa thérapeutique n'étaient donc pas aussi meurtriers que M. Louis Bertrand veut bien l'affirmer.

***

LE SAVANT ET LE SURINTENDANT DU JARDIN DU ROI.

Fagon, tous les contemporains en font foi, était un travailleur et un grand savant pour son époque. Citons à l'appui ce passage de La Bruyère qui ne fut pas un flatteur :

« O FAGON ESCULAPE ! faites régner sur toute la terre la quinquina et l'émétique ; conduisez à sa

(1) Cité par Franklin dans : *La vie privée d'autrefois : les Médecins.*

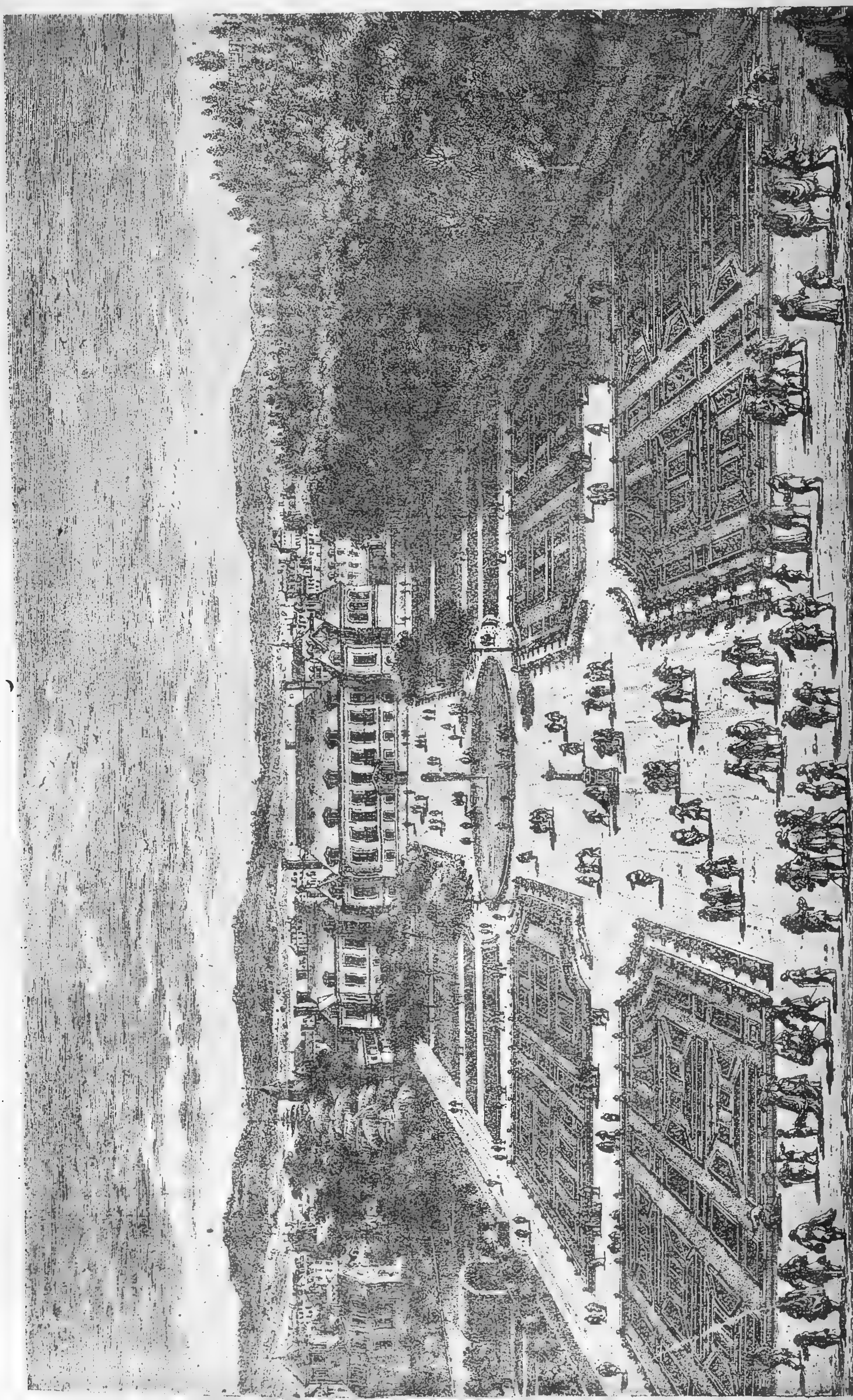


FIG. 6. — Le Jardin du Roi sous la surintendance de Fagon. Estampe de l'époque. (Collection de l'auteur).

perfection la science des simples qui sont données aux hommes pour prolonger leur vie ; observez dans les cures, avec plus de précision et de sagesse que personne n'a encore fait, le climat, les temps, les symptômes, et les complexions ; guérissez de la manière qu'il convient à chacun d'être guéri ; chassez des corps où rien ne vous est caché de leur économie, les maladies les plus obscures et les plus invétérées n'attentez pas sur celles de l'esprit, elles sont incurables : laissez à *Corinne*, à *Lesbie*, à *Canidie*, à *Trimalcion* et à *Carpus*, la passion ou la fureur des charlatans (1) ».

Fagon avait l'esprit ouvert au progrès ; il ne craignit pas de soutenir dans une thèse à la Faculté la circulation du sang qui n'était pas alors un article de foi à l'École de la rue de la Bûcherie.

Les œuvres qu'il a publiées, sont néanmoins peu nombreuses car ses charges de la Cour l'accaparaient au point de ne pas lui laisser le loisir de beaucoup écrire. A. Chéreau relève la liste de ce qu'il a laissé, à la fin de son court article biographique dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales.



FIG. 7. — TOURNEFORT, professeur de botanique au Jardin du Roi. (Collection de l'auteur).

Certains de ses travaux ne manquent pas de valeur, en voici la liste :

I. — *Fit-ne sudor cruentos naturæ vi ?* (Aff.), 15 janv. 1665.

II. — *Est-ne febricitantibus accomodatio diluti in aquâ panis, quam carnis elixæ sorbitio ?* (Aff.). ; 8 mars 1674.

III. *Confert-ne ventriculi motus ad elaborationem chyli?* (Aff.) ; 30 janvie r 1681.

(1) LA BRUYERE. — *Les Caractères* : De quelques usages. — SAINT-SIMON dans ses *Mémoires* fait lui aussi un portrait des plus flatteurs de Fagon.



FIG. 8. — Jacques-Bénigne WINSLOW, professeur d'anatomie au Jardin du Roi.

IV. *An ex tabaci usu frequenti vitæ summa brevior ?* (Aff.) ; 29 mars 1699. Cette dernière thèse a été soutenue de nouveau le 29 mars 1755 par Antoine FERREIN, LE CAMUS en a donné un extrait dans le *Journ. économ.*, p. 122, 1753. Elle a été traduite par Nicolas ANDRY et cette traduction se trouve à la fin du second volume de *La génération des vers*, p. 810 et p. 354 du *Journal des Savants*.

V. *Observations sur le bled cornu ou ergot, et sur l'espèce de gangrène qu'il procure à ceux qui en mangent la farine*, in *Hist. de l'Acad. des Sc.*, p. 61, 1710.

VI. *Réponse de M. Fagon... à l'abbé Beurdelot sur la maladie et la mort de M. le Duc de La Rochefoucauld*, Paris, 1680.

VII. *Nouvelles réflexions pour se servir utilement du quinquina.* A la fin du livre touchant le quinquina, par TALBOT ; Paris, 1705, in-8°.

Le grand mérite de Fagon fut d'avoir organisé le Jardin du Roi en y appelant des hommes dont il avait pu apprécier la valeur et qui donnèrent à cette institution nouvelle un lustre et une réputation scientifiques qui en firent un établissement sans rival dans le monde entier pendant plusieurs siècles.

Ce fut Fagon qui fit venir d'Aix-en-Provence au Jardin du Roi, Joseph Pitton de Tournefort, jeune médecin qu'il avait pu apprécier au cours de ses voyages, en faveur duquel il se démit de sa chaire de botanique. Ce fut lui qui fit envoyer Tournefort en Andalousie et en Portugal pour y étudier les palmiers, qui lui fit confier sa fameuse mission dans le Levant où accompagné du peintre Aubriet et du docteur Giundelsheimer, Tournefort visita Candie, l'Archipel, Constantinople, l'Arménie, la Géorgie, le Mont Ararat, Angora. Pruse, Smyrne et Ephèse et revint à Marseille rapportant des plantes, des minéraux, des documents archéologiques et des relations d'une inestimable valeur.

Ce fut Fagon qui choisit Sébastien Vaillant pour diriger les cultures, Vaillant dont l'enseignement était des plus réputés et qui servit de guide à Pierre-le-Grand, lorsqu'il vint en France visiter nos institutions.

Ce fut Fagon qui découvrit Antoine de Jussieu, jeune Lyonnais, venu à Paris pour étudier la médecine, qui l'envoya en mission en Espagne et en Portugal et l'accueillit au Jardin du Roi avec son jeune frère Bernard de Jussieu.

Ce fut sous l'Administration de Fagon que le danois Winslow succéda à Duverney et enseigna au Jardin du Roi, l'anatomie descriptive avec un éclat inconnu jusqu'alors. Ce fut Fagon qui appela à la chaire de chimie du Jardin du Roi, Etienne François Geoffroy à qui l'on doit les premières tables d'affinité chimique, le premier travail sérieux qui servit de point de départ aux grands progrès que la chimie devait faire au cours du XVIIIe siècle.

Ce fut Fagon qui décida Louis XIV à envoyer en missions scientifiques Plumier en Amérique, Feuillée au Pérou, Lippi, en Egypte.

On peut affirmer que Fagon fut le véritable créateur de l'Etablissement scientifique du Jardin du Roi, notre Muséum d'Histoire naturelle actuel.

Par son habile, savante et heureuse administration, Fagon fit de la France, le berceau de l'étude des sciences naturelles.

Ce titre seul lui donne droit à notre reconnaissance et il est fâcheux que M. Louis Bertrand, méconnaissant, dans le Règne de Louis XIV, une des Institutions les plus nobles et les plus grandes, ait cherché sans raison, sans vouloir s'instruire à son sujet, ni se documenter sérieusement, ce qui lui eût été très facile, à ternir la réputation d'un homme qui, s'il ne fut pas un grand génie, fut un bon serviteur de son Roi et l'un des meilleurs parmi les hommes de talent qui élevèrent si haut le prestige moral de la France sous le règne de Louis XIV.

J. NOIR.

Cet article était écrit et sous presse quand nous apprîmes que M. le Pr Guiart, de Lyon, avait traité le même sujet à une séance de l'Académie de Lyon. De l'échange d'une correspondance que nous avons eue avec ce très distingué confrère, il ressort que M. le Pr Guiart a émis les mêmes idées, formulé les mêmes critiques que nous-même à propos du jugement singulier porté si légèrement sur Fagon par M. Louis Bertrand et des affirmations fantaisistes, émises par le même pseudohistorien sur les maladies de Louis XIV. M. le Pr J. Guiart a bien voulu d'ailleurs nous communiquer son étude très intéressante : *Les médecins et les maladies du grand Roi Louis XIV ; a-t-il eu le ténia ou fut-il diabétique ?* M. le Pr Ménétrier, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris a aussi présenté des observations analogues à la *Société d'histoire de la médecine* (*Bull.* de nov. déc. 1923) dans une savante communication intitulée : *Louis XIV, ses médecins et ses historiens.* Nous le répétons, il est facile à quiconque veut s'en donner la peine, de se documenter sur Fagon et le plus grand intérêt que peut présenter notre modeste travail est la reproduction des documents iconographiques qui soulignent l'erreur de M. Louis Bertrand. Nous pouvons dire comme au Palais : La cause est entendue et le procès Fagon contre M. Louis Bertrand définitivement jugé.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

THÉRAPEUTIQUE

Les antiseptiques pulmonaires et leurs indications

M. le professeur agrégé Harvier, médecin des hôpitaux.

Il existe deux façons d'administrer les antiseptiques broncho-pulmonaires. L'une, la plus ancienne, la moins active, utilise la voie indirecte, et fait absorber par le tube digestif ou le tissu cellulaire sous-cutané une série de médicaments qui s'éliminent par le poumon. La seconde emploie la voie directe. Elle consiste à introduire dans les canaux aériens différentes substances bactéricides,en solutions huileuses généralement.

De la première méthode — administration des antiseptiques par la bouche, le rectum, ou le tissu sous-cutané — je ne dirai rien de général, me réservant d'y revenir à propos de quelques médicaments. Je m'étendrai davantage sur la méthode indirecte. Elle comprend plusieurs procédés. Les pulvérisations et les fumigations, d'abord, qui, tout au plus, peuvent convenir à la désinfection des voies aériennes supérieures : elles ne pénètrent pas, en effet, dans les bronches ni dans les poumons. Les inhalations sont plus intéressantes à ce point de vue. Elles consistent à mélanger des vapeurs antiseptiques à l'air inspiré, à l'aide d'un appareil, inhalateur de Nicolaï, flacon à double tubulure dans lequel l'air vient barboter dans une solution antiseptique (formol, eau phéniquée), etc. Mais, le moyen le plus important, le plus nouveau, est l'injection intra-trachéale. Je vous rappelle qu'elle se pratique de diverses manières : par la bouche, sans miroir laryngoscopique, en injectant le liquide dans le pharynx inférieur, la langue étant maintenue et le malade faisant de grandes inspirations (procédé de Mendel) ; au travers de la glotte, sous le contrôle du miroir laryngoscopique ; ou encore directement, après ponction de l'espace intercrico-thyroïdien. Le premier procédé reste d'une réalité contestée et il n'offre pas toute garantie. Quand on veut faire véritablement une injection sûrement intra-trachéale, il faut se servir du miroir et, ayant anesthésié la muqueuse pharyngo-laryngée, lancer le liquide après avoir franchi la glotte. L'injection, après ponction de la membrane crico-thyroïdienne, donne également, il va sans dire, un résultat certain. M. Rosenthal a imaginé un moyen ingénieux. Il consiste à perforer la membrane crico-thyroïdienne et à placer dans l'orifice une petite canule minuscule qui reste à demeure, sans gêner la voix, ni l'expectoration (trachéo-fistulisation). On peut introduire dans la trachée, suivant ces diverses techniques, des substances huileuses antiseptiques qui ont donné des résultats favorables dans le traitement des bronchites traînantes, de la dilatation des bronches et de la gangrène broncho-pulmonaire, et aussi des sérums médicamenteux, du sérum anti-gangréneux en particulier.

Etudions maintenant les médicaments qui ont la réputation d'être des antiseptiques pulmonaires. Ils sont nombreux et d'inégale valeur. Je ne les signalerai pas tous, vous indiquant ceux surtout qui méritent confiance. Un des plus anciennement utilisés est l'hyposulfite de soude, préconisé par Lancereaux pour combattre la fétidité de l'expectoration. On le donne en potion à la dose de 2 à 4 gr. par jour. Malgré le patronage de Lancereaux, la valeur du médicament a été sérieusement mise en doute.

L'eucalyptol est un dérivé de l'essence contenue dans les feuilles d'eucalyptus. Il a beaucoup d'affinité avec la térébenthine. Il s'absorbe soit sous la peau, soit au niveau des muqueuses, et s'élimine par le tractus respiratoire. On peut faire usage des feuilles d'eucalyptus en fumigations, de la teinture d'eucalyptus et de l'eucalyptol, en inhalations et par voie indirecte. Voici quelques formules :

Eucalyptol	} àâ	1 gr.
Menthol	}	
Alcool à 90°..............		100 gr.

Une cuillerée à café dans une tasse d'eau bouillante. En inhalation, à répéter 4 ou 5 fois par jour.

Teinture d'eucalyptus.......		4 gr.
Hyposulfite de soude........		8 gr.
Sirop de térébenthine	} àâ	75 gr.
Eau de tilleul	}	

potion à prendre en deux jours.

Capsules d'eucalyptol à... 0 gr. 50

Prendre 2 à 6 par jour.

Eucalyptol	5 à 20 gr.
Huile d'olive stérilisée......	100 gr.

pour injections hypodermiques.

Eucalyptol	5 à 10 gr
Huile d'olive stérilisée	100 gr.

pour injections intra-trachéales.

Un produit voisin de l'eucalyptol est le goménol. Il s'emploie aux mêmes titres de solution (5 à 10 %) par voie hypodermique ou intratrachéale. Il est légitime, d'ailleurs, d'associer les deux substances dans la même formule.

On a beaucoup parlé autrefois de la créosote. On l'a préconisée dans un traitement systématique de la tuberculose et quelques médecins l'emploient encore dans certaines tuberculoses limitées, à marche lente, apyrétiques, et donnant une expectoration abondante. Dans ces cas, elle peut être utile en diminuant l'expectoration et la toux. Il ne faut jamais y recourir dans les formes évolutives, fébriles, ni dans la forme fibrocongestive car ce médicament favorise les phénomènes congestifs du poumon.

On s'est servi aussi de la créosote dans les bronchites chroniques avec expectoration abondante.

La créosote est un liquide huileux. On peut la prescrire par voie digestive, sous forme de pilules principalement, à 0 gr. 10, prises aux repas, ou en cachets :

Créosote de hêtre	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Phosphate de soude	0 gr. 50

pour 1 cachet.

en capsules :

Créosote de hêtre..........	0 gr. 05
Goudron de norvège.......	0 gr. 10
Baume de tolu.............	0 gr. 05

pour une capsule.

et, comme pour la terpine, en élixir :

Créosote	3 gr.
Glycérine	20 gr.
Vin de Grenache..........	250 gr.

une cuillerée, deux ou trois fois par jour.

Ou encore, sous forme d'huile de foie de morue créosotée, de suppositoires, de lavements. Ces derniers constituent un bon mode d'administration du médicament. On les prépare en émulsionnant 10 gouttes (pour commencer) de créosote dans 2 à 3 cuillerées d'huile d'olive, ajoutant 150 gr. de lait environ et dix gouttes de laudanum, pour un lavement, à garder. On augmente d'une goutte chaque jour jusqu'à la limite de tolérance, qui atteint souvent 50, 60 gouttes et même 100 gouttes par jour.

Une autre formule de lavement est celle de Carles :

Créosote de hêtre...........	10 gr.
Teinture de bois de Panama..	80 gr.
Eau distillée..............	60 gr.

Une cuillerée à bouche correspond à 1 gramme de créosote. On commencera par une cuillerée à café.

Enfin, un autre procédé est *l'injection sous-cutanée* de solution huileuse à 1 pour 15, dont on injecte 1, 2, jusqu'à 10 et 15 cent. cubes, en tâtant la tolérance. Il est des malades qui tolèrent la créosote par voie hypodermique et qui ne la supportent pas par la bouche — et réciproquement. Il est des individus intolérants même aux très faibles doses. Aussi, est-il nécessaire de toujours commencer par des doses minimes. Les quantités moyennes varient entre 1 et 2 grammes par jour. Quelques sujets accusent à un moment donné des troubles qui indiquent la limite supportée : ce sont une sensation de refroidissement, le noircissement des urines à l'air, etc. La créosote est contre-indiquée en cas de néphrite.

A côté de la créosote, se placent deux substances dérivées d'elle : le gaïacol et le thiocol. Le gaïacol, moins toxique, moins irritant, a les mêmes effets. Il s'emploie aux mêmes doses et de la même façon, en pilules, cachets, injections hypodermiques. Il s'utilise en outre en injections intra-trachéales, comme l'eucalyptol et le goménol. Le thiocol est aussi moins toxique et mieux toléré que la créosote. On le prescrit en cachets et en comprimés de 0 gr. 50, à raison de 1 à 3 grammes.

Un autre antiseptique, l'acide phénique, s'emploie en inhalations, avec l'appareil à deux tubulures, dans les bronchites fétides. Voici une formule d'inhalations de Constantin Paul :

Acide phénique.............	5 gr.
Acide thymique............	1 gr.
Alcool à 90°...............	20 gr.
Eau q.s. pour..............	1 litre.

Le formol a été également préconisé en inhalation dans la bronchite fétide. On commence par la solution à 3 %, dont on augmente le titre, et l'on fait des inhalations pendant 10 minutes, plusieurs fois par jour.

L'oxygène est antiseptique et eupnéique. Les inhalations d'oxygène sont indiquées dans les bronchites fétides. Je serais incomplet, si je ne mentionnais pas le dernier venu de cette pharmacopée, la teinture d'ail, vantée par Loeper dans la gangrène pulmonaire, à la dose de 20 à 40 gouttes, prises dans du lait de préférence.

Voilà les agents de l'antisepsie broncho-pulmonaire. Reste à considérer leurs applications. Je vais choisir le traitement de trois types morbides : la dilatation des bronches, la bronchite fétide et la gangrène pulmonaire.

Quand on parle de dilatation des bronches, il importe de distinguer celle qui s'observe chez les sujets jeunes de celle des sujets âgés. Dans le jeune âge, on est en présence de petits malades tousseurs, qui ont une expectoration purulente mais non fétide. On trouve aux bases de gros souffles, du gargouillement et l'on pense volontiers à de la *tuberculose*. Au bout d'un certain

temps, tout cela s'arrange : la température tombe, l'expectoration disparaît et les signes stéthacoustiques cessent d'être perçus. Le traitement sera le suivant. Au moment des poussées, des enveloppements humides, quelques expectorants (benzoate de soude, terpine), puis quelques balsamiques. Entre les poussées, séjour à la campagne, cure sulfureuse à domicile ou dans une station thermale. On n'oubliera pas que la dilatation bronchique évolue chez l'enfant 8 fois sur 10 sur le terrain hérédo-syphilitique, d'où utilité alors de la cure spécifique complémentaire.

La dilatation bronchique de l'adulte et du vieillard offre, comme celle de l'enfant, des poussées aiguës, mais entre les poussées on constate toujours des signes de sclérose. De plus, l'affection tend à devenir chronique et l'expectoration a une odeur désagréable, la maladie constituant dans ces conditions une infirmité répugnante. Le traitement peut seulement amender ces phénomènes. Vous aurez recours aux antiseptiques des voies aériennes, à l'hyposulfite de soude, à la créosote et à ses dérivés, à l'eucalyptus, par toutes les voies, médicaments qu'il y a intérêt à alterner ou à associer. Je passe sur le traitement étiologique. La syphilis intervient assez fréquemment, de même que dans l'enfance. La cure spécifique a néanmoins peu d'action. On a conseillé des interventions chirurgicales : le pneumothorax artificiel (Rist et Weill), la pneumotomie même (Ribadeau-Dumas et Mocquot). Malheureusement le pneumothorax n'est pas toujours possible, la symphyse pleurale accompagnant souvent la sclérose pulmonaire. La pneumotomie a été pratiquée une fois avec succès, un peu par erreur d'ailleurs.

A une période tardive, les malades ont de la température. L'expectoration reste purulente, et devient fétide sous l'influence d'une complication, la gangrène des bronches. C'est ce qu'on décrit sous le nom de bronchite fétide, que Lasègue appelait gangrène curable. Cette éventualité réclame une médication plus active, les inhalations phéniquées, formolées, les injections intra-trachéales qui donnent de beaux succès en pareils cas, à condition d'employer des doses assez fortes (15 à 20 cc.) et de les prolonger assez longtemps (10 à 12 jours).

J'arrive à la gangrène pulmonaire. Les nouvelles méthodes thérapeutiques ont transformé son pronostic. Condamnés autrefois, ces malades peuvent être guéris assez souvent aujourd'hui. Vous savez qu'il existe plusieurs types de gangrène pulmonaire : la forme embolique, la forme corticale, la forme massive, lobaire. Cette dernière seule est réellement accessible à la thérapeutique. Elle est encore très grave, chez les vieillards, les diabétiques, en particulier, mais dans certaines circonstances, chez des sujets assez jeunes, non tarés, au cours de la broncho-pneumonie grippale par exemple, on peut intervenir avec des chances de succès.

Les inhalations d'oxygène sont indiquées. Loeper a relaté les observations de deux malades qui ont guéri avec la teinture d'ail. Depuis, il est vrai, à ma connaissance, il n'y a pas eu de nouveau cas rapporté. Le traitement auquel il convient avant tout de s'adresser est le traitement endo-bronchique. On fera des injections intra-trachéales de 15 à 20 cent. cubes d'huile goménolée, eucalyptolée, répétées tous les jours. Guisez a publié une statistique de 14 cas de gangrène pulmonaire guéris par cette cure endobronchique. Il a soin de recommander d'injecter des doses assez fortes (car la muqueuse des voies aériennes a un pouvoir absorbant considérable) et de placer le malade en position déclive sur le côté atteint. Un procédé, utilisé autrefois, l'injection au travers la plèvre, a été rajeuni par Caussade et Rosenthal, sous le nom de lardage du poumon.

Perrin, en 1920, dans des gangrènes où l'examen de l'expectoration avait révélé une association fuso-spirillaire, a obtenu de bons résultats du novarsénobenzol. Ces cas ne sont pas fréquents. Reste, la sérothérapie anti-gangréneuse. L'action de celle-ci est assez paradoxale puisque le sérum en question a été préparé à la fin de la guerre contre les microbes de la gangrène des blessures, microbes différents de ceux qui interviennent dans la gangrène pulmonaire. Nicolle a montré qu'il y avait là une action de groupe.

La sérothérapie s'emploie en injections sous-cutanées et, si le cas est grave, en injections intra-veineuses et aussi intra-trachéales.

Lorsque la maladie résiste, se pose la question du traitement chirurgical, du pneumothorax artificiel, indiqué seulement si la cavité est en communication avec les bronches.

En pratique, je crois qu'il est impossible de bien traiter une gangrène pulmonaire sans recourir à l'examen bactériologique des crachats. Montre-t-il l'association fuso-spirillaire, on s'adressera au novar. Montre-t-il des anaérobies vulgaires, c'est le sérum anti-gangréneux qu'il faut utiliser, en y joignant, comme le recommandent la plupart des auteurs, le sérum anti-streptococcique. Et cela, par toutes les voies, la voie veineuse si le cas est grave. A l'heure actuelle aussi, la radiographie est nécessaire. Révèle-t-elle un foyer central, elle autorise le pneumothorax artificiel, lorsque la cure médicale est restée insuffisante. Révèle-t-elle des foyers disséminés, de la gangrène corticale, le pneumothorax est contre-indiqué.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'épreuve de la diurèse fractionnée et le régime des boissons au cours des néphrites.

Comment faire boire des hypertendus ?

L'étude de la diurèse fractionnée consiste à établir la réponse des reins à l'excitation provoquée par l'absorption d'une certaine quantité d'eau.

Pour cela, il faut considérer deux facteurs, dénommés par P.-L. Violle : la souplesse fonctionnelle du rein et la capacité fonctionnelle du rein.

La *souplesse fonctionnelle du rein* est la propriété que possède le rein d'adapter son pouvoir sécrétoire aux nécessités d'excrétion qu'exige l'organisme.

La *capacité fonctionnelle du rein* est représentée par le pouvoir sécrétoire maximum que possède le rein à un moment donné.

L'originalité de la méthode de Violle consiste, *d'une part*, à donner l'eau d'épreuve, non plus massivement et en une seule fois, mais à des doses fractionnées et en quantités telles que le travail de diurèse soit exécuté par les reins dans les conditions les plus favorables ; *d'autre part*, à d'étudier les éliminations, non plus à des espaces de temps fortuits et irréguliers, mais à des moments bien précis, régulièrement espacés et aussi rapprochés que possible afin de connaître d'une manière précise les possibilités fonctionnelles des reins au cours de l'effort qui leur est demandé, effort essentiellement variable au fur et à mesure de l'arrivée de l'eau d'épreuve dans la circulation générale.

La *technique de la méthode* est la suivante :

Après avoir vidé complètement sa vessie, le malade, étant couché et à jeun depuis la veille au soir, absorbe toutes les demi-heures, pendant quatre demi-heures, 200 gr. d'eau de Vittel « Grande Source ». Dès la première demi-heure après l'absorption de la première dose d'eau, jusqu'à la troisième demi-heure après l'absorption de la quatrième et dernière dose d'eau, le malade urine régulièrement toutes les demi heures dans une éprouvette graduée de 500 cmc., en notant chaque fois la quantité d'urines éliminées. On obtient un schéma, qui renseigne très exactement sur le fonctionnement des reins.

Un rein normal présente une très grande souplesse fonctionnelle ; il se plie facilement aux variations de rendement qu'exigent de lui les facteurs physiologiques qui commandent à son débit.

Le rein malade, au contraire, tend à conserver le même débit, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve placé.

Des nombreuses recherches faites par P.L. Violle, il semble ressortir que, à des degrés équivalents, la diminution de la souplesse fonctionnelle rénale peut être considérée comme un symptôme plus grave que la diminution de la capacité fonctionnelle rénale. La capacité fonctionnelle peut varier assez facilement. La souplesse fonctionnelle est plus stable, et lorsqu'elle est très diminuée, son rétablissement vers la normale indique une amélioration sérieuse du rein.

***

Il est donc très important de connaître, avec précision la souplesse fonctionnelle des reins, dans quelles limites cette souplesse est susceptible de varier et si même elle existe encore. L'épreuve de la diurèse fractionnée est seule capable de renseigner sur cette notion capitale, d'où doit découler l'*indication stricte* du régime des boissons.

A titre d'exemple, voici un sujet, dont le rein a perdu toute souplesse fonctionnelle, et qui est absolument incapable de toute réaction.

Admettons qu'il a absorbé 800 cmc. d'eau et qu'au bout de 6 demi-heures, il n'ait éliminé que 213 cmc. Il a certainement augmenté sa masse sanguine d'une façon appréciable ; sa tension maxima, déjà très élevée, s'est encore accrue : sa céphalée, due à la rétention uréique et aussi à l'hypertension artérielle, s'est aggravée ; il se plaint de fréquents vertiges. Grâce à l'épreuve, nous savons qu'il est incapable, pour le moment, d'éliminer plus de 53 gr. d'urine en moyenne par demi-heure.

L'établissement du régime des boissons, et autres liquides, y compris le lait, est absolu : ce malade ne doit prendre que 35 cmc. de liquide par demi-heure, que ce soit aux repas (potage compris) ou en dehors des repas.

Evidemment, le total des urines des 24 heures est très diminué, les urines sont rares ; mais avec une capacité fonctionnelle aussi diminuée, il est impossible de les rendre plus abondantes. Ce cas est particulièrement grave.

A côté de ce malade, il en existe d'autres qui, tout en ayant une souplesse fonctionnelle nulle, ont cependant une capacité fonctionnelle assez élevée, pouvant atteindre 55, 60, et même 70 et 380 cm. c. Dans ces cas, le régime des boissons est facile à établir, et, à raison de 70 à 80 cc. de liquide par demi-heure, on arrive à pouvoir obte-

nir des urines totales de 24 heures tout à fait normales en quantité.

L'intérêt de cette épreuve de la diurèse fractionnée est donc d'une importance particulière pour le praticien chez les hypertendus. (*La Presse médicale*, 15 décembre 1923.)

Traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu par les doses massives de salicylate.

Il faut, avant tout, sauvegarder la fonction cardiaque chez le rhumatisant : tel est le but que recherche le Dr Danielopolu par cette méthode.

Dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, le traitement doit prévenir les *complications* cardiaques, est-il écrit dans les traités classiques. Telle qu'elle est formulée, cette proposition comporte une erreur : la lésion cardiaque n'est pas une complication, mais bien une détermination rhumastimale, tout comme la lésion articulaire. L'étude du rhumatisme infantile le prouve jusqu'à l'évidence, car le tableau complet de l'infection polyarticulaire se voit surtout chez l'enfant et chez l'adolescent, celui de l'adulte n'étant souvent qu'une forme atténuée ou fruste.

Si l'on prend en considération la constance de la lésion cardiaque dans le rhumatisme insuffisamment traité, et si l'on admet que la lésion cardiaque commence dès les premières phases du rhumatisme (fait infiniment probable), les résultats excellents obtenus par l'auteur prouvent que le salicylate peut avoir une action curative spécifique sur la lésion inflammatoire aiguë. Mais pour obtenir ces résultats, il faut administrer *des doses suffisantes de salicylate dès les premiers jours de l'infection* ; or, le traitement employée par l'énorme majorité des praticiens, et que l'on trouve dans les traités classiques ne permet presque jamais d'atteindre ce but.

M. Daniélopolu ne connaît pas de préparation supérieure au *salicylate de soude* ; tous les troubles désagréables, graves quelquefois, qui lui sont imputables, disparaissent *par l'emploi de fortes doses de bicarbonate de soude* : pratiquement pour chaque gramme de salicylate , nous devons ajouajouter 2 gr. de bicarbonate de soude. Il faut aussi *fractionner les doses* pour que l'organisme soit continuellement inondé par le salicylate. On le donne par doses égales toutes les deux heures le jour, et toutes les quatre heures la nuit.

Le *traitement doit être progressif* : on commence par 8 gr. par jour chez l'adulte, 5 gr. chez l'enfant de 8 à 12 ans , 2 et 3 gr. chez l'enfant audessous de 8 ans. Cette quantité est prise pendant deux jours, intervalle après lequel, si on ne constate pas d'amélioration, ni dans la fièvre, ni dans les phénomènes articulaires, on augmente la dose de 1 à 2 gr. par jour. On arrive ainsi chez l'adulte à 15, 18 gr. par jour dans les formes moyennes, 20 à 25, 30 gr. par jour dans les formes graves.

La quantité de salicylate doit être augmentée progressivement jusqu'à ce qu'on obtienne un commencement évident d'amélioration. Une fois ce résultat obtenu, on se maintient à la dose maxima jusqu'à l'obtention d'une amélioration considérable, c'est-à-dire jusqu'à la disparition presque complète des phénomènes articulaires et de la fièvre. Puis on diminue, mais très progressivement ; il n'est pas permis de diminuer les doses de plus de 1 ou 2 gr. tous les 2 jours.

Voici les conclusions du Dr Daniélopolu :

« Toutes les fois que nous avons pu appliquer la méthode des doses massives dès les premiers jours de l'infection rhumatismale, le cœur est resté indemne. Nous avons des cas de rhumatisme grave chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte qui ont été suivis au point de vue cardiaque pendant plusieurs années, aucun des sujets traités d'après les règles exposées plus haut n'a présenté le moindre signe de lésion cardiaque.

« Par contre, toutes les fois que nous n'avons pu employer à temps des doses suffisantes de salicylate, dans le rhumatisme chez l'enfant et de l'adulte, le cœur s'est pris. Nous avons, de même, souvent constaté des lésions cardiaques chez l'adulte rhumatisant insuffisamment traité.

« Le régime alimentaire doit être composé surtout de farineux et de sucreries (aliments anticétogènes). Nous devons garder le malade au lit le plus longtemps possible et soigner l'état intestinal.

« Une fois le cœur pris dans le courant d'une attaque rhumatismale, nous devons continuer le traitement, qui peut améliorer même la lésion cardiaque. Le salicylate n'est pas contre-indiqué chez les cardiaques chroniques, qui font une poussée rhumatismale. Dans ce cas, il faut lui associer les cardiotoniques. Pour combattre l'arythmie, on peut essayer la quinine ou la quinidine. (*La Presse médicale*, 15 décembre 1923.)

Province et divers

Traitement par la bile conservée de la paralysie post-opératoire de l'intestin.

Des recherches qu'il a faites dans la littérature médicale, M. Simitch conclut que l'expérimentation prouve, dans la majorité des cas, que la bile et les sels biliaires introduits dans l'organisme, soit par voie circulatoire, soir par voie digestive, excitent la motricité de l'intestin et produisent, soit de la diarrhée, soit des vomissements, soit les deux à la fois.

Partant de ces données expérimentales, l'auteur a eu l'idée de traiter, par les lavements de bile, les paralysies intestinales qui succèdent si souvent aux opérations abdominales, dans lesquelles l'intestin a été plus ou moins manipulé.

Il est difficile d'employer la bile fraîche : elle

n'est pas toujours à portée du médecin quand il en a besoin ; elle devient en outre rapidement un milieu de fermentation microbienne. Aussi, recommande-t-il de la remplacer par l'extrait de bile, mou ou sec. Il conseille de dissoudre 10 grammes d'extrait mou, ou 5 gr. d'extrait sec dans 400 cmc. d'eau à 37°, qu'on administre en lavement, au moyen d'un bock, sous très basse pression.

Au bout de quelques instants, le sujet éprouve le besoin d'aller à la selle et il expulse le contenu du gros intestin.

« Les résultats que nous avons obtenus par ce moyen simple et ineffensif ont été constants (27 observations). Nous n'avons pas eu un seul échec chez les opérés auxquels nous avons appliqué ce traitement. Jamais nous n'avons observé la moindre trace d'une irritation de la muqueuse. Les premiers gaz passés, il est quelquefois, mais rarement, nécessaire d'avoir recours à un second lavement de bile pour maintenir le fonctionnement normal de l'intestin. »

Si la paralysie intéresse, en même temps ou isolément, la vessie, à la suite d'une opération, les lavements de bile amènent le rétablissement des fonctions vésicales (4 observations). (*Strasbourg Médical*, 2 février 24.)

La disparition de la syphilis.

C'est un fait d'observation courante que la syphilis tend à disparaître ; que le nombre de malades porteurs de lésions ouvertes et contagieuses qui se présentent aux consultations hospitalières diminue chaque jour, au point que, ainsi que me le disait dernièrement un chef de laboratoire de Saint-Louis, il est parfois impossible, au cours d'une séance, de trouver une sécrétion pathologique contenant des spirochètes.

M. Salmon, qui fait les mêmes constatations, en cherche judicieusement les causes. Celles qu'il met en évidence sont intéressantes à signaler.

C'est d'abord la diminution de la prostitution due elle-même, d'une part à la vie chère, d'autre part, à l'augmentation du nombre des femmes salariées, dans le commerce et l'industrie, parmi lesquelles il en est qui, « libres de leur conduite, libérées du contrôle familial, remplacent ou jouent le rôle tenu par les prostituées ». Chez celles-ci, la syphilis serait l'exception.

D'un autre côté, la fin de la guerre a été suivie d'une véritable épidémie de mariages.

Enfin, pendant leur séjour aux armées, les mobilisés syphilitiques ont été soignés énergiquement, blanchis et rendus inoffensifs.

Selon l'auteur, si l'on veut parachever l'œuvre, et faire disparaître la syphilis, il faut s'attaquer à la prostitution. « C'est la prostitution qui constitue le réservoir, le conservatoire du virus de la vérole. C'est la prostitution qu'il faut réduire au minimum. Le Saint-Lazare actuel doit être démoli ; au lieu de reconstruire un hôpital policier, au lieu de maintenir la police des mœurs sanitaires actuelle, il faut, avec ces millions, organiser la lutte contre ces victimes de la misère et de la maladie, contre l'armée des pauvres prostituées ou plus exactement venir à leur secours. » (*Revue d'hygiène*, février 24.)

Quelques réflexions sur les phénomènes de choc.

Si l'on ne sait pas précisément quelle est la nature exacte du choc, on en connaît parfaitement l'expression clinique : vaso-constriction périphérique intense, cyanose d'origine pulmonaire, dyspnée violente, vomissements, diarrhées, syncopes, mictions répétées, convulsions pouvant aboutir à une mort plus ou moins rapide. Tel est le tableau du grand choc. A un degré moindre, on n'observe que de la pâleur, de la gêne respiratoire, des tendances lypothymiques.

Enfin, il y a les petits chocs qui demeurent inaperçus, et dont la signature est fournie par l'inversion de la formule vasculo-sanguine : leucopénie, hypercoagulabilité, hypotension, etc.

Parmi les chocs, on distingue ceux qui ressortissent à l'anaphylaxie : ce ne sont ni les plus fréquents, ni les plus redoutables, puisqu'on peut les prévoir et les prévenir. Plus fréquents sont les chocs dits protéiques, de première injection, dus à la pénétration brusque dans la circulation de substances albuminoïdes ; ceux qui sont provoqués par des substances non albuminoïdes.

Réduit à la crise hémoclasique, le choc peut être déterminé par une foule de causes diverses : injection intra-veineuse ou sous-cutanée de colloïdes et de cristalloïdes ; de certains poisons (stychnine, atropine, pilocarpine) ; ingestion de certains aliments (viande, lait, chocolat) ; excitation du système nerveux ; exposition au froid, à la chaleur, aux rayons X, aux traumas ; la peur, la colère, une émotion vive.

« La notion de la crise hémoclasique, écrit M. A. Dufourt, est une notion théorique avant tout, sur laquelle certains espoirs ont été certainement édifiés trop précocement. Il nous indiffère de provoquer des crises quotidiennement sous les influences les plus variées, puisque les chocs insignifiants dont elles sont le témoin, non seulement n'interviennent pas dans la production d'un véritable état pathologique, mais constituent une des multiples réactions organiso-physiques de l'état de vie. »

L'auteur rappelle ensuite les deux mécanismes envisagés comme producteurs des chocs, la floculation, la théorie nerveuse. « L'état de choc relèverait donc d'une perturbation brutale et soudaine de l'équilibre harmonieux qui existe normalement entre le sympathique et le nerf

vague. Si l'un de ces nerfs prend une action brusquement prédominante, il se produit un choc. Presque tous les chocs sont dus à une exaspération du vague. » Nous savons donc quels sont les sujets plus spécialement prédisposés ; nous savons utiliser aussi certains tests qui nous révèlent la vagotonie, état plus particulièrement redoutable. Nous pouvons nous prémunir contre les accidents éventuels.

Les petits chocs protègent contre les grands. Ils déterminent un intervalle d'inexcitation temporaire du système neuro-végétatif. Ainsi agit la peptone administrée avant les repas. C'est un phénomène transitoire, qui diffère de la désensibilisation durable et spécifique, telle celle que provoque l'injection de lait chez un nourrisson anaphylactisé.

Enfin, les grands chocs peuvent influencer favorablement les maladies infectieuses. Mais ils ne sont pas sans risques. « Les microbes disparaissent de la circulation durant le cataclysme vasculo-sanguin et nerveux qui secoue l'organisme au moment du choc. »

Cet exposé nous donne des aperçus intéressants sur des phénomènes si fréquemment exploités actuellement, et projette une lueur favorable à la compréhension de ces phénomènes, qui conservent, malgré tout, un certain mystère. (*Lyon Médical*, 17 fév. 24.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

L'homme préhistorique.

(M. CAPITAN. — *Académie de médecine*, 19-2-1924.)

M. Capitan fait une communication sur quelques récentes découvertes concernant l'homme préhistorique.

On sait que l'homme primitif, sauvage à vie très rudimentaire, accumulait dans et autour de son habitat les objets utiles à son existence, en particulier des ustensiles grossiers en os, corne, ivoire et silex. La découverte des dits ustensiles, leur identification, et aussi quelquefois les squelettes mêmes de ces primitifs, rencontrés dans des couches terrestres dont l'âge est établi par les géologistes, autorise à fixer (très approximativement, sans doute) l'époque où vivaient ces hominiens.

La présence d'armes et d'ossements humains dans des couches terrestres très anciennes avait permis de faire remonter à plus de soixante-quinze mille ans l'homme préhistorique. De nouvelles recherches et fouilles nous forcent à reculer encore, et de beaucoup de millénaires, l'âge de nos ancêtres éloignés. M. Capitan cite, à ce sujet, les travaux de M. Moir, faits en Angleterre, aux environs d'Ipswich, ceux de MM. Depéret, Mayet et Ancelin, dans le célèbre gisement de Solutré, près Mâcon, celles de l'abbé Lemozi, de Casteret, de Capitan et Bégouen, dans le Lot et les Pyrénées, aux grottes David et Montespan. A Solutré, MM. Depéret, Mayet et Ancelin trouvèrent les squelettes de deux hommes, et d'une femme enceinte de sept mois. Aux grottes David et Montespan, on découvrit des dessins humains sur argile, indices d'un art préhistorique.

Action des chocs protéiques et anaphylactiques dans le tétanos expérimental.

(MM. F. ARLOING et L. THÉVENOT. — *Académie de médecine*, 19-2-1924.)

MM. Arloing et L. Thévenot ont étudié l'action des chocs protéiques et anaphylactiques dans le tétanos expérimental. Leurs expériences, qui ont porté sur 100 cobayes, leur ont montré que :

1° Avec une toxine tétanique d'activité moyenne, le choc protéique préserve dans la moitié des cas, et le choc anaphylactique (sérum et caséine), provoqué de bonne heure, a une action curatrice nette contre les effets mortels de la toxine ; un choc violent permet la guérison d'un tétanos localisé.

2° Avec une toxine atténuée ou au contraire très active, les chocs restent sans résultat.

Les auteurs laissent le soin d'apprécier si ces expériences pourront conduire à de prudentes et utiles applications thérapeutiques chez l'homme.

La prophylaxie antituberculeuse, à Arcachon.

(M. F. LALESQUE. — *Académie de médecine*, 19-2-24.)

Exerçant depuis quarante années à Arcachon, ville dont tout un quartier est habité par des tuberculeux venant y passer l'hiver, M. Lalesque démontre qu'avec des mesures prophylactiques appropriées, on peut préserver la population d'un pays fréquenté par des malades et arriver à une mortalité locale par tuberculose inférieure au chiffre moyen de toute la France.

Il y a quarante ans, la mise en action des méthodes prophylactiques en matière de bacillose était difficile, le public et les municipalités y étant assez réfractaires. Depuis, la question a changé, les désinfections et les mesures protectrices étant aujourd'hui acceptées facilement et même réclamées de toutes parts.

Dès 1892, M. Lalesque fit installer à Arcachon un poste sanitaire qui est devenu un bureau d'hygiène avec toute une organisation spécialisée. L'auteur rappelle qu'il vulgarisa dans la station où il exerce, à une époque où les éléments opposés et indifférents étaient nombreux, le crachoir et la désinfection. Dans les chambres des malades, fut affiché un avis imposant aux tousseurs, l'usage du crachoir, avec indication des liquides antiseptiques à y verser et des procédés de son nettoyage. Tout local habité par un tuberculeux

ne put être reloué qu'après désinfection, certifiée par un délégué du Bureau d'hygiène, et complétée par l'étuvage de la literie, rideaux et tentures. Une blanchisserie fut construite pour stériliser et nettoyer le linge des tuberculeux, source de contagion lorsqu'il est livré aux blanchisseuses ordinaires. Les médecins de la station décidèrent de faire recueillir le linge en question (linge de toilette, de corps, de table), dans un sac, porté à l'étuve, avant de passer au lessivage. Les ouvrières manipulant ce matériel se protègent au moyen de blouses, masques, bonnets et solutions antiseptiques. On affecta des voitures différentes au transport du linge sali et du linge blanchi, etc.

Comme résultat, à Arcachon, depuis 20 ans, la mortalité moyenne des habitants par tuberculose est de 15 pour 10.000, nettement inférieure à la mortalité pour le reste de la France.

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde.

(MM. Paul Claisse et Louet. — *Soc. méd. des hôp.* 25-et 1-2 1924.)

Le vaccin anti-typhique, déjà un peu redouté par les sujets sains, semble l'avoir été plus encore lorsqu'il s'est agi de l'employer comme traitement chez les typhiques eux-mêmes, moins résistants du fait de leur affection. Un certain nombre d'auteurs ont cependant eu recours à cette vaccinothérapie, avec des résultats favorables. Récemment, M. Vigot affirmait l'efficacité et l'innocuité de la méthode. M. Paul Claisse pense également que les craintes émises au sujet de cette vaccinothérapie sont illusoires. Il rapporte quatre observations de rechutes de fièvre typhoïde ainsi traitées, concernant par conséquent des sujets déjà affaiblis par une longue épreuve morbide. Les injections de vaccin n'ont occasionné aucune réaction inquiétante et ont été suivies de descente assez rapide de la température.

— MM. H. Méry et L. Girard sont d'accord avec M. Claisse quant à l'efficacité de la vaccination curative dans la fièvre typhoïde, en particulier dans les rechutes de la maladie, mais ils ne partagent pas son opinion quant à son innocuité. La vaccination curative n'est pas absolument inoffensive et elle demande à être administrée avec une très grande prudence, surtout chez l'enfant. M. Méry a noté, après son usage, même à faible dose, un petit choc vaccinal, qui peut être dangereux chez les patients ayant une tendance au collapsus. La vaccinothérapie par voie veineuse peut ainsi conduire à des désastres et l'auteur s'en tient à la vaccinothérapie par voie buccale.

Ce n'est pas tout. Pour obtenir des résultats avec le minimum de risque dans la vaccinothérapie des typhiques, il a paru à M. Méry qu'il est une condition essentielle : pratiquer ce mode de traitement au début de la maladie, dans les dix à douze premiers jours. A partir du deuxième septénaire, la septicémie typhique a envahi tout l'organisme, les microbes d'infection secondaire manifestent leur présence dans les complications, et la vaccinothérapie n'exerce plus aucune influence favorable. La vaccination curative est également utile dans les rechutes. Pour éviter les accidents, on devra donc choisir la période (premier septenaire), et la technique (injections à faibles doses de vaccin chauffé dilué ou mieux de fortes doses de vaccin *per os*).

Un cas de Sodoku à Paris.

(MM. Laignel-Lavastine, Bontet, Serrant et Arbeit. — *Soc. méd. des hôp.*, 27-1-1924.)

M. Laignel-Lavastine rapporte un cas de sodoku, observé à Paris, pris tout d'abord pour une fièvre typhoïde, puis, pour une méningococcie, et il montre l'intérêt qu'il y a à penser à cette affection, qui est, sans doute, beaucoup moins rare qu'on ne le suppose. Le malade, un employé des Postes, ayant trouvé un soir dans sa chambre un rat, lui fit la chasse et fut mordu par l'animal. Une dizaine de jours plus tard, apparut un état fébrile et, au niveau de la cicatrice, de la rougeur, de l'œdème. La fièvre persista, avec exanthème, asthénie, amaigrissement, albuminurie, pendant plus de deux mois. Séro-réaction avec l'Eberth négative. Admis à ce moment à l'hôpital, on pensa au Sodoku (fièvre par morsure de rat). Wassermann et Hecht positifs. Le malade, soumis à la cure arsenicale, s'améliora rapidement et guérit. L'injection du sang à la souris donna naissance au développement du *spironema sodoku*.

Le Wassermann a été trouvé fréquemment positif dans le sodoku. Il s'agit là probablement d'une réaction de groupe des spirochétoses. L'action thérapeutique du novarsénobenzol relève de la même explication.

— M. Apert a eu récemment dans son service un enfant, qui, à la suite d'une morsure de rat, fut atteint de poussées fébriles intermittentes, lymphangite à départ du point mordu, et éruptions papuleuses faciales. La culture de sang en période fébrile mit en évidence le spirochète.

— M. Claisse a observé à Laënnec un cas de spirochétose ictéro-hémorrhagique dont l'origine semble avoir été particulière. Le malade expulsa, en effet, deux lombrics. On sait le rôle susceptible d'être joué par la lombricose dans certaines affections fébriles. M. Chauffard a relaté des exemples de lombricose simulant la fièvre typhoïde. La spirochétose du sodoku s'inocule à la plaie cutanée infectée par le rat. On peut se demander si, chez le patient de M. Claisse, il n'y a pas eu plaie de la muqueuse intestinale due à un lombric porteur du germe de la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

Endocardite à forme typhoïde.

(MM. Jacob et Louet. — *Soc. médicale des hôpitaux* 25-1-1924.)

MM. Jacob et Louet ont observé à l'hôpital Laënnec un cas d'endocardite maligne streptococcique à

forme typhoïde avec signes stéthacoustiques de rétrécissement mitral.

Le diagnostic fut établi par un séro-diagnostic négatif pour l'Eberth et les paratyphiques et une hémoculture positive (à deux reprises) pour le streptocoque. La sérothérapie anti-streptococcique resta inefficace et le malade succomba.

— M. VAQUEZ n'est pas convaincu qu'il s'est agi là d'une endocardite d'emblée aiguë et maligne. On pourrait admettre une terminaison maligne d'une endocardite secondaire évoluant depuis plusieurs mois. L'endocardite à forme prolongée peut, dans sa période initiale, ne provoquer aucun phénomène susceptible d'empêcher le malade de continuer ses occupations. M. Vaquez a vu récemment un patient chez qui la fièvre avait à coup sûr débuté près de quatre mois auparavant. Or, au moment de l'examen, les symptômes étaient ceux d'une endocardite maligne à marche rapide.

La cholestérine de la bile.

(MM. CHIRAY et LE CLERC. — *Société médicale des hôpitaux*, 8-2-1924.)

MM. Chiray et R. Le Clerc ont étudié les variations de la cholestérine de la bile vésiculaire et de la bile hépatique en recueillant par tubage du suc duodénal.

Que faut-il entendre, tout d'abord, par bile vésiculaire (bile B) et par bile hépatique (bile A). Dès que l'olive de la sonde arrive dans le duodénum, on prélève un liquide jaune d'or, qui représenterait la bile cholédocienne venue du canal cholédoque (bile A, des auteurs américains). Dans la suite, le simple contact de l'olive avec la muqueuse duodénale, ou l'action provocatrice obtenue en instillant dans le duodénum 25 cent. c. d'une solution de sulfate de magnésie à 30 p. 100 (épreuve de Melzer-Lyon) amène un suc plus foncé et plus filant (bile B des Américains), considéré à l'heure actuelle par la plupart des auteurs comme étant d'origine vésiculaire.

Quoi qu'il en soit, d'une série de recherches sur des cas normaux et des cas pathologiques, MM. Chiray et Le Clerc sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Normalement, la bile B prélevée par tubage duodénal à la suite de l'épreuve de Melzer-Lyon contient de 4 à 10 fois plus de cholestérine que la bile A.

2° Dans les cholécystites lithiasiques ou non lithiasiques, dans les troubles vésiculaires réflexes (ulcère duodénal), des constatations inverses sont couramment faites.

3° Dans les oblitérations du canal cystique par calculs, le taux égal de la cholestérine et des pigments biliaires dans la bile A et la bile B permet de soupçonner le trouble fonctionnel.

4° Dans la péricholécystite étendue, gênant les contractions de la vésicule, on peut reconnaître la stase relative, par l'exagération du décalage normal entre le taux de la cholestérine et des pigments dans la bile A et la bile B.

P. L.

Les hanches étiquetées « arthrite déformante ou rhumatisme localisé » sont des malformations congénitales méconnues

(M. CALOT.— *Académie de Médecine*, 19 février 1924.)

Le Dr CALOT (de Berck) a été conduit à cette conclusion par l'étude de 80 pièces anatomiques et leur confrontation avec des milliers de radiographies, et avec toutes ses observations cliniques.

Dans toutes ces hanches, il a retrouvé, à l'examen direct, ou à la radiographie, un « double cotyle ou un cotyle à double fond », c'est-à-dire une luxation, incomplète presque toujours, et même quelquefois complète : luxation ou subluxation congénitales et non pas « acquises », comme l'on avait cru jusqu'à ce jour. L'auteur le prouve par de nombreux arguments dont les suivants :

1° Le cotyle à double fond ne se retrouve pas dans les cas de rhumatisme chronique vrai généralisé où la hanche est envahie ; le prétendu rhumatisme localisé n'est donc pas du rhumatisme.

2° La radiographie des hanches étiquetées arthrite déformante ou rhumatisme partiel, radio prise d'emblée au premier signe clinique, montre une lésion articulaire déjà énorme, un double cotyle ou cotyle à double fond, avec une tête fémorale grosse comme le poing. Il est certain que cette lésion est très ancienne et n'a pas pu se produire instantanément.

Autre argument encore plus décisif :

Si l'on radiographie systématiquement l'autre hanche, celle dont le malade vous affirme « qu'elle n'a rien, et qu'elle n'a jamais rien eu », la radio montre assez souvent la même lésion tout aussi énorme, quelquefois plus (1) que sur la hanche déclarée malade. Or, il n'est pas admissible un seul instant qu'un processus « acquis », traumatique ou infectieux, de gravité suffisante pour produire un pareil bouleversement anatomique de la jointure, ne se soit manifesté à aucun moment par le plus petit symptôme appréciable pour le malade. Tandis que, tout au contraire, ce silence clinique absolu est parfaitement admissible et admis aujourd'hui pour les lésions d'origine congénitale ; exemples : tant de *spina bifida* et de malformations congénitales du cœur, etc.

Et ce même argument sans réplique vaut pour la prétendue ostéochondrite, car là aussi, on a constaté assez souvent à la radiographie des lésions tout aussi accentuées ou même plus (2) sur la deuxième

(1) Exemple le cas fameux à la *triple* EXPERTISE, rapporté par MOUCHET, où les lésions anatomiques étaient « BIEN PLUS ACCENTUÉES » sur l'autre hanche où le malade « ne sentait rien ».

(2) Exemple le 4e cas présenté par Legg (dès sa première publication, juin 1909) où les lésions étaient « *plus marquées* » sur l'autre hanche où il n'y avait AUCUN SIGNE CLINIQUE.

hanche « *qui n'avait absolument rien* », au dire des parents.

Aussi bien, le Dr Calot démontre que toutes les maladies de la hanche désignées par ces vocables multiples : « Rhumatisme, arthrite déformante, arthrite sénile, ostéochondrite », ne sont que les formes variées suivant les individus et suivant les âges, d'une seule et même malformation : la subluxation congénitale.

Ces malformations sont d'une fréquence extrême ; elles sont si fréquentes, qu'elles représentent près de 50 pour cent des hanches malades avant 20 ans, et 90 pour cent après 20 ans.

Elles peuvent rester latentes de longues années ; elles le resteront tant qu'on n'imposera pas à ces hanches un travail au-dessus de leur capacité fonctionnelle. Par contre, cet équilibre articulaire peut se rompre à tout âge, 10 ans, 20 ans, 50 ans, sous l'influence de causes physiologiques ou pathologiques multiples (surmenage, chutes, maladies intercurrentes, grossesse, obésité, ménopause, etc.).

Et les premiers signes cliniques, par suite des entorses répétées que cette rupture d'équilibre amène, seront une douleur ou une boiterie que, jusqu'à ce jour, on rapportait presque automatiquement *chez les jeunes à la coxalgie*, et chez les *adultes* ou *vieux à l'arthrite sèche*. Mais, aujourd'hui, la radiographie vient au secours de la clinique pour donner sa signature à la lésion congénitale et permettre d'éliminer la tuberculose et le rhumatisme.

Les Livres

Librairie de France,

110, boulevard des Saint-Germain, Paris.

G. Flaubert. — Œuvres complètes : **Correspondance** : tomes I et II. Texte révisé et classé par M. R. Descharmes. Portraits sur bois gravés par M. A. André.

Bouvard et Pécuchet. Illustrations de Bernard et Naudin.

Ces trois nouveaux volumes de l'*édition du Centenaire* ont les mêmes caractéristiques que ceux qui les ont précédés et que nous avons anonncés ici : ce sont de *beaux* livres, dans la forme aussi bien que dans le fond.

Toute bibliothèque soucieuse de sa réputation s'enorgueillira de les posséder.

Les Thèses

P. — Mme Macrez. — **Des modes d'action des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur dans les maladies de la femme et la stérilité** (1924.)

Le docteur Hélène Macrez vient de publier chez Vigot la thèse inaugurale qu'elle vient de soutenir devant la Faculté de Paris. Je soulignai l'an dernier, ici même, que c'était bien là un signe des temps que de voir la magnifique floraison de thèses consacrées aux Eaux minérales. Nous nous apparentons en cela au 18e siècle qui fut le grand siècle pour l'hydrologie, en attendant que le vingtième vienne lui arracher, ce titre . Les Bordeu, les Raulin, les Baggart régnèrent à cette époque lointaine !

Garrigou, Albert Robin, Bardet, à la suite des Max Durand-Fardel et des Michel Bertrand, et plus près de nous, le très regretté Linossier, avec Landouzy et Carron de la Carrière, ont préparé le mouvement actuel. La crénothérapie n'est plus une branche de l'art de guérir considérée comme une parente pauvre: la crénothérapie fait partie intégrante de la thérapeutique. Elle a sa chaire au grand soleil de nos Facultés.

Dans chaque région se fondent des Instituts ; les laboratoires se spécialisent dans des recherches de physicochimie. Des membres de l'Institut, comme M. le professeur Moureu, apportent l'appui de leur grand nom à l'influence de la radio-activité. Les analyses, sur la foi desquelles nous vivons encore, sont reprises de toute part : la clinique et le laboratoire font converger tous leurs efforts.

C'est pourquoi la thèse de notre nouveau confrère (nous sommses particulièrement heureux ici de lui souhaiter la bienvenue au milieu de nous) mérite l'examen.

Je ne sais plus quel médecin disait un jour, frappé des mutilations dont la chirurgie avait meurtri la femme : « *la gynécologie doit être conservatrice* ». Jamais parole ne pourra être mieux appliquée qu'à la thérapeutique hydro-minérale spécialisée dans le traitement des affections de la femme. Nombreuses sont les stations chlorurées-sodiques, sulfurées-sodiques ou oligo-métalliques, qui peuvent compter parmi leurs indications principales les maladies utéro-ovariennes : Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat, Salins-de-Mouillères, Luxeuil, Luchon (source Bordeu), Ganties, Labarthe de Rivière, et bien d'autres encore. Mais, à juste titre, Saint-Sauveur, depuis plus de cent ans, a donné de telles preuves de son heureuse action sur la musculature et la muqueuse utérine, sur la circulation artérielle et veineuse du petit bassin, et, par conséquent, sur l'ensemble des annexes, que sa valeur en gynécologie n'est plus discutée.

Action sédative, action imprégnante, sont les hautés caractéristiques de Saint-Sauveur.

L'action *sédative* se montre dès le début de la cure thermale. Elle est primitive, non précédée de symptômes. Or, il faut noter qu'un examen attentif des divers éléments qui composent l'eau ne peut expliquer cette action qui est analogue à celle des bromures.

L'action *utérine* se montre vers le 10e bain. Elle est caractérisée par des sensations particulières éprouvées par la malade dans le bas-ventre, par le rejet d'un liquide, l'hydrorrhée thermale. Peut-être, peut-elle s'expliquer par une action sur le système sympathique ! L'*action imprégnante*, c'est-à-dire facilitant la conception, est la conséquence de l'action utérine. Chacun sait la grossesse « historique » de l'Impératrice Eugénie après son séjour à Saint-Sauveur.

Avant toute opération (je ne parle pas d'épithéliomas ou du cancer qui contre-indiquent formellement la cure), Saint-Sauveur impose sa technique.

R. MOLINÉRY.

Ly. — Dr Joseph PEYRUS. — **Essai sur la bismuthothérapie dans la neurosyphilis**, 1923.)

Envisageant la thérapeutique actuelle vis-à-vis des syphilis nerveuses, M. Peyrus, au cours d'un très intéressant travail sur la bismuthothérapie, met en relief dans diverses observations de neurosyphilis (dont la plupart ont été recueillies dans l'important service de neurologie de M. le docteur Bériel), les heureux résultats de la médication bismuthée là où mercure et arsenic semblaient devoir échouer ou avoir épuisé leur effet.

Au cours de son expérimentation, l'auteur s'est exclusivement et principalement servi d'un composé organique récent, remarquablement bien toléré, par voie intramusculaire, même à doses élevées ou rapprochées, et sans phénomènes réactionnels, l'oléate de bismuth (Oléo-Bi « Roche ») titré à 50 % de Bi-métal ; puis, accessoirement, d'un tartrobismuthate de sodium, titré à 35 % (Tartro-Bi), administré par voie endoveineuse.

L'efficacité du bismuth — en l'espèce de l'oléo-bi — apparaît nettement établie dans plusieurs des observations de l'auteur, et nous devons admettre, avec M. Peyrus, qui en a minutieusement étudié l'action, que cette dernière tient principaleent à la diffusion lente et profonde du Bi dans les tissus, réalisant « un véritable bain bismuthé », notamment au niveau des centres nerveux et du liquide céphalo-rachidien.

Des nombreuses observations recueillies jusqu'ici par divers expérimentateurs, aussi bien dans les hôpitaux de Paris, Saint-Louis, Cochin, Hôtel-Dieu, que, dans les hôpitaux de province, Antiquaille, Charité, Nancy, Strasbourg, il semble que l'oléo-Bi soit un produit excessivement commode à administrer, très maniable, présentant une résorption complète en même temps que lente et progressive du bismuth, sans danger d'accumulation ou de décharges inondant brusquement l'organisme, et dont, par conséquent, il est facile, par un dosage judicieux, d'éviter toute action secondaire.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'hyperovarie. Symptômes et traitement.

Dans un article antérieur (1) nous avons étudié les symptômes par lesquels se manifeste l'insuffisance de la sécrétion ovarienne. Nous avons vu que les troubles imputables à l'hypo-ovarie se manifestent du côté des organes génitaux, de la menstruation et de l'appareil circulatoire par des troubles caractéristiques ; que l'habitus extérieur et l'état mental la traduisent aussi, très souvent, par des particularités assez nettes.

L'excès d'activité de la fonction endocrinienne de l'ovaire retentit non moins profondément sur l'organisme féminin et lui imprime aussi une marque très particulière, qui impose le diagnostic en même temps qu'une thérapeutique appropriée. De ces symptômes, on peut dire que, d'une façon très générale, ils représentent l'inverse de ceux de l'hypo-ovarie.

(1) Cf. *Concours Médical*, 3 février 1924. — L'insuffisance ovarienne, comment la reconnaître et la traiter ?

Organes génitaux. — Développement trop précoce, formation trop rapide au moment de la puberté.

Menstruation. — Écoulement très abondant dès le premier jour, durant trop longtemps, s'accompagnant d'une congestion excessive des organes pelviens, se renouvelant trop fréquemment, au point de constituer parfois chez les jeunes filles ces ménorrhagies anémiantes que Trousseau incorporait dans son syndrome de chlorose ménorrhagique.

Morphologie générale et habitus. — Maigreur le plus généralement, aspect vif, yeux brillants, facies expressif.

Etat mental, et nerveux. — Nervosisme, irritabilité, sens génésique très développé, avec fastigium au moment des règles, quelquefois tyrannique si non satisfait, pouvant alors incliner

vers la névrose avec idée fixe, l'hypochondrie ou vers l'auto-érotisme.

Appareil circulatoire. — Pas de symptômes bien particuliers de ce côté, pression artérielle plutôt élevée.

Le syndrome hyperovarique peut apparaître à toutes les époques de la vie sexuelle, mais c'est ordinairement à la puberté et à la ménopause qu'il se manifeste avec le plus de fréquence et d'intensité. A ces deux périodes, en effet, l'ovaire est le siège d'un travail cellulaire très actif, de formation avec prolifération dans le premier cas, de désintégration et de transformation dans le second, aboutissant, dans tous les deux, à une hypersécrétion momentanée de substances hormoniques.

Comment remédier à ces troubles ? La médication symptomatique, si l'un d'eux apparaît très accentué, ne perd pas ses droits, mais c'est à l'opothérapie que reviendra le traitement de fond parce que, seule, elle s'adresse à la cause. On fera de l'opothérapie ovarienne, mais de l'opothérapie ovarienne dissociée, car il apparaît en vérité illogique de donner de l'ovaire total à des femmes qui en ont déjà en excès. Si l'on donne, au contraire, la chalone ovarienne le principe frénateur et régularisateur que renferme la partie lipoïdique de la glande (sistomensine), on observera le plus souvent la diminution et la régularisation du flux menstruel en même temps la sédation des phénomènes nerveux. On prescrira de trois à six comprimés de sistomensine pendant les 5 ou 6 jours précédant les règles (moment où l'ovaire atteint l'acmé de son activité) ; on continuera le traitement au cours de celles-ci, en élevant même la dose à 7 ou 8 comprimés si l'écoulement reste trop abondant ; on le cessera aussitôt après, pour le reprendre le mois suivant, jusqu'à ce qu'un résultat durable soit obtenu. Si le syndrome hyperovarien est très accusé, on recourra avec avantage à la voie hypodermique en utilisant les ampoules de sistomensine (2 cmc tous les 2 jours). Ce traitement par voie digestive ou parentérale, pour être vraiment efficace, doit être assez prolongé, souvent pendant 3, 4 ou 6 mois, puisqu'il doit aboutir à une modification de la structure interne de l'ovaire.

Certains auteurs (Aragon, Prével, Pézard, Zénope, etc.), admettant l'existence d'un antagonisme biologique entre les sécrétions internes de l'ovaire et du testicule, ont préconisé l'administration du suc testiculaire chez la femme, dans le but de freiner et neutraliser en quelque sorte l'excès de sa sécrétion ovarienne. Des résultats auraient été obtenus par cette thérapeutique, à première vue quelque peu extraordinaire. Sans nous prononcer sur l'action neutralisatrice possible de l'une vis-à-vis de l'autre des hormones issues des glandes génitales mâles et femelles, nous pensons que la question n'est actuellement pas au point. Elle est cependant fort intéressante, mérite d'être suivie avec attention et de susciter de nouvelles recherches. Pour notre part, nous comptons y revenir d'ici quelques mois après classification des documents que nous possédons, mais, dès à présent, nous croyons pouvoir affirmer que cette voie nouvelle peut être féconde en résultats (1).

(1) Nous disons que la question ne nous semble pas au point. En effet les auteurs qui ont publié les résultats de leurs recherches physiologiques ou de leurs essais cliniques, font mention d'extrait orchitique sans autre précision. Il semble donc qu'il s'agisse d'un extrait total. Or, d'après ce que l'on sait du rôle très spécial joué par la glande interstitielle dans la sécrétion interne testiculaire, il importerait de déterminer si c'est à celle-ci que doivent revenir les résultats cliniques observés ou, au contraire, à la glande spermatique. Il y a là un point de physiologie très important qui demande à être éclairci. Parmi les auteurs que nous avons cités, il en est, et notamment Aragon, qui pensent que dans la vie sexuelle normale de la femme, la résorption spermatique joue un rôle très important en régularisant le jeu de ses propres sécrétions internes. C'est une conception à laquelle nous nous rallierions volontiers, mais il ne peut s'agir en aucune façon alors de la sécrétion *interne* du testicule. Au surplus, si l'on peut admettre l'utilité physiologique de cette résorption, il apparaît, par contre, comme tout à fait antiphysiologique et irrationnel de donner l'extrait de la glande diastématique, lequel, s'il était administré longtemps, ne pourrait qu'apporter des modifications profondes dans l'organisme féminin, dans le sens où le ferait une greffe testiculaire, modifications certes peu désirables. Nous estimons donc qu'il convient d'étudier tout d'abord, conformément à la logique, un extrait à prédominance séminale, quitte à vérifier si l'extrait à prédominance interstitielle a bien l'action simplement neutralisatrice qu'on lui a attribuée et qu'il semble *a priori* plus indiqué de réserver, dans la pratique, aux mâles déficients !

Des expériences assez nombreuses avec un extrait séminal dénommé *Extrait Complémentaire* (marque Ciba) sont en cours d'exécution. Des résultats fort intéressants sont déjà acquis dans certaines aménorrhées rebelles et dans les troubles ménopausiques. Mais il faut attendre d'autres expériences de contrôle et l'épreuve du temps. Nous y reviendrons.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DES INJURES ? OU DES VÉRITÉS ?

Nous avons reçu la lettre suivante que je m'en voudrais de ne pas publier.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien rayer mon nom des abonnés du *Concours médical.* Membre du Syndicat médical de Paris, il ne me plaît pas de subir les injures, dans les colonnes du journal, d'un de vos rédacteurs, membre du Comité de Direction, qui a l'outrecuidance de vouloir monopoliser l'esprit syndicaliste.

Veuillez agréer, Monsieur l'Administrateur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr X.

Et j'y réponds :

Vous avez raison, mon cher confrère, de vous séparer de nous, si nous avons cessé de vous plaire. C'est votre droit absolu, et nous serions désolés que vous n'en usiez pas.

Mais vous le faites en vous fâchant. Là, vous avez tort. Vous y perdez en effet votre sang-froid et votre maîtrise, au point de voir des injures, là où il n'y a que la constatation de faits qui sont à la connaissance de tout le monde.

Il n'y a rien d'injurieux à dire d'un médecin qu'il n'a pas un certain esprit syndicaliste, en faveur chez le plus grand nombre. C'est parce qu'il existe des divergences d'idées à ce propos entre les médecins, que nous voyons, à Paris, auprès du Syndicat des médecins de la Seine, qui groupe la majorité des médecins syndiqués de la région, le Syndicat médical de Paris, qui ne représente qu'une faible minorité (1) dans laquelle figurent de très honorables confrères, à qui d'ailleurs le Syndicat ne suffit pas, puisque, piliers des Sociétés d'arrondissement, ils prétendent y concurrencer leur groupement syndical, en y traitant avec ampleur les questions professionnelles.

Quant à ma prétention de monopoliser l'esprit syndicaliste, ah ! laissez-moi rire ! On m'a parfois fait grief de ne pas posséder cet esprit à un degré assez avancé. Mais c'est bien la première fois qu'on me reproche le contraire.

Tout cela prouve votre mauvaise humeur, encore que celle-ci s'explique parfaitement et soit excusable. Un projet draconien d'ordre des médecins a été laborieusement élaboré. Et voici, qu'en même temps qu'il est publié, un avocat dont il est impossible de suspecter les intentions, vient, en un tournemain, le ruiner à tout jamais ! « Non seulement, déclare ce juriste averti, votre Ordre ne défendrait pas l'honneur de la profession, mais encore il le compromettrait. »

Le coup était rude évidemment... Je vous avoue que je n'en attendais pas autant... Mais ce n'est pas moi, n'est-ce pas ? qui m'en plaindrai...

Pour terminer, et malgré votre rupture, s'il advenait — tout est possible — que je puisse, quelque modeste que soit ma personnalité, vous être utile, croyez que je reste toujours et quand même à votre entière disposition.

G. DUCHESNE.

(1) Plus faible encore que je ne le pensais : ce syndicat ne groupe que **230** médecins parisiens, dont quelques-uns même font partie du Syndicat des médecins de la Seine.

LA SUPPRESSION DU " TOUT COMPRIS "

Les honoraires médicaux pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés doivent être payés, disent les Administrateurs des hôpitaux, mais à nous-mêmes et non pas aux médecins. »

Dans le *Concours* du 24 février dernier, Boudin a publié un vœu émis par le Congrès de l'Union hospitalière du Nord-Est, à Boulogne-sur-Mer, à propos de la suppression du « tout compris » dans les frais hospitaliers des accidentés du travail. Auparavant, on avait fait l'éloge de M. Vidal-Naquet et de son fameux Rapport (1) dans lequel, on ne l'a pas oublié, il présentait sous un jour un peu... spécial nos confrères des hôpitaux de province. Dans ce vœu de Boulogne, il y a, sans doute, déjà un certain changement de ton. C'est bien là cette « deuxième étape » dont parlait dans son journal « *les hôpitaux de France* » le Dr Reynès, un des

(1) Voir le *Rapport* de M. Vidal-Naquet publié dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 mai 1923.

plus fervents amis et collaborateurs de MM. les administrateurs des hôpitaux, alors qu'il écrivait :

« ..... Les administrations avaient le devoir d'éviter une exploitation déficitaire, aux bénéfices des assureurs, au détriment du bien et du patrimoine des indigents.

« Dans une première étape de réflexions, ils crurent pouvoir demander à *récupérer* une partie de leurs frais d'accidentés *sur les honoraires* futurs des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

« Mais devant les *vives protestations* des divers centres hospitaliers, *sollicités par l'Union des Syndicats médicaux de France*, il est apparu que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'avaient pas à combler, par leurs honoraires propres, le déficit possible des administrations en ce qui concerne les accidentés . . ».

Donc, grâce à l'action de l'*Union*, MM. les administrateurs n'ont pu, comme ils le désiraient, mettre la main sur les honoraires médicaux, « nos » honoraires médicaux, comme le disait un de leurs délégués au Conseil supérieur de l'A.P., alors qu'il parlait, devant nous-même, lors d'une entrevue avec la sous-commission du tarif Breton. Les voici donc, dans une « deuxième étape », retranchés sur une deuxième ligne, de défense, et prêts à nous tendre le rameau d'olivier — ou plutôt, à mon avis, à nous offrir le cheval de Troie.

Et c'est bien d'ailleurs, ce que je signalais déjà dans le *Médecin Syndicaliste*, il y a tantôt six mois (1). A cette époque, on esquissait déjà le « mouvement tournant » qui prend corps dans ce vœu de Congrès, avant de se présenter officiellement sous forme d'une résolution quelconque du Conseil supérieur de l'A. P. Je parle de « mouvement tournant » : vous allez voir, confrères, s'il n'en est pas ainsi, en examinant le vœu émis, et les conséquences qui en résulteraient pour nos confrères des hôpitaux de province.

***

Donc, dans « une première étape » les administrateurs d'hôpitaux avaient émis la prétention de « récupérer une partie de leurs frais d'accidentés sur les honoraires futurs des médecins ». Ils n'y avaient renoncé que « devant les protestations des divers centres hospitaliers sollicités par l'Union des Syndicats médicaux de France ». Toujours cette si gênante *Union* qui empêche de danser en rond les profiteurs habituels de l'altruisme médical et remplace par un faisceau puissant la faiblesse du praticien isolé, désarmé devant les collectivités.

(1) Voir « une deuxième étape » dans le *Médecin Syndicaliste* du 1er octobre 23.

Or, dans cette seconde étape, ils émettent le vœu suivant :

« Le chef d'entreprise est seul tenu...

« Tout acte médical accompli à l'hôpital est rémunéré *en plus*, conformément aux honoraires fixés au tarif visé au paragraphe précédent, *diminué de* 30 %. Ces honoraires seront *réglés* par le chef d'entreprise à l'*administration hospitalière* qui les répartira ensuite aux ayants-droit (??) *conformément au règlement* en vigueur dans l'établissement ... »

Tout d'abord, pourquoi cette minoration de 30 % ? Les médecins d'hôpitaux, en faisant telle ou telle intervention, ont-ils donc une valeur technique des 2/3 seulement, sur les autres médecins soignant les accidentés du travail ? Pour soutenir le bien-fondé d'une minoration quelconque, en tous cas, il serait bon, tout au moins, d'apporter des raisons plausibles. Mais voyons la suite, qui est des plus savoureuses : des honoraires seront payés, c'est entendu, mais *pas aux médecins* ! ! Et cela alors que le tarif Breton est le tarif des honoraires payables aux *seuls* médecins, alors que seuls les *aides médecins* sont payés (art. 11), alors que le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés *lui-même* (art. 30), alors donc que *seul* le médecin est en droit de présenter une note basée sur le tarif Breton.

Déjà, dans un article — préparatoire à ce vœu, semble-t-il maintenant — le Dr Reynès avait écrit :

« Une question de détail se pose, sur le point de savoir si les médecins et chirurgiens des hôpitaux percevront directement les honoraires ou s'il y aura, entre eux, une *Caisse commune*. Ceci est *secondaire*. La perception individuelle a de réels inconvénients moraux et de grandes difficultés matérielles de possibilité.

« Mais l'essentiel, c'est le fond même du débat. Nous croyons pouvoir affirmer qu'un terrain d'entente est trouvé .... »

J'avais répondu, à l'époque, dans ce même article cité plus haut, qu'avec un tel *modus faciendi* proposé, *tout serait remis en question*.

« Si nous vous suivions dans votre accord individuel, disais-je, nous nous retrouverions... gros Jean comme devant. Que diraient alors ceux que nous représentons officiellement, confrère Reynès ? Croyez-vous que le corps médical est prêt à accepter, ainsi que vous, cette modalité « secondaire » d'une âme candide et d'un œil serein ?

« Que les médecins d'un même hôpital, à la suite d'un accord *local*, s'entendent pour établir — eux-mêmes — une caisse commune, si cela leur plaît, de même que les médecins du Lot-et-

Garonne, si je ne me trompe, ont fait une caisse commune de leurs honoraires d'A.M.G., cela c'est leur affaire. Mais qu'obligatoirement, *dans la loi*, on impose que les honoraires dus aux médecins d'hôpitaux, pour les soins donnés aux accidentés du travail, s'en iront automatiquement dans une caisse commune hospitalière, c'est là une autre histoire. Je craindrais que cet argent ne tarde guère à servir aux besoins hospitaliers, sous prétexte « d'amélioration des services » ou autres débouchés, que les médecins en fassent « des choux, des raves », encore une fois, c'est leur affaire, mais qu'on leur laisse la *libre disposition* de ce qu'ils ont légitimement gagné. C'est là, à mes yeux, de la plus élémentaire équité.

« Certes, je ne demande pas mieux que l'administration de l'hôpital ait un « droit de regard » sur les notes d'honoraires, des médecins pour ce qu'ils ont fait dans le dit hôpital. Je l'ai déjà dit. Seulement j'ajouterai : « MM. les administrateurs, examinez ces notes, discutez en même temps les détails devant une commission mixte, de contrôle, à l'occasion. *Mais vous n'avez pas le droit de toucher à l'argent versé*. Ce n'est pas *le vôtre* et on ne doit jamais toucher à l'argent d'*autrui* ».

Et voilà que maintenant c'est encore bien pis. Il ne s'agit même plus d'une caisse commune. *La loi permettrait à l'administration hospitalière de toucher directement les honoraires des médecins*. Et de cet argent d'autrui, rien ne l'obligerait à ne pas en faire *ce qu'elle voudrait*, puisqu'elle aurait à le répartir « conformément au règlement » qu'elle aurait *elle-même* établi. Et elle aurait à le répartir entre qui... « aux ayants droit » dit le vœu. Terme vague et imprécis à souhait. Les « ayants droit », elle jugera que c'est, tout autant que les médecins, les aides quelconques, infirmiers, filles de salles — et aussi (elle ne manquera pas de le juger ainsi) la caisse de l'hôpital également pour les frais de salle, le nettoyage d'instruments et ces « améliorations du service », tonneau des Danaïdes, dont je parlais plus haut. Tous ces « ayants-droits » formeraient une sorte de salade russe où l'on pourrait faire entrer tout ce qu'on voudrait. Sans doute, les médecins auraient quelques miettes du festin : ils toucheraient non plus *leurs* honoraires, mais *des* honoraires, c'est-à-dire la partie infime que leur concéderaient bénévolement MM. les administrateurs. Et, le plus souvent, ceux-ci se contenteraient d'augmenter un peu les *fixes* qu'ils daignent leur octroyer.

En conscience, confrères, n'est-ce pas là le « mouvement tournant » que je signalais, grâce auquel les administrateurs, tout en paraissant acquiescer, dans cette deuxième étape, aux desiderata du corps médical devant les protestations des divers centres hospitaliers, sollicités par l'Union des Syndicats médicaux de France, n'en continueraient pas moins à obliger les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à « combler, par leurs honoraires propres, le déficit possible des administrations en ce qui concerne les accidentés » — et « déficit » qui n'est « possible » que si les administrateurs ne savent pas faire exactement leurs comptes et établir leur « prix de revient de la journée hospitalière ».

***

Oh ! ce n'est pas ainsi qu'on nous présente les choses. « Nous devons toujours savoir, nous disait-on à la commission Breton, ce qui se passe dans nos hôpitaux. Nous ne voulons pas qu'il y ait des abus de toute sorte. Et cela pourrait arriver sans notre surveillance effective sur tout ce qui se passe dans notre domaine hospitalier. » Et, pour éviter tout abus, en matière d'honoraires, l'administration hospitalière émet la prétention de les « empocher », au préalable. C'est absolument comme un frère aîné disant à sa jeune sœur à qui on vient d'offrir un gâteau : « Tu vas te faire mal avec ce gâteau, donne-le moi, cela vaudra mieux, dans ton intérêt » — et, par dévouement fraternel, se mettant à le dévorer.

Si MM. les administrateurs craignent des abus, dans leurs hôpitaux, il n'y a qu'à prendre, pour les honoraires médicaux à l'hôpital, une disposition analogue à celle usitée dans la plupart des départements, pour les honoraires d'assistance médicale gratuite, où, dans chaque commune, le maire apostille la note du médecin avant qu'elle soit envoyée à la préfecture. Et puis, ne pourrait-on concevoir une commission de contrôle où seraient représentés : administrateurs, syndicat médical et *tutti quanti* ? Ce sont là des modalités à examiner, à discuter, à résoudre d'un commun accord et je ne vois rien là d'insurmontable, ni même de difficile. Le refus d'une étude préalable, à ce sujet, dénoterait, de la part des délégués des administrateurs, une opposition fondée sur l'*idée fondamentale* qu'ils avaient développée devant nous, dès le premier jour : à savoir que *leurs* médecins ne sont que leurs employés, du travail desquels ils ont droit de profiter comme tout patron. Et c'est pourquoi ils disaient candidement devant nous : « *nos* médecins, *nos* opérations, *nos* traitements, *nos* honoraires médicaux. »

Ce ne sont plus là des « questions secondaires » comme l'écrivait le Dr Reynès. Il y a là deux conceptions différentes de l'exercice de la médecine, deux mentalités, deux modes....

L'hôpital est fait pour les indigents. Tant qu'il s'est tenu à son rôle de ne recevoir que des pauvres, les médecins ont, sans hésiter, donné sans compter, à ceux-ci, leur temps et leurs

peines. Mais, du jour où l'hôpital a reçu des gens qui pouvaient payer et les a fait payer, il était à prévoir que les médecins réclameraient, à leur tour, les honoraires auxquels ils avaient droit. Les accidentés du travail ne sont pas des pauvres, des gens sans ressources, puisque les frais, *tous les frais* causés par des accidents, sont *légalement* soldés par leurs patrons ou les assureurs qui leur sont substitués. Qu'ils soient donnés en consultation, à domicile, dans une clinique privée ou à l'hôpital, les soins donnés par un médecin doivent donc lui être payés.

Or, suivant le texte même proposé par la commission du tarif Breton, patrons et assureurs se sont déclarés prêts à verser aux médecins les honoraires qui leur étaient légitimement dus.

Seuls, les administrateurs des hôpitaux ont cru devoir opposer leur *veto* à la mise en action de la convention acceptée par les premiers intéressés. Et cela, non pour éviter aux patrons et assureurs, de payer des honoraires médicaux, mais pour que ces paiements soient effectués entre leurs mains et qu'ils en aient, dans leur hôpital, la libre disposition. Tels sont les *faits* dans leur éloquente simplicité.

Il est évident que le corps médical ne peut accepter de semblables prétentions.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. : 4452

LES HONORAIRES EN MÉDECINE RURALE

Dans le numéro du *Concours* du 9 mars, p. 547, à l'avant-dernier alinéa, colonne droite, vous me faites dire « si je vois un second malade dans la même maison, je compte 5 fr. de plus, 20 fr. si c'est, etc. »

Il y a lieu de remplacer 20 fr. par 10 fr. ce qui est plus logique et que je pense bien avoir écrit.

Ainsi que je vous l'avais annoncé, j'ai mis les visites à 10 fr. au lieu de 8 fr., les consultations à 7 fr. au lieu de 5 fr., cela ne fait que 10 jours de ce régime, mais personne n'a encore réclamé.

Je ne pense pas avoir fait déconsidérer la profession, tandis que j'estime que je lui nuirais en faisant du sérum pour 5 fr. ; un accouchement, la nuit, pour 60 fr.

Et voilà comment, dans le département, et se basant sur ces prix de famine, le Conseil général (où il y a pourtant pas mal de confrères, d'ailleurs cossus) estime bien nous payer en nous octroyant 2 fr. pour une visite le jour, et 4 fr. la nuit.

Nous sommes muselés, mais c'est nous qui avons donné les dimensions de la muselière — en attendant la camisole de force de l'assurance invalidité-maladie — Travailler à des prix bas, c'est se sous-estimer (et les confrères en prennent leur part, bien entendu) c'est, si nous ne voulons y prendre garde, nous préparer une vie de bagnards.

Et puis, pourquoi consentir des prix réduits pour l'A. M. G. Si l'Etat veut assurer des soins gratuits aux indigents, on ne peut que l'approuver, mais pourquoi fait-il la charité sur notre dos ? Que nous donne-t-il en compensation ? Rien ! pas la moindre diminution d'impôts (j'excepte la demi-taxe pour autos, mais combien en profitent qui ne sont pas médecins ?)

Quand donc les confrères comprendront-ils que s'ils doivent moralement leurs soins aux indigents, ils ne doivent rien à l'Etat, et que, si ce dernier tient à se montrer généreux, ce ne soit pas avec et sur nos deniers !

Dr B.

***

Dans le numéro 2, du 13 janvier 1924, page 94, du *Concours médical*, le docteur L.. « est *ahuri*, dit-il, des chiffres que j'ai cités, dans le numéro du 25 novembre 1923, au sujet de l'indemnité kilométrique, en médecine rurale ».

C'est à moi à être surpris de l'*étonnement* du docteur L... en ce qui concerne des tarifs tout à fait normaux par les temps actuels.

Le département de l'Ain n'est pas un département riche, surtout dans la région du Bugey (premiers contreforts du Jura) : il ne comporte que de petits cultivateurs.

Avant la guerre, nous demandions 1 fr. le kilomètre parcouru à l'aller, plus 3 fr. de visite. Acteuellement, nous demandons 3 fr. le kilomètre et 10 fr. de visite.

Qu'y a-t-il d'anormal dans cet état de choses ? Puisque, depuis la guerre, la vie a, *minimum*, triplé en toutes choses ; quand ce n'est pas quadruplé, quintuplé et même sextuplé.

Que le confrère demande donc à sa cuisinière ce que coûtaient, avant la guerre, et ce que coûtent actuellement les produits vendus par les campagnards : beurre, œufs, volailles, vin, bois, etc... Il apprendra que tous ces produits se vendent *de quatre à six fois* plus cher qu'avant la guerre.

En triplant ses honoraires médicaux, le médecin est bien au-dessous des tarifs pratiqués par les gens de la campagne. Ces derniers réalisent donc, par la vente de leurs produits agricoles, des bénéfices qui leur permettent de payer, *sans difficulté*, les modestes honoraires du médecin.

Le docteur L... trouve que mes tarifs ne peuvent s'appliquer qu'à des maladies de courte durée et non à des maladies à évolution lente. Il cite à ce sujet la fièvre typhoïde, nécessitant 25 visites.

L'exemple choisi par le confrère est exceptionnel, et même dans ce cas, je ne crois pas que 25 visi-

tes soient nécessaires, si la maladie évolue normalement. S'il y avait des complications graves, la famille ne trouverait pas la chose exagérée, au point de vue honoraires.

Une fièvre typhoïde normale évolue généralement en cinq semaines maximum (soit 40 jours). Or, 25 visites en 40 jours, cela fait une visite journalière au début, et ensuite une visite tous les deux jours, *jusqu'à guérison complète.*

Le docteur L... a un tarif de visite *à bas prix*, mais il semble *multiplier* les visites.

Personnellement, je suis d'avis que la pondération doit exister en toutes choses, « *in medio stat virtus* ». Il faut faire un nombre suffisant de visites, pour soigner et surveiller son malade ; mais, ne rien exagérer : « *uti sed non abuti* ». Si une maladie suit son cours normal, il faut surveiller le malade, dans ce cas, la visite quotidienne est inutile, dès que le malade va mieux, il faut espacer les visites *de plus en plus.*

On peut ainsi avec un tarif normal (très élevé, d'après le confrère), guérir son malade sans avoir des notes d'honoraires exorbitantes.

A situation de maladie de gravité exceptionnelle, note d'honoraires exceptionnelle ; mais, dans ce cas, la famille comprend la chose, et paye sans discuter.

Quant aux maladies courantes, : pneumonie, accouchements, etc..., les familles savent ce que cela a coûté à un voisin, ayant la même maladie ; ils trouvent donc normale la note du médecin, quand il la présente.

En général, les honoraires du médecin, pour un accouchement à la campagne, reviennent à 500 fr. (plus les honoraires de l'accoucheuse). Je n'ai jamais vu de famille élever la moindre discussion, au moment du règlement de la note médicale.

D'après les chiffres qu'il cite (visite à la campagne à 10, 12, 15, 18, 20 fr.), le docteur L... a des *tarifs plus que* « *minimes* ». Je suppose donc que le confrère est millionnaire, et fait de la médecine en amateur pour avoir une occupation et un but dans la vie.

S'il devait, avec semblables tarifs, vivre et faire vivre sa famille (sans aucune fortune personnelle), jamais il ne pourrait joindre les deux bouts, à la fin de l'année.

Je suis d'avis que, même s'il a de la fortune personnelle et fait de la médecine en amateur (n'attendant pas après ses honoraires médicaux pour faire vivre sa famille), même dans ce cas, un médecin doit pratiquer un *tarif médical conforme au prix actuel de la cherté de vie.* En agissant autrement, soit par indifférence, soit par pusillanimité (manque de volonté pour relever les anciens tarifs d'avant-guerre), le médecin en question porte préjudice à ses confrères qui, eux, vivent de leur profession.

Il suffit en effet, que, dans une localité, un médecin pratique un tarif « *minime* » (inférieur à celui de ses confrères), pour que le public décrète que ledit tarif est suffisant ; et refuse de payer davantage auprès des autres médecins. Bien qu'intérieurement, ledit public convienne que ce tarif « *minime* » est un tarif de famine, par les temps actuels, pour le médecin qui le pratique, et ceux auxquels le public l'impose.

Non seulement les médecins pratiquant ces tarifs « *minimes* », portent préjudice aux médecins de leur région, mais ils nuisent aussi à tout le Corps médical.

Quand il s'agit d'établir des tarifs officiels, tels que tarif Breton, tarif des réformés de guerre, l'Etat se base sur les tarifs d'honoraires pratiqués envers la clientèle courante, et, bien entendu, il se base sur les tarifs les plus inférieurs.

Lorsque le tarif Breton (c'était pendant une période de flottement dans la hausse des honoraires médicaux) a été rédigé, l'Etat a presque accepté ce qu'on lui demandait, ne faisant qu'une légère réduction sur les tarifs courants, qui semblaient devoir être établis.

Mais dans la suite, il s'est aperçu que des médecins (catégorie des confrères pusillanimes) pratiquaient des tarifs inférieurs au tarif Breton. L'Etat a donc déclaré qu'il s'était trompé, et forçait les patrons et assureurs à payer plus cher pour leurs ouvriers que pour la clientèle particulière.

Aussi, lorsqu'il s'est agi de rédiger le tarif des réformés de guerre, comme c'était l'Etat, qui, cette fois-ci, payerait les honoraires médicaux, il s'est empressé d'imposer un tarif « *minime* » conforme à celui pratiqué par certains médecins ; de là, les consultation et visite, à 5 fr. et 6 fr., des réformés de guerre.

Tout le Corps médical pâtit donc, en la circonstance, de la pusillanimité de certains médecins, qui n'ont pas voulu mettre leurs honoraires en conformité avec la cherté de la vie actuelle.

Dans son article du 13 janvier dernier, le docteur L..... me fait part des réflexions que lui a suggérées mon article du 25 novembre.

Je lui expose aujourd'hui les arguments ayant justifié le relèvement des honoraires médicaux ; et lui signale les désagréments causés par les tarifs qu'il pratique, lui-même, ainsi que les autres médecins qui pensent et agissent de semblable façon.

Je crois pouvoir être assuré d'avance de ne les avoir convaincus ni les uns, .. ni les autres.

Dr Marichal,
Belley (Ain).

Tarif minimum des honoraires médicaux

Adopté par plusieurs Syndicats médicaux de France.

(Ain et départements voisins)

1923

Ce tarif de petites villes et de campagne ne comporte qu'une seule et unique classe de malades.

Les médecins sont dans l'obligation d'envoyer à *tous leurs clients, au moins une fois par an,* un relevé de compte semestriel (en juillet) et leurs notes d'honoraires (en janvier).

Un mois après l'envoi de cette note, cette dernière sera recouvrée *à domicile,* augmentée des frais de recouvrement, *quels qu'ils soient.*

Les consultations ou visites sont payées comptant, sauf pour les clients ayant un compte ouvert chez leur médecin attitré.

Les membres des Sociétés de secours mutuels sont considérés comme des clients ordinaires, et, comme tels, *soignés à plein tarif*. Le médecin leur délivre un reçu des honoraires médicaux qui lui ont été payés ; reçu leur permettant de se faire rembourser par leur Société, en totalité, ou selon un pourcentage variable avec chaque Société.

Nota. — Pour le tarif médico-chirurgical, on peut aussi se reporter au « *Tarif général Minimum raisonné des Honoraires Médicaux* » (*Ancien Tarif Jeanne*), édité par la revue médicale *Le Concours Médical*.

Consultations ou visites.

Consultation au cabinet	10 »
Avec examens spéciaux (toucher, analyse simple d'urine, etc.)	15 à 20 »
En dehors des heures de cabinet	20 »
Visites dans la localité, *le jour*	10 »

Visite à la campagne, *le jour* : le prix d'une visite (10 fr.) plus : 3 fr. en pays de plaine et 3 fr. 50 en pays de montagne, par kilomètre parcouru à l'aller : les kilomètres étant comptés du domicile du médecin à celui du malade.

Voyages par temps de neige : 5 fr. à 10 fr. en supplément.

Consultation ou visite *imposée à heure fixe* (kilomètres comptés double)	20 »
Visite d'urgence, c'est-à-dire celle pour laquelle le médecin est appelé *immédiatement*, et se trouve par conséquent obligé de modifier l'emploi de son temps ou l'ordre de ses tournées (kilomètres comptés double)	20 »

Visite de nuit : de 7 h. du soir à 7 h. du matin, *en toute saison*.

Dans la localité :

de 7 h. du soir à 10 h. du soir	20 »
de 10 h. du soir à 7 h. du matin	30 »

A la campagne (kilomètres comptés double) :

de 7 h. du soir à 7 h. du matin	20 »
Journée ou nuit passée auprès d'un malade	100 à 200 »
Visites de passage dans la même maison, dans la même localité ou dans un village intermédiaire, situé sur le parcours. — Prix égal à la *moitié du déplacement spécial* (à plein tarif) *avec minimum de*	15 »
Visite de passage *dans la même famille* (à plusieurs membres de la famille) *par personne examinée en supplément de la première*	5-10

Visites de passage dans une localité voisine, mais avec détour. — *Prix du déplacement spécial* (à plein tarif).

Accompagnement d'un malade dans une ville ou en voyage : *minimum* de 50 fr. à 100 fr. par demi-journée (frais de voyage à la charge du malade).

Visites prolongées, par demi-heure en sus de la première (la nuit, double)	5 à 10 »
Les dimanches et jours fériés, *la consultation*, au cabinet du médecin, *est comptée double* (excepté pour les localités où le jour du marché serait le dimanche ou un jour férié ; dans ce dernier cas : tarif simple, *le matin*)	20 »
Les dimanches et jours fériés, *la visite est comptée double* (kilomètres comptés double)	20 »

Consultations entre médecins.

Honoraires du médecin traitant.

En supplément du prix d'une visite ordinaire (10 fr. plus le tarif kilométrique) :

Avec un médecin de la localité ou d'une localité voisine (la nuit double tarif) : *minimum*	20 »
Avec un médecin de grande ville (la nuit double tarif) : *minimum*	50 »

Certificats.

Les certificats doivent toujours être payés *comptant* et *en supplément du prix de la consultation ou visite et du tarif kilométrique.*

Certificat sur papier libre, et en général tout certificat pouvant être considéré comme une simple consultation (vaccination, etc.)	3 à 5 »
Certificat de constatation de décès à domicile	5 à 20 »
Certificat administratif sur papier libre (*sommaire*)	5 à 10 »
Certificat administratif sur papier timbré (*sommaire*)	10 à 20 »
Certificat, avec examen complet et analyse d'urine, pour admission dans une société de secours mutuels, nourrice, etc.	20 à 40 »
Certificat sur papier timbré, entraînant une responsabilité ou pouvant occasionner le témoignage en justice : coups et blessures, ou pour divorce	20 à 50 »
Impossibilité de tester ou pour internement (toujours en consultation avec un confrère) chacun	25 à 50 »
Rapport d'expert pouvant être produit en justice, *minimum*	25 à 50 »
Participation à expertise contradictoire, *minimum*	25 à 50 »
Assurances sur la vie, certificat d'admission avec examen complet et analyse d'urine	40 à 50 »
Assurances sur la vie, certificat de décès (toujours sur papier timbré)	20 à 40 »

Certificats pour accidents du travail ou pour maladie :

Initial ou final (*sommaire*)	5 à 10 »
Initial ou final (*détaillé*)	10 à 20 »
Supplémentaire, mais non un rapport (*sommaire*)	5 à 10 »

Accouchements.

On devra compter, *en sus des prix ci-dessous*, la visite le déplacement (kilomètres), les visites consécutives et l'anesthésie.

1° — Médecin arrivant à la fin de l'accouchement et prodiguant quelques soins à la mère et à l'enfant (ligature du cordon, injection vaginale, etc.), avec surveillance d'environ une heure	30 à 50 »
Accouchement simple	100 à 250 »

Nombre d'heures supprémentaires, supérieur à 2 heures, passées auprès de la parturiente : par heure 10 fr. à 20 fr. *minimum*. La nuit, double tarif.

Accouchement retenu d'avance d'une manière ferme, *minimum*	150 à 300 »
Simple délivrance (expression de Crédé)	30 à 50 »
Délivrance artificielle plus compliquée	100 à 250 »
Gemellité simple sans intervention obstétricale	150 à 300 »

2° — Accouchement avec opération obstétricale.

Forceps, version, extraction par le siége	150 à 300 »
Accouchement avec traitement d'hémorragie	150 à 300 »
Accouchement avec traitement de l'asphyxie de l'enfant	150 à 300 »

Embryotomie .... 200 à 300 »
Opération césarienne .... 300 à 500 »
3° — Avortement simple .... 50 à 200 »
Avortement avec délivrance artificielle et curetage .... 150 à 300 »
Avortement provoqué, toujours avec un confrère, chacun .... 100 à 300 »
Injection intra-utérine .... 20 à 50 »
Tamponnement vaginal .... 10 à 50 »
Tamponnement intra-utérin .... 50 à 150 »

TARIF CHIRURGICAL.

Les prix ci-dessous doivent être comptés *en supplément* de celui de la consultation ou visite (kilomètres non compris).

En cas de plusieurs opérations simultanées, on pourra ne demander que le prix de l'intervention la plus coûteuse. De même pour plusieurs examens.

Analyse d'urine :

Qualitative .... 3 à 5 »
Quantitative .... 5 à 10 »
Complète (microscope, etc.) .... 10 à 50 »
Anesthésie générale :
légère (chlorure d'éthyle) .... 20 à 40 »
prolongée (éther, chloroforme) .... 30 à 60 »
Anesthésie locale .... 5 à 20 »
Arthrotomie épaule, *minimum* .... 150 »
genou, coude, pied, *minimum* .... 100 »
Amygdalotomie unilatérale .... 50 à 100 »
bilatérale .... 75 à 100 »
Asphyxie (traitement de l') .... 20 à 50 »
Cancer du sein (ablation) *minimum* .... 300 »
Cancroïde de la lèvre .... 50 à 200 »
Cathétérisme uréthral .... 5 à 30 »
— œsophagien .... 10 à 40 »
Cautère (application de) .... 5 à 20 »
Circoncision (phimosis, etc.) *minimum* .... 50 à 200 »
Cuir chevelu (traitement des plaies) .... 10 à 30 »
Débridement avec drainage .... 10 à 40 »
Dent (extraction avec anesthésie) .... 10 à 15 »
Désarticulation, doigt .... 30 à 50 »
poignet, Chopart, coude, *minimum* .... 200 »
épaule, genou, *minimum* .... 300 »
Dilatation de l'anus .... 50 à 150 »
Empyème simple, *minimum* .... 75 »
— avec résection costale, *minimum*. 150 »
Esquilles (ablation simple) *minimum* .... 10 à 30 »
Fractures, réduction et contention par premier appareil, *non compris* la visite, les visites ultérieures et la pose successive d'autres appareils de contention...
Fractures, doigt, métacarpe .... 10 à 50 »
— omoplate, côte simple .... 20 à 50 »
— côte avec déplacement .... 30 à 50 »
— avant-bras, péroné .... 50 à 100 »
— clavicule .... 40 à 100 »
— rotule, non chirurgicale .... 30 à 100 »
— bassin simple, bras .... 100 à 200 »
— Dupuytren, coude .... 100 à 200 »
— épaule, fémur, genou, jambe .... 100 à 200 »
— maxillaire inférieur .... 100 à 200 »
Fistule anale .... 100 à 150 »
Greffes épidermiques, *minimum* .... 20 »
Hémostase par compression .... 10 à 40 »
— avec ligature au fond d'une plaie *minimum* .... 25 »
Hernie (taxis simple) .... 20 à 50 »
Hernie (cure radicale) *minimum* .... 300 »
Hydrocèle (cure radicale) *minimum* .... 200 »
— Ponction simple .... 30 à 75 »
— Ponction, suivie d'injection .... 50 à 100 »
Injection hypodermique .... 5 à 10 »
— de sérum médicamenteux .... 10 à 30 »
— de sérum artificiel .... 15 à 30 »
— intraveineuse .... 15 à 50 »
— intra-articulaire (Calot) .... 20 à 50 »
Incision (petite, furoncle, abcès superficiel, etc.) .... 5 à 20 »
Incision (grande, phlegmon, abcès profond, etc.) .... 15 à 50 »
Laparotomie exploratrice, *minimum* .... 200 »
Lavage de l'estomac .... 20 à 40 »
— de vessie .... 10 à 30 »
Ligatures : axillaire .... 50 à 200 »
— s/clavière, tibiale .... 50 à 200 »
— carotide, faciale .... 50 à 200 »
Ligatures : radiale, cubitale .... 30 à 100 »
— fémorale, humérale .... 50 à 200 »
— poplitée, péronière .... 50 à 200 »
Lipomes, loupes, chalazion .... 30 à 100 »
Luxations, doigt .... 20 à 40 »
— coude (enfant) .... 30 à 100 »
— — (adulte) .... 50 à 150 »
— épaule .... 50 à 150 »
— genou, hanche .... 50 à 150 »
— maxillaire inférieur .... 30 à 50 »
— poignet .... 30 à 50 »
— pouce .... 25 à 50 »
— tibio-tarsienne .... 50 à 150 »
Massage .... 5 à 20 »
Ongle incarné, *minimum* .... 30 »
Paraphimosis (réduction non sanglante) .... 15 à 50 »
Paraphimosis (réduction sanglante) .... 50 à 150 »
Plâtre, silicate : jambe, bras .... 30 à 40 »
— de la hanche, thorax .... 50 à 100 »
Pansements petits .... 5 à 10 »
— moyens .... 10 à 20 »
— grande .... 20 à 40 »
Ponction exploratrice, adénite, etc .... 5 à 50 »
— ascite, pleurésie .... 30 à 100 »
— hydarthrose, lombaire .... 20 à 75 »
— vessie .... 30 à 100 »
Pointes de feu .... 5 à 20 »
Résection, épaule, coude, *minimum* .... 250 »
— genou, pied, poignet, *minimum*. 300 »
Sangsues .... 5 à 20 »
Saignée .... 25 à 50 »
Suture unique .... 5 à 15 »
— multiples .... 10 à 50 »
— de tendon, nerf .... 40 à 100 »
Ténotomie .... 50 à 150 »
Trachéotomie .... 100 à 200 »
Tubage .... 40 à 100 »
Tamponnement des fosses nasales : antérieur .... 5 à 25 »
Tamponnement antéro-postérieur .... 20 à 50 »
Trépanation d'un os .... 50 à 250 »
— du crâne, *minimum* .... 300 »
Uréthrotomie interne .... 90 à 280 »
Ventouses sèches .... 5 à 10 »
— scarifiées .... 10 à 20 »
Vaccination .... 5 à 10 »

GYNÉCOLOGIE.

Curetage utérin .... 100 à 300 »
Dilatation du col, Hégar .... 20 à 50 »
— laminaire .... *id.*
Injection intra-utérine .... 20 à 50 »
Pansement vaginal .... 5 à 30 »
Pessaire (fourni par la malade) .... 5 à 20 »
Spéculum .... 5 à 10 »
Tamponnement vaginal .... 10 à 60 »
— intra-utérin .... 40 à 100 »

SPÉCIALITÉS.

Bouchon de cérumen .... 5 à 20 »
Examens avec appareils .... 5 à 20 »

Corps étrangers faciles	5 à 25 »
— difficiles	10 à 50 »
Electrodiagnostic	20 à 50 »
Faradisation, électrisat. continue	10 à 50 »
Cathétér. trompe d'Eustache	5 à 30 »
— voies lacrymales	5 à 30 »
Radioscopie	25 à 150 »
Radiographie, main	50 à 150 »
— membre supér., inférieur	75 à 250 »
— bassin, abdomen, thorax	100 à 300 »
Végétations adénoïdes	50 à 200 »
Pansements, nez, oreille	5 à 25 »
Prise de sang (Wassermann, etc.)	20 à 50 »
Prélèvement exsudat pour analyse	10 à 20 »

R. H. M. S. : 5.320.

JURISPRUDENCE

Un père peut-il laisser son enfant mourir sans soins ?

Un de nos abonnés nous pose la question suivante :

« Les parents ont-ils le droit de laisser mourir un enfant sans soins ? J'ai eu aujourd'hui une controverse avec le juge de paix, qui me certifie qu'un père, ayant un enfant malade, peut le laisser mourir, sans faire appeler un médecin : il doit simplement le nourrir et ne pas le maltraiter ».

Nous laisserons de côté toute question de fait, pour n'envisager que le seul point de droit.

L'article 203 du code civil est ainsi conçu : « Les époux contractent ensemble, par le fait seul du mariage, l'obligation de nourrir, entretenir et élever leurs enfants. »

Cette obligation incombe aux parents naturels (hors mariage), aux termes de l'article 385 du code civil.

L'entretien de l'enfant, auquel les père et mère sont tenus de pourvoir, comprend tout ce qui est indispensable à son existence matérielle : nourriture, logement, vêtements, etc. Si le père n'a pas les ressources nécessaires, pour pourvoir à l'entretien de l'enfant, la mère doit y subvenir avec sa fortune personnelle. Si l'un et l'autre sont dans l'indigence, ils peuvent avoir recours aux secours du bureau de bienfaisance, à ceux de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, ou de la loi du 27 juin 1904, sur les enfants assistés ou secourus.

La loi du 19 avril 1898 réprime toutes violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats, commis envers les enfants. L'article 1er de cette loi ajoute les dispositions suivantes, à l'article 312 du Code pénal : « Quiconque aura volontairement fait des blessures, ou porté des coups à un enfant, au-dessous de l'âge de 15 ans accomplis, ou qui l'aura volontairement privé d'aliments, ou de soins au point de compromettre sa santé.... »

Dans ses articles suivants, la loi prévoit les peines qui seront prononcées contres les parents, de la part desquels la privation d'aliments, ou de soins, aura provoqué une maladie plus ou moins longue, ou une mutilation ; ou qui auraient délaissé l'enfant, hors d'état de se protéger lui-même, à raison de son état physique ou mental, ou l'auraient délaissé, soit dans un lieu solitaire, soit dans un endroit non solitaire.

Faisant application de ces textes, la jurisprudence est constante dans ses jugements. Nombreuses sont les décisions de justice de paix, condamnant des parents à payer les honoraires du médecin qui a soigné leurs enfants malades. Le tribunal civil de Toulouse (2 juin 1904) déclare que la « prestation alimentaire s'étend non seulement aux faits proprement dits d'alimentation, mais aussi à ceux ayant pour objet les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie. »

La cour d'Aix (2 juin 1904) décide également que les frais de maladie sont compris dans l'obligation alimentaire.

Le tribunal civil de Pithiviers (26 octobre 1911) déclare les deux époux solidairement responsables du paiement des soins donnés à leurs enfants.

Le médecin peut aussi bien s'adresser au père qu'à la mère, pour le paiement de ses honoraires, pour soins donnés aux enfants (Cassation, 21 mai 1890.)

Cette obligation de donner des soins aux enfants survit à la dissolution du mariage et la pension alimentaire, servie à la femme, à charge de subvenir à l'entretien des enfants, ne s'applique qu'aux frais normaux d'entretien et ne s'étend pas à des frais médicaux correspondant à un état de maladie grave et prolongée ; ces derniers restent à la charge de celui des époux, qui est en état de les supporter (tribunal civil de Castres, 21 février 1912).

De tout ceci, il résulte qu'un père ne saurait laisser sans soins son enfant malade. Mais, à quel moment les parents doivent-ils s'émouvoir d'un état maladif de l'enfant et faire appeler le médecin ? C'est une question de fait, dans laquelle les circonstances jouent un grand rôle, et qui, le cas échéant, serait laissé à l'appréciation du juge.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

C.T.I.

Le Congrès international des C.T.I.

Le Congrès international des C.T.I. a tenu à Paris sa deuxième session les 27, 28 et 29 décembre dernier. La première session avait eu lieu en avril.

Les séances successives ont été présidées par M. Cloudesley Brereton, président de la Fédération britannique des arts, M. Zifferer, délégué de la C.T.I. autrichienne, conseiller de la Légation d'Autriche, M. Otlet, président de la C.T.I. belge et secrétaire général de l'Union des Grandes Associations internationales, M. Stolloff, délégué de la C.T.I. bulgare, chef du bureau de la presse bulgare à Paris et enfin, pour la séance de clôture, par M. Romain Coolus, délégué général de la C.T.I. de France.

Neuf nations ayant des C.T.I. constituées étaient représentées par des délégués. Ce sont les suivantes : Autriche, Belgique, Bulgarie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Roumanie, Yougo-Slavie, Tchéco-Slovaquie. Dix autres nations : Brésil, Canada, Danemark, Etats-Unis, Grèce, Hollande, Hongrie, Norvège, Pologne, République Argentine, avaient envoyé des observateurs.

Le 27 décembre, une délégation du Congrès s'est rendue à l'Hôtel-de-Ville où elle a été reçue par M. Lalou, président du Conseil municipal et par M. Julliard, préfet de la Seine. Une réception a eu lieu ensuite dans les salons de l'Hôtel-de-Ville. M. Lalou, en souhaitant la bienvenue aux délégués des diverses C.T.I. a tenu à retracer l'historique de la C.T.I. française dont il a constaté avec satisfaction le « succès foudroyant ». M. Julliard, à son tour, a félicité la C.T.I. française d'avoir, la première, pris la défense des travailleurs intellectuels, auxquels « le respect mystique de l'idéal fait trop souvent oublier le souci de leurs propres intérêts ».

Les travaux du Congrès ont débuté par l'examen de ce qui avait été fait depuis la dernière séance et, en particulier, de la collaboration avec la Commission internationale de Coopération intellectuelle de la Société des Nations, qui avait adopté le projet français de la propriété intellectuelle.

Les statuts de la C.T.I. ont été ensuite étudiés pendant deux séances consécutives. Dans un esprit d'étroite collaboration, les délégués, tout en réservant dans leur intégralité les intérêts nationaux, ont su élever la discussion jusqu'au plan international. Les statuts, après avoir été examinés article par article, paragraphe par paragraphe — on pourrait presque dire mot par mot — ont été, après une entente absolue, votés à l'unanimité des membres présents.

Une commission de trois membres comprenant MM. Zifferer (Autriche), Otlet (Belgique), Henri de Weindel (France) a été nommée avec mission d'élaborer le règlement intérieur de la C. I. T. I.

Le Congrès a ensuite dressé la liste de diverses questions d'intérêt général qui doivent être mises à l'étude, et notamment les suivantes :

1° La situation des fonctionnaires dans les divers pays ;

2° La propriété intellectuelle ;

3° La protection des titres professionnels ;

4° Révision de la protection des inventions ;

5° Organisation du placement international des travailleurs intellectuels ;

6° Amélioration des moyens dont dispose le travail intellectuel, aide à apporter aux grandes associations ou institutions intellectuelles ;

7° Les contrats collectifs et les contrats types ;

8° Echanges internationaux et voyage des travailleurs intellectuels ;

9° Crédit aux intellectuels.

Disons enfin que le bureau international du travail, qui s'est toujours tenu en relations avec la C.T.I. française, a tenu, par l'intermédiaire de son directeur, M. Albert Thomas, à souhaiter à la C.I.T.I. un rapide développement. Voici quelques extraits de la lettre qu'il a adressée à ce sujet au délégué général de la C.T.I. de France : « ... Vous avez mis en lumière, dès le début de votre mouvement, la solidarité des intellectuels qui appartiennent à une même profession. Vous avez souligné ensuite la solidarité qui unit les diverses professions.

« Vous manifestez maintenant la solidarité des intellectuels des diverses nations. Et je ne doute pas que vous ne ressentiez aussi la solidarité qui unit tous les travailleurs.

« C'est sur cette pensée que je voudrais m'arrêter. Le bureau international du travail a été chargé par le traité de paix de faire avancer et de réaliser la justice sociale pour tous les travailleurs. Il ne peut pas considérer qu'il existe entre eux des oppositions d'intérêt irréductibles. Bien au contraire, la collaboration du travail intellectuel et du travail manuel me paraît la voie la plus sûre pour garantir le bien-être de la société et l'avenir de la civilisation. C'est la justice sociale pour tous que nous poursuivons ici, et je sais que tel est aussi votre but... Je tiens à vous dire avec quelle sympathie le bureau international du travail suit une œuvre à laquelle il est prêt à collaborer dans la mesure de ses moyens et de vos désirs. »

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Mariage.** — Notre collaborateur et ami, le Dr G. BLECHMANN, ancien chef de clinique de la Faculté, vient d'épouser Mademoiselle Hélène ENRIQUEZ, la fille du distingué médecin de la Pitié.

Aux jeunes époux et à leurs familles, le *Concours médical* adresse ses bien sympathiques félicitations et ses meilleurs vœux de bonheur.

G. D.

— **Clinique propédeutique** (Hôpital de la Charité. Fondation de la ville de Paris. Professeur Emile SERGENT). — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical*, du lundi 7 avril au samedi 12 avril 1924 inclus par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand et P. Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 francs.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades) et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques par le docteur Cottenot).

— **Laboratoire de sérologie** (54, rue Saussure, XVIIe, métro : Monceau-Villiers). — M. RUBINSTEIN fera son cours de sérologie appliquée à la clinique du 6 mai au 6 juin. Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures.

Le cours comporte l'étude des réactions en vue du séro-diagnostic de la syphilis (Bordet-Wassermann et ses modifications, procédés de floculation, étude du liquide céphalo-rachidien), de la tuberculose (antigène de Besredka, antigènes méthyliques), de l'échinococcose de la gonococcie, etc.

Le nombre des élèves est limité. Les inscriptions sont reçues tous les jours de 14 à 18 heures. Droit d'inscription : 200 francs.

— Le prochain dîner de « l'*Association amicale des médecins de la région du Nord* » résidant à Paris, aura lieu le jeudi 3 avril à 7 h. 45, au Club de la Renaissance Française, 12, rue de Poitiers.

Le docteur PARMENTIER, médecin des hôpitaux, présidera ce dîner.

Tous les médecins originaires des départements suivants : Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Ardennes, qui désirent assister à ce banquet, sont priés d'envoyer leur adhésion au docteur PAUL, président du « *Nord-Médical* », 52 bis, rue de Varenne, à Paris (7e). (Télép. Fleurus 13-93).

— **Association de la Presse médicale française.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Association s'est tenue le samedi 23 février, dans les salons de l'Hôtel Lutetia, sous la présidence de M. Maurice LOEPER, rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Après une allocution du président, qui a rappelé les faits les plus saillants de l'année écoulée et souhaité la bienvenue aux nouveaux adhérents, le secrétaire général, M. PIERRA, directeur de la *Revue française de gynécologie*, a présenté le rapport statutaire sur l'activité de l'Association au cours de l'année 1923 et fait ressortir les constants progrès qui ont marqué le dernier exercice. Puis le trésorier, M. Georges BAILLIÈRE, a lu son rapport financier, qui montre la prospérité actuelle de l'Association.

L'Ordre du jour appelait la modification des statuts, qu'il fallait mettre en harmonie avec les prescriptions du Conseil d'Etat, pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique. Les statuts nouveaux, élaborés par le Conseil d'administration de l'Association, d'accord avec son conseil juridique, Me RIBADEAU-DUMAS, ont été adoptés à l'unanimité.

Ont été ensuite élus : membres du Conseil d'administration, MM. LOEPER et GARDETTE, sortants, et COMBEMALE ; du Conseil de famille, MM. DOLÉRIS, BALTHAZARD et GRANJUX ; de la Commission d'admission, MM. G. DE PARREL, ROULLAND et Clément SIMON.

Le Conseil d'administration est composé pour 1924, de MM. LE SOURD (*Gazette des hôpitaux*), président honoraire ; LOEPER (*Le Progrès médical*), président ; CRUCHET (*Journal de médecine de Bordeaux*) et Noël FIESSINGER (*Journal des Praticiens*), vice-présidents ; L. M. PIERRA (*Revue française de gynécologie*) secrétaire général ; Georges BAILLIÈRE (*Paris Médical*), trésorier ; COMBEMALE (*L'Echo Médical du Nord*), GARDETTE (*La Presse thermale et climatique*) et LERICHE (*Lyon chirurgical*), membres.

Toutes les communications concernant l'Association doivent être adressées au secrétaire général : M. le Dr PIERRA, 12, rue de Babylone, Paris (7e).

— **Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.** — L'Assemblée générale annuelle de l'A. E. a eu lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. M. Belot, président d'honneur de l'Association, a ouvert la séance par une allocution au cours de laquelle il a fait garder une minute de silence en souvenir des membres de l'Association morts dans l'année : Lionel Girard, Mlle Maas, Villetard de Prunières. Après le rapport financier du trésorier, le président a constaté dans le rapport moral la parfaite marche de l'Association au cours de l'année. Puis l'Assemblée a renouvelé son bureau pour 1924. Ont été élus : ancien externe secrétaire, M. F. Lepennetier. Externes en exercice : président, M. P. Cossa ; vice-président, M. Bocquentin ; secrétaire général adjoint, Mlle Brosse, secrétaire, M. Leproust ; trésorier, M. G. Bazouge.

— **A l'Association des étudiants.** — Le Comité de l'Association générale des étudiants, composé d'une cinquantaine de membres, vient de procéder à l'élection de son nouveau bureau.

Par 24 voix sur 49, M. Antebi a été réélu président au premier tour.

Voici la composition du nouveau bureau :

Vice-présidents : MM. Crouzat (médecine), Loise (sciences politiques), Lorzat (médecine), M. Lorzat occupait les fonctions de trésorier dans le bureau sortant.

Trésorier général : M. Abriq (droit).

Trésorier adjoint : M. Delaris (droit).

Secrétaires : MM. Viguier (médecine), Chaussat (pharmacie).

Bibliothécaires : MM. Guy (lettres), Ernst (lettres).

Président de la Commission des fêtes : M. Bié (beaux-arts).

Président de la Commission des avantages matériels : M. Dijon (P.C.N.).

Président de la Commission du bar : M. Giron (droit)

Cours Complémentaires et de Perfectionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1924.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (1, place du Parvis-Notre-Dame), professeur : M. A. GILBERT. Agrégé : M. Maurice VILLARET.

Cours de perfectionnement.

Cet enseignement comprend deux cours.

1° *Premier cours de perfectionnement.* — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les *grandes vacances (du 30 juin au 12 juillet* 1924), sous la direction de M. Maurice VILLARET, et avec la collaboration de MM. OKINCZYC, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; HERSCHER et CHABROL, médecins des des hôpitaux ; LIPPMANN, BRIN, Paul DESCOMPS, JOMIER, SAINT-GIRONS, Henri BENARD, DUMONT, COURY, MARÉCHAL, Mlle TISSIER, M. DEVAL, chefs et anciens chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet : *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.*

Durant deux semaines, il comportera 31 leçons (une le matin avant 10 heures, deux le soir de 15 heures à 18 heures).

Droit de laboratoire : 150 francs.

2° *Deuxième cours de perfectionnement.* — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les *grandes vacances (du 8 au 20 septembre* 1924), sous la direction de M. Maurice VILLARET, et avec la collaboration de MM. LARDENNOIS, et HEITZ-BOYER, agrégés, chirurgiens des hôpitaux ; HERSCHER et CHABROL, médecins des hôpitaux ; LEVEN, Fr. MOUTIER, LIPPMANN, Paul DESCOMPS, Henri BENARD, SAINT-GIRONS, DUFOURMENTEL, DUMONT, Mlle TISSIER, DEVAL, LAGARENNE, DUREY, chefs ou anciens chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet : *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.*

Droit de laboratoire : 150 francs.

Enseignement clinique de vacances

(août, septembre, octobre 1923).

Tous les matins, à 10 h. 30 : Enseignement clinique au lit du malade par M. Maurice VILLARET.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (184, rue du Faubourg Saint-Antoine), professeur : M. CHAUFFARD.

Etudes cliniques et thérapeutiques sur les maladies de la nutrition.

Ce cours de perfectionnement s'adresse aux médecins qui désirent se consacrer d'une façon toute spéciale à l'étude des maladies de la nutrition. Il comprend 20 conférences, suivies de démonstrations pratiques au laboratoire de chimie ou au lit du malade, qui seront faites du 1er au 15 juin 1924, sous la direction du professeur CHAUFFARD, avec la collaboration du docteur Noël FIESSINGER, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Guy LAROCHE, Jean TROISIER, Paul BRODIN et Julien HUBER, médecins des hôpitaux ; des docteurs DEBRAY, Robert CLÉMENT et GIRARD, chefs de clinique ; et des docteurs GRIGAUT et ZIZINE, chefs de laboratoire de chimie.

Ces conférences seront faites matin et soir à l'amphithéâtre de la clinique, dans les laboratoires ou les salles de malades et seront accompagnées de démonstrations cliniques. Un résumé de chaque conférence sera remis aux auditeurs.

Le registre d'inscriptions sera ouvert au Secrétariat de la Faculté ; le droit d'inscription est de 150 francs.

Etudes cliniques et thérapeutiques sur les maladies du foie et des voies biliaires d'après les acquisitions modernes de la médecine.

Ce cours comprendra 20 conférences, suivies de démonstrations pratiques aux laboratoires de chimie, d'hématologie, de radiologie ou de bactériologie qui seront faites du 31 mars au 11 avril 1924, sous la direction du professeur CHAUFFARD, avec la collaboration de Noël FIESSINGER, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Jean TROISIER, FLANDIN, Paul BRODIN et Julien HUBER, médecins des hôpitaux ; des docteurs DEBRAY, Robert CLÉMENT et GIRARD, chefs de clinique ; des docteurs BREL, chef de laboratoire de bactériologie, GRIGAUT et ZIZINE, chefs de laboratoire de chimie, et RONNEAUX, chef de laboratoire de radiologie.

Les méthodes d'exploration du foie.

Les grands syndromes et leur traitement.

Les méthodes thérapeutiques.

Ces leçons seront faites matin et soir à l'amphithéâtre de la clinique et seront suivies de démonstrations pratiques dans les salles des malades ou dans les laboratoires. Un résumé de chaque conférence sera remis aux auditeurs.

Le registre d'inscriptions sera ouvert au Secrétariat de la Faculté ; le droit d'inscription est de 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (47, rue du Faubourg Saint-Jacques), professeur : M. Fernand WIDAL.

Cours de perfectionnement

sous la direction de MM. LEMIERRE et ABRAMI, agrégés.

Premier cours. — 1° Maladies du rein (6 leçons).

Deuxième cours. — 1° Maladies du foie (4 leçons).

2° L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

3° Diagnostic des maladies typhoïdes, hémoculture et séro-diagnostic (1 leçon).

4° Réactions de fixation (2 leçons).

5° Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon).

6° Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour à 14 heures, à la clinique médicale de Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines.

Une série de cours aura lieu dans l'année aux dates suivantes : lundi 30 avril, lundi 3 septembre.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE (hôpital de la Pitié : 83, boulevard de l'Hôpital), professeur : M. VAQUEZ.

Cours sur la radiologie cardiaque et l'électrocardiographie

par MM. BORDET, chef de laboratoire, et J. YACOEL, chef de clinique adjoint.

Ce cours comportant 30 leçons théoriques et exercices pratiques aura lieu au laboratoire de la clinique, du 19 mai au 25 juin 1924, à 10 heures du matin.

Le prix de ce cours est de 150 francs.

S'inscrire à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

(*A suivre.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

1° Un blessé du travail en traitement du 13 oct. au 5 nov. donne lieu à la note suivante :

Certificats initiaux	5 fr.
1° Le 13 octobre, 2 sutures	15 fr.
14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 29, 30 oct., 2 et 4 nov., 13 pansements à 15 fr.	195 fr.
(Pansements multiples sur tout le membre supérieur gauche.)	
2° Pansements de l'hémithorax gauche 13, 14, 15 et 16 oct., 4 pansements à 8 fr.	32 fr.
Total	247 fr.

La Compagnie d'assurances m'offre 115 fr.

Or, voici le diagnostic à l'entrée :

1° Plaies contuses de l'avant-bras, du bras et du poignet gauches ;

2° Plaie de l'hémithorax gauche face latérale (hémorragie).

Il me semble même que je suis au-dessous du tarif, puisque pour le premier paragraphe, il y a le cas de deux segments de membre, c'est-à-dire deux pansements séparés (16 fr.).

2e cas. Un autre blessé du travail en traitement du 17 au 30 octobre pour « Plaie de la face dorsale de la main gauche, (une suture) donne lieu à la note suivante :

Certificat	5 fr.
17 oct., une suture	15 fr.
18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 29 oct., soit 10 pansements à 8 fr.	80 rr.
Total	100 fr.

La Compagnie (la même) m'offre 52 fr.

3e cas.

Corps étranger de l'O.G. (et certificat)	20 fr.
5 pansements ou instillations (8 fr.)	40 fr.
Total	60 fr.

La même Compagnie propose 30 fr.

4e cas

Corps étranger de l'O.D. (et certificat)	20 fr.

La même Compagnie propose 15 fr.

En ce qui concerne plus particulièrement les yeux, la Compagnie peut-elle m'objecter que je ne suis pas spécialiste ? Il n'en est pas moins vrai que j'ai le droit de pratiquer ces petites interventions qui, toutes, sont faites sous anesthésie à la cocaïne.

D'ailleurs, jusqu'à présent, mes notes d'honoraires en ce qui concerne les yeux n'ont jamais donné lieu à discussion, et j'ai toujours perçu 20 fr. pour une extraction (avec les certificats).

Selon vous, suis-je fondé à poursuivre la Compagnie (ou plutôt les patrons), et ai-je des chances de réussir ?

Je m'excuse de vous écrire aussi longuement ; si vous jugez que l'étude de ces cas puisse servir aux

confrères, vous pourrez parfaitement la publier dans le *Concours*.

J'ajoute que la Compagnie ne me fournit aucune explication pour ces réductions que je ne saurais accepter, sous peine de manquer à ma dignité de médecin. Dr B.

Réponse.

1er *cas*. — D'après vos explications, je ne vois pas lieu à réduction. La tarification de « pansements multiples » est régulière, alors qu'il y a eu plaies du bras, de l'avant-bras et du poignet sur le même membre. En outre la tarification supplémentaire pour pansement de plaie de l'hémithorax gauche est justifiée par l'art. 14 sur les « blessures multiples ».

2e *cas*. — Tarification régulière.

3e *et* 4e *cas*. — *Idem*, si le corps étranger de l'œil était « profondément implanté ». Au cas contraire, c'est 15 francs et non 20 francs (art. 27 A) et cela que vous soyez spécialiste ou non.

La Compagnie, dites-vous, a réduit votre note, sans vous fournir aucune explication. Il va de soi que cette façon d'agir est inadmissible. Les réductions sont probablement basées sur l'idée du nombre exagéré de consultations. Je ne vois que cette explication à fournir. Auquel cas ce n'est plus une question de tarification, mais de fait, et dans laquelle je n'ai plus à m'immiscer.

F. D.

III

Radiographie. Massage.

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation les cas suivants et demander vos conseils.

1er cas. Un confrère avait demandé à la Compagnie La P., l'autorisation de faire radiographier le blessé Z. qui l'avait choisi comme médecin traitant. Le directeur régional de la P. a répondu à mon confrère, l'autorisant à faire procéder à la radiographie du blessé chez le Dr X., médecin radiographe de la Compagnie d'assurances.

Le médecin traitant d'accord avec le blessé, ne désirant pas se rendre au cabinet du Dr X. radiographe, pour des raisons que nous n'avons pas à connaître, est venu à mon cabinet, et sur sa demande j'ai radiographié le blessé Z. (hémithorax droit). J'ai adressé les épreuves à la Compagnie d'assurances qui les a refusées, disant qu'elle n'avait pas autorisé le médecin traitant à faire radiographier le blessé Z. à mon cabinet.

Quels sont mes droits ? La Compagnie d'assurances, par l'intermédiaire de son directeur régional, a-t-elle le droit, malgré le libre choix du médecin traitant d'accord avec son blessé, de refuser mes radiographies et de ne pas me payer des honoraires ?

2o cas. Le blessé R. m'est adressé par son médecin traitant pour recevoir à mon cabinet des soins par le massage, et cela, *sans l'autorisation de la même Compagnie la P.*, Il est évident que je ne puis être

payé au tarif des kinésithérapeutes puisque je n'ai pas eu l'autorisation de la Compagnie d'assurances. Mais le massage faisant partie du tarif de pratique courante, puis-je le considérer comme un acte de pratique courante et le tarifer comme tel ?

Dr R.

Réponse.

1o Le blessé a le libre choix du médecin et du radiographe pour toute radio faite « après avis conforme du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » (art. 26 VIe note), mais avis conforme au sujet de la nécessité de la radiographie et non pas sur la personnalité du radiographe. Naturellement, dans sa note d'honoraires, ce dernier doit se conformer au tarif Breton.

2o Le « massage » est compris dans le prix de la visite ou consultation. Vous êtes donc devenu, en pratiquant ces massages, le médecin traitant du blessé, étant entendu que ce blessé ne saurait avoir à la fois deux médecins traitants.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

Blessé de guerre trépané et spécifique.

En m'excusant d'abuser de vos instants, je viens vous demander une consultation juridico-médicale.

En 1921, un mutilé *trépané* vient me consulter pour une fistule du voile du palais, apparue récemment après une suppuration naso-pharyngée. Je portai le diagnostic causal de syphilis, malgré l'ignorance et les dénégations du malade et ce diagnostic ayant été confirmé par un confrère renommé du département, je fis une série de novarsénobenzol intra-veineuse, qui fit presque disparaître la fistule, dont il ne reste qu'une fissure filiforme. Les soins ne me paraissant pas relever de la blessure, je fis payer le malade lui-même, sans recourir à l'Etat.

En 1923, le même trépané revient se plaignant que les crises comitiales très rares qu'il avait autrefois, deviennent plus fréquentes et que nommément la veille, il avait eu plusieurs crises sub-intrantes. Il avait, en effet, la figure tuméfiée, blessée et ecchymosées par les chutes sur le sol.

Soupçonnant que la syphilis pouvait compliquer l'état nerveux du trépané, je fis demander à la Préfecture l'autorisation de faire faire un Wassermann par le carnet. Cette autorisation fut obtenue et le Wassermann étant nettement positif, je fis une série de novarsénobenzol intra-veineuuse, en me servant des coupures du carnet pour le médicament et pour mes interventions.

Et j'envoyais le mémoire en fin d'année. Je n'ai pas encore de nouvelles de ces mémoires, mais la lecture que j'ai faite de certaines de vos réponses, dans le *Concours* ou le *Médecin Syndicaliste* m'ont mis en doute sur la légitimité de la dette par l'Etat des soins susdits.

Veuillez être assez aimable pour me donner un avis, au cas où j'aurais à discuter.

Dr R.

Réponse

C'est un cas *complexe* et très intéressant à discuter. Voilà un *trépané* qui a des crises comitiales et qui est en même temps un spécifique. D'où viennent ces crises : de la blessure de guerre ou de la syphilis ?

Qui oserait se prononcer ferme ? Dans ce cas, le *doute* doit être au bénéfice du pensionné, à mon avis. Et, par suite, les soins donnés doivent être supportés par l'Etat.

Mais c'est là ma simple opinion *personnelle* et sans préjuger en rien de la décision de toute Commission de contrôle, cela va de soi.

F. D.

A propos de la thèse de doctorat

La question de la thèse de doctorat en médecine est à l'ordre du jour. Beaucoup de confrères ont émis des idées intéressantes sur ce sujet. Les uns veulent supprimer la thèse, ce qui est impossible. Dans toutes les facultés, pour obtenir le grade de docteur, il faut soutenir une thèse. On ne peut donc modifier l'état de choses actuel.

Mais, sans supprimer la thèse, pourrait-on dispenser les candidats de l'impression de leur travail ? A cette heure, les frais d'imprimerie sont prohibitifs. Il est regrettable d'imposer à des jeunes gens, qui ont déjà fourni plusieurs années d'études coûteuses et ont en perspective des frais d'installation très onéreux, une dépense de 1.200 à 1.500 fr. pour imprimer une thèse, même modeste comme texte.

Pourtant, il y a des précédents où l'impression de la thèse n'est pas obligatoire. Voyez ce qui se passe dans une de nos grandes écoles, l'école des Chartes. Pour obtenir son diplôme d'archiviste paléologue, l'élève à la fin de sa troisième année, doit présenter une thèse.

Il rédige donc son travail avec l'importance qu'il veut lui donner, et en remet un exemplaire à son président de thèse qui en prend connaissance avant la soutenance : le sommaire ou un résumé de la thèse est imprimé par les soins de l'Ecole des chartes dans un fascicule spécial : c'est la position de thèse.

C'est la seule impression faite. L'élève argumente avec son manuscrit et sa position de thèse, et plus tard, si ses ressources le lui permettent, ou si un éditeur bienveillant s'intéresse à ce travail et veut en faire les frais, le volume voit le jour, souvent plusieurs années après. Mais le plus souvent le travail reste à l'état de position de thèse. Il est vrai que si l'élève est favorisé par cette manière de faire, ceux qui s'intéressent

aux choses du Moyen-Age sont privés de travaux généralement très documentés et d'une grande érudition.

M. V.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Prescription des substances vénéneuses dans les hôpitaux.

19384. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre de l'hygiène si les médecins d'hôpitaux, lorsqu'ils prescrivent une substance toxique, doivent établir, pour chaque malade hospitalisé, une ordonnance comportant les indications prescrites par le décret du 14 septembre 1916, savoir : le mode d'emploi, la date, la signature, le nom et l'adresse du médecin. (*Question du 27 novembre* 1923.)

Réponse. — L'article 20 du décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique pour la loi du 12 juillet 1916, précise que : « L'auteur de la prescription des substances des tableaux A et B est tenu, sous peine de sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, de la dater, de la signer et de mentionner lisiblement son nom et son adresse... ». Les médecins sont tous soumis à ces obligations aussi bien à l'hôpital que dans leur clientèle privée. A l'hôpital, des mesures peuvent être prises pour faciliter l'application de cet article 20, sans cependant, y apporter de dérogation. C'est ainsi que, dans les hôpitaux de l'administration de l'assistance publique de Paris, les prescriptions des substances des tableaux A et B, faites à la visite du matin, sont inscrites sur le cahier de visite en regard du numéro de lit de chaque malade ; que le cahier de visite est daté par les soins de l'administration et signé, chaque jour, par le médecin ; les substances des tableaux A et B prescrites en dehors des heures de la visite aux malades hospitalisés doivent être inscrites en toutes lettres sur un bon spécial, pour chaque malade, portant le timbre du chef de service, daté et signé, soit par lui, soit par l'interne de service, autorisé, par arrêté préfectoral, à exercer temporairement les fonctions de docteur en médecine ; les prescriptions des tableaux A et B faites à la consultation externe sont rédigées en toutes lettres sur une feuille d'ordonnance portant le timbre de l'hôpital et celui du chef de service, datée et signée par lui ou par son interne, autorisé à exercer temporairement les fonctions de docteur en médecine. Cette manière de faire

satisfait à l'esprit et au texte de la loi et du décret, en empêchant les fautes et les abus ; elle met les médecins et l'administration à l'abri des fraudes qui ne manqueraient pas de se produire si les prescriptions n'étaient pas obligatoirement signées par le médecin ou son interne.

(*J.O.* 14 mars 1924.)

Remboursement des frais médicaux à un blessé de guerre.

6410. — M. LE COMTE DE BLOIS, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre et des pensions, comment un blessé de guerre, réformé nº 1, inscrit sur la liste communale des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, peut se faire rembourser des frais de médecin et de pharmacien qu'il a engagés chez un médecin et pharmacien civils dans le cours de l'année 1921 et qu'il peut justifier par des factures. (*Question du* 22 *janvier* 1924.)

Réponse. — La commission tripartite départementale, instituée par le décret du 25 octobre 1922, est compétente pour examiner la demande de l'intéressé.

(*J. O.*, 14 mars 1924.)

Application de la loi sur l'aide nationale aux familles nombreuses.

20868. — M. RAOUL ANGLÈS, député, demande à M. le ministre de l'hygiène s'il est exact que la loi du 23 janvier 1924, sur l'aide nationale aux familles nombreuses, ne soit pas encore en application et, dans le cas contraire, quelles mesures il a prises en vue de cette application. (*Question du* 29 *février* 1924.)

Réponse. — Des instructions ont été envoyées aux préfets par circulaire du 11 février 1924, pour les prier de recommander aux maires de recevoir les demandes des personnes désireuses de bénéficier de la loi du 22 juillet 1923 (et non du 23 janvier 1924) et leur indiquer les pièces justificatives qu'elles avaient à fournir. La loi est donc entrée en application, mais les bénéficiaires ne pourront toucher leur première allocation qu'à l'expiration du premier semestre échu depuis l'application de la loi, c'est-à-dire le 1er juillet prochain, conformément à l'article 6 de la loi. Un règlement d'administration publique, en date du 27 février 1924, publié au *Journal officiel* du 2 mars 1924, précise d'ailleurs les conditions d'application de la loi qui n'est entrée en vigueur que six mois après sa promulgation, soit le 2 février 1924.

(*J. O.*, 15 mars 1924.)

Allocations aux familles nombreuses.

20922. — M. Ferraris, député, demande à M. le ministre de l'hygiène si une mère de famille ayant eu cinq enfants, dont trois au-dessous de treize ans, n'a pas droit aux allocations décernées aux familles nombreuses. (*Question du 6 mars 1924.*)

Réponse. — Aux termes de l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 14 juillet 1913, une mère de famille qui n'a plus à sa charge que trois enfants de moins de treize ans n'a droit à l'assistance aux familles nombreuses que si son mari est mort, disparu ou l'a abandonnée, auquel cas elle a droit à l'allocation à partir du deuxième enfant de moins de treize ans. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque le père et la mère sont tous deux vivants, l'allocation ne peut être due qu'à partir du quatrième enfant de moins de treize ans, à moins qu'un enfant de treize à seize ans ne soit pourvu d'un contrat écrit d'apprentissage et ne soit ainsi assimilé à un enfant de moins de treize ans.

(*J. O.*, 15 mars 1924

Obligation des Sociétés de secours mutuels à l'égard de leurs membres pensionnés de guerre.

20821. — M. Dubois de la Sablonière, député, demande à M. le ministre de l'hygiène : 1° quelles sont les obligations des sociétés approuvées de secours mutuels à l'égard de ceux de leurs membres participants qui relèvent du régime institué par la loi du 31 mars 1919 ; 2° s'il existe une différence entre les sociétés agréées ou non agréées pour le service institué par la nouvelle législation ; 3° si l'on doit faire une distinction entre les sociétaires dont il s'agit suivant qu'ils ont été admis dans la société avant ou après leur blessure, maladie ou aggravation ; 4° si l'on doit faire une autre distinction entre les sociétaires, suivant qu'ils ont été admis avant la promulgation ou la mise en vigueur de la loi du 31 mars 1919. (*Question du 28 février 1924.*)

Réponse. — Les sociétés de secours mutuels, qu'elles soient approuvées ou libres, dont les statuts prévoient en faveur de leurs membres des secours de maladie, doivent ces secours, au même titre qu'à leurs sociétaires ordinaires, à ceux de leurs membres relevant du régime institué par la loi du 31 mars 1919. Ces derniers ont, toutefois, le droit d'obtenir à titre individuel, en dehors de toute intervention de la société et dans les conditions prévues par l'article 64 de ladite loi, les soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service qui a motivé leur pension ; 2° aux termes de l'article 20 du

règlement d'administration publique du 26 septembre 1919, toute société de secours mutuels régulièrement constituée peut, sur sa demande, être admise, par décision du ministre de l'hygiène, à faire donner à ses adhérents, moyennant remboursement par l'Etat, les soins auxquels ils ont droit par application de la loi du 31 mars 1919. Seules les sociétés de secours mutuels ayant obtenu cette autorisation peuvent assurer le service des soins médicaux aux victimes de la guerre et obtenir le remboursement de ces soins par l'Etat ; 3° et 4° il n'y a pas de distinction à faire entre les sociétaires, bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivant la date à laquelle ils ont été admis dans la société.

(*J. O.*, 14 mars 1924.)

Interprétation du tarif Maginot. Frais de déplacement des médecins.

20366. — M. Emmanuel Brousse, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° si, lorsque dans un village sans médecin, desservi habituellement par un médecin de la ville voisine qui ne compte pas ses frais de déplacement lorsqu'il voit un mutilé, les autres médecins de la ville sont, par ce fait, tenus de ne pas compter des frais de déplacement chaque fois qu'ils iront au village et verront un mutilé ; 2° si un médecin qui se rend chez un client civil dans un village sans médecin et qui est appelé, au cours de cette visite, à donner ses soins à un mutilé du village, ne doit pas, en droit, compter ses frais de déplacement, pour cette visite au domicile du mutilé. (*Question du* 29 *janvier* 1924.)

Réponse. — 1° Réponse négative ; les médecins visés ont droit à une indemnité de déplacement qui ne peut excéder celle attribuable au médecin le plus rapproché ; 2° réponse négative.

(*J. O.*, 15 mars 1924).

Le cumul des allocations aux veuves et ascendants de militaires morts pour la France et des allocations aux vieillards.

19836. — M. Lemire (Nord), député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène quelles mesures il compte prendre pour que les allocations servies aux anciens combattants mutilés ou ascendants de soldats morts pour la France n'empêchent pas ceux qui en bénéficient de toucher par ailleurs d'autres secours quand il est nécessaire, sous prétexte que le cumul d'une allocation et d'un secours est interdit ; exemple précis : un homme aveugle depuis vingt-cinq ans et sa femme paralysée, du fait qu'ils touchent l'allocation d'ascendants, par suite du décès d'un fils

tué à la guerre se voient supprimer ou refuser tout secours auxquels ils auraient droit à titre d'incurables. (*Question du* 20 *décembre* 1923.)

Réponse. Dans l'état actuel de la législation, les allocations attribuées par l'État en vertu de la loi du 31 mars 1919 aux veuves ou ascendants de militaires morts pour la France au cours de la guerre ne sont pas, en effet, déductibles des ressources que peut posséder la personne demandant à bénéficier de l'assistance aux veillards, infirmes et incurables. Mais une proposition de loi a été adoptée par la Chambre des députés, dans sa séance du 16 novembre 1920, aux termes de laquelle lesdites allocations ne doivent plus entrer en ligne de compte dans le calcul de ces ressources. Cette proposition est actuellement en instance devant le Sénat, et le ministre de l'hygiène se préoccupe de la faire aboutir rapidement.

(*J. O.*, 8 mars 1924.)

L'application de la loi sur les chambres d'allaitement

20620. — M. Delory, député, rappelle à M. le ministre de l'Hygiène la réponse faite à sa question écrite n° 19259, du 20 novembre, 1923 (*Journal officiel* du 7 février 1924), concernant l'application de la loi du 5 août 1917 sur les chambres d'allaitement dans les usines et, en raison du laps de temps écoulé depuis le vote de cette loi, demande : 1° à quelle date le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge a été saisi de la question ; 2° à quelle date ce comité a terminé l'élaboration des deux programmes prévus ; 3° à quelle date ces deux programmes ont été adressés au ministre du travail. (*Question du* 13 *février* 1924).

Réponse. — Le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge a été saisi, le 14 novembre 1917, du projet de décret préparé par le ministère du travail, il l'a examiné dans ses séances des 13 décembre et 8 juin suivants. L'avis du comité supérieur a été transmis au ministère du travail le 1er juillet 1918. Le ministère du travail, à la demande du comité consultatif des arts et manufactures, a renvoyé le dossier pour nouvel examen au comité supérieur de la protection des enfants du premier âge le 19 août 1921. Le dossier a été soumis au rapporteur de ce comité le 15 octobre suivant. Le comité a tenu, pour examiner cette question, des séances le 30 mars 1922 et le 19 janvier 1923. Le nouvel avis du comité a été adressé au ministère du travail le 7 mars 1923.

(*J. O.*, 8 mars 1924).

THÉATRE

Le devoir d'aînesse

Le Dr Paul JANOT vient de faire représenter, d'abord sur la Scène Française, avenue de Wagram, une pièce en trois actes, le *Devoir d'aînesse*, qui a remporté un très légitime succès. Elle l'a retrouvé à l'*Athénée*, où elle a été présentée à la critique hier.

L'auteur y développe cette idée que, lorsque dans une famille, le père disparaît prématurément, il appartient à l'aîné des enfants de prendre sa place, et de pourvoir à l'éducation et à l'établissement de ses frères et sœurs.

C'est pour ne l'avoir pas ainsi compris que François Morand a laissé ses deux frères puînés misérablement végéter dans des situations mesquines, sa sœur contracter un mariage qui ne lui apporte que déboires et ruines.

Cependant, à force de travail, Jean Morand, a réussi à élever ses deux enfants, et il est sur le point de marier honorablement sa fille Colette, quand il apprend que son fils a volé 150.000 francs, pour les dilapider au jeu. C'est le mariage de Colette rompu, c'est la honte jetée sur la famille, si l'on ne trouve pas le moyen de restituer ces 150.000 francs. Mais où les prendre ? Un ami pressenti se dérobe ; il y a bien la dot de Colette : celle-ci se révolte contre ce qu'elle considérerait comme une spoliation. Il n'y a d'autre ressource que de s'adresser à l'aîné, à François. Une sorte de conseil de famille se réunit, où François se défend énergiquement contre les sollicitations dont il est l'objet. Finalement, sur l'intervention de sa vieille mère, il reconnaît qu'en effet, il n'a pas accompli dans sa plénitude son *devoir d'aînesse*. Et prêt à réparer son erreur, il consent à rendre la paix et le calme à tous les siens, en restituant l'argent volé par son neveu.

Cette pièce a été jouée très bien par une troupe très homogène, au premier plan de laquelle il y a lieu de mettre Mme ROSE SYMA, parfaite dans le rôle de la grand'mère, et l'auteur, Paul JANOT, lui-même, tout vibrant d'émotion généralement contenue, mais qui jaillit parfois en éclats impressionnants.

J'adresse à mon ami Janot mes compliments les plus sincères, et je m'associe de nouveau ici aux ovations dont il a été l'objet à la première représentation de sa pièce.

G. DUCHESNE.

Quarante-sixième année — N° 14 — 6 Avril 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 786-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

Documents Officiels

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », du Dr Pradignat, de Paris, la somme de soixante-cinq francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 125. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéfi. nets. 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 126. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

N° 127. — Dr cherche confr. à la camp. qui prendr. en pension qqs temps jeune homme non contag. mais fatigué et déprimé.

N° 128. — On demande 2 infirm. 20 à 40 ans, pr. service de chir. ds hôpital de l'Est.

N° 129. — A vend. faut. roul. renvers. gdes roues caoutch. pr. prom. malade appart., jardin ou route, ét. neuf. S'adr. Dr Patron, 6, rue Alfred-de-Musset, Nantes.

N° 130. — Instruments, appareils électriques et mobilier d'occasion. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, XIIe.

N° 131. — A céder client. médec. géné. à 15 km. gde ville de l'Ouest, gare de ch. de fer, localité agréab., rapport 55 à 60.000 frs.

N° 132. — A vend. reliés à l'ét. de neuf, Anatomie Poirier et Charpy 1911 en 9 vol. Ecr. veuve de Rouville, 9, rue des Deux-Amis, St-Etienne (Loire).

N° 133. — On demande à acheter un antidiffuseur Tauleigne-Mazo.

N° 134. — A repr. en banl. imméd. tr. anc. poste, rapp. 35.000 frs., gd appart., tr. jolie localité, comm. rapides sur Paris. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 135. — Ds ville de l'Est, poste tr. import. tr. gros produit, plutôt cab. consult., auto pas nécessaire, tr. belle maison. S'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris, Ve, R. C. Seine, 46851.

CORRESPONDANCE

Association Générale des Médecins de France

Election du Président général. — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France aura lieu le *dimanche* 27 *avril* 1924.

Le président est élu tous les cinq ans par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, convoqués à cet effet dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de chacune des Sociétés locales.

L'élection a lieu par bulletin secret et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Le 27 avril 1919, en annonçant la candidature du Dr BELLENCONTRE à la présidence de l'A.G., nous disions : « Nous ne saurions trop engager nos confrères à porter leur vote sur le nom du Dr Bellencontre... Les services qu'il a rendus au corps médical, notamment pendant la guerre, à la Caisse d'Assistance, sa parfaite connaissance des véritables intérêts et des réels besoins des médecins, joints à ses qualités personnelles, lui créent des titres ineffaçables à cette haute fonction, dans laquelle il continuera, avec une autorité singulièrement accrue, à donner son cœur, son intelligence et son dévouement à ses confrères. »

Que pourrions-nous ajouter, au moment où notre ami Bellencontre sollicite le renouvellement de sa fonction ? N'a-t-il pas justifié, et au delà, les espoirs que nous avions mis en lui ? Les titres que nous invoquions en sa faveur, il y a cinq ans, ne se sont-ils pas accrus encore, à la faveur de la haute situation qu'il a si dignement occupée ?

Votez donc pour Bellencontre, et que, durant un nouveau lustre, il veuille bien, porté par vos unanimes suffrages, continuer à se dévouer généreusement à l'Association générale des médecins de France.

G. D.

La délivrance des indemnités maladie par la Mutualité Familiale

J'ai repris mes occupations à la fin de janvier et j'en ai avisé le secrétaire général : comment se fait-il que je n'ai e pas encore reçu mon indemnité ?

Ma lettre se serait-elle égarée ?

Dr B

Réponse.

Vous ne pouvez recevoir votre indemnité

PEPTO-FER

DU D[R] JAILLET

Tonique, Digestif et Reconstituant

contre

ANÉMIE digestive,
ANÉMIE d'origine respiratoire,
ANÉMIE consomptive,
ANÉMIE par excès de travail intellectuel ou corporel,
ANÉMIE des convalescents,
ANÉMIE des pays chauds.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE, VENTE EN GROS :

DARRASSE Frères, 13, Rue Pavée, 13 -- PARIS (IV)

Détail : **Toutes Pharmacies** R. C. Seine 43.416

MÉDICATION CACODYLIQUE à DOSES MASSIVES
RÉSULTATS AUSSI SURPRENANTS QU'IMMÉDIATS par LA

CACODYLINE JAMMES

permettant sans le moindre inconvénient
et sans aucune contre-indication des injections
hypodermiques quotidiennes indolores de cacodylate de soude
variant de 10 à 20 centigr pour les bébés et les enfants et de
30 centigr à un gramme pour les adultes

DOCTEURS, ESSAYEZ ce PUISSANT MOYEN THÉRAPEUTIQUE

A 10cg — B 20cg — C 30cg — D 50cg — e 1gr

TUBERCULOSE . SYPHILIS
FIÈVRE PERSISTANTE . PALUDISME
MALADIE du SOMMEIL . GRIPPE
MALARIA des COLONIES

TOUX CHRONIQUE ANÉMIE
ACCIDENTS CONSÉCUTIFS aux GAZ
DÉPRESSIONS PHYSIQUES et MORALES
ENTÉRITES CHRONIQUES

LABORATOIRES JAMMES 10 QUAI de PASSY et 86 RUE MICHEL-ANGE PARIS XVI
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS GRATUITS AU CORPS MÉDICAL

R C SEINE : 2211

qu'après la réunion du Conseil d'administration, car c'est lui, et lui seul, qui statue après examen des dossiers que lui présente le secrétaire général.

Il serait inadmissible qu'il en fût autrement.

D'autre part, le Conseil ne peut se réunir continuellement — n'oubliez pas que les réunions constituent pour ses membres des dérangements, et même des déplacements qui ne sont pas négligeables — il se réunit à la fin de chaque trimestre.

Vous devez donc attendre les premiers jours d'avril pour recevoir l'indemnité à laquelle vous avez droit.

A. G.

Comment s'assurer 30 fr. d'indemnité journalière à la Mutualité Familiale?

Je me perds dans vos lettres et vos combinaisons. Que dois-je donc faire pour m'assurer 30 fr. d'indemnité journalière en cas de maladie et une bonne retraite de 6.000 fr. à 60 ou 65 ans ?

Réponse.

Si vous voulez être garanti contre le risque d'incapacité pour cause de maladie, adhérez à notre Caisse, soit pour 10 fr. par jour, soit pour 20 fr. par jour, soit aux deux combinaisons cumulées, ce qui vous fera 30 fr. Vous ferez alors partie des 2 combinaisons (MA et MAD) ; il vous faudra alors établir un dossier avec les pièces que je vous enverrai et passer deux examens médicaux près de deux confrères différents, l'un pour MA, l'autre pour MAD.

Le maximum de retraite que vous puissiez trouver chez nous est de 4.800 fr. soit 2.400 fr. à 60 ans (comb. P), et 2.400 fr. à 65 ans (comb. R). Mais, si votre femme fait comme vous, cela peut vous faire ensemble à 65 ans 9.600 fr. En tous cas, votre femme pourrait prendre 1.200 fr. à 60 ans en optant pour 10 parts de la combinaison P, et vous auriez ainsi, 3.600 fr. de retraite à 60 ans et à vous deux 6.000 fr. à 65 ans, juste à l'âge où cesse l'effet de la combinaison qui couvre l'incapacité pour cause pathologique.

Je vous recommande la combinaison P (à 60 ans) pour votre femme et la combinaison R (à 65 ans) pour vous-même.

Dr Mignon.

Assistance aux femmes en couches et aux femmes qui allaitent.

Vieil abonné du *Concours médical*, je viens vous demander de bien vouloir m'éclairer sur les questions suivantes :

Que désigne-t-on par ces mots :

Assistance aux femmes en couches ?

Est-ce le prix forfaitaire alloué par les Bureaux de bienfaisance du département ?

Est-ce les primes d'allaitement ?

A quelle date avant l'accouchement sont dues ces primes, Quand doivent-elles prendre fin ?

Est-ce qu'il y a une loi à ce sujet ?

Est-elle générale pour toute la France ?

Quelles sont les conditions requises pour qu'une femme enceinte soit admise à bénéficier de cette loi ?

Dr D.

Réponse.

L'allocation aux femmes en couches a été instituée, pour toute la France, par la loi du 17 juin 1913.

Elle est donnée à toute femme de nationalité française et privée de ressources qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique.

Avant les couches, la postulante doit justifier, par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant.

Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines. Elle ne peut, tant pour la période qui précède que pour celle qui suit les couches, être maintenue pendant une durée totale supérieure à huit semaines.

L'admission est prononcée dans les conditions fixées pour l'assistance médicale gratuite par les articles 12 à 19 de la loi du 15 juillet 1893 ou les 2e et 3e alinéas de l'article 20 et l'article 23 de la même loi, suivant que la postulante a ou non, son domicile de secours dans la commune de sa résidence.

La loi du 24 octobre 1919 a , en outre, institué au profit des bénéficiaires de la législation sur les femmes en couches, rappelée ci-dessus, une allocation supplémentaire de 15 fr, à la charge de l'Etat, payable pendant les 12 mois qui suivent l'accouchement aux femmes qui allaitent leur enfant au sein.

Cette allocation doit être servie tant que les lois attributives d'indemnités de cherté de vie recevront leur effet.

Pour jouir de l'une et de l'autre allocation, il faut que la mère prenne pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions à elle données à cet effet par la personne désignée par le bureau d'assistance.

Admission comme pupille de la Nation

Un marin réformé à 100 pour 100 à la date du 27 février 1924 me demande si son enfant né le 6 décembre 1922 peut être pupille de la Nation ?

Je lui ai répondu que je ne le croyais pas.

Dr C.

Réponse.

Pour que les enfants dont le père, la mère ou le soutien de famille se trouvent, à raison de blessures reçues, ou de maladies contractées ou aggravées par un fait de guerre, dans l'incapacité de pourvoir à leurs obligations et à leurs charges de famille, puissent être admis comme pupilles de la Nation, il faut qu'ils soient nés avant la fin des hostilités ou dans les trois cents jours qui ont suivi leur cessation (article 1er, § 2, de la loi du 27 juillet 1917, modifié par la loi du 26 octobre 1922).

L'enfant dont il est question dans votre lettre ne remplit donc pas les conditions exigées.

Compétence en matière d'honoraires accidents.

Je viens vous demander un conseil au sujet du réglement d'un accident du travail. Ouvrier blessé (luxation de l'épaule), sur le chantier d'une entreprise de construction d'un pont. A la guérison, en même temps que le certificat, j'ai rempli une feuille remise à l'ouvrier, indiquant les dates des visites et consultations et le montant des honoraires afférents à cet accident. Il y a quelques jours, je reçois de la Compagnie d'assurances, une lettre me disant qu'elle ne payera pas, car elle ne fait plus « d'avances » à son assuré ! ! Or, l'ouvrier a été payé intégralement de son demi-salaire.

J'ai l'intention d'attaquer le patron, mais le siège de l'entreprise est à Paris. Il faut donc que je l'assigne à Paris, dans ce cas ?

Dr H.

Réponse.

Les règles ordinaires de compétence ne sont pas applicables en matière de recouvrement d'honoraires accident du travail. En effet, la loi du 9 avril 1898 a attribué compétence pour les actions en payement des frais médicaux et pharmaceutiques au juge de paix *du lieu de l'accident*, quel que soit le montant de la somme réclamée. Nous croyons devoir vous rappeler que la procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement et que la demande doit être introduite dans l'année qui suit la cessation du payement de l'indemnité temporaire au blessé. Bien entendu, c'est le patron que vous devez citer et non la Compagnie d'assurances avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit.

Déduction des impôts fonciers du revenu.

En ma qualité d'abonné du *Concours médical*, permettez-moi de vous demander si vous n'avez pas fait erreur en écrivant ceci, *in* journal du 9 mars... page 514 : « Si un propriétaire adopte le revenu forfaitaire, du fait qu'il y a forfait, il ne peut être opéré aucune déduction ».

Mais que faites-vous des contributions qui ont tellement augmenté depuis 1917, et surtout des créances hypothécaires ?

Les contrôleurs consentent parfaitement et à juste raison à défalquer ces créances de l'impôt cadastral, et mon opinion est exposée dans le *Bulletin de la Chambre des Propriétaires*, de janvier 1924, page 13, auquel je vous renvoie.

Voici ce que dit Mᵉ L. Lesort : « Si on prend le revenu net imposable, on ne peut faire d'autres déductions que les intérêts hypothécaires (cadre V) et les contributions (cadre VI) ».

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître ce que vous pensez de l'observation que je vous adresse.

Dr L.

Réponse.

Dans la réponse insérée dans le *Concours médical* du 9 mars, p. 514, nous nous sommes bornés à indiquer comment obtenir le revenu devant être porté à la 1re catégorie du cadre IV de la déclaration d'impôt général.

En ce qui concerne les impôts à déduire de l'ensemble des revenus pour obtenir le revenu imposable (cadre VI), nous ajouterons quant à l'impôt foncier :

Les propriétaires qui, pour la détermination de leur revenu global retiennent le revenu d'après lequel ils sont cotisés à la contribution foncière, sont en droit de déduire de l'ensemble de leurs revenus le montant de leur imposition, à cette contribution.

Mais, ceux qui, préférant déclarer leur revenu réel, tiennent compte, pour l'estimation de ce revenu, du montant de l'impôt foncier affectant leurs immeubles, ne sont pas admis à déduire à nouveau l'impôt dont il s'agit de leur revenu global (*J. O.*, 8 avril 1921, Ch. D., p. 1540).

De même, si pour la détermination du revenu net réel, de ses propriétés foncières, le contribuable a tenu compte des intérêts de sa créance hypothécaire, il ne sera pas fondé à déduire à nouveau lesdits intérêts de l'ensemble de ses revenus.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

(*Voir la suite page XLVII*-831)

PROPOS DU JOUR

La conception syndicaliste du dispensaire antituberculeux au Comité national de défense de la tuberculose

Nous venons de recevoir, sans doute avec le plus grand nombre des médecins de France, un Extrait de la *Revue de Phtisiologie médico-sociale* (janvier-février 1924) où sont insérés des articles destinés, d'après leurs auteurs, les uns à montrer « les impossibilités *évidentes* (*sic*), qui s'opposent à la réalisation du « dispensaire type syndicaliste », les autres les possibilités que la pratique du dispensaire type classique a, en fait, ouvertes à la collaboration du Corps médical ».

Nous n'avons pas mandat de défendre ici l'Union des Syndicats médicaux de France, ni son projet de contrat collectif pour l'organisation et le fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux. L'Union et ceux qui l'administrent sont capables de riposter au Comité national et nous sommes à ce sujet parfaitement rassurés.

Mais nous nous permettrons quelques réflexions sur les articles que nous a fait parvenir le Comité national dans le but de démontrer les impossibilités *évidentes* qui s'opposent à la réalisation du dispensaire type syndicaliste.

Tout d'abord, nous nous permettrons de trouver singulier le mot *évident* sous la plume de personnes qui se consacrent à l'étude des sciences biologiques. Invoquer l'évidence, c'est juger *a priori*, c'est faire preuve d'esprit dogmatique, c'est éliminer de prime abord toute contradiction, toute discussion. Cet esprit dogmatique est définitivement exclu de l'étude des sciences médicales depuis Claude Bernard et depuis Pasteur, et nous regrettons de le voir renaître dans une publication du Comité national de défense contre la tuberculose qui compte dans son bureau des savants comme les professeurs Calmette, Letulle et Arnozan.

Il est téméraire de juger un projet avant que l'expérience de sa réalisation n'ait été faite, de parler d'impossibilités *évidentes* et surtout de l'apprécier sur le court exposé qui peut en être fait dans un modèle de contrat collectif où les détails du fonctionnement qui, dans une institution comme un dispensaire antituberculeux, sont tout, ne peuvent être précisés.

Et puis, nous nous permettrons de faire remarquer que toute discussion à ce sujet est parfaitement stérile. Un dispensaire antituberculeux, qu'il soit syndicaliste ou administratif, ne vaudra jamais que par les qualités de ceux qui en assumeront la direction et le fonctionnement et par l'autorité morale qu'ils auront su acquérir auprès du public, des malades et des médecins. Tout en faisant remarquer que, parmi ceux qui assument la direction et le fonctionnement du dispensaire, nous ne comprenons pas seulement le médecin chef, mais tous ses collaborateurs, depuis ses adjoints jusqu'à ses infirmières visiteuses.

Il n'y a qu'un moyen de démontrer que le dispensaire du type syndicaliste est impossible ou plutôt difficile à organiser et à faire fonctionner, c'est d'en faire l'expérience et de mettre un ou plusieurs syndicats en mesure de la tenter.

***

C'est M. le Pr Léon Bernard (à tout seigneur, tout honneur), qui ouvre la série des articles sur le *dispensaire type syndicaliste*.

M. le Pr Léon Bernard est un homme d'une grande intelligence et d'une valeur indiscutable. Professeur d'hygiène à la Faculté, médecin de l'hôpital Laënnec, médecin en chef du dispensaire antituberculeux Léon Bourgeois, membre de l'Académie de médecine, il est conseiller technique du Ministère de l'Hygiène, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Il fait à ces divers titres partie de la Commission permanente chargée d'examiner les projets d'assainissement, de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes, du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, du Conseil d'Administration de l'Office Public d'hygiène sociale du département de la Seine. C'est le Grand Hygiéniste de France, qui représente notre Pays dans les Comités sanitaires de la Société des Nations . Nous ne saurions énumérer toutes les Commissions, les Comités, les Conseils, les Ligues, les Œuvres, les Instituts, où M. le Pr Léon Bernard déploie son étonnante activité. Aussi, nous ne saurions trop le remercier, malgré le ton un peu méprisant de son article, d'avoir bien voulu prendre la peine d'écrire de sa main quatre pages sur le dispensaire type

syndicaliste et d'avoir eu assez de considération pour les 16.000 pauvres petits médecins français qui constituent l'Union des Syndicats médicaux, pour sacrifier à leur instruction quelques minutes de son temps évidemment très précieux.

M. le Pr Léon Bernard commence par reprocher à l'Union de ne prévoir « de contrat qu'entre les Syndicats médicaux et les organisations antituberculeuses ». « Celles-ci, dit-il, ne sont donc tenues de ne connaître pour leurs dispensaires, que les Syndicats médicaux ». Evidemment, il est difficile à un syndicat de prendre des engagements dans un contrat pour d'autres personnes que ses membres. M. le Pr Léon Bernard doit savoir cependant qu'à part quelques grandes villes comme Paris où les Syndicats médicaux ne comprennent guère que la moitié des membres du Corps médical, la presque unanimité des praticiens est syndiquée ; et d'ailleurs les Syndicats médicaux sont très largement ouverts et l'on n'y est guère refusé que pour indignité notoire.

Nous ne relèverons pas le rôle du médecin-chef du dispensaire que M. le Pr Léon Bernard veut s'efforcer de rendre ridicule. Nous nous étonnons, par exemple, de la surprise qu'il témoigne lorsque l'on demande à ce que le médecin praticien reçoive un honoraire pour la tenue de la fiche et pour la participation à la lutte antituberculeuse.

« J'ai peine à croire, écrit-il, que nos confrères seraient flattés d'être indemnisés — *au détail* — de l'exercice de la plus noble des professions ».

Mais, M. le Pr Léon Bernard, en écrivant hâtivement cette phrase, avez-vous réfléchi combien de fois vous êtes vous-même honoré *au detail* ? N'est-ce pas, au détail, que vos appointements de professeur s'ajoutent à votre indemnité de médecin en chef du Dispensaire Léon-Bourgeois, aux émoluments de conseiller technique du Ministère de l'Hygiène ? Et c'est encore au détail que le Gouvernement ajoute à tout cela (ce que nous trouvons d'ailleurs parfaitement légitime) les sommes nécessaires à vous rémunérer pour les missions dont il vous charge.

Et cependant, quelle est la profession plus noble que celle d'enseigner à la Faculté de médecine et de représenter la France dans les Conseils sanitaires internationaux ?

Vous vous étonnez que, dans le projet syndicaliste, le dispensaire mette à la disposition du médecin praticien « tout l'outillage technique dont un clinicien averti doit pouvoir disposer aujourd'hui : radiologie, laboratoire, etc., voire même infirmières visiteuses qu'il mobilisera à son gré ».

Mais, certainement, et nous déclarons sans pudeur que c'est à notre avis le principal avantage du dispensaire prophylactique, même du type administratif. Vous oubliez que ce ne sont pas les praticiens, mais les malades qui bénéficient de cet outillage.

Nous ne trouvons pas du tout étrange, que la « catégorie privilégiée » des médecins syndiqués puissent utiliser pour leurs malades l'outillage technique dont les médecins des hôpitaux, catégorie aussi privilégiée, et dont nous ne sommes nullement jaloux, disposent pour ceux qu'ils soignent.

Vous trouvez *savoureux* qu'on propose de remettre au malade qui n'a point de médecin traitant la liste des médecins participant au service du dispensaire ; vous reprochez de vouloir faire ainsi du dispensaire une « agence de recrutement pour les médecins syndiqués ». En pratique, ce reproche est vain, puisque tout médecin praticien peut adhérer au syndicat, et partant, participer au service du dispensaire, ce qui ne saurait se produire avec la conception administrative de cette institution.

Vous mettez en doute, la compétence des médecins. Ici, nous vous arrêtons. S'il est des médecins incompétents, qui en est responsable? Nous avons cru jusqu'à ce jour que les professeurs des Facultés étaient chargés d'instruire les futurs médecins et que leur devoir était de ne leur délivrer un diplôme, leur permettant d'exercer, que lorsque, par de nombreuses épreuves, ils s'étaient assurés de leur compétence. Doutez-vous, M. le Professeur d'Hygiène de la Faculté de Paris de la compétence des élèves que vous avez dû instruire et former ?

Quant au sujet du contrôle du Syndicat, qui vous paraît impossible, rassurez-vous, ce dernier sait parfaitement l'organiser et l'exercer efficacement. L'expérience faite pour les soins aux pensionnés de guerre, donne actuellement les meilleurs résultats.

Vous concluez en qualifiant la conception syndicaliste du dispensaire antituberculeux de « projet qui choque à la fois le sens commun et la moralité professionnelle ». Ce sont là des affirmations sans preuves, et nos Syndicats médicaux et les 16.000 médecins praticiens qui les composent n'ont à recevoir de leçon de moralité professionnelle de personne. Ils seraient plutôt capables d'en donner à certains, même très haut placés.

***

Descendons des hauteurs où nous a maintenu M. le Pr Léon Bernard, qui, ignorant tout du syndicalisme médical, s'est borné à une critique théorique qui, pour nous, ne saurait être qu'une boutade sans portée. M. le Dr E. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec et du dispensaire Léon-Bourgeois, oppose d'autres arguments au dispensaire syndicaliste.

M. le Dr Rist commence par mettre en doute la compétence des médecins praticiens pour lutter contre la tuberculose. Mon Dieu ! un médecin diplômé est un homme qui a dû apprendre la médecine et, comme la tuberculose cause au moins le tiers des affections que traite un médecin praticien, il est évidemment fâcheux que l'on n'ait pas appris aux docteurs en médecine à diagnostiquer ces affections et à en connaître le peu qu'on sait du traitement et de la prophylaxie, ce qui, entre nous, n'est pas considérable. Heureusement que M. le Dr Rist ici s'illusionne ; il connaît peu les médecins praticiens et c'est encore indirectement. Le médecin chef, dans le dispensaire syndicaliste, est pour M. Rist « une manière de sergent-major ou d'adjudant ». Il nous apparaît, à nous qui voyons avec d'autres lunettes, comme un conseiller, un médecin consultant. Il semble au Dr Rist surprenant que les médecins traitants eux-mêmes désignent le médecin chef. Ce ne serait pourtant pas si mal. L'Académie de médecine, les Facultés recrutent bien elles-mêmes leurs membres et leurs professeurs. Pourquoi les médecins d'un dispensaire qui ont tous intérêt au bon fonctionnement de l'établissement, feraient-ils un mauvais choix ? Voilà encore sous la plume de M. le Dr Rist, une de ces affirmations *a priori* qui forment les principaux arguments contre la conception syndicaliste du dispensaire.

M. le Dr Rist se plaint de l'ignorance, de l'incompétence, de l'insouciance, de l'absence de tout sens social qui caractérisent une minorité de praticiens, syndiqués ou non. Singulier reproche d'un phtisiologue, qui doit savoir comment on contrecarre les efforts de ceux qui, comme nous, se sont efforcés d'intéresser les praticiens à la médecine sociale. M. Rist pourrait se souvenir du Congrès de Strasbourg et de quelques autres sorties dans lesquelles des maîtres en phtisiologie, et non des moindres par leur situation officielle, ont tout simplement affirmé que la collaboration des médecins praticiens à la lutte antituberculeuse était d'ordre secondaire sinon négligeable.

M. le Dr Rist se laisse entraîner sur une pente dangereuse quand il vient affirmer que le dispensaire antituberculeux est une *usine*. Nous n'admettons pas, nous médecins syndiqués, d'usines de soins et nous ne concevons pas, avec nos esprits bornés le traitement des malades en série comme la fabrication des automobiles des types Ford ou Citroën. Nous pourrons à loisir nous expliquer à ce sujet.

M. Rist demande pour le dispensaire une unité de direction. « Et, ajoute-t-il, une unité de direction suppose une unité de *doctrine*. De doctrine, il n'est point question dans le projet de contrat de l'Union des Syndicats ».

Et heureusement ; nous ne sommes et ne saurions être des doctrinaires. Nous n'admettons pas de doctrine. « Une *doctrine* est une théorie que l'on regarde comme immuable et que l'on prend pour point de départ de déductions ultérieures, que l'on se croit dispensé de soumettre désormais à la vérification expérimentale.

En un mot, les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques, transformées en principes immuables.

Cette manière de procéder appartient essentiellement à la scolastique et elle diffère radicalement de la méthode expérimentale. Il y a, en effet, contradiction entre ces deux procédés de l'esprit. Le système et la doctrine procèdent par affirmation et par déduction purement logique ; la méthode expérimentale procède toujours par le doute et par la vérification expérimentale ».

M. le Dr Rist me pardonnera cette citation du prof. Bernard (pas Léon, mais Claude, ne confondons pas), mais il me permettra de lui faire remarquer qu'en homme de science, avant de condamner une conception, quelle que soit son origine, syndicaliste ou autre, il devrait procéder par le doute et la vérification expérimentale. C'est du reste, ce que très judicieusement, il propose, à la fin de son article, mais alors, pourquoi avoir dans six pages, écrites avec passion et non sans aigreur, préjugé du résultat de l'expérience de la conception syndicaliste du dispensaire antituberculeux ?

***

Le troisième article qui fait suite est l'œuvre du Dr Kuss, médecin en chef du dispensaire du XIXe arrondissement qui a acquis au sanatorium d'Angicourt, à la tête duquel il fut longtemps, une grande expérience en la matière. L'article de M. Kuss est intitulé : *Prophylaxie*

et thérapeutique dans les dispensaires antituberculeux d'hygiène sociale.

Nous ne partageons pas toutes les idées émises par le Dr Kuss, dont nous regrettons de ne pouvoir analyser ici l'article, ce qui nous conduirait trop loin, mais nous nous plaisons à constater que, n'usant pas du ton de polémique agressive de M. le professeur Léon Bernard et de M. le Dr Rist, il exprime en maints passages d'excellentes idées. Nous ne saurions le désapprouver quand il proteste contre les entreprises commerciales, instituées pour soigner les phtisiques. Mais, hélas ! pourquoi le Ministère de l'Hygiène, après rapport d'un de ses conseillers techniques, que l'on juge éminent parmi les plus éminents phtisiologues, donne-t-il son approbation à certaines de ces entreprises ?

Quant à l'abus des médicaments trop souvent inutiles et même nuisibles chez les tuberculeux, ce ne sont pas les praticiens qui prennent l'initiative de les expérimenter et de les apprécier. Ils se bornent le plus souvent à suivre des indications qui leur viennent de très haut. Et puis, lorsque le médecin traitant se trouve en face d'un malade, irrémédiablement condamné, il ne peut lui refuser l'illusion d'un soulagement passager, d'une amélioration éphémère et factice. N'est-il pas du devoir du vrai médecin d'entretenir dans l'esprit de ce malheureux, et par tous les moyens, la lueur vacillante de l'espérance ?

J. Noir.

R. H. M. S. : 7029

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1).

III

Technique de l'allaitement artificiel.

Par P. Rohmer

Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Un exposé de l'alimentation artificielle du nourrisson devrait commencer par la physiologie de la digestion, des échanges nutritifs et de la croissance de l'enfant soumis à cette alimentation, ainsi que par la discussion des causes de la différence qui existe entre le lait homologue et les laits hétérogènes, et des tentatives qu'on a faites pour rapprocher ces derniers du premier. Dans ce cours, qui ne vise qu'à satisfaire au besoin pratique et immédiat du médecin, nous écarterons toutes ces questions d'ordre purement théorique ; je me contenterai de vous dire très brièvement les règles d'après lesquelles je recommande de nourrir artificiellement les enfants sains. Dans une leçon ultérieure, M. Woringer vous fera un exposé des questions qui se rattachent à l'hygiène, à la conservation et aux modifications du lait, et vous donnera un aperçu sur les préparations qui se trouvent dans le commerce. Un certain nombre de méthodes et de préparations, qu'on a aussi recommandées pour l'alimentation du nourrisson sain, ne doivent trouver leur emploi que dans le traitement alimentaire des nourrissons malades ; nous les connaîtrons, chemin faisant, en étudiant les troubles alimentaires du nourrisson. Je range dans cette dernière catégorie les bouillies maltées, le babeurre, le lait albumineux, la poudre de lait, la soupe au beurre, et d'autres encore.

Nous nous occuperons donc aujourd'hui exclusivement de la technique de l'allaitement artificiel chez l'enfant bien portant. C'est un chapitre qu'il est très malaisé de traiter, pour la bonne raison qu'on aura des insuccès avec chacun des systèmes qu'on recommande ; nous sommes toujours en présence d'une nourriture aphysiologique qui est inférieure à l'alimentation homologue que nous ne savons pas préparer ; la tolérance pour la nourriture anormale varie d'un sujet à l'autre, et souvent telle composition est

(1) Voir *Concours médical* nos 5 p. 239 et 9 p. 459.

bien supportée par un nourrisson et pas tolérée par d'autres. Il y a des enfants qui prospèrent avec chaque nourriture, quelqu'irrationnelle fût-elle ; d'autres n'en supportent aucune, pas même la plus savamment et minutieusement préparée. Établir des règles pour la technique de l'allaitement artificiel ne peut donc signifier que décrire la méthode avec laquelle nous aurons probablement le moins d'échecs. Ceci n'empêche pas que dans des cas particuliers, une autre méthode pourra éventuellement donner les mêmes ou même de meilleurs résultats.

Quant aux résultats de l'alimentation artificielle, il faut que le médecin se rende bien compte qu'ils sont loin d'être nécessairement ou généralement mauvais ; une pareille affirmation soulèverait immédiatement les protestations de tous ceux qui ont vu de nombreux enfants pousser normalement et passer leur première année en excellente santé, bien qu'ayant été privés du sein. La vérité est celle-ci : dans les bonnes classes de la société, où l'on observe non seulement les règles de l'hygiène de l'alimentation, mais où l'enfant est entouré de soins intelligents et minutieux, et où, grâce à une observation attentive, la nourriture est adaptée aux besoins individuels de chaque enfant, l'alimentation artificielle donne généralement de bons résultats, quand il ne s'agit pas de ces nombreux enfants présentant certaines tares constitutionnelles, et quand les fonctions digestives et assimilatrices ne sont pas troublées par des infections intercurrentes ou par d'autres influences étrangères à l'alimentation. Mais dans la grande masse des enfants qui appartiennent aux couches sociales inférieures, où toutes ces conditions favorables et indispensables ne sont pas réalisées, l'infériorité éclatante de l'alimentation artificielle apparaît avec ses nombreux échecs, sa grande morbidité et sa grande mortalité.

Le tableau suivant montre la composition des différents laits :

p. c.	Femme	Vache	Chèvre	Anesse
Caséine	0,6-1,0	3,0	3,8	0,6-1,8
Lactalbumine et lactoglobuline	0,5	0,3	1,2	0,3-0,7
Lactose	6,4	4,4	2-5	5-6
Graisse	5,0	4,0 (2,7-4,8)	3,4	1,0
Substances minérales	0,2	0,7	0,7-1,0	0,4-0,5
Calories par litre	736-790	673	803	427-490

On voit que le lait de vache et le lait de chèvre se distinguent du lait humain par leur plus grande teneur en caséine et en substances minérales, et leur plus faible teneur en lactose. Le lait d'ânesse se rapproche sous ce rapport du lait de femme ; il renferme en plus très peu de graisse ; il est donc plus facile à digérer que les deux autres laits hétérogènes, et beaucoup d'auteurs le recommandent dans le traitement alimentaire du nourrisson malade, quand le lait de femme fait défaut.

Les essais n'ont pas manqué de rapprocher la composition chimique des différents laits hétérogènes de celle du lait de femme et, de ce fait, de chercher à les rendre aussi digestibles que celui-ci. Cette période de notre science pédiatrique appartient au passé ; ils ont été tous voué à l'échec, et, si j'en énumère ici les principaux, c'est afin de ne laisser subsister aucun doute à cet égard. La peur de la caséine a amené Biedert à recommander des coupages extrêmes du lait, qu'il additionnait de crème et de lactose. Nous savons maintenant que la caséine est le composant le mieux toléré du lait de vache ; la méthode de Biedert est complètement abandonnée, mais il existe encore des systèmes qui en dérivent et qui jouissent quelquefois d'une vogue non justifiée. Je ne mentionnerai brièvement parmi eux que les différents laits « maternisés » ou « humanisés » : le procédé Winter-Vigier qui diminue la caséine, celui de Gaertner, qui ajoute encore du lactose ; ceux de Backhaus, de Budin et Michel et de von Dungern, où la caséine est partiellement digérée, et le procédé Morgan-Rotch, en Amérique, qui a créé des laboratoires de lait où l'on préparait avec du lait écrémé, de la crème et de l'eau lactosée des mixtures lactées sur prescription médicale. Ces méthodes n'offrent aucun avantage positif. Récemment deux auteurs allemands (Friedenthal, Schloss) ont proposé d'« adapter » les proportions des substances minérales du lait de vache à celle du lait de femme ; leur doctrine n'a pas trouvé beaucoup d'adeptes.

L'emploi du lait cru, bien que recommandé par quelques auteurs très autorisés, n'est pas recommandable pour le jeune nourrisson.

M. Lesage donne pendant les deux premiers mois un lait partiellement écrémé ; il commence avec 1 p. c. de crème en ajoutant 2 p. c. de sucre, et augmente peu à peu le pourcentage de crème pour arriver au lait pur à la fin du deuxième mois. Nous n'avons pas eu de résultats satisfaisants avec ce système.

Pratiquement, on se servira donc de coupages de lait de vache ou de lait de chèvre. Il faut absolument éviter les coupages trop forts, allant jusqu'aux deux tiers et au-delà, qu'on recommandait autrefois en Allemagne ; à aucun moment, pas même dans les premières semaines, il ne faut couper le lait avec plus que la même quantité d'eau. Donnez de ce coupage pendant la première semaine les mêmes quantités que j'ai recommandées pour l'allaitement au sein ; tâchez d'arriver à environ 100 gr. par kilo à la fin

de la première semaine, et de monter jusqu'à 150 ou 180 gr. par kilo de poids dès le début de la deuxième semaine. Pour le reste de la période d'allaitement, nous pourrions nous en tenir aux deux règles suivantes :

On coupera le lait pendant le premier mois de la moitié, pendant le deuxième et le troisième mois d'un tiers, et à partir du quatrième mois d'un quart d'eau ; dans la seconde moitié de la première année, on peut donner du lait pur ; il est vrai qu'à cette époque il y a avantage, comme nous le verrons tout à l'heure, d'introduire déjà une autre nourriture dans l'alimentation. De ces coupages on donnera, comme quantité totale pour 24 heures, pendant le premier trimestre un sixième, pendant le deuxième un septième, et à partir du sixième mois un huitième du poids de l'enfant.

Une autre méthode consiste à donner aux enfants, par 24 heures, 100 gr. de lait par kilo de poids, et d'y ajouter la quantité d'eau qu'il faut pour arriver au volume total que je viens d'indiquer. On obtient avec cette règle des rations qui sont un peu inférieures à celles auxquelles on arrive par la première méthode ; elles sont à considérer comme des minimas qui souvent suffisent parfaitement pour assurer le développement normal de l'enfant, mais qu'il y a quelquefois avantage à dépasser, quand on voit qu'ils sont insuffisants.

Ces règles ne fournissent que des points de repère. Il serait, par exemple, erroné d'augmenter la concentration de la nourriture et son volume parce que l'enfant a atteint tel âge ou tel poids, et pourtant cette faute est fréquemment commise. On ne changera en rien, tant que la nourriture que prend l'enfant à un moment donné suffit pour lui garantir une augmentation suffisante et un bon état de santé général. D'autre part, il faut toujours se rappeler qu'il existe des différences individuelles assez considérables chez les enfants, dont il faut tenir compte. On offrira donc largement, tout en recommandant de ne pas forcer l'enfant à tout boire ; c'est le moyen le plus simple de lui accorder une certaine latitude pour déterminer sa ration alimentaire d'après son appétit et ses besoins individuels. Il ne s'agit pas de déterminer le minimum de nourriture, qui lui garantit une augmentation normale du poids, mais l'optimum qui lui assure un bon état de santé.

Pour ce qui concerne le nombre des repas, j'ai l'habitude de donner six repas pendant le premier, et cinq à partir du deuxième mois. On peut admettre qu'il est préférable d'attendre que l'estomac soit évacué pour réintroduire de la nourriture ; en plus, on évite plus sûrement la suralimentation en restreignant le nombre des repas. D'autre part, on a pu montrer qu'une quantité plus petite de nourriture digère beaucoup plus vite. Il semble donc qu'en théorie, il n'y a aucun inconvénient à donner 7 ou 8 repas, et même au-delà, à la condition que la quantité totale pour les 24 heures ne soit pas dépassée. Sous ce rapport aussi, il faut individualiser !

Pour enrichir les coupages de lait, on ajoute du sucre. Le lactose fermente facilement, ce qui peut provoquer de la diarrhée ; on donnera donc du saccharose, dont on fera ajouter 1 à 2 cuillerées à café (5 p. c.) à chaque biberon. Dans certains cas, il y a avantage de se servir d'une combinaison de maltose et de dextrine, en quantités à peu près équivalentes, qui fermente beaucoup moins que les autres sucres. On l'achète dans le commerce sous le nom de maltosucre (Clot, Strasbourg), nutromalt (produit suisse), sucre nutritif de Soxleth et maltose nutritif de Loefflund (produits allemands), Mellins Food (produit anglais.) Ces préparations ne sucrent pas et ne se dissolvent que dans de l'eau bouillante ; nous les employons chez les tout jeunes nourrissons, et surtout dans le traitement alimentaire des diarrhées, où nous les retrouverons.

Certains auteurs ont une peur exagérée de la farine dans l'alimentation des nourrissons. Il est vrai que la salive et le suc pancréatique ne renferment, au début de la vie, qu'une faible quantité d'une amylase peu active, mais elle augmente rapidement si l'on la met à contribution en introduisant des farines dans l'alimentation. On peut donc déjà ajouter un peu de farine à l'eau sucrée qui sert à couper le lait, à partir de la fin du premier mois. On commencera par une bouillie très légère, qu'on rendra progressivement plus épaisse. Nous employons au début une décoction légère de grains d'orge ou d'avoine, ou de flocons d'avoine ou d'orge perlée (« eau d'avoine », « eau d'orge »). Voici la recette qui est employée à la laiterie de notre clinique :

Eau d'avoine.

On porte un litre d'eau à ébullition, puis on y ajoute 30 grs. (= 2 cuillerées à soupe) de flocons d'avoine ou d'orge perlée, on entretient la cuisson à feu doux pendant une demi-heure en remplaçant l'eau évaporée ; on ajoute finalement une pincée de sel et passe au tamis.

On peut aussi préparer de l'eau d'orge (ou d'avoine), en prenant 30 grammes de *grains* d'orge (ou d'avoine), préalablement lavés à l'eau froide. On fait alors cuire pendant 2 heures à 2 heures 1/2.

L'eau d'avoine, préparée d'après cette recette, contient environ 2 p. c. d'hydrates de carbone. Il est recommandable de commencer avec une décoction plus faible, en ne prenant que la moitié de flocons d'avoine sur la même quantité d'eau. Plus tard, on la rendra plus épaisse en prenant plus de flocons d'avoine ou en prolon-

geant la cuisson, de façon à ce que la bouillie se fige en refroidissant. A partir du troisième mois, nous remplaçons l'eau d'avoine par une bouillie de farine d'avoine et de riz, à 5 p. c., qu'on fait cuire pendant 20 minutes. Ces décoctions sont aussi légèrement salées.

Crème d'avoine, de riz, mondamine, etc. à 5 %.

On délaye la quantité voulue de la farine dans un peu d'eau froide, afin d'éviter la formation de grumeaux, on verse le tout dans l'eau bouillante et fait cuire en remuant constamment pendant 20 minutes ; on remplace l'eau évaporée, sale légèrement et passe au tamis.

Si l'on emploie les farines dextrinisées (farine de biscotte, etc.) il suffit de faire cuire pendant 5 minutes.

La peur excessive qu'on a d'employer la farine provient du fait qu'on a observé les méfaits d'une alimentation trop exclusive à la farine. Donnée dans les quantités que je viens de recommander, elle est toujours bien supportée ; on n'a nullement à redouter la fermentation intestinale que ecrtains auteurs craignent après l'emploi précoce de farine. Par contre celui-ci offre des avantages sérieux. Non seulement la coagulation de la caséine se fait dans des flocons plus fins, mais l'addition de farine à l'eau sucrée du coupage exerce une action heureuse sur le chimisme intestinal te sur le métabolisme, en particulier sur la rétention de l'eau et des substances minérales ; par son emploi on peut prévenir très souvent l'état de dyspepsie chronique qui est dû à l'alimentation trop exclusive au lait de vache, et que nous étudierons la prochaine fois sous le nom de « dystrophie au lait de vache ».

Je n'ai voulu donner ici qu'un schéma d'une alimentation artificielle du nourrisson qui a fait ses preuves et qui me semble offrir le plus de garantie de succès. On peut élever un nourrisson avec des nourritures bien différentes ; il ne m'est pas possible de les exposer toutes ici. Les quantités qu'on en donne varient suivant la composition de la nourriture ; c'est ainsi qu'une alimentation riche en hydrates de carbone et en substances minérales donnera une augmentation du poids très rapide avec des doses relativement petites, tandis que, lorsqu'il y a prédominance de matières grasses, il faut donner des quantités plus grandes. Mais dans ce dernier cas, le résultat est meilleur ; les tissus sont plus fermes et moins riches en eau, la coloration des téguments est plus rose, la résistance aux infections plus grande. Il est vrai que la graisse est souvent moins bien supportée.

Comme exemple d'une alimentation riche en graisse, je vous citerai la « soupe au beurre », qui, utilisée depuis longtemps par la population de certaines régions de la Suisse, a été introduite dans la pédiatrie scientifique par les auteurs allemands dans les dernières années, et qui peut rendre dans certains cas des services réels. En voici la préparation :

D'après la prescription ordinaire, 70 grammes de beurre sont chauffés sur un feu doux pendant 3 à 5 minutes, jusqu'à ce que la mousse qui se forme et l'odeur rance aient complètement disparu. A ce moment, on ajoute la même quantité de farine blanche, qu'on fait roussir à feu très doux, en battant très fort. Au bout de 5 minutes, quand la masse se liquéfie et brunit, on y verse un litre d'eau additionné de 50 grammes de sucre, mélange bien, porte à ébullition et passe au tamis. Au tout on ajoute du lait préalablement bouilli et refroidi dans des proportions variables ; on sale légèrement et conserve à un endroit frais. A des enfants très jeunes, on recommande de donner deux tiers du mélange et un tiers de lait ; aux enfants au-dessus de 3.000 gr., on prépare une dilution de deux cinquièmes de lait et trois cinquièmes de la mixture. Les prescriptions se sont vite multipliées ; c'est ainsi qu'on prépare à des enfants prématurés et particulièrement débiles une mixture avec 50 grammes de beurre, 50 grammes de farine et 40 grammes de sucre, avec un tiers de lait et deux tiers d'eau. Un auteur allemand donne, dans des cas particuliers, 70 grammes de beurre et de farine et 50 grammes de sucre dans du lait pur ; nous avons trouvé quelquefois un avantage à remplacer le lait pur par du demi-lait, tout en conservant ces mêmes proportions de beurre, de farine et de sucre.

En général, il est plus prudent de ne se servir de cette « soupe au beurre » que chez des enfants dont les fonctions digestives sont intactes. Nous y reviendrons d'ailleurs encore une fois plus tard.

Je ne dirai rien ni des laits stérilisés ou modifiés qui se trouvent dans le commerce, ni du lait sec, du lait condensé ou des différentes farines lactées. M. Woringer en parlera dans sa leçon sur l'hygiène du lait. Il vaut toujours mieux de préférer au lait stériliseé le bon lait frais, si l'on peut s'en procurer ; l'emploi de toutes ces préparations a l'inconvénient d'offrir aux nourrissons une nourriture plus ou moins carencée. Dans le lait condensé, les proportions dans lesquelles les différentes substances alimentaires se trouvent dans le lait naturel, sont sensiblement changées. Les matières grasses y sont fortement diminuées, et le sucre beaucoup augmenté. *A priori*, le lait condensé n'est donc pas recommandable comme nourriture permanente pour un nourrisson. Mais il faut en convenir qu'il est souvent bien supporté, et que des nourrissons qui ont été élevés avec lui pendant de longs mois se sont quelquefois bien développés et présentent toutes les apparences d'une bonne santé. Si vous rencontrez ces cas dans votre clien-

tèle ou dans les consultations de nourrissons, je vous recommande de ne pas changer l'alimentation ; on n'a jamais la garantie qu'une autre nourriture sera mieux supportée ; il suffit ordinairement d'ajouter, par exemple, quelques cuillerées à café de jus d'oranges, si la nourriture vous semble être trop carencée, et de se hâter d'arriver à un régime mixte aussitôt que possible.

Quant aux diverses farines qui se trouvent dans le commerce, on peut s'en servir à la place de la crème d'avoine ou d'orge, pour les coupages du lait ; dans quelques très rares cas, elles sont même plus facilement prises et supportées par les enfants. (On ne les fait cuire que pendant cinq minutes). Par contre, il faut s'élever énergiquement contre l'alimentation exclusive avec les farines, qui ne contiennent pas suffisamment de matières azotées, de graisses ou de minéraux ; nous apprendrons à connaître les dangers de cette alimentation quand nous étudierons les troubles alimentaires qu'elle provoque.

A l'âge de six mois, on commence à remplacer un biberon — généralement celui qu'on donne au milieu de la journée — par une soupe au bouillon de légumes. Pour préparer cette soupe, on met au feu 60 grammes de légumes et autant de pommes de terre sur un litre d'eau froide ; on fait cuire pendant 4 heures, passe au tamis et sale légèrement. On peut y ajouter un peu de viande maigre. Au début, on prescrit une soupe légère qu'on obtient en ajoutant aux légumes des flocons d'avoine ; quelques semaines plus tard, on donne une soupe plus épaisse qu'on obtient en faisant cuire 10 p. c. de semoule, pendant une demi-heure, dans le bouillon de légumes préalablement passé au tamis. On peut y ajouter un peu de beurre. J'ai l'habitude de faire donner aux enfants, après leur soupe, quelques cuillerées à café de jus d'oranges ou, s'ils les supportent, de bananes ou de pommes râpées.

Un mois plus tard, on remplacera un deuxième biberon, habituellement le dernier de la journée, par une bouillie épaisse préparée avec du lait pur, 10 à 15 p. c. de biscottes et 5 p. c. de sucre. Cette bouillie, comme la soupe, doit se donner à la cuiller.

A 9 mois, la nourriture d'un enfant consistera donc en 3 biberons au lait pur sucré, une soupe à midi et une bouillie au lait le soir.

A aucun âge, on ne doit dépasser la quantité totale de 800 grammes à un litre de lait par jour.

Entre le 9e et le 18e mois, on ajoutera à la soupe un peu de purée de légumes verts bien cuits, et passés au tamis fin. Les légumes les mieux supportés sont les carottes, les épinards et la laitue ; plus tard on pourra donner des choux-fleurs, des navets, de la purée de pommes de terre, et d'autres encore. Si l'enfant a suffisamment de dents, il y a avantage à remplacer les biberons par une timbale de lait avec laquelle on donne à grignotter une biscotte ou un croûton de pain beurré.

Vers le 18e mois, on sépare la soupe des légumes, et on ajoute à ces derniers de la viande écrasée ou finement hachée. On ramènera bientôt le nombre des repas à 4. A partir de la troisième année, le lait cesse de prédominer dans l'alimentation de l'enfant ; il ne figurera plus que dans le premier déjeuner le matin, et dans le repas de 4 heures ; les deux fois, il sera accompagné de tartines beurrées. Le repas de midi se composera de soupe, viande, légumes et pommes de terre et de fruits, celui du soir d'une bouillie au lait, plus tard de pâtes, auxquels on ajoutera un peu de viande ou un œuf. Le temps me manque de m'étendre sur ce sujet si important de l'alimentation de l'enfant plus âgé ; je me contente donc d'en résumer les principes : il faut restreindre les albumines en donnant à peu près 2 gr. par kilo de poids et par 24 heures, et, sans négliger la graisse — sous forme de beurre — il faut faire prédominer dans la nourriture des enfants les hydrates de carbone, qui subviennent aux besoins de leur travail musculaire très actif, ainsi que les légumes et les fruits. L'alimentation trop exclusive au lait, à la viande et aux œufs, qui a rendu tant d'enfants, surtout des classes aisées, malingres, nerveux, constipés et anémiques, tend heureusement à disparaître aujourd'hui.

LE REDRESSEMENT MÉTHODIQUE DU PIED BOT CONGÉNITAL

par MUTEL, de Nancy et C. RŒDERER, de Paris.

IL DOIT ÊTRE COMMENCÉ A LA NAISSANCE.

Lorsque quelques jours après la naissance, le médecin a pu constater la viabilité de l'enfant, lorsque l'attention maternelle, après une surveillance continue et des pesées répétées, a montré que le nourrisson croissait régulièrement et présentait toutes les aptitudes à un développement normal, *le traitement du pied bot doit immédiatement commencer.*

INCONVÉNIENTS DU TRAITEMENT PRÉCOCE.

1° *La finesse de la peau* chez le jeune enfant ; elle s'irrite, elle s'écorche même sous l'influence du massage ou de manipulations de redressement trop énergiques.

2° *La vitalité fragile des tissus* : les pressions d'appareils correcteurs rigides amènent l'apparition rapide d'escharres souvent longues à guérir.

3° *La fréquence de la récidive chez le nourrisson* : Ces accidents sont tous dus à un défaut de technique : ils ne seront donc jamais produits par une main experte et nous verrons la façon de les éviter ; ils sont insignifiants vis-à-vis des avantages du traitement précoce.

AVANTAGES DU TRAITEMENT PRÉCOCE.

1° Le squelette présente à cet âge le minimum de déformations ; il est en grande partie cartilagineux, malléable ; il se laissera donc modeler plus facilement que des pièces ossifiées et sans exiger d'anesthésie.

2° Les parties molles, muscles et tendons, ligaments articulaires, sont dès la naissance le siège de rétractions. Ces rétractions qui s'opposent à la réduction de la difformité, augmentent avec l'âge et l'usage du membre : la upture de ces résistances sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce.

3° Un pied bot traité dès la naissance a repris sa forme normale quand l'enfant commence ses premiers pas ; la marche devient un facteur de guérison, alors qu'elle aggrave la difformité d'un pied qui est encore en position vicieuse.

S'il est universellement reconnu que la guérison du pied bot ne peut être obtenue par la seule application d'appareils, si perfectionnés soient-ils, il est cependant indispensable de maintenir la correction obtenue manuellement. Le redressement méthodique comporte donc :

1° *La correction de la difformité*, par des manœuvres de redressement.

2° *Le maintien de la correction*, obtenue par l'application d'un appareil.

LES MANŒUVRES DU REDRESSEMENT MÉTHODIQUE.

Le redressement méthodique comporte une série de manipulations qui ont pour but :

a) Faites et répétées sur les os dans le sens des actions physiologiques normales, antagonistes des forces qui ont amené la déformation, de ramener la forme et l'architecture de ces os vers un type normal.

b) De mobiliser les articulations dans le sens inverse de celui de la déviation.

c) D'assouplir les muscles, les tendons et les ligaments rétractés.

La technique de ces manœuvres est basée sur la connaissance du sens de la déviation ; nous rappelons qu'elle peut être ramenée à trois éléments essentiels :

1° *L'adduction*, qui peut aller jusqu'à l'*enroulement* et qui est une coudure de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

2° *Le varus ou supination*, qui abaisse le bord externe du pied, dirige la face dorsale en dehors, la face plantaire en dedans.

3° *L'équinisme*, qui peut s'aggraver d'un certain degré de pied creux et qui étend le pied sur la jambe.

TECHNIQUE DES MANŒUVRES :

Les manipulations de redressement s'adressent à ces trois déviations ; à chaque séance, elles les attaquent *régulièrement et successivement* : l'adduction d'abord, puis la supination et enfin l'équinisme.

1° *Correction de l'adduction* : figure 1.

Le pied est saisi par la main de même nom. L'index et le médius, d'une part, le pouce, d'autre part, sont appliqués comme les mors d'une pince sur chacune des malléoles : le pouce sur la



FIG. 1 — Correction de l'adduction : la main gauche immobilise le pied par une *prise bimalléolaire* ; le talon est maintenu dans la paume de la main ; la main droite saisit l'avant-pied qu'elle cherche à ramener dans l'axe de l'arrière-pied.

malléole interne, les autres doigts sur la malléole externe, la paume de la main immobilise le talon. L'arrière-pied et les malléoles étant ainsi fixés, l'avant-pied est saisi par l'autre main, pouce en dessous, doigts en dessus, et par une série de mouvements appuyés et prolongés, elle cherche à effacer la concavité du bord interne du pied.

La correction de cette déformation s'accompagne fréquemment de petits c aquements et l'on sen sous es doigts les cartilages crépiter et les ligaments céder.

2° *Correction du varus* : figure 2.

La prise est la même que la précédente : une main enserre fortement la région malléolaire mais sans immobiliser le talon.

La paume de l'autre main s'appuie largement sur toute la surface plantaire et fait exécuter au pied une série de mouvements tendant à le placer en valgus.

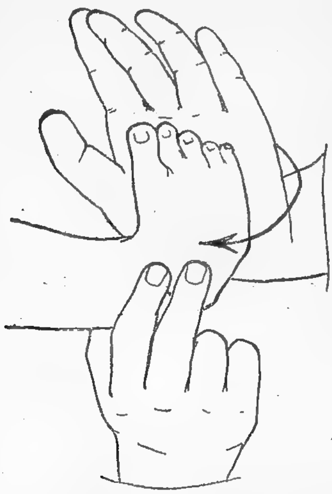


FIG. 2 — Correction du varus et de l'équinisime : la main gauche immobilise l'arrière-pied par une *prise bimalléolaire*. La paume de la main droite est appliquée snr la surface plantaire et transmet de cette façon à tout le pied ses mouvements de pronation et de flexion.

3° *Correction de l'équinisme* : figure 2.

Comme précédemment, les malléoles sont enserrées d'une main ; la paume de l'autre main est largement appliquée sur toute la surface plantaire et fléchit le pied sur la jambe.

LE REDRESSEMENT DOIT ALLER JUSQU'A L'HYPERCORRECTION.

Sous l'influence de ces manœuvres, les différentes déformations cèdent peu à peu aux efforts du redressement. La réduction de la difformité doit être poussée jusqu'à l'hypercorrection, c'est-à-dire que le bord externe du pied doit devenir concave, la face plantaire doit être relevée en dehors.

Le pied doit être fléchi à plus de 90° sur la face antérieure de la jambe.

LES SÉANCES DE REDRESSEMENT.

Ces manipulations sont faites tous les jours et en une seule séance, à une heure régulière, fixée uniquement pour des raisons de commodité personnelle.

La durée d'une séance ne doit pas dépasser cinq minutes ; il y sera fait de 30 à 50 mouvements correcteurs pour chacune des déviations.

Les manœuvres sont faites avec patience, longuement, en appuyant, sans brusquerie.

L'enfant crie et s'agite pendant le redressement, mais l'effet de correction doit être suffisamment modéré pour que les pleurs cessent dès la fin de la séance ; la douleur doit être légère et passagère.

L'expérience nous a montré que malgré toute leur simplicité, le médecin seul pouvait les faire d'une façon rationnelle et efficace avec un résultat rapide.

L'ignorance d'une mère des déformations qu'elle corrige, les cris que pousse l'enfant, sont causes pour elle de gestes maladroits, inutiles, dangereux. *Le médecin seul agit vite et bien.*

RÉSISTANCE DU PIED BOT AUX MANŒUVRES DE REDRESSEMENT.

Tous les pieds bots n'offrent pas une égale résistance aux manipulations de redressement : dès avant le traitement, l'aspect seul du pied peut renseigner sur la difficulté de sa correction.

1° Les pieds bots malingres, ou ostéo-tendineux : leurs reliefs osseux et tendineux sont saillants sous la peau ; ils se laissent redresser en un petit nombre de séances.

2° Les pieds bots gras ou pieds bots charnus : leur forme est potelée ; les ligaments, les tendons, les os enfouis sous une épaisse couche de tissus adipeux échappent aux prises et aux manœuvres correctrices ; l'hypercorrection est plus longue à obtenir.

Les manipulations bien faites, chez le nouveau-né, amènent l'hypercorrection du pied bot maigre dans un délai de quinze jours à 3 semaines ; celle du pied bot gras dans un délai de 4 à 6 semaines.

A PROPOS DE LA RADIOTHÉRAPIE DES FIBROMES

Traitement en une seule série de champs (2 séances)

Par le Dr GUILBERT

Radiologiste des Hôpitaux.

Avant d'aborder la technique spéciale de la radiothérapie des fibromes, il n'est peut-être pas *inopportun de résumer dans leurs grandes lignes* les résultats, les indications et les contre-indications de cette thérapeutique.

Le résultat obtenu peut être non seulement l'amélioration des signes subjectifs, dont quelques-uns se sont contentés, mais bien *la régression de* la tumeur. Si la sédation des hémorragies est presque toujours très rapide, la régression de

la tumeur demande de quelques mois à deux ans (Wintz). De plus, celle-ci exige une dose de rayons X qui entraîne la stérilisation ovarienne ; c'est pourquoi la ménopause provoquée est considérée comme le critérium immédiat de l'efficacité du traitement.

Indications. — Avant toute radiothérapie de fibrome, il faut que le diagnostic gynécologique soit très précis et très détaillé.

L'action des rayons X n'est pas, en effet, aussi complète dans tous les cas. Presque toujours on obtient une réduction des signes subjectifs et une diminution appréciable de la tumeur. Mais on ne peut promettre la guérison, c'est-à-dire la régression équivalant à la disparition, que pour les fibromes franchement interstitiels dont le volume ne dépasse pas celui d'une grossesse de 5 à 6 mois ou dont l'hémorragie est le signe principal.

Contre-indications. — Doivent rester du domaine chirurgical : les fibromes sous-péritonéaux, justiciables d'une myomatose conservatrice, les fibromes très volumineux, parce que l'application de rayons X sera sinon inopérante, du moins insuffisante, les fibromes compliqués d'états infectieux : annexites ou suppuration, les fibromes calcifiés.

Si, dans les contre-indications ci-dessus, nous n'avons pas compris les fibromes en voie de dégénérescence néoplasique, c'est que, dans ce cas, la collaboration du chirurgien et du radiologiste est indispensable pour la thérapeutique. Le fibrome en voie de dégénérescence doit être traité par la radiumthérapie et la radiothérapie profonde associées, complétées par l'exérèse dans les trois semaines qui suivent l'irradiation mixte.

Technique. — Deux techniques d'irradiation sont en présence : les doses fractionnées et la dose massive.

Dose fractionnée : C'est avec la méthode simple des doses fractionnées, avec un rayonnement de pénétration faible, que M. Béclère a obtenu les résultats magnifiques qu'il a publiés.

Cette manière de faire était la seule du reste que l'on puisse adopter quand on ne pouvait, d'une part, apprécier les doses des rayons X en profondeur, que l'on ignorait les doses nécessaires à la stérilisation et que, d'autre part, le peu de rendement des appareillages rendait impossible l'application de cette dose en une séance. La technique des doses massives n'est que la résultante de l'expérience du passé et du perfectionnement des appareillages. Elle a pour nous l'avantage de mettre à l'abri des réactions individuelles, véritable idiosyncrasie que favorise, à notre avis, la répétition des séances.

Dose massive : Les techniques de la radiothérapie du fibrome par dose massive peuvent se résumer à trois :

1° *Technique de Winter*, à Munich : deux grands champs de 15 × 20, l'un ventral, l'autre lombo-sacré. Tension 180.000 volts, 8/10es de cuivre et 1 millimètre d'aluminium. Durée : 40 à 50 minutes par champ.

2° *Technique de Francfort.* — Deux champs antérieurs et deux champs postérieurs. Voltage 180.000, 2 mill. filtre de 8/10es de cuivre, 2 millimètres d'aluminium, tube Coolidge.

3° *Technique de Seitz et Wintz.* — Quatre ou six champs en ceinture, selon l'épaisseur du sujet: deux sur chaque ovaire et souvent deux champs médians, en une séance. Tension 180.000 volts, filtre 5/10es de zinc. Distance focale 23 cent. Durée : 30 à 40 minutes par champ.

Personnellement, nous avons adopté la méthode de Wintz, mais nous donnons la dose totale en deux séances, pour éviter le mal des rayons durs, et parce qu'il ne nous paraît pas nécessaire d'obtenir systématiquement l'aménorrhée d'emblée.

Ces trois façons de faire sont si voisines qu'elles peuvent être indifféremment appliquées. Il n'y a guère, pour leur donner la préférence, qu'une commodité plus ou moins grande ou une meilleure adaptation de l'instrumentation.

Si nous prenons comme criterium d'efficacité de ces traitements la cessation des règles, les résultats sont les suivants, d'après les auteurs allemands :

Statistiques comparées. — Winter doit recommencer l'irradiation une seconde fois dans trente pour cent des cas pour obtenir l'aménorrhée. Il suffit de se reporter aux chiffres donnés plus haut pour constater que la cause de ses insuccès tient à une insuffisance des doses. Malgré la largeur des champs utilisés : 15 × 20, les deux ovaires risquent de n'être pas couverts ; de plus, son filtrage beaucoup plus fort (8/10es), bien que donnant un taux de transmission un peu plus élevé, demande une exposition plus prolongée. Et ici, même à la distance minimum de 23 cent., les temps d'irradiation paraissent insuffisants avec un tel filtre.

Wintz fait dépendre, dans ses statistiques, le nombre de menstruations consécutives à l'irradiation de l'époque intermenstruelle où a eu lieu l'intervention, et du fait que la dose de castration a été donnée en une ou plusieurs séances.

Si l'intervention est faite dans la première partie de l'époque intermenstruelle :

	en une séance	en plusieurs séances
aucune menstruation.	95 %	6 %
une menstruation....	5 %	88,8 %
deux menstruations..	0 %	2,5 %

Dans la seconde moitié de l'époque intermenstruelle :

	en une séance	en plusieurs séances
aucune menstruation.	3,8 %	0 %
une menstruation....	79,7 %	7,8 %
deux menstrations...	14 %	82,4 %
trois menstruations ..	2,5 %	9,8 %

Steiner, de Berne, qui n'a pas fait de telles distinctions, obtient la statistique suivante :

Aménorrhée d'emblée....	30 %
Une menstruation.......	38 %
Deux menstruations.....	22 %
Trois menstruations.....	20 %

Il nous est possible aujourd'hui de donner une statistique personnelle reposant sur 20 cas. Nous laissons de côté tous les cas de fibromes traités après ménopause.

Aménorrhée d'emblée......	4	20 %
Une menstruation.........	5	25 %
Deux menstruations.......	10	50 %
Aménorrhée transitoire.....	1	5 %

Cet insuccès est dû à l'insuffisance de la dose profonde chez une obèse (32 cent. de diamètre antéro-postérieur) et démontre, à notre avis, la réalité de la dose de castration. L'aménorrhée a été définitive après une seconde irradiation. Les cas où nous avons obtenus l'aménorrhée d'emblée ou une seule menstruation ont reçu la dose en une seance unique, ce qui concorde avec les observations de Wintz.

Dans les cas ci-dessus, 9 malades avaient moins de 30 ans, les autres avaient de 40 à 50 ans.

Avantages de la technique des doses massives. — Les avantages de la stérilisation en un temps sont : d'épargner à la malade les ennuis de déplacements répétés, de donner une sédation rapide, souvent immédiate des hémorragies, *de donner la dose minima*.

D'après la statistique de Wintz, on peut déjà se rendre compte de la différence entre la stérilisation en un temps ou plusieurs temps.

Si nous comparons la méthode des doses massives à celles des doses fractionnées avec le rayonnement ultra-pénétrant de même valeur, nous voyons que, dans la première, chaque porte d'entrée reçoit la dose érythème (c'est-à-dire, si l'on en croit la plupart des auteurs, entre 1720 R et 3000 R). Par des séances hebdomadaires, M. Iser Salomon (Congrès de l'Avancement des sciences de 1923) doit atteindre 6000 R par porte d'entrée, et quelquefois plus pour obtenir l'aménorrhée définitive, soit plus du double de la dose efficace avec notre technique.

On a reproché à cette méthode d'être brutale; la castration rœntgennienne, même en une séance, n'a pas la brutalité de l'ovariotomie et ne fait pas courir plus de risques que celle-ci ; de plus, la régression de la glande génitale n'est pas immédiate, et pendant le temps qu'elle se fait, en un ou deux mois, l'organisme s'accommode au trouble de sécrétion endocrinienne, tout aussi bien que dans la méthode des doses fractionnées.

Il semble même que la sécrétion endocrinienne est moins troublée par la dose massive. Si nous en jugeons par les plus jeunes malades que nous avons traitées ainsi, leur ménopause s'est faite sans accident, plus doucement même que la ménopause naturelle. Et il est possible que la dose de rayons X, moindre que dans toute autre technique, soit efficace pour la stérilsation génitale, tout en laissant subsister en partie la glande interstitielle plus résistante. Mais ce n'est qu'une hypothèse.

Enfin, on a reproché à cette méthode l'inconvénient du mal des rayons durs, Quand la dose de castration est donnée en deux séances avec des champs étroits 6 × 8, le mal des rayons durs est exceptionnel et réduit à un malaise momentané négligeable. C'est ce qui nous a fait abandonner l'irradiation en une séance ininterrompue.

Conclusions. — Nous croyons donc que la rœntgenthérapie du fibrome en une seule série de champs est un progrès technique indiscutable, sans danger, donnant des résultats toujours comparables entre eux. C'est vers ce progrès que tendent du reste les méthodes des 6 et 12 séances (Congrès de Bordeaux) ou celle dite méthode rapide, amenant la castration dans la période intermenstruelle en 5 à 6 séances.

La simplicité de cette technique est telle qu'elle distance de beaucoup celle de la curiethérapie. L'application de radium, en effet, exige une dilatation du col, une immobilisation de quelques jours au lit et le résultat n'est pas supérieur à celui de la technique des doses massives. Il ne reste à la radiumthérapie du fibrome d'autre indication que celle de dose d'apport chez des obèses ou dans le cas de dégénérescence possible.

NÉVRAXITE A FORME SPASMODIQUE.

Encéphalite à forme myoclonique par intoxication lathyrique,

Par le Dr Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

Dans une étude antérieure, j'ai montré qu'il y avait une corrélation constante entre la consommation du haricot toxique d'Extrême-Orient (*Phaseolus lunatus*) et l'apparition de l'encéphalite à forme léthargique, que le Phaseolus lunatus devait être considéré comme une drogue narcotique à placer, en toxicologie, à côté du haschisch, du datura, de la jusquiame, de la mandragore, ses voisins des Indes ou de Java ; comme eux, il produit hypnose, engourdissement, séquelles narcomaniaques (confusion mentale, obnubilation du sens moral, démence précoce).

J'ai exposé des documents irréfutables d'où il ressortait qu'on avait fait, avec ce haricot toxique, des quantités considérables de farine destinée à la panification. Mes investigations personnelles m'avaient montré l'emploi inconsidéré de farines fabriquées avec des haricots exotiques ; les communications à la Société des chimistes-experts, et les discussions qui les suivent, mettent hors de doute l'importation de ces haricots provenant de Java et de Birmanie et leur grande nocivité, par suite de leur teneur élevée en produits cyanogénétiques.

Il est une autre légumineuse exotique que je signalais dès 1920 et dont le grain était broyé dans nos moulins sous le nom de pois du Japon. Plusieurs échantillons que j'ai eus entre les mains m'ont montré qu'il s'agissait du *Lathyrus cicera*, appelé couramment parosse ou gesse chiche.

Ici, je crois devoir donner ce détail que, par suite de circonstances et de goûts particuliers, je me suis souvent occupé de chimie et de botanique ; et même, voilà une vingtaine d'années, j'ai préparé un herbier de la région orléanaise.

Par curiosité naturelle pour tout ce qui est plantes et graines, j'ai voulu me rendre compte des divers produits qui entraient dans notre alimentation et c'est ainsi que j'ai été amené à reconnaître le danger de l'emploi de certains pois et haricots exotiques dont les similaires indigènes sont en général anodins.

Qu'est-ce donc que le *Lathyrus cicera* dont la farine aurait causé la névraxite à forme spasmodique ?

Ce pois fut autrefois très cultivé en France pour l'élevage du mouton. Les progrès de la culture lui ont fait céder la place à des fourrages plus avantageux (trèfle, luzerne, sainfoin). Son habitat se trouve principalement entre les 30° et 45° de latitude de hémisphère boréal ; aussi le trouve-t-on encore en abondance dans l'Afrique du Nord, dans les Etats-Unis d'Amérique , au Japon.

Les variétés de Lathyrus sont nombreuses ; la plupart viennent spontanément ; quelques-unes, telles que le *Lathyrus sativus* et le *Lathyrus cicera*, sont cultivées ou se rencontrent à l'état subspontané.

Ouvrant une vieille flore orléanaise de 1803, je trouve ce détail : que les semences du *Lathyrus cicera* sont bonnes à manger. L'auteur, décrivant une variété de pois qui paraît être le Cicer arietinum ajoute : « Ces pois servent à engraisser les cochons ; on en mêle quelquefois avec la farine de froment pour faire du pain ».

Cette habitude d'utiliser les graines des diverses gesses pour faire du pain, particulièrement dans les années de disette, n'existe pas qu'en France ; le médecin italien Cantoni fut le premier qui étudia chez l'homme l'intoxication par la gesse chiche, intoxication à laquelle il donna le nom de lathyrisme. Quelques années après, une épidémie de lathyrisme était observée en Algérie.

Une épidémie de lathyrisme en Algérie.

En 1883, MM. les docteurs Prengrueber et Bourlier signalèrent, à l'Académie de médecine de Paris, une épidémie de lathyrisme existant à Palestro (Algérie). M. le professeur Proust se rendit dans cette commune et fit, le 3 juillet 1883, à l'Académie, une communication dont je donne le résumé :

« M. Proust rend compte d'une épidémie qu'il a observée récemment dans les montagnes de la Kabylie et qui a atteint une quarantaine de malades.

Chez presque tous, la maladie a débuté brusquement après une nuit froide et humide. Elle a consisté en douleurs de reins, phénomènes paralytiques du mouvement, rarement de la sensibilité et occupant peu souvent les membres supérieurs, mais toujours les membres inférieurs et la vessie.

La maladie a débuté par la fièvre, puis par des douleurs lombaires qui ont gagné les régions fessière et crurale. Contractures et crampes avec fourmillements. Incontinence d'urine, impuissance virile plus ou moins prononcée.

La maladie est caractérisée par les symptômes suivants : marche difficile et sur la pointe du pied, raideur des membres inférieurs ; orteils recourbés; pieds dans l'extension et l'adduction ; réflexe tendineux exagéré ; exagération des mouvements réflexes des membres inférieurs, du gauche principalement.

Chez un malade, on observe des bulles de pemphigus à la face interne du genou ; pas d'anesthésie évidente. En promenant une éponge mouillée sur le rachis, on déterminait des tremblements dans le membre inférieur. Pas de phénomènes d'ataxie.

Pas de décès, par conséquent pas d'examen anatomique. Néanmoins, M. Proust estime que les choses se sont passées comme si l'on avait eu affaire, au début, à une myélite transverse ou à une hémorrhagie de la moelle, et comme si, à cette lésion, avait suc-

cédé une dégénérescence secondaire des cordons latéraux, dégénérescence non persistante.

Cette maladie s'est déclarée chez des Arabes qui tous, avaient mangé des gesses ou djilbes. Cette maladie se manifeste d'une façon épidémique, en général pendant les mois de mars et d'avril. On ne l'a jamais observée chez ceux qui ne mangent pas de gesses.

Cette maladie a été étudiée complètement par Cantoni qui lui a donné le nom de lathyrisme, du mot *lathyrus cicera*, légumineuse qui produit les gesses ou djilbes.

M. Teilleux a trouvé, dans les graines des djilbes, une matière résineuse qu'il administra à des lapins et qui détermina la paralysie de la partie postérieure du corps et des soubresauts tétaniques ; d'où il tira cette conclusion, c'est que cette substance agit sur les parties inférieures de la moelle.

La médecine expérimentale est venue confirmer les observations pathologiques. »

Lors de la discussion qui suit, M. Leroy de Méricourt demande comment il se fait qu'une semblable maladie, ayant sa cause dans l'alimentation, ne se manifeste pas plus souvent ; M. Proust répond que « c'est au moment des famines qu'on la constate, parce qu'alors on mêle un peu de farine de gesse au froment (1 pour 6) ».

Si l'addition d'un sixième de lathyrus au froment est suffisante pour provoquer de tels symptômes, il ne faut pas s'étonner s de la farine entière de cette légumineuse, car c'est à une telle dose que certaines localités ont été soumises momentanément, a causé ce que, de 1917 à 1920, l'on a appelé la forme myélitique de l'encéphalite.

Personnellement, je n'ai pas observé cette forme pure ; dans la région orléanaise et beauceronne, c'est surtout la forme mixte (phaséolécinato-maïdique), qui a été constatée ; la farine de pois du Japon fut fabriquée en abondance, mais probablement expédiée dans des départements éloignés ou réservée pour l'alimentation des animaux, car plusieurs de ces derniers, dans cette région, présentèrent des symptômes graves et mêmes mortels de lathyrisme.

Par contre, prenons connaissance des cas suivants observés par M. le professeur Verger, à Bordeaux.

Ne doivent-ils pas être rapportés à la forme myélitique pure ?

Sur l'apparition d'un nombre inusité d'affections aigues et subaigues de la moelle pendant l'épidémie d'encéphalite. (*Journal de médecine de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest* (10 janvier 1921).

M. Henri Verger. — La maladie épidémique de nature inconnue appelée encéphalite frappe la moelle plus souvent qu'on ne le dit. La preuve en est fournie par la fréquence insolite de syndromes médullaires observés au cours de l'épidémie, et dans lesquels les maladies généralement en cause, syphilis, tuberculose, infection déterminée, faisaient complètement défaut. M. Verger rappelle qu'il a publié l'an dernier, avec le Dr Anglade, un cas d'encéphalite à début pseudo-parkinsonien avec paraplégie flasque, incontinence sphinctérienne et escarre sacrée. Un autre cas avec paraplégie flasque devenue bientôt atrophique à la manière d'une poliomyélite a été rapporté dans la thèse de Bremaud.

Mais il est une autre série de faits où les troubles médullaires se montrent isolément, sans fièvre et avec une allure particulière.

Ce sont les paraplégies spasmodiques à type de myélite transverse apparaissant brusquement sans fièvre et en dehors de toute tuberculose, syphilis, avec un simple malaise (deux cas chez des femmes d'âge moyen), améliorées au bout de six mois.

M. Verger rapporte également trois observations avec algies intenses des membres : 1° un cultivateur de seize ans ressent au début d'octobre 1919 de violentes douleurs dans les membres inférieurs. Miction lente. Huit jours plus tard, disparition des troubles sphinctériens et des douleurs, mais quadriplégie flasque complète jusqu'en novembre, où il récupère peu à peu les mouvements des mains.

En octobre de l'année suivante, atrophie musculaire dans le territoire du crural et du sciatique poplité externe des deux côtés et atrophie des muscles de l'épaule sans R. D. Abolition des réflexes tendineux, pas de Babinski, sensibilité intacte.

2° Un homme de vingt-trois ans présente, au début de juin 1920, un malaise avec courbature et douleurs dans les membres inférieurs. Neuf jours plus tard, quadriplégie complète avec douleurs violentes. En novembre 1920, atrophie musculaire avec R. D. pour le crural et les muscles abdominaux ; R. D. relative pour le sciatique. Réflexes abolis, pas de Babinski, sensibilité intacte.

3° Homme, dix-neuf ans. Violentes douleurs dans le membre supérieur droit avec parésie rapide, fourmillements dans la moitié droite de la face. Atrophie consécutive avec R. D. du grand dentelé et du susépineux droit.

Enfin, dans un troisième groupe (trois cas), l'atrophie se combine à la paraplégie *spasmodique* pour donner lieu à un syndrome qui, sauf l'évolution, rappelle celui de la sclérose latérale amyotrophique.

En somme, aucun de ces divers cas ne rappelle quelque chose de « déjà vu ». Observés au moment de l'épidémie d'encéphalite, ils ont un début apyrétique qui ne s'accorde guère cependant avec le mode ordinaire des accidents de l'encéphalite ».

J'ai rapporté en entier les observations de M. le Pr Verger, car elles éclairent singulièrement l'étiologie de l'encéphalite.

Dans ces observations, aucun symptôme de phaséolunatisme ; par contre, on peut affirmer que l'on a eu affaire à du lathyrisme pur . La farine de lathyrus était mélangée le plus souvent aux farines de phaseolus, de maïs ou d'orge servant de succédanés ; dans les cas de M. le Pr Verger, le lathyrus et l'orge doivent être seuls incriminés

Ainsi s'explique (en partie) le désaccord de l'école parisienne et de l'école bordelaise à propos de l'encéphalite dite épidémique. En réalité, Netter et Verger se trouvaient en présence de deux intoxications différentes. Les premiers cas de Netter, comme ceux de von Economo, étaient dus au mélange de maïs et de phaseolus lunatus, et peut-être à ce dernier seul ; ceux de Verger, au lathyrus et les premiers en date, ceux de M. le Dr Cruchet, en 1915, à un mélange de maïs, de gesse chiche et de haricot. C'est ce dernier mélange d'ailleurs qui a dominé de 1915 à 1921, les mêmes moulins broyant le plus souvent pois et haricots et les mélangeant à la farine de maïs fournie par le ravitaillement.

Si, dans certains cas très rares, on peut arriver à faire le diagnostic différentiel des diverses intoxications, le plus souvent cela est impossible, car il y a tout à la fois intoxication phaséolunatique, intoxication lathyrique et intoxication maïdique : d'où le polymorphisme constaté dans le plus grand nombre des observations. Cette synergie toxique aggrave encore le pronostic, par suite de la combinaison des divers glucosides et alcaloïdes dont la fermentation forme des acétyl-phényl-éthyl-méthylamines cyanogénétiques éminemment narcotiques et vulnérants pour les cellules grises du névraxe (encéphale et moelle), cellules dont l'altération et trop souvent la destruction provoquent l'apparition de l'encéphalomyélite et de ses séquelles.

Si, comme nous l'avons vu plus haut, à propos du *phaseolus lunatus*, la phaséolunatine donne, par la fermentation de l'acétone, du glucose et de l'acide cyanhydrique (Gustave André), et si l'intoxication par le phaseolus lunatus constitue une véritable narcomanie à rapprocher de celles dues au datura, au haschisch, au marihuana, l'intoxication combinée du phaseolus, du lathyrus, du maïs, de l'orge, donne lieu à une intoxication extrêmement complexe, essentiellement polymorphe, à séquelles narcomaniaques vraiment kaléidoscopiques.

De l'intoxication lathyrique chez les animaux.

Dans la semaine qui suivit la communication de M. le Pr Proust à l'Académie de médecine, M. Bouley, de la section vétérinaire, faisait à cette même Académie, la relation des faits suivants :

En 1867, en raison de la cherté de l'avoine, M. Terrier, vétérinaire à Rouen, proposa à une Compagnie d'omnibus d'ajouter à l'avoine une partie de gesse chiche, ce qui fut fait pour 45 chevaux. Au bout du quelques mois, on constata qu'un des chevaux était atteint subitement de douleurs de reins, qu'on prit et traita pour un lumbago.

Au prétendu lumbago, succéda un cornage inquiétant et tout différent du cornage habituel, provenant de l'engorgement unilatéral des ganglions bronchiques.

Peu après, un second cheval, puis un troisième, puis un quatrième cheval tombaient paralysés, avec cornage, et mouraient asphyxiés.

On supprima la gesse, la maladie s'éteignit ; mais quelques chevaux sur les 45 furent successivement atteints. Les autres chevaux ne furent pas malades.

D'autres chevaux tombèrent malades, présentant des symptômes identiques et reconnaissant la même cause.

D'autres vétérinaires ont fait les mêmes remarques, bien que Dombasle, fort compétent sur cette question, se soit montré partisan de la gesse, comme substance alimentaire.

D'où surgit la question : la plante est-elle toujours identique à elle-même ?

Et, dans la séance de l'Académie de médecine du 17 juillet 1883, M. Lunier, qui s'est renseigné auprès de plusieurs cultivateurs, a appris d'eux que les dangers résultant de l'emploi du lathyrus sont connus dans les campagnes, mais qu'ils dépendent des différentes espèces de lathyrus.

M. Leroy de Méricourt, faisant ressortir l'analogie qui existait entre le béribéri et les accidents que l'on imputait au lathyrus, déposa une série de conclusions dont voici la dernière :

Rechercher dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de béribéri et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents déterminés par les graines de lathyrus, si ces graines ne font pas partie de l'alimentation.

(Je ferai remarquer que, de 1916 à 1921, on a broyé en France une grande quantité de lathyrus, que l'on désignait du nom de pois du Japon, et qui était bien, en effet, d'importation japonaise).

Enfin, dans la même séance du 17 juillet 1883, M. Treille, médecin de la marine, rendait compte de l'autopsie d'un malade atteint de béribéri. La moelle présentait les lésions fondamentales suivantes :

a) Pachyméningite cervicale avec hématomes microscopiques ;

b) Sclérose corticale étendue à la presque totalité du névraxe, accusée surtout à la partie supérieure de la moelle cervicale et à la partie inférieure de la moelle dorsale ;

c) Epaississement fibroïde des parois des artérioles et des capillaires.

C'est, en somme, le manchon périvasculaire décrit dans l'épidémie de l'encéphalite actuelle que l'on décrivait déjà en 1883, dans les lésions causées par des farines toxiques.

M. Bouley avait fait remarquer que le lathyrus était toxique, non seulement chez les chevaux, les bovidés, les lapins, mais aussi chez les animaux de basse-cour (oies, poules, pigeons).

De 1916 à 1920, à plusieurs reprises, des farines, étaient tellement avariées (c'était, dans notre région des mélanges de farines de maïs, pois et haricot), que les meuniers n'osèrent pas les donner en boulangerie, et les vendirent au ravitaillement civil ou militaire pour l'alimentation du bétail. C'est alors que l'on vit chevaux et bœufs être pris de folie furieuse, de paralysie suivies de mort ; il y eut une véritable hécatombe de lapins et de poules.

Personnellement, j'ai pu m'assurer du fait suivant : dans une ferme, déjà plusieurs bœufs, nourris de mélanges de ces mauvaises farines, étaient morts. La mortalité frappait également les poules dans les mêmes locaux. C'est alors qu'on isola la volaille dans une autre partie de la ferme et qu'on veilla à ne lui donner que du bon grain ; la mortalité des poules cessa immédiatement.

Le lathyrisme atteint donc également chevaux, bestiaux et volaille ; il paraît même être chez eux plus dangereux et plus rapidement mortel que chez l'homme.

Du principe toxique des Lathyrus.

Reinsch (?) a retiré du Lathyrus cicera, un principe toxique, la lathyrine. Celle-ci donne les réactions habituelles des glucosides.

Reinsch peut l'extraire, non seulement du *Lathyrus cicera*, mais aussi du *Lathyrus aphaca*, du *Lathyrus hirsutus* et du *Lathyrus sativus.*

Mais le jour où l'on voudra expérimenter l'action toxique du *Lathyrus*, ne vaudra-t-il pas mieux employer la graine entière plutôt qu'un glucoside qui ne renferme qu'une partie des principes actifs ? On rentrera mieux ainsi dans les conditions habituelles de l'intoxication alimentaire.

Pour le lathyrisme, comme pour le phaséolunatisme, l'intoxication fut le plus souvent associée ; si l'épidémie relatée par M. le professeur Verger paraît bien être du lathyrisme pur, la plupart des autres cas constituent un syndrome complexe où l'on trouve un mélange de phaséolunatisme, de lathyrisme, de maïdisme, ce qui répond d'ailleurs à la genèse de l'intoxication : farines mélangées de maïs, phaseolus lunatus et lathyrus cicera.

Comme pour le phaséolunatisme, le lathyrisme fut causé par le Lathyrus cicera *exotique.* Importé comme semence fourragère, le lathyrus fut détourné de la destination annoncée en douanes ; il passa dans les moulins, fut réduit en farine, celle-ci fut expédiée à la boulangerie, dans le même sac qui emportait déjà un mélange de froment, seigle, orge, maïs, riz ou haricot. Si, au point de vue des fraudes, la complexité du mélange rend laborieux l'examen microscopique, au point de vue clinique, il n'est pas facile de s'y reconnaître ; c'est le triomphe du polymorphisme, car chaque graine toxique a un lieu d'élection en un point de l'encéphale ou de la moelle.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Traitement des fibromyomes utérins. Quels cas faut-il opérer ? Quels cas faut-il irradier ?

En théorie, tout le monde est d'accord : il faut se garder d'irradier comme un fibrome, un sarcome, un carcinome de l'utérus, une tumeur solide ou kystique de l'ovaire, il ne faut pas irradier un fibrome avec salpingite, avec kyste concomitant, ni un polype sous-muqueux, ni un fibrome pédiculé, sphacélé ou suppuré, calcifié ou dégénéré.

Mais, *en pratique*, quel est donc le moyen de faire infailliblement ces magnifiques diagnostics ? Le Dr E. Douay nous donne quelques excellents conseils sur la conduite à tenir devant une tumeur qui paraît être un fibrome, et ces conseils diffèrent *suivant l'âge de la malade.*

a) *La malade a passé l'âge de la ménopause.* Comme le dit le Pr Faure, après la ménopause, un fibrome ne doit plus faire parler de lui : s'il saigne, s'il devient douloureux, s'il grossit, on doit l'opérer sans retard, et sans jamais faire l'essai de la radiothérapie. Le jour de l'opération, on trouve un fibrome sphacélé, dégénéré. C'est un fibrome avec cancer du corps, avec métrite polypeuse, c'est même une tumeur solide des ovaires ou encore une salpingite ancienne.

b) *La malade est jeune.* Méfions-nous du diagnostic de fibrome. Opérons si la tumeur grossit rapidement, par crainte du sarcome, opérons si le fibrome est douloureux ou s'accompagne de réaction fébrile, par crainte de l'infection du fibrome ou de la suppuration des annexes. Ne confions à la radiothérapie que les cas de fibrome absolument évident. Opérons encore si le fibrome est petit, unique et justiciable peut-être de la myomectomie. (*L'Hôpital,* déc. 1923 B.)

Traitement de la pneumonie franche par les sérums spécifiques.

Depuis les constatations relativement récentes sur la pluralité des pneumocoques, il est devenu possible de guérir les pneumonies par la sérothérapie. Il faut employer, dit le Dr Sacquépée, un sérum polyvalent, actif à la fois contre tous les pneumocoques habituellement rencontrés chez nous.

Le sérum se montre particulièrement efficace dans la pneumonie franche. Etant donné que cette affection est à peu près toujours l'œuvre du pneumocoque, le traitement sérothérapique peut lui être appliqué sans aucun autre examen. Il en est de même pour toute autre infection de

même nature, broncho-pneumonie, méningite, etc., à partir du moment où il est établi que cette maladie est due au pneumocoque.

Parmi les voies d'introduction proposées, il faut choisir la voie intra-musculaire, exceptionnellement, la voie intraveineuse. Le moment opportun, c'est le début de la maladie, et dès lors il suffit de la voie intra-musculaire, dénuée de tout danger sérieux. Il peut cependant se produire une réaction locale assez douloureuse, mais passagère.

La voie intra-veineuse sera réservée aux cas plus graves et plus avancés ; elle offre certains inconvénients, que l'on peut, avec quelques précautions, réduire au minimum : pour le moins, même si le malade n'est pas susceptible d'anaphylaxie, pratiquer deux injections « préparantes », par exemple 1 /2, puis 2 cmc., à dix ou quinze minutes d'intervalle ; n'injecter que des sérums parfaitement clairs ; les diluer dans 8 à 10 fois leur volume d'eau physiologique ; ne les injecter qu'à 40°, jamais à la température ambiante ; pratiquer l'injection lentement, en 25 à 30 minutes. Si le sujet est anaphylactique, faire la technique habituelle de désensibilisation (doses croissantes).

Les doses à employer sont de 40 à 80 cmc. par injection, au moins au début, par la voie intra-musculaire, et de 30 à 60 cmc. par la voie intra-veineuse, les doses les plus fortes étant réservées aux cas les plus graves.

Il faut répéter les injections jusqu'à résultat décisif et stable obtenu ; on est ainsi amené à répéter l'injection plusieurs jours de suite, même matin et soir. Ne cesser qu'au moment où la partie est considérée comme gagnée, en se basant sur les symptômes généraux et non sur les signes physiques, susceptibles de persister plusieurs jours et même plusieurs semaines après la guérison apparente.

Jusqu'ici, les résultats rapportés par différents auteurs sont franchement favorables, dans la pneumonie du vieillard, comme dans celle de l'enfant ou de l'adulte ; la sérothérapie, qui du moins réduit la mortalité dans des proportions très appréciables, mérite de passer désormais dans la pratique courante. (*La Médecine*, décembre 1923.)

Pathogénie et signification du roulement de Flint dans l'insuffisance aortique.

A. Flint avait signalé, au cours de l'insuffisance aortique, l'apparition d'un roulement présystolique à la pointe du cœur. Ce signe lui parut révélateur d'un rétrécissement mitral, dont cependant l'autopsie infirma l'existence. Mais le clinicien américain l'attribua dès lors à la lésion aortique, arrivant à créer, par le choc de l'ondée aortique en retour, une sorte de rétrécissement auriculo-ventriculaire fonctionnel.

Toujours est-il que ce signe de Flint, rapidement confirmé par l'observation clinique, fait partie aujourd'hui de la séméiologie de l'insuffisance aortique.

Mais à quel titre ? C'est là le point important.

Remettant les choses au point, et confirmant les recherches de Pezzi, Ch. LAUBRY établit pour quelles raisons, d'ordre critique, clinique, graphique, et anatomo-physiologique, on doit désormais le considérer comme un *bruit de galop* de la variété la plus fréquente, c'est-à-dire *présystolique* ou *auriculo-ventriculaire*. Celle-ci concerne *une sensation autant tactile qu'auditive, procurée à l'oreille lors de l'auscultation immédiate des régions apexienne et sus-apexienne, par une onde de choc, contemporaine de la systole auriculaire.*

Elle trahit l'hypotonicité du ventricule. Surpris dans sa diastole par le flot venu de l'oreillette, le muscle n'y oppose pas une réaction tonique, qui l'étouffe, mais se laisse brusquement distendre, et exprime cette distension à l'oreille par un *bruit*, à la main par un *choc*, à l'enregistrement graphique par une *onde* d'une hauteur et d'une netteté inaccoutumées.

En auscultant la pointe des cœurs atteints d'insuffisance aortique, on trouve tantôt un éréthisme bien naturel chez ces malades émotifs, tantôt un rétrécissement mitral légitime, dont l'association avec l'insuffisance aortique est fréquente, tantôt enfin un bruit de galop isolé ou se continuant avec un souffle d'insuffisance fonctionnelle.

Le roulement de Flint, devenu ainsi un galop, est inutile dans le champ diagnostique qu'illumine à lui seul le souffle diastolique ; au contraire, passant dans le champ à peu près vide du pronostic, il commande à lui seul l'action thérapeutique.

Il n'est pas d'affection mieux tolérée que l'insuffisance aortique ; il n'en est pas où l'on doit davantage laisser s'établir la compensation naturelle ; il n'en est pas où le médecin a davantage besoin de savoir *quand et comment doit s'exercer son intervention. Ce moment,* en dehors des troubles fonctionnels, d'une interprétation difficile, *c'est le bruit de galop qui le marquera.* Dès qu'on le soupçonne ou qu'on l'entend, on doit recourir à un tonique de choix, au strophantus, à son glucoside le plus efficace qui est l'ouabaïne, et à la théobromine. (*Le Bulletin médical,* 20-29 décembre 1923.)

Les facteurs de guérison dans les maladies mentales.

Au début de son cours magistal, le professeur Henri CLAUDE, acceptant la notion de curabilité d'un grand nombre d'affections mentales, a voulu rechercher quels étaient les facteurs susceptibles de favoriser l'amélioration ou de hâter la guérison spontanée de ces maladies, afin d'éclai-

rer l'opinion publique et de réclamer une organisation médicale et administrative meilleures.

Sans préjuger de la nature de la maladie, un des facteurs qui interviendront surtout, sera le diagnostic précoce, notamment dans toutes les formes de confusion mentale avec désorientation et onirisme, ou dans les manifestations délirantes d'origine alcoolique surtout, comme la syphilis cérébrale. Certains malades atteints de manifestations frustes du type paranoïaque ou de déséquilibre mental, reconnus de bonne heure, pourraient aussi être placés avec avantage dans des conditions entravant le développement de leurs tendances psychopathiques (hygiène mentale).

Le plus souvent, le médecin se trouve en présence de la maladie déclarée. Il convient alors d'étudier d'une manière approfondie l'état physique du sujet, de rechercher les altérations fonctionnelles des divers organes de l'appareil digestif, du foie, des reins, de l'appareil génital, endocrinien ou neurovégétatif, et, suivant la prédominance des troubles fonctionnels de l'un ou l'autre de ces appareils, on instituera le plus tôt possible une thérapeutique reposant sur des constatations objectives (psychose périodique, états confusionnels, délires à caractère transitoire). Ainsi la psychiatrie rentre beaucoup plus dans la médecine générale qu'on ne le pense.

Il faut également tenir compte de l'étude psychanalytique : par quel mécanisme psychologique certains troubles psychiques ont-ils été provoqués et par quelles raisons pouvons-nous expliquer les perturbations auxquelles nous assistons ?

Notons enfin que le nombre des malades curables du fait de la nature de leur affection est beaucoup trop grand pour le nombre des médecins appelés à leur donner leurs soins. Tant que les administrateurs ne comprendront pas qu'un service de malades aliénés curables ne doit pas être surchargé, et qu'il doit être organisé comme un service de médecine d'hôpital, avec un nombre suffisant d'aides spécialisés et de personnel, les facteurs de guérison dans les maladies mentales seront réduits le plus souvent aux efforts de la bonne nature dans les cas favorables. Encore conviendrait-il que ces efforts ne soient pas contrariés par la mauvaise organisation des locaux.

Puis, ne se pressant pas notamment de rendre la liberté trop tôt à des malades dont la guérison est incertaine, avant de s'être livré à des enquêtes soigneuses sur les nouvelles conditions de vie auxquelles ils seront livrés, on devrait s'efforcer d'assurer la consolidation de l'amélioration ou de la guérison des malades (œuvres des services sociaux, rattachés à des dispensaires du type de celui créé par le Pr Toulouse). (*Le Progrès médical*, 22 décembre 1923.) F. G.

Province et Divers

Les grandes incisions du col au cours du travail.

L'indication principale de cette intervention obstétricale est, selon M. Cleisz, l'œdème du col avec rupture prématurée des membranes, lenteur ou arrêt de la dilatation qui ne progresse pas, menace d'infection de l'œuf ouvert, souffrance du fœtus, chacun de ces éléments pouvant exister seul et commander les incisions, ou se grouper avec un ou tous les autres. Des crises éclamptiques, des accidents gravido-cardiaques peuvent nécessiter également cette petite opération, qui a comme contre-indication l'insertion basse du placenta.

La condition *sine qua non* de son exécution est un degré suffisant d'engagement de la tête, pour que la courbe représentée par celle-ci coiffée partiellement du col, ait une flèche de douze centimètres, le col étant effacé et déjà en voie de dilatation.

Les incisions seront de préférence antéro-postérieures, le col étant pincé entre deux pinces de Museux qui repèrent simplement le point d'attaque par des ciseaux droits ou courbés. « On s'efforcera de faire cette section en une seule fois de façon à avoisiner, sans l'atteindre, le fond du cul-de-sac par une section nette et franche ».

On fait une application de forceps, suivie d'une délivrance manuelle, avec injection intra-ovulaire. Puis, on suture immédiatement les incisions, en plaçant au moins un catgut à l'extrémité, libre de celles-ci.

Les résultats immédiats sont habituellement satisfaisants pour la mère, l'enfant étant plus exposé à succomber, en raison de la souffrance qu'il a supportée avant l'intervention. Les résultats prochains sont également bons, quand on a bien suturé. Quant aux résultats éloignés, les avis des accoucheurs diffèrent. Il semble qu'au cas d'accouchement ultérieur, la dystocie n'est pas à craindre, si l'opération a été correctement faite. (*La Pratique médicale française*, février 1924 A.)

Traitement de l'otite externe douloureuse.

Manifestation d'une diathèse arthritique ou goutteuse, d'un eczéma, d'une furonculose du conduit, d'un traumatisme local, de lésions plus profondes de l'oreille moyenne, on sait qu'elle peut parfois revêtir l'aspect clinique d'une mastoïdite aiguë. C'est parce qu'il souffre, qu'il entend mal, avec ou sans écoulement, que le malade vient consulter.

Gardez-vous, dit M. Doumenge, d'utiliser les grands lavages aqueux et surtout la glycérine phéniquée. Recourez à l'alcool à 90°. Nettoyez d'abord la conque et le méat avec de l'huile sté-

rilisée ou de l'alcool, puis introduisez dans le conduit, si vous le pouvez, une petite mèche de gaze, à une profondeur maxima d'un centimètre. Versez souvent, sur l'extrémité libre de cette mèche, l'alcool qui pénétrera ainsi dans la profondeur et imbibera toutes les parois. Remplacez au besoin la mèche par un petit tube à drainage à la Carrel, par lequel vous instillerez toutes les deux heures dix cmc. d'alcool dans l'oreille. Usez également des grands pansements à l'alcool appliquée sur la région.

Immobilisez le malade, et attendez quelques jours. Si l'amélioration se dessine, l'effet obtenu sera satisfaisant. Sinon, adressez votre malade au spécialiste. (*L'Hôpital*, février 1924 B.)

La radiothérapie dans les ostéites.

M. Desplats rapporte quatre observations d'ostéite du sternum, de la tête humérale, du fémur (région sus-cotylienne), des deux pieds (tuberculose), dans lesquelles il a obtenu la guérison des malades en les soumettant à l'action des rayons X.

Il conclut de son expérience, qui porte déjà sur plusieurs années :

« Les rayons X de moyenne pénétration (0,22 à 0,25 d'étincelle équivalente), filtrés à travers 5 à 8 millim. d'aluminium suivant la profondeur des lésions à atteindre, peuvent guérir certaines formes d'ostéite.

Les doses à appliquer à la peau doivent être des doses moyennes, 8 à 10 H répétées toutes les trois semaines environ.

Il y a intérêt, dans la mesure du possible, à immobiliser les articulations de voisinage.

Il ne semble pas que les résultats soient aussi favorables dans les lésions ouvertes ou suppurées.

Chaque fois qu'il m'a été possible de radiographier les malades au cours du traitement, à la fin du traitement, et longtemps après la guérison clinique, j'ai pu me rendre compte que la guérison anatomique suit d'assez loin la guérison clinique ». (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 24 février 1924.)

Le pronostic de l'angine de poitrine.

Question des plus délicates à résoudre et des plus angoissantes en pratique. M. Guillaume, faisant état de ses observations portant sur 46 malades, essaye de découvrir quels sont les éléments sur lesquels on peut baser un pronostic. Il s'agit d'angine d'effort, quelle que soit d'ailleurs la cause anatomique qui l'a provoquée.

L'auteur rappelle d'abord le syndrome angineux, et en analyse les différents signes : la douleur, la fréquence des crises, les lésions valvulo-aortiques, les troubles du rythme, la tension artérielle, les modifications de l'électrocardiogramme. Il examine ensuite comment meurent habituellement les angineux. A ce point de vue particulier, je retiens de la statistique qu'il dresse de l'âge de la mort des angineux, cette proposition qui n'est pas dénuée d'intérêt : « L'âge de la mort des angineux n'est pas très différent de l'âge habituel de la mort. Entre 50 et 60 ans, la mortalité est très grande. Après 60 ans, le plus grand nombre meurt avant d'avoir atteint 70 ans. Il en est de même entre 70 et 80 ans.

Et comme conclusions générales : « L'intensité de la douleur dépendant surtout de l'état du système nerveux central n'a guère de valeur pronostique. La recherche de la capacité fonctionnelle du myocarde joue au contraire le rôle le plus important dans l'établissement du pronostic. Elle révèle en effet le degré d'intensité de l'altération du myocarde et l'observation du malade permet de suivre les progrès de la maladie. L'insuffisance aortique est un symptôme très grave. De même que le pouls alternant. L'état de la tension artérielle a moins de valeur. Cependant, les hypertendus semblent plus menacés que les autres. La moitié des angineux meurent subitement sans que rien permette de prévoir l'heure de la mort, Un bon nombre meurent de fibrillations auriculaires, ou de lésions artérielles diverses, comparables aux lésions des coronaires. La durée de la vie n'est pas notablement raccourcie chez les angineux. La survie d'un angineux varie d'un à 4 ans, mais peut être beaucoup plus longue, de même que le premier accès peut entraîner la mort. Enfin, méfions-nous des femmes ! » (*Liége méd.*, 24 février 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccination anti-diphtérique par le vaccin T + A.

(MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy. — *Académie de médecine*, 26-2-1924.)

La vaccination anti-diphtérique, assez largement utilisée en Amérique, a pour protagonistes en France, MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy. Le 16 mai 1922, ces auteurs ont apporté à l'Académie les résultats de leurs premiers travaux sur ce sujet. Aujourd'hui, ils communiquent une statistique beaucoup plus importante, portant sur 306 cas, et ils montrent qu'il s'agit là d'une vaccination réellement efficace et sans inconvénient.

Le vaccin employé par MM. Renault et P.-P.

Lévy est un mélange de toxine et antitoxine (T + A), hyperneutralisé, c'est-à-dire dans des proportions telles que l'action toxique est toujours anéantie par une dose suffisante d'antitoxine. Partis de mélanges fortement hyperneutralisés, les auteurs sont arrivés par progression à des mélanges moins atténués, et se sont arrêtés à la formule : 300 toxies + 12.000 antitoxies. Les résultats ont été appréciés par la diphtérino-réaction, qui décèle la réceptivité des sujets.

MM. Renault et P.-P. Lévy ont constaté que l'immunisation ainsi acquise était durable. Avec 3 injections, elle est produite dans 80 à 90 pour 100 des cas. Pratiquement, cette vaccination a empêché, dans un orphelinat, l'éclosion de cas secondaires autour d'une enfant qui était entrée avec une diphtérie grave.

Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine.

(MM. Ch. Aubertin et M. Gambillard. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-2-1924.)

L'état de la tension artérielle, chez les malades atteints d'angine de poitrine par effort, peut être étudié dans l'intervalle des crises et pendant les crises. Mackensie, Vaquez, ont observé que, dans un grand nombre de cas, la tension ne varie pas au moment de l'accès. Cependant, Mackensie a vu la tension monter de 16 à 22, lorsqu'apparaissait la douleur angineuse, et Lian a noté des élévations de 2 et 3 centimètres.

MM. Aubertin et Gambillard ont constaté, de leur côté, lors des accès angineux d'effort, une hausse brutale et parfois considérable de la pression artérielle, mais cette hypertension paroxystique n'est pas de très longue durée et l'on conçoit, dans ces conditions, qu'elle puisse passer inaperçue.

— M. Lian a eu l'occasion, chez deux de ses malades, de noter une exagération de la tension artérielle au début d'un accès. Il pense que l'hypertension paroxystique en question était non la cause de la crise, mais une conséquence de celle-ci.

Vaccinothérapie dans la lithiase biliaire infectée.

(M. G. Lion. — *Société médicale des hôpitaux*, 8-2-1924.)

M. Lion relate une observation de lithiase biliaire infectée qu'il a traitée avantageusement par la vaccinothérapie coli-bacillaire. La patiente fut ensuite opérée et guérit. Trois injections de vaccin anti-colibacillaire furent faites, à trois jours d'intervalle. Chacune d'elle fut suivie, dans la même journée, d'un grand frisson et d'une poussée de température. Puis, l'état aigu se calma et la cholécystectomie put être pratiquée sans incident.

L'intérêt de cette observation réside dans les heureux effets produits par la vaccination anti-colibacillaire. Elle permit de juguler une fièvre infectieuse datant de plus d'un an et rendit favorables les conditions de l'intervention opératoire.

L'extrait glycériné de staphylocoques du prof. Vallée.

(M. Paul Lafosse, de Saint-Mandé. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-2-1924.)

MM. Vallée et L. Bazy ont employé, dans des infections variées, les extraits glycérinés de microbes, ne contenant plus aucun corps microbien. Sur les conseils du prof. Vallée, M. Lafosse a eu recours à l'extrait glycériné de staphylocoques chez des tuberculeux, dans l'espoir de provoquer la production d'anticorps susceptibles d'aider le malade dans la lutte contre le bacille de Koch.

La marche de la tuberculose n'a pas paru être influencée par ces injections. Par contre, les infections associées ont semblé subir des modifications intéressantes. Chez les tuberculeux fibreux, en particulier, les crises d'asthme et les poussées inflammatoires dues à des infections surajoutées ont été nettement diminuées.

L'examen direct de l'estomac avec le gastroscope.

(MM. Bensaude et Oury. — *Société médicale des hôpitaux*, 1-2-1924.)

L'examen direct des organes devient de plus en plus hardi. Après la cystoscopie, la rectoscopie, sont venues l'œsophagoscopie, la bronchoscopie... Un pas en avant et voici la gastroscopie, la duodénoscopie. Le gastroscope conduit l'œil et l'instrument thérapeutique directement sur la lésion stomacale et le duodénoscope sur la lésion duodénale.

L'insuccès de la gastroscopie avait pour cause la courbure fixe, en avant et à gauche, de la partie inférieure de l'œsophage. Pour tourner la difficulté, on a imaginé deux groupes d'instruments, les uns flexibles (Sussmann), les autres rigides ou semi-rigides (Mickulicz, Rosenheim, Kelling, Kuttner, Loning et Steda, Elsner, Schindler). Sternberg est parti d'un autre principe. Le point original de sa méthode réside dans la position du malade. Rejetant la station assise, il adopte la position genu-cubitale dont les avantages, ici, sont les suivants : libération du cardia, bouleversement de la statique abdominale qui rapproche l'estomac et le pylore de l'observateur, d'où possibilité d'employer des instruments plus courts, plus maniables.

La technique de la gastroscopie est analogue à celle de l'œsophagoscopie, avec cette différence que l'on se guide par le palper. Il faut aussi éduquer le malade, l'habituer par des sondages simples de la poche gastrique. Il convient encore d'être patient et très prudent pour éviter les fausses routes.

La position genu-cubitale modifiant sensiblement les rapports de l'estomac, une étude assez complète à ce point de vue devra être faite pour que l'on puisse apprécier les régions de l'estomac sur lesquelles arrive le gastroscope. En tout cas, les vues ainsi obtenues seraient particulièrement nettes et l'on a pu parler d'un traitement endoscopique des lésions gastriques.

Septicémie à pneumobacille de Friedlander.

(MM. Caussade, Joltrain et Surmont. — *Soc. méd. des hôp.*, 1-2-1924.)

M. Caussade rapporte un cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander. Le diagnostic fut assez longtemps indécis, l'hémoculture elle-même ayant prêté à confusion. On trouva, en effet, dans le sang, un bacille à morphologie équivoque, rappelant le bacille pesteux (cocco-bacille à extrémités arrondies). La présence d'une capsule très nette permit cependant de caractériser le pneumobacille.

On connaît, à ce jour, 16 cas publiés de septicémie à bacille de Friedlander. La symptomatologie, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, comporte peu de phénomènes pulmonaires. Deux troubles dominent : le syndrome hémorrhagique et le syndrome gastro-intestinal. Le début se fait souvent par des vomissements et de la fièvre. Celle-ci, à la période d'état, affecte volontiers la forme en plateau, ressemblant plutôt à celle d'une pneumonie qu'à celle d'une dothiénentérie. Les vomissements sont fréquents, l'épigastre douloureux. Il y a de la constipation ou de la diarrhée. Les téguments sont souvent parsemés de pétéchies et de taches ecchymotiques Les hémorrhagies sont communes (épistaxis, hématémèses, etc.).

— M. Lereboullet vient de soigner à l'hôpital des Enfants-Malades deux cas de septicémies à bacilles de Friedlander, suivis de guérison. La guérison est une éventualité exceptionnelle dans cet état morbide. Chez les deux malades de M. Lereboullet, les constatations bactériologiques posèrent également le diagnostic avec le bacille pesteux.

Névralgie du laryngé supérieur dans la grippe.

(M. Halphen. — *Société médicale des hôpitaux*, 8-2-1924.)

L'épidémie actuelle de grippe a comporté, entre autres choses, d'importantes manifestations névralgiques dans le domaine céphalique. M. Halphen signale des névralgies du laryngé supérieur, avec douleurs péri-laryngées, toux, sensibilité vive à la pression à l'émergence du laryngé supérieur (entre la grande corne thyroïdienne et la corne de l'os hyoïde). L'auteur conseille l'orthoforme, le scuroforme, en pastilles, et, dans les formes intenses, l'alcoolisation du nerf dans la fossette thyro-hyoïdienne.

Syndrome protubérantiel d'origine encéphalitique.

(MM. Cl. Vincent et J. Darquier. — *Soc. méd. des hôp.*, 8-2-1924.)

M. Vincent a observé un cas de syndrome protubérantiel aigu qu'il rattache à une origine encéphalitique. Le syndrome a comporté une double hémiplégie, suivie de paraplégie avec troubles sensitifs unilatéraux, raideur de la nuque et des lombes, puis de tétraplégie avec véritable rigidité de la nuque et des hanches. Ces raideurs sont fréquentes dans l'encéphalite, où l'on connaît des rigidités parkinsoniennes d'emblée. On peut les confondre avec les raideurs de la méningite. Dans ce dernier cas, la rigidité est plus douloureuse, plus résistante. Elle aboutit, on le sait, au signe de Kernig, qui est naturellement absent dans l'encéphalite.

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales.

(M. Maurice Renaud.— *Société médicale des hôpitaux* 15-2-1924.)

Il est devenu, de nos jours, presqu'une loi scientifique de voir la syphilis partout et, si l'on en croit certains syphiligraphes, le tréponème serait à évoquer pour les trois quarts, au moins, des états pathologiques chroniques. Certes, le rôle de la syphilis en pathologie est considérable et il serait inopportun et dangereux de le sous estimer ; mais, faut-il accepter toujours sans réserve l'extension illimitée que l'on cherche à lui donner ? M. Maurice Renaud ne le pense pas. Chargé depuis deux ans d'un grand service de maladies chroniques dans un asile de vieillards (Brévannes), il s'est efforcé de définir dans quelle mesure la syphilis était responsable de l'évolution des scléroses viscérales qu'il a observées.

Tout d'abord, passant au crible le passé de ces malades, il a trouvé 55 fois seulement sur 1.000 une syphilis diagnostiquée dans les antécédents. La syphilis peut évidemment avoir été larvée, ignorée. Il faudrait admettre alors, dit M. Renaud, qu'une syphilis avec accidents intervient dans la genèse des scléroses viscérales beaucoup moins qu'une syphilis sans accident. Les syphilitiques à spécificité certaine ne semblent pas en définitive payer un plus lourd tribut aux scléroses viscérales que toutes autres personnes.

L'argument thérapeutique ne vient pas renforcer l'hypothèse de l'origine syphilitique des scléroses viscérales, puisque le traitement demeure en pareil cas, sans action. Reste les examens sérologiques. M. Renaud a pratiqué la réaction de Bordet Wassermann avec le sérum de tous les malades de son service (polyscléreux, tabes, rhumatismes chroniques, tuberculoses, affections diverses) et il a trouvé une proportion de 25 à 50 % de réactions fortement positives, 30 % de réactions moyennement positives, soit globalement 65 % de positifs. Il n'en conclut pas que les deux tiers de ses malades sont des syphilitiques, car il faudrait y ajouter les syphilitiques avec réaction négative (20 pour 100 en moyenne à la période tertiaire) et admettre que 80 % au moins de ces sujets sont spécifiques... Il pense simplement que la constatation d'un Bordet-Wassermann positif n'autorise pas à conclure à la nature syphilitique de l'affection qui évolue avec cette réaction. L'auteur, enfin, remarque qu'il est de règle de suspecter la syphilis dans tous les syndromes dont la nature nous est inconnue. Or, nombre de ces syndromes, au fur et à mesure que nous les approfondissons mieux,

s'échappent de ce cadre *à priori* : l'encéphalite épidémique, par exemple, et ses manifestations si variées. En résumé, il ne faudrait pas abuser de la méthode trop simpliste qui consiste à cataloguer syphilitique ou tuberculeux tout état morbide dont nous ignorons la nature.

— M. QUEYRAT répond à M. Renaud que l'anatomie pathologique montre le rôle sclérogène de la syphilis. L'alcoolisme, la sénilité, sont aussi d'importants facteurs de sclérose, mais le tréponème joue un rôle majeur dans les scléroses viscérales.

— M. Marcel PINARD retient le chiffre de 60 pour 100 de réactions de Wassermann positives dans les cas de polysclérose rapportés par M. Renaud. Il montre, dit-il, l'influence de la syphilis dans ces affections.

— M. MILIAN appuie les remarques de M. Marcel Pinard. L'absence d'antécédents spécifiques connus ne prouve rien, tant est fréquente la syphilis ignorée et aussi l'hérédo-syphilis. P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Le « frai » des tubes de radium.

M. NOGIER. — Les tubes de radium subissent assez rapidement, dès qu'ils sont utilisés, des détériorations qui obligent à les vérifier assez fréquemment. Indépendamment de celles-ci, les tubes de radium subissent l'usure normale résultant de leur usage, usure que M. Nogier propose d'appeler le *frai* des tubes de radium, analogue au frai des pièces de monnaie. La perte de poids varie, d'après les recherches de l'auteur, de cinq centièmes à un dixième de milligramme par mois. Les rayons gamma émis par les tubes sont donc de moins en moins bien filtrés à mesure que le tube vieillit puisque la paroi de platine s'amincit. En outre, l'enveloppe d'un tube dure beaucoup moins longtemps que le radium qu'il contient.

Radiographie des fractures médianes du maxillaire inférieur.

M. JAPIOT présente une série de films radiographiques de fractures médianes ou para-médianes du maxillaire inférieur. L'auteur a utilisé le film horizontal intrabuccal, avec position appropriée de l'ampoule, technique très simplifiée par l'emploi des nouveaux appareils de radiologie dentaire.

Rupture bilatérale des ailerons rotuliens.

MM. DURAND et DECHAUME présentent une observation de rupture des ailerons des deux rotules, fait assez exceptionnel. Suture et guérison.

Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère

M. Louis PHÉLIP présente l'observation d'une jeune femme qui vint le consulter pour les troubles urinaires : urines troubles, pollakiurie, hématuries ; parfois la miction s'arrêtait brusquement, tantôt, un instant après la fin, un nouveau besoin apparaissait suivi de l'émission d'un peu d'urine. A la cystoscopie , on constata l'existence d'une poche, du volume d'une noisette ; il s'agissait d'une dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère. Destruction à la haute fréquence. Suites très simples.

Hydronéphrose congénitale opérée par la voie antérieure.

M. MALLEY-GUY présente, au nom de M. Patel, l'observation d'un homme de 31 ans, se plaignant depuis trois ans de crises douloureuses au flanc droit s'accompagnant de l'apparition d'une tuméfaction dure, rénitente, avec contact lombaire, matité en avant séparée de celle du foie par une bande sonore. Constante d'Ambard : 0.86. Intervention : incision transversale unissant l'extrémité antérieure de la 10e côte au bord externe du grand droit. Le péritoine est ouvert, puis refermé après vérification de l'origine rénale de la tumeur, il est décollé facilement ; on extériorise une énorme masse kystique formée par le rein et le bassinet. Hémostase facile. Ligature de l'uretère. Fermeture musculaire. Drainage. Suites normales. La lésion apparaît comme une malformation : on ne voit pas, en effet, d'autres facteurs possibles. L'abord par la voie antérieure se recommande surtout par la facilité de l'hémostase.

Mort par obstruction des voies aériennes supérieures au cours d'une crise d'épilepsie.

MM. Rémi COURJON et Marcel LIBOLD relatent l'observation d'un épileptique qui en sortant de table, fut pris d'une crise violente et mourut très rapidement avec de la cyanose. A l'autopsie, on trouve, occupant la trachée, sur une longueur de 3 à 4 centimètres et chacune des deux grosses bronches sur 4 à 5 centimètres, un bloc compact formé de morceaux de viande et de macaroni. On peut se demander si la mort par obstruction des voies aériennes supérieures n'est pas plus fréquente qu'on ne le dit, au cours des crises d'épilepsie.

Lupus très étendu avec placards hypertrophiques.

M. L.-M. BONNET présente des photographies d'un malade porteur d'un lupus occupant à peu près tout le cou, l'aisselle gauche, la région scapulaire droite, la face antérieure de l'épaule gauche, la région hépatique, la fesse et la cuisse droites. L'aspect des lésions est variable ; il y a des zones tuberculo-squameuses, et en d'autres points, on trouve des placards saillants, blanc rosé, durs où sont disséminés des orifices d'où sort du pus à la pression. La nature tuberculeuse a été vérifiée par l'histologie et l'inoculation. Bon état général. Radiothérapie par M. Coste : les lésions sont en voie de régression.

Sténoses chroniques du larynx. Résultats éloignés.

M. Sargnon présente trois jeunes filles : l'une tubée, puis trachéotomisée en 1910 a été traitée un mois après par la dilatation interne rétrograde. Bons résultats : respiration bonne, voix un peu éraillée. La seconde, tubarde-canularde, a subi en 1907, une trachéolaryngostomie ; résultats respiratoires bons, résultat vocal assez bon. La troisième malade a subi, en 1919, une trachéocricostomie pour sténose cricoïdienne. Elle peut chanter.

Rétention d'urine par hématocolpos chez une vieille femme.

M. Gayet rapporte l'observation d'une femme de 81 ans entrée dans son service pour rétention d'urine. Cathétérisme difficile après lequel on constate l'existence d'une tumeur simulant un kyste de l'ovaire. Au toucher vaginal, vagin cloisonné, et au toucher rectal, grosse tumeur liquide refoulant le rectum. Incision de la cloison vaginale ; écoulement d'une grande quantité de sang fétide et noirâtre, en même temps que la tumeur s'affaisse complètement. Drainage et lavages de la poche qui ne s'infecta pas. Ultérieurement, après dilatation du vagin et du col, on ramena à la curette des débris cancéreux. Il s'agissait d'un cancer de l'utérus ayant donné lieu à l'écoulement sanguin qui avait constitué l'hématocolpos.

Kyste hydatique du foie traumatisé.

M. Durand présente l'observation d'un Arabe, âgé de 30 ans, entré à l'hôpital pour une tuméfaction sus-ombilicale. Ce sujet racontait être tombé en portant un sac de 80 à 100 kgr., ; ce dernier serait venu heurter violemment son abdomen. La tumeur paraissait faire corps avec la partie médiane du foie et était un peu douloureuse à la pression. L'intervention montra l'existence d'une vaste poche à contenu louche, dans lequel on trouva une poche hydatique unique affaissée et détachée de la coque fibroïde qui la renfermait ; elle était jaunâtre et non blanc pur comme à l'ordinaire ; pas de vésicule fille. L'intérêt de ce cas réside dans les transformations que le traumatisme semble avoir fait subir au kyste hydatique.

Dyschromatopsie aiguë.

M. Dor relate un cas très rare de dyschromatopsie survenue brusquement chez un homme de 60 ans ; la perte de la notion des couleurs a été complète. Guérison en dix jours après purgation et administration de chlorure de calcium.

Crises d'aunrie traitées par le cathétérisme urétéral.

M. Guiliani présente l'observation d'une malade à laquelle il a enlevé le rein *droit* pour pyonéphrose calculeuse. Cette malade eut, par la suite, des crises de colique néphrétique à *gauche* ; le cathétérisme urétéral fut pratiqué, puis des lavages du bassinet, qui amenèrent une amélioration des accidents. De nouvelles crises, accompagnées d'*anurie* complète, furent traitées de même avec succès par le cathétérisme urétéral. La radiographie est restée négative, de sorte que l'auteur se demande s'il s'agit d'un calcul invisible aux rayons X ou d'une malformation congénitale du bassinet. L'intérêt du cas est d'ailleurs dans l'efficacité du cathétérisme.

Lèpre fruste simulant des syphilides tuberculeuses.

M. L.-M. Bonnet présente un malade porteur des lésions suivantes : 1° à l'avant-bras gauche, près du poignet, une plaque irrégulièrement arrondie, des dimensions d'une pièce de cinq francs, à bord un peu saillant, de teinte rose jaunâtre ; au centre, peau plutôt pâle ; 2° sur le flanc gauche, lésion analogue, mais moins large. Anesthésie absolue dans toute l'étendue des deux lésions ; zone d'anesthésie sur le dos du pouce gauche, cordon dur à la face antérieure de l'avant-bras. Une biopsie montra la structure nette du lépröme, sans bacilles,. Le diagnostic avait été d'abord celui de syphilides tuberculeuses, étant donné l'aspect des lésions et l'aveu d'un chancre antérieur. Mais l'échec du traitement spécifique, la notion d'un séjour à Madagascar parmi des lépreux, la constatation de l'anesthésie firent réformer le diagnostic. Mais il s'agit d'une lèpre remarquablement discrète.

Société médicale des hôpitaux.

Névraxite chronique évolutive.

MM. Mouriquand et Bernheim présentent l'observation d'une malade qui, en janvier 1920, avait présenté de la fièvre, avec une phase d'excitation, puis de somnolence ; on avait constaté une réaction méningée, passagère et un signe de Babinski positif à gauche. Depuis lors, elle fit plusieurs séjours à la Charité sans que l'on constate aucun symptôme parkinsonien. En juin 1923, l'enfant est ramenée, présentant cette fois le tableau complet du syndrome parkinsonien post-encéphalitique : aspect figé de la face et du corps, lenteur des mouvements qui sont parfois arrêtés dans leur accomplissement, tremblement généralisé mais plus marqué à gauche, hypertonie également prédominante à gauche. Pas de micrographie, ni d'hypersalivation. A noter la lenteur de l'évolution et la longue période (dix-huit mois), qui s'est écoulée entre le début des phénomènes aigus initiaux et celui de la maladie chronique à l'évolution de laquelle on assiste actuellement.

Exploration radiologique de la cavité sous-arachnoïdienne et tumeur médullaire.

MM. J. Froment, Japiot et Dechaume présentent un malade atteint de paraplégie spasmodique, avec hypoesthésie tactile remontant jusqu'au niveau

de la 10e dorsale, troubles de sensibilité au membre supérieur droit occupant le territoire de la 8e racine cervicale et de la 1re dorsale, abolition du réflexe olécrânien. La ponction lombaire faite plusieurs fois décèle un liquide xantho-chromique avec 2 à 5 gr. d'albumine pour 1.000, 1 à 3 lymphocytes par millimètre cube. On pouvait, d'après cela, soupçonner l'existence d'une tumeur médullaire dont le niveau supérieur devait atteindre la 7e racine cervicale.

Des radiographies en série furent faites après injection de lipiodol dans la cavité sous-arachnoïdienne, suivant la méthode de Sicard. Ces radiographies permirent d'affirmer l'existence de la tumeur et de la localiser entre la 7e vertèbre cervicale et la 4e dorsale. La laminectomie confirma ce diagnostic. Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a, en pareil cas, à faire, ce qu'ils ont fait eux-mêmes pour la première fois, des radiographies *en série*.

Association de l'entérocoque au B. de Koch.

MM. Paul Courmont, Blanc-Perducet et Boissel présentent une observation intéressante aux deux points de vue suivants : 1° existence pendant un an d'une association de l'entérocoque en très grande quantité au B. de Koch dans les crachats ; 2° action efficace de la vaccinothérapie spécifique (à entérocoque) avec amélioration réelle et prolongée.

Rôle des infections associées dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Paul Courmont et Boissel concluent de leurs recherches sur ce sujet que, si le B. de Koch est très souvent seul dans les crachats et les lésions des diverses formes de la tuberculose pulmonaire, on trouve des infections associées importantes dans 19 à 20 p. 100 des cas. Les infections mono-microbiennes abondantes et durables semblent les plus intéressantes. Les examens doivent porter sur des crachats frais et lavés, sans quoi, les microbes de la salive qui pullulent très rapidement dans le crachoir viennent fausser les résultats.

Nævus angiomateux avec hémiplégie spasmodique et crises convulsives.

MM. Mouriquand et Bernheim présentent l'observation d'une fillette de 3 ans porteur d'un nævus très étendu atteignant la face, le thorax, le dos, le membre supérieur gauche. A l'âge de 7 mois, convulsions répétées plusieurs fois, accompagnées d'hémiplégie gauche. Actuellement, l'enfant est assez bien développée physiquement, mais ne parle à peu près pas. Elle ne marche pas, se tient difficilement debout. La paralysie du bras gauche est à peu près complète ; celle de la jambe moins marquée. Au cours de l'examen, l'enfant a pris une crise convulsive avec perte de connaissance, les mouvements convulsifs étant nettement localisés au membre supérieur gauche, et le membre inférieur contracturé en extension, sans secousses cloniques. Les auteurs pensent qu'il n'y a pas simple coïncidence entre l'existence d'un vaste angiome des téguments et l'évolution de troubles nerveux ; ces derniers peuvent être rattachés à des lésions cérébrales ou méningées dues au développement d'une malformation de nature angiomateuse. Plusieurs observations ont, en effet, été publiées d'angiomes de l'axe nerveux coïncidant avec la présence d'angiomes d'autres organes ou de la peau.

Tuberculose et cancer du poumon. Syphilis concomitante.

MM. Pallasse et Despeignes présentent l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec des signes bilatéraux d'emphysème et de bronchite avec à droite, dans la fosse sus-épineuse, une zone submate et des râles sous-crépitants. A la radioscopie, épaisse ombre hilaire s'étendant jusqu'au sommet. Cinq mois après son entrée, ce malade fut pris de crises de dyspnée paroxystique avec cyanose et expectoration saumonnée. Mort quelques jours après l'apparition de ces crises. L'autopsie montra l'existence 1° d'une tuberculose pulmonaire non douteuse ; 2° d'un néoplasme hilaire ; 3° de lésions syphilitiques de l'aorte. Il s'agit là d'une association fort rare.

Cancer de la plèvre secondaire à un cancer des seins. Pleurésie avec souffle en avant.

MM. Pallasse et Despeignes présentent l'observation d'une malade ayant succombé, dans le service de l'un d'eux, à un cancer de la plèvre consécutif à un double néoplasme des seins. Le point intéressant de cette observation réside dans l'existence d'un souffle pleurétique etendu sur toute la hauteur en arrière et jusque sous la clavicule du même côté. Les auteurs expliquent ce fait par la disposition des adhérences trouvées à l'autopsie.

A propos des infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire.

M. Rodet a rencontré des microbes associés plus souvent que MM. Courmont et Boissel (v. plus haut), soit, sur 36 malades, 33 fois du streptocoque ou de l'entérocoque ; cela peut tenir à ce que les malades de M. Rodet étaient, en général, plus avancés, et aussi à ce que cet auteur a employé les cultures au lieu de l'examen microscopique. Cette question n'a pas seulement qu'un intérêt théorique ; il est, en effet, possible d'améliorer les malades par des auto-vaccins dirigés contre les infections secondaires, et M. Rodet est d'avis qu'il suffit que le rôle d'un microbe associé soit probable ou même seulement possible, sans être péremptoirement établi, pour que l'on tente de faire bénéficier le malade d'un auto-vaccin.

Limpidité du liquide céphalo-rachidien dans les méningites purulentes.

MM. Weill, Bertoye et Bujadoux. — On peut retirer par ponction lombaire du liquide céphalo-

rachidien limpide, mais il existe des modifications chimiques et cytologiques. Ou bien celles-ci font défaut et l'intégrité du liquide céphalo-rachidien s'explique par l'existence de cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens. Dans les deux cas présentés par les auteurs, rien de pareil n'existait, et la limpidité du liquide céphalo-rachidien ne faisait, ainsi que le démontrèrent les autopsies, que traduire le caractère localisé des lésions méningées. Celles-ci étaient de nature pneumococcique et l'on sait qu'il existe des pneumococcies localisées qui tendent à rester telles : la pneumonie infantile, par exemple.

A propos du diagnostic bactériologique de la diphtérie

MM. Weill et A. Dufourt, ayant eu à plusieurs reprises des mécomptes avec les ensemencements de nez ou de gorge sur tubes de sérum de cheval coagulé, préconisent une nouvelle technique pour la recherche du B. de Lœffler.

Fièvre à type intermittent due au tétragène.

MM. Weill et A. Dufourt relatent l'observation d'une fillette de 7 ans ayant présenté une température à grandes oscillations pendant plusieurs jours sans aucun signe clinique, et chez laquelle une hémoculture décela l'existence d'un tétragène doré, avec lequel fut préparé un auto-vaccin, qui, injecté à la malade, amena une guérison rapide.

Vaccinothérapie dans les affections pulmonaires aiguës de l'enfance.

MM. Weill et A. Dufourt font connaître les bons résultats qu'ils ont obtenus dans les affections aiguës du poumon, chez l'enfant, avec le vaccin qu'ils préparent eux-mêmes. Ce vaccin est polyvalent, renfermant des pneumocoques, des entérocoques, du tétragène et plusieurs races de staphylocoques. Les auteurs attachent peu d'importance au degré thermique auquel on chauffe le vaccin, non plus qu'à la dose des germes. Le vaccin est toujours très bien toléré. L'action la plus évidente se manifeste d'abord sur la température, puis sur les signes généraux : abattement, inappétence, dyspnée, qui sont nettement amendés. Le vaccin semble bien aussi arrêter le processus broncho-pneumonique et hâter sa régression. Dans sept de leurs cas, les auteurs avaient d'emblée porté un pronostic fatal et les malades guérirent. Il est à noter que l'emploi du vaccin a toujours été accompagné par les inhalations d'oxygène et les autres méthodes de traitement en usage.

Sérothérapie d'homme à homme au cours de l'orchite ourlienne.

M. Zoeller a employé, dans le traitement de l'orchite ourlienne, le sérum de convalescent. Ce sérum a amené une sédation des phénomènes douloureux, mais s'est montré sans action sur l'état local et peu actif contre la fièvre. M. Zœller pense que l'effet analgésique obtenu relève de la protéinothérapie plutôt que d'une action spécifique.

Valeur pronostique de la cuti-réaction à la tuberculine.

MM. Gardère et Mayoux ont cherché à contrôler l'assertion de certains auteurs d'après lesquels la cuti-réaction à la tuberculine aurait, dans la tuberculose, une valeur pronostique, à une forte cuti correspondant une forme favorable et inversement. De leurs recherches, les auteurs concluent que cette assertion n'est nullement fondée et que la cuti-réaction n'a pas de valeur pronostique.

MM. Courmont et A. Dufourt viennent confirmer ces conclusions.

A. C.

Les Livres

Acta medica Scandinavica, 1923.

G. Rystedt. — **Sur un cas de maladie de Wilson.**

Si, dans nos relations médicales franco-étrangères, nous avons été quelquefois déçus au cours de cette période d'après-guerre, si fertile en enseignements, nous avons, par contre, rencontré en Danemark, en Suède, de bien chaudes et bien agissantes sympathies. Nous ne redirons jamais assez la magnifique conduite du grand Francophile qui mérita au professeur Ehlers, la haine de l'ennemi. A Stockolm, le professeur Rystedt, médecin de Sa Majesté le Roi de Suède, dans une conversation récente, nous a révélé ses sentiments. C'est un grand honneur pour cette revue d'avoir à analyser un travail qui a été fort remarqué chez nos Amis et dont il lui a été, par son éminent auteur, fait hommage.

« Le groupe morbide, dit M. Rystedt, auquel Hall a donné le nom de « dégénérescence hépato-lenticulaire » et qui contient la maladie de Wilson et la pseudo-sclérose de Westphall-Strumpel, a acquis, depuis ces dernières années, un très vif intérêt, au point de vue clinique et anatomo-pathologique ». Et l'auteur de nous raconter l'histoire, fort curieuse, d'un jeune malade qu'il a tout d'abord traité pour une maladie de Banti, en raison d'une cirrhose hépatique et d'une énorme hypertrophie de la rate. L'extirpation de la rate ayant amené une grande amélioration chez le sujet, la fibro-adénie constatée à l'examen microscopique, semblait donner raison au diagnostic initial quand, cinq ans après le début des premiers symptômes de la maladie du foie, se fait jour une maladie progressive du système nerveux, caractérisée par une hypertonie musculaire

de tous les muscles du corps, mais avec prédominance aux muscles de la face, des lèvres et de la langue. Exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, réflexe de Babinski, font, naturellement, songer à une affection du neurone central du système de conduction cortico-musculaire. Mais les spasmes musculaires de ce sujet ont une extension générale beaucoup plus étendue que la rigidité musculaire que l'on trouve, d'habitude, dans une simple lésion des voies pyramidales. Les symptômes faciaux, si accusés, font songer qu'il s'agit en toute vraisemblance, d'une altération des ganglions centraux à côté d'altérations des voies pyramidales. La variabilité des spasmes est encore un symptôme en faveur de l'origine extrapyramidale.

De la savante discussion que l'auteur a faite de son observation et de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, il semble ressortir que le tremblement n'est pas pathognomonique de la maladie de Wilson, puisqu'il a totalement fait défaut chez ce jeune garçon. En second lieu, il y a beaucoup à penser que la maladie du foie est primitive : celui-ci tout d'abord altéré sécrète des toxines qui produisent un effet spécifique sur le noyau lenticulaire. Ne sait-on pas, en effet, que dans l'ictère des nouveau-nés, on a pu observer la coloration ictérique du noyau lenticulaire et de la région de l'acqueduc de Sylvius ?

Or, le cas présenté par M. Rystedt apporte, peut-être, une confirmation à cette manière de voir puisque, cinq années avant tout trouble du système nerveux, le petit malade accusait tous les signes d'une cirrhose hépatique.

Quoi qu'il en soit, nous avons pensé intéresser nos lecteurs en les entretenant de ce cas particulier de maladie de Wilson que nous remercions M. le professeur Rystedt de nous avoir fait connaître.

Raymond Molinéry.

Les Thèses

Mp. — Dr M.-G. Foucault. — **Les névrites paludéennes** (*Névrite du sciatique poplité externe*). (Montpellier, « L'Abeille », imprimerie coopérative ouvrière, 1923.)

Les névrites et les polynévrites d'origine paludéennes, bien qu'assez rares, ne constituent pas une exception. Une fois constituées, après disparition des symptômes, elles ont tendance à récidiver, accompagnant ou suivant l'accès fébrile.

Il existe des névrites motrices et des névrites sensitives. Le plus souvent cependant, on observe des formes mixtes sensitivo-motrices. Les troubles trophiques sont la règle. La polynévrite palustre ne se distingue pas aisément des autres polynévrites ; il n'y a pas de signe différentiel net au point de vue de la seule clinique. On peut dire des paralysies palustres qu'elles s'accompagnent de plus grandes souffrances que toutes les autres (Grall).

Le traitement quinique doit être institué dès que le diagnostic étiologique sera posé. Dans certains cas délicats, il constituera l'épreuve thérapeutique.

P. — Dr C. Lindegger. — **Recherches organométriques sur le foie des nourrissons atrophiques et leurs conséquences.** (A. Maloine et fils, éditeurs, Paris, 1923.)

Les rejetons venant au monde avec un foie dont le développement est retardé sont voués tôt ou tard à l'atrophie, particulièrement sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires.

Cette déficience pondérale du foie des atrophiques, déficience à laquelle s'ajoutent souvent des lésions anatomiques, explique le peu de résistance qu'offrent les atrophiques aux infections, dont il faut les préserver. Elle nécessite une alimentation souvent inférieure à celle qui correspond au poids de l'atrophique. Elle commande l'opothérapie hépatique.

P. — Dr Jean Dubois. — **De la respiration abdominale.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1922.)

P. — Dr H. Grandhomme. — **L'élimination des sucres urinaires chez la femme enceinte. Fréquence. Pronostic.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1923.)

Le diabète vrai, chez la femme enceinte, est relativement rare, mais de pronostic généralement grave tant pour la mère, dont le diabète est généralement aggravé, quand elle n'est pas elle-même la victime de complications comateuses ou acidosiques, que pour le fœtus qui meurt souvent, d'où avortement ou accouchement prématuré à moins qu'il ne soit le sujet d'une dystrophie (excès de volume, hydramnios). Cependant, on trouve souvent du sucre dans les urines des femmes enceintes (93 %), mais les auteurs diffèrent d'avis sur la fréquence et la nature de ce sucre. Il semble que la présence de sucre (glucose, lactose) soit physiologique.

Ce sucre est en quantité généralement faible puisque, chez 45 % seulement d'entre elles, on peut le doser. C'est généralement du lactose ou un mélange de lactose et de glucose (93 fois sur 100) et exceptionnellement du glucose seul ; dans ce dernier cas, il peut s'agir évidemment de diabète. Il apparaît précocément chez la femme enceinte, aussi bien chez les primipares que chez les multipares. La quantité en augmente d'autant plus qu'on se rapproche du terme de la grossesse.

Le pronostic est généralement bénin, puisque cette élimination de sucre ne cause aucun trouble apparent de la santé de la femme. Quant aux enfants,

tous ont été absolument normaux. Tout ceci s'opposant à ce qui se passe habituellement chez les diabétiques vraies.

P. — Dr Jean Bourges. — **Les syndromes parkinsoniens au cours de l'encéphalite léthargique.** (Paris, librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1923.)

Les syndromes parkinsoniens post-encéphalo-léthargiques et la maladie de Parkinson sont difficiles à distinguer, mais il n'est pas absolument sûr qu'ils soient identiques. L'encéphalite léthargique, en se fixant sur les noyaux gris centraux et plus particulièrement sur le locus niger, provoque un trouble dans le système régulateur du tonus musculaire, d'où syndrome parkinsonien.

L'atteinte des noyaux opto-striés peut être précoce, superficielle, le syndrome qui en découle est fugace et transitoire, comme dans l'observation que nous avons rapportée. Lorsque cette lésion est profonde, tardive, elle entraîne une séquelle durable d'évolution chronique, la maladie de Parkinson.

P. — Dr Vallée. — **Etude du traitement palliatif du cancer utérin inopérable.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1923.)

Dans le cancer du col inopérable, trois techniques opératoires donnent un résultat réel :

I. *Ligatures atrophiantes* : sous condition de lier le tronc principal et non pas les troncs accessoires. Ligature hypogastrique qui arrête les hémorragies, et, fait paradoxal, diminue la douleur.

II. *Le curettage* : sous condition d'être fait avec une technique réglée et les soins habituels à toute intervention chirurgicale digne de ce nom — permet parfois des survies prolongées et, en tout cas, en supprimant hémorragies et écoulements, rend l'existence tolérable aux malades.

III. *La curiethérapie* : enfin qui, née d'hier, sera peut-être la vérité de demain, mais à laquelle il serait prématuré de trop demander à l'heure actuelle — qui ne peut et ne doit exclure l'action de la chirurgie et qui, en tout état de cause, doit être considérée comme un véritable acte chirurgical et exécuté avec toutes les précautions techniques que comporte ce dernier : anesthésie et asepsie.

Il semble enfin logique de considérer que si la curiethérapie anté-opératoire est parfois justifiée dans les cas de cancer à la limite de l'opérabilité, il ne saurait en être de même de la curiethérapie post-opératoire.

P. — Dr Théo Roux. — **Un cas de tuberculose de la voûte crânienne opéré et guéri.** (Paris, J. de Royewski, imprimeur, 18, rue Choron, 1921.)

P. — Dr Henri Roland. — **Sels de quinine et fonctions gastriques.** (Besançon, imprimerie de l'Est.)

Les divers sels de quinine ont une action excito-sécrétoire et excitomotrice sur l'estomac de valeur très inégale ; le groupement par ordre d'activité décroissante donne : chlorhydrate, sulfate, euquinine quinquina.

S'ils excitent la motricité et surtout la sécrétion gastriques, ils gênent par contre, d'une façon très marquée, la digestion, car ils entravent l'action de la pepsine. Leur solubilité est plus grande dans le milieu gastrique que dans l'eau distillée. Cette particularité est due à l'acidité de ce milieu. La solubilité par contre est gênée par la présence du mucus gastrique.

Il faut, dans l'administration d'un sel de quinine, tenir compte des réactions gastriques du sujet considéré :

a) Chez les hypochlorhydriques, on préférera le chlorhydrate de quinine ; *b)* chez les hyperchlorhydriques, on s'adressera plutôt au sulfate, à l'euquinine ou mieux encore au quinquina.

En raison de l'action entravante vis-à-vis de la digestion peptique, on prescrira la quinine avant le repas, pour qu'après avoir produit son action sécrétoire maxima, elle ait quitté l'estomac au moment de l'ingestion des aliments.

P. — Dr Raymond Leforestier. — **L'appréciation radiologique de l'activité sécrétoire de l'estomac et du pancréas par le temps de rupture des capsules opaques.** (Paris, Les Presses universitaires de France 1923.)

Ly. — Dr Félix Broussard. — **La curiethérapie dans le traitement du fibrome de l'utérus.** (Lyon, imprimerie Bosc, frères et Riou, 1923.)

La curiethérapie du fibrome utérin est une méthode d'un emploi relativement facile, dès que l'on est un peu exercé et d'une innocuité parfaite, si l'on a soin de ne pas perdre de vue les règles qui doivent présider à son application : asepsie, dose et durée d'application, filtration des tubes, leur introduction dans la cavité utérine, non au fond du vagin, etc.

C'est le traitement de choix d'un très grand nombre de fibromes utérins et on a pu l'employer avec succès dans des cas qui ne paraissaient pas être très nettement justiciables du radium. Traitement conservateur par excellence, puisque les fonctions menstruelles sont, dans bien des cas conservées, et que des malades, après curiethérapie ont encore pu devenir enceintes.

TRAITEMENT COMPLET ET RATIONNEL DES DIVERS ÉTATS DIABÉTIQUES

Le diabète est une des grandes questions qui passionnent l'actualité scientifique. La pathogénie de cette maladie fait l'objet de recherches nombreuses. On s'efforce de découvrir le mécanisme du trouble glyco-régulateur qui la conditionne essentiellement. On se demande quelle part il y a lieu de faire, dans ce trouble, au foie, au pancréas, aux reins, aux endocrines. Et si l'on considère la glycosurie comme le maître symptôme du diabète, on en arrive cependant à proclamer, avec le professeur Marcel Labbé, qu'il existe des glucosuries sans diabète.

Nombreuses sont les théories ; tout aussi nombreux les traitements divers qui ont été proposés pour combattre le diabète. De quoi s'agit-il en réalité ? De remédier au trouble glyco-régulateur, de manière à assurer la combustion du glucose et la tolérance des hydrates de carbone. Le traitement qui réalisera ce postulat, tout en se montrant pratique dans son application et exempt de risque, ce traitement méritera sans conteste d'être considéré comme le meilleur.

Si l'on fonde de grands espoirs, à cet égard, sur l'insuline, qui défraye la chronique des sociétés savantes et des revues médicales depuis de longs mois, d'une façon pour ainsi dire ininterrompue, il semble cependant que, pour le moment tout au moins, ces espoirs doivent se borner, au point de vue strictement thérapeutique, à combattre efficacement certaines complications du diabète, et notamment l'acidose et le coma, qui en est si souvent la conséquence.

C'est, a dit un distingué médecin des hôpitaux de Paris, le professeur agrégé N. Fiessinger, un *médicament d'étape*, et c'est uniquement en ce sens qu'on est autorisé à vanter l'efficacité de l'insuline.

Mais, si nous passons du domaine de la science pure dans celui de la pratique, nous sommes bien forcés de constater, avec un médecin de l'école lyonnaise, que l'insuline demeure une médication inaccessible au médecin praticien, dans sa clientèle, et que c'est uniquement dans les hôpitaux, dans les maisons de santé, qu'il est permis de songer à l'utiliser. Cette médication nécessite en effet une double injection quotidienne, un dosage pratiqué plusieurs fois par jour du sucre sanguin et des corps cétoniques urinaires. Et nous ne parlons pas des incidents, et des accidents, parfois mortels, qui peuvent faire suite à un abaissement trop brutal et trop marqué de la glycémie.

L'insuline demeure donc, momentanément, un médicament d'exception, un médicament d'étape — ce mot fait excellemment image — qui ne peut guère entrer dans la pratique courante de la clientèle.

Un médecin belge, M. Van Nypelseer, vantait récemment les remarquables résultats qu'il obtenait de l'emploi de la santonine, dans le traitement de la gangrène diabétique. Or, ce n'est pas seulement dans cette complication que la santonine est recommandable, c'est contre la diathèse elle-même.

Le Dr Sejournet a montré en effet que la santonine, sous la forme pilulaire qu'il lui a donnée et qu'il emploie, procure visiblement l'amélioration graduelle du diabète, dans toutes les formes et à tous les degrés.

Les effets des pilules Sejournet ne sont pas passagers : les résultats sont durables, et tandis que la glycosurie s'atténue et disparaît, les corps cétoniques s'éliminent peu à peu et la tolérance pour les hydrocarbonés se rétablit dans la plus large mesure.

Ainsi traité, le diabétique contracte pour ainsi dire une assurance contre ses trois ennemis au suffixe « ose » : acidose, tuberculose, artériosclérose.

Les pilules Sejournet, à base de santonine, exaltent les processus de défense de l'organisme : elles combattent l'hyposthénie, la dépression générale, la soif, la polyurie, la dyspepsie, les névralgies, l'amaigrissement.

La glycoformation et la glycocombustion sont régularisées, et l'hyperglycémie menaçante s'en trouve conjurée. Si l'on n'ose pas parler de guérison proprement dite, on place cependant les malades dans une situation telle qu'ils se comportent comme s'ils étaient bien portants, et fournissent une carrière aussi longue que s'ils n'étaient pas diabétiques. N'est-ce donc pas consolant et encourageant ?

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE TIERS PAYANT

Pourquoi la majorité des médecins n'en veulent pas

On a dit : en médecine sociale, il y a toujours un tiers payant, puisque les lois ont été faites précisément pour assurer à leurs bénéficiaires les soins médicaux en leur fournissant, en même temps, les ressources nécessaires pour faire face aux honoraires résultant de ces soins.

Posons donc la question de façon très précise.

Que ces lois cherchent à alléger ou à supprimer, pour leurs bénéficiaires, les charges provenant de l'intervention médicale, nous disons qu'il y a tiers payant quand les honoraires sont directement réglés au médecin par un tiers, en dehors de toute participation de l'intéressé.

Dans la Société Lagoguey, dans la Mutualité familiale, le médecin malade reçoit une allocation journalière, ou mensuelle ; mais s'il advenait qu'il se trouvât obligé d'honorer le confrère qui le soignerait, c'est lui-même qui en ferait les frais, en vertu d'accords intervenus directement entre lui et son médecin. Là, pas de tiers payant.

Dans les rapports du Corps médical avec les Mutualités, on tend de plus en plus à ignorer celles-ci et à considérer le mutualiste comme un malade ordinaire, qui s'entend directement avec son médecin et le rétribue lui-même, quitte à se faire rembourser par sa Société tout ou partie des frais de maladie. Là encore, pas de tiers payant.

Par contre, dans l'Assistance médicale gratuite, dans l'organisation de soins aux accidentés du travail, aux pensionnés de guerre, c'est la commune, le département, l'Etat, les Compagnies d'assurances qui payent directement le médecin, en dehors du malade, qui n'y est nullement intéressé. Là, par contre, le régime du tiers payant est florissant.

C'est le projet de loi assurance invalidité-maladie, avec l'organisation de soins qu'il comporte, qui a donné au tiers payant une importance considérable. C'est à cette occasion que la question du tiers payant est restée pour ainsi dire en permanence à l'ordre du jour des délibérations des Syndicats médicaux et de l'Union.

J'ai été l'un de ceux qui ont le plus vivement combattu le tiers payant en médecine sociale. J'ai rompu force lances à ce propos, et dans la bataille des idées à laquelle j'ai pris part, il m'est arrivé de recevoir quelques horions.

Finalement, j'ai eu la satisfaction de constater que la thèse que j'avais défendue avait rallié un très grand nombre d'adhésions, et, à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats en décembre dernier, Lafontaine lui-même n'a pas hésité à déclarer que le système *sans tiers payant* était nettement préférable au point de vue médical, parce qu'entre autres choses, il permettait l'entente directe du malade avec son médecin. (Compte rendu sommaire . Cf. *Concours médical*, 1924, nº 7, p. 377).

Cela m'avait suffi, et je n'avais plus jugé à propos, bien que j'en eusse été sollicité, de revenir sur ce sujet.

Si je le reprends aujourd'hui, c'est que, depuis quelque temps, nous assistons au développement d'une double campagne en sens contraire ; d'un côté, contre le tiers payant, dans toutes les modalités de la médecine sociale ; de l'autre, en faveur du tiers payant, — je crois même qu'on a dit : du *cochon de tiers payant*.

Je passe sur la première : si l'organisation de soins aux accidentés du travail, telle qu'elle résulte de la loi de 1898-1905, n'est pas l'idéal, si elle mérite certaines critiques justifiées, ce régime est passé dans les mœurs ; il est accepté par les parties en présence : ouvriers, employeurs, médecins, et il est téméraire d'espérer qu'il pourrait être modifié de longtemps.

Mais, s'il s'agit du tiers payant dans l'assurance invalidité maladie, encore que la loi ne soit pas près sans doute d'être discutée, la majorité médicale s'est prononcée contre lui.

Pourquoi ? Parce que, a-t-on dit, le médecin est effrayé par la perspective de la paperasserie et du contrôle qu'il nécessiterait.

Or, cette explication de l'hostilité du Corps médical est insuffisante et incomplète. Ce ne sont pas seulement la paperasserie et le contrôle qui insurgent le médecin contre ce système, c'est surtout, — il faut le dire clairement, et nettement, — la crainte d'un abaissement inévitable de la qualité des soins médicaux ; c'est la certitude d'un asservissement à peu près certain aux caprices d'une clientèle qui, n'étant aucunement intéressée à honorer son médecin, montrerait des exigences dont l'expérience nous a appris, ailleurs, la constance et l'autoritarisme ; et aussi, d'un

asservissement probable aux caisses, en dépit du contrat collectif. C'est encore la perspective d'une industrialisation intensive de l'art médical, à la faveur de la création et de la multiplication de ces véritables usines à soins, désignées sous le nom de *cliniques*, et qu'a fait naître la législation des accidents du travail. C'est enfin la vraisemblance que le tiers payant a été, dans une certaine mesure, l'une des causes des affaires des carnets médicaux.

Quand on discute sur ce sujet, on se sert volontiers de l'exemple de l'Alsace et de la Lorraine où fonctionnent les Caisses d'assurances sociales, au contentement de la majorité des médecins. Or, parmi ces médecins, il en est cependant qui ne laissent pas que d'être en médiocre odeur de sainteté auprès de leurs confrères, ce sont ceux que l'on désigne sous le nom de *lions de caisses*. A telles enseignes que le Syndicat de Strasbourg s'est préoccupé de recourir à des mesures destinées à limiter les honoraires médicaux, dans le but « de surveiller les agissements de ses membres (du Syndicat) et, en conséquence, d'empêcher certains d'entre eux d'accepter des clients de Caisses en telle quantité que les examens et traitements ne pouvaient être que superficiels et négligés ».

Le Dr Lévy (d'Illkirch) auquel j'emprunte cette citation (1) s'élève d'ailleurs contre cette conception, et il prend plus loin la défense des médecins désignés comme des lions de Caisses. Le morceau est à citer intégralement :

J'appellerai « lion de caisses » tout médecin de caisses dont les sommes provenant des honoraires de caisses de malades sont relativement et comparativement plus élevés que ceux de ses confrères travaillant dans les mêmes conditions. Autrement dit : tel médecin a la part du lion dans la somme à partager entre les confrères intéressés à la même caisse.

Vous voulez des chiffres ? Je ne puis vous en donner ! Les caisses vous en citeront déjà et diront : C'est fantastique ce que gagne ce médecin ! Les confrères jaloux vous répondront : c'est impossible ! et le médecin intéressé lui-même répliquera : mais, c'est tout à fait naturel ; j'ai droit à ce chiffre élevé de mes honoraires parce que j'ai beaucoup travaillé, mais je l'ai gagné honorablement. J'ai le travail facile, sûr, j'ai le coup d'œil juste, et ce n'est que par un travail absolument honnête, irréprochable, dont vous pouvez vous convaincre que j'arrive à ce chiffre élevé.

Messieurs, voudriez-vous toucher ce confrère, voudriez-vous punir ce confrère honnête, qui ne néglige en aucune façon ses devoirs envers le malade ou envers les caisses, qui ne manque en aucune façon aux règles de bonne confraternité ? Non ! Ce confrère serait du reste le premier à protester de sa bonne foi et à vous prouver qu'il ne fait rien de répréhensible à tous les points de vue ! » J'arrive à ce chiffre, vous dira-t-il, non *quia nominor leo*, mais par mon travail sérieux.

Alors, quels sont à votre avis les véritables lions de caisses ? Est-ce celui que n'arrête aucun scrupule pour arriver à la fin du trimestre à un chiffre élevé, trop élevé d'après les caisses, de ses honoraires ? Est-ce celui qui, en somme, paraît n'avoir qu'un but dans tout son travail, celui de la course au clocher..... de la galette, celui qui vous semble être un chasseur de points, un chevalier..... de bulletins de traitement ? Est-ce lui que vous voulez atteindre ? Mais alors prouvez-le lui.

Prouvez-lui qu'il use de procédés malpropres, indignes, pour arriver à ses fins ! Prouvez-lui, avec chiffres en mains, qu'il fait effectivement jour par jour un nombre fantastique de visites, de consultations, d'interventions chirurgicales ou autres, exigeant de grands et minutieux préparatifs, prouvez-lui que cette somme de travail est une chose surhumaine qu'aucun de ses confrères ne peut se permettre ni accomplir ; prouvez-lui que ce travail surhumain, fait journellement, ne peut aboutir qu'à un traitement de surface, qu'à un traitement à la grosse et qu'il néglige par cela ses devoirs envers les malades et les caisses ; prouvez-lui que pour arriver à ce chiffre, il est obligé d'avoir recours à des consultations de dimanches et jours de fêtes ou qu'il procède à des consultations de plusieurs personnes à la fois comme dans une policlinique.

Prouvez-lui que parmi ses malades atteints d'incapacité de travail, sa moyenne est plus élevée que celle de ses autres confrères travaillant dans les mêmes conditions.

Prouvez-lui que, par suite de ses agissements, il est obligé de faire des actes de complaisance, de condescendance envers ses malades.

Je retiens, de ce passage du discours du Dr Lévy, qu'il existe, en Alsace, des médecins auxquels on reproche d'user de procédés malpropres, de faire effectivement chaque jour un nombre fantastique de visites, de consultations, d'interventions chirurgicales ou autres, exigeant de grands et minutieux préparatifs ; cette somme de travail est une chose surhumaine qu'aucun confrère ne peut se permettre ni accomplir ; ce travail surhumain, fait journellement, ne peut aboutir qu'à un traitement de surface, à un traitement à la grosse, entraînant la négligence dans leurs devoirs envers les malades et les caisses, etc., etc.

J'entends bien que M. Lévy, en énonçant de tels griefs, affirme qu'ils ne sont pas prouvés, et qu'il faudrait tout d'abord établir qu'ils sont fondés.

Je ne puis oublier cependant les enquêtes qui ont été faites dans les provinces désannexées par

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine* 1er février 1924.

Lafontaine, par Quivy, par Lacroix, et les résultats positifs qu'elles ont donnés, quant à l'encombrement des cabinets de consultation, et à l'impossibilité où se trouvent les médecins, quelle que soit leur activité et leur bonne volonté, de consacrer à chaque malade le strict minimum de temps nécessaire à son examen.

Eh bien ! c'est ce régime que redoutent les médecins de vieille France, quand ils repoussent le tiers payant ; ce sont ces lions de caisse, quelle que soit la pureté de leurs mœurs professionnelles, dont ils ne veulent pas à côté d'eux. C'est cette médecine à la grosse, où la popularité du médecin tient beaucoup plus à la libéralité avec laquelle il accorde les jours de chômage, ou distribue certains médicaments, qu'à la valeur même de ses soins, dont ils se refusent à être les desservants.

La suppression du tiers payant, les rapports directs du médecin avec son malade qui l'honore lui-même ne sont pas sans inconvénients. Je ne connais pas d'entreprise humaine qui n'en ait pas son lot. Mais je suis sûr que ces inconvénients sont infiniment moins graves, moins importants, moins nombreux que ceux qui résultent du tiers payant.

C'est parce que la majorité des médecins de vieille France pensent exactement comme moi, qu'ils se sont en si grand nombre prononcés contre un système dont les apparences alléchantes ne les trompent pas. Ils craignent les Caisses, et leurs présents.

Je souhaite personnellement la limitation du tiers payant aux organisations dans lesquelles il fonctionne actuellement, et j'espère, de toutes mes forces, que, s'il menace un jour de vouloir s'imposer au Corps médical, en d'autres et plus vastes conditions, celui-ci formera un bloc compact, animé d'un farouche esprit de résistance, habile à employer une tactique raisonnée, d'où sortira victorieuse la saine et bonne médecine française.

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. 660

JURISPRUDENCE

Blessés du travail. — Cliniques privées. — Application du « tout compris »

COUR DE CASSATION (CHAMBRE CIVILE).

(5 décembre 1923).

La Cour,

Ouï en l'audience publique de ce jour, M. le Conseiller SACHET, MM^es AUGER et CAIL, avocats des parties en leurs observations ainsi que M. LANGLOIS, avocat général en ses conclusions et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi ;

Sur le second moyen ;

Attendu qu'après avoir constaté que REBILLARD, victime d'un accident du travail avait été « hospitalisé pendant 89 jours », l'arrêt attaqué (1) a condamné son patron, la Société Anonyme des Anciens Etablissements FOUGEROLLES et le Syndicat de garantie des Chambres Syndicales du Bâtiment à lui payer, en remboursement des frais d'hospitalisation, une somme calculée, à raison de 5 francs par jour, maximum de l'allocation fixée par le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 et par celle du 5 mars 1917 ;

Attendu que ce texte ne serait, d'après le pourvoi, applicable qu'aux hôpitaux de l'Assistance publique, que, par suite, REBILLARD qui avait été placé en traitement dans une clinique privée aurait droit au remboursement intégral de ses dépenses ;

Mais attendu que les dispositions du paragraphe 3 de l'article 4 précité sont générales ; que l'hospitalisation qu'elles visent s'entend de tout séjour dans un établissement où le blessé a reçu, avec le traitement médical, le logement et la nourriture, peu importe que ces établissements appartiennent à des particuliers ou dépendent de l'Assistance Publique ; — qu'il n'en serait autrement que si le transport dans une clinique privée avait été commandé par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence ; que tel n'était pas le cas de REBILLARD qui n'a ni fait, ni demandé à faire cette preuve ; d'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait l'arrêt attaqué n'a violé aucun des textes de loi visés au moyen ;

Mais sur le premier moyen ;

Vu l'article 10, paragraphe 2 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que, pour déterminer le salaire sur lequel doit être calculée la rente due à la victime d'un accident du travail, la loi distingue selon que l'ouvrier était employé depuis plus ou moins de 12 mois dans l'entreprise avant l'accident ; que, pour les ouvriers occupés pendant moins de 12 mois avant l'accident, le salaire doit s'entendre de la rémunération effective qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rémunération qu'ils auraient pu recevoir pendant la période nécessaire pour compléter les 12 mois d'après la rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie pendant la même période ;

Attendu que, sans indiquer la date de l'accident dont REBILLARD, alors au service de la Société FOUGEROLLES, a été victime, ni celle de son entrée dans l'entreprise de cette Société, l'arrêt attaqué,

(1) Cour d'Appel d'Amiens, 29 juin 1921.

confirmant le jugement par adoption de motifs, déclare que Rebillard était payé à raison de 1 fr. 10 par heure, plus trois francs de vie chère et « qu'il est de pratique constante que, dans les chantiers semblables ou analogues situés en plein air le nombre des jours ouvrables est fixé à 270 par an avec une moyenne de 10 heures par jour » et il fixe d'après ces seules données, le salaire annuel devant servir de base au calcul de la rente ;

Attendu qu'en omettant de faire connaître, d'une part, la rémunération effective reçue par l'ouvrier dans l'entreprise et, d'autre part, dans le cas où il serait entré depuis moins de 12 mois, la rémunération qu'il aurait pu recevoir pendant la période complémentaire de 12 mois d'après le rémunération moyenne des ouvriers de la même catégorie, l'arrêt n'a pas mis la Cour de Cassation à même d'exercer son contrôle.

Par ces motifs,

Casse et annule, mais seulement en ce qui concerne la détermination du salaire de base, l'arrêt rendu entre les parties par la Cour d'appel d'Amiens le 29 juin 1921 et renvoie devant la Cour d'Appel de Rouen.

Commentaires.

Le « Sou médical » s'était efforcé, jusqu'ici, de faire juger qu'un blessé du travail, admis dans une maison de santé privée, n'était pas hospitalisé. Par suite, le « tout compris » n'était pas applicable.

Voir, à ce sujet, la jurisprudence que nous avions publiée, dans le *Concours médical*, 1921, page 1051.

L'arrêt ci-dessus décide que les blessés du travail sont hospitalisés aussi bien à l'hôpital que dans une clinique privée.

Cependant, les frais ne sont pas les mêmes : alors que l'hôpital, établissement public, est déchargé de tout impôt, et peut passer des commandes d'achat, soit par adjudication, soit par grosses quantités, la maison de santé doit acquitter des charges fiscales fort lourdes, tout en rémunérant son personnel infirmier plus cher que le personnel hospitalier.

De plus, la place des blessés du travail n'est pas à l'hôpital, fondation réservée, en principe, aux indigents, alors que les répondants de ces victimes ne sont pas des nécessiteux.

Pourtant, l'arrêt ci-dessus aura pour effet de rabattre sur l'hôpital les accidents de l'industrie, car les maisons de santé privées ne peuvent pas se contenter de la majoration légale du prix fixé pour l'hospitalisation des ressortissants de la loi sur l'assistance médicale gratuite. D'autre part, les chirurgiens ne sont pas souvent les propriétaires de la clinique, dans laquelle ils opèrent.

Mais, nous ne comprenons pas bien la réserve faite, par l'arrêt ci-dessus, estimant que le « tout compris » ne serait pas applicable dans les cas où « le transport dans une clinique privée aurait été commandé par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence ».

Faut-il en déduire que, dans les cas ordinaires et courants, lorsque c'est l'ouvrier qui choisit lui-même le lieu où il sera hospitalisé (hôpital ou clinique privée), le « tout compris » sera applicable ; mais dans les cas exceptionnellement graves, où la compétence d'un chirurgien déterminé s'impose, ou lorsque l'urgence empêche tout transport à l'hôpital, le chef d'une entreprise aura à solder les frais de séjour à la clinique, plus les honoraires du chirurgien ?

Rappelons pour mémoire l'arrêt de Cassation, terminant le procès dit de la Loupe (22 mars 1909) mettant à la charge de l'hôpital les honoraires d'un chirurgien étranger à l'établissement, appelé pour opérer un blessé du travail.

Nous espérons que la Commission supérieure des accidents du travail, au ministère du travail, reprendra bientôt cette question de l'hospitalisation des blessés de l'industrie, question restée sans solution à la suite de l'intransigeance de certains représentants des commissions hospitalières. Des malentendus seront certainement dissipés, pour que soient sauvegardés à la fois l'intérêt des administrations hospitalières et celui du Corps médical tout entier, cependant que les blessés recevront les soins les meilleurs nécessités par la gravité de leur état.

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. 4.455.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Paradoxe politico-mutualiste

Nous avons vu dans un récent article que M. Patureau-Miraud, président du Groupe mutualiste de la Chambre, dans son projet de loi sur l'augmentation des subventions mutualistes donnait, dans son exposé des motifs, cet argument, que cette modification à la loi de 1898 n'entraînerait pas un supplément de dépenses pour le budget. Il y aurait un virement de crédit et non un accroissement de dépenses, car chacun sait qu'un mutualiste de plus, c'est un client de moins pour l'assistance.

Il s'en suit qu'en faisant cette opération, l'E-

tat ferait un excellent placement et réaliserait sans doute des économies.

C'est une couleuvre difficile à avaler et bonne tout au plus aux gogos en période électorale.

Il faut d'abord admettre, puisque chaque mutualiste est un client enlevé à l'assistance, que tous les mutualistes sont des indigents. Si telle était la vérité, ce serait parfait ; car on ferait ainsi de la solidarité et non de la charité, ce qui est l'idéal de nos idées modernes.

Il sera difficile de faire admettre que les Mutuelles d'anciens militaires, d'avocats, de médecins, de compatriotes, etc., ne renferment que des indigents. Pour ma part, moi qui ai eu le très grand honneur de soigner à titre mutualiste, des commerçants, des acheteurs de grands magasins, des chefs de rayons, j'avoue que je ne les ai jamais pris pour des malheureux. Eh pourtant ! je leur ai fait l'aumône de mes soins presque gratuits, puisqu'ils n'avaient pas la conscience de régler mes honoraires conformément à leur état social. A ce point de vue spécial, c'étaient des indigents.

Pour enlever les citoyens *dépourvus de ressources*, au service de l'assistance médicale gratuite et les faire entrer dans une Société de secours mutuels, *il faudra payer nécessairement* une cotisation, car ils occasionneront des frais de maladie et il faudra couvrir cette dépense. Qui paiera la prime, les droits d'entrée, etc. La commune ? le *département* ? *l'Etat* ? *Mais alors*, il dépensera de l'argent comme auparavant, peut-être même davantage, car outre les soins médicaux et pharmaceutiques, le malade aura droit à une indemnité de chômage qu'il ne touchait pas comme inscrit de l'Assistance et les primes doivent, avec la vie chère, être de plus en plus élevées. Il faudra de plus, payer pour les malades et les bien portants.

D'autre part, la plupart des sociétés mutuelles ont des règlements particuliers. Elles soignent leurs malades pour une période de 60 ou 90 jours, puis les considèrent comme chroniques.

Si le médecin les voit encore, ils n'ont plus d'indemnité, sauf quelquefois quelques maigres secours et, par suite sont obligés de reprendre leur travail.

D'autres sociétés ne donnent plus les soins aux retraités, à ceux à qui elles allouent généreusement une somme moyenne de 60 fr. par an de pension.

L'assistance publique soigne ses malades pendant toute leur maladie, soigne les maladies chroniques, les malades qui ont rechuté dans un laps de temps déterminé, soigne les vieillards, les femmes, les enfants, en un mot n'abandonne jamais ses malades, à qui elle donne même le libre choix de l'homme en qui ils ont confiance. Car le libre *choix du médecin* existe dans le plus grand *nombre* des départements.

Combien, par comparaison, y a-t-il de Sociétés mutuelles qui accordent à leur s sociétaires le libre choix du médecin ? Leur nombre est facile à compter . Souvent aussi, les Sociétés mutuelles n'accordent à leurs sociétaires que les visites et consultations simples. Tout le reste, les petites interventions, la petite chirurgie et les interventions d'urgence (appareils de fractures, réduction de luxation, soins qui peuvent être donnés en dehors de l'hôpital), restent à la charge des sociétaires dans la plupart des Sociétés mutuelles. Qu'arrivera-t-il alors dans ces cas particuliers? N'oublions pas non plus que la Mutualité mettra à l'hôpital ses indigents en cas de maladies graves et alors l'Etat aura payé deux fois, les cotisations et les frais de séjour.

Il y a aussi des Sociétés (leur nombre du reste diminue) qui ne soignent pas les maladies occasionnées par la débauche et l'intempérance. Les malades qui en sont atteints retomberont encore, bien que mutualistes, aux frais de l'Etat. Il est vrai que l'on veut créer partout des dispensaires d'hygiène sociale entretenus par l'Etat, les départements et les *communes. Les* malades mutualistes y seront soignés et la collectivité aura encore payé deux fois.

Ainsi l'Etat payera les cotisations, donnera des subventions, entretiendra les malades dans ses *hôpitaux* et ses dispensaires et malgré tout cela réalisera des économies. C'est à n'y rien comprendre ! *Du moins, on voudrait nous le persuader.*

Et, dans tout ceci, que l'on demande les avis des intéressés. Sont-ils si mécontents du régime actuel ? Ils ont le médecin quand ils le réclament, ils peuvent le choisir, sont soignés comme un client ordinaire, ont droit à des visites de jour et de nuit, aux soins complets sans restrictions. Auront-ils à gagner au change, à devenir des mutualistes obligés à se soumettre à toutes les chinoiseries administratives de ces groupements, à être sous la coupe d'un conseil d'administration distant ? Au moins, comme inscrits, ils sont en rapport avec le maire et le Conseil municipal leurs élus, leur représentant et qui tiennent toujours compte des observations et réclamations de leurs électeurs.

En réalité, la Mutualité voudrait embrigader l'assistance publique pour donner plus d'importance à ses Sociétés, pour forcer la création de mutualités dans tous les centres, accroître le nombre des adhérents et en fin de compte pouvoir accaparer à son profit les lois d'assistance sociale en préparation, s'imposer et devenir indispensable. C'est le grand effort de la Mutualité, le mot d'ordre donné partout. En vue des assurances sociales, créez partout des Sociétés qui comprennent en même temps les soins à la famille, la Mutualité maternelle, de façon à offrir

à l'Etat une organisation complète, véritable cadre des nouvelles assurances.

Le calcul est certes intéressant, mais il faudra compter avec les syndicats ouvriers et agricoles qui ne se laisseront pas dépouiller au profit de groupements qui, sous le couvert de mutualités, sont avant tout, des organismes patronaux et politiques.

Les desiderata des mutualistes se résument à ceci : Mutualité pour tous, mais entretenue par l'Etat qui, outre des subventions importantes, leur concèdera le budget de l'Assistance publique.

Les résultats brillants obtenus par la Mutualité au cours d'un demi-siècle d'existence, la demi-faillite de tous ses services, son organisation de façade ne sont pas faits pour encourager le gouvernement à la convertir en organisme d'Etat.

Dr M. VIMONT.

R. H. M. S. : 500.

BEAUX-ARTS ET BELLES LETTRES

4e Salon des Médecins 1924

Le 4e Salon des médecins s'est ouvert du 9 au 16 mars ; brève manifestation qui n'a pas permis à tous ceux qui l'auraient voulu de pouvoir lui faire visite.. les Salles sont chères, les imprimeurs ne le sont pas moins, et il a fallu toute l'énergie de l'organisateur, Paul Rabier, pour venir à bout d'un semblable tour de force : résolument, au risque de s'aliéner les sympathies des Comités qui avaient fait les trois précédentes expositions, il a assumé les charges, les peines et les risques...... qu'il soit loué de son brillant succès !

Les médecins de France sont plus de 20.000 et cependant il n'avait été possible, de 1909 à 1914, de réaliser que trois expositions, dont chacune avait groupé une cinquantaine d'exposants et environ 300 œuvres : Paul Rabier, en faisant appel aux pharmaciens, aux fabricants de spécialités pharmaceutiques, ainsi qu'à toutes personnes appartenant à la grande famille médicale (30.000 environ), est parvenu à doubler les recettes, en doublant le nombre des exposants, rendant ainsi l'organisation possible, mais, chose étrange, si le nombre des exposants a doublé, celui des œuvres exposées n'est passé de 300 qu'à 350 ! On peut expliquer ce résultat par l'irrégularité des précédentes expositions qui n'avaient incité aucun de leurs exposants à augmenter leur production en se préparant aux expositions futures.

Le Salon des médecins doit, en effet, comme l'a fait le Palais-Salon pour les avocats, devenir un facteur de bon repos et de détente, ce qui nécessite pour ses membres, la certitude d'exposer chaque année. A la vérité, les vacances du Palais de Justice et celles que peuvent prendre les médecins n'ont rien de comparable ni quant à la durée, ni quant à la quantité : pour savoir se reposer, c'est comme pour savoir se mettre à dessiner, il faut en avoir quelque habitude !.....ne se repose pas qui veut ! Les médecins sont certainement les gens qui se reposent le plus mal. L'effort tenté par Paul Rabier fera de lui un des bienfaiteurs du corps médical, s'il parvient à y introduire des habitudes de repos utile où chaque heure de vacances comportera 60 minutes de farniente total. Dès que l'ennui apparaît, c'est le repos qui commence, mais le repos ne continue que si l'ennui ne persiste pas ; les pinceaux comme les crayons servent à chasser l'ennui, ils s'acquittent de leur mission en donnant aux centres nerveux un calme et une sérénité qui se distinguent totalement et foncièrement du repos qu'on pourrait demander à la musique et que celle-ci ne saurait donner sans la complicité des nerfs. Il est donc louable, il est même nécessaire d'encourager les médecins à peindre et c'est ce que, dans son zèle d'apôtre, dans son amour profond pour l'ensemble de ses confrères, Paul Rabier a su comprendre ; il a su même l'exposer si chaleureusement aux Pouvoirs Publics, qu'il a obtenu à la fois leur assentiment et leur appui.

Pour la première fois, en effet, cette année, les Pouvoirs Publics sont intervenus. Le Ministre de l'Hygiène et celui des Beaux-Arts ont visité officiellement l'exposition : le passage du Ministre des Beaux-Arts a même été sanctionné par quelques achats de l'Etat, parmi lesquels il faut signaler d'abord une fort belle aquarelle de M. le professeur Léon Grimbert, représentant le Musée de la pharmacie centrale des Hôpitaux et dans laquelle les bleus tendres des vieux vases ressortent agréablement sur le bois des meubles ; puis, dans une note moins classique, pour ne pas dire ultra-moderne, le « village de Charlasse. » peinture de Marcel Fay, violemment et hardiment colorée. Enfin, troisième et dernière acquisition,un plat rond peint, sur la porcelaine duquel Mlle Alice Baillière a représenté des fleurs délicates synthétisant la riche gamme, allant jusqu'au violet, des bateaux à voiles, des arbres en fleurs et des lointains montagneux de sa série de faïences ovales.

Dès l'entrée, la série de bustes de Charles Villandre attire les regards ; les expressions en sont dignes des meilleures productions de n'importe quel professionnel et de n'importe quel temps. Les miniatures de Mme Vitry-Routchine sont également des modèles du genre : elle aime à peindre les cheveux gris quel que soit l'âge des modèles, et sait, avec le même bonheur, entourer de voiles bleus transparents, de délicats visages. Miniatures encore, mais dans un genre plus large, malgré l'intimité délicate des petits coins exprimés, sont les aquarelles de Jean Dayras,

parmi lesquelles une maison sans toit qu'il intitule « La gaieté champêtre », maison détruite par la guerre et dont le charme doux arrête et retient.

Bien galbés, les médaillons d'Armand Darier dont le portrait est des plus ressemblants et dont, par un miracle d'habileté et de conception, le coucher du soleil coïncide avec le coucher de la lune..... affaire de plans ! La Corse est représentée par Charles Bardon avec deux minutieuses études documentaires de Sartène et de Bonifacio.

Le professeur Fernand Bezançon a rapporté de Bourgogne une silhouette de pommier sur la campagne et un amour de petite futaie avec, au loin, une meule de paille et, tout près, un pré sur le gazon duquel on sent qu'il devait faire bon de s'étendre à l'ombre.

Henri Le Clerc a eu la coquetterie de juxtaposer à des études peintes une aquarelle à crinoline ainsi que les admirables dessins de publicité en trois couleurs qui réalisent l'histoire du cheval pour le plus grand avantage de la publicité d'un sérum spécialisé de cet animal.

Trois portraits de Georges Hayem, médaillons en bronze parmi lesquels son portrait d'une ressemblance impressionnante ; d'Henri Janet, des séries de dessins (têtes de marins dans un café de Salonique) et les reproductions des effigies, très sûrement dessinées, de groupes d'internes en médecine de l'hôpital des Enfants-Malades ; pages d'herbier de Joseph Jumentié, études de fleurs et d'herbes sauvages accompagnées d'études de raisins, cartons pour tapisseries d'une fine stylisation.

Parmi les collections des maisons de publicité et laissant de côté celles qui n'ont leur place dans cette exposition qu'à titre de réclame et sans que leur possession ait comporté d'autre peine que celle d'en avoir acquis, chez le marchand, des exemplaires courants, signalons les efforts médico-artistiques faits par la Carnine Le Franc dans son magnifique « Chanteclair » et les expositions de MM. Rogier, Fumouze, Debat, Midy, Longuet et Prunier.

Signalons encore la splendide collection de médailles et plaquettes médicales du XVI[e] au XIX[e] siècles dont la recherche et le groupement font le plus grand honneur au bon goût et à la compétence bien connus du professeur Gilbert.

Non loin d'une gravure sur bois de Joseph Jullien représentant Verlaine, on rencontre avec plaisir douze croquis, véritables miniatures à l'huile, qui sont comme le Livre d'Or du Croisic, par Louis Henneguy; puis une curieuse et énergique étude de Daniel Routier sur « le quartier du Port à Oran » et le portrait de son père à la nuit tombante, dans une note à la Rembrandt, par Henri Sommen.

Adrien Wilborts, à côté d'une matinée d'automne à l'Ile Bréhat, très lumineuse, a la coquetterie de montrer comment on peut, en pleine pâte et en couleurs pures, exprimer en gris la Bretagne grise ; Maurice Moy, en des aquarelles et gouaches hautes en couleurs, passe de Douarnenez à un Pardon dans le Finistère, puis aux Vieilles Maisons « dévitrées » de Vitré, dans lesquelles a dû prendre « la grippe » le malade qu'il représente d'une façon aussi originale que synthétique, dans un croquis aquarellé de fort belle réalisation.

Edmond Papin a tout particulièrement réussi son aquarelle à Ver-sur-Mer, dans laquelle le ciel et les moissons reflètent de la chaleur intense d'un été extraordinairement « rigoureux ». Deux études d'intérieur à l'aquarelle, de Mme Œttinger, marquent, avec leur luminosité solidement colorée, un goût très affiné d'intérieurs élégants. Léon Lortat-Jacob pour une fois, « fuyant le froid », chérit la bonne chaleur du Sol chéri qui supporte le clocher de Saulchéry, cependant qu'Aristide Malherbe, aquarellise du Cap Martin à la Bretagne en passant par l'Abbaye de Solesme, laissant dans chacune de ses œuvres transparaître un peu de la joie qu'il a eue à l'exécuter.

Non loin du vigoureux soleil couchant sur le Pont-Neuf, de Raymond Lemière, je salue deux aquarelles, souples et nerveuses à la fois, du professeur Marcel Labbé, ainsi que la Lande de Belle-Isle-en-Mer et le Lac de Genève de Maurice Gilson. Très beau buste de femme âgée, de Raymond Grégoire avec, dans une note de sobre simplification, une statuette d'enfants : Paul et Sophie, près d'une vigneronne Champenoise de Mme Renard-Guelliot.

Le portrait de Pierre Bertin, de la Comédie Française, par Henri Gaudier, est un mélange de sobriété synthétique en ce qui concerne le modèle, et de minutie de détails en ce qui concerne le fond ; on ne sait lequel il faut le plus admirer : aucun doute, en tous cas, ne peut subsister sur le plaisir qu'a pris Williams Frogier à parcourir la route dont il a marqué chacune des étapes par une note de gai souvenir en de petits fonds de boite fort bien venus.

Mention toute spéciale à Funck-Hellet pour son petit tableau de la plage du Pouldu, jolie matière sur laquelle chantent, dans une harmonie claire, les riches couleurs, bleus verts et violets qui marquent l'entrée en mer de la *Laïta* derrière les falaises qui dominent la plage de sable.

Le buste du D[r] Vermersch par Jules Dhotel est d'une belle construction et le masque du pharmacien Lasserre porte avec lui la marque d'une indiscutable ressemblance. Auguste Dumont sur des dessous grattés excelle à représenter les brumes et les moutons de la mer, en des grisailles d'une adroite et savante facture. Mme Fernande Fleurot-Monnier a composé savamment, dans un ovale heureux, un étang dans un parc avec de délicates profondeurs dans les reflets calmes de l'eau.

A signaler l'impression de soleil sur l'Orne et la rue d'un village savoyard de Jacques Desnoix, si différents, avec un charme analogue, de l'écluse de Marly, d'Albert Devaux, dont j'aime la bassine à confiture entourée de fruits savoureux posés autour à pleine pâte.

François de Hérain expose cinq bustes et six portraits ; il est de ceux dont l'incontestable talent de sculpteur pourrait faire pâlir celui de beaucoup de professionnels ; ses pointes sèches et ses eaux-fortes, ainsi que son portrait en noir et sanguine du Dr Jayle, sont l'œuvre d'un artiste au talent à la fois souple et complet.

En plus rude, mais dans une manière sûre et établie, Paul-Emile Colin nous fait voir ses illustrations pour les Poèmes de France et d'Italie de M. Pierre de Nolac et les notes sur l'Angleterre, de Taine : admirables bois originaux !... Williams Davemport bâtit à plein couteau, très puissamment, la cathédrale de Louviers ; Paul Darbois, un des rares de cette exposition, évoque la guerre, avec un cantonnement et un brancardier au crayon bleu, et surtout avec une magnifique aquarelle représentant un cadavre dont la tête, presque dressée, se détache en plein caractère, sur le ciel, au-dessus des barbelés.

Paul Creissant apporte également une note plutôt rare ; avec Fay, il représente ici l'Ecole Moderne ; son paysage Languedocien, en couleur pure et très haut en soleil, et ses trois figures de Vieilles qui semblent trois sœurs jumelles, encerclées d'un trait sombre, donnent une impression de vie provinciale intense. Le Benedicite de Mme Louise Castex, est digne d'un maître d'autrefois ; la fillette jouant sur le sable d'une allée, s'enveloppe d'une atmosphère de lumière douce et irisée qui fait le plus grand honneur à Mme Carbonell-Babaian. Les visions du Mont-Blanc de Georges Caussade sont d'une fantaisie charmante en même temps que d'une philosophie allégorique très saisissante.

La peinture à la teinture d'iode sur dos de femme qu'exécute « l'homme de l'Art » sur le dos d'une jolie femme, est traitée sur bois par Honoré Broutelle dans une note légère qu'il sait changer quand il le faut et notamment dans « l'un de vous me trahira », faisant ainsi preuve de talent, de science et de faculté d'adaptation au sujet. J'aime la porte donnant sur le Baptistère au Palais de Fontainebleau, de Mme Paul Brouardel, dont le coin du Carrousel et la porte Saint-Germain-des-Prés, affirment une volonté d'exprimer à l'aquarelle des atmosphères à la fois bien déterminées et bien différentes.

Enfin les peintures d'Audierne, d'André Albertin, puis, dans un dessin très serré, « La Gilda » d'Eugène Briau, dont l'Eclat de Rire, aussi violent qu'inattendu, du Gendarme quand il est Bon enfant, terminent le tour rapide, (au cours duquel je m'excuse d'avoir sans doute oublié quelques noms.

En somme, le Salon des médecins est la traduction, par les exposants (quand ils sont médecins), de quelques bonnes heures de vacances, heures trop rares et trop courtes pour la corporation. Fait à noter, la plupart des exposants sont de Paris, les autres sont médecins de villes. L'automobile, en absorbant toute l'attention de celui qui conduit, l'empêcherait-elle de regarder passer la Nature et la Vie, et serait-elle la grande coupable du peu d'abondance relative de la production artistique du corps médical et de ses entours ? Le souci de gagner du temps et d'aller vite fait-il perdre même la pensée de savoir profiter des heures de repos pour occuper les doigts sans fatiguer le cerveau ? En auto, l'œil voit trop vite et trop de choses en trop peu de temps ; les impressions recueillies dans ce cinéma perpétuel ne sont plus assez fortes pour que la mémoire puisse les reprendre pour songer à les noter, et c'est miracle, semble-t-il, qu'avec la fournaise de la vie actuelle, il ait été possible de réaliser le groupement d'œuvres que Paul Rabier a présenté avec cette réussite qui prouve avec son immense ténacité, l'excellence et la sûreté de son goût artistique.

Dr G. Paul-Manceau.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

Cours Complémentaires et de Perfectionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1924.

(suite)

Chaire de clinique médicale propédeutique (hôpital de la Charité : 47, rue Jacob), professeur : M. E. Sergent.

1° *Cours de perfectionnement sur la tuberculose comprenant deux cours associés :*

A. — Cours sur la tuberculose médicale et particulièrement sur la tuberculose pulmonaire, par M. le Pr Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Armand, Delille, Babonneix, J. Bertier, Francis Bordet-Brissaud, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Genevrier, H. Bimbert, L. Guinon, d'Heucqueville, Kuss, G. Laurens, Lortat-Jacob, Louste, Pignot, P. Pruvost et Ribadeau-Dumas, du 10 au 3 juillet inclus.

B. — Cours sur la tuberculose chirurgicale (ganglionnaire, ostéo-articulaire, uro-génitale), par M. le professeur Auguste Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Du 4 juillet au 13 juillet inclus.

Le droit d'inscription, pour les deux cours réunis, est de 200 francs ; il est de 150 francs pour chacun des cours isolément, les élèves pouvant ne s'inscrire que pour l'un des deux.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté.

Un certificat sera délivré à la fin de chaque cours.

Des bourses, en nombre limité, seront attribuées aux seuls élèves inscrits pour le cours sur la tuberculose médicale par le Comité national de Défense contre la tuberculose (66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs).

Conférences théoriques : *Exercices pratiques* (au début

de l'après-midi). Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium et de sanatorium (Bligny).

Stage hospitalier (tous les matins). Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivent les visites et les policliniques.

N.B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques du soir seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

2° *Cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année.*

sous la direction du professeur E. SERGENT, et du docteur C. LIAN, professeur agrégé.

Programme de l'enseignement.

Médecine. — Par MM. ABRAMI, AUBERTIN, G. BLECHMANN, CHABROL, FERNET, G. DURAND, H. DURAND, DEBRÉ, DUVOIR, FAROY, HARVIER, H. LECLERC, C. LIAN, P. PRUVOST, TINEL, M. SÉGARD, G. SIGURET.

Chirurgie, obstétrique et spécialités. — Par MM. COTTENOT, DAUSSET, DENIKER, GUILLY, LE MÉE, MARSAN, PASSOT, TRÈVES, VAUDESCAL, VELTER.

Le cours commencera dès la seconde quinzaine d'octobre et se terminera le 31 octobre.

Les leçons auront lieu chaque jour, sauf le dimanche, à l'amphithéâtre de la clinique du professeur SERGENT, à l'hôpital de la Charité.

Le programme détaillé sera précisé sur une affiche spéciale.

La leçon d'ouverture sera faite par M. le professeur SERGENT.

Les élèves auront la libre disposition de la matinée pour suivre la visite dans les hôpitaux. En particulier, les salles de la clinique propédeutique et les services des divers conférenciers leur seront très largement ouverts.

Droit d'inscription : 150 francs.

3° *Cours de radio-diagnostic médical et de radiothérapie* sous la direction du professeur SERGENT et du docteur COTTENOT, chef du laboratoire de radiologie avec la collaboration de MM. LIAN, DERCISSAC, G. DURAND, P. PRUVOST.

Le cours de *radio-diagnostic médical* aura lieu du 7 au 12 avril.

Le cours de *radiothérapie* aura lieu dans le courant de novembre.

Le programme détaillé sera indiqué sur une affiche spéciale, en temps opportun.

La durée de chaque cours ne dépassera pas deux semaines.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un certificat sera délivré à la fin des cours.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU (1, place du Parvis-Notre-Dame), professeur : H. HARTMANN.

Maladies du tube digestif et du foie.

par M. HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, avec la collaboration de M. PARMENTIER, médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. MAINGOT, radiologiste des hôpitaux; M. RENAUD, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu ; M. BERGERET, chirurgien des hôpitaux.

Ce cours, essentiellement pratique, comportera l'étude des divers modes d'examen (clinique, radiologie recherches de laboratoire), et celle du traitement tant médical que chirurgical des diverses maladies du tube digestif et du foie. Il aura lieu à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, l'après-midi de 4 à 6 heures,

Le nombre des auditeurs admis à le suivre est limité à vingt.

Droit à verser : 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (184, rue du Faubourg Saint-Antoine) professeur : M. LEJARS.

Chirurgie d'urgence.

Un cours de perfectionnement, portant sur la chirurgie d'urgence sera fait du 1er au 12 juillet, par M. le Pr LEJARS, MM. BROCQ, ancien chef de clinique, chirurgien des hôpitaux ; SÉJOURNET, chef de clinique.

Le cours comprendra des examens de malades et d'anciens malades ; des démonstrations de pièces et de préparations ; des conférences avec projections ; et l'assistance aux opérations d'urgence qui se présenteront.

Il aura lieu le matin, de 9 h. 1/2 à 11 heures, et l'après-midi, de 15 à 17 heures.

Le droit d'inscription est fixé à 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE (47, boulevard de l'Hôpital), professeur : M. GOSSET.

Technique chirurgicale.

Un cours de perfectionnement d'ordre essentiellement pratique, d'une durée de trois semaines, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu du 18 juin au 7 juillet 1923, par M. le Pr GOSSET, avec la collaboration de MM. LŒWY, directeur du service de chirurgie expérimentale, ancien chef de clinique ; CHARRIER, chef de clinique, prosecteur à la Faculté de médecine ; PETIT-DUTAILLIS, chef de clinique adjoint, prosecteur à la Faculté de médecine.

Ce cours comprend :

1. Des démonstrations cliniques composées de présentations de malades et d'opérés, avec discussion des indications et des suites opératoires. Les indications respectives de la curiethérapie, de la radiothérapie profonde et de la chirurgie dans le traitement du cancer sont spécialement discutées.

2. Des séances opératoires précédées d'un exposé de la technique, par M. le Pr GOSSET et ses assistants. Au cours de cet exposé sont fournis tous les renseignements utiles à la préparation de l'opéré et de l'acte opératoire, et tous les détails de la technique suivie.

3. Des exercices opératoires à l'amphithéâtre au cours desquels les élèves répètent eux-mêmes, sous la direction des chefs de clinique et en observant rigoureusement la technique du service, les opérations qu'ils ont vu faire à la clinique le matin.

4. Des séances de chirurgie expérimentale au laboratoire de la clinique.

Les séances de chirurgie expérimentale sont organisées de façon à permettre quatre opérations différentes par élève.

L'assiduité au cours de perfectionnement est témoignée par un certificat de la Faculté de médecine délivré à chaque élève à l'issue du cours.

Le cours aura lieu régulièrement le matin de 10 heures à midi ; l'après-midi, de 14 heures à 16 heures.

Le droit d'inscription est fixé comme suit :

1° Cours théorique et clinique à l'hôpital, opérations à l'Amphithéâtre, 150 francs.

2° Chirurgie expérimentale au laboratoire de la clinique : 150 francs.

Chaire de clinique chirurgicale thérapeutique (Hôpital de Vaugirard : 389, rue de Vaugirard), Professeur : M. Pierre Duval.

Cours de perfectionnement.

Pathologie du duodénum.

Les leçons auront lieu du 9 juin au 16 juin, tous les matins à la clinique, à 10 heures, et l'après-midi, à 5 heures.

Sous la direction du professeur Pierre Duval, avec la collaboration du docteur Basset, agrégé ; de MM. Jean Quénu et Richard, chefs de clinique.

Radiologie : docteur Henri Béclere, radiographe.

Médecine : docteurs Jean-Charles Roux, François Mautier, Girault.

Chimie : docteur Goiffon, attaché de chimie.

Conjointement à ces leçons, un cours de technique opératoire sur le tube digestif avec exercices pratiques aura lieu à l'Ecole pratique.

Chaire de clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu : 1, place du Parvis-Notre-Dame), professeur : M. de Lapersonne.

Programme du cours de perfectionnement du 6 mai au 7 juin 1924, par le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Velter, agrégé, Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Prélat, Monbrun et Cousin, chefs de clinique et de laboratoire.

Les leçons et travaux pratiques ont lieu tous les jours, de 4 à 6 heures : à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren et laboratoire), sauf pour les leçons de médecine opératoire qui se feront à l'école pratique de la Faculté de médecine.

Les auditeurs du cours sont invités à assister aux travaux de la clinique ophtalmologique, le matin , *de 9 heures à midi*. Lundi, mercredi, vendredi : Policlinique. Mardi, jeudi, samedi : Opérations. Vendredi, 10 h. 1/2 : Leçons cliniques.

La bibliothèque Javal sera à la disposition des auditeurs du cours les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Droit à verser : 150 francs.

Chaires de clinique infantile (Hospice des Enfants-Assistés : 74, rue Denfert-Rochereau).

I. — Hygiène et clinique de la première enfance.
Professeur : M. Marfan.

Un cours de revision et de perfectionnement sera fait dans ce service sous la direction de M. le professeur Marfan, du mercredi 2 juillet au mercredi 23 juillet 1924, par MM. Henri Lemaire, médecin des hôpitaux ; Blechmann et Hallez, anciens chefs de clinique ; Turquety, Vallery-Radot et Grenier, chefs de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire, et Roudinesco, assistant.

Cet enseignement comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il aura lieu tous les jours, le matin de 9 heures à 11 heures, et l'après-midi de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Programme du cours.

1re partie : *Hygiène et physiologie du premier âge.* —

2e partie : *Pathologie et clinique du premier âge.*

Droit à verser : 150 francs.

II. — Clinique médicale infantile.
Professeur : M. Nobécourt.

Des cours sont donnés par M. le professeur Nobécourt et M. Lereboullet, agrégé, assistés de MM. les docteurs Babonneix, Darré, Merklen, Milhit, Stévenin, Tixier, médecins des hôpitaux ; Duhem, radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Nadal, Paraf, René Mathieu, Janet, Bidot, chefs ou anciens chefs de clinique et de laboratoire :

1° Pendant les vacances de Pâques avril-mai 1924 ;
2° Du jeudi 24 juillet au jeudi 24 août 1924.

Droit à verser pour chaque cours : 150 francs.

Chaque cours comprend :

1° Un enseignement clinique donné le matin, de 9 heures à 10 h. 30 au lit du malade ;

2° Des leçons professées à l'amphithéâtre, à 10 h. 30 et à 16 heures. Le cours de Pâques porte spécialement sur les *questions actuelles de pédiatrie* et est complet en vingt leçons. Le cours d'été porte sur les *principales maladies des enfants, leur diagnostic et leur traitement*, il comprend trente-huit leçons.

Un programme des leçons est distribué au début du cours.

Un certificat est délivré à la fin du cours.

III. — Clinique chirurgicale infantile.

Professeur : M. Broca.

Un cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Broca, avec le concours de MM. les docteurs Wilmoth et Massart, chefs de clinique, sur les *Affections ostéo-articulaires de l'enfant et l'examen clinique des régions articulaires.*

Il comprendra 24 leçons et des examens de malades.

Il commencera le lundi 15 septembre 1924 et sera terminé le 6 octobre.

Chaire de clinique obstétricale (Baudelocque : 119, boulevard de Port-Royal), professeur M. A. Couvelaire.

I. — *Cours élémentaires de pratique obstétricale.*

Réservés aux docteurs en médecine français et étrangers, et aux étudiants pourvus de 16 inscriptions, sous la direction du chef de clinique.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Deuxième série : vacances de Pâques. — Troisième série : première quinzaine de septembre. — Quatrième série : première quinzaine d'octobre.

Droit d'inscription : 100 francs.

Programme.

a) Exercices cliniques individuels journaliers ; *b*) conférences sur les sujets suivants ; *c*) démonstrations et manœuvres sur le mannequin.

II. — *Stages et cours de perfectionnement.*

Réservés aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre ces enseignements en même temps que l'enseignement public de la clinique comprenant chaque semaine : une leçon clinique, une présentation de malades, une discussion des observations cliniques de la semaine par le professeur.

Droit d'inscription pour chaque série de cours : 150 francs.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

Comment peut-on être renseigné sur les impôts et les prix de location de 1914 ?

Je vous serais obligé de lire la lettre ci-contre, et la réponse du contrôleur des contributions de M.

La loi disant que l'on peut réclamer au locataire une part supplémentaire des impôts de 1914, votre conseil pourrait-il m'indiquer comment il faut procéder, et à qui il faut s'adresser, le contrôleur refusant d'agir ou prétextant qu'il ne peut intervenir ?

Pour le prix de *location de* 1914, faut-il s'adresser à l'enregistrement qui se récuse également, dit-on ? Ces questions sont d'intérêt général.

Dr C.

Lettre au contrôleur.

Monsieur le Contrôleur des Contributions à M.

Afin de pouvoir établir ma note de loyer pour mon locataire M. C., rue Y., à X, je vous serais obligé de me faire connaître, ainsi que le demande la loi, le montant des impôts *que je payais en* 1914.

Art. 192 du rôle.

Ci-joint feuille de 1922, et 0 fr. 50 en timbres, vous priant de me réclamer ce qui sera dû.

Agréez, Monsieur le Contrôleur, mes salutations empressées.

Dr C.

Réponse du contrôleur

Monsieur,

J'ai le regret de vous faire connaître qu'il ne m'est pas possible de vous faire connaître le montant de vos impôts de 1914.

Sentiments distingués.

Illisible.

Réponse.

Nous supposons qu'il s'agit de la contribution foncière, c'est au percepteur et non au contrôleur qu'il faut s'adresser pour obtenir un extrait du rôle de 1914 (préciser le nom du propriétaire en 1914 et la situation de l'immeuble, rue et numéro). Joindre 0 fr. 25, prix de l'extrait, et 0 fr. 25 pour frais d'envoi.

Si le percepteur répondait qu'il n'est plus en possession du rôle, faire la demande aux *Archives départementales* ; le coût de l'extrait est alors de 6 francs.

Pour le prix de location en 1914, c'est bien à l'enregistrement qu'il faut s'adresser, le receveur ne peut se récuser. Vous devrez justifier que vous êtes propriétaire par la présentation de l'acte d'acquisition, si ce dernier est postérieur à 1914.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.



Prêts aux mutilés de guerre ?

N'existe-t-il pas une loi autorisant des prêts aux mutilés de guerre à des conditions spéciales ?

Si oui, voulez-vous me faire connaître quelle est cette loi et ses dispositions essentielles ?

D[r] M.

Réponse.

Les prêts aux mutilés de guerre sont régis par les dispositions suivantes :

Loi du 26 juillet 1917 (*J. O.*, du 28 juillet 1917).

Décret du 26 juillet 1917.

Décret du 15 novembre 1917 portant réglement d'administration publique pour l'institution d'un système d'avances sur les pensions servies par l'Etat (*J. O.*, du 17 novembre 1917).

Loi. — La Caisse nationale d'épargne, les caisses d'épargne ordinaires et les monts de piété sont autorisés à consentir aux pensionnaires de l'Etat, sur le trimestre en cours de leur pension civile ou militaire, ou de leur gratification militaire, des avances représentant les arrérages courus d'un ou de deux mois (art. 6).

Sur le montant de chaque avance, il sera retenu pour intérêts et frais, une commission fixée uniformément à 1 % quelle que soit la durée de l'avance, sans toutefois que cette commission puisse être inférieure à 50 centimes (art. 9).

Les pensionnaires qui ont reçu des avances mensuelles donnent quittance du montant total des arrérages du trimestre lorsqu'ils touchent le solde de ce trimestre (art. 10).

Règlement d'administration publique. — Art. 2. — Ces avances peuvent être faites par les bureaux de poste agissant pour le compte de la Caisse nationale d'épargne, les caisses d'épargne ordinaires, les monts de piété. Les établissements qui les consentent doivent être situés dans l'arrondissement où la pension est payable.

Art. 4. — Le pensionnaire qui veut obtenir des avances de l'un des établissements désignés ci-dessus, doit y déposer, après avoir justifié de son identité, une demande contenant ses nom et prénoms, son adresse, la nature et le montant annuel de la pension, le numéro de son titre, les dates d'échéance et le lieu d'assignation de paiement. Il indique en outre, s'il entend recevoir des avances au cours de chaque trimestre ou seulement sur les arrérages du trimestre en cours,

Présenter à ce moment le certificat d'inscription pour toutes vérifications utiles.

Si le pensionnaire ne peut se déplacer, la demande peut être présentée par un tiers, muni du certificat d'inscription et porteur d'une autorisation signée par l'intéressé.

La demande est transmise au receveur des finances de l'arrondissement, ou, si la pension

est payable dans le département de la Seine, au ministère des finances.

Art. 5. — Après formalités le comptable du Trésor envoie immédiatement à l'établissement qui a reçu le dépôt une fiche spéciale portant autorisation de paiement des arrérages.

Art. 8. — Pour toucher une avance, il faut être porteur du certificat d'inscription et justifier de son idendité.

Art. 41. — Des sociétés philanthropiques peuvent aussi être autorisées à consentir ces prêts.

Concours des officiers rayés des cadres pour la Légion d'Honneur.

Abonné du *Concours médical*, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire connaître si « les officiers rayés des cadres peuvent à nouveau concourir pour l'obtention de la croix de la Légion d'honneur. ».

Voici mon cas.

De la classe 1890, je rentre le 31 décembre 1918 après 53 mois de mobilisation.

Je reçois en 1919, de la Direction du Service de santé de ma région, à une date que je ne saurais préciser, une note me demandant, *si je voulais ou non être rayé des cadres*.

Je demande ma radiation.

Le .. juillet 1922, une nouvelle note de service m'apprend que je suis proposé pour la croix de chevalier en qualité de médecin-major de 2e cl., hors cadre. Je me conforme aux conditions requises, et transmets les états au Directeur du Service de Santé.

Le .. décembre 1922, je reçois du Ministre de la guerre, confirmation de cette proposition.

Enfin, le .. juin 1923, un ami, que j'avais intéressé à ma cause, me fait connaître que les officiers *rayés des cadres* depuis la cessation des hostilités ne pouvaient plus concourir pour l'obtention de cette distinction au titre militaire, suivant les dispositions de la circulaire du 13 février 1923.

On m'a dit que cette circulaire avait été rapportée. Je ne puis croire, en effet, qu'on peut ainsi faire perdre des droits acquis à une récompense de cette valeur.

Je connais des confrères, plus jeunes, qui avaient moins d'annuités que moi, *mais dont la réponse fut contraire* et qui l'ont obtenue

Dr N.

Réponse.

Il est exact, en effet, que la circulaire du 13 février 1923 ait été la dernière en date, qui ait permis aux officiers rayés des cadres de concourir pour la Légion d'honneur au titre militaire.

Depuis lors, les officiers rayés des cadres sont, même en ce qui concerne la Légion d'honneur, considérés comme des non-militaires, et ne peu-

vent plus concourir qu'au titre civil. Cependant, même à ce titre, les services, qu'ils ont rendus comme militaires, devront certainement entrer en ligne de compte.

Application du Tarif Breton.

I

Article 15 et catégories.

Abonné du *Concours* et membre du « Sou », je viens vous prier d'éclaircir un point, qui reste pour moi obscur, de l'art. 15 du tarif Breton.

J'appartiens à la 2e catégorie et je diminue pour mes honoraires 25 % sur les chiffres du tarif.

Mais le 2e alinéa de cet article 15 dit que les soins de chirurgie et de spécialité sont rémunérés pour tout médecin au tarif complet. Pour ce qui est des soins de spécialité, je comprends ; mais, pour les soins de chirurgie, je me demande où est la démarcation de ceux qui doivent être payés à plein tarif et ceux qui doivent être diminués.

J'avais d'abord pensé que devaient être réduits de 25 %, seuls, les chiffres de l'article 16, mais j'ai vu plusieurs fois dans le *Concours* que les chiffres des articles 17, 18 et 19 devaient l'être également.

Dr M.

Réponse.

Le deuxième alinéa de l'article 15 n'a jamais dit, comme vous l'écrivez, « que les soins de chirurgie et de spécialité sont rémunérés pour tout médecin au tarif complet. Ainsi que je l'ai déjà dit (voir « Agenda du *Concours* de 1924 », p. 150) : « L'alinéa 2 de l'article 15 doit être interprété en ce sens que les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie et de spécialités sont rémunérés au tarif fixé, même s'ils sont donnés non par des spécialistes, mais par des médecins pratiquant la médecine générale ». Et j'explique pourquoi nous avons demandé l'insertion de ce paragraphe, ce que je ne puis répéter ici, mais vous prier de vous y reporter, si ledit pourquoi vous intéressait. Donc, chaque confrère, spécialiste ou non, a le droit de toucher les honoraires indiqués pour les spécialités dans chacune des catégories techniques, c'est-à-dire dans chacune des sections du tarif. Mais naturellement avec la minoration de 25 % s'il est de seconde catégorie (non plus technique, cette fois, ce qui serait une impertinence), mais catégorie locale, basée sur la localité qu'il habite.

F. D.

II

Résection du coccyx.

Je me permets de faire appel à votre obligeance et à votre compétence au sujet d'un cas non prévu par le tarif Breton.

J'ai pratiqué récemment une résection du coccyx chez un ouvrier atteint de coccydynie persistante consécutive à un accident du travail. L'intervention a eu lieu après entente régulière avec la Compagnie d'assurances. Naturellement, le tarif Breton est muet sur cette intervention exceptionnelle, mais je ne vois pas à quelle opération prévue elle peut être assimilée. Quel peut être, à votre avis, le chiffre de mes honoraires ?

Dr D.

Réponse.

Question assez embarrassante, car je ne vois guère d analogie dans le tarif Breton. Il me semble cependant qu'on pourrait proposer celle de « amputation de plusieurs doigts avec métacarpiens : 200 fr. ».

F. D.

III

Consultation de nuit entre confrères.

Voulez-vous me renseigner sur les tarifs à appliquer dans le cas suivant ? Appelé, la nuit dernière, à 2 h. 30, pour soigner un ouvrier dont le bras droit venait d'être pris entre deux cylindres tournant en sens inverse, je me trouve, en arrivant sur les lieux, en présence d'un confrère qu'on avait demandé en même temps. Nous l'examinons ensemble, faisons quelques piqûres pour lutter contre l'état de choc, et, au bout d'une 1/2 heure de soins, le blessé meurt. Avec le confrère, je rédige un certificat descriptif, relatant les lésions constatées et les causes de la mort. Tous les deux, nous signons.

Faut-il demander séparément :

1° Visite de nuit avec traitement de choc ;

2° Visite avec confrère ;

3° Certificat descriptif.

Dr B.

Réponse.

Le mieux, je pense, en l'espèce, est de compter une « consultation avec confrère : 3 visites » (art. 6) plus 2 visites pour dérangement de nuit (art. 4). Pour le décompte de ce total de 5 visites chacun, voir l'explication détaillée que j'ai déjà donnée et qui est reproduite dans l' « Agenda du *Concours* de 1924 », page 137, et qui fut déjà, plusieurs fois, acceptée par les deux parties.

Mais ne comptez qu'un seul certificat descriptif à 10 fr., fût-il signé par les deux médecins.

Application du Tarif Maginot.

I

Empyème.

Vous seriez bien aimable de me donner votre avis au sujet de l'interprétation du tarif Maginot, en ce qui concerne les opérations sur le thorax :

Empyème	150 fr.
Thoracectomie :	
Estlander	400 fr.
Au-dessus de trois côtes	600 fr.

L'Estlander paraît être considérée ici comme une intervention moyenne, intéressant au maximum trois côtes.

Dans ces conditions, que faut-il compter pour la pleurotomie avec résection d'une côte (l'opération courante de la pleurésie purulente) ?

Est-ce :

Empyème .... 150 fr.

ou thoracectomie :

Estlander .... 400 fr.

Dr P.

Réponse

J'ai déjà eu l'occasion, plusieurs fois, de répondre sur ce point. L'empyème est une intervention ; l'Estlander en est une autre. L'empyème se fait soit *avec*, soit *sans* résection d'une portion de côte, mais, le plus souvent avec cette résection. Dans l'un ou l'autre cas, c'est toujours un empyème, intervention dont la tarification est notée 150 francs, dans le tarif Maginot.

F. D.

II

Non application par le médecin traitant de l'article 18

Je vous communique la lettre du docteur D., secrétaire de la Commission de contrôle pour soins aux victimes de la guerre.

Voici ce dont il s'agit : j'ai eu le malheur d'oublier de prévenir ou de demander l'autorisation (?) que j'aurais à faire chez un tuberculeux réformé avec 100 %, convalescent de pleurésie séro-fibrineuse, une série d'injections intra-veineuses de bactioxyde (méthode du Dr Mélamet, 15, 15 et 10).

Mon malade a guéri parfaitement de sa pleurésie, a repris 15 kilogs et cicatrisé ses lésions. Je ne le vois plus que tous les 8 ou 15 jours.

Néanmoins, la Commission a nommé le Dr M. médecin contrôleur, pour contrôler mon traitement et les injections pratiquées. Il a vu le malade, les cicatrices de piqûres et les boîtes vides (payées par le malade). Rapport favorable.

Néanmoins, l'administration n'ayant jamais tort, je viens demander l'appui du « Sou ».

1o J'ai eu tort de ne pas prévenir : entendu ;

2o Mais à quelle pénalisation dois-je être condamné ?

Quel est l'article du décret qui en fixe l'importance ? Importance égale ou non, paiement absolu, d'après la sous-commission ;

3° N'y a-t-il pas là une *question de principe*, plus que de personne... et cette *pénalisation* ÉNORME, puisqu'elle considère les intraveineuses comme ne devant pas être payées, ne fera-t-elle pas jurisprudence.

Malheur aux confrères pressés ou insuffisamment documentés (comme c'est mon cas) ; leurs oublis leur coûteront cher.

Dr X.

Réponse.

L'article 18 dit : « Lorsqu'au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire, soit..., *soit une série de plus de* 5 *interventions à tarif spécial, il doit en donner avis dans les* 24 *heures* à la Commission de contrôle », (et cela précisément pour que le contrôle sur place puisse être déclenché en temps utile). N'ayant pas donné avis de votre série de plus de 5 injections intraveineuses, vous n'avez pas droit au paiement de celles-ci au titre de *tarif spécial à* 20 *fr.* et vous retombez dans le tarif *ordinaire* de la visite simple plus le déplacement, s'il y a lieu.

La Commission n'avait pas le *droit* de juger autrement. Il n'y a là aucune « pénalisation », mais simplement l'application du décret. Tel est du moins, mon avis *personnel* et que je vous donne comme tel.

Nota. — « Malheur aux confrères pressés ou insuffisamment documentés », dites-vous. C'est pourquoi, nous ne cessons de dire aux confrères de se mettre toujours au courant de leurs droits et de leurs devoirs, avec l'extension constante de la médecine sociale. Et c'est pourquoi nous leur conseillons sans cesse de s'intéresser davantage aux questions syndicales qui traitent de tous ces sujets. Trop souvent, hélas ! nous « clamons dans le désert ! ».

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de direction de bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux pres-

criptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Royat-Thermal.

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la comission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 20 mars 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Un officier en non-activité peut bénéficier de l'article 64 de la loi des Pensions.

20797. — M. Gallou, député, demande à M. le Ministre de la Guerre, si un officier en non-activité pour maladie (tuberculose pulmonaire, suite des gaz), maladie contractée pendant la guerre, jouissant d'une pension de soldat de 100 p. 100, peut bénéficier de l'article 64 de la loi du 31 mars 1912. (*Question du* 28 *février* 1924).

Réponse. — Réponse affirmative. (Titre II de la circulaire ministérielle du 3 novembre 1922 pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 — et non 1912 — aux militaires en activité ou en non activité, *B. O.*, p. 3549).

(*J. O.*, 19 mars 1924.)

Nombre des étudiants en médecine.

20494. — M. Charles Ruellan, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique de faire connaître le nombre des étudiants inscrits aux facultés de médecine et aux écoles de plein exercice depuis l'année scolaire 1919-1920 jusques et y compris l'année scolaire en cours. (*Question du* 5 *février* 1924).

Réponse. — Population scolaire des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie (doctorat -chirurgie dentaire-sages-femmes) :

	Facultés	Ecoles
1919-1920	9.947	1.271
1920-1921	9.731	950
1921-1922	9.424	1.084
1922-1923	9.218	1.033

Ces renseignements ne peuvent être fournis pour l'année scolaire en cours, la statistique générale des étudiants étant établie annuellement à la date du 31 juillet.

(*J. O.*, 19 mars 1924).

Exécution des conventions d'assistance avec les gouvernements étrangers.

20820. — M. Delory, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène : 1° s'il est exact que, malgré les termes de la convention franco-belge d'assistance du 30 novembre 1921, entrée en vigueur le 14 décembre 1923 après l'échange des ratifications et conformément à l'article 10 de ladite convention, les ressortissants belges résidant en France ne peuvent encore actuellement bénéficier des dispositions de cette convention ; 2° dans le cas de l'affirmative, quels sont les motifs de ce manquement aux engagements pris. (*Question du* 28 *février* 1924.)

Réponse. — Par une circulaire en date du 6 octobre 1923, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a fait savoir aux préfets que les conventions d'assistance réciproque conclues entre la France et un certain nombre de gouvernements étrangers étaient exécutoires dès que les ratifications avaient été échangées entre les hautes parties contractantes, ce qui est le cas pour la convention franco-belge. Toutefois, les accords internationaux qui doivent fixer certains détails d'exécution n'ayant point encore été rédigés, il peut se produire des difficultés d'application passagères. Pendant cette période transitoire dont le Gouvernement français s'efforcera de hâter la terminaison, les administrations locales doivent rechercher des solutions pratiques qui assurent aux intéressés le bénéfice des secours auxquels ceux-ci ont droit incontestablement dès à présent. Aucun cas de refus d'assistance obligatoire à des personnes de nationalité belge n'a d'ailleurs été signalé jusqu'à présent à l'autorité supérieure.

(*J. O.*, 16 mars 1924.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 840-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Sans, d'Elbeuf (Seine-Inférieure), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Ajaccio : Quilichini.
Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Antibes : Ribes.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Picoux, S. de Rouville, Ubaud.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Berne, Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*), Oudaille.
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : P. Gasquet, S. Vivant.
Nice : Ardoin, Baillon, (*oculiste*), Bassargette, Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Pietri, Potheau (E.), Rosanoff, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 136. — A vend. torp. Buick 1921, grd. tourisme, 18 HP, 6 cyl., écl. et démar. élec., marche parf., peint. neuve, nombr. access. Pr. dem. 18.000. Dr Poitevin, La Rochelle.

N° 137. — Confr. désire acquérir occasion instal. ray. X, installation modeste de praticien, de préf. av. Coolidge, pr radioscopie et radiographie.

N° 138. — Achèterais appareil gymn. orthopédique, bains air chaud, lumière, fauteuil Bergonié, détail et prix.

N° 139. — A vendre Renault ét. neuf 12.000 av. acces. montre et compteur Jeager, essais sur ttes distances. Dr Sauveplane, à Coye (Oise).

N° 140. — A céder poste proph. rég. montagne aff. 30.000, fixes intér. auto inutile, conviend. à jeune méd. Indem. 7.000.

N° 141. — S.-et-M. ds gr. local. bords de Marne, 75 km. de Paris, nombr. trains à louer pr. 5 mois, mais. meubl. av. jard., 3 chamb. à coucher, 2.000 frs.

N° 142. — Delage cond. inté., 2 pl. et spider, 10 HP., moteur parf. ét. Prix 7.000, s'adr. M. Albassier, 28, rue Pasquier, Paris.

N° 143. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos banl. Paris (30 à 40 km.).

N° 144. — A céder client. médec, génér. à 15 km gde ville de l'Ouest, gare de ch. de fer, localité agréab., rapport 55 à 60.000 fr.

N° 145. — On demande 2 infirm. 20 à 40 ans, pr. service de chir. ds hôpital de l'Est.

N° 146. — Tr. bon poste, vallée de la Loire, rappt. 60.000 ; fixes, bel immeuble av. dép. jardin, élect., beau rayon, région agr., voisinage de gde ville, s'adr. cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 147. — A repr. de suite, cab. méd. à Paris sur beau boulv. tr. passager, appt. 5 p., aff. ancienne suscept. de dévelop., s'adr. cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve. R. C. Seine, 46.851.

AVIS

Modification du tarif pharmaceutique des accidents du travail

Par arrêté du Ministre du Travail du 22 mars 1924, publié au *Journal Officiel* du 27 mars, le tarif applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail a été modifié.

Par suite, l'arrêté du 5 octobre 1923, qui figure dans l'*Agenda-Memento du Praticien* de 1924 est abrogé.

Nous ne publions pas la nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques et des objets de pansements qui figurent dans le nouvel arrêté. Ce sont les mêmes que ceux du précédent, les prix seuls étant modifiés.

Mais ce tarif figurera dans l'*Agenda-Memento* de 1925, à moins que, d'ici l'impression de cet ouvrage, il ne soit lui-même modifié.

CORRESPONDANCE

Limitation du prix des loyers

1° Locataire du 25 septembre 1919 pour 3 ans, prorogé jusqu'au 1er janvier 1925 par jugement du Tribunal, ai-je le droit de demander prorogation jusqu'au 1er janvier 1926 et à quelle époque ?

2° Le loyer de 1.700 fr. plus portes et fenêtres en 1914 a été porté à 3.000 fr. plus portes et fenêtres (70 fr.), en 1919 et à 3.600 fr. plus portes et fenêtres (soit 135 fr. cette année) *par le Tribunal*

L'augmentation sur 1914 $\frac{1.700}{3.600}$, est de 110 % environ.

Puis-je réclamer la réduction à 70 % prévue par la Commission des loyers de Seine-Inférieure, et en tous cas, pour la *nouvelle prorogation*, puis-je l'obtenir ?

Pour cette réclamation éventuelle, quelle marche à suivre ?

Dr Y.

Réponse.

L'article 7 de la loi du 29 décembre 1923 qui institue l'action en réduction des loyers dépassant le prix limite fixé par la Commission paritaire, exclut formellement de son application les

augmentations de loyer arbitrées par décisions de justice ou sous la médiation du juge. Vous ne pouvez donc intenter l'action en réduction puisque votre augmentation a été fixée par le Tribunal.

Mais la décision du Tribunal ne vaut que jusqu'au 1er janvier 1925, puisqu'elle a été rendue par application de la loi du 31 mars 1922. Vous pourrez donc demander à bénéficier des dispositions de la loi du 29 décembre 1923 pour la période allant du 1er janvier 1925 au 1er janvier 1926. Pour cela, vous devrez demander la nouvelle prorogation à votre propriétaire par lettre recommandée ou par exploit d'huissier, trois mois au moins avant l'expiration de la prorogation actuellement en cours, c'est-à-dire avant le 1er octobre 1924, en lui offrant les augmentations sur le loyer de 1914 *fixées par la Commission paritaire*. En cas de refus de sa part, vous retournerez devant le Tribunal qui ne pourra alors vous imposer un prix supérieur au prix limite.

Assurances maladie, vieillesse et décès

Mon fils termine ses études. Il aura 29 ans le 15 juin prochain. Je voudrais qu'il s'assure contre la maladie et prenne ses inscriptions pour une retraite à 60 ans. Je voudrais aussi qu'il assure à sa veuve une pension et un capital. Pouvez-vous assurer tous ces desiderata et sinon, où puis-je l'adresser ?

Réponse.

Nous pouvons assurer votre fils :

1° Contre la maladie, pour 10 fr., 20 fr., 30 fr. par jour selon le chiffre auquel il s'arrêtera.

2° Contre la vieillesse pour une pension maxima de 2.400 fr. à 60 ans, à laquelle il peut ajouter 2.400 autres francs à 65 ans, et ces deux combinaisons sont également ouvertes à sa femme. A eux deux, ils peuvent donc avoir, à 65 ans, jusqu'à 9600 fr. de retraite.

3° Contre la mort, par une pension actuelle de 600 fr. qui sera portée à 1200 fr. dès que cette caisse aura 100 adhérents, ce qui ne peut tarder.

4° Quant au capital au décès nous ne le faisons pas. Il y a à Paris, une Société médicale qui se charge de cela : c'est l'Association confraternelle des médecins français, 34, boulevard de Clichy.

Admission à l'allocation aux femmes en couches

Une de mes clientes, femme de ménage, a accouché le 3 janvier. Elle veut obtenir le bénéfice de la loi de 1913 (assistance aux femmes en couches). Ménage aux ressources très modestes et normal, relevant de l'A.M.G.)

Elle a demandé d'être admise au bénéfice de la loi, quand l'enfant est né, la mairie ne lui a encore rien accordé (le 24 mars).

Que doit-elle faire ? A-t-elle *le droit* de demander avec insistance son allocation ? Enfin, elle nourrit son enfant. A-t-elle *droit* à la prime d'allaitement et en cas de mauvaise volonté de l'administration municipale, à qui doit-elle s'adresser pour obtenir satisfaction ?

Dr G.

Réponse.

L'admission au bénéfice de la loi sur l'assistance aux femmes en couches est prononcée dans les mêmes conditions que l'admission au bénéfice de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

C'est à la commission administrative du bureau d'assistance qu'il appartient de dresser la liste des bénéficiaires. Puis cette liste est arrêtée par le Conseil municipal et déposée au secrétariat de la mairie. Le maire donne avis de ce dépôt par affiches.

Pendant un délai de vingt jours à compter de ce dépôt, les réclamations en inscriptions ou en radiations peuvent être faites par tout habitant ou tout contribuable de la commune, et il est statué sur ces réclamations, le maire entendu, ou dûment appelé, par une commission cantonale spéciale.

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions du Conseil municipal, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement une personne non inscrite sur la liste. L'admission provisoire peut aussi être prononcée par le maire, en cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance.

Si la femme qui croit avoir droit à l'assistance est encore dans les délais pour saisir la commission cantonale (ce n'est pas probable), elle peut le faire. Si le délai de vingt jours est expiré, elle peut former une nouvelle demande et se pourvoir contre le refus d'admission qui lui serait opposé.

Mais son admission n'aurait pas d'effet rétroactif à la date de la première demande.

Quant aux allocations d'allaitement, elles sont servies aux personnes bénéficiaires de la loi sur le repos des femmes en couches. L'admission à la première allocation emporte donc l'admission à la seconde.

Nomination d'un directeur de Bureau d'Hygiène

Le maire de ma commune, stimulé par une circulaire, désire installer un bureau municipal d'hygiène (ou commission), et me confier le rôle de directeur municipal d'hygiène. Or, ni lui, ni moi ne savons rien

de l'organisation administrative ni pratique de l'hygiène municipale officielle. J'ai cherché dans l'Agenda, mais je n'ai trouvé que quelques lignes insuffisantes à la page 228 de 1911. Je vous serais très reconnaissant de m'indiquer, soit les renseignements que je demande (règlements, directives pratiques) soit les sources ou je pourrais puiser.

Dr P.

Réponse.

L'organisation et le fonctionnement des bureaux d'hygiène sont réglementés par le décret du 2 juillet 1905 (Agenda-Memento du Praticien de 1920, page 115).

Le directeur du bureau est nommé par le maire parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il y a donc lieu de s'adresser au Ministère de l'hygiène pour l'ouverture d'un concours, spécial au bureau d'hygiène à pourvoir. La vacance est publiée au *Journal Officiel* et c'est parmi les personnes reconnues aptes par le Comité que le maire peut choisir le directeur du bureau d'hygiène de sa commune.

Cantonnier victime d'un accident du travail

Abonné au *Concours*, voulez-vous me dire si un cantonnier blessé au cours de son travail, bénéficie de la loi de 98 pour les soins gratuits ?

L'administration en temps ordinaire ne leur concède que 2/3 des honoraires, l'autre 1/3 étant à leur charge. Or, en cas de blessure, il me semble qu'il doit en être autrement, est-ce votre avis ?

Dr D.

Réponse.

Il est difficile de répondre à la question que vous nous posez sans connaître exactement la situation administrative du cantonnier blessé. En effet, il est de principe que les fonctionnaires appelés à bénéficier de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, c'est-à-dire ceux qui, après un certain nombre d'années de service, ont droit à une retraite, ne sont pas couverts par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Mais si le blessé est un salarié ordinaire, lié à l'administration par un simple contrat de louage d'ouvrage, la loi de 1898 lui est applicable.

D'après les termes de votre lettre, l'administration prendrait à sa charge une partie des honoraires du médecin en cas de maladie. Il semblerait donc que le cantonnier soit assimilé à un fonctionnaire et comme tel exclu du bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Situation militaire.

Membre du « Sou Médical » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de me donner les deux renseignements suivants :

1° Par ma classe (1898) et même 1896, par mes deux enfants, j'appartiens à la Territoriale ; pourquoi mon ordre de mobilisation porte-t-il « médecin-major de 2e classe de *réserve* ? ». Je n'ai pas demandé de rester dans la réserve et j'entends suivre le sort de ma classe.

La direction du service de santé ne fait-elle aucune différence entre les médecins de complément dans leur affectation en cas de mobilisation, qu'ils appartiennent à la Réserve ou à la Territoriale ?

2° En quelle année serai-je libéré de tout service militaire ?

Veuillez avoir l'obligeance de me répondre par la voie du *Concours*.

Dr J.

Réponse.

1° Il n'existe plus actuellement de Réserve ou de Territoriale ; il y a la première réserve et la deuxième réserve ; à proprement parler, les médecins de complément sont donc, tous, des médecins de réserve. Cependant, au point de vue de leur affectation de mobilisation, il reste toujours tenu compte de leur âge, c'est-à-dire du fait qu'ils appartiennent à la première ou à la deuxième réserve.

2° Vos majorations d'enfants font que vous avez rejoint dès maintenant la dernière classe de la réserve, pour y attendre que les hommes de votre classe effective soient définitivement dégagés de toute obligation militaire après 28 années, c'est-à-dire en 1926 pour la classe 1898.

Droits d'un pensionné à 100 %.

Etant proposé pour une pension définitive de 100 %, je sais que cela comporte pour mon grade (3 galons, 1er échelon), 4.400 de rente, sans compter les enfants, et le quart de place en chemin de fer. Je vous serais obligé de me faire savoir s'il y a d'autres avantages et quels ils sont :

On me dit que cela donne droit à la Légion d'honneur. Est-ce exact ? Dans ce cas quelles démarches à faire ?

Est-ce Légion d'honneur avec traitement ?

Est-il prévu des dégrévements d'impôts pour les mutilés à 100 % ?

En cas de décès, ma veuve touche-t-elle quelque chose et combien ?

Dr N.

Réponse.

La Légion d'honneur n'est accordée que pour les suites de blessures de guerre entraînant un

degré d'invalidité au moins égal à celui de la perte de l'usage d'un membre, c'est-à-dire 65 %. Il s'agit à présent d'une croix avec traitement. Adressez-vous au médecin chef du centre spécial de réforme.

A partir de 40 %, il existe certains dégrèvements d'impôts.

En cas de décès par suite de la maladie qui a justifié une pension d'invalidité d'au moins 80 %, la veuve a droit à une pension de réversion.

Pour trois galons, premier échelon, cette pension serait de 1275 fr. par an.

Fourniture d'un appareil à un mutilé de guerre.

J'ai recours à votre obligeance pour un renseignement concernant « soins aux mutilés ».

Le mutilé R. A. atteint de hernie épigastrique volumineuse et de bronchite emphysémateuse aurait grand besoin de porter une ceinture avec pelote qui lui maintienne en place cette hernie.

De quelle façon peut-il procéder, à qui peut-il s'adresser pour que cette ceinture lui soit fournie, au compte de l'Etat ? Le centre d'appareillage se trouve à M. si le mutilé doit s'y rendre à qui incombent les frais de déplacement.

Dr N.

Réponse.

Si ce mutilé est pensionné pour la hernie épigastrique, il a droit (art. 64) à la fourniture gratuite de cette ceinture.

Qu'il adresse donc une demande motivée au médecin chef du centre d'appareillage de M. en lui demandant de le convoquer : il sera bon qu'il joigne à sa demande une copie, certifiée conforme, de son certificat de réforme. Les frais de déplacement lui seront remboursés.

Demande de pension militaire.

Un de mes clients, âgé de 40 ans, que j'avais soigné dès avant la guerre pour une maladie de cœur, a été mobilisé le 15 mai 1917.

Après quelques mois de service, il a été réformé n° 2 par la commission spéciale de réforme de L. le 25 novembre 1917.

Rentré dans ses foyers, son affection cardiaque s'est aggravée et il est décédé le 1er décembre 1922.

Sa veuve n'ayant rien réclamé jusqu'à ce jour, peut-elle solliciter une pension ou allocation !

Dans le cas de l'affirmative, à qui doit-elle adresser sa demande ?

Dr T.

(Voir la suite page XLVII-885)

PROPOS DU JOUR

L'instruction des infirmières hospitalières

L'Assistance Publique de Paris a, depuis un demi-siècle (1), organisé et perfectionné l'instruction professionnelle de ses infirmières hospitalières. Pendant 28 ans, cette instruction fut donnée uniquement par les Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la ville de Paris, organisées et dirigées par le Dr Bourneville, écoles dont tous les employés de l'Assistance, ayant une instruction primaire suffisante, étaient tenus de suivre les cours et les exercices pratiques. Le programme très simple, suffisant et fréquemment remanié, élaboré par des médecins et des surveillantes expérimentés, s'efforçait de ne pas inciter les élèves à sortir du rôle d'auxiliaires du médecin et à empiéter sur ses attributions.

En 1907, l'administration de l'Assistance parisienne voulut, non sans raison, s'assurer un état-major d'infirmières plus instruites. Tout en conservant les cours des anciennes écoles, destinées à éduquer la très grande majorité du personnel soignant, elle fit élever à la Salpêtrière une véritable institution d'instruction professionnelle où un nombre restreint de jeunes filles instruites, soumises au régime de l'internat, viennent faire durant deux ans des études sérieuses. Cette école délivre un brevet d'une valeur évidemment supérieure à celui des anciennes écoles où les élèves ne suivent les cours que durant une année et ne consacrent à leur instruction qu'une heure ou deux par jour et durant huit ou neuf mois tout au plus. Mais l'école de la Salpêtrière, ne pouvant admettre qu'un nombre restreint d'élèves, est incapable de répondre aux besoins considérables des hôpitaux parisiens.

Les décrets du 27 juin 1922 et du 19 février 1923, instaurant le brevet d'Etat d'infirmiers et d'infirmières et exigeant pour son obtention deux années d'études, a mis l'Assistance parisienne dans l'obligation de modifier l'organisation de son enseignement professionel. L'école de la Salpêtrière, répondant et au-delà aux exigences de l'Etat, n'a pas à être réformée, mais les vieilles écoles municipales qui, en une année, ne peuvent donner aux élèves qu'une instruction assez sommaire, se trouvent obligées de se réorganiser pour que le diplôme délivré puisse être assimilé au brevet d'Etat.

Professeur de soins aux malades et aux blessés depuis plus de trente ans dans ces écoles, et nous étant toujours intéressé à l'enseignement du personnel auxiliaire du corps médical, nous avons été amené à étudier de nouveau la question. Nous avons donc lu dans les numéros du *Journal officiel* du 1er juillet 1922 et du 11 mars 1923, le *décret du 27 juin* 1922, amendé par le *décret du 19 février* 1923 et plus particulièrement le *Sommaire type proposé aux écoles d'infirmières hospitalières pour les cours obligatoires pendant les deux années d'études*. Cette lecture nous a déçu ; elle nous aurait même profondément attristé si l'auteur du Sommaire-type, se rendant compte de toute l'imperfection de son œuvre, n'avait lui-même écrit à la fin en matière de conclusion :

Le sommaire ci-dessus est le programme minimum de l'enseignement théorique (dans certains cas joint à la pratique) qui doit être donné à l'infirmière hospitalière au cours de ses deux années d'études. Chaque professeur, sans être nullement obligé de s'en tenir à la table des matières ci-dessus, devra tout au moins ne rien en retrancher. Toutes les leçons devant être faites en deux périodes de 11 mois chacune, il n'est pas nécessaire de différencier les matières relatives, soit à la première, soit à la deuxième année, pour que chaque élève en reçoive le cycle entier.

***

Le principal mérite d'un programme est de guider celui qui a la charge d'enseigner. Il doit non seulement tâcher d'être complet en énumérant tout ce que comprend l'enseignement qu'il réglemente en quelque sorte, mais encore il doit être méthodique et indiquer dans quel ordre doivent logiquement se succéder les leçons.

A ce point de vue le Sommaire-type du ministère de l'hygiène n'est pas un programme. C'est une énumération confuse. On a, en le lisant, l'impression de parcourir les notes recueillies à la hâte par le secrétaire d'une commission au cours d'une discussion désordonnée, où chacun a pris la parole au hasard, sans être ramené à la question.

(1) Exactement 46 ans.

Dès le début du *Sommaire-type* nous lisons ce qui suit :

« *Leçons préliminaires* : Technique de certains soins : le pouls, la température, la respiration, comment faire un lit, prévention des eschares, comment donner un bain, un enveloppement, etc., toilette du malade, comment coiffer une malade, etc. ».

En toute sincérité, quelle note pourrait donner un professeur à un élève à qui serait posée la question : « *Enumérer les soins les plus ordinaires à donner à un malade* » et qui répondrait par ces lignes du Sommaire-type, où l'on chercherait en vain l'ombre d'un effort de réflexion, d'ordre et de classification.

Nous n'entreprendrons pas la critique par le menu du Sommaire-type dont nous serions au regret de chagriner les auteurs, que nous ignorons, mais nous y relevons des indications qui nous déroutent et nous doutons qu'il y ait une seule personne ayant une petite expérience, nous ne dirons pas de l'enseignement aux infirmières, mais bien du rôle que ces dernières doivent remplir, qui ne soit de notre avis.

Prenons le Chapitre II intitulé : *Soins aux malades de médecine* (*tuberculose comprise*) nous lisons : « Affections de l'appareil digestif : 4 leçons. Affections de l'appareil respiratoire : 4 leçons. Affections du système nerveux : malades mentaux : 3 leçons. Maladies du cœur : 3 leçons. Maladies des vaisseaux : 2 leçons, » etc., etc. Et plus loin : « Le bacille de Koch. — Tuberculose des adultes, formes chroniques. — Description. — Tuberculose des enfants, formes aiguës — Etude des différentes localisations. — Prophylaxie. — Désinfection. — La cure. — Rôle du sanatorium. »

Vraiment, est-ce là le sommaire-type des leçons à enseigner à des infirmières ou celui du programme sommaire d'une école de médecine qui désire apprendre à la hâte à ses étudiants des notions de pathologie interne pour en faire de mauvais sous-officiers de santé ? Nous nous demandons en conscience ce que tout cela a à faire avec l'éducation d'une infirmière hospitalière. Doit-elle porter le diagnostic de la maladie ? Si elle a des ventouses à poser sur le thorax, prescrites par le chef de service, est-ce que son rôle sera de discerner si l'affection qui nécessite ce traitement est une affection respiratoire ou une complication qui relève des maladies des vaisseaux, du cœur ou des reins ? S'il a été prescrit au malade une purgation saline, l'infirmière hospitalière ne sera-t-elle pas déroutée si, ayant étudié ce procédé de traitement dans la leçon des affections de l'appareil digestif, elle le voit appliquer dans les maladies du cœur ou des poumons ? Nous épargnerons à nos lecteurs de nous appesantir sur la critique de cette partie du Sommaire-type qu'il suffit de souligner. Cependant nous serions curieux de savoir par le menu ce que le maître le plus docte pourrait dire d'utile en 3 leçons à des infirmières sur les maladies du cœur et en deux leçons sur les maladies des vaisseaux. Nous n'entrevoyons même pas nos plus éminents phtisiologues, décrivant à leurs infirmières les formes chroniques de la tuberculose des adultes, ni les formes aiguës de la tuberculose des enfants.

Nous pourrions nous livrer à une critique analogue sur le sommaire des soins aux malades de chirurgie où le rôle de l'infirmière et celui du chirurgien paraissent absolument et inextricablement confondus.

Le Chapitre V, des *soins aux enfants*, comprend : « la coqueluche, les angines, la diphtérie, les fièvres éruptives : rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle, variole, vaccin, paralysie nerveuse (?) méningites, paralysies spinales, chorée, convulsions, tétanos (!) maladies de la peau. »

Puis suit le Chapitre VI : « *Maladies infectieuses* : Les microbes. Isolement. Désinfection. Maladies contagieuses aiguës. Maladies contagieuses chroniques : 1° tuberculose ; 2° syphilis. »

Ne trouvez-vous pas que ce Chapitre VI à la suite du Chapitre V vient un peu, qu'on nous passe l'expression, comme la moutarde après dîner ?

En matière médicale (Chapitre VII), même désordre. Nous y trouvons signalées 4 leçons sur la classification des médicaments et, sans doute, pour indiquer sommairement ce que cette classification doit être, une énumération singulière où « le salol, le salophène, le dermatol, l'aniline, la phénacétine, l'hectine, l'antipyrine, le pyramidon » se font suite ; énumération dans laquelle le paragraphe : *narcotiques*, comprend entre parenthèses : le chloroforme, l'éther et l'opium.

En parcourant le Sommaire-type du ministère de l'hygiène, on a l'impression qu'il a été conçu dans le but de faire de l'infirmière ce qu'aucun médecin ne désire qu'elle soit et ce qu'aucune directrice d'école d'infirmières ne voudrait qu'elle devînt, c'est-à-dire un médecin d'ordre inférieur, très inférieur, tenté par l'enseignement qui lui aura été donné de prendre les initiatives les plus dangereuses avec l'inconscience des ignorants qui croient, en toute bonne foi, être très instruits.

***

Nous ne pouvons donner ici un programme de l'enseignement des infirmières et nous n'aurions pas d'ailleurs l'outrecuidance d'en élaborer un à nous seul, bien que nous ayons à diverses reprises, depuis trente ans, discuté souvent et longuement, même écrit quelquefois, sur cette question. Cependant nous nous permettrons de tracer les grandes lignes d'une méthode d'enseignement en deux ans qui nous paraît raisonnable.

Il faut d'abord se mettre en face de la réalité, bien qu'il soit pénible parfois de la constater telle qu'elle est.

A l'heure actuelle en France et aussi en Belgique (des renseignements qui nous viennent de bonne source nous permettent de l'affirmer) il est impossible de recruter un nombre suffisant de jeunes filles, pourvues de l'instruction secondaire ou primaire supérieure, indispensable pour faire une *infirmière parfaite* ; nos hôpitaux doivent par la force des choses (ce qui est évidemment regrettable, mais c'est un fait) se contenter d'infirmières dont l'instruction générale est très élémentaire (certificat d'études primaires tout au plus). Les jeunes filles très instruites doivent, à notre avis, faire des études spéciales dont le programme doit être très étudié dans des écoles spéciales, comme il en existe à Paris, à la Salpêtrière, rue Amyot, rue de la Glacière, rue Vercingétorix, etc., à Bordeaux (école Florence Nightingale) etc. Elles formeront une élite, deviendront surveillantes ou seront chargées de services spéciaux où elles pourront utiliser leurs connaissances. Mais le plus grand nombre des infirmières hospitalières, celles qui ne possèdent qu'une instruction primaire très élémentaire et que les administrations de nos hôpitaux doivent néanmoins recruter faute de trouver mieux, doit-on les laisser sans enseignement et abandonner leur éducation au hasard ? Evidemment non.

Pendant une première année d'études, il serait nécessaire de leur enseigner des éléments très simples, très sommaires, sous forme de leçons de choses de physique, de chimie, d'anatomie, de physiologie, noms qui, à notre avis, nous semblent ici très prétentieux. Nous appellerions plutôt ce cours, cours de connaissances scientifiques élémentaires. On ne peut parler de thermomètre, de pression atmosphérique, de stérilisation sous pression, de microbes, de circulation du sang, d'hémorragies, à une candidate infirmière, sans lui avoir d'abord donné une idée des principes scientifiques qui expliquent tout cela. En même temps, toujours pendant la première année, l'on apprendrait à l'infirmière ce qu'elle doit savoir tout d'abord : tenue et propreté de la salle de malades, arrangement des lits, couchage et soins hygiéniques des malades, prise des températures, pouls, etc. Nous y ajouterions les pansements simples, les ventouses, en somme tout ce que doit savoir une infirmière ordinaire qui, sous le contrôle d'une surveillante instruite et prudente, exerce sa profession dans une salle de malades.

Des notes et des examens permettraient à ces infirmières d'obtenir un certificat à la fin de leur première année. L'on pourrait ainsi faire une sélection. En seconde année, celles qui auraient leur certificat ou le certificat avec une mention spéciale, recevraient une instruction complémentaire. On leur apprendrait par exemple à pratiquer la stérilisation, à seconder le chirurgien et ses aides au cours d'une opération, à servir d'aide préparatrice dans un laboratoire, etc. Un brevet équivalent au brevet d'Etat serait délivré après examen à la fin de cette dernière année et l'on aurait ainsi un nombre appréciable de bonnes infirmières qui pourraient, les années d'expériences aidant, compléter les cadres des infirmières, très instruites, sorties des grandes écoles.

En veillant à cet enseignement, en mettant chacun à sa place et en insistant d'abord sur l'art de ne pas nuire, en montrant à l'occasion dans chaque leçon le danger des initiatives intempestives, l'on parviendrait à doter les hôpitaux des bonnes infirmières dont ils ont besoin et l'on ne formerait pas de ces gardes-malades, sous-officiers de santé, indociles, prétentieuses, ignorantes et bavardes dont nos confrères, pendant les premières années de la guerre, se sont si amèrement plaints de rencontrer parmi les infirmières du genre amateur.

J. Noir.

R. H. M. S. : 1840.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ETIOLOGIE DES MALADIES INFECTIEUSES AIGUËS (1)

Par Camille LIAN,

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

Les *maladies infectieuses aiguës* sont constituées par les fièvres épidémiques et contagieuses que de patientes études cliniques ou anatomo-cliniques ont permis peu à peu d'identifier. Mais longtemps, leur nature, le mécanisme de leur transmission, restèrent inconnus et mystérieux, jusqu'aux géniales découvertes de Pasteur, qui ont montré que les maladies infectieuses étaient dues au développement, dans l'organisme humain, de ces petits agents animés, que l'on désigne communément sous le nom de microbes.

I. — LES TRAVAUX DE PASTEUR.

C'est au cours d'études chimiques que Pasteur a fait les premières constatations qui devaient le conduire à introduire, dans la pathologie médicale, cette notion capitale de l'origine microbienne des maladies infectieuses.

De 1857 à 1865, il étudia les altérations, connues sous le nom de *fermentations*, des liquides comme le lait, la bière, le vin. Ainsi, vous savez tous que le vin exposé à l'air arrive à se transformer en vinaigre. C'est Pasteur qui a démontré que cette transformation de l'alcool en acide acétique est due au développement dans le vin d'un être organisé, d'un bacille : le *Bacillus aceti*. La pullulation de ce bacille dans le vin forme à la surface du liquide un voile uniforme velouté, qui constitue ce qu'on appelle vulgairement la mère du vinaigre. Ce voile renferme en effet un nombre considérable de ces bacilles ; aussi, suffit-il de transporter ce voile dans un récipient renfermant du vin pour que rapidement, ce vin subisse la fermentation acétique, c'est-à-dire se transforme en vinaigre.

Ainsi Pasteur, en montrant que la fermentation est le fait de la pullulation d'êtres organisés, en isolant à l'état pur ces micro-organismes, en reproduisant à volonté la fermentation, en l'empêchant également à volonté en portant le liquide à une température suffisante pour tuer le micro-organisme, Pasteur, ce faisant, non seulement bouleversait la chimie, mais venait de faire une découverte biologique d'une importance considérable, qui allait rapidement le conduire à la notion de l'origine microbienne des maladies infectieuses. Comme l'a si bien exprimé M. Roux : « Pasteur avait déjà révolutionné la médecine avant d'avoir entrepris l'étude d'aucune maladie ».

A vrai dire, il aborda d'abord l'étude des *maladies des vers à soie*, et il y fut amené par une mission qui lui fut confiée en 1865, des maladies des vers à soie ravageant à ce moment les magnaneries du Midi. Après plusieurs années de recherches, Pasteur découvrit que ces maladies étaient dues à des parasites visibles au microscope ; il le prouva en montrant que des vers à soie contractaient la maladie, si on leur donnait à manger des feuilles de mûrier souillées par des déjections provenant de vers malades, et renfermant le parasite incriminé.

C'est au cours de ces travaux sur les fermentations, puis sur les maladies des vers à soie, que Pasteur conçut l'*hypothèse de l'origine microbienne des maladies infectieuses aiguës*. Cet esprit génial se plaisait à formuler les conceptions les plus hardies, mais il savait ne les tenir que pour des hypothèses, tant qu'il ne les avait pas soumises au contrôle sévère d'une expérimentation rigoureusement conduite.

Au même moment d'ailleurs, Davaine, prenant point d'appui sur ces travaux de Pasteur, concluait que les petits bâtonnets, qu'il avait vus treize ans auparavant dans le sang des animaux atteints du charbon, constituaient le virus du charbon ; mais il n'apportait pas la preuve formelle de cette affirmation.

C'est Pasteur qui démontra d'une façon irréfutable que le charbon est bien dû à un bâtonnet spécial, qu'on appelle la bactéridie charbonneuse. Pour cela, il appliqua la technique impeccable qui lui avait servi à étayer l'origine microbienne des fermentations, c'est-à-dire l'emploi de *bouillons de culture* permettant d'isoler le microbe à l'état pur. Il prend une parcelle infime de sang d'un animal atteint du charbon, et l'introduit

(1) Première partie de la 1re leçon des conférences de pathologie médicale (2e semestre), faite le 17 mars dernier. Leçons suivantes les lundis, mercredis, vendredis à 18 h. au Petit Amphithéâtre : Maladies infectieuses aiguës et maladies par carence.

dans un ballon renfermant un demi-litre d'une solution dépourvue de germes parce que stérilisée par la chaleur, ce ballon étant bouché avec un tampon d'ouate, elle-même stérilisée et arrêtant les poussières de l'air qui seraient susceptibles de venir apporter des germes dans le ballon. Puis, avec une goutte de ce premier ballon, il ensemence un deuxième ballon ; il fait de même avec une goutte du deuxième ballon et fait ainsi toute une série de passages successifs de ballon à ballon. Enfin, une goutte du dernier ballon tue un mouton aussi sûrement que le ferait une goutte de sang charbonneux. Et cependant, la parcelle de sang charbonneux qui a servi à ensemencer le premier ballon se trouve, du fait de ces passages successifs, véritablement *noyée dans un océan*, selon l'expression pittoresque de Roux. Par contre, les bactéridies se sont multipliées dans chacun de ces ballons. C'est donc la bactéridie elle-même qui contamine le mouton inoculé avec une goutte du dernier ballon.

Ainsi, non seulement Pasteur venait de démontrer que le charbon était dû à un agent animé, à un microbe, selon le nom proposé à Pasteur par Littré pour désigner ces petits organismes microscopiques, mais en même temps, il était conduit à concevoir qu'il en était vraisemblablement de même pour toutes les maladies infectieuses. Enfin, *il créait une technique nouvelle*, l'emploi des milieux de culture, qui allait permettre de découvrir le microbe de beaucoup d'autres maladies infectieuses. Pasteur avait donc créé de toutes pièces une méthode nouvelle qui dépassait de beaucoup, comme portée, la simple découverte d'un microbe donné, puisqu'elle pouvait s'appliquer à la recherche de tous les germes microbiens et à la démonstration de leur rôle dans la genèse des diverses maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses aiguës ne sont pas seulement des fièvres épidémiques ou contagieuses. Nous savons maintenant, grâce aux immortels travaux de Pasteur, qu'elles ont toutes ce trait commun d'être causées par des agents animés, par des microbes.

Aussi, dans mes leçons ultérieures, à propos de chaque maladie infectieuse aiguë, je vous décrirai le microbe qui la provoque, du moins pour celles dont nous connaissons l'agent pathogène, car il en est un certain nombre, comme les fièvres éruptives par exemple, dont le microbe n'a pu encore être isolé.

II. — Quelques particularités du rôle étiologique des microbes.

Toutefois, il importe que je vous mette dès maintenant en garde contre une généralisation hâtive et un peu simpliste que vous pourriez être tentés de faire ; *vous pourriez croire, par exemple, qu'un microbe ne peut causer qu'une seule maladie.*

Il n'en est rien. Ainsi, le *streptocoque* n'est pas seulement le microbe de l'érysipèle, il peut causer dans d'autres cas une infection générale, c'est-à-dire une septicémie, comme l'infection puerpérale, ou au contraire une maladie locale suppurative, comme une pleurésie purulente, ou encore une angine à fausses membranes. De même, le *staphylocoque* peut causer un phlegmon, ou un simple furoncle, ou la grave maladie des os qu'est l'ostéomyélite. Certes, nous sommes actuellement familiarisés avec ces données, mais on peut concevoir la stupéfaction des médecins, lorsque Pasteur vint dire que l'ostéomyélite est un *furoncle des os.*

D'autre part, certains tableaux morbides, qui paraissent caractéristiques de telle affection, due toujours à un même microbe, peuvent en réalité relever d'une affection voisine, due à un microbe de la même famille que celui qu'on soupçonnait.

Ainsi, certains états qu'on n'avait pas hésité à rattacher à la *fièvre typhoïde* due au bacille d'Eberth sont en réalité, nous le savons maintenant, non pas des cas de fièvres typhoïdes, mais des *fièvres paratyphoïdes* dues aux bacilles paratyphiques.

Par conséquent, il faut beaucoup de prudence dans le diagnostic des maladies infectieuses aiguës, et aussi souvent que cela est possible, il est bon de faire appel aux méthodes de laboratoire, et de confronter leurs résultats avec ceux d'un examen attentif du malade.

On pourrait être *tenté de croire qu'une maladie infectieuse est toujours due à la pénétration dans l'organisme humain d'un microbe virulent venu du dehors. Il n'en est rien.* Vous savez par exemple que la pneumonie est due au pneumocoque. Or, ce microbe se trouve fréquemment dans la salive d'individus bien portants. Il y a donc lieu de penser que, dans certains cas, une maladie infectieuse est due au caractère virulent que prend brusquement un microbe déjà dans l'organisme, mais jusqu'alors inoffensif et vivant en saprophyte, selon le mot technique couramment employé en pareil cas. La cause de l'apparition brutale de cette virulence peut rester mystérieuse ; dans certains cas, on la voit dans un fléchissement brusque de la résistance du sujet qui vient d'être soumis à un surmenage intensif.

III. — L'importance du terrain.

Les quelques remarques précédentes sur le rôle des microbes dans la genèse des maladies infectieuses aiguës nous ont déjà révélé un facteur des plus importants dans l'apparition de ces maladies, c'est l'*état du terrain*, constitué par l'organisme du sujet. En effet, le microbe représente le germe de la maladie et celui-ci, à la façon du grain semé dans le sol, va se développer plus ou moins facilement selon

que l'organisme du sujet constituera un terrain plus ou moins favorable à la prolifération de ce microorganisme.

Ainsi, le rôle du *surmenage* est bien net. Il y a longtemps que les vétérinaires ont reconnu que le charbon et la morve survenaient surtout chez les animaux surmenés. On disait autrefois que le surmenage créait la maladie ; on sait maintenant qu'il constitue seulement une circonstance favorisante. Son influence apparaît avec netteté après les fatigues imposées aux troupes en campagne.

De même, certaines *grandes émotions* peuvent diminuer la résistance d'un organisme. Elles s'ajoutent souvent à la fatigue. Ainsi, *la mère de famille* qui soigne avec dévouement son mari ou un de ses enfants atteints d'une maladie grave peut tomber malade à son tour : l'invasion microbienne a été facilitée à la fois par la fatigue et les émotions. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer l'expression populaire d'après laquelle, dans une épidémie, sont surtout frappés ceux qui ont une *peur terrible* de tomber malades. On comprend que leurs angoisses, qui troublent leur appétit, leur sommeil, peuvent arriver à diminuer la vigueur de leur organisme et à le rendre plus sensible à la contagion.

C'est en troublant l'équilibre de l'organisme que *le froid* peut jouer un grand rôle dans l'éclosion de certaines maladies infectieuses.

De même *la grossesse, la menstruation* peuvent modifier les résistances de l'organisme. Ainsi, à propos de l'érysipèle, j'insisterai sur les cas où l'érysipèle récidive fréquemment à l'occasion des périodes menstruelles, constituant ce qu'on appelle l'érysipèle cataménial.

Enfin, *bien d'autres facteurs* peuvent intervenir, comme l'*âge*, la *race*, les *maladies antérieures*, etc. J'en ai dit assez pour vous faire sentir toute l'importance de la notion du terrain dans l'étiologie des maladies infectieuses aiguës.

Toutefois, vous ne devez pas tomber dans l'*erreur qui consisterait à penser qu'un sujet vigoureux, gai, non surmené, placé dans de bonnes conditions hygiéniques, est à l'abri des maladies infectieuses.* En effet, lorsque le sujet a été contaminé par le microbe d'une maladie infectieuse, l'éclosion ou la non apparition de cette maladie est *la résultante du rapport* entre le degré de malignité du microbe, c'est-à-dire sa virulence, et les conditions plus ou moins favorables de résistance de l'organisme.

C'est dire que lorsque le microbe infectant est d'une grande virulence, tout sujet contaminé, si vigoureux soit-il, sera atteint de la maladie infectieuse dont ce microbe est l'agent causal.

A ce propos, il est important que vous sachiez que *la virulence des microbes n'est pas fixe.* Elle s'atténue ou s'exagère selon les conditions où se trouve le microbe.

Ainsi, *dans les milieux* de culture, les microbes ont des tendances à perdre rapidement en général leur virulence. Inversement, pour exalter la virulence, il suffit de recourir à ce qu'on appelle les *inoculations en série.* On contamine un deuxième animal avec le sang du premier animal inoculé, puis un troisième avec le sang du deuxième et ainsi de suite. On arrive ainsi par ces passages successifs à donner au microbe une virulence considérable.

Cette exaltation de virulence d'un microbe par passages successifs contribue pour une part à expliquer la gravité de certaines *épidémies*, ou encore la gravité des cas d'une même maladie, dans une même salle d'hôpital.

En tout cas, la genèse des *épidémies* paraît tenir à des conditions, encore obscures, pour une part saisonnières, qui facilitent à la fois l'augmentation de virulence et la dispersion du germe d'une maladie.

(*A suivre.*)

COPROLOGIE PRATIQUE

Par le Dr L.-H. Dejust,

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

La coprologie est comme la prose : on en fait sans le savoir. Le médecin qui laisse tomber un rapide coup d'œil sur le bassin, puis se détourne vers d'autres examens fait de la coprologie comme parlait Monsieur Jourdain.

Mais, dans la pratique médicale la plus ordinaire, en clientèle comme à l'hôpital, la coprologie se borne trop souvent à cette inspection « en bloc » des selles émises : on se prive ainsi de renseignements fort précieux pour le diagnostic qu'une étude plus méthodique des selles fournit aisément.

Sans doute, dans certains cas, on adresse le malade à un laboratoire d'analyses biologiques en vue de certaines recherches ; celles-ci sont de règle dans les services hospitaliers spécialisés, de règle aussi pour ceux d'entre nous qui s'intéressent plus spécialement à la pathologie digestive ; mais ils sont exceptionnels dans la plupart des petites villes, où nul laboratoire n'est accou-

tumé à les pratiquer, et plus rares encore en pratique rurale.

Cette méconnaissance d'une aussi précieuse ressource de diagnostic provient d'une conception trop peu clinique de la coprologie (1).

Il est, pourrait-on dire, deux sortes de recherches coprologiques. La première ne peut se poursuivre que dans un laboratoire parfaitement outillé : elle exige un opérateur chimiste et bactériologiste entraîné et il n'est pas facile au clinicien d'interpréter les résultats complexes qui lui sont fournis ; c'est la coprologie chimique avec la détermination des coefficients d'utilisation des diverses catégories d'aliments la recherche et le dosage des diastases ; c'est aussi la bactériologie des fèces dont la flore est si délicate à étudier.

L'autre espèce de recherches coprologiques n'exige pas tant d'appareil scientifique : un agitateur, les réactifs les plus usuels, un microscope, voici tout le matériel nécessaire pour obtenir des renseignements dont la précision serait certes insuffisante pour des expériences de laboratoire, mais est assez grande pour permettre d'asseoir un diagnostic. Il y a, je crois, grand intérêt à ce que cette catégorie d'examens soit pratiquée par le médecin lui-même, qui, seul, peut confronter les signes cliniques et les signes coprologiques, et par conséquent orienter dans un sens judicieux l'analyse des fèces. Si un dosage chimique se traduit par un chiffre indépendant de l'opérateur, il n'en est pas de même de l'examen microscopique d'une préparation montrant un état de digestion plus ou moins avancé des résidus alimentaires : un compte rendu écrit, même fort bien rédigé, ne remplace pas plus la vision que la lecture d'une observation ne remplace l'examen du malade.

***

Dans quels cas doit être pratiqué l'examen coprologique ?

Chez tout malade se plaignant de diarrhée chronique, l'examen coprologique doit être pratiqué, qu'il s'agisse de diarrhée constante, ou d'alternatives de constipation et de diarrhée. Ceci permettra de déterminer la nature et le siège (Goiffon) de la diarrhée.

Mais il faut bien se garder de modifier l'alimentation du sujet avant de faire l'analyse. Il peut, en effet, exister un rapport de cause à effet entre le régime et les troubles, rapport ignoré du malade et de son entourage. Si on modifie dès l'abord le régime, le trouble disparaîtra ou sera modifié, et son origine méconnue. C'est particulièrement l'abondance excessive des féculents dans le régime qui rentre dans ce cas. Nous reviendrons plus en détail sur ce syndrome très fréquent, et très fréquemment méconnu.

En outre, cet examen à l'improviste, sans modification du régime, permet de vérifier l'exactitude des dires du malade, qui ne se méfie pas d'ordinaire de l'indiscrète précision de ce genre d'analyse : tel vous affirme ne plus manger de viande depuis des mois, qui vous émet une selle riche en fibres musculaires striées. Un autre vous déclare ne plus manger de fruits, et rend des cellules pierreuses de la poire.

Et je me souviens de cette malade mise par son médecin traitant à un régime fort strict, et dont les selles étaient bourrées de spores de truffe...

Donc premier examen d'orientation à l'improviste, si possible. Au cas où cet examen ne suffit point, on en pratique un deuxième après avoir mis le malade au régime d'épreuve.

Dans les diarrhées aiguës, l'examen coprologique ne s'impose pas d'une façon aussi absolue. Lorsque le diagnostic est évident, l'évolution bénigne et rapide, on peut certes se contenter de l'ordinaire inspection du bassin. Mais si les phénomènes pathologiques s'aggravent ou même persistent, ou récidivent ; en un mot si la tendance à la chronicité semblant se manifester montre que l'origine des troubles doit être cherchée ailleurs que dans un accident passager (intoxication, refroidissement) alors l'examen coprologique doit être pratiqué, et pratiqué précocément.

Les selles d'aspect et de consistance normales et les selles de constipation doivent-elles retenir l'attention du point de vue qui nous occupe ?

Dans quelques cas — assez rares il est vrai — une selle peut présenter une consistance presque normale, un peu pâteuse, alors qu'un examen microscopique nous apprendra qu'il s'agit en réalité d'une de ces selles de redilution dont nous parlerons plus loin.

D'autre part, normales ou constipées, les fèces peuvent renfermer des éléments anormaux dont la présence a une signification considérable : du sang ou des parasites intestinaux. La seule inspection du bassin peut être insuffisante pour déceler l'une ou l'autre de ces présences.

C'est l'état clinique du malade qui doit orienter l'analyse : existe-t-il un motif de soupçonner une hémorragie occulte du tube digestif ou bien une infection parasitaire, les fèces devront être soumises à des examens répétés.

En résumé, l'analyse coprologique sera pra-

(1) Que le lecteur qui possède quelques notions, même sommaires, de coprologie ne pousse pas plus loin sa lecture : il n'apprendrait ici rien de nouveau, ou du moins fort peu. Ce n'est point pour ce lecteur averti que j'écris, mais tout au contraire pour celui qui ne l'est nullement, aussi m'efforcerai-je d'éliminer tout ce qui n'est point indispensable.

Pour un plus ample développement, le lecteur se reportera à l'excellent *Manuel de coprologie clinique*, de Goiffon (Masson, éditeur).

◆◆◆

tiquée systématiquement dans les diarrhées chroniques, éventuellement dans les diarrhées aiguës (étiologie incertaine) systématiquement aussi, et en série, lorsqu'il est permis de soupçonner une hémorragie occulte ou une infection parasitaire du tube digestif.

A ces indications il faut ajouter celle qui résulte d'une déficience probable d'une des glandes digestives annexes dont la sécrétion diastasique insuffisante se manifeste par une digestion insuffisante des aliments correspondants.

Forme et consistance. Vitesse du transit.

Le contenu du cæcum est une masse pâteuse qui se deshydrate durant la traversée du gros intestin. Plus la motricité intestinale est grande, plus les matières seront riches en eau.

Mais, d'un excès d'eau dans les matières est-on en droit de conclure à un excès de motricité de l'intestin ? Autrement dit, toute diarrhée est-elle provoquée par un passage trop rapide des matières dans le gros intestin, ne laissant pas à celles-ci le temps de perdre leur eau ? Non, il est une autre origine, sur laquelle nous reviendrons, d'ailleurs : sous l'influence d'une irritation, par exemple le séjour trop prolongé de matières fécales déjà durcies, il se produit une irritation, une hypersécrétion colique : au lieu d'absorber l'eau, le côlon en fournit ; ce n'est plus une vraie diarrhée, comme dans le cas d'excès de motricité, c'est une fausse diarrhée, une diarrhée de redilution.

Pour savoir s'il s'agit de l'une ou de l'autre espèce de diarrhée, nous mesurerons la vitesse du transit.

Quelle est la vitesse d'un transit normal ? Ceci est assez difficile à préciser, car la défécation, chez l'homme civilisé, est soumise à des habitudes ; celles-ci influent sur un fonctionnenement qui ne devrait être que physiologique. L'homme civilisé, allant à la selle une fois par vingt-quatre heures, émet donc des matières correspondant aux deux grands repas de la journée. S'il va à la selle le matin, au réveil, il rejettera d'ordinaire des fèces correspondant aux deux derniers repas qu'il a fait (ceux de la veille).

S'il défèque immédiatement après le repas de midi comme il est assez fréquent, ses matières correspondront également aux deux repas de la veille : le transit aura été plus lent que dans le cas précédent, sans qu'on puisse cependant parler de constipation. On voit qu'il est difficile de préciser la vitesse d'un transit normal. Nous pensons qu'on peut considérer comme satisfaisante une motricité intestinale qui fait rejeter régulièrement des selles correspondant aux deux derniers grands repas ou bien encore au 2e et 3e repas ayant précédé la défécation.

Comment savoir à quel repas corrrespond une selle ? En faisant absorber au cours de celui-ci une substance facile à reconnaître dans les matières, et cependant sans influence sur la motricité intestinale. La substance la plus pratique à utiliser est la poudre de charbon (aucune toxicité, facile à se procurer).

Au début d'un repas on fait absorber au malade un ou deux cachets (au total pour le moins cinquante centigrammes, et de préférence un gramme) de poudre de charbon végétal.

Puis on guette la sortie, examinant chacune des selles émises. On reconnaîtra la présence fécale du charbon à la couleur noirâtre que présente la selle qui en contient. Il ne faut pas s'attendre à voir des selles noires comme de la suie, mais seulement d'une teinte franchement plus foncée que les précédentes.

Si l'examen macroscopique ne suffit pas à déceler le charbon avec certitude, il suffit de prélever gros comme une noisette de la selle en sa région la plus foncée et de la triturer avec une baguette de verre (ou de métal) dans un mortier (ou sur une assiette).

Lorsque la selle renferme du charbon, celui-ci « crisse » sous l'agitateur comme du sable (faire l'expérience en ajoutant une pincée de poudre de charbon à une selle normale).

Le doute persiste-t-il encore ? une trace de matières triturées avec de l'eau est examinée au microscope, avec un objectif faible : le charbon se présente sous forme de petites masses noires, anguleuses (faire une préparation avec une trace de charbon dans une goutte d'eau, pour apprendre à en reconnaître l'aspect caractéristique.)

La mesure de la vitesse du transit par ce procédé offre certes un gros inconvénient : il nous fait connaître le temps total de la traversée mais il peut exister des irrégularités dans le cheminement du bol fécal, par exemple retard d'évacuation gastrique et diarrhée consécutive, l'accélération intestinale compensant le retard gastrique, etc.

L'examen radiologique est d'une précision plus satisfaisante, encore qu'on ne puisse être assuré que le transit de la baryte et celui d'un repas normal soient toujours identiques. Mais la mesure de la motricité intestinale par la coprologie offre au praticien cet avantage inappéciable de n'exiger aucun appareil. Faute de bassins pour recueillir les selles, il suffit de faire déféquer le malade en des points différents d'une petite tranchée creusée dans le sol (troupes en campagne, par exemple).

Si la vitesse du transit se trouve exagérée, la teneur en eau des selles correspond à une diarrhée vraie.

Si cette vitesse est normale ou diminuée, l'excès d'eau correspond à une diarrhée de redilution, à une fausse diarrhée. Cet excès d'eau peut être assez léger pour que les selles présentent un as-

pect pâteux, à peine différent de celui des fèces normales ; dans ce cas c'est l'examen microscopique qui décèlera le caractère pathologique des matières, comme nous le préciserons en parlant plus en détail des diarrhées de redilution.

Tant qu'il s'est agi de selles aussi largement hydratées, on ne pouvait parler que de consistance, et non de forme : celle-ci ne peut être envisagée que pour les selles normales ou pour les selles de constipation. Nous retiendrons deux formes spéciales de selles : les selles rubanées en filière, et les selles ovillées. Les premières indiquent simplement qu'en un point du dernier segment du gros intestin existe un rétrécissement Celui-ci peut être organique (tumeur) ou fonctionnel (spasme), la première de ces causes pouvant d'ailleurs entraîner la seconde. De pareilles selles doivent éveiller l'attention : le spasme doit être combattu par la teinture de belladone (de 40 à 80 gouttes). Si les selles ne changent pas rapidement de forme, et n'augmentent pas de calibre, il faut rechercher la présence d'hémorrhoïdes et surtout pratiquer le toucher rectal qui pourrait permettre de reconnaître un néoplasme. Il ne faut pas hésiter à faire pratiquer la radioscopie et la rectoscopie s'il est possible de craindre l'existence d'une tumeur située trop haut pour être reconnue par le toucher rectal. Quant aux selles ovillées, plus ou moins dures, elles correspondent à un stade de deshydratation plus avancée des matières du type précédent mais il faut tenir compte qu'en se deshydratant elles ont encore diminué de calibre. Il est indiqué de déterminer soigneusement la cause qui les produit ; on exonère l'intestin des selles accumulées au moyen d'un purgatif huileux, et on combat un spasme éventuel au moyen de belladone. Si les selles ultérieures, de consistance normale, ne sont pas de calibre normal, on doit pratiquer rectoscopie et radioscopie.

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA TUBERCULOSE

Formes apyrétiques. — Formes fébriles,

Par le Dr E. Roux (de St-Gervais).

Dans le numéro du *Concours médical* du 3 mars 1924, M. le docteur Ardoin (d'Alger) préconise l'iodaseptine intraveineuse comme traitement chimique de la tuberculose apyrétique et la septicémine pour les formes fébriles. Je n'ai pas d'expérience personnelle de ces deux médicaments ; mais j'utilise volontiers, et avec un certain succès antithermique et reconstituant, la bactioxyne intraveineuse. En tous cas, je remercie l'auteur de l'article de me faire connaître ce mode de traitement et je suis d'accord avec lui pour dire que la cure hygiéno-diététique de la T.P. est nécessaire, mais insuffisante et qu'il y a lieu d'employer des médications chimiques ou organiques pour en abréger la durée. Il existe d'ailleurs plusieurs autres médicaments chimiques, — en dehors de la chaux — qui, employés en injections intraveineuses ou même intra-musculaires, paraissent donner des résultats nettement favorables, particulièrement dans les associations spirochéto-bacillaires, plus nombreuses qu'on le dit officiellement — parmi les formes apyrétiques.

Mais la tuberculose *fébrile* incipiens, la fièvre d'invasion ou de réactivation de l'adulte jeune ? Cette fièvre qui précède quelquefois les lésions visibles, sans qu'on puisse poser un diagnostic et que rien ne semble devoir arrêter, malgré les meilleures conditions de repos et d'aérations froide et sèche ? Cette fièvre qui dure quelquefois un, deux, trois, six mois entre 37 et 38, ou qui prend plus rarement une allure catastrophique avec des lésions galopantes ?

N'y a-t-il donc que la septicémine pour la combattre ? Je ne nie pas la valeur de ce médicament ; mais il me paraît y avoir mieux, c'est-à-dire un médicament presque spécifique, c'est le sérum du professeur A. Jousset. De ce sérum, j'ai une expérience personnelle et j'ai vu aussi les observations des confrères.

Evidemment, il ne faut pas demander au sérum Jousset la guérison d'un hectique, où, dans le creuset des cavernules ouvertes, pullulent toutes les associations microbiennes exaltées. Dans ces cas où l'indication du sérum Jousset ne se pose pas, on peut agir avec de bons résultats au moyen de la phagolysine ou de la colloïdogénine par exemple. Ces médications peuvent aussi être utilisées dans les formes apyrétiques.

Mais dans la *fièvre tuberculeuse pure*, récente, chez un sujet jeune, le sérum de Jousset agit comme le sérum de Roux dans la diphtérie. Injecté sous la peau, pris en lavement ou administré par ces deux modes d'absorption combinés, il fait tomber la fièvre tuberculeuse. Certes, il faut le donner à temps et ne pas attendre les grands ravages ; mais le sérum de Roux aussi doit être donné à temps, avant l'intoxication profonde. Le sérum Jousset n'a qu'un seul tort ou inconvénient : c'est d'être rare et qu'on ne puisse pas en avoir autant qu'on en voudrait. Pourquoi ? Parce que le professeur Jousset est seul à en assumer les charges de fabrication et que personne ne lui vient en aide.

L'Institut Pasteur ne pourrait-il pas mettre ses grands moyens à la disposition du professeur Jousset ? L'Institut Pasteur qui fabrique du sérum antistreptococcique et du sérum antipneumonique sans action thérapeutique nettement aperçue, ne pourrait-il faire en grand du sérum Jousset qui guérit ?

INTOXICATION AIGUË PAR L'ACÉTANILIDE

Par le Dr NARICH.

L'observation suivante mérite d'être relatée à plusieurs points de vue. L'empoisonnement par l'acétanilide n'est pas commun et nous ne croyons pas qu'il en ait été publié dans la littérature médicale.

L'acétanilide, encore appelée antifébrine et phénylacétamide, se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, sans odeur et à saveur amère ; elle est peu soluble dans l'eau. Les manuels de posologie recommandent de ne pas en dépasser les doses de 1 gr. 50 *pro die*, administrées par cachets de 0,25 centigrammes, au cours des névralgies tenaces et, en particulier, de la migraine. Ce produit est un violent poison du sang. Il décompose l'hémoglobine en méthémoglobine au même titre que l'oxyde de carbone.

La formation de méthémoglobine amène une cyanose, d'ailleurs peu durable.

L'observation suivante a trait à un homme de 46 ans, vigoureux, fortement sanguin, qui absorba, par mégarde, dilué dans un verre d'eau, un paquet de 15 grammes d'acétanilide destiné à un usage vétérinaire. Cette absorption eut lieu à six heures du matin et à jeun. Dix minutes après, le malade est pris d'un vertige violent, tombe à terre et perd brusquement connaissance. Visité à 7 heures, il présente un visage entièrement violacé, peau et muqueuses comprises. La langue est épaisse, noirâtre, il respire bruyamment, cinquante mouvements à la minute.

Les pupilles sont immobiles à la lumière ; les réflexes palpébraux et les différents réflexes tendineux sont abolis. Le cœur est agité — 120 pulsations — les bruits sont bien frappés et distincts.

Les membres sont flasques.

Ce tableau inquiétant faisait penser à une hémorrhagie étendue du cerveau, d'autant plus que le renseignement d'intoxication par cette dose énorme faisait totalement défaut. Une saignée pratiquée à une veine de l'avant-bras amène un sang couleur brique, pulvérulent, chargé de grumeaux ayant de 2 à 4 millimètres environ de volume.

En présence de cette décomposition manifeste du milieu sanguin, je pousse la saignée abondante et je pratique une injection de sérum gélatiné (1 litre) en même temps que de l'huile camphrée à hautes doses. Lavements purgatifs.

Le malade demeure vingt-quatre heures dans le même état. Puis, la cyanose disparaît progressivement, le patient commence à déglutir. Ses facultés mentales et les réflexes abolis reparaissent assez vite, et le malade est considéré comme hors de tout danger, trente-six heures après l'absorption de l'acétanilide.

C'est alors seulement que nous pouvons nous rendre compte de la cause réelle de cet empoisonnement. L'intéressé nous raconte qu'un vétérinaire avait prescrit autrefois à son cheval deux paquets d'acétanilide de 15 grammes chacun. Ce produit, oublié dans un tiroir, a été pris par le patient pour un paquet de sulfate de magnésie et absorbé comme tel.

Le traitement de l'intoxication par l'acétanilide paraît devoir être ainsi conçu :

1° Débarrasser l'estomac du produit avalé par les vomitifs et le lavage de cet organe.

2° Pratiquer une saignée abondante et une transfusion de même quantité ; à défaut de transfusion, remplacer la masse sanguine prélevée par du sérum artificiel).

3° Relever le cœur par les moyens habituels.

LES INDICATIONS ÉLARGIES DE L'HÉLIOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES ÉTATS DE DÉBILITÉ GÉNÉRALE DES TUBERCULEUX PULMONAIRES ET DES HYDROPIQUES AU MOYEN DU « SOLIT »

L'emploi des bains de soleil peut occasionner des accidents congestifs chez les personnes débilitées. Hérodote déjà qui, avec Rollier, peut être considéré comme le père de l'héliothérapie, mentionne ce danger. D'autre part, le docteur Turck, s'autorisant de l'expérience des anciens, a préconisé l'un des premiers l'héliothérapie en France, la recommandant spécialement aux débilités, et en particulier aux personnes âgées. Mais dans un remarquable travail paru en 1852 sous le titre : « De la vieillesse étudiée comme maladie et des moyens de la combattre », il attire l'attention sur d'autres dangers que comporte la cure de soleil : le vent et le froid. Il insiste sur la nécessité d'organiser des installations spéciales, permettant l'usage des rayons solaires, malgré le vent et le froid, même en hiver.

Tout médecin, ayant fait des essais d'héliothérapie, s'est heurté à ces deux difficultés contradictoires relevées par Hérodote et par Turck. Ce sont précisément les plus débilités qu'elles empêchent d'avoir recours aux bienfaits des rayons solaires, alors que plus que tout autre, ils devraient pouvoir les utiliser. De là l'hésitation qu'éprouvent, à l'égard de la cure de soleil, de nombreux médecins et laïques. Il a fallu l'intervention énergique et la finesse d'observation du Dr Rollier pour ramener le corps médical à une appréciation plus exacte de la puissance curative du soleil. Mais aujourd'hui encore, la peur

de ces deux dangers : la congestion et le refroidissement, empêche beaucoup de gens d'estimer ce remède à sa juste valeur.

Le débutant en héliothérapie apprend par Rollier à considérer le soleil comme un spécifique contre les affections tuberculeuses. Enthousiasmé par cette découverte, il veut se servir de ce remède pour les victimes les plus malheureuses de cette terrible maladie, les tuberculeux pulmonaires. Mais bientôt, il doit reconnaître combien Hérodote a eu raison ; car c'est précisément le tuberculeux pulmonaire, ce débilité par excellence, que la cure de soleil menace de congestion. Rollier et Bernhard, se dit-il, sont des chirurgiens qui doivent leurs succès merveilleux au traitement des tuberculoses chirurgicales. Leurs voisins, dans les sanatoria, n'obtiennent pas les mêmes résultats ? Comment s'expliquer cette contradiction ?

Lorsqu'on a recommandé à un tuberculeux pulmonaire la cure de soleil, on prend le plus souvent son temps en l'avertissant des dangers qu'elle comporte pour lui, car négligeant toute précaution, il abuse du soleil aux rayons duquel il s'expose, soit tout habillé, soit pendant de longues heures, jusqu'à ce qu'une hémoptysie ou un accès de fièvre lui démontre combien cette accumulation de chaleur lui a été nuisible.

Après une expérience pareille, le médecin n'ose plus recommander à son malade l'usage du soleil. Il courra moins de risques en lui conseillant de se coucher à l'ombre. Mais on ne peut juger de la valeur d'un remède d'après ses effets toxiques, lorsqu'il est employé à trop forte dose ou d'une façon imprudente.

A ces résultats négatifs, il est possible cependant d'opposer d'autres expériences plus encourageantes dans le traitement des tuberculeux pulmonaires par la cure de soleil. Rollier ne cesse de répéter que dans les milliers de cas de tuberculose chirurgicale traités par lui, il a rencontré souvent des complications pulmonaires, et que jamais il n'a eu à constater les inconvénients de la cure solaire, à condition que celle-ci fût dosée selon ses prescriptions. Toujours il conseille l'insolation progressive pour les tuberculeux pulmonaires, et il en attend les mêmes résultats que pour les tuberculeux chirurgicaux.

La condition primordiale qu'il pose est d'éviter toute congestion. Mais il n'indique pas le moyen de l'empêcher. Sans doute faut-il commencer par l'exposition au soleil des extrémités inférieures. Le sang étant ainsi ramené vers les pieds, l'effet en est décongestif. Cependant il faut arriver à une exposition aussi complète que possible du corps tout entier, parce qu'il est important que l'efficacité de la lumière solaire puisse s'étendre à toute la peau du malade. C'est de l'étendue de cette exposition que dépend en grande partie le résultat attendu. Mais alors, une action congestive de l'air chaud entourant le malade est toujours à craindre.

Pour appliquer la méthode de Rollier aux tuberculeux pulmonaires ou à d'autres malades particulièrement sensibles et spécialement dans la clientèle privée, il faudrait pouvoir compter sur un personnel infirmier entraîné et avoir à sa disposition des galeries de cure spéciales. Il faudrait trouver un endroit où exposer le corps nu du malade au soleil, sans qu'il ait à craindre les regards indiscrets. Mais, soit que l'on construise dans un hôpital un solarium spécial, soit que l'on établisse dans une maison particulière une terrasse, ou que l'on indique au malade un coin de son jardin ou une chambre où il pourrait faire sa cure de soleil, protégé contre les regards du voisinage, toujours il faudra craindre de créer ainsi une véritable étuve pendant les heures chaudes de la journée. Dans ce cas, le danger de congestion devient inévitable et le bain de soleil impossible. Mais en admettant même que ce danger puisse être évité, comment organiser alors l'insolation progressive ? Au début de la cure, on peut conserver sur soi les vêtements du haut et ne découvrir que les jambes. Puis, on peut couvrir, tout ou partie, le tronc avec une pièce de toile blanche. Mais bientôt, le malade entrera en sueur sous ses vêtements ou sous sa toile et il suffira alors d'un léger coup de vent pour le rafraichir ou le refroidir. Ce seul danger de refroidissement est une contre-indication de la cure solaire des débilités. La chaleur et le vent la rendent donc impossible pour les malades délicats, même lorsque les conditions locales sont favorables. Il y a donc lieu de tenir compte des exigences de Turck, relatives à l'organisation d'installations spéciales pour l'emploi de l'héliothérapie.

Dans le développement de l'hydrothérapie, il y eut certainement un moment où l'on demanda des améliorations analogues, jusqu'à ce que l'on eut inventé la baignoire placée dans une chambre bien chauffée et à l'abri des regards indiscrets. Ce sont ces considérations qui m'ont amené à construire le « Solit », espèce de baignoire pour les cures de soleil individuelles. J'ai pu, pour la première fois, en présenter un modèle à l'exposition Pasteur de 1923. Au moyen de cette « baignoire », les malades débiles, ou particulièrement sensibles, peuvent profiter de la cure de soleil, soit que, par un temps calme, il fasse très chaud, soit qu'il fasse froid ou qu'il y ait beaucoup de vent. Cet appareil se compose d'une cage close de toute part et posée sur un brancard. L'appareil ne demande, pour être installé, qu'une place restreinte. Grâce à ses parois opaques, les regards curieux ne peuvent y pénétrer, et à partir d'un ou deux mètres de distance, l'intérieur en est soustrait aux yeux indiscrets. Le « Solit » peut être placé partout

◆◆◆◆

où brille le soleil : sur la terrasse d'un toit, sur un balcon, au jardin, dans une cour et dans une région quelconque. Comme il préserve le malade contre les moustiques, rien n'empêche de l'employer sur les bords du Rhin infestés par ces insectes, ou dans une clairière, ou même parmi les essaims de mouches. On peut y prendre un bain de soleil même s'il y a du vent, soit au bord de la mer ou sur les hauteurs.

La *figure* 1 représente le modèle de l'exposition Pasteur.

A première vue, il semblerait que dans cet appareil, la chaleur doive être excessive et transformer le « Solit » en un véritable four. De plus, le malade doit y éprouver la sensation angoissante d'être emprisonné et ne pas pouvoir y jouir de la vue de la nature environnante si précieuse pourtant pendant les cures d'air et de repos. Il n'en est rien. Le baigneur, qui doit être exposé tout nu aux rayons solaires, est heureux de se sentir à l'abri de tout regard indiscret. Une fois rassuré sur ce point et habitué à l'usage des volets et de la ventilation de l'appareil, il se sent si bien gardé dans sa couchette, qu'il n'éprouve nul besoin de contempler la nature. Il est d'ailleurs à la source même de toute vie, il jouit de ce soleil dont les rayons pénètrent librement jusqu'à lui et lui promettent la guérison.

Le bain qu'il prend sur ce lit de soleil, lui réserve mainte autre surprise. S'il a tout d'abord ressenti quelque angoisse lorsque les volets de l'appareil étaient tous fermés, il lui suffira de les entr'ouvrir pour s'apercevoir que la sensation de chaleur y est bien moindre qu'à l'extérieur

D'ailleurs, tournant sur des gonds fixés aux coins même de l'appareil, ces volets s'ouvrent en avant et la tête seule du malade est visible pour les voisins, tandis qu'il peut, à travers ces ouvertures, jouir d'un horizon étendu. Il ne se sent donc pas du tout emprisonné, séparé de ce qui l'environne, et il est particulièrement heureux d'être à l'abri des moustiques et des taons. Ceux-ci essayent en vain d'arriver jusqu'à lui, mais ils sont arrêtés par une toile métallique presque imperceptible fermant toutes les ouvertures de l'appareil sans offrir pourtant aucun obstacle aux rayons du soleil.

Enfin le malade sera agréablement surpris de n'éprouver aucune transpiration forte, parce que la stagnation de l'air saturé d'humidité dont il est entouré est évitée par l'aération automatique de l'appareil. Cette aération peut se régler par la simple traction de cordons, de sorte qu'il ne se produira jamais de courant d'air désagréable. Un coup de vent se fait-il sentir, vite il ferme hermatiquement les volets, Ceux-ci resteront également fermés lors d'un abaissement subit de la température, soit que des nuages obscurcissent le ciel, soit par des journées froides. Dans ce cas, le « Solit » devient un réservoir pour la chaleur qui se dégage du corps. Il fait alors plus chaud à l'intérieur de l'appareil qu'à l'extérieur, tandis que, par les jours brûlants, la température intérieure est sensiblement moins forte, surtout du côté de la tête.

Pour établir cette ventilation, les volets placés du côté de la tête ne suffisent pas. Il a fallu y ajouter une ouverture située à la base de la

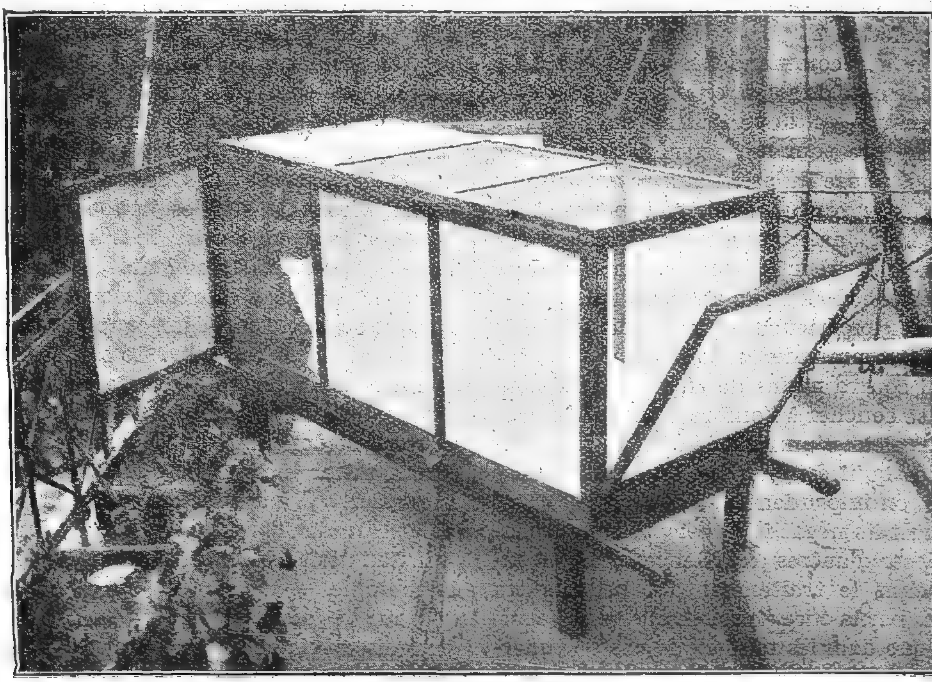


FIG. 1

« baignoire » et sous le chevet mobile. Ainsi s'établit une communication entre l'intérieur de la baignoire et l'air frais régnant dans son ombre. Automatiquement il se produit un échange constant entre les différentes couches d'air et une aération régulière de l'appareil. La tête du baigneur bénéficie de la différence entre la température extrême du couvercle de la cage (température extérieure) et la fraîcheur régnant au-dessous du brancard.

Voici quelques exemples de températures observées dans le « Solit ».

I. Basse température extérieure ; les volets sont fermés.

a) Température extérieure au soleil	18	22	25	27	30
b) Au centre de l'appareil.	24	27	31	34	36
c) Près de la tête, à l'ombre	20	22	22	27	27
d) Dans l'ouverture sous le chevet	18	20	21	23	24

II. Température extérieure élevée ; les volets sont ouverts :

a) 30 35 39 40	40	42	43	45
b) 29 32 37 38	38	38	39	40
c) 24 28 34 35	34	28	30	34
d) 21 25 30 28	26	25	26	28

Afin d'entretenir la ventilation par des jours très chauds et sans vent, on a ajouté au nouveau modèle (*fig.* 2) les perfectionnements suivants.

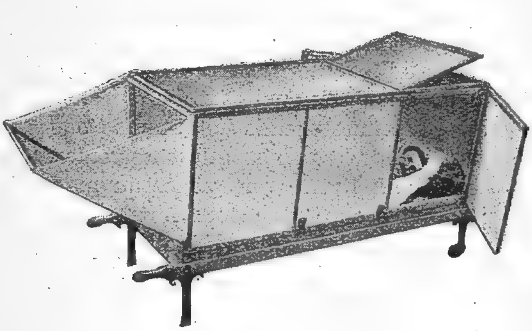


FIG. 2

Au sommet de l'appareil se trouve un volet que le baigneur peut soulever au moyen d'une tringle et qui facilite l'aération au-dessus de sa tête. De plus, le couvercle de la cellule a été rendu plus large que le fond, de sorte qu'une plus grande quantité de rayons solaires peut y pénétrer tandis que, d'autre part, la quantité d'ombre au-dessous et autour de la baignoire est également augmentée. Cette ombre (*fig.* 3) entoure donc la baignoire sur toutes ses faces latérales. L'air relativement plus frais de ces régions ombragées pénètre donc jusqu'à la tête du baigneur par les volets latéraux aussi bien que par l'ouverture au-dessous du chevet mobile. Les volets latéraux, par suite de l'inclinaison de la paroi à laquelle ils sont fixés, s'ouvrent automatiquement par leur propre poids et se referment par tractions, au gré du baigneur.

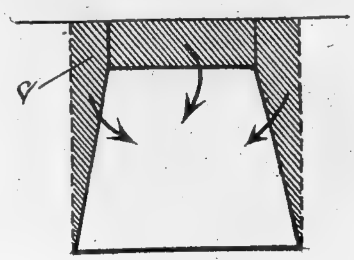


FIG. 3

Le volet supérieur du couvercle est imperméable à la lumière, de sorte que la tête du baigneur reste à l'ombre. Les volets mobiles des deux côtés de la tête, les parois latérales, à partir de ces volets et jusqu'au volet du pied, ainsi que ce dernier, sont formés d'une matière semblable au verre dépoli qui, sans être transparente, laisse passer la lumière diffuse. Ainsi, la lumière pénétrant par le haut et les côtés du « Solit », l'efficacité du bain est suffisamment garantie au baigneur, même par un temps couvert ou lorsque momentanément un nuage voile le soleil.

Sous le couvercle du « Solit » et parallèlement à lui, est fixé un rideau au moyen duquel le baigneur peut régler l'entrée de la lumière. Il peut ainsi, à son gré, se garantir contre les rayons directs du soleil et se borner à un bain de lumière diffuse. Mais l'avantage principal de ce rideau est de lui permettre de pratiquer la *méthode Rollier* d'insolation progressive, selon qu'il l'ouvre plus ou moins.

Le « Solit » doit être placé face au ciel, les rayons pénétrant dans l'appareil par sa base. Couvercle et paroi inférieurs sont fermés par une toile métallique très fine, permettant à la lumière solaire de pénétrer à l'intérieur avec toute sa force et sans perdre aucune de ses vertus. Grâce à sa position inclinée et aux toiles qui le relient à l'appareil sur ses côtés, le volet inférieur, tout en laissant pénétrer la lumière jusqu'aux pieds du malade, arrête les regards indiscrets.

La *figure* 4 représente le « Solit » ouvert, prêt à recevoir le baigneur. Le malade peut alors s'en servir comme d'un paravent, derrière lequel il quitte ses vêtements de dessus. Une fois couché dans sa cellule bien fermée, il peut se dévêtir entièrement. Il ouvrira ou fermera cette cellule à volonté en relevant ou en descendant lui-même le couvercle et la paroi latérale.

Par un système de charnières, ces différentes

parois du « Solit » peuvent être pliées sur le brancard (*fig.* 5). Rendu ainsi facilement transportable, le « Solit » occupe peu de place, et les roulettes dont il est muni permettent de le placer toujours dans la direction voulue.

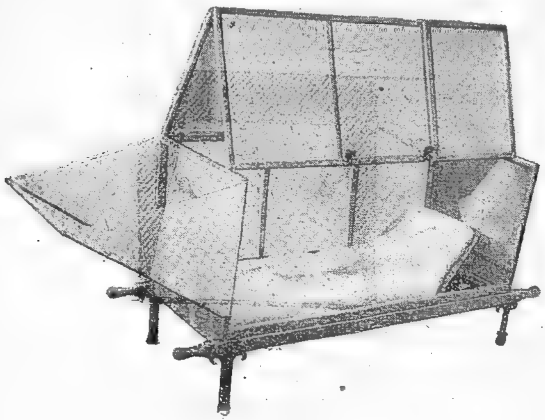


FIG. 4

Grâce à sa forme de brancard, on peut transporter le malade dans le « Solit » au lieu de l'insolation.

Le « Solit », comme nous l'avons vu, éloigne tout danger de congestion ou de refroidissement.

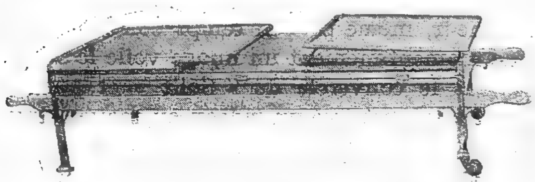


FIG. 5

L'héliothérapie peut donc être appliquée avec un succès remarquable dans de nombreux cas de maladie où elle semblait contre-indiquée. Sans parler des cas classiques : anémie, rachitisme, tuberculose chirurgicale, on peut citer l'insuffisance cardiaque, avec hydropisie, l'obésité, l'artériosclérose, la bronchite aiguë ou chronique accompagnée d'asthme et la tuberculose pulmonaire.

Pour finir, revenons encore aux raisons théoriques sur lesquelles repose l'invention du « Solit » et qui en légitiment l'emploi selon une indication plus large de l'héliothérapie. L'énergie solaire se compose d'une série de rayons dont la longueur d'ondes est variée selon la place qu'ils occupent dans le spectre solaire, qui, comme l'arc-en-ciel, en indique la valeur moyenne. Les longueurs d'ondes des rayons rouges sont les plus longues, celles des rayons violets sont les plus courtes. Les rayons ultra ou infra-rouges et les rayons ultra-violets situés aux deux extrémités du spectre et invisibles les uns et les autres ont respectivement des longueurs d'ondes plus longues ou plus courtes encore.

Les rayons à longues longueurs d'ondes pénètrent en profondeur, exerçant sur l'organisme une action dilatante, amollissante et antiphlogistique. Les rayons à courtes longueurs d'ondes dont l'action est superficielle, sont contringents, excitants et inflammatoires. Ces derniers sont froids et produisent l'effet d'un bain d'eau ou d'air froids. Plus un rayon a de longues longueurs d'ondes, plus il produit de chaleur. Tout en dilatant les tissus, les rayons à longues longueurs d'ondes réchauffent l'organisme. Le « Solit », par son système de ventilation, empêche cette accumulation exagérée de chaleur tout en conservant aux rayons solaires leur action dilatante et doucement amollissante dans la profondeur, tandis que rien n'empêche les rayons à courtes longueurs d'ondes d'exercer leur effet de contraction et de massage. Ainsi s'explique la remarquable action diurétique du bain de soleil dans le « Solit », pour les cas d'insuffisance cardiaque accompagnée de phénomènes hydropiques et d'obésité, ainsi que cette sensation de soulagement dans les cas d'artériosclérose où l'héliothérapie occasionne sans cela des maux de tête angoissants et des battements de cœur.

Avec le « Solit » nous remplissons la condition essentielle qui consiste à éviter l'accumulation de chaleur pour les tuberculeux pulmonaires. Reconnue depuis longtemps comme un spécifique pour la guérison des tuberculoses chirurgicales, l'héliothérapie peut, au moyen du « Solit », être employée pour le traitement des tuberculoses pulmonaires. Il en est de même pour tous les cas de malades débilités ou très sensibles, de quelque nature qu'ils soient, et que l'on n'osait jusqu'ici exposer au soleil de crainte d'un refroidissement ou de congestion ; alors que c'est le soleil même qui assurerait leur rétablissement.

Dr G. MEYER.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Diagnostic de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.

Cliniquement les cas de grossesse extra-utérine se divisent en deux catégories :

1° L'une à symptomalogie bruyante, parce que due essentiellement aux complications classiques du développement extra-utérin de l'œuf (inondation péritonéale ou formation d'hématocèles rétro-utérines, anté-utérines par enkystement d'hémorrhagies successives plus ou moins abondantes, avec crises violentes et symptômes de compression).

2° L'autre à symptomatologie discrète, parce que le développement extra-utérin de l'œuf n'a pas encore donné lieu aux incidents dramatiques, auxquels il aboutira un jour ou l'autre.

Dans cette deuxième catégorie, dit le Dr Bourret, le diagnostic est généralement le plus difficile, et il est bon d'avoir toujours à la pensée les directives suivantes :

a) L'existence ou non de symptômes de début de grossesse : retard de règles même insignifiant, troubles sympathiques.

b) L'existence d'une grossesse *irrégulière*, surtout *douloureuse* ; c'est là un signe capital.

c) L'hypertrophie de l'utérus, qui accompagne toujours la grossesse.

d) L'apparition et la persistance de pertes sanguines, d'abord rouges, puis couleur brun chocolat.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, dans les trois premiers mois, est donc parfaitement réalisable et cela d'autant plus que l'on sera plus convaincu de la très grande fréquence de ces grossesses « mal placées ». (*Gazette des hôpitaux*, 1 et 3 janvier 1924.)

Des pansements antimicrobiens dans la pratique humaine.

Qu'il s'agisse de lymphangites ou de fistules longues à guérir, ou encore de suppurations superficielles ou profondes — abcès, furoncles, anthrax, ostéite, ostéo-myélite, etc. — l'emploi de vaccins spécifiques appliqués directement au niveau de la région atteinte, amène la cessation rapide des phénomènes inflammatoires, et celle-ci est suivie de cicatrisation non moins rapide des tissus malades et de leur *restitutio ad integrum*.

Mlle Bass, MM. Soupault et Brouet ont expérimenté ce procédé, qu'ils ont imaginé ; ils en ont obtenu d'excellents résultats qu'ils rapportent dans 18 observations. L'une d'elles est tout à fait convaincante : ostéo-myélite subaiguë du fémur ; fracture spontanée ; arthrite suppurée du genou : on songe à l'amputation. Sous l'influence du traitement, les accidents s'apaisent, sans arthrotomie, sans résection. La consolidation se fait spontanément dans ce milieu infecté. Le malade guérit avec une ankylose très légère du genou.

Comme vaccin, les auteurs se servent soit d'un simple pansement avec des compresses imbibées de vaccin filtré, soit d'instillations de fortes quantités de vaccins dans la plaie, soit enfin d'injections intra-dermiques en couronne circonscrivant la région infectée. Le vaccin est constitué par des bouillons de cultures filtrés sur bougies après huit jours. On commence par un stock-vaccin préparé à l'avance avec un grand nombre de souches microbiennes bien sélectionnées. Entre temps, avec les microbes isolés du pus prélevé dès le premier jour au niveau de la plaie, on prépare de nouveaux bouillons employés comme le précédent, après le délai nécessaire.

Ces premiers essais de vaccinothérapie s'expliquent par une nouvelle conception de l'immunité, qui peut être locale, d'après Besredka : « Tout en restant solidaire de l'organisme, chaque organe peut réagir, en face de l'infection et de l'immunité pour son propre compte. Non seulement chaque virus a son organe, mais aussi chaque organe a son immunité ». (*La Presse médicale*, 16 janvier 1924.)

Sur les moignons atrophiques douloureux (moignons maigres).

Comme les moignons œdémateux, les moignons atrophiques sont dus à des troubles vaso-moteurs C'est le niveau de la section osseuse, dit R. Leriche, qui règle ce type anatomo-clinique. Aussi les moignons gras et œdémateux s'observent-ils presqu'exclusivement après les amputations au tiers inférieur de la jambe et à la partie inférieure de la cuisse. Les moignons maigres, par contre, se voient surtout après les amputations basses de jambe et les désarticulations tibio-tarsiennes, et cela plus particulièrement quand l'étoffe paraît trop courte et se fixe à l'os.

Sans doute ce n'est pas l'adhérence de la peau, qui crée les troubles vaso-moteurs, *mais elle les* augmente ; elle produit à l'extrémité du moignon une vaso-constriction permanente, qui aggrave beaucoup les phénomènes circulatoires. De plus le port de l'appareil exagère encore la pertur-

✦✦✦✦✦

bation trophique. Il faut donc refaire le moignon, et il est bon, en même temps, de pratiquer une sympathectomie péri-artérielle destinée à régulariser la circulation vaso-motrice périphérique.

On obtient ainsi pour les moignons maigres, contrairement à ce qu'on pourrait faire pour les moignons œdémateux, de bons résultats définitifs. (*La Presse médicale*, 9 janvier 1924.)

Province et Divers

Le diabète traumatique en médecine légale.

Bien que rare — 1 à 5 % des cas de diabètes de causes diverses, réunis dans plusieurs statistiques — le diabète traumatique existe indubitablement. Vainement chercherait-on à plaider que, en semblable circonstance, le traumatisme n'est que la cause occasionnelle qui rend patent un diabète préexistant d'une façon plus ou moins latente, et qui se serait manifesté cliniquement d'une façon plus ou moins tardive. Il y a en effet des exemples indiscutables de diabètes ayant succédé, tantôt précocément, tantôt tardivement, à un accident intéressant les centres nerveux, sans qu'il ait été possible de trouver chez les sujets le moindre indice de prédisposition à cette maladie.

On sait d'autre part que « tout traumatisme violent ou léger atteignant l'encéphale ou la région spinale peut créer une glycosurie transitoire ou même une glycosurie permanente, un diabète apparaissant tantôt rapidement, c'est-à-dire, soit immédiatement, soit quelques jours après l'accident ; c'est le diabète traumatique précoce, — tantôt tardivement, c'est-à-dire 2, 3, 6, 12 mois même après l'accident initial : c'est le diabète traumatique tardif. »

En rappelant ces notions bien connues, M. Verdier rapporte deux cas de diabète traumatique, dans lesquels l'observation minutieuse du blessé, tant au moment de son accident, que dans les mois qui ont suivi, que dans ses antécédents personnels et familiaux, lui a permis de conclure fermement une fois à un diabète traumatique précoce, une autre fois à un diabète traumatique tardif.

La question se trouve donc résolue, au point de vue clinique, et les faits ne prêtent à aucune controverse.

Au point de vue médico-légal, ils n'y prêtent pas davantage. M. Verdier, qui discute si heureusement la nature et l'origine de la maladie de ses deux sujets, laisse dans l'ombre l'interprétation de la loi sur les accidents du travail en pareils cas. Mais, au soin qu'il prend d'opposer le véritable diabète traumatique, au diabète qui pourrait survenir, à l'occasion d'un accident, chez un sujet prédisposé, nous pouvons nous demander s'il ne juge pas, implicitement, que la réparation légale ne serait pas la même dans les deux éventualités.

Il est regrettable qu'il n'ait pas abordé ce point particulier. Car il n'aurait pas pu faire autrement que de conclure, texte en main, que dans la législation des accidents du travail, il est précisé que l'état antérieur ne doit jamais être retenu. Un accident survenant, la réparation est due pour toutes les conséquences qu'il peut entraîner. Et qu'il y ait prédisposition ou non, la loi ne prête pas à équivoque et doit être intégralement appliquée. (*Toulouse médical*, 15 février 1924.)

Echec de l'émétine et fausses hépatites amibiennes.

On sait que l'émétine est en quelque sorte le spécifique de l'amibiase et que, notamment, dans les abcès du foie d'origine dysentérique, ce médicament fait habituellement merveille.

C'est à un point tel que M. Chauvin n'hésite pas à affirmer que si le traitement par l'émétine d'un abcès du foie est mis en échec, on est en droit d'affirmer qu'il n'est pas amibien.

Trois observations lui permettent d'aboutir à cette conclusion : « l'émétine me paraît donc pouvoir être considérée comme un vrai traitement d'épreuve pour les abcès du foie ». (*Rev. méd. de France et des Colonies*, février 1924.)

La délivrance par injection funiculaire.

Pour ainsi dire inconnue en France, cette méthode ne semble pas mériter l'oubli et le dédain où elle est tombée, à la suite des travaux de B. Mojon, en 1826.

On sait en quoi elle consiste : une seringue à hydrocèle de 150 cmc. est raccordée par un court tube de caoutchouc à une petite canule métallique qui est introduite dans la veine ombilicale. On pousse ensuite une quantité d'eau stérilisée, variant de 100 à 250 cmc., et au bout de 5 minutes environ, on voit le placenta apparaître à la vulve où il peut être cueilli facilement avec la totalité des membranes intactes.

MM. Cathala et Biancani ont étudié le mécanisme de cette petite intervention, et ils ont constaté que les choses se passent comme dans la délivrance spontanée, l'utérus commençant par opérer son mouvement ascensionnel, pour redescendre ensuite, se rétractant, sans se contracter.

Il semble que ce soit la transsudation du liquide entre le placenta et la paroi utérine qui en détermine le décollement.

Si l'on professe ordinairement que, quand la délivrance n'est pas normale, elle doit s'effectuer artificiellement, la main introduite dans la cavité utérine allant décoller et amener le placenta, les

auteurs estiment cependant qu'il est des cas où l'injection funiculaire trouve ses indications. Et il les définissent ainsi : « La méthode de délivrance par injection funiculaire nous paraît susceptible de pouvoir être utilisée avec profit dans certains cas. Quand il y a urgence à délivrer l'accouchée rapidement, s'il n'existe aucune contre-indication due à l'inertie ou à la contracture de l'utérus, cette méthode permet d'extraire le placenta en quelques minutes, sans traumatisme et sans risque d'infection. La délivrance par injection funiculaire peut donc remplacer souvent avec avantage la délivrance artificielle et surtout la délivrance par expression, et elle mérite de prendre place à côté des autres méthodes de délivrance ». (*Rev. de Gynécologie et d'obstétrique*, 25 janvier 1924.)

Quelques indications de la saignée.

En grand honneur dans l'ancienne médecine et jusqu'aux deux tiers du siècle dernier, tombée quelque temps dans un oubli complet, la saignée a été réhabilitée comme traitement héroïque de l'urémie. Non seulement elle est indiquée dans la forme classique de cette auto-intoxication, mais encore dans les formes d'urémie comateuse brusque et transitoire. M. Duplant relate deux faits dans lesquels les malades ayant présenté ce type urémique furent, par une saignée copieuse, rappelés à la vie et purent reprendre leurs occupations avec une survie intéressante. L'auteur a employé la même méthode au traitement de trois cas de délirium tremens, avec le même succès. Dans le premier de ces cas, la crise avait éclaté spontanément; dans les deux autres, elle avait été déclanchée, chez des alcooliques, par une anesthésie générale à l'éther : les résultats furent également merveilleux. Enfin, il conseille d'y recourir aussi dans l'empoisonnement par les champignons amanites, en la combinant avec le lavage de l'estomac suivi de l'introduction dans cet organe d'un mélange de noir animal et d'hydrate de magnésie, les injections de sérum artificiel, et les injections hypodermiques excitantes.

Proclamant qu'en pratique, il importe peu de rechercher s'il s'agit de champignons muscariniens ou phalliniens, il conclut : « Tous les cas que j'ai étudiés correspondent à des formes comateuses ou délirantes d'intoxications graves endogènes ou exogènes ; chaque fois, ces accidents ont cédé à des saignées copieuses et au besoin répétées. Il est logique, sans chercher des explications théoriques compliquées, d'attribuer ce succès à la soustraction d'une fraction du poison du milieu où il est le plus nocif, le sang circulant. (*Lyon médical*, 24 février 1924.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Transfusion du sang : sang citraté ou sang pur ?

(M. Victor Pauchet. — *Académie de médecine* ; 26-2-1924.)

Pour éviter la coagulation sanguine, dans l'opération de la transfusion, deux méthodes ont été préconisées : l'emploi d'un anti-coagulant (citrate de soude, sulfarsénol, sérum glucosé) que l'on ajoute au sang pour le stabiliser ; l'emploi d'un réceptacle paraffiné ou vaseliné dans lequel on recueille le sang, pour le réinjecter tel quel.

M. Pauchet a pratiqué un millier de transfusions. Dans ces derniers temps, désireux d'établir une comparaison entre la méthode du sang pur et celle du sang stabilisé, il a procédé à une double série de 100 transfusions avec la première méthode et de 100 transfusions avec la seconde. Les cas étaient analogues (hémorrhagies, soins pré-opératoires, anémie cryptogénétique, leucémie, infections). L'opérateur et la quantité de sang injecté étaient les mêmes.

Or, dans 25 pour 100 des cas, la transfusion citratée occasionna un frisson violent, indice d'un léger choc hémoclasique, alors qu'aucun frisson ne fut noté dans les transfusions de sang pur. M. Pauchet, dans ces conditions, déclare accorder la préférence à cette dernière technique Il réalise l'opération à l'aide d'une seringue spéciale, la *seringue à piston autovaselineur* de Bécart, qui permet de recueillir et d'injecter le sang à l'abri de l'air. Toute coagulation est impossible en raison de la construction de l'appareil et le sang se maintient liquide assez longtemps (une heure environ).

La paralysie générale serait-elle en diminution ?

(M. R. Benon, de Nantes. — *Académie de médecine* ; 26-2-1924.)

M. Benon, médecin du quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes, a établi une statistique des entrées pour paralysie générale dans cet hôpital, de 1912 à 1923. Alors que, de 1912 à 1918, le chiffre des admissions annuelles oscillait autour de 30, de 1918 à 1923, ce chiffre a présenté une diminution progressive et n'a été, pour 1923, que de dix seulement.

L'auteur ne saurait évidemment tirer de ses constatations des conclusions bien précises. La diminution de la paralysie générale observée à Nantes, dit-il, que nulle cause spéciale ne paraît expliquer, est-elle en relation avec les nouvelles méthodes thérapeutiques antisyphilitiques ? La chose est possible et admissible dans une certaine mesure.

Gémellarité d'origine masculine.

(M. MÉNÉTRIER et Mme BERTRAND-FONTAINE. — *Académie de médecine* ; 4-3-1924.)

La question de l'influence du père sur la gémellarité est encore discutée. Aux observations antérieurement publiées, M. Ménétrier ajoute un nouveau cas démonstratif. Il concerne une femme qui, mariée deux fois, eut de son premier mari six couches gémellaires et du second, neuf couches uniques. Le nombre élevé des grossesses, toutes gémellaires lors de la première union, toutes simples lors de la seconde, rend l'observation plus frappante. On ne trouva pas d'indice de syphilis. Le père des enfants jumeaux mourut de tuberculose.

— M. BAR remarque que si la syphilis et la tuberculose peuvent intervenir en pareil cas, c'est dans une variété particulière de gémellité : la gémellité univitelline. En toute vraisemblance, la grossesse gémellaire univitelline est, dans l'espèce humaine, une anomalie ou mieux une monstruosité. Partant de ce point, M. Bar avait demandé, jadis, au professeur Fournier de rechercher si cette grossesse univitelline n'était pas plus fréquente chez les syphilitiques. Le professeur Fournier consulta ses fiches et il constata qu'effectivement une proportion assez grande de femmes syphilitiques avaient eu des grossesses gémellaires. M. Bar conclut que, si la syphilis intervient comme cause de gémellité, ce doit être dans la grossesse univitelline. Il serait osé d'appliquer cette notion aux autres variétés de gémelliparité. Quant à l'action de la tuberculose, incriminée par M. Keim, elle paraît être fort rare.

Le rôle des pouponnières dans la protection de l'enfance

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine* ; 4-3-24.)

Discutant les conclusions du rapport de M. Wallich sur la protection de la première enfance, M. Marfan et M. Pinard se sont montrés défavorables au développement des pouponnières dans leur état actuel. M. Marcel Labbé estime que l'opinion soutenue par ces deux pédiatres autorisés est excessive. Il prend pour exemple la pouponnière de Porchefontaine qui a donné et donne encore de bons résultats en puériculture. Certes, les statistiques de Porchefontaine sont un peu moins satisfaisantes aujourd'hui qu'avant 1914, mais cela tient aux conditions de l'existence d'après-guerre, pour une grande part.

— M. MARFAN répond qu'il ne faut pas assimiler Porchefontaine à la plupart des autres pouponnières. Cet établissement poursuit une expérience intéressante, mais coûteuse et exigeant un effort de direction pas toujours facile à réaliser. Il est regrettable que le même nom (de pouponnière) s'applique à des fondations dissemblables. La discussion porte, non sur Porchefontaine, mais sur les pouponnières où l'on élève en commun des enfants âgés de moins d'un an, séparés de leur mère et privés du sein. C'est sur ces pouponnières que M. Marfan demande à l'Académie de faire toutes réserves.

La contagiosité du cancer.

(M. Ch. FIESSINGER. — *Académie de médecine* ; 4-3-1924.)

M. Ch. Fiessinger revient sur un problème qu'il a déjà étudié autrefois, celui de la transmissibilité du cancer. Les histologistes et, à leur suite, les radiologues déclarent le cancer non contagieux. Certaines constatations cliniques, cependant, semblent parler en faveur de la contagiosité de cette affection.

Les médecins de campagne observent quelquefois des sortes d'endémies cancéreuses qui sentent la contagion. Ainsi, dans un hameau, dans une partie de village, on voit les cancers atteindre un chiffre exagérément anormal. M. Fiessinger rapporte une statistique du Dr Mathieu, d'Hauteville, qui, sur un ensemble de huit maisons limitrophes, appartenant à une petite commune de l'Ain, a vu succomber dix cancéreux en quatorze ans. M. Bazin, de Condé-sur-Noireau, a publié récemment un groupe de faits superposables : sept maisons où sont morts huit cancéreux, et aussi, succession dans le même logis du cancer chez un chien et chez ses maîtres.

— M. Gabriel PETIT fait remarquer qu'aucun fait de pathologie comparée ne saurait être scientifiquement invoqué à l'appui de la contagion tant spontanée qu'expérimentale du cancer. Le cancer n'est réellement contagieux que chez la souris. Chez le chien et le chat, où il ne diffère en rien du cancer humain, il n'est même pas inoculable d'un sujet à un autre de la même espèce.

— M. REGAUD croit que l'hypothèse de la contagiosité du cancer s'appuie sur des arguments fragiles. Il existe, à côté de cela, d'innombrables cas de néoplasmes malins ulcérés qui n'ont donné lieu à aucune observation positive de transmission de la maladie. Etant donné le trouble profond qui résulterait pour la Société d'une telle notion (la contagion), il est inopportun, en l'absence de preuves, de la diffuser hors des milieux scientifiques.

— M. Maurice LETULLE se demande si dans cette série de cas successifs de cancers signalés par M. Fiessinger, il n'y a pas eu un certain nombre de diagnotics imparfaitement établis. Le diagnostic clinique du cancer interne prête à erreurs. Quarante années de vie hospitalière, pendant lesquelles M. Letulle a pratiqué un nombre considérable d'autopsies, lui ont montré que les erreurs de diagnostic, même de cliniciens très autorisés, ne sont pas rares. Le laboratoire lui-même ne résout pas toujours la difficulté. Demeurons modestes, ajoute l'orateur, et, après avoir proclamé les incertitudes du diagnostic du cancer, gardons-nous de terrifier le public par l'idée de la contagion inter-humaine de cette affection.

— M. MÉNÉTRIER objecte aussi que dans les histoires d'endémies cancéreuses manquent le plus souvent les vérifications d'ordre technique, anatomo-

pathologique ou autre, permettant d'affirmer avec certitude le diagnostic. Pour les cancers de l'estomac, en particulier, malgré l'aide des méthodes modernes, les erreurs cliniques sont encore fréquentes.

Est-il utile d'attirer l'attention du public sur la possibilité de la contagion du cancer ? M. Menétrier ne le pense pas. Il a vu souvent des personnes terrorisées à l'idée de cohabiter avec un cancéreux, voire dans son voisinage. Une fois, une jeune femme s'astreignit, pendant des mois, à ne vivre que d'aliments de conserve, en boîtes fermées, dans la crainte que sa nourriture ne fût souillée par les poussières venant d'un appartement voisin, habité par une personne qu'elle supposait atteinte de cancer ! On voit quels troubles la notion du cancer contagieux pourrait apporter dans la vie sociale.

Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique.

(M. V. PAUCHET. — Société des chirurgiens de Paris ; 7-3-1924.)

M. Victor Pauchet présente un *film* chirurgical sur le traitement de l'ulcère de l'estomac par la résection.

Le diagnostic clinique de la guérison de l'ulcère d'estomac par le traitement médical est impossible. Le principal caractère de l'ulcus duodénal et gastrique est son évolution par poussées successives, alternant avec des périodes de calme et de guérison apparente. Le fait que tous les troubles disparaissent pendant plusieurs mois, après le traitement, ne signifie nullement que la lésion est cicatrisée. Tout ulcus cliniquement guéri depuis longtemps peut subir une dégénérescence cancéreuse. Nombre d'ulcus enlevés, d'aspect bénin, sont néanmoins en voie de transformation néoplasique (13,5 %).

Tout ulcus qui récidive doit être considéré comme chronique. Tout ulcus, chez une personne de 40 ans, est suspect et doit être opéré.

Après avoir, jadis, fait des opérations palliatives, comme le Balfour, la gastro-entérostomie, la résection annulaire, M. Pauchet pratique, depuis 1910, presque systématiquement (80 %) la gastro-pylorectomie. Cette opération n'est pas plus grave que les interventions dites palliatives et elle donne des résultats définitifs. La mortalité pour gastrectomie au cas d'ulcère gastrique peut être considérée comme 3 à 4 %.

Anesthésie épidurale et rachi-anesthésie.

(M. V. PAUCHET. — *Société des chirurgiens de Paris*, 7-3-1924.)

M. Pauchet expose son opinion sur la rachianesthésie (dont, récemment, il a été longuement question à la Société de chirurgie) et sur l'anesthésie générale par voie épidurale.

L'auteur pense que si la voie épidurale préconisée par Cathelin rend des services dans l'anesthésie du périnée et du petit bassin, elle est souvent infidèle (1/4 des cas). Quant à son extension à l'anesthésie du corps entier, par infiltration épidurale d'une plus grande quantité de liquide anesthésiant (méthode de Hennecart), c'est un procédé intéressant, qui a peut-être beaucoup d'avenir, mais n'a pas encore fourni ses preuves.

La rachi-anesthésie ne doit pas être utilisée pour les opérations bénignes auxquelles convient uniquement l'anesthésie locale ou l'anesthésie à l'éther. Mais, dans les opérations importantes, comme l'hystérectomie pour cancer utérin, la colectomie, le traitement de l'occlusion intestinale, l'amputation abdomino-périnéale du rectum, il faut savoir que ces interventions faites avec rachi-anesthésie sont moins graves qu'avec narcose. L'importance du procédé d'anesthésie, voire son danger, passent au deuxième plan, étant donnés les avantages qu'il procure et l'amélioration du pronostic qu'il entraîne.

La rachi-anesthésie serait donc une excellente méthode qu'il faut conserver, mais ne pas appliquer à tout propos.

P.L.

Les Congrès

1er Congrès de la ligue nationale belge contre le cancer

(18-21 novembre 1923) (1).

La Ligue nationale contre le cancer, créée par les prof. BAYET et DEPAGE, vient de réunir avec plein succès un congrès pour l'étude de l'organisation sociale et médicale de la lutte contre le cancer. A la séance d'ouverture, sous la présidence du vicomte BERRYER, ministre de l'Intérieur et de l'hygiène, assistaient la Reine Elisabeth, instigatrice de l'œuvre, M. Herbette, ambassadeur de France, sir G. Graham, ambassadeur d'Angleterre, M. Couget, ministre de France à Prague et les hautes personnalités belges.

Le vicomte BERRYER fait remarquer que seul, le cancer échappe encore à notre action ; bien plus, « tandis qu'en Belgique, le nombre annuel des décès « dus au cancer s'élevait en moyenne à 4.565, de 1906 « à 1910, ce nombre est monté à 5.519 en 1921 et à « 5.905 en 1922 ; c'est-à-dire passé presque de 3 à 4 %».

« Cependant, une amélioration capitale se dessine dans l'exposé même du problème à résoudre, dans

(1) Association de la Presse médicale française. La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux et revues n'appartenant pas à l'Association.

la façon d'envisager le péril cancéreux. Tandis que l'étude du cancer était le plus souvent laissée à l'initiative de chercheurs isolés, depuis 1908, le gouvernement belge a institué une Commission d'étude du cancer en vue de suivre les travaux entrepris en Belgique. Ce qu'a entrepris le gouvernement belge dans ce domaine scientifique, d'autres nations l'ont organisé de même ».

De cette recherche commune ne pourront sortir que des bienfaits et le ministre de l'hygiène envisage à ce point de vue l'avenir avec confiance.

« Il suffit de prononcer les noms illustres qui figurent dans les ordres du jour de cette réunion : les Bergonié, les Delbet, les Hartmann, les Hoffmann, les Willems, les Depage, les Firlhet, les Bayet, pour être convaincu que si l'énigme cancéreuse ne se dévoile pas encore à nos yeux, du moins la lutte contre le fléau est enfin organisée sur les bases de la science et de la raison la plus éclairée ».

Le Pr Bayet, président du Congrès, en précisa ensuite en ces termes le but :

« Ce Congrès n'est pas un congrès médical du type habituel. Il n'est pas organisé pour la discussion scientifique des problèmes du cancer, mais simplement pour mettre le grand public au courant de la façon dont ce problème se présente à l'heure actuelle ».

Et cependant, le programme des deux journées médico-sociales, de la journée de démonstrations opératoires et de la journée scientifique (1), présentait un intérêt tel que l'Association de la Presse médicale Française avait tenu à se faire représenter et que les travaux apportés méritaient largement d'être présentés au public médical.

Pour plus de clarté, nous grouperons les documents qui nous ont paru plus particulièrement intéressants comme acquisitions d'ordre scientifique ou social autour des grands chapitres de l'histoire pathologique du cancer, suivant en partie le lumineux « résumé des rapports » présenté par le Pr Bayet (2).

Données d'ordre scientifique. — Un fait notoire sur lequel Bayet a insisté est la collaboration *des différentes sciences à l'étude du cancer*. « Il suffit de parcourir l'ensemble des rapports pour se rendre compte de l'aide qu'ont apportée la clinique et toutes les sciences naturelles, physiques et chimiques, à l'élucidation de nombreux problèmes relatifs au cancer. »

Etiologie et pathogénie. — L'éminent statisticien américain Hoffman, vient confirmer par des chiffres la progression incontestable du cancer, qui tue trois millions d'hommes par an. L'augmentation du cancer a été fort marquée dans les pays suivants : Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Angleterre, Suisse, Hollande, Norvège et Danemark. Les chiffres pour la Belgique, la France et l'Allemagne ne sont pas très précis, parce que, sans doute, les conditions d'après guerre ont modifié les données de mortalité. Aussi Hoffman considère-t-il le cancer comme une maladie des pays civilisés, sa fréquence étant, en grande partie, le résultat d'une existence anormale et d'habitudes mauvaises qu'entraîne la complexité de la vie moderne : le cancer est fort rare parmi les races primitives ou soi-disant barbares et cependant, on sait aujourd'hui, que non seulement les hommes, mais toutes les espèces animales et les végétaux eux-mêmes sont atteints d'affections semblables au cancer.

M. Delrez, de Liège (*Le cancer dans les différents groupes zoologiques*). — L'auteur s'appuyant sur la pathologie comparée montre que la maladie est universellement répandue, mais que l'espèce humaine *paraît particulièrement* apte à la contracter.

L'affection chez les animaux comme chez l'homme n'apparaît que dans un certain âge, les sujets jeunes étant presque respectés. L'universalité du mal a fait naître l'idée de sa *transmissibilité*, les tentatives d'inoculation du cancer de l'homme à l'animal, innombrables, sont toujours restées stériles. Si l'inoculation réussit parfois entre animaux de même race, elle n'est assez régulièrement suivie de succès qu'entre animaux de même souche, et ainsi les expérimentateurs ont pu constituer des lignées d'animaux héréditairement plus réceptifs.

Ce sont, en réalité, des lignées de sujets pathologiques. En somme, la transmissibilité expérimentale n'est pas encore scientifiquement résolue, à plus forte raison la contagion reste-t-elle absolument incertaine.

M. Maisin, de Louvain (*Le rôle de l'expérimentation dans l'étude du cancer et dans la lutte sociale anticancéreuse*). — L'A. arrive à des conclusions analogues. Il admet que si les causes du cancer sont multiples, il doit y avoir quelque chose de commun dans cette maladie. C'est par de patients travaux de laboratoires qu'on arrivera à le déceler ; dans cet ordre d'idées, les recherches physico-chimiques peuvent présenter un grand intérêt même chez le clinicien. L'auteur envisage ainsi le mode d'action des rayons X, les composants cancérigènes du goudron, l'influence des glandes à sécrétion interne comme agent de fixation des métaux dans la maladie, etc. Maisin admet que l'*hérédité* joue un rôle de prédisposition du terrain sur lequel les causes déterminantes pourront agir ; au contraire, Delbet, Meyer, Willems rejettent l'hérédité.

M. Delbet (*Ce que l'on connaît sur les causes du cancer*). — L'A. pense, qu'en somme, nous en savons à peu près autant sur la pathologie du cancer que sur celle de l'inflammation, et il est admis que nous connaissons les causes de l'inflammation ainsi pour ce qui est des causes *déterminantes*.

Nous pouvons produire à volonté le cancer par des

(1) Avec la collaboration de la Société belge de chirurgie, de la Société belge de radiologie, de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, de la Société belge de laryngologie.

(2) Rapport présenté au premier congrès de la ligue nationale belge contre le cancer, 80 rue de Livourne, Bruxelles, 1923. 1 vol. 171 p.

moyens très différents, agents chimiques (goudron, brai paraffiné, lanoline, arsenic) ; agents physiques : (rayons X) ; agents parasitaires : (spyroptère, tænias, bilharzia) ; agents mécaniques, etc... Il faut admettre que ces différentes causes déterminent le cancer comme l'essence de térébenthine détermine l'abcès de fixation sans intervention microbienne. Seul le mécanisme nous échappe, mais connaissons-nous mieux celui des toxines ? De même que les espèces réagissent de manière différente à un microbe, de même, il existe des causes *prédisposantes* spéciales. Si le cancer frappe les sujets âgés, c'est qu'il faut, pour le produire, une action prolongée et répétée sur les cellules. L'*hérédité* n'intervient pas ou d'une manière indirecte : par les malformations embryonnaires et aisément transformées en cancer. La *contagion* n'existe pas davantage. Certaines modifications humorales sur lesquelles Bayet a attiré l'attention (arsenicisme) paraissent devoir être retenues. Dans ce sens, l'ingestion d'aliments radio-actifs (végétaux riches en potassium) jouerait peut-être un rôle si l'on considère les coups de fouet que donnent les sels de potassium aux cancéreux. La connaissance de ces dernières causes prend dans la prophylaxie du cancer une importance de premier ordre.

A ce sujet de la radio-activité, SLUYS (*Rôle de la physique dans la connaissance et la lutte contre le cancer*) émet l'hypothèse que des phénomènes physiques peuvent jouer un rôle dans la pathogénie du cancer. Un rôle principal dans les actions physiques et biologiques est joué par les élections libérées par les radiations au sein de la matière. L'élection constituante universelle de la matière, plus petite charge d'électricité connue, joue probablement un rôle dans l'origine du cancer. La lumière, les rayons X, certains chocs, certaines réactions chimiques, l'arrachent aux atomes, l'élection par sa charge trouble les échanges et la vie de la cellule, l'irrite, la dévie de sa vie normale, la tue souvent. Les cancers des mains des radiologistes, les cancers du visage et des mains chez les marins et les paysans, seraient dus à la libération d'élection, grâce aux rayons solaires ultra-violets ou rayons X, selon une hypothèse de Perrin. Or, le centre de la terre émet les radiations qui sont peut-être la cause des excitations vitales et la cause des tumeurs. La physique fournira peut-être aux biologistes la clef du problème.

M. RONSEY qui, depuis longtemps, défend une théorie physico-chimique du cancer, ne semble pas très éloigné de cette manière de voir, mais il la complète et l'élargit en envisageant les autres cancers. (*L'orientation actuelle du problème biologique du cancer*). Les données biologiques récentes ont été apportées les unes, par l'étude du cancer expérimental, les autres, par l'étude biochimique et biophysique de la cellule cancéreuse.

L'étude des greffes cancéreuses chez la souris a fourni d'importants résultats concernant l'histo-physiologie du processus cancéreux ; elle a mis en valeur l'influence du terrain ; les modifications du terrain susceptibles de favoriser ou d'empêcher le développement de la greffe ont conduit à l'intéressante question de l'immunité humorale et aux tentatives de vaccinothérapie et de sérothérapie, la production expérimentale du cancer (goudron) a, à son actif, une série de faits concernant le problème biologique du cancer, entre autres la multiplicité des causes du cancer, l'existence d'une prédisposition de race, d'espèce et peut-être de tissus chez les animaux, la présence d'un temps de latence entre le moment où cesse l'irritant et celui où apparaît le cancer, l'existence de réaction locale et générale, etc...

L'étude biologique et biochimique de la cellule cancéreuse a montré à WATERMANN les modifications du rapport potassium-calcium et de la résistance électrique de tissus cancéreux ; à LAZARUS, BARLOW, une augmentation du pouvoir radio-actif de ces tissus.

Enfin, comme il existe de nombreux analogies entre cancérisation et fécondation, il semble que l'on puisse supposer que le « stimulant formatif » du cancer peut être de nature physico-chimique commune aux fécondations artificielles.

Anatomie et physiologie pathologique. — M. PEYRON. (*Embryologie des tumeurs des glandes génitales ; tumeurs infectieuses des oiseaux*). — L'A. réussit à faire disparaître par le radium la tumeur infectieuse des oiseaux, bien que le virus de cette tumeur ne soit nullement influencé par le radium. Ces données, entre autres, le conduisent à envisager le cancer, non comme un tissu malade, mais comme un tissu de régénération constitué par des cellules redevenues jeunes ou embryonnaires. Les cellules ne seraient pas aussi anarchiques qu'on l'a dit ; elles obéiraient aux lois de l'embryologie ; c'est ce qui permettra de les frapper avec plus de sûreté à mesure que l'embryologie expérimentale progressera.

M. WATERMANN, d'Amsterdam (*Le rôle de la chimie dans la connaissance du cancer et la lutte anticancéreuse*). — L'A. s'est attaché à l'étude physicochimique du cancer. Dans les tumeurs à marche rapide, c'est le potassium qui domine sur le calcium ; au contraire, la rétrocession se traduit par une augmentation du calcium par rapport à K. ou à Na. Au point de vue physico-chimique, les tissus cancéreux présentent une diminution de résistance au passage du courant électrique, ce qui peut permettre de séparer les tissus normaux du tissu tumoral ; par exemple, au cours d'une intervention. On observe enfin, des altérations en tension superficielle des cellules ; une tension superficielle abaissée du sérum du cancéreux qui est moins apte à se combiner avec les acides gras par exemple, fait sur lequel se base *un procédé de séro-diagnostic* que Watermann pratique couramment dans son centre d'Amsterdam. Enfin, l'étude chimique du métabolisme des hydrates de carbone paraît intéressante, la cellule ayant des propriétés mycolytiques extraordinaires. Toutes ces raisons conduisent l'auteur hollandais à penser que la

chimie est une aide puissante dans l'étude du cancer. Ces questions des modifications *tumorales*, nous mènent en fin de compte, à nous demander avec Bayet, si le cancer est au début une maladie *locale ou générale* ? Certains rapporteurs (Hoffman, Hartman, Willems, de Baisieux), et beaucoup d'auteurs admettent l'origine primitivement locale de la tumeur maligne. Bayet a été un des premiers à montrer que, pour quelques cancers, tel que le cancer arsenical, il fallait admettre un trouble général de l'organisme préalable à l'apparition du cancer.

M. Maisin affirme d'après ses expériences que pour le cancer du goudron, il faut aussi une altération générale préalable et Waterman a montré les modifications tumorales physico-chimiques qui favorisent la réussite des cancers expérimentaux ; en somme, pour certaines variétés du cancer, les modifications tumorales préalables paraissent nécessaires, mais, dans l'immense majorité des cas, le cancer au début est une maladie localisée.

Diagnostic. — Cette localisation primitive est un élément capital dans la lutte contre le cancer et le professeur Hartmann y insiste (*Le diagnostic précoce du cancer*). En effet, aux premières périodes de son évolution, le cancer *peut guérir* complètement et définitivement, car il est au début une *maladie locale*, et c'est le rôle des ligues comme l'American Society for the Control of cancer, comme la Ligue Franco-anglo-américaine contre le cancer, comme la Ligue Belge, d'avertir le public que le diagnostic *précoce* du cancer est d'une importance considérable. Si ce diagnostic n'est pas fait, c'est que le malade n'est pas averti de certains signes (indolence ne signifie pas bénignité), c'est que le médecin n'insiste pas assez pour exiger un examen direct des parties suspectes et, au besoin, pour pratiquer une biopsie. Le diagnostic précoce qui permet un traitement précoce, donc efficace, n'est possible qu'à ce prix.

C'est précisément pour faciliter ce diagnostic précoce que Firket (*le service public d'analyses des tumeurs à Liège depuis* 1904) a créé, il y a 20 ans, un service provincial de diagnostic microscopique des tumeurs. Les analyses y sont gratuites pour les indigents, le médecin qui demande l'analyse ayant le soin d'apprécier si son client doit bénéficier de la gratuité.

Les tumeurs revues sont, après analyses, utilisées pour les démonstrations et les exercices universitaires. Cette organisation a rendu au début des services, et le nombre annuel des analyses qui était de 300 au début, atteint aujourd'hui 700 à 800. Des exemples : Rouffart (*le décèlement du cancer utérin*) admet que pour le cancer utérin, il est important de surveiller les syphilitiques et les métritiques, bien que rien ne démontre qu'il y ait chez elles des états précancéreux certains. Toute femme présentant des troubles fonctionnels anormaux doit être soumise à un examen direct (toucher, speculum, biopsie). Et, si on veut déceler à temps le cancer utérin, le rôle du médecin dans l'éducation du public peut être à ce point de vue considérable. Rouffart, d'accord avec J.-F. Fabre et Wertheim, considère encore le traitement chirurgical comme la méthode la plus sûre de guérison des cas favorables.

M. Cerf (*Radiodiagnostic du cancer de l'estomac*). — L'A. fait une démonstration pratique avec radiographie et image stéréoscopique du diagnostic du si fréquent cancer de l'estomac. Les types d'images le plus souvent rencontrées sont les suivants : 1° estomac en cuvette de la sténose ; 2° estomac avec image lacunaire de plus en plus étendue ; 3° image lacunaire à aspect marécageux ; 4° sténose du cardia ; 5° sténose médio-gastrique avec biloculation, linite plastique. Des radiographies de chacun de ces types montrent la possibilité de localisation et surtout la portée au point de vue indication opératoire et pronostique.

(*A suivre*).

Les Livres

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, à Paris.

J. Rieux. — **Hématologie clinique.**

Il y a trente à quarante ans, l'hématologie se bornait à la numération des globules. Hayem et Malassez étaient à peu près seuls à Paris qui faisaient des études sur le sang, et nous plaisantions dans nos services d'hôpitaux quand nous voyions périodiquement passer le D[r] Hénocque qui, armé d'un petit spectroscope de son invention, venait examiner le sang des malades.

Actuellement, l'hématologie est une science médicale à part qui suffit à elle seule à accaparer toute l'activité d'un homme de laboratoire. C'est, en outre, une science pratique étroitement liée à la clinique et qui, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique, a donné de très importants résultats.

Le savant et distingué professeur au Val-de-Grâce, M. le D[r] Rieux qui, déjà en 1911, avait publié un *Précis d'hématologie*, a continué ses travaux sur l'étude du sang et nous donne aujourd'hui, sous le titre d'*Hématologie clinique*, un traité complet d'hématologie qui sera aussi utile à l'étudiant qui a besoin d'avoir sur le sang des connaissances étendues et claires, qu'au praticien qui, de plus en plus, doit avoir recours aux examens du sang pour établir un diagnostic précis, faire un pronostic et appliquer un traitement utile.

L'*Hématologie clinique* du P[r] J. Rieux est un ou-

vrage considérable qui a demandé à son auteur de minutieuses recherches et une connaissance approfondie de ce vaste sujet. Il forme un volume de plus de 750 pages, suivies de seize belles planches en couleurs qui contiennent à peu près tout ce que le microscope peut permettre de déceler dans le sang.

Depuis 1911, les travaux sur le sang ont été surabondants, d'importantes découvertes ont été faites, mais, au milieu d'une accumulation inouïe de recherches, exposées avec un luxe de néologismes et de synonymes inimaginables, l'homme le plus désireux de s'instruire s'y perd et, avec beaucoup de travail et de peine, ne peut que fort difficilement se guider dans ce chaos. Le grand mérite de M. le Pr Rieux a été de rendre abordable l'étude de l'hématologie dans tous ses détails, de choisir au milieu d'innombrables synonymes une terminologie simple, classique et compréhensive.

Sans rien oublier d'essentiel et en rendant à chacun ce qui lui revient, il a évité d'encombrer son livre d'une bibliographie qui l'eût inutilement alourdi et, sauf pour les choses très importantes, il se contente dans chaque chapitre d'indiquer surtout des travaux d'ensemble auxquels pourront se reporter ceux qui désireront approfondir tel ou tel point.

L'ouvrage débute par l'exposé détaillé de la *technique générale de l'hématologie* (prélèvement du sang, bactériologie, parasitologie, numération des hématies, dosage de l'hémoglobine, appréciation de la valeur globulaire et de la résistance globulaire. Etude des divers globules, du sang total, de la coagulation, du sérum, des organes hématopoiétiques, etc., etc.).

Puis, M. Rieux aborde l'étude de la physiologie du sang, l'*hématologie physiologique*. Après un exposé de la physiologie générale, il expose la question encore en partie mystérieuse de l'hématopoïèse, la généalogie des cellules sanguines avec les deux doctrines de l'unicisme de leur origine ou de son dualisme. A l'examen des propriétés physiologiques du sérum et du sang total, succède la physiologie des organes hématopoiétiques : moelle osseuse, ganglions lymphatiques, rate, thymus, amygdales, formations adénoïdes de l'intestin, tissu conjonctif en général, qui prennent une part plus ou moins grande à l'élaboration des éléments du sang.

De la physiologie, nous arrivons à l'*hématologie pathologique*.

M. Rieux a fait d'abord une étude analytique des lésions et des altérations de chaque élément ; puis, adoptant la méthode synthétique, il fait tour à tour la pathologie générale du sang et la description de ses maladies : leucémie et pseudo-leucémies, anémies, érythrémie, états hémorragipares (purpura, hémophilie, scorbut), avec leur diagnostic, leur pronostic, leur traitement.

La *bactériologie* et la *parasitologie* sanguines font suite avec de très intéressants chapitres sur le paludisme, les leishmanioses, trypanosomiases, hémogrégarinoses, etc.

Enfin, la sixième partie du livre consiste en en exposé très complet de la *transfusion sanguine*.

Cette trop brève énumération ne peut donner au lecteur qu'une idée très superficielle de l'importance de l'*Hématologie clinique* du Pr Rieux. Pour en faire mieux comprendre tout l'intérêt pratique, nous publierons, avec l'autorisation de l'auteur, un de ses chapitres.

Mais nous pouvons conclure que l'*Hématologie clinique* est un très important travail d'érudition dans lequel le savant professeur du Val-de-Grâce a su exercer avec succès son esprit critique et tout son talent didactique, et elle a sa place marquée dans toutes les bibliothèques médicales.

J. Noir.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'analgésie obstétricale. Sa légitimité.

Procédé simple et pratique pour l'obtenir.

« Tu enfanteras dans la douleur ». Cette impitoyable sentence, qui apparut longtemps comme l'inéluctable rançon du péché de chair, est-elle en voie de révision ? Il n'est pas niable qu'un très sérieux effort a été fait depuis quelques années dans tous les pays du monde civilisé pour en affranchir la race, mais, comme si le redoutable verdict ne pouvait être éludé, son poids bien souvent, lors des tentatives faites pour l'épargner à la mère, retombait lourdement sur le frêle organisme du nouveau-né, quand ce n'était point la mère elle-même qui, par un accouchement plus compliqué, subissait d'autre façon la dure parole de la Genèse,

Ces insuccès et ces difficultés n'ont point cependant découragé les chercheurs. La thèse de la douleur expiatoire de la parturition n'a plus beaucoup d'adeptes ; cette douleur n'est pas d'une essence différente de toutes celles qui frappent l'humanité, et même l'animalité, et il ne saurait y avoir d'expiation là où il y a au contraire un devoir à accomplir.

Il apparaît maintenant à beaucoup de médecins ou d'accoucheurs qu'au siècle de l'anesthésie, alors que l'avulsion d'une dent est indolore, il est anachronique d'assister impuissant et désarmé devant les affres parfois si longues et si poignantes de l'enfantement. Cette douleur, comme les

autres, il est donc légitime de la supprimer ou de l'atténuer, *si l'on peut le faire sans porter atteinte à la physiologie de l'accouchement*, c'est-à-dire sans le modifier dans sa marche normale et *sans nuire à l'enfant*.

C'est là le but à atteindre et qui semble l'être par la nouvelle méthode dont le Dr Raillon a fait l'objet de sa thèse inaugurale (1). Ce qui frappe à la lecture de son travail, c'est la sûreté de la documentation, le clair exposé des faits, et l'absence absolue de toute tendance à l'exagération. Il ne s'agit point, pose-t-il tout d'abord en principe, de supprimer totalement — idéal trop difficile à atteindre — mais d'atténuer suffisamment pour les rendre aisément supportables les douleurs du travail. Au surplus, on pourrait prétendre sans excessive originalité qu'un minimum de souffrance au cours de l'accouchement n'est pas sans avoir une certaine utilité, en marquant l'importance, au point de vue de l'espèce, de cet acte physiologique, et en attachant l'enfant à sa mère par ce premier lien de la douleur, que viendront fortifier ensuite ceux plus doux de l'allaitement.

L'analgésique doit être suffisamment actif sur la perception douloureuse, sans agir fâcheusement sur la contraction ; il ne doit pas incommoder la mère ni, surtout, mettre en péril l'enfant. Enfin, pour qu'elle puisse vraiment réaliser son but, pour qu'elle ait un réel intérêt pratique, pour ne point rester un procédé de luxe à l'usage exclusif de cliniques spécialisées, il faut qu'une telle méthode soit facile à mettre en œuvre, que le produit en usage se présente sous une forme simple, que son emploi soit facile, n'exige ni compétence spéciale, ni apprentissage préalable. Ces qualités semblent réunies dans la préparation dite *hémypnal*, qui a déjà fait l'objet d'une publication du Prof. Rossier (2), d'une communication du Prof. Hamm (3), et dont H. Raillon a étudié les effets au cours d'un grand nombre d'accouchements dans le service de M. le Dr Dujol à la Maternité de Saint-Etienne.

L'hémypnal a été administré sous forme de cachets et de suppositoires ; l'effet obtenu est sensiblement le même avec l'une et l'autre forme, mais, pour des raisons de tolérance et de commodité, le suppositoire semble marquer une certaine supériorité. Pour la bonne réussite de l'analgésie, un point essentiel sur lequel reviennent et insistent les auteurs est de ne pas administrer le premier cachet ou le premier suppositoire avant que la dilatation ne soit entre un et deux francs. Voici au surplus à quelles conclusions sont arrivés les expérimentateurs :

I. — L'hémypnal produit au cours du travail un effet analgésique très satisfaisant dans 65 % à 80 % des cas environ, insuffisants ou douteux dans les autres.

II. — Aux doses normales, il est parfaitement inoffensif pour la mère comme pour l'enfant.

III. — Il n'a aucune influence défavorable sur la délivrance ou les suites de couches.

IV. — Il n'arrête pas le travail lorsque celui-ci est bien déclanché ; on doit donc attendre pour l'administrer que la dilatation soit au moins à un franc. Dans les cas d'hypertonie utérine, il agit même comme un véritable ocytocique (1).

V. — Sa seule contre-indication formelle est la tendance à l'inertie utérine.

VI. — Son innocuité et son administration facile en font la méthode de choix pour les praticiens dont les occupations ne permettent pas la surveillance ininterrompue de leur parturiente pendant toute la durée du travail.

Telle est la méthode ; il est à souhaiter que par sa généralisation, en écartant de nombreuses femmes l'épouvantail d'un accouchement douloureux, elle concourt à relever notre natalité défaillante.

(1) H. Raillon. — Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse hypno-analgésique : trichloro-butyalcool - diallylmalonylurate d'éthyl-morphine (hémypnal). *Thèse Lyon*, 1923.

(2) G. Rossier. — Diminution de la douleur dans l'accouchement par un nouvel analgésique. *Gaz. méd. Suisse*, no 11, 1921.

(3) A. Hamm. — IIIe Congrès de l'Ass. des Gyn. et Obst. de langue française, Genève 9-11 août 1923. (*Discussion des procédés d'anesthésie au cours de l'accouchement.*)

(1) Cf à ce sujet : E. Wéber. — La rigidité du col de la matrice et son traitement médical. *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 16 octobre 1923 (no 20).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA TUBERCULOSE EST-ELLE UNE SPÉCIALITÉ ?

Le Dr GIRAUD au Dr DUCHESNE,

Mon cher Confrère,

Vous désirez clore la controverse ouverte dans votre journal sous la rubrique : « Le pneumothorax thérapeutique appartient-il au praticien ? » et je vous approuve pleinement, l'essentiel ayant, je crois, été dit de part et d'autre. Voulez-vous toutefois me permettre de vous adresser personnellement quelques réflexions ? Vous vous plaisez, dans la courte réponse où vous résumez le débat, à souligner la courtoisie de tous ceux qui y ont participé. Soit ; mais veuillez reconnaître en même temps que c'est de mon côté que cette courtoisie a été le plus exactement observée. En faisant cette remarque (sans la moindre aigreur, croyez-le bien), je songe d'abord aux paroles violentes par lesquelles M. Jousset a tenté d'accabler la phtisiologie, les phtisiologues, les Congrès de médecine, etc... Vous n'avez certainement pas été surpris de constater que, dans ma réponse, je n'ai nullement cherché à défendre la phtisiologie ; cela pour deux raisons principales : la première, c'est que je ne me sens pas désigné pour prendre la défense d'une personne aussi éminente et la seconde, c'est que je ne suis pas très persuadé (en dépit des attaques de M. Jousset), qu'elle ait besoin d'être défendue.

Mais votre réponse contient, elle aussi, un passage qui m'a quelque peu étonné et peiné. Je ne professe, croyez-le bien, à l'égard de l'honorable corporation des orfèvres ni défiance, ni mépris ; j'avoue toutefois être un peu gêné de leur être comparé sous le rapport d'un certain exclusivisme et d'une certaine avidité qui, selon vous, la caractérise. Je vous entends, mon cher confrère, vous voulez seulement critiquer chez moi les excès auxquels me porte un zèle scientifique très méritoire encore qu'un peu déplacé. C'est là, très certainement votre pensée. Mais, n'oubliez pas que vous vous adressez à un vaste public médical qui a la réputation (peut-être injustifiée) d'être moqueur, frondeur et ombrageux entre tous. Parlons net. Plusieurs parmi vos lecteurs vous donneront raison en pensant que si les phtisiologues, et plus particulièrement les médecins de sanatorium, font étalage de leur compétence, c'est afin de se procurer des clients. Et voilà où, par votre imprudence, risque de tomber le débat.

Votre réflexion, si on lui donne cette interprétation (et on la lui donnera) est, à la fois, inexacte et injuste. Inexacte au moins en ce qui concerne notre pays, car le nombre des sanatoriums actuellement existant en France est tellement restreint que chaque médecin-directeur est journellement obligé de refuser des demandes d'admission. Les malades en sont réduits à s'entasser dans des stations (?) absolument dépourvues de toute installation spéciale, bien heureux s'ils arrivent à trouver une chambre... et un médecin. Non, mon cher confrère, nous ne demandons pas, *en l'état actuel des choses*, qu'on nous envoie plus de malades (et cela est très regrettable) ; nous demandons seulement qu'on nous envoie des malades d'une autre qualité. Je veux dire par là que nous serions extrêmement heureux si les médecins praticiens se décidaient à nous adresser des malades curables et non, comme cela arrive trop souvent encore, des moribonds que des tentatives thérapeutiques aussi variées qu'inopérantes ont réduits à ce triste état. Nous avons trop fréquemment l'impression que si l'on se décide enfin à recourir à nous, cette décision résulte moins d'une conversion subite aux idées que nous défendons que de l'envie de se débarrasser d'un malade devenu indésirable.

Votre réflexion est, en outre, injuste en ce qui me concerne, car j'ai bien pris soin d'indiquer dans mon article « que nul plus que moi ne désirait associer le médecin praticien à la lutte antituberculeuse ». Loin de moi la pensée de vouloir « monopoliser » une maladie que son extrême diffusion suffit du reste à placer à l'abri d'une pareille tentative. Je ne demande au contraire qu'à voir grandir le nombre des médecins capables de soigner avec compétence les tuberculeux. Songez-y bien, plus le médecin praticien s'intéressera vraiment à la phtisiologie et plus la clientèle des sanatoriums se développera. Il est donc, je crois, très faux de vouloir opposer l'un à l'autre, le praticien et le spécialiste. Qu'au contraire, leur collaboration s'impose comme une nécessité, c'est là ce qu'aucun spécialiste ne contestera. Mais la condition première de cette collaboration doit être une réforme radicale de l'éducation du praticien en matière de phtisiologie. Et c'est là, en somme, l'idée qui domine tout ce débat. Il faut avoir le courage de le dire : la plaie dont nous souffrons, c'est l'ignorance ; ignorance très réelle et souvent obstinée. Croyez-en, mon cher confrère, ceux qui, de par leurs fonctions, sont le mieux placés pour apprécier les conséquences déplorables de cet état de choses et se voient trop souvent obligés d'accueillir les tristes épaves d'une médecine incompétente. Il ne s'agit pas ici de jeter le discrédit sur l'ensemble des praticiens,

dont nous nous plaisons, au contraire, à reconnaître la très réelle compétence et l'immense mérite, mais seulement d'attirer une fois de plus l'attention du public médical sur cette vérité si souvent exprimée : que tout ce qui touche à la tuberculose semble jouir du singulier privilège de ne pouvoir se répandre dans le corps des praticiens qu'avec une extrême difficulté. Le mal très profond que je signale, après bien d'autres, a besoin d'un remède héroïque qui est la vérité, la rude vérité. Il faut oser dire au Corps médical qu'il remplit mal le rôle qui lui est dévolu dans la lutte antituberculeuse et le lui dire sans fard. J'entends bien que M. Jousset, et vous-même, proclamez qu'il est nécessaire de rajeunir les conceptions du praticien en matière de tuberculose pulmonaire, mais c'est pour ajouter quelques lignes plus loin que le mal n'est pas, après tout, aussi grand qu'on veut bien le dire et qu'il suffira de quelques leçons (de combien d'heures ?) pour conférer à chacun l a compétence qui, jusque-là, lui faisait défaut. Est-ce là parler en homme de science ? Qui dit connaissance médicale dit pratique, et qui dit pratique dit longueur de temps. Plus loin (pardonnez-moi cette expression), c'est un éreintement en règle de ceux qui ont le plus contribué à tirer le phtisiologie de l'ornière où elle s'enlisait. Singulière méthode, convenez-en, que celle qui consiste à proclamer la nécessité d'une réforme et à jeter en même temps le discrédit et même le ridicule sur ceux qui en ont été, jusqu'à ce jour, les meilleurs ouvriers ; quel étudiant, quel praticien osera se risquer dans les services de spécialité après la peinture si peu flatteuse qu'en fait M. Jousset ? Et cependant où apprendront-ils leur métier, où réformeront-ils leurs idées erronées si la fréquentation de ces « obituaires » (?) leur est déconseillée ? Les sanatoriums sont malheureusement situés dans des régions peu accessibles et il faut le regretter infiniment, car ils représentent un merveilleux instrument d'éducation pratique que n'utilisent peut-être pas assez ceux qui se destinent à la phtisiologie. Quant aux salles de tuberculeux annexées aux services de médecine générale, nous savons tous dans quel abandon elles sont habituellement laissées si, par aventure, le chef de service ne s'intéresse pas spécialement à la phtisiologie. J'ai entendu répéter au doyen Landouzy (c'est un de mes plus anciens souvenirs d'étudiant) : « Ne dites pas, Messieurs, ce n'est qu'un tuberculeux ; un tuberculeux est un malade aussi intéressant qu'un autre ». Remarque d'apparence anodine, mais qui à distance m'apparaît comme la critique sévère d'un état d'esprit qui n'a sans doute pas encore complètement disparu et dont les fâcheuses conséquences continuent à se faire sentir.

Pour ces diverses raisons que je prends la liberté de vous exposer, je me permets de penser, mon cher confrère, que, dans la discussion que j'ai soulevée, ni vous, ni M. Jousset n'avez combattu le bon combat. A ceux que je tentais de réveiller (c'était le but véritable de mon article) — vous avez dit qu'ils auraient grand tort d'interrompre leur somme et qu'en définitive, ils en savaient bien assez long pour donner aux tuberculeux pulmonaires tous les soins que pouvait réclamer leur état. Ce faisant, vous avez assumé une responsabilité qui, pour être tout idéale, me semble cependant plus grande que vous ne paraissez le supposer.

Vous me citez enfin l'opinion d'un médecin du Syndicat de la Seine. Mon cher Confrère, nous savons tous, et vous savez mieux que personne, que les syndicats passent pour ne pas regarder d'un œil très favorable les spécialistes. Je dis cela sans acrimonie. Les syndicats qui ont leur utilité (je ne suis nullement leur ennemi) ont aussi leurs nécessités. De par leur fonction, ils doivent, non certes négliger l'intérêt des malades, mais tout de même envisager plus particulièrement celui des médecins. Préoccupation éminemment légitime et qu'il serait ridicule de critiquer, mais dont je suis cependant obligé de tenir compte lorsque, du point de vue purement scientifique, je me permets de juger à mon tour l'opinion que vous rapportez. Je suis, du reste, très loin d'être persuadé qu'une hostilité irréductible doive nécessairement opposer les uns aux autres, syndicats et spécialistes. Même dans la question (si délicate) qui nous intéresse l'accord me paraît possible et je crois en trouver le gage dans un récent numéro du *Médecin Syndicaliste* (octobre 1923). Certes, j'y relève plus d'un jugement, plus d'une conclusion qui me paraissent discutables. Je ne puis, par exemple, accepter qu'on écrive que « si l'insuffisance d'instruction en matière de tuberculose existe pour les praticiens, c'est qu'elle existe d'abord pour les maîtres et qu'elle ne traduit qu'une chose : l'incertitude des connaissances que nous possédons en matière de tuberculose » et qu'on affirme plus loin que l'éducation du corps des praticiens « est chose facile et que, dans bien des cas, cette éducation est même inutile, car elle est faite ». Non, cela n'est pas exact. En revanche, je suis heureux de retrouver dans cette publication quelques-unes des idées que j'ai défendues. Il me plaît d'entendre affirmer que « le praticien n'a pas sa place à l'intérieur du cadre de la lutte antituberculeuse alors que son rôle doit y être essentiel », et aussi, « qu'on ne fera pas de lui en 8 jours de stage comme cela se passe en Amérique, ou en quelques semaines comme cela se passe chez nous, un spécialiste de la tuberculose », qu'enfin, il devra trouver au dispensaire « un appui technique et moral, un foyer de collaboration médicale et scientifique. ». Par là, on peut entrevoir une solution au grave problème que nous avons posé. La réforme, jugée nécessaire par tous, des idées régnantes en matière de tuberculose, pourra s'opérer si l'on veut bien s'inspirer de quelques principes que je crois pouvoir résumer dans les propositions suivantes :

1° Obligation pour tous les étudiants d'accomplir un stage dans un service de spécialité, ou dans un service de médecine générale dont le médecin-chef s'intéresse particulièrement à la tuberculose pulmonaire; obligation pour tous ceux qui se destinent à la phti-

siologie de consentir à un séjour suffisamment prolongé dans un établissement sanatorial, lorsque des difficultés d'ordre matériel ne s'y opposeront pas de façon absolue.

2° Nécessité pour le spécialiste de considérer comme primordial le rôle du médecin praticien dans la lutte antituberculeuse.

3° Obligation pour celui-ci de compléter ses connaissances en matière de phtisiologie par une étroite collaboration avec le spécialiste. C'est là que réside pour lui le véritable enseignement plutôt que dans des conférences forcément théoriques dont on peut prédire à l'avance qu'elles ne porteront que peu de fruits. Sur ce point, je suis en parfait accord avec M. Bernou et si je ne vais pas jusqu'à dire comme lui que le praticien pourra devenir à son tour un spécialiste , je suis persuadé qu'il acquerra assez rapidement les connaissances suffisantes pour remplir avec compétence le rôle capital que je réclame pour lui.

4° Par voie de conséquence, multiplication nécessaire des spécialistes dans tous les centres de quelqu'importance où ils joueront auprès des médecins praticiens le rôle de conseiller et d'éducateur.

Je ne me fais certes pas d'illusions exagérées sur la facilité d'exécution de ce programme mais, pour si vaste qu'il soit, il devra être réalisé intégralement si l'on veut obtenir des résultats tangibles et durables. « La tuberculose pulmonaire, répète M. Dumarest, est à la fois la plus répandue et la moins connue des maladies chroniques ». Voilà la phrase que je voudrais voir inscrite en lettres énormes dans tous les services hospitaliers, voilà la vérité qu'à mon tour, je voudrais « crier sur les toits », et je la crois susceptible d'exercer sur les étudiants et sur les praticiens une plus heureuse influence que les récriminations violentes et, dans leur ensemble, peu justifiées de M. Jousset.

Veuillez agréer, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels et encore tous mes remerciements pour l'hospitalité loyale que votre journal m'a offerte.

Dr GIRAUD
(de Leysin).

***

J'aurais bien voulu ne pas répondre à cette nouvelle lettre de M. le Dr Giraud, et clore ainsi le débat dont nos lecteurs penseront sans doute qu'il a assez duré.

Mais accusé d'imprudence et de manœuvre maladroite dans un combat où je ne serais pas du bon côté, en contribuant à dresser les praticiens contre les spécialistes, et à semer parmi ceux-là la méfiance du sanatorium, je ne puis mieux faire que d'opposer le Dr Giraud à lui-même.

Si je dégage la pensée de mon honorable correspondant des circonlocutions et des précautions oratoires dont il l'environne, je constate qu'il s'en prend à l'ignorance : « *Il faut avoir le courage de le dire : la plaie dont nous souffrons, c'est l'ignorance ; ignorance très réelle et souvent obstinée* ».

Qui sont ces ignorants, dont les lacunes s'aggravent de leur obstination à persévérer dans l'erreur, sinon les praticiens, coupables de n'adresser au sanatorium que des moribonds, dont ils veulent se débarrasser, quand il est trop tard ? Quelle est la valeur du parfum des fleurs dont il couvre ensuite ces mêmes praticiens ?

Et alors, fort de ce texte, je vous le demande, qui dresse ainsi ces praticiens ignorants contre les savants expérimentés du sanatorium ?

Je constate en outre qu'il enregistre l'insuffisance des installations françaises destinées à la cure de la tuberculose, sanatoriums en nombre extrêmement restreint, stations dépourvues de tout aménagement spécial, où s'entassent les malades, souvent privés de chambre et de médecin. D'où je suis bien obligé de conclure que s'ils veulent être soignés, et *bien* soignés, c'est en Suisse qu'ils doivent se rendre ; c'est en Suisse que leur médecin devrait les envoyer.

Ayant ainsi souligné les deux idées essentielles de M. Giraud, je m'en tiendrais volontiers là, ne désirant pas poursuivre plus avant le controverse.

Mais, la question de l'efficacité du sanatorium, considéré comme la panacée du traitement antituberculeux, se trouvant ainsi posée, — sans essayer de démontrer que, si les malades n'entrent pas plus précocement au sanatorium , c'est moins la faute de leur médecin que la leur propre, leur répugnance à recourir à ce moyen étant généralement bien connue, tout au moins au début de leur affection, — j'en arrive à me demander si vraiment le sanatorium a bien toutes les vertus qu'on lui prête, et si les spécialistes qui en assurent le service sont eux mêmes à l'abri du reproche d'ignorance adressé aux praticiens. Et voici que la réponse m'arrive à point nommé, à l'occasion d'un fait désastreux dont je garantis l'authenticité. Un jeune tuberculeux entre dans un établissement modèle situé sur quelque plateau helvétique. Là, on décide de lui pratiquer un pneumo artificiel. Dans les jours qui suivent, *apparaît une pleurésie purulente, que le médecin traitant méconnaît* AVEC OBSTINATION *pendant deux* semaines, et qu'il laisse évoluer sans y remédier, tant et si bien qu'à la suite d'une pleurotomie faite d'urgence, on le ramène en France où on essayera de le tirer de ce mauvais pas ... Faillite de ce sanatorium, ou du spécialiste, ou des deux ? Concluez.

Rappellerai-je le Propos du Jour de mon ami Noir du 9 mars dernier sur le sanatorium populaire, dans lequel il écrivait : « *Donc, le sanatorium populaire, instrument de cure et non de prophylaxie, ne cessons pas de le répéter, s'il peut, dans des cas très exceptionnels donner des résul-*

tats excellents, ne peut, au point de vue social, être considré comme un moyen d'atténuer le péril tuberculeux».

J'aurai l'occasion de revenir sur cette question. Je voudrais pourtant liquider définitivement le conflit qui s'est élevé entre M. Giraud, d'une part, M. Jousset et moi, de l'autre.

Essayons !

Je crois à la parfaite bonne foi de M. Giraud. C'est certainement un convaincu, qui parle selon sa conscience. Mais je crois aussi qu'il n'a pas échappé à l'espèce de déformation que subissent tous ceux qui s'adonnent à une *spécialité*, déformation en vertu de laquelle ils ramènent tout à leur *spécialité* et ne voient de salut, pour leurs malades, que dans les *moyens spéciaux* qu'ils ont l'habitude d'employer, souvent, je m'empresse de l'ajouter avec une compétence et un entraînement qui leur donnent une certaine supériorité justificatrice de la faveur dont ils jouissent. C'est en ce sens, et en ce sens seulement que j'ai pu dire de M. Giraud qu'il est un orfèvre, sans nulle intention, je le prie de le croire, de vouloir lui être désagréable, ni surtout de le blesser.

Moi aussi, pendant cinq ans de ma vie, j'ai été un orfèvre, à l'époque où je me consacrais exclusivement aux névroses et aux psychoses. Et c'est mon excuse de m'être laissé aller à cette boutade innocente.

Mais je ne crois pas que la phtisiologie doive être érigée en spécialité, dont il faille déposséder les médecins de médecine générale. Je crois à l'utilité du dispensaire, instrument de diagnostic et de contrôle, mis au service des omnipraticiens, qui en useront de plus en plus, le jour où ils seront assurés de trouver en lui un auxiliaire, et non un concurrent. Je crois aussi à une certaine utilité, limitée d'ailleurs, du sanatorium.

Mais je suis convaincu que la masse honnête, probe, consciencieuse des médecins français, dont un si grand nombre ont forgé leur expérience au creuset de la guerre, oui, très sincèrement, je crois que cette masse n'est pas si ignorante des choses de la tuberculose que M. Giraud, après d'autres, le prétend. Combien en avons-nous vu défiler dans nos formations, de ces tuberculeux, dont nous établissions, surtout dans les dix-huit derniers mois, des dossiers très complets avec examen clinique, bactériologique, radioscopique, avant de les diriger sur les centres sanitaires ? Combien personnellement ai-je constitué de ces dossiers ? Ne fut-ce pas la grande école, celle où nous pûmes rajeunir nos connaissances un peu démodées, bien que je pense que la clinique n'a jamais perdu, et perd de moins en moins, ses droits ? Qu'il y ait des cas difficiles, prêtant à confusion et à discussion, réclamant l'intervention de cliniciens particulièrement avertis, ceux que l'on a nommés les « surexperts », pour en élucider la véritable nature, je me garderais bien de le nier. Je pense toutefois que l'erreur commise a rarement été préjudiciable aux malades qui ont bien plus souvent risqué d'être pris pour des tuberculeux qu'ils n'étaient pas, que d'être des tuberculeux méconnus.

La mode actuelle est de dauber volontiers sur le compte des médecins, pris en général. On leur reproche leur immoralité ou leur amoralité, parce qu'une douzaine d'entre eux passent en correctionnelle. On leur reproche leur ignorance, parce qu'il leur arrive à tous de commettre des erreurs de diagnostic, et que certains se révèlent parfois d'une ignorance notoire. C'est toujours la manie des généralisations que contribuent à entretenir le roman et le théâtre modernes. Et ces reproches, ce n'est pas seulement du dehors qu'ils leur sont adressés, mais encore par quelques-uns de leurs propres confrères, érigés en censeurs sévères et intransigeants. Et vous voudriez qu'ils ne se défendissent pas ?

J'ai la plus grande considération pour l'ensemble de mes confrères, et, dans la situation privilégiée où m'ont placé les hasards de la vie, à la fin de ma carrière, je m'emploie du mieux possible à les aider à assurer cette très légitime défense.

Ce faisant, j'ai conscience de mener le véritable bon combat, et c'est une tâche à laquelle je m'efforcerai de ne pas faillir.

G. DUCHESNE.

***

Qu'on me permette aussi deux mots, puisque je suis mis en cause.

Je ne crois pas, et M. Giraud, sans aucun doute en conviendra, que l'on puisse me reprocher le moindre manquement aux règles de la courtoisie envers les personnes ; par contre, je revendique hautement le droit aux « attaques violentes » envers les idées et les institutions, quand je les trouve pernicieuses. Je ne m'en excuse donc pas et je continuerai à l'occasion.

Je voudrais, pour terminer, signaler l'erreur bien compréhensible de notre confrère qui, mal renseigné à distance sur l'organisation lamentable de nos hôpitaux parisiens, se figure que seuls, les services de phtisiologie sont à même d'infuser aux étudiants et aux praticiens l'enseignement de la tuberculose.

Il est à Paris nombre de médecins des hôpitaux qui, pour cet enseignement, valent tous les phtisiologues du monde. Quant aux malades, quelque paradoxale que paraisse cette affirmation, j'ajoute que c'est dans les services de maladies générales et non dans les services spéciaux que se trouvent les sujets les plus propres à la démonstration clinique.

L'étude du diagnostic précoce, base principale

de cet enseignement, ne se fait pas sur des cachectiques dont le dernier garçon de salle est capable d'apprécier les lésions, mais sur les tuberculeux aigus qui peuplent nos services de médecine générale où ils contribuent à contaminer leurs voisins à toute heure du jour et de la nuit, en sorte que nos hôpitaux demeurent aujourd'hui comme ils l'étaient, il y a trente ans, le *Conservatoire officiel de la tuberculose.* Ces malades ne sont nullement parqués, comme se le figure M. Giraud, dans des bâtiments spéciaux (il faudrait en tripler le nombre), mais sont intimement mélangés aux non tuberculeux dans une proportion qui, selon les saisons et les circonstances, oscille entre 10 et 66 % de l'effectif total d'une salle !

Voilà, dussé-je une fois de plus manquer de courtoisie envers les éminents organisateurs de la lutte antituberculeuse à Paris, Ville Lumière, le scandale d'une situation honteuse qui justifie la violence de mes attaques.

André JOUSSET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

R. H. M. S. : 7010

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La chronicité

Je désire aborder aujourd'hui une question qui, de temps en temps, soulève quelques litiges entre nos sociétaires et le Conseil d'administration ; je veux parler de la chronicité.

On sait que notre Caisse d'indemnité-maladie verse aux ayants droit une somme de 10, 20 ou 30 francs par jour du 5e au 6e jour de l'incapacité de travail et une somme de 100, 200 ou 300 francs par mois du 66e jour à la guérison ou au décès.

C'est cette seconde forme d'indemnité que nous avons pris l'habitude d'appeler l'indemnité chronique.

Or, ce mot de chronique prête souvent à la confusion ; c'est pourquoi je veux m'en expliquer ici.

En matière de pathologie, une maladie aiguë est celle qui se termine dans un délai plus ou moins court et généralement connu d'avance d'une façon assez précise. Une maladie chronique est celle dont on ne peut pas fixer la guérison à une date à peu près approximative.

En matière de mutualité, il en est tout autrement.

Nous appelons aigus les malades qui ne touchent que l'indemnité de 10, 20 ou 30 francs par jour, pendant 60 jours ; et nous appelons chroniques les malades qui touchent 100, 200 ou 300 francs par mois, au delà du deuxième mois de maladie.

La nuance a son importance.

En effet, un malade atteint d'affection chronique peut, parfaitement, ne s'arrêter, dans l'exercice de sa profession que pendant moins de deux mois. Tel rhumatisant ne s'arrêtera que quand sa maladie chronique le rendra tout à fait impotent et cela, peut-être, d'une façon passagère. Ce chronique est pour nous un aigu.

Inversement, un typhique, un blessé qui s'est fracturé le col du fémur vont être immobilisés au lit ou à la chambre pour 3 ou 4 mois. Les maladies qui les ont arrêtés sont des maladies aiguës et pourtant nous, nous les appelons des chroniques puisque nous les indemnisons pendant plus de 2 mois.

Ce n'est donc pas la nature de la maladie mais bien la durée de l'incapacité de travail qui nous sert de base pour fixer le taux de l'indemnité chronique.

Sont donc considérés, comme ayant droit à cette indemnité chronique, tous ceux de nos sociétaires que la maladie met dans l'impossibilité d'exercer pendant plus de deux mois.

Quand il s'agit de praticiens, l'expérience de chacun de nous ayant montré combien il est difficile à un médecin malade de refuser un conseil ou une consultation à un client souvent moins malade que lui et qui vient le relancer jusqu'à son lit de misère, nous avons considéré que le fait, pour le malade chronique de donner des consultations chez lui n'interrompait pas son droit à l'indemnité.

Pour le médecin qui tire ses ressources de l'exploitation d'une spécialité, laryngologie, dentisterie, oculisterie, électrothérapie, etc., etc., nous avons décidé que tant qu'il peut tenir son cabinet, même malade, il n'a pas droit à l'indemnité et celle-ci ne lui est due que quand il ne peut quitter son lit ou sa chambre. C'est l'interprétation formelle de l'article 50 de nos statuts.

Car je ne le répéterai jamais assez, ce n'est pas la maladie que nous indemnisons à la Mutualité familiale, c'est l'impossibilité morbide d'exercer la profession.

Tout ce que je viens de dire a été ressassé maintes fois. Si je le repète aujourd'hui, c'est que nous avons vu certaines chroniques habiles passer plus ou moins subrepticement de la fonction de médecin praticien à celle de médecin spécialiste et consultant ; profitant de ce que la consultation est autorisée aux médecins chroni-

ques, ils n'ont eu aucun mal à transformer leur cabinet de praticien en cabinet de consultant ; ils se sont mis à donner chaque jour des consultations de 10 heures à midi ou de 2 heures à 5 heures, soit pour les maladies du pharynx ou du larynx, soit pour faire de la dentisterie, soit pour faire de l'électricité, du massage, de la radiothérapie, etc.

Or, il est bien évident qu'un tuberculeux chronique qui ne peut réellement pas courir les routes ou grimper les étages, qu'un vieux diabétique, qu'un hypertendu cardiopathe et tant d'autres à qui la visite au dehors est devenue impossible peuvent parfaitement employer ce qui leur reste d'activité, à gagner leur vie par la consultation de spécialités dans un cabinet aménagé *ad hoc*.

Nous comprenons parfaitement que les indemnités que nous versons à nos chroniques sont manifestement insuffisantes pour leur permettre de boucler leur budget et comme, à cause de la rigueur des chiffres, nous ne pouvons pas leur donner davantage, nous ne pouvons que les encourager à se créer de nouvelles ressources en s'adonnant à une spécialité adaptée à ce qu'ils peuvent encore faire.

Mais, où ne nous sommes plus d'accord, c'est quand ces chroniques viennent prétendre qu'ils ne font de la spécialité que contraints et forcés, qu'ils sont entrés chez nous comme praticiens et que le contrat, existant entre eux et nous, nous oblige à ne voir en eux que les praticiens qu'ils étaient quand ils sont tombés malades et que, par conséquent, la nature des consultations qu'ils donnent ne nous regarde pas et que nous leur devons leur indemnité chronique quelle que soit la fortune qu'ils peuvent se faire dans l'exercice de leur spécialité.

Ils oublient que le contrat qui nous lie à eux, ce sont nos statuts, que nous ne sommes pas une compagnie d'assurances couvrant le risque maladie, mais bien une mutuelle couvrant le risque incapacité et que le jour où cesse l'incapacité cesse le droit à l'indemnité.

Nous ne pouvons pas d'autre part tolérer qu'on essaye de profiter d'une confusion entre les deux sens du mot « consultation ». La consultation du praticien, exercice très réduit de sa profession, n'a aucun caractère de ressemblance avec la consultation du spécialiste qui est, elle, tout son exercice médical. De ce que nos statuts ont toléré la consultation du praticien malade, il est impossible d'en déduire qu'ils doivent autoriser ce même malade à exercer chez lui une spécialité, sous prétexte qu'il ne fait que de la consultation.

Nous ne pouvons pas laisser s'établir une telle équivoque entre ces deux sens différents d'un même mot, pas plus que nous ne comprenons en mutualité le sens du mot chronique comme ils est compris en clinique.

Il serait en effet véritablement trop commode de passer, sous ces équivoques, de l'exercice médical ordinaire à l'exercice d'une spécialité sous le prétexte que la maladie interdit le premier et non le second, et prétendre ainsi à l'indemnité exclusivement réservée au premier.

Quelle que soit la façon d'exercer son art, du jour où le malade recouvre assez de santé pour recevoir *habituellement et régulièrement* chez lui des clients à qui il donne des soins et qui le payent, il devient « consultant », il n'est plus « chronique » ; il a repris son travail, il n'a plus le droit d'être indemnisé.

Et ce n'est pas là simplement l'opinion du Conseil d'administration ; c'est l'application formelle des statuts en accord avec les principes sur lesquels a été fondée notre association. Il ne suffirait pas d'un revirement d'interprétation, il ne suffirait même pas d'un vote de l'Assemblée générale pour modifier cette thèse : il faudrait réviser les calculs, élever les cotisations qui seraient de ce fait insuffisantes, changer les statuts en conformité d'un vote d'une Assemblée générale extraordinaire.

On comprendra donc que le Conseil oppose à certains demandes une fin de non recevoir. Cela pourra peut-être mécontenter quelques-uns, mais c'est une nécessité absolue en l'état actuel des choses. J'ai tenu à l'exposer aussi clairement que possible.

H. MIGNON.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Echange des Internes de 4e année des Hôpitaux de Facultés

Rapport de M. Charles Cazalet, membre de la Commission administrative des hospices civils de Bordeaux.

Messieurs,

Vous savez tous que depuis longtemps l'idée avait été émise de faire des échanges entre internes des hôpitaux de Facultés.

Cette idée, soumise à plusieurs Congrès, avait été même vivement approuvée.

Mais, malgré les rappels de l'Association des internes de Bordeaux, rien ne se faisait, peut-être surtout parce qu'elle n'était pas pratiquement formulée.

Or, récemment, les circonstances ont fait que j'ai

pu m'en entretenir avec deux très compétentes personnalités.

C'était à l'occasion du mariage de M. Alfred Krug, de Nancy.

M. Krug, mon ami et collègue au Comité de permanence de l'Union des sociétés de gymnastique de France, président de la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, et M. le Doyen de la Faculté de médecine de cette ville, causaient avec moi de cette intéressante question.

Je ne vous apprendrai naturellement pas, Messieurs, ce qu'est M. Krug, votre très distingué président. Par sa vie, toute de travail, toute d'honneur, toute de probité, par sa hauteur de vues, par sa noblesse de caractère, il a , vous le savez, conquis l'estime et la vénération de tous.

Et cette estime, et cette vénération grandissent, quand on songe avec quelle grandeur d'âme, avec quel courage vraiment stoïque, il supporte sa cruelle cécité.

Aussi, permettez-moi de m'incliner bien bas devant l'homme que nous aimons tous et qui est si durement frappé. Qu'il reçoive l'hommage mérité de notre profonde sympathie !

Vous ne serez certainement pas surpris que je fasse également l'éloge de M. Mayer, le doyen de la Faculté de médecine de Nancy, dont la valeur professionnelle est hautement appréciée de vous. On sait combien il s'intéresse aux diverses œuvres qui marquent chacune une étape dans le progrès social et le bien public.

Nous examinions donc, tous trois, divers moyens de résoudre le problème qui nous préoccupait. C'est ainsi que je fus amené à soumettre un projet de bourses réservées aux internes de quatrième année, à mes éminents interlocuteurs. Et tous deux s'écrièrent : « Mais la voilà, la solution ! »

Honoré et fort de leur approbation, et de toutes celles qui ont suivi, je la soumets également, aujourd'hui, à votre Congrès.

Chacun sait que les internes en médecine reçoivent, dans les hôpitaux auxquels ils sont attachés, les meilleures leçons de leurs savants professeurs.

Mais il serait, à mon avis, très bon, très utile à leur instruction professionnelle de suivre pendant un certain temps les services et les cours des professeurs non moins savants d'autres Facultés.

Ils y trouveraient certainement à glaner, et de la comparaison qui s'imposerait naturellement à leur esprit se dégageraient forcément des leçons profitables.

Ce serait là leur *tour de France* médical.

Le fonctionnement paraît simple : chaque commission administrative des hospices civils des villes ayant une Faculté de médecine voterait une bourse de voyage de 1.200 francs pour chacun des internes de quatrième année. Le logement et la nourriture seraient fournis par la ville choisie comme séjour de ces internes, ou compensés par des indemnités.

Ce projet, soumis à la Commission administrative des hospices civils de Bordeaux et à l'Association des internes de cette ville, a été accueilli avec la plus grande faveur.

Cette dernière Association, présidée par M. le Dr Philippe Cadenaule, a porté la question par la voix du rapporteur, M. le Dr Flye-Sainte-Marie, devant le Congrès des internes des hôpitaux, tenu récemment à Lille.

Nous croyons devoir reproduire la partie du compte rendu de ce Congrès (1) dans laquelle la question qui nous occupe a été traitée avec une compétence et une ampleur qui nous dispensent d'un plus long développement.

Les échanges entre internes des villes de Facultés. Son application, par M. Flye-Sainte-Marie, interne des hôpitaux de Bordeaux, rapporteur. — La possibilité pour un interne en exercice d'aller passer un certain temps dans les hôpitaux d'une autre ville de Facultés présente une série d'avantages sur lesquels tous ceux qui se sont intéressés à cette question sont tombés d'accord.

D'heureuses conséquences peuvent, en outre, en découler pour la diffusion des idées médicales, des méthodes, des techniques, pour le renom des différentes écoles et des maîtres des diverses branches de la médecine et de la chirurgie.

Les relations entre les Facultés peuvent y trouver un efficace agent de liaison et l'union des membres de l'Internat des villes de Facultés de France ne peut par ce moyen qu'être augmentée et fortifiée.

Cette question fit l'objet d'un vœu au quatrième Congrès de Toulouse et, en 1922, l'Internat de Bordeaux en tenta la réalisation. Des démarches faites par correspondance auprès des Internats de Lyon, de Nancy et de Strasbourg n'eurent pas de suite.

Si le principe, en effet, est à peu près unanimement adopté et par la Faculté et par les Commissions des hospices, l'application soulève quelques objections :

a) Les conditions matérielles des différents Internats ne sont pas partout semblables.

b) L'échange intégral est difficile : comment espérer, en effet, pratiquement, qu'un interne d'ophtalmologie de Lyon, par exemple, qui désire aller passer trois mois dans le service correspondant de Bordeaux trouve, juste à la même époque, dans ce service, un collègue désireux de venir dans le service des yeux de Lyon !

c) Les chefs de service ne craindront-ils pas d'avoir leur service un peu troublé par ces changements ?

Ces objections s'aplanissent devant le système que nous nommerons « l'échange partiel ».

Nous entendons ainsi une combinaison grâce à laquelle un interne irait simplement en surnombre dans le service qu'il désire d'une autre Faculté.

Tout interne dans sa troisième ou quatrième année, selon les villes, pourrait aller dans un autre hôpital et, étant en surnombre, y faire un stage de trois mois. Pour que cette solution soit viable, il faut,

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 16, p. 615.

d'après le rapporteur, que les hôpitaux accordent des bourses de voyage, déjà octroyées par l'administration des hospices de Bordeaux, et qu'en outre, le nouvel arrivé soit accueilli en camarade par ses collègues d'un moment et que toute latitude lui soit donnée pour lui permettre de se perfectionner. M. Flye-Sainte-Marie conclut en exprimant le vœu que chaque interne, en fin d'études, puisse, à l'aide de bourses de 1.200 francs au moins, comme à Bordeaux, faire un stage de trois mois dans un service choisi par lui.

M. Laflotte (de Nancy) fait savoir que l'administration des hospices de Nancy vient de prendre une délibération exactement semblable à celle de Bordeaux.

En conséquence, le vœu suivant est adopté, en conclusion du rapport, à l'unanimité.

« Le Congrès demande :

« 1° Que le système des bourses de trois mois, avec subvention d'au moins 1.200 francs, telles qu'elles existent à Bordeaux et à Nancy, pour permettre aux internes en dernière année de service d'aller comme internes, en surnombre, dans une autre ville de Facultés que la leur, soit étendu dans le plus bref délai à tous les Internats de villes de Facultés ;

« 2° Que les internes, ainsi en surnombre, jouissent des mêmes avantages — à part le traitement — que les internes en service de la ville de Facultés à laquelle ils sont temporairement détachés. »

A ce vœu, qui fut accueilli à Lille avec le plus grand enthousiasme, il ne manque aujourd'hui que la sanction des groupes hospitaliers. Cette sanction indispensable, Messieurs, je vous la demande au nom de la Commission des hospices civils de Bordeaux, qui en a délibéré et qui place l'idée, faite sienne, sous l'égide de votre président, M. Krug qui sera heureux dans son épreuve, si courageusement supportée, d'apprendre votre décision, escomptée d'avance par lui, j'en suis fermement convaincu, comme une mesure de progrès, pouvant servir les intérêts supérieurs dont les Commissions administratives ont la garde.

En conséquence, je vous propose l'acceptation de ce projet conçu ainsi qu'il suit :

Après la lecture du rapport présenté par M. Charles Cazalet, au nom de la Commission administrative des hospices civils de Bordeaux,

Le IVe Congrès de l'Union hospitalière du Nord-Est,

Approuve complètement le projet développé dans ce rapport, et engage vivement les Commissions administratives des hospices civils des villes de Facultés, à entrer résolument dans la voie de sa prompte réalisation, en votant, au plus tôt, dans ce but, des bourses de voyage destinées à l'échange des internes de quatrième année des hôpitaux.

(*Revue des hôpitaux*, 29 février 1924.)

***

Commentaires.

Le rapport de M. Cazalet a été présenté au IVe Congrès de l'Union hospitalière du Nord-Est (14-15-16 septembre 1923). M. Brizon, président du conseil d'administration des hospices civils de Lyon, fit remarquer qu'avant de prendre une décision, il serait préférable que les commissions administratives des hôpitaux de Faculté puissent étudier cette question. Il fit donc adopter par le Congrès le renvoi aux différents congrès des Unions hospitalières.

Le 1er décembre 1923, le comité permanent de l'Union hospitalière du Sud-Est, après avoir entendu les explications du prof. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon et du prof. Tédenat, adopta à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Le Comité permanent de l'Union hospitalière du Sud-Est,

Considérant l'intérêt qu'il y aurait à favoriser les internes de 4e année des hôpitaux de Facultés qui désirent compléter leurs études en allant se rendre compte, par un stage dans d'autres hôpitaux de Facultés, des différentes méthodes employées, notamment dans l'art chirurgical et dans les spécialisations,

Emet le vœu :

Que les administrations hospitalières des villes de Facultés veuillent bien faciliter, dans la mesure du possible, leurs internes de 4e année désirant faire un stage dans d'autres hôpitaux de Facultés, en s'entendant entre elles pour la prise en subsistance de ces internes pendant la durée de leur stage, et en leur accordant des bourses de voyage.

Ce projet nous semble heureux : il est indispensable de donner, aux futurs praticiens, le maximum de facilités pour l'augmentation de leur bagage scientifique : ce sont les malades qui en bénéficieront.

Or, combien de fois la jeunesse studieuse ne déplore-t-elle pas son manque de fortune qui l'empêche de passer quelque temps auprès de tel maître, d'une autre Faculté, dont la réputation est considérable.

Mais, diront certains esprits chagrins, n'est-il pas à craindre, avec le mode actuel du recrutement des agrégés, de voir encombrés les services de professeurs, non pas à cause de leur science, mais plutôt en prévision de leur influence sur un jury de concours d'agrégation ?

Cet inconvénient, bien humain, n'est rien à côté de l'avantage résultant de la suppression partielle de rivalités d'écoles. Alors qu'il n'y a qu'une seule science, on assiste cependant à des diatribes, à des dénigrements entre hommes de science. Mauvais exemple déontologique offert aux médecins de demain, lorsque ceux-ci voient leurs maîtres s'entredéchirer, méprisant les tra-

vaux qui ne portent pas l'estampille de leur propre service.

Aussi, par ces bourses d'études, pourrons-nous voir disparaître ces mentalités locales dissemblables, qui font que le Lyonnais, par exemple se croit, par certains points, supérieur au Parisien, qui le lui rend, d'ailleurs, avec usure.

Les hommes de science et de devoir, que sont les médecins, devraient se placer au-dessus de ces divisions de clocher, lorsque se trouve en jeu un idéal plus noble : celui de la science et de la santé publique.

Néanmoins, quelques difficultés peuvent se présenter, pour l'application pratique de ce projet d'échange d'internes de 4e année.

Les hôpitaux ne donnent pas, à leur personnel médical, les mêmes avantages matériels : ici, les internes font « salle de garde », organisant et administrant eux mêmes leur popote ; là, l'administration ouvre largement ses réfectoires.

Dans tel hôpital, les internes sont logés ; ailleurs, il n'existe que la chambre de l'interne de garde. Or, le logement est un point très important, à l'heure actuelle.

Le rapport de M. Cazalet prévoit des internes en surnombre. Parfait ; mais les internes absents, pourquoi ne seraient-ils pas remplacés par des internes titulaires venant d'autres Facultés, qui le demanderaient, plutôt que par des provisoires locaux ?

On aboutit ainsi à prévoir une uniformisation de la date du choix des services hospitaliers, dans toutes les villes de Faculté, et la possibilité d'une entente générale française, par l'intermédiaire de l'Association des internes de France, pour permettre à des Internes d'une ville de choisir un service régulier hospitalier dans un autre centre de Faculté. Point ne serait besoin de bourses d'études à allouer aux internes de 4e année, qui assurereraient ainsi un service régulier, sans être en surnombre.

Il ne faut pas, en effet, ne considérer que le cas des futurs docteurs désireux de se perfectionner dans une spécialité et, pour ce faire, voulant profiter des enseignements de certains chefs spécialistes. Beaucoup sont ceux, qui au sortir de l'internat, feront de la médecine générale, sans affronter les concours. Ils seront néanmoins heureux de parfaire leur instruction générale auprès des cliniciens non spécialisés.

De mon temps, à Lyon, un des services assez recherchés des futurs praticiens généraux était la suppléance de l'interne de porte de la Charité ou de l'Hôtel-Dieu. Pendant un mois ou trois semaines (selon l'hôpital), un interne devait abandonner son service, pour examiner, pendant toute la journée, les malades qui se présentaient à la visite d'admission à l'établissement. Le suppléant de porte prenait le service de son camarade et pouvait ainsi, pendant trois semaines, ou un mois, rester auprès d'un nouveau patron et voir ainsi, tant des malades de médecine et chirurgie générales que les clients des services de spécialité. Bon entraînement pour celui qui, praticien, aura à poser des diagnostics cliniques, avant de diriger son malade vers tel ou tel spécialiste, qui vérifiera le diagnostic et le précisera.

Enfin, dans le rapport de M. Cazalet, il semble que chaque interne ne pourra qu'une seule fois, en 4e année, bénéficier de cette facilité de voyage et ce, pour une seule faculté. Nous serions désireux de voir s'établir une entente entre les Unions hospitalières, représentant les commissions administratives adhérentes et l'Association des internes. Selon les disponibilités et le nombre des demandes, il pourrait être loisible à un interne de profiter une ou plusieurs fois de l'avantage de changer de faculté, ou simplement de service dans la même ville.

Quoi qu'il en soit, nous donnons personnellement notre adhésion à ce projet, car il permettra la diffusion de la science française et l'augmentation du bagage scientifique des futurs médecins, pour le plus grand profit des malades, qu'ils auront à soigner.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 430 et 570.

RÈGLEMENT DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le *Journal des accoucheuses*, numéro de janvier 1924 (1), renferme presque tout le plaidoyer, pour et contre, du solennel procès intenté par l'Académie de médecine à la corporation des sages-femmes de France, sous la forme d'un statut à élaborer pour elles. Ce problème du statut comporte en effet deux grandes faces, sur lesquelles on lit :

1° Que le recrutement des dites sages-femmes est insuffisant, puisque 4 à 500 cantons de France en sont actuellement dépourvus.

2° Qu'on veut relever le niveau de leurs études préparatoires, c'est-à-dire, mettre des barrières plus hautes à l'entrée de cette carrière.

Tel se présente ce vaste problème, dont les deux termes sont inconciliables. Un écolier primaire, à qui on en demanderait la solution, dirait à son maître : « Monsieur, il est insoluble ». Et celui-ci le récompenserait pour sa réponse. Com-

(1) *Journal des Accoucheuses*, Bulletin officiel des Accoucheuses et Puéricultrices de France Rédact. : 19 bd du Port-Royal, Paris.

ment donc l'Académie de médecine, qui a dépassé de beaucoup le stade primaire, s'efforce-t-elle depuis si longtemps à courir après la solution intangible ?

Si au fond, et sans rire, il existe réellement un désir d'augmenter le nombre des sages-femmes de telle façon que, comme dit notre grand maître Pinard : « il n'y ait plus en France une seule « femme accomplissant la grande fonction de « reproduction qui soit privée de tous les soins « compétents auxquels elle a droit, et que la « Société a le devoir de lui donner », il faut employer des moyens logiques pour obtenir cette augmentation : on attire les mouches avec du miel ; on les repousse avec du vinaigre.

Or, l'Académie de médecine, tout en protestant de sa profonde amitié et de sa sympathie dévouée pour le corps des sages-femmes, ne leur prodigue pour l'instant que des coupes de vinaigre.

Restriction de leurs droits, même les plus inoffensifs ; défense de donner un conseil pendant les premiers mois de la grossesse, quand ce droit est l'apanage d'une infirmière, voire du premier venu.

Interdiction de la sauvegarde de l'article 378, du Code pénal en mettant ces praticiennes dans l'obligation de violer le secret professionnel.

Surveillance de leurs faits et gestes professionnels. Et enfin, comble de bienveillance négative, gratuite et inutile, oh combien ! rejet sec et brutal de l'amendement, aussi équitable que pondéré, de M. Mesureur établissant que les sages-femmes exercent une profession libérale.

Rapprochez la décision récente qui vient d'autoriser les vétérinaires français à arborer le titre de docteur, jusqu'alors réservé à ceux qui soignaient les gens, de celle-ci, qui refuse aux sages-femmes le droit de dire qu'elles exercent une profession libérale.

Les plateaux de la balance administrative oscillent : la médecine vétérinaire monte ; l'obstétrique s'abaisse.

Pour appuyer cette thèse, il a été déclaré à l'Académie qu'il n'existe pas de profession libérale, puisqu'on n'en trouve pas de définition dans le dictionnaire Larousse. Que nos honorables maîtres laissent tomber Larousse, et qu'ils veuillent bien interviewer un agent du fisc, et lui demander s'il a jamais rencontré dans sa carrière une profession libérale à taxer. L'agent leur demandera s'ils veulent se payer sa tête et qu'ils n'ont qu'à consulter leurs feuilles de contributions pour voir au titre de quelles professions ils sont imposés.

Cogito, ergo sum ! Nous sommes taxées, pourraient dire les professions libérales ; donc, nous existons, encore que nous soyons indéfinissables, et que Larousse nous ignore.

Cette reconnaissance de la profession libérale des sages-femmes, offerte gracieusement et franchement par M. Mesureur, et qui ne coûtait rien du tout à l'Académie de médecine, était un petit gâteau de miel introduit dans le statut de nos utiles collaboratrices. La majorité de l'Académie a repoussé la proposition aimable de M. Mesureur, et remplacé ce peu de miel par un supplément de vinaigre.

Eh là ! Quelle belle victoire aux dépens de la corporation des accoucheuses ! Celles-ci pourtant se raréfient de plus en plus. C'est que la profession n'est pas douce ! Le métier des accouchements, infiniment pénible pour un docteur vigoureux et bien bâti, est épuisant pour une femme. Là, nous sommes éloignés de la journée de huit heures, que devient celle des douze-douze, diurne et nocturne, plutôt nocturne.

Si les jeunes filles qui s'engagent dans cette dure carrière savaient exactement le sévère programme de vie qu'elles se réservent pour l'avenir, combien reculeraient, au lieu d'avancer, dans les hésitations du début !

La sage-femme future sortira diminuée du débat académique. Elle n'aura plus qu'un bras et qu'une jambe. Encore ceux-ci seront-ils rattachés à de solides lisières que l'administration tiendra en mains, afin de guider les restes de la mutilée suivant la ligne droite, pour éviter les grands écarts.

Et que dire du tableau ci-dessous, résultant du brevet d'incompétence décerné à la sage-femme dans les questions d'aillaitement mixte ou artificiel ? Voici un bébé de 6 mois jusqu'alors allaité au sein par sa mère, mais celle-ci s'affaiblit ; son lait diminue ; l'enfant commence à pâtir. La maman songe à l'allaitement mixte ; mais prudente et confiante en sa sage-femme, ne voulant rien faire de son seul chef, va la consulter pour n'agir que d'après ses conseils.

Alors celle-ci, interpellée, devra se taire ou répondre simplement : « Madame, la Loi me dé« fend de vous renseigner ; votre question dé« passe le niveau de mes connaissances. Je suis « complètement incompétente sur la façon « d'élever les petits enfants. Allez, je vous en « conjure de par la Loi, allez consulter un doc« teur (en médecine) ».

L'autre, stupéfaite, rentre chez elle. Mais le médecin peut être éloigné, ses visites coûteuses. Que fera cette pauvre mère, abandonnée au nom de la loi par sa sage-femme, qu'elle considérait comme son palladium ?

Eh bien ! elle ira conter son cas à ses voisines, à son épicière, à sa boulangère, qui, elles, auront le droit de lui donner des conseils sur l'allaitement mixte de son petit, et ne se priveront pas de la conseiller à tour de bras, l'engageant, si besoin est, à lui donner des aliments solides, de la soupe, etc.

Ce fait se reproduira quotidiennement et don-

nera une image fidèle de l'enfant protégé par la Loi contre les dangers de la sage-femme. Tant pis s'il souffre, du moment où celle-ci, muselée par l'Académie, ne pourra pas violer les règlements, ni outrepasser sa compétence rétrécie. L'ordre public, sauvé par l'administration, règnera en France, comme jadis à Varsovie.

Et voilà la profession que nos maîtres entendent favoriser, de leurs chaises curules, en l'accablant de servitudes, de suspicions et de règlements étroits, en la plaçant pour ainsi dire sous la surveillance légale de la justice !

Et l'on compte sur de pareils projets pour faire affluer les candidates vers une profession si remplie de charmes, et arriver à faire desservir les 500 cantons de France actuellement dépourvus de sages-femmes !

L'Académie reconnaît que la France manque d'accoucheuses, et elle les appelle de toute la vigueur de ses désirs et de ses poumons, en faisant claquer son grand fouet dans ses mains, comme feu Jean de Nivelle ; et elle s'étonne de leur manque d'empressement à accourir à ses appels !

« Jamais, dit le rapporteur du projet aca« démique, un mot n'a été prononcé qui put être « interprété comme l'expression d'une suspicion « sur la probité professionnelle des sages-femmes ».

Parfait ! Mais le fait même de vouloir interdire à la sage-femme de prodiguer aucun soin avant le milieu de la grossesse ne crie-t-il pas, à voix de stentor, que ladite sage-femme est dangereuse pendant cette période de début ?

Certes, on ne prononce pas le mot de suspicion ; mais on se met en garde ; on se précautionne contre la sage-femme avec les fils barbelés du règlement. On se gare d'elle comme de la peste pendant le début de la grossesse, quitte à proclamer ensuite magistralement qu'on n'a pas la moindre suspicion sur son honorabilité professionnelle !

Tel un gendarme guettant des malfaiteurs, tout en leur prodiguant des mots d'amour et de respectueuse estime !

Qui donc l'Académie de médecine pense-t-elle abuser ?

Nos maîtres sont des princes de la science. Nous les aimons, nous les respectons et les vénérons pour leurs mérites personnels. Peu d'entre eux n'auront pas un jour leur statue au pays qui s'honorera de les avoir vu naître. Mais, enfermés dans leurs tours d'ivoire, et détachés des basses contingences de la vie banale des humbles praticiens, que peu ils s'entendent parfois à régenter les intérêts de la grande famille médicale française, dont les sages-femmes forment une branche aussi utile que décorative et essentielle !

Pourquoi nos maîtres, dans ces cas de gestion difficile des intérêts communs, ne cherchent-ils pas à consulter l'opinion générale du corps médical français ? Un referendum à ce sujet serait vite organisé dans la presse médicale, on pourrait le présenter sous une forme analogue à celle-ci :

Au sujet de la règlementation de la profession de sage-femme, en gestation au sein de l'Académie de médecine, après avoir étudié dans le numéro de janvier 1924 du *Journal des accoucheuses* la discussion du rapport de M. Bar sur le statut des sages-femmes, et le rejet de l'amendement proposé à ce sujet par M. Mesureur, quels sont les médecins français qui approuvent l'intervention de M. Mesureur, et quels sont ceux qui lui sont opposés ?

En second lieu, quels sont les médecins qui acceptent de fond en comble les conclusions de l'article du Dr Noir, publié dans le même journal à la suite du compte rendu de la discussion académique, article emprunté au *Concours médical*, et quels sont ceux qui le désapprouvent ?

Que pareil referendum soit soumis au plus tôt, vu l'urgence, au public médical de France. Et puissent les réponses arriver très nombreuses, et leurs directives éclairer notre grand Aréopage médical, afin de l'aider à sortir de l'impasse où il erre

Dr Carlier.

R. H. M. S. : 5820.

LA QUATRIÈME DIMENSION EN THÉRAPEUTIQUE

Chaque courrier apporte à chaque médecin sa charge de publicité. Pour que celle-ci puisse servir à ceux qui la font, il faudrait que le médecin la lise, il faudrait surtout qu'il la conserve.

Dans le but d'attirer l'attention instantanée, on a recours aux formats les plus divers, aux couleurs les plus extraordinaires : c'est mal connaître l'état d'esprit du médecin.

Plus la publicité est tapageuse, et plus elle ressemble à celle de la quatrième page des grands quotidiens, et, par suite, il est difficile à un médecin de la prendre au sérieux. Le panier est là, qui guette la proie qu'on lui donne bien vite en attendant que le feu achève l'œuvre.

J'ai tenté de conserver et de classer dans mes fiches de thérapeutique l'ensemble de la publicité reçue ; j'y ai même, à maintes reprises, consacré un temps qui par bonheur n'était pas le mien, mais cela m'a suffi pour songer qu'il est bien regrettable que la chambre des fabricants de spécialités pharmaceutiques et les pharmaciens réunis en un Congrès n'aient pas décidé, au nom de l'hygiène de ce travailleur intellectuel qu'est le médecin, une fois rentré chez lui, de lui faciliter sa tâche, tout en faisant

mieux leurs affaires et en rendant leur publicité plus efficacement opérante.

Le temps est cher, et nul ne l'a mieux compris que les industriels et les commerçants, et, à Paris au moins, la place est rare. Les classeurs, quand on les fait faire sur mesure, sont hors de prix et difficilement maniables, comme tout ce qui doit répondre à des besoins divers.

On a créé le format commercial, le 21 × 27, qui correspond à une fraction du format coquille et pour lequel dans la pratique tous les classeurs sont prêts. Son usage est universel, et même les fabricants de spécialités pharmaceutiques sont les premiers à l'adopter chez eux pour économiser leur propre temps et voir clair vite dans leurs affaires ! Fatal égoïsme ! Qu'ils consentent donc *et d'accord* à aider au médecin à économiser son temps en retrouvant vite ce qui aura pu aisément être classé — à rayon ouvert — au lieu d'être détruit (ou dans les circonstances les plus favorables classé honteusement dans des cartons) en raison de l'aspect hétéroclite et désordonné résultant des juxtapositions de choses de toutes grandeurs, aspect peu compatible avec la pensée d'ordre, inséparable de celle d'asepsie.

De grâce, aidez-nous, Messieurs, n'oubliez pas que les fabricants de photographie n'ont vulgarisé cette dernière et agrandi au maximum leur clientèle que du jour où — en congrès international — ils ont fixé un pas uniforme pour tous les pas de vis qui supportent les appareils !

Dr G. Paul-Manceau.

Compte rendus, documents, pièces officielles.,.

Décret du 27 juin 22 amendé par décret du 19 février 23

(*J.O.*, 1er juillet 22, 11 mars 23)

Sommaire type proposé aux Ecoles d'infirmières hospitalières pour les cours obligatoires pendant les deux années d'études

I. — Anatomie et physiologie.

Les éléments à professer pendant le mois de probation, se trouveront dans des ouvrages spéciaux, tels que les cours de sciences naturelles destinés aux élèves du baccalauréat ou certains manuels d'infirmières en usage dans quelques grandes écoles.

Leçons préliminaires.

Technique de certains soins, le pouls, la température, la respiration, comment faire un lit, prévention des eschares, comment donner un bain, un enveloppement, etc., toilette du malade, comment coiffer une malade, etc.

Ces leçons préliminaires, autant que possible journalières, seront avec avantage professées, soit par la directrice de l'école, soit par une monitrice préparée à cet effet. De même, pendant tout le cours des études, une monitrice répétitrice devra s'assurer effectivement que chaque élève s'assimile le contenu des leçons professées et devra, sous forme de répétitions et d'interrogations réitérées, en faire pénétrer complètement le sens dans l'esprit des élèves.

Des compositions sur chaque matière pourront être ultérieurement proposées, notamment en fin de première et deuxième année et des notes devront en tous cas être données sur le carnet de stages de chaque élève pour chacune des matières envisagées. Ce même carnet doit contenir l'énumération de tous les stages pratiques suivis successivement par les élèves avec une note de passage à la fin de chaque série. Les notes seront signées par les chefs de service, ou, dans certains cas, par la directrice de l'école qui s'éclairera de l'appréciation de la monitrice de chaque service.

II.— Soins aux malades de médecine (*Tuberculose comprise*).

Affections de l'appareil digestif : 4 leçons.
Affections de l'appareil respiratoire : 4 leçons.
Affections du système nerveux : malades mentaux: 3 leçons.
Maladies du cœur : 3 leçons.
Maladies des vaisseaux : 2 leçons.
Maladies du rein : 2 leçons.
Maladies de peau ; syphilis : 2 leçons.
Fièvre typhoïde ; bains ; enveloppements : 2 leçons
Maladies exotiques : 2 leçons.
Diverses affections transmissibles.
Le bacille de Koch.
Tuberculose des adultes ; formes chroniques. Description.
Tuberculose chez l'enfant ; formes aiguës.
Etude des différentes localisations.
Prophylaxie.
Désinfection. Rôle du dispensaire.
La cure. Rôle du sanatorium.

III. — Soins aux malades de chirurgie.

Généralités. But. Plan des leçons. Importance des soins à donner. Le rôle de l'infirmière (dans un service de chirurgie, en ville). La période pré-opératoire, préparation en général. Observation du pouls, de la température, de la respiration, des selles, des urines.

La salle d'opérations : les instruments, la stérilisation, l'opération, les suites opératoires.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur quelques tissus.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur la tête et le rachis.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur le cou.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur le thorax.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur l'abdomen.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur l'estomac.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur le foie et les voies biliaires.

Soins à donner aux malades qui subissent une laparatomie gynécologique.

Soins à donner aux malades qui subissent une opération sur le périnée.

Soins à donner aux malades qui subissent des opérations sur les membres.

Kinésithérapie.

Appareils pour fractures. Extension continue.

Pansements oculaires. Soins de l'oreille. Soins de la bouche.

Lavages d'estomac.

Cathétérisme de la vessie. Lavage de vessie. Injections hypodermiques et intra-musculaires,intraveineuses. Goutte à goutte rectal. Lavement nutritif.

Tuberculose chirurgicale.

Le cancer chirurgical.

IV. — Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés.

La grossesse, son hygiène.

Naissance. Rôle de l'infirmière : préparation de l'accouchement, premiers soins à l'enfant.

Différentes sortes d'allaitement. Allaitement maternel.

Allaitement maternel et allaitement mercenaire.

Allaitement artificiel. Technique de l'allaitement artificiel.

Accroissement normal.

Alimentation de l'enfant normal. Sevrage.

Troubles de la nutrition et de la digestion chez le nourrisson.

V. — Soins aux enfants malades.

Rôle de l'infirmière auprès de l'enfant malade.

Maladies des voies respiratoires : 3 leçons.

Coqueluche.

Angines. Diphtérie.

Croup. Angines. Laryngites.

Fièvres éruptives. Rougeole. Rubéole. Scarlatine. Varicelle. Variole. Vaccin.

Paralysie nerveuse. Méningites. Paralysies spinales Chorée.

Convulsions. Tétanos.

Maladies de la peau.

VI.—Maladies infectieuses et leur prophylaxie

Les microbes.

Isolement.

Désinfection.

Maladies contagieuses aiguës.

Maladies contagieuses chroniques : 1° tuberculose ; 2° syphilis.

VII. — Matière médicale et thérapeutique appliquée.

Définitions. Exemples pratiques. Préparation des médicaments. Méthodes d'application. (Loi de septembre 1916 sur les préparations pharmaceutiques).

Administration des médicaments (topiques, liquides, onguents, solutions, doses, etc.)

Classification des médicaments : 4 leçons.

Chlore, ses dérivés. Brome. Iode. Oxygène. Soufre. Azote. Phosphore. Arsenic. Antimoine. Bismuth. Carbone. Potasse. Soude. Chaux. Magnésie. Zinc. Fer. Manganèse. Aluminium. Plomb. Cuivre. Argent. Mercure et ses composés.

Salicylates. Aspirine. Salol. Salophéine. Dermatol. Aniline. Phénacétine. Hectine. Antipirine. Pyramidon.

Narcotiques (chloroforme, éther, opium).

Poisons : antidotes et contre-poisons.

Antitoxines. Vaccins.

Les sérums. Sérothérapie (anaphylaxie).

Médications nouvelles (opothérapie, etc.).

Analyse d'urines : sucre, albumine, etc. Technique à l'usage de l'infirmière.

VIII.— Hygiène professionnelle et générale.

Hygiène professionnelle. Définition.

Aération.

Eau.

Chauffage et éclairage.

Vêtement. Température. Climat. Physiothérapie : 2 leçons.

Exercice, repos.

IX. — Hygiène et enquêtes sociales : théorie et pratique. Etude des lois d'assistance.

Loi du 15 février 1902 sur la Santé publique.

Loi du 12 avril 1906 sur les habitations à bon marché.

Loi du 12 avril 1906 sur la sécurité des travailleuses.

Loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes modifiée par la loi du 18 avril 1922.

Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (avec les amendements successifs).

Loi de 1892 sur les filles mineures et les femmes.

Loi sur le travail des femmes et des mineurs de 16 ans.

Loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches dite loi Strauss (avec les amendements successifs).

Loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses.

Loi du 31 mars 1919. Soins médicaux aux mutilés de la guerre.

Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

L'assistance sociale à domicile. Les œuvres.

X. — Administration hospitalière.

Historique de l'Assistance publique en France. Hôpitaux. Hospices. Autres établissements. Budget des hospices et hôpitaux. Loi de 1898 sur l'Assistance médicale gratuite. Loi de 1838, de 1851.

Services hospitaliers. Admission. Entrée des malades. Sortie des malades. Cahier de visite. Décès. Devoirs des surveillantes, des infirmières.

XI. — Morale professionnelle.

Morale professionnelle. Définition.
Conscience et sincérité, loyauté.
Secret professionnel.
Bonté.
Dévouement. Oubli de soi.
Silence et réflexion.
Méthode dans le travail.
Bon emploi du temps.
Courage. Force de caractère.
Patience.
La vocation. L'enthousiasme.
Obéissance. Discipline. Bon esprit.
Hiérarchie. Devoirs envers les supérieurs.

Les petites vertus de l'infirmière : ordre, tenue, propreté, politesse, tact, bonne humeur. Du bon usage des choses. Economie : 13 leçons.

Prévoyance. Esprit de solidarité.
Responsabilité. Initiative.

Devoirs moraux de l'infirmière garde en ville (facultatif) : 3 leçons.

L'infirmière visiteuse. Ses qualités. Les différentes lignes de son activité (facultatif) : 3 leçons.

XI. — Massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

XII. — Hygiène alimentaire et cuisine des malades : théorie et pratique.

Notions générales. Division des aliments.
Composition de certains aliments.
Définition de certains aliments.
Définition d'aliments.
Régimes alimentaires : 3 leçons.
Boissons. Jus, etc. Recettes. Cuisson.

Le sommaire ci-dessus est le programme minimum de l'enseignement théorique (dans certains cas joint à la pratique) qui doit être donné à l'infirmière hospitalière au cours de ses deux années d'études.

Chaque professeur, sans être nullement obligé de s'en tenir à la table des matières ci-dessus, devra tout au moins ne rien en retrancher.

Toutes les leçons devant être faites en 2 périodes de 11 mois chacune, il n'est pas nécessaire de différencier les matières relatives, soit à la première, soit à la deuxième année pourvu que chaque élève en reçoive le cycle entier.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le mariage de Mlle le Dr Jeanne Blechmann avec notre distingué confrère H. Montlaur a été célébré le 7 avril dans la plus stricte intimité.

Nous offrons aux jeunes époux nos sincères compliments avec nos meilleurs vœux de bonheur.

— Nous sommes heureux d'apprendre que la vente de charité organisée au profit de *La Maison du Médecin* a donné les résultats suivants :

Comptoir de Mesdames Claisse et Lardennois, 13.246.50 ; Madame Pignot, 1.740 ; Mesdames Roger, Milian et Logre, 12.886.15 ; Madame le Dr Phisalix, 1.225 ; Madame Zacchiri, 3.125.65 ; comptoir et tombola de Madame Boucard, 47.450 ; buffet tenu par Mesdames M. de Fleury, Eliot, Digeon, J.-L. Faure, Bancel, Barcat, Deleau, Reguier, Burckel, Fauche, Jalaguier, de Langenhagen, Briscarlet, Moll Weiss, Denel, Tardieu, Madil, doctoresse Lemoine, Greloud, Poncelet, Petersen, Ruault, J. de Fleury, Madil-Thelma, Labusquière, D. de Prades, 7.162.80 ; soit 86.386.10.

— **La Société des chefs de laboratoire d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris** vous serait très reconnaissante de bien vouloir annoncer dans un de vos prochains numéros le « Cours libre d'électrologie » qui commencera le 25 mai prochain, à 17 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris et se continuera les jours suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

La veuve peut solliciter une pension. Qu'elle adresse sa demande à la sous-intendance régionale des Pensions, de la région dont elle dépend.

Elle y exposera les faits, et la sous-intendance se chargera de constituer son dossier, en lui demandant tous renseignements utiles.

Délai des demandes de justification pour l'impôt sur le revenu

J'ai toujours payé régulièrement tous mes impôts. Or, je reçois du contrôleur des contributions directes la note suivante :

« Je vous prie de m'indiquer :

1° *Le montant brut* de vos honoraires pendant les années 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923.

2° Le détail des frais nécessités par *l'exercice de la profession* (*nature et montant*) pendant ces mêmes années. »

Les mots que je souligne sont soulignés par le contrôleur.

1° Etant donné que j'ai payé les impôts des années passées, le contrôleur a-t-il le droit légalement de me poser aujourd'hui de telles questions ?

2° Suis-je tenu de répondre à ces questions, puisque j'ai, chaque année, fait en temps voulu une déclaration d'impôt ?

3° Si je suis contraint de le faire, je serai très embarrassé, car je n'ai plus en mains les éléments voulus pour évaluer mes honoraires et mes dépenses au cours d'années déjà reculées comme 1918-19-20, etc.

4° Etais-je donc tenu de garder indéfiniment tous ces documents (notes, reçus, etc.) ?

Ayant chaque année fait ma déclaration dans les délais voulus et payé tous mes impôts sans retard, je n'ai gardé auc un papier inutile ou que je croyais tel.

En résumé que dois-je faire ? Dr X.

Réponse.

Le contrôleur peut vous réclamer pendant cinq ans toutes justifications au sujet de vos impositions.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Taxe des prestations.

Voulez-vous me permettre, à titre d'abonné du *Concours*, de vous demander un avis. C'est au sujet de mes impôts.

Je viens de recevoir une feuille d'impôt relative aux *prestations*, et voici quel est le décompte établi par M. le directeur des contributions directes :

	Nombre	Journées imposables	Montant de la taxe
Hommes	1	3	21
Automobiles......	2	6	84
Chev. vapeur....	20	60	240
		Total.....	345 fr.

Je trouve ce chiffre énorme et je me demande s'il ne fait pas double emploi avec la taxe que je paye aux contributions indirectes sur les autos et qui est de 268 francs pour chacune de mes deux voitures.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si la taxe ci-dessus est régulièrement établie, si je dois payer la taxe sur les deux voitures, et enfin, si j'ai quelque chance d'obtenir une réduction en en faisant la demande.

Dr S.

Réponse.

La taxe des prestations est due pour les voitures automobiles en vertu de l'art. 17 de la loi du 10 juillet 1901 et elle ne fait pas double emploi avec la taxe sur les automobiles perçue par l'administration des contributions indirectes.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Déduction des impôts du revenu.

J'ai recours à votre amabilité et à vos lumières pour un renseignement d'importance :

En faisant ma déclaration aux contributions pour 1923, j'ai défalqué de mes recettes la totalité des impôts que j'ai payés pour cette année 1923, c'est-à-dire : 1° Patente ; 2° impôt sur bénéfices non commerciaux ; 3° maison (elle est à moi) ; 4° cote mobilière.

Or, je reçois, ce jour, une lettre du contrôleur me disant que je n'ai le droit de retrancher que la patente et l'impôt sur les bénéfices non commerciaux. J'avais pourtant suivi les indications données par le *Médecin Syndicaliste*.

Lequel des deux est dans l'erreur ?

Dr P.

Réponse.

Il est vrai, en effet, que, seuls l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et la patente sont déductibles du revenu cédulaire pour la détermination du bénéfice net.

L'impôt foncier et la cote mobilière peuvent seulement être défalqués de l'ensemble des revenus dans la déclaration d'impôt général. Toutefois, pour l'impôt foncier, nous ferons remarquer qu'il n'est déductible du revenu global que dans le cas où on a inscrit dans la déclaration le revenu net forfaitaire figurant sur l'avertissement de l'impôt foncier. Si c'est le revenu net réel de l'immeuble qui a été déclaré, la déduction de l'impôt foncier ayant déjà été opérée lors de son calcul, elle ne peut être faite une deuxième fois sur le revenu global.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

Spécialiste, médecin traitant.

Spécialiste, puisque mécanothérapeute, ai-je le droit de prescrire et d'instituer un traitement mécanothérapique pour un accidenté du travail, qui vient directement à moi (la correction la plus élémentaire exigeant de se mettre aussitôt en rapport avec son médecin, à moins qu'il n'y ait mauvais vouloir de sa part à mon égard), et dois-je après avoir averti la Cie d'assurance, attendre son consentement ?

Dr C.

Réponse.

Vous pouvez toujours, étant docteur en médecine, être considéré comme « médecin traitant » même étant spécialisé en kinésithérapie. Le blessé, ayant le libre choix, peut toujours venir vous trouver directement, comme pour une blessure oculaire il irait trouver un oculiste, directement sans passer par un autre médecin. Mais, dans votre cas, puisqu'il s'agit d'une « série de plus de 5 interventions à tarif spécial » vous devez, comme tout médecin traitant, en « donner avis, vous-même, au préalable, à la Compagnie d'assurance » (art. 17).

F. D.

II

Spécialiste ou non

Exerçant la médecine générale, ayant un appareil à rayons X (tube Coolidge), distant de 20 km. du radiologue le plus près, puis-je remplir le rôle de radiologue pour les blessés du travail de mes confrères de la localité ?

Si oui, à quel tarif pour les accidentés du travail ?

Dr B.

Réponse

Un « spécialiste » par définition, ne fait pas de médecine générale. Toutefois, dans le cas que vous nous indiquez, j'estime qu'il doit en être comme pour l'exercice de la pharmacie par un médecin. S'il n'y a pas de spécialiste radiologue dans la région et qu'il soit reconnu par vos confrères que vous en tenez lieu ; si, d'autre part, vous êtes *suffisamment outillé* pour pratiquer la radio d'une façon technique irréprochable, je ne vois pas pourquoi (de même que pour les médecins propharmacien) vous ne pourriez être considéré comme spécialiste radiologue et naturellement être traité comme tel.

Quant au tarif à appliquer, vous n'avez qu'à consulter les tarifs de radiologie qui sont détaillés tout au long dans le tarif Breton.

F. D.

Les déclarations de décès

J'ai lu dans le *Concours* votre intéressant article sur la déclaration des décès et le projet de la Commission ; l'ayant médité comme il le mérite, je me permets de vous envoyer le résultat de mes réflexions.

La statistique des décès ne peut être correctement faite que par les médecins, et voici comment je la comprendrais : chaque mois ou chaque trimestre, chaque médecin envoie au confrère désigné par le syndicat le nombre de ses décès avec les diagnostics, sans aucune autre indication : 2 fièvres typhoïdes, 1 cancer de l'estomac, 3 tuberculoses pulmonaires, etc.

Il me semble que chaque médecin peut le faire facilement et gratuitement.

Le confrère désigné par le Syndicat, qui jouera le rôle le plus important, sera chargé de réunir toutes les fiches, de réclamer s'il est besoin les envois en retard, d'établir en des imprimés spéciaux dont le modèle sera établi par des médecins, la statistique annuelle de sa région et enfin de remettre cette statistique toute faite à la préfecture. Quand l'Administration demandera des détails l'intéressant, le confrère statisticien les lui donnera et en collaborant, ils pourront reconnaître des îlots tuberculeux, cancéreux ou autres.

Le poste de médecin statisticien sera donné par le Syndicat, rétribué par l'Administration, il n'empêchera nullement de faire de la clientèle, mais comme il nécessitera un travail de bureau, il sera probablement demandé par les confrères âgés ou fatigués, ou par les heureux, les fortunés qui exercent un peu en amateurs, ou par les jeunes dont la clientèle future leur laisse des loisirs.

Le secret professionnel serait ainsi complètement respecté et le travail des praticiens réduit au minimum.

La statistique faite par une personne compétente pourrait servir à quelque chose.

Tous les détails de ce projet sont modifiables et surtout perfectibles, mais je crois que le principe doit demeurer.

Les non syndiqués pourraient être tentés de ne pas communiquer leurs décès, mais la préfecture serait en droit de les rappeler à l'ordre et la diplomatie du confrère statisticien ferait le reste.

Dr V.
Saintes.

A propos de la réduction de la luxation du pouce (*sic*) du pied In *Concours médical* du 9 mars 1924. XLVII. — 553. **Pouce et gros orteil** (Dr B.)

La luxation du gros orteil est extrêmement rare et sa réduction présente plus de difficultés que celle du pouce, car il faut développer une plus grande force musculaire.

Ce que Farabeuf a écrit sur la réduction de la luxa-

tion du pouce et le rôle des os sésamoïdes, s'applique au gros orteil.

En 1897, j'ai eu à réduire une luxation du gros orteil en arrière. C'est le seul cas de ma connaissance : à cette époque, la littérature médicale n'en comptait que trois ou quatre cas.

Le pied de cet homme avait été pris par son bord sous une roue de tombereau, la semelle du soulier avait été arrachée et le gros orteil luxé en arrière, en Z.

J'ai appliqué la méthode de Farabeuf pour la réduction du pouce, mais il m'a fallu une certaine vigueur pour repousser en avant la première phalange avant son rabattement, c'est-à-dire sa remise en place. Les suites furent simples.

La rareté de cette lésion est la raison de sa non-inscription dans un tarif d'honoraires.

Dr P. Noury, de Rouen.

Le zona traumatique.

Je reçois le numéro de février de la *Quinzaine médicale* où, page 24, est donné un résumé d'un article de J. Thibierge, paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, (sans indication de la date) où je lis : Le zona traumatique..... il résulte que le zona, affection spécifique des ganglions rachidiens, peut parfois succéder à un traumatisme ... »

Or, dans le numéro du 13 août 1922 du *Concours médical*, p. 2635, j'ai publié une note sur le zona post-traumatique avec 4 observations cliniques.

Dans un des numéros suivants, un confrère a rapporté son propre cas, zona après une chute de bicyclette. Puis, comme cette idée n'avait pas reçu de consécration officielle et qu'elle heurtait les idées du jour, le silence s'est fait.

Je n'ai pas la *Gazette des hôpitaux*. Je serais heureux, si, à l'occasion, vous pouviez avoir cet article, intéressant pour les confrères.

Quand le *Concours médical*, il y a 19 mois, a publié ma note, peu de gens y ont cru.

Je suis heureux que mon idée ait fait du chemin et ait été acceptée par un officiel.

Ce qui prouve que la phrase d'Andral est toujours vraie : Rien n'est plus entêté qu'un fait.

P. Noury.

Une protestation

Médecin et pharmacien, je tiens à protester contre les termes employés vis-à-vis des pharmaciens par le Dr C. (*Concours* du 9-11-1924, page 547). Toutes les opinions peuvent être émises dans un journal, c'est entendu ; mais il est peu courtois d'employer à l'égard des pharmaciens des expressions aussi peu en rapport avec la tenue morale de l'ensemble de ces derniers. L'honnêteté et l'honorabilité des pharmaciens valent celles des médecins ; quant au tarif, il est

LE SULFARSENOL

Adopté dans les Hôpitaux Civils et Militaires

Dans la Syphilis est l'Arsénobenzène

LE MOINS DANGEREUX : Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénobenzènes.

LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées ; effets rapides, profonds, durables.

Complications de la blennorragie : soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 centigrammes), guérison en peu de jours (sans récidive).

BISCLOROL

Oxychlorure de Bismuth microcristallin en suspension dans l'Eau Camphrée

Teneur en Bismuth Métal 80 %

Le Bisclorol actuel ne produit plus la moindre douleur

grâce à l'état isotonique de la solution

S'injecte sous-cutanément

Technique facile et propre — Pas d'huile avec ses ennuis

BIEN TOLÉRÉ -:- ACTIF

PRÉSENTATION : BOITES DE 12 AMPOULES DE 0 GR. 10 ET 0 GR. 20

ÉCHANTILLONS à LA DISPOSITION de MM. les MÉDECINS

Vente en gros : LABORATOIRE DE BIOCHIMIE MÉDICALE, 36, Rue Claude-Lorrain, PARIS (16e) — Tél. Auteuil 26-62

Registre du Commerce : Seine n° 109.239

R. PLUCHON, O. ✠ Pharmacien de 1re Classe

Vente au détail : Docteur LAFAY, O. ✠, Phcn de 1re classe, 54. Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS et dans toute bonne Pharmacie.

KLUCHOL

Antispasmodique puissant

(BENZOATE D'ANETHOL)

AMÉLIORE ET GUÉRIT

COQUELUCHE-ASTHME-TOUX

R. C. Seine 61.614

Non toxique,
Calmant sûr,
Goût agréable,
Tolérance parfaite.

ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café, par année d'âge par 24 heures.
ADULTES : 4 à 6 cuillerées à soupe, par 24 heures.

ÉCHANTILLON et LITTÉRATURE :

LABORATOIRE REMEAUD, 38, Grande-Rue, BOULOGNE-sur-SEINE.

adopté par les intéressés (administrations, ministères, etc.), et les propharmaciens n'hésitent pas, que je sache, en à adopter les prix, bien qu'ils n'aient pas les frais auxquels sont assujettis les pharmaciens.

Dr L. CHANAL,
pharmacien de 1re classe,
à Moulins.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de l'anaphrodisie.

Observer un *régime* tonique et reconstituant, composé de :

Cervelles, œufs, poissons, crustacés, viandes grillées en assez grande quantité, purées de pois et de lentilles, salades cuites, artichauts, haricots verts, raifort, céleri, pommes de terre au beurre ou en purée, fruits cuits, crème vanillée.

Manger lentement, bien insaliver.

Eviter, autant que possible, les sauces, les légumes frits à l'huile, les charcuteries autres que le jambon, les salades crues.

Comme *boisson* : vin blanc, coupé d'*eau de Bussang*.

Exercice physique au grand air.

Eviter les veilles et le surmenage.

Hydrothérapie froide.

Faire, sur la région lombaire et le périnée, des frictions stimulantes avec :

Teinture de cantharides . . . 1 gr.
— de noix vomique . . . . . . 3 gr.
— de cannelle . . . . 6 gr.
Baume de Fioravanti q. s. p. 120 gr.

Le soir, au coucher, faire, sur la muqueuse du gland et du prépuce, un léger massage avec vingt ou trente gouttes de :

Extrait fluide d'échinacea angustifolia 25 gr.

Intus : avant le petit déjeûner, prendre une de ces pilules :

Extrait d'acanthéa. } ââ cinq centigrammes.
— de damiana. }
— de noix vomique . . . . } ââ cinq milligrammes.
Phosphure de zinc }

F. s. a. 1 pilule : n° 20.

Dans le cours du repas de midi, prendre, avec un peu d'eau, dix gouttes de cette solution :

Chlorhydrate d'yohimbine. . 0 gr. 50.
Eau distillée . . . . 50 gr.

A la fin du repas du soir, prendre un verre à liqueur de :

Teinture de vanille . . . . 10 gr.
Elixir de Garus . . . . 60 gr.
Eau distillée q. s. . . . . 180 gr.

On pourra également recourir au benjoin, à la

dose de 0 gr. 50, de poudre en cachets ou de 4 ou 5 grammes de teinture.

L'opothérapie constituera une adjuvance utile avec les extraits testiculaire et prostatique, associés aux extraits de substance grise, médullaire et cérébrale.

Dr A. SATRE.
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles aux questions des Parlementaires.

Médecin traitant et assermenté

20410. — M. GRINDA, député, demande à M. le Ministre de l'Hygiène, comme suite à la question écrite nº 19018, si le médecin assermenté n'est pas lié vis-à-vis de l'administration, par l'obligation du secret professionnel, dans le cas où il est, ou a été, le médecin traitant de l'employé qui s'adresse à lui pour obtenir un certificat destiné à l'administration dont il dépend. (*Question du* 30 *janvier* 1924).

2e *réponse.* — Le médecin de l'administration a prêté serment lorsqu'il a été nommé à la fonction qu'il a sollicitée : il s'est ainsi engagé vis-à-vis de cette administration, à lui dire « toute la vérité et rien que la vérité », lorsqu'une expertise lui est confiée par elle. Il ne peut, dès lors, se trouver délié de son serment, du fait qu'il est, ou a été, le médecin traitant de l'employé en cause, lequel a cru utile de s'adresser à lui pour obtenir un certificat destiné à l'administration dont il dépend. Il est, en effet, loisible à un employé d'une administration publique de s'adresser, soit pour les soins, soit pour obtenir un certificat médical, à tout autre médecin que celui de l'administration même dont tous deux peuvent faire partie à des titres différents. La présente réponse n'est d'ailleurs, donnée, comme la précédente, qu'à titre officieux, et sous réserve de l'interprétation des tribunaux, auxquels il appartiendrait de statuer, s'ils étaient saisis d'un cas d'espèce.

(*J. O.*, 7 mars 1924.)

Note

Ainsi, d'après la réponse ci-dessus, le fait, pour un médecin assermenté, d'avoir prêté serment l'oblige à violer le secret professionnel au détriment du malade, au profit de l'administration.

A cela, nous objecterons que la jurisprudence estime que l'article 378 du Code pénal est absolu et s'impose au médecin, *erga omnes.* Comme praticien, le docteur est lié à son client par cet article du code pénal, qui a été institué dans une mesure d'ordre public.

En prêtant serment de dire toute la vérité et rien que la vérité, le médecin n'est délié de son obligation au silence, pas plus devant un prétoire, que vis-à-vis d'une administration.

Malheureusement, le médecin ne connaît pas assez ses devoirs et les malades pas assez leurs droits.

Le médecin assermenté devrait savoir qu'il doit se récuser, comme médecin traitant vis-à-vis des malades d'administration, qu'il sera appelé ensuite à contrôler. Il ne doit pas être mis en présence de son intérêt personnel et de son devoir au silence.

Le malade devrait savoir qu'il a le droit d'interdire au médecin de parler des choses qu'il lui a confiées, ou que le docteur a pu apprendre par sa profession.

Vainement pourrait-on dire, comme dans la réponse ci-dessus, que les malades ont la liberté de se faire soigner par tout autre docteur que le médecin assermenté. C'est mal connaître l'esprit des petites localités et, pour s'attirer les bonnes grâces du médecin de l'administration, les fonctionnaires se croient obligés de le choisir comme docteur, alors que souvent, ils préféreraient aller ailleurs. Quant aux certificats, les fonctionnaires sont très souvent obligés de s'adresser au médecin assermenté, les certificats délivrés par d'autres docteurs étant impitoyablement refusés par l'administration.

Au reste, la réponse ci-dessus se garde bien de dire, en vertu de quels textes législatifs ou réglementaires ont été institués les médecins assermentés. Nous avons déjà discuté cette question, qui crée des rivalités entre confrères, alors que l'origine des désignations est irrégulière, et que les nominations ne sont dues qu'à l'arbitraire et à la faveur.

Dr Paul Boudin.

Nombre des diplômes de chirurgiens-dentistes délivrés.

20125. — M. Bouilloux-Lafont, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique combien de diplômes de chirurgiens dentistes ont été délivrés depuis le vote de la loi du 30 novembre 1892 jusqu'au 1er janvier 1924. (*Question du* 15 *janvier* 1924.)

Réponse. — Il a été délivré depuis la date d'application des dispositions du décret du 25 juillet 1893 fixant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme institué par la loi du 30 novembre 1892 jusqu'au 1er janvier 1924, 5.169 diplômes de chirurgien-dentiste.

(*J.O.*, 27 mars 1924.)

Application de la loi sur les chambres d'allaitement.

20625. — M. Delory, député, expose à M. le ministre du travail que l'on commence à trouver anormal le délai nécessité par l'élaboration du décret prévu pour l'application de la loi du 5 août 1917 sur les chambres d'allaitement dans les usines et demande : 1° quand on peut espérer voir publier ce décret ; 2° à quelle date ont été transmis les programmes arrêtés par le comité supérieur de la protection des enfants du premier âge ; 3° à quelle date le projet de décret consécutif à l'établissement de ces deux programmes a été transmis au comité consultatif des arts et manufactures ; 4° si le ministre peut communiquer la circulaire envoyée en vue d'assurer aux mères qui allaitent une heure de liberté chaque jour pendant les heures de travail. (*Question du* 13 *février* 1924.)

Réponse. — Le projet de décret a fait l'objet de plusieurs délibérations de la part du comité supérieur de protection du premier âge et du comité consultatif des arts et manufactures. Le dernier avis formulé par le comité supérieur de protection du premier âge m'a été notifié le 7 mars 1923. A la suite de cet avis, mon administration s'est vue dans l'obligation de procéder à une nouvelle étude complète de la question. Dans ce but, elle a fait appel à la collaboration du rapporteur de l'affaire auprès du comité consultatif des arts et manufactures, qui s'est trouvé lui-même empêché d'apporter à l'étude entreprise un concours suivi, par suite de la longue maladie qui a précédé son décès. Un nouveau projet de décret a été soumis au comité consultatif des arts et manufactures, le 31 janvier 1924, et il y a lieu de présumer que le nouveau projet pourra rapidement être examiné par le comité, dont les observations avaient nécessité une nouvelle consultation du comité supérieur de protection du premier âge. Aussitôt que le comité consultatif des arts et manufactures aura fait connaître son avis sur le nouveau projet, celui-ci sera transmis au conseil d'Etat. La circulaire en date du 19 août 1922 précisant les facilités dont doivent disposer dès maintenant, pour l'allaitement, les mères occupées dans les établissements industriels et commerciaux, a été publiée au *Bulletin* de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle (année 1922, p. 74).

(*J.O.*, 14 mars 1924.)

Quarante-sixième année. N° 15 bis. 16 Avril 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page 938-XXXII).

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

LE SOU MÉDICAL

Son utilité

Il y a 25 ans, quelques confrères, praticiens très au courant des difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession, étudièrent, au cours d'une conversation, les moyens d'assurer la défense des intérêts moraux et matériels des médecins.

Les hommes, vous les connaissez. Ils ont nom Maurat, Gassot, Jeanne, de Grissac. Ils furent les fondateurs, avec Cezilly, du *Concours médical.*

Véritables apôtres, ils ont été les créateurs de tout le mouvement de défense professionnelle actuel.

Les médecins sont tous assurés contre l'incendie, et pourtant, s'ils prennent cette sage précaution, ils ont chacun peu de chance d'être victimes du feu. Par contre, ils risquent fort de rencontrer la bûche, au cours de l'exercice de leur profession, victimes de l'hostilité de clients grincheux, de municipalités injustes, de collectivités égoïstes et souvent, du plus tyrannique de tous, de l'Etat.

Comment se défendre contre ces puissances d'argent, ces influences politiques, ces lois mal interprétées, dont la conséquence est souvent

une distribution de manne électorale sur le dos du médecin ?

Celui-ci n'est pas riche ; mais s'il consacrait, à cette défense spéciale, un sou par jour, le prêt modeste du pioupiou, il arriverait à se défendre. Ce fut l'origine du « Sou Médical » et de sa première cotisation de 18 fr. par an.

L'idée germa, se développa progressivement et, malgré les défections, suites de la guerre et de l'après guerre, notre œuvre groupe actuellement 4000 adhérents. Faut-il rappeler le but du « Sou Médical » ? Je crois la chose nécessaire, car s'il compte 4000 membres, le nombre en serait doublé ou triplé s'il était mieux connu.

Tandis que les syndicats s'occupent avant tout, de la défense générale de la profession, le « Sou Médical », qui a du reste la forme syndicale, a pour but primordial la défense individuelle du médecin.

N'allez pas croire qu'il se désintéresse de la profession médicale ; loin de là. Il fait de la défense générale par contre-coup. En défendant le praticien, il défend les principes régissant la profession. Il a fait créer depuis 25 ans, une jurisprudence qui forme l'ensemble des garanties nécessaires à l'exercice de la médecine. En créant cette jurisprudence, il a préparé le chemin à l'action syndicale.

Ainsi, le « Sou » défend le médecin envers et contre tous. Il s'occupe de ses intérêts moraux avec le souci constant de la défense professionnelle.

Combien de fois a-t-il réglé au mieux des conflits entre confrères, dénigrement, fautes de déontologie, rivalité de clientèle, etc ? Souvent un arbitrage confraternel a dissipé des malentendus et a fait, d'ennemis de la veille, de loyaux camarades.

Le médecin est fréquemment en butte aux calomnies de clients mécontents, au débinage du potard, à la vengeance de malveillants qui n'hésitent pas à incriminer sa conduite. Joignez à ceci des poursuites souvent entamées sur des racontars et des dires de concierge, ou l'œuvre de collectivités qui n'ont rien à risquer, puisque c'est la Caisse des frais généraux qui paye.

Nous n'hésitons jamais à prendre en mains la cause de nos adhérents, et souvent leurs détracteurs ont eu à se repentir de leur intempestive intervention. Une bonne demande reconventionnelle est une utile leçon. Mais c'est surtout au porte-monnaie qu'on cherche à frapper le médecin : on conteste ses honoraires, on l'accuse d'abus, de mauvais soins ; enfin, on trouve tous les arguments employés par les clients de mauvaise foi. Mais avec le « Sou », tous ces intérêts matériels sont défendus, qu'il s'agisse soit des particuliers, soit des collectivités. Celles-ci, au début, avaient une arme puissante : un contentieux bien organisé pouvant, par une

procédure souvent reptilienne, faire faire aux médecins des frais considérables, et aussi, dans une circonstance analogue les obliger à accepter les conditions offertes sans courir les risques d'un procès onéreux. Mais bientôt, le « Sou » put à son tour créer un contentieux rival, couvrir ses adhérents contre tous les frais, et souvent aussi, remporter une victoire. Nous devons même ajouter que le nombre de nos procès contre les collectivités est en voie de décroissance; quand on sait le « Sou » derrière un médecin, les Compagnies aiment mieux régler. La peur du « Sou » est le commencement de la sagesse.

Comment se fait cette défense ?

Si le « Sou » est un syndicat de défense professionnelle, ce n'est pas une agence de recouvrements. Il en laisse le soin à ses sociétaires. Il leur abandonne ordinairement la poursuite de leurs affaires en justice de paix qui ne causent que des frais insignifiants. Cependant, même pour ces affaires, nous sommes toujours à la disposition de nos confrères ; nous les aidons de nos conseils, nous leur rédigeons des conclusions qu'ils n'auront qu'à déposer. Même, dans certains cas très particuliers, alors qu'il s'agit d'une question de principe ou lorsqu'on se trouve en présence d'un véritable déni de justice dont nous sommes juges, nous pouvons leur accorder notre appui complet et nous trouver à leurs côtés.

Si l'affaire, en dehors d'un simple recouvrement, passe devant le tribunal de première instance, s'il est interjeté appel par une des parties, nous couvrons notre adhérent et nous lui accordons notre appui moral et pécuniaire, et ceci, devant toutes les juridictions possibles, même pour une somme minime en litige.

On parle encore d'un procès retentissant soutenu jadis par le « Sou ». Pour une somme de 10 fr., nous avons défendu la cause d'un confrère devant tous les tribunaux : Appel, Cassation, Tribunal des conflits, etc., et n'avons pas hésité à dépenser une dizaine de mille francs pour faire triompher une cause juste. Cette défense devient de plus en plus nécessaire, avec le développement incessant de la médecine sociale, qui, si elle provoque quelques abus rares et regrettables de la part de certains confrères, devient pour le grand nombre la source de vexations, d'exploitations, par suite de procès. Sauf pour les affaires dont la cause est antérieure à l'admission de nos confrères, nous les défendons dans tous les cas, et même pour certains procès retentissants de droit commun. Tant qu'un jugement définitif n'est pas intervenu, nous considérons l'inculpé comme innocent et digne de notre sollicitude ; quitte à nous séparer de lui pour cause d'indignité si l'issue du procès nous démontre la culpabilité. Notre formule est donc celle de la guerre : jusqu'au bout, envers et contre tous ; et pour continuer le langage du poilu, quand nos confrères sont du

« Sou » « ils n'ont pas à s'en faire ». Le développement de la science, l'emploi de procédés thérapeutiques nouveaux, la hardiesse de nos chirurgiens, toujours sur la brèche pour sauver plus de vies humaines, le développement de la médecine sociale, mettent en cause chaque jour davantage, la responsabilité médicale qui se traduit par des demandes de dommages-intérêts importants. Des sommes de 100.000 à 200.000 fr. sont couramment demandées et si les affaires se terminent bien presque toujours, elles deviennent néanmoins de plus en plus nombreuses. Les clients mécontents, guidés souvent par des hommes d'affaires véreux intéressés à l'affaire, n'hésitent pas en mettre en œuvre tous les procédés de chantage et d'intimidation.

Depuis longtemps, nous avons paré à cette menace, et c'est pour cela que le « Sou » a créé, il y a déjà de nombreuses années, une caisse de garantie, véritable assurance contre la responsabilité professionnelle. Au début, cette garantie était de 2000 fr., aujourd'hui elle est de **50.000** fr.

Mais, me direz-vous, il y a des compagnies d'assurances qui se livrent à ce genre d'opérations. Je le sais et nous sommes même heureux de voir un grand nombre de confrères couverts par ces sociétés, car la prévoyance, quelle que soit sa forme, est utile.

Cependant, à bien réfléchir, il y a une différence notable entre le « Sou » et les organisations financières. Celles-ci ont été créées pour donner des bénéfices commerciaux, des dividendes, à leurs actionnaires. Ce qui est important avant tout chez elles, c'est le coffre-fort. Aussi, sans compter les causes de résiliation et de déchéance portées parfois dans les contrats, souvent elles cherchent à transiger, car un arrangement vaut mieux qu'un procès. Elles savent reculer devant un appel, si les intérêts de la caisse les y engagent. Chez nous, rien de pareil. Si l'intérêt pécuniaire n'est pas négligeable, ce qui a le plus de valeur à nos yeux, c'est l'honneur médical : pas d'hésitation, entre lui et la caisse ; ce qu'il faut avant tout, c'est que le médecin ne soit pas condamné ; qu'il ne se crée pas une jurisprudence déplorable à opposer à nos praticiens. Nous n'hésitons pas à payer, après avoir épuisé tous les modes de défense. Mais notre principe, c'est de ne jamais transiger, et c'est pour cela que, même si un sociétaire est assuré à une compagnie financière, il n'a droit à notre garantie que si nous avons la direction entière du procès. Nous estimons que 25 ans de pratique dans la défense professionnelle, la jurisprudence que nous avons su créer, nous donnent une supériorité dans la défense sur les autres organismes. Ce n'est pas pour nous une manifestation orgueilleuse, car nous avons une organisation qui répond aux services que nos adhérents peuvent attendre de nous.

Voilà bien des avantages ; mais pour quelle somme peut-on y prétendre? Oh ! pour une somme minime, car nous ne sommes pas des mercantis. La cotisation de 18 fr. du début, passée à 20 fr., lors de la création de la caisse de garantie, *est de* 25 *fr. actuellement.* Nous n'avons donc pas relevé le tarif de notre cotisation en rapport avec les augmentations de la vie chère et du prix du papier timbré qui a augmenté à l'égal du bifteck. Mais sans augmenter la cotisation, il est une chose que nous avons voulu accroître dans des proportions considérables, c'est la garantie qui fut portée progressivement de 2000 fr. à 50.000, *son chiffre actuel garanti par des réserves accumulées depuis une suite d'années.* N'oubliez pas ces deux chiffres : 25 fr. et 50.000 fr. Ainsi, le « Sou Médical » est organisé pour faire face à toutes les attaques dirigées contre nos confrères. Un budget annuel de 100.000 consacré à la défense professionnelle de chaque année, qui doit être dépensé dans chaque exercice (sauf la part affectée à la caisse de garantie) nous donne une assurance de la puissance de nos moyens d'action. Et si un député a pu dire : vous verrez comment on meurt pour 25 francs par jour, nous pouvons dire avec satisfaction : Soyez des nôtres, et vous verrez comment on vous défend pour 25 francs par an.

Dr M. VIMONT.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL.

Dr Paul BOUDIN, docteur en droit, secrétaire général.

Dr Gaston DUCHESNE, secrétaire général adjoint.

J. DUMESNY, licencié en droit, chef du contentieux.

H. MEILLET, licencié en droit, secrétaire du contentieux.

CONSEILS JURIDIQUES.

Me NATTAN-LARRIER, avocat à la Cour de Paris.

Me B. AUGER, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat.

CORRESPONDANCE

Allocation complémentaire à la veuve d'un accidenté du travail.

Une veuve touche 220 fr. de rente annuelle pour son mari décédé en 1911, des suites d'un accident du travail. Le salaire annuel avait été fixé à 1100 fr. Une loi ou un décret sont-ils intervenus depuis 1912,

augmentant le taux d'allocation ? Cette femme malade actuellement ne peut naturellement pas vivre avec 220 fr.

Dr H.

Réponse.

La loi du 15 juillet 1922 a institué au profit des victimes d'accidents du travail ou de leurs ayants droit, lorsque l'accident est survenu avant l'application de la loi du 5 août 1920 (ce qui est le cas de la veuve dont il s'agit dans votre lettre) des allocations temporaires payables du 1er juillet 1921 au 30 juin 1924.

Les conjoints des victimes doivent recevoir une allocation égale au montant de leur rente, s'ils justifient qu'ils sont ou infirmes ou atteints d'une maladie incurable, ou âgés de plus de 60 ans.

Dans les deux premiers cas, la demande doit être adressée au sous-préfet, par l'intermédiaire du maire et soumise à la commission cantonale prévue par la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Le total de la rente et de l'allocation ne peut pas dépasser le montant de la pension de veuve de simple soldat attribuée par la loi sur les pensions militaires. Cette limitation ne s'applique pas en l'espèce, la pension de veuve de simple soldat étant de 800 fr.

L'allocation, après avoir été liquidée par le Ministre du Travail, doit être acquittée directement par le débiteur de la rente en même temps que les arrérages trimestriels du principal de la rente. Elle lui est remboursée par l'Etat.

La demande doit-être remise au maire de la commune de résidence de la rentière, sur papier libre et porter les indications suivantes :

1° Nom, prénoms, adresse de la rentière ;

2° Nationalité ;

3° Date de l'accident ;

4° Date de la décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente et le montant de la rente servie ;

5° Date de naissance de la rentière et nom et prénoms de la victime de l'accident ;

6° Indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, nom et adresse de ce dernier.

Si c'est la Caisse nationale des retraites, numéro de l'extrait d'inscription délivré par cette Caisse et indication du comptable qui effectue le paiement des arrérages.

Si le débiteur de la rente n'est pas une Société d'assurances, un syndicat de garantie ou la Caisse nationale des retraites, il devra être joint à la demande :

Une expédition de la décision fixant la rente servie au moment de la demande ;

Un extrait de naissance de la rentière, délivré sans frais par la mairie, par application de l'article 29 de la loi du 9 avril 1898.

Honoraires pour contre-visite d'un accidenté du travail.

Je vous serai très obligé de me faire connaître :

1° Quels sont les honoraires prévus pour contre-visiter un blessé à jour et heure fixes, peut-il être fait application de l'art. 3, § a ?

2° Quel est le prix du rapport consécutif à cette consultation, entre-t-il dans le cadre du dernier alinéa de l'art. 29 du tarif ?

3° Quel doit être le prix des autres visites faites au blessé en présence ou sans la présence du médecin traitant, mais avec son autorisation ?

Dr L.

Réponse.

Le tarif Breton n'est applicable qu'au *médecin traitant* de la victime de l'accident et choisi par elle. Il ne saurait être appliqué au médecin de l'assurance qui exerce en quelque sorte les fonctions d'expert auprès de sa compagnie. Pour lui, c'est le droit commun comme en clientèle ordinaire. Il peut donc réclamer les honoraires que lui semble justifier le travail qu'il a fourni sans qu'aucune tarification puisse lui être opposée.

Les augmentations de loyers ne sont dues qu'à compter de la prorogation.

Membre du « Sou » et abonné du *Concours* je serais heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant :

Je suis locataire d'une maison d'habitation et possède un bail de 9-12-15 ans, lequel a commencé le 1er avril 1912.

Aujourd'hui, jour de paiement du terme échu, mon propriétaire me réclame un supplément de 5 % sur le prix de ce loyer et une somme correspondant à l'augmentation des impôts depuis 1914 et avec rappel depuis le 1er avril 1922.

Je n'ai pas payé, voulant avoir votre avis. Il me semble que le propriétaire n'est pas dans son droit et ne peut me réclamer aucun supplément pendant la durée de mon bail, c'est-à-dire jusqu'au 1er avril 1927.

D'un autre côté, je lui ai signifié en 1919, par huissier, mon droit à la prorogation de 5 ans à l'issue de mon bail. Les lois sur les loyers postérieures à cette date ont-elles modifié ce droit à la prorogation ?

Dr X.

Réponse.

Les augmentations de loyer que la loi du 31 mars 1922 impose aux locataires bénéficiaires des prorogations de la loi du 9 mars 1918, ne

Voir la suite page XXVI-932 bis.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL FRANÇAIS EN 1923

Par le Dr Raphaël MASSART

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant à la Clinique chirurgicale infantile.

Pour suivre, avec intérêt, l'activité chirurgicale d'un pays comme le nôtre, il ne suffit plus, dans une vue d'ensemble, de parcourir un journal ou un bulletin, dont les comptes rendus forcément trop courts ne donnent pas l'impression exacte du travail de nos chirurgiens, de leurs discussions, de leurs recherches, de leurs découvertes, voire même de leurs déboires.

Il est nécessaire, de temps à autre, de s'arrêter, de contempler le chemin parcouru, pendant douze mois, et de réfléchir sur tout ce qui s'est dit et fait.

Douze mois ! C'est souvent bien peu pour juger de méthodes et de techniques, mais combien cependant n'ont pu supporter cette première rude épreuve du bout de l'an !

L'activité des chirurgiens français ne se manifeste pas seulement dans nos grands centres, dans nos villes possédant une faculté de médecine ou une école ; elle s'exerce partout sur notre territoire, elle pénètre dans nos campagnes, elle s'étend peu à peu aux colonies.

L'acte opératoire, jadis si redouté, est devenu chose courante, et nous voyons actuellement opérer avec succès des grossesses tubaires rompues, là où jadis, il eût paru impossible d'amputer un orteil. La décentralisation de la chirurgie est venue avec le progrès, avec la simplification des techniques, avec la grande maturité qu'a donnée la guerre aux plus jeunes d'entre nous ; c'est cette activité qu'on sent partout en parcourant la France, c'est ce mouvement chirurgical, qui va sans cesse en s'accentuant, dont aucun écrit ne pourra montrer l'évolution constante, qui constitue vraiment la vie chirurgicale française.

Il me paraît nécessaire, pour éviter au lecteur une énumération fastidieuse de faits et de noms, de diviser notre labeur chirurgical.

Les Congrès, où sont posées des questions précises, comportant des rapports étudiés, suivis de discussions, doivent être séparés des articles publiés dans nos journaux périodiques médicaux et des communications aux diverses Sociétés scientifiques.

Alors que les questions étudiées dans les réunions nationales ou internationales de chirurgiens doivent être analysées à part, il est plus intéressant de grouper en chapitres les articles avec les observations qui s'y rapportent et les discussions auxquels ils ont donné lieu.

Nous verrons ainsi ce que 1923 nous a appris sur l'anesthésie chirurgicale, quels ont été les progrès accomplis par la vaccinothérapie et la sérothérapie, ces jeunes auxiliaires du chirurgien, quels appuis nouveaux vont nous apporter le radium et les rayons X, quelles sont les contributions récentes à la chirurgie des os et des articulations, à celle des vaisseaux et des nerfs, à celle du système nerveux, à la chirurgie de la face et du cou, à la chirurgie thoracique et pulmonaire, aux interventions sur l'abdomen, qu'il s'agisse du tube digestif ou de ses glandes annexes, de l'appareil urinaire ou de l'appareil génital de l'homme et de la femme ; nous verrons enfin comment se constitue peu à peu chez nous une chirurgie orthopédique qui a beaucoup à envier à ses voisins de l'étranger.

I. — LES CONGRÈS

La **Société internationale de chirurgie** qui, cette année, a tenu à Londres ses assises, avait mis à l'étude cinq questions pour chacune desquelles nous avons eu le plaisir d'entendre un rapporteur français.

La **chirurgie des glandes endocrines** a permis à mon maître *Veau* d'étudier plus spécialement la chirurgie du thymus dans la première enfance. Ce rapport, dont un bref résumé ne peut donner qu'une idée imparfaite et que les chirurgiens d'enfants doivent lire, comporte trois parties : la chirurgie du thymus, la radiothérapie du thymus, et la thymectomie d'urgence que tout chirurgien doit pouvoir pratiquer. On trouvera d'ailleurs dans le rapport toutes les indications concernant les opérations et la technique qu'il convient d'employer.

La chirurgie des autres glandes endocrines, de la surrénale, de la pituitaire, de la rate, du pancréas, du corps thyroïde, de la glande carotidienne et du testicule, a été aussi l'objet d'autres rapports.

Les **Arthroplasties** constituent bien la question chirurgicale d'actualité, celle dont on discute encore et qui est loin d'avoir rallié tous les suffrages. *Santy*, au début de son rapport, montre avec raison que ce sont en somme les idées

d'Ollier qui sont à la base de toutes les méthodes orthopédiques : c'est le grand chirurgien lyonnais qui, le premier, a réalisé pratiquement la mobilisation des jointures ankylosées ; les idées sont restées les siennes, seules les techniques ont été améliorées.

Le rapporteur étudie ensuite l'arthroplastie des différents articles, celle de l'épaule, du coude, du poignet, de la hanche, du genou et du cou de pied.

Leriche ajoute aux conclusions du rapporteur qu'au membre supérieur, la résection, lorsqu'elle est exactement faite, selon les méthodes d'Ollier, donne des articulations mobiles rendant l'arthroplastie inutile.

Le professeur *Gosset* étudie **les résultats éloignés du traitement des blessures des nerfs périphériques.** Ce rapport, très riche en documents personnels et en indications bibliographiques, comprend trois ordres de faits :

Les résultats fournis par la libération du nerf et la suture.

Les résultats fournis par la greffe dans le traitement des grandes pertes de substance nerveuse.

Les résultats du traitement de la causalgie.

Le rapporteur examine ensuite les cas où il faut opérer, quand il faut opérer, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut en attendre.

Au cours de la discussion, *Leriche* rattache la causalgie au syndrome sympathique, puis il montre des résultats éloignés d'hétérogreffes de Nageotte, étudie le traitement des troubles trophiques susceptible d'améliorer dans l'avenir les opérés.

La **sérothérapie et la vaccinothérapie en chirurgie** ont permis à *Louis Bazy* de montrer quels admirables auxiliaires du chirurgien sont les vaccins et les sérums, et quels résultats on peut déjà attendre de leur action. *Michel* et *Mathieu* (de Nancy) apportent des cas personnels d'appendicites gangréneuses où la sérothérapie a été efficace.

Le **choc opératoire**, et plus particulièrement le choc traumatique, a fait l'objet du dernier rapport. MM. *Quénu, Duval, Mocquot,* après en avoir décrit complètement le syndrome, ont montré que la cause même des accidents est dans le foyer de la blessure. Ils distinguent trois formes de choc traumatique : le choc immédiat heureusement rare, le choc primitif et le choc secondaire. Toutes les déperditions de chaleur sont graves chez les choqués dont il faut remonter la tension artérielle ; aussi, doit-on, pour les opérer, s'entourer des plus minutieuses précautions et les endormir de préférence au chloréthyle ou au protoxyde d'azote.

Pauchet est partisan de la transfusion du sang pur et oxygéné, comme nous allons pouvoir nous en rendre compte en suivant les discussions du **Congrès français de chirurgie.**

La **transfusion du sang** est la première des questions étudiées par ce Congrès ; *Jeanbrau* et *Pauchet* ont demandé à *P.-E. Weill,* dont la compétence en hématologie est bien connue, d'étudier le côté médical de la question.

Le rapport de *Jeanbrau* met en présence les deux méthodes de transfusion, l'une qui, par voie veino-veineuse ou par voie artério-veineuse, transfuse du sang pur, l'autre qui transfuse du sang rendu incoagulable par l'adjonction d'anticoagulants (citrate de soude, sérum glucosé, arséno-benzols). Le sang citraté, dont l'auteur a plus particulièrement l'expérience, a les propriétés biologiquses du sang pur ; il ne détruit l'action ni des glandes endocrines, ni des anticorps du sang immunisé. Les inconvénients d'une telle transfusion sont minimes et semblent se réduire à des frissons et à de l'hyperthermie. Quelques accidents tardifs d'origine colloïdoclasique sont à redouter.

Ce qu'il faut avant tout savoir, c'est l'importance capitale qu'a le choix des donneurs et quels grands dangers peuvent résulter de l'incompatibilité sanguine.

Pauchet montre ensuite le rôle joué par la transfusion dans le choc : elle lutte contre l'hypotension, contre la stase capillaire et contre l'acidose. Il transfuse ses futurs grands opérés s'ils sont ictériques ou s'ils ont un faible taux d'hémoglobine ; il montre enfin l'influence bienfaisante de la transfusion dans les infections et dans les intoxications.

L'étude critique des **interventions proposées contre les prolapsus génitaux** nous a valu deux intéressants rapports de *Bégouin* et de *Savariaud,* qui ont été suivis d'une discussion où prirent part *Hartmann, J.-L. Faure, Cotte, Walther, Patel, Imbert, Lapeyre, Dujarier et Gouilloud.*

Bégouin sépare dès le début le prolapsus génital complet, où le périnée a disparu laissant une vulve béante, d'où fait hernie un utérus au col gros et ulcéré, du prolapsus génital partiel. Après avoir montré que, pour le prolapsus complet, ni l'hystérectomie, ni l'hystéropexie ne sont des opérations suffisantes, il étudie la triple opération qui va refaire le périnée, rétrécir le vagin, et reconstituer l'angle formé par les axes respectifs de l'utérus et du vagin. *Bégouin* réserve l'opération de Wertheim-Schauta, c'est-à-dire l'interposition vésico-vaginale de l'utérus aux cas où il est impossible de faire convenablement la myorraphie antérieure des releveurs.

Chez les femmes âgées, l'opération de *Lefort,*

c'est-à-dire le cloisonnement du vagin, reste l'opération de choix.

Savariaud sépare en deux catégories les procédés opératoires proposés pour les prolapsus génitaux.

Les uns s'adressent au péritoine, aux ligaments, à l'utérus, au vagin, à la vessie, au côlon pelvien ; ce sont les opérations par la *voie haute*, que l'auteur réserve essentiellement aux jeunes femmes.

Les autres, pratiqués par la voie basse, constituent pour beaucoup, et plus particulièrement chez les femmes âgées, le temps principal de la cure du prolapsus.

Le **traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales** comprend deux parties, dont la première, groupant les indications opératoires et les résultats, est l'œuvre de *P. Mathieu*, et dont la seconde, réservée à la technique opératoire, a été rapportée par *Villard*.

Les causes d'oblitérations non calculeuses sont si variées, et les indications opératoires si diverses, qu'il faut, suivant la cause, préférer telle technique à telle autre et savoir, suivant les cas, se contenter d'un drainage ou faire une anastomose bilio-intestinale, ou bien encore, reconstituer complètement la voie biliaire.

Villard insiste très justement sur la fragilité des hépatiques, la nécessité qu'il y a à combattre leurs hémorragies fréquentes, à surveiller de près leur anesthésie ; l'auteur passe ensuite en revue les voies d'accès, les opérations diverses qu'on peut être amené à faire et qu'il m'est impossible de résumer, même brièvement, dans un aussi court aperçu.

Le Congrès de Chirurgie qui, pendant une semaine, réunit, en général à Paris, les chirurgiens d'un peu partout, est complété par des séances opératoires qu'on ne saurait trop encourager. Eles restent encore trop peu nombreuses, et je suis persuadé que, mieux renseignés sur ce qui se fait dans les hôpitaux et dans les cliniques, nos confrères venus au Congrès se répartiraient dans les multiples services de chirurgie où ils pourraient voir quelque chose, au lieu de se rendre en foule, dans quelques services, où leur nombre même les empêche de profiter complètement de la séance opératoire organisée pour eux.

A côté de ces deux grands Congrès, nous avons eu les réunions annuelles des gynécologues de langue française, des urologistes, des orthopédistes et des pédiatres.

Bien que ces réunions soient plus spéciales, il nous est impossible d'ignorer ce qui s'y fait et ce qui s'y dit.

Les **Gynécologues et les Obstétriciens** de langue française réunis à Genève ont discuté trois questions :

La technique des interventions chirurgicales dans les rétro-déviations de l'utérus en dehors de la grossesse.

La conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte.

Les modes d'anesthésie en gynécologie.

A part la deuxième question, qui est un peu spéciale, les deux autres intéressent directement tous les chirurgiens.

Proust, dans le **traitement des rétrodéviations de l'utérus en dehors de la grossesse**, envisage les différents cas qu'on peut observer.

1° Si l'utérus est très mobile, s'il est peu volumineux et si ses ligaments insuffisants occasionnent à la malade des tiraillements douloureux, c'est l'utérus qu'il faut fixer, en y associant, comme l'a bien montré *Marion*, et pour éviter la récidive, l'occlusion du cul-de-sac de Douglas.

2° Si l'utérus est volumineux, qu'il soit basculé par suite de son poids, l'opération de Doléris modifiée par Gosset apparaît comme le procédé de choix.

3° Dans les rétroversions adhérentes, il faut avant tout s'occuper des lésions annexielles et fixer ensuite l'utérus, soit par hystéro soit par ligamento-pexie.

Le professeur *Schickelé*, étudiant l'**anesthésie en gynécologie**, constate que là, comme en chirurgie générale, c'est la narcose à l'éther ou au chloroforme qui reste l'anesthésie préférée.

Cependant, chaque année, l'anesthésie locale compte de nouveaux partisans ; il lui faut des indications particulières et elle paraît très indiquée dans les opérations plastiques sur le vagin.

L'anesthésie rachidienne soulève plus de discussions et sa gravité, qui est mortelle, reste impressionnante.

Quant aux anesthésies para-vertébrales, présacrées, épidurales et trans-sacrées, leur technique est longue, compliquée, et elles ne donnent pas une anesthésie suffisante.

La réunion des Urologistes a abordé cette année une question liée de trop près à la chirurgie, pour que nous n'en fassions point ici mention.

Le **traitement de la gonococcie par la sérothérapie et la vaccinothérapie.** — Du rapport présenté par *Debains* et *Minet*, et de la discussion qui l'a suivi, il ressort que sérothérapie et vaccinothérapie ne donnent pas encore des résultats assez constants et assez certains et qu'ils sont variables suivant la manière dont le vaccin

est préparé et suivant les techniques des auteurs qui les emploient.

La chirurgie orthopédique, qui a maintenant sa réunion annuelle, avait mis cette année à l'ordre du jour trois questions : les kystes des os, l'élévation congénitale de l'omoplate, le pied creux.

Rœderer, dans un rapport intéressant et documenté, montre qu'au niveau des os longs, chez l'enfant, il existe des **kystes** solitaires à évolution insidieuse, se terminant brusquement par une fracture. La radiographie a permis d'étudier l'évolution de ces kystes sur la nature desquels on discute encore. On ne connaît rien non plus de leur pathogénie ; s'agit-il de dystrophies à base endocrinienne, de formes particulières d ostéites, d'hématomes servant de point de départ à une inflammation ? Autant de questions qui se posent.

Leur traitement est nettement chirurgical. Le kyste doit être ouvert, curetté et l'évidement de sa cavité est suivi ou non d'un plombage ou d'une greffe ostéo-périostique. Ces différents procédés ont donné d'excellents résultats.

MM. *Nové-Josserand*, *Frœlich*, *Ducroquet*, *Gaudier*, *Mouchet et I roca* présentent des observations dont les résultats viennent encore appuyer les dires du rapporteur.

La question de **l'élévation congénitale de l'omoplate** a soulevé d'intéressants problèmes embryologiques entre le rapporteur *Delchef* et *Lance* ; comme le montre *Mouchet* au cours de la discussion, c'est là une lésion qui est souvent associée à d'autres malformations costales ou vertébrales et pour laquelle un traitement chirurgical s'impose, le traitement physiothérapique étant toujours insuffisant.

Laroyenne, étudiant le **pied creux**, montre que dans ses formes graves, il relève d'opérations portant sur les parties molles ou sur le squelette, ou sur les deux à la fois.

Les Pédiatres de langue française, réunis cette année à Bruxelles, avaient mis à l'étude comme question chirurgicale : **Le Diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale.**

Raphaël Massart a séparé, dans son rapport, l'invagination chez le nourrisson et l'invagination chez l'enfant.

Il a montré quelle grande valeur diagnostique il fallait donner au mélæna du nourrisson , car le chirurgien dispose là d'un signe constant et précoce qui permet d'opérer avant que les phénomènes d'occlusion soient devenus graves.

Des statistiques, des observations et une bibliographie mise au point, complètent le rapport.

Mouchet et *Veau*, reprenant les conclusions du rapporteur, montrent l'intérêt capital qu'il y a à opérer tôt et combien toute temporisation est nuisible.

Si je n'ai pu donner à mon lecteur sur toutes ces questions si importantes, traitées dans les Congrès, qu'une brève énumération de faits, j'espère du moins avoir assez mis en relief tout ce qui s'y est dit.

Les rapports et les discussions des Congrès marquent les étapes du chemin que nous parcourons tous, dans notre vie médicale ; nous sommes heureux, dans nos longues soirées d'études, de retrouver ces jalons, que nos aînés avaient su prévoir, pour nous permettre de refaire avec eux facilement la route qu'ils nous ont tracée, souvent avec peine.

II. — LES PUBLICATIONS. LES COMMUNICATIONS.

L'anesthésie en chirurgie.

Les discussions de nos sociétés scientifiques ont été nombreuses au cours de cette année, pour savoir quel était le meilleur moyen de supprimer la douleur et ce qu'il fallait penser de l'anesthésie rachidienne, d'une part, de l'anesthésie au protoxyde d'azote, de l'autre.

L'*anesthésie rachidienne* a, contre elle, un risque considérable : c'est la mort subite, immédiate, brutale. Tous les chirurgiens qui emploient la rachi, de façon courante, en ont observé des cas, et si certaines statistiques n'en mentionnent point, que leurs auteurs ne crient pas trop tôt victoire ; ils ont eu de la chance et rien de plus. *Bloch* et *Hertz* nous avaient, l'an dernier, donné quelque espoir en montrant que l'injection intra-rachidienne de caféine avait pu ranimer des malades en état de syncope grave ; mais voici que *Guibal*, non seulement ne partage pas cette opinion ; mais accuse l'injection de caféine intra-arachnoïdienne d'être nocive et d'avoir augmenté son chiffre de mortalité. Quoi qu'il en soit, c'est là une question pour laquelle, nous avons réuni au cours de l'année une quantité de faits précis ; nous voudrions pouvoir citer tous les travaux de ceux qui y ont apporté leur contribution ; les Bulletins de la *Société de chirurgie de Paris* ont publié des discussions nombreuses, la *Société des chirurgiens de Paris* a écouté un long rapport et les confrères désireux d'une documentation précise liront avec le plus vif intérêt tout ce qui s'y est dit. Signalons plus spécialement, parmi les travaux originaux, celui de *Terrien* sur les *paralysies tardives du nerf moteur oculaire externe*, celui de *Hamant*, sur les *céphalées consécutives*, de *Leclerc*, sur les *accidents méningés*.

La rachi-anesthésie, en dépit des risques qu'elle comporte, n'en reste pas moins, de l'avis des plus

autorisés, une méthode extrêmement précieuse, en particulier dans les interventions sous ombilicales. *Cotte*, d'ailleurs, rapportant des observations de *Bonnet*, a observé des cas d'occlusion intestinale où la seule injection d'anesthésique a pu amener une débâcle diarrhéique et une disparition des phénomènes aigus

L'*anesthésie au protoxyde d'azote*, si elle a ses détracteurs, n'a point, comme la rachianesthésie, ses défenseurs enthousiastes : elle reste, une excellente anesthésie réservée à des cas spéciaux. *Chifoliau* lui a consacré un article du *Progrès médical* qui a suivi la discussion de la Société de chirurgie de Paris.

Mocquot pratique de préférence l'*anesthésie épidurale* ; et l'anesthésie régionale, en chirurgie urinaire, avec *Duvergey*, en gynécologie, avec *Cotte*, garde ses partisans.

Pour la majorité d'entre nous qui suivons avec intérêt ces travaux sur les anesthésiques, en restant fidèles au chloroforme et à l'éther, il faut lire les quelques pages que mon excellent maître *J.-L. Faure* a consacrées à défendre l'anesthésie générale. Sous la plume d'un maître qu'on n'a jamais pu accuser d'être hostile à toute nouveauté, elle prennent une valeur singulière et elles nous paraissent la mise au point exacte de tout ce qui a été dit.

Il m'est difficile de quitter ce chapitre de l'anesthésie sans dire le plaisir que j'ai eu à lire l'étude que mon collègue et ami *Dartigues* a consacrée à la *douleur* ; elle est trop présente à l'esprit de nos lecteurs pour qu'il me soit nécessaire d'en reparler.

Les accidents syncopaux au cours de l'anesthésie ont bénéficié d'une thérapeutique nouvelle, sur laquelle *Petit-Dutaillis* nous a donné un intéressant mémoire, complété par les observations de *Toupet* et de *Lenormant*. Des injections d'une solution d'adrénaline à 1 ou à 2 millièmes, faites dans le ventricule, ont permis la réanimation du cœur suivie dans certains cas d'une guérison complète de l'opéré. C'est là un procédé facile à appliquer, et qui paraît plus efficace que le message du cœur dont *Picquet* nous a fourni une observation.

Nous avons suivi avec intérêt toutes les observations qui ont été publiées sur **les résultats des vaccins et des sérums**, associés ou non à l'acte chirurgical comme traitement des infections aiguës. *Tuffier*, *Grégoire*, *Tourneux* ont traité avec succès des ostéomyélites par la vaccination ; ces auteurs, avec *Hallopeau*, insistent sur la nécessité pour le chirurgien de surveiller continuellement le malade pendant l'emploi du vaccin ou du sérum. Il faut être prêt à intervenir à la moindre aggravation et ne pas laisser passer le moment où il faut opérer, sous prétexte que le vaccin n'a pas encore fait son effet. La *sérothérapie antigangréneuse* est conseillée par *Weinberg* dans la plupart des accidents de la rue, dans la fièvre puerpérale, dans le phlegmon diffus gangreneux, où *Mouchet* l'a utilisée avec succès.

Il semble que l'emploi du vaccin et des sérums se généralise en gynécologie et en obstétrique. *Voron*, *Michon et Sédaillon* l'étudient dans la fièvre puerpérale ; la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* y a consacré en juin un numéro entier.

Il faut être beaucoup plus réservé sur l'emploi d'autres vaccins et d'autres sérums. Le traitement des arthrites blennorragiques donne les résultats les plus contraires, des succès avec *Auvray*, des échecs avec *Dujarier* et *M.-P.-. Weill*. Les *vaccins anti-tuberculeux*, sur lesquels *Bazy* a fait à la Société de chirurigie une intéressante communication, n'ont pas donné, dans le service d'*Hallopeau*, les résultats que *Grimbert* en attendait. Sans avoir encore une expérience personnelle suffisante de ce traitement des tuberculoses chirurgicales, il nous paraît nécessaire de réserver notre opinion et de laisser travailler, loin des discussions scientifiques, ceux qui, comme *Jousset*, se sont consacrés à ce problème.

La chirurgie des os et des articulations a fait l'objet de nombreux et intéressants travaux. La greffe osseuse est de plus en plus employée. *Imbert* donne à ce sujet des indications sur ses conditions de réalisation.

A la Société de chirurgie de Paris, *Dujarier* a montré de fort beaux succès, dus à l'*ostéosynthèse*, dont il est à l'heure actuelle un des plus anciens champions. Les résultats obtenus dans le traitement des fractures lui ont permis d'envisager le traitement des pseudarthroses congénitales par la greffe ostéo-périostique. Un article publié avec *Perrin* dans le *Journal de Chirurgie* en rapporte 5 observations. Des cas de pseudarthroses opérés et guéris par la greffe ont pu être revus à assez longue échéance. *Hallopeau* en a rapporté qui montrent l'excellence de cette opération. *Basset* a revu, deux ans plus tard, une opérée de pseudarthrose du col du fémur traitée par le vissage, qui marchait parfaitement. La chirurgie des fractures semble donc chaque jour gagner du terrain ; réservée jadis aux seules fractures ouvertes, puis aux fractures irréductibles, elle est employée dans la plupart des fractures de jambes par *Baudet* et *Masmonteil*, qui obtiennent ainsi une réduction et une contention parfaite. *Frédet* est partisan de la suture précoce des fractures de la rotule et du traitement ambulatoire. Nous faisons des réserves sur le traitement chirurgical des fractures de l'enfant : les excellents résultats que nous avons pu revoir à longue échéance avec *Cabouat*, et publiés dans le *Lyon chirurgical*, nous permettent d'affirmer qu'en dehors de cas très particuliers où la réduction

sanglante des fragments s'impose, la chirurgie des fractures n'est pas du domaine de la chirurgie infantile. Les fractures bi-malléolaires avec *Picot*, les fractures du condyle externe de l'humérus avec *Guibal* et avec *Rocher*, ont fait l'objet d'intéressants articles. *P. Duval* et *Bassel* étudient, après le rapport d'*Alglave*, les indications et la technique du traitement opératoire des fractures récentes fermées du cou-de-pied. L'indication est précise, elle se pose lorsque la réduction n'est pas parfaite ou que la contention n'en est pas absolue. *Robineau* et *Contremoulins* ont contribué, par une ingénieuse instrumentation, à donner un repérage radiographique du col fémoral absolument parfait, alors que le repérage de la tête, décrit par *Charbonnier* dans le *Lyon chirurgical*, s'il a pour lui sa simplicité, nous semble être beaucoup moins précis.

Des opérations pour malformations osseuses ont été décrites et publiées par *Sénèque*, par *Sorrel*, par *Cadenat*; *Lenormant* et *Sénèque* montrent comment l'apophyse transverse hypertrophiée de la VIIe cervicale peut avoir un retentissement fâcheux sur le plexus brachial et nécessiter une résection, dont ils décrivent la technique.

Sorrel a publié une belle statistique de 166 opérations orthopédiques sur des enfants rachitiques dont les membres étaient déformés.

Cadenat expose, dans le *Journal de chirurgie*, une technique ingénieuse et personnelle, permettant de guider le chirurgien qui doit pratiquer une ostéotomie, pour redresser des déformations des membres particulièrement complexes. On parle moins de l'opération d'Albee pour mal de Pott ; *Kuhlmann* signale deux morts, bien qu'il réserve à l'adulte ce mode de traitement.

Nous avons lu avec intérêt un article très original de notre ami *Braine* qui décrit, avec *Ravina*, les lésions de la main chez le boxeur. La main du boxeur est un capital trop précieux, pour que nous négligions de connaître ces fractures assez particulières.

Les arthites de la hanche ont continué à intéresser *Frœlich*, qui décrit des coxites de croissance ; *Broca* et *Massart* étudient l'évolution des arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale. *Lamy* et *Benoit-Pilloire*, dans la *Presse médicale*, montrent que certaines arthrites à pneumocoques du nourrisson déterminent des luxations de la hanche très différentes de la luxation congénitale.

Les luxations anciennes de l'épaule nécessitent parfois la reposition sanglante ; *Louis Bazy* à ce sujet donne, dans un assez long travail, des principes directeurs dont il sera bon de se souvenir avant d'entreprendre des opérations analogues.

Le traitement sanglant des luxations acromio-claviculaires nous a permis de comparer, avec *Descomps*, *Cadenat* et *Mocquot*, les opérations diverses proposées pour maintenir en place l'extrémité externe de la clavicule.

Leriche, puis *Moreau*, nous ont montré et décrit l'ostéochondrite disséquante du genou, et *Tavernier* a rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon les résultats éloignés fournis par des lésions méniscales. *Nové-Josserand* a étudié les lésions d'arthrite chez les sujets traités pour des luxations de la hanche ; ce sont des complications souvent lointaines qu'il importe de ne pas négliger. Des opérations conservatrices pour tuberculoses articulaires ont été pratiquées par ces mêmes auteurs et les résultats obtenus, et par *Tavernier* et par *Nové-Josserand*, sont des plus intéressants.

La chirurgie du cœur et des vaisseaux est moins riche cette année en publications. *P. Duval* a rapporté à la Société de Chirurgie un cas de plaie du cœur. *Vidal* avait guéri son malade en pratiquant une thoracotomie verticale transsternale. Le rapporteur étudie, à ce propos, la chirurgie cardiaque d'urgence et montre les grands avantages de la sternotomie médiane. *Gosset* a présenté un malade atteint de symphyse péricardiaque qu'il avait amélioré par l'opération de Brauer pratiquée à l'anesthésie locale.

La *sympathicectomie péri-artérielle* a été faite par *Leriche* qui en a donné une bonne étude expérimentale. *Jean*, dont le rapport est présenté par *de Martel*, a obtenu, après résection des filets sympathiques péri-fémoraux, la guérison de troubles trophiques et le retour presque immédiat et paradoxal de la sensibilité.

Hardouin a lié 4 fois la carotide primitive : deux fois, il a assisté à des accidents graves dont un mortel, une fois, il n'a observé aucun trouble consécutif, car le malade était déjà hémiplégique ; et enfin, dans un cas, il n'y a eu aucune complication.

Roux-Berger nous a montré un cas d'anévrysme de l'artère poplitée, observé par *Clavelin*, qui avait eu pour cause une exostose ostéogénique de l'extrémité inférieure du fémur.

Bonnet nous a rapporté un cas de plaie de la veine cave inférieure, instructif en bien des points.

La chirurgie du crâne nous a valu d'intéressants travaux.

Leriche, à la Société de Chirurgie de Lyon, a décrit une opération intra-durale permettant d'aborder des tumeurs du chiasma.

Leriche et *Wertheimer* montrent les avantages et les inconvénients des deux méthodes habituellement employées pour aborder l'hypophyse : la voie transphénoïdale ou voie basse, et la voie frontale ou voie haute. Ces auteurs considèrent

comme plus simple et moins traumatisante la voie transphénoïdale.

Dufourmentel préfère aborder le sphénoïde et l'hypophyse, dans l'épaisseur de la cloison nasale : c'est la voie endoseptale de Sigura.

Leclerc a eu l'occasion de guérir une parotidite à répétition en arrachant le bout central du nerf auriculo-temporal, opération proposée et pratiquée déjà par *Leriche*.

Un nouveau moyen d'exploration des méninges rachidiennes a été préconisé par *Sicard* et *Forestier*. C'est l'injection sous-arachnoïdienne de lipiodol, liquide très opaque donnant une ombre à l'écran. Relativement récent, ce procédé connaît une vogue très méritée de la part de tous ceux qu'intéresse la pathologie méningée.

Les névralgies faciales douloureuses sont susceptibles d'un traitement chirurgical (névrotomie rétro-gassérienne) sur lequel *Sicard* nous donne d'utiles indications.

Leriche a montré qu'à côté des accidents d'hypertension observés après des fractures du crâne, il y a des accidents liés à l'hypotension et qu'il a été difficile jusqu'ici de les noter, en raison de leur similitude symptomatologique. Il y a là, au point de vue thérapeutique, une donnée qui mérite d'être retenue, toutes les fractures ne devant pas être traitées par la ponction lombaire évacuatrice.

La chirurgie de la face et du cou est de plus en plus réservée aux oto-rhino-laryngologistes et l'école de *Sébileau* nous a donné, avec *Truffert*, une technique très anatomique de l'exérèse des ganglions sous-maxillaires, avec *Bonnet-Roy*, des études intéressantes sur les tumeurs malignes des voies digestives supérieures, et sur celles du larynx ; avec *Sébileau*, un rapport plein d'enseignement sur les fibromes naso-pharyngiens, leurs voies d'abord et leur traitement. On lira avec intérêt quelques conseils pratiques pour la trachéotomie écrits par le maître dans le *Paris médical*.

Portmann et *Moreau* ont étudié le traitement chirurgical des tumeurs malignes du massif facial; *Delannoy*, le cancer de la glande sous-maxillaire ; *Bourguet*, la chirurgie sans cicatrice des nez mal faits.

La réparation des fentes palatines sur laquelle *Veau* a déjà, l'an passé, publié une très remarquable technique, semble actuellement être une question tout à fait au point. *Paul Moure* a résumé dans le *Journal de Chirurgie* quelques-unes des observations d'autoplasties faciales par lambeaux cutanés, à longs pédicules tubulés qu'il a déjà eu l'occasion de décrire.

Grégoire a décrit, avec des dessins et des schémas originaux, une voie d'accès nouvelle sur le *segment cardio-œsophage*. L'auteur a employé deux fois avec succès cette technique que *Braine* a utilisée une fois.

La **chirurgie pulmonaire** ne séduit qu'un bien petit nombre d'entre nous.

Bérard donne une technique de la thoracoplastie extra-pleurale dans la tuberculose pulmonaire, dont *Lenormant* étudie les indications et les résultats.

La chirurgie gastrique et intestinale nous fournit toujours matière à d'intéressantes lectures, à de longues discussions, à des observations sans nombre : elle reste notre enfant chérie à tous.

La chirurgie de l'ulcère gastrique a occupé à elle seule plusieurs *Bulletins* de la Société de Chirurgie : plus de 200 cas y sont analysés, et il me paraît difficile de résumer en si peu d'espace un aussi long débat, dont voici à peu près les conclusions.

Les ulcères de l'estomac et du duodénum bénéficient, au cas de perforation, d'une opération précoce ; il semble qu'il faille, en général, préférer l'excision suivie de suture à la large résection segmentaire (gastro-pylorectomie) qui a des indications plus particulières.

On aura intérêt à faire suivre d'une gastro-entérostomie complémentaire la résection de l'ulcère.

Nous retrouvons des échos de ces discussions dans nos journaux : *de Martel* a étudié la question dans le *Journal médical français* ; *Delore* et *Barbier*, dans le *Lyon médical* ; *Gouilloud*, dans les *Archives franco-belges de Chirurgie*, étudie l'hémigastrectomie dans le traitement de l'ulcère accompagné de biloculation.

La chirurgie des ulcères chroniques nous a valu une communication de *Pierre Duval*, *J.-Ch. Roux* et *Moutier* où ces auteurs étudient la septicité des parois gastriques et des lymphatiques périgastriques, dans certains ulcères chroniques gastro-duodénaux.

Cette septicité peut être la cause de désunions de sutures parfaitement exécutées et d'échecs opératoires, après des opérations qui paraissaient simples, faciles et rapides.

Brisset et *Grégoire* semblent partisans du lever précoce, après les opérations sur l'estomac ; il est certain qu'il est inutile de trop immobiliser au lit ses malades, mais est-ce bien une raison pour tomber dans l'excès contraire ?

Ombrédanne a présenté des corps étrangers fixés au duodénum, qu'il a pu enlever chez l'enfant par la taille ; ce même auteur nous a donné, dans le *Paris médical*, une mise au point du traitement de l'invagination intestinale aiguë.

C'est là une question qui, cette année, comme

nous l'avons déjà fait remarquer à propos des Congrès, a intéressé tous les chirurgiens : les rapports de *Mouchet* et *de Veau* contiennent des réflexions dont nous pouvons tous faire notre profit.

Delannoy a étudié les aspects cliniques de l'invagination intestinale chronique, souvent méconnue, et dont on s'étonne d'avoir peu d'images radioscopiques.

L'extirpation périnéo-abdominale du rectum dont *Forgue* et *Milhaud* ont étudié la technique dans la *Revue de Chirurgie*, en en précisant plusieurs détails, en montrant l'importance du point de Sudek, paraît se pratiquer de plus en plus. *Anselme Schwartz* en a publié encore d'intéressants résultats.

Toute cette chirurgie de l'anus et du rectum a pour conséquence fatale la recherche de procédés simples pour rendre continents les anus iliaques. *Dujarier* a décrit, à la Société de Chirurgie, une modification apportée par *Imbert* au procédé de *Lambret*, qui évite le sphacèle du lambeau.

Les hernies, dont on pense avoir tout dit, peuvent se compliquer de perforations intestinales après des contusions dont *Miginiac* a donné une description dans le *Toulouse médical.*

Lombard, dans le *Journal de Chirurgie*, décrit la hernie trans-mésocolique.

La chirurgie du foie, qui nous a valu déjà des rapports au Congrès, a fait l'objet de discussions à la Société de Chirurgie. Il y a été rapporté un certain nombre de cas de blessures accidentelles du cholédoque, et *Gosset* y a fait un rapport sur des observations de *Papin*. On a discuté sur la cholécystectomie rétrograde avec *Schwartz, Auvray, de Martel*, et il semble que la manière de procéder la plus sûre, pour extirper la vésicule, soit d'aller du col vers le fond. Dans tous les cas, il est indispensable d'isoler les éléments du pédicule hépatique avant de lier quoi que ce soit.

Santy et *Wertheimer* nous ont présenté des cas d'hydropisie de la voie biliaire principale et nous avons lu avec intérêt une étude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques de *Duval, Gatellier* et *Béclère.*

Les abcès de la rate, dont l'aspect clinique est assez particulier, ont été décrits avec leur traitement par *Lenormant* et *Sénèque*, tandis qu'*Alamartine* montrait à Lyon des observations de chirurgie splénique pour des ruptures de cet organe.

Gosset, Lœwy et *Bertrand*, en étudiant les pancréas accessoires situés au contact de l'estomac ou du bulbe duodénal, ont signalé leur rôle possible dans la pathogénie de l'ulcus.

Les contusions du pancréas ont fait l'objet d'un travail de *Mocquot* et *Constantini* dans la *Revue de Chirurgie.*

La **chirurgie urinaire** côtoie encore sur tant de points la chirurgie générale qu'il me semblerait inexcusable de passer sous silence des articles comme ceux de *Cathelin* sur l'anesthésie en chirurgie urinaire, de *Legueu* et *Flandrin, de Papin* sur l'énervation du rein dans les affections douloureuses de cet organe.

André a précisé les indications opératoires dans la lithiase réno-urétérale bi-latérale, et *Louis Bazy* a montré les avantages de l'incision transversale antérieure pour aborder le rein.

Lecène, rapportant une observation de *Hertz*, a insisté sur la bénignité des kystes séreux du rein et sur la nécessité de tout faire pour éviter la néphrectomie totale.

Les coudures de l'uretère déterminant l'hydronéphrose ont donné lieu à une fort intéressante discussion, à la suite d'une observation de *André Chalier*, mais l'accord ne semble pas complet sur la fréquence de cette cause dans la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente.

Les blessures accidentelles de la veine-cave inférieure, au cours de néphrectomies, sont une complication grave ; *Robineau*, en pareil cas, a pratiqué la suture circulaire de la veine et a guéri sa malade en dépit d'une crise d'anurie post-opératoire.

Une variété d'orchite aiguë a été décrite par *Mouchet* qui a reconnu pour cause la torsion de l'hydatide de Morgagni.

Fouget et *Witas* ont observé d'autre part une forme typhoïdique d'orchi-épididymite.

Nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons déjà dit au début de cet article sur le traitement des prolapsus génitaux, ni sur toutes les questions qui ont fait l'objet des discussions du Congrès.

Nous retiendrons les cas d'absence congénitale du vagin traités chirurgicalement ; la création d'un vagin artificiel au moyen d'une anse intestinale ne paraît pas sans gravité.

Tourneux insiste avec raison sur l'utilité de l'hystérectomie vaginale comme traitement des péritonites abortives graves : c'est là une idée chère à notre maître, *J.-L. Faure*, et qu'on ne saurait trop répandre.

Albertin, dans le *Lyon médical*, a insisté sur la nécessité d'une collaboration étroite entre radiologue et gynécologue dans le traitement des fibromes utérins.

Lecène, à propos d'une observation de *Mondor*, a, en effet, rapporté un cas de péritonite diffuse suppurée mortelle survenue au cours du traitement radio-thérapique d'un fibrome utérin que compliquait vraisemblablement une suppuration tubaire.

C'est une cause de mort de plus à l'actif du fibrome utérin, dont nous a parlé *Dartigues*.

En dépit de ces insuccès, **le radium et les**

rayons X doivent de plus en plus être les familiers du chirurgien.

Je n'aurai pas la prétention de dire ici tout ce que ces deux branches de la physique ont apporté cette année au médecin ; mon article ne pourrait y suffire.

Roux-Berger a étudié les thérapeutiques associées (chirurgie, rayons X, radium), du cancer du sein, de la langue, de l'utérus dans le *Paris médical*, dont le numéro précédent était entièrement consacré à la lutte anticancéreuse.

Robert Monod a présenté une série de faits montrant l'heureuse influence de la curiethérapie sur le cancer utérin.

Esguerra, Monod, Richard ont imaginé des pièces plastiques facilitant les applications du radium.

Colicz, en un article très étudié, a exposé les bases physiques de l'irradiation du cancer utérin par les rayons X et le radium combinés.

Les tumeurs malignes de la vessie ont été traitées au mésothorium par *Legueu, Marsan* et *Flandrin*.

Chirurgiens et radiographes collaborent de plus en plus pour étudier les aspects radiographiques des lésions qu'ils observent,.

Bellot et *Lepennetier* ont examiné diverses altérations osseuses de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Mouchet et *Rœderer*, la scaphoïdite du tarse chez les jeunes enfants ; *Masmonteil* et *Béclère*, des tuberculoses ostéo-articulaires ; *Tavernier*, des ostéo-sarcomes ; *Massart* et *Cabouat* ont suivi le développement d'une épaule d'enfant, en montrant toutes les causes d'erreur qu'un aspect normal peut faire commettre.

Dans toutes les branches de la chirurgie, la RADIOGRAPHIE vient nous guider ; elle pénètre jusqu'au rein dont elle insuffle la capsule ; elle permet, avec le pneumo-péritoine, dont *Colicz* nous a donné une technique, d'observer des tumeurs abdominales et de préciser leurs rapports ; elle nous montre les structures intimes des os, elle nous permet de voir fonctionner sous nos yeux le tractus digestif ; elle nous devient indispensable ; nous ne concevons plus de clinique sans elle ; elle est devenue un sixième sens.

III. — LES LIVRES

Les livres nouveaux qui peuvent intéresser le chirurgien sont, cette année encore, en bien petit nombre : leur qualité du moins est là pour nous en consoler.

Le professeur *Lejars* a fait paraître chez Masson un « livre de métier », digne pendant de cette Chirurgie d'urgence qu'on trouve dans toutes les bibliothèques médicales, des plus humbles aux plus riches.

Dans « **Exploration clinique et diagnostic chirurgical** », comme le dit lui-même l'auteur : « Je me suis attaché à « montrer » pour chaque région ce que l'on peut voir « en sachant regarder » ; comment on doit explorer ; comment, on peut tirer de cette exploration des conclusions de diagnostic, de pronostic, de traitement ».

C'est un livre d'une conception nouvelle, admirablement illustré et qu'il faut avoir.

La Bibliothèque du cancer, chez Doin, a fait paraître deux ouvrages sous la direction des professeurs *Hartmann* et *Bérard*.

Les cancers du rein, de la glande surrénale et des voies urinaires supérieures, ont été rédigés par *Lecène* et *Wolfromm*. Les auteurs y ont étudié aussi les tumeurs solides paranéphrétiques et pour chacune de ces localisations, ils nous ont donné une étude anatomique, anatomopathologique, des faits cliniques, des techniques opératoires, des résultats et une importante bibliographie.

Les cancers de l'intestin ont été traités par Okinczyc. On y trouve successivement étudiés, en des chapitres distincts, toutes les localisations néoplasiques du tractus intestinal, et, en raison de sa fréquence, un développement spécial a été donné au cancer du gros intestin.

Ces deux monographies, confiées à des auteurs éminents, que leurs travaux antérieurs désignaient pour écrire ces chapitres, seront très goûtées de tous les chirurgiens.

Continuant la publication de ses « **Travaux de chirurgie** », commencée en 1903, chez Steinheil, le professeur *Hartmann* a publié chez Masson le cinquième volume, consacré à la CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES.

«Ces travaux, dit le professeur *Lecène*, résumant l'expérience personnelle considérable d'un chirurgien qui, depuis plus de 30 ans, a fait une étude particulière de la chirurgie des voies biliaires, ont naturellement une grande valeur et tous ceux qui s'intéressent à cette branche de la chirurgie abdominale trouveront dans ce volume une ample moisson de faits intéressants et bien observés ».

Des monographies de *Mondor* et *Lauret* sur les **ulcères perforés de l'estomac et du duodénum** ; de *Moure*, sur la **chirurgie vasculaire conservatrice**, ont été publiées dans la « Collection de médecine et chirurgie pratiques ». Ce sont des livres clairs, simples, bien écrits dont la lecture est aisée, agréable et instructive.

Nous avons enfin, en édition définitive et réalisé par ses élèves, « **les Traumatismes du poignet et rayons X** » de *Destot*. C'est le guide indiqué de tous ceux qui ont à s'occuper de ces traumatismes.

Voituriez et *Delépine* ont recueilli en deux vo-

lumes ce qu'a enseigné *Duret* à Lille sur les **traumatismes crânio-cérébraux.**

Nous avons vu paraître un nouveau **Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.** Le « Kirmisson », où nous avions étudié, est devenu entre les mains des plus jeunes l'« Ombrédanne » ; c'est dire tout son succès et son adoption rapide. Avec une incomparable clarté, l'étudiant y trouvera exposé et mis à sa portée ce qu'il doit savoir de chirurgie infantile ; le praticien et le chirurgien y puiseront des renseignements précieux.

A côté de tous ces livres techniques où les chirurgiens trouveront d'utiles enseignements, je voudrais en citer encore un dont la lecture attachante permet de suivre, depuis ses plus lointaines origines jusqu'à son épanouissement, l'histoire de notre art, c'est « **L'évolution de la chirurgie** » publiée chez Flammarion par le professeur *Paul Lecène.*

On y voit comment, partie de très humbles origines, la chirurgie a fini par devenir la technique scientifique, précise dans son exécution et souvent très sûre dans ses résultats, qu'elle est déjà, et comment, à travers des époques particulièrement brillantes suivies d'époques de recul et de stagnation, elle a réussi, après la grande révolution pastorienne, à l'élargissement formidable de son champ d'action.

***

En essayant de n'oublier personne, j'ai cependant bien peur d'avoir été incomplet, de n'avoir pas tout lu, de n'avoir pas tout dit et d'avance, je m'en excuse auprès de tous mes confrères et amis dont les travaux ne me sont pas parvenus, ou ont échappé à mes recherches.

Notre rôle devient chaque jour plus difficile tandis qu'augmente le nombre des journaux des revues, des publications diverses. Au fur et à mesure que s'accroît cette production périodique, nous voyons diminuer, et nous le déplorons, le nombre des livres, qui, honneur de nos bibliothèques, faisaient connaître à travers le monde l'œuvre de nos plus grands chirurgiens (1).

Il est probable que la renommée d'*Ollier* et de *Farabeuf* n'aurait guère dépassé nos frontières, et ne leur aurait pas survécu, si, au lieu d'écrire et de laisser à leurs successeurs des ouvrages qu'on lit partout et qu'on lira toujours, ils s'étaient contentés de répandre autour d'eux leur enseignement.

Combien n'ai-je pas entendu d'étrangers me demander pourquoi nous avons si peu de livres qui soient vraiment le reflet de ce que disent et font nos maîtres ?

Il est extraordinaire de penser qu'un pays comme le nôtre n'a pas actuellement un traité de chirurgie qui soit à jour et que, dans le plus récent, le foie et les voies biliaires sont l'œuvre du maître de la Gynécologie, alors que c'est un de nos plus réputés oto-rhino-laryngologiste qui a écrit les maladies du testicule et de ses enveloppes.

C'est, cependant par des ouvrages importants, comme les traités de chirurgie générale ou spéciale, dont la vente n'est certes pas rénumératrice, que s'étend notre influence et que s'augmente notre renom à l'étranger.

Tout ce qu'on dit dans les Congrès, dans les Sociétés, dans les journaux n'est que paroles qui s'envolent ; ce qu'on a écrit dans un livre où on a condensé les fruits de son expérience et de son passé chirurgical, cela seul constitue un monument durable (2).

Dr Raphaël MASSART.

(1) La Chirurgie d'urgence de Lejars a été, je crois, traduite dans toutes les langues.

(2) Je suis à la disposition des confrères pour leur fournir les indications bibliographiques plus précises qu'ils pourraient me demander: R. Massart, 15, boulevard des Invalides, Paris.

L'HYDROLOGIE DU PRATICIEN

Revue de crénothérapie clinique

par Raymond MOLINÉRY

Ancien interne des Hôpitaux de Toulouse.

Le professeur Grasset, cité par Henri Pelon (1), au cours de l'une de ses leçons cliniques consacrées à l'étude des eaux minérales dans les maladies du système nerveux, disait : *il faut aller du malade au médicament.* Voir son malade, l'analyser, poser un diagnostic aussi complet que possible, et, ce diagnostic posé, déterminer quelles eaux minérales conviendront le mieux au convalescent ou au chronique, car il est bien entendu que toute crise aiguë contre-indique les eaux minérales à leur source. Diverses conditions interviennent pour la détermination de ce choix. Celle du terrain prime, à notre avis, toutes les autres : que les notions de diathèses soient battues en brèche, qu'elles ne répondent plus aux exigences de l'école moderne, cela est possible ; mais on se comprend encore si l'on parle de tempéra-

(1) Henri PELON. — *Guide pratique de thérapeutique hydro-minérale.*

ment sanguin, neuro-arthritique, lymphatique. Un eczéma survenant chez un arthritique ou un lymphatique ne sera certainement pas envoyé à la même station par le clinicien soucieux des causes. Il en va de même pour quantité d'autres affections, signature d'un état général particulièrement déficient, « en carence » sur un point donné.

La question des cures associées (question que nous avons posée après d'autres il y a déjà une dizaine d'années) entre également en ligne de compte.

Rouzaud (de Vichy), Germès (de Luchon), Schneider (de Contrexéville) ont étudié comment certaines manifestations de l'uricémie relevaient de ces trois stations. Par laquelle commencer ? Quel intervalle ordonner entre la cure faite ici et à faire ailleurs ? N'en est-il pas de même pour certaines fistules osseuses que l'on a avantage à envoyer, d'abord, aux salines, et ensuite aux sulfurées ou inversement, suivant le *stade de la maladie* et le *terrain* sur lequel elles ont évolué ?

Enfin, il est une question de commodités dont il faut savoir tenir compte pour le malade, et celui-ci vous en saura toujours gré. Il est des stations dont la valeur thérapeutique est de tout premier ordre et dont l'agencement technique, hôtelier ou touristique laisse, parfois, à désirer : celles-ci peuvent se trouver dans la région du malade. Elles seront signalées et rendront de très réels services. D'autre part, bien qu'aucune station du même type ne se ressemble en tous points, on peut établir des comparaisons entre les unes et les autres, et il sera plus facile à un Lyonnais d'aller vers les Alpes que de se rendre aux Pyrénées.

En outre, et pour les sulfurées en particulier, dans les Pyrénées, la question d'altitude peut jouer un très grand rôle : Cauterets s'élève à près de 1000 mètres, Luchon s'étage à 630 et Ax remonte à 720, tandis que Barèges atteint 1250 et les Escaldes dominent à plus de 1300... Signalons, en raison de sa nouveauté et de l'intérêt qu'elle présente, la classification proposée par M. Paul Blum, de Strasbourg.

Imaginant que le médecin praticien peut avoir oublié (surtout si on ne le lui a jamais appris) l'action pharmacodynamique des eaux bicarbonatées mixtes, des eaux bicarbonatées chlorurées-sodiques, des sulfurées simples ou complexes, M. Blum a pensé que le thérapeute sait qu'il veut *combattre* une acidose, *stimuler* un organisme, *exciter* une diurèse et c'est en alcalinisantes, stimulantes, diurétiques, anticatharrales, énergétiques, qu'il a divisé nos eaux, pour plus de facilité.

Cependant, il nous a paru plus simple de passer en revue, pour chaque appareil, quelques maladies les plus courantes de la pratique journalière ; et, utilisant les travaux les plus récents et en particulier les leçons faites, depuis ces trois dernières années, par les médecins spécialisés, établir, pour chacune d'elles, la ou les stations thermales ou climatiques les plus appropriées : thermalisme, climatisme, thalassothérapie devant marcher de pair.

La composition physicochimique des eaux minérales, leur posologie, sont l'apanage des médecins spécialistes. Il n'en sera pas question dans le memento que nous soumettons à nos lecteurs, leur rappelant, avec M. le professeur Moureu, que « *l'eau minérale est un tout, un bloc, une drogue très compliquée, une véritable thériaque, impossible à reproduire artificiellement dans son intégrité, comme l'opium, la digitale ou la belladone. Elle a son individualité propre avec ses attributs bien personnels... La thérapeutique constate ; la chimie-physique tâche d'expliquer* »

Quelle doit être la durée d'une cure thermale ou climatique ? Nous répondrons : ni le médecin, ni le malade ne peuvent fixer les limites de la cure. Seule, la maladie a voix au chapitre. L'évolution d'une fistule osseuse, la marche d'un psoriasis, d'un lupus, réclament des mois et des mois. En pratique, pour des affections aussi tenaces, il faut obtenir des malades qu'ils puissent séjourner le plus de temps possible, deux, trois mois. Ne les fait-on pas séjourner à Berck 12, 15, 20 mois et souvent p us encore.. ? Il ne sera pas difficile de demander 6 à 8 semaines à des patients qui, depuis des années, quelquefois, traînent leur mal ou à des mamans qui ont, en leurs mains, l'avenir de leurs enfants. En tous cas, la cure de 20 jours est un pis aller. Pour la femme, elle doit s'étendre d'une période cataméniale à la suivante. Mais il y a le plus grand intérêt à ce que le médecin puisse se rendre compte de l'effet de la cure sur la muqueuse utérine après vingt et quelques jours de traitement, et après le repos forcé menstruel : cinq à six semaines paraissent donc devoir être exigées.

Pour la cure climatique, il en va encore bien autrement. C'est toujours par mois qu'il faudra compter.

Un nombre considérable de villes d'eaux s'intitulent « *Stations d'enfants* ». Cela est légitime. L'enfant malade, est-ce autre chose, le plus souvent, qu'une manifestation héréditaire du terrain ancestral ? Or, la cure idéale, n'est-ce point celle qui s'attaquera à la fois « à la maladie, à sa cause, au terrain ? »

Modifier l'enfant, c'est modifier le terrain ; c'est essayer de supprimer, ou tout au moins de retarder, l'éclosion presque fatale des germes que les générations ont déposées dans son devenir.

Oui, à la vérité, *la médication hydro-minérale doit être une thérapeutique causale,* car ses éléments constitutifs, élaborés dans je ne sais quels mystérieux laboratoires, contiennent, en eux, un principe de vie (état colloïdal de la matière ?) que, dans l'état actuel de la science, nous ne connaissons pas encore, que nous entrevoyons peut-être, mais, principe de vie qui est bien ce « *quid divinum* » affirmé par nos Anciens, nos Maîtres.

L'enfant réagit admirablement à la médication hydrominérale.

Avant d'entrer dans le détail de la crénothérapie propre à chacune de nos stations, nous ne pouvons pas ne pas dire un mot et de *la radioactivité des eaux minérales* et *des phénomènes de « choc »* considérés du point de vue de *l'hydrologie.* Les notions que

◆◆◆

l'on va lire sont, en partie, empruntées, les unes à M. le Dr Loisel, de Bagnoles-de-l'Orne, préparateur à la Faculté de médecine de Paris (1), les autres, à M. le Dr Galup, du Mont-Dore.

Thomson, de Cambridge, à la suite de la découverte des Curie, montre que les gaz dissous dans l'eau de cette ville ont la propriété de décharger l'électroscope. Son élève, Adams, caractérise l'émanation du radium (1902-1903).

N'était-ce pas la clef de l'explication de l'action thérapeutique de certaines eaux oligométalliques (celle de Bagnoles, par exemple) dont la minéralisation, si banale, ne pouvait conditionner le pouvoir d'exciter les muscles lisses des petits vaisseaux ? N'allait-on pas trouver dans cette émanation la raison qui faisait dire qu'une eau transportée perdait une grande partie de ses effets, puisque cette émanation diminuait de moitié en quatre jours et disparaissait totalement vers le 17e ? N'était-ce pas la réponse à ceux qui demandaient comment l'eau bue à sa source était-elle toute différente de celle consommée à domicile ?

Quoi qu'il en soit, Curie, Laborde, Moureu, Lepape, Piéry et d'autres encore, étudient la radioactivité des E. M. françaises et très grand est maintenant le nombre des sources classées. Un tableau a été relevé par les spécialistes en cette délicate matière. Ce tableau montre la quantité d'émanation du radium en millimicrocuries contenue à l'émergence, d'un côté, dans un litre de gaz ; de l'autre, dans un litre d'eau.

Parmi les stations les plus riches en émanation contenue dans le gaz, citons, par ordre d'importance : La Bourboule, Plombières, Aix-les-Bains, Bains-les-Bains, Dax, Bagnères-de-Bigorre, Ax-les Thermes. Parmi les stations les plus riches en émanation contenue dans l'eau, citons : Luchon, La Bourboule, Sail-les-Bains, Grisy, Bussang, Evaux. *La source Lepape*, à Luchon, donne en effet 41,5 millicrocuries à l'émergence, par litre, ce qui constitue *la plus forte teneur*, actuellement *connue en France.*

Quelle peut être l'action thérapeutique de la radioactivité ? L'ensemble des recherches montre que l'émanation du radium possède à faible dose une action excitante sur les ferments et en particulier sur *les ferments uricolytiques*. D'autre part, l'émanation du radium constituerait une des meilleures médications de l'arthritisme. L'émanation absorbée par voie pulmonaire, par voie digestive, par voie vasculaire serait éliminée par le poumon, par les reins, la peau, l'intestin. M. Piéry, dans un remarquable travail du *Lyon médical*, étudie l'action de l'émanation sur nos organes, en particulier sur le sang : goutte, rhumatisme chronique, névralgies et névrites, certaines asystolies, relèvent des stations radioactives. « *Les cures hydrominérales radioactives*, écrit M. Piéry, *par leur action désormais établie sur la goutte, les rhumatismes chroniques, les névralgies et névrites, les névropathies sympathiques, les cardiopathies, les varices et phlébites, les affections cutanées*, etc., méritent d'être utilisées, dès maintenant, en pratique courante » (1). L'ingestion d'eau radioactive bue au griffon même de la source ; l'inhalation par les humages, les étuves, les émanatoria humides — qu'il serait si facile d'obtenir en faisant dégager l'émanation de l'eau radioactive, *en petites cascades* (comme celles dont Allevard présente un joli type) — ; la balnéation, en petites piscines à eau courante, les bains de boue et les cataplasmes de boue radioactive, sont les divers modes d'utilisation des eaux radioactives.

(1) De la radioactivité des eaux minérales. (*Paris médical*, avril 1922.)

Dans une récente communication à l'Académie des sciences, M. Lepape a montré que la radioactivité (du moins en ce qui concerne les recherches effectuées à Luchon) était en raison inverse et de la température et de la sulfuration. Or, précisément, ce sont ces sources mésothermales et à sulfuration moyenne que la clinique a reconnues être *les plus sédatives* (2).

On a coutume de dire que les malades entrant dans une ville d'eaux y commencent leur traitement, dès leur installation. Cela est vrai, au sens rigoureusement scientfique du mot, puisque nos savants physicochimistes ont découvert que les sources thermales radioactives, par leur débit, rejettent, à chaque instant, dans l'atmosphère, une quantité plus ou moins grande d'émanation.

De très importants travaux actuellement « en chantier » permettront, il faut le souhaiter, de nous donner, dans un avenir prochain, une des raisons de l'activité si curieuse de nos Eaux minérales ....

Mais nous demanderons que les techniciens, spécialisés dans l'étude de la radioactivité aux Eaux minérales, veuillent bien servir de conseillers techniques aux Sociétés balnéaires, aux Municipalités qui ont la responsabilité de donner au malade un « médicament » d'une très haute valeur.

Sur un tout autre terrain — mais également délicat et complexe — nous entraîne M. Galup, du Mont-Dore, dans son étude sur l'anaphylaxie et la crénothérapie.

L'anaphylaxie, chacun le sait, est la propriété que possèdent certains corps, certains poisons, d'augmenter, *au lieu de la diminuer*, la sensibilité de l'organisme à leur action : le système nerveux central jouant dans l'anaphylaxie un rôle capital (Dabout). L'anaphylaxie a conduit à la colloïdoclasie, « phénomène d'*ordre physique*, consistant dans le *déséquilibre* qui se produit en la constitution colloïdale du

(1) Cet article était sous presse quand nous avons eu connaissance du magnifique travail sur la radioactivité des eaux minérales que MM. Piéry et Milhaud (de Lyon) viennent de publier : nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. (Maloine, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, Paris),

(2) M. Lepape a présenté à l'Académie des Sciences plusieurs communications sur la radioactivité des eaux minérales, communications qui font autorité en la matière.

plasma sanguin, et, sans doute, aussi des plasmas intracellulaires des tissus, sous des influences diverses, mais, principalement, du fait de leur *brusque mise en contact* avec des albumines hétérogènes ou avec les produits colloïdaux de désintégration de ces albumines ».

Or, des recherches actuellement conduites avec beaucoup de rigueur, il résulterait que certaines sources possèdent une « *action anti-choc* ». Cette action *désensibilisante* pourrait être démontrée « par la production de petits chocs successifs, non appréciables, cliniquement, mais que peut-être, mettrait en évidence la recherche des signes vasculo-sanguins, signature de la crise colloïdoclasique ». N'y a-t-il pas là une explication des « *crises thermales* », et cette explication ne rend-elle pas compte du pronostic favorable que l'empirisme a, depuis des siècles, attribué à ces crises thermales ? N'est-il pas curieux de voir le laboratoire nous ramener à l'observation clinique ?

Comme le donne en conclusion le savant travail de M. Galup (1), « la connaissance de l'anaphylaxie et de la colloïdoclasie commence à projeter une lumière éclatante dans le domaine de ces prédispositions héréditaires ou acquises, de ces états chroniques entrecoupées d'épisodes aigus, de ces métastases, de ces idiosyncrasies, que la doctrine de l'infecfection était incapable d'expliquer ». La crénothérapie, avec sa fidélité à l'idée de terrain, aux antiques diathèses, se retrouve donc au tout premier plan de nos actuelles préoccupations scientifiques.

C'est donc « *la thérapeutique du terrain* » que le lecteur ne sera pas surpris de trouver au tournant de chacune des pages qui vont suivre.

Il sera traité ici de quelques maladies de la peau, du tube digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, du système nerveux, de l'appareil utéro-annexiel, de l'appareil réno-vésical, de l'appareil locomoteur. Les manifestations de la syphilis seront signalées, certaines maladies de la nutrition (goutte et diabète) seront résumées, et enfin, les séquelles des blessures de guerre ne seront pas omises : le tout étant considéré au regard d'une cure aux stations thermales ou climatiques.

On nous excusera d'être forcément incomplet...

Colites et entérocolites

Malgré les travaux de l'école coprologique moderne, la pathogénie des infections de l'intestin demeure bien obscure encore. Troubles organiques, troubles fonctionnels se juxtasposent, s'imbriquent, se conditionnent. Aux modalités pathologiques de la sécrétion anormale se joignent les symptômes d'une affection microbienne exacerbée. Le système nerveux, sur qui ont réagi les vices d'assimilation, réagit à son tour pour son propre compte. Le foie, l'estomac, dont les affections retentissent sur l'intestin, ne sont pas quelquefois les seuls à favoriser les perturbations que nous allons étudier du point de vue de leur traitement hydrominéral, et, souvent, nous enregistrerons l'action réflexe de l'utérus et de ses annexes.

Ajoutez à cela l'élément « douleur », variable à l'infini, et vous comprendrez avec quelle délicatesse, quel scrupule le clinicien doit faire choix de la station « d'élection ».

L'entérite chronique est certainement l'affection pour laquelle les malades demanderont les prescriptions les plus précises.

Avec le prof. Cade, de Lyon, nous dirons que la colite (qui est la modalité la plus fréquente d'entérite chronique) peut réaliser les trois grands types cliniques que nous voyons en clientèle : *la colite muco-membraneuse, la colite muqueuse, la colite grave ou ulcéreuse.*

La colopathie mucomembraneuse est caractérisée par la constipation, l'entéralgie, l'hypersécrétion de mucus et de mucomembranes. La colite muqueuse offre un tableau assez semblable au précédent, mais la diarrhée y remplace la constipation. Les colites ulcéreuses sont heureusement rares.

Mais à côté de ces trois grands groupes, trouvent place toutes les *modalités segmentaires* : la typhlocolite, la sigmoïdite, la recto-colite. Tuberculose, syphilis, parasitisme, dont l'amibiase est une des formes les plus fréquentes, peuvent intervenir dans la pathogénie des colopathies. Modifications morphologiques entrent encore dans ce concert... La thérapeutique *causale* sera donc rarement simple.

L'examen clinique ne sera complet que s'il s'accompagne de toutes les ressources du laboratoire : examen des fèces, radioscopie avec rectoscopie. Nous ne saurions trop recommander à nos confrères d'adresser aux médecins spécialisés un véritable mémoire touchant les entérites qu'ils envoient aux eaux minérales, mémoire qui comprendra, autant que faire se pourra, les résultats des examens dont il vient d'être fait mention.

Le traitement des colopathies aux eaux minérales est contre-indiqué par un état aigu ou par un état chronique, dont le cancer de l'une des parties du tractus digestif serait la cause.

Le traitement des colopathies, en déduction de ce que nous avons dit plus haut, comprendra le plus souvent les *cures associées*, les *cures conjuguées* que nous avons signalées dans divers états morbides : ces cures seront Châtel-Guyon et Vichy, Néris et Plombières, Brides et Capvern, Barbazan et Vals, avec toutes les variantes commandées par l'état du malade ; et encore Plombières et Bagnères-de-Bigorre, Châtel-Guyon et St-Sauveur, etc.

CHATEL-GUYON (Entéropolis du professeur Landouzy) et PLOMBIÈRES jouissent d'une légitime réputation dans le traitement des affections de l'intestin.

En thèse générale, Plombières sera réservée aux grands névropathes qui font une localisation de leur état nerveux sur le tube digestif, tandis que Châtel-

(1) Crénothérapie et anaphylaxie, *Paris médical* avril 1922.

Guyon conviendra mieux aux états intestinaux primitifs qui retentissent secondairement sur l'état général.

Fidèle au plan que nous nous sommes donné, allons de la maladie au traitement.

Les colites réflexes, vous le savez, ont actuellement leur place dans la pathologie de l'intestin : les expériences de laboratoire ont confirmé les observations cliniques : « *La possibilité de contracter des entérites réflexes s'observe surtout chez les neuroarthritiques ou, si on préfère, sur des sujets qui, d'après les travaux récents, présentent les attributs de la vagotonie ou de la sympathicotonie, c'est-à-dire un trouble du fonctionnement des systèmes neuro-végétatifs, conditionné ou non par les sécrétions des glandes endocrines* ». Et Mazeran ajoute à cette citation de Bernard : « *Presque toujours, il y a enchevêtrement des manifestations sympathiques et parasympathiques* ».

Les plexus abdominaux peuvent donc provoquer, par voie réflexe, sur l'intestin « des troubles sécrétoires, des troubles vaso-moteurs, des troubles nervo-moteurs, des troubles sensitifs, des troubles trophiques », et comme la nature est l'ennemie du schéma, il y a souvent imbrication de ces troubles divers.

Or, Plombières possède *une action essentiellement sédative* due, peut-être, à la radioactivité de ses eaux. Constipation spasmodique, diarrhée nerveuse : effets ; coudure du côlon, appendicite chronique : causes de colite seront modifiées avec succès à Plombières. On le sait maintenant : bien des opérés d'appendicite continuent à souffrir après leur opération. La cure de Plombières s'impose chez de tels malades.

L'entéro-névrose (qui vient de faire l'objet d'une étude de Frossard) est traitée à Plombières par une douche en pluie, très fine et très chaude, donnée, sans pression, sur le ventre, à travers l'eau de la baignoire, pendant les dernières minutes du bain.

Chatel-Guyon réclame affections de l'intestin, affections hépatiques, maladies générales, maladies de l'enfance, maladies des pays chauds au sujet des quelles nous allons entrer dans quelques détails, étant donnée leur grande importance.

Parmi les affections de l'intestin justiciables de Châtel-Guyon, nous relevons, en première ligne, *les dyspepsies gastro-intestinales*. Le syndrome étant connu, il conviendra à Châtel-Guyon de régulariser la fonction, de désintoxiquer et remonter l'état général. L'école moderne a aboli l'ancienne conception de la division en constipation *atonique* et constipation *spasmodique* : la clinique nous présente un mélange ou, plus exactement, une alternative d'atonie et de spasme. Le spasme étant une réaction qui permet tous les espoirs, l'atonie *confirmée* étant un acheminement vers une sorte de cachexie de l'intestin qui n'obéit plus à aucune médication. Au début au contraire, l'action primordiale, capitale, peut-on dire, de Châtel-Guyon est de rétablir « le tonus normal de la musculature colique et la synergie des contractions ». Qu'il s'agisse donc de constipation gauche, de constipation droite, ou de grande stase, l'eau de cette station réveille l'énergie cellulaire de la musculature colique.

La cause de la *constipation* siège dans un *trouble de la musculature* ; l'*irritation* de la muqueuse conduit à la *diarrhée chronique*. Diarrhées toxiques, diarrhées microbiennes, diarrhées liées à une origine parasitaire, diarrhées prandiales des biliaires (que Vichy peut aussi réclamer), fausses diarrhées à débâcles, mélange de matières dures et de liquide d'exsudation, seront, avec succès, traitées à Châtel-Guyon.

La colite, dont le syndrome le plus connu est l'entérocolite mucomembraneuse ; la colite, affection dans son essence éminement irritative ; la colite qui naît sur un terrain entaché de neuroarthritisme, on dit aujourd'hui « neurotonie » ; la colite, sous toutes ses formes, à toutes ses phases, est justiciable, de la façon la plus légitime, de la grande station d'Auvergne.

Une des complications de la constipation droite est la typhlo-colite, confondue assez souvent avec l'appendicite chronique, et vous savez combien fréquemment il ne s'agit, en réalité, que de fausses appendicites avec stase et irritation cæcale.

C'est encore avec Vichy que Châtel-Guyon devra traiter les dyspepsies gastro-intestinales : qu'elles soient hyposthéniques avec atonie et par conséquent fermentations anormales, ou encore hypersthéniques (non ulcéreuses, bien entendu) l'observation montre que les résultats acquis ne sont pas négligeables.

Que dire des affections hépatiques ? Ne semble-t-il pas au premier abord que Vichy, Vals, Alet, Le Boulou, aient le droit de se réserver la totalité de ce groupe ? Il est incontestable que Vichy, en particulier, doit sa réputation mondiale, et qu'aucune station n'a le droit scientifique de lui contester, aux cures innombrables d' « hépatopathes ». Mais la nature ne nous a pas donné un foie indépendant de l'intestin, et l'interdépendance de ces deux organes leur donne « un droit de regard », si j'ose m'exprimer ainsi, l'un sur l'autre. Il est cliniquemnt vrai que certaines formes d'insuffisance hépatique, par exemple la diminution de la sécrétion biliaire, retentissent fâcheusement sur l'intestin, modifiant le bol fécal qui ne se trouve plus émulsionné, relativement aux aliments graisseux qui attendent, de la bile, une grande partie de leur transformation.

Or, par la stimulation que l'eau de Châtel-Guyon imprime au rythme moteur des fibres lisses, la cure combattra tout particulièrement les troubles si fréquents de l'excitation biliaire ; mais, dans les affections du foie, c'est *en précédant* ou *en suivant* une cure de Vichy que Châtel-Guyon remplira tout son rôle de médication adjuvante, de médication associée, de médication conjuguée, comme la diététique est associée indissolublement à la digitale dans les cardiopathies. La nature, bonne mère, a placé Châtel et Vichy, côte à côte... Les finalistes y verront, sans doute, matière à glose philosophique, mais nous

y voyons sûrement un immense bienfait pour les malades.

Châtel-Guyon s'associera également à Vittel et à Evian et aussi à Capvern dont l'action, si curieuse sur les états hémorrhoïdaires, est à signaler.

Les maladies générales résultant de l'auto-intoxication, les convalescents des maladies typhiques et parathyphiques, des infections toxi-alimentaires seront, de tout ce que nous avons dit, justiciables de cette « station de l'intestin ».

L'enfant jeune, qui n'est presque encore qu'un tube digestif, se trouvera chez lui à Châtel-Guyon chaque fois que — sur ce long tractus — une déficience qui se marquera par les troubles du syndrome colique, par ceux de l'anaphylahxie digestive, par les vomissements périodiques, se sera fait jour. Le « bobo au ventre » qui inquiète si souvent les mamans disparaîtra à Châtel-Guyon.

Depuis longtemps déjà, le ministère des colonies a ouvert les portes des stations thermales à tous nos compatriotes qui, pionniers de l'influence française, n'ont pas craint d'affronter de meurtriers climats. Les *affections coloniales*, dont Abatucci et Matignon nous ont récemment entretenus, relèvent de diverses stations suivant leurs modalités de réaction. Vichy, Châtel-Guyon, Plombières, Capvern pour les manifestations morbides du foie et de l'intestin ; les chlorurées sodiques, les sulfurées fortes pour les anémies profondes, les dermatoses spéciales, etc.

Toute la catégorie des paludéens, des dysentériques, des typhomalariens, tous les « *faux hépatiques* » qui sont, avant tout, des intestinaux voient leurs selles se modifier et leur teint s'éclaircir, dès la première huitaine du traitement. La « lymphe minérale » de Gubler, où s'allient le magnésium, le calcium et le fer, apporte, au point de vue hématique, un reconstituant dont les effets sont rapides.

Il est impossible de trouver nulle part ailleurs un tel ensemble thérapeutique spécialisé à l'appareil de la digestion.

L'action des eaux de Châtelguyon peut se résumer de la façon suivante : cette station régularise la motricité digestive, stimule les sécrétions intestinales, possède une action anticolitique marquée et, ce qui découle des trois premières constatations, agit comme tonique sur l'état général.

Les indications de Plombières porteront de préférence sur l'élément hyper-douloureux, qu'il s'agisse des constipés, des diarrhéiques, des entéronévritiques, des appendiculaires ou des troubles nerveux secondaires.

Barbazan dans la Haute-Garonne a acquis une grande célébrité, surtout régionale, par son action laxative et diurétique en même temps. Décongestion de l'intestin, du foie et de la rate sont le résultat de la « neuvaine » faite à Barbazan.

Les maladies du foie et de l'estomac.

« Foie égale Vichy », a pu écrire, en équation, Albert Robin.

La pathologie générale a ramené au foie tant de causes diverses de nos maladies, quand ce foie est en souffrance, qu'il est bien peu de manifestations morbides de l'économie qui n'aient maille à partir avec cet organe dont la complexité est un monde.

Vichy excite la sécrétion biliaire, rétablit la perméabilité des canaux vecteurs de la bile, fluidifie celle-ci, améliore la fonction glycogénique, exalte la fonction hématopoiétique et renforce son pouvoir antitoxique : aussi lithiasiques, diabétiques, cholémiques, cirrhotiques au début, sont-ils les clients de Vichy. Dans les typhlo-cholécystites chroniques, les *cures thermales* sont toujours utiles et souvent indispensables ; il n'y a que des raisons d'ordre matériel qui doivent s'opposer aux cures successives au cours d'une même année, dans les stations les plus recommandables aux colitiques et aux hépatiques. Selon l'étape de l'affection où le malade arrive, selon la prédominance absolue ou relative des symptômes vésiculaires et gastriques ou des symptômes intestinaux, on sera amené à conseiller la cure thermale indiquée par l'importance des uns ou des autres : Vichy, Plombières ou Châtel-Guyon. [(Durand et Binet.)

On voit dès lors que Vichy peut conjuguer sa cure avec presque toutes celles des stations françaises, et qu'elle jouit du privilège qu'il convient de souligner bien haut, au regard de l'étranger, c'est qu'en dehors de son action propre, Vichy possède une action adjuvante dans toutes les affections qui frappent les viscères abdominaux. C'est bien la capitale thermale de la France.

Châtel-Guyon revendique cependant, à juste titre, certaines insuffisances hépatiques, notamment le foie torpide (*torpid liver* des Anglais), et certaines congestions.

Vals, Le Boulou, Alet, ne seront nullement jalouses et Vals, avec sa clientèle innombrable d'enfants gastropathes ou entérités, est une reine enviable. Il est difficile de ne pas dire un mot du traitement spécial des maladies de l'estomac aux E.M., car leur traitement comme leur pathogénie ont bien des points de commun.

Exciter les fonctions de l'atonique, calmer celle de l'hypersthénique, serait vraiment bien simple si toute la thérapeutique, comme celle du célèbre Brown, se réduisait à cela !

A Vichy, il faut attacher, pour les gastropathes, plus d'importance à l'origine du trouble gastrique qu'au symptôme lui même : aussi l'amélioration la plus nette est-elle constatée chez les malades « à terrain hépatique défectueux », (dyspeptiques, cholémiques, lithiasiques larvés). De façon générale, ce sont les hypopeptiques qui accusent à Vichy une modification évidente presque immédiate. A Vichy, peut-être plus qu'ailleurs, la cure doit être sévèrement surveillée par le médecin : il faut encore que le malade et le médecin habituel de ce malade sachent bien aussi que le bienfait de la cure ne se fera réellement sentir que dans les mois qui suivront la cure :

« *natura non fecit saltus* ». Il faut à la nature le temps de modifier la diathèse avec les éléments nouveaux que lui ont apporté les sources minérales, génératrices de perturbations heureuses d'un métabolisme vicié.

Vichy, avec sa gamme admirable d'alcalinité, POUGUES et encore Vals et Alet répondent à toutes les indications que vos malades présenteront. Mais tant vaut le médecin, tant vaut l'eau minérale : il en est en crénothérapie comme en thérapeutique générale. Certaines eaux ont produit chez des malades des effets diamétralement opposés parce qu'elles ont été ordonnées suivant les réactions individuelles de chacun.

Suum cuique, telle pourrait être l'idée directrice de la thérapeutique thermale et climatique.

Les Dermatoses

Carron de la Carrière a magistralement étudié les dermatoses et leur traitement aux eaux minérales dans deux conférences, encore inédites, faites à l'hôpital Saint-Louis. Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner ici un résumé succinct.

Les eaux minérales françaises applicables au traitement des dermatoses peuvent être divisées en deux catégories :

1) Les unes n'agissent qu'*indirectement* sur la peau par leur influence sur l'état général, sur les états diathésiques, sur les émonctoires ;

2) Les autres, par leur *action directe* sur la peau, à la fois en application externe, comme topique, et par leur usage interne, comme médication générale de la cause de la dermatose.

Un grand nombre de dermatoses ne sont que le symptôme d'une affection générale, d'une auto-intoxication, d'une altération viscérale : foie, rein, système nerveux. Supprimez la cause vous supprimez l'effet. D'où les cures si utiles dites « *de lavages* » si utiles non parce qu'elles apportent, mais par ce qu'elles emportent : Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny, Capvern, Aulus, Thonon, Ganties, La Barthe de Rivière, etc. D'où les cures *modificatrices* de Vichy, Pougues, Châtel-Guyon, Brides. D'où les cures *sédatives* de Néris, Bagnères-de-Bigorre, Plombières.

Voilà pour l'action générale.

Ceci étant posé, dans la gamme incomparable des eaux minérales françaises, quelle source, *à action élective*, faut-il choisir pour l'eczéma, l'impétigo, l'ulcère torpide, le prurigo, le psoriasis, etc. ?

Avant toutes choses, il faut savoir que les groupes de sources auxquels nous allons envoyer nos malades agissent comme antiphlogistiques, antiseptiques, antiprurigineuses, antiparasitaires, réductrices, kérato-plastiques, épidermisantes : qu'elles soient arsenicales, sulfureuses, sulfatées, chlorurées ou cuivreuses, leur valeur radioactive, leur puissance isotonique étant, de par ailleurs, différentes.

La Bourboule, Saint-Gervais, Uriage, Saint-Christau, Luchon, La Roche-Posay, dit Carron de la Carrière, peuvent synthétiser la médication dermatologique hydrominérale. Non point que d'autres stations n'aient une valeur réelle dans le traitement de ces affections, mais celles-ci ont donné des résultats tels que la clinique les a consacrées.

Ce qu'est le médicament, son mode d'action, quels malades en sont justiciables ? Telles sont les trois questions que nous posent les praticiens.

LA BOURBOULE, type des eaux arsenicales, est utilisée en traitement interne (traitement de fond) et traitement externe. Rappelons seulement ici que l'eau de la Bourboule est bien autre chose qu'une « solution » arsenicale équivalant, au litre, à 28 milligrammes d'arséniate de soude !...

Douée d'une puissante radio-activité, possédant des gaz rares en abondance, cette eau, si particulièrement vivante, a toute son efficacité, prise à la source même. Le traitement interne varie avec chaque malade, et pour chaque malade, avec le stade de sa maladie.

Le traitement externe comprend les bains et la douche filiforme, dont les indications ont, depuis plus de 30 ans, été bien étudiées par Veyrières. Le bain de la Bourboule est calmant. Sa douche filiforme est modificatrice : vous y adresserez donc les malades atteints d'éruption papulomiliaire récidivante, d'acné, couperose de la face, les télangiectasies, les prurits atroces de la vulve, de l'anus, du scrotum, les lichens plans, le lupus érythémateux, les parakératoses psoriasiformes, les eczémas, l'ichtyose.

Ajoutez à cela que Veyrières proteste contre la tradition qui veut que soient éloignés de la Bourboule les malades aigus ; notre confrère croit que, avec une surveillance particulière, ces cas permettent les meilleurs résultats. Ce serait donc une des caractéristiques de la Bourboule, car, en principe, il faut se souvenir que les états aigus contre-indiquent les eaux minérales.

La Bourboule, station d'enfants, doit retenir le clinicien.

Scrofuleux et lymphatiques adénoïdiens, enfants à coryza chronique purulent, hérédo-syphilitiques ou hérédo-tuberculeux, présentant de la micropolyadénie, de grosses amygdales, de l'insuffisance respiratoire, nasale, le tout s'accompagnant de blépharite, de dacryocystite, de conjonctivite, sont justiciables de la Bourboule. Ajoutons que l'association de la cure bourboulienne et de la cure, auprès des chlorurées-sodiques et de ssulfurées fortes, multiplie les résultats favorables et fait gagner aux enfants des mois et des mois que le séjour à « une même station » n'aurait pu écourter.

SAINT-GERVAIS (en Haute-Savoie) présente une eau sulfatée et chlorurée sodique à la fois lithinée et bromurée : on l'a appelée « le Néris de la peau » pour souligner son action sédative. Dirigez sur cette station les dermatoses à prédominance irritable et prurigineuse, les névro-dermatoses et celles qui évoluent sur le terrain neuro-arthritique.

Rapprochez LA ROCHE-POSAY de cette station et vous serez dans le vrai.

Uriage, avec son eau chlorurée sodique et sulfureuse tiède, ne doit recevoir de la légion des malades atteints de dermatose ni les grands nerveux, ni les congestifs, ni les pléthoriques, ni les malades souffrant de quelque affection viscérale (poumon, foie, intestin). On choisira, parmi les dermatoses, celles à forme sécrétantes et humides plutôt que les formes sèches. L'eczéma, quelle que soit sa forme, relève de cette station.

Très différentes sont les indications de Saint-Christau ; caché dans le voisinage des Landes, Saint-Christau est situé dans les Basses-Pyrénées. Ce sont les seules eaux cuivreuses de France et elles sont devenues l'objet d'une spécialisation bien déterminée dans les affections chroniques de la muqueuse bucco-linguale, en particulier de la leucoplasie buccale.

Dans cette revue générale forcément incomplète, où seules, les indications dominantes des stations nettement spécialisées doivent être signalées au praticien, nous devons accorder quelques lignes au traitement des dermatoses par le soufre, élément qui se rencontre en France dans plus de *deux cents sources diverses*.

Bory et Flurin viennent de consacrer à cette étude une monographie qu'il est juste de citer ici. Nous prenons la liberté de la signaler à l'attention de nos lecteurs.

Si le soufre agit par voie externe comme antiseptique kératoplastique, il ne faut pas oublier son action modificatrice interne, ce que Ferras avait si justement dénommé « son action en profondeur ». Les affections du follicule et du poil, les parakératoses, le psoriasis, auquel Bory, en particulier, a donné une actualité nouvelle dans un ensemble d'études de tout premier ordre, les eczémas vulgaires, affection des plus complexes « dont la parakératose n'est qu'une lésion histologique surajoutée, relèvent des stations sulfurées. Vous n'aurez que l'embarras du choix. » Les Pyrénées en particulier, plus encore que les Alpes, vous offrent Saint-Sauveur et Barèges, Cauterets, Luchon, Ax, Amélie-les-Bains. L'expérience, qui est la clinique des siècles, a signalé Luchon en raison de ses eaux blanchissantes, caractéristique rigoureuse de cette station, en raison de leur action spécifique dans les lésions de la peau

Comment vous conduire dans ce dédale d'indications ? Rappelez-vous : ce sont les *symptômes concomitants* qui doivent vous faire diriger vos malades vers telle ou telle station plutôt que la lésion elle-même, symptômes évoluant sur un « terrain » que vous aurez caractérisé.

La Syphilis

Il est nécessaire qu'un paragraphe spécial soit accordé à cette question et qu'il ne soit pas confondu, comme la chose a été trop souvent faite, avec celle des dermatoses.

Paul Ravaut, dans un article du *Monde Médical* (mars 1924), étudie « *le terrain syphilitique* » et son intervention fréquente dans la genèse de certaines affections dites diathésiques. Une fois encore, nous redirons que la connaissance du terrain prime pour nous le diagnostic de la lésion dans l'envoi aux eaux minérale . Rôle perturbateur de la syphilis sur les glandes endocrines, genèse de véritables dystrophies humorales, fréquence avec laquelle la syphilis entre dans la constitution du terrain sur lequel évolue le prurigo de l'enfant !... « En présence de troubles chroniques récidivants, il devient nécessaire de rechercher le terrain sur lequel ils évoluent, d'en déterminer la nature et, s'il en est temps encore, de tenter de le modifier. » (Ravaut, *loco citato.*)

Modifier le terrain : c'est tout le secret de l'action des eaux minérales.

Henri Pelon et Pierre Salles (*Concours médical* du 9-3-24), dans leur mémoire sur les syphilitiques et leur traitement aux eaux sulfurées de Luchon, résument l'état actuel de la question. Prescrite jadis comme traitement d'épreuve, comme une excellente pierre de touche pour caractériser une syphilis larvée ou latente et aussi, avant un mariage en projet, comme un très bon critérium de guérison, la cure sulfurée au cours d'une syphilis n'est plus de nos jours envisagée sous cet aspect. « La réaction de B-W. rend d'ailleurs inutile ce jugement des eaux » écrit avec raison Ray. Durand-Fardel.

Stimulantes et toniques, modificatrices des états constitutionnels, adjuvants puissants des médications hydrargyrique et bismuthique, telles sont les propriétés des eaux sulfurées. Elles tiennent incontestablement la première place dans le traitement hydro-minéral des syphilitiques.

Le syphilitique est un ralenti de la nutrition, un déminéralisé ; son système nerveux est déprimé : le soufre apporte un élément minéralisateur et tonique dont la valeur biologique est actuellement reconnue de tous. C'est sous forme d'albuminate que le mercure se retrouve dans l'organisme. Or, au contact du soufre, l'albuminate de Hg se transforme en sulfure noir de Hg ; celui-ci, sous l'influence oxydante de l'oxygène renfermé dans les tissus est transformé en sulfate mercurique soluble. Les eaux sulfurées *solubilisent* donc les albuminates de Hg et permettent ainsi le passage dans le sang et l'élimination du mercure immobilisé.

Cette seconde constatation amène à conclure : les eaux sulfurées guérissent les phénomènes d'hydrargyrisme et de bismuthisme.

Mais, puisque le syphilitique voit aux eaux sulfurées son mercure, son bismuth, être solubilisé et éliminé, il s'ensuit nécessairement que le malade supportera, au cours de la cure sulfureuse, des doses de mercure ou de bismuth beaucoup plus considérables que les doses moyennes habituelles, surtout *quand il s'agira de sujets très susceptibles à cet égard.*

Quels sont les syphilitiques que vous réserverez aux eaux sulfureuses ? Ceux qui précisément seront dans les catégories des malades qui doivent bénéfi-

cier de l'action hydro-thermale que nous venons de passer en revue.

Carron de la Carrière, dans les leçons auxquelles nous avons fait allusion, a bien soin de signaler que l'action des eaux sulfureuses est d'autant plus grande que les éléments sulfurés qu'elles contiennent sont plus éloignés de leur terme d'oxydation et notre savant guide cite par ordre d'importance : Luchon, Uriage, Challes, Cauterets, Barèges, Ax, Amélie et Le Vernet, ces deux dernières à la fois stations d'hiver et d'été. En outre, suivant les symptômes concomitants dont nous avons dit un mot tout à l'heure : les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes, Argelès, les Escaldes, Molitg, La Fou, Thuès pour les Pyrénées. Marlioz, Aix-les-Bains dans les Alpes. Saint-Honoré dans la Nièvre. Mais il est aussi un groupe de stations, les sulfurées calciques, qui pourront recevoir certains syphilitiques : ce sont Enghien, Pierrefonds, Allevard, Gréoux, Cambo, etc.

Aucune eau sulfureuse n'est spirillicide : chacune, suivant des modalités diverses en intensité de sulfuration, pourra recevoir des syphilitiques déterminés, en vue de la modification de leur terrain, des lésions qu'ils présentent variables avec les réactions de leur état constitutionnel.

Un point de pratique journalière : vous utiliserez également le traitement sulfuré chez vos syphilitiques chaque fois que l'un de ces malades voudra se traiter discrètement, loin de son milieu habituel, désireux de cacher son affection à sa famille. Le séjour aux eaux minérales prescrit pour tout autre motif (qui n'est pas arthritique ? et cela est si bien porté...) facilitera un traitement intensif et fera gagner plusieurs mois sur la durée habituelle de la maladie...

Maladies du poumon et de la plèvre

Suivant la division très heureuse qui en a été donnée, il y a lieu de distinguer, ici, les malades suivant que la dyspnée est le symptôme dominant, que l'expectoration est abondante, ou que celle-ci n'entre pas ou bien peu en ligne de compte.

Les phénomènes de choc et la thérapeutique hydrominérale de l'asthme, les perturbations sympathico-endocriniennes qui accompagnent cette manifestation morbide et qui sont modifiées au Mont-Dore, à Saint-Honoré, à la Bourboule, à Royat, suivant le symptôme prédominant, l'origine si diverse de la crise d'asthme que M. le professeur Widal a, semble-t-il, définitivement étudiée, ont donné une actualité nouvelle au traitement hydrominéral de l'asthme.

L'asthme pur, la bronchite asthmatique, l'emphysème pulmonaire, relèvent du Mont-Dore, dont nous signalons l'action désensibilisante et sédative. Dans l'emphysème avec bronchite humide, nous préférerons Saint-Honoré, à la fois sulfuré et arsenical.

La bronchite chronique, le catarrhe humide des voies respiratoires, la bronchectasie avec bronchite fétide relèvent des inhalations, des humages, et nous entendons par là, avec M. Bardet, « l'introduction de vapeurs et de gaz médicamenteux naturels spontanément émis aux sources thermales », des pulvérisations dont l'action est si différente du humage et dont la technique peut varier à l'infini suivant les cas. Or, de l'avis de M. le professeur Maurice Letulle, Luchon est ici à placer en première ligne. Le humage est une véritable balnéothérapie qui porte jusqu'aux alvéoles, avec l'air que nous respirons, les principes « volatils » des eaux minérales. J'entends bien que, précisément, et cela d'après Moissan, l'hydrogène sulfuré exhalé des eaux et inhalé ne parvient pas aux bronches sous cette forme (et les expériences sont à reprendre pour cette étude), mais sous la forme de *soufre colloïdal directement assimilable.* Mais une partie de l'hydrogène sulfuré arrive jusqu'aux confins de l'arbre respiratoire où, avec le soufre colloïdal, il exerce une double action : vivifiante et antiseptique.

Le praticien n'oubliera pas que « le humage est peut-être la meilleure façon de faire absorber le soufre par l'organisme en lui laissant, dit Flurin, toute son activité physiologique, antitoxique et parasitaire ».

Le humage fait partie intégrante du « traitement en profondeur » dont nous avons tout à l'heure rappelé la haute importance.

Les fines pulvérisations de Cauterets sont un poudroiement parfait de l'eau minérale et chacune de ces deux grandes stations, Luchon et Cauterets, a ses indications propres, ne fût-ce que celles que le thérapeute relève de la différence d'altitude, 1000 m. à Cauterets, 650 m. à Luchon.

Amélie-les-Bains jouit, grâce à son climat, de la propriété de pouvoir être une admirable station d'hiver et une agréable station d'été. Les malades peuvent sans crainte, durant toute l'année, jouir des bienfaits d'un climat remarquablement stable, à l'abri des vents et à la fois, de l'action élective de ses eaux sulfurées moyennes sur les affections des voies respiratoires.

Mais si votre malade ne présente que peu ou pas d'expectoration, la Bourboule sera préférée ou encore Allevard, dont la gamme permet le traitement des manifestations respiratoires les plus diverses.

Les séquelles de la pleurésie, de la pneumonie, suivant les réactions organiques du malade, seront envoyées aux arsenicales ou aux sulfurées. Et si un doute fait craindre une tuberculose initiale, les Eaux-Bonnes devront être préférées à toutes les stations.

C'est encore dans ce cas qu'il faudra étudier si l'altitude ne doit pas, au même titre que le traitement sulfuré, entrer en ligne de compte et, par exemple, si le choix des Escaldes (1370 m. alt.) ne s'impose pas. Nos Pyrénées, nos Alpes, notre prestigieux plateau central, offrent cent et cent stations de 800 à 1500 mètres qui permettront la cure des états « incipiens » de la tuberculose pulmonaire. Nous n'avons garde d'oublier non plus toute notre Côte d'Azur, notre Côte d'Argent, et enfin le climat de Pau, de Cambo qui a fait depuis si longtemps ses preuves.

La manière dont « le malade » réagit « à la maladie » devra conditionner une fois encore le choix de la station.

Nous rapprochons du traitement de ces affections, celles de l'oreille, du nez et de la gorge.

Les cures hydro-minérales en oto-rhino-laryngologie.

Henri Flurin a fait à la Faculté de médecine une leçon dont nous voudrions faire profiter nos lecteurs du *Concours médical.* Prendre son bien partout où il nous est donné de le rencontrer est le propre de l'éclectique : Bordeu, notre maître à tous, ne désavouerait pas cette formule.

On a reproché aux eaux minérales leur impuissance, leur nocivité, l'imprécision de leurs indications thérapeutiques. Les travaux de ces vingt dernières années ont fait justice de ces allégations, et les grands traités de Gilbert et Carnot, de Lermoyez, de Moure, de de Parrel, d'Escat, d'Arnozan et Lamarque, de Blum, etc., ont fait définitivement l'éducation des esprits. La réaction univoque de la muqueuse O. R. L. a judicieusement groupé sous un même vocable le traitement de ces modifications morbides.

Quelles sont les indications des cures sulfureuses en O.R.L. ?

Nous citerons la « débilité rhino-bronchique », les affections torpides catarrhales des voies respiratoires : rhinites chroniques, simples ou hypertrophiques, coryzas chroniques ou purulents, — le pus appelle le soufre, — ozène. Ajoutez-y les adénoïdites et pharyngites chroniques, les sinusites.

On ne songe pas assez aux otopathies, et en particulier aux otopathies d'origine tubaire et à leurs deux conséquences : l'obstruction tubaire et l'otorrhée tubaire qui sont remarquablement modifiées aux stations d'Ax, de Cauterets, de Luchon (celle-ci dénommée par Landouzy et de Lavarenne « *station de la surdité* »), les laryngites chroniques, les affections syphilitiques des voies respiratoires supérieures.

« L'action des vapeurs sulfureuses sur les voies respiratoires se traduit par une diminution remarquable de l'excitabilité de la muqueuse trachéo-bronchique. L'expectoration devient plus fluide et plus facile, les quintes de toux disparaissent et les malades s'enrhument ensuite beaucoup moins facilement, les bienfaits de la cure se faisant sentir après, pendant plusieurs hivers (1).

Au Mont-Dore, par contre, vous enverrez,en raison de l'action désensibilisante de ses eaux, de leur action sédative du système neuro-végétatif, de leur fonction régulatrice de l'équilibre endocrinien, les malades présentant des affections éréthiques, spasmodiques, congestives des voies respiratoires : les manifestations O.R.L. évoluant sur un terrain neuro-arthritique. Une fois encore, le terrain devra nous servir de directive dans le choix de la station.

(1) Les indications de la cure thermale de Luchon en O. R. L. par M. Lanos (Prix Vulfranc-Gerdy) 1923.

La Bourboule, Challes, Uriage, Allevard, Saint-Honoré, recevront un bon lot de ces malades torpides non excitables. Mais nous devons faire remarquer qu'Allevard est une station « paradoxale », en ce sens que la composition de ses eaux lui permet de recevoir, et les malades catarrhaux et aussi les irritables à forme éréthique.

La pathologie générale nous apprend toute la valeur des cures hydro-minérales à *action indirecte* : c'est ainsi que les rhino-pharyngites secondaires des rénaux et des goutteux pourront être envoyées aux stations diurétiques de Vittel, Contrexéville, de Martigny, de Capvern ou de Ganties, ces deux dernières dans le Sud-Ouest. Les petites hémorragies labyrintiques seront justiciables de Royat ou d'Evian. Certaines paresthésies à forme douloureuse seront améliorées à Néris ou Bagnères-de-Bigorre,à la source radioactive de Lepape à Luchon.

D'autre part, Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat, Salins-de-Mouillère set les stations du même type, agissent énergiquement dans les adénopathies cervicales qui accompagnent si fréquemment les rhinites et les hypertrophies amygdaliennes si communes chez les « scrofuleux ». Encore et toujours le terrain !

Les maladies du cœur, des artères et des veines aux eaux minérales

S'il est toujours de saine clinique de contre-indiquer certaines cures thermales à certaines affections cardiaques, il faut bien savoir aussi que troubles cardio-vasculaires fonctionnels ou lésionnels relèvent d'un traitement hydro-minéral bien spécialisé.

Bourbon-Lancy et Royat doivent retenir l'attention du praticien. Chez les cardiopathes rhumatisants articulaires, Bourbon-Lancy provoque la sédation par ses eaux, son climat, son altitude. Bourbon-Lancy est une des très rares stations où l'on puisse envoyer un malade cardiopathe au lendemain d'une crise aiguë, dès la chute de la fièvre rhumatismale, même s'il persiste encore un peu de gonflement des tissus péri-articulaires. Si le cœur est seulement « léché » par le rhumatisme, le myocarde reprendra le plus souvent sa tonicité première. Dans les cas d'endo-péricardite, le médecin constate une diminution des souffles, une atténuation des frottements.

Mais il faut bien savoir que les malades porteurs d'affections valvulaires anciennes doivent renouveler leur cure de Bourbon-Lancy non seulement si les douleurs viennent à reparaître, mais encore dans le but de profiter à nouveau de l'action des bains sur leur lésion cardiaque. La cure de Bourbon-Lancy est « préventive » de nouvelles crises ; « sa cure est formellement défendue si l'endocardite qui a donné naissance à l'insuffisance mitrale a eu comme étiologie une maladie infectieuse autre que le rhumatisme ou si le malade entre dans la période d'asystolie confirmée » (Piatot).

C'est par un tout autre mécanisme qu'agissent les eaux de Royat : le bain carbo-gazeux de cette station

provoque une excitation périphérique réflexe qui, chez les atones du cœur, stimule le travail du myocarde, régularise les contractions, agit sur la pression sanguine (Carnot). La vaso-dilatation cutanée abaisse progressivement la tension artérielle chez les hypertendus, tandis que, secondairement, une action tonicardiaque se produisant chez les hypotendus, le myocarde se relève. Sous l'influence du bain et de la cure de boisson, on voit la diurèse augmenter, le rapport azoturique s'élever. Les sujets chez lesquels on obtient les meilleurs résultats sont les hypertendus oscillants (Vaquez), les préscléreux (Huchard), diabétiques, goutteux, femmes à la ménopause. Les athéromateux aortiques avec clangor, les athéromateux avec claudication intermittente, les cardiorénaux hypertendus relèvent de Royat.

Si les symptômes d'éréthisme cardiaque dominent la scène, c'est NÉRIS qui donnera la diminution des palpitations, qui ramènera le sommeil, qui calmera la fausse dyspnée. Chez les basedowiens, la cure associée de Royat ou de Bourbon-Lancy et de Néris donnera les meilleurs résultats.

La station de BAGNOLS (Lozère), s'est montrée efficace chez les rhumatisants jeunes à endocardites récentes. Mais les artério-scléreux n'iront pas à Bagnols.

Que faire des artério-scléreux ? Soigner la cause de leur artério-sclérose et songer que celle-ci est souvent une réaction de défense de l'organisme. Si les malades ont un cœur suffisant et un rein suffisant, il faut les envoyer à EVIAN, VITTEL, CONTREXÉVILLE ou à LABARTHE-DE-RIVIÈRE et GANTIES dans le sud-ouest; la dose quotidienne à absorber devant être médicalement surveillée. Si le filtre rénal est touché, SAINT-NECTAIRE est mieux indiqué. Les artério-scléreux surmenés par un travail intellectuel intense se trouveront bien de Néris, Bagnères-de-Bigorre, Bains-les-Bains. Suivant que le cœur semblera le premier frappé par rapport au rein, on commencera par la station de « base ».

Pour les séquelles des affections aiguës du système veineux BAGNOLES-DE-L'ORNE, BARBOTAN, sont les stations d'élection.

Mais le bénéfice thérapeutique ne sera que le résultat de la disparition ou de l'amélioration du facteur étiologique à Salies, LUXEUIL ou Néris, tandis qu'à Bagnoles-de-l'Orne, *il y a une action propre* « élective » *sur la maladie veineuse elle-même*, action combinée avec son action sur l'état général. *Cette action s'exerce sur les fibres musculaires lisses des veines.* Barbotan sera préféré, lorsqu'aux troubles articulaires et périarticulaires, se joindront des symptômes musculaires très caractérisés.

Les Névropathes

L'élément « douleur » entre si fréquemment en ligne de compte que, déjà, au cours de ces notes de pratique quotidienne de l'hydrologie, nous avons dû bien souvent prononcer les mots « action sédative ».

Landouzy et Carnot, dans leur ouvrage de crénothérapie, envoient à Néris tous les spasmodiques, souffrant un peu partout de leurs nerfs, de leurs muscles, de leurs cicatrices, de leurs ovaires, de leur gros intestin, de leur estomac... qu'il s'agisse d'un tic douloureux, d'un zona, d'une chorée, d'une névralgie du trijumeau, Néris est indiqué. Nous signalerons BEAUCENS comme s'étant fait une véritable spécialité dans le traitement de la sciatique; DIVONNE et Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Ussat, suivant les commodités, seront utiles à cette catégorie de malades.

LA MALOU s'est acquise très légitimement une réputation mondiale dans le traitement de la douleur « La Malou = Le Mal » réputation que les travaux et les observations de Charcot et de Duchenne de Boulogne ont établie sur des bases solides. Les indications spéciales de La Malou seront les affections médullaires, l'ataxie locomotrice, les myélites, les polynévrites, certaines hémiplégies (loin de l'ictus) certaines névroses comme la paralysie agitante, les myalgies neuro-arthritiques.

Suivant que vous aurez un affaibli torpide à stimuler ou un excité fatigué à reposer et à calmer, vous choisirez, au point de vue climatique, dans le premier cas Luchon-Superbagnères à 1800 m. d'altitude ; dans le second cas, FONT-ROMEU qui, à la même altitude, subit l'influence sédative de la Riviera.

Saint-Gervais conviendra admirablement, station d'altitude moyenne, *à tous les fils de neuro-arthritiques* qui devront chaque année, écrit Landouzy, *y faire leurs grandes manœuvres de santé.* Que de stations dans la Savoie et le Dauphiné devaient s'équiper en stations ouvertes aux nerveux !...

Inutile de dire que la prédominance de la douleur sur un organe fera le plus souvent diriger le malade vers la station « capitale »: Plombières pour les douloureux spasmodiques de l'intestin, Saint-Sauveur pour certaines ovaralgiques, etc.

Diabétiques, obèses et goutteux

Rathery a bien montré que le problème thérapeutique du diabète est essentiellement basé sur l'amélioration du coefficient d'assimilation hydrocarbonée : la cure thermale peut-elle améliorer le coefficient d'assimilation hydrocarbonée ? Les alcalins excitent-ils la cellule hépatique tandis que les arsenicaux seraient des modérateurs de la nutrition ? En tous cas, la constatation d'un relèvement dans le coefficient d'assimilation hydrocarbonée permettra de saisir l'action de la cure thermale sur le trouble nutritif. On sait maintenant que la gravité d'un diabète n'est pas fonction de la quantité de sucre éliminé. Quels diabétiques enverrez-vous aux eaux minérales ? Tous ceux qui ne sont pas consomptifs, cachectiques, tuberculeux, azotémiques, ou cirrhotiques. A quelles stations les confierez-vous ? Aux alcalines : Vichy, Vals, Le Boulou, Pougues. Aux arsenicales : la Bourboule à laquelle Rathery adjoint Royat. Aux stations de lavage : Contrexéville, Vittel, Martigny, Capvern, Evian, représentant la cure type de diurèse.

Une station spécialisée *pour les obèses doit se* considérer comme une école d'hygiène et de diététique. Brides, Salins-Moutiers, Pralognan, constituant le « triumvirat crénoclimatique de la Tarentaise » s'harmonisent, se complètent et s'entraident pour le traitement rationnel de l'obésité.

La goutte, ou plus exactement l'histoire évolutive de la goutte, doit être poursuivie chez chaque malade et la localisation de ses troubles conditionnera le choix de la station. Vittel, par sa diurèse hydrique entraînant une élimination de substances solubles, régularisant les fonctions viscérales (rein, foie), amène la diminution des accès de goutte par une modification du terrain goutteux. Vichy soigne, améliore, guérit les manifestations de la goutte tels que la migraine, l'eczéma, la lithiase biliaire, le diabète. L'hyperuricémie des goutteux sur laquelle le professeur Chauffard a appelé l'attention, phase prémonitoire de la goutte, relève également de Vichy. Les manifestations articulaires, musculaires et névralgiques de la goutte chronique iront à Bourbon-Lancy, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, aux boues végéto-minérales de Dax, de Saint-Amand. Les manifestations veineuses de la goutte seront dirigées sur Bagnoles-de-l'Orne ou Barbotan ; car, fréquemment, les articulations sont en même temps prises. La manifestation bronchique de la goutte sera traitée à Ax, Allevard, Cauterets, Luchon , etc.

Enfin les congestions utérines, des goutteuses se trouveront très bien de Luxeuil.

La goutte, serions-nous tenté d'écrire, a cent signatures diverses : au clinicien d'en reconnaître la communauté d'origine.

L'appareil réno-vésical.

La néphrite chronique avec albuminurie légère et récente, intermittente, orthostatique, qu'elle soit d'origine diathésique, dyspeptique ou post-infectieuse, relève de Saint-Nectaire. Les brigtiques bien surveillés en seront également justiciables. Les lithiasiques urinaires, goutteux pour la plupart, voient leur traitement établi dans la paragraphe précédent (Vittel, Contrexéville, Martigny, Evian, Thonon, Capvern, Ganties). Signalons La Preste comme ayant une action élective dans certaines pyélites, pyélocystites, cystites et prostatites. L'eau oligométallique de Montégu-Ségla (près Toulouse) convient admirablement comme eau de lavage dans les cas légers où il s'agit surtout de faire une bonne désintoxication par le lavage.

Dans toutes les stations qui se sont spécialisées dans le traitement des affections réno-vésicales, nous ne saurions trop recommander la recherche de l'alcalinité du sang (PH normal est de 7,35), et de l'acidité de l'urine : cette dernière recherche est très simplifiée au moyen de l'acidimètre clinique. Bientôt, nous n'en doutons pas, tout clinicien, tout praticien effectuera cette recherche aussi facilement que se fait, actuellement, le relevé d'une tension artérielle au Pachon. Faut il redire encore que la dissociation du traitement des affections du rein et des affections du cœur est une nécessité de clinique thérapeutique schématique ? et que souvent Royat et Bourbon-Lancy devront être associés, au cours de la même année, à St-Nectaire ?...

Les affections rhumatismales aux eaux minérales.

Il ne sera question dans les lignes qui vont suivre que des manifestations articulaires du rhumatisme.

La mariée est trop belle... la France est trop riche !..

Nous n'avons vraiment que l'embarras du choix, puisque toutes les eaux thermales, peut-on dire, et hyperthermales conviennent aux rhumatisants.

Quand il s'agira de manifestations rhumatismales non invétérées, quand il n'y a aura ni raideur, ni dépôts plastiques, mais que l'élément douleur semblera prédominer, vous songerez à Bourbon-Lancy, Néris, Evaux, Plombières, aux sources radioactives de Luchon. Les eaux de Bourbon-l'Archambault et de Bourbonne-les-Bains conviendront mieux chez les rhumatisants lymphatiques ; chez les affaiblis, les anémiés, avec empâtement articulaire ; Aix-les-Bains combine son action propre avec sa douche-massage si spéciale ; Ax-les-Termes triomphe dans le rhumatisme à tendance ankylosante, Barèges n'aime pas les goutteux, mais les rhumatisants torpides s'y trouvent au mieux. Toutes les arthrites traumatiques vont à Barèges.

Les chlorurées sodiques, Salies-de-Béarn, Salies-de-Biarritz, conviennent pour lutter contre les amyotrophies consécutives aux rhumatismes.

Les boues organo-végétales de Dax, de Barbotan, de Saint-Amand, réclament les rhumatisants chroniques déformants avec nodosités d'Heberden, hydarthrose chronique à répétition, rhumatisme blennorrhagique.

Dans les affections du système locomoteur, nous devons signaler les ostéites, les ostéomyélites de quelque origine soient-elles : les sulfurées fortes, type Barèges, les chlorurées sodiques, Salies-du-Salat, conjugueront leurs efforts pour amener leur guérison. C'est dans ces ostéites que l'héliothérapie marine (Berck, Arcachon, Biarritz) a été le plus merveilleux adjuvant de la chirurgie. Nous devons dire les heureux résultats que nous avons constatés à Salies-du-Salat et à Barèges dans des cas graves de paralysie infantile.

Les affections utéro-annexielles.

Cicatrisantes, modificatrices, sédatives : telles sont les propriétés des E. M. que l'expérience, précédée de l'empirisme, base de toute science, a reconnu aux sources qui reçoivent les maladies de la femme.

La clinique n'aime pas les schémas : la gynécologie encore moins. Si la femme est tout entière dans son utérus (mode ancien), ou tout entière dans son ovaire (mode moderne), ces deux organes ont un tel retentissement l'un sur l'autre, sur la circulation du petit bassin et sur tout ce qui constitue « ce pourquoi la

femme est la femme » que les eaux thermominérales qui agissent comme cicatrisantes, agissent aussi comme modificatrices et sédatives.

Cependant pour les vulvites, celle des jeunes filles comme celle des jeunes femmes au début du mariage, ou encore affaiblies par des grossesses répétées, signalons Saint-Sauveur, Uriage, Saint-Honoré, La Bourboule. Pour les leucorrhées, vous utiliserez de préférence les chlorurées sodiques (Salies-de-Béarn, Salies-de-Salat) ou encore les ferrugineuses comme Forges, si l'anémie est le symptôme prédominant ou Luxeuil.

Pour toute la variété des métrites, ce sont les lésions concomitantes et les ressources de l'état général qui guideront votre choix. Saint-Sauveur répond à la généralité des indications.

Une endométrite chronique, avec utérus gros maintenu immobile en position défectueuse dans le petit bassin, par sclérose des ligaments consécutive à une pelvi-cellulite généralisée, relèvera de Luxeuil.

Une fibromateuse voisine de la ménopause, à hémorrhagies espacées et peu considérables, dont les adhérences avec le voisinage sont nettes, devra toujours tenter un traitement hydro-minéral avant de recourir au chirurgien. Salies-de-Béarn, Biarritz, Dax-Salin, Salins-Moutiers, et toutes les stations chlorurées sodiques sont regardées « comme les spécifiques de la fibromatose utérine ».

Une congestion généralisée des annexes avec empâtement, exsudats ou adhérences, se trouvera bien de Bourbonne, des bains de boue de Dax, Barbotan, Préchacq, et aussi de Bagnoles-de-l'Orne et de Brides.

Où se dirigeront les troubles fonctionnels de la femme : Aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies métrorrhagies, stérilité... ?

Si ces divers troubles sont liés à la constitution même de l'organe, il faut essayer de bien en diagnostiquer la cause. La recherche des troubles de la fonction endocrinienne devra exercer la sagacité du clinicien : hyper-ovarie, hypo-ovarie, association thyro-ovarienne ; et vous songerez aux ferrugineuses. (Luxeuil, Forges), salines (déjà citées), sulfurées (Saint-Sauveur en particulier) qui donneront d'heureux résultats. Bourbon-Lancy mérite une mention spéciale pour le traitement du syndrome de Basedow, dans les relations avec les troubles utéro-annexiels.

Sédatives, dans le prurit vulvaire, seront Néris, Dax, Ussat, Plombières ; dans les dermatoses de cette même région périnéale, les eaux sulfurées et arsenicales de Saint-Honoré. Sédatives, dans les leucoplasies vulvo-vaginales, seront les sources de Saint-Christau.

Mais un bien grand nombre de femmes souffrent, et nous ne voyons pas ou ne savons pas voir la cause de leurs souffrances : Ussat, Bagnères-de-Bigorre, Néris, La Malou, Evaux, Luchon seront les stations de choix. Le vaginisme s'y améliore.

Mais l'intestin, mais la vessie... retentissent sur l'ovaire et l'utérus. Les maladies de la femme sont le triomphe des cures associées, conjuguées au cours de la même année. Cette utérine est-elle en même temps une intestinale ? Faites-lui faire une cure à Châtel-Guyon ou à Plombières d'abord (1), et envoyez-la ensuite à Luxeuil, voisine de Plombières ou à Evaux (Creuse), non loin de Châtel-Guyon ou dans les Pyrénées, si l'une de ces stations convient mieux. Vous devez en tout état de cause consulter votre carte thermale afin de ne pas, quand la chose est possible, faire aller d'un bout de la France à l'autre, les malades à qui vous devez faire suivre deux cures au cours de leur traitement. Est-ce une vésico-rénale ? Evian, Vittel, La Preste, Capvern précèderont le séjour dans la station gynécologique choisie, etc.

Un mot du traitement de la stérilité :

Si la stérilité féminine a des causes morphologiques, organiques, mécaniques, inflammatoires, biologiques, c'est dire qu'une station thermale déterminée ne peut la traiter. Mais de ce que nous avons ci-dessus écrit, le praticien déduira des indications pratiques. Le regretté Dr Sabail, à Saint-Sauveur, a relevé dans sa pratique 1317 cas de stérilité qu'il a eu l'occasion de traiter à ces eaux sulfurées sodiques. Suivant la cause, il a pu enregistrer de 4 à 24 % de succès (Cf *La Gynécolagie*, 1912). L'action « imprégnadère » de Saint-Sauveur doit être retenue.

Une femme enceinte peut-elle se rendre aux eaux minérales ? Nous avons pensé devoir répondre à cette question dans ce paragraphe réservé à la femme.

De façon générale, la grossesse, surtout à ses débuts, contre-indique la cure hydro-minérale. Cependant, nous croyons que les vomissements gravidiques seront améliorés à Vichy, Vals, La Roche-Posay (eau de Lucine), que les dermatoses gravidiques autotoxiques trouveront une atténuation, aux cures de lavage (Evian), que la phlegmatia alba dolens pourra être dirigée sur Bagnoles-de-l'Orne. Inutile de dire que la surveillance médicale, toujours de mise au cours d'un traitement hydro-minéral, s'impose ici de rigoureuse façon.

Les séquelles des blessures de guerre

La loi de 1873, amplifiée et complétée par celle du 31 mars 1919, prévoit le traitement thermal à titre gratuit en faveur des anciens militaires ou marins dont les blessures reçues ou les infirmités contractées au service nécessitent l'usage des eaux minérales.

Si, pendant la deuxième partie des hostilités (1918-1919) et les mois qui ont suivi l'armistice, 37 stations ont pu officiellement recevoir les blessés et les malades de guerre, leur nombre en a été singulièrement réduit depuis ces dernières années : Amélie-les-Bains, Barèges, Bourbonne, Bourbon-l'Archam-

(1) Châtel-Guyon possède toutefois, de par son chlorure de magnésium, une action propre sur les fibres lisses de l'appareil génital de la femme. A ce titre la cure châtelguyonnaise conserve une réelle efficacité chez les stériles.

bault, le Mont-Dore, Plombières et Vichy ont actuellement seules un hôpital militaire permanent. Sont également utilisées par le service de santé les stations suivantes : Salies-de-Béarn, Lamalou, Capvern, Royat, Châtel-Guyon, Bagnoles-de-l'Orne. Là, nos malades et nos blessés sont hospitalisés et traités aux frais de l'Etat. Mais comment doivent faire ceux qui, envoyés à Cauterets, Luchon, Aix-les-Bains, Saint-Honoré, ne peuvent y être hospitalisés ? Le libre choix du médecin ne conditionne-t-il pas le libre choix de la station ?

Nous limitons ici notre sujet aux séquelles des blessures de guerre ; en conséquence, à un état chronique causé par la lésion initiale.

Cet état chronique affecte deux catégories de blessés :

1) Etat chronique résultant d'une lésion directe.

2) Etat chronique provenant indirectement de la blessure.

Dans la première catégorie, nous rangerons les blessures de l'os, les blessures des articulations, les blessures des parties molles : peau, fibres nerveuses, muscles et leurs tendons.

Les blessures de l'os ayant une manifestation chronique sont la fracture mal consolidée, avec cal douloureux ou exubérant, pouvant aller jusqu'à la pseudarthrose avec fistule intarissable opérée, curetée, réopérée et curetée encore, et encore avec ou sans séquestre, ostéite ou ostéomyélite ; les moignons d'amputation douloureux, œdématiés avec ulcérations tropho-névrotiques, avec troubles névrotiques, douleurs fulgurantes, myoclonus, persistance des douleurs métamériques.

Les articulations nous présenteront une ostéo-arthrite avec ou sans suppuration, avec raideur articulaire plus ou moins accusée, ankylose fibreuse ou osseuse, ou au contraire membre de polichinelle, ou encore hydarthrose, méniscite.

Les blessures anciennes des parties molles offrent des sections nerveuses, les névrites par inclusion dans un cal ou dans une chéloïde, les névrites par plaie tangentielle des cylindres-axes, les causalgies consécutives ; et ici entrent en jeu les amyotrophies, les paralysies secondaires ou consécutives, de la seconde catégorie.

Vous rencontrerez aussi des blessés présentant des rétractions tendineuses considérables, une myosite adhérente et ligneuse avec flexion d'un segment de membre. Dans cette catégorie, signalons aussi les œdèmes, soit par lésion vasculaire, soit par troubles tropho-névrotiques, les plaies atones à aspect ulcéreux ou phagédénique. Il ne faut pas oublier enfin les blessures de la plèvre, du poumon, du foie, de la vessie, de la verge, des testicules, qui ont amené des fistules intarissables, et celles de la moelle épinière par lésion de la substance blanche ou grise, ou par compression venant d'une fracture, ou d'une luxation partielle de la colonne vertébrale.

Mention particulière doit être faite des lésions traumatiques chimiques occasionnées sur la peau, les yeux, les muqueuses des voies respiratoires, par les gaz toxiques.

Toutes les séquelles des blessures de guerre qui ont les os pour siège ou les articulations relèveront des sulfurées (Barèges, Ax, Amélie-les-Bains, Cadéac, Cauterets, Luchon, pour les Pyrénées) avec prédominance : Barèges. Le groupe alpestre nous présente Uriage, Gréoux, Challes (à sulfuration exceptionnellement riche, mais dont l'eau est froide), Aix-les-Bains. Près de Paris, signalons Enghien.

Les complications pleuro-pulmonaires provoquées par les gaz asphyxiants se trouveront bien d'Allevard, Cauterets, Luchon, le Mont-Dore. Les engorgements articulaires se trouveront bien de Dax et de Bourbon-l'Archambault. Les séquelles de phlébite relèvent de Bagnoles-de-l'Orne et de Barbotan. Pour toutes les causalgies, névrites ou névralgies, faites choix de La Malou, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Beaucens. Là aussi devront aller les grands commotionnés, les grands shockés sans lésion apparente, mais dont le nombre a été si grand au cours de la dernière tourmente.

Pour les grands traumatisés visés au paragraphe un, les chlorurées sodiques (Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat, La Mouillère, près Besançon), seront à utiliser « en conjugaison » avec les sulfurées : *Le sel et le soufre font bon ménage.*

Bien entendu, c'est en particulier pour le traitement des blessures de guerre que la limitation à 21 jours pour la durée de la cure serait singulièrement insuffisante !...

Conclusions.

Puisqu'il faut une conclusion à cette *Revue de crénothérapie pratique*, trouvons-la dans l'idée-mère que le lecteur aura relevée au cours de cette étude : modifier le terrain, le terrain prime la lésion ; atténuer les diathèses ; faire suivre aux enfants des cures précoces et préventives ; imprégner l'organisme des éléments thermaux ou climatiques chargés d'apporter à l'énergie cellulaire ce dont elle est « en carence »; associer et conjuguer les stations « causales et symptomatiques », suivant les indications commandées par le tempérament, par les manifestations morbides diverses d'une même maladie.

Songer aussi beaucoup aux commodités du malade ; et, par la connaissance approfondie de notre carte thermale de France, utiliser les ressources d'un régionalisme qui, souvent, peut se suffire à lui-même.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES CERTIFICATS MÉDICAUX EN CLIENTÈLE

Il est parfaitement inutile d'insister sur la fréquence des certificats que le médecin est obligé de délivrer : les lois sociales de plus en plus nombreuses, l'interposition de « tiers payants » entre le malade et son docteur font, à ce dernier, le devoir d'accéder à la demande du client, ou d'un tiers, pour attester l'état morbide.

Un certificat médical est un témoignage, qui engage la responsabilité du rédacteur : nos confrères ne sauraient donc apporter trop de circonspection, tant pour la rédaction de l'acte lui-même, que pour la délivrance de l'attestation qui leur est réclamée.

Nous examinerons tour à tour les différentes positions juridiques de la question.

1° Certificats délivrés en vertu d'un texte législatif ou règlementaire

Dans certains cas, le malade doit produire une attestation médicale, constatant son état de santé :

a) **Témoin** : l'article 83 du code d'instruction criminelle exige la constatation, par un docteur en médecine , de l'impossibilité, pour un témoin, de se rendre à la convocation par lui reçue.

b) **Aliénés** : l'article 8 de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés, prévoit la nécessité d'un certificat médical, constatant l'état mental de la personne à placer dans un asile public ou privé, indiquant l'obligation de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne peut être admis s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au directeur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera exécuter le placement.

L'article 19 de la même loi prévoit le placement d'office d'un aliéné, par les soins des commissaires de police à Paris et des maires dans les autres communes, lorsque le certificat médical atteste la nécessité de l'internement, en cas de danger imminent pour le malade lui-même ou pour autrui.

c) **Accidents du travail** : La loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, oblige par son article 11, le chef d'entreprise, ou la victime, à déposer, à la mairie, qui en délivre immédiatement un reçu, un certificat médical, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

d) **Vaccine**: Les lois et décrets sur l'hygiène publique (15 février 1902 et suiv.) décident l'obligation de la vaccination et revaccination à certains âges de la vie. Les demandes d'admission dans une école publique, dans une administration, ou autre doivent comporter un certificat médical constatant que le candidat a été vacciné, ou revacciné contre la variole, depuis moins d'un an.

e) **Déclaration des maladies transmissibles**: Les lois et règlements publics d'hygiène obligent également le docteur en médecine de certifier l'existence de cas de maladies contagieuses, énumérées par décret, selon un mode de déclaration décidé par arrêté ministériel ou préfectoral.

f) **Nourrices** : L'article 8 de la loi du 28 décembre 1874, sur la protection du premier âge, fait aux nourrices, qui veulent se procurer un nourrisson, l'obligation de présenter un certificat médical constatant leur aptitude à nourrir, ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde.

g) **Hospices et Hôpitaux** : Le malade qui veut entrer dans un hôpital, soit en vertu de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, soit de celle du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, doit, sauf les cas de force majeure et d'urgence, présenter un certificat médical constatant son état de santé.

h) **Vieillards, infirmes et incurables** : Il en est de même pour l'application de la loi du 14 juillet 1905.

i) **Travail des enfants** : En vertu de l'article 2 de la loi du 2 novembre 1892, les enfants, âgés de douze ans révolus, munis du certificat d'études primaires, peuvent être employés chez des patrons, ou être admis dans des établissements énumérés par ladite loi, s'ils sont munis d'un certificat d'aptitude physique délivré par un des médecins chargés de la surveillance du premier âge, ou d'un des médecins inspecteurs des écoles, ou de tout autre médecin chargé d'un service public, désigné par le préfet.

j) **Certificats aux agents de l'administration.** Les divers règlements des administrations de l'Etat font une obligation à leurs employés de

fournir un certificat médical à l'appui d'une demande de congé, de pension, ou pour reprendre leur service. Ces certificats sont délivrés en vertu de textes réglementaires, ou de circulaires ministérielles.

l) **Certificats de naissance ou de décès.** Des arrêtés, ou règlements municipaux instituent le fonctionnement de la médecine d'état civil et le médecin, représentant le maire, doit certifier une naissance, ou les causes d'un décès.

Fréquemment, alors qu'il n'existe pas de médecin de l'état civil dans la commune, le maire demande cette certification à la famille, qui, pour l'obtenir, s'adresse à son propre médecin.

2° Certificats délivrés en vue d'un intérêt privé

A) Qui peut demander un certificat ?

a) Le malade lui-même.

Le principal intéressé est le plus souvent le malade lui-même. Il réclame, de son médecin traitant, une attestation constatant son état de santé, soit pour certifier les symptômes d'une maladie actuelle ou antérieure (certificats pour coups et blessures, sévices, maladies transmises par un tiers, ou par un conjoint, pièce réclamée en vue d'un divorce, etc.), soit pour attester que le client jouit d'une parfaite santé et est apte à un travail déterminé.

b) Un tiers.

Une compagnie d'assurances sur la vie fait examiner un candidat par le médecin qu'elle désigne à cet effet et qui devra lui rendre un compte exact de l'état de santé de la personne examinée.

Une société de secours mutuels exigera, avant toute admission, un examen médical par son docteur agréé.

Une administration publique exigera le certificat de son médecin assermenté.

B) Que doit-on déclarer dans ces certificats ?

Pour les certificats délivrés par le médecin traitant, à la demande du malade lui-même, le docteur doit, en principe, la vérité et toute la vérité à son client. Le certificat devra donc relater ce que le praticien aura constaté, les anamnestiques, l'état actuel et le pronostic probable (si la mention de celui-ci est utile).

Néanmoins, cette véracité doit être tempérée par certaines considérations.

Tout d'abord, le médecin peut, dans le cas particulier de client pusillanime, être dans la nécessité d'atténuer la brutalité d'un diagnostic. La Cour d'appel de Bruxelles (3e chambre), le 4 juin 1923, a reconnu que, dans les cas graves, le médecin peut et doit considérer les épreuves radiographiques comme documents médicaux, qu'il a le droit de dissimuler au client, parce que leur communication peut aggraver l'état physique du malade et influencer son état moral, en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérir, ou d'améliorer son état.

Il s'ensuit que le docteur peut, par des périphrases, ou des termes scientifiques, masquer une partie de la vérité à son client, pour que ce dernier ne pâtisse pas du contre-coup d'une révélation brutale. Ainsi en serait-il pour un patient qui, tuberculeux au début, cancéreux, pourrait perdre tout espoir, s'il lisait, sur le certificat qui vient de lui être délivré, la dénomination exacte de son affection. C'est une question de délicatesse et de tact, de la part du praticien.

En second lieu, le médecin peut intervenir pour démontrer au client le tort que pourrait lui porter la divulgation de sa maladie.

Obligé qu'il est, de dire la vérité, le praticien, par son certificat, apprendra aux tiers, qui liront cette pièce, certains détails pathologiques qui, dans l'intérêt même du client, devraient rester secrets.

Ainsi éclairé par son docteur, le malade saura se décider en toute connaissance de cause et, s'il insiste néanmoins pour avoir l'attestation demandée, le médecin n'aura qu'à s'incliner. Mais le praticien agira prudemment en consignant sur son certificat qu'il n'a délivré cette attestation que sur la demande expresse de son client, dont la signature est apposée, à côté de la sienne propre, au bas de l'acte.

Si plus tard, le médecin était inquiété pour violation du secret professionnel, il aurait ainsi un témoignage, constatant qu'il n'a fait qu'obéir à la demande expresse du client.

Un jugement du tribunal civil du Havre (4 juin 1921) avait décidé que « commet une faute le médecin qui délivre un certificat, qui lui est demandé à raison de sa compétence propre, alors même qu'il atteste des faits qu'il a contrôlés, sans se renseigner sur le but dans lequel l'attestation lui est demandée et sur la qualité de la personne qui sollicite ledit certificat. Il doit, en effet, rechercher si la pièce qu'il va délivrer ne pourra pas servir pour un chantage, un internement injustifié, etc., ou si elle n'amènera pas dans une famille, ou dans un ménage, le trouble et la discorde ».

En appel, ce jugement fut cassé par la Cour de Rouen (8 novembre 1922). Cet arrêt décide que, si un médecin a le devoir de se montrer prudent et d'exiger tous renseignements utiles, lorsqu'il s'agit d'une consultation qui lui est demandée au sujet d'un tiers, en dehors de lui, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de renseigner le client lui-même sur son état ; que, dans ce cas, l'homme de l'art manquerait à ses devoirs, en refusant ses services ».

D'ailleurs, ajoute l'arrêt, le certificat étant remis à celui qu'il concerne, à sa demande, ce der-

nier peut faire de ce certificat tel usage qui lui convient, mais à ses risques et périls.

Il en résulte que le médecin doit accorder à son client tous les certificats personnels que celui-ci lui réclame, mais le praticien a néanmoins le devoir de s'informer du but et de l'usage qui sera fait de l'attestation qu'il délivre, pour pouvoir avertir son client des résultats, parfois dommageables, pour ce dernier, de la production d'une pièce qui dévoile certains secrets pathologiques.

Le fait peut encore se présenter, lorsqu'un futur époux sollicite, de son médecin, un certificat destiné à sa future belle-famille. Le praticien a parfois le devoir d'avertir son client du préjudice que pourrait lui occasionner la divulgation de certaines tares personnelles, ou héréditaires et, si le client refuse de prendre une excuse quelconque, pour rompre un mariage impossible, le médecin, à la requête de son client, délivrera à celuici une attestation dont l'intéressé fera tel usage qui lui conviendra.

C) Refus de certificat.

En règle générale, nul n'est tenu d'une obligation si celle-ci ne lui est imposée par la loi, ou s'il ne l'a volontairement acceptée par contrat, ou engagement. Aussi le médecin est-il toujours en droit de refuser un certificat, lorsqu'il croit devoir agir ainsi.

Hors les cas, que nous avons envisagés plus haut, dans lesquels la divulgation de la maladie porterait préjudice au client, le médecin doit se refuser à établir des certificats de complaisance, ou volontairement inexacts.

De même, il doit se refuser à certifier, ou apporter la plus grande circonspection, lorsqu'on lui demande une attestation affirmant que le demandeur n'est atteint d'aucune maladie, ni des signes de telle affection. Que de cas pathologiques latents qui, se déclarant quelques jours après, peuvent faire poursuivre le médecin, pour délivrance de certificat de complaisance, ou de certificat hâtivement rédigé, avec une légèreté condamnable.

De même pour les attestations affirmant que le sujet en question est parfaitement sain d'esprit. Beaucoup de délires dangereux peuvent être soigneusement dissimulés, ou échappent à l'attention et à l'examen momentané du praticien.

De ce droit de refuser un certificat découle qu'un assuré (ou ses représentants légaux) n'a pas le droit de poursuivre son médecin, en délivrance de certificats exigés de lui pour le paiement d'une assurance par une compagnie d'assurances (tribunal civil de Besançon, 17 février 1887).

Cependant, ce droit de refus n'est pas absolu, dans tous les cas. Ainsi, le fait d'accepter de soigner un blessé du travail oblige le médecin traitant à délivrer, à son client, les certificats que ce dernier pourra réclamer en vertu de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898. Le docteur devrait, dès la première visite, faire savoir à son blessé qu'il lui refusera tout certificat, ce qui permettra à cette victime du travail de prendre, s'il le désire, un autre docteur.

En effet, le refus du médecin de délivrer toute attestation priverait le blessé des avantages que lui confère la législation des accidents du travail et il serait en droit de se retourner contre le docteur.

Il en est de même du médecin qui accepte de soigner les malades d'une mutualité : il doit, à ces derniers, les certificats qui leur seront nécessaires pour toucher leurs indemnités.

Pour que le médecin soit entièrement libre de ses actes, il faut qu'il soit libre de toute attache vis-à-vis des collectivités publiques ou privées.

D) A qui délivrer un certificat d'intérêt privé ?

a) *Au malade lui-même.*

En principe, le certificat ne doit être remis qu'à la personne qui a fait l'objet de l'examen du médecin. A ce bénéficiaire, le droit de faire du certificat tel usage qu'il désire, sous sa propre responsabilité. Si cette révélation se trouvait nuire au malade, on ne saurait le reprocher au médecin : le malade, seul auteur de la divulgation, ayant été l'auteur de son propre dommage.

b) *A un tiers.*

Au cas précédent, il faut assimiler l'hypothèse où le médecin remettrait directement, à un tiers, un certificat relatant exclusivement les faits, qu'il aurait été spécialement autorisé à révéler par le malade, mis préalablement au courant de sa situation. Tout se passe alors évidemment comme si la communication émanait personnellement du malade, dont le médecin s'est fait le mandataire pour la remise matérielle du certificat (tribunal civil de Bordeaux, 28 avril 1891).

Mais encore faut-il que le consentement du client soit donné en toute connaissance de cause. Serait donc insuffisante l'autorisation donnée d'une manière générale, sans en savoir la portée. Ainsi en a-t-il été décidé pour l'autorisation donnée par avance, dans sa police d'assurances, par une personne contractant une assurance sur la vie, au médecin quelconque, qu'elle ne connaît peut-être même pas, qui la traitera dans sa dernière maladie, de remettre à l'assureur un certificat relatant la cause de son décès (tribunal civil de Besançon, 17 février 1887).

A plus forte raison, les héritiers, ou toute autre personne ne sauraient obliger un médecin à délivrer un certificat, constatant les causes du décès d'un assuré, alors que, pour payer les primes convenues, les compagnies d'assurances exigent

un certificat médical, relatant le nom de la maladie qui a occasionné la mort (tribunal civil du Havre, 30 juillet 1887).

Le médecin, qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel. Après la mort du malade, les héritiers de celui-ci, quoique continuateurs de sa personne, n'ont pas le droit de délier le médecin de son obligation de garder le secret, ce droit étant par sa nature même exclusivement personnel au malade (cour de Besançon, 7 juin 1899).

De même, la cour de Paris (4 février 1891) reconnaît, dans tous les cas, au médecin, le droit absolu de se refuser à la délivrance du certificat qui lui est demandé, soit par l'assurance, soit par les parents du défunt, en motivant son refus par le respect du secret professionnel.

Cette jurisprudence, concernant les certificats *post mortem*, est donc conforme à la doctrine : le médecin ne doit remettre un certificat qu'à son seul client.

Trop nombreux encore sont nos confrères qui, par exemple, en matière d'accidents du travail, se croient autorisés à faire parvenir directement au chef d'entreprise, ou à l'assurance de celui-ci, les certificats indiqués par la loi du 9 avril 1898. Cette erreur peut leur être reprochée et engager leur responsabilité.

C'est au blessé seul, et non à quelqu'autre personne que ce puisse être, que le docteur doit remettre, en mains propres, le certificat initial, à moins que le blessé ne soit dans un état trop grave, auquel cas le certificat sera remis à ses ayants droit.

La cour de Rennes (22 avril 1899) décide que les docteurs en médecine ne doivent jamais révéler aux tiers les constatations médicales par eux faites, lors de leurs visites, sans y avoir été formellement autorisés par les personnes visitées et, à plus forte raison, il leur est interdit, s'ils ont été appelés près d'un blessé, de délivrer à une tierce personne intéressée à contester les conséquences des blessures, un certificat médical, dont usage pourrait être fait contre la personne qui leur a accordé sa confiance et à laquelle ils ont consenti à donner leurs soins.

Nos confrères oublient trop fréquemment que, lorsqu'ils sont choisis par le blessé, ils représentent scientifiquement les intérêts de leur client. Toute autre personne intéressée peut envoyer un médecin de son choix, pour contrevisiter la victime et ce droit, en matière d'accident du travail, est inscrit dans la loi, autorisant le chef d'entreprise à désigner son médecin contrôleur qui aura accès hebdomadaire, auprès du blessé, en présence du médecin traitant.

Dans le même sens conclut la cour d'Aix (16 janvier 1900), en décidant que le certificat délivré par un médecin, *sans le consentement formel de son client, sur des faits qu'il n'a connus* qu'à raison de l'exercice de sa profession, constitue un manquement aux devoirs de discrétion qui lui étaient imposés par la loi.

Si le médecin se trouvait dans l'obligation de délivrer un certificat à un tiers, il agirait prudemment en consignant dans son attestation que lecture en a été donnée au malade lui-même ; ou bien, il s'arrangera pour se faire délivrer un écrit, par son client, l'autorisant à transmettre le dit certificat à un tiers (tribunal civil de Fougères, 29 juin 1898 ; Cassation, 13 juillet 1897), sauf bien entendu les cas dans lesquels les faits attestés n'ont absolument rien de secret (Cassation, 18 juillet 1904 et 30 avril 1907).

Un médecin peut-il remettre un certificat à un autre médecin, à l'insu de son malade ? Non, bien qu'on puisse prétendre que les deux praticiens sont l'un et l'autre liés par le secret professionnel.

Il faut toujours faire le départ des situations juridiques. Lorsque les deux médecins ont été choisis librement par le malade, ils doivent joindre leurs efforts scientifiques, en faveur de leur client, et s'ils ont à délivrer un certificat, ils le rédigeront ensemble et le remettront au malade, qui en fera tel usage qui lui conviendra.

Mais si l'un des deux confrères a été mandaté par une tierce personne, le médecin du malade violerait le secret professionnel en dévoilant, à son confrère, les secrets de son client. Le second médecin représente d'autres intérêts que ceux du patient : il doit dire toute la vérité à ses mandants, ce qui pourrait porter préjudice au client du premier docteur.

3° Que doit-on mettre, dans un certificat ?

Aucune forme n'est prescrite pour la rédaction d'un certificat. Le médecin pourra donc employer telle formule qui lui conviendra.

Certificats et expertises

Bien entendu, tout ce qui précède se rapporte à la situation juridique du médecin traitant par rapport au malade, qui a placé en lui sa confiance.

Il en est différemment lorsque le médecin, qui doit faire le certificat, est envoyé, auprès du patient, par un tiers. Dans ces conditions, le praticien a à exercer une mission de contrôle : il devra révéler la vérité et toute la vérité, à son mandant dont l'intérêt est souvent opposé à celui du malade.

A ce dernier à se défendre, ou à se faire défendre par son propre docteur.

Cette mission de contrôle a lieu, le plus fréquemment en matière d'accident du travail ; le médecin du patron est l'adversaire scientifique

du médecin traitant ; néanmoins, les deux praticiens doivent rester des hommes de l'art et dire la vérité scientifique, sans vouloir être autre chose que les défenseurs techniques des intérêts en présence.

Il en est de même pour les assurances sur la vie : le médecin examinateur a le devoir de pratiquer une investigation sérieuse dans les antécédents héréditaires et personnels du candidat à l'assurance et de l'examiner le plus consciencieusement possible.

Aussi comprend-on pourquoi un médecin traitant a le devoir de se récuser, lorsqu'on veut lui confier une mission de contrôle, par rapport au client qu'il soigne. Comment peut-il concilier son obligation au silence, par rapport aux tiers (article 378 du code pénal), avec les devoirs de sa mission de contrôle, c'est-à-dire de dévoiler au tiers, qui l'a mandaté, tous les secrets pathologiques qu'il à connus comme médecin traitant ?

La question du cumul de fonctions vient d'être posée au ministre de l'hygiène, à propos des médecins assermentés et le ministre répond que les médecins assermentés doivent dévoiler toute la vérité à l'administration qu'ils représentent, même s'ils sont les médecins traitants des fonctionnaires. A ces derniers le soin de ne pas choisir, comme médecins traitants, des praticiens, qui, à un moment donné, doivent représenter les intérêts de l'administration. Cette réponse, parue au *Journal officiel*, est reproduite dans le numéro du 13 avril courant.

4° Responsabilité pénale et civile en matière de certificats ?

Certaines précautions indispensables doivent être prises, pour la rédaction des certificats.

a) Identité de la personne, faisant l'objet du certificat

Dans la grande majorité des cas, le docteur connaît la personnalité de ses clients.

Mais, se trouve-t-il en présence d'un inconnu, qu'il doit prendre soin de ne pas être victime d'une substitution de personne. Il peut employer une forme quelque peu dubitative : «..... certifie avoir examiné une personne, nous ayant déclaré s'appeler M... et demeurer ... »

On peut encore inscrire «..... certifie, avoir examiné M...., dont la signature est apposée au bas dudit certificat ».

b) Mentions à inscrire

Le certificat ne doit mentionner que ce que le médecin aura vu et constaté lui-même. Le docteur doit représenter les intérêts de son client ; mais il ne doit pas, pour soutenir techniquement ce dernier, léser les intérêts des tiers. Aussi, doit-il contrôler les dires de son malade et laisser subsister l'affirmation d'un doute, si le docteur n'est pas à même de vérifier ce qu'il atteste. C'est ainsi qu'un médecin a été condamné à indemniser une personne sur laquelle avaient été portés des soupçons, le docteur ayant, sur les seules affirmations de son client, certifié que ce dernier éprouvait des douleurs, provenant de coups portés violemment, alors que le pseudo-blessé n'avait été nullement frappé. (Tribunal de la Seine, 12 juin 1896).

En décrivant consciencieusement les symptômes qu'il constate au moment présent, le médecin ne pourra pas être accusé de négligence ou de légèreté, par exemple dans le cas d'erreur de diagnostic d'une maladie mentale mal caractérisée et consciencieusement observée (Tribunal de Rouen, 30 juin 1896).

Il en est de même quant au pronostic : si le médecin est coupable d'un défaut de réserve sur le pronostic, dans un certificat de blessure, lorsque les conséquences étaient faciles à prévoir (tribunal de Lille, 19 avril 1905), nulle faute ne saurait être relevée contre lui, pour avoir omis d'indiquer des complications impossibles à deviner d'avance (tribunal de la Seine, 5 décembre 1905).

Un médecin est parfois incité à porter, sur son certificat, des assertions qu'il ne peut contrôler. Qu'il apporte alors la plus grande réserve.

C'est ainsi qu'en matière de certificat délivré en vue d'un internement, un médecin a été condamné (trib. civ. de Rouen, 30 juin 1896), pour avoir déclaré, à la légère, un malade comme étant atteint d'aliénation mentale, sans l'avoir suffisamment examiné, après s'être fait l'écho des doléances de la famille.

Egalement, commet une faute de nature à engager sa responsabilité le médecin qui, mandé pour visiter une personne, au point de vue de son état mental, a l'imprudence d'admettre sans contrôle les dires du mari et la négligence de ne pas s'entourer de renseignements (tribunal civil de Blois, 3 décembre 1908).

En matière d'accidents du travail, de nombreux procès ont été intentés à des médecins pour avoir accueilli, avec trop de facilité, les dires de l'ouvrier blessé. Le praticien fera toujours bien de mettre, dans son certificat : « M. X. m'a déclaré avoir été blessé..... il dit souffrir dans telle région..... etc. » Toujours employer la forme dubitative.

Enfin, dans la rédaction d'un certificat, le médecin a le devoir de ne pas mettre des tiers en cause.

C'est ainsi qu'a été condamné (Cassation, requêtes, 13 mai 1908) un médecin qui, dans un certificat pour internement, avait déclaré que, parmi les collatéraux de l'intéressé, on trouvait

un frère dégénéré et une sœur peu intelligente, et qu'en outre, un fils du premier lit présentait également des signes de dégénération mentale. Ces affirmations sont abusives et de nature à porter préjudice à la famille qui, pour cela, réclame réparation.

Somme toute, en rédigeant son certificat, le médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit les obligations du secret professionnel, pour ne pas dire plus qu'il ne le faut et pour ne pas commettre d'indiscrétions, concernant tant le malade que des tiers.

c) **Certificats de complaisance**

Aux termes de l'article 106 du code pénal, « tout médecin, chirurgien, ou autre officier de santé, qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement d'un an au moins, et de trois années au plus. S'il y a été mû par dons, ou promesses, la peine de l'emprisonnement sera d'une année au moins et de quatre ans au plus. Dans l'un et l'autre cas, le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent code (droits civiques, civils et de famille), pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine. Dans le deuxième cas, les corrupteurs seront punis des mêmes peines que le médecin, chirurgien ou officier de santé, qui aura délivré le faux certificat ».

Une amende de cent francs au maximum (article 86 code d'instruction criminelle) sera prononcée s'il s'agit de dispenser un témoin de venir déposer en justice ; dans tous les autres cas, l'amende sera de cent à trois mille francs (article 164 du code pénal).

Ces peines sont encourues par le médecin, non seulement lorsqu'il a sciemment certifié des choses fausses, mais encore lorsqu'il a omis de vérifier les faits attestés, ou les a négligemment examinés (tribunal civil de la Seine, 5 octobre 1894).

Quant aux services publics, mentionnés par l'article 160 du code pénal, il faut entendre : service militaire, fonctions de juré, de témoin, ainsi que les attributions des fonctionnaires, ou employés publics (Cassation, 6 juin 1834 et 6 mai 1836).

Ainsi tombera sous le coup de la loi pénale le faux certificat délivré pour permettre à un fonctionnaire d'obtenir un congé de maladie, ou à un militaire la prolongation d'un congé de convalescence (tribunal civil de la Seine, 5 octobre 1894) ; cependant s'il ne s'agit pas d'un service public, mais de droit commun, le faux certificat ne sera punissable que si l'espèce comporte les éléments du faux, ou de l'escroquerie, ou de la complicité de l'un de ces délits. C'est le cas le plus fréquent en matière d'accidents du travail, lorsque le médecin, soit volontairement, soit par négligence a été le complice d'une escroquerie faite par un blessé du travail.

Aussi, ne saurions-nous trop recommander à nos confrères de ne jamais considérer comme chose négligeable une attestation médicale quelconque. Beaucoup trop nombreux sont ceux qui laissent à des sous-ordres, à des infirmières, le soin de préparer des déclarations d'accident du travail, déclarations qu'ils signent ensuite, sans avoir le malade devant les yeux pour pouvoir vérifier la nature exacte des lésions.

En pareille matière, la prudence est mère de la sûreté, sans compter qu'en sus de la responsabilité pénale, viendrait s'ajouter la responsabilité civile : la partie lésée par le faux certificat médical serait toujours en droit de demander des dommages-intérêts, pour le préjudice matériel qui lui aurait été occasionné. Tel a été le cas d'une compagnie d'assurances, obligée de verser une indemnité (tribunal de la Seine, 24 décembre 1897), ou de l'ouvrier ayant perdu son droit à la sienne (cour de Douai, 26 février 1906).

d) **Négligence dans la rédaction d'un certificat**

Le médecin doit être précis dans l'énoncé de ce qu'il a constaté chez son malade. Cette précision implique donc un examen préalable, aussi minutieux que possible.

Un médecin a été condamné, pour avoir rédigé son certificat d'une manière ambiguë et pour avoir ainsi entraîné une erreur préjudiciable (trib. de paix, Paris XVIII[e] arr., 11 mars 1910).

Il a été jugé que constituerait une faute lourde engageant la responsabilité d'un médecin, le fait par celui-ci d'avoir, dans un certificat délivré à l'occasion d'un accident du travail, diagnostiqué une incapacité temporaire, sans prévision d'une incapacité permanente partielle, ce qui aurait eu pour conséquence de ne point donner ouverture, aux termes de l'article 12 de la loi du 9 avril 1898, à l'enquête immédiate du juge de paix, seule susceptible d'être effectuée dans des conditions utiles, à raison de la proximité du temps de l'accident et devant servir de base à l'action ultérieure du blessé, en paiement d'une rente viagère (trib. civil de Lille, 19 avril 1905).

Bien entendu, ces négligences ne font pas suspecter la bonne foi du médecin : il y a eu légèreté, mais nullement le désir de tromper en faisant un certificat faux, ou volontairement inexact.

4° Certificat et secret professionnel.

Cette question a été longuement traitée dans le *Concours médical* de 1922, pages 1747 et suivants. Nous n'y reviendrons pas. Mais, rappelons une fois de plus qu'un certificat ne doit être remis qu'au client lui-même, à moins que, par une autorisation expresse, le malade ait permis à son médecin de donner le certificat à une tierce personne.

Disons également que le docteur a le devoir d'attirer l'attention de son client sur les inconvénients qui pourraient résulter pour lui, par la divulgation du certificat qui lui a été remis et qui contient certaines indications, qui devraient rester secrètes.

Insistons encore sur les rapports entre médecin et client. Le médecin traitant doit le secret *erga omnes* : c'est au client seul qu'on délivrera le certificat, à la demande de ce dernier. Au contraire, un médecin contrôleur, ou représentant une assurance contre les accidents, ou sur la vie, un médecin assermenté, etc. doit tout dire à son mandant et tout révéler de ce qu'il aura pu constater, apprendre et surprendre, en ce qui concerne le malade, dont il n'est pas le médecin traitant.

En matière d'accident du travail, le médecin traitant doit respecter le secret, qu'il doit à son malade, alors surtout que le certificat initial, destiné à être déposé à la mairie, peut être l'objet de fuites et indiscrétions. N'oublions pas que si la loi du 9 avril 1898 oblige le médecin traitant à délivrer, à son client, une attestation, relatant les conséquences de l'accident, la nature du traumatisme et les suites probables, le médecin ne se trouve pas, par là même, délié du secret professionnel.

Seules les lésions actuelles doivent être mentionnées, sans qu'il soit fait allusion à un état antérieur, ou à une maladie concomitante.

Il ne saurait en être autrement, puisque le 5e paragraphe de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 donne au chef d'entreprise le droit de se faire renseigner par le médecin de son choix, qui aura accès hebdomadaire auprès du blessé, en présence de son médecin traitant.

En ce sens, l'arrêt de la cour de Cassation, chambre criminelle, du 9 mai 1913.

Egalement, que les médecins de sociétés de secours mutuels se gardent, dans la rédaction des certificats destinés aux mutualistes, de violer le secret professionnel.

Au reste, la confusion trop fréquente des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur, pour une collectivité publique ou privée, rend la situation juridique des médecins fort compliquée : il est à craindre que la médecine sociale et collective empiétant de plus en plus sur la médecine de droit commun, les procès en violation du secret professionnel forcent les praticiens à choisir entre leurs devoirs de médecin traitant et leurs obligations de contrôleurs techniques, obligés de violer le secret du client au profit de la collectivité qui demande le contrôle.

5° Qui peut délivrer un certificat ?

Les textes légaux, réglementaires, ou des différents codes ne reconnaissent le droit de délivrer les certificats, en matière médicale, qu'aux docteurs en médecine, ou officiers de santé.

Un étudiant en médecine, ayant terminé sa scolarité, ou un interne des hôpitaux, nommé au concours et ayant seize inscriptions peut, pendant un remplacement régulier de médecin, certifier utilement, mais à la condition que le remplaçant ait obtenu du préfet l'autorisation prévue par l'article 6, paragraphe 2, de la loi du 30 novembre 1892.

6° Obligations fiscales des certificats

Nous renvoyons nos lecteurs à la liste des certificats, soumis au droit de timbre, publiée dans l'Agenda memento du Praticien, édité par le *Concours médical*, 1924, page 212.

Disons seulement que tous les certificats, délivrés pour un intérêt privé, sont soumis au timbre; les exceptions sont limitativement indiquées dans l'Agenda.

Mais rappelons à nos confrères qu'en cas de rédaction, faite indûment sur papier libre, c'est le signataire et non pas le client, qui est passible de l'amende, qui est assez élevée et qui subit la majoration du double décime.

Conclusions

Délivrer un certificat est toujours chos grave et sérieuse : la responsabilité du médecin est engagée. Qu'il fasse un examen superficiel, et son certificat incomplet peut le faire poursuivre pour omission et négligence ; que le docteur accorde trop de créance aux racontars du client ou de son entourage et qu'il consigne tout cela, sans en indiquer la cause et sans déclarer qu'il n'en a pas été le témoin, et l'on pourra l'accuser de collusion avec le client de mauvaise foi.

Le certificat est une véritable expertise : nous ne saurions donc trop appeler l'attention de nos confrères sur ce fait, surtout de ceux qui, faisant beaucoup d'accidents du travail, ont parfois la coupable tendance de se reposer sur leur personnel infirmier, pour la rédaction, ou la préparation des certificats et déclarations exigés par la loi.

Donnons, pour terminer, le conseil de toujours conserver, par devers soi, un double des certificats, ayant une certaine gravité. Cela permet de rafraîchir la mémoire du rédacteur, lorsque, plusieurs mois après, le docteur peut être plus ou moins directement impliqué dans une action judiciaire quelconque.

Répétons une fois de plus qu'en matière de délivrance de certificats, la prudence est la mère de la sûreté.

Dr Paul BOUDIN.
Docteur en médecine,
Docteur en droit.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 11 et 25 mars 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6283 FOUBERT, à Chartres (Eure-et-Loir).
6284 AURAND, à Villars-du-Var (Alpes-Maritimes).
6285 DAMADE, à Amiens (Somme).
6286 MANSSUY, à Dieulouard (Meurthe-et-Moselle).
6287 LUCIEN, à Dijon (Côte-d'Or).
6288 LEQUIEU, à Versailles (Seine-et-Oise).
6289 DESCHAMPS, à Coye (Oise).
6290 ABITBOUL, à Aïn El Hadjar (Oran).
6291 ROUHER, à Artonne (Puy-de-Dôme).
6292 CACHE, à Sacy-le-Grand (Oise).
6293 LEVRIER, (André) à Aire-sur-Adour (Landes).
6294 LEVRIER (J.--Henri), à Aire-sur-Adour (Landes).
6295 DOLIVEUX, aux Sables-d'Olonne (Vendée).
6296 MOURGUE, à Nîmes (Gard).
6297 WATERLOT, à Faches-Thumesnil (Nord).
6298 HÉZARD, aux Aynans (Haute-Saône).
6299 DIDIER, à Lille (Nord).
6300 FOURÉ, 53, avenue des Ternes, Paris.
6301 CARVALLO, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
6302 SURUN, à Brive (Corrèze).
6303 LE HOUX, à Montrichard (Loir-et-Cher).
6304 HARTGLAS, à Dourdan (Seine-et-Oise).
6305 ECK, 58, boulevard Magenta, Paris.
6306 GRANDJEAN, à Montlhéry (Seine-et-Oise).
6307 LELONG, au Mans (Sarthe).
6308 DE GANDT, à Roubaix (Nord).

Accidents du travail.

La Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a admis le pourvoi formé contre un jugement de paix qui avait refusé le paiement des honoraires de pansements faits à l'hôpital à un accidenté du travail non hospitalisé, par application du « tout compris » de l'article 4 de la loi accidents.

L'affaire viendra devant la Chambre civile et une provision de 600 francs est ordonnancée pour suivre le pourvoi devant cette Chambre. (Affaire du Dr P. Sarthe).

La Chambre des Requêtes a également admis le pourvoi formé, avec l'appui pécuniaire du « Sou », contre un jugement de paix qui avait refusé de compter le prix de la visite et l'indemnité kilométrique, pour une visite faite à un ouvrier empêché de se déplacer par une infirmité antérieure à l'accident pour lequel il était soigné. Le juge de paix n'a alloué qu'une consultation. (Affaire du Dr R. Côtes-du-Nord).

Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 600 francs, pour suivre le pourvoi devant la Chambre civile de la Cour de Cassation.

Le Dr B. (Eure) communique le texte de l'engagement signé par le père et patron du jeune ouvrier, blessé du travail, auquel il a donné des soins dans un hôpital. Cet engagement s'applique au prix de journée et, en outre, aux frais médicaux et pharmaceutiques. Au surplus, le règlement de l'hôpital autorise les médecins à se faire payer leurs honoraires par les malades payants.

Dans ces conditions, le Conseil est d'avis que le « tout compris » n'est pas applicable et accorde l'appui pécuniaire au Dr B. pour assigner le patron, à la fois en cette qualité et comme père du blessé mineur, devant le Tribunal civil, en vertu du droit commun, la note d'honoraires étant supérieure à 600. fr. Outre les frais judiciaires proprement dits, l'appui pécuniaire s'appliquera aux honoraires de l'avocat à concurrence de 200 fr.

Le Dr D. (Saône-et-Loire) est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui lui a donné gain de cause dans une affaire de recouvrement d'honoraires accidents du travail pour radiothérapie profonde, non prévue au tarif Breton.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel ; il s'applique, aux frais judiciaires et, en outre, aux honoraires de son avocat, à concurrence de 250 fr.

Le Dr R. (Loire-Inférieure), ayant radiographié une victime du travail, se voit refuser ses honoraires par la Compagnie d'assurances sous le prétexte que celle-ci n'a autorisé la radiographie qu'à la condition qu'elle soit faite par le médecin de son choix.

Le Conseil est d'avis que cette prétention est inadmissible, le droit du blessé de choisir son médecin étant absolu et devant s'étendre au radiographe comme au médecin traitant. En conséquence, il accorde l'appui pécuniaire au Dr R. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, en limitant à 100 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Responsabilité civile.

Le Dr C. (Marne), a gagné, sur plaidoirie de Me Nattan-Larrier, avocat conseil du « Sou », le procès en responsabilité civile et en violation du secret professionnel qui lui avait été intenté, reconventionnellement à une demande en paiement d'honoraires, par des clients mécontents.

80.000 fr. de dommages-intérêts lui étaient demandés pour le premier chef et 50.000 pour le second.

Le Conseil ordonnance le versement des honoraires d'avocat, s'élevant à mille francs et des frais et honoraires des experts, qui sont de 828 fr. Cette dernière somme ne constitue qu'une avance, recouvrable contre les adversaires, condamnés aux dépens.

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) annonce le gain du procès en dommages-intérêts qui lui a été intenté par le père d'un jeune homme qui avait été trouvé

inanimé sur la route et placé dans une chambre froide d'un asile communal. Le père soutenait que le Dr D. était responsable de l'état actuel de son fils, mais les experts désignés ont donné entièrement raison au médecin, en concluant que l'état actuel du malade était la conséquence directe de l'état dans lequel il se trouvait avant son arrivée.

Honoraires de droit commun.

Les docteurs A. et V. (Aube), J. (Rhône) et A. (Maine-et-Loire), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobiles, ne peuvent obtenir le paiement des honoraires qui leur sont dus, les automobilistes auteurs des accidents refusant de reconnaître leur responsabilité.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Dr P. (Seine) envoie une somme de 68 fr., montant d'une note d'honoraires qu'il vient de recouvrer et dont il avait promis, il y a dix ans et six mois, de verser le montant à la caisse du « Sou » en cas de recouvrement.

Le Conseil le remercie vivement de ce don.

Le Dr G. a soigné un enfant, membre d'une Société de Patronage, qui a été blessé dans des exercices de gymnastique. La Compagnie qui assure la Société refuse de le payer parce qu'il n'est pas son médecin agréé.

Comme il n'a aucun lien de droit avec cette assurance, le Conseil est d'avis qu'il ne s'agit que d'une affaire de recouvrement, ne donnant pas lieu à appui pécuniaire. Il appartient au Dr G. de citer en justice de paix le père de l'enfant et éventuellement le Patronage, dont la responsabilité pourrait être engagée dans l'accident.

Le Dr B. (Loiret) est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a condamné un client à lui payer ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr C. (Allier), envoie la copie d'un jugement, obtenu avec l'appui pécuniaire du « Sou », contre un client qui s'était fait inscrire tardivement à l'assistance médicale gratuite.

Son adversaire étant insolvable, le Dr C. a dû payer les frais du jugement, s'élevant à 80 fr. 90, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Divers.

Le Dr V. (Ille-et-Vilaine), blessé dans un accident de voiture, par la faute d'un client qui était venu le chercher la nuit pour un accouchement, est atteint d'une infirmité qui réduit sa capacité de travail. Il demande l'appui pécuniaire pour intenter une action en dommages-intérêts à l'auteur du préjudice qu'il subit.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire demandé et fixe à un maximum de 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Haute-Savoie), demande l'appui pécuniaire pour faire opposition à une contrainte qui lui a été notifiée à la requête de l'administration des Contributions indirectes, pour paiement de la taxe sur le chiffre d'affaires d'une maison de santé dont il est le seul propriétaire et où il ne reçoit que ses propres clients.

Cet appui lui est accordé, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Arbitrage.

Les deux adhérents, qui ont accepté que le différend survenu entre eux à la suite d'un remplacement soit soumis à l'arbitrage des membres du Conseil du « Sou », se présentent devant le Conseil et exposent successivement les faits.

Après discussion, le Conseil concilie les deux parties et une nouvelle convention est signée, qui doit mettre fin au différend en prolongeant simplement le précédent engagement, dont l'inéxécution par l'une des parties avait nécessité l'arbitrage.

Confrère, qui n'êtes pas encore des nôtres,

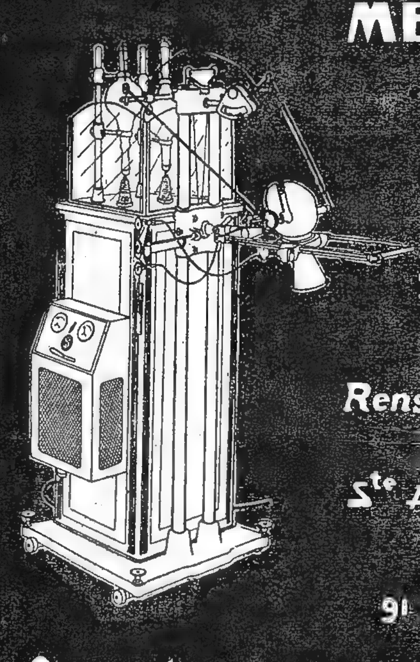
Si vous avez bien voulu lire l'exposé du Dr Vimont, en tête de ce numéro ; si vous avez parcouru l'extrait des Procès-verbaux qui précède, vous êtes maintenant renseigné sur les buts divers que poursuit le SOU MÉDICAL, sur les services de tout ordre qu'il sait rendre aux médecins.

Venez à nous. Adhérez à notre Ligue de défense. Grossissez notre nombre, déjà si imposant. Vous ne ferez sans doute qu'une unité de plus. Mais, moralement, c'est par 5 au moins que nous multiplierons l'accroissement d'influence que vous nous apporterez.

Le Secrétariat Général du SOU MÉDICAL.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.



sont applicables que pendant la durée de la prorogation. Tant que le bail lui-même n'est pas achevé, il ne peut y être apporté de dérogation que du consentement mutuel des parties intéressées.

Votre propriétaire ne peut donc vous demander une augmentation quelconque pour le moment, puisque votre bail n'est pas encore expiré ; il ne pourra le faire qu'à partir du 1er avril 1927 et sans aucun effet rétroactif.

Les lois récentes sur les loyers n'ont rien changé aux droits des bénéficiaires de la prorogation légale instituée par la loi du 9 mars 1918, celle dont vous avez notifié à votre propriétaire votre intention de bénéficier.

Double emploi de polices d'assurances.

Je serais heureux d'obtenir de votre nouveau collaborateur, des renseignements concernant l'affaire suivante :

Avant la guerre, je me trouvais avoir souscrit à l'A. une police pour assurance d'un domestique (ou plutôt d'un petit chauffeur ne conduisant pas, et d'une femme de journée. Pendant la guerre, tout mon personnel ayant été licencié, je ne voulus plus payer de primes, et quand elles furent réclamées à mon père qui se trouvait seul sur place, il alla voir l'agent et obtint une suspension. A ce moment-là, sans doute, ma police fut portée chez l'agent qui la garda. Quand je revins... plusieurs années après, tout cela était oublié : ayant repris du personnel, et comme j'avais des polices à différentes compagnies, je régularisai la situation et contractai de nouvelles polices sans penser à celle de l'A. dont je n'avais pas retrouvé trace dans mes papiers. L'année dernière seulement, l'A. réclama la remise en activité de cette police oubliée, je protestai et parlementai, et je croyais la chose enterrée, lorsqu'après un très long silence, cette compagnie revient à la charge et exige l'exécution intégrale de son contrat prorogé de la durée de la guerre. Elle me refuse une résiliation que je lui propose moyennant l'indemnité habituelle d'un an de prime. Est-elle dans son droit légal ? J'ai l'intention de me laisser poursuivre ?

Dr Z.

Réponse.

Quand une police est souscrite pour une durée déterminée, s'il y a suppression momentanée du risque, il y a lieu d'en demander la suspension. A la remise en vigueur, la durée est prorogée d'une période égale à celle de la suspension.

Dans votre cas particulier, la compagnie qui vous assure actuellement acceptera la suspension de sa police (motif : double emploi avec un contrat souscrit antérieurement à l'A.) jusqu'à l'expiration de la police de l'A., à laquelle vous

êtes tenu d'assurer votre personnel actuellement en service.

C'est la seule solution, d'autant plus que vous êtes en ce moment en déchéance vis-à-vis des deux compagnies et que les deux sont en droit de vous refuser un sinistre.

H. Trollet,
Assureur Conseil.

Timbre des mémoires d'honoraires du Bureau de Bienfaisance.

Je présente chaque semestre au percepteur de la localité un mémoire d'assistance médicale gratuite pour la commune, qui n'est pas rattachée au service départemental et possède un bureau de bienfaisance particulier. Chaque fois le percepteur m'oblige à acquitter le timbre à 2 fr.

Fort de la réponse parue dans le *Concours médical* du 18 mars 1923, page 930, j'insiste, en vertu de l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893, cité.

Rien à faire, il me déclare que c'est un mémoire communal, *que le bureau de bienfaisance, n'est pas l'assistance médicale gratuite* ! etc. Bref, comme cette fois il a été un peu vif en ses explications, je désirerais tirer cette affaire au clair, puis-je insister et en cas de refus à qui m'adresser pour obtenir gain de cause ?

Dr L.

P. S. — Ses objections sont les suivantes, je vous les donne pour ce qu'elles valent !!

Le bureau de bienfaisance communal n'est pas la même chose que l'assistance médicale gratuite du département ? Pourtant c'est toujours en vertu de la loi du 15 juillet 1893. Je reçois un traitement du bureau de bienfaisance.... *Inexact.* Je suis réglé pour mes honoraires à la visite et à la consultation tout comme pour le service départemental. Dans ces conditions, dit-il, le boulanger qui délivre du pain aux indigents sur bon du bureau de bienfaisance devrait voir son mémoire exempté du timbre également, de même le pharmacien.

— Ceci ne me regarde pas. S'il leur plaît d'acquitter le timbre, c'est leur affaire.

Réponse.

L'exemption du droit de timbre accordée en vertu de l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893 vise « *exclusivement* » les actes relatifs au service de l'assistance médicale gratuite.

Aux termes exprès de la loi, si ce n'est pas à cette administration que vous êtes attaché, vous ne sauriez être admis à revendiquer le bénéfice de cette disposition.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Amortissement de l'achat d'une automobile.

A titre d'abonné du *Concours Médical*, je vous serais très reconnaissant si vous vouliez me renseigner au sujet de mon imposition pour 1923.

L'an dernier, je me reposais dans un pays où je voyais peu de clients, aussi mes bénéfices professionnels ont été minimes, ils se sont élevés à 8000 francs, mes revenus fonciers ont été de 2800 francs. Je reçois de M. le contrôleur la feuille ci-jointe où je lis que l'achat d'une auto faite au cours de l'an dernier rentre dans l'évaluation de mes revenus. Est-ce juste ? Pourquoi ne pas ajouter la douzaine de paires de chaussettes et les trois paires de souliers dont j'ai eu besoin pour faire mes visites et l'imperméable qui me servait pour me garantir contre la pluie ?

De plus, M. le contrôleur ne tient aucun compte de mes dépenses professionnelles. Je les lui ai énumérées, je suis marié et père d'une fillette ; ceci doit aussi, je le suppose, entrer en ligne de compte.

Dr P.

Réponse.

Le contrôleur est fondé à réintégrer dans vos revenus le prix d'achat de votre automobile si, dans votre déclaration d'impôt sur les bénéfices non commerciaux, vous avez porté cette somme aux dépenses professionnelles. En effet, seul l'amortissement d'une voiture est déductible du bénéfice brut. Mais dans ce cas, vous avez dû recevoir une feuille semblable pour vos impôts cédulaires.

Si vous n'avez pas fait cette déduction, l'achat d'une automobile étant une transformation de capital, rien ne semble autoriser le contrôleur à opérer cette rectification. Il serait néanmoins nécessaire que vous lui écriviez immédiatement pour lui demander des explications.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Impôts dus par une succession.

Membre du « Sou Médical », je viens vous demander un conseil en matière fiscale pour un cas particulier que je vous prie de bien vouloir soumettre à votre conseiller fiscal.

J'ai hérité il y a 3 ans d'un de mes oncles qui, possédant de modestes ressources, était entré à la FondationX. C'est là qu'il est mort en 1920. Or, je reçois ce matin, une sommation sans frais de la perception portant en travers à l'encre (contributions antérieures à 1920) et portant imprimé au timbre rouge (exercices de guerre 1915 à 1919) (totalité exigible).

Deux dates au-dessus du cachet de la perception : 1° 11 juin 1923 ; 2° 6 mars 1924.

Je voudrais savoir :

1° Si je dois payer ces impôts, en qualité de légataire universel ;

2° Si je dois les payer ; la somme se montant à 251 francs aurait, si elle avait été réclamée à temps, été retranchée de la succession. Ne l'ayant pas été, j'ai payé sur elle les droits successoraux qui, dans ce cas, se montent à 40/100 au moins. Ne suis-je pas fondé à réclamer un dégrèvement sur cette somme représentant le paiement de ces droits et comment dois-je m'y prendre dans ce cas ?

Dr F.

Réponse.

En qualité de légataire universel, vous êtes tenu d'acquitter les dettes de la succession et notamment les impôts. Vous ne pouvez obtenir déduction de la somme de 251 francs qui vous est réclamée à titre de contributions directes. Si vous êtes encore dans les délais (2 ans à partir du payement) vous pouvez faire une demande en restitution des droits d'enregistrement (de succession) perçus sur cette somme.

Point de départ de la patente.

En novembre 1923, après avoir reçu la visite du contrôleur des contributions, je vous écrivais une lettre dans laquelle je vous demandais sur quelles bases étaient fixées les patentes de médecin et je vous disais que j'occupe pour l'usage de ma profession 3 pièces situées au premier étage d'un immeuble composé de 4 pièces. Je paye un loyer de 800 fr. et la ville où j'exerce compte 23000 habitants. La lettre de M. Martinot, conseiller fiscal, que j'ai reçue me demandait de vouloir bien envoyer l'avertissement quand je le recevrais, ce que je m'empresse de faire et en vous remerciant d'avance. Je lui serai infiniment reconnaissant de vouloir bien le vérifier.

Je vous demanderai par la même occasion si je dois faire une déclaration de revenus, j'ai débuté en avril dernier et j'ai fait 2000 francs (deux mille francs d'affaires) dois-je les signaler ? Suis-je imposable pour ce revenu ?

Dr F.

Réponse.

1° Les calculs de l'avertissement de l'art. 27 du rôle supplémentaire sont bien établis.

Loyer servant de base : 800 fr. exact. 800 /15 = 53 fr. 33.

Vous êtes imposé pour 10 mois à partir de mars 1923, le principal est donc ramené à 10/12 de 53 fr. 33 soit à 44 fr. 44 qui, multipliés par le centime le franc de 3.672367 donnent bien comme cotisation 163,25.

Si, en réalité, vous n'avez exercé qu'à partir d'avril vous ne devriez être imposé au total que pour 9 mois soit : 146 fr. 93. Dans l'affirmative, écrivez au contrôleur en lui retournant l'avertissement.

2° Si vous n'avez perçu que 2.000 fr. d'hono-

raires en 1923 vous n'aviez pas de déclaration à souscrire.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Vaccin antityphoïdique employé pour l'armée.

Invité à vacciner avant son départ pour le régiment un de mes jeunes clients, pourriez-vous me dire :

1º Si le service de S.M. impose un vaccin (Vincent, lipovaccin ou autre) ;

2º Si vaccin de Vincent, comment me le procurer rapidement ?

3º Sinon, quel vaccin conseillez-vous ? avec *modus faciendi* et adresse du dépôt.

Dr C.

Réponse.

C'est le vaccin de Vincent, qui est généralement employé dans l'armée.

Ecriv z au *Centre de vaccination antityphoïdique de l'armée*, hôpi'al militaire du Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques, Paris 5e, et vous obtiendrez satisfaction.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Fourniture de remèdes par une garde-malade.

20879. — M. Anatole MANCEAU, député, demande à M. le ministre des finances si une garde-malade de la campagne, fournissant des pansements aux malades qu'elle va voir, et quelquefois des remèdes de premier secours en attendant l'arrivée du médecin, doit être astreinte au payement de la taxe sur le chiffre d'affaires. (*Question du* 12 *février* 1924.)

Réponse. — D'après la jurisprudence, les gardes-malades peuvent délivrer des remèdes d'une préparation très simple, mais gratuitement, sans aucun profit personnel. S'il en est ainsi, il n'y a pas lieu d'appliquer l'article 59 de la loi du 25 juin 1920, qui soumet à l'impôt sur le chiffre d'affaires les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre.

(*J.O.*, 7 mars 1924.)

Note

Je ne partage pas l'avis du rédacteur du ministère, qui a répondu au nom du misnistre des finances. La jurisprudence est très sévère, pour réprimer l'exercice illégal de la pharmacie et nombreuses sont les décisions condamnant des non-diplômés qui ont délivré des produits pharmaceutiques, que ce soit de la teinture d'iode (tribunal correctionnel de Valence, 18 novembre 1909) ou de l'antipyrine (tribunal correctionnel de Bordeaux, 27 juillet 1910).

Le fait de ne percevoir aucune rémunération pour la délivrance d'un produit, n'est pas une excuse absolutoire, pour l'exercice illégal de la pharmacie, comme d'ailleurs pour l'exercice illégal de la médecine.

Au surplus, dans la question posée ci-dessus, comment pourrait-on appliquer la taxe sur le chiffre d'affaires à quelqu'un qui ne vend pas ? mais s'il n'y a pas rémunération en argent, il y a toujours une rétribution en nature, en cadeaux ou autres.

Puis, les cas urgents sont assez rares, cas dans lesquels l'humanité fait un devoir de porter secours immédiatement à quelqu'un de malade.

Enfin, la fourniture de matières à pansements, ne peut être tolérée, pour un non pharmacien, que si ces produits ne sont pas médicamenteux. Est interdite la vente de gaze au sublimé, ou à l'iodoforme, etc. (tribunal correctionnel de Marseille, 13 décembre 1893 ; cour d'appel d'Aix 21 janvier 1897).

Il ne faudrait donc pas que l'honorable député qui a posé la question au ministre des finances, puisse croire, d'après la réponse, que la garde-malade est autorisée à délivrer des médicaments, dits d'urgence, ou des produits de pansements médicamenteux, sous le prétexte qu'elle ne se ferait pas rémunérer des produits livrés. Les juges correctionnels seraient d'un avis contraire, si nous en croyons la jurisprudence suivie jusqu'à ce jour.

Dr Paul Boudin.

Assujettissement des jardiniers à la législation sur les accidents du travail

6279. — M. Cassez, sénateur, demande à M. le ministre du travail si tous les particuliers qui emploient quelqu'un pour l'entretien de leur jardin sont assujettis à la loi du 22 décembre sur les accidents du travail. (*Question du 27 mars* 1924.)

Réponse. — L'article 2 de la loi du 15 décembre 1922 dispose que sont assimilés aux ouvriers agricoles ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés par des particuliers à l'entretien et à la mise en état des jardins. Dans ces condi-

tions et sous réserve de l'appréciation des tribunaux, seuls compétents pour interpréter la loi susvisée, il semble bien que tous les particuliers qui emploient quelqu'un pour l'entretien de leurs jardins sont assujettis à la loi. Il doit être entendu, toutefois, conformément à la jurisprudence, qu'il est indispensable pour que le particulier soit responsable qu'il ait embauché, lui-même l'ouvrier jardinier. S'il a traité avec un patron et que l'ouvrier de ce dernier soit victime d'un accident au cours du travail commandé, la responsabilité en retomberait non sur le particulier, mais sur le patron jardinier.

(*J.O.*, 3 avril 1924.)

Modification de la fixation de la provision allouée à un accidenté du travail par le Président

20255. — M. Delory, député, expose à M. le ministre de la justice que le nommé P... a été blessé dans son travali et couvert par la loi du 9 avril 1898, qu'en conciliaton un expert fut désigné du consentement des parties ; que cet expert conclut à la consolidation de la blessure, que cette conclusion fut contestée par l'ouvrier et que l'affaire fut renvoyée devant le tribunal avec attribution d'une provision basée sur le taux d'invalidité fixé par l'expert, que le blessé non guéri, désirant continuer à toucher l'indemnité à laquelle il a droit, a introduit une instance en référé en vue d'obtenir une expertise par trois médecins avec mission de constater son état, que, par jugement du 11 janvier 1924, le juge des référés s'est déclaré incompétent, que le blessé se trouve dans l'impossibilité de faire constater son état de non guérison et dans l'impossibilité de toucher ses demi-salaires, pour une période indéterminée et demande quelle procédure est ouverte aux blessés du travail victimes d'une fausse interprétation de l'expert. (*Question du 22 janvier* 1924.)

Réponse. — En vertu de l'article 16, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, l'ordonnance du président n'est pas susceptible d'appel. Toutefois, il est loisible à la victime d'introduire, si elle le juge à propos, un nouveau référé en vue de faire revenir le magistrat mieux informé sur sa précédente décision. Il appartient au président de prendre souverainement la décision qui lui paraît opportune. . (*J.O.*, 21 *mars* à1924.)

La Mutualité Familiale et la prévoyance chez le Médecin

Pension de retraite

Le premier devoir du médecin est de s'assurer contre l'incapacité de travail que peuvent lui causer

a maladie ou un accident ; j'ai montré comment la Mutualité familiale pouvait lui assurer, à son gré, une indemnité journalière de dix, vingt ou trente francs et, en cas de chronicité, une indemnité mensuelle de cent, deux cents ou trois cents francs.

Mais la participation à la Mutualité familiale cesse au 31 décembre de l'année où le sociétaire atteint 65 ans. Le sociétaire va-t-il donc se trouver tout d'un coup privé d'une indemnité qui pouvait lui être bien utile pour boucler son budget ?

Si la Mutualité familiale a cru devoir, par prudence, renoncer à une combinaison qui assurât la possibilité de l'indemnité pendant la vie tout entière, elle a créé une section *retraites* qui procure au vieux médecin des ressources nouvelles.

Le droit à la pension de retraite s'ouvre le 1er janvier de l'année qui suit celle où le sociétaire a atteint ses 65 ans, c'est-à-dire le lendemain même du jour où il cesse d'avoir droit à l'indemnité maladie. C'est ainsi qu'on a pu voir récemment un sociétaire recevoir à la fois l'indemnité pour ses trois derniers mois de maladie et la première annuité de sa pension, car la pension est versée en une seule fois, d'avance, pour l'année qui commence.

La pension est, à la volonté du sociétaire, de 2.400 francs, de 1.200 francs ou d'une fraction de ces chiffres. Un jour peut-être permettra d'atteindre un chiffre plus élevé. Non seulement le médecin peut s'inscrire pour la pension, mais sa femme est admise pareillement, de sorte qu'un ménage peut arriver au chiffre de 4.800 francs.

La cotisation peut être versée à fonds perdus, mais elle peut aussi être contre-assurée, de telle sorte que, si le sociétaire venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, les sommes versées par lui seraient remboursées à ses ayants droit.

Il est loisible de s'assurer une pension sans s'inscrire à l'indemnité-maladie ; je crois, pour ma part, que c'est un tort et en voici la raison : si le sociétaire tombe malade, surtout s'il devient chronique et qu'il doive renoncer complètement à l'exercice de la profession médicale, le versement annuel de la cotisation peut constituer pour lui une lourde charge, tandis que si, en même temps, il participe à l'indemnité-maladie, la somme qu'il reçoit chaque année lui permet de verser plus facilement la cotisation pour la pension.

Il y a donc un très grand avantage à être inscrit à la fois à la pension de retraite et à l'indemnité-maladie.

Je dois ajouter immédiatement que si le sociétaire a versé cinq annuités de sa pension et qu'il lui arrive d'être obligé de cesser complètement ses versements, il n'encourt pas de déchéance et qu'à l'âge voulu il reçoit une pension réduite, proportionnelle au capital que les versements effectués auront constitué.

Enfin si, après avoir cessé complètement de cotiser, il voit venir des jours meilleurs et qu'il veuille reprendre ses versements et même effectuer les versements en retard, il lui est loisible de le faire et de reprendre ses droits à la pension entière.

De même la femme du médecin peut, à la mort de son mari, soit continuer le versement des cotisations pour arriver à la pension, soit cesser après les cinq versements règlementaires pour avoir la pension réduite.

On voit que la Mutualité familiale a cherché à se plier à toutes les nécessités.

Et maintenant, quel est donc le chiffre de la cotisation annuelle ? Il est peu élevé ; on en jugera par le tableau suivant :

Pension de 2.400 francs.

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	174 fr.	216 fr.
31 —	186 »	230 »
32 —	198 »	246 »
33 —	212 »	262 »
34 —	226 »	280 »
35 —	242 »	300 »
36 —	258 »	322 »
37 —	278 »	344 »
38 —	298 »	370 »
39 —	320 »	398 »
40 —	344 »	428 »
41 —	372 »	460 »
42 —	402 »	498 »
43 —	434 »	538 »
44 —	472 »	582 »
45 —	512 »	632 »

Pour une pension de 1.200 fr., les chiffres doivent naturellement être réduits de moitié.

L'âge limite d'entrée est 50 ans, la loi exigeant quinze années de participation avant la jouissance de la pension. L'âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura dans l'année de son admission.

Il paye la dernière cotisation dans l'année où il a 64 ans ; — il ne paye pas de cotisation dans l'année où il a 65 ans.

Et si le sociétaire veut, comme je le lui conseille, participer en même temps à l'indemnité maladie, il additionnera les chiffres ci-dessus à ceux que j'ai donnés précédemment pour cette indemnité.

C'est ainsi qu'un confrère, âgé de 35 ans, paiera 482 fr. pour avoir l'indemnité maladie de 20 fr. jusqu'à 65 ans, et à cet âge, la pension de 2.400 fr.

Et si la femme, âgée de 32 ans, par exemple, souscrivait elle aussi une pension de 2.400 fr., ce serait une cotisation totale de 728 francs, les versements pour la pension étant contre-assurés.

D'ailleurs, tous les détails seront fournis pour les cas particuliers par le secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise).

Mais des confrères veulent avoir la pension à 60 ans, d'autres la veulent pour eux à 65 ans, mais la veulent pour leur femme à 60 ans... j'étudierai ces diverses questions dans un prochain numéro.

A. Gassot.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 942-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :
***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », du Dr Prost, de Paris, la somme de trente francs pour bons offices de cette société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 148. — A vend. torp. Buick 1921, grd. tourisme, 18 HP, 6 cyl., écl. et démar. élec., marche parf., peint. neuve, nombr. access. Pr. dem. 18.000. Dr Poitevin, La Rochelle.

N° 149. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéfi. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 150. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

N° 151. — Suite de bail à céder à confrère, sur plage normande contre faible indemn.

N° 152. — A vendre d'occasion 6 env. Michelin 710 × 90 et 7 ch. à air. Prix intér.

N° 153. — Demois. infirmière 2 dipl., tr. bonnes réf. accompagnerait malade tuberc. Suisse ou Savoie.

N° 154. — Auto Thomson 1922, 10 HP., 4 pl., carros. luxe, écl. et démar. élect., carb. Zenith, amortiss., compt., indicat., montre, etc. Prix 10.000 facil. paiem. Dr Goëau à Luché-Pringé (Sarthe).

N° 155. — Médecin spéc. demande infirm. pour tenir clinique après-midi, début 200 frs. Téléphone Ségur 42-36.

N° 156. — Dr achèterait 2 paires gants et 2 paires lunettes pr. radiographie, planches radiograph. de l'app. gastro-intest. et des poumons, forceps Tarnier, complet avec boîte-aiguille Reverdin 1/2 courbe. Trébuchet sans cage.

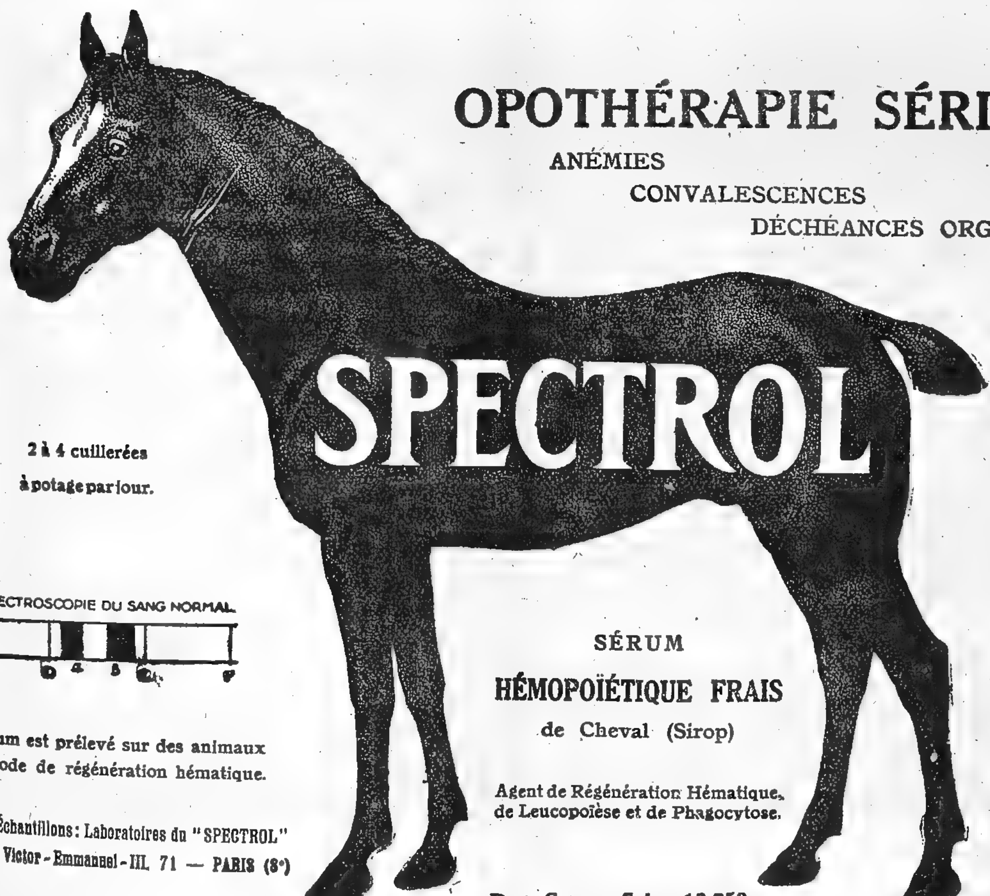
N° 157. — A céder urgence raisons famille poste grd. avenir chef-lieu canton sud-ouest, médecin propharm. av. bail, matériel et instal.

N° 158. — Méd. actif, bonnes réf., désire sit. ds. clin., maison santé, assisterait conf. Paris ou banl.

N° 159. — A céd. bon poste méd. banl. imméd., pr. gare et tram. condition indisp. 20.000 comptant.

N° 160. — A céd. ds banl. imméd. clin. excel., en progress., rez-de-ch., 4 p., bonne instal., long bail, cession urg. S'adr. cabinet Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris.

N° 161. — Excel. poste ds localité de l'Ouest, rapp. 50.000, beau rayon, gde maison av. jard. et dép., aff. sûre et très ancienne. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, R. C. Seine 46.851.



L'élection du Président de l'Association Générale des Médecins de France

C'est le dimanche 27 avril qu'aura lieu l'élection du président de l'A. G., les pouvoirs du Dr Bellencontre étant sur le point d'expirer. Nous croyons que, jusqu'à ce jour, le Dr Bellencontre qui a cédé aux instances de ses amis, c'est-à-dire du Conseil général en entier, pour poser de nouveau sa candidature, est seul à briguer les suffrages ; quoiqu'il arrive, sa réélection nous paraît largement assurée. Mais nous désirerions que le nombre des voix qu'il obtiendra soit réellement imposant, et ceci, tant pour maintenir et augmenter, si possible, le prestige moral du Président de l'A. G., que pour témoigner à notre ami Bellencontre la reconnaissance des membres de l'Association. Le Dr Bellencontre, secondé par le bureau et le Conseil général, a eu le grand mérite de resserrer les liens, jadis assez relâchés, qui unissent l'A. G. et l'Union des Syndicats médicaux de France.

Il a fait beaucoup pour obtenir l'unité d'action du Corps médical français et laisser aux Syndicats la direction exclusive de la défense professionnelle. Loin de gêner le Syndicalisme médical, l'A. G., avec Bellencontre, est venue le renforcer. Elle en a été récompensée par l'augmentation appréciable de ses adhérents, qui, à l'heure actuelle, se recrutent surtout dans les assemblées syndicales.

Tout le monde connaît le tact et la courtoisie exquise du Président Bellencontre. Tous ceux qui l'ont entendu, ont admiré son éloquence qui, alliant une grande simplicité à une souplesse merveilleuse, sait s'adapter à toutes les circonstances.

Quel est celui qui, ayant assisté à l'inoubliable cérémonie de la Sorbonne, où le Corps médical rendit un hommage solennel à ses morts, n'a pas gardé le souvenir ému du discours de Bellencontre, de beaucoup le plus éloquent en ses termes, et le plus élevé en sa pensée ? Quel est celui qui n'a senti une larme perler sous sa paupière, lorsqu'il a entendu le président de l'Association adresser, avec toute la délicatesse de son cœur et tout le charme de sa parole, un dernier adieu au Collègue disparu ?

Trop souvent, cette année, nous avons eu, au Conseil général, l'occasion d'applaudir notre Président dans cette pénible tâche qu'il sait si délicatement, si pieusement remplir. Il y a quelques mois c'était pour Helme, Bataille (de Rouen), Richard-Lesay (de Lille), Bourgeois (de Reims) ; hier, c'était pour Paul Guillon (de Paris).

Comme, jadis, l'héroïque et regretté Gairal était le président type de nos Assemblées syn-

dicales et de nos Congrès professionnels, Bellencontre nous apparaît aujourd'hui le Président idéal d'un groupement comme l'Association, où doivent régner, avant tout, la courtoisie, la bienveillance et la cordialité confraternelle.

J. NOIR.

Association générale des Médecins de France

Assemblée générale annuelle

Cette assemblée aura lieu le *dimanche* 18 *mai* 1924 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir, aura lieu le *banquet* au Palais d'Orsay. En dehors des invités, tous les membres de l'Association peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.), à M. le Dr Jules BONGRAND, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (8e), avant le 15 mai.

CORRESPONDANCE

Association entre docteur en médecine et dentiste non diplômé

J'ai lu avec grand intérêt votre rapport sur l'exercice illégal de l'art dentaire dans le numéro de l'organe officiel des stomatologistes français du mois de novembre-décembre 1923. Vous dites entre autres choses, qu'un mécanicien peut arracher une dent sans crainte de poursuites, en présence d'un médecin. Il semblerait résulter de cela qu'un stomatologiste peut avoir comme opérateur, un opérateur non diplômé, à condition que ce dernier opère toujours avec la surveillance du médecin. Un stomatologiste peut-il sans crainte de poursuites faire opérer son mécanicien dans une pièce attenant à son cabinet en laissant la porte de communication ouverte de façon à surveiller le dit mécanicien ? Qu'entend-on exactement par surveillance immédiate, où commence-t-elle et où finit-elle ? Je sais combien vous êtes versé dans les questions juridiques, aussi je serais très heureux d'avoir votre opinion sur ce cas un peu particulier.

Dr C.

Réponse.

Puisque vous me demandez de définir la collaboration qui peut exister entre un médecin et un non diplômé, en art dentaire, je vous répondrai que la question de fait domine tout.

En médecine, en effet, est un aide celui qui assiste un chirurgien, mais en conservant toujours un rôle subalterne et secondaire. Tel est le rôle de l'assistant, non docteur en médecine, des infirmiers ou autres.

Mais il en serait autrement, si le rôle principal était dévolu au non diplômé, lequel opérerait, *d'une façon suivie et continue*, en la présence d'un docteur en médecine. Le délit d'exercice illégal serait alors caractérisé et le titulaire du diplôme se rendrait complice de cet exercice illégal.

Il s'en suit qu'en art dentaire, un mécanicien dentiste peut parfaitement assister son patron, pour prendre des empreintes, sous la direction immédiate du diplômé ; par hasard, arracherait-il une dent, parce que le patron aurait, par exemple, mal à la main ; passe encore. Mais il faudrait que cette extraction restât un cas accidentel, non répété ni habituel.

Aussi, serait parfaitement illicite le fait d'avoir un mécanicien dentiste installé dans un cabinet voisin de celui de son patron, alors même que la porte resterait ouverte et que le chef donnerait des ordres à son employé non diplômé.

Deux faits caractérisent donc le délit d'exercice illégal : le premier est de donner un rôle principal à l'aide, au lieu de le laisser dans les fonctions secondaires et subalternes ; le second, c'est la répétition de l'acte illicite.

La cour de Paris (9e chambre) (29 octobre 1904) a donné cette définition : « il y a exercice illégal de l'art dentaire, de la part de celui qui, non muni du diplôme de chirurgien-dentiste, pratique des opérations dentaires sous la surveillance d'un médecin, ou d'un dentiste diplômé, si les faits qui lui sont reprochés consistent, non en simples actes d'aide, ou d'assistance donnée au médecin, ou dentiste diplômé, mais en opérations pratiquées en la présence d'un médecin ou dentiste diplômé, exigeant une habileté manuelle, une pratique et une connaissance auxquelles ne saurait suppléer la surveillance d'un tiers.

La chambre criminelle de la cour de Cassation (4 janvier 1907) décide que le fait, par une personne non diplômée, d'avoir, *accidentellement*, opéré des extractions de dents, ne constitue pas le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Quant au fait de prendre des empreintes, il faut qu'il s'exécute en la présence du dentiste diplômé : « si la simple fabrication des pièces de prothèse dentaire ne rentre pas dans les prévisions de la loi du 30 novembre 1892, il en est différemment lorsqu'à cette fabrication, se joint le fait de prendre une empreinte et d'opérer la pose d'un appareil, en dehors de la surveillance d'un dentiste exerçant régulièrement sa profession » (Cour de Cassation, chambre criminelle, 15 novembre 1906).

Joignons à cela plusieurs condamnations

obtenues par le syndicat des chirurgiens-dentistes de France et publiés dans la *Presse dentaire*.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e chambre, 25 novembre 1922) ; condamnation de deux frères : l'un docteur en médecine, couvrant de son diplôme l'exercice illégal de l'autre, en l'aidant ou l'assistant avec connaissance de cause.

Cour d'appel de Paris (9e chambre correctionnelle, 4 décembre 1922) : condamnation pour complicité d'exercice illégal de l'art dentaire, d'un dentiste possédant, dans Paris, plusieurs établissements dentaires, dans un desquels un non diplômé s'était, malgré ses ordres, immiscé dans la pratique de l'art dentaire, en usurpant même le titre de docteur. La surveillance du maître doit s'étendre, à tous les instants, sur les actes de ses préposés, car il en est civilement et pénalement responsable.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure qu'il est dangereux pour un docteur en médecine de s'associer d'une façon plus ou moins occulte et détournée avec un non diplômé, qui exercera l'art dentaire, d'une manière habituelle et répétée. Les associations entre diplômés sont plus ou moins discutables, aux yeux des tribunaux civils, à plus forte raison seront répréhensibles celles qui auront pour but le fait de gagner de l'argent, en tournant les prescriptions de la loi du 30 novembre 1892.

Dr Paul BOUDIN.

Procédure de la demande d'autorisation de radiographie d'un blessé du travail.

Une ouvrière est atteinte d'un traumatisme de la jambe (accident du travail non contesté). Elle reçoit les premiers soins d'un médecin de B. qui diagnostique : entorse tibio-tarsienne avec fracture probable. Je vois ensuite cette malade, fais le même diagnostic et demande une radio. Le médecin de l'assurance contre-visite, conteste la fracture et refuse la radio. Or je désire que celle-ci soit faite. Je l'aurais conseillé en clientèle ordinaire.

Que dois-je faire ?

Dr B.

P. S. — Dans la correspondance à échanger pour obtenir cette radio, est-ce la malade qui doit la demander ou moi-même ? Dois-je écrire au patron ou directement à l'assurance ?

Dernière question : est-il correct, de la part d'un médecin d'assurance, de donner, par lettre et sur un ton un peu protecteur, des conseils thérapeutiques à un médecin traitant qu'il ne connaît pas et qui ne lui a rien demandé, bien entendu ?

Réponse

La procédure à suivre dans le cas que vous nous soumettez est indiquée par l'article 9 du tarif Breton lequel, écrit pour les opérations de grande chirurgie, s'applique également aux radiographies.

Cet article dispose qu'en cas de divergences entre le blessé et son médecin, d'une part, et le médecin de l'assurance sur la nécessité de l'opération, on doit recourir à l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord.

Vous pouvez donc écrire à l'assurance pour lui proposer cette sorte d'arbitrage institué par le tarif en lui désignant un troisième médecin.

Il est évident que l'attitude du médecin de l'assurance manque de correction et se trouve en opposition avec les règles les plus élémentaires de la déontologie.

Prorogation de bail.

Vous m'excuserez si je viens à nouveau vous demander des renseignements au sujet de la prorogation de mon bail.

D'après les lettres que vous m'avez écrites les 24 juin 1920, les 4 et 7 avril 1922, je crois avoir droit *de façon certaine* à la prorogation du 5 ans 83 jours. Mais je suis inquiet en lisant la réponse que vous faites à un confrère, page IX-675 dans le numéro du *Concours* du 23 mars dernier.

Je vois en effet dans cette réponse que le juge de paix peut refuser la prorogation : 1° si le locataire a réalisé des bénéfices de guerre ; 2° ou si le propriétaire a vendu l'immeuble qu'il occupait ou a été privé du logement qu'il habitait lorsqu'il a consenti à renouveler le bail. Je voudrais savoir si ces dispositions, insérées dans la loi du 23 octobre 1919, pourraient s'appliquer à mon cas — qui me paraît toutefois différent, étant donné que *mon bail a été passé devant notaire et enregistré en avril* 1908.

Mon bail est du 15 avril 1908, expirant le 15 avril 1926. Lorsqu'il a été consenti (en 1908 par conséquent) mon propriétaire habitait la ville voisine. Depuis il a vendu cette habitation, 2 ans après je crois — et a occupé à bail une autre habitation où il était, du reste, en août 1914. Son bail devait expirer vers 1917, je pense. En 1919, cette maison était endommagée par suite de faits de guerre, mais était habitable. Mon propriétaire avait, je crois, le droit de la réhabiter et de continuer son bail prorogé ? Il n'en fit rien et loua une autre habitation, qu'il dut abandonner, celle-ci ayant été vendue comme dépendant d'une succession.

Il possédait dans la ville voisine une maison qu'il vendit depuis la guerre, je ne sais pas à quelle époque. Il habite actuellement chez un neveu. Il n'a pas d'enfant. Je demande donc si mon droit à la prorogation de 5 ans 83 jours *est absolu*, ne peut être mis en discussion et refusé par le juge de paix ?

En décembre dernier, j'ai notifié à mon propriétaire par voie d'huissier mon intention de jouir de la prorogation.

Je paye actuellement à mon propriétaire les 5 % en sus du prix du loyer que lui accorde la loi du 31 mars 1922.

Depuis que je lui ai signifié la prorogation, mon propriétaire n'a fait aucune opposition ni ne m'a signifié quoi que ce soit.

Je vous serais bien obligé de me donner votre avis, car je voudrais *savoir de façon absolument certaine* si je puis compter sur la prorogation de mon bail afin de prendre mes dispositions en conséquence.

Dr B.

Réponse.

Les deux causes possibles de restriction du droit à la prorogation que nous signalions à notre correspondant dans la réponse que vous avez lue dans le *Concours* ne s'appliquent *qu'aux baux renouvelés pendant la guerre*. En effet la loi du 23 octobre 1919 a étendu le droit à la prorogation, sous les réserves indiquées dans notre réponse aux baux renouvelés depuis la guerre, qui étaient exclus du bénéfice de la loi du 9 mars 1918.

Mais dans votre cas (bail d'avant-guerre non encore expiré) c'est seulement la loi de 1918 qui reçoit application. Or, aux termes de cette loi, vous ne pourriez être privé de votre droit à la prorogation que dans le cas où vous auriez réalisé des bénéfices de guerre.

Vous nous dites que vous payez actuellement à votre propriétaire une majoration de loyer de 5 % ; vous auriez pu vous dispenser de cette augmentation, car la loi du 31 mars 1922 n'a prévu d'augmentation *que pour la durée de la prorogation*, et votre prorogation n'a pas encore commencé à courir. Mais maintenant vous ne pouvez revenir sur l'augmentation que vous avez acceptée et qui est d'ailleurs sans influence sur votre droit à la prorogation.

Représentation du patron ou de la compagnie à l'expertise.

Un blessé du travail doit être expertisé par mon confrère le docteur X. La compagnie d'assurance me demande : 1° d'assister à l'expertise comme étant son représentant ; 2° de lui adresser un rapport de cet examen.

J'ai déjà à diverses reprises assisté comme médecin délégué par une compagnie à des expertises, mais n'ai jamais eu à fournir de rapport. Agirai-je régulièrement en remettant un rapport à la compagnie ?

2° Question : étant donné le cas en question, il est vraisemblable que le médecin expert me demandera de pratiquer un examen radiographique du blessé. Le fait que je représente la compagnie dans l'expertise ne crée-t-il pas une difficulté à ce que j'accepte de pratiquer cette radiographie ?

Dr S.

Réponse

Médecin de la compagnie d'assurances et non médecin traitant du blessé, vous devez rapporter

à votre compagnie tout ce que vous avez pu voir et constater. Vous pouvez donc fournir le rapport qui vous est demandé, destiné à renseigner la Compagnie sur les opérations d'expertise où vous l'avez représentée. On ne peut voir là que le strict accomplissement de votre mission.

Si, au cours de l'expertise, le médecin expert vous demandait de pratiquer un examen radiographique du blessé, vous pourriez accepter d'y procéder à la condition d'avoir fait connaître au blessé que vous représentez son adversaire et d'avoir reçu son autorisation formelle. Faute de l'agrément du blessé, vous devriez vous abstenir, car vous ne pouvez être à la fois en quelque sorte juge et partie.

Certificat et déclaration sont la même chose.

J'ai soigné il y a 3 semaines un jeune enfant mordu par un chien ; 15 jours après la mère me demande un certificat que je libelle ainsi, suivant mon habitude :

Le Dr soussigné déclare avoir donné ses soins.....
....
....

La mère produit cette déclaration, à la justice de paix et aujourd'hui je reçois de l'enregistrement un avis d'avoir à payer les frais pour ne pas avoir employé une feuille timbrée. Or, je ne considère pas comme certificat la déclaration que j'ai faite suivant les termes cités plus haut. Est-ce bien l'avisde votre service juridique ?

J'attendrai votre réponse pour refuser comme je pense en avoir le droit, ou pour m'exécuter si vous me donnez tort.

Dr B.

Réponse

Pour qu'un écrit ait la valeur juridique d'un certificat, il n'est pas nécessaire que le mot « certificat » ou le verbe « certifier » y soient employés d'une façon précise ; il suffit qu'il contienne l'attestation de ce que vous avez vu ou constaté.

D'ailleurs l'obligation de la rédaction sur timbre n'est pas spéciale aux certificats, mais à tous actes et à toutes pièces produits en justice.

Cette règle souffre cependant quelques exceptions, limitativement prévues par la loi et dont vous pourrez trouver l'énumération dans l'« Agenda memento du praticien » de cette année, page 212.

Vous devez donc payer l'amende qui vous est réclamée et faire en même temps une demande en remise que vous rédigerez sur timbre, adressée

(Voir la suite page XLVII-989)

PROPOS DU JOUR

Au sujet de notre article sur Fagon.

Les nombreuses protestations contre les jugements fantaisistes de M. Louis Bertrand : Les articles du Pr Sabrazès, de Bordeaux, du Pr Ménétrier, de Paris, du Pr Guiart et du Dr Audry, de Lyon. Combien un Index bibliographique faciliterait la tâche des journalistes et des chercheurs? — Quelques documents sur les maladies de Louis XIV. — L'iconographie de Fagon : Fagon traversant la Galerie des Glaces, dessin de la collection du Pr Tuffier. La thèse quodlibétaire de Joseph Pitton de Tournefort. — La propriété de Fagon à Marly-le-Roi. — Fagon et le vin de Bourgogne ; une lettre de M. le maire de Nuits-Saint-Georges. — Conclusions.

Lorsque, le 20 novembre 1923, nous fîmes au Comité d'études historiques et archéologiques « *la Montagne Ste-Geneviève et ses abords* » la communication sur Fagon que nous avons publiée assez tardivement dans le numéro du *Concours médical* du 30 mars 1924, nous n'avons pas eu l'intention de faire œuvre d'érudit. La lecture du chapitre sur les médecins de Louis XIV, ajouté par M. Louis Bertrand à son livre, nous avait surpris et indigné. C'est, sous le coup de cette indignation, que nous avons résolu de communiquer à notre société historique locale quelques notes sur Fagon, recueillies depuis plusieurs années, au hasard de nos lectures. Nous lui avons présenté en outre quelques documents curieux et authentiques qui, à eux seuls, suffisent pour rendre justice à Fagon et renverser les appréciations un peu fantaisistes du nouvel « historiographe de Louis XIV ». Nous n'avions fait, nous le répétons, aucune recherche bibliographique. Notre article était écrit et même composé, quand nous avons appris que M. le Pr Ménétrier, de Paris, avait traité à peu près le même sujet à la fin de 1923 à la *Société d'histoire de la médecine* (séance du 1er décembre 1923), sous le titre de *Louis XIV, ses médecins et ses historiens*, et que M. le Pr Guiart, de Lyon, avait aussi, à l'*Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon*, lu un très intéressant travail intitulé : *Les médecins et les maladies du Grand-Roi. Louis XIV a-t-il eu le tænia ou fut-il diabétique ?*

Comme les conclusions de ces deux maîtres étaient absolument identiques aux nôtres, bien que nous nous soyons plus étroitement limité à la seule défense de Fagon, nous avons cru devoir signaler ces communications. Elles sont d'autant plus intéressantes que ceux qui les ont faites à peu près en même temps ne se sont pas concertés.

Or, d'autres médecins ont été encore stupéfaits des erreurs de M. Louis Bertrand et les ont relevées comme il convenait. Signalons les articles d'un autre médecin lyonnais, M. le Dr Audry, dans le *Lyon Médical* du 25 décembre 1923, et ceux de M. le Pr Sabrazès, de Bordeaux.

C'est M. le Pr Sabrazès qui paraît bien avoir été le premier à critiquer les appréciations de M. Louis Bertrand sur les maladies de Louis XIV. Dans un article paru dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, du 7 octobre* 1923, le savant maître qui dirige le laboratoire d'anatomie pathologique et de microscopie clinique de la Faculté de médecine bordelaise, avait démontré avec son indiscutable compétence que Louis XIV n'avait pas eu un tænia, mais avait été atteint de lombricose. M. Guiart, professeur de parasitologie à la Faculté de Lyon, et aussi professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Cluj, en Roumanie, a, avec non moins de compétence, mais quelques semaines plus tard, fait la même démonstration. M. le Pr Sabrazès a continué d'ailleurs ses critiques sur l'appendice du livre de M. Louis Bertrand dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (*numéros du* 11 *novembre*, 18 *novembre* 1923 *et* 24 *février* 1924.) Dans une lettre très aimable où il nous rappelle la priorité de ses articles, qui n'ont été jusqu'ici cités par personne, ni par nous-même d'ailleurs (et nous en avons le sincère regret), le Pr Sabrazès nous fait malicieusement observer que : « Si les Parisiens découvrent parfois la Méditerranée, les Gascons, les Provençaux et les Roussillonnais redécouvrent aussi la Seine ». Il nous fait remarquer que tout cela n'arriverait pas si les journalistes et les chercheurs qui ne peuvent pas tout lire, ni même tout parcourir (surtout quand ils ne sont, comme nous, que des érudits d'occasion) pouvaient consulter un *Index bibliographique* suffisamment complet

et paraissant régulièrement. Cet index n'existe malheureusement pas et ne paraît pas très facile à réaliser.

Nos lecteurs savent les sérieux efforts de décentralisation que nous faisons au *Concours médical* pour ne pas être exclusivement parisiens, et cela n'empêche que, dans la circonstance, nous avons mérité les aimables reproches que nous a adressés, d'ailleurs sans prétention et non sans humeur, M. le Pr Sabrazès. Paris est indiscutablement la capitale, mais autour d'elle gravitent des astres, qui sans être de sa grandeur, brillent néanmoins avec éclat au firmament français.

***

Les maladies de Louis XIV ont fait l'objet de nombreux travaux. Outre le *Journal de la santé du Roi Louis XIV*, rédigé de 1647 à 1711 successivement par Vallot, Daquin et Fagon, et édité en 1862 par J.-A. Le Roi, conservateur de la bibliothèque de la ville de Versailles, et les nombreux Mémoires de l'époque (Maréchal Villars, Saint-Simon, Dangeau, Princesse Palatine, etc.), le Dr Corlieu a publié en 1878 un ouvrage sur la mort des rois de France depuis François Ier jusqu'à la Révolution. Rappelons encore que le Dr Cabanès a consacré plusieurs chapitres de ses livres aux maladies du grand roi, notamment dans son *Cabinet secret de l'Histoire* (1re et 2e séries) dans les *Légendes et Curiosités de l'histoire* (Les vapeurs du Roi Soleil), et dans le tome I des *Morts mystérieuses de l'histoire.*

***

Mais revenons à Fagon.

Nous avons prétendu qu'il était facile de se procurer des portraits authentiques de Fagon, notamment les jetons de la Faculté de médecine, frappés à son effigie, et les gravures du portrait, peint par Hyacinthe Rigaud que nous avons reproduites. Le Pr Tuffier possède, dans sa collection, un dessin représentant Fagon voûté, perclus comme le Fagon de la statuette de Carnavalet traversant péniblement la Galerie des glaces du château de Versailles, tenant, sous son bras droit, un énorme chapeau et à la main une canne à béquille. Ce dessin a été reproduit dans un des livres de Cabanès (1).

(1) Légendes et Curiosités de l'Histoire (quatrième série) : Le pied bot de Monseigneur du Maine, page 101.

Mais c'est à la bibliothèque du Muséum d'histoire naturelle que l'on peut contempler un des plus beaux exemplaires de la gravure d'Edelinck du portrait de Fagon, qui sert de frontiscipe à une thèse quodlibétaire de Tournefort. Nous devons à l'aimable complaisance de M. de Nussac, sous-bibliothécaire, d'avoir pu examiner cette thèse imprimée sur une belle page in-folio, encadrée et mise à la place d'honneur dans l'escalier de la bibliothèque. Nous croyons intéressant de donner ici la description, avec citation, de ce précieux document :

Au-dessous de la gravure, par Edelinck, du Portrait de Fagon, peint par Hyacinthe Rigaud, est une dédicace écrite en latin, en l'honneur de Fagon, signée par la Faculté de médecine de Paris, où cette dernière témoigne à l'archiâtre, son bienfaiteur, toute sa reconnaissance. Vient ensuite la formule consacrée qui précède les thèses quodlibétaires, énonçant le nom du Président et la question qui va être traitée.

Questio medica, quodlibetariis disputationibus mane discutienda in Scholis Medicorum, die Martis vigesimâ nonâ novembris, M. ANDREA ENGUEHARD, *doctore medico, Professore Regio, Præside.*

An ab exlege sanguinis circuitu, morbi ?

Après le développement de la thèse l'impétrant conclut par l'affirmative :

Ergo ab exlege sanguinis circuitu, morbi.

Suivent alors les noms des membres du jury et leur décision :

Domini Doctores Disputatieri M. Nicolas Bailly, M. Claudius Quinquebeuf, M. Bertinus Simon Dieusévoye, M. Joannes Boudin, M. Guido Erasmes Emmerez, M. Claudius Guerin, rei herbariæ Professor. M. Carolus Le Long, M. Ludovicus Marin. Proponebat Parisüs, JOSEPHUS PITTON TOURNEFORT, *Aquisentiensis è Galloprovinciâ, Baccalaureatus medicus.* A. R. S. H. 1695.

***

Nous avons encore reçu d'autres renseignements sur Fagon. Notre ami, le Dr Nollet, de Bougival, vice-président de notre *Mutualité familiale*, nous a appris que Fagon avait, à Marly-le-Roi, une propriété. Elle appartiendrait actuellement à la famille Weissweiller, après avoir été à la famille Guérin. Elle est sise à Marly-le-Roi, chemin de l'Etang, au coin de la rue de la Mare-Saint-Thibault. La Maison de Fagon a été démolie en 1890.

***

Fagon s'était volontairement soumis à un régime sévère. Cela ne l'empêchait pas de savoir apprécier les bons vins. La lettre suivante, que nous croyons intéressant de publier, en fait foi.

MAIRIE de NUITS-SAINT-GEORGES (Côte-d'Or) — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Nuits, le 2 avril 1924.

Monsieur le docteur

Je viens de lire, dans le *Concours médical* du 30 mars 1924, un très intéressant article sur Guy Crescent FAGON, médecin du roi, qui est considéré ici comme un bienfaiteur de la ville et de la contrée.

En 1680, durant la convalescence de Louis XIV, FAGON conseilla et ordonna à son illustre malade les vins de Nuits : cette décision heureuse doubla le prix de nos vins et nous en sommes reconnaissants à Fagon.

La ville de Nuits-St-Georges a depuis longtemps donné le nom de son bienfaiteur à une de ses rues, mais elle ne possède aucun portrait, aucune gravure le représentant.

Si la ville de Nuits-St-Georges pouvait se procurer une copie ou une photographie de la gravure d'Edelinck (portrait de Fagon, par Hyacinthe Rigaud), elle le placerait à la salle d'honneur de la mairie, parmi les bienfaiteurs de la Cité.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez nous faire indiquer où nous pourrions trouver gravures ou photographie.

Agréez, Monsieur le docteur, l'expressionde mes meilleurs sentiments.

TRAPET.
Maire.

***

Nous pensons que, désormais, la légende « du terrible, de l'impérial Fagon, qui faisait trembler tout le monde autour de lui », légende que M. Louis Bertrand a bien légèrement essayé de créer, a définitivement vécu. Nous espérons que nos lecteurs garderont de Fagon le souvenir d'un homme distingué, bienveillant, honnête, même scrupuleux, bon médecin pour son époque, naturaliste très savant, excellent administrateur, qui savait apprécier les gens de valeur, comme Tournefort ; etaussi les bonnes choses, notamment le vin de Bourgogne, et surtout celui de Nuits, tout en suivant le régime sévère qu'exigeait sa santé débile. Et cette dernière constatation suffira, nous en sommes convaincu, à lui assurer la sympathie rétroactive des amis du *Concours médical*.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'IMMUNITÉ NATURELLE ET L'IMMUNITÉ ACQUISE (1)

Par Camille LIAN,

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des hôpitaux.

L'éclosion d'une maladie infectieuse est la conséquence d'une lutte entre l'organisme et les microbes virulents qui l'ont envahi, lutte où ces derniers ont triomphé. Bien plus, *les signes eux-mêmes de la maladie, son évolution vers la guérison ou la mort sont fonction, non seulement des désordres causés par les microbes* ainsi que par les poisons qu'ils sécrètent, *mais aussi des moyens de défense* mis en œuvre par l'organisme pour atténuer les conséquences des ravages toxi-microbiens.

Par conséquent, lorsque nous assistons à l'évolution d'une maladie infectieuse, nous sommes les témoins d'un véritable *conflit entre les légions microbiennes et les cellules de l'organisme,* en particulier les phalanges serrées des globules blancs ; les soldats de ces deux armées antagonistes se livrant, non seulement des combats corps à corps, mais encore s'attaquant à l'aide de produits toxiques que chacun sécrète à l'intention de son ennemi, lutte analogue aux guerres chimiques modernes, lutte où interviennent aussi de véritables explosions, représentées par de brutaux bouleversements des humeurs

(1) Deuxième partie de la première leçon des conférences de Pathologie médicale (2e semestre), faite le 17 mars dernier. Leçons suivantes les lundis, mercredis, vendredis à 18 heures au Petit Amphithéâtre : Maladies infectieuses aiguës et maladies par carence. Cf. *Concours méd.*, n° 15.

de l'organisme, constituant ce que l'on appelle les chocs colloïdoclasiques.

Aussi, pour bien comprendre la symptomatologie des maladies infectieuses, est-il indispensable de bien connaître les moyens de défense dont dispose l'organisme. Par conséquent, avant d'aborder l'étude des diverses maladies infectieuses, je vous entretiendrai donc de l'immunité.

En effet, *étudier l'immunité, c'est non seulement* passer en revue les circonstances dans lesquelles un organisme est immunisé contre une maladie infectieuse, c'est-à-dire garanti contre les attaques des microbes de cette maladie, *c'est aussi* pénétrer le mécanisme grâce auquel l'organisme acquiert l'immunité. Par conséquent, étudier l'immunité, c'est envisager à la fois les victoires de l'organisme, les rouages secrets de ses armements, ainsi que son plan de mobilisation, et d'attaque ; *c'est donc se préparer à comprendre la symptomatologie et l'évolution des maladies infectieuses,* issue de la lutte entre les assauts toxi-microbiens et la défense cellulo-humorale de l'organisme.

Les mystères du mécanisme intime de l'immunité n'ont commencé à se dissiper qu'il y a à peine un demi-siècle, avec les travaux de METCHNIKOFF ; par contre de nombreux exemples d'immunité, décisifs et faciles à observer, étaient connus des anciens.

Nous étudierons d'abord les *phénomènes d'immunité*, les faits d'immunité, et nous n'aborderons le mécanisme intime de l'immunité que dans la prochaine leçon.

Les grandes variétés d'immunité étaient connues des anciens. On savait que diverses fièvres très contagieuses pour l'homme ne menacent aucunement les animaux domestiques, et réciproquement : c'est là l'*immunité dite naturelle.*

D'autre part, on savait que certaines fièvres, lorsqu'elles guérissent, confèrent aux sujets ainsi atteints et guéris, une résistance plus ou moins durable à de nouvelles atteintes du même mal, s'ils étaient exposés ultérieurement à la contagion : c'est là l'*immunité dite acquise et spontanée.*

Enfin, sans attacher trop de créance aux étonnantes histoires de Mithridate, on peut admettre que les anciens ont constaté divers exemples d'accoutumance aux poisons. C'est là l'*immunité acquise, mais provoquée.* C'est dans ce cadre que rentre l'immunité conférée par la vaccination.

Quant à l'*immunité dite héréditaire,* elle vise les faits où une immunité acquise par la mère est transmise à l'enfant, elle n'est donc qu'une des variétés de l'immunité acquise.

I. Immunité naturelle.

Envisageons d'abord l'immunité naturelle.

Avant de vous donner des exemples de vraie immunité naturelle, je vous signalerai toute une série de *cas dans lesquels l'immunité naturelle n'est, qu'apparente,* et j'en emprunterai quelques exemples très significatifs à la pathologie animale.

A) Immunité naturelle en apparence seulement.

Ainsi, parmi les animaux de laboratoire, *les cobayes, ne contractent pas spontanément le charbon,* mais si on inocule le charbon à un cobaye, il s'y montre très sensible.

De même les *immunités dites géographiques ou régionales* ne sont qu'apparentes. En effet, si nous ne sommes pas exposés en France à contracter la *maladie du sommeil,* cela ne tient pas à ce que nous sommes immunisés contre cette maladie, mais à ce que la *mouche tse-tsé* qui en propage le germe, le *trypanosoma gambiense,* n'existe pas en France. Mais un Français allant dans le bassin du Congo risque de contracter cette maladie, encore qu'elle sévisse surtout chez les nègres.

De même, si nous ne sommes pas exposés à la *fièvre jaune* en France, cela tient à ce que l'insecte vecteur du germe ne trouve pas dans notre pays les conditions nécessaires à sa vie et à sa reproduction. Quelques cas ont pu être exceptionnellement importés par des passagers de certains bateaux, mais il n'en est pas résulté d'épidémies.

Dans tous ces cas, l'immunité n'est qu'apparente ; elle n'est pas le fait d'aptitudes spéciales des habitants d'un pays, elle est exclusivement subordonnée à la *géographie zoologique,* à la présence ou à l'absence de tel insecte vecteur du germe de la maladie.

Certaines immunités d'espèce ne sont également qu'*apparentes.* Ainsi, le *hérisson* qui attaque la vipère passe pour être réfractaire à ses morsures ; en réalité, on peut tuer un hérisson si on lui fait une inoculation sous-cutanée de venin. Le hérisson est donc surtout protégé contre la vipère par ses piquants.

Enfin, certaines immunités naturelles liées à l'âge ne sont également qu'*apparentes.*

Ainsi chez le *nouveau-né,* les maladies infectieuses sont relativement rares. Cela tient vraisemblablement à l'isolement relatif dans lequel il vit, et au peu de contacts étrangers auxquels il est soumis. En réalité, le nouveau-né est parfaitement réceptif aux infections maternelles.

Inversement, la rareté des fièvres éruptives chez les *vieillards* tient vraisemblablement à ce qu'ils les ont déjà contractées, ne serait-ce que d'une façon discrète et atténuée, pendant leur enfance.

B) Immunité naturelle véritable

Après vous avoir rappelé toute une série de cas où l'immunité naturelle n'est qu'apparente, il me reste à vous montrer des exemples d'*immunité naturelle véritable.* Nous verrons à ce point de vue

le rôle de l'espèce, de la race et de certaines influences individuelles. Dans bien des cas, le rôle de l'espèce apparaît avec évidence.

Nombre d'infections humaines épargnent les autres espèces zoologiques, comme la rougeole, la scarlatine, les oreillons, le paludisme, la fièvre jaune. Cela explique la difficulté que l'on éprouve lorsqu'on cherche à inoculer ces maladies aux animaux. On échoue le plus souvent, et lorsqu'on réussit, ce n'est guère qu'en faisant l'inoculation aux animaux les plus proches de l'homme dans la série zoologique, c'est-à-dire aux singes.

Inversement, nombre de maladies infectieuses qui frappent les animaux n'atteignent pas l'homme: telles sont la peste bovine, la péripneumonie des bovidés, le rouget du porc, la clavelée, le choléra des poules.

De même, la résistance aux poisons sécrétés par les microbes, c'est-à-dire aux toxines microbiennes, est très variable selon l'espèce. Ainsi, tandis que l'*homme est très sensible à la toxine tétanique* qui cause chez lui le tétanos souvent mortel, la *poule* est *insensible* aux effets de cette toxine.

Enfin, alors même qu'il n'y a pas immunité naturelle complète, on voit selon l'espèce une *grande différence de sensibilité* à tel ou tel microbe. Ainsi, pour le charbon, le *mouton* est très sensible à la maladie, l'*homme* contracte difficilement le charbon, les *gallinacés* y sont tout à fait réfractaires.

Nous retrouvons des variantes analogues dans l'immunité naturelle, si nous considérons non plus l'espèce mais la race.

Les animaux en fournissent un exemple remarquable. Alors que les moutons en général sont très sensibles au charbon, *les moutons barbarins d'Algérie y sont réfractaires.* Cette immunité tient bien à la race elle-même, et non au climat, car les moutons français transportés en Algérie restent capables de contracter la maladie. Cependant, cette résistance des moutons barbarins n'est pas absolue, car s'ils résistent au virus prélevé sur des moutons français, ils sont tués par le virus prélevé sur des bovidés au cours des épizooties algériennes. Je vous rappelle en passant la signification du mot épizootie, qui est l'équivalent en pathologie animale du mot épidémie en médecine.

Dans le règne végétal, nous trouvons un exemple bien frappant de la différence d'immunité naturelle. Par exemple, alors que les vignes françaises ont été ravagées par le *phylloxéra,* les vignes américaines le supportent sans en être incommodées. Et vous savez que c'est grâce à cette particularité qu'on a pu sauver les vignobles français. Le phylloxéra attaquant les racines de la vigne, on a greffé les plants français sur le plant américain.

Dans l'espèce humaine, nous ne trouvons pas d'exemples aussi frappants, aussi tranchés. Cependant, il y a lieu de noter la *réceptivité spéciale de la race blanche pour le paludisme et la fièvre jaune,* et inversement, la résistance des nègres à ces infections. On tend à penser d'ailleurs que cette immunité naturelle et relative des nègres n'est qu'apparente, et qu'elle tient à ce qu'ils ont été atteints d'une façon discrète dans leur enfance. En effet, les nègres nés dans des pays où la fièvre jaune ne sévit pas d'une façon permanente, c'est-à-dire d'une façon endémique, selon l'expression appropriée, ces nègres contractent la fièvre jaune aussi facilement que les blancs lorsqu'ils sont amenés à séjourner plus tard dans un pays où la fièvre jaune existe à l'état endémique.

Toutefois, il ne faut peut-être pas refuser toute action à certaines conditions qui exposent moins les nègres aux piqûres de l'insecte vecteur du virus. Telles sont l'épaisseur de leurs téguments, les matières grasses dont ils ont coutume d'oindre leur peau, et enfin l'odeur particulière de leurs sécrétions cutanées.

Enfin, dans le domaine de l'immunité naturelle, nous trouvons des influences individuelles.

Le virus variolique auquel l'homme non vacciné est si sensible, trouve pourtant *quelques sujets réfractaires.* Vous savez qu'avant d'inoculer à l'homme la vaccine comme on le fait actuellement pour le préserver de la variole, on employait la variolisation, c'est-à-dire qu'on inoculait le pus des pustules d'une variole discrète. On provoquait ainsi en général une variole peu grave, et le sujet était immunisé contre la contagion de varioles graves. Malheureusement, la variole ainsi inoculée était parfois grave, voire même mortelle. Aussi, cette méthode a-t-elle été heureusement remplacée plus tard par l'inoculation de la vaccine dépourvue de tout danger. En tout cas, la pratique de la variolisation a permis de se rendre compte que quelques rares sujets étaient réfractaires à l'inoculation de la variole. La même constatation a été faite pour la vaccine : il y a quelques sujets réfractaires mais ils sont rarissimes.

De même, maintenant, on a pu faire des constatations analogues pour la *diphtérie.* Il existe une méthode récente, l'intradermo-réaction de *Schick* : elle consiste à faire une injection intradermique de toxine diphtérique. Si, au point injecté, il se produit une petite saillie rouge, c'est que le sujet est sensible au virus diphtérique et susceptible de contracter la diphtérie. Si, au contraire, il ne se produit aucune réaction locale, on peut en inférer que le sujet n'est pas susceptible de contracter la diphtérie. S'agit-il en pareil cas d'une véritable immunité naturelle ? Ou ne s'agit-il pas d'une immunité acquise par une légère atteinte diphtérique ayant été prise pour une

amygdalite banale ? Les deux éventualités doivent vraisemblablement se rencontrer.

Tandis que je passais en revue tous les faits précités d'immunité naturelle, vous vous êtes rendu compte que *bien souvent, l'immunité n'était naturelle qu'en apparence.* Mais, même dans les cas où elle semble vraiment naturelle au premier abord, on peut se demander si elle n'est pas en réalité une immunité acquise apparente. Ainsi pour ce qui est des vignes américaines, on peut dire qu'elles ont acquis une immunité contre le phylloxera, puisque cet insecte vit sur leurs racines.

Donc, l'immunité naturelle est rare, et elle présente un caractère mystérieux. Pourquoi telle race de moutons est-elle très sensible au charbon, et telle autre y est-elle au contraire complètement ou à peu près complètement réfractaire ? On ne peut que poser la question .

II. — Immunité acquise spontanée.

Autant l'immunité naturelle est un fait rare, autant l'immunité acquise est d'observation courante.

Certes, quelques maladies infectieuses, comme le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la pneumonie, récidivent facilement. Cependant, la *grande majorité des maladies infectieuses aiguës confèrent l'immunité, mais cette immunité acquise est plus ou moins solide.*

Celle de la *variole* est généralement durable. Les récidives sont rares, cependant elles existent. Tel est le cas célèbre de Louis XV qui, malgré une première atteinte de la variole à 20 ans, mourut de cette maladie à 64 ans.

Les *récidives sont rares* dans la scarlatine, la varicelle, la rubéole.

Leur fréquence est discutée pour la rougeole. L'immunité conférée par la rougeole apparaît bien dans *les deux épidémies des îles Feroé,* où la rougeole était inconnue et où, importée par les passagers des bateaux abordant ces îles, elle revêtit une gravité considérable. Dans la deuxième épidémie, tous les habitants de l'île furent frappés, sauf les vieillards qui, ayant été atteints cinquante ans avant dans la première épidémie, restèrent indemnes.

Le pouvoir protecteur contre une atteinte possible ultérieure de la même maladie infectieuse est *acquis progressivement* par l'organisme au cours de l'évolution de cette maladie infectieuse. Des constatations précises ont pu être faites à propos de *la vaccine,* cette maladie qu'on inocule pour protéger l'organisme contre la variole. Lorsqu'on fait à un homme une inoculation quotidienne de virus vaccinal en des points différents, on constate que de jour en jour, la lésion vaccinale ainsi provoquée est de moins en moins importante. Enfin, à partir du 10e *jour,* l'inoculation quotidienne ne provoque plus aucune réaction locale. Par conséquent, du fait de la première inoculation vaccinale, et de la maladie *la vaccine* provoquée par cette inoculation, il se développe dans l'organisme un pouvoir d'arrêt contre une inoculation ultérieure de vaccine. Ce pouvoir d'arrêt met 10 jours à se constituer, et son développement se fait progressivement : il est d'abord léger et la réaction locale est minime ; enfin il est définitivement constitué et la lancette chargée de vaccin ne provoque pas plus de réaction que si elle était stérile.

III. Allergie et anergie.

L'étude de la vaccine a montré en outre qu'à l'immunité, c'est-à-dire au pouvoir d'arrêt contre une nouvelle inoculation vaccinale, peut *se mélanger un certain degré de sensibilité à une nouvelle inoculation.* C'est ce mode très spécial de réaction de l'organisme auquel on a donné, à la suite de von Pirquet, le nom *d'allergie,* ce qui veut dire étymologiquement autre façon de réagir. En effet, lorsqu'un sujet a été vacciné il y a peu de temps contre la variole, on remarque, d'une part, que la réaction locale est avortée, elle ne suppure pas ; d'autre part, que la réaction locale apparaît beaucoup plus rapidement que lorsque le sujet avait été vacciné pour la première fois. Ainsi, *la non suppuration* de l'élément vaccinal indique que *l'organisme résiste* à une nouvelle inoculation ; d'autre part, *la précocité d'apparition* de la réaction locale indique qu'il est en quelque sorte *sensibilisé* pour l'action de la lymphe vaccinale. Il y a là un *mélange d'immunité et de sensibilité* qui constitue l'allergie. Je vous parlerai plus longuement de ce phénomène à l'occasion de ma leçon sur la vaccine, où il a été remarquablement étudié par mon maître le prof. Pierre Teissier, et mon ami Gastinel. Mais je tenais dès aujourd'hui à vous signaler ce type particulier de réaction de l'organisme, à la suite d'une première atteinte infectieuse.

D'ailleurs, cette façon spéciale de réagir à une inoculation ultérieure de virus vaccinal, *cette allergie , le sujet peut la perdre momentanément* du fait d'une maladie infectieuse intercurrente. C'est ce qui arrive dans la rougeole à la phase de l'éruption. Ainsi un sujet antérieurement, vacciné contre la variole, et qui aurait eu à la suite d'une nouvelle inoculation de vaccin une réaction vaccinale à la fois incomplète et précoce, une réaction allergique, n'aura plus dans les mêmes conditions aucune réaction locale. On dit alors qu'il s'agit d'*anergie,* c'est -à-dire perte de la possibilité de réagir. Cette anergie est toute transitoire, et dès la disparition de son éruption, le rougeoleux a récupéré la possibilité de réagir à une nouvelle inoculation de virus vaccinal.

IV. Immunité hétérologue.

Ces diverses considérations sur la vaccine me

conduisent tout naturellement à vous faire remarquer qu'une maladie ne confère habituellement l'immunité que pour d'autres atteintes possibles de cette même maladie, immunité dite homologue. Il arrive qu'une maladie peut conférer l'immunité pour une autre maladie, il s'agit alors d'*immunité hétérologue*, et c'est le cas pour *la vaccine* qui, comme vous le savez, protège contre les atteintes de la variole.

JENNER, qui a découvert la vaccine, pensait qu'elle n'était qu'une variole plus douce. Pasteur émit la même hypothèse, défendue actuellement par l'école allemande. Mais toute une série de travaux français de grande envergure faits d'abord sous la direction de Chauveau, puis plus récemment, par MM. Kelsch, le prof. Pierre Teissier et leurs élèves, ont établi que le *virus vaccinal et le virus variolique sont les virus de deux maladies autonomes complètement distinctes.* Je ne m'étends pas plus longuement sur ce point que j'aurai l'occasion de reprendre devant vous avec l'étude de la vaccine.

Existe-t-il d'autres exemples d'immunités hétérologues ? Il n'y en a pas de bien nets. Certes, on a longtemps parlé d'*antagonismes morbides*, et considéré par exemple qu'il y avait antagonisme entre la *tuberculose* d'une part et l'*arthritisme* ou les *cardiopathies mitrales* d'autre part ; mais il ne s'agit pas à proprement parler d'antagonisme, il y a là seulement des conditions de terrain plus ou moins favorables au développement de tel ou tel bacille. Les arthritiques, les cardiaques ne sont nullement réfractaires à la tuberculose.

Expérimentalement, on a rapporté des faits d'immunité hétérologue. Par exemple, *Bouchard* a montré que dans certains cas, en inoculant un animal avec le *bacille pyocyanique*, on pouvait le rendre réfractaire à une inoculation du *bacille du charbon* faite quelques heures après. En réalité, il ne s'agit pas d'immunité vraie, car ces mêmes animaux restent sensibles à l'inoculation ultérieure d'un virus charbonneux. Par conséquent, c'est plutôt en changeant les conditions du terrain, en exaltant les résistances de l'organisme que paraît agir l'injection de bacille pyocyanique dans l'expérience de Bouchard.

D'ailleurs, la rareté des immunités hétérologues ressort indirectement de ce fait que le *vaccin contre la fièvre typhoïde* ne met pas l'organisme à l'abri des maladies très voisines que sont les fièvres paratyphoïdes.

V. Immunité acquise provoquée.

Cette allusion à la vaccination antityphoïdique me conduit maintenant à aborder l'autre variété d'immunité acquise, non plus la variété spontanée que nous venons d'envisager, mais la variété provoquée.

Encore, dans l'immunité acquise et provoquée devrons-nous distinguer les cas où elle est active et ceux où elle est passive.

Elle est *active* lorsqu'elle consiste dans l'inoculation de produits microbiens de virulence nulle ou atténuée. En effet, dans ces cas, c'est l'organisme qui fait appel à ses moyens de défense pour réaliser l'immunité.

Elle est *passive* lorsqu'elle consiste dans l'injection d'un sérum, comme le sérum antidiphtérique. En effet, dans ce cas, c'est le cheval qui, inoculé avec la toxine diphtérique à doses faibles, puis progressives, s'est défendu en faisant appel à toutes les ressources de son organisme contre le poison qu'on lui injectait. En recueillant le sérum de ce cheval et en le faisant passer dans l'organisme d'un enfant atteint de diphtérie, on apporte à cet organisme le secours des substances neutralisantes anti-diphtériques que renferme le sérum de ce cheval immunisé contre le poison diphtérique. On a donc raison de dire que, dans ce cas, l'immunité provoquée est passive, puisqu'on fournit à l'organisme humain des *substances immunisantes toutes préparées* et dont il n'a qu'à bénéficier. En réalité, même dans le cas de l'immunité passive réalisée par le sérum antidiphtérique, il y a lieu de penser que ce sérum est susceptible, non seulement d'apporter des armes efficaces, mais en outre d'activer les propres moyens de défense de l'organisme. Ainsi, Metchnikoff pensait qu'*un sérum comme le sérum antidiphtérique stimule les leucocytes* de l'enfant diphtérique, dans leur lutte contre la diphtérie.

Sans entrer dans des détails sur les divers vaccins et les divers sérums, détails qui seront mieux à leur place à propos de l'étude des diverses maladies infectieuses, je me contenterai de vous rappeler *les notions générales et les premiers travaux* qui ont conduit à mettre en œuvre, dans la lutte contre les maladies infectieuses, l'immunité active réalisée par les *vaccins*, et l'immunité passive réalisée par les *sérums.*

A) Vaccinothérapie.

La pratique de la vaccination est une chose très ancienne. *Au XIe siècle, la variolisation* était déjà pratiquée en Chine. De même, de temps immémorial, certaines peuplades *indiennes* du Mexique, *nègres* de l'Afrique, pratiquaient la vaccination contre les *morsures de serpent.* Certains indigènes de la Sénégambie savaient, paraît-il, immuniser les bœufs contre la *péri-pneumonie* au moyen d'inoculations sous-nasales qu'ils pratiquaient avec la pointe d'un couteau plongé dans le poumon d'un bœuf mort de la maladie.

Un grand pas fut fait dans le domaine de la vaccinothérapie par JENNER, découvrant qu'une maladie de la vache, le cow-pox, inoculée à l'homme, le protège contre la variole, d'où la vaccina-

tion si couramment employée aujourd'hui. *Le mot de vaccin* a été employé parce qu'il s'agissait de l'inoculation d'un produit prélevé sur des vaches, et tire son origine du mot latin *vacca, vache*. C'est par extension que, depuis lors, on a employé le mot vaccin pour désigner tous les produits qui sont injectés pour provoquer des réactions de défense contre une maladie, pour provoquer une immunité active.

Mais jusque-là, on ne disposait d'aucune notion générale permettant d'appliquer la vaccinothérapie à de nombreuses maladies. *C'est le génie de Pasteur qui a doté l'humanité d'une méthode fertile en applications précieuses.*

Cette méthode fut la conséquence de ses recherches sur le *choléra des poules* qu'il étudiait en 1879. A son *retour des grandes vacances*, reprenant ses expériences interrompues, il remarque que ses bouillons de culture datant de plusieurs mois n'avaient plus qu'une virulence très faible. Ils ne provoquaient plus que quelques symptômes passagers. Il se demande alors si la légère maladie ainsi provoquée va conférer l'immunité aux poules ainsi traitées, et il leur injecte plus tard une culture virulente. Il constate ainsi qu'elles supportent très bien cette nouvelle injection, qui tue ou rend sérieusement malades les poules non injectées auparavant avec une culture de virulence faible. Pasteur venait de formuler *la technique générale de la vaccination à l'aide de l'injection de cultures de faible virulence,* et il montrait que le vieillissement des cultures est un moyen d'atténuer considérablement celle-ci.

Plus tard, dans des recherches faites avec Chamberland et Roux, il montre que *le chauffage des cultures* est un autre moyen d'atténuer leur virulence. Ainsi, il prépara un vaccin contre le *charbon*, puis contre le *rouget des porcs*. Sa découverte, en 1885, de la vaccination contre la rage, eut un retentissement considérable. Pour résoudre ce problème, Pasteur rencontra une grosse difficulté. *Il ne put isoler le microbe de la rage* : il ne pouvait donc faire appel à la méthode des cultures atténuées. Après de longues recherches, il découvrit d'abord un *moyen pratique et sûr de réaliser la rage expérimentale chez le chien*, en inoculant dans la substance cérébrale, après trépanation, un fragment du cerveau d'un chien enragé. Puis, pour obtenir du virus atténué de la rage, à défaut de cultures, *il soumit à la dessication des moelles de lapins morts de la rage.* Il inocula des chiens avec des moelles ayant subi une dessication de moins en moins prolongée, et put ensuite, à ces mêmes animaux, inoculer une moelle virulente par la voie intra-crânienne sans leur donner la rage, qu'il provoquait à coup sûr chez un animal non préparé de cette sorte. Il se rendit compte ensuite qu'on pouvait empêcher de la sorte l'éclosion de la rage chez un chien mordu, traité après la morsure qui l'avait contaminé. Or, comme chez l'homme la rage n'éclate qu'un mois environ après la morsure, il pouvait donc espérer vacciner un homme mordu par un chien enragé. Il fit un premier essai sur un *jeune berger* ayant subi 14 morsures d'un chien enragé, et se fit assister de Vulpian, Grancher ; Pasteur, en effet, n'était pas médecin. Ce résultat fut couronné de succès, et depuis lors, la méthode pastorienne, passée dans la pratique, rend les plus grands services.

Vous connaissez tous la plus belle application des découvertes de Pasteur sur la vaccination, je veux dire *la vaccination contre la fièvre typhoïde.* Cette acquisition précieuse est française à un double titre. En effet, non seulement le principe général de la méthode a été formulé par Pasteur, mais ce sont les professeurs Chantemesse et Widal qui, en 1888, établirent que l'injection de cultures de bacille typhique tuées par la chaleur conféraient aux animaux ainsi injectés l'immunité contre une inoculation de bacille typhique virulent.

Toutefois, ce fut un grand médecin anglais, Wright, qui 8 ans plus tard, en 1896, appliqua le premier à l'homme la vaccination contre la fièvre typhoïde à l'aide de cultures chauffées. En France, les premières applications chez l'homme furent faites ensuite par le prof. Chantemesse, et plus tard, on employa dans la marine le *vaccin Chantemesse* où les bacilles étaient tués par la chaleur, et dans l'armée de terre *le vaccin du prof. Vincent* où les bacilles sont tués par l'éther.

La grande guerre a fourni une démonstration éclatante du pouvoir préventif du vaccin antityphoïdique. Dès que la vaccination put être appliquée à tous les soldats, la fièvre typhoïde qui, dans les premiers mois de la campagne, commençait à faire quelques ravages, devint rarissime. Toutefois, on ne tarda pas à constater que *le vaccin antityphoïdique ne protège que contre la fièvre typhoïde, et non contre les fièvres dues aux bacilles voisins dits paratyphoïdes.* Aussi, à la suite d'une communication du prof. Widal à l'Académie, décida-t-on d'injecter un vaccin triple renfermant à la fois des bacilles d'Eberth, et des bacilles paratyphiques des deux grandes catégories A et B, d'où le nom de *vaccin T. A. B.*

Enfin, la vaccinothérapie trouve aussi un champ d'action dans *le traitement* des maladies infectieuses. L'injection de cultures stérilisées semble être un stimulant des défenses de l'organisme et fournit parfois d'excellents résultats.

B) Sérothérapie.

De même, la sérothérapie qui réalise une immunité passive a subi dans ses applications une évolution analogue, mais inverse.

En effet, elle a *d'abord* été employée comme une *méthode curative* pour la guérison de la diphtérie,

et *ultérieurement*, elle s'est révélée comme pouvant rendre des services à titre de moyen *prophylactif*. C'est ainsi que le sérum antitétanique a raréfié dans des proportions considérables la maladie redoutable qu'est le tétanos.

Le principe de la sérothérapie a été mis en évidence en 1888 dans une note du prof. Richet et de son collaborateur Héricourt : ils avaient rendu trois lapins insensibles à l'inoculation du staphylocoque, en leur injectant le sang d'un chien ayant subi quelques mois auparavant des inoculations de staphylocoques.

Mais la sérothérapie n'est *devenue une méthode thérapeutique* qu'avec les travaux de Behring et Kitasato, montrant que le sérum d'un lapin rendu réfractaire au tétanos ou à la diphtérie est susceptible de neutraliser le virus de ces affections, et cela même, si on l'injecte à un autre animal aux prises avec une de ces deux affections.

Cette notion expérimentale fut appliquée chez l'homme par Roux, qui nota tous les détails de la préparation et de l'application du sérum antidiphtérique, qu'on appelle justement le sérum de Roux. La sérothérapie antidiphtérique est passée dans la pratique depuis la remarquable communication de Roux au Congrès de Budapest, en 1894.

Depuis lors, on a préparé pour diverses maladies, soit des *sérums antitoxiques* comme le sérum de Roux et le sérum antitétanique, obtenus par l'inoculation de doses croissantes de toxine à l'animal, soit des *sérums anti-microbiens*, comme le sérum antiméningococcique, le sérum antigonococcique, etc., préparés par l'inoculation de doses croissantes de corps microbiens.

Enfin, on commence à employer le *sérum de malades convalescents*, dans l'espoir de faire bénéficier les malades des moyens de défense accumulés dans le sérum des convalescents qui viennent de triompher d'une maladie infectieuse. Cette pratique a donné en particulier d'excellents résultats dans la rougeole, où elle permet de soustraire à la contagion les enfants d'une famille, ou d'une crèche, ou d'une salle d'hôpital où vient d'apparaître un cas de rougeole.

***

Je n'ai envisagé dans cette leçon que les points principaux des phénomènes cliniques de l'immunité, et je me réserve de compléter cet exposé sur certains points à propos des leçons consacrées aux diverses maladies infectieuses aiguës. Dans ma prochaine leçon, je vous exposerai le mécanisme intime de l'immunité : nous verrons comment sont constituées les armées de défenseurs que l'organisme lance à l'assaut contre les microbes, et j'aurai la satisfaction d'illustrer ma leçon d'après-demain mercredi par la projection de plusieurs films cinématographiques où vous assisterez à la phagocytose, c'est-à-dire à la lutte victorieuse des globules blancs contre les microbes.

CLINIQUE INFANTILE

L'obésité dans l'enfance.

M. le professeur Nobécourt,

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Dans ma leçon de samedi dernier, à propos d'une de nos petites malades du service, j'ai commencé l'étude de l'obésité chez les enfants. Je vous ai parlé de l'obésité — bien établie — d'origine hypothyroïdienne, et des obésités — plus discutées et plus discutables — qui seraient liées à des troubles fonctionnels d'autres glandes endocrines, l'hypophyse, les glandes sexuelles. Je vais poursuivre et terminer aujourd'hui l'exposé de la question.

Pour ce qui concerne l'obésité hypophysaire, l'ensemble des faits recueillis pose le problème du rôle, en cette matière, des lésions du système nerveux voisin de l'hypophyse, parahypophysaire. Il existe des observations (Beyer, 1902, Bergmann, 1907, Cushing, 1912, Lereboullet et Catala, etc.), dans lesquelles, chez des sujets ayant présenté le syndrome adiposo-génital, on a trouvé dans la région juxta-hypophysaire des tumeurs (épithéliales, kystiques) qui quelquefois comprimaient l'hypophyse, d'autres fois ne la comprimaient pas, si bien que l'on a été amené à conclure que les lésions nerveuses déterminées par ces tumeurs pouvaient intervenir. La substance grise intéressée est celle du tuber cinereum et de l'infundibulum.

D'ailleurs, il ne s'agit pas toujours de tumeurs. Le syndrome adiposo-génital a été rencontré, dans un cas, consécutivement à une blessure par balle de revolver ayant touché l'infundibulum seul et respecté l'hypophyse. L'expérimentation, d'autre part, montre que c'est la lésion des régions nerveuses tubéro-infundibulaires et non celle de l'hypophyse elle-même qui réalise le dit syndrome adiposo-génital.

D'autres altérations du système nerveux central sont susceptibles de s'accompagner d'obésité. Je vous citerai l'hydrocéphalie d'abord,

Babonneix en a réuni un certain nombre d'exemples et il s'agit de faits connus depuis longtemps puisque, déjà en 1893, Bourneville y a fait allusion. L'interprétation pathogénique de cette obésité a été discutée. Cushing, partisan de la théorie hypophysaire, dit que l'hydrocéphalie comprime la glande. Ce qui paraît plus vraisemblable, c'est la compression par le liquide hydrocéphalique du tuber cinereum.

L'obésité ne se retrouve pas dans toutes les hydrocéphalies. On a vu dans certains cas l'acqueduc de Sylvius oblitéré, entraîner une accumulation de liquide céphalo-rachidien dans le troisième ventricule, d'où compression du tuber. Une accumulation dans les ventricules latéraux n'aboutit pas aux mêmes conséquences.

L'encéphalite épidémique est parfois suivie d'obésité et de syndrome adiposo-génital. En 1921, dans une leçon clinique et à la Société médicale des hôpitaux, j'ai signalé l'histoire d'une petite malade qui présenta consécutivement à une encéphalite épidémique un syndrome parkinsonien et de l'obésité.

A une séance ultérieure de la Société des hôpitaux, Livet rapportait quatre observations analogues, et Netter trois. On pouvait à cette époque faire des hypothèses et se demander s'il ne s'agissait pas d'altérations de l'hypophyse. Depuis que l'attention est attirée sur les lésions de la substance grise du tuber cinereum, il semble plus probable d'attribuer à celles-ci l'obésité alors rencontrée.

L'obésité ou le syndrome adiposo-génital peuvent encore se voir à la suite de la maladie de Heine-Médin (j'en ai observé un cas en 1923) et de l'encéphalopathie infantile.

Dans le vaste groupe des obésités de l'enfance, nous pouvons donc retenir déjà deux types, se rattachant le premier à l'hypothyroïdisme, le deuxième à des lésions du système nerveux de la région tubérienne et infundibulaire.

Mais, à la vérité, on est en présence le plus ordinairement d'obésités sur lesquelles il n'est pas possible de mettre d'étiquette. Ce sont les cas les plus nombreux. Voici une observation tirée de la thèse de Janet. Elle concerne une enfant née de parents obèses. Déjà d'un poids notable à la naissance, elle eut à trois ans des crises épileptiques. A 14 ans, elle présentait une obésité totale, du tronc et des membres, des seins volumineux et pendants. Le corps thyroïde était palpable, sans signe d'hypothyroïdie, l'intelligence bien développée. Poids, 71 kilogr., soit 26 kilogr. de plus que le poids régulier de son âge. Selle turcique reconnue indemne par la radiographie. Métabolisme basal normal. Donc, enfant avec une grosse obésité, peut-être congénitale, avec hérédité, et mécanisme de l'obésité imprécis. Les cas de ce genre, dans lesquels on reste dans le doute étiologique, sont des plus communs.

Pour essayer de définir la variété d'obésité en présence de laquelle on se trouve, deux groupes de recherches peuvent être entreprises : les tests biologiques et le métabolisme basal. La méthode des tests biologiques a fait beaucoup parler d'elle. Elle vise à définir l'état fonctionnel des glandes à sécrétion interne. En réalité, elle ne rend pas de grands services pour élucider ce délicat problème, et, en matière d'obésités, elle n'aboutit à aucune conclusion bien nette. Plus intéressant est, à ce point de vue, le métabolisme basal, étudié dans la thèse de Janet, en 1922. Le métabolisme basal est, vous le savez, le nombre de calories dégagées par heure et unité de surface chez l'individu au repos complet et à jeun, dans des conditions de température convenable. On l'évalue par des calculs basés sur l'oxygène absorbé et l'acide carbonique éliminé. On ramène le chiffre à une moyenne, dite normale.

On a étudié le métabolisme basal d'abord dans le myxœdème, où il est abaissé (— 15, jusqu'à — 60). Il est diminué dans le myxœdème, le myxœdème fruste, chez les hypothyroïdiens, et augmenté chez les hyperthyroïdiens, dans le goitre exophtalmique. On l'a recherché au cours des troubles d'autres glandes endocrines. On l'a trouvé exagéré dans l'acromégalie, amoindri dans le syndrome adiposo-génital attribué à l'hypophyse. On l'a dit abaissé chez les insuffisants sexuels. On peut se demander, il est vrai, s'il ne s'agit pas alors d'une association thyroïdienne. Les opinions des auteurs varient ladessus.

En somme, on doit retenir, comme faits précis : dans l'hypothyroïdisme, le métabolisme basal est diminué ; il est exagéré dans l'hyperthyroïdisme. Pour les autres glandes endocrines (hypophyse, glande ssexuelles), il convient de faire les réserves, les facteurs étant complexes.

Considérons l'obésité seulement. Il y a des obèses à métabolisme basal normal ou exagéré et des obèses à métabolisme basal abaissé. Parmi ceux-ci, les uns sont des hypothyroïdiens nets. Les autres le sont-ils également tous ? Ce serait aller trop loin que de l'affirmer. Il y a là néanmoins une indication intéressante, pour le thérapeute en particulier.

Vous le voyez, quand on envisage l'obésité des enfants au point de vue clinique et pathogénique, on arrive à des conclusions qui ne sont pas très catégoriques pour un grand nombre de cas. Faits à retenir ? On divise l'obésité infantile en congénitale et acquise. L'obésité congénitale peut s'atténuer dans la suite, ou persister, se poursuivre. L'obésité acquise débute à toutes les périodes de l'enfance, à la puberté entre autres.

Les causes invoquées sont plus ou moins manifestes : forte alimentation (gros mangeurs), sédentarisme, prédisposition (ne devient pas obèse

qui veut). On peut voir l'obésité se développer à la suite de maladies aiguës (fièvre typhoïde, rougeole), de maladies du tube digestif (dyspepsies, entérocolites). On a dit qu'elle pouvait être conditionnée par la tuberculose, par l'hérédo-syphilis (altérations du système nerveux). Un gros facteur étiologique est l'hérédité, similaire ou dissemblable, le terrain confus neuro-arthritique. Je vous ai longuement parlé du rôle possible des altérations endocriniennes et nerveuses. Enfin, dans beaucoup de cas, on ne trouve pas grand'chose et l'on se rattache à la vague hérédité neuro-arthritique.

Le traitement, et cela ne vous surprendra pas, ne doit pas être trop exclusif. Les méthodes préconisées sont nombreuses et toutes peuvent donner des résultats ou rester inefficaces. Chez les gros mangeurs, la réduction alimentaire s'impose, dans une mesure modérée d'ailleurs. De même, l'exercice chez les sédentaires, et sans exagération également. S'il y a des troubles digestifs, on donnera un régime. S'il y a une tumeur hypophysaire ou cérébrale, la chirurgie aura quelquefois l'occasion d'intervenir. Le myxœdème fruste ou avéré demande la médication thyroïdienne. Bien souvent, à défaut d'indication catégorique, on procédera par tâtonnements, réglant l'hygiène générale, l'exercice physique, le travail intellectuel, le régime alimentaire (peu de graisse relativement). La gymnastique respiratoire est indiquée, une certaine hydrothérapie quelquefois aussi. Enfin, se pose la question de l'opothérapie. Elle est à l'ordre du jour. Le corps thyroïde est à prescrire chez les hypothyroïdiens, chez les obèses à métabolisme basal abaissé (fréquemment, sinon dans tous les cas de ce genre). On sera réservé quant à l'efficacité de l'extrait hypophysaire. Les extraits ovarien et orchitique sont utiles non pas contre l'obésité elle-même, mais contre les troubles sexuels observés dans celle-ci. L'extrait ovarien pourra régulariser la menstruation chez les fillettes obèses.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades et recueillie
par le Dr P. LACROIX.

COPROLOGIE PRATIQUE

(*Suite* (1)

Par M. le Dr H. DEJUST,

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Couleur — Présence du sang.

Les matières fécales doivent leur coloration aux pigments biliaires plus ou moins modifiés. Mais à cette coloration peuvent venir s'adjoindre celles qui proviennent d'aliments : selles vert foncé produites par l'ingestion de grandes quantités d'épinards, et dues à la chlorophylle, etc. Si on veut connaître la couleur propre des fèces d'un sujet, il est indispensable de tenir compte du régime des jours précédents, et le mieux est de le mettre à un régime d'épreuve ne comprenant pas, en quantité appréciable, de pigments.

Cette précaution observée, la coloration de la selle pourra nous renseigner sur la présence, l'absence, ou l'anormale transformation des pigments biliaires, et sur la présence de sang, si celui-ci est en quantité suffisante.

La bile se mêlant au contenu du grêle lui donne une coloration rousse due à la bilirubine. Celle-ci, à la hauteur de la valvule iléo-cæcale, se transforme en stercobilinogène, jaune ; au contact de l'air, celui-ci s'oxyde et brunit, en donnant naissance à la stercobiline, matière colorante des fèces normales. Ce brunissement du stercobilinogène se produit aussi sous l'influence des fermentations putrides du gros intestin.

(Nous schématisons ici à l'extrême la chimie biologique des pigments biliaires).

L'état de réduction plus ou moins avancée des pigments — c'est-à-dire leur brunissement — dépend pour une large part, et des microbes intestinaux, et de l'alimentation. Comme l'alimentation elle-même joue un rôle considérable dans la déterminisme de la flore bactérienne, le brunissement des pigments est donc un phénomène contingent, qui peut varier d'un jour à l'autre.

Ce qui importe avant tout, avant de savoir sous quelles formes sont les pigments biliaires, c'est de savoir s'il existe des pigments biliaires dans les fèces. En effet, leur présence peut n'être pas évidente, s'ils se trouvent sous forme de stercobilinogène, de coloration plus claire et moins intense.

Pour savoir s'il existe une de ces formes de pigments dans les selles, on en dilue une petite quantité dans environ 20 fois son volume d'eau et on ajoute à ce mélange, versé dans un tube à essai, quelques centimètres cubes de solution saturée de sublimé.

Au bout d'un temps variable (quelques mi-

(1) Cf. *Concours medical*, n° 15, p. 852.

nutes ou quelques heures, plus vite à 37°), il se développe une coloration rouge brique lorsque les selles contiennent de la stercobiline ou du stercobiligène, et verte si les pigments sont encore sous forme de bilirubine.

S'il ne se développe aucune coloration, c'est que les selles ne renferment pas de pigments biliaires.

La dilution de matières qui sert à faire cette réaction laisse, par le repos, sédimenter les corps solides qu'elle tient en suspension ; il se dépose une sorte de culot : c'est ce culot qui est le plus fortement coloré par l'action du sublimé.

Grigaut a indiqué une autre méthode, d'ailleurs reposant sur les mêmes propriétés des pigments biliaires. Il fait une dilution à parties égales de matières et d'acide chlorhydrique, chauffe légèrement, et ajoute *une* goutte de perchlorure de fer dilué (coloration rouge = stercobiline, coloration verte = bilirubine).

Ces réactions sont particulièrement utiles à pratiquer lorsqu'on se trouve en présence de selles peu colorées. Certaines matières sont blanches (ou du moins très peu teintées) parce qu'elles ne renferment pas de bile, d'autres parce que les pigments biliaires s'y rencontrent sous forme de pigment incolore.

Les réactions colorées ci-dessus permettent de reconnaître ces deux catégories de fèces.

Enfin, la présence des pigments sous la forme de bilirubine non transformée signifie généralement que l'évacuation a été trop accélérée à partir du cæcum.

La présence de sang dans les matières peut également modifier leur coloration.

Nous ne nous occuperons pas des grosses hémorragies hémorrhoïdaires ou du segment terminal du gros intestin, recouvrant les matières d'un flux sanglant.

Plus l'hémorragie aura son siège haut placé dans le tractus gastro-intestinal, plus le sang sera noir par suite d'une digestion plus avancée. Si celui-ci est très abondant les selles ont l'aspect bien connu de marc de café poisseux.

Mais il peut n'exister qu'en quantités trop faibles pour être manifeste au simple examen, et avoir cependant une grande valeur diagnostique.

Comment le rechercher ?

Il n'est pas de sujet qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de communications, articles, thèses, discussions, etc.

Les méthodes, pour la plupart, reposent sur les propriétés peroxydiastasiques du sang, et ce qui diffère, c'est le réactif coloré utilisé.

Nous ne conseillerons pas — pour des raisons développées ailleurs — l'usage du réactif de Meyer, à la phénolphtaléine réduite ; entre des mains inexpérimentées, il peut donner des résultats positifs alors qu'on en devrait obtenir des négatifs. Mais je ne veux pas me laisser entraîner à discuter une fois de plus cette question.

La réaction de Weber-Van Deen est d'une utilisation très sûre et très pratique et n'exige qu'un réactif spécial : la teinture de résine de gaïac. Cette teinture n'étant pas d'une conservation indéfinie, il est préférable de conserver la résine de gaïac en poudre et d'en faire dissoudre une petite quantité dans l'alcool, en chauffant, au moment de s'en servir (gros comme un grain de café de résine, dix centimètres cubes environ d'alcool à 90°, chauffer sans faire bouillir, en agitant pendant une minute environ, laisser refroidir, et décanter).

La réaction se pratique fort simplement. On triture une dizaine de grammes de matières avec quelques centimètres cubes (environ 3 à 5) d'acide acétique, de façon à obtenir une pâte. On ajoute à cette pâte une dizaine de centimètres cubes d'éther, on agite doucement. L'éther se colore ; on le décante, lui ajoute quelques gouttes de teinture de gaïac, puis, goutte à goutte, une dizaine de gouttes d'eau oxygénée. S'il y avait du sang dans les matières, l'extrait éthéré se colore plus ou moins rapidement en bleu. En l'absence de sang, le liquide reste incolore (ou plus exactement légèrement coloré en jaune comme il l'était primitivement).

Si le régime renfermait une grande quantité de légumes verts, l'extrait éthéré renfermerait de la chlorophylle dont la coloration verdâtre serait une gêne. Il est donc indiqué de diminuer la proportion de ces aliments ingérés par les sujets chez lesquels on veut pratiquer cette recherche.

Mais il est surtout indispensable de supprimer totalement la viande, et tout aliment ou médicament pouvant contenir de l'hémoglobine : ceux-ci fourniraient évidemment une réaction positive, chimiquement exacte, mais cliniquement fausse.

De même, il faut bien s'assurer que le sang des matières est réellement d'origine gastro-intestinale, qu'il ne s'agit pas, par exemple, d'hémorragies dentaires, d'épistaxis, etc., en un mot de sang dégluti, ni de sang hémorrhoïdaire.

Cette méthode, sans précautions spéciales, donne des réactions positives si la quantité de sang est égale ou supérieure à 3 ou 4 centimètres cubes pour une selle (chiffre évidemment approximatif car beaucoup de circonstances peuvent le faire varier).

Pour les autres méthodes de recherche du sang, nous renverrons au Manuel de coprologie de Goiffon, et à ce qui a été publié par de nombreux auteurs (y compris nous-même et nos collaborateurs Mlle S. Efros et le Dr Rodriguez).

La difficulté ne réside donc point dans la technique de recherche du sang ; il suffit de penser à rechercher sa présence, lorsqu'une raison clini-

que permet de la soupçonner, et sans s'arrêter à la coloration normale des selles. Il faut une quantité de sang relativement considérable pour donner aux selles l'aspect du mélæna. En petite quantité, il ne modifie pas la couleur des selles, ou d'une façon insignifiante.

De plus, la coloration propre des selles peut être dissimulée par une cause étrangère, alimentaire ou pharmaceutique : chlorophylle des légumes verts, pigment des mûres, des myrtilles, etc.

Les selles du régime lacté sont d'ordinaire jaune clair, car elles renferment la stercobiline à l'état de chromogène. Mais si le régime lacté entraîne de la constipation, les selles prendront alors l'aspect et la couleur habituelle des matières qui ont longuement séjourné dans le gros intestin.

Parmi les colorations d'origine médicamenteuses les plus banales, nous citerons seulement : le fer, noir ; le bismuth, noir s'il est rejeté sous forme de sulfure. S'il a été pris en grande quantité (examen radiologique, pansement d'ulcus gastrique), les selles seront blanches, ainsi qu'après l'ingestion de baryte.

Les purgatifs à la phtaléine peuvent, en milieu acalin, colorer les matières en rouge.

Produits pathologiques.

Outre le sang, dont nous venons de parler, les matières peuvent renfermer du mucus, des concrétions diverses, des parasites.

Le mucus peut se présenter sous deux aspects : une gelée plus ou moins transparente ou bien un coagulum semblable à du blanc d'œuf ou à des membranes.

La présence de mucus en quantité appréciable, et quelle que soit sa forme, indique un proessus réactionnel de la muqueuse intestinale.

Il existe tous les intermédiaires entre la mince couche brillante de mucus qui vernit presque toujours les selles de constipation — dont le séjour trop prolongé dans le gros intestin a irrité la muqueuse — et les selles de dysenterie amibienne qui, à un stade avancé, sont presqu'exclusivement composées de mucus.

Il ne faut pas s'attendre à tirer des conclusions très intéressantes de l'étude du mucus intestinal. Elle a été poursuivie avec grand soin, particulièrement à l'époque où l'abus des lavages intestinaux l'engendrait chez un grand nombre de malades. Dans ces cas chroniques, c'est le plus souvent sous forme de membranes que le mucus était évacué. Ces formes sont heureusement beaucoup plus rares aujourd'hui.

Il est bien difficile de fixer avec précision l'origine anatomique du mucus. Plus il est superficiel, plus il provient d'un segment inférieur intestinal. Quand il recouvre les fèces, sans y être intimement incorporé, nous présumerons qu'il provient du rectum.

Les matières peuvent aussi renfermer du pus, mélangé ou non de mucus ou de sang. C'est par l'examen microscopique (leucocytes) qui l'on pourra reconnaître sa présence.

Quant aux diverses concrétions qui peuvent être incluses dans les matières, leur recherche se fait en entraînant par un courant d'eau tous les éléments microscopiques.

Il suffit de placer la selle dans un nouet de gaze, et de la triturer dans un verre, sous un courant d'eau, au moyen d'une tige mousse, ou entre les doigts gantés de caoutchouc.

On prolonge l'opération tant que l'eau de lavage sort trouble. A ce moment, on retire le nouet, et l'ouvre. Les éléments macroscopiques y sont renfermés.

La détermination de la nature chimique de ces concrétions n'est pas du ressort du médecin praticien. Il reconnaîtra aisément les calculs de cholestérine qui flottent sur l'eau, mais pour plus de précisions sur la nature de ces formations, il les expédiera au laboratoire d'analyse.

S'il existe des parasites macroscopiques, c'est également à ce stade de l'examen qu'on les reconnaîtra : anneaux de tænias, botriocéphale, ascaris (celui-ci, adulte, aura été vu dès le premier coup d'œil jeté sur la selle, vu ses dimensions) oxyures. Nous n'insisterons pas sur les caractères de ces différents parasites, dont la description morphologique se trouve dans tous les manuels.

Quant aux parasites de dimensions inférieures, nous les décelerons au cours de l'examen microscopique dont nous allons nous occuper maintenant.

(*A suivre.*)

LA REVISION DE LA COMPOSITION DES EAUX MINÉRALES

Par le docteur CONSTANT,

Ancien interne des hôpitaux de Nancy,
Médecin consultant aux eaux de Vittel.

J'ai souvent et depuis longtemps constaté des variations dans les effets des eaux minérales, d'une saison à l'autre.

Il faut toutefois tenir compte d'une série de facteurs qui influencent la cure et ont une répercussion forcée sur le fonctionnement des organes. Et tout d'abord, la température : on sait que les grandes chaleurs diminuent la sécrétion urinaire, par l'effet d'une transpiration trop abondante, qu'elles fatiguent les malades, qu'elles occasionnent chez les prescléreux, artério-scléreux, arthritiques de toutes conditions, une exagération de la tension artérielle souvent trop élevée, favorable aux congestions et qui impose au médecin une réserve prudente dans la direction du traitement.

Il existe aussi des dispositions individuelles spéciales, variables d'une année à l'autre, un état organique particulier, qui ont aussi une importance considérable, soit que la situation se soit aggravée ou que certaines fonctions organiques momentanément ralenties (des insuffisances ayant pu se développer) se laissent moins facilement influencer par les eaux.

Ces réserves faites, j'ai constaté néanmoins que les effets des eaux avaient varié en intensité, surtout dans les stations où les sources étaient peu exploitées pendant la guerre (zone des armées), et que leur valeur curative, comme la diurèse, semblait s'être accrue dans des proportions difficiles à déterminer, exactement mais nettement accentuées.

Faut-il attribuer cette recrudescence d'activité curative au fait bien nauturel, qu'ayant fait un appel moins abondant et moins continu à la nappe d'eau agissante (les expéditions d'eau minérale étant à peu près nulles) pendant la longue période de stabilisation de la zone des armées, celle-ci ait pu augmenter ainsi considérablement sa richesse ?

Cette nappe d'eau aurait donc eu tout le temps de s'incorporer en plus grande abondance les éléments minéraux qu'elle tire du sous-sol et, de ce fait, arriver à une concentration moléculaire plus intense.

Ce résultat est très possible et paraît même certain, étant donné ce que nous savons de l'origine des eaux minérales.

Le contraire peut aussi se produire, c'est-à-dire, une minéralisation plus faible avec un débit très abondant.

Enfin, des modifications du sol peuvent survenir (dislocation, plissements, failles) où s'intercalent des débris du sol en voie de formation ou d'accumulation (Chassevant) et qui peuvent faire varier la composition des eaux. Quoi qu'il en soit, pour un clinicien averti, ce sont là des faits qui méritent une étude suivie et approfondie.

Il me paraît absolument nécessaire de procéder à une révision de la composition des eaux minérales, qui devrait être bis-annuelle, et de plus, effectuée à des époques variables de l'année à fixer (été, hiver, etc.), de façon à en saisir aussi parfaitement que possible les différentes variations.

Ces opérations seraient faites sous le contrôle de l'Académie de médecine et des services compétents.

Cette étude ainsi renouvelée serait tout à l'avantage des stations thermales, les malades y trouveraient une nouvelle garantie, appuyée déjà sur un long passé de succès cliniques incontestables, elle ferait taire les critiques plus ou moins intéressées ou plus ou moins stupides, qu'elles viennent du dedans ou de l'étranger ; et enfin, elle permettrait aux praticiens des villes d'eaux de fixer sur des bases thérapeutiques indiscutables la valeur des ressources hydro-minérales respectives mises à leur disposition, en faisant la part de chacune des influences que j'ai signalées plus haut.

Aussi, je propose, m'appuyant sur les idées du professeur Chassevant (1), d'exiger des stations thermales l'analyse bi-annuelle des eaux minérales sur les bases, suivantes :

1° *Etude de la fluorescence* pour démontrer la pureté de l'eau ;

2° *Mesurer l'indice de réfraction des eaux.* Toute variation de cet indice doit attirer l'attention sur la composition de l'eau. Cet indice à mesurer chaque jour. (Appareil de Zeiss) ;

3° *La densité* ;

4° *La pression osmotique* ;

5° *La thermalité* ;

6° *L'ionisation* ;

7° *La conductibilité électrique.* Mesure de la résistance électrique ;

8° *La cryoscopie* ;

9° *Les gaz* ;

10° *La radioactivité* ;

11° *La composition chimique des eaux et ses variations*

Recherches très importantes pour les raisons que j'ai exposées.

Mais, ces analyses devront être faites comme le dit Chassevant, suivant la méthode de A. Gautier et Moureu, et calculées en ions électropositifs et électronégatifs, et non pas suivant les méthodes constamment en usage, car « les découvertes modernes ont démontré que les sels n'existent pas sous leur forme combinée dans les solutions, mais sont dissociés en leurs ions électropositifs et électronégatifs ».

Cette révision bis-annuelle de la composition des eaux minérales devrait être sanctionnée par une loi avec des pénalités pour les stations ou sources qui ne se soumettraient pas à ce contrôle.

Dr CONSTANT.

(1) Hydrologie elémentaire à l'usage des médecins.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Les tests pharmacodynamiques du tonus vago-sympathique et les états anaphylactiques.

Chez les sujets anaphylactisés, il était intéressant de rechercher, en dehors même des crises d'anaphylaxie, l'état de leur système organo-végétatif. Une série d'épreuves ont été proposées pour mettre en évidence la vagotonie ou la sympathicotonie, en particulier la recherche du réflexe oculo-cardiaque et les tests pharmacodynamiques.

L'exagération du réflexe oculo-cardiaque permettrait d'affirmer la *vagotonie*. Les vagotoniques auraient aussi une salivation exagérée et une sudation très prononcée après une injection sous-cutanée à faible dose de pilocarpine (qui a une action excitatrice sur le vague).

Les *sympathicotoniques* réagiraient à l'injection sous-cutanée de 1 milligr. d'adrénaline (qui a en un effet excitateur direct sur le sympathique) par une accélération du pouls, une légère hypertension, de la glycosurie modérée, et parfois des troubles fonctionels tels que tremblement éréthisme, angoisse précordiale. L'injection sous-cutanée de 1 milligr. d'atropine (qui inhibe le vague et laisse ainsi le sympathique seul en action) provoquerait chez les mêmes sujets de la tachycardie, de la sécheresse de la bouche et de la mydriase.

Des recherches de vérification des tests pharmacodynamiques ont été faites par MM. Pasteur, Vallery-Radot, J. Haguenau et M. A. Dollfus chez des sujets atteints de syndromes d'ordre anaphylactique : urticaire, asthme, rhume des foins, migraine.

Tous leurs malades, présentant des syndromes anaphylactiques, ont réagi de façon très diverses aux trois épreuves pharmacodynamiques. Et, qui plus est, des résultats tout aussi divers ont été obtenus chez des témoins normaux, ou atteints des affections les plus variées. On doit donc douter de la valeur de ces tests pour explorer l'équilibre du système organo-végétatif. Leur emploi par la voie sous-cutanée ne semble pas permettre d'établir une classification entre vagotoniques et sympathicotoniques, bref d'explorer le système vago-sympathique, qui, en dystonie, prend avec la dysendocrinie, une part des plus importantes dans les états anaphylactiques. (*La Presse médicale*, 19 décembre 1923.)

Le principe bactériophage (B. de d'Hérelle).

Pour expliquer l'immunité, on envisage la formation d'anticorps dans l'organisme. Mais les récentes découvertes de d'Hérelle viennent de nous révéler un aspect de l'immunité et des processus curateurs naturels tout à fait différents et indépendants de la notion des anticorps. Cet auteur a découvert dans l'intestin de convalescents de maladies intestinales (la dysenterie et la fièvre typhoïde) un principe, qu'il suppose un être animé ultra-microscopique, invisible et filtrant chargé de détruire le microbe causal de la maladie et ainsi d'assurer la guérison. Ce principe (qui se trouve dans les selles de convalescents) ajouté à dose infinitésimale à une culture de bacilles dysentériques, détruit ceux-ci à 37 degrés. Il est, de plus, transmissible de cette culture lysée à une culture fraîche indéfiniment. D'Hérelle a pu faire ainsi 935 passages. En dehors des affections intestinales, on a rencontré également un bactériophage actif sur le staphylocoque, qui végète dans la sérosité des pustules de vaccin.

Dans les épidémies d'affections intestinales, il manque toujours dans les matières des individus gravement atteints, dans les formes mortelles de la maladie ; il manque aussi au début de la maladie comme il manque au début de l'épidémie. Par contre, il est présent dans des selles des individus convalescents, dans les selles des individus guéris, et à la fin de l'épidémie, dans les selles des individus sains qui ont résisté. On ne le trouve donc que dans les formes qui guérissent ou qui résistent et non pas dans les formes mortelles. Si l'on rapproche ces constations de faits épidémiologiques connus, on voit qu'elles s'accordent complètement avec l'évolution naturelle d'une épidémie, où les cas d'abord peu nombreux augmentent de nombre en même temps que les formes graves ou mortelles sont elles-mêmes plus abondantes ; puis, surviennent des formes plus bénignes ; enfin l'épidémie s'éteint d'elle-même.

Ce bactériophage, ne pouvant se multiplier dans les cas mortels, le ferait au contraire dans toutes les formes bénignes guérissables. Au cours d'une épidémie, il se transmettrait des convalescents et des guéris aux individus sains et les préserverait : l'*immunité serait ainsi contagieuse.* Cette notion est tout à fait nouvelle.

Ce bactériophage, dit le Pr Philibert, se distingue nettement des anticorps connus, car il n'agit que sur des microbes vivants ; ce qui fait penser qu'il s'agit d'une sorte de symbiose. Il résiste à des températures élevées (70° et même 102°) et aux antiseptiques, mais il est détruit par les sels de quinine.

Il s'agit de savoir si *pratiquement* on peut utiliser ces deux faits que nombre de maladies à détermination intestinale sont guéries naturellement par le bactériophage, et que celui-ci immunise, vaccine les individus sains.

Déjà d'Hérelle a montré que l'ingestion ou l'inoculation d'un bactériophage associé *au microbe qu'il lyse* peut amener la guérison d'un organisme malade (typhose aviaire), et cela par une *prise unique*. L'auteur a pu appliquer le même principe à la guérison d'une femme atteinte de pyélo-néphrite gravidique : injection simultanée sous la peau et dans la vessie d'un lysat, par un bactériophage (*déja adapté au coli*) d'une culture de coli-bacille isolé bactériologiquement des urines de la malade.

A remarquer que l'inoculation vaccinante doit *être unique*, ou tout au plus répétée deux fois à 48 h. d'intervalle ; expérimentalement, il est, en effet, démontré que les injections répétées de lysat bactériologique entraînaient chez l'animal en expérience, au lieu d'une immunité, une sensibilité plus grande à l'infection.

Cette découverte d'Hérelle est donc intéressante ; mais il faut se garder de vouloir généraliser et transporter dans toute la pathologie un procédé d'immunité et de vaccination qui paraît être seulement l'apanage de l'intestin. (*La Médecine*, décembre 1923.)

Les états mentaux de la femme enceinte.

Dans cette intéressante étude, MM. H. Vignes et Codet n'ont en vue que les variations dans l'état mental, à l'exclusion des psychoses proprement dites.

Les causes de ces modifications spéciales, fréquemment observées, relèvent tout d'abord de facteurs biologiques et de facteurs psychiques. C'est toute une série d'altérations bio-chimiques et organiques qui se produisent chez la femme enceinte et retentissent plus ou moins consciemment sur son état mental. C'est aussi le choc émotionnel important que réalise, pour la femme, dans maintes circonstances, la connaissance d'une gestation.

Puis, interviennent la prédisposition psychopathique, héréditaire ou acquise, et l'état antérieur, de débilitation organique. Pour certains auteurs, en effet, cet état particulier de prédisposition est indispensable, alors que, pour d'autres, la gestation joue réellement le rôle d'une cause efficiente. Si souvent on observe un état mental assez particulier, qui n'a rien de proprement pathologique et ne paraît lié à aucune prédisposition constitutionnelle, on relève d'autres fois des aspects qui trahissent déjà un léger déséquilibre névropathique ; il s'agit de femmes plutôt « nerveuses » à l'ordinaire, et qui présentent durant la gestation un état particulier d'instabilité émotionnelle. Ce sont ensuite des parturientes, qui représentent un terrain où la dégénérescence est plus manifeste, et qui fournissent des types plus franchement pathologiques : grandes impulsives, véritables kleptomanes.

Il faut dire enfin qu'il existe aussi des nerveuses, en meilleur équilibre psychique au cours de la gestation, les hyperthyroïdiennes, notamment.

Dans l'ensemble, ces syndromes psychiques de la gestation présentent une évolution bénigne et favorable ; à l'ordinaire, ils s'atténuent progressivement et disparaissent lors de l'accouchement, si ce n'est déjà fait. Du reste les psychoses gravidiques sont, au contraire, d'une apparition plus tardive et d'une évolution progressive, et elles restent fixées. Les troubles précoces vont en régressant à partir du troisième mois ; ils disparaissent sans laisser de traces, mais se montrent après chaque nouvelle fécondation.

De toute façon, ces modifications de l'état mental traduisent toujours, sinon une souffrance, du moins une difficulté d'adaptation de l'organisme maternel. Elles sont de véritables signaux d'alarme, qui exigent impérieusement plus de ménagements et une meilleure hygiène de la future mère. (*Le Progrès médical*, 15 décembre 1923.)

F. G.

Province et divers

Les claudications de la hanche améliorées par la cure thermale de Bourbonne-les-Bains.

Les claudications de la hanche sont, d'après M. Gay, parmi les impotences fonctionnelles qui relèvent de la cure thermale de Bourbonne-les-Bains, les plus fréquentes, les plus justifiées.

A la suite des traumatismes, des fractures du col du fémur, dans les luxations congénitales réduites, dans les malformations articulaires minimes, et dans les ostéochondrites, le trouble fonctionnel relève de la lésion articulaire, mais aussi d'un état douloureux qui fait cortège à une insuffisance du système musculaire. Calmez la douleur, rendez assez de puissance à ces muscles de la hanche, qui sont ses ligaments actifs, vous permettez à la fonction de locomotion de s'exercer dans une mesure suffisante, vous atténuez la claudication.

C'est ce que font les eaux de Bourbonne qui, par leurs actions circulatoires et dynamogéniques, opèrent le réveil de l'énergie musculaire, en même temps qu'elles apaisent les réactions articulaires, et régénèrent les synoviales, comme le prouvent encore les améliorations qu'elles suscitent dans l'arthrite sèche (*morbus coxæ senilis*). (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1923.)

Abus de l'huile de ricin chez les nourrissons.

Dans la région lyonnaise, écrit M. Chatin, l'usage, même immodéré, de l'huile de ricin employée comme purgatif des petits enfants et des nourrissons est florissant.

Il en est un peu partout de même, dirons-nous, et la tendance des nourrices est de recourir, au moindre malaise, et même chez l'enfant le mieux portant, à la purgation.

L'auteur s'élève excellemment contre cette fâcheuse coutume qu'il a proscrite rigoureusement dans les fondations spéciales dont il assure le service médical.

En cas de constipation, l'huile de ricin n'agit que temporairement, et la constipation reparaît ensuite. En cas de diarrhée, elle peut avoir de graves inconvénients pour l'enfant. Enfin, s'il est bien portant, on cherche vainement pourquoi on le purgerait, d'autant plus que l'on risque, surtout en été, de provoquer ainsi une diarrhée grave.

La diète hydrique bien comprise et bien employée vaut infiniment mieux que l'action brutale du purgatif.

Ce n'est que chez les enfants déjà gros que l'auteur consent à prescrire l'huile de ricin, dans l'embarras gastrique.

Il fait siennes les paroles suivantes de Blechmann : « Sauf avis absolument formel du médecin, on n'administrera jamais à un petit enfant du calomel, de l'huile de ricin ou du sulfate de soude, pas plus pour une diarrhée que pour la constipation ou une affection fébrile ». (*Lyon méd.*, 2 mars 1924.)

Les mutilations volontaires par armes à feu.

Au cours de la guerre de 1914-1918, et surtout dans la première année, des condamnations sévères ont été prononcées par des Conseils de guerre spéciaux, pour mutilations volontaires constatées surtout aux mains, parfois sur le seul rapport du médecin chargé de l'expertise médico-légale. Certains de ces jugements hâtifs, rendus à la suite d'une procédure très sommaire, et d'une instruction incomplète, ont été l'objet d'arrêts de la Cour de Cassation, qui les a cassés, réhabilitant par là même la mémoire des victimes de ces mesures inconsidérées.

On en a pris texte pour incriminer les médecins qui avaient fourni les rapports ayant motivé la décision des juges.

M. Chavigny, professeur de médecine légale à la Faculté de Strasbourg, qui entreprend la publication des recherches qu'il a faites pendant la guerre elle-même, s'efforce de démontrer que les médecins étaient excusables dans une certaine mesure d'avoir formulé des conclusions basées sur les notions qu'ils possédaient sur le sujet, notions relatives à l'ancien armement, et à la poudre noire. L'usage du fusil Lebel et de la poudre pyroxydée a en effet modifié l'aspect des plaies faites à bout portant, à bout touchant à brûle-pourpoint. Or, la guerre fournissait pour la première fois l'occasion de constater les effets de ce nouvel armement.

« Toute la médecine légale afférente à l'armement en usage dans une armée doit être complètement connue dès le temps de paix ».

L'entreprise de M. Chavigny est des plus méritoires, et il faut le remercier de lui donner le jour en souhaitant que l'expérience qu'il a acquise personnellement, et dont il veut faire profiter le corps médical, n'ait pas lieu de longtemps d'être mise à contribution.

Du premier chapitre sur le médecin expert, l'expertise des cas de mutiliation volontaire, je dégage cette affirmation, tout à l'honneur de l'esprit français, et qui est profondément réconfortante, c'est que les mutilations volontaires sont très rares, et que, quand on a cru à de véritables épidémies réclamant des mesures énergiques, dans l'intérêt de la discipline, il s'est toujours agi de circonstances spéciales qui légitimaient le nombre élevé de cas constatés. Il en avait été déjà ainsi pendant les guerres de l'empire, et l'auteur rappelle comment Larrey démontra à Napoléon, au risque d'une disgrâce, que la troupe ne méritait pas la suspicion qui, un moment, avait plané sur elle. (*Strasbourg Méd.* 16 février 1924.)

Les chenilles venimeuses et les accidents éruciques.

Après avoir décrit l'appareil venimeux des chenilles douées de ces propriétés, et qui appartiennent surtout à la variété des processionnaires, M. Lapie étudie la dermite qu'elles provoquent, et qui est bien désignée par le terme d'urticaire endémique. Celle-ci débute quelques heures après l'inoculation (2 heures à 8 h.), par de violentes démangeaisons. Puis, survient de l'érythème compliqué le plus souvent de papules, soit du type prurigo, soit du type urticarien, papules dont la dimension varie d'un grain de chènevis à une pièce de 50 centimes et même d'un franc, dont la couleur est variable également : rose, orange, rouge, blanc. Une petite vésicule peut apparaître au sommet de la papule, laissant suinter par grattage un liquide roussâtre qui se concrète en croûtelle jaune ambré.

La confluence des éléments papuleux donne à la région un aspect boursouflé, œdématié. L'inoculation peut se faire au niveau de la conjonctive, de la cornée, de la bouche, des voies respiratoires, des organes génitaux.

Le diagnostic est facile quand le cas observé se manifeste dans une région à urticaire endémique. Il est beaucoup plus délicat en dehors de cette notion régionale. On fera la distinction de cette affection avec la gale ou une urticaire d'ori-

gine interne. Une biopsie montrerait la présence de poils implantés dans l'épiderme ou dans les chorion. De même le raclage des points atteints examinés au microscope pourrait également déceler les poils en question. Chez les ouvriers travaillant le bois, on pourra confondre l'urticaire endémique avec des lésions cutanées produites par la matière première elle-même.

Le pronostic, habituellement bénin, peut s'assombrir s'il survient de l'œdème de la glotte, du gonflement de la langue.

Comme traitement local, l'auteur préconise les lotions à l'eau vinaigrée, les frictions avec du persil, du pourpier. La teinture de myrtille serait le spécifique de la stomatite érucique. Le gonflement de la langue, l'œdème de la glotte seront combattus avec des gargarismes et des pulvérisations intralaryngées à base d'adrénaline. Enfin, quand on assiste à la généralisation des éruptions, on peut incriminer un terrain névropathique sous-jacent et prescrire un traitement général approprié (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janvier 1924.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

A propos du cinématographe.

(M. Doléris. — *Académie de médecine* ; 11-3-1924.)

La Commission du Vieux-Paris prit, il y a quelque temps, la décision d'apposer une plaque commémorative sur l'immeuble du boulevard des Capucines où eut lieu, en 1895, par les soins des frères Lumière, la première projection publique de cinématographie. L'inscription devant être gravée sur cette plaque fut ainsi rédigée : « Ici, le 28 décembre 1895, le cinématographe, invention des frères Lumière, réalisa les premières projections publiques de photographie animée ».

M. Pierre Noguès, chef de laboratoire à l'Institut Marey, crut devoir adresser à ce propos une lettre à M. Doléris, président de l'Académie de médecine, dans laquelle il montre que le cinématographe dérive des inventions de E.-J. Marey, qui en consacra le principe dans une communication à l'Académie des Sciences, le 3 novembre 1890.

Ecrivant à son tour à M. Le Corbeiller, président de la Commission du Vieux-Paris, M. Doléris propose de réunir le mérite de Marey et des frères Lumière en modifiant le texte de l'inscription dans le sens suivant :

« Ici, le 28 décembre 1895, furent réalisés par les frères Lumière, les premières projections publiques de photographie animée, obtenues par la méthode de E.-J. Marey, de l'Institut et de l'Académie de médecine ».

— M. Cazeneuve soutient, au contraire, quant à la découverte du cinématographe, la priorité des frères Lumière. Nous y reviendrons.

La circoncision en Tunisie.

(M. Dinguizli. — *Académie de médecine* ; 11-3-1924.)

M. Dinguizli, qui, plusieurs fois déjà a présenté à l'Académie d'intéressants travaux sur la médecine musulmane, fait une communication relative aux améliorations hygiéniques à introduire dans la pratique cultuelle de la circoncision chez les musulmans de Tunisie.

La circoncision est une des mesures d'hygiène élémentaire conseillées par le Prophète, dont le nombre serait de cinq : circoncision, rasage du bas-ventre, taille de la moustache au bord de la lèvre supérieure, épilation des aisselles et taille des ongles.

En Tunisie, les enfants sont généralement circoncis à l'âge de cinq ans. L'opération est faite par des sortes de barbiers (tahar) dont l'expérience est quelquefois grande, mais dont les connaissances de chirurgie aseptique sont nulles. Le circonciseur coupe le prépuce avec des ciseaux, arrête l'hémorrhagie avec de l'amadou ou une poudre astringente, ou encore par une ligature des vaisseaux dorsaux de la verge faite avec un fil imbibé de sa propre salive. L'absence de toute asepsie dans l'intervention et les pansements rend assez fréquentes les complications : lymphangite, adénites suppurées, érysipèle, syphilis.

M. Dinguizli propose de faire réglementer par décret beylical l'opération de la circoncision en Tunisie, et d'initier les circonciseurs aux règles élémentaires de l'asepsie et de l'antisepsie.

Etude de 328 cas de fièvre typhoïde.

(MM. Courtois-Suffit, F. Bourgeois et R. Garcin. — *Académie de médecine* ; 11-3-1924.)

Les auteurs apportent une statistique de 328 cas de fièvre typhoïde examinés complètement au point de vue étiologique, clinique et bactériologique. Il s'agit de fièvre typhoïde à Paris et de malades hospitalisés à l'hôpital Dubois, du 1er juillet 1919 au 15 février 1924.

Dans cette statistique, le chiffre des femmes (224) est beaucoup plus élevé que celui des hommes (104). On en connaît la raison : les vaccinations anti-typhiques faites aux armées, pendant la guerre, et dont le rôle prophylactique se prolonge encore.

Etiologiquement, une notion se dégage. Pour Paris (et les autres grandes villes, sans doute), la contagion de la fièvre typhoïde se fait assez rarement par l'eau, et beaucoup plus souvent par les porteurs de germes ou les aliments souillés : lait, légumes, gâteaux à la crème et surtout huîtres. Les pâtissiers fabriquent et vendent des « Saint-Honorés », des « religieuses » et autres gâteaux analogues que le public continue à ingérer sans savoir qu'ils contiennent quelquefois des germes de mort en culture floride, paratyphiques ou typhiques. Quant à la fièvre typhoïde ostréaire, elle s'observe encore en cas nombreux et aussi graves. Le médecin rendra un service précieux aux amateurs d'huîtres, en leur conseillant de se faire vacciner préventivement.

Au point de vue clinique, M. Courtois-Suffit note la fréquence de la constipation (274 cas) comparativement à la diarrhée (154 cas seulement). Les formes adynamiques sont exceptionnelles. Bactériologiquement, le bacille d'Eberth intervient beaucoup plus communément (ici 297 fois) que les para A ou B (31 fois seulement).

Les auteurs insistent enfin sur l'utilité de la vaccination anti-typhique. Ils la recommandent en particulier aux consommateurs d'huîtres, des exemples typiques de contamination familiale ayant montré que les sujets non vaccinés faisaient toujours des formes graves, tandis que ceux vaccinés restaient indemnes ou ne faisaient qu'une infection atténuée. La fièvre typhoïde ostréaire est, en effet, généralement sérieuse. Elle débute assez brusquement par des frissons et des vomissements ; les complications y sont fréquentes, et le pourcentage de mortalité considérable (17 pour 100 au lieu de 3,5 % dans les formes non ostréaires).

Le virus fixe encéphalitique en thérapeutique.

(MM. A. Marie et Poincloux. — *Académie de médecine* ; 11-3-1924.)

Le virus de l'encéphalite léthargique, mis en évidence en 1920 par Levaditi et Harvier, est devenu entre les mains de MM. Levaditi et Nicolau, un virus fixe (souche Carnot). On pouvait se demander si l'acclimatement du microbe humain sur lapins n'avait pas modifié les affinités dudit microbe au point de le rendre non pathogène pour l'homme. Le 11 février 1924, dans une communication à l'Académie des Sciences, M. Levaditi montrait qu'il en est bien ainsi.

Partant de là, des auteurs tentèrent une vaccinothérapie spécifique des séquelles de l'encéphalite épidémique, du parkinsonisme post-encéphalitique en particulier. MM. Auguste Marie et Poincloux relatent huit observations dans lesquelles le virus fixe a été employé en injections intra-rachidiennes chez des sujets offrant des reliquats d'encéphalite. La méthode a paru sans danger et a donné quelques résultats encourageants.

— M. Netter ne croit pas l'injection intra-rachidienne nécessaire en pareille circonstance. L'injection intra-musculaire donnerait probablement les mêmes effets, comme elle le fait pour le sérum anti-poliomyélitique. A la période aiguë de la maladie, l'abcès de fixation de Fochier reste un moyen actif et recommandable, dont l'emploi réduit dans des proportions notables les manifestations tardives.

La compression oculaire dans les crises tachycardiques.

(MM. A. Clerc, Noel-Deschamps et Surmont. — *Académie de médecine*, 11-3-1924.)

Les crises tachycardiques sont influencées par une action sur le pneumogastrique. On peut la réaliser directement par la compression digitale du tronc nerveux même (surtout à droite), au niveau de la région cervicale, suivant le procédé classique de Czermak. Mais cette méthode, si efficace parfois, demeure, d'autres fois, impuissante. On cherchera alors à utiliser le pouvoir ralentissant du réflexe de Dagnini-Aschner.

M. Clerc rapporte un cas où cette thérapeutique par la compression des globes oculaires a donné un excellent résultat. Les crises tachycardiques, chez sa malade, calmées d'abord pas la quinidine, subirent ensuite une exacerbation sous l'influence de fortes émotions. La compression oculaire procura alors un succès complet.

Cependant, il ne faudrait pas recourir, en pareille circonstance, au réflexe oculo-cardiaque sans précautions, car il n'est pas indifférent pour le cœur de passer en quelques dixièmes de seconde de la course la plus effrenée à l'arrêt presque total. Le sujet sera couché, tête basse. On pratiquera une compression bilatérale, assez forte (sous peine de produire l'effet inverse), mais de préférence discontinue, en surveillant chaque fois l'état du pouls. La durée et la force de la compression seront graduellement augmentées sans dépasser une demi-minute par épreuve, tout au moins pour commencer.

La gravité des « vaselinomes ».

(M. Ch. Lenormant. — *Société de chirurgie* ; 23-1-1924.)

M. Lenormant présente une malade qu'il a opérée de tumeurs fibreuses ulcérées des deux cuisses consécutives à des injections huileuses. Cette femme avait été soignée en 1907 par des injections anti-tuberculeuses à véhicule huileux, qui laissèrent des nodules indurés en différents points des cuisses. Huit années plus tard, les masses nodulaires prirent un développement anormal et s'abcédèrent. En 1920, escarre trochantérienne gauche suivie d'ulcération. A cette époque, M. Lenormant fit une première opération. En novembre dernier, du côté droit cette fois, apparut une ulcération de la cuisse qui nécessita une large exérèse. Une récidive se montra, en même temps, du côté gauche.

L'auteur insiste à ce propos, après M. Jacob, sur la gravité de ces vaselinomes, ou huilomes, à marche progressive et envahissante, qui peuvent évoluer comme de véritables néoplasmes.

— M. ALGLAVE a vu et opéré deux cas du même genre. Une fois, la malade avait des placards dans les seins, où l'on avait pratiqué des injections d'huile minérale camphrée. Les placards récidivèrent après ablation large. L'huile minérale s'était comportée dans les tissus comme l'huile ordinaire dans le marbre, s'y étendant indéfiniment et donnant lieu, en somme, à une maladie grave.

— M. JACOB confirme les remarques de MM. Lenormant et Alglave. Chez tous les sujets qu'il a observés et qui ont fait l'objet de ses travaux sur la question, la récidive s'est produite. Chez deux, en particulier, malgré une opération très large, elle s'est faite *in situ*. On peut rencontrer, même, de véritables métastases. Le pronostic de ces vaselinomes est donc sérieux.

Douve vivante dans le cholédoque.

(MM. GOSSET et LE NOIR. — *Société de chirurgie* ; 23-1-1924.)

La présence de douves (*fasciola hepatica*) dans les voies biliaires de l'homme est une rareté (14 cas connus). Plus exceptionnelles encore sont les interventions ayant pour résultat l'extraction d'un de ces parasites vivant des canaux biliaires.

La malade de MM. Le Noir et Gosset fut opérée avec le diagnostic clinique de calcul du cholédoque. Le ventre ouvert, on perçut un corps étranger dans le cholédoque et l'on retira un petit parasite mou, vivant, que le chef de laboratoire reconnut être une douve. Suites opératoires et guérison normales.

Le premier cas certain de *Fasciola hepatica* dans le cholédoque est celui de Biermer (1863), chez un homme ayant accusé des douleurs hépatiques, et mort d'ictère grave. La présence de douves dans les voies biliaires a été constatée au cours d'autopsies par divers auteurs. Le seul exemple rapporté jusqu'à présent de découverte opératoire de ce parasite est le cas de Villard et Bocca (1922).

La distomatose paraît être une affection fort rare chez l'homme. Il semble que l'usage du sel ne soit pas favorable au développement du parasite (Ward). En tout cas, l'homme échappe ordinairement à cette infestation, malgré les chances multiples de contage qu'il rencontre dans les milieux ruraux (Brumpt). D'ailleurs, la douve ne se reproduit pas dans l'organisme et est d'une longévité limitée.

Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen des selles (présence des œufs). La thérapeutique médicale de cette affection, une fois le parasite installé dans les voies biliaires, n'est pas encore trouvée.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Contribution à l'étude des rapports hydriques urinaires.

M. SERR rappelle que le Dr Chiaïs a établi l'existence d'un rapport physiologique entre les quantités d'urines et les quantités de boisson d'un nyctémère intégral, et d'un rapport physiologique entre les quantités d'urine rendues dans l'intervalle des repas et les quantités d'eau prises à ces repas. Ces rapports sont normalement supérieurs à l'unité dans les cas d'alimentation mixte.

Il peut arriver que sous l'influence de causes diverses : absorption de boissons en quantité supérieure à la capacité optimum de la sécrétion urinaire, hypo ou hyperacidité du milieu organique, excès d'ammoniaque dans l'organisme, maladies chroniques, modifications dans le fonctionnement des différents organes , etc., ces rapports deviennent irréguliers. Ces irrégularités traduisent une modification de l'activité osmotique des cellules de l'organisme.

L'auteur fait une étude de cette question, et il communique un certain nombre d'observations personnelles se rapportant soit à des sujets en bonne santé, soumis à une alimentation mixte, soit à des sujets atteints de malades chroniques ou en période de convalescence d'une maladie aiguë.

Les sujets du premier groupe présentèrent des rapports hydriques urinaires constamment supérieurs à l'unité, c'est-à-dire normaux.

Dans le second groupe, les particularités suivantes furent constatées. Les malades atteints d'affections chroniques eurent des rapports inférieurs à l'unité. On vit chez la plupart de ceux qui étaient en convalescence d'affections aiguës le retour à la normale des rapports précédemment irréguliers. Chez d'autres qui étaient en même temps artério-scléreux, les rapports furent toujours inférieurs à l'unité, même lorsque la guérison de leur maladie aiguë fut complète ; cette dernière constituait une affection surajoutée à un état chronique capable de rendre lui-même les rapports hydriques urinaires inférieurs à l'unité.

Ces constatations montrent l'intérêt qu'il y aurait à rechercher l'état de ces rapports pour apprécier la régularité des fonctions nutritives. Cette recherche aurait particulièrement son utilité dans la convalescence d'une maladie infectieuse, car elle pourrait permettre de savoir si l'organisme est revenu ou non à son état d'équilibre normal.

Un cas d'épithélioma calcifié.

M. J.-P. TOURNEUX rapporte l'observation d'une fillette âgée de 7 ans, présentant au niveau de la face antérieure de l'avant-bras gauche, une petite tumeur sous-cutanée de consistance très régulière et dure, mesurant trois centimètres de long. L'exa-

men histologique, fait après décalcification, a montré que cette tumeur présentait la structure des épithéliomas calcifiés telle que Malherbe l'a décrite.

L'auteur ne pense pas que l'on puisse la considérer comme un endothéliome, ni comme une néoplasie développée aux dépens des glandes sudoripares, mais estime qu'il s'agit là d'une prolifération des cellules épithéliales des glandes sébacées, arrêtée dans son évolution par l'envahissement calcaire.

Appendice géant simulant une tuberculose iléo-cæcale.

M. Daunic rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, qui ayant eu, à six mois d'intervalle, deux crises successives d'appendicite, traitées médicalement, entra à l'hôpital en vue d'intervention.

Son état général était plutôt médiocre, et à la palpation de la fosse iliaque droite, on sentait un gros boudin remontant jusque dans la région hépatique. Par suite de ces constatations, ainsi que du résultat de l'examen radiographique qui donnait un cæcum avec des espaces lacunaires, l'interprétation des faits observés pencha, malgré les avis du médecin traitant, vers l'idée d'une tuberculose iléo-cæcale.

Une laparotomie exploratrice montra un cæcum normal refoulé en avant par un très gros appendice mesurant 12 cent. de long avec un diamètre de 3 cent., qui lui adhérait fortement et dont l'ablation fut assez pénible. Les suites opératoires furent normales.

L'examen biologique montra qu'il s'agissait d'une hypertrophie chronique simple sans aucune lésion d'origine tuberculeuse.

Après avoir signalé la rareté de cette forme hypertrophique observée, car la plupart des appendices dits géants ne sont que des dilatations kystiques par obturation complète de la lumière, l'auteur insiste sur la difficulté que présente le diagnostic en pareil cas. Les examens cliniques et radiographiques peuvent parfois induire en erreur : aussi convient-il d'accorder une très grande valeur aux renseignements fournis par le médecin qui a pu observer le malade et suivre les différents symptômes qu'il a successivement présentés.

La dernière étape de la communauté des maitres-chirurgiens de Toulouse.

M. Gerber donne lecture d'un très intéressant mémoire consacré à l'étude des dernières années de la Communauté des Maîtres-chirurgiens de Toulouse (1787-1792) et de la liquidation comme biens nationaux de ce qu'ils possédaient (1792-1793).

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Fibrome de l'utérus et des deux ovaires.

M. Laurentie rapporte l'observation d'une femme âgée de 50 ans, n'ayant jamais eu de grossesses, qui présentait les symptômes classiques des gros fibromes utérins (tumeur remontant à l'ombilic, métrorragies, douleurs, etc.). L'intervention chirurgicale montra que la malade, en plus du fibrome utérin, était encore atteinte de fibrome des deux ovaires, ce qui constitue un fait assez rare.

Un accident peu banal dû à l'emploi d'une laminaire.

M. Laurentie, voulant pratiquer un curettage chez une femme atteinte de métrite hémorragique, posa, la veille de l'intervention, une laminaire n° 4. Le lendemain, quand il voulut la retirer, elle se brisa en plusieurs morceaux, dont l'un resta dans la cavité utérine et ne put être retiré même après l'incision du col. L'extraction du fragment, qui avait 4 cent. de long, ne fut possible que par hystérectomie antérieure après décollement de la vessie.

Imperforation de l'hymen et hématocolpos.

M. Laurentie communique le cas d'une jeune femme n'ayant jamais été réglée, et présentant un hymen totalement imperforé, tendu et de coloration bleuâtre ; au toucher rectal, on sentait dans le vagin l'existence d'une grosse collection qui n'était autre qu'un hématocolpos. L'incision de l'hymen donna issue à la collection sanguine.

Fistule urétro-vaginale et calcul de la vessie.

M. Laurentie relate l'observation d'une jeune femme de 23 ans, qui, à la suite d'un forceps fait huit mois auparavant, présentait de l'incontinence des matières et des gaz (déchirure périnéale), ainsi qu'une fistule urétro-vaginale. La malade ayant, en outre, de la cystite, l'examen vésical montra la présence d'un gros calcul qui fut extrait par cystostomie suivie de drainage hypogastrique. Quelque temps après cette intervention, la fistule se ferma spontanément.

Indications de l'opération césarienne d'après la marche de l'accouchement dans les bassins limités.

M. Garipuy, après avoir rappelé qu'à différentes reprises, il a soutenu que, dans les bassins limites (8,5 à 10 cent.), on ne devait pas songer d'emblée à la nécessité de la césarienne, mais laisser commencer le travail afin de bien se rendre compte si l'accouchement normal n'était pas possible, rapporte à l'appui de sa thèse deux nouvelles observations.

Dans les bassins limites, en dehors de certains facteurs, grosseur de la tête, résistance des tissus, c'est surtout la marche du travail qui fait juger de l'opportunité de l'intervention et à ce sujet, il convient de bien retenir que, contrairement à ce qui est généralement avancé, l'attente dans l'épreuve du travail prolongé après la rupture des membranes ne présente pas les inconvénients qu'on a bien voulu lui attribuer.

Deux cas du diaphragme transversal du vagin.

M. Audebert a eu à intervenir récemment dans 2 cas de diaphragme transversal du vagin : dans le premier, purement congénital, la simple dilatation manuelle faite sous chloroforme au début du travail fut possible, mais dans le second, plus complexe, à la fois congénital et cicatriciel (II pare ayant eu une imperforation avec hématocolpos), il fut nécessaire de pratiquer une incision sous injection épidurale.

Commentant ces deux observations, l'auteur fait ressortir que, dans les cas de diaphragme congénital, la simple dilatation suffit largement, car, à un moment donné, tout cède comme s'il existait une sorte de plan de clivage ; ce n'est que dans les cas cicatriciels qu'on est obligé d'inciser. Le meilleur moment pour intervenir lui paraît être le début du travail, non pas que l'incision puisse le provoquer, mais parce qu'il peut se produire dans les jours qui suivent une rétraction et une reformation de l'anneau.

Dystocie par excès de volume fœtal.

MM. Roux et Rascol communiquent une très intéressante observation de dystocie par excès de volume du fœtus (plus de 6.000 gr.), avec inertie utérine complète. La conduite à tenir (césarienne ou céphalotripsie) était assez délicate à poser, étant donnée l'incertitude où l'on se trouvait de la vitalité du fœtus. En réalité, il s'agissait d'un enfant mort, et ce que l'on prenait pour les bruits du cœur fœtal (132 battements), n'étaient que les battements du cœur maternel transmis par la masse fœtale.

Syndrome de Biemer post-partum.

MM. Garipuy et Bonhoure rapportent l'observation d'une IIpare de 27 ans qui présenta, 48 heures après un accouchement normal, une réaction fébrile intense avec pâleur particulière de la face et cyanose des lèvres. L'examen local ne montra rien de particulier, l'hémoculture et le Wassermann furent négatifs, mais l'examen du sang montra, par l'abaissement considérable du nombre des hématies avec réaction myéloïde, qu'il s'agissait d'une forme d'anémie pernicieuse particulièrement grave. Bientôt le malade présenta en effet des épistaxis, des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), et succomba enfin au bout d'une vingtaine de jours.

Société de chirurgie.

Complications d'un rein polykystique.

M. Ginesty relate l'observation d'une malade présentant depuis plusieurs mois des urines troubles avec tumeur rénale double, importante à droite, moins nette à gauche. Au cathétérisme urétéral, le rein droit ne donnait rien. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un gros rein polykystique avec plusieurs poches purulentes. L'opérée guérit sans complications.

La radiothérapie des cancers du sein.

M. Duçuing passe en revue les différentes indications de la conduite à tenir dans le traitement post-opératoire du cancer du sein. Pour lui, il faut irradier tous les sarcomes ; quant aux épithéliomes, il faut surtout irradier ceux qui ont de bons stromas, doués d'un pouvoir de défense important.

Cancer post-traumatique du nez.

M. Tapie présente un cas d'épithélioma spinocellulaire du nez, survenu à la suite d'une piqûre par épine d'aubépine.

Volvulus de l'intestin grêle.

MM. Dambrin et Bernardbeig rapportent le cas d'un homme qui, après avoir présenté pendant quelques mois des troubles abdominaux vagues, fut brusquement atteint d'occlusion aiguë. Une laparotomie pratiquée d'urgence montra qu'il s'agissait d'une torsion de gauche à droite de l'intestin grêle.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Premier Congrès de la ligue nationale belge contre le cancer

(*Suite et fin.*)

Traitement prophylactique. — Si l'on rejette avec Delbet l'hérédité et la contagion, la notion de l'origine exogène du cancer doit conduire à la prophylaxie. Qui pourrait dire qu'elle a été inutile aux radiothérapeutes et aux ouvriers qui travaillent les produits de distillation de la houille ? La suppression de toute cause d'irritation sur les nævi, sur les plaques de leucoplasie, diminue les causes de transformation cancéreuse. Parfois, il est nettement indiqué de supprimer chirurgicalement des lésions qui ne sont pas cancéreuses, mais dont l'évolution en cancer est fréquent. Les cancers des voies digestives produits expérimentalement par le spyroptère de Fibigier et le tænia crassicolis orientent dans une autre voie. Le Congrès de Strasbourg a attiré l'attention sur les dangers qui peuvent résulter de l'épandage des eaux d'égout et des fumiers dans la culture des plantes maraîchères qui sont mangées crues. L'usage exclusif des engrais artificiels diminuerait peut-être le nombre des cancers du tube digestif.

Traitement curatif. — A. *Données techniques.* — MM. MAISIN, DELBET, BAYET ont montré l'*importance de l'expérimentation* et des recherches de laboratoire dans la prophylaxie et le traitement du cancer. Le traitement lui-même a fait l'objet de plusieurs rapports de Baisieux, de Louvain. Le rôle de la chirurgie dans la lutte anti-cancéreuse, montre que, jusqu'au siècle dernier, seule, la chirurgie a été l'arme efficace opposée au cancer. Son efficacité est fonction de la précocité du diagnostic. Les échecs tiennent aux récidives dues à une ablation insuffisamment large et aux *métastases* viscérales antérieures à l'opération ; aussi bien, la chirurgie ne se limite-t-elle pas au traitement curatif, mais elle peut, à titre *palliatif*, soulager et prolonger l'existence du malade. En dehors de ces résultats, les statistiques chirurgicales nous donnent de précieux renseignements sur la science même du cancer : c'est l'expérience chirurgicale qui a démontré la première que la lésion initiale du cancer est limitée à un territoire restreint, qu'elle est unique et qu'elle contient toutes les manifestations ultérieures de la maladie. Les statistiques hospitalières ont également renseigné sur la distribution géographique, les causes prédisposantes, l'influence des traumatismes, de l'irritation, etc.

M. DEGRAIS (*Impressions d'ensemble de 18 années d'expériences sur l'évolution et la valeur de la curiethérapie appliquée au traitement du cancer*). — Depuis une vingtaine d'années, les rayons X et le radium sont venus aider la chirurgie. L'auteur évoque le rôle d'animateur qu'a joué le radium dans le développement de la lutte contre le cancer et rappelle les bases scientifiques qui ont présidé en 1906 à la création, avec Wickham, du laboratoire *biologique du radium de Paris*. De ce premier centre privé sur le plan duquel de nombreux instituts furent créés à l'étranger sont sorties les lois fondamentales de la curiethérapie : *homogénéité* d'action avec ses réalisations, (Feu croisé, foyers multiples en profondeur), *filtrage*, *dosage*. A côté de son rôle scientifique, ce laboratoire s'est efforcé de jouer un rôle social en traitant des indigents. Bien des travaux actuels se sont inspirés des lois édictées par ces premiers expérimentateurs ; ceux-ci ont été des premiers à conseiller l'association du radium et de la chirurgie. Il est difficile de formuler dès aujourd'hui des règles thérapeutiques définitives. La comparaison des résultats éloignés servira seule de base aux méthodes définitives.

M. BAYET (*Le rôle de la radio et de la radiumthérapie dans la lutte contre le cancer*). — L'A. montre l'importance de la découverte de l'action des radiations sur les tissus vivants et spécialement sur la cellule cancéreuse. Régression et mort de la cellule cancéreuse, action élective, pénétration considérable. La propriété des rayons obvie à la limitation de la chirurgie : celle-ci, en effet, est exposée à des récidives contre lesquelles elle est impuissante et, d'autre part, elle est souvent désarmée devant les cas graves. Les rayons par leur action sur la tumeur, sur les ganglions satellites, sur les greffes opératoires, sur les récidives, facilitent l'action de la chirurgie en réduisant la gravité et dans les cas désespérés peuvent la remplacer. Il semble que l'avenir soit dans l'association de ces deux moyens, chirurgie et rayonnement.

M. PROUST (*L'association de la chirurgie et de la curiethérapie dans le traitement du cancer*). — L'auteur insiste sur l'importance de cette association. La chirurgie sert, soit de moyen d'exérèse, que la curiethérapie complète, soit de moyen d'attaque ganglionnaire, la lésion principale étant traitée par le radium (langue), soit de voie d'accès pour la pose d'aiguilles de radium (utérus), soit de moyens d'hémostase atrophiante (ligature de la carotide externe dans le traitement du cancer de la langue), soit de moyen d'exérèse complémentaire de la curiethérapie. Ces différentes associations demandent à être soumises à des lois que l'avenir précisera.

M. SPINELLI MAMELI, de Naples (*Résultats actuels de la radiothérapie métachirurgicale interopératoire dans le cancer du sein*). — L'A. expose les méthodes d'irradiation à porte ouverte, c'est-à-dire dans les tissus dépouillés de la peau, après l'extirpation du foyer néoplasique pendant l'opération elle-même. La méthode a été appliquée à 9 cas inopérables, 4 femmes sont vivantes, un an et demi à deux ans et demi après sans récidive ; deux malades ont récidivé au bout de deux ans et demi ; il y a donc 66 % de survie et 44 % de guérison, dépassant un an 1/2 : résultat très favorable si l'on pense aux conditions très avancées de la maladie.

Traitement curatif (Démonstration pratique). — Des séances opératoires, des présentations de malades en cours de traitement ou guéris ont occupé la journée du 20 novembre, soit à l'institut du radium et de la Croix-Rouge de Belgique, soit, dans différents instituts médico-chirurgicaux ou cliniques privées de Bruxelles. Le professeur BAYET a défini les directives de technique de l'institut du radium : associer la chirurgie et la radiumthérapie pour faciliter l'aiguillage, pour créer des voies d'accès et propres pour isoler circulatoirement les tumeurs aiguillées ; l'aiguillage est pratiqué de la périphérie saine vers les muqueuses infectées ; tels sont les principes directeurs. Nous les avons vu réaliser par Delport et Cahen pour les cancers *des organes génitaux de la femme* (aiguillage du col, aiguillage des ligaments larges, tamponnements protecteurs, avec du caoutchouc plombé) ; par Neuman et Coryn pour les cancers du *rectum* (isolement du rectum, tubes de radium dans les fosses ischio-rectales, aiguillage de la tumeur rectale), et par le Dono et Van Dermeersch pour les cancers de la *langue* (aiguillage par la base par large voie d'accès), du larynx, de l'œsophage (localisation par les rayons du siège de la tumeur par radiographie de l'œsophage et position inversée après gastrostomie. La plupart de ces techniques ont été décrites dans le *Journal de radiologie* (nº 1, 1923).

M. SLUYS nous a présenté une très intéressante *béthérapie* profonde, par la présence de fils de métaux

lourds au sein de tissus irradiés créant des rayonnements secondaires destructeurs. Sluys place autour des tumeurs des quadrillages de fils d'or ou dépose autour des ganglions des gazes à large maille, imprégnées de plomb, de bismuth, d'or, etc..., et irradie ensuite la région, créant ainsi des rayons B, très efficaces. Cet intéressant procédé est à l'étude, les fils métalliques ou les gazes pouvant très bien être remplacées par des injections de métaux colloïdaux par exemple. Le radium pouvant aider les rayons X, etc., etc.

M. MATAGNE a présenté des malades traités par l'électrocoagulation et le cautère froid ; BEHAEGHEL, des cas se rapportant à la curiethérapie sous-cutanée du cancer de la peau ou de ses métastases ganglionnaires. MAYER a insisté sur l'association de la curiethérapie et de la chirurgie : hystérectomie un mois après curiethérapie pour cancer du col ; pose de radium sur drain de caoutchouc dans un cancer inopérable de l'estomac ; CHEVAL fait une application de radium vaginal et intra-ligamentaire par le procédé du *radium drainage* de Dales dont il a précisé la technique et en présente des résultats ; signalons encore, parmi le nombre considérable de démonstrations opératoires qui ont défilé sous nos yeux :

LEMOINE : Amputation du rectum un mois après anus de dérivation et curiethérapie.

MERCKY : Association de la curiethérapie et de la chirurgie dans le cancer de la langue et de l'œsophage.

BECKERS : Traitement radio-chirurgical du cancer du sein.

PINCHARDT : Cancer du côlon ascendant.

TANT : Cancer de la prostate : intervention et curiethérapie.

II. — CONCLUSIONS D'ORDRE SOCIAL.

Le cancer représentant un des fléaux de l'humanité, la question du contrôle du cancer est de grand intérêt pour le public, le médecin et les autorités sanitaires. HOFFMAN montre ce qui a été réalisé à ce point de vue par la *Société Américaine pour le contrôle du cancer*, ce qu'il faut faire contre le charlatanisme et combien il importe d'être fixé sur la valeur exacte de nos méthodes thérapeutiques actuelles, chirurgie et radiologie. Hoffman pense que la *déclaration du cancer* devrait être obligatoire et croit à l'utilité de l'organisation d'une lutte internationale contre le mal.

Le prof. BERGONIÉ, *montre où en est, en France, l'organisation de la lutte contre le cancer ?*

« Sous l'impulsion du Ministre de l'hygiène, M. Strauss, on organise la lutte non seulement par des moyens techniques adaptés à la nature du mal, aussi par une organisation administrative adaptée à son mode d'invasion et à sa thérapeutique.

Aussi nos centres de lutte, dont Bordeaux est un type, poursuivent-ils un triple but : 1° assistance et hospitalisation des cancéreux pauvres à traiter ;

2° Enseignement aux étudiants des diverses modalités du cancer, surtout au début afin d'en obtenir un diagnostic précoce ;

3° Recherches scientifiques dans des laboratoires spécialisés concernant le cancer et sa thérapeutique. C'est dans ce sens que sont organisés les centres régionaux universitaires de France où une étroite *collaboration* des différents travailleurs est indispensable pour perfectionner les techniques et résoudre les nombreuses inconnues du problème.

Aussi bien, c'est sur ces principes que Bayet organise la lutte en Belgique : « nous nous sommes inspirés surtout de ce qui se fait en France, où se crée, sous l'énergique impulsion de M. le Ministre de l'Hygiène Strauss et du Pr BERGONIÉ, une vaste organisation anticancéreuse sur un plan bien étudié ».

En dehors de leur équipement scientifique, les centres contre le cancer *doivent faire œuvre de propagande* dans le Corps médical et dans le public : WILLEMS en fixera les grandes lignes.

M. MAYER (*Cancer et charlatanisme*). — L'A. envisage les moyens de préserver le public contre le criminel charlatanisme en obligeant les « guérisseurs de cancer » à déposer leur adresse, la composition de leurs médicaments, leurs résultats, de façon à pouvoir interdire toute publicité indélicate et trompeuse et toute cure dangereuse. Il importerait enfin d'avertir ouvertement le public de ce danger social qu'est le charlatanisme. Quant à son *œuvre d'assistance*, le centre contre le cancer doit la réaliser dans ses Instituts spéciaux pour les cas curables, et pour les cas incurables, dans des œuvres comme celle du calvaire, dont la Comtesse D'OULTREMENT (Œuvre du Calvaire), nous a exposé les bases, le fonctionnement et les bienfaits.

Un évènement d'une importance considérable a eu lieu au cours de ce Congrès : à la demande de M. HUMBERT, délégué de la ligue des Sociétés de Croix-Rouge (*proposition de création d'une association internationale contre le cancer*), et sur l'invitation de la ligue nationale belge s'est réunie une commission internationale composée de MM. BAYET (Belgique), ROUSSY et JEANNENEY (France), HOPWOOD (Angleterre), FIBIGIER et KREBS (Danemark), GAYANES (Espagne), HOFFMAN (Etats-Unis), FARMAKIDIS (Grèce), WATERMANN (Hollande), CHIRLADUCCI (Italie), ICHIKAWA (Japon), FORMAN (Luxembourg), WATCHEL (Pologne), GENTIL (Portugal), PETTEAVEL (Suisse), NOVAK (Tchéko-Slovaquie), cette commission a décidé la création d'une *ligue internationale contre le cancer*, dont le Comité provisoire a choisi pour président le Pr BERGONIÉ (Bordeaux).

Nous ne saurions passer sous silence la traditionnelle hospitalité reçue en Belgique. Par un geste délicat, l'ambassadeur de France et Madame Herbette, désireux de montrer l'intérêt qu'ils portent et que la France attache à ces œuvres, avaient tenu à réunir, dès leur arrivée les universitaires français et leurs collègues belges, dans le palais de l'Ambassade de

France. Le Pr Bayet, président du Congrès, les membres de l'Institut du radium, Madame Burls, secrétaire générale, nous reçurent à leur tour.

Nous ne pouvons passer ici sous silence le rôle de premier plan joué par quelques femmes d'élite dans cette œuvre : la Comtesse d'Oultrement, présidente de l'Œuvre du Calvaire, Madame Aline Burls, véritable âme de la Ligue belge et du Congrès, dont l'action bienfaisante se rapproche de celles si délicates et intéressantes de Madame André, de Madame Haufmann et de Madame Léguéu, en France.

Par le succès considérable de ce Congrès, par l'organisation de sa ligue contre le cancer, la Belgique nous donne une fois de plus un exemple remarquable.

G. Jeanneney.

Les Livres

Jean Cussac, imprimeur-éditeur,
40, rue de Reuilly, Paris.

F. Ramond et Ch. Jacquelin. — **Manuel de radioscopie gastro-duodénale.** (1 vol. in-16, 143 pages, 81 figures, 1924. Prix net : 12 fr.).

Si la radiographie et la radiothérapie doivent être en propre l'apanage des spécialistes, il importe que tout praticien possède les données suffisantes à la pratique de la radioscopie ; si celui-ci d'ailleurs ne veut opérer lui-même, il lui est toujours possible d'accompagner son client chez le radiologue, et de juger par lui-même de la valeur de l'image qu'il voit sur l'écran.

Sans l'histoire clinique du patient, cette méthode, d'examen, nouvelle et merveilleuse, risque d'être inutile et trompeuse ; le radiologue, en effet, ne pourra envoyer à son confrère qu'une image sans vie, pâle reflet de la réalité ; où s'il veut animer son image, il risquera de dépasser son but, malgré toute son expérience et sa conscience professionnelle ; il lui manquera l'histoire clinique du malade, cet élément capital, qui contrôle la radioscopie.

Il faut donc que le clinicien fasse lui-même son examen radioscopique.

Ce très modeste manuel s'offre de servir de trait d'union entre la clinique et la radioscopie. Ce n'est donc pas un traité complet de radiologie gastrique. Les auteurs, espérant faire mieux plus tard, se contentent pour le moment de décrire les images radioscopiques les plus fréquentes, de les interpréter, d'indiquer leurs variations possibles, et de montrer le danger qu'il peut y avoir de conclure hâtivement sans le contrôle nécessaire de la clinique.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

J. Hallé, Armand-Delille, Grenet, Duvoir, Gastinel, Philippon, Marchoux, Dopter, Pr Weill, Péhu, Thévenot, Violle, Martel, Reilly. — **Infections à germe inconnu.** (1 vol. in-8°, 472 pages, 7e édition, 1923. Prix : 25 fr.).

C'est le tome XVI du très important *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile Sergent L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. On y étudie successivement : scarlatine ; rubéole ; rougeole ; considérations générales sur le diagnostic des fièvres éruptives ; varicelle ; variole ; vaccine ; typhus exanthématique ; suette ; grippe ; fièvre de 3 jours et dengue d'Extrême-Orient ; rhumatisme infectieux ; oreillons ; coqueluche; rage ; diarrhée de Cochinchine ; fièvre aphteuse ; herpès : zona.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Clinique thérapeutique de Vittel, par les membres de la Société de Médecine de Vittel, MM. P. Bouloumié, Monsseaux, Ch. Finck, Voirin, Louis-Albert Amblard, Louis Voille, P. Lhuillier, Guyonneau, Henri Paillard, Adda et Buche. (Préface de M. le Pr Carnot). 1 vol. in-8, 261 pages, 1923. Prix : 5 fr.

La médecine thermale est bien différente de la médecine courante ; tandis que la dernière poursuit un but curatif ou palliatif de la maladie en évolution, l'autre est plutôt préventive, bien qu'également palliative et curative d'une manifestation existante ou récente.

M. Bouloumié se proposait de publier ses constatations, documents et statistiques recueillies depuis 50 ans à Vittel ; mais, grâce à la collaboration des membres de la Société de médecine de Vittel, ce travail, primitivement conçu comme personnel, s'est transformé en un travail collectif, auquel chacun a, voulu offrir sa collaboration personnelle, se chargeant de la rédaction d'un chapitre, et utilisant, avec sa documentation propre, celle de ses collègues mise à sa disposition.

Sont étudiés successivement : la diurèse hydrominérale ; l'arthritisme à Vittel ; l'arthritisme infantile ; l'obésité à Vittel ; quelques manifestations mineures de l'arthritisme ; l'artériosclérose et son traitement par la cure diététique de Vittel ; la goutte ; lithiase urinaire et coliques néphrétiques ; les affections hépatiques et biliaires ; les affections des voies urinaires à Vittel ; les coloniaux à Vittel ; ressources thérapeutiques de Vittel.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ON PEUT SE PASSER DE TIERS PAYANT

Rapport pour le Syndicat des médecins du Sud-Finistère

Mes chers confrères,

Entre autres critiques de l'assemblée générale de l'Union, M. le professeur Vanverts fait observer que certaines questions sont présentées à l'assemblée générale sans que les Syndicats aient pu les étudier suffisamment et prendre nettement et *sciemment* position.

Telle est, dit-il, la question du tiers-payant. Reconnaissons qu'il a raison. En effet, l'Union nous demande aujourd'hui cette étude, *après* que la dernière Assemblée générale a émis un vote défavorable au tiers-payant. L'importance de cette institution est énorme, tout le fonctionnement de la profession peut s'en ressentir ; j'ai donc été chargé de vous en parler aujourd'hui.

Qu'est ce donc que le tiers-payant ?

C'est une personne ou une collectivité qui se substitue au malade pour payer le médecin.

Est-ce là une nouveauté ? Non certes, cela existe depuis toujours. Par intérêt, bienveillance, humanité, responsabilité, etc, il y a toujours eu des personnes qui ont assuré les soins médicaux à d'autres personnes. Mais les rapports entre les médecins et elles restaient en somme directs, ne différaient guère des rapports ordinaires de clientèle.

Il n'en est plus de même aujourd'hui.

Nous avons vu naître les assurances, les mutualités, l'assistance médicale, nous allons voir naître les assurances sociales. Dans ces organisations, les rapports du médecin avec son malade sont faussés, ceux qu'il a avec qui le paye également. Les relations deviennent indirectes, impersonnelles.

Ce qui existe déjà nous montre les graves conséquences de ce fait. Or, la médecine collective prend une place chaque jour plus grande dans notre profession. C'est une véritable révolution. Ne nous laissons pas suprendre !

L'existence de tiers-payants a-t-elle des avantages ?

Oui, certes ! Elle crée plus d'unité dans les services et facilite la gestion des collectivités intéressées. Elle leur facilite l'établissement de cette statistique qui leur est si chère. Elle leur rend plus facile de *diriger*.

Pour le médecin, elle substitue à des clients plus ou moins solvables (surtout en cas de maladie longue), des organisations plus sûres.

Pour le malade, elle facilite, ou plutôt peut faciliter les soins, les rend plus assurés, plus complets ; par la création de maisons médicales mieux outillées que celles d'un simple praticien, elle peut procurer une médecine meilleure, je veux dire plus perfectionnée techniquement.

Elle peut faciliter la généralisation de l'hygiène et de la prophylaxie.

Ce sont là des faits incontestables !

Mais n'a-t-elle que des avantages ?

Non. Elle a aussi beaucoup d'inconvénients, et mon rôle m'impose aujourd'hui d'y insister.

L'interposition d'un tiers, quel qu'il soit, entre le malade et son médecin est toujours une cause de trouble. Elle fausse en outre toujours l'impression de confiance qui doit exister entre eux.

Nous l'avons déjà tous senti ; aussi, n'est-ce déjà qu'un cri pour réclamer le maintien du libre choix et du secret professionnel. Intuitivement, on a partout senti le danger.

C'est qu'en effet, naturellement, le tiers-payant prétend au droit de regard. Peut-on lui en vouloir ? Or, ce droit peut-il s'exercer sans gêner nullement le médecin ?

Celui-ci ne sera-t-il pas naturellement toujours plus ou moins soupçonné d'abus possibles ?

Nous réclamons la liberté de confiance : celle-ci peut-elle être la même entre la malade et *son médecin*, qu'entre le même malade et le médecin de la Société, de la Caisse de l'assurance ? Non, quoi qu'on dise, la considération ne saurait être la même. *Elle n'est pas la même* !

Nous, de notre côté, sommes-nous pour la Société ce bon « docteur Untel » bien connu du milieu où il exerce ? Non, nous sommes un quelconque individu du corps médical, envers lequel on agit donc en conséquence et sans égards ni considération particulière. Faut-il vous rappeler le ton de certaines lettres émanant de certaines compagnies d'assurances ?

Le médecin, avons-nous vu, aura devant lui des organisations de plus de surface que des particuliers. C'est vrai, mais faites-y bien attention,

ce n'est pas là un avantage, car ces organisations sont aussi des puissances qui pourront se dresser contre lui et qui souvent prétendront l'asservir

En fait, *c'est la direction de la médecine en général qui échappera plus ou moins aux médecins* !

Celui qui paye prétend toujours à diriger, et vous savez déjà comme les Sociétés veulent avoir leur service médical. Un ministre ne disait-il pas naguère : « j'aurai *mes* médecins, *à moi* ? »

Reconnaissons d'ailleurs franchement que, pour elles comme pour nous, se pose la question de confiance.

Le tiers-payant peut, avons-nous vu, faciliter les soins, contribuer à les améliorer, mais il peut aussi avoir l'effet contraire — médecine à la quantité — médecin pour pauvres, comme dit Lafontaine, consultations qui ne sont qu'un rapide défilé devant *un distributeur* (car on ne peut en ce cas dire un médecin) ; que nous voilà loin de la médecine où le docteur connaît son malade et aussi sa famille, ce qui constitue une réelle supériorité !

Le tiers-payant facilite les abus, c'est prouvé ; certains pensent : on peut y aller plus largement, la caisse est plus riche que mon client. Oui, mais d'autres pensent : allons donc, ne nous gênons pas ; c'est la Princesse qui paye, et en définitive, comme le dit notre confrère Bonvallet : « souvent les médecins intègres, voulant appliquer strictement le règlement, seront défavorisés en face de confrères plus complaisants aux désirs d'une clientèle particulière ».

Nous avons, hélas ! trop constaté récemment le rôle démoralistaeur du tiers-payant. Tous les scandales Brest-Marseille, etc., n'avaient pas d'autre cause.

Le paiement par tiers ne peut fonctionner qu'au prix d'une paperasserie formidable, et pourtant inévitable. Inutile, je crois, d'insister sur ce point. Il exige un contrôle, ce qui veut dire qu'un grand nombre de médecins, au lieu d'être médicalement utiles aux malades, sont en fait détournés de la médecine.

Ce contrôle est nécessaire, il est utile, j'en conviens, mais combien difficile est sa réalisation! Or, jamais on n'égalera en efficacité le simple contrôle inconsciemment exercé par le malade lui-même sur son propre médecin.

Et puis, la généralisation de la médecine avec tiers-payant ne saurait manquer, ou bien de nous mettre tous dans le même sac et de nous valoir un tarif imposé (quoi qu'on en dise, ce serait l'aboutissement fatal des contrats collectifs, le mot n'empêchera pas la chose) ou bien de nous faire encore classer par catégories ; et puis de fil en aiguille nous en viendrions à une thérapeutique imposée, voire au moins dirigée (n'oublions pas à ce point de vue, les débuts de la guerre et l'accueil que reçurent par exemple nos demandes de sérum antitétanique.)

Ne peut-on se passer de tiers-payant ?

Ne vaut-il pas mieux laisser les Sociétés, assurances ou mutualités, s'entendre comme il leur plait avec leurs affiliés, restant nous, purement et simplement en rapport avec nos seuls malades ?

On peut concevoir ces Sociétés établissant leurs secours sur telle base qu'il leur plaira d'adopter. Libre à leurs ressortissants de se faire soigner par un praticien de quartier, par un spécialiste ou par un maître de la médecine, ce médecin restant libre comme aujourd'hui de fixer son tarif suivant ses titres, son expérience, son installation, sa spécialisation, voire même sa fantaisie.

L'expérience prouve que cela se peut. Je sais pour ma part des sociétés mutuelles qui, sur le vu d'une note de médecin donnant le décompte des visites ou consultations, versent à leurs membres une indemnité proportionnelle à ce décompte. Le malade est donc libre d'aller à un médecin de médecine générale ou à un spécialiste. Plus le tarif du médecin est élevé, plus importante est sa quote-part dans le paiement, et cela suffit à rendre normale la fréquence de son recours au médecin. Il n'est pas mauvais d'ailleurs que le malade se rende compte de ce qu'il coûte. Il le fait mieux si l'argent passe par ses mains.

C'est d'ailleurs le même principe qui a engendré le ticket modérateur du système lyonnais.

Le *Médecin syndicaliste*, lui aussi, nous apprend que le Syndicat de l'Indre, « tout en reconnaissant le bien fondé et les avantages d'une affiliation aux Sociétés de secours mutuels, n'a jamais voulu accorder à ces dernières la faculté d'intervenir, soit comme tiers-payant, soit comme contrôleurs. Or, cette attitude a donné d'excellents résultats dans le cas des associations de secours mutuels, soins médicaux consciencieux, prospérité des Sociétés ».

Nous mêmes, voyons l'Office des pupilles de la nation fonctionner de façon analogue. Le malade se comporte par devers nous comme un client ordinaire, puis de notre reçu, il s'arrange avec l'Office qui le rembourse ou lui donne un secours mais qui, de son côté, reste libre. Or, je ne sache pas que de part ou d'autre, on ait eu à se plaindre de tels errements. S'il y a eu des abus, la répression en fut facile ; il suffisait de tenir la dragée haute. Cela ne vaut-il pas mieux qu'un contrôle ?

On peut donc se passer de tiers-payants

La preuve est donc déjà faite de la possibilité de faire fonctionner des Sociétés de secours-maladie sans tiers-payants. A vous de vous prononcer aujourd'hui. Il est en effet *important et urgent* que le corps médical prenne des décisions et les fasse bien nettement connaître.

Le vote de l'assemblée générale de l'Union,

probablement influencé par les récentes affaires de carnets médicaux, d'accidents du travail, où le rôle néfaste du tiers-payant fut si manifeste, a été nettement en faveur d'une médecine n'en comportant pas.

Mais, puisque l'on nous fait remarquer que nos délégués, en votant ainsi, ont donné simplement l'impression qu'intuitivement, ils avaient l'opinion de leurs mandants, sans en avoir reçu une consigne formelle, le moment est venu où nous devons nous prononcer *nettement*.

Il faudrait, dit le « *Médecin syndicaliste* », pour fonctionner sans tiers-payant établir tout d'abord un catalogue des risques assurés.

Cette objection ne doit guère nous arrêter. Nous voyons aujourd'hui, sans qu'on puisse parler d'abus, tel malade qui paye lui-même son médecin le demander tous les jours, alors que pour le même cas, tel autre ne le voudra que tous les trois ou quatre jours. De quel droit, et au nom de quel catalogue vous, tiers-payant, prétendrez-vous régenter cela !

Donnez au malade un secours important en cas de maladie, et vous aurez fait de bonne assistance sociale, mais qu'il lui reste un pourcentage suffisant à verser de sa poche.

Ainsi, il ne perdra pas toute idée de Prévoyance. Le « T'en fais pas ; ça se tassera ! » n'est pas la meilleure des morales ; combien je lui préfère, pour ma part : « Aide-toi ; le ciel t'aidera ».

Dr E. DAMEY.

Répert. d'Hyg. et de Med. Soc. : 660.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Une conversation en chemin de fer

J'ai enfin pu reprendre mes voyages hebdomadaires à Paris ; ils sont pour moi l'occasion de rencontrer assez souvent des confrères avec lesquels je trompe la longueur du trajet en causant des questions qui nous intéressent. C'est ainsi que j'ai trouvé ces jours derniers mon vieil ami H... qui, après m'avoir félicité de mon retour à la santé, me dit :

— Alors, tu vas reprendre tes besognes du *Concours*, du « Sou médical », de la Mutualité familiale ?

— Oui, certes, d'autant que je ne les ai jamais cessées complètement.

— Alors, tu crois vraiment à l'avenir de vos sociétés ?

— Comment ! si j'y crois, mais j'ai l'absolue certitude qu'elles sont fondées d'une manière définitive et qu'elles répondent à trop de besoins pour jamais péricliter. Si, comme je te l'ai conseillé maintes fois, tu avais été des nôtres, tu aurais suivi leur développement, leur marche ascendante et tu serais, comme moi, convaincu de leur succès final.

— Oui, j'ai eu peut-être tort de ne pas t'écouter, mais tout cela ne m'intéressait que fort peu.

— Jusqu'au jour où les rhumatismes ont fait leur apparition, où tu es devenu emphysémateux, où tu as été obligé de t'arrêter. Ce jour-là, la Mutualité familiale t'aurait intéressé, mais tu as senti toi-même que tu ne pouvais plus te présenter, qu'il était trop tard.

— C'est vrai : à partir de ce moment, tu ne m'en as plus reparlé.

— Evidemment, car je savais que tu n'aurais pas été admis. Vois-tu, mon cher, ton histoire n'est que trop fréquente. Bien des confrères se disent : la Mutualité familiale ? « Ah oui, il faudra que j'y entre, mais j'ai le temps, je ne suis jamais malade ... » Et puis les jours se passent, et on arrive au moment où il est trop tard, trop tard pour l'indemnité maladie, trop tard pour la retraite.

— Il faudra que je dise à mon fils de s'inscrire.

— Il aurait dû le faire dès longtemps : à son âge, qu'est-ce que lui coûtera l'indemnité journalière de 20 francs avec, à 65 ans, la pension viagère de 2.400 francs ? ... un franc 25 peut-être par jour.

— Mais une retraite à 65 ans, c'est bien tard.

— Il peut la prendre à 60 ans avec une cotisation un peu plus forte. Si je dis 65 ans, c'est que c'est l'âge ou le médecin commence à songer au repos, l'âge enfin qui exige le moins de sacrifices.

— Est-ce que notre ami B..., qui vient de mourir, n'était pas pensionné ?

— Si, c'était même lui qui avait été notre premier retraité. Il n'a touché que huit années sa pension, car il est mort relativement jeune...; je dis jeune car il est vraiment étonnant de voir combien les médecins qui ont franchi ce cap de 65 ans vivent âgés. Nous en avons la preuve par ceux qui s'étaient autrefois inscrits à la combinaison B pour l'indemnité maladie jusqu'à la mort.

— C'est vrai, nous en connaissons un certain nombre autour de nous qui ont dépassé gaillardement le chiffre de 70.

— Il en est même qui se portent mieux qu'à certains autres moments de leur vie.

— Ils ont moins de fatigues ; volontairement ou par force, ils font moins de clientèle, ils prennent des vacances — chose qu'on ne connaissait guère de notre temps — et puis enfin, ils ont subi la sélection dont tu parlais.

— Eh bien, crois-tu qu'ils ne seraient pas aises de toucher une pension de retraite ? Il en est pour lesquels, tu le sais, elle serait là bien venue par ces temps de vie chère, et, ma foi, les autres non plus ne feraient pas la grimace quand, au mois de janvier, ils recevraient leur mandat.

— Ton fils est inscrit ?

— Certainement. Il voyait de trop près le fonctionnement de la caisse pour avoir hésité un moment.

— Alors tu es satisfait des résultats ?

— Certainement oui. Songe donc que nous avons délivré déjà plus de deux millions d'indemnités maladie et que, si nos pensions ne datent que de quelques années, le nombre des pensionnaires va maintenant s'accroître d'année en année.

— Et tu ne crains pas qu'un jour vienne ou les obligations de la Société pourraient dépasser ses ressources ?

— Non, car nous fonctionnons sous le contrôle d'un actuaire.

— Qu'est-ce qu'un actuaire ?

— C'est un mathématicien qui fait les calculs nécessaires et qui, par des inventaires périodiques complets, s'assure qu'il y a équilibre entre les charges et les ressources ; — les compagnies d'assurances ont toutes des actuaires — et que le dernier sou de la caisse ne disparaîtra qu'avec le dernier sociétaire.

....

Et la conversation se poursuivit jusqu'à notre arrivée en gare.

Si je la rapporte ici, c'est qu'elle me paraît répondre à l'état d'esprit d'un grand nombre de confrères. Ils ont vaguement entendu parler de la Mutualité familiale, mais n'ont pas attaché d'importance à la chose, ou bien ils se sont dit : il faudra que je voie ce que c'est, — mais n'en ont rien fait, ou bien enfin ils se sont renseignés, mais ont remis leur adhésion à plus tard, si bien qu'ils ont fini par oublier leurs bonnes résolutions ou ont laissé passer l'âge limite.

Il en est qui n'adhèrent que deux, parfois trois ans après avoir demandé des renseignements à notre confrère Mignon. Pourquoi ?

Confrères qui sentez la nécessité de la prévoyance, décidez-vous donc sans attendre, faites le nécessaire en vous adressant à notre secrétaire général (1), et venez au plus tôt grossir nos rangs — vous ne le regretterez pas.

A. Gassot.

JURISPRUDENCE

Condamnation d'un médecin (non syndiqué) pour tentative d'escroqueries en matière d'accidents du travail (2)

A la demande de la Compagnie des Chargeurs Réunis, une instance avait été introduite devant le tribunal correctionnel contre des accidentés du travail et leur médecin le Dr L..., opérant comme comparse dans une clinique bien connue dans notre ville pour l'affluence des clients et les recettes qu'on y fait.

Dans une première affaire, on reprochait au Dr L.... d'avoir délivré à un tiers un certificat de maladie destiné à permettre de toucher des indemnités pour un blessé qui, étant en prison, ne pouvait être traité à la clinique en question.

Dans la seconde, le Dr L... était accusé d'avoir constaté des blessures comportant quinze jours d'incapacité de travail alors que deux jours après, un médecin-expert appelé à examiner ce blessé ne découvrait aucune plaie ni même aucune cicatrice visibles à la loupe.

Le Syndicat professionnel, tenant à montrer hautement qu'il réprouvait de semblables manœuvres, s'était porté partie civile. Nous attendions pleins de confiance, le jugement de ces deux affaires qui nous paraissaient excellentes pour nous et bien mauvaises pour l'infortuné confrère qui, bien qu'agissant en sous-ordre, avait commis l'imprudence de signer des pièces officielles si compromettantes. Après plusieurs renvois, le déclic s'est enfin produit et le glaive s'est abattu ... *sur nous* ! ! !

Copie de ce jugement libérateur a été envoyée à tout le corps médical afin qu'on sache bien au Syndicat qu'il n'y avait plus qu'à se tenir tranquille.

Mais le ministère public ayant fait appel, l'affaire a été jugée à nouveau et cette fois les Chargeurs Réunis et notre Syndicat professionnel ont eu gain de cause et ont obtenu le franc de dommages et intérêts qu'ils réclamaient.

Les inculpés C... et L... ont écopé chacun de SIX MOIS DE PRISON avec sursis, ce qui semble bien justifier une fois de plus ce vieux proverbe : « Rira bien qui rira le dernier » :

Nous donnons ci-dessous les attendus des deux jugements.

Premier jugement.

« Attendu que pour que le prévenu Z... se soit rendu coupable de la tentative d'escroquerie qui lui est reprochée il faut qu'il ait lui-même : 1° fait présenter à la visite, et sous son nom, un faux blessé pendant sa propre incarcération et

(1) Dr Mignon. Le Vésinet (Seine-et-Oise).

(2) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923.

2° obtenu à sa sortie un certificat médical lui permettant de toucher personnellement un demi-salaire ;

« Attendu qu'aucune démonstration n'a été faite sur le premier chef ; que sans doute son nom a été pris par un tiers qui a obtenu le certificat de L... en date du 8 avril et qui a délivré le 14, même jour, un reçu avec fausse signature à la Société qui lui versait le demi-salaire,

« Mais attendu que c'est L. qui a pris l'initiative de déclarer que le prévenu n'avait pas été vu depuis le 4 avril, voir certificat du Dr L.. en date du 14 avril, alors que le 2 mai suivant la Société ignorait encore la date de l'incarcération (voir lettre de la Société au directeur du Fort du Hâ) ;

« Attendu que le 2 juin, à sa sortie de prison, fut délivré au prévenu Z... un certificat constatant que les soins avaient cessé le 2 avril ; que ces faits sont antérieurs de six mois au dépôt de la plainte ;

« Qu'il en résulte que le prévenu n'a nullement tenté, avec ou sans complicité de L..., de se faire payer un demi-salaire à une époque postérieure à sa guérison : que L... et les Chargeurs Réunis ont été trompés par un tiers qui n'est pas dans la cause ;

« Attendu d'autre part, qu'il est reproché à C... d'avoir, par des manœuvres frauduleuses, pratiquées pour entretenir la plaie dont l'accident avait été l'origine, tenté de se faire payer le demi-salaire pour une époque postérieure à la guérison ;

« Attendu que L... est recherché pour avoir favorisé cette manœuvre ;

« Attendu, en fait, que L... a délivré un certificat le 12 juillet 1922 et diagnostiqué une incapacité de travail de quinze jours ; que le Dr P... commis par le juge de paix, a vu le blessé trente-six heures après et l'a déclaré guéri ; qu'il est donc nécessaire que le certificat du 12 juillet ait été délivré de mauvaise foi : 1° pour qu'il y ait manœuvre ; 2° pour qu'il y ait complicité ; attendu que P..., de ce interpellé, a cantonné sa déposition sur son appréciation personnelle quant à la blessure et n'a nullement déclaré que trente-six heures auparavant son collègue n'ait pu de bonne foi porter un autre diagnostic ;

« Attendu qu'il ressort du rapport du Dr L... que la blessure a subi au cours des examens successifs des 23 mai, 2, 17, et 27 juin, des variantes telles qu'elle se trouvait parfois aggravée, alors qu'elle paraissait en voie de guérison et prenait à chaque séance des aspects différents, fait par lui-même anormal, sans qu'il y ait trace toutefois de manœuvres frauduleuses (voir certificat du 2 juin) ;

« Attendu dès lors qu'il n'est pas surprenant que deux médecins différents ayant vu à des moments distincts, n'avaient pas fait les mêmes constatations ; qu'il n'est d'ailleurs apporté par les débats aucune certitude sur la mauvaise foi de C..., sur l'existence réelle de ses manœuvres ou de celles de son médecin, que seules des suppositions peuvent être faites ;

« Que le délit n'est pas suffisamment établi, non plus que la complicité reprochée,

« Par ces motifs le Tribunal, ouï les deux parties civiles en leurs conclusions, le ministère public en ses réquisitions, le prévenu L... et son avocat en la défense :

« Donnant défaut contre Z... et C..., dit que le délit d'escroquerie n'est pas suffisamment établi à l'encontre de chacun d'eux ;

« Dit en conséquence que L... n'est pas coupable de complicité ; renvoie les trois prévenus des fins de la poursuite, les acquitte, condamne les deux parties civiles solidairement aux dépens ».

Deuxième jugement.

« Attendu qu'il n'est pas établi que l'inconnu de race noire à qui le Dr L... a délivré, le 8 avril 1922, un certificat attestant que Z... (alors détenu au fort du Hâ depuis quatre jours) était toujours en traitement à la clinique F..., ait agi d'après les instructions dudit Z... en se faisant délivrer cette pièce ;

« Qu'il est possible que Z... soit resté étranger à ces agissements frauduleux ; que dans tous les cas, rien ne démontre le contraire ;

« Que c'est donc à bon droit que le tribunal a prononcé la relaxe de ce prévenu et qu'il convient de confirmer la décision des premiers juges sur ce point ;

« Mais, attendu qu'en délivrant ce certificat, le Dr L... n'a pu se méprendre sur le caractère délictueux de son acte ;

« Qu'il n'a certainement pas pu confondre cet inconnu avec Z... lui-même qu'il traitait depuis le 23 mars précédent et qui était venu à raison de trois fois par semaine se faire soigner à la clinique du docteur Géo F... ;

« Qu'en supposant qu'une certaine ressemblance physique existât entre ces deux individus et fût de nature à permettre la confusion, il aurait fallu en outre que les lésions du faux Z... fussent rigoureusement identiques à celles du vrai Z..., puisque L... devait à chaque inspection se reporter à la fiche de l'accidenté, ainsi d'ailleurs qu'il reconnaît l'avoir fait ;

« Attendu qu'il invoque en sa faveur cette hypothèse de blessures identiques, mais qu'elle est tellement invraisemblable que la cour ne saurait l'accueillir en même temps que la similitude de traits, d'âge et de corpulence ;

« Attendu enfin que la mauvaise foi de L... ressort de ce double fait :

« 1° Que le 12 avril, ayant confondu, dit-il, le faux Z... qui s'était encore présenté à son cabinet, il n'a point songé à lui demander son nom

et son adresse, rendant ainsi impossible sa propre justification, qu'il aurait eu pourtant intérêt à faire éclater sans retard ;

« 2° Que le 14 avril, il n'a point avisé le Dr L... de l'incarcération de Z.... alors que ce médecin s'était rendu à son cabinet ce jour-là sur la demande de la Compagnie pour contre-visiter cet accidenté ; qu'il s'est borné à lui dire qu'il ne l'avait pas vu depuis le 4 avril ;

« Que ne pouvant arguer de son ignorance de l'incarcération de Z... et de sa substitution le 8 avril, par un inconnu revu le 12, il est en réduit à soutenir qu'il a bien averti de ces faits le Dr L... pour qu'à son tour celui-ci informât la compagnie, ce qui est formellement dénié par le témoin dont la sincérité ne peut être suspectée ;

« Attendu que l'attitude équivoque du Dr L... en cette affaire démontre à n'en pas douter que c'est sciemment et dans le but de complaire à cet inconnu, client éventuel de la clinique Géo F..., qu'il lui a été délivré un certificat au nom de Z..., certificat qui a permis à cet individu de se présenter au guichet de la Compagnie et de se faire verser quarante-deux francs pour le demi-salaire au lieu et place du vrai Z... ;

« Attendu que ce fait constitue de la part de L... le délit de complicité d'escroquerie et non de simple tentative retenue à sa charge par le parquet et qu'il y a lieu de réformer sur ce point le jugement frappé d'appel par le ministère public et les parties civiles et de disqualifier, l'escroquerie ayant été réellement commise ;

« Attendu que Ch... a été blessé, le 16 mai, au médius de la main gauche, alors qu'il était au service de la Compagnie des Chargeurs Réunis ;

« **Que l'incapacité de travail, prévue au début pour une durée de quinze jours, s'est prolongée** pendant près de deux mois avec les alternatives déconcertantes d'aggravation et d'amélioration ;

« Que le 12 juillet, Ch... estimant qu'il pouvait reprendre son travail se rendit chez son médecin traitant, le Dr L... et lui demanda un certificat de guérison qui lui fut refusé, sous prétexte que cet homme de l'art ne pouvait faire connaître le même jour à la Compagnie le nombre de consultations qu'il lui avait données ;

« Que Ch... se rendit alors à la clinique du Dr Géo F..., où un médecin amputé d'une jambe, le Dr L..., l'examina, lui fit un pansement et lui délivra un certificat ;

« Que muni de ce document, il se présenta au guichet de la Compagnie pour se faire payer, mais ne recevant pas satisfaction, il dut être expulsé *manu militari* ;

« Que ce fait a été révélé et établi à l'audience de la Cour, qui a dû reconnaître comme exacte l'intervention de la police en cette circonstance ;

« Attendu que Ch... a toujours prétendu qu'il n'avait pas de plaie au doigt, mais que celui-était blanc quand il fut examiné par le Dr L..., le 12 juillet 1922 ;

« Que cependant le certificat que ce médecin lui a délivré à cette date est ainsi libellé :

Bordeaux, le 12 juillet 1922.

« Je soussigné, déclare avoir examiné ce jour « et avoir constaté que le blessé Ch... Mathieu, « est atteint de compression du médius gauche « et grosse mâchure et plaie au niveau de l'ar- « ticulation phalango-phalangienne. Cet acci- « dent peut entraîner sauf complication impré- « vue une incapacité probable de quinze jours ».

« Pour le Dr F... : *Signé*, L... »

Attendu que le lendemain 13 juillet, à 17 heures, alors que trente-deux heures au maximum avaient pu s'écouler depuis la délivrance du certificat ci-dessus, Ch... était l'objet d'un examen du Dr P..., commis à cet effet par le juge de paix ;

« Attendu que du rapport de l'expert, résulte que l'épiderme ne présente aucune effraction même visible à la loupe ; qu'il n'y a pas trace de douleur, plaie ouverte, lésion tendineuse, ou autre... et qu'enfin la guérison est acquise depuis le 10 courant au minimum ;

« Attendu qu'à l'audience le Dr P..., accentuant les termes de son rapport, a déposé qu'il n'avait constaté ni plaie, ni cicatrice sur le doigt de Ch... et qu'il n'était pas possible qu'en moins de quarante-huit heures des lésions et notamment une plaie devant entraîner une incapacité de quinze jours aient eu le temps de disparaître ;

« Attendu que s'il y avait eu plaie au moment de l'examen de L..., elle aurait sinon persisté vingt-quatre ou trente-deux heures après, du moins laissé une cicatrice qui n'aurait échappé ni aux yeux, ni à la loupe du Dr P... ;

« Attendu que ce n'est pas une erreur de diagnostic, mais une erreur volontaire qu'a commise L... en certifiant l'existence d'une plaie qui en réalité n'existait pas ;

« Attendu que cette constatation matérielle d'un fait faux est exclusive de la bonne foi ;

« Que Ch..., bien que se sachant et se disant guéri, n'a pas hésité à user de ce certificat pour tenter de se faire payer une indemnité par la Compagnie ;

« Qu'il a de ce fait commis le délit de tentative d'escroquerie ;

« Qu'en lui donnant le moyen, par la délivrance de ce certificat, de tenter d'escroquer partie de la fortune d'autrui, L... s'est rendu complice de ce délit ;

« Que de semblables agissements méritent d'être sévèrement réprimés ;

« Il convient toutefois de tenir compte à L... de sa belle conduite pendant la guerre et de sa

situation plutôt humble dans la clinique F... pour le faire bénéficier de la loi de sursis ;

« Qu'il y a des circonstances atténuantes en faveur des inculpés,

« Pour ces motifs :

« Déboute de l'appel en ce qui concerne Z... qui reste relaxé, l'accueille au contraire à l'égard de Ch... et de L... qu'elle déclare atteints et convaincus, Ch... du délit de tentative d'escroquerie au préjudice des Chargeurs réunis et L... de complicité d'escroquerie et de complicité de tentative d'escroquerie ;

« Confirme le jugement en ce qui concerne Z...

« Le réforme quant à Ch... et L... qu'elles condamne : Ch... à six mois de prison avec sursis et à cinquante francs d'amende ; L... à six mois de prison avec sursis et à cinq cents franc d'amende.

« Les condamne solidairement à payer au Syndicat des médecins bordelais et aux Chargeurs Réunis un franc de dommages-intérêts.

« Les condamne conjointement et solidairement en tous les dépens ».

A PROPOS DE LA DICHOTOMIE (1)

Nous voyons depuis quelque temps, dans nos gazettes professionnelles, de nombreux articles traitant de sujets de déontologie. Certains Syndicats ont mis au point et publié, dans leurs statuts, un véritable petit code, réglementant les rapports des médecins entre eux, avec leurs clients et avec les collectivités. La question des honoraires est particulièrement étudiée, et, avec elle, celle toujours épineuse et très controversée de la dichotomie.

La reprise de ces questions peut, dans une certaine mesure, paraître superflue. Tout n'a-t-il pas été dit et répété au sujet des règles qui président à l'exercice de notre profession ? Nous sommes, certes, tous d'accord sur les grands principes de déontologie ; mais, après la grande tourmente que fut la guerre, les difficultés de la vie ont considérablement augmenté, aussi bien pour les médecins que pour leurs clients ; et, en raison de cette situation nouvelle, quelques remaniements ont dû être apportés à notre charte commune. D'autre part, on ne peut nier que l'affaire des carnets médicaux ait troublé, d'une façon excessive peut-être, le Corps médical, dont l'honnêteté et la conscience ne sauraient pourtant être mises en doute. Puis, est venue la proposition de loi concernant la création d'un ordre des médecins. Et les Syndicats, gardiens vigilants de l'honneur professionnel, traduisant l'émotion du Corps médical, ont voulu montrer que ce dernier avait su s'imposer de tout temps les règles d'une conduite sévère.

Ces règlements, dont les principes existent depuis la création de la médecine et peuvent être retrouvés dans le serment d'Hippocrate, sont adaptés aux habitudes professionnelles de chaque région. Il en résulte qu'en dehors de leurs grandes lignes, qui restent identiques pour tous les groupements, il est possible de constater quelques divergences dans les questions de détail. Ces différences ont suffi à quelques-uns pour affirmer que la déontologie n'était pas la même partout. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'exagération manifeste d'une telle appréciation. La conduite professionnelle d'un médecin Breton, ne peut, en effet, différer de celle d'un Champenois ou d'un Bordelais, mais ce qui varie, ce sont les coutumes locales concernant les questions secondaires.

C'est ainsi, qu'en ce qui concerne la dichotomie, si les Syndicats sont unanimes à réprouver le partage clandestin des honoraires, chaque groupement adopte dans la pratique des modalités particulières.

Pour le Syndicat du Rhône, « *la dichotomie est formellement interdite* ». Mais : 1° le médecin traitant doit toujours assister à l'opération et prêter au chirurgien un concours effectif ; 2° la rémunération du médecin traitant, pour l'assistance à l'opération, doit, lorsque celui-ci le désire, être perçue par le chirurgien, avec ses honoraires personnels, en fournissant à l'opéré le détail des honoraires. (*Avenir médical*, 7 octobre 1923.)

La Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault, déclare la dichotomie « *incorrecte* en « prêtant par son caractère clandestin à la suspicion dégradante de compérage. C'est le malade auquel, seul, service a été rendu, qui doit « honorer chacun des médecins, qui ont collaboré auprès de lui. Mais il appartient à celui des médecins qui a joué le premier rôle, consultant « ou chirurgien, de fixer ouvertement, dans une « note globale, le quantum dû à chacun ....

« Pour le cas où le médecin traitant préfèrerait « traiter directement de ses honoraires avec la « famille, toute rémunération par le consultant « est illicite et ne saurait être sollicitée dans aucun cas ». (Principes de Déontologie adoptés par le conseil de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault, en octobre 1920. *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, avril 1923).

« A l'Association Syndicale de Meurthe-et-Moselle, on réprouve la dichotomie, c'est-à-dire

(1) *Bulletin officiel du Syndicat des médecins d'Alger*, 10 décembre 1923.

« le *partage clandestin* des honoraires entre chi« rurgiens et médecins traitants, et on décide que « toute pratique de dichotomie entraînera pour « ses auteurs l'exclusion de l'Association Syndi« cale ». On reconnaît cependant au médecin traitant un droit incontestable à des honoraires, pour les services rendus en conseillant une intervention ou en assistant le chirurgien, mais ces honoraires doivent être réclamés directement à la famille du malade par l'intéressé. (*Concours médical*, 7 octobre 1923.)

Le Syndicat des Deux-Sèvres est moins rigoriste. Il proclame que le partage des honoraires est chose juste, *mais à la condition qu'il soit fait au grand jour*, et il établit même un « tarif de dichotomie », accordant au médecin traitant le tiers des honoraires quand il assiste à l'opération et le cinquième quand il n'y assiste pas.

Parmi ces diverses opinions, où peut donc se trouver la vérité ? Il est bien difficile devant une décision d'un Syndicat, adoptée en assemblée générale, après sérieuse délibération, de prendre parti dans un sens ou dans l'autre. Cependant, nous avons bien le droit de manifester nos préférences, et de rejeter les opinions extrêmes trop draconiennes comme celles de Nancy, ou, au contraire, trop larges, comme celles de Niort, pour nous ranger à une opinion moyenne, qui peut donner satisfaction à tout le monde, comme celle des Lyonnais et des Montpelliérains.

Dans la pratique, il ne fait aucun doute que le médecin traitant, après avoir suivi son malade, lorsqu'il décide d'une intervention chirurgicale, prend une grave détermination. Il encourt de plus une lourde responsabilité morale et matérielle ; responsabilité morale par la décision même de faire opérer son malade et par la mission dont on le charge généralement de choisir un opérateur expérimenté. Responsabilité matérielle aussi, dont il fait souvent la triste expérience, si le résultat opératoire ne donne pas toute satisfaction. D'ailleurs, lorsqu'il confie son malade au chirurgien ou au spécialiste, le médecin traitant rédige généralement une observation détaillée qu'il adresse à son confrère, pour le mettre au courant de la marche de la maladie et des antécédents du patient. Et cette observation facilite grandement le diagnostic du chirurgien, et prépare la décision à prendre. D'autre part, c'est au médecin traitant que revient la charge de s'occuper du malade, lorsqu'après l'acte opératoire et les premiers soins, ce dernier doit être suivi pendant quelque temps. Des honoraires spéciaux pour ce service, dont on ne peut nier l'importance, lui sont légitimement dus.

Ces honoraires seront d'autant plus justifiés que le médecin traitant remplira un rôle plus actif en assistant à l'intervention et en servant d'aide au chirurgien. L'assistance du médecin à l'opération n'est pas toujours possible lorsque celui-ci habite un centre trop éloigné de la clinique ou de l'hôpital. Il est cependant désirable que, sauf impossibilité matérielle, cette assistance soit la règle. Le médecin traitant est le représentant le plus qualifié de la famille, qui, en aucun cas, ne peut avoir accès dans la salle d'opérations ; il est l'ami de son malade qui trouve en sa présence un grand réconfort moral. De plus, lorsque, au cours de l'opération, se produit un incident qui modifie la ligne de conduite primitivement adoptée, il appuie de son autorité la décision nouvelle prise par le chirurgien.

Lorsque le médecin traitant assiste à l'opération, rien n'est plus simple ; *son droit à des honoraires proportionnés à ceux du chirurgien est indiscutable*, que ces honoraires soient réglés directement par le malade ou remis par le chirurgien lui-même. Ce dernier doit alors établir une note commune et détaillée pour ses aides et lui.

La question n'est plus la même lorsque le médecin traitant n'assiste pas à l'intervention. S'il croit avoir droit à des honoraires supplémentaires, ceux-ci sont infiniment moins importants que dans le cas précédent et ne peuvent être réclamés à la famille par le chirurgien. Le médecin traitant doit donc s'entendre directement avec son malade. Agir autrement serait réclamer au chirurgien un véritable courtage ; ce serait du compérage pur et simple, au même titre que la ristourne acceptée d'un pharmacien, d'un bandagiste ou d'un fournisseur quelconque, pour les clients qu'on leur adresse. Nous ne pouvons jouer ce rôle odieux de rabatteurs, et si nous adressons notre malade au chirurgien ou au spécialiste, ce doit être sans aucune arrière-pensée d'un gain illicite, mais dans le seul but d'être utiles en choisissant un praticien digne de confiance, tant au point de vue moral que scientifique.

Au fond, comme le dit le Dr Duchesne dans le *Concours médical*, il ne doit pas y avoir à proprement parler de partage d'honoraires. Il n'y a que des honoraires légitimement dus à chacun des médecins et qui doivent être réclamés ouvertement au malade ou à la famille.

Nous avons tenu à esquisser cette question de la dichotomie, en raison des vives discussions qu'elle provoque toujours, et des opinions diverses que professent à son sujet, nombre de confrères. Nous pensons qu'il y aurait avantage, pour le Corps médical algérois, à ce qu'officiellement, une ligne de conduite unique fût adoptée. Le Syndicat d'Alger a fait siens les principes de déontologie que l'éminent maître de Montpellier, M. le Pr Grasset, avait rédigés autrefois. Ces principes qui avaient été imprimés à la suite de nos statuts restent toujours vrais, mais il ne serait pas mauvais de les compléter, de les moderniser, comme l'a d'ailleurs fait récemment le Syndicat de Montpellier, sous l'active direction de son Président, M. le Pr Delmas. Une commis-

sion syndicale désignée à cet effet, et dont pourraient faire partie des représentants de tous les milieux médicaux, faculté, hôpitaux, etc., reviserait et ferait une rédaction nouvelle de notre code de déontologie. Puis, les articles de ce code seraient discutés en Assemblée générale et adoptés après entente. Le Syndicat ferait alors procéder à la réimpression de ses statuts, dont il distribuerait un exemplaire à chacun de ses membres, et, avec le concours de la Faculté, en ferait remettre également, comme cela se fait à Nancy, à tous nos jeunes confrères parvenus au terme de leurs études.

Ce recueil clair et concis de nos règles professionnelles librement adoptées par le Corps médical contribuerait grandement à maintenir dans son sein l'harmonie et la concorde. Il serait non seulement un guide précieux pour le jeune médecin au moment de son installation, mais pourrait être consulté avec fruit par chacun, permettrait souvent d'éviter des conflits regrettables, et, s'il s'en produisait, aiderait à les aplanir plus rapidement.

Dr PICARD.

R. H. M. S. : 5080.

VARIÉTÉS

Margoulinades ou les tribulations du chauffeur moderne

Le Margoulin n'est pas ce qu'un vain peuple pense.
(Imité d'Hegesippe Moreau).

Le Margoulin, dit Larousse, est un marchand de mauvaise foi, un petit détaillant, un ouvrier qui fait du gâchis, mais, c'est aussi « un acheteur qui cause de l'embarras ». A l'époque où nous vivons, dirait M. Prudhomme, c'est bien un signe des temps que vendeur et acheteur puissent être aussi margoulins l'un que l'autre, mais à cette différence, que souvent l'acheteur, comme le médecin de Molière, est margoulin malgré lui. Car, à moins de posséder l'impassibilité dont parle Baudelaire, il ne saurait être question de tout souffrir du margoulin vendeur dans la crainte de devenir soi-même un acheteur margoulin. Enfin, il serait fâcheux de limiter le genre margoulin au seul domaine de l'automobile : l'ouvrier électricien, serrurier, maçon, peintre, ou autre fumiste qui vous compte des heures de travail « consciencieusement parlé » à raison de 5 à 8 francs la pièce est aussi margoulin que le fournisseur bottier, tailleur ou fabricant de camelote instrumentale qui vous demande 100 fr. d'un objet bien vendu 18 ou 20 frs. avant la guerre. En général nous avons augmenté nos tarifs d'un tiers, alors que nos dépenses normales sont frappées d'un coefficient de 500 à 900 %. Cela n'empêche pas un ministre de nous traiter de mercantis, ni de voir toute une presse se jeter avidement sur le moindre sujet de scandale concernant le corps médical, pour l'amplifier, comme heureuse de l'occasion qui lui permet de bafouer par « généralisation mentale » toute la profession détestée.

Nous sommes d'ailleurs assez margoulins nous-mêmes pour perdre toute notion de solidarité, et nous garder comme il convient.

Et surtout, n'allez pas me croire hanté de pessimisme imaginaire : en cette fin d'année, j'ai payé quelques notes édifiantes ; voulez-vous des précisions ? je relève au hasard :

Septembre :
1 lavage voiture (6 h.) .... 30 fr.
Remplacé une glace de portière .... 130 fr.

Octobre :
Réparations électriques : 14 heures à 4 fr. 50

Je constate en passant que l'électricien est moins cher que le laveur de voiture. C'est la règle et le « signe des temps ».

Le plus ignorant et le moins actif, doit établir le prix de base nécessaire à la satisfaction de son animalité. C'est lui l'étalon, nous pourrions dire, le modèle type, le transformateur d'énergie idéal dont 16 heures, soyons généreux, sur 24, sont employées à fabriquer un peu de graisse et beaucoup de matière fécale. Après tout, « faut de l'engrais ».

Cet état d'esprit, qui a engendré un renversement des valeurs, a des causes profondes qu'il serait intéressant, sinon prudent, de vouloir rechercher. Le mot d'ordre reste « ne pas s'en faire » sans que la foule moutonnière se doute et veuille comprendre que le succès ne doit être que le résultat de l'effort ; mais passons...

Voulez-vous d'autres exemples d'exploitation éhontée pour faire le pendant aux notes ci-dessus ? Un mien ami achète ces temps derniers une 12 H.P. d'une marque qu'on persiste à considérer comme la parangon d'avant-guerre.

Je ne vous dis rien du prix qui s'élève à une *petite fortune*... d'avant-guerre, car depuis !... Bref, à la livraison, il reçoit un véhicule hybride, dont les accus, le radiateur et le carburateur présentaient une incontinence fâcheuse. La manivelle de mise en marche, théoriquement inutile, appartenait sans doute à un modèle différent, car elle n'arrivait pas à accrocher la « dent de loup », dont la séparait un espace infranchissable de 2 centimètres environ. La manœuvre de la boîte des vitesses était pleine d'imprévu, on ne savait jamais si on était en première, ou en marche arrière, ou entre les deux ; quant au fonctionnement, il était plutôt sonore, à tel point, que je lui proposais de s'enquérir si la maison, qui fabrique beaucoup d'objets divers, ne lui avait pas collé un nouvel instrument pour jazz-band.

J'en passe et des meilleurs. Il fit tout de même

une réclamation sérieuse, par l'intermédiaire de son vendeur, représentant local de la firme glorieuse. Réponse solennellement indignée d'un chef de service anonyme, *après* 15 *jours d'attente* : « avec la surveillance exercée par le personnel d'élite savamment taylorisé, il était impossible que.... etc., etc.

On envoyait tout de même des accus de remplacement,... mais qui n'allaient pas sur la voiture. Et ça a continué comme cela pendant des semaines, jusqu'au moment où, rebuté, ce cher ami a renvoyé sa voiture à l'Usine : constatation « de visu » de la réalité des carences signalées ; on devait tout changer tout régler... au poil.

Mais alors, direz-vous, que voulez-vous de plus ? Il faut tout de même vivre avec son temps. Oui, mais attendez...

A la date fixée, et après renseignements pris à l'usine, le représentant part pour chercher la voiture soi-disant prête. En arrivant au dit Palace on lui apprend que la voiture a été emboutie la veille pendant les essais !!! Elle est là-bas, dans quelque vague usine lointaine, à la réparation, car elle y est encore, pour un temps que personne ne peut fixer.

Quant à son malheureux propriétaire, le Mercanti Roi n'a pas jugé utile de lui *signaler l'incident*, et *n'a même pas répondu à sa juste réclamation écrite*. Bien joli encore qu'il ne l'ait pas ... engueulé.

« Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable ».

Si cette histoire vous amuse, je vous en dirai la suite. Pour l'instant, ce cher ami croque le marmot, espérant que Monsieur le Directeur général, et ses chefs de service, n'auront pas la cruauté de le brimer indéfiniment.

Pôvre ami.

P. DE LA FOURCHE-ARRIÈRE.

Compte rendus, documents, pièces officielles..

Décret du 20 novembre 1923 modifiant le décret du 10 août 1920 sur les sanatoriums

Art. 1er. — Les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent et, dans les autres cas, par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium.

La demande est adressée à la préfecture. Si elle émane d'un malade suivi par un dispensaire d'hygiène sociale, elle sera accompagnée : *a*) d'un certificat médical ; *b*) d'une fiche contenant les renseignements d'ordre social, ces deux documents devant être établis conformément aux modèles qui sont fixés par un règlement.

Dans le cas où la demande est accompagnée du certificat d'un médecin traitant et émane d'un malade habitant une circonscription desservie par un dispensaire d'hygiène sociale, celui-ci est saisi dans un délai de deux jours en vue de compléter le dossier du malade qui doit être renvoyé à la préfecture dans un délai de huitaine.

Dans les huit jours qui suivent la réception à la préfecture du dossier constitué en conformité du paragraphe précédent, les demandes d'admission sont classées dans un ordre déterminé par un règlement. Le classement est effectué par le médecin chef du sanatorium public ou par un ou plusieurs médecins désignés par le préfet. Dans les départements où existe un organisme départemental ayant dans ses attributions l'organisation de la lutte antituberculeuse, la désignation du ou des médecins chargés du classement n'est faite qu'après avis de cet organisme.

Les malades sont avisés qu'ils peuvent s'ils consentent à prendre à leur charge les frais de déplacement, se présenter devant le ou les médecins chargés du contre-examen.

Toutes les demandes sont transmises, avec le classement proposé, à l'autorité qualifiée pour prendre la décision. Celle-ci contrôle si les prescriptions réglementaires ont été suivies et, le cas échéant, apprécie les raisons d'ordre social qui pourraient être invoquées à l'appui du classement.

Les admissions sont prononcées dans l'ordre du classement arrêté conformément aux prescriptions précédentes et au fur et à mesure des vacances.

Toutefois, si par suite du classement et du nombre des vacances, il s'est écoulé plus de deux mois entre l'avis du ou des médecins contre-examinateurs et l'admission, celle-ci ne pourra être prononcée qu'après nouvel avis médical donné dans les formes prévues aux paragraphes précédents et constatant que le malade se trouve toujours dans les conditions requises pour bénéficier de la cure sanatoriale.

Art. 14. — La sortie des malades est décidée sur la proposition motivée du médecin chef de sanatorium par l'autorité qui a prononcé l'admission.

Si la proposition est basée sur un motif d'ordre médical, l'autorité compétente doit, avant d'y donner suite, avoir pris toutes mesures utiles pour transférer, s'il y a lieu, le malade dans un autre établissement hospitalier.

Toutefois, si le classement des dossiers d'ad-

mission a été confié, conformément à l'article précédent, à un ou plusieurs médecins autres que le médecin chef du sanatorium, l'autorité compétente pourra provoquer l'avis de ce ou de ces médecins.

Si la proposition est basée sur un motif d'ordre disciplinaire, avis en sera donné par le médecin-chef au malade intéressé qui sera invité par lui à présenter ses observations par écrit. Celles-ci seront transmises avec la proposition du médecin chef à l'autorité compétente qui statuera après avoir fait procéder, si elle le juge à propos, à une enquête supplémentaire et qui provoquera s'il y a lieu, le placement du malade dans un établissement approprié. Si le médecin chef a signalé l'urgence, l'autorité compétente devra statuer dans un délai maximum de huit jours et le médecin-chef pourra, en attendant la décision, isoler le malade.

Le maintien des malades en sanatorium au delà de six mois devra faire l'objet, sur rapport explicatif du médecin chef, d'une nouvelle décision de l'autorité qui a prononcé l'admission.

Art. 2. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel.*

J. O., 29 novembre 1923.)

R.H.M,S. ; 8704.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le banquet du Syndicat des médecins de la Seine** aura lieu le *mardi* 6 *mai* 1924, sous la présidence du Dr J. Noir, à l'hôtel Lutetia, à 7 h. 1/2 du soir. Le banquet sera suivi d'une soirée artistique.

S'inscrire au bureau du Syndicat, 28, rue Serpente.

— **V. M. S.** 1924. — Le voyage organisé par la Faculté de Strasbourg aura lieu du 6 au 12 juin, à la Bourboule, Châtel-Guyon, Le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire, Sailles-Bains et Vichy.

Il y a 100 places disponibles. Prix comprenant, frais de toute nature, chemins de fer en 2e classe, hôtels, pourboires : étudiants, 225 fr. ; docteurs, 275 fr. ; dames, 325 fr.

Les inscriptions sont reçues, dès maintenant, aux bureaux du secrétaire général, 1, place de l'Université, à Strasbourg.

— **Institut du radium.** — M. A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 28 avril, à 9 h. du matin, au dispensaire de la fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Lundi 28 avril. L'énergie radiante. — Mardi 29 avril. L'origine du rayonnement de Rœntgen. — Mercredi 30 avril. Les propriétés du rayonnement de Rœntgen. — Jeudi 1er mai. Les mesures du rayonnement de Rœntgen. — Vendredi 2 mai. L'énergie électrique. — Samedi 3 mai. Les mesures électriques.

Lundi 5 mai. Les générateurs et les transformateurs. — Mardi 6 mai. Les interrupteurs et les rhéostats. — Mercredi 7 mai. — Les courants alternatifs et leur emploi. — Jeudi 8 mai. Les ampoules de Rœntgen à air raréfié. — Vendredi 9 mai. Les ampoules de Rœntgen à vide. — Samedi 10 mai. La technique de la radioscopie.

Lundi 12 mai. Les images de Rœntgen. — Mardi 13 mai. La technique de la radiographie. — Mercredi 14 mai. Les bases biologiques de la rœntgenthérapie. — Jeudi 15 mai. Les bases physiques de la rœntgenthérapie. — Vendredi 16 mai. La technique de la rœntgenthérapie superficielle. — Samedi 17 mai. La technique de la rœntgenthérapie profonde.

Lundi 19 mai. Le radium et les substances radioactives. — Mardi 20 mai. Les bases biologiques et physiques de la curiethérapie. — Mercredi 21 mai. Les diverses techniques de la curiethérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. Solomon ; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 5 mai, est de 150 fr. et sera acquitté entre les mains de M. Solomon.

— **Le bidon de 5 litres** (*Concours de consommation et de tourisme*). — Cette épreuve de consommation et de tourisme aura lieu le dimanche 1er juin 1924 sur le même circuit de 12 kilomètres et avec le même règlement que l'an dernier.

Voitures *entièrement de série, certifiées conformes au catalogue* équipées en tourisme et engagées par leur propriétaire, par un constructeur ou un agent.

Règlement.

Le règlement fort simple mais très sévère, impose à tous les concurrents les obligations suivantes :

Capot plombé, radiateur plombé, bidon ou petit réservoir de 5 litres plombé et placé ostensiblement pour le public à l'extérieur de la carrosserie et relié directement au carburateur par une tubulure extérieure.

Le départ sera donné de minute en minute à deux concurrents à la fois, le conducteur étant debout devant sa voiture. Démarrage à froid et en côte sans pousser la voiture et sans caler les roues. (Démarreurs mécaniques autorisés.)

Quarante kilomètres à l'heure de moyenne sur l'ensemble du parcours. Poids obligatoire transporté : 75 kilos par voyageur.

Emploi obligatoire de l'essence touriste dont la marque sera tirée au sort au moment du départ. Economiseurs autorisés, utilisant seulement l'air, l'eau, la vapeur d'eau ou les vapeurs d'huile récupérées.

Consommation d'huile limitée pour chaque voiture à un demi-litre.

Les voitures engagées par des agents ou des constructeurs seront certifiées conformes au modèle de série en cours de fabrication. Le public pourra les réclamer

pour le prix du catalogue par demande écrite remise au président du jury depuis le moment où chaque voiture prend le départ, et jusqu'à l'heure qui suit son arrivée. Sur justification de payement comptant le jury pourra exiger que la livraison soit faite à l'issue de l'épreuve. Elle devra comporter de la part du vendeur la même garantie que celle d'une voiture neuve de la même marque.

Engagements.

Voitures particulières : 20 frs.
Voitures à vendre engagées par un agent : 50 frs.
Voitures à vendre engagées par un constructeur : 100 frs.
(Les voitures devront présenter : carte grise des Mines et carte jaune des contributions).

Adresser engagements ou demandes de renseignements complémentaires, à Monsieur G. FOURMY, secrétaire de l'Epreuve, 30, rue Bourgneuf, La Ferté-Bernard (Sarthe).

Cours Complémentaires et de Perfectionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1924.

(suite)

1° *Stage et cours de clinique obstétricale.*

Du 1er mars au 31 mai.

Cet enseignement dirigé par le professeur COUVELAIRE comprendra :

a) Un stage comportant : des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées avec discussion du diagnostic et du traitement) sous la direction de MM. POWILEWICZ et PORTES, chefs de clinique ; SELLET, CHAMPEAU et HIDDEN, chefs de clinique adjoints ; l'assistance avec participation aux accouchements et opérations, aux consultations de la Policlinique et du Dispensaire antisyphilitique dirigé par le docteur Marcel PINARD, médecin des hôpitaux ;

b) Des conférences sur la pathologie obstétricale, la pathologie du nouveau-né, la syphilis et la tuberculose dans leurs rapports avec la fonction de reproduction.

c) Des démonstrations de laboratoire (anatomie pathologique, bactériologie, sérologie) par les docteurs POWILEWICZ et PETETIN.

2° *Cours de clinique, de thérapeutique et d'opérations obstétricales.*

Du 2 au 21 juin.

Ce cours, dirigé par M. le professeur COUVELAIRE assisté de MM. LÉVY-SOLAL et LE LORIER, agrégés, LEVANT, VIGNES et CLEISZ, accoucheurs des hôpitaux ; POWILEWICZ, ancien chef de clinique, et PORTES, chef de clinique, comprendra des examens cliniques individuels, des exposés théoriques, des démonstrations sur pièces anatomiques (Musée Henri-Varnier) et des manœuvres opératoires individuelles.

3° *Cours de gynécologie.*

Du 23 juin au 12 juillet.

Le cours dirigé par M. LEVANT, accoucheur des hôpitaux, comprendra des examens cliniques dans le service et aux consultations bi-hebdomadaires (mardi matin et samedi après midi), l'assistance aux opérations, des leçons et démonstrations anatomiques sur les sujets suivants :

CHAIRE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE (Clinique Tarnier : 89, rue d'Assas), professeur : A. BRINDEAU.

Enseignement annexe.

(Réservé aux médecins français et étrangers et aux étudiants ayant 16 inscriptions).

Cours de perfectionnement.

par le professeur BRINDEAU, assisté de MM. METZGER et VAUDESCAL, agrégés.

Le programme et la date de ces cours seront indiqués dans une affiche spéciale,
Le nombre des participants est limité à 20.

Cours de vacances.

(Réservés aux médecins français et étrangers et aux étudiants ayant 16 inscriptions).

Vacances de Pâques : Cours de pratique obstétricale, du lundi 14 avril au lundi 28 avril 1924.

Vacances d'été : Cours de pratique obstétricale, du lundi 13 octobre au mardi 28 octobre 1924.

Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à 9 heures du matin, à 3 heures et à 5 heures du soir. Les auditeurs feront eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, et aux manœuvres obstétricales.

(Le droit à verser pour chacun de ces cours est de 100 francs).

Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (Hôpital Saint-Louis : 40, rue Bichat), professeur M. JEANSELME.

Cours de perfectionnement.

Dermatologie et maladies vénériennes.

sous la direction de M. le Pr JEANSELME, avec la collaboration de M. le Pr SÉBILEAU et de MM. HUDELO, MILIAN, RAVAUT, LORTAT-JACOB, LOUSTE, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; LIAN, DARRÉ, TIXIER, DE JONG, SÉZARY, TOURAINE, médecins des hôpitaux ; GOUGEROT, agrégé, médecin des hôpitaux ; LEMAITRE, oto-rhino-larynoglogiste de l'hôpital Saint-Louis ; COUTELA, ophtalmologiste des hôpitaux ; HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; SABOURAUD, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis ; P. CHEVALLIER, ancien chef de clinique, BURNIER, Marcel BLOCH, SCHULMANN et HUFNAGEL, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté ; GIRAUDEAU, chef des travaux chimiques et physiques ; Marcel SÉE, BIZARD, médecins de Saint-Lazare ; NOIRÉ, CIVATTE, FERNAND, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; BARBÉ, médecin des asiles ; FLURIN, WOLFROMM, RICHARD.

Deux séries de cours auront lieu chaque annce, en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre.

Chaque série comprendra :
1° Un cours complet de dermatologie ;
2° Un cours complet de vénéréologie.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera distribué aux élèves.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsies, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium) de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux poli-

cliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. BURNIER, chef de clinique (Pavillon Bojin), hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat (X[e]).

CHAIRE DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca : 111, rue Broca), professeur : M. J.-L. FAURE.

1° *Cours élémentaire de perfectionnement.*

Sous la direction de M. le P[r] J.-L. FAURE, avec la collaboration de MM. E. DOUAY, chef des travaux ; H. DE BEAUFOND, chef de clinique et MICHON, chef de clinique adjoint, trois séries de cours auront lieu pendant l'année scolaire et une série pendant les vacances :

3° série pendant la 1[re] quinzaine de juin, du 2 au 14 ;

Série de vacances, la 2[e] quinzaine de septembre, du 22 au 4 octobre.

Ces cours sont réservés aux docteurs en médecine français et étrangers ainsi qu'aux étudiants en fin de scolarité. Ils ont pour but de revoir en 12 leçons toute la gynécologie courante médico-chirurgicale, en dehors de l'obstétrique. Les questions nouvelles de gynécologie seront spécialement étudiées au point de vue de leurs applications pratiques. Le programme des cours sera publié par voie d'affiche. La durée du cours est de deux semaines, chaque jour sauf, le dimanche. Le matin, visite, opérations, consultation et examen de malades dans le service. L'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examen de malades à l'amphithéâtre. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades. Une démonstration cinématographique aura lieu le dernier jour du cours, de 6 à 7 heures.

Droit d'inscription : 150 francs.

2° *Cours supérieur de perfectionnement.*

M. E. DOUAY, chef des travaux, fera pendant l'année scolaire 3 séries de cours et une pendant les vacances :

3[e] série pendant la 2[e] quinzaine de juin, du 23 au 5 juillet ;

Série de vacances, 2[e] quinzaine d'octobre, du 13 au 25.

Ce cours s'adresse aux médecins français et étrangers, ayant déjà une certaine pratique de la chirurgie et désirant acquérir des connaissances approfondies en gynécologie, en dehors de l'obstétrique. Les questions de thérapeutique et de technique chirurgicales seront spécialement étudiées, suivant un programme affiché ultérieurement.

Durée : 2 semaines, chaque jour matin et après-midi, sauf le dimanche.

Droits d'inscription : 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Hôpital Lariboisière : 2, rue Ambroise-Paré), professeur : M. SÉBILEAU.

Enseignement de perfectionnement (semestre d'hiver). sous la direction de M. Pierre SÉBILEAU, professeur.

Enseignement d'initiative réservé aux praticiens et aux étudiants désireux d'apprendre les rudiments d'oto-rhino-laryngologie. Deux séries : une en décembre, l'autre en avril.

Enseignement complémentaire. — Cet enseignement qui ne sera qu'une suite du précédent, recevra les praticiens ou étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Il sera donné dans un ou plusieurs des services oto-rhino-laryngologiques des hôpitaux de Paris par les chefs de ces services. Une série : le 13 mai 1924.

L'enseignement de perfectionnement : Cet enseignement comprendra une série de cours de courte durée :

a) Un cours de médecine opératoire spéciale, du 1[er] au 15 juin ;

b) Un cours de chirurgie restauratrice de la face, du 15 au 30 juin.

Enseignement combiné de vacances (août et septembre) dont le programme sera publié ultérieurement.

Droit à payer pour chaque série de cours : 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE UROLOGIQUE (Hôpital Necker : 151, rue de Sèvres), professeur : M. Félix LEGUEU.

Cours complémentaire de clinique et de thérapeutique urinaires.

Année 1924.

Un cours de perfectionnement portant sur la pathologie et la thérapeutique urinaire sera fait, à partir du mois d'avril 1924, sous la direction du professeur LEGUEU, par les chefs de clinique et de laboratoire, les mardis et vendredis, à 16 heures, avec le programme suivant :

MM. DE BERNE : Examen de l'urètre, de la prostate et des vésicules. — GARCIN : Examen de la vessie, des reins et des uretères. — FOUQUIAU : Polyurie et anurie. — FLANDRIN : Rétention et incontinence. — DE BERNE : Pyurie. Albuminurie. — GARCIN : Hématuries. — FOUQUIAU : Infections rénales. Périnéphrites. — FLANDRIN : Rétentions rénales. Rein mobile. — DE BERNE : Cystites. — GARCIN : Prostatites et vésiculites. — FOUQUIAU : Urétrites aiguës et chroniques. Blennorragie. — FLANDRIN : Rétrécissements de l'urètre. — DE BERNE : Ruptures de l'urètre. Infiltrations d'urines. — GARCIN : Lithiase rénale et urétérale. — FOUQUIAU : Calculs et corps étrangers de la vessie et de l'urètre. — FLANDRIN : Tumeurs du rein. — DE BERNE : Tumeurs de la vessie. — GARCIN : Hypertrophie et cancer de la prostate. — FOUQUIAU : Tuberculose réno-urétéro-vésicale. — FLANDRIN : Tuberculose génitale. — DACLA : Les applications de l'électricité à l'urologie.

Droit à verser : 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES (Asile Sainte-Anne : 1, rue Cabanis), professeur : M. Henri CLAUDE.

Un cours de perfectionnement portant sur un certain nombre de questions concernant l'étude de la psychiatrie, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu du 20 juin au 5 juillet, sous la direction du professeur Henri CLAUDE, avec le concours de MM. J. LHERMITTE, agrégé ; TINEL, Lévy VALENSI, HEUYER, BROUSSEAU, CEILLIER, CODET, TARGOWLA, ALAJOUANINE AUBEL, SANTENOISE, BORREL, LAFFORGUE et de M. le professeur G. DUMAS.

Il aura lieu le matin de 9 h. 1/2 à 11 heures et l'après-midi de 15 à 17 heures.

Sujet du cours : les données biologiques et les grands syndromes psychiatriques.

Les troubles endocrino-sympathiques dans les états psychopathiques.

L'exploration de l'appareil endocrino-sympathique.

Les résultats schizoïdes et le syndrome d'*intériorisation.*

Le syndrome d'influence et le syndrome d'action extérieure.

Principes d'hygiène mentale.

Application des méthodes psychiatriques dans les examens médico-pédagogiques et l'étude des aptitudes professionnelles.

Droit d'inscription : 150 francs.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour publications Périodiques médicales.

au directeur de l'enregistrement de votre département et que vous remettrez au receveur de l'enregistrement. Vous pourrez ainsi obtenir une remise des 9/10 de l'amende encourue.

Plaie de la phalangette du pouce. Evaluation d'incapacité.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant.

Il s'agit d'une plaie contuse de la phalangette unguéale du pouce droit chez un accidenté du travail, plaie par écrasement ayant enlevé une bonne partie de la pulpe, plaie en voie de cicatrisation, mais laissant l'extrémité osseuse très imparfaitement garnie.

Les mouvements de préhension resteront quelque temps difficiles et un peu douloureux peut-être ; la phalangette a conservé toutefois sa mobilité.

Le blessé a-t-il droit à une indemnité ? Dans quels termes dois-je libeller le certificat de reprise du travail ?

Dr F.

Réponse

La déformation de la phalange unguéale d'un doigt chez un blessé du travail, sans lésion du squelette, n'est pas toujours reconnue par les tribunaux comme constituant une incapacité permanente partielle. Cependant, lorsqu'il existe, comme dans votre espèce, des troubles de la sensibilité susceptibles d'apporter une gêne dans le travail de l'ouvrier, il est quelquefois accordé une réduction de capacité, qui peut aller jusqu'à 4 et 5 %.

Vous pourriez, soit dans le certificat de consolidation, soit par une note séparée, indiquer ce pourcentage, en décrivant, dans le certificat, l'état actuel de la blessure, tout en laissant prévoir, au besoin et si telle est votre pensée, que la situation pourra à l'avenir s'améliorer et même que toute incapacité pourra disparaître. Il y aurait, dans ce cas, lieu à la revision.

Secret professionnel

Veuillez m'envoyer le renseignement suivant. Dimanche dernier, le soir, un automobiliste m'appelle pour examiner un jeune homme qu'il venait de tamponner avec son auto ; 3 jours après, son assurance me demande un rapport sur l'état du blessé. Ai-je le droit de fournir ce rapport à l'assurance de l'automobiliste, sans risquer de poursuites de la part du blessé ?

Dr C.

Réponse

Vous ne pourriez fournir le rapport que vous demande la compagnie d'assurances que si vous avez rempli le rôle d'expert de la compagnie.

Mais vous avez donné vos soins au blessé, vous avez donc été son médecin traitant. Comme tel, vous êtes lié rigoureusement par le secret professionnel dont vous ne pouvez vous départir.

Cependant, si le blessé vous demande un certificat, vous pourrez le lui donner, en le lui faisant contresigner, sauf à lui d'en faire l'usage qui lui conviendra auprès de l'assurance de son écraseur.

Polyclinique et patente.

1re *lettre*

1re *question.* — Un médecin de mes amis est locataire d'un local où il a établi une clinique chirurgicale. Il veut bien accepter mes malades dans cette clinique et j'y pratique mes opérations comme oculiste. Mon ami locataire de la clinique paye une patente à cet effet. Je paye de mon côté une patente pour l'exercice de ma profession.

Ces jours derniers, le contrôleur m'a imposé en outre pour 1923 une patente spéciale à raison du fait que l'on met un local à ma disposition dans la clinique de mon ami, selon mes besoins. Cette taxation est-elle régulière ou dois-je protester contre elle ?

2e *question.* — Des religieuses tiennent une maison de santé et autorisent les chirurgiens de leur choix à venir y opérer des malades.

Ces chirurgiens doivent-ils payer une patente spéciale parce qu'ils viennent opérer dans cette clinique ?

Dr M.

1re **Réponse**

1° Pour répondre à cette question, il nous faudrait savoir dans quelles conditions vos malades sont acceptés dans la clinique. A qui sont payés les soins qui leur sont prodigués ?

Existe-t-il un acte de sous-location ?

2° Les chirurgiens ont-ils libre disposition de la salle d'opération et peuvent-ils y opérer tous leurs malades, voire s'ils ne sont pas postérieurement soignés dans la maison de santé ?

Existe-t-il un acte de sous-location ?

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2e *lettre*

Pour compléter ma documentation je vous fais connaître ce qui suit :

1er *cas.* — Les malades traités dans cette clinique payent les honoraires aux chirurgiens et l'hospitalisation aux religieuses qui tiennent la clinique.

Il n'y a pas de sous-location.

2e *cas.* — Les chirurgiens ne peuvent opérer dans cette clinique que les malades acceptés par les religieuses qui sont d'ailleurs libres de refuser la clinique aux dits chirurgiens.

Les religieuses et les chirurgiens ne sont liés par aucun contrat, ni bail.

Un malade qui serait opéré dans cette clinique et ne resterait pas ensuite dans la clinique parce que son cas lui permettrait de rentrer chez lui le jour même de l'opération, doit payer aux religieuses les frais de salle d'opération.

Le chirurgien se fait payer ses honoraires par le client comme s'il opérait au domicile du malade, mais ne s'occupe en rien des autres frais.

Ce sont les religieuses qui sont les infirmières et se font payer leurs soins directement par le client, mais ne sont pas au service des chirurgiens.

Le premier cas n'existe plus actuellement parce que le chirurgien locataire est mort ; mais le fisc réclame une patente à l'oculiste qui était gracieusement reçu, lui et ses malades, et par les religieuses et par le chirurgien ; le deuxième cas a remplacé le premier, mais le fisc veille.

Dr M.

2e Réponse.

Dans les deux cas visés, le chirurgien qui opère dans une clinique tenue soit par un confrère, soit par des religieuses, ne peut payer une deuxième patente pour les locaux mis à sa disposition dans la dite clinique, s'il perçoit uniquement de ses clients les honoraires pour l'opération proprement dite, les frais de séjour et les frais accessoires de l'opération (aides, pharmacie, pansements, etc.) étant payés directement par le client au propriétaire de la clinique.

La patente aurait été due au contraire si, moyennant une redevance fixe par lit occupé et par jour, vous aviez eu le droit d'hospitaliser vos malades dans la clinique, ces derniers réglant directement avec vous tous les frais de séjour et d'opération.

A. MARTINOT.

Titres dont les revenus ne sont pas exempts de l'impôt général sur le revenu global.

Les bons du trésor 6 % 1918, les obligations décennales de la défense nationale données pour les dommages de guerre, les obligations du Crédit national 5 % 1919, les communales 3 % 1912, sont-ils exempts de l'impôt sur le revenu ?

Dr M.

Réponse.

Aucune des valeurs ci-dessus nommée n'est exempte de l'impôt général sur le revenu global.

A. MARTINOT.

Rétroactivité de pension militaire.

Mobilisé comme médecin de train sanitaire, je fus mis hors cadre en juin 1916 pour séquelles de pleurésie purulente (cortico-pleurite, submatité sommets,

etc.). Tous les 6 mois une nouvelle commission me maintenait hors cadres, jusqu'en 1921 où je fus rayé des cadres sans pension, d'ailleurs je n'avais rien demandé.

Dernièrement, pour la première fois, je faisais une demande en vue d'obtenir une pension. Je fus convoqué il y a un mois environ et j'obtins 30 %. Cette pension partira-t-elle de cette dernière décision ou bien ne puis-je obtenir le rappel depuis 1918, date de ma mise hors cadres ? Si oui, à qui et comment ?

Le diagnostic établi dernièrement porte à peu près les mêmes termes de mes précédentes réformes, ce n'est pas une aggravation, mais une constatation de faits.

Je dois dire que tout récemment, j'ai reçu de l'intendance un imprimé à remplir où en particulier il m'était demandé si depuis ma mise hors cadres 1916 j'avais touché une indemnité quelconque. Y a-t-il là un rapport avec ce que je vous demande ?

Dr X.

Réponse.

Puisque l'infirmité, qui a motivé votre passage devant une commission de réforme, laquelle vous alloue 30 % d'invalidité, est la même que celle qui a nécessité votre mise hors cadres en 1916, — si vous avez pour celle-ci obtenu une pension, vous avez droit à la rétroactivité depuis 1916.

L'enquête, menée par l'intendance, a probablement trait à cette question.

Votre demande de rétroactivité devrait, le cas échéant, être adressée au médecin chef du centre spécial de réforme.

Point de départ des années de service militaire

Je lis dans le numéro 11 *bis* du *Concours* (après l'avoir lu dans deux précédents numéros) qu'un médecin (comme tout autre Français valide), appartenant à la classe 1895, était, dès à présent, dégagé de toute obligation militaire.

Fort de ce renseignement, puisé dans un précédent numéro, j'ai écrit, le 12 mars, à la direction du Service de santé de la ... région pour donner ma démission de mon grade de médecin aide-major de 1re classe (étant né le 7 janvier 1875), et demander ma radiation des cadres de l'armée.

Le 13 mars 1924, je recevais la réponse suivante : « la classe 1895 à laquelle vous appartenez n'étant dégagée de toutes obligations militaires que le 10 novembre 1924, il y aura lieu de m'adresser une nouvelle offre de démission à cette date. »

Qui à tort, qui a raison ? Voulez-vous porter cette note à la connaissance des médecins qu'elle pourra intéresser.

Dr B.

Réponse.

Le point de départ des 28 années de services militaires varie évidemment avec le moment de l'incorporation. Si actuellement, une classe est incorporée dans l'armée de son millésime (les jeunes gens ayant 20 ans), avant la guerre, la classe était incorporée un an après son millésime (les jeunes gens ayant 21 ans), d'où une manière différente de calculer le moment de la libération, suivant qu'il s'agit d'une classe jeune ou d'une classe ancienne, car on n'a pas fait grâce de quelques mois aux classes anciennes. Dès lors, la classe 1895 ne sera dégagée de toutes obligations militaires que le 10 novembre 1924, c'est-à-dire dans quelques mois.

Octroi de la Légion d'Honneur aux grands mutilés

Pensionné temporaire à 40 % je viens de repasser une visite pour aggravation et j'ai obtenu le taux de 65 %. Quoique je n'aie pas terminé mes quatre ans de pension temporaire le chirurgien consultant me déclare à titre définitif. Puis-je d'ores et déjà entreprendre les démarches pour obtenir la Légion d'honneur et quelles sont-elles ?

Dr B.

Réponse.

Vous ne pourrez obtenir la Légion d'honneur par vos 65 %, que s'il s'agit entièrement de suites d'une blessure de guerre, et si les lésions sont définitives.

Adressez-vous au médecin chef du centre spécial de réforme, qui vous donnera les indications nécessaires pour l'établissement de votre demande et vous délivrera en même temps toutes pièces médicales utiles de constatation et d'évaluation de l'infirmité.

Affectation militaire en cas de mobilisation

Classe 1904, A.M. de 1re classe, sans enfants, ayant fait je ne sais combien de mois de front, citations, etc., j'étais mobilisable depuis la guerre à un dépôt de l'arrière, extrême arrière ; brusquement depuis quelques jours, je suis mobilisable, par un nouvel ordre d'affectation, à l'extrême avant, 2e bataillon d'un régiment d'infanterie. L'écart me semble un peu grand. Certes, je suis prêt à faire mon devoir comme de 14 à 19, mais il me semble que pendant et depuis la guerre, il a été créé un nombre énorme de jeunes médecins dont la place me paraît plus indiquée que la mienne dans un régiment d'infanterie. La santé et les membres sont moins souples à 40 ans qu'à 25 ou 30. Puis-je réclamer, à qui et sous

quelle forme ? Puis-je demander à voir le tableau de mobilisation ?

Dr N.

Réponse.

Vos raisons sont très justes et très rationnelles. Commencez donc par adresser au directeur du service de santé de votre région une réclamation très détaillée avec exposé de vos états de services. Demandez-lui aussi si, de par votre âge, vous n'avez pas droit, comme avant la guerre, à une affection à l'arrière.

Réforme militaire pour maladie. Présomption légale.

Un militaire, sortant de la Ruhr, est renvoyé dans ses foyers, en permission libérable de 14 jours, n'ayant d'ailleurs pas pris toutes ses permissions réglementaires.

Le surlendemain, hémoptysies graves, et répétées les jours suivants. Aucun antécédent héréditaire ou collatéral. La santé de ce jeune homme a toujours été superbe. Je rédige immédiatement un certificat pour la gendarmerie, afin que la maréchaussée fasse avertir son corps ou l'autorité militaire médicale.

Aucune enquête ne s'en est suivie. Depuis, ce jeune homme ayant contracté de la bacillose, et l'autorité militaire gardant un silence prudent, réclamation au ministère de la guerre qui ordonne la comparution devant le centre spécial de réforme d'A. Ce dernier a convoqué le malade le 3 mars 1924. L'accident initial était du 14 avril 1923 et le certificat déposé à la gendarmerie le 18 avril 1923.

Le C.S.R. réforme no 2, sans pension, sous prétexte que le malade n'a pas été hospitalisé et n'a pas de billet d'hôpital.

Or, la faute vient, à mon avis, du S.M. qui aurait dû envoyer un médecin visiter le malade et le faire hospitaliser s'il l'avait jugé transportable.

Que faire ?

Dr Z.

Réponse.

Ce cas est tout particulièrement intéressant. Votre client est tombé malade dans les délais de présomption légale, et, dans ces délais il s'est adressé par votre intermédiaire à la gendarmerie, la seule autorité militaire qu'il avait à connaître dans sa position de permissionnaire libérable.

La commission de réforme qui a prononcé le réforme no 2 était mal documentée.

Que M. R. adresse aussitôt une lettre détaillée de réclamation avec copie certifiée conforme de votre certificat, au ministre des pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e

Il lui faudra compter sur un délai de plusieurs semaines probablement pour obtenir une réponse, car la commission de réforme est du 3 mars 1924 et des délais assez longs sont néces-

saires pour que son dossier suive la filière obligatoire.

Cependant tenez-nous au courant, c'est un cas qui doit, pour le moins, triompher devant le Tribunal des Pensions, si satisfaction n'est pas obtenue par la voie ordinaire.

Application du Tarif Breton.

Incisions d'abcès multiples.

Je vous serai obligé de me dire comment je dois tarifer cet accident du travail :

A l'annulaire droit, écharde sous l'ongle.

Le premier jour je trouve une phlegmasie non collectée de l'extrémité du doigt ; toute la main est tuméfiée ; une petite collection suppurée existe à la racine du doigt : *je l'ouvre*, pansement humide de la main.

2e jour : 2e collection suppurée du dos de la main : ouverture, pansement des deux abcès.

3e *jour : ouverture* du panaris de l'extrémité du doigt (n'est pas un panaris de la gaine) pansement des trois abcès ; jours suivants : pansement des 3 abcès.

Dr V.

Réponse.

Vous avez fait trois ouvertures d'abcès superficiels *différents* et non une réouverture d'un même abcès insuffisamment incisé. C'est donc à compter trois fois. Quant aux pansements consécutifs, ce sont des cas de « pansements multiples : 15 fr. » (Art. 17).

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

Grippe et article 64

Un de mes clients est bénéficiaire de la loi des pensions pour tuberculose pulmonaire. Cet homme fait de la grippe. Puis-je légitimement soigner cette affection au bénéfice de la loi de 1919 ? L'infection grippale peut avoir une répercussion sur les lésions bacillaires, les deux choses sont connexes dans le cas particulier. Quel est votre avis ? Il s'agir de grippe avec localisation pulmonaire.

Dr A.

Réponse.

La grippe est une affection aiguë, saisonnière, qui n'a pas rapport avec l'art. 64. Mais si, *à la suite* de cette grippe, il survenait une poussée consécutive de tuberculose pulmonaire, vous rentreriez dans la normale en détachant des bons de visite, alors que vous soignez un pensionné qui l'est, précisément, pour « tuberculose pulmonaire ». Tel est, du moins, mon avis *personnel* et, sous toutes réserves, comme de coutume.

F. D.

II

Appel... et au-delà ?

Je vous accuse réception et vous remercie profondément des réponses reçues à mes deux demandes.

Je me permets de vous demander le nouveau renseignement suivant :

Il y a 3 mois environ, j'ai été appelé à donner mes soins à un mutilé de guerre. Ce dernier présentait à mon arrivée une fracture des malléoles pied droit, suite de chûte et me déclara ceci : je suis réformé pour large cicatrice chéloïdienne cuisse gauche *gênant la marche* et les mouvements de la cuisse. J'habite un pays accidenté avec routes en construction sur lesquelles ma jambe blessée ne me soutient pas ; à chaque instant je manque de tomber et me retiens sur ma bonne jambe, c'est dans un de ces mouvements que je me suis cassé la bonne jambe, je réclame la gratuité des soins médicaux. Je fis part de la situation à la Commission de contrôle départementale en lui demandant si je pouvais soigner le blessé au compte de la loi du 31 mars 1919. Réponse favorable et ce mois-ci, à l'examen de mon mémoire, acceptation complète par la commission de contrôle.

Mais il y a 2 jours, par note en date du 20 mars, le préfet m'annonce qu'il fait appel devant la commission supérieure de contrôle, l'article 64, dit-il, ne permettant pas d'établir une corrélation justifiée entre l'infirmité cause de réforme et la blessure actuelle.

Renseignements demandés : Ai-je quelque chose à faire avant la décision de la commission supérieure ? Celle-ci peut-elle juger sans avoir demandé des explications écrites ? Le blessé et moi, aurons-nous un recours contre sa décision en cas de refus ?

J'ai déjà signalé au Préfet qu'il faisait sur sa note une erreur de près de 100 fr. sur le montant du chiffre d'honoraires demandés et acceptés par la commission. Il parle de 425 fr. et je n'ai demandé que 336 francs.

Dr B.

Réponse.

1° Vous n'avez, pour l'appel, qu'à présenter, par écrit, toutes explications que vous jugerez nécessaires, en les adressant à M. le président de la commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, au ministère des pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

2° Après l'appel porté devant la commission supérieure, je ne vois plus que le recours devant le Conseil d'Etat. Et, s'il y a un vice relevé dans le jugement d'appel, vous aurez la solution de votre affaire, dans... environ 3 ans.

F.D.

III

Soins donnés à un non inscrit

Le 13 mars 1923, le nommé D., employé au chemin de fer d'intérêt local, a été reçu dans mon service de chirurgie pour phlegmon de la face postérieure de la cuisse gauche. L'hospitalisé était un blessé de

guerre, grosse cicatrice par E.O. à ce même endroit, mais il n'était pas inscrit sur la liste des pensionnés. Il ne savait pas qu'il avait encore un E. O. dans sa cuisse.

La radio, ne fonctionnant pas à C... à cette époque, et devant l'urgence de la situation, j'ai fait une incision large au point le plus fluctuant.

Collection purulente profonde située en arrière du court chef du biceps et en avant du derme membraneux. Malgré toutes mes recherches, je n'ai pas pu trouver l'éclat.

L'état général s'étant amélioré, j'ai envoyé le blessé à B. où une localisation sous les rayons a été faite et l'éclat extrait. C'est après cette opération que le service de santé de la région a donné un carnet à M. D.

La commission de contrôle s'appuyant sur le règlement ne veut pas envisager la question de mes honoraires.

M. D. non plus.

Que faut-il faire ? Dr C.

Réponse.

Le premier point pour que les soins donnés à un blessé de guerre soient aux frais de l'Etat, c'est que ce blessé soit inscrit sur la liste *ad hoc* et possède un carnet. En second lieu, que les soins soient donnés pour des séquelles de lésions ayant déterminé la pension. Dans votre cas, la commission de contrôle ne pouvait juger autrement, sans outrepasser ses pouvoirs. Il reste toujours au blessé le droit d'en appeler à la bienveillance du ministre, en vue d'une mesure spéciale, en donnant toutes les explications suffisantes qui sont, d'ailleurs, assez sérieuses. Si l'Etat paye, tout va bien. Sinon, pour vous, il ne reste plus qu'à réclamer directement au malade.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses ministérielles aux questions des Parlementaires.

Demi-taxes des automobiles professionnelles.

20663. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre des finances si l'administration est fondée à ne pas accorder la demi-taxe au propriétaire d'une camionnette du fait que, le dimanche, il promènerait les membres de sa famille dans ladite camionnette. *(Question du 18 février 1924.)*

Réponse. — L'utilisation accidentelle d'une voiture automobile imposée à la demi-taxe, pour des buts étrangers à l'exercice d'une profession agricole ou patentée, n'entraîne pas l'imposition au plein tarif.

(*J.O.*, 21 mars 1924.)

N.D.L.R. — Cette décision, qui vise la camionnette d'un commerçant ou d'un agriculteur, s'appliquerait, pour les mêmes motifs, à l'automobile professionnelle d'un médecin.

Quarante-sixième année — N° 17 — 27 Avril 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 998-IV)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, du Dr Bonnaud, de Ruffec (Charente), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Stations thermales.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à dro t à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 162. — Delage cond. inté., 2 pl. et spider, 10 HP, moteur parf. ét. Prix 7.000, s'adr. M. Albassier, 28, rue Pasquier, Paris.

No 163. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos banl. Paris (30 à 40 km.).

No 164. — A 10 min. de Paris, clin. A.T. et méd. gén. Emplt excell., rez-de-chauss., eau, gaz, élect., chauf. centr., bail 8 ans, aff. 45.000 en plein développt.

No 165. — Clientèle de 30.000 à céd. ds charm. pays proche de mer, maison agréable et confort., jard. et garage, à céder pr 15.000, dt 10.000 comptant.

No 166. — Dr recommande nourrice sér. en tte confiance ds pays tr. salubre. Pr. renseignements écrire Dr Mercier, rue de Montléan à Montmirail (Marne).

No 167. — A vendre Guide bleu Algérie-Tunisie de 1923 n'ayant pas servi, 18 fr. chez le Dr Bourguet Sommières (Gard).

No 168. — Moto F.N. 1 cyl. 7 HP avec side-car, parf. état. E. Champagne, Frémainville, par Meulan, (Seine-et-Oise).

No 169. — A céd. en Normandie, pr. gde ville, excellt poste seul méd. pro-pharm., sit. d'avenir. Cession pr raisons de santé. Belle et gde maison av. jard. et dépend, petite indem. S'adresser : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

No 170. — Banl. immédiate, poste tr. ancien, rappt 45.000, en aug. Gde maison av. jard. long bail, peu de frais de locom. S'adresser : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. R.C. 46.851.



CORRESPONDANCE

1021. — Changement de médecin traitant par un accidenté du travail.

Médecin de frontière, je me permets de faire appel à votre obligeance pour obtenir un renseignement d'ordre professionnel. J'ai cru pouvoir m'adresser à vous parce qu'il s'agit d'un point se rapportant aux lois françaises sur la réparation des accidents du travail, lois que je ne connais que très imparfaitement.

Voici ce dont il s'agit. Un ouvrier belge travaillant en France a été blessé au cours de son travail et a été envoyé par un médecin français chez un oculiste français qui l'a hospitalisé pendant quelques jours, Cet oculiste n'a pas été choisi par le blessé : il s'y est rendu parce qu'on lui a dit de s'y rendre. Rentré chez lui, en Belgique, ce blessé, apprenant qu'il y a un oculiste dans sa propre commune, désirerait que son traitement soit continué par cet oculiste, ce qui lui éviterait des déplacements ennuyeux et répétés et ce qui éviterait à la Compagnie intéressée le paiement des frais de déplacement. Le blessé n'a pas à se plaindre des soins qui lui ont été donnés chez l'oculiste français.

Je désirerais donc savoir, avant d'intervenir, en ce cas :

1° Si, en cours de traitement, un blessé a le droit strict de changer de spécialiste alors que, pour ce faire, il n'a à donner comme raisons que celles que je vous ai exposées plus hant

2° Si oui, doit-il en aviser son patron ou la compagnie d'assurance ?

3° Puis-je continuer le traitement à la seule demande du blessé avec certitude que la Compagnie payera mes honoraires établis d'après le tarif Breton ? Ou bien dois-je d'abord demander *moi-même* à la compagnie l'autorisation de continuer le traitement pour son compte ? Cette compagnie ferait alors l'économie des frais de déplacement. C'est la première fois qu'une situation de l'espèce se présente à moi et vous savez qu'en Belgique le libre choix du médecin n'existe pas. Il me faut donc recourir à vos lumières pour solutionner cette question.

Dr C.

Réponse.

C'est un principe absolu qu'en matière d'accident du travail, le blessé peut s'adresser au médecin ou au spécialiste de son choix. Pendant le cours du traitement, il peut même en changer à sa guise, sans avoir aucne formalité à remplir et sans même en aviser l'assurance. Les droits de celle-ci sont sauvegardés par ce fait qu'il existe un tarif des honoraires médicaux pour soins donnés aux blessés du travail et que pendant le traitement elle peut faire examiner le blessé par

un médecin de son choix qui cependant ne peut s'immiscer dans le traitement.

Vous pouvez donc continuer à donner vos soins au blessé sans autorisation de l'assurance. Peut-être cependant pourriez-vous, par courtoisie, avertir l'assurance de la situation en lui signalant l'avantage qu'en retire le blessé.

1030. — Le médecin propharmacien n'est pas assujetti au Registre du Commerce

Exerçant depuis peu, comme médecin propharmacien, je reçois de la préfecture la note ci-jointe.

Vous m'obligeriez beaucoup de me faire connaître si je suis astreint à me faire immatriculer au registre du commerce.

Il me semble avoir lu quelque part dans le *Concours* que les médecins en étaient dispensés. Dr A.

Réponse.

L'exercice de la propharmacie n'est que l'accessoire de la profession médicale et ne peut conférer au médecin la qualité de commerçant. Or, seuls, les commerçants sont tenus de se faire immatriculer au registre du commerce.

Il y a donc erreur de la part de l'administration préfectorale. Peut-être serait-il bon de la lui signaler pour éviter dans l'avenir des difficultés pour le paiement de vos mémoires d'honoraires.

A propos du libre choix du radiographe par les accidentés du travail.

Je lis, dans le numéro du 30 écoulé, page 776, la lettre d'un confrère relative à la radiographie-massage.

Il est dit dans cette lettre que la compagnie d'assurances à laquelle il avait été demandé l'autorisation de faire radiographier son malade, avait donné cette autorisation, mais en indiquant que c'était son médecin radiographe qui devait être chargé de la radiographie.

La Compagnie d'assurances à M., « La P., » a émis la même prétention vis-à-vis de moi, m'autorisant à faire une radiographie, mais par son radiographe.

Je n'ai tenu nul compte de cette restriction, estimant, comme vous le faites vous-même, que si le blessé a le libre choix de son médecin, il a non moins le libre choix de son radiographe.

La Compagnie en question a paru récalcitrante à cette idée, mais j'ai tenu bon et lui ai signifié, au cas où elle ne payerait pas, que je poursuivrais.

J'estime qu'une autorisation de ce genre, du moment qu'elle est accordée, laisse au blessé le libre choix du radiographe ou d'un spécialiste quelconque. D'ailleurs la Loi n'en fait pas mention et encore moins une obligation.

Si on se rangeait aux prétentions de certains assureurs qui interprètent à leur façon le libre choix

du médecin, lorsqu'il s'agit de spécialiste, c'en serait fait de celui-ci.

Dr Lop.
(Marseille).

1032. — Frais de justice criminelle.

Appelé d'urgence et possesseur d'une réquisition régulière du maire d'une commune voisine de ma résidence, pour examiner un noyé et établir s'il y a présomption de crime, je m'y suis rendu aussitôt en automobile, 8 kil. aller et j'ai rédigé un certificat de décès à fin d'inhumation.

Quel serait le tarif kilométrique ? A qui adresser mon mémoire ?

Dr I.

Réponse

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez à compter 15 francs pour l'examen du noyé et en outre (art. 19) 0,60 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

Votre note d'honoraires doit être établie sous forme de mémoire, en deux exemplaires, sur papier libre (la somme réclamée étant inférieure à 50 francs) et adressée au procureur de la République près le Tribunal de première instance de votre arrondissement. Après taxe par le président, vous serez payé par les soins du Trésor.

1003. — Soins à une assurée d'une caisse alsacienne.

Le 18 janvier 1922, j'ai été appelé auprès d'une femme d'un Alsacien demeurant à V. et qui venait de se casser le bras. Cette dame était assurée dans une caisse de maladie de S.

J'ai envoyé ma note d'honoraires à la Caisse locale générale de malades de l'arrondissement de S. (Bas-Rhin) le 21-IV-1922. Au bout de six mois, cette caisse s'est décidée à me répondre que ma cliente, Mme S. lui était inconnue. De là, je me suis adressé à ma cliente qui m'a assuré qu'elle payait régulièrement ses cotisations.

Depuis j'ai écrit plusieurs fois à la caisse de S. et, à ma grande stupéfaction, j'ai reçu au bout d'un an une lettre m'indiquant que ma cliente à droit aux soins médicaux si seulement elle habite la circonscription de la caisse.

Comme l'accident est arrivé à V. (cette pauvre femme n'a pas choisi la bonne place pour se casser le bras !), la caisse n'est pas obligée d'intervenir.

Il s'agit d'une note d'honoraires se montant à 169 fr. 47. Comment procéder pour me faire couvrir ? Ma cliente habite actuellement l'Alsace.

Dr S.

Réponse.

Si la Caisse de S. refuse de vous payer les soins que vous avez donnés à son assurée, vous n'avez aucun moyen légal de l'y contraindre. En effet

vous n'avez aucun lien de droit avec cette Caisse, puisqu'elle n'a pas commandé vos soins et que d'autre part vous n'avez passé aucun contrat avec elle.

Si donc vous voulez poursuivre le recouvrement de vos honoraires, il vous faudra assigner votre cliente au lieu de son domicile en Alsace ; c'est à elle qu'il appartiendra de se retourner contre la Caisse, si elle le juge utile.

1024. — Enregistrement et visa de certificat provisoire de diplôme.

Au moment de mon installation, j'ai fait viser mon diplôme provisoire au greffe, à la préfecture, à la mairie. Muni maintenant du diplôme définitif, faut-il aller le faire viser dans les mêmes conditions que le précédent diplôme provisoire ?

Dr B.

Réponse.

Du moment que vous avez fait enregistrer et viser votre certificat provisoire conformément à la loi, vous n'avez plus aucune autre formalité à remplir.

1052. — Les honoraires pour soins à un blessé du travail sont privilégiés.

J'ai soigné des ouvriers d'un entrepreneur de maçonnerie. Ce dernier, au moment des soins, m'a déclaré qu'il paierait les frais. Au 1er janvier dernier, j'ai envoyé le chiffre de mes honoraires : 40 fr., qui ne sont pas encore payés à l'heure actuelle. Cet entrepreneur, faisant de mauvaises affaires, vient de vendre son matériel et sa maison. J'ai envoyé immédiatement ma note au notaire qui me répond en ces termes :

« J'ai pris bonne note de votre réclamation X...
« Les délais d'opposition expireront vers la fin du « mois. Dès maintenant je vous avertis que les « oppositions s'élèvent à plus de cinq fois le produit « de la vente du matériel du 5 dernier. »

Puis-je réclamer, pour le règlement, un privilège ? Il m'est impossible de m'adresser à l'ouvrier, celui-ci étant de passage ; c'était un chemineau.

Dr M.

Réponse.

La créance du médecin pour soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail bénéficie du privilège général de l'article 2.101 du Code civil (article 23 de la loi du 9 avril 1898).

Si donc, dans l'espèce qui vous intéresse, il s'agit bien d'un accident du travail, vous êtes fondé à demander au notaire qu'il vous admette au passif du patron par privilège.

---

957. — Demande de précisions sur la déclaration du revenu.

Le contrôleur des contributions me réclame le montant des honoraires touchés et le détail des frais professionnels pendant les années 1918, 19, 20, 21, 22, 23.

Je n'ai plus d'éléments pour fournir le détail de mes frais en 18, 19, 20, 21, 22. Suis-je de ce fait, répréhensible ? et puis-je avouer très franchement au contrôleur que j'ignorais devoir garder tant de détails pendant tant d'années ? Dr X.

P. S. — Depuis plusieurs années je suis président de mon syndicat et délégué aux commissions de contrôle de l'assistance médicale et des blessés de guerre pour le département entier.

Ai-je le droit d'inscrire au compte de mes « frais professionnels » les frais que je dépense aussi pour le syndicat ?

Réponse.

1° Bien que vous n'ayez plus d'éléments pour fournir le détail de vos frais professionnels, essayez cependant d'établir un état de vos recettes et de vos dépenses faisant ressortir approximativement votre bénéfice net (celui par vous déclaré).

Présentez cet état au contrôleur en lui exposant les faits tels qu'ils sont et en excipant de votre bonne foi.

La destruction des pièces justifiant votre déclaration ne saurait vous faire encourir une amende du fait que vous exercez une profession libérale, mais le contrôleur pourrait vous taxer d'office sur un bénéfice supérieur à celui effectivement réalisé. C'est pourquoi nous vous conseillons de conserver les meilleurs rapports avec l'administration et de fournir, dans la mesure du possible, les renseignements qu'elle vous demandera.

2° S'il vous est alloué une certaine somme pour couvrir les dépenses (frais de déplacement, etc.) que vous occasionne votre qualité de président de syndicat, vous faites entrer la dite somme dans vos recettes et les dites dépenses seront regardées comme frais généraux.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

---

954. — La taxe de luxe sur les autos et les dommages de guerre

J'ai acheté, pour m'être livrée en avril, une automobile 11 de ch.v. Chenard et Walcker, auto professionnelle.

Je suis fixé depuis 1904 dans le Nord ; les Allemands m'ont volé une voiture que je remplace par celle que je puis acheter ce jour.

Je suis sinistré ; ma maison a été occupée durant

la guerre, mon matériel professionnel égaré, mon mobilier enlevé, détruit ou dispersé.

Or, si j'achète une voiture professionnelle qui me coûtera 27.000 fr., j'ai droit à la remise de la taxe de luxe, et je dois m'adresser au préfet pour obtenir le mandatement de la dite taxe, qui me sera versée en argent liquide. En vertu de quelle loi, de quel article, puis-je demander ce mandatement au préfet pour légitimer ma réclamation ?

Vous savez que l'Etat n'est pas large vis-à-vis de nous après les abus et les scandales qui se sont produits dans les indemnités attribuées pour dommages de guerre.

Dr D.

Réponse.

La question qui nous est posée n'est pas d'ordre fiscal, mais se rattache directement aux dommages de guerre.

Toutefois l'administration compétente que nous avons consultée à ce sujet nous a fait la réponse suivante : « En dehors de l'exception prévue par le décret du 17 août 1921 (*J. O.* du 24) en faveur des automobiles achetées en vue d'assurer un service de transport public concédé, subventionné ou exploité par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics hospitaliers, aucune disposition ne permet d'exonérer de la taxe de 10 % la vente des automobiles servant au transport des personnes, même si ces voitures sont utilisées par l'acheteur pour l'exercice de sa profession. La taxe du chiffre d'affaires étant, aux termes de la loi du 25 juin 1920, à la charge exclusive du vendeur, l'administration n'a pas, en effet, à connaître la qualité de l'acheteur.

Il importe donc peu pour l'application de la loi que celui-ci soit un sinistré de guerre. »

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

744. — Les certificats pour allocations aux ascendants de militaires morts pour la France sont exempts de timbre

Les certificats délivrés aux ascendants de militaires morts pendant la guerre ou des suites de celle-ci, en vue de leur faire obtenir l'allocation d'ascendant, à titre d'infirmités avant 60 ans, doivent-ils être rédigés sur papier timbré ?

Dr C.

Réponse.

Les actes de toute nature concernant les « gens de guerre » sont exempts du droit de timbre en vertu de la loi du 13 Brumaire, an VII, article 16.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

896. — Fin des obligations militaires

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire savoir si je suis dégagé de toutes obligations militaires avec les renseignements suivants.

1° Rayé des cadres en 1916 pour raisons de santé, médecin aide-major de 1re classe ;
2° Né le 5 février 1876, classe 1896 ;
3° Marié et 1 enfant.

Dr P.

Réponse.

La radiation des cadres équivaut à la réforme; vous êtes donc, de par votre radiation des cadres, dégagé dès maintenant de toutes obligations militaires.

---

967. — Augmentation de pension militaire

J'ai l'honneur de vous demander : *si un pensionné de guerre à* 70 % (trépanation avec persistance d'éclat dans la région frontale gauche) anciennement menuisier de la ville de Paris, et mis à la retraite proportionnelle à la suite de cette blessure, peut, avec quelques chances de succès, réclamer une augmentation de pension basée sur ce fait que tout travail lui est désormais interdit.

Je ne serais pas venu vous importuner s'il ne m'avait pas absolument fallu pouvoir montrer « quel que chose d'écrit » à ce client.

Dr B.

Réponse.

Oui (si la pension est définitive), à la condition que le taux d'invalidité se soit accru de 10 p. 100 au moins depuis l'époque de la concession de la pension, que cette aggravation soit se déclarée dans les 5 années, qui suivent la concession de cette pension, et que le supplément d'invalidité soit exclusivement imputable à la blessure ou à la maladie constitutive de l'infirmité pour laquelle la pension a été accordée (art. 68).

Si la pension n'est que temporaire, une aggravation de 5 p. 100 peut suffire.

---

730. — Remboursement de frais de transport comme malade de guerre

Atteint de bronchite et d'entérite chroniques contractées en service (20 % d'invalidité) ; mon état s'est aggravé en novembre 1923, une intervention importante fut pratiquée le 4 décembre sur le côlon ascendant, l'appendice fut enlevé. Comme complications je fis d'abord une congestion pulmonaire, puis le 17 décembre une phlébite du membre inférieur gauche. J'étais soigné dans une clinique annexe de l'hôpital civil de N. dont j'ai été évacué le 21 janvier, car les confrères qui me soignaient ont jugé nécessaire pour ma santé de me renvoyer chez moi à 40 km. je fis le voyage dans une ambulance, sur un

(Voir la suite page XLVII-1045)

PROPOS DU JOUR

En feuilletant un vieux livre. Les impossibilités évidentes.

Il est toujours intéressant de feuilleter les vieux livres, même lorsqu'ils ne contiennent pas des œuvres de génie. Ils nous permettent de constater que l'esprit humain varie peu au cours des siècles, que les hommes d'aujourd'hui sont sujets aux mêmes erreurs, sont hantés des mêmes préjugés, sont capables des mêmes sottises que les hommes de jadis, que le progrès consiste uniquement en progrès technique qui permet d'augmenter la puissance de perception de nos sens, de voir, d'entendre mieux et plus loin, de reculer les frontières de l'inconnu ; mais en ce qui concerne les conceptions du cerveau humain, les ouvrages de l'Esprit, comme l'a écrit La Bruyère : Tout est dit et l'on vient trop tard.

Le hasard nous a amené à parcourir un vieux livre, trouvé dans un recoin de notre bibliothèque : il date de la veille de la Révolution (1786), et est écrit dans le style grandiloquent de la fin du XVIIIe Siècle. Son auteur est M. Andrieu, docteur en médecine de l'Université de Montpellier, qui, néanmoins, exerçait à Paris où il habitait quai de la Mégisserie, près l'Arche Marion. Cet Andrieu était un hygiéniste, un précurseur des hygiénistes de notre époque avec leurs qualités, mais aussi leurs défauts. Son livre est intitulé : *Avis conservateur du Citoyen sur les causes de maladie violente et de mort impré ue qui ravagent soudain les hommes de tous les rangs. Découverte intéressante du dix-huitième Siècle.*

Dans cet ouvrage, l'auteur traite des causes générales de dépopulation. Ces causes ne sont pas encore l'avortement, ni la restriction volontaire. La mortalité par les maladies les plus variées joue alors un rôle infiniment plus grand que la « dénatalité », néologisme qui était alors totalement inconnu.

Au milieu d'un fatras de considérations amphigouriques, l'on trouve, dans cette sorte d'exposé d'hygiène publique, quelques passages intéressants.

Ainsi, le Dr Andrieu rappelle que dans son *Agenda Antisyphilitique*, publié aussi en 1786, il a traité de la prophylaxie de la maladie vénérienne, relatant « des observations intéressantes sur l'existence cachée de cette cause, notamment dans le mariage ». Il cite et approuve la proposition d'un M. Leclerc qui, en 1783, constatant la propagation universelle de la syphilis, « a conclu à la possibilité de détruire cette maladie en France, en faisant traiter par province et de proche en proche tous ceux qui en sont attaqués ». Il demande (chose alors difficile à trouver) « d'avoir la certitude d'un bon remède capable d'effectuer cette guérison d'une manière intime et définie, sans équivoque et sans violence ». Et, « en attendant l'exécution de ce *grand œuvre* », il s'efforcera de lutter contre les maladies, convaincu « de remplir le plus important, le plus sacré et le plus légitime devoir du *médecin citoyen.* »

M. Andrieu était là encore un précurseur, et il parlait déjà la langue des divers Comités nationaux plus ou moins officiels d'hygiène et de prophylaxie. Il n'y a guère que les expressions qui ont changé : le civisme médical prérévolutionnaire a fait place à la médecine sociale du XXe siècle. C'est tout.

L'auteur s'occupe d'hygiène urbaine, notamment de l'hygiène de la rue et des salles de spectacles. Il signale ce qu'il appelle modestement ses nouvelles découvertes en médecine et en chirurgie ; quelques-unes ne manquent pas de piquant : telles l'influence pernicieuse du froid sur les enfants nouveau-nés pendant leur baptême, dans les villes et les campagnes ; la constatation de l'ignorance, de l'impéritie et de l'insuffisance des lumières des chirurgiens des villes et des campagnes (déjà !), la nécessité de réforme dans l'administration salutaire et économique des hôpitaux et maisons de Charité du Royaume. Ces questions sont encore sur le chantier et n'ont pas été complètement résolues.

Précurseur de V. Laborde, s'il n'a pas découvert les tractions rythmées de la langue, M. Andrieu a tout au moins obtenu en 1775 une médaille d'or de l'Académie de chirurgie pour son procédé de traitement d'urgence de la mort apparente.

Voici, du reste, comment il résume et apprécie, sans vergogne sa plus grande découverte.

« Pour rappeler à la vie les enfants nouveaux nés, les personnes noyées, les apoplectiques, celles qui ont été suffoquées par la vapeur du charbon, par les exhalaisons méphitiques, etc., etc., nous avons proposé l'*irritation mécanique* de

l'intérieur de l'odorat avec la barbe d'une plume entière, le bout d'un rouleau de papier, celui d'une paille, etc. Ce secours salutaire très simple, très aisé à pratiquer en tout tems, en tous lieux et par toute personne, est sans contredit le plus essentiellement utile *dont la médecine puisse se glorifier en pareil cas.* En effet, ce moyen de sensation, intime par son efficacité *suprême* (dont la priorité nous appartient) rappelle notre existence dans les cas où elle paraît le plus profondément éteinte, nous fait passer soudain de l'état de mort à celui de vie et nous soustrait *avec infaillibilité* au plus grand des malheurs, celui d'être enterrés vivans. »

Tout ceci montre chez ce précurseur un singulier mélange de naïve suffisance et d'ingéniosité pratique ; mais, ce qui nous a paru le plus curieux dans ce livre, parce que cela nous rappelle les *impossibilités évidentes* dont nous accablaient naguère les faux savants de la phtisiologie moderne, c'est le singulier pronostic que le Dr Andrieu porte sur 5 découvertes qu'il n'a pas faites :

« On s'est livré dans tous les tems, écrit-il, avec une sorte d'enthousiasme phrénétique à la futilité de quelques découvertes physiques qui ont eu lieu successivement sans aucune utilité réelle et dont l'issue a été ou nulle ou funeste, et telle qu'on aurait dû la pressentir dès l'instant même de leur naissance.

De ce nombre sont :

1° L'art de plonger et de résider au fond des mers.

2° Celui de marcher à pied sec sur la surface des eaux.

3° L'art de s'élever dans la région de l'air, à la faveur de vaisseaux volans et des aérostats, ou globes aérostatiques.

4° La section de la symphyse chez le sexe.

5° Le mesmérisme magnétique animal, etc.

Le temps et l'événement ont caractérisé ces *découvertes vaines et illusoires.* »

Les faux prophètes ne sont pas seulement nos contemporains, et il n'y a pas que nos actuels phtisiologues qui ont pu parler d'*impossibilités évidentes.* Pour M. Andrieu, c'était une *impossibilité évidente* que la navigation aérienne : la raison qu'il en donne est péremptoire et tient à la constitution même de l'homme. « *Son essence*, dit-il, en propres termes, *est de ramper sur la surface du globe.* » De même à notre époque, l'essence du médecin praticien serait d'obéir sans discussion à un demi quarteron de phtisiologues officiels.

Cette *impossibilité évidente* de l'aviation persista longtemps encore. Quand Nadar, en 1853, émit à ce sujet la théorie du plus lourd que l'air, on lui répondit par cette boutade qui fit fortune sur le boulevard. « L'homme aura beau faire en se transformant en volatile, il ne sera jamais que le dindon de la farce. » Et à peine 50 ans plus tard, les Wright et les Blériot montraient ce que deviennent les impossibilités évidentes et de quel côté devaient se trouver les dindons de la farce. Sans nous attarder à la cloche à plongeur, au scaphandrier, à la symphyseotomie et à l'hypnotisme qui montrent plus éloquemment encore ce qu'il faut penser des prophéties de M. Andrieu, toutes les découvertes, tous les progrès humains se heurtent aux impossibilités évidentes des grands Prêtres de la Routine.

C'était une impossibilité évidente que de débarrasser les aliénés de leurs chaînes, et quand Philippe Pinel fit à Bicêtre faire cette généreuse tentative, le délégué de la Convention qui l'accompagnait le mit en garde contre la grande responsabilité qu'il encourait en mettant en liberté relative pareilles bêtes sauvages. Depuis, Pinel a bien été dépassé avec l'open door, le no restraint et les colonies familiales.

Lors de l'invention des Chemins de fer, il y eut en Angleterre des membres du Parlement, et un ministre en France, M. Thiers, pour parler d'impossibilité évidente.

Ce furent des arguments a priori du même genre que l'on opposa aux découvertes de Pasteur.

Combien de fois, dans notre sphère infiniment plus humble, avons-nous entendu parler d'impossibilité évidente !

Le syndicalisme médical fut considéré dès sa naissance par tous les médecins pontifiants (et ils étaient plus nombreux alors qu'actuellement nos phtisiologues officiels), comme une impossibilité évidente.

Lorsqu'on parla du libre choix du médecin par l'assisté, ce fut considéré comme une impossibilité évidente. Ce fut bien pis quand il s'agit de faire inscrire le libre choix dans la loi sur les accidents du travail. Et tout cela est devenu réalité. Nous nous souvenons de la stupéfaction d'un sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, sous-secrétaire d'Etat qui était cependant un confrère, quand, à propos des soins aux réformés de guerre, les délégués de nos syndicats demandèrent à traiter avec lui. Comment ! avec lui, sous-secrétaire d'Etat, lui le *représentant de l'omnipotence de l'Etat* (*sic*), traiter d'égal à égal avec les délé-

gués du corps médical ! Mais c'était une *impossibilité évidente* ! Les événements ont montré ce qu'est devenue cette impossibilité avec un ministre plus intelligent, et la sécurité de la République ni les intérêts de la France n'en furent pas compromis, bien au contraire.

Aussi, nous est-il permis de sourire quand nos grands phtisiologues viennent, à propos de la coopération active et réelle des syndicats médicaux à la lutte contre la tuberculose parler, d'*impossibilités évidentes*.

J. NOIR.

Un de nos lecteurs nous demande notre opinion sur l'Œuvre du Ministère de l'Hygiène, récemment disparu, et sur ses inspirateurs. Nous lui répondrons qu'en France, et au *Concours médical* nous avons le respect des morts. Paix à leurs cendres !

J. N.

Erratum. — Une coquille déplorable de l'imprimeur m'a fait dire exactement le contraire de ce que j'avais voulu, il y a huit jours ; **Page 952, 1re colonne, 9e ligne :** Il faut lire : « ... nous avons mérité les aimables reproches que nous a adressés, *d'ailleurs sans prétention* ET SANS HUMEUR, M. le professeur Sabrazès... »

Un NON malencontreux donne à ma phrase un sens complètement opposé à celui que j'entendais lui donner. En réparant cette erreur, j'adresse mes excuses et mes compliments à M. Sabrazès.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ETATS HÉMORRAGIQUES

PURPURAS HÉMORRAGIQUES (1).

Par J. RIEUX,

Médecin principal de 1re classe,
Professeur au Val-de-Grâce.

Le problème des *Purpuras*, en donnant à ce terme sa signification la plus générale, demeure parmi les plus controversés des problèmes hématologiques. Est-ce un symptôme ou une maladie ? Est-ce un syndrome hématologique, c'est-à-dire limité à un trouble du sang et des organes hématopoïétiques ? Est-ce, au contraire, un syndrome plus général en rapport avec des lésions du système nerveux, du foie, des reins et à retentissement sur le système circulatoire ? La cause première est-elle une intoxication ou une infection microbienne ?

A toutes ces questions, on a donné une réponse, chaque auteur apportant à sa conception un caractère plus ou moins absolu. HAYEM et ses élèves, ORIOU, BENSAUDE, LENOBLE, se sont particulièrement occupés de la question. Citons aussi MARFAN, HUTINEL, NANU, GRENET, DE BENEDITTI, P.-E. WEIL.

Après des discussions nombreuses, si le problème des Purpuras n'a pas encore obtenu sa formule définitive, il est permis de dire que la lumière commence à se faire en son obscurité. L'exposé qui suit le démontrera.

Comme nous l'écrivions en 1911, il est difficile de présenter la question complexe des Purpuras au seul nom de l'Hématologie. Pour obvier à cette difficulté, nous avions alors divisé les Purpuras en Purpuras avec hémorragies ou Purpuras vrais, et en Purpuras sans hémorragies ou avec hémorragies insignifiantes, ou Purpuras secondaires.

Semblable division peut encore se défendre actuellement. Mais, d'une part, il est difficile de donner à ces deux groupes de Purpuras une étiologie et une symptomatologie nettement séparées. En outre et surtout, les données nouvelles de physiologie pathologique, récemment introduites dans la pathogénie des Purpuras, tendent à donner à ce groupe d'affections une autonomie et à établir, entre les diverses formes cliniques et hématologiques, des différences de degré et non de nature. Nous traiterons donc des Purpuras dans leur ensemble, sous réserve des modifications que l'avenir pourra y introduire.

1° *Etiologie.* — Le Purpura s'observe surtout au cours de la deuxième enfance et de l'adolescence ;

(1) Chapitre extrait, avec l'aimable autorisation de l'auteur, du *Traité d'hématologie clinique*. (O. Doin, éditeur, Paris), 760 pages ; 16 planches.

aussi s'explique-t-on que ce soient surtout les médecins-pédiatres qui s'en soient surtout occupés. L'affection est déjà rare chez le nourrisson, exceptionnelle chez le nouveau-né. Sur 77 cas de purpura, STEFFEN en note 22 au-dessous de deux ans, soit 20,61 p. 100. ETLINGER, sur 188 cas, donne un pourcentage de 14,89 au-dessous d'un an. NOBÉCOURT et R. MATHIEU (1), sur 238 nourrissons ne relèvent que 5 cas de purpura. Comparant les hémorragies et le purpura chez le nouveau-né et chez l'adolescent, HUTINEL et BIGARD font ressortir que les « facteurs divers qui, chez l'adulte et le grand enfant, produisent le purpura et accessoirement les hémorragies, produisent chez les nouveau-nés des hémorragies et accessoirement du purpura » (2).

Le Purpura, considéré en général, et surtout dans sa forme chronique, s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. La raison principale réside en la vie génitale de la femme, dont les hémorragies menstruelles physiologiques peuvent si facilement devenir pathologiques, au moment de la puberté, surtout, mais aussi pendant le reste de la vie, à l'occasion de l'accouchement, du retour des couches, de la ménopause enfin (P.-E. WEIL).

Quant aux *causes* proprement dites des Purpuras, on peut les grouper dans les deux principaux chefs suivants : 1° les maladies infectieuses, qui apparaissent bien comme des causes directes ; 2° les troubles toxiques, qui sont tout au moins des causes favorisantes. Mais, à ces notions étiologiques plus ou moins précises, il convient d'ajouter celle de la cryptogénèse qui, ici comme dans tout syndrome hématologique, n'est pas parmi les moindres.

a) *Maladies infectieuses.* — Le rôle étiologique des infections, surtout des infections aiguës, est souvent si net qu'il est impossible de séparer et l'infection elle-même et le purpura. Ajoutons, du reste, que, dans ces cas, la coïncidence du purpura aggrave le plus souvent le pronostic et que la terminaison de la maladie est souvent mortelle.

On a signalé : les *streptococcémies* (HANOT et LUZET 1890 ; ANTONY ; WIDAL et THÉRÈSE ; LANNOIS et COURMONT) ; les *staphylococcémies* ; les *pneumococcémies*, dont NOBÉCOURT et R. MATHIEU ont récemment (1920) relevé 7 cas chez les nourrissons, tous mortels, avec localisations multiples et variées du pneumocoque ; les *méningococcémies*, avec ou sans méningite, étiologie un peu spéciale à la première enfance et où l'on observe assez communément des arthrites (A. NETTER, 1915 ; NOBÉCOURT et PARAF, 1920). Le purpura a aussi été signalé au cours de la *variole* et de la *vaccine*, de la *grippe* (formes hémorragiques en particulier) ; l'étiologie relève, dans ces cas surtout, du streptocoque et du pneumocoque. Citons enfin la spirochétose ictéro-hémorrhagique (CH. PAGNIEZ), la leucémie aiguë, l'anémie aplastique.

La *syphilis*, mise en cause ici comme dans toutes les affections du sang, semble surtout jouer un rôle dans le purpura du nouveau-né (hérédo-syphilis) (J. JOLLY, 1896 ; SABRAZÈS et DUPÉRIÉ, 1909). On doit dès lors tout au moins la suspecter dans le syndrome désigné sous le nom de « maladie hémorragique des nouveau-nés ». Son intervention est certainement moins fréquente après cette période de la vie (P.-E. WEIL).

Citons enfin la *tuberculose* sous toutes ses formes, sans qu'on puisse établir le rôle respectif qui revient au bacille de Koch ou à ses toxines (BENSAUDE et RIVET). Sur 26 cas de purpura chronique observés par SCHUPFER (1917), plus de la moitié présentait des signes de tuberculose.

b) *Troubles toxiques.* — On a attribué aux troubles toxiques, endogènes ou exogènes, une importance étiologique à peu près égale à celle des infections aiguës. Signalons parmi les intoxications exogènes, les purpuras survenant au cours des injections de novarsénobenzol et qui peuvent parfois être d'une gravité mortelle (R. RABUT et P. OURY, 1922) (1). Quant aux intoxications endogènes, ce sont surtout les troubles qui succèdent aux affections gastro-intestinales aiguës ou qui accompagnent les intoxications gastro-intestinales chroniques, liées elles-mêmes, surtout chez l'enfant, à l'hygiène alimentaire défectueuse, à la misère, au surmenage et entraînant la cachexie. HAYEM et LENOBLE ont insisté sur ces faits. Ces intoxications représenteraient pour eux le point de départ véritable d'un trouble hématique, sous la forme d'une « toxine intestinale à localisation sanguine spéciale, échappant jusqu'à présent à toute analyse ».

D'une manière aussi imprécise, on fait intervenir la préparation du terrain aux phénomènes hémorragiques par les lésions viscérales, qui seraient les réels facteurs du syndrome purpurique. Ce sont au premier chef : la dégénérescence graisseuse du foie, les cirrhoses, les néphrites, les lésions vasculaires, les hémorragies surrénales (LOEPER), enfin les lésions du système nerveux central ou périphérique.

Plus précisément peut-être, sans démonstration réelle cependant, on tend à rapprocher le syndrome purpura des manifestations endocriniennes, ovariennes, thyroïdiennes, hypophysaires, surrénaliennes, etc. ; plus généralement enfin, des phénomènes de choc hémoclasique et d'anaphylaxie. C'est vraisemblablement dans cet ordre de faits que se groupent les cas de purpuras d'étiologie inconnue. On verra, à propos de la physiologie pathologique, quels horizons s'ouvrent actuellement sur ce sujet.

2° *Symptomatologie et formes cliniques.* — Nous ne nous attarderons pas sur la symptomatologie des Purpuras. Leur individualité est faite au nom de

(1) NOBÉCOURT et R. MATHIEU. — Les Purpuras de la première enfance. *Paris méd.*, 4 déc. 1920, p. 412.

(2) HUTINEL et BIGARD. — Art. Purpura, in *Les maladies des enfants*, tome, II, 1909.

(1) R. RABUT et P. OURY. — (*Presse méd.*, n° 75, 20 sept. 1922, p. 810).

l'*éruption purpurique*, véritable hémorragie sous-cutanée, pouvant se présenter sous la forme : de la pétéchie discrète, des pétéchies diffuses avec souvent prédominance sur les membres, autour des articulations, sur la face antérieure des jambes ; des pétéchies à disposition métamérique ; des papules ou des vésicules hémorragiques ; des ecchymoses enfin. Nous n'insisterons pas davantage sur les autres hémorragies qui peuvent accompagner les suffusions sanguines : épistaxis, stomatorragies, métrorragies, hématémèse et mélæna, etc. ; non plus que sur les symptômes généraux.

Parmi les symptômes un peu anormaux qui accompagnent l'éruption purpurique et les hémorragies, il y a lieu de signaler :

a) Les *arthropathies*, sous forme de douleurs à type rhumatismal avec gonflement articulaire, sans rougeur des téguments ; elles siègent surtout aux articulations des membres inférieurs (cou-de-pied, genoux) et s'accompagnent, enfin, souvent de douleurs osseuses (tibias), musculaires, tendineuses, dans le voisinage des arthralgies.

b) La *néphrite*, conséquence des hématuries, qui représentent une des modalités de l'état hémorragipare, est assez rare. Elle n'apparaît généralement pas avant le dixième jour de la maladie. Son début est lent sans signes aigus, ni fièvre, ni symptômes généraux. Les urines présentent presque toujours des caractères identiques : quantité diminuée, albuminurie de 1 à 2 grammes, couleur rouge brunâtre. Elles contiennent des hématies, des leucocytes, des cylindres hématiques granuleux et plus tard hyalins (A. LIPPMANN, 1912) (1).

c) Les *hémorragies rétiniennes* sont exceptionnelles, ne s'observent que dans les formes très graves et sont, en général, le signe précurseur d'une terminaison fatale (GINESTOUS, 1912) (2).

Quant aux formes cliniques, on peut les décrire sous quatre types principaux : 1° forme foudroyante ; 2° forme aiguë ou subaiguë ; 3° type maladie de WERLHOF ; 4° forme chronique vraie enfin.

1° *Purpura foudroyant* (« Purpura fulminans » de HÉNOCH, 1887). — Cette forme s'observe surtout chez l'enfant, mais aussi chez l'adolescent et l'adulte. Elle est caractérisée par l'apparition brusque de fièvre, de malaise, de pâleur, d'agitation, voire même de convulsions ; puis, d'une éruption purpurique plus ou moins étendue et confluente, le plus souvent sans hémorragie. Le pronostic est immédiatement sombre. La maladie peut ne durer qu'un jour. La plupart des malades succombent.

Cette forme se place dans les cas à étiologie inconnue. Il est possible cependant qu'un certain nombre relève, chez l'enfant surtout, de pneumococcies, de streptococcies, de méningococcies suraiguës. (NETTER, 1909 ; LE PAPE et GUY LAROCHE, 1916 ; VERBIZIER, 1917). On a noté enfin l'apparition assez fréquente du Purpura fulminans dans le décours de la scarlatine. Sur 67 cas de cette forme de purpura relevés par CHIRICK en 1912, 17 se sont manifestés pendant la 2e, 3e et 4e semaine après le début de la scarlatine (1).

(1) Arthur LIPPMANN. — Les néphrites hémorragiques au cours du Purpura. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 25 juillet 1912, n° 30, p. 1407.)

(2) GINESTOUS. — Purpura et hémorragies rétiniennes. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 12 mai 1912.)

2° *Purpuras aigu et subaigu.* — C'est la forme le plus fréquemment observée. Selon la modalité ou la rapidité d'évolution, on en a décrit plusieurs types : le purpura typhoïde ou typhus angio-hématique de LANDOUZY et GOMOT ; le purpura gangréneux (MARTIN DE GIMARD) ; le purpura subaigu apyrétique, bénin. Dans tous ces cas, l'allure de la maladie est celle d'une septicémie avec préodominance de symptômes nerveux et hémorragiques. Toutes présentent, en effet, un état hémorragipare très accentué, comme en témoignent les hémorragies considérables des muqueuses, les ecchymoses, et s'accompagnent d'éruption purpurique très développée.

A ce groupe, on peut rattacher la forme aiguë et subaiguë du Purpura que LENOBLE a individualisé sous le nom de « purpura myéloïde ». La forme *aiguë* débute par des épistaxis nocturnes et des pétéchies plus ou moins étendues, ecchymotiques ou restreintes. Puis surviennent des hémorragies graves et répétées, à point de départ buccal, gastro-intestinal, utérin. En même temps, surviennent des douleurs osseuses. L'état général s'altère, l'anémie s'accentue, la mort peut survenir ; cependant, la guérison paraît plutôt la règle. L'évolution *subaiguë* peut être légère et de courte durée, ou prolongée. L'état hémorragique se réduit en général aux épistaxis, les manifestations purpuriques à des pétéchies plus ou moins étendues. Malgré la durée parfois prolongée, l'état général, le sang, sont peu modifiés ; la guérison est la règle.

3° *Maladie de* WERLHOFF. — On désigne communément sous ce nom un syndrome décrit — succinctement d'ailleurs — au XVIIIe siècle, par WERLHOFF, sous le nom de « morbus maculosus hœmorrhagicus », plus complètement étudié par ses élèves BEHRENS et WICHMANN, repris enfin par LASÈGUE (1877) en une étude rétrospective restée classique.

Le tableau clinique est réalisé par : un début brusque ; une éruption purpurique vraie assez discrète, mais des ecchymoses nombreuses, de dimension variable, irrégulièrement distribuées, si bien que, selon l'expression de MARFAN, « on a l'impression que l'enfant a été roué de coups » ; des épistaxis, des stomatorragies par ecchymose de la muqueuse buccale (voûte palatine et joues), et non par état fongueux des gencives ; rarement enfin des hémorragies gastro-intestinales. La fièvre, les douleurs rhumatoïdes sont

(1) CHIRICK. — Purpura fulminans suite de scarlatine. (*The British Journ. of Children's Diseases*, p. 154, avril 1912.)

absentes ; l'allure est le plus souvent bénigne et courte (dix à quinze jours).

H. EICHORST (1912) a signalé une modalité de la maladie de WERLHOFF où prédominent les signes de néphrite hémorragique.

La maladie de WERLHOFF s'observe presque exclusivement chez les enfants, surtout dans la deuxième enfance.

4° *Purpura chronique vrai.* — Du groupe un peu confus de la malade de WERLHOFF qui est, comme on vient de le voir, un purpura aigu ou subaigu, MARFAN et NANU (1900) ont isolé une forme à évolution prolongée et chronique, qu'ils ont désignée sous le nom de « purpura chronique à grandes ecchymoses ». De même, HAYEM et ses élèves, LENOBLE, BENSAUDE et RIVET (1904) (1), ont attiré l'attention sur la forme chronique du Purpura vrai, hémorragique, caractérisée par sa durée pour ainsi dire indéfinie, puisqu'elle commence dès la première année de la vie et existe encore à l'âge adulte. Tout récemment enfin, P.-E. WEIL (1920-1922) (2) a repris la question dans son ensemble, l'élargissant et la désignant sous le terme général de « dyscrasie endothélio-plasmatique chronique hémorragique », puis, plus simplement, d' « hémogénie ». Il s'agit là, en effet, d'une véritable diathèse hémorragique.

Comme dans la maladie de WERLHOFF, ces modalités du purpura chronique s'observent dans la seconde enfance ou dans l'adolescence. Le malade présente des épistaxis fréquentes et abondantes, des hémorragies gingivales qu'on constate en particulier à l'occasion de la toilette du matin, des ecchymoses étendues et souvent spontanées, des bosses sanguines produites sous l'action d'un choc modéré ; enfin, chez la jeune fille ou la femme, des menstrues excessives et prolongées. Contrairement, en effet, à ce qui se passe dans l'hémophilie, la femme est plus souvent atteinte que l'homme. Les manifestations purpuriques sont souvent réduites à des pétéchies rares et discrètes et sans localisation précise.

L'anémie est chronique et plus ou moins profonde. On note parfois quelques troubles dyspeptiques. L'ingestion de certains aliments peut déclancher la crise hémorragique.

Cet état peut être *continu* ; mais beaucoup plus souvent, il survient de manière *intermittente*, paroxystique, à intervalles plus ou moins espacés (BENSAUDE, P.-E. WEIL).

P.-E. WEIL (3) en décrit plusieurs formes cliniques : forme *cutanée pure* où dominent pétéchies et ecchymoses ; forme *ordinaire*, comprenant, en plus des petéchies, les hémorragies ; forme *viscérale*, sur laquelle il insiste plus particulièrement en en détachant la forme génitale, si commune chez les femmes à menstrues anormalement fréquentes ou abondantes. Il en rapproche la tendance phlébitique. Il accepte enfin le rôle de l'hérédité. A la manière d'une vraie diathèse, elle dure autant que la vie.

3° *Hématologie.* — L'étude des altérations du sang dans les Purpuras est, actuellement, en voie d'achèvement, tout au moins dans la forme dite « primitive », le *purpura avec hémorragies*, celui qui nous occupe ici (« Purpura hœmorragica » de WILLAN et BATEMAN, Purpura maculeux d'APERT, Purpura hémorragique de HAYEM, GRENET, Purpura « myéloïde » de LENOBLE).

Les altérations des globules rouges sont généralement peu accentuées, l'hypoglobulie peu considérable et en proportion des hémorragies qui se produisent. La valeur globulaire peut être diminuée. La résistance globulaire ne paraît pas avoir été souvent étudiée.

Les globules blancs accusent souvent une hyperleucocytose, qui a pu dépasser 70.000 au millimètre cube. Il s'agit alors de neutrophilie (70 à 90 p. 100) qu'il est logique de rattacher aux phénomènes infectieux qui accompagnent certains purpuras.

Les *globulins sont absents ou diminués de nombre* (hypoglobulinhémie ou thrombopénie), *altérés*, augmentés de dimension, immobiles et séparés les uns des autres au lieu d'être agglomérés. C'est un symptôme hématologique capital, signalé en premier lieu par DENYS (de Louvain). L'étude en a été reprise par HAYEM, BENSAUDE, LESOURD et PAGNIEZ.

C'est ainsi que Ph. PAGNIEZ (1) a constaté, dans la spirochétose ictérigène, une énorme réduction des globulins, qui existe surtout au début de la maladie, est proportionnelle à sa gravité, et est sans relation avec l'ictère. Elle disparaît avec la guérison.

De même, dans le purpura chronique, P.-E. WEIL (2) a noté une diminution du nombre des globulins, parfois telle qu'elle peut atteindre 10.000 globulins au millimètre cube ; les globulins ne reparaissent que partiellement dans l'intervalle des crises de purpura.

La *coagulation du sang in vitro est normale* ; *mais le caillot reste irrétractile.* — Cette absence de transsudation, jointe aux modifications des globulins, constitue, pour HAYEM, le substratum hématique du purpura hémorragique vrai. Or, on sait que HAYEM attache un lien de causalité aux deux phénomènes et « attribue le défaut de rétractilité du caillot à la diminution considérable dans le nombre des hématoblastes ». BENSAUDE a développé la même thèse : « Toutes les fois qu'il s'agit d'un purpura grave

(1) BENSAUDE et RIVET. — Formes chroniques du Purpura hémorragique. (*Arch. gén. de médecine*, 1904, p. 193).

(2) P.-E. WEIL. — La dyscrasie endothélio-plasmatique chronique hémorragique. (*Rev. de méd.*, 1920, n° 2, p. 81).

(3) P.-E. WEIL. — Les états hémorragiques chroniques. Hémophilie et Hémogénie. (*Journ. méd. français*, n° 1, janv. 1922, p. 14.)

(1) Ph. PAGNIEZ. — *Ann. de médecine*, mai 1919, p 62-74.

(2) P.-E. WEIL. — *Loc. cit.*

avec grosses hémorragies sous-cutanées, muqueuses et viscérales », on trouve la double lésion hématique : diminution des globulins et irrétractilité du caillot. Elle caractérise les purpuras vrais, idiopathiques.

Lenoble, en outre, tout en conservant aux deux phénomènes précédents leur importance dans la détermination des purpuras, y ajoute un caractère, pour lui plus spécifique encore : la *présence d'hématies nucléées et de myélocytes* dans le sang, l'existence, en un mot, d'une « réaction myéloïde », généralement atténuée, puisque le chiffre des myélocytes « varie de fractions d'unité dans la forme chronique à 6 ou 7 p. 100 dans la forme aiguë ».

L'irrétractilité du caillot cesse avec les phénomènes hémorragiques dans le purpura aigu, et, dans la forme chronique, dans l'intervalle des crises.

P.-E. Weil (1) enfin, insiste, en plus des signes précédents, sur la *prolongation du temps de saignement.* Le saignement provoqué au lobule de l'oreille, au lieu de cesser spontanément au bout de trois minutes environ, ne s'arrête qu'au bout de « dix, vingt, trente minutes, avec un maximum de quatre-vingt-dix et cent cinq minutes. Duke a surtout étudié ce signe dans les états hémorragiques aigus et a montré ce fait paradoxal en apparence : la prolongation de saignement est considérable dans les purpuras et nulle dans l'hémophilie. Mais P.-E. Weil admet que ce signe est inconstant et que l'une des caractéristiques de l'hémogénie est justement la variabilité du temps de saignement, chez le même malade, même dans le cycle nycthéméral et sans cause connue.

Le « signe du lacet », ou signe de Weil (de Lyon), est net : la constriction veineuse du bras fait apparaître dans la région sous-jacente un piqueté purpurique plus ou moins accentué. D'après Duke, et aussi Franck (1915), le signe du lacet ne se manifeste que dans les cas où le taux des globulins est égal ou inférieur à 30.000 au millimètre cube.

Enfin P.-E. Weil relève les varicosités des membres inférieurs, les varices, les phlébites, plus particulières au sexe féminin (insuffisance endothélio-vasculaire de P.-E. Weil et M. Bloch).

4° *Anatomie et physiologie pathologiques.* — On sait peu de chose de l'anatomie pathologique des organes hématopoïétiques dans les états hémorragiques avec purpura. L'organe le plus intéressé dans le processus morbide paraît être *la moelle osseuse.* La réaction myéloïde signalée par Lenoble suffirait, à elle seule, à affirmer *à priori* la participation de l'organe à la réparation sanguine. C'est sur cette réaction, plus particulièrement même sur l'apparition dans le sang des globules rouges nucléés, « dont l'abondance est en rapport avec l'intensité du processus toxique », que Lenoble a basé l'autonomie du Purpura myéloïde ou Purpura vrai. « C'est une affection de la moelle osseuse, dit-il, c'est même l'*affection de la moelle osseuse par excellence* ». Et il la rapproche de l'anémie de Biermer.

La rate intervient fréquemment par son hypertrophie, dans les purpuras aigus, mais plus encore dans les formes chroniques. On verra, du reste, le rôle que la pathogénie lui réserve actuellement.

Quant aux ganglions lymphatiques, ils peuvent rester étrangers au processus hématologique ; mais le fait n'a rien d'absolu et l'on peut observer une hypertrophie ganglionnaire plus ou moins accentuée et persistante.

La physiologie pathologique des Purpuras a acquis, depuis une dizaine d'années, à la suite des connaissances nouvelles sur les globulins, des données fort intéressantes.

On a vu, à propos de la rétractilité normale du caillot, que cette propriété était liée non seulement à la présence des globulins (Hayem), mais encore à leur intégrité (Lesourd et Pagniez, 1907). La démonstration expérimentale en a été faite par l'étude du mode d'action du sérum antiglobulin (ou antiplaquette). Lesourd et Pagniez (1) (1911) ont obtenu des sérums antiplaquettes de lapin pour le cobaye, et de chien pour le lapin. Le premier sérum est particulièrement démonstratif *in vitro* et *in vivo*. *In vitro*, on observe l'agglutination, puis la désintégration des plaquettes. *In vivo*, le sérum ne montre aucune tonicité ; en outre, l'injection d'une dose de 0 cc. 5 à 1 centimètre cube est suivie, au bout d'un temps très court, de *la disparition des plaquettes de la circulation.* Cette absence persiste un temps variable, quelquefois jusqu'à trente-six heures ; puis, elles reparaissent progressivement. Enfin, *in vitro* et *in vivo*, la coagulation du sang se fait normalement, *mais le caillot reste irrétractile.*

Les recherches de Lesourd et Pagniez ont été confirmées par Ledingham, par Lee et Robertson, plus récemment enfin par Touromitsu Watabiki (2) (1918). Injectant également à un cobaye (péritoine, peau, veine) du sérum nantiplaquette de cobaye, T. Watabiki a observé lui aussi une réduction du nombre des globulins qui, de 550.000 à 888.000 par millimètre cube, chiffre normal du cobaye, tombent neuf heures après l'injection à 245.000 ; après quatorze heures, à 168.000 ; au bout de trois jours, à 95.000. Mais il a provoqué, en outre, la mort plus ou moins rapide de l'animal (de six heures à trois jours). Dans le cas où la survie atteint plusieurs jours, on note de la polynucléose et un léger retard de la coagulation. Enfin, il a réalisé, par l'injection au cobaye de sérum antiplaquette de lapin, un véritable purpura hémorragique expérimental, et mortel dans les

(1) P.-E. Weil. — Les variations du temps de saignement dans l'hémogénie. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 13, 13 avril 1922, p. 624.)

(1) L. Le Sourd et Ph. Pagniez. — Le sérum antiplaquette. (*Journ. de phys. et de pathol. génér.*, janv. 1911.)

(2) Touromitsu Watabiki. — Sur le purpura hémorragique provoqué expérimentalement par le sérum anti-plaquette. (*Kitasato Archives of exper. Med.*, I. 2, p. 1950, 1917.)

trois jours. L'autopsie révèle des taches purpuriques sur l'intestin, le mésentère, le péritoine ; de petites hémorragies dans les ganglions, de la congestion du foie et de la rate ; l'examen histologique montre dans les divers organes des points hémorragiques. On peut enfin immuniser le cobaye contre le sérum antiplaquette de lapin par l'injection progressive de faibles doses de sérum.

Ces faits, déjà intéressants par eux-mêmes, voient leur intérêt grandir encore de leur relation avec les mégacaryocytes de la moelle osseuse. On a vu, au chapitre des Globulins , les relations génétiques qui sont de plus en plus admises entre globulins et mégacaryocytes. Une question corollaire se pose dès lors ici, au nom de la logique : la diminution des globulins (hypoglobulinhémie ou thrombopénie) coïncide-t-elle, quand elle s'observe, avec la diminution des mégacaryocytes (hypomégacaryocytose) dans la moelle osseuse ?

L'observation en a été faite par E. Franck (1) (de Breslau) (1915), non pas, il est vrai, dans les purpuras proprement dits, mais dans des états hémorragipares tout au moins voisins : tels ceux de l'anémie aplastique, de la lymphomatose médullaire, de l'intoxication par le benzol, « poison, par excellente, de la moelle osseuse ». En outre, E. Franck explique cette thrombopénie, conséquence d'une hypomégacaryocytose, par une action inhibitrice de la rate sur la moelle osseuse ; il en trouve la preuve dans la fréquence de la thrombopénie au cours des splénomégalies avec anémie les plus diverses. D'où l'indication et l'influence heureuse de la splénectomie dans le traitement de l'anémie splénique comme du purpura chronique.

Mais Kaznelson (de Prague) (2) (1916), avec des arguments meilleurs, soutient que la rate n'agit pas indirectement sur la moelle osseuse et sa fonction mégacaryocytique, mais directement sur les globulins qu'elle contient toujours en abondance et qu'elle détruirait, par une véritable « action thrombolytique », pathologique, au cours des états hémorragipares avec purpura. En dépit d'une hypermégacaryocytose, parfois, extrême, au point que les mégacaryocytes passent dans le sang circulant, la thrombolyse l'emporte sur elle. Et les bienfaits de la splénectomie s'expliquent par l'arrêt même du processus thrombolytique.

Glanzmann (de Berne) (3) (1918), reprenant les faits surtout expérimentaux de Lesourd et Pagniez, que la rétractilité du caillot est liée à l'intégrité des globulins, a constaté leur altération qualitative, qu'il décrit, dans certains états morbides, voisins de l' « insuffisance endothélio-vasculaire » de P.-E. Weil, et qu'il nomme « thrombasthénie hémorragique héréditaire », véritable diathèse familiale, héréditaire, touchant surtout les éléments du sexe féminin, et caractérisée, au point de vue hématologique, en dehors des altérations qualitatives des globulins, par la *seule irrétractilité* ou *la faible rétractilité du caillot.*

Cependant P.-E. Weil et Isch-Wall (1) (1923) discutant toutes ces thèses, reconnaissent à leur tour que l'homogénie représente « une diathèse angio-hématique, acquise ou héréditaire, conditionnée par des tares fonctionnelles de l'ensemble du système hématopoïétique (foie, rate et moelle osseuse) ; mais parmi celles-ci, les modifications hépatiques méritent une place de premier plan. On peut dire que l'hémogénie est une tare hématique, développée sur un terrain hépatique, associée à d'autres troubles anatomiques ou fonctionnels des autres organes hématopoïétiques (moelle osseuse et rate). Mais cette tare hématique, isolée ou non, est spécialisée au foie hématopoïétique, qui règle la constitution de la crase plasmatique du sang ».

Thérapeutique générale

Signalons, en quelque sorte pour mémoire, l'intervention, ancienne du reste, des hémostatiques ordinaires tels que le perchlorure de fer, voire même la compression. Les médicaments vaso-constricteurs (ergotine, adrénaline, émétine, pituitrine) n'ont guère donné de résultats qui méritent d'être retenus. Il en est de même des médicaments vaso-dilatateurs. Les essais d'opothérapie (extraits d'organes hématopoïétiques, de rate entre autres, opothérapie ovarienne, hypophysaire, thyroïdienne, etc.), sans être très concluants, sont cependant tels qu'on ne peut que les conseiller.

La radiothérapie, sous forme d'irradiation des os longs, aurait donné d'excellents résultats à Schilling (1912), dans un cas d'hémophilie.

La gélatine, à titre de principe favorable à la coagulation du sang, a également trouvé une indication générale dans les états hémorragipares. Elle s'emploie en lavements ou en injections sous-cutanées (20 à 100 centicubes de sérum artificiel gélatineux de 1 à 5 p. 100) ; ce procédé est aujourd'hui très délaissé ; sa valeur thérapeutique est discutée et son administration, par voie sous-cutanée surtout, n'est pas sans danger, puisqu'on incrimine à son actif la production de tétanos.

L'indication des sels calciques est tirée, elle aussi, de leur rôle dans toutes les variétés d'hémorragies médicales : la dose est de 2 à 4 grammes par jour en potion. On utilise le chlorure ou le lactate de calcium. Son action n'est que momentanée ; en outre, son

(1) E. Frank. — *Berlin. Klin. Wochen.*, 3 et 10 mai 1915, p. 454-458 et 490-494. — *Ibidem*, 11 juin 1917, p. 573-577.

(2) P. Kaznelson. — *Wien. Klin. Woch.*, 16 nov. 1916, p. 1451. — *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1919, Bd. 87, p. 133 et Bd. 88, p 155. — *Deutschr. arch. f. Klin. Med.*, 1919, Bd. 28, p. 119.

(3) Glanzmann. — *Jahrbuch. f. Kinderheilk*, 1918, Bd. 88, p. 1-42 et 113-141.

N. du R. — Ces données ont fait l'objet d'une revue de Mouzon. *Presse méd.*, 10 sept. 1921, n° 73, p. 726.

(1) P.-Em. Weil et Isch-Wall. — **Pathogénie de l'hémogénie.** (*Presse méd.*, n° 21, 14 mars 1923, p. 243)

administration doit être intermittente, car, trop prolongée, elle aboutirait à l'action contraire, c'est-à-dire à contrarier la coagulation.

Thérapeutique spéciale.

Purpuras hémorragiques. — On a vu, à l'occasion de la physiologie pathologique des Purpuras, telle que les travaux récents la font connaître, que la base hématologique de ce groupe d'affections résidait en une insuffisance, aiguë ou chronique, des globulins, et dans le rôle thrombolytique probable de la rate dans les purpuras chroniques. Devant ces données, comme devant l'échec de la plupart des autres méthodes thérapeutiques (en particulier de la sérothérapie, de la plasmothérapie et de la transfusion de sang total), l'action thérapeutique tend actuellement à se diriger : dans les cas aigus, vers les globulins ; dans les cas chroniques, vers la splénectomie.

a) L'introduction des *globulins* (ou plaquettes) dans la thérapeutique des purpuras aigus en est encore à ses débuts. Fonio (1916) estime que l'extrait de plaquettes sanguines constitue le meilleur agent thérapeutique qu'on puisse appliquer à la maladie de Werlhoff ; mais il doit être continué longtemps.

La difficulté de se procurer facilement de l'extrait de globulins porte à utiliser le sérum anti-globulin (ou anti-plaquette) à dose thérapeutique, bien entendu, non toxique par conséquent. On cherche ainsi à exciter la fonction thrombopoïétique par l'entremise de la mégacaryocytose médullaire.

b) Encore qu'à ses débuts elle aussi, l'introduction de la *splénectomie* dans le traitement du purpura chronique est cependant un peu plus avancée.

Elle a été faite sur une malade de Kaznelson, âgée de 36 ans, atteinte depuis l'enfance d'un purpura chronique avec anémie profonde, réaction myéloïde, hypoglobulinhémie extrême (300 à 600 globulins au millimètre cube), hémorragies fréquentes avec purpura, splénomégalie marquée, enfin. La splénectomie entraîna la guérison, maintenue depuis trois ans, avec suppression de l'anémie, des hémorragies, et montée des globulins au chiffre, encore inférieur du reste à la normale, de 100.000 au millimètre cube.

Depuis, d'autres splénectomies ont été pratiquées pour des faits emblables. L'avenir dira la valeur de la méthode. Contentons-nous de faire ressortir le rapport de cette intervention dans le purpura chronique avec la splénectomie dans les anémies spléniques chroniques.

Signalons, pour terminer, les essais de traitement du purpura hémorragique, sérieux ou grave, de l'enfant par les solutions de peptone de Witte, que l'on va retrouver à propos de l'Hémophilie. Entre les mains de Nobécourt et L. Tixier (1) (1913), en particulier, cette méthode thérapeutique n'a donné que des résultats inégaux. Dans certains cas, la guérison apparaît après quatre à cinq injections. Mais l'échec est plus fréquent que le succès, surtout dans les cas chroniques.

(1) P. Nobécourt et L. Tixier. — (*Soc. de pédiatrie*, Paris, 15 nov. 1910 et *Archives mal du cœur*, juin 1913, p. 397).

CLINIQUE CHIRURGICALE

La torsion des hydro-salpinx

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Je vous ai parlé à plusieurs reprises des complications que pouvaient présenter au cours de leur évolution les kystes de l'ovaire, et je vous en ai montré les différentes variétés en insistant sur les plus importantes d'entre elles, torsion, rupture, dégénérescence maligne, etc. Mais l'ovaire n'est pas la seule partie des annexes utérines qui puisse présenter de tels accidents : la trompe de Fallope, atteinte de lésions de salpingite, peut également, mais avec un degré de fréquence bien moindre, il est vrai, présenter les mêmes complications, et puisque le hasard de la clinique vient de nous en mettre sous les yeux un fort bel exemple, je vais vous dire aujourd'hui quelques mots des phénomènes de torsion qui peuvent se produire au niveau des salpingites kystiques, remettant à plus tard l'étude des autres complications.

Voici tout d'abord l'observation de notre malade.

Elise G., âgée de 19 ans, est entrée dans notre service pour phénomènes douloureux de l'abdomen. Rien à signaler d'intéressant dans ses antécédents héréditaires, consanguins et personnels : elle a été réglée à douze ans et très régulièrement depuis, elle s'est mariée il y a huit mois. Quelque temps après son mariage, notre malade a commencé à ressentir des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs survenant assez irrégulièrement sous la forme de tiraillements, en même temps que ses règles, qui avaient toujours été normales jusqu'à cette date, perdaient ce caractère de régularité : la malade n'a eu en effet depuis lors que deux menstruations, pendant qu'apparaissaient des pertes blanches assez abondantes.

Dans la suite, les douleurs abdominales présentaient un caractère plus accusé, empêchant certains jours la malade de se livrer au moindre travail. Enfin, dans les premiers jours de ce mois-ci, il y eut une crise douloureuse encore plus accusée, ce qui amena Elise G. à venir se faire examiner à l'hôpital.

La malade se présente avec un assez bon état de santé général. A l'inspection du ventre, on ne remarque rien d'anormal : la palpation montre du côté droit de la résistance de la paroi abdominale ainsi que l'existence d'une tumeur sous-jacente. Au toucher, le col est déjeté en avant et à gauche, et l'on sent dans le cul-de-sac latéral droit, en arrière de l'utérus, la présence d'une tumeur bien limitée, immobile, douloureuse, rénitente, qui paraît tout à fait indépendante de l'utérus.

En présence de ces différents symptômes, on porta le diagnostic de salpingite droite et on conseilla à la malade une intervention chirurgicale, ce qui fut accepté sans difficultés.

Une laparotomie médiane montra l'existence d'une poche kystique de coloration lie de vin, tombée dans le cul-de-sac de Douglas et adhérant à tous les plans voisins. Lorsque cette tumeur fut une fois libérée de ses connexions, on reconnut qu'il s'agissait de la trompe distendue dans son tiers externe et présentant le volume d'une pomme. Le pédicule, représenté par la partie juxta-utérine de la trompe, était tordu trois fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre, et l'ovaire participait à la torsion.

Les annexes droites, trompe kystique et ovaire, furent enlevés dans leur totalité, et l'abdomen fut refermé sans drainage après que l'on eut pratiqué une ligamentopexie par le procédé de Doléris.

Les suites opératoires furent excellentes, et une vingtaine de jours plus tard, notre malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu.

L'examen des pièces enlevées nous a montré qu'il s'agissait d'un hydro-salpinx fortement distendu par une hémorragie intra-kystique : l'ovaire présentait, lui aussi, des lésions de suffusions sanguines.

Telle est, Messieurs, l'histoire très résumée de la malade que vous m'avez vu opérer, et qui nous a donné un fort bel exemple de la forme chronique de la torsion annexielle, où l'enroulement autour du pédicule s'est accompli lentement, insidieusement, se traduisant uniquement par de la sensibilité abdominale et par des crises très espacées de douleurs abdominales et lombaires.

Mais la torsion des annexes ne se présente pas toujours comme je viens de vous le décrire, et je n'en veux pour preuve qu'un cas qu'il m'a été donné d'observer il y a quelques années et que je tiens à vous rapporter, car il s'oppose complètement à cette première forme que vous avez pu voir vous-mêmes, et vous montrera qu'à côté de cette forme chronique, il en existe une autre, évoluant, elle, sous la modalité aiguë, où le début des accidents, au lieu d'être insidieux, est au contraire brusque, et présente d'emblée un tableau clinique des plus alarmants.

Jeanne M., cultivatrice, âgée de 42 ans, a été hospitalisée le 31 août 1913, Salle St-Louis, n° 20. Les antécédents héréditaires et consanguins ne présentent aucun intérêt : comme antécédents personnels, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, et continue depuis lors à l'être très régulièrement ; elle s'est mariée à vingt-deux ans, et a eu quatre grossesses qui ont évolué d'une manière tout à fait normale. Pas d'incidents au moment des accouchements, pas de fausses couches, pas de pertes blanches.

Il y a environ six mois que notre malade a commencé à ressentir dans le côté droit de l'abdomen quelques douleurs survenant assez irrégulièrement, soit au moment de la menstruation, soit le soir à la suite des fatigues de la journée, douleurs présentant parfois un caractère aigu, et tendant alors à s'irradier du côté de la région sacro-coccygienne. Mais, comme ces phénomènes douloureux ne l'empêchaient nullement de vaquer à ses occupations journalières, qu'il n'y avait pas de modifications de règles, ni de leucorrhée, elle ne s'en est pas trop préoccupée, et avec la belle insouciance qui n'existe que trop chez nos populations rurales, elle n'a jamais pensé qu'il pût être utile de consulter un médecin pour quelques douleurs.

Dans la journée du 29 août, pendant que Jeanne M. était occupée à charger du foin sur une charrette, elle ressentit brusquement une douleur très vive dans le flanc droit, qui l'obligea à s'aliter. Dans la soirée apparurent quelques vomissements qui ne tardèrent pas à s'accompagner d'un certain degré de ballonnement du ventre. Le 30 août, un médecin, devant ces divers symptômes qui n'avaient pas tardé à se compliquer d'arrêt des matières et des gaz, pensa à des accidents d'occlusion intestinale et conseilla l'envoi à l'Hôtel-Dieu de Toulouse en vue d'une intervention chirurgicale.

A son entrée salle St-Louis, la malade a la figure fatiguée, le pouls est petit et rapide, battant à 120, la température est de 37,6. A l'inspection du ventre, on note l'existence d'une voussure s'étendant à toute la région hypogastrique droite, et la palpation y dénote la présence d'une tumeur mal délimitée, très sensible à la pression. Par le toucher vaginal, on trouve que le col regarde en arrière et à gauche, et l'on constate qu'il existe dans le cul-de-sac droit une tumeur un peu allongée, rénitente, nettement

indépendante de l'utérus, qu'elle a légèrement refoulé à gauche.

Le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, ce qui indiquait la nécessité d'une intervention ; mais, étant donné que les douleurs étaient devenues moins vives, que les vomissements avaient cessé, qu'il n'y avait plus d'arrêt des matières et des gaz, et que la malade était très fatiguée de son transport à Toulouse, accompli sur une mauvaise charrette, l'intervention chirurgicale fut remise au lendemain.

Le premier septembre, une laparotomie médiane, sous anesthésie générale à l'éther, montra l'existence d'une tumeur de coloration brunâtre, libre de toute adhérence, répondant à une salpingite droite à pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Le pédicule, formé également dans ce cas par la partie juxta-utérine de la trompe, était de coloration blanchâtre et tordu deux fois sur lui-même ; l'ovaire, macroscopiquement sain, ne participait pas à la torsion ; la trompe était au contraire distendue dans sa portion externe par une collection séro-sanguinolente ; il n'existait pas de réaction péritonéale.

La trompe kystique une fois enlevée, l'abdomen fut refermé sans drainage : les suites opératoires furent excellentes, et notre malade sortit de l'hôpital le 23 septembre complètement guérie, L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un hydro-salpinx avec lésions hémorragiques : les vaisseaux du pédicule étaient thrombosés.

Je me suis donc trouvé cette fois en présence d'un cas de torsion d'hydro-salpinx dont l'évolution a été tout à fait différente de celui que je vous avais exposé tout d'abord. Alors que dans le premier cas, les phénomènes d'enroulement du pédicule avaient mis plusieurs mois pour se produire, et ne se manifestaient en somme, lors de l'intervention chirurgicale, que par des symptômes peu accusés, dans le second, la torsion s'est accomplie brusquement, dans une seule journée, celle du 29 août, et s'est traduite par un tableau clinique bien particulier, qui a atteint d'emblée toute l'acuité à laquelle il pouvait prétendre, car les petits phénomènes douloureux que la malade avait présentés dans les mois qui ont précédé la crise se rapportent à l'hydro-salpinx dont ils constituent la symptomatologie, et non à la complication mécanique que j'ai pu observer : l'absence de toute adhérence en est un témoignage des plus formels.

La torsion des salpingites est un phénomène qui a été signalé pour la première fois par Bland Sutton en 1891, et qui a été bien étudié dans ses différentes modalités par Delbet (1892), par Pozzi (1900), et surtout par Cathelin qui, dans un très intéressant mémoire paru en 1901, put grouper 41 observations. Depuis cette époque, il convient de signaler les travaux de Bousquet (1904), de Lejars (1907), de Vernié (1911), et de Mouchotte et Perrilliat (1921).

La torsion est l'apanage des salpingites kystiques, car le kyste salpingien, développé aux dépens de la partie externe de la trompe, possède un véritable pédicule constitué par sa partie interne juxta-utérine. Elle peut assurément se produire dans toutes les variétés kystiques, mais elle s'observe surtout dans les hydro-salpinx qui peuvent le mieux réaliser cette complication, en raison de leur plus grande mobilité due à l'absence de toute espèce d'adhérences. Sur 50 observations de salpingites tordues, Bousquet n'a pu relever que 9 pyosalpinx, et encore, est-il infiniment probable que, dans plusieurs de ces cas, la suppuration n'a été que secondaire, c'est-à-dire consécutive à la torsion.

Quant au mouvement de bascule, qui entraîne l'enroulement du pédicule, il peut être déterminé par plusieurs conditions : parfois, il se produit insidieusement sans cause appréciable, c'est là un fait assez rare. Plus fréquemment, il est sous la dépendance de la rupture subite d'équilibre de la tumeur, du fait d'un mouvement violent, d'un effort brusque, d'un traumatisme ou encore de la déplétion brusque d'un organe, vessie, intestin ou utérus gravide.

Vous avez pu voir que, chez mes malades, le sens de la torsion du pédicule s'était effectué selon celui des aiguilles d'une montre : c'est là un fait qui s'observe fréquemment bien qu'on puisse également observer le contraire. Hydro-salpinx droits ou gauches peuvent en effet se tordre également dans les deux sens, et le nombre des tours de spire que l'on peut noter au niveau du pédicule varie de 1 à 4.

Il est bien évident que, suivant le nombre de ces tours de spire, et surtout suivant l'intensité de la striction qu'ils déterminent, on pourra observer différents degrés de lésions. S'il s'agit d'une striction moyenne, comme dans le cas que vous avez eu sous les yeux, il se produira surtout de la gêne de la circulation veineuse, amenant de la stase sanguine et produisant une hémorragie intra-kystique ainsi que des zones d'œdème et de petits infarctus dans les parois. Ces lésions ne déterminent pas seulement des altérations épithéliales, mais encore la production d'adhérences pariétales et viscérales qui fixeront la tumeur, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte.

Dans d'autres cas, ou la striction est plus considérable et où toute circulation est brusquement interrompue dans le pédicule, la trompe et l'ovaire présentent alors des lésions de sphacèle, et la tumeur prend un aspect violacé et noirâtre comparable à la couleur de l'intestin étranglé.

Cliniquement, la torsion des hydro-salpinx se présente sous deux aspects bien différents : elle

◆◆◆◆

peut en effet évoluer soit sous une forme aiguë, soit sous une forme chronique.

Dans un certain nombre de cas, comme cela s'est produit chez la malade que vous avez pu observer, cette torsion s'est effectuée lentement, insidieusement, se traduisant uniquement par de la sensibilité abdominale et par des douleurs hypogastriques et lombaires. La cause de ces différents phénomènes est généralement méconnue : on les rattache, soit à de la réaction péritonéale, soit à la formation d'adhérences, et le véritable diagnostic n'est pour ainsi dire jamais posé ; la torsion n'est alors qu'une trouvaille opératoire.

Dans d'autres cas, le début est au contraire extrêmement brusque et présente un tableau clinique des plus alarmants. La malade est prise d'une douleur entrêmement vive, en coup de poignard, s'accompagnant d'un syndrome de réaction péritonéale avec vomissements, ballonnement du ventre, accélération du pouls et altération du facies, Parfois l'évolution paraît encore plus grave, rappelant tous les symptômes de la péritonite aiguë ou de l'étranglement interne.

Ces différents signes, que certains auteurs avaient cru pouvoir rapporter à de l'infection péritonéale, ont une toute autre signification. En effet, à ce stade de début, qui correspond à la simple striction pédiculaire, il ne peut être question de véritable processus infectieux : diverses recherches ont montré en effet que la réaction péritonéale était tout à fait aseptique, et il convient de rapporter ces symptômes à une auto-intoxication provenant de la gangrène des parois de l'hydro-salpinx.

Il est bien évident que le diagnostic de la torsion aiguë présente autant de difficultés que celui de la torsion chronique. On songe au début à toute autre chose qu'à une torsion pédiculaire, et l'on est entraîné plutôt vers l'idée d'une péritonite aiguë, d'une occlusion intestinale ou même d'une crise appendiculaire. Ce n'est que par l'analyse minutieuse des différents symptômes, et surtout par la constatation de l'existence d'une tumeur intra-abdominale, que l'on peut songer à l'existence d'une torsion, et alors on pensera beaucoup plus à un kyste de l'ovaire tordu, lésion de beaucoup plus fréquente. Ce qui nous est arrivé, car nous nous sommes trompés dans notre diagnostic, l'a été également à la plupart des chirurgiens, car dans les 41 cas colligés par Cathelin, pas une seule fois le véritable diagnostic n'a été porté et ce n'est que dans deux observations plus récentes, Martin et Sorbé, que l'on a songé à une torsion des annexes.

Je n'insisterai pas bien longuement sur le traitement des hydro-salpinx tordus, car il ne présente rien de particulièrement spécial. Ce dont il faut bien vous souvenir, c'est que loin de contre-indiquer une intervention, les phénomènes de torsion la commandent impérieusement : il faudra donc opérer et le plus rapidement possible, particulièrement dans les cas de torsions aiguës, et faire l'ablation de la tumeur kystique. Cette intervention, facile dans la plupart des cas, peut être rendue plus délicate dans d'autres par suite de nombreuses adhérences, qui n'auront pas tardé à se former, adhérences d'abord purement inflammatoires, mais plus tard, organisées, charnues et qui pourront même parfois devenir un obstacle à l'extirpation régulière du salpinx.

Aussi faut-il, pour intervenir, ne pas attendre l'apparition d'une semblable complication : tout hydro-salpinx devrait être opéré dès que le diagnostic en a été posé et en procédant de cette manière on éviterait la production d'une torsion pédiculaire, lésion souvent grave, dont il aurait été bien facile de mettre la malade à l'abri.

COPROLOGIE PRATIQUE (1)

(*Suite*) (1)

Par M. le Dr H. DEJUST,

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.

Nous avons vu que le simple examen de l'aspect macroscopique des selles, accompagné de quelques épreuves bien faciles à exécuter fournissait des renseignements du plus grand intérêt pour le diagnostic.

Au moyen de la loupe et du microscope nous allons pousser plus loin notre étude.

EXAMEN DES SELLES APRÈS TRITURATION ET DILUTION.

Si la selle semble homogène, il n'en n'est pas moins prudent de s'assurer que cette homogénéité n'est pas superficielle. Lorsque la selle est solide, moulée, on la découpe au moyen d'une lame quelconque en un certain nombre de tronçons, dont on examine la tranche de section. Lorsque la selle est pâteuse, on l'étale en couche

(1) Voir *Concours médical*, nos 15 et 16.

mince. Puis, dans un cas comme dans l'autre, on prélève en différents points de petites quantités de matière, au total gros comme un œuf de pigeon. Dans le cas où la selle n'est pas homogène, il est recommandable de pratiquer un examen séparé pour chacune des parties d'aspect différencié. L'échantillon prélevé pour l'examen est trituré dans un mortier bien sec ; (si celui-ci est mouillé, les matières glissent sur les parois, et la trituration est bien plus malaisée). On ajoute progressivement de l'eau de façon à obtenir un liquide épais qu'il est classique de comparer, comme consistance, à un roux bien lié. Etalé en couche mince il ne doit s'écouler que lentement si on incline le récipient.

Une cuvette photographique mi-blanche, minoire est d'un emploi fort pratique pour cet examen. A son défaut on utilise un couvercle de verre quelconque, que l'on pose sur une feuille de papier noire et blanche.

Armé d'une aiguille lancéolée de botaniste (ou d'une grosse aiguille de couturière tenue entre les mors d'une pince hémostatique) on examine soigneusement la couche mince qui recouvre le fond de la cuvette, et on prélève sur la pointe de l'aiguille les fragments qui retiennent l'attention. On les porte dans un verre de montre rempli d'eau : ils s'y lavent et on les identifie avec, s'il est nécessaire, l'aide de la loupe et du microscope.

Que rencontrerons-nous parmi ces éléments macroscopiquement reconnaissables dans les selles ainsi triturées et diluées ?

Surtout des résidus alimentaires animaux et végétaux.

On peut voir de petits fragments de viande peu attaqués, aisément reconnaissables. En cas de doute, il suffit d'en dissocier quelques fibres et de les porter sous le microscope pour y déceler la striation caractéristique des fibres musculaires.

C'est surtout s'il existe une grosse exagération de la vitesse du transit intestinal que l'on rencontrera ces résidus de viande à peine modifiés.

Selon l'opinion généralement admise, seul le suc gastrique est capable de digérer le tissu conjonctif. Si son action a été insuffisante, on retrouvera donc ce tissu dans les selles. Il se présentera sous forme de petites houppes chevelues de quelques millimètres de diamètre, plus ou moins brunâtres. Imbibés d'eau, ces restes de tissu conjonctif semblent de grosses gouttes de liquide trouble que l'on soulève avec l'aiguille. Au microscope, elles donnent assez l'impression d'un peloton d'étoupe.

Les résidus les plus volumineux que nous rencontrerons dans les matières triturées seront le plus souvent des résidus végétaux cellulosiques et amylacés.

La présence de résidus cellulosiques, même macroscopiquement reconnaissables, est normale dans les matières. Mais je n'ai jamais trouvé grand intérêt séméiologique à la constatation des fibres annelées, spiralées... etc. de cellulose lignifiée ou incrustée de pectine. Ils méritent de retenir notre attention d'un seul point de vue : ils nous permettent de contrôler les assertions du malade, quant au régime qu'il suit.

L'étude des résidus amylacés est beaucoup plus instructive. Encore faut-il préciser sous quelle forme l'amidon se trouve dans les matières. Entre le fragment de pomme de terre presque identique à ce qu'il était au moment de son ingestion, et quelques grains isolés d'amidon, il existe tous les intermédiaires, et ceux-ci pourront coexister dans une même selle.

Au stade d'examen dont nous nous occupons actuellement, nous rencontrons les matières amylacées sous deux formes : résidus reconnaissables de légumes féculents plus ou moins défigurés (pommes de terre, haricots, etc.) ou bien sous forme de sortes de gouttes d'empois, un peu transparentes et brillantes, assez semblables à des grains de tapioca très cuits.

Les résidus amylacés, sous cette deuxième forme, sont parfois difficiles à différencier au simple aspect des particules de mucus. Mais il suffit d'en prélever une petite quantité, la laver dans un verre de montre, la colorer à l'iode et de l'examiner au microscope pour lever toute hésitation. S'il s'agit d'amidon, les grains plus ou moins déformés prendront une coloration variant de l'acajou au bleu noir suivant qu'ils auront été plus ou moins attaqués par la digestion.

Quant à la signification clinique de la présence de l'amidon, nous nous efforcerons de la préciser ci-dessous.

L'examen des selles triturées et diluées permettra aussi de déceler des éléments de petite taille qui auraient pu échapper à la seule inspection des selles (parasites ou débris de parasites, corps étrangers, petites particules de mucus, etc.).

En plus, cette trituration et dilution des selles constitue la préparation du stade ultérieur : l'examen microscopique.

Examen microscopique

Pour commencer, on examine, sans aucune coloration, une petite goutte de la dilution préparée comme il vient d'être dit.

Il est à peine plus compliqué, et très avantageux, de monter la préparation dans la glycérine gélatinée (1). Celle-ci, en se refroidissant,

(1) La glycérine gélatinée s'obtient de la façon suivante. On laisse ramollir une partie de gélatine pendant deux heures dans six parties d'eau et on ajoute 7 parties de glycérine et 1 % d'acide phénique. On chauffe pendant 10 à 15 minutes, en remuant sans cesse jusqu'à ce que les flocons produits par l'acide phénique aient disparu. On filtre à chaud (Grimbert).

La glycérine gélatinée se trouve également dans le commerce toute préparée.

inclut les éléments ; la préparation en devient d'autant plus maniable ; on peut la déplacer — voire l'expédier — sans que la lamelle tombe, et on évite que, pendant un examen, un élément repéré quitte le champ par suite de courants liquides. En outre, pour les laboratoires disposant d'un appareil de microphotographie, cette manière de faire a l'avantage de permettre de prendre un cliché d'un élément intéressant rencontré dans une préparation. Un tel élément (œuf de parasite, corps étranger, etc.) peut être unique, ou du moins très difficile à retrouver, même en examinant un grand nombre de préparations. En utilisant le montage à la glycérine, il suffit de porter directement la préparation renfermant l'élément repéré sur la platine de l'appareil microphotographique. Le montage à la glycérine gélatinée se pratique commodément de la manière suivants : à côté d'une petite goutte de dilution de matières, on place un fragment gros comme un grain de millet de glycérine gélatinée, puis, par-dessus le tout, sans appuyer, une lamelle placée obliquement de telle façon que son plan fasse un angle aigu avec celui de la lame, sur laquelle elle repose par l'un de ses bords, sa face inférieure étant posée sur le petit fragment de glycérine gélatinée. On chauffe alors très légèrement, et, dès que la glycérine gélatinée commence à fondre, on cesse de chauffer. La glycérine gélatinée continue à fondre par suite de la chaleur acquise par la lame ; la lamelle qu'elle soutenait s'incline de plus en plus sur la lame, sur laquelle elle vient finalement s'appliquer sans interposition de bulle d'air. Tout ceci est beaucoup plus long à décrire qu'à exécuter, et ne demande pas un quart de minute.

La préparation ainsi obtenue (montée à la glycérine gélatinée ou non), on l'examine à un faible grossissement (objectif 3 par exemple et on a soin de la parcourir dans son ensemble. Il faut répéter cet examen sur trois ou quatre lames différentes, ce qui est d'ailleurs assez rapide à un aussi faible grossissement, On reconnaîtra la présence d'œufs de parasites. Pour les identifier, on les examinera à un plus fort grossissement.

On retrouvera encore ici les résidus alimentaires, animaux ou végétaux, dont nous avons déjà parlé, mais sous de plus faibles dimensions.

Les fibres musculaires striées apparaissent d'ordinaire colorées en jaune par la bile : elles peuvent être isolées ou par placards rectangulaires à angles arrondis, plus ou moins réguliers. Par suite de la digestion, la striation caractéristique a pu disparaître. Par contre, on peut fréquemment distinguer quelques résidus du tissu conjonctif qui reliait les fibres musculaires.

Même au cours d'un régime modérément riche en viande, la présence de ces fibres est normale, si leur nombre n'est pas excessif. Il est malheureusement impossible de donner des chiffres permettant de préciser cette estimation.

Si ces fibres sont très abondantes, il faut d'abord penser à mesurer la vitesse du transit gastro-intestinal : on la trouvera d'ordinaire augmentée et ceci suffira à expliquer la présence exagérée des fibres musculaires dans les matières fécales.

Si la vitesse est normale, il faut soupçonner une insuffisance pancréatique, et orienter spécialement l'examen dans ce sens.

Quant à la présence de fibres conjonctives, nous avons vu qu'elle était la conséquence d'une insuffisance de digestion gastrique, lorsque la vitesse du transit est normale. Assez d'autres signes cliniques permettent d'ailleurs de soupçonner celle-ci, et la constatation des fibres conjonctives est plutôt la confirmation d'un diagnostic que son orientation.

Quant aux matières grasses, leur reconnaissance, leur dosage et leur signification, elles ont été l'objet de travaux considérables, pondéralement parlant. Une mise au point de cette question permet un grand déploiement d'érudition à bon marché, et sans profit pour le lecteur. La conclusion d'une semblable étude à l'usage du praticien semble devoir être la suivante : Seule, la présence d'une assez grande quantité de matières grasses dans les selles, quand le régime alimentaire n'en est pas surchargé, offre quelque signification. Les graisses neutres se présentent sous forme de gouttelettes fluides, dont une légère élévation de température augmente la fluidité. Les acides gras ont l'aspect de fines aiguilles, isolées ou le plus souvent enchevêtrées, et facilement fusibles en gouttes qui ressemblent alors à des graisses neutres.

Les savons, eux, sont le plus souvent fort difficiles à identifier.

Nous retiendrons que, s'il existe une forte insuffisance pancréatique, les gouttelettes huileuses sont très abondantes, et dans l'insuffisance hépatique, on rencontre des cristaux d'acides gras.

Pour plus de détails, nous renvoyons au Manuel de coprologie de Goiffon, et aux *Archives des maladies de l'appareil digestif.*

(*A suivre.*)

DOULEUR ET INSOMNIE

Par le docteur A. MALLEIN-GÉRIN,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Les insomnies ont été classées d'après leurs causes. Nous ne reviendrons pas sur cette classification, nous nous occuperons plus spécialement du traitement de certaines de ces insomnies causées par la douleur.

De nombreux hypnotiques ont été proposés et employés pour lutter contre ce symptôme, nous ne les passerons pas en revue ; dans une étude précédente (1), nous avons vu que s'ils donnaient en général de bons résultats, il était des cas, où pour obtenir le sommeil, les doses employées devaient être très élevées ; nous voulons parler des malades chez lesquels la douleur était la cause déterminante de l'insomnie, et aussi de ceux présentant des états psychopathiques s'accompagnant d'agitation.

C'est pour le traitement des insomnies causées par les algies diverses qu'une association d'un analgésique bien connu, l'amidopyrine, et d'un hypnotique de toxicité faible, l'acide isopropylpropénylbarbiturique a été réalisée. Employé dans les deux classes d'insomnies précédemment citées, l'allonal s'est montré très efficace à des doses faibles. Dans les cas où des doses plus élevées ont dû être employées, on n'a constaté aucun phénomène toxique.

L'étude de ce produit a été faite, dans les cas de psychopathie, à la clinique psychiatrique de Lille, par MM. Combemale, Courteville et Nayrac (2) ; d'autre part un certain nombre d'observations ont été publiées par des auteurs américains (Burns, Gerty, Sydney Kuh, Wright, etc.).

Ces observations peuvent être divisées en trois groupes : dans le premier, on peut placer celles où l'action obtenue a été seulement hypnotique ; ces cas auraient probablement été influencés de la même façon par un des hypnotiques habituels ; dans un deuxième groupe, on peut ranger les observations des malades chez lesquels on a obtenu non seulement un sommeil paisible, mais encore une sédation nette de l'état mental ; enfin, dans certains cas, où les autres hypnotiques avaient échoué, il a été possible d'obtenir un résultat très net avec l'allonal.

C'est ainsi que M. A. Burns rapporte entre autres cas, dans le *New York Journal* du 19 avril 1922, l'observation d'un hémiplégique aphasique qui présentait de l'insomnie. 2 comprimés d'allonal « Roche » pris à 19 heures amenèrent au bout d'une 1 /2 heure environ un sommeil qui dura toute la nuit. La tension artérielle ne fut pas modifiée chez ce malade ; le pouls et la respiration ne subirent aucune variation.

De même Sydney Kuh et F.-J. Gerty (*The therapeutic Gazette*, 15 avril 1923) donnent 6 cas d'éthylisme, dont une avec syndrome de Korsakoff, tous agités, qui furent traités par des doses allant de 3 à 7 comprimés d'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine.

D'autre part chez un malade atteint de néoplasme du rectum, qui n'était plus soulagé par la morphine, Frank Wright a obtenu un soulagement marqué, le malade put dormir ; d'autres observations ont été publiées par A. C. Messmer, Léopold Stieglitz, Dinkelspiel, Hubley, Schall, dans lesquelles les résultats sont très nets. On pourrait citer encore de nombreux cas de douleurs fulgurantes, de polynévrites, de paralysie générale, de coliques hépatiques et néphrétiques, de névralgies faciales, de périostites, d'abcès, d'otalgies, d'abcès périamygdaliens, etc., très bien calmés par des doses moyennes d'allonal. Nous avons nous-même employé l'allonal chez un malade présentant une récidive, avec généralisation cutanée, d'épithélioma du sein. Voici l'observation résumée :

Mme Vve R., 74 ans. — En 1911, amputation du sein droit et curage de l'aisselle pour tumeur. Aucune récidive pendant 9 ans. En 1920, apparition d'œdème de la main droite, lequel cède après trois séances de radiothérapie (compression). Depuis 1921, apparition de noyaux cutanés au niveau du bras et de la cicatrice, tendance à l'ulcération. Gros œdème du membre supérieur. Douleurs continues avec exacerbation nocturne empêchant la malade de dormir. L'opium et la belladone n'ont qu'une action transitoire, les doses doivent être rapidement augmentées. En juin 1923, nous donnons à la malade du somnifène. 30 gouttes procurent un sommeil au bout d'une 1 /2 heure mais elle s'éveille dans la nuit parce qu'elle souffre, elle se rendort d'ailleurs.

Peu à peu les noyaux se multiplient, apparaissent même dans le dos. Les douleurs sont violentes, même le jour ; le sommeil est très compromis. En janvier 1924, nous faisons prendre un comprimé d'allonal à la malade sans résultat. Le lendemain, la dose est doublée : deux comprimés à 19 heures ; à 20 h. 30, la malade s'endort, elle s'éveille vers minuit. La dose est continuée. Au bout de trois jours, le sommeil est obtenu en une 1 /2 heure, la malade dort de 8 à 9 heures, les douleurs sont bien moins violentes

(1) *Concours médical*, 24 février 1924.

(2) Sur l'emploi thérapeutique de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine. *La Pratique Médicale française*, avril 1923.

même dans la journée. La dose est continuée. Aucun phénomène d'intolérance n'est observé, la malade continuant à s'acheminer lentement vers la cachexie terminale.

D'autre part, nous avons pu constater que, dans un cas d'abcès amygdalien, chez un nerveux accusant une violente douleur exaspérée par les mouvements de déglutition, empêchant tout sommeil depuis 48 heures, une dose de deux comprimés amena le sommeil au bout d'une heure.

De même dans un cas de névralgie d'origine dentaire, 3 comprimés par jour permirent à un de nos malades de ne presque pas souffrir et de passer une excellente nuit suivie d'un réveil parfait de bien être.

De toutes les observations (1) qui ont été publiées et de nos observations personnelles, nous pouvons conclure que l'allonal « Roche » présente une action très nette et très constante sur l'élément douleur ; de plus il possède des propriétés sédatives et hypnogènes excessivement intéressantes. Il calme certes la douleur, mais en même temps il apaise l'excitabilité et, progressivement, il amène le sommeil, et ce sommeil est en tous points semblable au sommeil physiologique. C'est donc bien, comme on l'a écrit, un analgésique renforcé.

Nous faisons remarquer, d'autre part, qu'aux doses thérapeutiques, sa toxicité est, pour ainsi dire, nulle ; les auteurs qui l'ont utilisé dans de très nombreux cas n'ont jamais constaté de phénomènes d'accoutumance et aucune modification de la tension sanguine n'a été enregistrée ; cependant les doses employées ont été souvent très élevées.

C'est pour toutes ces raisons qu'il nous a paru intéressant de signaler aux médecins praticiens ce médicament très maniable, toujours très bien accepté par les malades et qui donne des résultats excessivement satisfaisants dans toutes les algies de quelque origine qu'elles soient.

(1) Voir également la très intéressante communication de MM. les docteurs Tellier et Beyssac à l'Association des dentistes du Rhône le 18 février 1924 ; et *Praticien dentaire*, avril 1924.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Echecs des traitements prophylactiques antisyphilitiques trop courts. Moyens d'y remédier.

Tous les traitements prophylactiques comptent des *échecs* (pommade au calomel au 1/3 de Roux et Metchnikoff — pommade bismuthique — ingestion de 190 — injections veineuses d'arsénobenzènes). Aussi, tous les degrés de *syphilis primaires retardées* ont-ils pu être observés.

Pour ce qui est spécialement des *traitements arsenicaux prophylactiques*, le Pr Gougerot, estime qu'il ne faut pas donner au malade une assurance formelle de la guérison, car la syphilis peut apparaître, quoique le plus souvent retardée et atténuée. Les causes de ces échecs sont le plus souvent des traitements trop tardifs, trop courts, irréguliers et insuffisants, doses trop faibles, doses totales inférieures à 5 grammes de 914, doses trop espacées, cure unique.

Pour réunir les plus grandes chances de succès:

1° Il faut un traitement arsenical intense à doses fortes, allant jusqu'à 0,90 de 914 ou de sulfarsénobenzol (0,015 par k° de malade), espacements courts de 3 à 7 jours, doses totales fortes de 6 à 7 grammes si possible (0 gr. 100 par k° de malade) ; arrêt aussi court que possible de 3 à 4 semaines ; deuxième cure arsenicale forte, puis cures de bismuth et demercure de 6 mois pour consolider. *Il faut un traitement aussi intense et aussi prolongé que si le chancre existait déjà.*

2° Il faut, autant que possible (et dès le début) *associer le bismuth à l'arsenic pour éviter les arseno-résistances* : dès la première cure, une à deux injections bismuthiques entre chaque injection arsenicale ; plus tard, associer ou alterner.

3° *Il faut une surveillance prolongée clinique et sérologique des sujets* ayant reçu des traitements prophylactiques, de 2 *à 4 ans*, suivant la date du début du traitement : donc, comme si le chancre était apparu ; par exemple Bordet-Wassermann mensuel la première année, puis trimestriel la deuxième année.

La *syphilis*, en effet, *peut n'être pas éteinte, mais simplement retardée*, et l'on peut avoir toutes les formes de syphilis primaires retardées : chancre habituel complet (adénite et B.-W. positif) ; chancre petit, mais avec adénite ; *chancre sans ganglion, ganglion sans chancre, séro-réaction positive sans chancre, ni ganglion.*

Il faut même, en présence de *syphilis décapitées*, pratiquer la réactivation avant d'assurer l'avortement de la *syphilis* : *il ne faut pas se contenter de B.-W. négatifs, même en série.* (*Journal des praticiens*, 29 décembre 1923.)

Sur la pathologie et la thérapeutique de la symphyse cardiaque.

De l'étude de quelques cas cliniques personnels,

le Dr GROSSMANN conclut qu'il faut distinguer trois formes de symphyse cardiaque : 1° la péricardite externe, ou symphyse externe, caractérisée essentiellement par la diminution de la systole ; 2° la péricardite interne, avec suppression par symphyse de la diastole ; 3° enfin à ces deux formes déjà connues, l'auteur en ajoute une troisième qu'il appelle « épicardite interne », par opposition à la deuxième qu'il dénomme « épicardite externe ». L'épicardite interne ne donne d'ailleurs pas de signes spéciaux, et pour le clinicien, il est impossible de la distinguer de la symphyse épi-péricardique ; elle n'a donc qu'un intérêt anatomique.

Quant au *traitement*, les médicaments ne peuvent pas grand'chose en présence des transformations anatomiques, il ne reste donc que l'intervention chirurgicale.

Pour la forme externe de la symphyse péricardique, l'opération de Brauer est indiquée : elle délivre le cœur de toutes les adhérences qui le fixent à la paroi thoracique, soulageant ainsi la systole.

L'opération de la deuxième forme est celle de Delorme-Rehn, comportant dans son premier temps l'intervention précédente, puis délivrant le cœur des adhérences péri-épicardiques, puisque l'opérateur doit dépouiller le muscle cardiaque, comme on décortique une orange.

Dans l'épicardite interne chronique, 3e forme, il est impossible de trouver une opération, car, dans ce cas, on ne peut dépouiller le muscle cardiaque sans le déchirer.

Les deux cas, cités par l'auteur, se rapportent à la 2e forme : il y eut décès après l'opération.

Toujours est-il que toute opération est contre-indiquée quand la symphyse cardiaque est due à une lésion tuberculeuse, non éteinte. Peut-être les résultats sont-il meilleurs dans les formes rhumatismales subaiguës, où l'infection ayant cessé, on ne redoute plus un retour offensif et par conséquent la reproduction de la symphyse. (*Paris médical*, 29 décembre 1923.)

L'abcès rétro-pharyngien.

L'abcès rétro-pharyngien, ou plus exactement l'adéno-phlegmon suppuré de la loge rétro-pharyngienne, est exclusivement une affection du premier âge, il succède d'ordinaire à un coryza ou à une adénoïdite aiguë.

L'enfant a une température élevée, il refuse son biberon, son cri est faible et nasonné ; il a des accès de suffocation avec tirage et cyanose du visage, une tuméfaction rouge, tendue, rénitente obstrue l'isthme du gosier.

Le traitement doit être rapide, exclusivement chirurgical, pour éviter des complications redoutables (fusées purulentes, broncho-pneumonie de déglutition, mort subite).

En voici la technique d'après le Dr FELDSTEIN (sans anesthésie, car celle-ci est dangereuse).

1° « A l'aveugle », l'index de la main gauche, introduit dans la bouche du bébé, vient appuyer sur la partie la plus saillante de la tuméfaction un bistouri protégé, ou mieux la pince de Lubet-Barbon (petit modèle), tenue de la main droite, est glissée le long de l'index gauche et vient effondrer la poche ; les deux mors de la pince sont alors écartés pour agrandir l'orifice dans le sens vertical.

2° Sous le contrôle de la vue, on agit comme ci-dessus en s'éclairant avec un miroir de Clar.

Dès que l'abcès est ouvert, le pus s'écoule en abondance ; sans perdre un instant, on met l'enfant tête en bas pour éviter le passage du pus dans les voies aériennes. C'est le seul moment critique de l'opération. La position de Rose évite cette manœuvre ; elle est très recommandée.

Les jours suivants, la poche est badigeonnée avec un porte-coton, imbibé d'eau oxygénée ou de teinture d'iode dédoublée. C'est le seul moyen d'éviter la fermeture trop rapide de l'incision et la récidive.

Désinfection du nez et du cavum, purgation légère. (*Journal des Praticiens*, 7 janvier 1924.)

Essai sur les ultra-microbes.

Les ultra-microbes connus sont au nombre d'une quarantaine, causant des maladies humaines, animales ou végétales. Par leurs caractères et leurs propriétés, ils forment une classe à part ; si nous en sommes réduits aux hypothèses pour la plupart d'entre eux, nous savons cependant que ces ultra-microbes sont *incultivables in vitro*, *invisibles* et *peuvent traverser les filtres serrés*.

Ce caractère de la culture est l'un des traits essentiels de cette classe de microbes. Jamais on n'a pu les cultiver sur des milieux artificiels et stérilisés.

Cependant, dit le Dr P. HAUDUROY, des travaux récents sur un ultra-virus des plus intéressants, le bactériophage de d'Hérelle, ce virus parasitant certains microbes banaux et les détruisant, montrent que celui-ci, pour cultiver, a besoin d'être en présence de cellules vivantes. Il semble bien que là soit tout le secret. D'autre part, la vaccine, incultivable *in vitro*, se développe aussi sur le flanc de la vache qu'on a eu soin d'escarifier. Enfin, la vaccine (Harde), la poliomyélite, la rage (Levaditi) peuvent être cultivées *in vitro*, à la condition d'être en symbiose avec des éléments cellulaires (méthode d'Harrison, Burrous et Carrel).

Ensuite, si les ultra-virus sont actuellement invisibles, il n'est pas impossible d'arriver un jour à les voir, en conservant le principe de surcoloration employé pour grossir les éléments qui sont au-dessous de la limite de visibilité, mais en ehangeant les colorants employés.

Enfin, le caractère de filtrabilité, moins important que les autres, ne doit pas servir de base à une classification, car celle-ci est conditionnée par trop de facteurs variables : filtre plus ou moins perméable suivant son usure, sa porosité, la pression, le temps, la viscosité du liquide filtré, etc. (*Paris médical*, 22 décembre 1923.)

Les variétés respiratoires du type de Cheyne-Stokes dans l'insuffisance cardiaque.

Il est fréquent, d'après MM. Ch. Laubry et S. Bloch, par la recherche systématique, d'enregistrer au cours de l'insuffisance cardiaque (et tout particulièrement de l'insuffisance ventriculaire gauche) à côté du rythme typique de Cheyne-Stokes, des variétés respiratoires anormales, que nous baptisons de « *congénères de Cheyne-Stokes* ».

Ceux-ci sont étroitement apparentés au Cheyne-Stokes ; ils surviennent chez la même catégorie de malades ; ils se substituent au Cheyne-Stokes, ils le précèdent chez le même malade et suivent l'évolution de l'insuffisance cardiaque.

Analogues et presque identiques avec les types respiratoires périodiques réalisés expérimentalement par Pachon, ils apportent un appoint clinique à la théorie cérébrale du Cheyne-Stokes. (*Le Bulletin médical*, 2-5 janvier 1924.)

Les véritables infections associées dans la tuberculose pulmonaire.

Des recherches, portant actuellement sur 188 malades, présentant toutes les variétés de l'infection tuberculeuse pulmonaire, permettent au Pr P. Courmont et au Dr Boissel de montrer que les infections associées dans la tuberculose sont certainement beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'avait cru autrefois ; mais elles existent cependant dans un nombre important de cas (20 p. 100).

Pour leur recherche, la technique est importante ; il faut examiner au microscope les crachats, à la condition que ceux-ci soient tout à fait frais, et lavés dès l'émission. On ne considèrera d'autre part comme véritables infections associées que celles où les microbes pullulent, parfois innombrables, dans chaque champ microscopique.

Ces infections sont ou *polymicrobiennes* (cas presque toujours très graves avec caractères pulmonaires, et pour lesquels il est difficile d'établir l'influence aggravante de l'association) ou *monomicrobiennes durables*.

Dans ces derniers cas, l'association monomicrobienne peut être considérée comme *indifférente* (dans les cas, par exemple, du B. de Pfeiffer, du pneumobacille) ou comme *aggravante* (streptocoque, tétragène, pneumocoque souvent, *B. cutis communne*).

Ces microbes peuvent alterner avec le B. de Koch, ou finalement se substituer à lui dans les crachats, et exister seuls et en très grande abondance pendant une très longue période.

Si le bacille tuberculeux peut, à lui seul, produire toutes les lésions anatomiques de poumon tuberculeux et toutes les formes cliniques les plus variées, dans nombre de cas, les infections associées jouent un rôle important. C'est un chapitre de pathologie, qu'il faut connaître, qu'il faut limiter à sa juste valeur, mais qu'il ne faut pas méconnaître.

Au point de vue *thérapeutique* notamment il importe d'employer contre le microbe associé une *vaccinothérapie spécifique* et non indifférente, avec un auto-vaccin ; on peut en obtenir des améliorations très nettes, parfois inespérées.

Quant à l'*hygiène prophylactique*, elle sait tenir compte de cette notion d'infections associées pour séparer les tuberculeux des autres malades, pouvant les infecter par du pneumocoque, du streptocoque, ou encore les tuberculeux simples des tuberculeux à infections associées. (*Paris médical*, 5 janvier 1924.)

Le traitement de la constipation chez les hépatiques.

Moyens médicamenteux. — Il faut éviter l'emploi de purgations massives ; chez les hépatiques, elles sont le plus souvent nuisibles (ictère possible chez les dyspeptiques cholémiques, après purgation saline ; stomatites mercurielles intenses par le calomel chez des cirrhotiques, etc.).

Chez les hépatiques, il ne reste, d'après Noël Fiessinger, que *deux indications des grandes purgations : les gros foies cardiaques*, ou *l'ascite augmentant rapidement* au cours des cirrhoses.

Le plus souvent on prescrit des *laxatifs à faibles doses*.

Les *purgatifs salins* (contre-indiqués dans les ictères graves, ou dans les ictères par obstruction chronique de la lithiase, ou dans les cirrhoses hémorrhoïdaires) ne peuvent être continués plus de 10 à 15 jours de suite de façon à éviter l'accoutumance. L'auteur préfère le sulfate ou le citrate de soude, et le tartrate potassosodique aux sels de magnésie : une cuillerée à café est dissoute le matin avant le petit déjeuner dans un verre à bordeaux soit d'eau tiède, soit de Vichy-Hôpital tiède.

Les *drastiques* fatiguent et provoquent trop facilement des coliques. L'aloès pulvérisé (0,20), sous la forme de la classique pilule antecibum du Codex, s'ordonne sauf chez les lithiasiques et les infectés. L'évonymine provoque une réaction intestinale sans colique et semble exercer une action cholalogue certaine. Au boldo en infusion, il faut préférer deux granules de boldine, le soir, avec une grande tasse d'infusion ou L gouttes de teinture au 1/5.

La *bile de bœuf* est un laxatif faible et très inconstant.

Parmi *les huiles*, l'huile d'olive est peu laxative et convient surtout aux lithiases douloureuses et aux calculs du cholédoque. Meilleure est l'huile de ricin, à raison d'une cuillerée à café le matin à jeun, quoique un peu irritante pour les lithiasiques et un peu fatigante pour les hépatiques en insuffisance légère. On conseillera avec avantage l'huile de paraffine (un verre à liqueur à *la fin* de chacun des deux repas).

Les *mucilages* agissent mécaniquement, en augmentant le volume du bol fécal, et en provoquant par réaction des contractions intestinales (agar-agar, coréine, graines de psyllium).

Moyens mécaniques. — Lavements tièdes ou froids ; ne pas dépasser un litre à faible pression. Les massages intestinaux, d'efficacité incertaine, seront toujours prudents ; les proscrire dans la lithiase, les cirrhoses et les grandes insuffisances hépatiques.

Moyens diététiques. — L'alimentation lactée, l'alimentation dégraissée, hydrocarbonée, constituent des aliments sans déchets, à bol fécal réduit, et la constipation qui en résulte est nuisible, plus nuisible aux fonctions hépatiques que quelques grammes de cellulose ou de beurre des aliments à déchets. Il faut à chaque repas un légume et un fruit.

Le traitement de la constipation doit viser à la suppression de l'acte médicamenteux et au rétablissement spontané de l'automatisme intestinal. Pour cela, il faut entraîner l'intestin en alternant les sels du matin, avec les drastiques cholagogues et biliaires, et en conservant ensuite les huiles et mucilages pour en dégrader progressivement l'emploi à mesure qu'on habitue le tube digestif au passage des déchets, primitivement huile et mucilages, secondairement beurre et cellulose. (*Journal des Praticiens*, 1er janvier 1924.)

Province et Divers

Adénopathie satellite prééruptive dans le zona

La doctrine actuelle tend à considérer l'herpès et le zona comme des manifestations d'un état infectieux. A l'appui de cette conception, et en dehors des expériences de laboratoire qui cherchent à en démontrer la réalité, on invoque, cliniquement, une réaction de défense au niveau des ganglions régionaux correspondant à l'éruption. Dans l'herpès génital, il est de règle de noter avant et au moment de l'éruption, une adénopathie inguinale douloureuse.

M. Cazenave a fait la même observation à propos d'un zona à la face antérieure du moignon de l'épaule gauche. Il a trouvé, « contre le plan costal, sous le grand pectoral, un ganglion gros comme une noisette, empâté, mobile, très sensible spontanément et à une palpation même légère. » Trois jours après apparaissait l'éruption zostérienne. Le ganglion diminua dans les jours suivants et devint indolore. Il recommença à grossir, à s'empâter et à être extrêmement sensible, à l'occasion de l'apparition d'une névralgie du deltoïde gauche avec irradiation vers le bord antérieur du trapèze. Quarante-huit heures après, tout rentrait dans l'ordre.

« Le seul fait de la constatation d'un gros ganglion empâté et douloureux sans cause objective apparente peut venir parfois en aide au clinicien pour penser à une éruption zostérienne prochaine. » (*Journ. de méd. de Bordeaux* 25 fév. 24.)

Thérapeutique de l'arriération mentale.

Selon M. Courbon, l'arriération mentale est individuelle ou sociale. Dans la première catégorie rentre l'arriération mentale congénitale, due à une absence de développement des facultés psychiques, et se traduisant par l'idiotie et l'imbécillité. Ces arriérés sont des êtres extra-sociaux (Sollier) et incurables.

L'arriération acquise peut être due à la régression des facultés psychiques, à l'insuffisance de développement de ces facultés, à l'inhibition de celles-ci. La première dénote une indigence mentale, la seconde, un appauvrissement, la troisième, une insuffisance, la quatrième, un retard. Elles sont justiciables de la thérapeutique de l'arriération.

L'arriération de cause sociale tient à la négligence ou à la misère des parents. L'enfant demeure à l'état brut, dont il peut sortir si on l'instruit et si on l'éduque.

La thérapeutique préconisée par l'auteur est pédagogique et médico-chirurgicale.

Le principe de la pédagogie de l'arriération comporte un enseignement concret et amusant dont il donne des exemples intéressants.

L'action médico-chirurgicale tend à corriger les anomalies fonctionnelles ou organiques des sujets. Elle s'adresse au système nerveux (épilepsie, convulsions, paralysies, tremblements, vertiges), aux organes des sens (strabisme, myopie, blépharite, épiphora, otorrhée), a l'appareil cardio-vasculaire (circulation défectueuse, œdèmes, troubles vaso-moteurs), au système glandulaire (opothérapie), aux os, aux muscles, à l'appareil urinaire (calculs vésicaux, phimosis, affections rénales), à l'appareil respiratoire, etc. « La totalité du corps doit être soumise à une investigation clinique et étiologique attentive pour recevoir le traitement que des défaillances possibles comportent. »

La thérapeutique sociale « consiste dans une meilleure organisation de l'hygiène et de l'assistance. Elle doit avoir pour but non seulement

l'organisation de la scolarité obligatoire, mais encore l'organisation de la surveillance médicale des écoles, ainsi que la création d'établissements médico-pédagogiques en nombre proportionné aux besoins. » (*La Médecine*, fév. 24.)

Peut-on supprimer impunément un foyer de tuberculose.

D'un travail très approfondi et dont certains éléments ont été puisés aux meilleures sources, nous retiendrons certaines propositions d'un puissant intérêt pratique. « Le pourcentage de tuberculoses apparaissant ou s'aggravant à la suite d'enlèvement de lésions dites chirurgicales dépasse sérieusement celui des tuberculoses apparaissant dans le même délai à la suite d'autres opérations » ..... « On ne peut supprimer une tuberculose localisée, sans envisager l'éventualité de l'apparition d'un nouveau foyer dans l'organisme ou l'aggravation d'une tuberculose concomitante. »

M. Thérasse examine ensuite le mécanisme de ces apparitions ou de ces aggravations. Il met hors de cause l'anémie ou le shock opératoire. L'embolie métastatique n'est à retenir qu'en ce qui concerne les accidents entéritiques secondaires. Pour lui, c'est le phénomène de Koch qui explique le mieux la pathogénie des tuberculoses survenant ou s'aggravant à la suite de l'exérèse d'un foyer localisé.

Les tuberculoses locales confèreraient à l'organisme tuberculeux une résistance manifeste à la tuberculisation ultérieure. Il s'agirait d'une sorte d'immunité temporaire qu'entretiendraient les bacilles vivants ou atténués, recélés dans le tissu scléreux de la lésion. « L'enlèvement du foyer local de tuberculose fait disparaître les bacilles vivants, et avec eux, l'origine de la résistance, la cause qui provoquait, par un mécanisme inconnu, la formation continue de substances immunisantes. Si la lésion supprimée est primitive, l'organisme redevient apte à contracter une nouvelle tuberculose, comme s'il était vierge de toute infection antérieure. Si la lésion est secondaire, et si sa présence a amélioré une tuberculose antérieure, il est rationnel d'admettre que sa suppression permet au foyer primitif de reprendre son activité. La virulence des microbes n'est plus tempérée par le *quid ignotum* que la tuberculose locale avait fait naître. »

On s'explique ainsi les désastres qui ont parfois suivi l'opération des fistules anales, de l'épidydimite tuberculeuse, du pneumothorax artificiel.

En tous cas, nous enregistrerons la conclusion de l'auteur comme la conséquence pratique de cette étude : « Tout malade opéré de tuberculose chirurgicale, même si sa lésion paraît primitive, doit être traité ultérieurement comme un tuberculeux. » (*Le Scalpel*, 23 fév. 24.)

Les Sociétés Savantes

L'invention du cinématographe.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine* ; 18-3-1924.)

Répondant à l'intervention de M. Doléris relative à l'invention du cinématographe, M. Cazeneuve estime que celle-ci appartient à l'imagination créatrice des frères Lumière. Marey lui-même l'a plusieurs fois reconnu.

— M. Doléris répond que les louanges adressées par Marey aux frères Lumière étaient dans la forme dithyrambique dont le savant physicien était coutumier. Nul ne songe à contester le mérite des auteurs lyonnais. Marey a imaginé la méthode, qu'il a appelée *chronophotographie* et qu'il voulait surtout appliquer aux recherches scientifiques. Les frères Lumière ont construit l'appareil qu'ils ont largement perfectionné et mis au point pour les projections publiques. Ils ont préféré le nom de *cinématographe*, qui n'est pas d'eux, mais de Bouly (brevet de Léon Bouly, en 1893). La part de Marey réside dans les trois éléments qui sont à la base de tout appareil cinématographique :

1° Le disque fenêtré tournant, à rotation rapide ;

2° La bande sensible à déroulement intermittent ;

3° Les arrêts mécaniques de la bande, à intervalles réguliers très courts, 1/50e de seconde, synchrones avec le mouvement rotatif du disque.

La part des frères Lumière est non de principe ni de méthode, mais de perfectionnement. Dans l'invention du cinématographe, il convient d'associer les noms de Marey et de Lumière.

Transposition de l'ovaire dans l'utérus après ablation des trompes.

(MM. Tuffier et Letulle. — *Académie de médecine* ; 18-3-1924.)

La chirurgie s'oriente de plus en plus vers la conservation dans le traitement des annexites. M. Tuffier, depuis longtemps déjà, a dirigé ses opérations dans ce sens. Il eut recours successivement à des essais de conservation des ovaires sur place, à des greffes ovariennes sous la paroi, puis à la transposition de l'ovaire avec son pédicule vasculaire dans la cavité utérine elle-même. Depuis 1922, il a pratiqué 22 fois cette opération qui a pour but de garder à la

femme ses ovaires et de lui laisser la possibilité d'une fécondation.

Que devient l'ovaire ainsi transplanté ? C'est ce qu'a recherché M. Letulle en pratiquant un examen histologique d'un fragment portant sur la paroi utérine et l'ovaire inclus. La glande a été trouvée vivante, parsemée de corps jaunes. L'opération remontait à neuf mois.

La fréquence de l'avortement tubaire.

(M. Lejars. — *Académie de médecine* ; 18-3-1924.)

Depuis juillet 1919, M. Lejars a relevé, dans son service de Saint-Antoine, 113 grossesses tubaires opérées. Il note, en particulier, la fréquence des accidents tubaires précoces, de l'avortement tubaire des premiers jours ou des premières semaines, qui revêt souvent des allures trompeuses. Cette multiplication des avortements initiaux, sans rupture, tient peut-être aux conditions actuelles de l'existence féminine (travail, sports, etc.).

Dans l'avortement tubaire précoce, la grossesse est trop récente pour donner lieu à une hémorrhagie abondante. Aussi, pas de grande inondation en général ; pas de volumineuse hématocèle. Un empâtement parfois vague en arrière ou sur le côté de l'utérus et confusion facile avec la fausse couche utérine banale. Les signes distinctifs sont les suivants : le début de l'accident est d'ordinaire accusé par une douleur brusque ; la femme perd et continue à perdre sans éliminer de caillots en bloc ; le toucher provoque d'un côté une douleur nette et l'empâtement devient perceptible en cet endroit au bout de quelques jours.

A la laparotomie, on trouve, dans ces avortements tubaires récents, des petits amas de caillots bouchant la trompe et une faible quantité de sang suintant par le pavillon. D'autres fois, on rencontre une collection intra-tubaire, un hémato-salpinx qui peut être le point de départ de multiples erreurs de diagnostic.

Hypotension du céphalo-rachidien après traumatisme cranien.

(M. Hertz et M. Soupault, — *Société de chirurgie*, 30-1-1924.)

M. Leriche attirait dernièrement l'attention sur les phénomènes d'hypotension du liquide céphalo-rachidien rencontrés à la suite de traumatismes du crâne.

M. Okinczyc présente un rapport sur une série d'observations de cet ordre dues à M. Hertz, chirurgien de l'hôpital Rothschild et à M. R. Soupault. M. Hertz a obtenu, en pareille circonstance, de bons résultats thérapeutiques de l'injection intra-veineuse d'eau distillée, suivant le procédé de Wedd et Mac Kibben. Les injections hypotoniques — d'après ces auteurs — relèveraient la tension du céphalo-rachidien et les hypertoniques agiraient en sens inverse (traitement des céphalées hypertensives).

L'hypotension céphalo-rachidienne peut s'observer consécutivement à la ponction lombaire, après rachi-anesthésie, et dans les traumatismes craniens. Elle sera décelée au moyen du manomètre de Claude et traitée, comme l'a indiqué Leriche, par l'injection intra-veineuse de 40 à 50 cent. cubes d'eau distillée ou par des injections sous-cutanées de sérum. M. Hertz a guéri ses malades à l'aide d'injections d'eau distillée, et M. Soupault à l'aide d'injections de sérum combinées à l'administration d'un litre d'eau voie rectale), chaque jour.

Thrombo-phlébite dite par effort.

(MM. Grimault et Dantlo, d'Algrange (Moselle), — *Société de chirurgie* ; 30-1-1924.)

M. Lecène rapporte, au nom de MM. Grimault et Dantlo, une observation de thrombo-phlébite de la veine axillaire, survenue brusquement chez un ouvrier au cours de son travail (œdème dur et violacé du bras, réseau veineux superficiel exagéré, cordon douloureux gros comme un crayon dans l'aisselle). L'examen de la veine thrombosée montra une sclérose veineuse ancienne avec endophlébite végétante, certainement antérieure à la thrombose.

Il paraît hors de doute, disent les auteurs, que, chez ce malade, la veine axillaire était depuis longtemps altérée et que le traumatisme, peu important d'ailleurs, n'a fait que révéler la phlébite. A la vérité, pense M. Lecène, il n'y a aucune raison valable pour conserver le terme fâcheux de thrombo-phlébite par effort, qui semble donner au traumatisme, dans la pathogénie de ces accidents, une importance qu'il ne mérite nullement. Il s'agit là de lésions phlébitiques latentes, révélées par un effort ou un traumatisme indirect, que les observations publiées jusqu'ici montrent avoir été presque toujours insignifiant.

— M. Cadenat rappelle qu'il a réuni, dans un article paru dans le *Paris médical* une douzaine de cas de thrombo-phlébites « par effort », à l'occasion de deux observations personnelles recueillies pendant la guerre. Or, chez ces malades, il s'agissait de blessure pleuro-pulmonaire avec infection atténuée. L'orateur se demande si certaines de ces thrombo-phlébites d'étiologie inconnue ne sont pas dues à une infection pleuro-pulmonaire légère, de même que nous voyons des thrombo-phlébites des membres inférieurs secondaires à une infection pelvienne atténuée.

Pancréatite hémorrhagique.

(MM. Bernard Desplas et Ebrard. — *Société de chirurgie* ; 30-1-1924.)

M. Gosset lit un rapport sur un travail de MM. Desplas et Ebrard intitulé : pancréatite hémorrhagique d'origine lithiasique sans cytostéatonécrose. Intervention d'urgence. Guérison.

Les auteurs, à cette occasion, passent en revue les observations publiées (une centaine environ) de pancréatite hémorrhagique aiguë. Le diagnostic de cet

état morbide est souvent délicat et, dans bien des cas, il n'a pas été porté. Dans les premières vingt-quatre heures, il semble que le tableau de la maladie soit assez schématique dans les signes fonctionnels et physiques. Douleur subite et atroce à la région sus-ombilicale, irradiation postérieure, altération profonde du facies, décoloration des muqueuses, cyanose des membres, choc intense, désorientation intellectuelle, absence de température ou même hypothermie, pouls petit, faible, très hypotendu, ventre mou, ballonné, suivant en tous points les mouvements respiratoires, pas de contracture en aucun endroit, douleur diffuse, légère, exaspérée par la pression sus-épigastrique dans une zone non contracturée.

L'impression clinique est que le malade est dans un état pré-agonique, non regressible, irrémédiable, tout au moins dans les formes qui évoluent rapidement. Les signes physiques sont réduits au minimum: le caractère d'abdomen mou, *sans contracture*, quand il existe, a une valeur capitale.

Ordinairement, on soupçonne plutôt une perforation d'ulcère ou une occlusion intestinale. Il est bon, donc, de penser à la pancréatite aiguë hémorrhagique. C'est une affection grave dont la mortalité a atteint (sur 110 cas), 61 pour 100. Les formes sans cytostéatonécrose paraissent plus redoutables encore que celles avec cytostéatonécrose.

MM. Desplas et Ebrard concluent que la pancréatite aiguë hémorrhagique est une maladie relativement fréquente à laquelle on doit songer dans tous les syndromes douloureux suraigus de l'abdomen. L'*absence de contracture*, de ballonnement, l'extrême état de shock du sujet, sont les meilleurs éléments de diagnostic précoce. On doit la considérer comme une complication de la lithiase biliaire, même dans le stade de lithiase vésiculaire.

Dans les formes graves, il est nécessaire d'aller vite et d'ouvrir la capsule du pancréas, de drainer l'organe. La vérification de l'état des voies biliaires est indispensable.

Greffe ostéo-périostique et graisseuse pour déformation de la face.

(M. Alphonse Huguier. — *Société des chirurgiens de Paris*, 18-5-1923.)

M. Huguier présente un jeune homme de 28 ans chez lequel, au moyen de deux greffes (l'une ostéo-périostique, l'autre graisseuse), il a corrigé un enfoncement de la face consécutif à une résection du maxillaire supérieur. Le résultat esthétique est tel, qu'on ne peut deviner actuellement l'opération mutilante antérieure.

Traitement du cancer utérin par le radium.

(M. Bégouin. — *Société de chirurgie* ; 30-1-1924.)

M. Bégouin publie une statistique de 60 cas de cancer du col utérin qu'il a traités par le radium, dans ces cinq dernières années. Ils se divisent en:

1° 9 cas désespérés (par extension ou cachexie), ayant donné 0 guérison clinique (soit 0 p. 100) ;

2° 36 cas inopérables (immobilisation utérine, mais extension modérée), ayant donné 12 guérisons cliniques (soit, 33 p. 100) ;

3° 15 cas opérables (à tous degrés d'opérabilité), ayant donné 7 guérisons cliniques (soit, 46 p. 100) ;

Quatre guérisons se maintiennent depuis plus de trois ans, une depuis quatre ans, et une depuis cinq ans.

Sans s'autoriser de sa statistique pour discuter les indications respectives de la chirurgie et du radium dans le traitement du cancer du col utérin, l'auteur se contente de noter que, parmi les femmes atteintes de cancer utérin inopérable, un certain nombre ont des chances d'être sauvées par le radium.

—. M. Proust, prenant acte de la puissance des tubes de radium utilisés par M. Bégouin, se demande s'ils n'ont pas pu donner aux malades des réactions douloureuses du côté de la vessie, du rectum, de l'intestin, ou des troubles de rétraction de la paroi vaginale.

— M. Bégouin a observé parfois, effectivement, des phénomènes de cystite, mais légers. C'est surtout du côté du rectum et même du côlon pelvien qu'il a vu des réactions, de la rectite par exemple, s'accusant vers le dixième jour et durant ordinairement trois semaines à un mois. Il croit qu'il conviendrait de diminuer la puissance de ces tubes.

Luxation de l'épaule ancienne et non réduite ; bon état fonctionnel.

(M. Paul Thiéry. — *Société de chirurgie*, ; 30-1-1924.)

M. Paul Thiéry présente un malade de 63 ans qui fut atteint, il y a neuf ans, d'une luxation de l'épaule demeurée non réduite. Malgré cela, les mouvements de l'articulation se rétablirent au point de permettre au sujet de reprendre sa profession de menuisier. Ce résultat, dit le présentateur, fait le plus grand honneur à la *natura medicatrix*. M. Thiéry ajoute qu'il emploie avec avantage dans les luxations rebelles la méthode de force par les mouffles ou le treuil d'Hennequin.

— M. Auvray rejette absolument les procédés de force, en pareil cas.

— M. L. Bazy a vu une rupture de l'axillaire se produire pendant ces tractions de force.

— M. Sauvé a observé dans les mêmes conditions une paralysie du plexus brachial et la luxation ne fut pas réduite ! P. L.

Le traitement passionnel des obsessions.

(M. Paul Farez. — *Société de psychothérapie* ; 19 février 1924.)

Les obsessions doivent être combattues, non pas en face, par une sorte de corps à corps, mais indirectement, grâce à la dérivation, par exemple, par une passion, — bonne de préférence —, et pour quelque

chose plutôt que pour quelqu'un ; on se prépare ainsi moins de déceptions. On a tort de plaisanter la zoophilie des vieilles filles qui, à l'égard d'un enfant, aiment et choient un chat, un chien. Sans famille, sans société, il est fort heureux qu'elles aient, près d'elles, un être qui les occupe et canalise leur affectivité inemployée. Mais elles se ménagent de gros chagrins, un tel compagnon ne vit pas longtemps ; à sa mort, ce sera, souvent, un vrai désespoir. Certains se refusent à remplacer par un autre l'animal disparu, ce qui serait faire à celui-ci une infidélité. La manie du collectionneur, il faut l'encourager ; elle est la source d'émotions qui, contrebalancent les obsessions. Tout ce qui peut faire vibrer l'émotivité est un dérivatif de premier ordre ; nous devons entraîner nos malades à s'adonner à des œuvres littéraires, artistiques, philanthropiques, sociales, religieuses ; tout cela sera efficace si notre obsédée donne quelque chose d'elle-même, se dépense, se montre altruiste, et non pas seulement avec un esprit docile, pondéré, méticuleux, assidu, mais avec tout son cœur, avec toute sa sensibilité, — en un mot, avec passion.

— M. Bayeux. — Etant encore étudiant, j'accompagnais dans les Alpes un jeune homme qui moutrait une grande répugnance pour le moindre effort. En lui suscitant un mobile passionnel, j'obtins de lui six heures successives d'ascension.

— M. Chevallier. — Comme dérivatif aux obsessions, je signale la pêche à la ligne, qui détend et réalise une sorte de monoïdéisme, dans le calme et la sérénité.

— M. Bérillon. — Un des agents les plus actifs de la psychothérapie réside dans la création de dérivatifs et de distractions susceptibles de détourner l'attention des obsessions, des phobies, des idée fixes. Un certain nombre de personnes ne s'adonnent aux toxiques, à l'alcoolisme, au tabagisme que parce que ce sont des moyens dérivatifs. Un névropathe obsédé, entraîné malgré lui au jeu, y trouve un tel apaisement qu'il ne tarde pas à s'y adonner avec passion. Il en obtint la guérison de sa souffrance ; mais cette cure lui coûta fort cher.

Traitement chirurgical du prolapsus mammaire par un procédé de mastopexie avec incision verticale et décollement mammaire préalable.

(M. Dartigues. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 4 avril 1924.)

L'auteur fait d'abord une petite incision verticale étendue du bord inférieur de l'aréole au sillon sous-mammaire ; il dédouble deux lambeaux, aborde la glande mammaire par-dessous, décolle sa face postérieure sur une certaine hauteur et la fixe au niveau normal, aux faisceaux du grand pectoral ; il finit en réséquant l'excès des lambeaux et en les suturant.

Le résultat est très satisfaisant. Le principe essentiel de cette technique est la mastopexie systématique, avec résection cutanée péri-mammaire ; la cicatrice est très réduite.

Résultats opératoires de 115 cas d'hypertrophie prostatique traités par l'électrocoagulation (forage de la prostate).

(M. Georges Luys. — *Académie de médecine*, 8-4-24.)

Le Dr Georges Luys présente les déductions anatomo-pathologiques et cliniques, ainsi que les résultats opératoires consécutifs à 115 cas d'hypertrophie de la prostate opérés directement sous la vue par les voies naturelles au moyen de l'électrocoagulation (forage de la prostate).

Par ce puissant moyen d'action, il est parvenu à détruire complètement dans 99 cas sur 115 tous les obstacles qui, dans l'urètre prostatique, s'opposaient à la miction.

L'auteur fournit la statistique de l'âge de ses malades, ses résultats immédiats et les résultats éloignés qu'il a obtenus, certains de ses opérés restant guéris depuis près de 10 ans.

Il démontre ainsi les avanatages de sa méthode et de son opération qui est bénigne, non mutilante, radicale et sûre.

Contribution au traitement cinétique de la scoliose par le praticien.

(Raymond Molinéry. — *Société de médecine de Paris.*)

Des travaux de l'Ecole orthopédique française, l'auteur déduit qu'il existe au point de vue pratique deux sortes de scoliose : l'une qui serait d'origine musculaire, l'autre d'origine osseuse d'emblée provenant vraisemblablement d'une malformation du germe.

M. Molinéry ne s'occupe que du traitement de la scoliose « musculaire », traitement cinétique simple et rationnel. Après un minutieux examen de la petite malade, examen qui doit toujours comprendre une radiographie, l'auteur veut que le praticien persuade bien à son sujet qu'elle ne peut guérir qu'en mettant en jeu toutes les ressources de sa volonté tendue vers un objet déterminé : se constituer une véritable sangle musculaire abdominale et dorsale.

L'auteur demande que cette gymnastique soit pratiquée à nu afin de bien se rendre compte de l'activité ou de la défaillance de tel ou tel muscle ; que le médecin n'abandonne jamais la petite malade pendant sa séance de traitement ; que cette séance soit d'une durée assez courte pour ne jamais provoquer la sensation de fatigue, et l'impression vis-à-vis de l'enfant qu'elle remplit une corvée.

Attitude allongée sur le parquet, en autocorrection, marche sur la pointe des pieds, exercice à l'échelle murale droite, gymnastique active passive, au moyen d'un appareil à contrepoids comme celui d'Albert sont les quatre séries de mouvements auxquels, à chaque séance, sont soumis les petits malades.

M. Molinéry présente à la Société de médecine une curieuse série de projections reproduisant les mouvements un peu spéciaux qu'il fait exécuter à ses malades.

Parmi les adjuvants de ce traitement cinétique, il est préconisé la vie au grand air avec héliothérapie, l'électricité ; le massage, le port d'un corset amovible permettant l'interposition de lames de feutre et qui sera surtout utile la nuit. Joindre à cela, séjour prolongé au bord de la mer, aux eaux minérales fortes sulfurées (type Barèges, Luchon, Saint-Honoré),... chlorurées sodiques, (type Salies-du-Béarn, Salies-du-Salat, Les Mouillères...), associées aux cures arsenicales, suivant la prédominance du terrain, sur lequel aura évolué la scoliose. Parallèlement, on ne devra pas négliger le traitement récalcifiant, opothérapique, et le traitement endocrinien approprié.

Lyon

Société nationale de médecine et des Sciences médicales.

Double ostéo-arthropathie tabétique de la hanche.

MM. Japiot et Bocca présentent une malade atteinte d'une double arthropathie : hanche *gauche* aplatie, avec tête fémorale luxée dans la fosse iliaque, craquements en sac de noix dans les mouvements, raccourcissement de 3 centimètres du membre inférieur gauche ; *à droite*, hanche volumineuse, en gigot avec veines superficielles dilatées, mouvements limités, sans craquements. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Pupilles inégales ne réagissant complètement ni à la lumière, ni à l'accommodation. Pas d'ataxie. Ebauche de Romberg. Les *radiographies* montrent des lésions destructives des os, avec fractures multiples, suivies de luxation, périostite avec présence d'ostéophytes surtout à droite.

Corps étranger de la vessie.

M. Garcin présente, au nom de M. Giuliani, un volumineux calcul formé autour de la classique épingle à cheveux et retiré par cystostomie sus-pubienne ; l'épingle était fortement enfoncée par ses pointes dans la paroi latérale gauche. A noter la longue latence, dont témoigne l'incrustation considérable du corps étranger.

Abcès du poumon chez un pneumonique mort au douzième jour.

MM. Cordier, Paliard et Gaudon présentent une pièce provenant de l'autopsie d'un pneumonique mort au douzième jour : le lobe inférieur du poumon droit est entièrement hépatisé ; le lobe moyen présente de l'hépatisation grise avec, dans sa partie antérieure, une collection de pus verdâtre.

Radiographie d'une tête fœtale chez une femme atteinte de fracture ischio-pelvienne.

M. Arcelin présente, au nom de M. Charrat, l'observation d'une femme enceinte de six mois qui fut renversée par une automobile. La radiographie montra une fracture transversale de la branche ischio-pubienne droite. On voit, en outre, très nettement les contours de la tête fœtale et, sur le côté droit des dernières vertèbres lombaires, se projette l'ombre des membres inférieurs.

Ulcère perforé de l'estomac.

M. Pollosson, au nom de M. Delore, présente l'observation d'une malade atteinte d'ulcère de l'estomac avec perforation. Laparotomie douze heures après le début de celle-ci : énorme perforation prépylorique tout près de la petite courbure ; écoulement abondant de liquide noirâtre, on vide l'estomac le plus qu'on peut, on commence par faire un Balfour, puis on ferme l'orifice par trois points de suture totaux ; on laisse un petit drain avec fixation de l'estomac au péritoine pariétal, de manière à constituer un petit couloir par où s'écoulent les liquides sécrétés. On fait une incision sus-pubienne qui permet de vérifier le cul-de-sac de Douglas, qui renfermait une abondante collection purulente, et où l'on place un drain. Dans les soins post-opératoires, on a utilisé une grande quantité de sérum physiologique. Au vingtième jour, la malade est apyrétique.

Tuberculose et vaccinothérapie.

M. Pollosson présente, au nom de M. Delore, un cas de tuberculose de l'articulation du genou, avec synovite des gaines tendineuses rétro-malléolaires, traitée par la vaccinothérapie suivant la méthode de M. Duquaire.

Au quatrième jour, on constata une disparition complète des douleurs qui avaient résisté à l'immobilisation et à diverses thérapeutiques. La malade a pu de nouveau marcher et son état général s'est notamment amélioré.

Crypto-bacillose et vaccinothérapie.

M. Duquaire, à propos de la communication précédente, fait un exposé de sa méthode de vaccination anti-tuberculeuse. Son vaccin est obtenu au moyen de bacilles de Koch tués, dégraissés et broyés ; il est employé par scarification, comme le vaccin jennérien. Si le sujet est tuberculeux, il se produit aux points de scarification des papules souvent volumineuses, mais non douloureuses. La méthode a ainsi une valeur diagnostique dans les cas de crypto-bacillose. La guérison obtenue par cette méthode n'est presque jamais définitive, mais on en est quitte pour revacciner.

Paralysies multiples des nerfs crâniens.

MM. Froment, Colrat et Dechaume présentent l'observation d'un malade ayant subi en 1916 un fracas de la région orbito-faciale gauche ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche. En décembre 1922, apparition de troubles de la déglutition et de la parole, et en mars 1923, rejet des liquides par le nez. Vu pour la première fois en mai 1923, ce malade présentait une paralysie faciale droite du type périphé-

rique, avec paralysie du moteur oculaire externe. Un examen complet fit reconnaître l'atteinte du pathétique, du trijumeau moteur, du glosso-pharyngien, du pneumo-spinal. Il s'agit donc d'une lésion étendue sur l'origine de laquelle on ne peut admettre de conclusions fermes : le traitement antisyphilitique a, cependant donné une légère amélioration, mais le Wassermann est négatif, et il n'y a pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Caverne tuberculeuse occupant toute l'étendue du poumon droit.

M. Roubier présente une pièce provenant de l'autopsie d'une tuberculeuse qui présentait des signes de pneumothorax total du côté droit, tant cliniques que radioscopiques. Il s'agissait, en réalité, d'une vaste caverne occupant tout le poumon et à demi remplie de pus. De tels cas sont rares et la confusion avec le pneumothorax paraît inévitable.

Méningite puriforme aseptique otogène.

MM. Rebattu et Bertoin présentent l'observation d'un enfant de 10 ans entré à l'hôpital avec un syndrome méningé typique ; otorrhée gauche depuis dix jours, douleurs violentes dans la région mastoïdienne. Ponction lombaire : liquide louche dans lequel on ne trouve aucun microbe à l'examen direct ; culture négative. Intervention immédiate ; on trouve du pus dans l'antre et dans les cellules de la pointe. Guérison.

Paralysie récurrentielle, premier symptôme d'un cancer du sein.

M. Rebattu relate l'histoire d'une malade chez laquelle il constata l'existence d'une paralysie récurrentielle qu'il ne put rattacher à aucune cause. Trois mois plus tard, la malade se présenta à nouveau avec une petite tumeur du sein qui fut reconnue, après l'intervention, être un cancer. Il y avait d'ailleurs de l'adénopathie axillaire. La compression du récurrent était sans doute réalisée par des ganglions médiastinaux. De tels cas ont été signalés, mais seulement à une phase avancée du néoplasme.

Un cas de mégaœsophage.

MM. Bonnamour et Badolle prsésentent l'observation d'un médecin, âgé de 54 ans, atteint de mégaœsophage. L'affection remonte à 25 ans ; à cette époque, le malade avala une pomme de terre trop chaude et ressentit une vive douleur. Pendant l'année qui suivit cet accident, le malade ressentit de violentes douleurs après les repas. Puis, apparurent des spasmes avec arrêt des aliments. A un moment donné, ces spasmes furent si intenses que le malade resta dix jours sans manger, ni boire. Actuellement, les douleurs et les spasmes sont rares, mais le malade ne peut s'alimenter qu'avec des liquides, des purées ou des aliments très solubles, et il doit, tous les matins, régurgiter les résidus de la veille. Les radiograpphies en frontale et oblique montrent un œsophage très large, comblant tout le médiastin. En somme, cas typique de mégaœsophage consécutif à un rétrécissement inflammatoire . A noter la longue survie et la conservation de l'état général.

Calculs développés autour de corps étrangers de la vessie.

M. Louis Phélip en présente quatre cas : 1° calcul phosphatique développé autour d'une épingle de sûreté tombée au cours d'un pansement dans une vessie ouverte par un éclat d'obus ; 2° série de calculs développés en chapelet sur un fil fermant en surjet une cystostomie ; 3° semblable au précédent, sauf que la suture était à points séparés ; 4° calcul développé sur un débris de compresse chez un sujet antérieurement cystostomisé.

De la recherche des petits ulcères de l'estomac.

MM. Delore et L. Michon relatent l'observation d'une femme de 31 ans, présentant depuis deux ans des douleurs gastriques et ayant eu une hématémèse brusque. A l'intervention, un examen minutieux fait découvrir, sur la petite courbure, une zone très limitée où l'épiploon est légèrement adhérent et le péritoine un peu blanchâtre et dépoli. La palpation entre le pouce et l'index permet de sentir une induration. Sur ces signes, on affirme l'ulcère, qui est réséqué. Les auteurs, à ce propos, insistent sur la nécessité d'une recherche minutieuse dans les cas de lésions ulcéreuses au début, que l'on voit maintenant de plus en plus fréquemment.

Laryngectomie pour cancer.

MM. Collet et Rebattu présentent un malade chez lequel ils ont pratiqué une laryngectomie pour cancer intrinsèque du larynx. Après une trachéotomie rendue nécessaire par la dyspnée, on avait d'abord fait une thyrotomie, les lésions ayant paru discrètes. Ultérieurement, le bourgeonnement devint tel que l'ablation de l'organe s'imposa. Les auteurs remarquent, à propos de ce cas, qu'en matière de cancer ou de tuberculose du larynx, les lésions sont toujours plus étendues qu'on ne le suppose.

Traitement des ulcères variqueux.

M. L.-M. Bonnet, dans les cas d'ulcères à bords calleux surplombant le fond, préconise les *scarifications* au niveau de ces bords.

Mort par hémorragie et perforation d'un ulcère gastrique succédant à un examen radiologique.

M. Malet-Guy présente, au nom de M. Patel, l'observation d'un malade de 68 ans ayant depuis trois ans et demi des vomissements avec douleurs gastriques et diarrhée, se produisant par périodes. Le malade entre à l'hôpital au cours d'une de ces cri-

ses. On fait un examen radioscopique suivant la technique habituelle : estomac dilaté, atone, en coupe. Le soir de l'examen, malaise et nausées. Le lendemain matin, syncope, et mort dans l'après-midi avec un syndrome d'anémie aiguë. Autopsie : perforation minime au niveau d'un vieil ulcère pylorique ; estomac rempli de sang avec, haut située sur la petite courbure, une ulcération avec un vaisseau béant, origine probable de l'hémorrhagie.

Commotion médullaire directe.

MM. Durand et Dechaume présentent la moelle d'un homme tombé d'une charrette de foin sur la nuque et la région interscapulaire ; cet accident fut suivi de quadriplégie flasque, avec anesthésie, incontinence des matières et rétention d'urine, sans troubles notables de la réflectivité. A l'autopsie, on ne trouva qu'une congestion de la moelle ; mais, l'examen histologique montrera sans doute des lésions, comme il est habituel.

Ulcère peptique.

MM. Delore et Pollosson présentent un malade opéré une première fois en 1916 pour ulcère sous-pylorique (gastro-entéro-anastomose). Les douleurs ont réapparu depuis 3 ans. La radioscopie montre un spasme vers l'angle droit du côlon. A l'intervention : ulcère de la bouche de gastro, sur le point de se perforer ; le côlon transverse y était fixé et le maintenait bouché. Résection de l'ulcère et suture. A noter le résultat de la radioscopie qui attirait nettement l'attention sur un spasme colique, l'ulcère sur bouche de G. E. A. ayant tendance à évoluer vers le côlon transverse.

Malformation du rachis cervical.

M. Fouilloud-Buyat présente l'observation d'un enfant de 8 ans, chez lequel on s'aperçut vers l'âge de 5 ans, de l'existence d'un torticolis. La radiographie montra l'existence de deux vertèbres surnuméraires en coin entre les IVe et Ve cervicales. Il s'agit d'une malformation congénitale.

Hémorragie méningée chez un nouveau-né.

MM. Planchu et Meyer présentent l'observation d'un nouveau-né traumatisé pendant un accouchement par le siège dans un bassin aplati et généralement rétréci. Mort apparente. Au troisième jour, apparition de convulsions et de contractures. Ponction lombaire de 3 cmc. ramenant un liquide sanglant. Deuxième ponction de 3 cmc. le même soir. Guérison.

Un cas de pustule maligne. Tétanos localisé.

M. Wertheimer présente, au nom de M. Bérard : 1° un malade guéri d'une pustule maligne par le sérum anticharbonneux ; 2° un malade qui, à la suite d'une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras, présenta un tétanos localisé au membre correspondant, il fut guéri par la sérothérapie.

Société médicale des hôpitaux.

Occlusion aortique par immobilisation en diastole des sigmoïdes athéromateuses.

M. A. Dumas présente un cœur provenant de l'autopsie d'une femme de 80 ans morte dans son service. Les sigmoïdes aortiques sont calcifiées, complètement ankylosées en diastole, bien qu'ayant conservé leur aspect morphologique. L'épreuve classique de l'eau introduite par l'aorte donne lieu à une fuite légère en mince filet ; il en est de même si l'on fait couler de l'eau du ventricule dans l'aorte ; il y a insuffisance aortique dans les deux sens. Une sténose aortique des plus serrées peut donc être conditionnée par l'immobilisation en diastole des sigmoïdes calcifiées. La tension artérielle, chez cette malade, n'en est pas moins restée longtemps supérieure à 20 centimètres de Hg, et la pulsatilité très notablement plus élevée qu'elle ne l'est d'ordinaire chez les athéromateux. Il existait un souffle systolique occupant presque toute la surface du thorax avec maximum dans la région sus-apexienne, d'où il se propageait en écharpe. Par contre, malgré la légère insuffisance des valvules, il n'y avait pas de souffle diastolique. A noter que la malade supporta longtemps, sans en paraître incommodée, une lésion qui, à première vue, semble incompatible avec la vie.

Cyanose congénitale.

MM. Weill, Bertoye et P. Delore présentent l'observation d'un enfant atteint de cyanose congénitale, avec paroxysmes au moment des cris accompagnés d'asphyxie très alarmante. Il existait un souffle systolique à maximum sur le bord gauche du sternum, souffle d'ailleurs inconstant. La radioscopie montrait un énorme développement transversal du cœur, avec forme en sabot et débordement très notable dans l'hémithorax droit. L'enfant succomba à son 41e jour, pendant une crise de cyanose.

L'autopsie montra une endocardite déjà ancienne ayant amené une soudure des valvules de l'artère pulmonaire et une sclérose de l'orifice tricuspidien. Il y avait persistance du trou de Botal.

L'interprétation des images lacunaires centrales en radioscopie gastrique.

MM. Bauchut et J. Barbier relatent l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec des signes de néoplasme gastrique. La radioscopie montrait en pleine ombre gastrique une grosse lacune centrale, en lunette. Cette image fut retrouvée à plusieurs examens : une ou deux fois seulement la palpation sous l'écran la modifia en donnant une encoche soit de la petite, soit de la grande courbure. L'autopsie montra une grosse tumeur de la *petite courbure* débordant sur les deux faces. Cette constatation paraît, au premier abord, en contradiction avec celle d'une lacune centrale à l'écran. Mais la tumeur adhérait aux plans postérieurs si bien que l'estomac avait subi une rota-

tion amenant la grande courbure en avant de la petite. On conçoit dès lors la possibilité de l'apparition d'une lacune centrale.

Le retard provoqué du pouls radial.

M. J. Barbier décrit un signe nouveau qu'il a constaté chez certains malades : si l'on comprime l'artère humérale dans sa gouttière, tandis qu'on palpe le pouls radial on peut, quand ce signe existe, constater qu'en écrasant assez fortement l'humérale, on provoque un retard de la pulsation radiale. Le phénomène est beaucoup plus net si on comprime l'humérale avec la manchette du sphygmo-manomètre et si l'on compare les deux pouls radiaux. Ce signe ne se constate que chez les sujets à pouls anacrote et son intérêt est de permettre l a constatation de l'anacrotisme par des moyens purement cliniques sans l'intervention de tracés.

Le stovarsol dans la dysenterie amibienne.

MM. Fontanel et Millischer, médecins de l'hô pital militaire Desgenettes, ont employé le stovarsol (acide acétyl-amino-oxyphénylarsinique) dans troi- cas de dysentérie amibienne. Ce médicament se présente en comprimés de 0 gr. 25 à prendre dans 1/4 de verre d'eau. Dose quotidienne, deux comprimés ; mais, on peut donner jusqu'à 1 et même 2 grammes, sans observer d'intoxication. Les avantages de ce médicament sont : son efficacité dans des cas rebelles à l'émétine, son action sur les kystes amibiens, son administration par voie buccale, enfin son action qui paraît multiple sur les parasites intestinaux.

Pyopneumothorax spontané au cours d'une bacillose évolutive unilatérale.

MM. Bonnamour et Sautereau relatent l'observation d'une femme de 27 ans porteur d'une tuberculose pulmonaire unilatérale paraissant remonter à six ans environ. Après avoir longtemps négligé de se soigner, elle entre en février 1923 à l'hôpital Saint-Joseph, où l'on constate la présence d'un pyopneumothorax, dont la date de début est impossible à préciser. A ce moment, état général médiocre, température oscillant autour de 40°. Au bout d'un mois, grande amélioration ; la malade part à la campagne, puis revient se faire hospitaliser à la Croix-Rousses dans le service de M. Bonnamour. A ce moment, bon état général, pas de fièvre, peu de toux avec quelques crachats muco-purulents sans bacilles. Signes d'épanchement de la plèvre droite, avec souffle amphorique au-dessus. Une ponction retire deux litres de liquide purulent qu'on remplace par un litre d'azote. Tous les mois, on recommence cette ponction, et actuellement, cinq mois après l'entrée, l'état de la malade est excellent. Cette action heureuse d'un pneumothorax spontané est intéressante et rappelle celle du pneumothorax thérapeutique. De tels cas ont été signalés déjà, mais restent assez rares. Les auteurs font quelques réserves au sujet du pronostic éloigné, réserves confirmées par M. Pic, qui a vu plusieurs cas semblables avec grosse amélioration temporaire, mais reprise ultérieure de l'évolution.

Traitement de la gangrène diabétique par la diathermie.

MM. Cluzet et Badin présentent l'observation d'un diabétique atteint de gangrène humide d'un pied, pour laquelle MM. Leriche et Patel avaient conclu à la nécessité d'une amputation. La diathermie fut essayée, à raison de deux séances par semaine et, en quatre mois, on obtint une guérison complète.

Autopsie d'un cas de myopathie du type Leyden-Mœbius.

MM. Péhu, Bonafé et Dechaume ont présenté antérieurement à la Société (v. *Concours médical* du 18 juin 1922) l'observation de deux frères, alors âgés respectivement de 5 et 2 ans, et atteints de myopathie progressive du type Leyden-Mœbius. Le plus jeune de ces enfants ayant succombé, à 32 mois, à une affection pleuro-pulmonaire, les auteurs apportent le résultat de l'autopsie. Celle-ci confirme le diagnostic de myopathie en montrant l'existence de lésions musculaires classiques ; mais, en même temps, on trouva des altérations de la moelle correspondant aux lésions décrites par les auteurs sous le nom de *poliomyélite antérieure chronique* dans les atrophies musculaires de l'enfance. Ces constatations amènent M. Péhu à penser qu'il n'est pas justifié d'établir, dans les atrophies musculaires, des distinctions radicales entre les formes dites périphériques et les variétés dites centrales.

Evolution à la peau d'un abcès pulmonaire.

MM. Gravier et Morénas relatent l'observation d'un homme de 51 ans, entré à l'hôpital avec une tuméfaction de la région sous-claviculaire gauche. L'histoire du malade ne présentait rien de caractéristique ; il en fut de même de la radioscopie. Le diagnostic restait donc hésitant jusqu'à l'apparition d'une abondante vomique. L'intervention (Dr Vergnory) conduisit dans une cavité située en plein parenchyme pulmonaire. L'élimination de fragments de ce parenchyme, et la présence d'entérocoques dans le pus permettent d'affirmer le siège pulmonaire et non interlobaire de la collection. Le malade guérit rapidement après l'opération.

Rétrécissement aortique.

M. Gallavardin relate l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement aortique et qui présentait un souffle à maximum dans le 5e espace intercostal gauche, ce qui fit penser à une insuffisance initiale.

A. C.

Les Livres

G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Parit.

L. Brin et Léon Giroux. — **Syphilis du cœur et de l'aorte**. Un volume de 240 pages avec figures dans le texte. Prix : 15 fr.

Le but que nous poursuivons est d'exposer sous une forme concise le rôle de la syphilis dans la pathologie du cœur et de l'aorte. La syphilis a pris en effet dans ces dernières années une place considérable en cardiologie, mais si cette notion est familière à certains médecins spécialisés, il faut reconnaître qu'elle est encore souvent méconnue surtout en ce qui concerne la syphilis du cœur, et c'est avec l'intention de la vulgariser que nous avons entrepris ce travail.

Ces lignes, extraites de la préface des auteurs, constituent le programme qu'ils se sont tracé, et qu'ils ont suivi. Les lecteurs du *Concours médical* y retrouveront un certain nombre de notions pathogéniques et cliniques que MM. Brin et Giroux ont bien voulu exposer partiellement dans nos colonnes, au cours des six derniers mois. Il en est une qu'il importe de mettre tout particulièrement en lumière. Il semble bien acquis que c'est au cours de la période secondaire que le tréponème tend à se fixer sur les tissus du cœur et de l'aorte. Mais, ce n'est que longtemps après que les signes cliniques apparaissent, appelant l'attention du praticien à une époque où, souvent, les lésions sont organisées de telle sorte que le traitement n'a plus guère de prise sur elles. On conçoit dès lors combien il importe de dépister la syphilis aussi précocement que possible, car « le traitement précoce et prolongé paraît avoir une action préventive vis-à-vis des accidents cardiaques ».

Le diagnostic sera demandé à une triple source : à la clinique, au laboratoire et à l'expérience thérapeutique.

Sur ce résumé succinct des généralités, qui forment le premier chapitre de l'ouvrage, les auteurs étudient successivement : les troubles du rythme cardiaque chez les syphilitiques, la tension artérielle, la péricardite syphilitique, l'endocardite syphilitique, la syphilis du myocarde, les lésions du faisceau de His et le pouls lent permanent syphilitique, l'aortite syphilitique, l'anévrysme de l'aorte, et l'angine de poitrine syphilitique.

La tournure essentiellement pratique que MM. Brin et Giroux ont donnée à leurt ravail lui confère un prix inestimable, et le recommande d'une façon pressante aux praticiens. Ils y trouveront, en effet, un enseignement dont la clarté les séduira, et qui enrichira leurs connaissances d'une foule de notions, nouvelles ou rajeunies, dont ils auront maintes fois l'occasion de faire leur profit auprès de leurs malades.

G. D.

Les Thèses

Ly. — Dr R. Mermillod. — **De la nature de l'érythème noueux spécialement considéré dans ses rapports avec la tuberculose.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon.)

Les maladies infectieuses peuvent s'accompagner ou être suivies de l'apparition d'un érythème noueux dit secondaire, car il semble bien relever de la même cause que l'affection primitive : en présence des faits, on ne peut admettre une simple coïncidence.

Parmi toutes ces maladies, syphilis, diphtérie, rougeole, blennorragie, grippe, pneumococcie, etc., la tuberculose occupe la première place, ainsi que le montre un ensemble de faits d'ordre anatomo-pathologique, bactériologique, biologique et surtout clinique. En présence d'un érythème noueux de nature indéterminée, on devra surveiller le malade qui en est atteint, redouter chez lui l'apparition d'une bacillose possible et le traiter en conséquence.

Mtp. — Dr R. Boissel. — **Fracture du condyle externe de l'humérus chez l'enfant (étude d'après 160 observations).** (Masson et Cie, éditeurs, Paris.)

Mtp. — Dr A.-A. Pomier. — **Considérations sur le traitement de la paralysie générale progressive.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier.)

Mtp. — Dr M. Pinsard. — **Le spasme laryngé dans la tétanie.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier.)

Mtp. — Dr H. Delcambre. — **Contribution à l'étude des chondrites costales éberthiennes.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier.)

La chondrite costale post-typhique, sans être d'une exceptionnelle rareté, est cependant une complication peu commune de l'infection typhoïde. Elle s'observe plus spécialement chez l'homme après la trentaine et est toujours imputable au bacille d'Eberth. Son évolution affecte constamment une allure chronique et son pronostic est bénin.

Le seul traitement à lui opposer est l'exérèse des foyers infectieux, associée ou non à la vaccinothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES

Jeux parlementaires

« Les Députés vivent dans une inquiétude permanente de l'avenir, qui les pousse normalement à la surenchère électorale, de lois à peine étudiées et votées par surprise... » (André Fribourg, député. — Le Journal. 13 Avril 1924.)

J'avais écrit, à propos du tiers payant, dans le n° 14 du 6 avril dernier, que la loi sur les assurances sociales n'était sans doute pas près d'être discutée. Je m'étais imprudemment avancé, sur la foi des gazettes qui annonçaient que les Chambres se sépareraient le samedi 5. Je reconnais que je m'étais trompé, méconnaissant radicalement la psychologie du député qui se va représenter devant ses électeurs, et qui ne veut pas le faire, les mains vides.

En un tournemain, en effet, la Chambre a voté, pour ainsi dire sans discussion, la fameuse loi dont, à bon droit, les médecins se préoccupent, en raison des répercussions qu'elle menace d'avoir sur l'exercice de la médecine.

Deux séances ont suffi pour venir à bout des 185 articles qui composent ce nouveau texte législatif. Deux séances ! Comparez cette hâte vertigineuse de nos honorables avec la lenteur, que je me garderai bien de qualifier de sage, avec laquelle ils ont discuté et voté les projets fiscaux du Gouvernement !!!

Je me suis donc trompé dans mon pronostic. Mais, au demeurant, qu'y a-t-il de changé ? Entre le vote par la Chambre de la loi et sa mise en application, il y a la même distance que de la coupe aux lèvres. Sans parler de la nécessaire et constitutionnelle intervention du Sénat, qui n'aura sans doute pas lieu demain, ne trouvons-nous pas, dans les débats qui ont eu lieu la certitude que des années s'écouleront avant que soit possible cette mise en application, qui demeure fortement problématique...

C'est le président du Conseil lui-même ; c'est, après lui, son ministre des Finances qui l'ont déclaré du haut de la Tribune.

Jugez, amis lecteurs :

M. Lebas. — Je pensais que le gouvernement nous saisirait d'un projet d'impôt nouveau qui permettrait de fournir les ressources nécessaires.

M. Poincaré. — Quand la loi sera prête à entrer en application, je ne doute pas qu'avec de la bonne volonté de part et d'autre, on n'arrive à trouver les ressources indispensables à son fonctionnement.

M. Rhul. — Vous ne poserez pas la question de confiance à ce moment-là.

M. Poincaré. — Il est difficile de savoir si le gouvernement sera encore au pouvoir à ce moment, c'est-à-dire dans plusieurs années.

M. Rhul. — Cela peut être dans quelques mois ?

M. Poincaré. — Non, cela ne peut etre avant plusieurs années.

M. Lebas. — Pourquoi ce vote hâtif ?

M. Poincaré. — Parce que le travail de la commission deviendrait sans cela caduc.

M. Lebas fit observer que, dans ces conditions, la discussion actuelle ne constituait qu'un geste inutile et vain.

....

Le ministre des finances. — Je tiens essentiellement à ne pas faire luire aux yeux des intéressés des espérances qui ne pourraient être réalisées. Il ne s'agit d'ailleurs pas de trouver, comme on dit, 22 millions seulement, mais bien 200 millions lorsque la loi sera en pleine application. Or, dans l'état actuel de nos finances, et pour 1925 comme en 1926, l'équilibre budgétaire est trop péniblement obtenu pour qu'on risque de le compromettre.

Je répète donc qu'il est impossible d'amorcer l'application du projet sans trouver les ressources nécessaires a son fonctionnement.

Le gouvernement est heureux de s'associer au travail que vient d'achever le Parlement, mais il entend dire la vérité au pays. La clause qui termine la loi est une clause de sauvegarde essentielle au crédit du pays, et il ne pourrait conserver le pouvoir si elle n'y était insérée. (*Très bien ! très bien !*)

M. Lebas. — **En réalité, la Chambre s'est livrée à une comédie pure et simple.** (*Exclamations à droite et au centre. Applaudissements à l'extrême gauche*).

A quels Jeux peuvent se livrer des hommes que préoccupe leur intérêt électoral, voilà ce qui nous a été révélé une fois de plus !

En tous cas, puisque la question est ainsi amorcée devant le Parlement et l'opinion publique, sans me livrer ici, ce qui n'est pas mon rôle,

aux critiques que la loi elle-même pourrait appeler, je conjure le corps médical de profite du répit qui lui est ainsi accordé pour dresser ses batteries et faire un bloc compact destiné à imposer aux pouvoirs publics le système d'organisation de soins qu'il entend accepter. Vous remarquerez en effet, si vous avez lu l'*Officiel*, qu'un seul député médecin, P. Even, (1) s'est levé pour essayer de démontrer que les futurs assurés doivent avoir la certitude que la qualité des soins qui leur seront donnés sera aussi irréprochable que possible, et que cette qualité est fonction essentielle du système qui prévaudra.

Il faut qu'au Sénat, d'abord, puis dans la prochaine Chambre, qui aura vraisemblablement à revenir sur le texte de certains articles de la loi, le corps médical trouve des porte-paroles qui fassent entendre sa voix.

Il serait profondément regrettable qu'à propos d'une loi qui ne peut fonctionner qu'avec le concours du médecin, celui-ci fût tenu à l'écart des discussions, et ne put indiquer sa préférence pour la sauce à laquelle il sera mangé.

C'est, pour nos Syndicats et pour leur Union, une tâche difficile, mais à laquelle, j'en ai l'assurance, ils ne se déroberont pas. Ils ont montré, à l'occasion du fameux article 64 de la loi des Pensions, de quoi ils sont capables. Ils ont su s'imposer une discipline qui leur a permis de triompher, encore qu'il soit possible de concevoir que le triomphe aurait pu être tout aussi grand, avec un régime différent. Le passé est, à cet égard, plein d'enseignements. Quand l'accord sera fait sur la ou les modalités selon lesquelles le corps médical entend l'organisation des soins médicaux aux assurés sociaux, la tactique à adopter pour faire aboutir ses revendications trouvera, dans les militants du Syndicalisme médical, d'excellents manœuvriers, qui sauront défendre l'intérêt de la corporation, qui est inséparable, ici, de celui de la santé publique.

R. H. M. S. : 600. G. D.

(1) Grâces lui en soient rendues !!

***

Une nouvelle offensive contre nos villes d'eaux

Calomniez, calomniez ; il en résultera toujours quelque chose.

Depuis quelques années, nous assistons, dans le trimestre qui précède l'ouverture de chaque saison thermale, à une campagne de dénigrement et de diffamation contre nos villes d'eaux et, contre les médecins qui y exercent.

Cette campagne procède d'un plan bien conçu et bien exécuté. Elle comprend plusieurs modes d'action offensive. Ce sont des étiquettes collées, on ne sait par qui, sur les bagages des étrangers qui viennent en France, en cours de route. Ce sont des tracts répandus à droite et à gauche. Ce sont des circulaires adressées, non seulement aux médecins français, mais encore aux clients qui fréquentent nos stations, et dont les noms et les adresses sont connus par la publication, dans chaque hydropole, de la liste saisonnière des étrangers.

Cette année, la dichotomie sert de prétexte aux promoteurs inconnus de cette campagne. C'est une mine facile à exploiter, à une époque où cette pratique est jetée en pâture à l'opinion publique pour discréditer le corps médical. Comme si tous les médecins s'y livraient sans exception !

Voici le document dont nous venons de recevoir plusieurs exemplaires que nous ont adressés des correspondants, outrés de semblables procédés.

UNION
des
MÉDECINS NON DICHOTOMES
des
STATIONS HYDROMINÉRALES
et
BALNÉAIRES DE FRANCE

Mon cher Confrère,

Dans le but d'enrayer la Dichotomie que pratiquent abusivement certains confrères de villes d'eaux à réclame tapageuse, nous vous serions infiniment reconnaissants, si vous vouliez bien refuser d'écouter les propositions que vous font sans cesse ces confrères lorsqu'ils vous rendent visite et insistent pour que vous leur envoyiez des clients.

Ces privilégiés confrères, percevant de gros honoraires sur leurs malades pendant l'été, peuvent faire de coûteux voyages pendant l'hiver, et être constamment en contact avec vous. Le résultat des multiples démarches de ces médecins voyageurs est que vous leur envoyez, avec une partialité regrettable, trop de clients au détriment de leurs confrères. Vous surpeuplez à l'excès une ou deux stations hydrominérales à climat estival des plus chauds, dont la principale préoccupation locale est l'exploitation intensive des malades, à qui le médecin Dichotome impose inutilement pendant le traitement des massages, de la mécanothérapie, électrothérapie, examens radiographiques, analyses, ceintures, corsets, les cliniques et quelquefois des opérations chirurgicales.

cation pratique du décret, et qui ne va pas tarder, je pense, à paraître. Donc, voici ce que je puis répondre et avec des raisons spéciales de penser que c'est le bon « aiguillage » : envoyez votre note d'honoraires (même quand il s'agit d'un parisien ou de tout pensionné inscrit dans un autre département) envoyez-la, dis-je, tout bonnement à la *préfecture de votre département.* C'est à celle-ci de se rendre compte si les *Bulletins* annexés à votre note concernent un malade effectivement inscrit dans le département indiqué sur le bulletin et si tout est en ordre. Puis les renseignements acquis, elle n'aura plus qu'à vous régler votre note directement.

Quant à ceux qui ont déjà envoyé note et bulletins à la préfecture de la Seine, qu'ils continuent naturellement les pourparlers avec celle-ci.

Un autre confrère, le Dr D... me demande, comme on a pu voir ci-dessus : « Comment, par quelle voie, devant quelle autorité, dois-je porter ce *litige* pour obtenir mandatement de ma note ? »

Et enfin le Dr G... me demande : « que dois-je faire ? accepter ou refuser ? »

Ce que j'ai dit plus haut est, cela va de soi, générateur de refus de toute acceptation de la thèse de la Seine. Refusez, confrères, ne *signez aucune feuille*, sauf votre lettre de refus et demandez, comme c'est votre droit, *notification de la décision* de la Commission de la Seine. Puis mais *dans les* 20 *jours* qui suivront cette notification (pas plus tard, car vous seriez forclos), faites *appel* de cette décision devant la Commission supérieure, avec toutes pièces à l'appui pour former dossier explicatif. Cet appel se fera en écrivant à M. le Président de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre — au ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

***

J'espère maintenant que, d'ici peu, la Préfecture de la Seine aura reçu la Note ministérielle et voudra bien s'y conformer. Ceci annulera tous les litiges en cours et les supprimera dans l'avenir, quant à cette question, du moins. Mais, en attendant, suivez la ligne de conduite indiquée ci-dessus.

J'espère, en outre, que ces explications seront lues non seulement par les 3 confrères qui ont bien voulu m'écrire, mais aussi par les autres, qui peuvent demain se trouver dans le même cas. J'espère et je le souhaite.... mais, je l'avoue, sans trop y compter.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. : 4603.

DE L'UTILITÉ, ET JUSQU'A NOUVEL ORDRE, DE LA NÉCESSITÉ, DE L'OUVERTURE PRÉCOCE DES SAISONS THERMALES

Par GARCIN, du Mont-Dore.

Mon ami Béal vient de faire paraître, dans le *Concours médical,* un article où il condamne, avec une belle ardeur, le principe de l'avancement des saisons thermales.

Comme j'en suis l'iniatiateur (du moins au Mont-Dore et par contre coup dans l'Auvergne thermale) je demande, pour un père, le droit de défendre son enfant.

Mon confrère affirme que le résultat de l'expérience fut lamentable. Il commet une erreur de fait.

Laissons les chiffres parler : ils sont éloquents.

Avant la guerre, le mois de juin (au Mont-Dore, puisque Mont-Dore il y a, et nous pouvons le considérer comme la station type de montagne), avant la guerre, dis-je, le mois de juin, avec lequel s'ouvrait la saison, était absolument creux. C'était une période de démarrage. La station n'était d'ailleurs prête que le 15. Nos saisonniers montagnards (à quelques honorables exceptions près) ayant, de toute éternité, pris l'habitude de faire coincider le jour de l'ouverture de la saison avec celui de leurs premiers préparatifs. Le résultat était que le Mont-Dore ne commençait à se meubler de baigneurs que vers le 20 ou le 25 juin.

Depuis trois ans que nous ouvrons le 15 mai, la cure-taxe donne comme chiffre pour mai-juin : trois mille visiteurs (3000) pour quatre mille cinq cents (4500) en juillet, mois jadis, et encore maintenant, le plus fort de la saison.

Donc mai-juin sont dans la proportion relativement énorme de 1 pour 1 1/2 juillet.

La chose est donc jugée par la seule statistique.

Mon confrère dit bien, avec une astuce qu'aurait enviée Machiavel lui-même, que depuis 2 ans les chiffres mai-juin sont en diminution : mais il oublie ou feint d'oublier un phénomène météorologique que tout le monde a encore présent à la mémoire, c'est que ces deux dernières années, juin a été abominable (et ceci dans toute la France et même dans toute l'Europe occidentale). Et ce que je trouve admirable, c'est que, malgré ce contre-temps, le nombre des visiteurs de notre station, pour mai-juin, pendant ces deux dernières années, n'a pour ainsi dire pas fléchi. La cure-taxe donna en effet : 2800, en chiffres ronds pour 3000 la première année, soit une diminution d'un 15e seulement.

Sans le savoir, et surtout sans le vouloir, mon excellent confrère apporte à l'appui de ma thèse, un

très bon argument quand il dit que juillet et août sont les mois tout désignés pour la cure des fonctionnaires, professeurs, enfants, dont c'est l'époque des vacances.

Mais c'est justement parce que toute une catégorie (et nombreuse), de baigneurs ne peut venir aux eaux qu'à ce moment bien déterminé, qu'il faut le lui laisser. Si les isolés, les gens d'affaires... ceux qui ont la liberté de leur temps, sont contraints par une ouverture trop tardive, à nous visiter dans ces deux mois fatidiques, il y aura coïncement, pléthore. En pleine saison, nos stations, trop étroites, sont pleines à déborder, et elles débordent ! Que l'âme si sensible de mon confrère s'attendrisse donc un peu sur le sort de ces pauvres asthmatiques ou emphysémateux qui, ayant écrit trop tard pour retenir leur chambre, se voient répondre par l'hôtelier qu'en juillet et août (leurs seuls mois disponibles) tout est pris. Voilà leur saison perdue ! Qu'il plaigne ceux, plus disgraciés encore, qui venus jusqu'à nos stations après un voyage long, fatigant, coûteux, ne peuvent trouver le moindre gîte et doivent s'en retourner, la mort dans l'âme, après avoir touché du doigt l'amélioration tant attendue, après avoir entrevu le renouveau de santé désiré depuis des mois.

Qu'il s'apitoie donc aussi sur ces pauvres malades auxquels des circonstances diverses, mais majeures, ne permettent de venir que fin mai ; sur les petits rentiers ou les gens de modeste aisance, qui ne peuvent trouver que très précocement des tarifs thermaux et hôteliers adéquats à l'état de leur bourse. Pourquoi condamner tous ceux-là d'un trait de plume et sans appel ?

Le mauvais temps ? Mais tous les vieux montagnards vous diront que la seconde quinzaine de mai, 10 fois sur 12, est plus belle que la première de juin, comme le début de septembre est presque toujours plus beau que la fin d'août. La vérité est que c'est pour le baigneur une question de chance : il pourra jouir fin mai de la tiédeur d'un gai printemps, comme il pourra grelotter au milieu de juillet ou d'août, s'il tombe, par malheur sur une longue période pluvieuse.

Le manque de foi des hôteliers dans l'avenir de cette réforme ? Ici laissez-moi rire un peu... mais parlons sérieusement : je fâcherais mes amis hôteliers d'Auvergne si je paraissais douter de la compréhension et du souci qu'ils ont de l'intérêt général de leur station. Aussi, j'en suis sûr, feront-ils gaiment le sacrifice de quelques frais généraux de plus dans le but de préparer l'avenir. Ce sera semer pour mieux récolter.

Quant à l'argument tiré de ce qui s'est toujours fait, il n'en est pas de plus mauvais. C'est l'essence même de la routine et la négation du progrès.

Disons d'ailleurs que lorsqu'une station avait deux fois moins de malades que maintenant, elle pouvait s'offrir le luxe de rétrécir sa saison, ou du moins de ne pas l'étendre. Question de contenant et de contenu !

La solution proposée du 25 mai est bâtarde. Le 25 d'un mois n'est pas une date. Cela ne parle ni à l'esprit, ni surtout à la mémoire.

Enfin (*in cauda venenum*) la question de l'avancement de quinze jours, pour nos stations du centre du moins, est si peu jugée et condamnée dans le sens qu'indique mon confrère et ami, qu'à la fin de la dernière saison, l'application de cette mesure a été maintenue par un vote de la Fédération thermale d'Auvergne.

R. H. M. S. : 3404.

A PROPOS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS LA BANLIEUE DE PARIS

Notre excellent et laborieux confrère Rinuy nous a (1), le 26 mars, exposé clairement son rapport sur l'assistance médicale gratuite dans le département de la Seine et il a rappelé que la loi n'y était pas appliquée. Mais, précisant son sujet, il s'est surtout occupé de la banlieue qui compte soixante-dix-neuf communes et dont la population s'accroît tous les jours beaucoup plus que celle de Paris.

Les conclusions de Rinuy nous étaient déjà connues : il les a établies en accord avec une commission nommée par la Fédération des Syndicats médicaux de la banlieue parisienne et il a bien voulu les exposer, avec l'autorité que lui donne son titre de membre du Conseil supérieur de l'assistance publique, dans cette réunion où la qualité des auditeurs remplaçait le nombre, et qui était surtout composée de « Parisiens ». Rinuy, membre du Conseil de l'Union, après avoir regretté que les règlements de l'A.M.G. à Paris ne respectent pas le principe du libre choix du médecin par le malade, constate que ce libre choix est adopté dans la grande majorité des communes de la banlieue. C'est une première victoire de nos syndicats locaux.

Mais si le libre choix existe déjà en partie, c'est d'une façon insuffisamment rémunératrice pour le corps médical. Je n'ose parler de certains chiffres d'honoraires. Et qu'arrive-t-il, fatalement ? Le médecin, mal rétribué, ne peut s'occuper convenablement de tel ou tel malade indigent et l'envoie à l'hôpital parisien de sa circonscription « pour y recevoir les soins qui lui sont nécessaires (2). »

Toutes les communes voient avec angoisse

(1) A la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 49, rue de Miromesnil.

(2) C'est la formule habituelle.

leurs budgets de dépenses s'enfler démesurément par le fait du nombre toujours croissant des transports et des journées de séjour à l'hôpital.

Honorez comme il faut le médecin, celui-ci gardera son malade et il n'y aura plus, ou presque plus, de journées d'hôpital à payer. Etablissez un tarif d'accord entre municipalités et syndicats médicaux, avec un contrôle analogue au contrôle des soins aux bénéficiaires de l'art. 64.

Tous les médecins de la banlieue pensent comme Rinuy. Mais il m'a semblé, à cette réunion et à d'autres auparavant, que les médecins « de Paris », comprennent moins bien. Le Dr Acheray, représentant des médecins du bureau de bienfaisance de Paris, a, en termes d'ailleurs courtois, critiqué le librechoix et défendu le recrutement des médecins par le concours... Nous ne saurions être d'accord avec lui, et nous ne pouvons pas l'approuver, surtout quand il prévoit qu'avec le libre choix il y aura des abus « comme pour les accidents de travail et la loi des pensions ».

Ne discutons pas ici ce sujet, il y a trop à en dire et redire, et restons dans notre cadre de l'A.M.G. en banlieue. Le libre choix s'y est imposé peu à peu, réclamé par les nécessiteux et les indigents comme par les médecins. Nous avons dans nos coins de banlieue nos clients dans toutes les classes de la Société et les pauvres ne tiennent pas moins à leur médecin, certes, que les riches, ils nous sont fidèles et nous leur sommes dévoués et c'est ainsi que nous faisons de la bonne médecine. Non, nous n'abusons pas des visites, mais tout de même nous souhaiterions qu'elles nous fussent mieux rétribuées et nous allons entrer en conversation avec chacun des maires des 79 communes, avec un programme unique pour l'ensemble de la banlieue, ainsi qu'il en a été décidé à notre dernière réunion du Conseil d'administration de la Fédération. Il s'agira surtout de faire comprendre aux municipalités qu'elles réduiront par ce moyen et d'une façon sensible leurs frais supplémentaires et excessifs de transport et d'hospitalisation.

« Frais excessifs » c'est le mot de M. Mesureur, bien qualifié n'est-ce pas pour parler des prix des journées d'hôpital. L'ancien directeur de l'A.P. nous a expliqué qu'on faisait payer aux malades de la banlieue beaucoup plus qu'on ne leur donnait réellement. Dans la somme de 20 fr. et des centimes, coût de la journée actuelle, il y a non seulement le prix de revient de la journée d'hôpital, mais aussi la répartition des frais occasionnés par les consultations externes, des spécialités et des cliniques de la Faculté. Est-il juste que nos communes peu aisées et quelquefois déshéritées participent à ces dépenses de luxe que peut s'offrir l'opulente capitale ?

Concluons qu'il y a dans le département de la Seine *deux régions* bien distinctes : la ville ou la commune de Paris ; puis la banlieue avec ses 79 communes aux règlements multiples. Ville et banlieue ont des intérêts tout à fait différents et le corps médical suburbain s'en est aperçu depuis longtemps, tandis que nos très nombreux confrères de Paris ne s'en doutent pas, et que le très ancien et très important syndicat des médecins de la Seine, dont nous fûmes un des premiers adhérents, se croit de bonne foi seul autorisé à parler au nom de tous les médecins de la Seine. C'est là, croyons-nous, la cause principale de certains malentendus....

Dr Bitterlin, père.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Tribunaux.** — Un jugement du tribunal correctionnel de Douai en date du 20 décembre 1923 avait déclaré Chaval et Erouart coupables d'exercice illégal de la pharmacie, Chaval coupable d'avortement, Leleu coupable de complicité de ladite tentative d'avortement Chaval et Erouart coupables d'exercice illégal de la médecine, Chaval coupable de vente de remèdes secrets et avait condamné Chaval et Erouart à payer à titre de dommages-intérêts 200 frs. aux Syndicats médicaux du Nord, Chaval et Erouart à payer 200 fr. aux Syndicats des pharmaciens du Nord ; il avait en outre condamné Chaval et Erouart aux frais d'insertion de l'arrêt par extrait dans trois journaux de la région.

L'un des prévenus ayant fait appel, le ministère public interjeta appel contre tous les prévenus.

La Cour d'appel, en mars 1924, réforma le jugement du tribunal correctionnel et acquitta Erouart du chef d'exercice illégal de la pharmacie, mais confirma le reste du jugement, Chaval étant seul condamné à payer 200 fr. de dommages et intérêts au Syndicat des pharmaciens Chaval, Leleu et Erouart furent en outre, condamnés solidairement en tous les frais de 1re instance et d'appel,

— **Société française d'ophtalmologie** (XXXVIIe Congrès du 12 mai au 15 mai 1924, à la Faculté de médecine de Paris. — Pendant la durée du Congrès des instruments d'optique et de chirurgie oculaire, des produits thérapeutiques intéressant l'ophtalmologie seront exposés dans la salle des Pas Perdus de la Faculté de médecine.

Un service de sténographie fonctionnera pendant les séances.

Un service de dactylographie sera mis à la disposition des membres de la Société pour la rédaction des discussions.

Les auteurs sont invités à remettre à chaque séance au secrétaire général un court résumé en double exem-

plaire de leurs communications et discussions. Ces résumés sont destinés aux journaux médicaux.

Tous les manuscrits *in extenso* et les dessins, sans aucune exception, doivent être remis au secrétaire général avant la fin du Congrès.

Le trésorier encaissera les cotisations de l'année 1924 pendant le Congrès, les membres de la Société qui ne doivent pas y assister sont instamment priés d'envoyer dés maintenant leur cotisation, soit quarante francs, au Dr Coulomb, trésorier de la S.F.O., 28, rue Vignon, Paris IXe (Compte chèques-postaux 426-70).

Conformément au règlement le volume de comptes rendus ne sera expédié qu'aux membres qui auront acquitté leur cotisation pour 1924.

— Méthode de langue écrite internationale.(L'espéisme, *chiffrier* universel). — Il ne s'agit de concurrencer ni le volapück, ni l'ingénieuse langue bleue ou bollak, ni l'ido, ni l'espéranto. L'espéisme (du nom de son auteur, notre confrère, le Dr G. Espé de Metz) ne peut en rien contrarier le développement de la langue auxiliaire Internationale.

En quoi consiste la méthode ? En ceci : donner un même chiffre aux mots des différentes langues ayant la même signification. Si, par exemple 1250 signifie *envoyer*, le français au mot *envoyer*, l'Anglais au mot *to send*, l'Allemand au mot *schicken*.... trouveront, chacun dans les dictionnaires de sa propre langue, le chiffre 1250. Le correspondant étranger auquel est écrit ce chiffre 1250 se reportera au répertoire des chiffres internationaux et, à côté du chiffre 1250, il lira le mot de sa propre langue qui signifie *envoyer*. Souligner un chiffre signifie que l'on veut conserver à ce chiffre sa valeur propre c'est-à-dire sa valeur numérique et non sa valeur conventionnelle en espéisme.

Tel est le principe de l'*espéisme*. Son auteur démontre irréfutablement qu'à l'aide de quelques lettres et de quelques accentuations (à consigner en trois pages par les dictionnaires) il est possible de donner à cette notation chiffrée, à ce *chiffrier international* une étendue et une souplesse qui permettent d'en faire usage, sans difficultés de phrases relativement compliquées.

L'emploi de l'espéisme ne demande ni professeur, ni étude préalable ; il ignore la faute d'orthographe.

C'est un instrument de progrès. Il est d'intérêt général et quiconque est appelé à communiquer avec l'étranger doit être pour lui un champion et un propagandiste.

(Une brochure Imprimerie Arrault, Tours (Indre-et-Loire).

— **Les médecins parisiens de Paris** — Le 25 mars dernier, sous la présidence de M. le Pr Richet, de l'Institut, se sont réunis amicalement pour banqueter d'abord et ensuite pour fonder la Société des médecins parisiens de Paris une quarantaine de nos confrères : M. le Pr Balthazard, M. le Pr agr. Ombredanne, MM. les docteurs Barbarin, Blondin, Bongrand, Bouquet, Bourguignon,, Cachera, Coulomb, Dartigues, Didsbury, Dubrisay, Duclaux, Fège, Fouineau, Gailliot, Gérard, Gillet, Lenormand, Luys, Martial, Mock, Molina, Pelisse, Piot, Prost, Rabier, Renard, Rolet, Rollot, Ronneaux, Rouhier, Schæffer, Springer, Toupet, Vaudremer, Vimont, Wallon.

Une quinzaine d'adhérents parmi lesquels MM. les Pr P. Duval et Vaquez s'étaient excusés. En guise de consécration, M. le Pr Ch. Richet, qui est vice-président de cette Société bien connue des « Parisiens de Paris » montra avec cette parole sobre et convaincante qui lui est propre, combien la fondation de ce groupement des « Médecins Parisiens de Paris » était à la fois heureuse et opportune. En effet, dit-il, est-il homme plus isolé que le véritable Parisien dans sa grande Ville Mère ? Tout autour de lui il voit tout le monde s'agglomérer en petites patries en nés natifs du même clocher, chacun se pavoisant de son sénateur, de son député, tandis qu'il est seul, lui, inconnu même de ses propres pays. Tout fier de ce précieux encouragement, le Dr Dartigues qui avec le regretté Dr Paul Guillon, le Dr P. Blondin et le Dr Prost, a été l'initiateur de ce groupement, exposa alors avec sa généreuse et séduisante verve coutumière ce que devrait être, ce que serait cette Association, et, en bon chirurgien qui ne connaît pas les temporisations, il en fit voter de suite les statuts et acclamer le Bureau qui est ainsi composé :

Président d'honneur : M. le Pr Charles Richet ;
Président : M. le Pr Balthazard ;
Vices présidents : M. le Dr Vimont ;
M. le Dr Dartigues ;
Secrétaire général : M. le Dr Prost, 119, bd Malesherbes.
Trésorier : M. le Dr Bongrand.

Et maintenant, bons confrères, nés natifs des deux rives de la Seine, des Halles, du Marais, de Montmartre, de Montparnasse et autres lieux circum-Paris, demandez nos statuts à notre secrétaire général, inscrivez-vous sans tarder, et n'oubliez pas que cinq fois par an, autour d'une table, inter pocula, nous parlerons entre nous de notre cher pays Paris.

Cours Complémentaires et de Perfectionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1924.

(*suite*)

Chaire de pathologie et thérapeutique générales, professeur : M. Marcel Labbé.

Cours pratique sur les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif (les procédés d'examen en clinique et au laboratoire)

par MM. Marcel Labbé, professeur ; Henri Labbé, agrégé ; Stévenin et Nepveux, chefs de laboratoire.

Le cours aura lieu au laboratoire de pathologie générale, tous les jours, à 3 heures et sera terminé en un mois.

Les élèves seront exercés aux diverses méthodes d'examen.

Le montant du droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs, au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Cours du 20 juin au 20 juillet.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

brancard, la position couchée était la seule convenable pour mon état. Le transport m'a coûté 160 fr. dont j'ai demandé le remboursement. La commission de contrôle m'offre le billet (1) aller N.D. en 2e classe, mais m'informe que je peux faire appel contre cette décision devant la Commission supérieure pendant un délai de 20 jours.

Vous seriez bien aimable de me donner votre avis et s'il est favorable à l'appel de me guider dans ma réclamation.

Si je songe à faire appel contre cette décision basée sur le 1er § de l'art. 85 du décret, c'est d'abord parce que le 2e § prévoit le déplacement par voie de terre qui était la seule possible pour moi et ensuite parce que mon évacuation de l'hôpital m'était ordonnée pour ma santé.

Pour être complet, j'ajouterai les considérations suivantes :

1° Si j'avais attendu à l'hôpital la possibilité de rentrer chez moi en chemin de fer, je serais resté trente jours de plus environ à l'hôpital :

30 × 10,20 = 300 fr. d'où économie ;

2° Le professeur et ses aides qui m'ont opéré n'ont pas demandé d'honoraires au titre de l'article 64, parce qu'ils opéraient un confrère : d'où 700 fr. d'économie.

3° Rentré chez moi dans un état lamentable, je me suis soigné moi-même et me suis procuré les remèdes nécessaires, d'où une économie notable car les confrères voisins sont éloignés de 10 kilomètres.

J'aurai perdu 5 mois complets de travail et pendant combien de mois puis-je fournir un travail limité ? Voilà ce que m'a rapporté une maladie contractée à l'Armée d'Orient, et lorsque je viens faire une demande de remboursement de 160 fr. qui me paraît légitime, on m'offre 5 fr.

Dr Z.

(1) Décret du 25 octobre 1922, article 85, parag. I.

Réponse.

Il faut faire appel contre cette décision devant la Commission supérieure. Joignez les pièces nécessaires et les certificats médicaux qui établissent : 1° qu'il était indispensable pour votre santé d'être renvoyé chez vous ; 2° que vous ne pouviez effectuer le trajet que par voie de terre, en raison de votre état.

Enfin, développez également, comme dans la lettre à nous adressée, les économies que vous avez fait réaliser à l'Etat d'autre part.

Vous devrez être réglé d'après le tarif arrêté en vertu de l'article 64 (décret du 25 octobre 1922, art. 85), c'est-à-dire d'après l'arrêté du 15 janvier 1923, à raison de 1,24 par kilomètre dans les régions de plaine et de 1,27 dans les régions de montagne, ou dévastées. Un arrêté préfectoral a déterminé dans chaque département les communes qui doivent être considérées comme étant régions de plaine, régions de montagne, régions dévastées.

Application du Tarif Breton

1004. — Soins à l'hôpital sans hospitalisation.

Un de mes clients, manœuvre dans une scierie, a subi le 20 février, pendant son travail, la section complète du membre supérieur gauche au niveau du poignet. J'ai pratiqué à l'hôpital de S.F. dont je ne suis pas médecin et où j'ai été appelé par téléphone en absence du confrère, la ligature de la radiale et de la cubitale, puis j'ai dirigé le blessé sur l'hôpital pour régularisation de moignon. Le blessé a quitté hier cet hôpital et je l'ai vu aujourd'hui pour la seconde fois ; la Cie d'assurances me demande un rapport médical relatant l'état actuel du blessé et le degré de réduction de la capacité ouvrière ; je vous prie de bien vouloir me dire :

1° Si je puis comprendre dans la note des honoraires, les soins donnés à l'hôpital, dont, encore une fois, je ne suis pas médecin et dans l'affirmative, s'il est légitime de compter : visite = 0,00 ; plaie profonde (régularisation, épluchage et suture) : 75 fr. ;

2° Que dois-je compter pour le rapport médical qui m'a été demandé par la Cie.

3° A quels appareils de prothèse le blessé a-t-il droit ? Puis-je lui faire obtenir une main artificielle ou seulement les appareils du travail et lequel ou lesquels ? Mon intention étant de l'adresser chez l'orthopédiste le plus proche, c'est-à-dire à A. pour les mesures nécessaires ; puis-je le faire et les frais de voyage lui seront-ils remboursés ? Dr F.

Réponse.

1° Votre malade n'a pas été « hospitalisé » à F. puisqu'il le fut à A. Vous avez donné des soins d'urgence là comme sur la voie publique ou chez un pharmacien ou dans une maison quelconque. Vous pouvez donc réclamer des honoraires. Un arrêt récent de la Chambre des Requêtes, Cour de Cassation a été rendu dans ce sens.

Ce n'est nullement « régularisation, épluchage et sutures » que vous avez fait d'après vos propres déclarations, mais « ligature de la radiale, plus ligature de la cubitale » (art. 17), soit en deuxième catégorie 56,25 *chacune.*

2° Le rapport demandé par la Compagnie qui n'est autre qu'un certificat descriptif est tarifé 10 fr. (art. 29).

3° Pour ce qui concerne les appareils de prothèse, la jurisprudence a décidé qu'en aucun cas ils ne pouvaient être à la charge du chef d'entreprise. Votre blessé devra donc les faire faire à ses frais.

F.D.

Application du Tarif Maginot

I

997. — Déplacements non spéciaux

Pourriez-vous me faire donner votre avis sur le

sujet suivant, à propos de la tarification des visites aux réformés de guerre.

Je vais une fois par semaine dans une localité à 13 km. d'ici, tenir un cabinet de consultation et faire les visites demandées dans le pays et les environs (la commune est distante de plus de 10 km. de plusieurs centres médicaux). Pour me dédommager de mes frais kilométriques, je prends une fois là-bas, un peu plus cher que dans mon pays même. Ainsi une visite tarifée 10 fr. sans déplacement, dans mon pays, est comptée là-bas 15 fr. Les frais de déplacements aux alentours sont également majorés.

Or, j'ai vu deux fois, en visite, une fois là-bas, un réformé de guerre du *département de la Seine*, en congé à la campagne. Règlementairement, sans déplacement à la campagne, une visite à un réformé de guerre est tarifée 6 fr. je trouve que c'est peu à côté des 15 fr. demandés au public. Ne pourrai-je pas faire supporter dans ce cas une portion de frais de déplacement, comme je fais pour le public et pourtant je ne voudrais compter un déplacement spécial de ma commune à la sienne (26 km. A.R.) ce qui serait exagéré.

Mais pour régulariser la chose, comment faire ? Compter par exemple 4 km. aller et retour de crochet spécial pour ce malade, ce qui ferait environ 10 fr. (10,96) ou bien appliquer le tarif du département de la Seine, qui est de 10 fr. sans déplacement ?

C'est entendu, je n'ai pas fait de déplacement spécialement pour ce malade, mais pour chacun des autres non plus, et pourtant, si je ne majorais pas chacun, qui me paierait les 26 km., aller et retour que je fais forcément ?

Dr J.

Réponse.

C'est le tarif de campagne et non celui de la Seine que vous devez suivre, le malade ayant été soigné à la campagne. Donc comptez d'abord six francs par visite. Quant au déplacement, puisqu'il ne fut pas fait spécialement pour ce malade, comptez, en équité, la quote-part en revenant à celui-ci. Donc, sur le bulletin de visite, au verso : mettez : « déplacement effectué *X* kilomètres, mais non spécial au malade, d'où déplacement réclamé : *Y* kilomètres.

D'ailleurs, j'ai une raison majeure pour pouvoir vous dire que bientôt il y aura pour les pensionnés de guerre des relevés d'honoraires à type semblable pour toute la France ; et vous y trouverez précisément une colonne particulière pour les « déplacements non spéciaux »

F. D.

II

1007. — Réductions de notes sans explications.

Pour soins donnés aux mutilés pendant le 4e trimestre 1923, j'ai adressé à la préfecture de la S.... une note d'honoraires s'élevant à 141 fr.

J'ai reçu ces jours-ci un mandat de payement de la somme de 132 fr. 50 sans autre explication.

Le fait s'est d'ailleurs déjà produit une fois et à ma demande de renseignement je n'ai reçu aucune réponse.

J'ai donc l'honneur de vous demander si je suis en droit de demander des explications sur cette diminution de ma note d'honoraires ? en vertu de quel article de la loi ? et à qui dois-je adresser cette demande ?

Je crois utile de vous faire savoir que le mandat de payement porte comme mention « A toucher avant le 20 avril prochain ».

Dr B.

Réponse.

La préfecture n'avait pas le droit de vous réduire un centime sur votre note d'honoraires sans une décision conforme de la Commission départementale de contrôle. D'autre part la dite Commission n'a ce droit que « *après avoir entendu le créancier et pris connaissance de ses explications* » (art. 54 du décret). Il en résulte que votre réduction est illégale et que vous n'avez pas à l'accepter. Cette réduction est minime, c'est entendu, mais ce n'est pas la première fois, dites-vous ; je comprends donc (et vous approuve pleinement) que vous vouliez pousser l'affaire par principe. En ce cas, vous n'avez qu'à retourner à la préfecture votre mandat en l'annulant au travers par une mention, dans le genre de celle-ci par exemple : « Mandat refusé comme non conforme au montant qu'il devrait porter. Prière vouloir bien rectifier l'erreur ». Et, en même temps, mettez au courant officiellement de l'affaire le secrétaire de la Commission de contrôle, en lui donnant les raisons et le texte que je vous fournis ci-dessus. Naturellement vous ne toucherez votre argent qu'en fin d'année seulement au lieu de « avant le 20 avril ». Mais cela ne me ferait pas hésiter, car c'est un peu trop de désinvolture préfectorale, quelles que soient les raisons et même celles-ci devraient-elles être justifiées à l'examen du fond de l'affaire.

F.D.

PHARMACOLOGIE

De la modification de certaines formules du nouveau Codex, en rapport avec le progrès,

Par le Dr Ed. Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

Dans la *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, notre confrère, le Dr M. Barnay, expose des idées judicieuses auxquelles tout médecin averti ne peut que souscrire. Tout ce travail est à lire. Je

ne ferai que l'effleurer, en y ajoutant mes propres idées découlant des suggestions que ma pratique médicale, déjà longue, et mes travaux antérieurs m'ont inspirées.

Donc, il paraît que le nouveau Codex va être débarrassé de la plupart des antiques formules qui encombent, inutilement, la *Pharmacopée française*. Cette réforme nécessaire gênera les imitateurs modernes de Molière, en les privant d'un thème favori, à plaisanteries faciles, contre les médecins. Le Codex gagnerait aussi à être complété par des renseignements techniques plus nombreux (pharmacie, chimie, physique) d'usage courant pour le pharmacien, au laboratoire. Au point de vue des préparations officinales, le *Baume tranquille*, par exemple, dont la formule complexe prête à sourire, pourrait disparaître, purement et simplement. De même, les deux *Laudanums* appellent une modification radicale, en prenant pour base les propriétés thérapeutiques de l'opium *total* et en particulier, des divers *alcaloïdes* qu'il renferme. Les indications de chacun de ceux-ci diffèrent complètement et sont bien connues, tandis que les propriétés de l'*ensemble* sont bien confuses et demanderaient à être déterminées par des expériences physiologiques et cliniques qui serviraient de directive pour l'obtention d'un produit *spécial*, renfermant, soit la *totalité* des composants de l'opium, soit seulement ceux dont l'utilité y serait démontrée. Dans le premier cas, on devrait tenir compte du fait que la composition des opiums de diverses origines est assez variable. Par suite, pour avoir une solution *type*, ou *normale*, c'est-à-dire toujours la même, on pourrait opérer *synthétiquement*, en incorporant dans la solution une proportion déterminée de chacun des éléments constitutifs de l'opium, réalisant une solution *normale titrée*, qu'on pourrait décorer d'un nom rappelant le *Laudanum*, ou conserver cette dénomination, sans adjonction de *Sydenham* et de *Rousseau*. Il en serait de même pour l'*élixir parégorique*.

Ces considérations pourraient s'appliquer à toutes les *drogues, plantes ou parties de plantes* renfermant des *alcaloïdes* ou des *glucosides*, comme *principes actifs*, isolés ou réunis. La *digitale*, la *belladone*, *les strophantus*, etc., rentreraient dans cette catégorie. Il en résulterait une simplification désirable, à tous les points de vue. Par parenthèse, par suite de l'usage suranné des *liniments* et des *pommades*, la formule de la presque totalité de ces médicaments composés pourrait, sans inconvénient, cesser de figurer au Codex. Les injections hypodermiques, d'un effet plus sûr et d'un usage plus commode, pourraient les suppléer, dans la majorité des cas. De même les *pilules*, préparées extemporanément dans les officines, devraient être supprimées, par suite de l'impossibilité d'assurer l'asepsie des doigts des

préparateurs. En 1903, j'ai publié un travail : « *Les dangers de la poignée de mains* », qui a fait le tour de la presse, en France et à l'étranger. Les considérations que j'y ai développées s'appliquent à la préparation officinale des *pilules*, telle qu'elle se pratique habituellement d'une façon générale. Quant aux formules *magistrales*, il faudra supprimer celles à compositions périmées par la multiplicité des composants disparates, fréquemment *incompatibles* chimiquement et même à actions *antagonistes* thérapeutiquement, avec, comme conséquence inévitable, des résultats souvent *nuls*, quelquefois imprévus et paradoxaux, et aussi, hélas! parfois *déconcertants* ! Par suite, que devient le précepte humanitaire appliqué au médecin : *guérir quelquefois, soulager souvent* et *toujours apaiser et consoler* ? Donc, dans la nouvelle *Pharmacopée*, il faudra élaguer largement ce que j'appellerai l'*arbre de vie*, aux branches innombrables, à intrications touffues et désordonnés, en ne conservant que celles qui portent un *fruit* bien défini, bien étudié et à indications thérapeutiques très nettes. Le médecin moderne doit pouvoir et savoir s'affranchir de certains *préceptes* qui affectent l'allure de *dogmes*, avec un cachet de révélation intolérable, par ces temps dominés par la science d'observation et le contrôle expérimental. Pour cela, il faut un jugement exercé, au service d'un sens clinique affiné par des connaissances précises, avec les armes perfectionnées que lui fournira la *Pharmacopée française* réellement scientifique et à la page. Il n'oubliera pas que certains produits très actifs, et par suite dangereux, à armes double tranchant, doivent être employés, à bon escient, c'est-à-dire avec toute la mesure et le doigté nécessaires. Les *tardigrades* de la médecine et de la pharmacie seront, peut-être, tentés de me qualifier de révolutionnaire. J'accepterai l'épithète, avec sérénité, si mon geste produit les résultats heureux que je prévois et que je désire. Pour atténuer la forme un peu impérative de mes idées, en matière de formules officinales et magistrales, je dirai que je ne demande pas l'*absolu*, mais le *relatif*, avec toutes les accommodations nécessitées par la transition, en accord avec la raison scientifique.

En élargissant, un peu, le cadre des considérations s'appliquant aux desiderata du nouveau Codex, j'estime qu'en *thérapeutique, l'éclectisme* est éminemment recommandable. La doctrine du *juste milieu* préserve des improvisations dangereuses, en ménageant les impulsions généreuses vers le progrès scientifique. Les commissions officielles, toujours plus au moins attachées au *statu quo* inopérant, devraient enfin élaborer un *formulaire* vraiment *nouveau*, en se pénétrant du principe inattaquable que ce qui est clair est bien français.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Le fonctionnement de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux réformés au Ministère des Pensions.

Nos confrères savent qu'une Commission supérieure de surveillance et de contrôle, où les médecins sont représentés par les docteurs Decourt, Noir et Langlet, secrétaire de la commission, fonctionne sous la présidence du médecin inspecteur Odile, au ministère des Pensions pour l'application de l'article 64 de la loi des Pensions.

Tribunal d'appel, la commission supérieure décide sur appel du ministre, des préfets, des médecins, des pharmaciens et des bénéficiaires, après que les commissions départementales de contrôle ont pris une décision qu'elle confirme ou infirme. Un recours au Conseil d'Etat pour vice de forme peut être pris contre ses décisions.

Conseil consultatif, la Commission supérieure donne son avis sur les questions que le Ministre des Pensions soumet à sa compétence.

Le travail de cette Commission, préparé par le secrétaire, Dr Langlet, est considérable. Elle tient deux séances par mois qui durent chacune de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2 et les questions soumises par le ministre, parfois très importantes, exigent un examen approfondi et de longues discussions.

Pour donner une idée précise du travail effectué par la Commission supérieure nous publions ci-dessous la statistique des affaires qui lui ont été soumises jusqu'au 12 avril 1924, après un peu moins d'un an de fonctionnement. Nous ferons remarquer que la Commission a consacré de nombreuses séances à régler la procédure qu'elle devait adopter, à élaborer des modifications au décret qui fixe l'application de l'article 64, modifications qui donneront lieu à un nouveau décret.

Il est arrivé à la date du 12 avril, 742 affaires à la Commission supérieure, qui se répartissent comme suit :

Appels du Ministre	58
Appels des Préfets	237
Appels des Médecins	117
Appels des Pharmaciens	18
Appels des Bénéficiaires	129
Total à juger	559
Affaires jugées : 258 + 24 radiologues.	282
Nombre d'appels qui restent à juger	277

dont 104 dossiers, prêts pour être présentés en séance.

Questions soumises ou avis demandés par M. le Ministre des Pensions....	112
Questions soumises ou avis jugés.....	40
Questions soumises ou avis qui restent à juger	72

D'autre part il a été examiné et renvoyé pour jugement en 1er ressort : 47 affaires.

Sur les 742 affaires il y a :

559 appels + 24 radiologues + 112 questions soumises + 47 renvoyées en 1er ressort, soit : 742 sur lesquelles il y a à l'heure actuelle 369 affaires terminées et 104 prêtes à être soumises à la Commission. A notre connaissance, il n'y a eu qu'un seul recours au Conseil d'Etat.

Réponses ministérielles aux questions des Parlementaires.

Résultats obtenus par les commissions paritaires de limitation des loyers.

6250. — M. Morand, sénateur, demande à M. le Ministre de la Justice, les résultats généraux obtenus par les commissions paritaires chargées d'établir dans les départemetnts les prix que ne doit pas dépasser le taux des loyers par rapport aux prix d'avant-guerre. (*Question du* 13 *mars* 1924.)

Réponse. — Déférant au vœu de l'honorable sénateur, la chancellerie a publié, le 16 mars 1924, dans la partie administrative (avis et communications) du *Journal officiel*, les résultats essentiels des décisions prises par les commissions paritaires en exécution de la loi du 29 décembre 1923.

Ces résultats appellent quelques observations intéressantes :

1° Il convient de noter tout d'abord que le fonctionnement des commissions paritaires n'a donné lieu nulle part à aucun incident. Les décisions, ainsi qu'en font foi les procès-verbaux des commissions, ont été prises dans la plupart des cas à l'unanimité des voix, démontrant ainsi sur le terrain du bon sens et de la bonne foi, l'accord des membres propriétaires et des membres locataires ;

2° D'une manière générale, les commissions paritaires ont taxé la majoration permise à un taux plus élevé dans les grands centres que dans les petites localités, le prix-limite se trouvant ainsi généralement proportionné à l'importance de l'agglomération ;

3° Pour les villes de plus de 50.000 habitants, la majoration, impôts compris dans les calculs, varie entre 120 et 80 p. 100 du loyer d'avant-guerre, la moyenne étant 100 p. 100.

La même constatation s'applique aux villes de 20.000 à 50.000 habitants.

Cette observation souligne d'une façon particulièrement significative l'extrême modération avec laquelle le législateur a lui-même fixé, pour Paris et le département de la Seine, la majoration licite, à 75 p. 100 du loyer d'avant-guerre.

Il convient enfin d'ajouter que les décisions des commissions paritaires paraissent avoir été favorablement accueillies par l'opinion publique dont elles ont exactement exprimé le sentiment.

(*J. O.*, 17 mars 1924.)

Le carnet de soins d'un mutilé doit porter le diagnostic de toutes les infirmités qui ont motivé l'attribution de la pension.

20370. — M. Emmanuel Brousse, député, demande à M. le ministre des pensions si les carnets des mutilés ne doivent pas porter les divers diagnostics posés par les commissions de réformes successives et non pas seulement le diagnostic du jour de la réforme, car alors le médecin traitant ne peut soigner les mutilés que pour l'état de leur affection il y a cinq ans. (*Question du 29 janvier 1924.*)

Réponse. — Le carnet de soins gratuits doit porter le diagnostic de toutes les infirmités qui ont motivé l'attribution de la pension.

(*J. O.*, 1er avril 1924.)

VARIÉTÉS

Histoires vraies

Les derniers sacrements

Le prêtre a, dans la nuit, pris le Saint-Sacrement,
Gagné par un froid noir, le chevet du mourant.
Au front, il a tracé l'onction de la souffrance,
Dans la bouche, il a mis le Dieu de l'Espérance.
Hélas ! du communiant les traits se sont tirés,
La lèvre s'est tordue, les yeux sont chavirés.
L'abbé sentant la mort planer sur ce visage,
A son tour a pâli devant l'affreux passage.
Mais le vieux paysan qui a vu sa terreur,
Lui dit : mon bon curé, vous avez fait erreur,
Je ne meurs point encor, quittez donc cette angoisse,
C'est dans mon gosier sec, le Bon Dieu qui se poisse.

***

Ancien cavalier

Le vieux fermier a bien ses quatre-vingt-dix ans.
Le docteur qui l'a vu s'en va tout en disant
Par manière d'acquit s'adressant à sa femme :
Va-t-il encore bien à la selle, Madame ?
— A la selle, Monsieur ! ah, ce serait idiot,
Il ne peut même plus tenir dans le chariot.

Dr Blondeau.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

***(Voir suite page* 1054-IV)**

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

I
Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II
Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, du Dr P., la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

AVIS

Stations thermales.

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 171. — Instruments, appareils électriques et mobilier d'occasion. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, XIIe.

No 172. — A céd. excell. cab, dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéfi. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

No 173. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

No 174. — Seine-et-Marne. Ds belle localité, bords Marne, 75 km. de Paris, nombr. trains, à louer pr 5 mois, maison meubl., av. jard., 3 ch. à couch., 2.000 fr.

No 175. — Confr. désire acq. pet. clientèle banl. Paris av. pavillon conven. recette 30.000.

No 176. — A vendre terrains bordure plage superbe, sud Finistère, 7 fr. le mq, carrière sur place.

No 177. — Bonne clientèle à repr. apr. décès, ch-lieu canton envir. de Caen, pays chasse et pêche, s'adr. Me Le Roux, notaire, Tilly-sur-Seulles (Calvados).

No 178. — A vend. quadr. Peugeot 23, roulé 10 mois, excell. ét. marche équip. complet cap. et rideaux, 5, r. garnies, écl. élect. Pr. 7.900.

No 179. — A vendre cause doub. empl. voiturette Zèbre 1914, 2 pl. un strap. phares acét. et access., essais s. ttes distances 4.500 pressé, Dr Lemoine, Tinchebray (Orne).

No 180. — Nord, urgent, excel. poste méd. à saisir de suite, proxim. levéd. gde ville, ttes commodités, bicyclette suffit 80.000 touchés, légère indem. à débat., maison libre, s'adr. Dr Bocquillon à Templeuve (Nord).

No 181. — A vendre plusieurs traités maladies de la peau. S'adr. Dr Sauvage, Lorient.

No 182. — A vendre 20.000 fr. élég. cabr. Chenard et Walker 1920, 10 HP roues amov., écl. et démar. élect., phare secours av. Magondeaux, appt à dame veuve, a fait 9.000 km. ét. neuf.

No 183. — A céder ds s / préf. agr. pr. Paris, poste tr. ancien, rappt 50.000, fixes, gde maison confort. av. jard., client. en augm. pays riche. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris, Ve.

No 184. — A repr. de suite, ds gde banl. client. anc., rappt 90.000 tr. gde maison confort. av. jard. et dép. S'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris, Ve. R.C. Seine 46.851.

No 185. — Les « Grands élevages des Flandres et des plaines Toulousaines réunis » disposent actuellement de : 1-2 oies de Romagne, pleine ponte, 200 fr. Prix d'honneur Lille ; coq Crèvecœur, 1er prix Lille, 25 fr. ; cq Brackel doré, 1er prix Lille, 30 fr. ; Malines Coucous et noires 30 fr., coq 35 fr., 2e prix Lille ; 5 Brackels argent. Prix d'honneur Lille, 25 fr. pièce ; 1-5 coureurs indiens, 1-6 Bresse noires, 1-10 Bresse grises, 100 poulettes leghorns bl. améric. pleine ponte, issues reproducteurs hautement primés, 25 fr. pièce ; Pintades, 1er prix Paris, Dindes, Pigeons mondains ; œufs à couver. Renseignements contre timbres. Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord).

No 186. — Vve de médec. dés. céder nombr. instrum. chirurg. et. neuf ainsi qu'une étuve Poupinel et une bibliothèque médico-chirurg. S'adr. Mme Vve Dr Guy, 18, avenue Colonel-Teyssin, Albi (Tarn).

CORRESPONDANCE

1088. — Maladies professionnelles garanties par la loi.

Jusqu'à ces temps derniers, les maladies par intoxication due au plomb et au mercure étaient seules considérées comme accident du travail. Veuillez avoir la bonté de me dire si l'arsenic est lui aussi considéré comme accident du travail ; s'il en était ainsi ce serait depuis peu de temps. Dr C.

Réponse.

Le domaine de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles n'a pas été étendu depuis sa promulgation. Elle s'applique toujours exclusivement aux maladies engendrées par l'intoxication saturnine et par l'intoxication mercurielle, qui figurent dans les deux tableaux y annexés.

Les maladies d'origine arsenicale ne sont pas garanties par la loi comme maladies professionnelles.

1082. — Le propharmacien n'est pas assujetti au registre du commerce.

Ayant adressé dernièrement à la Préfecture mes mémoires d'honoraires et de fournitures pharmaceutiques relatifs à des victimes de la guerre (application de la loi du 31 mars 1919), il vient de m'être retourné seulement mon mémoire de pharmacie se montant à 28 fr. environ, avec la note suivante :

1re DIVISION — PRÉECTURE DE LA

—

Service des soins gratuits.

— Comptabilité.

« En vertu de l'article 1er de la loi du 1er juin 1923, les commerçants et sociétés, français ou étrangers, doivent mentionner sur tous les papiers de commerce, factures, etc., le tribunal de commerce ou le tribunal civil en tenant lieu qui a procédé à l'immatriculation au registre du commerce et leur numéro d'immatriculation.

«La loi précitée du 1er juin 1923 est entrée en vigueur le 6 décembre dernier.

« En conséquence, les pièces ci-jointes sont retournées avec prière de porter sur les dites pièces le numéro d'immatriculation dont il s'agit. A défaut de cette formalité, il y aurait lieu de produire un certificat attestant que le créancier ne tombe pas sous le coup de la loi du 18 mars 1919 et n'est pas assujetti à l'immatriculation au registre du commerce ».

Je m'étonne que la Préfecture me réclame un certificat, alors qu'elle ne doit pas ignorer que les médecins pro-pharmaciens ne sont pas assimilés à des commerçants ordinaires.

S'il fallait quand même produire un certificat, comment devrait-il être rédigé (sur papier libre sans doute) et par qui ?

Dr G.

Réponse.

La propharmacie n'étant que l'accessoire de la profession médicale ne peut faire considérer le médecin qui l'exerce comme un commerçant. Il en résulte que, de même que le propharmacien échappe à l'impôt sur le chiffre d'affaires et sur les bénéfices commerciaux, de même il échappe à l'obligation de se faire inscrire au registre du commerce.

Quant au certificat qui vous est demandé, nous ne voyons pas bien ce que l'administration peut vouloir dire par là. En effet dans la loi du 1er juin 1923, il n'est aucunement question de ce certificat et l'on se demande qui aurait compétence pour le délivrer.

Pour éviter tout retard dans le paiement de vos honoraires, nous vous conseillons d'écrire à l'administration préfectorale pour lui signaler l'erreur qu'elle commet et, si vraiment un certificat est nécessaire, qui a qualité pour vous le donner.

1011. — Régime des orphelinats annexés aux hôpitaux.

Je possède le règlement général du 18 mai 1900 pour les orphelinats annexés aux hôpitaux.

Est-ce le dernier en date ou en existe-t-il un plus récent ?

En ce cas, voudriez-vous avoir l'obligeance de me le communiquer ?

Les pupilles de la nation admis dans un orphelinat annexé à un hospice, établissement de l'assistance publique, peuvent-ils être envoyés en classe dans une école congréganiste ? (Je ne le crois pas).

Dr L.

Réponse.

D'après les renseignements que nous avons pu nous procurer auprès du bureau du Conseil supérieur de l'Assistance publique, le règlement

du 18 mai 1900 pour les orphelinats annexés aux hospices, hôpitaux et bureaux de bienfaisance n'a pas été modifié.

Par suite, reste en vigueur l'article 5 de ce règlement, aux termes duquel les enfants au-dessous de 13 ans qui sont admis dans ces orphelinats doivent recevoir l'enseignement dans les écoles publiques communales ou établies, en vertu de l'article 37 de la loi du 25 juillet 1893, c'est-à-dire celles qui sont annexées aux établissements de bienfaisance et d'assistance publique fondés par l'Etat, les départements ou les communes.

Les écoles libres, congréganistes ou autres, n'auraient donc pas qualité pour recevoir les pupilles de la nation admis dans un orphelinat annexé à un établissement public de bienfaisance.

Obtention du diplôme d'Etat d'infirmière

Quelles sont les formalités à remplir pour une infirmière désirant obtenir le nouveau diplôme d'Etat ? A qui faut-il adresser une demande ? Et quelles pièces sont exigées.

Il s'agit d'une infirmière militaire 1re classe du temps de guerre, possédant : certificat d'aptitude d'infirmière de la Croix-Rouge (U. F. F.), certificat de masseuse (Val-de-Grâce), certificats particuliers d'anesthésiste et divers stages de 4 mois à Cochin et divers hôpitaux militaires.

Dr B.

Réponse.

Aux termes du décret du 27 juin 1922, modifié par celui du 17 février 1923, relatif au brevet de capacité des infirmières, ce brevet peut être délivré, à titre transitoire, pendant deux ans, à partir de la date du premier décret, aux titulaires d'un des diplômes d'infirmière ou des certificats de capacité obtenus dans des écoles publiques ou privées, fondées antérieurement à la date du décret et reconnues administrativement, ainsi qu'aux infirmières en exercice et ayant été admises, soit au concours, soit à la suite d'un examen, dans des services hospitaliers, à caractère permanent.

L'infirmière dont il est question dans votre lettre peut adresser sa demande au ministère du travail et de l'hygiène en y joignant les certificats qu'elle possède, ou tout au moins une copie certifiée conforme par elle-même de ces certificats.

1035. — Impôts sur les automobiles.

Je suis possesseur de 2 voitures automobiles, dont voici les caractéristiques :

1° Brasier 9 HP., 2 places.
2° Brasier 18 HP., 4 places.

Quelle somme dois-je payer aux contributions indirectes ?

J'ai payé en janvier pour les deux voitures 141 fr. 62 et cette fois-ci la gamine qui trône au guichet m'a demandé 259 fr. 25.

Je n'y comprends rien et vous serais obligé de me renseigner.

D[r] R.

Réponse.

La somme de 259 fr. 25 vous a été réclamée à juste titre en vertu de la loi du 22 mars 1924.

La taxe annuelle sur les automobiles est dorénavant calculée de la manière suivante :

1° Brasier 9 HP.

$36 \times 9 = \quad 324.$

2° Brasier 18 HP.

$$\begin{array}{rcl} 36 \times 10 &=& 360 \\ 44 \times 8 &=& 352 \\ \hline && 712 \quad 712 \\ && \overline{1.036} \end{array}$$

Pour un trimestre :

$$\frac{1.036}{4} = 259 \text{ fr.}$$

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1016. — Contestation du revenu professionnel.

J'ai reçu hier une lettre recommandée du contrôleur des contributions directes me demandant :

1° Le montant de mes honoraires.

2° Le montant *détaillé* de mes frais PROFESSIONNELS pour les années 1920, 1921, 1922 et 1923.

J'y réponds aujourd'hui en donnant très explicitement le montant de mes frais que je décompose comme il suit :

Périodiques, déplacement, téléphone, impôts, domestiques, chauffage, éclairage, amortissement frais de bureau, loyer, entretien, assurances, cotisations.

Etant installé depuis 2 ans 1/2 et ayant de très gros frais généraux, je suis encore déficitaire et je l'avais signalé dans ma déclaration de cette année en demandant le dégrèvement de mes impôts.

Le contrôleur me préviendra-t-il qu'il accepte mes explications détaillées, ou bien peut-il me taxer d'office sans que j'en sois avisé ?

Vous seriez bien aimable de me dire ce que peut faire le contrôleur et quels sont mes droits à ce sujet.

D[r] R.

Réponse.

Si le contrôleur n'accepte pas les chiffres par vous déclarés, il est autorisé à les modifier, mais il doit, dans ce cas, avant d'établir l'imposition,

vous notifier les chiffres qu'il compte retenir comme base en indiquant les motifs qui l'ont conduit à opérer ces redressements.

Un délai de vingt jours est accordé au contribuable pour présenter ses observations ; passé ce délai il sera taxé d'office sur les chiffres choisis et notifiés par le contrôleur.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Justification du chiffre des impôts payés en 1914.

Je vous remercie pour la réponse relative à la demande d'extrait du rôle des contributions pour 1914. Veuillez remercier Monsieur le conseiller fiscal. J'ai reçu du percepteur la pièce réclamée, mais je pense qu'il sera plus difficile d'obtenir un extrait pour un immeuble compris dans une feuille unique que pour plusieurs immeubles de la même commune.

Ayant vendu une maison imposée en bloc avec d'autres sur une seule feuille, je n'ai jamais pu obtenir le montant de la somme afférente à cette maison.

Dr C.

Réponse.

Pour avoir le détail des immeubles, demander, soit à la mairie, soit à la direction du cadastre, un extrait de la matrice cadastrale des propriétés bâties. Le coût en est de 0,75 plus 0,25 par parcelle.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

---

955. — Délai de demande de pension militaire.

Un de mes malades a été mobilisé le 2 août 1914. Le 24 décembre 1914, il a été présenté devant la C. S. R. et réformé pour bronchite sans cependant être passé dans un hôpital. Cet homme qui est actuellement malade a-t-il droit a obtenir une pension? Le délai de demande n'est-il pas expiré ?

Dr C.

Réponse.

Le délai expire ra le 24 octobre prochain, mais dès à présent, votre malade ne bénéficie plus de la présomption légale que son infirmité est imputable au service ; il doit en apporter la preuve (pièces de réforme, etc.), ou tout au moins donner des indications suffisantes pour que ces pièces puissent être retrouvées.

Qu'il adresse, avec tous ces renseignements, une demande, sous pli recommandé, au directeur du Service de santé de sa région.

---

907. — Affectation en cas de mobilisation

J'ai reçu, il y a quelques jours, un ordre de mobilisation pour me rendre le 5e jour à J. au groupe sanitaire de la X division d'infanterie.

Ma classe de recrutement est 1905. Ma classe de mobilisation 1904. Marié.

Le 5e jour correspond-il à la classe à laquelle je dois appartenir d'après mon âge ?

Le groupe sanitaire d'une division d'infanterie (groupe de brancardiers, ambulance divisionnaire), est-il bien une affectation territoriale à laquelle j'ai droit.

Dr N.

Réponse.

Le 5e jour ne correspond pas à votre classe, mais bien aux besoins de mobilisation de l'unité à laquelle vous êtes affecté.

Quant à la 2e question, nous manquons d'éléments d'appréciation pour vous répondre ; il faudrait vous adresser à votre directeur du service de santé afin d'être éclairé sur la valeur de cette affectation.

Application du Tarif Breton.

I

1055. — La dérogation de l'article 27.

Je reçois refus, malgré mes explications, d'une compagnie d'assurance de me payer les consultations d'ophtalmologie au prix du tarif spécial. La compagnie ne conteste pas mon titre d'ophtalmologiste, mais ne veut payer que le tarif en 2e catégorie. Or, l'art. 27 fixe le prix de la consultation pour les ophtalmologistes à 15 fr. sans faire de restrictions. Pour moi, je comprends *tous* les spécialisés, et que pour eux, par dérogation à l'art. 15 alinéa 2, il n'y a pas pour la *consultation*, pour *celle-ci seulement*, exclusion de toute intervention, de 1re ou de 2e catégorie, mais un prix unique de 15 fr. Suis-je pour vous dans le vrai ?

Dr D.

Réponse.

L'article 27 dit « Par dérogation à l'article 15, *alinéa* 2 ..... ». Cette dérogation consiste en ce que seuls les oculistes ont droit à tels prix spéciaux et non les autres praticiens contrairement à ce qui est dit à l'alinéa 2 de l'article 15. Mais cette dérogation est expressément indiquée pour l'alinéa 2 *et non pas pour l'alinéa* 1 de cet article 15 qui institue les 25 % de minoration. Il en résulte que cette minoration existe toujours pour les oculistes résidant dans une localité de deuxième catégorie. En résumé, pour une première consultation, un oculiste de première catégorie touchera 15 francs, un oculiste de deuxième catégorie 11,25 et un praticien ordinaire 8 ou 7 francs suivant qu'il sera de première ou de deuxième catégorie.

F. D.

(Voir la suite page XLVII-1099)

PROPOS DU JOUR

La Question de la Population

Les résultats de la dernière statistique démographique. Le bien-être et la prévoyance, cause principale de la dénatalité. Une étude du Dr R. Biot : L'accord de la physiologie et de la morale. La rançon de la civilisation et du bien-être. Comment remédier à l'abandon des campagnes ? Comment favoriser la natalité chez les intellectuels ? Le seul palliatif immédiat : L'immigration réglementée et sélectionnée. L'assimilation des étrangers.

Le ministère du Travail vient de publier les résultats de la statistique démographique de la France par départements en 1923. Ceci donne un renouveau d'actualité à l'angoissant problème de la stagnation de la population, si troublant pour l'avenir de notre pays. Si la situation est un peu moins mauvaise qu'en 1922, elle est encore fort loin d'être rassurante. Le nombre des décès en 1923 a diminué de 22.000 environ, le nombre des naissances s'est accru de 2.000, mais le nombre des mariages a diminué de 27.000 ; ce qui est assez sombre comme pronostic. Cet accroissement annuel de la population de 24.000 unités est singulièrement faible en regard de celui de l'Allemagne qui dépasse très notablement 500.000, de l'Angleterre qui dépasse 300.000 et de l'Italie qui atteint 460.000.

Il est difficile de se rendre compte des causes locales qui déterminent la crise de la population. Les uns affirment que l'industrialisme multiplie les naissances et ils donnent comme exemple le département du Pas-de-Calais où il y a eu en 1923 un excédent de 130 naissances sur les décès par 10.000 habitants, celui du Nord avec un excédent de 81. Or, nous avons la Loire, département très industriel, où le nombre des décès et des naissances ont été presque en équilibre et le très industriel Rhône où les décès ont dépassé sensiblement les naissances. La pauvreté de la région ne peut entrer en ligne de compte. La Lozère, la Corse qui sont parmi les départements les plus pauvres de France ont vu leur population augmenter d'une façon appréciable, quand, dans le riche département de Seine-et-Oise, il y a un excédent net des décès sur les naissances. La configuration du sol n'entre pas en jeu. Ainsi dans les Basses-Alpes il y a eu en 1923 plus de décès que de naissances et le phénomène opposé s'est produit dans les Hautes-Alpes. Le même constatation peut se faire dans les Basses-Pyrénées où la population a augmenté et les Hautes-Pyrénées où elle a diminué.

L'influence des centres urbains ne paraît pas démontrée. Si la population augmente du fait de l'excédent des naissances sur les décès dans la Seine (Paris), la Seine-Inférieure (Rouen et Le Havre), elle diminue dans le Rhône (Lyon), dans la Gironde (Bordeaux) et reste presque stationnaire avec un léger excédent de naissances dans les Bouches-du-Rhône (Marseille). Nous voyons des régions comme le Puy-de-Dôme se dépeupler progressivement, alors que le développement de l'industrie du caoutchouc a doublé en 25 ans la population de Clermont-Ferrand, que la coutellerie a fait, depuis la guerre, accroître singulièrement Thiers, que la prospérité des stations balnéaires comme La Bourboule, le Mont-Dore, Royat, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire, est une source de revenus considérables pour les populations de ce pays.

Il y a des raisons, encore mystérieuses pour nous, qui déterminent les variations de la population et que les démographes parviendront sans doute à déceler un jour.

Si les causes profondes de la dépopulation en France sont complexes et laissent encore beaucoup de points obscurs, il est nécessaire cependant de continuer à les étudier, car c'est seulement par leur connaissance approfondie que l'on peut arriver à découvrir les remèdes efficaces, ou tout au moins des palliatifs capables de donner des résultats appréciables.

Dans un travail sérieux publié par la *Société d'études et d'informations économiques*, M. André Waltz fait remarquer que la population de l'Europe est passée de 130 millions d'habitants en 1760 à 450 millions à l'époque actuelle. Ce formidable accroissement est dû dans une proportion bien plus considérable à l'énorme diminution de la mortalité qu'à l'accroissement de la natalité.

L'esprit de prévoyance des hommes qui vivent mieux et plus longtemps, le désir très légitime des parents plus instruits et plus civilisés de voir leurs enfants exercer un métier moins pénible, vivre une vie plus agréable, avantages qu'ils ne peuvent leur assurer qu'en diminuant leur

nombre et en retardant l'époque de leur naissance, sont évidemment la cause principale de la dénatalité qui provient sans discussion possible de la restriction volontaire.

Un de nos distingués confrères et lecteurs, M. le Dr René Biot, de Lyon, a, dans un cours fait à la *Semaine sociale de Grenoble* en 1923, examiné avec originalité et beaucoup de sincérité *le point de vue de la médecine dans la question de la population.* Si l'on se place, dit-il, dans l'état normal, et si l'on prend en considération la loi physiologique de l'espèce, l'on constate que la grossesse est une opothérapie naturelle qui favorise l'épanouissement physique de la femme et est favorable à sa santé. Un appareil psycho-génital qui n'aboutit pas à la reproduction est pour M. le Dr Biot un appareil malade. Il n'est pas douteux que le dévergondage sexuel et le néomalthusianisme sont causes de nombreux ravages (fibromes, affections abdominales, neurasthénie, etc., etc.)

M. Biot ne croit pas qu'une espèce arrivée à son apogée soit condamnée à disparaître. Comme le Pr Ch. Richet, il prétend que, sans restriction volontaire, un jeune couple humain devrait normalement avoir 10 enfants, en laissant la mère prendre un temps suffisant de repos entre deux grossesses. Mais M. Biot exige la continence qui doit être médicalement la règle, en dehors de la finalité générale de la fécondation.

Les états pathologiques, causes de stérilité, comme la mortalité infantile, ont certes une importance, mais bien secondaire à côté de la restriction volontaire. Et sur ce point, nous sommes absolument de l'avis du Dr R. Biot, quand il prétend qu'il vaut mieux provoquer la naissance de quelques beaux enfants que de sauver à force de frais, d'ingéniosité et de soins, de petits malheureux à hérédité déplorable ou à santé débile qui ne seront jamais, quoi qu'on fasse, que des déchets d'humanité. Mais avec M. R. Biot, nous convenons qu'il faut les soigner et bien les soigner quand même, sans s'illusionner sur le service que l'on rend ainsi socialement à la population.

M. R. Biot conclut : Il y a une santé de la population comme il y a une santé de la digestion : notre société est indiscutablement malade. La guérison ne peut s'obtenir qu'en appliquant ce que la médecine déclare *sain*, qui est d'ailleurs ce que la morale déclare *bon*.

En un mot, le remède de la dépopulation est de provoquer chez un jeune couple humain environ *dix* grossesses au cours de son existence, en exigeant la continence des époux dans l'intervalle. Mais cette solution médicale de la question de la population ressemble beaucoup à ce qu'on nous a désigné en logique sous le nom de pétition de principe. Certes, il n'est pas douteux que M. René Biot ait raison et que ses remèdes ne soient efficaces, mais le plus difficile est de les faire accepter.

Il affirme que la finalité fonctionnelle des organes de la génération est la fécondation et il qualifie de malade (nous nous contenterons de l'épithète d'anormal) l'appareil psycho-génital qui n'aboutit pas à la reproduction. C'est exact, mais si nos organes sont déviés de leur but fonctionnel, ce qui est un fait et un fait indiscutable, c'est le résultat de la civilisation, et nous pensons qu'il est impossible, au point de vue social, de ramener l'organisme de l'homme moderne à la simplicité fonctionnelle de l'homme primitif.

Notre appareil digestif est destiné à nous alimenter. Nous l'employons, par la cuisine, les mets recherchés et les boissons diverses, à nous procurer des jouissances contre lesquelles on ne peut plus réagir. Nos vêtements, primitivement destinés à nous protéger des intempéries, sont devenus surtout des ornements. Les colliers et les bracelets qui servaient à fixer les entraves et les chaînes sont devenus des bijoux. De même les fonctions des organes de la procréation ont été singulièrement déviées. Nous doutons que, même avec l'intervention des morales et des religions, l'on parvienne à ramener l'homme à sa pureté primitive, car, aussi haut que l'on remonte dans l'histoire, les passions ont fait dévier les fonctions de leur but et il y a de fortes probabilités pour que l'homme reste ce qu'il a été défini : un animal qui mange sans faim, boit sans soif et fait l'amour dans toutes les saisons.

***

A notre avis, sans dédaigner, loin de là, l'influence du relèvement moral et religieux des individus dans la lutte contre la dépopulation, il ne faut pas trop se faire d'illusion sur l'efficacité de ces moyens. Ils sont évidemment plus efficaces que les primes de natalité, le vote plural, le dégrèvement d'impôts, petits moyens qui, accumulés, peuvent avoir sans doute une bien faible action, mais qui ne peuvent être considérés comme de véritables remèdes que par des politiciens à la mentalité primaire et à l'esprit enfantin ou obtus.

Il faut aborder le problème avec franchise si l'on veut tenter de le résoudre.

La restriction volontaire tient, nous l'avons déjà dit, au degré de civilisation, comme d'ailleurs l'abandon des campagnes. En affinant, en instruisant, en éduquant le peuple, nous lui avons créé des besoins qui étaient autrefois inconnus de lui, car ils étaient purement des satisfactions de luxe. De ces besoins nouveaux, que nous le voulions ou non, le peuple ne peut plus se passer. Une nombreuse famille mettrait les parents dans l'obligation de diminuer leurs satisfactions habituelles : ils préfèrent limiter le nombre des enfants et, quand ils ont des enfants et que leur instruction, leur éducation, leur civilisation en un mot, leur a appris à les chérir et à les choyer, ils veulent qu'ils aient plus tard une vie facile et, si possible, meilleure que la leur. Le paysan veut que ses enfants fassent un métier moins pénible et qu'il ait les distractions que seul le citadin peut se procurer. Il envoie donc ses enfants à la ville s'il n'y va lui-même. Les campagnes sont alors désertées et, comme les charges de la vie deviennent plus lourdes, le rural limite à un minimum le nombre de ses enfants. Il en est de même pour le bourgeois, pour l'intellectuel. Actuellement, quel est le médecin qui, même possesseur d'une belle fortune, oserait prétendre élever les dix enfants qui devraient, d'après MM. Ch. Richet et Biot, naître d'un couple humain normal, et leur donner une situation équivalente à la sienne ? Il préfère avoir recours à la restriction volontaire. Que celui qui n'a pas péché lui jette la première pierre. Nous sommes tranquille sur son sort, il ne sera pas lapidé.

Pour retenir, dans la mesure du possible, le paysan à la campagne et l'engager à accroître le nombre des membres de sa famille, il faut s'efforcer, par le perfectionnement des méthodes agricoles, à rendre le travail de l'homme des champs moins pénible et plus rémunérateur. Il faut doter la campagne des distractions de la ville. L'école, le régiment, la facilité des voyages ont instruit le paysan, l'ont affiné, ont créé chez lui des besoins intellectuels qu'il ne peut satisfaire, surtout pendant les mois d'hiver. Il envie le citadin. Créez des bibliothèques circulantes qui ont eu tant de succès dans le Soissonnais, quand elles ont été mises à la disposition des paysans par le Comité des dames américaines. Organisez des tournées de conférences, de représentations artistiques, mais bien appropriées à la mentalité des populations ; vulgarisez le cinéma, la téléphonie sans fil ; favorisez le goût des sports, et le paysan ne désertera plus la campagne et, avec des conditions d'existence plus agréables, plus faciles, un avenir dont l'amélioration lui paraîtra assuré, il n'aura plus de répugnance à augmenter le nombre de ses enfants.

De même pour l'intellectuel, facilitez-lui les moyens d'existence, assurez-lui la possibilité d'élever et d'instruire ses enfants, assurez à ces derniers des positions honorables analogues à celles des parents en organisant, comme l'ont fait les Anglais, l'exportation de l'intelligence, suivant une expression fort juste et consacrée, en améliorant l'administration et la mise en valeur de nos colonies, et vous verrez les nombreuses familles renaître dans la bourgeoisie et le fils unique devenir une rareté, même une légende.

Mais, objectera-t-on, cette transformation sociale ne pourra se faire que fort lentement et, en attendant, les peuples voisins se développent, ils vont nous submerger, car la stagnation de notre natalité ne nous permettra pas de leur résister.

A cette situation, de l'avis de M. André Waltz, de celui de M. Armand Got et de tous ceux qui ont voulu examiner froidement et sans préventions nationalistes la question, il n'y a qu'un seul remède, ou plutôt qu'un seul palliatif, à l'efficacité appréciable, c'est l'*immigration étrangère.*

Mais pour que cette immigration étrangère soit utile et non nuisible au pays, il faut la règlementer, il convient de chercher à obtenir l'assimilation des éléments étrangers.

M. Armand Got, dans le *Mercure de France* du 15 mars 1924, a publié une intéressante étude sur l'*assimilation des étrangers.*

L'immigration étrangère s'accomplit et continuera à s'accomplir, que nous le voulions ou non. Les peuples civilisés échangent leurs produits et leurs populations. Ils vivent groupés en nations qui sont de véritables vases communiquants et le trop plein de l'un se déverse dans celui qui est moins favorisé à cet égard.

En 1921, 1.550.000 étrangers (nous ne donnons que le nombre des travailleurs manuels) sont venus en France. En 1923, ce nombre s'est élevé à plus de 2 millions.

En 1921, Paris et le département de la Seine comptaient 233.820 étrangers *domiciliés* (dont 169.500 dans les murs de la ville). Ils doivent actuellement dépasser 400.000.

A la rentrée d'octobre 1923, il avait été inscrit 3.922 enfants étrangers pour fréquenter les écoles communales parisiennes. Ces enfants étaient de 32 nationalités différentes, mais les contingents les plus forts étaient formés par les Italiens (1.017 enfants), les Russes (656 enfants), les Polonais (601 enfants), puis venaient les

Roumains, les Levantins, les Belges, les Espagnols, avec des contingents de 250 enfants chacun environ.

Ces chiffres, que donne M. Armand Got, suffisent pour nous faire une idée de l'importance de l'immigration.

Si l'on songe à la faiblesse de l'accroissement normal de notre population et à l'accroissement anormal par infiltration étrangère qui atteint entre 600.000 et 700.000 individus, l'on ne peut s'empêcher d'y voir un danger imminent.

Que faire ? Fermer hermétiquement les frontières ? Ce n'est guère possible et nous avons besoin de main-d'œuvre.

Il faut donc avoir, selon l'expression consacrée, une politique de l'immigration pour éliminer les indésirables et retenir, même assimiler les véritables travailleurs. Il conviendrait tout d'abord d'expulser sans pitié toute une tourbe de mercantis, d'origine balkanique, levantine ou provenant des pays slaves, qui se sont introduits comme travailleurs manuels, ont rompu tout aussitôt leur contrat de travail et forment à Paris et dans nos grandes villes une lie d'individus, se livrant à toutes les sales besognes d'espionnage commercial et de spéculation financière, comme on l'a constaté pendant la crise du franc.

Pour les intellectuels, le Gouvernement devrait être très large pour les permis de séjour provisoires. Il y a intérêt national à attirer les intellectuels étrangers chez nous, à nous faire connaître d'eux, à leur faciliter l'étude de nos méthodes, de notre civilisation. Mais les permis permanents de séjour ne devraient être accordés qu'après de sérieuses enquêtes, à bon escient, et après s'être assuré que ceux à qui on les accorde ne viendront pas éliminer et concurrencer nos nationaux. Nos pays riches qui se dépeuplent, comme la vallée de la Garonne, ne devraient pas être livrés aux étrangers. Il conviendrait par des lois appropriées de décréter l'expropriation des terres cultivables laissées en jachères et de les concéder aux familles nombreuses des régions françaises où la population augmente (Bretagne, Flandre, Alsace) et cela, sous certaines conditions assurant leur exploitation.

L'expérience a été faite après 1871 en Algérie avec les Alsaciens et a donné de bons résultats.

A défaut de Français, on aurait recours aux étrangers naturalisés ou aux étrangers mariés à des Françaises, en les obligeant par contrat à cultiver la terre concédée pendant dix ans au moins.

Nous ne faisons aucun effort pour assimiler les immigrés, 8 pour 100 à peine sont absorbés. Parmi les jeunes gens élevés en France, 1.76 pour 100 seulement optent pour elle au moment du service militaire et les autres ont cependant bénéficié de nos écoles et de toute l'organisation économique et sociale de notre pays.

Comment pourrait-on prendre des mesures efficaces quand on songe que les étrangers dépendent chez nous de trois ministères (et il y a quelques mois de quatre, quand existait le ministère de l'Hygiène) ? Ce sont les Affaires étrangères, le Travail et la Justice. M. Armand Got pense qu'il conviendrait de grouper tous les services ayant trait aux étrangers en une seule direction, composée de cinq sections : 1° immigration, 2° contrôle des étrangers, 3° main-d'œuvre et répartition équitable des travailleurs auxiliaires étrangers, 4° colonisation, 5° assimilation.

Peut-être arriverait-on ainsi à parer momentanément à la crise de la dépopulation, à utiliser et à assimiler un contingent d'étrangers sélectionnés.

Dès l'époque d'Auguste, Rome était envahie par les étrangers ; cette infiltration fut de plus en plus importante au point que les légions romaines étaient formées de Gaulois, d'Espagnols, d'Illyriens romanisés qui étaient devenus plus patriotes que les vieux Romains. Après les douze Césars, ce furent souvent des étrangers qui dirigèrent l'Empire et ce ne furent pas les moins bons. Il en fut ainsi pendant quatre à cinq siècles et au cours de ces siècles, il y eut des périodes de réelle prospérité comme celle des Antonins.

Aussi pensons-nous qu'il ne faut pas désespérer de l'avenir de la France, que dans le creuset Gallo-romain où sont venus se fondre au cours des siècles maints éléments étrangers pour former l'amalgame précieux qui est le Français moderne, de nombreux immigrants peuvent venir se mêler : il suffirait de veiller et d'écarter les indésirables qui, s'ils étaient trop nombreux, pourraient fâcheusement altérer l'alliage.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson

IV

Dystrophies alimentaires et maladies par carence

Par P. Rohmer

Professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il existe chez le nourrisson des états pathologiques chroniques d'origine alimentaire qui, tout en offrant des images très variées, ont ce trait commun qu'ils sont dus à une alimentation dont la composition est défectueuse dans ce sens qu'il lui manque, dans des proportions plus ou moins grandes, un facteur essentiel. Si nos connaissances pathogéniques présentent encore de très grandes lacunes, que de futures recherches sont appelées à combler, nous sommes déjà maintenant à même de délimiter un certain nombre d'images cliniques bien caractérisées, faciles à reconnaître, et qui réagissent de la façon la plus heureuse à nos interventions thérapeutiques.

1° *Dystrophie du lait de vache.*

Nous rencontrons quelquefois l'image clinique suivante : un enfant nourri au lait de vache (ou lait de chèvre) pur ou coupé avec peu d'eau sucrée, montre, après quelque temps de croissance normale, un ralentissement plus ou moins accentué de l'augmentation pondérale. En même temps, cet enfant prend mauvaise mine ; les téguments deviennent pâles ; le ventre se ballonne ; la tonicité musculaire et la turgescence des tissus diminuent ; l'enfant perd sa bonne humeur ; il est grincheux, agité et dort mal. Le développement des fonctions statiques et motrices est retardé, tandis que la croissance staturale n'est pas encore touchée. La résistance aux infections est diminuée ; la monothermie est remplacée par des oscillations thermiques plus grandes. D'habitude, ces enfants souffrent de constipation ; c'est même souvent pour ce symptôme que le médecin est primitivement consulté. Dans ce cas, les selles présentent l'aspect caractéristique des selles « mastic » ou plâtreuses ; elles sont homogènes, sèches, couleur jaune-pâle ou gris-blanchâtre, moulées, ne collant pas aux langes, légèrement fétides ; quelquefois, elles sont tellement dures qu'elles provoquent des gerçures et de petites hémorrhagies au niveau de l'anus, et que l'expulsion en est douloureuse.

Si l'on persiste dans cette alimentation défectueuse, l'enfant tombe finalement, des diarrhées intercurrentes y contribuant, dans un état d'amaigrissement plus ou moins grave ; la courbe du poids reste stationnaire, puis diminue ; l'enfant devient hypothrepsique et finalement athrepsique. Ces divers états pathologiques feront l'objet des leçons suivantes. Nous nous bornerons aujourd'hui à étudier le premier stade de la maladie dans lequel le pannicule adipeux est encore assez bien conservé et qui est caractérisé par les signes cliniques que je viens d'énumérer.

Dans les selles « mastic » ou selles « de savon », 48 p. c. de la graisse sont contenus, sous forme de savons de calcium ou de magnésium (au lieu de 18 p. c.) ; leur insolubilité est la cause de la sécheresse des selles. On aurait tort d'attribuer leur décoloration à une défaillance de la sécrétion biliaire ; les pigments biliaires s'y trouvent en quantité normale, mais sous la forme d'urobilinogène.

Cet état pathologique est provoqué par l'alimentation plus ou moins exclusive au lait de vache. Nous ne nous arrêterons pas à discuter les différentes théories pathogéniques, par lesquelles on a essayé de l'expliquer. On peut éliminer d'emblée une insuffisance hépatique ou pancréatique ; de même, je ne crois pas à une intoxication par les produits de la putridité des selles. Primitivement, on a cru pouvoir toujours accuser la suralimentation au lait de vache, mais on a dû se rendre compte que très souvent, les quantités que ces enfants avaient prises, ne dépassaient pas les doses habituelles qui assuraient chez de nombreux autres enfants un développement normal. Il ne s'agit donc que d'une suralimentation relative au lait, c'est-à-dire,

les doses qu'un enfant normal supporte, sont trop grandes pour une certaine catégorie d'autres enfants. Ce qui provoque la maladie semble être la graisse du lait ; celle-ci est mal supportée par ces enfants, parce qu'ils ont un besoin anormalement grand d'hydrates de carbone ; il leur en faut, pour digérer et assimiler la graisse, beaucoup plus que le lait de vache n'en met à leur disposition.

Il serait cependant injustifié de se laisser amener, à la suite de cette expérience défavorable qu'on a faite dans la dystrophie du lait de vache, avec une nourriture riche en graisse et trop pauvre en hydrate de carbone, à méconnaître la haute valeur de la graisse dans l'alimentation du nourrisson, et à donner trop facilement la préférence aux hydrates de carbone. La graisse est un aliment précieux, non seulement par sa valeur calorigène, mais aussi pour ses propriétés spécifiques, surtout sa richesse en lipoïdes et en vitamines. Elle confère aux enfants une plus grande résistance aux infections. La forte augmentation du poids que nous obtenons par une nourriture riche en hydrates de carbone est principalement due à une plus grande rétention d'eau et de substances minérales, et est loin de constituer toujours un avantage pour les enfants nourris de cette façon. Mais pour assimiler la graisse, certains enfants demandent une grande quantité d'hydrates de carbone. Ce qui importe donc, c'est la *relation* entre ces deux substancesdans la nourriture. Les enfants ne prospèrent pas avec leur quantité de lait, parce que pour digérer et assimiler la graisse qu'il contient, on ne leur fournit pas les hydrates de carbone qu'il leur faut. Telle est du moins, à l'heure qu'il est, l'explication la plus plausible de la maladie. *Pour protéger les enfants nourris artificiellement de la dystrophie du lait de vache*, il faut donc augmenter la teneur des coupages en hydrates de carbone. L'addition de farine, que nous avons préconisée dans la leçon sur l'allaitement artificiel du nourrisson, suffira dans la plupart des cas ; quelquefois il y a avantage à y ajouter un produit maltosé. Dans certains cas, on se servira avec profit de la soupe au beurre dont j'ai décrit la composition dans la leçon précédente.

Quant au traitement de la dystrophie du lait de vache, tant qu'elle n'est pas encore arrivée jusqu'à l'hypo-athrepsie, on réduira transitoirement la graisse de la nourriture, en y augmentant la proportion des hydrates de carbone. Quelquefois, on pourra se servir de la bouillie maltée, préparée d'après la prescription primitive de Liebig.

On mélange 15 gr. de farine blanche avec 15 gr. de malt sec moulu en ajoutant 0 gr. 50 de carbonate de potassium ; on y verse 30 gr. d'eau, et puis 150 gr. de lait. On fait cuire ce mélange à feu doux, en tournant toujours, pendant 5 minutes. Quand la masse devient épaisse, on la retire du feu pendant 5 minutes, tout en continuant à tourner ; puis, on la remet au feu, et alterne ainsi jusqu'à ce qu'elle soit devenue liquide, c'est-à-dire jusqu'à ce que la farine soit devenue soluble.

Cette prescription de Liebig a subi de nombreuses modifications. Keller a fait fabriquer un extrait de malt pour nourrissons contenant environ 15 p. c. de dextrine et 57 p. c. de maltose; il s'en sert pour préparer une bouillie maltée qui a rendu des services remarquables dans le traitement de la dystrophie alimentaire. Sa prescription est la suivante :

50 gr. de farine sont délayés avec un tiers de litre de lait tiède ; dans un second récipient, on dissout 100 gr. de son extrait de malt dans deux tiers de litre d'eau tiède. On mélange et porte le tout à ébullition, en agitant constamment.

La prédominance de maltose dans l'extrait de malt confère à ce dernier une action laxative, qui est contrebalancée par l'addition d'une forte quantité de farine. C'est donc une nourriture pauvre en lait et riche en hydrates de carbone. Son action thérapeutique est très nette ; les selles se recolorent, deviennent molles, assez fréquentes, prennent une couleur jaune-or et une odeur acide et légèrement aromatique. Les enfants se transforment rapidement, prennent un bon aspect et de bonnes couleurs et augmentent promptement de poids. Cette action s'explique par la diminution énergique de la graisse et par la forte teneur en hydrates de carbone dans la nourriture. L'orge germée contient aussi beaucoup de vitamines, qui passent dans l'extrait de malt, sans qu'il soit possible de leur attribuer une action spécifique dans notre maladie.

Cette soupe de malt ne doit être donnée qu'à des enfants au-delà du troisième mois, et jamais trop longtemps ; dès que la guérison sera obtenue, on reviendra à une alimentation ordinaire.

Nous nous servons rarement de la formule primitive de la soupe de malt d'après Keller, pour traiter la dystrophie du lait de vache. D'habitude il suffit d'ajouter de l'extrait de malt au coupage ordinaire du lait, qui contient déjà du saccharose et de la farine. Comme produit équivalent à l'extrait de malt pour nourrissons, recommandé par Keller, on peut employer le Bébémalt (Clot-Strasbourg), le Maltéa Moser liquide ou cristallisée (Lyon), la Maltase Fanta, etc.. Au lieu de donner un mélange de farine et d'extrait de malt, qu'on fait cuire pendant quelques minutes, Terrien recommande de se servir d'une petite quantité d'extrait de malt pour maltoser la farine elle-même qu'on ajoute au lait ; il procède de la façon suivante :

Pour faire un litre de bouillie, on mélange 600 gr. de lait, 300 gr. d'eau et 80 gr. de crème de riz ; on fait

cuire pour obtenir une bouillie épaisse. La bouillie bien cuite est retirée du feu pour environ 5 minutes jusqu'à ce que sa température soit ramenée à 80°. Elle est alors additionnée de 3 cuillerées à café d'extrait de Malt, puis, après quelques minutes, rechauffée à feu doux jusqu'au premier bouillon.

Par ce procédé, la farine est transformée en amidon soluble, mais on a empêché la production de dextrine et de maltose, dont TERRIEN redoute l'action laxative ; il préfère ajouter à sa bouillie 50 gr. de saccharose par litre. Nous avons déjà appris à connaître, dans la dernière leçon, les malto-dextrines (malto-sucre, nutromalt, sucre nutritif, etc.) où le maltosage est poussé plus loin, de sorte qu'elles contiennent des dextrines et du maltose à parties égales ; nous avons vu que ces produits constipent plus que les sucres ordinaires et que des effets laxatifs n'en sont pas à redouter !

Ce qui est essentiel, dans le traitement de la dystrophie au lait de vache, c'est donc de donner aux enfants suffisamment d'hydrates de carbone ; on commencera par ajouter aux coupages ordinaires du lait, de la farine ; si cela ne suffit pas, on les additionnera d'un produit maltosé, qu'on choisira suivant la réaction intestinale de l'enfant, en se rappelant que la prédominance du maltose a une action laxative, celle de dextrine, d'amidon soluble ou de farine simplement cuite, une action constipante.

Ce traitement est indiqué chez les enfants qui sont âgés de plus de 3 mois ; chez les plus jeunes, on lui préfère celui au babeurre. Le babeurre, utilisé depuis longtemps par le peuple, en Hollande, a été introduit dans la pédiatrie scientifique depuis une vingtaine d'années. Nous le retrouverons plus tard dans le traitement de diverses affections gastro-intestinales du nourrisson. Le babeurre est du lait qu'on a laissé aigrir jusqu'à un certain degré et qu'on a ensuite baratté, pour le débarrasser de son beurre. Certains auteurs l'obtiennent aussi en barattant de la crème acidifiée. Il n'est cependant pas permis d'employer, comme aliment pour nourrissons, les déchets de la fabrication du beurre dans les laiteries ; ces déchets contiennent souvent des acides gras volatils autres que l'acide lactique, notamment de l'acide acétique, qui pourraient être désastreux pour les enfants. Le babeurre qu'on donne aux nourrissons, doit être préparé avec du lait frais de bonne qualité, qu'on additionne de cultures de ferment lactique, en le préservant de tout autre souillure. On le laisse aigrir pendant 20 heures à un endroit chauffé à 35° ; puis on baratte et on ramène l'acidité à un degré déterminé. Nous avons l'habitude de prendre comme point de départ du lait frais centrifugé, auquel nous laissons 0.5 p. c. de graisse.

Pour faire une bouillie au babeurre, d'après la formule hollandaise, on délaye soigneusement dans un litre de babeurre 15 gr. de farine (nous employons de préférence des farines de maïs : mondamine, maizéna, etc.) ; le mélange est porté lentement, en 20 minutes, à ébullition, pendant lesquelles on agite sans cesse ; on le laisse monter 3 fois, en l'enlevant chaque fois du feu pour quelques instants ; avant la troisième ébullition, on ajoute 60 gr. de sucre ordinaire.

Le babeurre donne des selles plutôt alcalines. Pour des enfants plus jeunes, il y a avantage à supprimer les farines et à n'additionner le babeurre que de 50 gr. de sucre ordinaire ou, ce qui est préférable, de malto-dextrine.

Le babeurre se trouve sous une forme concentrée dans le commerce ; je ne citerai que le « babeurre Nutricia » (non sucré, mais contenant environ 2 p. c. de farine) et le babeurre de la maison Wirz, de Bâle, qui en met en vente deux sortes, avec et sans sucre.

A défaut de babeurre, on emploiera du lait écrémé : on fait facilement centrifuger du lait frais dans chaque village. Là où cela est impossible, il reste comme dernière ressource la possibilité de faire écrémer le lait dans le ménage même, en laissant reposer du lait frais non cuit pendant 2 heures à un endroit froid, et en enlevant la crème avec une cuiller ; on élimine de cette manière à peu près la moitié du beurre. Le babeurre est cependant préférable au lait simplement écrémé ; la caséine y est rendue plus digestible par l'acidification et le barrattage ; en outre, en battant sans cesse pendant la cuisson, on la réduit en grumeaux fins. Il est aussi possible que l'acide lactique joue un rôle utile encore mal connu.

Pour les enfants très jeunes ou très délicats, il est naturellement toujours préférable d'avoir recours au lait de femme. D'autre part, quand ils ont dépassé le sixième mois, le traitement se simplifie beaucoup : on se contentera de réduire transitoirement la quantité de lait et à le remplacer par des soupes au bouillon de légumes et par des bouillies épaisses, préparées avec du lait coupé d'eau.

2° Dyspepsie et dystrophie dues à la farine.

Quelquefois, l'emploi précoce de la farine, surtout d'une farine insuffisamment cuite, peut provoquer chez le très jeune nourrisson des diarrhées chroniques. Les selles sont acides, foncées, quelquefois mousseuses, et contiennent de l'amidon imparfaitement digéré, se colorant à l'iode, ainsi qu'une flore iodophile. Cette dyspepsie me semble être assez rare.

Dans certaines contrées, il existe la coutume d'ajouter à la nourriture, par elle-même suffisante, des quantités trop grandes de farine, notamment sous forme de bouillie épaisse. Ces

◆◆◆

enfants deviennent gras, « soufflés », ont une forte disposition au rachitisme et à la spasmophilie, et une diminution notable de leur résistance aux infections. Cet état ne s'observe qu'exceptionnellement en France.

Par contre, nous voyons malheureusement plus souvent une autre forme de dystrophie, qui est bien plus grave ! Ce sont des enfants chez lesquels l'excès de farine dans la nourriture se combine avec la diminution ou le manque complet des autres substances alimentaires. Souvent, cette alimentation est la suite d'une réclame inadmissible de la part des fabricants de certaines farines alimentaires qui, d'une façon plus ou moins ouverte, suggèrent de substituer leur produit à l'aliment principal qui, chez le nourrisson, est le lait. Plus souvent, elle est introduite comme mesure thérapeutique pour combattre des diarrhées qui surviennent après l'emploi de lait de vache. Ces diarrhées cessent facilement quand on remplace le lait par des bouillies à l'eau ; elles reviennent quand on essaie de réintroduire le lait, et c'est à la suite de ces échecs répétés qu'on est finalement amené à priver les enfants complètement de lait pendant de longues semaines et souvent pendant des mois. C'est là faute la plus grave qu'on puisse commettre dans le traitement du nourrisson ; elle a causé la mort d'innombrables enfants ! Nous verrons dans la prochaine leçon quels sont les traitements alimentaires qu'il faut appliquer dans ces cas ; veuillez toujours retenir ceci : que même un nourrisson plus âgé ne doit jamais être entièrement privé de lait plus longtemps que quelques jours, et que, chez des jeunes nourrissons, il est préférable que ce traitement aux décoctions farineuses à l'eau ne soit jamais appliqué ; nous verrons que nous disposons de méthodes meilleures et plus efficaces, qui nous permettent de guérir les enfants tout en les nourrissant suffisamment.

Les effets désastreux d'une alimentation plus ou moins exclusive à la farine se comprennent facilement ; il manque à cette nourriture les matières azotées, les substances minérales, la graisse, les lipoïdes, les vitamines et d'autres substances indispensables encore. Il faut y ajouter, pour compléter l'image clinique, la tendance qu'a la farine à provoquer une forte rétention d'eau. Cliniquement, nous distinguons une forme œdémateuse, qui est prochement apparentée à l'œdème de faim qu'on a si souvent rencontré pendant et après la dernière guerre, et la forme athrepsique. Par suite de la forte rétention d'eau, les enfants conservent pendant un certain temps une fausse apparence de santé; quelquefois, on voit une hypertonie musculaire très prononcée. Cet état est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes ; CZERNY et KELLER, prétendent même que la privation de lait pendant plus de 3 semaines est toujours mortelle dans les trois premiers mois. Ces enfants n'ont aucune résistance aux infections ; toute diarrhée provoque chez eux des chutes de poids énormes, persistantes et souvent mortelles.

Le traitement doit surtout être préventif. Il faut éviter cette alimentation défectueuse et surtout ne pas provoquer ce que malheureusement on est trop souvent en droit d'appeler l' « atrophia e medico ».

Le *traitement* de la dystrophie de la farine consiste, quand elle est à son début, à instituer une alimentation normale contenant tous les facteurs indispensables à la vie et à la croissance. Il est souvent dangereux d'enlever complètement la farine, ce qui pourrait occasionner des chutes de poids très menaçantes.

Le traitement des formes œdémateuse et athrepsique est des plus délicats ; nous en parlerons dans la leçon sur l'athrepsie.

3° *La xérophtalmie.*

Nous arrivons maintenant aux vraies maladies par carence, sur lesquelles je ne dirai que quelques mots. Dans la dystrophie de la farine, nous rencontrons quelquefois une affection oculaire qu'on appelle xérophtalmie. Précédées de conjonctivite et d'œdème des paupières, on voit apparaître dans l'espace libre entre les paupières, au niveau de la conjonctive, des deux côtés de la cornée, des taches triangulaires qui s'étendent rapidement. Les conjonctives se dessèchent, la cornée durcit, se trouble, s'infiltre, et finalement se ramollit et se perfore ; le tout est compliqué d'une réaction inflammatoire. Cette affection s'accompagne d'arrêt de la croissance et d'amaigrissement jusqu'à l'athrepsie, avec ou sans œdème. Elle ne se rencontre pas exclusivement dans la dystrophie de la farine, mais partout où l'alimentation manque de graisse ; c'est une *cachexie adipoprive*, due à la carence du facteur liposoluble A. Il est important de la reconnaître, parce que, traitée à temps, on la guérit rapidement par l'addition à la nourriture de crème ou de beurre, de jaune d'œuf et d'huile de foie de morue. Les huiles végétales, la graisse de porc, les graisses artificielles sont inefficaces. Non traitée, l'affection se termine par la panophtalmie et la mort.

4° *Le scorbut infantile* (Maladie de Barlow).

Une dernière maladie par carence qu'il faut mentionner ici, c'est le scorbut infantile, dû à la privation d'aliments frais qui contiennent la vitamine antiscorbutique (vitamine C). Au début, elle se caractérise par une pseudo-paralysie, qui provient d'une dolorosité de l'os. Partant de l'os, le processus s'étend et intéresse peu à peu les muscles et la peau ; le membre se tuméfie ; la peau est tendue, brillante, bleuâtre.

La localisation de prédilection est la région

juxta-épiphysaire distale du fémur, ensuite les mêmes régions proximales et distales des tibias, et les points de jonction ostéo-cartilagineuses des côtes. Il peut y avoir des hématomes aux orbites et ailleurs, des pétéchies cutanées ou des suffusions sanguines plus grandes, des hémorrhagies des gencives, là où il y a des dents et où celles-ci sont en train de percer, de l'épistaxis, de l'hématurie et d'autres hémorrhagies, quelquefois des œdèmes. A l'os, nous trouvons de l'hémorrhagie sous-périostée et une transformation fibreuse de la moelle, avec de l'atrophie et de la fragilité de l'os.

L'état général peut être bon pendant longtemps. D'habitude, il y a de l'anémie ; souvent, on observe de la fièvre et une grande disposition aux infections.

Il est intéressant à savoir qu'il y a des formes frustes, où les lésions osseuses font défaut ou sont réduites à un minimum, et qui se manifestent par des cachexies d'origine inconnue, des diarrhées glaireuses plus ou moins hémorrhagiques, des néphrites hémorrhagiques. Il existe aussi un état préscorbutique, caractérisé par un malaise général, de la fatigue, par une mauvaise mine, de l'anémie, quelquefois une répugnance marquée pour la nourriture. Cet état peut durer longtemps sans que les symptômes d'un scorbut avéré se déclarent.

L'origine de la maladie doit être attribuée à l'usage exclusif de lait ou préparations alimentaires stérilisés industriellement. (C'est peut-être pour cette raison que nous en voyons si peu en Alsace, où l'emploi de ces produits est relativement peu répandu ; je n'en ai pas vu un seul cas depuis les quatre ans que j'ai la direction de la clinique infantile de Strasbourg.) Mais on l'observe aussi avec d'autres nourritures, et la disposition individuelle y joue certainement un grand rôle.

On prévient le scorbut infantile en évitant ces aliments, ou en y ajoutant des substances antiscorbutiques.

Quant au *traitement*, on donne ces mêmes substances : jus d'orange ou de citron (une à trois cuillerées à bouche de jus d'orange ou autant de cuillerées à entremets de jus de citron, suivant l'âge de l'enfant), de framboise, de tomate, etc. Le chou est le légume antiscorbutique par excellence. On changera naturellement de lait, et donnera du lait cru ou seulement chauffé à 90°. Cependant, pour obtenir la guérison avec du lait seul, il faut le donner à grandes doses (1/2 litre).

Nous ne sommes qu'au début de nos connaissances des maladies par carence. Un grand champ de recherches s'ouvre devant nous ! Le nourrisson, dont l'alimentation n'est pas réglée par son propre instinct, mais par les conceptions théoriques de son entourage, est plus particulièrement exposé à en être la victime, d'autant plus que son jeune organisme est en croissance très active, et dispose de peu de réserves. Nous venons de mentionner deux facteurs de la croissance : le facteur antiscorbutique et le liposoluble. Rappelons encore, à titre d'exemple, que les albumines elles-mêmes sont d'une valeur biologique très inégale, suivant leur teneur en amino-acides indispensables : si l'on ne donne que des albumines qui en sont privées, il se produit un amaigrissement rapide ; de petites doses de tryptophane arrêtent la chute de poids, mais il faut y ajouter de la lysine pour provoquer la croissance.

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans les détails de ces recherches, mais j'ai voulu les citer pour vous montrer l'importance qu'elles pourront prendre un jour dans l'étude de l'alimentation des enfants et de l'étiologie de leurs troubles alimentaires.

COPROLOGIE PRATIQUE

(Suite)

Par le Dr H. Dejust,

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Examen microscopique — Résidus végétaux.

Nous avons indiqué ci-dessus que les résidus cellulosiques macroscopiquement reconnaissables au cours de la trituration des matières n'avaient pas grande signification. *A fortiori*, en est-il de même pour ceux que leur taille ne permet de déceler qu'en cours de l'examen microscopique

L'amidon, avons-nous dit, présente plus d'intérêt. Comment convient-il de rechercher microscopiquement l'amidon dans les matières ?

Pour cette recherche, il est préférable d'opérer directement sur une goutte de dilution de matières, sans avoir monté la préparation à la glycérine gélatinée . En effet ce dernier mode de montage a surtout pour but de ne pas laisser échapper un élément rare. Or l'amidon fécal, lorsqu'il existe dans les matières, y est abondant. S'il n'existait que sous forme de quelques grains ayant par hasard échappé à la digestion grâce à la protection de la membrane cellulaire

qui les renfermait, il n'y aurait pas lieu de lui attacher d'importance.

Donc on placera sous un objectif faible la préparation de matières diluées, puis on déposera au moyen d'un petit agitateur effilé une petite goutte de réactif iodo-ioduré au bord de la lamelle, en ayant soin de promener la pointe de l'agitateur tout le long de ce bord, pour que le réactif ait une plus large entrée entre la lame et la lamelle. Puis on remet l'œil à l'oculaire et on attend qu'une légère teinte jaune envahissant le champ de la préparation vous avertisse que le réactif baigne les particules à colorer. Lorsque ces particules sont amylacées, on voit peu à peu s'étendre de leur périphérie vers leur centre une coloration bleue-violette qui va en fonçant pour en arriver presque au noir.

Si on veut pouvoir transporter ou photographier une préparation colorée de l'amidon fécal, il suffit de colorer une goutte de dilution avec le réactif iodo-ioduré, puis de la monter *ensuite* dans la glycérine gélatinée.

Lorsqu'on rencontre de l'amidon dans les matières, il faut noter si les grains sont intra-cellulaires, inclus à l'intérieur de la membrane cellulosique, ou bien extra-cellulaire. Il est évident que l'amidon extra-cellulaire, l'amidon nu, est bien plus facilement attaquable par la digestion et les microbes que celui qui se trouve protégé par la membrane cellulaire. Sa présence indique donc un degré plus avancé de défaut de digestion amylacée, mais ne renseigne pas sur l'origine de cette déficience.

De même, l'amidon cuit est plus facilement attaqué que l'amidon cru. On peut les distinguer à ce que le hile est visible dans l'amidon cru, et disparaît dans l'amidon cuit. Mais le hile n'est pas toujours bien facile à reconnaître dans l'amidon cru lorsque celui-ci a déjà subi un stade avancé de digestion.

Les grains d'amidon sont, comme on le sait, de taille et de forme extrêmement variées suivant les espèces végétales qui les ont fournis. Il est recommandable de s'exercer à reconnaître les amidons les plus fréquemment utilisés dans l'alimentation : blé, pomme de terre, haricot, riz, en les mettant sous le microscope non pas crus, mais en l'état sous lequel ils se présentent comme aliment (pain, pomme de terre ou riz cuit, etc.) Si l'examen microscopique nous décèle la présence d'amidon, il est indiqué de déterminer s'il existe en quantité importante sous une forme digérable. On y arrive fort simplement au moyen de l'épreuve de fermentation dont nous allons dire deux mots ici, quoiqu'elle ne soit pas partie de l'examen microscopique, mais seulement conséquence d'une constatation faite au cours de celui-ci. Cette épreuve repose sur le principe suivant : l'amidon, particulièrement lorsqu'il est sous une forme facilement digestible (amidon extra-cellulaire et cuit) fermente aisément sous l'influence des bactéries et levures qui sont toujours présentes dans les selles.

La mesure de l'acide carbonique dégagé par cette fermentation peut donner une sorte de mesure de l'intensité du phénomène. Bien entendu, il ne faut chercher dans tout ceci nulle rigueur quantitative.

Les dispositifs adoptés pour mettre en évidence ce dégagement d'acide carbonique dérivent de celui que décrit Claude Bernard pour opérer la fermentation sucrée : « On prend un tube (tube à essais de 15 millimètres de diamètre) que l'on remplit du liquide supposé sucré, puis on ajoute de la levure de bière. On le bouche ensuite à sa partie supérieure par un bouchon percé d'un trou dans lequel est introduit par frottement un tube assez mince et ouvert aux deux bouts. De cette façon, si une fermentation se produit, le gaz emplit la partie supérieure du premier tube, chasse le liquide par le petit tube sans pouvoir s'échapper (*Physiol. appliquée à la méd.*, 1854).

Goiffon a combiné, en 1910, un appareil basé sur ce principe. Il l'a perfectionné pour permettre de voir très rapidement s'il existe un dégagement gazeux ; il lui a donné la forme suivante :

« Deux tubes à essai de même volume sont munis d'un bouchon en caoutchouc à deux trous : dans l'un d'eux passe un tube capillaire, dans l'autre une tige de verre. Ces deux appareils sont identiques. On met dans chacun de ces tubes la même quantité de dilution de matières, et on complète l'un avec de l'eau, et l'autre avec une solution saturée de sublimé : le liquide comprimé par le bouchon qu'on enfonce s'échappe en partie par les tubes capillaires qu'il remplit. On place le tout dans de l'eau à 37°. On attend que les tubes aient égalisé leur température avec celle du milieu, ce dont on s'aperçoit quand le liquide fécal, dilaté par le réchauffement, cesse de faire issue par les petits tubes. A ce moment, avec les tiges de verre comme piston, on ramène les niveaux des liquides à un point marqué 0 sur les tubes capillaires. On attend dix minutes. S'il y a dégagement de gaz, le niveau du tube à fermentation sera repoussé baucoup plus loin que celui du tube au sublimé, où toute vie microbienne est arrêtée. On lit la différence de niveau qui est la mesure des fermentations en dix minutes (Goiffon).

Résidus non alimentaires.

Nous ne parlerons que des plus banaux, et de ceux dont l'identification est la plus aisée.

En tête vient le mucus. On a déjà reconnu sa présence à l'œil nu. Sous le microscope, il se présente sous forme d'une masse amorphe, plus ou moins transparente ou, par contre, membra-

neuse, enserrant des éléments divers, cellulaires ou autres, plus ou moins disposés en stries.

Les leucocytes reconnaissables dans les selles sont d'une interprétation difficile.

De même pour les nombreux cristaux qu'il est donné d'y apercevoir. La présence de cristaux en forme d'oxalate de chaux serait due à l'oxalémie.

Les cristaux de Charcot-Leyden, en forme de fers de lance accolés et dont la reproduction est figurée dans tous les manuels, coexistent d'ordinaire avec le parasitisme intestinal. Les substances médicamenteuses ingérées peuvent se présenter sous un aspect qui attire l'attention, surtout le charbon végétal et le bismuth amené à l'état de sulfure pendant la traversée intestinale.

Enfin, nous devrions parler ici des parasites intestinaux et de leurs œufs, mais ceci nous entraînerait trop loin, et mériterait d'être l'objet d'une étude séparée.

Disons seulement qu'il est déjà de grande importance, à notre avis, d'avoir reconnu l'existence de parasites intestinaux, même sans les avoir identifiés. Il est alors facile au médecin praticien de diluer un petit échantillon de selles avec du formol à 5 %, et de l'expédier à un laboratoire qualifié.

Mais il est une source d'erreurs fort aisées à commettre pour ceux qui ne sont pas accoutumés à ce genre d'examens. Certains éléments végétaux ressemblent beaucoup à des parasites ou à des œufs. Les spores de truffe, par exemple, ressemblent de façon curieuse aux œufs d'ascaris. Les grains de pollen de conifères ont également l'aspect d'œufs de parasites, etc.

Il est prudent, lorsqu'on n'est point certain de son diagnostic parasitologique, de ne pas annoncer au malade qu'il est porteur d'hôtes indésirables avant d'avoir fait confirmer leur identification.

Interprétation des résultats ci-dessus. Utilité du régime d'épreuve.

J'ai dit au début de ces articles sur la coprologie pratique qu'à mon avis, il fallait bien se garder de modifier l'alimentation du sujet avant de faire l'analyse, la première analyse.

De l'examen ainsi pratiqué, nous tirons une sorte de compte rendu du fonctionnement digestif, *dans les conditions habituelles de fonctionnement.*

Or, celles-ci peuvent être viciées par des erreurs de régime, erreurs que le patient peut, de très bonne foi, ne pas soupçonner. Les habitudes alimentaires sont affaires familiales, de milieu ethnique et de milieu social. Il y a des variations de l'ordre de grandeur de la dizaine entre les quantités d'un aliment déterminé ingéré par tel être humain ou par tel autre. La consommation de viande quotidienne, par exemple, passe de moins de cent grammes à plus de 500 grammes suivant que l'on envisage le Japonais ou l'habitant de certaines régions d'élevage de l'Amérique du Sud.

La consommation de pain de certains ouvriers agricoles se chiffre par kilogrammes quotidiens.

En outre, il est une viciation de régime qu'il faut penser à dépister, car elle est fréquente (surtout depuis l'élévation du prix de la vie) et les intéressés ne la signalent pas : l'abus d'un ou de quelques aliments « qui ne coûtent pas cher » ou « que l'on a pour rien ». Presque toutes les familles urbaines françaises ont des attaches à la campagne, et reçoivent, ou rapportent, annuellement une provision de haricots par exemple, ou de pommes de terre. Ces denrées qui échappent à tout contrôle public, sont de qualités très différentes, de conservation incertaine ; mais, comme on en possède une provision, on en mange chaque jour. Bien d'autres facteurs, évidemment peuvent intervenir pour vicier l'alimentation.

Cette viciation est plus ou moins bien tolérée. Elle l'est moins bien qu'on ne le pense, et un grand nombre de personnes semblent trouver naturel de souffrir au cours de chaque digestion. Pour ces sujets, le bicarbonate de soude est un composant normal des fins de repas. Chez tous ces malades à régime défectueux, l'état coprologiqu est sous la dépendance de ces défectuosités. Il y est de deux façons. D'abord l'excès d'un aliment (sauf le sucre) a pour résultat de le faire apparaître dans les matières, sous un aspect plus ou moins transformé. D'où première modification de l'aspect et de la composition des fèces.

Mais l'action la plus intéressante est l'action secondaire.

Dans un milieu bactériologiquement aussi complexe que le contenu intestinal, on peut faire varier la flore suivant les apports nutritifs qui lui sont faits. On peut exagérer les putréfactions par le régime carné, ou bien amener une fermentation intestinale acide si les amidons prédominent.

D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, la muqueuse intestinale, irritée par un contact hyperalcalin dans le cas des selles putrides, et hyperacide dans le cas des fermentations amylacées, réagira en hypersécrétant du mucus ; secondairement elle pourra laisser transsuder de la sérumalbumine. Ces produits, mêlés aux matières, augmentent la complexité du phénomène, car ils sont très putrescibles. De plus, l'irritation muqueuse entraîne une exagération de la vitesse du transit, par passage du bol fécal dans des portions de l'intestin auxquelles ne s'accorde pas sa réaction, trop alcaline ou trop acide, d'où évacuation précoce.

On voit la complexité des mécanismes biologiques mis en jeu par des viciations diététiques. Il

◆◆◆◆

est un cas particulièrement intéressant à ce sujet, par sa fréquence, sa gravité et la difficulté de le dépister autrement que coprologiquement alors que l'examen des matière le décèle aisément : c'est celui que nous fournit un régime exagérément riche en féculents. Nous nous y arrêterons quelque temps dans notre prochain et dernier article.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Conditions d'opérabilité du cancer du col utérin.

Malgré quelques résultats merveilleux obtenus par l'application du radium ou par la radiothérapie, le professeur J.-L. Faure estime qu'il faut opérer le cancer du col utérin, toutes les fois qu'il est opérable. En principe, il est opérable quand après un examen attentif et complet, on considère qu'il sera possible de faire une opération logique, rationnelle, large, c'est-à-dire avec dissection méthodique des uretères, extirpation du paramètre et des ganglions volumineux.

Le degré d'opérabilité dépend des conditions d'ordre général et local.

Conditions d'ordre général : âge, obésité, cœur, tuberculose pulmonaire, syphilis en évolution, diabète, système rénal, examen du sang (anémies) métastases. Si, dans la majorité des cas, aucun, de ces facteurs n'a une valeur suffisante pour faire rejeter définitivement et d'une manière catégorique l'intervention, leur examen comparatif donne une impression importante sur le degré d'opérabilité du sujet.

Conditions d'ordre local. — Le facteur essentiel réside dans la mobilité de l'utérus, appréciée en combinant le toucher vaginal au palper abdominal. L'utérus, tout d'abord mobile, tend à se fixer à mesure que le néoplasme progresse, envahit les culs-de-sac, s'infiltre dans le paramètre le long des uretères pour remonter jusqu'aux vaisseaux iliaques. Si le diagnostic est simple dans les cas extrêmes, il devient très difficile dans les cas de mobilité douteuse ou relative ; l'examen de cette mobilité donne lieu à de nombreuses causes d'erreur. Suivant le degré d'opérabilité, on peut déduire la mortalité, le pronostic, on classe les malades en :

Bons cas : malade d'opérabilité certaine. Cancer au début utérus mobile, femme à la quarantaine, maigre, sans tare générale ; formes bourgeonnantes de cancer à type pavimenteux.

Cas médiocres : malades d'opérabilité douteuse ou à la limite de l'opérabilité ; formes ulcéreuses, rongeantes, cavitaires ; formes infiltrantes.

Cas mauvais : malades inopérables, utérus bloqué, formes cachectisées, etc. Malgré les examens les plus soigneux et les plus attentifs, écrit Sylvain Mossé, il faut savoir que l'opération réserve souvent bien des surprises, agréables ou désagréables ; ne pas craindre, en cas de doute, de pratiquer une laparotomie exploratrice qui, seule, permettra de juger exactement de l'envahissement du néoplasme.

« Pour les bons cas, il y la chirurgie, et rien que la chirurgie, comme pour les mauvais cas, il y a la cutriethérapie et la radiothérapie profonde. Et pour les cas médiocres, il faut soit opérer, si c'est possible, soit faire précéder l'opération que l'on prévoit difficile par une application de radium. La radiumthérapie post-opératoire est à rejeter ». (*La Presse médicale*, 27 février 1924.)

Les précautions à prendre dans l'emploi de l'huile de Chenopodium.

L'huile de Chenopode serait un véritable remède spécifique à l'égard de l'ascaris lumbricoïdes à dose thérapeutique, on observait très rarement des phénomènes secondaires, tels que vomissements, surdité ou constipation. Des cas mortels auraient cependant été notés, mais seulement chez des enfants, qui n'avaient nullement besoin de ce médicament.

Aussi certaines précautions sont-elles indispensables. Il ne faut jamais administrer ce vermifuge sans être certain de la présence de l'ascaride ; même recommandation dans les cas douteux.

Brüning n'ordonne aucune cure vermifuge. sans s'être assuré que le malade ne présente pas de troubles de l'état général relevant d'une cause autre que la présence des vers intestinaux ; il tient compte de toute affection aiguë, l'état fébrile risquant de diminuer momentanément la tolérance de l'organisme à l'égard du vermifuge. On doit interrompre pendant quelques jours toute médication en cours.

Comme posologie, Brüning recommande de donner après le petit déjeuner, à une ou deux heures d'intervalle, 2 doses évaluées de façon à correspondre, chacune, à une goutte par année d'âge. Malgré d'autres avis, ce même auteur insiste sur la nécessité d'administrer ensuite un

purgatif agissant promptement. A l'adulte, il donne 40 à 50 gr. d'huile de ricin, et s'il n'y a pas de selle suffisante au bout de 4 heures, il renouvelle la même dose ; car la nécessité de la cure est à ce prix ; les ascarides, en effet, ne sont pas tués par le remède, mais simplement stupéfiés, et il faut profiter de cet état de léthargie pour les évacuer. (L. CHEINISSE, la *Presse médicale*, 1er mars 1924.)

Traitement des péritonites tuberculeuses.

Pour l'étude de cette question, il est nécessaire de tenir compte des formes anatomo-cliniques des péritonites tuberculeuses : *formes diffuses* (ascitique, anascitique, ulcéro-caséeuse, fibro-adhésive) ; *formes localisées* (périviscérites avec plastron formant tumeur, périviscérites à type plastique. Leur diagnostic offre parfois de réelles difficultés, au point de nécessiter d'emblée l'intervention du chirurgien.

Chirurgie et *héliothérapie* sont les deux grandes méthodes de traitement, qui, loin de s'opposer, doivent souvent s'associer. (Pr Paul MATHIEU).

La chirurgie agit de deux manières. Dans les formes diffuses, c'est la laparotomie qui produit un effet curateur par un mécanisme encore discuté. Dans les formes localisées, si l'action curative de la laparotomie peut encore s'exercer, une intervention plus radicale sur les lésions est susceptible d'amener une guérison définitive. Enfin la chirurgie garde des indications formelles dans les cas de graves complications de la tuberculose péritonéale : occlusion intestinale, phlegmons stercoraux, fistules pyo-stercorales, et c'est à leur propos que la tâche des chirurgiens est la plus facile.

Quant à l'héliothérapie, elle a donné de beaux résultats dans les formes ascitiques, anascitiques ; dans les formes fibreuse et ulcéro-membraneuse, elle constitue la méthode thérapeutique de choix. Dans les formes localisées, elle agit d'une manière remarquable sur les plastrons péri-viscéraux ; elle complète l'intervention chirurgicale, lorsque celle-ci a été pratiquée. Ses contre-indications sont rares en dehors des formes aiguës (granulique, fébrile, cachectique.

Quant aux autres méthodes de traitement, elles sont de remplacement pour les cas où les méthodes de choix sont inapplicables : traitement général de la tuberculose (suralimentation récalcification) ; sérothérapie ; auto-hémothérapie « injection intrapéritonéales d'air stérilisé ; d'oxygène, de vapeurs d'éther, etc.

Bref, la chirurgie, par ses excellents résultats dans les formes diffuses, par son rôle indispensable dans les formes compliquées, garde un rôle primordial : L'héliothérapie, d'autre part, qui doit toujours compléter l'acte chirurgical, enlèverait à la chirurgie un grand nombre de cas que celle-ci est appelée à traiter, si le diagnostic des lésions était toujours bien précisé. (*Journa de méd. et de chir. pratiques*, 10 janvier 1924.)

L'aération de la caisse du tympan.

Employée comme traitement de certaines surdités, elle réalise un triple but : elle mobilise la chaine des osselets ; elle restitue à l'oreille moyenne une pression d'air normale ; elle en expulse les exsudats séreux ou muqueux qu'elle contient à l'état pathologique.

Les procédés mis en œuvre sont : le valsalva (inspiration profonde, puis expiration forcée, bouche et nez fermés ; le politzer (l'air est envoyé au moyen d'une poire en caoutchouc, au moment où le sujet déglutit une gorgée d'eau) ; le cathétérisme de la trompe, avec insufflation d'air au moyen d'une poire de caoutchouc.

Un examen complet du nez et du cavum est nécessaire avant d'entreprendre l'aération. C'est ainsi que, dit le Dr Pierre GAND, je propose de tenter une douche d'air chez un sujet dont la trompe est chroniquement obstruée par un paquet de végétations ou par une queue de cornet. La curette et l'anse froide agiront autrement mieux que le cathéter. De même, il est prudent de s'abstenir en présence d'une rhino-pharyngite aiguë ou d'une otite mal refroidie.

Avant et après chaque séance on procédera aux épreuves d'audition, le tympan sera examiné, le sujet interrogé sur les troubles subjectifs : hypoacousie douloureuse, vertiges, bourdonnements, qui ont pu apparaître. Muni de ces renseignements, le médecin continue le traitement en cas de succès, l'abandonne en cas d'échec.

Indications cliniques. — Il faut que la lésion siège dans l'oreille moyenne et non dans le labyrinthe ; le tympan et la manche du marteau seront mobiles ; l'étrier ne sera pas ankylosé dans la fenêtre ovale.

Dans l'*otite aiguë congestive*, consécutive à un coryza, si, après un mois de soins, la résorption de l'exsudat ne s'est pas faite, d'autres moyens, tel que l'aspiration par la trompe, voire même la paracentèse seront mis en œuvre.

L'*otite moyenne catarrhale chronique*, complication de la précédente, réclame aussi l'aération, mais demande un traitement prolongé. Les séances répétées deux ou trois fois par semaine au début, puis une fois et ensuite tous les mois, assureront un résultat durable dans les cas heureux. Il faudra s'abstenir de toute aération, cependant, s'il y a recrudescence des bourdonnements, hypoacousie douloureuse, apparition de vertiges. Cette triade symptomatique jointe à l'immobilité de l'étrier, sont des motifs d'abstention quand l'affection a franchi sa dernière étape, celle de l'otite moyenne sèche.

L'aération devient donc inutile, à mesure que

l'affection progresse et notamment dans l'otosporase et l'otosclérose labyrinthique. (*Journal des praticiens*, 26 janvier 1924.)

Province et Divers

L'adénopathie trachéo-bronchique.

M. L. Bernard ayant soutenu à l'Académie de médecine que : 1° on porte trop facilement, trop mollement, le diagnostic de ganglions trachéo-bronchiques ; 2° on porte trop facilement le diagnostic d'adénopathie bronchique tuberculeuse, — notre excellent ami Ségard (de St-Honoré), dont la compétence en la matière est bien connue, se demande si les assertions précitées sont justifiées.

S'il accepte de reconnaître que le diagnostic d'adénopathie est toujours délicat, l'auteur proteste qu'il fait crédit à de bons signes d'auscultation, qui lui suffisent, à eux seuls, dans certains cas, pour affirmer son diagnostic. Pour lui, la circulation veineuse collatérale, l'élévation de la tonalité manubriale ou para-sternale, la transmission de la voix chuchotée jusqu'aux apophyses des 4e et 5e D, conservent une réelle valeur. De même, le retentissement en écho de la voix haute, de la toux, échophonie de J. Renault. De même encore les fines crépitations amidonnées décrites par A. Dufour, sous le mamelon ; la transmission des bruits du cœur à droite, pendant l'apnée volontaire ; la percussion transmise d'avant en arrière, par le doigt percuteur, à la main de l'aide posée à plat sur le côté opposé. Tous ces signes suffisent à porter le diagnostic d'adénopathie bronchique.

De son côté, la radioscopie fournit des données intéressantes. « Interprétées prudemment (par un radiologue qui est en même temps un clinicien), les ombres vigoureuses, les plages opaques très caractéristiques sont souvent de la plus grande utilité pour un diagnostic d'adénopathie. »

C'est donc à tort, selon Ségard, que M. L. Bernard conteste la valeur des signes sthétacoustiques et de l'interprétation radiologique.

Sur la nature tuberculeuse discutable de grand nombre d'adénopathies, Ségard reconnaît volontiers que les infections du cavum, les végétations adénoïdes, la rougeole, la coqueluche, la grippe, une pneumonie, une bronchopneumonie sont capables de provoquer l'hypertrophie des ganglions. Mais il soutient valablement qu'un ganglion d'origine pharyngée peut se tuberculiser ultérieurement, ou se juxtaposer à un ganglion plus ancien et déjà sclérosé ; que certains tuberculeux sont en même temps des hérédo-syphilitiques ; qu'il existe des preuves classiques de l'infection tuberculeuse : état subfébrile, et anémique, mauvaise nutrition, poussées de bronchites, preuves que vient corroborer la cuti-réaction. Dans la première enfance, une cuti positive indique une tuberculose en activité, une cuti négative à deux reprises différentes, une absence d'infection bacillaire. Dans la seconde enfance, la cuti positive peut se rencontrer chez des enfants de superbe apparence, qui « ont organisé leur défense d'une façon parfaitement solide et sont en état d'allergie complète ». La cuti négative, au contraire, peut s'observer chez des enfants en état d'anergie passagère, et capables par suite de se contaminer, et de laisser se développer en eux une tuberculose de seconde infection autogène ou exogène.

L'auteur examine ensuite comment il est possible de préciser si la tuberculose ganglionnaire est en activité ou en sommeil. Il fait appel à la radioscopie, à la clinique et aux réactions humorales dont il faut confronter les renseignements.

« Il n'y a de défaillance d'aucun signe, il existe encore de très bons symptomes physiques auxquels on peut faire confiance. Grâce à eux, le diagnostic d'adénopathie bronchique est facile et nous maintenons qu'on n'aura que trop d'occasions de le porter en clinique journalière ». (*Journ. méd. franç.*, janvier 1924.)

Le dépistage bactériologique de la coqueluche.

La spécificité du microbe décrit par Bordet et Gengou étant admise, M. Gardenaule a profité d'une épidémie de cette affection pour examiner, à différentes périodes de l'évolution, 28 enfants, dont il recueillait les gouttelettes de salive dans des boîtes de Piétri, à la faveur des quintes de toux qu'il provoquait. Il tire de cette étude les intéressantes conclusions suivantes :

« 1° Le dépistage bactériologique de la coqueluche par le procédé de projection des gouttelettes de salive sur boîte contenant le milieu de Bordet et Gengou peut rendre de réels services.

« Un résultat positif, c'est-à-dire l'existence dans la culture de coccobacille de Bordet-Gengou, permet d'affirmer la coqueluche.

« Un résultat négatif ne permet pas de conclure fermement et doit être suivi d'un nouvel examen.

« 2° Ces résultats ont surtout de la valeur à la période préquinteuse et dans les trois premières semaines de la période des quintes.

« 3° Par cette recherche, l'isolement des enfants suspects, des douteux, de ceux qui vont avoir la maladie et sont déjà contagieux, peut être réalisé dans les agglomérations. La limitation d'une épidémie peut donc ainsi être obtenue. La prophylaxie de la coqueluche réalise de ce fait un grand progrès qui pourra s'accroître des bienfaits de la vaccinothérapie précoce que nous avons eu l'occasion d'employer et de la sérothérapie que nous allons essayer et qui, comme notre confrère M. le Dr Ledent (de Liège) a bien

voulu nous le communiquer, a donné de très encourageants résultats. Le diagnostic positif et différentiel de la coqueluche, sa thérapeutique et sa prophylaxie nous paraissent donc être étroitement liés désormais à son dépistage bactériologique.

« 4° Un isolement de quatre semaines après le début des quintes paraît tout à fait suffisant, et il y a lieu d'espérer que l'arrêté ministériel du 5 février 1912, qui fixe la durée de l'éviction de l'école pour tout coquelucheux à trente jours après la disparition des quintes spasmodiques, sera modifié dans ce sens. Des retards inutiles dans les études des enfants, des encombrements dans les familles pouvant entraîner le chômage d'un des parents s'ensuivent, et à cet excès de précautions superflues, nous souhaitons voir substituer d'efficaces tentatives prophylactiques.

« 5° Il faut espérer que, comme au Danemark, nous pourrons avoir en France une organisation qui, à l'instar de la diphtérie, permettra de réaliser sur une très grande échelle le dépistage bactériologique de l'affection et que les résultats remarquables obtenus, en particulier à Bordeaux, grâce à l'Institut Pasteur, dans la lutte contre la diphtérie, pourront l'être contre la coqueluche qui, outre les complications graves qu'elle peut comporter au cours de son évolution, laisse parfois des séquelles qui compromettent si profondément l'avenir des enfants ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 9 mars 1924.)

Les syphilis retardées par traitements abortifs.

La mise en œuvre d'un traitement spécifique intensif au début même de l'infection syphilitique, période du chancre, avec R. B. W. négative, ne met pas les malades à l'abri de la période de septicémie caractérisée par une R. B. W. positive plusieurs mois après, soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Aussi voit-on, comme le dit excellemment M. BERNARD, des syphilis retardées survenant à la suite d'un traitement abortif trop vite suspendu.

Quatre observations viennent illustrer sa thèse qu'il conclut dans les termes suivants :

« Lorsqu'on se trouve en présence d'une syphilis à la période préhumorale, il faut réaliser les points suivants :

« 1° *Instituer d'emblée un traitement énergique, mixte* (A-Bi) pour prévenir les cas d'arsénorésistance, et atteindre six à sept grammes d'arsénobenzène. *Ce traitement mixte sera simultané* : de l'observation de plus de cent traitements semblables, menés à toutes les périodes de la syphilis, nous avons la conviction formelle que la simultanéité d'injections des deux métaux produit un résultat, et plus complet et plus rapide que leur alternance. *A fortiori*, faut-il employer ce procédé pour les cures abortives. Si l'on veut s'adresser au Hg, renforçons son action par l'Ag. : l'arquéritol donnera toute satisfaction.

« 2° *Maintenir rigoureusement le contact* entre les différentes injections.

« 3° Après une première cure, un *repos aussi court que possible*, puis une *nouvelle cure arséniée* appuyée après de séries Bi ou Hg. (Gougerot).

« 4° *Les séro-réactions avec réactivations* seront pratiquées *souvent pendant le traitement*, et au moins *tous les mois qui le suivent*, pour éviter de laisser échapper des « crochets » de positivité. Durée de surveillance : *un an*.

« 5° *La ponction lombaire est indispensable*, au moins avant de donner l' « exeat » au malade ; elle est même à conseiller plus tôt, et l'observation IV montre, d'une façon incontestable, sa nécessité avant cette échéance, puisque la syphilis peut avoir été, par ce début de traitement, repoussée dans ses « secondes lignes de défense » que semble constituer pour le tréponème le système nerveux central, point de départ fréquent, pensons-nous, d'offensives ultérieures ». (*Bruxelles méd.*, 6 mars 1924.)

Thrombo-phlébite des sinus caverneux, complication d'accidents dentaires.

MM. MATHIEU et GAMALEIA ont recueilli trois observations de thrombo-phlébite des sinus caverneux, suivie de mort par méningite aiguë, ayant succédé à des accidents d'évolution de la dent de sagesse.

A cette occasion, ils se livrent à une intéressante vue d'ensemble de cette question, en rappelant rapidement les rapports étroits qui unissent les sinus caverneux aux veines de la face et de la cavité buccale, par l'entremise d'un réseau dont l'élément le plus important, au point de vue de la propagation d'une infection périphérique vers les sinus, est la veine ophtalmique.

Les causes habituelles de cette forme de thrombo-phlébite, qui est primitive et complique une lésion exo-crânienne, ou secondaire, et résulte de l'extension d'un processus infectieux intéressant un sinus voisin, — sont les affections infectieuses de la face : acné, furoncle, anthrax, érysipèle, pustule maligne ; les affections des dents et des maxillaires ; les affections des fosses nasales et des cavités voisines (sinus faciaux) ; les affections primitives ou secondaires de l'orbite, les thrombophlébites des sinus voisins.

Les symptômes de cette affection relèvent de l'obstacle opposé par la veine enflammée à la circulation en retour : ce sont l'œdème des paupières, l'exophtalmie, et le chémosis ; — de la compression nerveuse : ptosis, strabisme, paralysie des muscles de l'œil, de la pupille.

A ces symptômes locaux s'ajoutent rapidement des symptômes généraux relevant de la méningite dont l'apparition est marquée par de grands

frissons, une température élevée, et se termine par la mort dans le coma.

Le diagnostic repose sur l'étude de la température, des symptômes orbitaires et des symptômes méningo-encéphaliques. Il est souvent difficile à faire avec le phlegmon de l'orbite. Le pronostic est très grave. Seule, une intervention très précoce peut conjurer les accidents. Cette intervention consiste à débrider largement et profondément le foyer initial, puis la fosse temporale. Drainer avant que l'infection gagne les fosses ptérygo-maxillaire, maxillo-pharyngienne, temporale. L'envahissement de celle-ci assombrit d'ailleurs considérablement le pronostic.

A l'intervention chirurgicale, on joindra les injections de métaux-colloïdaux, l'administration de cardio-toniques, l'abcès de fixation, la vaccinothérapie et la sérothérapie. Les arsenicaux seraient aussi indiqués quand l'affection est d'origine dentaire. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janvier 1924.)

Les pneumococcies prolongées de l'enfance.

Ce sont d'abord ces cas de pneumonies dites migratrices ou serpigineuses, de pneumonies doubles ou massives, de pneumonies à foyers récidivants, de pneumonies à rechutes, de pneumonies à type intermittent, à forme typhoïde, qui s'observent assez rarement chez l'enfant, même du premier âge, mais qu'il faut cependant connaître, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils se prêtent.

Ailleurs, la prolongation de la pneumococcie est due à une propagation de l'infection à la plèvre. Ailleurs encore, c'est dans le rhinopharynx, dans les végétations adénoïdes que réside le foyer infectieux.

Le diagnostic de ces états doit être fait avec la tuberculose. Et c'est dans les recherches bactériologiques qu'on en découvrira parfois les éléments. Mais il faut savoir que la tuberculose peut coexister avec ces pneumonies prolongées.

M. Nobécourt préconise, comme traitement de ces affections, la sérothérapie anti-pneumococcique, tout en faisant remarquer que l'avenir de la thérapeutique doit être réservé à la vaccinothérapie avec un auto-vaccin.

On veillera à la contagion possible ; à la protection du malade contre de nouvelles réinfections. On nettoiera les premières voies aériennes ; on enlèvera les végétations, en dehors de la période aiguë fébrile.

Enfin, on combattra les séquelles de ces pneumococcies par les cures d'air et les cures thermales. (La Bourboule, St-Honoré). (*Paris médical*, 8 septembre 1923.)

La réaction de l'elixir parégorique.

Le médecin praticien a intérêt à multiplier les moyens qu'il peut employer pour assurer son diagnostic à l'aide de recherches qui ne dépassent pas ses possibilités. Ainsi doit-il en être en particulier du diagnostic de la syphilis nerveuse.

M. Targowla a découvert que l'elixir parégorique jouit de la propriété de donner un précipité avec le liquide céphalo-rachidien de syphilitiques.

Dans un premier tube, on mélange V gouttes d'eau distillée, XV gouttes de liquide céphalo-rachidien, XV gouttes d'élixir parégorique. Dans un second tube, on mélange uniquement XX gouttes d'eau distillée, avec XV gouttes d'élixir parégorique. Seules les affections du névraxe et la sclérose en plaques donnent des réactions positives totales, partielles ou faibles. Le tube témoin ne renferme aucun précipité, la réaction étant cara térisée par la production d'un précipité plus ou moins abondant.

Sur 100 malades examinés, la réaction à l'élixir parégorique fut trouvée 91 fois concordante avec la R. B.W. Dans les 9 autres cas, il s'agissait d'un processus faible, peu évolutif, souvent cliniquement latent.

« Elle (réaction à l'élixir parégorique) a donc une importante valeur diagnostique et la facilité de sa technique met entre les mains du clinicien un moyen simple et sensible pour dépister la syphilis du névraxe ; elle dispense le plus souvent d'avoir recours aux méthodes de laboratoire plus complexes, on ne leur demande qu'un complément de précision ; elle est susceptible, en outre, de les suppléer dans les cas douteux où certains éléments du syndrome humoral peuvent manquer ». (*Progr. méd.*, 8 septembre 1923.)

Le traitement moderne du rhumatisme blennorragique

Le rhumatisme blennorragique continue à faire l'objet de publications intéressantes, en ce qu'elles cherchent à mettre au point la question complexe du traitement de cette affection.

M. M.-P. Weil passe en revue les diverses modalités actuelles de ce traitement.

Certaines sont pour le médecin de vieilles connaissances ; elles n'en méritent pas moins de retenir son attention. Ce sont le repos, le membre étant immobilisé dans une gouttière capitonnée d'ouate, excellent facteur de soulagement de la douleur, mais qu'on ne pratiquera pas longtemps, la mobilisation précoce étant indiquée pour éviter l'ankylose. A partir du 4e au 6e jour, massage léger sous forme d'effleurages.

Applications locales de pommades ou liniments classiques. A l'intérieur, salicylate de soude, salophène.

Les méthodes nouvelles sont la sérothérapie, la vaccinothérapie, la protéinothérapie, l'opération chirurgicale.

La sérothérapie avec le sérum de Nicolle, s'adresse à la forme hydarthrodiale du rhumatisme du genou, le sérum étant injecté dans

la cavité articulaire préalablemennt vidée de son contenu. Pour faciliter l'évacuation de ce liquide souvent épais et visqueux, on procèdera à un lavage de l'article avec le même sérum. Que l'injection intra-articulaire soit possible ou non, on aura avantage à faire des injections intra-musculaires ou sous-cutanées de sérum, de préférence au voisinage de l'articulation malade. Le sérum de Stérian préparé avec l'injection aux animaux du pus du blennorragique lui-même, s'emploie en injections sous-cutanées.

La vaccinothérapie se pratique avec le vaccin de Nicolle et Blaizot, ou le lipo-vaccin de Le Moignic, et convient aux formes non hydarthrodiales arrivées à une certaine période de leur évolution. Le maniement en est un peu délicat, en raison de la nécessité d'utiliser la dose optima, ni trop faible, ni trop forte.

La protéinothérapie, ou médication par le choc, a recours aux sérums non spécifiques, à la peptone, au lait. L'auteur préconise cependant les sérums spécifiques, susceptibles de mettre en action leurs propriétés particulières et leurs propriétés colloïdoclasiques. A cette méthode se rattachent les réinjections du liquide de l'épanchement, retiré par ponction (auto-sérothérapie).

Enfin, les arthropathies douloureuses et à tendance plastique réclament l'intervention chirurgicale, l'arthrotomie avec évacuation du contenu articulaire, mobilisation prudente, lavage à l'éther, et suture primitive.

Aux séquelles, on opposera les injections de thorium X contre la douleur, la mobilisation progressive et les cures thermales appropriées. (*L'Hôpital*, août B, 1923).

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le mode de titration de l'insuline.

(MM. A. Desgrez, Bierry et Rathery. — *Académie de médecine* ; 25-3-1924.)

Une des grosses difficultés de l'emploi de l'insuline est sa posologie et son mode de titration. Comme il s'agit d'un extrait physiologique, non chimiquement défini, on ignore la valeur, au point de vue activité, d'un poids déterminé de substance, tant qu'on n'a pas expérimenté chez l'animal ou chez l'homme l'effet produit.

Les Américains, comme test d'une insuline, ont proposé et se servent de ce qu'ils ont appelé l'*unité physiologique*, quantité nécessaire pour abaisser dans les quatre heures à 0 gr. 045 p. 100 la glycémie du lapin de 2 kilogr., maintenu à jeun depuis vingt-quatre heures. Ils ont indiqué, d'autre part, une *unité clinique*, égale au tiers de la précédente. Toute insuline donnée doit d'abord subir un essai expérimental qui fixe sa puissance en unités physiologiques chez l'animal. Chez l'homme, il faut en outre tenir compte de toutes les variations individuelles.

MM. Desgrez, Bierry et Rathery estiment que l'on pourrait déjà simplifier cette question complexe en adoptant un formulaire poids et non plus un formulaire unités. Ils ont préparé une insuline *en poudre*, purifiée et stérile, qu'ils essaient chez le chien et que l'on peut injecter, au moment du besoin, après dissolution dans un liquide isotonique. Les avantages de cette forme nouvelle sont sa conservation facile et l'administration en poids, qui est conforme aux règles séculaires de la pharmacopée. Certes, on n'arrive pas à une posologie précise comme pour les alcaloïdes et la plupart des médicaments (puisqu'il faut tenir compte des cas individuels), mais on rend plus facile l'usage thérapeutique de cette importante substance.

— M. Marcel Labbé reconnaît les difficultés de la posologie de l'insuline, mais il ne voit pas une grande supériorité au dosage proposé par M. Desgrez. Insuline en poudre ou insuline liquide, il faut toujours au préalable en faire la titration physiologique par des essais chez les animaux. Jusqu'à nouvel ordre, l'unité physiologique reste encore la base sur laquelle on s'appuie. Les Américains, ajoute l'orateur, ont eu tort d'abandonner leur unité physiologique primitive pour adopter une unité clinique qui n'offre pas d'avantage et vient compliquer les études comparatives.

— M. Chauffard, au contraire, se rallie tout à fait aux idées de M. Desgrez. Il n'y a, en médecine thérapeutique, de vraie posologie que par le poids ou le volume, qui est lui-même une autre forme du poids.

Incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de celles de médecin contrôleur.

(M. V. Balthazard. — *Académie de médecine* ; 25-3-1924.)

Le projet de loi sur les assurances sociales présenté au Parlement aboutit, on le sait, à la confusion des rôles de médecin traitant et de médecin contrôleur. « Désormais, écrit le Dr Grinda, rapporteur de ce projet de loi, l'esprit d'observation, la sagacité du médecin, au lieu de s'exercer uniquement sur la maladie, s'étendront à toute une psychologie spéciale... Il aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie, de rendre les malades au travail dans le plus bref délai possible ».

M. Balthazard s'élève contre cette conception de

la pratique médicale. Il montre la distinction à établir entre les fonctions du médecin traitant et celles du médecin contrôleur ou du médecin expert, et il propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, s'inspirant de l'intérêt des malades, qui doivent trouver en leurs médecins leurs défenseurs naturels, et soucieuse du secret médical, rappelle que, dans toute organisation des soins médicaux, on doit considérer le rôle du médecin traitant comme incompatible avec celui du médecin contrôleur ou expert ».

La communication de M. Balthazard est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Siredey, Le Gendre, Balthazard et de Lapersonne.

L'invention du cinématographe.

(M. Ch. Richet. — *Académie de médecine* ; 25-3-1924.)

M. Richet, revenant sur une discussion soulevée par M. Doléris, intitule sa communication : *Marey est le seul inventeur du cinématographe.* Ce qui constitue, dit-il, essentiellement l'invention en question, c'est : 1° la création d'une machine reproduisant à intervalles égaux des images photographiques successives, à 20 images par seconde. Or, Marey a trouvé ceci avec le fusil photographique (1882) ;

2° Le remplacement de la plaque de verre par un papier photographique sensible (*film*) (1890) ;

3° La projection des images sur un écran de manière à donner l'illusion du mouvement (1892).

Tout cela appartient à Marey.

Les dangers des injections de vaseline. Les paraffinomes.

(MM. Mauclaire et H. Claude. — *Société de chirurgie* ; 30-1-1924.)

Ceux qui ont injecté de la paraffine dans les seins, remarque M. Mauclaire, ont créé une maladie nouvelle de ces organes : le paraffinome. L'auteur cite l'histoire d'une femme de cinquante ans, qui se fit faire, il y a vingt ans, dans un but esthétique, des injections massives de paraffine dans les deux seins. Pendant 19 ans, les glandes restèrent indurées sans douleur. Mais, depuis quelques mois, apparut des deux côtés un état phlegmasique qui aboutit à gauche à une ulcération. Aujourd'hui, l'ablation des deux seins s'impose. Cependant, l'examen histologique montre qu'il n'y a pas là de dégénérescence épithéliale. Celle-ci, il est vrai, n'est pas impossible.

— M. Lenormant a vu jadis un de ces exemples lamentables de paraffinome chez une jeune femme qui lui était adressée par M. Thibierge. On lui avait injecté de la paraffine pour redresser une ensellure nasale. Or, cette malheureuse offrait une infiltration diffuse du nez, des deux joues, du menton, avec bosselures adhérentes à la peau. La déformation était effroyable et rappelait la lèpre. M. Lenormant tenta d'enlever ces tumeurs ; mais, dès les premières interventions, il se rendit compte de l'impossibilité de rien faire d'utile dans ces tissus infiltrés, scléreux, profondément altérés. La malade fut perdue de vue et finit peut-être par se suicider.

— M. Tuffier a été plusieurs fois témoin des méfaits des injections de paraffine. Chez une première malade, il dut pratiquer une double exérèse des seins. Chez une seconde, l'aspect était celui d'une gomme, d'où s'écoulait de l'huile de paraffine. Chez une troisième, qui avait reçu également des injections de paraffine en petite quantité et qui l'avouait, survint une infection diffuse nécessitant l'amputation. Une quatrième, une Américaine encore jeune, s'était fait faire aux Etats-Unis, des injections répétées de paraffine, en faibles quantités, au niveau des commissures des paupières et des lèvres. Elle était dans un état épouvantable, rappelant les facies lépreux les plus horribles : lèvres noueuses, joues sclérosées, ailes du nez indurées, muqueuse buccale inextensible. Si les paraffinomes intra-mammaires sont susceptibles de guérir chirurgicalement, il en est tout autrement de cette forme léproïde qui constitue une calamité dont on devrait prévenir les malheureuses femmes qui n'hésitent pas à recourir à cette méthode.

— M. Mauclaire ajoute qu'il faut distinguer les paraffinomes, les vaselinomes, et les huilomes. Les premiers diffusent peu ; les derniers fusent dans les vaisseaux lymphatiques (Juckuff).

Tumeur pédiculée du bassin cause d'étranglement interne.

(M. J.-P. Tourneux, de Toulouse. — *Société de chirurgie* ; 6-2-1924.)

M. Lecène présente un rapport sur une observation de M. J.-P. Tourneux, de Toulouse, relative à un cas de tumeur pédiculée du bassin, à développement intra-péritonéal, ayant déterminé des accidents d'étranglement interne.

Il s'agit d'un fait rare et peut-être unique dans la littérature médicale : une tumeur fibreuse, d'origine vraisemblablement périostique, de la face interne de l'os iliaque, librement développée dans l'abdomen, ayant offert dans sa masse un canal central où une anse de l'intestin grêle vint s'engager, pour s'y étrangler. M. Tourneux pratiqua l'ablation de cette intéressante tumeur, qui pesait 1 kilogr. 350. Le canal intérieur était long de 7 centimètres et large de 3 à son orifice.

Les fibromes périostiques du bassin sont des néoplasies peu communes. On les a rencontrés surtout au niveau du détroit supérieur, sous l'aspect de masses lisses, pouvant comprimer l'intestin. Aucun exemple jusqu'à ce jour ne semble avoir été signalé de tumeur fibreuse de cette région creusée d'une cavité centrale, susceptible de devenir la cause d'un étranglement interne.

Eventration du diaphragme.

(MM. Pierre Duval et Jean Quénu. — *Société de chirurgie* ; 6-2-1924.)

MM. Pierre Duval et Jean Quénu rapportent un cas d'éventration du diaphragme qu'ils ont traité chirurgicalement avec bon résultat immédiat.

L'éventration diaphragmatique est une curieuse disposition, mal connue encore dans ses causes, dans sa nature, comme dans son traitement, qui fut décrite pour la première fois en 1780 par J.-L. Petit, et en 1849, par Cruveilhier. On l'a tour à tour dénommée : surélévation diaphragmatique idiopathique, relâchement du diaphragme, insuffisance diaphragmatique, éventration diaphragmatique. Elle est constituée par l'élévation anormale et unilatérale de la coupoule diaphragmatique, absolument permanente, permettant l'ascension des organes abdominaux. Ceux-ci se trouvent remontés dans le thorax, mais restent extra-pleuraux et sous-diaphragmatiques. On peut noter des symptômes divers (douleurs, phénomènes de refoulement du cœur...) et des signes rappelant ceux de la pleurésie. La radiographie aide le diagnostic et élimine l'ectopie thoracique des viscères abdominaux. C'est, d'ailleurs, une affection rare puisque Eppinger, sur 652 cas de malformations phréniques, compte 635 hernies du diaphragme, et seulement 17 éventrations.

MM. Pierre Duval et Quénu sont intervenus, chez leur malade, en pratiquant une réduction de la coupole diaphragmatique intéressée, par plicature du muscle. C'est apparemment la première tentative chirurgicale dirigée, en France, contre cette affection rebelle, il va sans dire, à tout traitement médical. La plicature du diaphragme fut faite à l'étranger une fois, en 1922, par Lerche, chez une malade de vingt-cinq ans. Sept mois après, l'opérée revue ne ressentait aucun trouble.

Cancer et ulcéro-cancer gastrique.

(M. Victor Pauchet. — *Société de chirurgie* ; 20-2-24.)

M. Hartmann lit un rapport sur une étude de M. Victor Pauchet intitulée : gastrectomie pour ulcéro-cancer secondaire à une opération de Balfour faite trois ans auparavant.

Le malade, objet de cette communication, fut traité en 1919 pour ulcus gastrique et opéré à ce moment par M. Pauchet qui lui fit une cautérisation vigoureuse de l'ulcère à la Balfour, avec gastro-entérostomie. Trois années plus tard, retour des troubles gastriques sous forme d'ulcéro-cancer. M. Pauchet déclare, à ce propos, qu'il a aujourd'hui renoncé à l'opération de Balfour et que cette intervention est abandonnée, même à la clinique américaine Mayo.

L'observation de M. Pauchet soulève, d'autre part, la question des ulcéro-cancers de l'estomac, des cancers greffés sur des ulcus anciens. On a dit que les cancers de l'estomac correspondaient le plus souvent à des ulcères cancérisés. Mac Carthy a estimé la proportion de ces derniers à 68 % des néoplasmes gastriques. M. Hartmann ne partage pas cette opinion. Certes, il existe des ulcéro-cancers et le cas de M. Pauchet en est un exemple indiscutable, mais leur nombre est beaucoup moindre qu'on a pu le croire. Il serait de 16 pour 100 des cancers d'après la statistique de Pauchet et Hirschberg. Certains travaux récents, comme celui de Anschütz et Kontjatzny, le fixent à un chiffre moindre (5 p. 100). Sans qu'une précision absolue soit possible, M. Hartmann croit pouvoir dire qu'après avoir méconnu l'ulcéro-cancer, on en a dans ces 15 dernières années beaucoup exagéré la fréquence.

P. L.

Les Livres

Maloine, éditeur, Paris.

L'Année Médicale pratique (3e année).

La Revue annuelle des acquisitions cliniques et thérapeutiques publiée sous la direction du Dr Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris, vient de paraître pour la troisième fois. Il n'y a pas à notre avis de publication plus utile pour le praticien.

M. Camille Lian et le secrétaire de la rédaction, le Dr Siguret, ont su grouper toutes les nouveautés reconnues indiscutablement utiles et que le médecin peut dès ce jour appliquer dans l'exercice courant de sa profession, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

L'*Année médicale pratique* a adopté pour ses articles l'ordre alphabétique, le meilleur pour les recherches rapides que le médecin praticien désire y faire.

Chaque article est l'œuvre d'un collaborateur savant et expérimenté, médecin ou chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, chef de clinique, chef de laboratoire, préparateur, spécialiste distingué. Chaque rédacteur s'est livré d'abord à une sérieuse critique des travaux qui intéressent la partie qui le concerne pour ne retenir que ce que le médecin praticien peut immédiatement utiliser.

Il l'expose ensuite avec le plus de simplicité et de netteté possible.

Les questions nouvelles, étudiées au cours de l'année, qui paraissent d'un véritable intérêt, mais qui demandent encore à être mises au point avant d'être considérées comme définitivement acquises, forment un chapitre à part sous le titre symbolique : *A l'horizon*, heureuse innovation de cette nouvelle

édition, car l'*Année médicale pratique* se perfectionne tous les ans.

Nous ne saurions assez recommander à nos lecteurs l'*Année médicale pratique*; avec elle, ils sont assurés d'être tout à fait au courant des acquisitions nouvelles réellement utilisables, car toutes celles qui y sont données ont été passées au crible de la critique d'une véritable compétence ; ce qui est absolument indispensable à notre époque où s'accumulent tant de publications hâtives, de travaux mal digérés, d'observations dont les auteurs se sont autosuggestionnés, d'expérimentations parfois fantaisistes ou mal conduites. Comme l'écrit le Pr Emile Sergent dans la préface qu'il consacre à la publication du Dr Lian : « Toutes les acquisitions nouvelles ne sont pas de pur métal ; quelques-unes sont fragiles et s'effritent rapidement ».

Aussi sommes-nous heureux, nous praticiens, quand nous sommes aux prises avec une difficulté, ou quand nous désirons appliquer à un malade une thérapeutique nouvelle, de pouvoir nous mettre très rapidement au courant en feuilletant les dernières éditions de l'*Année médicale pratique*.

Personnellement, nous venons d'en faire l'expérience dans notre clientèle. Appelé auprès d'une fillette choréique, nous lui avons prescrit la liqueur arsenicale de Boudin selon la méthode de Comby. Mais l'enfant supporte mal cette médication, elle a des nausées et de la diarrhée. Nous avons cherché dans la nouvelle édition de l'*Année médicale pratique*, l'article *chorée* et nous avons trouvé, exposé très pratiquement en une page par notre distingué collaborateur le Dr G. Blechmann, le traitement par le beurre arsenical qui, pris à la fin des repas, n'oblige pas l'enfant à un régime sévère et produit sans inconvénients, les effets thérapeutiques de la liqueur de Boudin. Le Dr G. Blechmann donne à ce sujet comme indication bibliographique : *Journ. méd, Lyon*, nº 75, 20 février 1923. C'est là qu'il a puisé la méthode thérapeutique qu'il préconise après l'avoir contrôlée lui-même.

Ce petit exemple démontre une fois de plus toute l'utilité de l'*Année médicale pratique* et nous félicitions vivement de la troisième édit on, son directeur, bien connu des lecteurs du *Concours médical*, M. Lian et ses distingués collaborateurs (1).

J. Noir.

Ernest Flammarion, éditeur,
26, rue Racine, Paris.

V. Cyril et Dr Berger. — **La «coco» poison moderne.** (Un volume in-18 jésus. Prix : 7 francs.)

Ce livre est l'enquête la plus complète qui ait été faite jusqu'à ce jour sur le terrible poison et ses victimes. Il épuise la question qu'il traite au point de vue clinique, social, physique, policier et surtout au point de vue «mœurs ».

Pour le mener à bien, les auteurs ont visité l'enfer du milieu, suivant le cocaïnomane partout où il se trouve, dans les bars et les boîtes de nuit — ce qui nous vaut une pittoresque exploration des dessous de Montmartre — dans les réduits louches, les hôtels complaisants, les taudis, les maisons de santé et les hôpitaux. Ils font défiler devant nous toutes les catégories d'intoxiqués, les gens chics et les snobs, les noceurs et les prostituées, les invertis des deux sexes, les détraqués et les déchus, les intellectuels, les artistes de théâtre et de cinéma ; ils évoquent toutes les étapes de leur calvaire, depuis les premières extases de la lune de miel jusqu'aux hallucinantes terreurs qui les précipitent vers la folie et la mort. Ils nous montrent enfin les trafiquants dans leur lutte incessante de ruses et de contre-ruses avec les limiers de la brigade mondaine.

La « *coco* » est un livre bourré d'anecdotes et de portraits. Il n'a pas seulement l'attrait des romans les plus étranges : il comporte encore un terrible enseignement : la vérité mise à nu par une telle étude montre un visage assez effrayant pour préserver à jamais les ignorants de la tentation.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

F. Legueu. — **Archives urologiques de la clinique de Necker.** Tome IV, fascicule I, août 1923. Prix 12 fr. (97 pages).

Voici le sommaire de ce fascicule :

L. Fouquiau. Microbiologie et vaccinothérapie des abcès de la prostate.

J.-G. Cano. Traitement de la gonococcie par les injections intra-veineuses et intra-prostatiques de méthyl, phénol, sérum. — A. Astraldi. Les infections de l'adénome prostatique. — Manthopoulo. Les perforations prestricturales dans les urètres rétrécis. — Anghel. Lésions de l'urètre par les sondes à demeure. — Henri Béclère et Bernard Fey. Diagnostic radiographique des calculs du rein et de la vésicule biliaire. — A. Astraldi. Rupture traumatique d'un varicocèle.

A Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

E. Papin. — **Endoscopie opératoire des voies urinaires.** 1 vol. in-4º, 85 figures, 8 planches en couleurs, 1923. Prix : 26 francs.

L'ouvrage du Dr Papin est le premier qui soit entièrement consacré à l'endoscopie opératoire urinaire. Il est indispensable à l'urologiste, qui vient manier convenablement les instruments délicats des cystoscopes opérateurs. Les médecins et chirurgiens non spécialisés y trouveront aussi des renseignements intéressants sur des affections aussi fréquentes que les tumeurs de la vessie et les calculs

(1) L'*Année Médicale Pratique* a en outre un article intitulé : l'Année professionnelle. Cet article est dû à la plume de G. Duchesne, ce qui nous dispense de l'apprécier.

de l'uretère, 8 planches en couleurs donnent 48 vues cystoscopiques remarquables.

Bien que l'auteur ait donné la description d'un grand nombre d'instruments personnels, d'ailleurs très répandus aujourd'hui, il a voulu surtout faire œuvre didactique en précisant des méthodes que les manuels ordinaires d'urologie ou de cystoscopie passent sous silence, ou décrivent brièvement.

Même éditeur.

Stephen Chauvet. — **Les arts indigènes des Colonies françaises**. (1 brochure in-8, 47 pages, nombreuses figures, Paris 1924. Prix : 3 fr.).

C'est le guide de l'Exposition d'art indigène au pavillon de Marsan.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Henri Damaye. — **Éléments de neuro-psychiatrie.** *Clinique thérapeutique. Questions sociologiques.* Un vol in-8°, 204 pages, 1923, Prix : 7 francs.

Cet ouvrage a pour objet d'exposer la psychiatrie suivant une méthode anatomo-clinique et thérapeutique ; et cependant, l'anatomie pathologique connue des troubles mentaux est encore rudimentaire. Les véritables lésions, trop intimes pour nos méthodes et nos instruments, sont encore dans l'impénétrable.

La psychiatrie moderne doit s'intéresser surtout aux phénomènes biologiques qui se passent dans les tissus et les humeurs des malades mentaux. Le temps n'est plus d'envisager la pathologie mentale comme un recueil de faits psychiques divers. Le psychisme est indispensable à la chirurgie, mais il est une langue morte, qui n'a point de sève et ne sert ni à l'étiologie, ni à la thérapeutique.

Il faut désormais aux futurs psychiatres une instruction biologique et des études plus consistantes que celles sur lesquelles on les juge encore exclusivement.

Dans les différents chapitres qui traitent des maladies mentales, il est fait une large part à la thérapeutique. L'auteur a repris le problème important du médecin et du psychiatre militaire déjà exposé dans un ouvrage antérieur.

D'autre part, prophylaxie et hygiène mentales se confondent avec prophylaxie et hygiène physiques ; on ne peut les disjoindre médicalement. C'est à tous les médecins qu'elles incombent. La prophylaxie et l'hygiène mentales se réalisent continuellement, en dehors de l'action du psychiatre, par la pratique et l'extension, la divulgation de l'hygiène et de la prophylaxie physique .Il existe cependant un domaine sociologique, celui inauguré par M. Toulouse, où le psychiatre fera grand bien s'il sait faire cause commune avec ses confrères de médecine générale.

Médecins et même savants interviendront utilement aujourd'hui dans les grandes questions médico-sociologiques, sans être à la merci trop exclusive de politiciens non avertis.

« C'est pourquoi, dit l'auteur, dans ce petit ouvrage, on touvera des chapitres sur les deux questions, à notre avis fondamentales, de la prophylaxie spéciale : les demi-fous et l'enseignement aux enfants. La liberté d'enseignement (secondaire et primaire), par son manque de contrôle, de garanties scientifiques, mentales et morales, ne nous paraît pas une bien bonne chose, au point de vue où nous nous plaçons. D'autre part, l'enseignement secondaire, officiel ou libre, tel que nous l'avons connu, par son internat surtout, était, sans exagération, l'institution la plus propre à anéantir la race en quelques générations. Les jeunes gens sortaient de là peu aptes à s'accommoder du service militaire et à le supporter. Le déchet, aux conseils de révision, était énorme... Puissions-nous intéresser un peu les confrères qui emploient leur effort à réaliser la soudure si nécessaire de la psychiatrie à la médecine générale. »

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr W. Wignal. — **Précis d'électro-physiologie. Déductions cliniques et thérapeutiques.** Préface du prof. Chauffard. (Un vol. in-16 de 172 pages. Prix : 6 fr.)

Le but de ce livre est, non d'enseigner la pratique électrothérapique, mais de montrer comment les différentes modalités électriques, en applications directes ou indirectes, agissent sur notre organisme.

La pensée de l'auteur est d'exposer, en tenant compte des dernières acquisitions de la science, les bases de l'électrophysiologie, d'où sont logiquement déduites les applications cliniques et thérapeutiques, sans alourdir le texte par des descriptions minutieuses d'appareils ou par des détails de la technique des applications.

Chaque modalité électrique est étudiée dans un chapitre distinct, qui comprend deux parties : dans la première sont exposés ses modes d'action sur notre organisme et la façon dont ce dernier réagit, d'où l'on déduit dans la seconde partie, les principales applications thérapeutiques, que l'on retrouve résumées d'une façon claire et précise dans un tableau à la fin de chaque chapitre.

Les trois derniers chapitres sont consacrés à deux applications indirectes de l'électricité : *la radiothérapie* et *les rayons ultra-violets. La curiethérapie* est aussi étudiée à cause de son mode d'action si voisin de la rœntgenthérapie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Note sur un nouveau moyen d'hémostase utérine

par le docteur Léon DAVID (de Paris).

Dans ces derniers temps, la thérapeutique par l'ergot de seigle semble être entrée dans une phase décisive de son développement. Tandis, qu'en effet, on utilisait jusqu'à ce jour des principes actifs d'activité inconstante et de toxicité variable, la découverte de l'ergotamine cristallisée (C^{33}, H^{35}, N^{5}, O^{5}), principe actif spécifique de l'ergot, a donné aux gynécologues et aux accoucheurs une arme puissante, à effets rapides et constants.

La littérature médicale française et étrangère s'est enrichie de travaux cliniques sur cette importante question, et, les médecins qui suivent de près le mouvement thérapeutique actuel ont eu, à ce sujet, leur attention retenue par certaines recherches intéressantes.

A la *Société de biologie* (1), E. Rothlin a communiqué les propriétés physiologiques de l'ergotamine cristallisée, et il a insisté sur la « constance absolue » de ses effets médicamenteux. Roulland (2), exposant les indications respectives de l'hypophyse et de l'ergot en gynécologie, reconnaît aussi à l'ergotamine des effets précis et constants. Le professeur Rossier et le docteur de Bumann (3) insistent sur la rapidité d'action du médicament dans l'*atonie utérine*, et considèrent son efficacité comme « surprenante » dans l'hémostase de l'utérus. Enfin, les professeurs Hamm (4) de Bustamante (5) et Louis Huguet (6) confirment également, dans leurs travaux personnels, les précédentes constatations.

Cet ensemble de documents publiés par les auteurs les plus divers nous a incité à essayer nous-même le tartrate d'ergotamine (Gynergène) dans notre pratique gynécologique. Les résultats que nous en avons obtenus ont été remarquables et nous tenons à dire que, jusqu'à ce jour, les bons effets constatés dans nos observations personnelles sont tout à fait analogues à ceux déjà signalés par les auteurs.

A l'heure actuelle, nous pouvons apporter 8 cas précis et qui sont 8 succès. Sans doute, ce nombre d'observations peut paraître insuffisant pour nous permettre de formuler des conclusions personnelles définitives sur une médication nouvelle. Il faut, en effet, se garder des généralisations hâtives, que nous pourrions être amené à réformer nous-même. Ces 8 observations, cependant, jointes aux nombreux faits rapportés dans la littérature médicale, prennent une valeur de contrôle intéressante, et méritent pour cela d'être publiées.

A ces constatations cliniques personnelles, nous joindrons encore trois autres observations qui nous ont été communiquées récemment par M. le docteur Thil (de Paris), ce qui nous permettra de publier au total onze observations nouvelles.

Voici, résumées, les trois observations de M. le Dr Thil.

Observation I. — Madame A..., Paris, 32 ans, *métrite hémorragique*, séquelle d'un avortement datant de deux mois.

Cette malade a été vue par moi, deux mois après sa fausse couche. Je constate un utérus gros, avec muqueuse molle et saignante.

Deux injections intra-musculaires d'une ampoule de gynergène sont faites à deux jours d'intervalle.

Après la première injection, l'utérus ne saigne presque plus, l'hémorragie est totalement arrêtée après la seconde injection.

Depuis lors, cette malade a eu deux fois ses règles, et celles-ci ont été normales. Elles sont restées normales depuis le traitement.

Durée des règles 4 à 5 jours.

Observation II. — Madame L..., Paris, 54 ans. *Hémorragies abondantes* dues à une *métrite de la ménopause.* Hémorragies rebelles et n'ayant cédé à aucun traitement.

Nous avons fait à cette amalade 6 injections d'une ampoule de gynergène pendant deux semaines à raison d'une ampoule tous les trois jours. Ces six injections ont amené l'arrêt complet de ces métrorragies, et depuis plus d'un mois, elles n'ont pas reparu, aucun inconvénient à signaler.

Observation III. — Madame C..., Paris, 23 ans, *hémorragie abondante post-partum*, secondipare, cette femme a eu un accouchement normal, mais suivi d'*inertie utérine* au moment de la délivrance.

Nous faisons des injections intra-utérines à 50 degrés ; délivrance rapide ; toutefois, l'utérus quoique vide, se rétracte mal et saigne ; injection d'une am-

(1) Séance du 28 avril 1923.
(2) *Le Concours medical*, 19 août 1923.
(3) *Congrès des obstétriciens et des gynécologues.* (Genève, 9-11 août 1923.)
(4) *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg*, (5 janvier 1923).
(5) *Revista medica Cubana*, janvier 1924.
(6) *Revista Medica Cubana*, mars 1924.

poule de gynergène, rétraction utérine presque immédiate et arrêt définitif de l'hémorragie.

***

Nos huit observations personnelles se décomposent comme suit :

1º *Deux cas de fibrome* à implantation sous-muqueuse amenant des hémorragies récidivantes. Le traitement constitué d'abord par des injections de gynergène, puis, par la solution, amena en 6 jours, la disparition totale des pertes sanglantes.

2º *Deux cas de métrites fongueuses.* La solution seule fut utilisée à raison de 3 fois 20 gouttes par 24 heures avec résultat tout à fait favorable.

3º *Un cas de polype utérin* sessile provoquant des hémorragies. Résultats rapides et constants par l'utilisation d'une ampoule à chaque nouvelle apparition des pertes jusqu'à l'ablation du polype.

4º *Un cas de métrorragie de la ménopause,* ayant pris un caractère alarmant par son abondance et sa répétition. Disparition rapide du symptôme par l'utilisation de 4 comprimés par jour (durée du traitement environ 3 jours à chaque nouvelle poussée hémorragique).

5º *Un cas de ménorragie* qui durait depuis 18 jours chez une jeune femme ayant eu ses dernières règles tout à fait normales et à l'époque habituelle.

L'examen et l'interrogation nous permirent de conclure à une fausse-couche. Un médecin consulté avait conseillé des injections journalières d'ergotine, mais ce traitement n'avait pas beaucoup amélioré la situation.

Nous avons alors ordonné 4 comprimés de gynergène par jour, et, en 48 heures, ces pertes sanglantes furent arrêtées.

6º *Un cas de métrorragie* profuse suivie de syncope survenue dans la rue, chez une jeune femme et probablement due à une fausse couche. Le traitement suivi (ergotine, injections vaginales très chaudes) n'ayant pas empêché l'hémorragie de continuer les jours suivants, l'ergotamine fut utilisée à raison de 3 injections intra-musculaires en 24 heures. Cessation de l'hémorragie qui ne se reproduit plus.

Tels sont les faits ; que permettent-ils de conclure ?

Tout d'abord ceci : le tartrate d'ergotamine cristallisé a des effets cliniques précis, rapides et constants. Il n'est pas superflu de revenir sur cette constatation faite par les auteurs car, dans la thérapeutique ergotée, ce fait prend une importance particulière, en raison de l'inconstance habituelle des principes actifs utilisés jusqu'ici et des cas d'urgence nombreux soumis à notre intervention.

Une seconde constatation est la suivante : le gynergène exerce sur les hémorragies utérines, quelle que soit leur abondance et leur cause, des effets hémostatiques dont il importe de souligner la valeur. Lorsque, en effet, on a l'habitude de traiter ce symptôme, on se rend compte que, dans le nouveau médicament, il y a une force hémostatique supérieure à celle que nous connaissions jusqu'à ce jour, et, s'il nous était permis d'exposer toute notre pensée, nous dirions que le tartrate d'ergotamine nous paraît être, à l'heure actuelle, le plus puissant des hémostatiques utérins.

Nous n'avons pas une opinion personnelle à énoncer sur les effets de cette thérapeutique dans l'atonie utérine. Une seule observation (observation III) ne suffit pas à fixer le jugement. Nous avons vu, cependant, plus haut, que le professeur Rossier et le docteur de Bumann ont insisté, au Congrès de Genève, sur la valeur de l'ergotamine utilisée contre l'inertie utérine, et pour éviter toute hémorragie dans les opérations césariennes (injection du médicament en plein muscle utérin).

En ce qui concerne la toxicité de cet alcaloïde nouveau, nous n'avons pas constaté d'effets secondaires, aux doses convenables. Comme tout autre alcaloïde, ce puissant agent thérapeutique doit être manié avec soin, mais sans crainte, en raison de son caractère cristallisé et de sa pureté chimique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

JURISPRUDENCE

I

Conflits entre médecin et pharmacien

Un de nos abonnés nous pose la série de questions suivantes :

1° *Un pharmacien, unique dans la région, peut-il se refuser à délivrer des médicaments aux clients du médecin, sans aucun motif* ?

J'ai déjà répondu à cette question, en commentant un jugement du tribunal civil de Montauban, du 21 février 1923 (*Concours médical*, 1924, pages 489 et suiv.).

Un pharmacien est en droit de refuser d'exécuter une ordonnance, sans qu'il ait à donner les motifs de ce refus ; mais il ne doit pas se livrer à des commentaires désobligeants sur le compte du médecin, sous peine de se voir poursuivre pour dénigrement et détournement de clientèle.

2° *Un pharmacien peut-il s'absenter de son officine, sans laisser de remplaçant* ?

Parfaitement, aucun texte législatif ou règlementaire n'oblige le pharmacien à avoir officine ouverte. Il a le droit de s'absenter aussi bien pendant une heure que pendant plusieurs jours, ou mois et de fermer sa pharmacie. Il est vrai qu'il peut ainsi compromettre sa situation et susciter une concurrence de la part d'un autre pharmacien, qui pourra venir s'établir en face.

3° *En l'absence du pharmacien, toute autre personne, étrangère à la pharmacie, (épouse, bonne, domestique quelconque) peut-elle servir des médicaments, mêmes ordinaires, comme teinture d'iode, purgation, etc.* ?

Non, car la jurisprudence, s'appuyant sur la loi de Germinal an XI, réserve aux seuls diplômés-pharmaciens, le droit exclusif de vendre des drogues au poids médicinal.

Ainsi, commettent le délit d'exercice illégal de la pharmacie les fils d'un pharmacien, qui, en l'absence de leur père, gèrent l'officine et délivrent des médicaments, encore que l'un d'eux soit étudiant en pharmacie (tribunal correctionnel de Châlons-sur-Marne, 12 septembre 1908).

Exerce illégalement la pharmacie l'élève qui prépare et débite des médicaments, hors la présence effective de son patron (tribunal correctionnel de la Seine (10e chambre), 27 mai 1909 ; tribunal correctionnel de Saint-Claude, 30 novembre 1909 ; tribunal correctionnel de Draguignan, 10 novembre 1909 ; cour d'appel de Douai (correct.) 1er juillet 1903 ; Cour de Paris (9e chambre) 20 février 1909).

Cependant, il est admis, en pratique, que les élèves en pharmacie, ou un aide quelconque peuvent préparer ou vendre des médicaments, mais à la condition expresse qu'ils agissent sous la surveillance effective du titulaire (cour d'Alger, correct., 24 juin 1905).

La cour de Besançon (2e chambre correct., 2 février 1910) a relaxé un élève en pharmacie en déclarant que la vente de quelques médicaments faite par un élève, en l'absence du pharmacien, ne doit être considérée que comme des faits purement accidentels, qui sont insuffisants pour faire décider que le pharmacien abandonne habituellement sa pharmacie aux soins exclusifs de son élève et néglige d'exercer sur lui une surveillance effective suffisante.

Donc, question de fait : le pharmacien doit surveiller son officine et surtout ceux qui l'aident. Si ses absences sont fréquentes et répétées, il pourra être accusé de favoriser l'exercice illégal de la pharmacie, comme complice de son élève non diplômé, ou de sa domestique.

De plus, il faudra considérer la valeur thérapeutique des médicaments vendus. La jurisprudence a bien condamné des herboristes, ou des sages-femmes, comme des non-diplômés, qui vendaient de la teinture d'iode, de l'antipyrine, etc. Mais la question de fait domine souvent le point de droit.

4° *Devant la négligence, ou le mauvais vouloir du pharmacien, le médecin peut-il faire venir, pour sa clientèle, qui ne peut aller à 20 kilomètres chercher les spécialités qui manquent chez ce pharmacien, des spécialités ou autres articles* ?

Dangereux, car le médecin serait poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie.

Pour se mettre complètement à l'abri de poursuites, le docteur devrait mettre en demeure le pharmacien, d'avoir à tenir, dans son officine, certains médicaments, ou produits spécialisés. Cette mise en demeure se fera par lettre recommandée, avec accusé de réception, ou par minis-

tère d'huissier, ou encore de vive voix, devant témoins.

Ce n'est que devant le refus du pharmacien, que le médecin pourra faire de la propharmacie. (Cassation, 6 février 1857 ; cour de Paris, 18 février 1882).

Mais nous conseillons à notre confrère une grande prudence, pour qu'il ne soit pas la victime du droit, alors que sa bonne foi et son désir de soulager ses malades, seraient évidents. Le « Sou médical » est tout disposé à lui donner les conseils nécessaires, pour l'aider dans cette situation difficile.

R. H. M. S. : 5550.

II

Propriété de l'ordonnance médicale. Erreur pharmaceutique. Comment prouver la responsabilité ?

L'espèce suivante nous est soumise : sur la même ordonnance, un médecin a prescrit un traitement interne, pour une affection stomacale et un traitement externe pour acné. Il a indiqué la manière de suivre ses prescriptions, tant médicamenteuses qu'alimentaires.

Or, le pharmacien a gardé l'ordonnance : il ne l'a pas rendue au client et celui-ci a interverti les médicaments, prenant à l'intérieur ce qui était destiné à l'usage externe. D'où exagération des douleurs stomacales.

L'erreur n'eut heureusement pas de suites graves ; mais certains bruits malveillants circulèrent, laissant supposer que c'était le médecin qui s'était trompé.

Qu'est-ce que notre confrère peut faire pour sa défense ?

A part les dispositions législatives, ou réglementaires, qui autorisent ou obligent le pharmacien à conserver l'ordonnance, en ce qui concerne la vente des produits toxiques, ou la délivrance de médicaments, pour blessés du travail, mutualités, etc., l'ordonnance médicale doit être considérée comme étant la propriété du client, qui l'a achetée au docteur.

Le malade a tout intérêt à conserver le papier, sur lequel sont inscrits la manière d'absorber les médicaments, les heures des prises, le régime alimentaire prescrit, etc.

Il doit également conserver cette ordonnance, au cas où il voudrait la faire renouveler, tant dans la même pharmacie que dans une autre officine.

Cet écrit sera encore sa sauvegarde tant contre le médecin que contre le pharmacien.

La jurisprudence a souvent fait grief au docteur de sa mauvaise écriture, de la rédaction défectueuse, des lapsus calami, des erreurs de doses, etc.

Mais également peut être mis en cause le pharmacien, qui a exécuté, sans les lui signaler, les erreurs du médecin. Il sera également responsable de ses propres erreurs, ou de celles de son personnel, de la mauvaise qualité de ses produits, de la tromperie sur la qualité, le poids, de l'absence ou de la substitution des médicaments prescrits.

La preuve qui constitue la défense de la santé du client, la preuve de la faute commise par le médecin, ou par le pharmacien, le malade ne pourra la trouver que si l'ordonnance lui a été rendue. Si cette dernière reste entre les mains du pharmacien, toute trace du délit peut ainsi disparaître, frustrant le client de la légitime réparation, qui lui est due, au cas où un dommage lui aurait été occasionné.

Le tribunal de paix de Roquefort (Landes) 5 janvier 1920, a condamné à des dommages intérêts, un pharmacien qui avait refusé de rendre une ordonnance médicale à un client, qui la lui avait confiée en vue de préparation de remèdes prescrits.

Par conséquent, c'est le client qui doit revendiquer la propriété de son ordonnance et par suite la restitution de celle-ci par le pharmacien.

C'est encore lui qui, au cas de dommage provoqué par la conservation de l'ordonnance chez le pharmacien, doit prouver qu'il y a relation de cause à effet entre cette conservation indue de l'ordonnance et l'erreur dans l'exécution des prescriptions, ou dans l'absorption des remèdes.

Le médecin ne peut intervenir que pour sauvegarder sa réputation, au cas où des bruits malveillants pourraient être mis en circulation sur son compte.

Mais notre confrère devra avoir des témoins, qui certifieront avoir entendu ces propos malveillants ; il devra s'efforcer à en découvrir l'auteur, chose bien malaisée, car la calomnie et la médisance ont comme complices la veulerie et la lâcheté de ceux qui se refusent à témoigner sur ce qu'ils ont entendu colporter.

En matière d'ordonnances, l'origine des conflits réside souvent dans l'animosité qui règne entre pharmacien et médecin. A ce propos, j'ai publié quelques cas montrant comment le docteur peut se défendre contre les agissements dolosifs d'un potard. (Voir *Concours médical* 1924, pages 489 et 612).

Personnellement, nous ne croyons pas que la justice de droit commun puisse le plus souvent réprimer de pareils abus : au moment d'une enquête judiciaire les témoins se récusent, ou ils ne se souviennent pas, se contredisent, se rétractent.

Mieux vaudrait faire appel à la juridiction

professionnelle et lorsque, dans la localité, ou le département, existent un syndicat médical et un syndicat pharmaceutique, les deux groupes peuvent, par leurs conseils de famille, arbitrer de pareils conflits. En cas de non reconciliation, les confrères peuvent faire entendre aux deux parties qu'il est nécessaire dans un intérêt corporatif et social, de mettre fin à ces luttes : le bon renom de la science médico-pharmaceutique en souffre et en pâtit, cependant que le public peut craindre des répercussions fâcheuses pour la facilité de trouver des soins et médicaments, le plus rapidement possible, tout en ne négligeant pas le côté matériel : l'exécution et la préparation des formules magistrales.

En tous cas, le « Sou médical » reste à la disposition de ses adhérents, pour étudier juridiquement tous les points de fait qui lui seront apportés, avec preuves à l'appui. Le concours de notre Ligue de défense professionnelle sera toujours accordé le plus largement possible, lorsque, dans les limites des statuts, il est nécessaire de prendre la défense d'un adhérent, injustement molesté dans l'exercice de sa profession.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 5160.

DÉONTOLOGIE

Versatilité des clients

On lisait dans la *Défense médicale* de Bordeaux — il y a bien longtemps, mais le sujet est toujours d'actualité — (voir *Concours médical*, du 11 septembre 1898) :

« Tout médecin peut en remplacer un autre chez un client, si cet autre est payé ; ne nous empêtrons pas dans la casuistique de subtilités décevantes ».

Voilà une formule médicale, pratique, simple.

Le rédacteur de la *Défense médicale* ne se préoccupe pas ou peu de la voix de la conscience, comme le veut le Dr Rousseau Saint-Philippe. Il n'a même qu'une très médiocre confiance dans les jugements de confrères vis-à-vis les uns des autres ; il ne paraît pas tenir en haute estime la conscience et la moralité des médecins.

Eh bien ! il y a beaucoup d'exagération dans cette manière de voir.

Nous pensons que le médecin appelé dans une famille pour un malade en traitement, ne peut être l'arbitre du différend qui divise le client et le confrère remplacé, mais nous pensons aussi qu'il ne peut s'improviser homme d'affaires pour faire régler ce même confrère.

S'il s'agit d'un client qui prend un autre médecin parce qu'il n'en paye aucun (ce client est généralement connu) chaque médecin se comporte vis-à-vis de lui comme il l'entend et il n'y a pas de règle déontologique pour cette catégorie.

Quant aux clients payants, ne voit-on pas que le médecin nouveau, en faisant régler le confrère auquel il succède, s'installe dans la maison, ferme définitivement la porte à l'autre, et, de ce fait, juge très durement et peut être injustement son confrère ?

Ce médecin nouveau semble dire au client : quoique vous ne soyez pas satisfait des soins de votre médecin, payez-le tout de même ; vous n'aurez plus ainsi à vous préoccuper de lui ... et je régnerai en maître.

Il sait pourtant, votre confrère de la *Défense*, que le client est variable et peut revenir.

Quoi qu'il en soit, la formule de la *Défense médicale* favorise ou autorise cette chose que nous trouvons déplorable : les clients courant tous les médecins, et les médecins faisant, de ce fait, la chasse aux malades.

On aura beau dire et beau faire, dans les questions déontologiques, c'est souvent notre conscience qui sera notre meilleure conseillère. Tant vaut le médecin, tant vaudra le procédé.

Et puis n'est-ce pas au médecin à faire l'éducation du client ?

Quand un médecin est appelé auprès d'un malade, il sait ou il ignore qu'il est en traitement.

Si ce n'est point par surprise, le médecin sait aussi que ce client — dont il faut d'ailleurs toujours respecter la liberté — n'a *jamais* de raisons sérieuses pour changer de médecins, et alors, sans se poser en arbitre, pourquoi ne moraliserait-il pas le client en lui disant : « Mes confrères et moi n'aimons pas voir les malades en cachette — encore moins nous les prendre. Comme je n'ai point l'intention d'être désagréable à mon confrère, pas plus qu'il ne le serait envers moi, je n'irai voir le malade qu'en consultation avec lui. »

S'il y a surprise, le médecin tiendra le même langage au domicile du malade et ne reviendra le voir qu'en consultation avec le confrère.

Les cas où l'on peut laisser le malade dans l'embarras sont extrêmement rares. Le troisième médecin est toujours là d'ailleurs, et puis dans ces cas exceptionnels (l'humanité avant tout, même au prix d'une entorse au code déontologique), on y va.

En procédant de cette façon, tout le monde y gagnerait : le client en sécurité, le médecin en honorabilité et en prestige. On reconstituerait

ainsi le médecin ami de la famille, — le médecin d'autrefois.

Quoi qu'en matière de déontologie, il y ait, comme en matière médicale, beaucoup de cas particuliers, nous croyons qu'on peut poser quelques règles générales s'appliquant à la plupart des cas. Assurément, il est très difficile de tracer des règles s'appliquant à tous les cas, puisque ces cas ne sont point identiques. Il est bien évident, par exemple, que si le médecin appelé dans le cours d'un traitement est un ancien médecin de la famille, la conduite réciproque des deux médecins ne sera pas la même que s'il s'agissait d'un médecin *nouveau* ou d'*occasion*, appelé après le confrère traitant, puisqu'en le rappelant la famille prouve qu'elle lui a gardé sa confiance et qu'elle ne l'a pas quitté sérieusement.

C'est pourquoi il ne faut pas laisser la conscience tranquille comme le voudrait le rédacteur de la *Défense*, il faut de la casuistique, mais il ne s'agit pas de s'empêtrer, voilà tout. Et ceci est possible.

Mais formulons nos conclusions :

1° Appelé auprès d'un malade en traitement, et le sachant, le médecin — hors le cas d'urgence — refusera de se rendre chez le malade, à moins d'être appelé en consultation par le confrère traitant.

2° Si c'est à son insu, il s'abstiendra — hors le cas d'urgence — de rédiger une ordonnance, et ne reviendra auprès du malade qu'en consultation avec le confrère, à moins que le malade n'ait exprimé la ferme volonté de ne plus recevoir les soins du médecin traitant.

Dr COURGEY.

***

Les conclusions de notre ami Courgey me paraissent trop absolues. Il faut prévoir le cas où le malade, pour des raisons dont il entend être seul juge, refuse formellement de revoir le D^r A, qui a commencé de le soigner, et appelle le Dr B. Que doit faire B ? Quand son plaidoyer en faveur d'une consultation qu'il consentirait à avoir avec A aura échoué ; quand le malade lui aura déclaré : « Je n'en veux plus à aucun prix, ni sous aucune forme. Si vous n'acceptez pas sa succession, je ne le reverrai pas davantage. J'en demanderai un troisième qui sera plus accommodant », — doit-il persévérer dans sa volonté et se retirer ? Je réponds NON. Son devoir déontologique est tout tracé. Il conseillera au malade de régler les honoraires de son confrère, mais sans l'exiger ni en faire la condition de la continuation des soins. *Mais surtout, il préviendra immédiatement A. afin qu'il n'y ait ni équivoque, ni surprise.*

« Le médecin appelé dans une famille pour un malade en traitement ne peut être l'arbitre du différend qui divise le client et le confrère remplacé » écrit Courgey. Nous sommes d'accord et la solution que je propose est basée sur cette proposition. Agir d'une façon plus intransigeante, c'est aller à l'encontre du libre choix, dont nous faisons l'un des éléments du trépied qui forme la charte du médecin moderne.

Tout est d'ailleurs cas d'espèce. Et il n'est pas impossible, avec une sage temporisation, de faire revenir le malade sur sa mauvaise impression, et de le raccommoder avec le précédent confrère. Témoin l'anecdote suivante :

Il y a vingt ans, je fus mandé en consultation par un confrère, que j'appellerai Laurent, auprès d'une malade qui était atteinte de crises subintrantes d'épilepsie jacksonnienne, dues à une tumeur de la base du cerveau, et qui affectaient particulièrement les muscles inspirateurs, bloquant le thorax et déterminant un état d'asphyxie qui semblait devoir se résoudre par la mort.

Nous fûmes assez heureux pour enrayer ces crises, en lui administrant un lavement contenant 4 gr. de chloral et 4 gr. de bromure de potassium. Le calme étant revenu, une consultation eut lieu quelques jours plus tard avec un professeur de la Faculté de Paris. Le diagnostic de tumeur de la base ayant été confirmé par le maître, nous discutâmes pour préciser de quelle nature était cette tumeur. Ayant éliminé l'hypothèse de tumeur organique, nous hésitions entre le diagnostic de tuberculome et celui de syphilome. Le maître penchait pour la première conception. J'insinuai que, nonobstant, on pourrait peut-être instituer un traitement spécifique qui servirait d'épreuve. Ainsi fut fait, et il fut entendu que Laurent pratiquerait des injections quotidiennes de benzoate de mercure.

Deux jours après, je fus rappelé dans cette famille : « Docteur, me dit-on, nous ne voulons plus revoir le Dr Laurent, et nous vous prions de vouloir bien continuer les soins que réclame notre malade ». — « Impossible, rétorquai-je. Il n'y a aucune raison, à mon avis, pour que vous agissiez ainsi, et je ne me prêterai pas à cette fantaisie ». — « Ce n'est pas une fantaisie qui nous guide, mais l'intérêt de notre malade. Imaginez-vous qu'hier, le Dr Laurent est venu pour faire la piqûre, et qu'il n'a oublié qu'une chose, remplir sa seringue du liquide de l'injection qu'il a faite à vide ... Ce n'est pas sérieux, et nous n'avons plus aucune confiance en lui ».

Je dois dire que Laurent traversait lui-même une crise familiale extrêmement pénible et douloureuse, qu'il avait littéralement perdu la tête, et que la distraction qu'on lui reprochait était excusable. Mais de son côté, la famille était bien excusable elle-même d'avoir perdu confiance.

Je réfléchis quelques instants : « C'est entendu, déclarai-je, je soignerai votre malade. Comptez sur moi ».

Et j'eus la double satisfaction d'assister à sa guérison, et de constater que le diagnostic que j'avais proposé était vérifié par l'épreuve heureuse du traitement. J'en eus même, l'année suivante, une confirmation plus éclatante encore, lorsque j'appris que le mari de cette dame avait fait des accidents oculaires que le spécialiste consulté avait reconnu de nature syphilitique, et qu'un traitement spécifique avait guéris.

Lorsque j'eus terminé mes soins, la malade étant guérie, environ un mois après, la famille me demanda de me régler mes honoraires. Au cours de mes visites, j'avais saisi toutes les occasions possibles pour démontrer que Laurent ne méritait pas le congé qu'il avait reçu et que les épreuves qu'il avait subies en faisaient un médecin beaucoup plus à plaindre qu'à blamer. Tant et si bien que je pus, au moment du règlement, m'en tirer par un geste dont le souvenir, vingt ans après, m'est toujours très agréable. « Je n'ai pas voulu, déclarai-je, vous laisser dans l'embarras, dans une circonstance où vous aviez le droit d'être mécontents de Laurent. Mais je ne me suis jamais considéré ici que comme son remplaçant, et c'est à lui que vous voudrez bien verser les honoraires que vous devez pour les soins que j'ai donnés à sa place. Et puis, croyez-moi : c'est un excellent médecin, qu'une dépression passagère avait privé de ses moyens. Si vous avez, de nouveau, besoin d'un confrère, rappelez-le. Il est digne de votre confiance ».

La famille accepta de suivre mes conseils. Elle m'en remercia vivement, et me témoigna sa gratitude en m'envoyant une très jolie tasse en argent, dont je me sers encore à cette heure. Et j'ai su qu'en effet, quelque temps plus tard, elle avait eu recours à Laurent qui reprenait ainsi une place que je n'avais occupée que d'une façon intérimaire, — sans en avoir perdu d'ailleur le profit.

La déontologie, je le répète, c'est tout bonnement ne pas faire aux autres ce que nous ne voudrions pas qu'on nous fît à nous-mêmes. Et comme corollaire obligé, d'en agir avec les confrères comme nous voudrions qu'ils agissent envers nous. On risque peut-être d'être quelquefois dupe. Mais c'est si bon, quand la conscience est satisfaite ! ! !

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 5080

Dans mon article de la semaine sur l'offensive contre nos Villes d'Eaux, la citation latine a été déformée. Il faut lire : Is fecit...

G. D.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Mutualité, qui au début a fait toute l'opposition possible à la loi des assurances sociales et ne l'a acceptée que contrainte et forcée, fait maintenant de la surenchère et veut augmenter les avantages offerts par la loi Grinda. Elle est plus royaliste que le roi.

Est-ce pour prêter un concours à cette future organisation sociale, ou bien pour en faire échouer l'application ? Elle mène une campagne active pour la modification de l'article 38 ainsi conçu : « Les soins et allocations auxquels l'assuré a droit en cas de maladie ou d'invalidité prennent fin au moment où commence à courir les arrérages de sa pension de vieillesse et en tous cas, dès qu'il atteint l'âge de 65 ans. »

Elle demande de remplacer cet article par le suivant :

Les allocations auxquelles l'assuré a droit en cas de maladie ou d'invalidité prennent fin au moment ou commencent à courir les arrérages de sa pension de vieillesse.

Toutefois les soins médicaux et pharmaceutiques et autres prestations en nature continueront à lui être alloués.

Nous ne songeons nullement à faire à la Mutualité un grief de sa sollicitude envers les vieux, car comme dit M. Epinet, secrétaire général de la fédération nationale : « Il serait inadmissible de laisser sans soins l'assuré au moment où pensionné de l'assurance sociale, il aura moins de ressources que pendant sa validité au travail, et alors qu'il se trouvera précisément exposé par l'âge aux atteintes de la maladie ».

Nous savons tous très bien que la morbidité augmente avec l'âge et qu'il arrive un moment où il est presque impossible de faire une démarcation entre la maladie et la vieillesse qui n'est le plus souvent qu'une maladie hélas chronique et incurable. Vouloir couvrir la morbidité après 65 ans, c'est entrer dans l'inconnu et aucune société d'assurance maladie ne peut garantir en ce cas l'exécution des engagements. Ce sont du reste ces principes qui ont guidé l'organisation de notre Mutualité familiale. Sur les conseils de nos actuaires, nous avons formé la combinaison B ; nous n'assurons nos sociétaires que jusqu'à 65 ans et nous les engageons à se couvrir par assurance vieillesse complémentaire, la pension de retraite à 65 ans (combinaison R).

Mais ici comme toujours, la Mutualité semble ignorer la loi des chiffres et ce principe que toute dépense engagée doit être gagée par une recette correspondante. Elle pense faire pour la loi des assurances sociales ce qu'elle pratique avec son

organisation actuelle : avec une cotisation minime, agrandir les avantages offerts. A l'aide d'une prime qui, au début, devait couvrir toute la maladie, on accorde des retraites il est vrai fantômes, puis des frais de funérailles, puis l'indemnité de décès, puis des frais d'administration non prévus, puis des caisses de réassurances, etc. Quand un exercice se solde par un déficit, ou bien quand les dépenses font craindre la faillite, on fouille dans la poche des autres, et allez donc, cotisations de membres honoraires, subventions et si cela ne suffit pas tombolas, bals, fêtes de bienfaisance, etc.

Mais pour la mise en marche d'une loi, on ne peut aller ainsi à l'aveuglette, il faut des probabilités actuarielles et non des possibilités fantaisistes.

Il ne faut pas perdre de vue que donner les prestations et soins aux vieillards, cela représente au moins une centaine de millions. C'est le chiffre déclaré au Congrès de Lyon, si ma mémoire est fidèle. Comment arriver à couvrir cette dépense ? Nous ne nous arrêterons point au procédé simpliste et enfantin préconisé par la Mutualité. « Cette prolongation des soins médicaux et pharmaceutiques qui a été rejetée par la Commission pourrait être assurée à l'aide d'économies réalisées sur d'autres services ». C'est encore avec l'installation des sanatoria, des maisons de convalescence, des diminutions de cotisations, un nouveau prélèvement important sur les économies hypothétiques à réaliser.

Dans la cotisation ouvrière patronale de 5 % on n'a pas prévu les soins aux vieillards. Cette cotisation ne serait donc pas suffisante et il faudrait en augmenter le chiffre. De combien ? D'environ 10 fr. à 15 fr. puisqu'il doit y avoir une dizaine de millions d'assujettis à la loi. Ce sera une nouvelle charge à imposer, devant avoir sa répercussion sur la vie économique, ou bien il faudra faire payer une cotisation aux intéressés, aux vieillards ; mais quelle cotisation ? Ce ne sera pas sur leur salaire, puisqu'ils ne travaillent plus et que le précompte ne pourra jouer. Cette cotisation ne pouvait être que celle des assurés facultatifs, frais que l'assuré aurait seul à payer, le patron n'ayant aucune prime à verser pour un retraité ne travaillant plus à son compte. Quel chiffre de base pourra-t-on choisir ? L'ancien salaire, ce qui donnerait une cotisation très élevée, ou bien le montant de la pension considérée comme salaire ? Mais dans les deux cas ce serait un lourd tribut pour le malheureux vieillard que l'on veut assister, Tous ces procédés nous semblent d'application difficile. On arrivera à demander à l'Etat de prendre en charge à ses frais cette extension de la loi, ce sera une aggravation des dépenses budgétaires qu'on n'arrive déjà pas, même avec de lourds impôts, à équilibrer. Il faudrait pour l'Etat créer de nouvelles ressources, le moment est pour cela mal choisi. Ainsi la Mutualité comme l'enfer est remplie de bonnes intentions. Mais elle veut pour ces extensions de la loi appliquer sa méthode habituelle, c'est-à-dire l'absence de méthode. Elle a peut-être l'arrière pensée de vouloir mettre ces charges, sur le dos du corps médical. Mais celui-ci, instruit par l'expérience, discipliné par ses syndicats, se dérobera à cette mission de confiance flatteuse mais onéreuse dont on voudra le gratifier.

La médecine n'est un sacerdoce qu'au point de vue dévouement et devoir professionnel, mais non au point de vue matériel. *Primum Vivere.*

Dr M. Vimont.

R. H. M. S. : 0500

LES CENTRES ANTI-CANCÉREUX

Nous avons ici en 1922 parlé d'une conférence au Sénat du Prof. J. Bergonié, de Bordeaux, sur la nécessité de combattre le cancer si fréquent, si meutrier, et si, pris à temps,curable. Le mouvement a été déclanché, et bien des centres ont été créés ou se créent . Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lyon, Bruxelles, existent et ces centres universitaires attirent les cancéreux de leur région. Paris a deux centres, Hôtel-Dieu (1) et Tenon, chez les professeurs Hartmann et Proust.

Fin 1923, nous avons, également dans le *Concours*, montré les questions déontologiques soulevées par la création de ces centres, des centres en général de traitement, car n'en a-t-on créé, ou n'est-on pas en train d'en créer, pour toutes les maladies. Que deviennent en ces cas,demandé-je, le libre choix du médecin, le travail des malades allant aux centres de traitement souvent loin de chez eux et perdant ainsi temps et argent, l'existence des praticiens dont la clientèle est ainsi aspirée vers les grands centres.

Graves questions, on le voit.

« De la discussion jaillit la lumière », dit-on ; c'est assez souvent vrai, et dans tous les cas les esprits impartiaux la recherchent et savent en bénéficier.

Aussi, le prof. Bergonié qui a consacré sa vie comme certains radiologues de notre génération, à l'étude des rayons X et du radium en théra-

(1) Les radiations émises par l'Hôtel-Dieu troubleraient paraît-il, les communications par T.S.F. de la Préfecture de police voisine : autre problème, mais de physique, à résoudre.

peutique voire à en souffrir, car combien de victimes dont lui-même (1), a déterminé la création des centres anti-cancéreux, devait connaître, nous a-t-il semblé, les problèmes que nous posions. Nous lui avons donc envoyé notre dernier article du *Concours* sur la question. Nous allons voir par sa réponse, combien il prit en considération, et l'organe publiant nos problèmes posés, et ces problèmes eux-mêmes.

Je cite textuellement, sauf quelques phrases en dehors de la question :

Bordeaux, le 15 février 1924.

Mon cher ami,

« ... Cependant je veux vous remercier tout particulièrement, de ce que vous avez écrit au sujet des centres de traitement du cancer, dans le *Concours médical.* J'espère vous envoyer très prochainement des documents qui vous montreront que c'est conformément à vos idées que l'organisation des centres contre le cancer est actuellement orientée. Par exemple, dans ma conférence à la Tour Eiffel, je dis au monde entier les paroles suivantes : « Il faudra atteindre même dans les villages les plus isolés du pays, l'homme ou la femme atteints de cancer, pour lui appliquer et aussitôt qu'il se pourra, le traitement efficace ».

« *Aussitôt qu'il se pourra* est la condition la plus importante à remplir. L'expérience confirme aujourd'hui que tout cancer au début est, non seulement curable, mais d'autant plus facilement curable qu'il est plus localisé. Aussi avons nous confiance dans le dévouement et l'aide de nos confrères, les *médecins praticiens de France, pour ce dépistage précoce du cancer* dont dépendra l'efficacité de nos efforts. Ce dépistage au début est difficile, car, contrairement à l'opinion commune, la maladie ne provoque, à son origine, aucune douleur. Le mal s'installe sans avertir, sans troubler la sécurité trompeuse dans laquelle se complaît le malade. Il faut un médecin pour savoir, c'est le *médecin de la famille* qui doit être notre sentinelle d'avant-garde, il l'est déjà, il le sera de plus en plus dans la lutte qui s'organise actuellement contre le fléau.

« De même dans le discours que je viens de prononcer à Montpellier, je dis, sur le même sujet, les paroles suivantes :

« Les professeurs de la Faculté de médecine, à la compétence bien reconnue desquels le centre qui s'organise fait appel, ont pris pour règle de leur activité bienfaisante nouvelle, la vieille habitude médicale vis-à-vis des pauvres : celle du dévouement et de la gratuité de leurs soins. Une autre raison vient de cette union et du concours — indispensable d'ailleurs — de *tous les médecins d'une province*, depuis le plus réputé, enseignant au chef-lieu régional, jusqu'au plus *humble praticien* résidant dans le village de cette même région, le moins peuplé et le plus éloigné. Si l'un, le premier, a dans son rôle la mise en action de tous les moyens thérapeutiques aujourd'hui reconnus efficaces contre le cancer ; s'il a la responsabilité des interventions chirurgicales graves et de l'emploi de ses forces, dont la puissance insoupçonnée, il y a quelques années, s'accroît sans cesse avec les découvertes de la physique moléculaire ; l'*autre, le praticien de village*, n'en a pas moins, dans cette lutte à tous les degrés de la hiérarchie médicale, *un rôle tout aussi important*, sinon davantage ; je veux parler *du diagnostic précoce de la maladie*. Plus nous avons, dans cette lutte contre ce fléau nouvellement reconnu, des résultats par les applications les mieux dirigées de nos moyens physiques et chirurgicaux, plus nous nous rendons compte de l'augmentation de puissance que donnerait, à nos méthodes thérapeutiques, le dépistage précoce du cancer, s'il devenait la règle au lieu d'être l'exception. Lever d'abord le masque de la petite induration qui n'éveille l'attention par aucune douleur, de ces malaises digestifs irréguliers, de ces pertes de sang, à peine perceptibles, mais se répétant, etc., voilà le rôle, le premier, incomparablement utile, dévolu *au médecin de famille*; dans la lutte actuelle contre le cancer, il est assez grand par les vies humaines qu'il sauve, par les conséquences économiques qu'il entraîne, pour que la reconnaissance générale aille à tous ceux qui l'accompliront avec toute la perspicacité avertie et l'inlassable attention qu'il comporte.

L'essentiel est que rien n'empêche le cancéreux pauvre d'arriver de bonne heure *envoyé par son médecin traitant* dont nous devenons momentanément les collaborateurs, et auquel nous le rendons, dès le traitement terminé, pour le confier à sa surveillance et à ses soins consécutifs....

« Croyez, mon cher ami, aux meilleurs sentiments de votre tout dévoué.

« BERGONIÉ. »

Il n'était pas inutile, on le voit, de soulever les graves problèmes sociaux et déontologiques que pose sans cesse, à l'heure présente l'évolution médicale. Ne les faut-il pas reconnaître et résoudre pour une adaptation meilleure de la profession et de la société ?

Les radiologues s'adaptent, eux aussi, et maints appareils de radiothérapie profonde existent chez les praticiens, en France, en Algérie, qui n'a plus grand chose à envier à la Métropole.

La Ligue internationale contre le cancer, présidée par M. Justin Godart, député du Rhône,

(1) Le Pr BERGONIÉ a été fait récemment grand Officier de la Légion d'honneur, comme le Pr d'Arsonval à qui l'électro-radiologie doit tant de découvertes et toute sa valeur réelle. Rien de plus juste !

a éveillé l'attention générale. Il y a aujourd'hui la peur du cancer, comme il y a la peur de la syphilis et de la tuberculose. Cela crée quelques malades imaginaires, et mes confrères radiologues voient certainement comme moi, maints estomacs dont les porteurs redoutent la terrible affection et qui n'ont rien. Mais prévenir valant mieux que guérir, on a tôt fait de les rassurer.

Il se fait aussi une symbiose radio-médico-chirurgicale très utile — ne l'avions nous pas réalisée dès 1898 en un autre ordre d'idées, par l'*Aérochir* de MM. Nemirowsky et Tilmant, portant médecins, radiologue et chirurgien, sur le champ de bataille. Ici, le champ clos où la lutte s'établit en tout le corps humain, car chacun de nos organes peut être la proie du cancer. Mais nous voyons assez souvent le chirurgien s'arroger la priorité de l'action. Nous lisons constamment dans les comptes rendus des Sociétés de chirurgie que le radiologue ne devra plus radio ou radium-thérapiser un cancer, un fibrome, sans l'avis du chirurgien (combien celui-ci ravalé aux temps anciens se rattrape !). C'est peut être excessif ?

Il y a plus, à part le centre de Bordeaux, dirigé par son initiateur créateur, victime des rayons X, le Prof. Bergonié, nos centres de Paris, par exemple, sont dirigés par des chirurgiens : c'est la consécration et l'illustration de leur thèse. Qu'importe du reste, si le malade guérit. Mais je crains, pour eux, comme pour les autres du reste, la déformation d'esprit professionnelle. Exemple : un mien ami se voit découvrir une petite glande mammaire, indolore, au cours d'une consultation ; on fait venir un chirurgien qui propose d'opérer et enlève la petite glande indolore, je le répète ; depuis, voici deux ans, et bien que l'intervention fut faite par un grand maître parisien, le malade souffre continuellement du bras. Croit-on que la fonte de cette petite glande par les rayons X et le radium eût présenté consécutivement les mêmes inconvénients, eux qui détruisent en analgésiant les tissus vivants.

On voit, et j'y insiste, que je ne conseille pas l'expectative, mais l'action, l'intervention, mais pas toujours opératoire.

Et ceci nous démontre qu'en dehors des questions déontologiques, les centres de traitement anti-cancéreux posent le troublant problème de la supériorité de la chirurgie sur la médecine, de l'exérèse sur les rayons X et le radium. Evidemment, dans les cas inopérables, on sera trop heureux de recourir à ces derniers, mais ils deviendront de plus en plus rares, car le cancer redouté va être de plus en plus soigné dès son début, et c'est ce qui importe.

Si d'autres questions se posent, nous continuerons de nous en faire, non pas celui qui résout — combien difficile — mais celui qui les oppose modestement !

D[r] Foveau de Courmelles.

R. H. S. M. : 7310.

Compte rendus, documents, pièces officielles..

Mutualité Familiale du Corps Médical Français

Réunion du Conseil d'Administration

(1[er] *avril* 1924).

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Nollet, Mignon, Gassot, Noir, Duchesne, de la Rochefordière, Pamart et Boudin, *secrétaire*.

Excusés : MM. Huguenin et Mazeroux.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Gassot fait observer qu'il y a eu plusieurs coquilles d'imprimerie : c'est ainsi que, lui-même, il a été porté comme recevant pour deux mois et demi d'incapacité de travail 5.200 francs, alors que l'indemnité réelle était de 250 francs. Les lecteurs auront certainement rectifié, mais il convenait de signaler la chose.

Le secrétaire général fait remarquer une fois de plus que la seule propagande efficace est celle qui est faite dans le *Concours médical*, c'est ainsi que depuis l'envoi du numéro spécial de mars, c'est-à-dire depuis quinze jours, il a reçu plus de soixante demandes de renseignements.

M. Mignon dit encore qu'il est bien nécessaire de préciser ce qu'on entend par chronicité à la Mutualité Familiale : c'est l'incapacité de travail qui s'étend au delà du 64[e] jour. Pour couper court à certaines discussions, il doit publier dans le *Concours*, un article spécial qui traitera ce sujet.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Fr.	c.
34	Parmentier	Var	3 mois	300	»
80	Pardoux	Paris	3 mois	300	»
81	Treille	Creuse	3 mois	300	»
87	Cadenaule	Gironde	4 jours	40	»
91	Avril	Loire	21 jours	210	»
100	Coqueret	Aube	3 mois	300	»
106	Roger	Ille-et-Vilaine	3 mois	300	»
117	Dollard	Hérault	11 jours	110	»
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
151	Grorichard	Jura	8 jours + 1 jour chr	83	35
154	Poirson	Jura	3 mois	300	»
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300	»
171	Laguens	Gironde	3 mois	300	»
192	Houdart	Finistère	3 mois	300	»
193	Collin	Finistère	5 jours	50	»
201	Coyola	Gironde	3 mois	300	»
228	Tacheron	Aube	3 mois	300	»
236	Herland	Côtes-du-Nord	43 jours	430	»
255	Demmler	Oise	3 mois	300	»
260	Jacquot	Oise	3 mois	300	»
285	Rousseau	Paris	60 jours + 12 jours chr	640	»
311	Rouvier	Isère	3 mois	300	»
339	Terras	Bouches-du-Rhône	3 jours chr.	10	»
341	Chabanon	Lozère	3 mois	300	»
348	Miltas	Creuse	3 mois	300	»
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300	»
360	Chevallier	Vienne	12 jours	120	»
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300	»
416	Chabert	Gard	52 jours	520	»
433	Gueutal	Doubs	30 jours	300	»
441	Frenkel	Haute-Garonne	7 jours	70	»
442	Froment	Bouches-du-Rhône	25 jours + 1 jour chr. (1/2)	143	30
490	Vincent	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
497	Pavie	Paris	1 jour	10	»
504	Delucq	Gers	3 mois	300	»
520	La Bonnardiere	Var	22 jours + un mois et 2 jours chr	336	65
534	Epron	Vendée	25 jours	250	»
535	Cunnac	Tarn	3 mois	300	»
546	Fenouil	Var	8 jours	80	»
623	Tournay	Paris	60 jours + 3 mois et 9 jours chr	930	»
656	Gélain	Nord	22 jours	220	»
671	Juif	Saône-et-Loire	15 jours	150	»
688	Monmarson	Manche	3 mois	300	»
696	Cézilly	Alpes-Maritimes	60 jours + 4 jours chr	613	30
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300	»
730	Lefer	Meuse	45 jours	450	»
759	Boudin	Paris	60 jours	600	»
763	Rault	Ille-et-Vilaine	8 jours	80	»
800	Laurans	Ille-et-Vilaine	Rectification	394	85
833	Pilliere	Ardennes	6 jours + 2 mois et 25 jours chr	343	25
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300	»
837	Bécour	Nord	3 mois	300	»
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300	»
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
866	Guignabert	Indre-et-Loire	48 jours	480	»
874	Chatelain	Doubs	18 jours	180	»
884	Bourdicaud-Dumay	Corrèze	6 jours + 2 mois et 25 jours chr	343	25
900	Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300	»
910	Mendel	Paris	53 jours	530	»
913	Mme Bernson	Nord	7 jours	70	»
954	Paumes	Haute-Garonne	3 mois	300	»
993	Boutard	Eure	3 mois	300	»
1008	Lemesle	Indre-et-Loire	22 jours	220	»
1010	Martin	Loire-Inférieure	49 jours	490	»
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1142	Casset	Alger	15 jours	150	»
1198	Mouras	Ardennes	7 jours	70	»
1200	Thiers	Drôme	38 jours	380	»
1239	Versepuy	Puy-de-Dôme	19 jours	190	»
1241	Chanfreau	Haute-Garonne	18 jours	180	»
1254	Richard	Loir-et-Cher	60 jours + 19 jours chr	663	25
1271	Lamotte	Nord	56 jours	560	»
			A reporter	000	00

		Report	21.251 20
1272 Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1355 Robert	Yonne	5 jours	50 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1385 Landry	Deux-Sèvres	un mois et 6 jours chr.	120 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410 Montigny	Nord	20 jours	200 »
1447 Dalban (L.)	Isère	20 jours	200 »
1538 Lequint	Pas-de-Calais	8 jours	80 »
1563 Saint-Pau	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1573 Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1590 Sirantoine	Meuse	13 jours	130 »
1603 Arin	Maine-et-Loire	7 jours	70 »
1649 Rousset	Savoie	25 jours	250 »
1708 Sauvet	Var	10 jours	100 »
1732 Calmels	Aveyron	un mois et 16 jours chr.	153 30
1761 Carcy	Basses-Pyrénées	38 jours	380 »
1794 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1813 Trémoulet	Saône-et-Loire	60 jours + un mois	700 »
1853 Cattin	Morbihan	12 jours	120 »
1896 Roure	Doubs	60 jours + 18 jours chr.	660 »
1908 Triqueneaux	Nord	12 jours	120 »
1916 Faivre	Ardèche	2 jours	20 »
1937 Berthail	Loire	42 jours	420 »
		Total	26.864 50

Combinaison MAD

5 Rayan	Hérault	3 jours	60 »
55 Forestier	Lozère	2 mois et 3 jours chr.	420 »
70 James	Charente-Inférieure	4 jours	80 »
83 Courtot	Belfort	33 jours	660 »
117 Dollard	Hérault	11 jours (1/2)	110 »
148 Ducruit	Jura	2 jours	40 »
212 Pierson	Meuse	18 jours	360 »
239 Eynard	Drôme	11 jours	220 »
247 Breteille	Paris	11 jours	220 »
275 Coudray	Eure-et-Loir	7 jours	140 »
656 Gélain	Nord	22 jours 1/2	220 »
671 Juif	Saône-et-Loire	15 jours 1/2	150 »
763 Rault	Ille-et-Vilaine	8 jours 1/2	80 »
800 Laurans	Ille-et-Vilaine	Rectification (1/2)	395 »
887 Hardy	Loire-Inférieure	5 jours	100 »
1198 Mouras	Ardennes	7 jours (1/2)	70 »
1200 Thiers	Drôme	38 jours (1/2)	380 »
1241 Chaufreau	Haute-Garonne	18 jours (1/2)	180 »
1447 Dalban (L.)	Isère	20 jours (1/2)	200 »
1538 Lequint	Pas-de-Calais	8 jours (1/2)	80 »
1649 Rousset	Savoie	25 jours (1/2)	250 »
1708 Sauvet	Var	10 jours (1/2)	100 »
1732 Calmels	Aveyron	un mois et 16 jours chr. (1/2)	153 30
1853 Cattin	Morbihan	12 jours (1/2)	120 »
1908 Triqueneaux	Nord	12 jours (1/2)	120 »
		Total	4.908 30

M. le Dr Pavie fait don de son indemnité à la Caisse auxiliaire ; le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les sommes suivantes pour leur pension du premier trimestre 1924 à :

4 Madame Lepage, Paris	150 fr.
13 Mineurs Deshusses, H.-Savoie	125 fr.
38 Madame Gillette, Calvados	150 fr.
43 Madame Chevreux, Paris	150 fr.
45 Madame Valot, Haute-Saône	60 fr.
51 Madame Rousselot, Marne	150 fr.
Total	785 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 31 mars 1924.

Ratifications d'admissions.

Le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Collon, Vergnet, Marcel, Rougelot, Cocherel.

Combinaison MAD :

MM. Camus, Bordenave, Rieusset-Pécholier, Vergnet, Apard, Loubriat, Delecour, Delon, Bourguet, Streiff, Mathieu.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
GAUSSEN, à Oran.
ROGER, à Vannes.
LAURE, à Argelliers (Aude).
COLIN, à Lyon.
REY, à Cransac (Aveyron).
JAMES, à St-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure).
SURUN, à Brive (Corrèze).
HERNETTE, à St-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure).

Combinaison MAD :

Mademoiselle CABANIS, à Mascara-Oran.

MM. les docteurs :
GAUSSEN, à Oran.
ROGER, à Vannes.
LAURE, à Argelliers (Aude).
PHIPPS, à Paris.
COLIN, à Lyon.
BERTHUY, à Culoz (Ain).
SURUN, à Brive (Corrèze).
CHAPOUTOT, à Aigueperse (Puy-de-Dôme).

Passage de 1/2 MAD à MAD :

MM. les docteurs :
COLLET, à Montfort-sur-le-Meu (Ille-et-Vilaine).
COUPUT, à Saint-Vrain (Seine-et-Oise).
ROQUEPLANE, à Gençay, (Vienne).
GELAIN, à St-Pol-sur-Mer (Nord).
ARMAND (R.), à Albertville (Savoie).
GUILLEMAIN, à Cormatin (Saône-et-Loire).
DUPOND, à Troyes (Aube).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin juin.

Admissions.

Le Conseil prononce enfin les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
LAMARRE, à St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
GAUSSEN, à Oran.
LECAT, à Lormes (Nièvre).
BERTHUY, à Culoz (Ain).
CHAPOUTOT, à Aigueperse (Puy-de-Dôme).
ARMAND (R.), à Albertville (Savoie).

Mesdames :
LAMARE, à St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
LECAT, à Lormes (Nièvre).
TRONCHON, à Besançon.

Combinairon R :

MM. les docteurs :
LAMARE, à St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
GAUSSEN, à Oran.
ARMAND (R.), à Albertville (Savoie).
Mme TRONCHON, à Besançon.

Combinaison V :

M. le docteur :
GAUSSEN, à Oran.

Le Conseil entend le rapport du trésorier, examine la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. *Le président* : A. MAURAT.

Nos relations médicales Franco-Etrangères

Le 26 mars a eu lieu, chez son président-fondateur, le Dr Dartigues, la réunion du Conseil d'administration de l'U. M. F. I. A. ou Union médico-franco-ibéro-américaine. Cette société médicale internationale des pays latins de langue espagnole a été fondée, avant la guerre, en 1912, pour établir des liens scientifiques et d'amitié entre les médecins français et les médecins espagnols, portugais, et américains du centre et du sud. C'est à l'initiative du Dr Dartigues et du Dr Bandelac de Pariente, médecin du Consulat d'Espagne à Paris, qu'est due cette œuvre d'association remarquable, *la première née parmi toutes les autres* comme essai de rapprochement scientifique et amical entre les peuples latins. Une idée éminemment originale a présidé à cette fondation ; c'est la connaissance de la langue castillane demandée aux membres de l'Association ; c'est la langue espagnole servant de lien entre les sociétaires de l'U. M. F. I. A. C'est l'U. M. F. I. A. qui a organisé les premiers voyages d'études d'Espagne en France et qui a envoyé en Espagne les premiers représentants français. Le premier banquet de réception des médecins espagnols a été organisé par l'U. M. F. I. A. en 1912 et a eu lieu sous la présidence du Pr Landouzy, alors doyen de la Faculté de Paris. Depuis, l'U. M. F. I. A. a pris part, grâce à l'initiative du Pr Roger, doyen de la Faculté, à toutes les manifestations de l'A. D. R. M. quand celle-ci a reçu les médecins espagnols ou américains du Sud.

A la dernière séance de l'U. M. F. I. A. à laquelle assistaient en particulier, avec le Dr Dartigues président et le Dr Bandelac de Pariente, vice-président, le Dr Mathé, secrétaire général de l'U. M. F. I. A. et directeur des *Archives Médicos*, les docteurs Cayla, Mazeran, Zarquyelhi, de Torrès, etc., on a soumis à l'approbation unanime les noms des nouveaux adhérents suivants : Pr Hartmann, président de l'A. D. R. M., les docteurs Molinéry (de Luchon), Lafabrègue, Samin, Roux de Limal, Paudret, Hügel, Garcin, *pour la France* ; ceux des professeurs Marguez, de la Pôna, Aguilar, Hermande, Goyanès (de Madrid), Pr Telle (de Séville), Pr Poblacion (de Salamanque), Pr Home Alcorta (de Saragosse), Pr Francos Rodriguez et Pr Pitaluga (de Madrid), les docteurs Taboada, Gutierrez, Puelles (de Madrid), Soler (de Séville), Ture (de Barcelone), le Pr Caceres (de Santiago de Compostele), *pour l'Espagne* ; celui du Pr de Magalhaes (de Porto), pour *le Portugal* ; du Dr Cohen (de Salonique), du Dr Mendoca (de Bétoly) ; ceux des professeurs Adan Cuadra (Nicaragua), Pr

Gomez Montane (République Argentine), Pr Olivierie, consul gl. de la République Argentine à Paris, docteurs Tolèdo, Machado (Vénézuéla), Dr André (Paraguay), Dr Lasnier (d'Haïti), Dr Fassie (Ecuador), Pr Rafael Silva (de Mexico), *pour l'Amérique.*

Comme on le voit, l'U. M. F. I. A. (ou Union médico-franco-ibéro-américaine) est en plein épanouissement pour le plus grand bien des relations scientifiques franco-hispano-américaines.

Les dernières réunions de l'A. D. R. M., à laquelle l'U. M. F. I. A. prend une part si intense,ont été particulièrement intéressantes et nous avons appris avec une véritable joie que se préparait un CONGRES MÉDICAL DES PAYS LATINS pour 1925 ou 1926. D'autre part, un groupe fort important de notabilités espagnoles doit se rendre à Toulouse à l'occasion des *Journées médicales*, qui s'annoncent comme devant être extrêmement brillantes et dont les dernières heures se passeront à Luchon et à Superbagnères-de-Luchon.

Pour tout ce qui concerne la participation espagnole à cette belle manifestation médicale, demandez tous renseignements à notre ami M. le Dr Mathé, 29 *bis*, rue Demours, Paris, qui se mettra très obligeamment à la disposition de tous ou à Monsieur le professeur Bardier , secrétaire général, 10, rue Saint-Etienne, à Toulouse.

Nous croyons savoir aussi qu'une exposition de nos stations thermales et climatiques accompagnera les *Journées médicales toulousaines* et que le nouveau professeur d'hydrologie, M. le Dr Serr, y apportera tous ses soins.

Nos lecteurs ne seront nullement surpris de trouver dans ce journal, les plus amples détails concernant nos Relations médicales franco-étrangères ; à maintes reprises, notre rédacteur en chef a appelé l'attention du Corps médical tout entier, sur l'importance qu'il y aurait à favoriser l'échange des idées en facilitant l'échange d'hommes dont les travaux font honneur à leur pays.

Raymond MOLINÉRY,
Membre du Comité de l'A.D.R.M.

Groupe médical parlementaire

Le groupe médical parlementaire s'est réuni le 20 *mars, à la Chambre des Députés, sous la présidence de* M. le docteur CHAUVEAU, *sénateur.*

A propos de la nouvelle loi concernant les baux à loyer, M. Pédebidou, sénateur, demande au Groupe s'il ne jugerait pas nécessaire de demander d'ajouter, après les mots commercial et industriel, le mot professionnel. Cette addition permettrait aux médecins, avocats, etc... de bénéficier de la prorogation.

Il explique que, en 1920, M. Gilbert Laurent avait proposé de remplacer dans le texte des discussions les mots commercial et industriel par le mot : *les patentés*, mais que cet amendement fut rejeté par la Chambre.

Le professeur Pinard estime qu'il ne faudrait pas assimiler la profession médicale à celle d'un commerçant et que la dignité et l'honorabilité priment pour elle les avantages matériels.

M. le Président explique qu'à la dernière réunion, plusieurs de nos confrères ont exprimé la crainte qu'en réclamant un avantage accordé par la loi aux commerçants, les médecins risquent de se voir appliquer, comme à ceux-là, le bénéfice sur le chiffre d'affaires.....

Il rappelle les décisions des syndicats en faveur de la thèse de M. Pédebidou et résume la conférence faite récemment sur ce sujet, devant un public médical, par M. Ignace. L'ancien ministre après avoir montré la nécessité d'une intervention législative, équitable sans doute pour la profession, mais motivée plus encore par l'intérêt public, concluait non à l'assimilation avec les commerçants sous la forme d'un amendement, mais à la rédaction d'un texte spécial.

Le Groupe adopte cette conclusion à l'unanimité, Un texte particulier sera donc rédigé.

Assurances sociales.

M. le docteur Grinda, rapporteur de la loi sur les assurances sociales, croit que la Chambre aura le temps de discuter ce rapport avant sa séparation. Le Président du Conseil accepte que cette loi vienne en discussion.

Contrairement, à l'opinion du Ministre des Finances, les charges incombant à l'Etat seront faibles ; car déjà l'Etat les supporte sous le couvert du budget de l'Assistance publique.

Le vote de cette loi aurait un retentissement considérable dans le pays. Elle existe déjà en Angleterre ; en Amérique, tous les risques sont assurés. Elle a été votée par le Japon et Mussolini l'a instituée en Italie par simple décret.

Malgré tous les amendements déposés, le Dr Grinda croit que la discussion ne sera pas trop longue ; car ce projet de loi a fait l'objet, pendant trois ans, de longues et minutieuses études, non seulement dans les Commissions, mais dans le pays tout entier.

Dans une conférence précédente, l'orateur a expliqué l'esprit et les principaux articles de la loi.

Aujourd'hui, il va traiter du point de vue médical.

L'intérêt général doit primer l'intérêt corporatif et le Corps médical ne peut s'opposer au principe même des Assurances sociales.

On a accordé aux médecins le *libre choix* réclamé par lui.

Le contrat collectif, très discuté, a cependant obtenu la majorité au dernier Congrès de l'Union des Syndicats médicaux.

Enfin, le *ticket modérateur* empêcherait les abus que l'on pourrait craindre.

Le Dr Jayle a attaqué la loi. Il voudrait que le rôle des médecins fût limité aux soins immédiats à donner aux malades et que le médecin n'ait à faire qu'au malade. Il est dans l'erreur.

En effet, la loi doit avoir autant et plus même une action préventive que thérapeutique et curative. Cette action doit être dans la création de laboratoires, préventoria, maisons de cure, maisons maternelles et d'accouchements, habitations salubres, etc.

Le but de la loi doit être de donner des soins rapides aux travailleurs, d'éviter les maladies longues en les soignant dès leur début pour éviter la chronicité, la contagion, etc.

La loi déborde le cadre individuel pour entrer dans le cadre social. C'est pour cela qu'il faut ne pas supprimer le tiers payant et faire porter sur l'assurance, le poids du traitement médical, sauf la petite part contributive du malade sous forme de ticket modérateur.

D'ailleurs, même avec le tiers payant, la loi pourrait malgré tout fonctionner dans le cadre que nous avons établi.

Les prévisions budgétaires pour soins médicaux sont évaluées à environ 18.000 fr. par médecin, soit si l'on compte que 15.000 médecins accepteront la loi 15.000 × 18.000 = 278.000.000 millions.

Le Corps médical a donc tout intérêt au vote de la loi et il doit l'accepter, même au point de vue de son intérêt matériel.

Avant de lever la séance, le Dr Chauveau tient à témoigner, en son nom et au nom du Groupe, les regrets que leur cause la décision du Dr Gilbert Laurent, de se retirer de la vie politique. Il le remercie du dévouement qu'il a apporté depuis de longues années dans ses fonctions de secrétaire général du Groupe médical parlementaire.

Le Dr Gilbert Laurent remercie M. le président Chauveau et ses confrères. Il regrettera surtout, en quittant le Parlement, les excellents confrères du Groupe médical, qui lui ont toujours témoigné une vive sympathie et il conservera du Groupe et de chacun de ses membres le meilleur et le plus agréable souvenir. Il remercie particulièrement le président Chauveau, qui a été le grand animateur et l'âme de ce Groupe, des paroles trop élogieuses qu'il vient de lui adresser.

Le secrétaire général,	*Le président,*
Gilbert LAURENT,	CHAUVEAU,
Député.	Sénateur.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les journées médicales de Bruxelles.** — La quatrième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra au Palais d'Egmont, du 29 juin au 2 juillet, sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges. Les plus hautes personnalités ont donné leur appui à ces réunions scientifiques où se rendent chaque année des centaines de praticiens et qui ont eu la plus heureuse influence sur les relations scientifiques entre les pays alliés et amis. Dans le Comité d'honneur nous relevons les noms de LL. EE. M. l'ambassadeur de la République Française, M. l'ambassadeur du Japon, M. le ministre de Suisse, M. le ministre de Roumanie, M. le chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg ; des ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Affaires étrangères, des Sciences et des Arts, de la Défense nationale ; du bourgmestre de Bruxelles, du gouverneur du Brabant, de l'inspecteur général du Service de Santé de l'armée, du directeur général de l'Hygiène, du Président du Conseil d'administration, du Recteur et des professeurs de clinique de l'Université de Bruxelles.

Comme chaque année, *Bruxelles-Médical* veillera à donner l'extension la plus grande au côté pratique des Journées, dont la formule nouvelle, qui tend à se généraliser, tient le juste milieu entre le Congrès trop spécialisé et les cours de perfectionnement trop absorbants. Les matinées seront réservées aux séances opératoires et aux démonstrations cliniques dans les hôpitaux et les cliniques ; les après-midi aux conférences, communications et projections cinématographiques, particulièrement nombreuses cette année. En trois jours, avec le concours dévoué des chefs de service bruxellois et de spécialistes étrangers, les médecins seront mis au courant de tout ce qui s'est fait de nouveau dans la thérapeutique et dans la chirurgie de toutes les spécialités. Dès à présent, nous pouvons citer parmi les conférenciers, MM. le Dr Alexis Carrel, du *Rockefeller Institute de New-York*, qui parlera à la séance inaugurale, des *Tréphones cellulaires et leurs fonctions* ; le prof. Bordet, Directeur de l'Institut Pasteur ; le prof. Cantacuzène (Bucharest) ; le prof. Marcel Labbé (Paris), qui entretiendra ses auditeurs de l'*Insuline* ; le prof. Dustin et Cerf (*Les tumeurs du tube digestif*) ; prof. Ley (*Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce*) ; prof. Pauchet et R. Glénard (*La palpation méthodique de l'abdomen*) ; Dr Dartigues (*Greffes testiculaires selon la méthode de Voronoff*) ; Dr Lespinne (*Ce que le praticien doit connaître à l'heure actuelle de la sporotrichose*) ; Dr Levaditi (*Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique*) ; Dr Bidou (*Récupération fonctionnelle des paraplégiques*) ; prof. Paul Carnot et R. Glénard (*Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle*) ; Dr Kopaczewski (*Protéinothérapie aspécifique. — Transfusion du sang. — Colloïdothérapie*) ; Dr Siffre (*Coefficient minéral des dents et la tuberculose*) ; Dr Cerf (*Le tubage duodénal*) ; Dr Gardette (*Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure*) ; Dr Keersmaeckers (*Le traitement du rhumatisme articulaire aigu*) ; Dr Pierre Robin (*Les difformités maxillaires*) ; Dr Petitjean (*La vaccination pratique*; Dr Bidou (*Contention mécanique des spasmes*) ; prof. Broden (*La médecine tropicale*) ; Dr Duchesne (*Les stations thermales d'Auvergne*) ; Dr Tant (*Lésions de l'urèthre postérieur et leur traitement*) ; Dr Maurel (*Technique du traitement chirurgical des kystes paradentaires*) ; Dr P.-E. Lévy (*La psychothérapie*), etc.

La quatrième journée aura lieu à Liège, où un Comité, que préside le prof. Henrijean et dont le gouverneur

de la province et le bourgmestre ont accepté la présidence d'honneur, organise une matinée scientifique du plus haut intérêt. L'après-midi de cette journée sera consacrée à des excursions notamment aux grottes de Remouchamps, au Fort de Loncin, au Barrage de la Gileppe, etc.

Exposition.

Une exposition internationale (Allemagne exceptée), se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra au Palais d'Egmont, pendant la durée du Congrès.

Les congressistes seront invités à une série de fêtes et de réceptions organisées en leur honneur, notamment une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie et une soirée à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles.

Tout un programme, spécialement conçu par le Comité des Dames, sera réservé aux Dames des congressistes (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les Dames et les médecins abonnés à *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et inscription auprès du Dr René Beckers, secréraire général, 36, rue Archimède, Bruxelles.

— **Les externes des hôpitaux et l'A. P.** — On sait que l'Assistance publique ne donne aux externes des hôpitaux qu'une indemnité quotidienne dérisoire. Encore trouve-t-elle que c'est trop. Elle retient en effet leurs quatre francs quotidiens aux externes que la maladie éloigne momentanément de l'hôpital. Cette mesure, peu généreuse, se justifie encore par un souci d'économie. Elle devient odieuse lorsque les jeunes médecins qu'elle frappe ont contracté leur maladie au chevet des malades. Un médecin qui contracte dans son service une typhoïde, une scarlatine dont il peut mourir est victime d'un accident professionnel, et les assurances indemnisent l'accidenté du travail ordinaire de son manque à gagner. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la plus exposée des professions ?

En attendant le système d'assurance recommandé par le conseil supérieur de l'hygiène publique et promis depuis bien longtemps au personnel médical des hôpitaux par M. Mourier, celui-ci pourrait éviter la mesquinerie de supprimer à ses externes une indemnité — pourtant bien légère à son budget — sous de falots prétextes administratifs.

— Les membres de l'A. F. C. D. réunis en Assemblée générale, le 30 mars 1924, à la Faculté de médecine de Paris, persuadés plus que jamais de la nécessité d'un statut nouveau introduisant le doctorat en médecine obligatoire pour l'exercice de l'art dentaire en France, repoussant toute idée devant aboutir au doctorat en chirurgie dentaire ; après avoir entendu les allocutions et rapports exposant l'œuvre poursuivie, les résultats obtenus et les projets conçus, s'en tiennent à leur déclaration de principes et font confiance à leur Conseil d'administration pour continuer avec énergie les efforts entamés pour atteindre ce but.

— Les anciens collaborateurs et les amis de M. Paul Strauss, désireux de lui témoigner leur reconnaissance pour son dévouement à la cause de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, ont décidé de lui offrir une médaille commémorative.

— **Congrès britannique d'Hygiène** (*Bordeaux, mercredi 4 juin au lundi 9 juin 1924, inclusivement*). — Sur l'invitation de la municipalité et de l'Université de Bordeaux, il se tiendra dans cette ville, du 4 juin au 9 juin prochain inclusivement, un Congrès de médecine sociale et d'hygiène placé sous le patronage de S. M. le Roi d'Angleterre du côté Anglais et du President de la République du côté Français.

Le président du Congrès est le Vicomte Burnham et nous citerons parmi les présidents d'honneur S. E. la Marquise de Crewe, Ambassadrice d'Angleterre, les Ministres de l'Hygiène, de l'Intérieur, de la Guerre, de la Marine et des Travaux publics Anglais et Français ; parmi les vice-présidents : les Maires des grandes villes d'Angleterre, de Belgique et de France et les Recteurs des Universités.

Le Comité d'organisation est composé des hautes personnalités administratives militaires, religieuses et municipales de Bordeaux et des représentants politiques du département de la Gironde.

Le Comité actif local est présidé par M. Guestier, président de la Chambre de commerce et le Pr Sigalas, doyen de la Faculté de médecine.

Le Congrès comprend six sections : 1° médecine sociale et hygiène municipale. Présidents : *Anglais*. Sir H. D. Rolleston, *Français*, prof. Achard. — 2° Section navale, militaire et aérienne. Présidents : vice-amiral J. Chambers, médecin inspecteur général Vincent et médecin directeur de la marine Girard. — 3° Hygiène industrielle. Présidents : professeur Sir Thomas Oliver et professeur William Dubreuilh. — 4° Maladies tropicales. Présidents : colonel Sir Ronald Ross et professeur A. Calmette. — 5° Pathologie, bactériologie et bio-chimie. Présidents : Sir John Bland-Sutton et professeur G. Mouriquand. — 6° Section féminine et d'hygiène publique. Présidentes : S. E. la Marquise de Crewe, Lady Bland-Sutton (Deputy) et Madame Wallerstein.

— La doctoresse Katherine Davis, directeur du bureau d'hygiène sociale de New-York, vient d'avoir la curiosité de demander à mille femmes américaines diplomées de quelque université si elles entrevoyaient le moyen d'améliorer les relations sexuelles et reçut de près de 900 d'entre elles l'assurance que « CELA ALLAIT TRÈS BIEN COMME ÇA.... ! » (*L'Informateur médical*, 20 février 1924.)

Cours Complémentaires et de Perfectionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1924.

(*suite*)

CHAIRE D'HYGIÈNE.

Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire,

organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par M. le professeur Léon Bernard, avec la collaboration de MM. Robert Debré, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux ; Vallée, directeur du laboratoire des Recherches du Ministère de l'Agriculture ; Ameuille, Halbron, Lœderich, médecins des hôpitaux ; Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec ; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; Baron, Bigart, Salomon, assistants du dispensaire Léon-Bourgeois ; Vitry, assistant à l'école de puériculture, de la Faculté de médecine ; Guinon, inspecteur des dispensaires de l'O.P.H.S.

Ce cours aura lieu en octobre 1924. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 5 heures, au laboratoire d'hygiène de la Faculté, des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois et des visites à des établissements antituberculeux.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 francs.

Le Comité national de Défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France ou désignés officiellement par des autorités départementales ou muni-

cipales, ou par des comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE.

Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris et de médecin sanitaire maritime.

L'Institut de médecine coloniale (1) a été fondé dans le but de donner une connaissance spéciale et approfondie des maladies et de l'hygiène des pays chauds aux étudiants ou aux médecins désireux d'exercer dans les colonies ou dans les pays de la zone tropicale. Sa création remonte à un arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 3 juin 1902. Il est annexé à la Faculté de médecine et administré par un Comité permanent composé du Doyen, du Directeur et du personnel enseignant.

Les cours que doivent suivre les élèves de l'Institut de médecine coloniale et les travaux pratiques auxquels ils sont appelés à participer, commenceront, cette année, le 3 octobre, pour se terminer à la fin du mois de décembre.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'Institut possède 30 microscopes dont 20, fabriqués en 1920, ont été offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes, pourvus de quatre objectifs dont un à immersion, sont mis à la disposition des élèves. Enfin, l'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard siège de la clinique des maladies contagieuses, rue d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint Louis, à l'Hôtel-Dieu, et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

L'enseignement porte sur les matières suivantes :

Pathologie exotique ; hygiène et épidémiologie exotiques (MM. le Pr CALMETTE, DOPTER, Ch. JOYEUX, MARCHOUX, L. MARTIN, L. TANON). — 30 leçons.

Clinique des maladies exotiques (M. le Pr P. TEISSIER). — 9 leçons.

Parasitologie (M. le Pr E. BRUMPT). — 30 leçons.

Bactériologie et diagnostic bactériologique (MM. le Pr F. BEZANÇON, CAMUS, Pr H. ROGER, L. TANON). — 31 leçons

Maladies cutanées (M. le Pr JEANSELME). — 13 leçons.

Chirurgie des pays chauds (M. le Pr LECÈNE). — 5 leçons.

Ophtalmologie des pays chauds (M. le Pr DE LAPERSONNE). — 4 leçons.

Règlements sanitaires (M. le Pr Léon BERNARD). — 6 leçons.

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises, pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. — Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

En s'inscrivant, les candidats doivent déposer leur acte de naissance ou une pièce d'identité. S'ils sont docteurs, ils déposent en outre leur diplôme ou un certificat légalisé ; s'ils sont étudiants dans une Faculté française autre que celle de Paris, un certificat universitaire constatant qu'ils ont achevé leur scolarité. Les étrangers doivent aussi présenter un certificat visé par leur ministre ou leur consul à Paris, établissant leur nationalité.

Les candidats pourront s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, à partir du 25 septembre, tous les jours, de 12 heures à 15 heures, et verser le montant de leurs droits, 25, quai des Grands-Augustins, tous les jours, de 9 heures à 15 heures.

Les sommes à verser au moment de l'inscription sont les suivantes :

Droit d'immatriculation.........fr.	20	»
Droit de bibliothèque..............	10	»
Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, etc)......................	350	»
Total ....fr.	380	»

Les étudiants, en médecine, pourvus de seize inscriptions, en cours d'études, sont dispensés du droit d'immatriculation et du droit de bibliothèque en vue du titre universitaire de médecin colonial.

Les élèves ayant suivi les cours et pris part aux exercices pratiques et cliniques subissent des examens, à l'expiration de la période scolaire, sur les différentes matières de l'enseignement.

Ces examens, au nombre de deux, comportent des épreuves pratiques et des épreuves orales ; ils auront lieu du 18 au 22 décembre.

Ils sont divisés ainsi qu'il suit :

PREMIER EXAMEN : Epreuve pratique de bactériologie. — Epreuve pratique de parasitologie. — Epreuve théorique de bactériologie. — Epreuve théorique de médecine exotique.

DEUXIÈME EXAMEN : Hygiène et épidémiologie exotiques. — Règlements sanitaires. — Parasitologie. — Maladies exotiques cutanées. — Maladies exotiques chirurgicales. — Maladies exotiques ophtalmiques.

Ces examens sont gratuits. Tout candidat qui les subit avec succès reçoit le diplôme de *Médecin colonial de l'Université de Paris*.

Les élèves français pourvus de ce diplôme peuvent obtenir une place de médecin de colonisation ou de médecin de l'assistance médicale indigène.

Ce diplôme, auquel devra être joint un certificat du professeur Léon BERNARD, Conseiller technique à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, confère à ceux qui en sont titulaires l'équivalence du titre de médecin sanitaire maritime.

La distribution des diplômes et des certificats d'aptitude a lieu dans la séance de clôture de la session, qui se tient dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine. Les docteurs en médecine entrent immédiatement en possession du diplôme de médecin colonial ; les étudiants et les internes ne reçoivent provisoirement qu'un certificat d'aptitude, qui est échangé contre le diplôme dès qu'ils ont soutenu leur thèse de doctorat.

(1) Pour tous renseignements, s'adresser au professeur E. BRUMPT, secrétaire général de l'Institut de médecine coloniale, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, (Laboratoire de parasitologie).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

II

1048. — Corps étranger de la main.

Je reçois le papier ci-joint que je vous serais reconnaissant de me retourner avec votre avis auquel je me rangerai.

Le corps étranger est une aiguille profonde de la main. J'ai compté :

1° Localisation d'un corps étranger de la main	50 fr.
2° Extraction de corps étranger nécessitant la localisation radiologique	300 fr.
Total	350 fr.

et non ce que propose le papier ci-joint. En m'en tenant à mes habitudes de chirurgie de guerre, la localisation est un temps, l'extraction sous contrôle un deuxième temps distinct.

Dr F.

Réponse

a) La compagnie compte comme vous deux choses distinctes : localisation 50 frs. plus extirpation 50 fr., total : 100 fr. Seulement il y a antinomie dans sa façon de compter puisqu'elle admet bien la « localisation » et qu'elle ne compte ensuite que 50 frs pour l'extirpation et non 300 comme il est indiqué à l'article 28 pour « extirpation de corps étrangers profonds nécessitant la localisation radiologique ».

b) Il n'y a pas de corps étranger « profond » dira-t-elle peut-être. On peut répondre que, vu la complexité des muscles de la main et le danger des interventions qui en résulte, au point de vue de l'incapacité fonctionnelle consécutive et, par suite, de la responsabilité de l'opérateur, la région de la main, pour la recherche de corps étrangers, peut être assimilée à toute région « profonde ». Je parle de la main et non des doigts que je ne range plus dans la même catégorie, ainsi que je l'ai déjà répondu, ni des corps étrangers de la main restés dans le tissu sous-cutané, cela va de soi.

F. D.

Les pharmaciens peuvent-ils avoir des employés ambulants en campagne

Etabli médecin propharmacien et abonné du *Concours*, je désire vous demander quelques renseignements sur la lettre suivante qu'a reçue le mari de la sage-femme de l'endroit et que cette dernière m'a remise aussitôt.

Je vous la recopie textuellement.

Grande pharmacie du Progrès à X.

Monsieur,

Il y a quelques années, nous avions créé pour M. et ses environs un service de représentations et



livraisons à domicile de produits pharmaceutiques. Nous avons été contraints de par les circonstances de suspendre ce service en 1914, mais à la demande de nombreux clients, nous voudrions, s'il était possible, le rétablir. Pour cela il nous faut quelqu'un susceptible de pouvoir visiter la clientèle de M. et des environs et ce deux fois par semaine. Dans le cas où les commandes ne seraient pas suffisamment importantes, elles pourraient être réduites à une par semaine. Quant aux livraisons, elles seraient faites franco domicile du représentant, qui se chargerait de la répartition; chaque client ayant son colis cacheté. Comme conditions nous accordons au représentant 15 % de remise sur pharmacie, droguerie et accessoires (à l'exclusion des spécialités et eaux minérales). Connaîtriez-vous quelqu'un à M. susceptible de pouvoir s'occuper de cette affaire qui, j'en suis certain pourrait devenir très intéressante étant confiée à une personne voulant s'en donner la peine. Peut-être même vous, si vos occupations ne vous obligent pas à rester constamment à votre maison, vous pourriez examiner l'affaire et me faire savoir si elle peut vous intéresser. Dans ce cas M. X. irait vous trouver le jour que vous lui fixeriez pour vous entendre sur les conditions. Au plaisir de vous lire et veuillez agréer, M. l'expression de mes meilleurs sentiments.

Signé : C.

Est-ce qu'un pharmacien a le droit d'avoir un représentant dans un pays ?

Est-ce que ce représentant a le droit d'aller visiter la clientèle.

Que faut-il faire ? Dr G.

Réponse.

Un pharmacien peut avoir un représentant, un employé, qui sera un intermédiaire entre l'officine et les clients. Ceux-ci remettront à l'employé leurs ordonnances médicales, ou la commande de certains produits pharmaceutiques pouvant être vendus sans prescription de médecin. Ces médicaments seront ensuite livrés à domicile.

Mais l'employé du pharmacien ne saurait profiter de ces tournées pour vendre des produits pharmaceutiques : ce serait alors une infraction à la loi de germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie (Cassation 5 juillet 1900).

Le tribunal correctionnel de Dijon (1er mars 1902) décide que commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie, le cycliste garçon livreur d'un pharmacien, qui, ne se bornant pas à recueillir les ordonnances, délivre, sur simple demande et sans qu'elles lui aient été commandées à l'avance, des compositions médicamenteuses, telles que thé Chambard, extrait de quinquina, teinture d'iode, etc. Il contrevient à la loi sur les substances vénéneuses, en vendant, dans les mêmes conditions, du sublimé corrosif et du laudanum.

Le pharmacien est civilement responsable de son employé, car les délits ont été commis au cours de tournées effectuées pour le compte du pharmacien.

Antérieurement, le tribunal correctionnel d'Auxerre (21 juillet 1896) s'était prononcé dans le même sens, pour une espèce analogue.

D'ailleurs sont nombreuses les décisions condamnant des élèves en pharmacie, qui vendent des médicaments, hors la présence effective du pharmacien.

De plus, le diplômé sera responsable des faits et gestes de son préposé, qui aura vendu, contrairement aux prescriptions de l'article 32 de la loi de germinal, des préparations médicinales ou drogues composées quelconques, sans prescription de docteurs en médecine. Dans ce sens, tribunal correctionnel de la Seine, 1er juillet 1901.

Cette responsabilité s'étendra aux erreurs commises par l'employé, qui, en vendant des médicaments sans ordonnance médicale, aura provoqué des blessures, ou aggravations dans l'état du malade. La jurisprudence est unanime pour condamner le pharmacien qui ne se livre pas à une surveillance minutieuse des actes de ses élèves, ou préposés.

A côté du délit d'exercice illégal de la pharmacie et de la complicité du pharmacien, peut exister le délit d'exercice illégal de la médecine, au cas où le représentant du pharmacien livrerait, de son propre chef, les médicaments qu'il croirait être utiles à la guérison d'une maladie.

Enfin, il faudrait envisager la question de la concurrence déloyale, tant par rapport aux autres pharmaciens de la région qu'au point de vue des médecins, ayant le droit de faire la propharmacie. Le fait d'ouvrir une seconde pharmacie, dans une autre localité, en la faisant tenir par un prête-nom, constitue un acte de concurrence déloyale, de la part du possesseur d'une officine, car une pharmacie ne peut avoir de succursale (tribunal de commerce de Riom, 30 juin 1905). Pourrait-on assimiler au fait d'ouvrir une seconde pharmacie, succursale de la première, le cas d'avoir un entrepositaire baladeur, allant vendre à domicile drogues et médicaments, alors qu'il existe, dans la commune, une personne ayant le droit légal de fournir la pharmacie aux malades ?

Que faire ?

Notre confrère doit demander à son syndicat local de s'entendre avec le syndicat des pharmaciens, pour que les deux groupes professionnels puissent montrer au pharmacien le mauvais côté confraternel de sa conduite.

Au cas où le pharmacien passerait outre, le médecin adhérent au « Sou Médical » demanderait à cette Ligue de prendre sa défense en mains, cependant que le syndicat des médecins et celui des pharmaciens pourraient se joindre

à l'action intentée contre le potard, pour faire juger la question de principe, à savoir si la profession pharmaceutique doit se commercialiser, au point d'avoir un cycliste, ou un vendeur, poussant une petite voiture, tel les fameux marchands du planteur de Caïffa.

Dr Paul BOUDIN.

L'Héliothérapie

Par Robert SOREL.

Dans le *Concours médical* du 13 avril 1924, page 856, M. le Dr Meyer publie un long article sur les « Indications élargies de l'héliothérapie ». Cet article contient quelques oublis fâcheux. D'abord, Rollier n'est pas le père de l'héliothérapie ; c'est à Lyon que Poncet et Ollier ont été les rénovateurs de l'héliothérapie scientifique, et si l'héliothérapie moderne a un père, c'est Poncet, Ensuite, Revillet, ancien interne de Lyon a appliqué à Cannes en grand cette physiothérapie. Dans le volume du « 1er Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie, Cannes, 25-22 avril 1914, professeur Levé, 17, rue Cassette, Paris, » les lecteurs pourront constater que cette thérapeutique a été étudiée sous tous ces rapports sur la Côte d'Azur, là où précisément il y a la matière première : le soleil; c'est évidemment un oubli de négliger la longue série de noms français dont les études sont complètes et de tout premier ordre.

Le hasard m'a permis d'être le premier à avoir indiqué les bienfaits de l'héliothérapie pour les blessures de guerre ; d'autres ont employé la même thérapeutique sans connaître ma première communication à l'Académie des sciences en 1915. Dans ma communication au Congrès de chirurgie de 1919, 28e session, Paris, j'ai réuni toutes mes observations faites pendant la guerre; j'indique à la page 7 du tirage à part de cette communication que MM. Faure et Vallet avaient placé leurs malades dans un paravent blanc pour éviter les refroidissements et les courants d'air. Comme eux, à Nice, j'ai employé le même procédé avec succès et indiqué les degrés obtenus à l'extérieur et à l'intérieur de cet appareil. Je conclus de cette note : 1° que Poncet est le père de l'héliothérapie moderne ; 2° que cette physiothérapie a été complètement étudiée sur le littoral méditerranéen français ; 3° que le moyen artificiel d'élever la température du bain de soleil a été employé à Nice, il y a une huitaine d'années déjà, par MM. Faure et Vallet et par moi, pendant la guerre à Nice, 4° que j'ai été le premier a appliquer et à préconiser d'une façon systématique l'héliothérapie pour blessures de guerre à l'exclusion de tout agent antiseptique.

teinture d'iode, liquide de Dakin, etc., de sorte que les guérisons obtenues l'ont été uniquement par le soleil.

PRATIQUE JOURNALIÈRE

De l'action nécrosante de l'adrénaline dans l'anesthésie locale

Dr Lop (Marseille).

Depuis que l'association de l'adrénaline à la cocaïne et à ses dérivés est devenue courante et d'emploi journalier, un assez grand nombre d'observations ont paru, soit dans les périodiques, soit dans les discussions, sur l'anesthésie locale à propos de la nécrose des téguments, causée par l'adrénaline associée à l'agent anesthésique. Tout récemment, Rochard et W. Stern, dans leur intéressant ouvrage : « Thérapeutique post-opératoire, 1923. » — ont rappelé à leur tour l'action hautement modificatrice sur la peau, de l'adrénaline.

Depuis bien longtemps, j'emploie l'anesthésie locale dans grand nombre de mes opérations aseptiques (1). A différentes reprises, j'avais observé des accidents locaux assez sérieux, dont je ne m'expliquais pas du tout les raisons. Je ne les avais jamais avec l'anesthésie générale ni à la rachi, et encore moins avec la novocaïne seule ; pourtant, mêmes procédés opératoires, mêmes assistants, mêmes précautions.

Un jour cependant, frappé par la gravité des accidents dans un cas de cure radicale d'hydrocèle double, sous anesthésie locale avec un produit dont l'éloge n'est plus à faire : la syncaïne associée à l'adrénaline, je n'ai pas hésité à rendre cette dernière responsable.

Voici, résumée, cette observation :

Homme de 52 ans, bonne santé habituelle, pas de sucre dans les urines à aucun moment, avant ou après l'opération.

L'intervention a lieu le même jour par les mêmes procédés, mais l'hydrocèle droite étant plus volumineuse et plus ancienneque la gauche, la dose d'anesthésique, en injection, fut doublée, 6 ampoules de 0,05 ccmc, d'autant qu'il s'agissait d'un malade assez pusillanime qui criait au secours avant même que d'être touché.

Je le répète, même mode d'opération pour ces deux interventions qui n'ont eu une différence que dans la dose de syncaïne-adrénaline injectée.

Résultat : A gauche, réunion par première intention et guérison en 8 jours ; quant à droite, 5 jours après, élévation de température brusque,

(1) Je l'emploie rarement dans les autres. J'en ferai connaître ultérieurement les raisons.

intumescence très douloureuse des bourses. Je fais sauter immédiatement les points de suture, donnant ainsi issue à un liquide putride montrant la totalité de la vaginale frappée de sphacèle s'éliminant par lambeaux.

Malgré le traitement que l'on devine, qui fut mis en œuvre immédiatement, les accidents locaux et généraux furent d'une sérieuse gravité. L'élimination dura plus de 3 semaines, et c'està grand'peine que je pus sauver le testicule.

A quelque temps de là, nouvelle cure radicale d'hydrocèle :

Chez un homme jeune et robuste, nouveaux ennuis bien moins graves, il est vrai, au niveau des téguments et de la vaginale.

Depuis lors, dans deux ou trois cas de cure radicale de hernie inguinale faite par le même mélange d'anesthésie, j'ai eu des accidents locaux sérieux : nécrose de l'aponévrose, que je n'ai jamais eu à déplorer avec l'anesthésie générale ni avec la rachi (1), tenant, ceux-ci, indubitablement à l'emploi de l'adrénaline dont j'avais commencé à soupçonner l'action nécrosante dans les observations précédentes, par l'énergie de ses propriétés vaso-constrictives sur des tissus dont la vascularisation est plutôt médiocre.

On dira que, malgré le nombre journalier considérable d'anesthésies locales associées à l'adrénaline faites, rien que dans notre pays par exemple, les accidents que Rochard et d'autres ont signalé avant moi sont rares. Ilm'a paru pourtant utile de les signaler à mon tour.

Je demeure convaincu que grand nombre de petits accidents locaux de sphacèle que j'ai observés depuis que j'emploie systématiquement l'association de l'adrénaline avec la cocaïne et ses dérivés, et dont la cause m'échappait, étaient certainement dus à l'adrénaline. Ils ont disparu de mon service depuis que je l'ai abandonnée.

Etant donné les services journaliers que nous rend l'anesthésie locale avec des produits irréprochables, je me demande s'il ne serait pas préférable d'abandonner complètement l'association de l'adrénaline à l'anesthésique, ou mieux encore, de la réserver s'il y a lieu dans les cas où la présence de cette dernière serait jugée indispensable ; même dans ces cas, je pense qu'il vaut mieux s'en tenir à des doses minimes.

(1) Pas plus, je le répète, avec la syncaïne sans adrénaline.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 13 mars 1924 relatif au fonctionnement du service central de prophylaxie des maladies vénériennes

Décrète :

Art. 1er. — Le fonctionnement du service

central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de l'hygiène est assuré, sous l'autorité d'un inspecteur général des services administratifs, par le personnel temporaire ci-après :

Un médecin adjoint au chef de service.

Deux rédacteurs.

Un commis d'ordre et de comptabilité.

Une dame dactylographe.

Art. 2. — Le personnel prévu à l'article 1er est rémunéré au moyen d'indemnités annuelles, non soumises à retenues pour pensions civiles, fixées ainsi qu'il suit :

Médecin : 18.000 fr. à 22.000 fr., par augmentations successives de 2.000 fr.

Rédacteurs : 6.000 fr. à 11.000 fr., par augmentations successives de 1.000 fr.

Commis d'ordre et de comptabilité : 4.500 fr. à 10.000 fr., par augmentations successives de 900 fr. pour les quatre premières et de 1.000 fr. pour les dernières augmentations.

Dame dactylographe : 4.000 à 7.000 fr., par augmentations successives de 500 fr.

Les indemnités fixées par le présent décret sont exclusives de toute gratification. Aucune autre indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué au personnel du service central antivénérien que dans les limites et conditions fixées par décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — Dans chaque emploi, l'avancement a lieu d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur. Nul ne peut être promu à l'échelon supérieur s'il ne compte au moins deux années de services dans l'échelon qu'il occupe.

Art. 44. — Le ministre de l'hygiène et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel*.

(*J.O.*, 28 *mars* 1924.)

Vacance de Direction de bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vittel (Vosges).

Le traitement alloué est fixé à 2.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références, permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidat ure s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 17 avril 1924.)

Réponses ministérielles aux questions des Parlementaires.

Admission d'un réformé de guerre dans un sanatorium.

21156. — M. René Nicod, député, expose à M. le ministre de l'hygiène que le réformé de guerre R..., domicilié à M... (Dordogne), a fait dans les formes réglementaires, le 13 octobre 1923, une demande d'hospitalisation dans un sanatorium ; que le 6 décembre, n'ayant pas reçu de réponse, la fédération ouvrière et paysanne des mutilés intervint auprès du ministre de l'hygiène pour signaler ce retard anormal ; qu'il fut répondu que toutes instructions utiles étaient données pour une prompte solution ; que le 23 décembre, R... recevait un ordre de convocation pour le sanatorium de Saint-Jodard, dont le climat lui est contraire ; qu'il y est resté dix jours, que son état s'est aggravé ; que le médecin directeur de l'établissement lui conseilla de reutrer chez lui ; que R. renouvela alors sa demande d'admission dans un sanatorium du Midi ; que depuis il est toujours dans la même situation, et demande au ministre quelles sanctions seront prises contre les responsables de semblable état de chose. (*Question du* 20 *mars* 1924).

Réponse. — La demande du malade R.... a été transmise au ministre de l'hygiène le 26 octobre 1923. Le 31 du même mois, elle a été communiquée, pour avis, au médecin directeur du sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes), où le malade demandait à être admis. Le dossier fut retourné le 7 décembre. En même temps, mon administration était avisée que l'admission ne pouvait être prononcée, aucun lit n'étant disponible, parmi ceux réservés aux malades étrangers au département des Alpes-Maritimes. En raison

de l'urgence signalée, à ce moment, par la fédération ouvrière et paysanne des mutilés, le placement fut prononcé, le 15 octobre 1923, au sanatorium de Saint-Jodard (Loire), seul établissement où il y eut un lit de disponible. La nouvelle demande présentée par le malade après sa sortie de Saint-Jodard n'est pas parvenue à l'administration de l'hygiène. Aucune négligence ne peut donc être relevée à l'encontre de cette administration. Il convient de remarquer, d'autre part, que les sanatoriums du Midi — Gorbio (Alpes-Maritimes) et Larressore (Basses-Pyrénées) — ont un caractère départemental, et sont réservés de préférence aux malades du département. Il est impossible de contraindre ces départements à recevoir dans leurs sanatoriums des malades qui leur sont étrangers, au détriment de leurs propres malades. (*J. O.*, 4 avril 1924.)

Diversité d'interprétations des symptômes inscrits sur les carnets de mutilés.

20368. — M. Emmanuel Brousse, député, expose à M. le ministre des pensions le cas où les symptômes inscrits en qualité de diagnostic sur un carnet de mutilé laissent le choix entre diverses interprétations différentes et demande si le médecin traitant, seul directeur du traitement, est obligé de faire payer au mutilé visite et médicament lorsque la commission de contrôle du département refuse les autorisations nécessaires au traitement malgré l'évidence de la bonne interprétation faite par le médecin traitant. (*Question du* 29 *janvier* 1924).

Réponse. — La commission tripartite départementale est chargée de statuer sur les demandes de payement sous réserve du recours des intéressés devant la commission supérieure. (*J. O.*, 6 avril 1924.)

L'examen radiologique ou de laboratoire d'un mutilé doit faire l'objet d'un avis à la Commission de contrôle.

20369. — M. Emmanuel Brousse, député, demande à M. le ministre des pensions si l'article 18 du décret du 22 octobre 1922 veut dire qu'on ne peut faire faire aucune analyse ou radiographie sans autorisation préalable de la commission (ce qui est une entrave à la rapidité du traitement), ou bien qu'il suffit d'avertir cette dernière la chose étant faite. (*Question du* 29 *janvier* 1924.)

Réponse. — Lorsque le médecin traitant estime nécessaire un examen radiologique ou de laboratoire, il doit, conformément à l'article 18 du décret du 22 octobre 1922, en donner avis, dans les vingt-quatre heures qui précèdent l'intervention à la commission de contrôle. (*J. O.*, 1er avril 1924.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1108-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du « Sou Médical », du Dr LEMARCHAND, d'Eymoutiers (Hte-Vienne), la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Leloug.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Boulx.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Joly.
Bains-les-Bains, M. Henry.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker. Duliège, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Heitz. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel. Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 187. — Les « Grands élevages des Flandres et des plaines Toulousaines réunis » disposent actuellement de : 1-2 oies de Romagne, pleine ponte, 200 fr. Prix d'honneur Lille ; coq Crèvecœur, 1er prix Lille, 25

fr. ; coq Brackel doré, 1er prix Lille, 30 fr. ; Malines Coucous et noires, 30 fr., coq 35 fr., 2e prix Lille ; 5 Brackels argent. Prix d'honneur, 25 fr. pièce ; 1-5 coureurs indiens, 1-6 Bresse noires, 1-10 Bresse grises, 100 poulettes leghorns bl. améric. pleine ponte, issues reproducteurs hautementprimés, 25 fr. pièce ; Pintades, 1er prix Paris, Dindes, Pigeons, mondains ; œufs à couver. Renseignements contre timbres. Dr Ruyssen, Haubourdin (Nord).

No 188. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos banl. Paris (30 à 40 km.)

No 189. — Bonne clientèle à repr. apr. décès, ch-lieu canton envir. de Caen, pays chasse et pêche, s'adr. Me Le Roux, notaire, Tilly-sur-Seulles (Calvados).

No 190. — A vendre Ombredanne, sphygmo-enregistreur Sacquin, Etuve Roux, reg. bi-métal, s'adr. : M. Jacques Guitton, ingénieur, 5, rue Gay-Lussac, Paris.

No 191. — Zèbre, 6 HP, 2 pl., écl. et démar. élect. 1921, tr. bon état Pr. 8000 s'adr. : Dr Lauquin, Pierre de Bresse, Saône-et-Loire.

No 192. — Littoral algérien, gde ville, bon poste, bail garanti, av. ou sans mobilier, lég. indemn. compt.

No 193. — Demande couveuse artif. occasion, même ancien modèle, Dr Guidon à Ligny (Meuse)'

No 194. — Pr cause santé, à vendre cond. int. luxe, caisse cannée, 12 HP Vinot Deguingand, type B.O., roulé 7000 kil. démar. et éclair. élect.

No 195. — Médecin libre le matin, cherche occupat. médic. ou para-médic.

No 196. — Thérapeutique médicale nouvelle du mal de mer par agent physique : méthode Galvani.

No 197. — Médecin radiogr. désirerait part associat. ds cabinet radiogr. import. ou prendt suite confr. fatig. soit dans ville climat. Midi ou Côte d'Azur.

No 198. — A vendre : 10 HP Renault 1921, roulé 13.000 km. ; bibliothèque 48 ouvrages : instruments : Paquelin, Potain, Béniqué, Tarnier, Cusco, Chardin, Pinces, bistouris, daviers, etc.

No 199. — Cherche ville Algérie Midi ou S.-O, client. méd. gén. chirurg. urgence, accouch. gynéc., pédiatr., urologie préfér., pr début 1925. Dr Nicolas, Nelle Calédonie, lettres 4 mois.

No 200. — A vendre ét. neuf, Moto Roue Wheel, s'adapte à tt bicycl.

No 201. — Peugeot 10 HP 4 cyl. cond. int. 2 pl. en bon ét. Prix dem. 6.000 fr., Dr Butin, Pontoise (S.-et-O.)

No 202. — Pr. Fécamp, plage de famille, jolie campagne, à louer maison bord même de la mer : sal. sal. à mag. cuis. 4 ch. à c. av. lits 2 pers. cab. toil. W.C. jardin clos 2.502 mq, pelouses sans linge : saison : 2.000 fr.

No 203. — Jeune méd. cherche pl. assistant ch. confr. ou clin. peau et voies urin. à Paris, Marseille ou Toulon, libre de suite.

No 204. — A vend. cause achat cond. int. Ford torp. 4 pl. 1920, bon ét. 4.500 fr., Dr Lavalley, Villedieu (Manche).

No 205. — J. fille, 24 ans, excell. éduc., désirant voyager, dem. pr. France ou étranger, pl. de demoiselle de comp. aupr. dame âgée. Ecr. Mlle A. Cariney, 55, rue Bichat, Paris.

No 206. — Docteur offre appart. meublé région Est, 60 km. de Paris.

No 207. — Alcyonnette entièr. remise à neuf, fonct. part. Dr Castex, Cazères, Hte-Garonne.

No 208. — Appareil à douches filiformes sorti en 1923 de chez Guesmer ayant coûté 1.600 fr. à céder 1.000 fr.

CORRESPONDANCE

1167. — Le propharmacien n'est pas assujetti au registre du commerce

Je reçois ce matin de la préfecture de X. l'avis suivant :

« Les commerçants et sociétés français ou étrangers étant tenus par la loi du 18 mars 1919 de se faire immatriculer au registre de commerce du lieu de leur domicile ou de leur siège social, la direction de la comptabilité publique, par circulaire du 18 mars 1924 fait connaître, en application de l'art. 1er de la loi du 1er juin 1923, qu'il y a lieu pour les intéressés de mentionner sur leurs papiers de commerce, factures, mémoires, etc... le tribunal de commerce ou tribunal civil en tenant lieu qui a procédé à leur immatriculation et leur numéro d'ordre au registre du commerce.

« L'omission de cette formalité entraînerait un refus de paiement à tout créancier qui ne pourrait prouver qu'il ne tombe pas sous le coup de la loi du 18 mars 1919 et n'est pas assujetti à l'immatriculation au registre de commerce. Il y a donc lieu pour MM. les pharmaciens de porter cette indication sur leurs mémoires de fin de trimestre pour produits pharmaceutiques délivrés à des bénéficiaires, soit des soins gratuits aux victimes de la guerre, soit de l'assistance médicale gratuite, X., le 24 avril 1924.

Or, je pensais que les médecins-propharmaciens ne sont pas des commerçants et par conséquent ne sont pa s tenus à une déclaration devant le Tribunal de commerce. Je vous serais extrêmement reconnaissant si vous vouliez bien me donner votre avis à ce sujet. Le préfet me renvoie d'ailleurs mes mémoires en même temps que la lettre que je vous ai transcrite, le 27 avril au matin et le tout doit être retourné avant le 1er mai.

Dr D.

Réponse.

L'exercice de la pharmacie n'étant que l'accessoire de la profession principale de médecin ne peut conférer au médecin la qualité de commerçant. C'est pourquoi il a été jugé que le médecin pro-pharmacien ne pouvait être assujetti ni à la taxe sur le chiffre d'affaires ni à l'impôt sur les bénéfices commerciaux. Il en résulte encore que le médecin pro-pharmacien n'a pas à se faire immatriculer au registre du commerce.

La note que vous avez reçue de la préfecture doit être expédiée indistinctement à tous les créanciers de l'Etat, car plusieurs médecins nous ont déjà posé la même question que vous à la suite de la réception de notes analogues.

Nous vous conseillons, pour éviter toute dif-

ficulté, de retourner vos mémoires à la préfecture, en lui signalant l'erreur qu'elle commet.

1170. — Exercice de la médecine dans une chambre d'hôtel.

Un médecin installé aux environs vient dans la localité où j'exerce donner deux fois la semaine, dans une chambre d'hôtel, des consultations, un jour dentaires, un jour médicales.

(Je vous signale en passant ce beau dédain des règles déontologiques).

Ce médecin doit-il être assujetti à la patente, et à sa résidence habituelle et au lieu où il vient exercer par intermittences ?

Dr X.

Réponse.

Un médecin qui vient donner des consultations régulières dans une chambre d'hôtel est passible de la patente sur la valeur locative de la chambre qu'il loue à cet effet, en sus, bien entendu, de la patente qu'il paye sur la valeur locative de la maison d'habitation qu'il occupe et où il a sa résidence.

Il est possible de le signaler au contrôleur des contributions directes, à qui cet exercice peut avoir échappé.

Quant au point de vue déontologique, il appartiendrait au Syndicat de la localité où il vient faire de la clientèle dans ces conditions anormales de le citer devant son Conseil de famille, ou de signaler cet état de choses au Syndicat de sa résidence, si ce n'est pas le même.

1147. — Les Pupilles de la Nation n'ont pas droit aux soins médicaux gratuits.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire si les pupilles de la Nation ont droit aux soins médicaux gratuits et, dans l'affirmative, en vertu de quel texte de loi ces soins leur sont dus.

Dr X.

Réponse.

Les lois sur les Pupilles de la Nation ne leur accordent pas de plein droit la gratuité des soins médicaux.

Pour avoir droit à cette gratuité, il faut que les Pupilles aient été admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite dans la forme déterminée par la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

1159. — Prorogation de bail.

Etant membre du « Sou médical », je vous prie de me faire savoir si mon propriétaire peut me renvoyer ; j'ai perdu un fils à la guerre, je n'ai pas de bail, je suis à l'année ; si j'ai le droit de rester dans le logement que j'occupe, jusqu'à quelle année puis-je y demeurer ?

Enfin, mon propriétaire peut-il m'augmenter de 100 ou 90 pour 100 ; j'habite une localité de 1.600 habitants et aucun taux n'a été fixé par la municipalité. Voilà 30 ans que j'habite la même maison.

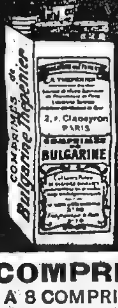
Dr L.

Réponse.

Locataire d'avant guerre de locaux à usage professionnel, vous êtes en droit de bénéficier de la prorogation légale de la loi du 9 mars 1918 égale à la durée de la guerre, soit 5 ans et 83 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à l'expiration de cette période. Si vous n'avez pas encore signifié à votre propriétaire votre intention de bénéficier des dispositions de la loi, vous ne pouvez plus le faire si, *depuis la guerre, vous avez déjà reçu congé.* Mais, si vous n'avez encore reçu aucun congé, vous n'êtes pas forclos de votre droit de réclamer la prorogation. Il vous suffira d'attendre que votre propriétaire vous donne congé et alors, *dans les vingt jours dudit congé,* sous peine de forclusion, vous devrez notifier à votre propriétaire, par exploit d'huissier, que vous entendez bénéficier de la prorogation. Pendant la durée de cette prorogation, vous aurez à supporter les augmentations fixées par la loi du 31 mars 1922 (5 % du loyer de 1914, plus l'augmentation des impôts et des charges depuis cette date).

Mais, en vous donnant les renseignements ci-dessus, nous avons raisonné sur le fait énoncé dans votre lettre que vous n'avez jamais eu de bail. Si, par hasard, vous avez eu un bail venu à échéance pendant ou depuis la guerre, la solution n'est pas la même ; le droit à la prorogation est perdu faute de signification de la volonté d'en profiter trois mois au moins avant l'expiration du bail.

Dans ce cas, comme vous n'habitez pas une commune où la loi du 29 décembre 1923 reçoive application, vous ne pourriez demander aucune prorogation nouvelle et votre propriétaire serait en droit de vous donner congé ou de vous demander une augmentation quelconque. Il en serait de même d'ailleurs dans le cas où, locataire verbal, vous auriez reçu congé sans demander la prorogation dans les vingt jours.



1151. — Modification des impôts sur les automobiles. Suppression de la demi-taxe.

Hier, j'ai payé au receveur des contributions directes mes impôts pour mes deux automobiles (2e trimestre 1924).

L'une des voitures étant un cycle-car, j'ai versé la somme de 30 francs. L'impôt annuel ayant été porté de 100 à 120 francs en raison du double décime.

Pour l'autre voiture (12 HP), c'est une autre affaire !

J'ai payé 36 francs par cheval jusqu'à 10 (360 fr.) et 44 francs pour les 2 HP supplémentaires (88 fr.), soit pour un trimestre $\frac{360 + 88}{4} = 112$ francs.

Avant la loi du double décime, je payais pour cette même voiture par trimestre 72 francs.

Je me trouve donc subir une augmentation, non pas de 20 % comme le texte de loi le laisse entendre, mais bien de 55,5 %.

Voici enfin ma question :

1° Est-il exact que la loi nouvelle supprime le bénéfice de la demi-taxe à laquelle les médecins avaient droit ?

2° Le compte ci-dessus est-il juste ?

Si, comme je le suppose, la tarification subie est légale, il est navrant de penser que cette augmentation est instaurée au détriment des médecins, commis-voyageurs, etc., dont la voiture est un instrument de travail, au détriment du petit commerçant dont l'impôt sur l'unique camion est majoré de 100 % ! Alors que, par contre, l'impôt sur les voitures de grande remise (voyez mercantis, nouveaux riches et même députés) est ABAISSÉ de 2.000 à 1.200 fr., soit DE 66,66 %.

A noter que, paraît-il, la nouvelle tarification ne rapportera pas, au trésor, un sou de plus que l'ancienne, mais se trouvera établie tout entière sur le dos de la classe moyenne au détriment des travailleurs de cette classe et au profit de ceux que je viens de nommer !

Dr M.

Réponse

L'article 25 de la loi du 23 mars 1924 a abrogé l'article 100 de la loi du 26 juin 1920 qui avait institué le bénéfice de la demi-taxe pour les automobiles des patentés.

D'un autre côté, le mode de calcul de l'impôt a été unifié ; désormais, il est perçu un droit annuel de 30 fr. par cheval-vapeur jusqu'au dixième et de 44 fr. au-dessus de 10 chevaux.

Vous avez donc été régulièrement imposé.

1116. — Calcul de la patente.

Abonné du *Concours* et membre du « Sou », je viens vous prier d'éclaircir un point assez obscur

pour moi ; comment faut-il calculer l'impôt sur la patente (loi 1880), ayant déclaré une location de 800 fr. par an. Je me permets de vous envoyer en même temps l'avertissement du percepteur de l'arrondissement.

Dr B.

Réponse

La patente des médecins est calculée au moyen d'un droit proportionnel (15e) établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation des patentables que des remises... et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

Sur votre avertissement, la valeur, locative devant servir de base à l'imposition est supérieure à celle déclarée. Elle a sans doute été jugée insuffisante par le contrôleur à moins que vous ne possédiez en outre, un garage dont le loyer ne serait pas compris dans la somme de 800 fr.

Vous pouvez réclamer ; la demande en décharge doit être adressée au préfet ou au sous-préfet avant le 31 mai. Elle sera rédigée sur papier timbré.

Les calculs sont exacts et établis de la manière suivante :

$$\frac{1.000}{15} \times 3{,}72154 = 24[illegible]{,}08.$$

A. Martinot,
Coneiller fiscal.

1098. — Déclaration des locations.

Une nouvelle loi oblige les propriétaires d'immeubles à adresser au contrôleur des contributions directes une déclaration du nombre et du montant des loyers qu'ils touchent dans leurs immeubles.

J'habite un étage de l'immeuble dont je suis propriétaire. Dois-je déclarer ma location avec celles de mes locataires en lui attribuant une valeur que je déterminerai moi-même, ou dois-je ne rien déclarer pour mon compte ?

J'ai encore recours à votre obligeance pour m'éclairer sur ce point et vous serai reconnaissant de me renseigner.

Dr B.

Réponse.

Aux termes de la loi, les propriétaires sont tenus de souscrire la déclaration seulement des immeubles (ou appartements) loués et non de ceux qui sont vacants ou dont ils se réservent la jouissance.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

998. — Majoration de pensions des grands mutilés.

Je vous serais très reconnaissant de me donner le taux d'augmentation, votée par la Chambre, sur la

(*Voir la suite page XLVII-1153*)

PROPOS DU JOUR

Quelques facheux abus.
L'exercice de la médecine civile par les médecins de la marine dans un de nos ports de guerre et par les médecins militaires au Maroc.

En 1893, l'Union des Syndicats médicaux de France, grâce aux démarches pressantes de M. le Dr Porson (de Nantes), son président, obtenait du ministre de la guerre, le général Loizillon, une circulaire interdisant formellement aux médecins militaires l'exercice de la médecine civile et la pratique des vaccinations dans la population civile. L'ordre du général Loizillon fut respecté et peu à peu nous vîmes les rapports entre médecins civils et médecins militaires, assez tendus jusqu'alors dans certaines garnisons, devenir de plus en plus cordiaux et confraternels. Le service de santé n'hésita pas à déplacer quelques médecins militaires qui s'étaient fait une clientèle importante dans quelques grandes villes ; il en fut qui préférèrent abandonner l'armée ; ils rentrèrent dans le giron du corps médical et le conflit provoqué par l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires fut considéré comme définitivement apaisé.

Il paraît cependant renaître et devra sans doute avant peu attirer de nouveau l'attention de l'Union des Syndicats médicaux.

En France, ce ne sont plus les médecins militaires, mais les médecins de la marine dont se plaignent leurs confrères civils, du moins dans un de nos ports de guerre. Abusant de la longanimité des praticiens de la ville qui toléraient leur intervention auprès de quelques civils, les médecins de la marine militaire en sont peu à peu arrivés à leur faire une concurrence devenue redoutable par son âpreté et les conditions actuelles de l'existence.

« Comment nos confrères de la marine, nous écrit, avec une modération remarquable, un de nos correspondants, n'ont-ils pas compris déjà depuis longtemps qu'en faisant de la clientèle civile, ils nuisaient gravement aux intérêts de ceux d'entre nous qui comptent sur leur diplôme exclusivement pour vivre et faire face aux lourdes dépenses (impôts, patente, etc.) dont est frappée la profession ?

Ce qui pouvait être toléré ici avant la guerre ne peut plus l'être aujourd'hui. La vie est devenue trop difficile pour que nous n'exigions pas que chacun reste dans ses attributions et que la médecine civile, qui a déjà de la peine à nourrir son homme, reste l'apanage des médecins civils. »

La situation de certains praticiens est navrante. « J'en connais, nous écrit toujours le même correspondant, qui arrivent à grand'peine à faire *quatre cents francs par mois* (400 fr. *sic*) et qui ont une famille à élever et des impôts très lourds à payer au fisc chaque année ».

Telle est la situation dans un de nos grands ports de guerre. Il n'en serait pas de même dans tous et il est probable que nos confrères civils de cette ville, très souvent anciens médecins de marine eux-mêmes, se sont laissés aller, par esprit de camaraderie à l'égard de leurs anciens collègues, à une tolérance excessive que ces derniers ont fini par considérer comme un droit.

***

Cette lettre nous était à peine parvenue que nous recevions d'une ville du Maroc la correspondance suivante que nous croyons devoir publier en entier :

Je viens de lire dans le *Concours* du 23 mars dernier votre « Propos du jour » au sujet de la médecine civile en Nouvelle-Calédonie, et la situation que vous exposez a de telles analogies avec celle qui nous est faite ici, que je ne puis m'empêcher de saisir l'occasion de vous signaler ce qui se passe dans notre Empire fortuné.

Il y a dans beaucoup de villes du Maroc des médecins qui n'ont aucune attache administrative ; ils ne touchent aucun traitement, ne participent à aucun service public donnant droit à quelque indemnité, mais en revanche ils ont des frais professionnels très élevés et payent patente tout comme en France. Or ils sont concurrencés d'une façon scandaleuse par les médecins militaires : ceux-ci, bien pourvus d'une solde élevée et d'indemnités de toutes sortes, ayant toutes facilités de se procurer à des prix très bas leurs vivres et leurs vêtements auprès de l'administration militaire, ne payant en outre aucun impôt ni patente, emploient leurs loisirs, qui sont considérables, à faire de la clientèle. Auprès des indigènes (musulmans ou israélites) le prestige du galon qu'on entretient d'ailleurs soigneusement, est toujours aussi puissant, et dans ces conditions, les médecins

libres seront surtout libres de quitter le pays ou de végéter misérablement.

C'est ainsi que Fez a quatorze (! !) médecins militaires pour une garnison qui n'atteint peut-être pas un millier d'hommes ; Meknès en possède onze pour sa part, et les autres villes du Maroc ne sont pas moins bien partagées. Et l'on se plaint qu'il y a pénurie de médecins militaires ? En France, peut-être, mais ici au Maroc, nous sommes comblés !

Aussi voyons-nous la plupart courir la clientèle. L'un ouvre un véritable cabinet de consultations à son domicile, et tandis que les familles de militaires l'appellent en vain, que les malades de l'infirmerie dont il est chargé attendent de longues heures sa visite, lui, voit la clientèle privée, qui est d'un rapport autrement rémunérateur.

D'autres, à l'hôpital militaire, reçoivent une clientèle européenne ou indigène dont ils se font honorer largement, tout en usant pour leurs besoins du personnel infirmier, du matériel médico-chirurgical, des médicaments et des objets de pansement de cette formation entretenue par le budget de la guerre.

On les voit employer pour leurs visites en ville, une auto du service, conduite par un chauffeur militaire, et se faire accompagner d'un jeune israélite, employé au bureau des entrées à l'hôpital, pour leur servir de truchement... et de rabatteur. C'est ainsi que j'ai vu, pour ma part, à plusieurs reprises, le médecin chef d'un hôpital, faire ses visites dans le quartier juif à 9 heures 1/2 du matin, et je serais curieux de savoir, par qui et comment pendant ce temps-là, pouvaient être soignés les malades de son service.

Dans tout le Maroc d'ailleurs il en est de même : à Casablanca, à Rabat de très violents incidents se sont produits à différentes reprises, et je me souviens de la lutte homérique que les confrères civils de Rabat ont dû soutenir contre un médecin principal, médecin chef de l'hôpital militaire, lutte qui a duré pendant près d'une année.

Il y a bien, réglementant cette question irritante, une note de service du Résident général datant de juin 1921. Certes, nous nous plaisons à reconnaître que cette circulaire nous donne entière satisfaction. Seulement, si, comme la jument de Roland, elle possède toutes les qualités, elle a par contre le défaut capital d'être.... lettre morte. En fait, elle est une porte ouverte à tous les abus et jamais personne en haut lieu n'a eu le ferme vouloir de faire appliquer un règlement conforme à la justice et à l'équité.

J'ai à plusieurs reprises protesté contre un tel état de choses ; vous ne doutez pas que mes réclamations ont eu un effet tout contraire à celui que je pouvais peut-être espérer.

Que peut d'ailleurs un pauvre médecin isolé, fort seulement de son bon droit, lorsqu'il ose entrer en conflit avec un corps, dont le chef est en même temps directeur du service de l'assistance civile ? Les loups ne se dévorent pas entre eux, dit le proverbe.

Je suis convaincu de plus en plus que c'est en France seulement que nous pouvons trouver un appui efficace, soit auprès d'une presse indépendante, comme le *Concours*, soit auprès d'un groupement tel que l'Union des Syndicats ; si l'un et l'autre prenaient en main notre cause et faisaient entendre leur voix, la situation intolérable qui nous est faite prendrait fin d'une façon définitive, à notre grande satisfaction.

***

Nous n'avons pas hésité à ouvrir nos colonnes aux plaintes de nos correspondants dans l'espoir que la publicité que nous leur donnons attirera l'attention des autorités des services de santé de la marine et de l'armée, et leur montrera combien sont légitimes, tant en France qu'au Maroc, les plaintes des médecins civils, qui se trouvent dans une situation des plus difficiles et même navrante.

Que nos confrères de la marine et de l'armée songent que la plupart d'entre eux seront sans doute forcés un jour d'exercer la médecine civile soit par le fait de circonstances imprévues, soit parce que, ayant pris leur retraite, leur pension sera fatalement insuffisante pour leur permettre de vivre honorablement en faisant face à leurs charges de famille.

C'est parce que nous désirerions voir la plus cordiale confraternité régner entre les médecins militaires et les médecins civils que nous souhaitons le règlement à l'amiable d'aussi regrettables conflits.

Nous espérons qu'il ne sera pas besoin de faire intervenir nos Syndicats, ni le groupe médical parlementaire auprès des ministres compétents pour obtenir le respect du droit de gagner leur vie que réclament simplement nos correspondants. Nous pensons qu'il suffit de faire appel à la conscience et à l'esprit de justice qui animent, nous n'en doutons pas, les chefs de nos divers services de santé, pour qu'ils fassent cesser des abus qui pourraient, s'ils se perpétuaient, avoir les conséquences les plus fâcheuses.

J. Noir.

R. H. M. S. : 5735.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA LOBECTOMIE DANS LA DILATATION BRONCHIQUE

Par F.-M. Cadenat,

Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Il importe de souligner la communication faite à la Société de Chirurgie par M. Guibal (de Béziers) (1) : chez un malade porteur d'une dilatation bronchique localisée au lobe inférieur gauche, il enleva le lobe malade et obtint une guérison complète.

Cette observation, qui semble la première en France qui ait été suivie de succès, vient en confirmation des résultats obtenus à l'étranger. Elle doit encourager le praticien à faire opérer ses malades, lorsqu'un traitement médical bien conduit est resté sans succès.

La chirurgie thoracique connaît, en effet, auprès des médecins et, il faut bien le dire, auprès des chirurgiens, un discrédit immérité. Ce n'est certes pas une chirurgie brillante : elle n'a pas l'élégance de la chirurgie abdominale, elle est souvent lente dans ses résultats. Elle jouit, de plus, d'une réputation de gravité qui tient peut-être surtout à ce que peu de malades sont opérés, d'où imperfection de technique, et à ce qu'ils sont opérés trop tard, en période d'épuisement. Ne sont-ce pas les mêmes reproches qu'on pouvait adresser, il y a quelque 30 ans, à la chirurgie abdominale ? L'innocuité relative de la laparotomie n'est-elle pas due à ce que les indications en sont précises et la technique bien réglée ?

Pour beaucoup de médecins, la chirurgie thoracique se résume encore dans l'évacuation des pleurésies purulentes. Traiter par thoracotomie une plaie pénétrante de poitrine leur semblait, pendant la guerre, presque criminel. Quant à enlever un lobe pulmonaire, cela doit leur paraître une audace faite surtout du mépris de la vie d'autrui.

Et pourtant, lorsqu'un blessé meurt d'hémorragie pulmonaire, lorsqu'un malade remplit plusieurs crachoirs de pus et se cachectise progressivement, est-ce vraiment comprendre son intérêt que le laisser mourir sans rien tenter ?

Temporiser. Pourquoi ? L'indication opératoire est impérieuse. Les statistiques sont mauvaises ? Elles s'amélioreront en même temps que cette chirurgie se développera.

Déjà, bien des médecins, après avoir constaté les résultats remarquables du pneumothorax artificiel, confient à la chirurgie le soin de réaliser d'une façon définitive, par thoracoplastie ou par décollement pleuro-pariétal, le collapsus pulmonaire. Chacune de ces interventions a d'ailleurs des indications particulières et tel n'est pas l'objet de cet article.

Vouloir, en effet, traiter par collapsthérapie, une dilatation bronchique, est une idée assez irrationnelle.

Comme le dit Guibal, « l'arbre bronchique dilaté devient comparable à un trajet branchial qui se compliquerait de diverticules multipliés à l'infini ». On ne peut ni le drainer, ni l'affaisser.

Dans un cas où ce chirurgien tenta le drainage, son malade mourut de gangrène massive de la paroi, par inoculation septique, malgré la sérothérapie préventive. Dans deux autres cas, un affaissement par thoracoplastie ou par pneumothorax artificiel ne fut suivi que d'un résultat nul ou temporaire, et la mort survint en un an et demi à deux ans. Cette méthode ne semble devoir être réservée qu'aux lésions généralisées à tout un poumon ou localisées au lobe supérieur. La pneumectomie totale a jusqu'à présent, en effet, toujours été suivie de mort, et l'ablation du lobe supérieur reste, pour des raisons anatomiques, toujours très sérieuse.

Au contraire, localisée au lobe moyen, et surtout au lobe inférieur, la lobectomie devient une opération très défendable, lorsqu'un traitement médical, mettant en jeu toutes les ressources de la thérapeutique moderne, a échoué.

Nous allons essayer de préciser, en nous appuyant sur les travaux de Lilienthal (1), de Graham (2), et sur l'observation de Guibal, quelques règles permettant de poser les indications et de réduire les risques opératoires.

Examen pré-opératoire.

1° *Age.* Les meilleurs sujets sont les plus jeunes. Après 35 ans, le pronostic s'aggrave singulièrement.

2° *Poumon et plèvre.* L'examen clinique doit

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie,* T. L., n° 8, p. 312. Séance du 27 février 1924.

(1) H. Lilienthal. — *Annals of Surgery* 1922, vol. LXXV, n° 3, p. 257.

(2) Graham. — *Archives of Surgery*, 1923, t. VI, p. 321.

être complété par un examen radiologique complet. Des lésions bilatérales sont une contre-indication opératoire absolue. On précisera le siège des lésions, à la base ou au sommet, près du hile ou à la périphérie, la variation de l'ombre avant et après la vomique, son extension possible dans le médiastin. L'existence ou non d'adhérences pleurales, si importante pour le pronostic opératoire, sera recherchée, au besoin par pneumothorax artificiel.

3° *Examen bactériologiqnue des crachats.* Anaérobies (sérothérapie préventive), bacilles de Koch.

4° *Examen du cœur.* Le pouvoir d'adaptation du cœur est peut être le plus grand facteur de résistance du sujet. Une pression systolique inférieure à 100 doit faire ajourner l'intervention, sans la contre-indiquer d'une façon absolue.

5° *Examen général.* Urine, sang, etc.

6° *Education du malade.* Recherche de la meilleure position permettant d'évacuer ses bronches par expectoration. Cette vidange du poumon, sera faite dans les jours qui précèdent l'opération et une heure avant celle-ci. Exercices respiratoires. Spiroscopie discrète.

Précautions opératoires.

1° *Anesthésie.* Le malade doit pendant toute l'opération conserver son réflexe de toux. En effet, le grand danger immédiat est l'asphyxie sur la table d'opération par irruption du pus dans le poumon sain. Le malade opéré par P. Duval est mort dans ces conditions. On a donc le choix entre l'anesthésie régionale et l'anesthésie rachidienne (1). Celle-ci, plus simple, a permis à Guibal de mener à bien son intervention (15 centigrammes de novocaïne dans le 4e espace lombaire).

2° *Position du malade.* La plupart des chirurgiens ont opéré le malade en position assise ou dans le décubitus latéral du côté sain. La position déclive permet d'éviter l'accident signalé plus haut.

3° L'opération doit être faite en plusieurs temps ; d'abord pour raccourcir la durée de l'intervention qui ne doit pas dépasser 45 minutes (Lilienthal), et surtout pour permettre de créer des adhérences. La règle capitale, en effet, étant donnée la septicité du lobe pulmonaire qu'on enlèvera, est de ne jamais opérer en plèvre libre. Donc, après avoir taillé un volet, on fera une longue incision permettant un jour large sur le lobe à enlever ; on inspectera la plèvre, et s'il n'existe pas d'adhérences, on en créera d'artificielles en tassant, autour du lobe malade, des compresses qui seront enlevées les 2e ou 3e jour. Le second temps sera fait 8 jours après le premier.

4° Dans la lobectomie, la ligature du pédicule est le temps délicat ; c'est du soin qui y sera apporté que dépend le pronostic opératoire. Ce pédicule est doublement dangereux par les vaisseaux et la bronche qu'il contient : danger d'hémorragie, danger de pneumothorax sous pression ou d'emphysème médiastinal au moment de la chute de la ligature. Aussi, tous les opérateurs se sont-ils ingéniés à trouver des procédés diminuant les risques d'accidents. Guibal s'est contenté de mettre sur le pédicule, comme pour une hystérectomie vaginale, deux pinces qui se sont détachées spontanément le 9e jour.

Il ne s'est produit aucun incident et son malade a parfaitement guéri. Le procédé des pinces à demeure, si contraire aux habitudes de la chirurgie moderne, s'est donc montré des plus efficaces, et il y a peut-être là un exemple à imiter.

Je n'insisterai pas sur les soins post-opératoires, sur la nécessité du drainage, sur la sérothérapie anti-gangréneuse préventive déjà signalée, sur la transfusion et, en général, toutes les précautions nécessaires après une opération aussi sérieuse faite sur des malades déjà très déprimés. Le pansement ne sera pas maintenu par un bandage, mais par des bandes adhésives n'entourant pas plus des deux tiers du thorax pour permettre une bonne expansion respiratoire.

Je n'ai pas voulu, quoi qu'il y paraisse, faire ici de la technique chirurgicale, mais indiquer dans quel sens évolue la chirurgie de la dilatation bronchique, comment sont déjà très nettement établis un certain nombre de principes d'importance capitale, et comment on peut espérer améliorer une opération grevée encore d'une lourde mortalité, puisque les statistiques de Lilienthal et de Graham accusent une mortalité moyenne de 50 pour 100. Mais qu'on se représente l'existence lamentable de ces malades, dont le voisinage est pénible même à l'entourage le plus affectueusement dévoué, et l'on comprendra que ces malheureux acceptent d'enthousiasme une intervention susceptible de les guérir, une fois sur deux, et plus souvent encore, quand cette chirurgie sera devenue plus courante.

(1) Dujarier vient cependant de rapporter à la Société de chirurgie (19 mars 1924) un cas de mort qu'il attribue à ce mode d'anesthésie.

APPENDICITE ET OCCLUSION INTESTINALE

Par le Dr J. Fiévez, de Malo-les-Bains.

La Société de Chirurgie, sur une communication de Paul Mathieu, vient de mettre à son ordre du jour la question de l'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Aucune question de pathologie digestive peut-être n'est plus essentiellement pratique: les accidents *aigus* d'occlusion (ou d'obstruction, car la limite entre les deux syndromes est loin d'être nette), ne sont pas rares ; et, comme l'a déjà noté, dès la première discussion, Georges Lardennois, « il y aurait un chapitre important et utile de pathologie intestinale à écrire sur les cas de sub-occlusion *chronique* consécutifs aux réactions inflammatoires de la fosse iliaque droite ». Le débat, à mon avis, ne saurait manquer de mettre en lumière cette vérité, que l'appendicite est bien « la grande maladie abdominale », comme l'appelait Dieulafoy, que le bilan de ses méfaits se complète d'accidents à distance dans l'espace et dans le temps, dont la connaissance est indispensable, tant au praticien pour le diagnostic des affections abdominales qu'il rencontre, qu'au chirurgien pour le choix de ses procédés opératoires et la conduite de ses interventions.

Je me propose, en quelques lignes, de schématiser cette question en puisant à la fois dans les documents de la Société de chirurgie et dans mes propres observations.

L'appendicite peut déterminer l'occlusion intestinale au cours de la crise aiguë, pendant le refroidissement, en période de calme absolu ; les accidents peuvent survenir après l'appendicectomie, soit peu, soit longtemps après l'intervention.

En période aiguë, ce sont des adhérences molles, des abcès infiltrés ou collectés qui produisent l'iléus ; en période de refroidissement, ou après l'appendicectomie, ce peut être encore un abcès, mais plus ordinairement des brides de néoformation, ou des cordes épiploïques.

La situation interne de l'appendice prédispose aux accidents occlusifs à distance, mais ils peuvent naître d'un appendice externe ; le développement de l'épiploon droit me paraît un facteur étiologique non négligeable.

L'occlusion porte le plus ordinairement sur le grêle ; elle peut cependant atteindre le côlon, et je vais, avant d'aller plus avant, en rapporter une observation typique, qui est, en même temps, un exemple des *accidents chroniques* d'obstruction d'origine appendiculaire :

Mme F. D., 59 ans, m'est adressée, le 17 mars dernier, par le Dr Ryckewaert, de Steenwoorde. La malade se plaint de douleurs persistantes dans l'abdomen, qui se tient « gonflé et dur », avec crises fréquentes de vives coliques. La patiente a, depuis 1914, fait quatre crises étiquetées « appendicite », au mois de mai chaque fois ; lors de la dernière, l'an passé, j'ai été appelé en consultation au décours des accidents : la fièvre n'avait pas été élevée, la tumeur du flanc droit qu'avait perçue, volumineuse et résistante, le Dr Ryckewaert, n'existait plus ; je conseillai un examen radiologique avant l'intervention ; cet examen a été différé neuf mois !

Il est donc pratiqué le 17 mars, à 10 heures : le repas opaque, pris la veille, 14 heures auparavant, est dans le gros intestin, qu'il occupe dans presque toute son étendue ; pourtant, quelques centimètres du grêle sont encore injectés. L'image colique est noire et pleine jusqu'au milieu de la partie droite du transverse ; de grosses bulles gazeuses occupent l'angle hépatique et la portion initiale du transverse ; au-delà, le côlon est peu teinté, la masse opaque est segmentée. Le point de séparation entre les deux aspects est nettement douloureux à la pression. Le diagnostic est porté d'appendicite avec sténose du transverse ; mais cette sténose peut aussi être due à un néoplasme colique, ou à une cholécystite, la douleur siégeant juste au-dessous du point vésiculaire. La malade n'a jamais eu d'ictère, n'a jamais vomi. La nuit, elle ne s'endort qu'à minuit, pour se réveiller souvent après 2 à 3 heures de sommeil : l'insomnie initiale est en faveur d'une lésion haute du tube digestif ; la lésion colique explique le réveil ultérieur. (Fiévez. Trois symptômes du petit iléus. L'accès chirurgical du côlon splénique, *in Le Progrès Médical*, 28 septembre 1918.)

Le 21 mars, intervention sous chloroforme à la compresse (Dr Deswaerte), avec l'assistance du Dr Louis Villette. Incision médiane, ombilicale, puis prolongée vers le bas. Tout le flanc droit est occupé par une volumineuse nappe épiploïque, graisseuse, non turgide, mais cordée par endroits ; attachée dans le bas, en dehors et en haut du cæcum, à un appendice scléreux, gros et long comme le pouce, dans le haut, à la vésicule biliaire, blanchâtre, sclérosée elle aussi ; à droite de la corde ainsi formée, qui coupe et bride fortement le transverse, l'ascendant et le premier quart du transverse, dilatés, se pelotonnent dans une véritable poche épiploïque. Appendicectomie. Résection de tout l'épiploon droit (300 gr. environ). La vésicule biliaire, dégagée, est laissée.

L'appendice, sectionné en long, est constitué par un bloc fibreux où, de loin en loin, on retrouve des débris de muqueuse malade.

Cessation immédiate des douleurs abdominales ; le ventre s'aplatit rapidement. Suites opératoires normales.

En ce qui concerne *les accidents aigus*, le problème clinique a deux aspects :

1° On peut se trouver en présence d'un iléus, dont il faut reconnaître l'origine appendiculaire ;

2° On peut voir, au cours d'une appendicite, l'iléus paralytique qui, peu ou prou, existe constamment, passer au premier plan des accidents, ou se compliquer d'un iléus mécanique qu'il est indispensable de dépister.

1° *Voici une obstruction intestinale*, avec ses signes classiques ; elle est peu ou pas fébrile : pensez quand même à l'appendicite, surtout chez un sujet jeune ; à plus forte raison, si elle est fébrile !

Je ne puis évidemment pas traiter ici, même en résumé, le diagnostic causal de l'obstruction intestinale ; qu'il me suffise de dire que l'exploration la plus minutieuse de la fosse iliaque droite s'impose ; le toucher rectal aussi : il montre, soit seulement le ballonnement rénitent des anses grêles, soit un empâtement douloureux en haut et à droite, qui signale la lésion appendiculaire.

Un exemple de cet iléus appendiculaire :

Le samedi 15 mars 1924, je suis appelé à Saint-Folquin, par le Dr Anquez, auprès d'un jeune homme de 18 ans, qui est en état d'obstruction à peu près absolue depuis le dimanche précédent. La crise a débuté brusquement à dix heures, par de violentes coliques. Plus de selles, ni de gaz. Pas de vomissements, ni même de nausées. Le Dr Anquez, mandé le lendemain, note une élévation de température à 38, la seule de toute l'évolution. Quand je vois le malade, il y a eu, le matin, une petite émission gazeuse ; le ventre est beaucoup moins douloureux que les jours précédents, mais ne peut encore être palpé : il est trop distendu. Le malade paraît un peu obnubilé ; avec l'aide de ses parents, il m'apprend que depuis trois mois, il a eu deux petites crises analogues, survenant la nuit, vers deux heures du matin ; d'ailleurs, depuis longtemps, il rêve la nuit, a des cauchemars, se réveille entre minuit et trois heures du matin.

Pas de clapotage intestinal. Le toucher rectal me montre un ballonnement élastique des anses intestinales, mais sans empâtement localisé, plus douloureux cependant à droite. Le pouls est bon, à 96.

Je conclus à une appendicite chronique, avec poussées à forme d'obstruction, dont l'actuelle, la plus grave de beaucoup, semble en résolution. Lavement à la rectopanbiline ; et continuation de la glace sur le ventre.

Le soir, après le lavement, selle peu abondante, très fétide, « noire comme de l'encre » !

Dans les jours suivants, l'état s'améliore ; une tumeur apparaît, perceptible au palper, grosse comme une mandarine, dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur, qui m'est signalée avec la selle « noire comme de l'encre », évoque un instant l'idée d'une invagination ; mais la tumeur est bien au niveau de l'appendice, et le diagnostic est maintenu ferme.

Intervention le 1er avril 1924, sous chloroforme à la compresse (Dr Deswaerte), avec l'assistance des docteurs L. Villette et Anquez.

Laparotomie médiane. Adhérences dans toute la région pelvienne, au niveau de la fin de l'iléon.

La vessie est heureusement accolée au rectum, les anses intestinales ne sont pas tombées dans le Douglas.

Libération de grosses adhérences épiploïques avec résection du pôle inférieur du tablier ; libération prudente de l'appendice, turgide, dont la pointe perforée aboutit à un magma purulent, très épais, coiffé d'épiploon, le tout constituant la tumeur palpée. Appendicectomie ; libération des adhérences qui coudent les anses iléales, découvrant de gros ganglions inflammatoires qui longent le tube intestinal. Petit drain, laissé douze heures.

Sédation immédiate des douleurs abdominales ; gaz 36 heures après l'intervention ; selle abondante le quatrième jour.

2° *Au cours d'une appendicite*, l'obstruction intestinale peut devenir l'accident dominant et créer des indications opératoires, d'ailleurs fort délicates à saisir.

L'existence d'une obstruction et sa mesure en quelque sorte peuvent être appréciées par un signe qui n'est pas décrit dans les traités classiques, ni même dans l'ouvrage si documenté de Guillaume (Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin) ; ce signe d'importance capitale, c'est le clapotage intestinal, obtenu par succussion hippocratique ; il me sert de guide sûr depuis longtemps, et je me propose de le décrire en détail dans une étude ultérieure.

Quant à la nature mécanique de l'obstacle, le meilleur symptôme m'en paraît, comme à P. Mathieu, « le dessin d'une anse sous la paroi qui est restée souple », dû au péristaltisme intestinal localisé et intermittent ; les malades perçoivent ces mouvements de l'anse intestinale sous forme de coliques ou de sensations qu'ils comparent au passage d'une bête sous la paroi du ventre, qu'elle soulèverait de son dos.

Le redressement douloureux, signalé par Auvray, me paraît indiquer une bride verticale, épiploïque ; je l'ai trouvé fréquemment dans la hernie étranglée, et même dans l'épiplocèle simple adhérente.

Il va sans dire que le toucher rectal est indispensable dans la surveillance d'une appendicite avec obstruction.

Voici une observation de ce troisième type clinique :

Le 4 février 1923, je vois avec le Dr Decroo, de Bergues, un jeune homme de 23 ans, au décours d'une crise franche d'appendicite ; le refroidissement évoluait normalement, et l'intervention fut remise ; il était manifeste, d'ailleurs, que la famille ne désirait

qu'une chose : voir la crise guérir pour déclarer qu'il n'y avait évidemment plus à intervenir ! Trois semaines plus tard, le 27, je fus rappelé pour des accidents graves d'obstruction, avec vomissements porracés, suppression des selles et des gaz, coliques et douleurs abdominales violentes. Gros empâtement très doulourex dans le Douglas, que mon examen antérieur avait révélé à peine sensible. Pouls rapide. Etat général sérieux.

Cette fois, j'obtins assez facilement le transport en clinique. La réfrigération méthodique amenda en 48 heures l'état local ; quelques gaz et une selle furent obtenus par lavement à la rectopanbiline. Aussitôt dégagé, le malade fut... enlevé par sa famille !

Il fallut pourtant y passer : la persistance de douleurs abdominales, malgré l'amélioration générale, obligea à l'intervention qui, le 25 avril, permit de vérifier complètement le diagnostic : appendice en situation interne, enflammé et adhérent à la fin de l'iléon aggloméré par des néomembranes inflammatoires.

Suites opératoires favorables.

En résumé, l'appendicite peut déterminer des accidents chroniques de subobstruction, qu'il faut savoir rattacher à leur cause ; la crise aiguë se complique parfois d'accidents d'occlusion intestinale, qui peuvent tellement dominer la scène que la lésion appendiculaire passe facilement inaperçue.

Le traitement des accidents, chroniques ou aigus, comporte essentiellement l'ablation de l'appendice, qui constitue l'épine inflammatoire, source de toutes les modifications pathologiques de l'abdomen.

Cette première condition remplie, on pourra utilement détacher les adhérences, sectionner les brides, réséquer l'épiploon.

Pour ce faire, la laparotomie médiane paraît la voie de choix à la majorité des chirurgiens. Peut-être doit-elle céder le pas à l'incision de Mac-Burney, dans les cas fort graves, où l'opération minima est de rigueur, l'intervention augmentant toujours momentanément la paralysie intestinale.

Personnellement, la laparotomie médiane me paraît tellement supérieure, que le plus souvent, j'ai recours à elle pour l'appendicectomie à froid, même la plus simple en apparence : c'est de cette manière que j'ai pu constater que cette simplicité, fort fréquemment, n'est qu'apparente ! Pour faire vite et tout, il faut d'abord bien voir.

COPROLOGIE PRATIQUE

(*Suite et fin*) (1).

Par le Dr H. DEJUST,

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.

Dans le précédent article, nous avions indiqué que l'examen coprologique pratiqué à l'improviste, sans mettre le malade au régime d'épreuve, avait l'avantage de nous déceler des habitudes alimentaires défectueuses ; particulièrement, il nous permettait de constater s'il existait un gros excès d'ingestion des féculents.

Celui-ci est fréquent, et pour deux motifs principaux.

L'amidon — que ce soit celui du blé, de la pomme de terre, du riz — est la source énergétique la plus économique. On obtient une calorie beaucoup plus coûteuse si on la produit en brûlant des albumines ou du beurre. Donc, la partie de la population qui, avant toute considération hygiénique, doit faire passer — ou est habituée à faire passer — la notion de prix de revient, aura tendance à faire de l'amidon la base de son alimentation, les autres produits (graisse, viande) étant considérés comme des condiments intervenant par leur sapidité et non par leur apport énergétique.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 15, 16, 17 et 18.

Lorsque cet excès d'ingestion de féculents (principalement le pain et les pommes de terre) se produit chez des sujets à gros travail musculaire (ouvriers agricoles par exemple), il est généralement bien toléré, quoique l'intolérance au pain, soit gastrique, soit intestinale se rencontre dans les campagnes beaucoup plus fréquemment qu'on ne le supposerait.

Mais il est une autre catégorie de sujets soumis à l'ingestion abusive d'amidon, catégorie plus spécialement médicale dans son étiologie. Fréquente chez l'adulte, surtout chez la femme, elle l'est également chez l'enfant.

Le malade se présente pâle, maigre, asthénique, découragé — « Docteur, depuis des années je ne digère plus rien, et j'ai de l'entérite ». Le malade énumère les traitements qu'on lui a conseillés, ceux qu'il s'est imposé, les stations qu'il fit hors de France dans certaines maisons de cure.

Plus cela va, plus cela va mal. L'appétit est tout à fait disparu. Après le repas, des lourdeurs, des aigreurs, des somnolences, des ballonnements, des renvois aigres. Et une, deux, trois,

◆◆◆

quatre fois par jour, selles pâteuses claires, presque mousseuses, engluées de mucus fréquemment strié de sang.

L'examen clinique nous fait entendre un tympanisme gastrique et intestinal ; on décèlera parfois un cæcum, tout un côlon douloureux. A ces signes peuvent venir s'adjoindre tous ceux que peut entraîner une lente déchéance par dénutrition.

Chez de pareils malades, c'est à l'examen coprologique qu'il appartient de faire le diagnostic, que l'interrogatoire aura seulement orienté.

Le début des troubles est d'ordinaire assez précisément indiqué par le malade. C'est un petit incident aigu (diarrhée *a frigore* ou d'intoxication). A la suite de selles claires, parfois muqueuses, persistant quelques jours, le malade a modifié son régime alimentaire, augmentant la proportion des féculents au détriment des autres aliments. Les troubles persistant, le régime s'est resserré, plus sévère. L'appétit a diminué, les digestions sont devenues laborieuses à l'estomac paresseux ; l'état chronique s'installe sournoisement, et les nouilles restent maîtresses de la situation.

Après des luttes prolongées, notre malade s'est résigné à considérer « son » entérite non plus comme une maladie, mais comme une manière d'être. Il s'est accommodé de ses souffrances, n'appréhendant plus qu'une exacerbation de celles-ci. Chaque fois qu'éclate une crise, il bannit de son régime déjà lamentable tel ou tel aliment incriminé d'en être cause. Le cercle des aliments permis diminue jusqu'au jour où, désespérant de soi-même, le patient vient exhaler sa dernière lamentation : « Je ne peux même plus digérer les pâtes à l'eau ».

Si l'heure propice n'en est point déjà passée, il est facile d'obtenir un beau succès thérapeutique, tout en flattant les goûts légitimes de l'intéressé. Supprimez les pâtes. Fournissez les hydrates de carbone sous forme de sucre (confitures, miel), autorisez les légumes verts très cuits etpassés et relevez la ration d'albumines animales : viandes grillées, rôties, poissons bouillis, grillés, le tout judicieusement choisi pour ne pas exiger de l'estomac généralement atone, une besogne dont il serait incapable. Mais il faut être fort prudent pour autoriser lait ou œuf, contre lesquels certains de ces malades réagissent avec une grande violence. Dans les cas « purs » d'entérites par fermentation d'excès d'amidon, le résultat de ce changement de régime se produit en quelques jours. Les selles se condensent, le mucus disparaît, les douleurs diminuent.

Résultat aussi important : l'appétit renaît, et, sans autre thérapeutique qu'une diététique sensée contrôlée par l'examen coprologique, on peut parvenir à la guérison, c'est-à-dire à la disparition des troubles habituels. Mais ces sujets ont éprouvé leur première crise entéritique, origine de leurs malheurs, pour un motif. S'il est étranger à leur organisme et ne se reproduit point, tout est bien. Mais, s'il s'agit d'une susceptibilité particulière de leur tube intestinal, entretenue par exemple par telle ou telle cause pathologique il faudra s'efforcer de la dépister : ce serait sortir du sujet que de passer en revue toutes celles qui peuvent intervenir.

Nous avons envisagé ici l'hypothèse favorable : celle où le diagnostic coprologique permet de reconnaître l'origine amylacée de l'entérite avant que celle-ci soit trop profondément aggravée. Ce n'est pas impunément qu'une muqueuse intestinale se trouve baignée par un milieu riche en acides de fermentation. Quoique nous soyons — heureusement —, fort pauvres en documents anatomo-pathologiques sur cette affection, il semble vraisemblable d'admettre qu'au stade d'irritation de la muqueuse peut succéder celui d'ulcération. Escompter qu'une simple modification du régime alimentaire peut suffire à amener en quelques jours la guérison d'un semblable était serait trop d'optimisme.

Il pourra être indiqué, en pareilles circonstances, d'avoir recours à l'oxyde de zinc sous forme de pilules glutinisées, ainsi que nous l'avons indiqué dès 1914.

L'examen coprologique nous permet de suivre l'adaptation réciproque du régime et du malade, de savoir, par la présence ou l'absence de résidus de fibres musculaires, si la quantité de viande autorisée n'est pas trop grande, et si elle rencontre les diastases nécessaires à sa digestion. Plus tard, lorsqu'on recommencera à faire aux amidons la part qui leur revient normalement dans l'alimentation, on s'assurera qu'on ne retombe pas dans les errements antérieurs, et qu'ils ne sont pas ingérés en quantité abusive.

Régime d'épreuve

Jusqu'à présent, nous avons étudié les matières correspondant au régime habituellement suivi par le sujet, et nous avons exposé tout au début les raisons de cette manière de faire.

Mais il peut être utile de mettre le malade à un régime spécial lui fournissant en quantité normale toutes les catégories d'aliments (viande, amidon, graisse) dont on veut étudier la digestion, et les fournissant en quantité correspondant aux possibilités de digestion d'un organisme normal.

Lorsque l'usage des analyses coprologiques a commencé de se répandre en France, on empruntait aux auteurs étrangers l'horaire et la composition des menus de régime d'épreuve.

Cette manière d'agir était tout à fait saugrenue. Un estomac français à qui l'on offre de la bouillie d'avoine à l'eau à dix heures du matin, ou telle friandise analogue, n'est certes pas plus dans ses conditions fonctionnelles habituelles

qu'un estomac allemand auquel on voudrait faire tolérer une livre de pain à son déjeuner.

La première règle d'un régime d'épreuve, c'est de se rapprocher autant que possible du régime habituellement suivi par l'intéressé.

Comme nous n'envisageons pas ici le cas où l'analyse coprologique doit servir à établir un bilan digestif quantitatif (avec détermination pondérale précise des différents groupes d'aliments avant leur ingestion et dosage chimique des excreta), il nous paraît tout à fait sensé de suivre l'opinion de Goiffon, qui conseille d'adjoindre au régime habituellement suivi par le malade, 75 grammes de viande crue, et une assiettée de purée de haricots et pommes de terre mélangés.

La viande crue sera de la viande de bœuf ou de mouton : on la hache, en fait une sorte de boulette que l'on passe à la poêle assez rapidement pour que le centre reste cru. Naturellement, on diminuera le régime du malade d'une quantité de viande correspondante, s'il en contenait, et d'une même quantité d'amidon que celle que lui fournit l'assiettée de purée.

Enfin, on s'assure que le régime ne présente pas d'anomalie capable de fausser le résultat de l'examen (gros excès de graisses, de fruits, etc.).

Quant à la boisson, il n'y a pas de raison de proscrire le vin blanc mêlé à l'eau.

Il est indiqué de suivre le régime d'épreuve pendant 3 jours, et de recueillir la selle émise le matin de ce 3e jour. Il est bon de recueillir deux selles différentes, et de comparer les résultats de leur examen.

Si on se trouve en présence d'un malade constipé, il est prudent de s'assurer que la selle examinée correspond bien au régime d'épreuve, et non à l'alimentation antérieure. Dans ce cas, on fait prendre au sujet de la poudre de charbon (deux cachets) au cours du premier repas de régime : la selle émise après celle qui renferme le charbon correspond assurément au régime d'épreuve.

Conclusions

Les quelques notes qui précèdent renferment en elles leurs modestes conclusions.

L'examen coprologique « restreint », celui dont nous venons de parler, devrait être pratiqué beaucoup plus souvent qu'il ne l'est ; il devrait être aussi banal que la recherche du sucre, de l'albumine, du gonocoque ou du bacille tuberculeux.

La pratique de cette analyse simplifiée ne s'est pas répandue davantage parce que la coprologie avait été présentée (particulièrement par certains auteurs étrangers), comme un ensemble de méthodes de laboratoire extraordinairement complexes.

Ces auteurs n'avaient pas tort, et on leur doit de remarquables travaux. Mais, à côté de cette coprologie exceptionnelle, il en est une autre d'abords plus faciles et d'usage quotidien. Nous venons de voir la simplicité des moyens mis en œuvre par cette coprologie clinique.

Sans doute, elle ne peut dispenser dans tous les cas de recourir à certaines épreuves plus compliquées, et d'une exécution plus délicate, le dosage de l'amylase, par exemple. Mais ces cas sont des cas d'exception dans l'exercice quotidien de la médecine, et nous voudrions que l'examen coprologique simplifié fût la règle dans tous les cas d'affections à symptômes intestinaux.

Pour terminer, nous formerons un vœu : c'est que la coprologie pratique soit enseignée aux étudiants lors de leur stage hospitalier. Mais on m'objectera peut-être qu'il est encore quelques autres connaissances pratiques dont il serait à propos d'organiser l'enseignement ?

LE TUBAGE DUODÉNAL

Sa valeur en clinique et en thérapeutique.

Le tubage duodénal direct réalise l'idée, déjà fort ancienne, de recueillir sur place du liquide du duodénum, afin d'en faire l'analyse.

Ce procédé est appelé à prendre une place de plus en plus grande dans les méthodes d'examen clinique, car il est extrêmement séduisant de pouvoir étudier directement, au sortir du foie et du pancréas, les sécrétions de ces glandes et d'acquérir un droit de regard sur la cavité duodénale, carrefour fondamental des actes digestifs.

Dès maintenant aussi, il a conquis un rôle dans la thérapeutique des affections digestives, et sans doute celui-ci prendra-t-il dans l'avenir une importance croissante.

Instrumentation et technique du tubage.

Après différents essais et par des perfectionnements successifs, Einhorn est parvenu à mettre au point l'instrument, qui porte son nom. Depuis lors, différents auteurs ont apporté des modifications à cet appareil, mais celui-ci reste néanmoins le plus employé, et, notamment, il a donné toute satisfaction au Dr Libert (1), qui toujours l'a employé au cours de nombreuses et intéressantes recherches.

(1) Dr E. Libert. — *Le tubage duodénal. Ses applications au diagnostic et au traitement. Considérations sur la flore duodénale normale et pathologique.* (*Thèse de Paris* 1924. *Librairie J.-B. Baillière et fils,* 19, *rue Hautefeuille, Paris*).

Voici, d'après MM. Chiray et Lebon, la description du tube d'Einhorn (1) :

C'est une sorte de sonde, composée de deux pièces, une olive métallique et un tube de caoutchouc, l'olive étant fixée à l'extrémité du tube par quelques tours de fil de soie. L'olive métallique, pièce essentielle de 23 millimètres de diamètre, est creuse intérieurement. Les parois sont percées de petits orifices à travers lesquels le liquide duodénal peut pénétrer dans la cavité intérieure et de là dans la sonde. L'olive étant divisée en deux segments unis l'un à l'autre par un pas de vis circulaire, il est facile de la démonter, et de faire après chaque opération le nettoyage de sa cavité. Le tube souple mesure un mètre de long et 3 à 4 millimètres de diamètre. Il est fait d'un caoutchouc suffisamment rigide pour résister à l'écrasement que pourrait produire, soit l'aspiration de la seringue, soit la pression des sphincters gastriques, cardia et surtout pylore. Sur les parois on trouve extérieurement trois repères, marqués I, II, III et situés respectivement à 40, 56 et 70 centimètres de l'olive. Ils servent à déterminer au cours du tubage la situation de celle-ci par rapport aux divers segments du tube digestif. Théoriquement, l'olive est au cardia, quand la marque 1 est en regard des arcades dentaires, au voisinage du pylore quand arrive le repère II, et dans le duodénum, quand la sonde a été déglutie jusqu'à l'index III. Dans l'appareil type d'Einhorn, on adapte à l'extrémité supérieure du tube une seringue qui communique avec lui par un robinet à double direction. Ce dispositif permet d'aspirer le contenu duodénal dans la seringue et de le refouler ensuite dans un récipient sans séparer la seringue du tube (2). Une banale seringue de verre d'une contenance de 20 à 40 centimètres cubes suffit pour faire l'aspiration du liquide duodénal. En effet, en engageant l'embout métallique dans l'extrémité libre du tube souple, on réalise un système suffisamment étanche.

Les modifications proposées par d'autres auteurs portent sur le volume, la forme et le poids de l'olive terminale d'Einhorn. Un aspirateur gastro-duodénal d'Einhorn permet aussi de recueillir simultanément le liquide duodénal et le suc gastrique. En France, on a également fabriqué un tube plombifère visible aux rayons X sur tout son parcours (Libert) ; mais il faut savoir que ces sondes se désagrègent facilement et ne pas prendre pour des produits pathologiques les fragments de caoutchouc noir que l'on trouve fréquemment dans le liquide de tubage lorsqu'on les emploie.

La *technique de l'introduction du tube duodénal* est relativement simple. Toutefois, la réussite de cette petite opération, moins pénible pour les malades que le tubage gastrique, résulte de l'observation méticuleuse de certaines précautions.

La préparation du malade est peut-être un des éléments les plus importants du succès. Non seulement tous les temps de tubage doivent être conduits avec une extrême douceur, mais encore il faut que le malade aborde l'épreuve avec la conviction qu'elle lui sera utile, et le ferme désir de la voir réussir.

Le plus simple est que le malade, assis, déglutisse lui-même l'olive qui termine le tube, celle-ci ayant été préalablement lubrifiée avec un peu de glycérine ou de lait ; l'absorption de quelques gorgées de liquide facilite d'ailleurs ce premier temps, grâce aux mouvements de déglutition. Si l'on rencontre quelque difficulté, le médecin pourra guider l'olive dans le pharynx, en passant latéralement, afin d'éviter de chatouiller la luette et de provoquer des nausées. Il faut aussi ne pas laisser filer trop rapidement la sonde, car elle tomberait dans le bas fond de l'estomac, s'y recourberait, se nouerait, cesserait de progresser. Dans les conditions normales, le franchissement du cardia se fait sans difficulté ; après dix à quinze minutes, l'olive parvient au voisinage du pylore, 60 centimètres du tube ayant été déglutis et le repère II se trouvant au niveau des arcades dentaires. Si on aspire alors avec la seringue, on retire un mélange de salive et de liquide gastrique incolore, d'aspect trouble, acide au tournesol et bleuissant le papier rouge.

Alors commence le temps critique du tubage, le passage du pylore. On met le malade dans le décubitus latéral droit, le siège légèrement relevé par un coussin et les cuisses fléchies sur le bassin ; cette position n'est pas absolument indispensable. Quand la progression de la sonde s'est effectuée sans incidents, l'olive atteint son but, c'est-à-dire la deuxième partie du duodénum, environ 1 heure 1/2 après le début de l'opération. Théoriquement, le repère III du tube est alors en regard des arcades dentaires. Si l'exploration a réussi, on voit sortir du tube des gouttes d'une couleur jaune d'or ; c'est le liquide duodénal, mélange de suc duodénal proprement dit, de suc pancréatique et de bile. Les premières gouttes, troubles et acides parce que mélangées de suc gastrique, doivent être recueillies à part dans un premier tube. Puis, s'établit l'écoulement d'un suc plus pur, qui est normalement neutre ou alcalin, et sur lequel porteront les divers examens. Si l'écoulement ne s'établit pas spontanément, on l'amorce en faisant de l'aspiration par la seringue.

Lorsque le tube est arrivé dans le duodénum, le malade peut s'asseoir ou se mettre debout, bien qu'il soit préférable pour lui de rester en décubitus latéral pour assurer l'écoulement spontané du suc. Il faut en tout cas éviter les mouvements brusques ou les efforts violents à la suite desquels l'olive peut être rejetée du duodénum dans l'estomac. Le tube en place est admirablement supporté, sauf par les sujets exceptionnellement nerveux ; dans les cas

---

(1) M. Chiray et J. Lebon. — *Le tubage duodénal. Ses applications cliniques.* (1 *vol. de* 218 *pages avec* 24 *figures et* 2 *planches en couleur. Masson et Cie, éditeurs, Paris* 1924. *Prix* : 12 *fs.*)

(2) On peut aussi aspirer dans un récipient des solutions nutritives ou médicamenteuses, que l'on injectera dans le duodénum.

d'alimentation duodénale, il peut être gardé sans inconvénients, quinze jours durant.

Quand le tubage n'a pas réussi, c'est-à-dire quand après trois heures on n'a pas obtenu le liquide caractéristique, il ne faut pas insister. Mieux vaut remettre l'épreuve à une autre fois ; mais, avant de retirer la sonde, il est bon de rechercher si la non-réussite tient à une mauvaise direction ou à une absence de sécrétion, d'où la nécessité de savoir repérer la situation de l'olive duodénale.

Le repérage par les index du tube n'a aucune valeur pratique : en raison de ses coudures possibles, le malade semblera avoir dégluti la longueur normale du tube, alors que l'olive n'aura pas quitté l'estomac.

Le repérage de l'olive par les caractères du liquide extrait a plus de valeur, sans toutefois être décisif ; celui-ci ne possède, en effet, pas toujours les caractères indiqués plus haut. Il peut arriver que l'olive n'ait pas franchi le pylore, mais ait provoqué l'ouverture du pylore et l'irruption dans la cavité gastrique du liquide bilio-pancréatique, et dès lors, le liquide, que l'on retire par l'olive restée dans l'estomac, provient du duodénum ; mais alors, celui-ci est verdâtre, non homogène, troublé et plus ou moins acide. Il faut également se méfier des malades hypo ou anachlorhydriques. Dans certains cas d'incontinence pylorique, l'olive étant dans le duodénum, le liquide duodénal garde une réaction constamment acide pendant toute la durée du sondage. Enfin, dans les cas d'occlusion complète des voies biliaires (calcul du cholédoque, cancer du pancréas), le liquide ramené par la sonde est incolore et se présente comme du liquide gastrique.

L'épreuve du lait ou du vin est plus simple et meilleure. On injecte à travers la sonde une petite quantité de ce liquide ; si l'olive est dans l'estomac, il peut être immédiatement repris par aspiration avec la seringue, tandis que le retrait est impossible quand la sonde a franchi le pylore. En effet, les liquides déglutis restent dans l'estomac en moyenne 10 à 15 minutes avant de passer dans l'intestin, tandis que dans le duodénum, ils sont immédiatement mobilisés vers le jéjunum (Einhorn).

Le repérage par le contrôle radioscopique est l'épreuve la plus décisive ; loorsque la sonde est en place, elle dessine d'une façon nette le contour du duodénum sur le malade deblut, tant en position de face qu'en position de profil. Dans certains cas, il n'est pas sans intérêt, au dont de vue du repérage, de suivre sous les rayons X la progression de la sonde ; on peut ainsi reconnaître rapidement les erreurs de direction, et en particulier les coudures et nouures de la sonde dans l'estomac.

Il faut savoir que la *cause d'échec* la plus commune réside dans les obstacles pyloriques, le spasme ou la sténose pylorique, mais surtout le spasme ; aussi Libert conseille-t-il de faire précéder, le lendemain ou le surlendemain ou plus tard, une seconde tentative de l'administration de doses modérées de bromure, de benzoate de benzyle, ou mieux encore de belladone.

Quand l'olive est bien en place, il est généralement facile de recueillir le suc duodénal. Si cependant la sécrétion tarde à s'établir, Einhorn recommande de pratiquer le lavage du duodénum avec quelques centimètres cubes de la solution physiologique de chlorure de sodium, préalablement chauffée à la température du corps : 2 cent. cubes sont injectés sans pression ; avant que les dernières gouttes soient écoulées, on renverse la seringue et on l'abaisse de façon à faire siphon ; il est rare qu'on ne ramène pas ainsi de suc duodénal, et qu'ensuite l'écoulement ne s'établisse pas régulièrement.

Le tubage duodénal en clinique.

Peut-être dira-t-on un jour que la découverte du tubage duodénal fut pour les maladies digestives ce qu'a été celle de l'auscultation pour les affections cardio-pulmonaires ?

Cependant, certaines notions sont indispensables à l'étude clinique du procédé. Aussi MM. Chiray et Lebon, ont-ils, dans leur intéressant ouvrage, exposé, en des chapitres spéciaux, ce qu'il faut savoir des *caractères physiques*, *chimiques*, *microscopiques et biologiques du liquide duodénal*, des méthodes de *dosage des pigments et sels biliaires*, *de l'urobiline*, *de la cholestérine*, des procédés applicables *aux ferments pancréatiques*, *lipase*, *trypsine et amylase*.

Il était théoriquement probable que cette nouvelle méthode d'exploration trouverait sa principale application dans la pathologie des viscères qui déversent leurs sécrétions dans le duodénum. La pratique a déjà confirmé cette hypothèse, quoique le champ d'investigation nouvellement ouvert semble encore peu prospecté.

C'est surtout en pathologie hépatique que le tube d'Einhorn trouve son principal intérêt. Grâce à lui, il sera, par exemple, facile de suivre, au cours des *ictères*, l'excrétion intestinale de la bilirubine et des pigments biliaires. Ces observations serviront sans doute à confirmer ou infirmer nos conceptions actuelles sur la pathogénie de l'ictère par rétention, et de l'ictère par hyper-hémolyse. C'est ainsi que le tubage nous a appris que, chez les ictériques, dont les fèces paraissent absolument décolorées, le duodénum renferme presque toujours une quantité notable de bilirubine. Le chapitre si complexe des ictères dissociés pourra peut-être se simplifier grâce au tubage ; il semble, par exemple, acquis que, dans l'ictère par rétention hépatique ou cholédocienne, tôt ou tard se produit une biligénie dissociée qui est due à l'appauvrissement de l'organisme en sels biliaires.

Le tubage duodénal donne des renseignements du plus haut intérêt au cours des *cholécystites* lithiasiques ou non calculeuses, notamment sur la cytologie duodénale, et il en est de même pour certaines *néoplasies* du carrefour sous-hépatique (recherche du sang). Pour confirmer le diagnostic, on peut encore, grâce au tubage duodénal, pratiquer certaines épreuves qui permettent de recueillir la bile vésiculaire isolée. (Epreuve de Melzer-Lyon, qui provoque, par

◆◆◆◆

relâchement du sphincter d'Oddi, au contact d'une solution de sulfate de magnésie à 25 %, une évacuation de la bile dans l'intestin.)

Quant au *pancréas*, par une épreuve analogue à celle de Lyon, il serait possible d'obtenir une épreuve fonctionnelle de la glande ; toutefois, d'après Libert, les résultats obtenus en série chez un même sujet, même après l'emploi d'excitants divers de la sécrétion pancréatique, sont jusqu'ici trop irréguliers pour que l'on puisse considérer cette épreuve comme la mesure exacte de la valeur fonctionnelle de la glande. En présence d'un *néoplasme de la tête du pancréas*, les renseignements fournis permettront quelquefois la distinction entre l'ictère néoplasique et l'ictère lithiasique, le diagnostic de cancer pancréatique reposant sur la constatation d'une double rétention pancréatique et biliaire.

Jusqu'ici, le diagnostic des *maladies du duodénum* proprement dites a tiré peu profit de l'exploration directe par le tubage ; cependant, il y a grand nombre de points intéressants à élucider ; dans l'ulcère duodénal, la présence du sang dans le liquide est de première importance ; il en est de même dans le cancer, sans compter les modifications apportées à la réaction normale du liquide.

D'après MM. Chiray et Lebon, le tubage duodénal semble appelé à rendre de grands services dans le diagnostic et la surveillance des maladies générales. Peut-être, grâce à lui, pourra-t-on mesurer chez un grand malade la réserve d'énergie vitale en appréciant l'activité sécrétoire du foie, glande fondamentale de la résistance organique contre les poisons et les infections. Mais jusqu'à présent, à part quelques recherches de Carnot et Libert, qui ont décelé avec peine le *bacille de Koch* dans le liquide duodénal des tuberculeux, tout l'effort des chercheurs s'est porté sur l'étude du tubage duodénal au cours de la *dothiénentérie* et *des affections paratyphiques* ; l'examen et l'ensemencement du liquide recueilli par tubage permettent de déceler plus aisément et plus fidèlement que la coproculture la présence des germes ; d'autre part, dit Libert, la biliculture mérite d'être employée souvent dans le diagnostic des affections éberthiennes.

D'après le même auteur, l'étude parasitologique du liquide duodénal présente un grand intérêt dans les *hépatites amibiennes* ; on y décèle des amibes ou des kystes. A remarquer, que la flore permanente du duodénum paraît moins riche que celle des segments sus et sous-jacents du tube digestif chez les sujets normaux ; la bile et les sécrétions pancréatiques jouent sans doute un rôle dans cette stérilisation duodénale. Pourtant, on rencontre, même en dehors de tout trouble dyspeptique, un certain nombre d'espèces microbiennes, dont les plus fréquentes paraissent être le coli bacille, certaines variétés de streptocoques, divers cocci et des levures.

Le tubage duodénal en thérapeutique.

Einhorn lui-même a précisé les indications et les règles de l'*alimentation duodénale* ; il a fait construire dans ce but un appareil spécial. On doit toujours administrer le repas légèrement tiédi ; sans cette précaution, on risquerait de provoquer des coliques fort désagréables ; si toutefois celles-ci se produisaient, on injecterait quelques gouttes de teinture de belladone. Le Pr Carnot a préconisé la méthode du goutte à goutte qu'il est facile de pratiquer comme pour les instillations rectales. Einhorn administre toutes les deux heures 200 grammes de lait sucré dans lequel est délayé un jaune d'œuf. D'autres aliments peuvent être donnés tels que bouillies maltosées, farines d'avoine, de riz, fécule de pommes de terre, jus de fruits, jus de viande. L'essentiel est que ces aliments soient suffisamment liquides et bien tamisés. Dans l'intervalle des repas, on peut administrer par voie duodénale, en une ou plusieurs fois, une certaine quantité de sérum artificiel, 300 à 500 cmc. On n'oubliera pas de rincer la bouche et le tube afin d'éviter les fermentations, de surveiller l'intestin et de l'évacuer s'il est nécessaire par des lavements.

En général, l'alimentation duodénale est facile à réaliser. Le malade est maintenu au lit pendant la première semaine ; puis on l'autorise à se lever en allant très progressivement. La sonde très bien supportée peut être laissée à demeure pendant 2 à 3 semaines, et cela suffit, dans la majorité des cas, pour réaliser la cure de repos gastrique qui est le but de la méthode d'alimentation.

La principale indication de l'alimentation duodénale est l'*ulcus gastrique* avec ses complications, l'hémorragie et la perforation. Damade en a obtenu les meilleurs résultats. Libert a traité avec avantage par ce procédé des cas de *vomissements incoercibles* et d'anorexie grave ; Paddok s'en est également bien trouvé chez plusieurs malades atteintes de vomissements incoercibles, au cours de la grossesse.

En dehors de l'alimentation duodénale, le tube d'Einhorn et les instruments similaires permettent, au cours des angiocholites et des duodénites, les *instillations médicamenteuses antiseptiques* ; ils permettent en outre les lavages du duodénum avec des solutions diverses.

Les *larges irrigations* du duodénum avec le liquide de Ringer seraient, pour Willy Meyer, le meilleur traitement de la maladie de Raynaud ; les injections intraduodénales d'oxygène ou de CO^2 ont donné plusieurs fois à Schmidt des résultats heureux, notamment dans les affections abdominales douloureuses.

Enfin, la sonde duodénale peut servir à administrer des anthelminthiques (huile de chenopodium), à porter jusque dans l'intestin des médicaments anti-amibiens, et, d'une façon plus générale, à introduire au-dessous du pylore tous les médicaments dont le goût est particulièrement insupportable, ou dont l'efficacité risque d'être diminuée par le contact avec le suc gastrique acide. Il va de soi encore que le tube duodénal permet l'injection *in situ*, soit de bouillie barytée en vue d'une exploration radio-

logique de cette portion du tube digestif, soit de divers médicaments, destinés à réaliser le pansement du duodénum en cas d'une ulcération siégeant à ce niveau (Libert).

***

Bref, le tubage direct du duodénum, avec l'instrumentation et suivant la technique indiquée par Einhorn, est une opération simple, qui ne comporte aucun risque pour le patient, et qui permet d'obtenir les meilleurs résultats en clinique comme en thérapeutique.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PYLORIQUE

RIBAS Y RIBAS, GALLART-MONES et A. PINOS.

(*Archivos españoles de enfermedades del aparato digestivo*) [mars 1924].

Ce sujet a déjà été étudié en 1917, 1919 et 1923 par deux des auteurs.

Dans le nouveau cas qui s'est présenté à eux, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, entrée à l'hôpital en décembre 1922.

Ses parents et ses trois frères n'ont jamais fait de maladie sérieuse. Elle a eu de la vulvo-vaginite à l'âge de 4, puis de 10 ans. Elle est réglée depuis 2 ans, sans douleurs.

Il y a 6 mois, elle a commencé à vomir deux à trois heures après les repas, avec sensation d'angoisse et de plénitude épigastrique, sans douleur. L'appétit fut toujours médiocre. Au début, les vomissements furent alimentaires, ayant seulement la saveur des mets ; puis, ils devinrent aigres, plus tard fétides, constitués par une grande quantité de liquide et d'aliments, quelquefois ingérés plusieurs jours auparavant. Depuis 4 mois, aménorrhée et amaigrissement accentué. A une période de constipation alternant avec de la diarrhée, a succédé une constipation intense.

Examen. — Pâleur de la peau et des muqueuses ; ganglions sous-maxillaires ; langue légèrement saburrale ; ventre volumineux, rempli presque complètement par l'estomac, dont le contour se distingue à travers la paroi abdominale et dont on voit les contractions péristaltiques ; pas de douleur à la palpation ; clapotage dans tout l'abdomen ; foie augmenté de volume ; rate normale ; appareils respiratoire et circulatoire normaux ; traces d'albumine dans les urines ; apyrexie.

Un cathétérisme de l'estomac, pratiqué cinq heures après le repas ordinaire de l'hôpital, ramène quatre litres de liquide et d'aliments à odeur de fermentation ; néanmoins, il reste une grande quantité de résidus, car il y a encore un clapotage étendu. L'analyse donne : H 0,73 ; C 0.082 ; acide lactique ; Weber négatif.

Examen radioscopique. — La bouillie opaque (450 gr.) s'étale sur le liquide de rétention, avant de gagner le fond de l'estomac, à la façon de flocons de neige ; la quantité est insuffisante pour remplir l'organe, et on administre une nouvelle dose, qui montre le fond à 2 cm. 1/2 du pubis. Aucun mouvement péristaltique. L'antre pylorique se remplit peu à peu et une petite portion de la bouillie passe dans le duodénum, où elle s'arrête à 7 cm. du pylore. Le fond et le milieu de l'estomac sont très mobiles, mais non les régions pylorique et duodénale, qui sont fortement fixées aux organes voisins. Aucun point douloureux à la pression. La sténose pylorique était d'aspect absolument régulier.

Diagnostic. — En 1917, les auteurs disaient que, pour faire le diagnostic de tuberculose pylorique, on devait tenir compte des signes suivants : 1° les sténoses tuberculeuses s'observent le plus souvent chez les tuberculeux ; 2° on constate d'autres lésions tuberculeuses, soit cliniquement, soit pendant une intervention ; 3° existence de ganglions multiples ; 4° moment de l'apparition de la sténose ; 5° absence de douleurs caractéristiques de l'ulcère simple ; 6° apparition rapide de la sténose, sans douleurs, ni même aucun autre symptôme ; 7° existence d'hypo ou d'anachlorhydrie ; 8° manque d'appétit ; 9° apparition fréquente de diarrhée, au début de la maladie ; 10° renseignements fournis par l'anatomie pathologique macro ou microscopique ; 11° résultats fournis par l'injection de tuberculine.

En raison de l'existence de la majeure partie de ces signes, la sténose de la malade fut qualifiée de tuberculeuse.

Opération. — Estomac très dilaté, à parois épaisses : pylore induré, avec infiltration périphérique englobant le duodénum. Tubercules sur l'antre pylorique et l'épiploon ; ganglions sur la petite et la grande courbure, ainsi que d'autres disséminés sur le mésentère. Gastro-entérostomie postérieure.

L'examen histologique d'un des ganglions enlevés, pratiqué par le Dr Fornells, fait découvrir la formation de tubercules avec cellules géantes.

Suites opératoires normales. Le 23 février, la malade a engraissé et n'éprouve plus aucun malaise.

Diagnostic différentiel. — A côté de la forme hypertrophique, localisée au pylore, et de la sté-

nose fibreuse, il y a l'ulcère gastrique tuberculeux et la tuberculose gastrique diffuse, qui n'ont pas de symptomatologie propre.

L'*ulcère tuberculeux* conduit aux mêmes complications que l'ulcère banal, depuis la sclérose avec sténose jusqu'à l'hémorragie, la perforation et la périgastrite. Certains auteurs donnent comme signe distinctif le manque d'hémorragie ; c'est à tort, car il ne manque pas d'ulcères banaux, qui ne s'accompagnent jamais de perte de sang.

La *tuberculose gastrique diffuse* a l'allure du cancer.

A propos de la difficulté de diagnostic entre la tuberculose du pylore et le cancer du pylore chez les sujets jeunes, les auteurs communiquent les cas suivants.

Jeune homme de 16 ans ; a eu quatre frères, deux morts d'affection qu'il ignore ; le troisième, de méningite ; le dernier a eu une coxalgie.

Il y a 5 mois, douleur abdominale peu intense de peu de durée, qui revient le lendemain et dure 5 jours ; depuis, vomissements de rétention, chaque deux ou trois jours. Grand affaiblissement. De temps en temps, douleur nocturne. Constipation. Appétit conservé. Jamais de melæna, ni d'hématémèse.

La peau a une teinte terreuse ; la langue est belle, le ventre légèrement augmenté de volume ; clapotage gastrique marqué.

L'examen chimique donne : H 0 gr. 25 ; Weber positif ; grande quantité d'acides de fermentation.

A la radioscopie : grande chambre à air ; liquide de rétention abondant ; ondes péristaltiques fortes ; fond et partie moyenne de l'estomac mobiles ; portion pylorique fixée aux organes voisins et occupée par une formation tumorale de contours peu irréguliers. La fin de la première partie du duodénum présente un spasme, probablement réflexe, avec chambre à air simulant une niche de Haudeck. Le fond de l'estomac, malgré l'énorme dilatation, ne dépasse pas la ligne bi-iliaque ; sténose pylorique presque complète ; pylore légèrement douloureux à la pression.

On porte le même diagnostic que dans le cas précédent.

A l'opération : liquide ascitique en petite quantité ; pylore et antre donnant la sensation d'une tumeur adhérente au foie ; séreuse rugueuse, semée de taches blanches ; épiploon parsemé de tubercules. Gastro-entérostomie postérieure, rendue difficile par les adhérences ; extirpation d'une portion d'épiploon avec un ganglion.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome à tendance envahissante.

Chez une jeune fille de 20 ans à estomac très dilaté, hyperchlorhydrique, qui avait des vomissements de rétention et peu de douleurs, existait un ulcère de la petite courbure, adhérent au pancréas et qu'on ne put extirper. Gastro-entérostomie.

Un mois après, pleurésie droite hémorragique avec grands lymphocytes. On pensait que l'ulcère était de nature tuberculeuse. Trois mois après, mort avec hypertrophie énorme du foie. L'examen histologique montra que l'estomac et le foie étaient envahis par un carcinome.

Ce s cas montrent qu'il est toujours nécessaire de faire un examen histologique pour arriver au diagnostic.

L. Pron.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Thérapeutique spécifique des infections staphylococciques.

Nombreuses sont les espèces de cette infection depuis le furoncle, l'anthrax ou l'abcès staphylococcique évoluant presque comme un abcès froid, jusqu'à l'infiltration dermique de la face, qui tue en trois ou quatre jours. Dans le traitement spécifique de ces cas c'est la vaccinothérapie, qui semble rallier la majorité des suffrages au point de vue curatif comme au point de vue prophylactique.

Cependant, en raison de ce fait d'observation clinique, que dans les *traitements curatifs* ,les vaccins de Wright peuvent sensibiliser au lieu de *vacciner*, A. Mauté a décidé de réserver désormais le vaccin staphylococcique (type émulsion microbienne) uniquement pour le traitement prophylactique.

Contre les lésions en évolution il utilise des produits solubles du microbe, dont l'action antigénique est presque nulle. Si le vaccin est employé, en effet, au moment d'une poussée, il détermine généralement une recrudescence dans l'extension des lésions, c'est la phase négative. A. Mauté prend des cultures de 24 heures de diverses races de staphylocoques, et les soumet pendant 24 heures à l'étuve, à l'action d'une

solution au 1/10 de lessive de soude à 36°. La dilution est ensuite neutralisée à l'acide chlorhydrique et filtrée, puis diluée encore au 1/10 dans du sérum physiologique et mise en ampoules de 1 cmc. contenant 1 milligr. de substance staphylococcique. Trois injections *intraveineuses* sont généralement suffisantes pour faire disparaître les lésions en évolution. La première est faite à la dose de 1/2 cmc. ; la deuxième, le lendemain ou le surlendemain, à la dose de 2/3 de cmc. ; la troisième deux ou trois jours après la deuxième à la dose de 1 cmc. Dans les formes septicémiques, on peut prolonger le traitement curatif à la dose de 1 cmc., tous les 3 ou 4 jours. La réaction générale est absolument nulle ; un léger frisson deux heures après la piqûre est tout à fait exceptionnel. Ces *solutions sodiques* ont une action curatrice rapide si nette qu'elle peut être comparée à celle de n'importe quelle thérapeutique spécifique très active. Il s'agirait d'un effet chimiothérapique.

Pour l'*action préventive,* destinée à empêcher le retour de nouvelles manifestations staphylococciques, l'auteur est resté fidèle aux *autovaccins* (émulsions dosées à 1.500 millions par cmc.) ; dès qu'il voit le malade, il prépare l'autovaccin pour ne l'utiliser que plus tard. Fait important à noter il ne fait commencer les injections *d'auto-vaccin que plusieurs jours après la disparition des lésions aiguës en évolution.* Au point de vue prophylactique, la moyenne des récidives irréductibles n'est guère que de 5 p. 100 ; il s'agit d'insuffisants hépatiques ou rénaux à peine marqués, ou d'hyperglycémiques sans glycosurie. (*La Presse médicale*, 16 février 1924.)

La ventralisation, méthode thérapeutique anti-tuberculeuse.

D'après le Pr Angelo SIGNORELLI, la ventralisation est le soulèvement passif du diaphragme dû à l'état des organes sous-jacents. L'état de ventralisation fait obstacle au développement du processus tuberculeux pulmonaire, en atténue les manifestations, en provoque le ralentissement et souvent la guérison ; ce phénomène est dû à ce que la ventralisation concourt à l'hyperémie veineuse des poumons, et que le bacille de Koch se développe mal dans les tissus hyperémiés.

Inversement, il se développe facilement dans les tissus mal irrigués par le sang ou anémiés, et l'olighémie veineuse des poumons est en rapport avec l'inventration, en position basse du diaphragme.

A l'appui de cette thèse on peut dire que la tuberculose pulmonaire des enfants est plutôt rare, parce que le ventre l'emporte sur la poitrine, et que la position du diaphragme est habituellement haute. De même si la tuberculose pulmonaire s'aggrave quelquefois au cours des trois premiers mois, elle s'atténue jusqu'aux quelques jours qui précèdent l'accouchement,

D'autre part, la position basse du diaphragme s'observe dans tous les états de dénutrition, de surmenage, de convalescence difficile, par suite de l'hypoalimentation. Ainsi s'expliquent les tuberculoses de guerre, celles qu'on observe chez les populations mal nourris, etc.

La cure hygiénique et diététique, basée principalement sur le repos à demi couché ou étendu et sur l'alimentation abondante ne serait qu'une cure de ventralisation, ou d'hyperémie totale de l'organisme.

Comment obtenir la ventralisation ? Par le repos au lit, à demi assis ou complètement allongé selon que le diaphragme se trouve au-dessus, au niveau au ou-dessous de l'appendice xiphoïde. Par l'alimentation volumineuse (procéder graduellement pour les estomacs débiles avec des aliments, qui ne soient pas très irritants, lait, œufs, féculents). Par l'hypotonie des parois viscérales à fibres lisses (estomac, intestin, diaphragme, cœur, vaisseaux, sanguins) obtenu en diminuant l'hyper-activité des glandes endocrines hypertoniques : glandes génitales, thyroïde, hypophyse. Par le repos psychique, émotif, sexuel, par les opiacés à faible dose. Par le port d'une ceinture élastique sur la partie inférieure de l'abdomen. Par le pneumothorax artificiel, et peut-être, un jour, par le pneumopéritoine artificiel.

(*Paris médical*, 23 février 1924.)

Forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches.

Grâce à leurs observations personnelles, P. BEZANÇON, M. P. WEIL, R. AZOULAY, et E. BERNARD apportent des précisions intéressantes sur cette forme spéciale de la dilatation des bronches, qui, contrairement aux formes habituelles, reste sèche, et ne se complique que par intermittence d'hémoptysies.

Ces hémoptysies, qu'il faut distinguer de celles qui peuvent survenir dans les formes à expectoration, sont constituées par du sang rouge rutilant, sans spasme, à la période de déclin le sang devient plus foncé, presque noirâtre, par stagnation dans la cavité bronchique ; aucune expectoration n'accompagne ni ne suit ces hémoptysies. La quantité de sang expectoré varie de 150 gr. à 200 gr. L'hémorrhagie, rarement unique, se reproduit chaque jour pendant un laps de temps assez important , variant de 15 jours à un mois. Le phénomène reparaît tous les 3 ou 6 mois, tous les ans ; il résiste à la thérapeutique antihémorrhagique et s'accompagne d'un très léger mouvement fébrile (37°8 pendant un jour ou deux), d'une accélération légère du pouls, d'un peu d'angoisse et de dyspnée. Fait curieux, sous l'influence de la poussée fluxionnaire, qui donne

◆◆◆◆◆

naissance à l'hémoptysie, apparaît au niveau de la lésion un syndrome cavitaire (souffle et râles humides, gargouillants), transitoire, qui disparaît avec l'hémoptysie. Cet accident, parfois mortel, s'explique par la rupture des innombrables capillaires dilatés, qui transforment le chorion de la muqueuse en un tissu caverneux.

Cette forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches démontre que des dilatations bronchiques multiples, considérables peuvent exister sans que l'on puisse relever dans le passé des malades aucune manifestation bronchique ou pulmonaire banale, et qu'il faut rechercher la cause de la dilatation ailleurs que dans des bronchites à répétition, des broncho-pneumonies graves, de la tuberculose fibreuse ou des corps étrangers bronchiques. Ici la dilatation bronchique est la première en date ; la bronchite et l'expectoration abondante ne doivent être considérées que comme une véritable complication.

L'injection intrabronchique sus-glottique de lipiodol (méthode de Sicard et Forestier) permet d'en faire au mieux le diagnostic précoce à l'écran et le traitement précoce aussi soit traitement antisyphilitique, soit pneumothorax artificiel.

Rien n'est, en effet, plus décevant que le traitement des dilatations bronchiques à la phase d'expectoration lorsque les individus sont sans cesse secoués par les efforts de toux et en proie à la dyspnée ; ou à la phase des complications (gangrène pulmonaire, abcès métastatiques du cerveau ; ou bien lorsque le dilaté bronchique est devenu un cardiaque. (*La Presse médical*, 20 février 1924.)

Obstruction nasale et névroses respiratoires. Leur traitement par la dilatation naso-pharyngienne.

Les affections du nez ont pour résultat très habituel de diminuer ou d'abolir sa perméabilité ; et, quand l'insuffisance respiratoire nasale altère le jeu phréno-diaphragmatique, la morphologie générale de l'individu est profondément troublée. Or la dilatation nasopharyngienne par bougies dilatatrices suivant la méthode de G. Gautier, peut modifier favorablement les synergies fonctionnelles et rétablir leur équilibre.

En effet, le canal nasal se prête, sans sensation pénible, à une dilatation progressive ;par son action mécanique et son pouvoir osmotique, la dilatation assouplit la muqueuse nasale, empêche l'arrêt des sécrétions dans ses replis, favorise le jeu des glandes en créant une sécrétion modificatrice et active la résorption des exsudats ; par son action physiologique et vaso-motrice, la dilatation rétablit les voies lymphatiques ; elle est un moyen puissant de réflexothérapie ; enfin, elle ventile le canal lacrymal, les sinus de la face, les trompes d'Eustache et augmente la résonance naso-pharyngienne ; elle calme les douleurs. (*La Presse médicale* 13 février 1924.)

La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire.

Il est classique, dit Amédée Lafont, de signaler dans les grossesses extra-utérines rompues la douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque. Mais il faut aussi attirer l'attention sur une *douleur tardive élevée*, généralement thoracique, souvent interscapulaire ou intercostale, parfois épigastrique, qui existe rarement dans les hématocèles enkystées unilatérales, mais plutôt dans les hématocéles médianes importantes (distension exagérée possible du repli de Douglas), et dans les inondations péritonéales.

Cette douleur élevée, absolument indépendante de la douleur pelvienne, se manifeste presque toujours après celle-ci,, soit dans les minutes, qui suivent, soit, le plus souvent, dans les deux ou trois heures. Sa précocité est fonction de l'intensité de l'hémorragie. Dans les suintements légers elle peut ne se manifester que plusieurs jours après la rupture tubaire.

L'acuité de cette douleur peut être telle parfois qu'elle attire à elle seule tout l'intérêt de l'examen, et, si l'on n'aiguille pas son examen vers la sphère génitale, on peut en rester au diagnostic de colique hépatique, colique néphrétique, gastralgie, perforation d'ulcère de l'estomac, etc.

Elle peut persister 24 et 48 heures dans les cas où l'on n'intervient pas. Elle peut durer parfois davantage, alors que le siège de la rupture est devenue depuis longtemps indolore. L'intervention la fait disparaître instantanément.

Siégeant généralement du côté correspondant à la trompe rompue, elle est souvent médiane (ainsi qu'il a dit plus haut), et parfois elle se localise du côté opposé à la rupture.

Elle est toujours l'indice d'une hémorragie importante, qui occupe ou dépasse la sphère du petit bassin. *Elle est le cri d'alarme, qui commande l'intervention urgente.*

Quand la douleur tardive élevée s'ajoute à plusieurs autres signes suspects, qui font penser à la rupture d'une grossesse tubaire, elle prend la valeur clinique d'un signe, qui doit entraîner la certitude. A ce titre, elle mérite d'entrer définitivement dans le cadre nosologique de la grossesse extra-utérine). (*La Presse médicale*, 23 février 1924.)

Province et Divers

Cas de mort à la suite d'injection de lait.

Les injections intra-musculaires de lait, destinées à réaliser la protéinothérapie, ont été recommandées dans le traitement des affections inflammatoires de l'œil. J'en ai rapporté ici même quelques exemples.

Les résultats obtenus seraient en général très favorables, nonobstant l'éventualité de l'apparition de phénomènes de choc, qui marqueraient une réaction de l'organisme de bon augure.

M. Darier, qui a la grande pratique de cette méthode, n'a jamais, en tous cas, observé de phénomènes d'une gravité telle que la mort s'en soit suivie. Il est bien évident qu'on doit avoir soin de tenir compte des contre-indications, parmi lesquelles la plus importante est la tuberculose. Or, il relate un cas de mort qui lui a été signalé par le Dr Bichat, de Lunéville, dans les conditions suivantes : il s'agissait d'un ouvrier métallurgiste atteint d'un traumatisme de l'œil qui s'accompagna rapidement d'accidents infectieux, kératite, iritis, hypopion et auquel il pratiqua, en dehors des soins locaux habituels, une injection intra-fessière de 4 cmc. de lait bien bouilli. L'état général de ce malade s'altéra rapidement, et après une amélioration passagère, il mourut de syncope au bout de 24 heures. Cet homme avait 54 ans.

A noter que les troubles oculaires s'étaient très rapidement amendés, et qu'en revanche, la fesse injectée était tendue, rouge et très douloureuse.

Il est difficile d'expliquer une si rapide et si fatale évolution, en l'absence d'autopsie. Tout ce qu'on peut dire, c'est que des accidents cardiaques mortels sont venus compliquer les phénomènes de choc particulièrement intenses, avec violente réaction locale.

Ce fait exceptionnel doit retenir l'attention de ceux qui seraient disposés à user de la méthode des injections de lait, et les inciter à redoubler de précautions, de manière à ce que leur responsabilité ne puisse pas être mise en cause. *La Clinique ophtalmologique*, février 24.)

Diagnostic des ulcérations de la langue

Voici un excellent exposé de notre collaborateur Truffert, qui précise bien les éléments du diagnostic des ulcérations essentielles de la langue, par lesquelles il faut entendre toute perte de substance de la langue elle-même, ou d'une néoformation développée à son niveau. Cette définition excluant les plaies linguales, les ulcérations buccales secondaires au cours des maladies infectieuses, des intoxications dyscrasiques ou médicamenteuses.

On éliminera donc tout d'abord les pseudo-ulcérations psychiques, la glossite exfoliatrice des enfants, la maladie de Riga (exulcération du frein dans la coqueluche), les stomatites, la leucoplasie linguale.

L'auteur, ces réserves faites, distingue des ulcérations à base souple : l'ulcération dentaire, causée par un chicot traumatisant, dont la transformation maligne doit toujours être présente à l'esprit ; — l'ulcération tuberculeuse, à fond anfractueux, inégal, raviné, couvert de détritus caséeux, entourée de petites granulations jaunâtres. Elle est parfois superficielle, très douloureuse, et s'accompagne des signes généraux de l'imprégnation tuberculeuse, ou complique une tuberculose pulmonaire évolutive ; — le chancre lingual, situé tantôt à la partie antérieure, tantôt en arrière du V lingual, érosion, plutôt qu'ulcération, reposant sur une base parcheminée, limitée périphériquement, indolente, accompagnée de la poly-adénopathie satellite classique ; — les manifestations de la syphilis secondaires, en prairies fauchées ou en papules, indolentes, et coexistant habituellement avec d'autres accidents secondaires.

Les ulcérations reposant sur une tumeur sont les ulcérations du tertiarisme, gommeuses ou scléro-gommeuses, taillées à pic, à fond bourbillonneux. La R.B.W. confirme le diagnostic. Si l'on hésite et que l'hypothèse de cancer s'offre à l'esprit, le traitement ioduré restant incertain dans ses effets, et la R.B.W. n'ayant pas elle-même toujours une signification nettement positive, on recourra à l'examen biopsique.

La leucoplasie fissurée, infectée, reposant sur un nodule inflammatoire infiltré, est toujours du cancer en puissance. L'ulcération cancéreuse, très polymorphe, à bords épais, durs, éversés, à fond sanieux, infiltrée à distance, unilatérale, rend la langue asymétrique dans sa protraction ; elle est douloureuse, avec otalgie, s'accompagne d'une adénopathie caractéristique. Au stade initial, l'aspect n'est pas toujours aussi significatif. Il suffit d'y penser pour s'aider de l'examen biopsique pour confirmer le diagnostic.

Les hybridites sont des ulcérations d'aspect bénin, mais qui ont déjà subi la transformation épithéliale. La biopsie est encore le meilleur moyen de s'y reconnaître, comme de préciser la nature histologique de l'affection et les agents physiques les plus favorables au traitement. (*La Pratique médicale franç.*, mars 24. A.)

Quatre cas d'hémorragie rétro-placentaire.

Ces quatre cas ont été observés par MM. Chabert, Massot et Gavaudan, qui ont noté le développement anormal de l'utérus, son état de tension excessive, sa sensibilité, avec les signes d'une abondante hémorragie interne. Ils insistent sur la signification diagnostique du pouls, dont la fréquence avant l'expulsion ne se rencontre pas toujours, de telle sorte qu'un pouls quasi-normal ne doit pas faire écarter l'hypothèse d'hémorragie rétro-placentaire. Après l'expulsion, par contre, la fréquence du pouls semble la règle.

Au point de vue du traitement, on s'inspirera surtout de l'état général, l'évacuation de l'utérus étant indiquée quand le pouls dépasse 100. Ce traitement a consisté deux fois dans la

large déchirure des membranes. L'hémorragie s'est arrêtée et l'expulsion a été rapide. Une fois, aucune intervention n'a été pratiquée et l'expulsion s'est faite spontanément sans accidents. Une autre fois enfin, avec une présentation du siège, la rupture des membranes a été suivie de l'abaissement d'un pied, et de la mise en place d'un ballon : le travail ne s'est déclanché que lentement. (*Rev. franç. de gynécologie et d'obstétrique*, 10 mars 24.)

Les Sociétés Savantes

L'organisation anti-tuberculeuse du département de la Seine.

(MM. F. Bezançon et Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 1-4-1924.)

MM. Fernand Bezançon et Léon Bernard font une communication sur l'organisation anti-tuberculeuse du département de la Seine et l'Office public d'hygiène sociale.

L'Office public d'hygiène sociale de la Seine a été institué par le Conseil général en application de la loi du 15 avril 1916 portant création de dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse. Il comporte cinq commissions permanentes :

1° La commission des dispensaires et laboratoires (Pr Léon Bernard, président) ;

2° La commission des sanatoriums (Pr Bezançon, président) ;

3° La commission de prévoyance sociale et du logement (M. Luquet, président) ;

4° et 5° Les commissions de préservation de l'enfance, et de propagande.

Son budget s'est élevé pour 1923 à 16 millions environ.

Au 1er février 1924, le nombre des personnes inscrites aux consultations des dispensaires s'élévait à 40.000, dont 5.800 contagieux.

L'Office possède actuellement (en chiffres ronds) 200 lits d'hommes et 450 lits de femmes dans ses sanatoriums. MM. Bezançon et L. Bernard, tout en proclamant l'importance, dans la lutte contre la tuberculose, de la guerre à l'alcool, au taudis, de l'amélioration de l'hygiène et des logements, souhaitent une extension des sanatoriums. Aux Etats-Unis, disent-ils, la mortalité tuberculeuse est tombée de 20 pour 10.000 en 1900 à 15 pour 10.000 en 1918. La multiplication des lits pour tuberculeux est considérée comme en étant une des causes... à côté, il est vrai, de la prodigieuse prospérité économique du pays !

Natalité et mortalité comparées en France depuis 117 ans.

(M. A. Calmette. — *Académie de médecine* ; 25-3-1924.)

Il existe des statistiques exactes des naissances et des décès dans notre pays depuis 117 cas (1806). Etablissant, d'après les documents recueillis par M. Moine, deux courbes comparatives des naissances et des décès de 1806 à 1923, M. Calmette montre que la natalité a été en décroissance avec une navrante régularité depuis cent ans.

Pendant la première moitié du siècle dernier, le le nombre des naissances par mille habitants est resté notablement supérieur à celui des décès. Depuis 1855, les chiffres tendent à se rapprocher. A partir de 1890, les deux courbes s'entrêmêlent. De 1914 à 1919, du fait de la guerre et de la grippe, le total des naissances fait une chute qui le porte sensiblement au-dessous de celui des décès. En 1920, les naissances subissent un relèvement (21,3 pour 1000 habitants) qui s'est atténué en 1921 et 1922 (19,4 pour 1000 habitants). Le nombre des naissances excède peu aujourd'hui celui des morts.

Traitement du cancer du côlon transverse.

(M. Victor Pauchet. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 21-3-1924.)

M. Pauchet parle du traitement du cancer du côlon transverse. C'est là, remarque-t-il, une affection facile à traiter, avec de bons résultats immédiats et éloignés en général. On peut pratiquer les opérations suivantes :

1° L'*hémi-colectomie droite*, quand c'est la portion droite du côlon transverse qui est prise ;

2° *La colectomie transverse*, quand le néoplasme siège à la partie moyenne du gros intestin. Il faut alors faire la résection segmentaire avec abouchement bout à bout.

L'auteur rapporte le cas d'un malade qu'il a opéré suivant ces règles il y a 14 ans (en 1910) pour un cancer du côlon. Il vient de revoir son opéré ces jours-ci et a pu constater sa guérison parfaite. Le diagnostic avait été contrôlé par l'examen histologique.

Impuissance par plaie de guerre.

(M. Péraire. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 21-3-1924.)

M. Péraire montre un blessé de guerre qui reçut des éclats de shrapnel que la radiographie situa, les uns en avant de la colonne vertébrale et les autres en dehors d'elle. La moelle ne semble pas avoir été touchée. Il n'y a jamais eu de paraplégie. Les réflexes sont conservés et le seul symptôme important est l'absence d'érection. M. Péraire se demande s'il s'agit d'une commotion médullaire avec répercussion

sur le centre génital ou de troubles névropathiques simples.

— M. Le Fur rappelle que l'impuissance n'est pas liée au volume des testicules, mais dépend des altérations de l'élément interstitiel de la glande génitale.

Ulcère peptique du corps du pancréas.

(M. Raymond Bonneau. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 21-3-1924.)

M. Bonneau relate l'observation d'un de ses malades qu'il a opéré à deux reprises. La première intervention (1922) a conduit sur un ulcère perforé de la face postérieure de l'estomac adhérent au corps du pancréas. Le pancréas portait une plaque de la grandeur d'une pièce de deux francs, à nu dans la cavité gastrique et ulcérée. L'ulcération pancréatique fut avivée légèrement au bistouri, touchée à la teinture d'iode et recouverte d'une greffe épiploïque. L'ulcus gastrique fut cautérisé à la Balfour.

Après un bon résultat fonctionnel temporaire, les douleurs reprirent vives. Deuxième opération en 1924. On arrive sur une périgastrite scléreuse postérieure, cause de la douleur typique pancréatique. Le malade succomba.

Tuberculose post-traumatique du poumon.

(MM. C. Lian et Lambling. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-2-1924.)

M. C. Lian présente un malade atteint de tuberculose pulmonaire, consécutive à une contusion thoracique. Le patient, ancien pleurétique, fut victime d'un accident de voiture qui le contusionna au niveau du thorax. Deux mois après, une hémoptysie éclata, bientôt suivie de tuberculose pulmonaire.

L'observation de M. Lian confirme l'opinion du Pr Sergent, pour qui les contusions violentes de la poitrine peuvent être parfois à l'origine de tuberculose, alors que les plaies profondes thoraci ques ne se compliquent qu'exceptionnellement de germination du bacille de Koch sur le poumon.

Scoliose essentielle familiale.

(M. O. Crouzon. — *Société médicale des hôpitaux* ; 15-2-1924.)

M. Crouzon a traité deux frères atteints l'un et l'autre de scoliose essentielle grave. La déformation vertébrale est dans les deux cas très marquée, sans qu'il s'agisse de scoliose syringomyélique ni d'aucune autre scoliose symptomatique. L'auteur insiste sur le caractère nettement familial de l'affection. La cause reste indéterminée (Wassermann et ponction lombaire négatifs.)

— M. Marcel Pinard estime que la syphilis est probablement à l'origine de ces dystrophies familiales.

Le diagnostic de la syphilis constitutionnelle.

(M. A. Sézary. — *Société médicale des hôpitaux* ; 22-2-1924.)

Dans une communication récente, M. Renaud a soulevé le très gros problème du « domaine » de la syphilis. Certains extrémistes veulent ranger dans ce domaine plus des trois quarts de la pathologie des maladies chroniques. M. Renaud a élevé la voix contre cette tendance certainement exagérée. Son étude n'est pas passée inaperçue et M. Sézary la reprend aujourd'hui en abordant la question du diagnostic de la syphilis constitutionnelle.

Comment reconnaître qu'un sujet est syphilitique et comment établir qu'un état morbide donné relève du tréponème ?

Un seul signe, dit l'auteur, a une valeur absolue : c'est la constatation du tréponème pâle. Mais, les difficultés de technique font qu'il est rarement utilisable.

Viennent ensuite une série de signes de grande importance. Judicieusement interprétés, ils donnent la quasi-certitude. Ces signes, que M. Sézary nomme *majeurs*, sont les suivants :

La leucoplasie buccale vraie ;

Le signe d'Argyll-Robertson (les lésions pédonculaires écartées) ;

Les dents d'Hutchinson ;

La syphilide pigmentaire ;

La réaction de Bordet-Wassermann (en l'absence des maladies qui peuvent aussi la provoquer : pneumonie, scarlatine, angines, ivresse, chloroformisation, pian, lèpre, paludisme, lymphogranulomatose inguinale, certaines tuberculides, etc.) ;

L'abolition des réflexes rotuliens (en l'absence de sciatique) ;

La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (sans autre cause de méningite) ;

L'ostéite du tibia avec déformation en lame de sabre, etc.

La constatation d'un seul de ces signes — toutes causes d'erreur possibles éliminées — permet ordinairement d'affirmer l'existence d'une syphilis constitutionnelle.

D'autres phénomènes, appelés par l'auteur *signes mineurs*, ont une valeur moindre, quoique indéniable cependant. Ce sont, par exemple :

L'aortite, chez les sujets âgés de moins de cinquante ans et indemnes jusque-là de rhumatisme ou d'une pyrexie grave ;

Les malformations dentaires banales ;

La kératite, la chorio-rétinite, l'iritis, le strabisme ;

Les avortements répétés ;

La labyrinthite ;

La réaction de Hecht ;

Le traitement d'épreuve, etc.

Ces signes qui indiquent le plus souvent une syphilis constitutionnelle, peuvent toutefois relever d'une autre cause. Lorsque plusieurs de ces signes mineurs se trouvent associés chez un malade, l'infection syphilitique est très vraisemblable.

Exploration radiographique de l'urèthre au lipiodol.

(MM. SICARD et FORESTIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-2-1924.)

L'huile iodée (ou lipiodol), substance opaque aux rayons X, très fluide et bien tolérée par les tissus, a été proposée par M. Sicard pour l'exploration radiographique des différents canaux ou cavités de l'organisme.

Cette méthode est actuellement utilisée pour l'examen des régions épidurales et sous-arachnoïdiennes, et pour celui des bronches et des ramifications bronchiques. Bollack y a eu recours pour faire des radiographies des canaux lacrymo-nasaux. MM. Sicard et Forestier montrent aujourd'hui des clichés obtenus après injection de lipiodol dans le canal de l'urèthre.

Legueu, Papin et Maingot ont déjà réalisé l'exploration radiographique de l'urèthre avec une solution de collargol, mais l'irritation produite par la solution argentique à taux élevé a restreint l'usage de ce procédé. Le lipiodol, indolore, n'offre pas le même inconvénient.

La technique de l'injection est simple. Le malade ayant vidé sa vessie, on pousse l'huile iodée au moyen d'une seringue en verre de 10 à 20 cc. à embout conique. On fait pénétrer lentement quelques centimètres cubes de lipiodol jusqu'à ce qu'on perçoive une sensation de résistance, qui indique la distension au maximum de l'urèthre antérieur. Puis, pendant qu'on vainc, par une pression soutenue, la constriction sphinctérienne, on prend le cliché radiographique, tout en continuant à injecter 4 à 6 centimètres cubes supplémentaires.

De cette façon, on obtient l'image de tout l'urèthre. L'urèthre antérieur, distendu, apparaît avec un diamètre considérable, de plus de 15 millimètres. L'urèthre postérieur, parcouru par un liquide sans pression, est plat. A l'état pathologique, cette méthode donne des résultats intéressants, chez les prostatiques (allongement de la portion prostatique de l'urèthre, irrégularités du canal), chez les rétrécis (canal sinueux avec strictures), etc.

Un cas de pléonostéose familiale.

(MM. CAUSSADE et PEYNET. — *Soc. médic. des hôp.* 22-2-1924.)

La « pléonostéose », type morbide décrit en 1921 par M. André Léri, est une affection hérédo-familiale dans laquelle s'observent une série de saillies et d'hypertrophies osseuses, généralement révélées par la radiographie, d'où son nom (ossification en trop surabondante ; de πλον = en trop).

P.L.

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Albert GARRIGUES. — **Les Orges** (tome II). « Collection des Plantes en **médecine** »). 1 vol. in-16 de 560 pages, avec 49 figures. Paris, 1924. Prix : 8 fr.

Le premier volume de cet ouvrage, paru l'an dernier, traitait de l'*orge dans son état naturel.* Celui-ci, qui le complète et le termine, est consacré *à l'orge germée et aux divers produits qui s'y rapportent ou en dérivent.*

Tour à tour sont passés en revue : la préparation et la composition du malt, les ferments solubles et en particulier la maltine, les usages de l'orge germée dans l'alimentation, les boissons retirées de l'orge, les drèches, *les indications et les modes d'emploi du malt en thérapeutique, les vitamines, les touraillons d'orge, l'hordénine.*

C'est un livre curieux, intéressant et précieux. Si, en effet, on connaît peu, d'ordinaire, toutes les ressources enfermées dans un modeste grain d'orge, on sait à peine davantage celles que peut fournir ce même grain germé. Qui connaît, par exemple, le vin d'orge, et qui sait convenablement employer la diastase du malt ? Qui tire profit de l'hordénine, déjà presque oubliée en France, alors que, à l'étranger, elle suscite de nombreux travaux et que les progrès de sa préparation s'y développent chaque jour ?

Il y a dans ce livre une mine véritable de faits et d'idées ; son seul titre pourrait faire croire qu'il est d'un intérêt particulier et étroit ; mais il est rempli d'aperçus ingénieux, de considérations historiques, de vues philosophiques même. Sa place ne se trouve pas seulement marquée sur la table du savant et du praticien, mais encore dans la bibliothèque du public extra-scientifique et extra-médical.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr J.-J. MATIGNON et S. ABBATUCCI. — **Le bréviaire thermal des Coloniaux.** (1 vol. in-8°, 43 figures, 1923 . Prix : 8 francs).

C'est un guide clinique dans le choix de stations thermales pour séquelles d'affections coloniales, écrit par deux spécialistes remarquables. Il est appelé à renseigner aussi le grand public sur toutes les *ressources hydro-minérales de nos colonies,* et à faire connaître à tous les coloniaux les bienfaits qu'ils peuvent retirer pour leur santé, ébranlée par les rigueurs du climat tropical, d'une cure dans les *stations thermales françaises.*

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

A. CHALIER et H. MONDOR, professeurs agrégés. — **Cancer du rectum**. (*In* Bibliothèque du cancer, publiée, sous la direction des professeurs H. HARTMANN et L. BÉRARD). (1 vol. in-16 de 590 pages avec 105 figures dans le texte, 1924. Prix : 40 fr.).

La mise au point la plus complète, parue en France sur cette importante question, vient d'être réalisée par deux auteurs, que leurs recherches personnelles antérieures désignaient spécialement.

Ce n'est pas seulement une contribution originale à l'étude générale du cancer, c'est aussi une claire démonstration des difficultés cliniques dont le praticien doit savoir triompher et des problèmes qui se posent au chirurgien.

La description anatomique et clinique est minutieuse ; les procédés opératoires sont exposés point par point, avec une rigoureuse méthode, et presque dans leurs moindres détails. Les résultats thérapeutiques sont rationnellement développés. L'iconographie la plus riche, enfin, illustre le texte.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Noël FIESSINGER. — **La médecine française au Maroc**. (Un opuscule de 96 pages, Paris, 1923. Prix 6 fr.)

Ces pages résument des impressions de voyage, pleines d'admiration pour l'œuvre réalisée par nos confrères au Maroc. En feuilletant la table des matières, nous y relevons notamment les titres de chapitres suivants : les chefs ; les médecins mobiles ; les dispensaires antisyphilitiques ; les hôpitaux dans les palais ; la maternité et la goutte de lait de Rabat ; les dispensaires antituberculeux au Maroc ; l'hôpital Marie-Feuillet à Rabat ; les vaccinations et la prophylaxie épidémique ; ... quelques formules indigènes du Maroc ; l'assistance médicale indigène dans les villes ; le journalisme médical au Maroc.

(*Même éditeur*).

L. CHAUVOIS. — **Un danger social : la constipation.** (1 vol. in-16, 124 pages, 17 figures, Paris 1923.)

Ce travail s'adresse autant au public, en général, qu'au monde spécial des médecins ; il est donc exempt d'un caractère de technicité trop poussée, afin d'en rendre la lecture accessible à tous.

Laissant de côté les cas où la constipation est nettement dépendante d'une cause locale, et ressortit au traitement de la cause reconnue (lésion intestinale ou lésion de voisinage), l'auteur a voulu surtout appeler l'attention sur la forme la plus habituelle , celle qui n'apparaît expliquée par aucune grosse lésion, mais semble relever de tout un état général de déficience de la fonction intestinale (*constipation essentielle*). Or, cette constipation, en dehors des facteurs couramment invoqués (erreurs alimentaires, etc.), est le résultat de causes nerveuses, de perturbations glandulaires en divers organes, que déclanchent plus ou moins facilement des prédispositions congénitales, des conformations héréditaires. Il faut donc, en chaque cas, recourir au conseil médical, et ne pas employer, comme on le fait trop souvent, le remède empirique sous l'inspiration du moment (purgatifs, laxatifs, lavages intestinaux, désinfectants, etc.).

Trois tableaux de régime sont annexés à l'ouvrage.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Germain MATHIEU. — **Importance des résultats obtenus par l'héliothérapie à l'altitude, dans le traitement de la tuberculose, et spécialement de la tuberculose dite chirurgicale. (Un vol. in-8,** 325 pages, Paris, 1923. Prix : 16 fr.).

L'*héliothérapie à l'altitude* procure, dans les tuberculoses chirurgicales, un très grand nombre de guérisons, et celles-ci se distinguent par le minimum de pertes de substance et de mutilations, par la récupération fonctionnelle de l'article, et par une véritable réfection de l'organisme.

Dans les formes graves, notamment dans les tuberculoses fistuleuses à forme mixte, elle donne aux malades des chances de survie supérieure à celles des autres traitements, et cela sans mutilation. Il ne faut la confondre ni avec l'héliothérapie de plaine, ni avec l'héliothérapie marine.

C'est un procédé empirique, dans lequel le soleil joue le rôle principal, mais on ne sait encore si c'est à une qualité propre du rayonnement solaire à l'altitude, ou à toute autre raison que doivent être attribués les excellents résultats obtenus.

La longueur du traitement ne doit être une limitation ni à son emploi, ni à sa généralisation. Elle doit être mise en balance avec les chances de succès et l'importance des résultats ; cette considération a d'ailleurs une valeur beaucoup plus grande, quand il s'agit d'enfants.

Cet ouvrage est d'autant plus utile à lire que l'héliothérapie soulève d'importants problèmes biologiques, et que la science française ne doit pas continuer à se désintéresser de cette question.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

FAUT-IL CRÉER UN ORDRE DES MÉDECINS ?

« Les grenouilles demandent un roi » !

Depuis un an, des flots d'encre ont coulé : est-il désirable, *pour les médecins*, qu'une loi institue un Ordre des Médecins analogue à l'Ordre des Avocats ?

Tous les arguments ont été exposés, mais devant la haute gravité de la question, il ne peut être sans intérêt de reprendre et de regrouper les plus importants.

Nous les examinerons dans leurs rapports avec les intérêts personnels des médecins praticiens, intérêts qui ne nous paraissent pas se séparer, en pratique, de l'intérêt général bien compris de la profession, donc de sa plus haute honorabilité.

Lorsqu'un citoyen, *libre* dans toute la mesure où les grands principes et les lois de son pays ont défini cette liberté, désire entrer dans certaines catégories de citoyens privilégiés, fonctionnaires ou non, l'Etat lui demande d'abord, en échange de ce privilège, si petit ou si grand qu'il puisse être, le sacrifice d'une partie de sa liberté, par exemple, l'effort pécuniaire et les années de vie nécessaires à l'obtention d'un diplôme dont le visa par l'Etat confèrera les privilèges désirés.

Le diplôme de licencié en droit donne ainsi, après 3 ans d'études, accès à toute la série des professions juridiques, magistrature, barreau, etc..., de même que le diplôme de docteur en médecine, après 5 ans au moins de travail, donne le droit d'exercer toutes les professions médicales qui, en fait, se réduisent à une seule : l'exercice de la médecine.

Lorsque, librement, des médecins se spécialisent, soit en limitant leur champ de recherches scientifiques, soit en restreignant l'étendue de leur clientèle, c'est alors *d'eux-mêmes* qu'ils renoncent à certains des droits conférés par leur diplôme, acceptent certains tarifs, s'interdisent tels ou tels clients, se privent, dans cette partie de leur zone d'action, du droit au secret professionnel..... C'est leur droit absolu, puisqu'ils estiment que ce qu'ils y gagnent compense ce à quoi volontairement ils renoncent, et qu'ils demeurent en harmonie avec les lois qui régissent l'exercice de la profession médicale.

Lorsque, d'une manière qui présente quelque analogie (soit parce que l'Etat l'exige, soit parce qu'une sorte d'usage en fait actuellement un minimum d'instruction nécessaire), les titulaires du diplôme de licencié en droit se spécialisent en devenant, soit fonctionnaires de l'Etat, soit administrateurs de successions, avoués, agréés, huissiers (achetant alors des offices pour lesquels l'Etat demande certaines garanties), soit en se faisant inscrire à un barreau, ils reçoivent, en échange de cette renonciation à l'exercice de certaines des branches — et non des moins honorables — de l'ensemble de la profession juridique, des avantages considérables : en échange de leur affiliation à leurs chambres, les avoués, les notaires, les huissiers, etc... et de même, en échange de leur inscription à un Ordre, les avocats, acquièrent d'*importants privilèges*, et ce, contre de menues obligations.

Pour ne considérer que ces derniers (puisque c'est à leur Ordre que se sont plus particulièrement reportés, et par comparaison, ceux qui ont proposé au Parlement l'institution d'un Ordre des Médecins), il nous paraît intéressant d'examiner ce que l'Ordre leur prend et ce qu'ils en reçoivent en échange.

Ce qu'on leur prend, c'est d'abord la cotisation annuelle qui, jointe à des dons et legs, fait de leur Ordre une véritable puissance financière, gracieusement hospitalisée au Palais de Justice, ce qui les dispense de faire construire de leurs deniers leur Maison corporative (Pauvre Foyer des Médecins !)

Ce qu'on leur demande encore, c'est une partie de leur liberté, par l'acceptation, pour les menus faits professionnels, de se soumettre au jugement de leurs pairs, dans quelques cas sans appel, dans d'autres, avec la faculté, en sautant à pieds joints (chose précieuse) par dessus un degré de juridiction, de porter directement leur cause devant la Cour d'Appel : ce sont là, d'ordinaire, poussières de peines dont on n'use guère, identiques à celles dont disposeraient les Syndicats médicaux si leur nom, à évocation inquiétante pour certains, se trouvait remplacé par celui d'*Ordres médicaux*.

On exige enfin des avocats leur renonciation bénévole, souvent plus apparente que réelle (pour ceux qui, nourris dans le sérail, en connaissent tous les détours) à la pratique de certaines professions juridiques ou non, administration de Sociétés, recherches de capitaux, pour lesquelles il n'est guère possible de contrôler ceux dont la surface financière est assez large et qui, sous prétexte qu'ils ne font que gérer leurs propres biens, demeurent libres, en fait, de faire ce qui leur plaît, dans le fond, sinon dans la forme ;

erreur chez les tout petits, vérité chez les plus gros, erreur, du reste d'une relativité extrême suivant les régions (vérité en province, en Alsace-Lorraine, erreur à Paris), et même suivant le temps, puisqu'à côté de leur Ordre et en dehors (*avant tout*) de leur Conseil de l'Ordre, des groupements (comme Syndicaux) d'avocats inscrits, font inlassablement converger des efforts constants et soutenus afin (tout en gardant les avantages obtenus au nom de l'Ordre) de restreindre, jusqu'à arriver peu à peu à l'annuler, le champ des limitations ; réduisant ainsi, sans paraître y toucher, l'action du Conseil de l'Ordre (gendarme familial), en ne lui laissant avec ce caractère que le nom et l'existence apparente nécessaires à justifier, avec le maintien des privilèges acquis, ces courants électoraux traditionnels, sources d'agapes confraternelles dont profite sans contre-partie l'humble masse des électeurs modestes : « très honoré truffage », pour beaucoup l'argument le plus puissant en faveur des Ordres de médecins. Electorat et éligibilité..... Soviets !

En échange de ces restrictions qui, malgré tout, les gênent quelquefois, quels formidables avantages n'ont pas été concédés aux « Ordres » d'avocats, *avantages qu'il est au moins surprenant que nul n'ait songé à prévoir en proposant la création d'Ordres de Médecins* !

Voyons ces avantages :

C'est d'abord le privilège exclusif de plaider devant les cours et tribunaux, avec l'*irresponsabilité* au cas où la violence des arguments employés ou des paroles prononcées dépasserait la mesure permise par les lois aux citoyens ordinaires et ce, sous simple condition de les retirer ou de les imputer à la griserie de la barre. Puis, c'est le droit d'être crus sans façon s'ils déclarent avoir restitué quelque *pièce importante* d'un dossier ! On ne peut s'empêcher de penser ici, lorsque la pièce se retrouve plus tard après jugement dans le dossier de l'adversaire auquel elle avait été communiquée, à la pince que peut laisser un chirurgien dans un ventre et dont les juges lui font payer si cher l'oubli, même s'il a sauvé l'opéré, en dépit d'une erreur partielle.

En second lieu, c'est le droit au *secret professionnel* plutôt accru par l'affiliation à l'Ordre, alors qu'il est la première chose à laquelle doive renoncer le médecin, dès lors qu'il accepte de travailler pour certaines catégories de clients ou pour l'Etat.

En troisième lieu, c'est le droit de fixer eux-mêmes et *sans taxation*, le montant de leurs honoraires, sous la seule réserve de s'interdire d'en poursuivre le recouvrement devant une autre juridiction que celle du Conseil de l'Ordre, à moins d'y être autorisés par lui afin que le litige d'un seul et sa publicité possible ne risquent pas de compromettre les intérêts du groupement tout entier.

En quatrième lieu, c'est la faculté d'échapper lorsqu'ils se rendent coupables de faits délictueux, à la juridiction correctionnelle et d'être jugés de suite par les juges d'appel dans les cas très rares où la radiation prononcée par le Conseil de l'Ordre ne remplace pas, en fait, toutes autres poursuites.

Comment et dans quelles mesures ces privilèges pourraient-ils s'appliquer au Corps médical ?

Celui-ci, tout d'abord, possède à l'heure actuelle, et sans restrictions, le privilège d'exercer la médecine intégrale, privilège attaché *par les lois* à son diplôme ; à ce privilège, la création d'un Ordre ou d'un « Corps » des médecins ne pourrait rien ajouter, l'affiliation ne peut que restreindre les droits des inscrits.

Et lorsqu'on examine ce en quoi pourraient consister les règlements fixant les restrictions à apporter par les Conseils des Ordres médicaux au libre exercice de la médecine courante, on s'aperçoit immédiatement combien les précisions apparaissent difficiles et combien net est le danger.

S'agira-t-il seulement de faire appliquer les règles de déontologie. Il semble que ce soit faire beaucoup de bruit pour rien que de recourir à des Conseils de l'Ordre au lieu d'en charger les Syndicats médicaux. S'agit-il d'appliquer les lois qui règlent l'exercice de la médecine ? Les tribunaux ne sont-ils pas là avec la faculté de demander au besoin l'avis des Chambres syndicales ?

Si les Syndicats médicaux n'ont encore qu'une faible action, c'est que les règles déontologiques n'existent pas encore ! Elles n'ont été nettement codifiées ni pour l'ensemble de la France, ni pour les régions ; on se dispute à leur sujet, et comme les règles particulières à certaines régions ou à certains Syndicats locaux ont été le plus souvent faites contre le groupe des médecins non syndiqués, on peut concevoir que ces essais de codification relative n'aient pas eu pour effet d'amener aux Syndicats les médecins contre lesquels ils furent faits, souvent sans autre autorité, mais cela ne peut que s'améliorer chaque jour. D'ailleurs, le Conseil de l'Ordre des Avocats de Paris n'est parvenu à codifier ses règles que peu à peu, d'une façon compliquée, confuse, et souvent élastique. Leur force, c'est d'être rarement frappées d'appel, c'est aussi d'être assez imprécises pour donner lieu à interprétation suivant l'importance du justiciable dans les cas « limites ». Portées devant les Cours d'appel, elles ont été souvent réformées, et souvent dans le sens le plus simplement bienveillant des lois ordinaires. Pas plus que les avocats, les médecins de province ne peuvent être soumis aux mêmes règles que ceux de Paris, dont, nous l'avons vu, la préoccupation constante est de faire élargir les règles jusques et au delà des limites accordées à leurs con-

frères de province. Même chose arriverait aux médecins, s'ils avaient la faiblesse de laisser — sans *compensations certaines* — restreindre leurs droits.

Cependant, on peut concevoir des corps spéciaux : médecins militaires, médecins de la marine, médecins coloniaux, s'interdisant, dans certaines conditions, de faire de la clientèle civile, en échange de la garantie d'un traitement mensuel, d'une retraite, « *d'un uniforme* » ! On peut concevoir un corps des médecins experts intervenant dans les rapports des médecins experts entre eux (désignations et question d'honoraires) un corps des médecins d'assurances, de pensions, d'usines, ayant qualité pour intervenir dans les questions de tarifs et de perception des honoraires.

Il n'y aurait rien de choquant à voir ces confrères consentir, en échange du poste qu'ils sollicitent *librement*, à se trouver astreints à de certaines règles, sorte de parapet destiné à les protéger dans les voies délicates où ils s'engagent forcément, tant en raison de la violation du secret professionnel, qu'à cause de la complication des calculs d'honoraires et des possibilités d'erreurs ou de tentations, (questions de carnets et de tiers payant), pour lesquels ils sont quotidiennement exposés à se trouver aux prises avec la justice de leur pays.

Mais ici, des questions se poseront : le fait de s'inscrire à chacun de ces corps privera-t-il obligatoirement ses membres de faire de la clientèle ordinaire ? Créera-t-on des incompatibilités entre le fait de soigner des malades et celui de diriger des journaux médicaux, de s'intéresser aux parties paramédicales ou même quasi-commerciales de la profession, toutes incompatibilités qui sont imposées aux avocats ?

Les médecins s'interdiront-ils à eux-mêmes d'exercer (sans cesser d'être médecins) toutes autres professions, même juridiques, sous le prétexte que les avocats s'interdisent d'exercer la médecine ? Fermera-t-on les portes des Ordres de médecins à titre de réciprocité d'ostracisme, aux avocats inscrits, qui seraient docteurs en médecine ? *Rari nantes*..... !

Toutes ces questions, qui méritent d'être posées à l'avance, ne donneraient lieu à *aucun avantage d'aucune sorte* pour les médecins praticiens, on ne pourrait que nous prendre sans rien nous donner en échange.

Va-t-on au moins nous permettre de fixer librement nos honoraires ; va-t-on redonner aux médecins ce privilège qui constitue la véritable raison d'être de l'Ordre des avocats ? C'est bien invraisemblable ! On voit rarement les médecins politiciens devenir ministres ou présidents du Conseil, et il a fallu que bien des générations d'avocats passent au pouvoir, pour que leur aît été donné leur statut actuel : ce n'est un mystère pour personne ! Il ne faut pas oublier que c'est sur ces questions d'honoraires, comme sur celle de la responsabilité civile, que s'est affirmé l'antagonisme séculaire des Facultés de médecine et de droit. Et ce fut d'autant plus normal que, de tous les fonctionnaires, les magistrats furent longtemps les moins payés et qu'il était cruel de leur demander de fixer le prix de l'heure utile du travail d'un chirurgien dans une opération délicate, à un mois, deux mois (ou plus), de leur propre traitement. C'est une remarque intéressante au plus haut degré que de trouver là la mesure de la *très haute estime dans laquelle les magistrats tiennent le Corps médical,* pour les membres duquel leurs décisions sont un véritable brevet de désintéressement et d'élévation morale ; s'ils ont proclamé que le médecin n'a pas le droit d'ignorer quoi que ce soit de son métier (tout comme eux-mêmes ne peuvent rien ignorer de la jurisprudence), c'est que songeant, avant tout, aux malades (qu'ils pourront être un jour) et conscients de la possibilité, pour eux-mêmes de quelque erreur juridique, **ils ont** tenu à affirmer le *regret véritable qu'ils éprouvent* à ne pouvoir risquer (ni pour leur compte personnel, ni pour celui de l'Etat) de se voir exposés à dédommager des plaideurs ou des accusés injustement frappés, et ils ont voulu écarter des médecins, même l'ombre de ce remords ! ! ! Connaissant le milieu médical, ils l'ont « obligé » à l'assurance, afin de garantir aux malades la réparation de toutes fautes possibles, tout en permettant au médecin d'aller à son devoir l'esprit libre de toute pensée ou contrainte étrangères à son art : *pas une minute ils n'ont pensé qu'il pût y avoir un seul d'entre nous capable d'apporter moins de conscience dans l'exercice de sa profession du fait que les risques en seraient écartés.* Nous avons le droit de trouver là l'affirmation flagrante que l'honorabilité du Corps médical, même sans Conseil de l'Ordre, leur apparaît à nulle autre seconde !

Et, puisque nos inventions, trouvailles, remèdes, malgré les dépôts et les brevets, tombent en fait, dans le domaine public, dès que leur efficacité s'affirme, généralisation d'une pensée d'humanité sociale qui serait admirable si les médecins n'en devaient pas faire injustement tous les frais et qui paraît cependant devoir être tout le traitement de faveur que nous puissions attendre des Pouvoirs publics, gardons, au moins, nos libertés, seules garanties pour nous de la possibilité d'une belle conscience, sans espérer que la libre fixation des honoraires, même garantie par la possibilité d'un appel aux magistrats, soit à la veille d'être offerte au Corps médical, même sous le couvert d'un conseil de l'Ordre, alors qu'il n'est question en haut lieu que d'assurances sociales et de tarifications générales.

Reste le privilège d'échapper à la juridiction correctionnelle du premier degré : dans quelle

mesure peut-on prétendre que ce puisse être pour les médecins un privilège, et que ce soi-disant privilège puisse conduire à une élévation de l'étiage de moralité de la profession médicale ?

Pour des avocats qui plaident chaque jour devant les juges correctionnels, il peut être à craindre que des questions de personnes n'interviennent : des heurts professionnels se produisent parfois dont il est légitime d'éviter les conséquences aux intéressés. Rien de semblable pour les médecins. Si les magistrats les traitent assez durement, quand il s'agit de questions d'honoraires ou de responsabilité civile, il n'en est pas de même en matière délictuelle. Chargés d'appliquer les lois, ils sont mieux à même que les pairs du médecin (qui sont aussi ses adversaires ou ses concurrents) d'en mesurer l'application sans le souci de faire des exemples. Les lois, telles qu'elles sont, contiennent contre les médecins des armes formidables qui vont jusqu'à l'interdiction totale ou partielle du droit d'exercer leur profession ; qu'est-il besoin d'autre chose ? Il suffit de les appliquer.

Un avocat a-t-il commis quelque délit ? Si le Conseil de l'Ordre prononce la radiation immédiate, ce n'est que très rarement que le Parquet va au-delà. Privilège considérable, mais arme à double tranchant ! ..... Alors qu'un avocat radié conserve à sa disposition, pour gagner sa vie, la plupart des professions juridiques, le médecin qui se serait vu, sans compensations, diminué d'une partie des libertés communes, serait d'un seul coup privé de l'exercice de toutes les professions médicales, les seules qu'il connaisse. Qu'il soit possible de rendre, par la radiation, à ceux qui, volontairement, se fonctionnarisent ou se spécialisent, s'ils se groupaient en « Ordres », le droit d'exercer toute la « médecine », sauf la branche qu'ils se seraient alors fermée par leur faute, cela n'aurait rien d'anormal ; mais qu'un médecin puisse être privé par ses pairs du droit d'exercer la médecine, c'est inadmissible. On ne voit pas des pouvoirs judiciaires ainsi donnés à des médecins..... L'Ordre des Avocats, au moins, use des lois qu'il connaît et que ses membres peuvent être appelés à appliquer lorsqu'ils complètent les Tribunaux, mais on voit mal, en dehors des questions techniques de médecine, par exemple dans l'appréciation de « cas limite » d'escroquerie ou d'abus de confiance, des médecins chargés d'interpréter les lois : ils seraient humains ou terribles à l'excès, comme les jurys ; ce serait effroyablement dangereux. De plus, les chambres de discipline des Syndicats comme les conseils des différents Ordres, présentent un élément de faiblesse qui n'est que trop réel ; le rapporteur de chaque affaire ne peut pas ne pas considérer comme un succès personnel le fait d'avoir contribué à réduire d'une unité le nombre de concurrents professionnels, comme aussi d'avoir gagné la cause dont le Conseil l'avait chargé et qui consistait *à poursuivre et non à écarter* : quelquefois, des Syndicats soutiennent leurs adhérents, mais les Conseils de discipline, jamais..... Et qu'on n'oublie pas que, sous prétexte d'opérer seulement en matière disciplinaire pour des poussières de sanctions (dont les intéressés préfèrent ne pas faire appel afin de leur éviter toute publicité), il peut se trouver des hommes à conscience élargie (déformée par la tournure d'esprit des petites chapelles) capables de se laisser aller à accepter de faire usage de simples dénonciations, lettres anonymes, ou pièces détournées par quelque employé ou serviteur congédié et qui se venge ! Et combien grande n'est pas alors, pour ces juges d'instruction *d'occasion*, la tentation de s'en servir à la manière des bas policiers, pour *provoquer* et ne retenir qu'elles ensuite, comme éléments de preuve, les explications franches et nettes de l'intéressé sans lui découvrir le dénonciateur et ses procédés : je ne vois pas volontiers un médecin complice de pareilles ordures !

Le privilège d'éviter une juridiction de magistrats est encore à double tranchant, parce qu'il discrédite pareillement celui qui est radié pour de simples raisons disciplinaires ne touchant pas à son honorabilité, et celui que le Parquet néglige de poursuivre après radiation dans les cas graves ; le fait de s'être (si honorable que ce puisse être pour des non inscrits) occupé de ce à quoi on renonce en s'inscrivant au barreau, peut entraîner, à titre purement disciplinaire, cette même peine de la radiation, qui peut *clôturer*, pour un avocat inscrit, des actes délictueux susceptibles d'entraîner des peines correctionnelles pour un simple citoyen.

Les motifs des décisions n'étant pas publics puisque les décisions elles-mêmes sont *supposées* demeurer secrètes, il plane dans certains cas un doute immérité. Un conseil de famille pourrait donc, en prononçant une radiation discrète, diminuer profondément quelqu'un dans l'esprit de son entourage, alors qu'en raison de cette même discrétion (mieux observée encore dans les cas graves), celui qui se sera rendu coupable d'un acte délictueux passera pour avoir été l'objet d'une radiation sans importance ! Le pavillon aura couvert la marchandise ! Il est permis de penser que l'ensemble de la profession, ainsi débarrassé de la crainte habituelle des sanctions ordinaires, n'en acquerra pas forcément une élévation d'âme plus grande. Et s'il importe d'insister ici, très vivement, c'est que le danger serait exactement le même si des pouvoirs trop étendus étaient donnés aux conseils de famille des Syndicats médicaux. Ce n'est pas sans raison (et l'on peut avec fruit se reporter sur ce point aux travaux préparatoires des lois réglant l'exercice de la médecine), que l'on a décidé de ne donner qu'aux magistrats et dans des cas tout spéciale-

ment déterminés, le droit de priver un médecin du droit d'exercer *la médecine.* L'élévation morale d'un homme n'a qu'une mesure, le sens total, profond, absolu, qu'il a de ses responsabilités, tout le reste n'est que puérilité. *Tout ce qui tend à diminuer le sentiment de la responsabilité ne peut qu'affaiblir l'idéal moral.*

Ce n'est pas par les restrictions imposées à ses membres, ni par les facilités qui lui sont données pour dissimuler, au besoin, leurs fautes, que le Corps des avocats possède une haute moralité, c'est grâce à la particulière élévation des consciences individuelles du plus grand nombre de ceux qui le composent, *et malgré ces restrictions elles-mêmes* qui seraient plutôt de nature à leur en enlever, en partie, le mérite.

De deux hommes ayant à traverser un étroit espace entre deux précipices, le plus sportif, le plus énergique, le plus courageux, n'est pas celui qui se sera engagé, pour passer, à faire d'abord installer un garde-fou et à ne tenter le passage que si ce garde-fou est assez loin du bord pour supprimer l'idée même du péril. Certes, celui-là sera plus prudent, il obéira à une maxime qu'on répète volontiers au Palais comme guide des débutants : « Je me suis quelquefois repenti d'avoir « agi, mais jamais de m'être abstenu ». Mais que de circonstances il aura laissé passer où il fallait arriver vite, et où même, à tous risques, le médecin n'a pas le droit moral de ne pas agir au plus vite !

Et c'est ici qu'apparaît la nécessité de laisser aux deux professions leur caractère propre, afin que chacune d'elles donne son maximum de beauté.

En affaires, l'avocat inscrit est et doit être un frein, et cela avant tout. Il doit, comme les chefs de Ministères, ne conseiller l'action qu'après avoir épuisé toutes les raisons légales de la déconseiller. C'est le contraire pour le médecin qui doit agir d'abord, qui doit souvent recourir dans un but curatif, à des moyens qui ne sont pas toujours inoffensifs et qui peuvent être dangereux ; il court, à chaque appel urgent, un risque dont il n'a pas toujours la possibilité de mesurer instantanément la stricte portée : lorsque la mort est là, imminente, il doit aider l'organisme dérangé, à dépasser le point critique à partir duquel la nature reprendra ses droits. Le médecin a, par suite, des obligations qui dépassent la simple réserve prudente et pour lesquelles il doit, à chaque minute, répondre à un juge qui ne peut jamais être trop éclairé : la conscience de son devoir immédiat.

Le médecin de campagne, le praticien, qui doivent savoir «*tout*» faire, être aptes à toutes les spécialités (voire même, d'après des jugements récents, être capables de procéder au fond des campagnes, sans appareils, à des examens même radiologiques) est à peu près, de nos jours, le seul citoyen que la loi ait laissé, sous réserve de payer très cher ses moindres responsabilités, jouir d'un maximum de libertés. Celui-là, non sans peine, tout comme certains juristes non inscrits à des barreaux d'avocats, comme les avocats d'assises obligés à des attaques ou à des ripostes immédiates (pour eux, il est vrai, sans responsabilités matérielles) se bat chaque jour avec les difficultés réelles de la vie. Il suit à pied, à bicyclette, en auto, les bons comme les mauvais chemins, soignant ses malades plutôt que ses statistiques, chaque jour aux prises avec la pauvreté vraie ou simulée de clients souvent ingrats. « Homme » toujours, souvent surhomme, il a le droit de ne pas vouloir être diminué, ni dans ses juges, ni dans ses libertés. Les lois de son pays sont son unique protection dans son risque quotidien : qu'on lui en laisse au moins le bénéfice puisqu'il en revendique les charges !

Il serait au-dessous de la dignité du Corps médical dans son ensemble de tenter, fût-ce en partie, d'esquiver les règles par lesquelles les citoyens français sont régis. Ses membres ont trop conscience de la nécessité où ils se trouvent de développer en eux-mêmes le sentiment des plus hautes responsabilités. Seul, *l'excès de liberté,* en créant des délicatesses supérieures aux règles des lois et des juges, peut développer la noblesse des âmes, et c'est à la pureté d'une morale à idéal élevé, grandie dans l'atmosphère libre du sentiment du devoir accompli, que se sont succédées des générations d'hommes de bonne volonté dont un grand nombre, s'ils ne furent pas de grands savants, n'en furent pas moins de vrais médecins, et des hommes d'action. Leur rendre, *par force,* toute défaillance impossible, au lieu de les laisser s'interdire simplement à eux-mêmes toute faiblesse, lorsqu'ils abordent en pleine conscience et *au plus près* toutes les misères comme toutes les contagions, serait enlever à la profession médicale ce dont elle doit le plus s'honorer ! Mieux vaut la propreté vraie ! . . . . . l'hygiène est incompatible avec l'obscurité, les recoins et les malpropretés qu'on cache. Dissimuler les tares au public, laver le linge sale en famille, sont des principes désuets comme les vieilles maisons à tuberculose ; ouvrons les fenêtres, donnons de l'air, et librement, puissamment, sans rien abdiquer de notre jugement et de nos libertés séculaires, groupons-nous, de nous-mêmes, et imposons par notre nombre et notre dignité forte, le vote des lois qui défendront l'intérêt de nos familles pendant que nous nous épuiserons à soigner les femmes et les enfants des autres. Donnons aux moins favorisés tout ce qu'il faut de notre temps, de notre science, de nos inventions, de notre cœur, mais *exigeons de le donner nous-mêmes* au lieu de nous le laisser dérober et d'assister en étrangers à la distribution :

Donnons tant qu'il nous plaît les remèdes que

nous inventons, mais n'admettons pas que, sous prétexte d'un humanitarisme dont nous sommes les seuls à faire les frais, on nous frustre sans même nous en laisser le mérite, des productions de nos cerveaux : comme les littérateurs et les artistes, revendiquons hautement nos devoirs et nos droits de citoyens libres et *complets*. Ce n'est pas parce que les tares de quelques brebis galeuses seront pleinement exposées que nous en serons diminués. Nous n'avons, à en voir étaler au plus grand jour, l'infime total, rien à craindre de toutes les comparaisons. Chez nous, au moins, on sait à quoi s'en tenir, et les défaillances, toujours relevées et publiées, trouvent, sinon leur excuse, du moins leur explication, dans la guerre de tarifs insuffisants et compliqués qui nous est faite ; n'est-il pas, à l'heure actuelle, avec les tarifications en cours, impossible à un médecin expert près les tribunaux, d'établir un compte à la fois sincère et suffisamment rémunérateur, et le temps passé par les médecins à déchiffrer les énigmes des tarifs, ne serait-il pas mieux employé à se tenir au courant des progrès quotidiens de la science ou même à se reposer un peu... à leur tour..... et ce ne sont pas les pensums que pourrait distribuer un Conseil de l'Ordre qui s'attaqueraient aux causes efficientes elles-mêmes : les « Ordres » ne peuvent relever que des faits, c'est-à-dire des symptômes. Seuls, les Syndicats, en obtenant le paiement direct, sans bordereaux compliqués, des honoraires médicaux, pourront (le jour où ils auront renoncé à l'appellation rébarbative, à évocation révolutionnaire, qui écarte d'eux beaucoup de braves gens, ainsi qu'aux méthodes autoritaires que leurs dirigeants mettent trop souvent en œuvre) en se bornant à défendre et à représenter les intérêts de leurs membres, se fédérer utilement et obliger les législateurs à compter avec eux : ramenés alors à leurs seules et véritables attributions, les Conseils de famille des Syndicats (sans devenir leur orgueil), seront plus que suffisants à conduire les médecins, dans leur ensemble, vers l'application de principes professionnels qu'il ne *serait* vraiment pas très difficile de déterminer.

Réglons la déontologie, traduisons-en les règles par des obligations civiles véritables que les Syndicats arbitreront quand les médecins accepteront leur arbitrage ; que les juges traduiront en dommages-intérêts si les intéressés préfèrent les leur soumettre, mais restons, autant qu'il est en notre pouvoir, libres du choix de nos juges si nous les voulons autres que ceux établis par les institutions du pays.

Ne mettons pas nous-mêmes en bouquet des verges avec lesquelles les plus gros d'entre nous, du haut de leur fortune, auraient la joie de fouailler les plus petits. Tenons-nous à bonne distance et des moutons de Panurge et des grenouilles du bon La Fontaine, et prenons nous-mêmes, avant tout, pleine et entière conscience que notre Corps médical, tel qu'il est, et *même* sans que quelques-uns de ses membres deviennent en même temps les membres d'un Conseil de l'Ordre, n'a aucune comparaison à redouter avec aucun autre, en matière de dignité, d'abnégation et d'honorabilité..... Les avocats ont leurs devoirs ; nous avons les nôtres qui sont très différents. Ayons donc, « Médecins », la fierté de rester nous-mêmes.

D[r] G. PAUL-MANCEAU.

R. H. M. S. : 5484.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. Complications tuberculeuses

Un de nos abonnés nous pose la question suivante :

Jeune homme de 16 ans. Chute d'un madrier sur le genou, d'où hydarthrose. Au bout d'un mois, certificat de reprise de travail, mais avec réserves. Quelque temps après, arrêt du travail ; la radiographie montre un épaississement de la capsule articulaire. Plâtre.

Cette arthrite tuberculeuse peut-elle bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898 ? Le médecin sera-t-il payé des soins donnés après consolidation ?

Il est de jurisprudence constante que toute lésion, dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme un accident résultant du travail au sens de la loi du 9 avril 1898.

Dans le cas qui nous est soumis, le médecin traitant, en rédigeant le certificat de reprise de travail, a agi sagement, dans l'intérêt de son client, en faisant des réserves sur la non-guérison du traumatisme. Certificat de consolidation ne veut pas dire certificat de guérison.

Par consolidation, il faut entendre le moment où le blessé ne peut plus bénéficier d'un traitement médical, chirurgical, ou spécial : il peut reprendre son travail ; mais il se peut qu'il ne soit pas complètement guéri. Et ici c'était le cas.

Par conséquent, il y a relation de cause à effet, entre le traumatisme initial et l'évolution ultérieure d'une arthrite tuberculeuse.

Vainement pourrait-on soutenir que le blessé était, antérieurement à l'accident, en puissance de tuberculose.

Un arrêt de la Cour de Lyon (29 janvier 1923) confirmant un jugement de la 5e chambre du tribunal civil de Lyon, en date du 23 mars 1922, décide que le droit à une rente est acquis en cas de foulure simple, transformée en arthrite tuberculeuse, par suite d'un état préexistant de tuberculose osseuse.

Mais il est nécessaire de prouver que la complication est la conséquence directe et immédiate de l'accident. Par suite, si l'incapacité de l'ouvrier blessé est due à des lésions tuberculeuses, sans relation directe avec l'accident, la demande d'application de la loi du 9 avril 1898 doit être rejetée. Ainsi en a décidé la cour de Cassation (chambre des requêtes), par arrêt du 8 mai 1922. Il s'agissait d'un tuberculeux pulmonaire, qui, à la suite de fortes contusions aux poignets et aux jambes, a eu des ostéo-arthrites du genou et du poignet gauche. Or, le rapport de l'expert concluait à ce que les lésions tuberculeuses de l'ouvrier, cause immédiate de son incapacité ouvrière, ne se trouvaient pas en relation directe avec l'accident ; que si celui-ci se rencontre à l'origine de l'incapacité , il ne l'a pas directement déterminée.

Pour que la responsabilité de l'accident soit admise, il faut donc que le tuberculeux ait été effectivement victime d'un accident nettement caractérisé et particulièrement propre, par sa nature, à aggraver son affection préexistante ; que l'aggravation soit manifestée par des phénomènes précis et d'une nature telle que la cause puisse se rattacher à l'accident ; que les premiers symptômes d'aggravation se soient manifestés peu après l'accident et que l'état antérieur de la tuberculose n'ait pas été tel qu'une mort à brève échéance était déjà certaine (Sachet, Traité des accidents du travail, 6e édit., t. I, p. 289, no 472).

Déjà la Cour de Rennes (24 novembre 1921) avait jugé dans le même sens, à propos d'un accident, qui avait occasionné la fracture de la dixième côte, avec hémoptysies, et phéonomènes pulmonaires, alors que la victime était décédée, plus d'un mois après, de grippe épidémique grave.

De même, un arrêt de la cour de Cassation (chambre des requêtes, 20 mars 1923) décide qu'au cas où un ouvrier a été blessé par la chute d'une pierre, qui lui a fracturé l'os coxal, près du pubis, son décès qui s'est produit ensuite, a pu n'être pas considéré comme en relation de cause à effet avec l'accident, s'il est constaté que la victime a succombé à une tuberculose pleuro-pulmonaire, qui était en évolution avant le traumatisme litigieux et qui n'a pu, par conséquent, être provoquée par lui.

Donc, dans le cas que nous soumet notre confrère, comme la tuberculose de l'articulation du genou n'était pas en évolution avant l'accident, il semble bien que ce soit le traumatisme qui ait déterminé la localisation d'un état maladif antérieur : il y a donc relation de cause à effet entre l'accident et la lésion et, par suite, la loi sur les accidents du travail doit être applicable.

Rechute. Soins donnés après consolidation.

Mais l'arthrite tuberculeuse, dont il s'agit, a nécessité de nouveaux soins, alors que la reprise du travail avait été effective. Notre confrère avait bien agi, en faisant des réserves dans le certificat de reprise du travail.

Le tribunal de paix de Brest (10 décembre 1906) avait décidé que le paiement du demi-salaire devait être repris dans le cas où la blessure aurait présenté des périodes successives de guérison et de rechute, pendant la durée de chaque rechute, sans autre limitation que la prescription applicable au cas où plus d'un an se serait écoulé depuis la dernière rechute.

Mais une jurisprudence en sens contraire décidait que l'ouvrier, qui a repris son travail, doit être considéré comme guéri : par conséquent, il n'a plus droit à l'indemnité journalière (trib. civil de Montargis, 25 novembre 1901 ; trib. paix Marseille, 12 mai 1908 ; Cassation civile, 16 février 1910 ; cour de Douai, 14 novembre 1910).

Plus près de nous, le tribunal civil de Toulouse déclare que « le retour offensif du mal, qui oblige l'ouvrier à interrompre le travail qu'il a repris, ne procédant pas d'un nouvel accident, se trouve placé sous le régime de la rente, celui de l'incapacité temporaire ne pouvant renaître comme ayant définitivement cessé après la reprise du travail ».

Un arrêt de Cassation (chambre civile, 6 juin 1921) consacre ce principe : « l'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime, complètement guérie, a repris son travail ; en cas d'aggravation ou de rechute, c'est à la procédure de révision qu'il y a lieu de recourir et la demande en paiement du demi-salaire, introduite devant le juge de paix est irrecevable ».

S'inspirant de cette décision, le tribunal civil de la Seine, 11 février 1922, décida qu'un blessé, qui avait eu une rechute neuf jours après la reprise du travail, devait se pourvoir en révision.

Dans un article, paru dans le *Droit Ouvrier* de juillet 1922, M. E. Quillent montra quelle était l'erreur de cette jurisprudence. Pour qu'il y ait ouverture du droit de révision, il faut qu'il y ait incapacité permanente partielle de travail. Or, ce n'est pas le cas, lorsqu'il y a eu guérison apparente ou incomplète et que la reprise du travail a été autorisée par un certificat médical.

Il en résulterait que la victime ne saurait où s'adresser pour se faire rendre justice et pour se faire attribuer la réparation du dommage à elle causé par le travail. Le juge de paix doit se déclarer incompétent, d'après la Cour de Cassation, puisqu'il faut recourir, en cas de rechute, à la pro-

cédure de la révision. Mais le tribunal civil se déclarera également incompétent, pour accepter cette demande de revision, puisqu'il n'y a pas eu, antérieurement, attribution d'une rente pour incapacité permanente partielle de travail.

Un jugement du tribunal civil de la Seine (9e chambre, 19 octobre 1923) a jugé en sens contraire, formant ainsi un revirement heureux de la jurisprudence.

« Le législateur de 1898 a entendu accorder à l'ouvrier victime d'un accident du travail la réparation forfaitaire de toutes les conséquences de cet accident, sous la seule condition qu'elles surviennent dans le délai de révision.

« Il serait difficile d'expliquer pourquoi, lorsque l'aggravation de l'état de l'ouvrier a entraîné une incapacité purement temporaire, les tribunaux ne pourraient pas recourir à l'indemnité spécialement prévue pour la réparer.

« La rechute et l'obligation pour l'ouvrier de cesser momentanément son travail, pour se soigner à nouveau, en vue d'une guérison totale, ou partielle, ouvrant à son profit le droit au paiement du demi-salaire, pendant la période d'incapacité temporaire occasionnée par cette rechute survenue dans les délais de revision ».

En s'appuyant sur le jugement ci-dessus, l'ouvrier, qui est soigné par notre confrère, pour une complication tuberculeuse articulaire, survenue après la reprise du travail, doit assigner son patron devant le juge de paix, pour se faire attribuer son demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques, qui sont l'accessoire de ce demi-salaire.

S'il échoue, qu'il demande l'assistance judiciaire, pour aller en appel devant le tribunal civil, et au besoin en cassation, après avoir demandé avis et direction au conseil juridique de la C. G. T., si bien dirigé par M. E. Quillent.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La pension des femmes

Un confrère s'inscrivait dernièrement à la Mutualité Familiale pour une indemnité-maladie journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs, pour une retraite de 2.400 francs, à 60 ans et pour une seconde retraite de 2.400 francs à 65 ans, enfin pour une pension de 600 francs à sa veuve en cas de mort prématurée — le maximum en l'état actuel.

Evidemment, il avait raison de le faire puisqu'il jugeait la chose possible.

Oserai-je cependant élever une critique ?

Pourquoi ce confrère a-t-il cumulé sur sa tête les deux pensions à 60 et à 65 ans ? Pourquoi n'a-t-il pas, par exemple, pris, pour lui-même, la pension à 65 ans et, pour sa femme, la pension à 60 ans ?

Le chiffre de la cotisation eût été moins élevé, le ménage aurait touché la même somme et, en cas de décès du mari, la femme eût été elle-même assurée d'une pension qui n'est pas à négliger.

Peut-être existe-t-il une raison particulière qui m'échappe, je ne parlerai donc que d'une manière générale de cette question de la pension de la femme.

Je suis convaincu que le véritable intérêt du médecin est, après s'être inscrit lui-même, de faire inscrire sa femme pour une pension.

La femme étant généralement plus jeune, les deux pensions arrivent à peu près en même temps si le mari s'est inscrit à R et la femme à P ; sans doute l'échéance arrivera plus vite si le mari est inscrit à P, mais à 60 ans, on peut encore exercer, on peut encore attendre. Donc, pour le médecin, indemnité maladie et pension à 65 ans ; pour la femme pension à 60 ans.

Cette pension de la femme sera heureusement complétée par l'inscription du mari à la combinaison V. En effet, s'il vient à mourir, la pension des veuves est immédiatement délivrée à la femme et lui permet, si elle le juge convenable, de continuer le paiement de ses cotisations jusqu'à l'âge réglementaire de la pension de retraite. Elle arrive alors à cumuler et la pension de veuve et la pension de retraite.

Les avantages que donne cette inscription du mari à la combinaison V ne me semblent pas avoir été bien compris.

Nombre de confrères s'abstiennent d'entrer à V parce qu'ils trouvent trop peu élevée la pension de la veuve, mais ils oublient qu'ils peuvent en même temps faire inscrire leur femme à une combinaison retraite qui lui donnera une pension convenable, la combinaison V devient alors une sorte d'assurance sur la vie qui garantit la possibilité du paiement des cotisations à P ou à R. Ils oublient également que la pension des veuves pourrait être relevée si le nombre des adhérents à V était plus considérable.

Quand je me rappelle l'enquête qui a précédé l'organisation de cette combinaison V, quand je me rappelle les 400 engagements de principe qui avaient levé nos dernières hésitations et nous avaient décidés, je ne puis vraiment pas comprendre les maigres résultats donnés par la réalité.

Comment s'expliquer cette indifférence du mé-

decin ? La cotisation est-elle trop élevée ? — Non certainement, et personne n'a jamais formulé de critiques sur ce point. La sécurité n'apparaît-elle pas suffisante ? — Notre actuaire, M. Fleury, avait sur cette combinaison V, une opinion toute différente et escomptait son développement rapide.

Faudrait-il donc invoquer l'égoïsme du médecin qui consentirait à faire quelque chose pour lui personnellement, mais refuserait lorsqu'il s'agit de sa compagne ? — Je ne puis l'admettre. Quoi donc alors ?

Je ne connais qu'une seule objection : la pension de 600 francs est insuffisante ! — Mais nos confrères savent bien que son relèvement ne dépend pas de nous, qu'il dépend uniquement du nombre des adhérents et que si les 400 qui s'étaient inscrits avant la lettre avaient maintenu leur adhésion, la pension eût été de suite portée à 1.200 francs ; ils reconnaîtront aussi que l'abstention est un singulier moyen d'arriver au résultat qu'ils désirent, c'est-à-dire à l'élévation de cette pension.

Mais parlons un peu chiffres, rien ne vaut un exemple.

Le Dr X. a 35 ans et sa femme 30 ans ; il lui soucie de verser annuellement 200 francs pour assurer à sa femme une pension de 600 francs s'il vient à mourir ; il consentirait peut être à verser 400 francs pour qu'elle eût une pension de 1.200 francs. Que ne la fait-il inscrire pour une pension de retraite ?

Pour qu'elle ait à 65 ans une pension de 1.200 fr., il versera annuellement 108 fr. de cotisation contre-assurée. Donc avec un versement de 200 + 108 = 308, il assurera à sa femme, s'il vient à mourir, 600 francs de pension immédiatement et à 65 ans, 600 + 1.200, c'est-à-dire 1.800 fr. de pension. Et, si le malheur voulait qu'avec ses 600 francs annuels, elle ne pût parvenir à payer sa cotisation de 108 fr. jusqu'à 65 ans, elle aurait toujours, à cet âge, une pension proportionnelle qui s'ajouterait à ses 600 francs.

Malheureusement, le médecin ne lit pas : il a devant lui nos tarifs et nos statuts, il y jette tout au plus un coup d'œil distrait, ne prend pas la peine de réfléchir et pense à autre chose ou remet à plus tard. Sa femme, qui lit plus volontiers, comprend, mais il s'agit d'elle-même et elle éprouve une certaine hésitation à soulever la question..... et on s'abstient.

Confrères, pensez à vos femmes, pensez à leur avenir, à leur vieillesse, assurez-leur une pension : il n'est pas admissible que, par crainte de ne leur donner qu'un chiffre insuffisant, vous ne leur donniez rien du tout. Et puis, réfléchissez à la combinaison que je viens de vous indiquer : vous savez que la Mutualité Familiale se prête à toutes les situations, à toutes les exigences et, si vous ne parvenez pas à vous éclairer vous-mêmes, vous savez que notre confrère Mignon est à votre disposition.

Mais surtout ne restez pas dans l'abstention.

A. GASSOT.

A PROPOS DES PHARMACIES MUTUALISTES

La Fédération nationale des pharmacies mutualistes a tenu récemment à Paris son assemblée générale et a constaté à nouveau sa prospérité. Nous savons que les mutualités, voulant éviter les gros frais occasionnés par les ordonnances faites aux sociétaires, non contentes d'imposer aux pharmaciens des rabais considérables, ont voulu créer des officines pour leurs membres, espérant réaliser ainsi de grosses économies.

Le fait est constant dans quelques cas, il reste à savoir si ce n'est au détriment des malades.

Disons d'abord que les frais de ces pharmacies sont moindres que pour un pharmacien exploitant pour son compte : ces officines régies par la loi de 1898, sont exemptes d'impôts, de patente et de timbre, elles ne sont pas inscrites au registre des chambres de commerce, puisqu'elles ne font pas de commerce. Ajoutons que les directeurs ne sont en réalité que des salariés peut-être peu rétribués, car la Mutualité paye toujours mal. Il y a dans ce nombre des diplômés n'ayant pas les capitaux nécessaires pour s'établir ; dans quelques cas peut-être de vieux pharmaciens ou n'ayant pas réussi ou bien ne voulant plus faire courir de risque à leurs capitaux ; peut-être même y a-t-il des prête-nom ou des retraités militaires. En tout cas, toutes ces suppositions sont plausibles. Ce sont certainement des pharmaciens ayant des situations inférieures à celles de leurs camarades libres.

Ces pharmacies doivent nécessairement recevoir, en dehors des cotisations des sociétés affiliées, des subventions de l'Etat, des départements et des communes, car quelle est la mutualité approuvée qui ne touche des subventions multiples.

Elles évitent aussi les gros frais des pharmacies à clientèle. Elles n'ont pas de spécialités et si elles ont toutes les drogues inscrites au Codex, elles n'ont guère les médicaments nouveaux. Nous savons que la révision du Codex ne se fait qu'à intervalles assez grands et que n'ayant pas les médicaments à la mode, elles évitent les rossignols qui encombrent les armoires du phar-

macien, médicaments qu'on prescrit pendant un laps de temps assez court et dont le reliquat est une pure perte pour le commerçant. Elles sont donc bien placées pour faire une concurrence aux pharmacies de la ville. Et si leurs produits sont vendus moins chers, cela s'explique parce qu'elles ont moins à supporter de frais généraux. Elles n'ont pas besoin non plus de luxes d'éclairage, de mobilier, puis qu'elles n'ont pas à attirer une clientèle, qui est obligée de venir s'approvisionner chez elles.

Le tout est de savoir si le malade n'est pas victime de ces économies. Je ne reviens pas sur la question du secret professionnel dans les pharmacies, que j'ai antérieurement traité, secret qui n'existe pas, puisque le conseil d'administration a le droit de contrôle des bons d'ordonnances. Mais un autre point est à considérer. Le client peut-il avoir une confiance absolue dans une officine qui est obligée de vendre bon marché de par sa fonction mutualiste ? Ne craint-il pas que l'économie ne soit fonction de qualité inférieure ? Et on lui retire le droit à la spécialité qui est le plus souvent une garantie de produit de bonne qualité, bien préparé et bien présenté ; c'est pour lui un moyen de se défendre contre des pharmaciens peu consciencieux et il peut en exister dans les pharmacies mutualistes comme dans les autres.

Si on refuse également le produit nouveau, sous prétexte que, bien qu'ordonné par le médecin, il ne se trouve pas dans l'officine, on prive le malade d'un médicament souvent utile et en tout cas d'une utilité psychique, puisque le malade en a entendu dire du bien par son journal de modes ou sa voisine. Or la confiance est la base de la thérapeutique, pourquoi priver un malade d'un élément de guérison ?

Si le malade ou son entourage sont obligés, pour avoir droit au secours pharmaceutique, de venir le prendre à la pharmacie mutualiste, ce médicament gratuit lui coûte cher, il est obligé à faire de grands déplacements souvent onéreux (ainsi à Paris il y a 6 pharmacies mutualistes), soit comme moyen de transport soit comme perte de temps, choses dont la mutualité ne tient pas suffisamment compte.

Aussi les appréciations sur le succès des pharmacies mutualistes sont bien différentes, si on en juge par ce qui s'est dit au dernier Congrès de la Mutualité. On dit notamment que les résultats pécuniaires à Paris sont médiocres, et on donne comme cause l'interdiction de vendre au public. C'est là le sujet des réclamations de la Mutualité ; elle voudrait rattraper sa perte sur ses sociétaires par ses bénéfices sur le public. Dans d'autres régions, Haute-Vienne et Limoges, bien que prospères, au moins en apparence, ces pharmacies constatent qu'à cause de l'augmentation des produits, les prix payés sont insuffisants. On a même essayé ailleurs, pour faciliter l'usage des pharmacies mutualistes, d'établir des lieux de groupements d'ordonnances, ramassées par un service d'estafettes. Mais c'est là un moyen coûteux, car si on exploite les bonnes volontés au début, il faudra bien un jour payer ces cyclistes et l'entretien des machines.

Et avec ces systèmes de fortune, nous nous demandons dans quel délai le malade peut commencer son traitement.

En réalité, la marche de ces pharmacies est plutôt pénible et les mutualités cherchent à augmenter leurs chiffres d'affaires. Elles cherchent à accaparer les ordonnances de l'assistance médicale gratuite, des mutilés, et voudraient bien également centraliser les ordonnances des accidents du travail. En un mot, elles s'efforcent de se transformer en pharmacies pour les sociétés et collectivités voulant aider à l'exercice des lois sociales et cela sans être considérées comme faisant acte de commerce. Réussiront-elles dans leurs entreprises ? ?

En réalité, elles s'efforcent surtout d'être pharmacies coopératives et nous savons par expérience que les coopératives dont l'organisation est superbe sur le papier, donnent en réalité de piètres résultats et qu'avec beaucoup d'ennuis et de dérangements, le client arrive à payer aussi cher que partout ailleurs.

Dr M. VIMONT.

Compte rendus, documents, pièces officielles.,.

Musée des Sports

Exposition d'Histoire Générale des Sports.

Les Amis de l'Histoire et du Musée des Sports organisent, pendant la période des Jeux Olympiques (mai, juin), dans des salles situées au centre de Paris, sous le Haut patronage de M. Henri Paté, Haut-Commissaire à l'Education physique au Ministère de la guerre, et avec le concours du Musée des Sports, une exposition d'Histoire générale des Sports.

Il est fait appel, pour cette exposition, à toutes les personnes s'intéressant, à des titres divers, à l'histoire des Sports, dans tous les temps et dans tous les pays : amateurs, collectionneurs, antiquaires, marchands, maisons de costumes et d'accessoires de sport, éditeurs, etc...

Le Comité acceptera non seulement les documents

originaux, mais encore toutes les reproductions photographiques ou autres,susceptibles de donner à cette exposition d'histoire des sports un caractère aussi documentaire et complet que possible.

Des mémoires, rapports, références, sur toutes questions touchant à l'histoire des sports, pourront être admis.

Cette exposition comprendra les 20 sections dont l'énumération détaillée suit, et qui correspondent aux grandes divisions générales du Musée des Sports.

Il n'est pas, pour cette première exposition, fait appel aux artistes sportifs modernes pour lesquels deux expositions d'art pur doivent être organisées par les soins du Comité Olympique ; au contraire, tous éléments artistiques ou reproductions d'éléments anciens ayant un intérêt d'ordre historique, y trouveront leur place.

I. *Sports athlétiques.* — Marches, Courses, Sauts Lancers.

II. *Sports gymniques.* — Exercices aux agrès, poids et haltères.

III. *Sports de défense.* — Boxe, lutte, jiu-jitsu, escrime, canne, bâton, tir.

IV. *Sports équestres.* — Manège, allures, sauts, rallies, haute école.

V. *Sports nautiques.* — Natation, aviron, yachting.

VI. *Sports combinés.* — Pentathlon, décathlon, voltige à cheval, polo à cheval, Escrime équestre, Water-Polo, Skijoring, Gymkhanas.

VII. *Sports d'hiver.* — Patinage, Ski, Luge, Bobsleigh et Skelston, Iceyachting, Curling, Hockey sur glace.

VIII. *Sports de tourisme.* — Cycle, Alpinisme, Camping, Grandes chasses.

IX. *Sports mécaniques* : Automobilisme, Motocyclisme, Aviation, Aérostation, Yachting à vapeur et automobile.

X. *Jeux sportifs.* — Lawn tennis, Foot-ball Rugby, Foot-ball Association, Basket Ball, Volley Ball, Push ball, le Cricket, Hocket, Grande Thèque, Base ball, Golf, la Pelote basque, l'aéro-ball, Cage ball, Bat ball, le tir à l'arc, le tir aux pigeons, etc...

XI. *Vieux jeux français et étrangers.* — Tournois, joutes, passes d'armes, longue Paume, courte Paume, Choule, Crosse, Boules, Carrousels, Jeux de bagues, Quintaine, Vieux jeux anglais, écossais irlandais, italiens et suisses.

XII. *Stades.* — Gymnases, Piscines, Hangars, terrains de jeux et de sports, Clubs, Salles, Arènes, camps de vacances, aménagement, tenues sportives.

XIII. *Jeux olympiques.* — Historique, épreuves, champions, performances.

XIV. *Education physique générale.* — Hommes : méthodes anciennes et modernes, instituts d'éducation physique.

XV. *Education physique générale.* — *Femmes* : Méthodes et instituts d'éducation physique féminins.

XVI. *Rééducation physique.* — Méthodes, appareils.

XVII. *Physiologie sportive et mécanique animale.*

XVIII. — *Chronophotographie et cinématographie sportives.*

XIX. — *Affiches, dessins, médailles, coupes et prix.*

XX. — *Archives.*

Pour tous renseignements et indications concernant cette exposition, s'adresser, avant le 15 avril, au docteur G. Paul-Manceau, secrétaire général des Amis de l'Histoire et du Musée des Sports, 12, rue de Bellechasse, Paris (7e).

Arrêté relatif au Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Le ministre du travail et de l'hygiène,

Vu l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921 ;

Vu la loi du 15 décembre 1922, étendant aux exploitations agricoles, la législation sur les accidents du travail ;

Vu les arrêtés des 8 juillet 1920 et 28 juin 1921, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Vu l'avis de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Article unique. — Les arrêtés des 8 juillet 1920 et 28 juin 1921, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, sont complétés par les dispositions suivantes :

« 1o En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif — et non à son interprétation — les parties intéressées pourront convenir, soit de la constitution de commissions de contrôle ou d'arbitrage, soit de la désignation d'un tiers médecin contrôleur ou arbitre.

« 2o Le présent tarif est applicable lorsqu'il y aura eu impossibilité pour la victime d'appeler elle-même son médecin ».

Fait à Paris, le 5 avril 1924.

(*J. O.*, 6 avril 1924.) Daniel Vincent,

Fédération corporative des médecins de la région parisienne

Les médecins et la patente

La *Fédération corporative des médecins de la région parisienne* s'est émue de la situation créée aux médecins par les nouveaux errements qui semblent devenir une règle suivie par les contrôleurs des contributions directes chargés du recensement des imposables et de la formation des matrices de patentes, errements doublement intolérables, puisqu'ils paraissent profondément arbitraires et que cet arbitraire même s'exerce avec des variantes telles que, suivant les quartiers de Paris, l'imposition du médecin variera, pour un même chiffre de loyer, du simple au double.

Soucieuse des intérêts de ses adhérents, la Fédération a prié son Conseil juridique, Me Maurice Brochin, avocat à la Cour de Paris, de lui faire part de son sentiment sur la question, et de signaler dans quelle mesure et avec quelles chances de succès le médecin peut résister aux prétentions de la toute puissante administration.

Il lui apparaît en effet que si, à l'heure actuelle, la France est appelée à fournir un effort fiscal sans précédent, il serait profondément injuste que cet effort soit demandé ou plutôt exigé au détriment de certaines classes particulières de citoyens que leur caractère, leurs habitudes professionnelles, la dignité de leur vie devraient exposer moins encore que tous autres aux rigueurs injustifiées du fisc.

La Fédération est donc heureuse de communiquer à ses adhérents le résultat du travail de Me Brochin, et souhaite qu'ils puissent utilement tirer profit de ses conclusions.

***

Il nous faut rapidement examiner :

1° Ce qu'est l'impôt de la patente, et spécialement la patente du médecin ;

2° Ses bases d'établissement et la manière dont l'administration entend en tirer parti ;

3° Son mode de calcul ;

4° Les moyens de lutte à la disposition du contribuable.

***

1° *Ce qu'est l'impôt de la patente.*

La patente est un impôt spécial sur les revenus produits par le travail, impôt de quotité et non de répartition.

Sa charte constitutive est encore, à l'heure actuelle la loi du 15 juillet 1880.

Etablie originairement au profit de l'Etat, des départements et des communes, elle n'est plus perçue depuis 1917 qu'au profit de ces deux dernières collectivités. La part de l'Etat n'est plus qu'un principal fictif servant de base au calcul de la taxe départementale et communale. Elle a été remplacée par huit centimes ajoutés d'office, chaque année, aux impositions votées par les Conseils municipaux, afin de compenser ainsi le déficit provenant de la suppression des prélèvements antérieurement effectués au profit des communes sur le principal de la contribution des patentes.

En principe, la patente comprend un droit fixe et un droit proportionnel.

Partageant ce privilège avec les autres professions dites « libérales », les médecins ne sont pas soumis au paiement du droit fixe.

Mais ils acquittent, comme nous le verrons au § 3, le droit proportionnel sur les bases déterminées par l'art. 12 de la loi du 15 juillet 1880.

***

2° *Bases d'établissement.*

Interprétation administrative.

L'art. 12 précité dispose :

« Le droit proportionnel est établi sur la valeur locative tant de la *maison d'habitation* que des magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, *remises*, chantiers, et *autres locaux servant* à l'exercice des professions imposables.

« Il est dû alors même que le logement et les locaux occupés sont concédés à titre gratuit.

« La valeur locative est déterminée, soit au moyen de baux authentiques ou de déclarations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu, et, à défaut de ces bases, par voie d'appréciation. »

L'économie générale de cet article est basée sur ce fait d'expérience que la valeur locative est un indice assez sûr de l'état des affaires et du chiffre du revenu du patentable ; elle est un signe extérieur des bénéfices présumés, approximatif certes, mais rarement trompeur.

Nous ne songeons pas ici à contester que ce ne sont pas seulement les locaux servant au logement proprement dit du médecin, dont la valeur locative doit être retenue par le calcul du droit proportionnel, mais également les maisons secondaires qui servent à l'exercice de sa profession, telles qu'un appartement meublé occupé pendant la saison des eaux dans une station thermale, comme aussi tous les locaux qui doivent être considérés comme une dépendance nécessaire du logement d'habitation. Dans cet ordre d'idées, le Conseil d'Etat a même jugé que la patente devait porter sur un local affecté aux cliniques dans lesquelles le médecin donne des consultations gratuites, « un tel établissement pouvant, par la notoriété qu'il donne à celui qui le tient, contribuer à accroître sa clientèle, et servant, à ce titre, à l'exercice de la profession. »

Toutefois les dispensaires ou cliniques affectés exclusivement au traitement gratuit des malades ne sont pas imposables.

Nous considérons comme acquis que la condition suffisante d'imposition d'un local est que le patentable puisse s'en servir librement pour l'exercice de sa profession.

Sur ces points, peu de difficultés sérieuses sont à prévoir ; mise au courant par le contribuable dans les formes que nous indiquerons, l'administration se rendra à l'évidence.

Par contre, la détermination de la valeur locative est une question infiniment plus délicate.

Relisons l'art. 12 : il prévoit trois modes différents et successifs, l'un ne pouvant être employé qu'à défaut du ou des précédents, de déterminer la valeur locative :

a) Référence au prix du bail authentique ou de la déclaration de location verbale.

b) Comparaison.

c) Appréciation.

Par conséquent, en principe, l'administration doit chercher tout d'abord dans un bail authentique (notarié ou résultant d'une décision judiciaire) ou dans une déclaration de location verbale (bail sous seing privé), dont la date d'enregistrement est antérieur à l'établissement annuel du rôle des patentes, des indications que la jurisprudence présume exactes. Il y a d'ailleurs indiscutablement lieu d'assimiler à ce cas le locataire qui jouit, à quelque titre que ce soit, d'une prorogation.

Ce n'est qu'à défaut de bail authentique ou sous seing privé que la valeur locative peut être déterminée par comparaison avec le chiffre de loyers similaires pour lesquels existeraient des baux ou locations verbales.

Enfin, dans l'hypothèse, absolument exceptionnelle à Paris, où la comparaison serait impossible, l'administration a le droit d'apprécier la valeur locative en appliquant à la valeur capitale du local le taux général des placements immobiliers dans la contrée au moment envisagé.

Spécialement, pour les médecins de la région parisienne, il ne devra presque jamais y avoir lieu à appréciation, rarement à comparaison, mais presque toujours à référence au prix du bail authentique ou sous seing privé.

***

L'administration, et c'est là tout l'intérêt pratique de la présente consultation, est-elle liée par les énonciations du bail, de telle sorte qu'elle ne puisse fixer la valeur locative à imposer qu'au prix qui y est stipulé ?

Peut-elle, au contraire, par des détours subtils, méconnaître, sinon en théorie, au moins en fait, ces indications que la loi lui fait un devoir de prendre en considération ?

***

Dès avant la guerre et le bouleversement du prix des loyers, nous trouvons à ce sujet, des renseignements suggestifs dans l'instruction de 1881 relative à la manière dont l'administration devait appliquer la loi de 1880.

Les indications fournies par le bail y sont, à coup sûr, présumées exactes, mais, sans compter une première exception parfaitement légitime, et qui vise le cas où manifestement le bail est, contrairement à la réalité, entaché d'erreur ou de faute, l'instruction apporte à ce principe des restrictions qui en limitent singulièrement la portée.

Elle dit textuellement, en son n° 48 :

« L'évaluation au moyen des baux est la plus sûre et par conséquent celle dont les agents doivent de préférence faire usage lorsqu'ils rencontrent des baux passés dans des conditions normales et régulières. Mais si, par suite de circonstances exceptionnelles, certains baux présentaient une atténuation ou une exagération sensible, les agents constateraient le fait, et les écarteraient de leur travail, ou ne les emploieraient qu'après leur avoir fait subir les modifications nécessaires. »

L'instruction cite alors, à titre d'exemple, le cas d'un bail où le locataire est tenu au paiement de l'impôt foncier, ou à effectuer des réparations autres que les locatives ordinaires ; elle prévoit même les événements actuels, puisqu'elle note expressément le cas d'un bail se rapportant à une propriété dans la situation ou l'état de laquelle il serait survenu, depuis la location, des changements notables, et celui de baux dont la date serait trop ancienne pour représenter le cours actuel des loyers.

Cette instruction, dont on conçoit aisément qu'une interprétation rigoureuse arrive à entraîner la méconnaissance facile du principe de la foi due aux baux, semble malgré tout conforme à l'intention du législateur, telle qu'on en trouve trace dans les travaux préparatoires.

Dans le rapport qui a précédé le vote de la loi de 1880, M. Vitet s'exprimait ainsi :

« De cette disposition, il ne faut pas conclure que la valeur locative puisse, dans tous les cas, être constatée d'une manière infaillible par la seule production d'un bail authentique. Nous reconnaissons qu'il peut être intervenu entre le bailleur et le locataire des conventions particulières, des arrangements, des transactions, qui modifient en plus ou en moins le prix du loyer. Une confiance aveugle dans la lettre du bail favoriserait donc outre mesure tantôt le Trésor, tantôt le contribuable. Enfin, si la sincérité de ce genre de documents ne pouvait jamais être contestée, il en résulterait une excitation à la fraude : la loi encouragerait les dissimulations en renonçant à les découvrir ; ce qui doit seulement être bien établi, c'est que, de tous les moyens d'apprécier la valeur locative, le bail authentique est celui qu'il faut placer en première ligne, parce que, sauf de très rares exceptions, il est toujours le plus sûr et le plus équitable. »

Il faut reconnaître que, tout au moins dans ces

limites, l'instruction de 1881 a été sanctionnée par la jurisprudence du Conseil d'Etat qui a décidé, dans des espèces diverses, qu'on devait ajouter au prix du bail la valeur des charges (impôt foncier, primes d'assurances, taxes de balayage, d'éclairage) dont le propriétaire s'exonère souvent sur le locataire.

Mais ce même Conseil d'Etat s'était jusqu'ici refusé à aller plus loin, et à méconnaître sauf ces cas spéciaux, les indications du bail comme faisant foi de la valeur locative. L'administration s'était inclinée.

***

Mais, tout récemment, des arrêts (1er juillet 1921 Farçat ; 3 février 1922 Degas) ont été rendus en des matières où il y avait lieu à détermination de la valeur locative par comparaison ou appréciation ; il y était relevé ce fait que, depuis la guerre, une plus-value générale de la valeur des immeubles s'était produite.

S'inspirant de ces considérations, et désirant en tirer parti pour augmenter le rendement des impôts, l'administration a cru pouvoir laisser certains contrôleurs négliger délibérément les principes posés par la loi de 1880, et substituer aux indications fournies par les baux une valeur locative déterminée par comparaison, ou même par appréciation.

Cette manière d'agir est éminemment sujette à caution, d'autant qu'elle aboutit à des injustices criantes.

Injustice absolue, puisque le contribuable paye plus qu'il ne doit.

Injustice relative, puisque cette augmentation de patente est subordonnée à la plus ou moins grande diligence des contrôleurs, les uns, mieux organisés ou plus travailleurs, procédant au relèvement de valeur locative de leurs patentés, les autres, plus soucieux de la légalité ou plus indifférents, continuant à percevoir l'impôt sur la valeur locative du bail de 1914.

De telle sorte que certains contribuables se trouvent payer 10 alors qu'ils ne doivent que 5, et que d'autres contribuables continuent à ne payer que 5.

Si, parmi les médecins affectés par de tels relèvements, il s'en trouve pour ne pas protester, ils pourront, évidemment, justifier leur conduite en la qualifiant de « don fiscal patriotique » ; si même le relèvement de valeur locative par le contrôleur ne dépassait pas le taux de 80 % du prix de 1914, le sacrifice consenti par le contribuable, encore que d'autres collègues n'aient pas à le supporter, demeurerait acceptable et correspondrait à la réalité des choses. Les travaux préparatoires de la loi de 1880, la jurisprudence du Conseil d'Etat antérieure à la guerre, ses tendances depuis, pourraient, en ce dernier cas, autoriser et légitimer l'abstention du contribuable, placé entre les ennuis d'une procédure à engager, et la perspective d'acheter sa tranquillité au prix demandé par le contrôleur.

Mais notre sentiment personnel est que, tant que la loi de 1880 restera en vigueur, la pratique actuelle de certains contrôleurs est illégale, que les indications du bail font foi, qu'à tout prendre le bail constitue, tant entre le propriétaire et le locataire qu'entre le contribuable et l'Etat, un véritable abonnement mettant les deux parties à l'abri des fluctuations de valeur de la marchandise loyer, — qu'une pratique administrative illégale ne peut être un titre suffisant à créer des inégalités entre contribuables — et qu'en résumé il est possible et même désirable de conseiller la résistance, avec chances de succès, au contribuable surpatenté.

***

3° *Mode de calcul de la patente.*

Encore faut-il, avant d'entamer une résistance quelconque, que le patentable soit en mesure de chiffrer son dû.

Il lui faudra tout d'abord calculer son principal fictif qui sera, en ce qui concerne spécialement les médecins de la région parisienne, le 1/15 de la valeur locative quand elle est inférieure ou égale à 4,000 fr, le 1/12 si elle est supérieure. Il s'agit, bien entendu, de la valeur locative tant des locaux occupés à Paris que de ceux que peut occuper professionnellement ailleurs le redevable.

Le chiffre ainsi obtenu devra être multiplié par le centime le franc indiqué en marge de l'avertissement.

Exemple :

Loyer, 6.000 francs : centime, 3,29.

Principal fictif $\frac{6.000}{12} = 500.$

Patente : 500 × 3,29 = 1.645 francs.

***

4° ***Modes de protestation du contribuable.***

Il appartient toujours au contribuable lésé par une fixation de taxe de prendre l'initiative d'une réclamation ou d'une poursuite. Il pourra agir préventivement, judiciairement, ou par voie gracieuse.

Préventivement : il lui suffira de savoir que, lors du recensement annuel auquel procède le contrôleur, les matrices restent déposées pendant dix jours au secrétariat de la mairie. Le patenté peut en prendre connaissance, et transmettre sa réclamation au maire, soit par lettre, soit en utilisant le registre spécial tenu à la mairie ; il peut aussi bien voir directement le contrôleur. La réclamation sera examinée par la commission des contributions, et c'est le Directeur des contributions qui statuera sur son sort.

Judiciairement, dans les trois mois de la publication du rôle, et en ayant soin de communiquer sa demande au maire, le réclamant saisira le Préfet

d'une demande en décharge ou en réduction, établie sur papier timbré et ainsi conçue :

« Le soussigné a l'honneur de présenter au sujet de la taxation dont il a été l'objet (art.... du rôle de la commune de...) à l'impôt des patentes, la présente réclamation basée sur les motifs suivants :

....

« En conséquence, il demande a être détaxé et considère en vertu de ce qu'il vient d'exposer qu'il ne saurait lui être réclamé qu'une somme maxima de ...fr., Il réclame donc le bénéfice de la loi du 13 juillet 1903 qui permet de différer le paiement pour tout ce qui dépasse ce chiffre.

« Il entend présenter devant le Conseil de préfecture, par le ministère de Me X..., avocat, des explications orales et demande à être averti en temps utile de la fixation de l'audience.

Fait à Paris, le.......... »

(Extrait du *Manuel pratique* de P. Bongault.)

Il est à noter que le Conseil de Préfecture, qui n'est lié ni par les avis donnés au cours de l'instruction par les agents de l'administration, ni par les résultats de l'expertise à laquelle il a pu être procédé, statue librement et peut fixer la valeur locative soit au chiffre demandé par le patenté, soit à celui apprécié par le contrôleur, soit même à un chiffre supérieur à celui proposé par le directeur des contributions.

Gracieusement enfin, et à raison de circonstances exceptionnelles ou personnelles, le patenté peut former une demande en remise ou en modération que l'administration examine souverainement.

***

En résumé, il apparaît que la seule solution légale et logique du problème soumis à notre examen consiste à forcer l'administration, par des protestations et des actions judiciaires introduites à bon escient, à continuer de prendre pour base constante de la valeur locative les loyers de 1914 tels qu'ils résultent des baux ou déclarations de locations verbales de l'époque ; allant même plus loin, et considérant que la patente est un impôt de quotité, nous pensons que cette solution devrait être temporairement absolue quelles qu'aient pu être les augmentations de loyer subies par une petite minorité de locataires.

En tous cas, et dès l'instant où le contrôleur néglige délibérément de respecter les indications de prix donnés par un bail authentique ou sous seing privé, nous estimons qu'un recours judiciaire doit être intenté, et reste suceptible de faire obtenir satisfaction au contribuable surpatenté.

Syndicat des médecins de la Seine.

A propos des loyers des médecins.

Le Syndicat des Médecins de la Seine a fait une démarche au Sénat dans le but d'obtenir l'adjonction suivante à la loi actuellement en discussion sur la propriété commerciale :

« La présente loi est applicable aux établissements « d'enseignement et, provisoirement, aux œuvres, « dispensaires, laboratoires, établissements médicaux, et aux locaux où exercent les médecins et les « sages-femmes ».

Une délégation s'est rendue auprès de M. Morand, rapporteur de la Commission sénatoriale de législation civile, qui l'a accueillie très favorablement, et se montre disposé personnellement, soit à obtenir de la Commission sénatoriale l'adoption de cette adjonction, soit à déposer un projet de loi spécial concernant les baux d'ordre médical.

Les membres de la Commission sont MM. les Sénateurs : Albert Fouilloux, Boivin de Champeaux, Catalogne, Chastenet (Guillaume), Chautemps (Alphonse), Crémieux (Fernand), Duplantier, Eccard Fenoux, Gardet, Gerbe, Gange (René), Gourju, Grand, Guiller, Helmer, de Las Cases (Emmanuel), Lauraine, Lebert, Lemarié, Lisbonne, Loubet (J.), Martin (Louis), Massabuau, Mazurier, Morand, de Montaigu, Penancier, Pérès, Pol-Chevalier, Poulle, Rabier (Fernand), Ratier (Antony), Richard, Savary, Vallier.

Le Secrétaire général du Syndicat a immédiatement adressé à chacun de ces membres une lettre accompagnée d'un court mémoire justifiant le vœu suivant voté par l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine :

« Le Syndicat des médecins de la Seine demande « qu'en raison de la perte de situation et de la ruine « pouvant résulter, pour nombre de praticiens, du « changement de domicile, un droit préférentiel à re- « nouvellement de baux et de locations verbales soit « inscrit dans la loi actuelle, en discussion au Sénat ».

Il serait utile que tous les médecins insistent dans le même sens que le Syndicat des médecins de la Seine auprès de chacun des sénateurs qu'ils peuvent connaître.

Syndicat médical de Dunkerque

(Section des médecins de campagne)

Le Syndicat considérant que :

1° Depuis plus de trois ans tous les médecins de la circonscription ont présenté aux compagnies d'assurances pour les accidents agricoles, des notes établies suivant le tarif Breton (1re catégorie) et que ces notes ont toujours été réglées sans aucun différend avec les compagnies d'assurances et sans protestation de leur part.

2° Que dans les nouvelles polices d'assurances, beaucoup de compagnies garantissent aux cultivateurs le payement des indemnités et des frais médicaux, conformément aux dispositions de la loi du 9 avril 1898 sans autre spécification.

3° Que l'indemnité kilométrique ne joue que dans 1/3 à peine des accidents agricoles, les autres étant soignés au cabinet du médecin.

4° Que le même ouvrier, se livrant un jour à des travaux purement agricoles, peut être employé le lendemain, sans changer d'exploitation, à des travaux industriels (batteuse, distillerie, sucrerie, torréfaction de chicorée, conduite de tracteurs), il ne saurait donc lui être appliqué deux régimes différents pour le règlement des soins en cas d'accident.

5° Que la tentative d'établir un prix moyen pour les visites avec déplacement aboutit à des résultats très différents et inconciliables, suivant la répartition territoriale des clientèles ; elle est inapplicable aux spécialistes.

6° Que le contrôle institué pour la loi du 9 avril 1898, sous l'autorité du juge de paix est parfaitement suffisant et que les compagnies n'hésitent pas à le faire mettre en action, ce qui est leur droit.

Demande à l'Union des syndicats médicaux de soutenir énergiquement les revendications suivantes :

1° Payement des honoraires suivant le tarif Breton intégral.

2° Contrôle des accidents agricoles suivant les dispositions de la loi du 9 avril 1898.

3° Quel que soit le tarif applicable légalement, il ne sera obligatoire que pour les seuls ouvriers agricoles, à l'exclusion des exploitants et des membres de leur famille.

Le Vice-président du S. M. de Dunkerque
Section rurale.
Dr G. Top.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **A la mémoire du Professeur L. Landouzy et du Dr Pierre Merklen.** — Au cours de la belle fête familiale qui, le 8 août 1923, a marqué le vingtième anniversaire des sanatoriums de Bligny, les anciens malades et les malades présents, auxquels furent rappelés, par le médecin-directeur, les immenses services rendus par le professeur Landouzy et le docteur Pierre Merklen, à la cause des tuberculeux et à l'Œuvre des Sanatoriums populaires de Paris, ont pris, avec la Direction et le Personnel de Bligny, la touchante initiative de donner à leur mémoire un témoignage de respectueuse affection et de reconnaissance.

Sous le haut patronage et avec la participation du président, des membres du Conseil d'administration et des comités de l'Œuvre de Bligny, ils ont décidé de faire dresser, dans une salle d'honneur des sanatoriums, deux médaillons en marbre dont l'exécution est confiée au maître Prud'homme, l'auteur d'une belle médaille et du timbre de Pasteur.

Un souvenir de ces Maîtres vénérés, qui ont apporté tout leur cœur à l'organisation des défenses contre la tuberculose et furent des premiers et des plus actifs fondateurs de Bligny, ne pouvait être placé dans un milieu qui leur aurait été plus cher, s'ils avaient rêvé d'un hommage à rendre à leur mémoire.

Les organisateurs de cette pieuse manifestation de la reconnaissance espèrent que tous ceux qui ont connu, aimé et admiré le professeur Landouzy et le docteur Pierre Merklen, seront heureux d'être mis au courant de ce projet et voudront bien prendre part à sa réalisation.

On peut adresser le montant des souscriptions :

A l'Œuvre des Sanatoriums Populaires de Paris. 73, rue de la Victoire, Paris (9e), ; chèques postaux : Paris n° 553-20 ou au Trésorier de l'Amicale des Anciennes et Anciens Pensionnaires de Bligny, par Briis-sous-Forges (Seine-et-Oise).

— **Appel aux Électeurs. Citoyens ! n'oubliez pas :** Que la guerre a appauvri la France de plus de trois millions d'habitants (morts et déficit des naissances).

Que notre natalité compense à peine notre mortalité.

Que des maladies évitables tuent chaque année, plus de 200.000 Français.

Que la santé est la condition du bonheur individuel et de la prospérité publique.

Que l'assistance coûte plus cher que la prévoyance.

Citoyens ! Exigez que tout candidat s'engage :

1° A combattre, en France et dans nos Colonies, tous les fléaux sociaux : le taudis, l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, les maladies mentales, etc. ;

2° A protéger et honorer toutes les mères,, à assurer le plein développement de tous les enfants ;

3° A sauvegarder la santé physique et morale à l'école, dans la rue, à la caserne, au travail ;

4° A combattre la propagation des maladies par l'édu-

cation hygiénique et par l'obligation légale pour chacun de respecter la santé d'autrui ;

5° A perfectionner les hôpitaux et multiplier les dispensaires d'hygiène sociale et les laboratoires ;

6° A organiser fortement la protection de la santé publique, sous un pouvoir compétent, coordonnant tous les efforts officiels et privés ;

7° A voter les ressources indispensables à la réalisation de ce programme de défense nationale.

Citoyens ! ! ! Quelles que soient vos opinions, *songez qu'avant tout, il faut que la France vive* ! ! !

Le Comité National de Propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique.

— **La Propagande française à l'Etranger et nos Stations thermales.** — Nous recevons la lettre suivante de M. le Dr J. Van der Hœven Léonhard (le grand francophile hollandais), lettre que nous nous faisons un véritable plaisir de reproduire :

Monsieur le Directeur,

Pour favoriser la visite de mes compatriotes aux stations thermales de France, je m'occupe tout particulièrement de donner tous les renseignements d'ordre médical concernant les stations françaises aux médecins hollandais afin qu'ils puissent les communiquer à leurs clients. Pour les renseignements sur les hôtels et leurs prix, le séjour, les amusements et les environs, je les renvoie à nos agences de voyage. Cependant, ces agences n'ont presque jamais de données suffisantes sur les stations françaises et inévitablement, il arrive que le client se décide pour une station allemande, autrichienne ou suisse, nos agences étant toujours abondamment pourvues de prospectus, guides, etc., de ces stations-ci. En ma qualité de président de la section scientifique du Comité France-Hollande, j'ai organisé la propagande scientifique (surtout médicale), française, en Hollande. La visite des villes d'eaux françaises tient une place importante dans cette organisation et il est du plus grand intérêt que nos agences soient bien approvisionnées de prospectus, guides , plans, dépliants, photos, affiches, de nos stations. Je vous prie donc de bien vouloir m'adresser au moins 150 séries complètes d'éléments de propagande de votre station. J'aurai soin de les distribuer sans retard à nos principales agences de voyage...

Veuillez agréer, etc...

Dr J. Van der Hoeven Léonhard,
Représentant de l'A. D. R. M. en Hollande,
154, de Lairessestraat (Amsterdam).

Nous engageons vivement nos lecteurs à répondre à l'invitation qui nous est faite et nos administrations thermales et climatiques à adresser à M. Léonhard les plaquettes qu'il demande.

— **La Section de Médecine de l'A. G. des Etudiants de Paris,** 13, rue de la Bucherie (Ve), informe MM. les médecins de Paris et de province, qu'elle tient à leur disposition des étudiants en médecine en fin de scolarité pour remplacements de toute durée.

Tél. : Gob. 65-74, de 14 heures à 18 h. 30 — Adr. tél. Sectiomédi.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — Le professeur Pierre Sebileau, directeur, et M. Léon Dufourmentel, commenceront, le lundi 2 juin, à 14 h., et le continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, un cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.

Le cours comprendra 10 leçons. Droit d'inscription : 250 fr. Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — 1re leçon : la pratique des greffes tégumentaires et des lambeaux tégumentaires. L'instrumentation. Mode opératoire, pansements. Fabrique des appareils de contention pour les autoplasties à l'italienne.

2e leçon : prélèvement de greffons cartilagineux sur le thorax et de greffons osseux sur le tibia. Pratique de la greffe mandibulaire. Pratique du parquetage osseux et cartilagineux.

3e leçon : leçon pratique de prothèse chirurgicale.

4e leçon : exécution des opérations de correction cosmétique de la pyramide nasale. Appareils de contention et de redressement.

5e leçon : pratique de la méthode italienne pour la réfection du lobule nasal. Réfection des ailes du nez. Reconstitution de la cloison et de la sous-cloison. Lambeaux de réserve cosmétique.

6e leçon : Réfection de la superstructure du nez. Pratique de la mise en nourrice de greffons osseux et cartilagineux. Pratique des lambeaux superposés.

7e leçon : exécution de la rhinoplastie totale.

8e leçon : pratique des cheilorraphies et des cheiloplasties. Restauration du recouvrement muqueux. Restauration des plans d'épaisseur et du recouvrement cutané. Elargissement des coarctations de l'orifice buccal.

10e leçon : pratique des opérations correctives des déformations du pavillon de l'oreille. Tarissement opératoire des fistules parotidiennes et sténoniennes.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire,** 156 *bis*, avenue de Suffren, XVe arrondissement (métro-Sèvres). — Chef du service : M. le Dr F. Cathelin ; assistants titulaires : Drs Boulanger, Grandjean et Brulé ; assistant adjoint : Dr Quenay ; chefs des laboratoires : MM. Beauvy, Detot, Le Guyon et Lobligeois ; assistant médical : Dr Siguret ; assistant chirurgical : Dr G. Yvon. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes* (semestre d'été à partir du jeudi 8 mai 1924.)

Programme : consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 heures, au pavillon-annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales, radiographies et électricité (*haute fréquence*), les mercredis à 9 heures et demie. — Urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 9 heures. — Traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

pension des grands invalides. Il s'agit, dans le cas particulier, d'un confrère, médecin aide-major de 2e classe, pensionné à 100 p. 100 pour tuberculose. Il touche actuellement 3.000 fr. pension principale, plus 1.000 fr. majoration pour les grands invalides.

Dr C.

Réponse.

Les pensions des grands invalides ont été augmentées par le fait d'une loi antérieure et non de la récente loi sur les pensions. L'intéressé touche donc actuellement tout ce qu'il doit toucher.

?. – Service militaire d'un médecin naturalisé français.

Aide-major de 2e classe, j'ai fait la campagne en cette qualité. Je suis d'origine étrangère et me suis fait naturaliser, après quoi, j'ai été versé dans la classe 1916.

J'ai 44 ans, et ai deux enfants. Je viens de recevoir un ordre de mobilisation en vertu duquel je dois rester dans mes foyers, en attendant une affectation. Je crains d'être appelé éventuellement à faire des périodes d'instruction et préfèrerais donner ma démission, mais je me demande si, dans ce cas, je suivrais le sort de ma classe de mobilisation (1916) ou bien celui de ma classe supposée de recrutement (1899), j'entends par là, celle correspondant à mon âge.

Dans l'un et l'autre cas, quelles resteraient mes obligations, si je donnais ma démission d'aide-major?

Dr N.

Réponse.

Vous avez été versé dans la classe 1916, car cette classe était la première classe formée après votre changement de nationalité.

Vous suivrez dans les réserves le sort de la classe à laquelle vous devriez appartenir d'après votre âge : classe 1899 (art. 13 de la loi sur le recrutement de l'armée du 1er avril 1923) et cela même si vous donnez votre démission.

Comme père de deux enfants vous gagnez 4 classes de mobilisation et dès lors, classe 1899, appartenez à la dernière classe de la deuxième réserve jusqu'à ce que vous ayez atteint l'âge de 48 ans.

Officier de complément, il est possible que vous soyez convoqué pour faire une période d'exercice comme médecin.

Si vous devenez par démission, soldat de 2e classe, vous serez encore susceptible (deuxième réserve) d'être astreint à des exercices spéciaux, dont la durée totale n'excédera pas sept jours, (art. 49).

Application du Tarif Breton.

1049. — Supplément pour double radio sous appareil.

En ma qualité de vieil abonné du *Concours médical*, je me permets de vous demander comment je dois interpréter le tarif des accidents du travail au sujet d'une note d'honoraires pour laquelle je suis en désaccord avec la Compagnie d'assurances.

Il s'agit d'une radiographie de l'avant-bras faite de face et de profil, le segment de membre étant dans un appareil plâtré.

J'ai rédigé ma note ainsi :

Radiographie de l'avant-bras, face et profil	60 fr.
1° Face à travers appareil plâtré	20 fr.
2° profil à travers appareil plâtré	20 fr.
	100 fr.

La Compagnie d'assurances répond à une lettre que je lui ai adressée pour justifier mon interprétation.

« L'article 26 porte : radiographie de l'avant-bras, de face et de profil : 60 fr.

« Cette tarification suppose donc, d'après l'esprit du tarif, qu'un seul cliché a été fait pour face et profil et que deux épreuves dudit cliché ont été tirées.

« Il en résulte que la majoration à faire subir, en vertu du titre V, observations, paragraphe 1er est de 20 francs.

D'après vous, au contraire, vous auriez fait deux clichés et deux épreuves de chaque cliché, soit 80 fr. pour les deux ; or, vous avez compté 60 francs et admis, par conséquent, par cela même que vous aviez fait un seul cliché.

Du reste, faire deux clichés serait contraire à l'esprit de l'article 26 qui a cherché à réduire le plus possible les frais.

Nous espérons que vous serez d'accord avec nous sur notre mantière de voir et comme il s'agit en l'espèce plutôt d'une question de principe que d'une question pécuniaire, nous vous demandons, dans le cas où vous ne partageriez pas notre avis, de soumettre la question au *Concours médical*, qui la fera trancher par le représentant des radiologistes à la Commission du tarif Breton. D'avance nous nous inclinons devant sa décision ».

Ainsi donc, j'attends votre réponse pour la communiquer à la Compagnie d'assurances.

Dr S.

Réponse

Il me semblait qu'il allait de soi que le supplément de 20 francs devait être compté pour chaque radio effectuée. Toutefois, pour plus de sûreté, j'ai demandé l'avis du secrétaire général du Syndicat des radiologistes, le docteur Quivy, qui m'a répondu ce qui suit : « Le supplément de 20 « francs pour appareil plâtré s'applique à cha- « cune des deux poses. Nous avons d'ailleurs fait

« rectifier le texte, dans notre tarif minimum, « pour éviter toute confusion. Par conséquent, « notre confrère avait établi régulièrement sa « note ». Le docteur Quivy étant mon collègue à la Commission du tarif Breton, la demande de la Compagnie est satisfaite. Je vous prie donc de lui communiquer cette réponse suivant son désir.

F. D.

Méningite coxalgie consécutive présumée. Guérison spontanée malgré...

La lecture des observations de certains confrères qui s'étonnent tout haut de notre ignorance m'encourage à vous rapporter la suite d'une observation dont le début a été relaté dans le *Concours médical* du 11 juin 1922.

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans qui présenta tous les symptômes cliniques d'une méningite tuberculeuse. Je fis d'autant plus volontiers ce diagnostic que l'examen du liquide céphalo-rachidien vint confirmer pleinement les données de la clinique. Après plusieurs ponctions lombaires et injections intrarachidiennes d'électrargol, les parents me déclarèrent vouloir essayer un moyen thérapeutique que leur désignait la voix publique : « Le bouillon de petits oiseaux !! » *vox populi, vox Dei*, Je restai chez moi, l'enfant but de ce bouillon et elle guérit.

Comme cette famille habite à sept kilomètres de mon domicile, je ne la revis qu'au bout d'un mois. Ma malade se portait le mieux du monde « quoiqu'un peu faible des jambes, elle prend le soleil au jardin » me dit-on.

Je la vis bientôt apparaître, boitant fortement et n'appuyant à terre que la pointe du pied gauche. Après un examen approfondi, je conclus à une coxalgie, gêne fonctionnelle, contracture musculaire, douleur spontanée et provoquée, membre en flexion, adduction et rotation interne, ensellure lombaire, rien n'y manquait.

La méningite qu'elle venait de faire et que je croyais à cette époque d'origine bacillaire m'apparaissait nettement en corrélation avec les lésions de l'articulation coxo-fémorale.

Je décidais, non sans peine, les parents à aller consulter à l'hôpital de N. où un chirurgien en renom confirma le diagnostic et, après avis du radiographe, fit à ma malade un appareil plâtré. Après quoi l'enfant occupant inutilement un lit, on la renvoya chez ses parents.

Environ quinze jours plus tard, les hasards de la clientèle me ramenèrent dans le village, et j'aperçus en arrivant ma coxalgique assise sur un mur les jambes pendantes.

Ah ! le pauvre plâtre ! cassé de tous côtés et surtout aux articulations, il n'avait plus rien d'un appareil orthopédique. « Il me gênait », dit doucement l'enfant et la mère approuvait d'un sourire niais.

Je me tus aussi longtemps que la stupéfaction m'empêcha de parler, puis j'éclatai. Devant pareille incurie, je reprochai aux parents leur négligence coupable ; je leur expliquai que le plâtre par lui-même n'avait pas de vertu spéciale et qu'il n'était utile qu'autant qu'on respectait sa rigidité. Je tâchai de leur faire comprendre la nécessité absolue d'appliquer aussitôt un autre appareil et les conséquences très graves qui en résulteraient, s'ils ne m'écoutaient pas.

Poliment, ils me laissèrent parler, puis il me laissèrent partir. Alors, ayant parfaitement compris mes arguments en ce qui concernait l'inutilité de l'appareil actuel, ils le fendirent du haut en bas et rendirent à la jambe « de leur pauvre pitchoune » toute l'aisance de ses mouvements.

Ceci fait, la conscience calme, ils s'abandonnèrent avec sérénité, et qui sait ? peut-être avec audace et curiosité, aux conséquences de leur acte.

Il arriva que la « pitchoune » boîta de jour en jour un peu moins, engraissa de jour en jour davantage et puis ne boita plus du tout. Il y a maintenant bientôt trois ans qu'elle court la campagne derrière ses chèvres.

Je la rencontre parfois et, voyez un peu cette ironie des choses, celle-là n'oublie jamais de me parler de sa gratitude.

Elle ne paraît même pas se douter que c'est à l'obstination et à « l'ignorance » !! de ses parents qu'elle doit la liberté de l'articulation de sa hanche gauche et que, fille de ministre, elle eût été, comme on dit, « sûre de son affaire ».

Dr Aurand.

A propos de l'unification du format des notices de spécialités pharmaceutiques

Je suis convaincu que les neuf dixièmes des médecins se désintéressent absolument de cette question. Tout prospectus, l'enveloppe à peine ouverte ou la bande détachée, gagne la corbeille à papier. Il en est cependant un certain nombre parmi nous qui seraient désireux de conserver parfois des notices qu'ils auront un jour à consulter. Et il n'est pas douteux qu'un classement de ces documents ne sera possible que le jour où MM. les fabricants de spécialités pharmaceutiques voudront bien en unifier le format. C'est leur intérêt, c'est le nôtre.

C'est ce que le Dr G. Paul-Manceau a fort bien exposé dans le numéro du *Concours médical* du 13 avril dernier. Mais avant de réclamer à MM. les spécialistes un format uniforme, il faut d'abord que les médecins s'entendent sur ses dimensions. Pourquoi le Dr G. Paul-Manceau décrète-t-il que le format 21 × 27 est le plus pratique ? C'est celui du papier de machine à écrire, du papier commercial, de la plupart des factures ; c'est peut-être vrai pour les commerçants et les industriels, mais est-il bien démontré que c'est celui qui convient le mieux au médecin ? Pour ma part, je donne la préférence au format 15 × 23. Regardez les rayons de votre bibliothèque,

la plupart sont disposés en hauteur et surtout en profondeur pour y recevoir ce format, beaucoup plus maniable et moins encombrant que l'autre.

Je n'ai d'ailleurs rien inventé. Il y a dix ans, Lop (de Marseille) préconisait ce format (voir *Gazette des Hôpitaux*, nº 68, du 16 juin 1914) et allait même plus loin puisqu'il prévoyait un en-tête de classement. Sa proposition peut être ainsi résumée :

« *L'unification de format des notices médicales résolue par le « Format du Praticien » avec en-tête de classement.* — Le format du praticien, destiné à faciliter la conservation et le classement des notices médicales, a pour dimensions rigoureuses 15 × 23.

L'en-tête de classement situé dans la marge supérieure comprend à gauche, à deux centimètres du bord latéral, la lettre majuscule du mot important de l'imprimé et, à droite, ce mot ou ses premières lettres.

Au-dessous des lettres de classement se trouve la ligne suivante en petits caractères : « imprimé au format du praticien 15-23 avec en-tête de classement » Un long trait de séparation ferme l'en-tête.

Pour l'uniformité des caractères d'imprimerie de cet en-tête, il est bon d'adopter l'antique « corps 10 » que tous les imprimeurs connaissent.

La marge gauche est réservée tout entière à la reliure des différents classeurs, perforateurs, boîtes, ou autres.

L'étude de chaque fiche ou notice ne doit se rapporter qu'à un seul sujet ou objet, instrument ou spécialité.

Dr Ch. Darras.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de l'ulcère d'estomac

Repos absolu, autant que possible au lit.

Régime alimentaire :

Lait à la base, pur, ou, suivant les cas, additionné d'eau de chaux ou de citrate de soude ou coupé d'une eau alcaline : employé seul si la douleur est très vive ;

Bouillies de farines au lait ; Œufs délayés dans des potages ; Œufs à la coque ; Purées peu épaisses ; Pâtes ; Riz ; Légumes écrasés ; Flans ; Marmelades ; Confitures ; Crème fraîche ; Beurre frais cru ; Sucre ; Pain grillé (en petite quantité) ; Viandes blanches, très tendres, avec modération ; Eau pure et infusions chaudes, légèrement sucrées.

Traitement :

Utiliser la *belladone*, sous la forme de teinture (de XXX à XL gouttes par jour), ou son alcaloïde, sous la form de *sulfate neutre d'atropine* (injections hypodermiques, en commençant par un quart de milligramme et en augmentant d'un quart par jour, jusqu'à un milligramme en deux fois, exceptionnellement un milligramme et demi, une surveillance attentive étant exercée sur les réactions).

Alterner la cure belladonée ou atropinique avec la cure bismuthique, qu'on réalisera à l'aide

du *carbonate de bismuth* (5 grammes une demi heure avant chacun des trois repas.

Employer, si l'on préfère, le pansement à la *gélose-gélatine bismuthée* ou, si la question de prix doit intervenir, le calfatage de la muqueuse au *kaolin*, au *talc* ou au *charbon*.

Nitrate d'argent, en pilules ou en lavages.

Employer les *alcalins* comme saturateurs :

a) Bicarbonate de soude .... }
Craie préparée. .... } P. E.
Magnésie.................... }

Par demi-cuillerée à café.

b) *Solutions alcalines sulfatées*, type Bourget.

Calmer les douleurs avec :

Eau chloroformée, codéine, cocaïne, chanvre indien.

Dr A. SATRE.
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacances de directions de Bureaux d'hygiène

I

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau d'hygiène est déclarée ouverte pour Boulogne-sur-Mer.

Les conditions requises par la ville de Boulogne pour l'obtention de ce poste sont les suivantes :

1° Etre de nationalité française ;

2° Etre âgé d'au moins trente ans ;

3° Posséder, au point de vue technique, des connaissances de laboratoire ; recherches et analyses bactériologiques, microbiologie, chimie biologique (analyse chimique des eaux) ;

4° Connaître, au point de vue bibliographique, la législation sanitaire et les lois, décrets et règlements parus et applicables depuis 1902 ;

5° Avoir des titres scientifiques.

Attributions de ce directeur. — Ces attributions sont fixées par la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 commentant le décret du 3 juillet 1905.

1° *Attributions obligatoires.* — Les attributions obligatoires sont formelles, ayant été fixées par un décret.

2° *Attributions facultatives.* — Elles comprennent à Boulogne-sur-Mer :

a) L'état-civil ;

b) L'hygiène de l'enfance et l'inspection des écoles ;

c) La surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodes ;

d) La prostitution ;

e) L'hygiène alimentaire : surveillance des denrées, aliments, halles et marchés, droit de contrôle sur le service des abattoirs qui est assuré par le vétérinaire de la ville.

Le traitement alloué est fixé à 9.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du Conseil supérieur d hygiène.

(*J. O.*, 23 avril 1924.)

II

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Denain (Nord).

Le traitement alloué est fixé à 4.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication pour adresser au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande, doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 27 avril 1924).

Avis de concours pour un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8.000 fr., et peut atteindre 11.000 fr. par avancements successifs de 1.000 fr. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles, et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés, seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au jeudi matin, 15 mai 1924.

(*J. O.*, 29 avril 1924).

VARIÉTÉS

Un talisman contre les affections pulmonaires (1)

C'est à Paris que l'on peut observer peut-être le plus facilement les préjugés qui règnent en province. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de m'en rendre compte dans ma clientèle de l'assistance.

Je soignais, rue de la Huchette, dans un des taudis qui déshonorent encore ce coin de Paris, un malheureux enfant de 10 mois atteint de

(1) Communication à la Société d'anthropologie.

bronchopneumonie. La mère, une paysanne assez fruste, émigrée de Saint-Germain-des-Bois, commune de l'arr. de Saint-Amand (Cher), avait attaché autour du cou de l'enfant une sorte de scapulaire crasseux et noir. Tant que dura la maladie, je fis celui qui n'avait rien vu, craignant, en cas de décès, de laisser dans la pensée de cette mère superstitieuse que j'aurais été la cause indirecte de la mort de l'enfant, si j'avais exigé la disparition du talisman.

Mais une fois le bébé hors de danger, je demandai des explications à la mère. Le péril passé, on se moque du Saint que l'on a imploré, dit le proverbe napolitain. Et, en effet, la mère n'hésita pas à me donner tous les renseignements désirables sur le talisman. Elle osa même, en riant, découdre le sachet crasseux qui était suspendu au cordon et donnait à l'amulette l'aspect d'un scapulaire. Ce sachet contenait une rondelle d'os long, vraisemblablement sciée sur le tibia d'un chevreuil.

Ce talisman, m'apprit la mère, est un *pédelan* qui préserve du catarrhe. On s'en sert beaucoup dans le Berry, et le pharmacien du pays, un malin, en fabriquait et vendait alors de grandes quantités au prix de 5 fr. pièce.

Ce mot pédelan me laissa rêveur et je cherchai à déchiffrer l'énigme. Or, en parcourant le 3e volume du Folklore de France de Sébillot, je lus, page 45 :

« En Sologne, vers 1840, des gens se mettaient au cou pour être à l'abri des convulsions un *pied d'élan*. »

Il n'est pas douteux que mon *pédelan* signifiait pied d'élan. L'élan avait une réputation curative et préservatrice très ancienne. L'inventaire de Mazarin de 1661 porte dans la liste des objets précieux la coupe d'une pince d'élan. Dans la vieille pharmacopée, les raclures des sabots ou pinces étaient utilisées contre l'épilepsie.

Cet animal, étant le plus grand et le plus rapide des cervidés, il n'y a rien de surprenant que la tradition populaire ait donné à ses dépouilles une vertu contre l'essoufflement et, par conséquent, contre les maladies dyspnéiques (catarrhe, asthme, bronchites, pneumonies), et par une sorte de superstition d'origine totémique, le pied d'élan est devenu un talisman contre le catarrhe.

L'élan a disparu depuis le Moyen Age de l'Europe occidentale et du Berry. La superstition de la vertu du pied d'élan a persisté néanmoins, mais l'on a substitué à l'élan, l'animal sauvage de la région dont la course est la plus rapide, le chevreuil.

Telle est, à mon avis, l'explication la plus vraisemblable du talisman que j'ai eu l'occasion d'examiner et dont vous m'excuserez de vous avoir rapporté la naïve histoire.

J. NOIR.

Quarante-sixième année N° 20 18 Mai 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1162-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.



DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Lemarchand, d'Eymoutiers (Haute-Vienne), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck Plage. Bouquier.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 209. — Médecin radiogr. désirerait part associat. dans cabinet radiogr. import. ou prendt suite confr. fatig. soit dans ville climat. Midi ou Côte d'Azur.

N° 210. — Médecin libre le matin, cherche occupat. médic. ou para-médic.

N° 211. — A louer 50 mill. radium éléments. Bonnes conditions.

N° 212. — A céd. excell. cab. dent. tenu par doct., rég. Ouest, bénéfi. nets 35.000, convient spécial. à docteur.

N° 213. — Confrères sollicités pr s'instal. à Tilly-s.-Seulles (Calvados) sont priés s'adr. : Dr Jean Malassis, à Tilly.

N° 214. — Excellent poste méd. gén. à 15 km. de ville de l'Ouest, rappt. 55 à 60.000.

N° 215. — J'ach. *Journ. méd. et chir. prat.* (1919 à 23, années compl.), *Journ. méd. français*, nos 1 et 3 (1920), 5 et 6 (1921) écr. Dr Bal, Givors (Rhône).

N° 216. — Docteur dés. céder part clin. Paris XVe, maladies vénériennes et urinaires, écr. Dr Binet, 6, rue Baudin, Paris.

N° 217. — Polyclinique gde. ville Côte d'Azur dem. un oculiste et un laryngologiste ou un Y. O. R. L.

CORRESPONDANCE

1141. — Les effets de la crainte du « Sou »

J'ai la satisfaction de vous annoncer que l'affaire pour laquelle j'avais demandé l'appui du « Sou médical », que le conseil de cette Société avait bien voulu m'accorder, est arrangée à mon entière satisfaction.

La Compagnie d'assurances a remis au blessé le montant intégral des honoraires que je lui réclamais. Nul doute que la crainte du « Sou » a été cette fois encore, pour MM. les assureurs, le commencement de la sagesse !...

Dr A.

1200. — Recouvrement d'honoraires.

J'ai recours à votre obligeance pour me donner quelques renseignements en une affaire où je n'ai aucune expérience :

Le 31 août dernier, j'étais appelé par un confrère auprès d'une fillette : appendicite grave (purgée par la mère), et je décidais la mère à faire opérer l'enfant immédiatement. La maman ne voulant pas d'hôpital, l'opération fut faite en clinique le soir même (20 kil.), résultats d'ailleurs bons, enfant guérie après quelques semaines de suppuration.

En décembre, j'envoie ma note 800 fr. comprenant : intervention, aides et pansements (une vingtaine), les premiers à la clinique, les derniers chez elle.

La mère m'apporte alors un acompte de 200 fr. et je n'entends plus parler de rien. Seulement, j'apprends alors que les parents sont séparés de fait, et en instance de divorce.

En mars, nouvelle note, et réponse de la mère, me demandant de réclamer le solde (soit 600 fr.) au père.

J'écris au père qui ne me répond pas. Une deuxième lettre, recommandée, est égarée et sans réponse.

J'ai l'intention de citer les parents, en paiement d'honoraires et de les citer conjointement.

(Il est bon de dire que le père savait parfaitement à quoi s'en tenir, puisque je l'ai vu à la clinique auprès de la petite malade).

Ai-je raison ?

Devant qui les citer ? Le Juge de paix, probablement.

Est-ce celui de mon canton, ou celui du leur (ils n'habitent pas le même). Dois-je, pour ce faire, m'adresser à un avoué, ou simplement aller au greffe ?

Y a-t-il des formalités à remplir, ou des pièces à fournir ?

Y a-t-il une autre combinaison meilleure que la mienne ?

Dr B.

Réponse.

Les parents sont toujours responsables des soins donnés à leurs enfants mineurs en vertu de l'obligation alimentaire qui pèse sur eux. Et cette obligation ne peut prendre fin même par le divorce, car l'époux qui n'a pas la garde des enfants reste toujours responsable des soins qui leur sont donnés.

Dans le cas particulier qui vous intéresse, vous avez comme débiteurs conjoints et solidaires le père et la mère de l'enfant. Vous devrez donc les citer devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux à votre choix en paiement des 600 francs qui vous restent dus. Si votre créance dépassait 600 francs en principal, le juge de paix ne serait plus compétent et vous devriez assigner devant le Tribunal civil.

Nous vous conseillons de charger de vos intérêts un homme d'affaires, par exemple un huissier, pour vous éviter des pertes de temps et des erreurs possibles dans la marche de la procédure.

1205. — Admission à l'assistance médicale d'une personne sans domicile de secours.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien transmettre au confrère chargé de la résoudre la question suivante relative à l'A. M. G. ; et l'assurer d'avance de mes bien vifs remerciements :

J'ai été appelé, il y a 2 jours, auprès d'une femme qui allait accoucher, dans une roulotte. Etant donnée l'urgence, j'ai fait l'accouchement, et les romanichels en question déclarant ne pas pouvoir payer, j'ai demandé au maire du pays, de les inscrire à l'A. M. G. Il s'y refuse disant qu'ils ne peuvent avoir de domicile de secours, ni dans la commune, ni dans le département (ils se déplacent toute l'année dans plusieurs départements) ; il ne peut, dit-il, imputer la dépense à l'un de ces deux budgets ?

Où est la solution ? Ce sont des Français, il doit y avoir un budget qui puisse supporter leurs frais d'assistance, ne serait-ce que celui de l'Etat. Je vous saurais donc gré de m'indiquer le moyen d'être payé par l'assistance. Quels réglements prévoient ce cas, et comment arriver enfin à cette admission à l'A. M. G.

Dr D.

Réponse.

Lorsque le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat (art. 8 de la loi du 15 juillet 1893).

Dans ce cas, c'est le préfet qui prononce l'admission (art. 23). Il est tenu d'adresser chaque mois au ministre compétent (autrefois celui de l'intérieur, puis celui de l'hygiène, actuellement celui du travail et de l'hygiène), la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

Le maire a donc raison de dire que la dépense ne peut être imputée ni au budget communal, ni au budget départemental. C'est au préfet directement que les intéressés doivent s'adresser.

1182. — Changement de l'auto mise en circulation.

Je possède deux voitures : une 6 chevaux et une 9 chevaux.

Avec le nouvel impôt, dois-je payer pour ces deux voitures ? Elles ne sortent jamais à la fois, ma vieille restant comme voiture de remplacement.

Je crois qu'autrefois je ne devais payer que pour la plus forte, est-ce changé ? Ces deux voitures sont à deux places avec strapontin mobile.

Dr P.

Réponse.

Le Ministre des finances a admis en principe que le contribuable qui possède deux voitures, dont une seule est mise en circulation, peut ne payer les impôts que sur une seule voiture. Si elle devient indisponible par suite de panne ou d'accident, il peut la remplacer par l'autre en faisant opérer à la recette buraliste le changement des permis de circulation. Mais cette mutation doit être préalable à la mise en service de la voiture de remplacement. En outre, les changements de voiture ne doivent avoir lieu qu'à titre exceptionnel.

Nous ne pensons pas que l'application des lois nouvelles puisse avoir modifié cette manière de voir de l'administration.

1126. — Exemption de l'impôt sur le revenu global.

Dans le nº 16, *C. M.*, p. 991, article : « Titres dont « les revenus ne sont pas exempts de l'impôt géné« ral sur le revenu global », vous répondez :

Aucune des valeurs ci-dessus nommées n'est exempté de l'impôt général sur le revenu global.

Un autre article que j'ai sous les yeux, mais je n'ai pas marqué la date, dit le contraire.

Dr D.

Réponse.

Nous confirmons la réponse parue dans le *Concours médical*, nº 16, page 991, relative aux titres dont les revenus ne sont pas soumis à l'impôt général.

Nous serions heureux d'avoir le libellé de l'article contradictoire.

L'exemption d'impôt des valeurs mobilières prête souvent à confusion. Peut-être vise-t-il, comme nous le croyons, l'*impôt cédulaire* et non l'*impôt général sur le revenu global*.

Tous les intérêts des bons du Trésor et de la Défense Nationale sont exempts de l'*impôt cédulaire sur les valeurs mobilières.*

Seuls, les intérêts des bons du Trésor et de la Défense Nationale à échéance d'un an au plus n'entrent pas en compte pour la détermination des sommes passibles de l'impôt général sur le revenu (loi du 13 mars 1924).

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1116. — Justification des bénéfices professionnels.

Voudriez-vous me faire savoir comment je pourrais m'y prendre pour résister à la demande du service des Contributions directes qui prétend m'imposer sur 10.000 francs, bénéfice 1923, alors que la somme que j'ai déclarée est de 8.000.

Peut-on exiger que je montre mes livres de comptes ? En un mot, et attendu que j'ai fait une déclaration, comment prouver que la somme déclarée comme bénéfices professionnels pour 1923, est inférieure à la réalité, et pourquoi ce chiffre de 10.000 que l'on ne peut raisonnablement soutenir.

Dr X.

Réponse.

Si vous n'êtes pas en mesure de justifier votre revenu professionnel, il est probable que le contrôleur maintiendra le chiffre qu'il vous a notifié. La preuve du bénéfice effectivement réalisé ne peut guère être faite qu'en produisant vos livres.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1071. — Les autos des médecins ne bénéficient plus de la demi-taxe

Fort étonné des chiffres à moi rapportés par un camarade patenté qui paye par trimestre sa part d'automobile due aux indirectes, je viens d'arrêter au passage M. le Receveur d'icelles et de le sommer, ayant payé les 212 fr. 52 de ma 8 chevaux, de recevoir le surplus dû en raison de la loi des deux décimes.

Très honnêtement, ce fonctionnaire ne m'a demandé que 75 fr. 48. D'où j'induis que l'année prochaine je paierai :

212,52 + 75,48 + 25,16 = 313,16.

car l'année 1925 aura quatre trimestres surimposés et non trois comme la présente.

Mais, m'assure un voisin non patenté qui a, lui aussi, une huit chevaux, Monsieur le Receveur va rendre à sa catégorie d'amateurs non patentés.

Ai-je bien compris ?

Dr C.



Réponse.

Nous ne pouvons vous répondre d'une manière précise, ne connaissant pas le nombre de places de votre voiture, ni le nombre d'âmes de la commune que vous habitez.

Mais admettons que vous soyez possesseur d'une automobile à quatre places de 8 HP, ville de 10.000 à 20.000 âmes. La taxe s'élevait avec l'ancien calcul :

Taxe par voiture........	150 fr.
Taxe par cheval (8 × 15).	120 »
	270 »
Taxe pour fonds commun 270 /4...............	67 50
Taxe de circulation......	100 »
Total	437 50

Bénéficiant de la demi-taxe vous étiez redevable annuellement d'une somme s'élevant à :

$$\frac{(270 + 67,5)}{2} \times 100 = 268 \text{ fr. } 75$$

Nouveau calcul : 36 × 8 = 288.

La taxe en ce qui concerne ce cas particulier est moins élevée qu'elle ne l'était précédemment mais la loi du 22 mars 1924, abrogeant l'article 100 de la loi du 25 juin 1920, supprime la demi-taxe et c'est de ce fait qu'il vous est réclamé un supplément d'imposition.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1121. — Patente des médecins d'une polyclinique

Un médecin possesseur depuis 30 ans d'une polyclinique, m'accepte au début de 1923 comme collaborateur à cette polyclinique pour la spécialité de la peau, moyennant une redevance annuelle de 1.500 fr. Il n'y a pas de contrat de sous-location entre nous, une simple lettre m'avertit que je suis accepté comme collaborateur sans faire mention de la redevance versée. Par ailleurs, j'ai mon cabinet particulier dans le même quartier et pour lequel je payerai patente bien entendu. Suis-je imposable comme participant à cette clinique et sur quelle base, l'imposition ? (j'ajoute que nous sommes 3 ou 4 confrères collaborant dans les mêmes conditions). Dr Y.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est dû par chacun des médecins spécialistes ; il sera calculé et sur la valeur locative de leur habitation et sur le montant annuel du prix de sous-location.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1085 — Hôpital maritime pour pensionné de guerre

Je soigne en ce moment un blessé de guerre, réformé temporaire avec pension de 30 %, atteint d'os-

(*Voir la suite page XLVII-1207*)

PROPOS DU JOUR

UNE FÊTE SYNDICALE

Le Banquet du Syndicat des Médecins de la Seine

Allocution du Dr J. Noir : Autrefois et aujourd'hui. L'entente médicale cordiale. Le médecin de Campagne et le médecin de Paris. Le véritable rôle du syndicalisme médical.

Le 6 mai dernier, le Syndicat des médecins de la Seine donnait son banquet annuel dans les salons de Lutetia, sous la présidence de notre rédacteur en chef, Julien Noir, ancien président de cet important groupement professionnel.

Cent cinquante convives se pressaient autour des tables, au nombre desquels une quarantaine de dames étaient venues apporter la note de charme et d'élégance qui se dégage à Paris des atmosphères féminines.

Parmi les convives, nous avons remarqué mêlés aux membres du Conseil d'Administration : Le Fur, Jayle, Quidet, Armand Lévy, Pamart, etc., le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats de France ; le professeur Balthazard, président de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne ; le Dr Baudouin, médecin des hôpitaux, professeur agrégé, secrétaire général de l'A.D.R.M., membre du Conseil général de l'A.G. ; le Dr Pierra, représentant l'Association de la Presse médicale, les représentants de l'Association corporative des étudiants en médecine et de la section médicale de l'Association générale des étudiants, le Dr Maurice Renaud, médecin des hôpitaux de Paris ; le Dr V. Pauchet ; les Drs Léon Giroux, Massart et Dartigues, nos distingués collaborateurs ; le Dr Lafontaine, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux ; le Dr Destouches, de l'Orchestre médical, etc.

Boudin, Vimont et moi-même représentaient officieusement le *Concours médical.*

A l'heure des toasts, le président du S. M. S, le Dr Le Fur, fit l'éloge de Noir, en rappelant les étapes de sa vie de militant syndicaliste. Il sut trouver des mots touchants pour rendre hommage à celui qui, sans souci de ses obligations de praticien, n'a pas cessé, depuis trente ans, de participer très activement au mouvement professionnel, et il sut rappeler, avec infiniment d'à propos et avec une émotion qui fut partagée par l'assistance, que Noir avait fait son apprentissage de syndicaliste aux côtés de son père, fondateur de l'un des trois premiers Syndicats médicaux, celui de Brioude.

Noir répondit, dans une allocution dont nos lecteurs trouveront plus loin le texte intégral, et dont ils goûteront, j'en suis assuré, la forme impeccable, et le fond, tantôt plaisant, tantôt sérieux, où l'on trouve un programme et une profession de foi, inspirés d'une saine compréhension des intérêts du corps médical et de la santé publique.

Le professeur Roger, dans une de ces improvisations charmantes dont il a le secret, a développé cette idée qu'il ne saurait exister de différence entre les officiels et les praticiens, que les uns et les autres sont avant tout des docteurs en médecine. « Il fut un temps, dit-il, où les professeurs, se drapant dans leur robe rouge et se coiffant de leur toque, affectaient d'ignorer ce qui se passait en dehors de la Faculté et évitaient de se vivifier en respirant l'air extérieur. Ce temps n'existe plus, et, en ce qui me concerne, je m'applique à faire l'union entre toutes les parties du corps médical. C'est en l'honneur de cette union que je lève mon verre ».

Decourt, inaugurant ses fonctions de président de l'Union des Syndicats, a fait une allusion aux assurances sociales, et s'est taillé un joli succès en proclamant qu'en médecine sociale : « le tiers payant, c'est l'ennemi ». Ajoutant d'ailleurs qu'il est sage de prévoir qu'en telles circonstances, il sera impossible de méconnaître ce tiers payant, et qu'il faut, en conséquence, prévoir et organiser les rapports que les médecins seront peut-être forcés d'entretenir avec lui.

Le professeur Balthazard a expliqué comment s'était créée la Fédération corporative, dans laquelle il ne veut voir qu'une étape vers l'adhésion au Syndicalisme de tous les médecins de la région parisienne, et il a annoncé, aux applaudissements de l'auditoire, sa prochaine candidature au S. M. S.

Après qu'on eut savouré le moka traditionnel, en fumant un excellent cigare offert par les laboratoires Bouty, la partie de concert se déroula, et fut couronnée d'un franc succès dont il est juste de rapporter tout le mérite à Destouches et à Sadoun qui l'avaient organisée.

G. Duchesne.

Allocution du Dr Noir

Je remercie vivement le Président du S.M.S., le Dr Le Für, de l'éloge excessif qu'il a bien voulu faire de moi. Il a énuméré en détails toutes nos conquêtes syndicales et me les a trop généreusement attribuées. Mon rôle a été plus modeste. Les circonstances ont seulement voulu que je fusse, à des moments critiques, un des agents exécutifs de nos syndicats. J'ai fait ce que tout autre eût fait à ma place. Vous voulez m'en témoigner votre reconnaissance, Merci.

Mesdames,
Mes chers Confrères,

De tous temps, les médecins parisiens ont aimé à se réunir autour d'une table bien servie.

Il y a deux siècles, la Faculté, qui était alors la Corporation des médecins, entretenait avec un soin jaloux cette aimable tradition. L'élection du doyen, la réception des docteurs servaient de prétextes. Deux Docteurs-régents étaient désignés par le Doyen pour organiser la fête. Ils se rendaient rue de la Licorne, à la Pomme-de-Pin, la Lutetia de cette époque, qui se trouvait près du Pont Notre-Dame, à l'emplacement de notre Hôtel-Dieu actuel. Là, avec Cresnaye, le maître de céans, ils convenaient du menu. Puis, chose plus délicate, ils goûtaient et choisissaient les vins. L'un opinait pour le vin de Beaune, arguant des conclusions de la thèse du confrère Arbinet. L'autre donnait la préférence au vin de Reims. Mais Cresnaye leur faisait observer que M. le Premier médecin du Roi, protecteur de la Faculté, avait prescrit à son auguste malade l'usage du vin de Nuits et l'on se décidait pour le Bourgogne.

Le jour de la fête arrivait. Docteurs-régents, licenciés accouraient rue de la Licorne. Le chancelier de Notre-Dame, avec les chanoines du Chapitre, était invité. N'était-ce pas lui qui consacrait les lettres de licence et autorisait au nom de Sa Sainteté, les médecins de la Faculté à exercer *hic ubique terrarum* ?

La présence des chanoines était du reste loin d'attrister la fête.

Après le silence inévitable du début chez des gens tous pourvus d'un puissant appétit, le vin de Beaune aidant, les langues se déliaient et les conversations s'animaient.

Les uns s'indignaient contre les médecins de la Cour, issus presque tous de la Faculté rivale de Montpellier. Ils venaient avec le concours des médecins de province, de fonder une Chambre royale, sorte de syndicat. Ces gens-là n'avaient-ils pas la prétention de délivrer des brevets qui autoriseraient les docteurs de toutes les Facultés à exercer dans tout le Royaume ! De ces docteurs, on en faisait partout, à Reims, à Caen, à Nantes, même à Pont-à-Mousson.

Par bonheur, M. le Premier médecin du Roi était Fagon, docteur de Paris. Il saurait bien défendre auprès du Monarque les privilèges de sa Faculté.

D'autres vitupéraient contre les chirurgiens de Saint-Côme. Depuis l'opération de la fistule, suivie de l'anoblissement de Félix, ils étaient devenus d'une insupportable arrogance. N'avaient-ils pas fait graver sur le fronton de leur Amphithéâtre :

Collegium Chirurgicorum,

eux qui ne savaient pas le latin ? Pouvait-on tolérer pareil scandale ?

Certains se gaussaient des innovations du charlatan, Maître Nicolas de Blégny, se disant chirurgien ordinaire du Corps de Monsieur, qui, chaussant les bottes du célèbre Théophraste Renaudot, osait publier un journal de médecine.

Enfin, le plus grand nombre vitupérait contre l'apothicaire et rappelait la définition qu'en donnait Haultin, l'ami de l'illustre doyen Gui Patin :

Animal fourbissimum, faciens bene partes et lucrans mirabiliter.

Le repas touchait à sa fin. Un chanoine de Notre-Dame se levait et, d'une voix tonitruante, entonnait l'antique refrain des Escholiers de l'Université :

Gaudeamus igitur,
Dum juvenes sumus,

chant qui servait de prélude à beaucoup d'autres infiniment moins respectables, qui clôturaient la soirée. (*Applaudissements*).

***

Au XXe siècle, les mœurs médicales ont quelque peu changé. C'est la Chambre royale (pardon, syndicale) qui donne le banquet. Les organisateurs n'ont pas eu à discuter longuement sur l'origine des vins : Bordeaux, Bourgogne, Champagne, vins de la vallée de la Loire ou de celle du Rhône sont également prisés.

Les chirurgiens ne sont plus dédaignés, depuis qu'Ambroise Paré a tendu la main à Fernel, qui ne l'a pas repoussée, puisque l'Académie de chirurgie a donné asile à la Faculté de médecine.

D'ailleurs, c'est un lithotomiste émérite, le Dr Le Fur, qui préside la Corporation médicale parisienne, et c'est un des plus distingués disciples de Saint-Côme, le Dr Jayle, qui, en est le secrétaire général. On vit même, il y a quelques années, un spécialiste d'un ordre particulier, que l'on désignait jadis du nom poétique de Cypridologiste, notre savant ami, Leredde, veiller aux destinées de notre Syndicat.

Plus de lutte avec la Faculté, puisque son éminent Doyen, M. le Pr Roger a bien voulu ce soir être des nôtres. (*Applaudissements.*)

Plus d'ostracisme contre les médecins de province, puisque les chefs élus de nos deux grandes Fédérations françaises : l'Association générale et l'Union des Syndicats médicaux, ont été conviés à cette fête.

Plus de suspicion contre la Presse médicale, qui est ici largement représentée.

Enfin, il n'y a plus l'ombre de jalousie contre l'Apothicaire, devenu le savant Pharmacien moderne. S'il ne mérite plus l'épithète, *faciens bene partes*, les cachets ayant remplacé les petits paquets, constatons que, souvent, grâce au concours des médecins, il continue, *lucrans mirabiliter*, à bien faire ses affaires, et nous y applaudissons de tout cœur. (*Rires et applaudissements.*)

Nous n'avons plus, il est vrai, comme convives, les chanoines de Notre-Dame, mais personne ne nous reprochera de les avoir remplacés par des invitées, à la fois plus charmantes et plus profanes, les femmes de nos confrères. (*Applaudissements*).

Nous n'entendrons pas, sans doute, le *Gaudeamus igitur*, mugi par un chantre de Notre-Dame, mais de gracieuses artistes termineront plus harmonieusement par un concert cette aimable soirée.

Ne regrettons pas le bon vieux temps ; le nôtre est meilleur puisque nous pouvons boire, dans le milieu médical parisien, à l'Union et à la Concorde entre les hommes de bonne volonté.

Messieurs, qu'a-t-il fallu pour obtenir pareille métamorphose ? Que les brumes épaisses, les nuages de préjugés qui enveloppaient et isolaient, il y a deux siècles, les profession s médicales parisiennes, fussent dissipés par les chauds rayons de la vraie Science, et dispersés par le souffle puissant de la Liberté.

Nous fêtons aujourd'hui, Confrères, l'entente cordiale, et c'est sans doute, parce que l'on sait que j'en suis un des plus fervents partisans que le Conseil du Syndicat m'a fait l'honneur de me charger ce soir d'une présidence agréable et éphémère. Je ne me reconnais pour cela aucun autre titre, si je n'y ajoute celui de mes cheveux blancs.

Mais il ne suffit pas de proclamer l'entente, il faut pour qu'elle soit efficace, qu'elle règne dans les faits et dans les cœurs. Pour la rendre vraiment forte, il convient de dissiper certains malentendus qui, exploités par nos adversaires, pourraient compromettre notre action syndicale.

Un des plus regrettables est celui qui tend à opposer les médecins de Paris aux médecins de province, les médecins de grandes villes aux médecins de campagne.

Messieurs, nous devons tous nous élever avec énergie contre l'établissement de ce dualisme. Médecins parisiens, médecins de provinces, citadins ou ruraux, nous sommes tous de même origine, nous avons fait les mêmes études, reçu la même éducation, nous poursuivons le même idéal et avons les mêmes intérêts. Que ce soit à Paris ou en province, en Flandre ou en Gascogne, en Alsace ou en Bretagne, le diplôme d'Etat de docteur en médecine français donne les mêmes droits à ceux qui le possèdent et leur crée les mêmes devoirs.

Sans doute les conditions d'existence varient pour les praticiens, selon le milieu où ils se trouvent. Mais une solidarité étroite les lie. Lorsque le rural souffre trop de son sort, il afflue à la ville où sa misère, plus facile à cacher, est plus tolérable, mais où l'encombrement professionnel vient accroître la gêne de ses confrères urbains.

Admirons, aimons, mes chers Confrères, le médecin de campagne. Permettez-moi d'avoir pour lui les sympathies les plus vives, car j'évoque mes souvenirs d'enfance, mon père fut un médecin de campagne.

Chevalier errant de la misère humaine, le médecin de campagne se lève à l'aube et court par tous les temps au secours de ceux qui souffrent. Il va fort loin sans savoir s'il sera honoré, sans pouvoir prévoir l'heure de son retour. Seul, en face des pires difficultés, il doit répondre à toutes les nécessités. Tour à tour infirmier, mécanicien, orthopédiste, dentiste, accoucheur, chirurgien, spécialiste, médecin, il doit s'ingénier à tenir tête à tous les imprévus. Il aime sa profession qui est pour lui une école d'énergie, de volonté, de courage et de sang-froid.

C'est ce praticien de campagne qui, au cours de la guerre, a émerveillé nos alliés ; c'est lui qui, de l'aveu de nos confrères étrangers, a fait par son habileté dans toutes les branches de notre

art, la réputation du praticien français, le plus complet et le meilleur du monde. (*Applaudissements prolongés.*)

Sans doute, l'automobile et le téléphone ont étrangement modifié sa vie, tout en la compliquant singulièrement. Sans doute on ne voit plus guère se profiler dans la brume ou sur la neige, la silhouette du cavalier bienfaisant à l'aspect de fantôme, qui se hâte, répondant à un appel urgent. Mais qui pourrait prétendre que, dans les régions montagneuses, et surtout en hiver, les fatigues que supporte et les dangers que court le médecin de campagne aient été sérieusement atténués ?

Praticiens de Paris, notre vie est fatigante et pénible ; nous montons des étages, visitons des taudis empuantés,. Nous ne connaissons guère la régularité des repas que nous recommandons aux autres ; notre sommeil est fréquemment troublé ; nous n'avons pas le loisir de savourer les douceurs de la vie de famille. Mais combien moins grand est notre labeur, moins poignants nos soucis, que ceux de nos confrères ruraux ! Le consultant et l'hôpital sont à notre portée, pour parer aux difficultés les plus urgentes, pour couvrir notre responsabilité. En cas d'absence, nous savons que nos malades ne seront jamais privés de soins. Il n'en est pas de même du médecin de campagne qui ne doit compter le plus souvent que sur lui-même.

N'oublions pas que notre syndicalisme naquit à la campagne. Ce fut en 1881 à Montaigu en Vendée d'abord, à Brioude et à Aubusson ensuite que se créèrent les trois premiers syndicats médicaux de France, répondant aux appels du *Concours médical.*

Si le Syndicalisme médical devenu puissant, a fait triompher une partie de notre programme, c'est grâce aux syndicats ruraux.

Plus uni, mieux discipliné, ayant très souvent à sa tête des hommes respectés, doués de cœur, d'intelligence de prudence et de bon sens, le syndicat rural dispose d'une force que nous ignorons dans nos grands syndicats urbains, dont la cohésion est moindre, et qui ne réussissent pas à englober l'unanimité des praticiens d'une ville.

Ce sont les syndicats ruraux qui ont, dans l'organisation de l'assistance, fait passer dans les mœurs, le respect du libre choix du médecin, que nous sommes parvenus ensuite à faire inscrire dans nos lois. Ce libre choix, que j'ai appelé, jadis, *Liberté de confiance*, est devenu la clef de voûte de notre édifice syndical.

Mais, si le syndicat rural, avec sa puissante cohésion, fait notre force dans l'action en imposant sa volonté, il convient, dans un pays aussi fortement centralisé que le nôtre, de posséder dans la Capitale des hommes compétents, énergiques et dévoués, capables de coordonner les efforts, de renseigner les ruraux, de leur servir d'interprètes auprès du Parlement et des pouvoirs centralisés.

Vous voyez bien, Messieurs, que Parisiens et Ruraux, ne s'opposent pas mais se complètent, et que, si dans certains ca s, comme l'indemnité kilométrique, quelques-uns de leurs intérêts peuvent être différents, jamais ils ne se contrarient. En tous cas, l'idéal et les intérêts moraux de tous nos syndicats sont absolument identiques.

Puisque j'ai prononcé ces mots d'*intérêts moraux*, permettez-moi, avant de terminer, de dissiper un autre préjugé qui règne dans certains milieux médico-administratifs, où l'on ignore tout de l'histoire et des tendances de notre syndicalisme.

Ce préjugé consiste à croire, ou à vouloir faire croire, que le syndicat médical a pour unique préoccupation des intérêts matériels. Pour quelques hauts personnages, ceux qui dirigent nos syndicats seraient assez comparables à des chiens hargneux qui, gardant une écuelle assez mal garnie, grognent contre quiconque fait mine de s'en approcher. Ces Messieurs pousseraient la sympathie jusqu'à nous offrir de jeter un os supplémentaire dans l'écuelle, espérant par ce sacrifice amadouer le Cerbère syndicaliste et pouvoir ensuite en toute liberté organiser, et surtout désorganiser, ce qui est du domaine de notre profession.

Mes chers Confrères, il convient de montrer à ces Messieurs qu'ils se sont lourdement trompés.

Rien de ce qui est médical ne peut être étranger à notre syndicalisme.

Dès ses débuts, il a émis la prétention d'identifier l'intérêt du médecin et celui du malade et d'avoir le souci de faire jouer au médecin le rôle qu'il doit tenir dans l'évolution de la Société.

Ce fut pour réaliser ce but il y a un quart de siècle, que nous fîmes reposer notre charte syndicale sur trois piliers contre lesquels viendront se briser toutes les ambitions et toutes les attaques. Ce sont, vous le savez : le libre choix du médecin, le respect absolu du secret professionnel, l'indemnisation proportionnelle au travail accompli, à ses difficultés et à la responsabilité qu'il entraîne.

Poussés par les incessantes réclamations du

Corps médical, les Pouvoirs publics se trouvent aujourd'hui dans l'obligation d'organiser la défense sanitaire et de créer ce qu'il est convenu d'appeler la médecine sociale.

Pour nous, il ne saurait y avoir deux sortes de médecine, et la médecine sociale rentre dans les cadres de la médecine tout court. C'est notre devoir et notre droit de l'organiser. Nos Maîtres, depuis Brouardel, pour ne citer qu'un disparu, nous l'ont toujours enseigné. La profession médicale, représentée dans son immense majorité par nos syndicats, doit éclairer les pouvoirs publics et prendre une part active et prépondérante dans l'organisation de la médecine sociale. Nous ne voulons, nous ne pouvons admettre qu'on nous donne un rôle secondaire, qu'on nous impose une besogne de manœuvres subalternes.

Nous triompherons, mes chers Confrères, parce qu'en France, nous sommes dans le pays de la clarté et du bon sens.

Nous triompherons parce que, sans nous, l'on ne pourra aboutir qu'à des malfaçons dont l'échec de la loi sanitaire, qui date de plus de vingt ans et qui est en fait inopérante, en est le plus manifeste et le plus piteux exemple.

Nous triompherons par l'entente cordiale et l'intime collaboration des ruraux et des urbains, de la province et de Paris.

Nous triompherons parce que nous sommes bien résolus à imposer la considération et le respect de la profession médicale, et à rendre ainsi meilleures les conditions d'existence de la famille médicale toute entière.

Aussi, je lève mon verre en l'honneur de l'Union sacrée qui s'impose à nos syndicats. Je bois à la famille médicale représentée ici par les femmes de nos confrères, qui sont les éléments les meilleurs et les plus charmants de sa prospérité.

Je bois à nos éminents invités qui nous apportent ici l'encouragement de leur présence et l'appoint précieux de leur sympathie.

Enfin, je bois à l'avenir et au développement continu du Syndicat des médecins de la Seine, à l'accroissement de son influence pour le Bien Public, inséparable de l'intérêt médical. (*Applaudissements prolongés. Triple ban.*)

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

NOTES SUR LES SOINS A DONNER AU NOUVEAU-NÉ NORMAL

Par LANTUÉJOUL

Chef de clinique obstétricale.

Ces quelques notes sont d'ordre essentiellement pratique. Elles n'ont pas la prétention de constituer un manuel de puériculture complet pour le nouveau-né. Elles ne font qu'insister sur quelques notions indispensables à connaître pour le médecin qui doit diriger l'élevage de l'enfant, au cours des deux ou trois premières semaines.

Immédiatement après la naissance, l'enfant est laissé quelques instants entre les jambes de sa mère ; puis, une pince est placée sur le cordon à 8 ou 10 centimètres de l'ombilic et le cordon est sectionné entre la pince et la vulve. Le nouveau-né est enroulé dans une serviette chaude et emporté. Si la mère n'exige pas de soins spéciaux, on peut s'occuper de suite de l'enfant. Si l'appartement est bien chauffé, si l'on dispose d'une baignoire stérilisée par flambage et contenant de l'eau bouillie chaude, on baigne l'enfant, puis on le pèse et on le mensure. Bien souvent, ces conditions ne sont pas réalisées. Plutôt que de laisser l'enfant se refroidir, il vaut bien mieux se contenter d'un nettoyage très rapide, voire même très incomplet, en frictionnant le corps du nouveau-né avec une compresse vaselinée. Il n'y a aucun inconvénient à faire une toilette très imparfaite. Il n'y a pas non plus grand inconvénient à remettre de quelques heures la pesée et la mensuration de l'enfant. Ce qu'il faut de suite, c'est l'examen du nouveau-né, la ligature et le pansement du cordon, les soins oculaires.

L'examen est rapide : on recherche la possibilité de malformations, en particulier de la voûte du palais ; d'éruptions, en particulier à la plante des pieds et à la paume des mains ; l'état des fontanelles et des os du crâne (hydrocéphalie, ossification excessive, etc.).

La ligature du cordon se fait à l'aide des procédés bien connus : se rappeler qu'avec un

cordon gras, il faut lier chaque vaisseau isolément par le procédé dit en bouchon de champagne, ou mieux encore, transfixer le cordon à l'aide d'une aiguille et passer ainsi à travers le cordon un fil qui ne pourra pas glisser. Beaucoup d'accoucheurs préfèrent actuellement, à la ligature classique, la mise en place d'une pince spéciale qui écrase le cordon et est laissée en place quelques heures. Ce procédé, très simple et très rapide, évite les manipulations du cordon. La tranche de section de celui-ci est iodée, puis recouverte d'une compresse stérile. Celle-ci est maintenue en place, non pas par un simple tour de bande qui se déplacerait aisément, mais par plusieurs tours de bande qui doivent constituer un pansement solide. Le chef terminal de la bande est glissé sous le dernier tour de spire et non fixé avec une épingle, ce qui serait dangereux.

Les soins oculaires doivent toujours être pratiqués, même si les parents paraissent peu désireux de voir leur enfant subir cette petite intervention. Il faut instiller dans chaque œil deux ou trois gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Le jus de citron, les diverses préparations proposées pour remplacer le nitrate, doivent être rejetées. La seule question qui se pose est le titre de la solution de nitrate. La solution classique est à 1 pour 50. Elle est encore employée par nombre d'accoucheurs. Elle n'est certainement pas dangereuse, mais peut amener une assez vive réaction, d'ailleurs très transitoire, avec gonflement œdémateux des paupières et exsudat. La plupart des accoucheurs se contentent d'employer la solution à 1 pour 100. La solution à 1 pour 150 est insuffisante. Ce qui est capital, c'est de bien laisser tomber les quelques gouttes dans l'œil. Trop souvent, on n'écarte pas assez largement les paupières de l'enfant et le nitrate tombe n'importe où. C'est certainement la cause d'un grand nombre de conjonctivites observées. Il est bon d'essuyer l'excès de nitrate tombé sur la peau de l'enfant, car une tache noirâtre apparaîtrait secondairement, fait sans importance puisqu'elle disparaîtrait spontanément, mais elle pourrait inquiéter les parents.

Il n'y a pas lieu d'insister sur la façon dont on habille le nouveau-né. Deux petits points de détail peuvent être relevés. Il y a intérêt à envelopper les pieds séparément dans une portion de la couche, defaçon à ce que le nouveau-né ne puisse pas frotter l'une contre l'autre ses deux malléoles internes. Quand on ne prend pas cette précaution, il peut se produire chez certains enfants de véritables excoriations à ce niveau. Il ne faut, par ailleurs, mettre d'épingle que sur le lange superficiel. Enfin, il faut empêcher certains parents de mettre une chaîne autour du cou de l'enfant.

Le berceau doit être muni d'une, ou mieux, de deux boules qui seront mises de chaque côté du corps du nouveau-né. Ces boules seront toujours enveloppées dans un linge, de flanelle par exemple.

Quels seront les soins consécutifs à donner au nouveau-né ? Soit, tout d'abord, l'étude de ce qui ne concerne pas l'alimentation. Le pansement ombilical sera refait tous les jours, même après la chute du cordon et jusqu'à cicatrisation complète de la petite plaie ombilicale. Le plus simple est de mettre sur l'ombilic une petite compresse légèrement imprégnée d'alcool. L'enfant sera pesé nu tous les matins, avant une tétée, et son poids sera marqué sur une feuille spéciale. Il sera mensuré toutes les semaines. Le nouveau-né ne sera pas baigné tant que la cicatrisation ombilicale ne sera pas parfaite, c'est-à-dire pendant les 12 ou 15 premiers jours. Jusque-là les soins de propreté consisteront en changes fréquents, par exemple sept fois par jour, au moment des tétées. Le siège de l'enfant, et les parties avoisinantes, seront lavés, puis bien séchés et poudrés à la poudre de talc. La poudre d'amidon, qui peut fermenter, est à rejeter. Ces quelques soins suffisent à entretenir la peau en bon état, à éviter les rougeurs du siège. Si celles-ci se produisent malgré tout, il faut vérifier la façon dont les couches sont lavées. Les couches doivent en effet être lavées avec un savon aussi neutre que possible, par exemple savon blanc dit de Marseille, et être bien rincées à l'eau pure. L'eau de Javel, les substances irritantes, doivent être soigneusement rejetées. Il peut arriver que, malgré toutes ces précautions, on observe quelques rougeurs au niveau du siège. Il faut avoir la patience d'attendre quelques jours, en se contentant des soins précédemment prescrits, en augmentant au besoin le nombre des changes. Les nombreuses substances qui ont été préconisées pour mettre sur le siège de l'enfant, en particulier les matières grasses, ne semblent pas supérieures à la simple poudre de talc appliquée sur une peau bien lavée, et surtout bien séchée.

Une petite question intéressante au point de vue pratique est de savoir s'il faut faire le change avant ou après la tétée. Quand on fait le change avant la tétée, on s'expose à voir l'enfant se souiller presque immédiatement, parce qu'il arrive souvent que la tétée provoque un réflexe intestinal et vésical. Quand, par ailleurs, on fait le change après la tétée, on s'expose à faire rejeter par l'enfant une partie du lait absorbé ; on sait, en effet, qu'il n'y a pas de sphincter au niveau du cardia, chez le nouveau-né et que le rejet d'une partie du contenu stomacal est, en conséquence, particulièrement facile. En général, on préfère changer l'enfant avant la tétée, pour pouvoir le laisser bien tranquille après celle-ci.

Reste à étudier la question si importante de l'alimentation. Il n'est pas douteux que l'alimentation au sein est infiniment préférable au biberon. L'importance de l'alimentation au sein est encore plus grande immédiatement après la naissance qu'au cours des mois qui suivent. La mortalité chez les enfants nés normaux et alimentés au sein de la mère, même si cette mère est ignorante des règles d'hygiène les plus élémentaires, est à peu près nulle dans les premières semaines. Elle est notable chez les enfants élevés au biberon, même bien surveillés médicalement. Il est cependant de s cas où l'élevage au biberon s'impose. Il est surtout des cas où la mère ne peut fournir une quantité de lait suffisante et où il faut recourir à l'alimentation mixte. Ces trois modes d'élevage du nouveau-né devraient être étudiés tour à tour. Mais, dans ce court article d'ordre pratique, on n'insistera guère que sur tous les petits moyens qui peuvent permettre au médecin d'instituer l'alimentation au sein, en luttant contre les préjugés erronés et contre les incidents possibles du début.

Divers préjugés erronés doivent en effet être combattus. Le plus important peut-être d'entre eux est que le lait d'une nourrice peut sans danger être substitué au lait de la mère. Il est inutile d'insister sur ce fait qu'une nourrice peut présenter des maladies très difficiles à déceler, même par un examen approfondi : syphilis, gonococcie, par exemple. Cette nourrice, parfaitement saine au début de l'allaitement, peut contracter, au cours de celui-ci, des maladies, comme la syphilis, qui ne seront reconnues que trop tardivement pour la sauvegarde de l'enfant. Il est fréquent de voir une nourrice, vivant dans un milieu supérieur à son milieu habituel, se livrer à des excès de régime, à des excès de boisson, qui vont réagir sur la composition de son lait. On a pu voir des nourrices, même très surveillées, dissimuler habilement la diminution progressive de leur lait et donner en cachette à l'enfant les nourritures les plus diverses, pour l'empêcher de crier et garder une place avantageuse. La nourrice en apparence la plus consciencieuse doit toujours être considérée comme infiniment suspecte. Que le médecin pèse toujours lui-même l'enfant qu'il examine : il aura souvent de bien curieuses surprises en comparant le poids qu'il constate avec le poids qu'annonçait la nourrice. Même parfaite, la nourrice n'est pas « adaptée » à un nouveau-né. Elle allaitait auparavant un enfant de cinq à six mois. Brusquement un nouveau-né lui est confié. Ce dernier prendra très rapidement une quantité de lait beaucoup trop grande, si on n'y veille avec grand soin. Il faudra le plus souvent faire vider partiellement le sein avant d'y présenter le nouveau-né. Enfin, il n'est pas douteux que la composition du lait n'est pas la même au début ou au milieu de la période d'allaitement, et le nouveau-né peut présenter des troubles digestifs de ce fait.

Autres préjugés à combattre : certaines femmes ne pensent pas pouvoir continuer l'allaitement au sein. Elles supposent qu'il vaut mieux « habituer » de suite l'enfant au lait de vache, que le changement de lait pourrait être néfaste. Elles ont peur aussi de ne pouvoir ultérieurement faire « passer leur lait ». Il faut leur montrer l'importance extrême des premiers temps de l'élevage, leur affirmer que plus un enfant est robuste, et mieux il supportera cette nourriture anormale qu'est pour lui le lait de vache. Il n'est que trop facile de faire ensuite « passer le lait ». Et puis, un médecin sait bien qu'une femme, qui a commencé à nourrir son enfant, continue souvent, malgré ses projets contraires : raison de plus pour insister.

Autre obstacle à vaincre : la crainte des abcès du sein. Il est faux de dire que cette complication n'existe pas chez la femme qui refuse de nourrir. Il est par contre exact que l'abcès est rare, quand on surveille de près le début de l'allaitement.

Il n'est pas douteux que certaines femmes répugnent à donner le sein pour des raisons d'ordre esthétique. Il est bon de leur faire remarquer que ce qui modifie la forme de la mamelle, ce peut être évidemment l'allaitement, mais ce sont aussi — et pour une grande part, — les modifications qui se produisent au cours de la grossesse, et surtout au moment de la montée laiteuse. Si même la femme ne nourrit pas, sa glande mammaire subira inévitablement des poussées d'accroissement et de diminution susceptibles de changer la forme ultérieure du sein.

Le plus gros obstacle à l'allaitement par le sein, c'est la production de crevasses au début de cet allaitement. Tout l'effort du médecin va donc porter sur le traitement préventif de ces crevasses. Il est bon de préparer les mamelons au cours du dernier mois de la grossesse. Il suffit, en général, de faire sur le mamelon, 2 ou 3 fois par jour, une lotion soit avec de l'alcool, soit avec un mélange alcool-glycérine, soit avec de la glycérine légèrement iodée. Si la forme du mamelon est défectueuse, la mère pourra essayer de le faire saillir, soit à la main, soit à l'aide d'un tire-lait.

Quand l'enfant sera mis au sein, on ne le mettra au début qu'à un seul sein à chaque tétée, on ne le laissera que peu de temps, 8 à 10 minutes, on évitera qu'il mâchonne le mamelon. Quand on voudra retirer le mamelon de la bouche, on évitera toute brutalité dans cette petite manœuvre : on doit commencer par faire lâcher prise au nouveau-né en introduisant un doigt dans sa bouche ; une traction simple est douloureuse et dangereuse. Si l'enfant s'endort

au sein, il faut retirer le mamelon de la bouche. La têtée une fois finie, il faut bien débarrasser le mamelon de la salive qui l'imprègne, l'essuyer avec une compresse stérile imprégnée par exemple de glycérine légèrement iodée, puis le recouvrir d'une compresse stérile maintenue en place par le pansement. Celui-ci ne doit pas écraser les seins sur la cage thoracique, mais bien les relever : mettre des bretelles au bandage circulaire, ou bien mettre sous la mamelle un tampon d'ouate qui la maintient relevée sous le pansement. Au moment de la montée laiteuse, il faut se rappeler que le sein dur, gonflé, souvent douloureux, ne contient encore que très peu de lait. C'est une poussée congestive beaucoup plus qu'une montée laiteuse proprement dite. Il est absurde de vouloir exprimer la glande, sous prétexte de soulager la mère en vidant la mamelle d'un lait qu'elle ne contient d'ailleurs pas. Ces manœuvres d'expression sont très dangereuses, car elles traumatisent une glande au début de son activité fonctionnelle, elles risquent de troubler le développement de cette activité et préparent la voie aux abcès du sein. Pour calmer les douleurs de la mère, il suffit de mettre des compresses chaudes sur les seins. Spontanément d'ailleurs, tout s'arrange en 24 heures.

Les crevasses seront en général évitées par cet ensemble de petites précautions. Si cependant elles se produisaient, l'important serait de dépister leur début. Toute douleur anormale accusée par la mère au moment de la tétée doit faire rechercher avec le plus grand soin la crevasse à son début : bien regarder, en particulier, à la base du mamelon, où peut siéger la crevasse en coup d'ongle, si commune. Il ne faut pas alors demander à la mère de surmonter sa douleur et de continuer malgré tout à donner le sein du côté lésé ! L'enfant ne prendra le sein que du côté opposé, une, deux ou trois fois. Puis, on le remettra du côté atteint une tétée sur deux, mais avec un bout de sein. On ne remettra le mamelon dans la bouche de l'enfant que quand la crevasse sera bien guérie. Celle-ci aura été soignée dans l'intervalle par application d'une des nombreuses substances préconisées ; la simple glycérine iodée suffit. Il est possible que l'enfant ne prenne pas assez de lait pendant ce cours laps de temps. Il est inutile de le mettre au mixte. Tout rentrera rapidement dans l'ordre.

Il est impossible ici de s'étendre davantage sur les soins qui doivent être donnés à la mère, sur son alimentation, etc. Mais il fallait montrer toute l'importance de la question dans l'élevage des premiers temps. Beaucoup d'allaitements au sein sont abandonnés à cause de l'apparition de crevasses, trop tardivement soignées. Il est cependant encore un point qui mérite un court développement, c'est la patience avec laquelle il faut commencer l'allaitement au sein.

Normalement, le nouveau-né commence pas perdre du poids, 200, 300 grammes, quelquefois davantage. Il ne commence à augmenter qu'au moment où il absorbera du lait en quantité suffisante. Il n'est donc pas rare de voir un nouveau-né rester 4 ou 5 jours avant de reprendre du poids. Il est fréquent aussi de constater que la reprise du poids se fait lentement et assez irrégulièrement : après un ou deux jours où l'enfant avait gagné 20, 30 ou 40 grammes par jour, la courbe reste stationnaire ou même ébauche une descente. Il n'y a nullement lieu de s'inquiéter. Les parents se demandent souvent alors si le lait de la mère est de bonne qualité. C'est encore un préjugé fréquent de croire que le lait d'une mère peut être mauvais pour son enfant, ou tout au moins « trop faible ». On peut affirmer, bien au contraire, qu'à de très rares exceptions près, le lait de la mère est parfait pour son enfant. Le médecin est sollicité souvent de faire faire une analyse chimique du lait de la mère. On peut dire qu'en pratique, ces analyses sont inutiles dans l'immense majorité des cas ; elles n'apprennent rien au médecin qui doit rester persuadé que rien ne vaut le lait d'une mère pour son enfant. Quand la courbe de poids de celui-ci n'est pas parfaite, c'est la quantité de lait qui est à incriminer, comme il est facile de s'en convaincre en pesant les tetées. Mais, et c'est là le point important, il ne faut pas se hâter d'instituer une alimentation mixte. Bien souvent, quand on veut bien attendre quelques jours, on voit la courbe redevenir satisfaisante, parce que la mère donne un lait plus abondant. Il n'y a pas évidemment de règle absolue à poser, mais un enfant n'est pas en péril parce que son poids tarde un peu à augmenter au début. L'intérêt est tel de faire un élevage uniquement au sein, qu'il faut savoir attendre.

Beaucoup de médecins cependant considèrent que, dans ces cas, on peut instituer un mixte à titre temporaire, donner quelques biberons qu'on abandonnera quand la mère aura suffisamment de lait. Cette technique n'est pas sans danger. Il n'est pas douteux que la seule technique capable de faire monter le lait, c'est de soumettre la mamelle à des succions énergiques et répétées. La prise du lait d'un biberon exige beaucoup moins d'effort de la part de l'enfant que la succion d'une mamelle encore insuffisante. Très rapidement, le nouveau-né peut se détourner du sein et ne plus vouloir prendre que le biberon. La mère perd alors le peu de lait qu'elle pouvait avoir, et du mixte, il faut passer rapidement à un élevage uniquement au biberon, alors qu'avec un peu de patience, le lait maternel aurait fini par être suffisant. Le pronostic de l'élevage est tout à fait modifié de ce fait.

Il faut donc parfois un certain temps avant que l'allaitement fonctionne de façon parfaite-

ment satisfaisante. Les nouveau-nés tettent, au début, avec une énergie variable. Certains ne prennent bien le sein qu'au bout de quelques jours. Un préjugé vulgaire incrimine parfois des malformations du filet. Elles sont absolument exceptionnelles et, en pratique, ne comptent pas. Le premier jour, la mère est laissée au repos. Si le nouveau-né crie trop, on peut lui donner quelques cuillers à café d'eau sucrée. Le second jour, le nouveau-né est mis trois ou quatre fois au sein, quelques minutes. A partir du troisième jour, il sera mis régulièrement, sept fois en 24 heures, pour un enfant normal. Deux systèmes peuvent être employés : tétées espacées de trois heures, par exemple 6, 9, midi, 3, 6, 9, minuit ; ou bien tétées plus rapprochées pour laisser un repos plus long la nuit, par exemple 6, 8 1/2, 11, 13 1/2, 16, 19, 22 heures ; les dernières tétées sont plus écartées parce que la mère a toujours moins de lait le soir que le matin. En tous cas, il est capital de bien régler l'enfant, de le réveiller aux heures de tétées s'il dort, de le laisser crier en dehors de ces heures. On doit donner un seul sein au début, pour ménager le mamelon. Plus tard, il sera possible de donner les deux seins à chaque têtée si un seul sein est insuffisant. En tous cas, il y a souvent avantage à donner les deux seins à la dernière tétée qui doit être copieuse.

Combien l'enfant doit-il prendre à chaque tétée ? le troisième jour, 15 grammes ; le quatrième, 20 ; le septième, 45 ; le quinzième, 60 ; le vingt-et-unième, 75. Ces chiffres sont très théoriques. Il ne faut pas peser constamment l'enfant avant et après chaque tétée, ce qui finit par créer chez les parents un état mental vraiment pénible. Il faut le peser nu tous les matins et noter son augmentation journalière qui doit être de 20 à 30 grammes, tout en se rappelant la possibilité d'une courbe un peu irrégulière surtout au début.

La courbe de poids et la surveillance des selles suffisent amplement. Pour les selles, un point d'ordre pratique est à relever : certains enfants au sein vont rarement à la selle ; ils ont une selle par jour, quelquefois restent deux jours sans selle, mais, quand celle-ci se produit, elle est parfaite comme aspect et consistance. Ces enfants ne sont nullement des constipés, c'est la fausse constipation des enfants qui assimilent la quasi totalité du lait qu'ils absorbent. Naturellement, il faut se garder de toute thérapeutique intempestive : un simple suppositoire excite le réflexe anal.

Cette note sera très brève pour l'alimentation ou mixte ou au biberon, qui en dépasserait le cadre. Seules, quelques données pratiqfes seront rappelées. L'alimentation mixte ne doit jamais, au début tout au moins, consister en une tétée au sein, puis un biberon, puis une tétée, etc. Puisqu'il est certain que la seule façon de faire monter le lait est de soumettre la mamelle à des succions fréquentes, il faut, chaque fois, commencer par peser l'enfant, puis lui faire vider les deux seins, le repeser, et enfin compléter au biberon. C'est dire qu'il est impossible de faire un mixte sans balances. Il est à remarquer que souvent seules, les têtées du soir sont à compléter, celles du matin étant suffisantes.

Dans l'élevage au biberon comme dans le mixte, la question capitale est le choix du lait. Dans les grandes villes, on ne peut employer que les laits stérilisés sur place et livrés en bouteilles cachetées ou les laits condensés. A la campagne, l'important est de stériliser le lait le plus tôt possible après la traite. Biberons et tétines doivent être stérilisés avant la têtée. Il faut redoubler de surveillance dès qu'un enfant, surtout nouveau-né. prend du lait de vache. Autant on peut être largement indulgent pour la courbe de poids, pour les selles d'un enfant au sein, autant il faut être sévère et facilement inquiet pour un enfant au biberon.

Etudiant l'enfant normal, il n'a pas été question des débiles, des prématurés, des malades. Un mot cependant doit être dit. Quand un enfant d'apparence normale, prenant un bon lait, en quantité normale, ne pousse pas normalement, c'est à la syphilis qu'il faut toujours penser de parti pris et le traitement d'épreuve s'impose, par exemple sous forme de frictions.

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le docteur Ricolfi,

Chirurgien des hôpitaux de Nice.

Dartigues a pu commencer un article, paru récemment ici même sur le diagnostic différentiel de la grossesse avec les états pathologiques génitaux et para-génitaux, par cet avertissement: *confrères, pensez toujours à la grossesse et parlez-en souvent* !

A notre tour, nous pouvons dire aux praticiens qui ont journellement l'occasion de faire le diagnostic d'une lésion para-utérine : confrères, pensez toujours à la grossesse extra-utérine et parlez-en souvent.

Ils éviteront de la sorte bien des erreurs de diagnostic pénibles à confesser, et ils adresseront au chirurgien, dès le début des accidents, ces pa-

tientes chez lesquelles tout retard dans l'acte opératoire peut être fatal et, dans tous les cas, nuisible au plus haut point.

Les douze cas de grossesse extra-utérine dont nous avons eu à nous occuper personnellement dans l'espace relativement restreint de vingt-huit mois, nous donnant 5 pour cent de notre statistique opératoire dans ces mêmes 28 mois, illustreront d'une façon magistrale ce que nous avançons.

Nous n'envisagerons, dans cette étude, que la grossesse extra-utérine avant le cinquième mois ; dans une étude que nous avons publiée en 1921 sur l'hématocèle péri-utérine, nous avons déjà indiqué qu'avant la période chirurgicale, la grossesse extra-utérine était une trouvaille d'autopsie et que sa rupture était confondue avec la rupture utérine. Ce n'est qu'au dix-neuvième siècle que de Graef, de Beer, Velpeau, firent paraître les premiers travaux sur la question ; rappelons, sans nous perdre dans l'historique, que depuis, la question a été discutée à la Société de chirurgie en 1890, et au Congrès de 1898 et de 1910, et dans diverses études.

Brindeau divise les grossesses extra-utérines en :

I. Grossesse tubaire : *a*) interstitielle, développée dans la portion interstitielle de la trompe ;

b) Tubaire vraie, développée dans la portion libre de la trompe ;

c) Tubo-abdominale, développée dans le pavillon.

II. Grossesse ovarienne : *a*) interne, développée dans une follicule de Graef ;

b) Externe : développée en dehors de ce follicule.

III. Grossesse péritonéale : *a*) primitive, développée primitivement dans la cavité péritonéale ;

b) Secondaire : développée dans la cavité après début dans la trompe.

On sait que primitivement, toute grossesse est extra-utérine : la fécondation se fait en effet près du pavillon de la trompe ou sur l'ovaire ; mais il s'agit de savoir pourquoi l'œuf, au lieu de suivre l'oviducte et de pénétrer dans la cavité utérine, se greffe dans la trompe, sur l'ovaire ou le péritoine.

On admet : *a*) des causes provenant de la trompe et des ovaires : kystes, salpingo-ovarite, endo-salpingite, polypes, malformations congénitales, coudures inflammatoires ;

b) Des causes provenant de l'utérus : fibrome, endo-métrite.

Mais à l'opération, ces causes ne sont souvent pas vérifiées, et on admet dans ces cas la persistance, chez certaines femmes, d'une propriété ancestrale qui se retrouve chez certains animaux chez lesquels les muqueuses utérine et salpingienne réagissent de la même façon.

En général, l'œuf se fixe dans la trompe, l'ovaire ou le péritoine ; il y a congestion et épanouissement des tissus, les artères et les veines deviennent volumineuses et turgescentes ; l'œuf se développe, il se forme une caduque, un chorion et un amnios ; au niveau du placenta, par action destructive des villosités choriales et par distension, la tunique musculaire s'amincit et il est rare que l'évolution dépasse le troisième mois :

a) Si l'œuf se décolle de son insertion placentaire, il meurt sur place et constitue l'hématosalpinx.

b) S'il est expulsé de la trompe dans la cavité utérine ou abdominale, nous avons l'avortement tubaire.

c) Enfin, cas le plus fréquent, la poche se rompt, donnant la rupture tubaire très grave avec l'inondation péritonéale mortelle, ou avec formation consécutive de l'hématocèle péri-utérine.

Nous pensons que l'étude de nos observations sera le meilleur procédé pour étudier la pathogénie, la symptomatologie, l'évolution de la grossesse extra-utérine, et pour tirer de leur exposé les conclusions utiles.

Observation I.

Mme L. L. D., âgée de 20 ans ; rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Jouissait d'une santé parfaite ; a été réglée à 10 ans et a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 17 ans, époque de son mariage ; à partir de ce moment, a commencé à ressentir quelques douleurs dans son bas-ventre et à constater des irrégularités : avance ou retard dans ses règles.

Le 8 décembre 1921, à l'époque habituelle, elle constate que ses règles sont moins abondantes, et à partir de ce jour, elle ressent des malaises, elle a des nausées, des céphalées, et comme les règles ne réapparaissent pas, elle pense à une grossesse possible, lorsque le 27 janvier 1922, elle fait une chute, elle ressent dans son bas-ventre, à droite et à gauche, de vives douleurs semblant dues à des coups de couteau ; il n'y a pas d'évanouissement ; elle continue à s'occuper de son ménage ; le soir, elle constate une perte de sang rouge et elle se couche comme d'habitude ; la nuit est pénible, les douleurs abdominale s'exacerbent et s'accompagnent de douleurs rénales et de vomissements aqueux ; elle perd connaissance à plusieurs reprises.

Nous voyons la patiente vers la fin de la soirée de ce même jour ; elle est exsangue, pâle, sans connaissance ; pouls incomptable ; le ventre est météorisé et douloureux ; les culs-de-sac vaginaux tendus et très douloureux ; apyrexie.

Nous diagnostiquons une rupture de grossesse

extra-utérine et nous faisons transporter de suite la patiente à l'hôpital où nous intervenons sans tarder : laparotomie médiane sous-ombilicale ; la cavité abdominale est emplie de sang que nous étanchons rapidement. Nous trouvons une grossesse tubaire médiane gauche, avec un œuf libre dans le Douglas, gros comme une orange, dans lequel il est impossible de distinguer aucun élément ; la trompe dilatée et excessivement vascularisée a éclaté et saigne ; les ovaires à droite comme à gauche ne forment qu'une grappe de petits kystes, ce qui nous oblige à pratiquer sur le champ une hystérectomie subtotale ; drainage, fermeture de la paroi en 3 plans ; traitement du shock habituel ; ablation des drains le 2e jour ; suites apyrétiques. Sort de l'hôpital le 22e jour.

Nous avons revu notre opérée ces temps derniers : elle ne ressent aucun trouble et se porte admirablement bien.

Observation II.

Mme F., 27 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables ; a été réglée à 12 ans ; elle a toujours été réglée régulièrement, mais elle déclare avoir toujours ressenti au moment de ses règles de légères douleurs très nettement localisées à gauche. Ni grossesse, ni fausse couche , santé excellente. Réglée pour la dernière fois le 6 mai 1923 ; elle ressent quelques malaises, de l'oppression et de vives coliques dans la partie gauche du bas-ventre ; le mardi soir 12 juin 1923, elle ressent une violente douleur dans le ventre à point de départ à gauche ; elle est couchée, elle veut se lever, fait quelques pas et tombe évanouie en ayant, dit-elle, la sensation de recevoir un coup de couteau dans le bas-ventre.

Je ne suis appelé au domicile de la patiente que le lendemain après-midi ; le pouls est misérable, filant ; face décolorée, ventre douloureux, cul-de-sac vaginal gauche empâté et très douloureux. Le diagnostic s'imposait. Nous faisons transporter la malade à la clinique Saint-Antoine où nous intervenons de suite, après traitement habituel pour relever la malade. Laparotomie médiane sous-ombilicale, après anesthésie à l'éther ; nous découvrons une grossesse tubaire gauche rompue avec inondation péritonéale ; trompe coudée, ovaire gauche kystique. Nous pratiquons la salpingo-ovariectomie gauche ; drainage, suture de la paroi en 3 plans ; suites apyrétiques, normales ; relèvement rapide de l'état général. Sort de la clinique le quinzième jour. Est, à l'heure actuelle en excellente santé.

Observation III.

Mme G. A., 28 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables ; a été réglée à 14 ans ; règles régulières et peu abondantes. A eu un accouchement normal à terme, il y a trois ans ; a nourri son bébé ; retour de la menstruation 6 mois après l'accouchement. Elle a été réglée normalement le 4 août 1923 ; le 4 septembre, elle perd très peu ; le 4 octobre, elle ne voit que quelques taches d'un sang rouge sale. Elle ne ressent que quelques légères douleurs abdominales en travaillant, et son ventre est fortement météorisé le soir.

Le lundi 14 octobre 1923, à midi 35, elle est prise d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite irradiant dans tout l'abdomen ; vingt minutes après, elle s'évanouit ; un traitement énergique la fait revenir, mais elle est pâle, prostrée, haletante ; en même temps, un écoulement sanguin noirâtre apparaît à la vulve.

La patiente est transportée à l'hôpital où nous la voyons à 15 heures : pâleur, prostration, ventre ballonné et douloureux, toucher vaginal pénible, écoulement noirâtre par le vagin, pouls filant à 130.

A 15 h. 15, laparotomie médiane sous-ombilicale après anesthésie à l'éther. Inondation péritonéale. Trompe droite dilatée et déchirée près de l'ostium uterinum ; œuf du volume d'une noix ; ovaire droit kystique. Nous pratiquons sur le champ une salpingo-ovariectomie droite. Nous enlevons un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une grosse noix. Drainage, suture de la paroi en 3 plans. Suites sans complications ; relèvement rapide de l'état général. Sort le 15e jour.

Observation IV.

Mme L., 30 ans, rien à noter dans les antécédents héréditaires ; une congestion pulmonaire accompagnée d'albuminurie à 17 ans.

A été réglée à treize ans ; a toujours été réglée avec quelques jours d'avance ; pertes de courte durée, mais abondantes. Ni grossesse, ni avortement antérieurement.

Le jeudi 17 août 1922, alors qu'elle se croyait en état de grossesse à cause d'un retard d'une vingtaine de jours, et qu'elle avait eu quelques symptômes tes que nausées, vertiges, picotements dans les seins, elle ressent comme un coup de couteau dans le côté droit du bas-ventre ; elle a un évanouissement de courte durée suivi de transpirations profuses ; puis, tout se calme rapidement et elle ne ressent plus rien de toute la journée du 17 et toute la journée du 18. Le 19, dans la matinée, mêmes symptômes et l'après-midi quelques pertes rougeâtres. Le dimanche 20, elle a le ventre tout endolori et elle perd beaucoup de sang rouge. Les 21, 22, 23, elle continue à vaquer à ses affaires et, comme elle a une légère montée de lait, elle pense avoir fait une fausse-couche.

Nous l'examinons ce jour-là ; la patiente n'est ni pâle, ni décolorée, son pouls est normal, quelques pertes rougeâtres, ventre légèrement douloureux ; col entr'ouvert, utérus augmenté de volume, pas d'empâtement des culs de sacs ; tumeur perceptible au palper bimanuel du volume d'une noix paraissant siéger sous l'ovaire droit. Nous envoyons notre malade à l'hôpital. Devant la persistance des crises douloureuses accompagnées de pertes rougeâtres, de l'apyrexie, de la présence de la tumeur signalée , d'une accélération du pouls, et eu égard aux symptômes

déjà décrits, nous pensons à une rupture partielle de grossesse extra-utérine saignant par moments et nous intervenons le 29 août 1922. Anesthésie à l'éther ; laparotomie médiane sous-ombilicale ; nous découvrons de suite un œuf du volume d'une noix à siège péritonéal entre le pavillon de la trompe et l'ovaire, présentant un orifice admettant l'extrémité de l'auriculaire et par lequel se faisait un léger suintement sanguin qui se répandait dans la cavité abdominale. Salpingo-ovariectomie droite sans drainage ; suture de la paroi en 3 plans, suites apyrétiques, normales. Sort le 13e jour. Se trouve à l'heure actuelle en excellente santé avec des règles normales et régulières. Il n'a été constaté au cours de l'intervention que de la rétroversion utérine corrigée par le raccourcissement opératoire du ligament large droit.

Observation V.

Mme C., 30 ans. Père mort à 53 ans par occlusion intestinale ; dans ses antécédents personnels : une grippe, une bronchite et la rougeole ; a été réglée, de l'âge de 16 ans à l'âge de 24 ans, normalement. Grossesse à 24 ans avec, au 3e mois, un début de décollement placentaire ; accouchement normal et suites normales. Elle nourrit son bébé ; ses règles reviennent six mois après l'accouchement, mais l'allaitement la fatigue, elle est très anémiée et ses règles sont par la suite très irrégulières avec des arrêts de deux à trois mois sans douleur, sans hémorragie.

Du 24 juin au 24 août 1921, elle a deux pertes menstruelles, quelques taches à peine, mais elle ne souffre pas et ne présente aucun symptôme de grossesse ; elle est très anémiée, très fatiguée et a très mauvaise mine. Le 24 août 1921, elle ressent de violentes douleurs dans tout le ventre, ayant leur maximum d'intensité vers la fosse iliaque droite accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux ; le soir, elle se sent mieux et sort ; le 25, elle ne ressent plus aucun malaise ; le 26, elle ressent de violentes douleurs dans tout le bas-ventre sans siège précis ; elle a des vomissements et 4 syncopes vers onze heures ; il n'y a pas de perte vaginale, pas de température. Elle s'alite et un médecin appelé pense à de l'appendicite et recommande la diète et le repos. Le repos jusqu'au 30 calme la patiente ; mais ce jour-là, elle se lève et a de suite une syncope alarmante ; elle ressent de grosses douleurs dans l'abdomen ; elle a quelques vomissements, de la diarrhée et un docteur appelé pense à de l'appendicite et, dans la soirée, voyant son état s'aggraver, nous l'envoie à l'hôpital. Nous trouvons une femme très amaigrie, et présentant tout le tableau clinique d'une violente hémorragie interne. Nous intervenons de suite : éther, laparotomie médiane sous-ombilicale, inondation péritonéale. Douglas empli de caillots noirâtres et rupture de grossesse extra-utérine droite, avec œuf perdu dans les caillots, des dimensions d'une petite mandarine, à siège tubo-abdominal ; salpingo-ovariectomie droite ; évacuation du sang et des caillots ; suture de la paroi en 3 plans, traitement de l'hémorragie.

Sortie le 38e jour, complètement remise. Les règles ne sont revenues qu'en janvier 1922. Depuis, se porte très bien ; perd en petite quantité, mais très régulièrement.

Observation VI.

Mme C., 29 ans, rien à signaler dans les antécédents héréditaires. A eu une fièvre typhoïde à 11 ans, une pleurésie à 20 ans, la coqueluche à 27 ans, la grippe en 1918.

A été réglée à 16 ans, régulièrement et sans douleurs avec un peu de retard. Elle est réglée normalement en fin janvier 1923 ; elle n'est pas réglée en février, mais ne ressent aucun malaise. Le 24 mars, elle a une perte qui dure 2 à 3 jours, sans douleur et qu'elle pense être ses règles normales ; après quelques jours d'arrêt, les pertes reprennent et persistent peu abondantes, mais sans arrêt pendant deux mois ; elle n'a aucun malaise, mais seulement quelques coliques de temps à autre ; elle reste allongée. Un docteur consulté, conseille un curetage. C'est alors que notre patiente vient nous consulter, parce qu'elle commence à souffrir beaucoup et que ses pertes sont plus abondantes et deviennent noirâtres. Etat général satisfaisant, pouls accéléré, bas-ventre douloureux, col mou, entr'ouvert, par lequel se fait un suintement noirâtre ; paramètre douloureux et empâté surtout à droite, où l'on perçoit une tuméfaction non mobile et plus douloureuse ; nous diagnostiquons une rupture de grossesse extra-utérine à droite avec hématocèle péri-utérine et faisons entrer la patiente à la clinique Saint-Antoine où nous l'opérons le 22 mai 1923.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, du sang rouge dans la cavité péritonéale. L'utérus est recouvert de sang coagulé noirâtre ; le Douglas est empli de caillots noirâtres ; la trompe droite est tuméfiée et paraît éclatée en sa partie médiane et nous retrouvons dans les caillots un œuf gros comme une très grosse noix ; l'utérus est congestionné, les ovaires sont scléro-kystiques et les trompes paraissent tordues sur elles-mêmes. Nous pratiquons une hystérectomie subtotale rapide ; appendicectomie ; nettoyage de la cavité, suture de la paroi en 3 plans ; suites sans incidents et apyrétiques ; l'opérée quitte la clinique le 15e jour et est, à l'heure actuelle, en excellente santé.

Observation VII.

Mme C. M., 36 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. A été réglée à 15 ans et a toujours eu des règles irrégulières et très douloureuses ; les pertes duraient une moyenne de 6-8 jours avec expulsion de caillots et de sang noirâtre.

En janvier et en février 1922, a perdu régulièrement, mais les règles ont été très douloureuses et accompagnées de vomissements. Le 3 mars a, sans douleur, une très petite perte rouge et le 23 mars 1922, dans la soirée, a des douleurs violentes dans le bas-

ventre ; elle est pâle, décomposée, mais continue à travailler ; le lendemain, elle a le ventre endolori, continue à travailler et prend un bain ; le soir un docteur appelé ordonne le repos et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen ; le 25 mars à 8h. 30, elle ressent une grosse douleur dans le bas-ventre, a des lypothymies et finalement, une syncope sérieuse suivie de vomissements ; à midi, elle est transportée à l'hôpital où nous diagnostiquons une rupture de grossesse extra-utérine. Nous intervenons sur le champ. Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale ; inondation péritonéale ; caillots noirâtres dans le Douglas ; rupture de grossesse tubaire gauche ; salpingo-ovariectomie gauche. Ne sort que le 40e jour de l'hôpital à cause d'un abcès du bras provoqué par une injection.

Retour des règles deux mois après l'intervention, toujours douloureuses. Est à l'heure actuelle en excellente santé et a augmenté de 10 kilogs.

Observation VIII.

Mme C. M., 25 ans. Rien à noter dans les antécédents ; a été réglée à 13 ans et a toujours été bien réglée. A un avortement accidentel, dit-elle, en janvier 1921 après un retard de 20 jours ; les règles reviennent ensuite régulièrement jusqu'en décembre, à début et à époque normale, mais plus abondantes que d'habitude, rouges et sans douleur. Vers la fin de décembre, elle ressent des malaises, des douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire ; pas de nausées ; vers le 30 décembre, la malade ne peut préciser le jour, elle est prise, brusquement dans la rue, d'une violente douleur dans le ventre accompagnée de nausées et d'évanouissement. Elle rentre chez elle et se repose trois heures ; le lendemain, elle se lève ne ressentant plus rien, et elle constate qu'elle a une petite perte rouge. Depuis ce moment et jusqu'à l'acte opératoire, elle perd en petite quantité, mais d'une façon continue, du sang rouge. Un docteur consulté, diagnostique une métrite, trouve un gros col, ordonne le repos, des injections chaudes, des ovules et des cataplasmes ; un deuxième confrère appelé parle d'avortement. Pendant ce temps, la malade a de violentes douleurs abdominales, ne va pas à la selle et perd : la fièvre à s'élève: 38°-39°. Le 14 janvier 1922, elle entre à l'hôpital ; nous trouvons une femme avec un pouls à 120, température 38°, aspect émacié et teint cadavérique ; le ventre est très douloureux, le col entr'ouvert, les culs-de-sacs empâtés ; nous diagnostiquons une rupture de grossesse extra-utérine avec hématocèle et nous intervenons de suite à 20 heures : anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'abdomen est empli de caillots noirâtres ; après nettoyage rapide, nous découvrons une rupture de grossesse tubaire droite. Comme tout le paramètre est infiltré, que l'utérus est volumineux et a une couleur lie-de-vin, avec des adhérences nombreuses, nous pratiquons une hystérectomie subtotale en conservant l'ovaire gauche qui paraît sain. Un drain, 2 mèches de gaze, suture de la paroi en 3 plans. Chute de la température ; évolution excellente ; notre opérée quitte le service le 15e jour.

Nous avons revu notre opérée il y a quelques jours; elle a un aspect florissant et ne ressent aucun malaise.

Observation IX.

Mme M., 27 ans. Rien à signaler dans les antécédents ; a été réglée à 8 ans et a toujours été bien réglée jusqu'à 20 ans ; à cette époque, accouchement à terme normal après grossesse sans incident ; a nourri pendant 2 ans ; les règles sont revenues le 9e mois, à partir de cette époque, les règles reviennent régulièrement avec des avances de 12 à 15 jours. En mai 1919, a une abondante métrorragie ; une deuxième métrorragie en septembre 1919 ; à partir de cette époque, notre patiente souffre continuellement de son bas-ventre, mais les règles sont assez normales.

Elle est réglée normalement vers le 1er juin 1923 ; en juillet, en août, les règles sont absentes ; elle ressent quelques malaises, ses seins augmentent de voceme et sont douloureux par moments ; à la suite de ens symptômes, la patiente est persuadée d'être luceinte.

Vers le 20 août, grosse douleur dans tout le ventre suivie d'une perte noirâtre et obligation de garder le lit. Tout se calme ; le 25 août 1923, nouvelle grosse douleur suivie encore d'une hémorragie noirâtre ; deux jours après, la patiente vient nous consulter ; nous trouvons un utérus très volumineux et une tumeur vers les annexes droites ; col normal ; état général excellent, pouls normal. Par ailleurs, hernies crurales à droite et à gauche volumineuses et très douloureuses. Nous conseillons l'intervention. Le 1er septembre, la malade est dans la rue, s'évanouit et a une perte noirâtre. Puis, tout rentre dans l'ordre. Elle est absolument persuadée que ces symptômes sont dus à la présence de volumineuses hernies crurales et elle ne consent à entrer à la clinique Saint-Antoine, le 4 septembre, 1923, que pour y être opérée de ces hernies. Intervention le 5 septembre, anesthésie générale à l'éther, cure radicale des deux hernies crurales ; en ouvrant les sacs, il s'écoule de la cavité péritonéale à droite et à gauche, un flot de sang noirâtre. N'étant pas autorisé à intervenir, nous terminons rapidement la cure des hernies et au réveil, devant nos déclarations, la patiente se rend à l'évidence et consent à l'intervention que nous pratiquons l'après-midi. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Cavité emplie de caillots noirâtres ; tout le petit bassin est empli de sang coagulé et noirâtre, l'utérus est gros, congestionné, l'hémorragie a fusé dans les espaces cellulaires pelviens, l'ovaire gauche est kystique ; l'ovaire droit est gros, noirâtre ; la trompe est énorme, dilatée et présente à sa partie médiane un orifice béant ; dans les caillots, nous retrouvons un œuf, où il n'est possible de discerner aucun élément, du volume

d'une mandarine. Hystérectomie subtotale rapide, suivie de la résection de tout l'épiploon qui forme une tumeur volumineuse, épaisse et adhérente à la paroi abdominale. Suture de la paroi abdominale en 3 plans. Suites apyrétiques et normales. Sort de la clinique le 22e jour. Se trouve, à l'heure actuelle, en excellente santé.

Observation X.

Mme G., 23 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ; a eu une congestion pulmonaire, il y a 3 ans, a été réglée à 15 ans ; a accouché à 17 ans d'un mort-né à terme après accouchement laborieux ; deuxième grossesse à 18 ans, accouchement normal avec suites normales ; bébé mort le 50e jour de gastro-entérite. Est de nouveau enceinte 7 mois après et accouche normalement et à terme d'une petite fille actuellement âgée de 18 mois.

Les règles sont revenues 7 mois après. Le 2e mois, deux pertes suivies d'efforts pour vomissements et de douleurs abdominales. A partir du 3e mois, elle perd environ tous les 8 à 10 jours et elle souffre beaucoup de son ventre, surtout la nuit. Pendant 5 mois, elle perd et elle souffre, elle a de temps à autre des vertiges et même des lypothymies ; en même temps, il se produit de la surcharge graisseuse et la patiente est énorme, elle augmente de 20 kilogs en 3 mois et elle pèse 98 kilogs. Le moindre effort provoque des douleurs intolérables dans le bas-ventre. Elle est soignée pour surcharge graisseuse et ptose viscérale.

Le 15 septembre 1922, n'avait plus perdu depuis 15 jours, lorsqu'elle a une perte, sans douleur, de sang rouge. Le lendemain, elle est prise de violentes douleurs suivies d'une hémorragie importante et d'évanouissements se répétant tous les quarts d'heure ; il y a en même temps de l'embarras gastrique et la température est à 39°9 et 38°. La patiente reste au lit trois jours, puis se sentant mieux, elle a l'imprudence de se lever et de faire une promenade en voiture . En rentrant, elle a des douleurs atroces dans l'abdomen, des pertes, de la température et un confrère appelé pense à de la salpingite avec pelvi-péritonite. Nous sommes appelé en consultation deux jours après ; nous trouvons une jeune femme très corpulente , le teint est terreux, les traits altérés, la température à 38°8 ; le pouls à 100, les conjonctives sont complètement décolorées ; il est presque impossible de palper l'abdomen excessivement douloureux et ballonné ; il n'y a pas d'arrêt des gaz, ni des matières, pas de vomissements, mais des évanouissements fréquents ; nous constatons des pertes noirâtres ; somme toute, pas de symptôme de péritonite, mais du péritonisme. Col mou, utérus volumineux, culs-de-sacs empâtés ; on sent une grosse tuméfaction coiffant l'utérus et remontant dans la fosse iliaque gauche ; diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine à gauche avec hématocèle. Nous faisons entrer la patiente à la clinique Saint-Antoine où nous intervenons le 24 septembre 1922. Laparotomie médiane sous-ombilicale après anesthésie à l'éther ; des caillots noirâtres emplissent la cavité ; hématocèle péri-utérine envahissant les espaces cellulaires pelviens, décollant le rectum et l'anse sigmoïde et remontant vers la fosse iliaque gauche ; utérus très gros, friable ; ovaire droit avec de gros kystes ; la trompe gauche est énorme, dilatée et éclatée à sa partie médiane ; nous trouvons dans les caillots un œuf du volume d'une orange sans qu'il soit possible d'en discerner les éléments. Hystérectomie subtotale immédiate après nettoyage ; drainage, suture de la paroi en 3 plans ; chute de la température ; suites normales. Sort de la clinique le 23e jour. Est à l'heure actuelle en excellente santé.

Observation XI.

Mme P., 24 ans, nullipare ; rien à signaler dans les antécédents, réglée à 14 ans. Le 1er mai 1921, après un retard de règles de un mois et demi accompagné de nausées, vomissements, modifications du côté des seins, qui lui font supposer qu'elle est enceinte, elle est prise vers 7 h. du matin, en se levant, d'une douleur brutale et atroce dans le bas-ventre ; elle vomit et tombe en syncope ; la journée et le jour suivant, alternatives de faiblesse, douleurs, syncopes, sueurs froides. Un médecin appelé pense à des coliques hépatiques. Le surlendemain, pertes de sang noirâtre. Ce n'est que quinze jours après que, devant un état général alarmant avec pertes de sang, frissons, fièvre élevée, coliques, pensant à un avortement, l'on me fait appeler. Malade prostrée, nez pincé, yeux excavés, extrémités froides, teint subictérique, violentes douleurs abdominales, avec vomissements ; température 38°5 ; pouls 140. Col mou et entr'ouvert ; une grosse tumeur en croissant, séparée du col par un sillon qui occupe le cul-de-sac postérieur et se prolonge vers les deux fosses iliaques, remontant jusqu'à 6 cent. au-dessus du pubis. Le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine avec hématocèle s'imposait.

Nous faisons transporter la patiente à la clinique Saint-Antoine où nous intervenons le soir même ; anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale ; sang rouge libre dans la cavité ; nous effondrons une poche hématique remontant à 5 cent. au-dessus du pubis contenant des caillots noirâtres et un œuf libre, du volume d'une mandarine que nous évacuons ; le sang a infiltré tous les tissus cellulaires du petit bassin, soulevant le rectum et l'anse sigmoïde qui ont une teinte noirâtre ; utérus friable violacé ; ovaire gauche kystique ; la trompe droite est énorme, dilatée et éclatée au niveau du pavillon indiquant que l'on a eu à faire à une grossesse tubo-abdominale ; nous pratiquons rapidement, après nettoyage, une hystérectomie subtotale ; drainage, suture de la paroi en trois plans. Relèvement rapide de l'état général ; notre opérée quitte la clinique le 15e jour. Elle est à l'heure actuelle en excellente santé.

Observation XII

Mme B. S., 26 ans. Entrée dans notre service hospitalier fin juin 1921. A présenté, il y a un an, à la suite d'un avortement, de la pelvi-péritonite. A l'heure actuelle, pertes blanches abondantes, ulcérations du col ; présente un utérus volumineux et douloureux ; annexes à droite volumineuses et adhérentes ; a un retard d'environ un mois. Anesthésie à l'éther ; laparotomie médiane sous-ombilicale, utérus volumineux et congestionné ; volumineux pyosalpinx à droite adhérent dans le petit bassin ; la trompe gauche est volumineuse, dilatée à sa partie médiane et on découvre, à ce niveau, une tumeur de couleur noirâtre du volume d'une grosse noix. Nous pratiquons sur le champ une hystérectomie totale ; drainage abdominal et vaginal ; surture de la paroi en 3 plans. La trompe gauche contenait un œuf avec membranes et organisation placentaire sans éléments embryonnaires nettement décelables. Suites apyrétiques et normales. Sortie de l'hôpital le 22e jour.

***

D'après l'exposé de nos observations, nous pouvons nous rendre compte que, depuis que nous avons fait entrer dans le domaine chirurgical le traitement de la grossesse extra-utérine et de ses complications, cette anomalie de l'insertion de l'œuf considérée autrefois comme rare, se révèle à nous au contraire comme très fréquente. Elle entre, en ce qui nous concerne, dans notre statistique opératoire personnelle dans la proportion de 5 %.

Nous avons eu neuf cas de grossesse tubaire vraie, un cas de grossesse péritonéale primitive et deux cas de grossesse tubo-abdominale. Cinq cas siégeaient à gauche et sept cas à droite ; nous n'avons observé aucun cas de grossesse tubaire interstitielle ou ovarienne ; la grossesse tubaire vraie paraît par conséquent être le plus fréquente.

Nos opérées sont toutes des femmes jeunes ; la plus jeune a 20 ans, et une seule dépasse la trentaine. Il est à noter qu'elles ont été réglées assez tard : une à douze ans, deux à treize ans, deux à quatorze ans, deux à quinze ans, trois à seize ans, une à dix-sept ans et la dernière à dix-huit ans seulement, ce qui indique chez toutes ces femmes une formation génitale tardive.

Six avaient des règles régulières et six des règles irrégulières et douloureuses.

Six sont des nullipares ; deux ont eu un avortement chacune ; trois ont eu une grossesse normale ; une a eu 3 grossesses à terme.

Il est à noter que, dans sept cas, la cause de la grossesse extra-utérine paraît provenir des ovaires qui étaient parsemés de kystes plus ou moins volumineux ; dans deux cas, nous avons trouvé un utérus en rétrodéviation complète avec coudures des trompes ; dans un cas, nous avons trouvé de la métrite, un pyosalpinx à droite et de la salpingite à gauche ; dans deux cas, nous n'avons rien constaté, mais ces deux femmes avaient des règles douloureuses, signature d'une atrésie tubaire.

L'utérus est toujours augmenté de volume, ramolli, très vascularisé ; la trompe gravide est toujours assez augmentée de volume, violacée, vascularisée ; nous avons toujours retrouvé un œuf dans les caillots, mais il est en général impossible d'en dissocier les éléments. La trompe du côté non gravide ne présente pas dans nos cas de manifestations spéciales.

Nous notons qu'aucune de nos grossesses n'a évolué au delà du troisième mois, l'accident s'est toujours produit avant cette date. Nous n'avons constaté ni hématosalpinx ni avortement tubaire ; dans onze cas, nous avons assisté à la rupture tubaire et nous avons saisi le 12e cas sur le vif, avant tout accident.

Il est excessivement rare de voir évoluer une grossesse ectopique sans complication, car l'avortement et la rupture tubaire sont l'aboutissement habituel de cette anomalie.

En général, on ne voit ces femmes qu'au moment de l'accident ; aucune de nos opérées ne s'était fait examiner antérieurement ; quelques-unes pensaient être enceintes, ayant resssenti quelques malaises, quelques vomissements ou ayant eu un retard dans leurs règles ; d'autres n'ont rien ressenti d'anormal et ont cru à une irrégularité dans leurs époques ; en interrogeant par la suite nos opérées, nous avons pu même voir que certaines avaient continué à perdre, mais que les pertes avaient été, soit plus, soit moins abondantes que d'habitude ; parfois ces pertes ont été noirâtres, mais d'autres fois aussi, elles ont été rouges et normales. Signalons que le plus grand nombre de nos opérées a ressenti avant tout accident des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner, de la constipation ou de la diarrhée. Toutes présentaient un utérus augmenté de volume avec un col entr'ouvert et ramolli ; toutes présentaient de l'empâtement des culs-de-sacs vaginaux.

Dans trois cas, nous avions au toucher bimanuel la même sensation que pour une salpingite plus ou moins volumineuse, et nous avons perçu un pouls vaginal dû à l'intense vascularisation de la région.

Nous avons saisi sur le vif une grossesse tubaire en évolution au cours d'une laparotomie pour pyosalpinx ; dans les onze autres cas nous avons assisté à la complication.

Dans trois cas seulement, nous avons assisté à l'hématocèle cataclysmique, à l'exsudation péritonéale ; sans aucun symptôme prémonitoire, ces jeunes femmes en pleine santé ont ressenti comme un coup de poignard dans le bas-ventre, se sont évanouies, puis ont eu des nausées, des vomissements ; le facies a été de suite pâle,

crispé, les téguments décolorés, le pouls filant ; la laparotomie immédiate seule nous a permis de sauver ces femmes.

Dans d'autres cas, le début a été moins dramatique ; mais il y a toujours eu des douleurs vives dans le bas-ventre, une tendance aux vomissements et à la syncope, des pertes de sang noirâtre, puis tout a paru rentrer dans l'ordre pendant un à deux jours ; ensuite les douleurs avec nausées et pertes noirâtres ont repris ; le ventre est devenu ballonné et douloureux ; le col est entrouvert, les culs-de-sacs douloureux, avec sensation de tumeur ou d'empâtement ; le facies est peu altéré ou même pas altéré du tout.

Dans d'autres cas, nous avons pu évoquer la formation de l'hématocèle enkystée ; nous avons trouvé des femmes qui, étant passées par les deux stades ci-dessus signalés, ont pris un aspect terreux et péritonéal, ont eu de grosses douleurs abdominales ; le toucher et le palper permettaient de découvrir une tumeur englobant l'utérus et remontant même très haut dans l'abdomen ; cette tumeur peut même prendre une consistance ligneuse ; en même temps, le pouls s'accélère et la température monte ; nous avons eu des 38°5 et des 39°5 ; cette fièvre est due à la résorption du sang épanché. En même temps, nous avons constaté du subictère, de l'anorexie, des troubles de compression du rectum et de la vessie.

Dans un cas, nous avons constaté, en plus de l'hématocèle péritonéale, une hématocèle extra-péritonéale, le sang s'étant collecté dans le ligament large et ayant décollé le rectum et l'anse sigmoïde.

Nous n'avons pas assisté à la suppuration de la poche hématique.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant tout accident est chose délicate ; cependant, ainsi que le dit Brindeau : « le fait de trouver une tumeur placée sur un des côtés et en arrière de l'utérus chez une femme ayant eu des signes de grossesse, doit faire penser à la possibilité d'une grossesse ectopique ».

On peut penser à une salpingite, à une rétroversion, à un fibrome de la face postérieure, mais les modifications des règles, l'étude des antécédents, la présence habituelle de pertes noirâtres mettent sur la voie du diagnostic; ce qui n'a pas empêché dans un de nos cas la coexistence d'un pyosalpinx avec une grossesse ectopique.

L'inondation péritonéale est d'un diagnostic qui s'impose ; les symptômes d'hémorragie interne ne permettent de confondre cet accident avec aucun des autres drames abdominaux.

Le diagnostic de l'hématocèle en voie de formation ou de l'hématocèle enkystée est plus délicat ; on peut hésiter avec une pelvi-péritonite, une salpingite, un fibrome utérin, un avortement avec suites septiques. Nous avons toujours basé notre diagnostic sur le ballonnement abdominal, le faciès terreux, la décoloration des téguments, la fréquence du pouls et l'étude minutieuse de l'évolution de l'accident, et dans l'observation X nous avons confirmé le diagnostic par la numération globulaire qui n'a pas permis de déceler de leucocytose.

Nous avions été appelé directement par sept patientes à domicile ; nous en avons opéré deux dans notre service hospitalier et cinq à la clinique St-Antoine, et chaque fois l'intervention a confirmé le diagnostic. Cinq autres patientes nous ont été adressées à l'hôpital, une seule avec le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ; ce qui indique que les praticiens ne songent pas assez à l'extrême fréquence de cette anomalie.

Nous posons en principe que le diagnostic doit être établi dans tous les cas rapidement ; dans ces conditions, l'intervention chirurgicale s'impose et le pronostic sera en proportion de la précocité de cette intervention ; c'est ainsi que nous n'avons eu à déplorer aucune mortalité.

Le traitement de la grossesse extra-utérine est uniquement chirurgical, et toute discussion à ce sujet est oiseuse, inutile et nuisible, qu'il s'agisse de grossesse extra-utérine diagnostiquée avant tout accident, qu'il s'agisse d'inondation péritonéale, d'hématocèle péri-utérine récente ou ancienne, il n'y a qu'un recours : la laparotomie médiane sous-ombilicale, la voie haute qui permet de nettoyer, d'y voir clair, d'extirper ce qui est détruit, d'être conservateur ou d'être radical s'il le faut, mais en toute connaissance de cause ; c'est ainsi que selon les cas, nous avons dû recourir à la salpingo-ovariectomie, à l'hystérectomie subtotale, à l'hystérectomie totale dans un cas, et que dans un autre cas, nous avons pu conserver un ovaire.

Dans tous les cas, nous sommes d'avis qu'il faut draîner pendant 48 heures au moins ; les opérées retirent de ce procédé le plus grand bien.

Nous n'avons pas à insister sur le traitement de l'hémorragie et du shock avant et après l'intervention par le sérum intra-veineux, la transfusion, etc.

Nous avons toujours utilisé l'éther pour l'anesthésie, et nous n'avons observé aucune complication.

Nous espérons qu'à la suite de cette étude, les praticiens qui nous lisent penseront toujours à la grossesse extra-utérine et en parleront souvent. Ils éviteront ainsi bien des erreurs de diagnostic, bien des temporisations inutiles autant que dangereuses. Ils auront ainsi le mérite d'avoir, par un diagnostic qui à la réputation d'être délicat à établir, provoqué l'intervention. La satisfaction d'avoir contribué à sauver une femme dans un état désespéré sera aussi grande pour eux que pour le chirurgien.

SÉMÉIOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Les Palpitations [1]

d'après Ch. LAUBRY,

Médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le Dr Ch. Laubry, médecin de l'hôpital Cochin, vient de faire paraître, chez l'éditeur Gaston Doin, une série de *leçons de séméiologie cardio-vasculaire* où l'étude des *troubles fonctionnels* est faite avec un remarquable sens clinique. M. le Dr Ch. Laubry a analysé chaque symptôme avec minutie et précision et a mis, avec une grande clarté, en relief les déductions diagnostiques que l'on peut tirer de ses caractères. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée des belles leçons cliniques du Maître, que d'en analyser une.

***

La définition des palpitations de Laënnec, adoptée par Potain, est la suivante : *Les palpitations sont des battements du cœur sensibles et incommodes pour le malade.* Le Dr Ch. Laubry la complète en qualifiant les palpitations de *sensations conscientes des battements cardiaques et ordinairement accompagnées d'un trouble plus ou moins profond de leur rythme.* Cette conscience des battements du cœur différencie les palpitations de la tachycardie et des arythmies.

Les palpitations se divisent, selon que le rythme vient de l'excitation du lieu habituel qui le fait naître (nœud sinusal) : ce sont les *palpitations à rythme nomotope*, ou des foyers nouveaux d'excitation se sont substitués au foyer d'excitation sinusal, ce sont les *palpitations avec rythme hétérotope* où de nouvelles contractions viennent interférer ou supprimer les contractions normales.

I. — Les PALPITATIONS A RYTHME NOMOTOPE peuvent se subdiviser en plusieurs modalités :

a) *Le rythme est normal.* Sous l'influence des émotions, dans le calme de la nuit, du fait d'un décubitus (plus souvent le latéral gauche), la conscience des battements normaux du cœur peut se manifester. Cette conscience est rarement pénible, mais parfois elle devient gênante, obsède et inquiète celui qui en est l'ojbet.

b) *Le rythme est uniformément accéléré.* Dans ces palpitations, il y a souvent à la fois augmentation de l'énergie des contractions du cœur et acuité plus grande des centres nerveux qui se laissent plus facilement impressionner. Souvent, comme chez les basedowiens et certains nerveux, c'est le médecin, qui signalant la tachycardie jusque-là inconsciente, amène le malade à s'observer lui-même.

c) *Le rythme est instable.* Dans ce cas, il y a déséquilibre du cœur. Les changements de rythme se manifestent sous toutes les influences : effort, marche, émotion, travail organique, et donnent lieu à une série continue de sensations.

d) *Palpitations des bradycardies.* C'est dans les bradycardies *sinusales*, qui ne sont qu'une expression de la vagotonie, que ces palpitations se manifestent.

II. PALPITATIONS ET RYTHME HÉTÉROTOPE. Aux palpitations précédentes, que Potain appelait hyperkinésiennes, s'opposent les palpitations *arythmiques* des contractions hétérotopes qui vont de l'extrasystole isolée aux tachycardies paroxystiques.

a) *L'extra-systole*, si bien étudiée par Vaquez, est parfois inconsciente.

Mais souvent, elle donne lieu à une sensation qui permet de l'analyser. D'abord, elle se manifeste par un *choc supplémentaire* instantané, fugace, non douloureux, parfois simple (coup de bélier, pincement, torsion du cœur, afflux de sang), parfois un battement décomposé par le malade en deux bruits. Puis, survient la *pause compensatrice*, l'arrêt du cœur

Enfin, survient la grosse *pulsation post-extra-systolique* qui termine douloureusement la succession rapide de ces sensations précises. Ce phénomène peut être perçu en entier par le malade ou seulement dans un ou deux de ses temps.

Parfois les extra-systoles se multiplient ; entre le spasme initial et le coup de bélier final se place un amas confus de battements précipités, des troubles des voisinages, des *sensations associées* viennent se surajouter ; ce sont des répercussions sur la paroi thoracique, sur le creux épigastrique, des irradiations spasmodiques au larynx, de la toux convulsive, de la raideur de la nuque, des mâchoires. Des algies se surajoutent ; il survient des douleurs de l'épaule et du membre gauches, créant une véritable *angine extra-systolique.*

Des répercussions lointaines (vide de la pensée, obnubilation passagère, éblouissement, ébauche de vertige, sensation de battement des artères jusque dans les doigts) se produisent, provoquant chez certains malades nerveux des obsessions, une anxiété qui peut être permanente, une véritable phobie de l'arrêt du cœur.

Parfois, le malade sombre dans la neurasthénie ou la mélancolie, parfois l'accoutumance se fait ; parfois l'arythmie disparaît avec sa cause.

b) *La tachycardie paroxystique.* L'accès classique consiste en une crise qui surprend le malade sans motif ou pour une cause futile. Tantôt, le cœur s'affole brusquement, double ou triple son allure dans un dé-

---

(1) Ch. LAUBRY. — Leçons de séméiologie cardio-vasculaire. Les Troubles fonctionnels. Un vol. de 500 p. : 35 frs. (G. Doin, éditeur, Paris).

clanchement parfois pénible, même dramatique ; tantôt l'affolement se fait prévoir par des signes de révolte du cœur, des battements isolés extra-systoliques, de véritables « ratés » si l'on compare le cœur à un moteur d'automobile.

Le malade prend conscience des battements précipités qui s'accompagnent de gêne thoracique vague, suivie de sensation de barre, d'étreinte précordiale, de raideur dans le cou ou la nuque, de constriction épigastrique, de pulsations stomacales, de distension abdominale. La respiration est gênée et il se produit un véritable accès asthmatiforme.

Selon les malades, on observe des vertiges, des éblouissements, de la défaillance des membres inférieurs, une véritable lipothymies, des nausées sans vomissements, des accès de toux quinteuse et sèche, des envies d'uriner, d'aller à la selle, etc. L'attitude des malades est des plus variables selon leur énergie.

La crise s'arrête brusquement comme elle a débuté, parfois avec une polyurie critique ou des éructations.

La répétition des accès, leur nombre, leur durée sont des plus capricieux. Les formes cliniques de la tachycardie paroxystique sont variables. On a décrit une forme *syncopale*, une forme *angineuse*.

Malgré l'apparence bénigne des accès, il faut toujours craindre la mort subite éventuelle ou l'insuffisance cardiaque progressive. Se méfier lorsque la crise dure plus de vingt-quatre heures, craindre un dénouement imprévu et fatal.

c) *Tachysystolie auriculaire et tachyarythmie.* Dans la tachysystolie auriculaire, les battements précipités des oreillettes sont suivies par les contractions relativement lentes des ventricules. Le malade a une sensation de plénitude thoracique, des éblouissements, des défaillances, de la pâleur et des sueurs profuses qui apparaissent brusquement. A un degré plus accentué survient l'arythmie complète entrecoupée de paroxysmes, et dont le sujet a peu conscience.

Il est à remarquer que ces palpitations sont d'autant moins graves qu'elles sont plus violemment ressenties.

II. Diagnostic différentiel des palpitations. — Ce diagnostic différentiel n'existe pas à vrai dire. Une tachycardie angineuse est une véritable angine de poitrine. Le diagnostic important est le diagnostic de la cause.

III. Diagnostic étiologique. — L'état du myocarde joue le rôle le plus important dans les palpitations. Il ne faut pas sans un sévère examen rejeter la cause sur l'excitabilité nerveuse, et celle-ci, quand elle existe, brode souvent de réelles variations sur un *thème lésionnel.* Les palpitations masquent souvent une lésion fruste qui s'objective peu ou pas, mais n'en existe pas moins (rétrécissement mitral ou pulmonaire, endocardite rhumatismale, etc.). Parfois, les palpitations annoncent le début d'une endocardite, d'une péricardite rhumatismale ou infectieuse.

Les palpitations sont aussi un signe banal dans les maladies chroniques du cœur, aortiques ou mitrales avérées.

Les palpitations sont fréquentes dans les aortites, qu'elles soient thoraciques ou abdominales, qu'elles soient légères ou qu'elles aillent jusqu'à la formation d'anévrysmes.

Chez les malades hypertendus ou artério-scléreux, les palpitations indiquent souvent un mauvais état du myocarde et l'insuffisance ventriculaire gauche.

Les palpitations se manifestent dans toutes les anémies, depuis la chloro-anémie jusqu'aux anémies symptomatiques de néoplasmes.

Les palpitations survenant au cours de lésions nerveuses exigent des réserves sur leur étiologie, depuis que l'on connaît le rôle pathogénique important de la syphilis, tant dans les affections nerveuses que dans les lésions cardio-vasculaires.

Les palpitations dites réflexes doivent être aussi acceptées avec réserves. Ainsi, les palpitations digestives ne signifient pas toujours que les palpitations dérivent directement de troubles digestifs, mais bien que ces troubles et les phénomènes cardiaques sont provoqués par une cause commune qui est l'excitation ou l'excitabilité anormale du système autonome.

Les affections pleuro-pulmonaires et médiastinales font palpiter le cœur, parfois ces palpitations sont un signe avant-coureur de la tuberculose d'un sommet pulmonaire.

Les palpitations dans les affections génitales de la femme sont souvent le résultat du déséquilibre nerveux provenant d'une perturbation de la sécrétion ovarique. Enfin, il en est d'origine rénale, hépatique, névralgique.

Les toniques du myocarde (tabac, café, thé, alcool) déterminent des palpitations. Pour le tabac, elles cèdent à une diète absolue et définitive. Enfin, l'influence des troubles des sécrétions endocrines sur les palpitations est indéniable, mais il est encore difficile de préciser les conditions qui les déterminent.

IV. Valeur séméiologique et pronostique des palpitations. — Sur ce point, il faut se doter d'un mélange d'optimisme et de réserve.

Souvent, on peut envisager les palpitations sous un angle favorable, mais il faut être réservé quand, derrière elles, on dépiste une lésion cardiaque chronique ou aiguë. L'on doit redouter les palpitations qui surviennent après des fièvres infectieuses, graves ou prolongées, notamment la diphtérie, ou au cours d'intoxication profonde (alcoolisme), chez les valvulaires, les hypertendus, quand on constate l'assourdissement des bruits du cœur ou le bruit de galop.

Sauf chez la femme, à cause de la ménopause, le pronostic s'assombrit quand les palpitations surviennent après la cinquantaine.

Les tachycardies paroxystiques, les crises arythmiques sont des formes sévères.

Potain affirmait que tout malade consultant pour des palpitations était indemne d'une maladie de cœur. M. Laubry s'élève contre ce qu'il y a de trop

absolu dans cette sentence, mais il pense que les palpitations les plus violentes et les plus douloureuses sont loin d'être les plus graves. Mais, quand un tachycardique n'a plus conscience de son infirmité, qu'il se croit guéri, alors que l'auscultation démontre qu'il ne l'est pas, il convient de se montrer très réservé sur le pronostic.

J. NOIR.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Paris

Les enseignements de la cuti-réaction. L'Immunité antituberculeuse.

La cuti-réaction a définitivement mis en lumière un fait capital, depuis longtemps démontré par l'anatomo-pathologie, mais auquel on n'avait pas prêté une attention suffisante : c'est que *la fréquence de l'infection bacillaire* (que celle-ci soit au repos ou en activité) *augmente avec l'âge*, et que, en Europe, presque tous les adultes (97 p. 100 d'après les statistiques) sont infectés. D'après les travaux du Pr MARFAN, les cuti-réactions positives seraient de 10,5 p. 100 jusqu'à 1 an, de 24,3 p. 100 de 1 an à 2 ans, de 32,8 jusqu'à 3 ans, de 45 % jusqu'à 4 ans, de 72 % de 8 à 9 ans, de 87 p. 100 de 10 à 11 ans, de 89,7 de 14 à 15 ans. *C'est donc dans les 15 premières années de la vie que l'homme s'infecterait le plus.*

Ainsi la *tuberculose n'est presque jamais congénitale* ; elle est presque toujours acquise. *Presque jamais, l'enfant de parents tuberculeux ne naît tuberculeux ; ce qu'on prenait pour une prédisposition héréditaire à la tuberculose est le résultat de la contagion familiale.* Et l'influence dystrophiante de la tuberculose des parents n'est rien moins que démontrée. La *tuberculose des ascendants n'a donc pas sur les rejetons cette action désastreuse qu'on admettait naguère.*

Enfin, les premières atteintes de cette infection immunisent la plupart des hommes.

Une remarque s'impose ici : l'immunité pour les infections aiguës est tout à fait différente de l'immunité pour les infections chroniques ; la première résulte d'une guérison complète ; la seconde est, au contraire, fonction d'infection continue ; pour la tuberculose comme pour la syphilis, la guérison fait perdre l'immunité. Celle-ci semble due à des anticorps, dont la formation exige la présence de quelques bacilles vivants dans l'organisme, elle ne peut exister sous la persistance dans l'organisme d'un foyer virulent.

Cette immunité s'acquiert surtout entre 1 an et 15 ans ; avant l'âge de 18 mois, surtout avant 1 an, elle s'établit rarement, d'autant plus rarement que l'enfant est plus jeune. Elle semble s'élaborer principalement dans les foyers ganglionnaires de l'infection bacillaire. Les enfants, qui, lors d'une première infection bacillaire n'acquièrent pas cette immunité, au moins à un certain degré, succombent aux progrès de cette première atteinte. Il semble aussi que l'acquisition de cette immunité soit favorisée par l'hérédité ; la *transmission héréditaire de l'immunité paraît être*, dit le Pr Marfan, *un des facteurs de la résistance du nourrisson.* Cette faculté héréditaire d'acquérir l'immunité est très peu marquée avant six mois ; elle n'est alors qu'en puissance, puisqu'elle se développe peu à peu ; appréciable à partir d'un an, elle est surtout manifeste après deux ans. *D'où cette notion capitale pour la prophylaxie : il n'y a pas de période de la vie où il soit plus nécessaire de soustraire l'homme à la contagion tuberculeuse que celle des deux premières années.*

Cette immunité permet à ces porteurs sains de foyers bacillaires de résister à de nouvelles contagions, pourvu qu'elles soient paucibacillaires et assez éloignées, comme le sont toutes celles que subissent les hommes civilisés. Mais il est probable qu'elle ne les rend pas toujours capables de résister à des infections massives ou répétées coup sur coup ; heureusement, celles-ci se produisent rarement dans les conditions ordinaires de la vie.

Cependant, quand chez un adulte porteur depuis son enfance d'un foyer bacillaire au repos, on assiste au début d'une évolution tuberculeuse, il est le plus souvent impossible de savoir s'il s'agit d'une infection nouvelle venue du dehors ; on peut penser alors qu'il y a auto-infection parce que le sujet a perdu son immunité sous l'influence d'une cause connue ou inconnue. Parmi les causes connues peuvent être rangées celles que les anciens auteurs considéraient comme des causes prédisposantes : alimentation insuffisante, surmenage, hygiène défectueuse, alcoolisme, grippe, coqueluche, rougeole, etc.

Telles sont les notions intéressantes, qui résultent d'une étude systématique de la cuti-réaction. (*La Presse médicale*, 22 décembre 1923.)

Kystes osseux essentiels de l'adolescence.

Sous ce titre, dit le Dr J. SÉNEQUE, doivent être groupés un certain nombre de kystes osseux, car

ils ont une symptomatologie et une évolution particulières, et que leur traitement paraît à l'heure actuelle nettement établi.

« C'est une maladie bénigne de la période de la croissance, se localisant sur les os longs des membres, en particulier au voisinage de l'épyphyse fertile, caractérisée par une formation kystique solitaire avec lésions d'ostéite fibreuse ».

Le maximum de fréquence serait entre sept et quinze ans, les deux sexes paraissent également touchés ; aucune cause prédisposante dans les antécédents. Les trois os les plus souvent touchés sont l'humérus, le fémur et le tibia. Du volume d'une noisette à celui d'un œuf, ces kystes siègent au niveau du point de jonction de la diaphyse et de l'épiphyse, respectant toujours le cartilage diaphyso-épiphysaire, avec tendance à se prolonger vers la diaphyse.

Ces kystes distendent l'os, au point que leur paroi extérieure peut n'être plus recouverte que par une mince couche d'os, ou simplement par le périoste, et même se rompre ; leur face interne est lisse, leur cavité est vide ou traversée par des travées fibreuses. Ce sont, au point de vue anatomo-pathologique, des *pseudo-kystes*, car la caractéristique des kystes fait défaut (revêtement de la paroi intérieure par du tissu endothélial ou épithélial).

Au point de vue *clinique*, ils présentent une longue période de latence, avec parfois de petits signes révélateurs. Schématiquement, trois symptômes peuvent attirer l'attention du malade ou du chirurgien : *tumeur, douleur, fracture spontanée* ; il n'y a ni signes inflammatoires, ni adénopathie ; jamais de métastases. L'évolution est extrêmement lente.

La radiothérapie ne peut servir ni au diagnostic, ni au pronostic ; elle n'est que le complèment de l'examen clinique, les notions d'âge et d'évolution étant retenues. Le seul élément de certitude repose sur l'incision du kyste et l'examen histologique d'un fragment prélevé.

Le *traitement* peut être différé, si le kyste est peu gênant, porte sur un os secondaire, ou surtout s'il y a eu fracture, car celle-ci amène parfois la guérison. Mais il s'impose, si le kyste est gênant, ou progresse, si la fracture ne se consolide pas. Il faut alors pratiquer le curettage du kyste après résection partielle. Pour hâter la restitution fonctionnelle et pour se mettre à l'abri des fractures récidivantes on a proposé de faire suivre l'évidement d'une greffe ostéo-périostique de Delagénière. Quant à la résection véritable, elle est contre-indiquée par la notion de bénignité du kyste osseux. (*La Presse médicale*, 19 février 1924.

Sur la base physico-pathologique de l'épreuve de la diurèse provoquée.

Cette épreuve a été recommandée dernièrement par M. Violle, dans le but de savoir comment il fallait faire boire les hypertendus, sous une forme dérivant de celle proposée autrefois par MM. H. Vaquez et J. Cottet. Mais ces auteurs croient devoir apporter quelque réserve à cette forme nouvelle, qui tient compte seulement de l'*élasticité fonctionnelle* rénale, et non pas aussi des *conditions de circulation de l'eau dans l'organisme*, facteurs extra-rénaux.

Il n'est, en effet, pas toujours très simple d'évaluer l'élasticité fonctionnelle du rein, ou mieux son pouvoir sécrétoire d'après les variations de débit et de concentration urinaire, susceptibles de se produire à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité d'eau. Ces variations peuvent, en effet, dans les conditions pathologiques, être très atténuées ou supprimées par deux mécanismes différents : ou bien le rein, diminué dans son pouvoir sécrétoire, ne peut pas se prêter à la sécrétion plus rapide et plus abondante de l'eau qui lui est apportée ; ou bien, au contraire, le pouvoir sécrétoire étant intact, l'eau ingérée n'est éliminée que lentement, parce que, au lieu de circuler librement dans l'organisme, elle y est plus ou moins retenue par les multiples facteurs de rétention hydro-chlorurée, indépendants du pouvoir sécrétoire rénal. Dans les deux cas, il y aura uniformisation du débit urinaire, et celle-ci ira de pair, dans le premier cas, — qui est celui de la néphrite chronique atrophique (néphrite azotémique) avec la polyurie et l'abaissement de la densité urinaire, et, dans le second, qui est celui de toutes les rétentions hydro-chlorurées hydropigènes, avec l'oligurie et une concentration urinaire élevée, dont témoigne le chiffre de la densité.

Il faut donc mesurer le *volume* et la *densité* de l'urine de chacune des mictions se produisant pendant la matinée chez un sujet, qui, en état d'équilibre chloruré, a bu, le matin à jeun, 3 fois 200 cmc. d'eau d'Evian à 15 minutes d'intervalle, et qui garde la position couchée, en ayant bien soin de déterminer le débit et la concentration urinaires avant le début de l'épreuve et en comparant les résultats obtenus dans le clinostatisme avec ceux obtenus dans l'orthostatisme. On a ainsi tous les éléments permettant d'établir la courbe des variations de débit et de concentration urinaires, provoquées par l'ingestion hydrique. (*La Presse médicale*, 6 février 1924.)

Province et Divers

Abcès rénaux et périrénaux métastatiques à staphylocoques.

Après avoir établi que le staphylocoque joue un rôle important dans la plupart des infections de l'appareil génito-urinaire, M. Bratchinatz

fait une *étude très complète des abcès périnéphrétiques et des suppurations rénales*. Si l'on admet cliniquement qu'il en existe deux grandes variétés, les abcès symptomatiques au cours des lésions chroniques du rein (tuberculose et lithiase) et comme complication de maladies générales : les abcès primitifs,— ceux-ci méritent cette qualification parce qu'ils apparaissent en dehors de toutes lésions rénales cliniquement appréciables chez un individu paraissant en bonne santé.

Ce qu'il y a d'intéressant, dans cette étude, c'est la démonstration qu'elle fournit que ces abcès dits primitifs ne sont habituellement que des manifestations métastatiques d'une lésion minime initiale, d'où est parti le staphylocoque, cause de l'infection. Il s'agit, en effet, le plus souvent de furoncles, d'anthrax, de panaris, d'angines, d'infections pleuro-pulmonaires, de gastro-entérites, etc.

Voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur, qui résument son exposé :

« Les abcès rénaux et périrénaux à staphylocoques, dits primitifs,s ont en réalité des métastases parties d'un foyer d'infection minime parfois et la plupart du temps superficiel : furoncle, anthrax, panaris, etc.

« Ces notions ont ét éétablies expérimentalement par Albarran : elles ont été pleinement confirmées par la clinique.

« La métastase est réalisée presque toujours par une bactériémie qui atteint d'habitude en premier lieu le rein, et secondairement la capsule adipeuse périrénale.

« Dans d'autres cas, la capsule graisseuse est infectée à l'exclusion du parenchyme rénal.

« L'existence d'une douleur exquise au niveau de l'angle costo-vertébral, la contracture de la paroi, la fièvre, sont des symptômes importants qui mettent sur la voie du diagnostic. Celui-ci est parfois difficile en l'absence de signes urinaires.

« Le traitement consiste dans l'incision des collecctions suppurées (ouverture de la capsule adipeuse, néphrotomie, exceptionnellement néphrectomie).

« La vaccinothérapie antistaphylococcique (stock-vaccin et surtout auto-vaccin) constitue un adjuvant très utile du traitement chirurgical ; fréquemment même, elle permet d'éviter d'avoir recours au bistouri ». (*Strasbourg Médical*, 5 mars 24.)

La varicelle est-elle variole ou zona ou bien entité définie ?

L'identité d'origine de la varicelle et du zona a été soutenue à l'Académie de médecine par Netter. Nous avons nous-mêmes publié quelques faits, communiqués par certains de nos correspondants, semblant montrer une certaine *étroitesse de rapports entre le zona et la varicelle*.

Or, la question vient d'être reprise en détail par M. Levrat, à la faveur des observations nombreuses qu'il a recueillies au cours d'une épidémie locale.

Sans suivre l'auteur dans son exposé, nous nous bornerons à reproduire ses longues et judicieuses conclusions :

I. — La varicelle est une affection de type varioloïde, mais qui ne saurait être assimilée à la variole, et qui ne peut être considérée comme une variole atténuée.

II. — La varicelle, jusqu'à plus ample démonstration, ne saurait être confondue avec le zona.

Nous nous basons, pour discuter l'opinion de Netter considéré comme le plus récent défenseur de cette idée, sur les faits suivants :

1° La contagiosité de la varicelle est un fait avéré, celle du zona est du domaine de l'hypothèse ;

2° Le zona, maladie infectieuse, non encore démontrée, n'est pas inoculable, la varicelle l'est ;

3° L'immunité du zona à varicelle est démentie par de nombreuses observations ;

4° Les réactions sériques du zona indiquent une transformation constitutive du liquide céphalo-rachidien, rien de semblable dans la varicelle ;

5° L'évolution clinique des éléments cutanés, et leur systémat sation diffère, absolument dans les deux affections ;

6° Des deux maladies, l'une , le zona, a une éruption douloureuse, intolérante, localisée suivant des territoires radiculaires aux éléments groupés sur la peau en corymbe ; l'autre, la varicelle, est indolore, ou à peine prurigineuse, aux éléments disséminés, sans rapports avec le substratum anatomique, et les territoires d'innervation radiculaire, et dont l'évolution est plus varioloïde que zoniforme ;

7° Lorsqu'à ses détracteurs M. Netter répond que l'immunité apportée par la varicelle ne peut concerner que le zona vrai, il ne dit qu'une parole défensive sans portée absolue. En effet, ou le zona vrai existe chez le même individu après la varicelle, et son argumentation tombe, et la valeur clinique de ses adversaires ne nous permet guère de discuter leur diagnostic, ou le zona observé est une affection zostériforme et leur argumentation perd de sa valeur. Mais qu'est-ce qu'une affection zostériforme ?

8° Fort justement, M. Netter note l'extrême contagiosité de la varicelle, sa très grande fréquence dans le jeune âge et la seconde enfance. Qui n'a eu la varicelle ? Mais alors qui aurait le zona ?

9° Signalons aussi que la varicelle est une affection épidémique, saisonnière. C'est de mai à juillet que s'observe la presque totalité des cas. Elle est une maladie de collège et de caserne, et suit, en quelque manière, la courbe de la rougeole. Rien d'analogue pour le zona, affection sporadique, dont le calendrier ne saurait être encore établi.

10° Si une analogie, basée sur l'anatomo-patholo-

gie, pouvait être établie pour le zona, ne serait-ce pas plutôt avec l'encéphalo-méningo-myélite épidémique et les diverses formes de la polio-myélite ? Les observations de zona avec méningite, celles de zona et paralysie faciale, les lésions des ganglions spinaux et du ganglion de Gasser nous feraient incliner vers cette idée, qu'il est possible de rapporter le zona primitif (zona maladie, de façon d'ailleurs hypothétique) à la localisation sur les ganglions postérieurs, d'un virus neurotrope, analogue à celui de l'encéphalite épidémique, de la myélite, peut-être même de l'herpès.

11° Au demeurant, et en définitive, tant que nous n'aurons pas d'observations plus probantes que celles citées, et qui font figure de simple coïncidence, tant que des réactions et des expériences de laboratoire ne nous auront pas donné des preuves convaincantes, tant que la bactériologie ne nous aura pas apporté, sous le microscope, l'agent de la varicelle et celui du zona, nous serons en droit de demeurer sceptiques.

La philosophie biologique nous interdit de dire *non* aux défenseurs de la théorie uniciste de la varicelle et du zona. Mais aucune preuve certaine ne nous autorise à leur donner raison. (*Toulouse médical*, 15-3-1924.)

Association de l'hypertrophie prostatique et du rétrécissement urétral.

Cette association, pour être rare, ne se montre cependant pas d'une façon exceptionnelle, et M. Reynard en a observé un certain nombre de cas qui s'inscrivent en faux contre l'affirmation de Cruveilhier qu'on ne voit jamais l'hypertrophie prostatique avec un rétrécissement de l'urètre.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette double affection de l'appareil génito-urinaire, c'est que, dans le plus grand nombre des cas, le malade se comporte exclusivement comme un rétréci et n'accuse le plus souvent aucun des accidents du prostatisme.

« ...D'une façon constante, il n'y a pas d'effets cumulatifs, mais antagonistes entre les deux éléments et, dans cette lutte, c'est toujours le rétrécissement qui l'emporte et joue le rôle d'arrêt... »

Une fois, cependant, l'auteur a rencontré un malade chez lequel le cumul des troubles fonctionnels afférents à chacune des affections coexistantes, s'observait.

D'où il semble résulter que :

« 1° L'adénome peut cohabiter avec le rétrécissement ; les cas constatés ne sont pas très rares ;

« 2° Si le rôle d'arrêt du rétrécissement vis-à-vis de l'hypertrophie n'existe pas toujours anatomiquement, il est à peu près constant fonctionnellement. Le prostatique rétréci ne fait que des complications d'un rétréci. Sous l'influence du rétrécissement, l'adénome se fait oublier. Il y a pourtant quelques rares exceptions à cette règle. En quelque manière, la conclusion serait consolante pour celui qui arrive jeune au rétrécissement. » (*Lyon médical*, 16 mars 24.)

Le tétanos chez l'enfant.

Trois observations très détaillées sont rapportées par MM. Rocher et Molès, d'enfants atteints de tétanos aigu généralisé d'origine traumatique, dont l'une présente cette particularité que l'affection a débuté 18 jours après l'accident, alors qu'une sérothérapie antitétanique préventive avait été mise en œuvre.

Les auteurs ont institué chaque fois un traitement intensif comprenant des injections de sérum répétées pendant plusieurs jours, partie par la voie sous-cutanée, partie par la voie sous-arachnoïdienne ; combinées avec l'administration de fortes doses de chloral, soit *per os*, soit en intraveineuse. Dans un cas, la morphine fut également adjointe à la sérothérapie et au chloral.

Ayant colligé les observations de tétanos infantile publiées dans la littérature médicale, les auteurs en concluent que cette affection atteint les garçons plutôt que les filles, entre dix et quinze ans ; que les signes cliniques sont analogues à ceux que présente l'adulte ; que la forme localisée n'a jamais été rencontrée ; que la sérothérapie sous-cutanée donne 77 % de guérisons ; que ce pourcentage atteint 88 % quand le sérum a été administé à fortes doses, simultanément par la voie sous-cutanée et par la voie intrarachidienne. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Une synthèse chimique cinématographiée.

(M. E. Fourneau. — *Académie de médecine*, 8-4-1924.)

M. Ernest Fourneau présente sur l'écran les péripéties d'une synthèse chimique. L'intérêt de ce film — un des premiers de cet ordre — tient à ce qu'il décèle la formule d'un nouveau médicament trypanocide d'origine allemande, le « 205 Bayer ». L'histoire de ce dernier mérite quelques mots.

La maison Bayer a lancé le « 205 » avec un certain mystère, conservant secrète sa composition et ne le distribuant qu'à un groupe restreint d'expérimentateurs. Le produit en question a paru offrir une réelle

...ur par son pouvoir trypanocide considérable chez ... petits animaux, très éloigné de son action toxi... ; en fait, les résultats sont beaucoup moins nets ... moins intéressants chez les grands animaux et ...ez l'homme.

M. Fourneau est parvenu à préparer une substance ...u'il croit identique au « 205 Bayer », dérivée des ...ées naphtaléniques. C'est elle qu'il montre aujourd'hui sur l'écran, en la désignant par le chiffre 309. L'indice chimiothérapeutique de ce médicament, c'est-à-dire le rapport entre la dose curative et la dose tolérée, est très élevé. Il est de 150 : un milli...amme guérit une souris trypanosomée, alors qu'il ...t 160 milligr. pour la tuer.

Syphilis et maladies chroniques.

(...Marcel PINARD. — *Société médicale des hôpitaux*, 29-2-1924.)

M. Marcel Pinard revient sur la communication ... M. Maurice Renaud concernant la fréquence de la ...hilis dans les scléroses viscérales.

L'auteur entre en matière avec douze observations de malades atteints d'affections chroniques diverses, ...éputées banales (névralgie, paraplégie, diabète, ...ématémèses, etc.), qui bénéficièrent d'une cure spécifique tardivement mise en œuvre.

M. Marcel Pinard estime qu'il faut chercher la syphilis sans cesse et l'appuyer sur tous ses signes et stigmates, petits et grands, en luttant contre la routine et les préjugés. Il rappelle les « mouvements divers » qui se sont produits à la Société des hôpitaux, lorsqu'il est venu signaler comme indices révélateurs de la spécificité, le *cercle cornéen* et la *myopie*. Il insiste à nouveau sur leur valeur et il y joint un autre caractère : la coalescence des sourcils !

L'injection épidurale de lipiodol dans la lombo-sciatique et l'incontinence d'urine.

(MM. SICARD et COSTE. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-2-1924.)

M. Sicard a traité depuis quelques mois un assez grand nombre de malades atteints de lombo-sciatique, de coccygodynie, ou d'incontinence nocturne d'urine, par l'injection sacro-coccygienne de lipiodol. La technique qu'il emploie est la suivante :

Le malade étant placé en position génu-cubitale, les cornes sacro-coccygiennes sont repérées et, au centre du méplat ainsi délimité, on enfonce l'aiguille, tout en anesthésiant les tissus sous-cutanés et épiduraux à l'aide d'une solution novococaïnée. La pénétration épidurale sacrée, facile chez les sujets maigres, est parfois difficile chez les sujets adipeux. On peut s'assurer de la réussite de la manœuvre par une injection de 2 à 3 cent. cubes d'air, qui détermine de l'emphysème sous-cutané lorsque l'aiguille n'est pas dans le canal épidural.

La quantité de lipiodol à injecter est d'environ 5 à 10 cent. cubes.

— M. André LÉRI n'a pas observé, chez les incontinents qu'il a soumis à l'injection de lipiodol épidurale, d'amélioration de leurs troubles urinaires, mais peut-être cela tient-il à l'insuffisance des doses (0 gr. 05) qu'il utilise ordinairement.

Leucémie myéloïde traitée par le thorium X.

(MM. CHIRAY et BENDA. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-2-1924.)

M. Chiray relate une nouvelle observation de leucémie myéloïde améliorée d'une façon remarquable par le thorium X. Le malade n'avait retiré qu'un faible bénéfice de la radiothérapie.

— M. BÉCLÈRE, sur 150 cas environ de leucémie myéloïde ou lymphatique traités dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, n'en a vu aucun qui se soit montré réfractaire à la rœntgenthérapie, tout au moins aux premières irradiations.

— M. Marcel LABBÉ croit que le thorium X exerce une action très favorable sur les affections du sang et des organes hématopoiétiques. Un de ses malades, atteint d'anémie pernicieuse et dans un état alarmant, fut soumis au traitement par le thorium. Le nombre des hématies remonta à 3 millions et le patient, ayant repris ses forces, put quitter l'hôpital.

Les zones tussigènes de la gorge.

(M. P. AMEUILLE et TARNEAUD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-2-1924.)

Quand un tousseur a été examiné par un médecin spécialisé ou non dans la pratique des maladies pulmonaires et qu'aucune affection thoracique ne lui a été découverte, il est adressé presque automatiquement au spécialiste du nez et de la gorge, avec la présomption de maladie de ces régions. Souvent, le laryngologiste constate quelque chose de net, mais quelquefois, il ne trouve rien, ou du moins rien qui paraisse expliquer aisément la toux. Dans ces cas-là, faut-il rejeter l'origine gutturale des quintes accusées par le patient ?

M. Ameuille s'est demandé s'il n'existait pas des zones tussigènes supra-glottiques et il les a recherchées. Le réflexe ordinaire du pharynx est la nausée. Chez les tousseurs d'habitude, cependant, l'excitation de certaines parties du pharynx peut arriver à provoquer la toux. Dans les états inflammatoires diffus, catarrhaux, de la gorge, le contact de n'importe quel point du pharynx est susceptible de déterminer une toux souvent quinteuse et violente. D'autres fois, ce sont des régions circonscrites qui sont tussigènes, en particulier celles qui bordent en arrière les piliers postérieurs, là où fréquemment se constituent des petites colonnes de tissu adénoïde (pharyngite latérale). Il s'agit de lésions minimes, susceptibles d'être néanmoins l'origine de toux prolongée et rebelle.

La zone tussigène découverte, son rôle sera établi par l'exploration au stylet (elle déclanche la toux),

par l'anesthésie à la cocaïne (qui calme les accès, momentanément) et par les cautérisations (qui guérissent les malades définitivement). M. Ameuille en signale une observation démonstrative.

Coliques hépatiques et manifestations pulmonaires.

(MM. Ramond et Parturier. — *Société méd. des hôp.*, 29-2-1924.)

M. Félix Ramond conclut ainsi une étude sur les réflexes vésiculo-pulmonaires :

Le diaphragme semble réagir plus qu'on ne l'a cru jusqu'ici, dans les affections douloureuses de l'abdomen, et par là s'expliquent en partie divers symptômes observés dans ces maladies. Cette loi n'est pas vraie seulement pour le diaphragme droit, car Bouchut (de Lyon) a montré que l'ulcus gastrique pouvait s'accompagner d'une semblable immobilité diaphragmatique. Il est curieux de rapprocher le parallélisme symptomatique des deux hémidiaphragmes. A droite : douleur vésiculaire ou hépatique, spasme du diaphragme droit, point douloureux (phrénique) cervical droit de Chauffard. A gauche, point sous-costal gauche d'ulcus gastrique, spasme diaphragmatique gauche, point douloureux cervical (Cade et Parturier). Abolition ou diminution du murmure vésiculaire du côté malade, c'est-à-dire du côté où le diaphragme est spasmé (signe de Ramond dans les cholécystites).

Les huiles iodées à faible concentration en radiologie broncho-pulmonaire.

(MM. F. Bezançon et R. Azoulay. — *Soc. méd. des hôp.*; 29-2-1924.)

L'exploration radiologique des bronches après injections intra-trachéales de lipiodol, selon la méthode de Sicard et Forestier, est entrée dans la pratique courante.

Il a paru à M. Bezançon que la présence dans les bronches d'une huile iodée d'aussi forte concentration (40 p. 100) n'était pas sans inconvénient, certains malades gardant le lipiodol dans les voies respiratoires pendant plus de deux mois. L'auteur a recherché dès lors si l'on n'obtiendrait pas le même résultat en se servant d'huiles iodées moins chargées. Le lipiodol est à 40 pour 100. L'huile iodée à 10 pour 100 donne une opacité aux rayons à peu près identique, en tout cas suffisante dans la majorité des cas. Dans un groupe d'affections, il est vrai (sclérose pulmonaire par exemple), il est nécessaire de porter la concentration à 20 pour 100. Pratiquement, il suffit de diluer le lipiodol dans une fois ou trois fois son volume d'huile d'œillette.

Les injections intra-veineuses d'émétine dans la dysentérie.

(M. Petzetakis, d'Alexandrie. — *Soc. méd. des hôp.*, 29-2-1924.)

M. Petzetakis considère la méthode des injections intra-veineuses d'émétine, pour le traitement de l'amibiase en général, comme très supérieure aux injections hypodermiques. Il y a recours dans les formes aiguës et dans les états chroniques.

L'épreuve de Meltzer-Lyon.

(MM. Chiray et Milochewitch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-2-1924.)

En 1917, Meltzer (du Rockefeller Institute), s'inspirant des travaux du physiologiste français Doyon, établit que le contact d'une solution de sulfate de magnésie à 25 % avec la muqueuse duodénale détermine un relâchement localisé de la paroi intestinale ainsi que du sphincter d'Oddi, effet qui ne se produit pas quand ce sel est ingéré par la bouche. Il émitl'hypothèse que l'on pourrait, par tubage duodénal, provoquer l'ouverture du sphincter des voies biliaires, obtenir et extraire de la bile. En 1919, Vincent Lyon (auteur américain), réalisa chez l'homme les conceptions de Meltzer et ainsi prit naissance l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Le liquide recueilli au moment de cette épreuve est ce que les auteurs américains appellent la bile A. Un quart d'heure plus tard, le tube duodénal aspire un autre liquide , bile B (bile vésiculaire de Lyon). Puis, la bile redevient épaisse (3e bile extraite, bile C. de Vincent Lyon). En définitive, l'épreuve de Meltzer-Lyon constitue un procédé nouveau d'exploration hépatique, qui est à l'étude.

P. L.

Les Thèses

Mtp. — Dr G. Geoffroy. — **Sur l'association de la tuberculose et du cancer dans le sein et dans son territoire lymphatique. (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier.)**

T. — Dr L. Cosserat. —**Contribution à l'étude de la climatologie.** (Imprimerie et librairie Edouard Privat, Toulouse.)

La climatologie s'est efforcée de constituer une première charpente de l'étude des climats, en s'attachant à des contrées étendues délimitées d'une façon assez artificielle. En s'inspirant de ces résultats, il serait indispensable d'effectuer des recherches relatives à des régions suffisamment petites pour que le climat y soit uniforme et, en particulier, à des localités.

Ce modeste travail pourra être utile, d'abord par la bibliographie qu'il met en évidence : elle caractérise

dans une certaine mesure, l'état actuel de la climatologie qui, dans sa partie la plus importante, est généralement ignorée des médecins.

L'auteur a attiré l'attention sur des idées nouvelles qui paraissent importantes au point de vue médical : *température subjective*, *anomalies*, *variabilité*, *jours anormaux* ; ces trois dernières notions concernent la régularité d'un climat et concourent à le caractériser d'une manière aussi précise que possible.

Ly. — Dr O. Mantelin. — **Arthrite sacro-iliaque aiguë puerpérale.** (Imprimerie Express, Lyon.)

Les articulations de la ceinture pelvienne, et surtout les sacro-iliaques, subissent des modifications physiologiques considérables au cours de la grossesse, et des traumatismes souvent importants au moment de l'accouchement ; c'est ce qui explique la possibilité de leur atteinte durant la période puerpérale. A côté du relâchement banal des symphyses, qui est si fréquent, les auteurs ont décrit des arthrites sacro-iliaques suppurées à terminaison presque toujours fatale, qui succèdent aux dislocations pelviennes avec infection du type *pyohémique*. Mais entre ces deux cas extrêmes, il semble que l'on puisse étudier une forme de gravité moyenne : l'*arthrite sacro-iliaque aiguë post-septicémique*, affection qui débute du deuxième au dixième jour après l'accouchement par une amélioration de l'état général et l'éclosion d'une douleur intense, localisée au bassin et aux membres inférieurs. Cette douleur est si atroce que la malade semble paraplégiée, et que, pendant une première période de durée variable, on ne peut en faire l'examen. Dans une deuxième période, la douleur s'atténue et on retrouve tous les signes de l'arthrite sacro-iliaque.

La guérison, qui se fait attendre plusieurs mois, est de règle.

Le diagnostic de l'affection, facile dans les formes légères (il suffit, en effet, d'y penser), est à peu près impossible dans les formes graves où la douleur empêche tout examen ; et si l'on ne songe pas à cette arthrite, on posera le diagnostic de sciatique ou de polynévrite. Le mieux, dans ce cas, est de réserver son diagnostic jusqu'à ce que l'atténuation de la douleur permette de pratiquer un examen sérieux. **L'apparition de l'arthrite sacro-iliaque aiguë puerpérale n'est pas, comme on pourrait le croire, un élément** d'aggravation du pronostic.

Le traitement de ces arthrites aiguës doit être avant tout causal (puisque celui de la douleur est inopérant) ; on continuera la thérapeutique anti-infectieuse de la septicémie puerpérale, sans négliger les auto-vaccins, quand ce ne serait que pour rendre la convalescence plus rapide et entraver les complications.

Ly. — Dr M. Vittot. — **Les pneumonies centrales à évolution périphérique.** (Lyon, Société anonyme de l'imprimerie A. Rey, 1923.)

L'existence des pneumonies centrales, admise par les anciens auteurs, est actuellement très contestée. Toutefois, quelques faits récents et bien observés au double point de vue radiologique et clinique viennent de montrer chez l'enfant et chez l'adulte l'existence de ces hépatisations rares. *Il ne s'agit cependant pas, en général, de pneumonies qui restent centrales pendant toute leur évolution, mais de foyers d'hépatisation primitivement centraux, hilaires, et qui ont envahi par la suite la périphérie, présentant ainsi à la fin de leur évolution l'aspect classique habituel.*

Pour conclure à une pneumonie centrale, il faut :

1° S'assurer que les signes physiques manquent bien réellement. On fera notamment, et surtout chez l'enfant, une auscultation attentive de l'aisselle. Cet examen capital est trop peu pratiqué. On n'oubliera pas également la percussion.

2° Quand ces procédés d'exploration n'auront rien donné, on demandera alors des renseignements à la radioscopie pour trancher le diagnostic entre foyer muet et pneumonie centrale.

Mtp. — Dr P.-L. Julien. — **Traitement de la syphilis par le bismuth** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier, 1923.)

L'efficacité certaine du bismuth aux périodes primaire, secondaire et tertiaire de la syphilis et son action généralement favorable sur la séro-réaction en fait un excellent médicament pour lutter contre cette maladie. Si les accidents, tels que la stomatite et parfois la néphrite, ne sont pas négligeables, ils ne sont pas cependant un véritable obstacle à l'emploi du bismuth. Ils indiquent seulement que le médecin doit être prudent dans la conduite du traitement et connaître le sujet qu'il traite.

Comparé aux autres médicaments antisyphilitiques, il doit prendre place à leur côté. Il vaut l'arsenic et paraît parfois supérieur au mercure, tant au point de vue de la persistance des résultats obtenus que de la rapidité de guérison des lésions. Aussi est-il non seulement, comme on le pensait au début, un médicament de substitution, mais l'élément d'un traitement complet, aussi bien que le mercure et l'arsenic.

La principale indication de son emploi est fournie par les syphilis résistantes ou intolérantes au mercure et à l'arsenic. D'autre part, étant données les incertitudes qui règnent encore au sujet de sa toxicité, il doit être prudemment utilisé et même parfois rejeté chez certains sujets dont le rein n'est pas absolument normal.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

COMMENT LES MÉDECINS DE VESPASIENNE EXERCENT LEUR INDUSTRIE

La lecture des documents suivants, dont je garantis la parfaite et scrupuleuse authenticité, est édifiante.

Elle se passe de préambule, et se suffit à elle-même.

***

Monsieur,

J'ai l'avantage de vous adresser mon petit traité des maladies vénériennes, travail important, non par son volume, mais par les matières qui y sont condensées et qui renferme les résultats de vingt années d'expérience. Dans le cas où vous seriez atteint d'une de ces maladies, je me mets à votre disposition pour mener votre cure à bonne fin.

A titre d'indication, je puis vous dire dès aujourd'hui que le traitement de la blennorragie chronique ou goutte militaire, que je pourrais avoir à vous prescrire, s'élève à la somme de 45 fr. S'il s'agit de syphilis, vous aurez à m'envoyer 58 fr. En cas de maladie de femmes (métrite), la somme à envoyer est de 46 fr. Enfin le traitement de l'impuissance virile est de 59 fr. Dans ces prix, tout est compris (honoraires, frais d'envoi, d'emballage, etc.).

Vous voudrez bien m'adresser un mandat ou bon de poste. Dès réception, je vous ferai expédier par un des pharmaciens de Paris, dépositaire de mes « produits » les médicaments qui vous sont nécessaires. Je vous écrirai, d'autre part, pour vous envoyer mon ordonnance détaillée et vous indiquer les soins à prendre, le régime à suivre, etc. Comptez absolument sur moi pour vous guérir.

Veuillez agréer,

N. B. — En raison du nombre considérable de brochures, il ne pourra être répondu aux lettres qui ne rappelleraient pas le numéro de l'en-tête.

***

Un mois après.

Monsieur,

Vous avez certainement été intéressé par la lecture de mon traité dont vous m'avez fait la demande, il y a quelque temps.

J'avais joint à ce traité le questionnaire nécessaire à l'étude de votre cas et qui devait me permettre de vous donner un avis basé sur une très longue expérience de ce genre d'affection.

Mais vous n'avez pas jugé utile de me retourner ledit questionnaire rempli. Vous désintéresseriez-vous de votre état, ne jugeriez-vous pas les symptômes que vous avez constatés suffisants pour y apporter un remède et éviter les complications graves dont je parle dans mon traité ?

N'attendez pas qu'il soit trop tard et, si vous êtes soucieux de votre santé, soumettez-moi votre cas, j'y apporterai la meilleure attention et me chargerai de mener votre cure à bonne fin.

***

Quinze jours après.

Monsieur,

Je vous accuse réception de votre lettre, ainsi que de son contenu.

Selon vos instructions, je vous fais expédier par M. le pharmacien les médicaments qui vous sont nécessaires.

Ce traitement est essentiellemetnt dépuratif, rafraîchissant et diurétique. Il se pourrait que, sous son influence, vous éprouviez une légère recrudescence de l'écoulement ou du suintement. Ne vous en inquiétez pas, ce sera pour le rendre plus fluide, plus limpide et l'atténuer ensuite.

Comme régime alimentaire, vous pouvez manger de tout, sauf les aliments excitants et épicés, le gibier, les viandes faisandées, la charcuterie, les huîtres, écrevisses, coquillages, le poisson de mer, les fromages faits, les asperges, les tomates, l'oseille, le céleri.

Supprimez le vin pur, la bière, l'alcool, les liqueurs et les apéritifs. Buvez du vin largement coupé d'eau.

Faites un usage modéré du café, ne dépassez pas la tasse du matin, de préférence coupée de lait. Usez modérément aussi du thé ou du cidre.

Pas de rapports sexuels. Votre canal n'étant pas en état, vous risqueriez de vous contaminer de nouveau ou de contaminer votre compagne.

Evitez les fatigues, les longues marches, les exercices violents, le cheval, la bicyclette et toutes les excitations sexuelles. Le tabac n'est pas interdit.

En cas d'écoulement, portez un suspensoir et maintenez un peu de coton hydrophile humecté à l'extrémité de la verge. Lavez-vous fréquemment les mains chaque fois que vous aurez touché la verge. Evitez surtout de porter au contact des yeux vos doigts souillés de pus.

Evitez aussi la constipation.

Lorsque vous aurez terminé ce traitement, vous irez mieux, mais vous ne serez pas encore guéri, car la goutte militaire est tenace et rebelle. Vous m'écrirez alors et je vous conseillerai de prendre mon traitement répressif, composé surtout d'injections qui jugule la maladie. A titre d'indication, je puis vous dire que le prix de ce traitement est de 44 fr. + 3 fr. pour une seringue à injections si vous en désirez une.

Etant donnée la lenteur des transports, je vous recommande même de m'adresser cette somme de suite, afin d'éviter une interruption fâcheuse dans votre cure.

Comptez absolument sur moi, Monsieur, pour vous guérir rapidement et complètement et croyez...

P. S. — Le traitement que je vous fais expédier est essentiellement préparatoire. Il est destiné, par son action décongestionnante sur les tissus, à mettre votre canal en état de recevoir les injections qui composent mon deuxième traitement dit « *traitement répressif* ».

Je compte sur vous pour suivre à la lettre toutes les prescriptions de mon ordonnance.

N'attendez pas que ce traitement préparatoire soit *entièrement terminé*, pour me demander mon second répressif dont je vous parle ci-dessus, cela, afin d'éviter une interruption fâcheuse dans la *cure rationnelle* que vous allez entreprendre.

Nota. — Vous n'ignorez pas que la blennorragie chronique (goutte militaire) constitue, quoique non douloureuse ni même gênante souvent, une affection grave, puisqu'elle peut être pour le malade qui la néglige une cause de sérieuses complications (rétrécissement, impuissance virile, etc.).

Elle est de plus très tenace, parce qu'elle crée de véritables lésions dans l'urètre.

Elle nécessite absolument un *traitement suivi, rationnel et méthodique.*

C'est ce traitement que vous allez entreprendre : il a fait ses preuves et est basé d'ailleurs sur une longue expérience des maladies vénériennes. Si vous voulez suivre à la lettre tous mes conseils, non seulement vous éviterez les complications graves qui vous menacent, mais vous obtiendrez la guérison désirée. Elle vous sera d'ailleurs confirmée par une uroculture et un examen microscopique sur lames de la sécrétion urétrale que je vous prescrirai en temps opportun.

Afin de me permettre d'approfondir mon diagnostic, vous voudrez bien remplir *très exactement* le questionnaire ci-joint que vous me retournerez en me demandant le traitement répressif.

Ordonnance

1° *Dépuratif végétal.* — Deux cuillerées à soupe par jour, pur ou dans un peu d'eau (une le matin, et une le soir).

2° *Cachets diurétiques.* — Trois cachets par jour, matin, midi et soir, avant les repas.

3° *Poudre rafraîchissante.* — Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau en même temps que les cachets.

4° *Vin salicylé.* — Deux cuillerées à café dans un demi-verre d'eau, bouillie et tiède. *En lavages externes* de la verge et du gland deux fois par jour, matin et soir.

***

Quinze jours après.

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre et vous remercie des détails qu'elle contient.

Vous entrez dans la période de défervescence au cours de laquelle les symptômes inflammatoires vont se modifier graduellement, puis disparaître. Votre canal s'assouplira, l'urination sera plus facile, l'écoulement ou le suintement sera plus réduit.

Je vous recommande particulièrement de ne pas presser sur votre verge dans le but de provoquer une goutte de pus. Par cette pratique, vous risquez de blesser votre canal, d'écraser les boutons en cicatrisation et de prolonger l'écoulement.

Selon votre demande, je vous fais adresser par M. le pharmacien les médicaments qui constituent mon deuxième traitement ou traitement répressif. Lorsque ces médicaments seront terminés, je serais heureux d'avoir de vos nouvelles. Nul doute que vous ne soyez grandement amélioré et peut-être complètement guéri. Vous m'écrirez alors et vous me ferez part des modifications que vous aurez constatées.

Si, par hasard, tout n'était pas absolument terminé, s'il restait encore une goutte de pus, particulièrement le matin, au réveil, je vous conseillerais fortement de prendre mon traitement siccatif qui, comme son nom l'indique, dessèche le canal et met fin à la maladie. A titre d'indication, je puis vous dire que le prix de ce dernier traitement est de 45 fr.

Vous trouverez ci-joint mon ordonnance détaillée. Ne vous écartez en rien du régime que je vous ai précédemment ordonné, afin de ne pas compromettre les résultats déjà acquis et comptez toujours sur moi pour vous tirer d'embarras.

P. S. — Etant donnée l'ancienneté de votre affection, il est probable que la médication siccative dont je vous parle ci-dessus vous sera nécessaire.

Vous ne devrez pas hésiter à me la demander pour ne pas compromettre le succès de votre cure.

A l'issue de ce dernier traitement d'ailleurs, une uroculture et un examen microscopique sur lames de la sécrétion urétrale s'imposeront qui vous renseigneront *très exactement* sur votre état et vous confirmeront, je l'espère, *votre guérison définitive*, si toutefois vous avez bien suivi mes prescriptions.

Je vous reparlerai *en temps opportun*, de ces analyses indispensables à la fin de tout traitement véritablement *sérieux et rationnel.*

Encore un peu d'attention et de persévérance et vous serez bientôt au terme de votre cure.

***

Six semaines après.

Monsieur,

Je viens de lire votre lettre avec la plus grande attention. Je ne puis mieux faire que de vous adresser mon traitement siccatif qui, en desséchant le canal, donne toujours les meilleurs résultats. Pendant le cours de ce traitement, il se peut que vous observiez, le matin surtout, une goutte blanchâtre ou jaunâtre ; ne vous en inquiéte z pas : c'est le résidu des injections. Ne vous inquiétez pas davantage des corps étrangers que vous apercevrez dans votre urine : ce sont des débris de cellules épithéliales, suite des divers traitements que vous avez suivis. Tout cela disparaîtra, je vous l'affirme.

Observez bien les manifestations qui se produiront au cours de ce nouveau traitement pour m'en rendre compte dans une prochaine lettre.

Je compte sur vous, puisque je ne suis pas sur place pour le vérifier, pour suivre rigoureusement mes prescriptions et mes conseils, ainsi que le régime que je vous ai précédemment indiqué.

Pas encore de femmes, votre canal n'étant pas en état, vous pourriez les contaminer ou vous contaminer vous-même de nouveau.

Croyez-en ma longue expérience et comptez sur moi pour mener votre cure à bonne fin.

Ci-joint mon ordonnance.

Pour l'injection résolutive, je vous conseille de la couper d'un quart d'eau bouillie et tiède, de préférence, dans le cas où vous éprouveriez une sensation de brûlure dans le canal en faisant cette injection.

Je vous renouvelle,

P. S. — Lorsque vous aurez terminé le traitement siccatif, une uroculture et un examen microscopique sur lames de la sécrétion urétrale s'imposeront.

En urologie, en effet, tout traitement véritablement sérieux et rationnel doit être couronné par un examen au microscope.

Je compte bien d'ailleurs que le résultat des analyses sera tel, si vous avez bien suivi mes prescriptions, qu'il vous confirmera votre guérison radicale. Je pourrai à ce moment-là vous prescrire *le traitement reconstituant* que je conseille toujours à mes malades en fin de cure pour leur faciliter la *reprise définitive* d'une vie normale et leur faire recouvrer les forces que la maladie leur a fait perdre.

Il vous suffira de m'adresser, *en temps opportun*, la somme de 50 *francs*, prix de ces deux opérations de laboratoire. Dès réception de cette somme, je vous ferai faire l'expédition des lames de verre par l'un des pharmaciens dépositaires de mes produits ; je vous adresserai en même temps toutes indications utiles.

***

Trois semaines après.

Monsieur,

En revoyant votre dossier, je constate avec surprise être sans nouvelles de vous depuis le ..... dernier.

Il m'eût été très agréable, cependant, de savoir quel avait été l'effet produit par mon traitement siccatif sur votre état général, afin que je puisse continuer à vous éclairer de mes conseils en toute connaissance de cause et en cas de besoin.

J'aime, vous le comprendrez, toujours mener à bien la cure des malades qui m'ont témoigné leur confiance, mais encore faut-il que ceux-ci me signalent les modifications qu'ils observent pour qu'il me soit permis de les guider utilement.

Je veux espérer que vous êtes complètement débarrassé de votre affection, toutefois, il serait prudent de vous en assurer par une uroculture et un examen microscopique ainsi que je vous le disais dans ma dernière lettre.

Je serais heureux de connaître la décision que vous avez prise et je reste à votre entière disposition pour faire effectuer les analyses en question.

Je me permets de vous rappeler que leur prix est de 50 fr. Dès réception de cette somme, je vous ferai faire l'expédition des lames de verre destinées au prélèvement ; je vous adresserai en même temps toutes indications utiles.

Croyez, Monsieur, que ma démarche m'est dictée par mon désir d'être utile aux malades qui ont recours à moi et de leur éviter des complications.

J'espère vous lire sous peu et vous prie de me croire,

***

Trois semaines après.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre dernière lettre. Vous devez vous rappeler qu'à ma première consultation, je faisais toutes réserves au sujet de l'existence possible d'un rétrécissement du canal.

La difficulté que vous éprouvez à faire des injections semble indiquer que ces réserves étaient parfaitement justifiées. Dans ces conditions, je ne saurais trop vous engager à faire tout votre possible pour venir à mon Institut : les relations entre nous sont directes ; une demi-journée suffira et vous pourrez à votre retour reprendre vos occupations habituelles.

Le rétrécissement nécessite absolument une petite intervention d'ailleurs non douloureuse ni sanglante : les traitements médicamenteux ne peuvent être que palliatifs. La disparition du rétrécissement facilitera l'action des médicaments et particulièrement des injections et *votre guérison sera hâtée* de ce fait. Vous éviterez, en outre, les complications gra-

ves qui résultent toujours d'un rétrécissement négligé (rétention d'urine, impuissance, etc.).

Je consulte même le dimanche de 10 h. à midi et de 3 h. à 5 heures, en semaine de 10 h. à midi et de 3 h. à 7 heures ; je vous demande seulement de me prévenir *en temps utile de la date exacte de votre arrivée*, pour que je puisse vous éviter une attente prolongée

Veuillez agréer,

***

En parcourant cette correspondance des plus suggestives, avant de la mettre sous les yeux de nos lecteurs, je ne pouvais m'empêcher de penser que les partisans de l'Ordre des médecins auraient beau jeu pour triompher et m'accabler de leurs sarcasmes. Je me figurais les entendre me dire : « Eh bien ! cette médecine, que vous condamnez, et qui est condamnable ; cette industrie, quel mot convient mieux ! déplorable, à tous les points de vue, déplorable pour les malades tout d'abord, déplorable pour le bon renom du corps médical, vous êtes complètement désarmé contre elle. Vous ne pouvez que la stigmatiser dans votre journal, qui ne s'adresse qu'à des médecins. Mais le grand public, celui qu'il serait nécessaire d'éclairer et de mettre en garde, vous êtes impuissant à le toucher. Vous n'avez aucun accès dans les journaux qui s'adressent à lui, et qui, loin de le prémunir contre de telles exploitations, sont les premiers à les lui recommander, sous le couvert de leur publicité.

« Si nous avions un Ordre des médecins, il n'en serait plus de même. Et nous pourrions interdire à ces industriels de la chaudepisse et de la vérole d'exercer leur profitable mais douteux métier. »

Croyez-vous ?

Attendez la suite !

Un de ces médecins a été récemment l'objet d'une enquête serrée sur ses agissements. L'enquête aboutissait à une inculpation d'escroquerie et d'abus de confiance. Mais le Parquet s'est bien gardé d'aller aussi loin. Et il n'a retenu que le délit — tenez-vous bien ! — d'exercice illégal de la pharmacie... Là-dessus, condamnation à 2000 francs d'amende.

Supposons l'Ordre des Médecins existant ; supposons que, dans un cas semblable, il ait prononcé la peine de l'interdiction. Sa décision, à coup sûr frappée d'appel, serait revenue devant un Tribunal de droit commun, qui ne se serait pas montré moins indulgent que celui qui a siégé dans l'affaire à laquelle je fais allusion. Pourquoi en aurait-il été autrement ? Il aurait donc réformé la décision du Conseil de l'Ordre et relevé l'inculpé de l'interdiction prononcée contre lui.

Et le tour aurait été joué...

J'ai parlé du profitable métier de ces singuliers industriels. Il paraît en effet que c'est par centaines de mille francs que se chiffrent leurs recettes annuelles. Qu'en dites-vous, médecins mes confrères, qui peinez nuit et jour à grimper des étages ou à couvrir des kilomètres pour parvenir finalement à joindre à peine les deux bouts.

Mais qu'est-ce que ces fructueuses recettes prouvent ? Que, quoique nous fassions, la clientèle de ces cabinets demeure innombrable, appatée qu'elle est par les réclames et les annonces qui les lui signalent et les leur recommandent aux pages d'annonces des grands quotidiens et des grands périodiques.

Vulgus vult decipi ! Diplômés ou non, il suffit que ces guérisseurs promettent tout à la fois la guérison immédiate et la discrétion la plus complète pour que la foule des malheureux chaudepissards se presse dans leurs salons ou les sollicite de sa correspondance, dans l'attente du double miracle qui éteindra le feu dont leur chair est incendiée et les garantira contre une divulgation possible de leur tare...

Qu'il leur soit permis, qu'ils aient la possibilité de tendre leurs pièges, et les gogos mis à mal par Vénus se hâteront d'accourir.

Pensez-vous maintenant qu'un Ordre des médecins y pourrait quelque chose ? Et ne vous suffit-il pas, au point de vue professionnel, que ces industriels soient au ban moral du corps médical ?

Ce qui ne veut pas dire que le mal est sans remède. Un remède, il ne serait pas difficile à appliquer, si notre Parlement, réellement soucieux de la santé publique, consentait à voter enfin la loi qui interdirait, à peine de sanctions bilatérales sévères, aux guérisseurs, de promettre par voie d'affiches, de journaux, de circulaires, de tracts, etc., la guérison des maladies vénériennes ; aux journaux eux-mêmes, d'insérer de telles annonces, comme toutes celles d'ailleurs qui s'appliquent au traitement des maladies, le traitement annoncé fût-il la conséquence d'un vœu, ou d'inspiration surnaturelle, obtenue par quelque abbé philanthrope.

De l'affaire que j'ai succinctement rappelée plus haut, et de la condamnation qui s'en est suivie, il est remarquable que toute la presse a fait le silence le plus complet là-dessus. Toute la presse, sauf un organe qui dispense à l'occasion, aux médecins, tantôt le blâme, tantôt l'éloge, au gré des circonstances. Quel que soit d'ailleurs le mobile qui ait guidé cet organe, félicitons-le d'avoir divulgué cette affaire, puisque c'est grâce à lui que nous en avons eu connaissance.

Et s'il fait la guerre à la publicité charlatanesque des guérisseurs de tout acabit, dont il se défend énergiquement de vouloir accepter jamais les annonces, souhaitons que sa tentative soit couronnée de succès, et que la loi d'assainissement public que nous réclamons finisse par être votée, comme vient de l'être celle qui inter-

dit les concours organisés par tant de journaux, et qui ne sont que des loteries déguisées.

G. Duchesne.

***

Sages Conseils

Type d'une affiche du service municipal de prophylaxie antivénérienne de la ville de Lille.

Aux malades atteints d'affections vénériennes. — 1° Pas plus que les autres maladies, les maladies « dites vénériennes » ne sont des maladies « honteuses ».

2° En général, ces maladies soignées dès leurs premiers symptômes, et soignées par un traitement rationnel, actif, régulier, bien conduit et suffisamment prolongé, guérissent.

3° Ce traitement ne peut être mené à bien que par des médecins compétents et consciencieux.

4° *Il y a lieu de n'accorder aucune créance à la publicité faite en faveur de multiples spécialités pharmaceutiques. Se soigner soi-même à l'aide de ces produits, c'est courir à un insuccès qui sera toujours une aggravation de la maladie.*

5° *Il y a lieu aussi de se méfier des prétendus spécialistes qui se livrent à une réclame éhontée et exploitent les malades en leur promettant une rapide guérison qu'ils sont incapables de leur procurer.*

6° *Donc, ne pas se soigner soi-même, ne pas se faire soigner par un pharmacien, éviter les officines à allure médicale, où l'on traite à grand renfort de réclames, les « maladies secrètes ».*

7° Que ceux qui sont atteints ou craignent de l'être s'adressent à leur médecin habituel ou à un médecin en qui l'on sait pouvoir avoir confiance. Ce médecin s'il ne peut donner lui-même les soins nécessaires, saura toujours donner l'adresse d'un spécialiste réellement compétent, et le cas échéant, d'une clinique ou d'une consultation gratuite recommandable.

DÉONTOLOGIE

Exercice illégal de la pharmacie par un médecin. Les échantillons de spécialités. Les ampoules hypodermiques.

Un médecin peut-il être accusé d'exercice illégal de la pharmacie, pour avoir donné, sans aucune rémunération, à certains clients, les échantillons qu'envoient les spécialistes, pour expérimentation ?

Peut-il également acheter directement à un grossiste des ampoules, pour injections hypodermiques, les utiliser lui-même et compter au client un prix global pour la piqûre, sans spécifier la part inhérente à l'acte médical et celle revenant au médicament ?

Ces deux questions sont connexes et nous les traiterons ensemble.

Il est de jurisprudence constante qu'un médecin n'a pas le droit de vendre un médicament à un client, lorsqu'il existe un pharmacien dans la commune où réside le médecin.

Mais la même jurisprudence admet que le médecin « a le droit d'avoir à sa disposition les drogues et médicaments nécessaires, pour procéder aux *pansements urgents* et, s'il se borne à user de ces médicaments pour des clients, à l'occasion de ces pansements, il ne saurait être déclaré coupable d'exercice illégal de la pharmacie. » (Toulouse, 25 mai 1900.)

Un médecin peut délivrer des médicaments, pour des cas d'extrême urgence, dans lesquels le sentiment d'humanité lui fait un devoir de soulager immédiatement un patient. (Montpellier, correctionnel, 27 janvier 1910.)

Ces cas sont donc exceptionnels et il ne semble pas que les deux arrêts de cours d'appel ci-dessus laissent sous-entendre que le médecin doive demander rémunération des médicaments fournis par lui.

Car commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie le médecin qui délivre des médicaments à ses malades, dans une commune où réside un pharmacien (trib. corr. Lille, 3 juillet 1909), ou qui met en vente, ou vend des compositions pharmaceutiques (Aix, 21 mai 1902).

Il en résulte que le médecin ne doit jamais vendre une spécialité pharmaceutique, qu'il a reçue à titre d'échantillon, pour expérimentation. Contreviennent aux dispositions de la loi un commissionnaire non diplômé en spécialités pharmaceutiques et un médecin qui font le commerce de médicament et principalement revendent les spécialités qu'ils se font envoyer à titre d'échantillons médicaux (trib. correct., Marseille, 2 mai 1907).

Mais le fait, pour un médecin, de livrer à titre gratuit un échantillon spécialisé, à un de ses malades, ne constitue pas, il me semble, le délit d'exercice illégal de la pharmacie. En effet, le médecin ne reçoit pas suffisamment de produits pharmaceutiques pour en arriver à porter ombrage au pharmacien.

Pour qu'il y ait poursuite, il faudrait que, de la part du docteur, il y ait intention de nuire au pharmacien. C'est ainsi que la demande réitérée d'échantillons médicamenteux, aux fins d'être généreusement distribués à la clientèle, au point que les recettes du pharmacien local baisseraient

sensiblement, les propos accompagnant le don de ces échantillons aux malades divers, propos laissant suspecter la bonne gérance de la pharmacie de l'endroit : voici un ensemble qui pourrait servir de base à une action contre le médecin.

Mais j'estime qu'un praticien a parfaitement le droit de donner les quelques échantillons qu'il reçoit, surtout lorsqu'il s'adresse à sa clientèle pauvre et nécessiteuse.

Les mêmes principes s'appliquent à la délivrance des ampoules hypodermiques. Tout médecin a, par devers lui, une trousse d'urgence, contenant des ampoules diverses. Il s'en sert, lorsqu'il n'est pas possible de s'adresser à un pharmacien, vu l'éloignement, ou l'heure tardive.

Le médecin est-il en droit de se faire rembourser le prix de l'ampoule par son client ?

Mon avis personnel est : non ! Le docteur ne doit pas faire commerce de pharmacie, et, s'il ne fait pas cadeau de l'ampoule à son client, il peut formuler une ordonnance, pour que le lendemain, le client en achète une chez le pharmacien, pour la rendre au médecin.

Un arrêt de Cassation, du 4 mars 1858 a condamné l'usage que suivaient certains médecins homéopathes, qui vendaient à leurs malades des médicaments préparés par des pharmacies spéciales. Un médecin ne saurait vendre un médicament quelconque, s'il existe, dans sa commune, une pharmacie ouverte.

D'ailleurs, généralisant les prescriptions de l'article 27 du décret du 14 septembre 1916, sur la délivrance des substances vénéneuses et toxiques, nous voyons que ce texte réglementaire autorise les pharmaciens à délivrer aux médecins, ces substances, pour être employées par eux, soit dans des cas d'urgence, soit pour des pansements ou opérations. Ces médicaments doivent être employés par les médecins eux-mêmes ; il leur est interdit de les céder à leurs clients à titre onéreux, ou gratuit.

Il semblerait ressortir de ce texte, en l'applquant *stricto sensu*, que le médecin ne saurait n vendre, ni donner une ampoule de morphine ; mais qu'il doit formuler une ordonnance pour que le malade, ou son entourage, puisse acheter, chez le pharmacien, l'ampoule destinée à remplacer celle que le docteur aura utilisée dans un cas d'urgence, ou au cours d'une opération, ou d'un pansement.

Conclusion : en droit, le médecin ne peut pas vendre des médicaments à ses clients, lorsqu'il existe une officine dans sa commune. Il ne peut faire cadeau d'échantillons de produits médicamenteux spécialisés que s'il le fait dans un but d'expérimentation scientifique, ou de bienfaisance ; mais, sans que ses actes généreux répétés puissent, par leur ensemble, être interprétés comme une vexation, ou un dommage quelconque, à l'endroit du pharmacien de la localité.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 5.190.

AU SUJET DE L'OUVERTURE PRÉCOCE DES SAISONS THERMALES

Ce n'est pas sans un certain étonnement, mais c'est cependant avec le plus vif intérêt que j'ai lu dernièrement dans le *Concours médical*, la critique très vive de mon confrère et ami Béal relative à l'ouverture prématurée des saisons thermales, au Mont-Dore en particulier. J'avoue que sa dialectique serrée, ses arguments plutôt spécieux, mais bien mis en valeur par un style clair et parfois incisif ne manquent pas d'une certaine force persuasive pour les... profanes, j'entends par là, les non thermaux.

Mais, malgré tout le réel plaisir que j'ai eu, en amateur, à savourer son habile réquisitoire, je dois avouer aussi qu'il ne m'a nullement convaincu ; et comme tout réquisitoire appelle obligatoirement une plaidoirie, je m'apprêtais à prendre la défense de la précocité de l'ouverture des saisons thermales et à faire entendre un autre son de cloche afin de permettre à nos confrères de se faire sur une question qui doit les intéresser un e opinion un peu plus éclairée, lorsque j'ai vu que mon ami Garcin venait de le faire dans le n° 17 du *Concours*, avec toute la verve et toute la foi agissante qui le caractérisent.

Tout ce qu'il dit est absolument exact, et, me plaçant, moi aussi, *uniquement* au point de vue de l'intérêt des malades, le seul qui doive compter en l'occurence, je ne puis qu'approuver entièrement ses conclusions tendant au maintien définitif de l'ouverture de la saison thermale au Mont-Dore au 15 mai.

Qu'il me soit permis d'ajouter à son éloquent plaidoyer un argument qui ne me paraît pas complètement dénué de valeur :

On sait qu'une des principales indications et un des plus beaux succès thérapeutiques de la cure du Mont-Dore est la rhinite spasmodique périodique, autrement dit le *rhume des foins*. Les malades qui sont sujets à ces crises fâcheuses et extrêmement désagréables les voient apparaître dans l'immense majorité des cas avec une désespérante régularité vers le milieu de mai, au moment de la floraison des graminées dans les prairies et de certains arbres et plantes (acacias, glycine, rosiers, etc.).

Or, du fait de l'altitude de 1.050 m. à laquelle se trouve le Mont-Dore, la végétation y est en retard de six semaines environ sur celle de la plaine. L'ouverture précoce de la saison thermale au 15 mai (demandée d'ailleurs depuis fort longtemps par toute cette

catégorie de malades français et étrangers) permet donc à ces derniers de quitter la plaine au moment même de la période dangereuse pour eux, et d'éviter ainsi la fatale crise annuelle.

Il est, par conséquent facile de comprendre le très grand intérêt qu'il y a pour les malades extrêmement nombreux qui souffrent du rhume des foins à pouvoir venir de très bonne heure au Mont-Dore, assurés qu'ils sont d'y trouver, le cas échéant, un soulagement immédiat et d'y obtenir par la cure, dans la très grande majorité des cas, la guérison pour l'année suivante.

Dr Debidour (du Mont-Dore).

***

Les développements parus sur ce sujet dans le *Concours médical* du 23 mars dernier m'ont valu de nombreuses lettres. Dans la plupart, j'ai eu la satisfaction de recevoir des approbations, souvent chaleureuses ; dans quelques-unes, j'ai recueilli quelques arguments opposés à ma thèse et auxquels je reconnais toute leur valeur ; dans toutes, j'ai eu le plaisir de constater un esprit d'amicale confraternité, un ton d'extrême cordialité aussi bien chez les partisans que chez les adversaires de mes idées.

En revanche, je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours* une note d'un de mes confrères qui me paraît beaucoup moins un exposé de faits qu'un article de polémique. A défaut d'arguments sérieux, mon confrère apporte avec sérénité les affirmations les plus curieuses, traite la statistique en esclave docile qui doit se plier aux fantaisies du maître, fait intervenir une arithmétique spéciale et enfin, évoque l'ombre de Machiavel qu'on ne s'attendait pas à voir en cette affaire.

Mon confrère, dès ses premiers mots, tient à donner à ses lecteurs la clef de son cœur. L'avancement des saisons, c'est son œuvre. Il doit donc la défendre, c'est le père protégeant sa lignée. Je ne sais si c'est bien à lui que revient la responsabilité d'avoir procréé un aussi monstrueux rejeton. L'opinion publique montdorienne désigne un autre créateur qui serait, lui, le vrai père, silencieux mais agissant j'allais dire le père tout-puissant... Je ne veux point m'attarder à rechercher les origines de cette paternité. C'est un titre de gloire que personne parmi nous ne songera à lui ravir. Le voici donc protégeant son enfant. « Mes petits sont mignons, beaux, bien faits et jolis sur tous leurs compagnons... » Est-ce une raison, aimable confrère, pour ne point tolérer la critique et pour voir le démon dans tout contempteur de votre progéniture ?

Dans l'article qui a si fort agité mon confrère, j'énumérais les inconvénients de l'ouverture prématurée des saisons thermales et j'en soulignais l'inutilité, me basant sur le peu d'empressement mis par nos clients à venir avant juin.

« Depuis qu'on a avancé le début de la saison, dis-je, le nombre des baigneurs, *en mai*, est allé en « diminuant ».

C'est un fait.

Une commission dont je fis partie, fut nommée l'été dernier au Mont-Dore pour étudier cette question de l'ouverture précoce, contrôler les résultats, prendre des décisions. Personne ne songea à ergoter sur les chiffres officiels. Les partisans du 15 mai expliquèrent l'échec par les conditions atmosphériques défavorables de 1923 et exprimèrent leur confiance dans un avenir meilleur. Mais, devant l'évidence des chiffres, tout le monde s'inclina.

Mon confrère qui ne faisait d'ailleurs pas partie de cette commission montre plus de désinvolture. « Le nombre des baigneurs en mai est allé en diminuant ? Il écrit sans sourciller : c'est une erreur de fait ! Et, pour le prouver, il s'appuie sur la statistique. Sur la statistique de mai ?... Vous n'y êtes pas ! Ces chiffres-là sont sans doute mieux dans une ombre discrète. Alors, par un détour pour le moins audacieux, on présente les mois de mai et de juin tendrement enlacés pour les besoins de la cause. On compare ces mois de juin éthiques d'avant-guerre avec les triomphants mois de juin d'après-guerre et l'on s'écrie ravi : « Vous voyez bien que l'ouverture du 15 « mai n'est pas un échec, puisque nous avons tant de « monde ... en juin ! »

C'est désaxer le débat de façon un peu cavalière. Je m'étonne qu'il n'ait pas poussé plus loin encore la fantaisie. C'était chose possible. Le mois de juin, en effet, n'a pas attendu l'avancement de la saison pour se charger de baigneurs. En 1919 et particulièrement en 1920, l'afflux fut considérable. Mon confrère, en veine de plaisanterie, n'avait qu'un pas à faire. Il pouvait conclure : « L'ouverture du 15 mai a été un « tel succès qu'avant sa réalisation même, elle avait « déjà produit des effets mirifiques ». Ces chiffres de 1919 et de 1920 expliquent lumineusement pourquoi mon confrère tient à mesurer le succès de mai thermal avec les résultats de juin. La ruse est véritablement un peu grosse !

La question est pourtant simple. Elle se pose ainsi : « Depuis trois ans que nous ouvrons nos por« tes le 15 mai au lieu du 1er juin, avons-nous réussi « à amener un afflux croissant de baigneurs pendant « cette quinzaine supplémentaire ? » Non, répond la statistique, au contraire ! Mais pour juger le mois de mai, il faut consulter les chiffres de mai et non pas ceux de juin ! Pour apprécier quelqu'un, il n'est encore venu à l'idée de personne d'examiner son voisin !

Que dirai-je de ce petit air de flûte sur les clients modestes qui ne peuvent venir en juillet, au temps des prix forts ? Ouvrir la saison le 25 mai, c'est paraît-il, « les condamner sans appel ! » Hormis cette décade 15-25 mai, pas de salut pour les baigneurs peu fortunés ! La fin du mois d'août, de plus en plus désertée, leur est-elle donc interdite ? Le mois de septembre qui fut toujours celui des petites gens, est-il rayé de l'almanach thermal ? Avant ces trois der-

nières années le Mont-Dore fut donc cruel aux malheureux ? Le parti-pris est décidément un mauvais compas pour mesurer ses mots.

Mais j'abrège. J'arrive à la conclusion, cette conclusion redoutable qui doit tout emporter. *In cauda venenum*, dit l'auteur, ; venin peu virulent en vérité, car je n'en ai ressenti aucune piqûre. « La question de « l'avancement des saisons, proclame mon confrère, « est si peu condamnée que l'application de cette mesure a été maintenue par un vote de la fédération « thermale d'Auvergne ».

C'est jouer sur les mots. La fédération, en adoptant un nouvel essai d'ouverture au 15 mai *pour* 1924, n'a fait que suivre en cela nos propres directives. Et me voilà forcé de rappeler encore une fois la réunion de la Commission du Mont-Dore, à la fin de la saison dernière. L'unanimité moins deux voix s'était faite contre le 15 mai. Ce que voyant, le directeur de notre établissement thermal, nous tînt à peu près ce langage : « Pour obéir à vos illusions de 1920, aujour« d'hui dissipées, j'ai ouvert, à partir de 1921, l'éta« blissement le 15 mai. J'ai consacré depuis trois ans « des sommes respectables à cette propagande. J'ai « annoncé pendant tout l'été, l'ouverture pour cette « date, comment reculer maintenant ? »

Nous convînmes qu'en effet ce changement de front risquait de n'être pas compris des baigneurs et nous tous (tous hostiles au 15 mai, moins deux voix, je le répète), nous acceptâmes un nouvel essai pour 1924.

Je dois, en effet, au Directeur de l'Etablissement thermal du Mont-Dore, un hommage que je lui rends volontiers, car il fut, en 1920, le plus clairvoyant de tous. Il s'opposa de toutes ses forces à cette mesure, qui lui sembla dès l'abord vouée à l'échec et ne céda qu'après de pressantes sollicitations. En raison de cette attitude passée, pouvait-on lui marchander une loyale collaboration ?

Les engagements étaient les mêmes pour la Fédération d'Auvergne, qui fait, à frais communs, de la publicité pour les cinq stations. Cette Fédération qui groupe nos villes d'eaux d'Auvergne si différentes entre elles par leur altitude, leurs conditions atmosphériques, est notre trait-d'union et nous rend de grands services. L'imagine-t-on confondant dans un geste bénisseur les monts et les plaines et imposant partout une loi unique ? Ainsi, Royat par exemple, à qui la proximité de Clermont donne une physionomie si particulière, Châtel-Guyon au climat tempéré et nous-mêmes, les montagnards bourbouliens et montdoriens, nous serions astreints aux mêmes règles d'existence et de durée ! C'est comme si la Fédération thermale française s'avisait un jour d'émettre un décret ouvrant et fermant à la même heure toutes les stations de France. Qui ne voit l'absurdité de semblable prétention ?

L'embarras de mon confrère saute aux yeux. Pour étayer sa malencontreuse paternité, il lui a fallu découvrir ce vote anodin de la Fédération qui s'applique à 1924 et n'engage aucunement l'avenir. Pourquoi omet-il de mentionner le vote, vote de principe celui-là, émis par les médecins montdoriens ? Je le remets ici sous ses yeux, bien qu'il en ait certainement gardé un souvenir précis.

A la première réunion de notre syndicat, en 1923, la question de l'avancement de la saison fut posée. Sur dix-sept membres présents, deux votèrent pour l'ouverture au 15 mai, quinze la condamnèrent. Depuis, la minorité aurait, paraît-il, rallié deux unités. On voit comment se partagent les avis. Si la Fédération d'Auvergne avait voulu émettre un vote de principe, en vertu de quel mandat nos délégués du Mont-Dore auraient-ils approuvé l'avancement de la saison ? Pourquoi donc mon confrère a-t-il omis ce point capital ?

Paternité veut dire souvent partialité. N'est-ce pas humain ? Pour cette raison, le plaidoyer *pro domo* de mon confrère ne manque pas d'intérêt, encore que j'aurais préféré des arguments vrais, solides, réels à une polémique trop visiblement personnelle. Les polémiques de cette espèce, loin d'appuyer une thèse lui nuisent considérablement. Leur principal résultat est de fatiguer les lecteurs. Je m'excuse auprès d'eux de ces développements trop longs à mon gré et je remercie le *Concours médical* de sa généreuse hospitalité.

Laissons la parole à nos malades. Rien ne sert de leur promettre la lune..... ou le soleil en mai. Leur opinion, ils se la feront eux-mêmes. Ils seront les juges de la situation..... et les nôtres. Ce sera ma conclusion. Que mon confrère n'y cherche point le *venenum in cauda*. Pas le moindre venin. La vérité me suffit.

Béal (Mont-Dore).

R. H. M. S. 3404.

BELLES-LETTES — BEAUX-ARTS

Théatre des Arts. — **L'échéance**, 3 actes, de M. Marcel Frager.

Les pièces nouvelles se font plus rares, c'est le temps où les directeure reprennent celles qui ont été essayées et dont le succès est certain, celles aussi qui peuvent tenir la scène pendant toute la saison d'été, c'est pourquoi la pièce de M. Marcel Frager, l'*Echéance*, tragédie moderne en 3 actes que vient de donner le *Théâtre des Arts*, a excité tant de curiosités et de discussions.

A vrai dire, c'est une excellente soirée à passer et je suis persuadé qu'après les petites retouches des premières représentations, certains points un peu délicats que les jeux de scène ne parvinrent pas à masquer suffisamment et qui, malgré leur côt (tragique,

donnèrent une impression comique, se trouveront mis en leur véritable valeur.

Il n'est pas anormal dans le monde de la basse pègre qu'après avoir « fait un coup à deux », un seul des coupables prenne tout sur lui laissant à l'autre le soin de garder sa part et de la lui remettre lorsqu'il aura purgé sa peine ; c'est même dans ces milieux spéciaux une forme d'honnêteté bien connue, à laquelle tous les associés veillent jalousement et nul n'oserait s'y soustraire.

Dans la pièce de M. Frager, Etienne Jagoux (M. Mevisto), après avoir simulé avec le caissier Charles Dubaure, un cambriolage avec effraction pour couvrir ses détournements, assassine le gardien de nuit survenu mal à propos et prend sur lui tous les torts au lieu de dénoncer son « associé », lui laissant le fruit du vol à gérer et à faire fructifier ; mais, lorsqu'après vingt ans et alors qu'on ne l'attendait guère, il revint à sa sortie du bagne et demanda sa part, il tomba comme une grosse pierre dans la mare aux grenouilles.

Dubaure qui était marié et n'avait volé que pour pouvoir soigner sa femme gravement malade et qu'il adorait, avait tout à fait oublié Jagoux, s'étant contenté de donner à l' « amie » de celui-ci la part qu'il considérait lui devoir et de dédommager ses anciens patrons de la perte subie par sa faute. Il avait fait de son mieux fructifier sa maison de commerce, élevé ses deux enfants , poussé son fils qui venait de sortir ingénieur de l'Ecole Polytechnique et dont il devait, ce soir-là, fêter la nomination en recevant à sa table tous les hauts bonnets de la Rochelle et en les traitant « au champagne ».

Survient Jagoux, qui, tout d'abord, ne demande que sa part d'argent, puis qui, devant la résistance qu'il rencontre, « exige » sa part de « tout » y compris de la femme de Dubaure. Et, c'est là, que se trouvent quelques faiblesses provenant de la formidable différence des caractèrs de la Lucrèce Romaine et de cette bourgeoise modernement tragique. La révolte de la bourgeoise, de la mère, apparaît mal : quand son mari lui fait l'aveu complet de sa faute, elle n'est pas choquée trop profondément par l'idée de vol, (on sent qu'elle a pris sur la propriété des idées de locataire, très éloignées de la notion du droit romain, des idées semblables à celles de l'Intendant de l'Evangile), elle paraît surtout vouloir fuir son mari parce que complice d'un meurtre qu'il n'a pas dénoncé. Evidemment cette manière de voir était nécessaire pour faire ressortir le dénouement où cette même femme tuera Jagoux après lui avoir fait signer un bien invraisemblable aveu en échange duquel elle doit se donner à lui.

A quel moment lui est venue l'idée du crime ? est-ce seulement, comme une expression de physionomie de Mme Marcilly (Henriette Dubaure), paraît le laisser supposer, lorsqu'elle retrouve sous sa main le revolver qu'elle-même a placé sur un meuble après l'avoir pris des mains de son mari alors qu'il ne paraissait guère avoir envie de s'en servir, est-ce plus tôt ? il est difficile de le savoir.

En revanche, la veulerie de ces bourgeois — qui n'en sont même pas —, qui ne sont que de petits nouveaux riches de modeste fortune ressort en tous points de la pièce et c'est le développement de cette antithèse avec la gouaille cynique et aigrie du bagnard, qui fait peut-être le charme de la soirée. Si on était bien certain que c'est là ce qu'a cherché l'auteur, si, par exemple, un jeu du genre de celui des Pitoëff avait affirmé cette note aussi puissamment que Mévisto développa le rôle de Jagoux, on serait peut-être pleinement satisfait. Et, dans la salle, lorsque Mme Dubaure décidée à se soumettre aux ultimes outrages de Jagoux lui répond : quand ? et que quelques rires fusent tant cette demande semble en contradiction avec le caractère de Mme Dubaure, on put entendre dans les fauteuils, une prédiction qui, pour ne pas être mienne ne m'en a pas moins paru à retenir : « Sous peu ce sera un quand « retranché » ! !

Que M. Marcel Frager m'excuse de cette petite taquinerie qui n'enlève rien à son talent et à la qualité très solide de sa pièce : j'y ai passé, comme tous ceux qui étaient là, une fort agréable soirée, ce qui n'est pas toujours le cas pour bien des pièces soit disant « très bonnes ».

Et si j'ajoute que je considère avant tout comme bonne une pièce qui plaît au public, je n'hésite pas à déclarer que j'ai trouvé l'*Echéance* fort bonne (meilleure que celle du lendemain... 15 avril ... le terme) et que le fait de prêter par de petits points à la critique ne l'a pas diminuée dans mon esprit : je sais de très grands peintres qui laissent toujours dans leurs tableaux un défaut apparent afin que les curieux et les critiques s'en saisissent et puissent se donner l'illusion d'une compétence certaine..... Et je me demande après tout si ce n'est pas moi qui ai sottement mordu à l'hameçon ? ...

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

LE CONCOURS DE L'INTERNAT

ASSOCIATION CORPORATIVE
des
ETUDIANTS EN MÉDECINE

Voici deux documents qui nous paraissent intéressants à publier. Ce sont deux lettres adressées au Directeur de l'Assistance publique.

N. D. L. R.

I

Un de no s camarades, externe des hôpitaux, nous a, dans le courant du mois de janvier, signalé qu'une pétition était organisée dans les hôpitaux, pour obtenir la suppression de l'anonymat du concours de l'internat.

Le Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris considérant :

D'une part, que le principe de l'anonymat est une des garanties les plus sérieuses qui puisse être donnée de l'honnêteté d'un concours,

D'autre part, que, dans le cas où deux tendances très nettes s'affrontent, un pétition n'a aucune valeur puisqu'elle ne traduit que l'opinion d'un groupe,

Décida d'organiser, non une contre-pétition, mais un referendum.

Cependant, il apparut qu'à cette occasion, il était utile, sinon nécessaire, de procéder à un examen approfondi des raisons pour lesquelles un certain nombre de candidats pouvaient être opposés au principe de l'anonymat.

Des quelques raisons avouées qui nous ont été présentées, il en est qui ne résistent pas à une étude un peu sérieuse : nous n'en avons retenu que deux :

La première, c'est que les copies étant corrigées sans contrôle, il arrive que certaines d'entre elles ne sont pas lues avec toute l'attention désirable, surtout lorsqu'elles sont mal écrites.

La seconde, c'est que les juges lisant eux-mêmes, l'anonymat n'est plus conservé, car le candidat peut glisser dans sa copie quantité de signes conventionnels qui permettront au juge de reconnaître son élève.

A ces deux raisons justes et honnêtes, il faut en ajouter une troisième qui, difficilement avouable, n'en est pas moins certaine : nombre de candidats qui en sont à leur dernier concours craignant un échec qui leur ferait perdre leur dernière chance, espèrent que la suppression de l'anonymat permettra à l'estime de ceux qui ont été leurs maîtres de se manifester en leur faveur.

Le problème de l'anonymat étant ainsi posé, il devenait facile de le résoudre.

Le Comité de l'Association Corporative ne s'est pas arrêté un instant à la troisième raison, sinon pour considérer qu'elle était indigne d'étudiants et, pour les deux premières, a proposé la solution suivante :

1° Conserver l'anonymat ;

2° Les copies seront lues devant le jury par un interne.

Nous avons donc proposé aux candidats à l'internat les trois solutions suivantes :

1re *solution* : maintenir le règlement actuel (anonymat) ;

2e *solution* : maintenir le règlement actuel en ajoutant la lecture publique des copies ;

3e *solution* : supprimer l'anonymat.

Les résultats de ce referendum sont les suivants :

Nombre d'avis exprimés : 718. — 1re *solution* : 120 ; 2e *solution* : 344 ; 3e *solution* : 254.

Nous nous permettons de vous faire remarquer que :

1° Le chiffre de 718 représente presque entièrement le nombre des externes qui préparent l'internat ;

2° Les deux premières solutions sauvegardant le principe de l'anonymat, il est logique d'additionner le nombre de voix qu'elles ont recueilli. Les résultats paraissent ainsi beaucoup plus nettement et l'on peut dire que :

Sur 718 avis exprimés, il y en a :

254 contre l'anonymat ; 464 pour l'anonymat.

C'est pourquoi, Monsieur le Directeur, l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris a l'honneur de vous demander :

1° Le maintien de l'anonymat du concours de l'internat ;

2° La modification du règlement du concours par l'établissement de la lecture publique des copies.

On a objecté à notre solution que l'anonymat serait supprimé par le fait même de la lecture publique des copies. C'est une erreur, et nous nous permettons de vous exposer comment le Comité de l'Association Corporative comprend la nouvelle organisation de l'anonymat et de la lecture publique des copies.

1° Les candidats ayant fait leurs compositions les remettent au président d'un des bureaux constitués dans la salle du concours.

On vérifie sur chaque copie le nom du candidat, et on appelle à haute voix ce nom qu'un représentant de l'Administration pointe sur la liste alphabétique des concurrents.

3° Les 3 copies de chaque candidat sont réunies dans une enveloppe ne portant aucun signe extérieur et les enveloppes sont mélangées.

3° Lorsque l'Assistance publique procède à l'établissement de l'anonymat, les 3 copies de chaque candidat sont retirées de l'enveloppe, le coin supérieur droit est scellé et le même numéro d'ordre est donné à chaque copie. Ce numéro est porté dans le coin inférieur droit qui est scellé.

4° Les copies de chaque candidat sont alors séparées, rangées par matières et mélangées dans chaque groupe.

5° Les copies sont lues en séances publiques par un

interne. Celui ci pourrait d'ailleurs être rétribué, ce qui permettrait de choisir des internes qui lisent bien et facilement ; pour rétribuer ce lecteur, un droit d'inscription de 10 francs par exemple pourrait être réclamé à chaque candidat.

6° Les membres du jury ayant entendu la lecture des copies donnent chacun une note, une moyenne est faite : cette note est inscrite sur la copie en même temps qu'un numéro de lecture.

7° Toutes les copies ayant été corrigées, il est procédé à l'ouverture du coin inférieur droit:

Sur un tableau sont portés :

Les numéros d'ordre, les notes des trois copies et le total de ces notes.

8° Les notes sont classées par ordre décroissant. Comme l'on sait le nombre de places d'internes qui sont vacantes, le point d'admissibilité est fixé par simple examen de ces notes.

Toutes les notes en dessous de ce point indiquent les « non admissibles ». On procède alors à l'ouverture du coin supérieur droit des copies dont la note totale est au-dessous du point d'admissibilité.

En rayant les noms de ces « non-admissibles », on a automatiquement la liste des admissibles dont les noms ne sont pas connus.

Telle est, Monsieur le Directeur, l'organisation que nous nous permettons de vous proposer ; elle permet un anonymat complet dont les garanties sont considérablement renforcées par la lecture publique des copies.

A cette demande, nous nous permettrons, Monsieur le Directeur, d'en ajouter quelques autres :

En ce qui concerne l'écrit, nous demanderons la suppression du 2 éliminatoire ; il nous paraît, en effet, qu'il est juste de laisser au candidat la possibilité de racheter par deux bonnes copies une épreuve qui a mérité 2. Seule la note 0 pourrait être éliminatoire,

De même, pour l'écrit, nous demanderons que des dispositions spéciales soient prises pour empêcher toute collaboration entre candidats qui ont suivi la même conférence de préparation. C'est un fait, en effet : nombre de candidats collaborent et 4 jeunes gens qui, par exemple, auraient mérité individuellement 11, 13, 14, 16, obtiendront des notes supérieures, 12, 14, 15, 16.

Pour l'écrit encore, nous attirons votre attention sur le fait que certains candidats ne quittent pas leur place dès que le Président du Jury a déclaré expiré le temps accordé pour la rédaction ; tandis que les uns remettent leurs copies, les autres relisent, corrigent et gagnent ainsi dix minutes ou un quart d'heure, ce qui, sur une heure de composition, est considérable.

Enfin, en ce qui concerne l'oral, les candidats au concours de 1924 se plaignent vivement de ce que l'oral ait été coté cette année sur 40. De cette façon, en effet, il suffisait, le point d'admissibilité étant fixé à 30, d'obtenir 36 à l'oral pour être reçu. Les candidats considèrent que coter l'oral sur 40, est un moyen de tourner l'anonymat et de nombreux exemples ont, cette année, montré le bien-fondé de cette opinion. Nous demandons par conséquent, que, l'écrit étant coté sur 60, l'oral le soit sur 30.

Le Comité de l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris, espère que vous voudrez bien examiner les demandes qui vous sont présentées ; elles ont été faites dans un but profondément désintéressé, empreint d'une honnêteté scrupuleuse.

Referendum organisé par l'Association corporative des étudiants en médecine, parmi les externes et internes provisoires des hôpitaux de Paris : « Doit-on conserver l'anonymat de l'internat » avec l'autorisation de l'Assistance publique.

Résultats par hôpital

Hôpital	1re *sol.*	2e *sol.*	3e *sol.*	*Total des voix*
Hôtel-Dieu	9	16	15	40
Pitié	1	19	17	37
Charité	5	20	14	39
Saint-Antoine	9	38	14	61
Necker	0	14	12	26
Cochin	8	45	18	71
Beaujon	5	13	17	35
Lariboisière	8	18	17	43
Tenon	21	32	3	56
Laënnec	5	16	7	28
Bichat	4	2	4	10
Broussais	0	2	17	19
Boucicaut	3	13	3	19
Vaugirard	1	4	3	8
Boulogne	2	7	1	10
Saint-Louis	18	24	30	72
Andral	0	1	4	5
Bastion 29	6	0	0	6
Maison Dubois	0	5	3	8
Maternité	2	2	3	7
Tarnier	0	0	3	3
Enfants-Malades	3	14	19	36
Trousseau	0	6	5	11
Bretonneau	0	15	3	18
Hérold	0	8	0	8
Enfants-Assistés	4	4	0	8
Salpêtrière	4	6	11	21
Incurables	0	0	9	9
La Rochefoucauld	2	0	2	4
	120	344	254	718

1re *solution* (maintien de l'anonymat actuel). 120
2e *solution* (anonymat et lecture publique des copies) 344
3e *solution* (suppression de l'anonymat)..... 254

Les deux premières solutions sauvegardant le principe de l'anonymat, le résultat total est :
Pour l'anonymat, 464. — Contre l'anonymat, 254.

Association professionnelle

DES EXTERNES

ET ANCIENS EXTERNES

des Hopitaux de Paris.

Le bureau de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris a l'honneur de vous transmettre sous ce pli deux documents relatifs à l'opinion des candidats à l'internat sur la forme de ce concours.

Le premier est une pétition organisée dans les hôpitaux par un groupe d'externes qui demandent la suppression de l'anonymat à l'écrit de l'internat.

Le deuxième document est un referendum organisé par l'Association corporative des étudiants en médecine et qui a été soumis à tous les externes et internes provisoires en fonction. Les intéressés y étaient priés de donner leur adhésion à l'une des trois formules suivantes :

1° Système actuel intégral avec écrit anonyme.

2° Système actuel avec écrit anonyme, mais avec lecture publique des copies par des internes en exercice ;

3° Concours comportant le même nombre d'épreuves qu'actuellement, mais avec suppression de l'anonymat à l'écrit.

Les deux groupements ayant organisé ces consultations ont chargé l'A. E. de vous en transmettre les résultats, les voici :

1° Ont voté pour la conservation intégrale du système actuel à écrit anonyme. 120 voix

2° Ont voté pour la conservation du système actuel à écrit anonyme, mais avec lecture publique des copies par des internes en exercice.................. 344 voix

3° Ont voté pour un concours comportant le même nombre d'épreuves qu'actuellement, mais avec suppression de l'anonymat à l'écrit :

Dans la pétition demandant cette suppression (document n° 1).............. 274 voix

Dans le referendum de l'Association corporative des étudiants en médecine (document n° 2) .... 254 voix

(Ces deux derniers chiffres doivent être confondus ; les candidats ayant signé la pétition ont, en général demandé aussi la suppression de l'anonymat dans l'autre document).

La majorité des candidats se montre donc favorable au maintien de l'anonymat (344 voix + 120 = 464 voix).

La majorité, moins absolue, il est vrai, demande la lecture publique des copies par des internes en exercice.

Les résultats des consultations actuelles confirment donc ceux du referendum organisé, il y a un an et demi par l'A. E.

Le Président,

P. Cossa.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours libre d'électrologie.* — La Société des médecins-chefs des laboratoires d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 26 mai 1924, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électro-radiologie.

Les conférences auront lieu tous les jours à 17 h. 30, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris. Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (*Vois liste ci-contre*). Inscription. — Pour l'inscription qui est gratuite, s'adresser : au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

Programme des conférences :

Lundi 26 mai. Dr Laquerrière : modes d'utilisation de l'électricité en médecine : I — Courant voltaïque. Electrolyse. Ionothérapie.

Mardi 27 mai. Dr Laquerrière : modes d'utilisation de l'électricité en médecine : II — Courant faradique. Franklinisation.

Mercredi 28 mai. Dr Mahar : courants de haute fréquence : courants de H. F. à basse tension. Diathermie.

Vendredi 30 mai. Dr Mahar : Courants de haute fréquence à haute tension.

Samedi 31 mai. Dr Bourguignon : électrophysiologie générale. Electrodes. Electrolyse et polarisation. Variation négative et applications à l'électrocardiogramme.

Lundi 2 juin. Dr Bourguignon : électrophysiologie générale. Electrotonus. Lois polaires. Loi d'excitation. Contractions.

Mardi 3 juin. Dr Bourguignon : électropathologie et électrodiagnostic. Les lois polaires. La loi d'excitation et la contraction en pathologie.

Mercredi 4 juin. Dr Bourguignon : électrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : techniques anciennes et modernes.

Jeudi 5 juin. Dr Bourguignon : électrodiagnostic des nerfs moteurs et des muscles : interprétation. Electrodiagnostic des nerfs sensitifs : vertige voltaïque.

Vendredi 6 juin. Dr Delherm : Les techniques élémentaires et cliniques en électrodiagnostic.

Samedi 7 juin. Dr Delherm : traitement électrique des affections du neurone moteur périphérique.

Mardi 10 juin. Dr Delherm : traitement électrique des affections du neurone moteur périphé-rique (*suite*).

Mercredi 11 juin. Dr Laquerrière : traitement électrique des affections du neurone sensitif.

Jeudi 12 juin. Dr Bourguignon : traitement électrique des affections du système nerveux central et des névroses.

Vendredi 13 juin Dr Bourguignon : traitement électrique des troubles vaso-moteurs et trophiques.

Samedi 14 juin. Dr LAQUERRIERE . traitement électrique des maladies de la nutrition.

Lundi 16 ju;n. Dr MAINGOT : traitement élec trique des affections rhumatismales et de l'appareil circulatoire

Mardi 17 juin. Dr LAQUERRIERE : traitement électrique des affections du tube digestif. (Œsophage, estomac). 4

Mercredi 18 juin. Dr LAQUERRIÈRE : traitement électrique des affections du tube digestif (instestins, glandes annexes.)

Jeudi 19 juin. Dr BELOT : traitement électrique des affections de la peau : l'électrolyse en dermatologie : nævi, angiomes, hypertrichose, chéloïdes, lupus, etc.

Vendredi 20 juin. Dr BELOT : traitement électrique des affections de la peau (*suite*).

Samedi 21 juin. Dr BELOT : traitement électrique des affections de la peau (*fin*) : électricité statique. Haute fréquence. Courant continu. Introduction d'ions médicamenteux.

Lundi 23 juin. Dr LAQUERRIÈRE : traitement électrique des affections du système osseux et articulaire. Accidents du travail.

Mardi 24 juin. Dr LAQUERRIÈRE : traitement électrique des affections de l'appareil génital mâle et des affections communes aux deux sexes.

Mercredi 25 juin. Dr LAQUERRIÈRE : traitement électrique des affections génitales ed la femme.

Jeudi 26 juin. Dr MAINGOT : dangers et accidents de l'électricité de haute et de basse tension.

Vendredi 27 juin. Dr LAQUERRIÈRE : cryothérapie. Héliothérapie. Méthode de Finsen.

Samedi 28 juin. Dr LAQUERRIÈRE : photothérapie. Rayons ultra-violets. Rayons infra-rouges, etc.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS : *Liste des laboratoires ouverts aux démonstrations et exercices pratiques* :

Dr BELOT : hôpital Saint-Louis, lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. Affections de la peau.

Dr BOURGUIGNON : hospice de La Salpêtrière, tous les matins à 9 h. 1/2.

Dr DELHERM : hôpital de la Pitié, mardi 9 h. 1/2. examen des femmes en traitement ; mercredi, électrodiagnostic ; jeudi, chronaximétrie ; vendredi, examen des hommes en traitement ; samedi, technique électroradiothérapique ; tous les jours, traitements d'électro-radio-thermoluminothérapie, etc.

Dr LAQUERRIÈRE : hôpital Herold, mardi à 10 h. ; Dr LOBLIGEOIS : hôpital Bretonneau, lundi, vendredi à 10 h. 1/2 ; Dr MAHAR : hôpital Trousseau, samedi à 9 h. 1/2. Electrodiagnostic et indications thérapeutiques des affections infantiles.

Dr MAINGOT : hôpital Laënnec, tous les matins (*sauf dimanches et fêtes*) à 9 h. 1/2.

— **Académie de médecine.** — 3e *centenaire de Sydenham* — L'Académie de médecine commémorera dans sa séance du 20 mai, à 3 heures, le 3e centenaire de la naissance de Sydenham.

Un discours sera prononcé par M. Chauffard, sur la vie et l'œuvre du célèbre médecin anglais.

— Monsieur le docteur Robert PROUST, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera une série de conférences sur la curiethérapie et la radiothérapie chirurgicales, le lundi 26 mai, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— **VIe Congrès des pédiatres de langue française.** — L'Association française de pédiatrie tiendra son 4e Congrès des pédiatres de langue française, en 1924, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Marfan. Ce Congrès durera trois jours, les 29, 30 septembre et 1er octobre 1924.

Les séances auront lieu à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale infantile : le première, le 29 septembre à 9 h. 1/2 du matin. Elles seront précédées d'une séance administrative qui aura lieu le même jour à 8 h. 1/2 séance à laquelle, seuls, pourront prendre part les membres de l'Association française de pédiatrie.

Une réunion du Conseil d'administration aura lieu la veille, sur convocation.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour et font l'objet d'un rapport. Ce sont : 1° étiologie et pathogénie du rachitisme ; rapporteur : M. Lesné (Paris); 2° prophylaxie et traitement de la syphilis infantile, rapporteur : M. L. Tixier (Paris) ; 3° traitement des pleurésies purulentes de l'enfance ; rapporteurs : MM. Ribadeau-Dumas (Paris), Rocher (Bordeaux).

Les membres du Congrès qui désirent prendre part à la discussion pourront s'inscrire à l'avance en s'adressant au bureau du Congrès. Les discussions ne seront insérées aux comptes rendus que contre remise, séance tenante, d'une note rédigée par l'auteur ; cette note ne devra pas dépasser une page d'impression, le surplus étant à la charge de l'auteur.

Les membres du Congrès qui auraient l'intention de faire des communications sur des sujets autres que les précédents devront en faire connaître le titre et les conclusions, avant le 15 septembre, au bureau du Congrès. Ce dernier décidera de l'opportunité, ou non, de ces communications. Ces dernières ne devront pas dépasser deux pages d'impression, le surplus et les figures restant à la charge des auteurs.

Font partie de droit du Congrès comme membres titulaires les membres français ou étrangers, titulaires ou correspondants de la Société de Pédiatrie de Paris.

Peuvent en faire partie comme membres participants, pour la durée du Congrès, les médecins français ou étrangers qui en feront la demande avant le 10 septembre 1924, sur la prsésentation de trois membres titulaires français de l'Association.

Les uns et les autres payeront une cotisation uniforme de 60 fr.

Chaque congressiste a le droit de faire inscrire comme membres adhérents les personnes de sa famille (femme et enfants). Ces membres payeront une cotisation de 30 fr. qui leur permettra de participer à tous les avantages du Congrès, à l'exception du volume des comptes rendus.

La correspondance, les demandes de renseignements, doivent être adressées au secrétaire général, M. H. Barbier, 5, rue de Monceau, à Paris ; les cotisations à M. J. Hallé, trésorier, 100, rue du Bac, à Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

téite costale et sternale tuberculeuse. Un séjour au bord de la mer me semble très indiqué. Existe-t-il à l'heure actuelle un hôpital maritime où l'on recevrait un tel blessé et à qui faudrait-il s'adresser pour l'admission ?

D[r] L.

Réponse.

Votre blessé pourrait bénéficier du traitement dans un hôpital militaire de Berck-Plage.

Qu'il adresse sa demande au Ministre de la Guerre, 7e direction, 66, rue de Bellechasse, en y joignant :

1° Un certificat médical attestant que la maladie en cause est bien celle qui a motivé la pension, et qu'elle est à un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement marin ;

2° Une copie (certifiée par le maire) de son titre de pension.

1077. — La médaille militaire n'est accordée qu'aux blessés de guerre

Un de mes malades, a été blessé accidentellement, à l'œil gauche, par une épine de cactus, alors qu'il obéissait à un ordre donné par un de ses chefs militaires.

C'était en 1903, il accomplissait son service militaire.

A la suite de cet accident, il a perdu toute acuité visuelle de ce côté et cet œil vient de faire une poussée de glaucome très douloureuse, qui a cédé à un traitement énergique.

Je lui ai cependant formellement conseillé l'énucléation.

Ce client touche 50 %, réformé n° 1, il me demande si, de ce fait, il ne pourrait pas prétendre à la médaille militaire ?

D[r] L.

Réponse.

La médaille militaire n'est accordée qu'aux *blessés de guerre.*

Pour vous donner une réponse suffisante, il serait nécessaire de connaître exactement le libellé de la ou des infirmités qui ont motivé la réforme n° 1.

1180. — Examen préalable à la fixation définitive de la pension militaire.

Un de mes malades est réformé de guerre n° 1 avec 20 % en septembre 1919. En octobre 1921, il passe devant une Commission qui le maintient. Hier, il reçoit une convocation pour passer devant le centre de réforme le .. mai prochain. Mon malade est-il tenu de répondre à la convocation. Je croyais que la loi du 31 mars 1919 stipulait que tout réformé non convoqué à l'expiration des quatre ans pour nouvel examen, conservait d'office ses droits à la pension.

Cette loi aurait-elle été abrogée ? Existe-t-il de nouveaux décrets ? Quelle conduite doit tenir mon malade ?

Dr V.

Réponse.

Il est absolument indispensable que votre malade se présente à la convocation du .. mai, afin qu'il soit statué définitivement sur le degré de son invalidité. De nouvelles instructions exigent, en effet, que tout pensionné de guerre soit revu dans les six derniers mois des 4 ans qui suivent son premier passage devant une Commission de réforme. S'il ne se conformait pas à ces prescriptions, sa pension serait suspendue jusqu'à nouvelle visite médicale intervenue.

Application du Tarif Breton.

1122. — Déplacements spéciaux ou non.

J'ai soigné à 12 kil. de S.-E., un accidenté du travail que j'ai dû voir six fois dans l'espace d'un gros mois, pour traumatisme abdominal avec réaction péritonéale.

A ma note, la Compagnie répond qu'elle ne me payera pas une partie des indemnités kilométriques, alléguant qu'elle ne comprend pas que « ce docteur prétende à des honoraires, alors qu'il se déplaçait à jours fixes dans cette localité ».

Or, sur 6 déplacements, elle accepte d'en régler 2. Pourquoi pas les 6 ? Alors que, appelé d'urgence le jour de la 1re visite, j'ai fixé moi-même au fur et à mesure les jours des visites consécutives et que, d'autre part, il est faux qu'à l'époque du sinistre, mes déplacements fussent réguliers, et à jours fixes. D'ailleurs, je puis le prouver par des faits et de plus, je tiens à signaler que je n'*ai jamais reçu soit de la municipalité, soit de toute autre collectivité, la moindre indemnité fixe.*

J'ai écrit à l'ouvrier et au patron. J'ai, de ce dernier, une *lettre* par laquelle il reconnaît le bien fondé de ma réclamation et ne comprend pas l'intransigeance de la Compagnie ; mais, dit-il, « assuré, je ne crois pas avoir à répondre de rien ». C'est là une erreur. J'ai assigné en justice de paix en conciliation. Personne ne s'est présenté.

Avant de faire citer, je veux encore épuiser tous moyens amiables ; mais je ne veux pas que la Compagnie — si j'en restais là — s'imagine que vraiment, j'avais majoré ma note. Je ne veux pas rester sur cette suspicion. Qu'en pensez-vous ?

Dr E.

Réponse

« L'article 2 avant-dernier paragraphe dit : « Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé, sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit, etc... » C'est sur cet article que se base la Compagnie pour refuser

de vous payer des déplacements complets. Avez-vous fait, les six fois, des *déplacements spéciaux* pour ce blessé ? Toute la question est là. Et c'est une question de fait, dans laquelle je n'ai pas à m'immiscer et ne pourrais d'ailleurs le faire.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

(Note de la Rédaction)

Le *Concours médical* n'a pas attendu jusqu'à maintenant pour signaler à ses lecteurs et même pour analyser, commenter ou publier intégralement ce que, dans le *Journal officiel*, il croyait de nature à les intéresser, et notamment ce qui touchait de plus ou moins loin à l'exercice de la médecine.

Il croit utile de faire désormais un peu plus et de recueillir, dans l'*Officiel*, que la plupart des médecins n'ont ni l'occasion, ni le loisir de parcourir, tout ce qui serait de nature à les intéresser, même à tout autre titre que celui de médecins, en leurs qualités de citoyens et de contribuables, par exemple.

Son intention est donc de publier régulièrement, sous le titre qui précède, et qui n'est que la continuation d'une ancienne rubrique, une revue des lois, décrets, arrêtés, circulaires, documents quelconques qui sont insérés dans la feuille officielle. Les uns seront simplement indiqués, d'autres publiés intégralement ou par extraits, d'autres analysés plus ou moins sommairement.

Lorsque la citation, l'analyse ou le commentaire devront être trop étendus pour paraître à cette place, nous nous bornerons à indiquer qu'ils seront publiés ultérieurement, en faisant simplement mention du document à sa date.

1er *mai* 1924.

— *Loi du* 29 *avril* 1924 *concernant les archives communales*, autorisant notamment le maire à déposer aux archives du département, après avis du Conseil municipal, les documents ayant plus de cent ans de date, conservés dans les archives communales.

— *Loi du* 30 *avril* 1924 fixant à 7.000 fr. par an (au lieu de 5.000), l'allocation n° 5 *bis* accordée aux invalides de guerre bénéficiaires de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 (ceux que leurs infirmités rendent incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels à la vie).

— *Arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène, du* 16 *avril* 1924, *fixant le nombre des emplois du personnel de l'Hospice des Quinze-Vingts.*

Ce nombre est de 104, dont 20 pour le person-

nel médical : 1 médecin à l'hospice, 4 à la clinique, 1 chef de laboratoire, 1 pharmacien, 1 radiographe, 4 chefs de clinique, 8 aides de clinique.

2 *mai* 1924.

— *Loi du* 25 *avril* 1924, *modifiant l'article* 331 *du Code Civil relatif à la législation des enfants naturel et adultérins.*

Les enfants adultérins peuvent être légitimés, savoir :

1° Les enfants nés du commerce adultérin de la mère, lorsqu'ils sont désavoués par le mari ou ses héritiers ;

2° Les enfants nés du commerce adultérin du père ou de la mère, lorsqu'ils sont réputés conçus à une époque où le père ou la mère avait un domicile distinct en vertu de l'ordonnance du président et antérieurement à un désistement de l'instance, au rejet de la demande ou à une réconciliation judiciairement constatée ;

3° Les enfants nés du commerce adultérin du mari, dans tous les autres cas, s'il n'existe pas d'enfants ou de descendants légitimes issus du mariage au cours duquel l'enfant adultérin a été conçu.

— *Loi du* 29 *avril* 1924 *modifiant divers articles du Code civil et du Code de commerce, quant à la preuve à fournir par la femme pour l'exercice de ses reprises sous le régime de la communauté réduite aux acquêts.*

Cette loi a pour objet de permettre que la preuve que le mobilier existant lors du mariage ou échu depuis soit établie suivant le droit commun à l'égard des tiers, alors que jusqu'à maintenant elle ne pouvait résulter que d'un inventaire ou d'un état en bonne forme.

Entre les époux, la preuve sera faite par la quittance donnée par le mari à la femme ou à ceux qui l'ont dotée, pour le mobilier existant lors du mariage. Quant au mobilier échu pendant le mariage, à défaut d'inventaire, la preuve pourra être faite, soit par titre, soit par témoins, soit même par commune renommée, de la valeur de ce mobilier.

3 *mai* 1924.

— *Loi du* 1er *mai* 1924, *modifiant certaines dispositions de la loi du* 3 *mai* 1844 *sur la police de la chasse.*

Les principales modifications de la loi sur la chasse sont les suivantes :

La clôture continue, nécessaire pour avoir droit de chasser en tout temps sans permis dans une propriété attenant à une habitation, doit « empêcher complètement le passage de l'homme et celui du gibier à poil ». (Art. 2).

Les préfets ont le droit de fixer non seulement

les jours, mais encore les heures des ouvertures et clôtures des chasses. (Art. 3).

Il est interdit, même en temps d'ouverture de la chasse, de transporter du gibier vivant, sans permis de transport délivré par le Directeur général ou par le Conservateur des eaux et forêts.

Il est interdit, en temps de fermeture, d'enlever les nids, de prendre ou de détruire, de colporter ou mettre en vente, de vendre ou d'acheter, de transporter ou d'exporter les œufs ou les couvées de perdrix, faisans, cailles et de tous autres oiseaux, ainsi que les portées ou petits de tous animaux qui n'auront pas été déclarés nuisibles par des arrêtés préfectoraux. Cependant, les détenteurs du droit de chasse auront le droit de recueillir, pour les faire couver, les œufs mis à découvert par la fauchaison ou l'enlèvement des récoltes (Art. 4.).

La chasse par avion et automobile, même comme moyens de rabat, est interdite.

Les préfets peuvent autoriser les propriétaires ou leurs ayants droit à capturer, même en temps prohibé, avec les engins et dans les conditions déterminées, certaines espèces de gibier pour les conserver provisoirement et les relâcher ensuite dans un but de repeuplement. (Art. 9).

Ceux qui auront chassé sans permis valable en en temps prohibé seront condamnés, outre l'amende (de 50 à 200 fr., dans le premier cas et de 100 à 500 fr. dans le second, plus les majorations), à payer une somme égale au prix du permis de chasse général. (Art. 16).

Toute action relative aux délits de chasse sera prescrite par le laps d'un an à compter du jour du délit (au lieu de trois mois). (Art. 29).

Le Gouvernement exerce la surveillance et la police de la chasse dans l'intérêt général et pourra commissionner des gardes particuliers appartenant aux brigades mobiles de répression du braconnage des associations cynégétiques ou des fédérations de sociétés de chasse, pour exercer, sauf opposition des propriétaires en ce qui concerne leurs terrains, les fonctions de gardes des eaux et forêts chargés spécialement de la police de la chasse. (Art. 22).

— *Loi du* 2 *mai* 1924 *tendant à soumettre, en vue de leur examen ou de leur rédaction, certaines indemnités de dommages de guerre à un recours extraordinaire en réduction.*

Cette loi soumet les dossiers de dommages de guerre comportant une demande d'indemnité égale ou supérieure à 500.000 fr. et les décisions statuant sur des demandes égales ou supérieures à 500.000 fr. à un examen par un Comité spécial.

— *Décret du* 27 *avril* 1924, *abrogeant le décret du* 9 *septembre* 1922 *relatif au recrutement latéral des médecins et pharmaciens du corps de santé des troupes coloniales.*

Le décret abrogé disposait que les médecins et pharmaciens civils pouvaient être admis sans concours dans le corps de santé des troupes coloniales, ce qui est contraire, à l'article 39 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée.

4 *mai* 1924.

— Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1924 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

— Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 17 novembre 1924 devant la faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie deReims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de chacun de ces concours.

6 *mai* 1924.

— *Loi du* 5 *mai* 1924 *autorisant l'entrée des mutilés du travail dans les écoles de rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre.*

Cette admission pourra être prononcée moyennant le remboursement du prix de journée qui sera fixé par arrêté du Ministre du Travail, sur l'avis de l'Office national des Mutilés et Réformés.

— Par arrêtés du Ministre du Travail et de l'Hygiène, ont été nommés, en remplacement du Pr Gariel.

Vice-président, pour 1924, du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, M. le Pr Calmette, déjà membre de cette Assemblée ;

Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : M. Imbeaux, docteur en médecine, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, professeur à l'Ecole Nationale des Ponts et Chaussées.

— *Décrets du* 5 *mai* 1924 *relatifs à l'organisation et au fonctionnement du Comité central de préconciliation et des comités départementaux de préconciliation, institués par la loi du* 2 *mai* 1924, *précitée.*

Réponses ministérielles aux questions des Parlementaires.

Les opérations de bourse n'entraînent pas forcément l'imposition à la cédule des bénéfices commerciaux.

20779. — M. Goude, député, demande à M. le Ministre des Finances si un contribuable exerçant une profession libérale et se livrant, à la fois, à l'exercice de sa profession et à des opérations spéculatives en bourse qui, de ces deux chefs, dispose de revenus respectivement impo-

sables à la cédule des bénéfices non commerciaux, est susceptible d'être taxé à cette cédule, en raison des bénéfices cumulés de ces deux professions, essentiellement différentes, ou s'il doit, au contraire, être imposé distinctement pour les revenus de chacune de ces professions, ajoutant que, d'après de précédentes réponses, le principe du cumul des revenus, dans une même cédule, semble ne devoir s'appliquer, avec la théorie de l'accessoire, qu'autant que ces revenus ont leur source dans l'exercice de deux professions voisines. (*Question du* 28 *février* 1924).

Réponse. — Si les opérations de bourse auxquelles se livre le contribuable visé dans la question ne sont qu'accidentelles, les profits qu'il en retire doivent être considérés comme de simples fluctuations de capital dont il n'y a pas lieu de tenir compte pour l'établissement des impôts sur les revenus. Mais si, au contraire, ces opérations ont un caractère habituel, elles prennent d'après la jurisprudence de la cour de cassation le caractère commercial et l'intéressé se trouve dès lors, pour les bénéfices auxquels elles donnent lieu, redevable de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales étant applicable, d'autre part, aux profits qu'il retire de sa profession libérale.

(*J. O.*, 4 mai 1924.)

Déductions à opérer sur le revenu d'un immeuble pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

6186. — M. Vallier, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances, si les assujettis à l'impôt sur le revenu peuvent défalquer, sur le revenu brut d'un immeuble bâti, le montant des réparations d'entretien exécutées dans l'année telles que : réfection de la toiture et des façades, blanchîment de la montée d'escaliers, etc. (*Question du* 12 *février* 1924.)

Réponse. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret du 17 janvier 1917, les dépenses afférentes aux réparations d'entretien de la nature de celles qui sont visées dans la question sont susceptibles d'être déduites du revenu brut des immeubles en vue de la détermination de leur revenu net pour l'établissement de l'impôt général dû au titre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont été acquittées.

(*J. O.*, 1er avril 1924.)

Comment le blessé du travail est-il avisé qu'un jugement a été rendu dans son affaire ?

20310. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre de la Justice, comme suite à sa réponse à la question écrite n° 17701 du 8 mai 1923 (*Jour-*

nal officiel, 9 juin 1923), que le délai d'appel en cas d'accident de travail est de trente jours ; que, d'autre part, l'avoué chargé d'aviser son client de la décision rendue n'est tenu à aucun délai ni à aucune des modalités assurant que l'intéressé a bien été touché par la décision rendue, et demande quelles mesures ont été prises pour permettre aux blessés du travail d'être avertis du jugement rendu en temps utile afin qu'ils puissent, le cas échéant, faire appel de ce jugement. (*Question du* 25 *février* 1924.)

Réponse. — Le Gouvernement a préparé un projet de loi tendant à ce que les parties soient avisées par le greffier dès que le jugement aura été rendu. (*J. O.*, 4 mai 1924.)

LES TRIBUNAUX

Premier épilogue de l'affaire des Carnets médicaux de Marseille

Le Tribunal correctionnel de Marseille a, le 7 mai, prononcé les condamnations suivantes :

Docteur en médecine Alfred Cousin, 2 ans de prison, 3.000 francs d'amende, 10 ans d'interdiction de médecine, remboursement de 33.123 fr. envers l'Etat, 2.500 fr. de dommages-intérêts envers l'Union fédérale des mutilés et blessés de guerre, solidairement avec Delnomdedieu, Paul Plan et Charles Bernard, etc., 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille ; professeur Gustave Cousin, 6 mois de prison, 3.000 francs d'amende, 4 ans d'interdiction de médecine, 3.461 francs envers l'Etat, 300 francs envers l'Union fédérale, 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille ; docteur Louis Giraud, 2 ans de prison, 10 ans d'interdiction de médecine, 3.000 francs d'amende, 92.344 francs envers l'Etat, 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille ; docteur Benjamin Gouta, 15 mois de prison, 3.000 francs d'amende, 6 ans d'interdiction de médecine, 19.800 francs envers l'Etat, 1 franc envers le Syndicat des médecins ; docteur François Isoard, 10 mois de prison, 3.000 fr. d'amende, 5 ans d'interdiction de médecine, 98.732 francs envers l'Etat, 500 francs envers l'Union fédérale des combattants, 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille ; docteur Melkonian Setrak, 15 mois de prison, 3.000 francs d'amende, 6 ans d'interdiction de médecine, 12.322 francs envers l'Etat, 1 franc envers le Syndicat des médecins ; docteur Charles Platon, 6 mois de prison, 3.000 francs d'amende, 4 ans d'interdiction de médecine, 9.492 fr. envers l'Etat, 300 francs envers l'Union fédérale, 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille ; docteur Henri Roux, de l'Estaque, 6 mois de prison, 3.000 francs d'amende, 10 ans d'interdiction de médecine, 28.349 francs envers l'Etat, 1 franc envers le Syndicat des médecins de Marseille.

Quarante-sixième année. N° 20 bis. 21 Mai 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page 938-XXXII).

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

LE SOU MÉDICAL

Les services qu'il rend. Les raisons qu'ont tous les praticiens d'y adhérer.

Soixante admissions en avril. Tel est le résultat que constatent les procès-verbaux du Conseil du « Sou Médical », dont un extrait est publié dans le corps de ce numéro.

Ce résultat n'est évidemment pas négligeable, mais il devrait être meilleur, étant donné que la période pendant laquelle il a été obtenu fait suite aux deux numéros spéciaux de mars et avril, envoyés chacun à 24.000 médecins. C'est donc au moins 18.000 lecteurs qui ne sont pas membres du « Sou » qui ont été touchés par cette propagande, et son rendement, qui n'est que de un sur 300, ou 0,33 pour 100, n'a, il faut l'avouer, rien de très remarquable.

Cependant la nécessité pour le médecin d'être défendu contre les risques de sa profession ne fait qu'augmenter, et tout particulièrement contre celui de la responsabilité civile qu'il peut encourir à l'occasion de ses actes médicaux et chirurgicaux. Mais il est vrai que, pour garantir ce risque, le « Sou Médical » se trouve en concurrence avec d'autres assureurs, spécialisés ou

non. C'est là la partie « assurance » proprement dite de son action et celle qui intéresse le plus les médecins, parce qu'elle est plus tangible et se traduit plus facilement en chiffres.

Au maximum de la garantie du « Sou », *qui est de* 50.000 *fr.* depuis cette année, somme cependant importante, même à l'époque actuelle, on oppose facilement les 100.000, 200.000 fr. et plus que garantissent les Compagnies d'assurances pour des primes, en somme, très abordables. Il est plus difficile de chiffrer les autres risques, ceux qui donnent lieu à des procès qui, en outre des frais judiciaires et des honoraires des défenseurs, se traduisent souvent par de graves ennuis et des atteintes, non taxées, à la tranquillité, à la clientèle, au renom du médecin. Mais les Compagnies d'assurances ne garantissent pas ces risques divers, ces risques innomés, et il est difficile de se représenter une police d'assurance qui contiendrait l'obligation d'aider les assurés « dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber », ainsi qu'il est dit dans l'article 2 des Statuts du « Sou ».

Pour prendre un exemple, quelle aurait été l'attitude d'une Compagnie qui aurait assuré le Dr Z. dans l'espèce qui fait l'objet de la consultation publiée à la suite de cet article ? Médecin de la famille, ayant assisté à une opération, sans y prendre part, il n'a encouru aucune responsabilité, et cependant, un grave problème s'est posé devant sa conscience. Aucune police d'assurance, à notre connaissance, n'aurait obligé la Compagnie à guider sa conduite, ni même à prendre sa défense, à moins qu'il n'ait été, par la suite, assigné en dommages-intérêts par les intéressés qui se seraient trouvés lésés par sa déposition.

Cependant, il faut reconnaître que la garantie du « Sou Médical » n'est pas non plus acquise dans tous les cas. En sont formellement exclus, en effet, par l'article 9, § 2, du règlement de la Caisse de Garantie : « Toutes conséquences dommageables de crimes ou délits, et en général toutes violations des lois, ainsi que tous faits portant atteinte à la dignité professionnelle ou à l'honneur. » Il est bien évident, par exemple, que le « Sou Médical » ne saurait couvrir la responsabilité civile incombant au médecin qui aurait provoqué un avortement, ni à celui qui aurait fait le trafic de la morphine ou de la cocaïne.

Mais il n'est, dans ces circonstances, que d'accord avec la loi et la morale et les compagnies d'assurances ne sont certainement pas plus libérales ou, si l'on veut, plus immorales que lui.

Ce qui distingue également le « Sou Médical » des assurances, c'est qu'il n'a pas été créé, comme elles, pour donner des bénéfices, des dividendes, à des actionnaires. Ses dirigeants ne sont nullement intéressés à refuser l'appui à ses mem-

bres pour augmenter leur part de bénéfices, ni pour le même motif, à conseiller ou même à imposer une transaction, avantageuse peut-être pécuniairement à la Caisse du « Sou », mais, presque certainement, désavantageuse à la considération du médecin.

« La Ligue, dit l'article 17 des Statuts, ne capitalise pas. Elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres ; les reliquats annuels, s'il en existe, sont reportés aux exercices suivants. »

Le nombre déjà important des membres du « Sou » (4.000) en fait une puissance avec laquelle il faut compter et que ne méconnaissent nullement les adversaires du Corps médical. Mais combien plus grande serait cette puissance si, au lieu du cinquième ou du sixième du corps médical, le « Sou » en réunissait la moitié ? Sur 22.000 médecins exerçant en France, 15.000 environ sont syndiqués. Il faudrait que ces 15.000 fûssent nos adhérents. Ce résultat serait en bonne voie de réalisation, si chacun des membres actuels du « Sou » lui recrutait un nouvel adhérent.

Pourquoi n'en n'est-il pas ainsi ? Il n'y a pas, évidemment, une cause unique et ne serait-ce que parce que rien ni personne ne peut se flatter de plaire à tout le monde, que le « Sou » serait trop prétentieux s'il entendait réunir la quasi unanimité du corps médical.

Mais, parmi ces causes multiples, deux principales peuvent ê.re signalées.

La première est qu'un grand nombre de médecins sont déjà assurés ailleurs pour leur responsabilité professionnelle. Cette cause n'a rien, comme on l'a vu plus haut, de péremptoire, puisque le « Sou médical » est tout autre chose qu'une assurance et que, même en ne tenant compte que de son rôle d'assureur de la responsabilité professionnelle, les 50.000 fr. qu'il garantit ne sont nullement négligeables, même à la suite d'une garantie élevée, pour le cas de déchéance possible invoquée avec succès par le ou les premiers assureurs.

La seconde cause est, et nous nous excusons de la citer, la négligence, ou, si l'on préfère, l'excès d'occupations, qui empêche le médecin d'accomplir les formalités nécessaires pour adhérer au « Sou Médical », formalités qui sont cependant bien simples. Et la preuve en est que nous recevons souvent des adhésions libellées sur des bulletins qui ont été détachés de numéros anciens du *Concours médical* ou de l'Agenda-Memento du Praticien, ou sur des formules qui n'ont plus cours depuis longtemps. Et il est facile alors de comprendre que le médecin a détaché ou gardé il y a longtemps le bulletin, à l'époque où il lui est parvenu, avec l'intention d'adhérer. Mais il a été détourné de l'exécution de cette intention par d'autres soucis et ce n'est

qu'en lisant un article sur le « Sou Médical », ou un procès-verbal du Conseil dans lequel il a trouvé un cas intéressant, qu'il a pensé à nouveau à cette intention et lui a, cette fois, donné suite.

Et cependant, les formalités à remplir sont réellement bien simples. Vous tous qui lisez ces lignes et tout ce que ce numéro contient sur le « Sou Médical » : la consultation de Me Nattan-Larrier, son avocat-conseil, l'article du Dr Paul Boudin, son secrétaire général, l'extrait des procès-verbaux du Conseil, et qui en avez conclu qu'il pourrait être utile à vos intérêts d'adhérer au « Sou Médical », il vous suffit, à cet effet :

1° De tourner quelques feuilles pour trouver à la page 1261 le bulletin d'adhésion ;

2° De remplir quelques blancs sur ce bulletin ;

3° De le détacher et de l'envoyer à notre trésorier, M. le Dr Gassot, à Chevilly (Loiret), en y joignant un mandat-poste de 25 fr. ou en déposant cette somme au compte de chèques-postaux : Sou Médical Paris 182-31, moyennant un simple droit de 25 centimes.

Si vous-même êtes titulaire d'un compte de chèques-postaux, il ne vous en coûtera même que les 10 centimes d'un bon de virement.

J. Dumesny,
Licencié en droit,
Chef du contentieux du Sou Médical.

De l'obligation au secret professionnel du médecin de famille assistant à une opération.

Les faits tels qu'ils sont rapportés par le Dr Z. sont les suivants :

Mad. X., une de ses clientes, est opérée par le Dr Y. et soignée par le Dr N. en province, où elle se trouvait ; lorsque cette dame revient à son domicile, il constate qu'elle n'est pas guérie ; sur son conseil une nouvelle intervention a lieu et au cours de l'opération, on retrouve une compresse qui déterminait une suppuration. La malade est aujourd'hui guérie. Mais la famille veut poursuivre le Dr Y. ou le Dr N.

Le Dr Z. qui assistait à la deuxième opération peut-il, sans violer le secret professionnel, délivrer à sa cliente un certificat relatant les détails de l'opération et établissant sommairement la cause de l'intervention opératoire ? Peut-il, s'il est cité comme témoin au cours d'une enquête, faire connaître ec qui s'est passé au cours de l'opération ?

Il faut d'abord poser en principe que le secret professionnel ne lie pas le médecin vis-à-vis du malade qu'il a traité.

Le médecin peut évidemment relater dans une note ou dans un certificat remis au malade les faits que celui-ci lui a confiés dans le but d'éclairer son jugement et alors même que ces

faits n'auraient qu'un rapport lointain ou supposé avec l'affection qu'il soignait ; en ce faisant, il ne viole certainement pas le secret professionnel.

Il peut, d'autre part, préciser de la même façon le résultat de ses constatations, de ses investigations, de ses déductions personnelles. Sans doute dans certains cas, il a le devoir de cacher au malade son pronostic, et quelquefois même son diagnostic, et plus encore les déductions que son sens clinique peut lui suggérer et qui n'ont pas un caractère de certitude absolue. L'intérêt du malade doit être à cet égard son seul guide et cet intérêt doit l'amener quelquefois à taire, et même à déguiser la vérité. Mais c'est une question de devoir professionnel, et ici la notion du secret n'est pas en cause : si le médecin est trop précis, et, pour employer l'expression habituelle, trop brutal dans l'expression de sa pensée, il peut être critiqué, il ne viole aucun secret.

De même, s'il n'éclaire pas suffisamment son client sur la portée des déclarations qu'il lui fait, et si rédigeant un certificat destiné à être produit en justice, il laisse son client s'en servir aveuglement, alors que ce certificat peut lui nuire, ou nuire à l'établissement de ses enfants, par exemple, il peut commettre une erreur professionnelle, mais là encore, si le certificat est remis au client lui-même, il ne peut y avoir violation du secret professionnel.

Lorsqu'il s'agit d'un certificat qui n'est pas remis au client lui-même, mais à son représentant légal — tuteur — ou au mari s'il s'agit d'une femme mariée, la question peut se poser un peu différemment. Les confidences qu'une femme mariée a pu faire à un médecin en dehors de son mari ne peuvent être répétées au mari, cela va sans dire, alors bien même qu'il assisterait aux visites subséquentes, et le certificat donné par le médecin, alors même qu'il serait requis par les deux époux, ne peut non seulement pas y faire allusion, mais même suggérer des inquiétudes à cet égard.

Le secret professionnel s'oppose alors à la révélation des faits révélés sous le sceau du secret et des faits qui sont secrets par leur nature, et dont le médecin a eu connaissance par l'exercice de son art.

Mais si nous faisons allusion à cette situation, c'est pour en écarter l'examen, car dans le cas qui nous est soumis, il n'y a, nous le supposons, aucun fait de cette nature.

Nous en concluons que le certificat peut être délivré, sans violation du secret professionnel.

Mais que précisera ce certificat ?

Ici de nouvelles difficultés.

Le Dr Z. peut évidemment faire connaître

dans un certificat la nature du traumatisme ou de l'affection qu'il a constatée, l'état de la plaie, son diagnostic avant et après l'opération, et même la cause de l'intervention qu'il a conseillée.

Peut-il relater les détails de l'opération ?

Nous ne croyons pas qu'il soit lié à cet égard par le secret professionnel vis-à-vis de ses clients, en raison de ce principe que de médecin à client il n'y a pas de secret, nous pensons néanmoins qu'il doit se borner à dire ce qu'il a constaté et constaté d'une manière incontestable : le rôle d'un médecin qui assiste à une intervention peut être en effet celui d'un témoin et éventuellement d'un conseil, si des circonstances imprévues se présentent, mais non pas celui d'un juge. Les déductions qu'il a pu faire, les critiques que son examen a pu lui suggérer, tout cela doit être éliminé. Car si le médecin doit faire appel à son propre jugement lorsqu'il s'agit de soigner, et quelquefois même dans les cas douteux, agir comme s'il détenait la certitude, il doit se dégager de ces tendances lorsqn'il rédige un certificat, et surtout un certificat de la nature de celui qui lui est présentement demandé et qui doit être l'origine de discussions et de controverses ; il se bornera donc à préciser ce que l'acte opératoire a permis de découvrir, en mettant à nu ce qui se trouvait caché.

La sanction de cette obligation qui s'impose, dirons-nous, au Dr Z., ne se trouverait pas dans l'article 378 du Code Pénal, mais dans l'article 1382 C. civil. Il ne doit pas, sous peine de commettre une faute, dépasser son rôle.

Reste la déposition en justice.

Si le Dr Z. est appelé en justice, devra-t-il déposer ?

Nous ne le croyons pas.

On dira sans doute que puisqu'il aura délivré un certificat rien ne s'oppose à ce qu'il vienne en répéter les termes.

Mais d'abord, s'il se borne à redire ce qu'il aura écrit, nous ne voyons pas bien l'utilité d'une déposition.

D'autre part, il y a une grande différence entre la déposition en justice et le certificat. La déposition, même lorsqu'elle est provoquée, réclamée par son client, cesse de lui appartenir, au moment même où elle se produit. Dans le cas d'un certificat, c'est le client lui-même qui détient le certificat, et qui, le versant au débat, accepte librement qu'il soit rendu public et devienne un des éléments de la décision à intervenir.

A cet égard le consentement du malade joue un rôle considérable, et nous citerons un arrêt rendu en 1914 par la Chambre des Requêtes (Req. 26 mai 1914, D. 1919.1.56) dans lequel la Cour de Cassation a admis que non seulement les certificats médicaux versés aux débats mais même les renseignements donnés par les médecins qui avaient soigné un blessé du travail, pouvaient

être maintenus aux débats et servir de base à la décision rendue, dès lors que le malade avait consenti à ce qu'ils y soient mis. Evidemment, il s'agissait de documents secrets par leur nature — mais le consentement libre et éclairé du malade couvrait tout.

Comment admettre, au contraire, qu'en matière d'enquête le consentement *préalable* couvre tout ? Le malade sait-il exactement ce que dira son médecin ? Celui-ci sera-t-il absolument maître de sa parole ! N'appartiendra-t-il pas aux autres parties, qui peuvent l'interroger à leur tour ? Le juge lui-même n'interviendra-t-il pas ? Qui calculera la portée d'une réponse faite dans ces conditions, et le sens qui sera donné au silence même, s'il se produit ? Qui ne voit la différence d'un certificat délivré après réflexion, mûri et délibéré, dont les termes ont été examinés et pesés par le client, avec une déposition faite en justice ?

Mais dira-t-on, au cours de l'opération, le médecin traitant cesse d'être médecin, il représente la famille ; le chirurgien amène ses assistants, ses aides, ses infirmiers, le médecin n'est là que pour contrôler et non pour soigner, et par conséquent il s'agit de faits qu'il a connus en dehors de l'exercice de sa profession, de faits matériels que tout individu non médecin aurait pu constater, de faits qui ont cessé d'être secrets.

Thèse qui peut séduire, du moins dans le cas présent, mais qui est fausse.

Le médecin qui assiste à l'opération ne cesse d'être médecin. Il peut donner un certain réconfort moral au patient, du moins quand celui-ci, comme il arrive souvent actuellement, a sa pleine conscience, a une demi-lucidité, mais ce n'est pas son rôle, son rôle est d'apporter son concours au chirurgien, son concours de praticien et d'homme de l'art.

Une décision imprévue doit être prise, il faut prendre un parti rapide, le médecin qui a soigné le malade, qui le connaît, qui sait ses antécédents est là pour consulter, et le cas échéant pour guider le chirurgien. Il représente la famille, non pour assurer un contrôle, mais pour que les indications utiles soient immédiatement fournies avec lucidité, avec précision. Disons mieux, il ne représente pas la famille, il représente le patient, son malade, et il le représente parce qu'il est son confident, le dépositaire de ses secrets, de ses préoccupations, de sa pensée, il est, il reste le *médecin.*

D'ailleurs si, dans le cas envisagé, la question peut se poser, ne voit-on pas des hypothèses où le médecin assistant à l'opération sera impérieusement lié par le secret professionnel ?

On ouvre un ventre et on trouve une com-

Voir la suite page XXVI-1254 bis

UN GESTE D'ASSISTANCE CONFRATERNELLE

Treize mille sept cent cinquante francs d'allocations individuelles

Le CONCOURS MÉDICAL a reçu, de la Société anonyme de la REINE de VALS, une somme importante, avec la charge de la répartir entre certains membres de la grande famille médicale, particulièrement dignes d'intérêt.

Cette répartition sera effectuée dans le courant du mois de décembre prochain, aux conditions suivantes :

1° Deux allocations de 2.500 francs chacune seront attribuées à **deux orphelins, enfants de médecin.**

2° Une allocation de 2.500 francs sera attribuée à une **veuve de médecin**, dans une situation justifiant cette affectation.

3° Une allocation de 2.500 francs sera attribuée à un **médecin invalide ou âgé**, et malheureux.

La seule condition exigée est que le médecin décédé, dans les deux premiers cas, et le médecin invalide, dans le second, aient été abonnés au Concours Médical et membres de la Société civile.

Les dossiers de proposition devront parvenir à l'Administrateur du Concours Médical, au plus tard le 1er octobre 1924.

Le Conseil d'administration du Concours Médical examinera les titres des candidats, et désignera les bénéficiaires respectifs de ces allocations.

4° Deux allocations de 500 francs chacune seront attribuées à deux **étudiants en médecine en fin d'études**, pour prendre part au **Voyage aux Eaux minérales** (V. E. M.) de 1925. Les candidatures devront parvenir au Concours Médical avant le premier décembre 1924.

5° Onze allocations de 250 francs chacune seront mises à la disposition d'**étudiants en médecine** n'ayant plus à subir que leurs derniers examens de clinique, pour **achat d'instruments ou de livres** à leur choix, savoir :

Une allocation sera attribuée à la Section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris, une à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris ; une à l'Association des étudiants en médecine de chacune des Facultés de médecine de province : Lille, Nancy, Strasbourg, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Alger. Les bénéficiaires seront désignés par les Associations d'étudiants, et leur nom sera porté à la connaissance du Concours médical avant le 1er décembre 1924.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA CONCEPTION ACTUELLE DE LA PATHOGÉNIE DU DIABÈTE ET DES GLYCOSURIES ET DE LEUR TRAITEMENT

Par le docteur Henry BITH,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine

Ce n'est pas seulement dans la thérapeutique du diabétique que l'apparition de l'insuline a provoqué une révolution, mais c'est encore dans la façon de comprendre sa physio-pathologie. Aussi, nous a-t-il semblé intéressant de voir comment l'on doit aujourd'hui envisager la pathogénie du diabète et des glycosuries, et quel doit en être le traitement.

Pathogénie du diabète.

Le diabète sucré est dû à une incapacité permanente de l'organisme à utiliser une plus ou moins grande quantité d'hydrates de carbone.

Ceux-ci, introduits dans l'organisme sous forme de glucose (sucre de raisin), de lévulose (sucre de fruit), de saccharose (sucre de canne), d'amidon (pain, céréales, légumineuses), de lactose (lait), ont un commencement de digestion dans la bouche et l'estomac par l'amylase salivaire, mais ce n'est qu'après avoir subi dans l'intestin l'action de l'invertine (saccharose) et de l'amylase pancréatique que les hydrates de carbone sont absorbés sous la forme de glucose. Amené au foie par la voie portale, le glucose est mis en réserve sous forme de glycogène, qui est retransformé en glucose, au fur et à mesure des besoins, par un ferment réversif, l'amylase hépatique. Les albumines, et même les graisses, à un moindre titre, peuvent dans certaines conditions donner aussi naissance à du glucose. Passé dans la circulation générale, le glucose du sang est maintenu à un taux à peu près fixe autour d'un gramme. L'organisme le consomme dans les muscles (qui le mettent aussi en réserve sous forme de glycogène) et dans les tissus pour produire l'énergie (travail et chaleur).

Cette combustion, au niveau des tissus, se fait sous l'influence d'un ferment qui semble être d'origine pancréatique. Elle est assez complète pour que le sucre du sang, restant à peu près constant, malgré les apports alimentaires, il n'y ait pas de glucose en quantité appréciable dans les urines à l'état normal.

Sur quelle étape de ce métabolimse porte le trouble qui va caractériser le diabète ? On a d'abord pensé à un trouble de la glycogénie hépatique, puis à un trouble de la glycolyse générale.

Pour CLAUDE BERNARD, le trouble primordial était une hyperproduction du sucre par le foie en hyperactivité, mettant en liberté trop de glycogène, et cela, souvent grâce à une excitation du système nerveux.

Pour NAUNYN, il y avait diminution de l'emmagasinement du glycogène dans le foie et les muscles.

Pour BOUCHARD, au contraire, le diabète était dû à un défaut de combustion du sucre, lié à un ralentissement de la nutrition.

Mais, c'est LÉPINE qui a prouvé le premier que le diabète était dû surtout à la diminution du pouvoir glycolytique des tissus, liée à un déficit d'une diastase spéciale ; en outre, pour lui, le foie et les muscles des diabétiques sont incapables de fixer le glycogène (azoamylie).

Tous les travaux récents de BAUDOUIN, d'ACHARD et de ses élèves sur les échanges respiratoires, en rapport avec les ingestions de sucre, semblent incriminer cette absence du pouvoir glycolytique tissulaire ; c'est aussi ce que montrent les travaux américains.

Quant à la nature du ferment glycolytique, les travaux récents de l'école canadienne sont venus confirmer l'origine pancréatique, que les auteurs français avaient depuis longtemps fait présumer dans une série de travaux.

BOUCHARDAT, en 1846, avait déjà noté le rapport entre les lésions pancréatiques et le diabète. Plus tard, LANCEREAUX avait montré qu'un certain nombre de cas de diabète s'accompagnaient de lésions anatomiques du pancréas, dont il avait fait un type particulier.

MINKWOSKI et von MÉHRING, SANDMEYER, LÉPINE, THIROLOIX et JACOB avaient produit, dans des expériences très intéressantes sur la pancréatectomie, l'apparition d'un diabète le plus souvent rapidement mortel ; mais Thiroloix avait pu, par des pancréatectomies partielles, obtenir de véritables diabètes avec survie assez longue ; il avait de plus, chez des chiens dépancréatés, diminué la glycosurie en leur injectant du sang de chiens normaux. HÉDON avait étudié, dans une série de travaux, la fonction glycorégulatrice du pancréas.

Laguesse, entre temps, avait montré que dans le pancréas, les ilôts de Langerhans forment une glande à sécrétion interne sécrétant une diastase devant agir sur le métabolisme du glucose. Il a prouvé, ainsi que Gley, qu'après ligature du canal de Wirsung, les îlots ne s'atrophient pas et que la fonction glycorégulatrice subsiste. Curtis et Gellé, dans une série de travaux intéressants, ont étudié chez les diabétiques les modifications des îlots, et expérimentalement, le balancement entre la glande externe et la glande interne.

Mais, à tous ces travaux, on opposait que si certains diabètes semblaient indéniablement liés à des lésions pancréatiques, la plus grande partie ne devait pas être rattachée au pancréas, car l'absence de lésions histologiques, l'absence de modifications des îlots de Langerhans étaient le plus souvent constatées à l'autopsie.

Cependant depuis la fin de la guerre, l'origine pancréatique du diabète avait fait des progrès. Achard, Ribot et Binet, Zuelzer, Paulesco, avaient pu abaisser glycémie et glycosurie par des injections intraveineuses d'extraits de pancréas frais ou après macération. Allen, au cours d'expérimentations très intéressantes, avait montré que, dans les îlots de Langerhans, on peut distinguer deux sortes de cellules : parmi elles, les cellules β de Schutz sont les seules qui produisent la sécrétion interne ; or, chez les diabétiques, celles-ci sont vacuolisées, en partie dégénérées.

C'est alors que les travaux de Toronto sont venus affirmer, sans aucune contradiction possible, le rôle de la sécrétion interne du pancréas dans la pathogénie du diabète.

Mac Léod et ses élèves, Banting, Best, Collip, ont montré que si l'on arrive à préparer un extrait pancréatique, contenant les principes de la sécrétion interne, après élimination de toutes les diastases de la sécrétion externe, on obtient un produit qui, injecté à dose suffisante chez le lapin, diminue de moitié sa glycémie. Si les essais antérieurs, pour obtenir un produit glycolysant en partant du pancréas, avaient jusqu'alors échoué, en particulier ceux de Gley, Zuelzer, Scott, Achard et Gardin, Paulesco, c'est que la trypsine pancréatique détruisait en partie le principe actif ; les travaux canadiens résolurent la question en supprimant toute sécrétion externe ou toute diastase protéolytique ; ils mirent en valeur l'origine du principe actif, l'insuline, et par cela même, le rôle prédominant que joue le pancréas dans la pathogénie du diabète.

Ma's depuis, les recherches ont permis de retrouver une hormone semblable dans différents organes, ont montré sa diffusion dans l'organisme et ont enlevé au pancréas sa spécialisation. Banting, Best, Collip, ont pu extraire une insuline, ayant des propriétés actives sur le sucre du sang, d'extraits de thymus, de foie, de rate, de thyroïde, de glandes sous-maxillaires et d'autres tissus. Sont-ce des insulines d'origine locale employées pour l'utilisation des sucres, ou est-ce une insuline d'origine pancréatique qui a diffusé dans ces différents organes ? La question n'est pas encore résolue. On en a aussi trouvé dans certaines plantes (laitues, parties vertes des oignons). Mais il semble que l'insuline pancréatique ait une action plus rapide et plus intense sur la glycolyse que toutes les autres insulines.

Quelle est la façon d'agir de l'insuline sur le glucose ? Nous sommes encore dans le domaine de l'hypothèse. Pour Banting, l'insuline stimule la fixation, puis la combustion du glucose au niveau des tissus ; pour lui, elle n'agit ni par glycolyse directe dans le sang circulant, ni par inhibition de la foncton glyco-formatrice du foie, que cette inhibition se fasse directement sur le foie ou par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. Les expériences de Mann et Magath, sur l'hépatectomie et la pancréatectomie suivies d'injection d'insuline, semblent bien prouver que l'insuline n'agit pas sur la fonction glyco-formatrice du foie, bien que différents auteurs américains aient constaté l'augmentation du glycogène hépatique après traitement par l'insuline.

Pour certains auteurs, l'insuline agit en modifiant l'état du glucose ; en effet, si les glucoses semblent uniques par leur formule chimique, il y a des variations légères dans la structure intime de leurs molécules et dans leur action sur la lumière polarisée. Winter et Smith ont montré que le glucose est introduit dans l'organisme sous les formes α et β, mais qu'après absorption, on ne trouve plus dans le sang normal que du glucose γ, qui est seul utislié dans les tissus. Chez les diabétiques, l'absorption se ferait sous forme α et β, d'où absence d'utilisation. L'insuline fransformerait le glucose inactif en glucose actif. Dans des expériences de Winter et Smith, il semble que le foie soit nécessaire pour la transformation par l'insuline du glucose et en , ce qui explique son rôle dans la mise en réserve sous la forme de glycogène qui serait un stade intermédiaire indispensable pour son utilisation ; mais pour Slosse, Denis et Giles, l'insuline agit en dehors de tout extrait hépatique, d'où il résulte que le glucose, bien que pouvant être transformé en glycogène hépatique ou tissulaire, peut être directement employé par les tissus sans passer obligatoirement par ce stade.

Quelle que soit sa façon d'agir, l'insuline provoque une augmentation du glycogène hépatique, une augmentation du quotient respiratoire (indice de l'augmentation des combustions de

l'organisme), une amélioration du métabolisme des protéiques et des graisses, d'où diminution de l'acétonémie et de la lipémie.

Le diabète et les glandes endocrines.

La sécrétion interne du pancréas peut être modifiée ou diminuée par un trouble sécrétoire des autres glandes à sécrétion interne. On sait en effet la fréquence du diabète au cours de la maladie de Basedow, de l'acromégalie, etc.

Thyroïde et fonction glyco-régulatrice ont certainement des rapports très étroits, car toutes les fois que la glande thyroïde présente de l'hyperfonctionnement avec dysthyroïdie, l'hyperglycémie apparaît, soit spontanément, soit après épreuve d'ingestion glucosée ; en outre, nombre d'auteurs ont décrit un diabète thyroïdien fréquent chez les basedowiens.

C'est que la glande thyroïde semble avoir une action inhibitrice sur la sécrétion interne du pancréas ; si l'inhibition n'est que légère, la glycosurie n'apparaît qu'après ingestion de glucose ou après l'épreuve de Gœtsch à l'adrénaline ; si l'inhibition est plus marquée, un véritable diabète se produit. De même, on a vu après un traitement thyroïdien intense la glycosurie se produire. Enfin le traitement du goitre exophtalmique, salicylate de soude, quinine et surtout radiothérapie, a pu diminuer ou même guérir le trouble glyco-régulateur, ce qui prouve que, dans ces cas, le diabète est dû à une inhibition et non à une lésion du pancréas.

Les *glandes surrénales* peuvent aussi modifier la fonction glyco-régulatrice. Depuis longtemps, on sait que l'injection d'adrénaline provoque une hyperglycémie passagère qui, si elle est très marquée, peut amener de la glycosurie passagère s'accompagnant de diminution du glycogène hépatique ; injecté en même temps que l'insuline, il n'y a pas d'hypoglycémie. Les accidents d'hypoglycémie post-insulinique sont enrayés par une injection d'adrénaline ; enfin, l'extirpation des surrénales est antagoniste de la sécrétion interne du pancréas. Il est donc possible d'envisager un diabète surrénal par hyperépinéphrie, et nous en suivons actuellement un cas probable.

Ce serait par l'intermédiaire d'une hyperadrénalinémie qu'agiraient les *lésions nerveuses*, en particulier la piqûre du IVe ventricule (Mayer) Il y a en effet dans les nerfs splanchniques des fibres glyco-sécrétoires (Morat et Dufour). Toutes les affections du cervelet, de la base du cerveau (tumeurs, cancers, tubercules, ramollissement, hémorragie cérébrale et méningée, encéphalite léthargique), qui peuvent s'accompagner d'hyperglycémie et de glycosurie, agiraient par l'intermédiaire du sympathique et des surrénales.

Ce serait aussi par l'intermédiaire du système nerveux qu'agiraient les *tumeurs hypophysaires*, causes d'acromégalie et de gigantisme (Loeb, Camus et Roussy). Cependant certains auteurs continuent à soutenir l'opinion que c'est l'hypersécrétion du lobe postérieur qui est à l'origine du diabète hypophysaire, et Burn a montré que l'extrait hypophysaire s'oppose à l'action hypoglycémiante de l'insuline.

Les rapports du diabète et du *foie* sont plus discutés ; si autrefois, le foie, en raison de son rôle primordial dans la fonction glycogénique, était considéré comme l'organe principalement en cause dans la pathogénie du diabète et que les termes de diabète par anhépatie et par hyperhépatie étaient employés couramment, il est actuellement difficile de savoir quel est effectivement son rôle. Dans le cas de diabète bronzé, où la lésion est une cirrhose hépato-pancréatique, les troubles glyco-régulateurs doivent être rattachés surtout aux lésions pancréatiques, ce que prouvent bien les cirrhoses pigmentaires ne touchant que le foie et qui ne s'accompagnent pas de glycosurie. Dans les cirrhoses hépatiques, cancers et congestion du foie, asystolies hépatiques, il est fréquent de trouver quelques petits troubles glyco-régulateurs, mais sans diabète, et leur pathogénie est assez complexe. Aussi ne nous semble-t-il pas, même dans les diabètes avec gros foie, que l'on soit en droit de parler de diabète hépatique.

Si tout diabète est d'origine pancréatique, ce que montrent les travaux récents, on réserve le nom de *diabètes pancréatiques* à ceux qui s'accompagnent, en dehors du trouble glyco-régulateur, de troubles de la sécrétion externe (cancer du pancréas, pancréatites aiguës et chroniques, syphilitiques en particulier).

Cette rapide revue nous montre que les travaux de ces dernières années ont permis d'acquérir quelque notions nouvelles sur la pathogénie du diabète, mais que nous sommes actuellement encore loin d'avoir une conception certaine sur la nature exacte du trouble glyco-régulateur.

Etiologie du diabète.

Sommes-nous mieux renseignés sur l'étiologie du diabète ?

Dans certains cas, il est possible de rattacher cette maladie à une pancréatite ourlienne, typhique, rubéolique ou scarlatineuse, à un cancer du pancréas ou à certaines affections des glandes à sécrétion interne ou du système nerveux, mais le plus souvent, rien ne nous permet d'en connaître l'origine.

Si la coexistence avec la goutte, l'obésité, l'oxalémie, est fréquente, cela tient à une mauvaise hygiène alimentaire qui, jointe à la sé-

dentarité et à une influence héréditaire, surmène, fatigue et lèse les organes principaux de la nutrition, foie et pancréas.

Une question, qui a été très discutée, est le rôle de la *syphilis*. Si, pour certains auteurs, comme Marcel PINARD, ce rôle est prédominant, pour la plupart des médecins s'occupant du diabète, la syphilis est rarement l'origine du diabète ; c'est l'opinion de Marcel LABBÉ, RATHERY, Léon BLUM, etc. Certains diabètes sont indéniablement liés à une pancréatite syphilitique, comme ceux rapportés par CARNOT et HARVIER, GILBERT et LEREBOULLET, RATHERY, etc., mais, dans la grande majorité des diabètes survenant chez d'anciens syphilitiques, le traitement spécifique n'agit pas sur le trouble glyco-régulateur, ce qui permet de penser à l'indépendance habituelle du diabète et de la syphilis.

Les *traumatismes* ont été accusés d'être souvent à l'origine du diabète ; il ne semble pas que cette étiologie soit fréquente, car l'expérience de la guerre, où les traumatismes physiques et moraux furent si nombreux, n'a pas permis à Marcel Labbé de constater des cas probants de diabète post-traumatique.

Classification des diabètes sucrés.

Nous insisterons peu sur la distinction qu'il faut faire entre les différents diabètes sucrés : il est classique de distinguer un diabète sans dénutrition azotée (Marcel Labbé) ou diabète simple (Rathery) et un diabète avec dénutrition azotée (M. Labbé) ou diabète consomptif (Rathery).

Le *diabète sans dénutrition azotée* est caractérisé par le fait que le trouble du métabolisme porte uniquement sur les hydrates de carbone ; le métabolisme azoté reste normal et le bilan azoté des entrées et des sorties est positif : aussi, le malade ne maigrit pas et reste floride. Enfin le trouble glyco-régulateur n'est pas complet et permet à l'organisme d'utiliser une partie des hydrates de carbone ingérés, ce que l'on traduit en disant qu'il a une *tolérance* pour une quantité donnée d'H. de C.

Le *diabète avec dénutrition azotée* est caractérisé, outre le trouble du métabolisme hydrocarboné, par un trouble du métabolisme des albumines, et peut-être des graisses. La tolérance pour les hydrates de carbone est très faible, et même souvent négative, c'est-à-dire que la glycosurie est supérieure à la quantité d'aliments amylacés ingérés ; les albumines et même les graisses ont donné naissance à du glucose qui, lui aussi, n'est pas comburé. En outre, l'équilibre azoté est rompu ; le malade perd plus d'azote qu'il n'en ingère ; il maigrit et le métabolisme azoté vicié va se traduire par une ammoniurie et une hyperamino-acidurie élevées, par l'augmentation de l'azote résiduel du sang et par un coefficient d'imperfection uréogénique anormal. Surtout l'acidose est la règle dans cette forme, alors qu'elle n'existe qu'à l'occasion de fatigues ou de maladies intercurrentes dans le diabète sans dénutrition azotée.

Entre ces deux types extrêmes, il y a des *formes intermédiaires* ou *diabète mixte* (Rathery), qui après une phase sans dénutrition, évoluent progressivement vers la dénutrition azotée.

L'*acidose*, complication grave du diabète, qui est à la base du coma, est due à l'absence de combustions des corps acétoniques (acétone, acide diacétique, acide B oxy-butyrique), formés aux dépens de certains acides gras, produits au cours du métabolisme des graisses et des albumines, mais qui sont brûlés à l'état normal ; cette acidose, liée à un trouble profond de la nutrition, est différente, pour Marcel Labbé, de l'acidose du jeûne, car elle s'accompagne d'un trouble du métabolisme azoté. Rathery, au contraire, considère, avec certains auteurs américains, que les acidoses du jeûne hydrocarboné et du diabète sont semblables dans leur pathogénie. Pour brûler les corps acétoniques, il faut une quantité suffisante d'H. de C. ; si ceux-ci ne sont plus assimilés, il y a jeûne hydro-carboné et l'acidose apparaît. C'est donc, pour Rathery, la valeur du coefficient d'assimilation hydro-carbonée qui règle la gravité du diabète ; si ce coefficient est élevé, les H. de C. étant assimilés en quantité suffisante, les corps acétoniques seront brûlés et il n'y aura pas d'acidose ; s'il est très bas, les H. de C. n'étant plus assimilés, il y a rupture d'équilibre et l'acidose apparaît.

L'acidose seule ne suffit pas à expliquer les accidents graves du coma, et l'on pense, depuis les travaux de HUGONNENCQ et MOREL, de Marcel LABBÉ et BITH, qu'il y a en même temps troubles du métabolisme azoté, entraînant une intoxication mortelle par des matières azotées du groupe des polypeptides.

Pathogénie des glycosuries.

A côté du trouble permanent de la glyco-régulation, il y a des glycosuries passagères qui ne sont pas diabétiques.

C'est ainsi qu'à la suite d'injections de glucose, d'adrénaline, de morphine, à la suite d'anesthésie au chloroforme ou à l'éther, à la suite d'asphyxie, on voit se produire une hyperglycémie suivie de glycosurie passagère.

Il en est de même au cours des maladies infectieuses (angines, diphtérie, fièvre typhoïde, etc.), de la grossesse, des affections du système nerveux (hémorragies, traumatismes crâniens, encéphalite léthargique).

Enfin, au cours de nombreuses affections hépatiques, il peut se produire des glycosuries

transitoires, surtout à la suite de l'épreuve de l'ingestion massive de glucose.

Le diabète se distingue de toutes ces glycosuries par la permanence du trouble régulateur, par la recherche expérimentale du triangle d'hyperglycémie (sur lequel nous allons revenir), par l'action des régimes alimentaires, et par l'absence du syndrome clinique diabétique.

La pathogénie de ces glycosuries est la même que celle du diabète ; ce n'est qu'une question de degré et on peut presque les considérer comme une première étape sur le chemin du diabète.

Diabète rénal.

A côté de ces glycosuries non diabétiques s'accompagnant d'hyperglycémie, il y en a d'autres où la glycémie reste normale.

On a décrit d'abord la glycosurie sans hyperglycémie consécutive à l'injection de phlorhydzine, mais c'est surtout le *diabète rénal*, qu'il est important de connaître. Celui-ci, décrit par KLEMPÉRER, puis par LÉPINE, est caractérisé par une glycosurie permanente, qui ne s'accompagne pas d'hyperglycémie : la glycémie est normale ou au-dessous, à 0.90, 0.85 même.

Le régime ne modifie pas la glycosurie et jamais on ne constate ni les stigmates, ni les complications du diabète ; enfin l'état général reste excellent. Dans ces cas, comme l'a bien montré Marcel Labbé, il n'y a aucun trouble de la glyco-régulation et leur pathogénie semble liée à une hyperperméabilité rénale au glucose, à un abaissement anormal du seuil (à l'état normal, la glycosurie n'apparaît que lorsque la glycémie dépasse 1 gr. 70). Il ne faut pas confondre ce diabète rénal avec ce que Chabanier, après Lépine, a appelé « l'élément diabète rénal » des diabètes ordinaires ; cet auteur considère que dans tout diabète, la glycémie n'est pas proportionnelle à la glycosurie (ce qui est exact), et que, dans nombre de cas, à forte glycosurie correspond une glycémie faible ; c'est dans ces cas que le diabète est dit « à élément diabète rénal » important, mais ceci n'a aucun rapport avec le vrai diabète rénal qui n'est qu'un filtre percé, sans pronostic grave.

Moyens d'établir le diagnostic et le pronostic du diabète.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un cas de diabète sucré, il faut l'étudier pour en poser le diagnostic, écarter les glycosuries simples, le diabète rénal, et une fois le diabète affirmé, en connaître la nature, la forme, l'intensité et en établir le pronostic. Ce n'est qu'en possédant toutes ces notions que l'on peut judicieusement le traiter. Aussi, nous paraît-il utile de montrer commen l'on obtient ces renseignements.

Après avoir recherché les anamnèses : histoire de la maladie, antécédents personnels et familiaux, ou après avoir fait un examen clinique, on met le malade à un régime d'épreuve, contenant une quantité connue d'H. de C. (on fixe cette quantité en tenant compte de l'importance du sucre éliminé dans les dosages antérieurs, en rapport avec l'importance approximative des rations alimentaires qui y correspondaient).

Après 4 jours d'épreuve à ce régime connu, on recueille les urines, on y dose le glucose et, d'après la quantité trouvée, on connaît la tolérance apparente pour les H. de C. que possède le malade, (en sachant qu'un gramme de glucose éliminé correspond à peu près à 1 gramme d'H. de C. ingéré).

Puis, à jeun, on recherche la glycémie du malade et, dans les cas où l'on suspecte l'existence d'une glycosurie transitoire ou d'un diabète rénal, on pratique une épreuve d'hyperglycémie provoquée, en faisant ingérer, après une première prise de sang à jeun, 45 gr. de glucose et en lui donnant 100 gr. d'eau à boire de demi-heure en demi-heure. On renouvelle les prises de sang au doigt toutes les 30 minutes, en même temps que, chaque fois, le malade urine. Une fois le sucre dosé dans chaque échantillon de sang, on établit un triangle, dont les deux angles extrêmes sont la glycémie point de départ et le retour à la normale, et l'angle supérieur le point extrême de la glycémie après ingestion de glucose. Le triangle est d'autant plus grand comme surface que la glycémie s'élève plus haut et qu'elle retombe plus lentement à son point de départ. Cette méthode d'examen, que Marcel LABBÉ et NEPVEUX ont instituée, montre que dans le diabète, le triangle est 3 ou 4 fois plus grand comme surface que chez l'individu sain. Elle permet de déceler les hyperglycémies moins intenses, mais encore anormales, des basedowiens, des hépatiques et l'absence d'hyperglycémie des individus atteints de diabète rénal.

Outre le dosage du glucose urinaire, de la glycémie et l'établissement de la tolérance hydrocarbonée, il faut rechercher l'acidose. Réaction de Gerhardt au perchlorure de fer qui permet de déceler l'acide diacétique, réaction de Legal au nitro-prussiate de soude et à l'ammoniaque qui décèle l'acide diacétique et l'acidose, réaction de Lieben, avec la solution iodo-iodurée, en milieu alcalin qui traduit l'existence d'acétone, sont des moyens cliniques faciles et rapides de se rendre compte de l'acidose et d'en suivre l'évolution.

Pour avoir une notion exacte de l'intensité de l'acidose, pour suivre l'effet du traitement, il faut doser les corps acétoniques totaux par la méthode de Van Slycke.

D'autres moyens permettent aussi de se ren-

dre compte de l'importance de l'acidose : la recherche du Ph sanguin, le dosage de l'acide carbonique alvéolaire et surtout le dosage de la réserve alcaline du sang qui, à la suite des recherches que nous avons faites chez M. Marcel Labbé, nous a paru être le moyen le plus exact pour étudier la gravité d'un cas d'acidose diabétique et établir un pronostic immédiat. Enfin, dans les urines et le sang, il faut rechercher les critères du métabolisme azoté. Ces différentes études permettent d'éliminer les glycosuries simples et nous pensons que l'on peut appliquer aux glycosuries l'aphorisme de Landouzy sur les pleurésies : « Toute glycosurie qui ne fait pas sa preuve est diabétique ». Les renseignements obtenus permettent aussi de faire le diagnostic de la forme du diabète : avec ou sans dénutrition azotée, ou forme intermédiaire.

On doit alors instituer le traitement.

Traitement du diabète sans dénutrition azotée.

Si l'observation clinique a permis de découvrir une cause étiologique, la *syphilis* par exemple, il est certain que le traitement consiste en l'institution d'une thérapeutique antisyphilitique active ; mais ces cas sont rares.

Les travaux de ces dernières années n'ont pas apporté de modifications au traitement du *diabète sans dénutrition azotée*, qui est uniquement basé sur le régime : ce sont toujours les règles de Bouchardat, modifiées et mises au point par Marcel Labbé, Rathery, Léon Blum en France ; par Allen et Joslin, en Amérique ; par Petren en Suède ; par Naunyn, von Noorden et Magnus Levy en Allemagne ; par Falta en Autriche.

Ayant établi le degré de la tolérance hydrocarbonée que possède le malade, on établit son régime de façon que, tout en restant aglycosurique, il lui apporte le maximum d'H. de C. compatible avec sa tolérance ; qu'il se maintienne en un équilibre de poids en rapport avec sa taille (il y a avantage à faire maigrir les diabétiques obèses) ; qu'il reçoive une alimentation lui apportant 35 calories environ par kilogramme de poids, et qu'enfin, il y ait un certain équilibre entre les H. de C., albumines et graisses, Cette notion du régime équilibré sur laquelle Schaffer, Mellamby, Osborne et Mendel, Mac Collum, Desgrez, Bierry et Rathery ont particulièrement insisté, est récente. Ces auteurs ont montré qu'il fallait un certain rapport entre les H. de C., substances anticétogènes, d'une part, et les graisses et les albumines, substances cétogènes, d'autre part ; et que, si la ration était par trop déséquilibrée, l'acidose apparaissait. C'est, traduite en langage moderne, la vieille théorie de Rübner : « les graisses brûlent au feu des H. de C. ».

En pratique, on établit d'abord le degré de tolérance, en partant d'un régime type moyen apportant 100 grammes d'H. de C., par exemple (1). Après une période de 3 jours, on recueille les urines, on dose le sucre. Si le malade a une tolérance plus élevée, on n'en trouve plus ; il suffit alors d'élever, par période de 2 jours, le régime de 20 gr. d'H. de C. (par exemple 100 gr. de pommes de terre), jusqu'à ce que le sucre réapparaisse dans l'urine. A ce moment, on revient au régime qui précédait l'apparition du sucre, et de sa teneur en H. de C., on en déduit le degré de sa tolérance. Si le malade, par contre, avait une tolérance inférieure à 100 gr. d'H. de C., on abaisse son régime de 20 gr. par paliers de 3 jours, et on recherche le sucre, jusqu'à ce que le sucre disparaisse.

Une fois l'aglycosurie atteinte et la tolérance connue, on établit le régime en donnant le maximum d'H. de C. assimilé ; pour cela, on se sert de tables de composition des aliments et, pour rendre le régime plus supportable, on permet au diabétique de varier les aliments hydro-carbonés en tenant compte de leur teneur pondérale en H. de C. Toutes les prescriptions doivent donner en poids avant cuisson les différents aliments. Il est certain qu'à côté de la tolérance quantitative en H. de C., il y a une tolérance qualitative et que les différents H. de C. alimentaires ne sont pas égaux devant l'organisme diabétique : l'amidon du pain et des pâtes, le lactose du lait, sont en général mal assimilés.

Il semble au contraire que le *lévulose* soit mieux assimilé par l'organisme diabétique que le glucose et le saccharose ; c'est pourquoi l'on peut tolérer une quantité de fruits un peu supérieure à celle que devrait comprendre le régime. Il en est de même pour les végétaux contenant de l'inuline comme le topinambour, les scorsonères, qui semblent assez bien assimilés par les diabétiques.

En plus des H. de C., il faut donner des albumines et des graisses. Il y a intérêt à ne pas autoriser trop de viande ; on doit en permettre 100 à 200 gr. par jour avec 1 ou 2 œufs ; les régimes hypercarnés, comme celui de Cantini, ont été néfastes, produisant un déséquilibre de la ration alimentaire qui favorise l'acidose, puis le coma. Les graisses seront données sous forme de beurre, de fromages, frais ou secs, de crème, à la dose de 200 gr. environ (2).

Si le malade suit bien son régime et reste agly-

---

(1) Régime de 100 gr. d'H. de C. : lait, 250 gr. ; viande, 150 gr. ; œufs, 2; pommes de terre, 300 gr.; légumes verts, 400 gr. ; fromage, 80 gr. ; beurre, 60 gr. ; noix, pommes, pain de gluten Heudebert, 50 gr.

(2) Type de menu pour une tolérance de 120 gr. H.

cosurique, il est intéressant de faire au bout de quelque temps un dosage de la glycémie ; si celle-ci s'est améliorée, on peut augmenter petit à petit par étapes la ration d'H. de C. et atteindre de nouveau la limite de la tolérance. Il est courant de voir ainsi la tolérance s'améliorer et chez des malades suivant à la lettre les prescriptions, j'ai vu la tolérance s'élever progressivement de 100 gr. à 250 gr. et plus. Pendant toute la période aglycosurique, le malade est à l'abri des complications.

Par contre, survient-il une affection intercurrente, la tolérance baisse immédiatement, et le sucre réapparait, et souvent même l'acidose, mais la maladie guérie, le terrain perdu est regagné, grâce au régime.

Au cours du diabète sans dénutrition, lorsque une poussée d'acidose, provoquée par une complication, devient menaçante, on institue une cure de légumes verts, mais il ne faut pas hésiter, dans certains cas, à prescrire l'insuline, comme nous l'exposons plus loin.

Enfin il y a des cas où, malgré la diminution de la ration hydro-carbonée, il persiste une glycosurie résiduelle de quelques grammes ; dans ce cas seulement, nous employons l'antipyrine à la dose quotidienne de 1 gr. pendant 3 jours et nous avons souvent vu céder cette glycosurie paradoxale.

Dans tous les cas, le diabétique, pour activer la combustion de son sucre, doit faire des exercices physiques, de la gymnastique, de l'hydrothérapie.

Traitement du diabète avec dénutrition azotée.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un cas de *diabète avec dénutrition azotée*, le traitement devient plus complexe.

Il faut agir par la diététique, mais comme ces malades ont une tolérance faible ou même négative, faisant du sucre avec les albumines et les graisses, on doit y adjoindre un traitement agissant sur le trouble glyco-régulateur lui-même : c'est l'insuline.

Avant la découverte de l'insuline, la cure diététique était, avec le bicarbonate de soude, le seul mode d'action que nous possédions pour retarder les complications si graves dans cette forme de diabète. Mais actuellement, grâce à la découverte canadienne, nous avons une action plus puissante ; il n'en reste pas moins que l'insuline n'agit utilement que si on laisse le malade à un régime strict.

de C. : viande ou poisson, 150 gr. ; œufs, 2 ; pommes de terre, 400 gr. ; légumes verts et salades, 400 gr. ; beurre, 80 gr. ; fromages frais ou secs, 80 gr. ; crème fraîche, 60 gr. ; lait, 250 gr. ; pain de gluten Heudebert, 50 gr. ; 2 pommes ; vin, 2 verres.

Dans l'établissement du régime, si le malade a une tolérance très faible ou nulle, qu'il faut tout d'abord reconnaître, on ne doit pas chercher à faire tomber la glycosurie à 0, ce qui serait impossible à maintenir d'une façon durable, mais donner une ration comprenant le moins d'H. de C. possible, tout en réduisant les albumines et les graisses qui sont des agents cétogènes. C'est de ces principes que sont nés tous les régimes de restriction complète ou parcellaire, créés dans ces vingt dernières années : *cure de jeûne*, instituée par Guelpa, qui prescrit 3 à 5 jours de diète, purgation quotidienne, le malade restant au lit et au chaud ; — *cure d'Allen*, qui n'est qu'une cure de Guelpa, sans purgation, mais où le jeûne est précédé d'une restriction progressive d'aliments et suivi, après 4 jours de jeûne hydrique, d'une réalimentation progressive, d'abord hydrocarbonée, puis par les albumines, enfin par les graisses, en cherchant par tatonnements la tolérance du malade à chacun de ces aliments.

Si le danger est moins immédiat, on prescrit une des cures parcellaires, pendant des périodes courtes : *cure de farine d'avoine* de Von Noorden (200 à 300 gr.) ; *cure de farine* de L. Blum ; *cure de légumes secs* de Marcel Labbé (légumes secs en purée 400 à 500 gr., beurre 150 gr., 5 œufs durs) ; *cure de légumes verts* (800 gr. à 1 kilo avec 100 gr. de lait et 80 gr. beurre) : toutes ces cures hydro-carbonées s'appuyant sur le fait que l'acidose est plus grave que l'hyperglycémie et que les albumines animales sont particulièrement cétogènes. C'est aussi pour éviter ce danger que Petren préconise les *cures de graisse* (250 gr. graisse : beurre, lard, crème, légumes verts et fruits).

Par contre, les Américains : Joslin, Allen, et en France, Abrami et André Weill considèrent que les graisses sont beaucoup plus dangereuses que les albumines ; aussi, suppriment-ils complètement les graisses et laissent-ils H. de C. et albumines. Nous ne partageons pas cette dernière opinion, et il nous a toujours semblé que les acidosiques supportaient beaucoup mieux les graisses que les albumines.

Actuellement, ces régimes ont perdu de leur importance depuis l'emploi de l'insuline qui est le médicament de fond du diabète avec dénutrition azotée. Nous allons d'abord exposer ce que l'on doit attendre de l'insuline, quel est son mode d'action et comment on doit la prescrire, et nous dirons ensuite quel est le régime qu'il faut appliquer pendant les périodes de repos entre les cures insuliniques.

L'insuline.

L'insuline, découverte par Mac Leod et Banting, est extraite du pancréas de cheval ou d'autres animaux, après neutralisation des ferments

protéolytiques par l'alcool chlorhydrique ; elle est obtenue en poudre désalbuminée et purifiée, soluble dans l'eau.

En injection, l'insuline produit chez le diabétique une baisse de la glycémie qui commence dans la première demi-heure et se poursuit trois heures environ, pour revenir au point de départ huit heures après la piqûre. En même temps que la glycémie baisse, la glycosurie diminue et peut même disparaître, pour réapparaître quand l'insuline cesse d'agir. Cette hypoglycémie insulinique s'accompagne d'une amélioration passagère du coefficient d'assimilation hydro-carbonée et, au point de vue physiologique, d'une augmentation des réserves de glycogène hépatique et musculaire. Plus rapidement et plus précocement que la glycémie, les corps acétoniques baissent, puis disparaissent. En outre, l'équilibre azoté s'améliore, de même que les troubles de l'insuffisance protéolytique et l'état général devient meilleur, si bien que la balance traduit une augmentation de poids.

Ces notions schématisent l'action qu'il y a à attendre de l'insuline.

Celle-ci est présentée dans le commerce, soit sous forme d'insuline dissoute (Lily, Allen et Hambury, Roussel), soit sous forme de poudre que l'on fait dissoudre extemporanément dans de l'eau distillée (Byla).

Le dosage de ces insulines se fait par la méthode physiologique. L'*unité physiologique classique*, ou unité lapin, est la quantité nécessaire pour abaisser la glycémie d'un lapin de 2 kilos à jeun, de la normale à 0.45. L'*unité clinique américaine* est le tiers de l'unité physiologique. L'unité Chabanier (ROUSSEL) est la quantité nécessaire pour abaisser de 60 % le taux du sucre contenu dans le sang d'un lapin à jeun du poids de 2 kilos 500 ; cette unité vaut quatre unités cliniques américaines, et non huit comme il est dit habituellement.

De notre pratique de l'insuline, vieille déjà de près d'un an, nous avons dégagé les règles générales suivantes (1) :

Tous les diabètes ne relèvent pas du traitement insulinique ; en particulier les diabètes sans dénutrition azotée n'en sont tributaires que passagèrement, en cas de complications sévères : broncho-pneumonies, anthrax, gangrènes, etc., diminuant d'une façon brutale la tolérance hydro-carbonée, ou lorsque l'on veut pratiquer une intervention chirurgicale, pour mettre le malade à l'abri des complications acidosiques, provoquées par l'anesthésie générale.

Dans le diabète avec dénutrition azotée, dès que la tolérance hydro-carbonée devient faible et surtout quand l'acidose existe, dans le diabète infantile, l'insuline fait partie intégrale du traitement du diabète, à plus forte raison, si des complications graves se produisent dans cette forme et que l'on craigne le coma, ou que celui-ci est confirmé.

L'insuline ne guérit pas le diabète, mais permet de combattre les accidents sérieux : trouble glyco-régulateur important, acidose, troubles de l'état général, amaigrissement, complications infectieuses.

Enfin, son emploi impose un régime sévère et ne le remplace pas.

L'emploi de l'insuline n'est pas absolument inoffensif ; il faut en connaître les inconvénients et même les dangers, mais l'insuline bien maniée est, à notre avis, bien moins dangereuse que le novarsénobenzol.

Si l'insuline est faite à trop haute dose, alors que le malade ne présente pas une hyperglycémie spontanée ou post-prandiale suffisante, il peut se produire de l'hypoglycémie, se traduisant par un malaise général, une fringale, des transpirations profuses, une sensation de frissonnement, et qui peut aboutir à des convulsions, et même à la mort dans le coma. A côté de cet accident grave, il faut signaler des accidents légers, liés plutôt à des impuretés de l'insuline, comme un shock anaphylactique, peu après l'injection, avec tendance lipothymique ; de l'urticaire, des œdèmes, de l'induration au niveau des points d'injection.

Aussi, l'insuline n'étant pas un médicament absolument anodin, y a-t-il lieu de codifier et de régler son *emploi*. Voici les règles que nous conseillons :

L'insuline s'emploie en *injections sous-cutanées* ou *intra-musculaires* ; jusqu'à présent, les autres modes d'introduction, par la bouche, par le nez, intra-duodénale, rectale, vaginale, ne semblent pas avoir donnés de résultats probants. Cependant, Blum dit avoir observé une absorption en la faisant pénétrer sur la langue, et Telfer par des onctions sur la peau, à condition d'employer des doses fortes.

Le malade, diabétique avec dénutrition azotée, est mis tout d'abord en observation avec un *régime dosé* lui apportant entre 80 et 100 gr. d'H. de C. Après 4 à 5 jours de ce régime pendant lesquels la glycémie, la glycosurie, l'acidose ont pris un certain équilibre, on pratique une injection matin et soir de 5 unités physiologiques, par exemple ; il faut que ces 2 injections soient séparées par un intervalle de 8 heures au moins. Il faut qu'elles soient suivies immédiatement d'un repas devant comprendre une certaine quantité d'H. de C. ; il semble qu'une unité physiologique permet l'assimilation de 3 à 5 gr. d'H. de C.

Si l'acidose et la glycosurie ne baissent pas assez vite, on augmente les doses d'insuline de

(1) Voir : Le traitement du diabète par l'insuline, par BITH. (*L'Hôpital*, décembre 1923 B., page 658.)

chaque injection et on peut les répartir en 3 injections à 8 heures d'intervalle. Il est difficile de donner des règles générales sur les doses à employer, car ce sont des questions d'espèces, variables avec chaque malade.

Quoi qu'il en soit, dès que l'on a atteint la dose optima produisant une baisse sensible de la glycosurie et la suppression de l'acidose, on y reste quelques jours, puis on diminue les doses très lentement ; mais il faut continuer un certain temps, jusqu'à suppression de la glycosurie et même après. Mais, dans ce cas, pour empêcher les accidents d'hypoglycémie, on élève les quantités d'H. de C. de 10 à 20 gr. après chaque repas. Pendant la cure insulinique, on peut donner de la viande, si le malade en était privé antérieurement, ou élever la ration d'albumine, dès que l'acidose a disparu.

Pendant cette cure, la glycémie baisse, la glycosurie diminue et peut même disparaître, l'acidose cesse, le coefficient d'assimilation des H. de C. et des albumines s'accroît, d'où augmentation de poids, que l'on suit quotidiennement par la balance, enfin l'état général s'améliore.

Après avoir continué la cure insulinique pendant 15 à 30 jours, on peut essayer de l'interrompre en réduisant les rations hydro-carbonées et carnées aux taux antérieurs à la cure. Pendant quelques jours, l'amélioration se poursuit, mais au bout de 4 à 5 jours, le malade revient lentement à l'état antérieur ; il y a eu amélioration momentanée, l'insuline remplaçant l'hormone pancréatique déficiente, mais rien ne prouve que le pancréas se régénère et que ses fonctions restent améliorées d'une façon durable. Aussi, quelques semaines après la fin de la cure, souvent beaucoup plus tôt, est-on obligé de recommencer ; et dans tous les cas, déjà nombreux, où nous avons soigné des diabétiques avec dénutrition azotée par l'insuline, nous avons été obligés de répéter les cures insuliniques.

Il ne semble pas d'ailleurs qu'il y ait inconvénient à cela, car nous connaissons nombre de malades qui sont soumis à des cures quasi ininterrompues depuis près d'un an. L'action de l'insuline, qui n'est qu'une action de remplacement, ne semble pas s'atténuer et plusieurs de ces malades ne sont pas obligés d'avoir recours à des doses plus fortes qu'au début.

Ce mode de traitement est un immense progrès sur les thérapeutiques antérieures, car beaucoup de nos malades, qui seraient morts depuis longtemps sans l'insuline, ont pu reprendre leurs occupations et vivre une vie quasi normale, à condition d'avoir, soit chez eux, soit à l'hôpital, 1 ou 2 injections quotidiennes.

Nous insistons sur le danger d'interrompre trop brutalement les injections d'insuline, en laissant un malade à un régime trop carné, car nous avons vu, avec M. Marcel Labbé, de tels malades, cessant subitement de venir à l'hôpital, tomber rapidement dans le coma acidosique.

Les cas de pseudo-guérison de diabète, dont certains auteurs ont parlé, ne portent que sur des cas de diabète sans dénutrition, soit en période floride, soit en poussée transitoire d'acidose. Dans ces cas, maintenus à un régime sévère et dosé après la cure insulinique, alors que les malades n'en s'avaient jamais eu le courage ou l'occasion antérieurement, la disparition prolongée de la glycosurie est due uniquement au régime, la ration hydro-carbonée étant inférieure à leur tolérance, et nous avons l'impression que ces auteurs n'ont fait qu'enfoncer une porte ouverte ; ils ont pris un marteau pilon pour écraser une noix.

Aussi, avec les Canadiens, avec les Américains, avec Marcel Labbé, Rathery, Léon Blum, André Weill, Petren, etc., ne cesserons-nous de répéter que l'insuline n'intéresse que les diabétiques avec dénutrition et acidose, les enfants ou les malades en instance de coma acidosique.

En cas de *coma* menaçant, le traitement par l'insuline est la médication héroïque. Encore faut-il que le coma soit un véritable coma diabétique et écarter les comas chez les diabétiques, sur lesquels naturellement l'insuline n'a aucun effet, comme nous l'avons montré avec Marcel Labbé. Même dans les comas diabétiques authentiques, il ne faut pas s'attendre à une guérison certaine : Allen, sur 9 cas de coma, a eu 5 morts et 4 guérisons.

Dans les cas de précoma ou de coma, nous conseillons de faire toutes les heures 5 unités physiologiques, une sur trois étant intraveineuse. Dès que le malade va mieux, on réduit à une injection de 5 unités physiologiques toutes les 2 heures, et on supprime les intraveineuses.

En même temps, on fait ingérer au malade, soit des jus de fruits, soit du lait ; ou bien, on installe, un goutte à goutte de sérum glucosé ; on donne des boissons chaudes : thé, café ; on fait des injections d'huile camphrée et on donne du bicarbonate de soude à la dose de 20 à 100 gr. par jour par la bouche, par voie rectale ou par voie intraveineuse.

Qand le malade est sorti du coma, on diminue les doses d'insuline progressivement, mais on continue très longtemps avec 2 injections par jour, ainsi que le traitement concomitant.

Si, au cours de la cure insulinique, des *accidents hypoglycémiques* se produisent, on fait ingérer immédiatement au malade de l'eau sucrée, du lait ou une orange, et l'on injecte un milligramme d'adrénaline.

Il faut souhaiter que les travaux en cours sur l'insuline permettront de rendre son emploi plus facile et moins dangereux; le danger est d'ailleurs très relatif, car sur plus de 1000 injections faites dans le service de notre maître M. Marcel

Labbé, ou en ville, nous n'avons eu qu'un seul accident sérieux, qui fut d'ailleurs enrayé.

Le *traitement des glycosuries*, existant au cours des affections hépatiques et endocriniennes, des maladies infectieuses, de la grossesse, etc., consiste à soigner le foie. Alimentation hydro-carbonée sans excès, diète carnée temporaire, médication alcaline, comme la liqueur de Bourget, opothérapie hépatique suppriment la glycosurie. Il y a gros intérêt à surveiller ensuite ces malades, car ils sont de futurs candidats au diabète.

Dans le cas de *diabète rénal*, le pronostic est bon. Il faut supprimer tout régime sévère, donner une alimentation normale, mixte, sans excès. Marcel Labbé conseille en outre de donner du calcium, car, comme l'a montré Cammidge, ce métal semble jouer un rôle sur la perméabilité rénale ; d'autre part, il prescrit une opothérapie parathyroïdienne.

Telles sont les conceptions actuelles sur la pathogénie et le traitement du diabète. On voit que la découverte de l'insuline a permis de faire avancer à grand pas ces questions, mais il faut espérer que, dans un temps proche, les études poursuivies permettront de guérir le trouble glyco-régulateur qu'actuellement l'insuline ne fait que suppléer.

LA CHIRURGIE DU TESTICULE ET DE SES ENVELOPPES PAR LA VOIE INGUINALE

Par M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Dans une série d'articles parus de 1909 à 1913, Gomoiu et Phocas ont montré les différents dangers que pouvait offrir l'incision du scrotum dans la cure de l'hydrocèle, et ont proposé d'atteindre la cavité des bourses en passant par la voie inguinale. Ayant essayé ce procédé opératoire, nous avons trouvé de grands avantages à utiliser cette nouvelle voie d'accès, et nous avons systématiquement opéré ainsi, depuis le début de 1914, tous les cas d'hydrocèle que nous avons rencontrés. Cette technique, ne nous ayant jamais donné que d'excellents résultats, nous avons alors cherché à en étendre les indications, et nous l'avons également employée pour le traitement d'un certain nombre d'affections du testicule et du cordon funiculaire.

C'est l'étude de cette nouvelle voie d'accès, de ses indications et de sa technique que nous avons entreprise ici, et nous espérons que, par suite du réel progrès qu'elle constitue, l'opération de Gomoiu-Phocas, jusqu'ici presque totalement délaissée, ne tardera pas à venir occuper la place qui lui revient dans notre thérapeutique chirurgicale.

I

Les différentes interventions chirurgicales pratiquées sur la glande génitale mâle ou sur ses enveloppes ont toujours été effectuées jusqu'à ces dernières années en utilisant la voie scrotale, et ont consisté à aborder le testicule ou la collection vaginale en incisant largement le scrotum, dans sa région antéro-externe. Ce procédé, qui jouit d'une très grande vogue, et qui est universellement employé, n'est cependant pas exempt d'un certain nombre de défectuosités qui, sous l'empire de circonstances diverses, peuvent arriver à donner naissance à de multiples complications.

Tout d'abord, il faut bien reconnaître qu'il est assez difficile de bien nettoyer un scrotum ; il existe, en effet, en ce point, toute une série de petits plis, de petites rides qu'il faut étaler successivement lors de la toilette du malade, et qui sont occupés par de nombreux poils fort difficiles à enlever sans léser le tégument. Assurément, avec un peu de soin et d'attention, on arrive assez bien à préparer convenablement la région, mais il faut tenir compte que l'on se trouve en outre en présence d'un revêtement cutané des plus sensibles, ne supportant que mal de longs nettoyages, et réagissant énergiquement au contact des agents antiseptiques. Sous l'action de la teinture d'iode, même très étendue, dont on badigeonne le champ opératoire, on voit se manifester au bout de quelques jours une cautérisation assez étendue des couches superficielles, aboutissant généralement à la desquamation, mais pouvant quelques temps, par suite de la macération qu'elle provoque, amener une réaction du côté de la plaie.

Cette dernière, qui passe en plein scrotum, nécessite généralement des dimensions assez considérables : pour pouvoir aborder convenablement une hydrocèle ou une tumeur testiculaire d'un certain volume, il est nécessaire de donner à son incision une longueur de 7 à 9 centimètres, et cette section des tissus lèse les innombrables petits vaisseaux qui serpentent à ce niveau. Il sera donc nécessaire de réaliser ultérieurement une hémostase des plus soignées, si l'on ne veut pas voir évoluer dans la suite de nombreux petits hématomes, avec toutes les chances d'infection.

De plus, par suite de la disposition cutanée du

◆◆◆

scrotum, il se produit un recroquevillement des bords de la plaie, dû à une rétraction inégale des tuniques, ce qui cause de grandes difficultés pour réaliser un affrontement régulier. La plupart du temps, il y aura de petits décollements, suivis d'hémorragies, minimes, il est vrai, mais retardant d'autant la cicatrisation définitive.

Un autre danger consiste encore à laisser, en regard d'un testicule dont on a fait une résection partielle, ou d'une tunique vaginale éversée, surface sécrétante et malade, une plaie opératoire que l'on désire voir se réunir par première intention, et il faut aussi se rappeler qu'un tissu cellulaire affaibli par le travail cicatriciel qu'on lui impose ne pourra que difficilement jouer le rôle de résorption qui lui est destiné.

Et si l'on ajoute enfin que la plaie opératoire se trouve située entre le pénis et l'anus, voisinage réalisant au maximum les chances d'infection, on comprend aisément que les complications que l'on voit survenir à la suite des interventions scrotales ne sont pas d'explication bien difficile. Mauvaise aseptie, vulnérabilité des téguments, petits hématomes prêts à s'infecter par suite de l'occlusion incomplète de la plaie et d'un voisinage septique, ce sont là assurément des conditions déplorables pour une intervention, et qui rendent bien compte des hémorragies, des abcès, des phlegmons, et des lymphangites que l'on voit trop fréquemment se développer.

C'est la constatation de ces dangers qui a poussé Gomoiu et Phocas à rechercher s'il n'existait pas une autre voie d'accès permettant d'aborder les organes génitaux internes sans passer par cette zone justement redoutable, et ils ont reconnu que par la région inguinale, on pouvait intervenir très commodément sur le testicule et sur ses enveloppes.

L'emploi de cette nouvelle voie d'accès supprime d'abord tous les inconvénients que présentait la voie scrotale : l'aseptie de la peau pouvant être facilement et parfaitement obtenue, il n'y a pas de craintes d'infection opératoire. L'incision cutanée ne nécessite pas de grandes dimensions, et n'intéresse qu'une région pourvue de vaisseaux insignifiants, d'où pas de crainte d'hémorragie ; enfin les lèvres de la plaie seront réunies sans aucun risque de désunion par une suture quelconque. L'intervention est simple, facile à exécuter, ne dure que quelques minutes et ne s'accompagne d'aucune hémorragie ; l'incision inguinale, fermée par deux agrafes de Michel, ne nécessite qu'un petit pansement au leucoplaste.

On peut remarquer, en outre, que dans l'utilisation de la voie inguinale, le gonflement testiculaire, toujours si marqué après toutes les interventions sur la séreuse vaginale, et qui tient aux modifications circulatoires apportées, est ici beaucoup moins considérable que lorsqu'on suit la voie scrotale. Le gonflement n'existe presque pas dans le simple retournement, il est un peu plus marqué dans la résection, mais n'atteint jamais les proportions que l'on était habitué à rencontrer dans l'ancienne méthode.

De même, on peut constater qu'après l'intervention, il se produit une sorte de rétraction au niveau du cordon, qui a pour résultat de maintenir le testicule en position élevée, l'empêchant de reposer sur le fond du scrotum. Il s'ensuit que ce dernier, ne subissant plus de poussée intérieure, peut se rétracter plus complètement et ne tarde pas à reprendre son ancienne situation.

Un autre avantage de la voie inguinale qu'il convient de signaler encore, c'est qu'elle permet de n'immobiliser au lit le malade que pendant un laps de temps des plus restreints. Avec la voie scrotale, par suite de la lenteur de la cicatrisation cutanée, on était obligé de laisser les opérés couchés pendant douze à quinze jours ; avec la voie inguinale, on peut les faire lever dès le sixième jour (Phocas dit même le troisième ou quatrième) ; et ils peuvent quitter la chambre neuf à dix jours après l'intervention.

On n'a pas eu encore à signaler de complications post-opératoires à la suite de l'utilisation de la voie inguinale : est-ce à dire qu'on ne pourra jamais en observer ?

Assurément non, car toute intervention chirurgicale est susceptible d'être suivie d'un certain nombre d'accidents hémorragiques ou infectieux, et nous allons rapidement passer en revue les quelques complications qui nous paraissent possibles.

Il est bien évident, tout d'abord, que l'on doit prendre toutes les précautions aseptiques, comme on le fait pour toutes les interventions, et l'abandon de la voie scrotale ne doit pas faire omettre les soins habituels. Si l'infection post-opératoire, si rare aujourd'hui, venait en effet à se développer, ce ne serait guère au niveau de la plaie, mais bien au contact du testicule, en se manifestant sous la forme d'un phlegmon des bourses. Il faudrait alors se hâter de l'inciser largement en passant cette fois par la voie scrotale. Mais c'est là assurément une complication plutôt théorique que nous croyons devoir signaler, et qui, étant données les pratiques de la chirurgie moderne, n'a pas beaucoup de chances de se produire actuellement.

Une autre complication, que l'on pourrait peut-être être amené à rencontrer plus souvent, est l'hématome des bourses. En effet, lorsque l'on a attiré le testicule hors de la plaie inguinale, il est encore retenu à la face interne de la paroi scrotale par une attache fibreuse. Ce ligament scrotal, parfois réduit à quelques fibres conjonctives, peut, dans certains cas, présenter un développement plus accusé et contenir des vaisseaux assez volumineux. Et si, parfois, la section de ce ligament, faite sans que l'on ait posé de ligatures,

a pu n'amener aucun accident, dans d'autres cas, elle pourrait produire un épanchement sanguin assez considérable. Aussi, ne faudra-t-il pas arracher brusquement le testicule de ses attaches, mais bien poser deux ligatures avant de supprimer cette insertion fibreuse : il sera même bon de passer un catgut monté sur une aiguille à travers le moignon scrotal, car la rétraction pourrait amener la chute d'une ligature simple et, par suite, donner lieu à une hémorragie.

Il ne faudra pas non plus oublier, chaque fois que l'on aura procédé à une résection vaginale, à une épididymectomie, ou à l'ablation d'un kyste adhérent assez intimement aux éléments constitutifs du cordon spermatique, d'examiner soigneusement la région, et de ne pas manquer de ligaturer tous les petits vaisseaux qui saignent. En particulier, il est nettement indiqué, dans les résections vaginales où l'on intéresse toujours et nécessairement des vaisseaux d'un calibre assez volumineux pouvant donner un écoulement sanguin appréciable, de passer un surjet sur toute la tranche de section, si l'on ne veut pas avoir à craindre la production d'un hématome à l'intérieur des bourses. Ces précautions, qu'il faut toujours prendre d'ailleurs, deviennent tout à fait indiquées lorsqu'on est appelé à intervenir chez un malade ayant un passé génital. Il reste toujours un certain degré d'infection latente au niveau des canaux, infection qui se réveille grâce au traumatisme opératoire et qui pourrait alors venir coloniser dans l'excellent milieu nutritif constitué par l'hématome.

Enfin, il sera également nécessaire, après l'intervention inguinale, au moment où l'on se dispose à replacer le testicule dans le scrotum, de bien se rendre compte de la position normale qu'il doit occuper, et pour cela, il n'y a qu'à se souvenir de la situation habituelle de l'épididyme. Il importe, en effet, de ne pas réaliser à ce moment une torsion du cordon spermatique, qui pourrait donner lieu à un volvulus du testicule. Nous disons « qui pourrait donner », car le testicule n'étant pas fixé au fond du scrotum, mais pouvant au contraire se déplacer assez facilement dans la cavité des bourses, il est permis de se demander si la détorsion ne pourrait pas se produire spontanément ; en tous cas, il faut mieux n'avoir pas à courir ce risque ni se trouver en présence d'un bistournage post-opératoire du testicule.

Infection, hémorragie, torsion du cordon spermatique, tels sont les seuls accidents qui nous semblent pouvoir venir compliquer les interventions pratiquées en suivant la voie d'accès par la région inguinale ; elles ne sont pas d'ailleurs spéciales à ce procédé, et peuvent également se rencontrer après les interventions pratiquées par la voie scrotale. Toutes ces complications sont assurément possibles, mais nous ne pensons pas qu'elles doivent se réaliser bien souvent. Gomoiu et Phocas n'en signalent aucun cas, et nous-même n'avons jamais eu à en relever l'apparition.

II

La chirurgie du testicule et de ses enveloppes par la voie inguinale est essentiellement basée sur la facilité avec laquelle la glande génitale peut s'extérioriser au niveau d'une incision pratiquée dans la région inguinale. Et cette facilité d'extériorisation est la conséquence d'une disposition anatomique bien connue, mais qu'on a eu le tort de ne pas mettre assez en évidence au point de vue chirurgical.

Au point de vue opératoire, les enveloppes de la glande génitale mâle peuvent être divisées en deux couches, l'une représentée par le scrotum et le dartos qui font corps ensemble, l'autre par tous les autres feuillets (crémaster, fibreuse, vaginale), unis étroitement entre eux.

Entre ces deux couches est interposé un tissu cellulaire lâche qui leur permet une très grande mobilité, sauf au niveau du fond des bourses où une attache ligamentaire réunit entre elles les deux couches. Mais en tirant sur le testicule, on amène cette attache qui n'est autre que le ligament scrotal, en invaginant le scrotum qui est ainsi attiré en haut.

Tous les chirurgiens savent d'ailleurs que le testicule peut être facilement amené à la région inguinale, et tous, consciemment ou inconsciemment, ont fait cette manœuvre dans les cures radicales de hernie. Le point important et nouveau dû à Gomoiu et à Phocas est d'avoir systématisé la chose, et d'avoir montré sa possibilité et son utilité dans le traitement des affections de la séreuse vaginale.

Nous commencerons par rappeler sommairement les techniques suivies par Gomoiu et par Phocas, les deux promoteurs de cette nouvelle méthode, puis nous exposerons la technique que nous avons personnellement utilisée.

Dans ses interventions, Gomoiu pratique une incision inguinale ou inguino-pubienne parallèle au canal inguinal. Puis, lorsqu'il a effondré avec le doigt le tissu cellulaire sous-cutané, l'aide, en exerçant une forte pression sur le scrotum fait apparaître la tunique vaginale entre les lèvres de la plaie. Gomoiu l'incise, et lorsqu'elle est vidée, il attire au dehors de la plaie inguinale le testicule encore recouvert du capuchon séreux. Cette manœuvre met en évidence le ligament scrotal qui est lié et sectionné. La vaginale est alors incisée dans toute son étendue, et l'on procède suivant l'état du feuillet pariétal, soit au retournement simple, soit à une résection partielle. Gomoiu termine en replaçant le testicule dans sa cavité naturelle et en refermant la paroi inguinale par une suture quelconque.

La technique de Phocas ressemble à celle de Gomoiu dans ses grandes lignes, et ne diffère en somme que par quelques points de détails.

Avant de commencer à incise r la région inguinale, Phocas évacue tout d'abord le liquide contenu dans la cavité vaginale par une ponction préalable faite à travers le scrotum : cette manœuvre a pour but, dit-il, de réduire le volume de la tumeur scrotale et d'empêcher ultérieurement la région opératoire d'être souillée par le liquide de l'hydrocèle. Primitivement, Phocas pratiquait cette ponction la veille de l'intervention, mais il n'a pas tardé d'abandonner cette manière de faire, qu'il considère comme une complication inutile, et maintenant, il évacue le liquide dans la même séance opératoire, juste avant d'ouvrir la région inguinale.

La forme de l'incision a subi quelques variations ; au début, Phocas la faisait parallèle au canal inguinal et descendant plus ou moins bas sur l'orifice inguinal externe.

Plus tard, pour éviter plus sûrement la région scrotale et pour trouver plus facilement son point de repère, qui est le cordon, il a pratiqué des incisions perpendiculaires au canal inguinal. Enfin, dans une dernière manière de faire, il s'est mis à inciser sous une forme courbe, à concavité inférieure et interne, de manière à suivre la forme de l'anneau inguinal qu'il découvre d'une façon complète.

L'incision une fois tracée, Phocas recherche le cordon qu'il libère un peu de ses attaches, de manière à pouvoir le saisir en masse et à attirer par son intermédiaire le testicule que l'aide s'efforce de repousser également à travers le scrotum.

Cette manière de procéder se comprend aisément, car elle n'est que la conséquence du premier temps de Phocas : comme la cavité vaginale a été totalement vidée de son contenu, elle ne bombe plus, et il est bien plus difficile de la faire apparaître par pression entre les lèvres de la plaie. La propulsion scrotale, qui était la manœuvre essentielle pour Gomoiu, n'est donc ici que secondaire, car c'est surtout par des tractions réalisées au niveau du cordon que Phocas extériorise le testicule.

Les autres temps opératoires ne diffèrent pas de ceux que nous avons rapportés, il n'y a qu'un instant.

Dans nos premières interventions pratiquées par la voie inguinale, qui ne s'adressaient qu'à la cure de l'hydrocèle, nous avons suivi la technique indiquée par Gomoiu.

Nous avons pensé qu'il était complètement inutile, et même plutôt dangereux, de débuter par une ponction du scrotum pour évacuer le contenu de l'hydrocèle. Cette évacuation se fait tout aussi bien par la région inguinale une fois incisée. Le liquide n'est pas septique, et avec un peu d'attention, on ne risque pas de souiller la plaie opératoire. Le principe de la méthode étant d'ailleurs d'éviter tout contact direct avec le scrotum, nous ne comprenons pas très bien pourquoi Phocas a jugé utile de ponctionner à travers une région qu'il déclare très suspecte au point de vue aseptique. Nous trouvons de plus que la présence d'une tumeur bombant fortement entre les lèvres de la plaie permet bien mieux de repérer exactement la tunique vaginale, et dispense par cela d'exercer un traumatisme quelconque sur la portion haute du cordon auquel on n'a alors aucunement à toucher.

Notre incision cutanée, longue de 3 à 4 centimètres, est parallèle au canal inguinal et s'arrête à un centimètre de l'épine pubienne, de manière à éviter les branches superficielles de l'artère honteuse supérieure. Puis, après avoir effondré avec le doigt tout le tissu cellulaire souscutané de manière à bien dégager la racine des bourses, c'est par la propulsion scrotale que nous faisons apparaître la paroi vaginale au niveau de l a plaie. Elle est ponctionnée au bistouri, vidée de son contenu, puis amenée au dehors au moyen de deux pinces de Kocher. Le ligament scrotal est sectionné entre deux ligatures, ce qui libère le testicule de son attache, et la vaginale est ensuite incisée sur toute sa hauteur.

On examine alors l'état du feuillet pariétal ; s'il ne présente pas d'altérations appréciables ou de développement exagéré, on se borne à le retourner et à le fixer dans sa nouvelle position au tissu cellulaire du cordon par quelques points de catgut, afin d'éviter la reproduction ultérieure des dispositions normales. Au contraire, si le feuillet est épaissi, induré, présentant un début de pachyvaginalite chronique, ou s'il affecte de trop grandes dimensions, on en fait une résection très étendue. Mais il faut alors réaliser une hémostase attentive de la tranche de section ainsi que du cordon : en décollant, en effet, la vaginale des connexions qu'elle présentait avec les éléments du cordon spermatique, on n'a pas manqué d'intéresser un certain nombre de petites veinules ou d'artérioles qu'il est indispensoble de lier si l'on ne veut pas courir les risques d'un hématome post-opératoire.

L'hémostase une fois faite, et la séreuse, ou ce qui en reste, étant fixée au cordon, on replace le testicule dans le scrotum en ayant bien soin de disposer la glande de façon à éviter une torsion du cordon. Puis, lorsque le champ opératoire est libéré, on peut placer quelques fils de catgut dans le tissu cellulaire pour reconstituer les plans anatomiques (cela n'est pas indispensable) et on referme la plaie par 2 ou 3 agrafes de Michel.

Cette technique fut toujours très exactement suivie chaque fois qu'il s'est agi d'intervenir pour des cas d'hydrocèle ; mais, lorsque nous avons voulu utiliser la voie inguinale pour le traitement

des affections du testicule et du cordon, nous avons reconnu que l'on pouvait ou qu'il fallait modifier la conduite de Gomoiu sur certains points.

C'est ainsi que la section du ligament scrotal ne nous a pas paru indispensable dans un certain nombre de cas, car l'adhérence du testicule ne nous a nullement gênés pour pratiquer l'ablation de kystes du cordon, et nous avons pu également effectuer quelques épididymectomies sans éprouver le besoin de libérer la glande génitale de ses connexions.

Dans les kystes du cordon, l'absence d'une tumeur d'un certain volume ne permettant pas de réaliser une propulsion scrotale suffisante pour amener la production kystique au niveau de la brèche inguinale, nous avons songé à recourir à la manœuvre de Phocas, c'est-à-dire à rechercher le cordon et à produire par lui des tractions suffisantes pour permettre d'amener la tumeur à l'extérieur.

De même, dans les cas de tuberculose de la glande génitale, où nous ne voulions pas exercer de pression directe sur le testicule, c'est encore par l'intermédiaire du cordon que nous avons pu l'extérioriser.

III

Si, au début, la voie inguinale a été uniquement réservée à la cure radicale de l'hydrocèle vaginale, nous pensons qu'actuellement ses indications d'emploi doivent être considérablement élargies, car elle peut être utilisée dans presque toutes les affections du testicule et de ses enveloppes. Nous estimons même qu'elle doit être exclusivement employée, et que la voie scrotale doit être seulement réservée aux contre-indications de la voie inguinale.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà écrit au sujet de l'hydrocèle vaginale, où l'on a tout avantage de replacer le testicule dans une loge scrotale, solide, intacte, toute prête à accomplir le travail de résorption qu'on lui demande forcément, attendu que la vaginale retournée continue à sécréter du liquide avant de subir la modification curatrice au contact du tissu cellulaire. Tous les cas, sans exception, d'épanchements séreux de la vaginale peuvent et doivent être traités par la voie inguinale, et il n'existe pour eux aucune contre-indication opératoire : le volume exagéré de l'hydrocèle, bien loin de constituer un obstacle, une difficulté pour l'intervention, facilite au contraire singulièrement l'emploi de la voie inguinale, car la tumeur remonte alors d'elle-même jusqu'à la racine des bourses et il suffira d'une très légère propulsion pour la faire saillir entre les lèvres de la plaie.

On pourra également intervenir par cette voie dans les cas d'hématocèle récente permettant l'évacuation de leur contenu liquide, ou dans les cas de pachy-vaginalite chronique hémorragique à contenu organisé ne présentant pas des dimensions par trop considérables. Il serait peut-être, en effet, assez malaisé d'élever jusqu'au niveau de la région inguinale et surtout d'extérioriser une hématocèle solide affectant un très grand développement, et il serait dans ce cas plus indiqué de chercher à intervenir par la voie scrotale. En tous cas, avant de commencer l'intervention, on pourra toujours essayer de mobiliser la tumeur et de tâcher de se rendre compte si son élévation et son extériorisation sont possibles.

Il n'y a que dans les cas de vaginalite aiguë et de vaginalite chronique infectée, que l'on devra, et cela se comprend aisément, s'abstenir de cette méthode et avoir recours à l'incision scrotale.

Les kystes funiculaires, les kystes de l'épididyme, devront être également abordés par la voie inguinale, et il n'existe de contre-indications d'aucune sorte pour le traitement de ces lésions.

Il en sera de même pour les syphilomes douloureux du testicule, nécessitant dans certains cas une castration, ou pour les tumeurs malignes. Mais pour ces dernières, quand on se trouvera en présence d'un néoplasme volumineux, il faudra également bien se rendre compte si on pourra l'amener jusqu'au niveau de la région inguinale. Même dans les cas de tumeur un peu considérable, cette manœuvre est toujours possible chez les gens maigres ; elle est plus délicate, plus difficile chez les sujets pourvus d'un certain embonpoint. Aussi, dans un certain nombre de cas de néoplasie à volume exagéré, vaudra-t-il mieux intervenir par la voie scrotale. Il devra en être de même chaque fois que la tumeur aura contracté des adhérences avec les parois scrotales, et à plus forte raison, quand ces parois seront infiltrées. L'élévation serait alors presque impossible, et comme d'ailleurs une large résection scrotale s'impose, la voie inguinale ne présenterait plus alors aucun avantage.

Mais où ce procédé opératoire présente des indications toutes particulières, c'est dans la cure des tuberculoses génitales, non seulement dans le cas de lésions purement épididymaires, mais surtout dans les cas où le testicule tout entier est envahi. On sait, en effet, qu'il est alors nettement indiqué, non seulement de supprimer toute la glande génitale, mais encore de pratiquer l'ablation de la presque totalité du canal déférent, qui d'abord ne sert plus à rien, mais qui , en outre, présente des lésions bacillaires pouvant continuer à évoluer, la castration une fois faite, et constituer ainsi un nouveau foyer infectieux pour l'organisme. Avec l'ancienne technique, on était obligé de pratiquer une opération en deux temps, d'abord au niveau du canal inguinal pour faire la ligature haute du cordon spermatique, et ensuite au niveau du scrotum pour l'ablation du

testicule. Avec la méthode que nous préconisons, une seule incision faite dans la région inguinale est nettement suffisante et permet d'enlever en un seul bloc tout l'organe atteint. Mais, il est bien évident que lorsqu'il existe des adhérences pathologiques entre le testicule tuberculeux et les différents plans qui constituent les parois scrotales, et *à fortiori* lorsqu'il existe des fistules, la voie inguinale est complètement contre-indiquée. L'extériorisation de la glande serait, en effet, des plus malaisées, car il faudrait d'abord rompre toutes les adhérences fixant le testicule, et l'on risquerait surtout d'infecter gratuitement une région encore indemne de toute lésion.

Si l'on admet qu'un certain nombre de varicocèles doivent être traités, non par la résection d'une partie du scrotum, mais en intervenant sur les éléments du cordon, soit en réséquant entre deux ligatures les veines ectasiées, soit en pratiquant la suspension haute du testicule, c'est encore à la voie inguinale, ainsi que l'a d'ailleurs indiqué Phocas, que l'on doit avoir recours.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, on peut se trouver en présence de la coexistence de plusieurs lésions : hernie et hydrocèle, hernie et kyste funiculaire, hernie et tuberculose testiculaire..., etc.

Un des grands avantages de la voie inguinale sera, non seulement de pouvoir se servir d'une seule incision tégumentaire, mais de permettre de mieux se rendre compte de la disposition des organes et d'éviter toute méprise. Il est en effet classique, dans un certain nombre de cas d'hydrocèle, de se trouver, au cours de l'intervention, au contact d'un sac herniaire (hernie enkystée de la vaginale) dont la présence n'avait pas été soupçonnée, circonstance qui, dans l'utilisation de la voie scrotale, nécessite une nouvelle intervention au niveau du canal inguinal.

En résumé, la presque totalité des interventions que l'on est amené à pratiquer sur le testicule et sur ses enveloppes est possible par la voie inguinale, et nous estimons même qu'elle doit constituer le procédé de choix. Les seules contre-indications résident dans les trop volumineuses dimensions d'un néoplasme, alors difficilement extériorisable, dans les adhérences pathologiques d'une tumeur ou d'une tuberculose aux parois scrotales, comme dans les accidents inflammatoires des collections liquides.

Confrère, qui n'êtes pas encore des nôtres,

Si vous avez bien voulu lire l'exposé en tête de ce numéro ; si vous avez parcouru l'extrait des Procès-verbaux qui suit, vous êtes maintenant renseigné sur les buts divers que poursuit le SOU MÉDICAL, sur les services de tout ordre qu'il sait rendre aux médecins.

Venez à nous. Adhérez à notre Ligue de défense. Grossissez notre nombre, déjà si imposant. Vous ne *ferez* sans doute qu'une unité de plus. Mais, moralement, c'est *par 5* au moins que nous multiplierons l'accroissement d'influence que vous nous apporterez.

Le Secrétariat Général du SOU MÉDICAL.

PARTIE PROFESSIONNELLE

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Attaque et riposte

Il n'y a pas à se le dissimuler : les menaces, les procès en responsabilité professionnelle, contre les médecins, se font de plus en plus fréquents. Il n'est pas de séance du Conseil de direction du « Sou médical » où nous n'ayons à discuter, entre médecins et juristes, de l'appui moral et pécuniaire à accorder à un de nos adhérents, inquiété par un mauvais payeur, ou un client peu reconnaissant.

Mais si, jusqu'à présent, le corps médical, dans son ensemble, s'est contenté de contracter une assurance contre la responsabilité professionnelle, il convient néanmoins de mettre un peu de tempérament et même d'instituer un frein à cette débauche d'accusations en malfaçons, formulées contre les praticiens. Le « Sou médical » ne veut plus se contenter de rester sur la défensive : il entend attaquer reconventionnellement à son tour et faire donner des leçons méritées aux détracteurs de mauvaise foi.

Pour établir un plan schématique de rispote, commençons à passer en revue les motifs déterminants de l'attaque.

Pourquoi et par qui un médecin est-il poursuivi en responsabilité professionnelle ?

1° La science médicale.

La vulgarisation de la science est-elle un bien ? Est-elle un mal ? Problème qui remonte à la plus haute antiquité, puisque les prêtres des anciennes religions cachaient leurs connaissances scientifiques sous des symboles, pour que la masse ignorante ne se serve pas des découvertes du génie humain, à l'encontre même du progrès de l'humanité.

Ce n'est pas le lieu de se demander, par exemple, si la poudre qui brise les rochers et rapproche les peuples à travers les montagnes, voit transformer cette mission de paix, par les hommes eux-mêmes qui s'en servent pour armer des canons ?

L'aviation, la radio-électricité ne serventelles, pas tant pour le bien que pour le mal collectif ?

Or, en médecine, les livres de vulgarisation ont été de bons propagandistes d'hygiène et ont appris au peuple à ne pas attendre au dernier moment pour faire appel à la science du médecin ; mais, par contre, ce dernier se voit opposer des théories aussi bizarres que mal digérées. Le client discute son diagnostic, son traitement, voire même le pronostic, parce qu'il a lu, dans un livre médical, ou dans un dictionnaire.

Ne parlons pas des articles de journaux, ou de certaines brochures ou almanachs, qui ont la prétention d'apprendre des bribes de médecine, en quelques minutes, alors qu'il faut toute une existence de labeur, à un médecin consciencieux, pour s'apercevoir qu'il ne sait rien auprès de ce qui lui reste à apprendre.

Comment dès lors s'étonner de la collaboration du malade et du médecin, oh ! non pas dans le sens d'une aide de coopération, pour la guérison, grâce au traitement que dirigera seul le docteur, mais au contraire, dans ces résistances, ces méfiances qui se manifestent lorsque le médecin veut instituer un traitement, alors que le malade a lu qu'un autre serait préférable.

Souvent même, un traitement occulte est adjoint à celui du docteur ; mais s'il survient un échec, c'est le praticien qui en supportera la responsabilité.

Dans un autre sens, les articles pseudo-scientifiques des journaux, grandes revues, les communications aux sociétés savantes et publiées dans les quotidiens, les réclames pharmaceutiques, laissent croire à l'efficacité de la science dans tous les cas. Combien nombreux sont les gens qui s'imaginent que la tuberculose est vaincue, que le traitement du cancer vient d'être découvert, que les rayons X indiquent, dans tous les cas, sans exception et le diagnostic et le traitement qu'il convient de suivre ?

Il s'ensuit la croyance dans une guérison complète, de la restitution *ad integrum*. Aussi, comment faire admettre à un blessé, ayant eu une fracture compliquée de jambe, qu'il restera vraisemblablement boiteux ou à un opéré d'appendicite avec adhérences, que les douleurs cæcales persisteront peut-être malgré l'opération ?

Le malade incrimine donc son médecin d'impéritie, de négligence, ou de faute lourde, s'il n'est complètement guéri de son affection.

2° Les mauvais payeurs.

Est-ce la conséquence de la vie chère, ou de la disparition de la reconnaissance ? toujours est-il que le client cherche souvent à ne pas payer son dû. Oh ! quelle bonne habitude ont prise les mé-

decins, au retour des armées ! celle de faire payer comptant. Cette manière de faire supprime bien des discussions.

Mais, c'est surtout en matière chirurgicale, ou radiologique que les conflits sont les plus nombreux, parce que la note à payer est toujours plus élevée qu'en médecine générale. Tous les motifs sont alors excellents pour chercher noise au docteur, pour obtenir de lui qu'il consente soit à un rabais important, soit même à l'abandon pur et simple de sa note d'honoraires.

Alors tous les moyens sont bons pour intimider le créancier : on recherche soigneusement ce qu'il est possible de lui reprocher. Nous venons même d'être saisis, au « Sou médical » de l'appel d'un chirurgien de province, pressenti pour verser une indemnité rondelette à un ancien opéré, que nous soupçonnons d'avoir introduit, dans sa plaie, un corps étranger, pour ensuite reprocher une négligence à son opérateur !

3° Les complices conscients.

Dans les poursuites en responsabilité professionnelle, le client est souvent dirigé, conseillé par des hommes d'affaires plus ou moins véreux. Ils s'engagent à s'occuper de toutes les démarches, à faire obtenir l'assistance judiciaire au demandeur, à lui épargner même l'avance des premiers frais : en récompense, le client promettra de partager l'indemnité obtenue.

Des tiers s'entremettent souvent, soit par rancune personnelle, contre le médecin incriminé, soit pour tout autre motif : ne voit-on pas souvent des parents, des amis pousser la prétendue victime, pour qu'elle n'abandonne pas sa plainte ?

4° Les complices inconscients.

Ceux là sont les plus nombreux.

D'abord le confrère. Que de paroles imprudentes sont l'origine d'une poursuite contre un médecin. L'*invidia medicorum* a provoqué bien des désastres. Inconsidérément, ou volontairement, le mauvais confrère accuse, ou laisse sous-entendre que son prédécesseur a commis une erreur de diagnostic, ou qu'il s'est trompé dans son traitement. Ce désir absurde de paraître un savant, un clinicien de premier ordre, cette hypertrophie du moi professionnel incitent, hélas ! trop de confrères à débiner inconsidérément un autre docteur.

Ils ne se doutent pas, les malheureux, qu'en disant du mal de leur confrère, ils permettent au client de douter de la science médicale. Traiter un médecin d'ignorant, n'est-ce pas rabaisser son propre savoir, puisque tous les docteurs sont astreints aux mêmes études à la Faculté et que le public n'est pas assez versé, dans les choses de la médecine pour savoir comment ces études ont été conduites, tant à l'école de médecine qu'à l'hôpital ?

Ces propos malveillants sont fréquemment à la base d'une action en responsabilité professionnelle et le malencontreux bavard est loin de supposer que la satisfaction d'amour-propre qu'il a ressentie en rabaissant son confrère lui prépare, pour demain, un sort analogue ?

C'est encore le médecin d'hôpital, l'interne, l'étudiant qui, devant le client, daubera sur le praticien de campagne. Hélas ! que de fois en ai-je entendu moi-même de ces propos regrettables, par lesquels on incrimine souvent le médecin rural d'envoyer trop tard le malade à l'hôpital, alors que c'est le malade lui-même, ou la famille qui se sont refusés longtemps à cette hospitalisation, ou qui n'ont fait appel que tardivement à l'homme de l'art ?

Au lit du malade sont prononcés, en pleine salle, des propos désobligeants pour le médecin traitant. Le fait, hélas ! n'est pas niable, car la déontologie n'est pas apprise à la Faculté, ou l'est d'une manière théorique, sans aucune sanction d'examen, dans des conférences trop peu nombreuses et désertiques.

Comment s'étonner que ces propos désobligeants servent de point de départ, soit pour une attaque contre le médecin, soit pour une demande reconventionnelle, lorsqu'il réclamera ses honoraires.

Egalement le pharmacien, en critiquant les ordonnances du médecin, surtout lorsque — et c'est, hélas ! une situation bien fréquente — docteur et pharmacien ne sont pas en bons termes. En retirant toute confiance au client, ou à sa famille, le dénigrement, servira ultérieurement, si le malade n'a pas été guéri radicalement par le traitement ordonné.

Les sages-femmes et infirmières de tous ordres sont aussi des complices inconscients (ou supposés tels) des poursuites en responsabilité professionnelle. La malignité publique s'empare de tous les potins, de toutes les critiques et s'en sert en temps voulu.

Quant aux rebouteux, encore si nombreux dans nos provinces et même dans les plus grandes villes, ils ne se font pas faute de déclarer l'incompétence et l'ignorance absolue des médecins. Le public est porté à croire ces charlatans, qui se prétendent doués d'un don guérisseur.

Devons-nous incriminer maintenant la tendance particulière de certains magistrats ? Soit à l'instruction, soit dans le prétoire, il n'est pas rare de rencontrer des juges qui discutent médecine avec une certaine autorité, du moins celle que leur donne leur fonction. Dans un procès tout récent, un juge a tenu tête à des témoins à décharge, professeurs à la Faculté de Paris : il s'était documenté soit dans un dictionnaire médical, soit dans certains livres de vulgarisa-

tion et avait à honneur de faire montre de son érudition.

Le corps médical est habitué à cette attitude parfois bizarre des hommes de loi : que ce soit en matière d'honoraires, d'exercice illégal de la médecine, ou de responsabilité professionnelle, le médecin ne jouit pas de la cote d'amour. Et il s'en aperçoit lorsque le jugement lui réduit arbitrairement sa note d'honoraires, ou lorsque le rebouteux, l'illégal est absous, ou est condamné avec sursis à une amende ridicule.

Parlerons-nous du théâtre, ou des romans ? Certains auteurs se vengent de leurs déboires d'étudiants en médecine, ou de rancunes personnelles, en faisant jouer au médecin un rôle peu flatteur. Morticoles, dichotomistes, chirurgiens arrivistes et assoiffés d'argent, voilà comment on nous présente au public, en l'engageant à défendre sa peau contre des « Knock » trop nombreux.

Cependant, le spectateur (ou le lecteur) commentant la pièce, ou le roman, trouve toujours à placer un nom sur une figure médicale, mise en scène. Quelle situation sera la nôtre lorsque ce client se présentera chez nous et que nous lui proposerons une opération, ou un examen de spécialiste ? Le souvenir de la pièce lui reviendra en mémoire et il se demandera si, véritablement, il a un réel besoin de subir l'opération, ou l'examen proposé.

Le respect dans l'honnêteté médicale, la confiance dans le médecin de famille disparaissent peu à peu ; le praticien est de plus en plus considéré comme un homme de métier qu'on paye et pour lequel par conséquent on ne doit avoir aucune considération et duquel on est en droit d'exiger un travail bien fait, toujours couronné de succès.

Comme conclusion, reconnaissons que les procès en responsabilité professionnelle deviennent de plus en plus fréquents. Aussi convient-il de se préoccuper de la *riposte*.

Les transactions.

Un médecin vient d'être averti que son malade a l'intention de le poursuivre, ou qu'il a effectivement fait une introduction d'instance pour réparation du préjudice causé.

Apeuré, craignant le bruit fait autour de cette affaire, le praticien prête l'oreille aux propositions de transaction, qui lui sont discrètement et officieusement faites. Mais souvent, il recule, effrayé par l'énormité de la somme qu'on lui réclame ; ou bien, membre du « Sou médical », ou assuré à une compagnie d'assurances, il voit la société qui le défend, se refuser à toute transaction.

C'est heureux pour lui, car une transaction est toujours un aveu de culpabilité, alors que le docteur s'y sera laissé entraîner par veulerie, faiblesse, crainte du scandale, cependant qu'il se sait parfaitement innocent de l'accident qu'on lui impute.

Une transaction incite les autres clients à en demander une, plutôt que de payer les honoraires au médecin. C'est donc un procédé qui nuît, non seulement au docteur lui-même, mais encore à tous les médecins d'une région.

Aussi au « Sou médical » préférons-nous la lutte et le procès, lorsque, ce qui est la majorité des cas, notre confrère est parfaitement innocent des fautes qu'on lui reproche.

La riposte contre le client.

1° Question de procédure civile.

Deux cas peuvent se présenter :

a) C'est le client qui a pris l'initiative d'assigner le médecin en justice, pour obtenir réparation d'un préjudice causé par une faute professionnelle.

Le docteur, défendeur au procès, pourra faire plaider son innocence ; mais il pourra formuler une demande reconventionnelle, en réponse à la demande de son adversaire. Toutefois, la condition essentielle sera qu'il puisse démontrer la mauvaise foi du demandeur, ou son désir de nuire lorsque celui-ci a, pour son procès, outrepassé ses droits, en attaquant la réputation du praticien.

b) C'est le médecin qui, à l'occasion d'une demande en justice pour se faire payer ses honoraires, se voit contraint de défendre à une demande reconventionnelle, pour prétendue faute professionnelle.

Le médecin ne pourra pas, à son tour, formuler une demande reconventionnelle contre son client, en vertu de l'adage : « reconvention sur reconvention ne vaut ». Autrement le procès traînerait indéfiniment en longueur.

Cependant, guidé par les avocats conseils du « Sou médical », notre adhérent pourra, avant sa citation introductive d'instance, s'arranger de manière à avoir la preuve que son client se refusera au paiement de sa note d'honoraires et, à la demande principale, le médecin adjoindra une demande additionnelle en dommages-intérêts pour retard injustifié de paiement. Nous donnons ci-dessous quelques jugements en ce sens.

2° Jurisprudence.

a) Le client a indûment attaqué le médecin, pour prétendue faute professionnelle et ce dernier obtient des dommages intérêts.

Est condamnable la personne qui, dans un but vexatoire, intente contre son médecin une action en responsabilité : trib. civ. Amiens, 12 mars 1902 (Pand. fr. 1904, 2,159).

Le *tribunal* civil de Rochefort (14 *février*

1906 ; *Concours médical* 1906, page 382) a condamné à 200 francs de dommages-intérêts envers un médecin, un malade qui avait déposé une plainte contre ce praticien, l'accusant de l'avoir brûlé avec des appareils électriques.

Au cours de l'enquête il fut reconnu que c'était méchamment et mensongèrement que le malade avait accusé son docteur, car non seulement le traitement, auquel il avait été soumis, n'était pas susceptible de provoquer des brûlures, mais encore les propos que le patient prêtait à d'autres docteurs, critiquant le traitement suivi, n'avaient jamais été tenus.

Trib. civ. Aix, 29 octobre 1908, réformant J. P. Gardanne du 12 mars 1908 (*Concours médical* 1909, p. 55) : « attendu que les conclusions du Sr. G. contiennent des imputations de nature à porter préjudice à l'honneur professionnel du Dr F. » condamnation à un franc de dommages-intérêts.

Nous avons publié, dans le *Concours médical* 1923, page 321, le jugement du tribunal civil de Dijon, du 13 novembre 1922, dont voici le sommaire : « s'il est vrai que le fait, pour un client, d'imputer à un médecin, ou à un chirurgien, une faute grave professionnelle et d'introduire contre lui une action en dommages intérêts, n'est que l'exercice d'un droit, l'abus vexatoire de ce droit peut engager la responsabilité du demandeur.

« Il en est spécialement ainsi lorsque ce dernier a produit, à l'appui de sa demande, des allégations inutiles et nuisibles à la réputation professionnelle du praticien défendeur, allégations que ne peut avoir dictées qu'une intention malicieuse, ou une excessive témérité, alors surtout qu'il résulte des circonstances que les avis, de docteurs qualifiés, nettement favorables au médecin incriminé, auraient dû inspirer plus de réserve au demandeur ».

De ce jugement, il ressort que, pour qu'un médecin puisse obtenir la condamnation de son client récalcitrant, qui, pour ne pas le payer ou pour tout autre motif, l'accuse, en justice, d'une prétendue faute professionnelle, il faut que le docteur puisse prouver l'abus de droit commis par son adversaire.

La jurisprudence admet que l'action en justice est un droit pour toute personne qui se croit lésée dans ses intérêts et par conséquent demande réparation du préjudice causé. Mais il ne faut pas que l'exercice de ce droit dégénère en abus.

Si l'adversaire peut prouver que le demandeur est de mauvaise foi, ou qu'il altère la vérité, qu'il exagère le dommage, ou, pour expliquer les causes de celui-ci, fait des imputations toutes gratuites, pouvant porter préjudice à l'autre partie, celle-ci est en droit de demander, à son tour, reconventionnellement des dommages-intérêts.

Il faut donc faire la preuve que cet abus de citation constitue un acte vexatoire inspiré par la malice ou la mauvaise foi, ou tout au moins par une erreur grossière, équivalente au dol. En ce sens, Cassation, 6 janvier 1909 (*Gaz. Pal.* 1909, 1, 146), Cassation 15 mars 1910 (*Gaz. Pal.* 1910, 1, 145), 20 avril et 18 mai 1915 (D. 1916, 1, 174), 20 novembre 1918 (*Gaz, Pal.* 1918 et 1919, 1, 732), 30 mars 1920 (*Gaz. Trib.*, 1920, 2, 530), cour de Pau, 24 décembre 1913 (S. 1914, 2, 105), tribunal civil Seine, 20 mars 1922 (*Gaz. Pal.*, 1922, 1, 521).

Il est vrai que la jurisprudence ne retient, à l'encontre des médecins, que les cas de faute lourde, de négligence grave et d'impéritie ; néanmoins il est juste que le corps médical soit protégé contre les demandes malveillantes, ou simplement manifestement exagérées et inconsidérées formulées par des clients mécontents, car la profession exige une intégrité absolue dans sa situation morale et dans sa réputation professionnelle, qui ne doivent pas être à la merci du chantage ou de la cupidité.

C'est dans cet ordre d'idées qu'a été rendue la décision du tribunal civil de Moissac, décembre 1909 (*Concours médical* 1911, p. 64). A sa demande d'honoraires, pour soins donnés pour une fracture de jambe, un médecin se voit opposer une demande reconventionnelle en dommages intérêts, parce que la fracture n'était pas parfaitement réduite et consolidée en bonne position.

Après rapports d'experts, le tribunal a alloué au médecin les honoraires qu'il réclamait, motifs pris que :

« Le fait pour le Dr B. d'avoir dit qu'il avait déjà soigné pas mal de cas pareils et se chargeait d'arranger celui de la dame B. n'était pas une preuve suffisante de l'engagement, contraire à la pratique ordinaire de l'art médical, de guérir complètement la blessure ».

Mais, comme les clients étaient de bonne foi et que leur résistance n'était pas imaginée dans un but vexatoire et malicieux et que leur attitude s'explique par l'insuffisance de leurs connaissances médicales et peut être par les avis téméraires de quelques personnes mal renseignées sur le cas pathologique, faisant l'objet du litige, il n'y a pas lieu d'admettre contre eux une demande en dommages-intérêts et qu'au surplus les dépens resteront à leur charge comme une conséquence suffisamment onéreuse du rejet de leurs prétentions.

Dans le même sens, le jugement du tribunal civil de la Seine (1re chambre) du 25 février 1913, à propos d'un procès en responsabilité intenté, par une opérée contre deux chirurgiens, sous le prétexte qu'elle aurait subi une opération inutile, car elle n'était pas guérie,

« Attendu que les docteurs V. et G. ont reconventionnellement demandé l'allocation d'une indemnité chiffrée, pour chacun d'eux, à mille francs, en raison du caractère injurieux et vexatoire de la demande formée contre eux, « mais attendu, d'une part, qu'il n'est point démontré que la demoiselle X ait agi de mauvaise foi, qu'elle a pu se méprendre sur les causes auxquelles devait être attribuée la prolongation de ses souffrances ; que la forme quelque peu acerbe, donnée à ses demandes, trouve une excuse dans sa pénible situation.

« Attendu, d'autre part, que les termes mêmes du rapport des experts du 30 mars 1912, que le tribunal va entériner, constituent la réparation du dommage moral, le seul que les défendeurs se plaignent d'avoir subi ; qu'il suffira, dans ces conditions, de leur allouer à titre de dommages-intérêts, tous les dépens de l'instance, que leur défaut à l'expertise a rendue plus longue et plus coûteuse... »

Ceci prouve que le médecin ne doit pas rester inactif et accepter, comme un doux mouton résigné, les invectives de ses clients peu reconnaissants. Il peut et doit agir contre eux, pour demander réparation du préjudice moral causé.

Retard injustifié de paiement, basé sur la responsabilité professionnelle.

Il arrive souvent que le client se refuse à payer son médecin, en employant des procédés dilatoires, en cherchant « la petite bête » ou en se lançant dans le maquis de la procédure.

Le docteur est alors en droit de formuler une demande en dommages-intérêts, car ces retards lui occasionnent des frais, en même temps qu'il lui font perdre du temps.

Le tribunal de paix de Bléré (Indre-et-Loire) 19 avril 1907 (*Concours médical* 1907, page 482) a condamné à 25 francs de dommages-intérêts pour dédommager le médecin, dans une certaine mesure, de ses pertes de temps, démarches, consultations et autres, dont il ne saurait être rendu responsable, vu la résistance injustifiée de son débiteur.

De même le tribunal de paix de Boulogne-sur-Seine, 24 avril 1907 (*Concours médical*, 1907, p. 523) a condamné à 50 francs de dommages-intérêts un débiteur récalcitrant, avec les attendus suivants :

« Attendu qu'en contestant contrairement à la vérité et sans la moindre apparence de fondement, l'intervention même du Dr N., le défendeur a commis un véritable abus de droit de défense et une faute lourde ; que cette faute lourde a occasionné un préjudice moral au médecin demandeur, et même un préjudice matériel, car nous avons ordonné sa comparution personnelle. »

De même 25 francs de dommages intérêts accordés par le tribunal de paix de Fréjus, 28 octobre 1908 (*Concours médical* 1909, page 158) comme réparation du préjudice causé par plusieurs déplacements pour se rendre à l'audience, alors que l'adversaire avait demandé plusieurs fois la remise du procès.

10 francs de dommages-intérêts accordés par le juge de paix de Béziers (1er canton, 12 janvier 1909 ; *Concours médical* 1910, page 158) pour abus de droit de défense en justice.

Ces exemples prouvent que le médecin est armé, lorsqu'il le veut, contre les mauvais clients qui usent de tous les moyens, pour ne pas lui régler ses légitimes honoraires.

Défense contre les journaux.

La presse, toujours avide de nouvelles, accepte avec trop de facilité les racontars qui circulent en ville contre un médecin. Il importe de faire respecter la réputation professionnelle, car c'est en colportant ces nouvelles tendancieuses, qu'on incite les malades à ne plus avoir de respect pour la science médicale, à oublier toute reconnaissance envers le praticien et enfin à attaquer ce dernier en responsabilité professionnelle.

La cour de Nancy (17 mars 1887) a condamné un journaliste qui avait critiqué, sans compétence sérieuse, une opération chirurgicale.

Le tribunal correctionnel de Millau, 7 décembre 1910 (*Concours médical* 1913, page 1504) a condamné plusieurs journaux pour diffamation contre des médecins, qu'ils accusaient d'impéritie, de faute lourde et d'erreur de diagnostic. Une condamnation à 60 francs d'amende, une à 16 francs et deux à 5 francs ; en plus les médecins obtinrent 150 francs de dommages-intérêts et l'insertion du jugement dans les dits journaux et dans d'autres de la localité.

Si les médecins employaient un peu plus cette méthode de défense, le bon renom de nos confrères s'en trouverait certainement augmenté.

Défense contre les pharmaciens.

Nous avons déjà publié, dans le *Concours médical* 1924, page 489, une série de documents de jurisprudence, se rapportant à des conflits entre médecins et pharmaciens.

Le dénigrement du pharmacien à l'endroit du docteur, les critiques sur le traitement, sur la manière de formuler, etc., peuvent entamer la confiance que les malades peuvent et devraient avoir en leur docteur. Aussi, pour couper court à toute tentative, qui se traduirait en procès pour responsabilité professionnelle, est-il souvent utile de poursuivre le pharmacien qui se livre à des propos inconsidérés contre un de nos confrères. Ainsi fait on de la défense préventive.

N'oublions pas que nous recommandons toujours de saisir, de tous ces regrettables conflits

les syndicats respectifs de médecins et de pharmaciens. Les conseils de famille peuvent se réunir et examiner le bien fondé des plaintes et des récriminations de part et d'autre. Inutile de saisir les tribunaux de droit commun de ces conflits d'ordre purement professionnel : mieux vaut les réserver à l'appréciation des pairs. D'autant qu'une condamnation juridique entretient l'animosité, tandis que les conseils de famille syndicaux obtiennent très souvent la réconciliation des deux adversaires.

Défense contre les confrères.

Hélas ! cette défense est souvent nécessaire. La déontologie n'est pas apprise à la Faculté, ou du moins elle y est peu enseignée. Que de propos inconsidérés ont été l'origine de procès en responsabilité. Nous ne saurions trop revenir sur ce sujet, car les médecins sont souvent les premiers artisans des attaques contre la profession tout entière.

Pour éviter ces conflits, il a toujours été recommandé aux praticiens d'une même région de vivre en bonne harmonie, sous l'égide du syndicat local.

Mais, si au cours d'un procès il était démontré que ce sont les racontars, ou les appréciations désobligeantes d'un médecin, qui ont été le *primum movens* d'une attaque en responsabilité professionnelle, il serait de toute nécessité de saisir le conseil de famille syndical local.

Qu'il nous soit permis d'insister particulièrement sur ce point spécial. A l'heure présente, il est de la plus haute nécessité d'employer tous les moyens préventifs et curatifs, contre la lutte que nous devons entreprendre contre les procès, sans cesse croissants, en responsabilité professionnelle.

Dans un très grand nombre de cas, d'après les dossiers que nous avons entre les mains, au « Sou médical », c'est à la suite d'un propos malveillant d'un confrère que l'idée d'une action en réparation se fait jour, dans l'esprit du client.

Que ce soit le médecin appelé en cachette du premier praticien, que ce soit à l'hôpital, où les incorrections de langage peuvent provenir d'un jeune « roupiou » pris, par le public, pour un interne ou un chef de service : toujours est-il que le client, dans sa plainte ; se base sur des critiques d'ordre technique, émanant d'une source maladroite, ou peu confraternelle.

Il faut donc, et nous y sommes décidés, puisque plus de 4.000 confrères se reposent sur nous, du soin de leur défense occasionnelle, il faut donc que le confrère bavard ou médisant soit appelé devant ses pairs, pour qu'il puisse d'abord être informé des suites malheureuses de ses propos désobligeants, puis pour qu'il comprenne que la solidarité scientifique et confraternelle ne doit pas être un vain mot.

Mais, me dira-t-on, que faire contre les médecins qui ne font pas partie du syndicat médical ? Quelles sanctions leur appliquer ?

A cela, je répondrai que la presque unanimité des médecins praticiens de France appartient à un syndicat ou à une association confraternelle quelconque. Il est donc toujours facile de faire comparaître ce médecin devant un groupe médical et ce fait seul rappellera à la prudence pour l'avenir.

En second lieu, la jurisprudence a toujours reconnu le droit de mettre un non-syndiqué à l'index, pourvu que le délinquant, bien que ne faisant pas partie du groupe professionnel, ait été appelé à présenter librement sa défense et que la sanction ne reçoive pas une publicité extraordinaire, pouvant faire croire à une vexation ou à un désir de nuire.

Si le mauvais confrère ne fait pas amende honorable, il pourra être exclu de son Syndicat, ou de son groupe professionnel. S'il n'est adhérent à aucune société, il pourra être mis à l'index et les médecins de la région auront le droit de le laisser à l'écart et de l'ignorer complètement.

Toutefois, il faut toujours se rappeler l'arrêt de la Cour de Grenoble du 6 mai 1902, décidant que si les membres d'un syndicat ont le droit de se refuser à aller en consultation avec un de leurs confrères exclu du syndicat, ils n'ont pas le droit de signifier cette décision par avance et d'une manière générale au public, ou à une administration, comme celle d'un hospice dans l'espèce.

La situation d'un médecin est parfois délicate, lorsqu'il se trouve en présence d'une erreur de diagnostic ou de traitement de la part du précédent médecin. Que doit-il dire à la famille ?

Tout d'abord, le second praticien doit se défier de lui-même : qui donc, parmi nous possède la vérité scientifique ? Qui donc est sûr de ne pas errer, au moment précis où il est certain de son diagnostic ? Ce doute scientifique permet immédiatement d'être tolérant pour les fautes d'autrui et dictera les paroles nécessaires et prudentes.

Oui, prudence, car une accusation, non seulement portée à la légère, mais même justifiée, peut avoir de terribles conséquences pour un confrère.

En second lieu, intervient la question du secret professionnel. Oui, le médecin a le devoir de dire la vérité à son malade, lorsque ce dernier la lui demande. Mais doit-il dire toute la vérité ? Questions d'espèce et de doigté, car l'homme de l'art doit savoir que la divulgation de la vérité brutale peut avoir pour son malade lui-même de terribles conséquences,.

Un médecin doit-il se porter dénonciateur de son confrère, pour des faits qu'il apprend, par exemple au cours d'une opération ? Doit-il aller raconter au patient, ou à sa famille, tout ce

que l'intervention lui a permis de constater, laissant entendre l'erreur du premier médecin traitant ?

Ce second praticien, parce qu'il représente la famille, doit-il être le dénonciateur conscient, accusateur scientifique contre le précédent docteur ?

Nous publions plus haut une consultation sur ce point de notre conseiller juridique, Me Nattan-Larrier, avocat à la Cour de Paris, pour déterminer le rôle du médecin de famille, assistant à une opération. Doit-il se considérer comme étant le représentant technique de la famille, ou doit-il être plutôt le collaborateur du chirurgien, devant aider ce dernier dans un diagnostic extemporané, au cours de l'intervention et permettre de prendre une décision rapide et immédiate ?

C'est encore affaire d'espèce et le médecin doit relever de sa conscience, de son bon sens et de son désir de confraternité juste et impartiale.

Mais, répétons-le, c'est justement parce que des confidences intempestives, souvent injustes à l'endroit du premier médecin, qui, absent, ne peut présenter ou sa défense, ou les faits tels qu'il existaient alors, que sont amorcés ces procès de plus en plus nombreux, mettant en cause la responsabilité du corps médical.

Conclusions.

Aperçoit-on maintenant la différence profonde qui existe entre le « Sou médical » et les sociétés d'assurances contre la responsabilité professionnelle, qui, sous des titres divers, sollicitent les adhésions du corps médical ?

Ces assurances se contentent de faire de la défense pure et simple : elles soutiennent leur adhérent, voient s'il est de leur intérêt de plaider le procès ou de transiger.

Mais l'intérêt général du corps médical est subordonné à l'intérêt privé de la firme sociale, qui doit gagner de l'argent en faisant de l'assurance. On ne saurait leur en vouloir, puisque le but de l'entreprise est de faire des bénéfices.

Au « Sou médical », nous n'envisageons pas seulement l'intérêt propre de notre adhérent, mais également celui de la profession, à laquelle nous appartenons les uns et les autres. En défendant, *unguibus et rostro*, notre confrère, nous nous défendons nous-mêmes, par une sorte de prophylaxie à l'égard de nos clients personnels.

Aussi, devant la recrudescence des procès en responsabilité, sommes-nous décidés à employer tous les moyens, pour, non seulement parer l'attaque, mais encore attaquer à notre tour, tous ceux qui, consciemment ou inconsciemment, portent préjudice au prestige de notre profession.

Aussi, membres du « Sou médical », ne vous laissez pas intimider par les poursuites, dont vous pourriez être les victimes, soit directement, soit à la suite de la réclamation de vos légitimes honoraires. Nous vous aiderons dans votre défense et, toujours à vos côtés, nous ne craindrons pas de passer à l'offensive pour faire réfléchir tous ceux qui, à la légère, auront troublé la quiétude scientifique et morale dans laquelle doit rester l'esprit de l'homme de science qui a pour mission sociale de consoler, de soulager, de guérir et surtout de prolonger la vie humaine.

Dr Paul Boudin.

LA NÉCESSITÉ ET L'URGENCE D'UNE POLITIQUE CLIMATIQUE ET THERMALE

Le rapport du Docteur Mazeran

Par le Dr Raymond MOLINÉRY,

Membre de la Société de Médecine de Paris,
(Médaille d'or de l'Académie de Médecine)

« *Dans toute discussion, ne considère jamais que tu as devant toi un ennemi à vaincre, mais un ami à éclairer* ».

Dès la guerre finie, la lutte a commencé !

Lutte économique dont l'attaque contre le franc est une des modalités la plus visible non, peut-être, la plus redoutable... Lutte scientifique, pénétrant, peu à peu les masses après avoir rallié les élites et imposant au monde sa manière de concevoir... Lutte de pénétration lente, par les instituts techniques, dans toutes les branches des connaissances humaines... Lutte de laboratoire qui de la théorie passe à la pratique ... Chacun, dans sa sphère, doit imposer la liberté du travail dans la paix. L'effort constant dans la volonté d'arriver au but, seul gage du succès, ne sera, dès maintenant, que le bloc inséparable des énergies individuelles en mouvement vers une réalisation commune. Qui dit « bloc » dit fusion dans une intime union. Qui dit « *bloc* » sous-entend « *idée-force* » pour le manœuvrer.

Aujourd'hui, le mouvement vers l'hydrologie et la climatologie — et nous ne méconnaissons pas toute la haute importance de la thalassothérapie — semble entrer dans une voie nouvelle. Ne faut-il pas, en effet, nous souvenir qu'il y a précisément cent années, Alibert (dont le Dr Brodier a évoqué la belle figure de médecin de l'hôpital St-Louis, dans un magistral mémoire à laquelle toute la presse médicale a rendu un légitime hommage), ne faut-il pas, disons-nous, nous souvenir, que ce maître de la dermatologie et de la thérapeutique a consacré tout un volume à la mise en valeur de nos eaux minérales ? Et les lignes que nous allons citer du médecin de Louis XVIII ne sont-elles pas de la plus rigoureuse actualité ?

« *Les eaux minérales sont des propriétés qui restent souvent stériles entre les mains de possesseurs inhabiles et inexpérimentés. Elles pourraient verser dans nos départements des produits considérables si elles étaient convenablement exploitées. Ainsi les sources de la santé pourraient devenir celles de la richesse* ».

Et ceci n'était pas une conception platonique du professeur à la Faculté ! Sur ses conseils, un de ses élèves, dont il chérissait le plus le talent et le beau caractère, le Dr Doin, entreprit des recherches sur l'état des établissements thermaux sous Louis XVIII ; sur le produit annuel de leurs sources ; sur la quantité des eaux qu'ils exportent ; sur les ressources des lieux pour le logement et la nourriture ; sur les moyens, de transport ; sur les objets de distraction ; sur les hospices et les moyens de secours que l'on peut offrir aux pauvres ; sur l'état des routes, sur le nombre des individus qui voyagent pour se rendre aux eaux ; sur le numéraire laissé au cours de chaque saison...

Mais tout cela, je vous le demande, qu'est-ce autre chose que le programme au moins partiel (*mais non différencié*) de nos actuelles Chambres d'industrie thermale, Syndicats d'initiative, Office national du tourisme, Fédération thermale française, à la réalisation de laquelle tous les bons esprits ont applaudi (1).

Les Etats, les institutions, au fur et à mesure que leur organisation se parachève dans une évolution lente et progressive, voient leurs chartes primitives s'adapter, peu à peu, aux besoins nouveaux : de simples et rudimentaires, elles deviennent complexes se modelant sur les aspirations nées d'une modification de l'ordre social.

On l'a dit non sans raison : « *L'organisation nationale du tourisme français est maintenant achevée* » il faut, avec la plus extrême énergie, organiser la France thermale et climatique.

Il ne peut y avoir, il ne doit pas y avoir d'antagonisme entre le thermalisme et le tourisme puisque tous deux sont les enfants d'une même mère. Mais deux enfants peuvent arriver tous deux à l'épanouissement de leur vie d'homme par des voies différentes, se prêtant mutuel appui chaque fois qu'il leur sera possible ; mais suivant deux voies différentes, se donnant aide et conseil, mais restant libres et indépendants dans la poursuite de leur destinée : ainsi doivent marcher le thermo-climatisme et le tourisme en respectant leur autonomie réciproque. La part à deux est assez belle, la tâche est suffisamment ardue pour chacun d'eux, le but à atteindre est assez noble pour que tous travaillent dans la plus complète harmonie.

Nous faisons nôtres les belles paroles prononcées par notre distingué collègue et ami le Dr Mazeran, au Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France : « *Puissions-nous, si l'écho de nos délibérations dépasse les murs de cette enceinte, faire entendre la bonne parole à ceux qui nous combattent sans nous connaître, puissions-nous*

(1) Il serait injuste de ne pas signaler ici la belle campagne entreprise en faveur de la création de la F. N. T. C. F., par Monsieur le professeur Sellier, de Bordeaux, dans le *Journal des Débats*. Ces articles ont vivement intéressé non seulement les médecins, mais l'opinion publique et ont ainsi contribué pour une large part à la réalisation de ce puissant organisme.

les convaincre et les amener à nous considérer non plus comme des adversaires mais comme des collaborateurs à l'œuvre économique que nous poursuivons tous pour la grandeur et la prospérité de notre pays ».

En un puissant faisceau, le thermoclimatisme nous offre ses raisons d'être : Sociétés d'hydrologie médicale de Montpellier, de Paris, fondées il y a plus de soixante-dix ans ; Institut d'hydrologie de Toulouse créé et dirigé et cela pendant près de cinquante années, par un maître auquel il ne sera jamais rendu assez hommage, le professeur Garrigou ; le Syndicat des médecins des stations sanitaires et balnéaires de France dont A. Robin et G. Bardet furent les instigateurs et que Ray. Durand-Fardel dirige si heureusement ; Congrès des Villes d'eaux qui, depuis 1905, groupe, dans un effort parallèle, maires, administrateurs d'établissements thermaux, médecins-consultants spécialisés, propriétaires et commerçants d'une même ville thermale ou climatique ; Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, chargée d'étudier les intérêts de ces stations et d'être l'interprète de ces intérêts auprès du ministère, etc.

Et voici qu'il y a déjà plus d'un quart de siècle les V. E. M. naquirent à la grande voix du doyen Landouzy ; Carron de la Carrière avait préparé le terrain : la moisson fut telle qu'elle étonna les plus optimistes... La guerre a passé par là. Les professeurs Carnot et Rathery ont recueilli le flambleau que leur ont légué leurs admirables prédécesseurs et, avec une foi renouvelée, transportent à travers la France la chaire pratique d'hydrologie et de climatologie (1). Les Facultés de province marchent à l'unisson : chacune d'elles, fière de son passé et de ses origines, tout imbue de cet esprit de régionalisme qui a fait si puissantes nos vieilles et célèbres universités, crée un service autonome. La vie, l'action circulent de toutes parts : on rivalise dans le travail. L'Institut d'hydrologie et de climatologie, rattaché au Collège de France, dont les traditions sont revigorées de méthodes nouvelles, fixera le protocole des expériences et des analyses qui rendront, enfin, comparables les expériences et les analyses entreprises autrefois, de façon trop dissemblable... *Le Thermoclimatisme est une entité.*

Où trouver sa tête ?

L'être vivant, réduit à l'infusoire, n'a, vraisemblablement, que le plus rudimentaire des systèmes nerveux. Mais l'être vivant, dans l'échelle de l'évolution, voit son cerveau se modifier, se fragmenter pour commander à chacun des organes que la fonction a créée, et ces cerveaux fragmentaires, unis par mille ponts, si joliment décrits par Th. de Bordeu, constituent, dans leur ensemble, le cerveau directeur. Nous avons nommé ici la FÉDÉRATION NATIONALE THERMOCLIMATIQUE FRANÇAISE.

(1) Garrigou cependant (en 1875-1880) avait amené auprès des stations thermales médecins et étudiants.

Il n'est plus temps de délibérer sous l'orme : tout plutôt que la mare stagnante !

***

Le Dr Mazeran, après avoir proclamé *le droit à l'existence* du thermoclimatisme français, étudie dans la coordination des efforts d'une part, dans la limitation de l'objectif à atteindre d'autre part, les solutions qui ont été proposées :

1° La conception touristique.

2° La direction du mouvement confiée à la Commission exécutive du Congrès des villes d'eaux.

3° La Fédération nationale thermale et climatique française.

Rien de ce qui touche les intérêts du malade ne laisse le médecin indifférent. Or j'entends ici le médecin praticien qui, chaque jour, doit résoudre les mille difficultés de la médecine générale et c'est pour répondre aux desiderata souvent exprimés par nos correspondants que nous allons entrer dans quelques détails.

La *conception touristique* voudrait embrasser, dans une même vue, le malade et le non malade. « Attirer, retenir et distraire une clientèle riche — ou tout au moins non indigente — et momentanément désœuvrée » doit suffire, de leur propre aveu, aux préoccupations touristiques. Que nos amis du tourisme nous permettent, à nous médecins, d'avoir, avant tout, le souci du malade et la recherche de sa guérison. Mais ceci n'impliquant en rien que l'on ne puisse mêler l'utile à l'agréable : un traitement curateur ne doit pas être nécessairement morose. *Le thermoclimatisme relève du ministère de l'hygiène* au même titre que l'organisation de la lutte antituberculeuse ou de la lutte contre les maladies vénériennes ; *le tourisme* ressortit légitimement *au ministère des travaux publics.*

Le tourisme est l'industrie de la route, du site, de l'hôtellerie, il s'adresse aux voyageurs, aux oisifs, aux touristes, aux gens en vacances, à ceux qui, tout simplement, ont la « bougeotte ». Le tourisme a été créé et mis au monde pour des gens bien portants : c'est pour des malades, des convalescents, des surmenés, des hérédos, dont le terrain est à modifier, que le thermoclimatisme a, depuis des siècles — sous une forme plus rudimentaire — été institué.

Certes ! bien souvent, le plus souvent même pour nos stations de montagne ou du Plateau Central et des Alpes, une station climatique, thermale pourra être une station de tourisme ». Là, comme le dit si élégamment Hugues Le Roux, « *la beauté rayonne à côté du bienfait* ».

Mais au XVIIe siècle, par exemple et plus encore au siècle suivant, qui ne sait toute la vogue de nos stations thermales ? Le médicament thermal a été la cause et l'objet d'un mouvement de voyages dont les écrivains du temps nous ont laissé les savoureux récits. A ces époques lointaines, seule, la guérison *des malades qui se propageait de bouche en bouche*

constituait la publicité unique, faite en faveur de nos eaux, si j'en excepte cependant les Traités de médecine spécialisée comme ceux de la Framboisière qui virent, de la fin du XVI[e] siècle au commencement du XVII[e], six éditions successives mériter la faveur des médecins et du public.

A ces deux objectifs si divers, le D[r] Mazeran oppose les méthodes diverses.

De par leur caractère de « Centres thérapeutiques » les stations thermales ont dû se préoccuper de la coordination de l'enseignement de l'hydrologie dans les Facultés ; de la modification technique à apporter à l'utilisation des sources, de la surveillance de l'hygiène de chacun des établissements thermaux ; de l'institution des maisons et hôtels de régime dans les stations comme Vichy, Vittel, Evian, etc., où les maladies générales de la nutrition sont la spécialité de ces villes de santé ; de la vérification de l'application des décrets concernant l'hygiène particulière impartie aux stations de cure ; de l'enseignement professionnel du personnel subalterne des établissements thermaux, personnel véritable auxiliaire du corps médical ; de la propagande scientifique à donner à nos stations...

Nous ne voyons pas bien comment le tourisme pourrait, avec la compétence appropriée, résoudre les diverses faces de ce problème et je ne parle pas de l'organisation, si nécessaire, des laboratoires thermaux ! ...

Un malentendu, qu'il faut dissiper, a obscurci ces notions cependant si claires : écoutez encore ce que nous dit Mazeran du Congrès d'Ambert :

« *En août dernier, au Congrès d'Ambert, devant cette opposition officielle du tourisme, vis-à-vis de l'organisation thermoclimatique du reste de la France, la Fédération touristique elle-même s'est élevée et par les voix unanimes des 14 syndicats d'initiative auvergnats représentés a constaté qu'en Auvergne le dualisme touristico-thermal donne satisfaction à tous et a demandé qu'une certaine souplesse d'adaptation soit laissée aux régions thermales en raison de leurs caractères et de leurs besoins spéciaux. On ne saurait mieux poser la question. En Auvergne, la région thermale type, ce sont les représentants du tourisme auvergnat qui l'ont eux-mêmes posée ainsi. Nous offrons cette leçon de choses à ceux qui ne veulent pas voir* ».

N'est-ce pas Albin Huart, directeur du Comité d'initiative d'Aix-les-Bains qui, dans un article du 23 décembre 1922, le proclame : « Nous sommes les messagers de cette richesse du sous-sol français qui est un bien foncier, autrement productif en vérité, que le pittoresque de nos régions. Les deux se complètent ; *mais nous soutenons*, qu'avant le tourisme, *le thermalisme doit être défendu* et il ne le sera nullement tant que l'état-major actuel continuera à ne penser qu'aux bancs de promenades et aux plaques indicatrices ».

Depuis deux ans, bien du travail a été fait et Albin Huart a été le premier à applaudir avec nous à la création, auprès de l'O. N. T., de la commission consultative médicale dont l'action se fait dès maintenant sentir. Cette commission consultative, il est légitime de le reconnaître, a vu diverses de ses directives être approuvées par le Comité directeur de l'Office national du tourisme : et ce est bien ainsi (1) !

***

La deuxième solution proposée est de confier l'organisation du thermo-climatisme à la *Commission exécutive du Congrès des villes d'eaux*. Pendant une quinzaine d'années et bien près de vingt ans la Commission exécutive du Congrès des villes d'eaux a fait œuvre utile. Cela a été, comme le fait remarquer Mazeran, comme un organe de transition qui devait aboutir, dans la logique des choses, à un organisme plus souple et à la fois, plus centralisateur, plus complètement représentatif des forces fédérées thermoclimatiques, la FÉDÉRATION NATIONALE ET CLIMATIQUE FRANÇAISE.

***

« Totalisant les intérêts scientifiques et économiques de toutes les fédérations régionales, la Fédération thermoclimatique devient un *véritable parlement directeur de notre politique thermale* ».

Celle-ci peut s'étudier sous trois aspects différents : politique scientifique, politique administrative, politique économique.

A) De la *politique scientifique* nous ne dirons que quelques mots ayant suffisamment développé ce point de vue dans notre désir de bien établir la démarcation entre les possibilités du thermalisme et celles du tourismee.

« Le malade et sa cure étant l'objectif principal, la première de nos préoccupations doit être de tout mettre en œuvre pour l'étude approfondie de nos sources, de nos climats. Il faudra définir exactement les indications et contre-indications qui en découlent et délimiter leur caractère de spécialisation ». Et de ceci découle l'enseignement de l'hydrologie dans les Facultés et aux V. E. M., les recherches physico-chimiques auprès de nos villes d'eaux avec la création de laboratoires, « pour ainsi dire à l'émergence de nos griffons », afin de capter, si possible, le principe de vie de nos sources, mais aussi création de stations météréologiques comme il en existe un type si curieux à Font-Romeu, à Pau, et d'autres encore, sur la Côte d'Azur et dans les Alpes.

B) La *politique administrative* a retenu le D[r] Mazeran : celui-ci rappelle l'organisation caporalisée des stations allemandes « bonnes à tout faire de l'hydrologie » mais remarquablement outillées.

(1) Nous sommes tout heureux de souligner ici le large esprit de concorde avec lequel Monsieur le président Maringer dirige les débats de cette commission consultative et nous faisons confiance à M. Chaix, comme nous avions fait confiance à M. Famechon.

N'est-ce pas encore Albin Huart qui donnait le chiffre de 800 à 900 millions de francs comme étant le rapport annuel des stations allemandes ?

Et devant les nécessités actuelles, nous, Français dont le patrimoine thermal est indiscutablement mille fois plus riche que celui de nos voisins, nous n'aurions pas une politique thermale et climatique qui monnayerait, de façon tangible, ces richesses nationales inexploitées ? L'urgence s'impose, s'affirme, se commande sans aucune hésitation possible.

Nos chambres d'industrie thermale n'ont pas l'autonomie suffisante leur permettant d'utiliser, au mieux des intérêts stationnaux, la part qui leur revient du produit de la taxe de séjour. Les villes d'eaux ne savent pas encore assez que les établissements thermaux dont elles ont la régie directe peuvent bénéficier du produit de cette taxe, sous forme d'embellissements, de transformations techniques. Ces mêmes villes ne savent pas encore assez qu'elles peuvent gager un emprunt sur la moitié du produit de cette taxe et ainsi réaliser, en une seule fois, les transformations balnéaires réclamées par le corps médical (1). Certaines villes d'eaux affichent, chaque année, au début de la saison, à quoi ont été utilisés les fonds provenant de la taxe de séjour : ainsi le malade et sa famille peuvent-ils se rendre compte, par eux-mêmes, que le léger impôt que chacun d'eux a payé l'année précédente a été utilisé au mieux de ses intérêts, à eux, « usagers » de la station. *Nous préconisons cet affichage annuel dans toutes nos villes climatiques et thermales* : cela constituera la meilleure réponse à ceux qui demandent (ils y ont tout droit) à quoi a été employé l'argent versé par eux.

La loi de 1919, vous le savez, lecteurs, a établi, au bénéfice de l'Office national du tourisme, une *taxe additionnelle* à la taxe de séjour, taxe devant être utilisée, par ce puissant organisme, à faire, pour les stations thermales et climatiques, toute propagande utile.

Or sur un budget de 3.084.150 frs, pour l'exercice de 1922, il a été attribué 298.181 fr. à l'Institut d'hydrologie. Mais il reste 2.785.969 fr. sur lesquels 116.848 fr. ont seulement été dépensés pour la propagande. Le Dr Mazeran démontre très facilement que cette somme représente *le budget thermo-climatique* puisque la subvention de 550.000 frs. de l'Etat n'est autre chose que le retour, sous une autre forme du produit de l'exercice thermo-climatique ; puisque la somme de 1.534.150 frs. est le produit de la taxe elle-même et qu'enfin le 1.000.000 prélevé sur les jeux de nos stations devrait bien être utilisé (suivant les suggestions du Dr Nivière) à développer l'hygiène et l'assistance des indigents aux eaux minérales, indigents qui ont, tout comme les autres, le droit au traitement thermal ou climatique.

« Nous sommes donc autorisés à dire que les intérêts des stations thermales *ne sont pas servis*, dans l'état actuel des choses, *en proportion des ressources* que les dites stations apportent aux organisations existantes et en conformité de l'esprit de la loi ».

***

Quant à la *politique économique*, elle découle naturellement des deux premières : scientifique et administrative.

Un fait existe et rien ne prévaut contre un fait : l'Auvergne thermale depuis douze ans « a montré le mouvement en marchant ». Pourquoi, avec telles modalités qui conviennent à chaque région ne pas appliquer la formule de l'Auvergne ? Cette formule étant étendue à toute la France, la FÉDÉRATION NATIONALE THERMALE ET CLIMATIQUE FRANÇAISE coordonne les efforts, les volontés, les initiatives. La propagande fait l'objet d'un vaste plan d'ensemble où seul l'intérêt général est en jeu.

Représentative de tous les intérêts du thermoclimatisme la F. N. T. C. se met en étroites relations, non seulement avec le groupe thermal et climatique interparlementaire, mais encore avec le groupe médical lui-même qui, au Parlement, jouit d'une légitime influence. Les grandes compagnies de chemin de fer auront ainsi un organisme avec qui elles pourront s'entretenir du transport des malades aux eaux minérales, questions qui n'a jamais été posée sous l'angle voulu. Le Touring-club français, l'Office National du tourisme, la Cie française du tourisme, l'Union des Syndicats d'initiative entretiendront avec cette fédération nationale d'étroits rapports dont le malade verra bientôt les heureux résultats.

La F. N. T. C. s'occupera enfin, de la création si vivement désirée, d'une BANQUE D'INDUSTRIE THERMALE ou mieux d'un CRÉDIT THERMAL (1) qui serait de nature à aider les Fédérations dans leur œuvre et qui surtout mettrait en pratique le vaste programme d'industrialisation des stations thermales : création ou transformations techniques touchant les établissements thermaux ; extraction des produits des eaux (sels de Vichy, comme type) ; exploitation moderne du captage, du transport, de la vente des eaux pouvant être consommées à domicile ; construction d'hôtels de cure ; de maisons, de restaurants de régime dont l'appellation ne serait pas un leurre et dont nous ne possédons que de trop rares spécimens ; utilisation des eaux chaudes naturelles pour obtenir des forceries de primeurs pendant l'hiver (forceries

(1) Une somme de 50.000 fr. vient d'être votée par l'O. N. T., afin d'être répartie entre diverses petites stations qui ont, de toute nécessité, besoin de moderniser leur outillage et dont les ressources sont actuellement insuffisantes pour mener à bien ces transformations techniques.

Ces 50.000 fr., nous en avons l'assurance, ne sont que le premier pas vers de nouvelles réalisations.

(1) Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs le rapport présenté sur cette question à la Fédération d'Auvergne, par MM. Montcorgé et Lequime.

facilement agencées et qui seraient la véritable industrie d'hiver de stations qui se plaignent de n'avoir rien à faire durant la période, si longue, d'intersaison) ; installation de laboratoires thermaux, de stations climatiques météréologiques.

Tel est le programme que nous avons été heureux de voir également développé par M. le Dr Raymond Durand-Fardel dans une conférence faite le 25 avril 1923 à l'Union du Commerce et de l'Industrie pour la défense sociale.

Sociétés d'hydrologie et de climatologie de Paris, de Bordeaux, de Nancy, etc., Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, Chambre syndicale des eaux minérales, Union des établissements thermaux, majorité des fédérations régionales ont applaudi à la naissance de la Fédération française.

Le député Even dans la séance du 23 mars 1923 adressait au Gouvernement les questions suivantes :

« L'Etat a-t-il en cette matière (le thermalisme) un programme précis de propagande ? A-t-il dressé un plan d'organisation des stations thermales de France ? Sous quelle forme entend-il prêter son concours à nos stations ? ».

La Fédération nationale thermale climatique française devenue le « Conseiller technique » de l'Etat en cette matière préparera la réponse : la nécessité, l'urgence d'une politique climatique et thermale ne souffre plus aujourd'hui la discussion.

JURISPRUDENCE

Dans tous les cas sans exception, le médecin a t-il le devoir de dire toute la vérité à son malade ?

COUR D'APPEL DE BRUXELLES (3e ch.)

Audience du 4 juin 1923.

(*Gazette des Tribunaux*, 7 décembre 1923.)

Médecin. — Epreuves radiographiques. — Défaut de communication. — Intérêt pour le blessé a les connaitre. — Détermination a prendre. — Faute. — Responsabilité.

Si l'on peut admettre que dans les cas graves le médecin peut et doit considérer les épreuves radiographiques comme documents médicaux qu'il a le droit de dissimuler parce que leur communication peut aggraver l'état physique du malade et influencer son état moral en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérir ou d'améliorer son état, il n'en va plus de même lorsqu'il s'agit d'une blessure ne paraissant pas mettre en danger la vie de l'intéressé dans toute la force de l'âge et d'une constitution robuste.

En pareil cas, la communication de la radiographie commentée avec tact et discrétion par le médecin ne peut présenter pour le blessé aucun inconvénient grave. Et en conséquence, la dissimulation de son état réel peut constituer une faute.

Dans de telles circonstances, les tribunaux doivent faire vérifier avec le plus de certitude et de précision possible si les constatations radiographiques et leur révélation n'auront pas permis au blessé de provoquer une nouvelle intervention chirurgicale ou l'institution d'un autre traitement susceptibles d'améliorer son état.

« La Cour ;

« Attendu que l'appelant, à l'appui de sa demande, invoque principalement la façon défectueuse dont fut opérée la réduction de fracture de sa jambe que l'intimé jugea à propos de pratiquer après qu'une première réduction plus favorable avait été faite par un autre chirurgien, ainsi que le défaut de soins subséquents en vue de remédier à la coaptation défectueuse des os fracturés ;

« Attendu qu'il est constant que la radiographie révélait, après l'intervention de l'intimé, une fracture de très mauvais aspect et une coaptation insuffisante des fragments osseux, et qu'il était à craindre une déviation et un plus fort raccourcissement du membre que ne révélait la radiographie de la jambe après la première réduction faite par le docteur C. ;

« Attendu qu'il importe de vérifier si, étant donnés les résultats de cette première intervention, tels qu'ils étaient démontrés par la radiographie, la nouvelle réduction opérée par l'intimé s'imposait, d'après les règles de l'art médical ;

« Attendu que les experts désignés par le premier juge n'ont pas donné des motifs d'ordre technique suffisamment précis pour justifier leurs conclusions sur cette première question :

« Attendu que, pour répondre sur les autres points sur lesquels ils avaient à donner leur avis, les experts ont invoqué principalement des principes de discrétion et de conscience, semblant, dans leur thèse, prédominer les questions d'ordre technique ;

« Attendu que la responsabilité des médecins, comme celle des autres citoyens, dérive des mêmes règles légales ;

« Qu'il appartient exclusivement au juge de fonder sa décision en tenant compte des faits et circonstances et en appréciant les motifs de conscience souvent délicats à discerner qui ont incité l'auteur à agir ainsi qu'il l'a fait ; que, toutefois, ces motifs ne peuvent prévaloir et ne suffiraient pas pour dégager la responsabilité de celui qui aurait commis une faute ou une négligence causant un dommage à autrui ;

« Attendu qu'il est constant que l'intimé, ayant pris connaissance des radiographies faites après l'intervention litigieuse, dissimula à l'appelant l'une d'elles révélant exactement la défectuosité de la coaptation et qu'il ne lui laissa voir qu'une autre épreuve, prise sous un autre angle, d'après laquelle les les os fracturés paraissaient mieux remis en place qu'après la première réduction pratiquée par le docteur C. ;

« Attendu que l'appelant fait grief à l'intimé de l'avoir, de cette façon, induit en erreur sur la gravité de sa blessure et sur les prévisions des conséquences de celle-ci :

« Attendu que l'on peut admettre que, dans les cas graves, le médecin peut et doit considérer les épreuves radiographiques comme documents médicaux qu'il a le droit de dissimuler parce que la communication de ceux-ci aggraverait l'état physique du malade et influencerait son état moral en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérison ou l'amélioration de son état ;

« Attendu qu'en l'espèce il s'agissait d'une blessure ne paraissant nullement mettre en danger la vie de l'appelant qui était dans toute la force de l'âge et de constitution robuste ; que la communication de la radiographie, commentée avec tact et discrétion, comme il convient, par le médecin, ne pouvait présenter pour le blessé aucun inconvénient grave ; qu'il n'y avait donc pas de motif suffisamment plausible de lui cacher les résultats défavorables de l'intervention litigieuse et de ne pas lui faire prévoir avec ménagement les conséquences de la coaptation défectueuse, telle qu'elle était révélée par la radiographie ; qu'il importait d'autant plus de le renseigner sans lui dissimuler l'état réel qu'il s'agissait d'un blessé qui n'avait autour de lui aucun parent auquel le médecin aurait pu faire connaître la situation et ses prévisions ;

« Attendu qu'il est donc très vraisemblable, ainsi que le soutient l'appelant, que si celui-ci avait connu l'état réel de la fracture à la suite de l'intervention de l'intimé, il aurait pris la décision d'appeler en consultation quelque autre chirurgien pour aviser aux mesures à prendre et contrôler le traitement de l'intimé, mais qu'il s'en abstint parce qu'il croyait à sa guérison parfaite, ayant été induit en erreur par l'exhibition de l'épreuve radiographique qui lui fut montrée par l'appelant ;

« Attendu que, à raison de ces circonstances, il échet de faire vérifier avec plus de certitude et de précision si, après les résultats de la réduction opérée par l'intimé et les constatations radiographiques postérieures à celle-ci, il ne paraissait pas utile, d'après les règles de l'art médical, de pratiquer une nouvelle intervention pour tenter d'obtenir une coaptation plus parfaite ou, à défaut de ce faire, d'instituer quelque autre traitement, d'usage courant à cette époque, destiné à prévenir ou à atténuer le raccourcissement et la déviation du membre ;

« Par ces motifs ;

« Ecartant actuellement toutes conclusions autres, plus amples ou contraires, avant dire droit, désigne en qualité d'experts, à défaut par les parties d'en convenir d'autres ou d'un seul d'entre eux, MM. L. Mayer, 74, rue de la Loi, à Bruxelles ; G. Debaisieux, rue Marie-Thérèse, 21, à Louvain, et A. Hannecart 87, rue Berckmans, à Saint-Gilles, lesquels, serment préalablement prêté ou de ce dispensés, après s'être entourés de tous renseignements utiles, spécialement après avoir pris connaissance des radiographies de la jambe fracturée :

« 1° Vérifieront et diront si, après le résultat de la réduction pratiquée par le docteur C., la réduction faite postérieurement par l'intimé paraissait nécessaire, tout au moins utile et conforme à l'enseignement de l'art médical ;

« 2° Rechercheront et déclareront si, après que furent révélés par les radiographies les résultats de la réduction opérée par l'intimé, il était utile ou non de tenter une nouvelle intervention, qui aurait pu produire une coaptation plus parfaite des os fracrés ;

« 3° Dans l'hypothèse où les experts seraient d'avis qu'il n'y avait pas lieu de recourir à une nouvelle intervention, ceux-ci auraient à dire si, d'après les règles de l'art, d'usage pratique et courant à l'époque, il n'y avait pas lieu d'ordonner un autre traitement que celui prescrit par l'intimé en vue de prévenir et d'atténuer plus efficacement le raccourcissement et la déviation de la jambe de l'appelant, pour, le rapport déposé, être conclu ensuite par les parties et statué par la Cour comme il appartiendra ;

« Réserve le surplus ainsi que les dépens. »

Commentaires.

Cet arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles réforme en partie un jugement du tribunal de première instance de Bruxelles, en date du 31 décembre 1920 (*Concours médical* 1921, p. 1213, *Bruxelles médical*, 15 février 1921).

Le point de fait est le suivant : un blessé a une fracture de jambe, partiellement réduite par un premier chirurgien. Il fait appel à un second chirurgien, celui qui défend au procès, lequel fait, avec un de ses confrères, une seconde tentative de réduction.

Une nouvelle radiographie, faite après cette seconde réduction, montre que le résultat obtenu est moins bon qu'auparavant.

Pour ménager le moral de son malade et ne pas l'effrayer, en lui proposant une troisième intervention, le chirurgien ne lui montra qu'une épreuve, prise sous un certain angle et qui semblait prouver une amélioration. Il se garda de lui présenter l'épreuve, indiquant le mauvais résultat de la seconde réduction de la fracture.

En première instance, les juges déboutèrent purement et simplement le client de son action en responsabilité contre son chirurgien, le condamnèrent à payer les honoraires médicaux, mo-

tifs pris qu'un médecin a le droit de cacher la réalité à un malade, dont la nervosité est grande, d'une impressionnabilité particulière, pour lui éviter de nouvelles inquiétudes et préoccupations, qui étaient susceptibles d'entraver la guérison.

Les premiers juges ajoutent que « d'une manière générale, il existe des divergences de vue entre les diverses écoles de médecine et même entre médecins de la même école, sur l'emploi et l'application des divers procédés thérapeutiques auxquels on peut avoir recours pour la réduction des fractures, mais que l'on ne peut faire à grief à un praticien, en dehors de toute faute professionnelle, de s'être arrêté à une méthode plutôt qu'à une autre ».

Les juges d'appel reconnaissent, comme les premiers magistrats, le droit absolu, pour le médecin, de ne pas dire toute la vérité à son client, lorsque la connaissance de la vérité entière serait de nature à démoraliser le malade.

Mais, les juges d'appel estiment que, dans le cas particulier, la vie du malade n'était pas en danger et que le chirurgien aurait pu, avec tact et ménagements, faire connaître au patient l'échec de sa seconde intervention.

La Cour estime que le malade aurait pu décider : ou de rester dans son état actuel, ou demander une consultation chirurgicale, afin de décider une troisième tentative de réduction.

D'une manière générale, nous devons la vérité à notre client ; mais, cette vérité doit parfois n'être dite qu'avec précautions, réticences, atténuations. Quelques malades n'ont pas le courage nécessaire pour supporter vaillamment une mauvaise nouvelle. Aussi le médecin doit-il faire appel à l'entourage, à un être cher au malade, pour lui apprendre doucement et progressivement la gravité de son cas.

Mais, il est des situations très embarrassantes : le malade est seul avec son médecin et l'état moral du patient est tel que le praticien redoute un accès de désespoir, préjudiciable à son client.

Quel est le devoir du docteur ? Remettre au lendemain l'aveu complet du diagnostic et ne laisser entrevoir qu'une partie de la vérité. Question de cœur, de tact et de pitié.

Parfois, même, la situation paraît alarmante, au début, surtout dans les cas de fractures ; puis une amélioration se produit, donnant un résultat bien supérieur à celui qu'on pouvait attendre, les premiers jours. Par pitié pour son client, le médecin ne peut pas donner toute sa pensée, alors qu'il espère une meilleure guérison qu'on pouvait le croire au début.

Nos clients prennent l'habitude détestable de s'adresser trop fréquemment aux tribunaux : qu'ils ne viennent pas se plaindre si, peu à peu, la médecine ne peut plus être un sacerdoce, puisque les bonnes intentions du docteur, les cas où il apportera le plus de délicatesse à l'endroit de son devoir, peuvent ensuite lui être reprochés et se retourner contre lui, en le faisant condamner pour responsabilité professionnelle.

Pris entre son devoir d'humanité et son propre intérêt de défense ultérieure devant les tribunaux, le praticien sera conduit à une plus grande sécheresse de cœur et ce sont ses clients qui l'auront voulu.

C'est pourquoi, au « Sou médical », nous sommes heureux de pouvoir assister nos confrères, en leur donnant la sécurité de défense, ce qui leur permet de pratiquer leur art avec dévouement, sans se préoccuper des conséquences ultéreures d'un acte de charité et d'humanité.

Dr Paul Boudin.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Séances des 8 et 29 avril 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.309 Jenny, 79, avenue Jean-Jaurès, Paris.
6.310 Imbert, Dortan (Ain).
6.311 Béraud, Demigny (Saône-et-Loire).
6.312 Loras, Corbelin (Isère).
6.313 Rousset, Warloy-Baillon (Somme).
6.314 Beltrami, Marseille (Bouches-du-Rhône).
6.315 Thibaut, Castelnaudary (Aude).
6.316 Arteaux, Puteaux (Seine).
6.317 Cosserat, Cauterets (Hautes-Pyrénées).
6.318 Boda, Cambrai (Nord).
6.319 Peretti, Yport (Seine-Inférieure).
6.320 Thuau, Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire).
6.321 De Lylle, Camon (Somme).
6.322 Martineau, 111, rue de la Folie-Méricourt, Paris
6.323 Pineau, Château-la-Vallière (Indre-et-Loire).
6.324 Rouyère, Pau (Basses-Pyrénées).
6.325 Simon, Carentan (Manche).
6.326 Rieusset-Pécholier, Mèze (Hérault).
6.327 Monier, Illiers (Eure-et-Loir).
6.328 Olier, St-Chély-d'Apcher (Lozère).
6.329 Chirpaz, Zaghouan (Tunisie).
6.331 Fraisse, Tamaris-lès-Alais (Gard).
6.332 Brandès, Lézardrieux (Côtes-du-Nord).
6.333 Louart, Labuissière (Pas-de-Calais).
6.334 Gourdier, St-Hilaire-St-Florent (Maine-et-L.).
6.335 Jamain, Avignon (Vaucluse).
6.336 Jolly, Brizambourg (Charente-Inférieure).
6.337 Lalague, Villeneuve-de-Marsan (Landes).
6.338 Dreyfus, Strasbourg (Bas-Rhin).

6.339 Duvacher, La Ferté-Bernard (Sarthe).
6.340 Cœurdacier, Epinal (Vosges).
6.341 Archambault, Beaufort-en-Vallée (Maine-et-L.)
6.342 Guibé, Caen (Calvados).
6.343 Lévy, Reims (Marne).
6.344 Gaufroy, Orléans (Loiret).
6.345 Chatenier, Tunis (Tunisie).
6.346 Silvestre, St-Honoré-les-Bains (Nièvre).
6.347 Gevry, Amplepuis (Rhône).
6.330 Eonnet, Auray (Morbihan).
6.349 Augis, Tours (Indre-et-Loire).
6.350 Tournay, 10, rue de Castellane, Paris.
6.351 Edouard, Châtillon-sur-Chalaronne (Ain).
6.352 Breton, Plessis-Grammoire (Maine-et-Loire).
6.353 Lavraud, Lille (Nord).
6.354 Grandhomme, Toury (Eure-et-Loir).
6.355 D'Hotel, Vouziers (Ardennes).
6.356 Borel, Toulon (Var).
6.357 Rollet, Blois (Loir-et-Cher).
6.358 Gluge, Nice (Alpes-Maritimes).
6.359 Mirouze, Le Vigan (Gard).
6.360 Mlle Cuguillière, Carcassonne (Aude).
6.361 Persillard, St-Benoit-sur-Loire (Loiret).
6.362 Genil-Perrin, 99, av. de La Bourdonnais, Paris.
6.363 Picot, Roubaix (Nord).
6.364 Nadal, Le Havre (Seine-Inférieure).
6.365 Bourgeat, Dôle (Jura).
6.366 Audibert, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron).
6.367 Pochard, Tréguier (Finistère).
6.368 Carnel, Saint-Aulaye (Dordogne).
6.369 Hervé, Sézanne (Marne).

Accidents du travail.

Le Dr B. (Hérault) ayant perdu en appel un procès en paiement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un blessé du travail, le Conseil ordonnance le versement des frais judiciaires faits devant le juge de paix et le Tribunal d'appel, qui s'élèvent à 382 fr. et des honoraires de l'avocat qui sont de cent francs (1).

Le Dr P. (Dordogne) a été condamné à rembourser les honoraires qui lui avaient été versés de bon gré par le patron d'un blessé du travail qu'il avait soigné à l'hôpital.
Le Conseil ordonnance le versement des frais du procès, qui s'élèvent à 519,15.

Le Dr F. soumet un jugement du juge de paix qui lui refuse le paiement d'honoraires accidents, parce que les soins ont été donnés après la date qu'un expert a fixée, postérieure à son expertise, alors qu'en fait la guérison réelle n'est intervenue que plus tard.
Le jugement, qui n'est pas susceptible d'appel, sera soumis à l'examen de Me Auger, en vue d'un pourvoi éventuel en cassation.

Responsabilité civile.

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) transmet la demande d'honoraires de son avocat, soit mille francs pour trois plaidoiries. Après discussion, le Conseil alloue 750 fr., alors que la participation dans les dits honoraires avait été limitée à 300 fr.

(1) En remerciement, M. le Dr B. a adressé au « Sou » un don de 30 fr., dont le Conseil le remercie.

L'adversaire ayant fait appel du jugement, l'appui pécuniaire est continué en appel au Dr D. et la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat qui plaidera en appel est fixée à 500 fr.

Lecture est donnée au Conseil d'une consultation de Me Nattan-Larrier sur la conduite que devrait tenir un médecin qui, au cours d'une opération, a constaté la présence d'une compresse laissée dans la plaie d'une première opération.
Me Nattan-Larrier, dont les conclusions sont entièrement approuvées par le Conseil, est d'avis que le médecin dont il s'agit peut délivrer un certificat à son client sans violer le secret professionnel, mais qu'il devrait invoquer le secret s'il était cité comme témoin (1).

Le Dr G. (Vosges) est menacé d'une demande de 25.000 fr. de dommages-intérêts, parce qu'il aurait laissé un drain dans une plaie opératoire. Cette demande paraît avoir le caractère d'une tentative de chantage.
Le Conseil décide que la garantie statutaire sera donnée au Dr G. si la menace dont il a été l'objet était mise à exécution.

Le Dr F. (Seine) est menacé d'une action en responsabilité professionnelle pour une radiodermite, dont il nie même la possibilité.
Dans le cas où cette action lui serait intentée, il aurait droit à la garantie statutaire et le « Sou » s'efforcerait de s'entendre avec ses autres assureurs pour la conduite du procès.

Honoraires de droit commun.

Le Dr A. (Maine-et-Loire) indique que les honoraires qui lui sont dus par l'auteur de l'accident dont il a soigné la victime (voir le précédent procès-verbal) dépassent 600 fr.
L'affaire étant, par suite, de la compétence du Tribunal civil, l'appui pécuniaire qui lui a été accordé en principe est confirmé, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 250 francs (2).

Le Dr P. (Corse) ne peut obtenir paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, et qui sont inférieurs à 600 fr.
L'appui pécuniaire lui est accordé, un crédit de cent francs lui étant ouvert pour les honoraires de son défenseur.

Le Dr B. (Côtes-du-Nord) ne peut obtenir paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à une femme tuée dans un accident d'automobile.
L'appui pécuniaire lui est accordé et un crédit de

(1) Cette consultation est publiée dans ce numéro.
(2) Par la suite le Dr A. fait savoir qu'il a été intégralement réglé de ses honoraires à l'amiable, peut-être par crainte du « Sou ».

cent francs lui est ouvert pour rémunérer son défenseur.

Le Dr C., ayant fait saisir divers objets mobiliers qui appartenaient à un client condamné à lui payer ses honoraires, demande l'appui pécuniaire pour poursuivre l'auteur du détournement d'une partie des objets saisis.

Le Conseil, conformément à l'avis de Me Nattan-Larrier décide que, avant de pousser cette affaire, il y a lieu de faire procéder à la vente des objets restant sous la saisie.

Détournement de clientèle.

Le Dr E. (Côtes-du-Nord), se plaint d'un détournement de clientèle dont il a été victime. Une personne a fait enlever une malade soignée dans sa clinique, avec l'aide des deux sœurs de la malade.

Le Conseil accorde en principe l'appui pécuniaire au Dr E. pour demander des dommages-intérêts aux auteurs du détournement, à la condition qu'il soit en mesure d'apporter la preuve des faits.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) a été victime de détournements de clientèle de blessés du travail dans des circonstances particulières, exposées dans sa lettre.

Le Conseil est disposé à lui accorder l'appui pécuniaire pour se faire rendre justice, mais il met l'affaire à l'étude, pour déterminer la marche à suivre dans ces affaires.

Contrats médicaux.

Le Dr V. (Bouches-du-Rhône) signale que la Cour d'Appel d'Aix a réformé un jugement du Tribunal de Commerce de Marseille, qui lui avait accordé des dommages-intérêts à la suite de la rupture, par un industriel, du contrat en vertu duquel il assurait le service médical de l'usine. Il demande que le « Sou » lui rembourse les frais judiciaires faits en appel.

Le Dr V. n'ayant jamais tenu le « Sou » au courant de cette affaire devant la Cour d'appel, ni même fait connaître que l'adversaire avait fait appel, le Conseil décide qu'il n'y a lieu, par application des Statuts et Règlements du « Sou », au remboursement des frais faits devant la Cour d'appel.

Mais il accorde, conformément à l'avis de Me Auger, l'appui pécuniaire au Dr V. pour se pourvoir en cassation contre l'arrêt de la Cour d'Aix et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 1100 francs.

Le Dr A. (Algérie) a été révoqué de ses fonctions de médecin communal, avec simple préavis d'un mois, la Municipalité ayant appris qu'il avait l'intention de quitter la commune.

L'avis de Me Auger sera demandé sur la marche à suivre en cette occurrence.

Un membre du « Sou », adhérent récent, a un différend avec un confrère, dont il a acquis la clientèle quelques jours avant la déclaration de guerre et est actuellement assigné en paiement du solde du prix qui avait été convenu, bien que la présentation à la clientèle que le cédant s'était engagé à effectuer, n'ait pas eu lieu.

Comme il n'a pas droit à l'appui pécuniaire, l'appui moral lui est accordé dans cette affaire.

Divers.

Le Dr V. (Hautes-Alpes) se plaint que des sociétés coopératives délivrent à leurs membres des médicaments, lui portant ainsi préjudice, attendu qu'il est lui-même propharmacien.

L'appui pécuniaire lui est accordé, en principe, en attendant des précisions sur les faits.

Le Dr M. (Seine) expose un différend survenu entre lui et le maire d'une commune dont il dirigeait le bureau d'hygiène et demande l'appui pécuniaire pour intenter une action judiciaire.

Cet appui lui est accordé pour agir dans le sens indiqué par Me Nattan-Larrier, après conférence avec l'avocat du Dr M.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

presse, vous déclarez immédiatement que le médecin peut parler. Quelle réponse ferez-vous si au cours de l'opération on trouve une balle de revolver ? Quelle réponse si on trouve un corps quelconque prouvant que des manœuvres abortives ont eu lieu, ou des excoriations qui font diagnostiquer ces manœuvres ? Direz-vous que dans ce cas le chirurgien et ses aides sont seuls soumis au secret, que le médecin peut être cité en justice, parce qu'il est un tiers : et s'il est un tiers, s'il a dépouillé sa qualité médicale, devra-t-il être contraint de parler, de dire ce qui se voyait, ce qui pouvait être vu de tout le monde, et de le dire, même contre la volonté du patient, même contre l'intérêt évident de celui-ci, sur les poursuites du ministère public peut-être ?

Une telle conséquence juge la thèse.

Nous concluons donc que le médecin assistant à une opération peut, sans violer le secret professionnel, délivrer un certificat à son malade.

Mais qu'il ne doit jamais, même dans ce cas, déposer en justice sur les faits et circonstances de l'opération.

P. Nattan-Larrier,
Docteur en droit.
Avocat à la Cour d'Appel.

CORRESPONDANCE

Enregistrement et visa de certificat provisoire de diplôme.

Dans le numéro du 27 avril, page 1003, nous avons publié sous ce titre la demande et la réponse qui suivent :

Au moment de mon installation, j'ai fait viser mon diplôme provisoire au greffe, à la préfecture, à la mairie. Muni maintenant du diplôme définitif, faut-il aller le faire viser dans les mêmes conditions que le précédent diplôme provisoire ?

Dr B.

Réponse,

Du moment que vous avez fait enregistrer et viser votre certificat provisoire conformément à la loi, vous n'avez plus aucune autre formalité à remplir.

A la suite de cette publication, nous avons reçu de M. le Dr Darras la lettre ci-après :

Réponse inexacte.

I. — Le texte de la loi du 30 novembre 1892 ainsi que celui de la loi du 14 avril 1910 est : « Les docteurs en médecine.... sont tenus... de faire enregistrer.. leur titre... »

Pourquoi ce mot « titre » au lieu du mot « diplô-

me » ? La loi englobe, il est vrai, les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, mais le *titre* délivré à ces trois catégories porte bien le nom de *diplôme*.

Le législateur aurait-il voulu entendre par là le « certificat provisoire » ? Non, puisque la loi du 14 avril 1910 ajoute : « ...n'étant pas encore en possession de leur *titre ou diplôme*, ils devront faire enregistrer...le certificat provisoire... »

II. — Les docteurs en médecine sont tenus de faire enregistrer leur titre : « dans le mois qui suit leur établissement » disait la loi du 30 novembre 1892, « dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession » dit la loi du 14 avril 1910. Or, le diplôme n'est jamais délivré à l'intéressé avant deux ou trois mois, souvent plus tard, surtout actuellement.

Donc c'est le certificat provisoire qui doit être enregistré.

III. — Mais il doit être fait mention au verso du diplôme de cet enregistrement avec la date et le numéro d'ordre.

Donc le médecin qui a présenté seulement son certificat provisoire doit présenter (ou faire présenter) de nouveau son diplôme.

Pour le département de la Seine, la question est réglée par une ordonnance du Préfet de Police en date du 7 juillet 1910 (que je vous envoie ci-joint et que vous pouvez conserver, j'en ai deux exemplaires) dont le paragraphe 2 de l'art. 3 est ainsi conçu : « Ils devront faire enregistrer et viser le diplôme lui-même aussitôt qu'ils l'auront reçu en échange du certificat provisoire ».

Dans la pratique, la Préfecture de Police n'enregistre le certificat provisoire que *provisoirement* et pour une période de trois mois. Au bout de ce temps, elle demande que le diplôme lui soit présenté.

Dr Ch. Darras.

Nous avons communiqué cette lettre à Me Bernard Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, dont la compétence en matière de droit administratif nous est connue. Nous avons reçu de Me Auger la réponse suivante :

Je vous renvoie la lettre du Dr Darras, avec l'ordonnance du préfet de police que vous aviez bien voulu me communiquer. Je suis tout à fait de l'avis du *Concours*. L'art. 9 nouveau de la loi de 1892 dispose que le médecin, le dentiste, la sage-femme, doivent faire enregistrer leur titre ou diplôme *avant* d'accomplir aucun acte de leur profession ; s'il s'agit d'un débutant à qui son diplôme n'ait pas été encore délivré, il faudra qu'il présente son certificat. Il s'agit donc d'une formalité préalable à l'exercice de la profession ; avant d'être admis à se présenter comme médecin, dentiste ou sage-femme, l'aspirant doit faire la preuve de son idonéité, cette preuve

faite, il est en règle et la loi n'exige plus rien de lui. L'enregistrement du certificat donne, du reste, à l'administration, tous les renseignements dont elle a besoin pour établir la liste de l'article 10. Et cet article 10 fournit un argument de texte à l'appui de ma thèse. La liste en question doit porter, en regard du nom et de l'adresse de chaque médecin, sage-femme ou dentiste, *la date* de son diplôme. La loi entend par là la date des épreuves à la suite desquelles l'intéressé a obtenu son diplôme. Elle confond donc sous la même dénomination le titre et l'instrument qui le constate ; d'où il suit qu'elle se contente de la vérification du titre, sans exiger encore celle de l'instrument.

Aucune disposition légale n'exige davantage la mention de l'enregistrement au dos du diplôme (ou du certificat). Mais le médecin n'a pas intérêt à se refuser à cette mention, qui fait foi de l'enregistrement et le dispense de s'en procurer le cas échéant une autre preuve.

Les exigences du préfet de police sont donc extralégales. Et j'ajoute que, tout au moins pour la présentation du diplôme après celle du certificat, je n'en vois pas l'intérêt. Dans une seule hypothèse cette double formalité aurait quelque utilité : celle d'un médecin qui, n'ayant fait enregistrer que son certificat provisoire et ayant été ensuite judiciairement interdit ou suspendu, irait s'établir dans un département éloigné et profiterait de la virginité de son diplôme pour escroquer son enregistrement. Bien que difficilement, cette hypothèse peut se réaliser. Mais il appartenait au législateur, et non au préfet de police, de prendre les mesures nécessaires pour la prévenir.

Quelles seraient les sanctions d'une infraction à l'ordonnance en question ? Certainement pas l'amende de 25 à 100 fr. (outre 30 décimes) prévue à l'art. 22 : la loi pénale est d'application stricte, et la loi de 1892 ne contient pas l'obligation dont il s'agit. Il n'y aurait que l'amende de 1 à 5 fr., prévue par l'art. 471-15° C. pén. pour les infractions aux arrêtés légalement faits de l'autorité administrative. Oui : mais toute la question est de savoir si l'ordonnance préfectorale a été légalement prise !

B. Auger.

M. le Dr Darras, à qui nous avons communiqué cette réponse, nous a fait parvenir la lettre ci-après :

Je vous remercie bien vivement de m'avoir communiqué la lettre de Me Auger. Elle m'a intéressé mais ne m'a pas convaincu et je demeure persuadé que c'est moi qui ai raison.

Primo, je vous envoie, sous pli séparé, une circulaire ministérielle du 2 juillet 1910 relative à l'enregistrement des diplômes, circulaire qui m'était sortie de la mémoire et que je me suis rappelée depuis. Je m'en excuse : j'aurais dû vous l'envoyer avec ma première lettre. Lisez le 3e avant-dernier paragraphe : « Aux termes de la ..... »

Le certificat (dit Me Auger) *donne tous les renseignements dont l'administration a besoin.*

Le certificat provisoire ne porte pas toujours l'indication exacte du nom, en particulier pour les noms à particule, pour lesquels il omet parfois le nom patronymique, encore moins des prénoms dont un ou plusieurs peuvent manquer et qui ne sont pas toujours dans l'ordre de l'acte de naissance.

Je ne vois pas, dit-il, *l'intérêt de la présentation du diplôme après celle du certificat.*

Le diplôme étant établi avec l'acte de naissnce en mains, porte des indications rigoureusement exactes. Assez fréquemment la préfecture de police fait des rectifications sur son registre et ses fiches sur le vu du diplôme.

Aucune disposition légale n'exige la mention de l'enregistrement au dos du diplôme.

C'est vrai. La loi ne parle d' « enregistrer et VISER » que le certificat provisoire. Alors pourquoi la Circulaire ministérielle du 2 juillet 1910 dit-elle : « l'enregistrement *et le visa* du certificat n'ont eux-mêmes qu'une valeur provisoire et cette *double formalité* doit être renouvelée aussitôt que le praticien est mis en possession de son diplôme ».

Les listes préfectorales doivent mentionner, dit l'article 10 *de la loi du* 30 *novembre* 1892, *la « date du diplôme ». — La loi entend par là* (dit Me Auger) *la date des épreuves.*

C'est une interprétation. Il n'est pas douteux que le législateur ait voulu entendre par là en ce qui concerne les docteurs en médecine — la date de la soutenance de la thèse. Mais il n'en est pas moins vrai que la loi dit « la date du diplôme ».

La « date du diplôme », c'est « la date du diplôme. »

Tout diplôme porte trois dates :

La première ligne est celle qui porte la date vraie. Elle est ainsi rédigée : « Vu le certificat d'aptitude au grade de docteur en médecine accordé le (date de la soutenance de la thèse) ».

Plus bas : « Fait à Paris, sous le sceau du ministre de l'Instruction publique le (date fantaisiste qui ne signifie rien). Si l'on s'en tient à la lettre de la loi, c'est cette date qui est la date du diplôme.

Enfin, à droite et en bas,bien détachée et dans la partie la plus visible, la mention : « Délivré par le recteur de l'Académie de .... le (troisième date) ».

Qu'arrive-t-il dans la pratique ? L'employé de la préfecture transcrit le plus généralement la seconde (celle prescrite par la loi) ; parfois la troisième.

En réalité, c'est la première qui devrait être mentionnée.

Résultat : Dans la majorité des cas, la date qui figure sur les listes préfectorales est fausse.

La conclusion est que si les lois étaient plus clairement rédigées, elles donneraient lieu à moins d'interprétations. Il est facile d'appeler diplôme un diplôme et date de réception la date de réception.

Dans le même ordre d'idées, la loi du 14 avril

SERVICE DE PROPAGANDE

Le Docteur (Nom et prénoms) ....

demeurant à .... *Rue* .... *No* ....

départt de ....

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du* “ *Concours Médical* ”.

A .... *le* .... 1924.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical* 132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

1910, énumérant les grades, dit : « Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, (virgule) sages-femmes, ... etc. » Il a fallu, trois mois plus tard, une circulaire ministérielle pour dire : « L'expression d' « accoucheuses » ... n'y figure qu'à titre de simple redondance et elle fait double emploi avec celle de « sages-femmes ». Il n'existe pas de titre ou de diplôme d'accoucheuse distinct du titre ou diplôme de sage-femme ».

Je m'excuse de la longueur de ces observations ; elles ne sont peut être pas tout à fait inutiles et pourraient servir à la documentation le jour où on procèderait à la revision de la loi sur l'exercice de la médecine.

Dr Ch. Darras.

Cette réplique, à son tour, a été suivie de la réplique ci-après de Me Auger :

Je vous renvoie la seconde lettre du Dr Darras, ainsi que la circulaire incluse. Je n'ai pas été convaincu par ses nouveaux arguments plus qu'il ne l'avait été par les miens, comme il arrive généralement. Cependant, une nouvelle étude de la question m'a fait légèrement modifier mon point de vue.

Contrairement à ce que j'avais d'abord pensé, la mention de l'enregistrement doit être portée au dos du titre. Toutes les fois où un document quelconque est soumis à l'enregistrement, que ce soit pour une raison fiscale ou pour toute autre raison, mention est faite sur ce document de l'accomplissement de la formalité. Cela est de tradition dans notre droit et il en était déjà de même sous l'ancien régime pour le « contrôle » ou l' « insinuation » qui ont précédé notre enregistrement. Cette mention est destinée à faire preuve de l'accomplissement de la formalité ; c'est à la fois un moyen de contrôle pour l'administration et une facilité donnée à l'assujetti. Bien qu'aucun texte ne prévoie cette mention, je la crois de règle. Assurément son absence n'exposerait pas le titulaire du diplôme aux sanctions édictées par la loi pour le défaut d'enregistrement ; mais elle le mettrait dans une situation difficile. Ceci posé, je suis nécessairement conduit à accepter l'obligation de présenter le diplôme au visa, bien que le certificat ait été enregistré ; le certificat étant rendu au secrétariat de la Faculté ou de l'école, le titulaire se trouverait dans l'impossibilité de prouver qu'il s'est conformé à la loi.

Dans ces conditions, il est un peu byzantin de critiquer les arguments du Dr Darras, puisque le Dr Darras arrive au même résultat que moi par d'autres voies. Je le fais néanmoins, parce que les arguments de notre contradicteur sont dangereux pour le corps médical, qu'ils exposeraient à des sanctions illégales à mon sens. Il faut écarter sans hésiter la circulaire ministérielle, qui n'est que l'expression de l'avis de l'administration sur un point obscur, et qui n'a aucune valeur ni réglementaire ni jurisprudentielle. Je dirais presque, même, que le fait que tel est l'avis de l'administration constituerait un argument en fa-

veur de la thèse adverse ; l'administration prend de telles libertés avec les lois, qu'elle interprète avec une telle fantaisie, qu'on a de bonnes chances de ne pas se tromper en prenant le contrepied de sa thèse ! En dehors de cet argument un peu paradoxal, nous en avons un dans le texte même de la loi, que M. Darras déforme. Ce texte emploie des termes différents suivant qu'il s'agit de la présentation du titre à la préfecture ou à la mairie. *Enregistrement*, dit-il dans le premier cas ; *visa*, dans le second. *Visa* s'entend d'une mention sur le titre ; donc l'emploi simultané de ces deux expressions pour deux formalités consécutives suppose que le législateur n'entend pas superposer le visa du préfet à l'enregistrement du titre par ce même préfet. Il suit de là que la présentation à l'enregistrement du diplôme après l'accomplissement de cette même formalité pour le certificat apparaît au législateur comme surabondante et dénuée d'utilité, au point de vue auquel il se place du moins, et qui est d'empêcher les non diplômés d'usurper une qualité protégée dans l'intérêt public ; donc, que le défaut d'enregistrement dans ce cas ne serait pas punissable.

Quant aux autres arguments du Dr Darras, tirés de la pratique administrative et de l'incorrection du texte, ils sont péremptoires au point de vue législatif, mais non pour l'interprétation du texte existant. Si les certificats provisoires sont inexacts ou incomplets, il appartient à l'intéressé d'en faire la remarque et d'exiger les rectifications utiles, au besoin de compléter son certificat par la production de son acte de naissance ou d'un acte de notoriété. Si les employés de préfecture hésitent sur le choix de la date à mentionner, il appartient à leurs chefs de leur donner des instructions précises, et à l'intéressé de contrôler leurs inscriptions. Comme le Dr Darras le reconnaît, la loi confond sous la dénomination « diplôme » le titre lui-même, j'entends la « qualité » de docteur, sage-femme, dentiste, etc., et l'*instrument* qui le constate, et la seule date qui lui ait paru devoir être mentionnée est celle à laquelle l'impétrant a été reconnu digne de revêtir la qualité dont s'agit. Se préoccuper au contraire de la seule date de la délivrance du diplôme, c'est-à-dire du parchemin, c'est à peu près comme si l'on voulait dater les jugements par la date de la délivrance de la grosse, ou un acte de mariage par la date de la délivrance de l'expédition de cet acte ! Je veux bien que la loi dont s'agit soit mal faite ; mais, ce n'est pas une raison pour prêter généreusement au législateur une sottise dont il est innocent pour cette fois, et l'injuste sévérité dont font preuve à son encontre les employés de préfecture ne me paraît pas constituer contre ma thèse un argument suffisant.

Résumons-nous.

Aucun texte n'exige que le docteur débutant qui a fait enregistrer son certificat provisoire fasse enregistrer à nouveau son diplôme quand il lui aura été

délivré, et s'il omet cette répétition, il ne s'expose tout au plus qu'à des peines de simple police dont il pourrait avec succès contester l'application.

Mais cette répétition présente de tels avantages pratiques pour le médecin que je crois devoir lui conseiller de s'y prêter. B. AUGER.

1246. — Un succès dû au « Sou Médical »

Grâce à votre concours et à vos démarches, la Compagnie La P., par l'intermédiaire de son agent, nous a soldé les honoraires qu'elle nous devait pour radiographies faites à des blessés (tarif Breton).

Nous vous adressons nos meilleurs remerciements et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments bien reconnaissants.

Docteurs R. et N.
Médecins radiologistes.

LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

La Mutualité Familiale.

Après s'être assuré contre l'incapacité de travail morbide, le médecin se constituera une pension viagère pour ses vieux jours.

J'ai montré comment la Mutualité Familiale pouvait lui assurer cette pension le lendemain même du jour où il cesse d'avoir droit à l'indemnité maladie, c'est-à-dire à 65 ans.

Indemnité maladie, pension à 65 ans, c'est certainement la combinaison qui nous paraît présenter le plus d'avantages et par le chiffre modéré de la cotisation et par la certitude qu'elle donne de la possibilité de payer cette cotisation en toutes circonstances.

J'ai dit également que la pension de retraite était ouverte aux femmes des sociétaires, ce qui permettait et d'assurer l'avenir de la femme du médecin et de constituer pour le ménage une rente plus élevée.

Une cotisation totale de 698 francs, par exemple, si le mari a 35 ans et la femme 30 ans, donne au mari l'indemnité maladie journalière de 20 fr. ou mensuelle de 200 francs, puis à 65 ans la pension de 2.400 francs et à la femme à 65 ans une égale pension de 2.400 francs.

Mais certains trouvent cet âge de 65 ans bien élevé: ils voudraient 60 ans, tout au moins pour leur femme, de telle sorte que, celle-ci étant généralement plus jeune, les deux pensions tombent à peu près en même temps.

La Mutualité Familiale leur donne satisfaction en délivrant également des pensions à 60 ans. C'est ainsi que, dans l'exemple précédent, la femme et le mari peuvent toucher en même temps chacun leur pension de 2.400 fr. (soit pour le ménage 4.800). La

cotisation totale serait alors de 844 francs, la cotisation dans les deux cas étant contre-assurée.

Mais le mari lui-même peut prendre la pension à 60 ans, la cotisation restant seule un peu plus élevée. Voici pour la pension à 60 ans le tableau de ces cotisations pour une pension de 2.400 francs.

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre assurée
30 ans	308 fr.	362 fr.
31 —	328 »	386 »
32 —	352 »	414 »
33 —	376 »	444 »
34 —	404 »	474 »
35 —	434 »	310 »
36 —	468 »	548 »
37 —	504 »	590 »
38 —	544 »	636 »
39 —	590 »	688 »
40 —	640 »	744 »
41 —	694 »	808 »
42 —	758 »	878 »
43 —	830 »	958 »
44 —	910 »	1048 »
45 —	1002 »	1150 »

Pour la pension de 1200 francs, ces chiffres doivent être réduits de moitié.

La dernière cotisation se paye dans l'année où le sociétaire a 59 ans, il ne paye rien dans l'année où il atteint 60 ans, et le 1er janvier suivant il reçoit la première annuité de sa pension, celle-ci se payant d'un seul coup et d'avance.

De tout ceci il résulte qu'un médecin peut, à sa volonté : 1° s'assurer une pension de 1200 ou de 2400 francs soit à 60 soit à 65 ans.

2° Assurer à sa femme, dans les mêmes conditions, une pension de 1200 ou de 2400 fr. soit à 60, soit à 65 ans.

3° S'assurer, à lui-même, la pension à 65 ans et l'assurer à sa femme à 60 ans.

Les cotisations restant toujours soit contre-assurées soit versées à fonds perdus.

Et si le sociétaire craint de ne pouvoir, par suite de maladie, verser les cotisations jusqu'au bout, je lui rappellerai qu'assuré en même temps contre l'incapacité de travail morbide, il recevra son indemnité qui lui permettra toujours le versement, même s'il devient chronique, même s'il doit renoncer d'une manière définitive à l'exercice de sa profession ; je lui rappellerai enfin que, sous la condition du versement de cinq cotisations annuelles, il n'encourra pas de déchéance si la fatalité l'oblige à cesser ses versements et qu'à l'âge voulu il recevra une retraite réduite proportionnelle au capital qu'auront constitué ses versements.

Un confrère âgé de 33 ans et marié à une femme âgée de 29 ans me demandait naguère de lui donner les chiffres des cotisations dans les diverses hypothèses qui pouvaient être envisagées.

Je vais, pour terminer, donner le tableau que j'avais dressé pour lui :

1° *Indemnité maladie seule.*

	Cotisation simple	Cotisation contre assurée
10 fr. par j. et 100 fr. par m.	80 fr.	»
20 fr. par j. et 200 fr. par m.	174 »	»

2° *Indemnité maladie et pension à 65 ans.*

10 fr. d'indemnité et 1.200 fr. de pension..........	186 »	211 »
20 fr. d'indemnité et 2.400 fr. de pension.........	386 »	436 »
en plus pour pension à la femme à 65 ans.		
1.200 fr. pension.........	82 »	101 »
2.400 fr. pension.........	164 »	202 »

3° *Indemnité maladie et pension à 60 ans.*

10 fr. d'indemnité et 1.200 fr. de pension	268 »	302 »
20 fr. d'indemnité et 2.400 fr. de pension	550 »	618 »
en plus pour pension à la femme à 60 ans.		
1.200 fr. de pension.......	144 »	169 »
2.400 fr. de pension.......	288 »	338 »

4° *Indemnité maladie et pension à 65 ans pour le mari et 60 ans pour la femme.*

10 fr. d'indemnité et 1.200 fr. de pension..........	330 »	380 »
20 fr. d'indemnité et 2.400 fr. de pension	674 »	774 »

la pension pour chacun des deux bien entendu.

C'est là un exemple entre cent : le secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet, Seine-et-Oise, établira les calculs pour tous les cas spéciaux que nos confrères voudront bien soumettre. Il me suffit de dire que la Mutualité Familiale, faite pour les médecins par des médecins, se prête à toutes les exigences comme à toutes les situations.

Elle a même admis les enfants des médecins sociétaires à adhérer aux combinaisons Pensions : ils peuvent donc, eux aussi, s'assurer une pension à 60 ou 65 ans, et les conditions sont pour eux exactement les mêmes que pour la femme du médecin.

J'avais naguère l'occasion de parler avec un de nos grands maîtres des œuvres du *Concours* en général et en particulier de la Mutualité Familiale : « Comment, me disait-il, cette œuvre n'est-elle pas plus connue ? Comment ses adhérents ne sont-ils pas dix fois plus nombreux ? Coupable est le médecin qui n'écoute pas vos appels et qui remet toujours à plus tard une adhésion que lui commande son intérêt immédiat comme aussi le souci de ses vieux jours ! »

C'est sur ces paroles que je veux terminer.

A. Gassot.

Quarante-sixième année — N° 21 — 25 Mai 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1264-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr GREBERT, de Sin-le-Noble (Nord), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Joly
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Lepage.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker. Duliège, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès,
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Rimey.
Martigny Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Heitz. Mougeot.
Sail-les-Bains. Camaret.
Salins-les-Bains Baud, Bourny
Salins-Moutiers Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Mousseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 218. — Confrère désire acquérir clientèle demi-repos banl. Paris (30 à 40 km.).

No 219. — Excellent poste méd. gén. à 15 km. de ville de l'Ouest, rappt. 55 à 60.000.

No 220. — Médecin radiogr. désirerait part associat. dans cabinet radiogr. import. ou prendt suite confr. fatig. soit dans ville climat. Midi ou Côte d'Azur.

N° 221. — A prendre d'urg. bon poste (Somme), pet. chirurgie. Rayons X, pas de repr. de client., cession du matériel.

N° 222. — A vendre oscillomètre Pachon, état neuf, 200 fr. Dr Haussmann, à Estissac (Aube).

N° 223. — Dr campagne, Bourgogne, reçoit en famille enfants n'ayant rien de contag., excel. cond.

N° 224. — Basses-Alpes, confr. louerait pr saison ds site agréable de mont., maisons meublées 3 et 4 pièces, s'adr. : Dr, St-Vincent-les-Forts.

N° 225. — Désire ach. prix avant. bon microscope av. objectif à immersion, écr. : Dr Milet, 84, r. St-Lazare.

N° 226. — Fauteuil garde-robe, garni,à pet. roues de la maison Dupon,, ayant coûté 1400 fr., à vendre au plus offrant.

N° 227. — Curé campagne, envir. Paris, vaste presbytère, gd jard., voisin école, ayant à son serv. infirm. dipl., acceptert garçon délicat 6 à 12 ans, soins matern. écr. : Abbé Bénézeth, curé Bailleul-le-Soc (Oise).

N° 228. — Dr cherche bonne sit. de préf. médico-chir., écr. : M. Delattre, 77 *bis*, rue des Entrepreneurs, Paris.

N° 229. — A louer belle maison au bord de la mer, convt à méd. qui désirerait faire client. pend. la saison, gr. bénéfices.

N° 230. — A céder Paris, cab. oto-rhino-larynx; aff. ancienne bon rappt, appt 6 p. confort. S'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 231. — Excel. poste, région Est, 2 h. Paris, seul méd. beau rayon, rappt 80.000 fr., pays agr. S'adr. : Cabinet Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

1259. — Déclaration de maladie professionnelle.

Abonné du *Concours* et membre du « Sou », je me permets de venir vous demander la marche à suivre dans l'affaire suivante et surtout si j'ai des chances d'aboutir.

Le 17 juillet 1923, je suis appelé auprès d'un ouvrier des usines B., malade : coliques de plomb (symptomatologie classique) ; cet ouvrier travaille au « mastiquage ». Maladie professionnelle, je fais le certificat initial en double exemplaire.

Le 7 août, contre-visite par le médecin de l'assurance, qui confirme le diagnostic et accorde une longue prolongation.

Le 3 septembre, reprise du travail.

Le 25 octobre, j'envoie ma note (238 francs) ; ce chiffre élevé s'explique par une indemnité de déplacement).

Je rappelle ma note fin décembre.

N'étant toujours pas payé, il y a quelques jours, je me rends au bureau de l'assurance. Là on me fait voir un ordre du bureau central de Paris, disant de ne pas payer : ni le demi-salaire de l'ouvrier, ni le docteur ; prétexte : l'ouvrier, au début de la maladie, aurait dû faire une déclaration à la mairie. Quelle déclaration ?

L'ouvrier l'ignore.
L'usine l'ignore.
La mairie de St.-P. l'ignore.
Le bureau de l'assurance l'ignore.
Je l'ignore également.

J'ai l'intention de citer l'ouvrier devant le juge de paix de son canton ; il citera lui-même l'usine.

Dr D.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles oblige la victime à faire une déclaration au maire de la commune, qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé. dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail.

Un certificat médical indiquant la nature de la maladie et ses suites probables doit compléter cette déclaration, dont la copie certifiée doit être transmise immédiatement par le maire au chef d'entreprise et à l'inspecteur du travail.

Le modèle de déclaration et des actes consécutifs a été fixé par décret du 8 juillet 1920.

Il nous souvient d'avoir vu récemment dans un journal mention d'une décision judiciaire admettant que le délai de quinze jours de la loi de 1919 n'est pas un délai de rigueur et que l'ouvrier pouvait à toute époque faire sa déclaration à la mairie. Il y aurait donc lieu pour votre client de faire cette déclaration, accompagnée du certificat prévu par la loi et de citer ensuite son patron, s'il n'est pas payé du demi-salaire, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Vous savez que ne sont garanties par la loi que les maladies figurant aux tableaux y annexés et atteignant les ouvriers habituellement occupés aux travaux énumérés auxdits tableaux. Or, le « mastiquage » n'y figure pas. Mais peut-être peut-il se rattacher à l'une des 22 rubriques susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine, qui sont comprises dans le 1er tableau.

1268. — Recensement des automobiles. Mort par hémorragie cérébrale d'un ouvrier agricole

Permettez-moi de vous demander deux renseignements :

1° J'ai deux autos, une Ford deux places, 14 ch. conduite intérieure 1923.

Une Zèbre torpedo deux places, 6 chevaux, 1920.

Dois-je les présenter toutes les deux à la commission militaire qui passera le 31 mai, ou bien une seule et laquelle : la vieille (Zèbre), la neuve (Ford).

2° Un employé à une batteuse, chauffeur, âgé de 70 ans, meurt en 48 heures d'une hémorragie cérébrale survenue au cours de son travail. Y a-t-il accident du travail ? Dois-je adresser ma note à sa famille ou à l'entrepreneur de battage ? Il y a peu de

chose du reste. J'ai été appelé auprès de lui alors qu'il venait de s'effondrer près de la machine, je l'ai amené chez lui et il est mort sans avoir repris connaissance avant que je l'aie revu. A noter que l'ictus s'est produit au moment où on emmenait la machine qui venait de cesser son travail.

Dr H.

Réponse

1° Aux termes de la loi sur les réquisitions, les médecins ont le droit de conserver une voiture en cas de réquisition. Mais ils doivent présenter toutes les voitures qu'ils possèdent à la commission militaire chargée du recensement.

2° L'accident dont vous nous entretenez ne pourrait être considéré comme un accident du travail que si la victime avait été occupée, au moment de l'accident, à la conduite ou au service de la machine agricole et si une relation de cause à effet entre le travail et l'accident pouvait être démontrée. Faute de réunion de ces conditions, il ne peut s'agir que d'un accident de droit commun ; c'est donc la famille de la victime que doit payer vos honoraires.

1261. — Conditions d'exercice de la propharmacie

D'ici un mois environ, je vais m'installer dans une commune distante de mon poste actuel de 6 kilomètres ; le plus proche pharmacien en sera à 5 kilomètres ; je pense donc, sans en être certain, pouvoir être pro-pharmacien. Si je le puis, quelles formalités aurai-je à remplir pour cela ? quels registres spéciaux à tenir ? quels seraient mes rapports possibles avec le service d'inspection des pharmacies ? En outre, pourriez-vous me donner l'adresse du journal *Le Propharmacien* ?

Dr M.

Réponse.

Pour pouvoir exercer la pro-pharmacie, il faut que le médecin soit établi dans un bourg, village ou commune où il n'y ait pas de pharmacien ayant officine ouverte (art. 27 de la loi du 21 germinal an XI). Mais le médecin pro-pharmacien ne doit vendre de médicaments qu'à ses malades et ne peut tenir une officine ouverte.

Le pro-pharmacien n'est tenu à faire aucune déclaration préalable à l'exercice de la pharmacie que la déclaration au maire pour la détention et l'usage de substances vénéneuses, mais il est soumis à l'Inspection des Pharmacies.

Le pro-pharmacien n'est pas un commerçant, même quant à ses opérations pharmaceutiques. Il ne saurait donc être astreint aux mêmes obligations que le commerçant (comptabilité régulière, impôt sur le chiffre d'affaires, impôt sur les bénéfices commerciaux, registre du commerce, etc.)

Les seuls livres que le propharmacien soit obligé de tenir sont un registre d'ordonnances et le registre des poisons.

---

969. — Les demandes de dégrèvements d'impôts ne sont pas suspensives

A sa suite de la réception de votre lettre au sujet de ma patente, j'ai écrit au contrôleur des contributions, comme vous me le proposiez.

Le percepteur m'imposait depuis mars 1923, alors que je n'avais commencé l'exercice de ma profession qu'en avril 1923 : je demandais donc la remise de 16 fr. correspondant à mon imposition par mois. Le contrôleur répondit qu'il me proposait pour cette diminution et aujourd'hui, sans lettre explicative me disant si oui ou non on acceptait ce que je considère comme mon droit, un avertissement de payer dans les 8 *jours* la somme de 163 fr. 25 pour laquelle j'ai été primitivement imposé, m'est envoyé.

Que dois-je faire en pareilles circonstances ? Ce n'est certes pas la somme de 16 fr. qui me fait vous demander conseil, mais c'est la façon de procéder envers le contribuable. Les percepteurs ne se gênent nullement ici et j'ai des exemples dans ma propre famille où l'on réclamait jusqu'à deux fois des contributions déjà payées. C'est vous dire que je tiens avant tout à vérifier les sommes que l'on me demande et je vous remercie sincèrement de la lettre explicative très claire que vous m'avez écrite à ce sujet ; j'ai fait ce que vous m'avez proposé, j'ai écrit au contrôleur et voilà ce qui arrive. Que me proposez-vous de faire ?

J'attends votre réponse et agirai comme vous me le direz.

Dr F.

Réponse.

La demande de dégrèvement n'est pas suspensive de paiement. Par conséquent, le percepteur peut exercer contre vous les poursuites prévues par la loi.

S'il est fait droit à votre demande, la somme remboursée sera imputée sur vos contributions à venir.

Il serait préférable à notre avis que vous alliez trouver le percepteur et que vous vous entendiez avec lui.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1123. — Augmentation de l'assurance d'un immeuble recueilli dans une succession.

Y a-t-il inconvénient, au point de vue fiscal, à augmenter l'assurance d'un immeuble récemment recueilli dans un héritage et dont l'assurance actuelle,

ainsi d'ailleurs que la somme figurant dans la déclaration de succession, sont inférieures à la valeur réelle ?

Dr X.

Réponse

L'assurance ne peut par elle-même être considérée comme donnant la preuve d'une évaluation fiscale insuffisante.

Mais, en cas d'expertise, il est certain que le contribuable serait d'autant moins fondé à prétendre que la déclaration de la valeur de l'immeuble est suffisante, qu'il aurait augmenté lui-même la valeur de l'immeuble assuré.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1235. — Déclaration des locations.

L'article 45 de la loi du 22 mars 24 oblige le propriétaire à déclarer ses locations, que faire dans mon cas, que je vais vous exposer ?

Je possède : 1) une propriété de 3 hect. avec maison de ferme, louée à un fermier, je dois donc déclarer la location annuelle.

2) Une villa à deux appartements. J'occupe un appartement. Je loue l'autre meublé et garni en été, à un locataire différent chaque année, par l'intermédiaire d'une agence. Evidemment, le prix de location est bien plus élevé que pour une location nue, car il entraîne des frais (nettoyage, remise à neuf chaque année, impôt, chiffre d'affaires (3,5 %), honoraires d'agence (4 %), usure du linge, etc.

Dois-je déclarer le prix entier ou défalquer les frais ?

3) Deux garages d'auto garnis loués de la même façon. Ces locations d'été se font par l'agence, sur papier timbré à double exemplaire, mais ne sont pas enregistrées à l'enregistrement.

Dr Z.

Réponse

Les locations ordinaires sont déclarées pour le montant de leur loyer.

Les locations en meublé ne sont déclarées que pour la partie du loyer correspondante au local nu.

Les appartements occupés par le propriétaire ne donnent lieu à aucune déclaration.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1196. — Droits des compagnes et des enfants naturels des victimes de la guerre.

J'ai soigné fin mars un réformé de guerre pour asthme et emphysème, à 10 % ; décès au bout de quinze jours après début par crise habituelle et

capillarisation à partir du sommet gauche et en avant pouvant faire songer à une évolution granulique ; examen des crachats négatif.

Ce réformé vivait en ménage, mais n'était pas marié et avait une jeune fille de 14 ans reconnue.

Dans ces conditions :

1º La femme a-t-elle droit à quelque chose ?

2º La jeune fille a-t-elle droit à quelque chose ?

Le décès étant en relation certaine avec la maladie pour laquelle la réforme était attribuée, dois-je établir un certificat et ai-je le droit de le remettre à sa femme, qui ne l'est pas légalement ?

Dr M.

Réponse.

1º La *compagne* est exclue du droit à pension, mais elle peut prétendre à des secours.

En effet la circulaire du 22 septembre 1919 stipule qu'un secours annuel pourra être accordé à la compagne d'un militaire décédé ou disparu au cours des opérations militaires (il est vraisemblable qu'il en est de même pour les décès, suites de maladies contractées au service ?), lorsqu'il aura été établi par des enquêtes minutieuses qu'à la mobilisation cette personne vivait depuis au moins trois années avec le militaire ; que la liaison n'a été rompue que par le décès ou la disparition de ce dernier ; que, depuis lors, elle n'a pas contracté mariage et qu'elle ne vit pas à nouveau maritalement ; enfin, que sa conduite et sa moralité n'ont donné lieu à aucune remarque défavorable et que sa situation est réellement nécessiteuse et digne d'intérêt. Adresser les demandes au Ministre des Pensions, qui les transmet ensuite au général Ct la subdivision du domicile, pour enquête et constitution du dossier.

Le renouvellement des secours qui, en vertu de ces dispositions, pourront être accordés aux compagnes, aura lieu automatiquement chaque année sur l'initiative de l'administration de la guerre.

2º Les *enfants naturels* reconnus ont droit à pension, à la condition qu'ils aient été conçus avant le fait qui donne ouverture à pension et qu'ils aient été reconnus dans les deux mois de leur naissance, à moins que le père n'en ait été empêché par des circonstances de fait dûment justifiées, et qu'il ait fait cette reconnaissance dans le délai de six mois, qui suivra la promulgation de la loi. Toutefois, en ce qui concerne les enfants nés avant le 4 septembre 1915, il faut que la reconnaissance ait eu lieu antérieurement au 4 nov. 1915.

3º Il vaudrait mieux remettre votre certificat entre les mains du tuteur, qui s'occupera de faire constituer le dossier de pension de l'orpheline.

Inspecteurs de police et secret professionnel.

La Chambre criminelle de la Cour de cassation vient, par un arrêt intéressant, de dire le dernier mot dans un conflit qui, récemment, s'était élevé entre un juge d'instruction de Rouen et deux inspecteurs de la Sûreté de cette ville, MM. Jacquillard et Letellier. Invités par le magistrat à faire connaître les noms de certaines personnes dont ils utilisaient les déclarations en vue d'établir la culpabilité des individus contre lesquels une information était ouverte, ces deux inspecteurs s'y étaient refusés. Ils avaient, disaient-ils, promis le secret le plus absolu à ces personnes qui, redoutant de la part des inculpés des représailles, n'avaient consenti à parler qu'à cette seule condition. Cependant, pour avoir refusé de faire connaître le nom de personnes dont la déposition était indispensable à la manifestation de la vérité, les deux inspecteurs de police étaient condamnés par le juge à une amende de 100 francs. Ils se pourvurent en cassation et voici l'arrêt leur donnant gain de cause, qu'a rendu la chambre criminelle de la Cour suprême :

Attendu qu'en prenant le silence de Jacquillard et de Letellier pour un refus illégal de déposer et en les condamnant à 100 francs d'amende, l'ordonnance attaquée a faussement appliqué l'article 80 du Code d'instruction criminelle et a commis une violation expresse du principe posé par l'article 378 du code pénal.

Par ces motifs, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur le deuxième moyen du pourvoi, casse et annule ladite ordonnance, et attendu qu'en s'abstenant de répondre à la question qui leur était posée, les demandeurs n'ont encouru aucune peine, dit qu'il n'y a lieu de prononcer aucun renvoi.

Rendons à César...

Vous m'avez fait l'honneur de reproduire, dans le *Concours médical* du 20 avril dernier, mon article sur la dichotomie, paru dans le *Bulletin* du Syndicat d'Alger (numéro de décembre 1923.)

M. le professeur Delmas, président du Syndicat de Montpellier, me signale dans cet article deux inexactitudes.

J'ai dit à propos des principes de déontologie du Pr Grasset, qu'il serait bon de les compléter, de les moderniser, comme l'a fait récemment le Syndicat de Montpellier, sous l'active direction de son président M. le Pr Delmas.

M. Delmas me rappelle que les principes de déontologie adoptés par la Fédération des Syndicats de l'Hérault ont été entièrement rédigés par lui et il en revendique toute la paternité.

(*Voir la suite page XLVII*-1311)

PROPOS DU JOUR

Un syndicat médical doit-il s'occuper de questions scientifiques ?

Nous disions récemment, au Syndicat des médecins de la Seine, faisant allusion à ceux qui voudraient limiter l'action syndicale aux intérêts matériels du praticien dans l'acception la plus étroite de cette expression :

Rien de ce qui est médical ne peut être étranger à notre syndicalisme.

Aujourd'hui nous devons le répéter à ceux qui prétendent que nos syndicats ne doivent pas s'occuper de questions scientifiques.

Qu'on le veuille ou non, par la force des choses, nos syndicats se sont occupés, s'occupent et s'occuperont de plus en plus de questions scientifiques.

Le médecin praticien exerce une profession qui consiste à appliquer les données de la science et à utiliser, dans le but de préserver la santé ou de guérir les malades, les découvertes de sciences multiples. Il est donc appelé, sinon à faire des découvertes (ce qui ne lui est pas défendu), tout au moins à en étudier l'application et à en faire l'examen et la critique. Or, le Syndicat est constitué pour organiser, améliorer, faciliter l'exercice de la profession médicale. Il est tout naturel que le médecin syndiqué, lorsqu'il ne peut seul arriver à se faire une opinion au milieu des études, des communications, des publications contradictoires, sur des faits d'ordre scientifique, s'adresse à son syndicat et le prie de faire *faire* une enquête par une commission, composée de gens compétents, qui pourra lui donner un avis autorisé.

Le syndicat ne deviendra pas une sorte d'Académie, il ne se donnera pas le ridicule de fixer des doctrines (ce que les phtisiologues lui reprochent de ne pas faire) ni de proclamer l'infaillibilité de dogmes. Il se bornera à enquêter et à mettre en lumière toutes les pièces d'un procès et, après en avoir tiré des conclusions, à laisser à ses adhérents le soin de se faire une opinion en connaissance de cause.

La loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, loi dont relèvent les syndicats médicaux, incite d'ailleurs ces groupements à s'intéresser aux questions scientifiques ou autres en ce qui concerne leur profession.

Nous lisons dans l'article 6 de cette loi : « Ils (les syndicats) pourront être consultés sur tous les différends et *toutes les questions* se rattachant à leur spécialité. »

D'autre part, le même article autorise les syndicats à acquérir les immeubles « *nécessaires à leurs réunions, à leurs bibliothèques et à des cours d'instruction professionnelle.* »

La loi du 12 mars 1920 qui donne une extension plus grande aux droits des syndicats, ajoute dans son article 5 :

« Ils (les syndicats) peuvent créer, administrer ou subventionner des œuvres professionnelles, telles que : institutions professionnelles de prévoyance, *laboratoires*, *champs d'expériences*, œuvres d'*éducation* SCIENTIFIQUE, agricole ou sociale, cours et publications intéressant la profession. »

Et plus loin, la loi autorise les syndicats à déposer des marques et labels qui « peuvent être apposés sur tout produit ou objet de commerce pour en certifier l'origine et les conditions de fabrication. »

Ainsi donc, en s'en tenant aux termes même de la loi, les syndicats médicaux auraient le droit d'organiser une école de médecine pratique ; ils pourraient créer ou subventionner des laboratoires de recherches, des champs d'expériences, des œuvres d'éducation *scientifique*. Ils auraient le droit de n'accorder leurs marques ou leurs labels, préalablement *déposés, qu'aux produits* ou aux appareils et instruments dont les fabricants leur permettraient de vérifier l'origine et de contrôler les conditions de fabrication. Et tout cela poserait l'examen et la résolution d'une foule de questions d'ordre scientifique.

L'on nous répondra que les syndicats médicaux ne sont pas allés jusque-là. Pas encore, mais il y a déjà bien longtemps qu'ils ont fait le premier pas et il faudrait peu de choses pour les engager dans cette voie qui pourrait les conduire à un avenir utile et brillant.

Nous avons l'avantage, un peu lourd, d'être un vétéran du syndicalisme et nous avons conservé des souvenirs précis de notre action et des faits passés, inaperçus à la plupart, mais que nous avons jugés d'une importance capitale comme précédents. C'était à une époque où le syndicalisme médical, alors au berceau, faisait entendre à peine de faibles vagissements, il y a plus de

25 ans, si nos souvenirs sont exacts (il serait facile de faire les recherches nécessaires pour les préciser), le syndicat ouvrier des égoutiers de Paris s'adressa au Syndicat des médecins de la Seine pour le prier de lui donner son avis sur la question *bien scientifique des conséquences que pouvait avoir le travail dans les caissons et autres appareils où l'air est comprimé sur la santé des ouvriers qui y séjournaient.* Le Conseil du Syndicat, dont nous faisions partie, ne repoussa pas l'examen de la question. Avec prudence et sagesse, il chargea une commission d'étudier le problème et de rédiger un rapport. Cette commission était composée du professeur Brouardel, du Dr V. Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris et du Dr Malbec, préparateur de physiologie à la Faculté, membre du Conseil du syndicat, qui fut rapporteur.

Les résultats de l'étude de la commission que personne ne s'avisa de déclarer incompétente, furent lus et approuvés par le Conseil du Syndicat des médecins de la Seine et envoyés au Syndicat ouvrier des égoutiers.

A cette époque, le syndicalisme médical était fort discuté et parfois tourné en ridicule ; l'on nous accueillait, au cours de nos tournées de propagande en province, par des quolibets de ce genre : « Syndicat ! je n'ai jamais trouvé la date de la fête de ce Saint dans mon calendrier », eh bien ! à cette époque que nous qualifierons d'héroïque, personne ne reprocha au Syndicat des médecins de la Seine d'avoir étudié dans ce cas une question d'ordre scientifique. Cela parut logique et naturel.

A l'heure actuelle, le même Syndicat de la Seine a dû s'occuper de la question, évidemment scientifique, de la valeur respective des méthodes de floculation directe et indirecte dans le diagnostic sérologique de la syphilis et c'est à ce propos que l'on discute le droit qu'il aurait de faire œuvre de critique scientifique.

Le Syndicat est fait pour s'occuper d'intérêts matériels, ont affirmé des confrères très distingués, que vient-il faire, en voulant donner son avis sur des questions aussi délicates et obscures que celles de sérologie ? C'est justement parce que ces questions sont obscures que le Conseil du Syndicat a le devoir de les étudier ou de les faire étudier, pour tâcher d'éclairer, si possible, les praticiens syndiqués. Puisque certaines œuvres antisyphilitiques ont eu la maladresse d'en saisir tout le monde par une publicité à grand orchestre dans les quotidiens à fort tirage, affirmant que des découvertes analogues à celles de Pasteur venaient d'être faites, il était du devoir du Syndicat de s'assurer si ces affirmations étaient « bluff » ou vérité. Ceci sera tiré au clair, qu'on le veuille ou non, et la commission instituée par le Syndicat fera son travail avec toute la conscience et l'impartialité désirables.

Un fait est déjà établi, c'est que cette question de la valeur respective des méthodes de floculation directe ou indirecte dans le diagnostic sérologique de la syphilis, a fait l'objet d'une très sérieuse étude d'un Comité international de savants sérologistes, désignés par la Société des Nations ; que ces savants, réunis l'an dernier à Copenhague, ont fait pendant vingt jours les recherches les plus sérieuses ; que le compte-rendu en a été publié fin décembre 1923 et que dans ce compte-rendu, qui relate les procédés sérologiques antérieurs, l'on cherche en vain l'indication d'une méthode portant le nom ou attribuée au syphiligraphe, dont nous ne discutons pas la valeur, mais qui eut le tort de laisser sans protestation la grande presse proclamer *urbi et orbi* sa géniale découverte.

Les praticiens incompétents (et nous sommes du nombre) ont besoin, pour soigner leurs malades ou les aiguiller vers qui pourra sérieusement les examiner et les soigner, de savoir quelle est la valeur respective des diverses méthodes sérologiques de diagnostic. La question était partout controversée et était d'importance, puisqu'elle a inquiété la Société des Nations ; nous considérons que le Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, interrogé par certains de ses adhérents, a le droit et même le devoir de faire le possible pour étudier et tirer au clair cette question d'ordre scientifique et pratique.

***

Qu'on le veuille ou non, le domaine du Syndicalisme médical est appelé singulièrement à s'étendre, et ceux qui veulent le limiter aux intérêts matériels ne sont plus de notre siècle. D'ailleurs, intérêts matériels, sociaux, moraux et scientifiques sont de plus en plus enchevêtrés et il est impossible d'envisager leur séparation (1).

(1) Le développement des méthodes de diagnostic par des recherches de laboratoire, la radioscopie, la radiographie et bien d'autres moyens d'investigation, obligeront un jour prochain, les médecins praticiens à organiser d'une tout autre façon l'exercice de la profession médicale. Il y a plus de vingt ans, que nous avons laissé entrevoir la nécessité de la *coopéra-*

L'étiologie, la prophylaxie et le traitement de chaque maladie posent un problème scientifique dont la résolution peut être appelée à modifier profondément l'exercice de la profession médicale et son organisation matérielle ; le syndicalisme médical ne doit, ne peut s'en désintéresser. C'est pour cela que nous avons applaudi de tout cœur quand, l'an dernier, lors de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, l'on a annoncé le projet de réunir dans deux ans un Congrès *syndical* de la tuberculose, Congrès qui sera, n'en doutons pas, à la fois *scientifique*, *social* et *professionnel*.

J. NOIR.

R.H. M. S., 6020.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DU MÉCANISME INTIME DE L'IMMUNITÉ (1)

Par M. Camille LIAN,

Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.

Le mécanisme intime de l'immunité n'a commencé à être sérieusement pénétré qu'avec les remarquables travaux de Metchnikoff, qui montra, en 1884, l'importance de la phagocytose dans les moyens de défense de l'organisme.

Elle parut d'abord être la seule arme contre les microbes ; mais rapidement, divers auteurs étrangers comme Grohmann, Fodor, Nuttal, Flugge, Bitter, Buchner établirent que les humeurs interviennent aussi contre les microbes, et, en France, le prof. Bouchard, tablant sur des expériences de ses élèves Charin et Roger, défendit la théorie humorale de l'immunité.

Mais bientôt, l'accord se fit, et tous les auteurs s'entendent actuellement pour admettre que *l'immunité dépend à la fois de la phagocytose et des propriétés bactéricides des humeurs.*

I. — La phagocytose.

A. SES BASES. — *La conception de Metchnikoff sur le rôle primordial des globules blancs dans la lutte de l'organisme contre les microbes découle de l'étude de la façon dont s'alimentent certains animaux rudimentaires comme les amibes.* Au lieu d'être composées de milliards de cellules comme l'organisme humain, les amibes sont constituées par une cellule unique qui concentre toutes les fonctions nécessaires à la vie.

Chez les amibes, le protoplasma qui constitue leur unique cellule est susceptible de s'étaler lentement comme une lave semi-liquide en poussant des prolongements nommés *pseudopodes* qu'il retire ensuite : tels sont les mouvements cellulaires dits amiboïdes.

Si l'amibe rencontre une particule nutritive, immédiatement elle pousse un prolongement ou pseudopode qui englobe cette particule, et qui, en se retirant, l'amène à l'intérieur de l'amibe. Il se creuse alors autour de cette particule nutritive une petite cavité qu'on appelle une vacuole digestive, parce qu'elle se remplit de sucs qui vont en effet digérer la particule. Puis, s'il reste quelques résidus indigestes, ils seront rejetés au dehors de l'amibe par un mouvement inverse de celui qui avait attiré la particule dans l'amibe. Ainsi, on voit une cellule manger véritablement une cellule étrangère pour s'en nourrir : c'est donc bien au sens étymologique une phagocytose qui a un but alimentaire.

Mais, dans d'autres cas, l'action phagocytaire pourra avoir, non pas un but alimentaire, mais un but défensif quand une amibe rencontre des microbes. Alors ou bien les microbes sont détruits, digérés et l'amibe reste indemne ; ou bien les microbes sont très virulents et l'amibe meurt parce que son protoplasme est envahi par la pullulation microbienne.

A ce point de vue, une des expériences de Metchnikoff mérite d'être citée, car elle a per-

tion des médecins entre eux et la création de ce que nous avons appelé la *maison médicale*. Cette dernière institution que l'on a tenté d'organiser notamment à Agen (Maison Médicale du Dr Rouillès), ne peut être généralisée et perfectionnée qu'en s'appuyant sur l'étude critique et scientifique des progrès techniques de notre art. Nous prévoyons l'époque prochaine où cette étude tiendra la première place de notre programme syndical.

J. N.

(1) 2e leçon des conférences de pathologie médicale (2e semestre). Leçons suivantes les lundis, mercredis, vendredis à 18 h. au petit amphithéâtre : maladies infectieuses aiguës et maladies par carence.
Voir *Concours Médical*, Nos 15 et 16.

mis dès 1884 de suivre le conflit qui s'engage entre un parasite et un animal. Cette expérience a été faite sur les *daphnies*, petits crustacés d'eau douce qui avalent parfois, avec leur nourriture, les spores d'un champignon. Si les spores pénètrent en petite quantité dans l'organisme, on voit des cellules mobiles qui s'accumulent autour d'elles, les englobent et les détruisent, les ramenant à l'état de débris brunâtres. Au contraire, si elles pénètrent en grand nombre dans l'organisme du crustacé, elles ne peuvent être toutes capturées par les cellules mobiles défensives des daphnies : alors, ces spores se développent et elles sécrètent un poison qui dissout les cellules mobiles chargées de la phagocytose. Enfin, les spores se développent sans entraves et le crustacé succombe.

B. Les phagocytes chez l'homme. — Les cellules qui, chez les animaux supérieurs comme l'homme, vont, à la façon des cellules mobiles des daphnies, entrer en lutte contre les microbes sont représentées surtout par les globules blancs du sang, qu'on appelle les leucocytes.

Parmi les leucocytes, la fonction phagocytaire est surtout dévolue aux leucocytes dits polynucléaires, c'est-à-dire à ceux qui présentent un noyau découpé en plusieurs lobes et dont le protoplasma renferme des granulations dites, selon leur réaction aux colorants : neutrophiles, éosinophiles ou basophiles. *Ce sont les neutrophiles qui constituent les véritables phagocytes.*

Mais, en outre des leucocytes polynucléaires neutrophiles, l'organisme a à sa disposition d'autres cellules phagocytes qui sont plus volumineuses et qu'on appelle les *macrophages, les leucocytes polynucléaires étant les microphages.* Les macrophages sont, en effet, 3 ou 4 fois plus volumineux que les polynucléaires neutrophiles : ils ont un noyau unique vésiculeux ; quant à leur protoplasme, il se creuse facilement de vacuoles et renferme des débris cellulaires. Ce sont, en somme, de grands leucocytes mononucléaires.

Ces deux variétés de leucocytes sont amenées par le sang circulant au point où la lutte doit être engagée contre les microbes. Mais, on trouve, en outre, dans l'organisme, en divers points, des leucocytes, extravasés des vaisseaux qui sont là tout prêts à absorber les éléments étrangers à l'organisme. On en rencontre ainsi dans les amygdales, dans les plaques de Peyer, ces amas lymphoïdes de l'intestin, ainsi que dans le mucus bronchique et les alvéoles pulmonaires : là, les phagocytes s'emparent des poussières ayant pénétré dans les voies respiratoires et forment les cellules qu'on appelle cellules à poussières dans les crachats.

En dehors des leucocytes, qui sont des cellules migratrices, c'est-à-dire susceptibles de s'insinuer à travers la paroi des capillaires et de sortir des capillaires, il existe dans l'organisme *des cellules fixes douées aussi d'un pouvoir phagocytaire.* On en trouve dans la rate, les ganglions, la moelle osseuse : telles sont les cellules dites de Kupffer qui tapissent les capillaires du foie. Enfin, exceptionnellement, le protoplasma des fibres musculaires, les cellules fixes du tissu conjonctif peuvent manifester l'activité phagocytaire.

Les leucocytes sont donc, comme je vous le disais, les cellules phagocytaires par excellence, et leurs curieuses propriétés sont bien en harmonie avec ce rôle qu'elles sont appelées à jouer. En effet, *les leucocytes sont mobiles*, poussent des pseudopodes comme les amibes : vous vous en rendrez compte dans les films cinématographiques qui vous seront projetés dans un instant. Ils sont *sensibles au contact.* Ils sont en outre *attirés par certaines substances*, ce qu'on appelle le *chimiotactisme positif*, ou *au contraire, repoussés par certaines autres, chimiotactisme négatif.* Cette attraction des leucocytes vers les produits microbiens a été bien mise en évidence par l'expérience des tubes capillaires de Bordet. On insère sous la peau d'une grenouille des tubes capillaires renfermant, les uns, du bouillon de culture non ensemencé, les autres, le même bouillon, mais ensemencé avec des microbes qui s'y sont développés. Quelques heures plus tard, on retire les tubes : ceux renfermant le liquide stérile ne présentent rien de particulier ; ceux renfermant les cultures microbiennes présentent vers leur orifice une bourre compacte obturant la lumière du tube sur une certaine étendue : ce sont des leucocytes qui remplissent ainsi les extrémités des tubes.

Enfin, les leucocytes ont la propriété d'englober les particules inertes et les microbes. La phagocytose d'éléments mobiles et de taille assez grande comme des trypanosomes est particulièrement intéressante à suivre. Le parasite, saisi par une extrémité, est lentement incorporé tandis que la partie encore libre se débat vivement. Les films cinématographiques qui vous seront projetés dans un instant vous montreront des images de ce genre (1).

Enfin, les leucocytes ont la propriété de digérer les particules inertes ou vivantes ainsi englobées. Les microbes se fragmentent, ils prennent mal les matières colorantes. Enfin, ils sont digérés par les ferments leucocytaires, ou bien les résidus persistent dans le protoplasme des phagocytes.

C. Quelques expériences démonstratives. — Diverses expériences ont bien montré comment la phagocytose entre en jeu dans l'organisme. Par exemple, celle qui consiste à *injecter dans la cavité péritonéale du lapin, soit des microbes tués, soit simplement du bouillon.*

(1) Voir *Concours Médical*, 1924, n° 8, page 431.

L'injection détermine de la congestion péritonéale. Du fait de la dilatation des vaisseaux, il en résulte un ralentissement du courant sanguin qui favorise l'émigration des leucocytes et la transsudation du plasma sanguin. Aussi, en une heure, la cavité péritonéale renferme du liquide riche en leucocytes. Après quelques heures, ceux-ci sont tellement nombreux que le liquide est trouble ; enfin, il arrive à prendre un aspect purulent. Dans les premières heures, l'examen microscopique révèle la présence d'un grand nombre de leucocytes polynucléaires. Plus tard, apparaissent les grands mononucléaires, les macrophages.

Ainsi donc, en se dilatant, en favorisant l'afflux du sang, les capillaires constituent en quelque sorte toute une série de nouveaux quais de débarquement pour les troupes qui vont être appelées à défendre l'organisme. *La première vague d'assaut est représentée par les leucocytes polynucléaires,* qui sont petits, légers, et agiles, ce sont les microphages. Puis, *interviennent en deuxième lieu les macrophages* plus volumineux, plus lents à se mouvoir, mais aussi beaucoup plus puissants. Ils s'attaquent à tous les débris volumineux, trop gros pour les microphages. De plus, lorsque ces derniers ont succombé, ou sont sur le point de succomber dans leur lutte contre les microbes qu'ils ont englobés, les macrophages englobent eux-mêmes ces microphages chargés de microbes et s'efforcent de tout digérer, de tout anéantir. Ainsi, grâce aux efforts combinés des microphages et des macrophages, en quelques jours, il ne reste plus de traces du bouleversement provoqué par l'injection intra-péritonéale.

Cette expérience fait saisir la physionomie de la lutte quand elle se termine victorieusement pour l'organisme ; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le montre bien une autre expérience rès significative de Metchnikoff.

Prenons deux cultures de charbon renfermant, l'une un microbe fortement virulent, l'autre un microbe faiblement virulent. Inoculons quelques gouttes d'une culture à l'oreille droite d'un lapin, et quelques gouttes de l'autre culture à l'oreille gauchede ce même lapin.

La culture de virulence atténuée provoque une inflammation limitée, des leucocytes affluent englobant les bactéries, il se forme ainsi *un petit foyer purulent. De l'autre côté,* il se produit un *exsudat séro-sanguinolent* ; dans le liquide qui distend l'oreille œdématiée, on ne rencontre que de *rares phagocytes.* Dans ce dernier cas, la trop grande virulence du microbe a éloigné les phagocytes, *la réaction protectrice locale a été presque nulle ; aussi, la maladie se généralise et l'animal meurt.*

Un phénomène de même ordre se montrera si, employant un même microbe virulent, on l'injecte dans l'oreille de deux lapins, l'un immunisé contre le charbon, l'autre non immunisé. La réaction chez le lapin immunisé sera la même que dans le cas précédent où l'on avait employé une culture de virulence atténuée. Chez le lapin non immunisé, elle sera la même que chez le lapin injecté avec une culture virulente dans la précédente expérience.

Ainsi donc, *la réaction inflammatoire locale est une réaction salutaire,* et suivant qu'elle est plus ou moins efficace, la maladie se localise ou se généralise, et la gravité est beaucoup plus considérable dans cette dernière éventualité.

Nous venons de voir que la trop grande virulence d'un microbe semble éloigner les leucocytes, du fait d'un chimiotactisme négatif. Mais les microbes ont d'autres moyens de résister à l'englobement phagocytaire. Ils s'entourent, par exemple, d'une auréole qui leur permet de se dérober à l'englobement. Ainsi fait le streptocoque dans l'organisme. Lorsqu'on injecte des streptocoques dans le péritoine d'un cobaye, si, quelques heures après l'injection, on trouve dans le liquide péritonéal des streptocoques auréolés, l'animal succombera.

D'autre part, certains microbes sont d'une telle mobilité qu'ils échappent plus facilement à l'étreinte des phagocytes. Enfin, il y a des microbes qui, une fois englobés, ne peuvent être digérés par les leucocytes : tel est le cas du gonocoque.

Telles sont les notions générales que je voulais souligner à votre attention concernant le rôle et le mécanisme de la phagocytose dans les infections. Point n'est besoin que je vous retrace tous les efforts de Metchnikoff pour faire triompher sa doctrine. La cause est entendue, et tous les auteurs s'accordent à considérer l'importance considérable de la phagocytose comme moyen de défense de l'organisme contre les infections.

II. — *L'immunité humorale.*

Les auteurs s'accordent également tous à admettre que l'organisme dispose contre les infections d'autres moyens de défense que la phagocytose, et que ceux-ci ont leur expression dans toute une série de propriétés qu'acquièrent les humeurs. A côté de l'immunité cellulaire, il y a donc l'immunité humorale, et c'est cette dernière que je vais envisager maintenant.

Nous allons donc passer en revue les propriétés qu'acquiert le sérum des animaux immunisés. Ce sont les pouvoirs de neutralisation des toxines ou *pouvoir antitoxique,* d'agglutination des microbes ou *pouvoir agglutinant,* d'altération, de désintégration des microbes ou *pouvoir bactériolytique,* de précipitation des microbes *ou pouvoir précipitant,* de sensibilisation des microbes à l'action des phagocytes ou *pouvoir opsonique.*

A. POUVOIR ANTITOXIQUE. — Le pouvoir antitoxique des sérums immunisés apparaît avec beaucoup d'évidence dans le cas des sérums antidiphtérique et antitétanique.

En effet, *un mélange de toxine tétanique et de sérum antitétanique en proportions convenables est inoffensif pour un animal*, alors que la même quantité de toxine non mélangée à du sérum le tuera. Cette propriété persiste lorsque le sérum est injecté dans l'organisme, mais elle ne peut s'exercer que contre la toxine non encore fixée sur des éléments anatomiques. Ainsi, on s'explique bien la bonne action préventive du sérum antitétanique, et sa faible action crurative, car les symptômes du tétanos sont dus à la fixation d'une certaine quantité de toxine sur les cellules des centres nerveux.

B. POUVOIR AGGLUTINANT. — Le pouvoir agglutinant peut être mis en évidence de deux façons différentes. On peut, ou bien ensemencer un microbe dans un sérum immunisé contre ce microbe, c'est-à-dire dans un immun-sérum pour employer l'expression consacrée, ou bien mélanger l'immun-sérum à une culture du microbe correspondant.

La première expérience fut réalisée pour la première fois par Charrin et Roger (1889). Ensemencé dans le sérum d'un lapin non immunisé, c'est-à-dire d'un lapin neuf, selon le terme admis, le bacille pyocyanique communique au sérum en pullulant un trouble uniforme. Au contraire, ensemencé dans un immun-sérum, il se développe en formant des grumeaux.

L'autre expérience fut faite pour la première fois par Bordet en 1895. Il montra qu'une goutte d'immun-sérum anti-cholérique introduite dans une culture de vibrion cholérique rend immobiles presque imédiatement les vibrions très mobiles auparavant, et les agglomère promptement en amas visibles à l'œil nu. C'est cette propriété que les professeurs Widal et Sicard ont si heureusement appliquée au diagnostic de la fièvre typhoïde, en établissant que le sérum des typhiques agglutine le bacille de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire le bacille d'Eberth. Et ce principe du séro-diagnostic a été appliqué ensuite pour d'autres maladies infectieuses aiguës, comme nous le verrons dans les leçons ultérieures.

C. POUVOIR BACTÉRIOLYTIQUE. — Parmi les propriétés des immuns-sérums, le pouvoir bactériolytique a été le premier mis en évidence par Fodor, Nuttall, Nissen et Buchner ; ce dernier désigna du nom d'alexine, tiré du verbe grec αλεξειν défendre, le principe actif qui cause la destruction des microbes.

Ainsi, Behring et Nissen ont montré qu'en ensemençant dans le sérum d'un cobaye neuf le vibrion de Metchnikoff, il y pousse facilement, tandis que si on l'ensemence dans l'immun-sérum correspondant, il ne s'y développe pas, il est tué, il y subit une transforation granuleuse très curieuse. C'est ce phénomène qui est mis en évidence dans ce qu'on appelle le *phénomène de Pfeiffer*.

Si le vibrion cholérique ou un autre vibrion est injecté dans le péritoine d'un cobaye neuf, il y pullule et y conserve sa mobilité, il détermine rapidement la mort. Si, au contraire, il est injecté dans le péritoine d'un cobaye immunisé contre le choléra, les choses se passent tout différemment.

En retirant au bout de quelques minutes un peu du liquide péritonéal, au lieu des bâtonnets incurvés et mobiles qu'on avait introduits, on ne trouve plus désormais que des granules sphériques et immobiles, et ces granules sont une proie facile pour les globules blancs qui affluent dans le liquide péritonéal. Tel est le phénomène de Pfeiffer qui est spécifique, c'est-à-dire qu'il ne se produit pour un vibrion que chez l'animal immunisé contre ce vibrion : aussi, ce phénomène peut-il être utilisé pour le diagnostic du choléra.

D. POUVOIR PRÉCIPITANT. — Quant au pouvoir précipitant des immun-sérums, il est bien voisin du pouvoir agglutinant avec lequel il a les plus étroites analogies : ce qui diffère seulement, c'est la grosseur des éléments en suspension.

Dans l'agglutination, la culture microbienne présente des amas assez volumineux ; dans la précipitation, les particules en suspension sont extrêmement petites. Ce phénomène, découvert par Kraus, en 1897 a subi diverses applications, et il y a un précipito-diagnostic comme un séro-diagnostic.

E. POUVOIR OPSONIQUE. — Nous en aurons fini avec les principales propriétés des immun-sérums en mentionnant le pouvoir opsonique, c'est-à-dire le pouvoir favorisant la phagocytose. Cette propriété a été mise en évidence par Denys et Léclef en 1895 de la façon suivante. Ils ont préparé des mélanges de streptocoques et de leucocytes bien actifs, comme ceux qu'on obtient en injectant du bouillon stérile dans le péritoine d'un cobaye, et ont étudié ainsi la phagocytose. Ils ont remarqué que la phagocytose se produisait avec beaucoup plus d'activité si l'on ajoutait un peu de sérum antistreptococcique au mélange. L'immun-sérum antistreptococcique renferme donc une substance qui favorise la phagocytose. Divers faits expérimentaux ont montré que l'immun-sérum agit, non pas sur les leucocytes pour exciter leur ardeur ou accroître leur puissance, mais sur le microbe pour en faire une proie plus facile.

Wright a proposé de mesurer ce qu'il appelle

l'index opsonique. On prend des leucocytes d'un animal neuf et on les met en contact, les uns avec le sérum de malade et le microbe, de la maladie, les autres avec le même microbe mais avec le sérum d'un sujet sain. On apprécie ainsi, en comparant le résultat des deux expériences, l'intensité du pouvoir opsonique du sérum du malade.

Toutes ces propriétés que présentent le sérum des sujets ayant une immunité acquise contre une maladie, on les retrouve dans le sérum des sujets ayant une immunité naturelle, et même, mais à un degré plus faible, dans les sérums normaux.

F. L'immunité est une réaction de défense d'ordre général. — Ainsi, l'*immunité ne fait qu'accentuer considérablement des tendances défensives de l'organisme à l'égard de tout produit agresseur quel qu'il soit.* D'ailleurs, comme cela découle des belles recherches de Bordet, les phénomènes d'immunité ne sont pas la conséquence exclusive des microbes, ils sont le fait de réactions de défense d'ordre général.

Cette conclusion découle avec évidence des recherches de cet auteur sur l'hémolyse, c'est-à-dire sur la destruction des globules rouges. Ainsi, l'introduction de globules rouges d'un animal dans l'organisme d'un animal d'une autre espèce entraîne, chez ce dernier, les mêmes propriétés du sérum par rapport à ces globules rouges que celles qui sont provoquées par l'introduction d'un microbe.

Bordet, injectant à des cobayes du sang de lapin, constate que le sérum de ces cobayes, non seulement agglutine puissamment les globules rouges du lapin, mais même les détruit très vite. Cette propriété ainsi acquise est spécifique, c'est-à-dire que le sérum des cobayes ainsi traités n'est très nocif que pour les globules rouges du lapin.

Ainsi, on a été conduit à donner aux substances qui confèrent à un organisme la résistance à l'introduction de produits étrangers le nom général d'*anticorps*, qui englobe aussi bien les substances bactériolytiques que les substances hémolytiques, et on donne celui d'*antigènes* aux substances étrangères qui, introduites dans un organisme, provoquent des réactions de défense se traduisant par l'apparition des anticorps. On est fondé à considérer que les antigènes sont tous des substances albuminoïdes ou tout au moins des agrégats moléculaires dans lesquels entrent nécessairement des matériaux albuminoïdes.

Par conséquent, dans une maladie infectieuse, l'antigène est constitué par le microbe causal et ses toxines ; et ce sont les anticorps qui donnent au sérum toutes les propriétés agressives et défensives contre ce microbe.

G. L'alexine et la sensibilisatrice. — Les belles recherches de Bordet ont montré que le *pouvoir bactériolytique du sérum est dû à la collaboration de deux substances.*

L'une d'elles est détruite par le chauffage à 55°, c'est l'alexine, déjà individualisée par Buchner. Il suffit donc de chauffer un immunsérum à 55° pour lui faire perdre son pouvoir de destruction microbienne, mais en ajoutant à cet immunsérum chauffé à 55° un peu de sérum frais d'un animal neuf, on lui rend aussitôt son pouvoir bactériolytique. Il en résulte nettement que l'*alexine n'est pas une substance spécifique,* c'est-à-dire spéciale pour la lutte contre tel ou tel microbe. C'est une arme que l'organisme a à sa disposition pour la lutte contre tous ses agresseurs, contre tous les antigènes. Cette arme *omnibactéricide* qu'est l'alexine, on l'appelle aussi le *complément.*

L'autre substance qui coopère au pouvoir bactériolytique, c'est celle que Bordet appelle la sensibilisatrice. Elle résiste au chauffage à 55° et même à 60°. Mais, contrairement à l'alexine *la sensibilisatrice est une substance spécifique.* Ainsi, dans un sérum anticharbonneux, l'anticorps bactériolytique est constitué à la fois par la sensibilisatrice anticharbonnouse et par l'alexine omnibactéricide. Dans le sérum antistreptococcique, il y a la sensibilisatrice antistreptococcique, et l'alexine omnibactéricide. *C'est la même alexine qu'on retrouve dans tous les immunsérums.* qu'on trouve même dans les sérums d'animaux neufs. Par contre, *chaque immunsérum a une sensibiliasatrice qui ne vaut que pour un microbe.*

Par conséquent, l'alexine ne peut agir contre un microbe que si elle a à côté d'elle la sensibilisatrice propre à ce microbe. L'*alexine est une sorte de marteau-pilon à tout faire, la sensibilisatrice est le petit raccord qui va permettre d'écraser tel ou tel microbe qui se cache dans une anfractuosité du plateau sur lequel va frapper le marteau pilon.*

Il faut un raccord spécial pour atteindre chaque espèce de microbes, mais c'est le même marteau pilon qui est disposé à écraser les microbes. Telle est la comparaison grossière que je vous propose pour vous faire comprendre la nécessité de l'accouplement de l'alexine et de la sensibilisatrice, le caractère banal de l'alexine, le caractère spécifique de la sensibilisatrice.

Donc, si par la chaleur à 55°, vous avez détruit, dans un sérum antistreptococcique, le marteau pilon alexique, vous pourrez le remplacer par n'importe quel marteau pilon ; si le raccord spécial sensibilisateur est accroché au marteau, le streptocoque sera écrasé. Vous comprenez ainsi que dans un immunsérum chauffé à 55°, on puisse redonner à ce sérum son pouvoir bactériolytique, si on lui ajoute un peu de sérum frais d'un animal neuf, tandis que ce sérum frais d'un animal

neuf n'aurait eu naturellement à lui seul aucune prise possible sur le streptocoque, puisqu'il n'est pas le sérum d'un animal immunisé contre ce microbe et ne renferme pas, par conséquent, de sensibilisartrice contre le streptocoque.

Maintenant que vous connaissez les propriétés respectives de l'alexine et de la sensibilisatrice, je dois vous signaler le synonyme de chacun de ces deux mots qui est également employé assez fréquemment dans le langage médical. On dit indifféremment *alexine ou complément, sensibilisatrice ou ambocepteur.*

H. La réaction de fixation du complément. — Bordet a poussé plus loin encore l'étude du mécanisme des anticorps. Il a établi que *les anticorps se fixent en agissant.*

Prenons un lapin immunisé contre le vibrion cholérique, et mettons en contact son sérum avec une culture de vibrion cholérique. On constate que tout en s'agglutinant, les vibrions absorbent les anticorps de ce sérum, car si on décante le mélange, on constate que le liquide surnageant n'attaque plus le vibrion cholérique. En effet, si des vibrions anticholériques ont été mis en quantité suffisante en contact avec le sérum anticholérique, ils en ont fixé les anticorps. Retenez donc bien cette notion capitale: les anticorps se fixent en agissant.

Cette remarque a été le point de départ de la séro-réaction dite de fixation du complément due à Bordet et Gengou.

Le principe de cette méthode est le suivant :

Vous prenez du sérum d'un sujet chez lequel le diagnostic de fièvre typhoïde est discuté, vous le mettez en présence d'une culture de bacille d'Eberth, microbe de la fièvre typhoïde. Par conséquent, si vraiment le malade est atteint de la fièvre typhoïde,son sérum renfermera, en outre de l'aleixine ou complément qui existe dans tous les sérums, une sensibilisatrice contre le bacille d'Eberth, de sorte que, grâce à la présence de la sensibilisatrice anti-éberthienne, l'alexine ou complément va se fixer sur le bacille d'Eberth. Au contraire, si le malade n'a pas la fièvre typhoïde, le complément restera disponible. Telle est *la première phase de la réaction.*

Il ne reste donc plus qu'à trouver un moyen pour découvrir si, en présence du bacille d'Eberth, le complément du sérum du malade a été ou non fixé.

Pour cela, vous prenez un lapin auquel vous avez injecté des globules rouges de mouton ; le sérum de ce lapin a donc acquis la propriété de détruire les globules rouges du mouton, ou plus exactement, de les faire éclater et de mettre en liberté ainsi l'hémoglobine, ce pigment rouge qui colore les globules rouges. Si vous chauffez à 55° ce sérum anti-mouton, vous le priverez de son alexine ou complément, mais vous y laisserez subsister la sensibilisatrice contre les globules rouges de mouton.

Mettez donc en présence des globules rouges de mouton et ce sérum anti-moulon chauffé à 55°, la sensibilisatrice se fixera sur les globules rouges, mais elle ne les fera pas éclater, car à elle seule, elle est impuissante, elle n'est pas une arme à proprement parler, elle n'est que le raccord qui permet au complément, sorte d'arme à tout faire, d'atteindre l'ennemi. Il suffira donc à ce mélange sérum anti-mouton chauffé à 55° et globules rouges de mouton, il suffira d'y ajouter un sérum quelconque renfermant du complément pour que les globules rouges de mouton éclatent et laissent se répandre leur pigment rouge hémoglobinique.

Donc, mettez en présence notre premier mélange avec ce deuxième mélange. Si le malade avait la fièvre typhoïde, le premier mélange ne renfermera plus de complément disponible ; donc les globules rouges de mouton resteront intacts. Si, au contraire, le malade n'avait pas la fièvre typhoïde, le complément restera disponible et ira s'aggriper, se fixer aux globules rouges de mouton qu'il fera éclater, et le mélange se colorera en rouge.

Vous voyez donc qu'il est facile d'employer la réaction de fixation du complément au diagnostic des maladies infectieuses. C'est là une technique d'une importance considérable que nous devons à Bordet et Gengou ; c'est en même temps une démonstration des théories de Bordet sur les rôles respectifs de l'alexine ou complément et de la sensibilisatrice ou ambocepteur.

Je m'arrête à ces généralités et me réserve, à propos des diverses maladies infectieuses, de vous montrer les applications qui ont été faites de cette merveilleuse méthode de diagnostic.

I. Origine et structure des anticorps. — Après ces considérations sur le mode d'action des anticorps, il nous reste à pénétrer dans le domaine encore mystérieux de leur structure et de leur origine.

Pour leur origine, on s'accorde en général à penser qu'elle est surtout dans les globules blancs et, d'une façon générale, dans les organes que fabriquent les globules du sang, c'est-à-dire les organes hématopoiétiques. Mais ils peuvent avoir aussi une origine locale, et l'on conçoit ainsi la possibilité d'une défense, non pas seulement générale au moyen des armes de l'organisme tout entier, mais aussi d'une défense locale par les cellules des tissus où a pénétré d'abord le microbe. Ainsi, *il existe à côté de l'immunité générale une immunité locale.* Je ne fais qu'amorcer devant vous l'idée de l'immunité locale sur laquelle je reviendrai plus longuement, en particulier à propos de la pathogénie de la fièvre typhoïde. A propos de cette maladie aussi, je vous

parlerai de ce mode de défense très curieux constitué par le *bactériophage de d'Hérelle*, tout petit microbe qui serait le parasite du bacille d'Eberth et aiderait ainsi l'organisme à se défendre contre le bacille de la fièvre typhoïde.

Ce qui a surtout suscité des discussions interminables, c'est la structure des anticorps.

La théorie d'abord en faveur a été celle d'Ehrlich. D'après cet auteur, les différents pouvoirs que nous avons passés en revue, pouvoir antitoxique, agglutinant, bactériolyte, précipitant, etc., sout dus à autant de substances distinctes qui sont les antitoxines, les agglutinines, les bactériolysines, les précipitines, etc., etc. Ces substances ont une constitution chimique propre, et leur combinaison avec les produits microbiens se fait comme les combinaisons chimiques, selon ce qu'on appelle la loi des proportions définies.

Je ne vous exposerai pas cette théorie dans le détail, car elle suppose tout un luxe de constructions géométriques, de néologismes, tous plus rébarbatifs les uns que les autres.

Tout compte fait, quand on a longuement examiné cette théorie, on est amené tout naturellement à considérer comme juste l'appréciation sévère que formule sur elle le grand maître de l'immunité qu'est Bordet.

C'est, dit-il, une hypothèse dont les fondements sont si peu solides qu'elle « sort du domaine de la science expérimentale ». C'est une pure « création de l'imagination ». Il dit aussi : « Par l'abus des représentations graphiques assez puériles qui traduisent simplement l'aspect extérieur des phénomènes sans aucunement les pénétrer dans leur intimité, elle a répandu le goût des explications faciles, mais illusoires ». Cependant, cette théorie a eu le plus grand succès, car les esprits se laissaient, avant la grande guerre, plus facilement fasciner qu'aujourd'hui par la propagande germanique. « Tant il est vrai aussi, dit Bordet, qu'une hypothèse gratuite formulée avec assurance exerce une fascination que l'exposé sobre et prudent des faits est généralement impuissant à produire ».

Aussi, est-il beaucoup plus rationnel d'admettre avec Bordet que *les termes d'antitoxines, agglutinines, précipitines, etc., ne sont que des épithètes commodes et ne correspondent pas du tout à des substances distinctes*. Ces différentes actions ne sont que divers effets produits par les mêmes anticorps, et ces effets multiples sont bien plutôt la conséquence des aptitudes différentes des produits microbiens. Pour qu'un microbe s'agglutine, il faut certes qu'il soit touché par un anticorps, mais il faut surtout que sa nature lui permette de subir ce genre de modification. Il faut tenir compte, pour s'expliquer ces divers effets, de la structure colloïdale des humeurs de l'organisme, c'est-à-dire du fait que les humeurs sont de pseudo-solutions qui tiennent en suspens des quantités considérables de grains infinitésimaux, qu'on appelle les micelles, et qui sont chargés, les uns d'électricité positive, les autres d'électricité négative. Par conséquent, les anticorps modifient non pas seulement la composition chimique des humeurs, mais aussi leur équilibre physique. Donc, l'action des anticorps est due à des phénomènes physico-chimiques complexes. Et il est séduisant de concevoir, avec Bordet, qu'un même anticorps puisse avoir, selon la structure de l'antigène microbien, des effets différents, sans se croire obligé à admettre cette conception simpliste qu'il y a autant d'anticorps distincts que d'actions différentes exercées sur un même microbe.

Cela conduit Bordet à défendre la loi des proportions variables. Il lui est facile de faire remarquer que, dans un mélange de toxine et d'antitoxine, il n'y a pas des combinaisons en proportions définies aboutissant à ce qu'on trouve, à côté de toxine complètement neutralisée, de la toxine complètement intacte. L'antitoxine se répartit sur toute la toxine. De même une solution diluée de couleur dans laquelle on plonge un objet colorable donne à ce dernier une teinte pâle uniforme.

***

Ainsi donc, la défense de l'organisme est confiée à la fois aux globules blancs qui entrent en lutte corps à corps avec les microbes, et aux anticorps qui s'attaquent à la fois aux microbes et à leurs toxines. Mais, comme les anticorps semblent surtout être produits par les globules blancs, ce sont donc ces derniers qui jouent le premier rôle, dans la défense, tant cellulaire qu'humorale de l'organisme.

CHIRURGIE

Les fractures de la colonne vertébrale

M. le professeur agrégé P. Moure

Chirurgien des hôpitaux.

A l'histoire des fractures de la colonne vertébrale se rattache le nom de Malgaigne, qui en a donné une description classique. Ces fractures, qui dépendent de traumatismes considérables en général, sont de deux catégories : les fractures directes, fractures ouvertes, par projectile (de guerre surtout) ; les fractures indirectes, par chute ou choc violent. Ce peut être un individu ayant tombé d'une grande hauteur sur les talons ou sur le bassin, ou un sujet qui reçoit un poids lourd sur les épaules, dans un éboulement par exemple.

Deux mécanismes président à la fracture indirecte : la flexion forcée de la colonne vertébrale et l'écrasement des vertèbres. La colonne vertébrale, pliée violemment en avant par le trauma, casse ordinairement au même endroit, là où la partie mobile se réunit à la partie plus fixe, c'est-à-dire à la jonction dorso-lombaire, au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires.

Vous savez que la mobilité de la colonne vertébrale va en diminuant de haut en bas. Très accusée à la région cervicale, elle est encore assez grande à la région dorsale, tandis que la partie lombaire est beaucoup plus fixe. Lors donc qu'un grand trauma fait plier le corps en avant, la colonne cervico-dorsale forme une courbure unique, à convexité postérieure, qui vient se terminer vers la première lombaire. Si cette incurvation anormale s'accentue par la violence du choc, la colonne se fracture à la réunion (dorso-lombaire) des portions mobile et fixe.

Que se passe-t-il quant aux lésions ? Entre les apophyses épineuses existent des ligaments. Dans la flexion forcée de la colonne vertébrale, les apophyses épineuses s'écartent, les ligaments inter-épineux se rompent, avec arrachement parfois de leurs insertions osseuses. Les troubles peuvent en rester là, constituant une sorte d'entorse de la colonne vertébrale, avec ou sans fracture partielle, fragmentaire, des apophyses épineuses. Il n'y a pas encore fracture véritable. Mais, que les choses aillent plus loin, que la flexion se poursuive : les corps vertébraux subissent alors les effets de l'incurvation, les disques intervertébraux sont compromis, tiraillés. Comme ils sont très solides, ils ne se décollent pas, ne se disloquent pas, et c'est le corps vertébral qui cède, qui casse. Ainsi, se produit la fracture classique de la vertèbre, à trait oblique de haut en bas et d'arrière en avant, trait passant en plein corps vertébral, avec deux fragments inégaux : l'inférieur, qui reste adhérent à la vertèbre sous-jacente, et le supérieur, qui va venir bâiller en avant, entraînant avec lui tout le reste de la colonne vertébrale. Ce fragment supérieur joue un rôle majeur dans la symptomatologie, par la compression de moelle dont son extrémité postérieure est, fréquemment, un agent important.

En résumé, les fractures les plus communes de la colonne vertébrale se font par le mécanisme de la flexion forcée et siègent à la fin de la colonne dorsale. Elles comportent un premier temps d'arrachement ligamentaire et un deuxième temps de rupture du corps de la vertèbre. Le fragment supérieur continuant le mouvement de flexion va contusionner la moelle.

A côté de la fracture par flexion, se place — deuxième mécanisme — la fracture par tassement. Les muscles des gouttières vertébrales étant contractés, le poids du corps presse sur la colonne vertébrale et celle-ci, en ses points plus faibles probablement, subit un tassement, un écrasement, une sorte de télescopage. Le déplacement n'est pas alors très grand et les conséquences symptomatologiques moindres peut-être que dans la fracture par flexion. En général, cette fracture se produit, comme la précédente, à la fin de la région dorsale, mais elle peut siéger aussi ailleurs.

Les lésions dont je viens de parler ne vont pas, souvent du moins, sans altérations médullaires. Les fragments osseux (le supérieur principalement) peuvent comprimer la moelle, la couper même. A un degré moindre intervient l'hémorrhagie, tantôt extra dure-mérienne, tantôt (si la dure-mère a été rompue), intra-rachidienne, diffuse, dans le liquide céphalo-rachidien, tantôt dans la moelle elle-même (hématomyélie).

Ces hémorrhagies jouent un rôle facile à comprendre dans la symptomatologie et déterminent un certain nombre de troubles de compression, quelquefois amendables. L'hématomyélie est plus ou moins grave selon les cas. Une section complète entraîne la perte définitive de la moelle. Les lésions médullaires incomplètes déterminent des phénomènes sérieux, mais variables, des dégénérescences diverses, suivant les faisceaux intéressés. Il y a des troubles curables (de compression) et d'autres incurables (de désagrégation médullaire).

Les fractures de la colonne vertébrale évoluent

comme toutes les fractures. Il peut se produire un cal vicieux, exubérant, qui entraîne, au 30e, 40e jour, de la compression médullaire avec des conséquences morbides tardives, à la rigueur accessibles au traitement.

Au point de vue clinique, il faut distinguer deux groupes de faits. Les fractures ouvertes, d'abord. Le type est la fracture par blessure de guerre. Ces plaies ouvertes de la colonne vertébrale sont des plus graves. Elles ont une terminaison mortelle, la plupart du temps, en quelques jours, quelques semaines, quelques mois, par infection, méningite spinale, puis cérébro-spinale. Le plus souvent, le blessé succombe dans la première semaine.

On a vu des fractures de la colonne vertébrale par balle, avec petite porte d'entrée, et sortie du projectile. Si l'on a la chance qu'il n'y ait pas d'infection, on se trouve dans la catégorie des fractures non ouvertes. L'infection apparaît, il est vrai, quelquefois tardivement, survenant au bout d'un mois, de six mois, et aggravant aussitôt la situation.

En pratique civile, les fractures de la colonne vertébrale sont dues à des chutes d'échafaudage (ouvrier maçon ou peintre), à des chocs sur les épaules (éboulement, de charbon, de pierre, de terre).

L'individu atteint de fracture de la colonne vertébrale se présente toujours en état de shock. Comme le fracturé du bassin, c'est un grand blessé, qui, d'ailleurs, est fréquemment porteur d'autres lésions (multi-blessé). Il est pâle, évanoui, le pouls petit, plus ou moins inerte. Quand on est parvenu à le réchauffer, il se plaint de douleurs qu'il précise plutôt mal, en raison de ses blessures diverses, en général. Pour ce qui concerne la lésion vertébrale, il n'accuse parfois que des souffrances très vagues, minimes, ou, d'autres fois (quand il y a compression de racines rachidiennes) des douleurs violentes, irradiées.

L'examen recherchera les lésions locales et les altérations à distance, médullaires. Locales, ce sont les déformations, que l'on peut voir et sentir à la palpation. Si l'on regarde le blessé couché sur son lit, on aperçoit une certaine déformation et — si c'est le lendemain — une ecchymose, fréquemment assez vaste, pouvant tenir une grande partie du dos. On sent une apophyse épineuse plus saillante (celle de la vertèbre fracturée). Il peut y avoir plusieurs vertèbres lésées.

Ce n'est pas tout. Il y a les lésions médullaires et d'elles va découler le pronostic. Lorsque la moelle est totalement intéressée, on a le tableau de la section médullaire : l'abolition du mouvement, de la sensibilité, des réflexes et les troubles sphinctériens. La section complète est, à la vérité, très rare, et l'on se trouve ordinairement en face d'un complexus variable avec chaque malade. Dans la compression médullaire, on a de même un ensemble qui dépend de l'importance de la compression. Du moment où l'on retrouve des réflexes, des réflexes exagérés, la moelle n'est pas sectionnée. On peut rencontrer tous les types de paraplégie, suivant l'importance de la destruction médullaire.

La moelle est parfois simplement inhibée par le traumatisme, ou comprimée par un hématome qui va se résorber. Il en résulte des symptômes qui dureront quelques heures, 24 heures, 8 jours, et s'amenderont. A la paraplégie flasque peut succéder la paraplégie spasmodique. En tout cas, le phénomène qui disparaît en dernier lieu généralement est le réflexe et sa recherche est importante pour le pronostic.

Après avoir examiné les réflexes, il faut s'enquérir de l'état des sphincters. Ils sont surtout altérés quand la lésion siège à la fin de la colonne dorsale. On note d'abord de la rétention ; puis, dans un deuxième temps, de l'incontinence. Les fracturés de la colonne vertébrale meurent très communément de lésions urinaires. Ils succombent à l'altération de leur vessie et de leurs reins. La rétention oblige au cathétérisme et tout malade sondé fréquemment est voué à l'infection — d'autant plus que ces blessés ont des conditions de défense diminuées. A la stase, s'ajoute l'infection vésicale, puis rénale. On voit, vers le 8e, 10e jour, la fièvre s'allumer, fièvre urinaire, avec frissons, langue sèche, et, en quelques jours, le patient est emporté.

Une autre complication est l'escarre sacrée, trochantérienne, aux points où s'exercent les pressions. Ces escarres, du fait de l'incontinence, s'infectent facilement.

Vous le voyez, le pronostic des fractures de la colonne vertébrale est excessivement sévère. Le blessé peut mourir de shock, de lésions médullaires ascendantes. Quand il a échappé à ces dangers, il peut mourir d'infection urinaire, d'escarres infectées : c'est même là la cause la plus habituelle de la mort, en pareil cas. Cependant, certains malades guérissent, d'une guérison précaire souvent (avec paraplégie), quelquefois totale. Dans les compressions par hématorachis, on peut voir la récupération des mouvements se faire plus ou moins complètement.

Le diagnostic est simple. On ne peut confondre la fracture de la colonne vertébrale avec rien autre chose. Plus difficile est le pronostic. Le premier jour, il est impossible. Mais, assez rapidement, si vous voyez réapparaître les mouvements, les réflexes, vous pouvez espérer une amélioration. L'exagération des réflexes est un excellent indice à ce point de vue.

La guérison peut avoir lieu avec des séquelles. Et puis, il est des fractures paraissant simples au début, qui s'aggravent au lever. A ce moment, on voit la colonne s'affaisser, se produire une gibbosité. Le malade s'est levé trop tôt. Il faut qu'il

◆◆◆◆

reprenne le lit et les vertèbres cessent de se tasser.

Que faire en présence d'une fracture de la colonne vertébrale ?

Penser d'abord à l'infection vésicale et y parer dans la mesure du possible. Le blessé restera évidemment couché. L'intervention chirurgicale est-elle indiquée ? En principe, pas d'opération immédiate. Autant on est autorisé à intervenir dans certaines fractures du crâne autant on est peu porté à le faire pour la colonne vertébrale. L'opération est alors beaucoup plus grave, plus profonde et risque trop souvent d'être plus nuisible qu'utile. N'opérer qu'en face d'une indication précise, posée par la radiographie (petite esquille, hématome) et après étude soigneuse du blessé par un neurologiste. Dans quelques cas, cependant, l'opération peut donner des succès remarquables, d'autant plus que ces blessés, quand ils ne succombent pas aussitôt, sont voués à la mort en quelques années, généralement, par mauvais état général, complications pulmonaires ou autres. Le fond du pronostic reste, en effet, redoutable.

Leçon faite à la Faculté de Médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix.

CRÉNOTHÉRAPIE

Les indications des bains carbo-gazeux de Royat, au moment de la ménopause

Par le Dr Georges Perrin

Médecin consultant à Royat.

Les symptômes qui peuvent se manifester du fait de l'arrêt de la fonction ovarienne sont fort complexes et variés, selon la constitution du sujet, sa prédisposition, l'état de son appareil cardio-vasculaire ou de son système nerveux, son âge (la ménopause précoce et tardive ne s'accompagnant pas, en général, de troubles graves, sauf pour cette dernière, d'hémorragies quelquefois abondantes et persistantes).

Enfin, la sécrétion interne de l'ovaire peut être simplement diminuée, par exemple à la suite de certaines maladies (ovarite, salpingo-ovarite), ou du fait d'une croissance mal établie, ou sa suppression se faire lentement, au bout de une ou deux années, ou, au contraire, brusquement, résultat de la castration.

Nous ne nous proposons pas une étude détaillée de tous ces accidents ; nous voulons simplement poser les indications de la cure carbo-gazeuse, à cette époque si troublée de la vie féminine.

La sécrétion de l'ovaire a une quadruple action : elle abaisse la pression, excite les nerfs modérateurs du cœur, active la combustion, neutralise les toxines de l'organisme.

Cette action venant à manquer, nous allons constater les effets opposés :

a) L'*hypertension* est, en effet, de règle au moment de la ménopause, l'action de certaines glandes hypertensives (glandes surrénales), n'étant plus contrebalancée. A son début, elle n'est qu'artérielle, mais, elle ne tarde pas à retentir sur le fonctionnement du cœur (l'auscultation révèle, soit un deuxième bruit renforcé à droite, soit un bruit de galop), et sur la circulation générale, amenant de nombreux malaises : simples palpitations, surtout nocturnes, avec sensation d'angoisse, dyspnée au moindre effort, arythmie, tachycardie ; plus tard, seulement, œdème des membres inférieurs, albumine.

L'utérus est atteint comme les autres organes, ses artères deviennent athéromateuses, ses veines variqueuses.

b) A côté de cette hypertension, il faut signaler tout un ensemble *de troubles congestifs, vaso-moteurs, nerveux.*

La tendance aux congestions se manifestera surtout à la périphérie : ce sont alors les bouffées de chaleur plus ou moins intenses et pénibles, laissant souvent après elles de l'abattement, des sueurs, le facies pâle, pouvant se reproduire fréquemment, surtout après les repas et la nuit.

Les différents organes internes n'échappent pas à ces poussées congestives, et si les hémorragies sont le plus souvent observées du côté utérin, elles sont également nombreuses au niveau du cerveau, du poumon, du rein, de la vessie.

Les douleurs de tête, les changements de caractère, l'irritabilité, l'émotivité, l'insomnie, les cauchemars, l'affaiblissement de la mémoire, les idées noires, sont autant de signes certains d'une mauvaise circulation cérébrale. Fréquentes aussi, les douleurs du bas ventre.

D'autres fois, ce seront des troubles vaso-moteurs : pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, crises d'angoisse, avec douleur épigastrique, pouvant simuler une crise d'angine de poitrine.

Chez d'autres, enfin, des étourdissements, des tintements d'oreille, des crises de tachycardie.

Toujours mêmes causes : suppression d'une fonction hypotensive et cardio-sédative.

Quant au pronostic, bénin, en cas de troubles nerveux, il deviendra plus sérieux en cas de lésions anciennes.

c, d) Du côté général, la combustion intraorganique se ralentit ; l'oxydation des substances organiques phosphorées, hydro-carbonées et des graisses n'est plus aussi active. On constate de l'hypoazoturie, de l'hypophosphaturie ; l'élimination de l'oxygène et de CO^2 diminue aussi. Le poids du sujet augmente progressivement et les déchets n'étant plus détruits vont exercer leur influence néfaste sur l'organisme tout entier. A l'obésité, s'ajoutent l'arthritisme, la toxémie.

Comment les bains de Royat pourront-ils intervenir et modifier heureusement cet état de choses ? Parce qu'ils ont sur la pression, le système nerveux, la combustion et les toxines, les mêmes pouvoirs que l'ovaire.

Les bains carbo-gazeux, et c'est un point acquis maintenant, abaissent la pression, quand elle est élevée. Ils la ramènent, lentement, à ses chiffres normaux, tandis que les artères et les veines, subissant une sorte de massage doux et progressif, retrouvent leur élasticité, et l'équilibre circulatoire se rétablit peu à peu. Du coup, les troubles résultant de l'hypertension, de l'A. S., s'atténuent, ainsi que les poussées congestives et les troubles vaso-moteurs.

Les bains exercent, de plus, une action sédative marquée sur le système nerveux, ralentissent le cœur, et combattent ainsi les algies, les névroses cardiaques, les manifestations angineuses, les crises de tachycardie, l'insomnie.

Ils rendent, enfin, la respiration plus ample, les échanges respiratoires plus grands, la digestion plus rapide, les urines plus abondantes, l'élimination plus élevée, indices d'une circulation et d'une combustion plus vives. Ils activent aussi le fonctionnement de la peau.

Selon les cas, aux bains, nous associerons les douches, soit la douche générale tiède, précédée ou non de la douche péripelvienne, soit la douche interne. Nous donnons, alors, nos préférences à la douche de gaz carbonique avec bain carbogazeux vaginal à 33°-34° (l'un et l'autre doux, sans pression, prolongés), dont l'action calmante est particulièrement bienfaisante chez les névropathes, rejetant, et l'eau froide qui produit des contractions douloureuses, et l'eau trop chaude, trop excitante, pouvant amener ou augmenter les hémorragies, parce qu'il existe de la sclérose utérine (ce qui est fréquent, nous l'avons déjà signalé) ou des poussées fluxionnaires.

N'oublions pas le pouvoir diurétique, dissolvant, éliminateur, de l'eau prise en boisson (Velleda et Saint-Mart, en particulier).

Enfin, dans des cas plutôt rares, on peut rencontrer, non plus de l'hypertension, mais, au contraire, de l'hyposthénie cardio-vasculaire avec bruits du cœur faibles, pouls ralenti, irrégulier, dépression, maigreur ; là encore, Royat rendra de grands services grâce à ses bains frais, très riches en CO^2, nettement toni-cardiaques et hypertenseurs, puissants reconstituants.

La médication carbo-gazeuse, combinée au régime, au repos, au grand air, pourra donc être très utilement conseillée à l'approche et pendant la période de la ménopause. Ses résultats seront d'autant plus favorables que les malades consentiront à un séjour prolongé, et nous estimons que des cures de 25 à 30 bains ne doivent pas être une exception.

L'ARSENAL DU PRATICIEN

La Trousse photogène « Nemausa » (1)

Par le Dr Souchon, de Nîmes.

Les examens nécessitant l'éclairage des cavités naturelles deviennent de plus en plus fréquents en médecine, et les praticiens ont très souvent l'occasion, aussi bien pour leurs clients de médecine générale que pour leurs malades de spécialités, d'utiliser la lumière électrique.

Les lampes qu'on emploie d'habitude pour cela peuvent être alimentées par des piles ou par des accumulateurs, ou enfin par le courant d'un secteur urbain.

Les piles, surtout les piles sèches, qui sont identiques à celles qu'on utilise pour les lampes électriques de poche, ont l'inconvénient de s'user rapidement lorsqu'on s'en sert pour produire un éclairage continu, comme c'est généralement le cas pour un examen médical de quelque durée.

Quant aux accumulateurs, malgré les perfectionnements apportés à leur fabrication, tous ceux qui en font usage connaissent les ennuis et les déboires que, malgré tous les soins possibles, ce genre d'appareils réserve à leurs propriétaires.

Sur le courant fourni par les secteurs d'éclairage électrique public, on peut brancher directement soit une grosse lampe, soit le rhéostat indispensable pour les ampoules de faible voltage usitées en endoscopie. Mais les médecins ne disposent pas toujours de ce courant, non seulement à la campagne, mais encore dans bien des villes. Au surplus, tous les abonnés de ces divers réseaux savent que ce genre de courant,

(1) Communication faite à la Société de médecine de Nîmes ; séance du 25 novembre 1921.

bien que très régulier d'habitude, n'est pas absolument exempt de pannes qui peuvent entraîner, par exemple, au cours d'une intervention chirurgicale, des conséquences désastreuses.

Grâce à la *Trousse photogène*, les docteurs auront désormais à leur disposition une source de lumière électrique commode à transporter en raison de son poids relativement léger et de son minime encombrement, facile à utiliser tout en laissant les deux mains libres, et surtout toujours fidèle, contrairement aux piles, accus et secteurs qui mettent si souvent comme une sorte de malice à ne pas fonctionner, précisément quand on en a besoin.

Cette trousse utilise le courant fourni par les lampes électriques de poche dites lampes électro-mécaniques qu'on trouve aujourd'hui partout dans le commerce et que beaucoup de nos confrères emploient pour s'éclairer dans les endroits obscurs ou au cours de leurs visites de nuit. Ces appareils, d'un poids et d'un encombrement réduits, ne nécessitant aucun entretien, suppriment tous les inconvénients des piles sèches qui s'usent, même à circuit ouvert, et des accumulateurs lourds, volumineux et d'un entretien délicat. Ils se composent d'une petite magnéto de construction très soignée, actionnée par un levier à crémaillère. Capables de fournir indéfiniment la lumière, sauf bien entendu détérioration accidentelle de la machine génératrice ou de son mécanisme de commande, ces lampes sont établies pour être actionnées à la main. Mais il est indispensable que le médecin ait les deux mains libres et il importe qu'il puisse examiner son malade sans avoir à demander le concours d'une tierce personne, étant donné que bien souvent, il se trouvera seul avec le patient.

Or, la *Trousse photogène* répond parfaitement à ces exigences puisqu'elle réalise un dispositif de commande au pied des lampes électro-mécaniques pour alimenter les appareils d'endoscopie. Elle consiste essentiellement en une boîte métallique dans laquelle on place la lampe, et dont la paroi supérieure est convenablement disposée pour constituer une pédale. Cette même boîte comporte un compartiment dans lequel peuvent être logés le photophore, le fil conducteur de courant et les ampoules de rechange.

Les dessins ci-joints permettent de se rendre compte des divers aspects, extérieur et intérieur, de l'appareil, ainsi que de son fonctionnement.

Fig. 1

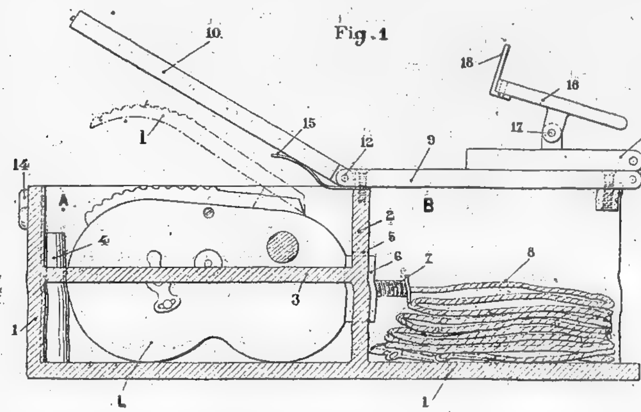


Fig. 4

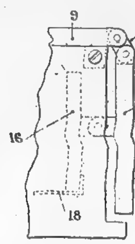


Fig. 5

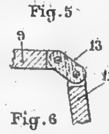


Fig. 6

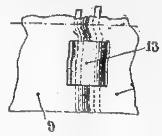


Fig. 2

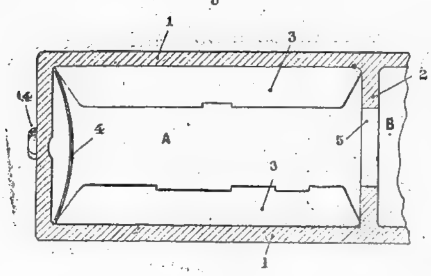


Fig. 3

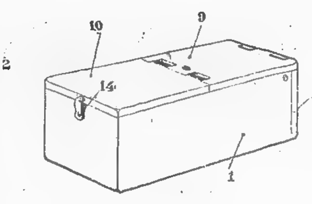
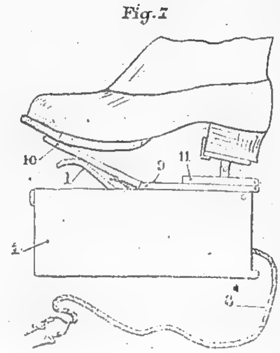


Fig. 7



Le couvercle de la trousse constitue la partie principale du dispositif. Il est établi de manière à former, lorsqu'il est ouvert, la pédale de commande. Il se compose de trois parties : savoir une partie intermédiaire (9) fixe recouvrant le compartiment B, une partie antérieure (10) formant pédale et couvercle pour le compartiment A, enfin une partie postérieure (11) portant sur sa face interne un appuie-talon articulé et servant à la fermeture de la boîte à l'arrière.

Pour le transport, la boîte est fermée comme le montre la figure 3 ; la partie 10 du couvercle est rabattue et maintenue en place au moyen d'un

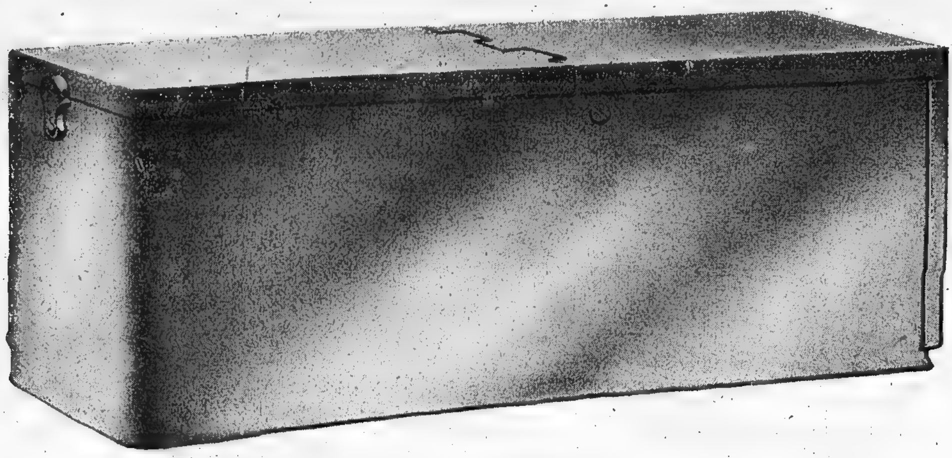
crochet 14 ; la partie 11 est maintenue appliquée sur la boîte par l'effet du dispositif même de charnière qui la relie à la partie fixe du couvercle.

Lorsque le praticien veut se servir de l'appareil, il libère la partie 10 du couvercle et l'amène dans la position que montrent les figures 1 et 7. (Le levier 1 de la lampe électro-mécanique vient alors dans la position indiquée en traits mixtes sur la figure 1). On relève ensuite la partie 11 du couvercle pour l'amener dans la position représentée dans les figures 1 et 7, ce qui a pour effet de placer dans le prolongement de la pédale 10 l'appuie-talon 16 articulé en 17 sur la face intérieure du couvercle 11. Cette

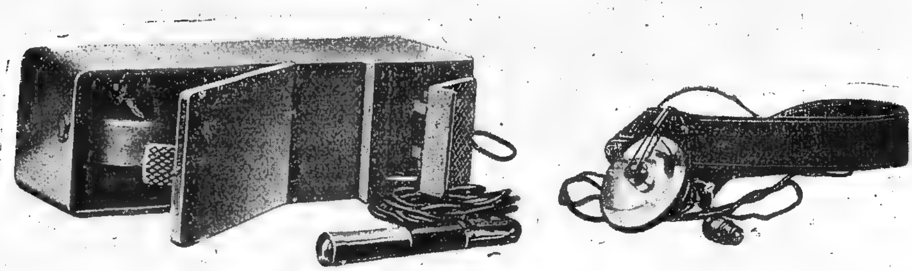
ducteur (8) qui relie la source d'électricité à l'appareil d'utilisation. Il suffit alors d'établir les connexions entre le fil conducteur et le photophore.

La trousse une fois fermée n'offre aucune saillie extérieure (à l'exception du petit crochet 14). Vide, elle pèse 950 grammes. Avec ses accessoires (lampe électro-mécanique, miroir de Sloog, fit conducteur, ampoules de rechange), son poids ne dépasse pas 1.500 grammes.

Depuis deux ans, je me sers de cette trousse pour l'examen des malades qui me font appeler à leur domicile. Et parce que je pense qu'elle pourra rendre à mes confrères des services aussi grands qu'elle



La Trousse « Nemausa » fermée.



La Trousse « Nemausa » ouverte pour montrer la disposition intérieure et les photophores qu'elle peut contenir.

articulation joue un rôle important dans le fonctionnement du système, car elle facilite considérablement le jeu du pied. D'autre part, grâce au rebord 18 prévu à l'avant de l'appuie-talon 16, le pied ne peut glisser et la commande de la lampe se fait sans aucune difficulté et sans nécessiter une attention particulière.

Il va de soi que lorsqu'on fait usage d'une lampe électro-mécanique dans la Trousse photogène, on dévisse l'ampoule ordinaire de la lampe et on lui substitue une prise de courant (7) portant le fil con-

m'en a rendus, je me suis décidé à la faire connaître. Je l'ai dénommée « Nemausa » par affection pour la bonne ville où je suis né et où j'exerce la médecine.

Les spécialistes en O.R.L., et les chirurgiens qui emploient le miroir de Clar pour opérer dans des cavités ou avec de mauvaises conditions d'éclairage, trouveront dans la *Trousse photogène* un appareil qui pourra leur être très utile et leur évitera, en maintes circonstances, de recourir à d'encombrants accessoires. Avec un petit rhéostat, on pourrait même l'utiliser pour les lampes, dites grain de blé,

dont on se sert pour l'uréthro, la cysto et la rectoscopie.

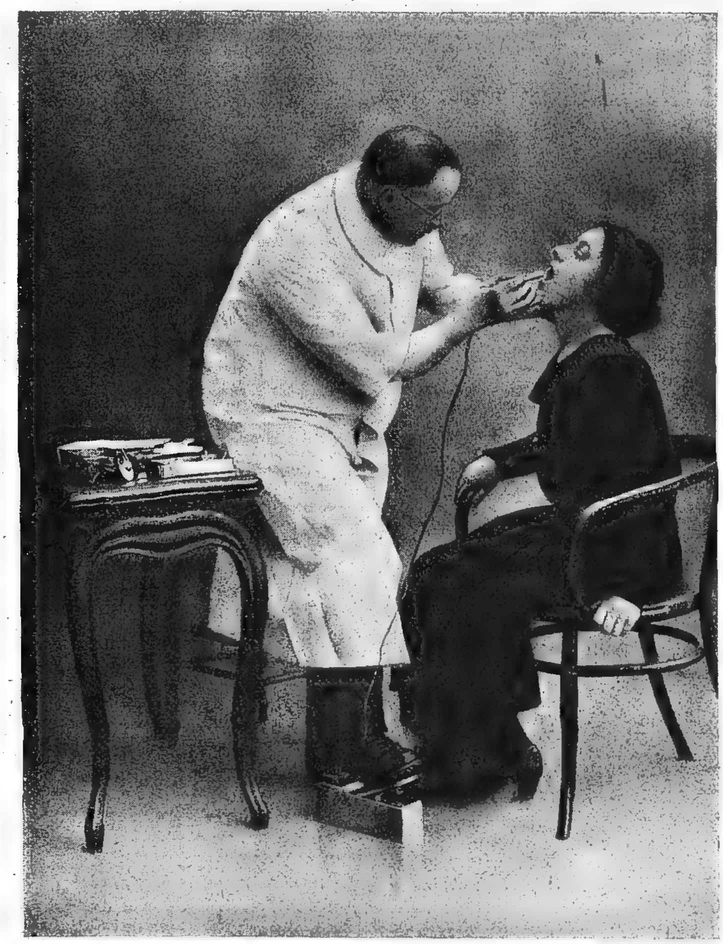
Quant aux confrères exerçant la médecine générale, ils auront quotidiennement l'occasion d'employer cette trousse. Elle leur servira pour examiner un enfant dans son lit, tout en laissant les deux mains libres, ce qui permet de rechercher les éruptions cutanées ou d'inspecter la gorge avec d'autant plus de facilité que l'enfant, couché. se trouve comme prisonnier et ne peut rejeter la tête en arrière. L'examen du nez et des oreilles se fait de même très aisément, l'enfant étant toujours dans son lit. Or, cet examen n'est-il pas indispensable pour tout médecin s'occupant de pédiâtrie et n'est-ce pas un devoir absolu de surveiller l'état de la bouche, du nez, des amygdales et des tympans des petits malades au cours des maladies infectieuses, afin de pouvoir, en temps opportun, recourir au spécialiste, si des symptômes graves ou simplement suspects se manifestent ou si une intervention chirurgicale devient nécessaire ?

Les mêmes considérations s'appliquent d'ailleurs à la médecine des adultes et on conçoit à quels nombreux usages peut servir la *Trousse photogène.*

En gynécologie, elle paraît indispensable, tant pour les examens que pour les pansements ou les petites interventions ; elle permet beaucoup plus de discrétion dans les examens à domicile.

***

En faisant construire cet appareil, j'ai recherché avant tout l'intérêt des malades. Trop souvent encore, à notre époque pourtant si orgueilleuse des merveilleux progrès de la science, se présentent des cas regrettables dans lesquels des complications graves, quelques fois même mortelles, se produisent parce que, faute d'un éclairage suffisant, il arrive au médecin de quartier visitant un ouvrier dans sa mansarde comme au praticien de campagne appelé dans une ferme isolée, de ne pouvoir établir en temps utile un diagnostic précis et par suite mettre en œuvre une thérapeutique efficace. La *Trousse Nemausa* met, partout et toujours, la lumière électrique à la



Examen de l'oro-pharynx avec le photophore stérilisable.



Otoscopie avec un miroir de Hoog.

portée de tous les praticiens, fussent-ils médecins de campagne dans le plus modeste hameau, ou médecins d'agglomérations ouvrières dans lesquelles les taudis abondent plus que les palaces, voire même médecins des colonies perdus dans la brousse.

Je serais satisfait si l'usage de cet appareil pouvait se vulgariser non seulement parmi mes confrères en O.R.L., mais encore chez tous les praticiens. Puisse-t-il les aider à « servir » au maximum, en augmentant leurs chances de succès dans cette incessante lutte contre le mal qui fait de notre profession, après le sacerdoce, la plus belle de toutes ! (1)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Un reliquat fréquent des entorses et son traitement manuel.

Il existe des altérations chroniques du tissu cellulaire cutané qui sont fréquemment à l'origine d'affections douloureuses, étendues à des segments de membres ou à des membres entiers. On pose le diagnostic obscur d' « algie », et on ne songe pas assez souvent à incriminer ces altérations cellulaires et fibreuses dans ces douleurs persistantes, localisées sur une minime étendue d'une zone traumatisée.

Les entorses de la région du cou-de-pied, dit le Dr Durey, en fournissent des exemples typipiques qu'il est bon de connaître, étant donnée la fréquence de ces accidents.

En voici l'histoire : entorse de moyenne gravité sans dégât osseux décelable, ni cliniquement, ni radiographiquement ; ecchymose assez étendue. Les soins corrects (hydrothérapie chaude, mas-

(1) Pour tous renseignements, s'adresser à M. Barthelémy Teulon, 16, boulevard Amiral-Courbet, Nîmes, seul fabricant et concessionnaire.

sage et compression) amènent en quelques jours la guérison. En un septénaire, la marche est redevenue possible. Mais, au bout d'une courte période, apparaît une douleur (et non pas de la sensibilité) vive, mais non constante, ne survenant qu'à l'occasion de telle ou telle forme de mouvement, et parfois le mouvement incriminable n'a besoin que d'être faiblement esquissé. Un nouvel examen des articulations tibio-tarsienne, puis médio-tarisienne, ne révèle aucun gonflement, à peine un peu d'empâtement directement sous la malléole ; mais ce n'est point de là que souffre le malade. Point de douleur non plus au point d'élection, l'insertion péronière du faisceau antérieur du ligament latéral externe.

Le plus souvent, par contre, dans l'entorse tibio-tarsienne, la lésion cause de la douleur, siège à quelque distance de ce point, un peu plus bas que lui et plus rapproché de la ligne médiane ; elle est constituée par un (ou plusieurs) épaississement nodulaire, dont la taille varie d'une demi-lentille à une grosse lentille, de consistance ferme et parfois cartilagineuse, assez mobile pour que l'on puisse le différencier, en le faisant se déplacer, des tissus avoisinants, assez fixe cependant pour qu'on le sente indépendant de la peau.

Topographiquement, on peut le — ou les — situer sur le trajet du tendon du péronier antérieur, dans cette atmosphère celluleuse lâche à l'abri de la saillie malléolaire, où s'est propagée l'ecchymose. Pour que ce point devienne douloureux (la douleur n'est pas ressentie à chaque mouvement), il faut une contraction musculaire dans la profondeur fournissant un plan résistant et une tension en surface appuyant sur lui.

Dès que sa consistance est devenue ferme, le traitement de choix est le traitement manuel : le soumettre aux excitations mécaniques voulues pour le modifier histologiquement dans un sens favorable et atténuer sa sensibilité par le procédé général des pressions.

Frictions et pressions seront donc combinées suivant l'état de la lésion de façon à obtenir immédiatement après le traitement une sédation suivie d'une réaction modérément douloureuse, 6 à 18 heures après, réaction que l'on devra d'ailleurs voir disparaître de la 3e à la 6e séance en général, époque où commence à s'améliorer la situation.

Les mêmes lésions peuvent apparaître après les entorses, en d'autres régions, le plus souvent au poignet ; il s'agit alors de la région dorsale avoisinant l'apophyse styloïde du cubitus et de la tabatière anatomique. (*Paris médical*, 15 décembre 1923.)

La thérapeutique des chocs dans les maladies mentales.

Jusqu'à ces derniers temps, la pharmacopée empirique constituait presque toute la thérapeutique des maladies mentales ; une réaction légitime se produit et les aliénistes éprouvent la nécessité de pratiquer une thérapeutique nouvelle, conforme aux données de la biologie contemporaine.

Les réactions biologiques que provoque la pénétration des albumines hétérogènes dans l'organisme ont été, en effet, à la base des nouveaux traitements des maladies infectieuses ; elles ont créé la thérapeutique des chocs. Or, la folie, qui peut être à la fois une maladie infectieuse toxique, hérédo-toxique, devait bénéficier des nouvelles recherches de la biologie, qui ont transformé la thérapeutique des maladies physiques.

C'est, dans cet ordre d'idées que Mlle C. Pascal a poursuivi d'intéressantes recherches. Pour produire chez ses malades le choc curateur, elle s'est adressée au nucléinate de soude à hautes doses, à la vaccinothérapie (vaccins antityphiques, antidysentériques, antistaphylococciques ; vaccin de Delbet ; vaccin antivariologique), à la séro- et auto-sérothérapie (liquide céphalo-rachidien), à la colloïdothérapie à la protéinothérapie et surtout à la méthode des abcès de fixation (ouverts et non ouverts). Enfin, elle a noté toutes les modifications du psychisme au cours des maladies infectieuses et des traumtismes : guérisons, améliorations, et insuccès.

Le traitement des maladies mentales par le choc, conclut cet auteur, est susceptible de rendre en psychiatrie de grands services. Il est loin d'avoir une posologie certaine, mais il est intéressant à connaître, en raison de la voie nouvelle qu'il ouvre, et il doit susciter de nouveaux travaux.

En l'état actuel de nos connaissances, malgré les succès inscrits à l'actif de cette thérapeutique, le *choc curateur est un hasard* ; les lois qui règlent les conditions de la guérison nous échappent.

Si les expériences hardies (injections de paludisme, de fièvre tierce, de tuberculine à hautes doses) sont dangereuses entre les mains des praticiens, les chocs produits par des agents plus anodins et à doses non toxiques doivent être employés dans toutes les psychoses *au début*. Le praticien, pas plus que l'aliéniste, n'a pas le droit d'abandonner l'aliéné à la fatalité.

Les résultats les plus efficaces sont obtenus surtout chez les maniaques, les mélancoliques, les confus, les déments précoces, les épileptiques, et dans les psychoses toxi-infectieuses, c'est-à-dire chez les malades dont le processus morbide évolue par poussées et où l'équilibre vago-sympathique subit des variations, qui semblent régler le cycle de leur intermittence.

Dans les agitations violentes et rebelles, la thérapeutique des chocs constitue le traitement de choix ; un résultat même passager présente un grand intérêt.

Les délirants chroniques constitutionnels, les

déments séniles et organiques réagissent exceptionnellement sous l'influence des chocs. Quant à la paralysie générale, elle a actuellement son traitement défini ; la thérapeutique des chocs (injections de lait, abcès de fixation), peut provoquer une suractivité vitale qui multipliera l'action du traitement spécifique. (*La Presse médicale*, 15 mars 1924.)

Etat actuel du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.

D'après P. Brocq et R. Maduro, il semble qu'il faille actuellement, tout en donnant une large préférence aux traitements non sanglants, faire preuve d'éclectisme et accorder aux méthodes chirurgicales une place — encore que restreinte — dans la cure du goitre exophtalmique.

Ces auteurs pensent que les *formes légères et graves* de celui-ci, bien que revendiquées par la plupart des chirurgiens étrangers, sont avant tout justiciables des traitements non sanglants. La radiothérapie, seule ou combinée à l'électrothérapie, paraît bien être la thérapeutique de choix des formes sévères en particulier. Et, d'autre part, il paraît exagéré de soumettre d'emblée à un traitement chirurgical, qui comporte quelques risques, une forme légère. Plus délicate est la conduite à tenir en présence des formes chroniques moins heureusement influencées par les agents physiques ; c'est ici que l'intervention chirurgicale peut se retrouver indiquée ; le problème est alors de décider s'il est préférable d'opérer d'emblée, ou si, comme le croient P. Brocq et R. Maduro, il y a lieu de tenter tout d'abord pendant trois ou quatre mois un traitement par les rayons X ou l'électrothérapie, les premiers présentant le sérieux inconvénient, nié cependant par E.-R. Richardson, d'accroître les difficultés de l'acte opératoire éventuel par la production de tissu fibreux. (*Le Bulletin médical*, 12-15 mars 1924.)

Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques.

Le Dr H. Vignes tire de son observation personnelle et de ses recherches quelques enseignements fort utiles à connaître :

Ceux des accidents syphilitiques qui sont localisés aux organes génitaux et qui sont apparus au cours de la gestation ou peu avant, ont des dimensions exagérées et une durée prolongée. De plus, si le mercure ne modifie pas le chancre, les arsenicaux peuvent abréger sa durée, comme celle des syphilides secondaires, et même les faire disparaître.

Parfois, lors de l'accouchement, ces divers accidents déterminent une friabilité anormale de la région vulvo-péritonéale, qui peut conditionner des solutions de continuité plus ou moins étendues. Le chancre du col utérin peut faire connaître son existence uniquement par des accidents dystociques lors du travail.

Lorsqu'une femme atteinte d'une syphilis récente, devient enceinte, la gestation ne modifie ni le développement, ni la marche des syphilides, qui existent en dehors de la sphère génitale.

Dans certains cas, l'atteinte, que porte la syphilis à l'état général deviendrait plus marquée du fait de la gestation.

Certains auteurs, au cours de ces dernières années, ont émis l'hypothèse qu'une gestation intercurrente pouvait atténuer la gravité d'une syphilis.

Lorsque la syphilis est ancienne, l'influence de la gestation est nulle quant au rappel des accidents locaux, mais il n'est pas impossible que la femme présente, de temps à autre, des accidents d'anémie parfois inquiétants.

On a prétendu que les femmes atteintes de syphilis, patente ou latente, étaient plus exposées que d'autres à l'infection puerpérale ; le fait est douteux, en dehors des accidents génitaux infectés secondaierement.

La femme d'un syphilitique, quand elle ne présente pas d'accidents, a néanmoins les plus grands risques d'avoir une *syphilis latente, sauf* si, du fait du temps, ou mieux d'un traitement intense et rigoureux, l'infection de son mari est stérilisée.

La constatation d'un hydramnios doit faire penser à la possibilité d'une syphilis, sans permettre de l'affirmer.

De même une interruption prématurée de la gestation et surtout la naissance d'un enfant mort sont en faveur d'une syphilis.

Ajoutons enfin que la réaction de Wassermann donne souvent des résultats fort infidèles, quand on la pratique chez la femme enceinte ou sur le sang du cordon.

Ne pas oublier que toute femme en état de gestation, qui présente des accidents ou des antécédents syphilitiques doit être traitée, même si elle a un Wassermann négatif. La gestation n'est pas une contre-indication au traitement, bien loin de là.

Il serait même à souhaiter que le traitement commence avant la procréation et qu'il s'adresse aussi au père, réalisant, comme l'a dit Couvelaire, l'intégralité du traitement familial.

De même, le plus grand nombre des médecins croient désirable de traiter toute femme qui procrée du fait d'un syphilitique, qu'elle présente ou non des accidents.

Ce traitement sera intensif et sans demi-mesure. Il semble pour cela que le mercure soit insuffisant et que l'arsenic intra-veineux donne d'excellents résultats à condition qu'il soit em-

ployé à de hautes doses. Il semble aussi que l'association du mercure à l'arsenic donne des résultats encore meilleurs. L'efficacité du traitement bismuthique est encore en discussion.

Enfin, il convient de soigner les nourrissons nés de parents syphilitiques, ou, tout au moins, de les surveiller de façon très attentive en vue d'un traitement éventuel. (*Paris médical*, 1er mars 1924.)

La myocardite primitive.

C'est un syndrome d'insuffisance cardiaque grave incomplètement réductible, dû à une atteinte profonde et élective de la tonicité du myocarde, apparaissant brusquement, inopinément, en dehors de toute atteinte cardiaque antérieure, à étiologie obscure et imprécise, s'observant pourtant plus habituellement chez les alcooliques, les syphilitiques, les surmenés.

Elle débute, tantôt brusquement, tantôt par une crise angineuse, chez des sujets âgés généralement de plus de 40 ans, et se traduit tout d'abord par de la dyspnée d'effort, de l'asthme nocturne, de la cyanose.

« On se trouve en présence, écrit M. Léon Giroux, d'un sujet fatigué, pâle, aux conjonctives subictériques, présentant à l'auscultation un bruit de galop présystolique et une insuffisance mitrale fonctionnelle, un pouls petit, accéléré, des bruits sourds, à peine perceptibles, une tension basse (10-6), une dilatation générale des cavités cardiaques. »

Là-dessus, apparaissent les symptômes de l'insuffisance cardiaque totale, œdèmes périphériques, hépato-mégalie, oligurie, hydro-thorax droit, pouls irrégulier, extra-systoles, arythmie complète, alternance.

L'amélioration est possible, la guérison n'a jamais été constatée, et la mort est l'aboutissant d'une telle affection en quelques mois, subitement, ou au cours du collapsus cardiaque.

Une forme de myocardite, primitive subaiguë, décrite par Josserand et Gallavardin, s'observe chez des sujets plus jeunes (25 à 30 ans), présentant soudainement de l'anhélation, une embolie cérébrale ou pulmonaire, puis, de l'œdème périmalléolaire, de l'albuminurie, de la congestion passive des bases du poumon... La mort est encore la terminaison de cette affection.

Le traitement comporte l'emploi de l'ouabaïne ou du mélange digitaline-ouabaïne.

Une hygiène sévère, un traitement spécifique, si la syphilis est en cause, seront indiqués. (*La Consultation*, mars 24.)

L'intarvine dans le traitement de l'acidose diabétique

L'intarvine est une graisse synthétique inventée en Amérique, et qui permettrait d'alimenter les diabétiques, en les mettant à l'abri de l'acidose. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche, d'aspect crémeux, sans saveur ni odeur, neutre, de conservation très longue ; elle s'administre à la dose de 3 cuillerées à soupe par jour, pure ou mélangée à de la crème, de la salade, du café.

M. Lyonnet, qui a pu l'expérimenter, expose d'abord quel est le mécanisme de la transformation et de la destruction des corps gras dans l'organisme. Ces corps gras, à nombre pair d'atomes de carbone, passent par une série de transformations au cours desquelles apparaissent de l'acide butyrique, de l'acide oxybutyrique, de l'acide diacétique, de l'acétone, corps éminemment toxique pour le diabétique. Si le corps gras a un nombre impair d'atomes de carbone, cette transformation ne s'effectue pas. L'intarvine se trouve précisément dans ce cas : c'est un glycéryl-margarate, formé d'une combinaison de l'acide margarique avec la glycérine.

« Cette graisse artificielle, renfermant un nombre impair d'atomes de carbone, échappant aux étapes où se produisent les corps acétoniques est donc incapable de contribuer à l'acidose du diabétique. »

Le gros obstacle à l'emploi de ce produit en France est son prix élevé : 450 grammes d'intarvine coûteraient environ 234 francs (*Lyon Médical*, 23 mars 24.)

Fractures de la base du crâne et atrophie du nerf optique

Voici les conclusions d'un travail très complet de M. Piquard, sur cette intéressante question :

« 1° Un traumatisme même léger (coup de poing) peut entraîner l'apparition d'une atrophie optique.

« 2° Les constatations cliniques nous amènent à penser que la fréquence des atrophies optiques dues aux fractures de la base du crâne est peu considérable.

« 3° Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de signes de fracture de la base du crâne, nous ne pouvons en conclure qu'il y aura ou qu'il n'y aura pas atrophie optique.

« 4° L'examen du fond de l'œil est généralement négatif de suite après le traumatisme.

« Les lésions qu'il nous indique plus tard ne peuvent nous permettre en aucune façon de juger l'intensité du trouble visuel. La vision peut rester satisfaisante et la papille avoir l'aspect atrophique le plus typique.

« 5° Le réflexe pupillaire est le véritable signe du trouble de la vision. Son abolition indique l'amaurose et son atténuation la diminution de l'acuité visuelle (pour le rechercher, ne jamais négliger la réaction de contrôle fournie par le réflexe consensuel).

« 6° Le réflexe pupillaire évolue parallèle-

ment au trouble visuel, devenant de plus en plus net à mesure que la vision s'améliore.

« 7° Au point de vue médico-légal, le réflexe pupillaire nous permettra d'affirmer le trouble de la vision et d'évaluer approximativement l'intensité de ce trouble.

« 8° La radiographie est un examen dont le résultat positif peut contribuer à faire poser le diagnostic en quelque sorte rétrospectif de la lésion ; un résultat négatif ne pouvant en aucune façon servir à prouver l'absence de fracture de la base du crâne ayant pu retentir sur le nerf optique.

« 9° L'ophtalmoscope pourra nous permettre de rattacher la lésion optique au traumatisme lorsque le blessé sera observé de suite après l'accident.

« 10° Importance de la recherche systématique et à la portée de tous, dans tous les cas de fracture du crâne, du réflexe pupillaire suivi de l'examen ophtalmoscopique. » (*Strasbourg Médical*, 20 mars 24.)

Les Sociétés Savantes

Les ombres en relief.

(M. Hanriot. — *Académie de médecine* ; 15-4-1924.)

Il y a quelques semaines l'Académie assistait au déshabillé d'une jeune femme qui exécuta, devant nos maîtres, une démonstration de gymnastique abdomino-intestinale hygiénique. Aujourd'hui, c'est le Music-hall qui est admis dans l'amphithéâtre académique, music-hall présenté par M. Hanriot et représenté par M. Fréjol. L'Académie devient tout à fait *up to date* et c'est un signe des temps auquel on ne saurait qu'applaudir.

M. Hanriot, dans une communication sur la perception de la distance et du relief, signale l'intérêt scientifique du spectacle dit des « ombres en relief » offert par deux établissements parisiens : le Casino de Paris et les Folies-Bergère. Nous ne dirons rien du spectacle lui-même que nombre de nos confrères connaissent, sans doute.

Les ombres en relief s'appuient sur deux vues stéréoscopiques d'un même objet, l'une en vert, l'autre en rouge, que l'on superpose. Les regardant avec un lorgnon dont un verre est coloré en rouge, l'autre en vert, chaque œil ne perçoit que le dessin de la couleur du verre dont il est armé, et l'on a finalement une image unique qui paraît dans l'espace, comme pour le stéréoscope.

Le rôle de la contagion familiale dans la tuberculose de l'enfant.

(M. Armand-Delille et Mlle Famin ; *Académie de médecine* ; 15-4-1924.)

Les enquêtes faites dans les dispensaires ou les hôpitaux de tuberculeux montrent la grande fréquence de la tuberculose infantile dans les familles où l'un des parents est atteint de bacillose ouverte. Le prof. Calmette a donné le chiffre de 67 pour 100 d'enfants, vivant dans ces conditions, contaminés.

Sur 215 cas de tuberculose pulmonaire chez les enfants, M. Armand-Delille a trouvé 140 cas dans lesquels un contact prolongé avait eu lieu dans le milieu familial avec un sujet bacillifère avéré.

Comme conclusion générale, l'auteur montre qu'en présence d'une tuberculose infantile, on doit déduire qu'il existe ou qu'il a existé autour du petit malade un parent atteint de bacillose ouverte. Il serait nécessaire, chaque fois où l'on observe chez l'enfant une forme quelconque de tuberculose, pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale et également osseuse, de faire une enquête attentive dans l'entourage *familial*, afin d'y déceler le porteur de germe et de prévenir d'autres contaminations.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

(M. Auvray. — *Académie de médecine* ; 15-4-1924.)

M. Auvray publieune statistique des cas d'infection puerpérale grave traités par l'hystérectomie dans son service de l'hôpital Laënnec, depuis 1920.

Depuis 4 ans, M. Auvray a pratiqué (ou fait pratiquer par ses assistants, M. Cadenat et M. Sauvé) neuf fois l'hystérectomie pour des infections puerpérales ayant résisté aux autres thérapeutiques. Habituellement, il s'agissait de cas compliqués, d'utérus cancéreux, fibromateux, etc. Les résultats ont été les suivants. Sur neuf opérées, il y eut six morts et trois guérisons, obtenues non sans peine, d'ailleurs, les malades ayant dû faire un long séjour à l'hôpital.

L'auteur considère l'hystérectomie comme une arme puissante pour combattre l'infection puerpérale dans ses formes rebelles. Elle peut permettre de sauver des infectées vouées sans elle à une mort certaine. En intervenant pas trop tardivement, les résultats seraient sensiblement améliorés.

La syphilis de l'œsophage.

(M. Guisez. — *Académie de médecine* ; 15-4-1924.)

La syphilis de l'œsophage a été considérée d'une façon générale comme assez rare. Avec les moyens d'exploration directe du tube œsophagien dont nous disposons aujourd'hui (radioscopie, œsophagoscopie), cette opinion doit-elle être modifiée ? M. Guisez, dont l'expérience sur ce sujet est grande et déjà ancienne, ne le croit pas. La syphilis, vue dans

le tube d'examen direct, apparaît aussi plutôt exceptionnelle. Nombre de sténoses de l'œsophage, même quand elles surviennent chez les syphilitiques, ont une étiologie tout autre et relèvent de troubles nettement inflammatoires. C'est le spasme qui amène la stase, l'œsophagite et la stricture inflammatoire consécutive.

En résumé, l'œsophage serait un des organes les moins atteints par les lésions syphilitiques. La syphilis n'aime pas l'œsophage. Il est bon d'être prévenu de cette particularité pour ne pas faire fond sur la spécificité dans le diagnostic différentiel des sténoses de ce conduit, instituer et surtout prolonger un traitement qui, chez des malades cachectiques, peut avoir des inconvénients. La plupart des cas publiés comme syphilitiques ne sont que des rétrécissements inflammatoires simples, affection qui se montre beaucoup plus commune maintenant que l'on sait mieux la distinguer.

Les plaques de leucoplasie ne sont pas rares, il est vrai, sur la muqueuse œsophagienne. On sait le rôle de la syphilis dans celles-ci et, à ce point de vue, la spécificité peut intervenir parfois dans la génèse du cancer de l'œsophage.

Vaccination anti-typhique « per os ».

(M. A. Gauthier. — *Académie de médecine* ; 15-4-24.)

Il y a trois mois, M. Gauthier communiquait à l'Académie les résultats de ses tentatives de vaccination par voie digestive contre la dysentérie bacillaire. Aujourd'hui, il présente une étude analogue de vaccination anti-typhique *per os*. Les observations de l'auteur l'ont conduit à conclure ainsi :

La période des essais en la matière, quoique encourageante, est loin d'être close. Dès à présent, néanmoins, il semble que, sans engager sa responsabilité à la légère, on puisse conseiller, dans telle ou telle collectivité où sévirait une épidémie de fièvre typhoïde, l'emploi préventif des vaccins buccaux.

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine.

(M. Comby. — *Société médicale des hôpitaux* ; 7-3-24.)

Revenant sur le traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections épidurales de lipiodol préconisées par M. Sicard, M. Comby fait connaître la thérapeutique à laquelle il a recours dans cette affection.

Des traitements nombreux, dit-il, ont réussi et... ont échoué ! Trousseau a vanté la belladone à doses fortes, et la strychnine. On a utilisé les stupéfiants, l'opium, les bromures, l'antipyrine (prise le soir), l'acide phosphorique, le camphre, la suggestion, l'opothérapie thyroïdienne, la faradisation du col de la vessie (Guyon), les injections épidurales de sérum cocaïné, la laminectomie (Delbet et Léri), etc.

En réalité, il n'y a pas une incontinence mais des incontinents, avec tout l'imprévu de leurs tempéraments et de leurs formes morbides. D'où, les succès obtenus par les médications les plus opposées. Tout réussit ou tout échoue suivant les circonstances et les hasards des séries. Après 40 ans de pratique médicale infantile, M. Comby s'est arrêté à la cure suivante :

1° Vie au grand air, sans excitation psychique ni fatigue physique. Le changement d'air peut couper court, du moins pour un temps, à l'incontinence ;

2° Alimentation plutôt végétarienne ; pas de boissons fermentées, ni de café. Repas sec le soir ;

3° Hydrothérapie, douches tièdes, drap mouillé, frictions sèches ;

4° Prendre, en se couchant, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, V gouttes de :

Sulfate d'atropine........	1 centigramme
Eau bouillie...............	10 gr.

Augmenter d'une goutte chaque soir jusqu'à X, XV et XX, suivant l'âge et la tolérance. S'arrêter s'il y a des troubles de la vue, de la dysphagie. Sinon, continuer à la dose de X, XV, XX gouttes par jour, jusqu'à la fin du flacon.

Si l'incontinence ne cède pas à l'atropine, prescrire la solution de Joulie, recommandée par Zuber :

Acide phosphorique officinal....	17 gr.
Phosphate de soude............	34 gr.
Eau distillée..................	250 gr.

A prendre par cuillerées à café ou à dessert suivant l'âge, trois fois par jour, avant le repas.

Sérothérapie dans la gangrène pulmonaire.

(MM. Leconte et Yacoel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-3-1924.)

MM. Leconte et Yacoel viennent d'observer un cas de gangrène pulmonaire qui a guéri après emploi de la sérothérapie anti-gangréneuse. L'observation de ce malade a offert un autre point intéressant : à savoir, une intensité exceptionnelle de la réaction ganglionnaire sérique. Normalement, l'adénite des accidents sériques est des plus modérées. Ici se produisit une véritable explosion ganglionnaire : adénopathie axillaire, sus-claviculaire, inguino-fémorale, etc. A l'habitude, les adénites de cet ordre sont locales : sous-maxillaires par exemple, après injection de sérum anti-diphtérique.

Pour ce qui concerne l'efficacité de la sérothérapie anti-gangréneuse observée chez leur patient, les auteurs pensent qu'elle a été favorisée par la précocité de l'intervention.

— M. Julien Huber a vu de bons effets de la sérothérapie anti-gangréneuse associée à la sérothérapie anti-streptococcique chez un bacillaire atteint de bronchectasie ancienne.

— M. Dufour a toujours recours à la sérothérapie anti-gangréneuse en présence d'une gangrène pulmonaire. Mais, on n'obtient pas chaque fois un succès thérapeutique. Il faut s'adresser, alors, sans trop attendre, à une autre médication. Dans un cas

qui allait en s'aggravant malgré le sérum, l'auteur a obtenu la guérison avec les injections intra-veineuses d'iodaseptine, faites quotidiennement à la dose de 5 cent. cubes. La médication doit donc être éclectique.

Orchi-épididymite sérique.

(MM. Louis GUINON et LAMY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-3-1924.)

Les accidents de la sérothérapie sont assez variés. L'orchi-épididymite ne semble pas avoir été fréquemment rencontrée. M. Guinon en signale deux observations, concernant des enfants atteints de méningite cérébro-spinale qui offrirent, après une semaine de traitement par le sérum, un ensemble de troubles sériques : érythème, arthralgies, adénopathies cervicales et inguinales, et orchi-épididymite.

Deux cas, déjà, d'orchi-épididymite de cette nature ont été publiés, l'un par M. Blechmann (cas *princeps*, 1924), l'autre par M. Carrieu.

L'orchi-épididymite doit donc être ajoutée à la liste déjà longue des accidents sériques. Elle constitue un phénomène pénible, mais sans gravité.

P. L.

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

L. DEMELIN et L. DEVRAIGNE. — **Manuel de l'accoucheur.** Un volume in-8° raisin de 1515 pages, **avec 465 figures dans le texte : 68 fr. nets.**

Les deux maîtres parisiens, qui ont déjà donné au public médical, en 1921, le « Manuel de puériculture », viennent de faire paraître son complément naturel et un ouvrage aussi substantiel que richement illustré, en dépit des difficultés de l'heure présente.

Intermédiaire aux volumineux traités à l'usage des spécialistes et aux précis écrits en vue de la préparation des examens, cet ouvrage s'adresse avant tout aux praticiens, spécialisés ou non.

Œuvre très personnelle, les sujets y sont présentés selon un plan assez différent de la forme habituelle, en s'inspirant d'abord du côté clinique des sujets, tel ce livre II consacré au seuil de la dystocie.

Les opinions et les procédés décrits avec le plus de détails sont ceux qui résultent de l'observation des auteurs eux-mêmes et dont l'expérience leur a montré la supériorité. Mais très éclectiques, ils ont pris leur bien partout où ils l'ont trouvé, quitte à rendre justice à qui de droit. Par là, ils appartiennent à l'école française, sans distinction d'école, de ville ou de chapelle.

Aussi, ce manuel convient-il tout ensemble à l'homme de l'art, pour lequel les mises au point évitent des recherches et de longues lectures, aussi bien qu'aux candidats aux diverses épreuves universitaires, assurés d'y trouver matière aux réponses traditionnellement attendues.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

Dr Paul CARNOT et Marcel LABBÉ, LEREBOULLET, PAGNIEZ, RATHERY, professeurs et professeurs agrégés à la Faculté de médecine, JOSUÉ, médecin des hôpitaux. — **Cours de thérapeutique. Les problèmes actuels de diététique.** Un vol. in-8° de 184 pages, 1923. Prix : 8 francs.

Ce cours traite des processus d'équilibration nutritive.

M. CARNOT étud e les régimes d'équilibre nutriti (recettes = dépenses), les régimes de suralimentation (recettes > dépenses), les régimes de restriction (recettes < dépenses). Il expose ce qu'ils doivent être et quelles sont leurs indications : régime de suralimentation des inanitiés, des convalescents, des tuberculeux, des maigres. Régime de restriction des maladies infectieuses aiguës, de désintoxication, de jeûne contre l'acidose, cures de réduction.

M. RATHERY traite des régimes de l'acidose ; après avoir défini l'acidose, après avoir indiqué comment on la reconnaît, il expose les différentes cures de pommes de terre, d'avoine, de farine, de légumes secs, lactés, de Guelpa, d'Allen, de jeûne, de restriction graisseuse et azotée, et il termine par le régime à conseiller.

Dans un autre chapitre, M. Rathery expose les maladies par carence ; et, après avoir passé en revue les vitamines A. B. C., il indique le régime de chaque avitaminose.

Puis, voici l'étude des régimes de croissance par M. LEREBOULLET, en commençant par l'alimentation de croissance du nourrisson, de sevrage, en continuant par le régime de croissance de 2 à 15 ans, par le régime de puberté.

M. JOSUÉ termine cette évolution des régimes selon les âges, par l'exposé des régimes du vieillard.

L'anaphylaxie alimentaire et ses conséquences diététiques sont étudiées par M. PAGNIEZ.

Enfin l'ouvrage se termine par une question toute nouvelle : la cuisine de régime envisagée chez soi, dans les maisons de régime, les hôtels de régime, les hôpitaux, les stations hydrominérales, les infirmières de régime.

Elle est traitée par M. LABBÉ, qui a déjà tant fait pour donner à cette question l'essor nécessaire. Cet exposé est tout à fait au point des dernières nouveautés, de tout ce qui se fait aujourd'hui, et même de ce qui se fera demain, quand le public sera bien pénétré de l'importance qu'il y a à appliquer un régime de façon complète, et non de principe.

Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e

P. Lecène, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Wolfromm. — **Cancers du rein, de la glande surrénale et des voies urinaires supérieures,** *in* Bibliothèque du cancer publiée sous la direction des Pr H. Hartmann et L. Bérard. Un volume in-8o de 212 pages avec 32 figures, 1923, Prix : 15 francs.

Quelle place convient-il d'assigner aux tumeurs d'origine surrénale, aux « hypernéphromes » parmi les tumeurs primitives du rein ? Est-il possible d'apporter un peu de clarté dans l'étude des tumeurs primitives de la glande surrénale, en distinguant celles du cortex, et celles de la substance médullaire de cet organe ? Quel appoint au diagnostic apporte l'emploi des méthodes modernes d'investigation, telles que la radiographie, le cathétérisme des uretères, les dosages d'adrénaline dans le sang ? Quelles peuvent être les curieuses relations qui existent entre le système génital et les glandes surrénales, puisque des caractères sexuels secondaires peuvent apparaître prématurément en même temps que des tumeurs des glandes surrénales et regresser lors de l'ablation de ces tumeurs ? Quelle est la valeur exacte du traitement chirurgical de ces tumeurs, et quel est celui qu'il faut leur appliquer de préférence ?

Telles sont, à côté des faits classiques, de la séméiologie et du diagnostic de ces tumeurs, les questions particulières dont traitent les auteurs, sans toutefois qu'il leur soit possible de toutes les résoudre, puisque nous ne connaissons pas encore la nature intime du cancer et sa cause véritable.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Dr Foveau de Courmelles. — **La radio-anaphylaxie.** Une brochure in-8o, 43 pages, 1923. Prix : 2 francs.

Ce travail pourrait avoir comme sous-titre : sensibilisation et désensibilisation des choses et des gens par les radiations.

Les radiations sont de divers ordres : lumineuses électriques, calorifiques, avec des longueurs d'onde différentes. Elles réagissent diversement sur notre organisme, soit en orientant les courants électriques existants ou produits par la digestion, les oxydations, soit par les modifications produites dans nos colloïdes, soit par les actions chimiques sur les cellules nerveuses, et déjà étudiées dans cette science nouvelle qu'est l'anaphylaxie.

Les phénomènes radio-anaphylactiques sont indéniables, bien qu'encore peu signalés ; ils vont, comme dans les autres domaines de l'anaphylaxie alimentaire ou médicamenteuse, de menus incidents, accidents, parfois inappréciables, jusqu'à un ensemble de troubles émouvants, voire dramatiques et même mortels ; en ces derniers cas, c'est le *choc*. En matière de radiations, il est souvent difficile de différencier leur action accumulatrice, le phénomène morbide apparaissant parfois tout à coup à la façon d'un choc.

La radio-anaphylaxie est une voie nouvelle étudiant mieux les diverses lumières et leurs actions curatives, en maintes affections morbides encore à déterminer. Grâce à elle, l'immunisation des radiologues sera peut-être, un jour, réalisée !

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Pr Lejars. — **Un hôpital militaire à Paris pendant la guerre. Villemin 1914-1919.** (Un volume 364 pages, 1923. Prix : 10 fr.).

Un officier de complément (désirant que son nom soit oublié) sert, pendant près de cinq ans, comme chirurgien et comme médecin chef, dans un hôpital militaire ; il se donne sans partage à ces fonctions, qu'il n'interrompt que pour de nombreuses missions à l'avant. Sans idée préconçue, sans parti pris, il expose librement la vie qu'il a vécue, ce qu'il a observé, et ce qui ressort, pour lui, de cette longue expérience.

Ce livre-témoin, tout imprégné d'esprit pratique, bourré de faits et d'anecdotes, est un document qu'il faut lire, et qui ne s'adresse pas seulement aux médecins, mais à tous ceux qui s'intéressent encore aux souvenirs de la guerre, et qui pensent à l'avenir.

Tout naturellement, les premiers chapitres sont consacrés à l'histoire médico-chirurgicale de cet hôpital militaire Villemin, « déclassé » depuis 22 ans, où n'en devaient pas moins être traités, au cours de la campagne, 30.546 officiers, sous-officiers et soldats, avec une mortalité de 2.77 %.

Mais, après cet exposé technique, tout le reste est de lecture attachante et facile pour tous, et l'on y trouvera de curieux et intéressants chapitres sur les hôpitaux auxiliaires, sur les infirmières, sur les « papiers », sur la vie d'un grand hôpital militaire en temps de guerre.

L'histoire de Paris en 1918, lors des bombardements et des grands arrivages de blessés, est tracée dans un raccourci saisissant, où toutes les mesures de protection et de prompt secours sont relatées avec une précision journalière.

Enfin, si les histoires vécues abondent tout au long du livre, il se termine par une série de « souvenirs », de plaquettes mouvantes, sur les visites de Galliéni et de Clemenceau, sur les décorations « d'urgence », sur le « suivant des morts », etc.

Et pour conclure, M. Lejars insiste sur la nécessité d'une fusion, d'une collaboration intime, en temps de paix, et pour préparer la guerre, des officiers du cadre actif et des officiers de complément.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Médecine de soins. — Médecine de contrôle. — Vœu du professeur Balthazard. — L'Académie est en retard.

Nous lisons, dans *Le Scalpel* du 1er mars dernier, les lignes suggestives suivantes : « Un professeur de la Faculté de médecine ne doit pas limiter son enseignement à la leçon clinique ou à l'enseignement théorique. Il doit former des médecins, c'est-à-dire des hommes dont on exigera des qualités d'endurance, de patience, une moralité qui doit être, chaque jour, citée en exemple. Il est bon que chaque jour apporte sa pierre à l'édification du temple austère de la médecine, et s'il est quelque lieu où la préparation peut être soignée, c'est bien sous les colonnes de l'*alma mater* ».

Or, pour cette formation morale du futur praticien, il importe que le professeur se mêle au mouvement professionnel de son époque, qu'il sorte de sa tour d'ivoire, et que, faisant trêve quelquefois à ses principales préoccupations pédagogiques, il entre en contact avec le Corps médical.

Certains l'ont parfaitement compris, dont je me plaisais à citer les noms il y a quelque temps, les Delmas, de Montpellier ; les Vanverts, de Lille ; les Verger, de Bordeaux ; les Balthazard, de Paris, et d'autres sans doute, que j'oublie.

Le professeur Balthazard, en particulier, n'a pas craint de déchoir, en exposant, dans l'amphithéâtre de la Faculté de Paris, ses conceptions en matière syndicaliste. Il n'a pas hésité à proclamer l'utilité et la légitimité du Syndicat médical. Nous avons reproduit en son temps, cette intéressante conférence, dont le sujet nous avait surpris et charmés, encore que nous ne soyons pas toujours exactement d'accord avec le distingué professeur.

Ne se contentant pas de donner ainsi publiquement un exemple qui gagnerait à être suivi, il entend intéresser ses pairs aux grands problèmes de la médecine sociale, et il vient de saisir l'Académie de médecine de l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur ou expert.

Voici sa communication intégrale à la séance du 25 mars dernier, dont mon ami Lacroix a déjà donné un résumé dans son compte rendu hebdomadaire des Sociétés Savantes.

Un grand nombre d'entreprises privées et d'administrations tendent actuellement à remplacer une partie du salaire qu'elles doivent à leurs employés par une assurance contre les risques de maladie. Elles leur garantissent entre autres avantages les soins médicaux. Le législateur est entré également dans cette voie en assurant les soins médicaux gratuits aux ouvriers victimes d'accidents du travail et de certaines maladies professionnelles, aux mutilés de la guerre ; il se propose même d'imposer au tiers de la population française l'assurance obligatoire contre la maladie.

On ne peut que se féliciter de voir adopter des dispositions qui, en diminuant le nombre des imprévoyants et des indigents, enlèvera à l'Assistance publique une partie des lourdes charges lui incombant actuellement. Les économies ainsi réalisées pourront utilement être versées au budget de l'hygiène préventive.

Toutefois, il importe de ne pas se départir dans l'organisation des soins médicaux des règles qui assurent le respect du secret professionnel et permettent au médecin traitant de rester le défenseur naturel de son malade lorsqu'un conflit s'élève au sujet de sa maladie.

Or, dans un certain nombre d'administrations et même dans le projet de loi sur les assurances-maladies, on prétend imposer au médecin le double rôle de médecin traitant et de médecin contrôleur.

C'est ainsi que, dans le règlement organisant les soins médicaux pour le personnel civil d'une grande administration de l'Etat, nous trouvons un article ainsi conçu : « les médecins de l'administration, qu'ils soient civils ou militaires, ont deux rôles essentiellement distincts à remplir : ils sont tout à la fois médecins traitants et médecins de contrôle. Ils ne doivent donc pas perdre de vue que l'une de leurs obligations essentielles est de prévenir et d'empêcher les abus en matière d'absence sous prétexte de maladie ».

Ainsi, l'administration admet que les deux rôles de médecin traitant et de médecin contrôleur sont essentiellement distincts, et elle n'hésite cependant pas à les offrir en cumul au même médecin.

Cette pratique est incompatible avec le respect du secret professionnel, puisque le médecin traitant se trouve dans l'obligation de renseigner l'administra-

tion sur les causes de la maladie ; le règlement précité impose en effet au médecin l'envoi au directeur de l'établissement d'une fiche portant le diagnostic de la maladie, ainsi que tous renseignements utiles en cas de discussion sur la durée de cette maladie.

Il faut bien penser d'ailleurs que l'organisation des soins médicaux gratuits est susceptible de provoquer des conflits nombreux entre l'administration, soucieuse d'éviter d'onéreux abus, et l'ouvrier, persuadé qu'il n'est pas encore en état de reprendre son travail. Dans ces conflits, il est indispensable que les intérêts du malade soient défendus à l'égal de ceux de l'administration ; seul le médecin traitant est qualifié pour défendre le malade. Comment admettre qu'un médecin, payé par une administration, puisse s'ériger en arbitre entre l'administration et le malade à qui il a donné ses soins !

Le projet de loi sur les assurances sociales n'évite pas ces regrettables errements. Nous nous étonnons de trouver sous la plume du rapporteur, qui est pourtant un médecin, la phrase suivante : « Désormais, l'esprit d'observation, la sagacité du médecin, au lieu de s'exercer uniquement sur la maladie, s'étendront à toute une psychologie spéciale. Sans cesse il devra se rappeler que la bienveillance naturelle dans l'exercice de sa profession peut devenir onéreuse pour la collectivité assurée et, en définitive, pour l'assuré lui-même ; il aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie, de rendre les malades au travail dans le plus bref délai possible. »

Quelles sont donc les difficultés qui obligent à confondre deux fonctions aussi distinctes que celles du médecin traitant et celles du médecin contrôleur ou du médecin expert ? Il n'en existe aucune.

Des administrations privées ou publiques ont parfaitement réalisé la distinction (Société du Gaz, Préfecture de police, Assistance publique à Paris, etc.) ; le malade est soigné par le médecin de son choix, il est contrôlé par un autre médecin qu'envoie l'administration, qui a assuré la charge des soins médicaux.

Le législateur lui-même a parfaitement organisé le contrôle médical des soins donnés aux ouvriers victimes d'accidents du travail, indépendamment du traitement, par l'article 4 de la loi du 8 avril 1898 ; il en a été de même pour les mutilés de guerre, par l'article 64 de la loi des pensions, modifié à cet effet par la loi du 21 juillet 1922 et le décret du 25 octobre 1922.

C'est d'ailleurs une jurisprudence établie devant les tribunaux que le médecin traitant ne puisse être choisi, non plus que le médecin du patron, comme médecin expert dans les litiges que soulève l'application de la loi sur les accidents du travail.

L'Académie de médecine, gardienne des traditions qui font l'honneur de la médecine française, a le devoir de jeter un cri d'alarme qui mette fin à des pratiques ayant pour effet de détruire la confiance que le malade doit avoir dans son médecin et qui, par contre-coup, aboutiraient à rien mions qu'à diminuer l'indépendance et la dignité du médecin.

Je propose donc à notre Compagnie de rappeler le principe suivant :

« *L'Académie de Médecine, s'inspirant de l'intérêt des malades, qui doivent trouver en leurs médecins leurs défenseurs naturels, et soucieuse du respect du secret médical, rappelle que, dans toute organisation de soins médicaux, on doit considérer le rôle de médecin traitant comme incompatible avec celui de médecin contrôleur ou expert.* »

***

Le cri d'alarme que M. Balthazard demande à l'Académie de pousser est loin d'être une nouveauté. Il y a dix ans qu'il a résonné, tant dans nos colonnes qu'au Congrès des Praticiens de 1914. Il est regrettable que M. Balthazard n'ait pas songé à feuilleter la collection du *Concours médical* du premier semestre de cette année, qui devait si mal finir. Il y aurait trouvé ample matière pour sa documentation.

C'est d'abord un article, — le dernier qu'il ait écrit à la fin de sa vie, si bien remplie, — de notre regretté directeur, le Dr Jeanne, paru dans le numéro du 8 janvier 1914. En voici la conclusion : « *Pour le double mandat individuel et social, il faut des hommes différents, quoique tous médecins ; les uns seront médecins traitants, les autres seront des fonctionnaires docteurs en médecine* ».

Le 31 mai, j'écrivais moi-même ce qui suit :

Non, voyez-vous, les soins et le contrôle réunis dans la même main, les intérêts du malade et les intérêts de la collectivité publique ou privée à laquelle il appartient, et qui sont souvent en opposition, confiés simultanément au même médecin, à cet être hybride, à cet homme au double collet, à ce Janus au double visage, cela représente une telle antinomie, un tel défi au bon sens et à la logique, qu'il nous semble que rien qu'à formuler de telles erreurs, tous les confrères qui, aujourd'hui encore, ceignent ce double tablier, vont se lever comme un seul homme, touchés par la grâce, ayant enfin trouvé leur chemin de Damas, afin d'opter définitivement pour l'un ou l'autre du double rôle qu'ils remplissent, et renoncer ainsi à poursuivre la solution d'un problème insoluble.

Le 21 juin 1914, nous rendions compte du Congrès des Praticiens qui venait de se tenir avec un succès sans précédent, et nous soulignions les conclusions du rapport de Le Fur, qui étaient d'accord avec tout ce que, les uns ou les autres, nous avions avancé à ce propos. A l'assemblée générale de la Société civile du *Concours médical* de novembre 1913, nous avions fait adopter, en effet, le vœu suivant : « *Il y a incompatibilité absolue, radicale, inévitable, d'une part, entre le rôle du médecin traitant librement choisi par l'individu et sa famille, et, d'autre part, l'exercice d'un mandat de surveillance, de vérification, de contrôle, confié, par des tiers quelconques, au*

médecin traitant contre cet individu ou cette famille ».

Qu'avait donc voté le Congrès à son tour ?

Il y a lieu de proclamer l'incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et de médecin fonctionnaire ou contrôleur, le premier n'ayant à s'occuper que de ses malades et ignorant l'administration, le second ne pouvant sous aucun prétexte donner ses soins aux malades et faire en conséquence de clientèle.

Ces faits sont vieux de dix ans ! Or, lisez le texte du vœu exprimé par le professeur Balthazard, ne diriez-vous pas qu'il est calqué, au moins dans le fond, sur ceux que je viens de rappeler ?

Je suis bien sûr qu'il n'en a pas eu connaissance, car, étant donnés son caractère bien connu et sa parfaite droiture, je ne doute pas qu'il n'aurait pas manqué, dans l'historique qui s'imposait, de rappeler de tels précédents.

En complétant ainsi sa documentation, je ne cherche nullement à réclamer le tribut dû à César. Mais, je me permets de lui signaler respectueusement que les sources ont du bon, et qu'il y a souvent intérêt à y remonter.

Cette mise au point s'imposait. Elle prouve à quel point les confrères que nous parons du titre de Maîtres ont intérêt, ainsi que je l'écrivais en commençant, à se frotter aux modestes praticiens que nous sommes.

Mais, sans revendiquer, en faveur des praticiens du *Concours médical* et du Congrès de 1914, une priorité qui ne se discute pas, je ne puis que féliciter l'Académie de Médecine de reprendre pour son compte la discussion d'un problème professionnel qui acquerrait une importance considérable, si jamais la loi des assurances sociales prétendait faire une obligation aux médecins traitants d'être en même temps les contrôleurs de leurs propres malades, pour le profit des Caisses.

G. Duchesne.

R. H. M. S. : 5756.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

L'ŒUVRE D'INTERÉCHANGE SCIENTIFIQUE DE L'UMFIA OU UNION-MÉDICA-IBERO-AMERICANA PENDANT LA PÉRIODE DE PAQUES

Voyage du Professeur Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone et du Professeur Suner, de Madrid, en France. Voyage du docteur V. Pauchet en Espagne. Cité universitaire française à *Paris* et *Cité universitaire espagnole de l'Alcazar à Séville. Approbation* et soutien de l'œuvre de rapprochement médical franco-hispanique par S.E. l'Ambassadeur de France à Madrid.

Par Dartigues,

Président-fondateur de l'Union médico-franco--ibéro-américaine.

Les vacances de Pâques étaient une occasion de plus grande liberté et, par conséquent, propice aux voyages scientifiques à l'étranger.

L'U.M.F.I.A. ou Union médica-franco-ibéro-americana a mis à profit cette période pour prendre l'initiative de faire venir quelques sommités médicales d'Espagne à Paris, et d'envoyer, chez nos voisins d'au-delà des Pyrénées, un des nôtres dont la présence là-bas ne pouvait qu'ajouter au lustre de la science française.

Le professeur Martinez Vargas, un des hommes les plus éminents de la science médicale espagnole, recteur de l'Université de Barcelone, professeur de Pédiatrie à la Faculté de médecine de Barcelone, et le professeur Suner, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Madrid, ont bien voulu répondre à notre appel et faire à Paris des conférences sur leur spécialité.

Ils ont été reçus à la gare (comme ils le font pour nous en Espagne), par le Dr Bandelac de Pariente, médecin du consulat général d'Espagne à Paris, vice-président de l'U. M. F. I. A., et par le Dr Mathé, secrétaire général de l' U. M. F. I. A.

Le professeur Nobécourt, professeur des maladies infantiles à la Faculté de médecine de Paris, membre d'honneur de l'U. M. F. I. A., a invité le Pr Vargas membre d'honneur aussi de l'U. M. F. I. A., et le Pr Suner à venir faire leurs conférences dans sa belle clinique de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le Pr Nobécourt, universellement connu pour ses beaux travaux scientifiques et ses livres si lumineux et si généralement appréciés des praticiens, à cause de leur caractère de simplicité pratique, clinique et thérapeutique, a souhaité la bienvenue à ses deux éminents collègues qui sont ceux qui ont le plus de prestige au point de vue pédiatrie en Espagne.

Le professeur Vargas a fait deux conférences sur « *L'arthritisme infantile* », et le professeur Suner une conférence sur « *la sténose pylorique chez le nourrisson* ». Disons en passant que le Pr Suner vient de faire paraître en français en

même temps qu'en espagnol un magnifique traité de Pédiatrie.

Plus de 250 auditeurs se pressaient dans l'amphithéâtre. Ces belles réunions scientifiques furent présidées par notre très distingué doyen de la Faculté, le Pr Roger, membre d'honneur de la U. M. F. I. A., également, et qu'on sait dévoué, d'une façon si éclairée et si active, à toutes les manifestations qui peuvent établir des liens amicaux en même temps que scientifiques avec les pays de langue espagnole. De nombreux docteurs espagnols et américains du Centre et du Sud assistèrent à ces instructives leçons ; on put même distinguer mêlés à eux, les professeurs agrégés Legry, Lereboullet et Villaret, le marquis de Faura, ministre d'Espagne en représentation de l'Ambassadeur, S. A. R. le prince don Jaime de Bourbon, les docteurs Bandelac de Pariente, Mathé, Maillet, Mathieu, Tomas Perez Bru, président du Colegio de Médicos de Albacete, Trias, Ledesma, Angulo, etc., etc.

Mercredi dernier, sous la conduite du doyen Roger et du Pr Nobécourt, les professeurs Vargas et Suner, accompagnés d'un grand nombre de médecins d'Espagne et d'Amérique du Sud, visitèrent le Centre de convalescence pour les enfants de l'Assistance publique, créé par Mme Parquet qui a consacré un million à cette œuvre. L'établissement, installé dans l'île de la Jatte, est merveilleux ; il est disposé en pavillons qui peuvent abriter 120 enfants, au milieu de beaux jardins ; il existe un lazaret d'isolement où les nouveaux enfants arrivants font un stage de deux à trois jours. Le médecin-chef en est le Dr Maillet, ancien chef de clinique du Pr Nobécourt.

Entre temps, et à titre privé, les professeurs espagnols furent reçus à dîner chez le Pr Nobécourt, le Dr Bandelac de Pariente, le Dr Mathé, membres agissants de l'U.M.F.I.A.

Dans sa dernière conférence, le Pr Vargas termina par une allocution des plus applaudies. Il parla de la *Cité universitaire française* qui est en train de se créer à Paris et où l'Espagne sera représentée, et du pendant que l'Espagne compte lui donner à Séville, où la *Cité universitaire espagnole* sera située dans le palais historique et royal de l'Alcazar. Qui ne connaît, ayant voyagé en Espagne, cette demeure et ces jardins magnifiques où régna la beauté splendide de Mariâ de Padilla, maîtresse toute puissante de don Pedro le Cruel, et qui n'évoque à ce nom, l'Opéra de la Favorite, les jardins ombreux « délices des rois maures » ? A la *Cité universitaire espagnole de l'Alcazar*, la France aura sa noble place. Je ne puis résister au plaisir de citer les paroles éloquentes du Pr Vargas lui-même, qui avait le mérite de s'exprimer dans une langue qui n'est pas la sienne. Goûtez ce morceau de Leau français dit par un cerveau et un cœur espagnols :

— « Je remercie M. le doyen Roger pour les « éloquentes et affectueuses paroles par lesquel- « les il m'a présenté à vous.

« Je remercie M. le Pr Nobécourt pour l'hon- « neur qu'il m'a fait en m'invitant à exposer « devant un public aussi choisi les idées qui me « sont chères et qui sont les idées de la médecine « française et de la médecine espagnole. Je re- « mercie également M. le marquis de Faura, re- « présentant l'Ambassade espagnole. Et vous « tous, confrères d'aujourd'hui et de demain « merci, mille fois merci.

« Jeunes gens, qui m'écoutez, vous êtes en ce « moment le symbole du rêve que j'ai caressé « durant toute ma vie professionnelle, et qui « semble aujourd'hui prendre corps dans la réa- « lité. Car, il y a parmi vous des Français, des « enfants de la vieille Espagne et des fils de tou- « tes les jeunes républiques hispano-américaines « qui sont le sang de notre sang et la chair de no- « tre chair. C'est l'*union latine* qui commence par « l'*Union médico-franco-ibéro-américaine* ; cette « union deviendra de plus en plus forte et com- « plète par la force des évènements qui se pré- « parent. L'Université de Paris a commencé à « créer la Cité universitaire où tous les gouver- « nements pourront bâtir un pavillon pour que « les étudiants de chaque pays puissent venir « s'illuminer l'intellect aux rayons de la science « française.

« De l'autre côté des Pyrénées, dans ma patrie, « il y a une ville séduisante, féérique, au ciel d'a- « zur, aux fleurs enivrantes, et qui répond au « geste de Paris par un autre geste non moins gé- « néreux ; cette cité de rêve, c'est Sévilla. Elle « offre à l'interéchange intellectuel que nous « avons commencé à pratiquer ce magnifique « cadeau : l'Alcazar.

« Nous pourrons là, sous les poétiques dentel- « les architecturales, souvenir d'une ancienne « civilisation disparue, nous rencontrer cons- « tamment, maîtres et élèves d'une civilisation « naissante, qualifiés tout particulièrement pour « travailler au développement de la fraternité « des peuples, cimentée solidement par la science « et par le dévouement de notre grand sacerdoce « médical. Faisons en sorte, chers confrères et « amis, que ce soit la *race latine* et tout particu- « lièrement l'*Union médico-franco-ibéro-améri-* « *caine* qui commence le mouvement et qui en « demeure son plus solide ciment ».

Ces belles paroles étaient douces à entendre de celui qui est venu nous voir pendant la guerre et a écrit ce beau livre que j'ai lu et dont je recommande la lecture : *Visita al frente francès.*

Pendant que nous recevions MM. les Espagnols, notre compatriote V. Pauchet, le célèbre chirurgien, faisait sous les auspices de l'Union médico-franco-ibéro-américaine, un voyage en Espagne et donnait des conférences avec pro-

jections de films ou suivies d'opérations, à Madrid, Barcelone, Saragosse. A Madrid, il fut particulièrement reçu par le Pr Recasens, doyen de la Faculté, et à Saragosse par le Pr Lozano qui fut reçu il y a deux ans par la Faculté de Paris.

Le Dr Pauchet a obtenu un très grand succès autant pour la clarté de ses expositions techniques, la beauté de ses films intéressants et clairs, que la virtuosité de son bistouri.

A Madrid, on offrit à Pauchet un banquet auquel assistaient entre autres : le Pr Recasens, doyen de la Faculté, Urrutia, Serrada, Madina, Veitia, Garcia, Pelaëz, Carro, Aguilar, Tello, Gimeno, Marquez, Catalina, Gonzalez Campo-Bourkaib, etc., etc.

Pour souligner l'importance qu'il attache aux rapports franco-espagnols, même sur le terrain scientifique, l'ambassadeur de France à Madrid, le vicomte de Fontenay, a tenu à assister à une des conférences de Pauchet au Collège médical. Voici un extrait de la lettre qu'il vient d'écrire au vice-président fondateur de la U. M. F. I. A., le Dr Bandelac de Pariente, qui lui avait recommandé notre ami le Dr Pauchet : « La visite du Dr Pauchet a donné les meilleurs résultats. Rien de meilleur que le contact entre intellectuels des deux pays pour la solide entente qui doit exister entre deux peuples aussi solidaires l'un de l'autre. Je suis heureux de voir que la U. M. F. I. A. ou Union medica-franco-ibero-americana travaille dans le but d'amener cet accord entre les médecins ».

Comme on le voit, l'Union latine, par cet interéchange magnifique de manifestations scientifiques, se fortifie et se développe dans l'amitié.

Le *Concours médical* est heureux d'en informer ses lecteurs afin qu'ils s'intéressent de plus en plus à l'expansion scientifique de notre pays.

LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE PARLEMENT

Les 7 et 8 avril 1924, la Chambre a discuté, puis adopté le projet de loi sur les assurances sociales.

C'est un évènement considérable, car le Sénat aura à s'occuper de la loi, pendant sa session de 1924. Au contraire, si la Chambre défunte avait laissé tomber ce projet de loi, la nouvelle législature aurait dû remettre le travail sur le chantier, nommer une autre commission, un autre rapporteur, qui auraient apporté peut-être de profondes modifications à la loi Grinda. Aussi le nouveau ministre du Travail et de l'Hygiène, M. Daniel Vincent, qui fut un des artisans de la première heure, fit-il tous ses efforts pour que la loi soit votée avant la séparation de la Chambre.

Nous donnons ci-dessous des extraits du *Journal officiel*, Débats parlementaires, Chambre, pages 1889 et suivantes, sur les points qui concernent notre profession.

M. Edouard Grinda, *rapporteur*. Messieurs, nous sommes arrivés à l'heure décisive des réalisations, et votre rapporteur tient à ne pas retarder, par une longue intervention, la discussion du projet de loi qui constituera la grande œuvre sociale de cette législature.

Laissant de côté toutes les questions de doctrine, exposées à cette tribune, au mois de juillet dernier, je me bornerai à rappeler brièvement les raisons qui justifient l'adoption rapide du texte qui vous est soumis.

Le projet de loi sur les assurances sociales a été l'objet de discussions passionnées et d'études approfondies. Ce n'est point une œuvre improvisée, et qui présenterait tous les défauts et les dangers d'un travail hâtif. Ce projet est la résultante de réflexions, d'enquêtes qui ont duré plus de trois ans.

Le ministre du travail, le conseil supérieur du travail, vos commissions, ont interrogé les représentants des organismes et des sociétés compétentes. Nous savions qu'une réforme sociale de cette amplitude, de cette portée, serait lettre morte sans l'adhésion morale des intéressés. Pas un instant, nous n'avons consenti à étouffer la voix de nos contradicteurs, à éviter les discussions : nous avons, au contraire, suscité les objections, encouragé les critiques et, dans la mesure du possible, tenu compte des revendications formulées par les groupements consultés.

Le projet de loi sur les assurances sociales n'est donc pas une œuvre abstraite, théorique, mais vivante, inspirée des réalités, due à la collaboration du pays tout entier. (*Très bien ! très bien !*)

Sans doute, les discussions ardentes qui ont présidé à l'élaboration du projet trouveront encore leur écho dans cette enceinte. Elles n'en permettront pas moins, en raison même de leur amplitude, un vote plus rapide des dispositions présentées.

Des millions de travailleurs attendent impatiemment la réalisation des grandes espérances que nos enquêtes, les articles publiés par la presse, les discussions au sein même des groupements, leur ont fait concevoir. Prenons-y garde ! ces millions de travailleurs, à juste titre, ne nous pardonneraient pas une nouvelle déception.

La loi des pensions que nous venons de voter est indéniablement une grande loi de justice et de réparation. Les retraités, les fonctionnaires, ont des titres à notre entière sollicitude, et nul moins que moi ne serait disposé à contester les droits qu'ils ont acquis sur la communauté. Mais les ouvriers, ceux dont l'héroïsme au cours de la dernière guerre, ceux dont le labeur constant et l'énergie dans les œuvres de paix, ont fait la grandeur de la France, allons-nous leur refuser ce que nous accordons à d'autres ? La justice ne doit-elle pas être égale pour tous ? Ceux qui sont les artisans de la prospérité de la nation, ont tous droits, au même titre, à la sollicitude de leurs représentants au Parlement. (*Très bien ! très bien !*)

Et cette loi n'est pas seulement une loi d'équité : elle est une loi d'hygiène et une loi de préservation sociale. Nous avons longuement démontré que l'organisation des assurances sociales permettrait, seule, de lutter efficacement contre les maladies qui déciment la classe ouvrière, de prévenir ces maladies, d'en arrêter, dès l'origine, le développement. N'est-ce pas là la plus éclatante justification de l'utilité d'une réforme qu'il importe, dans l'intérêt de la nation toute entière, de réaliser au plus vite ? (*Applaudissements.*)

La loi sur les assurances sociales n'est point, dans le domaine des lois ouvrières, une innovation sans pré-

cédent et, par là même, contestable. Cette loi, est, avant tout, une loi de synthèse et de coordination. Diverses mesures législatives l'ont précédée : lois sur les sociétés de secours mutuels, sur l'assistance médicale gratuite, sur les accidents du travail, loi des retraites ouvrières et paysannes. Mais il n'y avait là qu'une œuvre morcelée, fragmentaire, dont nous ne voulons point diminuer la valeur, mais à laquelle il convient maintenant de substituer un régime harmonieux, cohérent et, surtout, plus compréhensif et plus efficace.

Les adversaires des assurances sociales n'en contestent plus le principe, mais leur hostilité irréductible, intéressée, n'osant se manifester sur le terrain de la doctrine, s'efforce de faire sombrer la réforme en exploitant les divergences de vues, sur les modalités d'application, qui existent dans certains groupements. C'est ainsi qu'on nous appose l'hostilité de la mutualité et du corps médical.

La mutualité nous a demandé d'apporter au projet du Gouvernement des modifications qui lui permettent de devenir, suivant l'expression de la plus haute autorité du pays, l'instrument préféré parce que préférable de l'application de la loi. La mutualité a obtenu pleine et entière satisfaction. Je n'entrerai pas dans le détail de l'organisation des caisses d'assurances sociales. Qu'il me suffise d'affirmer que, quelle que soit leur origine, syndicales, patronales, professionnelles, mutualistes, agricoles, toutes les caisses fonctionneront comme de véritables sociétés de secours mutuels.

Pas de fonctionnaires, aucune ingérence de l'Etat, dont l'intervention est limitée au contrôle indispensable. C'est une véritable mutuelle, dont nous couvrons la France entière.

La réforme, ainsi améliorée, est acclamée depuis trois ans, dans toutes les assises mutualistes, par des millions de congressistes.

Le corps médical, essentiellement néophile, a toujours été favorable à tous les progrès d'ordre scientifique comme d'ordre social ou politique ; il ne s'oppose nullement au vote d'une grande loi d'intérêt général, d'une loi qui est réclamée par l'unanimité des travailleurs. (*Mouvements divers*).

M. Guérin. Les médecins ne sont pas tous enthousiastes.

M. le rapporteur. Voici ce que nous lisons dans le dernier rapport présenté au nom de l'Union des syndicats médicaux de France, qui groupe la presque totalité des médecins français. :

« Nous n'avons pas, à nous seuls, qualité pour dire s'il convient ou non d'instituer l'assurance sociale ...

« ... Une corporation, fût-elle la plus utile et la plus solide, ne peut arrêter l'élan des masses, si elle n'a point la la possibilité de convaincre celles-ci, si elle ne démontre pas à celles-ci que leurs intérêts sont identiques aux siens...

« ... L'assurance est un fait social....

« ... La querelle des économistes est aujourd'hui purement académique : la réalité a mis tout le monde d'accord. L'assistance a succédé à l'aumône ; aujourd'hui l'assurance succède à l'assistance. Ainsi, les étapes se suivent dans l'évolution des sociétés ».

M. Anselme Pâtureau-Mirand. Cela n'apporte pas la solution. Ce sont des phrases.

M. le rapporteur. Et voici le premier paragraphe du vœu adopté par l'assemblée générale des médecins de la Seine.

« Le corps médical organisé est disposé à apporter son concours entier et loyal à toute loi d'assurances sociales aux conditions suivantes..... »

Le corps médical est donc prêt à nous apporter sa collaboration, mais il nous demande de tenir compte de vœux légitimes, inspirés aussi bien par l'intérêt du malade que par celui de la profession médicale.

Toutefois, les médecins sont loin d'être unanimes, dans leurs revendications. Il s'agit, ne l'oublions pas, d'une médecine nouvelle, la médecine collective, dont nous n'avons encore qu'une expérience très imparfaite, aussi nous avons rédigé un texte d'une souplesse extrême auquel pourront s'adapter les différents systèmes proposés, même les plus discutés, comme celui de la suppression du « tiers payant ». A la lumière de l'expérience, la mise au point nécessaire se fera rapidement. (*Très bien ! Très bien !*)

Le point de vue budgétaire a vivement préoccupé ceux qui ont la charge des finances publiques et le monde de la production.

Nous avons établi, par une argumentation que personne n'a encore réfutée, que les assurances sociales ne constituent une charge, ni pour l'Etat, ni pour la production. Leurs dépenses ne sont pas des dépenses nouvelles, mais des dépenses de remplacement, d'un rendement infiniment supérieur.

D'ailleurs, ces dépenses sont infimes. Notre projet a été établi avec le souci de réduire au strict minimum les dépenses de l'Etat. Déduction faite des économies d'assistance, qui ont été évaluées avec la plus extrême prudence, d'après les documents fournis par M. le ministre de l'hygiène et par M. le ministre du travail, ces dépenses s'élèvent à 21 millions la première année, pour atteindre 195 millions la onzième année et disparaître progressivement vers la quarante-troisième année.

Toutefois, pour répondre à l'appel de M. le président du conseil, nous avons décidé, par un article additionnel, que la loi ne serait appliquée qu'après création des recettes correspondantes.

Nous avons pleine confiance dans le redressement rapide de notre situation financière et nous trouverons aisément, dans un avenir prochain, les faibles ressources indispensables à l'application de la loi.

D'ailleurs, si des charges nouvelles étaient imposées au budget de l'Etat, ce qui n'est pas, serait-ce une raison suffisante pour condamner une réforme dont dépend la sauvegarde de la race, l'avenir de la nation ? Notre situation budgétaire, inquiétante, je le reconnais, ous empêche-t-elle de consacrer des sommes considéables à certaines dépenses productives ? Avons-nous enoncé à construire des routes, des voies ferrées, à améliorer notre outillage ?

M. Goniaux. Et à faire des canons et des cuirassés !

M. Morinaud. Et à dépenser 350 millions par an au Maroc, alors que la période de conquête militaire est complètement close !

M. le rapporteur. Pouvons-nous apporter un moindre souci à l'amélioration de notre main-d'œuvre ? L'ouvrier est-il moins digne d'intérêt que la machine qu'il dirige ?

Le Gouvernement s'est préoccupé de la répercussion de la loi sur notre change. M. le président du conseil nous a fait remarquer que les nations étrangères, et particulièrement celles qui sont nos créancières, étudient attentivement tous nos projets de loi. Puisqu'il en est ainsi, ces nations ont certainement constaté que notre loi d'assurances sociales est une loi de prévoyance à la charge des intéressés, et non une loi d'assistance comme la loi anglaise de retraites, si onéreuse pour le budget public. La contribution qu'elle demande à l'Etat est presque nulle.

Les pays anglo-saxons sont les terres classiques des assurances. Comment nous reprocheraient-ils de créer des lois dont ils apprécient depuis longtemps tous les bienfaits, qui fonctionnent dans tous les pays civilisés et dont l'Italie vient d'être dotée par un récent décret-loi ?

M. Lebas. On peut en faire autant. Un décret-loi nous épargnera quelques heures de discussion.

M. le rapporteur. Il vaut mieux faire une loi.

Je tiens à répondre à une dernière critique d'ordre général. On a prétendu que les assurances sociales auront pour conséquence une augmentation des salaires et, par là même, une élévation du coût de la vie, que nos

adversaires évaluent à 1 p. 100. C'est une erreur. Les salaires sont régis beaucoup plus par les lois économiques que par la volonté des hommes. Les besoins de la classe ouvrière, du fait même que celle-ci sera garantie contre tous les risques physiques, deviendront moins considérables. Il serait donc paradoxal de prétendre que les salaires, que ne sont d'ailleurs qu'un élément du coût de la vie seront augmentés.

Partout les assurances sociales ont été réalisées. La France, qui devrait être à l'avant-garde des nations, sera-t-elle donc la dernière à donner aux masses ouvrières le statut qu'elles réclament si impérieusement ? (*Applaudissements.*)

Que notre œuvre soit parfaite, nous ne le prétendons pas et nous sommes loin d'avoir réalisé tout l'idéal qui est en nous. Certains nous reprochent d'avoir été trop loin, d'autres, d'avoir fait trop peu. La vérité n'est-elle point souvent dans un juste milieu, surtout en matière de réformes et lorsqu'avant tout, il faut aboutir ? Une œuvre sociale n'est jamais définitive. Nous avons construit un bâtiment aux lignes harmonieuses ; d'autres architectes pourront modifier, compléter nos conceptions : l'expérience est la grande maîtresse des hommes, mais nous avons la ferme conviction qu'elle ne nous apportera pas de déception et c'est le cœur rempli d'espoir que nous allons au devant d'elle. (*Vifs applaudissements*).

Le Dr Edouard Grinda a toujours soutenu que, pour les rapports entre corps médical et caisses locales d'assurances, le législateur ne devait intervenir que pour imposer trois principes :

Le libre choix du médecin par l'assuré ;

Le contrat collectif de travail, passé, en toute liberté, entre caisse d'assurance locale et syndicat médical local ;

Le ticket modérateur.

Aux Syndicats médicaux locaux d'établir, dans toute leur autonomie, le régime local qui leur conviendra le mieux, eu égard aux coutumes locales. La question du « tiers payant » n'est qu'un problème local, laissé à la libre appréciation des deux parties contractantes.

Le législateur ne veut pas s'immiscer dans le détail des contrats collectifs, car les habitudes locales doivent être respectées, lorsqu'elles donnent satisfaction à la fois aux médecins et à leurs malades.

En soutenant cette thèse, le Dr Grinda prouve qu'il connaît les modalités diverses de l'exercice de la médecine, en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, les mutualités, etc. Généraliser un mode de soins risquerait de doter notre profession d'un forfait et d'un corps médical, choisi par les caisses et imposé aux malades. Témoin ce que le grand défenseur des mutualités, M. Patureau-Mirand, dit, à l'endroit du Corps médical.

M. Patureau-Mirand (1). L'organisation du service médical est, à mon avis, traitée un peu trop légèrement aussi bien dans votre rapport que dans votre discours, mon cher rapporteur. Et vous n'ignorez pas que, sans entente avec le corps médical, la loi d'assurances ne peut fonctionner.

Vous vous êtes borné à indiquer que vous aviez mi en réserve une somme suffisante pour satisfaire vos confrères, que le contrat collectif librement débattu résoudrait toutes les difficultés, que les incidents qui se sont produits pour les soins à donner aux victimes de la guerre ne sont que des exceptions ; que, par cela même, point n'est besoin d'avoir recours à une contrainte légale.

Je suis moins optimiste que vous et la pratique de la mutualité m'oblige à faire des réserves. La barque mutualiste a trop souvent échoué sur les écueils semés devant elle par le service médical pour que j'estime suffisant ce que vous nous proposez. Vous dites que le contrat collectif résoudra toutes les difficultés. Mais qui obligera les médecins à passer un contrat collectif et une fois passé, qui les obligera à le respecter ? Depuis bien des années, les caisses mutualistes de département ont voulu en signer ; peu ont réussi et, fait plus grave, les contrats collectifs signés ont été dénoncés quelques mois après leur application par les syndicats médicaux. Qui me prouve qu'il n'en sera pas de même pour la loi d'assurances sociales.

De plus, est-ce que le contrat collectif empêchera le médecin de compter autant d'indemnités kilométriques qu'il aura visité de malades dans la même commune ? L'empêchera-t-il également de provoquer des visites inutiles ? Vous m'objecterez : les assurés veilleront, les mutualistes doivent veiller. Pourtant, que d'abus se produisent !

Le forfait seul peut les supprimer. Par forfait j'entends une *convention passée entre le corps médical* et les caisses. Le corps médical touchera pour chaque assuré, par an, qu'il soit ou non malade, une somme à débattre. Ce système respecte le libre choix du médecin ; il a de plus comme avantage de faire contrôler les médecins par eux-mêmes. Plus, en effet, il y aura de visites, moins la visite sera payée ; les médecins ont donc intérêt à prendre des sanctions contre ceux qui commettent des abus.

Ils seront de plus invités à signaler les assurés, qui les feraient déplacer sans motif, afin que la caisse les blâme, J'ai la conviction que le forfait seul assurera l'équilibr. financier des assurances sociales. Si nous ne le votons pase nos successeurs seront obligés de l'introduire dans la législation, le ticket modérateur n'étant pas un frein suffisant pour éviter les abus.

Avec beaucoup de conviction et de persuasion, M. Patureau-Mirand prend, en toutes occasions, la défense de cette pauvre mutualité, qui a bien de la peine à se recruter et à vivre de ses seules ressources. Mais, il se montre peu au courant de la mentalité du Corps médical qui, au nom de l'intérêt des malades, a toujours repoussé toute tarification à forfait, comme inopérante et profondément injuste.

Nous nous sommes souvent trouvés de l'autre côté de la barricade, par rapport aux mutualistes ; des paroles vives et passionnées ont été prononcées, tant dans des Congrès nationaux que dans des réunions privées. Et cependant, nous ne cessons d'affirmer que l'expérience prouve que la mutualité ne peut contracter avec le Corps médical que sur les bases du libre choix du médecin et du tarif à la visite. Toutes autres modalités relèvent du passé : autres temps, autres mœurs.

D'ailleurs, le Corps médical se trouve d'accord avec la classe ouvrière, lorsqu'il entend contrac-

(1) p. 1896, 2e colonne.

ter, non pas avec les dirigeants de la mutualité, mais avec les mutualistes eux-mêmes, avec les usagers de la mutualité, pour employer une locution moderne. Lisons ce que le Dr Georges Lévy, député de Lyon, a dit à ce sujet, au cours de la discussion à la Chambre :

M. Georges Lévy (1). Autre point : Vous faites des mutualités le pivot de la loi. Par certains articles, vous favorisez les mutualités, vous organisez un véritable recrutement à leur profit. Or, la mutualité, en France, n'est pas aux mains des ouvriers, elle est aux mains du patronat ou d'hommes politiques, qui, naturellement, s'en servent surtout pour des fins politiques.

Les ouvriers voient dans cette loi un moyen de les attirer vers la mutualité, en les détournant du mouvement syndicaliste. Ils seront, en quelque sorte, enrégimentés dans la mutualité.

M. Balanant. La mutualité ne fait pas concurrence au syndicalisme.

M. Georges Lévy. Si ! Elle n'est pas aux mains des syndiqués. Dans beaucoup de régions, la plupart des mutualités sont aux mains des patrons.

M. Balanant. Rien n'empêche les syndicats de faire de la mutualité.

M. Georges Lévy. En tout cas, on peut dire que les syndicats, en général, n'ont pas de caisses de mutualité. Or, cette loi favorisera les caisses qui existent déjà, les caisses mutuelles. Les autres aussi, mais elles sont une minorité. Ce sont les caisses mutualistes qui tireront de la loi le plus grand bénéfice et, j'y insiste, les ouvriers seront enrégimentés dans les mutualités et, en même temps, éloignés des syndicats. Voilà ce que redoutent les ouvriers de la C. G. T. unitaire.

La discussion de ce projet de loi a été courte, parce qu'un accord était intervenu pour voter l'ensemble de la loi, sans modification, pour ne pas laisser périmer le travail de la Commission parlementaire.

Quelques critiques générales néanmoins furent portées à la tribune et nous relevons les suivantes :

M. Georges Lévy. Nous pourrions formuler d'autres critiques de moindre importance. Vous aviez tout d'abord exclu totalement de la participation aux allocations et aux soins médicaux les retraités ayant obtenu, à soixante ans, leur pension d'invalidité vieillesse, puis vous les avez admis, mais en exigeant d'eux une participation supplémentaire. Or, nous pensons que c'est lorsqu'ils sont vieux que les travailleurs ont le plus besoin de traitements, de soins médicaux. Vous les leur supprimez ou vous ne les leur accordez qu'en exigeant d'eux un effort supplémentaire, qu'ils sont dans l'impossibilité d'accomplir, en raison de l'insuffisance de leur retraite. Nous trouverions plus légitime de leur donner sans condition ces soins médicaux.

La fixation au quatrième jour du point de départ de l'allocation journalière de maladie, nous paraît également une disposition mauvaise.

Vous voulez prévenir la maladie. Si vous ne faites partir vos allocations que du quatrième jour, les gens qui n'auront que des maladies légères et qui sauront n'être pas couverts par la loi n'iront pas voir le médecin. Il y aura des aggravations possibles et, pour ne pas avoir donné dès le premier jour les allocations nécessaires, vous courrez le risque d'augmenter, pour l'avenir, les dépenses qu'entraîneront le traitement et les allocations médicales.

(1) P. 1913, 3e colonne.

Quant aux femmes enceintes, je n'ai pas besoin de vous dire combien est insuffisant le repos que vous leur accordez : six semaines avant et six semaines après. Je ne veux vous citer qu'une opinion...

M. Edouard Grinda, *rapporteur*. C'est ce qui a été décidé au congrès international de Washington.

M. Georges Lévy. Oui, mais je puis vous faire observer qu'un accoucheur, M. Couvelaire, faisant connaître dernièrement son opinion, admettait qu'il fallait, pour mettre la femme enceinte et le futur nouveau-né dans des conditions favorables, donner à la mère au moins quatre mois de repos, c'est-à-dire faire partir ce repos du cinquième mois. Ce médecin ajoutait qu'à l'heure présente, vous faites travailler la femme enceinte dans des conditions qu'aucun éleveur ne voudrait imposer aux femelles d'animaux domestiques.

Vous faites une grande loi sociale, mais vous ne donnez pas aux femmes enceintes le repos qui serait nécessaire pour éviter les accouchements prématurés qui sont si fréquents chez les femmes qui travaillent. Au moment où vous voulez des enfants, à l'heure où vous invitez les femmes à repeupler le pays, vous ne les mettez pas dans les conditions nécessaires pour bien accomplir leur fonction de maternité.

M. le rapporteur. La loi octroie les soins médicaux, les médicaments et le repos pendant toute la durée de la grossesse.

Il suffit que la femme ait un certificat déclarant qu'elle doit se reposer, sans même qu'elle soit malade, pour qu'elle ait droit à toutes les prestations prévues par la loi.

M. Georges Lévy. Vous mettez une condition.

M. le rapporteur. Nous les lui accordons pendant toute la grossesse, à la seule condition que le certificat médical justifie son besoin de repos.

M. Georges Lévy. Pour nous, du fait qu'une femme aurait un certificat attestant qu'elle est enceinte de cinq mois, elle aurait droit, pendant la période qui suit, à toutes les allocations de repos, en même temps qu'aux médicaments et aux soins qui lui seraient nécessaires. Entre votre conception et la nôtre, il y a donc une différence.

Les primes d'allaitement que vous accordez sont insuffisantes, eu égard à la nécessité d'encourager l'allaitement au sein. Vous donnez à la femme qui allaite une allocation de 100 fr. pour chacun des deux premiers mois, de 75 fr. pour le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième mois, de 25 fr. du septième au neuvième et de 10 fr. du dixième au douzième mois.

Vous savez comme nous, étant donné la mortalité due à l'allaitement artificiel, combien il serait intéressant d'encourager l'allaitement maternel. La femme qui nourrit son enfant est obligée de cesser de travailler et les prestations que vous lui donnez sont très inférieures au salaire qu'elle retirerait de son travail et même au minimum qui lui serait nécessaire pour vivre.

Elevant le débat, un peu plus loin (page 1919), le Dr Georges Lévy aborde la fonction sociale qui devrait être celle de la maternité.

M. Georges Lévy. De même pour la maternité. La maternité est une fonction sociale. La société veut se perpétuer. Elle veut des travailleurs et des soldats. Une pareille fonction, la plus haute, est celle qui devrait être protégée le plus, car elle exige de la femme l'abdication de l'égoïsme individuel au profit de l'intérêt social. (*Interruptions au centre et à droite.*)

M. Duval-Arnould. Il y a tout de même la famille !

M. Georges Lévy. C'est une fonction sociale. La société a besoin de travailleurs et de soldats. C'est bien ce que vous dites. Vous invoquez surtout l'augmentation des naissances en Allemagne et le danger qui peut résulter de la diminution des naissances en France.

C'est donc bien le besoin de main-d'œuvre et d'homm e pour la défense nationale que vous voulez satisfaire.

C'est aussi pour le travail qué vous en réclamez.

M. DUVAL-ARNOULD. La société a besoin d'hommes pour toutes les fonctions humaines.

M. Georges LÉVY. Il faut alors payer la fonction maternelle assez cher, pour que la femme en accepte la responsabilité. Et il faut procurer à la mère le moyen d'élever ses enfants.

M. BALANANT. Au lieu de dire : « payer », il vaudrait mieux dire : « encourager ».

M. Georges LÉVY. Dans votre projet, vous donnez bien quelque chose à la femme pour la fonction maternelle et pour élever ses enfants. Mais c'est minime. Encourager cette fonction, c'est toujours insuffisant. Il faut payer largement les femmes pour qu'elles soient mères et pour qu'elles nourrissent leurs enfants.

L'allaitement maternel est le devoir primordial. L'allaitement, pour la femme qui n'a pas de motif médical d'exemption, devrait être une obligation.

M. Marcel HABERT. Très bien !

M. Georges LÉVY. Le lait de la mère appartient à son enfant. Mais il faut payer la mère assez largement pour qu'elle allaite son enfant et ne soit pas obligée de le confier à une mercenaire...

M. Marcel HABERT. C'est une thèse très juste.

M. Georges LÉVY. ... ce qui est un danger pour son enfant.

M. DUVAL-ARNOULD. Là , je vous donne raison.

M. Marcel HABERT. Oui, M. Lévy a raison. Quel que soit le parti politique auquel nous appartenons, nous devons être d'accord sur cette question.

M. Georges LÉVY. C'est la société qui devrait assurer la fonction maternelle qu'elle réclame de la mère.

Laissant de côté toute divergence d'opinions politiques, nous devons reconnaître que notre confrère, le Dr Georges Lévy, a élevé le débat, lorsqu'il a présenté sa conception de la protection de la maternité.

Certes, des hommes de bonne volonté, avec de nobles intentions, se réunissent gravement, pour envisager les moyens de repeupler la France. Le Dr Lévy en indique un : protéger la mère, mettre l'enfant en nourrice chez sa maman, en interdisant, sauf rares exceptions, le placement mercenaire chez des étrangers. L'enfant ne doit pas être une charge de famille, et, par ces temps de vie chère, il faut aider pécuniairement et suffisamment toute famille qui a des enfants. Il faut lutter contre l'égoïsme de nombreux propriétaires, qui, dans les villes, refusent impitoyablement leurs logements vacants aux familles ayant des enfants.

Le Dr Lévy voudrait que la loi Grinda assure aux mères le repos prénatal et le salaire suffisant, pour que l'enfant, durant sa première année de vie extra-utérine, soit, dans l'énorme majorité des cas, le nourrisson de sa maman, ayant droit au lait de sa mère, aux soins de celle qui l'a mis au monde. But louable et noble, mais qui se heurte aux habitudes égoïstes des uns, à la dureté de la vie, pour les autres.

Ailleurs, le Dr Georges Lévy a soulevé la question du salaire. Pour lui, quels que soient les cas d'assurances, les cas où les assurés auront droit au bénéfice de la loi, ils devraient toucher leur salaire total.

M. Georges LÉVY (1). Par conséquent, nous disons : salaire toujours égal au salaire minimum vital quand l'individu est invalidé, soit par maladie, soit par accident ou qu'il a droit à la retraite.

Nous ne concevons pas que vous diminuiez les moyens de vivre des gens parce qu'ils sont tombés malades, qu'ils sont retraités ou invalides. Cela nous a toujours choqués. Un homme, quand il est malade, a droit à moins, alors qu'il a des frais supplémentaires et que sa famille vit tout de même ; pourquoi ? Vous pénalisez le risque de maladie ou d'accident parce que vous diminuez une partie du salaire alors que l'ouvrier doit vivre lorsqu'il est malade ou accidenté comme lorsqu'il est valide. Nous disons, nous, qu'il a droit à la réparation totale dans la maladie du premier jour à la guérison, dans l'invalidité maladie, dans l'invalidité vieillesse, enfin dans la pension de décès.

De même pour la fonction maternelle. Nous admettons le salaire minimum de base et enfin des allocations plus élevées pour les enfants que celles que vous octroyez dans la loi que vous préparez. Voilà comment nous concevons une loi d'assurances.

Cette question du salaire complet soulève, d'une manière incidente, toute la discussion du « tiers payant ». Dans certains milieux ouvriers, nous nous sommes laissé dire que la classe des travailleurs manuels était favorable à la conception du tiers payant. « C'est au moment où nous ne toucherons que notre demi-salaire, parce que nous serons malades, que nous devrons payer, de notre poche, les honoraires élevés du médecin et les factures du pharmacien ! Non, la médecine scientifique devient trop coûteuse, pour les bourses ouvrières ; les rayons X, les examens de laboratoire, les opérations, les piqûres répétées, ruinent fréquemment les petites économies péniblement amassées. Nous, les ouvriers, nous préférons que notre docteur soit payé directement par la caisse, à la suite d'ententes entre syndicats des médecins et assurances locales ».

Le problème du *maintien* ou de *l'abolition* du tiers payant se pose donc ainsi : la loi Grinda doit-elle n'allouer que le demi-salaire et la gratuité des soins et médicaments ; ou bien l'allocation du salaire plein sera-t-elle suffisante, pour que le malade reçoive tous les soins nécessaires à son état, en payant lui-même médecin et pharcien ?

Une autre solution serait également à envisager ; mais je crains qu'elle ne paraisse quelque peu révolutionnaire, étant données nos mœurs et habitudes. Hormis les cas légers et bénins, les malades ne devraient pas être soignés chez eux, mais dans des maisons de cure appropriées, dans lesquelles tous les médecins de la localité auraient accès.

En 1909 et 1910, j'ai publié, dans le *Concours médical*, une série d'articles, concernant l'exercice des diverses spécialités, dans nos campa-

(1) P. 1915, 3e colonne.

gnes. Cette décentralisation, un peu utopique à cette époque, est devenue une réalité. Il n'est plus besoin d'aller bien loin, pour trouver le confrère spécialiste, qui peut examiner un malade déterminé.

Pourquoi nos syndicats médicaux n'envisageraient-ils pas la prise en charge de la future médecine collective ? Ecoutons le Dr Georges Lévy :

M. Georges LÉVY. Quant à l'organisation médicale elle ne peut être que collective. Il est impossible qu'elle soit une œuvre individuelle. Il faut, pour traiter un malade de façon scientifique, le concours de spécialistes, de radiologistes, de bactériologistes, de chimistes, etc. Les maladies graves doivent être traitées à l'hôpital. Fondez des hôpitaux, multipliez les cliniques. Le centre même des consultations doit être l'hôpital. Il est impossible de faire de la médecine individuelle. Seule elle profite aux riches, qui peuvent jouir de tous les progrès réalisés. Les pauvres, eux, en sont réduits à une médecine pratiquée par les médecins de quartier.

M. Marcel HABERT. Ce sont les meilleurs.

M. Georges LÉVY. Mais ils n'ont pas le moyen de faire toutes les investigations nécessaires, ils ne sont pas radiologistes, ni bactériologistes. L'examen d'un malade doit être fait souvent avec le concours des spécialistes. Je le répète, la médecine ne peut être que collective : c'est à l'hôpital qu'on peut soigner les affections graves.

M. Léon BARBÉ. Dans les villes, oui ; mais est-ce possible dans les campagnes ?

M. Georges LÉVY. Dans les campagnes, vous pourriez instaurer des hôpitaux cantonaux. Je ne puis entrer dans tous les détails, mais il serait facile d'organiser nos campagnes au point de vue médical, en multipliant, par exemple, les moyens de transport.

Cette organisation médicale, vous l'avez faite pendant la guerre ; pourquoi ne pas recourir à la même organisation pendant la paix ?

Vous me direz : A quelles ressources recourir ? Ces ressources, conformément aux conceptions que j'ai développées, nous les prendrons, nous, par un impôt sur les héritages, sur le capital ou sur les bénéfices réalisés par le patronat.

Dans un article ultérieur, nous reviendrons sur ces points, sur cette organisation de la médecine de soins et de la médecine préventive. Les caisses d'assurances locales nous demanderont de guérir, dans le minimum de temps, les malades, qu'elles nous confieront et de prévenir le retour des maladies, tant transmissibles qu'organiques, provenant d'une mauvaise hygiène, d'alimentation défectueuse et de genre de vie détestable.

Restons, pour le moment, à la discussion, qui s'est élevée à la Chambre, à propos du texte Grinda et citons le passage suivant, par lequel on a envisagé la responsabilité du groupe syndical.

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 24. — 1. — Lorsque des contrats collectifs sont passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins ou de sages -femmes, ils déterminent les modalités suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux ou chirurgicaux.

« 2. — Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de pharmaciens déterminent le tarif suivant lequel sont délivrés les médicaments pour le compte des caisses. Ces tarifs doivent être fixés dans les limites des prix maxima d'un tarif général, établi par une commission nommée par l'office national des assurances sociales parmi ses membres et comprenant trois représentants de l'Etat, deux représentants des conseils d'administration des unions de caisses de région, un représentant du conseil de la caisse générale de garantie, les délégués des groupements professionnels de médecins, de sages -femmes et de pharmaciens.

« Le tarif ne peut comprendre comme spécialités pharmaceutiques que les médicaments indispensables qui ne peuvent être fournis aux malades sous une autre forme.

« 3. — Les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes, de pharmaciens et de dentistes ont la responsabilité respective du service médical et du service pharmaceutique, en ce qui concerne les malades soignés et les ordonnances délivrées par leurs adhérents, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la caisse.

« 4. — Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens déterminent :

« 1° Les modalités du contrôle destiné à assurer le bon fonctionnement des services médical, chirurgical et pharmaceutique, et à prévenir ou réprimer les abus ;

« 2° Les conditions dans lesquelles les difficultés, qui s'élèveraient entre les caisses et les groupements professionnels pour l'exécution des contrats collectifs, pourront être amiablement réglées.

« Ce contrôle et le règlement de ces difficultés sont confiés à des commissions régionales composées par tiers de délégués de l'Office, de représentants des caisses et de mandataires des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et pharmaciens.

« Ces commissions, après avoir pris connaissance des observations des intéressés, arrêtent notamment le montant des honoraires et ordonnances contestés ; elles peuvent prononcer l'exclusion temporaire ou définitive des médecins, sages-femmes, pharmaciens et dentistes du service des assurances sociales pour cause grave et légitime. Leurs décisions doivent être motivées. Il peut en être fait appel à la commission de l'office national des assurances sociales prévue au paragraphe 2 ci-dessus.

« 5. — Les contrats doivent être soumis à l'agrément de la commission susvisée.

« 6. — Les dispositions du livre I, titre II, chapitre IV *bis*, du Code du travail, relatives à la convention collective de travail, sont applicables aux contrats cidessus prévus ».

La parole est à M. Guérin.

M. GUÉRIN. Je désire présenter deux observations sur cet article.

D'abord, au sujet de la commission nommée par l'office national, il est écrit, au paragraphe 2 : « ... les délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens... ».

Pourquoi ne pas écrire : « trois délégués » au lieu de : « les délégués » ?

Puisque dans cette commission tripartite, figureront trois représentants de l'Etat, deux représentants des conseils d'administration des unions et caisses de région et un représentant du conseil de la caisse générale de garantie, je demande qu'il y ait trois délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens.

Comme cette commission peut avoir à jouer un rôle important au sujet de l'admission ou de la radiation des

(1) P. 1915, 3e colonne.

pharmaciens et des médecins, il est nécessaire que la composition en soit indiquée de façon très nette. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION. La commission accepte de substituer le mot « trois », au mot « les ».

M. GUÉRIN. Deuxième observation. Il est dit, au paragraphe 3, que « les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes, de pharmaciens et de dentistes ont la responsabilité respective du service médical et du service pharmaceutique ... ».

Quelle est exactement la signification de ce mot : « responsabilité » ?

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Il s'agit d'une responsabilité analogue à celle qui incombe à la commission tripartite, créée pour l'application de l'article 64 de la loi de 1919.

Elle exigera, de la part des syndicats médicaux, un contrôle utile aussi bien au point de vue financier qu'au point de vue professionnel.

M. RAYNALDY. S'agit-il d'une responsabilité morale ou d'une responsabilité effective ?

M. LE RAPPORTEUR. Le médecin, personnellement, a toujours une responsabilité effective, pécuniaire, pour tous ses actes médicaux. Cette responsabilité subsiste entièrement dans l'application de la loi ; elle est de droit commun, et nous la retrouvons dans l'exercice normal de la profession médicale.

M. GUÉRIN. Un groupement peut-il avoir une responsabilité ? On emploie ce mot si souvent à tort et à travers, il devient tellement vague qu'il perd, en réalité, toute signification.

Je voudrais savoir quelle peut être la responsabilité d'un groupement.

M. LE RAPPORTEUR. L'article 24 dispose : « ... Les groupements ... ont la responsabilité ... sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux... »

La responsabilité du groupement ne diminue en rien la responsabilité personnelle.

M. RAYNALDY. Il y a donc deux responsabilités superposées ?

M. LE RAPPORTEUR. Parfaitement. La responsabilité du groupement est la conséquence nécessaire du contrat collectif.

M. GUÉRIN. Je conçois bien la responsabilité du pharmacien ou du médecin, mais non celle du groupement. Pour moi, « responsabilité d'un groupement » ne veut rien dire.

M. LE RAPPORTEUR. C'est un supplément de garantie. Je ne vois vraiment pas pourquoi on s'y opposerait.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Lebas.

M. LEBAS. Puisqu'il y a un contrat collectif passé avec le groupement professionnel, il y a bien entendu responsabilité, et c'est pourquoi l'article mentionne la responsabilité possible du groupement.

M. GUÉRIN. Je comprends très bien ce qu'est la responsabilité personnelle d'un médecin ou d'un pharmacien qui n'accomplirait pas son devoir, qui aurait remis ou prescrit des médicaments dans des conditions où il n'aurait pas dû les fournir ou les ordonner ; mais je ne comprends plus quelle est la responsabilité du groupement qui contrôlera et comment il pourra l'engager. Je dis qu'en principe, elle ne pourra pas exister.

M. RAYNALDY. C'est une responsabilité qui cautionne la responsabilité du médecin.

M. GUÉRIN. C'est une responsabilité purement morale.

M. Jean MOURET. Il y a, dans votre pensée, une confusion.

Un syndicat a passé un contrat collectif. Il envoie un médecin pour soigner un malade. Ce n'est pas le malade qui l'a choisi. Si le malade a un recours à exercer, il l'exerce contre la collectivité de médecins qui a délégué ce médecin.

L'association des médecins, elle, exerce son recours contre le médecin participant. C'est très simple.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Pinard.

M. PINARD. — Assurément, il y a beaucoup à dire, mais ce n'est pas le moment d'établir une discussion à propos de chaque article. Nous avons pris l'engagement d'adopter ce projet, qui n'est pas suffisamment au point, de l'avis même de ceux qui l'ont préparé depuis trois ans déjà. Mais il ne faut pas que ce travail considérable devienne caduc ; il faut l'envoyer le plus tôt possible au Sénat, d'où il reviendra à la nouvelle Chambre, plus ou moins amendé, modifié, complété par la haute Assemblée. Alors seulement il pourra être discuté avec l'ampleur que son importance exige. En ce moment, nous ne pouvons, nous ne devons engager aucune discussion sur les nombreux articles de ce projet de loi.

Vous avez raison les uns et les autres, mais, je le répète ce n'est pas le moment d'instituer une discussion approfondie, si nous voulons aboutir. (*Très bien, ! très bien !*)

M. GUÉRIN. Je n'ai pas déposé d'amendement. J'ai seulement présenté des observations et je ne suis pas de ceux qui font de l'obstruction.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole sur l'article 24 ? ....

Je le mets aux voix, avec la modification proposée par M. Guérin au paragraphe 2 et acceptée par la commission tendant à remplacer les mots « les délégués » par ceux-ci : « trois délégués ».

(L'article 24, ainsi modifié, mis aux voix, est adopté).

« Art. 25, — 1. — Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

« 2. — Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite, qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification. Son prix est établi librement par la caisse ; il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré.

« 3. — En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un medecin ou une sage-femme à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurance. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, la caisse poursuit le remboursement des frais qui en sont résultés auprès de l'intéressé, et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues, sauf recours de l'intéressé devant les conseils du contentieux ». — (*Adopté*).

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 26. — 1. — L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant ou de la sage-femme choisis par lui, conformément à l'article 23.

« 2. — Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits que dans la mesure et sous la forme où ils figurent sur la liste arrêtée tous les six mois par la commission de l'office national des assurances sociales prévue à l'article 24, paragraphe 2.

« 3. — La caisse peut demander à l'assuré une participation aux frais des médicaments et appareils. Elle en fixe librement le taux, qui ne peut, en aucun cas, excéder 10 p. 100 du montant total de ces frais ».

Il y a, sur cet article, un amendement, de MM. Pressemane et Ferdinand Morin, tendant à supprimer le paragraphe 3.

M. Jean MOURET. Nous le retirons, monsieur le président, pour les raisons invoquées par M. Pinard. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE RAPPORTEUR. Je tiens toutefois à affirmer que notre texte est parfaitement justifié. Les frais de médicaments constituent, pour les budgets des caisses d'assurances, un péril très grave.

Dans les caisses des sociétés de secours mutuels où cette participation des assurés est établie, il n'y a pas

d'abus. Notre texte ne doit donc subir aucune modification sur ce point.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole sur l'article 26 ? ...

Je le mets aux voix.

(L'article 26, mis aux voix, est adopté).

« Art. 27. — L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ou de prévention dépendant de la caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité. » — (*Adopté*).

Une erreur s'est glissée dans l'esprit de nos honorables députés. Chaque médecin est responsable de ses actes professionnels. La responsabilité du syndicat ne saurait être engagée que dans les limites du contrat collectif. Or, ce n'est pas le syndicat, qui a qualité pour instruire les futurs docteurs en médecine, sur les bancs de la Faculté ; ce n'est pas lui qui peut faire passer des examens scientifiques, pour se rendre compte si les médecins de caisse ont les qualités requises pour être de bons praticiens. L'enseignement médical ne sera pas de si tôt contrôlé par les syndicats médicaux. En second lieu, le groupe professionnel ne peut qu'établir une juridiction professionnelle, qui connaîtra de toutes les plaintes portées contre un confrère. Cette juridiction sera mixte, ayant dans son sein des délégués des caisses, pour juger d'un commun accord, toutes les infractions au contrat collectif, commises tant par des docteurs que par des malades.

Disons à ce sujet qu'on a vivement reproché, dans les milieux médicaux, au projet Grinda, l'obligation, qui est faite, au médecin traitant, de dénoncer les abus provenant des malades.

Nos confrères ont peut être eu un réflexe un peu rapide : je ne crois pas que le Dr Grinda ait eu l'intention de leur demander de se porter dénonciateurs ; mais il a eu probablement l'intention de démontrer aux praticiens qu'ils ont un recours contre ceux qui abusent d'eux, avec cette désinvolture, que nous connaissons bien, de la part de certains assistés, ou mutualistes, lorsqu'ils ne payent pas eux-mêmes leur docteur.

Que de confrères dérangés inutilement la nuit, ou un dimanche, ou jour de fête par des clients pressés, alors que leur maladie ne l'est pas !

Le paragraphe 3 de l'article 25, qui comporte cette rédaction, qui a éveillé la susceptibilité de nos confrères, pourrait simplement comporter la possibilité reconnue à la commission mixte de médecins et d'assurés, de connaître de toutes les plaintes, qui émaneraient tant des assurés que des médecins eux-mêmes.

Conclusions.

Le sort en est jeté : la loi des assurances sociales est déposée sur le bureau du Sénat. Cette loi Grinda sera définitive dans quelques années. Mais 5 à 10 ans, c'est bien peu de chose dans la vie d'un peuple.

Etudions dès à présent, non pas les modalités de détail, non pas de petits points sur le mode de paiement des honoraires, mais plutôt ce que va devenir l'exercice de la médecine, lorsqu'il sera demandé au corps médical français d'organiser la guérison rapide des malades, ainsi que les mesures préventives pour prolonger la possibilité de production sociale des travailleurs de tous ordres.

Création de centres de diagnostic et de cure, collaboration avec des architectes, entrepreneurs et autres, pour la construction de maisons saines et claires, lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, etc., inspection médicale des écoles, inspection du travail efficace : le tout au moyen de méthodes nouvelles, syndicales, souples et pratiques et nullement dans le cadre administratif, inopérant, actuel.

Et, par incidence, les syndicats médicaux, partie contractante scientifique, auront à se préoccuper de la formation professionnelle des médecins de demain, pour lesquels ils doivent contracter. La réforme des études médicales suivra celle des mœurs professionnelles et de nos méthodes actuelles individualistes de l'art de guérir.

Quel beau travail pour nos syndicats que de s'occuper d'ores et déjà de cette révolution dans la pratique médicale !

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 0600.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

PRÉFECTURE
de la Seine-Inférieure
—
INSPECTION
des
SERVICES D'HYGIÈNE

Rouen, le 18 Avril 1924.

Mon cher Confrère,

En vue de la campagne vaccinale de 1924, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître si vous acceptez de participer au Service de la vaccine publique et gratuite dans les conditions fixées par le règlement et que je rappelle ci-dessous.

« Tenir entre le 1er mai et le 1er octobre dans chacune des communes qui vous seront attribuées, trois séances publiques et gratuites à huit jours d'intervalle l'une de l'autre ; pratiquer la vaccination ou la revaccination sur toute personne qui se présentera aux séances, délivrer les certificats règlementaires, tenir les états de contrôle et les adresser directement à la Préfecture à la fin de la dernière séance (cet envoi est indispensable pour permettre notamment le mandatement rapide des honoraires). »

Les honoraires fixés par le Conseil général sont les suivants :

1 fr. par vaccination pratiquée (toutes fournitures comprises).

1 fr. 50 par vacation.

Tarif de l'A.M.G. pour les frais de déplacement.

D'une façon générale, tous les médecins exerçant en Seine-Inférieure peuvent être admis à participer au service de la vaccine sous la seule condition de se conformer aux prescriptions règlementaires et d'accepter les honoraires fixés par le Conseil général.

Lorsque plusieurs confrères exercent dans la même localité, il est désirable qu'une entente préalable se fasse entre eux pour la répartition des communes de leur circonscription. Le service de la vaccine est toujours très heureux d'entériner purement et simplement les accords de ce genre.

Il en est de même pour les communes limitrophes de deux ou plusieurs circonscriptions médicales pouvant être revendiquées par plusieurs confrères.

Ce n'est qu'à défaut d'entente directe que le service de la vaccine procèdera avant le 1er mai à la répartition d'office des communes entre les médecins les plus rapprochés de ces dernières.

Je vous serais très obligé de vouloir bien, en cas d'acceptation de votre part, me retourner directement avant le 25 avril, et en franchise, la formule d'acceptation ci-jointe.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

L'Inspecteur départemental,
des services d'hygiène,
OTT,

Les docteurs soussignés habitant à
acceptent de participer au service de la vaccine publique et gratuite du département de la Seine-Inférieure aux conditions énoncées dans la lettre de l'inspecteur départemental des services d'hygiène du 18 avril 1924 dans les communes suivantes :

Noms des communes	Docteur	Docteur	Docteur	Docteur	Docteur

A........ le..............

Signatures

POUR NOS MÉDECINS COLONIAUX

On commence à se préoccuper en haut lieu de la crise médicale en ce qui concerne le recrutement de nos médecins coloniaux.

D'une part le service de santé trouve de moins en moins de candidats pour les troupes coloniales et cette pénurie se fera sentir davantage lors de la fusion de celles-ci avec les unités métropolitaines et d'autre part, les traitements offerts aux médecins civils de l'assistance indigène étant dans la plupart de nos colonies nettement insuffisants, les diplômés de nos écoles de médecine tropicale sont amenés à contracter des engagements dans les colonies voisines où ils sont mieux payés.

L'Association générale des étudiants a compris l'importante mission qu'elle devait remplir à cet égard et l'actif président de la section de médecine, M. Crouzat, s'est voué de tout cœur à cette œuvre.

Le Parlement lui accorde son appui et M. Albert Sarraut, ministre des colonies, son patronage. Le ministre a présidé en personne la première réunion de propagande. Les diverses commissions de la Chambre : colonies, hygiène et finances et le groupe médical parlementaire saisis par le docteur Even, député des Côtes-du-Nord, ont assisté à une conférence faite au Palais Bourbon, par M. le professeur agrégé Joyeux, qui déjà, dans une série d'articles, avait décrit l'état actuel de la questions dans nos colonies et les colonies voisines.

De quoi s'agit-il en somme ?

Le magnifique mouvement qui a soulevé l'opinion publique en faveur de notre chère jeunesse universitaire (prêts d'honneur, cité universitaire, maison des étudiants, etc.) doit avoir pour corollaire et couronnement d'assurer l'avenir de nos étudiants.

Nous avons, nous, à nous préoccuper plus particulièrement ici des étudiants en médecine, nos futurs médecins. Tous se plaignent des difficultés qu'ils éprouvent au moment de leur installation.

Or des postes nombreux existent dans nos possessions lointaines et l'organisation de l'hygiène sera le premier souci des réalisateurs du beau programme de mise en valeur de nos colonies établi par M. Albert SARRAUT.

Il faut donc, d'une part, faire connaître aux jeunes étudiants les avantages qu'ils trouveront dans nos colonies, de façon à les orienter vers cette carrière dès le début de leurs études et d'autre part amener le Parlement à voter les traitements appropriés à chacun de ces postes.

Disons-le de suite, ces places seront réservées à tous les étudiants *français* quelle que soit leur origine : élèves de nos facultés métropolitaines et de nos Universités coloniales : Dakar, Hanoï. La similitude des diplômes leur assurant l'égalité des droits.

Telle devra donc être la préoccupation de la prochaine législature si elle est consciente de ses devoirs.

Dès maintenant la *section de médecine de l'association générale des étudiants* entreprend les démarches nécessaires.

Des postes très intéressants ont été déjà obtenus pour certains de ses membres.

Que tous ceux que la question intéresse viennent à nous.

Nous croyons savoir que des promesses ont été faites et des engagements pris. La réunion organisée au Palais Bourbon a eu un plein succès. M. le professeur JOYEUX a su captiver son auditoire par la précision des détails et des chiffres fournis et les félicitations que lui a adressées M. VINCENT, président de la Commission d'hygiène, en sont le témoignage.

Il nous a présenté de nombreux clichés pris par lui et une série de films projetés par la maison Gaumont, qui avait prêté ses appareils, ont montré aux parlementaires ce qu'était la vie médicale aux colonies.

Le cinéma réalise ainsi déjà une partie de ses promesses.

Dans quelques jours, M. le professeur JOYEUX redira sa conférence au Sénat. Nul doute que devant ce nouvel auditoire, le talentueux conférencier, qui est en même temps un médecin colonial averti, ne remporte un plein succès. Nous tiendrons nos lecteurs au courant.

Dr THIBON DE COURTRY.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Laboratoire d'anatomie pathologique.** — Un cours de technique hématologique et cytologique sera fait par M. S. I. de Jong, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. Ed. Peyre, chef de laboratoire à l'hospice Paul-Brousse.

Ce cours de 15 leçons commencera le mardi 3 juin, à 15 h., pour se continuer les mardis, jeudis et samedis ; les séances comprendront deux parties : 1° un exposé théorique et technique ; 2° une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — I. Généralités sur l'instrumentation nécessaire : numération des globules du sang ; dosage de l'hémoglobine. — II. Le sang sec : techniques d'examens : les globules rouges à l'état normal et pathologique ; les états anémiques. — III. Le sang sec : les globules blancs et la formule leucocytaire. — IV. Les organes hématopoiétiques à l'état normal et l'hématopoïèse. — V. Les leucocytoses, l'éosinophilie. — VI. Les leucémies. — VII. Les organes hématopoiétiques à l'état pathologique. — VIII. Les hématoblastes et la coagulation du sang. Les états hémorragiques. — IX. La résistance globulaire, l'hémolyse. — X. La réaction de fixation du complément : le principe. — XI. La réaction de fixation du complément : les dosages. — XII. La réaction de fixation du complément : les méthodes. — XIII. La sédimentation et les mesures physiques (P.H., cryoscopie, etc.). — XIV. La cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien. — XV. L'histochimie et la cytologie des crachats.

Le droit à verser est de 150 fr. Le nombre des auditeurs est limité à 25. Le matériel sera fourni par le laboratoire. Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences. Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leurs scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, à partir du 4 avril.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

D'autre part, j'avais, dans mon article, approuvé ce qui se passe à Nancy, où le Syndicat, lors de leur soutenance de thèse, fait remettre à tous les jeunes confrères un exemplaire d'une brochure contenant des conseils de déontologie.

M. Delmas me fait remarquer que le Syndicat de Nancy n'a fait en cela qu'imiter celui de Lille, qui, lui-même, a suivi l'exemple de Montpellier.

J'ai pensé qu'il était de mon devoir de rectifier ces deux inexactitudes commises par moi, bien involontairement d'ailleurs.

Dr Picard,
Président du Syndicat des médecins p'Alger.

1127. — Régime des périodes d'instruction militaire

Quel est actuellement le régime des périodes d'instruction pour les militaires des réserves ? Notamment des médecins ?

Quels avantages présente la préparation militaire eu égard aux ultérieures périodes d'instruction ?

Dr L.

Réponse

Les périodes d'instruction ne sont pas officiellement reprises ; cependant, chaque année, le ministre peut mettre des crédits limités à la disposition des directeurs du Service de Santé des régions afin de faire quelques convocations de médecins des réserves pour assurer le Service au moment des périodes de manœuvres, de camps, d'incorporations, etc.

La préparation militaire n'influe pas sur la durée et le nombre des périodes d'instruction ultérieures, mais elle offre de grands avantages au point de vue du service actif : un an de service seulement, dont six mois comme aspirant, six mois comme médecin auxiliaire, ou comme aide-major, suivant le nombre d'inscriptions, le diplôme de doctorat, etc.

1136. — Droits des enfants d'une victime de la guerre après le décès de sa veuve.

Un de mes clients a perdu ses 2 fils au front et touche (lui et sa femme) 900 fr. comme ascendants.

L'un des fils était célibataire. L'autre père de 3 enfants. La veuve touchait 800 fr. + 500 fr. pour chaque enfant = 2.300 fr. La jeune femme est morte hier, quelle doit être la pension des 3 enfants ? 1.500 fr. simplement ? Ou bien la pension de la mère doit-elle être reversée sur l'ascendant qui prendra la charge des petits ?

Y a-t-il des formalités à faire, et par qui ?

Les enfants sont pupilles de la Nation. Ayant obtenu précédemment un secours immédiat de 50 fr.

je viens d'écrire à l'Office départemental pour obtenir un secours renouvenable et l'assistance médicale.

Dr C.

Réponse.

L'aîné des enfants prend la place de la mère et touche 800 fr., non plus jusqu'à l'âge de 18 ans, mais jusqu'à sa majorité. Les autres continuent à toucher 500 fr.

Il faut faire la déclaration de décès à la sous-intendance régionale, qui précédemment règlait à la veuve sa pension.

Application du Tarif Breton

I

1204. — Suture de tendons

Comment rédiger la note d'honoraires suivante pour soins à un accidenté : bûcheron blessé d'un coup de serpe à la main gauche : section des 2 tendons extenseurs du pouce.

Anesthésie locale.
Recherche des bouts supérieurs des tendons.
Suture des deux tendons.
Hémostase de la plaie (veinules).
Surjet sur l'aponévrose.
6 agrafes Michel.
Résultat fonctionnel parfait.

Dr D.

Réponse.

Voir article 17 : « Suture des tendons extenseurs des doigts et orteils. 50 fr. », soit pour vos deux tendons suturés : 100 fr. (1re catégorie). Mais ceci *comprend* ce que vous détaillez : « Recherche des tendons, hémostase de veinules, surjet de l'aponévrose, fermeture de la plaie... » ? Quant à l'anesthésie locale, elle est « comprise dans les prix du présent tarif » (article 12), donc non comptable en plus.

F. D.

II

1230. — 1° Consultation entre confrères ;
2° Injection faite en deux fois.

En mon nom personnel et en celui d'un de mes confrères, membres du « Sou Médical », je vous prie de bien vouloir nous donner votre avis concernant les cas suivants :

1) Consultation entre confrères au cabinet du médecin traitant (en dehors de ses heures de consultation) doit être payée à chacun 30 fr. Une Cie d'assurances offre 24 fr. pour chacun.

2) Réduction de la subluxation du péroné peut-elle être assimilée à celle du pouce et tarifée à 50 fr. ?

3) Un blessé du travail qui a besoin d'une injection de sérum antitétanique a déjà eu antérieurement une injection de sérum (soit comme blessé de guerre, soit comme blessé du travail) ne peut la

recevoir en une séance. Je lui fais une injection de 1 cc. d'abord et 1 h., 1 h. 1/2 après le reste. Je me rends par conséquent deux fois chez mon blessé ou le fais revenir deux fois à mon cabinet.

Dois-je compter 1 ou 2 injections ?

Dr M.

Réponse.

1° Il y a « consultation » quand l'examen du malade est fait au cabinet du médecin et « visite » quand cet examen est fait au domicile du malade. Si la « consultation entre confrères » a lieu dans un cabinet médical et non au domicile du malade, il est donc dû « le prix de 3 consultations » et non celui de 3 visites. L'article 5 précise bien cette distinction en disant : « Lorsque le prix de la consultation équivaudra au prix de 3 visites ou *consultations*... » prévoyant donc bien que cette « consultation entre confrères » peut avoir lieu au cabinet d'un des médecins.

2° Que l'injection antitétanique soit faite en une ou deux fois, elle n'est pas moins tarifée 20 francs et non 40. Naturellement, la deuxième visite est payée en plus.

3° Votre assimilation de subluxation du péroné à celle du pouce, pour tarification, me paraît équitable.

F.D.

Application du Tarif Maginot

1282. — Consultations de spécialistes.

Je ne fais absolument que de la spécialité et le secrétaire de la commission de contrôle ne peut l'ignorer. Le malade est venu me voir de son propre mouvement.

J'ai envoyé pour le 1er trim. 24 une note d'honoraires (2 consultations) pour « conjonctivite de cavité orbitaire chez un énucléé ».

Le secrétaire m'offre le tarif commun et me refuse le tarif oculiste.

Dois-je m'incliner ? Est-ce que tout diagnostic concernant les yeux n'est pas acte de spécialité, chez un spécialiste ? Est-ce que tous les examens pour lesquels je n'ai besoin que de mes *doigts* (ce sont des doigts de spécialiste ! tout comme ceux des chirurgiens !), de mes *yeux* de spécialiste, et de mon *cerveau* de spécialiste ne seront plus que de la médecine générale ? Est-ce que les oculistes ne soigneront plus les conjonctivites, kératites, avec leurs ulcères, iritis, cataracte, etc. ? Pour diagnostiquer tout cela, je n'ai besoin d'aucun instrument ! Le tarif des oculistes est-il élevé parce qu'ils ont ces connaissances spéciales ou bien parce qu'ils ont eu 50 fr. pour s'acheter un ophtalmoscope ? Il faut que la question soit nettement tranchée ! Les Cies d'assurance s'amuseraient trop ! la saison des procès pour tarif Breton promet d'être belle, car ces messieurs ne seraient pas en retard pour suivre le mouvement !

Remarquez que j'ai, comme toujours, examiné le bon œil pour voir s'il avait quelque chose et pour cela je me suis servi d'une lampe et d'une loupe (instruments de spécialité ou non ??) mais je n'en tiens aucun compte.

En somme, me dit le secrétaire : où il n'y a plus d'œil, il n'y a pas d'oculiste !

Dr P.

Réponse.

La Commission supérieure, à propos d'une question d'espèce, a décidé qu'un spécialiste ne touche pas toujours 20 francs par consultation. « Un spécialiste, qui fait un examen sans avoir recours à l'emploi des instruments usuels de diagnostics spéciaux, n'a droit qu'au tarif de consultation et de visite fixé à l'article 60. » D'ailleurs vous trouverez cette question traitée en détail dans ma réponse 182 du *Médecin Syndicaliste*. Il résulte de cette décision que le prix des consultations d'un spécialiste repose sur des questions de *fait*, dans l'appréciation desquelles je n'ai plus à m'immiscer ainsi que je le dis chaque fois que cela se présente, ne pouvant, dans ces réponses, on le comprendra, que m'en tenir à l'*interprétation même du tarif*.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 *mai* 1924.

— *Décrets du* 5 *mai* 1924 *portant modification du tarif et de l'impôt et réglementation de l'assiette et de la perception de l'impôt sur les voitures automobiles en Algérie.*

— Par *arrêté du Ministre de l'Instruction publique du* 3 *mai* 1924 est approuvée la création à la Faculté des sciences de l'Université de Paris d'un *Institut national de biologie maritime.*

8 *mai* 1924.

— *Décret du* 7 *mai* 1924, *modifiant l'organisation de l'administration centrale du Ministère du Travail et de l'Hygiène.*

La direction de la Mutualité et de la Prévoyance sociale est transformée en direction de l'Administration générale, de la Mutualité et de la Prévoyance sociale, comprenant les services suivants : administration générale, mutualité, prévoyance sociale, division des habitations à bon marché et de l'épargne.

— *Arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène du* 2 *mai* 1924, *fixant le nombre des emplois du personnel de l'Institut National des jeunes aveugles.*

Dans les emplois rémunérés sous forme d'indemnité, figurent un médecin et un dentiste.

— *Arrêté du Ministre de la Guerre et des Pensions du 5 mai* 1924 *relatif à la délivrance du certificat d'aptitude professionnelle exigé des candidats aux emplois réservés dans le personnel de diverses compagnies et sociétés.*

Les candidats subissent notamment un examen d'aptitude physique spéciale devant les médecins désignés par le directeur de la Compagnie.

9 *mai* 1924.

— *Arrêtés du Ministre du Travail et d'Hygiène, des* 1er *mai et* 3 *mai* 1924, *fixant la répartition du personnel de la Maison Nationale de Saint-Maurice et de l'Asile National du Vésinet.*

Le premier comprend, au nombre des emplois du personnel médical régis par des statuts spéciaux : 3 médecins, dont 2 aliénistes et 1 résident (maternelle) et 1 pharmacien, et au nombre des emplois rémunérés sous forme d'indemnités : 1 médecin assistant, 3 internes et 3 sages-femmes.

Le second comprend 3 médecins (chef, résident et adjoint), 1 interne et 1 pharmacien.

— *Par arrêté du* 30 *avril* 1924, est approuvé le règlement concernant l'organisation et le fonctionnement du *Centre régional contre le cancer de Rennes.*

— M. Lafforgue, professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé chef du *service d'hygiène sociale*, dont la création est autorisée au centre anticancéreux de cette ville.

— *Décret du* 7 *mai* 1924 *fixant les prix de la consultation et de la visite médicales applicables au Maroc, pour les pensionnés de guerre.*

Ces prix sont de 7 fr., pour la consultation et de 8 fr. pour la visite.

10 *mai* 1924.

— *Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique du* 9 *mai* 1924, *un concours* s'ouvrira le 18 novembre 1924, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de *suppléant de la chaire de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.*

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Par *arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène*, sont nommés :

Directeur et chirurgien du centre de lutte anticancéreuse de Rennes, M. le Pr Marquis.

Chefs des divers services :

M. le Pr Bodin (anatomie pathologique) ;
M. le Pr Perrier (laboratoire de chimie) ;

M. le Pr Quentin (laboratoire de médecine expérimentale) ;

M. le Dr Tizon (curiethérapie).

— Un poste de *médecin chef de service* sera vacant à la *colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château* à dater du 1er juin 1924.

11 *mai* 1924.

— Le *concours annuel* pour la nomination aux emplois de *professeur adjoint à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales* aura lieu à cette école le 21 octobre 1924.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe qui désireront prendre part à ce concours adresseront, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre et des pensions (direction des troupes coloniales, 3e bureau), une demande, qui devra parvenir avant le 1er octobre 1924, en spécifiant l'emploi, ou les emplois, pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de désignation coloniale au 10 octobre 1924. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

13 *mai* 1924.

— *Arrêté du* 10 *mai* 1924 *du Ministre de l'Instruction publique, fixant les conditions à remplir pour l'entrée dans les classes de l'enseignement secondaire.*

Sont considérés comme justifiant d'une instruction suffisante pour entrer dans une classe de l'enseignement secondaire, les élèves qui auront satisfait à l'examen de passage de la classe précédente.

Les élèves pourvus du certificat d'études primaires élémentaires sont considérés comme justifiant de l'instruction suffisante pour entrer dans les classes de sixième et de cinquième.

Les enfants qui ne remplissent pas ces conditions seront admis à titre provisoire dans chaque classe. Leur admission ne deviendra définitive qu'après un mois de séjour et par décision du conseil de classe, qui pourra exceptionnellement prolonger le stage d'un deuxième mois.

14 *mai* 1924.

— Par *arrêté du Ministre des Colonies du* 4 *mai* 1924, *la station thermale de Sail-les-Bains* est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues par le décret du 3 juillet 1897 et suivants.

La durée du traitement dans cette station est fixée à 21 jours.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Conditoins de délivrance du certificat pour l'obtention de l'assistance aux femmes en couches.

6274. — M. Fernand MERLIN, sénateur, demande à M. le ministre du travail et de l'hygiène les conditions de délivrance du certificat médical indispensable pour obtenir l'inscription sur la liste des bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches, qui doit payer ce certificat et à quel tarif. (*Question du* 25 *mars* 1924.)

Réponse. — Si l'intéressée n'est pas inscrite sur les listes d'assistance médicale gratuite, les frais du certificat médical qu'elle doit produire, en s'adressant au médecin de son choix, sont à sa charge, Si, au contraire, elle est inscrite sur ces listes ou admise d'urgence, le médecin de l'assistance médicale peut se faire payer la visite ou la consultation au cours de laquelle il a délivré le certificat sur les fonds du service d'assistance médicale dans les conditions où lui sont payées ces visites nécessitées par l'application de la loi du 15 juillet 1893.

(*J. O.*, 12 avril 1924.)

Les employés des caisses d'épargne sont assujettis à la législation sur les accidents du travail.

21314. — M. Jules BRUNET (Dordogne), député, demande à M. le Ministre du Travail si les dispositions des lois relatives aux accidents du travail de 1898, 1906 et 1923 sont applicables aux employés des caisses d'épargne ordinaires, en cas d'accident dont ils seraient victimes dans l'exercice de leurs fonctions et notamment au cours de leurs déplacements pour la vérification, le contrôle et le service dans les succursales de ces établissements. (*Question du* 31 *mars* 1924.)

Réponse. — La jurisprudence considère que les caisses d'épargne ordinaires, quoique créées dans un but d'intérêt général et d'utilité publique, sont néanmoins des établissements privés et que leurs agents n'ont pas le caractère de fonctionnaires publics. Le ministre du travail est d'avis, sous réserve de l'interprétation des tribunaux compétents, que leurs employés peuvent invoquer le bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

(*J.O.*, 4 mai 1924.)



JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre.

Droit au remboursement des soins. Inscription sur les listes spéciales. Usage des Bulletins détachés du carnet.

DÉCISION DU 19 JUILLET 1923.

Le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, ils n'ont légalement aucun remboursement à réclamer et seuls les médecins et pharmaciens sont fondés à exercer un recours contre l'Etat.

C'est l'inscription sur les listes spéciales qui confère le droit à la gratuité des soins.

Le médecin qui a donné ses soins sans se conformer aux conditions du Décret du 25 octobre 1922, qui n'a pas détaché les bulletins de visite pour être envoyés en fin de trimestre à la Commission départementale épinglés à la note d'honoraires et qui n'a pas donné avis, six jours à l'avance, à ladite Commission, d'une opération (sauf en cas d'urgence) n'a pas droit au paiement de ses honoraires.

Attendu que la Commission départementale de...... statuant sur la demande de remboursement de frais médicaux et pharmaceutiques présentée par Monsieur............ domicilié à........., commune de ...., pour soins donnés par le Docteur.......... et dont font foi les factures présentées par l'intéressé à l'appui de la dite demande, a décidé qu'il y avait lieu d'ordonnancer à son profit le montant des dits frais, conformément au décret du 25 octobre 1922 ;

Attendu qu'aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, § 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur les listes spéciales ont droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension ;

Que par conséquent le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont légalement aucun remboursement à réclamer, et seuls, dès lors, les médecins et pharmaciens ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat;

Que pour ce motif, le décret en Conseil d'Etat du 25 septembre 1919 n'a prévu de remboursement et réglementé les formes à suivre à cet effet qu'à l'égard des médeecins et des pharmaciens à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes ;

Attendu que l'alinéa 3 de l'article 64 stipule que c'est l'inscription sur les listes spéciales qui confère le droit à la gratuité des soins, droit dont l'exercice est réglementé par le chapitre II du décret du 25 octobre 1922, et nécessite l'emploi dans toutes les circonstances d'un carnet à souches spécial délivré par l'Administration ;

Qu'il résulte de l'examen du dossier que M... ayant formulé une demande d'inscription sur les listes spéciales des bénéficiaires de l'article 64 devait y figurer et être détenteur du carnet à souches ;

Attendu que..... n'a pas fait usage du carnet ; que le docteur ..... lui a donné ses soins sans se conformer aux conditions du décret du 25 octobre 1922 ;

Que notamment, il n'a pas détaché les bulletins de visite sur lesquels doivent être notés les actes médicaux accomplis et s'il y a lieu les frais de déplacement, pour être envoyés en fin de trimestre à la Commission de Contrôle, épinglés à la note d'honoraires (article 19), qu'il ne s'est pas davantage conformé à l'article 19 qui décide qu'aucune opération chirurgicale ne peut être faite, sauf le cas d'urgence, qu'après avis donné, six jours à l'avance, à la Commission de Contrôle ;

Déclare bien fondé l'appel de Monsieur le Préfet de ..... et son refus d'ordonnancement : annule la décision de la Commission départementale de ....

VARIÉTÉS

A propos de l'iconographie de Lamarck

Nous lisons dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, dont notre très érudit confrère, le Dr Félix Regnault, a pris la direction laissée vacante par le décès du regretté F. Helme :

Le faux Lamarck du Muséum. — Vous admirez la statue de Lamarck, qui trône à l'entrée du Jardin des Plantes et ne vous doutez guère qu'il y a eu erreur et qu'on a substitué le portrait du général Lamarque à celui du grand naturaliste. Cette erreur fut d'abord commise par Panckoucke, elle est dure à déraciner.

M. Ad. de Mortillet s'y efforce. Il montre à la Société d'anthropologie le vrai portrait du naturaliste, âgé, académicien et aveugle, publié par la Société des sciences naturelles de la Somme. Il est autrement beau et intéressant que celui de son usurpateur.

C'est égal, on n'est sûr de rien. Les documents en apparence les plus autorisés sont frelatés.

Ayant assisté à la communication de M. de Mortillet à la Société d'anthropologie, et déjà fort impressionné par l'exposition du faux Fagon au Musée du Louvre, je me livrai à quelques recherches qui firent l'objet de la communication suivante à la Société d'anthropologie (séance du 20 mars 1924) où j'ai pu établir que c'est M. de Mortillet qui a été trompé :

La communication de M. de Mortillet émettant un doute sur l'authenticité du portrait de Lamarck, édité lors de l'érection de la statue du Jardin des Plantes et qui serait, disait-il, un portrait du général

Lamarque, n'avait pas été sans me préoccuper. Aussi avais-je résolu d'élucider cette question troublante?

Grâce à l'amabilité de M. de Nussac, sous-bibliothécaire au Muséum, j'ai pu faire des recherches à la Bibliothèque de cet établissement. Or, en voici le résultat.

L'Iconographie de Lamarck est résumée dans le mémoire très important de M. Marcel Landrieu, intitulé : Lamarck, fondateur du Transformisme, écrit en 1908 et publié dans le tome XXI du *Bulletin de la Société zoologique de France* (1909).

Le principal portrait de Lamarck a été peint à l'huile de son vivant en l'an X (1802) par Thévenin qui fut membre de l'Institut , Lamarck avait alors 58 ans. Ce portrait, qui est resté dans la famille de Lamarck, le représente en costume d'académicien ; il ne saurait être celui du général Lamarque qui ne fut jamais de l'Institut.

Ce portrait fut reproduit en gravure au trait par Frémy pour sa collection des *Portraits des personnages remarquables* en 1817. Il a été encore reproduit dans la *Biographie nouvelle des contemporains* par Arnault, éditée par Emile Babeuf en 1823. (t. X, hors texte ap. la page 388).

Ce fut d'après cette gravure que furent faits le portrait publié dans les *Nouvelles archives du Muséum* et la statue de Fagel, élevée au Jardin des Plantes.

Du vivant de Lamarck, furent encore faits d'autres portraits.

M. Lennel de la Farelle en a réuni 8 originaux. Nous avons : 1° la lithographie de Boilly (1821), une des plus belles images du savant.

2° Un dessin d'Alexis Noël de 1817, reproduit par Langlumé ;

3° La gravure d'Ambroise Tardieu publiée dans le *Dictionnaire des sciences médicales de Panckoucke* ;

4° La gravure du même Tardieu, représentant Lamarck très âgé et aveugle ;

5° Le Muséum possède une esquisse du profil de Lamarck d'après nature du Dr Gachet, datée de 1826 (3 ans avant sa mort) ;

6° Ce profil servit à Curmer à dessiner le médaillon de Lamarck qui illustre le livre de Cap sur le Muséum.

Quatre bustes de Lamarck ont été modelés dont un par Leroux, mais tous après sa mort.

Le professeur du Muséum, M. Hamy, qui était en intimes relations avec le sculpteur Fagel, lui fit remettre par M. de Nussac tous les documents iconographiques authentiques pour faire la statue.

Ce qui a pu créer la légende que M. de Mortillet nous a rapportée, c'est, que dans la *Biographie nouvelle des contemporains*, publiée par Arnault en 1823, le portrait de Lamarck par Thévenin, gravé par Frémy, est bien reproduit avec la mention : M. DE LAMARCK, *de l'Institut*, et l'orthographe Lamarck, mais il n'y a pas dans ce volume la biographie de Lamarck, le naturaliste, omise sans doute par erreur, mais bien celle du général Lamarque, à côté de la gravure.

Conclusion : Le Lamarck du Muséum n'est pas un faux Lamarck, mais bien un Lamarck authentique.

J. NOIR.

Quarante-sixième année — N° 22 — 1er Juin 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1322-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles :

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

Documents Officiels

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs S. H. et R., la somme de trente-cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Cohen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 232. — Achèterais radiophore Fournier et viscosimètre, bon état. Dr Simeray, à Moirans (Jura).

No 233.—Lits démont. du Dr Kopp (prat., avantag.), pour soins médic. et mass. S'adr. M. Bertrand, ingén., 4, rue de la Jonquière, Paris.

No 234. — Ménage 50 ans, honor. parf. clas. moy., ay. perdu fille unique, rech. jeune fille 15 à 18 ans pour aider trav. mais., avec proj. d'adopt. si entente récipr. Dr Boymier, St-Vivien-de-Médoc (Gironde).

No 235. — A céder dans stat. therm. du Centre, en plein essor, une source minér. et terr. div. Aff. très intér. et d'aven. imméd.

No 236.— A céder très bon poste médec. pro-pharmac. à 15 km. de Rennes, face gare de tramway. Rapp. 30 à 35.000 frs. Bel imm. avec jard. à vendre.

No 237. — Le Dr Fernet, à Albert (Somme) désire céder : pinces Doyen, Kocher, scie, amygdalotome, série Béniqué, ophtalmoscopes, etc.

No 238. — Côte d'Azur. Petite client. insulaire à repr. gratuit. Conviendr. à médec. âgé désirant se reposer et disposant de quelques ressources personnelles. Avantages : 5.000 fr. par an et le logement. On pourrait faire la pharmacie.

No 239. — Banlieue imméd. Poste ancien, seul méd., rapp. 38.000 fixes. Petit pavill. av. jard., légère indemn. S'adr. Breitel et Goret, 1 rue Dante, à Paris, 5e.

N° 240. — Laboratoire très bien situé à Paris ; grand appart., loyer 1.800 fr., excell. matér. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris, 5e. R. C. Seine N° 46.851.

N° 241. — Le Domaine de Gipoulons (Agriculture et Elevage, 40 hectares) dispose actuellement de : 1.7 Ancônes, 1.4 Wyandottes blanches, 2.4 Rhodes Island, 3.3 Brackels dorés. 2.5 Brackels argentés : Coq Crèvecœur, à 25 fr. le sujet ; 6 poules Malines Concours, 30 fr. pièce ; 1.3 Oies de Romagne 250 fr., tous reproducteurs prix d'honneur ou 1ers prix Lille 1923, en pontes ; Œufs à couver, canetons, oisons dindes, pintades, pigeons Mondains et Montaubans, lapins Normands, prix modérés. Disponibles également dix grands parquets poulettes 3 mois, leghorns blanches américaines (18 fr. pièce) et Bresse noires (16 fr.), issues reproducteurs hautement primés et sélectionnés pour ponte, seront bonnes pondeuses d'hiver.

Plus de 1.000 Récompenses aux Expositions dont au moins 200 prix d'honneur et 500 1ers Prix. — Renseignements contre timbres. Docteur Ruyssen, Haubourdin (Nord).

N° 242. — Désire acquérir clientèle environs Paris.

CORRESPONDANCE

Le tiers-payant, voilà l'ennemi !

Mitry-Mory, le 19 mai 1924,

Mon cher Duchesne,

A propos du compte rendu que vous avez fait, dans le *Concours*, du banquet du Syndicat de la Seine, vous avez eu l'amabilité de parler de mon allocution, mais vous avez cité une phrase qui, dans sa forme elliptique, et détachée de ce qui l'encadrait, pourrait dénaturer ma pensée.

J'ai bien dit : « En médecine sociale, le tiers-payant c'est l'ennemi ». Mais ces mots étaient précédés de ceux-ci, ou à peu près : « Pour faire de la bonne médecine, une médecine saine, à l'abri de toutes les tentations et de toutes les compromissions, en médecine sociale, le tiers-payant, c'est l'ennemi ! »

Et j'ajoutai ensuite que, devant la poussée indéniable qui entraîne la nation tout entière vers l'assurance-maladie, si nous devions être, parfois, obligés de subir ce tiers-payant, le contrôle professionnel moral en serait le corollaire obligatoire qui atténuerait considérablement le danger qu'il peut faire courir à l'exercice de notre belle profession.

Voilà maintenant tout malentendu écarté. Je vous serais donc obligé de vouloir bien me trouver un petit

coin dans une colonne du *Concours* pour placer cette lettre. Je vous en remercie à l'avance, en vous assurant de ma vieille et sincère amitié.

Dr Fernand DECOURT,
Président de l'Union.

1192. — Sanatoriums pour officiers tuberculeux de guerre.

Réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire avec 5 % d'invalidité et voyant mon état de santé s'aggraver, ai-je droit à une hospitalisation gratuite dans un sanatorium ? Si oui, quelles sont les formalités à remplir ? Existe-t-il un sanatorium pour ex-officier ? A-t-on le droit de choisir ?

Dr Y.

Réponse.

Dans ces conditions vous avez droit à l'hospitalisation gratuite.

Vous pouvez choisir ; il vous sera donné satisfaction dans la mesure où il y aura des places disponibles dans le sanatorium choisi.

1° Pour les sanatoriums, dépendant du ministère de la guerre, adresser pour la France, une demande au ministère de la guerre 7e direction, pour l'Algérie au directeur du service de santé de la 19e région à Alger.

Voici la liste des sanatoriums militaires :

Briançon (Hautes-Alpes).
Le Becquet (Gironde).
Hôpital complémentaire 49, à Berck-Plage.
Hôpital auxiliaire 109, à Berck-Plage.
Hôpital maritime, St-Mandrier, à Toulon.
Souk Arras (Constantine).
Médéah (Alger).
Mascara (Oran).

2° Pour les sanatoriums civils, adresser au Préfet une demande, accompagnée d'un certificat médical attestant :

1) Que la maladie en cours est bien celle qui a motivé la pension.

2) Qu'elle est à un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement dans un sanatorium (Les tuberculeux à la deuxième période ne doivent pas être envoyés dans ces établissements).

Le Préfet transmet la demande au directeur du sanatorium intéressé. Celui-ci fait connaître, d'après le nombre des places disponibles, à quelle date l'intéressé pourra être dirigé sur l'établissement.

Le transport est assuré gratuitement à l'aide d'un bon de réquisition délivré par la Préfecture.

1225. — Réduction du service militaire en faveur des enfants de familles nombreuses.

J'ai 6 enfants dont l'aîné est né en 1897 et le der-

nier en 1911. Le troisième de la série, né en 1903, est parti soldat en Rhénanie au mois de novembre dernier. Il m'écrit qu'un de ses camarades, aîné de 4 enfants, comme lui, ne va faire qu'un an au lieu de 18 mois.

Est-ce exact et quelles sont les conditions requises pour bénéficier de la loi ? Dr X.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, le fils aîné d'une famille de cinq enfants et plus appartenant à la classe 1922 ou à une classe postérieure n'accomplira que 12 mois de service. Si le frère aîné n'a pas profité de cette disposition, le frère puiné, et après lui le troisième frère, si le deuxième est dans le même cas, et ainsi de suite, jouiront de la même réduction.

Or, votre troisième enfant, fils né en 1903, soldat actuellement en Rhénanie, ne peut profiter de cette réduction de service, puisque ses deux frères plus âgés sont de classes antérieures à la classe 1922. Il ne pourrait en profiter que s'il était l'aîné des garçons de votre famille, vos deux enfants plus âgés étant des filles ou si, faisant partie d'une famille de six enfants ou plus, il y avait encore quatre enfants après lui, l'un au moins des fils plus âgés que lui pouvant appartenir à une classe antérieure à 1922.

Ces renseignements sont donnés par une feuille de renseignements en date du 10 novembre 1923, publiée par le ministère de la guerre pour l'application de la loi du 1er avril 1923.

Pour bénéficier de cette réduction de service, il faudrait déposer au corps où le fils est incorporé, afin que celui-ci soit libéré après 12 mois, un certificat de vie, collectif si possible, des enfants et une copie certifiée conforme du livret de mariage.

1137. — Exemption de l'impôt sur le revenu en faveur des intérêts des bons du Trésor.

Quels sont les bons du Trésor exempts de l'impôt cédulaire et surtout de l'impôt complémentaire global sur le revenu ? Dr P.

Réponse.

Tous les intérêts des bons du Trésor sont exempts de l'*impôt cédulaire sur les valeurs mobilières*.

Seuls les intérêts des bons du Trésor à échéance d'un an au plus ne sont pas assujettis à l'*impôt général sur le revenu global* (Loi du 13 mars 1924).

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1237a. — Prescriptions concernant l'éclairage des automobiles

Je vous serais très obligé de bien vouloir donne

dans un prochain numéro du *Concours* le texte de l'arrêté ministériel du 28 juillet 1923, concernant l'éclairage des automobiles. Je pense que ce texte intéressera beaucoup de médecins.

Dr B.

Réponse.

Voici le texte de l'arrêté dont les journaux ont rappelé l'applicabilité à compter du 1er juin prochain :

Art. 2. — Le projecteur ou l'ensemble des projecteurs employés doit avoir une puissance suffisante pour éclairer la route à 100 m. En aucun cas, abstraction faite des circonstances où l'éclairage devra être réduit au moyen des dispositifs indiqués aux art. 3 et 4 ci-après, l'intensité lumineuse apparente du ou desdits projecteurs ne doit être inférieure à celle que produirait, sur un écran vertical, placé à 100 m. de distance, un éclairement de 5 centièmes de lux.

Art. 3. — Dans le cas d'appareils utilisant le pouvoir éclairant d'une ou de plusieurs flammes, un dispositif doit permettre de réduire instantanément l'éclairage, soit en diminuant l'intensité des flammes, soit en les occultant par rapport au système optique, soit de toute autre manière équivalente.

Art. 4. — Dans le cas d'appareils électriques ou assimilés, le système d'éclairage doit être disposé de manière à permettre de supprimer l'éblouissement pour les usagers de la route, tout en projetant sur le sol, à 25 m. environ en avant du véhicule, un faisceau lumineux dont les rayons ne dépassent pas en hauteur, pour toute répartition de la charge du véhicule placé sur route horizontale, le plan parallèle à la route et distant de 1 m. 40 de celle-ci. Toutefois sont tolérées au-dessus de ce plan les émissions lumineuses provenant de sources dont l'éclat intrinsèque ne dépasse pas une bougie et demie par centimètre carré.

Les conditions spécifiées au présent article peuvent être réalisées, soit au moyen d'un projecteur unique convenablement disposé à cet effet, soit au moyen de plusieurs appareils employés simultanément ou non, pourvu que le passage d'un éclairage à l'autre ait lieu sans aucune interruption.

Sont assimilés aux appareils électriques ceux dans lesquels l'incandescence est due au pouvoir calorifique d'une flamme peu éclairante par elle-même.

Art. 5. — Les appareils produisant l'éclairage réduit peuvent être utilisés pour remplir l'office des feux blancs d'avant visés aux paragraphes 1er et 2 de l'article 24 du décret du 31 décembre 1922, pourvu qu'ils remplissent à ce point de vue toutes les conditions réglementaires et sauf les interdictions qui pourraient être édictées par l'autorité locale en ce qui concerne des voies où l'éclairage public assure un éclairement moyen au sol d'au moins deux dixièmes de lux.

Art. 6. — Lorsque l'éclairage réduit est produit par un seul projecteur, celui-ci doit être disposé de

manière à éclairer en particulier le côté droit de la route.

Si l'éclairage plein est produit par un seul projecteur, celui-ci est placé à gauche ou dans l'axe du véhicule.

Art. 7. — La vitesse du véhicule doit être ralentie dans toutes les circonstances où le conducteur passe de l'éclairage plein à l'éclairage réduit.

Tout véhicule dont les dispositifs spéciaux d'éclairage ne répondraient pas ou cesseraient de répondre aux conditions fixées par le présent arrêté, devra, pour circuler de nuit, sous le couvert des feux de position qui font l'objet des dispositions des paragraphes 1er et 2 de l'article 24 du décret du 31 décembre 1922, réduire sa vitesse à 20 kilomètres à l'heure au maximum, ainsi que l'exigent les prescriptions du décret précité.

1287. — L'indemnité maladie versée par la Mutualité Familiale est passible de l'impôt général sur le revenu.

L'indemnité d'invalidité de la « Mutualité Familiale », qui m'est versée par vos mains, doit-elle être comptée dans ma déclaration d'impôt sur le revenu ?

Dr N.

Réponse.

Toutes les indemnités et rentes, à condition qu'elles n'aient pas le caractère d'un remboursement de dépenses, sont passibles de l'impôt général sur le revenu.

Les quelques dérogations à ce principe prévues par la loi ne visent pas les indemnités de maladies versées par une mutualité.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1280. — Accident survenu au conducteur du camion d'une sucrerie

Je vous serais obligé de me faire savoir si un ouvrier conducteur de camion au service d'une exploitation agricole (sucrerie, cultivant en dehors de la période de fabrication) doit être considéré en cas d'accident, comme soumis à la loi de 1898.

Il s'agit en l'espèce d'une fracture du radius pour laquelle on aurait imposé l'intervention d'un confrère, qui n'est pas le médecin habituel de la famille.

Dr S.

Réponse.

Les sucreries sont, sans contestation, des exploitations industrielles et non agricoles. Il en résulte que la loi de 1898 leur est applicable.

Il a même été jugé (Cass.Civ., 30 juin 1908, *Gaz. Pal.* 1908, 2.50) que lorsqu'un industriel sucrier joint à son usine la culture de quelques terres, l'accident survenu à un charretier pendant

(*Voir la suite page XLVII-1367*)

PROPOS DU JOUR

A l'Association générale des Médecins de France.

L'Assemblée générale. — Le Banquet. — Le projet de Foyer National des médecins français.

Nous éprouvons toujours un grand plaisir à assister à l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France. Nous sommes certains d'y rencontrer parmi les Présidents et les Délégués de nos Sociétés locales de vieux compagnons de lutte qui nous ont précédé ou accompagné au cours de notre carrière syndicale. Cette année, nous avons eu la bonne fortune de serrer la main au Dr Treille (de Lavaveix), le doyen du Syndicalisme médical, au Dr Bauzon, de Chalon-sur-Saône, un de nos plus anciens collègues et dévoués collaborateurs, au Dr Bousquet, de Clermont-Ferrand, qui fut, il y a 35 ans environ, notre maître, au Dr Charbonnier, de Caen, au Dr Manesse, de Bertry (Nord), deux de nos anciens fidèles. Nous avons eu le plaisir de rencontrer M. Combemale, le savant professeur de Lille, M. Bardier, de Toulouse, l'organisateur des prochaines Journées médicales du Languedoc, l'ex-Président de l'Union, Legras, et son successeur Decourt, les docteurs Vilpelle, de Meaux, Pathé, de Rennes, Reynès, de Marseille, Vacher, d'Orléans, Clermont, de Toulouse, Besson, de Bourges, etc., etc. Il faudrait les énumérer tous, nous y renonçons, ils étaient trop nombreux.

A cette Assemblée devait être annoncée la réélection du Président général, Bellencontre. Personne ne doutait de son succès, mais personne n'eût osé espérer une manifestation aussi unanime en sa faveur. L'on peut bien dire unanimité quand sur 4.119 votants, 4.080 voix furent données à Bellencontre, c'est-à-dire 99,07 % des suffrages exprimés. Jamais, depuis que l'Association existe, pareille majorité n'avait été obtenue par un président.

Le Conseil a été complété par la réélection de Chapon, Zipfel, vice-présidents, Bongrand, trésorier, Vimont, archiviste, Ball, Claisse, Dartigues et Legras, membres du Conseil général. Etant tous de nos amis, il nous est difficile de dire d'eux tout le bien que nous pensons. Nous ferons cependant une exception pour J. Bongrand, le trésorier modèle que nous qualifiâmes un jour, par un lapsus justifié, du titre de trésorier général du Corps médical français, ce qui est exact puisque c'est lui qui administre la fortune de l'A. G. et les finances de l'Union des Syndicats.

Les places laissées vacantes par la perte de Helme, Bataille, Richard-Lesay, Bourgeois, Paul Guillon, ont été remplies par les Drs Noël Fiessinger, Gaston Roussel, Plantier, Ollive, Vallée, auxquels nous adressons la plus cordiale bienvenue dans le Conseil.

Nous passerons sur le discours du Président, le rapport du secrétaire général, le compte rendu du trésorier, les rapports ayant trait aux pensions, etc., etc. Toutes ces cérémonies entrent dans le rituel des Assemblées de l'A. G. Elles se déroulent avec un ordre et une précision mathématiques. Sans doute, l'éloquence du verbe d'un Bellencontre et la non moindre éloquence des chiffres d'un J. Bongrand en rompent la monotonie et provoquent des applaudissements ; sans doute, les précisions et les projets du secrétaire général Thiéry donnent un vif intérêt à son rapport, et de même, pour le vote des pensions viagères, les observations généreuses du Dr Peyre. Mais, en somme, c'est là le vrai programme de l'Assemblée générale, le plat de résistance ; or, les spectateurs qui, ici, sont encore des acteurs, trouvent parfois plus d'agrément aux hors-d'œuvre et à la variété des desserts.

Un hors d'œuvre qui mit immédiatement tout le monde en appétit, ce fut la nouvelle de l'accroissement de près de 40.000 francs des revenus de l'A. G. Cet accroissement est dû, comme l'a exposé le trésorier Bongrand, aux recherches prudentes et avisées du Directeur de nos services administratifs, M. Maillard, qui depuis plus de 30 ans, a mis toute son intelligence et tout son temps au service de l'A. G.

Le président Bellencontre, dans un beau mouvement de son éloquence coutumière, exalta le mérite de M. Maillard. Normalement un administrateur, même lorsqu'il est qualifié excellent, borne son activité à remplir ponctuellement ses fonctions. Il n'en fut pas de même de M. Maillard ; il prit à cœur de considérer l'A. G. comme sa propre famille, il s'ingénia à étudier tous ses rouages, à améliorer son portefeuille en se main-

tenant strictement dans les limites étroites qu'impose la loi aux Sociétés de Secours mutuels approuvées. Ses études approfondies, appuyées des approbations des hautes compétences financières, soumises au Président, au Secrétaire général, au Trésorier général et au Conseil, ont donné lieu à des ventes et des remplois heureux qui font que les membres de l'A. G. doivent depuis quelques années à M. Maillard un accroissement *de leurs revenus* d'au moins *cinquante mille francs*.

Il serait justice d'inscrire un jour M. Maillard parmi les plus généreux bienfaiteurs de l'Association.

La séance, qui se ressentait du temps orageux et de la lourdeur de l'atmosphère, se livra à des discussions un peu surannées sur la nécessité de faire intervenir l'A. G. dans les travaux de la Commission de l'Union des Syndicats, qui étudie la question de l'Ordre des Médecins. L'on a senti qu'il existe encore quelques confrères qui ne peuvent se résigner à ce que l'A. G. ne joue plus, comme il y a 40 ou 50 ans, le rôle de Fédération des Syndicats antisyndicalistes. Et, cependant, il suffit de jeter un coup d'œil sur la liste du bureau et du Conseil général pour constater que ces temps sont changés et bien changés. Bellencontre, Vimont, Philippeau et nous-même avons été présidents du Syndicat de la Seine ; Bongrand est trésorier de l'Union des Syndicats ; Chapon est membre du Conseil de l'Union ; Decourt en est le président et Legras vient d'en quitter la présidence. Barbanneau, fondateur du Syndicat de la Vendée, fut vice-président de l'Union. Levassort, qui fut l'âme de la répression de l'exercice illégal par les Syndicats, ne peut être suspect d'antisyndicalisme et, dans la salle, l'unanimité, à part deux ou trois délégués, était formée de syndicalistes actifs et convaincus. Ce faux-semblant d'opposition est utile et nécessaire, il donne un peu de vie à l'assemblée générale qui, sans lui, aurait trop la majestueuse et monotone solennité d'une cérémonie liturgique.

Un intermède qui ne manque jamais, est celui où l'on propose de créer avec rien quelque chose, c'est-à-dire de donner sans cotisations appréciables des retraites de droit aux 10.000 membres de l'Association. M. Puge, le distingué actuaire de l'A. G., avec une remarquable courtoisie, dont nous avons tous apprécié l'ironie, n'a eu aucune peine à démontrer aux généreux utopistes qu'ils faisaient un peu comme le joueur qui, une fois la partie terminée, aurait la prétention de miser sur le tableau qui aurait gagné et voudrait se faire payer.

***

Le banquet, dans le superbe décor de la grande salle du Palais d'Orsay, a eu un grand succès. Les évènements politiques nous ont privé de la présence de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, mais il avait délégué pour le représenter M. l'Inspecteur général Rondel, un vieil ami du Corps médical, puisqu'il y a 30 ans environ, il s'employait déjà avec nous, alors jeune secrétaire de l'Union des Syndicats, à aplanir les conflits que suscitaient la nouvelle application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite. Le Directeur de l'Assistance d'alors, M. Henri Monod, connaissant toutes les qualités de son secrétaire, M. Rondel, l'avait chargé de ces conciliantes fonctions. Depuis, M. Rondel n'a cessé à divers titres de servir de trait d'union entre le Corps médical et l'Administration.

M. le Doyen, H. Roger, qui ne perd aucune occasion de témoigner sa sympathie aux médecins praticiens, a été l'objet en entrant dans la salle de la plus chaleureuse ovation.

Au champagne, le président Bellencontre, qui décidément se surpasse, a dans une improvisation délicieuse, avec une charmante, cordiale, élégante et spirituelle simplicité, souhaité la bienvenue et bu à la santé des invités ; le doyen de la Faculté, le représentant du Ministre, le Président et le secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, le Président du Syndicat des médecins de la Seine, le Président du Syndicat des spécialistes pharmaceutiques, les représentants de la Presse médicale, les membres du Conseil judiciaire de l'A. G., les délégués de l'Association des Etudiants.

Le doyen, qui s'était rencontré en Pologne avec le président Bellencontre, rappela l'accueil enthousiaste que les médecins français y avaient reçu. Il a demandé que lorsqu'un Congrès médical franco-polonais se tiendra dans deux ans à Paris, les médecins français fassent tous leurs efforts, non pour recevoir nos confrères polonais de la même façon, ce serait absolument impossible, mais pour leur montrer que nos sentiments à leur égard égalent ceux qu'ils nous ont témoignés.

Le Président de l'Union, Decourt, fit une allusion à la disparition du Ministère de l'Hygiène sur lequel les praticiens avaient fondé de grandes espérances qui ne furent pas réalisées.

Le Président du Syndicat des médecins de la Seine sut faire en excellents termes un délicat éloge du Président Bellencontre qui le précéda

d'ailleurs de quelques années à la tête de notre grand groupement parisien.

Enfin M. l'Inspecteur général Rondel, représentant du Ministre et qui a été un des principaux collaborateurs du dernier ministre de l'hygiène, tint à faire remarquer au président de l'Union des Syndicats que, si la marche des progrès au Parlement et dans les Administrations est lente, même très lente, elle n'en est pas moins effective, qu'un grand pas a été fait puisque le Ministère de l'hygiène a appelé les représentants autorisés du Corps médical et des Syndicats à siéger dans ses conseils, notamment dans le Conseil supérieur de l'Assistance où ils ne tarderont pas à faire triompher leurs justes revendications ; ce qu'il souhaite de tout cœur.

Tous ces discours, entrecoupés d'applaudissements, ont été suivis de bans vigoureusement battus. Un de nos anciens, le Dr Pangon, de Saint-Vallier-sur-Rhône, s'était institué héraut de l'Assemblée ; avec une conviction impressionnante et une voix puissante, il donnait chaque fois le signal des bans en proclamant les titres du dernier orateur. Cette cérémonie mi-sérieuse, mi-plaisante, contribua pour sa part à la franche gaîté qui termina cette agréable soirée.

***

Nous devons une mention spéciale au projet très sérieux d'achat d'un établissement que le Dr Thiéry, secrétaire général de l'A. G. mais aussi président du Comité d'Etudes pour la création du Foyer National des médecins français, a soumis à l'Assemblée générale pour réaliser l'Institution projetée d'une Maison des médecins à Paris.

Le Corps médical français pourrait acquérir dans des conditions extrêmement favorable, et cela pour des raisons d'ordre purement moral, de la personne qui en est propriétaire, un établissement qui paraît avoir été construit pour répondre aux exigences du Foyer National des médecin. C'est l'ancien hôtel de l'Université des Annales, place Saint-Georges, devant lequel est une station du métropolitain.

Cet hôtel superbe qui ne nécessiterait aucun frais d'aménagement, s'étend sur un emplacement de 1.000 mètres carrés au voisinage de l'Hôtel du Président Thiers.

Il est pourvu d'un jardin et de communs faciles à utiliser, de chauffage central, monte-charges, etc., etc. Il comprend une salle de spectacle, pouvant contenir 600 spectateurs, avec scène, proscénium, rideau, sortie de secours, de grandes salles de banquets, de danses, des salles pour réception, une bibliothèque, des salons de lecture, de jeux, de billards, de consommation, des galeries d'expositions, un grand hall, etc., etc.

Tout ceci pourrait devenir la possession du Corps médical et être organisé pour *moins de trois millions*. C'est une occasion qui ne se rencontrera plus, car s'il fallait faire construire cet immeuble, c'est trois ou quatre fois cette somme qu'il faudrait y consacrer.

Notre confrère, le Dr Thiéry, espère réaliser cet achat. Il ne doute pas des revenus très sérieux que l'on pourrait tirer de cet établissement par les locations de la salle de spectacles et des salles qui resteraient vacantes, pour l'installation de nos grandes Associations et de nombreuses Sociétés scientifiques ou médicales parisiennes dans cet hôtel.

Nous souhaitons de tout cœur le succès du projet du Dr Thiéry. Faisant partie du Comité du Foyer national, nous en avons déjà plaidé ici plus d'une fois la cause. Il serait navrant si parmi les 24.000 médecins français, il ne se trouvait pas les quelques milliers de souscripteurs qui pourraient permettre la réalisation de ce Foyer. Ce serait à la fois une œuvre médicale et une œuvre nationale, car elle permettrait de recevoir dignement et de donner des fêtes aux médecins étrangers de passage à Paris qui reçoivent si somptueusement chez eux les médecins français.

J. Noir.

R. H. M. S ; 5480.

Le Monument aux Externes et anciens Externes des hôpitaux de Paris morts pour la France.

J'ai assisté dimanche dernier à l'inauguration du monument élevé, dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu, à la mémoire des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, morts pour la France.

Monument sobre et sévère, formé d'une fresque qui représente la tranchée de première ligne, au fond de laquelle le jeune médecin se penche sur un blessé, cependant que le combat continue... Les rudes figures sculptées par l'artiste ont un je ne sais quoi de médiéval qui, en leur donnant une apparence de vitrail, leur confère une sorte de caractère religieux.

La cérémonie était présidée par M. MISSOFFE, député de Paris, vice-président du Conseil municipal, en présence des délégués du ministre du Travail et de l'Hygiène, du ministre de l'Instruction publique, du ministre de la Guerre, du Gouverneur de Paris, des Maréchaux Joffre et Pétain, des hauts dignitaires de la médecine d'armée, les médecins inspecteurs TOUBERT, ROUGET, DOPTER.

Dans l'assistance, un grand nombre de professeurs et de médecins des hôpitaux. Je cite au hasard : le doyen, professeur ROGER, Jean-Louis FAURE, SIREDEY, SERGENT, LIAN, DALCHÉ, RATHERY. J'ai reconnu également et salué : GASTOU, FOVEAU DE COURMELLES, PESCHER, etc.

D'excellents et émouvants discours ont été prononcés par MM. BELOT, président d'honneur de l'Association des externes et anciens externes, BOMPARD, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ROGER, doyen de la Faculté de médecine, HUDELO, directeur de l'Hygiène au ministère du Travail, BILLEGARD, chef de cabinet du ministre de l'Instruction publique, COSSA, président de l'Association des externes, MISSOFFE. M. MOURIER, directeur de l'Assistance publique, retenu par son état de santé, avait chargé M. BÉCHET, secrétaire général, de lire à sa place le discours qu'il avait préparé.

La Garde Républicaine prêtait le concours de son beau talent à cette belle, mais simple cérémonie, où des paroles réconfortantes ont été dites, qui nous permettent de bien augurer de l'esprit de sacrifice et de dévouement de la jeunesse médicale de nos hôpitaux.

G. DUCHESNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

V

La Dyspepsie simple,

Par P. ROHMER

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La dyspepsie simple aiguë (« diarrhée commune des nourrissons élevés au lait de vache » de MARFAN, « affection gastro-intestinale aiguë apyrétique », de HUTINEL-NOBÉCOURT) est une affection légère, qui est caractérisée par la viciation du processus digestif ; elle ne comporte aucune lésion inflammatoire de la paroi gastro-intestinale et ne retentit pas sérieusement sur l'économie générale. Elle commence par un trouble de la digestion gastrique, qui souvent donne lieu à des vomissements ; puis, surviennent des modifications plus ou moins intenses des selles ; elles deviennent plus fréquentes, demi-molles, contenant, dans un mélange jaune ou vert de mucus, et de matières fécales des grumeaux blancs, ou bien liquides, souvent émises

(1) Voir *Concours médical*, nos 5, 9. 14 et 18.

en jet violent. Quelquefois, des amas de mucus grisâtre sont mélangés avec des matières jaunes ou vertes (selles panachées). Les selles peuvent être tellement aqueuses, qu'elles ne laissent dans les langes qu'une tache jaune ou verte, avec quelques rares flocons glaireux.

Les enfants sont plus pâles que de coutume, abattus et agités ; l'appétit est diminué, le ventre légèrement ballonné ; ils souffrent de coliques ; souvent il s'établit un érythème fessier. La température est normale, avec de fortes oscillations nycthémérales, ou subfébrile. L'augmentation pondérale diminue ou s'arrête complètement, mais il n'y a pas de chute rapide du poids.

Chaque réaction thermique plus forte, dans le sens de l'hyperthermie ou de l'hypothermie (à moins qu'elle ne soit provoquée par une infection concomitante !), chaque réaction générale plus intense, chaque perte rapide et continuelle du poids, indiquent une affection plus grave et font sortir le cas du cadre de la dyspepsie simple.

Cette affection, qu'on pourrait appeler, avec une expression banale, une indigestion simple du nourrisson, n'intéresse guère les parois du tube digestif ; d'habitude, on trouve la muqueuse intestinale parfaitement intacte. M. Marfan insiste sur l'hyperhémie et la transformation mucoïde de l'épithélium glandulaire. Quelquefois, une infection secondaire peut se loger dans la muqueuse chimiquement lésée par le contenu pathologique du tube intestinal.

On peut distinguer, dans la dyspepsie simple, une forme aiguë et transitoire, une forme à rechute et une forme chronique.

Quant à l'ÉTIOLOGIE de la dyspepsie aiguë, elle peut être la suite d'une simple *suralimentation* ; ce fait se produit cependant assez rarement. Elle est quelquefois le résultat d'un *changement de nourriture* et, en particulier, arrive fréquemment quand on passe de l'allaitement au sein à l'alimentation artificielle (dyspepsie du sevrage). On a l'habitude d'accuser de préférence la *corruption microbienne ou une altération chimique du lait de vache* ; sans vouloir contester l'exactitude des observations qui ont été faites par d'autres auteurs, je n'hésite pas à proclamer que je n'ai pas encore vu un seul cas où cette cause ait pu être démontrée avec une exactitude rigoureusement scientifique ; j'en conclus qu'elle doit être rare.

Souvent, elle *se greffe sur une dystrophie du lait de vache*, ou une autre dystrophie alimentaire. D'autre part, on constate fréquemment que le même lait, qui est bien supporté par certains enfants, donne la diarrhée à d'autres ; ces derniers ont les organes digestifs plus sensibles, inaptes à digérer le lait hétérogène ou bien le digérant avec difficulté. D'habitude, ils présentent des tares constitutionnelles telles que du lymphatisme ou de la névropathie. Il entre donc dans l'étiologie de la dyspepsie — surtout des formes à rechute et chroniques — un *facteur constitutionnel* qui est bien important (cause interne ou dysergique de Marfan).

Généralement, le nourrisson réagit par la diarrhée ou des vomissements à *tout ce qui exerce sur lui une action défavorable*, tels que la chaleur, le froid, le manque de soins, la malpropreté, etc.

La cause la plus fréquente de la dyspepsie, surtout dans le milieu hospitalier, mais aussi dans les familles, ce sont les *infections*. Nous n'avons pas en vue les maladies infectieuses qui donnent lieu à de vrais états inflammatoires du tube digestif (gastro-entérites, entéro-colites, dysentérie, etc.) dont nous parlerons plus tard, mais des infections qui, tout en siégeant ailleurs, ont un retentissement sur les fonctions digestives Il faut citer en première ligne les nombreuses. naso-pharyngites, angines, stomatites, trachéites que les enfants acquièrent si facilement et qu'on y trouve souvent à l'état chronique, — puis les otites, bronchites, bronchopneumonies, cystopyélites, pyodermites, etc. Toutes ces affections s'accompagnent presque régulièrement de troubles digestifs. C'est l'observation de nombreux enfants dans des services hospitaliers qui nous a permis d'apprécier toute l'importance de cette cause de diarrhée chez le nourrisson, qui constitue l'origine de beaucoup la plus fréquente des formes aiguës de la dyspepsie (dyspepsie secondaire).

En étudiant de plus près la PATHOGÉNIE de ces troubles digestifs, on a pu constater qu'ils débutent par une viciation des sécrétions et de la motilité gastrique d'abord, intestinale ensuite.Le jeu compliqué de ces diverses fonctions qui sont réglées par une innervation des plus sensibles, est dérangé à un ou plusieurs endroits — d'où digestion défectueuse et composition anormale du chyme. Celui-ci semble être retenu trop longtemps dans l'estomac et les parties supérieures de l'intestin grêle. Cette stagnation du chyme dans ces endroits, et notamment dans l'intestin grêle qui, en dehors de la digestion, doit être vide et ne doit contenir presque pas de bactéries, y donne lieu à la pullulation pathologique de la flore qui, normalement, habite seulement le gros intestin et les dernières parties de l'iléon. Cette invasion bactérienne provoque dans les parties supérieures du tractus intestinal la décomposition pathologique du bol alimentaire et engendre la diarrhée par l'irritation chimique, de la muqueuse et l'exagération du péristaltisme intestinal.

La viciation du chimisme de la digestion est donc le facteur primitif, et l'action de la flore intestinale n'est que secondaire. Cette dernière est cependant d'une importance capitale dans la pathogénie de la diarrhée, parce qu'elle de-

vient autonome, persiste quand la cause primitive a cessé d'agir et, suivant sa nature, détermine le caractère de la diarrhée et son traitement. Il s'agit des mêmes bactéries qui sont les habitants obligés du gros intestin ; ce qui est pathologique, c'est qu'ils envahissent les parties supérieures de l'intestin, et même l'estomac, qui, physiologiquement, doivent être stériles, et où la digestion doit se faire exclusivement par l'action chimique des ferments digestifs.

Malgré de nombreuses et laborieuses recherches, les conditions qui provoquent l'invasion bactérienne de l'intestin grêle et les détails de l'action pathologique de la flore intestinale sont mal connus. Nous savons cependant que, de façon générale, elle est dominée par l'antagonisme entre les processus de fermentation et de putréfaction. La *fermentation pathologiqne* prédomine dans la grande majorité des cas de dyspepsie. On admet que, par suite de cette fermentation, il y a production d'acides gras volatils dans le duodénum et le jéjunum, et notamment d'acide acétique, qui changent la réaction du contenu intestinal de ces régions, qui devrait être alcaline, troublent les processus digestifs, irritent la muqueuse intestinale et provoquent l'hypersécrétion du mucus et l'exagération du péristaltisme. Ces fermentations pathologiques s'attaquent en première ligne aux hydrates de carbone ; la fermentation une fois engagée, celle-ci s'étend aussi aux matières grasses, mais jamais aux albumines.

Très rarement nous rencontrons une prédominance de la putréfaction qui provient de la décomposition des matières albuminoïdes ingérées, et surtout des sucs intestinaux et du mucus. L'image clinique de ces cas est assez caractéristique ; j'en dirai un mot à la fin de cette leçon.

Habituellement nous nous trouvons donc en présence d'une *fermentation pathologique* dans les diarrhées qui caractérisent la dyspepsie simple du nourrisson. Bien que nos connaissances de la composition de la flore intestinale et du mécanisme de son action soient encore bien défectueuses, cette conception pathogénique a eu les résultats pratiques les plus heureux quant au traitement de cette affection. Si l'on considère schématiquement — et avec certaines réserves — ce qui se passe dans l'intestin comme un antagonisme entre le processus de fermentation et de putréfaction, s'excluant l'une et l'autre, le problème thérapeutique se pose d'une façon très simple et très nette : *on combattra la fermentation, en retirant de la nourriture les matières fermentescibles et en favorisant la putréfaction, et on fera l'inverse dans le cas opposé, où il y a prédominance de la putréfaction* !

Peut-être n'est-il pas inutile de faire remarquer qu'on ne peut pas se fier, pour diagnostiquer l'une ou l'autre forme de dyspepsie, à la réaction ou à l'analyse chimique et microscopique des selles ; celles-ci ne donnent souvent aucune indication sur la vraie nature de la dyspepsie et peuvent subir des transformations essentielles au moment de leur passage par le gros intestin, qui pourraient donner lieu à de graves erreurs de diagnostic.

J'ai dû insister quelque peu sur ces conceptions pathogéniques parce que, sans les connaître, on ne comprendrait pas le traitement moderne des diarrhées du nourrisson qui en dérive immédiatement.

Le TRAITEMENT de la dyspepsie consistera à laisser l'intestin se vider des matières en fermentation, et à donner ensuite une nourriture qui empêchera cette dernière de se reproduire et la remplacera par de la putréfaction.

Pour évacuer l'intestin, il suffira d'une diète hydrique de 12 à 24 heures au maximum.

Pour la réalimentation, le meilleur aliment est naturellement toujours le *lait de femme* ; on aura recours à lui chez les nourrissons très jeunes, toujours dans les premières semaines, et de préférence dans les trois premiers mois, où la dyspepsie d'apparence simple prend facilement une allure plus grave.

A son défaut, certains auteurs recommandent *le lait d'ânesse* ; je n'ai personnellement aucune expérience à son sujet, n'ayant jamais eu la possibilité de l'employer.

Si l'on emploie l'allaitement artificiel, on peut procéder de différentes façons. On pourra prescrire de légères *décoctions farineuses* à l'eau, sans addition de lait. C'est le procédé classique d'autrefois ; on attendait que les selles fussent devenues normales, pour réintroduire dans ces bouillies à l'eau du lait en proportion croissante. Il est évident qu'avec une nourriture aussi pauvre en substances alimentaires, on diminue considérablement les fermentations intestinales ; mais on ne les supprime pas tout à fait, et souvent, quand on réajoute du lait, les diarrhées recommencent. Ce traitement présente encore cet inconvénient plus grave, qu'il n'est en réalité qu'une inanition larvée ; nous verrons la prochaine fois qu'en l'appliquant, on risque toujours de tomber sur un de ces nombreux cas qui ne supportent pas la faim, et chez lesquels le manque prolongé d'une nourriture suffisante peut causer des catastrophes plus ou moins irréparables. La règle principale, au moins pendant les premiers six mois, est donc de reprendre une alimentation suffisante sans tarder, à partir du deuxième jour au plus tard. en se servant d'un *aliment-médicament*, que l'enfant supportera sans risquer une recrudescence de la fermentation intestinale pathologique. Pour combattre la fermentation et provoquer dans l'intestin une réaction alcaline de putréfaction, il suffit quelquefois, dans

les cas légers, d'éliminer les hydrates de carbone, en prescrivant par exemple *du lait coupé de la même quantité d'eau*, sans sucre ni farine. Si cette simple mesure ne suffit pas, on se souviendra que la substance la moins bien supportée du lait, c'est la graisse. Veuillez donc retenir cette grande règle que, si les coupages ordinaires de lait ne sont pas supportés, on devra toujours commencer par enlever la graisse de la nourriture. Le meilleur traitement alimentaire des diarrhées du nourrisson, c'est donc *le babeurre* ou, à son défaut, le *lait centrifugé*, les deux additionnés de 3 p. c. de ces malto-dextrines que nous avons déjà appris à connaître, ou, si l'enfant est déjà un peu plus âgé, de 2 à 3 p. c. de farine sans sucre. Si l'on est réduit à l'emploi d'un lait qui n'aura été que partiellement écrémé à la cuiller, je recommande de le couper de 50 p. c. d'eau et de procéder pour le reste comme je viens de dire.

Pour les cas plus graves, l'aliment antidiarrhéique par excellence, que je ne puis que chaleureusement recommander, c'est le *lait albumineux*. Il est préparé de la façon suivante :

Un litre de lait cru chauffé à 40° est additionné d'une demi-tablette de présure. Au bout d'une demiheure, la caséine et la graisse, séparées du petit lait, forment un caillot volumineux. On égoutte le petit lait, en suspendant ce caillot dans un sac de toile pendant au moins une heure. Le caillot, qui se détache facilement de la toile, est ensuite recueilli sur une passoire à trous fins, et on le fait passer en triturant doucement sans presser, en versant dessus peu à peu un demi-litre d'eau. On fait passer ce mélange à plusieurs reprises (3 à 5 fois) jusqu'à ce que les flocons de caséine soient complètement pulvérisés. Alors, on ajoute un demi-litre de babeurre, et on fait passer le tout une dernière fois par le tamis, toujours en triturant doucement. On fait bouillir le mélange, en battant toujours avec un fouet à crème, pour éviter les coagulations, pendant 10 minutes ; vers la fin, on ajoute au mélange encore bouillant au moins 3 p. c. de maltosucre.

Il s'agit donc d'une préparation riche en caséine, qui s'y trouve précipitée sous forme de paracaséinate de calcium, contenant par litre à peu près les deux tiers des matières grasses et des substances minérales d'un litre de lait, et à peine un tiers de son lactose. La prédominance de caséine et de calcium, en présence de la graisse, provoque dans l'intestin de la putréfaction et la formation de selles de savon calcaire ; le lactose fermentescible est réduit à son minimum.

Je n'entrerai pas dans la discussion des principes encore assez peu connus de l'action du lait albumineux. Son usage est peu répandu en France ; on y rencontre des adversaires irréductibles. Leur opposition me semble s'expliquer assez naturellement par ce fait que, primitivement, on a recommandé de l'employer sans addition d'hydrates de carbone. Les résultats en furent désastreux ; il y eut de nombreuses catastrophes qui, toutes, furent imputables à la carence d'hydrates de carbone dans la nourriture. On apprit donc rapidement qu'il ne fallait jamais donner ce lait albumineux sans ajouter au moins 3 p. c. d'hydrates de carbone, et on choisit à cet effet de nouveau les malto-dextrines, en évitant le lactose qui fermente trop facilement. Si les selles s'améliorent, on peut monter rapidement à 5,7 et même 10 p. c. d'hydrates de carbone ; dans ces pourcentages élevés, on substitue à 2 ou 3 p. c. de malto-dextrine la même quantité de farine, de préférence de farine de maïs (Mondamine, Maizéna) (1).

On a indiqué beaucoup de procédés, qui doivent remplacer le lait albumineux. Je ne citerai que le « *Larosan* » (Roche) qui est du paracaséinate de calcium finement pulvérisé.

Pour préparer un litre de la mixture, on délaye 20 gr. de Larosan avec environ 150 à 200 gr. de lait froid, on y verse 300 gr. de lait bouillant, et on fait cuire le mélange, en agitant sans cesse, pendant 5 à 10 minutes. Finalement, on passe par un tamis fin et on ajoute 500 gr. d'eau ou de la décoction farineuse ainsi que la quantité prescrite de sucre.

Dans les derniers temps, on a beaucoup recommandé, pour l'alimentation du nourrisson sain comme pour le traitement des dyspepsies, l'emploi *du lait sec*. La poudre de lait demi-gras, qu'on emploie de préférence, a beaucoup d'analogie avec le lait albumineux ; elle en diffère par sa plus forte teneur en minéraux, et surtout en lactose. Je n'ai pas encore pu me former un jugement définitif sur sa valeur comme aliment antidarrhéique, comparée à celle des préparations que je viens d'énumérer ; mais il est certain que, dans beaucoup de cas, elle constitue une excellente nourriture antidiarrhéique. On prépare la nourriture, en prenant par litre 135 gr. de poudre correspondant à 30 cuillerées à soupe abrasées, et en complétant le litre d'eau bouillante (une cuillerée à soupe pèse 4 gr. 50, une cuillerée à café 1 gr. 50). En variant la quantité de l'eau qu'on ajoute, on peut naturellement obtenir tous les coupages habituels du lait, de même qu'on peut ajouter du sucre ; dans ce dernier cas, je recommande de se servir des maltodextrines.

Quant à la *technique de la réalimentation*, on procédera de la façon suivante : après une première journée de diète hydrique, on donnera le deuxième jour environ 50 gr. par kilo de poids de la nourriture qu'on aura choisie, et on montera

(1) Du lait albumineux en conserve, de la Maison Wirz, de Bâle, se vend par les laboratoires Fisch et Cie, de Mulhouse.

le lendemain ou, au plus tard, le surlendemain à 100 gr. par kilo, tout en complétant la nourriture avec de l'eau, jusqu'à 200 gr. par kilo. Arrivé à cette dose, on attendra que les selles s'améliorent, pour l'augmenter ensuite progressivement jusqu'à ce qu'on atteigne un sixième et même un cinquième du poids ; cette dernière dose ne doit jamais être dépassée. Si le traitement réussit, on conservera la même alimentation pendant plusieurs semaines, tout en la modifiant peu à peu : au lait albumineux par exemple, on ajoute de plus fortes quantités d'hydrates de carbone ; dans le babeurre, onporte les malto-dextrines de 3 à 5 p. c., puis, on ajoute 2 p. c. de mondamine, ou bien l'on donne, chez les enfants âgés de plus de 3 mois, de la bouillie au babeurre d'après la prescription hollandaise ; vers la fin du traitement, il est utile d'y mettre encore 1 p. c. de graisse sous forme de crème (pour éviter les inconvénients d'une nourriture carencée). Au bout de 4 à 6 semaines, on peut revenir aux coupages de lait habituels.

Souvent,surtout si l'on donne du lait de femme ou du lait albumineux, ou lorsqu'il s'agit d'une dyspepsie secondaire, on peut prescrire d'emblée, après la diète hydrique, la quantité totale de l'aliment-médicament qu'on aura choisi.

Il est rarement nécessaire d'employer d'*autres moyens thérapeutiques*. Si les vomissements sont très intenses, on pourra faire un lavage de l'estomac. Par contre, il est rarement indiqué d'évacuer l'intestin ; dans ce dernier cas, on fera prendre 1 à 2 cuillerées à café d'huile de ricin, mais jamais de calomel. Des compresses chaudes sur le ventre calmeront le péristaltisme exagéré et les coliques ; la médication antidiarrhéique (tannalbine, tannigène, bismuth, bismutose, alunozal etc.) rendra des services surtout dans la dyspepsie, subaiguë et chronique.

Si la diarrhée continue, on maintiendra le même régime tant que l'état général de l'enfant est bon et qu'il ne perd pas de poids ; on suivra surtout cette règle quand il s'agit d'une dyspepsie aiguë qui est la suite d'une infection, pendant la durée de cette dernière. *Si l'état général s'aggrave et si le poids tombe rapidement, nous sommes en présence d'affections plus graves* que nous étudierons la prochaine fois.

Si la diarrhée persiste pendant plusieurs semaines, même sans que l'état général en soit altéré, on changera de nourriture, en ayant recours, par exemple, au lait albumineux, ou en dernier ressort, au lait de femme.

Finalement, il peut arriver, dans quelques cas plutôt rares, qu'après l'usage plus ou moins prolongé de ces nourritures,les selles se transforment, deviennent blanchâtres et fortement alcalines, mais restent glaireuses et plus ou moins fréquentes. Dans ces cas, l'alimentation antifermentative n'est plus d'aucune utilité. J'ai l'habitude d'évacuer l'intestin avec de l'huile de ricin, d'intercaler, pendant 2 ou 3 jours, des bouillies à l'eau et de donner après, pour combattre *cette putréfaction excessive*, une nourriture qui donne une réaction intestinale légèrement acide. Nous nous servons beaucoup à cet effet de la soupe au beurre, qu'on dosera d'après les règles que j'ai indiquées pour le traitement antidiarrhéique.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Délire à deux.

Par M. le professeur H. CLAUDE. — *Asile clinique Sainte-Anne.*

Je vous présenterai aujourd'hui deux malades dont le cas clinique répond à ces faits de *contagion mentale* que tout médecin, même s'il n'est pas spécialisé en psychiatrie, doit bien connaître.

Les faits de contagion dans les maladies mentales sont à rapprocher des cas de contagion dans les affections épidémiques. Dans l'une comme dans l'autre de ces deux catégories de faits, il y a deux facteurs étiologiques en présence : la graine et le terrain.

Dans la genèse d'une psychose, *la graine*, c'est l'orientation spéciale donnée au psychisme du sujet par les influences extérieures ; c'est l'exagération des tendances morbides au contact des évènements de la vie quotidienne, éléments venus du dehors comme les germes microbiens des maladies infectieuses.

Le terrain, dans une maladie mentale, c'est la constitution même du sujet, c'est le tempérament psycho-névropathique comparable au terrain tuberculeux, arthritique, cancéreux des sujets prédisposés aux maladies organiques.

L'influence du terrain se manifeste par l'apparition de ces faits de contagion mentale chez les membres d'une même famille, à la faveur d'une prédisposition héréditaire.

Ces états morbides ne sont d'ailleurs que l'exagération de certains faits d'interpsychologie que l'on observe fréquemment dans la vie courante. Certains individus, dans les foules, prennent la tête d'un mouvement d'idées par ce qu'ils sont doués d'un caractère dominateur, et parce qu'ils communiquent aux autres leur façon de penser et d'agir. Dans les guerres, dans les révolutions, dans tous les mouvements sociaux, on relève de ces faits d'interpsychologie des foules. Du nor-

mal au pathologique, il n'y a qu'un pas, et sur le terrain mental on peut observer de nombreux faits analogues. L'idée fausse née dans le cerveau d'un malade peut contaminer plusieurs individus. C'est le virus contagieux qui s'étend. Mais la conception morbide prend une importance diverse suivant le terrain sur lequel elle est semée.

Lasègue et Falret ont bien décrit ces cas de « *Folie induite* », où l'on retrouve chez un sujet le reflet du délire d'un autre individu préalablement atteint. Dans d'autres cas, ce n'est pas une simple analogie dans la psychose de deux malades, mais la reproduction exacte des conceptions délirantes chez deux sujets, généralement de la même famille. Il peut en être ainsi dans la « *Folie gemellaire* », qui atteint deux jumeaux.

L'évolution de la psychose à deux se fait d'habitude de la façon suivante : un sujet organise peu à peu un délire, ses idées morbides s'accentuent et s'étendent, il contagionne à un moment donné un membre de sa famille qui adopte les mêmes conceptions. Le premier sujet, « l'inducteur », a un rôle actif ; le second, « l'induit », un rôle passif. En général, le premier a une activité psychopathique plus grande, il domine nettement son partenaire ; le deuxième est un débile qui accepte les idées du premier. Mais parfois, au bout d'un certain temps, les deux sujets deviennent également actifs, et le délire du second peut même prédominer. Il n'existe pas de règle absolue à cet égard. Toutefois, la plupart du temps, le délire de « l'inducteur » est plus profond, plus tenace, tandis que le délire de « l'induit » est plus superficiel. Il en résulte une règle pratique dans la conduite à tenir à l'égard de ces délires à deux, c'est l'isolement immédiat à l'asile, dans des services différents, de ces deux malades. Le second séparé du premier, et soustrait ainsi à la contagion, aura certaines chances de guérir.

C'est parmi les membres d'une même famille qu'on rencontre en général ces faits de délire à deux. Il s'agit le plus souvent de deux sœurs, d'une mère et de sa fille, d'un mari et de sa femme, parfois aussi de deux membres d'une union illégitime. Mais quelquefois, on peut observer des cas semblables chez des personnes vivant en commun, sans lien de parenté.

Il est possible encore de voir le délire s'étendre à trois sujets menant une vie commune, une mère et ses deux filles, par exemple.

De pareilles manifestations sont fréquentes dans les asiles d'aliénés, mais il ne faudrait pas croire qu'elles soient rares au dehors des asiles. Il en existe des exemples beaucoup plus nombreux qu'on ne pense dans les milieux habituels, à un degré parfois atténué. C'est ainsi que, récemment, je recevais à mon cabinet la visite d'une mère accompagnée de ses deux fils. Cette femme venait me demander d'attester par un certificat que l'un de ces deux fils jouissait de la plénitude de ses facultés mentales. Il me fallut procéder à un long interrogatoire pour arriver à savoir que cet enfant venait de sortir la veille d'une maison de santé où il avait été interné, arbitrairement, disait la mère, et par mesure de vengeance exercée par ses persécuteurs. Je pus alors me convaincre que la mère et les deux fils présentaient un délire collectif de persécution des plus caractérisé, et que j'étais en présence d'un de ces faits de contagion mentale, trop souvent méconnus.

Les deux malades que je vous présente ce matin sont deux sœurs — l'une âgée de 34 ans, l'autre de 57 ans. Il n'existe pas d'antécédents mentaux dans leur famille. Depuis un certain nombre d'années, elles vivaient à N..., en province, où l'aînée exerçait la profession de sage-femme ; la plus jeune ne possédant qu'une médiocre instruction, bien qu'elle ait aujourd'hui de hautes prétentions, s'occupait des soins du ménage. Il y a quelques mois, elles eurent affaire à une Commission arbitrale au sujet d'un procès engagé entre elles et la propriétaire du logis qu'elles habitaient. Elles engagèrent contre cette propriétaire une procédure très vive, où leurs tendances combatives et revendicatrices trouvèrent un large champ d'action. Expulsées de leur logement contre toute justice, disent-elles, la sage-femme perdit sa clientèle et dès lors, sa sœur et elle ne s'occupèrent plus que de leur procès. Elles s'adressèrent à des avocats qui, d'après elles, se sont moqués de leurs intérêts, parce qu'ils étaient payés par la partie adverse. Elles firent appel du jugement et allèrent chercher justice à Marseille, puis à Paris. Là, elles vécurent à l'hôtel et poursuivirent leur action en justice. Ayant découvert, disent-elles, que le Ministre de la marine était un de leurs parents, elles cherchèrent à le voir pour lui exposer leur situation et réclamer son secours. Ce furent de nombreuses lettres à Monsieur Raiberti, lettres restées sans réponse, et d'infructueux essais de lui rendre visite au ministère. Devant leur insuccès, la plus jeune sœur, dont la personnalité émerge nettement dans ce délire à deux, résolut de s'occuper de toute autre chose. Elle se découvrit un talent merveilleux pour l'art lyrique et dramatique, en même temps que pour le chant, et pensa que son avenir était au théâtre. Ne pouvant se payer des leçons de déclamation et de chant, elle résolut de s'adresser au Ministère des Beaux-Arts pour obtenir une bourse qui lui permettrait de recevoir gratuitement des leçons des maîtres les plus réputés de Paris. Escortée de sa sœur, elle se rendit à maintes reprises au ministère des Beaux-Arts, réclamant une audience de Monsieur Bérard lui-même. Comme on les avait

éconduites, les deux sœurs allèrent un jour se poster sous les fenêtres de l'appartement particulier du Ministre et se mirent à appeler à grands cris Madame Bérard. Ce fut un petit scandale dans la rue ; la police les arrêta et, après leur passage à l'infirmerie du dépôt, les deux sœurs furent amenées à l'Asile Sainte-Anne.

Ce qui frappe l'observateur quand il compare ces deux malades, c'est le caractère nettement dominateur de la plus jeune. Je vous la montre la première ; vous remarquerez le ton impératif de sa voix, son attitude agressive, son air assuré et satisfait d'elle-même. Tout, dans les évènements qui ont précédé son envoi à l'asile, lui paraît normal. Elle n'a fait que réclamer son droit, dit-elle. Elle est révoltée d'avoir été privée de sa liberté à l'occasion d'une manifestation qu'elle juge absolument logique. « Je n'ai jamais fait d'extravagances, dit-elle ; ma sœur ni moi ne nous sommmes pas démoralisées à cause des menées tramées contre nous. J'ai du talent, je le sais. Je dois entrer à la Comédie-Française, et c'était mon droit de réclamer une bourse d'études ». Elle discute pied à pied avec âpreté tous les arguments qu'on lui opppose. Tout paraît logique et coordonné dans son discours. Cependant, malgré ses réticences, on arrive à lui faire exposer les interprétations délirantes qui font la base de sa psychose : Quand elle était à N... avec sa sœur, on disait autour d'elles des choses absurdes, notamment que la livre de viande qui vaut 12 francs à N... est vendue 3 francs à Alger ; c'était pour leur faire comprendre qu'elles devaient quitter la ville et retourner en Algérie. Un jour, après avoir pris du chocolat, elles eurent des coliques. Une autre fois, elles remarquèrent que leurs urines avaient une odeur d'ail, que leurs paupières étaient gonflées, qu'elles étaient essoufflées en montant les escaliers. Tout cela était le résultat des manœuvres de ces gens qui avaient comploté de leur faire peur pour qu'elles quittent la ville. « Mais nous ne nous sommes jamais effrayées, dit-elle, nous avons poursuivi notre bon droit ».

Cette malade nous présente donc un cas typique de délire de persécution fondé sur des interprétations fausses, et peut-être sur quelques hallucinations. Ce délire a pris naissance sur un terrainn paranoïaque se révélant par le caractère orgueilleux, les réticences, la méfiance de la malade. Il s'agit d'une persécutée qui a déjà eu des actions persécutrices à l'égard des avocats, qui n'ont pas défendu sa cause avec le dévouement qu'elle exigeait d'eux. Récemment, une conception ridicule s'est développée dans son esprit : idée d'entrer à la Comédie Française ; elle semble traduire par son absurdité une certaine perte de l'auto-critique, et fait craindre la possibilité de l'évolution vers un état démentiel, malgré la conservation d'une activité psychique intense.

Le cas clinique de cette malade est en lui-même très simple, mais il devient particulièrement intéressant par la répercussion qu'il a eue sur l'état mental de la seconde malade que vous allez voir.

Celle-ci, sœur aînée de la première, apparaît nettement comme une débile aveuglée par sa grande affection pour sa sœur. Elle répète les mêmes choses que nous a déjà dites la plus jeune, mais elle les énonce d'une voix calme, un peu comme une élève docile qui répète une leçon. Son argumentation, sa mimique, sont loin de présenter le caractère passionnel que sa sœur apportait à la discussion. « On nous a fait du tort, dit-elle, il faut bien que nous réclamions réparation. En venant à Paris j'ai obéi au désir de ma sœur. Elle avait de grandes dispositions pour le théâtre ; à N..., on lui aurait abîmé la voix. Là-bas, nous avons été soumises à bien des épreuves. On nous a fait voir un homme qui n'était pas notre avocat et qu'on avait substitué à lui. Nous y avons été incommodées par des choses bizarres. Je ne sais pas ce que c'était, je vous laisse le soin de le dire, mais les faits sont là : notre chien lui-même était malade. »

Elle a vu et entendu, dit-elle, des gens qui les poursuivaient. Elle a senti un jour une odeur de fumée trés bizarre. Pour le reste, elle a suivi sa sœur pas à pas. « Chez Monsieur Bérard, c'est ma sœur qui est montée jusqu'à l'appartement, c'est elle qui a crié dans la rue en appelant Madame Bérard. Pour moi, je suivais ma sœur parce qu'elle est dans son droit et parce que je l'aime bien » ; — et elle se met à pleurer.

Il existe donc une grande différence entre ces deux malades . La première est une paranoïaque ancienne qui fait un délire actif à teinte passionnelle. La seconde est une débile qui suit le mouvement.

Il se produit parfois dans ces délires à deux un échange entre les conceptions mentales des deux sujets. Ce sont des réactions centripètes et centrifuges du sujet A sur le sujet B, et du sujet B sur le sujet A.

Lorsque les deux malades ont une égale capacité délirante, on peut voir un nouveau délire né des conceptions délirantes particulières à chaque sujet. On observe ainsi les degrés les plus divers dans ce genre de psychose.

Mais, dans le cas actuel, ces deux sœurs représentent le schéma classique. La première conserve intégralement sa formule mentale sans être influencée par sa sœur. La seconde n'est que le reflet atténué de la précédente ; c'est une grande débile qui le restera, mais qui pourra réduire beaucoup ses conceptions délirantes, quand on l'aura soustraite par l'isolement à l'influence morbide de sa sœur.

Il existe encore une autre forme de délire à deux que je vous signalais au début de cette leçon, c'est la « *folie gémellaire* » qui a été décrite pour la première fois ici même par Ball, qui occupait la chaire de professeur à l'asile Sainte-Anne. Ball a montré le parallélisme qui pouvait exister dans les troubles mentaux éclatant à la fois chez deux jumeaux, sans qu'il y ait contagion entre eux et en vertu seulement d'une même prédisposition psychique. Ces troubles mentaux ont la particularité de se manifester sous une forme absolument semblable chez les deux sujets, et sont comparables à ces dystrophies organiques observés parfois chez des jumeaux dès leur naissance. L'interprétation de ces faits a été discutée depuis. Il n'en est pas moins vrai qu'ils existent, et Demay, un des élèves de Ball, en a rapporté de nombreux cas dans sa thèse. D'après la statistique de cet auteur, il s'agirait dans la folie gémellaire de psychoses semblables dans 95 % des cas : le type clinique de beaucoup le plus fréquent serait la psychose maniaque-dépressive ; la plupart des autres cas seraient représentés par la psychose hallucinatoire chronique.

Au point de vue de l'évolution de ces états psychopathiques, il faut savoir que la folie à deux comporte en général un *pronostic grave*. La gravité est surtout accusée lorsque la psychose atteint à la fois une mère et sa fille car, dans ce cas, la mère dirige toute l'orientation psychique de son enfant dès le jeune âge, et cette influence demeure le plus souvent irréductible. Quand le délire touche les frères et sœurs, la gravité est moindre si on isole suffisamment tôt les sujets.

Pour la conduite à tenir, il est important de bien connaître ces états mentaux. D'abord parce que ces délires à deux peuvent constituer une véritable gêne publique s'ils ne sont pas dépistés assez tôt ; et surtout, parce qu'il s'agit très souvent d'états mélancoliques conduisant au *suicide à deux* ou à l'*homicide*, dans le cas où le sujet représentant l'élément actif fait disparaître l'autre.

Souvenez-vous que, dans la pratique, en dehors des asiles, on rencontre fréquemment en ville des cas de ce genre. Dès qu'on les a découverts, il faut isoler chaque malade l'un de l'autre. Cet isolement est parfois très difficile à obtenir, étant donné l'attachement qui unit généralement ces sujets entre eux. Ce sont souvent deux sœurs, toutes deux vieilles filles comme les deux malades que vous venez de voir ; elles ont toujours vécu ensemble et paraissent inséparables. Mais il faut absolument obtenir leur isolement pour préserver à la fois le milieu social et ces malades eux-mêmes, et pour tenter de guérir ceux des sujets qui sont le moins atteints.

Leçon professée à l'asile clinique Ste-Anne et recueillie par le docteur FRIBOURG-BLANC.

SUR TROIS CAS D'ÉPILEPSIE RÉCENTE, SANS SIGNES DE SYPHILIS, GUÉRIS PAR LE NOVARSENOBENZOL

Par le D[r] LEREDDE.

L'épilepsie, chez les syphilitiques, est curable, quand elle est traitée, dès son début, par les arsénobenzènes, avec la précision et l'énergie nécessaires.

Mais la syphilis, dont la fréquence chez les épileptiques est certaine, ne peut, dans bien des cas, être démontrée par les moyens de laboratoire ; la présence de stigmates, chez les hérédo-syphilitiques, est loin d'être constante. L'enquête familiale même, *toujours nécessaire*, ne donne pas de renseignements précis dans tous les cas.

Il faut donc appliquer le traitement à titre de traitement d'épreuve chez tout épileptique *de suite après la première crise*.

Ce traitement, doit être rigoureux, persévérant, et fait au moyen des agents les plus énergiques (arsénobenzènes) (1).

Trois observations me permettront je crois, de démontrer ces propositions dont l'importance résulte de la fréquence et de l'incurabilité d'une maladie grave entre toutes, plus grave, peut-on dire, qu'une maladie mortelle.

La première concerne une fillette chez laquelle je n'ai découvert *aucun stigmate*. La séro-réaction était négative, le liquide céphalo-rachidien, examiné il est vrai au cours du traitement, était normal. Le père et la mère sont syphilitiques.

Cette fillette est guérie depuis 26 *mois*.

La seconde concerne un homme dont la séro-réaction était normale ainsi que le liquide céphalo-rachidien. Les incisives médianes supérieures de forme normale, étaient convergentes ; j'ai découvert en second lieu un souffle systolique de la base.

Ce malade est guéri depuis 18 *mois*.

(1) Un grand nombre d'épileptiques ont eu des convulsions dans la première ou au début de la seconde enfance. Toute convulsion chez un enfant n'est pas une preuve de syphilis, *mais toute convulsion est une présomption d'hérédo-syphilis même quand elle se produit à l'occasion d'une maladie fébrile*

Il faut donc rechercher la syphilis chez tout enfant qui présente une attaque d'éclampsie, la rechercher chez les parents et appliquer un traitement d'épreuve sur de simples présomptions.

Chez le troisième malade, aucun stigmate ; séro-réaction négative ; L. C. R. normal ; séro-réaction négative chez le père et la mère. L'enquête familiale a seulement révélé chez celle-ci la présence d'un rétrécissement mitral pur ; une nièce a un bec-de-lièvre.

Ce malade, traité dans des conditions plus favorables que les deux autres, et atteint sans doute d'une forme moins rebelle, n'a plus eu de crises depuis le début du traitement.

Obs. 1. — Reb. (Simone), 10 ans, vue le 24-5-1920, présente depuis février des accès de petit mal. 5 ou 6 fois par jour, elle pâlit, elle tombe, un peu d'écume paraît aux lèvres, il n'y a pas de convulsions. L'accès dure 2 ou 3 minutes, la chute est quelquefois brutale, l'incontinence d'urine est rare, il n'y a pas de fatigue à la suite.

Enfant pâle, délicate qui ne présente d'ailleurs aucun stigmate, réserve faite d'un léger astigmatisme myopique ; dents normales, réflexes normaux, pupilles normales, cœur normal, hernie inguinale double récente. W. = 0, H. = 0, J. = 0.

Le père présente des douleurs radiculaires violentes, disparues depuis les injections de novarséno W = + + + +.

La mère est atteinte d'une sciatique droite rebelle depuis 10 ans. Elle a été à la Charité où on a nié la syphilis en raison d'une séro-réaction négative. La sciatique a disparu peu à peu depuis sous l'action du novarséno. Pas de fausses-couches. Un enfant né avant terme est mort à un mois.

La fillette est traitée à partir du 26 mai 1920 (poids 29 kg. 500). 10 injections de 5 à 45 sont bien supportées. 2e série du 15 septembre au 17 novembre, 7 injections de 20 à 45. Les crises disparaissent après le 12 septembre.

Le traitement est continué : du 14 décembre au 20 juillet 1921, l'enfant reçoit 18 injections nouvelles, (maximum 0,45), elle engraisse.

Ponction lombaire, le 8 août 1921. L. C. R. normal ; L. = 0,6 par mmc. Albumine = 0,20 ; globulines = 0, W. = 0, tension normale.

Récidive le 26 *décembre* : la mère amène l'enfant le lendemain. 13 injections de 0,05 à 0,60 jusqu'au 22 mars 1922 : les crises parfois nombreuses dans une journée s'atténuent peu à peu, se raréfient, la dernière survient le 15 mars.

2e série du 19 avril au 14 juin, 8 injections de 0,30 à 0,75.

3e série, du 19 juillet au 19 octobre, 11 injections de 0,40 à 1 gr. (l'enfant pèse 36 kg. 600).

4e série du 15 novembre au 21 février 1923, 12 injections de 0,45 à 1 gr.

5e série du 16 mars au 26 mai 1923, 10 injections à 45, 60, 60, 75, 90, 100, 100, 110, 110, 110 ! (dose correspondant à 1 gr. 65 chez un adulte de 60 kgr.).

L'enfant pèse 39 k. 700.

J'ai revu cette fillette en avril 1924 : elle n'a plus eu de crise depuis 25 mois. Elle n'est pas encore réglée (14 ans).

Obs. II. — M. V., 28 ans, vu le 27 avril 1921.

Première crise épileptique, nocturne, en décembre 1920. Etat convulsif, morsure de la langue.

Deuxième crise en février, diurne, début brutal, chute suivie de phénomènes convulsifs, morsure de la langue.

Homme de bonne santé, mais peu vigoureux qui souffre depuis trois ou quatre ans de sifflements dans l'oreille droite. Depuis quelques mois, sensation d'oppression avec constriction pharyngée surtout le soir. Quelques vertiges. Réflexes normaux. Pupilles normales. Squelette normal. Dents saines, *les incisives médianes supérieures sont très convergentes.*

Souffle systolique, le long du bord droit du sternum. Rythme, tension normaux.

Le père est mort à 55 ans (tub. probable) ; la mère à 25 (suite de couches), une sœur est morte à la Salpêtrière à 18 ans (troubles cardiaques, crises nerveuses).

W. = 0, H. = 0, J. = 0.

L. C. R. normal (L. = 0, albumine = 0,25, glob. = 0, gouttes un peu rapides).

Une série de 13 injections de novarséno de 0,10 à 0,90 est faite du 27 avril 1921 au 20 juillet. Les injections sont bien supportées. Les vertiges s'atténuent. Crise convulsive le 13 mai, 2 jours après une injection à 0,15, durée une demi-heure, pas de morsure de la langue. Fatigue consécutive.

Crise violente, mais courte (15 minutes), le 1er août

2e série d'injections du 7 septembre 1921 au 16 novembre, de 0,20 à 120.

3e série du 14 décembre 1921 au 1er février 1922, 8 injections de 45 à 120. Les vertiges ont disparu. Restent quelques bourdonnements d'oreilles.

4e série du 22 février au 7 avril, 7 injections de 0,75 à 120.

Le malade est mis en observation, 2 crises convulsives le 11 septembre 1922. Le traitement est repris.

Une première série de 10 injections de 0,15 à 1 gramme 50 est faite du 19 septembre 1922 au 22 novembre. Deuxième série de 9 injections de 0,30 à 150 du 6 février 1923 au 4 avril.

Tous les troubles accessoires ont disparu, sauf quelques bourdonnements d'oreilles. En mai 1924, le malade n'a plus eu de crise depuis 20 mois.

Obs. III. — Pierre M., 14 ans est né à terme. La santé a toujours été normale, sous la réserve d'une hernie inguinale avec ectopie, opérée à l'âge de 4 ans, et de végétations adénoïdes opérées pendant la guerre.

Enfant vigoureux, d'intelligence normale, qui ne présente aucun stigmate. Système dentaire normal. Pupilles normales. Réflexes normaux. Cœur normal. Système osseux normal.

Le 20 octobre 1923 dans la soirée, étourdisse-

ment, suivi de chute, de raideur des membres. Egarement passager, sans incontinence d'urine et sans morsure de la langue.

6 jours après, crise semblable, au lycée.

W. = 0, H. = 0, J. = 0 le 2 novembre 1923.

Le 5 novembre 1923, ponction lombaire. Hypertension du liquide qui sort en jet.

Lymphocytes = 2,1 par mmc. Albumine = 0,20 o/oo. Globulines = 0, W. = 0.

La mère a eu des bronchites assez fréquentes. Elle souffre de palpitations. Le Dr Laubry auquel je l'adresse constate des signes nets de *rétrécissement mitral pur* (roulement à la base, etc.) ; aucun stigmate, à l'exception d'une exagération des réflexes rotuliens W. = 0, H. = 0, J. = 0.

Le père de Mme M. est mort subitement à 62 ans (affection cardiaque). Sa mère se porte bien, elle a perdu un enfant à 18 mois (broncho-pneumonie probable), 4 filles vivent, dont une a un enfant atteint de bec-de-lièvre.

Je n'ai rien trouvé d'anormal chez le père de Pierre M., qui nie toute syphilis.

Le traitement par le novarsébenzol est commencé le 14 novembre 1923. Injection à 0,10 qui est suivie de grands frissons, de céphalée et d'une élévation thermique (40°).

Injection à 0,10 le 21, à 0,15 le 28, pas de réaction.

Injection à 0,20 le 5 décembre. Température 39°7, 0,20 le 12, pas de réaction, 0,25 le 19. Température 39°7, 0,25 le 26, pas de réaction. Les injections suivantes faites de 8 en 8 jours à 30, 35, 45, 55, 60, 70, 80, 90 n'ont provoqué *aucun incident*. Température 36°7, 37 après les injections.

J'ai revu l'enfant le 2 avril, après une période de repos de 6 semaines. Le poids qui était de 49 kg. 300, le 14 novembre 1923, est monté à 51.300 le 2 janvier, à 52.400 le 20 février. Il est de 52 kg. (*bénéfice* 5 *kg.* 700 en 5 mois).

Il n'y a eu aucune crise nouvelle.

Une seconde série d'injections a été commencée en suivant une progression beaucoup plus rapide qu'à la première.

J'ai prévenu les parents qu'une surveillance prolongée serait nécessaire à la suite, et qu'un nouveau traitement, *beaucoup plus rigoureux et plus long que le premier*, serait nécessaire si les accidents reparaissaient, ce qui est possible.

***

La guérison par le novarsénobenzol permet-elle d'affirmer la nature syphilitique de la maladie ? Cette opinion a été contestée par le Dr Page dans un travail publié par la *Presse médicale*. On ne peut cependant, dans l'observation 2, expliquer l'existence d'incisives convergentes et d'une aortite, ni dans l'observation 3, la coexistence d'un rétrécissement mitral chez la mère, d'une épilepsie chez son fils, d'un bec-de-lièvre chez une nièce, autrement que par une infection congénitale.

***

Il est bien probable qu'aucun de ces malades n'aurait été traité s'il n'avait été confié à un médecin qui voit (comme je le fais moi-même) la syphilis partout. Un cas, que j'ai publié l'an dernier à la Société de dermatologie (1), montre que le traitement anti-syphilitique n'est pas appliqué par des neurologistes dans des cas même où la syphilis est avérée chez le père ou chez la mère, comme elle l'est dans l'observation 1 Le second de mes malades présente des incisives supérieures convergentes. Il est probable qu'on n'aurait attribué à ces signes aucune valeur, à moins que l'existence d'un souffle aortique n'ait été constatée simultanément (2).

Si un traitement antisyphilitique avait été appliqué chez ce malade, il aurait été à peu près certainement appliqué par des moyens insuffisants, mercure, bismuth ou les arsénobenzènes à doses trop faibles.

Enfin, si les recherches du laboratoire avaient été faites, elles auraient sans doute conduit à nier la syphilis en raison des résultats négatifs.

J'ajouterai encore quelques réflexions.

J'ai publié en 1921, dans la *Presse médicale*, un article sous le titre : «Le domaine de la syphilis et la réaction de Bordet-Wassermann. Nature syphilitique de l'épilepsie essentielle », pour répondre à un travail dans lequel le Dr Rist avait contesté la nature syphilitique de l'épilepsie et de la débilité mentale, en s'appuyant sur la rareté des séro-réactions positives.

J'ai jugé que cette opinion, émise par un médecin d'une autorité reconnue, était une opinion *dangereuse* et *qu'il ne fallait pas la laisser s'accréditer*. Ma communication actuelle, celles que j'ai faite à la Société de médecine de Paris en 1922, l'an dernier à la Société de Dermatologie, confirment, s'il est encore nécessaire, les conclusions de mon article publié en 1922.

La question de l'arriération mentale se pose

(1) Leredde. — Sur un cas d'épilepsie d'origine hérédo-syphilitique méconnue. Résultats positifs du traitement par le novarsénobenzol. Soc. de Derm., 19 avril 1923.

(2) Il existe d'ailleurs des malades atteints d'aortite, chez lesquels la syphilis n'est pas recherchée par les cardiologues eux-mêmes. J'ai vu en 1922 une femme de 54 ans soignée par un spécialiste jeune et déjà connu et traitée par lui pendant plusieurs mois. Aucun examen n'avait été fait, aucune question posée sur l'existence de la syphilis chez une femme (non mariée) dont la vie a été un peu irrégulière.

En janvier 1923 la séro-réaction est positive W = + (Dr Bergeron), H = +. Le traitement par les arsénos a provoqué des réactions cardiaques vives qui se sont calmées peu à peu. En fin de compte, la malade a tiré un bénéfice considérable du traitement antisyphilitique.

exactement dans les mêmes termes que celles de l'épilepsie.

***

Par ce qui précède, et par le seul exemple de l'épilepsie, on peut juger des difficultés que rencontrent les médecins qui veulent explorer le domaine immense de l'hérédosyphilis, et les atteindre *sans jamais les dépasser.*

Les problèmes qui se posent au sujet de toutes les affections chroniques et qui laissent indifférents les médecins qui n'ont pas les mêmes inquiétudes, ni le même besoin de recherche dans l'ordre étiologique, ne peuvent être résolus, il faut le redire sans cesse, que par des études *en série*, complètes, par les moyens cliniques et de laboratoire, portant non seulement sur l'état des malades, *mais celui des personnes de leur famille.*

Je crois, en dernière analyse, qu'il faut admettre l'existence d'une hérédo-syphilis de PRÉSOMPTION. L'existence de l'infection ne peut être alors démontrée d'une manière immédiate, elle ne peut l'être que par les résultats du traitement d'épreuve, parfois la réactivation sérologique, le *méningo-diagnostic*, très souvent, au moins chez les enfants, par l'*hémo-diagnostic* (1).

Les médecins d'enfants, à en juger par les discussions récentes de la Société de Pédiatrie, s'engagent maintenant dans cette voie.

Ils voient tous les jours des hérédosyphilitiques à une époque où nous ne les voyons pas et où ils peuvent prévenir des accidents qui les menaceront au cours de la vie entière. Nous devons suivre avec une extrême attention leurs efforts, comme ils doivent suivre les nôtres.

FAITS CLINIQUES

I

SUR UN CAS DE TYPHO-SYPHILOSE

Par MM. le Dr CHERECHEWSKI,

Médecin-chef à l'hôpital de St-Germain-en-Laye

et JOUANNEAU (Marcel),

Interne en médecine.

On considérait jadis la fièvre comme une manifestation rare au cours de l'infection syphilitique. Depuis quelques années, cette conception a été fortement battue en brèche, et actuellement, les manifestations fébriles sont considérées comme un accompagnement naturel de l'infection par le tréponème. Personnellement, nous possédons deux beaux cas de fièvre syphilitique, dont l'un eut pour point de départ une endocardite, qui évolua sous nos yeux, en même temps que s'organisait une ectasie aortique constatée cliniquement et confirmée par la radioscopie.

L'observation ci-dessous est encore plus intéressante, plus rare aussi ; c'est un cas de *typho-syphilose type*, et c'est à ce titre que nous tenons à le soumettre aux praticiens.

Och... (Marcelle), 19 ans, entre à l'hôpital de Saint-Germain (Cabanons), le 30 mars 1924, avec réquisition pour aliénation mentale.

Le lendemain, nous la trouvons couchée, prostrée, délirant doucement, avec de temps à autre quelques mouvements rythmés du membre supérieur.

Facies congestionné, couvert de sueur, les traits crispés, les sourcils froncés, la langue saburrale ; on note des fuliginosités labiales et gingivales

La respiration est rapide et superficielle, irrégulière, le pouls est rapide, la fièvre modérée, à 38°.

A l'auscultation, rien de particulier. A la percussion, matité splénique manifeste.

En résumé : ÉTAT TYPHOÏDE.

On la transfère le 2 avril au pavillon d'isolement des maladies infectieuses ; la malade est toujours délirante, son délire par moments est assez violent. Interpellée vivement, elle sort de sa torpeur et accuse une céphalée persistante jour et nuit.

On note aussi quelques éléments éruptifs discrets au niveau de la poitrine.

Les réflexes sont normaux et on n'observe aucune raideur.

A l'examen des urines, traces d'albumine, pas de glucose.

La température monte doucement et atteint bientôt 39°.

Le 3 avril, M. Moreau, chef de laboratoire, nous transmet les résultats suivants :

1° Hémoculture (Eberth), nulle après 48 heures ;
2° Liquide céphalo-rachidien :

(1) LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis et le traitement d'épreuve. Nouvelles études sur la syphilis, Paris, Maloine, 1921.

Cytologie : LYMPHOCYTOSE EXCLUSIVE d'intensité moyenne.

Albumine : 0,37 ‰.

Glucose : normal.

Chlorures : 7,30 ‰.

Réactions biologiques :

R. Pandy, très faiblement positive.

R. Weichbrodt, négative.

R. Guillain, négative.

Recherche du B. K., néant.

Étant donnée la réaction méningée manifeste, d'une part, et la présence de quelques symptômes génitaux (métrorragies légères et papillomes des grandes lèvres), nous faisons un Wassermann :

Le 4 avril : 1° Réaction de Wassermann, *positive faible* ;

2° Réaction de Wassermann bacillaire *négative*. Nous concluons à une manifestation typhoïde de syphilis secondaire et le traitement spécifique institué à partir du 5 avril (métarséno en injections sous-cutanées quotidiennes de 0,15 par jour, avec, surajoutées à partir du 8 avril, des frictions mercurielles) amène au bout de 10 jours une amélioration notable. Le délire, la céphalée, la torpeur disparaissent graduellement, et le 15 avril, la température redevient normale.

Le 20 avril, nous remplaçons le traitement précédent par une série de piqûres de biiodure d'hydrargyre : 1 cent. par jour, que nous continuons jusqu'au 5 mai. A partir du 6 mai, nous commençons un traitement bismuthé.

Le 26 avril, l'examen du liquide céphalo-rachidien, fait à nouveau, avait donné pour la cytologie, une lymphocytose presque exclusive, 10 par mm. Albumine : 0,45 ‰, glucose 0,63 ‰, R. Pandy, *positive*, R. Weichbrodt, *très faible*, R. de Guillain, faiblement *positive*, et le Wassermann spécifique fait le 30 avril donne une réaction *positive faible*.

A l'heure actuelle, à la suite du traitement qui provoqua une *réactivation* des *réactions biologiques* dans le liquide céphalo-rachidien, on peut considérer la patiente comme étant en pleine voie de guérison. Elle se lève tous les jours, mange et dort bien : son habitus général est absolument méconnaissable ; enfin, son état psychique est redevenu complètement normal. Elle se propose de nous quitter d'ici 4 à 5 jours.

II

CALCULS A RÉPÉTITION D'UNE GLANDE SALIVAIRE

Par le Dr J. Narich.

Les calculs salivaires ont une étiologie bien obscure. L'observation suivante se rapporte à un homme de 48 ans qui expulsa deux calculs de la glande salivaire droite, en moins de trois ans. Affection rare, elle est observée principalement chez l'homme et après la vingtième année.

Notre malade est fumeur ; il présente de plus une dentition mal entretenue et des dépôts considérables de tartre recouvrent plusieurs molaires des deux côtés avec prédominance à droite. En avril 1920, il est pris d'une violente douleur siégeant au niveau du maxillaire droit ; simultanément apparaissent du gonflement, de la rougeur de la région de la glande sous-maxillaire. Le plancher de la bouche est dur, distendu, douloureux, les mouvements de la langue sont pénibles et réveillent de fortes douleurs. Pas de fluctuation au toucher. Pas de fièvre, ce qui permet d'écarter le diagnostic de phlegmon de la base de la bouche. Cet état persiste durant quarante-huit heures et l'accalmie ne se produit qu'après l'expulsion du calcul qui a le volume d'un petit haricot environ 10 millimètres de long sur 4 millimètres d'épaisseur ; il est sillonné d'une fine rigole sur toute sa longueur, ce qui fait penser à la possibilité de l'écoulement de la salive au dehors, malgré la présence du calcul dans le canal salivaire. Quoique volumineux, ce corps calcaire a pu cheminer dans le canal de Warthon sans l'ulcérer pour être expulsé par l'extrémité de ce conduit.

En septembre 1922, nouvelle attaque avec symptomatologie analogue. Le calcul, cette fois, présente la forme d'une pyramide ; il est moins volumineux que le précédent. A la coupe, ces deux concrétions n'offrent rien de particulier ; elles semblent formées de matières calcaires stratifiées.

Il serait intéressant de savoir s'il n'existe point une relation entre la présence du tartre dentaire et la formation de ces calculs dans l'intérieur de la glande salivaire. Car, n'est-il pas vraisemblable de penser qu'une particule de tartre, introduite dans le canal, pourrait jouer le rôle de corps étranger servant de noyau initial pour la formation ultérieure du calcul ?

L'Actualité Scientifique

La Presse

Constipation douloureuse et cæco-sigmoidostomie.

On rencontre des cas de constipation qui résistent à tous les traitements habituels, et pour lesquels on est forcé de recourir à l'intervention chirurgicale. Cette intervention consiste à faire des plicatures du rectum, des pexies, des sections de brides, des libérations d'adhérences, enfin des anastomoses. Ce n'est que lorsque la constipation procède du côlon droit que l'opération peut être envisagée. Dans la constipation gauche, qui est enssentiellement médicale, on n'y saurait songer.

C'est ce que rappelle M. Papin, à propos d'une malade qu'il a opérée il y a dix-sept mois, et chez laquelle il a pu enregistrer à distance les résultats de son action. Ils ont été et continuent à être très satisfaisants, la constipation ayant disparu. Mais les douleurs persistent dans la fosse iliaque droite.

Pour l'auteur, ces douleurs seraient dues à la péricolite, tout autant qu'à la distension du côlon droit. Aussi, en conclut-il qu'il semble que l'anastomose doive être réservée aux cas où la constipation est la note dominante, la libération du côlon, l'ablation du voile, la colopexie devant être réservée aux cas où les phénomènes douloureux prédominent. (*Journ. de M. Bordeaux.*, 25 mars 1924.)

La vaccinothérapie dans le traitement de la blennorragie.

Quelle est la valeur de la vaccinothérapie dans le traitement de la blennorragie et de ses complications ? Agit-elle spécifiquement ? Ou bien n'intervient-elle que pour augmenter les défenses de l'organisme ? C'est ce qu'examinent MM. Tant et Duray.

Il résulte de leur observation que la vaccinothérapie seule ne donnerait aucun résultat. Quand la vaccinothérapie a été suivie de grands lavages urétraux, on a signalé des cas de guérison rapide, mais il semble qu'il en puisse être de même avec d'autres traitements internes.

Si l'on combine les grands lavages avec la vaccinothérapie, ce qui est de pratique courante, il est encore impossible de faire la part exacte de ce qui revient, dans la guérison, au vaccin. En certains cas, l'influence de celui-ci ne saurait être niée, et elle se manifeste notamment par une moins grande fréquence des complications.

Dans la blennorragie chronique, même avec l'autovaccin, si l'effet obtenu est satisfaisant, c'est que le gonocoque a perdu sa virulence et apparaît comme un saprophyte.

Les auteurs concluent que : « Devant les résultats obtenus avec les vaccins sans gonocoques et par la vaccinothérapie, la spécificité des vaccins n'a qu'un rôle secondaire dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. L'injection de vaccin provoque d'autant moins d'accidents et semble avoir une influence favorable d'autant plus marquée sur l'évolution de la maladie que celle-ci est plus ancienne et que le gonocoque a perdu sa virulence.

La vaccinothérapie seule est inefficace, mais peut être essayée comme un adjuvant du traitement habituel, spécialement dans les cas qui ont résisté au traitement classique.

Dans les complications de la blennorragie, et principalement dans les épididymites et dans les rhumatismes, la vaccinothérapie donne des résultats comparables à ceux obtenus par la protéinothérapie et la chimiothérapie ». (*Bruxelles médical*, 27 mars 1924.)

Les fractures latentes de la colonne vertébrale.

Ces fractures sont intéressantes à connaître au point de vue chirurgical et médico-légal. Ce n'est d'ailleurs que depuis l'emploi de la radiologie qu'on peut les diagnostiquer. Elles sont consécutives à des traumatismes rachidiens, et se traduisent uniquement par une douleur locale à la pression des apophyses épineuses, et une flexion dorso-lombaire également douloureuse.

C'est évidemment insuffisant pour porter un diagnostic précis, auquel il faut cependant penser, pour demander une radiographie, de face et de profil, qui montrera un aplatissement du corps d'une ou deux vertèbres voisines.

D'après M. Durand, le traitement de cette lésion consiste à imposer le repos au lit, avec une planche sous le matelas,prolongé assez longtemps pour obtenir la consolidation. (*Lyon médical*, 30 mars 1924.)

Les indications de la rachianesthésie.

Si, selon M. Lepoutre, l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther est nettement préférable à la rachi-anesthésie, il est cependant des cas dans lesquels celle-ci demeure formellement indiquée. Fort des 500 rachi qu'il a pratiquées, l'auteur en trouve des indications tant dans la nature de l'intervention à effectuer que dans l'état général des malades.

Au premier point de vue, la rachi est indiquée lorsque l'on veut obtenir une résolution musculaire complète : opérations de chirurgie abdominale, certaines interventions sur la vessie et la

prostate, les fractures du membre inférieur. Relativement à l'état général des sujets : cas où le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués par les reins, le foie, le poumon, le cœur, l'obésité ; cas où le sujet est intoxiqué ou soumis à une intervention très choquante (péritonite). Les opérations mutilantes sont aussi justiciables de la rachi (cancer du rectum). A propos d'une observation relative à un diabétique qui mourut après une double cure radicale de hernies, l'auteur expose que l'injection de caféine dans la cavité médullaire, pour combattre les accidents graves de la rachi, est très efficace ; et d'autre part, le malade ayant succombé à un ictère grave par insuffisance du foie, que celle-ci peut être déclanchée par le seul acteopératoire. Si le chloroforme ou l'éther avaient été employés, on n'aurait pas manqué de les incriminer. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 6 avril 1924.)

Injections intrajugulaires d'ouabaïne.

Dans l'insuffisance ventriculaire droite, la stase veineuse généralisée rend parfois impossible toute injection intraveineuse aux lieux d'élection habituelle. La digitaline, donnée par la bouche, reste elle-même sans effets, parce que la stase portale s'oppose à sa résorption.

Dans quatre cas personnels, le Dr R. LUTEMBACHER a obtenu les meilleurs effets d'injection intrajugulaires d'ouabaïne ; ce médicament, trè_ soluble, très diffusible, exerce une action immé diate intense sur la contractilité du cœur.

Quelques précautions sont nécessaires pour la mise en pratique de cette méthode, afin d'éviter localement l'endocarde proche, tout petit foyer de congestion et de diapédèse pouvant être l'amorce d'une thrombose.

On dilue la solution habituelle d'*ouabaïne Arnaud* dans 1 à 2 cmc. d'eau stérilisée ; on choisit de préférence la jugulaire externe gauche et l'on pousse lentement l'injection dans le *côté céphalique* de la veine. Pour faciliter l'injection, la tête est inclinée sur le côté, et l'on cherche la position la plus favorable (fléchissement de la tête, position demi-assise) pour faire saillir la veine, dont on comprime avec le doigt l'extrémité inférieure.

La veine est ponctionnée vers la partie moyenne ou le 1/3 supérieur du cou, pour que la seringue puisse ensuite s'adapter aisément sur l'aiguille ; asepsie rigoureuse : application de teinture d'iode pendant trois minutes et seringue bien stérilisée à l'autoclave.

On pratique ainsi : soit 2 injections par 24 h. de 1/4 de milligr., soit une seule injection de 3/8e de milligr., c'est-à-dire 1 cmc. 1/2 de la solution pour le premier jour.

Pour le deuxième jour, on peut continuer les injections au 1/4 de milligr., ou, s'il n'y a aucun trouble de rythme : bigéminisme, ralentissement excessif, faire 1/2 milligr. en une fois et ainsi au troisième jour.

La débâcle urinaire se produit, les œdèmes, s'effondrent, les accidents d'insuffisance cardiaque disparaissent. Souvent, le troisième jour, la ponction de la jugulaire est plus difficile en raison de la disparition de la stase veineuse, et généralement l'injection est devenue possible au pli du coude. (*Le Presse médicale*, 5 janvier 1924.)

Les paralysies amyotrophiques post-sérothérapiques.

Le Dr Jean LHERMITE, ayant analysé un grand nombre d'observations, croit que l'application de la sérothérapie antitétanique, et peut-être aussi de la sérothérapie antidiphtéritique (celle-ci ne compte à son actif qu'un cas, discutable d'ailleurs) est capable de déterminer l'apparition d'une variété assez particulière de paralysie amyotrophique dissociée du plexus brachial à type supérieur, laquelle affecte aussi bien les sujets vierges de toute infection antérieure que ceux qui ont été sensibilisés. Quelle peut en être la pathogénie ?

En s'appuyant sur ce double fait que les paralysies post-sérothérapiques frappent avec une électivité curieuse les sujets indemnes de toute inoculation préalable, d'une part, et semblent presque exclusivement déterminées par l'injection de sérum antitétanique, d'autre part, l'auteur avait émis cette idée que le retentissement sur le système nerveux de l'application sérothérapique devait être mis à la charge moins de l'anaphylaxie que de la toxicité du sérum employé.

Aujourd'hui les frontières de l'anaphylaxie et du choc colloïdal ont été si élargies que cette discussion, toute théorique d'ailleurs, ne présente plus qu'un intérêt restreint.

Il faut rappeler seulement que, dès 1920, avec M. L. Cornil, l'auteur a cherché à reproduire expérimentalement chez le lapin des paralysies analogues à celles qu'offrait la pathologie humaine. Tous ces essais sont restés infructueux ; malgré les doses considérables de sérum antitétanique injectées, jamais aucun phénomène paralytique n'est apparu.

Ces paralysies amyotrophiques dissociées portent sur le deltoïde, le grand dentelé, les sus et sous-épineux, le biceps, le brachial antérieur, le triceps, muscles du groupe Duchenne-Erb, dont l'innervation ressortit aux racines supérieures du plexus brachial. De leur fait, les mouvements de propulsion, de rétropulsion, d'abduction du bras, de flexion de l'avant-bras apparaissent limités, faibles ou impossibles, et l'omoplate s'écarte plus ou moins nettement du thorax. Il est caractéristique que l'amyotrophie apparaisse rapidement ; puis, les muscles atrophiés présen-

tent des troubles profonds des réactions électriques, qui vont depuis la diminution simple de l'excitabilité faradique jusqu'à l'abolition de toute excitabilité, en passant par la réaction de dégénérescence incomplète. On note, en outre des modifications de la réflectivité tendino-osseuse dans les segments radiculaires intéressés : abolition des réflexes stylo-radial, bicipital et tricipital. L'installation de la paralysie se marque fréquemment par des douleurs d'une extrême acuité, localisées dans la région scapulaire et le moignon de l'épaule ; ces douleurs disparaissent ensuite sans laisser de traces. En dehors de l'amyotrophie, aucun trouble trophique.

Après la disparition des phénomènes douloureux, la paralysie s'atténue, sans que cependant, après plusieurs mois de traitement, les troubles moteurs disparaissent complètement. L'amyotrophie demeure également.

Le caractère important de ces paralysies, c'est d'être *dissociées*. Elles le sont doublement. D'abord, au point de vue sensitivo-moteur, tout déficit sensitif fait défaut, malgré l'intensité de la paralysie. En second lieu, au point de vue moteur et trophique, tous les muscles innervés par les cinquième et sixième racines cervicales ne sont pas également intéressés et ne récupèrent pas, au moins dans le même temps, leur intégrité anatomique.

Il n'est pas besoin d'ajouter que ces accidents, évidemment rares, ne doivent pas conduire à la restriction de l'emploi de la sérothérapie antitétanique ; comme toute thérapeutique active, celle-ci comporte, en effet, quelques inconvénients, qu'il n'est pas inutile de connaître. (*Paris médical*, 8 mars 1924.)

Le signe de la vitro-pression en dermatologie. Nodule syphilitique et nodule lupique.

Le lupome ou tubercule lupique offre una teinte spéciale, que l'on apprécie en tendant le peau entre deux doigts après l'avoir nettoyée à la vaseline, ou mieux à la *vitro-pression*, en l'examinant à travers une lame de verre fortement appuyée.

Sur les tissus adjacents anémiés par la pression et devenus blanchâtres, le lupome tranche par sa teinte jaune ambrée que l'on compare classiquement à de la gelée de pomme ou à du sucre d'orge (Pautrier).

Mais il faut savoir que ce n'est pas, contrairement à une opinion assez répandue, la marque pathognomonique de la seule tuberculose lupique à l'exclusion de toute autre inflammatoire cutanée.

Des syphilides cutanées indiscutables donnent à la vitro-pression la même impression que le lupus tuberculeux (couleur et translucidité).

On ne saurait, d'après le Pr J. Nicolas et le Dr M. Faivre, assez insister sur la prudence et la circonspection avec lesquelles le médecin doit aborder le problème si fréquent et si difficile du diagnostic des lésions cutanées de la syphilis et de la tuberculose. Le trancher par la constatation d'un seul symptôme clinique, par les seules données de l'examen des surfaces malades par vitro-pression, par exemple, c'est se priver du bénéfice de l'examen nécessaire d'autres éléments du problème, c'est en fait courir au-devant de l'erreur. (*Paris médical*, 15 mars 1924.)

L'allergie typhique.

Il convient tout d'abord de définir ce qu'est l'allergie.

Si on injecte du sérum de cheval de huit en huit jours, par exemple, sous la peau d'un lapin, les premières injections ne donneront lieu à aucune réaction locale ; au contraire, les suivantes provoqueront une réaction locale intense, pouvant entraîner la nécrose des tissus (phénomène d'Arthus). Cette nouvelle façon de réagir des tissus, cette hypersensibilité, c'est l'allergie.

Arrivons maintenant à l'exemple de la fièvre typhoïde, choisi par le Dr de Lavergne, et étudions avec lui l'allergie typhique ; voyons pour quelles raisons les bacilles typhiques n'ulcèrent que secondairement les plaques de Peyer.

L'infection de l'organisme par les bacilles typhiques, ingérés se fait par les voies lymphatiques au départ de l'intestin ; de là, ils gagnent le sang, sont éliminés par la bile, et reviennent ainsi dans l'intestin. A la bacillémie de l'invasion succèdent les lésions intestinales. Sur leur route première, ils avaient provoqué l'hypertrophie, mais non l'ulcération des plaques de Peyer, follicules clos et ganglions mésentériques. Arrivés de nouveau dans l'intestin, et comme ils l'avaient fait une première fois, ces bacilles vont reprendre un second contact avec les premières formations lymphatiques, plaques de Peyer et follicules clos. Mais alors une réaction nouvelle apparaît : l'escharification et l'ulcération. Comment ne pas les interpréter simplement, à la lumière des notions d'*allergie* et de surinfection. La durée de la période d'incubation représente le délai nécessaire entre les premières injections et les injections ultérieures.

Ainsi s'éclaire le caractère des lésions intestinales ; on comprend dès lors pourquoi elles ne s'établissent qu'au second contact et non dès le début de la contamination, qu'au moment de la surinfection.

Les bacilles sont arrêtés sur place ; aussi la rate, formation lymphoïde où pullulent les bacilles typhiques une première fois arrivés, sans retour, ne présente-t-elle que la seule hypertrophie et jamais d'escharification, alors que ce mode réactionnel est de règle au niveau des follicules

clos et agminés de l'intestin. Eschare et ulcération sont la caractéristique des lésions de surinfection ; elles ne peuvent donc se produire qu'au niveau du tractus digestif, lors de la pénétration seconde des germes pathogènes, dans une région déjà sensibilisée par un premier passage.

La même conception explique l'impossibilité de reproduire chez les animaux de laboratoire le tableau de la dothiénentérie. Il est, en effet, possible de faire mourir un lapin par injection d'un virus exalté, dans le sang, sous la peau, dans le péritoine, et même par ingestion après avoir introduit de la bile. Il meurt alors de septicémie ; les bacilles sont partout ; la rate est grosse ; il peut y avoir une hypertrophie des plaques de Peyer ; mais les lésions de la dothiénentérie, l'escharification et l'ulcération font toujours défaut. Les lésions intestinales, avons-nous dit, résultent de la seconde pénétration, en période d'allergie, des bacilles typhiques au niveau des formations lymphoïdes intestinales sensibilisés par un premier passage. Or, injectons dans les veines, sous la peau d'un lapin, un bacille typhique virulent ; la septicémie se réalisera ; les bacilles du sang seront éliminés dans l'intestin ; ils pénétreront dans les formations lymphoïdes dont ils pourront provoquer l'hypertrophie. Mais la pénétration est ici première, et il est impossible que se produisent l'escharification et l'ulcération, lésions de réinfection, conséquences d'un second contact. On pourrait à la vérité se placer dans des conditions expérimentales différentes : faire ingérer des bacilles typhiques pour qu'ait lieu une sensibilisation des formations lymphoïdes ; puis, après quelque temps, renouveler le repas typhique ; au second contact devrait alors se produire la lésion de réinfection. Mais, dans ces conditions, on obtient encore un échec pour la raison que les bacilles traversent trop rapidement l'appareil lymphoïde (3 heures en moyenne après le repas typhique, on les retrouve dans le sang), pour le sensibiliser ; il n'y a pas même l'ébauche d'une période d'incubation, et l'état d'allergie n'a pas le temps de se produire.

Si cet exposé ne comporte aucune application pratique immédiate, l'hypothèse développée satisfait l'esprit, d'autant qu'elle repose sur des preuves expérimentales, histologiques et anatomo-pathologiques. (*Journal des Praticiens*, 1er mars 1924.)

L'analgésie obstétricale par l'Hémypnal.

Nombreux sont les travaux suscités par la question de l'analgésie obstétricale ; non moins nombreux les moyens successivement préconisés pour l'obtenir et dont aucun jusqu'à présent n'avait donné entière satisfaction.

MM. G. Dujol (St-Etienne) et E. Raillon ont expérimenté sur un très grand nombre de cas l'hémypnal, combinaison de diallylbarbiturate d'éthylmorphine, et de chlorétone, agissant comme sédatif nerveux et hypnotique-analgésique.

De l'étude critique de leurs observations, il résulte que l'hémypnal a, dans l'accouchement, un effet analgésique très net dans la plupart des cas ; la perception de la contraction n'est pas abolie, mais l'élément douleur en est très atténué. La parturiente est nettement soulagée, mais ne perd nullement la notion de ce qui se passe autour d'elle. On note parfois un peu de somnolence entre les contractions ; celles-ci ne sont pas ralenties si l'on a la précaution de ne commencer l'administration du produit que lorsque la dilatation est entre un et deux francs. Contrairement aux autres opiacés, l'hémypnal a pu être utilisé par les auteurs dans les accouchements prématurés sans qu'ils aient observé la cessation du travail. Dans les cas d'hypertonie utérine et de rigidité du col, il régularise le travail et l'accélère parfois de façon remarquable ; de même, il fait très souvent céder le spasme du col. Aucun accident du côté maternel, pas de céphalée, pas de troubles cardiaques ; les suites de couches ne sont pas influencées. Du côté de l'enfant, aucun effet toxique ; si, dans deux ou trois cas, les auteurs ont noté chez les nouveau-nés un état d'oligopnée et d'étonnement temporaire, un travail primitivement laborieux, avant l'administration du produit, doit en être tenu pour responsable. Au total, l'hémypnal apparaît comme un analgésique efficace dans la majorité des cas, très recommandable par son innocuité et la facilité de son administration (c'est aux suppositoires que les auteurs donnent la préférence). Ces deux qualités rendent son utilisation possible et facile — contrairement à la plupart des autres méthodes — pour les praticiens non spécialisés dont les occupations ne permettent pas la présence continuelle et ininterrompue auprès de la parturiente. (*Loire médicale*, n° 3, mars 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Zona et varicelle.

(M. ARNOLD NETTER. — *Académie de médecine* ; 22-4-1924.)

L'identité d'origine du zona et de la varicelle, soutenue par Bokay (de Budapest) et divers auteurs à l'étranger, a été admise par M. Netter qui s'est efforcé de la démontrer dans une série de communications à l'Académie, à la Société des hôpitaux et à la Société de biologie. L'auteur apporte aujourd'hui de nouveaux arguments basés sur la recherche de la réaction de fixation de Bordet-Gengou. La réaction fut étudiée chez des malades atteints de zona ou d'éruptions zostériformes, en prenant pour antigène des croûtes de varicelle.

Tuberculose pulmonaire et génitalité.

(M. A. JACQUEMIN. — *Académie de médecine* ; 22-4-1924.)

Une observation déjà ancienne a montré que, chez les tuberculeux, l'appétit génital est particulièrement développé. On a attribué le fait, sans raison bien précise d'ailleurs, à des propriétés aphrodisiaques de la toxine bacillaire. M. Jacquemin, prenant acte des relations de la génitalité et de la tuberculose pulmonaire, les explique d'une façon différente. Pour lui, ce n'est pas la bacillose qui retentit sur l'appétit sexuel, c'est au contraire l'hypergénitalité qui favorise le développement de la tuberculose.

Un de ses malades, tuberculeux, ayant un jour été atteint d'une blessure mutilante qui le priva de ses deux testicules, vit son affection pulmonaire s'améliorer rapidement. Pour relier la germination du bacille de Koch à l'hypergénitalité, l'auteur s'appuie sur les arguments suivants :

1° La tuberculose pulmonaire présente son maximum à partir de la puberté. Elle est d'autant plus grave que le malade est plus jeune ;

2° Elle emprunte à l'hypergénitalité une partie de ses symptômes ; développement exagéré du système pileux, yeux brillants, maigreur, appétit génital ;

3° L'orchi-épididymite tuberculeuse est, en général, suivie d'une amélioration rapide des lésions pulmonaires.

M. Jacquemin conclut qu'il existe un rapport étroit entre la tuberculose et les fonctions génitales ; que l'hypergénitalité détermine un état réceptif vis-à-vis de la bacillose, dont le lit est préparé par une exagération de la sécrétion interne des glandes sexuelles ; que l'hypogénitalité (l'hyposécrétion génitale interne) rend l'individu sinon réfractaire à la contamination tuberculeuse du poumon, du moins plus résistant à l'égard du bacille et mieux armé pour en triompher.

Anévrysmes multiples.

(MM. DARGEIN et OUDARD, de Toulon. — *Société médicale des hôpitaux* ; 7-3-1924.)

Les anévrysmes multiples ne sont pas une rareté et ils ont été bien étudiés par Jaccoud. Souvent, il est vrai, ce sont des trouvailles d'autopsie. Dans l'observation de MM. Dargein et Oudard, l'examen clinique a permis à lui seul de caractériser une série de localisations du processus anévrysmal, à l'aorte, à l'axillaire, à la fémorale, etc. Le malade est un syphilitique non traité. Il y a donc eu là une véritable diathèse anévrysmale où le tréponème a joué, comme de coutume, son rôle primordial.

Méningite à streptocoque post-varicellique.

(MM. LENOBLE et THIÉLEMANS, de Brest. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-3-1924.)

Il est exceptionnel que la varicelle, maladie bénigne, entraîne des accidents sérieux. Cependant, M. Comby signale, parmi les complications possibles de cette fièvre éruptive, l'infection secondaire des vésicules par un streptocoque plus ou moins virulent. Une fois pénétré dans l'organisme, le streptocoque peut y provoquer des septicémies graves, avec arthropathies suppurées, endocardites végétantes suivies de mort (Bracquehaye), méningite.

C'est un exemple de méningite à streptocoque post-varicellique que relatent MM. Lenoble et Thiélemans. Chez leur malade, les signes méningés (relevant sans doute d'une infection au niveau des vésicules) apparurent dès que l'éruption cutanée eut pris fin. Le patient succomba. On sait que la méningite à streptocoque est d'une gravité particulière. D'origine otogène, la plupart du temps, son évolution est fatale (Lermoyez).

Les adénites sériques généralisées.

(M. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT. — *Société médicale des hôpitaux* ; 31-3-1924.)

Revenant sur une communication de MM. Leconte et Yacoel, M. Pasteur Vallery-Radot montre que la généralisation des adénites sériques s'observe quelquefois. Ces adénites généralisées se voient au cours des érythèmes sériques et même indépendamment de tout érythème. L'auteur, dans un service de diphtériques, a eu l'occasion de rencontrer l'adénite comme seul signe clinique de la réaction sérique. D'autre part, chez divers malades, il a observé des adénopathies généralisées précédant de plusieurs jours l'exanthème. Enfin, il a constaté des exanthèmes non accompagnés d'adénopathies. On peut donc considérer l'éruption cutanée due au sérum et l'adé-

nite comme deux manifestations distinctes des troubles sériques.

Les adénites consécutives aux injections de sérum persistent parfois plusieurs semaines.

En somme, ce que M. Pasteur Valléry-Radot se propose de mettre en évidence dans sa note, c'est la fréquence relative des adénites généralisées après les piqûres de sérum, que le sujet offre ou non un exanthème sérique.

Les pancréatites aiguës.

(M. TUFFIER. — *Société de chirurgie* ; 13-2-1924.)

A propos d'une récente discussion sur les pancréatites aiguës, M. Tuffier rapporte une observation qui établit la possibilité de guérison spontanée de cette affection.

Le malade en question, atteint de pancréatite, était dans un état grave, au point que M. Tuffier refusa d'abord d'intervenir. Le lendemain, néanmoins, la situation étant stationnaire, on fit une laparotomie et l'on tomba sur un pancréas œdémateux, avec plaques violacées. La plaie abdominale fut alors fermée. La situation resta grave encore pendant quelque temps, puis la guérison finit par survenir avec un simple traitement médical : injections de sérum, goutte à goutte rectal, séro-caféiné, piqûres d'adrénaline.

Sur la rachianesthésie.

(M. CHEVRIER. — *Société de chirurgie*, 13-2-1924.)

M. Chevrier présente quelques considérations intéressantes sur la rachianesthésie.

Du temps où je faisais de la physiologie, dit-il, j'ai appris que par un artifice admirable destiné à assurer sa protection, le système nerveux central était entouré d'une séreuse ne se prêtant pas à la dialyse. C'est grâce à cette absence de dialyse que le liquide céphalo-rachidien a une composition assez différente des autres humeurs (proportion plus grande de chlorure de sodium et absence d'albumine). Grâce aussi à cette protection, les produits toxiques ou médicamenteux en suspension dans le sang ne passent pas dans le céphalo-rachidien, quand les méninges sont saines.

Donc, avec des méninges intactes, l'anesthésie provoquée par l'injection arachnoïdienne devrait être durable. Comme il n'en est pas ainsi, il faut conclure que le liquide anesthésique détermine une méningite aseptique — dont la réalité est d'ailleurs admise par les partisans même de la rachianesthésie.

Cette méningite est-elle importante ? Non, disent les rachi-anesthésistes. Ils en jugent, il est vrai, par les seuls troubles immédiats ou secondaires. A la vérité, il en est d'autres. Guinard a observé deux fois des ramollissements précoces, inexplicables par toute autre cause qu'une lésion relevant de l'anesthésie rachidienne. Pour bien juger ce point, il faudrait s'adresser non aux chirurgiens (qui ne connaissent pas toujours les suites tardives défavorables de leurs opérations), mais aux médecins qui les observent. M. Chevrier en connaît quelques exemples et il se montre peu enclin à provoquer cette méningite soi-disant insignifiante de l'anesthésie rachidienne.

Les anesthésiques généraux touchent, certes, d'autres organes, le foie et le rein. Le foie et les reins sont habitués à lutter contre les poisons. Il n'en est pas de même des méninges. On peut, en outre, aider le foie et le rein dans leur défense contre la nocivité des agents anesthésiants, par le sérum glycosé, les injections d'extrait de foie. Rien de pareil n'existe pour les méninges.

L'auteur conclut qu'il ne s'adressera à la rachianesthésie que dans des cas exceptionnels, lorsque le foie et le rein seront absolument déficients.

Résultats éloignés dans les ulcères perforés de l'estomac.

(M. A. BASSET. — *Société de chirurgie* ; 13-2-1924.)

M. Basset fait une communication sur les résultats *éloignés* du traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.

L'auteur a pu collecter un total de 30 cas, dont 7 personnels. Vingt fois, les suites éloignées du traitement chirurgical ont été pleinement satisfaisantes. Ainsi, chez les deux tiers des opérés qui ont survécu, non seulement l'opération d'urgence a sauvé la vie du malade mise en danger grave du fait de la perforation, mais encore elle a amené la disparition des accidents dus à l'ulcère. Dans 3 cas uniquement le résultat éloigné a été franchement défectueux. Au point de vue de la technique opératoire employée, c'est l'excision avec suture et gastro-entérostomie qui a fourni les suites les plus avantageuses (5 bons résultats sur 5 malades).

— M. LECÈNE estime qu'il n'y a pas intérêt à mêler la question des résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères perforés à celle des résultats immédiats

— M. CUNÉO pense également que le traitement de la perforation est une chose et le traitement de l'ulcère une autre chose.

— M. TUFFIER croit qu'il faut être réservé sur le mot *guérison* en matière d'ulcus gastrique. Des ulcères qui paraissent guéris cliniquement ne le sont pas toujours anatomiquement, tant s'en faut.

— M. BAUDET trouve, pour sa part, que le sujet de la communication de M. Basset est un chapitre assez intéressant pour mériter de retenir seul l'attention et d'être envisagé indépendamment des ulcus non perforés.

Paralysie du cubital vingt ans après une fracture du coude.

(M. R. GRÉGOIRE. — *Société de chirurgie* ; 13-2-1924.)

M. Grégoire relate une observation de paralysie tardive du nerf cubital survenue vingt ans après une fracture du condyle externe de l'humérus.

M. Mouchet a présenté en 1914 une étude de ce syndrome morbide, basée sur 7 cas. L'intervalle de temps qui sépare la fracture des troubles paralytiques est souvent très long. M. Mouchet a indiqué de la façon suivante la succession des étapes du processus morbide : fracture du condyle externe dans l'enfance ; cubitus valgus qui résulte de la fracture et s'établit lentement ; névrite du cubital causée par le cubitus valgus.

— M. ROUTIER parle d'un cas du même ordre qu'il a opéré, il y a quinze ans. Il s'agit d'un malade atteint à l'âge de sept ans une fracture du coude qui laissa à sa suite une gêne notable de l'articulation (extension limitée). Quarante ans plus tard apparurent de très vives douleurs sur le trajet du cubital, avec accès extrêmement violents. M. Routier pratiqua une libération du nerf dans la gouttière rétro-épitrochléenne et une transposition de ce nerf en avant de l'épitrochlée. La guérison fut rapide et définitive.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Aortite et myocardite syphilitiques.

MM. PALLASSE et DESPEIGNES présentent l'observation d'une femme de 50 ans entrée à l'hôpital pour des crises de dyspnée nocturne ; très gros cœur, hypertension, albuminurie, urée sanguine : 0 gr. 40, Wassermann positif (mari mort ataxique, une fausse couche). A l'autopsie : péricardite, cœur énorme (700 gr.), avec hypertrophie considérable du ventricule gauche, quelques plaques d'athérome au niveau des sigmoïdes aortiques ; aorte dilatée avec plaques d'athérome, plaques gélatiniformes et plaques rouge foncé d'endartérite ; reins macroscopiquement intacts.

Hystérectomie.

M. TRILLAT relate l'histoire d'une femme de 39 ans entrée à l'hôpital avec tous les signes d'une grossesse à terme. A sept mois, la malade avait consulté une sage-femme qui retira ses doigts couverts de sang ; nouvelles hémorragies spontanées dans la suite. A l'entrée, on constate des signes de cancer du col. Césarienne. Enfant vivant. Hystérectomie totale. Suites bonnes. L'examen de la pièce montre bien un cancer du col à forme endo-cervicale infiltrante avec léger envahissement du paramètre à gauche. A noter la date tardive de la grossesse à laquelle les signes de cancer sont apparus.

Localisation radiographique des corps étrangers intra-oculaires.

M. DOR fait une communication à ce sujet et insiste sur la nécessité de faire quatre radiographies avec regard en haut, regard en bas, regard nasal, regard temporal, et d'obtenir que la tête ne bouge pas ; pour cela, on fait les quatre radiographies sur la même plaque en glissant celle-ci successivement par ses quatre quarts sous une fenêtre percée dans une lame de plomb.

Considérations nouvelles sur le traitement du cancer.

M. Th. NOGIER. — Le cancer, maladie d'abord purement locale, semble posséder en lui une force d'envahissement *endogène*, en vertu de laquelle il aboutit aux métastases et à la généralisation. A cette force d'envahissement endogène, il faudrait pouvoir opposer une force *exogène*, faisant refluer sur la tumeur les cellules néoplasiques qui s'en sont échappées pour essaimer à travers l'organisme, et en même temps, pouvant faire affluer autour du foyer initial les substances chimiques capables de le modifier. Or, cette force exogène, on peut la trouver dans la force osmotique. Si l'on prend un tube fermé par une membrane de parchemin et rempli d'une solution sucrée et qu'on le plonge dans une cuvette pleine d'eau, l'eau est aspirée à travers la membrane ; c'est le phénomène de l'osmose. La force ainsi mise en jeu est considérable et l'on peut, avec des solutions convenablement choisies, réaliser des aspirations correspondant à 40, 50 et jusqu'à 150 atmosphères. « Il est logique d'essayer cette aspiration osmotique dans le traitement du cancer. On créera ainsi un puissant *courant lymphatique exogène* dont l'aboutissant sera le néoplasme. Ce courant luttera contre l'essaimage et rejettera au dehors les produits toxiques fabriqués par les cellules néoplasiques. Et si l'on prend la précaution de donner au malade pendant ce traitement une des substances dont l'action sur les néoformations épithéliales paraît indiscutable, la *magnésie*, par exemple, cet élément sera apporté en permanence à la périphérie du néoplasme ». M. Nogier préconise donc l'emploi de pansements sucrés hypertoniques appliqués sur les néoplasmes ulcérés ou accessibles concurremment avec l'administration de magnésie, le tout combiné avec l'exérèse chirurgicale, la radio-ou radiumthérapie suivant les cas. Ainsi dans un cancer ulcéré opérable du sein, la ligne de conduite pourra être la suivante : pansements sucrés renouvelés matin et soir pendant plusieurs semaines ; opération large ou radiothérapie intensive suivant les cas ; pas de suture par première intention ; pansements sucrés de nouveau pendant une dizaine de jours ; magnésie, 3 à 5 gr. par jour (voie buccale).

Pyonéphrose bilatérale et urémie lente par compression urétérale.

MM. PALLASSE et DESPEIGNES présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 60 ans qui avait subi en 1914 une hystérectomie totale pour tumeur et qui présentait : 1° des signes d'infection urinaire avec cystite, gros rein droit douloureux, température entre 37° et 38°5 ; 2° des signes de néphrite avec albuminurie, hypertension, azotémie : 1 gr. 26

d'urée par litre. Les symptômes urémiques progressifs ont été uniquement d'ordre digestif (anorexie, vomissements). Autopsie : pyonéphrose double, uretères du calibre d'une anse grêle, obturés à leur extrémité vésicale, vessie infiltrée de formations néoplasiques. Il a paru intéressant de présenter cette observation à cause de la survie de dix ans donnée par l'intervention précoce, et de l'évolution typique par la suite sous l'aspect d'une néphrite lente.

Néoplasme de la tête du pancréas ayant ulcéré le duodénum.

MM. Pallasse et Despeignes présentent des pièces d'autopsie : foie de 1.400 gr. avec noyaux bosselant l'organe ; vésicule très grosse, cholédoque très dilaté ; cancer de la tête du pancréas avec ulcération du duodénum. Cliniquement, l'ictère jaune canari, le foie marronné, un Weber positif, pouvaient faire penser à un cancer de l'estomac, du duodénum, de l'ampoule de Vater avec généralisation au foie, la compression du cholédoque pouvant être réalisée par des ganglions. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du pancréas ayant envahi le duodénum.

Laryngostomie pour symphyse laryngée. Résultat éloigné.

M. Collet présente une malade qu'il a opérée en 1913 pour un rétrécissement laryngé nécessitant le port d'une canule. Il s'agissait d'un cas particulièrement difficile ayant nécessité une section étendue, crico-thyroïdienne, suivie de dilatation difficile et de divers incidents. Résultat fonctionnel très satisfaisant.

Typhlite aiguë à tricocéphales.

M. Tavernier présente une pièce provenant d'un malade qui lui fut adressé pour appendicite : début par douleur dans la fosse iliaque droite ; ventre peu ballonné, contracture de la paroi, sans plastron. On pense à une appendicite rétro-cæcale. A l'intervention, appendice sain, cæcum volumineux à parois épaissies, comme œdémateuses ; cet état se prolonge jusqu'à l'angle droit. Résection du côlon et implantation du grêle dans le transverse. L'examen de la pièce montra une muqueuse épaissie couverte de suffusions sanguines avec œdème considérable de la sous-muqueuse. Le côlon contenait un grand nombre de trichocéphales. L'origine de semblable lésion, que M. Tavernier n'a jamais observée, reste mystérieuse.

Explication physique de l'action de quelques remèdes anciens et nouveaux.

M. Ch. Nogier passe en revue un certain nombre de remèdes populaires et autres, anciens et nouveaux, dont les effets peuvent s'expliquer par l'*aspiration osmotique* dont il a été question dans une précédente communication.

La *poudre à canon*, employée jadis dans le traitement des plaies de guerre, devait son action au salpêtre, lequel développe une aspiration osmotique de 3,5 atmosphères pour chaque gramme dissous dans 100 gr. d'eau. Même dose pour le *sel de cuisine* encore employé par les ouvriers, les bouchers, les cuisinières dans le traitement des plaies accidentelles.

L'*urine* a servi et sert encore à laver les plaies : action osmotique de l'urée. *La fiente d'animaux* agit par l'action osmotique de l'acide urique dont elle renferme de fortes proportions, et M. Nogier cite l'exemple d'un employé du laboratoire de physique médicale de la Faculté de Lyon qui se guérit lui-même d'un cancroïde de la face par l'application de cataplasmes de fientes de pigeon et de poule mélangées.

L'*oignon cuit* est un remède populaire contre les panaris. Ici encore, il faut invoquer l'aspiration osmotique due à la grande quantité de glucose contenu dans l'oignon. Même explication du mode d'action de la *sève de vigne*, qu'on emploie dans le Jura contre les « maux d'yeux ». Ailleurs, ce sont les betteraves ou les carottes que l'on utilise.

Les propriétés dites *adoucissantes du miel* s'expliquent de la même manière, ainsi que son action indiscutable dans les affections de la gorge. Il en est de même de l'action de la *glycérine* : action laxative (lavements glycérinés), action décongestionnante utilisée en gynécologie (tampons). Il en est de même enfin du *sucre* employé en solutions pour lavages, pansements. « Laisserons-nous plus longtemps, dit en terminant M. Nogier, entre les mains des empiriques, une force d'une puissance énorme, facile à graduer, mise gratuitement à notre disposition par la nature, l'*aspiration osmotique* ? »

Société médicale des hôpitaux.

Deux observations de névralgie du trijumeau.

MM. Leriche et Wertheimer présentent deux malades chez lesquels ils ont pratiqué une neurotomie rétrogassérienne pour névralgie du trijumeau. Le premier de ces malades avait reçu sans succès deux injections d'alcool, et il subit par la suite, trois interventions successives : section du nerf maxillaire inférieur, section des racines du trijumeau en arrière du ganglion de Gasser, ablation du ganglion cervical supérieur. Ces interventions n'ont amené aucun soulagement, et les auteurs reconnaissent que ce résultat aurait pu être prévu, car Sicard et Baudoin ont montré que les névralgies rebelles à l'alcool ne sont pas soulagées par la neurotomie ; en outre, de Martel, Sicard et Bailly pensent que les névralgies susceptibles d'être guéries par la neurotomie sont discontinues, tandis que, dans ce cas, les douleurs étaient à peu près continues. Le deuxième malade, amélioré, lui, par l'intervention, avait ceci d'intéressant que sa névralgie pouvait être attribuée à un traumatisme crânien, ce qui est rare.

Lésions hérédo-syphilitiques simulant la tuberculose chirurgicale.

MM. Mouriquand et Bernheim présentent l'observation d'une enfant de 9 ans entrée à l'hôpital avec des adénites cervicales fistulisées, une ostéoarthrite du coude droit suppurée et ouverte, un écoulement d'oreille bilatéral, rhinite ; la malade avait été considérée comme tuberculeuse et avait été amputée antérieurement d'un pouce pour spina ventosa. La syphilis fut affirmée sur l'existence d'une hydarthrose double, d'hépatomégalie et de splénomégalie, sur l'aspect radiographique du coude, sur le Wassermann positif. Le diagnostic fut confirmé par le résultat du traitement spécifique.

Deux cas de mégacôlon chez des enfants

MM. Péhu et Gaillard rapportent deux observations de mégacôlon, assez différentes l'une de l'autre. La première concerne un nourrisson de deux mois et demi atteint dès le début de la vie d'un trouble modéré de l'évacuation intestinale ; contrairement à ce qu'on observe d'habitude, la constipation n'est pas absolue et l'évacuation des selles est facilement obtenue par la provocation d'un réflexe ano-rectal. La radiologie montre une augmentation générale des côlons ascendant, transverse et descendant, sans participation apparente de l'S iliaque.

La seconde observation a trait à un enfant de 7 ans. Il existe une dilatation générale, visible à la radiographie, de tout le trajet du côlon et de l'ampoule rectale. Il y a absence du coccyx et un sacrum réduit à deux ou trois vertèbres, de sorte qu'on est amené à penser que le mégacôlon fait ici partie de tout un ensemble de malformations congénitales.

Action de l'émétine dans certaines diarrhées chroniques sans amibes décelables.

MM. Bouchut et J. Barbier relatent deux observations de diarrhée dysentériforme, dans lesquelles la recherche des amibes resta infructueuse, tandis qu'on trouva, au contraire, d'autres parasites (lamblia, trichomonas), et où l'émétine en injections amena une guérison complète.

Nodosités sous-cutanées dans la fièvre de Malte.

MM. Bouchut et Barbier relatent l'observation d'un malade atteint de fièvre de Malte, avec courbe thermique typique, séro-diagnostic et hémo-culture positifs, qui présentait au moment des poussées fébriles de très nombreuses nodosités sous-cutanées, non toujours adhérentes au derme, sans érythème, douloureuses spontanément et à la pression. De semblables nodosités ont été signalées dans diverses maladies infectieuses, notamment la fièvre typhoïde, la pneumonie.

Vaccinothérapie locale dans l'ozène.

MM. Rebattu, Langeron et Proby ont eu l'idée de traiter l'ozène par la vaccinothérapie locale. Ils ont utilisé des auto-vaccins en pulvérisations intranasales et en injections locales dans les cornets. Les résultats sont des plus encourageants.

A propos de l'action de l'émétine dans certaines formes de colites sans amibes décelables.

M. Cade, à propos de la communication de MM. Bouchut et Barbier (v. plus haut), dit avoir observé plusieurs fois les effets bienfaisants de l'émétine en injections sous-cutanées dans certaines diarrhées dysentériformes, sans amibes décelables. Les formes qui sont surtout justiciables de cette médication sont celles où il existe des symptômes de colite ou de recto-côlite.

Troubles de la nutrition dans l'hérédo-syphilis tardive.

MM. Mouriquand et Bernheim attirent l'attention sur les états d'hypotrophie, d'amaigrissement que présentent certains syphilitiques héréditaires, n'offrant par ailleurs aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Ils relatent l'observation d'une enfant de 8 ans, qui pesait à peine 17 kilos et ne présentait d'autre lésion que des adénopathies cervicales. L'apparition d'une gomme de la voûte palatine fit porter le diagnostic d'hérédo-syphilis. Le traitement spécifique amena un engraissement rapide.

Arythmie totale traitée par la quinidine.

MM. Bouchut et J. Barbier rapportent l'observation d'une malade de 61 ans entrée à l'hôpital pour dyspnée d'effort. On constate : tension à 17/11, arythmie totale. Un traitement digitalique amène passagèrement un rythme régulier avec quelques extra-systoles ; puis, le pouls redevient irrégulier avec des signes de défaillance cardiaque. Au bout de quatre mois d'arythmie complète contrôlée, on institue le traitement à la quinidine : deux comprimés à 0 gr. 20 le premier jour, quatre le second, cinq les cinq jours suivants, puis deux pendant huit autres jours, cessation. Le pouls redevient régulier, à 72, dès le quatrième jour. A la fin du traitement, on nota un incident assez curieux : la malade qui se trouve très bien au repos, accuse une dyspnée d'effort plus marquée qu'auparavant, et, lorsqu'on la fait marcher, on constate que le pouls s'accélère à peine, comme si la quinidine avait agi pour empêcher le cœur d'adapter son rythme à l'effort. Ces phénomènes disparurent par la suite, et actuellement, cinq mois après la cessation du traitement quinidique, le rythme cardiaque est resté tout à fait normal.

Pneumonie infantile à évolution prolongée.

M. Ch. Gardère relate l'observation d'une enfant de 27 mois, atteinte de pneumonie avec température en plateau irrégulier autour de 40°, dont la défervescence se fit seulement au douzième jour. L'auteur fait, à ce propos, l'histoire des pneumonies prolongées de l'enfance, qui s'observent dans une proportion de 11 p. 100 des cas environ. Par ce terme, on

doit entendre les pneumonies où la température persiste au-delà du onzième jour.

La *forme clinique* la plus souvent observée est celle qui correspond à l'observation rapportée : la symptomatologie est classique, la seule anomalie réside dans la prolongation de la fièvre (*pneumonies à défervescence tardive* de M. Weill). Cette forme n'a pas, chez l'enfant, de gravité spéciale et guérit le plus souvent sans complication. Une autre forme est la *pneumonie typhoïde* qui débute par de la fièvre et des phénomènes généraux, les signes de pneumonie n'apparaissant que vers le *dixième jour*. L'évolution se fait en deux à trois semaines et la guérison est habituelle. Il s'agit dans ces cas d'une septicémie pneumococcique à localisation pulmonaire secondaire. Une troisième variété de pneumonies prolongées est constituée par les *pneumonies à foyers multiples* (pneumonie serpigineuse ou migratrice, pneumonie double successive, etc.). Les recherches radioscopiques de MM. Weill et Mouriquand ont montré qu'il est exceptionnel d'observer la coexistence ou la succession de deux foyers d'hépatisation authentiques, et qu'il s'agit le plus souvent d'un foyer unique de pneumonie, compliqué d'un ou plusieurs foyers de congestion pulmonaire.

Le diagnostic doit se faire tout d'abord avec les *pneumonies compliquées* de pleurésie purulente, de péricardite, d'otite moyenne, de méningite, toutes complications qui peuvent rester longtemps latentes. Parfois, la prolongation de la fièvre à la suite d'une pneumonie est due à l'existence d'une septicémie pneumococcique.

Les pneumonies prolongées doivent aussi être distinguées des *pneumonies tuberculeuses curables*. Le diagnostic se fait en pareil cas par la radioscopie qui montre des adénopathies médiastinales ou hilaires et par la cuti-réaction à la tuberculine.

A. C.

Les Livres

MALOINE, rue de l'École-de-Médecine.

Surdité et rééducation auditive, 140 pages, seize figures, par le Dr A. MAURICE.

Ce livre intéressera certainement tous les médecins qui traitent la surdité ; il est le résultat d'une longue expérience sur la question et nous y trouvons non seulement les travaux personnels de l'auteur, méthode ou appareil connus et très utilisés, mais tout ce qui a été fait pour lutter contre une affection pénible et rebelle aux traitements ordinaires.

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

Professeur L. OMBRÉDANNE, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. **Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile**. (Collection des Précis médicaux). (1 vol. de 1140 pages avec 584 figures. Broché : 40 francs. Cartonné toile : 45 fr.)

Il était nécessaire que la *chirurgie infantile* fût étudiée à part. Ce n'est tout d'abord pas, comme les autres spécialisations (ophtalmologie, urologie, etc.), une spécialisation restrictive ; elle englobe, au contraire, toute la chirurgie générale adaptée à l'enfant, et de plus, même, nombre d'interventions qui, chez les adultes, sont le plus souvent confiées à des chirurgiens spécialisés. Et de plus, elle doit tenir compte constamment du facteur *âge* et de la notion de la *croissance*, qui dominent la pathologie externe de l'enfant, et imposent à l'acte chirurgical des limites et des modalités inaccoutumées en chirurgie générale.

Enfin, la chirurgie infantile, parmi ses préoccupations dominantes, compte au premier rang la *restauration des malformations congénitales*, à laquelle il importe de procéder de bonne heure ; celle-ci est surtout affaire d'*autoplastie*. Avec une remarquable compétence, et avec une prédilection marquée, ces autoplasties sont longuement étudiées par l'auteur, qu'il s'agisse, soit des fissures congénitales de la face, de la voûte ou du palais, soit des aplasies génitales qui constituent l'hypospadias, l'épispadias et l'extrophie vésicale.

Considérables sont les progrès en matière d'*ostéoplastie*, et les interventions très spéciales visant la correction des pieds bots congénitaux et paralytiques sont exposées avec détails et précision.

Quelques chapitres de la pathologie générale de l'enfant apparaissent comme des synthèses qui, jusqu'alors, n'avaient été qu'ébauchées. Nous citerons les dyschondroplasies, étude d'ensemble de la pathologie du cartilage de conjugaison ; la maladie ostéogénique, etc.

Nommons encore : l'étude de la fragilité du nourrisson vis-à-vis de l'acte opératoire, le groupement des accidents de tous ordres consécutifs aux défauts de la coalescence mésocolique, la sténose congénitale du pylore, l'invagination intestinale, etc.

La forme de ce précis a été, suivant les habitudes de l'auteur, particulièrement soignée ; à l'analogue du *schéma d'anatomie*, celui-ci emploie largement le *schéma d'embryologie* (d'usage moins courant et pourtant fort instructif) pour expliquer le mode de constitution des malformations congénitales.

Nombreux sont, enfin, les documents photographiques et radiographiques

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Docteurs Maurice PERRIN et A. HANNS. — **Les sécrétions internes, leur influence sur le sang.** Préface du professeur GILBERT. Deuxième édition 1923, 1 vol. in-8° de VIII-284 pages. Prix : 12 fr.

Dans un ouvrage publié sur le même sujet en 1910, Maurice Perrin a établi le résultat de ses recherches personnelles, à savoir que plusieurs sécrétions internes apparaissaient comme douées d'une influence sur l'hématopoièse et sur le sang considéré comme tissu.

Les auteurs font aujourd'hui une nouvelle mise au point de cette importante question ; ils confirment, sur discussion de documents fort nombreux et intéressants, que les processus hématopoiétiques sont soumis, comme les autres actions glandulaires, à des influences humorales, et que l'hématopoièse physiologique ne se fait pas tout à fait en dehors de l'action des sécrétions internes. Leur influence humorale intervient pour activer ou ralentir les processus histologiques formateurs ou destructeurs, dont les organes hématopoiétiques sont le siège. Les organes hématopoiétiques eux-mêmes paraissent s'influencer réciproquement et même s'auto-influencer par voie humorale.

Toutes les glandes endocrines et tous les tissus étudiés se sont montrés doués d'une influence à distance sur les processus hématopoiétiques de formation et de destruction, ou sur les éléments constitutifs du sang.

Celui-ci étant très exposé aux influences altérantes ou destructives, on ne s'étonnera pas de voir que l'action des sécrétions internes sur l'hématopoièse est pour la majorité d'entre elles activante ou favorisante. Le système d'hormones, dont MM. Perrin et Hanns affirment et décrivent l'existence, constitue un élément primordial du mécanisme régulateur de l'hématopoièse.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement de la tuberculose infantile

En l'absence d'un traitement spécifique de la tuberculose, en médecine infantile, tous les efforts doivent porter sur la prophylaxie générale et sur les traitements classiques, appliqués d'une manière précoce.

Il faut, sans retard, soustraire l'enfant à la contagion, en le séparant d'une mère phtisique. On doit de même l'éloigner de tout foyer tuberculeux. Rien ne saurait être négligé dans les détails d'hygiène et d'alimentation ; la tuberculose ganglionnaire et les états suspects sont à surveiller et à traiter.

Parmi les sérums, vaccins et tuberculines, il en est fort peu qui s'imposent chez l'enfant. Les tuberculines ont encore moins d'indications que chez l'adulte, où elles sont bien limitées du reste. Elles restent utiles toutefois pour révéler, par la cuti-réaction, une première imprégnation.

Le sérum de JOUSSET a quelques partisans ; il ne serait pas sans effet quand on ne l'emploie que contre l'empoisonnement bacillaire, sanslésions constatées (Lereboullet).

Le vaccin de FRIEDMAN est abandonné : on fonde plus d'espoir sur le vaccin bilié de CALMETTE. Et c'est dans cette voie de la vaccination dans le premier âge qu'on semble vouloir s'engager de plus en plus.

L'iode paraît plus utile encore ici que chez l'adulte, puisque la tuberculose est très souvent ganglionnaire chez l'enfant.

Dans les formes torpides, l'iode peut de même réussir. Des doses progressives et assez élevées sont nécessaires.

L'huile de foie de morue sort aussi d'une période de discrédit, elle agit sur l'économie entière par ses vitamines et peut-être sur les foyers. Mais l'intolérance est assez fréquente.

L'héliothérapie compte des succès intéressants. La radiothérapie a donné quelques résultats dans certaines adénopathies trachéo-bronchiques.

Mais, pour remonter l'organisme et faciliter l'enkystement des lésions, nous n'avons, à l'heure actuelle, que deux grands moyens à notre disposition : la cure hygiénique et la recalcification.

La recalcification est nettement active et toujours facile chez l'enfant. Elle présente ce gros avantage d'être inoffensive.

Les préparations granulées ou chocolatées de Tricalcine, et même de poudre de Tricalcine, pure, en rendent l'emploi commode et agréable aux jeunes malades. Il faut éviter surtout en pareil cas toutes les médications phosphatées acides ou franchement indigestes.

L'expérience faite sur une grande échelle, dans les hôpitaux d'enfants, a montré que la formule de FERRIER est toujours bien tolérée et provoque toujours un relèvement de la courbe du poids spécifique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE « COMITÉ NATIONAL » ET LES TUBERCULEUX DES PETITES VILLES ET DES CAMPAGNES.

J'ai lu, avec soin, le nº 1 de la 5e année de la *Revue de phtisiologie* qui me fut envoyé, ainsi qu'à de nombreux confrères, à titre, je suppose, de propagande pour les conceptions du *Comité national de défense contre la tuberculose*, dont la dite revue se proclame « l'organe ». Ce numéro est entièrement composé d'une suite d'articles, à tendances uniformes, constituant autant d'attaques véhémentes contre le syndicalisme médical, cet empêcheur de soigner en rond, qui ose ne pas être de l'avis de maîtres « phtisiologues », détenant *seuls*, comme chacun sait, le plan de mobilisation infaillible contre le bacille de Koch.

Tous ces articles « de combat » sont écrits spécialement en vue d'une réfutation des idées émises dans le numéro du *Médecin syndicaliste* d'octobre dernier, consacré à l'exposition schématique d'une organisation antituberculeuse rationnelle, d'où les vingt mille praticiens de France ne seraient pas exclus, comme ils le sont dans les organisations du Comité national.

Je n'ai pas la prétention de répondre, en un article, à la cinquantaine de pages où les « phtisiologues » s'efforcent de défendre leur produit et son étiquette d'origine. Je me bornerai à montrer combien serait inefficace leur type de dispensaire dans nos bourgs de province et nos villages de ces campagnes qu'ils me paraissent avoir totalement oubliés, alors que la majorité des Français y résident.

Je ne traiterai ici que « la question préalable » si je puis dire. C'est à nos organisations syndicales qu'il appartient de délibérer sur le fond et, par suite, de répondre à l'article du Dr Kuss, ainsi qu'aux propositions concrètes qu'il renferme. Je viserai donc surtout le premier article, celui du Pr Léon Bernard et dont voici la conclusion, qui résume fort bien, d'ailleurs, le tout : « Il n'est, sans doute, pas utile d'insister. Le dispensaire, instrument d'éducation et de prophylaxie, aux termes même de sa définition, *se mue en un poste de diagnostic* (d'après le type syndicaliste) où les médecins trouveront, à la fois, des clients *canalisés vers eux*, un outillage technique *gratuit, constitué pour eux*, tout cela, à la condition qu'ils appartiennent au *syndicat* ». J'ai souligné certains mots pour bien montrer la tendance — attristante — de l'article tout entier. Ainsi le Pr Bernard, des deux types qui s'opposent actuellement l'un à l'autre, du dispensaire administratif et du dispensaire syndicaliste, fait une simple querelle de boutique, d'intérêts matériels, rapetissant, mercantilisant ainsi la question. Nous autres, modestes praticiens, nous envisageons autrement la lutte antituberculeuse. Il ne s'agit pas là de « clients canalisés » et encore moins « d'outillage gratuit », mais uniquement de tuberculeux à guérir de notre mieux et en nous servant, au besoin, de « l'outillage » que la Nation a mis et doit mettre non pas au service spécial des « phtisiologues », ni au nôtre, mais *au service des tuberculeux* eux-mêmes, d'où qu'ils viennent.

Quant à « appartenir au syndicat » pour jouir d'un avantage quelconque et à faire ainsi partie d'une « catégorie privilégiée de *médecins* », combien ces phrases font sourire en province, alors que les praticiens syndiqués sont chez nous, dans la proportion de 80, 90 et même 100 %, par rapport aux confrères exerçant dans la région. Et d'ailleurs, nos syndicats sont ouverts à *tous* les médecins. N'en sont exclus que les indignes. Donc, qui dit « syndicat » parle de l'ensemble du corps médical. Il faut bien parler collectivement quand on dresse un plan collectif et, au XXe siècle, qu'on le veuille ou non, la collectivité légale, c'est le syndicat. Mais, passons, et revenons à ce que j'avais l'intention d'aborder spécialement : le rôle et l'utilité du dispensaire en province et à la campagne.

* * *

D'après les théories exposées par le Comité National, et d'après ses premiers essais, ses dispensaires sont nettement à *type administratif*. De même que, dans toute ad-mi-nis-tra-tion qui se respecte, le public est mis à la disposition du Monsieur de derrière le guichet, ici le *tuberculeux doit être mis à la disposition du dispensaire*, tout d'abord. Celui-ci le « prend en charge », comme on nous l'a tant répété au Congrès de Strasbourg. Il en fait son bien, sa chose. Régulièrement, aux jours et heures désignés, le malade

doit passer au guichet, s'il veut récupérer la santé. Hors du dispensaire à répétition réglée, avec acte de présence contrôlée, pas de salut... Mais alors, comment pourront donc se soigner nos milliers de tuberculeux des bourgs et des campagnes ? Vous n'envisagez que Paris et les grandes villes, o phtisiologues en chambre ! Je ne pense pas, en effet, que vous songiez à installer un dispensaire avec tout son coûteux « outillage technique » et votre « personnel phtisiologue spécialisé », dans chacune des quarante mille communes de France ! Et alors, dans vos conceptions restreintes aux grands centres, vous oubliez ou vous négligez la majorité de la population française. Ou bien, vous êtes encore imbus de la vieille et fausse idée qu'il n'y a que fort peu de tuberculeux dans les campagnes. Hélas ! combien nombreux pourtant sont ceux que nous rencontrons dans nos clientèles rurales !

Vous ne faites état du dispensaire, M. le Pr Bernard, que comme « instrument d'éducation et de prophylaxie » et vous repoussez, avec dédain, l'idée de le voir « *se muer en un poste de diagnostic* ». Pour nous autres, praticiens de campagne, ce serait cependant là, ne vous en déplaise, l'un de ses rôles les plus utiles.

Oui ! centre de *confirmation de diagnostic précoce*, centre de recherches, d'*investigations précises*, grâce à l'outillage technique qu'il renfermerait : analyse de crachats, radiographies, etc. Centre même, à l'occasion, d'*interventions spéciales*, à la demande du praticien, de concert avec vos propositions. Centre aussi de *placement* des prétuberculeux, ou plutôt de répartition de ceux-ci, suivant les besoins techniques et les possibilités offertes ; centre d'envoi dans les sanatoria, les preventoria, les établissements de cure d'altitude ou marines, etc... Ah ! quel beau rôle et combien utile, il aurait à jouer, ce dispensaire antituberculeux tel que nous l'envisageons. Et combien il justifierait ainsi les sacrifices pécuniaires que nous serions les premiers à réclamer du Parlement, en faveur d'une œuvre qui pourrait rendre ainsi tant de services aux malheureux tuberculeux de France !...

Au lieu de cette sorte de « *maison médicale antituberculeuse* » que nous rêvons, ouverte à toutes les misères, à toutes les bonnes volontés efficaces, à toutes les collaborations agissantes, au lieu de cette forteresse dressée contre la tuberculose et où trouveraient des munitions, de l'aide et du renfort, les vingt mille fantassins de l'armée médicale, ceux qui, comme dans toute armée, sont le nombre, la force effective et les artisans les plus sûrs de la victoire, que nous propose-t-on ?

Nous avons, autour de nous, médecins des bourgs et des campagnes, un certain nombre de tuberculeux et de pré-tuberculeux et nous voulons nous efforcer de leur rendre service, tant à eux-mêmes qu'à ceux qui les entourent. Allons-nous donc, comme vous le réclamez, vous les faire « prendre en charge » et vous les envoyer régulièrement, tous les x jours, à 10, 15, 20, 30 kilomètres de chez eux, en toute saison et par tous les temps ? Et cela pour que vous puissiez remplir, envers eux, votre but « d'éducation et de prophylaxie ? » Ne sommes-nous pas là précisément pour cela, et croyez-vous que nous vous avons attendu pour remplir ce rôle d'éducateurs ? Je sais bien que, d'après vous et votre « *doctrine unifiée* », le médecin praticien est un ignorant qui ne connaît rien à la tuberculose. C'est un dogme dont nous avons entendu les échos à Strasbourg. Il en connaît même si peu que, en un tournemain, vous pensez avantageusement le remplacer par des *infirmières visiteuses* qui, *mieux que lui*, sauront dépister les tuberculeux (Cf. Congrès de Strasbourg). Les dépister ? Quelle savoureuse idée : mais nous en avons des milliers à vous présenter quand vous voudrez et que nous soignons comme nous pouvons. Oui ! nous ignorons le *vrai* traitement de la tuberculose !... « Pardon, mais, vous-mêmes, Messieurs les phtisiologues », le connaissez-vous vraiment ?... Vous faites de votre mieux, c'est entendu. Nous aussi. Malheureusement, notre « si peu » n'est pas excessivement loin du vôtre...

* * *

Et cependant, il m'apparaît que nous rendrions plus de services aux tuberculeux de France, *en nous associant cordialement*. Nous pourrions rendre, tout au moins, *tous* les services que l'on est en droit d'attendre d'un bon traitement, en l'état actuel de la science. Mais, pour cela, il faudrait commencer par mettre à la disposition de *tous les tuberculeux*, quel que soit le médecin en qui ils aient mis leur confiance, cet « outillage technique » que vous prétendez conserver pour *les vôtres*. Cet « outillage », que vous voudriez monopoliser, faut-il donc que nous en arrivions à clamer, *urbi* et *orbi*, que la Nation le met gratuitement à votre disposition, *sur la foi de vos promesses*, non pour vous-mêmes, mais afin qu'il puisse servir à *tous* les Français ?

Croyez-vous donc, et espérez-vous faire croire au pays que suffiraient à la lutte quelques « phtisiologues » si éminents qu'ils puissent être, et une poignée de leurs élèves possédant la Doctrine et l' « unité de méthode », comme vous dites, sans songer que vous retournez ainsi à la scolastique médicale, alors que le traitement de la tuberculose est encore ondoyant, divers et à la période des tâtonnements. Croyez-vous et espérez-vous faire croire au pays que vous êtes en nombre pour « passer en revue » les quarante millions de Français, parmi lesquels vous dépisterez les tuberculeux ? Croyez-vous et espérez-vous

faire croire au pays que vous détenez ce merle blanc de la guérison de la tuberculose, à l'heure actuelle, *et que les millions doivent pleuvoir sur vos œuvres*, pour extirper de France le dernier bacille de Koch ? Croyez-vous et espérez-vous faire croire au pays que les vingt mille praticiens de France sont des êtres inutiles, en cette lutte contre le fléau, nuisibles même parce qu'ignorants ?

Ne craignez-vous pas que le pays de Montaigne et de Rabelais, éclairé par nous sur vos prétentions, ne vous réplique en riant : « Vous êtes orfèvres ?... » Allons, allons, M. le prof. Bernard, je crois, révérence parler, que « vous avez été un peu fort ».

Et cependant, je le répète, en nous associant tous, savants phtisiologues ... et autres, car nous avons des maîtres dans les hôpitaux qui, sans être du « Comité National » ni proclamés par lui « phtisiologues » savent, tout de même, ausculter — donc en nous associant *tous*, savants et praticiens, nous pourrions, ce me semble, mettre sur pied une organisation antituberculeuse — scientifique et pratique — qui, mise à la disposition de *tous*, suivant les *adaptations locales* reconnues les meilleures, pourraient, peut-être, rendre des services signalés et ne pas décevoir les espérances que laisserait entrevoir au pays le beau titre de « Comité National de défense contre la tuberculose ».

Il y a quelque chose à faire et ce quelque chose à faire ne peut être fait qu'*avec les vingt mille praticiens français*. Ceux-ci sont prêts à « marcher » contre le fléau. Ils ne comprendraient pas qu'on les écartât de cette croisade nouvelle — et ils ne le supporteraient pas.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. : 7029.

DÉONTOLOGIE

A propos de la versatilité des clients

Je suis avec le plus grand intérêt les articles du *Concours* traitant des rapports déontologiques des médecins entre eux, avec d'autant plus d'intérêt que, depuis un an environ, j'ai dû reprendre dans la clientèle au moins une douzaine de malades qui ont éprouvé le besoin de quitter leur médecin habituel. Permettez-moi de vous citer quelques exemples qui illustreront mon texte mieux que les plus belles phrases :

1° Deux enfants d'un an en pleine broncho-pneumonie avec pour tout traitement un peu de sirop de Tolu et de Desessartz ;

2° Deux fillettes de un et deux ans atteintes de bronchite muco-purulente grave qualifiée bronchectasie avec pronostic rapidement fatal ;

3° Homme de 30 ans atteint d'abcès rétro-pharyngien qualifié gomme tuberculeuse ou syphilitique, et adressé à un chirurgien ;

4° Homme de 40 ans atteint de pouls lent permanent avec anémie cérébrale, angine de poitrine, etc., traité pour congestion cérébrale, puis pour hémorragie méningée.

5° Femme de 36 ans ayant de nombreuses métrorrhagies mises sur le compte de la ménopause (!) et traitées par extrait ovarien et thyroïdien, alors qu'il s'agissait d'une métrite fongueuse, purulente avec gangrène du fond de la matrice, ainsi que l'a révélée l'opération que j'ai fait pratiquer d'urgence.

6° Jeune homme de 19 ans, atteint de pneumonie franche à forme prolongée qualifiée tuberculose aiguë et traitée par des antithermiques ;

7° Deux urémiques, homme et femme, 28 et 25 ans, ayant eu une néphrite aiguë méconnue et traités comme des gastralgiques.

Je m'arrête, car mon énumération serait encore longue. J'ajoute que j'ai soigné de mon mieux tous ces malades que Dieu a guéris... non sans peine Mais, croyez-vous vraiment que devant des cas aussi urgents et aussi graves, je pouvais longtemps engager ces clients à revoir leur médecin habituel ? Je me suis mis en toute simplicité à la place des malades et ai fait pour eux ce que j'aurais désiré qu'on fasse pour moi. Sans avoir besoin de juger la conduite du confrère appelé avant moi, ni de l'apprécier à sa juste valeur, je suis resté le médecin en titre des familles dont je vous ai cité quelques exemples.

Aussi, je vous pose la question sous cette forme :

Quand un médecin est appelé au cours du traitement prescrit par un autre, que ce traitement et le diagnostic qui l'a entraîné sont deux inepties, et que ce cas se présente souvent, est-il vraiment utile d'insister auprès des familles pour qu'elles conservent le médecin fautif remis dans le droit chemin ?

Je dis fautif, car des erreurs, si souvent répétées et si graves, sont des fautes à mon avis.

Aussi, quand je suis appelé à redresser une thérapeutique malheureuse, je prie la famille du malade de vouloir bien signifier au premier médecin de ne plus avoir à se déranger pour elle, et je ne me charge pas de cette commission pour laquelle je n'éprouve aucun goût.

Dr Z.

Réponse.

Mon cher confrère,

En quels termes vivez-vous avec votre confrère ? En mauvais termes évidemment, si j'en juge d'après le ton de votre lettre. S'il en est ainsi

je conçois que vous n'ayez aucun scrupule pour agir comme vous le faites, et que vous vous croyiez dégagé de toute obligation envers lui.

Je le conçois ; mais, — excusez ma franchise, si elle vous paraît quelque peu brutale, — je ne vous en approuve pas. Je ne vous approuve pas de n'avoir, sans doute, que de mauvaises relations avec lui d'une façon générale. Je nevous approuve pas de la désinvolture avec laquelle vous le traitez. Tout autant, le blâmerais-je, si je savais qu'il eût employé envers-vous des procédés discourtois.

Est-ce un insuffisant ? Est-ce un incapable ? Vous le dites. Mais est-ce bien à nous qu'il appartient de juger nos confrères, du point de vue technique ?

Que demain, ou dans huit jours, ou dans un mois, le contraire se produise ; que certains de vos clients, croyant avoir à se plaindre de vous, vous remercient plus ou moins correctement et aient recours à un autre médecin, comment qualifierez-vous sa conduite, s'il en use envers vous, comme vous le faites vous-même ?

Il n'y a qu'un cas où vous seriez affranchi de tout égard envers votre voisin, c'est s'il avaitété mis à l'index par le groupement professionnel local ou régional. Autrement, je persiste à croire que, même si les faits que vous nous exposez se répètent tous les jours, vous auriez le beau rôle en demeurant fidèle à la doctrine déontologique telle qu'elle est enseignée par nos maîtres, experts en la matière, en tête desquels, je citerai le vénéré docteur Legendre, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, ancien collaborateur du *Concours médical*.

Vous me posez une question précise ; je m'efforce d'y répondre avec la même netteté.

Ceci dit, je vous répète que les problèmes déontologiques ne sont le plus souvent que des cas d'espèce pour lesquels il est impossible de fournir à l'avance une solution toute faite. Nous nous inspirons en pareil lieu des suggestions de notre conscience. Si la vôtre ne vous reproche rien, pourquoi voulez-vous que je vous dicte votre attitude ? Mais alors, pourquoi me demandez-vous mon avis ? Serait-ce qu'elle n'est pas aussi tranquille que vous le dites ?

Votre cas mis à part, je continue à prétendre que nous avons tout à perdre à étaler devant le public les rivalités qui peuvent nous diviser et nous dresser les uns contre les autres, que nous aurions au contraire tout à gagner, quelque sympathie que nous nourrissions pour nos confrères, à vivre en bonne intelligence, et à marquer nos rapports confraternels de la plus parfaite courtoisie.

L'*invidia medicorum* est la pire des choses — *pessima* — ; la *concordia* est un idéal, nullement inaccessible, et vers lequel nous devrions tendre de tous nos efforts. Je le dis aussi bien pour vous que pour votre confrère dont il est possible que vous n'ayez pas à vous louer.

S'il en est ainsi, donnez-lui l'exemple : je vous garantis que, tôt ou tard, vous recueillerez les fruits de cette tenue.

G. Duchesne.

R. H. M. S. : 5080

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Assurances sociales et Mutualité

La pièce des assurances sociales est jouée aux applaudissements des députés qui ont cherché à s'en servir pour leur battage électoral. Elle fut votée par combien de députés, on ne sait pas. Combien y aura-t-il d'assujettis à la loi ! on ne sait pas. Combien coûtera-t-elle ! on ne sait pas. Quand entrera-t-elle en vigueur ! on ne sait pas. Quelle sera la position du corps médical ! on ne sait pas. Il fallait, sous la pression de l'état-major mutualiste, bâcler la loi en première lecture, et en réalité, s'en remettre au Sénat pour mettre sur pied un projet étudié.

Quels sont les avantages recueillis par la mutualité dans le projet voté ? L'article 84 disait : « L'assuré qui, depuis le 1er janvier 1922, a appartenu en qualité, soit de membre participant, soit *de membre honoraire* à une société de secours mutuels (loi avril 1898), est présumé faire choix de la caisse d'assurance maladie-maternité ou de la caisse d'assurance vieillesse-décès à laquelle se rattache par un lien effectif sa société de secours mutuels ». Par la loi actuelle, le délai est supprimé il suffira de faire partie d'une société mutuelle au moment de la promulgation de la loi pour profiter de ses avantages.

La Mutualité a fait ajouter les pharmacies mutualistes aux pharmacies que l'assuré pourrait choisir (art. 23).

L'art 77 divisait la France en 25 régions pour l'application de la loi, et chaque région formait une circonscription territoriale. Les mutualistes ont obtenu que les caisses ou les fédérations de caisses puissent exercer leur action sur plusieurs régions ou sur tout le territoire.

L'article 92 disait : « Les sociétés de secours mutuels et unions de sociétés de secours mutuels peuvent constituer et administrer des caisses

d'assurances vieillesse-décès pour le service de la présente loi. » D'après la loi votée, une même caisse mutualiste pourra comporter deux sections distinctes, l'une d'assurance maladie-maternité, l'autre d'assurance vieillesse-décès, à condition qu'elle remplisse les conditions exigées par la présente loi.

D'après l'article 108, les sociétés mutuelles auront un délai de 3 ans au lieude 2 pour se conformer aux dispositions applicables aux caisses d'assurance-vieillesse-décès. Les caisses autonomes mutualistes qui devaient fusionner avec les autres caisses auront leur existence propre, mais avec des dispositions spéciales. Il faudra d'abord qu'elles *soient constituées avant la promulgation de la loi*, ce qui nous explique la campagne ardente faite dans toute la France pour la création de caisses mutualistes autonomes.

Ainsi donc, par l'art. 108, paragraphe 5, les caisses autonomes mutualistes constituées antérieurement à la promulgation de la présente loi, conformément aux prescriptions de la loi du 1er avril 1898, *pourront* être autorisées, par *décision spéciale* de l'office des assurances sociales, à assurer le service d'assurance vieillesse-décès ci-dessus prévu ; elles devront *en ce cas se conformer aux dispositions de l'article* 92 et, si elles ne se transforment pas en caisses d'assurances vieillesse, ouvrir *une section distincte dans leurs écritures* pour les opérations dont il s'agit. Elles resteront soumises, en ce qui concerne l'effectif minimum de leurs adhérents participant à l'assurance sociale, aux conditions fixées par le décret du 25 mars 1901 tant que leurs *opérations resteront en équilibre actuariel* et *que leurs ressources de gestion seront suffisantes*. Les nombreuses réticences de cet article prouvent bien que la Chambre n'accordait pas grande confiance àl'organisation mutualiste des caisses de retraites qui, jusqu'ici, a fait ses preuves négatives. Mais elle dut néanmoins obéir aux suggestions de la fédération nationale, sinon, c'était la mort de la Mutualité ; chose grave en période électorale quand on fait valoir le nombre de 5.000.000 de mutualistes (compris les femmes et les enfants).

En revanche, quelques amendements ne furent pas acceptés, ceux concernant l'article 38 ainsi conçu : « Les soins et allocations auxquels l'assuré a droit, en cas de maladie ou d'invalidité prennent fin au moment où commencent à couri les arrérages de sa pension de vieillesse et en tous cas, dès qu'il atteint l'âge de 65 ans. » La Mutualité réclamait la non cessation des prestations médicales. Cependant, si elle n'a pas fait voter cette perennité des soins médicaux et pharmaceutiques, elle a pu faire décider qu'à partir de ce moment, pour continuer à jouir comme précédemment des soins médicaux et pharmaceutique, le retraité devra verser une annuité de 250 fr. Même à ce prix, les caisses des assurances sociales feront une mauvaise affaire.

La Mutualité avait fait une campagne active pour faire supprimer le régime spécial concernant les professions agricoles (art. 150 à 157). Elle demandait qu'il n'y eut qu'un régime commun pour l'assujetti des villes et des campagnes, pour ne pas opposer ceux-ci à ceux-là. Sur ce point, son échec fut complet. Les Syndicats agricoles, qui ont créé des œuvres utiles à leurs intérêts, syndicats d'achats, coopératives industrielles, coopératives de vente, tiennent à garder la direction des caisses d'assurances sociales et ne veulent pas s'en dessaisir aux mains des Mutualités. Or, comme sur ce point, les députés ruraux avaient plus d'intérêts électoraux à soutenir les revendications agricoles que les desiderata mutualistes, ils ont rejeté l'amendement proposé par ces derniers. En résumé, si la Mutualité a eu gain de cause, sur les questions de recrutement, d'organisation des caisses autonomes, elle fut mise en état d'infériorité sur les soins aux vieillards et sur l'organisation agricole des caisses d'assurances sociales.

Ce dernier point est d'une importance capitale. Le recrutement mutualiste se faisait déjà péniblement au sein des compagnes. Dans la suite, le recrutement sera presque impossible et c'est dans ces milieux-là ruine de la Mutualité. On comprend donc les appréhensions de la Mutualité trouvant un barrage du côté des campagnes et craignant, d'autre part, de perdre sa clientèle dans des centres urbains, où les milieux ouvriers organisés en Syndicat s'affranchiront rapidement de la tutelle des sociétés mutuelles.

Quant à nous, médecins, la chose est peut-être indifférente. Il ne s'agit guère que du choix de la sauce à laquelle nous serons mangés.

Dr M. VIMONT.

R. H. M. S. : 610.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Tarif ministériel du 8 juillet 1920. Frais médicaux. — Soins du médecin, dans une consultation gratuite hospitalière.

La note d'honoraires du médecin qui a soigné un accidenté du travail doit porter son nom et son adresse, aux termes de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 (tarif Breton).

Seul, le médecin traitant est en droit de présenter une note d'honoraires.

A défaut de remplir ces deux conditions, le défendeur est en droit de refuser de la payer.

Une troisième condition doit être respectée : seul, le médecin librement choisi par l'accidenté peut se prévaloir des dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Les établissements hospitaliers ne peuvent pas réclamer d'honoraires médicaux ; ils ne peuvent réclamer que des frais d'hospitalisation.

(*Trib. paix Paris 20e arrondissement*, 20 juin 1923.) (Mon. jud. paix 1923, 410). (*Gazette du Palais*, 22 février 1924.)

Attendu que, suivant exploit de Me Rousseau, huissier à Paris, en date du 25 janvier 1923, enregistré, la Fondation de Rothschild a fait citer M. B. à comparaître à l'audience du 31 janvier 1923 pour s'entendre, le défendeur, condamner à lui payer la somme de soixante-huit francs pour soins médicaux et certificat médical délivrés à l'ouvrier D., victime d'un accident du travail.

Attendu que le total des frais réclamés se décompose de la façon suivante : certificat provisoire 5 fr. ; 17 août, examen et soins 15 fr. ; 4 pansements à 12 fr. les 18-21-23 et 25 août 1922, 48 fr. = 68 francs.

Que cette note est signée par le Dr D.

Attendu que B., représenté par la Cie « La P. », a conclu que la Fondation ophtalmologique ne rapportant pas une décision de son conseil d'administration homologuée par le Préfet de la Seine, sinon le Ministre de l'Intérieur, pour justifier la somme réclamée par elle, qu'elle ne pouvait en tous cas réclamer un prix supérieur à celui des hôpitaux et devait être déboutée de sa demande et condamnée aux dépens ; très subsidiairement pour le cas où nous estimerions nécessaire, renvoyer la cause et les parties devant un expert, autant que possible médecin-légiste, qui examinerait tout à la fois la question médicale et la question de droit qui la prime, dépens réservés.

Attendu que par jugement en date du 31 janvier 1923, nous avons commis M. le Dr Charles Paul, médecin légiste et expert près la Cour d'Appel de Paris et le Tribunal de la Seine, avec mission de convoquer les parties et après avoir reçu leurs explications, entendues au besoin sans témoin, dire si la Fondation Rothschild est en droit de demander l'application d'un tarif spécial pour les accidents du travail, ou si au contraire elle doit demander des prix inférieurs, dispensé du serment du consentement des parties.

Attendu que M. le Dr Paul a procédé les 12 février et 28 février 1923 aux opérations prescrites par sa mission.

Attendu que de son rapport très motivé, déposé au Greffe de notre Justice de Paix le 30 avril 1923, il résulte que la note adressée par la Fondation de Rothschild à B. n'est nullement conforme au tarif ministériel Breton du 8 juillet 1920 qui, à l'art. 30 précise : que la note d'honoraires doit « porter le nom et l'adresse du médecin traitant ». Ce tarif implique la nécessité que ce soit le médecin traitant lui-même, engageant sa responsabilité par son nom, qui réclame les honoraires se référant aux soins qu'il a donnés lui-même. Que, dans ces conditions, il est incontestable que la note d'honoraires de la fondation de Rothschild n'étant pas conforme à ce tarif, ne peut être envisagée comme une note à produire en justice, et que le défendeur est en droit, à son avis, de refuser de la payer tant que sa rédaction ne sera pas conforme à la circulaire ministérielle.

Attendu qu'aucune discussion ne saurait être élevée sur la personnalité civile de la Fondation ophtalmologique de Rothschild et son droit de réclamer ses frais basés sur un prix de séjour dans son établissement.

Qu'il résulte en effet du texte de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905 que les médecins ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise — le médecin lorsqu'il a été librement choisi par la victime, et l'établissement hospitalier pour les frais d'hospitalisation.

Mais attendu que les frais d'hospitalisation dont la loi permet de réclamer directement le paiement au chef d'entreprise, ne comprennent, ainsi que le mot l'indique, que les frais occasionnés par un séjour et un traitement plus ou moins prolongé dans un établissement hospitalier.

Que c'est ainsi d'ailleurs que l'économie de l'art. 4 a été comprise par le rapporteur de la loi au Sénat lorsqu'il disait : c'est assurément une très sage et très humaine mesure que cette faculté donnée à la victime de l'accident de pouvoir se faire hospitaliser. En effet, grâce à la promptitude des secours donnés à la victime de l'accident, l'hospitalisation a eu souvent pour résultat d'atténuer immédiatement la gravité de la blessure, de hâter la guérison et comme voie de conséquence de diminuer l'importance des réparations pécuniaires. (Sénat, débats parlementaires, *J. O.*, juin 1904, p. 568.)

Attendu que l'expression se faire hospitaliser ne

peut convenir à des soins sommaires et prodigués comme les soins dont il s'agit en l'espèce puisque D. n'a pas fait un séjour à l'hôpital Rothschild, mais qu'il y a seulement reçu des soins.

Que cette fondation a du reste reconnu par ses conclusions que le montant de sa réclamation a trait non à des frais d'hospitalisation, mais à des soins donnés dans ledit établissement par un médecin y attaché

Attendu que la loi sur les accidents du travail et les textes qui fixent les honoraires des médecins ainsi que le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, subordonnent le droit pour ces derniers d'en réclamer le montant au patron de la victime à cette condition essentielle que la victime aura choisi elle-même médecin et pharmacien.

C'est en effet *seul* le médecin du libre choix qui peut se prévaloir des dispositions particulières de ladite loi, ledit médecin devant d'ailleurs fournir personnellement une note d'honoraires détaillée et signée (art. 30 de l'arrêté du 8 juillet 1920 fixant le tarif des médicaux en matière d'accidents du travail, prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905.)

Attendu qu'il n'est pas contestable en l'espèce que l'accidenté s'est présenté à la Fondation ignorant complètement le nom du médecin entre les mains duquel il allait être mis par la direction de cet établissement, ne connaissant du reste le nom d'aucun des médecins qui y sont attachés.

Que le médecin qui a ainsi donné ses soins n'a donc pas été choisi librement par le patient.

Attendu que la Fondation de Rothschild est une œuvre de bienfaisance instituée pour donner gratuitement des soins préventifs aux indigents atteints de cécité, soit en les recevant quotidiennement à la consultation de son personnel médical, soit en hospitalisant ceux dont l'affection nécessite un traitement particulier.

Attendu que les accidentés du travail peuvent et doivent être considérés comme des malades non indigents et capables de payer leur traitement en raison même du recours direct que la loi donne contre les patrons pour les frais médicaux et pharmaceutiques.

Attendu que s'il résulte de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 que les établissements hospitaliers, comme tous autres, sont autorisés à hospitaliser les accidentés du travail dont l'état exige un traitement particulier et à réclamer au patron les frais d'hospitalisation, on ne saurait appliquer cette disposition, et limitée de la loi, en dehors de ses termes, et l'étendre à la réclamation d'honoraires ou frais pour consultations et soins donnés sans l'hospitalisation, dans le service journalier de l'établissement.

Attendu que en l'état actuel des dispositions législatives ou règlementaires qui régissent la Fondation de Rothschild, les consultations ou soins donnés par son personnel médical doivent être gratuits parce qu'ils ne doivent profiter qu'aux indigents et qu'il n'appartient pas aux tribunaux de suppléer aux lacunes des textes et de lui reconnaître le droit de donner des consultations ou soins médicaux payants.

Attendu d'ailleurs que ce serait détourner la fondation du but de son institution et l'autoriser à faire une concurrence illégitime aux médecins de la ville en leur soustrayant une clientèle qui est capable de payer ou qui doit leur revenir.

Attendu enfin qu'en serait-il autrement, la Fondation ophtalmologique de Rothschild n'apporte nullement la justification de son Président pour la dépense qui a été effectuée à l'occasion des soins donnés à D. non plus qu'une décision du Conseil d'administration qui, conformément à l'art. 8 des statuts doit avoir approuvé le compte de la somme réclamée, et être homologuée par le Préfet de la Seine.

Qu'ainsi cette Fondation ne s'est nullement conformée pour sa note de soins médicaux au tarif ministériel du 8 juillet 1920 qui règle la question des notes d'honoraires médicaux pour les accidents du travail.

Attendu qu'en ayant tel égard que de raison au rapport de M. le Dr Paul, il résulte des considérations ci-dessus que la Fondation demanderesse ne rentre pas dans le cadre des personnes définies à la loi du 9 avril 1898 et pouvant se prévaloir des avantages de ladite loi, dont l'art. 4, par elle invoqué, ne peut trouver l'application en l'espèce.

Que sa demande est donc irrecevable et qu'il n'y a lieu de s'arrêter aux conclusions nouvelles déposées par la Fondation en suite du rapport de M. le Dr Paul.

Vu l'article 130 du Code de procédure civile.

Par ces motifs.

Statuant contradictoirement et en premier ressort.

Déclarons irrecevable, et en tous cas mal fondée la demande formée contre B. par la Fondation ophtalmologique de Rothschild en paiement des soins donnés et certificats délivrés à ce dernier.

En conséquence, l'en déboutons et la condamnons en tous les dépens de l'instance y compris les frais d'expertise.

Commentaires

Ce jugement est intéressant, à l'heure où l'on discute la question des honoraires médicaux et chirurgicaux, pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés.

D'après le juge de paix du XXe arrondissement de Paris, l'hôpital n'a aucune qualité pour se substituer au médecin traitant et réclamer en son nom des honoraires, au chef d'entreprise, pour les soins donnés par le personnel médical hospitalier.

Seuls, aux termes du tarif ministériel du 8 juillet 1920, les médecins traitants ont droit aux honoraires, pour les traitements qu'ils ont faits eux-mêmes ; par suite, la commission hospitalière n'est nullement fondée à se substituer à

ses médecins, pour réclamer, en leur lieu et place, les sommes dues pour soins donnés.

Comme corollaire, la commission administrative de l'établissement ne peut non plus faire payer les traitements accomplis par d'autres (internes, infirmiers) que le médecin soignant.

Le juge de paix s'appuie en outre sur les considérations suivantes : un hôpital, une fondation philanthropique sont destinés au traitement gratuit des pauvres. Les médecins doivent donc donner gratuitement leurs soins aux indigents.

Mais, *a contrario*, nous pouvons dire que, si par rapport aux malades payants, l'établissement fait fonction de maison de santé, parce qu'il n'en n'existe pas dans les environs, le personnel médical pourra réclamer directement ses honoraires au chef d'entreprise, pour soins donnés aux blessés de l'industrie.

Le juge de paix du XXe ne dit-il pas que l'établissement hospitalier ne doit pas faire une concurrence déloyale aux médecins de la localité, en empêchant ces derniers de gagner de légitimes honoraires, vis-à-vis de personnes, qui, non indigentes, ne devraient pas être admises à l'hopital ?

Un autre motif au refus des honoraires, c'est que le blessé n'a pas le libre choix de son médecin lorsqu'il se présente à l'hôpital.

Mais, certains hôpitaux, faisant fonction de maison de santé, laissent le malade payant libre de se faire soigner par le médecin de son choix, comme cela se passe pour les cliniques chirurgicales privées.

Que faut-il entendre par hospitalisation ? L'admission complète dans l'établissement. Par suite, les soins donnés à la consultation externe ne peuvent pas être qualifiés d'hospitalisation et ne sauraient donner droit à un honoraire, d'après le jugement ci-dessus.

En effet, la loi du 31 mars 1905, dans son article 4, paragraphe 3, prévoit les charges qui incombent au chef d'entreprise, en cas d'hospitalisation de son ouvrier. Or, celui-ci se faisant soigner à la consultation externe, n'est pas hospitalisé.

Faut-il alors appliquer le tarif ministériel pour soins donnés aux blessés de l'industrie ? Non, car la destination de la fondation est de donner gratuitement les soins aux indigents.

Cet argument est un peu spécieux, car nous opposerons l'adage que nul ne doit s'enrichir aux dépens d'autrui. Ici, c'est le chef d'entreprise qui s'enrichit, en ne payant pas les frais de traitement médical et en laissant supporter les soins médicaux et frais pharmaceutiques au patrimoine des indigents.

Le jugement déclare encore que la note présentée n'est pas conforme au tarif Breton, non pas sur la quotité des honoraires demandés, mais parce que le mémoire n'émane pas du médecin lui-même, qui, par sa signature, engage son nom et sa responsabilité, en certifiant ainsi qu'il demande rémunération des soins qu'il déclare avoir donnés lui-même.

Conclusion.

Il résulte de ce jugement de paix que voici un premier texte ne reconnaissant pas aux hôpitaux le droit de se substituer au médecin traitant, pour réclamer, en ses lieu et place, des honoraires, pour soins donnés à un blessé du travail.

Personnellement, nous pensons que l'établissement hospitalier, lorsqu'il fait fonction de maison de santé, en admettant des malades payants, doit laisser à ces derniers le libre choix du médecin et ne doit pas s'entremettre entre le docteur et son client, pour la fixation des honoraires. L'administration hospitalière ne devrait intervenir que si le client se plaignait à elle que le médecin n'a pas été consciencieux. Encore, faudrait-il reconnaître aux tribunaux de droit commun le soin et le droit de juger entre plaignant et praticien.

Agir autrement serait provoquer de sérieux conflits dans la pratique journalière, alors que les commissions hospitalières, parfois imbues d'idées anciennes et périmées, veulent toujours considérer le médecin comme un employé supérieur de l'établissement, n'ayant pas voix au chapitre et que beaucoup de docteurs, ayant une clientèle riche, grâce à leur titre hospitalier, ne s'aperçoivent pas du tort qu'ils font à leurs confrères, en acceptant, à la légère, de soigner gratuitement, à l'hôpital, des gens qui sont loin d'être indigents.

L'époque de l'individualisme absolu est passée : seuls, les contrats collectifs doivent être envisagés, engageant la collaboration, non pas d'une ou plusieurs individualités, mais du corps médical local tout entier.

Malheureusement, nous sommes à une période de transition, dans laquelle l'individualisme s'oppose, avec encore trop d'acuité, à l'intérêt social et corporatif bien compris.

Dr Paul BOUDIN.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Chateaulin

(17 *Janvier* 1924).

Le Syndicat s'est réuni à 9 h. 30 à Pleyben pour discuter sur les propositions du Conseil de l'Union au sujet de l'indemnité kilométrique à appliquer aux accidents agricoles (loi du 15 décembre 1922).

Le président fait un exposé succinct de la réunion, les confrères s'étaient préalablement documentés aux publications faites sur la question de l'indemnité kilométrique notamment par la lecture « du *Médecin Syndicaliste* » du 15 janvier. Les membres du Syndicat sont invités à présenter les calculs qu'ils ont établis sur la moyenne des honoraires qu'ils ont perçus en 1923 pour leurs visites simples avec déplacement. La plupart apportent des chiffres tirés avec le plus grand soin de leur clientèle privée.

Il en résulte que les moyennes varient dans l'arrondissement entre le minimum de 21 fr. 33 et le maximum de 33 fr. 86. La moyenne générale ou comme l'a dit un humoriste « la moyenne des moyennes » est de 27 fr. 17.

Un seul confrère a établi des moyennes par zones concentriques de 5 en 5 kilomètres, elles sont de :

24 fr. 43 dans un rayon de 1 à 5 kilomètres.
38 fr. 84 » » » 6 à 10 »
52 fr. 00 » » » 11 à 15 »

Une discussion approfondie suit la constatation de ces résultats ; au cours de cette discussion, on envisage les éventualités qui pourraient se produire, selon que l'on adopte ou que l'on rejette le projet Renon.

Puis, on procède au vote par appel nominal, les plus jeunes votant les premiers et le bureau en dernier, chacun expliquant son vote et ses conceptions particulières.

Votants : 12.

Un seul confrère est favorable au projet avec cette restriction qu'en son for intérieur, il préfère le payement intégral des kilomètres parcourus effectivement dans chaque cas particulier, mais qu'il craint que ce système ne soit une cause de retard à l'application de la loi, par suite des difficultés qu'encourraient les représentants de l'Union à la Commission du tarif Breton.

Les autres confrères déclarent ne pas retenir ces considérations et sont partisans du rejet pur et simple des propositions de l'Union.

En conséquence, l'ordre du jour suivant est adopté par 11 voix contre 1.

Le Syndicat considérant :

Que dans la région, les tournées régulières sont inexistantes et les visites de passage si exceptionnelles qu'il n' y a pas lieu d'en tenir compte ;

Que la création des zones Renon, de quelque longueur de rayon qu'elles soient, serait d'une application difficile dans un pays où le réseau routier est si défectueux, et qu'elle serait une cause de conflits continuels.

Qu'il y a lieu de se méfier des buts poursuivis par les assureurs, qui ont trop clairement démontré qu'ils cherchaient à payer la médecine des accidents aux plus bas prix.

Que les médecins ont le devoir strict de s'inquiéter de l'intérêt des futurs bénéficiaires de la loi, qui seraient inévitablement lésés par une médecine au rabais.

Que le système proposé constitue, par son caractère forfaitaire, un regrettable recul dans la défense des intérêts professionnels des médecins,

Décide :

Qu'il n'acceptera aucun autre mode de rémunération que celui qui a depuis si longtemps fait ses preuves de simplicité, de clarté et de loyauté, tant en clientèle privée qu'en médecine publique et qui consiste à donner à chacun ce qui lui revient en toute justice pour chaque visite effectuée d'après ses frais et son temps dépensés, ou, en d'autres termes, qui a pour base le nombre réel de kilomètres qui séparent le domicile du médecin de celui du malade.

Le Syndicat adopte ensuite à l'unanimité, les paragraphes A et C du projet de convention collective ratifié par l'assemblée générale de l'Union et qui concernent :

A) Le non payement de l'indemnité kilométrique en cas de visite de plusieurs accidentés dans la même agglomération.

C) La constitution des commissions de contrôle.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi.

Hors séance, d'importants échanges de vues ont lieu sur les sujets d'actualité et particulièrement sur l'avenir du Syndicat et sur la nécessité de renforcer la défense des intérêts des médecins de campagne. Cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Le Président, Dr MARCHAIS.

Le secrétaire, Dr MENGUY.

***

A propos du projet de révision de la loi du 15 février 1902.

La guerre de 1870, pendant laquelle les maladies décimèrent d'une façon effroyable notre armée (la variole seule fit plus de 100.000 victimes), avait démontré le rôle important de l'hygiène. La protection de la santé publique, qui jusqu'alors n'était assurée que par quelques décrets vagues ou bien incomplets, devenait un nouveau devoir pour le gouvernement. Le parlement se mit à l'ouvrage ; après de longs et pénibles débats, une loi fut créée, puis finalement votée en 1902.

Cette loi du 15 février 1902 qui régit toujours notre organisation au point de vue hygiène, règle les mesures sanitaires relatives aux communes, aux particuliers, aux immeubles. De plus, elle détermine la composition et le fonctionnement de l'administration sanitaire ; la répartition des dépenses et des pénalités.

Exposé succinct des différents articles :

Article 1er. — Porte sur les règlements sanitaires des communes. Prescrit que dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du conseil municipal :

1° Les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, spécialement les mesures de désinfection.

2° Les précautions destinées à assurer la salubrité es maisons et de leurs dépendances, des voies privées, les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Article 2. — Prévoit l'association de plusieurs communes pour l'exécution des mesures sanitaires et stipule que les règlements communaux sont approuvés par le préfet après avis du Conseil départemental d'hygiène.

Article 3. — En cas urgent, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus par l'article 1er.

Articles 4 et 5. — *Déclaration des cas de maladies.* — La liste des maladies auxquelles sont applicables cette déclaration est fixée par le décret du 10 février 1903, modifié par le décret du 28 septembre 1916 (14 maladies à déclaration et à désinfection obligatoires).

Article 6. — *De la vaccine.* — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et vingt-et-unième année.

Article 7. — *De la désinfection.* — Obligatoire pour tous les cas de maladie prévus à l'article 4. Les mesures de désinfection sont mises à exécution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus par les soins de l'autorité municipale ; dans les autres par les soins d'un service départemental.

Article 8. — Mesures de prophylaxie extraordinaires à prendre en cas d'épidémies lorsque les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants.

Article 9. — Travaux d'assainissement en cas de grand nombre de décès.

Article 10. — Règle la protection des eaux potables.

Les articles 11 *à* 18 contiennent un certain nombre de mesures concernant la salubrité des habitations. Ces mesures sont de deux sortes : d'une part des mesures préventives, qui ont pour but d'empêcher la construction des logements insalubres (permis de construction) ; d'autre part, des mesures répressives, qui ont pour objet l'assainissement des immeubles (expropriation, fourneaux d'insalubrité).

De l'administration sanitaire.

Article 19. — Service départemental de contrôle et d'inspection. Organisation par le préfet après délibération du Conseil général.

Institution dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus d'un bureau d'hygiène : service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

Article 20. — Organisation des services départementaux, par le Conseil général après avis du Conseil d'hygiène départemental.

Conseil d'hygiène départemental :— Se compose de 10 membres au moins et de 15 au plus. Il comprend nécessairement 2 conseillers généraux, 3 médecins, l'ingénieur en chef, un architecte, un vétérinaire. Le préfet préside le Conseil.

Commissions sanitaires de circonscription. — Cinq membres au moins, sept au plus, pris dans la circonscription (un conseiller général, un médecin, un architecte ou un technicien). Le sous-préfet préside la commission.

Les membres du Conseil d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux, sont nommés par le préfet.

Article 21. — Attributions des Conseils et Commissions. Conseils et Commissions sont purement et simplement consultatifs sans aucune action réelle.

Articles 22, 23 *et* 24. — Règlementation pour le département de la Seine et fixent les attributions du préfet de la Seine pour l'administration sanitaire.

Article 25. — Comité consultatif d'hygiène publique en France, modifié le 29 janvier 1904, devient le Conseil supé rieur d'hygiène publique. Délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement. Composé de 45 membres dont 15 membres désignés par le ministre parmi les médecins hygiénistes, chimistes, légistes.

Titre III. — *Des dépenses.* — *Article* 26. — Les dépenses rendues nécessaires par la loi sont réparties entre les communes, les départements et l'Etat.

Titre IV. — *Pénalités.* — Les articles 27, 28, 29, prévoient des sanctions pour que la loi ne reste pas lettre morte.

Cette législation sanitaire que nous venons de passer rapidement en revue marquait, certes, un progrès très important dans l'organisation d'une bonne hygiène publique et paraissait excellente ; elle ne donna pas cependant les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Nous verrons tout à l'heure pour quelles raisons bien fondées. Dès le début de son application, ses réglements demeurèrent inefficaces, se montrèrent défectueux, et l'on peut dire que, d'une façon générale, la loi ne changea guère nos mœurs sanitaires.

Survint la guerre de 1914 avec ses inévitables conséquences ; elle nous montra que l'application de règles élémentaires d'hygiène était nécessaire pour la conservation, et aussi un meilleur rendement de grandes masses humaines. La mise en pratique de quelques principes de prophylaxie avait prévenu des épidémies terribles, et la lutte dernière qui, pourtant, fut plus longue et plus dure que celle de 1870, resta, toutes choses égales d'ailleurs, moins meurtrière quant aux maladies. Toutefois, elle démontra une fois de plus la nécessité d'une bonne organisation sanitaire. Dès l'après-guerre, nous voyons en

effet l'hygiène portée à l'ordre du jour avec l'importante question de la révision de la loi de 1902.

Cette question a déjà fait couler beaucoup d'encre; de nombreux projets ont été exposés et commentés un peu partout, mais avant toute chose voyons pourquoi cette loi est mauvaise et inapplicable.

Nous avons vu précédemment que la loi de 1902 a prévu une organisation départementale avec des inspecteurs départementaux dépendant du Préfet, et une autre municipale. Nous sommes à la source du mal. Et si la plupart des grandes villes commencent à avoir une organisation spéciale, bien comprise, grâce aux bureaux d'hygiène, il n'en est pas de même à la campagne, où l'hygiène est totalement méconnue. Ici, les questions d'hygiène sont très généralement considérées par les municipalités comme des affaires tout à fait accessoires, gênantes même souvent ; ne faut-il pas ménager ses électeurs ? Et par suite, elles sont constamment reléguées au dernier plan de leurs préoccupations. Mais il y a surtout, croyons-nous, cette incompétence complète des choses qui touchent l'hygiène publique, ignorance qui arrête toute initiative, empêche tout fonctionnement de la loi. A quoi bon prendre des arrêtés dont on ne voit pas la portée, dont on ne saisit pas l'utilité ? Et nous entrevoyons à présent l'inefficacité des déclarations des cas de maladies contagieuses, les désinfections qui ne se font pas ou arrivent trop tardivement, la lenteur administrative,etc.

Ainsi, en dehors de toute adaptation de l'hygiène aux idées modernes, c'est la base même de la loi de 1902 qu'il faudrait changer.

Un projet de loi nouvelle a été déposé sur le bureau de la Chambre. Les modifications présentées portent sur le mode de déclaration des maladies contagieuses, sur les vaccinations et sur l'administration sanitaire. Ce dernier article mérite de retenir plus particulièrement notre attention. Cette modification, si on la laisse faire, aboutira simplement à la création d'un certain nombre de médecins fonctionnaires et d'employés. Du rôle du médecin praticien on n'en parle pas, et on oublie qu'actuellement, les seules mesures de prophylaxie réellement efficaces, sont prises par des praticiens. Pourquoi donc ne pas faire appel à leur concours sans employer le fonctionnarisme ? Qui, mieux que le syndicat, est qualifié pour donner aux pouvoirs publics les avis et conseils qui relèvent de l'hygiène, pour désigner au choix de l'administration les confrères compétents ? Avec le Syndicat, pas de politique, dont l'influence néfaste est à bannir de tout ce qui regarde la protection de la santé publique ; sans lui, les mêmes erreurs présideront à la confection de la loi future et l'hygiène restera toujours un mot.

CONCLUSIONS

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Châteaulin, vu la faillite des réglements sur l'organisation sanitaire, demande la révision de la loi de 1902,

Considérant d'autre part que le corps médical est le principal agent de la protection de la santé publique, déclare indispensable la collaboration des pouvoirs publics et des syndicats médicaux (représentation officielle des médecins) pour réaliser cette organisation.

Après avoir pris connaissance des conclusions du rapport du docteur Lenglet sur l'organisation sanitaire, adopte ses conclusions. (*Médecin syndicaliste*, 1er janvier 1923.)

Dr Morvan.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Un V.E.M. à Vichy et à Châtel-Guyon.** — Le 18 mai dernier, 200 médecins et étudiants en médecine, conduits par MM. Lenoir et Ramond, médecins de l'hôpital Saint-Antoine, organisateurs, avec le Dr Bensaude, d'un centre important de gastro-entérologie, sont allés visiter Vichy et ses établissements. Le lendemain, un train spécial les amenait à Châtel-Guyon, où ils furent reçus par le Dr Aine, président de la Société des médecins, par le secrétaire général de la Société des eaux minérales et par M. Malliary, directeur de l'établissement thermal.

Parmi ces médecins se trouvait un fort contingent de confrères sud-américains, dont le professeur Montoya, doyen de la Faculté de médecine de Bogota, de Colombie, Canadiens, Belges, Japonais, Chinois, Persans, etc.

Ces voyages constituent un excellent moyen de propagande en faveur des stations thermales françaises. Il est certain, comme l'a reconnu le Dr Duchesne, dans son allocution, que de semblables visites constituent d'excellentes leçons de choses, qui se gravent d'autant mieux dans l'esprit, qu'elles s'appuient sur le souvenir de tout ce qu'on a vu.

Rien n'est plus propre à mettre en relief l'importance de nos centres hydrominéraux, et à montrer quel développement ils ont pris depuis la guerre. Vichy, à ce point de vue, a toujours montré l'exemple, et, sous l'impulsion de MM. Baugnies et Normand, qui président aux destinées de la Compagnie fermière, continue à se tenir au premier rang de nos stations thermales. Châtel-Guyon, de son côté, ne reste pas en arrière. Son corps médical d'une part, son administration thermale de l'autre, conjuguent leurs efforts pour mettre en valeur cette coquette ville d'eaux, et la doter de tous les perfectionnements propres à en faire le centre thermal le plus important des cures intestinales.

— **Nos relations médicales Franco-Etrangères.** *FRANCE-MEXIQUE : En l'honneur de Pasteur.* — Notre journal saisit toutes occasions qui lui sont offertes d'intensifier les relations médicales franco-étrangères et il a été parmi les premiers à soutenir dans sa sphère la

politique de l'A.D.R.M. Nous avons peut-être quelque droit de dire que cette association de propagande qui voulait éviter, à un moment de son existence, de se faire connaître a été, surtout, révélée en France, au public médical, par notre revue.

L'Amérique latine continue à nous donner des marques de son amitié pour nous. Une touchante cérémonie vient de se dérouler à l'Institut de biologie de l'Etat de Léon. Le professeur Daniel Velez, directeur de l'école des Hautes-Etudes de Mexico, président de l'Association médicale franco-mexicaine, a remis à l'Institut au nom de cette association et de l'Alliance française, une reproduction en bronze du buste de Pasteur, œuvre du Dr Jorge Blanco Villalta, chargé d'affaires de la République argentine, réplique du bronze offert à l'Institut Pasteur en juillet dernier par l'Association franco-mexicaine. Le vice-consul de France, M. Brunel, présidait la cérémonie assisté de M. Segundo de Giovanini. Au nom du gouvernement de l'Etat qu'il représentait, le Dr Madrazo fit la remise du buste au directeur de l'Institut. Puis le poète José Ruiz Miranda récita deux poésies composées pour la circonstance, non sans avoir exprimé d'abord sa reconnaissance envers le grand savant, car, en deux circonstances son traitement préventif de la rage sauva la vie de sa femme et de ses deux enfants mordus par des chiens malades.

Le Dr Jesus Conzales traça un tableau remarquable de la vie de Pasteur, mettant en relief sa ténacité dans le travail et ses sentiments patriotiques. Il remercia ensuite l'Association médicale franco-mexicaine et l'Alliance française et termina par ces mots : « *Vous pourrez dire à vos compatriotes qu'en un coin ignoré de cette terre mexicaine, dans ce modeste institut, on vénère Pasteur et on aime la France.* »

La fête se termina par un banquet et un concert au cours duquel ne furent exécutées que des œuvres de compositeurs français : Massenet, Godard, Delibes. En signe de remerciements tous les assistants se firent inscrire comme membres de l'Association médicale franco-mexicaine.

Ces manifestations, si cordiales, ne laisseront pas que de trouver l'écho le plus persistant dans tous les cœurs français et nos amis mexicains peuvent être assurés de notre reconnaissance et de notre vive sympathie.

Que notre confrère et ami, M. le Dr Mathé, veuille bien être remercié de nous avoir communiqué les détails ci-dessus. Le Dr Mathé est l'un des membres les plus actifs, les plus réalisateurs de l'A.D.R.M. : il est chargé en particulier de toute la section (immense) de langue espagnole. Nous prions nos lecteurs que la chose peut intéresser de s'adresser directement à lui, salle Béclard, Faculté de médecine de Paris.

Nous croyons savoir que plusieurs des maîtres les plus éminents de la Faculté de Paris gagnent la République Argentine. Nous donnerons, en temps voulu, une relation de leur voyage : favoriser l'échange des hommes c'est favoriser l'échange des idées.

Raymond Molinéry,
Membre du Comité de l'A.D.R.M.

— Le professeur Rystedt, de Stockolm, dont nous avons publié une analyse d'un travail sur la maladie de Wilson, vient de faire un don de mille francs à l'A.D.R.M., en même temps comme membre bienfaiteur de cet intéressant et utile organisme.

— **Congrès annuel de stomatologie.** — Le Congrès annuel de stomatologie de 1924 se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 20 octobre 1921 au samedi 25 inclus.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins français et étrangers s'intéressant à la stomatologie et admis par le Comité d'organisation ; 2° à titre individuel, les personnalités, qui, en raison de leurs travaux et de leurs titres, auront été admises par le Comité d'organisation.

Le texte des rapports et le titre des communications devront parvenir au secrétaire général du Comité d'organisation avant le 1er septembre 1924.

Le montant de la cotisation des congressistes est fixé à 30 fr. et donne droit à une carte d'identité, à un exemplaire des comptes rendus du Congrès et à la participation aux travaux théoriques et pratiques.

Cette cotisation devra être adressée à M. Lacronique, trésorier, 17, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

Quant aux adhésions, elles devront être adressées au secrétaire général du Congrès, M. L'hirondel, 57, rue de Rome, Paris (VIIIe) accompagnées d'une carte de visite portant les noms, prénoms, titres, qualités et adresses écrits très lisiblement.

A l'occasion du Congrès, un banquet aura lieu le jeudi soir 23 octobre.

Le bureau du Congrès est composé comme suit : président, M. Chompret ; vice-présidents, MM. Béal et Gires ; secrétaire général, M. L'hirondel ; secrétaires adjoints, MM. Astraud et Psaume ; trésorier, M. Lacronique.

Deux rapports seront présentés au Congrès sur les sujets suivants : 1° M. Fargin-Fayolle : *la carie, les problèmes, les faits, les hypothèses* ; 2° M. Izard : *De l'expansion des maxillaires en orthodontie.*

De plus, en outre de ces rapports, les deux questions suivantes seront proposées à la discussion générale des congressistes : 1° *la thérapeutique des pyorrhées* ; 2° *la thérapeutique des infections focales.*

Enfin, des communications libres, des présentations de malades dans les hôpitaux, des présentations techniques et d'appareils à l'École française de stomatologie, une séance d'études syndicales et l'assemblée générale du Syndicat des médecins stomatologistes viendront compléter les travaux du Congrès.

— **L'Association générale des Médecins de France** vient de procéder à l'élection de son président.

M. le Dr Bellencontre, président sortant, qui, pendant ses cinq années de présidence a rendu à l'œuvre d'éminents services, a été réélu par 4.080 voix sur 4.119 votants.

— **L'Association générale des Médecins de France** a tenu son Assemblée générale annuelle le dimanche 18 mai dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence du Dr Bellencontre. De nombreux présidents et délégués des Sociétés départementales assistaient à la séance.

L'Assemblée a réélu vice-présidents : MM. Chapon et Darras (de Paris) et Zipfel (de Dijon) ; trésorier général : M. Jules Bongrand ; archiviste : M. Vimont. Elle a élu, membres du Conseil général : MM. Noël Fiessinger et Gaston Roussel (de Paris), Ollive (de Nantes), Plantier (d'Annonay) et Vallée (de Rouen).

Parmi les questions à l'ordre du jour : l'Ordre des médecins, la création d'une Caisse maladie-invalidité-vieillesse et un projet de fondation d'une Maison des médecins.

Le soir, sous la présidence de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, a eu lieu un banquet auquel assistaient M. le Pr Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Chauveau, sénateur, président du Groupe médical parlementaire, M. le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, etc.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

un charroi de betteraves à l'usine rentre dans la catégorie de ceux qui sont visés par la loi de 1898, si ce charretier, loin d'être exclusivement attaché à la culture, était pendant la campagne sucrière attaché au service de l'usine.

Ce cas paraît être identique à celui qui fait l'objet de votre lettre.

De plus, à supposer que la loi de 1898 ne soit pas applicable dans l'espèce et que l'accident doive être considéré comme accident agricole, si l'accident a été causé par le camion, c'est-à-dire par l'emploi d'une machine servie par un moteur inanimé, c'est un cas d'application de la loi du 30 juin 1899.

Pour ces raisons, nous estimons que l'accident dont vous nous entretenez est un accident du travail garanti par la législation spéciale et doit donner droit aux indemnités prévues par la loi.

1326. — Pension des fonctionnaires atteints d'infirmités contractées en service.

Ayant été mis à la retraite, comme médecin de colonisation de 2e hors classe, sur ma demande, pour infirmités contractées dans le service, serais-je admis d'emblée à bénéficier de l'art. 19 de la nouvelle loi des pensions, accordant dans mon cas, au fonctionnaire intéressé, les 3/4 du dernier traitement, ou dois-je subir un examen par commission spéciale, comme les simples intéressés par l'art. 20, infirmes pour des causes quelconques en dehors du service ?

Dans ce cas dernier, dois-je provoquer par une demande ma comparution ou attendre une convocation ? Je craindrais, ma situation spéciale échappant au service chargé des modifications, d'être tarifé comme pneumonie ordinaire, et d'avoir du retard ensuite pour faire modifier la décision prise.

A qui et comment faudrait-il adresser et composer mes doléances ? Dr X.

Réponse.

L'article 19 de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions ne s'applique qu'aux fonctionnaires qui ont été mis hors d'état de continuer leur service, soit par suite d'un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant leurs jours pour sauver la vie d'une ou de plusieurs personnes, soit par suite de lutte soutenue ou d'attentat subi à l'occasion de leurs fonctions.

Il semble donc que vous ne puissiez vous référer à cet article, mais seulement à l'article 21, aux termes duquel le fonctionnaire, qui est atteint d'une invalidité qui résulte de l'exercice de ses fonctions, a droit à une pension dont le montant est égal au tiers du dernier traitement d'activité, sans que cette pension puisse être inférieure à 1.500 fr., ou à la pension d'ancienneté, calculée, pour chaque année de services, à un trentième ou à un vingt-cinquième de la

pension minimum, ces services étant accrus, s'il y a lieu, de la bonification coloniale et des bénéfices de campagnes.

Les pensions des fonctionnaires coloniaux retraités pour blessures ou maladies contractées en service ne pourront être inférieures au minimum de la pension d'ancienneté afférente au dernier traitement d'activité, les services étant accrus des bonifications coloniales et du bénéfice des campagnes.

L'invalidité doit être constatée par une commission de réforme et l'intéressé a le droit de prendre connaissance de son dossier et de faire entendre un médecin de son choix par la Commission de réforme.

Bien que la loi ne le dise pas, il semble que c'est à l'intéressé qu'il appartient de provoquer sa comparution devant la Commission de réforme, car il serait à craindre que l'administration l'oublie.

Vous n'avez donc qu'à signaler votre cas à vos supérieurs hiérarchiques, en indiquant les circonstances dans lesquelles vous avez contracté les infirmités dont vous êtes atteint et la nature de celles-ci.

1313. — Les accidents agricoles ne sont pas encore soumis à la législation spéciale.

Abonné au *Concours médical*, où j'ai déjà trouvé de très précieux renseignements, je viens vous soumettre le cas suivant :

L'un de mes clients, chef d'exploitation agricole, a un ouvrier journalier qui se blesse à l'œil, d'une façon toute banale, en déchargeant des fagots, le 12 février 1924.

Ce dernier, malgré le conseil de son employeur, ne va pas consulter de médecin et continue à travailler les jours suivants, tantôt à la ferme, tantôt chez lui.

Plus de deux mois après, le 22 avril, il va consulter un spécialiste qui l'hospitalise 10 jours pour soigner l'œil blessé.

Cet ouvrier réclame à mon client ses frais de traitement depuis le 22 avril et l'indemnité correspondant aux 10 jours d'incapacité du travail subie du fait de son hospitalisation. Mon client ne veut rien donner.

Avant de répondre, je vous serais très reconnaissant, si vous vouliez bien me donner votre avis.

Dr C.

Réponse.

La loi étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail n'entrera en vigueur que le 1er septembre prochain. Jusque-là, les accidents survenus à des ouvriers agricoles restent soumis au droit commun, c'est-à-dire qu'il appartient à l'ouvrier qui veut se faire indemniser par le patron de prouver que l'accident est arrivé par suite d'une faute ou d'une négligence du patron ou d'un préposé de celui-ci

Faute de faire cette preuve, l'ouvrier ne peut obtenir aucune indemnité, mais par contre s'il la fait il a droit à l'entière réparation du préjudice subi, comprenant la perte totale de salaire pendant la période d'incapacité, les frais médicaux et pharmaceutiques et enfin le *pretium doloris*. A la différence du droit commun, la loi sur les accidents du travail n'alloue à la victime de l'accident qu'une indemnité forfaitaire très inférieure au préjudice réellement subi.

Dans le cas d'espèce qui fait l'objet de votre lettre, la responsabilité du patron ne paraît pas engagée et il semble que c'est à bon droit qu'il refuse de payer une indemnité.

1164. — Délais des demandes de pensions militaires et de la présomption légale d'origine.

1° N'y a-t-il pas un récent décret qui prolongerait de 6 mois le délai imparti aux notifiés de pension invalidité pour : *a*) demander une nouvelle visite ?

b) Se pourvoir devant le tribunal des pensions ?

2° Ce délai nouveau de 6 mois pourrait-il s'appliquer aux démobilisés de 1919 qui ont omis d'adresser une réclamation avant les 5 ans qui, *jour pour jour* (est-ce ainsi que l'on compte ?) les sépare de leur libération ?

3° Un amputé des doigts, blessure de guerre, pensionné à 15 % comme tel, pour éclat de grenade, depuis 1919, démobilisé comme tel en avril 19, présente un éclat de cette nature dans les intercostaux droits, où il est fort perceptible. Jusqu'ici il n'avait pas réclamé pour cette blessure, n'en n'ayant pas été gêné, mais fut traité pour elle en même temps que pour l'ablation des doigts à l'hôpital d'E. où il avait été évacué.

Muni des pièces et constats d'origine, pourrait-il demander une nouvelle visite et une augmentation pour cet éclat de grenade ?

Comme il est très perceptible, le centre de réforme pourrait-il obliger le sujet à faire enlever ce corps étranger ? Dr G.

Réponse.

I. Le récent décret prolonge de six mois le délai imparti, non pour se mettre en instance de pension, mais pour se pourvoir devant le Tribunal des Pensions, si, ayant reçu notification d'un rejet de pension pour invalidité, on a laissé jusqu'à présent expirer le premier délai de six mois accordé.

II. Les démobilisés de 1919 ont bénéficié jusqu'au 4 mars 1920 de la présomption légale d'origine pour leurs infirmités, mais il leur est encore permis de prouver l'origine par des pièces valables jusqu'au 24 octobre prochain, soit durant cinq ans à partir de la date de cessation des hostilités (24 octobre 1919).

III. Ce blessé peut demander jusqu'au 24

octobre prochain une nouvelle visite pour aggravation. On ne peut l'obliger à subir l'extraction de ce corps étranger.

Application du Tarif Breton.

Tiers payant et secret professionnel.

Je viens chercher en vous un directeur de conscience. Un ouvrier me consulte il y a quelques jours en me disant : il y a quatre jours j'ai reçu un morceau de bois au-dessus de l'œil droit, j'ai continué mon travail d'abord, puis je ne voyais plus bien, ma vue s'est troublée. Il se présente avec une dilatation pupillaire très grosse — à peine un peu d'injection conjonctivale — pas de tension exagérée, etc. Je fais mention de ceci sur le certificat initial avec « incapacité et pronostic réservés ». Vu par un oculiste, le diagnostic est paralysie de la 3e paire d'origine, Σ plus que probable. Un autre oculiste, sans détails, dit : traitement mercuriel intensif. Enquête demain.

Et alors que me conseillez-vous de faire au point de vue assurance ? Au point de vue moral, ai-je le droit de laisser supporter à l'assurance les frais qui seront très élevés ? Oui, si l'enquête établit bien qu'il y a eu accident réel, et si on se base sur le droit et le devoir de ne pas tenir compte de l'état antérieur. Bien plus, le tarif Breton lui-même prévoit les soins anti-syphilitiques en son article 16 : « Prise de sang pour Wassermann ; injection intra-veineuse de novarseno ». Mais néanmoins, j'ai tenu à solliciter l'avis de notre « confesseur », parce que je ne suis pas et ne veux pas être un médecin marron.

Dr X.

Réponse.

Je comprends vos scruplues, mais ici, comme toujours, il faut se baser sur les principes généraux reconnus de tous. — 1er *Principe* : Un médecin traitant doit à son malade le *secret professionnel*. Vous ne devez donc pas révéler à un tiers, fût-ce un tiers-payant, que votre malade a la syphilis. — 2e *Principe* : Vous ne devez pas mettre au compte du tiers-payant des frais médicaux et pharmaceutiques qui ne lui incomberaient pas.

Or, ces deux principes, que vous avez à observer, ne sont pas inconciliables dans votre cas.

Vous avez inscrit, sur votre certificat initial, ce que vous avez constaté *de visu*, en réservant l'incapacité et le pronostic. Premier point pour que le tiers-payant ouvre l'œil et, devant vos réserves, puisse déclancher la *visite de contrôle* prévue art. 3-*a*), qu'il ferait faire par son médecin, *à lui*, qui, n'étant pas médecin traitant, n'est plus tenu aux mêmes réserves que vous.

De plus, si vous avez à faire supporter à l'assurance des frais élevés, c'est que, sans doute, vous allez avoir à faire une « prise de sang pour Wassermann » (Art. 16), et surtout « *une série de plus de cinq* injections à tarif spécial ».

Auquel cas, l'art. 7 vous *commande* de « en donner avis préalable, par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué ». Et alors, c'est encore à l'assurance à ouvrir l'œil, à déclanchez le contrôle et à accepter — ou non — de payer ces « frais élevés » qui vous émeuvent, et de l'accepter suivant les conclusions de son médecin à elle, mais en dehors de vous.

Il n'en reste pas moins que votre lettre pose une question fort intéressante d'une façon *générale*.

F. D.

Application du Tarif Maginot

1276. — Médecins d'eaux

Voici l'ouverture des stations thermales.

Je viens vous poser une question et nul doute que votre réponse soit lue avec fruit par beaucoup de nos confrères hydropathes.

Nous sommes, je crois, reconnus comme spécialistes par l'Union des Syndicats. La Commission supérieure de réforme nous considère-t-elle également comme spécialistes ?

Quel tarif devons-nous appliquer pour chacune de nos visites ou consultations ?

Combien de visites ou consultations pouvons-nous faire par cure, sans soulever de difficultés ?

Dr S.

Réponse.

Il n'y a pas de spécialistes hydropathes dans le tarif Maginot. La Commission supérieure ne peut donc pas considérer ceux-ci comme pouvant réclamer les tarifs des spécialistes. Il faudrait pour cela une revision du tarif actuel avec addition d'un tarif pour ce genre de spécialités. Mais c'est l'affaire des ministres des Pensions et des finances d'amorcer cette réforme, de la mettre sur pied. C'est donc à ceux-là que le syndicat général des médecins de stations thermales et climatiques pourrait s'adresser pour qu'ensuite leur vœu soit écouté puis exaucé... Jusque-là rien à faire ; vous en êtes réduit à la portion congrue des praticiens de 2e ou 3e classe.

F. D.

A propos de la littérature des spécialistes pharmaceutiques

Me permettrez-vous d'ajouter à la discussion de nos confrères Paul Manceau et Darras, au sujet du format des notices de spécialités pharmaceutiques, quelques desiderata sur la question de cette réclame en elle-même.

Si la plupart d'entre nous jettent au panier sans même les lire la plupart des notices que nous recevons, la faute n'en est pas tant à leur abondance qu'à leur trop fréquente insuffisance scientifique : affirmer sans preuves à l'appui les qualités merveilleuses

et souvent multiples de tel produit ou de tel autre, cela peut convenir à une réclame destinée à toucher le grand public ; le public médical a le droit d'être plus exigeant.

Je conçois très bien une fiche sur le format de laquelle nous laisserons s'entendre nos confrères Manceau et Darras, et qui contiendrait les principaux renseignements qui nous intéressent, mais j'estime que cette fiche n'aurait droit de cité, dans notre fichier ou dans notre bibliothèque, que si elle était accompagnée d'observations simples, mais précises, et où seraient notés tous les éléments que nous sommes en droit d'exiger. J'ajoute que l'observation devrait être signée.

Beaucoup de réclames oublient d'ailleurs de nous renseigner sur la composition exacte de la nouveauté (?) qu'elles nous prônent.

Beaucoup d'autres ne nous en indiquent la posologie qu'imparfaitement, voire inexactement.

Il ne faudrait pas non plus qu'il se produisît de fâcheuses divergences sur la quantité de produit actif par unité (pilule ou cuillerée par exemple) entre la notice envoyée au médecin et la fiche collée sur le flacon vendu au public.

Pourquoi, enfin, oublie-t-on presque toujours de nous indiquer le prix de vente, en même temps que le nombre d'unités par flacon ou par boîte.

Ne sont-ce pas là des questions qui intéressent à juste titre tous les praticiens ? Il en est certainement d'autres qui ne me viennent pas à l'esprit au moment où je griffonne ces lignes, et que chacun aura pu noter au cours de sa pratique journalière : ce serait faire œuvre utile, je crois, que de fondre tous ces desiderata en un bloc, que ne refuseraient certainement pas de prendre en considération les fabricants de spécialités sérieuses. (j'entends celles qui ne sont pas destinées au grand public, mais aux seuls médecins).

Dr S.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 MAI 1924.

Par *arrêté en date du 5 mai* 1924, pris en application du décret du 27 juin 1922, le ministre du travail et de l'hygiène a prononcé la *reconnaissance administrative des écoles* ci-après énumérées, avec des réserves portant principalement sur l'obligation d'adopter le programme d'études délibéré par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières :

1re *section.*

1° Ecole d'infirmières de l'hôpital civil de Béziers, sous réserve ;

2° Ecole d'infirmiers de Lyon (Hôtel-Dieu), sous réserve ;

3° Ecole d'infirmières sanitaires et coloniales de l'institut Lannelongue, à Paris, sans réserve ;

4° Ecole d'infirmières du comité de Limoges de la société de secours aux blessés militaires, sous réserve ;

5° Ecole d'infirmières du comité d'Orléans de la Société de secours aux blessés militaires, sous réserve ;

6° Ecole d'infirmières du comité de Marseille de l'Union des femmes de France, sous réserve ;

2e *section.*

7° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, hôpital Heine-Fould, 35, rue de la Glacière, à Paris, sous réserve ;

8° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose de l'institut Lannelongue, à Paris, à titre provisoire ;

9° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, hospices civils de Nancy, à titre provisoire et sous réserve ;

10° Ecole d'infiirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, à Rennes, sous réserve.

16 MAI 1924.

— *Décret du 12 mai 1924 relatif à l'adjudication du droit de pêche à exercer au profit de l'Etat.*

A l'avenir, les adjudications du droit de pêche à exercer au profit de l'Etat dans les fleuves, rivières et cours d'eau navigables ou flottables pourront se faire par adjudication, soit au rabais, soit aux enchères, avec ou sans extinction des feux, soit sur soumissions cachetées.

Lorsque l'adjudication aura été tentée sans succès, l'exercice du droit de pêche pourra être concédé par licences à prix d'argent.

17 MAI 1924.

— La *chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de la Faculté de Toulouse* est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à compter de la publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Un *concours pour l'emploi de chefs de travaux anatomiques et physiologiques à l'école pratique de médecine et de pharmacie de Reims* s'ouvrira, au siège de ladite école, le 18 novembre 1924.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Décret du 8 mai* 1924, aux termes duquel les taxes à payer pour l'*affranchissement des colis postaux circulant à l'Intérieur de la France* continentale continueront à être perçus, à partir du 1er mai 1924, conformément aux indications du tableau annexé au décret du 22 février 1920.

Ces taxes sont celles qui figurent dans nos Agendas-Mementos de 1923 et 1924.

Arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène du 7 mai 1924 fixant le nombre des emplois du *personnel de l'asile national des convalescents*, de l'*Asile Vacassy* et de l'*Institution nationale des sourds-muets de Paris.*

Personnel médical : Asile des convalescents : 2 médecins chefs, 3 internes, 1 pharmacien. — Institution des Sourds-Muets : 1 médecin, 1 dentiste, plus le personnel de la clinique, annexe de l'Institution : 3 médecins, 1 infirmier.

18 MAI 1924.

— *Arrêté du ministre de l'Agriculture*, du 29 avril 1924, réglant les conditions d'*admission comme élève libre à l'Ecole supérieure du Génie rural.*

Peuvent être dispensés du concours pour l'admission, les élèves sortant de l'Institut National Agronomique qui justifieront avoir obtenu au cours de leurs études les notes exigées pour l'admission à l'école comme élèves d'Etat et qui n'auraient pas été reçus en cette qualité uniquement à cause de leur rang de classement.

Les épreuves écrites du concours comportent 6 compositions : mathématiques pures, mécanique, notions de thermodynamique et d'électricité générale ; sol et améliorations du sol, la plante et le climat ; les cultures (cultures industrielles fourragères et alimentaires).

Les épreuves orales portent sur les mêmes matières.

20 MAI 1924.

— *Arrêté du Ministre du Commerce* du 14 mai 1921 relatif aux *taxes d'affranchissement et des avis de réception des colis postaux à destination de certains pays.*

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Prorogation de la loi accordant des majorations d'allocations aux accidentés du travail antérieurs à la loi du 5 aout 1920.

21501. — M. PHILIPPOTEAUX, député, demande à M. le ministre du travail quelles dispositions législatives le gouvernement compte prendre pour proroger les délais accordés par la loi du 15 juillet 1922 aux accidentés du travail avant l'application de la loi du 5 août 1920 et fixant jusqu'au 30 juin 1924 les majorations d'allocations suivant le taux d'invalidité, ajoutant que le maintien de ces allocations ne peut être considéré que comme un minimum de justice pour les accidentés du travail. (*Question du* 11 *avril* 1924.)

Réponse. — Le Gouvernement a déposé, le 20 décembre 1923, un projet de loi tendant à proroger pour deux ans et à modifier la loi du 15 juillet 1922. Ce projet a été adopté par la Chambre le 5 avril 1924, et transmis le 8 avril au Sénat qui en est actuellement saisi.

(*J.O.*, 4 mai 1924.)

Quarante-sixième année | Nº 23 | 8 Juin 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1376-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical », de M. le Dr Parmentier, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly
Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes Creignou.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker. Duliège, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès,
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Royat. Heitz, Mougeot.
Salins-les-Bains. Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 243. — A vendre 200 fr., au-dessous du prix du catal., une goutt. de Bonnet avec sa table portat. pour adulte, entièr. neuve. Dr Ferran, à Aigues-Vives (Gard).

No 244. — Mén. excell. référ. habit. joli pays, envir. Mantes (S.-et-O.), prend. en pension pers. ay. bes. soins et tranquill. Bruel, 46, rue Madame, Paris.

N° 245. — Occas. à saisir. Install. comp. de ray. X permett. la scopie, graphie et petite thérapie (poste, tubes, pied, table, dossier), sur cour. altern. 110 volts. Dr Foulquier, 2, rue Molière, à Nîmes.

N° 246. — 6.500 fr. excell. petit coupé cond. intér., 2 pl. Vermorel, voit. de tout repos, aff. de conf. Dr Potiez, le Vésinet (Seine-et-Oise).

N° 247. — Le Dr Sasportas de Papeete (Tahiti), ser. reconn. à ses confr. qui voudr. bien lui adress. leurs vieux journ. et revues illustr. pour ses malad. lèpr. du village de Ségragation d'Orafara. Il rembours. les frais d'env.

N° 248. — A vendre auto « Zèbre » 4 cyl., 3 pl., 8 HP. mod. tout réc. très bon état.

N° 249. — Instruments, appareils électriques et mobilier d'occasion. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, XIIe.

N° 250. — Le Domaine de Gipoulons (agriculture et élevage, 40 hectares) dispose actuellement de : 1.7 Ancônes, 1.4 Wyandottes blanches, 2.4 Rhodes Island, 3.3 Brackels dorés, 2.5 Brackels argentés : Coq Crèvecœur, à 25 fr. le sujet : 6 poules Malines Concours, 30 fr. pièce ; 1.3 Oies de Romagne, 250 fr., tous reproducteurs prix d'honneur ou premiers prix Lille 1923, en pontes ; Œufs à couver, canetons, oisons, dindes, pintades, pigeons Mondains et Montaubans, lapins Normands, prix modérés. Disponibles également dix grands parquets poulettes 3 mois, leghorns blanches américaines (18 fr. pièce) et Bresse noires (16 fr.), issues reproducteurs hautement primés et sélectionnés pour ponte, seront bonnes pondeuses d'hiver.

Plus de 1.000 Récompenses aux Expositions dont au moins 200 prix d'honneur et 500 1ers prix. — Renseignements contre timbres. Docteur Ruyssen, Haubourdin (Nord).

N° 251. — A louer 1.600 fr. pour sais. (1.400 fr. pour confr. et fam. de confr.) deux villas meubl. contiguës sur la mer, 5 chamb. à couch. chac. S'adr. Dr Top, à Loon-Plage (Nord).

N° 252. — Poste seul méd. sur gr. ligne, beau ray. rapp. 80.000 fr. fixes. Pays riche et agr. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 253. — A céder, Paris, bonne client. médec. génér. gynéc. voies urin. Gros produits. Petit appart. 4 pièces sur boulev. Indemn. avantag. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Le Monument de Farabeuf

Mercredi 28 mai, à 3 heures, a eu lieu dans le jardin du cloître de l'Ecole pratique l'inauguration du monument de Farabeuf.

Les jeunes générations de médecins qui, cependant, doivent tant à la méthode d'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire de ce maître, ne peuvent se rendre compte de la véritable révolution provoquée par la substitution des vivantes leçons de Farabeuf aux très savants mais soporifiques cours du père Sappey. Du jour où Farabeuf fut professeur d'anatomie, le grand amphithéâtre, désert la veille, fut trop petit pour contenir ses auditeurs. L'étude ardue de l'anatomie et de la médecine opératoire devint pleine d'attraits, car Farabeuf joignait à la clarté, à la méthode et à la précision un grand talent de dessinateur et une ingéniosité extraordinaire dans ses procédés d'enseignement. Il fut de tous les professeurs de son époque indiscutablement le

plus populaire parmi les étudiants. De constitution frêle et de santé débile, Farabeuf était sujet à de terribles crises névralgiques qu'il supportait d'ailleurs avec une patience stoïque. Il devait par prudence garder constamment sur la tête une calotte de soie noire et autour du cou un cache-nez ou plutôt une écharpe. Ce costume légendaire, joint à un visage émacié, encadré de longs favoris et animé d'un malicieux sourire, que la douleur rendait parfois légèrement sarcastique, donnait à la physionomie du maître une puissante originalité qui est restée gravée d'une façon ineffaçable dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu. Aussi c'est presque une déception que nous avons éprouvée devant la statue récemment inaugurée. Belle sans doute, cette œuvre d'un grand statutaire ne nous rappelait que très imparfaitement le Farabeuf que nous avons connu et dans l'intimité duquel nous avons eu l'honneur de pénétrer pendant une courte période. Combien plus fidèle est la belle plaquette de Roty qui reproduit exactement ses traits ! Il est vrai que le graveur Roty a modelé Farabeuf d'après nature, tandis que le sculpteur Landowski n'a pu faire sa statue que d'après des documents iconographiques.

Un ministre devait présider la cérémonie ; les inconstances de la politique ont donné à cette fête du souvenir un caractère moins officiel et plus intime, comme d'ailleurs l'eût désiré Farabeuf lui-même, l'homme simple par excellence, qui, dans sa vie intime, avait horreur de tout ce qui eût pu paraître solennel. Le doyen de la Faculté, M. Roger, les professeurs Delbet, Sébileau, Lejars, Jean-Louis Faure qui tous doivent à l'enseignement de Farabeuf une grande part de leur habileté chirurgicale et de leur réputation, ont vanté les mérites du grand anatomiste. D'ailleurs Farabeuf lui-même n'oubliait pas non plus ce qu'il devait à ses Maîtres. Comme les hommes de grande valeur, bien que véritable innovateur, Farabeuf n'hésitait pas à reconnaître ce qu'il empruntait à ses maîtres et en particulier à Verneuil. Ainsi il écrivait à la fin de la préface de son *Précis de manuel opératoire* : « En relisant ces mémoires, que je ne connaissais pas tous dans leur état actuel, je me suis aperçu qu'ayant été imprégné de l'enseignement de ce maître depuis quinze ans, je tenais de lui un certain nombre d'idées que j'étais arrivé à croire miennes. »

Peut-on trouver un plus bel exemple de probité scientifique que ce simple aveu ?

***

L'Ecole Pratique avec son petit jardin entouré d'un cloître, inspire au visiteur un recueillement religieux. La belle statue de Bichat par David, d'Angers, orne le vestibule, celle de Bouillaud

s'élève dans le cloître. Le monument de notre maître V. Cornil, qui, après Ch. Robin, initia les jeunes savants français à l'étude de l'histologie pathologique, fait face à celui de Farabeuf. Enfin dans le lointain, sous le porche des Cordeliers, à l'entrée du Musée Dupuytren, l'on aperçoit le visage méditatif d'Ambroise Paré. Nous sommes bien ici dans le Panthéon français des sciences anatomiques, qui vient de s'enrichir d'une de ses plus belles illustrations.

J. Noir.

CORRESPONDANCE

1309. — Admission à l'assistance médicale d'une personne sans domicile de secours

J'ai été fort surpris de lire dans le n° 20 du *Concours médical* votre réponse à la question n° 1205 posée par un confrère à propos de l'accouchement fait par lui à une femme de romanichel dans une roulotte. Vous citez l'art. 23 de la loi du 15 juillet 1893, disant que l'admission doit être proposée par le préfet, et que, par suite, le maire a raison de dire que la dépense ne peut être imputée, ni au budget communal, ni au budget départemental. J'ai fait déjà à plusieurs reprises des accouchements dans ces conditions, et chaque fois, le maire de la commune m'a remis un bulletin de visite avec lequel j'ai touché ce qui m'était dû avec mes autres honoraires. J'ai eu moi-même occasion, comme maire de la commune où je réside depuis 30 ans, de délivrer l'an passé un bulletin de visite à la sage-femme du service pour un cas analogue. L'Art. 20 de la loi précitée dit, en effet : « En cas d'accident ou de maladie aiguë (et les femmes en couches sont assimilées à des malades d'après le § 2 de l'art. 1), l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune dans les conditions de l'art. 21, si cette commune ne possède pas d'hôpital. L'admission de ces malades est prononcée par le maire qui avise immédiatement le préfet.

Le maire a donc tort de dire qu'il refuse l'inscription d'urgence sous le prétexte qu'ils n'ont pas le domicile de secours communal ni même départemental. C'est son devoir de l'inscrire, et c'est à lui ensuite de poursuivre, grâce à l'art. 21, modifié depuis, le remboursement sur la collectivité qui doit payer, chose qui n'intéresse pas le confrère. Je crois du reste bon de conseiller aux confrères qui se trouveront dans ce cas de répondre de suite aux personnes qui viendront les requérir : « Je vous suis, mais passez donc à la mairie pendant que je vais voir la malade et vous demanderez au maire une réquisition, que vous m'apporterez chez vous ». Il serait très extraordinaire qu'un maire OSE refuser un bulletin ou une réquisition AVANT tandis qu'APRES, il

n'aura peut être plus cette pudeur. Il y a quelques années, j'ai eu à soigner un pauvre jeune homme de 23 ans, pupille de l'assistance publique, mais étant majeur il n'avait plus de domicile de secours dans la commune où il avait été élevé et sa nourrice, vieille femme indigente et aveugle, ne pouvait pas le garder. Le maire ne voulait pas s'en occuper sous prétexte qu'il n'était pas de la commune. J'étais fort lié avec le maire. Devant son refus formel, je pris le malade dans ma voiture et le conduisis chez lui, en lui déclarant que si je n'avais pas de suite le certificat pour le conduire à l'hôpital voisin je le laissais à sa porte. Naturellement, il céda, le malade atteint de bacillose pulmonaire et péritonéale mourut 6 semaines après. Deux départements se partagèrent l'honneur de ne pas payer les frais, et la discussion entre ces deux collectivités dura plus de deux ans. Heureusement, grâce à mon geste peu protocolaire, le malade n'avait pas attendu dans la rue. J'avoue que l'on ne peut agir ainsi chaque fois, mais à cette époque, il n'y avait ni téléphone ni auto ; car maintenant en cas de refus du maire, j'aurais téléphoné au préfet, qui aurait rappelé ce magistrat à son devoir.

Dr P.

1426. — Déclaration de maladie professionnelle

J'ai eu, il y a quelques mois, un cas de coliques de plomb chez un piqueur de peinture de navires. C'était le premier cas de la S.-I. ; comme je suis voisin de la préfecture, je me suis adressé au Dr Ott qui m'a adressé à la IVe division (compétente) de la préfecture qui m'a remis un carnet dont vous trouverez ci-joint une carte-lettre pour la déclaration des maladies professionnelles.

Le patron a fait une déclaration à la mairie, comme s'il s'agissait d'un accident du travail, il y a joint mon certificat médical. L'assurance l'A. m'a payé.

Dans le cas du Dr D. (*Concours* du 25 mai, p. 1266), le patron n'est peut-être pas assuré pour les maladies professionnelles et ce serait une raison pour l'assurance de refuser de payer. Dans tous les cas, le patron est responsable et c'est lui qu'il faut appeler devant le juge de paix.

Dr N.

Réponse.

Il ne faut pas confondre la déclaration, par le médecin traitant, des maladies professionnelles, avec l'indemnisation de ces mêmes maladies.

La loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi de 1898 sur les accidents du travail, dispose dans son article 2 que : « sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants. La nomenclature des maladies

professionnelles auxquelles s'applique la présente loi pourra être augmentée et les tableaux annexès à ladite loi pourront être revisés et complétés par des lois ultérieures ».

Il y a donc bien là une limitation et, si dans l'espèce que vous nous signalez, la Compagnie d'assurances vous a payé, c'est que les coliques de plomb figurent au Tableau 1 annexé à la loi, ainsi que la « peinture de toute nature comportant l'emploi de couleurs plombifères », qui porte le n° 14 des travaux susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine.

Pour la déclaration de « toute maladie ayant un caractère professionnel », au contraire, l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 la rend obligatoire, « en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la présente loi », dès lors que ces maladies sont comprises dans une liste établie par décret.

C'est le décret du 4 mai 1921 qui a été rendu en exécution de cette disposition et il porte, en effet, avant l'énumération des maladies qui doivent être déclarées, l'expression « et notamment », qui indique que la liste est énonciative et non limitative.

Comme en matière d'accidents du travail, la responsabilité du patron ne dépend pas du fait qu'il est assuré, mais il n'est responsable que dans les cas prévus par la loi et non dans tous les cas, comme vous l'indiquez dans la fin de votre lettre.

Pour la déclaration, elle peut être faite, en effet, par le malade, dans l'année qui suit la cessation du travail occasionnée par la maladie, par application de la loi du 9 avril 1898, étendue aux maladies professionnelles.

1417. — Amputation de Lisfranc. Evaluation de l'incapacité permanente

Un de mes clients, ouvrier agricole, a dû subir une amputation médio-tarsienne (désarticulation de Lisfranc) consécutivement à un écrasement du pied par une volumineuse vis de pressoir. Il me prie aujourd'hui, sur l'invitation de la Compagnie d'assurances, de lui délivrer un certificat de consolidation avec évaluation du pourcentage d'incapacité définitive.

Ne trouvant pas ce renseignement nettement explicite dans le livre des professeurs Forgue et Jeanbrau, voulez-vous avoir l'obligeance de me dire, en tant que membre de notre ligue professionnelle, le taux que je peux imputer à l'infirmité ci-dessus.

Dr T.

Réponse.

Le Guide barème des Pensions militaires, qui

(*Voir la suite page XLVII-1421*)

PROPOS DU JOUR

Encore de fâcheux abus. L'exercice de la médecine civile par les médecins des troupes coloniales et de la marine. En Indo-Chine. A Toulon.

Nous désirons vivement voir nos jeunes confrères s'installer dans nos colonies et nous sommes persuadé, tout autant que le très distingué ancien ministre, M. Albert Sarraut, que le médecin doit être le meilleur agent de civilisation et le plus sûr propagateur de l'influence française dans nos colonies. Mais, si l'on veut que les jeunes médecins deviennent ces sortes de missionnaires laïques, il faut leur assurer une situation honorable, un avenir convenable et leur attribuer des indemnités et des avantages en rapport avec l'exil qu'ils acceptent, les dangers qu'ils vont affronter, les fatigues qu'ils vont subir. Il ne faut pas surtout faire miroiter à leurs yeux de brillants mirages qui ne répondent pas à la vérité. Le retour à la métropole de médecins coloniaux désillusionnés, mécontents et aigris, serait un grand danger pour l'avenir de nos colonies, et aussi pour le Corps médical. C'est pour cela que nous n'avons pas hésité à publier ici les plaintes très légitimes des médecins civils de la Nouvelle-Calédonie et celles des confrères qui, croyant pouvoir s'y faire une belle situation, se sont installés au Maroc. Ces médecins français se sont expatriés avec la conviction qu'ils pourraient vivre largement, et même assurer leur avenir et celui de leur famille. Ils sont partis pleins d'enthousiasme, d'espoir et d'énergie. Ils ont cru en arrivant que leurs prévisions allaient se réaliser; mais, désillusion ! ils ne comptaient pas trouver des concurrents dans les médecins de la marine et les médecins des troupes coloniales. Ces concurrents sont d'autant plus dangereux que, outre le prestige du galon, très réel aux Colonies, ils se trouvent pourvus d'une solde leur permettant largement de vivre, d'indemnités qui augmentent très notablement cette solde et qu'ils peuvent, sans doute irrégulièrement, mais peuvent quand même, utiliser pour leur clientèle privée l'arsenal chirurgical de leurs hôpitaux et le personnel mis à leur disposition.

Lorsque les médecins civils se plaignent, les autorités supérieures les accueillent avec bienveillance, reconnaissent les torts de leurs subordonnés, rédigent des circulaires pour mettre un terme aux abus. Mais les circulaires restent lettre morte ; les chefs ferment les yeux et les médecins civils, trop fortement handicapés, reviennent en France ou continuent à se plaindre et à végéter.

C'est là qu'il faut chercher la principale cause de la crise du recrutement des médecins civils dans les Colonies. Nul ne l'ignore. Pourquoi n'ose-t-on pas le dire et chercher un remède qui nous paraît simple à appliquer ?

Pourquoi ne pas indiquer que les médecins de la marine et des troupes coloniales ne seront autorisés à exercer la médecine civile que dans les localités et les régions dépourvues de praticiens civils ? Pourquoi ne pas désigner nettement les villes et les colonies où les médecins de la marine et de l'armée coloniale pourront exercer ? Au moins les civils qui voudront s'y rendre et y tenter la fortune seront-ils avertis et ne pourront se plaindre d'avoir été trompés ? D'autre part, n'est-il pas un peu angoissant de laisser supposer que la discipline est à ce point relâchée, dans nos services de santé coloniaux, qu'il soit permis à des officiers de ces services de ne pas tenir compte des instructions et des circulaires de leurs chefs ?

***

Nous avions cru que notre meilleure colonie, l'Indo-Chine échappait à la crise que l'on nous a signalée à la Nouvelle-Calédonie et au Maroc. On nous avait fait l'éloge, que nous croyons mérité, du Service de santé, dont un très distingué médecin civil, M. Leroy des Barres, est le grand chef et, sans doute, le remarquable organisateur. Malheureusement, nous venons de recevoir d'un correspondant qui exerce dans une grande ville indochinoise, une lettre qui nous laisse perplexe et paraît démontrer que tout n'est pas parfait, au moins pour les médecins civils, dans la plus prospère de nos colonies.

La lettre que nous avons reçue est datée du 4 avril, elle est signée d'un confrère qui a exercé en France, il y a quelques années et était déjà un de nos abonnés. Il nous conte une anecdote qui se serait passée en février et mars 1923, dont un médecin militaire aurait été le héros, et qui trouverait sa place dans un roman de Balzac. Il nous autorise à la publier, nous donne même les

noms des intéressés pour en prouver l'authenticité. Il n'est pas lui-même intéressé dans l'affaire, et n'a aucune rancune à assouvir.

Nous ne doutons pas de la bonne foi de notre correspondant ; mais à quoi bon relever un acte assez malpropre, accompli par un médecin, acte qui, nous en sommes persuadé, est tout à fait exceptionnel ?

Cependant, si nous ne donnons pas satisfaction à notre correspondant en contant une histoire quelque peu rocambolesque, nous n'hésitons pas à citer le passage suivant de sa lettre :

« Je vous serais, écrit-il des plus obligé de me dire si, malgré la loi, les médecins des troupes coloniales peuvent, avec le simple assentiment du gouverneur général d'une colonie, exercer la médecine dans des centres déjà pourvus de médecins civils et concurremment avec eux. Ceci est une question qui m'intéresse personnellement, car il est certain que c'est la présence de médecins militaires qui m'a empêché, moi civil, de m'installer à Haïphong.

Nous avons formé une sorte de syndicat de médecins civils et nous avons demandé au Gouverneur la suppression du privilège des médecins militaires, au moins dans les grandes villes. Le Gouverneur répondit que l'heure n'était pas encore venue.

En résumé permettez-moi de vous poser les questions suivantes :

1° Les médecins militaires peuvent-ils, malgré la loi, de par le simple assentiment du Gouverneur, exercer la médecine dans une Colonie ?

2° Peuvent-ils présenter des notes d'honoraires et en exiger le paiement devant les tribunaux ?

3° L'avocat du client avait-il raison de le dissuader d'aller en appel ? »

Les deux dernières questions ont trait à l'affaire qui nous a été rapportée.

Notre correspondant se trompe : la loi n'interdit pas aux médecins de marine ou militaires d'exercer la médecine civile ; ce sont seulement les règlements de leurs services. Les Gouverneurs des colonies sont de véritables proconsuls qui ont, en pratique, des pouvoirs presque discrétionnaires. D'autre part, rien n'empêche un médecin militaire de poursuivre devant les tribunaux le recouvrement d'une dette. C'est aux juges d'apprécier. Enfin, si l'avocat a conseillé à son client de ne pas faire appel, c'est vraisemblablement parce qu'il a jugé que c'était son intérêt.

Mais, si un Gouverneur général jouit d'un pouvoir presque illimité, il ne s'en suit pas que le Ministre des Colonies et le Parlement ne puissent lui demander compte de ses actes et lui donner des directives.

Dans le cas présent, il serait sans doute nécessaire de montrer que la crise du recrutement des médecins civils de nos colonies tient justement au manque de protection des autorités coloniales, et à l'arbitraire auxquels ils se trouvent livrés, sinon en droit, du moins en fait.

***

Nous avons reçu à ce sujet des reproches d'un correspondant qui s'est absolument mépris sur nos intentions. « En vous faisant l'écho des plaintes des médecins civils de nos colonies, nous écrit-il, vous faites une mauvaise besogne. Vous détournez les jeunes médecins de nos possessions d'outre-mer et vous contribuez plus que tout autre à la crise du recrutement. »

Nous n'éprouvons aucun embarras à répondre que ces arguments sont pour nous sans valeur. Ce n'est pas en cachant le mal qu'on le guérit. Ce n'est pas en aidant à tromper de jeunes confrères sur la situation qui les attend dans les colonies que nous améliorerons le recrutement médical de ces dernières. En répétant les plaintes que nous recevons de loin, nous espérons contribuer à les faire entendre et à obliger à les prendre en considération.

D'autre part, les mœurs coloniales des médecins de marine tendent nettement à s'introduire dans nos grands ports de guerre, et personne ne nous contestera ici le droit de protester.

Dans notre « Propos du jour » du 11 mai, nous avons relaté une lettre très modérée dans sa forme, mais très nette dans ses plaintes, d'un confrère qui exerce dans un port militaire de l'Océan ; l'exercice de la médecine civile par les médecins de marine empêche les praticiens d'y vivre. Notre correspondant nous citait certains, chargés de famille, qui n'arrivaient pas à gagner *quatre cents francs par mois*. Nous étions persuadé que ces abus étaient purement locaux et que sans doute le Syndicat médical de ce port arriverait à les faire cesser en avertissant confraternellement de leurs torts les médecins de marine. Or, nous venons de recevoir de Toulon une lettre d'un praticien autorisé de cette ville, qui précise que les médecins de marine y exercent en dépit des démarches faites amicalement auprès d'eux. « L'un d'eux candidement a expliqué dans une lettre qu'ayant acheté toute une instrumentation pour exercer la médecine civile, il trouvait tout naturel et tout légitime de continuer à l'exercer pour payer les frais occasionnés par

cet achat. Et il continue ... depuis plusieurs années ».

Le Syndicat s'émut et fut trouver le Directeur du Service de Santé. Ce dernier essaya d'objecter qu'il était bien difficile d'empêcher des médecins pourvus d'un diplôme de soigner... gratuitement ! Il ne pouvait croire, malgré les affirmations et les preuves des praticiens de Toulon, que ses subordonnés ne donnaient pas leurs soins gratuitement.

Il consentit néanmoins à rédiger une circulaire. Mais le brave homme ne se faisait sans doute pas d'illusion sur la valeur de son geste. La circulaire resta lettre morte et les médecins de marine de Toulon continuèrent à exercer.

L'intervention d'un député, sollicité par le Syndicat, mit en branle la machine ministérielle. Une circulaire du Ministre en termes impératifs rappela à leurs devoirs les médecins de marine et menaça de sanctions sévères ceux qui continueraient à exercer. Cette circulaire ne devait pas rester tout à fait lettre-morte. Deux médecins de marine coupables y étaient nominativement désignés. Or, au bout de quelques semaines, leur temps de séjour à Toulon étant expiré, ils auraient dû réglementairement quitter la ville. Ils y furent maintenus et, ce qui est piquant, grâce aux démarches du puissant député dont l'intervention avait provoqué la circulaire ministérielle. Ce parlementaire, habilement débonnaire, savait, comme la lance d'Achille, guérir les plaies qu'il avait pu faire.

Voilà où en sont les choses. Et notre confrère de Toulon nous affirme que ce ne sera pas trop que de réclamer l'intervention de l'Union des Syndicats médicaux de France, l'appui du groupe médical interparlementaire, celui de toutes les influences personnelles et de mener une énergique campagne pour que les médecins de marine, à l'exemple des médecins de l'armée, arrivent à comprendre qu'il convient de laisser exclusivement aux médecins civils l'exercice de leur profession.

J. Noir.

R. H. M. S. : 5735.

Une conférence du Professeur Young, de Baltimore, à la Faculté de Médecine de Paris

Nous avons eu l'avantage d'assister, le 20 mai, à une très intéressante conférence du professeur Young, de Baltimore, l'urologiste américain universellement connu.

La conférence a eu lieu au Petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine devant un public nombreux. M. le Doyen de la Faculté, M. le Pr Hartmann, président de l'A. D. R. M., M. le Dr Desnos, membre de l'Académie de médecine, accompagnaient M. le Pr Young.

En quelques mots, M. le Doyen a souhaité la bienvenue à M. Young et l'a remercié de l'honneur qu'il voulait bien faire à la Faculté de médecine et aux médecins parisiens en venant prononcer dans cet amphithéâtre une conférence en français. Il contribuera ainsi à resserrer les liens qui n'ont cessé d'unir les deux grandes Républiques américaine et française.

En un français excellent, le Pr Young a fait part des recherches qu'il a entreprises avec ses assistants au John Hopkins Hospital de Baltimore. Se basant sur l'élimination de matières colorantes par les reins et sur leur pouvoir bactéricide, il a entrepris des expériences avec le concours de ses élèves, expériences qui ont porté sur plus de 300 corps différents.

Il ne retient actuellement que deux produits qui lui ont donné des résultats merveilleux le *violet de gentiane* et surtout le *mercuro-chrome.*

Le mercuro-chrome, employé en injections intra-veineuses sous la forme de solution aqueuse au centième et à la dose de 5 millimètres cubes par kilogramme de sujet en expérience, lui a donné dans des cas d'extrême gravité des résultats tout à fait impressionnants.

Ce médicament agit avec une rapidité stupéfiante dans les infections locales ou générales les plus graves si elles sont dues au staphylocoque, au streptocoque hémolytique ou au colibacille.

Le conférencier a cité plusieurs observations, notamment un cas de scarlatine, avec érysipèle, angine, adénopathie cervicale où le malade paraissait à la dernière extrémité.

Le Pr Young a insisté sur l'innocuité de cette médication vraiment héroïque. Il n'a jamais constaté lui-même d'accident ; certains de ses élèves ont signalé de la gingivite mercurielle, qui a une faible importance si l'on songe que le mercurochrome a été toujours employé dans des circonstances extrêmement graves. Ces accidents tiennent à ce qu'au lieu de donner, comme il le recommande une dose forte d'emblée, ses collaborateurs avaient injecté de faibles doses, fréquemment répétées.

M. le Doyen Roger a remercié M. le Pr Young qui nous a réservé la primeur d'une importante découverte et convié les auditeurs à assister deux jours après à une autre conférence américaine qui sera faite par M. le Pr Beer, le très distingué chirurgien de New-York.

Une ovation émouvante a été faite au professeur Young. J. N.

UN GESTE D'ASSISTANCE CONFRATERNELLE

Treize mille sept cent cinquante francs d'allocations individuelles

Le **CONCOURS MÉDICAL** *a reçu, de la Société anonyme de la* **REINE de VALS** *une somme importante, avec la charge de la répartir entre certains membres de la grande famille médicale particulièrement dignes d'intérêt.*

Cette répartition sera effectuée dans le courant du mois de décembre prochain, aux conditions suivantes :

1° *Deux allocations de* 2.500 *francs chacune seront attribuées à* **deux orphelins, enfants de médecins.**

2° *Une allocation de* 2.500 *francs sera attribuée à une* **veuve de médecin,** *dans une situation justifiant cette affectation.*

3° *Une allocation de* 2.500 *francs sera attribuée à un* **médecin invalide** *ou* **âgé** *et malheureux.*

La **seule condition exigée** *est que le médecin décédé, dans les deux premier cas, et le médecin invalide, dans le second,* **aient été abonnés au Concours Médical et membres de la Société civile.**

Les dossiers de proposition devront parvenir à l'administrateur du Concours Médical, au plus tard le 1er *octobre* 1924.

Le Conseil d'administration du Concours Médical examinera les titres des candidats, et désignera les bénéficiaires respectifs de ces allocations.

4° *Deux allocations de* 500 *francs chacune seront attribuées à deux* **étudiants en médecine en fin d'études** *pour prendre part au* **Voyage aux eaux minérales** (*V.E.M.*) *de* 1925. *Les candidatures devront parvenir au Concours Médical avant le premier décembre* 1924.

5° *Onze allocations de* 250 *francs chacune seront mises à la disposition d'***Etudiants en médecine,** *n'ayant plus à subir que leurs derniers examens de clinique, pour* **achat d'instruments ou de livres** *à leur choix, savoir :*

Une allocation sera attribuée à la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris, une à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris ; une à l'Association des étudiants en médecine de chacune des Facultés de médecine de province : Lille, Nancy, Strasbourg, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Alger. Les bénéficiaires seront désignés par les Associations d'étudiants, et leur nom sera porté à la connaissance du Concours Médical avant le 1er *décembre* 1924.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FAUX-RHUMATISME MENSTRUEL ET ACCIDENTS ARTICULAIRES DE CROISSANCE

Par Paul DALCHÉ,

Médecin des Hôpitaux.

Dans un autre travail, j'ai appelé *faux rhumatisme ovarien* des accidents articulaires qui surviennent chez des jeunes filles et des jeunes femmes, confondus parfois avec un *faux rhumatisme de la chlorose*, et qui paraissent ressortir à une auto-intoxication d'origine génitale.

Mais depuis j'ai observé de nouveaux cas où entrent en jeu d'autres facteurs que la dysovarie et pour lesquels, en même temps qu'aux troubles des fonctions ovariennes, il faut attribuer une grande importance à des phénomènes comme la venue des règles, des accidents cataméniaux anaphylactiques, des poussées de croissance.

Bien que l'on puisse m'objecter que beaucoup de perturbations menstruelles relèvent d'une origine ovarienne, l'incertitude où nous restons encore sur les rapports exacts des sécrétions ovariennes avec la menstruation, avec l'anaphylaxie menstruelle, etc., me fait préférer maintenant le terme plus large, mais plus vague, de *faux rhumatisme menstruel*, qui a l'avantage d'englober tous les accidents pouvant survenir à propos de règles normales ou troublées.

Le terme de faux rhumatisme génital aurait l'inconvénient de prêter à la confusion avec d'autres accidents articulaires, comme, par exemple, le faux rhumatisme blennorragique.

Je dois donc m'efforcer d'établir une discussion sur les causes et la nature du faux rhumatisme menstruel, mais auparavant, il me sera permis d'en exposer un exemple frappant dans l'observation suivante.

***

Je fus appelé auprès d'une jeune fille, âgée de 16 ans 1/2, présentant tous les caractères de la sexualité féminine développés, avec une hyperthricose marquée, mais d'une *croissance exagérée*, de grande taille et ayant le corps d'une très robuste femme de trente ans. Sans antécédents héréditaires notables, elle est sujette à de fréquentes crises d'*urticaire*.

Dès la puberté, elle a été *dysovarique* : réglée à 13 ans, la première menstruation dura onze jours, la seconde s'établit six semaines après ; puis les règles continuèrent à paraître tous les 35 jours à peu près, avec une durée moyenne de huit jours et sans douleurs.

Il y a trois ans environ, elle accuse un gonflement de l'*articulation tibio-tarsienne* gauche avec impotence fonctionnelle et douleurs au niveau des malléoles.

Le début de la maladie actuelle remonte en mars 1923.

Les dernières et les avant-dernières règles, contre leur habitude, ont alors été douloureuses avec des caillots assez abondants et accompagnées de difficultés pour la miction.

Le genou gauche devient sensible et souffre d'élancements ; il augmente de volume, son gonflement général est plus accentué au niveau du cul-de-sac rotulien. La pression sur les extrémités osseuses est très pénible.

Il s'installe une fièvre légère qui, le soir, monte à 38°3.

Après sept semaines d'absence, les règles reparaissent encore douloureuses avec caillots et dysurie, le genou droit se prend à son tour et présente la même apparence que le gauche. Cet état n'est en aucune façon amendé par la médication salicylée.

Quelques jours après, le coude gauche, puis le coude droit sont atteints ; les muscles péri-articulaires sont contractés. La pression réveille de la douleur au niveau des épicondyles et des épitrochlées, comme aussi au niveau des *cartilages de conjugaison*.

Deux semaines après, ce sont les muscles de la nuque et les sterno-cléido-mastoïdiens qui sont pris, douloureux, contractés, empêchant tout mouvement de la tête. La pression au niveau des mastoïdes et de la partie inférieure de l'occipital est très sensible.

La fièvre oscille entre 37°8 et 38°2 et monte jusqu'à 38°5.

C'est alors que les règles normales reparaissent sans douleurs, sans caillots, et au cours de cette menstruation, les manifestations articulaires et musculaires s'amendent et disparaissent.

Les règles sont venues le 6 juin, se sont terminées le 14. Dès le 10 juin, les contractions musculaires diminuaient, et le 17, elles n'existaient plus, tandis que les articulations s'étaient dégonflées et revenaient progressivement à leur état primitif.

A partir de cette date, les règles cessent de retarder. Elles apparaissent le 6 juillet, le 4 août, le 30 août, etc., au bout de 26 à 30 jours, montrant peut-être une certaine tendance à *avancer*, mais nullement douloureuses, quoique toujours assez longues.

Pendant cette période, les accidents articulaires ont complètement disparu, la malade a pu voyager.

Mais il arrive qu'elle prend froid au moment où les règles allaient s'installer : le genou gauche gonfle immédiatement et l'épiphyse tibiale devient sensible. Ces phénomènes entrent en sédation cinq semaines après, avec l'apparition des règles suivantes.

Cette amélioration n'est pas franche, car ces règles sont douloureuses, avec dysurie et caillots ; le gonflement et des contractures se montrent de nouveau pour diminuer et disparaître au cours d'une menstruation suivante.

Depuis cette époque, un nouvel accès d'aménorrhée accidentelle, avec suppression brusque de l'écoulement sanguin au troisième jour due à une imprudence de la malade, est suivi *dès le lendemain* de nouveaux accidents ostéo-articulaires.

***

De cette observation un peu confuse, il résulte divers points qu'il faut bien établir.

1° La malade est une dysovarique depuis la puberté.

2° A un moment donné, les règles, qui jusqu'alors se bornaient à couler avec des retards de plusieurs jours et une profusion trop grande, deviennent douloureuses, contiennent des caillots et s'accompagnent de dysurie, en même temps que leur retard gagne jusqu'à sept semaines.

C'est à cette époque qu'éclatent les phénomènes articulaires, osseux et musculaires.

3° La coïncidence de l'apparition de ces accidents articulaires et ostéalgiques avec les troubles menstruels est frappante.

Ils éclatent avec la venue des règles *troublées*, s'atténuent rapidement pendant l'écoulement même de règles *normales*, et disparaissent lorsque la menstruation s'installe d'une façon régulière.

La menstruation s'améliore au point qu'elle n'éprouve plus de retards, et pendant cette période, la guérison semble obtenue.

Survient une aménorrhée accidentelle avec suppression brusque des règles au troisième jour de leur écoulement, et *dès le lendemain*, les accidents éclatent de nouveau.

4° La malade présentait une *croissance exceptionnelle*.

5° Il existait à diverses reprises une fièvre légère qui oscillait entre 37°8 et 38°2 et est montée jusqu'à 38°5.

***

Les accidents articulaires sont indiscutables. Il y a eu plus que de l'*arthralgie* : le gonflement du genou simulait celui d'un *rhumatisme*, les culs-de-sac synoviaux étaient distendus, la malade a dû garder le lit pendant plusieurs semaines.

Après la sédation des phénomènes, l'articulation reprit sa forme primitive, les mouvements de flexion et d'extension s'accompagnait de quelques froissements perceptibles à la palpation.

Les articulations ont certainement été touchées et leur état ne résultait pas de la simple propagation des ostéalgies.

Ces ostéalgies existaient à n'en pas douter, mais quelques-unes ont été postérieures aux accidents articulaires, d'autres très nettement différentes et éloignées d'eux.

Du reste, les *pures arthralgies de croissance* sont admises par tous les auteurs, et j'aurai à discuter jusqu'à quel point les accidents articulaires que j'ai décrits n'en sont qu'un stade plus avancé.

Les contractures musculaires me paraissaient constituer surtout une réaction de défense.

***

Ce *faux rhumatisme menstruel* éclate surtout à la puberté; du reste, je dois reconnaître que beaucoup de phénomènes ostéo-articulaires de la croissance se manifestent aussi de préférence à cette époque.

Il est des cas où il reste *uniquement articulaire*. C'est sans doute pour eux que l'on a parlé d'un *faux rhumatisme de la chlorose*.

Bouchard le signale pour l'éliminer. Dans deux observations, il a constaté, à l'autopsie de semblables malades, l'étroitesse de l'aorte et l'exiguïté vasculaire.

Or, il est très fréquent de rencontrer, chez les malades à angustie aortique et vasculaire, des hypertrophies ou des insuffisances ovariennes.

Mais à l'époque où Bouchard écrivait sur le sujet du faux rhumatisme, il n'était pas encore question d'insuffisance ovarienne et de dysovarie, et cet auteur ne pouvait envisager cette idée.

L'examen de quelques malades m'a porté à me demander si les accidents articulaires ne ressortissent pas à une auto-intoxication génitale d'origine utéro-ovarienne.

Cette hypothèse concilierait du reste diverses opinions, comme celle de Charrin qui voit l'étiologie de la chlorose dans le manque d'élimination d'un poison que l'organisme chasse par les menstrues, comme celle de Spilmann et Etienne

qui l'attribuent à l'insuffisance de certaines fonctions ovariennes, etc.

Il n'est pas douteux qu'il existe au moins *une* chlorose d'origine génitale, quel que soit le mode d'intervention de l'appareil génital : action directe par des sécrétions internes altérées (ETIENNE) ; action indirecte par l'influence ovarienne sur les fonctions hématopoiétiques de la moelle des os (HUTINEL) ; hormones de l'ovaire stimulant l'activité des organes hématopoiétiques (NOORDEN) ; intoxication par les lipoïdes hémolytiques sécrétés par les corps jaunes (ARCANGELI), etc.

Malgré la différence des avis, l'idée d'une auto-intoxication domine la pathogénie.

Ce *faux rhumatisme menstruel* est à début plus brusque, plus tapageur que les simples douleurs articulaires de croissance. L'évolution peut en être suivie dans l'observation de la malade rapportée plus haut. Il n'est pas précédé d'une période plus ou moins longue d'arthralgies ; il est plus douloureux ; il se fait un épanchement articulaire et les tissus périphériques participent au gonflement ; volontiers, il existe une fièvre légère.

***

Les considérations nouvelles sur le *choc anaphylactique* de la menstruation me portent aussi maintenant à me demander si, au lieu d'une intoxication génitale, il ne convient pas d'invoquer *pour certains cas* une *réaction anaphylactique* qui rendrait ce faux rhumatisme l'analogue des manifestations articulaires d'origine sérique ; je suis porté à le croire, comme aussi à admettre une certaine parenté avec *quelques hydarthroses périodiques.*

J'ai signalé que ma malade était sujette à des crises d'*urticaire.*

***

Il faut le reconnaître encore, d'autres accidents articulaires sont la propagation ou le retentissement des douleurs *apophysaires* et *épiphysaires* de croissance. Il n'est pas surprenant que ces divers phénomènes subissent alors l'influence de la poussée fluxionnaire des règles, qui peut en tout temps s'exercer sur une foule d'états pathologiques.

Les douleurs ostéalgiques deviendront plus sensibles pendant la menstruation, et secondairement aussi, les douleurs articulaires.

***

Il est donc probable que diverses influences sont capables d'entrer en jeu, et pour faire la part de ce qui revient à chacune d'elles, il faut bien connaître ce que nous savons des douleurs de croissance.

Dans sa *Clinique Chirurgicale,* GOSSELIN, qui avait en vue les maladies chirurgicales de l'adolescence, consacra huit leçons à l'ongle incarné, à l'exostose sous-unguéale, aux exostoses épiphysaires, au polype fibreux naso-pharyngien, à l'hyperostose du fémur, à l'ostéite épiphysaire aiguë et à la tarsalgie.

BROCA précisa que les *exostoses de croissance* prennent naissance au niveau du cartilage épiphysaire, et SOULIER les appela des exostoses *ostéogéniques,* dont les lieux d'élection se trouvent à l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure de l'humérus et du tibia et du péroné, les extrémités des os du coude.

CHASSAIGNAC les avait nommées des *ostéophytes.*

Leur développement ne provoque pas de souffrances gênantes. Cependant, il est des douleurs qui prédominent volontiers aux apophyses antéro-supérieures des tibias, et s'accompagnent de gonflement, c'est l'*ostéite apophysaire* de LANNELONGUE.

Mais il existe en outre des ostéalgies, douleurs plutôt juxta-épiphysaires qu'épiphysaires, au niveau du cartilage *de conjugaison, paroxystiques* ou continues, et d'autres même plus diffuses qui paraissent occuper la diaphyse des os. GOLOUBOFF met quelques-unes de ces ostéo-myélalgies sur le compte des altérations que *subit la moelle* osseuse.

Des *arthralgies* de croissance (BROUARDEL) « *résultent des changements de rapports* des surfaces osseuses par allongement inégal des différents segments du squelette » (COMBY). D'autres doivent succéder à des propagations de douleurs osseuses.

J'ai vu ces arthralgies s'accompagner au bout de quelque temps d'un léger épanchement. Assez fréquemment, nous entendons dire autour de nous qu'une fillette souffre d'un épanchement de synovie dans le genou, et qu'il lui faut garder le repos ; ou bien elle a eu le coude ou le poignet gonflés et a dû cesser les leçons de piano par exemple. Au bout de quelque temps, tout est rentré dans l'ordre, et on ajoute alors : « c'était un peu de fatigue et de croissance ». Cela est parfaitement exact ; la fatigue et la croissance amènent, à la puberté, des troubles ostéo-articulaires qui simulent des accidents fort graves.

La douleur a été articulaire et sus-articulaire, siégeant au niveau de l'articulation elle-même, comme aussi au-dessus et au-dessous de la jointure au point d'une soudure épiphysaire. Un beau jour, le plus souvent, mais non pas nécessairement ; à l'occasion d'une fatigue plus accentuée, dans l'articulation se forme un épanchement qui n'est pas trop douloureux, ne s'accompagne pas de

◆◆◆

rougeur de la peau, et ne donne pas, en un mot, l'impression d'une arthrite aiguë ou d'un rhumatisme mono-articulaire aigu : c'est en effet plutôt de l'*hydarthrose*. D'habitude, l'épanchement se résorbe sans grandes difficultés (cependant j'en ai vu un durer près de quinze mois ; c'était une exception). L'articulation reprend son état antérieur sans modifications osseuses apparentes, mais elle reste sensible et, pendant quelque temps, sujette à se gonfler à propos d'un exercice prolongé.

Jusqu'à quel point ces accidents articulaires de croissance sont-ils parents avec le faux rhumatisme menstruel ?

Il est probable que les deux influences peuvent se superposer, et il arrive sans doute que les douleurs de croissance constituent un point d'appel pour le trouble d'origine menstruelle.

Mais la *véritable hydarthrose de croissance* ne subit pas des oscillations en rapport avec les règles, comme chez notre malade. Nous ne la voyons pas apparaissant brusquement à propos de règles troublées, pour disparaître quand les règles reprennent leur cours régulier, et se montrer de nouveau à propos d'une aménorrhée accidentelle ou de toute autre perturbation menstruelle.

Dans le faux rhumatisme menstruel, il existe une marche parallèle des accidents articulaires et menstruels trop significative que nous ne trouvons pas dans d'autres pseudo-rhumatismes. Le rhumatisme blennorragique, par exemple, est singulièrement tenace, et nous ne constatons pas dans son évolution des variations correspondant aux règles pour paraître et disparaître avec elles.

Je crois donc, en un mot, que pour certaines douleurs que l'on attribuait purement à la croissance il faut tenir grand compte *des fonctions utéro-ovariennes* et de leur état normal ou pathologique.

D'autres accidents, comme la *tarsalgie*, le *valgus pied plat*, le *genu-valgum*, certaines *scolioses*, ont des rapports encore avec la croissance, et je me contente de les signaler ici.

Des manifestations fébriles accompagnent quelques-uns de ces phénomènes. Depuis Giraldès, qui insista sur la *périostite phlegmoneuse diffuse*, on tombe d'accord pour reconnaître que l'*ostéo-myélite aiguë* éclate volontiers chez les enfants qui grandissent. Lannelongue a montré que son point de départ se trouve fréquemment au voisinage des cartilages de conjugaison.

Mais, que faut-il entendre par *fièvre de croissance* dont l'existence même, loin d'être admise d'une façon unanime, demeure singulièrement contestée.

« Vous ne m'avez pas entendu parler des fièvres de croissance, dit M. Louis Guinon, c'est que je ne crois guère à leur existence ; la fièvre est un accident banal chez l'enfant, d'origines multiples. Certes, un surmenage musculaire peut produire la fièvre, mais celle-ci n'a rien à voir avec la croissance elle-même ». Et Hutinel : « Il n'y a cependant pas de fièvre de la puberté ou fièvre de croissance, et en présence de l'élévation persistante de température, il faut en rechercher la cause, qui est le plus souvent la tuberculose ou l'ostéomyélite ». En somme, « dans la croissance normale, ajoute Mayet, il ne doit y avoir ni douleurs, ni fièvre, il faut un fait pathologique surajouté ». Cependant, « Bouilly sous le nom de *fièvre de croissance*, a décrit des accès de fièvre éphémère survenant chez des enfants qui grandissent vite et s'accompagnant de points douloureux au niveau des épiphyses tibio-fémorales. En mesurant les sujets avant et après la crise, on trouverait un accroissement de 1 cm. ou 1 cm. 5. Il y aurait là une véritable secousse de croissance caractérisée par de la fièvre et des douleurs osseuses et relevant, d'après Bouilly, d'une ostéite juxta-épiphysaire très atténuée. Quelquefois, la fièvre existe seule, les douleurs osseuses restant au second plan ou faisant totalement défaut. Les douleurs osseuses de croissance sont réelles et fréquentes, mais elles sont rarement aussi limitées, aussi étroitement localisées que le veut Bouilly (*in* Comby) ». Mauclaire parle d'une véritable fièvre de croissance, *a*) aiguë, rapide ; *b*) aiguë prolongée ; *c*) traînante, mais avec douleurs, épistaxis, vergetures, etc. Quant à Poncet, après avoir rappelé l'opinion de Gosselin, viciation particulière du sang par une croissance trop rapide, et celle de Maas et Kocher, infection primitive du sang, porte d'entrée par les muqueuses, il admet la même pathogénie que celle de l'ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse, et rapporte des cas de douleurs juxta-épiphysaires et une observation simulant au premier abord le rhumatisme articulaire.

De ces opinions diverses, et de ce que j'ai vu moi-même chez de nombreuses pubères, il me paraît résulter que la *fièvre de croissance*, que l'on pourrait appeler *essentielle*, existe rarement. En présence de l'observation persistante de température, il faut chercher, dans l'état local ou l'état général une complication sérieuse ou sans importance, une affection légère ou grave coexistante. Si une croissance normale, même très vigoureuse, ne donne pas de fièvre, une ostéite ou une ostéo-arthrite peuvent la provoquer avec des réactions les plus variables.

Le *rhumatisme chronique des jeunes* sort de mon sujet.

Cependant, depuis qu'en 1799, Landré-Beauvais, interne de Pinel à la Salpêtrière, prenait

pour sujet de thèse : « Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous le nom de goutte asthénique primitive ? » (BESNIER) et que CRUVEILHIER appelait le rhumatisme noueux *goutte des femmes*, la prédominance du rhumatisme chronique dans le sexe féminin est bien établie.

Et si son apparition est beaucoup plus fréquente à la ménopause, on l'observe aussi à la puberté et chez les jeunes après la puberté. Il serait difficile de ne pas voir un rapport entre cette affection et les fonctions sexuelles de la femme.

C'est ainsi que chez les *jeunes filles* qui en sont atteintes, on constate souvent une *puberté tardive* : les règles se montrent pour la première fois à seize, dix-sept, dix-huit, vingt et même vingt et un ans. Dans un cas de BARJON, la malade est pubère à dix-huit ans et le rhumatisme débute à vingt. Je pourrais multiplier les citations pour démontrer l'importance de la *dysovarie* ; elle me paraît indiscutable.

Au cours d'un autre travail, fait en collaboration avec Marcel CARTERET, je me suis efforcé d'établir que les analyses urinaires des rhumatisantes chroniques et des insuffisantes ovariennes arrivent à des résultats presqu'analogues, dont la caractéristique dominante est la diminution de l'urée et de l'acide phosphorique sans grandes modifications des chlorures.

Il est vraisemblable que la dysovarie et à sa suite, une dysendocrinie plus générale, jouent un grand rôle dans la pathogénie du rhumatisme chronique chez la femme.

***

Le *diagnostic* et le *pronostic* qui en découle peuvent être assez réservés.

L'existence de douleurs juxta-épiphysaires, surtout si on les constate en même temps au-dessus ou au-dessous d'articulations autres que celle ou il se manifeste du gonflement, prend pour le diagnostic une grande importance.

Le *rhumatisme articulaire aigu* n'est pas le plus embarrassant à éliminer. Les températures en sont plus élevées, le début en est brusque, sans être précédé d'ostéalgies, les articulations d'emblée sont prises en grand nombre, le salicylate de soude agit avec efficacité, etc.

Mais il est plus difficile d'éliminer certaines arthrites, d'allure moins tapageuse, comme les *arthrites tuberculeuses*. A la hanche, le diagnostic avec la *coxalgie* est quelquefois des plus épineux. J'ai vu dans un cas les opinions varier successivement pour se fixer à l'hypothèse probable d'une affection hystérique, et je me demandai à mon tour si l'hystérie ne s'était pas greffée sur des douleurs menstruelles ou de croissance.

Après la tuberculose, il faut songer à la *syphilis*, et chez ces jeunes, à la *syphilis héréditaire*, puis à toutes les *ostéo-myélites*. L'hésitation est d'autant plus permise qu'une douleur de croissance peut masquer le début d'une ostéo-myélite.

Ensuite, vient la série des *arthrites infectieuses*, les *pseudo-rhumatismes* de toute nature, il convient de ne pas oublier le *rachitisme* lui-même.

La constatation d'une *dysovarie*, l'apparition des accidents articulaires coïncidant avec des perturbations dans les règles, leur disparition et leur alternance avec des successions de règles normales ou troublées, feront penser à la possibilité d'un *faux-rhumatisme menstruel*. En outre il est plus un pseudo-rhumatisme que les simples douleurs arthralgiques de croissance : il existe un épanchement, l'articulation est gonflée, la température est fébrile souvent, sans atteindre cependant trop d'élévation.

S'il est difficile à affirmer d'emblée, ce diagnostic est important au point de vue thérapeutique. On aura recours à une radiographie.

***

C'est surtout dans les périodes *pubérales* et *post-pubérales* que nous observons le pseudo-rhumatisme menstruel, de 14 et 16 ans jusqu'à 24 et 25 ans. Mais aucun âge ne s'en trouve complètement à l'abri au cours de la vie génitale, s'il est exceptionnel de le voir plus tard.

Il me paraît probable qu'il appartient à la classe des maladies de croissance au moins pour deux motifs.

Le premier, parce qu'il dépend, au moment de la puberté de l'entrée en scène de l'ovaire et des fonctions menstruelles qui sont particulièrement délicates à cet âge et ne trouvent pas toujours d'emblée leur équilibre définitif.

Le second, parce qu'il est vraisemblablement fixé sur une articulation par de véritables douleurs de croissance qui l'y appellent, et avec lesquelles nous le confondons.

Comme tous les faux rhumatismes, son apparition est favorisée en effet par la fatigue, par un traumatisme, l'impression même du froid.

J'ai déjà insisté, et je n'y reviendrai pas ici, sur l'abus des sports, et sur les exercices violents effectués d'une manière inconsidérée. Les organismes jeunes ne peuvent pas toujours faire les frais de pareils surmenages. Ils fléchissent et bien des misères de la puberté, bien des accidents articulaires, vertébraux, céphalalgiques, cardiaques ou autres, reconnaissent à leur origine la pratique mal entendue de certains exercices que l'on n'a pas su régler et modérer.

Il est des exagérations qu'il faut éviter, surtout celles dans lesquelles il entre une part qui revient à un enthousiasme momentané et à la mode du jour.

***

De ces diverses considérations résultent quelques indications du traitement.

La première, c'est l'*immobilisation* du membre atteint. Elle est de la plus élémentaire prudence dans ces cas, où, malgré le diagnostic le plus serré, persiste quelquefois la crainte d'une tuberculose articulaire ou d'une ostéo-myélite.

Et lorsque l'articulation sera dégagée de tout appareil ou de tout autre moyen de contention, on conseillera encore du *repos*, et la marche, les différents exercices ne seront repris que d'une manière progressive.

Cette précaution d'observer le repos et d'éviter la fatigue ne devrait pas seulement suivre les accidents articulaires. Lorsqu'une adolescente souffre de ces douleurs ostéalgiques, de ces arthralgies fugaces, il est bon de la surveiller et de ne pas s'endormir sur la bénignité habituelle attribuée « aux douleurs de croissance ». Ne lui permettons que des exercices en rapport avec sa résistance physique, et supprimons tout ce qui nous paraît exaspérer la sensibilité des membres. Examinons-la pour nous assurer aussi s'il n'existe pas une cause surajoutée capable d'expliquer une fièvre légère : voies nasales défectueuses avec tendance aux coryzas à répétition, tumeurs adénoïdes, amygdalites, voies respiratoires, embarras gastrique, constipation chronique, etc.

Dans la convalescence, nous lui conseillerons le grand air, les bains de soleil. Mais l'action de l'héliothérapie sera pareillement suivie de très près pour l'arrêter aux moindres menaces d'excitation nouvelle. J'en dirai autant des *eaux chlorurées sodiques*, comme celles de *Salies-de-Béarn* où nous avons une tendance naturelle à envoyer divers états articulaires suspects. Cette cure thermale, à un moment donné et bien maniée, est susceptible de rendre les plus grands services, ainsi qu'il arriva pour la malade dont j'ai rapporté plus haut l'observation. Mais, encore plus que pour les affections ganglionnaires, il faut regarder avec attention si la stimulation du début ne va pas dépasser les limites et provoquer une certain réveil des accidents. Les douleurs de croissance sont particulièrement excitables.

Le traitement général ne doit pas être négligé.

Le salicylate de soude m'a toujours paru sans action. Il vaut mieux se borner à l'antipyrine, au pyramidon, à l'aspirine, etc. Le sulfate de quinine, les médications alcalines ont été aussi conseillés. On les accompagnera de quelques onctions calmantes avec le salicylate de méthyle, etc.

Dans une observation, un traitement par les *sels de terres rares* donna de bons résultats.

Quelle part faut-il faire à l'*opothérapie* dans le *faux-rhumatisme menstruel* ?

Au moment des *crises aiguës*, je l'ai naturellement essayée et je crois qu'il faut le faire. Mais je dois reconnaître aussi que son emploi ne m'a pas imposé la conviction d'une efficacité certaine. Ce n'est sans doute pas à cette période-là qu'elle doit intervenir avec le plus de chances de succès.

La grande majorité des malades sont des *dysovariques*, c'est la *dysovarie* que nous devons traiter longuement et patiemment.

Mais lorsqu'une complication aussi violente a éclaté, tout en maintenant l'opothérapie à la base de notre traitemest, nous ne nous en remettrons pas uniquement à elle et nous nous efforcerons de calmer les souffrances par d'autres moyens.

C'est l'*opothérapie ovarienne* qui paraît la plus indiquée, et dans l'ignorance où nous restons de la véritable pathogénie des accidents, il est préférable de commencer par l'*extrait total d'ovaires*. Elle sera continuée longtemps, même et surtout cessation des douleurs.

L'*opothérapie ovarienne* trouve encore une nouvelle indication dans la possibilité d'accidents articulaires anaphylactiques d'origine menstruelle. L'existence même de ces accidents articulaires apporterait les plus grandes réserves à un traitement par l'*auto-sérothérapie* ou l'*autohémothérapie*.

***

Depuis que cet article a été écrit, il a paru dans la *Presse Médicale* (26 avril 1924) un travail de MM. Fernand Bezançon, Mathieu-Pierre Weil et L. de Gennes sur les fièvres et arthropathies d'origine protéinique.

« Le choc protéinique, dont l'anaphylaxie n'est qu'une modalité » se trouve à l'origine d'un certain nombre de fièvres aseptiques dont les fièvres dues à la fatigue, à la *croissance*, « et cette variété de fièvres si fertile en erreurs de diagnostic qu'est la fièvre menstruelle ou prémenstruelle .... La fièvre protéinique a la curieuse propriété de s'accompagner parfois de *manifestations articulaires*. On connaît l'existence d'une fièvre rhumatoïde pré-menstruelle chez les jeunes filles (Riebold) .... Avant la découverte de l'anaphylaxie, on plaçait côte à côte avec les manifestations articulaires de la maladie du sérum, les arthropathies de la grossesse, de l'allaitement, de la *dysménorrhée* ».

Les considérations de ces auteurs visent évidemment des malades semblables à celles que j'ai observées et viennent à l'appui de l'hypothèse que j'ai avancée. Retenons qu'il peut exister une *fièvre de croissance* de nature aseptique.

CLINIQUE MÉDICALE

La lithiase cholédocienne ; ses particularités cliniques et thérapeutiques.

M. le professeur Chauffard,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La lithiase biliaire est une maladie qui offre un caractère d'unicité au point de vue étiologique et pathogénique. L'hérédité, la gravidité, les antécédents d'infection biliaire, la fièvre typhoïde, sont ses grands facteurs étiologiques. Mais, si elle a une unité pathogénique, elle présente cliniquement une multiplicité de formes tenant principalement à son siège.

Une de ses variétés les plus importantes est la localisation des calculs dans le cholédoque, la lithiase cholédocienne. Les voies biliaires ont, anatomiquement, deux départements : un, latéral, accessoire, qui comprend la vésicule biliaire et le canal cystique, l'autre direct principal, qui a son origine dans les canaux hépatiques, rejoint le cystique en formant à sa réunion un carrefour et se continue par un canal unique, le cholédoque.

On peut distinguer trois parties au cholédoque. L'une, libre, va de l'origine à l'entrée de la glande. C'est la région dilatable, celle où les calculs pourront atteindre les plus grandes dimensions. C'est la région la plus pratique à inciser, où le drainage est le plus facile. La deuxième portion, intra-pancréatique, traverse la tête du pancréas. Les tissus qui l'environnent sont assez épais et la dilatabilité du canal est ainsi fortement réduite. La troisième partie correspond à l'abouchement à la face interne du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater. La dite ampoule est munie d'un sphincter qui répond à une loi physiologique analogue à celle régissant le pylore. Elle s'ouvre sous l'influence d'un réflexe à départ chimique, quand le chyme passe dans le duodénum. Par un mécanisme complexe (béance sphinctérienne et contraction vésiculaire), la bile arrive dans l'intestin par intermittence.

Cet ensemble de notions permet de comprendre la difficulté de l'élimination des calculs par voie cholédocienne. En fait, à l'habitude, cette élimination n'est jamais qu'incomplète et le nombre des calculs retenus domine. Dans d'autres cas, plus rares, plus favorables, on trouve un ou deux calculs, non à facettes, comme des grains de blé. Dans un troisième type, les calculs sont arrêtés dans le cholédoque : c'est la lithiase cholédocienne.

Le calcul, une fois fixé, augmente peu à peu, suivant son diamètre et suivant sa longueur. Il devient plus épais, sans pouvoir dépasser la dilatabilité du canal, et ses pôles s'allongent (calcul en bout de cigare). Il est maintenu sur place par le spasme du cholédoque.

Peut-il exister des calculs primitifs du cholédoque ou tous sont-ils de migration vésiculaire ? Il est des cas où l'évolution calculeuse dans le cholédoque est un fait latent et l'on est autorisé à penser — sans en avoir la preuve — qu'il a pu y avoir alors thrombose primitive cholédocienne.

Voyons ensuite les conditions physiologiques particulières aux calculs du cholédoque. Les derniers centimètres de ce canal sont normalement infectés, comme le sont à leur embouchure tous les canaux qui s'ouvrent dans les cavités digestives. L'infection relève d'agents saprophytes à l'état de repos. Mais vous savez qu'entre le saprophytisme microbien et la virulence le chemin n'est pas long.

Toute l'histoire des calculs du cholédoque découle de ces prémisses. D'abord, c'est une maladie oblitérante des voies biliaires. Elle détermine au premier rang, l'ictère par rétention. Celui-ci est subordonné non seulement à l'obstacle causé par le calcul, mais aussi aux contractions spasmodiques du canal, d'où des aggravations et des atténuations, les premières s'accompagnant d'infection des voies biliaires. On a ainsi à chaque accident fébrile une exagération de l'ictère.

La nature même du calcul exerce une influence sur la réaction. Supposez des calculs à facettes échelonnés dans le canal. Etant irréguliers, ils ne se moulent pas sur celui-ci. Ils laissent au niveau de leurs facettes des espaces libres où la bile pourra filtrer, et l'ictère peut manquer dans ces conditions. Un calcul uni, en bout de cigare, bloquera au contraire le canal et vous aurez un gros ictère. En définitive, l'ictère cholédocien est dans la règle un ictère variable, qui diminue certains jours où un peu de bile reparaît, et reprend à d'autres moments, après des douleurs, et des phénomènes infectieux. A cet égard, il y a une grande différence entre l'ictère du cancer biliaire (cancer de la tête du pancréas) et l'ictère lithiasique. Le premier est une ligature posée sur le canal biliaire, progressivement serrée, qui ne laisse plus passer finalement une seule goutte de bile. Le second est simplement un bouchon qui, comme tout bouchon, obture plus ou moins bien, permettant des variabilités à l'écoulement de bile.

Le premier caractère de l'ictère lithiasique

cholédocien est donc d'avoir des variations. Le second caractère est de s'accompagner, dans ses poussées, de réactions fébriles, avec frisson, tracé en clocher et défervescence brusque de la température, leucocytose et polynucléose. Ces réactions sont d'autant plus rapides et prononcées que le calcul est situé plus bas, plus près de la zone infectée. Un calcul haut placé ou au niveau du carrefour pourra donner de l'ictère par rétention, sans phénomène fébrile.

Voici l'histoire d'un de nos malades. C'est un homme de 54 ans entré dans notre service pour un léger subictère et du prurit. Le prurit cholédocien est souvent le symptôme qui tourmente le plus le patient et le conduit à accepter l'opération. L'ictère de la lithiase cholédocienne et celui du cancer de la tête du pancréas sont deux des états morbides les plus prurigineux. Notre malade maigrissant et son ictère augmentant je l'envoyai — avec ce diagnostic de lithiase du cholédoque — chez M. Pierre Duval pour le faire opérer. La radiographie précisa le diagnostic et l'intervention le vérifia.

Un point que je n'aurais pas soulevé il y a quelques années est celui relatif à la perception des calculs par la palpation. J'ai eu l'occasion de sentir, une fois, chez un de mes malades, au niveau de la région sus-ombilicale un cordon dur, douloureux, avec trois petits renflements, suggérant l'idée de calculs du cholédoque — diagnostic que confirma l'examen radiographique. A la vérité, c'est une constatation qui ne saurait être possible que chez des sujets maigres, à paroi dépressible, et elle demande toujours le contrôle des rayons.

Les éléments cliniques apportent de grandes probabilités mais non une preuve de la présence des calculs. La certitude est fournie par la radiographie. Malheureusement, l'enquête par les rayons est loin de donner toujours un résultat positif. Les travaux de Béclère et Pierre Duval arrivent à la proportion de 50 à 60 % de calculs visibles aux rayons. Le calcul est visible quand il est recouvert d'une couche calcaire, couche que détermine l'infection. Or, je suis convaincu qu'il n'y a pas de colique hépatique sans infection, minime tout au moins. D'où le chiffre assez élevé des calculs appréciables à la radiographie.

Dans leur travail récent, Pierre Duval et M. Béclère ont donné une excellente description radiologique des calculs biliaires, des calculs cholédociens en particulier. On admet que le cholédoque, canal oblique en bas et en dedans, s'étend de la première à la troisième lombaires, l'ampoule de Vater correspondant à cette troisième lombaire. La vésicule est plus en dehors et dans un plan plus élevé. Mais ce sont là des topographies changeantes comme toutes les topographies viscérales. Si bien qu'il y a des difficultés dans l'interprétation des radiographies. On est guidé par certains faits : dans la vésicule, les calculs se groupent ; dans le cholédoque, ils s'échelonnent en chapelet. Le plus difficile, est le calcul unique. La solution du problème est d'autant plus importante que si la lithiase vésiculaire demande quelquefois l'intervention chirurgicale, la lithiase cholédocienne la réclame toujours.

L'évolution de ces calculs est lente ; fréquemment le diagnostic est porté de façon tardive, trop tardive même, l'intervention étant alors faite dans des conditions défectueuses. Le malade préfère souvent s'en tenir aux cures thermales. Le temps s'écoule et la guérison n'est pas obtenue.

Une des caractéristiques de la calculose cholédocienne est l'énorme amaigrissement qui l'accompagne. Une diminution de poids de 10 et 15 kilogr n'est pas rare. J'ai vu une femme de 64 ans perdre ainsi 36 kilogr. Elle guérit néanmoins une fois opérée. Un autre patient ne pesait plus que 37 kilogr. le jour de l'intervention. Malgré l'apparence de cachexie, il ne faut pas se laisser impressionner.

L'amaigrissement est dû au régime alimentaire restrictif que les calculeux adoptent volontiers pour ne pas souffrir, et aussi aux lésions pancréatiques scléreuses bien des fois associées, plus communes dans la lithiase cholédocienne que dans la lithiase vésiculaire.

Telle est, résumée, l'histoire de la lithiase du cholédoque. Elle mérite une place à part. Quand, en effet, son diagnostic est établi, on ne doit pas en attendre la guérison spontanée. On doit poser en principe que, si elle n'est pas opérée, elle s'aggravera, dans deux sens : l'infection biliaire et l'amaigrissement, l'état cachectique. Le seul traitement à mettre en œuvre est ici l'intervention chirurgicale.

Mais, quand pourra-t-on considérer qu'il y a calcul du cholédoque. En général, ce n'est pas un diagnostic de la première heure. C'est un diagnostic qui évolue, dans le temps, qui se précise à mesure que l'ictère dure, avec le caractère de variabilité, d'atténuation et d'exagération de cet ictère. Il n'aboutit qu'après quelques semaines, moment où l'on se dit : « n'avons-nous pas affaire à une calculose cholédocienne ? » Les poussées infectieuses, l'examen radiographique fournissent des précisions.

L'indication opératoire n'est pas non plus immédiate. Il ne suffit pas d'un ictère de 15 jours après une colique hépatique pour la poser. C'est quand l'ictère s'installe et se prolonge qu'il convient d'opérer — sans attendre trop. Et si vous n'êtes pas sûrs du diagnostic, si vous le considérez seulement comme probable, ne vous abstenez pas. Retournez le proverbe et, alors, dans le doute, donnez au malade le bénéfice éventuel de l'intervention.

Avant l'opération, il importe d'étudier le patient à divers points de vue : temps de saignement (Gosset), en raison d'hémorragies à craindre, état des poumons, du cœur, des reins. Ce qui menace, ce n'est pas le danger opératoire, mais la possibilité d'hémorrhagies, de congestion pulmonaire, d'asthénie cardiaque, d'insuffisance rénale.

Vous voyez combien est grand le rôle du médecin dans l'étude de ces cas de calculose cholédocienne. Il aura à faire d'abord le diagnostic de lithiase, de sa localisation, de l'heure opportune pour l'opération et, à ce moment encore, il jugera — problème délicat — de l'état des organes du malade en vue de l'acte chirurgical.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine et recueillie par le Dr P. Lacroix.

SUR LE TRAVAIL DU CŒUR

Par M. Lambolez,

Licencié ès sciences mathématiques et physiques.

D'une façon globale, le sang peut être considéré comme constitué par une masse solide en suspension dans une masse légèrement supérieure de liquide ; les méthodes employées dans la détermination de leur rapport en poids, entachées d'erreurs, n'ont donné que des résultats approximatifs ; on conçoit en effet que ce rapport est essentiellement variable dans un organisme, même en conditions normales, suivant, les circonstances multiples et très variables de l'examen.

Schématisant les chiffres obtenus, nous supposerons que 450 grammes de globules sont en suspension dans 550 grammes de plasma dans le sang humain.

L'évaluation de la masse totale présente, d'autre part, de très grosses difficultés, quelle que soit la méthode employée : méthode des dilutions, méthode de Gréhant et Quinquand ; nous supposerons que la masse totale du sang est de 5 kilogrammes et comprend donc une masse solide de 2.250 grammes et une masse liquide égale à 2.750 grammes environ.

Cette note a pour objet de déterminer la part approximative de l'énergie mécanique développée par le cœur, qui reviendrait au déplacement de la masse solide dans le plasma, en spécifiant que l'étude théorique des résistances opposées par le plasma au déplacement des globules est particulièrement difficile, parce que l'état tourbillonnant du fluide, les frottements internes, les circonstances biologiques du déplacement, sont inaccessibles à l'expérimentation comme à la théorie.

Considérons la masse globulaire comme représentant une masse M se déplaçant en bloc, subissant de la part du plasma une résistance dont la projection sur le déplacement, et de sens opposé, soit proportionnelle au carré de sa vitesse, c'est-à-dire de forme kv_2

L'équation du mouvement est :

$$M \frac{dv}{kv^2} = dt$$

qui donne $kt = M\left(\frac{1}{v} - \frac{1}{v_0}\right)$, v désignant la vitesse à un instant, t et v_0 la vitesse initiale.

L'équation précédente nous permet de déterminer la valeur de k dans les circonstances physiologiques normalement admises : v_0 correspondra à la vitesse moyenne du sang dans l'aorte chez les grands mammifères : $v_0 = 50$ centimètres par seconde ; v = 0,8 millimètres par seconde est la vitesse moyenne du sang dans ; les capillaires le temps t est la durée d'une systole ventriculaire égale à 0,3 secondes. Dans cette approximation, on trouve k = 9.225.

D'autre part, après un espace parcouru x, la vitesse est donnée par l'équation :

$$M\, v \frac{dv}{kv^2} = vdt = dx$$

qui permet de calculer la valeur de l'espace parcouru x dans les conditions exposées plus haut.

En prenant les logarithmes des deux nombres et résolvant par rapport à x, on trouve x = 3cm. 25 environ, ce qui correspond à un travail 2, 25. 0,0325 = 0,073 kilogrammètres = 73 grammètres.

Cette quantité est, on le voit, loin d'être négligeable. Si on se souvient que le travail du cœur à chaque systole est d'environ 160 grammètres, il reviendrait très approximativement $\frac{75}{150}$ c'est-à-dire moitié au travail nécessaire à vaincre les résistances dues au déplacement de la masse globulaire dans le plasma. On conçoit toute l'importance que doit donc présenter pratiquement la composition du sang en mécanique et en pathologie cardiaque, et la nécessité de déterminer avec le plus de précision scientifique possible les constantes physico-chimiques du sang, parmi lesquelles nous citerons en particulier la viscosité.

A PROPOS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

La pratique systématique de la vaccinothérapie préventive, tant dans l'armée, que dans certaines administrations civiles, telles que l'Assistance publique à Paris, où elle est imposée au personnel, a diminué considérablement l'importance de la fièvre typhoïde, au point de vue de la morbidité et de la mortalité du moment présent.

Ainsi s'explique-t-on que la rareté des épidémies et la limitation des endémies rendent moins fréquentes les occasions d'observer la maladie, et, par conséquent, les études, les communications et les publications sur un sujet particulièrement intéressant.

Les travaux les plus récents ont porté surtout sur le meilleur procédé de vaccinothérapie préventive, ainsi que sur certaines tentatives louables de vaccinothérapie curative.

Cependant, la question a paru assez sérieuse à Tunis pour que la Société des Sciences médicales de cette ville la mette à son ordre du jour et lui consacre une discussion qui révéla des faits relativement originaux, dignes d'être exposés.

C'est ainsi que, dans ce pays de protectorat, le corps médical a remarqué que la fièvre typhoïde est surtout une maladie des jeunes ; elle se rencontre en effet de préférence avant trente ans. Les femmes sont infiniment plus atteintes que les hommes. La cause en est que ceux-ci ont généralement été soumis à la typho-vaccination militaire. C'est à l'automne qu'elle acquiert son maximum de développement, frappant les Européens plus volontiers que les indigènes, sans doute parce que ceux-ci restent fidèles à une alimentation végétarienne, tandis que les premiers continuent, même pendant la saison chaude, à user d'une alimentation carnée et éthylique. Leur tube digestif diminue ainsi sa résistance et devient plus fragile, plus facilement ensemençable.

L'origine hydrique, surtout à l'époque des chaleurs et de la raréfaction de l'eau potable, est la règle, bien que des cas de contagion directe, dans le milieu familial, aient été constatés.

La fièvre typhoïde règne, en Tunisie, à l'état endémique, avec des sursauts épidémiques dans lesquels le génie épidémique a montré son empreinte.

Cliniquement, la fièvre typhoïde diffère, en Tunisie, d'allure avec la fièvre typhoïde des Européens. Le début est souvent brusque, et se traduit par une ascension thermique, accompagnée parfois de manifestations thoraciques. Dans plus de la moitié des cas, la courbe est irrégulière, et présente des chutes brusques et spontanées de courte durée dans la période d'état. Le pouls n'est pas toujours dicrote ni dissocié. Les taches rosées ne se montrent guère que dans 35 à 45 % des cas. La langue est toujours saburrale, mais demeure humide. Elle ne devient rôtie que dans les formes graves. Les vomissements sont constants au début, ainsi que le gargouillement dans la fosse iliaque, mais la constipation est fréquente. La splénomégalie est discrète, l'albuminurie rare. Si le pronostic est bénin, la forme grave, avec tuphos s'observant rarement, l'évolution, par contre, est plus lente qu'en Europe. La durée moyenne va, en effet, de 4 à 6 semaines. Le Dr Hayat a décrit une forme prolongée, monosymptomatique, caractérisée par l'allure modérée de l'infection, la longue durée de la maladie : 3, 4 et même 5 mois ; l'absence de phénomènes intestinaux, à laquelle il a donné le nom d'Eberthémie chronique.

La fièvre typhoïde est souvent associée au paludisme, parfois aussi à la tuberculose : sa physionomie et son allure en sont modifiées.

Parmi les complications, les hémorragies intestinales seraient les plus fréquentes, bien que les perforations demeurent relativement rares.

Le diagnostic est assez difficile cliniquement, dans la forme monosymptomatique. En bien des cas, il sera à faire avec le paludisme et avec la fièvre de Malte. C'est alors que les recherches de laboratoire viendront utilement au secours du clinicien, soit sous la forme de l'hémoculture, soit par le séro-diagnostic.

Le traitement adopté par nos confrères tunisiens varie selon les personnalités. Il en est qui demeurent fidèles aux antithermiques, notamment au pyramidon. Tous s'accordent à dénier toute valeur à la vaccinothérapie curative. Le plus grand nombre a recours à la balnéation froide, aux enveloppements froids ou tièdes, aux lavements froids. Il en est qui se sont bien trouvés de l'usage de l'urotropine. Je n'ai pas trouvé, dans les rapports que j'ai compulsés, d'indications relatives à la diététique conseillée par les médecins, comme complément du traitement.

Il est vraisemblable que ceux qui baignent systématiquement leurs typhiques, ajoutent à cette hydrothérapie externe la balnéothérapie interne, réalisée par une véritable cure de boisson.

A ce propos, je rappellerai brièvement quels avantages offre, pour cette cure de boisson, l'eau de Vals, source La Reine. Ces avantages tiennent d'abord à son idéale minéralisation, dans laquelle domine le bicarbonate de soude, et son dosage moyen de 3 gr. environ par litre. Puis, à sa richesse en acide carbonique libre.

Dans la fièvre typhoïde, comme d'ailleurs dans toutes les maladies infectieuses, la Reine de

Vals mérite d'être employée largement, car elle calme la soif, tempère l'acidité du tube digestif, neutralise les fermentations, provoque et entretient la diurèse, et opère un véritable lavage du sang.

C'est une sorte de sérothérapie qui s'effectue avec une eau à laquelle il est permis d'appliquer en effet l'épithète de sérum naturel.

Quelle que soit, finalement, la thérapeutique instituée par le clinicien, qu'il donne la préférence à la balnéation externe, totale (bains) ou mitigée (enveloppements), il se trouvera toujours bien de faire boire abondamment ses malades, et rien ne vaudra la reine de Vals comme eau de boisson, en pareils cas (1).

E.-D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La fissure anale sphinctéralgique et son traitement par la haute fréquence.

C'est une affection bénigne qui ne devient grave que par la *douleur*, par les tentatives des patients pour s'y soustraire, et par les répercussions sur l'état général. L'examen, souvent très délicat, fait découvrir le spasme du sphincter, les caractères de l'ulcération et une douleur à la pression, exquise et localisée. Souvent on ne note aucune induration, aucun bourgeon, et l'exploration doit être minutieuse pour percevoir la fissure, qui donne la sensation d'une fente étroite, à grand axe parallèle à l'axe anal, très souple dans son ensemble, mais dont les bords, trop peu surélevés et très légèrement plus fermes, sont nettement perceptibles, tout particulièrement dans la portion externe de l'ulcération. Déjà la crise douloureuse, qui suit la selle, est un syndrome si typique, qu'il entraîne à lui seul le diagnostic.

Le traitement de la fissure se résume souvent en quelques précautions d'hygiène (selles faciles bains de siège, pommades calmantes avec collargol, cocaïne, orthoforme).

A côté de traitements variés (excision), réclamés par une aggravation des symptômes, il n'en reste, d'après L. DELTERM et R. SAVIGNAC, que deux en présence qui permettent de guérir les crises sphinctéralgiques : c'est la *dilatation* et *la haute fréquence*.

Un appareillage puissant de haute fréquence suffirait ; mais peut-être y aurait-il intérêt à posséder un dispositif permettant le choix de la polarité, parce que, quand l'électrode active est reliée au positif, les résultats paraissent plus rapides.

Le traitement n'étant pas douloureux, on peut rassurer le malade sur ce qui va se passer. On choisit l'électrode appropriée, en se guidant sur le spasme observé, puis on règle l'intensité du courant en ne dépassant pas ce que le malade peut supporter. Le malade peut vaquer à ses occupations habituelles ; en général, il éprouve du calme et du bien-être après les séances. Si aucune amélioration n'est apparue après une huitaine de séances, il est bon d'interrompre un peu le traitement. En général 15 à 20 applications sont nécessaires pour guérir la fissure franche ; ce chiffre, plus élevé qu'on ne l'admet généralement, correspond mieux à la réalité. Les séances, quotidiennes d'abord, sont ensuite plus espacées. La haute fréquence guérit dans 75 p. cent des cas, et les résultats éloignés sont bons. (*Paris médical*, 26 janvier 1924.)

Caractères de l'adénome prostatique et opération de la prostatectomie.

L'opération dite de la prostatectomie, a écrit le Pr LEGUEU, représente généralement aux yeux du monde une ablation de la prostate ; en réalité, le produit pathologique extrait constitue ce qu'on appelle l'*adénome prostatique* ; or c'est un adénome, mais qui est d'origine uréthral et non prostatique.

En effet, l'adénome prostatique est sous-muqueux, faisant corps avec la muqueuse, développé dans la muqueuse, dont il semble une dépendance. Il est intrasphinctérien, sous-montanal, et préspermatique, c'est-à-dire se développant vers la cavité vésicale. Si bien que l'opération de la prostatectomie ne touche pas aux vésicules séminales, ni aux déférents, ni à la région du veru montanum, et laisse à l'opéré toute sa génitalité.

Cet adénome est bien distinct de la prostate. En effet si l'on suit le développement de l'urèthre, on voit qu'il y a deux sortes de glandes : les grandes, qui par une série d'invaginations sont destinées à former la prostate ; les petites, glandes cervicales, se développant au niveau du col, et ne contribuant pas à former la prostate. Ces dernières, siégeant surtout à la partie postérieure, vont s'atrophier, et sommeilleront jusqu'à l'âge de 60 ou 65 ans ; à ce moment elles feront de l'adénome. La maladie, qui pendant longtemps s'est appelée hypertrophie prostati-

(1) Bibliographie : *Revue tunisienne des sciences médicales*, février 1924.

que, est indépendante de la prostate, qui n'est que l'enveloppe de la tumeur. (*Journ. des praticiens*, 9 février 1924.)

La cure hépatique de décholestérinisation.

La notion de cholestérinémie ne concerne plus seulement la lithiase biliaire ; elle englobe encore un certain nombre d'états morbides, dont la caractéristique est la concrétion cholestérinique et la cause, l'accroissement de la cholestérine dans le milieu sanguin.

La cholestérine, du groupe des stérines sans phosphore, possède une origine exogène (alimentation) et endogène (glandes surrénales, corps jaune pendant la grossesse). Normalement solubilisée dans le sang, elle peut se déposer dans les tissus.

Pour débarrasser l'organisme des excès de cholestérine, il existe évidemment dans le sang et les tissus des ferments, qui les oxydent ou les transforment. Les uns ramènent la cholestérine à l'état d'acides gras, les autres en font peut-être des glycocholates dans les tissus eux-mêmes. Mais la majeure partie s'élimine par le foie, et la bile est celle de toutes les humeurs, qui contient le plus de cholestérine.

Le foie reçoit beaucoup plus de cholestérine, qu'il n'en restitue par la bile ; par contre l'hypercholestérinémie augmente à mesure que s'établit l'insuffisance hépatique. Elle augmente aussi dès que la perméabilité des voies biliaires, devient insuffisante (coudures, spasmes, sténoses, tumeurs, etc.)

Le traitement de décholestérinisation, d'après M. LOEPER, comprend trois indications primordiales : réduire la cholestérine circulante par le régime, supprimant les aliments riches en cholestérine, et par les sucres (lavements glucosés en solution isotonique) ; — augmenter l'activité de la cellule hépatique et faciliter l'élimination biliaire (prescription, par périodes de 10 jours, de substances salines à doses réfractées, et administration intermittente et peu prolongée de 10 gr. de sulfate de soude). (*Le Progrès médical*, 19 janvier 1924.)

La radiothérapie de l'hypertrophie prostatique.

Comme pour toutes les autres affections justiciables des radiations pénétrantes, il faut qu'il existe une radiosensibilité suffisante des éléments cellulaires à traiter. C'est ainsi que dans certaines prostatites, dans lesquelles un processus inflammatoire ou congestif produit un afflux considérable d'éléments blancs du sang, les irradiations peuvent amener très rapidement des modifications importantes dans le volume de la glande tandis que, malgré des radiations intenses, aucun résultat n'est obtenu quand les prostates, dures et scléreuses, calcifiées même, ne renferment que peu d'éléments radio-sensibles.

Il faut ensuite que la dose voulue de rayonnement pénètre d'une façon aussi homogène que possible, sans détruire ou léser d'une manière appréciable les éléments sains de voisinage et en respectant l'intégrité du revêtement cutané. Dans ce but le Dr LEDOUX-LEBARD choisit la voie périnéale, puis la voie pubienne, comme permettant l'abord le plus direct de la loge prostatique. La position la plus commode du patient est le décubitus, les cuisses plus ou moins fléchies sur l'abdomen.

La radiothérapie mérite d'être appliquée de façon systématique chez tous les candidats à l'hypertrophie de la prostate. Absolument inoffensive, si elle est correctement appliquée, elle pourra retarder considérablement, voire prévenir et empêcher le développement de leur hypertrophie. Elle pourra également être tentée chez ceux qui sont à la fin de la phase de congestion et entrent dans le prostatisme vrai, et plus rarement chez ceux qui s'y trouvent, mais qui n'ont pas une prostate trop scléreuse, bref quand il s'agit de prostates à consistance uniforme au toucher et suffisamment molle, sans qu'il y ait aucune complication septique. Son application au traitement des prostatites subaiguës ou chroniques devrait être étudiée.

Sans être contre-indiquée, elle sera généralement inefficace, et par conséquent inutile chez les vieux prostatiques, dont l'appareil urinaire est infecté, ou dont le muscle vésical a subi d'irréparables atteintes, dont la prostate est scléreuse.

A noter que, pour l'hypertrophie prostatique, pas plus que pour les fibromes, la radiothérapie ne peut et ne doit prétendre à être une méthode exclusive et applicable à tous les cas sans distinction. (*Paris médical*, 2 février 1924.)

Traitement des cancers à la période des complications.

Il s'agit des cancers envisagés, soit après la cure radiologique, soit après que toute thérapeutique active a été jugée vaine ou inefficace, c'est-à-dire après que s'est écoulée la première période de la maladie, au cours de laquelle il n'y avait d'autre indication thérapeutique que celle de la destruction du tissu néoplasique.

A la deuxième période, celle des complications, le cancer relève de la médecine. Or, on sait de mieux en mieux qu'il n'a pas dans son évolution une fatalité mystérieuse et inexorable, et que, dans toutes les formes et à toutes les périodes, une sage direction médicale permet d'éviter bien des accidents et peut toujours faire œuvre bienfaisante. (Dr Maurice RENAUD).

La convalescence de ces cancéreux mérite la plus grande attention : repos absolu, et diététique convenable donneront les meilleurs résultats, quand l'altération de l'état général était due à

des troubles fonctionnels, que fait cesser l'ablation ou la fonte de la tumeur. La médication arsenicale constitué un adjuvant sérieux sous forme de liqueur de Fowler, ou mieux encore d'une dose bi-hebdomadaire de 10 à 20 centigrammes d'arsenobenzol.

La cachexie du cancéreux est appelée à tort cachexie cancéreuse, car elle n'est liée qu'indirectement au néoplasme ; elle est fonction d'accidents particuliers à chaque cas, et qu'il importe de préciser car c'est contre eux qu'il faut diriger l'effort thérapeutique.

Fragile, le tissu cancéreux s'ulcère ; exubérant, il comprime.

Sortant de sa période latente le cancer s'ulcère ; on ne peut éviter ce phénomène, pas plus qu'on ne peut obtenir la cicatrisation. Cependant on recommande des applications radiologiques, palliatives, un nettoyage minutieux de la plaie, des séances de photothérapie. Cela dans le but d'éviter les *infections* et l'*hémorrhagie*. Qu'il s'agisse de lésions inflammatoires localisées ou généralisées (phlébites, pyélo-néphrites, etc.), l'organisme du cancéreux se comporte généralement comme un organisme bien immunisé, en raison de la fréquence même des états infectieux auxquels le cancer ouvre largement la porte. Ces accidents infectieux doivent être traités le plus simplement possible : purgations salines légères, diète, enveloppement frais, quinine ; on peut ainsi enrayer le cours de ces complications et limiter leur gravité.

Les hémorragies des cancéreux résultent de la fragilité des vaisseaux. Traitement local par compression, perchlorure de fer, adrénaline. Parfois cependant il faut prescrire 5 grammes par jour de chlorure de calcium, injecter dans la veine 10 à 30 centicubes d'une solution stérilisée de citrate de soude à 30 p. 100 (il peut y avoir quelque choc, mais 4 fois sur 5 l'hémorrhagie, même profuse, cesse dans les deux heures).

Il faut attirer l'attention, pour les rechercher, sur les *insuffisances fonctionnelles du foie, des reins, du cœur*, qui apparaissent à la période tardive de la maladie, et qui doivent être traitées rationnellement avec le plus grand soin.

Dans le cancer, non douloureux par lui-même, toute *douleur* est la conséquence d'une complication (inflammation de la tumeur, ou compression de troncs nerveux). Ne pas recourir trop aisément aux stupéfiants, faire des enveloppements humides, compresses chaudes, laudanisées, stypages au chlorure de méthyle, douches d'air chaud. La morphine n'est souveraine que contre les douleurs aiguës ou paroxystiques.

Le cancéreux incurable a besoin d'un grand réconfort moral ; il faut beaucoup de science et de patience pour analyser les troubles qu'il présente et y pallier. (*Paris médical*, 15 février 1924.)

La phase pré-symptomatique de la paralysie générale

Le début de la paralysie générale est souvent masqué par la démence précoce à développement progressif durant laquelle se révèlent subitement, la plupart des modalités psychopathiques connues : états neurasthéniques, mélancoliques, maniaques, confusionnels, oniriques, etc., plus ou moins complexes ou atypiques.

D'après MM. H. Claude, R. Targowla et D. Santenoise, à ce stade précoce de la maladie, le diagnostic immédiat, dont l'importance pratique est évidente, ne peut être basé que sur le syndrome humoral, puisque les données cliniques sont trompeuses ou font défaut. (Mais, en fait, la difficulté principale est de penser à faire une ponction lombaire.)

La ponction lombaire faite, les éléments essentiels du diagnostic biologique sont l'homogénéité de toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien, l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann, les réactions colloïdales (élixir parégorique et benjoin colloïdal), la formule leucocytaire (lymphocytes sans polynucléaires, mais avec quelques cellules plasmatiques), l'index de Dujardin supérieur à 1/10. Aucun de ces éléments n'est pathognomonique ; mais ainsi groupés, ils possèdent une valeur séméiologique, qui repose essentiellement sur la concordance de *toutes* les réactions et un certain parallélisme de leur intensité relative. Un tel syndrome humoral est exceptionnel en dehors de la paralysie générale. Quoi qu'il en soit, il est encore nécessaire de confirmer le diagnostic par l'épreuve de la thérapeutique spécifique ; celle-ci donne, en tout état de cause, une réponse plus rapide que l'évolution spontanée, unique critère des anciens. Alors que dans les formes banales de syphilis nerveuse, on note soit une régression sensiblement parallèle des symptômes cliniques et humoraux, soit un recul plus accentué de ces derniers dans la méningo-encéphalite diffuse de Bayle, — l'action du traitement spécifique est peu sensible sur les signes du liquide céphalo-rachidien, ou mieux elle se traduit uniquement par la disparition de l'hyperalbuminose totale avec chute de la lymphocytose, et par la persistance d'un excès relatif de globulines, ainsi que du type paralytique des réactions colloïdales, et de la réaction de fixation fortement positive, cependant qu'on peut observer une amélioration notable des manifestations cliniques. (*La Presse médicale*, 30 janvier 1924.)

L'attelle de Thomas dans les fractures hautes de l'humérus.

Les fractures hautes de l'humérus sont de celles dont l'appareillage, avec immobilisation, demeure relativement délicat. L'emploi judicieux que préconise, en ce cas, M. Bernardbeig, de

l'attelle de Thomas, mérite d'être signalé pour sa facilité et ses résultats.

L'attelle se compose elle-même de deux tiges en fer rond de 90 cm. de longueur, se raccordant à leur partie inférieure par une portion transversale encochée en V, et réunies à leur partie supérieure par un anneau métallique de 18 cm. de diamètre monté sur pivots. Elle est transformée en une sorte de hamac au moyen de bandes de toile qui soutiendront le bras dans son ensemble au moment de la pose.

La main et la région de l'olécrâne ayant été recouvertes de coton cardé ordinaire, on commence par appliquer sur les faces antérieure et postérieure du membre un appareil à traction continue du genre de celui de Tillaux : c'est une bande de leucoplaste qui se réfléchit sur une petite planchette qui supportera la traction, avant de passer à l'autre face du membre. Il se forme ainsi un étrier adhérent uniquement aux parties molles, assujetti par trois bracelets appliqués mais non serrés. On augmente la résistance et la durée de l'appareil en recouvrant les premières bandes circulaires d'une seconde série analogue.

L'extension est réalisée au moyen d'un poids qui est soutenu par une corde retenue elle-même à la planchette indiquée. La corde passe sur une poulie fixée sur l'extrémité inférieure de l'attelle de Thomas, l'anneau supérieur de celle-ci s'appliquant sur le moignon de l'épaule et sur la paroi thoracique. (*Toulouse Médical*, 1er avril 24.)

Traitement hydrominéral de la néphrite albumineuse.

Notre ami Siguret résume excellemment comment il faut concevoir la néphrite albumineuse cliniquement, et ses cures thermales. Au facteur rénal se superpose, le précédant souvent, un facteur extra-rénal, souvent de nature diathésique. Il faut donc agir sur les épithéliums rénaux pour les désencrasser pour ainsi dire, et sur les désordres diathésiques qui déterminent secondairement les troubles du rein. Les sulfatées calciques (eaux des Vosges) répondent à la première indication. La seconde est elle-même sous la dépendance de la diathèse : bicarbonatées sodiques ou calciques, s'il s'agit d'une dyspepsie hypersthénique. De même si le foie est en cause ; les troubles intestinaux réclament Châtel-Guyon ou Plombières. Les infections rhino-pharyngées bénéficient des cures sulfureuses ou sulfo-arsenicales.

Mais quand il n'est pas possible de découvrir le *primum movens* de la néphrite, c'est Saint-Nectaire qui représente la station unique pour ce genre de malades. On y réalise la cure de lavage et de désintoxication de la façon la plus efficace. C'est la station par excellence des néphrites dans lesquelles l'albuminurie est la dominante clinique. (*Bruxelles médical*, 6 avril 24.)

La pyorrhée alvéolaire.

La pyorrhée alvéolo-dentaire est une affection qui s'observe souvent passé la quarantaine, et dont le traitement est long et souvent décevant. M. Wielhorski a eu l'idée de la combattre, en outre du traitement habituel, par une vaccination gingivale pratiquée avec le vaccin polymicrobien et polyvalent de Goldenberg, dont il injecte d'une à six gouttes sous la muqueuse de la gencive préalablement iodée. Cette vaccination augmente la résistance et la vitalité des tissus, mais est sans effet sur les tissus morts et nécrosés qu'il faut éliminer, ainsi que les dépôts tartriques. Les résultats qu'il a obtenus de cette méthode seraient très encourageants. (*La Presse dentaire*, avril 1924.)

D'autre part, M. Lelong rapporte des faits curieux de rhumatisme chronique, observés à Aix, et qu'il est impossible de ne pas attribuer à une infection locale, en l'espèce une pyorrhée alvéolo-dentaire. L'ablation des dents et les soins concomitants de la bouche furent suivis de la guérison des manifestations rhumatismales, grâce évidemment au coup de fouet donné à l'organisme par la cure thermale. (*Presse thermale et climatique*, 15 avril 1924.)

La bronchite sanglante de Castellani.

MM. Casseat, Bonin et Guénard relatent une intéressante observation de bronchite sanglante, qu'il fut possible d'identifier par l'examen des crachats sanglants où se montraient des spirochètes de toute taille et de toute forme.

Cette observation permet aux auteurs de mettre en évidence qu'il ne s'agit pas d'une véritable hémoptysie, mais d'une hémoglobinoptysie, les hématies étant hémolysées et diluées. Les spirochètes sont eux-même, l'objet d'une lyse intense.

La thérapeutique de cette affection, rare en France, est assez décevante. Les arsénobenzols, pourtant indiqués dans les spirochètoses, l'iode, l'antimoine sont peu d'efficacité. Les auteurs pensent qu'il faut mettre en œuvre un traitement local par des injections trachéo-bronchiques d'huile arsénobenzolée et d'huile au bleu de méthylène. (*Gaz. des sc. de Bordeaux*, 13 avril 1924.)

Les Sociétés Savantes

Tuberculose et lèpre.

(P. Ferrier. — *Académie de médecine* ; mai 1924.)

P. Ferrier fait connaître à l'Académie les résultats qu'il a obtenus personnellement depuis 22 ans, par l'application, à la tuberculose, du traitement dit « récalcifiant », qu'il a publié en 1905.

Sur 62 malades pulmonaires, 65 guérisons, soit 72,58 % ; 17 morts, soit 27,42 %.

Sur 18 autres localisations, osseuses, articulaires, tendineuses, pleurales, cutanées, une mort par arthrite suppurée.

Aucune ankylose dans les tuberculoses articulaires, mal de Pott compris.

Selon l'auteur, ces faits confirment la définition qu'il a donnée du terrain : un organisme en voie de décalcification.

La lèpre, soignée par la même méthode en raison de la parenté des deux bacilles, lui a fourni 11 malades :

Quatre ont suivi le traitement et sont guéris ;

Deux ont des alternatives, fort instructives, de négligence provoquant l'activité de la maladie, et de reprise du traitement qui en détermine la régression ;

Cinq n'ont pas consenti au traitement : 2 sont morts ; chez les 3 autres, le mal est en progrès constant.

La vaccination anti-diphtérique.

(M. Louis Martin. — *Académie de médecine* ; 29-4-1924.)

La prophylaxie de la diphtérie par les vaccinations préventives est une question qui, de jour en jour, se précise et entre dans la voie pratique. Nous avons signalé les intéressants travaux de MM. Renaut et Pierre-Paul Lévy sur ce sujet. M. Louis Martin revient aujourd'hui sur l'immunisation anti-diphtérique, à propos de trois mémoires, le premier de MM. Darré, Loiseau et Laffaille, le second de MM. Roubinovitch, Loiseau et Laffaille, le troisième de M. Zoeller. Le vaccin utilisé par ces auteurs est l'*anatoxine* Ramon.

L'anatoxine a été proposée par M. Ramon, dont les recherches furent présentées à l'Académie des Sciences, en décembre 1923. Elle n'aurait pas les inconvénients de la toxine et procurerait, comme elle, une immunité active.

Autrefois, il était admis que la diphtérie ne conférait pas l'immunité. Actuellement, on sait que l'on peut, expérimentalement, immuniser les animaux contre cette maladie. La découverte de la réaction de Schick, en 1913, a éclairé beaucoup le problème pour ce qui concerne l'homme. Rappelons que Schick injecte dans le derme 1/10e de cent. cube de toxine diphtérique diluée, représentant le 1/50e de la dose mortelle pour le cobaye. Quand l'injection provoque une inflammation de la peau, la réaction est dite positive, et elle témoigne que les individus n'ont pas dans le sang un trentième de l'unité antitoxique : ils sont réceptifs. Ceux qui ont de l'antitoxine dans le sang ont une réaction négative et sont immuns vis-à-vis de la diphtérie.

La technique de Schick a permis de constater que les nouveau-nés possèdent un état réfractaire dans la proportion de 80 % : ils le doivent à leurs mères, les adultes étant non réceptifs dans ce même pourcentage de 80 %. Mais, l'immunité infantile en question, d'origine sérique, est peu durable, si bien qu'en avançant en âge, elle disparaît. La maladie a son maximum de fréquence entre la deuxième et la cinquième années. Puis, se montre une immunisation acquise (plus solide) et le nombre des réceptifs diminue, pour être finalement inférieur à 20 % chez l'adulte. On sait que Trousseau et Peter purent se badigionner leurs muqueuses avec des fausses membranes sans contracter la diphtérie.

La réaction de Schick fournit, d'autre part, une base pour apprécier la valeur d'un vaccin. Elle élimine d'abord les non réceptifs, pour lesquels toute tentative de vaccination est inutile. Elle établit, ensuite, la réalité des effets des injections vaccinales.

Les recherches de MM. Roubinovitch, Darré, Loiseau, Laffaille et Zoeller ont porté sur 600 sujets, enfants ou adultes. Près de la moitié étaient déjà naturellement immunisés, y comprenant quelques cas de réaction à la toxine chauffée (fausse réaction de Schick) qui témoigne simplement que ces individus sont sensibilisés vis-à-vis des protéines.

Les résultats obtenus après l'emploi de l'*anatoxine* ont été les suivants : une première injection avec un demi-cent. cube a abouti à négativer le Schick (à vacciner par conséquent) dans un cas sur trois. Une deuxième (avec un cent. cube) faite quinze jours après la première, a vacciné dans la proportion de 85 %. Après une troisième injection, tous les sujets ont été immunisés (Zoeller). La recherche des unités antitoxiques dans le sang montre que les individus réceptifs produisent peu d'antitoxine au début, mais qu'ils en produisent beaucoup dès que l'anti-toxine commence à apparaître. On s'explique ainsi l'action vaccinante plus intense de la deuxième et de la troisième injections.

L'immunité s'établit assez rapidement. Ainsi, 15 jours après la troisième piqûre, soit 6 semaines après le début de la vaccination, on arrive à une immunisation de presque 100 pour 100. Dans ces conditions, dit M. Louis Martin, la pratique des injections d'anatoxine paraît dès aujourd'hui recommandable pour la préservation des collectivités. Les faits déjà connus permettent d'espérer que la découverte de l'anatoxine par Ramon amènera un réel progrès dans la prophylaxie de la diphtérie.

Incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de celles de médecin-contrôleur.

(M. Balthazard. — *Académie de médecine*; 29-4-1924.)

L'Académie adopte le vœu proposé par M. Balthazard concernant l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur ou expert, et dont nous reproduisons le texte à nouveau :

« L'Académie de médecine, s'inspirant de l'intérêt des malades qui doivent trouver en leurs médecins leurs défenseurs naturels, et soucieuse du respect du secret médical, rappelle que, dans toute organisation de soins médicaux, on doit considérer le rôle du médecin traitant comme incompatible avec celui de médecin contrôleur. En ce qui concerne les expertises, elle rappelle que l'incompatibilité est encore plus rigoureuse entre les fonctions de médecin expert et celles de médecin traitant ou contrôleur ».

La vaccination anti-typhique par voie buccale.

(MM. Achard et S. Bloch. — *Académie de médecine*, 29-4-1924.)

Les essais de vaccination anti-typhique par voie digestive ont subi un regain d'intérêt à la suite des recherches de Besredka sur le mécanisme de l'immunité locale. Cet auteur a montré qu'à côté de l'immunisation générale due aux anti-corps, existait une immunisation locale formant barrière contre la pénétration nocive des germes.

Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, Besredka a proposé la vaccination locale de l'intestin par absorption *per os* de vaccins microbiens additionnés de bile (pour sensibiliser la muqueuse). Ce procédé a l'avantage d'être beaucoup mieux accepté par la population et aussi par les médecins. Son efficacité, toutefois, n'a pas été bien nettement démontrée jusqu'à ce jour.

MM. Ch. Achard et S. Bloch se sont proposés de contrôler la valeur de la vaccination anti-typhoïdique par voie buccale. Bien que Besredka estime la présence d'anticorps dans le sang non nécessaire pour constituer l'immunité, ils ont tenté, après avoir donné du vaccin bilié à fortes doses, d'établir la présence plus ou moins nette de ces anticorps. Ils n'ont pas vu se manifester la séro-agglutination, mais ils ont constaté une réaction de fixation positive, pas très rapide *il est vrai*. La vaccination anti-typhoïdique par voie buccale aurait ainsi un contrôle, qui mériterait bien entendu, des observations plus suivies et plus longues.

La paralysie générale n'est pas en diminution.

(MM. A. Marie et Kohen. — *Académie de médecine*, 29-4-1924.)

M. Bénon, il y a quelques semaines, s'appuyant sur un relevé fait à l'hospice général de Nantes, posait la question : la paralysie générale est-elle en diminution ?

Se basant sur les statistiques comparatives de 1909-1913 et 1920-1923 des Asiles de la Seine, M. Auguste Marie répond : non. Si le chiffre des paralytiques généraux admis dans les asiles de la Seine a légèrement diminué, c'est seulement du côté des malades de sexe masculin (1340 en 1919-1923 contre 1850 en 1909-1913). Le nombre des femmes, atteintes de paralysie générale, hospitalisées, a, au contraire, augmenté (920 contre 824). La réduction du total des paralytiques généraux pendant ces cinq dernières années s'explique par le fait qu'une grande partie des hommes âgés, en 1914, de 20 à 35 ans, qui auraient aujourd'hui 30 à 45 ans, a été tuée à la guerre. Or, c'est précisément entre 30 et 45 ans que la maladie de Bayle apparaît avec la plus grande fréquence.

Il est possible qu'ultérieurement la paralysie générale diminue. Si, comme elle le fait depuis quelque temps, la syphilis continue à décroître, la paralysie générale suivra sans doute parallèlement. Ce n'est guère, il est vrai, que dans une dizaine d'années que l'on commencera à s'en rendre compte. La moyenne d'une syphilis, pour passer à ce qu'on a appelé la parasyphilis des centres nerveux, est en effet de douze à quinze ans en période normale.

Les traitements spécifiques intensifs, mis actuellement en œuvre, le sont depuis un temps insuffisant encore pour juger de leur action sur la parasyphilis. Signalons aussi l'opinion des auteurs pour qui le neurotropisme se développe en raison directe de l'intensité des traitements employés. Pour eux, les syphilis les plus traitées seraient les plus neurotropes... !

L'action de la nation en faveur des tuberculeux de guerre.

(M. Georges Brouardel. — *Académie de médecine*, 29-4-1924.)

M. Georges Brouardel montre les efforts faits par l'Etat et par l'Office national des mutilés en faveur des tuberculeux de la guerre. L'Office des mutilés, en particulier, donne un appui moral et financier aux tuberculeux ayant repris une vie relativement active. Elle les éduque du côté des travaux agricoles, procure des prêts d'honneur, leur permettant de se remettre au travail et de se faire construire à la campagne une habitation à bon marché.

L'hygiène des hôpitaux d'enfants.

(M. E. Lesage. — *Académie de médecine*, 29-4-1924.)

M. Lesage fait un exposé de ses recherches d'hygiène hospitalière infantile. L'isolement individuel des enfants malades, à l'hôpital, offre une grosse importance et il aboutit à une diminution notable de la morbidité et de la mortalité. Mais son action, éclatante pour la seconde enfance, est beaucoup moins évidente au-dessous de deux ans. A cet âge, la mortalité relève principalement du choléra infantile. Or

l'isolement a peu d'influence à cet égard, les enfants entrant déjà à l'hôpital touchés par la maladie. Quant à la contagion intérieure de cette affection, les mouches sont des agents qui défient tout isolement en boxes.

Mongolisme et syphilis héréditaire.

(M. LEMAIRE. — *Société de Pédiatrie de Paris*, 15-1-1924.)

M. Lemaire a observé 21 mongoliens et, chez presque tous, il a pu déceler la syphilis héréditaire.

— M. COMBY estime que l'opinion qui rattache systématiquement le mongolisme à la syphilis héréditaire est contraire à celle de la plupart des auteurs français et étrangers qui ont vu le plus d'idiots mongoliques. Bien que le facies mongolien soit des plus typiques, le diagnostic de l'idiotie mongolienne n'est pas toujours fait correctement. Cette affection est congénitale. Il n'y a pas à invoquer la consanguinité, ni les tares qui agissent habituellement sur la descendance (alcoolisme, syphilis, tuberculose). Le Wassermann est tantôt positif, tantôt négatif. L'âge avancé de la mère, la multiplicité des grossesses, la misère et les privations, les chagrins surtout, semblent avoir une influence déterminante. On attribue souvent le mongolisme à l'épuisement des générateurs, mais ceci ne résume pas toute l'étiologie.

— M. BABONNEIX est d'accord avec M. Comby sur ce point. L'hérédo-syphilis n'est pas la seule cause du mongolisme. L'opothérapie thyroïdienne améliore quelques-uns de ces malades.

— M. SCHREIBER montre, à ce propos, que les pédiatres sont loin d'avoir le même avis sur la valeur à attribuer aux signes dits de probabilité de la syphilis héréditaire. Il est judicieux de parler des signes de certitude de cet état morbide. Il est moins important de décrire des signes de probabilité qui peuvent être fort nombreux. Chez le nourrisson, toute anomalie, toute malformation doit faire songer à l'hérédo-syphilis, mais d'autres facteurs de dystrophie (tuberculose, alcoolisme, etc.) sont susceptibles d'intervenir.

— M. MARFAN estime que la connaissance de ces signes de probabilité offre néanmoins un réel intérêt en faisant penser à l'hérédo-syphilis.

P. L.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Félix COSTE. — **Du symptôme à la maladie**. Préface du professeur Grasset (1 vol. in-8, 354 pages. Cinquième édition, 1923. Prix : 12 fr.)

La médecine pratique revient à résoudre tous les jours, au lit du malade, cette grave question que se pose le médecin : comment vais-je passer du symptôme à la maladie ?

Transformer le symptôme en signe ; du phénomène constaté, faire un élément de diagnostic et une source d'indication thérapeutique : toute la médecine pratique est là.

C'est ce travail de séméiologie pratique que le Dr Coste a voulu épargner, ou tout au moins faciliter à ses confrères.

Le médecin recueille les symptômes que lui décrit le malade ; il en découvre d'autres par son interrogatoire et par son examen complet ; puis, il les hiérarchise suivant leur importance, et il en déduit l'état *anatomique* et l'état *fonctionnel*, et sur l'importance de ce dernier l'attention a été plus particulièrement éveillée en ces dernières années ; des souffles intenses au cœur peuvent en effet accompagner un excellent état fonctionnel et ne nécessiter aucune thérapeutique actuelle. Finalement, il arrive à la maladie et diagnostique l'espèce nosologique à laquelle le cas appartient.

Ce petit livre rendra les plus signalés services à tous les confrères. Ce n'est qu'un aide-mémoire, un guide dans cet acte le plus important et le plus difficile de notre art, la recherche du diagnostic.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi.

Dr Roger GLÉNARD. — **L'hygiène des hépatiques.** (Un vol. in-16 jésus, élégamment cartonné, de 302 pages avec figures. Prix : 12 francs.)

On doit aujourd'hui considérer comme des hépatiques tous ceux qui doivent l'origine ou la continuation de leurs malaises à un trouble chronique de fonctionnement du foie. Ces malades sont d'autant plus nombreux que l'on range aussi dans cette catégorie des hépatiques bien des cas d'arthritisme, d'artériosclérose, diabète, goutte, obésité, maigreur, rhumatisme, eczéma, migraine, neurasthénie, troubles dyspeptiques et intestinaux, ptoses viscérales, etc.

Après avoir décrit l' « *hépatisme* », côté scientifique de la question, dans un volume actuellement répandu, l'auteur s'est particulièrement attaché, dans ce petit livre de lecture courante, à développer ce qui, dans le sujet, se rapporte à la pratique médicale de chaque jour.

Après un exposé sommaire de la doctrine de l'hépatisme et des meilleures règles de la palpation du foie, l'auteur approfondit tous les chapitres de traitement que comporte cette étude : *régime alimentaire, gymnastique de chambre, théorie des sangles et corsets, thérapeutique médicamenteuse et cures hydrominérales.*

Ainsi se trouve réunie, dans un sens particulièrement pratique, la partie essentielle du traitement préventif et curatif d'un grand nombre de maladies du tube digestif et de la nutrition.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr IVAN BERTRAND. — **Les processus de désintégration nerveuse.** *Etude histologique.* Préface du prof. PIERRE-MARIE. (1 vol. 210 pages avec 100 figures. Prix : 20 francs.)

Ce livre, dont l'auteur est chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, s'adresse avant tout aux neurologistes, à qui il offre, présenté pour la première fois d'une façon systématique, le tableau de ce que sont et deviennent les éléments nerveux en voie de dégénérescence. Il n'en sera pas moins apprécié des médecins et des psychologues.

Dans la première partie de ce travail, sont exposés les processus de désintégration en eux-mêmes, sans tenir compte des affections au cours desquelles ils s'observent

L'auteur fournit un schéma général de la désintégration nerveuse, depuis la formation des produits dégénérables jusqu'à leur élimination et à leur histolyse définitive.

Dans la deuxième partie, abordant l'étude des affections les plus importantes du système nerveux central et périphérique, on voit les modalités de ces processus généraux.

L'auteur conclut sur la valeur histologique des divers processus observés, en insistant sur l'importance primordiale de la métaplasie conjonctivo-névroglique et de la loi de dualité neuro-interstitielle.

On trouvera dans ce livre, tous les éléments nécessaires àune introduction à l'histopathologie nerveuse.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr COT.— **Quelques notions d'hygiène pour les hommes de vingt ans.** Introduction de M. GÉNÉVRIER, préfet du Loiret. (1 vol. in-8, 96 pages, 1923, 2e édition. Prix : 3 fr. 50).

L'hygiène n'est plus un vain mot ; elle n'est plus basée sur des hypothèses. Depuis Pasteur, elle repose sur des faits expérimentaux inébranlables. Son domaine est immense et s'accroît de plus en plus, il embrasse tout ce qui concerne la protection des peuples contre les les fléaux sociaux.

L'auteur étudie successivement : l'hygiène en France, l'hygiène dans l'armée. Le terrain, la lutte contre les causes secondes des maladies, la lutte directe contre les agents des maladies transmissibles, envisagean t aussi les notions connues sur les porteurs sains de germes, la lutte contre la fièvre typhoïde par la vaccination antityphoïdique, contre le typhus, le paludisme, la tuberculose, la syphilis.

En hygiène, comme en toutes choses, écrivait le Pr Courmont, l'éducation du peuple est le seul fondement de son obéissance. Pour conquérir sa confiance et obtenir son adhésion bénévole aux prescriptions hygiéniques, il faut, avant toute autre chose, l'instruire.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr R. SABOURAUD. — **Entretiens dermatologiques.** Nouvelle série, 2e volume : *Maladies du cuir chevelu.* (1 vol. de 272 pages avec figures. Prix : 20 fr.).

Ce deuxième volume de la nouvelle série des *Entretiens dermatologiques* est consacré en entier aux *maladies du cuir chevelu.*

Ce livre, particulièrement intéressant, d'une lecture facile, est le résumé d'un enseignement clinique vivant, qui permet à tous les médecins et spécialistes de profiter des progrès réalisés dans la pratique dermatologique ainsi que de l'expérience de l'auteur.

Voici les principaux sujets traités dans ce volume.

Diagnostic différentiel des alopécies diffuses. Calvitie précoce. Eczémas du cuir chevelu et alopécies consécutives. Diagnostic différentiel de la pelade, des maladies à évolution cicatricielle et cicatrices du cuir chevelu. Alopécies profuses. Cheveu peladique. Teignes tondantes et pelade. Favus. Thérapeutique des dermatoses banales. Comment on abîme ses cheveux. Pelade. Pelade psoriasis. Pelade et tuberculose. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade. Pelade et ménopause. Pelade et goitre exophtalmique. Pelade et syphilis. Pelade et tératotogie dentaire. Pelade et hérédo-syphilis, etc., Traitement de la pelade.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr E. OZENNE. — **Hygiène prophylactique des hémorroïdaires.** (1 vol. de 175 pages. Prix : 8 fr.).

Il existe non pas un type d'hémorroïdaires, mais des types d'hémorroïdaires ; et les règles d'hygiène à suivre doivent varier suivant que la maladie hémorroïdaire s'est développée chez un sujet en puissance de l'un ou de l'autre des modes constitutionnels de la grande famille neuro-arthritique.

Un des traits originaux de cet intéressant ouvrage consiste précisément à présenter, pour chaque catégorie d'hémorroïdaires (goutteux, hépatiques, cardiaques, etc.), non pas des directives, s'appliquant à l'ensemble du régime hygiénique à observer, que l'on trouve dans les traités d'hygiène, mais une mise en relief de ce qui doit être conseillé et surtout déconseillé dans les cas où les hémorroïdes viennent s'ajouter à quelques-unes des manifestations de l'arthritisme.

Cependant l'auteur a cru bon, dans un premier chapitre, de rappeler les règles imposées à tout arthritique pour se mettre à l'abri des manifestations variées de la diathèse, comme pour prévenir le développement de la phlébite hémorroïdale.

En dix chapitres se trouve ensuite exposé le régi me qui convient aux différentes catégories d'hémorroïdaires : goutteux, rhumatisants, dyspeptiques, hépatiques, diabétiques, obèses, cardiaques, albuminuriques, asthmatiques, emphysémateux, urinaires et neurasthéniques hémorroïdaires.

Pour chacune d'elles sont tracées les règles qui se rapportent au meilleur régime alimentaire à suivre,

et les prescriptions d'hygiène générale concernant les exercices et les divers modes d'hydrothérapie.

L'ouvrage se termine par une quarantaine de pages, comprenant les indications thérapeutiques médicales des hémorroïdes symptomatiques et idiopathiques et un résumé des principales opérations auxquelles on doit recourir, quand le traitement médical est inapplicable ou est resté insuffisant.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr Henri DIFFRE. — **Contrôle du sport et de l'éducation physique** (1 vol. 190 pages. Prix : 9 fr.).

Au milieu de la poussée sportive actuelle, il ne faut pas oublier que le sport peut devenir dangereux, si ceux qui s'y adonnent commettent des exagérations, ou se trouvent, à leur insu, dans un état pathologique qui leur commanderait l'arrêt momentané ou définitif.

Cet ouvrage, écrit par un sportif, lui-même spécialisé dans les questions qui touchent à la croissance de l'enfant, est un guide pour les médecins, qui de près ou de loin, ont à apporter leur collaboration à des essais de réglementation de l'éducation physique. Ils y trouveront indiqué leur part de collaboration, leurs responsabilités, ce qu'ils doivent exiger, permettre, etc. ; ce qui leur manque, en un mot, comme physiologistes pour faire œuvre utile, quand il s'agit d'éducation physique.

Le livre du Dr Diffre contient une excellente étude sur la *fiche physiologique* dont on ignore trop souvent la valeur de contrôle. C'est le guide, qui permettra de classer les sujets et de connaître les seuls examens physiologiques indispensables ; ceux qui doivent dorénavant être de règle pour tous les adolescents, si l'on veut que l'éducation physique atteigne son but : la prévention de la maladie, l'amélioration du développmement et du rendement individuels.

Pour tous ceux qui s'intéressent au sport, dirigeants de clubs, associations, sociétés de gymnastes, le problème est ici résolu de la sélection sportive.

Dr Noël FIESSINGER. — **Les ferments des leucocytes, en physiologie, pathologie et thérapeutique générales.** Préface du professeur CHAUFFARD. (1 vol. 238 ges, Prix : 16 francs.)

Le champ d'action du leucocyte ne se limite pas à l'étendue de son cytoplasma. Celui-ci ne se borne pas à assurer par la phagocytose la destruction des bactéries ou des corps étrangers. Il élabore des ferments plus nombreux et plus variés que ceux du pancréas. Tous ces ferments (oxydases, paroxydases, catalases, réductases, protéases, amylases, chymosines, thrombines, etc.), qui, dans l'organisme sont sécrétés par des glandes, ayant subi une différenciation, peuvent être élaborés par cette simple cellule, qu'est le leucocyte ; aussi le Pr Chauffard n'hésite-t-il pas, dans sa préface, à qualifier *le leucocyte de « glande endocrine monocellulaire ».*

Depuis 15 ans, l'auteur a fait des recherches personnelles sur ce sujet ; recourant de plus à une bibliographie très complète, il met au point les techniques de biochimie leucocytaire.

A l'occasion de chaque ferment, il s'attache à fixer sa part en physiologie générale, dans la digestion entérale ou tissulaire, dans les échanges leucocytaires ou humoraux.

Les applications à la pathologie générale éclairent certains phénomènes d'interprétation difficile : température, fièvres de résorption, résolution de l'hépatisation pneumonique et des exsudats, homogénéisation ou tyrosino-réaction des crachats, liquéfaction du pus, détorsion et réunion des plaies et défense antituberculeuse.

Les ferments leucocytaires interviennent aussi dans l'autolyse, dans l'immunité acquise, et dans la croissance.

Sur leur étude, on peut baser une méthode de diagnostic biologique, le zymo-diagnostic de Noël Fiessinger et Pierre Louis-Marie.

La thérapeutique moderne, enfin, s'enrichit des connaissances sur les ferments leucocytaires dans la protéasothérapie locale, dans l'anti-protéasothérapie, enfin dant la leucothérapie générale des affections du système nerveux, de la tuberculose et des infections aiguës.

Cet ouvrage doit donc intéresser le médecin et le chirurgien autant que le biologiste.

EDITIONS LITTÉRAIRES ET POLITIQUES,
18-20, rue Peugue, Bordeaux.

Dr Pierre NADAL. — **L'éducation nerveuse et musculaire dans le travail** (Un opuscule, 63 pages, 1923.)

Dans cette étude intéressante, l'auteur montre que l'organisation du travail, et de l'activité en général (sous toutes ses modalités), est le premier des problèmes sociaux, peut-être même l'unique problème social. Il envisage notamment la préparation physique du travailleur, l'activité cérébro-musculaire, l'adaptation de l'outillage à l'homme, et de l'homme à l'outillage et à la machine, l a conduite de la machine humaine, l'hygiène du travaill, etc. Enfin, en ses conclusions, il essaye de prévoir ce que sera l'âge d'or du travail.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

I

LES MAISONS DE SANTÉ A BON MARCHÉ

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique m'a demandé, ces jours derniers, de faire un rapport sur l'organisation de maisons de santé à bon marché, créées et administrées par les hospices et hôpitaux.

Certains conseils généraux et commissions départementales d'assistance se sont émus, d'une part, de la cherté du prix de journée dans les cliniques privées médico-chirurgicales et, d'autre part, de la possibilité, pour les hôpitaux, de se créer des ressources supplémentaires, grâce à l'hospitalisation de malades payants. Ces ressources viendraient soulager le budget hospitalier, actuellement mis en mauvaise posture par la cherté de la vie et par le poids du service des fondations de bienfaisance.

Déjà fonctionnent en France quelques maisons de santé à bon marché, créées surtout pour les bourses modestes et qui marchent, croyons-nous, à la satisfaction de tous. Ces maisons bénéficient des marchés en gros passés par l'hôpital, d'une diminution de frais généraux et de l'absence d'impôts.

Convient-il, dès lors, de généraliser ce *modus faciendi* ? C'est ce que nous venons demander à nos confrères.

Mon pré-rapport, au Conseil supérieur, a conclu à la nomination d'une commission composée d'administrateurs d'hôpitaux, de juristes et de médecins, pour étudier le problème sous toutes ses faces. Notre collègue Rinuy représente, dans cette commission, le corps médical organisé dans ses syndicats.

Aussi serai-je personnellement reconnaissant à nos confrères, de répondre, par l'intermédiaire *de leur syndicat, au referendum* ci-après que nous avons rédigé avec Rinuy. Je prierai en outre nos lecteurs de me faire part de leurs critiques, de leurs desiderata. Ils devront de même nous faire parvenir les exemples de ce qui existe, les règlements hospitaliers, etc. De la sorte, Rinuy et moi pourrons présenter des documents vécus et l'Union des syndicats médicaux fera connaître le point de vue des médecins praticiens, dans cette grosse question de l'hospitalisation des malades aisés et payants.

Dr Paul BOUDIN.

Union des Syndicats médicaux de France

Siège social : 25, rue Louis-le-Grand, Paris (2e.)

Circulaire 34.
OBJET : *Maisons de Santé à bon marché.*

Paris, le 13 mai 1924,

Mon cher Confrère,

La question des maisons de santé à bon marché est d'actualité. Elle revient souvent dans les discussions avec les Sociétés et les Pouvoirs publics et elle a fait l'objet de vœux présentés au Conseil Supérieur de l'Assistance publique.

Nous désirons avoir une statistique qui permette à vos délégués de faire entendre le point de vue médical au sein de ces assemblées. En conséquence, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint, et de nous le retourner par un prochain courrier.

Si les renseignements vous font défaut, nous vous prions d'enquêter, au besoin, auprès des médecins des hôpitaux de votre région.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternellement dévoués.

Le Secrétaire général adjoint :
Dr RINUY.

QUESTIONNAIRE

Paris, le 13 mai 1924,

Circulaire 34.
ANNEXE.

Syndicat de.......................................

1. Votre hôpital local a-t-il organisé une maison de santé à bon marché indépendante comme locaux et gestion ?

2. La maison de santé est-elle, au contraire, annexe de l'hôpital ? Ses dépenses et ressources comptent-elles dans le budget général de l'hôpital ?

3. N'existe-t-il que des salles payantes exclusivement réservées aux payants dont le budget est inclus dans le budget général ?

4. Les malades payants sont-ils reçus en salle commune avec les malades gratuits ?

5. Quel est le régime médical pour ces malades payants, soit en salles, soit en maisons de santé ?

Seuls les médecins de l'hôpital ou tous les médecins de la localité peuvent-ils soigner les payants ?

6. Quels sont les prix de journée ?

Les frais médicaux y sont-ils compris ?

7. Ces organisations font-elles concurrence aux maisons de santé et cliniques privées ?

8. Quelles critiques formulez-vous ?

9. Quels seraient les desiderata de votre Syndicat ?

II

JURIDIQUEMENT, SERAIT-IL LICITE DE FAIRE DES GREFFES AVEC TESTICULE D'HOMME ?

La communication si intéressante du Dr Dartigues sur les greffes interstitielles (méthode du Dr Voronoff) a provoqué la question suivante, de la part d'un de nos abonnés : « le singe est rare ; un homme aurait-il le droit de céder, à titre gratuit ou onéreux, un de ses testicules, pour le faire greffer à un candidat au rajeunissement ? »

Laissons d'abord de côté le point de vue social : l'opinion publique pourrait s'émouvoir, en constatant que certains malheureux consentiraient, pour de l'argent, à se priver de tout ou partie de leurs facultés de reproduction, au profit de personnes séniles, mais riches. Ces dernières seraient accusées de se servir de leur argent pour recouvrer, non pas la possibilité d'avoir un enfant, mais la satisfaction du réveil de certains désirs endormis par l'âge ou la sénilité précoce. Les moralistes soutiendraient que l'intérêt social serait, une fois de plus, déplacé au profit de quelques individus, grâce à l'argent que ces derniers possèdent.

Nous n'envisagerons pas non plus la question de l'atavisme : quelle influence pourrait avoir la greffe testiculaire humaine sur les produits de la conception ? L'enfant hériterait-il des *qualités* physiques et morales d'un ou de deux pères ?

Abordons plutôt le côté juridique.

Le crime de castration complète ou incomplète est puni par l'article 316 du Code pénal. Le chirurgien verrait donc sa responsabilité pénale engagée par l'opération qu'il aurait pratiquée, même du consentement de son malade.

L'article 311 pourrait également être applicable, réprimant les blessures n'ayant occasionné aucune maladie, ou incapacité de travail, ou bien encore ce serait l'article 319 ou 320 du Code pénal, dans les cas graves (blessures involontaires).

Mais, pourrait-on dire, il s'agit ici d'expérimentation scientifique, avec l'assentiment du malade.

Nier que le médecin a le droit de s'engager dans une voie, jusqu'ici inconnue, pour guérir un malade, serait condamner la science médicale à rester stagnante. Ce serait nuire à l'humanité, en voulant la protéger. Cependant, la conduite du chirurgien doit s'appuyer sur des recherches scientifiques sérieuses ; il ne faudrait pas qu'il puisse être prouvé que le docteur se soit livré à une expérience sur la personne de son malade, sans s'en être entouré de toute certitude expérimentale.

Le 15 décembre 1859, le tribunal correctionnel de Lyon condamnait le Pr Gailleton et son interne à l'Antiquaille, pour avoir inoculé à un jeune teigneux du pus de plaques muqueuses.

« Attendu, dit le jugement, que les droits du médecin et ses obligations envers la science ont des limites ; que ses droits, il les tire de son dévouement envers ses semblables et de son ardent désir de les soulager ; que ses obligations envers la science doivent s'arrêter devant le respect dû aux malades ; qu'il suit de là que, toutes les fois que, dans une application d'une méthode curative nouvelle, le médecin aura eu essentiellement pour but la guérison du malade et non le dessein d'expérimenter, il ne relèvera que de sa conscience et que, dans ce cas, la médication, thérapeutique par son but, amène par son résultat, une découverte scientifique, il jouira légitimement de la considération et de la gloire qui s'attachent à son nom, mais que telle n'est pas la situation des prévenus ; que tout, dans la cause, démontre que leur pensée dominante, leur but principal, a été de résoudre, au moyen d'une expérience, une *question médicale* qui faisait le sujet de vives controverses ; que si, accessoirement ils ont pu se dire que l'opération pratiquée par eux pouvait éventuellement être favorable à la guérison de l'enfant déjà atteint de la teigne, cette réflexion n'est venue que dans un ordre d'idées très secondaires ;

« Attendu que, pour qu'il y ait délit, il n'est pas nécessaire que l'auteur ait eu le dessein caractérisé et déterminé d'agir méchamment, par haine ou par vengeance, mais qu'il suffit qu'il ait agi en connaissance de cause et avec l'intention de satisfaire, au risque de nuire, soit l'intérêt de sa renommée, soit même une passion purement scientifique et désintéressée ; que le risque de nuire existait dans l'espèce ; qu'au moment de l'opération, les effets de l'inoculation, au point de vue de la guérison de la teigne, étaient douteux et que peu importe que ses effets aient été favorables à l'enfant, qui, d'ailleurs a continué à être soumis au traitement habituel ;

« Attendu que les faits reprochés aux prévenus sont d'autant plus répréhensibles qu'ils se sont accomplis sur un enfant incapable de tout consentement libre, confié à la charité publique et aux soins des prévenus ;

« Attendu que les expériences analogues, faites dans d'autres hôpitaux, si elles ont eu lieu dans des circonstances semblables, ne sauraient en aucune façon légitimer celle qui a eu lieu à Lyon. »

Manche, dans sa thèse de doctorat en droit, sur la responsabilité médicale (Paris 1913), cite, page 215, une condamnation du Dr Neisser, de Breslau, condamné, en Allemagne, pour avoir inoculé à huit jeunes filles saines, le sérum de syphilitiques, conservé plusieurs semaines et demeuré stérile. Quatre des jeunes filles inoculées devinrent syphilitiques à la suite de cette expérience.

Comme conséquence de cette condamnation, une ordonnance défendit aux chefs de cliniques et d'établissements hospitaliers toute intervention médicale, n'ayant pas pour objectif l'état de santé du malade ;

1° Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un aliéné;

2° Lorsque le sujet n'a pas donné formellement son autorisation.

3° Lorsque l'autorisation a été donnée par le sujet, sans qu'il en connaisse les conséquences.

Dans les cas spéciaux, où une intervention de ce genre est autorisée, elle devra être pratiquée, par le chef de service lui-même, ou sur le vu de ses instructions et la feuille de clinique devra relater toutes les particularités de l'expérimentation, en même temps que ses suites.

Rappelons l'expérience de Laënnec, usant le premier en France de l'émétique, dans le traitement de la tuberculose et, que son malade étant mort, notre célèbre ancêtre se trouva sur le point d'être l'objet de poursuites judiciaires.

Pasteur inoculant le virus rabique à un jeune berger mordu au visage et aux mains, par un chien reconnu enragé, aurait eu l'excuse, en cas de poursuites judiciaires, de démontrer qu'il s'agissait d'un traitement *in extremis*, le blessé étant presque certainement voué à la mort.

Quelle serait la situation d'un chirurgien, ayant partiellement castré un individu, avec son autorisation expresse, pour faire une greffe à un autre sujet, si le premier opéré venait à décéder des suites de son opération, ou s'il communiquait la syphilis, par exemple, au second ?

On reprocherait au premier opéré d'avoir consenti à une mutilation volontaire, pour une somme d'argent ; au second, on ferait grief d'avoir mésusé de sa fortune, en achetant une parcelle de corps humain vivant ; d'avoir fait courir un risque au premier opéré et d'avoir diminué ou aboli ses fonctions génératrices, pour un but éminemment égoïste et intéressé.

Quant au chirurgien, il serait le complice de ces tractations, sans compter qu'en cas d'accident, il serait rendu responsable civilement et pénalement.

Scientifiquement, si intéressants que soient les résultats des expériences citées par le Dr Dartigues, à la suite des interventions du Dr Voronoff, on ne peut pas dire que cette opération de la greffe ne soit une méthode nouvelle, encore dans la voie de l'expérimentation. Rapprochons donc une décision du tribunal civil de Gray, 29 juillet 1873, disant que, dans l'emploi des méthodes nouvelles, la responsabilité du médecin n'est pas engagée, lorsqu'homme de science, il n'agit que d'après les données de la médecine expérimentale.

L'expérimentation, condamnée par le tribunal correctionnel de Lyon, 15 décembre 1859, l'a été également par un arrêt de la Cour d'Aix, 22 octobre 1906.

Nous pouvons conclure en conseillant aux chirurgiens de se servir de nos frères inférieurs simiesques, pour donner leurs génitoires aux privilégiés de la fortune, qui veulent encore, malgré leur âge, goûter certains plaisirs d'ordre génital.

Mais il serait dangereux d'accepter l'offre, à titre gratuit ou onéreux, que pourrait faire un homme, de donner un de ses testicules, pour le rajeunissement d'un de ses semblables. La morale sociale, le Code pénal en feraient grief, non seulement aux principaux personnages, mais encore au chirurgien opérateur.

Dr Paul Boudin.

III

VENTE DE MÉDICAMENTS PAR DES COOPÉRATIVES

Un de nos abonnés, propharmacien, se plaint à nous de ce qu'un certain nombre de coopératives de sa localité vendent des médicaments, tels qu'acide picrique, huile camphrée, teinture d'iode, eau oxygénée, ammoniaque, acide borique, coton hydrophile, etc.

Il subit, de ce fait, un préjudice considérable et il nous demande comment faire cesser cet abus. Que peut-on également faire contre le pharmacien grossiste qui approvisionne ces coopératives en médicaments ?

La jurisprudence est nombreuse et constante pour défendre la vente de produits médicamenteux, quels qu'ils soient, lorsque le vendeur n'est pas titulaire du diplôme de pharmacien. La loi de germinal an XI a été maintes fois appliquée et nous ne reviendrons pas sur ce chapitre de l'exercice illégal de la pharmacie.

Or, en ce qui concerne les coopératives de consommation, nous relevons un arrêt de la Cour de Cassation, chambre criminelle, du 22 avril 1901 (S. 1902, 1, 5), ainsi rédigé :

« La loi du 21 germinal an XI interdit le débit et la vente des médicaments à toute per-

sonne qui n'est pas muni d'un diplôme régulier de pharmacien.

« Il n'est pas permis à une société de consommation d'acheter en gros des médicaments, pour les livrer à ceux de ses sociétaires qui en ont besoin, moyennant un jeton, dont la valeur représente, outre le prix de revient, une somme destinée « à couvrir les frais généraux et à amortir ceux d'installation et à constituer un fonds de réserve. »

« Il y a dans ce fait, à la fois débit et vente de produits pharmaceutiques, c'est-à-dire double contravention à la loi de germinal an XI ».

Il faut donc faire une distinction parmi les produits, qui sont mis en vente par la coopérative. Cette dernière peut délivrer des cotons, des bandes de gaze et autres marchandises, dites d'hygiène : tout le monde peut en faire la vente, sans diplôme spécial.

Mais il en est autrement pour les produits, servant à la médecine humaine, tant vendus au poids médicinal, que livrés sous forme de spécialités pharmaceutiques.

Pour que la coopérative ne soit pas poursuivable, pour délit d'exercice illégal de la pharmacie, il faudrait qu'elle puisse avoir un pharmacien diplômé, qui seul, vendrait au public, selon les modes et usages des coopérateurs de l'endroit.

Ainsi, dans un cas analogue, en ce qui concerne une pharmacie organisée par une société de secours mutuels et ne vendant des médicaments qu'aux mutualistes, il a été jugé qu'un médecin ne peut pas vendre les produits pharmaceutiques, en l'absence du pharmacien titulaire. Le tribunal correctionnel de Saint-Claude (14 juin 1910) s'est ainsi exprimé : « s'il est vrai qu'un médecin ne peut être directeur d'une pharmacie mutualiste, dûment pourvue d'un gérant diplômé, sans tomber sous l'application des articles 25 et 36 de la loi de germinal an XI, préparer et débiter lui-même des médicaments, dans cette pharmacie mutualiste, sans le consentement de ce pharmacien, on en son absence. »

Il en résulte qu'une pharmacie mutualiste ne saurait fonctionner et délivrer des remèdes aux adhérents de la société de secours mutuels qu'autant que l'officine est dirigée entièrement par un pharmacien diplômé et sous la responsabilité unique de celui-ci.

Des espèces semblables ont été jugées dans le même sens par les tribunaux, en ce qui concerne les pharmacies privées, organisées par des hôpitaux, des fondations charitables ou des établissements de bienfaisance. Les jugements sont nombreux, par lesquels des religieuses, par exemple, ont été condamnées pour exercice illégal de la pharmacie, pour avoir donné, même à titre gracieux, à des indigents, des préparations officinales qu'elles préparaient elles-même ou des médicaments simples.

De tout ceci, il faut conclure que notre confrère est en droit de poursuivre les coopératives pour exercice illégal de la pharmacie et les pharmaciens grossistes, qui les approvisionnent, comme complices de cet exercice illégal.

Mais, deux recommandations essentielles : d'abord, faire constater par huissier ou par plusieurs témoins, le délit plusieurs fois répété.

Puis, se demander si le profit retiré d'un procès sera compensé par l'animosité locale que les coopérateurs ne manqueront pas d'avoir à l'encontre de celui qui prendra l'initiative des poursuites.

Peut-être qu'une démarche amiable, tentée auprès du gérant de la coopérative, ou du président du conseil d'administration, permettrait de sauvegarder les intérêts de notre confrère, sans nuire à sa réputation. Il conviendrait, en effet, de démontrer que la responsabilité civile de la coopérative pourrait être engagée, comme complément de sa responsabilité pénale, au cas où une erreur serait commise par un employé de la coopérative, erreur qui aurait pour conséquence soit un empoisonnement, soit la production d'un accident ou maladie chez un client.

Le « Sou Médical » reste d'ailleurs à la disposition de ses adhérents pour les guider dans ces démarches délicates, où il faut défendre ses droits, au nom de la loi, mais sans soulever les animosités locales, trop fréquentes dans les petites localités.

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. : 5801.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La combinaison V

— Votre conception nouvelle de la combinaison V est très intéressante.

— Quelle conception nouvelle ?

— Vous la considérez comme une sorte de contre-assurance de la cotisation pension pour la femme du médecin.

— D'abord cette conception n'est pas nouvelle, ensuite ce n'est pas une contre-assurance

La combinaison V reste ce qu'elle a toujours été, une combinaison assurant une pension viagère à la veuve du médecin mort prématurément. Que cette pension puisse lui être utile à payer ses cotisations, si elle est inscrite à une combinaison retraite, la chose est incontestable.

mais elle ne constitue pas une contre-assurance, celle-ci ayant pour but la restitution des cotisations versées.

Cette contre-assurance, elle existe et les tarifs prévoient la cotisation simple et la cotisation contre-assurée. La combinaison V n'a rien à y voir : que la veuve cotise ou non pour une retraite, la pension des veuves lui est servie et cela jusqu'à sa mort. Cette pension, je le répète, peut lui faciliter le versement de ses cotisations retraite et c'est en cela qu'il est intéressant que le mari soit inscrit à V alors que sa femme est inscrite à P. ou à R.

La combinaison V ne me paraît pas avoir jamais été bien comprise.

« Quand, écrivait Mignon, je vois avec quelle désinvolture mes correspondants biffent d'un large trait de plume sur les bulletins d'adhésion la ligne qui concerne V, je me demande si tous n'ont pas laissé chez leurs clients ce qu'ils pouvaient posséder d'altruisme ou s'ils ne réservent pas pour leur famille, et exclusivement à son usage, la dose d'égoïsme que leur a imparti la nature. Après moi le déluge !... telle semble leur devise ». Non, le médecin n'est pas égoïste, il n'est même pas indifférent, mais il vit au jour le jour sans beaucoup se soucier du lendemain, il remet à plus tard, il a bien le temps, et surtout il ignore notre combinaison V.

Quand il a dit que 600 francs étaient une somme bien insuffisante, il croit que cela suffit : il ne se rend pas compte que ces 600 francs sont toujours les bien venus dans le budget de la veuve et sont reçus par elle avec une reconnaissance visible.

Sans doute, c'est dans un esprit de prévoyance pour les siens et non pour faire une bonne affaire, qu'il devra entrer à V. Il n'en n'est pas moins vrai que la bonne affaire peut arriver par surcroît : faut-il citer cette veuve dont le mari a versé en tout 648 francs de cotisations, qui a reçu plus de 6000 francs de pensions et qui n'a que 45 ans ? Et ce malheureux confrère qui est mort ayant versé moins de 3000 francs et qui laisse six orphelins dont le plus jeune a six ans ?

On n'accusera pas nos cotisations d'être trop élevées : qu'on les compare aux primes des Compagnies d'assurances sur la vie ! Et puis, elles ne se payent que jusqu'à 65 ans, c'est-à-dire dans la période d'activité professionnelle du médecin ; elles ne peuvent donc constituer pour lui une gêne. Et puis, si le sociétaire compte quinze années de participation et qu'il ne puisse plus continuer à verser sa cotisation, la veuve, loin d'être déchue, a droit à une pension proportionnelle.

Voilà ce que le médecin ignore, voilà ce sur quoi il faut attirer son attention.

La combinaison V répond à un besoin véritable du corps médical et personne ne s'inscrira en faux quand nous dirons que, chaque année, nous voyons des veuves de médecins, dont la situation était sortable quand leur mari vivait, venir nous exposer leur détresse et solliciter des secours que trop souvent nous ne pouvons leur donner.

D'ailleurs quand nous avons fait notre enquête près du corps médical, les réponses sont venues nombreuses pour nous encourager, les adhésions de principe dépassaient le chiffre de 400 et on nous pressait d'aboutir.

Non sans difficultés nous avons pu constituer au sein de la Mutualité familiale la section *Pensions aux veuves et aux orphelins* en lui donnant un caractère aussi confraternel que possible, et maintenant qu'elle existe, qu'elle fonctionne, qu'elle rend les services qu'on attendait d'elle... on l'ignore !

Confrères, cette combinaison V vous est ouverte jusqu'à 50 ans, venez-y pendant que vous le pouvez, venez-y pour assurer aux vôtres un minimum de ressources si le malheur veut qu'ils vous perdent et, si votre situation vous le permet, venez-y pour compléter la pension de retraite que vous assurez à votre femme.

Vous connaissez le terme de vos versements, vous savez donc à quel sacrifice maximum vous vous engagez. Bien plus, si vous le préférez, vous pouvez vous libérer à votre entrée par un versement unique qui vous enlèvera tout souci pour les années ultérieures.

La seule chose que nous vous demandions, c'est d'être en bonne santé, de n'avoir aucune tare connue ou cachée. Ce n'est pas à des médecins qu'il faut expliquer le bien fondé de cette exigence.

Et nous, nous vous promettons, dès que vous nous aurez apporté le nombre qui, en la matière est indispensable, de relever le chiffre de la pension et de la porter à 1200 francs.

Pour terminer, un exemple de ce que sont nos primes.

Le mari a, par exemple 38 ans, la cotisation sera :

Age de la femme	Cotisation unique	Cotisation annuelle
38 ans	2.579 fr.	185 fr.
37 —	2.686 »	191 »
36 —	2.792 »	198 »
35 —	2.898 »	205 »
34 —	3.003 »	212 »
33 —	3.109 »	219 »
32 —	3.214 »	226 »
31 —	3.319 »	233 »
30 —	3.424 »	239 »
29 —	3.520 »	246 »
28 —	3.631 »	253 »
27 —	3.733 »	259 »
26 —	3.835 »	265 »
25 —	3.937 »	271 »

L'âge étant celui que les intéressés ont eu ou auront dans l'année de l'admission, il en résulte que le sociétaire verse sa dernière cotisation dans l'année où il a 64 ans et qu'il n'a pas de cotisation à payer dans l'année où il atteint 65 ans.

Le droit à la pension s'ouvre le lendemain du décès du sociétaire.

La pension se paye par quarts, à termes échus, à la fin de chaque trimestre, sur la production d'un certificat de vie par les bénéficiaires. Elle parvient aux intéressés exempte de tous droits.

Connaissez-vous une organisation plus confraternelle et qui exige moins de sacrifices ?

A. GASSOT.

LE PRIX MOYEN ET LE TIERS PAYANT EN MÉDECINE RURALE (1)

Dans son numéro de janvier, le *Médecin Syndicaliste* a demandé aux Syndicats médicaux de bien vouloir donner leur avis au sujet du prix moyen dont je faisais la proposition. Malheureusement, le temps donné pour la réponse était très court, car il fallait rapidement la transmettre à la Commission du tarif Breton. Le résultat du referendum fut publié dans le numéro du 1er mars 1924 et donna les résultats suivants :

Tous les médecins syndiqués furent consultés, soit 16.500. Il n'y eut que 2.386 réponses appartenant à 151 syndicats. 94 syndicats se déclarèrent hostiles au projet et 39 partisans, représentant respectivement 1.645 voix contre et 761 pour.

La propositiou fut donc abandonnée et les délégués de l'Union à la Commission des accidents du travail s'en tinrent, purement et simplement, au tarif Breton qui, finalement, sera appliqué sans modifications aux accidents agricoles. (Vote unanime de la Commission, le 3 avril 1923.)

Dans ces conditions, il semble qu'il soit parfaitement inutile de revenir sur cette question du prix moyen. Ce n'est pas mon avis, car ayant eu l'occasion de traiter cette question à La Rochelle, La Roche-sur-Yon, Angoulême, Poitiers, j'ai constaté que le système proposé n'avait pas été parfaitement compris et, qu'après les explications complètes que j'en avais données, tous les confrères présents s'étaient ralliés à l'idée du prix moyen quand il y a un tiers payant.

D'autre part, certains syndicats partirent en guerre avec virulence contre cette façon de compter nos honoraires et oublièrent même la courtoisie la plus élémentaire, allant jusqu'à m'accuser de « trahir les intérêts du Corps médical », ce qui prouve, une fois de plus, qu'il n'est pas de tout repos de bien vouloir s'occuper des autres. Mais, si les interprétations calomnieuses sont parfaitement négligeables, il résulte clairement ceci : ceux qui s'élèvent avec le plus de violence contre le prix moyen, montrent, par leurs critiques, qu'ils n'y ont rien compris.

Pour ces deux motifs, et parce que je suis convaincu, tant qu'on ne m'aura pas démontré le contraire, que le système proposé a du bon, je vais l'exposer à nouveau avec plus de détails.

Et d'abord qu'elle est la raison qui a motivé la proposition du prix moyen ? Notre façon illogique de compter nos honoraires pour les visites avec déplacement, quand il s'agit d'un tiers payant.

Car il faut le redire, et le titre de cet article le précise, le système ne s'applique qu'au tiers payant.

Encore un de ses méfaits ! vont dire ses contempteurs ; mais ce tiers payant existe depuis longtemps et nous l'avons en ce moment devant nous sous trois aspects : A. M. G., soins aux victimes de la guerre, accidents du travail.

Quand un client ordinaire nous appelle, il sait qu'un « voyage », comme on dit ici, va lui coûter tant, 15, 20 ou 30 francs, suivant l'endroit où il habite. Il ne sait pas, dans ce prix global, et cela ne l'intéresse d'ailleurs pas, quelle est la part de l'acte médical proprement dit et celle du déplacement. La seule chose qui l'intéresse, c'est de savoir quelle est la somme totale qu'il aura à payer s'il demande à un médecin d'aller le voir. Il sait aussi, ce client, que, s'il profite de votre visite chez un voisin, vous êtes assez « bonne poire » pour lui faire une visite au « rabais ». Il voit aussi, quand il vient payer sa note, qu'il y a des voyages que vous ne lui avez pas fait payer en totalité, parce que vous avez vu d'autres malades en même temps que lui dans son hameau. Et, à ce propos, qu'il me soit permis de dire que les syndicats ont le plus grand tort de ne pas avoir codifié la « visite en passant » ; j'ai soutenu à la Commission du tarif Breton que le médecin qui voit plusieurs malade dans le même hameau a droit, pour chacun, au prix total de son « voyage » quand la maladie nécessitait *obligatoirement* la visite du médecin. Ne peut être considérée comme visite de passage que la visite *facultative*. Je ne faisais d'ailleurs que me conformer aux décisions du Syndicat des Deux-Sèvres qui a défini ainsi la visite de passage :

1° La visite que fait un médecin lorsque, étant déjà dans un village, un autre malade vient le prier de passer chez lui.

2° Lorsque l'état d'un malade n'oblige plus le médecin à se déplacer *spécialement* pour lui, il fait une visite en passant, lorsqu'il profite de son passage dans le village pour aller le voir.

(1) *Bulletin* du Groupement des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou, n° 4, avril 1924.

Mais par contre, lorsqu'il s'est agi du tiers payant, il a fallu faire des tarifs généraux, et, pour cela, diviser ce prix global du « voyage » en deux éléments, l'un *fixe* : le prix de la visite, l'autre *variable* : la distance. Cet élément variable, on a eu le tort de l'appeler indemnité kilométrique, au lieu de dire indemnité de déplacement, parce que le tiers payant n'a vu, sous cette rubrique, que l'élément *distance*, et a complètement négligé l'élément *temps* nécessaire pour parcourir cette distance. Première cause de conflit : le médecin, dit le tiers payant, n'a droit qu'au remboursement de ses frais de transports ; d'où enquête de l'*Auto*, prix de location des taxis, discussion sur le prix de l'essence et des pneus, etc.

Hypnotisé par l'élément distance, le tiers payant a découvert que, la plupart du temps, nous faisions des parcours variables, au cours desquels nous voyons tout ou partie de nos malades ; donc, nous ne parcourons pas pour chaque visite la distance aller et retour qui sépare les deux domiciles du malade et du médecin.

Nouvelle source de conflits, aggravée de ce fait que pour le tiers payant, il y a eu confusion dans les termes, et que, pour lui, une visite faite au cours d'une tournée était une visite en passant. Cette erreur d'interprétation rectifiée, il restait au tiers payant cette rancœur de payer des kilomètres qui n'étaient pas faits.

D'autre part, sachant fort bien que la vraie visite en passant est, dans certaines régions, largement pratiquée, le tiers payant est très étonné de voir combien rarement elle figure sur les notes d'honoraires qu'on lui présente.

En voici un exemple savoureux recueilli au cours de mes déplacements chez nos voisins. Il existe quelque part un poste médical où exercent plusieurs médecins ; dans leur rayon de clientèle, il y a une grosse localité située à dix kilomètres. Les confrères se réunirent un beau jour et décidèrent, pleins de zèle, qu'il fallait appliquer résolument le tarif syndicaliste, soit 10 francs la visite et 1 fr. 50 le kilomètre parcouru. Ce qui, pour la grosse localité, portait le voyage à 40 francs. C'était parfait.

Mais ils se dirent qu'à ce prix-là on ne les appellerait peut-être pas beaucoup ; aussi chacun d'eux, à jour fixe, alla donner des consultations dans le bourg et, bien entendu, les visites qu'il y faisait ce jour-là étaient comptées comme simples visites sans déplacement. Ce fut le tour des clients d'être satisfaits. Le tiers payant a aussi des clients dans ce village privilégié. Mais à lui on compte toujours le voyage complet.

Résumons. On nous a dit et répété : nous payons des kilomètres que vous ne faites pas ; à peu près jamais nous ne voyons les visites tarifées en passant, *nous sommes volés*.

Et voici ce que nous proposèrent les assureurs. Des deux éléments du tarif, c'est le variable qui donne lieu à abus ; nous allons augmenter royalement l'élément fixe : la visite ; on ira peut-être jusqu'à 10 francs ; mais, pour l'élément variable, pour diminuer les risques, nous allons le réduire à 25 centimes.

Et nous avons trahi les intérêts du corps médical en essayant une contre-offensive avec le « truc » du *prix moyen* !

Qu'est-ce donc que ce prix moyen ?

Dans une année vous avez fait, je suppose, 2.000 visites avec déplacements (ce sont les seules qu'il faille compter) ; elles vous ont été payées à tarif plein, ou à tarif réduit, ou même pas payées du tout. Ces 2.000 visites, qui représentent une grande partie de votre activité médicale, vous ont rapporté 40.000 fr. Donc, *une* visite, en moyenne, vous rapporte 20 fr. Le chiffre que vous obtiendrez est donc un chiffre *réel*, déduit de faits exacts, la moyenne obtenue est donc vraie. Vous savez que votre activité est à peu de chose près la même (vous pouvez d'ailleurs compter plusieurs années), votre rayon de clientèle ne change pas beaucoup. Donc, si vous prenez comme base cette moyenne, vous êtes sûrs de ne pas être lésés. Que vous fassiez des visites éloignées ou des visites rapprochées, cela se compense ; ce que vous perdrez d'un côté, vous le gagnez de l'autre, et il en est de même pour le tiers payant.

Quelle simplification pour ce tiers payant qui n'a plus le cauchemar du kilomètre et qui sait, comme votre client ordinaire, que le « voyage » c'est tant, une fois pour toutes. Finies les discussions sur le prix de revient du kilomètre, sur le nombre de kilomètres parcourus, sur la visite spéciale, en tournée ou en passant. Nous ne pouvons plus nous disputer que sur le nombre des visites ; sur quatre causes de conflits, le prix moyen en supprime trois. Ce n'est déjà pas si mal.

Un autre avantage. Tout le monde proteste contre les *catégories* qui ont l'air, en tarifant le médecin de campagne moins cher que le médecin des villes, d'estimer que les soins d'un médecin rural valent moins que ceux du médecin des villes.

On proteste encore contre le tarif unique imposé à toute la France, qui est fatalement une moyenne lésant les syndicats forts qui ont su maintenir leurs tarifs et avantageant les syndicats faibles qui travaillent à des tarifs plus bas. C'est là, d'ailleurs, un des grands arguments du tiers payant, qui veut bien ignorer les tarifs supérieurs, mais voudrait profiter des tarifs inférieurs.

Avec le prix moyen, on *supprime les catégories et le tarif unique*. On en revient purement et simplement au tarif local. Le médecin de montagne, qui ne fait que des courses isolées et longues, aura un prix moyen très élevé, basé sur le prix réellement *pratiqué et obtenu* ; le médecin de la plaine, qui fait beaucoup de visites en passant, aura un prix moyen plus faible, basé lui aussi sur la réalité.

Ce prix moyen peut, d'ailleurs, très bien ne pas avoir une rigidité absolue. On peut, tout d'abord, n'en avoir qu'un s'appliquant à toute l'étendue de la clientèle ; à mon avis, c'est le vrai prix moyen. On

peut aussi l'appliquer par cercles concentriques de cinq kilomètres, par exemple. Comme, d'autre part, ce prix moyen a été établi en tenant compte des modalités inhérentes à l'exercice normal de la profession, on peut dire qu'il s'appliquera à tous les genres de visites ; mais on peut dire aussi et obtenir qu'il soit augmenté si la visite doit être faite d'urgence ou la nuit.

Bien entendu, ce prix moyen ne s'applique qu'à la *visite avec déplacement faite par le médecin praticien dans le rayon habituel de sa clientèle.*

Dès qu'on sort de cet acte élémentaire : la visite, le prix moyen ne joue plus : exemple la consultation demandée à un confrère éloigné.

Voici le système, quelles sont les objections ?

C'est un forfait, s'est-on exclamé aussitôt. Il faut s'entendre ; qu'est-ce qu'un forfait ? C'est une convention en vertu de laquelle, pour une somme *fixe*, on s'engage à accomplir des actes médicaux en nombre *variable*. Or, dans notre cas, il ne s'agit que du prix d'un seul acte médical. Lorsqu'un médecin s'entend avec son client pour lui dire : ma visite chez vous sera de 15 francs, il ne fait pas plus un forfait que lorsqu'il dira à une compagnie d'assurances : ma visite à un assuré sera payée 20 francs toutes les fois que votre assuré habitera dans un rayon de 1 à 10 kilomètres.

Et il est assez piquant de voir les mêmes contradicteurs, qui se sont élevés contre l'assimilation injustifiée qu'on voulait faire entre eux et les loueurs de voitures, au sujet de la fixation du prix de l'indemnité kilométrique, revendiquer maintenant avec la même ardeur le droit d'être payés au kilomètre.

Une autre objection : ne craignez-vous pas, dit-on, qu'étant payé le même prix pour toutes les visites, le médecin n'ait tendance à les multiplier pour les visites rapprochées et les diminuer pour les visites éloignées ? C'est faire bon marché de la conscience professionnelle, mais comme on sait qu'il peut y avoir des défaillances, je réponds : *contrôle.*

Cela va entraîner une répercussion fâcheuse sur nos clients. Lorsqu'un paysan saura que nous allons voir son domestique blessé pour 20 francs et que, pour lui, le voyage est compté 30 francs, il réclamera. Je ne crois pas qu'il soit bien difficile de lui expliquer pourquoi et je ne crois pas qu'il y en ait d'assez bornés pour ne pas comprendre.

CONCLUSIONS.

Nous allons certainement voir, dans les mois qui vont venir, une nouvelle offensive des compagnies d'assurances. Notre système de comptabilité prête vraiment trop le flanc à des critiques justifiées. Que chacun de nos Syndicats mette à l'étude cette question du prix moyen, et j'irai même plus loin, qu'il l'essaye. Les Deux-Sèvres vont le pratiquer cette année pour la vaccination. Toute vaccination, en dehors de l'agglomération, est payée 1 fr. 50, quelle que soit la distance. Ce prix moyen a été obtenu par le même calcul que je signalais au début : la division de la somme totale rapportée par la vaccination par le nombre des vaccinés. Pourquoi ne l'essayerait-on pas pour l'A. M. G. ? Je suis sûr que les Conseils généraux et l'administration préfectorale seraient favorables à ce système, qui a pour lui l'immense avantage de la simplicité.

Encore un mot. Par ce temps d'instabilité des prix, les tarifs sont remaniés un peu partout. Deux systèmes se partagent la faveur des syndicats. D'une part, certains adoptent la division du prix global en prix de visite majoré de ce qu'on persiste à appeler à tort : indemnité kilométrique. D'autre part, certains préconisent les ententes locales entre les confrères, pour la fixation de ce prix global suivant les localités. C'est, à mon avis, ce dernier système qu'il faut généraliser si on ne veut pas augmenter les errements que nous aurons tant de mal à redresser.

G. RÉNON.

R. H. M. S. : 5505 et 5685.

LA TUBERCULOSE EST-ELLE UNE SPÉCIALITÉ ?

Une nouvelle lettre de M. Giraud

Mon cher Confrère,

Un sort, je crois, est jeté sur cette controverse à propos du pneumothorax, qui la fait rebondir chaque fois qu'on la croyait terminée. Me voici obligé de faire un nouvel appel à votre courtoisie afin de pouvoir rectifier quelques erreurs d'interprétation auquel mon dernier article a donné lieu.

Je désire tout d'abord répondre quelques mots aux remarques que M. Jousset veut bien m'adresser sur l'organisation des services parisiens. M. Jousset croit devoir m'avertir que l'éducation phtisiologique des étudiants peut être faite en dehors des services de spécialité. Je ne l'ignore nullement ; je sais (comme tout le monde) que plusieurs, parmi les plus distingués des phtisiologues parisiens, dirigent, en effet, des services de médecine générale et, c'est en pensant à cette particularité que j'ai écrit : « Quant aux salles de tuberculeux annexées aux services de médecine générale, nous savons tous dans quel abandon elles sont habituellement laissées, si, *par aventure, le chef de service ne s'intéresse pas spécialement à la phtisiologie* » ; et plus loin (lorsque je propose un plan de réforme des études phtisiologiques) : « Obligation pour tous les étudiants d'accomplir un stage dans un service de spécialité *ou dans un service de médecine générale dont le médecin chef s'intéresse particulièrement*

à la tuberculose pulmonaire ». Mon intention apparaît nettement. Je m'étonne qu'après s'être donné, je crois, quelque mal pour découvrir dans ma lettre ce qui n'y était pas, on ait éprouvé tant de peine à constater ce qu'elle exprimait pourtant de façon si claire. Ayant fait toutes mes études médicales à Paris où j'ai conservé de nombreuses relations, je suis moins ignorant de ce qui s'y passe que ne le croit M. Jousset ; aussi regretté-je vraiment d'avoir pu donner à mon distingué contradicteur l'impression d'arriver de je ne sais quelle lointaine Béotie. Je tiens donc à le rassurer, et aussi à déclarer que, m'étant prononcé en toute connaissance de cause, je ne crois pas devoir ajouter ni retrancher une ligne de ce que j'ai écrit.

Je reviens maintenant à vous, mon cher confrère, et vous demande comment vous avez pu me prêter l'intention d'établir entre les sanatoriums suisses et français une comparaison tournant au désavantage de ces derniers et de chercher par ce moyen (peu élégant) à attirer en Suisse la clientèle française ? Je ne fais, au contraire, aucune difficulté pour reconnaître qu'il existe chez nous d'excellents établissements ; j'aurais d'autant plus mauvaise grâce à le contester que je leur ai demandé moi-même l'hospitalité, et que j'ai eu le grand avantage de rencontrer dans l'un d'eux le maître éminent dont j'ai rappelé l'axiome favori. Je suis moi-même Français. Venu en Suisse pour des raisons de santé, quel intérêt personnel puis-je avoir à attirer des malades dans un pays, où je ne fais (et n'ai le droit de faire) aucune clientèle, et que je quitterai dès que ma santé me le permettra ? Je suis décidément un orfèvre d'une espèce singulière. Non, mon cher confrère, je n'ai pas voulu critiquer l'installation des sanatoriums français, mais seulement déplorer leur petit nombre ; remarque banale s'il en fût, véritable lieu commun pour tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la phtisiologie.

Je me suis contenté d'ajouter que la qualité des malades qui nous sont adressés ne répond pas, trop souvent encore, aux indications du traitement sanatorial, prétendant posséder, sur ce point précis, une documentation au moins égale à celle des contradicteurs que, jusqu'ici, vous m'avez opposés.

Ma lettre a été communiquée à un assez grand nombre de confrères ; vous seul avez vu une intention qui, je vous l'assure bien, ne s'y trouve pas. Votre méprise me paraît d'autant plus regrettable que je la crois fort capable d'aigrir cette discussion, ou tout au moins de la placer — encore une fois — sur un terrain où les considérations scientifiques doivent céder le pas à des préoccupations d'un autre ordre.

Mais, puisque vous posez la question des sanatoriums suisses, je ne chercherai pas à me dérober, et je vous déclare bien franchement que lorsque je rencontrerai un ami, ou simplement un malade, auquel les différents établissements français auront fait répondre que, faute de place, ils ne peuvent le recevoir, je me ferai un devoir de lui indiquer les établissements suisses, parfaitement organisés et où j'ai reçu moi-même le plus charmant accueil. Et sans doute, je serai longtemps encore contraint à cette nécessité si les idées que vous défendez et les formules restrictives auxquelles vous vous ralliez, finissent par triompher — ce dont je vous demande du reste la permission de douter. En vous opposant, dans une certaine mesure, au développement des établissements sanatoriaux, c'est vous, mon cher confrère, qui vous rendez responsable de l'exode à l'étranger d'une partie de nos malades.

Autre point. Je ne doute pas que vos articles n'obtiennent un certain succès auprès d'une partie (peut-être importante) du corps des praticiens, vos paroles devant certainement flatter plus agréablement ses oreilles que celles que j'ai cru moi-même devoir prononcer. Ces éloges sont-ils mérités, là est la question, et je ne fais aucune difficulté pour reconnaître qu'elle relève uniquement de votre conscience. Pour moi, je persiste à penser et à dire (dussé-je m'attirer l'hostilité de quelques-uns) que les acquisitions si importantes réalisées par la phtisiologie, depuis une quinzaine d'années, n'ont pas pénétré bien profondément dans le public médical. Avec M. Jousset du moins, le principe d'une réforme nécessaire des idées régnantes en matière de tuberculose était maintenu, et mon honorable contradicteur avait bien voulu me féliciter du passage que, dans un précédent article, j'avais consacré à cette importante question. Avec vous, cette réforme n'apparaît plus comme très indispensable. Permettez-moi de le regretter très vivement. Je persiste cependant à penser qu'en dépit de ce satisfecit que vous accordez à chacun, si, par aventure, vous étiez placé dans la nécessité de vous faire faire un pneumothorax, vous vous adresseriez à votre ami le prof. Jousset, plutôt qu'à n'importe quel médecin non spécialiste ; ce faisant vous ne feriez du reste que ressembler à pas mal de confrères de ma connaissance. Tout cela est trop humain pour qu'on s'en étonne. Je le constate sans plus de tristesse qu'il ne convient et même, croyez-le, avec quelque bonne humeur.

Ailleurs, vous vous plaisez à louer la vertu éducatrice de la guerre. Oui, sans doute, pour les chirurgiens, oui encore pour les médecins qui ont eu, comme vous, la chance (assez rare), d'être affectés à un service de spécialité et je ne veux pas douter une seconde de l'excellente leçon de choses que, de votre propre aveu, vous y avez trouvée. J'ai même remarqué que les praticiens les plus avertis en matière de tuberculose étaient souvent ceux qui, à votre exemple, avaient su profiter de leur collaboration avec ces « surexperts » dont vous parlez avec un respect non dépourvu d'ironie.

Vous apportez ainsi un argument très fort à l'appui de la thèse que j'ai soutenue sur la nécessité d'une collaboration entre praticiens et spécialistes, et je vous en remercie. Vous m'accorderez toutefois qu'avec la meilleure volonté du monde, on ne peut supposer qu'un nombre important de médecins mo-

bilisés ait pu bénéficier d'un pareil avantage. Ceux qui, à l'exemple de votre serviteur, ont servi 3 ou 4 ans dans des bataillons d'infanterie n'y ont pas, je crois, trouvé l'occasion d'acquérir sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire des lumières bien particulières. La guerre « grande école » ! Défions-nous, si vous le voulez bien, de l'emphase des formules journalistiques qui n'ont pas pour habitude de pêcher par excès de justice, ni surtout de justesse. Habitude de journaliste aussi, permettez-moi de vous le dire en toute amitié, que celle qui consiste à passionner inutilement le débat. Que vient faire ici, par exemple, la question d'honnêteté professionnelle ? Qu'a-t-elle de commun avec celles du pneumothorax et de la compétence des praticiens en matière de phtisiologie ? Eh mon Dieu, si quelqu'un a mis en doute la probité du Corps médical, retournez-vous contre lui et je serai alors à vos côtés, mais permettez-moi de trouver singulier que, dans une réponse qui m'est personnellement adressée, vous croyiez devoir défendre les praticiens d'accusations que je n'ai nullement portées contre eux. Un tel procédé de discussion risque de créer dans l'esprit du lecteur une confusion dont je suis tout de même en droit de ne pas vouloir faire les frais.

Enfin, mon cher confrère, puisque vous vous plaisez à rendre hommage à ma bonne foi, pourquoi vouloir dégager, à l'usage de vos lecteurs, ma pensée des « circonlocutions » qui l'enveloppent ? Ai-je vraiment donné l'impression d'aborder cette discussion sans franchise ? J'aurais cru mériter plutôt le reproche inverse.

Quoi qu'il en soit, je crois que la meilleure façon de connaître ma pensée n'est pas de chercher ce que j'ai voulu dire, mais bien de constater ce que j'ai réellement dit. Qu'ai-je donc dit ? Ceci très exactement : qu'il m'est arrivé fréquemment de constater chez des médecins, du reste distingués, de fâcheuses lacunes en matière de phtisiologie ; que cette constatation m'apparaissait d'autant plus regrettable que j'*ai toujours considéré comme primordial le rôle du médecin praticien dans la lutte anti-tuberculeuse — rôle qui lui échoit de fait comme de droit* ; qu'en conséquence, le praticien devait profiter de toutes les occasions pour perfectionner ses connaissances en phtisiologie et que, parmi celles-ci, la meilleure — et de beaucoup — était, à mon avis, *une collaboration loyale et cordiale avec le spécialiste* (dispensaire et sanatorium). Voilà ce que j'ai dit. Et, en exprimant ces idées j'ai, non seulement, obéi aux seules suggestions de ma conscience de médecin, mais je crois encore avoir adressé au médecin praticien les paroles d'un véritable ami. Ayant pris la peine de débarrasser ma pensée de toute « circonlocution », je demande à mon tour qu'on ne cède pas à la tentation de lui en ajouter de nouvelles. J'insiste en particulier pour qu'on laisse à ceux qui me liront le soin de décider si le plan de réforme que je propose est ou n'est pas capable de provoquer un rapprochement entre les praticiens et les spécialistes, non seulement au point de vue purement scientifique, mais encore sur le terrain des intérêts professionnels. Je ne reconnais enfin à personne le droit de mettre en doute ma sincérité dans les critiques ou dans les éloges que je me permets d'adresser aux médecins praticiens.

J'ai maintenant à m'excuser auprès des lecteurs de votre journal d'avoir prolongé une discussion qui, de fait, n'a que trop duré — encore que j'aie personnellement conscience de n'avoir rien fait pour l'entraîner en dehors des limites qui lui étaient primitivement assignées. Je me suis contenté de suivre mes contradicteurs, comme je le referai chaque fois que la nécessité de rétablir ce que je crois être la vérité m'y obligera. L'importance des questions débattues servira d'excuse à mon insistance.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr A. GIRAUD.

M. GIRAUD abuse d'un droit de réponse qu'il ne tient que de notre courtoisie et de notre *libéralisme*. Il veut avoir le dernier mot, dans une controverse où le professeur Jousset et moi-même n'avons fait que relever ce qu'il y avait d'excessif, et parfois d'injuste dans ses critiques.

Que sa volonté soit faite !

Je ne m'attarderai pas à riposter aux coups d'épingle dont il cherche à m'égratigner.

Ce serait faire dégénérer une discussion d'idées en querelle de personnes.

Que je sois, à ma manière, un démagogue qui cherche à flatter la clientèle de son journal par des procédés d'un goût qu'il se retient tout juste de qualifier de douteux, je laisse aux lecteurs du *Concours médical* le soin d'en juger, d'après les textes eux-mêmes.

La question en cause dépasse nos personnalités. *La tuberculose est-elle une spécialité échappant aux praticiens de médecine générale et réservée exclusivement à des spécialistes soigneusement triés sur le volet par les grands maîtres de la Phtisiologie moderne ?*

Je serais heureux que nos correspondants me disent ce qu'ils en pensent.

Je persiste à soutenir que non. Et si l'on m'objecte de nouveau que les praticiens sont des ignorants, le jour où je trouverai cette affirmation osée sous la plume d'un professeur, je demanderai purement et simplement au Ministre de révoquer ce professeur. Car l'élève ignorant est le fruit du professeur incapable, qui ne mérite que d'être dépossédé de sa chaire.

G. DUCHESNE.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES (1)

Par M. le professeur BALTHAZARD,

Président de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne

Mes chers Confrères,

Au moment où commence la troisième année de vie active de la Fédération, je tiens à constater le succès de l'idée d'union qui a présidé à sa création. Grâce à la Fédération, les médecins de la région parisienne ont pris un contact plus intime et ont rapidement compris qu'il était aisé d'obtenir l'approbation unanime des médecins, dans les campagnes entreprises contre les lois qui menacent si gravement l'avenir de notre profession.

Notre secrétaire général vous retracera tout à l'heure les résultats déjà obtenus par la Fédération dans divers domaines ; je me contenterai de vous parler du projet de loi sur les assurances sociales.

A cet égard, il n'est pas douteux que l'appui de la Fédération n'ait été particulièrement utile aux syndicats médicaux de la région parisienne, ne serait-ce qu'en établissant entre eux une unité d'action, et ne leur ait permis d'obtenir plus aisément le vote, à l'Assemblée générale de l'Union, d'une résolution qui constitue un important progrès dans la voie que nous avons tracée.

Alors qu'il y a deux ans l'Union des Syndicats médicaux ne concevait pas de salut en dehors du contrat collectif avec tiers payant, elle avait admis l'an dernier la faculté pour les divers groupements d'accepter ou de refuser le tiers payant dans les limites du contrat collectif ; cette année, l'Union soumet à l'étude des médecins un système qui consiste à accepter un contrat collectif permettant le fonctionnement des assurances sociales, mais elle pense que pour l'assurance-maladie, il est préférable que le médecin traite directement avec le malade sans interposition d'aucun tiers.

Par la continuation de nos études, par les publications que nombre d'entre nous entreprennent dans les grands journaux médicaux et dans les organes professionnels, nous ferons mieux connaître la question à nos confrères de province, qui ont encore besoin d'être éclairés (la dernière Assemblée de l'Union l'a prouvé), et l'on arrivera l'an prochain à l'adoption d'une formule susceptible d'obtenir définitivement notre adhésion et celle de la grande majorité du Corps médical français.

Pour le moment, il importe de rechercher avec plus de précision, en s'aidant de documents sérieux, quelles seraient pour les médecins les conséquences de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Dans un important volume qu'il vient de publier, M. Jacques Ferdinand-Dreyfus rapporte les calculs qui constituent les prévisions actuarielles des assurances sociales. Ses conclusions sont particulièrement optimistes ; il estime que les caisses pourront consacrer une somme de 9 francs par journée de maladie pour les prestations en nature, soins médicaux, frais pharmaceutiques et frais d'hospitalisation ; le tiers de cette somme serait consacré aux honoraires médicaux.

Pour combattre l'optimisme des actuaires, il est nécessaire de les suivre sur leur propre terrain. Or, notre confrère Fredet, médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M., a réuni une statistique impressionnante concernant la morbidité depuis dix ans parmi les 100.000 agents de cette compagnie. Ce travail précieux va nous permettre de contrôler la valeur des prévisions actuarielles.

Les calculs de M. Ferdinand-Dreyfus sont basés sur les tables de morbidité autrichiennes, qui datent de 1900 ; ces tables donnent, pour chaque âge, le nombre moyen des journées de maladie par assuré. Appliquons ces données aux agents de la Compagnie P.-L.-M.

Nous savons quelle est la proportion des sujets de chaque âge pour 1.000 agents moyens :

	Nombre d'agents pour 1.000	Journées de maladie d'après les tables autrichiennes	Total
De 21 à 25 ans...	94	5,2	582,2
De 26 à 30 ans...	215	6,5	1.397,5
De 31 à 35 ans...	183	7,2	1.317,6
De 36 40 ans...	164	8	1.312
De 41 à 45 ans...	121	9	1.089
De 46 à 50 ans...	126	10	1.260
De 51 à 55 ans...	72	12	864
De 56 à 60 ans...	22	14	308
Plus de 60 ans...	3	17	51
Total des journées de maladie pour 1.000 agents moyens.........			8.181

Le nombre des journées de maladie, calculé pour l'agent moyen d'après les tables autrichiennes, est donc de 8.181.

Or, d'après les statistiques de Fredet, ce nombre a atteint, pendant la période septennale 1916-1922, la valeur de 10.478.

La morbidité (exclusion faite du chômage occasionné par les accidents du travail) est donc supérieure de 28 % à celle admise par les actuaires pour le calcul des frais que la loi sur les assurances sociales peut entraîner. Et l'exemple de vérification que nous avons utilisé est d'autant plus probant qu'il porte sur un groupement soigneusement sélectionné

(1) Allocution prononcée à l'ouverture de l'Assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, le 29 février 1924.

par l'examen médical au moment de l'entrée à la Compagnie, et par un commissionnement qui n'a lieu qu'après six mois de travail. Combien l'écart entre les prévisions et la réalité serait plus marqué encore si le contrôle avait pu porter sur un groupe des futurs assurés, recrutés sans visite médicale !

Il convient d'ailleurs de faire remarquer que le personnel du P.-L.-M. comprend très peu de femmes, pour ainsi dire pas d'hommes de plus de soixante ans, et pas d'enfants. Or, dans une étude qu'il a faite sur des employés de bureau de la compagnie, portant sur 1.525 hommes et 667 femmes, Frédet a constaté que le nombre de journées de maladie, exclusion faite de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, a été de 4,4 fois plus grand chez les femmes que chez les hommes. On a pu remarquer que la morbidité est rapidement croissante avec l'âge à partir de cinquante ans ; les vieillards accroîtront dans une forte proportion la morbidité prévue pour l'assurance-maladie, avant même qu'ils ne tombent dans l'assurance-invalidité. Enfin, les tables autrichiennes partent seulement de l'âge de quatorze ans ; M. Ferdinand Dreyfus, constatant l'augmentation régulière de la morbidité de quatorze ans jusqu'à l'âge avancé, suppose que cette morbidité décroît au-dessous de quatorze ans. C'est là une opinion que démentiront tous les médecins de secours mutuels qui procurent leurs soins aux enfants. La déception peut être grande, puisqu'il existe près de 3 millions d'enfants ayant droit aux soins médicaux.

La dépense pour l'assurance-maladie est évaluée par M. Ferdinand-Dreyfus à 1 milliard ou 1.100 millions par an. Cette évaluation est sûrement inférieure de 28 % à la réalité et très probablement de 40 %. C'est donc une dépense supplémentaire de 400 à 500 millions qu'il faut envisager et qui ne peut être couverte que par le contribuable.

Au point de vue qui nous concerne plus spécialement, il est intéressant de consulter la statistique des soins médicaux aux agents du P.-L.-M., établie par Fredet pour l'année 1922.

Un agent moyen a reçu 3,43 consultations, 0,427 visites, 0,033 consultations de spécialistes ; il a fallu pour lui 2 kilom. 089 de déplacement, et il est resté 0,3957 journées à l'hôpital.

Si nous évaluons aux prix du tarif Breton les honoraires médicaux, nous trouvons :

3,43 consultations à 7 fr. 50 (1).........	25.725
0,427 visites à 9 fr. (2).................	3.843
0,03 visites de spécialistes à 20 fr........	0.66
0,3957 journées d'hospitalisation, et 20 fr. par jour, part des frais médicaux (3)	7.72
2 kilom. 089 à 1 franc................	2.089
Total	40.037

(1) (2) En supposant que les malades appartiennent par moitié à la première et à la seconde catégories.

(3) Y compris les opérations chirurgicales, car il est évident, étant donné le petit nombre d'hospitalisations, que les agents du P.L.M. n'ont guère été hospitalisés que pour des maladies graves nécessitant des visites quotidiennes, ou pour des interventions chirurgicales.

Ainsi, en l'année 1922, un agent moyen du P.-L.-M aurait coûté aux assurances sociales la somme de 40 fr. 037. Or, pendant l'année 1922, la situation sanitaire a été excellente en France, et le nombre de journées de maladie de l'agent moyen n'a été que de 8.041, ce qui donne 4 fr. 979 de frais médicaux par jour.

Les calculs des actuaires accordant seulement une somme de 3 fr. par journée de maladie, il en résulte que les honoraires du tarif Breton devraient subir, pour les soins aux assurés obligatoires, une réduction de 2/5, soit 40 p. cent.

Il convient d'ailleurs d'ajouter une nouvelle réduction de 28 % au minimum, basée sur la sous-estimation du nombre de journées de maladie établie plus haut, *soit une réduction globale de* 56,8 % *sur les plus modestes honoraires actuels.* Que l'on s'étonne après cela de la réponse faite par le président de la Société de Statistique, M. Liesse, statisticien distingué, à la communication de M. Ferdinand-Dreyfus : « La loi sur les assurances sociales, lui a-t-il dit, prétend couvrir tous les risques sociaux ; mais il en est un qu'elle ne couvre pas, c'est le risque des désillusions ».

J'ai fini. Dans de multiples articles, Jayle a prouvé que le fonctionnement de la loi des assurances sociales est incompatible avec le respect du secret professionnel. Je vous prouve d'irréfutable façon qu'il amènerait une réduction des honoraires médicaux d'au moins 56,8 %. Que ceux d'entre vous qui ne sont pas encore convaincus continuent à chercher comment on pourrait accommoder une loi sur les assurances sociales avec les intérêts des malades, de la science médicale et des médecins.

Ces raisons, mes chers confrères, sont de nature à nous inciter à intensifier la propagande que nous avons faite contre le projet Grinda, et, en particulier à pousser activement à la signature des engagements que la Fédération demande de prendre à tous les médecins de la région parisienne.

C'est à ce résultat que doivent tendre tous nos efforts, et, pour ma part, je suis heureux de pouvoir déposer aujourd'hui sur le bureau 40 engagements nouveaux signés par mes collègues professeurs et agrégés de la Faculté, le Doyen en tête.

Nous devons continuer la lutte avec plus d'énergie que jamais. On avait pu croire qu'à la suite des difficultés économiques récentes, le vent des réalités aurait balayé toutes ces utopies. Il n'en est rien, et les auteurs du projet n'ont pas abandonné l'espoir de le faire discuter et adopter. Il semble cependant que le moment soit peu propice d'appliquer une loi dont le fonctionnement exigera le vote de nouveaux décimes. Poursuivons donc activement notre propagande contre une loi coûteuse, qui ira à l'encontre des intérêts des malades et des médecins.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault

(4 mai 1924)

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Statuts de la Fédération. — Mis en harmonie avec ceux de l'Union, et retouchés en ce qui concerne le mode de publication du *Bulletin*, les statuts de la Fédération sont mis aux voix et adoptés à l'unanimité. Dépôt légal en sera effectué à la préfecture. Après publication dans le *Bulletin*, 500 tirés à part seront commandés et mis à la disposition des syndicats adhérents.

A la demande du délégué de la Fédération à l'Union des Syndicats médicaux de France, il y aurait lieu de répondre et de réaliser le projet d'entente régionale des Fédérations des syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen, en vue, plus spécialement, d'une représentation équitable, à l'Union, des départements du Midi, moins favorisés à ce sujet que les groupements du Nord et de l'Ouest. Mandat d'aboutir sur ce point est donné au secrétaire général.

Application de la loi des pensions. — Sans revenir sur l'affaire dite « des carnets médicaux », à propos de laquelle tous éclaircissements utiles ont été fournis à la séance du Conseil du 2 mars 1924, le cas est envisagé d'un confrère qui proteste au sujet de la réduction de 75 % infligée à son mémoire d'honoraires par la Commission de contrôle. Renseignements pris auprès de l'Union, à qui le dossier de l'affaire avait été communiqué, seule eût été régulière la suppression des honoraires afférant aux actes médicaux contestés. Mais comme ceux-ci revêtent aux yeux de la loi pénale — et non morale — le caractère de délits, mieux vaut pour le plaignant s'incliner que de se voir déférer à la police correctionnelle.

Assurance invalidité maladie. — Les débats qui ont clôturé la session parlementaire ont abouti à l'adoption de principe du rapport Grinda. Soumise à des possibilités budgétaires, l'application en sera vraisemblablement repoussée en 1929. Mais il importe que, sans plus attendre, chaque syndicat se prononce par un vote catégorique sur la question du « tiers payant », source de suspicions, d'abus et de contrôle irritant. Les résultats de cette consultation seront communiqués à l'Union.

Rapports avec les mutualités. — Une enquête est ouverte sur ce point par l'Union (circulaire n° 30), et plus spécialement au sujet de la question des tarifs qui sont consentis à ces sociétés. La Fédération centralisera les réponses de chaque syndicat.

Ceux-ci profiteront de l'occasion pour faire toucher du doigt à quelques confrères, exerçant pourtant dans une riche contrée viticole, le grave danger qu'ils font courir à la profession tout entière, sans aucun profit pour eux-mêmes, en consentant à la clientèle payante, mutualité comprise, des tarifs d'honoraires inférieurs à ceux du tarif Dubief-Breton, de la loi des pensions ou de l'assistance médicale gratuite (Cf. *Montpellier médical* du 1er avril 1924, page 123).

Une enquête administrative est menée, à l'heure actuelle, sur les tarifs locaux, en vue de l'application de la loi sur les accidents agricoles. Les fâcheux incidents de l'impôt de 1905 ne doivent pas être perdus de vue.

Assistance médicale gratuite, — Le bureau rend compte de son action auprès du préfet de l'Hérault pour obtenir que suite soit donnée à ses deux lettres, en date du 28 septembre 1923, dont l'une (n° 6500) proteste contre la modification apportée aux règlements de l'assistance médicale gratuite, en dehors de toute consultation préalable du Corps médical, et dont l'autre (n° 46501), propose, en vue de son adoption, l'étude du projet Lautié présenté par le syndicat médical de Béziers. Faisant droit à ces réclamations, le préfet a nommé une sous-commission, pour en connaître. Le Dr Lautié est mandaté pour soutenir son projet.

Dispensaire d'hygiène sociale. — La circulaire n° 33 de l'Union en date du 26 avril 1924, met en garde le Corps médical contre l'offensive du « Comité national de lutte antituberculeuse » qui dénie aux praticiens toute compétence pour soigner les tuberculeux, d'où le conseil de rester dans l'expectative et de n'accepter aucune conversation avec les centres départementaux, sans en avertir immédiatement le secrétariat de l'Union.

Le fonctionnement du dispensaire a donné lieu à des réclamations dans l'Hérault où, abstraction faite des excès de zèle des infirmières-visiteuses, tout venant est admis aux consultations du dispensaire et y puise les éléments d'un traitement à effectuer en dehors de l'action du médecin traitant.

Acceptant en principe l'institution des dispensaires, le Conseil émet le vœu que leur fonctionne ment ait lieu en liaison étroite avec les médecins traitants.

L'apposition d'une affiche dans la salle d'attente du dispensaire ferait connaître quelle catégorie de malades y peut être admise (indigents porteurs d'un bulletin d'indigents, demi-indigents sur le vu d'un mot de leur médecin traitant) pour collaboration en vue du diagnostic, sans qu'aucune prescription thérapeutique intervienne jamais.

Tout cas d'espèce portant à contestation sera transmis à la Fédération pour suite à donner.

Paul DELMAS.

Décret du 28 mars 1924 pour l'application de la loi du 31 juillet 1923 sur le doctorat vétérinaire

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et du ministre de l'agriculture,

Vu la loi du 31 juillet 1923, autorisant les écoles nationales vétérinaires à délivrer un diplôme de docteur vétérinaire et, notamment, l'article 2, ainsi conçu :

« Un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition des ministres de l'agriculture et de l'instruction publique, déterminera les garanties à exiger pour l'attribution de ce diplôme et les conditions dans lesquelles il pourra être délivré aux titulaires actuels du diplôme de vétérinaire » ;

Vu le décret du 13 mars 1920 ;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'enseignement vétérinaire en date du 6 décembre 1923 ;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique en date du 25 janvier 1924 ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les épreuves pour l'obtention du doctorat vétérinaire, prévu par la loi du 31 juillet 1923, consistent dans la rédaction et la soutenance d'une thèse.

Les élèves des écoles nationales vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse soutiennent respectivement leurs thèses devant la faculté de médecine de Paris et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Lyon et de Toulouse.

Art. 2. — Le sujet de la thèse est choisi par le candidat et approuvé par le doyen de la faculté, sur la proposition du directeur de l'école.

L'examen de chaque thèse est confié à un professeur de l'école et le manuscrit, visé par le professeur, est transmis par le directeur de l'école au doyen de la faculté ; qui le fait viser par un professeur de ladite faculté.

Sur le rapport du doyen, le recteur accorde ou refuse le permis d'imprimer.

Art. 3. — Le candidat dépose au secrétariat de la faculté le nombre d'exemplaires imprimés, qui est fixé par un arrêté concerté des ministres de l'instruction publique et de l'agriculture.

La soutenance n'a lieu que huit jours au moins après le dépôt des exemplaires de la thèse au secrétariat de la faculté.

La thèse est soutenue publiquement dans une salle de la faculté. Elle peut l'être pendant toute la durée de l'année scolaire. Le jour de l'épreuve est annoncé d'avance par voie d'affiches.

Art. 4. — Le jury est composé de trois membres : un professeur de la faculté de médecine, président, et deux assesseurs désignés par le doyen, sur la proposition du directeur de l'école, parmi les professeurs ou professeurs honoraires des écoles vétérinaires.

Art. 5. — Les élèves admis dans les écoles nationales vétérinaires postérieurement à la promulgation du présent décret ne peuvent recevoir comme sanction de leurs études d'autre diplôme que celui de docteur vétérinaire.

Art. 6. — Tout titulaire du diplôme de vétérinaire ou du certificat délivré antérieurement à la promulgation de la loi du 31 juillet 1923, en vertu des articles 8 et 9 du décret du 13 mars 1920, peut recevoir le diplôme de docteur vétérinaire après présentation et soutenance d'une thèse dans les conditions prévues par les articles précédents.

La thèse peut être remplacée par des travaux antérieurs, qui doivent être agréés par les autorités spécifiées à l'article 2 du présent décret, et donnent lieu à une soutenance, conformément aux articles 3 et 4.

Exceptionnellement, les professeurs et anciens professeurs des écoles nationales vétérinaires ayant exercé leurs fonctions avant le 1er juin 1924 recevront le diplôme de docteur vétérinaire, sans avoir à présenter et à soutenir une thèse.

Art. 7. — Sont abrogés les articles 8, 9 et 10 du décret du 31 mars 1920, portant organisation des écoles nationales vétérinaires. Toutefois, ces articles demeurent applicables pour les élèves en cours d'études à la date de promulgation du présent décret.

Art. 8. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre de l'agriculture sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Chaire de clinique médicale propédeutique,** Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose.

Tuberculose pulmonaire par M. le professeur Emile SERGENT avec la collaboration de MM. ARMAND-DELILLE, BERTIER, Fr. BORDET, BRISSAUD, COTTENOT, COURCOUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, GIMBERT, Mme GOUIN, MM. GUILLON, D'HEUCQUEVILLE, KUSS, LAURENS, LORTAT-JACOB, LOUSTE, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS et VIGUERIE, du 10 juin au 2 juillet 1924 inclus.

Conférences à l'hôpital de la Charité : *Mardi 10 juin*, à 9 h. 30, M. SERGENT : Exposé général sur l'évolution clinique de la tuberculose pulmonaire. — A 15 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : Tuberculose de la première

enfance. — A 17 heures, M. PRUVOST : Moyens de diagnostic de laboratoire.

Mercredi 11 *juin*, à 15 h. 30, M. DURAND : Techniques de laboratoire. — A 17 heures, M. SERGENT : Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Eléments généraux du diagnostic.

Jeudi 12 *juin*, à 17 *heures*, M. BORDET : Bactériologie et expérimentation.

Vendredi 13 *juin*, à 15 h. 30, M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire. — A 17 heures, M. COURCOUX : La tuberculose pleurale.

Samedi 14 *juin*, à 15 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — A 17 heures, M. RIBADEAU-DUMAS : Tuberculose de la deuxième enfance et de l'adolescence.

Lundi 16 *juin*, à 15 h. 30, M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire (*suite*). — A 17 heures, M. PIGNOT : Signes stéthoscopiques dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Mardi 17 *juin*, à 17 heures, M. DURAND : Exposé général d'anatomie pathologique.

Mercredi 18 *juin*, à 17 heures, M. SERGENT : Les signes généraux. Les signes d'évolution. Les éléments du pronostic.

Jeudi 19 *juin*, à 15 h. 30, Mme GOUIN : L'infirmière visiteuse et l'œuvre sociale du dispensaire. — A 17 heures, M. BORDET : Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Vendredi 20 *juin*, à 15 h. 30 , M. LAURENS : Tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — A 17 heures, M. COURCOUX : La tuberculose des séreuses.

Samedi 21 *juin*, à 17 heures, M. COURCOUX, : Le tube digestif des tuberculeux.

Lundi 23 juin, Visite au préventorium de Plessis-Robinson.

Mardi 24 *juin*, à 17 heures, M. RIBADEAU-DUMAS : Les signes radiologiques.

Mercredi 25 *juin*, à 15 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires. — A 17 heures, M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire.

Jeudi 26 *juin* : à 15 h. 30, M. GUILLON : Le statut juridique des différents organismes de lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — A 17 heures, M. GRIMBERT : Principes généraux d'hygiène.

Vendredi 27 *juin*, à 15 h. 30, M. PRUVOST : Les réactions humorales. La cuti et l'intradermo-réaction. — A 17 heures, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux.

Samedi 28 *juin*, à 15 heures, M. GIMBERT : Traitement médicamenteux. Traitement spécifique.

Lundi 30 *juin*, à 15 h. 30, M. COTTENOT : Technique radiologique. — A 17 heures, M. BERTIER : Le pneumothorax artificiel.

Mardi 1er *juillet*, à 17 heures, M. BERTIER : Traitement des complications.

Mercredi 2 *juillet*, Visite au sanatorium de Bligny.

Exercices pratiques (*l'après-midi*). Démonstration cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny).

Stage hospitalier (*le matin*). Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

N.B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité National de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame des champs), et aux élèves qui auront versé au Secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Ce cours sera complété par un cours sur la tuberculose chirurgicale par M. le professeur Aug. BROCA à l'hôpital des Enfants-Malades, du 3 au 12 juillet inclus.

Les droits d'inscription sont de 150 francs pour chaque cours. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours, le mardi 10 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

— Le Dr De Breucq (de Bayonne), directeur des Services municipaux d'hygiène ; président d'honneur de la Fédération des Syndicats médicaux des Basses-Pyrénées ; président honoraire de l'Association professionnelle des médecins de Bayonne ; vice-président de la commission administrative des hospices... l'un des premiers lecteurs du *Concours médical*, en 1879, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Nos sincères compliments.

— **Etablissement thermal d'Enghien.** — L'ouverture de l'établissement aura lieu le 10 juin prochain, et comme d'habitude, la direction mettra gratuitement les différents services des Thermes à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Cours d'orthopédie de M. Calot à Berck-Plage, le lundi 4 août** 1924.

Avec exercices pratiques. — En *une semaine*, de 9 heures à 19 heures, Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, *Clinique Calot*, 69, *quai d'Orsay*, *Paris* ou *Institut Calot*, *Berck-Plage* (*P.-de-C.*).

Résumé du programme. — I. Technique des appareils et moulages — et des ponctions et injections.

II. Tuberculoses des os, articulations, ganglions (abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott).

III. Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa-vara, etc.

IV. Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions.

V. Fractures (*du col du fémur, de cuisse, etc...*)

VI. Les dernières acquisitions orthopédiques :

a) Le traitement moderne de la scoliose.

b) Nouveau traitement de la luxation congénitale. Comment éviter les récidives et comment les guérir.

c) Près de moitié des cas actuellement étiquetés coxalgies (*enfants et adultes réunis*) ne sont pas des coxalgies, mais des arthralgies de hanches malformées.

d) Les hanches étiquetées rhumatisme, arthrite sèche ou déformante, ostéochondrite ou coxa-plana, morbus coxæ senilis, sont des malformations congénitales méconnues. Et c'est toujours, sous ces étiquettes diverses, la même malformation : à savoir une ébauche de luxation, une subluxation congénitale, ou très nette ou larvée, mais toujours très démontrable.

e) Le diagnostic pratique des maladies de la colonne vertébrale.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.

R. C. Clermont 2829

Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

est souvent employé en matière d'accidents du travail, indique 30 % pour l'amputation de Lisfranc.

Imbert Oddo et Chavernac, dans leur ouvrage « Evaluation des incapacités », en rapportant cette évaluation, ajoutent qu'ils admettraient volontiers une moyenne de 25 à 30 %.

1097. — Les autos des médecins ne bénéficient plus de la demi-taxe

Les autos de médecins ont-elles toujours droit à la demi- taxe en ce qui concerne les nouveaux impôts de circulation payables par trimestre et d'avance ?

Je pense que la question intéresse la majorité des médecins et qu'une mise au point insérée dans vos colonnes fera plaisir.

Dr P.

Réponse

La loi du 22 mars 1924, art. 25, a abrogé l'art. 100 de la loi du 25 juin 1920 qui institua la demi-taxe sur les voitures automobiles des patentés.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton

I

Région superficielle ou profonde ?

1° Un ouvrier s'enfonce dans le petit orteil une écharde de bois. J'ai dû, pour l'avoir, faire une anesthésie locale et l'ai trouvée sous la face plantaire de la phalange, complètement accolée à cette phalange, donc très profondément : elle mesurait un bon centimètre ; l'incision pour l'avoir mesurait environ cette longueur. A quoi assimiler cette intervention ?

2° Un ouvrier se blesse au cou, région postérieure, juste au-dessous de la région de la ligne courbe inférieure de l'occipital. Il néglige sa plaie qui tout à coup s'infecte (détritus de foin, poussières, l'ouvrier est employé à botteler des foins), gonflement, rougeur, incision au thermo. Plaie très profonde, le pus ayant été atteint à environ un centimètre et demi de la surface cutanée. Il s'est par la suite formé des tissus nécrosés que j'ai dû extraire à la pince et au bistouri, très profondément.

Que dois-je compter : 1° pour la première intervention ? 2° Pour la consultation où j'ai dû enlever les tissus nécrosés (j'ai passé environ vingt minutes à cela) ?

Dr M.

Réponse

J'ai déjà expliqué longuement ce qui s'était passé à la commission du tarif Breton pour la

distinction entre les régions superficielles ou profondes. En quelques mots il n'y eut de reconnu comme « corps étrangers profonds » ou « abcès profonds » que lorsque l'intervention avait lieu au-dessous de la région cutanée, dans un muscle, un organe, ou dans une région dangereuse par le voisinage de gros vaisseaux, etc.

Ce n'est pas le cas ici.

Donc vous avez à compter :

1° Extraction de corps étranger superficiel : 20 francs (voir avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, au tableau terminal).

2° Incision d'abcès superficiel : 20 francs (article 17).

3° Il n'y a pas de tarification spéciale pour cette ablation de parties nécrosées. Nous rentrons dans le pansement ordinaire.

F.D.

II

1321. — L'intervention et non pas la lésion est tarifée

Un ouvrier, âgé de 50 ans, au cours d'une chute d'un lieu élevé, tombe sur les deux talons.

Le diagnostic confirmé par la radiographie a été le suivant :

Fracture par écrasement du calcanéum droit.

Fracture du calcanéum et de l'astragale gauches compliquée de luxation qui a pu être réduite immédiatement.

La blessure date du 12 décembre 1923. Après une immobilisation de deux mois, le blessé a pu marcher avec des béquilles, puis deux cannes. Actuellement il peut faire de petites marches avec une seule canne. Les mouvements passifs et actifs des deux pieds sont complets et non douloureux. Seule la marche est douloureuse surtout au niveau du pied gauche où elle provoque l'apparition d'œdème.

Le blessé ne peut actuellement reprendre son métier de manœuvre.

La compagnie d'assurances propose au blessé de l'indemniser pendant 3 ans selon son incapacité de travail avec revision après ce délai.

1° A combien peut être évaluée cette incapacité et quelle somme semble due au blessé ;

2° Quels honoraires dois-je réclamer à la compagnie pour la réduction de la luxation et les soins pour fractures des deux talons. Dr C.

Réponse.

1° Il semble qu'il s'agisse plutôt d'une incapacité temporaire de longue durée que d'une incapacité permanente. Mais nous comprenons l'intention de la Compagnie, qui préfère payer une rente, qui sera très probablement supprimée par voie de revision, que de continuer le service de l'indemnité temporaire pendant un temps assez long, la loi ne prévoyant pas l'incapacité temporaire partielle.

Il est bien difficile de déterminer le pourcentage de l'incapacité, car nous ne trouvons rien

dans les barêmes, tels que celui des Pensions militaires, qui ne prévoient que les raideurs articulaires ou les ankyloses.

Il semble qu'en fixant à 10 % l'incapacité, ce qui est le chiffre du Guide-barême des Pensions pour l'ankylose complète à angle droit, sans déformation du pied, on donnerait une évaluation suffisante.

L'ouvrier aurait donc droit à 5 % de son salaire, celui-ci n'étant compté pour le tout que jusqu'à 4.500 fr. et pour le quart seulement au-delà.

2° Le tarif est basé, non pas sur la lésion présentée par le malade, mais sur l'intervention pratiquée par le médecin. Vous ne me dites pas ce que vous avez eu à faire... *A priori*, et sous toutes réserves, il me semble que, pour le talon gauche, on doit compter « luxation du pied : 120 francs » «article 19) et, pour le talon droit, peut-être 50 francs, dans le cas, que j'ignore, où un appareil plâtré aurait été fait.

F.D.

III

1306. — Lésions diverses ou lésion unique sans complication

Diagnostic : « fracture du 1/3 inférieur du péroné, luxation partielle de l'astragale en dehors, avec diastasis tibio péronier. » Faut-il compter : (j'ai dû poser un appareil plâtré).

Réduction et contention de la fracture du péroné	25
Luxation du cou-de-pied	120
Pose d'un appareil plâtré	50
	195

ou

Par analogie avec la fracture de Dupuytren	150

Dr B.

Réponse

Vous avez eu affaire à une « luxation du cou-de-pied » (article 19), avec eomplication de fracture de la malléole externe, si je vous ai bien compris. Il n'y eut pas là deux lésions distinctes que vous puissiez compter *séparément* en vous basant sur l'article 14.

Quant à l'appareil plâtré, il est, comme toujours, fonction terminale de l'intervention déjà tarifée. C'est donc en tout 120 francs que vous avez à demander, à mon avis tout au moins.

F.D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de l'ictère catarrhal

Régime alimentaire très surveillé :

Un litre de lait écrémé par jour, à remplacer, si possible, par du kéfir maigre ou du lait caillé.

Quelques aliments végétaux : purées de légumineuses ou de pommes de terre ; pâtes alimentaires ; légumes verts bien cuits ; fruits cuits ; petits potages au bouillon de légumes.

Régime carné, dès que l'appétit sera revenu et la fièvre définitivement tombée : les viandes qui conviennent le mieux sont celles de bœuf et de cheval ; elles seront mangées crues ou peu cuites.

Ni œufs, ni pain, ni graisses.

Boissons chaudes en abondance : tisanes, sirops, eaux minérales.

Traitement :

Exalter les fonctions hépatiques antitoxiques et les fonctions rénales par l'administration quotidienne d'un goutte à goutte rectal, sucré et urotropiné (45 grammes de sucre et 1 gr. 50 d'urotropine par litre d'eau bouillie tiède).

Traiter l'embarras gastrique et nettoyer l'intestin par des purgations alternées de :

a) Calomel .... 0 gr. 25
En un cachet.

b) Sulfate de soude .... 30 gr.
En une prise.

Désinfecter le foie avec le menthol (de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 en solution huileuse), le salicylate de soude (de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, dans de l'eau sucrée), le bleu de méthylène (de 0 gr. 50 à 1 gr. en cachets ou en capsules), ou les ferments lactiques (à raison de 12 à 15 comprimés, avalés avec de l'eau lactosée).

Faire prendre, après chacun des deux principaux repas, une infusion chaude de feuilles de marrube (de 15 à 30 gr. par litre d'eau), additionnée de quinze gouttes de cette mixture:

Teinture de boldo ....
Teinture de Kinkelibah ..... } ââ 5 gr.
Teinture de fève de St-Ignace .
Teinture de simaourba ......

ou, s'il y a de la fièvre, de trente gouttes de :

Alcoolature de buis.

Contre le prurit, bains tièdes alcalins, suivis de poudrage au talc.

Séjour à Vichy ou à Capvern, l'été venu.

Dr A. SATRE (de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 MAI 1924.

— *Décret du 1er mai* 1921, relatif, à l'*affranchissement, au moyen de timbres-poste, des télégrammes du service intérieur.*

— M. le Dr André Lamarre, chargé de mission au cabinet du Ministre du Travail et de l'Hygiène, est nommé *conseiller technique sanitaire adjoint du Ministère du Travail et de l'Hygiène.*

— *Décret du 18 mai 1924* portant modification au Décret du 28 décembre 1921 règlementant la *police des eaux minérales aux colonies françaises et pays de protectorat* dépendant du Ministère des Colonies.

Les eaux minérales artificielles doivent être importées aux colonies dans des bouteilles, cruchons ou siphons portant en caractères indélébiles l'indication « eaux artificielles ». Leur importation en tonneaux ou autres récipients est interdite

L'eau d'Appollinaris n'est pas soumise à la première des conditions ci-dessus.

24 mai 1924.

— *Décret du 16 mai 1924* modifiant l'article 8 du décret du 10 novembre 1903 sur l'*organisation des corps de sapeurs-pompiers communaux*, modifié par le Décret du 18 avril 1914.

L'engagement se terminera à l'avenir quand le sapeur-pompier aura atteint l'âge de 65 ans accomplis (au lieu de 60 actuellement).

Au delà de 60 ans, aucun engagement ou rengagement ne pourra être contracté qu'après que le Conseil d'administration aura fait constater par une visite médicale que le candidat conserve les aptitudes physiques suffisantes.

— Par *décret du 22 mai 1924*, est autorisé, pour une durée de 2 années, l'établissement, dans la *station de tourisme de Vallorcine* (Haute-Savoie), d'une *taxe de séjour* de 25 centimes par personne et par jour.

— *Décret du 22 mai 1924, instituant un Comtié consultatif supérieur du commerce.*

— Un poste de *médecin-chef* est actuellement vacant à la *Maison Nationale de Saint-Maurice* (quartier des aliénés hommes). Cet emploi sera réservé à un médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, choisi sur une liste de trois noms désignés par la Commission des médecins des asiles.

25 mai 1924.

— Par arrêté du Ministre de l'Intérieur et du Ministre du Travail et de l'Hygiène, le premier met à la disposition du second les fonctionnaires de l'*Inspection générale des services administratifs* qui, soit à raison de leur titre de docteur en médecine, soit à raison de leur compétence particulière, peuvent être plus spécialement *chargés des services d'assistance et d'hygiène.*

— *Décret du 21 mai 1924*, suivi d'une *Instruction*, concernant l'attribution aux *grands invalides d'allocations spéciales et de majorations supplémentaires temporaires.*

Ce décret et cette instruction ont été pris en exécution de la loi du 30 avril 1924, que nous avons indiquée en son temps, qui porte à 7.000 fr. par an les allocations *accordées aux bénéficiaires de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919.*

Le point de départ de l'allocation nouvelle est fixé au 1er mai 1924.

— Un *concours* est ouvert pour l'emploi de *chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts*. Les épreuves commenceront le 30 juin 1924.

— Un *concours* est ouvert pour 4 *places d'aides de clinique titulaires et* 8 *places d'aides de clinique provisoires à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts*. La date de ce concours est fixée au 23 juin 1924.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre.

I

Frais de transport des corps des victimes de la guerre

DÉCISION DU 19 JUILLET 1923.

L'article 64 ne prévoyant pas le remboursement des frais chirurgicaux, ni le remboursement des frais de transport du corps des victimes de la guerre décédées, le remboursement de ces frais, qui n'a été prévu que par la loi du 21 juillet 1922, ne peut être mis à la charge de l'Etat.

Attendu que Madame Veuve ..... a demandé le remboursement des soins médicaux et frais d'opération assumés en 1920 par son mari pensionné de guerre décédé, ainsi que des frais de transport de son corps ;

Attendu que la Commission départementale des ..... a rejeté sa demande ;

Attendu que l'alinéa 3 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 stipule que c'est l'inscription sur les listes spéciales qui confère le droit à la gratuité des soins ; que cette inscription constitue donc une formalité substantielle ; qu'il ne figure au dossier aucune pièce établissant l'inscription de .... sur les listes spéciales, pas plus qu'il n'est produit de bons de visite détachés du carnet à souches prévu par les décrets des 26 septembre 1919 et 25 octobre 1922 ;

Que le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont légalement aucun remboursement à réclamer, et seuls, dès lors, les médecins et pharmaciens ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat ;

Que, pour ce motif, le décret en Conseil d'Etat du 26 septembre 1919 n'a prévu de remboursement et réglementé les formes à suivre à cet effet qu'à l'égard des médecins et des pharmaciens à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes ;

Qu'au surplus, l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ne prévoyait pas le remboursement des frais des soins chirurgicaux ; que ce remboursement n'a été prévu que par la loi du 21 juillet 1922 ; alors que l'opération dont Madame..... réclame le remboursement des frais a été effectuée en 1920 ; que la loi du 21 juillet 1922 n'a pas d'effet rétroactif ;

En ce qui concerne les frais de transport du corps de Monsieur .... au lieu du domicile de sa famille ;

Attendu que l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 n'avait pas prévu le remboursement des frais de cette nature, que la loi du 21 juillet 1922 a décidé que ces frais seraient à la charge de l'État lorsqu'un malade hospitalisé dans les conditions fixées par les décrets et règlements décéderait dans un établissement public ou privé ;

Attendu que ..... n'est pas décédé dans un hôpital ;

Par ce motif, déclare mal fondée la requête de Madame ..... ;

Confirme la décision de la Commission départementale des .....

II

Justification du nombre des visites.

DÉCISION DU 19 JUILLET 1923.

Le décret du 25 octobre 1922 prescrivant aux médecins de détacher un bulletin du carnet chaque fois qu'ils donnent une consultation et, lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin, le bulletin constitue une pièce essentielle de contrôle et il ne peut être alloué au médecin plus d'honoraires de visites ou consultations qu'il ne produit de bulletins.

Attendu que la Commission départementale de ..... statuant sur la demande de paiement d'honoraires présentée par M. le Dr ..... a décidé qu'il y avait lieu d'ordonnancer à son profit le montant de vingt visites qu'il aurait faites à M. .... pensionné de guerre, domicilié à .... alors qu'il ne peut produire que .... bulletins de visites à l'appui de sa réclamation ;

Attendu que l'article 15 du décret du 25 octobre 1922 prescrit aux médecins de détacher un bulletin du carnet chaque fois qu'ils sont appelés à donner une consultation ; que l'article 61 stipule en outre que lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin ; que le bulletin constitue donc pour chaque visite une pièce essentielle du contrôle ;

Attendu que M. le Dr ..... ne peut produire que ..... bulletins de visite ;

Déclare bien fondé l'appel de M. le préfet de ....

Décide qu'il n'est dû à M. le Dr ...... que le montant des ..... visites et annule la décision de la Commission départementale de en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

III

Injections hypodermiques faites par le médecin.

DÉCISION DU 11 OCTOBRE 1923.

Seul, le médecin, le pharmacien ou l'hôpital pouvant assurer au bénéficiaire de l'article 64 la gratuité des soins, on ne peut prétendre que certains soins, tels que des injections hypodermiques, dont l'utilité n'est pas contestée, devaient être pratiqués par des personnes autres que le médecin.

Attendu que le docteur ..... a exécuté 36 injections hypodermiques pour un bénéficiaire titulaire d'une pension d'invalidité au taux de 90 %;

Attendu que le tarif fixé par l'article 60, rémunère le prix de la consultation y compris les menues interventions ;

Que le docteur..... aurait d'après les bulletins détachés du carnet de soins, donné 36 consultations à l'occasion desquelles ont été pratiquées 36 injections hypodermiques ;

Considérant que ces injections pouvaient être nécessaires au traitement, qu'elles sont fréquemment employées pour des malades de cette catégorie, qu'il n'est pas prouvé que ce traitement pouvait être appliqué par le malade lui-même ou par une personne de son entourage ;

Que si le médecin peut avoir parfois recours à l'intervention de personnes étrangères à l'art, pour l'application de certains traitements, il n'est pas démontré qu'il le pouvait dans les circonstances du litige ;

Qu'on invoquerait en vain pour les bénéficiaires la possibiité de recevoir certains soins donnés par des personnes autres que le médecin puisque seul le médecin, le pharmacien et les hôpitaux peuvent assurer au bénéficiaire la gratuité de ces soins en faisant usage du carnet spécial ;

Que le docteur ..... dit avoir envoyé à la Commission départementale de contrôle chaque fois et au fur et à mesure qu'il faisait des piqûres, des bulletins de déclaration ;

Que cette affirmation n'est pas contestée et qu'il ne résulte pas de l'examen des pièces du dossier que le contrôle a été exercé ;

Pour ces motifs :

Décide d'accorder au docteur ..... le paiement de ses honoraires ;

Quarante-sixième année — N° 24 — 15 Juin 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(***Voir suite page*** 1430-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Meung, de Colmar, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier.
Cancale. Bazin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 254. — Désire acquérir clientèle environs Paris.

No 255. — Mén. excell. référ. habit. joli pays, envir. Nantes S.O., prend. en pension pers. ayant besoin soins et tranquill. Bruel, 46, rue Madame, Paris.

No 256. — Poste de 3.000 fr. pr mois à repr. de suite ds station balnéaire de la Manche contre 15.000 fr. compt. S'adr. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris, Ve.

No 257. — A vend. Forceps Tarnier compl. ét. neuf au prix de 100 fr. plus une voit. pr. malade, prix à déb., et six tabliers blancs pr. infirmier.

No 258. — A vend. collect. compl. quasi neuves : 1o *Illustration* (toute la guerre) ; 2o *Concours médical* 1909 à mi 1924, plus 1904 ; 3o « Agenda Mem. du Praticien », les 9 volumes parus neufs, plus une collect. de vieux ouvrages de méd. pharm., etc. env. 250 vol., la plup. reliés, cert. datant de pl. d'un siècle, à 1 fr. le vol., port n. compr. Dr Rouanet de Lugan, Castres, Tarn.

No 259. — A vendre gde maison bourg. av. jardin, env. de Tours, s'adr. Dr Maguin, à Reuilly (Indre).

No 260. — A céder pr 8.000 fr. poste propharm. rappt. 22.000 fr., beau logem., loyer minime.

No 261. — A vendr. cond. int. Delage 2/3 pl., 12 HP, écl. élect. parf. état de marche, pr avantag. Dr Champalbert, 30, rue des Chambards, Bois-Colombes.

No 262. — A vend. voiturette Renault 8 HP., deux pl. et spider, bon état 6.000 fr. S'adr. Dr de Neuville, Gisors (Eure).

N° 263. — A vendre, urg. tr. bel appart. 6 p. conf. mod., situé ds le 9e arrt.

N° 264. — Paris. Cabinet des voies urinaires et gynécologie à céder pr raisons de santé.

N° 265. — Dr recomm. demoiselle 30 ans, instr. et dévouée, pr tenir compagnie et voyager av. dame seule.

N° 266. — Ds tr. jol. banl. pr. Paris, tr. ancien poste, rappt. 60.000 frs. peu de frais de locom. aff. en progr., suscept. de tr. gros prod. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 267. — A céd. à Paris ds quartl. centr. tr. bon cab. belle install., gr. appart. 5 p. conviendr. spéc.pr.aménag. de polycliniq. S'adr. cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

Soins aux Pensionnés de Guerre Indemnités de déplacement

Avis

Nous publions plus loin, à la fin de la rubrique « *A travers l'Officiel* », l'arrêté fixant, pour 1924, le tarif des indemnités de déplacement allouées aux médecins qui ont soigné les bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions militaires.

Il ne comporte de modification, par rapport à 1923, que pour les régions de montagne, pour lesquelles l'indemnité kilométrique est portée de 1,27 à 1,40.

Mais l'arrêté contient une disposition nouvelle, consistant dans l'obligation, pour le médecin, d'inscrire lisiblement, au recto du bulletin de visite extrait du carnet à souches, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant.

En outre, le *Journal officiel* du 7 juin a publié un décret relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis pour le paiement des soins aux pensionnés de guerre. Nous publierons également ce décret.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale Faculté d'augmenter le nombre des parts de retraite

I

Je suis, depuis un certain nombre d'années, inscrit à la combinaison P pour une retraite à 60 ans. Mais j'avais donné plutôt une adhésion de principe et je ne m'étais inscrit que pour 3 parts, soit une pension de 360 francs.

Je regrette de n'avoir pas souscrit une pension plus forte : me serait-il possible de prendre maintenant

17 parts nouvelles pour arriver à la pension de 2.400 francs ?

J'aurai 45 ans à la fin de l'année.

En outre, je voudrais que ma cotisation fût contre-assurée, est-ce possible, ma cotisation actuelle ne l'étant pas ?

Dr R.

Réponse.

Oui, vous pouvez actuellement souscrire 17 parts nouvelles pour avoir la pension de 2.400 fr., mais, hâtez-vous, car vous n'avez plus que jusqu'à la fin de 1924 — au 1er janvier 1925, il serait trop tard, puisque vous auriez dépassé l'âge limite d'entrée à P.

Vous pouvez contre-assurer votre cotisation nouvelle ; vous pouvez même, pour l'avenir, contre-assurer votre cotisatation ancienne, mais vous ne pouvez le faire que pour les versements futurs, les versements effectués ne pouvant être contre-assurés après coup.

Vous aurez à payer 977 fr. 50 pour les dix-sept parts nouvelles et, si vous contre-assurez également vos trois parts anciennes, ce sera un supplément annuel de 10 fr. 20.

II

J'ai souscrit, en 1922, dix parts à la combinaison R pour une pension de 1.200 francs à 65 ans, je voudrais doubler cette pension — quelle somme annuelle supplémentaire aurai-je à verser et quelles formalités ai-je à accomplir ?

Je désire que ce versement soit contre-assuré comme le précédent.

Dr M.

Réponse.

Vous avez actuellement 41 ans, vous aurez donc à verser 253 fr. par an, frais de gestion compris. Comme vous êtes déjà inscrit et qu'il ne s'agit que d'une augmentation, il vous suffit de signer et de remplir un nouveau bulletin d'admission et de me l'envoyer avec la somme.

Ecrivez donc à notre secrétaire général pour lui demander la feuille nécessaire.

A. G.

1425. — Honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un accidenté du travail non hospitalisé.

Tant que persistera la loi injuste du « tout compris » le patron (ou l'assurance qui le supplée) n'est tenu pour le blessé du travail *hospitalisé* qu'au prix de journée légalement fixé. Mais que se passe-t-il pour un accidenté opéré ou pansé à l'hôpital et *non hospitalisé* ? Le cas est assez fréquent dans notre agglomération industrielle, les blessures du membre supérieur y sont les plus fréquentes. Un ouvrier a, je suppose, la main prise dans une « carde » ou dans un engrenage ; souvent il est amené d'*urgence* à l'hôpital, et de toute façon, comme il n'y a pas d'au-

tre organisation chirurgicale dans la ville, il est bien certain que c'est là seulement que le blessé peut être soigné dans les meilleures conditions pour un traumatisme tant soit peu important. Le blessé est opéré immédiatement et quelques heures après le plus souvent, même s'il y a eu anesthésie générale, le blessé peut rentrer chez lui, et le demande d'ailleurs, à moins qu'il soit sans famille et dénué de toute ressource personnelle. Dans ces cas, le blessé n'étant pas admis à l'hôpital, il n'y a pas à réclamer de « prix de journée ». Mais est-ce à dire pour cela que l'administration doit abandonner tout recours et n'est-elle pas fondée à réclamer à l'assurance ou au patron les dépenses engagées par elle, soit par un prix global de convention, soit en fournissant le détail de ce qui a été employé et en exigeant le remboursement au tarif ordinaire. Ici, l'administration hésite à se lancer dans cette voie et n'a fait jusqu'ici que de timides réclamations. Au cas où les compagnies résisteraient, une action en justice aurait-elle chance de réussir ? D'autre part, le chirurgien qui opère dans de semblables conditions (c'est-à-dire blessé non hospitalisé, mais opéré ou pansé à l'hôpital), est-il fondé pour sa part à réclamer ses honoraires ?

Il me semble que la question est intéressante, en attendant la suppression du « tout compris » et qu'elle pourrait s'appliquer à beaucoup de moyennes et petites villes où l'hôpital est là seule organisation chirurgicale existante.

Dr B.

Réponse.

Un jugement qui refusait à un membre du « Sou Médical » le paiement de ses honoraires pour pansements faits à l'hôpital à un accidenté du travail non hospitalisé, ayant été déféré avec l'appui du « Sou » à la Cour de Cassation, la Chambre des Requêtes de cette Cour a admis le pourvoi. La question n'est pas tranchée du fait de cette admission, mais celle-ci est cependant une preuve que la Cour suprême ne repousse pas *a priori* l'inapplicabilité du « tout compris », lorsque le blessé est soigné à l'hôpital sans être hospitalisé.

Il en résulterait que le chirurgien qui aurait opéré un accidenté du travail dans ces conditions pourrait exiger du patron de celui-ci le paiement de ses honoraires. Mais, pour réussir dans cette demande, au cas où la Chambre civile de la Cour de Cassation, actuellement saisie, casserait le jugement attaqué, il serait prudent de ne pas inciter l'hôpital à demander un prix global pour l'indemniser des dépenses qu'il aurait pu faire, mais simplement le remboursement des dépenses réellement engagées, en produisant le détail de ces dépenses.

Il serait à craindre, en effet, que la réclamation d'un prix global fût considérée par les tribunaux comme un prix d'hospitalisation, même temporaire, donnant par suite lieu à l'application du « tout compris ».

1400. — Accident du travail. Rechute

Un ouvrier charpentier se blesse au pied droit vers la mi-décembre. Radiographie qui ne montre aucune lésion osseuse. Après 3 mois de repos et de traitement, guérison et reprise du travail. (A vrai dire l'état n'était pas complètement satisfaisant et ce n'est que le vif désir de l'ouvrier de reprendre son travail qui nous fit signer son certificat de guérison). Le travail est repris depuis trois mois environ et l'ouvrier se plaint et se déclare dans l'impossibilité de travailler. Que peut-on faire pour lui ? Ne peut-on engager une procédure de révision ? Celle dont parle l'article 19 de la loi sur les accidents du travail ne le concerne-t-elle pas ? Dans l'affirmative, quelle est la procédure à suivre ? Dr P.

Réponse.

Suivant la jurisprudence de la Cour de Cassation, lorsque l'ouvrier a repris son travail et qu'il y a eu règlement du demi-salaire, il ne peut être recouru, en cas de rechute, qu'à la procédure de révision.

Par suite, c'est par voie de déclaration faite au greffe du Tribunal civil du lieu de l'accident que la procédure peut être engagée et, à défaut de conciliation devant le président, l'affaire doit être renvoyée devant le tribunal, même quand il ne s'agit que du demi-salaire, et non devant le juge de paix.

Il semblait que, pour que le droit de revision fût ouvert, il était nécessaire qu'il y eut incapacité permanente. Mais divers jugements du Tribunal civil de la Seine, 9e chambre, des 19 octobre 1923, 6 décembre 1923 et 8 février 1924 ont admis que le principe d'après lequel la consolidation de la blessure fixe la date à laquelle doit s'arrêter le droit au demi-salaire n'est pas si absolu qu'il ne puisse comporter d'exception et empêcher que le demi-salaire soit payé à l'ouvrier victime d'une rechute causant une incapacité temporaire.

En invoquant cette nouvelle jurisprudence, le blessé auquel vous vous intéressez aurait des chances d'obtenir le paiement de son indemnité temporaire et des frais médicaux nécessités par la rechute, les frais médicaux étant considérés comme l'accessoire de l'indemnité temporaire.

1419. — Soins donnés à un garde des eaux et forêts blessé en service

Je vous serais très reconnaissant de m'indiquer les conditions d'honoraires pour soins donnés à un garde des eaux et forêts, blessé en service.

Dr C.

Réponse.

Les fonctionnaires de l'Etat, appelés à bénéficier de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions

civiles, c'est-à-dire ayant droit à une retraite après un certain temps de service, ne sont pas assujettis à la législation sur les accidents du travail et comme tels n'ont pas droit au paiement des frais médicaux en cas d'accident survenu en service. Ou plutôt, le médecin qui leur a donné ses soins n'a pas d'action directe contre l'Etat pour se faire payer ses honoraires.

Dans la circonstance, vous devez donc vous faire régler par le blessé lui-même, sauf à celui-ci à réclamer à son administration les indemnités auxquelles il peut être en droit de prétendre et dans lesquelles peuvent être compris les frais médicaux.

Vous devez calculer vos honoraires selon votre tarif habituel de clientèle, sans qu'il y ait lieu à application du tarif Breton.

1378. — Honoraires d'expertise

Comment sont tarifés les honoraires d'un médecin désigné comme expert par le tribunal en matière civile (accident d'automobile) ?

Quel est ce tarif ?

Comment l'expert doit-il établir sa note ?

A qui doit-elle être adressée ?

Dr D.

Réponse.

En matière d'expertise civile, ne sont tarifées que les opérations de prestation de serment et de dépôt du rapport, pour lesquelles il est alloué à l'expert, la somme de 5 fr. En outre les frais de déplacement lui sont payés conformément au tarif des avoués, soit 0 fr. 25 par kilomètre parcouru en chemin de fer tant à l'aller qu'au retour ou 0 fr. 60 par kilomètre parcouru par tout autre moyen de transport.

Mais il n'existe pas de tarif pour les opérations d'expertise proprement dites. C'est à l'expert qu'il appartient d'évaluer ses honoraires en tenant compte de l'importance de sa mission et des difficultés qu'il a pu rencontrer.

Le compte détaillé des honoraires réclamés par l'expert doit être fourni à la fin de son rapport pour qu'ils puissent être taxés par le président du tribunal.

Le débiteur des honoraires est, en principe, la partie qui a obtenu le jugement ordonnant l'expertise et qui a signifié à l'expert le jugement lui confiant sa mission ; pour obtenir paiement, il y a lieu de s'adresser à l'avoué qui représente cette partie.

En pratique, et pour éviter des difficultés possibles de recouvrement, il est d'usage que l'expert réclame à la partie qui a obtenu l'expertise, une provision représentant approximativement le montant de ses honoraires, avant de déposer son rapport.

(*Voir la suite page XLIII-1471*)

PROPOS DU JOUR

A propos de l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.

La loi sur les assurances sociales : la nécessité d'organiser l'action pour faire prendre en considération les desiderata du Corps médical. — Un précédent qui peut servir d'exemple. — Hommage de reconnaissance à Me Rocher, avocat-conseil du Syndicat des médecins de la Seine et de l'Union des Syndicats médicaux depuis leur fondation.

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale le dimanche 1er juin dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Le Fur.

Le rapport du secrétaire général, M. le Dr Jayle, a eu presqu'entièrement pour objet le projet de loi sur les assurances sociales, et ce projet prend avec la nouvelle Chambre des députés un tel caractère d'actualité que la discussion du Syndicat des médecins de la Seine est sortie par la force des choses du cadre médical parisien.

M. le Dr Jayle a fait une analyse critique fort détaillée de la discussion du rapport Grinda aux dernières séances de la Chambre des députés défunte. Tout en tenant compte de ce que l'examen rapide et le vote précipité du projet de loi avaient d'artificiel de l'aveu même des députés qui ne voulaient pas laisser tomber le travail accompli durant deux ans au cours de la dernière législature, le Dr Jayle a insisté sur les opinions émises par quelques orateurs, notamment sur ce que l'on a désigné du nom de médecine collective ; ces opinions étaient loin d'être favorables aux intérêts médicaux. Il est bon de connaître cet état d'esprit pour régler notre conduite à l'avenir.

Le Dr Lafontaine a fait à son tour remarquer que la loi sur les assurances sociales serait votée et appliquée sans doute plus tôt que nous ne l'avions prévu. La nouvelle majorité de la Chambre des députés voudra donner des satisfactions à ses électeurs. L'état précaire de la situation financière l'oblige pour cela à choisir parmi ses promesses les moins onéreuses au budget, et la loi des assurances sociales est de cette catégorie. La participation de l'Etat n'y tient qu'une place peu importante au regard du total des milliards qui constitue le budget actuel. Il importe donc de se mettre au plus vite d'accord et d'agir. En somme, il n'y a pas de questions de principe qui divisent profondément le corps médical. Nous sommes tous résolus à exiger que l'exercice de la médecine pour les assujettis aux assurances sociales se rapproche le plus possible de l'exercice de la médecine normale. Il ne saurait y avoir pour nous de médecine collective. En fait de médecine collective, nous ne connaissons que la médecine militaire, et aucun médecin ne consentira à voir généraliser ce système. Il ne faut pas appeler médecine collective la mise à la disposition par les collectivités de moyens de diagnostic et de traitement que le médecin isolé et le malade peu fortuné ne peuvent se procurer (laboratoires, radiologie, etc.) Le Dr Lafontaine montre toute l'importance de l'élimination des petits risques qui peuvent parfaitement être supportés par les assujettis ; ce qui empêchera les plus coûteux abus. Seule, la maladie prolongée est génératrice de la misère, c'est sur elle que doivent se concentrer tous les efforts. Le Dr Lafontaine s'efforce à démontrer que la question du tiers payant a pris une place disproportionnée dans nos discussions. Elle ne doit pas constituer un principe intangible et il ne croit pas qu'il soit impossible de se mettre absolument d'accord à son sujet. Mais il importe de se concerter au plus tôt sur la tactique que nous devons adopter.

Le Dr Jayle, avec beaucoup de raison, a fait remarquer que dans nos syndicats, l'on trouvait une foule de confrères pour émettre des idées et même rédiger des études, mais que lorsqu'il fallait passer à l'action, personne ne s'offrait, et cependant il est urgent d'agir.

C'est alors que nous avons cru devoir rappeler un précédent où les syndicats médicaux en général, et le Syndicat des médecins de la Seine en particulier, ont agi et triomphé. Ce fut lors de la modification de la loi sur les accidents du travail.

Nous partîmes de ce principe que les médecins seuls ne pouvaient triompher, et qu'il fallait mettre les intérêts du corps médical en accord avec les intérêts des accidentés. La première action devait donc consister à entrer en relations avec les Syndicats ouvriers. Diverneresse se chargea de cette tâche. Il la poussa aux

dernières limites, allant jusqu'à fonder le Syndicat national de médecine sociale qu'il s'efforça de faire affilier à la C. G. T. Ce fut un beau scandale dans le monde médical. Mais avec une énergie qui ne se démentit jamais, Diverneresse poursuivit ses démarches et parvint à triompher avec l'appui des ouvriers. Il avait fallu démontrer à ces derniers qu'il était de leur intérêt d'avoir le libre-choix de leur médecin, et d'obtenir une rémunéraration convenable pour ce dernier. Il fallait les convaincre par des exemples du danger que l'ouvrier, atteint d'une incapacité permanente, courait si, soigné par un médecin d'assurances, ou un médecin administratif, il était abandonné sans défenseur technique, lors de l'expertise fixant le taux de cette incapacité.

La seconde partie de l'action devait se produire auprès du Parlement et du Gouvernement. Le Dr Dubuisson, député du Finistère, vice-président de l'Union des Syndicats, vieux parlementaire, connaissant à fond les milieux de la Chambre et de ses Commissions, le Dr Peyroux, député d'Elbeuf, se dévouèrent aux intérêts médicaux, et soit dans les commissions (Dr Dubuisson), soit à la tribune (Dr Peyroux), surent se servir utilement des arguments et des documents que l'Union des Syndicats et le « Sou médical » leur procuraient.

Il fallait encore, pour l'établissement du tarif, batailler avec les assureurs qui, comprenant mal leurs propres intérêts, et violemment attaqués par Diverneresse, résistaient désespérément. La compétence et l'habileté du Dr Jeanne, la haute autorité et le dévouement sans bornes du Pr Brouardel, devaient là encore triompher et faire établir un tarif, sinon parfait du moins acceptable, surtout si on le comparait à ce qui avait été offert. Enfin, il fallait lutter sans relâche contre les médecins d'assurances qui voyaient leurs petits intérêts personnels compromis, contre les médecins d'un autre âge qui, drapés dans leur dignité, criaient au scandale et flétrissaient avec indignation ces gens qui compromettaient le bon renom du corps médical en se commettant avec les militants de la C. G. T., qui faisaient acte anticonfraternel en dénonçant les abus odieux et les turpitudes de quelques médecins d'assurances. Il fallait, sans dévier de la poursuite du but que nous étions résolus à atteindre, nous désolidariser d'auxiliaires dangereux qui voyaient déjà dans la médecine des accidents du travail une riche mine à exploiter sans scrupules. Le bureau de l'Union des Syndicats médicaux, aidé du conseil du Syndicat des médecins de la Seine, puissamment soutenu par le « Sou médical » et le *Concours médical*, suffit à la besogne, et nos organisations s'entr'aidant fournirent à la campagne les hommes et les subsides nécessaires.

Rien ne nous arrêta. Ni les poursuites en correctionnelle, ni la scission dans notre syndicat, ni les menaces, ni les tentatives de dissidences, opérées contre l'Union des Syndicats médicaux, du Nord au Midi et de l'Ouest à l'Est.

A cette époque, l'on voulut, l'on sut agir et l'on triompha. Certes, ce ne fut pas sans risques, ni sans peine, mais, avec des moyens infiniment moindres qu'à l'heure actuelle, l'on triompha quand même.

Si nous voulons obtenir satisfaction dans la loi des assurances sociales, il faut mettre la même méthode dans notre action.

Il faut :

1° D'abord nous entendre et savoir exactement ce que nous désirons ; fixer les principes sur lesquels nous devrons être irréductibles, les points sur lesquels nous pouvons faire des concessions, les désiderata qu'il nous est possible d'abandonner au moins provisoirement. Il nous faut prévoir autant que faire se peut à l'avance les combinaisons diverses qui peuvent être proposées pour leur opposer des contre-propositions claires, pratiques, acceptables.

2° Il conviendra ensuite d'entrer en contact avec les intéressés, les assujettis aux assurances sociales, les convaincre que le but que nous poursuivons est celui qui nous permettra de faire de la bonne, de la saine, de l'utile médecine dont le malade bénéficiera beaucoup plus que le médecin. Il faudra leur montrer *avec des exemples* ce que c'est que la médecine dite collective et l'usine de soins, dans laquelle l'homme malade ou blessé est livré aux réparateurs comme un outil avarié. Cette démonstration, non par des phrases, mais par des faits, des documents, ne sera pas très difficile à faire.

Il conviendra encore de persuader les intéressés que le travail mal payé, fût-il médical, finit toujours par être un travail mal fait et qu'il ne faut pas pousser le médecin qui, comme tout homme, est faillible, à « saboter » la médecine, ce dont les assujettis seraient les victimes.

3° En même temps, il faudrait organiser l'action au Parlement, entrer en contact fréquent avec les Commissions parlementaires, être en liaison constante avec le groupe médical interparlementaire, trouver des appuis dans tous les milieux politiques, tant à la Chambre qu'au

Sénat. Il faudrait chercher, pour défendre nos idées, des orateurs non médecins, les mettre bien au courant de notre idéal et du but d'intérêt social que nous désirons atteindre. *Il faudrait surtout s'efforcer de ne jamais parler de l'intérêt médical, ou bien montrer qu'il n'entre jamais en conflit avec l'intérêt social.*

4° Enfin pour faire triompher notre programme, il conviendrait par tous les moyens possibles, dans tous les milieux, d'agir sur l'opinion. La presse, les syndicats ouvriers et patronaux, les sociétés d'études sociales, politiques, économiques, les comités de tous genres devraient être mis au courant de ce que nous voulons, de l'intérêt social qui s'attache au succès de notre campagne.

Il faudrait en même temps tenir en haleine le corps médical tout entier et faire de chaque médecin praticien un agent conscient ou même inconscient de notre propagande.

Pour mener à bien cette action, pour l'organiser et en faire fonctionner méthodiquement les multiples rouages, toutes les forces dont peut disposer le corps médical, sont nécessaires.

Certes, c'est l'Union des Syndicats médicaux de France qui doit régler, organiser, diriger la campagne. C'est elle qui doit donner les directives et susciter les démarches. Rien ne doit être fait en dehors d'elle, sans son assentiment ; sans cela, ce serait le désordre, les contradictions et l'échec fatal. Mais, pour permettre à l'Union de remplir cette tâche écrasante qui s'effectuera surtout à Paris, les bonnes volontés et le concours du Syndicat des médecins de la Seine et de ses 1.500 adhérents seront nécessaires. Nous comptons que le Conseil de l'Union saura faire appel à eux et trouver dans leurs rangs les hommes d'action indispensables. Ces derniers ne devront pas s'illusionner, leur tâche ne sera pas toujours facile ; au cours de la lutte, ils recueilleront plus de reproches et de blâmes que d'encouragements et de félicitations ; il leur faudra l'opiniâtre volonté de vaincre, et pour cela, l'esprit de sacrifice ; mais, quel que soit le résultat obtenu, ils auront l'orgueil, la satisfaction d'avoir lutté pour une noble cause, celle du bien public intimement lié à l'avenir de la profession médicale.

Tous nos Syndicats, toutes nos sociétés, tous nos organismes nous ont jusqu'alors fourni dans les moments critiques des hommes de dévouement, de cœur et d'action. Un coup d'œil sur le passé et sur un passé récent, ne nous permet pas de désespérer de l'avenir.

***

A la même Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, le président Le Fur a adressé, en excellents termes, le témoignage de reconnaissance du Syndicat à Me Rocher, avocat-conseil qui, depuis son origine, a guidé le S. M. S. et l'a aidé à franchir les plus périlleux écueils. Il lui a en même temps remis une plaquette commémorative.

Me Rocher a son nom associé à toute l'histoire de notre syndicalisme médical.

Il fût le principal avocat de l'Union, collabora avec Cézilly, Porson, Le Blond, Le Baron, Jeanne, Lande et nous tous, concourut à l'organisation de tous nos Congrès, plaida nombre d'importants procès où l'intérêt médical était en jeu, notamment le fameux procès en exercice illégal contre Mac Laughin.

Ancien combattant de 1870, Me Rocher, excellent patriote, a eu la consolation de voir la dernière guerre effacer les conséquences les plus outrageantes de notre défaite, mais en même temps, il a été, comme, hélas ! beaucoup d'autres pères, douloureusement éprouvé. Ancien président de la Société de médecine légale, aussi vénéré par ses confrères du Barreau que par ses amis du corps médical, il a été membre du Conseil de l'Ordre des Avocats de Paris.

Le *Concours médical* a eu trop souvent d'excellents rapports avec Me Rocher pour ne pas s'associer cordialement à l'hommage que lui a rendu le Dr Le Fur au nom du S. M. S.

Quant à nous, en relations constantes depuis 30 ans avec Me Rocher, ayant collaboré pendant 15 ans presque chaque jour, avec lui, ayant eu à diverses reprises l'avantage de l'avoir comme conseiller et même comme défenseur, il nous est permis de le considérer comme un très vieil ami, pour lequel nous ne pouvons trouver les termes capables d'exprimer la sincérité de notre profonde affection et l'étendue de notre reconnaissance.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DES GASTRORRAGIES

Par G. Faroy,

Médecin des hôpitaux de Paris.

Le traitement des gastrorragies est de première importance à connaître, en raison de la gravité fréquente de celles-ci ; nous aurons en vue, dans cet article, les hémorragies qui ont leur origine dans l'estomac, et par extension celles du duodénum, dont les indications thérapeutiques sont les mêmes.

Ces hémorragies s'extériorisent de deux façons, soit par hématémèses de sang rouge ou noir, soit par mélæna, soit encore par hématémèses et mélæna associés.

On les observe au cours de l'ulcus de l'estomac ou du duodénum, du cancer de l'estomac, des varices œsophagiennes et gastriques.

Leur abondance et parfois leur répétition conduisent le malade très rapidement, quelquefois subitement, à un état d'anémie grave, qui exige souvent, si l'on veut éviter la mort, une thérapeutique efficace urgente et ne permet pas une hésitation de la part du médecin traitant.

Voici la conduite à tenir, telle qu'elle peut être prescrite sur l'ordonnance délivrée au malade, si on prend pour type le traitement de l'hémorragie de l'ulcus.

1° *Repos absolu au lit*, dans le décubitus dorsal, la tête basse ; le malade doit éviter tout mouvement. L'application d'une vessie de glace sur l'estomac n'est pas indispensable, son action étant assez problématique.

2° *Supprimer toute alimentation* : le malade doit observer une diète absolue. surtout les premières heures et même pendant 1 ou 2 jours, tant que l'hémorragie n'est pas arrêtée ; on évite ainsi toutes contractions de l'estomac.

On permet seulement au malade de sucer quelques morceaux de glace ; deux ou trois jours plus tard, si l'hémorragie ne s'est pas reproduite, on peut faire absorber de l'eau sucrée glacée, dont la quantité est progressivement augmentée ; puis, du lait glacé, coupé d'eau, est autorisé, à doses prudemment progressives.

Pour achever de mettre l'estomac au repos, on peut prescrire de l'*atropine* par la bouche, (dans une des formules ci-dessous), ou en injections, aux doses progressives de 1/4 à un milligramme, *pro die*.

4° On fait prendre, au moins trois fois par jour, un *grand lavement* de un litre, *aussi chaud qu'il peut être supporté* ; il est pris lentement et à très faible pression (0 m. 40 à 0 m. 50) ; il peut être composé comme suit :

Chlorure de calcium....	3 grammes
Eau	un litre.

Ce lavement très chaud produit une vaso-constriction réflexe au niveau de l'estomac (Tripier).

5° Il est nécessaire de faire prendre du *chlorure de calcium* par la bouche ; son absorption est plus sûre par cette voie que par la voie intestinale et son action plus directe sur la muqueuse.

On prescrit :

Atropine	1/2 à un milligramme
Chlorure de calcium....	3 à 4 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..............	40 grammes
Eau	80 grammes

A prendre en 24 heures par cuillerées à soupe espacées.

Il est mieux encore d'utiliser la formule suivante, recommandée par A. Mathieu et Loeper, qui associent la gélatine au chlorure de calcium :

Chlorure de calcium....	2 à 4 grammes
Gélatine	2 à 5 grammes
Eau	250 grammes

A prendre en 24 heures par cuillerées à soupe espacées.

On peut se servir encore de la formule suivante, plus complexe, de Loeper :

Chlorhydrate d'adrénaline	un milligramme
Chlorure de calcium	4 grammes
Sirop de ratanhia	20 grammes
Sirop de belladone	20 grammes
Sirop de codéine	30 grammes
Eau de tilleul q.s.p.	125 grammes

par cuillerées à dessert toutes les deux heures.

On a préconisé aussi l'*émétine* ; mais celle-ci ne paraît pas avoir donné les bons résultats que l'on en attendait.

Quant aux vaso-constricteurs, comme l'*adrénaline*, qui fait partie de la formule précédente, il ne faut les employer qu'avec grande prudence, en raison de l'hypertension qu'ils provoquent et de la vaso-dilatation secondaire qui succède à leur action première ; on doit éviter de les ordonner en injections sous-cutanées, à moins que l'importance de l'hémorragie et l'état du malade n'exigent un traitement d'extrême urgence.

Il est préférable de les faire prendre par la bouche, à petites doses continues, et peu espacées.

6° Pour éviter la deshydratation de l'organisme qui suit fatalement l'hémorragie abondante et la diète absolue, il est bon de faire au malade des injections de *sérum, soit physiologique, soit plutôt glucosé.* Ce dernier est, en effet, plus nutritif et, d'autre part, le sérum physiologique (NaCl. à 8 pour 1000), est contre-indiqué chez les ulcéreux hyperchlorhydriques.

Ces injections doivent être faites par petites quantités à la fois (deux injections de 250 centimètres cubes par jour), pour ne pas provoquer l'hypertension consécutive, qui pourrait réveiller l'hémorragie.

Si l'on veut les éviter, on fait absorber le sérum glucosé par *petits lavements très chauds* de 200 grammes qui remplacent ainsi les grands lavements que nous avons indiqués plus haut ; ou mieux encore, par *goutte à goutte rectal*, qui permet de faire pénétrer plus lentement des quantités plus grandes de liquide (un litre).

7° On peut pratiquer, comme médication antihémorragique, des injections de *sérum de cheval normal ou saigné* (hémostyl),— que l'on peut aussi faire prendre par la bouche (action directe sur le foyer hémorragique) ou par lavements.

En dehors de son action anti-hémorragique, l'hémostyl a l'avantage de lutter par la régénération sanguine contre l'anémie, souvent très accentuée.

Enfin, dans les cas très graves, on aura recours à la *transfusion sanguine.*

Tel est le traitement médical des gastrorragies, qui suffit le plus souvent à les arrêter, quand le malade n'est pas en proie à une hémorragie foudroyante rapidement mortelle.

Cependant, dans certains cas, ce traitement échoue ; dans d'autres, les hémorragies se reproduisent désespérément à intervalles plus ou moins éloignés ; dans d'autres, enfin la lésion gastrique saigne peu, mais d'une façon continue, entraînant une anémie progressive et grave. Il faut alors avoir recours au *traitement chirurgical* que, malheureusement, l'extrême faiblesse du malade rend souvent inefficace et dangereux.

CLINIQUE UROLOGIQUE

La néphrectomie pour tuberculose bilatérale

D'après une leçon du professeur Legueu (1).

Nous allons aborder le problème compliqué de la néphrectomie pour lésions bilatérales, c'est-à-dire : en présence d'une tuberculose bilatérale, constatée par les moyens ordinaires et habituels de la clinique, quelle est l'attitude à prendre ? Faut-il renoncer à faire une opération ? Si on fait cette opération, si on croit devoir la faire, dans quelles conditions faut-il l'appliquer et quel résultat peut-on en espérer ?

La question ne peut se trancher que par l'étude des résultats obtenus dans les néphrectomies pour tuberculose bilatérale. Ces résultats ne doivent être recherchés que sur une vaste statistique de faits recueillis depuis un certain nombre d'années et ayant eu l'épreuve du temps. Ce n'est pas en trois mois que l'on peut juger de l'efficacité de la néphrectomie pour une tuberculose bilatérale. Nous allons analyser 93 observations dans lesquelles on fit une néphrectomie pour un côté qui était très altéré et un autre côté qu'on supposait moins altéré. Sur ce nombre, il y eut 13 morts opératoires par urémie, qui survinrent très peu de temps après l'opération et qui, par conséquent, au point de vue des résultats, doi-

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker, le 2 avril 1924.

vent être éliminés comme ne pouvant pas entrer en ligne de compte. Ces cas constituent en somme une mortalité assez élevée.

Il reste donc 80 cas pour lesquels nous devons apprécier les résultats éloignés. Nous allons les envisager en ce qui concerne la durée de la survie et la qualité de la survie. Les malades ont-ils vécu longtemps, et s'ils ont vécu, est-ce dans des conditions acceptables ?

En ce qui concerne la longueur de la survie, nous n'avons de renseignements que sur 67 sujets. Parmi eux, 34 sont morts, entre 6 mois et sept ans après l'opération, la mort ayant été déterminée chez tous par urémie, par insuffisance rénale. A l'époque où fut dressée cette statistique, 33 étaient encore vivants, et ils étaient vivants depuis un certain nombre d'années : 5 étaient vivants depuis 4 ans ; 2, depuis 5 ans ; 1, depuis 6 ans ; 1, depuis 8 ans.

Déjà ces premiers résultats sont assez curieux. On voit, en somme, que ces malades ont survécu de 4 à 8 ans, ceux qui étaient encore vivants au moment de l'observation ayant dû vraisemblablement mourir comme les autres.

Il faut se demander quelle est la qualité de la survie. A ce point de vue, nous n'avons pu suivre ces résultats que sur un petit nombre de faits. Envisageons la qualité de la survie d'abord en ce qui concerne la vessie, pour l'examiner ensuite en ce qui concerne l'état général.

En ce qui concerne la vessie, nous n'avons pu recueillir que 28 observations. Eh bien, dans presque tous ces cas-là, il y eut une amélioration considérable. J'insiste sur ces faits parce que ce sont des choses qui paraissent paradoxales. Mais la logique n'est rien en médecine. L'amélioration a été sérieuse et importante, et durable dans 50 % des cas, et ceci est d'autant plus remarquable que la vessie est ordinairement très douloureuse dans ces cas-là, puisque c'est une des raisons pour lesquelles nous opérons ; ces malades ont été améliorés, tout en conservant un rein tuberculeux. Malgré ce rein tuberculeux, leur vessie s'est tout de même améliorée, à tel point que chez quelques-uns d'entre eux, il y a eu apparence de guérison.

Au point de vue de l'état général, il y a 35 malades chez lesquels il y a eu un relèvement assez prolongé de la santé, et qui ont pu, pendant 3, 4, 5 ou 6 ans, bénéficier d'une amélioration de leur état général, d'une rénovation, d'une régénération, d'une augmentation de poids, d'une augmentation de santé, et tout cela malgré que le rein conservé soit atteint de tuberculose.

Il y a même plus. Nous arrivons à des guérisons absolues, c'est-à-dire des gens chez lesquels on a vu disparaître tous les symptômes qui existaient primitivement. Il y a notamment, à cet égard, 3 cas de Hog, de Liège, 2 cas de Roger, de Lyon, 1 cas de Kœnig. Chez un petit nombre de malades, nous avons obtenu non seulement une survie longue, mais une survie de qualité telle qu'elle valait d'être vécue. Un certain nombre ont semblé aller à la guérison.

Nous avons donc le droit, en présence d'un sujet atteint de tuberculose bilatérale, de lui donner une espérance, de lui dire : tu peux guérir complètement ; si tu ne guéris pas, tu auras une survie prolongée. Si tu as une survie prolongée, elle sera de bonne qualité. Ta vessie est douloureuse ; elle mérite d'être traitée, malgré qu'il existe des lésions dans les deux reins.

Ces faits causent quelque étonnement. Ce sont des documents. Il n'y a que deux interprétations possibles. Ou bien les observateurs se sont complètement trompés, ou bien il faut reconnaître une influence de la néphrectomie sur l'autre côté. Je veux bien qu'il y ait quelques erreurs de diagnostic. Certainement, ce diagnostic n'est pas extrêmement facile. Mais cependant, quand, au cathétérisme de l'uretère, qui permet de dire que le rein droit a la tuberculose, on ajoute cette notion que le rein gauche possède des bacilles vus au microscope, ou reconnus par culture et inoculation au cobaye, quand il y a du pus et des bacilles, et des ulcérations de l'orifice urétéral, le diagnostic n'est pas douteux. En somme, la part des erreurs doit être minime.

Nous arrivons à cette notion qu'il n'est pas possible de nier que la néphrectomie, pour un certain nombre de cas de lésions bilatérales, a une action puissante et durable sur la tuberculose de l'autre côté. Nous avons des documents très intéressants et curieux à ce point de vue.

Quand on fait des statistiques avec la clinique seule, quand on prend un certain nombre de sujets atteints de tuberculose rénale comme ils se présentent ici, et que l'on recherche si cette tuberculose est unilatérale ou bilatérale, on constate, par les explorations cliniques, que la tuberculose bilatérale n'existe que dans la proportion de 14 pour cent, c'est-à-dire que dans 86 % des cas, nous avons affaire à des tuberculoses unilatérales.

Chez les malades de la clinique, il y en a 14 % seulement qui ont une tuberculose bilatérale. Eh bien, lorsque, au contraire, on étudie les autopsies faites dans les services de médecine chez les sujets morts de tuberculose rénale, on trouve que la bilatéralité existe dans la proportion de 47 %. Ces malades n'ont pas été dans notre service, ils ont laissé à leur tuberculose tout le temps de se développer et de s'étendre de l'autre côté. Au début, il n'y avait vraisemblablement, parmi ces malades, que 14 % de bilatéralité ; cette bilatéralité est montée à 47 % par suite de l'extension de la maladie abandonnée à elle-même. Lorsque, au contraire, on envisage les sujets néphrectomisés au point de vue de la tuberculose de l'autre côté, d'après les autopsies faites quand

ils meurent d'une cause quelconque, on constate que la proportion des envahissements de l'autre côté n'est que de 1,6 %.

Ces chiffres sont la confirmation éclatante de la thèse que je soutiens presque malgré moi. C'est que la néphrectomie a une influence sur la tuberculose de l'autre côté : ou elle permet sa guérison, ou elle empêche son extension, puisque les mêmes malades, s'ils n'avaient pas été néphrectomisés, auraient 47 % de bilatéralité.

En prenant la question sous toutes ses faces, on arrive incontestablement à cette notion, c'est qu'il est impossible de nier l'influence de la néphrectomie, ou pour empêcher la tuberculsose de l'autre côté, ou pour modifier son extension et favoriser sa guérison. Il n'est pas douteux que un rein tuberculeux peut parfaitement guérir, mais il guérit encore mieux par la néphrectomie. C'est la néphrectomie qui, à distance, longtemps après, donne la moindre proportion de bilatéralité. On peut dire que les sujets que l'on a opérés de néphrectomie ont eu une bilatéralité de 14 % rabaissée à 6 %.

Il n'est pas douteux que la néphrectomie, dans la tuberculose bilatérale, a une action heureuse dans un très grand nombre de cas. Par conséquent, on n'a pas le droit de la refuser systématiquement aux malades atteints d'une tuberculose bilatérale. Il y en a auxquels on a un service à rendre. Il y en a d'autres pour qui on ne peut rien. C'est ce que nous allons essayer de préciser.

Voici un malade chez lequel on constate des bacilles à droite et à gauche, ou des altérations à gauche et des bacilles à droite.

Le problème se pose aussi chez des malades ayant des altérations vésicales qui empêchent de pratiquer le cathétérisme des uretères, qui présentent de l'œdème bulleux. Dans ce cas, on commence par améliorer la vessie. On n'y réussit pas toujours. On fait une anesthésie locale de la vessie. On arrive assez souvent de cette façon à vaincre les difficultés du cathétérisme des uretères. Néanmoins, il y a un certain nombre de malades chez lesquels on ne peut pas faire le cathétérisme des uretères. Le faire à vessie ouverte est une méthode que j'ai abandonnée à cause de ses difficultés. Dans ce cas, j'utilise les données de la *constante*.

Il est évident que lorsqu'on est en présence d'altérations très grandes de la vessie, c'est très souvent une tuberculose bilatérale. On ne peut pas toujours le prouver, mais on le prouve dans certains cas par une *lombotomie*. Cette lombotomie, on la pratique d'abord du côté opposé à celui où l'on pense que siège la lésion la plus importante, et elle donne la certitude. Si on ne la pratiquait pas, on aurait simplement l'impression de la bilatéralité, par ce fait que, quand le cathétérisme des uretères est impossible, il y a presque toujours des lésions bilatérales. Il est probable que les néphrectomies pour tuberculose bilatérale sont des faits plus fréquents qu'on ne le pense. L'important, en pareille circonstance, est de ne pas enlever le rein qui est le moins altéré. C'est le gros danger qui a découragé beaucoup d'opérateurs, la grande objection contre cette méthode. On peut cependant l'éviter et rendre de très grands services aux malades atteints de ces tuberculoses extrêmement étendues, sans les éliminer de l'opération simplement parce que le cathétérisme des uretères ne peut être fait.

Il est plus intéressant de discuter la question dans les cas où on a pu pratiquer le *cathétérisme des uretères*. Nous allons prendre un certain nombre de malades que j'ai fait opérer et nous allons voir sur quels éléments je me suis décidé.

Une femme de 37 ans vient avec des signes de tuberculose rénale. Elle n'a pas de signes de tuberculose bilatérale. L'azotémie, de 0 gr. 46, indique un bon fonctionnement. La constante K = 0,096. Pour savoir si cette tuberculose siège à droite ou à gauche, nous pratiquons un cathétérisme des uretères : le rein gauche donne 5 gr. 92 d'urée au litre, le rein droit 24 gr. 96. On devrait en conclure que le rein droit n'est pas malade et que la lésion siège uniquement sur le rein gauche. Mais la bilatéralité est prouvée par ce fait que dans le côté droit, qui est le bon, il y a des polynucléaires tout autant que dans le rein gauche, qui est mauvais, et de même, il y a des bacilles de Koch groupés en amas.

Nous concluons qu'il y a une tuberculose bilatérale, mais que le rein droit, quoique tuberculeux, fonctionne assez favorablement, ce qui donne l'explication d'une constante favorable. Cette malade est donc justiciable d'une opération susceptible de lui rendre service au point de vue de la survie, parce qu'il y a une grande différence entre ses deux reins. Il faut aller au rein gauche qui, probablement, est très altéré. Si, par extraordinaire, il n'était pas très altéré, il ne faudrait pas l'enlever. Je l'ai trouvé très altéré et je l'ai enlevé : il y avait une tuberculose ulcérocaséeuse avancée, hypertrophique et scléreuse des voies excrétrices, de la dilatation des calices, une atrophie du rein ; dans la coque rénale, des zones jaunes d'infiltration, début de caséification, toutes les lésions possibles d'un rein depuis longtemps tuberculeux et qui a dû contaminer le rein du côté opposé en vertu des lois de proportionnalité de 14 % et 47 % indiquées par les statistiques, et la néphrectomie va peut-être améliorer la tuberculose du côté droit.

Un homme de 22 ans vient pour tuberculose. L'orifice urétéral gauche vu au cystoscope présente un aspect irrégulier, végétant. L'azotémie est de 0 g. 33. La constante est de 0,100. Donc, c'est probablement une tuberculose unilatérale.

Le cathétérisme des uretères donne, pour le rein droit, 12 gr. d'urée au litre ; pour le gauche, 1 gr. 76. C'est donc le rein gauche qui est atteint. Mais, surprise désagréable, pas de bacilles à gauche, et des bacilles de Koch à droite. Résultat essentiellement paradoxal. Des polynucléaires des deux côtés. Ici, nous sommes obligés de conclure à une tuberculose bilatérale. Elle est une découverte d'exploration. Nous disons tuberculose bilatérale au nom de tous les moyens qui permettent de dire, chez un autre malade, que la tuberculose est unilatérale. Dans ce cas, je n'ai pas jugé utile de faire une opération.

Chez un autre malade, le rein droit émet 7 gr. 93 d'urée au litre, le rein gauche 8 gr. 68. L'azotémie est de 0 gr. 55 ; la constante, 0,121. De chaque côté, il y a des bacilles de Koch. Ce n'est pas sur les données de la constante que j'ai rejeté l'opération, mais sur l'analogie existant entre les deux reins, indiquant qu'il n'y a pas une très grande inégalité de lésions. Pas d'opération.

Voici encore un autre cas dans lequel je n'ai pas cru devoir intervenir. Une malade présente 6 gr. 42 de concentration d'un côté, et de l'autre côté 1 gr. 26. Il y a une différence assez accentuée. Il y a de très nombreux bacilles dans l'urine totale. Comme nous savons qu'*il n'y a pas de bacilles qui ne viennent des reins*, nous avons le droit de conclure à la tuberculose. L'azotémie est de 0 gr. 55, la constante, 0,205. Il faut conclure à la bilatéralité des lésions, tuberculose d'un côté, néphrite de l'autre, si ce n'est pas la bilatéralité de la tuberculose.

Conclusions. — Lorsque vous vous trouvez en présence d'une tuberculose bilatérale, de deux choses l'une ; ou bien vous trouvez une différence fonctionnelle accentuée (un quart), entre les deux reins : dans ce cas, il est parfaitement indiqué de faire une opération, au nom de tous les chiffres que je viens d'apporter. Lorsque, au contraire, il n'y a aucune inégalité entre les deux côtés, ou lorsqu'il y a peu d'inégalité, ou lorsqu'il y a un doute, il faut considérer le cas comme inopérable. Voilà comment il faut concevoir le problème de la néphrectomie pour tuberculose bilatérale. Je crois que nous en faisons beaucoup plus souvent que nous le voulons ; j'ai l'impression que dans les néphrectomies pour tuberculose unilatérale, il y a très souvent une tuberculose bilatérale, mais la lésion qui existe de l'autre côté est discrète et invisible. Dans les trois à six mois qui suivent la néphrectomie, le malade a encore des urines troubles, signe manifeste de la tuberculose du rein restant.

Mais la néphrectomie peut prévenir la tuberculose de l'autre côté ou, quand elle est constituée, l'empêcher de s'aggraver.

Quand on constate la tuberculose de l'autre côté, il n'y a pas de raison de rejeter systématiquement les malades du cadre de l'opération, et il y a des raisons de les opérer parce que la néphrectomie a une action sur la tuberculose de l'autre côté dont elle prévient l'extension, dont elle limite la propagation, dont elle assure la guérison ; elle a une action sur l'état général, et sur l'état vésical : c'est tout ce qu'on demande à une opération.

(*Leçon recueillie par le* Dr Laporte.)

PROTHÈSE ABDOMINALE

Par le Dr J. Coste, de Jausiers (Basses-Alpes).

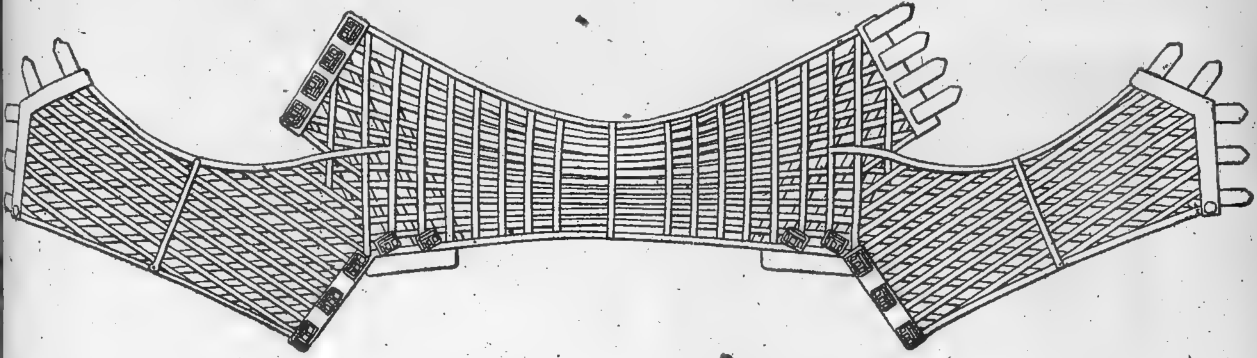
Les ptoses et les déséquilibrations abdominales consécutives, quelles infirmités pénibles pour les malheureux qui en sont atteints et..... pour les médecins qui les soignent !

Dans le traitement de ces affections complexes dont les causes sont avant tout physiques, il serait puéril d'attendre un secours quelconque d'une thérapeutique exclusivement médicale ; *a priori*, la chirurgie semblerait offrir plus de ressources, mais l'expérience démontre que les différentes pexies sont loin de toujours guérir ; aussi, dans la très grande majorité des cas, la règle est-elle de conseiller tout d'abord une ceinture, l'hygiène de rigueur, le régime approprié, la culture physique elle-même ne venant que bien après cette prescription fondamentale. Sur ce point, tout le monde est d'accord ; les divergences de vue ne commencent qu'au moment de choisir, parmi tous ceux qu'on nous offre, un appareil capable de satisfaire. Le nombre et la diversité des ceintures abdominales sont tels qu'on ne peut s'empêcher de conclure qu'il n'en existe pas de parfaite ; c'est pourquoi, il nous a paru intéressant de signaler la mise au point définitive d'une ceinture abdominale très étudiée dont nos malades n'ont jamais eu qu'à se louer. Nous faisons allusion au « bandage pelvien » du docteur G. Bracco, de Turin, véritable sangle anatomique qui, de plus en plus, nous paraît très largement mériter la faveur sans cesse grandissante dont elle jouit en Italie.

La ceinture de Bracco consiste essentiellement en un bandage de corps qui s'applique au bassin et prend son point d'appui sur la région lombaire pour remonter et soutenir l'abdomen. Des cuissards hélicoïdaux assurent sa fixité. Elle est formée de plusieurs combinaisons de rubans en séries, tirant suivant leur axe longitudinal et réa-

gissant les uns sur les autres. Ces faisceaux de rubans sont disposés de telle manière que tous tendent à obtenir la compression de l'hypogastre en maintenant dans son ensemble la masse abdominale ; des systèmes spéciaux de boucles et de languettes leur correspondent qui, par la traction faite en vue de serrer le bandage sur le corps, permettent d'obtenir une solidarité parfaite entre ses diverses parties.

De très grandes différences se rencontrant d'une personne à l'autre dans le développement des divers ovoïdes constituant la partie inférieure du tronc et la partie supérieure des cuisses, le bandage du Dr Bracco est fait sur le moulage (1) de la personne qui doit le porter de telle sorte que tout en s'adaptant exactement à toutes les courbes de la partie qu'il embrasse, il laisse entièrement libres tous les mouvements du tronc et des membres inférieurs.

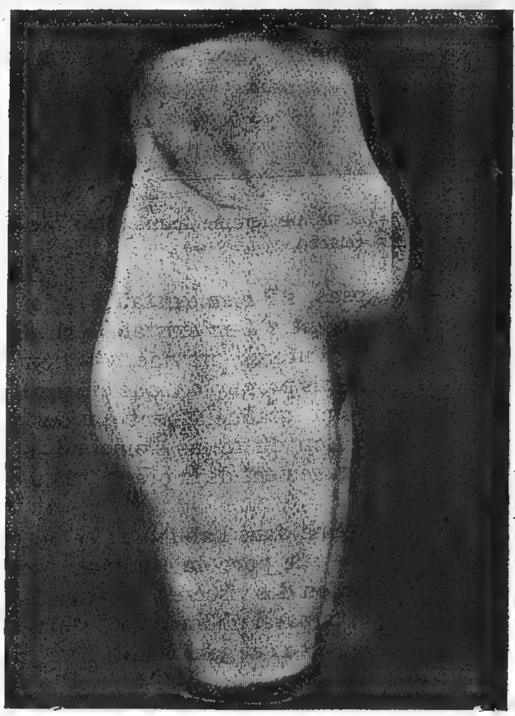


1re FIGURE. — Le bandage pelvien du Dr Bracco.

Au fond, cet appareil n'est autre qu'un spica double de l'aine ; de même que ce bandage, il réalise l'application au corps humain du principe mécanique de la spirale en vertu duquel les tractions exercées suivant l'axe longitudinal des bandelettes dont il est fait se transforment en pressions qui s'exercent sur la paroi antérieure de l'abdomen, et par elle, sur les viscères abdominaux.

Son mode d'action n'est pas le même dans tous les cas, il dépend du type morphologique du corps sur lequel on l'applique et varie suivant l'affection dans laquelle on l'emploie.

Dans la grossesse, surtout lorsque l'utérus est en antéversion, dans l'obésité, dans l'abdomen pendulum avec ou sans viscéroptose, l'action mécanique du bandage du Dr Bracco s'exerce de la manière suivante : grâce à la compression qu'il produit sur la moitié inférieure de l'abdomen, il en remonte le centre de gravité et le reporte en arrière vers la colonne vertébrale, diminuant ainsi la lordose lombaire qu'exagère le développement excessif du ventre. De plus, en bas, l'inclinaison du bassin, en haut les courbures de compensation de la colonne vertébrale sont diminuées parce que le centre de gravité du thorax se trouve rapproché du plan vertical sur lequel est situé celui de l'abdomen. En se redressant, la colonne vertébrale s'allonge si bien que les muscles n'ont plus d'efforts à faire pour maintenir le tronc en bonne position. En conséquence, la sensation de pesanteur exagérée du ventre disparaît ainsi que les douleurs lombaires et la lassi-

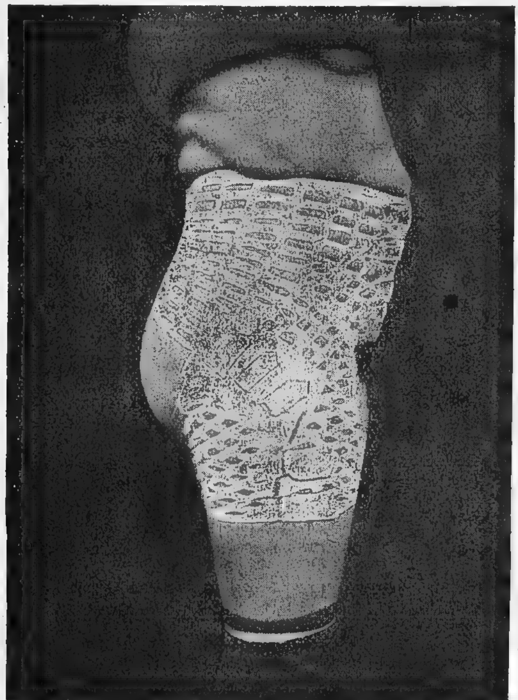


2e FIGURE. — Prolapsus complet des viscères abdominaux chez une femme opérée trois fois : d'abord néphrotomie pour calculs, puis néphrectomie pour pyonéphrose, et enfin hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin.

(1) Il ne s'agit ni d'un moulage en creux ni d'un moulage en plein, mais d'un moulage obtenu à l'aide d'une technique tout à fait spéciale au moyen de bandes amidonnées disposées de manière à reproduire exactement les formes du corps. Ce moulage ne demande aucun outillage ; il est à la portée de tout le monde ; il suffit, pour le bien faire, de suivre strictement les règles formulées par l'auteur.

tude générale dont sont affligés les malades de cette catégorie.

Dans la grossesse, tout le poids de l'utérus portant sur le bandage, la paroi abdominale est au repos, elle ne fait que s'étendre peu à peu suivant le développement de l'œuf et la tonicité de ses tissus n'est en rien altérée. Aussi, peut-on affirmer qu'avec l'appareil du Dr Bracco régulièrement porté pendant la gestation et durant quelques mois après la délivrance, non seulement on évite à coup sûr la déformation du ventre, ce qui peut avoir une valeur esthétique, mais encore on em



3e FIGURE. — La même femme munie d'un bandage pelvien du Dr Bracco.

pêche les prolapsus, s'il n'en existait pas ; on les améliore grandement, s'il en existait déjà. Dans l'antéversion de l'utérus gravide, l'action du bandage est à la fois prophylactique et curative. L'utérus reprenant graduellement sa position normale, la position du fœtus s'améliore et la difficulté de l'engagement de la présentation disparaît.

Il en est de même dans l'abdomen *pendulum* avec viscéroptose ; le port du bandage corrige la mauvaise position des viscères, d'où amélioration de l'état de la paroi abdominale et disparition des troubles locaux et généraux.

Dans l'obésité, sous l'action du bandage, la graisse qui est emmagasinée dans la paroi abdominale jusqu'à la faire retomber au devant du pubis, et même parfois jusque sur les cuisses, disparaît très rapidement ; la paroi toujours délabrée se reconstitue, et la tension si pénible de l'abdomen diminue.

Les éventrations post-puerpérales ou post-opératoires sont également justiciables du bandage pelvien. Dans ces cas, la paroi abdominale est amincie, comme atrophiée, l'emploi du bandage y régularise la circulation du sang de telle sorte que la nutrition locale s'améliorant, la paroi finit par se reconstituer.

Un dernier type d'affection auquel convient le bandage du Dr Bracco est la ptose rénale. Cette ptose peut être ou non accompagnée de celle du foie, de celle de l'estomac et même de celle de toute la masse intestinale ; elle coexiste ordinairement avec une paroi encore assez résistante, ce qui fait que, malgré elle, le ventre n'est presque pas ou même pas déformé. Il s'agit alors essentiellement du syndrome connu sous le nom de maladie de Glénard dans lequel prédominent des troubles digestifs et des désordres nerveux. Dans ce cas, l'emploi du bandage pelvien a, pour premier effet, de substituer une sensation de soulagement aux douleurs lombaires et à la fatigue générale que ressentent les malades. Au bout de quelque temps, les troubles de la digestion commencent à diminuer insensiblement pour finir par disparaître, l'état général s'améliore et les désordres concomitants disparaissent.

Pour réaliser tous ces progrès, quelques semaines, au plus quelques mois, sont généralement suffisants car le bandage pelvien de Bracco possède une réelle et merveilleuse efficacité.

Ceux qui le portent régulièrement en éprouvent un tel soulagement qu'ils reprennent bien vite confiance en eux, énorme appoint pour des malades dont le psychisme est presque toujours atteint. Mis à part ceux qui ne veulent plus le quitter sous prétexte qu'il assure la perfection de la ligne, assez vite les malades commencent à pouvoir s'en passer de temps en temps et puis, c'est la guérison puisqu'ils finissent par ne plus le porter. Mais — et cela seul vaut bien la peine de signaler l'existence de cette ceinture pelvienne — leur expérience leur ayant donné pleine confiance en elle, ils ne s'en démunissent pas, ne manquant jamais, lorsqu'ils ont un effort à fournir, une fatigue à supporter, de s'en servir préventivement.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Médicaments cardiaques.
Voies d'introduction et doses (digitaline et ouabaïne)

M. Lutembacher rappelle tout d'abord qu'à cause de la variabilité extrême des glucosides actifs dans la digitale et les strophantus, les préparations galéniques même stabilisées ne sont pas recommandables. Pour la digitale, « nous possédons dans la digitaline cristallisée isolée par Nativelle un produit d'une grande fixité ». Quant à l'ouabaïne, ce nom doit être réservé au principe actif cristallisé extrait par le professeur Arnaud, d'abord de l'*Acocanthera Ouabaïo*, puis du *Strophantus Gratus*. Cette ouabaïne Arnaud ne doit pas être confondue avec les diverses strophantines et ouabaïnes du commerce, mal définies et d'une activité très inégale.

M. Lutembacher considère la digitaline et l'ouabaïne comme « deux merveilleux médicaments » qui, « bien maniés, donnent dans la pratique de remarquables succès ».

Malgré leurs propriétés pharmacodynamiques voisines, la digitaline et l'ouabaïne offrent au praticien des ressources très différentes, ce qui s'explique par la solubilité et la diffusibilité plus grandes de l'ouabaïne.

Lorsque l'ouabaïne Arnaud est employée par voie intraveineuse, son action est plus intense, plus immédiate, mais aussi moins durable que celle de la digitaline. Pour ces raisons, l'ouabaïne produit un effet plus accentué et plus prompt sur la contractilité cardiaque, ce qui la rend précieuse dans les grands accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche : asthme cardiaque, œdème pulmonaire, douleur angineuse de distension, et dans l'insuffisance aiguë du ventricule droit, avec hépatomégalie considérable, qui s'oppose à la résorption de la digitaline par les voies digestives.

Aux périodes avancées de l'asystolie compliquée de troubles d'excitabilité et de conductibilité, l'ouabaïne est plus maniable que la digitaline, grâce à son élimination rapide. Aussi, l'action inversée, de même que l'action dissociée, est-elle plus rare avec l'ouabaïne et ne s'observe-t-elle qu'aux périodes ultimes de l'asystolie compliquée.

On a préconisé, il est vrai, les injections intraveineuses de digitaline (N. Fiessinger, Gilbert et Coury, Bonnamour), pour lesquelles on utilise la solution habituelle de digitaline Nativelle en diluant X à XXX gouttes dans 2 à 5 cc. d'eau distillée. L'action de la digitaline, injectée dans les veines, est presque aussi rapide que celle de l'ouabaïne. Cependant, son intensité est un peu moindre, car la digitaline est moins soluble dans l'eau et absorbée moins immédiatement par le myocarde. Par contre, cette action est plus longtemps prolongée par suite de l'élimination lente de la digitaline. Mais c'est là, d'après Lutembacher, l'inconvénient de ces injections, car toutes les fois que l'on introduit dans la circulation un médicament de grande activité, il est prudent d'utiliser un produit très soluble à élimination rapide. D'autre part, avec les médicaments à élimination lente, comme la digitaline, on doit, au moment d'une réinjection, tenir compte de l'accumulation. Mais, comme les lois de cette accumulation sont imprécises, on risque de réinjecter trop ou trop peu. Pour toutes ces raisons, l'ouabaïne est plus maniable que la digitaline en injections intra-veineuses.

Au contraire, en ingestion, la digitaline se résorbe plus sûrement que l'ouabaïne s'il n'y a pas de stase portale. M. Lutembacher recommande l'emploi buccal de l'ouabaïne dans le traitement des petits accidents d'insuffisance ventriculaire droite ou gauche, qui sont très fréquents dans la pratique. En pareil cas, M. Lutembacher se sert de la solubaïne (solution au millième d'ouabaïne Arnaud), dont il ne prescrit jamais plus de XXX gouttes dans les 24 heures.

Pour juguler les accidents aigus graves, seule, l'injection intra-veineuse est efficace. La dose utile est alors de un demi-milligramme par 24 heures, à renouveler pendant trois jours. Lorsqu'on ne connaît pas la tolérance du sujet, la dose de un demi-milligromme est injectée en deux fois par 24 heures, soit 1 cc. matin et soir des ampoules au 1/4 de milligramme.

L'injection doit être rigoureusement intraveineuse. En cas de stase veineuse généralisée avec œdèmes trop prononcés et qui rendent l'injection intraveineuse impossible aux lieux d'élection usuels, M. Lutembacher conseille l'injection intra-jugulaire (*Presse médicale*, 5 janvier 1924).

Les injections intraveineuses d'ouabaïne Arnaud doivent être suspendues s'il survient des troubles d'excitabilité ou de conductibilité ; ceux-ci ne s'observent d'ailleurs qu'aux périodes avancées de l'asystolie compliquée. Mais, sans abandonner la partie, on peut alors faire une nouvelle tentative prudente au bout de 24 à 48 heures. Ce traitement saccadé a quelquefois permis à M. Lutembacher de gagner du terrain par petits bonds successifs, et de rétablir ainsi l'équilibre circulatoire dans ces cas désespérés.

Le traitement ne doit jamais être abandonné avant le rétablissement complet de l'équilibre circulatoire. Il faut ensuite maintenir cet équilibre, en renouvelant régulièrement les cures toutes les 2, 3 ou 4 semaines. Souvent, l'action de l'ouabaïne devra être prolongée par celle de la digitaline, qui se trouve réactivée par l'ouabaïne. Mais il importe toujours d'employer l'ouabaïne d'abord et la digitaline ensuite, et non pas inversement, car la lente élimination de la digitaline doit faire redouter l'addition des effets toxiques de ces médicaments. Aussi, M. Lutembacher n'est-il pas partisan de l'emploi simultané de la digitaline et de l'ouabaïne, préconisé dans ces derniers temps par Laubry et Routier. En effet, avec les mélanges de digitale et d'ouabaïne, si des troubles d'excitabilité ou de conductibilité éclatent, on ne sait quel médicament incriminer. En outre, les mélanges fixes de 1/3 de digitaline et de 2/3 d'ouabaïne manquent de souplesse. Au besoin, si l'on devait associer ces deux médicaments, il serait préférable que le praticien pût fixer, suivant le cas, les proportions du mélange. (*Bull. médical*, 12 avril 1924.)

Le traitement d'une albuminurie imprévue.

A. *Les régimes.*

Ce qui, d'après Noël Fiessinger, domine le traitement d'une albuminurie, c'est moins la médication que le régime. Il ne faut cependant pas de régime trop sévère ; un régime n'a jamais fait disparaître une albuminurie. Le régime doit être subordonné au mode de rétention et ne chercher qu'à éviter cette rétention. Si une albuminurie ne s'accompagne pas de rétention, le régime doit se borner à être peu toxique.

Les albuminuries qu'il faut alimenter normalement sont les albuminuries permanentes ou intermittentes sans signe rétentionnel : albuminuries orthostatiques où l'atteinte de l'état général prime la lésion rénale ; albuminuries à 2 ou 3 grammes, ou massives qui ne retiennent ni sels, ni chlorures. Rien ne les modifie ; un régime sévère, au contraire, fait perdre aux malades à la fois l'appétit et la santé.

Cependant, si ces malades sont à un régime normal en protéines et en sels, ils ne doivent pas abuser de cette liberté ; il leur faut éviter une alimentation trop épicée, les sauces fortes, le gibier faisandé, les crustacés, la charcuterie, sauf le jambon, les fromages trop fermentés, les vins fins, les liqueurs, l'alcool. C'est un peu le régime des goutteux ; il est inutile d'irriter le rein albuminurique, quel qu'il soit.

Les albuminuriques qu'il faut mettre au régime sont les chlorurémiques, les azotémiques et les hypertendus.

Aux chlorurémiques seuls, il faut le régime déchloruré. Régime carné, végétarien, sans sel, lait déchloruré, pain sans sel. Pour les autres albuminuriques, il est inutile, souvent même dangereux quand il est prolongé trop longtemps, il est anorexique.

Les azotémiques, dont l'urée du sang s'élève au-dessus de 0.50 et 1 gramme, ne doivent prendre que peu ou pas de protéines ; le lait ne peut être toléré que grâce à la grande quantité d'eau qu'il contient, mais il doit être employé seul, car la dose de protéines par litre de lait de vache, qui est de 37 gr. 6, l'empêche de l'associer facilement, sinon à doses minimes, à un autre régime. Si la quantité d'azotémie s'élève à 2 et 3 grammes par litre, il faut imposer une diète hydrique et sucrée (avec des légumes herbacés, du beurre et des fruits sucrés). Chez les petits azotémiques de 1 gr. ou au-dessous, on conseille un régime hypoazoté, avec 50 ou 100 gr. de viande que l'on supprime certains jours, avec, tous les 8 jours, une cure de diète lactée stricte à 2 litres de lait.

Mais il faut avant tout ne pas lasser les malades. Autant que possible, un régime ne doit pas rester longtemps uniforme ; il faut en varier les modalités et permettre de temps en temps quelques légères infractions, corrigées si nécessaire par de courtes diètes ; la diète est surtout nécessaire chez les hypertendus artériels avec albuminurie sans rétention notable.

B. *Les médicaments.*

Il n'est pas de médicaments de l'albuminurie. On peut avoir à traiter la cause, c'est le fait pour les albuminuriques syphilitiques (arsénobenzols intraveineux plus que mercure et bismuth).

Le chlorure de calcium anhydre (6 à 11 gr. par 24 heures pendant 4 jours, puis repos de 10 jours) peut donner d'excellents résultats dans les néphrites chlorurémiques ; mais il est difficile à manier. Les sels de potassium (nitrate et acétate) sont employés comme diurétiques. Dans la néphrite azotémique, on demande avec avantage la diurèse à la théobromine, associée parfois à la scille. On ne doit prescrire ces médicaments que par courtes périodes, à titre d'adjuvant du régime (*Journal des praticiens*, 16 février 1924.)

Pleurites sèches et cortico-pleurites.

Ce qui caractérise la pleurite et la cortico-pleurite, c'est que la participation pleurale constitue la détermination principale de la maladie. Mais, dans toute pleurésie, il y a un certain degré de corticalite (lésions d'alvéolite interstitielle dans la zone pulmonaire sous-pleurale). A noter cependant qu'au point de vue clinique, la cortico-pleurite représente un état intermédiaire entre la pleurésie sèche et la pleurésie exsudative, car elle s'accompagne fréquemment d'un petit épanchement, étalé en surface et emprisonné dans un cloisonnement particulièrement développé.

Les principales causes sont la tuberculose, les maladies infectieuses, l'infarctus cortical, le traumatisme.

Le syndrome de la pleurite sèche se résume en fièvre, toux sèche à caractère pleural, point de côté, frottements, examen radiologique négatif.

Celui de la cortico-pleurite se caractérise par de la fièvre, de la toux avec expectoration gommeuse, avec matité, diminution des vibrations, souffle tubo-pleural, crépitations sous-pleurales.

Les formes évolutives sont aiguës, subaiguës, à répétition, chroniques.

On décrit aussi, d'après la localisation, les pleurites de la grande cavité, les pleurites diaphragmatiques, les pleurites médiastinales, interlobaires.

C'est la *pleurite apicale* qui est la plus intéressante ; elle est l'apanage de la *tuberculose*, mais ne lui est cependant pas uniquement dévolue. Elle a été magistralement étudiée par le prof. SERGENT. Elle est une des formes les plus fréquentes des pleurites à répétition. Après une série de poussées successives, elle aboutit à la symphyse en dôme, qui coiffe le sommet à la façon d'un casque.

Une phase de début correspond à une réaction pleurale discrète et caractérisée par la *scapulalgie* (grand signe subjectif, elle est spontanée, exagérée par la toux, provoquée par la pression), la *mydriase* (inégalité pupillaire apparente ou latente) les frottements pleuraux ou les rugosités pleurales, sans matité, ni submatité, sans ombre radiologique.

Une phase d'état correspond à une réaction pleurale plus accentuée ; les symptômes sont plus nombreux ; un voile radiologique apparaît avec conservation de l'illumination par la toux ; on note l'importante *adénite sus-claviculaire.*

Enfin la phase de cicatrisation correspond à la *symphyse* : disparition des frottements, submatité, abolition des vibrations ; opacité radiologique complète ou incomplète de l'apex avec formation d'encoches sur le bord interne ; l'adénite s'indure (grains de plomb).

La notion de la pleurite apicale contient l'application de bon nombre d'erreurs didactiques et cliniques dans l'interprétation des signes recueillis par l'exploration du sommet ; elle n'a pas la même valeur pronostique qu'une lésion en évolution du parenchyme, pulmonaire car elle n'aboutit guère qu'à la symphyse cicatricielle. Il est important de noter que l'adénite ou la tronculite sus-claviculaire ne s'observe pas dans les lésions purement parenchymateuses.

Enfin, le syndrome apical, fréquent dans la tuberculose, est un syndrome de localisation ; il s'observe avec les causes les plus variables de la réaction pleurale inflammatoire (pleurite traumatique). (*Paris médical*, 19 janvier 1924.)

La maladie de Raynaud ; sa pathogénie.

L'asphyxie locale des extrémités acquiert aujourd'hui un renouveau d'actualité, car ceux qui étudient les phénomènes de choc, comme ceux qui pressentent les rapports existant entre les glandes endocrines et le système sympathique, voient dans la maladie de Raynaud une illustration clinique de la notion qu'ils soutiennent. (P. MAURIAC et F. PIÉCHAUD).

Pour expliquer le mécanisme de l'asphyxie locale, Raynaud s'appuyait sur les expériences récentes de Cl. Bernard concernant la section du sympathique et la persistance du spasme capillaire ; une prédisposition particulière rendait certains sujets plus aptes à présenter des troubles vaso-moteurs, et actuellement, on les qualifie de sympathicotoniques ou amphotoniques. Raynaud admettait aussi que le spasme des capillaires se produisait par réflexe issu des organes génitaux chez la femme, des extrémités elles-mêmes (froid), des centres nerveux eux-mêmes (émotion).

Actuellement, certains trouvent une explication de la maladie de Raynaud dans les phénomènes de choc, mais ils n'ont pas fait avancer la question d'un grand pas. La colloïdoclasie, que l'on constate dans le sang, n'est qu'un petit élément de la crise qui se déclanche sûrement dans les tissus, les viscères, sous des formes que nous ignorons, alors que la théorie sympathique de Raynaud englobe et explique, et les réactions humorales et les réactions locales.

D'autre part, les rapports de cette maladie avec les troubles glandulaires et particulièrement ovariens ont été bien vus et amplement développés par Raynaud. « La seule cause occasionnelle bien prononcée, écrivait-il, a paru plusieurs fois, chez les femmes, consister dans la suppression des règles ; et comme contre-épreuve, nous avons vu aussi une amélioration notable ou même la guérison complète coïncider avec le rétablissement de cette fonction ». Aujourd'hui, bien des auteurs, guidés par l'observation clinique, accordent aux troubles endocriniens la première place.

Une observation de Mauriac et Piéchaud, suivi d'une intéressante discussion montre qu'il y a peu à reprendre à l'œuvre de Raynaud et que les livres et travaux récents y ont peu ajouté. (*Le Bulletin médical*, 9 février 1924.)

Le toucher gynécologique rectal.

Si nous pratiquons le toucher gynécologique avec un doigt par voie rectale, la main qui examine se trouve placée plus bas que dans le toucher vaginal, et moins gênée par l'arcade sous-pubienne. Le doigt qui examine reconnaît très bien à travers la paroi rectale antérieure le museau de tanche et l'orifice externe du col et la situation de la matrice. Lorsqu'il veut pénétrer plus profondé

ment, il n'est plus retenu par le cul-de-sac vaginal postérieur, il peut pénétrer davantage dans la hauteur, passer derrière la matrice, la refouler en bloc vers l'avant et palper toute la face postérieure de l'organe, parfois de façon complète avec le doigt interne, ailleurs, de façon combinée par le doigt interne et les doigts externes.

Ainsi, dit le prof. Frans Daels (Gand), se trouve facilité le redressement d'une matrice en rétroversion ou en rétroversion et flexion. Dans les cas de rétroversion adhérente, l'examen minutieux au moyen du toucher vaginal est souvent des plus difficile parce que le cul-de-sac vaginal postérieur est lui-même pris dans les adhérences inflammatoires ou post-inflammatoires. En pratiquant le toucher rectal, nous pouvons en partie redresser la matrice et palper de façon exacte les adhérences.

Le toucher rectal nous permet aussi de palper les ovaires de façon plus facile et plus directe.

Dans le cas d'incarcération pelvienne d'une tumeur ou d'une matrice gravide dans le petit bassin, le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur peut être obtenu plus facilement par le toucher rectal que par les manipulations vaginales.

Quant au toucher rectal pendant l'accouchement, on ne saurait contester que c'est pour le médecin un avantage considérable que de pouvoir s'orienter en quelques secondes, sans désinfection dispendieuse, et sans danger d'infecter sa malade, au sujet du degré de dilatation du col et d'engagement de la partie fœtale conductrice. Cela n'est possible qu'avec le gant en caoutchoux et au moyen du toucher rectal. (*Le Progrès médical*, 9 février 1924.)

Traitement des œdèmes périphériques.

D'une intéressante étude de M. Lemoine, nous retiendrons que dans les grands œdèmes qui intéressent la totalité des membres inférieurs, et même les parties génitales, il ne faut recourir aux médicaments cardiaques et diurétiques qu'après avoir levé le barrage périphérique, au moyen de fines mouchetures pratiquées avec une aiguille stérile ou une fine lancette, sur une peau préalablement lavée et passée à l'eau iodée. *L'essentiel est d'entretenir un pansement complètement aseptique pour éviter l'infection des mouchetures.* Celle-ci survenant, un pansement au baume du Pérou en limiterait les effets. Le malade peut perdre ainsi un à deux litres par jour. Les œdèmes diminuent. C'est à ce moment que l'on institue une thérapeutique cardio-rénale avec l'extrait de strophantus pendant 5 jours (2 milligr. par jour) ; puis la théobromine pendant 5 jours (1.50 à 3 gr.) ; puis l'infusion de feuilles d'adonis vernalis pendant 5 jours (4 gr. infusés dans 300 gr. d'eau).

Quand les œdèmes périphériques se compliquent d'inondations des grandes séreuses, il faut d'abord commencer par évacuer celles-ci. Quand l'épanchement se reproduit, il se fait aux dépens des œdèmes qui diminuent rapidement.

Il existe des œdèmes irréductibles, qui semblent dus à la présence anormale dans le sang de cholestérine. Il faut prescrire une alimentation exempte autant que possible de cholestérine et en supprimer par conséquenc les œufs, la crème, le fromage, les cervelles. Insister par contre sur les légumes, les pâtes, les fruits et même les viandes rouges en petite quantité si le rein le permet. (*Gaz. des Prat.*, 15 avril 1924.)

L'orchiépididymite méningococcique.

A propos d'un malade qu'ils ont eu l'occasion d'observer, MM. Sabrazès, de Grailly et Imbert font une rapide étude de cette complication de la méningite cérébro-spinale, dont ils ont pu colliger 11 autres observations.

Cette complication est rare, 2,73 %. Elle survient entre dix-huit et 40 ans et est le plus souvent unilatérale. Les lésions sont habituellement mixtes, l'épididyme et la glande étant prises en même temps dans les deux tiers des cas,

Elle rétrocède assez rapidement sans laisser ni induration, ni atrophie. Elles réclament les applications chaudes, l'onguent napolitain belladoné, la sérothérapie anti-méningococcique intra-musculaire et sous-cutanée, associée à la sérothérapie rachidienne.

Il semble que les fonctions génitales ne soient pas amoindries par cette orchite. Chez le malade qui fait l'objet principal de cette étude, les auteurs ont pu examiner le sperme et y ont reconnu de nombreux spermatozoïdes vivants. (*Gaz. des ec. méd. de Bordeaux*, 20 avril 1924.)

L'autovaccinothérapie dans les utéro-annexites.

Le professeur J.-L. Faure disait récemment que la pratique de la vaccinothérapie dans les infections de l'appareil génital de la femme lui paraissait devoir restreindre le domaine chirurgical. C'est bien, en effet, l'impression qui se dégage de la lecture de l'intéressant travail de MM. Chevrier, Fumery et Dausse, qui ont soigné 50 malades par l'auto-vaccinothérapie, et qui ont obtenu des résultats satisfaisants dans 40 cas, de telle sorte qu'ils ont pu écrire : « Les faits ont dépassé nos espérances : nous n'avons jamais dû recourir au bistouri, sauf une fois ; le vaccin a été un adjuvant puissant du traitement médical, et surtout, il a souvent guéri à lui seul ».

Les auteurs ont imaginé un dispositif ingénieux pour recueillir dans la cavité cervicale les pertes muqueuses et filantes, ou les pertes fluides, sans risquer de les mélanger avec les sécrétions vaginales.

Pour préparer l'auto-vaccin, ils emploient des cultures jeunes avec lesquelles ils font en sérum artificiel des émulsions microbiennes correspondant à une densité de 250 millions de germes par cmc. Ils stérilisent cette émulsion à l'aide d'une goutte de Lugol par cmc., et décolorent la préparation à l'hyposulfite de sodium. Puis, la masse est répartie dans des ampoules d'un et de 2 cmc. environ.

Les cas traités concernaient des salpingites, des pelvi-péritonites, des paramétrites, des métrites aiguës ou chroniques.

Les injections sont sous-cutanées, dans les flancs ou au niveau des pectoraux, de la fosse sus-épineuse. On injecte profondément, doucement, sans masser la boule d'œdème. On commence par des doses d'un demi-cmc., pour passer ensuite à un cmc., un cmc. 1 /2, 2 cmc., jusqu'à 3 et 4 cmc. : au total, 32 à 16 cmc., à raison d'une injection tous les deux jours, par séries de 10 à 12 piqûres, répétées jusqu'à deux fois.

La réaction locale est souvent marquée : douleur et inflammation. Il faut en prévenir les malades. La réaction générale est également fréquente, généralement modérée, parfois exagérée. Ces réactions doivent être considérées comme une indication de l'emploi du vaccin. On note aussi des réactions focales. Les malades disent que « ça les travaille ».

Sous l'influence de la vaccinothérapie, on note une amélioration de l'état général (reprise de l'appétit, augmentation de poids, la sédation de la douleur, l'arrêt des métrorragies, la disparition des pertes). La modification des signes physiques et leur disparition est plus difficile à interpréter, le temps seul agissant sur eux.

C'est une méthode simple et efficace. Elle s'ajoute aux autres sans prendre la place d'aucune, n'étant pas spécifique. Dans son emploi, le médecin doit rester un clinicien pour juger d'après les réactions de l'organisme en quel sens il doit modifier sa thérapeutique. (*Rev. franç. de gynécologie et d'obstétrique*, 10 avril 1924.)

Le traitement des fibromes utérins.

Question relativement complexe, et qui ne laisse pas que d'être souvent embarrassante pour le médecin. M. Daléas l'envisage sous un angle essentiellement pratique, suivant qu'il s'agit d'une femme jeune, enceinte ou non, d'une ménopausique, d'une post-ménopausique. « Le fibrome n'est qu'une tumeur bénigne ; il ne devient dangereux ou gênant que par sa situation, sa forme, son volume, son évolution ou son retentissement sur l'état général... Souvent, un traitement médical et général bien conduit permet de l'amener sans émotions, sans risques et sans autre ennui qu'une attentive surveillance, à la régression normale de la ménopause ».

L'hystérectomie est à déconseiller, comme mutilante et dangereuse. La myomectomie est à conseiller aux jeunes femmes, parce qu'elle conserve un utérus propre à de futures grossesses, et qu'elle est possible au cours de la grossesse elle-même. Le radium convient au fibrome à développement régulier, de volume moyen (tête de nouveau-né au maximum), à condition qu'il n'existe aucune inflammation, ni suppuration de l'utérus et des annexes. La radiothérapie a les mêmes contre-indications que le radium. Elle peut s'appliquer aux fibromes bosselés, de gros volume. Elle supprime les métrorragies, et détermine la régression de la fibromatose quand celle-ci coïncide avec la ménopause.

Chez la jeune femme, en dehors de la grossesse, recourir à la myomectomie, ou, à défaut aux radiations (radium, rayons X). Pendant la grossesse, si la tumeur doit gêner l'accouchement, sans empêcher le développement de l'œuf, attendre le terme et faire une césarienne. Si le développement de l'œuf est gêné, recourir à la myomectomie. S'il y a danger pour la mère, provoquer l'évacuation de l'utérus. Traiter ensuite le fibrome par les radiations. Si le fœtus est mort et non expulsé, vider l'utérus, et le traiter ensuite selon les indications résultant de son état.

A la ménopause, instituer un traitement médical du radium ou aidé de la radiothérapie. Au cas où la dégénérescence maligne serait soupçonnée, l'hystérectomie totale serait indiquée. Après la ménopause, tout fibrome qui grossit, qui saigne, doit être tenu pour suspect et enlevé chirurgicalement. (*Toulouse médical*, 15 avril 1924.)

Le traitement de l'appendicite aiguë chez l'enfant.

D'après M. Massabuau, « le traitement de l'appendicite aiguë chez l'enfant ne doit pas demeuré figé dans de vieilles formules, timorées et indécises. Dans les 24 premières heures de l'évolution de la crise, l'opération s'impose, elle est sans danger et unanimement pratiquée à l'heure actuelle. Au 3e ou 4e jour d'une crise sérieuse, bien entendu, la crisette ou colique restant en dehors du débat, la tendance actuelle de la plupart des chirurgiens d'enfants est de rejeter la temporisation et l'expectation armée, et de se rallier à l'opération immédiate, systématique. Elle donne des résultats excellents quand elle peut être réalisée avant le moment des accidents de péritonite généralisée. » (*Languedoc médical*, 10 avril 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les doses infinitésimales en thérapeutique.

(M. G. Pouchet. — *Académie de médecine* ; 6-5-1924.)

Commentant une étude de M. Pompéani relative à l'emploi des sels de terres rares dans la diathèse arthritique, M. Pouchet parle de l'action des doses infinitésimales en thérapeutique.

M. Pompéani a vu des quantités minimes de l'ordre du microgramme, de sels de samarium, d'yttrium ou de cœsium, exercer une influence nette sur l'élimination de l'acide urique chez des sujets atteints de manifestations arthritiques. L'auteur a utilisé la solution aqueuse de ces produits, en injections hypodermiques.

Au cours d'un travail récent, MM. Brissemoret et Lazard, recherchant dans les dilutions homéopathiques, comparativement avec les allopathiques, le nombre des molécules, sont arrivés à cette conclusion que le seuil de l'activité médicamenteuse pourrait être souvent très abaissé. On connaît depuis longtemps l'action des doses infinitésimales de divers alcaloïdes sur les organes qui leur sont sensibles. D'autre part, certains vaccins, comme celui du *Trigonocephalus Lachesis*, troublent la formule sanguine à des quantités inférieures au microgramme. Il faut compter en définitive avec les doses infinitésimales de nombre de médicaments.

Les pouponnières.

(M. A. Pinard. — *Académie de médecine* ; 6-5-1924.

Dans les conclusions de son rapport sur l'hygiène de l'enfance, M. Wallich se montrait favorable à l'extension des pouponnières en puériculture. Il y a, disait-il, en France, 80.000 nourrissons élevés au biberon loin de la famille, et on doit faire quelque chose pour entraver l'énorme mortalité de ces enfants : les pouponnières ne sont pas un moyen à dédaigner.

Les conclusions de M. Wallich furent combattues par MM. Marfan, Pinard et Léon Bernard. M. Marfan montra que les pouponnières, par ce qu'elles sont des agglomérations d'enfants, ont une mortalité infantile élevée. M. Pinard souhaiterait que le gouvernement prenne les mesures nécessaires pour empêcher l'enfant d'être séparé de sa mère pendant l'allaitement, sauf les cas où la séparation est médicalement indiquée. M. Léon Bernard vanta les centres d'élevage, pour les nourrissons normaux, du moins.

— M. Wallich répond que si les pouponnières ont des inconvénients, elles sont d'une installation plus facile et d'un prix de revient beaucoup moins élevé que les centres d'élevage. En fait, ceux-ci ne groupent pas plus d'un millier de nourrissons quant à présent ; c'est pour les 79000 autres que l'auteur recherche un mode d'élevage qui puisse offrir une extension suffisante et être supérieur à ce qui existe actuellement.

Les cirrhoses du foie chez l'homme et chez la femme.

(MM. A. Chauffard et P. Brodin. — *Académie de médecine* ; 6-5-1924.)

La guerre a modifié la pathologie, comme elle a modifié bien d'autres choses. On sait que, du fait des vaccinations nombreuses pratiquées aux armées, la fièvre typhoïde est devenue plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Eh bien, une particularité analogue se présente pour la cirrhose du foie.

Il était admis jadis que les cirrhoses veineuses du foie étaient, dans une large mesure, l'apanage du sexe masculin, plus versé alors dans l'alcoolisme et autres causes de ces affections hépatiques. Pendant la guerre (et depuis la guerre aussi) les femmes sont venues à l'atelier prendre en partie la place des hommes et par la même occasion, ont contracté leurs vices : l'alcoolisme en tête. Il en est résulté, huit à dix ans plus tard, une floraison plus grande des cirrhoses du foie dans le sexe féminin.

Sur 23 malades traités dans son service, l'an dernier, pour cirrhoses hépatiques, M. Chauffard note 16 femmes, et 7 hommes seulement. Au point de vue clinique, l'auteur relève la notion de poussées évolutives successives dans la maladie, notion qui doit s'appliquer sans doute à bon nombre d'états pathologiques chroniques.

— M. Sergent a observé également, à l'hôpital de la Charité, une augmentation incontestable de la cirrhose féminine du foie.

— M. Marcel Labbé a fait la même remarque à la Pitié. On voit aujourd'hui dans les hôpitaux la proportion des maladies où l'intempérance joue un rôle augmenter dans le sexe féminin.

Ventilation d'hiver et d'été d'une crèche hospitalière.

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 6-5-1924.)

La ventilation est une chose aussi difficile qu'importante dans les salles d'hôpitaux en général et dans les crèches en particulier. M. J. Renault emploie dans son service à l'hôpital Saint-Louis un système qui permet une ventilation permanente avec chauffage en hiver, rafraîchissement en été, et humidification constante.

L'appareil est un aspirateur qui fait passer l'air ou dans une batterie à réchauffement, ou dans une batterie à rafraichissement et dans un bac d'humidification. L'air ainsi préparé est propulsé le long des murs, les lits des petits malades étant installés au

milieu de la salle dans des boxes adossés à une arête centrale. L'évacuation de l'air se fait à la partie supérieure des fenêtres.

Avec ce système, la température est maintenue entre 20 et 21° l'hiver, entre 21° et 23° l'été. Les bronchites deviennent plus rares, les coups de chaleur ne s'observent plus. Les enfants se portent mieux et ont une mortalité moindre.

— M. Louis MARTIN estime qu'en matière d'hygiène des crèches, une question prime tout : l'isolement des enfants dans des boxes séparés. C'est la meilleure façon d'obtenir une hospitalisation moderne, ce qui ne s'oppose pas à une bonne ventilation avec rafraîchissement l'été.

Accidents post-occlusifs dans l'occlusion intestinale aiguë.

(M. PENOT, de Blois. — *Société de chirurgie* ; 20-2- 1924.)

M. BAUMGARTNER lit un rapport sur un travail de M. Penot, de Blois, concernant des incidents post-opératoires dans l'occlusion intestinale aiguë.

Dans l'occlusion intestinale aiguë, tout danger n'est pas écarté par ce que l'obstacle est levé. On peut voir survenir des phénomènes d'intoxication dus aux produits toxiques accumulés en amont de l'obstacle et résorbés en masse lorsque la circulation intestinale a repris son cours normal, et aussi une paralysie intestinale avec pseudo-occlusion. C'est ce dernier accident qu'a présenté le malade de M. Penot. Une seconde laparotomie le démontra. M. Baumgartner pense qu'une courte incision, à l'anesthésie locale dans la fosse iliaque, avec fistulisation de la première anse dilatée rencontrée, aurait pu suffire.

La rachianesthésie.

(MM. GERNEZ, Paul THIÉRY, DE MARTEL. — *Société de chirurgie* ; 20-2-1924.)

M. Gernez reprend la discussion sur la rachianesthésie. Après avoir vu opérer sous rachianesthésie des virtuoses de la méthode, l'auteur est revenu plus convaincu de la supériorité du chloroforme et de l'éther. Il existe deux appareils dus à l'esprit français, deux bijoux : l'un pour le chloroforme, le Ricard ; l'autre, pour l'éther, l'Ombrédanne. Ils permettent, en réduisant la dose d'anesthésique, de mieux se protéger contre la syncope bleue. L'injection de scopolamine est, d'autre part, un adjuvant précieux pour éviter l'angoisse et dans une certaine mesure écarter la crainte d'une syncope brutale. Les syncopes, toujours possibles cependant, deviennent ainsi fort rares.

— M. Paul THHIÉRY n'a que très exceptionnellement recours à la rachianesthésie. La mortalité de la rachi est sensiblement plus élevée que celle de la chloroformisation (1 p. 3.000) et de l'éthérisation (1 p. 7.000).

— M. DE MARTEL croit qu'il faut être éclectique et adopter pour chaque intervention le mode d'anesthésie le mieux approprié. La rachianesthésie, malgré ses dangers, est avantageuse dans des circonstances déterminées par la facilité qu'elle donne pour exécuter des interventions difficiles à faire sous anesthésie générale, les interventions graves qui exigent une absence complète de défense abdominale. On diminue ainsi la mortalité opératoire, beaucoup plus qu'on ne l'augmente par les quelques accidents provoqués par l'injection rachidienne anesthésiante. L'anesthésie au protoxyde d'azote, défectueuse quand ce gaz est employé à l'air libre, est au contraire parfaite quand on utilise le mélange de Paul Bert (protoxyde et oxygène sous pression), chez les malades dont le foie et les reins sont en mauvais état. Dans quelques cas, enfin, il y a intérêt à recourir à l'anesthésie régionale ou locale. M. de Martel use toujours de ce mode d'anesthésie pour la chirurgie cérébrale et pour les hernies.

Anomalies génito-urinaires multiples.

(M. SAUVÉ. — *Société de chirurgie* ; 20-2-1924.)

M. Sauvé a opéré une jeune femme atteinte d'hématocolpos et présentant des anomalies congénitales multiples des organes pelviens. L'utérus était double avec cloisonnement presque complet du vagin. L'un des vagins s'ouvrait à l'extérieur, laissant passage au flux menstruel ; l'autre, imperforé, était le siège d'un volumineux hématocolpos. Il n'existait qu'un seul uretère, celui de gauche, et en position anormale. L'absence d'uretère droit fut constatée par la cystoscopie et l'opération. La radiographie semble avoir indiqué la présence d'un rein droit rudimentaire. Cette femme, mariée depuis quelque temps, offre, à part cela, une bonne santé. Le point particulier de cette observation tient au défaut d'uretère droit coïncidant avec les malformations utéro-vaginales.

— M. PIERRE DELBET a opéré, jadis, un cas assez analogue. L'opérée fit ultérieurement une grossesse dans sa moitié d'utérus et la mena à bien.

Absence congénitale de rotules.

(M. MAUCLAIRE. — *Société de chirurgie* ; 20-2-1924.)

M. Mauclaire montre une jeune fille de 18 ans chez laquelle on constate une absence congénitale de la rotule gauche. La malade peut marcher assez facilement mais se fatigue vite. La flexion de la jambe est limitée à l'angle droit et l'extension n'est pas tout à fait complète. Un appareil articulé avec sangle élastique antérieure améliore la marche. M. Mauclaire a eu l'occasion d'observer un autre exemple d'absence de rotule, bilatéral cette fois, qui fut publié par M. Harvier. Il y avait de l'atrophie musculaire des jambes et l'enfant marchait dans la position accroupie, les deux genoux en flexion.

Fracture du radius traitée sans appareil. Mauvais résultat.

(M. Dujarier. — *Société de chirurgie* ; 20-2-1924.)

M. Dujarier a examiné une malade atteinte de fracture de l'extrémité inférieure du radius, que l'on traita sans appareil, par le massage. Un déplacement secondaire se produisit et le résultat fonctionnel fut mauvais.

Paralysies tardives du cubital dans les fractures du coude.

(M. Albert Mouchet. — *Société de chirurgie* ; 27-2-1924.)

Revenant sur le rapport de M. Grégoire concernant une paralysie tardive du nerf cubital à la suite de fracture ancienne du condyle externe de l'humérus, M. Mouchet rappelle qu'il a réuni en 1914 neuf observations de ce genre et que dans sa thèse de 1898 il a étudié le mécanisme de la paralysie en question. En ce qui concerne le traitement, on a pu se contenter dans certaines paralysies légères, bénignes, d'une cure hygiénique ou électrique, mais il a fallu le plus souvent intervenir chirurgicalement. Certains ont libéré le nerf sur place, d'autres ont creusé la gouttière épitrochléo-olécrânienne, d'autres ont transposé le nerf au devant de l'épitrochlée. L'ostéotomie, visant la déformation en valgus, donne aussi de bons résultats. P. L.

Le jus de viande desséché.

(M. le Prof. Richet. — *Académie des sciences.*)

M. le professeur Charles Richet a présenté une note importante sur un nouveau traitement de la tuberculose, par le jus de viande pur, sec, et cru : c'est ce qu'il appelle la « nouvelle zomothérapie ».

M. Richet a rappelé qu'il avait démontré avec Héricourt que la viande crue protège toujours les chiens tuberculisés contre l'infection tuberculeuse. Tous les chiens tuberculisés nourris avec le jus de viande survivent. Aucun des chiens nourri autrement ne survit. L'expérience est d'une netteté éclatante.

Mais, pratiquement, cette méthode ne peut être appliquée à l'homme, car l'obtention du jus de viande en quantité suffisante est si laborieuse et si difficile, que le jus de viande extrait au moyen de presses ménagères n'a jamais pu permettre une zomothérapie intégrale. Il faut donc que, par des procédés industriels, on puisse se procurer de grandes quantités de viande desséchée.

Cependant, M. Richet a pu, pendant la guerre, réaliser réellement la zomothérapie, grâce à la générosité de M. Charles Latham et à la sagacité de M. Justin Godard. M. le professeur Charles Richet a pu, en effet, à l'hôpital de la Côte-St-André (Isère) traiter, par la zomothérapie, 250 malades tuberculeux ayant tous des bacilles de Koch, et étudier ainsi cette nouvelle méthode thérapeutique.

Les résultats ont été décisifs : 101 malades ingérant du jus de viande desséché (ou zomine) ont eu tous, sauf trois ou quatre exceptions, une amélioration étonnante de leur état général. Ils ont augmenté en moyenne de 25 grammes par jour pendant deux mois, tandis que 150 malades tout à fait comparables ont, pendant ce même temps, diminué de 55 grammes par jour : ce qui fait une différence de 30 grammes par jour, soit 1.800 grammes en deux mois.

En étudiant d'une manière approfondie les processus suivant lesquels se fait cette réparation de l'organisme tuberculeux, M. le professeur Charles Richet a pu prouver que c'était par la reconstitution du tissu musculaire que la tuberculose avait désorganisé.

Le muscle de bœuf cru se transforme facilement en muscle d'homme, mais s'il est cuit, cette assimilation intégrale ne peut plus se faire. Le malade, qui ingère du jus de viande cru, fixe de l'azote et de l'acide phosphorique. En même temps, la force musculaire mesurée à l'ergogarphe ou au dynamomètre, augmente parallèlement à l'augmentation du poids corporel. Ainsi l'expérimentation est confirmée par une observation clinique rigoureuse.

L'alimentation de choix dans la tuberculose est la viande crue ; or, comme on ne peut ingérer des quantités suffisantes de viande crue, celle-ci doit être remplacée par le jus de viande, lequel en possède toutes les vertus thérapeutiques et qui peut être ingéré à très fortes doses sans aucun inconvénient. M. le professeur Charles Richet en a fait prendre, pendant 9 jours, 100 grammes par jour.

En outre, ce n'est pas seulement pour la guérison de la tuberculose commençante que le jus de viande a une efficacité incontestable ? Il donne des forces aux organismes débilités chez les enfants anémiques ; dans les convalescences il est l'aliment vraiment normal.

Ici encore, M. le professeur Charles Richet en a donné la preuve saisissante par l'expérimentation directe. Des chiens normaux, nourris à la viande crue seule, gardent une magnifique santé, tandis que les chiens nourris avec de la viande cuite seule, meurent après un mois et demi à peine. La viande crue et le jus de viande constituent l'aliment physiologique par excellence, qui a été celui de nos millions d'ancêtres. Dès que la maladie a frappé l'organisme, il est essentiel de revenir à l'aliment normal.

Toulouse

Société de médecine.

Forme subaiguë et lente de la maladie d'Isambert.

M. Escat, s'appuyant sur 16 cas de tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, observés en 30 années de pratique, dont 2 cas à marche suraiguë, 4 à marche aiguë et 10 à marche subaiguë et lente, estime

qu'il y a lieu de réviser quant à son évolution cette entité clinique.

Isambert la désigna : *tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée*. Aussi, tous les pathologistes se sont-ils crus obligés après lui, en dépit de l'identité absolue des lésions anatomo-pathologiques et des signes objectifs, d'exclure de cette espèce tous les cas dont la marche n'était pas franchement aiguë, et de les rattacher par suite à la tuberculose vulgaire chronique. Pourtant, entre 1871 et 1877, Bucquoy, Martineau, Cornil, et Isambert lui-même avaient observé des cas très nets de *tuberculose miliaire à marche ralentie*.

Estimant que la bacillémie et la granulation grise constituent, pour la maladie d'Isambert, une caractéristique bien moins contingente et plus fondamentale que la rapidité d'évolution, M. E. propose de substituer, au terme tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée, celui plus générique et moins restrictif de *tuberculose miliaire pharyngo-laryngée*, dont 3 types selon la marche sont à retenir :

1° Le *type suraigu*, ou *angine bacillaire ulcéreuse* de Letulle, forme extrêmement rare ;

2° Le *type aigu* ou *type d'Isambert*, forme rare ;

3° Le *type subaigu et lent*, forme bien moins rare que les deux autres précédentes.

Métabolisme basal.

M. Mossé, après avoir défini ce qu'est le métabolisme basal et indiqué comment il convient de le considérer, étudie, en s'appuyant sur les travaux les plus récents, la valeur clinique des modifications qu'il peut présenter au cours des divers états pathologiques et termine en insistant sur l'importance qu'il convient désormais de lui accorder.

Deux cas de rupture intra-péritonéale de pyosalpinx.

M. J.-P. Tourneux rapporte deux cas de cette complication assez rare des pyosalpinx, car il n'en existe qu'une centaine d'observations publiées.

Le premier a trait à une femme âgée de 42 ans, entrée d'urgence à l'hôpital le 18 septembre 1912 avec le diagnostic de rupture de grossesse tubaire. La malade, qui n'avait pas été réglée depuis deux mois, avait ressenti, à la suite d'un travail pénible, une douleur abdominale extrêmement violente, bientôt suivie de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'un gros pyosalpinx droit rompu dans le péritoine. On pratiqua une hystérectomie subtotale et la malade guérit après des suites assez mouvementées.

Le deuxième cas se rapporte à une femme de 39 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 14 mars 1921 pour péritonite d'origine appendiculaire. Cette malade était soignée médicalement depuis un mois environ pour appendicite, lorsque le 12 mars, à la suite d'une chute par faux pas, elle ressentit des douleurs abdominales assez vives, suivies bientôt, elles aussi, de nausées et de vomissements. Lors de l'entrée à l'hôpital, le ventre était légèrement ballonné, et au toucher, on sentait une grosse masse annexielle droite.

Devant la gravité de l'état général (T. 69, P. à 120), on se décida à une intervention, et on trouva un pyosalpinx rompu : l'hystérectomie subtotale fut pratiquée, la malade guérit sans complications.

L'auteur, après avoir rappelé la gravité de cette complication des pyosalpinx (54 % de mortalité chez les opérées), passe en revue les différentes causes de la rupture (traumatisme, poussée inflammatoire nouvelle) et insiste sur la difficulté du diagnostic. L'étude des différentes observations publiées montre, en effet, que dans presque tous les cas, on a songé à toute autre chose qu'à la rupture d'un pyosalpinx (appendicite, rupture tubaire, torsion ovarique). Comme le fait fort justement remarquer Huet, ce n'est que lorsque l'on possède la notion d'une salpingite préexistante, et que l'on s'est rendu compte de l'affaissement subit de la poche constatée précédemment, que l'on est amené à songer à la rupture de la collection salpingienne.

Un cas de shock après l'accouchement.

M. Audebert communique l'observation d'une III[e] pare dont l'histoire clinique est particulièrement intéressante.

Lors de la première grossesse (1920), l'accouchement eut lieu à terme, mais nécessita, par suite d'inertie utérine, une application de forceps sous anesthésie à l'éther. Il y eut une petite hémorragie après la délivrance, et presque immédiatement après, il se produisit un état adynamique des plus inquiétants, qui ne disparut qu'au bout de 7 à 8 heures.

La deuxième grossesse ne fut marquée par aucun incident, et l'accouchement se fit sans complications.

Au cours de la troisième grossesse, la parturiente présenta, pendant les six derniers mois de sa gestation, une albuminurie persistante malgré un régime des plus sévères ; quelques jours avant le terme, à la suite d'un refroidissement, elle eut des douleurs lombaires, de la bouffissure de la face, de l'œdème des membres, etc. L'accouchement fut très pénible, car il fallut faire sous anesthésie chloroformique la dilatation et une application de forceps suivie de délivrance artificielle. L'accouchée présenta de nouveau un tableau clinique des plus alarmants, qui ne se dissipa qu'au bout d'une heure de soins.

L'auteur, reprenant cette observation, montre combien il est difficile d'arriver à dégager la pathogénie des accidents observés. A côté de l'action inhibitrice et de la toxémie générale, si souvent invoquées, il faut en effet songer à l'action de la prédisposition personnelle, au rôle de l'anesthésie, à l'influence de la dystocie, au retentissement des lésions rénales, ce qui semble bien prouver que le shock obstétrical ne saurait reconnaître une cause unique, mais bien qu'il tient à des origines multiples.

Quelques cas d'hyperkinésie gastrique.

M. Timbal étudie dans sa communication un trouble assez spécial du fonctionnement de l'estomac caractérisé par l'augmentation de la tonicité et de la contractilité du muscle gastrique.

Dans une première partie, il résume brièvement quelques observations personnelles, qui montrent la diversité d'aspect des manifestations cliniques par lesquelles se manifeste l'hyperkinésie gastrique.

Ainsi, l'auteur est amené à décrire cinq formes cliniques principales :

1° Forme aérophagique pure ;
2° Forme douloureuse précoce ;
3° Forme douloureuse tardive ;
4° Forme simulant la sténose pylorique ;
5° Forme de diarrhée post-prandiale ;

Malgré l'extrême variabilité des symptômes cliniques, il existe quelques caractères généraux communs à tous les malades.

Ces caractères sont au nombre de trois. D'abord, il s'agit de *sujets nerveux* doués d'une vive sensibilité et présentant des réactions violentes et souvent excessives.

Ces sujets nerveux sont presque toujours des aérophages, et la déglutition d'air et de salive qui caractérise l'aérophagie joue un rôle capital dans la production de l'hypertonie et de l'hyperkinésie du muscle gastrique.

Enfin, les rayons X permettent de constater une image particulière de l'estomac qui achève d'individualiser l'affection. Au point de vue morphologique, l'estomac est *hypertonique*, c'est-à-dire petit et contracté ; au point de vue fonctionnel, il est *hyperkinétique*, c'est-à-dire animé de contractions violentes et rapprochées, qui entraînent une évacuation accélérée.

Au point de vue thérapeutique, l'indication principale est de calmer l'hyperexcitabilité générale du système nerveux et l'irritabilité particulière du plexus solaire. Ce double résultat est obtenu facilement par l'association de deux médicaments : le bromure de sodium et la spasmalgine. Les succès thérapeutiques sont presque constants, la seule difficulté réside dans le diagnostic ; pour cela, l'examen clinique est insuffisant et doit être toujours complété par l'examen radiologique.

Sur quelques nouvelles propriétés du thorium X.

MM. Averseng, Delas et Maurin.—Le thorium X se montre comme un précieux agent catalyseur dont on peut constater l'influence nette dans la transformation plus active de l'amidon en sucre réducteur par l'acide chlorhydrique dilué.

Le thorium X se montre également comme un excellent adjuvant de certains phénomènes biologiques, à faible dose ; à haute dose, au contraire, il entrave ou annihile parfois ces mêmes phénomènes. C'est ainsi que des œufs d'ascaris lombricoïdes donnent des embryons plus rapidement en présence de 10 microgrammes de thorium X que des œufs témoins. Par contre, leur maturation est paralysée par des doses de 50 microgrammes.

Une fois de plus, se manifeste cette loi d'excitation par des doses faibles, et de paralysie par des doses fortes, constatée précédemment par les auteurs à propos de l'action du thorium X vis-à-vis de divers ferments.

Enfin, l'influence de ce métal, à des doses variables sur les éléments sanguins du lapin et du cobaye, se traduit par une hyperglobulie et une hyperleucocytose de très courte durée, par une diminution plus ou moins grande des globules rouges suivant les doses et par une leucopénie fort accentuée où dominent les lymphocytes.

La vaccinothérapie dans les mastites aiguës.

M. J.-P. Tourneux expose les excellents résultats que lui a donnés l'emploi du stock-vaccin du Pr Delbet dans le traitement des abcès du sein. Il relate à ce sujet une observation particulièrement intéressante. C'est celle d'une jeune femme qui, ayant eu lors de sa première grossesse une mastite gauche, dut subir toute une série d'incisions par suite de la diffusion de l'infection et de la perte successive des différents lobes glandulaires ; il y eut même une paramastite droite par propagation lymphatique et la guérison complète ne fut obtenue qu'au bout de 2 mois et demi.

A la suite d'un deuxième accouchement, les mêmes phénomènes infectieux d'origine canaliculaire se reproduisirent au niveau du sein gauche ; grâce à la vaccinothérapie (3 injections intra-musculaires de 4 cc.), il suffit d'une unique incision pour amener en moins d'une dizaine de jours la disparition de tous les phénomènes infectieux.

Contrairement à ce que l'on observe d'habitude, la réaction générale fut des plus modérées et la réaction locale très peu douloureuse.

Eczéma des nourrissons et insuffisance thyroïdienne.

M. P. Bézy rappelle que l'eczéma des nourrissons est une affection des plus fréquentes du premier âge souvent rebelle à la thérapeutique, et dont l'étiologie et la pathogénie apparaissent comme très complexes. A côté de causes déterminantes, comme la suralimentation, qui vient en première ligne, les modifications du lait naturel, etc., il existe certainement des causes prédisposantes, ou terrain eczémateux. Ce dernier est préparé par la tuberculose, la syphilis et dans certains cas, par l'insuffisance thyroïdienne.

Après avoir rappelé rapidement les principaux travaux parus sur cette question, l'auteur rapporte l'observation d'un eczéma intense et rebelle chez un enfant de huit mois présentant des signes d'hypothy-

roïdie. Ces signes cédèrent rapidement en même temps que la dermatose au traitement thyroïdien.

Contribution à l'étude de la trichocéphalose

MM. Serr et Roques, pour établir une statistique de la fréquence du trichocéphale dans la région toulousaine, ont pratiqué l'examen de 40 cæcums provenant d'autopsies de malades morts d'affections diverses : le parasite s'observe dans 57, 50 pour 100 des cas ; le nombre est en général restreint, cependant au cours de quatre autopsies, il a été possible de recueillir respectivement 42, 67, 95 et 206 trichocéphales. Ces deux derniers chiffres ont été observés chez deux enfants, frère et sœur, morts de broncho-pneumonie et d'accidents étendus de pyodermite. Chez ce garçon, qui présentait le nombre le plus élevé, cinq trichocéphales femelles étaient renfermées dans l'appendice. De même chez un tuberculeux pulmonaire, dont le cæcum était couvert de nombreuses ulcérations, un abcès froid appendiculaire renfermait une femelle altérée, mais parfaitement identifiable.

Après avoir rappelé les manifestations cliniques de la trichocéphalose, les auteurs discutent les indications hydrominérales des séquelles intestinales qui peuvent persister après l'expulsion des parasites.

Corps étranger du cul-de-sac conjonctival.

M. Clavelier rappelle les cas qu'il a publiés antérieurement et rapporte l'observation d'un cultivateur de 25 ans qui avait gardé dans le cul-de-sac supérieur de l'œil gauche un grain de blé dont le séjour avait duré près de trois ans. Ce corps étranger s'est manifesté par des poussées de conjonctivite sécrétante, avec gêne pendant ces périodes, et par l'apparition assez récente d'une tuméfaction papillomateuse paraissant faire le pendant de la glande lacrymale.

Une intervention avait été proposée au malade qui vint consulter l'auteur à ce sujet. L'extraction à la curette sous anesthésie locale amena une guérison complète au bout de 15 jours.

Pleurésie hémorragique consécutive à un cancer primitif de la plèvre

M. J. Baylac relate l'histoire d'un cancer primitif de la plèvre ayant provoqué une pleurésie hémorragique extrêmement abondante et interminable chez un homme de 36 ans, robuste et bien constitué.

Le cancer de la plèvre a évolué en moins de cinq mois ; il s'est traduit tout d'abord par des douleurs extrêmement vives, puis par une dyspnée très intense, enfin par un épanchement d'abord séro-fibrineux, devenu rapidement hémorragique et intarissable. Des ponctions répétées et abondantes sont restées sans effet, et le malade a succombé au milieu de phénomènes douloureux et dyspnéiques intenses.

L'autopsie a permis de reconnaître l'existence d'un cancer primitif de la plèvre gauche avec distension énorme de la cavité pleurale qui contenait dix li tres d'un liquide hémorragique. Le poumon gauche était réduit à un moignon hilaire.

Dr J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Congrès d'Hydrologie et de Climatologie médicales de Bordeaux

Depuis quatre années, M. le Dr Jean Sellier, professeur d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, a pris l'initiative de convoquer en une session annuelle les 250 membres qui font partie de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Bordeaux et du Sud-Ouest. Chaque année, le succès en va grandissant et ceux qui, au début, proclamaient l'inanité d'un tel effort, sont les premiers — naturellement — à en reconnaître les magnifiques résultats. Médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, professeurs à la Faculté de médecine et de pharmacie, professeurs à la Faculté des Sciences, directeurs des services de santé des armées de terre et de mer coudoyaient confraternellement de simples praticiens spécialisés ou non en hydrologie et en climatologie. Quatre journées entières furent utilisées à la discussion des rapports longuement étudiés et à la lecture et à la discussion de plus de vingt communications.

La physionomie générale qui se dégage de ce Congrès, c'est la haute conscience avec laquelle les divers rapporteurs soumirent au Congrès leurs mémoires : MM. David, Pierre Fourment, H. et L. Saint-Béat sur les indications différentielles du traitement thermal de certaines affections chirurgicales par les eaux chlorurées sodiques et les sulfurées fortes, et MM. Hervé, de La Motte-Beuvron et des Escaldes, Maurice Faure, de Nice et Lamalou, sur les indications et contre-indications de l'héliothérapie en plaine et en montagne. Ces questions, vous l'imaginez bien, suscitèrent d'ardentes discussions dont la portée dépasse de beaucoup le cadre d'un Congrès spécialisé. La thérapeutique générale a à en connaître et les praticiens devront être les premiers à suivre les directives qui furent données pour le plus grand bien de leurs malades. Le soleil « se posologie » tout comme les eaux minérales. Les règles de la crénothérapie deviennent de plus en plus nettes, au fur et mesure que l'expérimentation clinique s'étend. Et nous le vîmes bien quand MM. les professeurs Rocher et Jeanneney, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, entrèrent dans la lice au sujet du trai-

tement crénothérapique des affections chirurgicales.

L'importance de la question et de la discussion qui s'en suivit fut telle qu'une commission fut immédiatement nommée par l'assemblée pour en proposer les conclusions en assemblée générale : MM. David, Pierre Fourment, L. et H. Saint-Béat, Jeanneney, Ferreyrolles et Molinéry en arrivèrent au résumé que nous soumettons aux lecteurs du *Conccours médical* :

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des affections chirurgicales du point de vue de leur traitement hydrominéral ?

Les maladies diathésiques (ostéites dites de croissance, adénites suppurées, etc.), devront être plus particulièrement envoyées aux eaux chlorurées sodiques.

Les affections d'origine traumatique (ostéites, ostéoarthrites consécutives aux blessures de guerre) devront être, de préférence, réservées aux sulfurées.

Ces malades bénéficieront le plus souvent de l'association des deux cures au cours d'une même année (avec un intervalle de quelques semaines de repos). Il semble que l'on devra commencer par les eaux chlorurées quand l'état général sera franchement déficient. De façon générale, le séjour aux chlorurées sera moins long que celui ordonné aux sulfurées.

Beaucoup d'autres considérations ont été relevées par les rapporteurs ; elles seront publiées *in extenso* dans le *Journal de médecine de Bordeaux* qui doit consacrer un numéro spécial à ce Congrès.

Pour la question du traitement de la tuberculose en montagne, Hervé et Roussel donnent les conclusions que ne saurions mieux faire que de relater ici.

Le rayonnement solaire peut être considéré aujourd'hui comme un véritable médicament, qui possède sa posologie et ses indications précises.

Bien que l'héliothérapie ne constitue l'apanage d'aucun climat, elle rencontre à la montagne des conditions particulièrement favorables, en raison de l'intensité de la lumière directe. Toutefois, certains malades à champ respiratoire réduit, les congestifs, les éréthiques, les consomptifs, s'accommodent mal du séjour à l'altitude. Ils devront, le cas échéant, se contenter du soleil de plaine et subir un temps de refroidissement préalable dans une atmosphère sédative.

Cependant, la plupart des méfaits dont on accuse l'héliothérapie (exacerbation de la température, poussées congestives et réveil des hémoptysies), semblent mal fondés et les quelques accidents constatés relèvent bien plutôt de fautes de technique ou d'un choix défectueux des malades.

L'action de l'héliothérapie dans la tuberculose pleuro-pulmonaire est d'autant plus heureuse que les lésions sont moins avancées. Les formes pleurales, cortico-pleurales et ganglionnaires, les formes fibreuses, les tuberculoses ouvertes à marche torpide, donnent les meilleurs résultats, tandis que les formes aiguës et les poussées évolutives doivent être considérées comme des contre-indications absolues.

Le pneumothorax artificiel, dans l'héliothérapie, est un précieux adjuvant. Elle contribue à protéger le malade contre les auto-réinfections et accélère la cicatrisation des lésions cortico-pleurales, si fréquentes dans le poumon « sain ». C'est chez les intoxiqués qu'elle produit son maximum d'effets : sujets opérés pour lésions massives difficilement compressibles, ou chez lesquels des brides pleurales ou de larges symphyses entretiennent des foyers de suppuration redoutables dans le moignon mal collabé.

L'action n'est pas moins heureuse dans les complications du pneumothorax, et tout particulièrement dans la plus redoutable d'entre elles, le pyothorax.

Dans la tuberculose laryngée enfin, dont la haute gravité fréquente est bien connue, la cure solaire est largement indiquée et peut revendiquer de remarquables succès à son actif.

En résumé, l'héliothérapie, trop négligée aujourd'hui dans ces affections, paraît mériter une place beaucoup plus large dans le traitement de la tuberculose pleuro-pulmonaire et de ses complications.

Maurice Faure et Pierre Destres, sur l'influence de l'héliothérapie de la tuberculose en climat marin, donnent comme démontrées les propositions suivantes :

C'est au bord de la mer ou sur la mer que se trouve le maximum de radiations solaires actives pour l'héliothérapie.

Le littoral méditerranéen, par la clarté de son ciel et l'absence des brumes, réalise en hiver les conditions les plus favorables à l'action de ces radiations. Les malades atteints de tuberculose pulmonaire s'y sont de tous temps soignés avec succès.

« Le littoral, ajoutent les rapporteurs, convient à merveille aux formes torpides, aux tuberculoses pulmonaires, à évolution lente, avec tendance à la sclérose. Le littoral peut même convenir à des cas mixtes où les formes torpides s'accompagnent de petites poussées congestives avec fièvre peu élevée ou hémoptysies légères.

« Le rayon solaire, agent direct de thérapeutique locale dans la tuberculose pulmonaire, reste un moyen actif et dangereux qui ne peut être manié qu'avec de grandes précautions ».

Hervé et Roussel, d'une part, Faure et Destres d'autre part, diffèrent sur certains points, mais il reste acquis que l'héliothérapie, en phtisiothérapie, doit donner et donne de beaux résultats dans des cas bien déterminés et maniée en mains spécialisées.

Nous ne pouvons donner ici que les titres des autres communications qui ont été présentées et discutées. Chacun de nos lecteurs que telle ou telle question intéressera plus particulièrement pourra directement correspondre avec l'auteur.

Le Dr Armengaud, de Cauterêts, nous entretient de l'insufflation continue de gaz thermaux sulfurés dans le traitement du catarrhe tubaire ; le Dr Courbin, de Bagnères-de-Bigorre, s'étend sur le traitement de l'angiospasme auprès de sa station ; le Dr Cornet, de Pau : sur la cure climatique hivernale dans les

états prétuberculeux et dans la tuberculose pulmonaire dite fermée; Robert Dubois, de Saujon, disserte sur les cures associées chez les nerveux, tandis que Lévy-Darras nous révèle les procédés nouveaux d'acidimétrie urinaire et son application à l'hydrologie clinique. Les cures thermales arsenicales et les méthodes de désensibilisation dans les dermatoses font l'objet d'une importante communication de M. Ferreyrolles, de La Bourboule, et le Dr Gardette développe quelles doivent être les conditions que devraient remplir les communes qui demandent à être érigées en stations climatiques.

Le traitement hydrominéral des otites sèches à Cauterêts est indiqué par les docteurs Got et Pomez. M. Grenier de Cardenal apporte une importante contribution à la question de l'anaphylaxie solaire, et M. Guyonneau, de Vittel, aux variations de l'uricémie au cours de la cure de diurèse par les eaux sulfatées calciques et magnésiennes. Le traitement des congestions utérines et des salpingo-ovarites par les injections prolongées d'eau vivante à Luxeuil, nous vaut un mémoire très au point de M. Héraud. M. Hugel nous fait connaître les réactions organiques qui accompagnent la cure de Bagnoles de-l'Orne et M. Molinéry nous ramène un siècle en arrière pour nous faire toucher du doigt quel était à cette époque déjà lointaine le programme hydrologique de la Société royale de médecine avec la publication du catalogue de J.-B.-F Carrère. Porge nous conduit à St-Nectaire et nous y montre des malades guéris d'albuminurie chronique post-infectieuse. A Bagnères-de-Bigorre, le Dr Porte a imaginé un curieux dispositif de réglage automatique précis et instantané de la température d'une douche sans thermomètre. Gilbert Sersiron se fait le défenseur éloquent et applaudi de cures thermales et climatiques pour enfants pauvres. Testut, de la Roche-Posay, nous amuse beaucoup au récit du traitement de certains prurits vulvaires... Brousse, de Châtel-Guyon, nous ramène à la pathologie générale avec le dosage de l'urobiline et M. Catagné nous entretient du P. H. mystérieux... Peut-être ai-je oublié quelques noms, mais je m'en excuse par avance...

La dominante de ce Congrès, après la charmante cordialité qui n'a cessé de régner au milieu d'une hospitalité bordelaise qui ne se peut comparer sans doute qu'à l'hospitalité écossaise, fut le désir des congressistes de ramener l'action des eaux minérales à la diathèse, au tempérament, la lésion étant secondaire.

Le professeur Fallot, doyen de la Faculté des sciences, présida avec grande autorité les séances de travail que M. le doyen Sigalas avait ouvertes, tandis que M. le prof. Desgrez, membre de l'Académie de médecine et membre de l'Institut, donna, au cours de l'Assemblée générale et du prestigieux banquet qui la suivit, la synthèse de ces grandes assises.

Raymond MOLINÉRY.

Les Livres

F. SIMON, Rennes.

Dr Raymond STEIBEL. — **La transfusion sanguine.** (Préface de V. PAUCHET). (1 opuscule, 24 pages).

La transfusion sanguine est une opération de pratique quotidienne ; c'est le procédé thérapeutique, qui ressuscite les malades au plus vite et au mieux. Cette opération doit être mieux connue des confrères et du public ; elle doit devenir plus courante.

Cet opuscule présente une mise au point de la question de la transfusion sanguine, des indications techniques éprouvées, de quelques renseignements pratiques utiles.

Il faut un matériel toujours prêt ; il faut aussi un transfuseur, c'est-à-dire un médecin capable de faire le contrôle des sangs, épreuve sans laquelle la méthode ne peut se faire sans danger ; cet examen d'ailleurs ne demande que quelques minutes.

Le médecin de campagne, véritable praticien par excellence, doit ajouter la transfusion sanguine à son arsenal chirurgical.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr G. DROUET. — **Le traitement de la syphilis par le bismuth.** (*In* « Les Actualités thérapeutiques »). Un opuscule, 38 pages. Prix : 3 francs.

Voici les principales questions envisagées dans cet opuscule : indications du traitement bismuthé. Les produits bismuthés. Technique des injections. Incidents et accidents dus à la bismuthothérapie. Principes généraux du traitement. Traitement de la syphilis à la période préhumorale. Traitement de la syphilis récente avec séro-réaction positive. Traitement de la syphilis ancienne.

PHONOTHÉRAPIE, 86, rue de Varenne, Paris.

H.-J. FROSSARD. — **Ma gymnastique respiratoire (la phonothérapie)** (1 opuscule, 17 pages. Prix : 1 fr. 1923.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE TIERS PAYANT, EST-CE L'ENNEMI ?

Cependant que mon collègue et ami Boudin déclare que, dans l'assurance sociale, le tiers payant n'est qu'un petit côté de la question, « un problème local qui doit être laissé à la libre appréciation des deux parties contractantes », Decourt, au banquet du Syndicat des médecins de la Seine, proclame que : « Pour faire de la bonne médecine, une médecine saine, à l'abri de toutes les tentatives et de toutes les compromissions, en médecine sociale, le tiers payant, c'est l'ennemi ! » Il ajoute d'ailleurs que si nous devions être, parfois, obligés de subir ce tiers payant, le contrôle professionnel moral en serait le corollaire obligatoire qui atténuerait considérablement le danger qu'il peut faire courir à la profession.

Je crois très volontiers que, comme Boudin et Decourt s'accordent à le soutenir, bon nombre d'ouvriers ne voient, dans l'assurance sociale, que le moyen de bénéficier, eux et leur famille, de la gratuité des soins médicaux. Mais je pense cependant que les médecins ont bien le droit d'avoir voix au chapitre, et de ne pas se désintéresser de la façon dont ils seront honorés. C'est, en définitive, à eux de se prononcer et de chercher à faire prévaloir leurs préférences, surtout s'ils établissent, ainsi qu'on l'a déjà fait, que leur souci, dans la circonstance, ne tient pas tant à la défense de leurs intérêts privés qu'à celle des intérêts véritablement bien compris de la santé publique.

Il semble bien qu'à cette heure, la majorité des médecins est hostile au tiers payant. Mais la question est posée fermement devant les Syndicats médicaux. Nous saurons sans doute bientôt quelle est finalement l'opinion du Corps médical organisé. S'il est possible de mettre un jour en parallèle les deux systèmes, ainsi que Boudin paraît l'admettre dans les commentaires dont il a accompagné la publication, il y a quinze jours, des débats parlementaires, on aura ainsi tenté une expérience d'une valeur considérable.

Le tiers payant conserve encore parmi nous des défenseurs acharnés, qui accumulent les arguments sur les arguments pour s'efforcer d'établir qu'ils ont raison et sont dans la vérité.

L'un de ces arguments consiste à invoquer à tout instant l'exemple de l'Alsace et de la Lorraine, où la loi fonctionne.

Ils n'ont vraiment pas de chance. Et moi, j'en ai une grande, car il se trouve précisément que le tiers payant commence à n'y être plus en aussi grande odeur de sainteté, et que des syndicalistes notoires, en ayant parfaitement discerné les inconvénients, ne se font pas faute de l'attaquer.

J'ai, sous les yeux, le discours prononcé à l'assemblée générale du Syndicat de Strasbourg-ville le 18 mars dernier, par notre excellent et distingué confrère, Gabriel BATIER. Et j'y lis, avec une satisfaction que je chercherais vainement à dissimuler, les lignes suivantes, que je prie nos lecteurs de bien méditer :

« Le grand vice de l'assurance-maladie, du moins dans le système actuel, c'est que le consommateur n'est pas intéressé à l'économie de la chose consommée. Le malade n'est pas intéressé à économiser les actes médicaux ; bien au contraire, par l'obligation de voir le médecin pour la délivrance gratuite d'un gramme d'antipyrine, par l'appat de l'indemnité d' « unfaehigkeit », il est poussé à les multiplier outre mesure. Or, notre profession, accueillante à toutes les misères, est, par son caractère même, désarmée contre les abus de cet ordre. Seul, le ticket modérateur serait un frein efficace, — si du moins on lui donnait une valeur suffisante — car il intéresserait le consommateur à l'économie de la chose consommée. Avec un ticket de 25 %, on pourrait espérer une réduction de 2/5e des actes médicaux.

« Si nous tenons tant à relever la valeur matérielle des actes médicaux et à en diminuer le nombre par la suppression des abus, il faut bien préciser que notre fin dernière est de satisfaire notre idéal professionnel ; soulagé de la crainte des échéances, *débarrassé des consultations et des visites inutiles, le médecin des quartiers ouvriers aurait davantage le temps de lire ; il pourrait s'attarder un peu plus au chevet de ses malades et leur consacrer un esprit plus dispos ; il ferait donc de la meilleure médecine.*

« Vous savez combien nombreux sont les assurés qui n'ont aucun droit légal à l'assurance-maladie. Les Caisses ne font aucun effort pour enrayer cet abus qui diminue d'autant notre clientèle privée et constitue par ailleurs une véritable spoliation du bien commun des pauvres par des gens aisés. L'inertie complaisante des Caisses les rend complices de cette mauvaise action, contre laquelle l'intérêt des malades

inséparable du nôtre, ordonne de lutter avec persévérance ? (1).

De quoi vous plaignez-vous, m'objectera-t-on peut-être ? Le ticket modérateur, réclamé par Batier, dont vous invoquez l'autorité, n'est-il pas prévu dans la loi votée par la Chambre ?

Je ferai tout d'abord remarquer que c'est un Alsacien qui parle de la façon dont les choses se passent en Alsace. Et je trouve singulièrement impressionnant de sa part qu'il condamne aussi nettement le tiers payant intégral.

Quant au ticket modérateur en lui-même, je n'aurai garde de contester qu'il représente un progrès évident sur ce tiers payant intégral, c'est-à-dire sur l'indépendance absolue de l'assuré à l'égard des honoraires du médecin. Progrès de principe, sans valeur réelle d'ailleurs, si, comme le précise Batier, il ne possède pas une valeur suffisante. Si le système du ticket modérateur est un compromis entre le tiers payant intégral et l'entente directe entre médecin et malade, il faut, pour qu'il joue dans toute sa plénitude, par rapport aux actes médicaux, qu'il ne soit pas d'un ordre de grandeur si petit qu'il devienne quantité négligeable. Il faut éviter, notamment, qu'en raison de sa modicité, certains médecins rabaisiens ne soient tentés d'en rembourser le montant à leurs clients assurés, à l'instar des médecins d'accidents du travail qui, encore que la loi le défende, assez mal du reste, remettent des primes aux blessés du travail qui fréquentent leur clinique. Supposons que le prix de la visite simple soit fixé à 8 francs, avec un ticket modérateur de 2 francs, — le 25 % réclamé par Batier, — ne peut-on prévoir que ces médecins rabaisiens se contenteraient de percevoir 6 francs, abandonnant à leur client les 2 francs représentant précisément le ticket modérateur ? Et alors, nous retomberions dans les errements que nous déplorons et qui ont donné à la médecine des accidents du travail un caractère industriel et commercial d'une noblesse douteuse.

S'il fallait en passer par le ticket modérateur, je demanderais qu'il représentât 50 % du prix de l'acte médical.

Mais, ce n'est là pour moi qu'un pis aller. Et j'en tiens toujours pour le système qui réserve l'entente directe entre le médecin et son malade, c'est-à-dire pour la suppression totale du tiers payant.

On dit encore, pour justifier la légitimité du tiers payant, que, même avec la totalité de son salaire, l'assuré ne pourrait faire les frais de certains examens spéciaux, de certains soins d'une nature particulière. Arguments de faible valeur, auquel il ne me paraît pas difficile de répondre. D'abord, peut-on vraiment soutenir que ces recherches, ces soins spéciaux sont de tous les instants dans la pratique courante ? Je me suis amusé à plusieurs reprises à questionner ceux de mes amis qui exercent : « Voyons, leur disais-je, combien hier avez-vous vu de malades ? » — Et, consultant son carnet, l'ami interrogé me répondait par exemple : « Vingt ! » — « Eh bien ! sur ces 20 malades, combien en est-il pour lesquels vous avez eu besoin d'un examen particulier : réaction de Wassermann, examen radioscopique ? » — Et le nombre énoncé était tellement infime que mon interlocuteur en était lui-même étonné. Un, deux, trois malades, tout au plus, étaient dans un état qui réclamait une étude plus compliquée, des soins plus spéciaux que d'habitude.

On ne saurait dire que l'on puisse être influencé par de semblables considérations.

D'ailleurs, rien ne s'opposerait à ce que, dans des cas bien déterminés, quand la nécessité s'en imposerait, l'assurance sociale participât, pour une part à déterminer, dans le règlement des examens et des soins spéciaux. Ne faudrait-il pas qu'il en fût ainsi pour une opération chirurgicale, par exemple ? Je souhaite que, pour les actes médicaux les plus simples, visite ou consultation avec ou sans massage, pointes de feu, pansement simple, injections sous-cutanées ou intra-musculaires, pansements vaginaux....., l'assuré s'entende directement avec son médecin dans le règlement des honoraires. Mais j'admets parfaitement que s'il s'agissait d'interventions plus ou moins sérieuses, difficiles, par suite coûteuses, l'assurance vînt en aide à l'assuré.

Je suis d'accord avec Boudin et avec Noir pour souhaiter la création et la multiplication de centres d'examen et de diagnostic. Je ne souhaite pas moins la création de maisons de santé, annexes ou non de ces centres, pour l'hospitalisation des malades, convaincu depuis ma prime jeunesse de médecin, que là, bien mieux qu'au domicile du malade, il est possible de faire de bonne médecine.

Mais je ne vois aucune opposition entre la systématisation de la maison de santé pour le plus grand nombre, et le règlement des honoraires directement par le malade. Nous luttons en ce moment pour faire accepter par les Commissions hospitalières la rémunération directe du médecin traitant par les malades admis à titre onéreux dans les hôpitaux et hospices. J'ai foi que nous finirons par obtenir cette équitable manière de faire. *A fortiori*, en serait-il ainsi dans les maisons de santé pour assurés sociaux.

En résumé, le tiers payant intégral, je le répète avec Batier, avec Decourt, et tant d'autres, conditionne une médecine de mauvaise qualité, et favorise les abus, les compromissions, les tentations. Le ticket modérateur peut dans une certaine mesure apporter un tempérament à ces

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 avril 1924.

réels inconvénients, mais à la condition qu'il représente une valeur suffisante : 50 %. L'entente directe du malade avec le médecin est souhaitable à tous les points de vue, et nettement préférable, notamment pour le règlement des honoraires. Des dérogations à cette règle seraient possibles dans les cas bien définis de soins très spéciaux, interventions, opérations, etc., pour le règlement desquels l'assurance viendrait au secours des assurés dans une certaine mesure.

Les Syndicats médicaux ont mis cette importante question à l'ordre du jour de leurs discussions. Il leur appartient, après avoir pesé le pour et le contre, de se prononcer finalement pour le système qu'ils aimeront le mieux.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Protection du personnel médical hospitalier au point de vue des accidents du travail et questions annexes

RAPPORT PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION HOSPITALIÈRE DU NORD-OUEST LE 17 NOVEMBRE 1923, PAR M. CHOLET, AVOCAT, MEMBRE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES HOSPICES CIVILS DE NANTES.

(*Revue des Hôpitaux*, 31 janvier 1924.)

A sa seconde session ordinaire de 1923, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a été saisi d'une demande d'avis du Ministère de l'hygiène concernant la protection du personnel hospitalier au point de vue des accidents de travail.

Sur le rapport de M. le Dr Boudin, cette haute Assemblée a émis le vœu :

1º Que soit faite au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin l'adjonction suivante : « en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, pharmaciens et sages-femmes recevront de l'hôpital les soins, médicaments, et s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou d'accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières » ;

2º Que soit étudiée la création de mutuelles interhospitalières, en vue de la protection du personnel hospitalier, une fois ce dernier assujetti à la loi sur les accidents de travail, conformément aux dispositions de la loi du 18 juillet 1907 ;

3º Qu'à titre transitoire, soit utillisée la Mutualité familiale du corps médical français, ou toute autre mutuelle médicale, offrant des garanties sérieuses, pour être chargée de donner aux externes et internes (ou à leurs remplaçants), les avantages conférés par cette Société, en cas de maladie ou d'accident.

Par lettre du 17 octobre, M. le Ministre de l'hygiène a communiqué ce vœu à M. le Président de l'Union hospitalière du Nord-Ouest, en le priant de le porter à la connaissance des membres de son groupement, de le soumettre à leur examen et de provoquer leurs conclusions.

***

Il importe d'abord de préciser la portée de la question qui vous est soumise.

C'est l'Association professionnelle des externes des hôpitaux de Paris qui a demandé au Ministre de l'hygiène de faire étudier les moyens d'assurer au personnel médical des hôpitaux une garantie en cas d'accident ou de maladie contractée en service hospitalier.

Il ne vous échappe pas que la réponse intéresse non seulement les externes des hôpitaux de Paris, mais tous ceux qui à un titre quelconque appartiennent au corps médical des hôpitaux : médecins et chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens, sages-femmes.

Si l'un d'eux contracte une maladie au cours de son service ou est atteint d'un accident professionnel, a-t-il des droits à faire valoir à l'encontre de l'Administration hospitalière représentée par la Commission administrative de l'hôpital ?

La question est des plus sérieuses et la responsabilité de la Commission administrative sera lourde si l'on reconnaît à la victime les droits et la qualité d'un accidenté du travail : soins médicaux et pharmaceutiques, hospitalisation pendant la durée du traitement, indemnité journalière, et en cas d'incapacité permanente totale ou partielle, rente calculée sur le barème de la loi.

Elle n'a point été tranchée jusqu'ici d'une façon unanime par les commissions administratives, et si quelques-unes ont, en cas d'accident professionnel d'un membre du personnel médical accrédité près d'elle, pris des mesures se rapprochant plus ou moins de celles édictées par la loi du 9 avril 1898, elles ne l'ont fait que pour la période d'incapacité temporaire et à titre purement bénévole et humanitaire.

***

Avant d'examiner si le vœu qui a été émis par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et dont le caractère généreux ne saurait être méconnu, doit être consacré par votre approbation, il convient de déblayer le terrain de toutes les difficultés d'ordre juridique dont il est encombré, de préciser si les éta-

blissements hospitaliers peuvent être assujettis à la loi sur les accidents de travail, si une intervention législative est nécessaire pour les y soumettre, et aussi quelle est la nature du contrat qui lie le personnel médical des hôpitaux aux commissions administratives et les risques que celles-ci pourraient, le cas échéant, encourir.

Vous savez quel est le caractère de la loi du 9 avril 1898. Cette loi a substitué dans les rapports de l'employeur et de l'employé la notion du risque professionnel à celle de la faute de l'employeur. Le salarié qui est blessé par le fait du travail ou à l'occasion du travail, a toujours droit à l'indemnisation de sa blessure, que l'employeur soit ou non en faute, mais comme celui-ci devient responsable dans tous les cas, sa responsabilité est forfaitairement limitée à la moitié du préjudice subi par la victime.

Cette loi joue automatiquement toutes les fois que l'accident s'est produit dans les termes de l'art. 1er, car elle précise quelles sont les industries qui sont de son domaine. Ce sont l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre ou par eau, de chargement ou de déchargement, les magasins publics, mines, minières et carrières et en outre toute exploitation ou partie d'exploitation dans lesquelles sont fabriquées, ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans lesquelles il est fait usage d'une machine mue par une autre force que celle de l'homme ou des animaux.

Cette énumération étant limitative, il semble que les hôpitaux et hospices soient en dehors du domaine d'application de la loi et que les accidents survenus au personnel hospitalier restent soumis au droit commun de l'art. 1382 C. civ., laissant par conséquent à la charge de la victime la preuve d'une faute imputable à l'administration hospitalière et engageant sa responsabilité.

Mais la jurisprudence de la Cour de Cassation a étendu la portée de l'art. 1er de la loi du 9 avril 1898 en décidant que c'est la nature du travail et non l'esprit ou l'objet de l'établissement employeur, non plus que la profession du patron qui doit être envisagée, en sorte que de nombreux jugements ou arrêts statuant sur des demandes formées contre des personnes morales publiques, Etat, département ou villes, bureaux de bienfaisance, établissements hospitaliers, ont dans des cas particuliers et à raison de la nature du travail de la victime au moment de l'accident, fait application à ces personnes de la législation sur les accidents de travail.

Cette évolution de la jurisprudence n'a pas échappé aux commissions administratives, et certaines d'entre elles, notamment la Commission administrative des hôpitaux de Nantes, se sont préoccupées de garantir le personnel ouvrier ou infirmier contre les accidents professionnels.

Ces considérations vous paraissent peut-être étrangères à la question soumise à l'examen du Congrès, mais il nous a paru nécessaire de délimiter nettement le rôle que la législation sur les accidents de travail peut et doit jouer dans nos organisations hospitalières, et les dangers qu'il pourrait y avoir à l'étendre d'une façon inconsidérée.

Les rapports d'une commission administrative et du personnel ouvrier employé dans ses ateliers ou ses jardins sont des plus simples ; ils sont régis par le contrat de travail. Les ouvriers des hôpitaux sont des salariés, dont le salaire est approprié aux services qu'ils rendent et peut facilement servir de base au calcul des indemnités. Que si le personnel ouvrier interne ou le personnel infirmier est payé partie en argent et partie en nature, rien n'est plus facile que d'évaluer en espèces les divers éléments de la rémunération en nature.

On comprend que certaines commissions émues des tendances libérales de la jurisprudence aient envisagé, en ce qui concerne le personnel ainsi déterminé, l'application de la loi du 9 avril 1898, et aient organisé l'assurance-accidents soit par leurs propres ressources, soit en s'adressant à des compagnies d'assurances.

L'opération était d'ailleurs des plus simples et point n'était besoin d'une modification législative de l'art. 1er de la loi du 9 avril 1898. Il suffisait de recourir à la loi du 18 juillet 1907, qui a pour objet la faculté d'adhésion à la législation du travail et qui permet à tout employeur non assujetti à la législation concernant la responsabilité des accidents du travail, de se placer sous le régime de cette législation pour tous les accidents qui surviennent à ses ouvriers, employés ou domestiques, par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Pratiquement, l'employeur fait une déclaration à la mairie du siège de son exploitation, en présentant un carnet destiné à recevoir l'adhésion des salariés et la législation sur les accidents de travail devient dès lors de plein droit applicable à tous ceux de ses ouvriers, employés ou domestiques, qui donnent leur adhésion, signée et datée en toutes lettres, au carnet prévu par la loi.

C'est ce système qui a été adopté par la Commission administrative des hôpitaux de Nantes pour l'assurance de son personnel ouvrier et infirmier, qu'elle assure elle-même, et c'est également celui qui a été préconisé pour le personnel médical par M. le Dr Boudin et qui a été accepté en principe par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Dira-t-on qu'un employeur quelconque pouvant assujettir un personnel quelconque aux dispositions de la loi sur les accidents de travail, il est sans intérêt d'étudier la nature du contrat qui lie aux commissions hospitalières le personnel médical des hôpitaux.

Il n'en va pas tout à fait ainsi, car cette étude permettra de déterminer et de délimiter la responsabilité éventuelle des commissions du fait de ce personnel médical.

Quelle est donc la nature du contrat qui lie le médecin ou le chirurgien d'un hôpital à la commission administrative qui le dirige ?

Ce contrat n'est pas certainement de même nature

que celui qui lie le personnel ouvrier ou infirmier à l'administration. Le médecin ou chirurgien est nommé dans les conditions de l'art 14 de la loi du 7 août 1851, c'est-à-dire qu'il est nommé, généralement après concours, par la Commission administrative, qui ne peut le révoquer qu'avec l'approbation du préfet ; il bénéficie dans son service, au point de vue des soins à donner aux malades, d'une entière liberté.

Il n'est pas au vis-à-vis de la commission administrative dans le lien étroit de dépendance qui est la caractéristique du contrat de travail.

Vous en déduirez immédiatement cette conséquence que la commission administrative ne saurait en principe être responsable des fautes médicales commises par le médecin ou chirurgien dans son service, parce que la responsabilité, dont elle pourrait être tenue du fait de ce dernier ne peut trouver sa base juridique que dans l'art. 1384 C. civ. et que la responsabilité du commettant du fait du préposé suppose deux conditions également indispensables : le choix du préposé et sa direction par le commettant.

Il ne suffit pas, en effet, que le préposé ait été choisi par le commettant, il faut encore que ce dernier en ait la direction et la surveillance, de telle sorte qu'en cas de dommage on puisse le considérer comme personnellement en faute. (*Cass.*, 30 octobre 1902, S. 1902. 1.544. — SOURDAT, *Tr. de la responsabilité*, 5e éd., t. II, no 884 et 885.)

Ce principe doit être soigneusement respecté et il doit rester entendu que si la question de la garantie contre les conséquences de l'accident survenu dans le service peut se poser dans les rapports du personnel médical et des commissions administratives, les commissions ne sauraient en aucun cas assurer ce personnel ou s'assurer elles-mêmes contre les fautes techniques ou professionnelles qu'il peut commettre, car ce serait implicitement reconnaître une responsabilité qui ne saurait leur être imputable.

Est-ce à dire que la commission devra se désintéresser de la façon dont le service hospitalier est assuré par le personnel médical, et qu'elle ne pourra jamais encourir de responsabilité au vis-à-vis des malades traités dans ses services ? Non, mais elle ne pourra être responsable du chef du médecin que si le fait allégué contre celui-ci constitue non pas un manquement à l'exercice technique de la médecine ou de la chirurgie, que la commission n'aurait pu ni complètement empêcher ni même critiquer, mais une négligence qu'une surveillance plus active de cette commission aurait pu éviter (*Dijon*, 18 mai 1903, S 1906.2.17, et note de PERREAU, D. 1904.2.139), car ici apparaîtrait une faute personnelle.

Il appartiendra donc au personnel médical de s'assurer directement contre les conséquences de ses fautes professionnelles. Les commissions administratives n'ont point à intervenir en pareil cas.

***

Reste le risque professionnel proprement dit. Il va sans dire que le médecin ou l'interne qui est bless ou qui contracte une maladie dans son service, a droit aux soins que nécessite son état, et nous nous associons bien volontiers sur ce point au vœu exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique que le règlement modèle porte une adjonction ainsi conçue : « En sus de la rémunération pécuniaire qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes recevront de l'hôpital les soins, médicaments, et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas d'accident ou de maladie survenu au cours de leurs fonctions hospitalières. »

Mais la question devient plus délicate pour l'incapacité permanente pouvant résulter d'une blessure ou d'une maladie contractées dans le service.

Cette incapacité peut avoir les conséquences les plus graves pour l'externe ou l'interne qui se prépare à l'exercice de la médecine ou de la chirurgie ou pour le médecin frappé au cours de sa carrière. Et il ne semble pas que l'assujettissement à la loi de 1898 soit la garantie appropriée à une pareille situation.

Deux observations en effet s'imposent immédiatement à l'esprit :

La première est relative à la fixation du salaire de base.

Les appointements du médecin ou du chirurgien d'un hôpital ne constituent pas à proprement parler un salaire ; c'est plutôt une indemnité attachée au titre et qui ne saurait servir de base à la fixation de la rente.

Demandera-t-on à la victime la justification de ce qu'elle aura gagné pendant les douze mois qui auront précédé l'accident ? C'est une inquisition à laquelle le médecin se prêtera d'autant moins volontiers que le résultat, ainsi que nous allons le voir, sera sans grand intérêt pour lui.

Et ce qui est vrai du médecin ou du chirurgien l'est plus encore de l'interne dont les émoluments ne représentent qu'une faible partie de ce qu'il pourra gagner plus tard quand il aura terminé son stage, et de l'externe ou du remplaçant dont les services ne sont généralement pas rémunérés.

Quel sera pour eux le salaire de base ? Comment sera-t-il calculé ? Il est bien clair que l'interne et l'externe ne pourront être assimilés à l'apprenti ou au jeune ouvrier. Sur quelle base juridique s'appuiera-t-on donc pour fixer le chiffre de la rente ? Car, ne l'oublions pas, la loi du 9 avril 1898 est une loi d'ordre public, aux dispositions de laquelle ne peut se substituer la convention des parties. La rente à laquelle l'accidenté du travail a droit est fonction à la fois du salaire effectivement touché par lui pendant les douze mois qui ont précédé l'accident et de la réduction que l'accidenté à fait subir à ce salaire. Ces deux indications sont considérées comme nécessaires par la Cour de Cassation qui a maintes fois jugé qu'une décision basée sur une évaluation arbitraire de salaire doit être annulée comme manquant de justification légale.

La seconde observation est que l'application de la loi de 1898 au corps médical en cas d'incapacité permanente totale ou partielle présente peu d'intérêt pratique, car la rente allouée par cette loi sera bien insuffisante pour réparer les conséquences de l'accident. La loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 5 août 1920 dispose en effet que « ceux dont le salaire annuel dépasse 4.500 francs ne bénéficient des dispositions de la loi (indemnisation de moitié du préjudice résultant de l'accident) que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus et jusqu'à concurrence de 15.000 fr., ils n'ont droit qu'au quart des rentes portées à l'art. 3 ; au-delà de 15.000 fr., ils n'ont droit qu'au huitième à moins de convention contraire, élevant le chiffre de la quotité ».

Observons que c'est la quotité et non le chiffre du salaire qui peut faire l'objet d'une convention dans ce cas spécial.

Aussi, si l'adoption des mesures préconisées par le premier paragraphe du vœu du Conseil supérieur paraît s'imposer, pour les premiers soins et la période suivant immédiatement l'accident, l'assujettissement à la loi de 1898 n'apparaît ni pratique ni vraiment efficace pour l'incapacité permanente. Il semble que la solution de cette question se trouve non pas dans l'assurance-loi de 1898, mais dans l'assurance individuelle du droit commun.

Mais alors ce n'est pas à la commission administrative qu'incombera le soin d'assurer cette garantie; c'est à chaque membre du corps médical qu'il appartiendra de s'assurer ou non. Nous admettrions toutefois volontiers que l'administration inscrive à son budget un crédit spécial pour venir en aide, soit au moyen de prêts d'honneur, soit même au moyen de prêts définitivement acquis et non remboursables, aux internes ou externes, qui voulant au début de leur carrière se constituer une assurance contre le risque professionnel, éprouveraient des difficultés pour acquitter le montant de leurs primes. Ces crédits pourraient même faire l'objet d'une caisse commune gérée par les Unions hospitalières.

Les observations qui précèdent s'appliquent automatiquement aux internes et externes en pharmacie.

Mais l'assimilation des pharmaciens titulaires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux ne se conçoit qu'autant qu'ils sont autorisés à faire de la clientèle au dehors et que le poste qu'ils occupent constitue pour eux plutôt un titre qu'une fonction salariée ; autrement la législation sur les accidents de travail pourrait leur être appliquée au même titre qu'au personnel des bureaux et des économats.

Le bénéfice de cette législation devra être assuré aux sages-femmes.

Comment dans ces limites l'assurance sera-t-elle pratiquée ?

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a écarté l'assurance aux compagnies à primes fixes, estimant que les primes à payer seraient trop élevées pour les risques à courir. Il semble, en effet, que, sauf le risque professionnel du corps médical proprement dit, sur l'opportunité de protection duquel nous venons de nous expliquer, les risques que feraient encourir aux administrations hospitalières l'assujettissement intégral à la législation sur les accidents de travail de leur personnel ouvrier et infirmier et de leur personnel de bureaux, et l'assujettissement partiel à la même législation pour l'incapacité temporaire de leur personnel médical, ne serait pas bien lourd, et que la création de mutuelles inter-hospitalières permettrait utilement de résoudre le problème. Mais nous demandons, en ce cas, que l'affiliation à ces mutuelles ne soit pas obligatoire et que toute liberté soit laissée aux hôpitaux qui préfèreraient être ou rester leurs assureurs propres.

***

Comme conclusion, nous vous proposons :

1° De mettre en pratique, si cela n'est déjà fait, l'adjonction au premier paragraphe de l'article II du règlement-modèle du 30 juin 1921 préconisée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

2° D'en assurer l'exécution soit sur les ressources de l'établissement hospitalier, soit par son affiliation à une mutuelle inter-hospitalière ;

3° D'écarter toute participation de l'Administration à l'assurance du corps médical contre les fautes techniques ou professionnelles ;

4° D'écarter également l'assujettissement de ce personnel à la législation sur les accidents de travail en ce qui concerne l'incapacité permanente ;

5° D'étudier la mise à la disposition des internes et des externes des hôpitaux de crédits destinés à leur faciliter le paiement des primes de l'assurance individuelle du risque professionnel.

Bien entendu, nous vous proposons — sous la réserve sus-exprimée en ce qui concerne les pharmaciens des hôpitaux — de hâter l'assujettissement, soit sur les ressources propres des établissements hospitaliers, soit par leur affiliation à des mutuelles inter-hospitalières, à la législation sur les accidents du travail en conformité de la loi du 18 juillet 1907, du personnel ouvrier et infirmier, y compris les sages-femmes, et du personnel des bureaux et des économats.

CHOLET.

Discussion

A la reprise de la séance, à 5 h. 45, M. Cholet, administrateur des hospices civils de Nantes, a la parole pour la lecture de son rapport sur la protection du personnel médical hospitalier au point de vue des accidents de travail.

Cette lecture terminée, M. Bredif, d'Orléans, déclare qu'il est hostile au principe de la responsabilité, la question des premiers soins restant d'ordre humanitaire.

M. Proust, d'Angers, abonde dans le même sens.

M. l'Inspecteur général Rondel établit alors la distinction entre les soins consécutifs à l'accident et

le principe de la réparation du dommage qui en résulte.

A son point de vue, qui est celui du Conseil supérieur, le médecin qui ne reçoit pas de salaire, ne peut être soumis à la législation des accidents de travail.

Quant à l'étudiant, c'est une question à examiner.

Mais présentement, il ne faut prendre de responsabilité traduite sous forme d'indemnité pécuniaire ni pour l'un ni pour l'autre.

M. Morel s'associe à cette distinction et précise qu'il ne s'agit que d'une obligation morale d'hospitalisation donnée en nature.

M. le président ouvre ensuite la discussion sur la question du risque professionnel.

Le rapporteur fait remarquer qu'un établissement qui assure le personnel médical engage la question de principe.

M. Morel estime qu'il y a lieu de distinguer la faute du médecin qui peut entraîner une responsabilité civile pour l'établissement du dommage causé au médecin lui-même.

Il ne s'agit pas de décider, à son sens, que la Commission administrative n'encourra aucune responsabilité, ce qui est une question de fait, mais de savoir si les commissions administratives doivent être tenues d'assurer leur corps médical contre des fautes professionnelles ou de participer à l'assurance.

En principe, il lui apparaît que non, mais la responsabilité étant aléatoire, il croit que l'établissement peut rester son propre assureur.

Finalement la Commission adopte le vœu suivant :

1° De mettre en pratique, si cela n'est déjà fait, l'adjonction au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin 1921, préconisée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

2° D'en assurer l'exécution, soit sur les ressources de l'établissement hospitalier, soit par son affiliation à une mutuelle inter-hospitalière ;

3° D'écarter toute participation de l'administration à l'assurance du corps médical contre les fautes techniques ou professionnelles ;

4° D'écarter également l'assujettissement de ce personnel à la législation sur les accidents du travail, en ce qui concerne l'incapacité permanente ;

5° D'étudier la mise à la disposition des internes et des externes des hôpitaux de crédits destinés à leur faciliter le paiement des primes de l'assurance individuelle du risque professionnel.

Elle demande, bien entendu, que quoi que les hôpitaux fassent pour cette catégorie de personnel, à titre humanitaire, leur responsabilité ne soit pas engagée par suite de fautes professionnelles.

Commentaires.

Nous sommes entièrement d'accord avec M. Cholet pour établir une distinction complète entre la responsabilité professionnelle du corps médical hospitalier et la garantie demandée contre les maladies et accidents.

Le médecin, le chirurgien, l'interne, peuvent être poursuivis, au civil, comme au correctionnel, à l'occasion de leurs fautes professionnelles, dues à l'impéritie, ou à l'ignorance des règles de l'art. Pour que les hôpitaux fussent responsables de ces actes, il faudrait déterminer les liens de droit, qui existent entre les commissions et le corps médical.

C'est donc une question, qui est complètement différente de celle de la réparation des dommages provoqués par la maladie ou l'accident.

D'ailleurs, qu'il nous suffise de dire que le corps médical est, depuis longtemps, garanti par une Ligue de défense professionnelle : le « Sou médical ». Médecins, comme internes des hôpitaux nommés au concours, sont soutenus moralement et pécuniairement, lorsqu'ils doivent demander ou défendre en justice, à l'occasion d'un acte médical.

Revenons à la garantie contre les maladies et les accidents ; il faut bien établir la distinction entre la réparation pour cessation momentanée de travail et les indemnités en cas d'incapacité permanente partielle.

Dans le premier cas, à la suite du vote du Conseil supérieur de l'assistance publique, les hôpitaux auront à cœur d'inscrire, dans leur règlement, le droit, pour le personnel médical, de se faire soigner gratuitement dans l'établissement hospitalier.

Cette faveur sera surtout appréciée des internes et externes, qui, éloignés de leurs familles, à cause de leurs études, ne peuvent que difficilement recevoir, dans leur modeste logis d'étudiant, les soins nécessaires à leur état.

Pareille hospitalisation ne coûte pas bien cher à l'économat : juste les frais matériels, car les soins médicaux sont donnés bénévolement à un collègue malade.

L'indemnité journalière peut également être conservée au malade, pour lui permettre d'avoir les quelques douceurs que son budget d'étudiant ne pourrait lui donner.

Reste surtout le gros problème de l'incapacité permanente partielle. Certes, avec la législation actuelle, les lois sur les accidents du travail ne sont pas applicables au corps médical hospitalier. Nous sommes tous d'accord sur ce point, comme sur l'impossibilité de faire modifier rapidement la loi.

Un premier procédé consisterait, pour les mutuelles interhospitalières, à créer un fonds de garantie spécial, pour indemniser le personnel médical hospitalier, en cas d'incapacité permanente partielle de travail, survenant à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, contracté pendant le service à l'hôpital.

A la vérité, ces accidents sont rares et peu souvent, cette caisse de garantie aurait à jouer.

Un second système consisterait, pour les hôpitaux, à payer les primes afférentes à l'admis-

sion de leur personnel médical à la Mutualité familiale du Corps médical français. Cette mutuelle donne, en outre des indemnités journalières, en cas de maladie ou d'accident, une mensualité, quelle que soit la durée de l'incapacité permanente de travail. Ce n'est donc pas le versement d'un capital, mais une rente qui est allouée aux invalides de la profession.

Le dernier procédé consisterait à abandonner complètement les errements du passé et, considérant le personnel médical comme un corps de travailleurs scientifiques qu'on rémunère équitablement, laisser ce personnel sous l'empire du droit commun.

Tant que l'hôpital a été uniquement l'asile des miséreux, le Corps médical a volontiers consenti à s'associer au rôle de bienfaisance, qui est, par destination, celui de l'établissement.

Mais, petit à petit, les demi-indigents, les besogneux, d'abord, puis les blessés du travail, la petite bourgeoisie et, avec cette dernière beaucoup de gens aisés, se sont glissés, tant à la consultation externe que dans les salles communes, ou payantes.

Le Corps médical a vu augmenter son travail, partant sa responsabilité ; l'emploi d'instruments compliqués, la création de services spéciaux, soit de chirurgie, soit de radiologie, ou autres, ont multiplié les cas possibles de maladies ou d'accidents pour les médecins, comme pour les internes et externes.

Enfin, l'augmentation formidable du coût de la vie, force ces derniers à demander, à l'administration hospitalière, qui a besoin de leurs services, une augmentation d'honoraires, ainsi qu'une garantie en cas de maladie ou d'accident.

Internes comme externes recherchent, il est vrai, un titre envié et une fonction qui leur permet de se perfectionner dans l'art de guérir.

Cependant, pourquoi ne pas considérer hardiment que l'hôpital a modifié, par l'évolution même de la science, sa destination première.

Et, puisque les textes législatifs et réglementaires, actuellement en vigueur, permettent de faire acquitter, par les malades payants, le prix intégral de journée, pourquoi ne pas comprendre dans ce prix une plus juste rémunération des services rendus par le Corps médical ?

Si ce dernier était mieux payé, s'il avait, en outre, le droit de se faire honorer par les malades payants, dans une limite et selon un mode arrêtés d'un commun accord entre la commission hospitalière locale et le syndicat médical du lieu, il serait possible de considérer que les maladies et les accidents professionnels entrent dans le droit commun. N'étant pas assujettis à la loi du 9 avril 1898, administration hospitalière et Corps médical ne pourraient discuter un cas de responsabilité qu'aux termes des articles 1382 à 1386 du code civil.

Mais, je ne me fais aucune illusion : mon idée est encore trop hardie, bien qu'elle constituera la vérité de demain, lorsqu'avec le concours du syndicat médical local, il aura été possible de concentrer à l'hôpital l'art de guérir, comme l'organisation de la défense de la santé publique.

En attendant, il est légitime d'accorder les soins et l'hospitalisation aux internes et externes blessés, *ou malades, charge qui incombera au* budget de l'hôpital ; puis, nous souhaitons l'organisation d'une mutuelle interhospitalière, qui assurera, contre les suites des maladies et accidents, tous ceux qui participent au travail hospitalier.

Dr Paul BOUDIN.

LES DÉBUTS DE LA CARRIÈRE MÉDICALE

Aucune carrière n'est comparable à la carrière médicale en ce qui concerne les conséquences et la gravité des débuts de l'exercice professionnel.

Les conséquences intéressent également le médecin et le client.

Le jeune médecin entre en lice avec une préparation scientifique généralement complète et une instruction médicale, technique ou théorique suffisante ; mais, il n'a aucune expérience professionnelle que celle de l'hôpital ; il n'a aucun guide, aucune idée des difficultés qui l'attendent, des écueils à franchir ; il ne sait rien de la pratique, du client, des choses à dire, de celles à taire, de la tenue et de l'attitude à prendre en telle circonstance ; il ne connaît rien des dangers auxquels il faut se soustraire, des maladresses à éviter, de la conduite à tenir vis-à-vis de ses confrères.

Et qui lui aurait appris ces choses essentielles ? où les aurait-il apprises ?

Nous avons toujours apprécié les leçons de nos maîtres, le professeur Lorain à la Pitié et le professeur Pinard au Petit amphithéâtre de la Faculté, et nous n'oublierons jamais les services qu'elles nous ont rendus dans maintes circonstances dramatiques de notre carrière, mais nous oublierons encore moins les immenses services rendus par un excellent confrère et ami rencontré dans la région où nous nous sommes installé.

Les relations amicales, les causeries, les visites médicales en commun, les conseils, les avis, les fruits de l'expérience et de la pratique rencontrés auprès d'un confrère sont d'un prix inappréciable.

J'ai eu le plaisir de goûter les douceurs de la camaraderie médicale et j'ai pu ainsi éviter les

incertitudes, les hésitations, les transes, les angoisses, les erreurs inévitables du début.

Et alors quelle sécurité ! quel soulagement !

Il est entendu que l'expérience des autres ne profite qu'à eux, que les vieillards sont de moins en moins écoutés, mais cela concerne moins les médecins que les autres.

Le jeune médecin doit rechercher l'expérience de ses aînés, où la rencontrera-t-il ?

Et comment en profitera-t-il ?

Les internes ont mille occasions d'acquérir l'expérience. Les médecins, fils de médecins, ont l'expérience paternelle, mais les autres ?

Nous avons jadis demandé le stage médical chez un confrère, avant l'installation.

Notre distingué confrère et ami le Dr J. Noir, demande l'obligation de l'internat (*Concours médical*, 3 août 1919).

L'idée est la même. Le but surtout est le même.

Toujours est-il que les guides ou les conseils sont indispensables aux jeunes médecins.

Depuis bien longtemps, le *Concours médical* leur est utile et reste leur conseiller.

Différents manuels ont paru, entre autres l'admirable travail des Drs Le Gendre et Ribadeau-Dumas : *Déontologie et jurisprudence médicale*, paru en 1920.

On peut aussi citer les spirituels conseils du Dr A.-M. Bloch, parus en 1913 dans la *Tribune médicale : Souvenirs d'un vieux médecin*, mais cela ne suffit pas, cela ne peut remplacer l'internat, ou le stage chez un confrère, stage qui peut présenter diverses modalités.

Il y aurait lieu de revenir et d'insister sur cette question importante, et de rechercher une solution conforme à l'intérêt médical comme à l'intérêt général.

Dr COURGEY.

LA PROPAGANDE

On ne saurait trop louer ceux qui ont pris l'initiative d'aller faire les lointains voyages en Amérique du Nord et du Sud pour faire connaître et apprécier la Science française. Nous devons leur être d'autant plus reconnaissants que c'est souvent à leurs frais que ces tournées de propagande ont été accomplies.

Mais, justement, on ne peut pas s'attendre à ce que de pareils sacrifices soient renouvelés ; or, en matière de publicité, seule la constance rapporte. Aussi serait-il désirable qu'un crédit soit inscrit au Ministère de l'Instruction Publique et qu'on organisât régulièrement le voyage de professeurs, non seulement médecins, mais aussi des Facultés de droit, de lettres et de Sciences : dans ces tournées de propagande, il ne faudrait pas que seule, l'Universit é de Paris soit représentée, mais également toutes les autres Universités françaises.

En dehors de ces voyages, on devrait de même organiser une publicité permanente pour toutes les Universités françaises. Il y a 33 ans, quand je me rendis pour la première fois en Allemagne, cette publicité existait sous forme de « *Calendrier universitaire* ». Ce livre contenait l'énumération par ordre alphabétique des vingt universités allemandes et dans le chapitre consacré à chaque Université , on trouvait tous les renseignements désirables, date d'ouverture des semestres, prix des inscriptions, etc... Surtout, il y avait l'indication,pour chaque Faculté, des différents cours publics, privés et très privés avec le nom des professeurs, la date, les heures et l'objet des cours.

De sorte qu'ayant en mains ce livre, on connaissait tous les cours professés en Allemagne et on pouvait choisir celui qui vous intéressait le plus et se déterminer en connaissance de cause pour telle ou telle ville. Il me semble que le Ministère de l'Instruction publique pourrait éditer chaque année un pareil calendrier et le mettre à la disposition des professeurs et des étudiants du monde entier. Il suffirait pour cela de déposer quelques exemplaires dans les différents consulats généraux en priant les Consuls de l'annoncer dans les différents journaux scientifiques.

Certes, l'initiative privée peut servir d'exemple, mais il faut une unité de front de propagande pour nos institutions scientifiques et non un combat en ordre dispersé.

Robert SOREL.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les Journées médicales de Bruxelles.** — La quatrième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra au Palais d'Egmont, du 29 juin au 2 juillet, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges. Les plus hautes personnalités ont donné leur appui à ces réunions scientifiques où se rendent chaque année des centaines de praticiens et qui ont eu la plus heureuse influence sur les relations scientifiques entre les pays alliés et amis. Dans le Comité d'honneur nous relevons les noms de LL. EE. M. l'ambassadeur de la République française, M. l'ambassadeur du Japon, M. le ministre de Suisse M. le ministre de Roumanie, M. le chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg; des ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène des Affaires étrangères, des Sciences et des Arts, de la Défense nationale ; du bourgmestre de Bruxelles, du gouverneur du Brabant, de l'inspecteur général du Service de santé de l'armée, du directeur général de l'Hygiène; du président du Conseil d'administration, du recteur et des professeurs de clinique de l'Université de Bruxelles.

Comme chaque année, *Bruxelles médical* veillera à donner l'extension la plus grande au côté pratique des Journées, dont la formule nouvelle, qui tend à se généraliser, tient le juste milieu entre le Congrès trop spécialisé et les cours de perfectionnement trop absorbants. Les matinées seront réservées aux séances opératoires et aux démonstrations cliniques dans les hôpitaux et les cliniques ; les après-midi aux conférences, communications et projections cinématographiques, particulièrement nombreuses cette année. En trois jours, avec le concours dévoué des chefs de service bruxellois et de spécialistes étrangers, les médecins seront mis au courant de tout ce qui s'est fait de nouveau dans la thérapeutique et dans la chirurgie de toutes les spécialités. Dès à présent, nous pouvons citer parmi les conférenciers, MM. le Dr Alexis CARREL, du *Rockefeller Institute de New-York*, qui parlera, à la séance inaugurale, des *Tréphones cellulaires et leurs fonctions* ; le professeur BORDET, directeur de l'Institut Pasteur ; le professeur CANTACUZÈNE (Bucharest) ; le professeur Marcel LABBÉ (Paris), qui entretiendra ses auditeurs de l'*Insuline* ; les professeurs DUSTIN et CERF (*Les tumeurs du tube digestif*) ; professeur LEY (*Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce*) ; professeurs PAUCHET et R. GLÉNARD (*La palpation méthodique de l'abdomen*) ; Dr DARTIGUES (*Greffes testiculaires selon la méthode de Voronoff*) ; Dr LESPINNE (*Ce que le praticien doit connaître à l'heure actuelle de la sporotrichose*) ; Dr LEVADITI (*Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique*) ; Dr BIDOU (*Récupération fonctionnelle des paraplégiques*) ; professeurs Paul CARNOT et R. GLÉNARD (*Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle*) ; Dr KOPACZEWSZI (*Protéinothérapie aspécifique. — Transfusion du sang. — Colloïdothérapie*) ; Dr SIFFRE (*Coefficient minéral des dents et la tuberculose*) ; Dr CERF (*Le tubage duodénal*) ; Dr GARDETTE (*Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure*) ; Dr KEERSMAECKERS (*Le traitement du rhumatisme articulaire aigu*) ; Dr Pierre ROBIN (*Les difformités maxillaires*) ; Dr PETITJEAN (*La vaccination pratique*) ; Dr BIDOU (*Contention mécanique des spasmes*) ; professeur BRODEN (*La médecine tropicale*) ; Dr DUCHESNE (*Les stations thermales d'Auvergne*) ; Dr TANT (*Lésions de l'urètre postérieur et leur traitement*) ; Dr MAUREL (*Technique du traitement chirurgical des kystes paradentaires*) ; Dr P.-E. LÉVY (*La psychothérapie*), etc.

La quatrième journée aura lieu à Liège, où un Comité que préside le professeur HENRIJEAN et dont le gouverneur de la province et le bourgmestre ont accepté la présidence d'honneur, organise une matinée scientifique du plus haut intérêt. L'après-midi de cette journée sera consacrée à des excursions, notamment aux grottes de Remouchamps, au Fort de Loncin, au Barrage de la Gileppe, etc.

Exposition. — Une exposition internationale (Allemagne exceptée) se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra au Palais d'Egmont, pendant la durée du Congrès.

Les congressistes seront invités à une série de fêtes et de réceptions organisées en leur honneur, notamment une représentations de gala au théâtre royal de la Monnaie et une soirée à l'Hôtel de ville de Bruxelles.

Tout un programme, spécialement conçu par le Comité des Dames sera réservé aux dames des congressistes (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les dames et les médecins abonnés à *Bruxelles-médical*)

Renseignements et inscription auprès du Dr René BECKERS, secrétaire général, 36, rue Archimède, Bruxelles.

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chirurgien-adjoint à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Les candidatures seront reçues jusqu'au 1er juillet 1924.

Les candidats devront avoir terminé leur scolarité.

La thèse n'est pas exigée pour les candidatures, elle n'est exigible que pour l'entrée en fonctions.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

— **Ecole française de stomatologie**, 20, passage Dauphine, Paris.

Deuxième série de conférences publiques du 3 juin au 8 juillet 1924. — Le Dr F. LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a commencé, le mardi 3 juin à 17 h. 30, salle des conférences de l'école, une série de leçons sur : « *Les tumeurs malignes des mâchoires.* »

Mardi 3 juin, à 17 h. 30 : Rappel des notions d'anatomie normale et pathologique nécessaires à la compréhension des tumeurs malignes des maxillaires.

Mardi 17 juin, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du sinus maxillaire.

Mardi 24 juin, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

Mardi 1er juillet, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du maxillaire inférieur.

Mardi 8 juillet, à 17 h. 30 : Traitement des tumeurs malignes des mâchoires.

Ces leçons seront complétées par des projections et présentations de moulages et de malades.

L'école française de stomatologie continue avec ces cinq conférences un enseignement complémentaire qui sera poursuivi sur d'autres sujets et qui s'adresse non seulement aux étudiants spécialistes ou non, mais encore à tous les praticiens indistinctement : docteurs en médecine et chirurgiens dentistes. L'école est avant tout un centre d'enseignement et à ce titre elle ouvre largement ses portes pour ces conférences spéciales à tous ceux qui désirent, sur une question déterminée,

compléter leurs connaissances ou en acquérir de nouvelles.

Ces cours sont publics et gratuits. La direction de l'école demande seulement aux auditeurs de s'inscrire à l'avance par simple lettre adressée au directeur de l'école, 20, passage Dauphine, Paris (6e).

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — Un cours complémentaire de gynécologie sera fait du 23 juin au 12 juillet sous la direction de M. Levant, accoucheur des hôpitaux. Ce cours comprendra des examens cliniques dans le service et aux consultations bihebdomadaires (mardi matin et samedi après-midi), l'assistance aux opérations, des leçons et démonstrations anatomiques sur les sujets suivants :

Lundi 23 juin, à 10 h., M. Levant : Procédés d'exploration. — Mardi 24 juin, à 11 h., M. Levant : Physiologie et pathologie de la menstruation. — Mercredi 25 juin, à 11 h., M. Levant : Stérilité. — Jeudi 26 juin, à 11 h., M. Portes : Métrites. — Samedi 28 juin, à 11 h., M. Portes : Salpingo-ovarites.

Lundi 30 juin, à 10 h., M. Levant : Déchirures du périnée. — Mardi 1er juillet, à 11 h., M. Levant : Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales. — Mercredi 2 juillet, à 11 h., M. Levant : Déviations utérines. — Jeudi 3 juillet, à 11 h., M. Levant : Prolapsus génital. — Samedi 5 juillet, à 11 h., M. Portes : Fibromes en dehors et au cours de la gravidité.

Lundi 7 juillet, à 10 h., M. Portes : Sarcomes et cancers utérins en dehors et au cours de la gravidité. — Mardi 8 juillet, à 11 h., M. Levant : Tumeurs de l'ovaire en dehors et au cours de la gravidité. — Mercredi 9 juillet, à 11 h., M. Levant : Tumeurs utérines d'origine choriale. — Jeudi 10 juillet, à 11 h., M. Portes : Gestations ectopiques. — Samedi 12 juillet, à 11 h., M. Levant : Traitement chirurgical de l'infection puerpérale.

— **Dermatologie et vénéréologie.** — MM. Flandin Millan, Touraine, Louste, Lortat-Jacob, Laroche, Queyrat, Félix Ramond, Gougerot, Marcel Pinard, Sézary, Vignes, Léri, Leconte, Faure-Beaulieu, médecins des hôpitaux ; Michon, chirurgien des hôpitaux ; Fernet, Noguès, Gastou, Clément Simon, Civatte, Rabut Girand, Cottenot, chefs de laboratoire ou assistants des services, feront, du 16 au 28 juin, une série de 48 leçons sur la vénéréologie et la dermatologie, le matin de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et dans la journée de 14 h. à 16 h.

Lundi 16 juin 1924. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Flandin : Urticaire. Purpura. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Lortat-Jacob : Pityriasis rosé de Gibert. Pityriasis rubra pilaire. — 14 h. à 15 h., M. Milian : Psoriasis et parapsoriasis. — 15 h. à 16 h., M. Touraine : Erythrodermies.

Mardi 17 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Fernet : Erythèmes. Engelures. Acroasphyxie. Erythème polymorphe, noueux. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Louste : Lichen plan. Lichens. — 14 h. à 15 h., M. Flandin : Eczéma. Eczématides. — 15 h. à 16 h., M. Gastou : Examen d'un cuir chevelu.

Mercredi 18 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Flandin : Zona. Herpès, Dermatites herpétiformes. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Touraine : Lupus. Lupus érythémateux. — 14 h. à 15 h., M. Noguès : Le gonocoque. Urétrites aiguës. — 15 h. à 16 h. M. Cottenot : Traitement électro-radiologique des dermatoses.

Jeudi 19 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Lortat-Jacob : Cryothérapie des dermatoses. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. M. Rabut : Complications génitales de la blennorragie. — 14 h. à 15 h., M. Civatte : Mycosis fongoïde. Tumeurs de la peau. — 15 h. à 16 h., M. Fernet : Parasites cutanés. Gale et phtiriase.

Vendredi 20 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Fernet Papillomes génitaux. Molluscum contagiosum. Phimosis et paraphimosis. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Laroche : Liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Benjoin colloïdal. — 14 h. à 15 h., M. Queyrat : Balano-posthites. — 15 h. à 16 h., M. Milian : Le tréponème.

Samedi 21 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Félix Ramond : Syphilis de l'estomac. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Queyrat : Le chancre syphilitique. — 14 h. à 15 h., M. Michon : Urétrites chroniques. — 15 h. à 16 h., M. Clément Simon : Le mariage des syphilitiques.

Lundi 23 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Gougerot : Pyodermites et épidermites. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Gougerot : Mycoses et traitement. — 14 h. à 15 h., M. Rabut : Période secondaire. — 15 h. à 16 h., M. Milian : Accidents tertiaires cutanés.

Mardi 24 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Lortat-Jacob : La syphilis médullaire. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Marcel Pinard : La syphilis maligne précoce. — 14 h. à 15 h., M. Gastou : La sérologie de la syphilis. — 15 h. à 16 h., M. Sézary : Syphilis méningées et leurs traitements.

Mercredi 25 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Louste : Syphilis des organes génitaux de l'homme et de la femme. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Vignes : Syphilis et gestation et traitement. — 14 h. à 15 h., M. Léri : Syphilis osseuse. — 15 h. à 16 h., M. Leconte : Syphilis cardio-aortique.

Jeudi 26 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Marcel Pinard : Immunité, allergie et anergie dans la syphilis. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Marcel Pinard : Le traitement de la syphilis aux périodes primaire et secondaire. — 14 h. à 15 h. M. Faure-Beaulieu : Complications dites médicales de la blennorragie. — 15 h. à 16 h., M. Rabut : Les accidents dus à la thérapeutique de la syphilis.

Vendredi 27 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Gougerot : Chancrelle, bubons et diagnostic des adénites inguinales. — 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, M. Gougerot : Traitement des syphilis latentes et traitement prophylactique. — 14 h. à 15 h., M. Léri : Syphilis cérébrale. — 15 h. à 16 h., M. Larcohe : Syphilis hépatique, rénale, panviscérites syphilitiques.

Samedi 28 juin. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Louste : Syphilis héréditaire dite tardive. — 10 h. 1/2 à 11 h 1/2, M. Clément Simon : Traitement de la syphilis par le bismuth. — 14 h. à 15 h., M. Queyrat : Organisation des dispensaires, éducation des médecins et du public. — 15 h. à 16 h., M. Girand : Syphilis du nouveau-né et traitement.

Les cours auront lieu à la bibliothèque du musée de l'hôpital Saint-Louis, 40 et 42, rue Bichat. Le droit d'inscription est de 150 fr. S'inscrire auprès de M. Marcel Pinard, hôpital Boucicaut, rue de la Convention.

— **A la mémoire du professeur Tourneux.** — La Faculté de médecine de Toulouse, désirant perpétuer la mémoire du professeur Tourneux, a résolu récemment de faire reproduire ses traits en un grand médaillon de bronze qui sera apposé à l'entrée même du laboratoire qu'il avait créé et d'où sont sortis tant de travaux importants.

Pour faciliter cette réalisation, la Faculté de médecine de Toulouse sollicite le concours de tous ceux, collègues, anciens élèves, biologistes, qui ont eu l'occasion d'approcher naguère le savant maître qu'était Tourneux ou qui apprécient et reconnaissent l'importance de son œuvre scientifique et la semence féconde d'idées de recherches qu'il a répandues.

Les cotisations doivent être adressées au secrétaire de la Faculté de médecine, allées Saint-Michel, à Toulouse.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

1384. — Obtention du brevet de capacité d'infirmière

Est-il exact que certaines catégories d'infirmières puissent obtenir sans stage et sans examen le brevet de capacité donnant droit au titre d'infirmière diplômée de l'Etat ?

Est-il exact que certaines religieuses appliquées actuellement au soin des malades puissent obtenir ce diplôme, si elles exercent depuis cinq ans au moins les fonctions d'infirmières dans un service hospitalier permanent ?

Est-il exact que ces avantages ne pourront être concédés après le 27 juin ?

Quelles sont enfin les formalités à remplir pour obtenir ce diplôme ?

Dr R.

Réponse.

Le décret du 19 février 1923, qui modifie celui du 27 juin 1922, relatif au diplôme de capacité des infirmières, dispose que ce brevet peut être délivré, à titre transitoire, pendant deux ans, à partir de la date du 1er décret, c'est-à-dire, en effet, jusqu'au 27 juin 1924, à diverses catégories d'infirmières et notamment aux infirmières en exercice et ayant été admises, soit au concours, soit à la suite d'un examen, dans des services hospitaliers à caractère permanent.

Il s'ensuit que les personnes qui font fonctions d'infirmières dans les hôpitaux peuvent obtenir ce diplôme, l'administration étant très large, en ce qui concerne l'obligation d'un concours ou d'un examen préalable.

Pour obtenir le diplôme, il faut que l'intéressée ou l'hôpital dont elle dépend en fasse la demande au Ministère du Travail et de l'Hygiène.

1354. — Impôts sur les automobiles

Bien que le *C. M.* donne des renseignements assez circonstanciés concernant les taxes des autos médicales, je vous serais reconnaissant de me donner des indications complémentaires. Voici mon cas.

Possesseur d'une quadrilette Peugeot (5 ch.) et d'une 10 HP. Zèbre, dont je ne me suis jamais servi jusqu'au 1er avril dernier, et n'ai déclaré que ma quadrilette. Je n'ai donc payé trimestriellement que 25 fr. et maintenant 30 fr. Or, j'ai reçu dernièrement une feuille de prestations se montant ainsi :

	Nombre	Nombre de journées complètes
Voitures	2	6 à 10 fr. = 60 fr.
Chevaux	30	90 à 3 fr. = 270 fr.
		330 fr.

Outre qu'il y erreur manifeste sur la totalité des chevaux (30 au lieu de 15) je vous serais reconnaissant de me dire :

1° Si nous devons des prestations. Le secrétaire de mairie lui-même a été surpris de recevoir des feuilles et croyait que les nouvellêes taxes supprimaient les prestations.

2° Si nous pouvons ne payer chaque trimestre que pour une voiture, l'autre étant en panne — et si, dans mon cas, il faut acquitter le supplément de taxe, car évidemment c'est ma quadrilette qui marche le plus généralement.

3° Si les prestations sont dues pour l'année entière, ou par trimestre ce qui dans mon cas, m'exonérerait du 1er trimestre pour la 10 chevaux.

Dr S.

Réponse.

1° Il n'existe rien dans la loi qui permette de supposer que la nouvelle taxe sur les automobiles supprime celle des prestations ;

2° Les droits sont dus jusqu'à déclaration que vous avez cessé de vous servir de la voiture, souscrite à la recette buraliste, et dépôt du permis de circulation. Si vous n'avez pas rempli ces formalités, vous n'êtes pas autorisé à demander l'exemption ;

3° La taxe des prestations est établie d'après les faits existants au 1er janvier pour l'année entière. Puisqu'à cette époque, vous étiez déjà propriétaire de votre voiture 10 HP, vous êtes redevable de ladite taxe y afférente.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1361. — Impôt cédulaire. Déductions et amortissements

Je me permets, à titre d'abonné au *Concours médical*, de vous demander conseil en ce qui concerne ma déclaration d'impôts sur les bénéfices.

Installé depuis 1923, j'ai été prié cette année de faire ma déclaration. J'ai compté au titre des déductions l'amortissement de mon matériel calculé sur trois ans, l'entretien de ce matériel, mes frais d'existence. Au total, mon chiffre de déductions dépasse le chiffre des bénéfices, ce qui n'a rien de surprenant pour une première année. Le contrôleur m'a fait savoir que ma déclaration ne pouvait pas être exacte, et il m'a mis en demeure de lui faire connaître en détail mes frais d'installation, sur lesquels il appliquait d'office le taux d'amortissement de 5 %. Je lui ai alors demandé des explications sur les déductions à faire du chiffre des bénéfices ; voici sa réponse, que je joins à ma lettre.

Il me semble que la durée de 20 ans indiquée pour le matériel fixe et de 6 à 10 ans pour une voiture est un maximum qui n'est jamais atteint, surtout actuellement. D'autre part, je crois être en droit de déduire mes frais d'existence personnelle ; il me paraît bizarre que le contrôleur les considère comme constitutifs du bénéfice et imposables.

J'ai l'intention de répondre au contrôleur en maintenant ma première déclaration : mais auparavant, je désirerais que vous me fissiez savoir :

1° Sur combien d'années on peut échelonner l'amortissement du matériel, et quel est le taux d'amortissement généralement admis ;

2° Si l'on peut déduire les frais d'existence personnelle, et dans ce cas quelle somme minima on peut compter ;

3° Si le contrôleur a droit d'exiger une déclaration détaillée des frais ;

4° En cas d'imposition d'office, à qui doivent être adressées les réclamations.

J'espère que, grâce à vos lumières, je serai éclairé sur la conduite à tenir et que mon différend avec le contrôleur sera bientôt aplani.

Dr M.

Réponse

1° L'amortissement du matériel se calcule ordinairement sur 10 ans.

2° Les frais d'existence personnelle ne peuvent être déduits, mais au contraire ils sont regardés pour la totalité comme bénéfices.

3° Vous avez intérêt à donner au contrôleur la déclaration détaillée de vos frais, si vous ne voulez pas être taxé d'office.

4° La juridiction compétente est le Conseil de Préfecture.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1286. — Minimum de l'invalidité donnant droit à une pension militaire

Un de mes malades a été évacué du front le 19 mars 1917 pour crises hystériques avec tachycardie contractée du fait des opérations de guerre, ainsi que le porte son billet d'hôpital. Le 7 avril 1917, il est classé service auxiliaire par la commission de réforme de G.

Démobilisé, il passe en avril 1921 devant la commission de réforme de N., qui d'après les dires du malade, le propose pour une invalidité de 40 %, mais en sept. 1921, il reçoit de la subdivision de P. une note lui disant que sa demande de pension est rejetée parce qu'inférieure à 10 %. Ce malade n'avait d'ailleurs encore rien touché.

Le 10 avril 1923, il passe devant une nouvelle commission de réforme à V. qui lui donne du 15 % pour crises névropathiques ; en janvier 1924, il est proposé par V. pour 20 %, mais ce taux est ramené à 15 % par décision notifiée par la sous-intendance de P. Mon malade a commencé à toucher ses 15 % depuis le 10 avril 1923, c'est-à-dire 360 fr. par an plus 3 majorations pour 3 enfants à 45 fr. l'une.

Il voudrait savoir, et c'est ce que je viens vous demander, si la fixation de la pension part du jour où il a obtenu son 15 %, c'est-à-dire avril 1923, ou s'il a droit à un rappel datant du jour où il a réclamé pour la première fois, c'est-à-dire avril 1921.

Dans ce dernier cas, quelles sont les démarches à faire ?

Dr D.

Réponse.

Pour qu'une pension puisse être concédée, le minimum de l'invalidité reconnue doit être de 10 % (art. 4 de la loi du 31 mars 1919). Dès lors, si votre malade avait moins de dix en avril 1921, le point de départ de la pension ne peut être fixé à cette date, mais seulement au jour où le degré de l'invalidité a atteint 15 %, c'est-à-dire au mois d'avril 1923.

1266. — Droit à pension d'une veuve de guerre

Voulez-vous me donner votre opinion sur le cas suivant que je juge très intéressant :

Un caporal d'infanterie, « gazé » pendant la guerre, n'a pas voulu se faire réformer, ni demander de pension.... il s'est soigné à plusieurs reprises, comme en font foi de nombreux certificats médicaux.... enfin, devenu cavitaire, il se décide.... pour sa femme et son enfant, à demander une pension. Visité le 8-4-1923, il est réformé, possédant des feuilles d'origine, par la C. R. de N. en date du 24-4-23 à 100 (mais il était mort depuis le 19) et sa pension est concédée par décret du 3-10-1923 à 100 %.

La veuve a fait une demande de pension. Celle-ci est refusée par le ministre le 22-8-1923. « Le mariage contracté le 29-11-1919 est postérieur à la démobilisation du caporal M... renvoyé dans ses foyers le 14-9-1919. »

Or, l'article 14 de la loi du 31-3-19, dit que « le droit à pension existe si le mariage est antérieur à l'origine de la maladie, *exception faite* pour les mutilés atteints d'une infirmité égale ou supérieure à 80 %. Ces veuves auront droit à pension si le mariage est contracté dans les 2 ans de la réforme, ou de *la cessation des hostilités* et si ce mariage a duré une année ».

Le mariage est antérieur à la réforme... mais il a été contracté moins de deux ans après la cessation des hostilités.

Mal conseillée, à mon avis tout au moins, Mme M. appelée devant le tribunal des pensions, a renoncé à poursuivre.

Peut-elle réclamer à nouveau, pour elle et pour son enfant ? Dr D.

Réponse.

Le mariage, étant postérieur à la blessure, (puisque les gazés sont considérés comme des blessés), il ne peut s'agir que d'une pension de réversion, si la pension du mari décédé était égale ou supérieure à 80 %, *ce qui est le cas.*

Cette veuve aurait donc bien droit à une pension, et elle serait en droit de se pourvoir devant

le Tribunal des Pensions contre la décision de rejet, dont elle a été l'objet.

Peut-être aura-t-elle raison de risquer le coup? Qu'elle le fasse ; mais il faut qu'elle soit prévenue que, d'après les renseignements donnés, la pension de son mari semble avoir été concédée à tort, et risque d'être annulée pour erreur matérielle, si l'on s'aperçoit de la chose.

En effet, celui-ci était mort entre sa première visite par les experts et la commission de réforme ; dans ces conditions,on ne devait pas, d'après les instructions en cours, liquider une pension en sa faveur.

Dès lors, elle perdrait tout, et sa pension de veuve et son allocation pour enfant (300 fr.), tandis que, la pension de son mari n'étant pas annulée, elle serait certaine de toujours recevoir pour son enfant jusqu'à l'âge de 18 ans, la majoration de 300 fr., allouée par la pension de 100 % du père décidé. Il lui suffirait de le demander au Ministre des Finances (dette inscrite).

Ainsi d'un côté, elle garderait *certainement* 300 fr. pour son enfant durant quelques années ; de l'autre elle risquerait d'avoir 600 fr. par an pour elle et 300 fr. pour son enfant jusqu'à 18 ans, ou . . . *rien du tout.*

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *mai* 1924.

— **Enseignement technique et apprentissage.** — *Décret* du 24 *mai* 1924 instituant une *Commission technique pour la coordination des questions relatives à l'enseignement technique et à l'apprentissage.*

— **Salubrité publique.** — *Circulaire* des Ministres du Commerce, des Travaux publics, de l'Intérieur et du Travail et de l'Hygiène, relative à la *suppression des fumées dans les agglomérations urbaines*, recommandant aux préfets de s'inspirer d'une ordonnance des Préfets de la Seine et de Police, du 22 juin 1898, qui interdit de produire une fumée noire, épaisse et prolongée, pouvant atteindre les habitations voisines ou infecter l'atmosphère des rues de Paris.

29 *mai* 1924.

— **Médaille d'honneur communale.** — *Décret du* 16 *mai* 1924 modifiant le décret du 20 août 1921 qui a institué une *médaille d'honneur communale.*

— **Impôts sur les revenus.** — *Décret du* 26 *mai* 1924, concernant les déclarations prévues pour *l'établissement des impôts sur les revenus en Algérie.*

— **Inspection des services administratifs.** — *Arrêté* du Ministre de l'Intérieur, du 20 mai 1924, ouvrant un *concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur des services administratifs.*

Ce concours s'ouvrira à Paris à partir du 1er octobre 1924, pour l'admission à un emploi d'inspecteur des services administratifs.

Un deuxième concours pour l'admission à un emploi d'inspecteur des services administratifs, docteur en médecine, s'ouvrira à Paris à partir du 1er octobre 1924.

Les demandes doivent être adressées au Ministère de l'Intérieur, Service central de l'Inspection générale, 11, rue Cambacérès, à partir du 15 juin et jusqu'au 11 juillet inclus.

— **Laboratoire de recherches et d'analyses des produits médicamenteux et hygiéniques.** — Un *concours pour la nomination à la classe de début d'un préparateur* au laboratoire aura lieu à Paris, à la Faculté de pharmacie, le 9 juillet 1924. La demande doit être adressée au Ministère de l'Agriculture (direction des services sanitaires, 42 *bis*, rue de Bourgogne), le 2 juillet au plus tard. Le diplôme de pharmacien de 1re classe est exigé.

— **Licences en droit, ès lettres et ès sciences.** — *Décret du* 27 *mai* 1924 relatifs aux *dispenses du baccalauréat de l'enseignement secondaire* pour l'obtention de ces licences.

— **Congrès des Sociétés Savantes.** — *Le* 58e *Congrès des délégués des Sociétés savantes,* s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 14 avril 1925, à 2 heures, et sera clos le 18 avril.

— **Mutilés de guerre.** — *Instruction du Ministre des Pensions relative à l'appareillage des mutilés.*

(Sera publiée ultérieurement).

1er *juin* 1924.

— **Accidents du travail.** — *Décret du* 31 *mai* 1924 *déterminant les frais de transport des juges de paix en matière d'accidents du travail.*

Pour les voyages en chemin de fer ou en tramway, indemnité égale au prix d'un billet de 1re classe, calculé, s'il se peut, d'après le tarif aller et retour. Pour les voyages effectués par un autre mode de locomotion, en cas d'impossibilité de faire usage de la voie ferrée ou d'extrême urgence, 60 centimes par kilomètre parcouru en allant et en revenant.

En outre, indemnité de déplacement de 4 fr. si le lieu de transport est situé de 2 à 10 kil. de chef-lieu de canton ; 10 fr. de 10 à 20 kil. ; 20 fr. au-delà de 20 kilomètres.

— **Conseil des lettres.** — *Décret du* 30 *mai* 1924 *instituant un Conseil des lettres.*

— **Manufactures nationales et arts industriels.** — *Décret du* 31 *mai* 1924 portant création d'un *conseil des manufactures nationales et des arts appliqués à l'industrie.*

— **Ecole des Mines de Saint-Etienne.** — Le taux de l'indemnité allouée au médecin de cette Ecole a été porté de 1.000 à 1.500 fr. par an.

— **Assurance accidents.** — *Décret du* 31 *mai* 1924 approuvant des modifications et additions apportées aux *tarifs de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accident.*

Ces modifications et additions visent notamment les professions agricoles et les ostréiculteurs.

3 *juin* 1924.

— **Alsace-Lorraine.** — *Loi du* 1er *juin* 1924 *mettant en vigueur la législation civile française* dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Loi du 1er *juin* 1924 *portant introduction des lois commerciales françaises* dans les mêmes départements.

— **Navigation aérienne.** — *Loi du* 31 *mai* 1924 *relative à la navigation aérienne.*

— **Téléphones.** — *Décret du* 17 *mai* 1924, aux termes duquel toute personne qui a échangé comme demandeur une communication téléphonique (conversation ou message) à partir d'une cabine publique ou qui a déposé à un poste public un avis d'appel téléphonique, peut obtenir un *récépissé* extrait d'un carnet à souche, si la demande en est faite au moment du versement de la taxe, moyennant une taxe spéciale de 20 centimes, qui n'est remboursée en aucun cas.

— **Agriculture.** — *Circulaire relative au crédit agricole.*

— **Maison de Santé de Saint-Maurice.** — Un *concours* pour la nomination de 4 *emplois d'internes* à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (section des aliénés), est ouvert le 5 juillet 1924 et un concours pour l'*emploi d'internes en médecine* à l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice est ouvert le 26 juin 1924.

— **Retraites mutualistes.** — *Circulaire* du Ministre du Travail et de l'Hygiène, concernant les *pensions mutualistes de retraites des anciens combattants et des victimes de la guerre.*

— **Soins aux pensionnés de guerre.** — *Arrêté du* 31 *mai* 1924, *fixant les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

Le ministre des pensions,
Le ministre des finances,
Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 :
Vu l'article 95 du décret du 25 octobre 1922 abrogeant l'arrêté du 6 juin 1921 ;
Vu l'article 64 dudit décret ainsi conçu :
« Les indemnités de déplacement auxquelles peu-

---

vent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile sont établies, pour la France, les colonies et pays de protectorat, sur la proposition des préfets, gouverneurs ou résidents généraux, par arrêtés concertés entre le ministre des pensions et le ministre des finances. Les tarifs tiennent compte des régions, parcours et mode de transport.

« Le montant total de l'indemnité ne peut en aucun cas excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché.

« L'indemnité kilométrique n'est pas allouée lorsque la distance entre le domicile du malade et le domicile du médecin est inférieure à 1 kilomètre, c'est-à-dire lorsque le parcours ne comporte pas une distance de 2 kilomètres aller et retour.

« En ce qui concerne les fractions de kilomètre effectuées au delà du parcours minimum de 2 kilomètres, celles égales ou inférieures à 500 mètres ne comportent pas d'indemnité kilométrique, celles supérieures à 500 mètres, sont tarifées comme 1 kilomètre.

« L'indemnité kilométrique n'est pas allouée dans les limites d'une agglomération, ni dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus.

« Lorsqu'un médecin visite plusieurs malades échelonnés sur un même parcours, l'indemnité kilométrique n'est décomptée qu'une fois, en tenant compte du parcours effectué. Le montant de l'indemnité est décompté sur le bulletin de visite du malade le plus éloigné, avec références réciproques, entre les bulletins de visites des différents malades visités ».

Arrêtent :

Art. 1er. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit, en France, pour l'année 1924 :

Dans les régions de plaine, 1 fr. 24 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions dévastées, 1 fr. 27 par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions de montagne, 1 fr. 40 par kilomètre effectivement parcouru.

Art. 2. — A l'occasion de chaque visite, le médecin doit inscrire lisiblement au recto du bulletin de visite extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant, compte étant tenu des dispositions des paragraphes 2 à 6 de l'article 64 du décret du 25 octobre 1922 ci-dessus rappelé.

Art. 3. — Un arrêté préfectoral déterminera dans chaque département, les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine, région de montagne, région dévastée.

La liste des communes des régions dévastées sera revisible annuellement.

Quarante-sixième année — N° 25 — 22 Juin 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1480-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...
(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr CUDENNEC d'Audierne (Finistère), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly
Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon. Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker. Duliège, Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès,
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros, Verrier.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Fau. Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

AVIS. — Les médecins qui ont été sollicités par l'annonce parue dans le *Concours médical* sous le numéro 238 pour s'installer dans l'île de Porquerolles (Var), sont informés que le service médical est largement assuré dans cette localité par le médecin qui y réside déjà. Les intéressés pourront s'en convaincre en prenant sur place tous renseignements utiles ou en s'adressant au médecin de l'Institut marin de Porquerolles.

Nº 268. — A vendre près bord de la Loire entre Orléans et Blois, 2 H., Paris express. Belle maison 8 pièces 3 ch. dom. gaz, élect. jardin 1.000 m. garage , 2 autos. Dr Veillard, Meung, Loiret.

N. 269. — Bourgogne. Séjour de campagne et de vacances pour enfants chez docteur.

Nº 270. — Nord. Bon poste à céder de suite, indem. modérée. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

Nº 271. — A vendre chez le Dr Daban, au Tremblay-le-Vte, Eure-et-Loir, excellente et confortable conduite intér. 2-3 pl. Rollain-Pilain, 10 HP. Aff. de conf.

Nº 272. — Calvados. A vendre Zèbre mono 5 HP., 1915, marche parfaite, 3.000 fr., 4 roues Michelin 710 × 90 avec chambres et pneus câblés 400 fr.

Nº 273. — A vendre 500 fr., vérascope Richard, 45 × 107 mod. à décentrement obj. anastigmats Zeiss F = 54 mm. parfait état, écrin riche. Dr Valençon, Meulan (S.-et-Oise).

Nº 274. — A céder compteur en bon état pour courant continu 110 volts , excellentes conditions. Dr Beaufils, Moulins-Engilbert, Nièvre.

Nº 275. — Médecin, 15 ans pratique, libre d'octobre à mai, cherche situation médicale ou para-médicale. Côte d'Azur, Paris ou Lyon.

Nº 276. — Docteur, jeune et actif, ancien externe des hôpitaux de Paris, demande place dans clinique ou à aider confrère, Paris ou banlieue immédiate.

Nº 277. — Famille docteur, jolie campagne 30 km. Paris recevra pensionnaires, femmes enceintes, prix modérés.

Nº 278. — A céder d'urgence ds ville du Nord, excel. poste. Très gros produit. Jolie maison. Excellentes conditions de reprise. S'adr. cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 279. — Ds grde ville cabinet nez-gorge-oreilles, client. anc. et très sérieuse. Rapp. 34.000 fr. susceptible augmentation. Cession urgente. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 280. — A céder de suite Sud-Est, p. m. rapport 40.000 susceptible d'augmentation si auto. Cond. à reprise du bail et 25.000 dont 15.000 comptant.

TUBERCULOSE. — « Les médicaments usités dans la tuberculose ont souvent une action fâcheuse sur le tube digestif. Ils en ont un plus fâcheux encore sur les ressources des tuberculeux pauvres » (AMEUILLE). Sans fatiguer l'estomac, le **Codoforme Bottu** calmera la toux de vos tuberculeux tout en étant plus économique qu'un sirop ou une potion.

Occasion exceptionnelle à ENGHIEN-MONTMORENCY. — A vendre **SPLENDIDE CHALET NORMAND**, libre de suite, situé limite des deux communes : 15 minutes gare Enghien, 2 minutes tramway, composé de : grand-hall, salon, salle de billard, salle à manger, office, cuisine, 14 chambres de maîtres avec cabinet de toilette, 2 salles de bains, loggia, lingerie, 5 chambres domestiques, grenier. Installation complète : eau, gaz, électricité, chauffage central. Parc magnifique de 2.500 mètres susceptible agrandissement. PRIX : 425.000 ou 350.000, meublé ou non. Facilités de paiement. Conviendrait admirablement pour maison de repos ou de santé.

S'adresser : 47, rue de Paris, à Montmorency, ou à Paris, Compagnie Pharos, 8 *bis*, rue de Châteaudun. Trudaine : 45-35 ou 36.

Les Journées Médicales de Bruxelles

Nous rappelons à nos lecteurs qu'elles auront lieu les 29 et 30 juin et les 1er et 2 juillet, avec le concours des Professeurs Alexis CARREL (New-York) ; Jean CANTACUZÈNE (Roumanie) ; Marcel LABBÉ (Paris) ; A. DEPAGE (Bruxelles), et d'un grand nombre de Maîtres des Universités belges et françaises.

Renseignements et inscriptions : *Dr R. Beckers*, 36, rue Archimède, Bruxelles.

CORRESPONDANCE

L'assurance accidents reste en dehors du projet d'assurances sociales

Concours, page 1416 du 8-VI-24, dernier paragraphe :

« La morbidité (*exclusion* faite du chômage occa-
« sionné par les *accidents du travail*....... »

Est-ce que j'ai mal lu ?

Est-ce que le projet « assurances sociales » ne couvre pas les accidents du travail comme les risques (!) maternité, indigence, etc. ?

Dr C.

Réponse.

Vous avez bien lu. Le projet de loi sur les assurances sociales ne couvre pas le risque des accidents du travail, **pas plus, d'ailleurs, que les soins aux mutilés de guerre.**

1542. — Préjudice esthétique occasionné par un accident du travail

Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance et à votre compétence en accidents du travail.

Manœuvre, 36 ans, blessé il y a huit jours. La ferrure d'une courroie de transmission arrachée vient le frapper à la face. Section de la joue sur 7 cm. suivant le bord inférieur du maxillaire inférieur droit, partie antérieure.

Le triangulaire des lèvres, sans doute aussi le carré du menton, ayant été sectionnés, la commissure droite des lèvres se trouve attirée en haut ; d'où déformation de la bouche légère au repos, assez accentuée dans la mastication ou quand le blessé parle. Cette difformité, qui ne le gêne que modérément dans la mastication, constitue-t-elle un élément d'incapacité, bien que ne diminuant pas la faculté de travail, et quelle serait, d'après vous, l'estimation à proposer ?

Dr L.

Réponse

En général, les difformités ne gênant pas le travail ne donnent pas droit à une rente pour incapacité permanente, la base de toute rente accordée à la victime d'un accident du travail étant la diminution de sa capacité de travail. Mais cependant, dans certains cas, et notamment lorsqu'il y a cicatrice vicieuse de la face, entraînant une défiguration du blessé, il a été admis par les tribunaux que celui-ci avait droit à une rente.

Il est vrai de dire que c'est surtout lorsqu'il s'agit de blessés du sexe féminin ou d'employés exerçant une profession dans laquelle ils sont en rapport avec la clientèle (employés de magasins, domestiques, etc.), qu'une difformité a été considérée comme diminuant la capacité de travail. Pour un manœuvre, il n'en serait pas de même.

Cependant, s'il y a défiguration importante et gêne de la parole ou de la mastication, vous pourriez peut-être noter sur votre certificat une diminution de capacité modique, de 5 à 10 %, par exemple. Mais nous ne saurions en cas de difficultés, vous indiquer de précédents s'appliquant exactement à ce cas.

1469. — Cas curieux de responsabilité d'accident

Marie travaille à son tour. Tout à coup une vitre du toit, brisée, lui occasionne une vaste blessure du front.

Son patron, *Callixte*, qui *sous-loue* une pièce d'atelier, fait appeler le médecin.

Pour payer, tout le monde se défile.

Callixte dit : je sous-loue de M. Arthur, les carreaux lui appartiennent, c'est lui le responsable.

M. Arthur dit : *non*, je ne suis pas responsable, le responsable, c'est M. Louis, mon voisin, car c'est une tuile de son toit que le vent a détachée et qui est venue briser le carreau et produire la blessure.

M. Louis dit : ah ! mais ce n'est pas moi le responsalble, *c'est le vent* ! (cas de force majeure).

Marie, la blessée, de se défiler.

Callixte, le patron, se défile.

Arthur, le locataire, se défile.

Louis, le propriétaire de la toiture, se défile.

Le vent !.... Je ne sais pas son *adresse* !

Mon ami le potard, en présence de sa note impayée, est logé à la même enseigne. Nous ne bougerons pas, car le jeu n'en vaut pas la chandelle.

Mais je voudrais bien savoir, tout de même, qui, en dehors du vent, est responsable . ?

Dr D.

Réponse

La blessée, dites-vous, travaillait à son tour lorsque l'accident est survenu. Quelle que soit la cause de l'accident, du moment qu'il est survenu pendant le travail, c'est, au sens de la loi du 9 avril 1898, un accident du travail. Par conséquent, le patron est responsable des frais médicaux et pharmaceutiques sur les bases des tarifs spéciaux.

D'autre part, c'est le patron qui vous a fait appeler, c'est donc à lui que vous avez fait confiancè en donnant vos soins à la blessée ; dans ces conditions et par application du droit commun, il serait encore responsable de vos honoraires.

De toute façon, qu'il s'agisse d'accident du travail ou d'accident du droit commun, le patron conserve son recours contre le tiers dont la faute ou la négligence peuvent avoir causé l'accident. Mais, vous, personnellement, vous n'avez pas à entrer dans cette discussion.

Si vous désiriez poursuivre l'affaire, vous devriez assigner le patron devant le juge de paix du

lieu de l'accident en paiement de vos honoraires, puisqu'il s'agit d'un accident du travail. Nous vous rappelons qu'en cette matière, la procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

En vertu du droit commun, le juge compétent serait le juge de paix du domicile du patron ou de la blessée que vous devriez citer solidairement.

1428. — Pas d'âge minimum légal pour exercer la médecine

Est-il vrai qu'un docteur en médecine français ne puisse exercer la médecine en France avant 25 ans révolus ?

Deux confrères sérieux m'ont affirmé que l'âge de 25 ans était nécessaire. Je me refuse à y croire.

Dr B.

Réponse.

La loi sur l'exercice de la médecine n'impose aucune condition d'âge au médecin pour s'établir. La seule obligation est d'être muni du diplôme d'Etat et d'avoir fait enregistrer son titre avant d'accomplir aucun acte de la profession. En fait, il est évident que bien peu de médecins sont en état d'exercer avant d'avoir atteint 25 ans, mais c'est là seulement unc situation de fait qui n'est imposée par aucune règle légale.

1429. — Hernie accident du travail

J'ai recours à vos conseils pour vous demander quelle est la jurisprudence concernant la hernie accident du travail. Il s'agit d'un ouvrier dans une usine de conserves, qui manipule des caisses et fait le sertissage des boîtes à la machine. En faisant marcher la pédale de sa machine, il a ressenti une vive douleur dans l'aîne droite. Les premières visites ne m'ont pas fait trouver la cause de cette douleur, ce n'est qu'au bout de quelques jours que j'ai constaté que le siège de la douleur était dans l'anneau. Je lui ai fait prendre un bandage de soutien et il a pu reprendre son travail. Je lui ai établi des certificats détaillés, mais la compagnie d'assurances refuse d'accepter le sinistre. L'agent d'assurance conseille à l'ouvrier d'attaquer le patron en paiement de son demi-salaire et des soins médicaux et pharmaceutiques (bien minimes en l'espèce).

Il y a quelques mois, dans la même usine, une autre compagnie d'assurances acceptait un sinistre du même genre et même payait la cure radicale.

En poursuivant cette affaire, a-t-on chance d'obtenir gain de cause ?

Dr H.

Réponse.

La jurisprudence, revenant sur ses tendances antérieures, est de plus en plus favorable à l'admission des hernies comme accidents du travail.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 22 novembre 1922 (Recueil des Accidents du travail, 1923, p. 10) admet que la hernie s'étant révélée au cours du travail, la prédisposition de l'ouvrier ne suffit pas à empêcher l'application de la loi de 1898 ; le patron doit faire la preuve, soit qu'elle préexistait, soit qu'elle doit être attribuée à une cause étrangère au travail.

La *Gazette des tribunaux* des 26 et 27 mai 1924 publie deux décisions dans le même sens : l'une de la Cour de Paris, 7e chambre, du 3 décembre 1923 ; l'autre du tribunal civil de la Seine (9e chambre) du 9 novembre 1923.

Si l'ouvrier, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, peut prouver que c'est au cours de son travail qu'il a ressenti une vive douleur dans l'aine, il peut citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident en paiement du demi-salaire et des soins médicaux.

Quant à vous, vous pouvez citer le même patron devant le même juge de paix, en paiement de vos honoraires.

Peu importe que la faiblesse des parois ait constitué une prédisposition à la hernie, dès lors que le patron ne pourrait prouver que la hernie existait avant l'accident ou doit être attribuée à une cause étrangère à celui-ci.

1169. — Quand une pension temporaire devient-elle définitive ?

Pensionné à 30 % depuis mon premier passage devant la commission spéciale et réformé en mars 1920, j'ai en 1921-1922-1923-1924 subi une visite qui m'a toujours maintenu. Quand ma pension sera-t-elle définitive ? Quand aurai-je fini de passer des visites ?

Dr R.

Réponse.

Votre pension deviendra définitive quatre ans après votre première commission de réforme en mars 1920 ; mais vous devrez avoir subi — dans les six derniers mois de ces 4 ans — une visite (et ce sera la dernière), qui fixera définitivement le taux de votre invalidité.

1189. — Recours contre rejet d'une demande de pension

Un de mes malades est pensionné de guerre (10% d'invalidité) pour séquelles de blessure de la face, par éclatement d'une pièce d'artillerie. Parmi ces séquelles est signalée une surdité partielle du côté atteint.

En novembre dernier, soit environ 5 ans après la blessure, il présente une hémiplégie gauche, soudaine

(*Voir la suite page XLIII*-1521)

PROPOS DU JOUR

La célébration des centenaires.

Le troisième centenaire de Thomas Sydenham. — A propos du quatrième centenaire de Ronsard. — Quelques centenaires prochains qui mériteraient de n'être pas oubliés.

Depuis quelques années, l'on multiplie les cérémonies commémoratives. Ce sont les jubilés, les cinquantenaires, les centenaires de la naissance, de la mort, des grandes découvertes des savants et des médecins que l'on célèbre. Ce sont les anniversaires des fondations des vieilles Universités, des Académies que l'on fête.

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces cérémonies. Elles consacrent les découvertes les plus précieuses du génie humain. Elles rapprochent les nations et créent une sorte de culte universel de la Science. Enfin, elles permettent à la Presse d'instruire le peuple et de lui signaler les noms de ceux qui ont droit à sa reconnaissance.

L'apothéose mondiale de Pasteur a eu comme écho la célébration de la découverte de Jenner. Déjà, l'on avait commémoré à Quimper l'invention de l'auscultation et glorifié Laënnec. Aujourd'hui, *l'on remonte plus haut et, pendant qu'on se préparait à célébrer à Vendôme le quatrième* centenaire du poète Ronsard, l'Académie de médecine de Paris applaudissait à l'éloquent éloge de Thomas Sydenham que prononçait le Pr Chauffard, en l'honneur du troisième centenaire de sa naissance.

Plus que nul autre Thomas Sydenham mérite de nous intéresser, car ce médecin de génie ne fut ni professeur, ni même attaché à un hôpital, mais bien un simple praticien, ce que l'on appellerait de nos jours un médecin de quartier de Londres. Par son talent et son expérience, ce médecin praticien a joui dans cette ville d'un prodigieux succès, d'ailleurs bien mérité, ce qui ne fut pas sans lui susciter nombre d'envieux et d'ennemis.

Né en 1624, à Wyndford-Eagle, dans le Comté de Dorset, Th. Sydenham fit ses études à Oxford où il fut reçu bâchelier en médecine en 1648 ; ce ne fut que 28 ans après qu'il obtint à Cambridge le grade de docteur. Comme tous les membres de sa famille, puritain convaincu et officier de l'armée de Cromwell, il prit part aux guerres civiles de la Révolution d'Angleterre, ce qui bouleversa singulièrement sa vie et ses études. Il exerça à Londres de 1661 à 1686 et, après avoir été longtemps tourmenté par la goutte, mourut en 1689.

Bien que très érudit, Sydenham écrivit tous ses ouvrages en anglais. Ils furent traduits en latin par Mapletoft et G. Havers ; les manuscrits originaux furent détruits.

Les *Opera omnia* de Sydenham furent traduits de nouveau en anglais en 1742, puis de l'anglais en français par Jault (Paris 1776.Avignon, 1799) enfin en 1816, Baumes en donna à Montpellier une nouvelle édition, revue *sur les premières éditions latines.*

A une époque où régnaient les doctrines *a priori* et les systèmes, Th. Sydenham, véritable *révolutionnaire en médecine,* osa *faire preuve* d'un certain degré de scepticisme. Mais ce scepticisme, *analogue au doute philosophique de* Claude Bernard, s'arrêtait devant les faits qu'il *observait par l'expérience et la clinique. C'est ainsi qu'il revint peu à peu aux doctrines hippocratiques.*

L'invention du laudanum qui a popularisé son nom, sa méthode efficace d'administration du quinquina dans les fièvres après l'accès, auraient suffi à le rendre célèbre, mais on lui doit plus. Ses travaux sur la variole et son traité de la goutte, qu'il étudia sur lui-même, ses recherches et sa description de l'hystérie et de la chorée qui porte son nom, font de Sydenham, un clinicien de premier ordre.

Il faut lire sa description de l'hystérie, qui « se montre sous une infinité de formes diverses et imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain ». Ce fut Sydenham qui écrivit : « Cette maladie est un *Protée* qui prend une infinité de formes différentes ; c'est un caméléon qui varie sans fin ses couleurs ».

Chose étrange, tous les travaux publiés sur l'hystérie pendant le XVIIIe siècle et la première moitié du XIXe (et ils sont nombreux) ignorent la description de Sydenham, et il faut arriver à Briquet, en 1859, pour voir apprécier selon leur mérite les descriptions de la chorée et de l'hystérie par le génial praticien anglais.

Mais si Thomas Sydenham fut un clinicien de

premier ordre et un thérapeute de bon sens qui sut répondre aux indications des maladies et éviter l'emploi excessif des traitements systématiques appliqués à son époque, ce qui, à notre avis, en fait un médecin tout à fait supérieur, c'est la conception qu'il s'était faite de l'origine des maladies. Cette sorte de prescience des découvertes de notre époque en fait un véritable précurseur.

Sans doute, un siècle avant lui, Jérôme Fracastor avait écrit : « Les germes des contagions sont des infiniment petits qui ne tombent pas sous nos sens, qui naissent dans notre corps ou y sont portés du dehors et vont reproduire une maladie absolument semblable chez un autre ».

Mais Sydenham est allé plus loin : il s'est rendu compte de l'effort de défense de l'organisme. Nous croyons devoir citer le passage suivant, emprunté au premier chapitre de l'Histoire des maladies aiguës :

« Quelque contraires que soient, au corps humain, les causes de maladies, il me semble néanmoins qu'à raisonner juste, la maladie n'est autre chose qu'un effort de la nature, qui, pour conserver le malade, travaille de toutes ses forces à évacuer la matière morbifique. Le Souverain Maître de l'Univers ayant voulu que les hommes fussent exposés à recevoir différentes impressions de la part des choses extérieures, ils se sont trouvés pour cette raison nécessairement sujets à diverses maladies, lesquelles viennent en partie de certaines particules de l'air qui ne sont point analogues avec nos humeurs, et qui s'insinuent dans le corps, et, se mêlant avec le sang, l'infectent et le corrompent ; et, en partie de différentes fermentations, o u même de différentes pourritures d'humeurs qui séjournent trop longtemps dans le corps, parce qu'à raison de leur quantité excessive, ou de leur qualité particulière, il n'a pu les atténuer ni les évacuer. »

Et plus loin :

« Les maladies épidémiques viennent d'une altération secrète et inexplicable de l'air qui, alors, infecte le corps humain et elles ne dépendent nullement d'une qualité supérieure du sang et des humeurs, sinon en tant que la contagion de l'air a imprimé cette qualité au sang et aux humeurs ».

Il y aurait encore beaucoup de citations intéressantes à faire, mais nous croyons que ces quelques lignes suffisent pour montrer combien il était légitime de célébrer à notre époque le troisième centenaire d'un médecin praticien de génie, de Thomas Sydenham.

***

Nous avons rappelé au début de ce « propos » les fêtes de Vendôme en l'honneur du quatre centième anniversaire de la naissance du poète Ronsard.

P. de Ronsard ne fut pas médecin, comme son contemporain Rabelais qui, lors de la naissance du poète, commençait déjà à être connu. Cependant, il fut lié d'amitié avec Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, originaire de la même province. Nous n'avons pu fêter le quatrième centenaire de la naissance d'Ambroise Paré, d'abord parce que l'on est assez mal fixé sur la date exacte de sa naissance, ensuite parce que ce centenaire aurait vraisemblablement coïncidé avec les années les plus terribles de la grande guerre, ce qui est assez piquant, puisque Ambroise Paré fut aussi et surtout le père de la chirurgie d'armée.

C'est pour réparer cette omission dont souffre la mémoire d'A. Paré que nous croyons intéressant de reproduire ici le sonnet et le quatrain que Ronsard lui dédia et qui sont imprimés au début des œuvres du grand chirurgien. :

SONNET.

Tout cela que peut faire en quarante ans d'espace,
Le labeur, l'artifice et le docte sçavoir :
Tout cela que la main, l'usage et le devoir,
La raison et l'esprit commandent que l'on fasse :

Tu le peux voir, Lecteur, comprins en peu de place,
En ce livre qu'on doit pour divin recevoir ;
Car c'est imiter Dieu que guarir et pouvoir
Soulager les malheurs de notre humaine race.

Si jadis Apollon, pour aider aux mortels,
Receut en divers lieux et temples et autels,
Notre France devrait (si la maligne Envie

Ne lui silloit les yeux) célébrer ton bonheur :
Poète et voisin, j'aurois part en ton honneur,
D'autant que ton Laval est près de ma patrie.

P. DE RONSARD.

QUATRAIN DU MESME AUTHEUR.

Un lit ce livre pour apprendre,
L'autre le lit comme envieux,
Il est aisé de le reprendre,
Mais mal-aisé de faire mieux.

Toutes ces allusions à la maligne envie et aux envieux viennent des persécutions dont Ambroise Paré fut victime de la part de la Faculté de médecine de Paris. Il s'en fallut de peu que ses œuvres fussent brûlées par la main du bourreau, et ce qui fut plus dangereux à cette époque, au lendemain de la Saint-Barthélémy, c'est que l'on s'efforça de faire croire qu'Ambroise Paré était protestant. Certains de ses contemporains, dont Brantôme, le crurent de bonne foi. Les vers de Ronsard détruisent cette légende, car le grand

poète était un ennemi acharné des calvinistes. Tout le monde connaît les vers du *Discours des misères du temps* adressés à Catherine de Médicis :

Non, non, je ne veux point que ceux qui doivent naistre,
Pour un fol Huguenot me puisse recognoistre :
Je n'aime point ces noms qui se terminent en ots,
Gots, Cagots, Austrogots, Visgots et Huguenots.

Il est vrai qu'A. Paré était plus tolérant.

***

En terminant, signalons quelques centenaires, moins lointains :

1º Cette année 1924 même, tombe, croyons-nous, le centième anniversaire de la naissance de Paul Broca, le maître incontesté de l'Ecole anthropologique française. Il appartiendrait à la Faculté de médecine, dont il fut professeur, à la Société de chirurgie, et surtout à la Société d'anthropologie, qu'il fonda, de s'unir pour célébrer son centenaire. La valeur scientifique de P. Broca était universellement reconnue ; élu sénateur inamovible, on lui éleva en 1887 une statue devant l'Ecole de médecine.

2º L'année prochaine, 1925, sera la centième année après la naissance de Charcot.

3º En 1926, l'on pourrait commémorer le centième anniversaire de la mort de Pinel.

4º Enfin, en 1927, sera celui de la naissance de Lord Lister.

Voilà quelques centenaires médicaux qu'il ne faudrait pas oublier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES

Par M. Paul Delmas,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

La vieille comparaison est toujours acceptable, qui assimile l'essentiel de l'accouchement à l'heureux concours de ces trois facteurs, le projectile fœtal poussé à travers la filière pelvienne par la force contractile de l'utérus. Cette dernière fait-elle défaut, ou, tout au moins, ne peut-elle aboutir asscz tôt pour que la vie de la mère ou de l'enfant ne soient mis en périls, l'accoucheur substituera à la « vis à tergo » dc l'accouchement spontané, la « vis à fronte » de l'intervention obstétricale.

Mais il n'importe : au point de vue du mécanisme, le problème se ramène toujours à la traversée du bassin par le corps du fœtus qui doit le parcourir pour passer du ventre maternel au monde extérieur.

De toute façon, ce passage n'est possible qu'aux présentations longitudinales, tête ou siège, sollicitant le détroit supérieur, à la manière d'un œuf dur pour lequel la pénétration dans un coquetier suppose obligatoirement son abord par le gros ou le petit bout.

Est-il indiqué de terminer artificiellement l'accouchement, le procédé le plus simple, en théorie, tout au moins, celui qui en principe suppose le seul emploi des mains de l'accoucheur, c'est l'usage comme tracteur naturel des membres inférieurs du fœtus, solution toute naturelle quand l'extrémité pelvienne du fœtus, s'offre à l'entrée du bassin. Telle est l'intervention décrite par les classiques sous le nom de « grande extraction du siège ».

I

Cependant, l'utérus, ovoïde à grand axe vertical dont le gros bout est sous-diaphragmatique, tandis que son petit bout correspond au segment inférieur, contient plus souvent un fœtus mieux accommodé, à siège logé dans le haut, spacieux pour recevoir sa masse accrue du volume des membres inférieurs, et à tête plus petite sollicitant le détroit supérieur.

A. — Parfois celui-ci est peu ou prou encombré, soit par l'obstacle dur d'un promontoire trop saillant dans un bassin rétréci, soit par l'obstacle mou d'un placenta prœvia, d'un fibrome ou de toute autre tumeur, à moins qu'il ne s'agisse d'un utérus par trop penché en avant, comme il arrive chez de grandes multipares dont la paroi ne le soutient plus, du fait de l'effondrement de la ligne blanche. Quoi qu'il en soit, la tête glisse sur le bord de la margelle pubienne pour aller se loger dans la fosse iliaque. Dans ce cas, le moi-

gnon de l'épaule se présente à l'entrée de l'excavation, d'où le nom de *présentation de l'épaule*, plus correct que celui de présentation transversale, car le corps du fœtus, à siège toujours haut dans le fond de l'utérus, représente plutôt un baudrier ou un J majuscule qu'un trait horizontal.

Avec une telle présentation, l'accouchement par les voies naturelles est absolument impossible. L'œuf dur placé de champ sur le coquetier n'y saurait pénétrer. D'où la nécessité de retourner ce fœtus en allant le saisir par les pieds pour substituer un siège à cette épaule. C'est la version par manœuvres internes.

B. — Il se peut, et ceci est plus fréquent encore, que, l'extrémité céphalique se présentant première, quelque circonstance défavorable exige la terminaison artificielle de l'accouchement.

a) Tantôt il s'agit d'une *pelviviciation*, soit d'avant en arrière, au cas de bassi n plat rachitique, soit oblique quand il s'agit de bassins asymétriques chez des boiteuses ou des bossues. Il est ici avantageux de faire exécuter la culbute au fœtus pour que, cette version une fois exécutée, l'extraction de cette présentation du siège, secondairement réalisée, permette d'imprimer à la tête venant dernière tel mouvement approprié qui convient pour franchir le détroit supérieur.

b) Tantôt l'indication est autrement pressante : *la vie de la mère ou de l'enfant sont en péril*, si l'accouchement est abandonné aux seules forces de la nature. Il en est ainsi chez une cardiaque hyposystolique, chez une tuberculeuse ou toute autre dyspnéique, chez une éclamptique. Ou bien l'auscultation du cœur fœtal, à bruits sourds et irréguliers, trahit la souffrance du produit de conception. Ou bien encore le décollement prématuré du placenta, vicieusement inséré ou non, compromet l'un et l'autre à la fois. Or, la tête est mobile au détroit supérieur, ce qui rendrait toute application de forceps aussi aléatoire que périlleuse. Ici encore, la version est indiquée, car, les pieds une fois saisis, le fœtus sera promptement retourné, et sans désemparer, le siège ainsi obtenu aussitôt extrait.

II

Quelle que soit l'éventualité envisagée, la manœuvre se borne à réaliser une présentation du siège. C'est en cela, et en cela seul, que consiste la version par manœuvres internes, d'où le nom de version podalique. Pour importante que soit l'extraction manuelle du siège qui la continue si souvent, elle n'en fait aucunement partie, à l'encontre de la description donnée par la plupart des classiques qui en font, bien à tort, le troisième temps de la version.

Pas davantage n'en fait partie l'introduction de la main, qui en est cependant l'indispensable préface. La version est, et n'est que le retournement, la culbute, l'évolution du fœtus.

A. — Or, celle-ci exige, pour être possible, une *mobilité suffisante* du fœtus qui ne doit être coincé ni par le bassin, présentation mobile ou mobilisable au détroit supérieur, ni par l'utérus encore souple et non tétanisé, comme il s'observe quand la poche des eaux est rompue depuis trop longtemps.

B. — Les autres conditions fixées à la version par les classiques en sont la préface ou l'épilogue.

a) *Entrer* dans l'utérus pour se saisir des pieds du fœtus, exige que le col soit complètement



FIG. I. — Extrémité céphalique au détroit supérieur, occiput et dos à gauche. La main gauche adapte sa face palmaire au plan ventral du fœtus pour saisir le pied antérieur, afin de conserver dos et occiput en avant.

dilaté ou aisément dilatable sous peine de rupture utérine.

b) A l'opposé convient-il, pour que l'opération n'ait pas été vaine, que le fœtus puisse être extrait à travers un *bassin de calibre suffisant* ; seuls sont acceptables à ce point de vue ceux dits légèrement rétrécis ou perméables, c'est-à-dire dont le rétrécissement, s'il existe, n'excède pas deux centimètres.

III

L'opération indiquée et possible, comment la réaliser ?

Il faut d'abord, et avant tout, avoir un plan d'action précis fondé sur une connaissance rigoureusement précise de la présentation, position et variété, de manière qu'aucun geste ne soit effectué que sur un terrain nettement jalonné, avec autant de clairvoyance qu'au cours des manœuvres effectuées avec la poupée sur le mannequin de feutre ou de caoutchouc.

Mais ici, le mannequin est une femme vivante dont les organes génitaux sont sensibles. Même conduite avec douceur, l'introduction dans la vulve et le vagin d'une main d'adulte suivie de son avant-bras, jusqu'au coude, à la recherche des pieds du fœtus au fond du ventre maternel, ne va pas sans douleur. Des considérations d'humanité ne seraient-elles pas en cause, qu'il en résulte par contre-coup la mise en jeu de contractures réflexes gênantes pour la progression dans l'utérus et plus encore pour l'évolution du fœtus.

A l'aise de ce côté, autant que pour un quelconque geste de médecine opératoire, l'accoucheur ne retiendra du diagnostic minutieusement établi que la *donnée essentielle* pour lui, l'emplacement de la poignée du levier sur lequel tirer pour faire évoluer le fœtus, autrement dit : *où sont les pieds* ? Or, pelotonné sur lui-même, à l'étroit dans une cavité qui le gante de près, le fœtus a ses membres inférieurs du côté du siège auquel ils sont attenants, cuisse fléchie contre le bassin, jambe fléchie sur la cuisse, talon au contact des ischions. Donc, les pieds sont sur le plan ventral du fœtus, au contact du siège de celui-ci.

A. — *Comment les aller chercher* ? En principe, par le plus court chemin, s'il s'y trouve de la place, soit en suivant son plan ventral. Seule y peut prétendre la main dont le cheminement et la liberté d'action exigent que sa face palmaire se moule sur le ventre du fœtus.

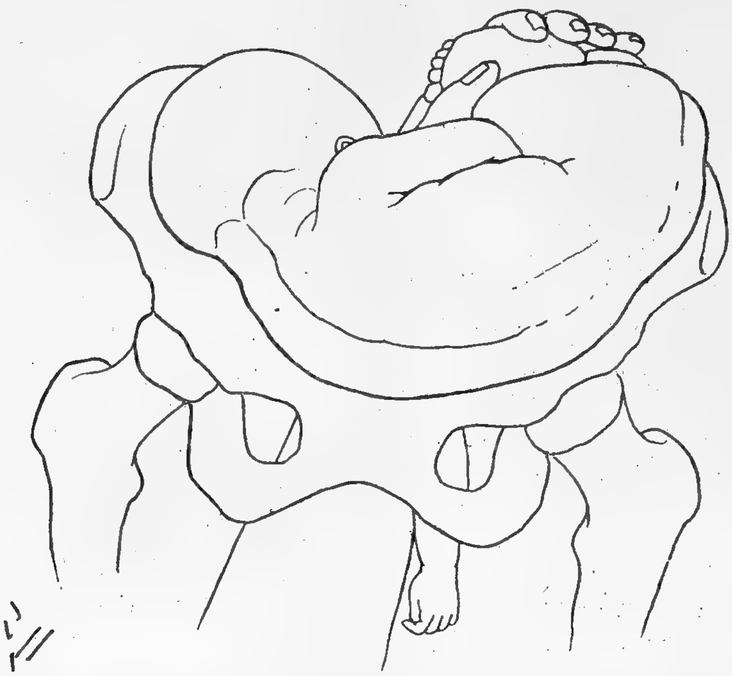


Fig. 2. — Epaule au détroit supérieur, dos en avant, siège à gauche. La main gauche adapte sa face palmaire, au plan ventral du fœtus pour saisir le pied gauche (inférieur), afin de conserver dos et occiput en avant. Au besoin, opérateur du côté du siège, à gauche de la femme.

D'où l'opportunité de l'*insensibilisation* de la patiente, dans la mesure où la tonicité de l'utérus n'en dépend pas, ce qui est le cas de certaines narcoses, celle par le chloroforme en particulier, dont le rôle, comme fauteur d'inertie, est aujourd'hui bien connu. L'auteur a bien des fois établi, et plus récemment encore à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier (séance du 6 février 1924), l'action des analgésies rachidiennes sur la fibre utérine : contractilité et rétractilité sont respectées, seule la contracture est supprimée. Et voilà, du coup, le champ d'action de la version encore accru.

a) Au cas de *présentation de l'extrémité céphalique*, il n'est point d'hésitation. Sommet, face ou front, il n'importe, la main manœuvrière, dans une attitude intermédiaire entre la pronation et la supination, regarde la *face ventrale du fœtus*. Elle est donc de même nom que le côté de la mère où font face le dos et l'occiput du fœtus. Par rapport à la main, elle effectue son trajet du côté opposé, latéralement, quoique à la vérité un peu en avant ou en arrière selon qu'il s'agit d'occipito ou dorso, soit antéricures, soit postérieures.

Il va de soi que, pour pénétrer librement, la

main ne cheminera que dans l'intervalle des contractions. De même, et de façon en quelque sorte automatique, la main demeurée libre prend contact avec le fond utérin, à travers les parois abdominales, et refoule le globe vers le bassin, de manière que soit évité tout tiraillement de l'insertion vagino-utérine, en même temps que le siège est abaissé au-devant de la main qui le cherche.

b) S'agit-il d'une *présentation de l'épaule*, la voie aller de la main est la même que celle du retour entraînant le pied, donc la *voie ventrale* par laquelle seront évitées tout à l'heure d'inutiles distorsions du tronc fœtal.

1° Pour les *dorso-antérieures*, point de difficulté. D'instinct sera choisie la main dont la mal à l'aise du fait de sa pronation forcée, la main, ou plutôt le poignet, bute contre la barre rigide de la symphyse pubienne. Une insupportable lassitude paralyse les gestes, le siège paraît infiniment loin et les pieds inaccessibles. Rien de plus simple, surtout avec la rachi qui conservera la femme docile, que de faire coucher la patiente sur le côté, de manière que celui occupé par le siège regarde en l'air ; l'accoucheur fait un pas de côté, derrière le dos de la malade et le siège lui tombe en quelque sorte dans la main.

Ainsi, quel que soit le cas envisagé, voici la main au cœur de la place, contre le siège fœtal, très haut au fond du ventre, comme en témoigne le coude de l'accoucheur émergeant seul de la vulve de la femme.

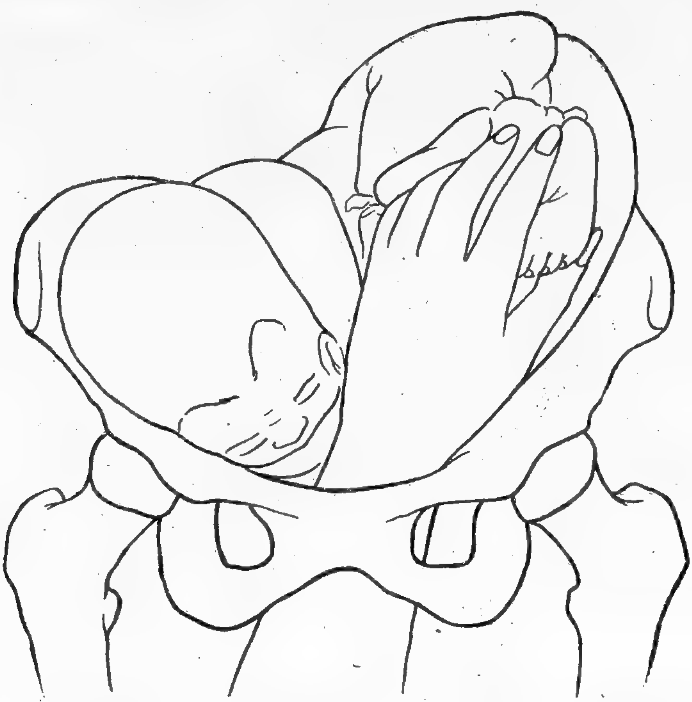


Fig. III. — Epaule au détroit supérieur, dos en arrière, siège à gauche. La main gauche adapte sa face palmaire au plan ventral du fœtus pour saisir le pied gauche (supérieur), afin d'amener dos et occiput en avant. Au besoin, opérateur du côté du siège, à gauche de la femme

face palmaire fait couvercle au hile abdominal du fœtus. Ainsi, en supination, et *de même nom que le côté occupé par le siège*, elle pénètrera sans s'attarder aux petites parties rencontrées chemin faisant jusqu'au fond du côté de l'utérus où son obliquité naturelle l'amènera au contact du siège fœtal.

2° La même règle s'applique aux *dorso-postérieures*. Ici encore, seule importe la notion du *côté occupé par le siège*, et la main l'atteindra tout naturellement qui porte le même nom, sans qu'il soit davantage question de moyens mnémotechniques, toujours plus difficiles à évoquer qu'une donnée de bon sens.

Un empêchement se peut rencontrer chez les grandes multipares à abdomen en besace. Déjà

B.—Deuxième étape, la *saisie* du tracteur naturel que représentent les *membres inférieurs*. Sans doute, serviront-ils à réaliser la culbute que représente la version, mais encore et surtout faut-il avoir à l'esprit que, le plus souvent, cette opération comporte comme épilogue obligé l'extraction manuelle du siège ainsi réalisé, et, tout à l'heure, il sera primordial d'amener le dos en avant, de telle sorte que la tête venant dernière, vienne placer son sous-occiput derrière la symphyse pubienne.

a) A qui a saisi *les deux pieds*, rien de si facile : L'index sépare les deux malléoles internes et protège, si besoin est, le cordon descendu entre les cuisses fœtales, tandis que le pouce d'un côté et le médius de l'autre ferment la pince double

par laquelle les deux pieds sont solidement étreints.

Désirable en principe, cette saisie des deux pieds n'est pas toujours possible. Parfois même convient-il de l'éviter, alors que le col, non plus complètement dilaté mais seulement dilatable, aura besoin pour parfaire son ampliation de cette sorte de ballon de Champetier naturel que présente le siège fœtal, accru de la cuisse restée fléchie et relevée, quand un seul pied aura été saisi.

b) Au cas de *traction monopole*, il faut choisir, d'où le problème du *bon pied* et du *mauvais pied*, en vue, non de la version proprement dite, mais de l'extraction manuelle du siège qui la suivra le plus souvent. A ce point de vue, est bon le pied qui conserve l'orientation du dos en avant, ou la réalise secondairement quand elle n'existait pas.

1° S'agit-il d'une *présentation de l'extrémité céphalique, le bon pied est l'antérieur* appartenant au membre inférieur placé derrière la paroi du ventre maternel.

2° Avec une *épaule, la position du siège* à droite ou à gauche, indicatrice déjà de la main à introduire, fait connaître le *pied à saisir, du même nom* que l'un et que l'autre. Solution autrement simple à se rappeler que les formules « homonyme pour les dorso-antérieurs, antonyme pour les dorso-postérieurs » par rapport à l'épaule qui se présente.

a) De façon en quelque sorte automatique se gravera ainsi dans l'esprit qu'avec une dorso-antérieure, le pied inférieur conservera l'orientation du dos en avant. De même pour les dorso-postérieures, la saisie du pied supérieur ajoute à la flexion du tronc sur son axe transversal une rotation sur son axe longitudinal qui retourne le dos en sens inverse.

b) Lorsque le *mauvais pied* peut être seulesment saisi, il convient de le conserver, sancraindre que la hanche antérieure vienne buter sur l'éminence iléo-pectinée, s'y mettre à cheval et gêner l'engagement.

Réel sur le mannequin, dépourvu de paroi abdominale antérieure, cet inconvénient ne gêne plus en clinique où l'utérus, tapissé des membranes, réalise un plan incliné empêchant la partie fœtale de s'accrocher sur le rebord du détroit supérieur. Il faudra seulement, pour l'extraction, *transformer le mauvais pied en bon pied*, l'évolution terminée, en se servant seulement du membre inférieur comme d'une clef dans la serrure. Deux *rotations* successives de 90°, dans un sens tel que la hanche attardée au détroit supérieur suive la rotation au lieu de la précéder.

C.— Les deux pieds saisis ou un seul, que ce soit le bon ou le mauvais, il n'importe pour l'évolution. Celle-ci sera menée, elle aussi, dans l'intervalle des contractions ; il ne suffit pas en effet, pour que la *version* soit réalisée, d'amener par une pirouette le siège à l'entrée du bassin ; mais, selon la formule de Bar, *elle exige la descente au-dessus de l'anneau de Bandl des pieds qui étaient au-dessus et l'ascension au-dessus de l'anneau de Bandl de la tête qui était au-dessous.*

Cette volte-face une fois exécutée, la version proprement dite est réalisée. La grande extraction manuelle du siège qui la suit souvent entre les mains des accoucheurs français n'en est ni le troisième temps, ni le complément obligé. Demelin et Devraigne redoutent moins les efforts d'inspiration prématurée suscités chez le fœtus par les manipulations dont il a été l'objet que les 25 % de la mortalité fœtale qui accompagnent l'extraction du siège, déconseillée d'ailleurs par la plupart des accoucheurs, hormis les cas d'urgence. On s'en peut donc tenir à la *version séparée.*

La technique de ce mécanisme de la version peut se résumer en quelques lignss.

Pour amener au détroit supérieur le siège du fœtus, quelle que sot la présentation primitive, *aller à la recherche des pieds*, pour en faire des tracteurs, *en suivant le plan ventral* du fœtus. Chercher les pieds où ils se trouvent, c'est-à-dire *du côté du siège dont l'orientation indiquera tout ensemble la main à introduire et le pied à saisir.*

Ainsi la version n'apparaît-elle plus, rationnellement exposée, comme un casse-tête de scholastique byzantine, non plus qu'à la manière d'un hasardeux coup de dés où l'on se confie à sa bonne fortune, quitte à changer de tactique en cours d'exécution.

La plus ancienne des opérations de l'obstétrique, puisque Soranus d'Ephèse y faisait déjà appel avec bonheur pour obtenir des enfants vivants, mérite de conserver sa place éminente dans l'art des accouchements. Il n'est pour la dédaigner, en la redoutant quelque peu, que celui à qui elle n'est pas familière.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Occlusion intestinale par tuberculose péritonéale.

Par M. J.-P. Tourneux.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Ainsi que l'a indiqué Lejars dans son mémoire paru en 1891, dans la *Gazette des hôpitaux*, et intitulé « L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse », — l'arrêt plus ou moins rapide des matières et des gaz peut se trouver sous la dépendance de diverses causes, qui agissent par iléus dynamique ou par iléus mécanique.

L'iléus dynamique peut se manifester de deux manières différentes, soit par paralysie du muscle intestinal, par apéristaltisme : c'est l'iléus paralytique, — soit par contracture localisée à une anse ou à un segment intestinal, ce qui produit l'iléus spasmodique.

Quant à l'iléus mécanique, l'arrêt des matières y est causé par l'agglutination en paquet des anses intestinales, ou par l'action d'une bride déterminant une coudure ou un étranglement de l'intestin. Cette dernière complication s'observe particulièrement dans les formes fibro-adhésives de la péritonite tuberculeuse, où l'agent d'obstruction résulte de la rétraction d'une adhérence fibreuse : elle se rencontre beaucoup plus raremnet dans les formes ascitiques, où l'étranglement est alors ordinairement causé par un diverticule épiploïque, qui est venu adhérer à une anse intestinale et entraîner par là des phénomènes de compression ou de coudure au niveau d'un segment intestinal.

Vous avez eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, un cas d'occlusion intestinale dont la pathogénie a été quelque peu complexe, mixte, si j'ose m'exprimer ainsi, car l'arrêt des matières et des gaz n'a pas été dû seulement à un étranglement du côlon pelvien adhérent au cæcum, mais se trouvait également sous la dépendance d'une paralysie musculaire. C'est là un fait, me semble-t-il, assez rare et en même temps assez intéressant pour qu'il me soit permis d'y insister pendant quelques instants.

Le sujet de notre observation est un jeune homme, âgé de 20 ans, qui a été hospitalisé d'urgence le 17 avril dernier pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë. Les antécédents héréditaires et consanguins de ce malade ne présentent aucun intérêt : rien de bien important non plus à signaler dans ses antécédents personnels, sauf une crise d'appendicite pour laquelle il a été opéré il y a quatre mois à l'hôpital Laënnec. Les suites opératoires ont été excellentes, et notre malade avait pu reprendre quelque temps après ses fonctions de valet de chambre, sans présenter aucun trouble pendant quelque temps.

Vers le début du mois de mars, il commença a ressentir de temps à autre quelques douleurs dans la région abdominale droite, douleurs assez modérées au début, mais qui, dans la suite, arrivèrent à acquérir une intensité plus marquée et à constituer de véritables crises durant environ de une à deux heures et se terminant par l'émission de gaz. Puis, ces crises douloureuses augmentèrent insensiblement d'importance et de durée, s'accompagnant d'irradiations dans toute la cavité abdominale ; enfin, dans ces derniers temps, elles ont été suivies de vomissements. Dans l'intervalle des crises, qui survenaient tous les quatre à cinq jours, la santé était assez bonne, notre malade ne ressentait pas de troubles digestifs, les selles étaient régulières, sans diarrhée, ni mélæna, ni mucosités, le ventre présentait cependant un léger accroissement de volume.

Le 15 avril, vers 10 heures du matin, notre sujet fut repris de ces violentes douleurs abdominales qu'il présentait de temps en temps, douleurs qui persistèrent cette fois en dépit des divers agents thérapeutiques qui furent employés, et qui s'accompagnèrent assez rapidement de ballonnement du ventre, de vomissements alimentaires et enfin, d'arrêt des matières et des gaz. Devant cet état, on fit appeler un médecin, qui pensa qu'il s'agissait là d'une occlusion intestinale et conseilla l'envoi du malade à l'hôpital de Toulouse en vue d'une intervention chirurgicale, ce qui fut fait sans perdre de temps.

L'examen clinique du malade nous montra un ventre dont la palpattion était assez douloureuse, ventre ballonné, globuleux, saillant en avant avec des flancs légèrement aplatis. La percussion dénotait de la matité dans les fosses iliaques et de la sonorité dans la région centrale ; le toucher rectal fut négatif. L'arrêt des matières et des gaz remontait à 48 heures, le pouls battait à 96, la température était à 37,6.

Nous nous trouvions évidemment en présence d'une occlusion intestinale aiguë où, par suite des différents signes observés, précocité des vomissements, intensité de la douleur, répartition des zones de sonorité et de matité, l'obstacle devait siéger vraisemblablement sur l'intestin grêle. Quant à la nature de cet obstacle, étant donnée l'intervention assez récente que le malade

avait subie à la suite de sa crise appendiculaire, nous avons pensé qu'il devait exister dans la région cæcale quelque reliquat inflammatoire, bride ou adhérence qui, en coudant une anse intestinale, aurait entraîné les accidents d'obstruction qui se manifestaient sous nos yeux.

Au point de vue du traitement, il n'y avait qu'une chose à faire, intervenir et le plus tôt possible : c'est ce qui eut lieu environ une heure après l'arrivée du malade dans notre service.

Sous anesthésie générale à l'éther, une incision médiane, allant de l'ombilic au pubis, et intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, donna issue à un litre environ de liquide citrin : puis, après avoir épongé la cavité, et écarté un paquet d'anses grêles, distendues et ne présentant rien de bien particulier, nous avons dirigé nos recherches du côté de la fosse iliaque droite, afin d'examiner le cæcum, où nous pensions trouver l'agent d'obstruction.

En déroulant les dernières portions de l'iléon, nous avons d'abord remarqué que la paroi était tapissée d'un semis de petites granulations blanchâtres, d'autant plus abondantes que l'on se rapprochait du gros intestin ; puis, qu'à environ 5 centimètres de la terminaison de l'iléon, une de ses anses était complètement aplatie et étranglée par une frange épiploïque qui partait du côlon pelvien et venait s'insérer sur le cæcum.

Après la section de cette bride, entre deux ligatures, nous avons poursuivi l'examen du reste de la cavité abdominale où nous n'avons pas relevé d'autres lésions que les petites granulations qui, en plus de l'intestin grêle, tapissaient également toute la région abdominale droite, c'est-à-dire le cæcum, le début du côlon ascendant, le péritoine pariétal ainsi qu'une partie du côlon pelvien ; mais il n'existait ni épaississement, ni induration du segment iléo-cæcal.

Après lavage de la cavité abdominale au sérum physiologique, le ventre fut refermé sans drainage, la paroi abdominale étant refaite en trois plans, suivant la technique habituelle.

Le soir même, la température de notre opéré était de 37,4, le pouls battait à 92, et il y eut une émission de gaz par l'anus. Le lendemain, 18 avril, la situation était la suivante : température 37,5, pouls à 85, état général très satisfaisant, le ventre est toujours ballonné, mais un lavement ramène quelques matières. Le 19, même état, une purgation reste sans effet. Le 20 avril, malgré toutes nos observations, la famille du malade redoutant une issue fatale voulait le ramener chez lui, où il continua à être soigné par le médecin qui nous l'avait adressé à l'hôpital, et qui a bien voulu nous tenir au courant des suites de notre intervention. Pendant quatre jours encore, le ventre de notre opéré resta tendu et ballonné, sans qu'il se produisit de selle véritable : l'état général restait cependant des plus satisfaisants, il n'y avait pas de température et le pouls était presque normal. Enfin, sous l'influence répétée de lavements et de purgations, une débâcle finit par se produire et entraîna une disparition rapide du météorisme.

Les suites dès lors furent tout à fait normales, et la convalescence se poursuivit rapidement. Nous avons eu depuis cette époque à plusieurs reprises des nouvelles de notre opéré, dont l'état de santé ne laisse plus rien à désirer : le météorisme abdominal n'a plus reparu, le ventre est souple et non douloureux, et aucun phénomène suspect ne se montre pas non plus au niveau de son appareil pulmonaire.

L'examen histologique de la frange épiploïque enlevée a montré, entre temps, les lésions spécifiques caractéristiques de la tuberculose consistant en folllicules tuberculeux et en cellules géantes ; j'ajouterai encore que la recherche du bacille de Koch a été positive, tant au niveau des coupes, qu'après inoculation au cobaye du liquide qui remplissait la cavité abdominale.

En résumé, nous nous sommes donc trouvé en présence, dans ce cas, d'une occlusion intestinale aiguë survenue au cours de l'évolution d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, dont le point de départ semble bien pouvoir être localisé à la région iléo-cæcale, étant données les constatations que nous avons pu faire au cours de notre intervention. Il ne nous semble pas qu'il s'agisse là de tuberculose iléo-cæcale proprement dite, étant donnée l'absence d'induration ou d'épaississement de ce segment intestinal ; il serait assurément des plus intéressants et des plus instructifs de savoir si, lors de la première intervention pratiquée à Laënnec, il existait déjà des granulations sur l'intestin, et si l'appendice présentait des lésions tuberculeuses ; malheureusement, nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ce point.

L'intérêt de l'observation que je viens de vous rapporter réside surtout dans le mécanisme de cette occlusion aiguë, qui n'a pas seulement été causée par l'étranglement de la terminaison de l'iléon par le diverticule épiploïque, mais qui était également sous la dépendance de la parésie de toute la musculature intestinale, car l'arrêt des matières et des gaz a persisté 7 jours après l'intervention, et l'on ne peut de toute évidence rattacher cette parésie à des phénomènes infectieux post-opératoires, étant donnée l'évolution complètement apyrétique.

Pour ce qui est de la génèse des accidents, elle peut s'expliquer, me semble-t-il, des plus facilement : par suite des lésions bacillaires qui existaient sur toute la masse intestinale contenue dans la fosse iliaque droite, il s'est produit une adhérence entre l'extrémité d'une des franges

épiploïques du côlon pelvien et la paroi du cæcum. Cette frange a joué le véritable rôle de bride cicatricielle comprimant de plus en plus l'anse iléale sur laquelle elle passait, et finissant par l'étrangler. Mais en même temps, à côté de ces phénomènes purement mécaniques, se réalisaient également des phénomènes d'iléus dynamique par paralysie toxique du muscle intestinal ; ce qui fait, qu'après notre intervention, alors que nous avions tout lieu de croire que l'ablation de l'agent de striction amènerait la disparition quasi immédiate de tous les phénomènes observés, notre malade a continué à présenter de l'occlusion par apéristallisme, et ne l'a vu disparaître que 7 jours après.

C'est là assurément un fait des plus rares, car ordinairement, l'occlusion intestinale est due uniquement soit à des phénomènes mécaniques, soit à des phénomènes dynamiques, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on peut relever la coexistence des ces deux variétés d'iléus. Quoi qu'il en soit, tâchez de vous souvenir que cette pathogénie mixte peut se rencontrer, et que c'est elle seule qui peut expliquer des incidents post-opératoires que l'on peut observer, dans les cas analogues à celui qui a fait l'objet de cette leçon.

Reste à savoir s'il est possible, dans les cas d'occlusion intestinale aiguë due à la tuberculose péritonéale, de faire la part exacte des choses et de reconnaître quelle est leur nature exacte, c'est-à-dire de savoir si l'on se trouve en présence d'iléus dynamique ou d'iléus paralytique ?

La chose me paraît bien difficile, et je crois bien que dans un grand nombre de cas le diagnostic ne peut être affirmé. Certains auteurs, Aldibert en particulier, pensent cependant que l'on peut y arriver en se basant sur l'acuité même de l'iléus dynamique : les accidents débuteraient brusquement par une très vive douleur, s'accompagnant presqu'immédiatement d'arrêt absolu des matières et des gaz, de ballonnement abdominal et de vomissements rapidement fécaloïdes.

En appliquant ces dernières notions à notre malade, on serait induit à penser que jusqu'à la date du 15 avril, moment de la grande crise, tous les phénomènes produits relevaient uniquement d'iléus mécanique et que l'iléus dynamique, résultat d'intoxication, n'a commencé à se manifester qu'à ce moment, puisque c'est à cette date que l'on note de violentes douleurs abdominales, ne cédant à aucune thérapeutique, l'arrêt absolu des matières et des gaz, du ballonnement et des vomissements. Je ne sais si l'on peut être aussi affirmatif, et je serais plutôt d'avis, sur un point aussi délicat, de ne pas trop s'engager, car dans bon nombre de cas d'iléus mécanique, on a pu relever une symptomatologie tout à fait analogue.

En tous les cas, au point de vue de la conduite opératoire, l'essentiel est de ne pas perdre de temps et d'intervenir le plus précocement possible. S'il s'agit d'étranglement par bride ou par adhérence, la libération de l'anse comprimée ou coudée peut seule sauver le malade ; s'il s'agit au contraire d'iléus dynamique, le lavage du péritoine, au sérum très chaud, aura l'avantage non seulement de supprimer unz partie des toxines répandues dans la cavité abdominale, mais encore d'irriter le péritoine et de déterminer la contraction de la musculature intestinale dont la paralyse cause tout le mal.

CARDIOLOGIE PRATIQUE

Le sulfate de quinidine,

Par Léon Giroux,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

La quinidine, substance isomère de la quinine, est récemment entrée dans la thérapeutique cardiaque. Les résultats obtenus par cette médication sont suffisamment nombreux et probants pour qu'il y ait lieu d'en fixer les indications et le mode d'emploi.

Indications. — L'arythmie complète est la principale indication du traitement quinidique. Cette forme d'arythmie se traduit cliniquement par l'irrégularité extrême du rythme cardiaque (*delirium cordis*) et, au point de vue électrocardiographique, par la fibrillation des oreillettes, ou la tachysystolie auriculaire. Le traitement quinidique peut être également conseillé dans l'extra-systolie, les tachycardies sinusales, la tachycardie paroxystique essentielle, mais dans ces circonstances, les résultats favorables sont très inconstants.

Le sulfate de quinidine peut être administré à tout âge. mais son efficacité sera d'autant plus grande que le début de l'arythmie sera plus récent et qu'elle évoluera sous une forme paroxystique et en l'absence d'une lésion organique du cœur.

Le traitement ne sera institué qu'après un examen attentif du malade. Une insuffisance cardiaque irréductible par la digitale ou l'ouabaïne sera une contre-indication formelle. Par contre, une insuffisauce cardiaque, facilement

influencée par les toni-cardiaques, sera compatible avec la médication quinidique, quand l'équilibre circulatoire sera rétabli.

Mode d'emploi. — Le sulfate de quinidine sera prescrit sous la forme de comprimés Nativelle, renfermant 0 gr. 20 du médicament ; les doses devront être suffisantes et fractionnées. Mais en raison de l'action déprimante de la quinidine sur le myocarde, la cure sera systématiquement précédée d'un traitement digitalique à la dose de X gouttes de digitaline cristallisée Nativelle au 1/1000, pendant cinq jours. D'autre part, il y aura intérêt à associer à la quinidine une médication diurétique et à prescrire chaque jour 1 gr. 50 de théobromine, à prendre en trois fois.

Le traitement quinidique sera progressif, on tâtera la susceptibilité du sujet en donnant, le premier jour, un comprimé ; deux ou trois, le 2e jour. Si la tolérance est parfaite, on atteindra le 3e jour 1 gr. 20, dose optima qu'il est rarement utile de dépasser. Cette dose sera maintenue pendant plusieurs jours jusqu'à la régularisation du rythme.

Pendant toute la durée du traitement, le malade sera mis à un régime lacto-végétarien, maintenu au lit et régulièrement surveillé afin de suspendre la médication s'il survient des signes d'insuffisance cardiaque, ou des accidents d'intolérance.

Après la régularisation du rythme cardiaque, le traitement sera continué à petites doses (0 gr. 40, 0 gr. 60) quotidiennes, pendant 10 jours, avec des intervalles de repos d'égale durée. On pourra également donner une plus forte dose (1 gr. 20) deux fois par semaine. Ce traitement d'entretien ne nécessite pas un régime aussi sévère que le traitement d'attaque, ni le repos absolu.

Résultats. — La régularisation du rythme est plus ou moins facilement obtenue : dans les cas favorables, elle survient dès le 3e ou 4e jour ; souvent, elle est plus tardive et ne s'observe que vers le 8e ou 10e jour. Les troubles fonctionnels subissent une amélioration parallèle. De toute façon, on peut arriver sans danger à de hautes doses, 15 à 20 gr. en 15 à 20 jours, au moment du traitement d'attaque.

L'action du sulfate de quinidine est fugace. Aussi, pour maintenir les effets obtenus, il est indispensable d'en prolonger indéfiniment l'emploi sous la forme de petites cures, alternant avec des périodes de repos. Comme la médication toni-cardiaque, le sulfate de quinidine est le médicament d'un symptôme.

Incidents. — Ces incidents sont relativement rares, mais il est utile de les bien connaître ; ils consistent surtout en troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), en phénomènes nerveux (ivresse quinique, vertiges, éblouissements, bourdonnements, titubation). Leur persistance imposera seule la suspension de la médication.

Conclusions. — Le sulfate de quinidine est le médicament de l'arythmie complète. L'insuffisance cardiaque irréductible et la bradycardie par dissociation sont les seuls contre-indications formelles. Le traitement quinidique doit être surveillé et longtemps prolongé. Il pourra varier légèrement suivant les cas particuliers mais il s'écartera peu des directives générales que nous venons d'exposer.

FAITS CLINIQUES

A propos d'un cas de pseudo-rhumatisme bismuthique,

Par A. MALLEIN-GERIN,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Au nombre des incidents susceptibles d'apparaître au cours du traitement bismuthique, Hudelo et Rabut, dans un récent article (1), signalaient les douleurs articulaires et musculaires sur lesquelles ils avaient attiré l'attention. Nous observions à cette époque une malade présentant un pseudo-rhumatisme bismuthique typique, dont nous croyons devoir publier l'histoire en raison de certaines particularités intéressantes.

(1) HUDELO et RABUT. — Incidents et accidents de la bismutothérapie dans le traitement de la syphilis. *Presse Médicale*, 9 avril 1924, n° 29.

Madame X. (Marguerite), 23 ans, est suivie par nous depuis 3 ans. Roséole en mars 1921. Traitée régulièrement depuis par novar et Hg. sous forme d'arquéritol. Le W. ne deviendra négatif à l'antigène Pasteur qu'après 4 séries de 10 injections (5 grammes 55 de novar et 0 gramme 80 d'arquéritol par série de 10 injections.)

Le 18 mars, nous commençons un traitement bismuthique.

A l'examen, au début du traitement : léger liseré gingival au niveau des incisives, canines et prémolaires, lequel est apparu au cours des traitements mercuriels antérieurs, malgré les précautions habituelles. Dentition en bon état.

Injections intramusculaires tous les 3 jours de 30 centigrammes d'iodobismuthate de quinine en suspension dans 3 cc. d'huile d'olive. Injections les 18, 21, 24, 27 et 30 mars. Douleur légère à la pression au niveau de l'injection, sans induration. Pas de sialorrhée, pas de polyurie, la malade constipée habituelle continue à l'être sans changement ; les urines sont normales.

Le 2 avril, 6e injection, à 11 h. 30. Le 3 au réveil, quelques douleurs au niveau des épaules : articulations scapulo-humérales et muscles voisins, des coudes et des genoux ; douleurs peu vives réveillées et augmentées par les mouvements.

Le 5 avril, nous faisons la 7e injection sans que la malade, qui n'établit aucune relation de cause à effet entre les douleurs qu'elle ressent et le traitement, nous les signale. L'injection est faite à 11 h. 30. Dans la nuit du 5 au 6, vers 23 heures, la malade est éveillée par de violentes douleurs au niveau des épaules, des genoux et de la colonne vertébrale ; ces dernières particulièrement vives en position couchée obligent la malade à rester assise dans son lit. Le 6 avril, ces phénomènes douloureux persistent ; toutes les grosses articulations sont atteintes, *sauf les tibio-tarsiennes* ; la malade en fait elle-même la remarque, redoutant que ces articulations se prennent à leur tour. Les mouvements de déglutition sont douloureux : douleurs dans les muscles des mollets.

Nous voyons la malade le 7. A l'examen : persistance de douleurs aux mouvements au niveau des articulations scapulo-humérales et des muscles de l'épaule. Aucun signe physique ni articulaire, ni périarticulaire. Douleur seulement à la pression au niveau des dernières injections, sans induratlon. Pas de douleur au palper sur le trajet des tronc nerveux. Hyperesthésie cutanée de la région thyroïdienne. Les muqueuses buccale et gingivale sont normales, pas de sialorrhée. Diarrhée depuis le matin : 3 selles liquides dans la journée du 7 sans glaires; la diarrhée cesse sans traitement. Nous ne faisons pas l'injection que nous renvoyons au 10.

Le 10 avril, sédation presque complète des phénomènes douloureux ; seuls, les mouvements étendus des bras réveillent quelques douleurs peu vives au niveau des épaules. Sensation de lassitude générale. L'injection est faite à 11 heures 30 ; nous prévenons la malade du retour possible des douleurs. Rien d'anormal au cours de la journée, mais dans la nuit du 10 au 11, réapparition de douleurs vives au niveau des coudes et surtout des épaules ; les articulations métacarpophalangiennes sont atteintes, ainsi que les hanches et les muscles des mollets ; *intégrité absolue des tibio-tarsiennes*. Le 11, les douleurs s'atténuent. Nous voyons la malade le 12. Elle ne présente pas d'érythème, pas de siaborrhée, pas de diarrhée, pas de céphalée. Douleur légère à la pression au niveau des dernières injections sans induration. Les urines ne contiennent pas d'albumine, la température est normale. Notons que depuis la 6e injection, trois heures environ après chaque piqûre, apparaît une douleur tout le long du sciatique avec parésie du membre inférieur, le tout disparaissant toujours dans les 24 heures.

8e injection le 12 avril à 11 h. 30. Rien d'anormal jusqu'au 13 à midi. Dans l'après-midi du 13, réapparition des douleurs plus violentes que lors des précédentes atteintes ; elles sont localisées aux épaules et aux coudes, augmentent au cours de la nuit du 13 au 14 pour s'atténuer dans la matinée du 14. *Les tibiotarsiennes sont toujours intactes.*

9e injection le 14 avril à 11 h. 30. Le 15, dans la matinée, la malade ressent des douleurs tellement vives dans les épaules qu'elle ne peut se servir de ses bras ; quelques phénomènes douloureux au niveau de la colonne vertébrale et des coudes. Le 15 au soir, la malade est incapable de se deshabiller, on doit l'aider à se mettre au lit, le moindre mouvement provoquant des douleurs extrêmement vives. Pas de douleur au niveau des tibio-tarsiennes. Amélioration dans la journée du 16, nous voyons la malade le 17.

Persistance des douleurs aux mouvements au niveau des épaules et des muscles voisins. Toujours la même absence de signes physiques articulaires et périarticulaires. Pas de douleur à la pression sur le trajet des troncs nerveux. Muqueuse buccale normale, le liseré gingival observé avant le traitement n'est pas modifié ; pas d'induration au niveau des injections, pas de signes généraux.

Nous cessons le traitement.

Nous revoyons la malade le 19, l'amélioration s'accentue. Le 23, les douleurs ont complètement disparu, une sensation de gêne persiste au niveau des épaules lors des mouvements étendus ; la lassitude générale persiste malgré un traitement arseno-strychnique.

Ainsi donc, chez cette malade, sont apparues à partir de la sixième injection, c'est-à-dire alors qu'elle avait reçu 1 gr. 80 d'iodo-bismuthate de quinine, des douleurs rhumatismales revêtant la forme arthralgique et myalgique. Existait-il vraiment une relation de cause à effet entre ces douleurs et le traitement au Bi ? Le fait qu'il s'agit d'une malade jeune, 23 ans, n'ayant jamais présenté d'atteinte de rhumatisme chronique, chez laquelle le gonocoque n'était pas en cause aurait déjà permis de suspecter le traitement ; mais c'est surtout la régularité d'apparition des phénomènes douloureux de 12 à 24 heures après l'injection, leur atténuation rapide, leur exacerbation à chaque nouvelle injection, puis leur diminution et leur disparition complète 8 jours après la dernière injection, qui établissent d'une façon indiscutable, à notre avis, la relation de cause à effet entre les douleurs observées et le traitement au Bi.

Les douleurs ressenties par cette malade furent presque autant musculaires qu'articulaires ; les articulations scapulo-humérales et les muscles

voisins furent leur siège de prédilection, mais, ce qui nous semble particulièrement intéressant, *c'est l'intégrité absolue des tibio-tarsiennes.* Toutes les grosses articulations furent plus ou moins atteintes, sans que jamais notre malade ait ressenti la moindre douleur au niveau des chevilles. Est-ce là un cas particulier ? La chose est fort possible, mais si cette notion se précisait, elle aurait le gros avantage de permettre un diagnostic facile avec les douleurs de certaines arthrites gonococciques qui, elles, au contraire, affectionnent tout particulièrement les tibio-tarsiennes. Notre malade, sans jamais présenter de symptômes faisant penser à une accumulation du Bi : induration au point d'injection, sialorrhée, polyurie, diarrhée (elle n'a eu que 3 selles liquides au cours de la journée du 7 et tout s'arrangea sans traitement), a été atteinte de phénomènes douloureux tels qu'ils s'accompagnèrent d'impotence des membres supérieurs, et nous obligèrent à cesser le traitement. Nous n'avons jamais noté de signes de polynévrite, mais que serait-il arrivé si nous avions continué les injections ? Chez des sujets prédisposés, rhumatisants par exemple, ou dans les cas d'élimination irrégulière du Bi, les phénomènes douloureux que nous avons observés disparaitraient-ils aussi rapidement et sans lésions nerveuses organiques ? Les phénomènes de rhumatisme que nous venons de rapporter n'ont certes que la valeur d'un incident ; ils ont cependant été assez violents pour nous obliger à cesser le traitement. On ne signale pas jusqu'à présent de polynévrite bismuthique ; l'avenir ne nous réserve-t-il pas quelques surprises et déceptions de ce côté-là ?

L'Actualité Scientifique

La Presse

De la rachi-anesthésie et de ses complications.

Au point de vue technique, pour obtenir le minimum de traumatisme, la solution anesthésique doit être injectée exactement dans la cavité sous-arachnoïdale et non dans l'espace sous-dural.

Au point de vue biochimique, il faut injecter la substance anesthésique sous une *forme stérile*, dans le sens bactériologique et isotonique.

Or, ayant remarqué que les différents anesthésiques employés étaient susceptibles de causer des accidents en nombre variable suivant les chirurgiens, le Pr SOPHOTEROFF (Sarajevo) a pu vérifier que les substances stérilisées à la vapeur, ou ayant subi l'ébullition, étaient modifiées dans leur composition non seulement par les corps basiques du verre de l'ampoule, mais encore par l'acide tartrique de ce même verre.

Ayant établi, d'autre part, que les tablettes de novocaïne, de différentes marques, étaient bactériologiquement stériles (sauf quelque saprophytes de surface faciles à détruire par le flambage), que d'ailleurs il était possible de leur ajouter une petite quantité d'adrénaline, qui possède des propriétés bactéricides, cet auteur s'est arrêté à une méthode, qui lui donne les plus sûres garanties et les meilleurs résultats.

La région est préparée pour la rachi-anesthésie ; le matériel est stérilisé. On fait alors tomber le nombre nécessaire de tablettes de novocaïne sur de la gaze stérilisée en secouant le tube en verre qui les contient ; on flambe chaque tablette, tenue dans une pince stérilisée, par 3 ou 4 passages dans les deux sens au travers d'une flamme de lampe à alcool ; puis, on laisse tomber la tablette dans la seringue où elle est broyée à l'aide du piston. La ponction lombaire est faite, et, dès que le liquide céphalo-rachidien commence à s'écouler par l'aiguille, on introduit celle-ci dans la seringue pour en aspirer 3 à 4 centimètres cubes. On retire alors la seringue de la main droite, en bouchant l'ouverture de l'aiguille avec la main gauche ; on redresse la seringue, on l'agite lentement pour obtenir la dissolution de la tablette dans le liquide céphalo-rachidien : en une minute, la dissolution est complète. On injecte dans la cavité arachnoïdienne. Le tout n'a pas pris plus de cinq minutes, et l'anesthésie est suffisante pour que l'on puisse inciser la peau.

Pour 0 gr. 05 de novocaïne, on ajoute 0 gr. 000083 d'adrénaline. La dose totale varie suivant la gravité et la durée de l'opération.

Sur 2500 opérations, pas un cas mortel ; aucune parésie. Le vomissement, durant l'opération, n'est pas une complication, mais le résultat d'une anesthésie suffisante, qui place les mouvements de l'estomac uniquement sous la dépendance des centres bulbaires. L'intervention terminée, le malade reste couché à plat, sans oreiller, pendant 6 ou 7 heures, sans relever la tête, il peut boire. L'auteur emploie ce procédé dans 36 p. 100 des cas de sa pratique chirurgicale ; les enfants, et les femmes nerveuses ou anémiques le supportent très bien. (*Paris médical*, 12 janvier 1924.)

Les méthodes nouvelles de traitement des affections cutanées.

De tout temps on s'est préoccupé du traitement interne des dermatoses ; mais les travaux sur l'anaphylaxie et l'antianaphylaxie, puis leur extension à d'autres domaines, notamment la théorie de la diathèse colloïdale, avec ses dérivés thérapeutiques, ont fait entrer cette question dans une voie nouvelle et inexplorée. Et cette voie est celle de la *désensibilisation* des sujets.

On désensibilise par l'emploi de la substance sensibilisante (antianaphylaxie), ou par l'emploi de substances différentes de celles qui ont sensibilisé (auto-hémothérapie, hétéro-*hémo*thérapie, auto-*séro*-thérapie, hétéro-*séro*-thérapie, protéinothérapie).

Quoi qu'il en soit, la cure de désensibilisation dans les affections cutanées emploie deux grandes méthodes :

L'une, qui agit lentement, progressivement, consiste à administrer de toutes petites doses, dont l'action immédiate est presque imperceptible : le prototype en est la méthode de vaccination à bases minimes et progressives que l'on utilise dans l'anti-anaphylaxie, ou encore l'administration à petites doses, avant les repas, soit de la substance nocive, soit de cachets de peptone, ou encore des injections de quantités minimes répétées, progressives de la substance désensibilisante, de telle manière qu'on réalise avec une nouvelle étiquette l'ancien procédé de la *mithridatisation*, ou accoutumance, avec cette différence que dans ce procédé on se servait toujours de la substance nuisible elle-même.

L'autre qui procède par un *choc*, violent, brutal, de manière à modifier brusquement l'orgaism ganisme et à supprimer presque instantanément ses susceptibilités morbides. Cette méthode est très séduisante, mais elle offre de sérieux inconvénients ; on en est encore aux hypothèse pour expliquer son action.

Depuis plus de 30 ans, Brocq a établi l'existence de dermatoses de moindre résistance, qui se rapprochent beaucoup de celles qu'on veut traiter par les méthodes nouvelles ; ces « réactions cutanées » constituent une famille dermatologique naturelle, qui nécessite toujours et encore de nouvelles recherches biochimiques et physiques, car une bonne et saine thérapeutique doit être basée sur une analyse complète de tous les dysfonctionnements de l'organisme. Ces recherches sont nécessaires, mais elles ne doivent pas nous entraîner à des imprudences graves.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un fait d'*anaphylaxie vraie*, il faut tenter la méthode de désensibilisation progressive, toutes les fois qu'il y a une réelle utilité à la faire.

En présence d'un cas rebelle de prurit, d'urticaire, d'eczéma papulo-vésical, de prurigo, on peut essayer de faire de l'auto-hémo-thérapie, peut-être même avec beaucoup de prudence de l'auto-séro-thérapie.

D'autre part, il faut engager les praticiens, du moins encore, aux grandes médications d'hygiène générale, de régime alimentaire, de modification de terrain, de désintoxication, de régularisation des fonctions organiques, en présence des dermatoses usuelles. Ils devront en outre faire du traitement local, qui facilitera toujours singulièrement la disparition des lésions cutanées.

« Ce ne sera que quand tout aura échoué, qu'ils pourront avoir recours aux autres méthodes nouvelles, mais nous ne saurions trop leur recommander de n'user en clientèle qu'avec beaucoup de prudence des méthodes dites de choc » (Brocq), (*Le Bulletin médical*, 25-26 janvier 1924.)

Traitement des adénites tuberculeuses.

Dans cette étude le Dr E. Sorrel envisage seulement les adénites qui intéressant le chirurgien, et parmi celles-ci, celles qui ne sont pas secondaires à une lésion cutanée ou osseuse importante. En pratique, ce sont des adénites *cervicales* (extrêmement fréquentes), et plus rarement des adénites axillaires, inguinales et épitrochléennes.

Il est admis aujourd'hui que dans la cure des adénites bacillaires, le traitement général joue un rôle primordial et que la cure hélio-marine prolongée en est la forme la plus efficace, suffisante dans un certain nombre de cas. Mais s'il s'agit d'adénite vraiment bacillaire, ce n'est que fort lentement, en général, que l'on voit fondre les ganglions, et bien souvent l'intervention chirurgicale simpose.

D'après l'auteur, celle-ci est formellement indiquée dans deux cas seulement : 1° ganglion unique ou quelques ganglions durs, non suppurés, n'ayant pas envahi la peau ; les résultats sont excellents, c'est une opération de *choix* ; 2° ganglions nombreux suppurés, fistulisés, infectés secondairement : les résultats sont bons, si on les compare à ceux obtenus par d'autres procédés, mais c'est une opération de nécessité

En principe, un ganglion unique suppuré, fistulisé, doit être seulement ponctionné ; dans le cas cependant où une cicatrice visible pourrait être considérée comme peu importante, on gagnera du temps, en enlevant ce ganglion. Il en est de même quand il y a plusieurs ganglions du même genre.

Si, enfin, il existe une adénopathie en masse, un bloc ganglionnaire avec périadénite intense, la radiothérapie donne d'excellents résultats. (*Le Bulletin médical*, 13-16 février 1924.)

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en pathologie urinaire.

Cette épreuve, dit le Dr Ch. David, est dans l'exploration des fonctions d'élimination rénale un procédé sans aucun inconvénient, d'une simplicité très grande, et d'une très grande précision. Elle se fait en injectant dans la masse sacro-lombaire 6 milligrammes de phénolsulfonephtaléine, ou 3 milligrammes en injection intraveineuse. Il faut recueillir les urines très exactement 78 minutes après l'injection intra-musculaire et 35 minutes après l'injection intraveineuse.

L'élimination normale doit être de 50 p. 100 de la quantité injectée dans ce laps de temps.

Cette épreuve est sujette à moins de causes d'erreur que le dosage de l'urée sanguine, ou que la constante uréo-sécrétoire. Elle paraît également d'une sensibilité plus grande, et décèle des troubles fonctionnels qui passent inaperçus avec les autres méthodes.

On peut se baser sur ses résultats qu'il faut, si possible, contrôler par les autres méthodes, pour décider une néphrectomie ou une prostatectomie, de crainte de voir l'opéré succomber à une crise d'urémie. (*Gazette des hôpitaux*, 19 janvier 1924.)

Formes anormales du tétanos.

Le tétanos humain peut se présenter sous des formes cliniques atypiques, dont le diagnostic est souvent malaisé. Ce sont :

1° *Le tétanos splanchnique*, à la suite d'une plaie viscérale (traumatisme accidentel ou opératoire) ; après une incubation de 8 à 10 jours, celui-ci se caractérise par la précocité de la dysphagie et des spasmes laryngés, par l'absence de généralisation des contractions, contrastant avec l'intensité des phénomènes généraux, enfin par son évolution rapidement mortelle. Il doit être différencié de la rage humaine, et de l'éclampsie (s'il s'agit d'un tétanos puerpéral), par l'absence d'albuminurie, de céphalée, de troubles visuels, d'hypertension, etc.

2° *Les tétanos céphaliques*, essentiellement caractérisés par les localisations des contractures à l'extrémité céphalique : tétanos de Rose, tétanos ophtalmoplégique, tétanos céphalique sans paralysie. Quand il y a paralysie, on doit éliminer par la radiographie et par l'analyse du liquide céphalo-rachidien toute chance de fracture de la base, de lésion orbitaire, ou d'infection méningée.

3° *Le tétanos à forme cérébrale* (exceptionnel, car le tétanique le plus souvent ne présente pas de troubles psychiques, mais conserve jusqu'au bout sa lucidité).

4° *Les tétanos partiels des membres* (monoplégique, paraplégique, etc.). L'existence d'un traumatisme et le plus souvent d'une blessure de guerre, la localisation initiale des contractures au niveau du membre blessé permettent d'éliminer les contractures non traumatiques d'origine pyramidale, la tétanie, les méningites aiguës. L'épilepsie jacksonienne succède à un traumatisme crânien. La paraplégie spasmodique s'accompagne d'une diminution de la force musculaire, de troubles sensitifs et sphinctériens ; le signe de Babinski est à peu près constant. Pour éviter toute erreur possible, quand il y a une plaie, il faut toujours pratiquer l'examen bactériologique et rechercher le bacille de Nicolaïer.

Le *traitement* de ces formes ne diffère pas de celui des formes communes : *traitement chirurgical* (débridement de la plaie, excision en masse, désinfection minutieuse du foyer) et *sérothérapie*. Dans tous les cas où les contractures ont une tendance à se généraliser, il faut injecter le sérum à dose massive et par diverses voies ; on doit aussi utiliser toutes les médications, qui ont fait leur preuve, en particulier le *chloral* et l'*acide phénique*, suivant la méthode de Bacelli.

Comme conclusion générale de son remarquable travail, le Prof. J. Tapie remarque que les caractères les plus atypiques de ces tétanos s'expliquent fort bien par tout ce que nous savons sur la toxine et l'antitoxine tétanique ; *il n'est pas une seule de ces formes que l'expérimentation n'ait pu reproduire*. Ces formes « anormales » *ne sont donc anormales qu'en apparence* et le tétanos constitue bien une entité spécifique remarquablement définie. (*La Gazette des hôpitaux*, 16 février 1924.)

Délire consécutif à l'opération de la cataracte.

M. Le Roux a observé trois malades chez lesquels l'extraction de la cataracte fut suivie de délire. Bien que ces faits soient rares, ils n'en méritent pas moins d'être signalés. Quelle est la cause de ce délire ? Pour certains auteurs, ce serait l'atropine, mais la quantité utilisée par Le Roux fut tellement faible qu'elle ne saurait être incriminée. D'autres en rendent responsable l'éthylisme, surtout chez les vieillards, privés temporairement d'alcool au moment de l'opération.

Cette explication ne vaut pas pour tous les cas signalés. Peut-être faut-il s'en prendre aux connexions intimes de l'œil avec le cerveau, et aux répercussions que peut avoir sur celui-ci les traumas de celui-là.

Peut-être aussi le pansement binoculaire laissé en place 48 heures favorise-t-il l'éclosion de ces troubles psychiques. Peut-être ! ! ! En tous cas, il est à noter que, dans les cas rapportés par l'auteur, le résultat opératoire n'a nullement été influencé par ces crises délirantes, et s'est montré excellent. (*La Clinique ophtalmologique*, avril 1924.)

Les trachéites pures et leur traitement.

Elles s'observent à la suite de grippe, de rougeole, ayant provoqué une vive réaction du côté des muqueuses respiratoires supérieures ; comme résidu d'une affection broncho-pulmonaire généralisée ; chez les anciens gazés de guerre.

La toux à laquelle elles donnent lieu survient à l'occasion de l'inhalation de fumée de tabac, de poussières infimes, d'un mouvement inspiratoire profond. Elle est volontiers coqueluchoïde, et peut provoquer des vomissements.

Les sécrétions sont peu abondantes et adhérentes à la muqueuse. L'auscultation est négative, sauf chez les anciens emphysémateux.

Si l'on peut pratiquer l'examen direct au miroir, on découvre une muqueuse rouge et congestionnée, sur les parois de laquelle sont collées des mucosités grisâtres.

D'après M. Didier, la meilleure méthode de traitement consiste à pratiquer des injections intra-trachéales d'huile goménolée, eucalyptolée..., à la condition que la solution soit faible et l'huile assez consistante pour s'étaler sur toute la surface malade, à l'occasion du réflexe tussigène qui succède à l'injection sans glisser vers les bronches.

On peut y joindre les inhalations de vapeur d'eau qui fluidifient les sécrétions. Pour calmer la toux, l'auteur recommande l'association codéine et bromoforme présentée par une maison bien connue ; rien ne lui serait supérieur. Pourquoi tant de pusillanimité ? Et quelle pudeur excessive ? Pourquoi ne pas désigner cette association par son nom, le Codoforme, sans doute ? J'avoue que j'ai peine à comprendre la raison de scrupules aussi excessifs. Si la préparation est d'une telle qualité, nous avons intérêt à le savoir. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 27 avril 1924.)

Deux petits signes de la grossesse extra-utérine rompue.

Quaud une grossesse extra-utérine se rompt, le salut de la femme est tout entier dans la précocité du diagnostic et de l'intervention qui ne *saurait* être *differée*. Tous les signes qui aideront le praticien à poser ce diagnostic précoce sont précieux et méritent d'être connus de lui.

M. Balard en rappelle deux qui, dit-il, doivent être pris en considération.

Le signe de Laffont est représenté par une douleur tardive élevée apparaissant deux ou trois heures après la rupture, et différente de la douleur pelvienne. Elle est l'indice d'une distension exagérée et brusque du Douglas sous la poussée de l'hémorragie qui continue ; elle commande l'intervention immédiate et cesse avec elle.

Le signe de Nard consiste en une voussure unilatérale de la paroi abdominale, qui caractérise l'hématocèle et la distingue de l'annexite inflammatoire, dans laquelle la défense de la paroi en contracturant et durcissant celle-ci, masque toute voussure. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 avril 1924.)

L'hyperkinésie gastrique.

D'après M. Timbal, l'hyperkinésie gastrique se présente à l'observation sous plusieurs formes : une forme aérophagique pure ; une forme douloureuse précoce ; une forme douloureuse tardive ; une forme simulant la sténose pylorique, et une forme de diarrhée post-prandiale.

Au milieu de cette diversité d'aspects cliniques, le diagnostic de la véritable nature de l'affection pourra être fait, d'après les données suivantes :

L'hyperkinésie apparaît et évolue toujours sur le terrain névropathique, sous le coup de préoccupations morales, de surmenage intellectuel, d'une maladie aiguë, grippe par exemple. Elle débute par de l'aérophagie, chaînon intermédiaire entre le choc nerveux initial et les premiers troubles dyspeptiques. L'examen radioscopique de l'estomac révèle une image d'une forme particulière, en écharpe, en virgule, en corne de bœuf, avec des dimensions réduites, et une exagération de son péristaltisme.

Le traitement consiste à prescrire du bromure de sodium, à raison d'un gramme par repas. On peut y associer avec succès la spalmalgine. En calmant l'hypersthésie gastrique, la cocaïne calme la diarrhée post-prandiale. Il suffit de ces simples médications pour faire disparaître les manifestations de l'hyperkinésie. (*Toulouse médical*, 1er mai 1924.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Polyotie avec soudure gémellaire.

(M. Balzer. — *Académie de médecine* ; 13-5-1924.)

M. Balzer relate une observation de polyotie avec bride unissant deux jumeaux de sexe différent.

Sous le nom de polyoties, on désigne des saillies plus ou moins accentuées constituant des annexes rudimentaires du pavillon de l'oreille. Ces saillies peuvent être constituées par un simple repli cutané ou être fibro-chondromateuses. Chez le sujet dont parle M. Balzer, il existait, partant de cette masse, au moment de la naissance, une bride d'union avec sa sœur jumelle.

Le point intéressant du cas en question est la sou-

dure tératologique de deux fœtus de sexe différent. On sait que les grossesses gemellaires sont ou bivitellines (quand deux ovules ont été fécondés ensemble) ou univitellines (quand un ovule unique a été fécondé par plusieurs spermatozoïdes). Il est admis que dans la gestation double univitelline (la seule qui soit une monstruosité), les deux fœtus sont toujours de même sexe, l'observation ayant montré que des jumeaux de sexe différent étaient à l'habitude inclus dans des œufs séparés. Il y aurait donc eu ici une éventualité exceptionnelle.

La radio-immunisation des tissus cancéreux.

(M. REGAUD. — *Académie de médecine* ; 13-5-1924.)

M. Cl. Regaud fait une communication sur la radio-immunisation des tissus cancéreux et sur le mécanisme en général de l'action cellulaire des rayons X et des rayons γ du radium.

Le professeur Regaud a montré, dès 1914, que des séances successives de rayons X sur une tumeur maligne avaient une efficacité progressivement décroissante ; en d'autres termes que les tissus néoplasiques se « vaccinaient » contre les rayons. Il émit, d'abord, pour expliquer ce phénomène, l'hypothèse d'une auto-immunisation par modification des humeurs de l'organisme. Cette théorie ne le satisfait plus aujourd'hui. L'expérience le porte à admettre de préférence un effet abiotique direct des radiations et il penche plus volontiers vers l'hypothèse de l'action locale cellulaire, comme susceptible d'éclairer le problème obscur de la radio-immunisation.

Effets thérapeutiques des voyages en mer.

(M. A. LOIR, du Havre. — *Académie de médecine* ; 13-5-1924.)

Les voyages, a-t-on coutume de dire, forment la jeunesse. Les voyages en mer, remarque M. Loir, font mieux : ils guérissent certains états morbides. Un peu avant 1890, il y eut, en Angleterre, toute une série de travaux sur la thérapeutique par les voyages au long cours. Ce fut une véritable croisade que les médecins anglais entreprirent et elle porta ses fruits en révélant une action thérapeutique intéressante.

Dans tous les cas où le patient peut supporter le surcroît de travail des échanges physiologiques amené par le séjour marin, on obtient une amélioration du surmenage et de l'anémie. Les tissus relâchés deviennent plus fermes, la circulation plus active, la respiration plus profonde, l'irritabilité nerveuse disparaît.

Dans nombre de dyspepsies, la mer donne de bons résultats. S'il n'existe pas de maladie organique du foie ou de l'estomac, ces organes sont heureusement modifiés par un voyage en paquebot. On voit des sujets guérir aussi de l'acné, de la séborrhée, de l'eczéma, du psoriasis, de l'entérite chronique. Les affections des bronches elles-mêmes sont souvent améliorées par le séjour prolongé dans l'atmosphère marine : l'emphysème se montre moins pénible, l'asthme spasmodique s'atténue. Beaucoup de névralgies, enfin, sont arrêtées par la cure en question.

Ces données, si elle ne sont pas toutes rigoureusement établies, sont néanmoins intéressantes à étudier et à discuter.

Thorium et leucémies chroniques.

(MM. CLUZET et CHEVALLIER. — *Académie de médecine* 13-5-1924.)

MM. Cluzet et Chevallier ont obtenu des effets satisfaisants dans le traitement des leucémies chroniques, des émanations du thorium, malgré la très courte durée de vie de ce gaz radio-actif. L'hématopoïèse est, par cette médication, avantageusement modifiée.

Ostéomyélite de la hanche et vaccinothérapie.

(M. OKINCZYC. — *Société de chirurgie* ; 27-2-1924.)

M. Okinczyc rapporte l'observation d'un malade atteint d'ostéomyélite de la hanche qui a guéri rapidement à la suite d'injections de vaccin antistaphylococcique.

— M. BRÉCHOT considère comme imprudent de proclamer trop haut le succès de la vaccinothérapie dans les ostéomyélites aiguës, en particulier dans celles de la hanche qui ont une gravité particulière.

— M. MOUCHET croit la vaccinothérapie inutile dans les formes aiguës de l'ostéomyélite. Elle n'est efficace que dans les formes subaiguës, où le repos suffit souvent.

— M. PAUL MATHIEU a vu des ostéomyélites assez graves de la hanche s'atténuer spontanément.

— M. Raymond GRÉGOIRE rappelle que l'ostéomyélite a toujours été considérée comme une maladie redoutable. Nier la valeur du vaccin en déclarant que l'affection osseuse aurait guéri seule est un raisonnement trop simpliste.

— M. OMBRÉDANNE vaccine souvent les ostéomyélites, mais par acquit de conscience. Il ne croit guère à l'action des vaccins en pareil cas, sauf dans les périostites du maxillaire d'origine dentaire chez les enfants et dans les arthrites liées à une ostéomyélite chez les nourrissons.

— M. OKINCZYC conclut que dans un cas non urgent, subaigu, on est autorisé à essayer, une journée ou deux, les effets de la vaccinothérapie.

Diabète insipide et syphilis.

(MM. BABONNEIX, J. HUTINEL et AZEROD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-3-1924.)

Le diabète insipide est à l'ordre du jour. Les recherches pathologiques et expérimentales concordent à en faire un syndrome tubérien (du tuber cinereum) parfois lié à la syphilis (Lhermitte). M. Babonneix verse aux débats l'observation d'une malade

atteinte de diabète insipide et de cancer du sein, chez laquelle on constate des signes de neuro-syphilis : inégalité pupillaire, Argyll-Robertson, énorme lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, aortite chronique.

Sans doute, on pourrait se demander si cette polyurie n'est pas liée à une tumeur de la région tubérienne (nodule métastatique provenant de l'épithélioma du sein) ; mais, il n'y a aucun signe d'hypertension intra-cranienne, ni de névrite optique. Il est plus vraisemblable d'admettre, avec les réserves qui conviennent, une lésion spécifique localisée au tuber cinereum.

Dilatations bronchiques révélées par le lipiodol.

(M. ARMAND-DELILLE. — *Société médicale des hôp.* ; 14-3-1924.)

M. Armand-Delille présente deux radiographies de dilatations bronchiques examinées après injections intra-trachéales de lipiodol.

— M. Emile SERGENT a fait, depuis dix-huit mois, un grand nombre de radiographies après injections intra-trachéales de lipiodol, suivant la technique de Sicard et Forestier. Tout en insistant sur la valeur de la méthode, il pense qu'il faut éviter de tomber dans un abus qui risquerait de la discréditer. Il y a, en l'espèce, deux causes d'erreur : la première consiste à prendre pour des dilatations bronchiques des opacités dues à l'inondation de territoires emphysémateux par le lipiodol ; la seconde consiste à considérer comme ectasies bronchiques des bronches largement dessinées par le lipiodol et qui n'apparaissent dilatées que parce qu'elles correspondent à des canaux aériens éloignés de la paroi thoracique.

Amaurose par intoxication oxy-carbonée.

(MM. LÉVY-VALENSI, L. CLAUDE et A. ROCHARD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-3-1924.)

Les accidents de névrite périphérique dus à l'oxyde de carbone ont une pathogénie discutée. Brissaud en a séparé les paralysies associées (hystérique, alcoolique). Certains travaux (Claude et Lhermitte) permettent de penser que les hémorrhagies péri ou intra-tronculaires jouent un rôle.

MM. Lévy-Valensi, L. Claude et A. Rochard présentent une observation qui vient à l'appui de cette dernière opinion. Leur malade, consécutivement à une intoxication oxycarbonée, présenta une amaurose presque complète, de l'atrophie papillaire, avec reliquats de petites hémorrhagies juxta-papillaires à droite. Toute autre origine des troubles oculaires (sinusite sphénoïdale, tabès, syphilis) a semblé pouvoir être écartée.

Ombres annulaires et ombres des cavernes pulmonaires

(MM. DE JONG et PESTEL. — *Société méd. des hôp.* ; 14-3-1924.)

Les Américains ont appelé l'attention, en radiographie pulmonaire, sur des « ombres annulaires » qui simulent les cavernes tuberculeuses et dont la signification est discutée en phtisiologie. Les premiers auteurs qui ont soulevé la question sont Sampson, Heise et Brown. Pour eux, les ombres annulaires seraient dues non à des cavités intra-pulmonaires mais à des cavités intra-pleurales. En 1920, Honeij insistait sur la difficulté du diagnostic entre ces aspects annulaires et les cavernes. Deux ans plus tard, Amberson, qui a réuni un chiffre important de cas de ce genre, croit qu'ils sont liés à l'existence de modifications pleurales, résidus permanents de pleurésies anciennes.

MM. de Jong et Pestel ont eu l'occasion d'observer à l'hospice d'Ivry une malade offrant de la façon la plus nette une ombre annulaire. Bien que l'autopsie ait montré une caverne assez volumineuse, ils croient que l'aspect radiographique correspondait à un épaississement de la plèvre, de la plèvre de scissure interlobaire.

— M. BÉCLÈRE pense au contraire, que l'image radiographique présentée par M. de Jong est celle d'une caverne véritable.

— M. SERGENT estime que l'interprétation des « ombres annulaires » des auteurs américains ne doit pas être univoque et qu'elle varie selon les cas.

L'avenir des pleurétiques.

(M. BRELET, de Nantes. — *Société médicale des hôpitaux* ; 21-3-1924.)

Un malade a eu une pleurésie séro-fibrineuse, une de ces pleurésies qui sont, comme l'a montré Landouzy, fonction de tuberculose. Quel sera son avenir ?

Nombre de pleurétiques, disent Landouzy et Marcel Labbé, font de la tuberculose à nouveau, des mois et des années après leur pleurésie. M. Brelet apporte sur ce point une petite statistique de 42 cas, dans lesquels l'épanchement pleural a été certifié par la ponction exploratrice ou évacuatrice. Sur ces 42 anciens pleurétiques, 6 sont aujourd'hui tuberculeux pulmonaires, avec signes cliniques, et bacilles de Koch dans les crachats. La bacillose a débuté chez eux, de 2 à 6 ans après la pleurésie. L'auteur pense, il est vrai, que ce chiffre élevé de tuberculoses ultérieures tient en partie à ce qu'il s'agit de malades ayant subi les fatigues de la guerre. Pour les 36 autres sujets, 16 sont complètement guéris et 20 sont guéris avec des séquelles.

M. Brelet examine ensuite l'influence de la thoracentèse sur l'avenir de ces patients. On sait que M. Micheleau a prétendu que les pleurétiques ponctionnés devenaient peut-être tuberculeux plus vite et dans une proportion plus grande que les pleurétiques non ponctionnés. La statistique de M. Brelet ne paraît pas confirmatrice d'une telle opinoin.

P. L.

Les Congrès

Deuxième Congrès de la Société internationale d'urologie (1)

(Rome, 24-26 avril 1924).

Le deuxième Congrès de la *Société Internationale d'Urologie* s'est ouvert à Rome avec solennité, sous la présidente effective de S. M. le Roi Victor-Emmanuel, assisté du Sénateur maire de Rome Cremonesi, et du professeur Alexandri.

Première question.

L'innervation rénale.

Rapporteur : MM. Ambard (Strasbourg) et Reja (Pavie).

Premier rapport.

M. le professeur Ambard, après un résumé de nos connaissances actuelles sur l'anatomie des nerfs du rein, donne une place plus importante à l'étude physiologique de l'innervation.

Dans les reins entrent des nerfs de différentes origines qui les réunissent à tout le corps. Ainsi on explique les innombrables réflexes dans des points d'origine très variés. Parmi les effets que les nerfs peuvent produire dans les reins, nous considérons comme les plus importants : 1° une action trophique ; 2° une action dans les constantes secrétoires ; 3° une action sur les seuils ; 4° et une vasomotrice.

1° *Action trophique.* — Aucun expériment n'a réussi à la mettre en évidence. La section des nerfs du rein au niveau du pédicule ne produit aucune dégénération de l'organe. On déduit que dans l'intérieur de l'organe existent des centres autonomes.

2° *Action dans les constantes sécrétoires.* — Aucune stimulation ou section des nerfs du rein ne produit des modifications des constantes secrétoires. On peut en conclure que les nerfs n'ont aucune action sur les constantes.

3° *Action sur les seuils.* — Quelques stimulations des centres démontrent clairement un abaissement des seuils. Par conséquent, on peut affirmer que le système nerveux règle les seuils.

4° *Action vasomotrice.* — En dehors de quelques variations de la pression sanguine, elle a été assurée, comme conséquence de stimulations périphériques vasodilatation et vasoconstriction. Le système nerveux peut influencer le calibre des capillaires. Si l'on sectionne les nerfs d'un pédicule rénal, en respectant ceux de l'autre, nous constatons que dans l'absence de stimulation anormale, les sécrétoires des deux reins sont identiques. Il paraît pourtant que le système nerveux extra-rénal n'affecte pas les seuils ni les capillaires, si non en mesure exceptionnelle et que, dans la vie ordinaire, les deux sont réglés par des fonctions endorénales. Le rein dont le poids est la 1/163e partie du poids du corps, consume 1/11e de l'oxygène consommé par l'organisme entier. Ceci démontre l'importance essentielle que doivent avoir les modifications de la circulation du rein.

Le riche réseau nerveux du rein se distribue principalement autour des vaisseaux sanguins. Toutefois, si cela est admis par tous les observateurs, on doit également convenir que les découvertes plus exactes sur la terminaison et la répartition des fibres nerveuses dans le rein ainsi qu'une série d'observations expérimentales qui ont eu lieu, sont considérées, par de nombreux auteurs, comme favorables à l'hypothèse d'une action directe du système nerveux sur la sécrétion du rein. Mais un examen rigoureux des observations et des expériences n'est pas favorable à cette hypothèse. Les observations histologiques peuvent être interprétées avec une plus grande vraisemblance comme expression déterminante d'une sensibilité générique. L'investigation directe de la circulation rénale donne aux observations expérimentales une explication plus facile, plus précise et plus ample.

Les modifications de la fonction rénale dans les maladies trouvent également leur explication dans la façon différente de fonctionner des cellules du rein différemment arrosées par le sang ou altérées par des agents toxiques et par conséquent modifiées dans leurs aptitudes chimico-physiques et dans la diversité des rapports, entre le sang et les cellules rénales, diversité qui est la conséquence des altérations cellulaires et des troubles circulatoires.

Les actions réflexes vasomotrices d'origine rénale ou bien extrarénale sont de grande importance pour interpréter les changements et les variations des conditions cliniques des néphritiques. On ne peut pas encore accepter ou exclure que la genèse de quelques hypertensions ait un rapport avec ces faits

La symptomatologie qui accompagne quelques formes rénales est due principalement au plexus rénal, au petit bassin rénal, au tissu périrénal ; assez souvent, elle est due aux réflexes douloureux ou qui envahissent des territoires plus ou moins éloignés, certainement en rapport avec l'individualité du malade.

Il y a donc pour le rein, une innervation vasomotrice et sensitive, l'une et l'autre des plus importantes dans les conditions physiologiques et dans celles pathologiques ; une innervation sécrétrice n'est pas démontrée et ne peut pas être admise.

---

(1) Service spécial de l'*Association de la Presse Médicale française.*

La fonction du rein, complexe et délicate, est l'expression des conditions structurales et humorales de tout l'organisme. La régulation de la fonction rénale est automatique et essentiellement chimico-physique, indépendante de toute action nerveuse secrétive directe, grandement modifiable par les conditions vasomotrices des territoires vasculaires relatifs. L'action très importante du système nerveux sur la sécrétion rénale s'explique justement au moyen des vaso-moteurs, souvent par action réflexe.

Discussion.

Prof. Legueu (Paris) a pratiqué 12 énervations, sans aucun accident et a vu pour tous les cas une sédation immédiate des douleurs ayant résisté jusque-là à plusieurs interventions immédiates (néphropexie, décapsulation). L'*énervation*, qui d'ailleurs n'est vraisemblablement jamais complète, ne semble pas troubler le fonctionnement rénal. Cette opération est précieuse pour toutes les affections douloureuses du rein symptomatiques d'une lésion objective trop minime pour autoriser la néphrectomie ou encore chez les malades n'ayant qu'un seul rein et douloureux.

Thévenot (Lyon) rappelle les travaux de Latarjet et Bertrand sur les nerfs du rein. Au point de vue physiologique, le prof. Rochet, en collaboration avec l'auteur a fait des recherches sur 3 chiens qu'on avait primitivement néphrectomisés d'un côté de façon à mieux étudier le fonctionnement du rein restant.

Sur ces 3 chiens, l'un est mort à la suite d'efforts ayant déterminé une hémorragie rénale, sur un rein extrêmement congestionné. Les deux autres présentèrent des signes de congestion rénale ; mais se remirent de l'opération, et l'urine garda ses qualités normales.

Anatomiquement et physiologiquement, l'énervation du rein est possible. La première opération de l'auteur remonte à juillet 1922. La malade énervée depuis cette époque est en parfait état. Se méfier des douleurs à point de départ urétéral, qui peuvent nécessiter une opération sur les uretères et sur les nerfs de l'uretère.

Courtade (Paris). — Le système nerveux n'agit par sur le chimisme des cellules des tubes contournés. Il agit indirectement sur les seuils, non pas en agissant sur la cellule rénale, mais sur le métabolisme des liquides de l'économie, en particulier sur les phénomènes d'affinité électrique, des électrolytes, non électrolytes des matières organiques dissoutes, avec les protéines des liquides de l'organisme.

Sérès (Barcelone) étudie le système de corrélation nerveuse vésico-rénale et son influence sur la fonction rénale qu'il a particulièrement étudié, et il a montré que la vessie et le rein ont une innervation en rapport intime pour les deux organes.

Ce système est constitué par un ganglion situé à droite de l'origine de l'artère mésentérique inférieure, qu'il a appelé, en raison de la corrélation qu'il établit entre les deux organes, *ganglion vésico-rénal*. Ce ganglion envoie des rameaux nerveux ascendants au rein et des rameaux descendants à la vessie. Sérès a le premier décrit les rameaux rénaux.

Toute excitation vésicale entraîne une modification de la quantité d'urine sécrétée par le rein. Ces modifications et la sécrétion rénale exigent pour se produire l'intégrité des voies de communication décrites par l'auteur.

L'innervation expérimentale chez le chien augmente la quantité d'urine sécrétée par le rein pendant les premiers jours ; peu à peu, la polyurie diminue. Lorsque l'innervation est unilatérale chez le chien, on n'observe pas de grands troubles, mais si elle est bilatérale, peu à peu surviennent des troubles d'insuffisance rénale, qui conduisent à la mort par urémie.

Il en résulte que le pédicule rénal contient des nerfs sécrétoires et trophiques.

Cliniquement, l'auteur a obtenu, par l'énervation, la suppression des douleurs dans la néphrite douloureuse et l'hydronéphrose.

Bartrina (Barcelone) dit qu'il est évident que l'énervation du rein ne modifie pas le fonctionnement du rein.

Sans réclamer la priorité, il rappelle qu'avant Papin, il a effectué sous le nom de néphropexie pédiculaire une véritable énervation.

Papin (Paris) a pratiqué sa première opération en 1921. Depuis, il a opéré 35 cas. Il décrit sa technique, il commence par la face antérieure ; nécessité d'écarter la veine rénale à l'aide d'un écarteur spécial ; puis, avec un écorchoir spécial,il fait sauter les filets nerveux ; le rein est alors retourné sur sa face postérieure où il procède à la même dilacération nerveuse. Se méfier de quelques petites artérioles, et surtout veinules très gênantes. Pour terminer, décapsulation et néphropexie.

Indications : néphrite hématurique, petites hydronéphroses intracanaliculaires bien connues depuis la radiographie.

Sur 32 cas, l'auteur n'a eu que deux échecs (au début). Il a pu vérifier l'intégrité du fonctionnement du rein dans un certain nombre de cas par cathétérisme urétéral. L'auteur conclut en disant que l'opération est légitime et constitue un progrès intéressant.

Escat (Marseille) insiste à nouveau sur : 1° l'importance du réflexe réno-rénal qui explique les crises d'anurie où l'obstruction accidentelle d'un rein peut déterminer temporairement l'arrêt fonctionnel de l'autre rein parfaitement sain ; l'auteur a rapporté 3 cas en 1922 (Assoc. franç. d'urol.), les malades sont actuellement encore en parfaite santé ; or, l'un de ces cas remonte à 15 ans et les autres à 5 et 6 ans. Ces crises cédèrent dans 2 cas par cathétérisme urétéral dans l'autre cas par néphrotomie.

Il est donc important de connaître le réflexe réno-rénal et, dans une anurie non médicale, ce serait une grave erreur de croire que les deux reins sont organiquement malades ou d'admettre que l'obstruction

porte sur un rein unique ; il faut, en pareil cas, admettre la possibilité d'un simple réflexe réno-rénal et savoir prendre les décisions chirurgicales qui résultent de la notion du réflexe réno-rénal éphémère.

NEUWIRT (Tchéco-Slovaquie) étudie l'influence de l'anesthésie paravertébrale du ganglion semi-lunaire et du nerf splanchnique sur les fonctions du rein. L'expérience lui a montré que l'anesthésie unilatérale du splanchnique détermine les mêmes modifications dans la fonction du rein que la section de ces nerfs : la quantité d'urine est augmentée, et la construction des chlorures domine.

L'auteur a utilisé cette anesthésie dans l'oligurie réflexe : chez un malade ayant un calcul du rein, le calcul avait déterminé une crise de colique néphrétique avec oligurie. L'opération ayant été refusée, l'anesthésie paravertébrale suivant Kappes amena la suppression de toute douleur, et peu à peu l'urine réapparut au point que douze heures après la quantité en était de 2.250 cmc. ; l'auteur a pu confirmer ces faits expérimentalement sur le chien.

Etude clinique expérimentale de l'hydronéphrose.

M. FRANK HISSMANN (San Francisco), rapporteur, conclut que l'atrophie rénale hydronéphotique avec obstruction complète de l'uretère est le résultat d'une combinaison de facteurs structuraux et mécaniques. La destruction complète du parenchyme est due en partie seulement à la compression ; elle est surtout le résultat d'une anémie progressive secondaire à cette compression. Des zones d'éléments sécrétoires relativement moins lésés, par suite d'une irrigation sanguine plus résistante, continuent à diminuer leur activité ou une contrepression qui va diminuant, car des modifications organiques permettent une résorption facile des produits en activité dans les veines qui subsistent. Au niveau des points complètement détruits, il n'existe plus ni pression, ni résorption, ni accroissement en sac hydronéphrotique. En ce point, réduction graduelle.

DEUXIÈME QUESTION.

La vaccinothérapie dans les affections de l'appareil urinaire.

Premier rapport. — M. NOGUÈS (Paris).

Sous le nom de vaccinothérapie, il faut entendre non seulement la bactériothérapie proprement dite, mais toutes les méthodes thérapeutiques (sérothérapie, hémothérapie, pyothérapie), qui mettent en œuvre les réactions humorales pour prévenir ou combattre les maladies infectieuses.

Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de porter un jugement définitif sur la valeur de ces méthodes thérapeutiques, car si les faits publiés sont nombreux et pour la plupart bien observés, ils diffèrent tellement entre eux qu'ils ne permettent aucune comparaison. Autant d'observations, autant de variantes quant aux indications, quant au genre de vaccin, à son mode de préparation, à sa posologie, à ses voies d'administration.

Ce sont donc moins des conclusions que des impressions que nous nous risquons bien timidement à donner.

La sérothérapie a été jusqu'ici très peu employée en urologie parce qu'il n'existe pas de sérum contre les infections les plus habituelles : celui qui répondrait aux besoins les plus fréquents serait un sérum anticolibacillaire, mais on se heurte pour sa préparation à des difficultés de technique, telles qu'il ne figure pas encore dans l'arsenal thérapeutique. Ces difficultés de préparation seraient-elles vaincues, qu'on peut se demander si, en présence de la multiplicité des races de ce microbe, on aurait chance d'obtenir pour la majorité des cas, un sérum spécifique agissant réellement par son action homologue.

Une seule exception est à faire pour les sérums antigangréneux. Dans les infections à anaérobies et, en particulier, dans le phlegmon diffus périurétral, le sérum de Vincent et Stœdel s'est montré d'une efficacité incontestable au point de vue général, et surtout au point de vue local.

La vaccinothérapie par contre jouit d'une grande vogue, peut-être même excessive, les malades auxquels elle a été appliquée n'étant toujours très judicieusement choisis et les résultats publiés prêtant souvent à la critique. Il n'est pas douteux cependant qu'elle se soit montrée efficace dans des cas où tous les autres traitements avaient échoué. Nous avons pu, pour chaque type morbide classique, citer un fait où son action curative a été indéniable ; c'est dans les infections à staphylocoques et particulièrement dans les abcès périnéphrétiques hématogènes, qu'elle s'est montrée surtout efficace. Quant aux infections coli-bacillaires, l'effet obtenu dépend beaucoup de la forme clinique que prend l'infection : dans la bactériurie s'accompagnant d'une pyurie abondante.

Le problème est donc loin d'être résolu : sa solution demandera encore de longues et patientes recherches, mais ce serait déjà un progrès considérable que de pouvoir indiquer les voies par lesquelles on aurait le plus de chances d'arriver au but.

La plus séduisante est sans conteste la chimiothérapie et ce serait assurément l'idéal que de provoquer une réaction funeste aux microbes sans que les substances chimiques soient nocives pour les tissus. La chimie arrivera-t-elle à nous fournir des composés synthétiques doués d'une action élective ? Rien ne défend de l'espérer.

Certains vénéréologistes ne traitent-ils pas déjà la blennorrhagie par des injections intraveineuses de salvarsan. A cette question de la chimiothérapie se rattache celle de l'infertilisation des urinee dont nous avons essayé de montrer l'importance au cours de ce travail. Pour l'instant, c'est encore vers l'immunothérapie que nous devons porter nos efforts : sérums ou vaccins ? Les premiers, s'ils pouvaient être « ajustés » aux infections urinaires seraient assurément su-

périeurs. Mais il faut en prendre notre parti et savoir nous passer des sérums que l'avenir tient encore en réserve.

Notre devoir nous commande en tout cas d'utiliser au mieux de l'intérêt de nos malades les armes dont nous disposons. Ces armes, nous les trouvons dans la vaccinothérapie et c'est en tâtonnant que nous arriverons à en connaître la portée et à en faire un judicieux emploi. Nous la connaissons maintenant assez pour être certains de ne pas nuire, et cette innocuité est déjà une très grande force quand on travaille à étendre le champ d'action d'une méthode. Les biologistes et les médecins ont la voie ouverte. Cette voie va-t-elle les conduire à la recherche d'une spécificité toujours plus grande qui les contraindrait à n'utiliser que les auto-vaccins ? Va-t-elle les induire à réhabiliter les vaccinations locales ou digestives qui ont rapidement connu l'infortune et l'abandon ?

Le temps, aidé de la critique patiente des faits, permettra seul de poser nettement un jour les indications précises des divers procédés de la thérapeutique vaccinale.

(*A suivre.*)

Les Livres

J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Dr Adrien Loir, directeur de l'Institut océanographique du Havre. — **Thérapeutique et voyage au long cours.** Un vol. in-4°. 3 fr.

La cure de repos en mer. Médecine et voyage au long cours. Le climat de l'Océan et ses effets. Indications des voyages en mer. Contre-indications des voyages en mer. Conditions pour faire une cure en mer. La durée du voyage. Les lignes à choisir. A quelle époque faut-il faire les voyages ? Voyages en mer et tuberculose. Laënnec recommandait les voyages en mer en thérapeutique. La cure marine à l'étranger. Le mal de mer. Iténéraires par les lignes françaises. Compagnie des Chargeurs réunis. Compagnie Havraise Péninsulaire. Compagnie des Messageries Maritimes. Compagnie générale transatlantique.

Ce volume est destiné à appeler l'attention des médecins sur la cure de repos par les voyages au long cours. Ce moyen, qui est employé à l'étranger, mérite d'être étudié par les médecins français.

Des croisières de démonstrations pour les médecins sont organisées sous les auspices de l'Association de la presse médicale.

La croisière organisée sous les auspices de l'Association de la Presse médicale en partant de Marseille pour aller à Naples, Messine, Le Pirée, Constantinople, Smyre, Beyrouth, Alexandrie, est revenue à Marseille le 6 avril. Les sept médecins qui étaient à bord du *Pierre-Loti* des Messageries Maritimes se *déclarent très satisfaits* du voyage, et plusieurs écrivent qu'ils n'hésiteront pas à prescrire la cure de repos à bord des navires au long cours.

La croisière Le Havre, Lisbonne, Marseille est en route depuis le 10 avril.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr A. Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

Æsculape. Grande revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. — Abonnement : 25 francs (étranger : 30 francs). — Le numéro : 4francs, 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe).

Sommaire du numéro de mai 1924 (*N° spécial consacré au Salon des médecins*). — Sonnet Liminaire (1 ill.), par le Prof. Jean-Louis Faure. — Le IVe Salon des médecins (19 ill.), par le Dr Paul Rabier. — Le docteur Sabouraud sculpteur (4 ill.), par Elie Faure. — Le docteur Jean Hallé, peintre (2 ill.), par le Dr Ch. Villandre. — Une lettre du docteur de Hérain (5 ill.), par le Dr de Hérain. — Le docteur Mailfaire, peintre paysagiste (2 illus),par le Dr Dubar. — Les Médailles du Prof. Hayem (2 ill., par le Dr Benjamin Bord. — Charles Villandre, chirurgien et sculpteur (4 ill.), par le Dr Ameuille. — Le docteur P.-E. Colin, graveur sur bois (4 ill.), par A, Brunot. — Supplément (14 ill.).

Dans ce numéro se trouvent reproduites les œuvres)des médecins artistes suivants : prof. agr. Philibert, F. de Hérain, Janet, Papin, prof. Bezançon, Wilborts, Lemière, Gaudier, Grégoire, Oberthur, Fay, Briau, Jeager, prof. Marcel Labbé, Lortat-Jacob, Escat, Desmier, Sabouraud, Hallé, Mailfaire, prof. Hayem, Ch. Villandre, P.-E. Colin, A. Darier, Rendu, Moy, Funck-Hellet, Delmont-Bebet, Marchand, Routier, Eybert, Jumentie, Malherbe,Maurice, Grimbert, Wagner, Le Clerc, de Mme Brouardel, et de Mlle Alice Baillière.

Parmi ces œuvres figurent de nombreux paysages des sujets de genre et les portraits des médecins suivants : Rabier, Pierre Bertin, Desmier, Brocq, Darier, Lavenant, Rubens-Duval, Zislin, Jayle, Louste, Mailfaire, Hayem, Hanriot et ceux des internes de la salle de garde en médecine des Enfants-Malades en 1921-1922.

Ce numéro spécial est vendu 6 francs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE TRIOMPHE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Je demande l'abrogation de la loi de 1892. — Un film de Clément Vautel. — Guérisseurs et spécialistes. — *Sic vos non vobis.*

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 édicte que :

Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme... prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée .....

Interprétant *stricto sensu* ce texte législatif, la Cour de Cassation a, le 16 décembre 1922, décidé que « constitue le délit d'exercice de la médecine le fait de prendre part habituellement au traitement des maladies », même si les soins consistent à apposer, à appliquer, à passer les mains sur les membres ou organes malades.

Faisant application de cette doctrine, deux Tribunaux viennent de condamner deux illégaux, le père Bar, à Compiègne, qui récolte 500 francs d'amende ; le père Benoist, à Amiens, qui se voit infliger *un franc d'amende avec sursis.*

A noter que chacun de ces guérisseurs se faisait assister d'un docteur en médecine. On ne nous dit pas que le délit de complicité ait été retenu contre ces singuliers assistants.

Mais, le Tribunal d'Amiens nous sert des attendus d'un savoureux tel que, bien que toute la grande presse les ait reproduits avec un soin touchant, nous ne résistons pas au plaisir de les publier à notre tour.

Sachez donc que Benoist a bien commis le délit d'exercice illégal de la médecine et contrevenu à la loi de 1892, mais qu'il est également constant que, âgé de 66 ans, il n'a jamais été condamné, jouit de l'estime publique, ne s'est pas enrichi en appliquant ses méthodes et poursuivait surtout un but philanthropique ; que, de plus, le corps médical connaissait les agissements de Benoist qui opérait au grand jour depuis trente ans. Or, le corps médical n'est pas intervenu...

C'est tout juste si le Tribunal ne le félicite pas et ne lui ordonne pas de continuer ses pratiques philanthropiques...

Quant au corps médical, son abstention paraît au moins singulière. Et je n'arrive pas à comprendre pourquoi il a gardé, depuis si longtemps, une attitude aussi passive que résignée...

Aussi, démandè-je l'abrogation de la loi de 1892.

Parfaitement !

Puisque les droits que nous confère notre diplôme ne sont pas mieux sauvegardés par ceux qui devraient, respectueux de l'esprit autant que de la lettre de la loi, prendre à tâche de le faire, puisque les médecins ne s'émeuvent pas eux-mêmes de la concurrence qui leur est ainsi faite, et qu'ils demeurent indifférents aux agissements des illégaux, puisque les magistrats, dont je crois que quelques-uns sont venus témoigner en faveur de Benoist, rendent la justice d'une façon aussi caricaturale, consacrant en fait, sinon en droit, la quasi-légalité de l'illégalité, je ne vois pas pourquoi on exige de nous des études coûteuses et difficiles pour exercer une profession dont les charges sont particulièrement lourdes, si les privilèges que nous tenons de l'estampille officielle de l'Etat ne sont pas mieux respectés. Puisque, pour vingt sous d'une amende qu'allège encore le sursis, le premier venu peut s'en donner à cœur joie pour soigner ses semblables, foin du diplôme, considéré comme une garantie de protection des justes lois ! Liberté pour tous, dans les limites de l'article 1382 du Code Civil.

D'autant mieux que les mêmes Tribunaux, si indulgents pour l'illégalité, ne se font pas faute, quand un médecin leur tombe entre les... mains, de le saler d'importance.

Je le répète : il faut abroger la loi et décréter que l'exercice de la médecine est complètement et absolument libre.

Ce jour-là, vous verrez tous les cabinets irréguliers désertés, et les vôtres plus achalandés que jamais. Tant l'attrait du fruit défendu est toujours grand, depuis notre mère Eve ! Tant, en France, il n'est pas de plus grand plaisir que de fronder l'autorité !

Je demande aussi, qu'exceptionnellement, **le** père Benoist soit admis dans le Syndicat **médi-**

cal de la région où il exerce son industrie, que je me garderai bien de qualifier de coupable...

Le Ministère public fera-t-il appel *à minima* ? A quoi bon ? Il y a gros à parier que les juges du deuxième degré ne se montreraient pas plus sévères que les premiers. N'en avons-nous pas eu la preuve, il y a dix-huit mois, à propos de l'affaire Béziat, le guérisseur d'Avignonel, chevalier de la Légion d'honneur, qui fut acquitté en appel, ce qui motiva l'arrêt de Cassation que je rappelais en commençant ?

Vous pensez si les folliculaires de tout poil s'en donnent à plume que veux-tu ?

Parmi eux, je retiens tout spécialement M. Clément Vautel, le chroniqueur attitré du *Journal*.

M. Vautel est, à sa façon, un condamné aux travaux forcés. Trois cent soixante-cinq jours par an, il lui faut avoir de l'esprit, pour en régaler les lecteurs de sa feuille. On comprend combien pareille tâche est lourde, et on l'excuse de n'être pas toujours à la hauteur de celle-ci. L'inspiration est capricieuse ; tantôt elle plane, légère et spirituelle, sur les cimes ; tantôt, elle se traîne lamentablement et lourdement au niveau des pires lieux communs.

Mais, comme les lecteurs du *Concours médical* ne savourent peut-être pas tous la prose de M. Clément Vautel, je n'aurai garde de ne pas faire passer sous leurs yeux le morceau que j'ai découpé à leur intention dans le *Journal* du 29 mai dernier. J'avais, il y a quelques mois, déjà reproduit un film du même auteur, relatif à l'Ordre des médecins, dont le bon sens était particulièrement plaisant. Je m'étais réjoui, au milieu de toutes les diatribes dont on accable notre profession, de trouver un écrivain profane qui semblait juger les choses sainement et impartialement. Je n'en dirai pas autant de celui que voici. Mais, s'il est vrai que toute faute porte en elle son châtiment, je suis doublement à mon aise pour donner à déguster à mes lecteurs l'ironie, qui voudrait être savoureuse, du cinégraphe du *Journal* : j'espère prouver en effet, d'après son texte même, qu'il eût été peut-être mieux inspiré en choisissant un autre sujet, ou en le traitant autrement.

MON FILM

Si le Christ redescendait en ce bas monde pour tenter une deuxième fois de le sauver, il ne serait sans doute plus crucifié que moralement. Mais au cas où il se permettrait de recommencer ses miracles, de rendre la vue aux aveugles et de faire marcher les paralytiques, la justice le poursuivrait pour exercice illégal de la médecine.

Il est même probable que la résurrection de Lazare lui vaudrait une forte amende. J'entends d'ici ces messieurs de la Faculté :

— Où irions-nous s'il était permis à un profane dépourvu du moindre diplôme de ressusciter des gens que nous, docteurs en médecine, nous n'avons pu empêcher de casser leur pipe.

Le père Benoit et le père Bar, guérisseurs, viennent d'être en quelque sorte acquittés par les tribunaux... Les magistrats ont sans doute raisonné comme ceci :

— Si les « simples » ne guérissent pas toujours, ils ne font jamais de mal, bien moins, en tout cas, que nombre de médicaments administrés officiellement par des diplômés de la Faculté. La suggestion n'est pas dangereuse non plus... Et si c'est du charlatanisme, après tout, il y a aussi pas mal de charlatans parmi les « guérisseurs » attitrés et ceux-là n'exercent pas leurs talents à peu près gratuitement !

Si le père Benoit et le père Bar s'étaient risqués à ordonner des drogues périlleuses, à pratiquer des opérations, à compromettre l'existence de leurs clients, — alors, certes, des condamnations sévères s'imposaient. Mais il n'en est rien et les malades qu'ils n'ont pas guéris, au moins, ils ne les ont pas tués.

Et puis, que voulez-vous, quand la Faculté avoue qu'elle ne peut rien, le guérisseur a ce mérite de rendre l'espoir à l'incurable : parfois, il lui rend même la santé.

Les guérisseurs qui soignent avec les plantes, des passes magnétiques, des simagrées pieuses ou des incantations diaboliques, sont, en somme, moins redoutables pour la santé publique que tels spécialistes des plus diplômés qui font leur publicité charlatanesque dans les vespasiennes, qui dirigent des maisons de santé où règne la loi du business, qui exploitent, mais non pas au village, la crédulité de leurs contemporains. Ils débitent, eux aussi leur « guéritout » — et ça coûte plus cher que toutes les herbes de la Saint-Jean

Je me demande même si tels jeunes diplômés, fruits secs de la Faculté, lancés dans la république des malades avec leur ignorance, leurs bistouris et leur culot ne sont pas plus dangereux que le père Benoit...

Les médecins dignes de ce nom — ils sont heureusement le plus grand nombre — diront sans doute que j'exagère mais, au fond, ils seront de mon avis.

Clément VAUTEL.

Un passage de cet article mérite d'être détaché et encadré, comme une preuve d'une certaine inconscience, j'allais dire aussi impudeur, de son auteur, et aussi du châtiment qui s'enclôt souvent dans la faute elle-même. Je cite :

« Les guérisseurs... sont, en somme, moins redoutables pour la santé publique que *tels spécialistes des plus diplômés qui font leur publicité charlatanesque dans les vespasiennes*...

Or, ces spécialistes ne doivent précisément leur vogue qu'à la publicité qu'ils font et la façon dont ils la font.

Hélas ! trois fois hélas ! pauvre M. Vautel, les vespasiennes ne servent plus de support à cette publicité, que je n'aime ni n'estime d'ailleurs plus que vous. Cette publicité s'est réfugiée entièrement à la dernière page des grands quotidiens et des grands périodiques, où, du reste, elle s'est toujours affichée sans la moindre vergogne.

Vous avez été bien mal inspiré, avant de donner votre article à la composition, de ne pas vous faire montrer la mise en page complète de ce numéro du *Journal*. Vous auriez peut-être hésité à maintenir la phrase qui précède, si vous aviez vu, prêtes à être imprimées, toutes les annonces qui suivent, **dont j'ai naturellement supprimé les noms et adresses.**

Ainsi, la façade du *Journal* est digne, morale, au besoin austère. Mais si vous pénétrez dans ses derrières — quel mot fut jamais mieux en situation ! — vous y trouvez précisément, à de multiples exemplaires, cette publicité immorale si vertement stigmatisée par vous à la première page et dont il n'a d'ailleurs pas le monopole ! Vraiment, vous n'avez pas de chance... Vilipendez donc ces spécialistes des maladies vénériennes. Nous sommes avec vous, et nous ne vous accuserons jamais de frapper trop fort. Mais, aidez-nous à limiter les dégâts qu'ils causent à la santé publique, — c'est vous qui le dites, et je ne vous contredirai pas. Tant que de moraliser, mettez votre morale en action, et assainissez le journal dont vous êtes l'un des plus beaux ornements. Vous pourrez tout à loisir ensuite exercer votre verve sur le dos du corps médical.

Pourtant, n'allez pas trop fort, et prenez garde vous-même d'encourir les foudres de la justice. Quand vous prenez la défense d'un illégal de la médecine, quand non seulement vous excusez ses pratiques, mais que vous allez même jusqu'à les vanter, vous vous rendez coupable à votre tour du délit de provocation à la désobéissance aux lois. Et alors, gare à la peine qui vous attend, si vous êtes poursuivi !

— Mais, me direz-vous peut-être, cette menace que vous me faites, que *vaut-elle* ? Oh ! Clément, soyez-le pour moi, et donnez-moi l'absolution sur ce mot de la fin, qui n'est pas très fameux, mais où vous voudrez bien trouver à votre tour l'absolution que je vous accorde très libéralement, parce que la dernière page de votre journal vous punit suffisamment de vos sarcasmes de la première. *Amen* !

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 5130.

INAUGURATION DU MONUMENT AUX EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS, MORTS POUR LA FRANCE

DISCOURS DE M. COSSA,

Président de l'Association des Externes et Anciens.

Monsieur le Vice-Président du Conseil Municipal

Mesdames, Messieurs,

Je viens, au nom des jeunes, au nom de ceux que leur âge a tenu éloignés des combats, apporter à nos aînés, à ceux qui succombèrent dans la lutte, l'hommage de notre gratitude infinie. C'est pour que nous vivions, et que nous vivions libres dans une France plus unie et plus grande, qu'ils ont souffert jusqu'au calvaire la « Passion de notre frère le Poilu ». De notre reconnaissance, ce n'est donner qu'un bien faible témoignage que de fixer leurs traits dans la pierre. Pour sa valeur symbolique, il fallait cependant que notre jeune association fît ce geste : Tous ont voulu y contribuer : nos camarades d'aujourd'hui ; nos camarades d'hier, les

internes, nos maîtres, nos anciens; les praticiens dispersés dans toute la France ; Monsieur le Président de la République, plusieurs membres des divers corps élus, et même des étrangers à notre famille médicale : un pédiatre hollandais, le Dr VAN DER BRUGG, de Leeuwarden ne nous a-t-il pas adressé une généreuse offrande accompagnée de ces mots :

« Le monde civilisé doit beaucoup à votre grande nation qui était durant tous les siècles la *prima inter pares* et nous savons que c'est un bonheur pour la civilisation que votre illustre armée ait remporté la victoire.

« Mettez, s'il vous plaît, au nom de moi, quand on va dévoiler votre monument, quelques fleurs ou une simple couronne à fleurs au pied de ce *monumentum ære perennius.* »

Messieurs, nous avons tenu à exaucer le désir de notre confrère hollandais, avec les fleurs données par l'Association des externes de Bordeaux, celles de l'Association des médecins d'avant, les fleurs que vous voyez au pied de ce bas relief, sont l'hommage de l'étranger à ceux que nous célébrons aujourd'hui.

De ces héros, il ne m'appartient pas de redire le « geste ». Pour en être le digne hagiographe, il faudrait l'avoir vécu. D'ailleurs les chiffres parlent assez douloureusement à nos cœurs, quoique bien incomplets — nous avons dû renoncer à dénombrer ceux des anciens qui, partis de tous les points de la France, ne sont pas revenus. Egalement, les noms de la plupart de ceux de nos camarades de 1914 qui succombèrent à des maladies contractées en service, nous sont demeurés inconnus. Mais, parmi les externes en exercice, mobilisés dans les ambulances, plus souvent encore dans les tranchées comme médecins auxiliaires, comme brancardiers, ou même dans les armes combattantes, quatre-vingts ont été tués.

Et si notre monument porte une dédicace anonyme, de peur d'être incomplète, du moins va-t-il être transformé en une manière de cénotaphe. Tout à l'heure, Monsieur le Président du Conseil municipal, vous glisserez dans une ouverture pratiquée à cet effet, un tube de plomb contenant les noms de nos quatre-vingts martyrs.

Ces noms les voici :

Externes des hôpitaux de Paris « Morts pour la France »

ADLER, Edouard.
ARNOULD, Jacques.
BABY, Auguste.
BALTEAU, Marcel.
BARDY, Gabriel.
BEAUREGARD, Henry.
BERNARD, Eugène.
BERNARD, René.
BERTAUX, René.
BERTRAND, Jean.
BINET, Pierre.
BLONDET, Jean.
BLUME, Henri.
BŒGNER, Edmond.
BOILEAU, Martin.
BOUISSON, René.
BROUSSIN, André.
BUCQUET, Joseph.
CASSIDANIUS, Marcel,
CASTERA, Louis.
CERVÉ, André.
CHAMORRO, Salvador.
CHAUVEL, Henri.
CYROT, Paul.
DASPRES, Georges.
DEFIOL, Georges.
DESCHILDRE, Fernand,
DESGRANGES, Henri.
DEVALLENCIENNE, Henri.
DIGONNET, Claude.
DOLÉRIS, François.
DUCUING, Louis.
DUFOUR, Marcel.
DUMAS, Charles.
FOUGERAS-LAVERGNOLLE, Pierre.
FUNCK-BRENTANO, Théophile.
GERNIER, Charles.
GEGHRE, Jules.
GIRARDIN, René.
GRAS, Marcel.
GRENIER, Fernand.
GRIMBERT, Henri.
HÉBERT, Georges.
HÉRAUT, Antoine.
JEANNET, Marie-Joseph.
JULLIEN, Henri.
LAMARCHE, René.
LANCESSEUR, Robert.
LAURET, Jean.
LECLERC, René.
LÉVI-ALVARES, Charles.
LOIR, André.
MARTIN, André.
MASSARY, (de), Joseph.
MOING, Victor.
MOREAU, François.
MOREL, Marc.
MORLOT, Hubert.
NANTET, Paul.
OHIER, Louis.
PARIS, Antoine.
PATRIARCHE, Pierre.
PELIÉ, Robert.
DE PERETTI DE LA ROCCA, Valère.
PESCHER, François.
PIERROT, Maurice.
PLACET, Jean.
DE PONTICH, Adrien.
RAMADIER, Paul.
REMOUIT, Jean.
RESMOND, Maurice.
ROMIEUX, Edmond.
ROCHEBLAVE, Marcel.
SALIE, Serge.
THIERRY, Henry.
THOMÉ, Raymond.
THOUVENOT, René.
ULMANN, Georges.
WALLON, Alfred.
ZVIBAK, Philippe.

Messieurs, devant la beauté de tant de sacrifices, nous ne pouvons qu'incliner bas notre respect, comme nous devons le faire lorsque ceux qui s'exposèrent à la même mort nous rappellent oh ! sans aigreur, mais avec une fierté justifiant toutes les préséances : « Vous n'y étiez pas ».

Devant tant de grandeur, nous sentons notre faiblesse. Comment nous rendre dignes de nos devanciers ? Comment continuer, dans le calme de la paix, l'œuvre pour laquelle ils risquèrent leur existence ? En nous pénétrant de l'esprit qui les animait.

Lorsque la mobilisation vint arracher ces jeunes gens à leurs études, le sursaut d'enthousiasme réfléchi qui les jeta à la frontière ne surprit pas quiconque connaissait l'âme de la jeunesse intellectuelle, leurs aînés avaient été, moins que d'autres peut-être, contaminés par l'individualisme égoïste qui avait un instant obscurci les consciences françaises ; se pencher

chaque jour sur toutes les souffrances ne prépare-t-il pas, malgré des dehors souvent insensibles, l'âme du médecin à toutes les charités ?

Tous, ils participèrent plus ou moins au magnifique renouveau qui ramena les générations d'avant-guerre à des disciplines plus traditionnelles, unissant dans leurs âmes d'intellectuels, l'amour de la France, de la terre française, à



Œuvre du sculpteur BOUFFEZ. Cliché Bernes, Marouteau et Cie, phot. Paris,

celui de la science, de la culture française. Ce sens des vieilles forces nationales, soutenu chez beaucoup par la consolante certitude d'une vie future où chacun trouverait sa récompense, les conduisait droit au sacrifice. L'élan de 1914 n'a été que l'aboutissant logique de cet esprit. Et si, dans leur ardeur juvénile ils étaient bien les frères de ces Saint-Cyriens qui montaient à l'assaut en gants blancs, casoard au shako, nos camarades d'alors étaient peut être plus proches encore de Péguy, cet homme qui avait tout prévu, de sa boutique tapie aux flancs de la Sorbonne, lorsqu'il écrivait :

Heureux ceux qui sont morts pour la terre charnelle
Mais pourvu que ce fût dans une juste guerre ;
Heureux ceux qui sont morts pour quatre coins de terre
Heureux ceux qui sont morts d'une mort solennelle.

Heureux ceux qui sont morts dans les grandes batailles
Couchés dedans le sol à la face de Dieu.
Heureux ceux qui sont morts sur un dernier haut-lieu
Parmi tout l'appareil des grandes funérailles...

Mère, voici vos fils et leur immense armée.
Qu'ils ne soient pas jugés sur leur seule misère.
Que Dieu mette avec eux un peu de cette terre
Qui les a tant perdus et qu'ils ont tant aimée.

Voici, Messieurs, dans quel esprit ceux-là sont morts. Voici dans quel esprit il nous faut dorénavant travailler. Aussi bien, les jeunes gens qui fondèrent notre association au retour des tranchées, n'ont-ils pas entendu faire autre chose. Si nous sommes amenés parfois à réclamer ce que nous croyons être notre droit, plus, peut-être, cherchons-nous à mieux nous imprégner du sentiment de nos devoirs, de cet esprit médical qui ne s'acquiert qu'à l'hôpital, auprès de maîtres ou d'aînés le possédant, au contact de l'humaine détresse.

Tout courbés que nous soyons sous l'âpre préparation de nos carrières, rendue hélas nécessaire par la dureté des temps, écoutons, mes camarades ! La voix de nos aînés : Médecins, nous disent-ils, vous avez une mission à accomplir, avant d'avoir un métier à exercer. Et, pour moins périlleux que soit son accomplissement, cette mission ne diffère pas tellement de ce qu'elle fut sur les champs de bataille. Ici comme là, ce sont des souffrances vers lesquelles il faut pencher la même charité fraternelle, une science, une culture qu'il faut honorer du même amour parce qu'elles sont françaises.

Puissions-nous, Messieurs, ne pas laisser tomber de nos mains débiles le flambeau que ces aînés nous passent aujourd'hui. Puisse leur image rappeler la leçon qu'ils nous donnent à ceux qui viendront après nous, et qui n'auront pas vécu, comme nous, leur enfance dans les angoisses de l'invasion et le triomphe de la délivrance.

CHONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Echec et Mat

Parmi les victimes du suffrage universel, parmi ceux que les électeurs ont renvoyés à leurs chères occupations, nous enregistrons le nom de M. Anselme Patureau-Mirand, le généralissime des Mutualistes, le président du groupe mutualiste de la Chambre. Est-ce un échec personnel ? ou bien une défaite infligée à la Mutualité ?

Monsieur l'ex-député était partout et toujours le grand porte-parole, sinon des mutualistes, tout au moins de leur grand état-major, la Fédération nationale de la Mutualité française.

Il fallait voir comme, dans les Congrès, il était accueilli avec une obséquieuse déférence, comme on écoutait avec religieuse attention ses discours, tels ceux d'un prédicateur en renom. Il venait du reste prêcher la bonne parole de la religion moderne, qui comme beaucoup d'autres, a ses périodes d'éclipse.

C'était lui qui présentait à la Chambre les projets élaborés par la Fédération nationale et comme Danton finissait ses discours par ces mots : de l'audace, de l'audace et toujours de l'audace ; comme Humbert terminait ses articles par cette phrase : des canons, des munitions, lui comme finale lançait ces mots : des subventions, des subventions. C'était lui qui réclamait sans cesse, lors des votes des budgets, des augmentations de subventions, des majorations d'intérêts, c'était — qu'il me pardonne cette appellation — le grand tapeur ou l'insigne mendiant de la Mutualité.

Il pouvait donc penser que ses électeurs lui décerneraient le prix d'honneur et lui continueraient leur confiance. Mais le suffrage universel est comme une belle maîtresse, bien fol est qui s'y fie.

Monsieur le candidat malheureux avait oublié les sages paroles de M. Georges Lévy : vous faites des mutualités le pivot de la loi. Par certains articles, vous favorisez les mutualités, vous organisez un véritable recrutement à leur profit. Or, la mutualité en France n'est pas aux mains des ouvriers, elle est aux mains du patronat ou d'hommes politiques, qui naturellement s'en servent surtout pour des fins politiques.

Les ouvriers voient dans cette loi un moyen de les attirer vers la mutualité, en les détournant du mouvement syndicaliste. Les électeurs de M. Anselme Patureau-Mirand étaient acquis à ces idées ; les modestes sociétaires, *vulgum pecus* ont renié leur ancien représentant, qui n'a pour se consoler que les dirigeants de la Mutualité, gens riches, décorés, ne se servant pas pour eux-mêmes et les leurs de cette admirable organisation sociale, mais ne s'occupant que de la direction de l'œuvre pour en tirer tous les profits possibles.

Je ne sais si les mutualistes ont versé des pleurs de cet échec, mais je ne crois pas qu'il afflige le corps médical, car M. Anselme Patureau-Mirand appliquait, à son égard, les principes mutualistes : c'est-à-dire l'exploitation aussi large que possible des praticiens.

Aussi il n'a pas hésité, à la Chambre, lors du vote de la loi des assurances sociales, à réclamer le forfait comme mode de rétribution des honoraires. Et pourtant il sait bien que le corps médical n'en veut à aucun prix, que tous les Congrès des praticiens se sont prononcés unanimement pour son rejet et que, malgré tous les efforts des compagnies d'assurance, elles n'ont pu le faire insérer dans la loi des accidents de travail.

Monsieur l'ex-député veut ce mode de paiement dans les contrats pour éviter les abus.

Il oublie que s'il y a des abus, l'origine en est due à la Mutualité. C'est elle qui, donnant à ses médecins des salaires de famine, a incité quelques-uns d'entre eux à augmenter le nombre de leurs visites pour récupérer un peu des honoraires dont ils étaient frustrés injustement. C'est la Mutualité qui, la première, a créé ce genre de médecine que nous appelons la médecine du tiers payant et qui, dans la suite, fut introduite dans l'assistance médicale gratuite, dans la loi des accidents de travail et qu'on voudrait adapter au fonctionnement de la loi sur les assurances sociales. Après avoir créé ce mode défectueux d'exercice médical, elle est bien mal placée pour venir aujourd'hui jeter sur lui l'anathème. On est puni par où on a péché.

Mais il semble puéril de vouloir trouver, comme seul procédé de répression des abus possibles, le forfait.

Par forfait, nous dit M. Anselme Patureau-Mirand, j'entends une convention passée entre le corps médical et les caisses. Le corps médical touchera pour chaque assuré par an, qu'il soit ou non malade, une somme à débattre . Ce système respecte le libre choix du médecin : il a de plus, comme avantage, de faire contrôler les médecins par eux-mêmes. Plus, en effet, il y aura de visites, moins la visite sera payée : les médecins ont donc intérêt à prendre des sanctions contre ceux qui commettent des abus.

Ils seront de plus incités à signaler les assurés qui les feraient déplacer sans motif, afin que la caisse les blâme.

M. Anselme Patureau-Mirand a oublié de nous

dire, que dans son système, plus les médecins font de visites, comme dans les cas d'épidémie, moins ils sont payés et que dans ces cas les malades risqueraient fort d'être un peu négligés. Je ne sais si c'est le but que poursuit la Mutualité. Je suis aussi de l'avis de l'illustre blackboulé, les médecins auront intérêt à faire le moins de visites possible, puisque dans ce cas chaque acte médical sera mieux honoré. Je plains le malheureux malade qui risque fort d'être négligé. Mais, selon les principes mutualistes, qu'importe le malade, qu'importe que la médecine soit sincère ou toute de façade, pourvu que la caisse soit sauvée à la grande glorification des dirigeants.

Je remercie également le grand vaincu du sort qu'il rêve pour le médecin, espion et mouchard pour ses confrères, espion et mouchard pour ses clients. C'est un régime qu'il fera difficilement adopter par nos syndicats.

Mais ce qu'il y a d'enfantin dans cette conception, c'est qu'on ne prend pas l'avis des médecins. Comme des gosses, on les met au pain sec et à l'eau (au propre et au figuré) et s'ils rouspètent on aura, nous n'en doutons, pas un Conseil de l'Ordre d'inspiration mutualiste pour les mettre à la raison.

L'avenir est pour nous plein de séduction sous le régime mutualiste.

Maintenant que les électeurs vous auront donné quelques loisirs, Monsieur le député, utilisez-les à trouver quelque chose de plus intéressant pour concilier à la fois les intérêts des malades (je ne dis pas des mutualistes) et des médecins, pour obtenir des soins dévoués et éclairés capables de réduire la durée des incapacités de travail, de récupérer le plus complètement possible l'état de santé des intéressés, voilà je pense la vraie méthode de réalisation d'économies profitables aux deux parties. Les médecins sauront exercer leur profession avec la conscience et le dévouement dont ils sont coutumiers, mais ils affirment comme tous les autres citoyens le droit à l'existence pour eux et leur famille.

Dr M. VIMONT.

R. H. M. S. : 0540

JURISPRUDENCE

Exercice illégal de la médecine. — Opticien. — Défectuosité congénitale de l'œil. — Examen pathologique. — Diagnostic. — Traitement médical. — Méthode dite « Skiascopique ».

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(10e Ch.).

21 février 1924.

(*Gazette du Palais*, 25 avril 1924).

La défectuosité congénitale de la vue est une maladie au sens de la loi du 30 novembre 1892, puisqu'elle nécessite tout d'abord un examen pathologique, puis un diagnostic, enfin un traitement médical, cette expression devant s'entendre dans le sens le plus large.

La skiascopie ne constitue pas un mode d'investigation normal et licite de la profession de lunetier ; son emploi doit être réservé à la pratique de la médecine des yeux, cette méthode n'étant pas efficace, si on n'y ajoute pas l'exploration objective par l'éclairage oblique, la loupe binoculaire, l'examen ophtalmoscopique et tous autres procédés permettant de se rendre compte de la présence ou de l'absence de toute lésion anatomique.

Le Tribunal,

Attendu qu'à la date du 10 décembre 1922, le docteur Cosse, président du Syndicat des oculistes français, recevait une lettre d'un sieur A. demeurant, à Paris, dans laquelle il dénonçait les agissements d'un sieur O., opticien, à Paris.

Attendu qu'il spécifiait que s'étant présenté chez O. pour faire remplacer les verres brisés de son pince-nez, cet opticien lui avait fait subir un examen très détaillé de ses yeux, dans une chambre noire et à l'aide d'instruments inconnus de lui ;

Attendu que les verres choisis par lui ne lui avaient donné aucune satisfaction, qu'il s'était rendu quelques jours après chez ce même opticien qui procédait de nouveau à un examen approfondi des yeux et lui remettait de nouveaux verres dont il ne put se servir utilement ;

Attendu qu'ayant fait part de ses doutes sur la compétence professionnelle de O. à la doctoresse oculiste B., celle-ci, dans l'intérêt du Syndicat des oculistes français, lui conseilla de relater au président de ce syndicat les conditions dans lesquelles l'opticien exerçait sa profession ;

Attendu que le préfet de police transmettait au parquet de la Seine, à la date du 30 mars 1923, une enquête faite par son ordre et dénonçant les agissements du sieur O ;

Attendu qu'à la date du 7 juin 1923, le procureur de la République requérait une information contre O. pour exercice illégal de la médecine des yeux ;

Attendu qu'interrogé, O. déclara que la méthode de Donders qui consiste en la lecture de caractères typographiques qui, étant de plus en plus petits, permet de déterminer l'acuité de la vision du client, était

sujette à erreurs, étant purement subjective, lui et beaucoup d'autres opticiens préféraient l'examen des yeux quant à leur état optique par la méthode dite « skiascopique » ;

Attendu qu'il revendique pour les opticiens le droit d'employer cette méthode purement objective, prétendant qu'aucune étude approfondie n'est nécessaire pour l'appliquer ; qu'en ce qui concerne le plaignant A., il reconnaissait avoir examiné ses yeux par ce procédé qui ne pouvait constituer l'exercice illégal de la médecine ; qu'il reconnaissait, d'ailleurs, en faire un usage courant et constant ;

Attendu qu'à la suite de ces déclarations, le Syndicat général des oculistes français se portait partie civile le 29 juin 1923, soutenant que O., en employant la méthode dite « skiascopique », avait commis le délit d'exercice illégal de la médecine des yeux ;

Attendu que le docteur de Lapersonne, professeur à l'Académie de médecine, a été commis par le juge d'instruction à l'effet d'examiner A, de dire s'il est atteint ou non d'une affection ou maladie des yeux, nécessitant des vérifications et prescriptions médicales appropriées ; de dire, en outre, si la méthode de l'examen des yeux pratiquée par O. constitue ou non un mode d'investigation normal et licite de l'exercice de la profession de lunetier, ou si son emploi doit être, au contraire, réservé à la pratique de la médecine des yeux ;

Attendu qu'il résulte très nettement du rapport de l'expert que A. est atteint d'un vice de réfraction qui constitue une véritable infirmité congénitale, et se complique d'un trouble fonctionnel de l'accommodation ; que son état nécessite des vérifications et des prescriptions médicales toutes spéciales ; que O. ne s'est pas rendu compte des difficultés présentées et qu'il n'a pu en conséquence lui fournir les verres bien appropriés à sa vue ;

Attendu qu'en ce qui concerne la skiascopie, méthode employée d'une façon courante par O., cette méthode n'est pas efficace si on n'y ajoute pas l'exploration objective par l'éclairage oblique, la loupe binoculaire, l'examen ophtalmoscopique et tous autres procédés permettant de se rendre compte de la présence ou de l'absence de toute lésion anatomique ; que la méthode d'examen des yeux pratiquée par O. ne constitue pas un mode d'investigation normal et licite de l'exercice de la profession de lunetier, et que son emploi doit être réservé à la pratique de la médecine des yeux ;

Attendu que ce procédé revendiqué par O. comme étant l'exercice d'un droit dans sa profession d'opticien ne paraît pas être généralement employé par les opticiens ;

Attendu, en effet, que trois opticiens dont la notoriété est considérable à Paris : MM. Lambrecht, Grooters, Guilbert, entendus par l'expert, ont déclaré qu'ils n'employaient jamais avec leurs clients la méthode dite « skiascopique », se contentant d'appliquer la méthode de Donders, et, ajoutant qu'en cas d'inégalité de vision entre les deux yeux, ils ne donnaient jamais de verres correcteurs sans ordonnance de médecin ;

Attendu que de cette expertise particulièrement décisive, il résulte que l'examen objectif des yeux pratiqué par O., qui a comme conséquence de prescrire l'usage de verres déterminés, est un acte d'exercice de la médecine ; que le tribunal puise sa conviction non seulement dans le travail de l'expert, mais dans les divers éléments de la cause ;

Attendu que la défectuosité congénitale de la vue est bien une maladie au sens de la loi de 1892, puisqu'elle nécessite tout d'abord un examen pathologique puis un diagnostic, enfin un traitement médical ;

Attendu que ce « traitement » doit être entendu dans le sens le plus large ;

Attendu, en ce qui concerne notamment la maladie des yeux de A., que O., d'après le rapport du Dr de Lapersonne, médecin oculiste, membre de l'Académie de médecine, ne s'est pas rendu compte des difficultés présentées pour le traitement de ce client atteint d'un vice de réfraction et qu'il n'a pas su lui fournir les verres appropriés que réclamait son état d'infirmité ;

Attendu que de ce qui précède, il résulte que le délit d'exercice illégal de la médecine des yeux reproché à O., est nettement caractérisé et juridiquement établi, lequel est prévu et puni par les art. 16 et 17 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Faisant application de ces articles, condamne O. à 500 fr. d'amende ;

Et statuant sur la demande de la partie civile :

Attendu que la demande est recevable, que le Syndicat est fondé à réclamer des dommages-intérêts pour le préjudice subi par la corporation des médecins oculistes ;

Attendu que le tribunal a les éléments nécessaires pour en apprécier le montant ;

Condamne O. à payer à la partie civile la somme de 1.000 fr. à titre de dommages-intérêts ;

Ordonne, en outre, à titre de supplément de dommages-intérêts, l'insertion du présent jugement dans cinq journaux du choix de la partie civile et aux frais de O., sans toutefois que le coût de chacune des cinq insertions puisse excéder 200 francs ;

Condamne O. aux dépens.

NOTE. — Ce jugement dénie aux opticiens le droit de connaître des vices de réfraction et de prendre l'initiative de leur correction. Jusqu'à présent, on pensait que tous les troubles pathologiques de l'œil, susceptibles de guérison, étaient du domaine médical. Par contre, les déformations congénitales permanentes, comme la myopie et l'hypermétropie, aussi bien que les impotences normales séniles, comme la presbytie, conséquence inévitable de l'âge, relevaient de l'optique. — Le jugement ci-dessus dispose expressément « que la défectuosité congénitale de la vue est bien une maladie au sens de la loi de 1892, puisqu'elle nécessite un examen pathologique, puis un diagnos-

tic, enfin un traitement, et que ce traitement doit être entendu dans le sens le plus large. »

Ce dernier membre de phrase surtout est significatif. A le prendre au pied de la lettre, il aboutit, en fait, à ce résultat que nul ne pourrait plus délivrer de verres sans une ordonnance de médecin. Le seul fait d'essayer des lunettes à un client et de lui faire lire un journal à titre d'essai constituerait l'exercice illégal de la médecine et exposerait le lunetier aux peines édictées par la loi. Le marchand de lunettes devrait donc se contenter désormais de laisser son client choisir à sa guise.

D'autre part, si l'on pousse le raisonnement à l'extrême, comme le pharmacien a seul qualité pour exécuter les ordonnances médicales, ne pourra-t-on pas dire que tout le commerce de l'optique doit passer *ipso facto* aux mains de ceux-ci ?

Ce n'est, sans doute pas ce que le tribunal a voulu dire ; mais il convient que les droits des opticiens et des oculistes soient nettement délimités. Le criterium qui a prévalu jusqu'à ce jour et d'après lequel les oculistes devraient seuls connaître des troubles pathologiques, alors que les déformations congénitales permanentes seraient du domaine commun des opticiens et des oculistes mériterait, semble-t-il, d'être sanctionné par la jurisprudence. Seuls, en effet, les troubles pathologiques constituent une maladie et nécessitent un traitement ; les déformations congénitales permanentes constituent un état simplement anormal de la vue auquel il peut être obvié en dehors de tout traitement, de tout exercice illégal de la médecine.

Peu importe, au surplus, la méthode employée par l'opticien (skiascopie ou toute autre), pour atténuer les déformations dont s'agit, s'il peut être établi que, non seulement cette méthode ne saurait nuire au client, mais encore est « efficace », l'opticien pouvant, de la sorte, se rendre un compte plus exact de la déformation congénitale et la corriger dans la mesure du possible.

Commentaires

Que ce soit des lunettes, ou des bandages herniaires, le marchand doit uniquement se borner à vendre, mais non pas à conseiller. Lorsqu'un client se présente, soit porteur d'une ordonnance médicale, soit connaissant son numéro de verres, l'opticien doit simplement exécuter les ordres qu'il reçoit.

Il dépasserait son rôle si, devant un client, qui lui demande ce qu'il doit faire, pour améliorer sa vision, l'opticien examinait le malade et concluait par la vente de lunettes, qu'il croirait appropriées à l'état du malade. Non seulement, il ne doit pas examiner le dit malade, mais même il ne doit pas l'interroger, le questionner sur son état (Nancy, 12 mai 1897).

Mais, pourrait-on nous dire, l'opticien ne donne que quelques conseils à son client, il le guide pour le choix de ses verres : sa conduite n'est donc pas répréhensible.

Certes, des conseils donnés par des parents, ou des amis à un malade ne sauraient constituer le délit d'exercice illégal de la médecine. Ce sont des indications de pure obligeance, données sans se dire compétent sur les questions médicales, mais avec l'idée déterminante de rendre service, sans en retirer personnellement un bénéfice quelconque. En ce sens, tribunal de Sainte-Menehould, 14 août 1882 (*Gaz. Pal.* II, 384).

Au contraire, le pseudo médecin, qui cherche à attirer la clientèle par voie d'annonces ou d'affiches, d'inscriptions dans son magasin, etc., sera punissable, s'il retient un client, en lui vendant des lunettes après examen de la vue, au lieu de le diriger chez un docteur oculiste, dont il exécutera ensuite l'ordonnance. Le désir de lucre est ici caractérisé par la crainte de laisser échapper le client, qui pourrait aller ailleurs porter l'ordonnance de l'oculiste.

Or, le but de la loi du 30 novembre 1892 est de garantir la santé et la vie humaine contre l'ignorance et l'impéritie : aussi la jurisprudence englobe-t-elle dans l'expression « traitement » toutes les maladies et affections pathologiques, soignées par les illégaux (Paris, 15 mars 1899 et 16 mai 1900). Ces deux arrêts notamment s'appliquent à notre cas des opticiens, puisqu'ils visent les faits d'exercice illégal destinés simplement à faciliter le fonctionnement des organes.

Dans le même sens, tribunal correctionnel du Havre, rapporté sans date dans le *Bulletin* de l'Union des syndicats médicaux de France, 30 septembre 1903 et dans le rapport du Dr d'Ayrenx, au Congrès de l'exercice illégal de la médecine de 1906. Ce jugement condamne un opticien ayant donné des indications pour le choix de verres de lunettes : « Doit être considéré comme une indication de remède et consultation, au sens médical du mot et, par suite, comme exercice illégal de la médecine, le fait, par un opticien, de donner, à un client, des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire, pour la guérison d'une affection d'yeux une combinaison de verres. »

Nous renvoyons, pour plus de détails, à ce rapport du Dr d'Ayrenx, ainsi qu'à celui présenté par le Dr Péchin, au même congrès.

Rappelons les vœux émis, par le Congrès :

1° Dans l'intérêt de la santé publique, il semble nécessaire de comprendre, dans les réformes de la loi de 1892, un projet de règlementation des produits touchant à l'optique médicale, branche importante de la thérapeutique.

2° Qu'il soit interdit aux opticiens, sous peine de commettre le délit d'exercice illégal

de la médecine, de vendre, sans une ordonnance médicale, des verres simples ou composés.

La santé publique doit être protégée contre tous ceux, qui, *par intérêt* ou *par suffisance*, veulent donner des soins, sans en avoir la capacité.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 5130.

EXPANSION SCIENTIFIQUE LATINE FRANCO-IBERO-AMÉRICAINE

Umfia

L'*Union médicale Franco-Ibéro-Américaine*, ou *Umfia*, vient de tenir ses assises où, devant de nombreux membres, elle a récapitulé son œuvre considérable qui fut initiale et initiatrice, et précisé ses directives agrandies.

Le but de cette puissante association est d'entretenir des relations scientifiques et amicales entre les médecins français et les médicains Ibéro-Américains : elle a donc un *caractère international latin*. Fondée en 1912 par les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy, elle avait admis le principe conditionnel pour ses membres, de la connaissance de l'espagnol. L'Umfia a été ainsi la première à créer un sentiment d'union basé sur l'*idée nouvelle* d'une langue commune adoptée, le castillan, fils du romain, frère du français. Elle a, sur tout le territoire de la France, su trouver tous ceux qui connaissaient la langue de Cervantès, de Lopez de Vega, de Blasco Ibanez et de Gomez Carrillo, les a réunis en un faisceau verbal de magnifique irradiation, et c'est elle qui a contribué à provoquer un grand mouvement en faveur de *cette langue alliée et fraternelle*. Le nombre des médecins français parlant espagnol s'est accru notablement dans ces derniers temps.

C'est l'Umfia qui a été l'inauguratrice des voyages de médecins espagnols en France, qui a été la première à envoyer des médecins français en Espagne où ils ont été faire des conférences. De *simples praticiens* ont été, de chaque côté, les premiers à pratiquer le fameux *interéchange scientifique si désiré des nations latines*, interéchange qui est devenu, grâce à l'Umfia, qui a donné l'exemple, professoral.

Elle a reçu les premiers voyageurs scientifiques espagnols (1912) et les a fêtés dans un banquet qu'elle a fait présider par le doyen Landouzy et vice-présider par notre ami le Pr J.-L. Faure.

Depuis la guerre, elle a participé activement à toutes les manifestations espagnoles et sud-américaines en France : réception des professeurs de Barcelone, et de Valence, avec le recteur Vargas à leur tête, du Pr Lozano, de Saragosse, du Pr Recasens, doyen de la Faculté de Madrid, du Pr Cil Casares, à la Faculté de Paris, des professeurs Vargas et Suner, chez le Pr Nobécourt, du Pr Recasens chez le Pr Brindeau, etc., etc. Elle vient d'organiser le voyage du Dr Pauchet en Espagne qui a été y faire briller la chirurgie française. Par les articles de presse, par les voyages nombreux de plusieurs de ses membres et par ses rapports avec les Facultés de France (surtout celle de Paris, grâce à l'appui bienveillant du doyen Roger qui a le premier compris réellement dans le monde officiel l'utilité de cette action scientifique française alliée à l'action scientifique ibéro-américaine et nous a aidés à faire sortir ce monde éminent de sa haute tour d'ivoire), par ses rapports avec l'AD RM ou Association pour le développement des relations médicales, avec le Comité France-Amérique, avec la *Casa Espanola de Paris*, le *Foyer médical français*, qu'un certain nombre d'entre nous sommes en train de fonder pour les praticiens français et amis, par ses relations, grâce à des *collaborateurs médicaux*, avec plus de 30 grands quotidiens, 60 revues et journaux scientifiques de France, d'Espagne et d'Amérique, avec plus de 30 sociétés savantes, par ses filiales en Province, aux Colonies, en Espagne, Portugal et Amérique, ses Comités d'honneur comprenant presque toutes les sommités médicales de ces *pays qui fraternisent dans une culture identique* et un sentiment ethnique commun, par ses *mille membres actuels*, l'Umfia continue son œuvre qui est à la fois patriotique et internationale.

L'Union médico-franco-ibéro-américaine vient d'élire son nouveau bureau : *président* : Dartigues, président de la Société des Chirurgiens de Paris ; *vice-présidents* : Bandelac de Pariente, médecin du Consulat général d'Espagne, à Paris; E. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan ; Lardennois, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; *secrétaire général* : Mathé ; *secrétaire général adjoint* : Molinéry ; *trésorier* : Stepinski ; *archiviste* : Armengaud. Elle a admis parmi ses nouveaux membres d'honneur : les professeurs Marfan, Nobécourt, Brindeau, Sicard, Guillain, Marion (de Paris), le Pr Roule (du Muséum), le Pr Bardier (de Toulouse), Gaullieur l'Hardy (fondateur, vice-président d'honneur). Le Conseil d'administration est composé des docteurs Berry, Cathala, Cayla, Farez, Foveau de Courmelles, Fumouze, Gardette, Lippmann, Milian, Rehm, Reinburg, Sanchez de Silvera, Clément

Simon, Corrès de Mendiola, Weill-Hallé, Zarzycki.

Elle vient de créer des bourses de voyage de 2.000 francs pour étudiants français, espagnols, et américains : celles du Pr LOZANO, de Saragosse, des docteurs DARTIGUES, BANDELAC DE PARIENTE, PAUCHET, CATHELIN. C'est le doyen de la Faculté de Madrid et le doyen de la Faculté de Paris qui désigneront, à la demande de l'Umfia, chacun pour leur pays respectif, les jeunes docteurs les plus dignes, sous la condition, pour les uns, de connaître le français, pour les autres, de connaître l'espagnol.

Les statuts de l'Umfia, élargis, ne demandent plus à ses membres que d'être de nationalité française, espagnole, portugaise, sud-américaine et n'exigent d'eux que de s'intéresser d'une façon active à l'œuvre de patriotisme et d'internationalisme latin dont elle a été la promotrice.

Ceux qui désirent s'inscrire à l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou Umfia, devront s'adresser au siège de la Société (Dr Dartigues, 85, rue de la Pompe, Paris). La cotisation annuelle est de 25 francs, le droit d'entrée de 20 francs.

Le corps diplomatique franco-ibéro-américain s'est associé à l'œuvre d'amitié et de cordialité du monde médical des pays de langue française, espagnole et portugaise. Le Vicomte de Fontenay, ambassadeur de France à Madrid a donné l'exemple des généreuses donations à l'Umfia.

DARTIGUES,
Président-fondateur de l'Union médicale Franco-ibéro-Américaine ou Umfia.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Maladies des yeux.* — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le *mardi 1er juillet* 1924, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes. Présentation de malades. Projections. Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en novembre 1924 et en février 1925.

Tous les jours, à 9 h. 1/2 : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin.** — Du 16 au 26 juin, un cours complémentaire sur le traitement des fractures et luxations des membres sera fait sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet par MM. Pierre Mornard, Raoul Monod et Lascombe, chefs de clinique.

Détail des leçons. — 1° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue. — 2° Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe. — 3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. Technique de réduction et appareils. — 4° Fractures du col du fémur. Technique du vissage. — 5° Pseudarthroses du col du fémur. Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné. — 6° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue. — 7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction. — 8° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche. — 9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche. — 10° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à 20. Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils. La dixième leçon aura lieu à l'école pratique de la Faculté. Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— **Congrès des Villes d'eaux.** — La Commission exécutive du Congrès des villes d'eaux réunie en séance plénière au siège de la Compagnie fermière de Vichy-Etat a définitivement fixé à la deuxième quinzaine de mars 1925 la date du Congrès primitivement fixé en novembre 1924.

Quatre rapports seront soumis à la discussion des congressistes :

1° Organisation des voyages de médecins français et étrangers, d'étudiants en médecine, d'étudiants en pharmacie dans les stations thermales ou climatiques ;

2° Législation spéciale des stations de séjour et autonomie des chambres d'industrie thermale ;

3° Le Crédit thermal français : but, plan, moyens ;

4° Organisation des stations climatiques.

Certaines personnalités du monde hydrologique et climatique ont été déjà pressenties et ont accepté en principe de collaborer à ces divers rapports. Mais la liste n'en est pas encore définitivement arrêtée. La Commission exécutive a voté à l'unanimité que seules les questions étudiées par les rapporteurs seront étudiées au cours des séances du Congrès. Décision capitale étant donnée l'importance des sujets proposés.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des diverses décisions qui surviendront au cours des prochaines réunions préparatoires.

— **Hôpital Saint-Antoine** : *Une semaine de gastrologie clinique* à l'usage des médecins praticiens, du 6 au 14 juillet. — Le Dr Félix RAMOND, assisté des docteurs Ch. JACQUELIN, RAVINA, HIRCHBERG, ZIZINE, fera dans son service de l'hôpital St-Antoine du 6 au 14 juillet une série de conférences sur l'ensemble des affections

gastro-duodénales, et particulièrement sur les acquisitions nouvelles du traitement et du diagnostic.

Des travaux pratiques préciseront les méthodes récentes d'exploration physique, chimique et radiologique.

Les conférences sont gratuites. Le droit d'inscription aux travaux pratiques est de 120 fr.

Pour renseignements et inscription, s'adresser avant le 1er juillet au service du Dr Ramond à St-Antoine.

— **A.D.R.M. (Association pour le développement des relations médicales)** — Dans sa dernière séance, le conseil à la demande de nos confrères belges, s'est occupé de l'installation d'un bureau de l'A.D.R.M. à Bruxelles, pendant les journées médicales de fin juin.

Le président rend compte des démarches qu'il a faites pour soutenir des candidatures françaises à deux chaires de la Faculté de médecine de Belgrade, mises au concours.

Nouveaux membres : Madame de Bar ; MM. Guyonneau, de Vittel ; Hontong, Jarvis et Laurens, de Paris ; Lugerlöf et Rsytedt, de Stockholm ; Rajaonarison, de Tananarive.

— **Croisières de cure de repos en mer.** — Dans le courant de l'année 1923, les *Archives médico-chirurgicales de Normandie* organisaient, grâce à la collaboration de plusieurs Compagnies de navigation, des croisières sur de grands navires naviguant au long cours, en particulier une partant du Havre et allant à Alger, Oran, Marseille. Le but était de démontrer l'efficacité de la cure de repos que l'on trouve dans des voyages faits sur de grands navires de plus de six mille tonnes.

Le professeur Gariel, vice-président du Touring-Club, annonçait dans le numéro de février 1924 de la revue de cette Société que, sous les auspices de l'Association de la Presse médicale, les Compagnies des messageries maritimes et havraise péninsulaire organisaient des croisières. Celles-ci ont été effectuées par un certain nombre de médecins.

Grâce à la collaboration des Compagnies françaises de navigation, de nouvelles croisières de démonstration continuent à des prix spéciaux pour les membres du corps médical.

Compagnies des messageries maritimes et havraise péninsulaire. — Croisières du Havre, Oran, Alger, Marseille.

Prix ordinaire : 800 francs.

Prix spécial pour la croisière médicale : 650 francs.

Durée, dix jours de voyage.

Départ du Havre le 15 juin et ensuite tous les quinze jours.

Croisières en Méditerranée. — Marseille, Naples, Messine, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Beyrouth, Caïffa, Jaffa, Port-Saïd, Alexandrie.

Prix ordinaire : 6.600 francs.

Prix spécial pour la croisière médicale : 2.400 francs.

Ce prix de 2.400 francs ne comprend par les excursions à terre, en automobiles.

Durée, trente jours de voyage. S'il y avait un certain nombre de médecins le demandant, on pourrait faire coïncider l'arrivée à Beyrouth avec le départ d'un autre navire et alors le voyage n'aurait qu'une durée de 23 jours.

1° Départ de Marseille le 16 juillet pour Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Beyrouth, Caïffa, Alexandrie, Marseille.

2° Départ de Marseille le 13 août, Alexandrie, Port-Saïd, Beyrouth, Constinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille.

3° Départ de Marseille le 17 septembre, Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Larcana, Beyrouth, Alexandrie, Marseille.

Compagnie générale transatlantique. — Saint-Nazaire, départ le 21 juin et le 21 juillet pour Santander et La Corogne.

Durée, sept jours de voyage. Trois jours de mer et quatre jours en Espagne, excursion en automobiles à Saint-Jacques de Compostelle, cité très ancienne, lieu de pèlerinage, ville universitaire très pittoresque. Le prix ordinaire de la croisière est de 1.500 francs. Prix spécial pour la croisième médicale : 1.300 francs. Ce prix comprend tous les frais à terre en Espagne, pendant quatre jours, automobiles, etc. sauf le vin et les eaux minérales.

S'adresser pour les renseignements et inscriptions au Dr Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

D'autres croisières seront organisées.

— **Une fédération des externes des hôpitaux de France.** — Le 4 juin 1924, à Bordeaux, a eu lieu une réunion des délégués des Associations des externes de Paris, Bordeaux, Lyon, Marseille, Toulouse, Nantes. Ils ont posé le principe de la création d'une Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France. Les statuts de cette future Fédération ont été établis dans leurs grandes lignes. Ont été mises à l'ordre du jour d'un prochain Congrès qui aura lieu à Paris au début de 1925 les questions suivantes :

1° Assurance, conclue par l'Administration, contre les risques professionnels des externes.

2° Les soins gratuits pour toutes les maladies contractées en service ; le traitement maintenu pendant la durée de celles-ci.

3° Un traitement suffisant pour tous les externes de tous les hôpitaux de France (il en est qui touchent 8 fr 33 par mois).

4° Un mois de vacances payé entre juillet et octobre ; huit jours à Pâques, huit jours à Noël dans les mêmes conditions (le service devant dans tous ces cas, être assuré par la moitié de l'effectif normal des externes).

5° Dans l'intérêt des malades, le nombre des externes admis au concours ne devra pas excéder les deux tiers du nombre des candidats *prenant part aux épreuves* ; pour pourvoir, si besoin en est, au nombre total des places, que soient nommés pour *un an* des provisoires n'ayant pas le droit de concourir à l'internat, mais payés et protégés comme les titulaires.

6° Un tarif minimum de 40 fr. par jour pour les remplacements.

Le bureau du Congrès de 1925, est ainsi composé : président : Justin Bezançon (Paris) ; vice-présidents : Girou (Bordeaux) ; Cossa (Paris).

Trois délégués de Lyon, Marseille, Toulouse, un trésorier et un secrétaire parisiens restent à désigner.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 2829

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

sans ictus, face comprise. Contracture consécutive précoce.

C'est un homme de 38 ans.

Dans les 4 mois qui suivent apparaissent des troubles mentaux, de l'agitation, et enfin des symptômes d'excitation cérébro-méningée dans le domaine de l'hémisphère *gauche*, cortex.

Aucun antécédent syphilitique.

Nous retenons de son histoire qu'il aurait présenté lors de sa blessure, de l'otite suppurée ; que deux ans après il aurait subi une intervention pour sinusite frontale ; Wassermann négatif sang et liquide céphalo-rachidien. L'examen de ce dernier donne lymphocytose légère, pas d'albumine, pas d'hyperglycorrachie.

Traitement spécifique d'épreuve sans résultat.

La Commission de réforme n'admet pas l'origine, pour la maladie actuelle.

Cliniquement ne peut-on vraiment discuter cette décision ? Et par suite contester le rejet d'augmentation de pension ? Quelle serait la marche à suivre pour cela ? A noter qu'un séjour à l'hôpital régional (école de médecine dans la ville) n'a donné aucun résultat quant à l'élaboration d'un diagnostic clinique et étiologique. Le médecin traitant n'a fait procéder à aucune recherche (pas même de ponction lombaire), et n'a pas davantage tenté de traitement.

Dr B.

Réponse.

Oui, vous pourrez discuter l'origine de la maladie en cause ; mais seulement devant le tribunal des Pensions.

Que votre malade attende donc de recevoir la notification du rejet de sa pension. Dans les six mois qui suivront cette notification, il devra se mettre en instance de pourvoi devant le tribunal des pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du Tribunal civil, dont il dépend.

La discussion médicale aura lieu, soit en conciliation, soit devant le tribunal même, s'il n'y a pas entente en conciliation.

Affutage des couteaux
Renickelage des instruments

Vous rendriez certainement service à de nombreux lecteurs si vous indiquiez dans votre journal :

1° La technique pour affûter soi-même les couteaux à cataracte.

2° La technique pratique pour renickeler soi-même les instruments de chirurgie.

Il est peut être des lecteurs qui ont tenté de faire eux-mêmes ces réparations. Je ne doute pas que si vous posiez la question par l'intermédiaire de votre journal, ils ne s'empressent d'y répondre et m'indiquent leurs « trucs ».

Dr L. B.
(Maroc).

Application du Tarif Breton.

I

1386. — Aide en cas de petite chirurgie

Pour une ablation de séquestre après un panaris du pouce (doublé de volume et congestionné) demandant un débridement large et profond, nécessitant l'anesthésie régionale, puis-je demander un aide-médecin ?

D'autant plus que le blessé est célibataire, et ne ne peut trouver d'aide profane et habite un taudis.

Dr B.

Réponse.

L'article 11 parle d'un « aide » en cas « d'intervention de grande chirurgie », ce qui n'est pas le cas ici. Donc, *a priori*, l'aide ne semble pas nécessaire et payable. Toutefois, il faut examiner le cas d'espèce. Si, pour les raisons que vous nous donnez et que vous devrez donner à l'assurance, vous avez été *obligé* de demander un aide-médecin, je ne vois pas de raison pour que celui-ci ne touche pas ses honoraires.

F. D.

II

1379. — Soins d'urgence

Appelé auprès d'un accidenté du travail, j'ai fait deux appareils provisoires permettant le transport du blessé à l'hôpital (50 kil.). Un pour fracture et luxation du coude, l'autre pour fracture et luxation de la tibio-tarsienne.

Que dois-je prendre comme tarif ?

Dr D.

Réponse.

Voir, à ce sujet, les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. Vous trouverez, à propos de l'article 18, que les « soins d'urgence » donnés dans votre cas sont tarifés 50 francs. Sans doute, vous avez fait deux appareils provisoires et non un seul, mais je ne crois pas que vous puissiez demander plus de 50 francs, qui furent accordés précisément à ma demande et sur mes explications et bien qu'ils ne figurent pas sur le tarif. Cette somme fut, en effet, fixée pour tous soins d'urgence donnés en vue d'une future intervention définitive.

F. D.

Application du Tarif Maginot

1342. — Causalité originelle des soins donnés

1° Pour soins donnés à un bénéficiaire de l'art. 64 que dois-je compter pour :

a) Cathétérisme des voies lacrymales ;

b) Ouverture du sac lacrymal ;

c) Pour pansements consécutifs à l'ouverture du suc lacrymal.

2° Un mutilé de guerre. Ankylose du poignet,

limitation des mouvements de flexion des doigts etc., conduisait un attelage de bœufs, quand ceux-ci ayant pris peur s'emballent. Handicapé par sa main, il est renversé et se fait des blessures multiples, N'aurait-il pas droit aux soins gratuits pour ces blessures qui me paraissent bien être dues à sa mutilation ? J'ai soumis le cas à l'inspecteur de l'assistance publique qui m'a répondu négativement. Mais je persiste à croire que j'ai raison.Si oui, à qui soumettre le cas ? A la commission de contrôle ? Et puis-je d'ores et déjà me servir de son carnet de soins ?

Dr R.

Réponse.

1° A. Cathétérisme des voies lacrymales : 20 francs (art. 76.

B. Ouverture du sac lacrymal, 30 francs (*id.*).

C. Prix de la consultation.

2° Dans ce cas d'un accidenté du travail bousculé par ses bœufs et atteint de contusions multiples, je ne pense pas qu'on puisse rattacher les soins donnés à l'article 64, en se basant, comme causalité originelle, sur une ankylose du poignet due à une blessure de guerre.

F.D.

Assurance automobile. Tierce assurance

J'attire l'attention des propriétaires d'automobiles qui sont assurés pour les accidents occasionnés à leurs voitures sur ce fait qu'ils doivent être assurés pour la valeur exacte au catalogue du constructeur, *au cours du jour*.

Les compagnies remboursant, en cas de sinistre, les réparations (main-d'œuvre et pièces de rechange) au cours actuel, il est normal qu'elles exigent des assurés le paiement de la prime correspondant à une voiture neuve. (Si celle-ci est de construction ancienne et usagée, les pièces fournies pour des réparations sont, en effet, des pièces neuves).

Supposons une voiture de 1918, par exemple, qui ne vaut plus en 1924 que 10.000 fr. (valeur marchande). Si elle vaut 20.000 fr. à acheter neuve et qu'elle n'est assurée que pour 10.000, la Compagnie fera, en cas de sinistre, *application de la règle proportionnelle*, et ne payera que la moitié de la somme reconnue due pour les réparations.

Comme c'est ne pas être assuré que l'être à demi, il importe donc aux assurés qui n'ont pas des voitures de l'année et qui ont une police de « Tierce assurance », de vérifier les sommes pour lesquelles ils sont garantis.

H. TROLLET,
Assureur fiscal.

Les Talismans

Votre histoire du *pédelan* parue dans le *Concours médical* et qui m'a bien intéressé m'a rappelé en même temps un autre genre de *gri-gri*

que j'ai observé il y a 25 ans chez une de mes clientes.

Cette dame, d'ailleurs riche et dite *bien pensante* — ayant eu un enfant et ne voulant pas le nourrir, m'a indiqué un procédé *infaillible pour faire passer le lait*, sans compression et sans tisane aucune.

Elle se suspendait entre les seins un petit sachet de peau contenant l'alliance de son mari ! C'est simple !

Il faut bien croire que ce procédé lui réussissait puisque, s'étant refusée à toute autre médication, elle m'a fait constater au bout de quelque temps le résultat obtenu !

Ce qui prouve que : 1° dans bien des cas, la glande mammaire, non sollicitée, s'atrophie d'elle-même ;

2° Que la bêtise et la crédulité humaines sont insondables et infinies et qu'on les rencontre dans toutes les classes de la société.

Dr Devoir.

Un cas d'œdème pulmonaire

Le 15 avril 1924, je suis appelé d'urgence à B... pour donner mes soins à Mme D..., âgée de 45 ans, qui se trouvait, au moment où elle est tombée malade, dans une épicerie du pays ; elle se livrait à des achats lorsque, subitement, elle fut prise d'une dyspnée intense avec angoisse respiratoire.

Lorsque j'arrive, je vois la malade très dyspnéique, les yeux hagards, angoissée et donnant l'impression de mort imminente, la face est cyanosée, les lèvres bleues ; le pouls très rapide, la respiration à 60 à la minute ; elle vient d'expectorer environ cent grammes d'un liquide mousseux et rosé. Le curé du pays, qui passe pour avoir quelques connaissances médicales, avait fait appliquer un sinapisme aux jambes, je pratique aussitôt une saignée de 800 grammes environ, à la suite de laquelle la malade se dit « soulagée ». En effet, elle respire mieux ; la dyspnée est moins forte ; mais à l'auscultation des poumons, je perçois une pluie de râles crépitants fins et serrés, dans toute l'étendue de la poitrine ; à la percussion, sonorité exagérée due à l'emphysème. Je transporte ensuite la malade chez elle en auto, et là je lui applique plusieurs ventouses scarifiées dorsales pour compléter la saignée.

Au bout d'une demi-heure, la situation toujours très critique devient meilleure, la malade respire d'une façon plus ample et les râles s'atténuent : l'expectoration mousseuse ne s'est pas renouvelée.

Une heure après, je considère la malade comme étant hors de danger, et la quitte après avoir pratiqué une injection hypodermique d'huile

camphrée de cinq centicubes et de spartéine (un centicube). Les jours suivants, les râles ont progressivement disparu bien qu'étant plus tenaces du côté droit, mais la malade reste angoissée par le souvenir de sa crise. Les urines sont normales en quantité et qualité. Toutefois, à l'auscultation du cœur, on entend un souffle perceptible surtout au niveau du 2e espace intercostal droit ; il s'agit donc d'une insuffisance aortique.

Cette insuffisance peut expliquer cette crise d'œdème pulmonaire à laquelle la malade aurait probablement succombé si des secours médicaux d'urgence lui avaient manqué.

Dr HAUSSMANN.
Estissac (Aube).

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *juin* 1924.

— **Enseignement public.** — *Décret du* 30 *mai* 1924 instituant un *Comité consultatif spécial pour l'enseignement supérieur public* et en déterminant la composition et les attributions.

Ce Comité a pour attribution de donner son avis sur toutes les questions concernant le personnel, l'organisation scolaire et scientifique, les programmes et les sanctions des études des établissements d'enseignement supérieur public.

Il forme 4 commissions, dont l'une, Commission des sciences médicales et de la pharmacie, est composée comme suit :

Membres de droit : le directeur de l'enseignement supérieur, président ; le secrétaire général de l'Académie de médecine ; le directeur de l'Institut Pasteur ; le recteur de l'Académie de Paris ; les doyens des Facultés de médecine et de pharmacie de l'Université de Paris ; les trois représentants des Facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Facultés de pharmacie au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Membres désignés par le Ministre : un médecin ou chirurgien des hôpitaux de Paris ; un recteur d'Académie ; cinq doyens ou professeurs des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et un doyen ou professeur d'une faculté de pharmacie; un directeur ou professeur d'école de plein exercice ou préparatoire de médecine et de pharmacie.

Membres désignés par leurs collègues ; huit doyens ou professeurs titulaires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ; un doyen ou professeur d'une faculté de pharmacie ; deux agrégés des Facultés de

médecine et un agrégé des Facultés de pharmacie en exercice.

7 *juin* 1924.

— **Soins aux pensionnés de guerre.** — *Décret du* 30 *mai* 1924 *relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis pour le remboursement des frais occasionnés par les soins donnés aux bénéficiaires de l'article* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

(Ce décret sera publié ultérieurement).

8 *juin* 1924.

— **Chasse.** — *Arrêté* du Ministre de l'Agriculture réglementant l'*exploitation de la chasse sur les cours d'eau navigables ou flottables non canalisés.*

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Exécution des conventions d'assistance avec les gouvernements étrangers.

21414. — M. Saint-Venant, député, expose à M. le ministre du travail, comme suite à sa réponse écrite n° 20820, du 13 mars 1924, qu'il en résulte que les demandes d'assistance doivent être reçues et que les dossiers peuvent être instruits, mais qu'il n'en résulte pas moins qu'aucun droit n'existe pour exiger les crédits nécessaires à l'application de la convention franco-belge, ajoutant, toutefois, que, d'après cette réponse, les administrations locales doivent rechercher les solutions pratiques pour assurer aux intéressés le bénéfice des secours auxquels ceux-ci ont droit incontestablement, et, devant l'imprécision de ce texte, demande si le ministre entend par cette phrase : « doivent rechercher les solutions pratiques », garantir le remboursement aux villes des participations dues par l'Etat et les départements, aux termes mêmes des lois d'assistance de 1905 et autres et cela avec effet rétroactif, c'est-à-dire du jour où les administrations municipales auraient respecté la convention susvisée alors que les crédits n'ont pas encore été votés par les Chambres. (*Question du 7 avril* 1924.)

Réponse. — Les conventions d'assistance réciproque conclues entre la France et un certain nombre de gouvernements sont exécutoires dès que les ratifications ont été échangées entre les hautes parties contractantes, ce qui est le cas pour la Belgique. Les Belges doivent donc être soumis à l'assistance sur le territoire français dans les mêmes conditions que nos nationaux. Toutefois, pour que le Gouvernement français puisse réclamer au gouvernement belge le rapatriement de ses ressortissants ou le rembourse-

ment des frais auxquels aura donné lieu leur assistance, il est indispensable d'attendre que les accords fixant les modalités d'exécution de ces deux opérations aient été définitivement arrêtés. Des pourparlers ont été engagés à cet effet dans le courant du mois de mars entre les représentants du gouvernement français et les représentants du gouvernement belge, et les dispositions qu'ils ont adoptées sont soumises actuellement à l'approbation des ministres intéressés. Pour le moment, la dépense occasionnée par l'assistance procurée aux Belges doit être supportée, à titre d'avance, par le service d'assistance départemental. Un projet de loi, déposé devant les Chambres, a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles cette avance sera ultérieurement supportée par les collectivités. (*J.O.*, 4 mai 1924.)

Transformation du diplôme d'Université de docteur en médecine en diplôme d'Etat.

21496. — M. Grinda, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique, si, depuis le décret du 29 décembre 1906, sont intervenues des dispositions légales ou réglementaires eu vertu desquelles le titulaire du diplôme d'université de docteur en médecine serait dispensé, pour postuler le diplôme d'Etat, de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences et pourrait utilement produire à cet effet le diplôme d'un baccalauréat restreint, dont l'obtention serait facilitée aux étudiants qui ont été mobilisés et aux étrangers. (*Question du* 11 *avril* 1924.)

Réponse. — Aucune disposition nouvelle n'est venue modifier le décret du 29 décembre 1906, aux termes duquel les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère admis à postuler le doctorat universitaire mention médecine peuvent, en cas de naturalisation ultérieure et après avis du comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences. Le diplôme de bachelier obtenu à la suite des épreuves restreintes prévues par le décret du 10 janvier 1919 en faveur des démobilisés des armées alliées confère les mêmes droits que le diplôme délivré dans les conditions normales. (*J. O.*, 29 mai 1924.)

Abrogation de la demi-taxe en matière d'impôts sur les automobiles.

21456. — M. René Lefebvre (Nord), député, demande à M. le Ministre des Finances si l'on peut considérer que le remplacement par l'article 25 de la loi du 25 mars 1924, des articles 100 de la

oi du 25 juin 1920 et 36 de celle du 31 juillet 1920, doit comporter l'abrogation de la demi-taxe en matière de voitures automobiles, à usage de commerce, alors que cette demi-taxe a été établie, non pas par la loi du 25 juin 1920, mais par celle du 13 avril 1898. (*Question du* 9 *avril* 1924).

Réponse. — Réponse affirmative. En matière d'automobiles, l'article 3 de la loi du 22 décembre 1879 qui prévoyait la concession de la demi-taxe sous le régime de l'impôt direct, de même que l'article 2 de la loi du 13 avril 1898 portant modification des tarifs ont été abrogés par l'article 102 de la loi du 25 juin 1920.

(*J. O.*, 29 mai 1924.)

Nota. — La réponse du Ministre est erronée. Ce n'est pas l'article 102 de la loi du 25 juin 1920 qui supprime la demi-taxe. Au contraire, l'article 100 de ladite loi confirme explicitement la demi-taxe. Mais c'est l'article 25 de la loi du 22 mars 1924 qui la supprime, en abrogeant expressément l'article 100 de la loi du 25 juin 1920.

APHORISMES VÉCUS

La nature humaine est composée, chez chaque individu, de *qualités* et de *défauts* inhérents à cette nature toujours complexe. Ces qualités et ces défauts y sont souvent *antagonistes* : c'est le plus saillant qui domine l'ensemble des autres et donne son *cachet* à la personnalité de chacun de nous.

Les *parasites* animaux et végétaux sont *visibles* tandis que les parasites *humains* (et ils sont nombreux dans la collectivité) sont souvent *insoupçonnables*.

En clinique, c'est surtout chez l'enfant que nous devons compter, nous médecins, sur la *natura medicatrix*, pour attendre des *miracles*, dans les cas apparemment désespérés.

La *permanence de fait* n'implique pas toujours la *per manence de cause*, parce qu'il existe souvent des faits *intercurrents* ignorés.

La suprême habileté dans la vie consiste à faire accorder, du moins en apparence, ses convictions avec ses intérêts.

Aucune religion n'enseigne le mal. Toutes ont pour but de l'empêcher ; mais aucune ne remplit absolument son but, par suite de la mentalité *variable* presque jusqu'à l'infini des individus qui en ressortissent, toutes choses égales, d'ailleurs, quant à l'atavisme.

Tout homme qui n'a pas, dans la vie, un *objectif* déterminé, *principal* et *précis* qu'il s'efforce d'atteindre coûte que coûte, n'est qu'une épave livrée à tous les remous de l'humanité.

On pourrait presque dire que le *mariage* est une *synthèse* et le *divorce* une *analyse*.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1530-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

II

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Rousse, de Beaune-la-Rolande (Loiret), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier.
Cancale. Bazin.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Cohen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 281. — Jeune doct. (S.-et-O.), un quart d'heure de Paris, libre le soir seul, désirer. échang. conversat. av. Anglais et Espagnol, de préfér. doct. ou étud. en méd.

No 282. — Drôme. Poste 20.000 fr. peut faire 50.000 par médec. actif à céder 10.000 fr. compt., compr. auto 2 pl. excel. état. 6.000 sans auto, auto seule à vendre 6.000 fr.

No 283. — Désire acquérir clientèle environs Paris.

No 284. — A vendre voiturette Renault 8 HP, revisée, marche parfaite, faire offres. Dr Midon, fils, à Diarville (M.-et-M.).

No 285. — On dem. poste méd. 1/2 repos, avec ou sans pharm. rapport. minim. 30.000 fr.

No 286. — Médec. cèder. avec bail, dans élég. hôtel partic., 2 ou 3 pièces avec beau mobil., limite du 7e et du 15e. Pour install. para-médic., othor., radio, dentiste.

No 287. — A vendre : pendule moderne 45 c/m × 40 c/m, sous cage vitrée, marq. jours des mois, heures, minutes, etc., 3 sonner. sur timb. ou sur ress., ornée plaquettes d'émail, entièr. en cuivre, vérit. chef-d'œuv. d'horlog., pièce de collect. Dr Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

No 288. — A vendre : 1o Appareil stéréoscopique Nil Mélior 6 × 13, anastigmats saphir Boyer, 4, 5 avec magas. 12 plaq. et 12 châss. ; 2o Vest Poket Kodak, anastismat., à pellic. et à plaq., av. cuve à dével. en

plein jour ; 3° appar. 9 × 12 genre Kodak, object. rect. obturat. Vario, à pellic. et à plaq. Dr Vignes à Collioure (Pyr.-Or.).

N° 289. — A céd. Paris, dans très bon quart., cabin. de dermatol. et syphil. Aff. anc. et très sér. Rapp. 70.000 fr. envir. Grd appt. pet. loyer. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 290. — Banl. imdte. Poste très anc. ss auc. frais locom. Rapp. 65.000 fr. Fixes. Très grd appart. remis à neuf, avec jard. garage et dépend. Cession très urgente. S'adress. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 291. — Urgent. A vendre bel appt. 6 pièces, conf. mod., quart. centr., droit d'exerc., facil. de paiement.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

Dans un article paru dans le *Concours médical*, du 15 mars dernier, sur la Phytothérapie, le chroniqueur avait mis en lumière les propriétés remarquables du Berbéris, du Thlaspi et du Cupressus comme régulateurs de la circulation veineuse et regretté que ces plantes ne soient pas utilisées dans la thérapeutique courante.

Nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs que les laboratoires LANCOSME viennent de créer sous le nom d'HEMODROME une association médicamenteuse comprenant ces trois plantes sous la forme parfaitement assimilable d'extrait fluide, et les médecins praticiens qui l'ont formulé ont tous reconnu son efficacité dans les diverses maladies du système veineux.

Littérature et échantillon sur demande
au laboratoire E. LANCOSME,
71, avenue Victor-Emmanuel III, Paris (8e).

CORRESPONDANCE

1525. — Droit aux soins gratuits d'un blessé de guerre dont la pension provisoire a été supprimée

Est-il vrai qu'un bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ait encore droit pendant 5 ans aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits, à dater du jour où il s'est vu retirer sa pension provisoire ?

Dr V.

Réponse.

Le bénéficiaire de l'article 64 de la loi des pensions, dont la pension temporaire est supprimée sans être convertie en pension définitive, ne perd pas, pour cela, son droit aux soins gratuits.

L'article 5 du décret du 25 octobre 1922 dit que la liste permanente est divisée en deux sections, dont la seconde comprend les noms des anciens titulaires d'une pension temporaire qui a été supprimée sans conversion en pension définitive.

L'article 11 dit que, si la pension temporaire est supprimée sans être convertie en pension définitive, la décision motivée de suppression est envoyée au préfet, qui adresse copie au maire. Le maire opère la radiation dans la première section

de la liste permanente et procède à l'inscription dans la seconde section, à laquelle la décision motivée de suppression reste annexée.

1599. — L'insolation peut être un accident du travail.

Un ouvrier travaillant comme maçon, sous un atelier vitré, par une des chaudes journées de la fin de mai, est victime d'un commencement d'insolation ou coup de chaleur.

Il est pris d'une céphalée intense, vertiges, et quitte son travail en disant à ses camarades : « Je m'en vais, je ne me sens pas bien. »

A grand peine, il rentre chez lui ; mais là, à bout de forces, il tombe sans connaissance. On m'appelle.

Je trouve un homme au facies congestionné, pouls rapide, ayant déjà repris ses sens, mais se plaignant d'un mal de tête intolérable. Je lui fais une saignée qui le soulage. Néanmoins, le malade reste une quinzaine avec une lourdeur de tête qui l'empêche de travailler.

J'avais fait une déclaration d'accident, pensant que le travail était bien la cause du malaise éprouvé.

Aujourd'hui, la Compagnie d'assurances m'écrit qu'elle *considère que le coup de chaleur dont fut atteint l'ouvrier ne peut le faire bénéficier de la législation sur les accidents du travail.*

Aurait-il fallu pour cela que l'ouvrier, persistant à travailler, tombe sur le lieu du travail, au lieu d'aller tomber chez lui à quelques centaines de mètres ?

Selon votre réponse, l'ouvrier agira ou non, en appelant patron et Compagnie d'assurances en justice de Paix.

Dr L.

Réponse.

L'insolation est un accident du travail lorsqu'elle a été aggravée ou provoquée par le travail imposé à la victime. De nombreuses décisions judiciaires se sont prononcées en ce sens. Il est donc certain que, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, dès lors que l'ouvrier travaillait dans un atelier vitré, et que l'insolation peut être attribuée à cette circonstance, le fait que ce n'est qu'après avoir quitté son travail qu'il est tombé sans connaissance ne suffit pas pour que l'accident puisse être rejeté.

La preuve de la relation de cause à effet entre l'insolation et le travail résulte du fait que l'ouvrier a été contraint de quitter son travail à la suite du malaise qu'il a ressenti et dont il a fait la déclaration à ses camarades. Si le certificat médical constate que la congestion dont il a été atteint à la suite de la cessation du travail doit être imputée à un excès de chaleur, il devra obtenir du tribunal la reconnaissance de son droit à une indemnisation en vertu de la législation sur les accidents du travail.

Il peut donc citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident et vous pouvez agir de même pour le paiement de vos honoraires.

1605. — Entrepreneur de transports victime d'un accident.

Je soigne un homme qui, en déchargeant un tronc d'arbre, s'est trouvé pris entre l'arbre qui avait glissé et son chariot, d'où hématome face externe de la jambe gauche avec hydrohémarthrose du genou du même côté.

Cet homme travaillait pour le compte d'un marchand de bois et je le croyais, en qualité de charretier, assujetti à la loi sur les accidents du travail ; j'ai fait le certificat initial et la déclaration a été produite à la mairie du lieu de l'accident en temps opportun.

Mais le patron refuse de considérer mon blessé comme un accidenté du travail pour les raisons suivantes : il prétend que ce dernier est non pas ouvrier, mais entrepreneur de charrois.

Pour vous permettre de juger en toute équité ce cas d'espèce, voici les renseignements que je puis vous fournir : mon blessé est petit cultivateur ; il possède des chevaux et un chariot pour transport de bois ; c'est avec ce matériel lui appartenant qu'il transporte *lui-même* les troncs d'arbres du lieu de l'exploitation forestière jusqu'au quai d'embarquement. Quand une « coupe » est ainsi débarrassée, le marchand de bois le paye tant par décistère. Mon blessé ne fait des charrois que par intermittence, quand ses travaux des champs ne le retiennent pas auprès de chez lui.

De bonne foi, on ne peut guère admettre que mon blessé soit un entrepreneur de charrois, bien qu'il use de son propre outillage et non de celui du patron. A ce compte, le bûcheron qui entreprend la coupe d'un lot de bois et utilise ses outils personnels (scie, cognée, etc.), pourrait aussi être considéré comme entrepreneur ! On voit où conduit cette manière d'interpréter. J'ajoute que mon blessé travaille lui-même et ne se fait pas remplacer ni aider par quiconque, ce qui aurait lieu en cas d'entreprise véritable. Enfin, aucun contrat écrit ne le lie au patron marchand de bois, il ne paye pas de patente.

J'aimerais savoir votre avis motivé : doit-on ou non le considérer comme soumis à la loi sur les accidents du travail ? La question a son importance, car dans ma région, il est un certain nombre de cultivateurs qui font ainsi pour des marchands de bois des charrois avec leurs chevaux personnels ; pareils accidents peuvent leur survenir. J'aimerais à être fixé sur leur situation vis-à-vis de la loi.

Dr T.

Réponse

Pour savoir si le blessé auquel vous vous intéressez doit bénéficier ou non de la loi sur les accidents du travail, il est indispensable de *préciser*

sa situation à l'égard du chef de l'exploitation. S'il a conclu avec ce dernier un marché à forfait ou à prix d'unité et s'il se sert d'un matériel lui appartenant, son indépendance du propriétiaire de la coupe est complète ; il ne peut donc, dans ce cas, être considéré que comme entrepreneur de transport, et les risques d'accident restent à sa charge à moins de faute ou de négligence de la part du propriétaire des bois, conformément au droit commun. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait que le blessé ait travaillé pour le compte du propriétaire des bois à titre d'ouvrier, c'est-à-dire moyennant un salaire fixe et avec du matériel appartenant au chef d'entreprise.

Aucune assimilation n'est possible entre ce cas et celui que vous citez dans votre lettre d'un bûcheron entreprenant une coupe de bois, car la situation de ce dernier est régie par un texte spécial et précis, la loi du 15 juillet 1914, qui a eu pour but d'étendre aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail. Cette loi a visé le cas d'un tâcheron travaillant en qualité de sous-entrepreneur et employant lui-même d'autres ouvriers et elle a décidé que les accidents qui pourraient leur survenir seraient garantis par le propriétaire de la coupe.

Le fait qu'il ait fallu un texte précis pour régler cette situation dans les entreprises forestières prouve bien qu'en principe les petits entrepreneurs travaillant pour leur compte ne peuvent bénéficier de la législation sur les accidents du travail.

1595. — Augmentation en cas de prorogation de bail professionnelle

J'ai encore recours à votre obligeance toujours au sujet de mon loyer.

Locataire d'avant-guerre, mon bail est expiré depuis le 1er février 1924. A cette époque, a commencé à courir la prorogation de la loi de 1918, soit 5 ans et 83 jours. Pour régler l'augmentation de loyer, mon propriétaire m'a convoqué à l'amiable devant M. le juge de paix. J'ai fait valoir la loi du 31 mars 1922 fixant l'augmentation à 5 % du prix du loyer de 1914 et à la différence entre les impôts et charges de 1914 et ceux d'aujourd'hui.

M. le Juge de Paix prétend que la loi de 1922 ne m'est pas applicable vu l'importance de la localité d'E. (1.700 habitants). Dans ce cas, dit-il, l'augmentation peut aller de 20 à 40 % et est laissée à l'appréciation du juge de paix. Il fixe donc mon augmentation à 25 % du prix du loyer de 1914 et à la différence des impôts et charges depuis 1914.

Cette interprétation de la loi est-elle valable ? En cas de jugement de sa part, puis-je en appeler à une autre juridiction ou sa décision est-elle sans appel ?

Dr C.

Réponse.

La loi du 31 mars 1922, dans ses dispositions

relatives aux augmentations imposées aux locataires bénéficiant à un titre quelconque des prorogations des lois du 9 mars 1918 et suivantes, est d'ordre général et s'applique à toute la France, quelle que soit l'importance de la population dans chaque localité.

Vous êtes donc fondé à refuser de supporter une augmentation de loyer supérieure à 5 % du loyer de 1914, plus l'augmentation des impôts relativement à la période qui a précédé la guerre, sauf en ce qui concerne l'impôt sur le revenu de la propriété foncière (impôt foncier) qui doit rester à la charge du propriétaire.

Au cas où le juge de paix rendrait un jugement contraire aux dispositions de la loi, votre seule ressource serait de vous pourvoir devant la Commission supérieure de Cassation quinze jours au plus tard après réception de la notification de la décision du juge de paix, par déclaration faite au greffe de la justice de paix et notifiée à votre adversaire.

1567. — Maladie d'un soldat en permission. Droits des médecins de L'A. M. G. Propharmacie.

1° Un soldat du service actif tombe malade en permission ; est-ce à lui de payer les frais médicaux ?

2° J'ai lu autrefois qu'un docteur agréé par la préfecture comme médecin de l'A. M. G. pouvait demander à assister à la séance du Conseil municipal où s'élabore la liste des assistés. La municipalité de ma commune le nie. Quel texte lui présenter ?

3° Puis-je exercer la propharmacie dans une commune où je vais une fois par semaine (qui ne possède ni pharmacien : ils sont à 15 et 20 kilom., ni médecin résidant). Il me semble que *le jour* où je suis dans ce village, je puis le considérer comme étant ma résidence et y vendre des produits.

D[r] V.

Réponse

1° Un militaire en activité de service tombé malade en permission ou en congé, doit être admis dans l'établissement hospitalier militaire le plus voisin de sa résidence. Si son état n'a pas permis le transport dans un hôpital, sa famille peut solliciter le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Mais ce remboursement n'est accordé qu'à titre exceptionnel et le montant n'en peut être supérieur à celui de la dépense qu'aurait entraînée le traitement dans l'hôpital militaire le plus rapproché.

La demande doit être adressée au Directeur du Service de Santé du Corps d'armée, où se trouve la résidence du militaire et être accompagnée des justifications des dépenses et de tous autres renseignements utiles.

2° Aux termes de l'article 12 *in fine* de la loi du

15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance peut assister, avec voix consultative, à la séance de la Commission administrative du bureau d'assistance au cours de laquelle est dressée la liste des assistés. Mais il n'est pas question de la présence d'un médecin de l'assistance à la séance en comité secret du Conseil municipal qui arrête la liste.

Il résulte des termes de la loi que, lorsqu'il y a plusieurs médecins de l'assistance, ils doivent s'entendre entre eux pour désigner un délégué afin d'assister à la réunion de la Commission.

3° Ce sont seulement les médecins *établis* dans les localités où il n'existe pas d'officine de pharmacie ouverte qui, aux termes de la loi de germinal an XI, ont le droit de délivrer des médicaments à leurs clients.

Vous n'auriez donc pas ce droit par le seul fait que vous êtes de passage dans une localité où il n'y a pas d'officine ouverte, dès lors qu'il en existe dans la localité où vous êtes établi. (Trib. civ. La Roche-sur-Yon, 18 décembre 1906, *Gaz. des Trib.*, 1907, 2.2.427.)

D'ailleurs, même si la loi employait le mot résidant, au lieu du mot établi, vous ne sauriez soutenir avec chances de succès que la localité où vous donnez des consultations, même à jour fixe et dans un local que vous louez, est votre résidence.

1521 — Examen d'un accidenté du travail sur la demande d'une compagnie.

Il arrive que les Compagnies d'assurances nous prient d'*expertiser* un blessé, soit pour juger de l'opportunité d'une opération, soit pour fixer le pourcentage d'une incapacité permanente, etc... Pour ces examens, il y a donc lieu de considérer l'examen du blessé, puis la rédaction d'un rapport. Pourriez-vous me dire ce que l'on peut demander pour ce genre d'examen ? Le prix syndical pour les assurances-vie est de 40 fr. Je pense que pour une expertise, je pourrais demander 30 fr., plus l'indemnité kilométrique, s'il y avait lieu.

Dr M.

Réponse.

Il n'existe pas de tarif pour le genre d'expertise dont vous a chargé la Compagnie d'assurances. Il appartient donc à chaque médecin, en se basant sur la longueur et la difficulté de sa mission, sur ses tarifs habituels, sur les tarifs de son syndicat, de déterminer, dans chaque cas, la somme qu'il estime lui être due pour ses honoraires.

La somme que vous vous proposez de demander, calculée sur la base de votre tarif syndical, ne semble nullement exagérée.

(*Voir la suite page XLI-1581*)

PROPOS DU JOUR

Fossoyeurs d'espérance et donneurs d'illusions

« Alors, docteur, me dit un de mes malades évidemment condamné, il ne me reste plus qu'à mourir ».

Et le malheureux me montrait à la porte d'un dispensaire une affiche où le *Comité national de Défense contre la tuberculose* et la *Société d'études scientifiques contre la tuberculose* faisaient aux phtisiques leurs ultimes recommandations.

« Lisez, insista mon malade, lisez cette phrase : *Ils* (le Comité et la Société d'études) *mettent en garde contre les dangers qu'ils* (les tuberculeux) *courent en gaspillant leur argent et en perdant un temps précieux à des tentatives thérapeutiques, souvent nuisibles, toujours inutiles.* »

« Mais continuez de lire, mon ami, répliquai-je, on vous recommande d'avoir recours à la surveillance de votre médecin ». — « A quoi bon ? conclut mon malade, puisque les remèdes sont souvent nuisibles, toujours inutiles. »

Et le pauvre diable, désespéré, s'éloigna à pas pesants.

Je restais songeur et navré devant l'entrée de ce dispensaire qui, avec cette affiche lugubre, me rappelait la porte de l'Enfer de Dante avec sa terrible inscription :

Par moi l'on va dans la cité des larmes,
Par moi l'on va dans l'abîme des douleurs.
O vous qui entrez, laissez toute espérance !

Je mesurais tout le mal qu'avait fait à mon malade la lecture de cette fatale affiche dont les signataires étaient évidemment bien intentionnés, mais inconscients, et il me vint à l'esprit la parole de miséricorde du Christ : Seigneur, pardonnez-leur, ils ne savent ce qu'ils font.

Evidemment, ceux qui ont rédigé ces phrases, signées du Comité national et de la Société d'Etudes, n'ont pas eu conscience du mal qu'ils pouvaient faire. Ils ont cru, dans un but très louable (et que, nous médecins, nous entrevoyons clairement) mettre les tuberculeux en garde contre les cyniques exploiteurs de la misère humaine, diplômés ou non, qui, comme des vautours, s'abattent sur de malheureux incurables pour leur arracher les derniers lambeaux de leur chair, les derniers sous de leur misérable bourse. Mais, si nous, médecins, pouvons découvrir cette intention, en est-il de même du public devant cette phrase qui, *sans restriction ni réserves*, affirme que les tentatives thérapeutiques sont souvent nuisibles, toujours inutiles ?

Ah ! Messieurs du Comité National, Messieurs de la Société d'Etudes, vous avez cru faire œuvre de protecteurs des tuberculeux, de défenseurs de leur bourse, vous n'avez réussi qu'à être des destructeurs de confiance, des *fossoyeurs d'espérance.*

Nous, médecins praticiens, conscients encore plus que vous de notre ignorance, de notre impuissance, nous préférons continuer la lutte et à défaut du rôle de guérisseur remplir celui de consolateur et de *donneur d'illusions.*

Vous êtes sans doute, Messieurs du Comité national et de la Société d'Etudes scientifiques, des docteurs en médecine, des hommes de probité exemplaire, des chercheurs passionnés de laboratoires, des travailleurs acharnés, vous n'êtes pas des *médecins*, vous n'êtes pas des *savants.*

Le médecin est celui, dit une définition légendaire mais exacte, qui guérit rarement, soulage quelquefois et console toujours.

Il se peut que vous guérissiez, comme nous d'ailleurs, mais combien rarement ! Vous ne voulez pas soulager, vous méprisez la consolation.

Le savant véritable n'affirme jamais sans réserve, ne généralise qu'avec une extrême prudence. Il est circonspect, il doute. Laënnec, ni Claude Bernard, ni Pasteur, ni Grancher n'auraient signé cette affiche, ils étaient des savants et chez les vrais savants, chez Pasteur par exemple, l'étendue du champ de l'intelligence n'a jamais rétréci celui du cœur.

Un peu comme les fanatiques des guerres impies du XVI[e] siècle, peu vous importe les douleurs que vous causez, le désespoir que vous semez, vous ne voyez que le but poursuivi, but sans doute louable, mais que vous ne saurez atteindre; vous allez dans sa direction sans vous préoccuper des malheureux que vous écrasez en che-

min. Vous aurez été de ceux qui disaient au cours des massacres :

Tuez toujours. Dieu reconnaîtra les siens.

Mais, Messieurs, entre nous, êtes-vous certains que, dans la phtisie, même la plus avancée *toute tentative thérapeutique est souvent nuisible et toujours inutile* ?

Croyez-vous qu'il soit nuisible et inutile de calmer la toux, de stimuler l'appétit, de tempérer la fièvre, de modérer les sueurs ? Croyez-vous qu'il soit nuisible de procurer au malheureux qui souffre la sédation de ses douleurs et quelques heures de sommeil ? Croyez-vous enfin que ce soit nuisible ou inutile d'entretenir chez un malheureux l'illusion de la guérison possible, la flamme vacillante de l'espérance ?

Si vous êtes des docteurs en médecine, il vous faudrait en bonne logique proscrire la digitale dans les lésions organiques du cœur et la morphine à la période ultime du cancer.

J'irai plus loin, vous n'avez pas le droit de condamner ainsi les tentatives thérapeutiques de la phtisie, car c'est faire injure à la plupart de nos vieux maîtres.

Est-ce que Bouchard, Dujardin-Beaumetz, Germain Sée, Bucquoy, Faisans, Barlureaux, Lereboullet, Constantin (Paul), Huchard, Fernet, Tapret, Grasset, Daremberg, d'Heilly, Gautier, Danlos, Albert Robin, pour ne citer que ceux dont les noms viennent en désordre sous ma plume, étaient des farceurs lorsqu'ils préconisaient pour les tuberculeux, l'administration de la créosote ou de ses dérivés, celles de l'iode et des iodures, de l'arsenic, des cacodylates et des phosphates ? Etait-ce pour être *souvent nuisibles* et *toujours inutiles* à leurs malades, que ces médecins de talent dont la mémoire est et restera respectée et vénérée, faisaient ces tentatives thérapeutiques, étudiaient leurs indications, leurs contre-indications, leur posologie, leur mode d'administration par la bouche, en lavements, en inhalations, en injections sous-cutanées ?

Est-ce pour faire une œuvre nuisible ou tout au moins inutile que notre ami, Paul Ferrier, la droiture et la conscience mêmes, a consacré son temps à régler dans les détails sa méthode thérapeutique de récalcification, que les professeurs Renon, Letulle et Sergent se sont plu à reconnaître très utile aux tuberculeux et parfois curative ?

Oserions-nous condamner au bûcher les travaux de Ch. Richet et de Héricourt, ceux de Béraneck et de Sahli, (de Berne), ceux plus récents de Rappin, (de Nantes) et de Jousset (de Paris) (nous en passons beaucoup d'autres peut-être des meilleurs) qui laissent la porte ouverte à de grandes espérances ?

Nous serions-nous permis de publier que M. le professeur Léon Bernard faisait une œuvre nuisible ou tout au moins inutile, quand, dans un rapport, rédigé comme conseil technique du Ministère de l'hygiène, il reconnaissait officiellement l'efficacité des inhalations de vapeurs balsamiques sous pression aux tuberculeux et aux gazés, ce qui permit au Ministre de l'Hygiène d'encourager la création d'inhalatoriums et obligea le Ministre des Pensions à autoriser les tuberculeux de guerre à s'y soigner aux frais de l'Etat ?

Et, bien que le pneumothorax artificiel, appliqué parfois avec une libéralité un peu déconcertante, ait fait d'indiscutables victimes, (je parle ici en connaissance de cause et non sans expérience), oserions-nous prétendre, nous médecins praticiens, que cette tentative thérapeutique est, comme les autres, *souvent nuisible* et *jamais utile* ?

Messieurs du Comité national, Messieurs de la Société d'Etudes scientifiques contre la tuberculose, permettez à un très modeste praticien, déjà d'un certain âge, qui, s'il n'est pas un savant, a beaucoup observé et médité au cours d'une vie professionnelle bien remplie, de vous dire :

Soyons prudents, soyons modestes. Ne prononçons pas d'anathèmes. Ceux qui savent le plus en matière de tuberculose humaine, ne savent pas encore grand'chose.

Ne dédaignons pas l'empirisme, ni la médecine des symptômes pour soigner les phtisiques, puisque la science, issue des laboratoires, ne nous permet pas encore de faire mieux.

Ne méprisons pas les tentatives thérapeutiques qui, si elles ne donnent pas lieu à des guérisons miraculeuses, ont au moins l'avantage de guérir rarement, de soulager souvent et de consoler toujours nos malades, ce qui est bien quelque chose.

Ne devenons pas des fossoyeurs d'espérance, de grâce, restons faute de mieux, des Donneurs d'Illusions.

J. Noir.

***

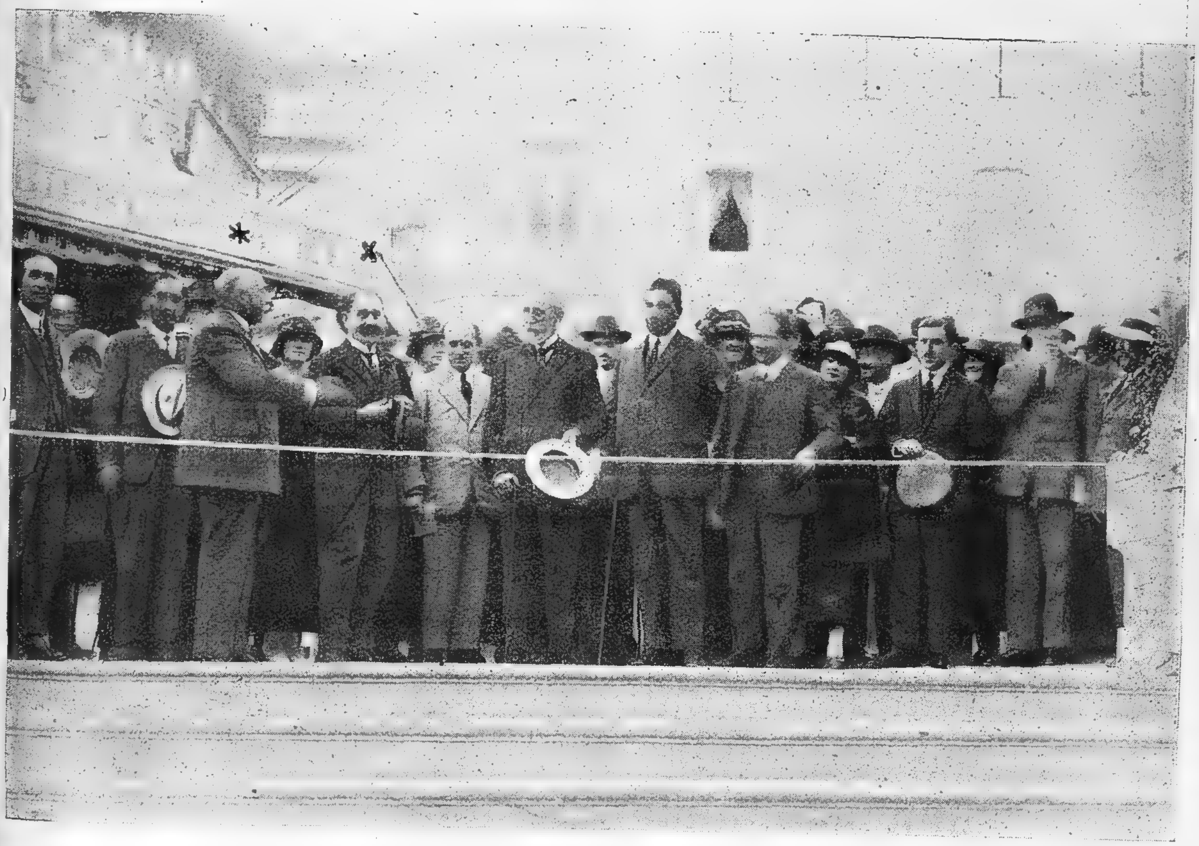
Une nouvelle revue d'hygiène. — Grâce à l'initiative de MM. le Dr Dequidt, Ott et Brian, vient d'être fondé le *Mouvement Sanitaire*, organe officiel des médecins hygiénistes fran-

çais. Nous félicitons les fondateurs de la nouvelle revue et les remercions d'avoir bien voulu nous adresser leur premier numéro. Le but que poursuit le *Mouvement Sanitaire* est trop élevé et les articles de son premier numéro trop intéressants pour que nous nous bornions à les annoncer. Dans un de nos prochains propos, nous nous permettrons d'apprécier comme il le mérite le programme du *Mouvement Sanitaire*.

J. N.

Le voyage d'études médicales (V.E.M.) des médecins et étudiants de Strasbourg aux stations du Plateau Central et à Vichy

Du 8 au 14 juin, une centaine de médecins, étudiants et étudiantes en médecine de la Faculté de médecine de Strasbourg, conduits par le professeur Paul Blum, chargé du cours de clinique thérapeutique, et le Dr Arbinet-Labessède directeur de *Strasbourg médical*, ont visité les stations du plateau central et Vichy.



Avant la section du ruban

Parmi les membres de ce V. E. M., figuraient deux hôtes de marque : M. Tsai, recteur de l'Université de Pékin, et M. Tsu, chef de la Mission scientifique chinoise en France, docteur en médecine et en pharmacie de l'Université de Strasbourg.

Cette importante caravane a été reçue à Châtel-Guyon, le dimanche de la Pentecôte. Réunis au théâtre, les membres de ce V. E. M. ont été d'abord salués par moi, au nom de la Fédération thermale d'Auvergne. Puis, ils ont entendu avec intérêt la conférence du Dr Aine, qui leur a exposé la doctrine châtel-guyonnaise ainsi que tous les détails de la cure, telle qu'elle se pratique à Châtel-Guyon.

Au sortir du théâtre, avant de visiter le parc, les sources et les établissements, ils ont inauguré solennellement l'escalier d'honneur que la Société des Eaux vient de faire établir pour pénétrer dans le parc. Les clichés que nous reproduisons montrent le professeur Blum, entouré de ses élèves et des personnalités chatelguyonnaises, sur le point de couper le ruban symbolique qui fermait l'escalier, et immédiatement après l'avoir coupé.

Après la visite de toutes les installations techniques de la station, les V. E. Mistes ont pris part

à un dîner amical au cours duquel d'excellentes choses ont été dites. Le Dr Arbinet-Labessède, en particulier, m'a remercié d'avoir bien voulu qualifier de *beau*, son journal *Strasbourg médical*, ce qui n'est qu'un juste hommage rendu à ses efforts et à la parfaite réalisation à laquelle il est parvenu. « Votre éloge, a-t-il ajouté, me journaux médicaux français les plus importants ! »

J'ai été très vivement ému par ces paroles, et si je les rapporte ici, c'est pour prendre acte d'une attestation dont le *Concours médical* peut être d'autant plus fier qu'elle émane d'un connaisseur impartial et désintéressé.



APRÈS LA SECTION

× M. le professeur Paul BLUM, de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
✻ M. G. ROUGÉ, Ingénieur, Président du Conseil d'Administration de la Société des E. M. de Châtel-Guyon.

touche d'autant plus que vous êtes de la partie. N'appartenez-vous pas en effet, comme secrétaire de la rédaction, — et le secrétaire de la rédaction est bien l'âme de son journal ! — au *Concours médical*, qui est actuellement l'un des

Le lendemain matin, les caravanistes ont continué leur randonnée et ont visité successivement Royat, Saint-Nectaire, le Mont-Dore, la Bourboule et Vichy.

G. DUCHESNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CAUSERIE CHIRURGICALE

Une gloire de l'anatomie française. Farabeuf et l'anatomie.

L'inauguration de la statue de Farabeuf à l'Ecole pratique de la Faculté,

Par DARTIGUES.

Exhortation

O vous qui feuilletez ces pages, arrêtez-vous et lisez, non pour moi, infime interprète des grandeurs humaines du monde, qui n'ai pour excuse de cette noble mendicité d'attention que mon désir de justice, mais pour un Grand du Travail, du Savoir et du Désintéressement.

La lutte contre l'oubli est le sursaut grandiose de la vie spirituelle. Je veux vous arrêter au pied d'une blanche statue qui représente, dans nos heures troubles et débordées, une gloire française qui vécut à la fois dans l'humilité, la modestie, la pauvreté, et dans toute la richesse d'une intelligence illuminatrice, créatrice et animatrice.

Il faut que la foule médicale anonyme et dispersée se rassemble à nouveau à l'appel du souvenir, pour revoir et resaluer Farabeuf, comme au temps où il instruisait, en les passionnant, les houles de jeunesse pressées autour de sa silhouette maladive, mais rayonnante de toute la vie ressuscitée des cadavres, dont il restituait génialement d'un dessin prestigieux, et la forme, et la structure, et les mécanismes.

Il est là, tout immaculé de marbre éclatant, dans un enveloppement de lumière descendue de la gloire du soleil qui a voulu le fêter. Il est là, ce très grand, symbole d'humanité qui a pensé, cherché et enseigné ; il est là, ce très pur, car il vécut, pour la science uniquement, et pauvre splendidement. Inclinez-vous, vous qui passez ; et si vous ne connaissez pas encore le respect pour la beauté du travail impeccable, de la connaissance dans l'exactitude absolue, de la beauté morale d'une âme certaine, éprouvez-le et apprenez-le pour la première fois, car Farabeuf fut celui dont le cerveau et le cœur enfantèrent merveilleusement dans la douleur et malgré la douleur.

Venez ici apprendre quelque chose, profanes qui n'accordez trop souvent votre attention qu'à des inanités puériles ; et venez ici, tous ceux avides, sincèrement, de trouver des exemples.

Quand un cerveau chez nous, médecins tant médits, livre ses dons de toute la largesse de sa valeur, sachez qu'il commande supérieurement à ceux présents et à venir qui utiliseront ses trouvailles et ses progrès pour le bien de l'humanité dolente.

Il était juste de célébrer aujourd'hui, par contraste, dans ces temps effrénés de toute puissance monétaire et de prime à la force grossière qui ne pense pas, un grand intellectuel qui œuvra infatigablement dans la simplicité d'une vie sans reproche.

La Statue

Dans ce cloître de l'Ecole pratique qui enclôt la rotonde du Grand Amphithéâtre, dans cette Cité des laboratoires, derrière quelques fusains, près d'un bassin rond où le bleu du ciel se mêle au miroir vert d'une eau tranquille, la statue se dresse, méditative. Farabeuf est admirablement restitué par le grand sculpteur Landowski. Le voilà debout, tel que nous le connûmes, la face encadrée de favoris à la mode d'Offenbach, ce qui fait valoir la force du menton volontaire, le front au large modelé ; mais sur ses yeux, l'artiste n'a pas représenté les verres du myope ; peut-être est-ce dommage, car il y a le plus souvent identification du lorgnon avec l'individu : les lorgnons ou les lunettes complètent le regard, la réfraction du verre s'ajoutant à la lueur des yeux. Et Farabeuf ressemblait, derrière ses lunettes superposées, à un bénédictin de la science contemplant l'univers de la structure humaine derrière un vitrail polychrome qui lui montrait toutes les richesses colorées des architectures de la vie. Il porte le fameux large foulard sur les épaules ; de la main gauche, il soutient une planche où l'artiste a reproduit un magnifique schéma de la vascularisation artérielle ilio-fémorale, et de la main droite, il tient le morceau de craie de la démonstration.

La Cérémonie

C'est devant une assistance restreinte que s'est déroulée cette cérémonie de l'inauguration.

Il y avait là quelques dames, Mme Farabeuf, Mme Landowski, des jeunes filles, des étudiants, et une partie de la Société de chirurgie : le Pr Lejars, le Pr Broca, à la belle tête de prophète ; le Pr Hartmann ; le Pr Duval, Rieffel, qui dirigea l'Ecole pratique ; Thiéry, Launay, Lardennois, Basset, Anselme Schwartz, Riche, pure médaille qui se bronze avec l'âge ; le Pr Sébileau, qui s'avance tête baissée comme le conducteur de la horde dans le tableau de Cormon ; Dujarrier, qui vous plante une cheville dans le col fémoral comme une banderille dans le cou d'un taureau ; Moure, Lenormant, Chevassu, l'ami Savariaud à qui je dois, il y a bien longtemps, d'avoir travaillé quelque temps dans le laboratoire de Farabeuf ; Alglave, le sphénopogone ; Desplats, pareil à une Tête Ronde du temps de Cromwell ; Hallopeau, l'ami Veau, issu scientifiquement de Farabeuf, et qui me rappelle les mots énormes et animaliers que faisait le grand professeur, caustique sur son propre nom : Farabeuf, Faraveau, etc. ! ! le Pr Kirmisson, qui revient tout exprès de sa retraite campestre et qui avait, malgré son caractère pointu, des amis qu'il embrasse copieusement ; Jalaguier, surnommé le grand sympathique, et venu également de son village au nom délicieux de Poupel, près Montauban ; les chirurgiens militaires Rouvillois, Sieur, ces prévoyants de « la casse » des généraux durant la guerre ; le Pr Delbet, consciënt de la force de son intelligence, le nez au vent, la moustache cataire en bataille, l'œil perçant et qui vous décoche d'une voix brève, en passant, tel le Parthe, une flèche demi-mortelle ; le Pr Faure, souriant et indulgent, se berçant intérieurement de phrases enchanteresses ; l'accoucheur-député Pinard, donnant encore, malgré son âge, l'impression de la force et de la stabilité ; le Pr Couvelaire, l'œil rieur et observateur, le Pr Bernard, le trusteur de la tuberculose ; le Pr Tissier, qui récemment, s'est montré, au banquet de l'internat, orateur de belle distincnction classique et d'altière pensée. Et puis, il y avait aussi le Dr Henri Collin, le roi de l'acier instrumental, Steinheil, le Prince du Livre et de la Thèse. Et il y avait encore un petit clan de journalistes médicaux : le Dr Bouquet, l'homme du *Temps* ; le Dr Vitoux, de la *Presse médicale* ; le Dr Brochin, le Dr Rabier, l'homme du Salon des médecins, le représentant du *Paris-médical*, et votre serviteur, chirurgien, journaliste improvisé, représentant l'Union médicale franco-ibéro-américaine et le *Concours médical*. Par un hasard curieux, ces plumitifs sont tous Parisiens de Paris. Je dis à Rabier, trop modeste, malgré son grand talent : « Nous ne sommes pas ici de simples informateurs, ni de fumeux thuriféraires ; nous venons voir si on va bien rendre la justice posthume et, en dilettantes du verbe, constater s'il se lève un Bossuet, un Fénelon ou un Lacordaire autour de cette Gloire anatomique ; et nous allons, nous, apprécier ces vivants et dire comment ils se sont comportés autour de ce grand mort ! »

Les discours

Le Pr Delbet, président du Comité du monument, présente la statue en liberté ; d'une main preste, il la dévoile, et ajoute les mots nécessaires. Le doyen Roger, en quelques paroles, fait ressortir surtout le rôle qu'a joué Farabeuf comme organisateur.

Le Pr Sébileau avait la tâche difficile de retracer la vie et l'œuvre de Farabeuf après l'éloge si substantiel et si harmonieux prononcé par J.-L. Faure l'an dernier à la Société de chirurgie. Le Prince de l'oto-rhino-laryngologie et de la cervicologie opératoire a parlé un langage lapidaire. Son discours fut beau comme une belle dissection de la vie du grand anatomiste. Son débit est un peu saccadé, sa voix un peu siliceuse, comme un silex tranchant : c'est celle d'un combatif.

Il a montré Farabeuf organisant l'anatomie, « faisant des leçons d'anatomie pendant 40 ans ». Il le proclame « le bienfaiteur des étudiants » et le « père spirituel de 30 générations de médecins ». Il le fait voir faisant lui-même les plans de l'Ecole pratique dont il fut le fondateur et en réglant « la marche et le débit propédeutique » ; il silhouette la figure originale du savant qui « sous une singulière enveloppe, cachait des qualités éminentes » ; il nous le montre s'arrêtant à la table de dissection d'un néophyte et ne dédaignant pas de le conseiller, ce qui me fait souvenir de ce temps lointain où il nous remplissait de fierté quand il s'appuyait sur notre épaule et nous guidait de sa voix martelée et cisaillée, en nous tutoyant.

« Le cours de Farabeuf, a dit Sébileau, ne ressemblait à aucun autre ; c'était une sorte de cinéma ralenti et polychrome » ; Farabeuf était la conscience personnifiée du vrai savant : « Il doutait toujours de lui ; quand il avait décrit la vérité, il avait peur que ce ne fût pas encore la vérité ».

Une pensée dominait Farabeuf : « c'était de *faire des praticiens utiles* ; il voyait l'anatomie sous un jour pratique « avec toutes ses applications à la physiologie et la chirurgie ». Sébileau nous rappelle le fameux Traité de Médecine Opératoire, basal à mon sens au point de vue de la précision anatomique et de quelques manœuvres opératoires essentielles, mais en réalité, pas assez didactique, car il apparaît trop comme une succession de mémoires : ce livre aurait été mieux, allégé.

Le professeur Sébileau nous fait souvenir des boutades de cet esprit caustique qui ne craignait ni le jargon, ni les jeux de mots énormes, pourvu

qu'on retînt, et qui divertissaient tant les étudiants que nous étions : « *In cauda*, veine énorme (pour *venenum*), disait-il par exemple ». Je me souviens qu'un jour, il avait remarqué que les étudiants délaissaient trop, peut-être par dégoût de la pourriture, l'étude des organes génitaux. Invisible, de son laboratoire, il avait donné l'ordre aux garçons d'amphithéâtre d'injecter à la cire les corps caverneux qui dessinaient la courbe tristement flaccide et aplatie de l'extinction ; puis, quand tous ces organes eurent repris l'attitude fière de la vie, il passa une revue ; il n'en fallut pas davantage pour que les élèves se missent fièvreusement à l'étude.

Sébileau a fait justement ressortir le rôle créateur de Farabeuf en fait d'instrumentation. Enfin, il nous montre un Farabeuf vieilli, mis un peu durement en marge de l'enseignement qu'il avait tant illustré, à qui on avait fait l'aumône d'un laboratoire, mais où il mena une fin mélancolique et découragée. Comment en serait-il autrement, dirai-je ? il lui manquait le public, l'exaltation de la foule jeune et tumultueuse, la lutte, l'influence passée à d'autres, car il lui fallait, à cet animateur, le grand amphithéâtre et le grand tableau sombre, mer noire de l'horizon de laquelle il faisait, d'une craie prestigieuse, surgir les pavillons de toutes couleurs de flottes féériques, chargées d'images anatomiques, et enfin le grand peuple étudiant qui fait une atmosphère de joie dans le travail. L'état d'âme d'un homme déserté est pareil à celui d'une belle femme jadis courtisée de tous et désormais vieillie. Enfin, dans une synthèse, Sébileau évoque en l'illustre anatomiste, l'Homme de bien, le bon Samaritain, celui qui disait : « Aimez votre prochain dont vous avez besoin », l'artiste, le poète, le citoyen qui « n'a jamais séparé son devoir de pédagogue de son devoir de citoyen ». Par son très beau discours, Sébileau a dit *les mots de la justice*.

Le prof. Lejars a pris ensuite la parole au nom de l'Académie. L'auteur admirable de la Chirurgie d'Urgence nous parle plutôt qu'il nous lit, et s'il n'agitait pas un papier tremblant dans sa main émue, on dirait qu'il s'adresse uniquement à chacun de nous. « Cette Ecole pratique est son œuvre corps et âme », a-t-il dit, et aussi : « Il m'enseigna l'esprit d une méthode et la probité scientifique », et encore : « quand il me donnait ces conseils, je compris que, par son regard lointain, il s'adressait à beaucoup d'autres derrière moi », et enfin : « c'était un passionné ». Et, en effet, ajouterai-je, les passionnés seuls réalisent de grandes choses. Farabeuf faisait sortir un corps merveilleusement idéal et vivant de la pourriture et de la glace du cadavre : c'était un artiste en même temps qu'un scientifique ; ce fut le Pygmalion de l'anatomie, tellement il anima la statue de chair restituée par son souffle et sa clarté.

A un moment, la voix de Lejars pleura presque. Il n'y a rien d'émouvant et de contagieusement invincible comme les larmes qu'on sent prêtes à jaillir et qu'une noble pudeur s'efforce de refouler. Elles sont, ces larmes, la source la plus limpide et la plus cristalline de l'âme éloquente qui ici, disait *les mots de la reconnaissance.*

Enfin, le Pr J.-L. Faure a parlé au nom de la Société de chirurgie de Paris, et « au nom des chirurgiens français ». Il a été bien inspiré, de parler au nom de la Légion chirurgicale française tout entière, et il a haussé ainsi la tribune en prenant à témoin tous les chirurgiens français, de ce que la France a dû à Farabeuf pendant la guerre, puisque tous, nous sommes en quelque sorte issus de la substance scientifique de ce grand anatomiste ; c'est Farabeuf qui, en vérité, a guidé, sur la lisière de feu, la main des chirurgiens guerriers. « Son esprit — a dit J.-L. Faure — plane sur nos travaux, et dans cette fonction redoutable qui fait de nous les dispensateurs de la vie et de la mort ». « Saluons, — a-t-il terminé — le maître que nous avons aimé ». Il appartenait à notre éminent ami de prononcer *les mots de l'amour.*

Aujourd'hui, Farabeuf a été encensé devant sa statue comme une divinité anatomique, ainsi qu'il le fallait, par des verbes magnifiques qui, par de-là la mort, ont répandu d'admirables balsamiques sur l'âme ulcérée du grand enseigneur qui fut l'Anatomie faite Homme.

Devant le bloc lapidaire où l'artiste a gravé en capitales romaines le nom éternisé et les dates fatidiques de la naissance et de la mort, Sébileau a rendu désormais l'indéfectible justice, Lejars a fait vibrer le cristal de l'urne du cœur qui se craquellerait de tendresse infinie en rendant le son le plus pur, et J.-L. Faure a fait résonner l'accord de tous, sur sa corde d'airain.

Mais je n'ai pas oublié, en cette heure solennelle, les paroles magnifiques qu'a jadis prononcées aux obsèques et dans sa leçon inaugurale Pierre Delbet, et le langage suprême de l'orateur-né que fut mon maître Paul Segond.

Segond à la voix expansive et attendrie qui conquérait tous les cœurs, car, par un contraste singulier, cet heureux de vivre dans l'opulence de la réussite, la magnificence de son âme contagieuse, dont la santé puissante et la joie exubérante fut, entre tous, aimé de ce pauvre, de ce souffrant qui portait son cerveau splendide comme une hostie douloureuse.

La Critique

Et maintenant, place au belluaire qui va faire claquer le fouet de fer ! Ceux qui ont charge d'organiser de telles cérémonies et qui devraient son-

✦✦✦

ger à la leçon générale, à l'exemple que donne une répercussion légitime et bien comprise, n'ont pas le sens de l'opportunité, du décor, et de l'animation. Toute la France médicale eût dû participer à une telle évocation et cette petite cérémonie a eu lieu en catimini.

Et d'abord, il y a eu une attente longue et pénible : celle du représentant du Ministre qui, lui, représente le peuple ! Et ce représentant n'a rien représenté du tout puisqu'il n'est pas venu ; au fait, il valait peut-être mieux : qu'eût-il dit ? Qui l'eût cru ? Ainsi, un petit homme vague et anonyme a fait attendre un Grand Homme entré dans la gloire scientifique, qui est d'autre essence que la politique tout de même ; un ignorant a fait attendre les savants qui sont les premiers de leur pays dans leur partie, et un groupe intelligent pieusement recueilli autour d'une grande mémoire, et cet incorrect ne s'est même pas excusé ! Et je ne puis m'empêcher d'entendre de nouveau la cinglante phrase de Farabeuf : « Si les morts étaient aussi dégoûtants que les vivants, je n'aurais jamais fait d'anatomie ! »

Les membres des Sociétés parisiennes et provinciales, les professeurs d'autres facultés, n'ont pas été convoqués. La masse des praticiens de France n'était pas représentée, et cependant, Farabeuf n'a pas travaillé pour une aristocratie : il a contribué, peut-être, à la faire, mais il a travaillé pour tous, et *surtout pour les petits*. Il y a en France aussi beaucoup de chirurgiens et de médecins qui connaissent leur anatomie et sont les héritiers tout aussi légitimes de Farabeuf, qui n'avait pas réservé la vérité anatomique à quelques privilégiés.

Au fond, ça été une fête mélancolique de quelques chirurgiens et amis reconnaissants, et cette inauguration aurait dû être une grande fête du souvenir universitaire et populaire, où tous les étudiants auraient dû être. Une mesquine tribune auprès de quelques arbrisseaux et d'une mare stagnante ! On n'a même pas prévu, par une visite préalable, que Dieulafoy, lui, n'aurait pas manqué de faire, l'aboiement éternel des chiens dans ce cloître des laboratoires, et par lequel les voix modestes furent aisément dominées ! Couvelaire, à qui je m'en plains, me répond spirituellement : « Il fallait les envoyer à la Courtine ! » A vous, Pr Richet ! Heureusement que les oiseaux ont gazouillé pendant les discours, et je me suis complu à entrevoir un Sébileau, pareil à un Saint-François-d'Assise à qui, dans la campagne, les moineaux du ciel donnent un concert amical.

Il eût fallu une réunion dans le grand amphithéâtre avec une assistance de milliers de spectateurs et, comme nous le disions avec Thiéry qui a eu la même pensée, aux murs, toutes les planches merveilleuses où s'épanouit en précision et profusion coloriée le génie de Farabeuf, toute sa vie de labeur visuel, et dont l'apparition eût été un enseignement et une récapitulation à la manière d'un musée improvisé. Il eut fallu, après les discours, la minute recueillie à l'appel du Doyen, patriarche des médecins ; il eût fallu toute la grande presse conviée pour faire connaître au monde envieux une gloire qui a servi l'humanité en enseignant les chemins anatomiques précis par lesquels nous coupons court à la souffrance et à la mort ; il eût fallu pavoiser la Faculté et l'Ecole pratique d'une forêt de drapeaux frissonnants de la France pour faire savoir au passant ignorant que quelque chose de grandement français s'évoquait en ce lieu ; il eût fallu aussi chercher ce qu'a dit Farabeuf dans ses œuvres, extraire et faire revivre sa pensée anthologique par la voix d'un grand artiste de l'articulation, du timbre et de l'inflexion.

Vous avez perdu l'occasion d'enseigner, à propos d'un enseigneur prestigieux, et malgré vos intentions pressées, vous n'êtes pas des évocateurs réels de grandes mémoires !

Au lieu d'un beau tumulte grandement et artistiquement intellectuel dans la communion du souvenir, la Routine ! le déjà archi-connu, le réimité banalement : un fantôme voilé, une chute de toile, une apparition de marbre, une tribune mesquine, petit tréteau de petite place de petit village, des discours dont les voix ne peuvent rivaliser avec les cordes vocales canines, ô professeur-laryngologiste !

Et tout est fini : l'inauguration d'une statue ainsi faite m'a toujours paru, non une résurrection posthume, mais un nouvel adieu suprême après celui fait à la dépouille mortelle de qui a peiné, souffert et tremblé d'agonie. Les discours faits à une statue sont plus terminaux, plus définitifs et plus mélancoliques que les adieux adressés à la caisse de bois polyédrique qui renferme la pâleur exsangue et la rigidité étendue de notre cadavre.

Mise au point et concorde dans la sérénité.

Mais, que dis-je ? Apaise-toi, mon cœur, souviens-toi que tu es venu l'autre jour apporter la modeste violette embaumée de Toulouse, celle du souvenir reconnaissant de tes vingt ans, alors que tu arrivais de ton lointain soleil, comme la plupart de ceux qui étaient présents et qui sont venus aussi de la fécondité de leurs terroirs ! Apaise-toi ! Calme cette imagination qui s'exalte si spontanément aux revendications de justice, et dis-toi que cette cérémonie simple où ont assisté seulement les désintéressés qui rendaient hommage à un culte, convenait mieux à la modestie de ce grand homme que fut Farabeuf, et que, par delà sa tombe au pays natal, par delà sa statue dans la ville formidable, sa grande âme qui plane immatérielle dans les domaines de la

science sans limites, a été touchée et a frissonné de reconnaissance et de tendresse.

Et il suffit, après notre dispersion et notre éloignement songeur, que la statue du grand anatomiste demeure dans cette solitude, très longtemps, avant d'aller, elle aussi, rejoindre les universelles poussières, et qu'elle se reflète dans le petit bassin glauque, afin que le ciel, son azur, ses orages, lui donnent les aspects diversifiés de tout ce qui se mire sur la mobilité fragile de l'eau.

Le Passionné de science, l'Animateur des jeunes foules intellectuelles, le Presque-Aveugle plein de visions des aspects structuraux du prodige corporel humain, le Grand souffrant et le Sublime Désintéressé, est rentré dans la paix inéluctable des êtres. Saluons-le une suprême fois !

Et toi, divine mort, où tout rentre et s'efface,
Accueille tes enfants dans ton sein étoilé,
Affranchis-nous du temps, du nombre et de l'espace,
Et rends-nous le repos que la vie a troublé !

(LECONTE DE L'ISLE).

CLINIQUE INFANTILE

Prophylaxie et traitement des oreillons

Hôpital des Enfants-Malades: M. P. LEREBOULLET.

Vous ayant parlé du traitement de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, je suis amené à vous parler des oreillons ou ourles, maladie générale, contagieuse, anciennement connue et assez fréquente chez l'enfant. Ces oreillons ne soulèvent évidemment pas beaucoup de problèmes de thérapeutique car leur traitement est assez simple. Néanmoins, il y a, en pratique courante, un certain nombre de points sur lesquels le médecin est consulté par les familles, points qui sont moins des points de thérapeutique que des points de prophylaxie ; ils sont assez souvent l'objet de discussions pour que je vous en parle et vous dise comment actuellement l'on conçoit les oreillons et quelles réponses vous pouvez faire, quand on vous demande comment éviter la propagation d'une épidémie d'oreillons.

Les oreillons sont, vous disais-je, une maladie ancienne, et cette maladie n'a pas été toujours considérée comme elle l'est actuellement. Pourtant, il faut reconnaître que le caractère épidémique des oreillons et les principaux traits qui les spécifient avaient été notés déjà par Hippocrate; sa description des maladies qu'il avait observée dans l'île de Thasos est remarquable par sa précision, tout au moins pour un certain nombre de points : « Il survint aussi, dit-il, des tumeurs auxoreilles, d'un seul côté chez beaucoup d'individus, des deux côtés chez le plus grand nombre. Les malades étaient sans fièvre et restaient levés ; il y en eut cependant quelques -uns qui ressentirent une légère chaleur. Chez tous, ces tumeurs disparurent sans signes critiques. Elles se formèrent chez les adolescents, chez les gens à la fleur de l'âge, et, parmi ces derniers, chez presque tous ceux qui fréquentaient la palestre et les gymnases ; elles se montrèrent rarement chez les femmes..... Chez les uns immédiatement, chez les autres après quelque temps, il survenait des phlegmasies douloureuses aux testicules, d'un côté seulement ou des deux à la fois ; chez les uns, il y eut de la fièvre, chez les autres, il n'y en eut pas ; ces accidents étaient pour la plupart très douloureux. Du reste, les malades n'avaient pas besoin de recourir aux soins que l'on reçoit dans l'officine ».

Par conséquent, vous voyez par cette description d'Hippocrate que les oreillons étaient connus dans leurs principaux caractères, dans leurs complications, ou plutôt dans leurs métastases testiculaires, que la fréquence des oreillons à l'âge du collège était signalée, que leur caractère épidémique était reconnu, qu'enfin la guérison spontanée sans thérapeutique était également relevée par Hippocrate.

Eh bien ! pourtant, après Hippocrate, beaucoup d'observateurs méconnurent ou n'étudièrent pas spécialement les oreillons ; on ne trouve pas dans les vieux auteurs beaucoup de descriptions caractéristiques à leur sujet ; ce n'est que récemment qu'on a reconnu que les oreillons étaient, non pas une parotidite, mais une maladie générale, qu'ils doivent être regardés comme une affection spécifique comparable aux fièvres éruptives, liée à une infection spéciale, l'infection ourlienne.

Cette maladie spécifique est épidémique, et l'épidémie survenant, soit dans les agglomérations militaires, soit dans les collèges, cette épidémie dure un certain temps, elle ne cesse pas instantanément, ce qui tient à la longue durée de la période d'incubation des oreillons, si bien qu'une épidémie dure couramment de 4 à 6 mois ; existant plutôt en hiver ou au printemps elle éclate

plus souvent pendant la saison froide. Pourtant, cette année, à une époque où la saison n'est déjà plus l'hiver, nous assistons à une épidémie d'oreillons apparue un peu tardivement.

Qui dit épidémie dit maladie contagieuse, mais dont la contagion n'est pas toujours très facile à préciser. La nature contagieuse des oreillons est hors de doute, mais parfois assez difficile à prouver.

Dans quelles conditions et à quelle date se fait cette *contagion* ? Comme pour la rougeole, on a vu souvent la contagion avant l'apparition des premiers symptômes. Rendu, notamment, a rapporté plusieurs cas de sujets ayant vu d'autres sujets, qui n'ont eu les oreillons que le lendemain et qui pourtant ont donné les oreillons. Le cas de Feulard est typique : c'est le cas d'une jeune fille ayant été au bal un soir, n'ayant eu les oreillons que le lendemain, et contagionna huit de ses danseurs qui firent des oreillons dans les délais normaux.

Il semble y avoir eu dans ces cas une contagiosité particulièrement intense, car en général, les oreillons ne sont pas aussi contagieux. Néanmoins, le fait que les oreillons peuvent être transmis avant la période d'apparition est hors de doute.

Les oreillons sont-ils contagieux une fois déclarés ? Ceci paraît évident. Il y a des faits établissant qu'un sujet ayant les deux parotides prises donne les oreillons. Mais on a pensé que les oreillons n'étaient contagieux que durant quatre à cinq jours après l'apparition de la maladie, et nous vivons généralement sur cette notion. Interrogez la plupart des médecins, cherchez l'opinion populaire telle qu'elle est répandue dans les familles : les oreillons, admet-on, ne sont pas très longtemps contagieux une fois la maladie déclarée. Cette notion d'ailleurs est admise par comparaison avec la rougeole. De même que la rougeole est contagieuse avant l'éruption et cesse d'être contagieuse une fois qu'elle est franchement déclarée, de même, semble-t-il, les oreillons ne sont plus contagieux une fois que les parotidites sont apparues nettement et que la maladie est constituée. Il n'en est rien, et il ne faudrait pas croire que la contagion cesse ainsi complètement. Elle est certainement moins ordinaire, moins marquée que quatre ou cinq jours après les oreillons, mais elle dure encore. Quelles preuves en a-t-on ? C'est, d'une part, que, dans un certain nombre de cas, l'on voit des sujets qui ont eu les oreillons, qui sont considérés comme guéris, et qui deviennent la source d'une épidémie. On voit, par exemple, des militaires qui, après avoir été isolés 8 à 10 jours, retournent au régiment et redonnent les oreillons à d'autres soldats. On a vu des faits assez démonstratifs dans ce sens. Tel le fait de Bernutz : trois enfants ont les oreillons ; ils sont gardés six semaines, loin d'autres enfants. Au bout de six semaines, ils obtiennent l'autorisation d'aller chez leur oncle où il y a d'autres enfants ; ils y vont, et les oreillons se déclarent dans les délais normaux après leur venue. Ces enfants semblent donc avoir donné les oreillons. Ce fait reste néanmoins douteux parce que nous ne savons pas si ces enfants n'ont pas été exposés à un autre contact. En tout cas, il y a quelques faits qui montrent que, quelquefois, les oreillons sont contagieux longtemps après que la maladie est apparue.

Il y a, d'autre part, en faveur d'une contagion assez prolongée, ce fait que la maladie ourlienne peut durer longtemps, qu'une fois qu'il y a eu des oreillons parotidiens, il y a ensuite des oreillons testiculaires, que ces oreillons testiculaires peuvent survenir assez longtemps, 2 ou 3 semaines après le début des premiers oreillons. Par conséquent, la maladie peut rester assez longtemps virulente ; il est dès lors probable que les germes persistent dans la salive, car il semble bien que ce soit par la salive et la bouche que les oreillons soient contagieux. Eh bien, si les oreillons sont virulents longtemps, peut-être, dans la bouche, les germes des oreillons restent-ils longtemps virulents ?

Nous sommes ici arrêtés dans nos connaissances par l'ignorance où nous sommes du germe des oreillons ; par conséquent, nous ne pouvons pas l'isoler et le chercher, nous ne pouvons pas savoir combien de temps la salive des oreillards reste virulente, mais il est probable que, la maladie restant longtemps virulente, la salive reste elle-même virulente ; toutefois, il faut retenir que le risque de contagion est très limité et que c'est surtout dans la phase qui précède l'apparition des premiers symptômes et dans les premiers jours que la maladie est contagieuse ; les *porteurs de germes ourliens* peuvent exister, mais nous n'avons pas de notions très précises sur leur nombre et sur l'importance qu'il faut attacher à cette question, et à leur influence dans la genèse des cas d'oreillons. En tous cas, retenez de cette discussion que, lorsqu'on vous interroge sur la durée de la contagion des oreillons, il ne faut pas être trop affirmatif sur la rapide disparition de la contagion et se rappeler que, pendant une période de 10 à 12 jours au moins, l'enfant est vraisemblablement contagieux.

Comment se fait la contagion ? La contagion des oreillons se fait surtout d'homme à homme, c'est une *contagion interhumaine* qui, vraisemblablement, se fait par la salive. Toutefois, il faut retenir qu'il peut y avoir quelquefois des contagions indirectes, et l'on a signalé quelques cas dans lesquels les oreillons auraient été contagionnés par des objets. Ces cas restent sujets à réserves.

Il ne semble pas que la contagion des oreillons doive obéir à d'autres règles que celle des autres maladies, et dans l'ignorance complète où nous sommes du germe, il vaut mieux retenir que les oreillons sont contagionnés directement d'un sujet atteint d'oreillons à un sujet sain. Une réserve, toutefois, s'impose : il y a un certain nombre de faits dans lesquels les oreillons sont extrêmement frustes, où ils restent à l'état de maladie larvée,ou n'existent que pendant quelques heures ; et bien, les sujets ainsi atteints peuvent être contagieux. Par conséquent, il peut y avoir quelquefois contagion des oreillons par des sujets en apparence sains, et ce sont ces faits dans lesquels on peut parler de contagion indirecte, parce qu'on n'a pas vu les sujets en apparence sains, en réalité atteints d'oreillons frustes, qui ont été la cause de la contagion.

Je viens de dire que nous ne savions rien ou très peu de chose du germe des oreillons. En effet, la plupart des recherches bactériologiques — et de nombreuses ont été faites pour tâcher de dépister le germe des oreillons — ne sont pas arrivées à une conclusion définitive. Toutefois, il faut retenir les recherches de Laveran et Catrin, qui ont mis en évidence un diplocoque spécial ; celles de Teissier et Esmein, qui ont isolé un coccus en tétrades voisin du précédent et qui ont pu, avec ce coccus, faire quelques essais expérimentaux suggestifs ; il faut également retenir la valeur des recherches de Mlle Martha Vollstein qui, récemment, a provoqué la parotidite et l'orchite chez le chat par des injections de filtrats de salive d'enfants atteints d'oreillons.

Ceci semblerait prouver qu'il y aurait un virus filtrant qui provoquerait les oreillons, mais ce sont des recherches incomplètes, et il n'a pas encore été fait de recherches définitives montrant l'existence du germe des oreillons.

Je n'ai pas à insister sur la *clinique* des oreillons. J'ai à vous rappeler toutefois que si les oreillons n'existent qu'exceptionnellement chez le nourrisson, c'est cependant essentiellement une maladie des enfants âgés de 10 à 12 ans, qu'on voit surtout chez les enfants en période scolaire et exposés à la contagion du collège, et les oreillons surviennent à la suite d'une période d'incubation qui dure de 18 à 20 jours, et jusqu'à 24 jours. A ce sujet, on a beaucoup discuté. Il est assez difficile de la fixer. Récemment, CHALLAMEL l'a fixée à 19 jours. C'est le dix-neuvième jour que le sujet deviendrait contagieux, jusqu'à l'éclosion des oreillons. Le doute n'existerait donc qu'à partir du dix-huitième jour. C'est, semble-t-il, une conclusion trop précise. Les oreillons surviennent quelquefois après 15 jours d'incubation, le plus souvent après 19 ou 20, parfois 24 jours.

L'incubation est donc très prolongée, et c'est ainsi que l'on voit des épidémies qui n'en finissent plus, parce que d'une part, la maladie n'est pas extrêmement contagieuse, et que, d'autre part, elle a une incubation extrêmement longue. Les oreillons sont, chez les enfants, avant tout caractérisés par les parotidites, mais chez l'enfant comme chez l'adulte, les oreillons ne sont pas une maladie des glandes salivaires.

Les glandes salivaires sont une des localisations d'une maladie générale, et celle-ci peut avoir d'autres localisations. L'orchite est relativement rare chez l'enfant, mais il y en a quelques exemples, et en tous cas, elle se voit chez le grand collégien : c'est alors qu'elle a son tableau dramatique, avec cette fièvre très vive et ces symptômes nerveux graves, qui en imposent pour une maladie générale très sévère ; chez le grand collégien, (ce sont là des faits classiques signalés par Trousseau), il y a quelquefois une orchite qui traduit l'invasion apparente des oreillons, alors que les parotidites ont passé inaperçues.

Une autre localisation, c'est la pancréatite, qui est loin d'être absolument exceptionnelle et qui a un tableau assez spécial.

L'ovarite, plus rare, s'observe parfois. Une autre localisation importante, c'est la méningite, ou plutôt la réaction méningée des oreillons. CHAUFFARD et BOIDIN, d'une part, et DOPTER, d'autre part, y ont insisté pour montrer que les oreillons sont vraiment une maladie qui dure beaucoup plus longtemps que ne sembleraient le prouver les fluxions parotidiennes et qu'il faut soigner de certaine façon ; et, en dehors de ces localisations pour ainsi dire classiques, il faut tenir compte des complications assez nombreuses des oreillons, complications caractérisées soit par l'existence d'adénites secondaires, soit par le pseudo-rhumatisme ourlien, soit encore et surtout par l'apparition de polynévrites ourliennes, par celle de complications auriculaires amenant la surdité définitive, impossible à guérir, mais pour laquelle les familles viendront vous consulter, et qu'il faut tâcher d'éviter.

Je n'ai pas épuisé la liste de ces complications. La maladie peut s'accompagner de néphrite, de thyroïdite, etc., comme chez l'adulte.

Par conséquent, si les oreillons sont le plus souvent une toute petite maladie, qu'ils soient mal soignés au point de vue hygiénique ou qu'on ait affaire à des oreillons graves, il y a toutefois des circonstances où l'intervention médicale doit exister.

La *prophylaxie* des oreillons est relativement simple dans sa théorie, mais extrêmement difficile dans son application. Il est certain que le principe est d'*isoler les sujets atteints d'oreillons*. Il y a une maladie contagieuse, il faut les sépa-

◆◆◆◆

rer par l'isolement des autres enfants : mais combien de temps ? Si l'on tient compte de ce que j'ai dit sur la durée de la contagion, il faudrait les isoler 15 à 20 jours. Or, étant donnée la bénignité fréquente des oreillons, il est difficile de l'obtenir. L'isolement légal demandé par les réglements scolaires est de 21 jours ; c'est rationnel, mais un peu long. Retenez qu'en pratique, vous devez isoler les sujets au moins 15 jours ou tout au moins les retenir 15 jours, à la chambre.

Mais cet isolement, qui est déjà assez difficile à obtenir pour un sujet atteint d'oreillons et qui n'est pas très malade, devrait, pour que l'épidémie puisse être limitée, porter également sur ceux qui ont été en contact avec ce sujet les jours qui ont précédé, c'est-à-dire les sujets contaminés et susceptibles d'avoir les oreillons plus tard, puisque j'ai dit que les oreillons étaient contagieux dans la phase préourlienne. Mais vous n'allez pas isoler ces enfants pendant toute la durée de l'incubation. Vous pouvez, pour la scarlatine, les isoler 5 à 6 jours ; vous arrivez, quoique déjà plus difficilement, chez des sujets qui vont avoir la rougeole, à obtenir l'isolement de 14 jours. Mais vous ne pouvez pas isoler 19 à 24 jours des sujets qui vont avoir les oreillons. La maladie est trop bénigne. C'est pourquoi, en se basant sur les constatations de Challamel, on pourrait arriver à une formule plus simple : laisser aller au lycée ou à l'école 18 jours, les enfants qui ont été en contact avec un enfant atteint d'oreillons. Au dix-neuvième jour, les isoler pendant 3 à 5 jours, jusqu'à ce que les oreillons existant sous roche se déclarent, ou qu'inversement, l'absence de tout trouble vienne démontrer leur inexistence. C'est bien en principe, mais à peu près inapplicable et trop schématique.

Il y a là une difficulté qui fait que, malgré tout, les épidémies d'oreillons se continuent ; mais elles ont tendance à ne pas acquérir une très grande extension parce que les oreillons ne sont pas très contagieux.

Ils sont beaucoup moins contagieux que la rougeole et les diverses fièvres éruptives. Souvent, les enfants échappent à la contagion, il leur faut des contagions successives pour prendre les oreillons.

Le plus simple, — c'est ce qu'on adopte dans les collèges, — lorsque plusieurs cas d'oreillons surviennent successivement, c'est de faire un licenciement d'un mois ; néanmoins, les enfants peuvent être contagionnés au dehors et avoir les oreillons dès leur retour. La mesure, malgré tout, paraît simple et facile à conseiller dans les agglomérations scolaires en cas de forte épidémie.

On a proposé la désinfection des locaux et du linge ; cette désinfection semble, en général, inutile, — réserve faite des cas où les oreillons sont très intenses —, parce que le virus des oreillons, comme le virus de la rougeole, paraît assez peu résistant et ne survit pas beaucoup en dehors de l'organisme.

La *thérapeutique* des oreillons est extrêmement simple. L'enfant atteint d'oreillons doit être mis au lit pendant la période aiguë, en général une huitaine de jours ; ensuite, il doit rester à la chambre 15 jours, parfois 20 jours, si les oreillons ont été particulièrement graves.

Dans la période aiguë, on fait des enveloppements ouatés du cou pour tenir au chaud les régions parotidiennes enflammées, après onctions de liniments calmants, d'huile de camomille camphrée, de pommades diverses, de baume tranquille, etc. Certains auteurs préconisent, quand les oreilles sont très douloureuses, l'application d'une pommade au gaïacol à 5 % qui, entre autres inconvénients, a son odeur et ne me semble pas nécessaire.

Il est bon de prescrire des gargarismes à l'eau oxygénée, au salicylate de soude, des lavages de bouche antiseptiques.

Il y a quelquefois, au niveau du canal de Sténon, une tuméfaction dont MM. SICARD et DOPTER se sont servis pour étuudier le liquide salivaire. Mais, il y a en général peu d'inflammation buccale. Ces lavages ont aussi pour but de lutter contre la contagiosité assez prolongée du sujet. En cas d'hyperthermie et de douleurs, on aura recours à l'antipyrine, au salicylate de soude, à la quinine et aux autres antithermiques. Vous devez mettre le malade au régime lacto-végétarien liquide, sous forme de lait, de potages, de fruits cuits, sans pain ni viande, ni autres aliments exigeant des efforts de mastication.

Dans les cas graves, fortement hyperthermiques, on peut faire de la balnéothérapie, aidée de l'urotropine et des désinfectants généraux, mais il est assez rare d'avoir besoin de recourir à ces médications.

L'*orchite* est rare, elle existe toutefois chez les adolescents, les garçons de 16 à 18 ans. Généralement, elle guérit d'elle-même ; il suffit de mettre le malade au repos, de lui faire porter un suspensoir ouaté, de surélever les testicules sur une planche garnie d'ouate, avec des onctions de pommades calmantes, au gaïacol, par exemple, de faire des applications de compresses chaudes.

Un italien, SALVANESCHI, a préconisé les *injections de sérum antidiphtérique*. Cette méthode a eu son heure de fortune. Certains médecins l'ont répétée, car on critique volontiers le sérum antidiphtérique dans la diphtérie, mais on s'empresse de l'employer dans d'autres maladies. Les indications paraspécifiques du sérum antidiphtérique sont ainsi nombreuses et trop souvent inefficaces. Pour ma part, je suis d'opinion diamétralement opposée, je crois qu'il faut faire

beaucoup de sérum dans la diphtérie, mais se garder de l'employer à autre chose.

De même qu'on l'a employé sans grand succès dans la pneumonie et d'autres affections, de même on a proposé de l'employer préventivement et curativement contre l'orchite ourlienne et l'on aurait obtenu des résultats. Ces résultats, selon d'autres observateurs, s'obtiendraient également avec le sérum équin normal que d'autres ont utilisé.

Ils paraissent dus à une observation trop complaisante, en réalité, car de recherches faites en série par Carrieu, de Montpellier, il résulte qu'il y a plutôt moins d'orchites chez les enfants non traités par le sérum antidiphtérique que chez ceux (jeunes adultes) traités par le sérum antidiphtérique. Bien plus, l'orchite peut être provoquée par le sérum. Il s'agit alors de cette orchite sérique mise en évidence récemment par Blechmann. J'en ai vu des exemples, et je crois que le sérum antidiphtérique non seulement n'atténue pas l'orchite, mais peut même provoquer des fluxions du testicule constituant de véritables orchites sériques.

D'ailleurs, l'orchite ourlienne guérit le plus souvent d'elle-même chez l'enfant. Il n'en est pas de même de l'adulte. Chez lui, il faut redouter l'atrophie du testicule. Encore cette atrophie se produit-elle exceptionnellement, ainsi que l'a montré récemment René Bénard.

Il arrive quelquefois qu'un enfant est pris brusquement, 2 jours, 3 jours, 8 jours après le début des oreillons, d'une douleur très vive dans la région épigastrique ou un peu à droite et au-dessous, qui s'accompagne de vomissements, de diarrhée. En présence de ce tableau, on pense à une péritonite, surtout à une appendicite. L'appendicite ourlienne n'est pas fréquente, et sans importance. En revanche, la douleur violente, comme je l'ai observée chez un enfant de 8 ans, au niveau du creux épigastrique, avec diarrhée et vomissements doit faire penser, d'après Cuche, Simonin et d'autres auteurs, à une poussée de *pancréatite ourlienne.*

Du reste, si impressionnante qu'elle soit, cette crise n'a pas de gravité et guérit d'elle-même avec quelques compresses chaudes sur l'abdomen, le repos et la diète.

L'enfant doit être laissé assez longtemps au repos, car lorsqu'il est exposé au froid, il peut survenir certains accidents. Un des plus frappants est la *localisation auriculaire*. Brusquement, au dixième, au quinzième jour, souvent après une sortie prématurée, l'enfant est pris de surdité, avec ou sans vertiges rappelant le syndrome de Ménière, et cette surdité est définitive. Toynbee a rapporté les premiers cas de surdité ourlienne et montré qu'elle était liée à une altération du labyrinthe, parfois hémorragique. Elle peut être uni ou bilatérale : c'est alors la surdité totale. Cette surdité peut être liée aussi peut-être à une lésion de la huitième paire. Dans les deux cas, nous sommes désarmés. Toutefois, on peut faire le traitement classique par la pilocarpine, à la dose de 1/4 ou 1/8 de centigramme pour commencer, en arrivant progressivement à un centigramme par jour.

Les *méningites ourliennes* sont connues depuis longtemps, mais leur fréquence réelle n'est bien connue que depuis qu'avec la ponction lombaire, on peut déceler les cas bénins et latents. On en a, tant chez l'enfant que chez l'adulte, publié bien des cas, le plus souvent de pronostic bénin, malgré la gravité apparente des accidents. Tel un cas de Nobécourt et Brelet dans lequel, trois jours après le début des oreillons, on constatait une céphalée intense, avec vertiges et éblouissements, température élevée, bradycardie, raideur de la nuque et Kernig, forte lymphocytose rachidienne ; tous les symptômes disparurent du troisième au cinquième jour et la guérison était rapidement complète.

Il y a chez l'enfant assez volontiers à la suite des oreillons une certaine bradycardie accompagnée de pâleur et de céphalée, qui doit faire penser à une réaction méningée.

D'ailleurs, les recherches faites chez les jeunes soldats, au cours de la guerre, ont montré que cette réaction méningée était à peu près constante et qu'il était faux de considérer les oreillons comme une maladie évoluant en 5 à 8 jours. L'étude de la réaction méningée montre que pendant 15 jours, il y a souvent une réaction des enveloppes de la moelle à l'infection ourlienne, et que, dans cette période, le malade est exposé à des accidents. Heureusement, la méningite ourlienne n'est pas sévère et guérit toujours, et c'est plutôt une méningite latente, que nous constatons par la ponction lombaire et par l'étude attenive du malade, qu'une méningite cliniquement objective. Néanmoins, son existence doit nous inciter à étudier attentivement ces malades et à ne pas considérer trop vite les oreillons comme guéris.

Enfin, il faut se rappeler qu'il y a quelquefois une albuminurie qui peut nécessiter la prolongation du régime lacto-végétarien. La *néphrite ourlienne* est relativement rare chez l'enfant, mais elle peut être sévère.

D'autres complications peuvent exister, des complications thyroïdiennes, des complications nerveuses et notamment des polynévrites douloureuses. Heureusement, elles sont exceptionnelles.

Il faut se rappeler que, si les oreillons sont une maladie assez longue, ils sont dans l'ensemble une maladie extrêmement bénigne, et que les complications ne surviennent que dans un nombre extrêmement limité de cas chez l'enfant.

La mortalité des oreillons, d'après une statistique faite en Danemark, est à peine de 3 à 6 sur 60.000 cas.

Chez l'enfant, par conséquent, les oreillons sont une maladie bénigne, et ils confèrent l'immunité dans la majorité des cas. CATRIN a relevé 6 % de récidives, mais, c'est là, un grand maximum.

Aussi, peut-il être bon de ne pas trop chercher à éviter les oreillons chez les enfants. Comme ils sont chez lui très bénins, comme ils n'entraînentpas les complications qu'ils provoquent chez les jeunes soldats et les adultes, il convient peut-être de ne pas trop craindre leur apparition chez les enfants et de ne pas leur éviter délibérément la contagion. Néanmoins, comme c'est une maladie qui interrompt les études assez longtemps, du fait de la longue durée relative de la contagiosité, il ne faut pas pousser ceci trop loin et exposer volontairement l'enfant à la contagion.

Si les oreillons représentent une maladie relativement bénigne chez l'enfant, ils nécessitent toutefois une certaine surveillance médicale ; il faut éviter de considérer l'enfant comme trop vite guéri, en raison des diverses complications qui peuvent survenir, et de la notion moderne de la durée assez longue de la maladie, prouvée par la persistance de la réaction méningée.

Par conséquent, il y a là une maladie qu'il faut soigner, et qui sera plus facile à étudier et à vérifier lorsque nous connaîtrons son germe. D'ores et déjà, l'on a fait certaines recherches sur le pouvoir préventif du sérum de convalescent. En pratique, il n'y a pas lieu, actuellement d'y recourir pour les raisons que je viens de dire, mais il est très possible que, dans l'avenir et dans certaines circonstances, il constitue une ressource utile. Retenez, en terminant, que si les complications sont en général bénignes, malgré leur apparence parfois dramatique, (qu'il s'agisse de pancréatite ou d'orchite), il faut se méfier des complications auriculaires, heureusement exceptionnelles, mais, malheureusement, parfois, graves et définitives.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

La rosacée.

Cette dermatose possède une riche synonymie : acné rosée, acné érythémateuse, couperose, rosacée, gutta rosacea, gutta rosea.

Elle consiste, dit le Dr L. Hudelo, dans le plus grand nombre de cas, en un processus érythémateux, *congestif*, d'abord passager, plus tard permanent, aboutissant à la production de *télangiectasies* ; ce processus se développe le plus souvent sur un terrain cutané préparé, sur un fond de séborrhée grasse. Secondairement, se produiront par poussées des éruptions d'*éléments acnéiques*.

Limitée au visage, elle intéresse avant tout les pommettes, la partie des joues qui est le foyer électif des congestions de tout ordre, émotives ou autres ; le nez, souvent le front et le menton chez la femme, en somme les parties glabres du visage.

La rosacée, non *traitée*, guérit quelquefoi spontanément avec l'âge, surtout après la ménopause. Certains cas restent indéfiniment stationnaires ; d'autres cas, presqu'exclusivement masculins, se compliquent d'altérations anatomiques progressives et définitives (hypertrophie du derme, des glandes sébacées, varicosités vasculaires). C'est alors le *rhinopharynx* avec ses déformations surtout nasales, vraiment impressionnantes, parfois totales ou partielles.

L'*étiologie*, des plus complexes, est dominée par des viciations fonctionnelles, héréditaires ou acquises de l'appareil digestif, de l'appareil endocrinien, avec répercussion sur l'appareil vaso-moteur sympathique.

Les viciations endocrinennes comportent : *a* des troubles ovariens ou utéro-ovariens (dysménorrhée, salpingo-ovarite, métro-ovarite, grossesse après 30 ans, ménopause) ; *b*) des troubles thyroïdiens.

Le *diagnostic* de la rosacée est, dans l'immense majorité des cas, fait d'un coup d'œil.

Le *traitement interne* de cette dermatose réclame des soins généraux et une hygiène très surveillée : régime alimentaire aussi peu toxique et aussi peu irritant pour l'estomac que possible.

Chez la femme l'appareil endocrinien et l'appareil vaso-moteur doivent être surveillés ; sans parler du traitement des métrites, salpingo-ovarites, etc., il faut corriger les viciations variées de la glande ovarienne. C'est l'*opothérapie ovarienne*, le plus souvent combinée à la *thyroïdienne*, qui sera de première importance : en bénéficieront d'ailleurs les troubles vaso-moteurs habituels non seulement à la face, mais aux exté-

mités ; le froid aux pieds est le lot habituel de ces malades, et il retentit nettement sur la congestion du visage : d'où utilité des bas de laine, pédiluves chauds et sinapisés, des frictions des pieds et des jambes avec un alcool quelconque.

Le *traitement local*, variable avec les formes et les stades, est des plus délicats à manier.

Forme couperosique : lotions aussi chaudes que possible, matin et soir, avec larges tampons d'ouate maintenus sur les parties congestionnées, et constamment réchauffées pendant 10, 15, 20 minutes ; l'eau sera additionnée soit de teinture de benjoin (10 à 15 gouttes pour 1 /2 litre), soit de bicarbonate de soude, d'alcool camphré (1 à 2 cuillerées à soupe), d'alcool résorciné à 1 %. Applications de compresses épaisses de tarlatane imprégnées d'une solution chaude de chlorhydrate d'ammoniaque (1 /500 jusqu'à 1 /100), recouvertes de taffetas chiffon, et maintenues 15 à 30 minutes, matin et soir.

Dans l'intervalle, appliquer soit des poudres (amidon, talc, oxyde de zinc), soit des crèmes ou des pâtes de zinc, additionnées au besoin, suivant tolérance, de 5 à 10 % d'ichtyol. En dehors de ces médicaments, rarement suffisants, employer des méthodes physiques dont l'activité est incontestable : *massage* (20 minutes 2 à 3 fois par semaine) ; *gymnastique faciale* (séance de 10 minutes matin et soir) ; *scarification. Les télangiectasies*, une fois développées, sont presqu'uniquement justiciables des moyens physiques : *cautérisations, électrolyse, scarifications, effluves de haute fréquence, douche filiforme de Veyrières*. Les scarifications seraient la méthode la plus pratique, permettant d'obtenir de bons résultats sans installation spéciale, et de reprendre la vie sociale dès le lendemain ou le surlendemain de chaque séance : 15 à 25 séances hebdomadaires ; incisions parallèles et quadrillées, espacées d'un millimètre de la même profondeur, de façon à sectionner en tous sens les vaisseaux dilatés.

La *forme acnéique* est justiciable, en outre, de lotions, d'applications médicamenteuses actives représentées essentiellement par le soufre (lotion soufrée à 5 ou 10 %), et le savon noir (sous forme d'emplâtres, un jour sur 2 ou 3, ou une semaine sur 2 suivant l'irritation produite.

Hudelo recommande aussi les eaux sulfureuses la douche filiforme.

Pour le *rhinopharynx*, ce sont les scarifications profondes, la galvano-caustique profonde l'électrolyse négative des follicules dilatés enfin la *décortication*, soit au bistouri soit au rasoir. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1924.)

Les médicaments qui modifient la contraction utérine.

Au sujet de l'action de ces médicaments existent des divergences déconcertantes entre les médecins ; mais, dit le Dr H. Vignes, de celles-ci il faut tirer l'enseignement que si le même médicament a des actions diverses, c'est qu'on l'a fait agir sur des utérus dissemblables ; il devient alors nécessaire d'examiner méthodiquement et soigneusement toute femme avant de lui administrer un médicament, si l'on veut que cette administration soit utile et légitime.

D'autre part, nous n'avons pas le droit de raccourcir le travail uniquement pour notre commodité, car il n'y a pas d'*ocytociques*, qui ne comportent de risque pour la mère (déchirures cervicales, précervicales ou périnéales) et pour l'enfant (trouble de la circulation fœto-placentaire). De même, nous n'avons pas le droit de promettre à une femme, de prime abord, avant un un examen valable, que nous lui administrerons du *chloroforme* ou *de la morphine* pour un accouchement normal, et ceci tant dans son intérêt que dans celui de son enfant.

Il faut noter d'abord que les *arrêts du travail d'ordre dynamique* et les *phénomènes douloureux d'une intensité exagérée* reconnaissent trois causes principales : la contracture généralisée ou hypertonie, la contracture annulaire, et l'insuffisance contractile ou hypotonie. On devrait renoncer à employer le mot inertie, car il s'agit non pas d'une insuffisance contractile, mais d'une absence de contractions consécutive à une forme légère de contracture, qui bloque l'utérus entre le niveau du tonus normal et le niveau optimum des contractions efficientes.

L'*extrait hypophysaire* est un excitant de la fibre utérine, sur laquelle il agit directement, sans l'intermédiaire du système nerveux ; il la rend plus sensible à ses excitants, normaux ou anormaux, en particulier à l'action du sympathique ; il créera donc rapidement une augmentation du tonus.

En clinique, il donne des résultats variables : 1° souvent, il renforce la contractilité utérine de façon satisfaisante ; ce sont ces faits favorables observés surtout chez les pluripares qui ont assuré la vogue de ce médicament ; 2° dans un certain nombre de cas, l'extrait est impuissant à accélérer le travail ; 3° souvent aussi la pituitrine renforce d'une façon exagérée la contractilité utérine, si bien que le travail progresse avec une rapidité presque alarmante, qui peut déterminer des lésions traumatiques graves des voies génitales. Ces trois grandes variations d'efficacité sont en rapport avec les variations du tonus au moment de l'injection ; la pituitrine doit être employée seulement quand la contractilité est très faible ou un peu faible, mais non pas quand il y a hypertonie, ou tonus normal, mais élevé.

L'*ergot de seigle* et l'*adrénaline* sont passibles des mêmes remarques que l'extrait hypophysaire.

Le *sulfate de quinine* peut renforcer les contractions, être d'un effet nul, ou bien les supprimer complètement. Or la quinine, ayant sans doute pour effet de diminuer le tonus, favorise la contraction si le tonus était exagéré ; s'il était déficitaire, elle arrête le travail.

Quant à la *pilocarpine*, son effet excitatoire est net, mais son mode d'action, et par suite ses indications, restent imprécises.

Les *anesthésiques* (chloroforme, éther, protoxyde d'azote, chloréthyle, hémypnal, morphine avec ou sans atropine, rachianesthésie) ont pour indications principales les anomalies par excès de la contractilité utérine. D'autre part, il n'est pas illégitime de soulager les douleurs de la parturition, à la condition expresse que la contractilité ne soit pas trop déficitaire. (*La Presse médicale*, 23 janvier 1924.)

Les odeurs d'origine naso-buccale en pratique médicale.

Il faut les distinguer suivant deux cas d'après F. NIDERGANG :

A) Le malade ne perçoit pas l'odeur ; par contre celle-ci incommode son entourage.

B) Le malade perçoit l'odeur et son entourage est plus ou moins gêné.

a) Dans le premier cas, l'odeur est généralement à prédominance nasale, et tellement caractéristique que le diagnostic s'impose : il s'agit d'une *rhinite atrophique* ou *ozène*. Il n'y a pas de traitement curateur ; mais il est possible de faire disparaître la fétidité par des soins réguliers : ramollissement des croûtes au moyen d'une préparation glycérinée ou vaselinée, puis lavage du nez avec une solution alcaline.

b) Quand le malade perçoit l'odeur, l'origine de la maladie peut être *pulmonaire*, *nasale* ou *buccale*.

Pulmonaire, c'est la *bronchite fétide*, la *gangrène pulmonaire*, les *vomiques, des abcès ou des pleurésies*. L'invasion du processus putride modifiant beaucoup le pronostic et le traitement de ces affections chroniques, il y a lieu d'attacher une grande importance à ce symptôme d'auto-observation, surtout perceptible par le sujet.

Nasale, ce sont : les *sinusites purulentes*, la *rhinite caséeuse ou produite par des corps étrangers, la rhinite syphilitique tertiaire*.

Buccale, l'odeur fétide provient d'*affections gingivo-dentaires*, ou d'affections de voisinage (*rhinopharyngites chroniques*, *amygdalites caséeuses*, *laryngo-pharyngites*), sans compter les lésions tuberculeuses et syphilitiques.

Il est impossible, à part quelques palliatifs d'indiquer un traitement d'ensemble de toutes ces affections, car il relève surtout de la spécialité.

A signaler, en résumé, que les odeurs d'origine naso-buccale sont souvent d'un diagnostic délicat quant à leurs causes ; fréquemment un examen complet est nécessaire et il est bon d'avoir présentes à l'esprit les diverses lésions pouvant s'accuser par ce symptôme. (*L'Hôpital*, janvier 1924 B.).

Traitement de la salpingite par le chauffage continu interne.

Tous les praticiens connaissent et utilisent l'action sédative, résolutive et décongestionnante de l'eau chaude, dans le traitement des affections utéro-annexielles. Malheureusement, cette action n'est que temporaire, et il en résulte que ses effets ne sont pas toujours aussi positifs qu'on le souhaiterait.

M. FILDERMANN a imaginé un petit appareil très maniable qui remédierait à cette insuffisance, qu'il décrit ainsi :

Un ovule à peine plus grand qu'un œuf de pigeon, un rhéostat, réglant l'intensité du courant et, par conséquent, de la chaleur, et c'est tout. L'appareil se branche sur n'importe quel courant de ville. L'ovule est en métal et contient à l'intérieur, bien isolé, un fil chauffant ; on peut l'engainer d'un doigtier en caoutchouc et faire bouillir le tout avant de l'introduire. On l'abandonne dans le vagin après avoir donné la chaleur maxima ; la malade diminue elle-même la chaleur en manœuvrant le rhéostat, lorsque l'échauffement lui paraît suffisant. Aucun danger de brûlure ou d'électrocution, étant donnée la faiblesse du courant et de la chaleur réglée par le rhéostat.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 27 ans, atteinte d'une salpingite aiguë avec réaction péritonéale vive. Traitement classique par la glace, les injections chaudes, les ovules. Amélioration qui ne dure pas. On applique l'appareil de Fildermann, 16 à 18 heures par jour. Atténuation presque immédiate des douleurs, qui disparaissent. Guérison au bout de 15 jours de traitement. (*Bull. de la Soc. méd. des Praticiens*, mai 1924.)

Traitement de quelques complications de la tuberculose pulmonaire.

Selon M. COLBERT, la chimiothérapie de la tuberculose n'aurait guère fait de progrès. Argent, cuivre, terres rares, auraient une efficacité négligeable. L'iode lui-même, malgré les éloges dont il a été l'objet , serait un médicament sans valeur.

Les vaccins et les sérums n'auraient pas encore fait leurs preuves.

Seuls, le tanin, la chaux, l'arsenic, le goménol, le gaïacol, seraient recommandables, à titre de modestes adjuvants de la cure hygiéno-diététique dans un climat approprié, étant entendu que si la cure climatique n'avait pas donné de résul-

tats dans les trois mois de son application, il faudrait recourir au pneumo-thorax artificiel.

Contre l'hémoptysie, on distinguera les malades hypertendus des hypotendus. Aux premiers, on prescrira l'émétine à la dose de 0,04, renouvelée deux ou trois fois. Aux seconds, on essayera l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, le sérum gélatiné à 10 % stérilisé, les injections intraveineuses d'ipéca digitale, celles-ci réussissant par ticulièrement dans les hémoptysies d'origine pneumonique, les injections de sang.

Si la toux est provoquée par des varices de la base de la langue, des lésions laryngées ou pharyngées, c'est à l'état local qu'il faut s'attaquer tout d'abord : badigeonnage au chlorure de zinc ou cautérisations ignées des varices, cautérisation nasale et désinfection des sinus, arsenic pour les adénopathies trachéo-bronchiques. Si le réflexe tussigène est déclanché par le laryngé supérieur, l'injection d'alcool dans ce nerf calme ce réflexe.

Cette même injection calme plus ou moins longtemps la dysphagie douloureuse de la tuberculose laryngée. On peut tenter le nettoyage, à la seringue de Mendel, de l'entonnoir pharyngo-laryngien, avec de l'huile goménolée à 1 ou 5 %, à l'huile de foie de morue, à la paratoxine.

L'héliothérapie est indiquée dans presque toutes les formes de laryngites tuberculeuses, sauf dans les formes à réaction œdémateuse, dans les formes évolutives avec fièvre, chez les hémoptoïques.

A propos du pneumo artificiel, M. Colbert fait allusion au travail du professeur Jousset paru dans le n° 14 du *Concours médical* du 8 avril 1923, dans lequel « le maître parisien s'efforçait d'introduire cette intervention dans la pratique du médecin de médecine générale ». Il ajoute : «Dans notre région du Sud-Ouest où le pneumo est connu depuis longtemps, il ne viendra à personne l'idée que le praticien puisse se lancer dans la collapsothérapie ».

M. Jousset a dit textuellement ceci : « Il faut bien qu'on le sache, le pneumothorax *peut* être exécuté par le praticien, sans aide, ou avec un aide improvisé, au lit du malade, avec la même facilité qu'une ponction exploratrice ou injection veineuse ». Dans le n° 47 du 25 novembre 1923, revenant sur la question, il précise qu'il *limite pour le praticien le pneumothorax aux cas d'urgence.*

Il considère cette intervention, quand elle est possible, d'une telle facilité qu'il n'est pas un roupiou de son service, c'est lui-même qui me l'a déclaré, qui ne soit capable de la pratiquer.

Un médecin de médecine générale, à la campagne, qui ne se risquerait pas à faire une cure radicale de hernie, n'hésitera pas à intervenir d'urgence lui-même s'il se trouve en présence d'une hernie étranglée.

Il ne faudrait tout de même pas partir en guerre contre les gens, en leur attribuant ce qu'ils n'ont jamais dit.

Le sérum physiologique.

Sous ce titre, on désigne en pratique la solution isotonique de chlorure de sodium. Or, celle-ci ne serait pas exempte d'inconvénients : lésions vasculaires, altérations du myocarde, glycosurie saline, fièvre saline.

D'après M. WAUCOMONT, il faut abandonner la simple solution chlorurée sodique, et la remplacer par une solution réellement physiologique, contenant du chlorure de calcium et du chlorure de potassium. Il indique les trois formules suivantes :

KCl	0,20 cgr.
$CaCl^2$	0,20 —
NaCl	9 gr.
Eau distillée stérilisée	1.000 gr.

(SCHADE.)

KCl	0,20 cgr.
$CaCl^2$	0,30 —
$MgCl^2$	0,20 —
NaH^2PO^4	0,10 —
$NaHCO^3$	0,05 —
NaCl	8 gr.
Eau distillée stérilisée	1.000 gr.

(TYRODE.)

KCl	0,20 cgr.
$CaCl^2$	0,20 —
$MgCl^2$	0,10 —
$NaHCO^3$	1,20 —
NaCl	8 gr.
Gomme arabique	50 gr.
Eau dist. stéril.... q. s. p.	1.000 gr.

(LEHMANN.)

(*Liège médical*, 4 mai 1924.)

Pathogénie de l'asthme bronchique.

M. MORENAS vient de publier sur cette question d'actualité une longue revue critique, de laquelle nous extrayons les conclusions qui suivent:

Les doctrines pathogéniques que nous avons passées en revue mettent chacune en valeur un élément particulier parmi ceux qui conditionnent le syndrome asthmatique. Aucune d'entre elles ne prétend expliquer, à elle seule, par ses propres moyens, tout le mécanisme pathologique de l'asthme. La doctrine tuberculeuse elle-même, en apparence exclusive, met en jeu la pathogénie traumatique (épine irritative de la sclérose), nerveuse (excitation du pneumo-gastrique), humorale (viciation du milieu intérieur par les toxines), et même anaphylactique, le tuberculeux étant sensibilisé et anaphylactisé par ses propres toxines.

La pathogénie endocrinienne ne prétend que préparer un milieu humoral déséquilibré, favorable aux accidents asthmatiques, et pouvoir, par l'opothérapie, rendre à ce milieu humoral son équilibre et par là empêcher les accidents.

L'asthme traumatique ne reconnaît dans le traumatisme qu'une épine irritative, dont le rôle est de localiser dans le domaine pneumogastrique et bronchique des réactions paroxystiques liées à des troubles d'ordre plus général.

L'anaphylaxie ne se développe que sur un terrain spécial et une prédisposition organique localise ses décharges sur le territoire bronchique de l'innervation viscérale.

Le déséquilibre nerveux lui-même paraît lié à un déséquilibre humoral ou ne se manifeste que sous l'influence de chocs.

On le voit, tous ces éléments sont liés les uns aux autres et la crise d'asthme naît d'un conflit qui met en jeu un certain nombre d'entre eux.

Si nous dégageons de tous ces éléments ceux dont l'association nous paraît indispensable pour créer un asthme, nous n'en garderons que trois :

1° *Un milieu humoral troublé*, soit intoxiqué par des toxines, soit sensibilisé par un agent anaphylactique, en un mot, une diathèse *colloïdoclasique* parfois favorisée par des troubles endocriniens.

2° *Une épine irritative* organique agissant sur le système *vago-sympathique* pulmonaire et susceptible de modifier les réactions du s ystème nerveux v égétatif, en créant une neuro-s ensibilisation.

3° *Une cause provoquante* souvent minime : choc dû au froid ; à l'action d'une substance spécifique ou à l'insuffisance hépatique s'il est d'origine digestive.

Sur ce trépied pathogénique reposent toutes les variétés étiologiques et cliniques du syndrome asthmatique. La prépondérance de l'un de ces trois éléments a pu donner parfois l'illusion qu'il pourrait suffire à créer un asthme, mais une analyse plus minutieuse nous a montré que, dans l'ombre de cet élément (tuberculose, traumatisme, dysendocrinie, anaphylaxie) intervenaient d'autres facteurs et que, *dans la pathogénie de l'asthme, tout se tient.* La complexité de cette pathogénie n'est d'ailleurs qu'apparente puisqu'elle peut toute se résumer en l'association de trois éléments : un trouble humoral, une sensibilisation élective sur le système nerveux bronchopulmonaire et un choc, secousse légère qui suffit à ébranler violemment, mais de façon temporaire, un édifice essentiellement instable. (*Lyon médical*, 4 mai 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Calcul du bassinet obturant l'uretère.

(M. Le Fur. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 16-5-1924.)

M. Le Fur présente un rein volumineux et bosselé, du volume de trois poings environ, rempli d'un liquide louche et *aseptique*, qu'il a enlevé par néphrectomie lombaire chez une femme de 42 ans. Un double calcul volumineux se moulait sur le bassinet et les deux grands calices assez distendus. Calcul et hydronéphrose consécutive ont eu une histoire clinique absolument latente, à part des douleurs lombaires et iliaques assez vagues.

Fractures chez les sportifs.

(M. Paul Barbarin. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 16-5-1924.)

M. Paul Barbarin parle de quelques fractures qu'il a observées chez des sportifs. De ces fractures, certaines sont curieuses et rares, d'autres répondent à des types bien établis et bien étudiés. L'auteur a obtenu des résultats remarquables, tantôt par la méthode non sanglante, tantôt par la méthode sanglante. Il résume ainsi les principes du traitement : radiographies avant, pendant, et après l'application du traitement ; immobilisation aussi courte que possible en position « idéale » pour avoir le meilleur rendement fonctionnel ; emploi rapide des agents physiothérapiques et de la mobilisation surveillée.

L'abus des traitements sanglants dans la cure des fractures fermées.

(M. R. Lœwy. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 16-5-1924.)

La Société de Chirurgie discutait récemment la question des interventions sanglantes dans le traitement des fractures fermées. A la Société des Chirurgiens de Paris, M. Robert Lœwy s'élève vigoureusement, de son côté, contre la tendance actuelle à agir opératoirement dans la cure des fractures non ouvertes. Il cite plusieurs exemples de résultats fâcheux.

— M. Péraire, à l'appui de l'opinion de M. Lœwy, montre une pièce opératoire de fracture du fémur droit, vicieusement consolidée malgré une suture au bronze d'aluminium et un séjour de dix mois et demi dans deux hôpitaux. Le patient accusait des douleurs névritiques insupportables. Il existait des troubles trophiques, de l'ankylose du genou et une impossibilité absolue de la marche. L'amputation de la cuisse a été nécessaire. Sur la pièce, on peut voir le chevauchement du fragment fémoral supérieur sur le fragment inférieur.

Ostéochondrite de la hanche.

(M. JUDET. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 16-5-1924.)

M. Judet relate l'observation d'un garçon de six ans qui offre depuis l'âge de quatre ans une boiterie légère et des douleurs vagues dans la hanche. Petite limitation des mouvements et atrophie peu accentuée des muscles. Etat général excellent.

La radiographie montre avec netteté une fragmentation en trois noyaux du croissant osseux (normalement unique), de la tête fémorale. L'auteur suppose qu'il s'agit d'un retard dans l'ossification de la tête cartilagineuse, de cause d'ailleurs impossible à préciser. Ni tuberculose, ni syphilis, ni rachitisme appréciables.

Luxation isolée du Ve métacarpien.

(M. PEUGNIEZ. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 16-5-1924.)

M. Peugniez a traité un sujet atteint de luxation isolée du cinquième métacarpien. C'est une observation *princeps* du genre. Les luxations du *premier* métacarpien sont fréquentes, mais aucun exemple de luxation isolée du *cinquième* métacarpien n'a été signalé actuellement.

La lésion fut consécutive à une chute sur la main, le poing fermé. Elle resta méconnue d'abord et, lorsque M. Peugniez vit le blessé, elle remontait à deux mois. Une intervention, proposée au malade, fut refusée par lui.

L'auteur expose trois dessins représentant : la luxation sur le squelette, la main du malade, et les muscles adducteur et fléchisseur du petit doigt chargés sur la base du métacarpien et entraînant une forte déviation de l'auriculaire en dedans dans le sens de la flexion. Le dernier dessin sera déposé au musée Dupuytren.

Les accidents de l'oblitération de l'artère mésentérique supérieure.

(M. DESPLATS. — *Société de Chirurgie* ; 5 3-1924.)

M. Pierre DESCOMPS, à propos d'une observation de M. Desplats, étudie les accidents de l'oblitération haute de l'artère mésentérique supérieure.

L'oblitération des vaisseaux mésentériques est un état morbide qui n'a pas retenu l'attention qu'il mérite. Ce n'est pas une maladie rare : depuis le premier mémoire de Tiedmann en 1843, plus de 500 cas ont été publiés. L'oblitération intéresse habituellement les vaisseaux mésentériques supérieurs et la thrombose ou l'embolie artérielles dominent. Il en résulte une nécrose de l'intestin, qui porte sur une partie souvent très grande du grêle, parfois (exceptionnellement) sur sa totalité. C'est dire sa gravité.

Cliniquement, avant l'étape de gangrène intestinale (avec ses conséquences, l'occlusion et la péritonite généralisée), où la douleur est le symptôme majeur, on note une phase importante, phase initiale de *diarrhée séreuse et hémorrhagique*, sur laquelle peut se fonder le diagnostic. Elle s'explique par l'infarctus rouge du territoire artériel oblitéré. Quelquefois, cependant, on est en présence d'un infarctus intestinal blanc, d'une gangrène anémique, sèche.

Le pronostic, extrêmement sérieux, s'est un peu amélioré, du fait de la pratique de plus en plus élargie de la laparotomie exploratrice dans les « syndromes abdominaux » aigus, et aussi de la pratique des résections étendues de l'intestin grêle. Ainsi, Flint a réuni 58 cas de résections de l'intestin grêle supérieures à 2 mètres, avec 49 survies.

— M. Georges LARDENNOIS croit la fréquence de la thrombose des vaisseaux mésentériques plus grande qu'on ne le dit communément. Il y a quelques semaines, il en opérait un cas dans la matinée. Dans l'après-midi, M. de Martel en opérait un autre, à la même clinique. Peu de temps après, M. Georges Labey en traitait un troisième.

Chez son malade, le symptôme de la diarrhée sanglante manquait. La douleur était atrocement pénible et la morphine ne la calmait pas. L'intervention montra une thrombose mésentérique intéressant un mètre de jéjuno-iléon. Le patient mourut.

L'auteur ne partage pas l'optimisme de M. Descomps quant à l'amélioration du pronostic de cette maladie. On publie plutôt les cas heureux que les cas malheureux. Trop souvent, la gangrène continue à progresser, malgré l'ablation d'une partie, même grande, d'intestin nécrosé.

— M. CHIFOLIAU a soigné à l'hôpital Dubois 4 ou 5 cas de thrombose mésentérique. Le diagnostic est difficile et le tableau habituel est celui de l'occlusion intestinale. La progression des lésions est quelquefois rapide, comme l'auteur l'a constaté une fois chez une femme qu'il opéra à deux reprises, à deux jours d'intervalle. Dans les 4 ou 5 cas auxquels M. Chifoliau fait allusion, la terminaison fut mortelle.

Traitement de l'infection puerpérale.

(M. MAURER. — *Société de Chirurgie* ; 5-3-1924.)

M. Maurer relate l'observation d'une femme qui fit de l'infection puerpérale grave à la suite d'une fausse couche de trois mois. On constatait un phlegmon du ligament large et l'on pensa à une phlébite pelvienne associée, en raison des phénomènes généraux. L'auteur pratiqua la ligature de la veine iliaque primitive gauche et la malade guérit rapidement.

— M. PROUST a actuellement dans son service une deuxième malade dont l'histoire est calquée sur celle de la précédente. M. Maurer recourut, dans ce cas également, à la ligature veineuse à gauche (où le toucher révélait une zone plus douloureuse), et les frissons cessèrent aussitôt.

— M. LECÈNE ne pense pas que la ligature des veines dans l'infection puerpérale *post abortum* soit indiquée. Etant donné le nombre considérable d'in-

fections de ce genre qui s'amendent sans aucune intervention, l'auteur estime dangereux de conseiller aux jeunes chirurgiens d'être trop interventionnistes en pareilles circonstances. Souvent, ces femmes infectées guérissent d'autant mieux qu'on se contente de soigner d'une façon simplement médicale leur infection générale, sans faire d'opération sérieuse.

— M. J.-L. FAURE croit que, dans certains cas, les phénomènes d'infection peuvent tenir à une thrombose localisée aux veines utérines de la base du ligament large. Dans ces conditions, l'action de la ligature de la veine iliaque primitive se comprend.

— M. ALGLAVE demande que l'on mette à l'ordre du jour la question du traitement des accidents infectieux consécutifs à l'avortement. Les services chirurgicaux hospitalisent un si grand nombre d'avortements, infectés ou non, qu'il y a intérêt à discuter à nouveau leur thérapeutique.

Torsion de la trompe.

(M. CH. DUJARIER. — *Société de Chirurgie* ; 5-3-1924.)

M. Dujarier a opéré une jeune fille de 18 ans, atteinte de torsion de la trompe droite. L'affection se manifesta par deux crises douloureuses dans le flanc droit, avec vomissements. A l'ouverture du ventre, on trouva une masse kystique rougeâtre, à pédicule tordu, développée aux dépens de la trompe énormément dilatée.

— M. AUVRAY rappelle un cas personnel de ce genre qu'il a publié en 1912. Il s'agissait d'une jeune fille de 13 ou 14 ans, vierge, indemne de tout passé génital, qui fut prise de douleur violente dans la région iliaque droite. Pensant à une appendicite, M. Auvray intervint et tomba sur une trompe tordue, noire. La trompe était saine, san s trace de grossesse extra-utérine, que du reste l'âge de la malade et la conservation de l'hymen rendaient invraisemblable.

— M. MOUCHET remarque qu'il existe chez le jeune garçon des torsions spontanées de l'hydatide de Morgagni. Il peut bien y avoir chez la jeune fille des torsions spontanées de la trompe.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par les extraits bacillaires de Jousset.

(MM. Louis BAZY et R. POUSSARD. — *Société de Chirurgie* ; 12-3-1924.)

MM. Louis Bazy et Raymond Poussard ont traité quatorze malades atteints de tuberculoses chirurgicales diverses (adénites, ostéites, orchi-épididymite), etc.), par les extraits bacillaires du professeur André Jousset.

Les vaccins ont été utilisés à doses croissantes, de 0 cent. c. 1/4 à 2 cent. cubes. L'injection est suivie de réaction locale variable et d'une réaction générale souvent assez brutale.

Pour ce qui concerne les affections traitées, elles ont subi les modifications suivantes. Les adénites récentes, de type inflammatoire, ont diminué sans suppurer. Les adénites ramollies ont offert une accélération de fonte ganglionnaire. Les adénites dures, anciennes, sont restées inchangées. Les ostéites n'ont pas présenté de modification appréciable. De deux hydarthroses tuberculeuses, l'une n'a ressenti aucune amélioration, l'autre a paru guérir. Une orchi-épididiymite a subi une atténuation rapide et sensible.

M. Louis Bazy remarque, à cette occasion, que le terme de vaccinothérapie est mauvais, en pareil cas. Le mot de toxinothérapie, que propose M. Jousset, est préférable. Les extraits bacillaires semblent agir en provoquant ce phénomène spécial d'intolérance vis-à-vis du bacille tuberculeux qui a été décrit sous le qualificatif de phénomène de Koch. Aussi, faut-il être prudent, dans cette thérapeutique, sous peine de provoquer un coup de fouet sur des lésions latentes.

P. L.

Les Thèses

Ly. — V. MARTIN. — **Le col fémoral dans l'ostéochondrite déformante de la hanche.** (Lyon. Imprimerie Bosc frères et Riou, 1923.)

Les lésions de l'ostéochondrite de la hanche sont caractérisées par l'épaississement du col, l'usure de son bord supéro-interne, l'épaississement de son bord inféro-interne et par une décalcification qui est tantôt diffuse, tantôt limitée particulièrement à la région juxta-épiphysaire, où elle forme des géodes plus ou moins étendues ou des taches claires irrégulières.

A côté de la fausse coxa-vara résultant de la déformation du col, il peut exister une véritable inflexion de ce dernier. Ces lésions cervicales se développent tantôt avant, tantôt après celles de la tête sans qu'on puisse établir une loi précise dans les rapports de ces deux ordres de lésion.

Dans certaines formes atypiques de l'ostéochondrite, les lésions cervicales peuvent exister seules, ou s'accompagner seulement de déformations céphaliques très légères. Ces faits sont d'ailleurs tout à fait semblables à ceux de la catégorie précédente par leurs signes cliniques et leur évolution. Mais l'absence de lésions caractéristiques de la tête peut rendre difficile leur diagnostic avec la tuberculose ou l'ostéomyélite subaiguë du col.

Mtp. — Dr R. TEMPLE. — **Contribution à l'étude des ostéites post-typhiques** (Montpellier. Imprimerie de l' « Economiste », 1923.)

P. — Dr R. WICKHAM. — **Sur certaines formes d'ostéites cervico-trochantériennes.** (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1924.)

A côté des arthrites tuberculeuses et des arthrites chroniques de la hanche, il existe des lésions de l'extrémité supérieure du fémur, respectant le cotyle et situées à la face diaphysaire du cartilage de conjugaison, qui donnent des signes d'arthrite de la hanche et présentent une tendance naturelle à la guérison.

La similitude des signes cliniques et l'aspect radiographique tout à fait caractéristique ont fait réunir dans un même groupe ces lésions qui se manifestent le plus souvent à l'occasion d'inflammations de voisinage et dont la pathogénie reste encore incertaine. Parmi les différents cas qui ont pu être suivis, d'aucuns paraissent bien relever de la tuberculose ou de la syphilis, mais les signes cliniques et radiographiques ne peuvent faire conclure à une étiologie absolument certaine.

D'une façon générale, c'est le repos qui paraît influencer le plus favorablement la marche de ces affections.

Mais ce qui doit dominer l'esprit du praticien, c'est que de semblables malades sont à suivre de très près et qu'il convient de rechercher soigneusement chez eux les signes de tuberculose, de syphilis ou de toute autre infection afin de pouvoir essayer un traitement plus spécifique.

P. — Dr R. PORTE. — **De l'épisiotomie.** — (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris 1923.)

L'épisiotomie ne doit pas être considérée comme une conduite de choix, mais comme une conduite de nécessité ; aussi, il ne faudra pas hésiter à la pratiquer lorsqu'on jugera une déchirure du périnée inévitable :

1° Dans les atrésies des parties molles ; soit congénitales comme dans le rachitisme, soit acquises comme celles qui résultent de cicatrices ou de périnéorraphies antérieures ;

2° Dans les cas d'œdème consécutif à un travail laborieux ;

3° Dans les accouchements par le siège, lorsque la tête fœtale dernière se trouve retenue dans les voies génitales.

L'épisiotomie pratiquée suivant le mode en baïonnette présente sur les autres méthodes de précieux avantages :

1° Elle est d'une suture très facile, les deux lèvres de la plaie tendant à se rapprocher naturellement l'une de l'autre ;

2° Elle se draine d'une façon parfaite ; aussi, pas de rétention et par conséquent les risques d'infection sont très réduits ;

3° Elle ne déforme pas la vulve, la cicatrice se trouvant dans le raphé médian.

4° Elle est toujours efficace, le sphincter anal n'est jamais intéressé après son exécution.

Ly. — Dr G. MARTIN. — **Les pleurésies pulsatiles droites.** (Lyon, Imprimerie L. Bascou, 1923.)

Les pleurésies pulsatiles droites sont très rares. Il s'agit, dans tous ces cas, de pleurésies enkystées, paraissant siéger au voisinage immédiat des gros vaisseaux ; il n'y a pas de cas connu de pleurésie de la grande cavité ou de pyopneumothorax pulsatile à droite. Leur pulsatilité se manifeste par des battements systoliques visibles et palpables au niveau de la paroi thoracique antérieure, à droite du sternum. Ces battements peuvent être perçus par le malade et même se traduire à l'auscultation par un bruit systolique intense.

Leur évolution est généralement aiguë ou subaiguë ; leur pronostic, le plus souvent bon ; leur cause, variable. Leur diagnostic se pose particulièrement avec l'anévrysme de l'aorte ; la radioscopie rend à cet égard les plus grands services.

P. — Dr G. BIAR. — **L'épithélioma primitif des oviductes.** (Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1924.)

Les épithéliomas primitifs de la trompe sont relativement rares. On les observe surtout au voisinage de la ménopause, et le plus souvent chez des malades ayant présenté des lésions inflammatoires. Au point de vue pathogénique, la bilatéralité fréquente de ces tumeurs et la présence dans les antécédents de lésions inflammatoires peuvent être invoquées à l'appui d'une transformation cancéreuse de lésions hyperplasiques préexistantes.

La symptomatologie n'a rien de caractéristique. Peut-être la leucorrhée séro-sanguinolente, les crises d'Hydrops tubæ profluens, la constatation d'une tumeur en saucisson (Zweifel), son accroissement rapide, sa fixité, le tout évoluant sans température, permettraient-ils d'aiguiller un diagnostic hésitant.

En tout cas, l'examen histologique de l'écoulement tubaire devra toujours être préféré à la ponction exploratrice qui reste dangereuse.

Les épithéliomas primitifs des oviductes sont d'une très grande malignité, aussi bien par l'envahissement du tractus génital que par les métastases à distance. Cette malignité justifie l'intervention précoce et radicale dans les cas de tumeurs douteuses. Si l'aspect macroscopique des lésions confirme la malignité, au lieu d'une hystérectomie totale, il faudra pratiquer une hystérectomie élargie (avec ablation des ganglions rétro-péritonéaux perceptibles) suivie, si on le juge nécessaire, d'une application de radiothérapie profonde.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE ET DISCIPLINE PROFESSIONNELLE

Le problème déontologique que j'ai soulevé, il y a trois semaines, m'a valu un certain nombre de lettres. Je choisis les trois plus typiques pour les publier :

I

Mon cher Confrère,

Je lis dans le *Concours* du 1er juin, votre réponse « à propos de la versatilité des clients », au Dr Z.

Vous me permettrez de vous approuver entièrement, et votre façon de voir est la seule déontologique. Comment le Dr Z., s'il est logique avec lui-même, accepte-t-il *à priori* de voir des clients qui ne sont point les siens, pour une affection aiguë traitée par son confrère, ce *qu'il ne peut ignorer* ?

Déontologiquement, il devrait se refuser à tout examen, et ne le pratiquer qu'en consultation avec ce confrère, et ce n'est qu'après avoir suggéré à la famille cette solution, et le refus de collaboration de celui-là, qu'il pourrait alors donner ses soins.

C'est une question de loyauté professionnelle qui doit primer tout le problème. Est-il postible, comme vous le dites, d'être juge et partie en pareil litige, et peut-on l'être sans enfreindre la première règle, qui serait de se refuser à tout examen ? Le procédé discourtois est une arme dangereuse parce qu'à double tranchant ; et qui peut empêcher le client profane, parfois versatil, d'en user vis-à-vis du Dr Z., comme il en a usé envers son prédécesseur ? La meilleure politique semble donc une bonne confraternité à laquelle viendra se buter l'appel du client douteux, versatile ou mauvais.

Réformer un diagnostic, et traiter une erreur de faute lourde, est-ce bien à nous à le faire qui y sommes constamment exposés ? N'est-ce point donner en pâture à la malignité publique, par des paroles officielles, une raison de s'exprimer ? et ne sommes-nous point guettés par ces gens qui quêtent notre désapprobation nettement exprimée, par des histoires fort bien arrangées ?

Et comme vous le dites pour conclure, le médecin isolé subira les exigences les plus dures, les avanies les plus pénibles, ou le client isolé subira notre loi déontologique toute de concorde et de loyauté.

Je me permets en terminant, de vous adresser mes sincères félicitations pour le bon combat que vous menez dans le *Concours*.

Dr P.

II

Laissez-moi vous dire tout d'abord que j'applaudis à votre réponse redressant le confrère redresseur de thérapeutiques : mais je ne souscris pas à toutes vos suggestions : la conscience ? C'est très personnel — et c'est beaucoup moins solide que l'intérêt, privé ou politique — l'exemple ? Oui, quand il vient du bon Legendre ; je veux dire que tout le monde est d'accord pour s'incliner devant une haute personnalité morale ; mais, dans la pratique, et à une même hauteur sur l'échelle des personnalités, ça passe inaperçu, quand ça ne provoque pas le sourire. Et dans tous les cas, la comédie continue. Ce qui n'est pas comédie, c'est la nécessité de vivre de sa profession.

La possession du diplôme, en droit, signifie que l'on peut l'exercer ; en fait, je ne nie pas qu'il y ait des diplômes se révélant dangereux, soit qu'ils couvrent l'ignorance, soit qu'ils couvrent la piraterie : l'un et l'autre sont d'abord difficile à établir, et ensuite à sanctionner de façon efficace. Si le confrère dont la thérapeutique méritait de si nombreux redressements est réellement ignorant, le Corps médical, devrait pouvoir s'amputer d'un membre constituant un danger public. Mais s'il s'est vu redresser à tort, comment le fera-t-il établir, et s'il y parvient, que peut-il alors contre son diffamateur ?

C'est très joli pour lui de s'envelopper dans la dignité de l'exemple : mais ça lui coûte une douzaine de clients que son redresseur proclame cyniquement lui avoir enlevés. S'il est de tempérament résigné, tant pis pour lui, et tant mieux pour l'autre. Mais il peut arriver qu'il se refuse à toujours encaisser et alors, c'est la Jungle.

Et pour conclure, c'est en effet toujours, la vie de la Jungle, ce qui explique que l'on ait créé, un beau jour, le gendarme ; et c'est là que je veux en venir, mon cher confrère : le gendarme dans la Jungle.

Pour ma part, j'ai vécu enveloppé dans la dignité déontologique pendant 3 ans. Maintenant je me cache dans la Jungle, et j'espère que le gendarme viendra un jour y mettre de l'ordre.

Dr F.

III

La communication du docteur Z. (*Concours médical*, 1er juin, p. 1357, Déontologie), sur sou attitude intransigeante vis-à-vis de son confrère qui ne fait

que des « inepties », vous a inspiré une réponse marquée au coin du bon sens, mais que je considère comme d'une modération excessive, bien que vous ayez soin de l'avertir que vous le traitez avec une « franchise quelque peu brutale ».

Je conçois fort bien que votre rôle au journal vous oblige à certains ménagements et que si votre caractère vous astreint à penser tout ce que vous dites, il ne vous impose pas de dire tout ce que vous pensez.

Je n'ai pas, moi, que ne suis pas un officiel, les mêmes obligations, et vous allez me permettre, sinon de compléter votre pensée, au moins de dire tout haut ce que nous pensons à peu près tous, tous les médecins syndiqués.

Voilà un médecin — syndiqué aussi, je suppose —, qui, sous le prétexte que son confrère commet des « erreurs souvent répétées et graves », ne peut pas « engager ses clients à revoir leur médecin habituel » et « reste le médecin en titre des familles » qu'il a soufflées à son confrère.

Ce confrère est évidemment un âne, puisque c'est le docteur Z. qui le dit et qu'il est patent, à l'entendre, que le docteur Z, ne peut pas se tromper.

Et quelle bonne âme ! jugez donc : il se met « en toute simplicité à la place des malades et fait pour eux ce qu'il aurait désiré qu'on fît pour lui ». Et voilà bien le suprême argument : l'intérêt des malades avant tout ! Avouez, mon cher confrère, qu'il vous a impressionné, et je vous comprends. En dépit de toutes nos précautions de défense professionnelle, en dépit de tous nos statuts de protection syndicaliste, nous n'oublions jamais ce entiment primordial qui est notre seule raison d'être : l'intérêt du malade. Ce sentiment fait tellement partie de nous-mêmes que nous n'éprouvons jamais le besoin de le manifester, encore moins de l'étaler. Si, par hasard, quelqu'un de nous le pose comme une enseigne sur sa devanture, je me méfie aussitôt. Nous connaissons tous, hélas ! de ces hommes soit disant supérieurs, des augures, des pontifes, des « herr professors ». Que Dieu nous en préserve !

Et que pensez-vous de cette façon cauteleuse de remplacer le confrère ? Il n'a pas besoin de « juger sa conduite », ni de « l'apprécier à sa juste valeur ». Il ne se charge pas des commissions pour lesquelles, il n'éprouve aucun goût (signifier au premier médecin de n'avoir plus à se déranger).

Eh bien ! non... Il ne suffit pas que vous décerniez un blâme, même sévère, à ce docteur Z. Nous ne savons pas, nous, s'il a raison de traiter si durement son concurrent — car il s'agit bien, n'est-ce pas ? d'une concurrence — et si, tous les torts sont du même côté, a-t-il le droit de juger tout seul une cause dont il est partie ? Il faut lui apprendre, à ce demi-dieu, quel est le rôle des syndicats qu'il semble ignorer totalement. Vous dites bien « que les problèmes déontologiques ne sont, le plus souvent, que des cas d'espèce ». Et c'est justement là que je veux en venir pour en tirer une règle commune à tous les cas.

De même que la législation générale s'impose à la masse des citoyens et se précise à la lumière des faits en fixant la procédure où les « suggestions de notre conscience » ne sont qu'un élément d'appréciation, de même nos codes des déontologie ont prévu les difficultés qui peuvent surgir entre confrères, syndiqués ou non.

J'aurais voulu vous y voir renvoyer le docteur Z, qui, tout de même, ne plane pas au-dessus des contingences de notre pauvre humanité. Tous les statuts de nos syndicats ont prévu la constitution de conseils de famille, toujours composés d'hommes de bon sens et de sang-froid. Voilà le tribunal, le seul tribunal compétent dans ce cas d'espèce, comme dans tous les autres de même ordre.

Le docteur Z. doit lui présenter son instance ; le conseil appréciera et le justiciable devra se conformer à sa décision. Alors, mais alors seulement, je déclare qu'il aura la conscience tranquille.

Si j'ai insisté volontairement sur le cas du docteur Z que je juge très impartialement puisque je ne le connais pas, c'est qu'il y aurait un grave danger à laisser persister une attitude qui serait d'un exemple déplorable sur la masse des praticiens. Si demain, je vais prôner partout que je suis le seul mépecin capable de ma circonscription, j'aurais ainsi le droit de prendre partout où je pourrais, la place de mes confrères ? Et qui empêchera mon voisin de me traiter de même ? Cela suffit, je crois, pour juger la méthode, et je conclus :

S'il n'y a pas un seul Français au-dessus des lois de son pays, il n'y a pas un seul médecin au-dessus du code de déontologie.

D[r] M.

Voilà donc des sons de cloche un peu différents, des conclusions divergentes. Le D[r] P. m'approuve sans réserve, je l'en remercie. Pour le D[r] F., la solution de ces difficultés réside dans l'institution d'une gendarmerie, au service de la justice rendue par l'Ordre des Médecins.

Pour le D[r] M., c'est au Syndicat et à son Conseil de famille qu'il appartient de résoudre de tels conflits.

Je n'ai pas besoin de m'étendre sur mes préférences bien connues pour la méthode M. Cependant, je saisis mal comment, dans le cas envisagé, elle pourrait être mise en application. Un médecin ne se fait aucun scrupule d'aller voir les malades que traite un de ses confrères, en dehors de lui, de le faire remercier par eux, et de prendre sa place, sous prétexte que ce confrère est un ignorant, un incapable, qui commet des erreurs de diagnostic répétées et prescrit des traitements inefficaces.

Comment le Syndicat peut-il être saisi, et par qui ? Mais d'abord existe-t-il un Syndicat dans la région où les faits se passent ? Et s'il en existe un, les deux médecins en cause en font-ils partie ? Peut-on concevoir le déclanchement spontané de l'action disciplinaire syndicale, comme se dé-

clanche l'action pulblique du Parquet dans le droit commun ? Il semble que la chose soit impossible dans les limites actuelles des attributions et des pouvoirs des Syndicats, et que la condition primordiale, de l'intervention syndicale soit une plainte déposée par un plaignant(1).

Tout cela est bien complexe, et nombreuses sont ici les difficultés...

Le Dr F., partisan de l'Ordre des médecins et de ses gendarmes, entend bien sans doute mettre en branle cet appareil judiciaire d'exception contre les médecins qui couvrent de leur diplôme des actes de piraterie. Mais, admettant qu'il puisse exister des médecins ignorants qui couvrent de leur diplôme leurs erreurs de diagnostic et de traitement, il voudrait que le Corps médical pût s'amputer d un membre constituant un danger public.

Cette fois, la thèse est elle-même dangereuse et difficile à défendre. Une fois qu'il est pourvu de son diplôme, le médecin l'est *in æternum*, et il ne peut être dépossédé des privilèges qu'il en tient que dans des cas exceptionnels et nettement définis. En dehors de ces cas, je ne vois qu'une sanction possible à l'ignorance, à l'insuffisance dont il peut se rendre coupable, c'est la désertion de son cabinet par la clientèle. Cependant, sans aller aussi loin que le Dr F., je dois avouer que j'ai moi-même envisagé certaines interventions prohibitrices en quelques circonstances. Le 22 juillet dernier, j'écrivais dans le *Concours médical* : « Dans tous les cas qui leur seraient signalés d'*un praticien notoirement insuffisant au point de vue technique* par tare mentale (aliénation par exemple), les Commissions médicales régionales pourraient convoquer l'intéressé devant un jury ..... chargé de lui faire subir un examen purement clinique..... Si le jury concluait à une insuffisance manifeste, la Commission médicale proposerait à l'autorité compétente, l'exclusion du médecin en cause de tous les services publics ..... et si celui-ci, formellement reconnu comme atteint d'aliénation mentale, constituait un danger public, la Commission pourrait, à défaut de sa famille, requérir son internement ». (P. 2633.)

J'estime qu'il est impossible d'aller plus loin. Nous commettons tous des erreurs de diagnostic. Il en est, parmi nous, qui professent à l'égard de la thérapeutique un scepticisme méprisant et qui, quand ils ont discerné la véritable nature d'une maladie, laissent volontiers à la nature le soin de se montrer médicatrice. Si l'on adoptait dans sa totalité, la thèse du Dr F., il n'y aurait plus aucune sécurité pour le praticien, exposé, à la suite d'une série malheureuse, comme il nous arrive à tous d'en connaître, à se voir reprocher sa prétendue insuffisance.

A propos du fameux Ordre des médecins, l'Association générale des médecins de la Gironde a discuté, en mars dernier (1), l'avant-projet de création, non d'un Ordre au sens propre du mot, mais d'un Conseil médical disciplinaire, élaboré par le professeur H. Verger, que j'ai publié ici dans ses grandes lignes, l'année dernière.

Je rappelle brièvement que ces Conseils disciplinaires n'auraient à connaître que des différends qui surgiraient entre clients et médecins. Ils se composeraient de neuf membres élus par tous les médecins inscrits au tableau. Les sanctions seraient, par ordre d'importance : l'avertissement, le blâme, la radiation entraînant la suppression, pour le médecin frappé, de délivrer aucun certificat médico-légal, d'occuper aucun emploi public, de prescrire les substances des tableaux A et B du décret de septembre 1916 sur les substances vénéneuses.

Un membre de l'Association, M. Lescarret, a demandé que la réalisation de ce projet se fît par l'intermédiaire des syndicats qui, seuls, peuvent rendre la chose possible.

Pour moi, qui suis partisan de la création de Commissions médicales régionales, dans le cadre syndical, je pense exactement comme M. Lescarret. C'est aux Syndicats qu'il appartient, je m'en suis déjà expliqué, de provoquer la constitution de ces organismes, disciplinaires autant qu'arbitraux.

D'ailleurs, cette organisation existe, et il suffirait de la généraliser. En Alsace, où le Syndicalisme est si fort et si puissant, les Syndicats se sont fédérés, et la Fédération possède son Tribunal professionnel. Ecoutons ce qu'en dit le Dr Batier :

(1) J'avais soumis directement ces réflexions au Dr Marchais. Il veut bien préciser sa pensée dans la note suivante :

« Je savais bien que je serais d'accord avec vous sur le sens général de mon article. Vous m'opposez cependant une critique — que j'estime très juste — à propos de la solution que je propose par le conseil de famille. Il semblerait d'après mon texte (dont je n'ai ni brouillon ni copie) que j'engage le docteur Z... à s'adresser à ses pairs avant de continuer ce que je considère comme des errements. Il est bien évident qu'il n'ira pas au-devant de cette autorisation qui pourrait bien lui être refusée. J'ai voulu dire, bien entendu, et j'ai dû m'exprimer mal, que l'initiative de la démarche doit être laissée au confrère qui se trouve lésé. Mais si celui-ci reste inerte, et puisque Z... a mis le *Concours* dans ses confidences et que le *Concours* ne peut régulièrement donner que des conseils inspirés par une orthodoxie déontologique généralement admise, j'ai cru constater que vous n'aviez pas suffisamment insisté sur les devoirs stricts de ce médecin vis-à-vis de son confrère. De là mon intervention qui n'a voulu être qu'une précision de votre propre pensée dont j'accepte toute la responsabilité ».

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 avril 1924.

« Notre forte organisation nous a permis la création d'un système judiciaire qui comporte une cour d'appel, en l'espèce le tribunal d'arbitrage de la Fédération. Notre conseil de famille se compose de médecins ayant 10 ans de vie syndicale et qui, statutairement, sont en dehors de la vie militante. Il peut prononcer des sanctions sévères. Il peut aussi laver de toute suspicion le confrère injustement accusé qui fait gppel à lui. Nous ne devons pas hésiter à déférer devant cette instance toutes les fautes contre la déontologie, qui sont à notre connaissance des preuves suffisantes pour justifier notre action judiciaire.

« Une corporation ne gagne rien à fermer les yeux devant les fautes de ses membres. Elle se grandit en les punissant, car elle se désolidarise ainsi d'avec les coupables qui, Dieu merci, ne seront jamais chez nous que des exceptions rares ». (*Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 avril 1924.)

Je ne demande pas autre chose.

— Mais, m'objectera-t-on, sans doute, cette juridiction ne vaut que pour les médecins syndiqués. Ceux qui ne le sont pas lui échappent, et le Syndicat n'est pas obligatoire.

J'ai déjà répondu plusieurs fois à cette objection. J'ai rappelé que *tous* les médecins qui soignent des mutilés sont justiciables des commissions de contrôle dont les membres médecins appartiennent aux *seuls Syndicats* ou aux *seules associations professionnelles*. Voilà donc un exemple remarquable d'une juridiction d'émanation étroite, à laquelle pourtant sont soumis des techniciens, qui ne font pas partie obligatoirement des syndicats ou associations promoteurs.

Mais tout cet appareil, en supposant qu'il soit un jour mis sur pied, présuppose l'établissement préalable d'un code de déontologie.

C'est toujours là que nous en revenons.

Ce code ne saurait, à mon avis, être unique pour toute la France. Si les Commissions médicales étaient un jour instituées, il leur appartiendrait d'abord de le rédiger région par région. Ce n'est pas impossible, puisque nous en connaissons déjà de tels à Lyon, à Bordeaux, à Montpellier.

Ce code existant, comment le rendre applicable à tous les médecins exerçant dans la région ? Rien de plus simple, semble-t-il ? La Faculté de Montpellier a consacré la vieille tradition du serment d'Hippocrate. D'excellents esprits verraient avec satisfaction la même tradition suivie dans toutes les autres Facultés. Or, le principe que représente ce serment pourrait être mis en pratique d'une façon un peu différente. Au lieu de se prêter après la soutenance de la thèse, à la Faculté, il serait obligatoire pour tout médecin s'installant dans une région déterminée, au même titre et dans les mêmes conditions que l'enregistrement du diplôme, et se prêterait devant la Commission médicale régionale. L'impétrant, après avoir entendu la lecture du code régional de déontologie, jurerait de le respecter et de s'y soumettre, qu'il s'inscrive ou non ensuite au Syndicat. Il deviendrait *ipso facto* justiciable de la Commission, pour toutes les infractions qu'il commettrait ensuite à ce Code.

Pour les arbitrages et la discipline, voici donc, en résumé, comment je concevrais l'organisation future :

A la base, le Syndicat d'arrondissement, cellule fondamentale. Les Fédérations départementales ou régionales groupent tous les Syndicats du ressort. (1) Elles élisent un certain nombre de membres répondant à des conditions déterminées, parmi lesquels l'Etat choisit ceux qui feront partie de la Commission médicale départementale ou régionale.

La Commission rédige le Code de Déontologie. Tout médecin, désirant exercer dans un département ou dans une région, est tenu de prêter préalablement, devant ladite Commission, serment de respecter le Code de déontologie dont il lui aura été donné lecture. S'il adhère ensuite au Syndicat, il devient électeur des confrères parmi lesquels seront choisis les membres de la Commission. S'il n'y adhère pas, par convenance personnelle, il se prive ainsi volontairement d'un droit qu'il aura ensuite mauvaise grâce à se plaindre de ne pas exercer. Tant pis pour lui !

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 5080

(1) Ou bien selon la formule que *Decourt* exposera dans huit jours : à la base le cercle syndical d'arrondissement, élément du syndicat départemental, les ententes régionales intersyndicales réunissent les syndicats départementaux.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chirurgien-adjoint à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Les candidatures seront reçues jusqu'au 1er juillet 1924.

Les candidats devront avoir terminé leur scolarité

La thèse n'est pas exigée pour les candidatures, elle n'est exigible que pour l'entrée en fonctions.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNÉE 1924

1er Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

S

T

II

Partie Professionnelle

A

L

M

N

O

S

T

III

NOMS DES AUTEURS

D

F

G

H

K

J

L

IV

Jurisprudence Médicale

Accidents du travail. — Cassation ch. civile, 12 novembre 1923, 168 (assujettissement d'un sanatorium à la législation spéciale sur les accidents du travail) — Cassation ch. civile, 5 décembre 1923, 823 (application du « tout compris » aux cliniques privées). — Tribunal correctionnel de Bordeaux ?, 979 (condamnation de médecins pour escroquerie aux accidents du travail). — Décisions diverses, 1141 (complications, rechutes). — Trib. de paix du XXe arr. de Paris, 20 juin 1923, 1360 (conditions nécessaires pour qu'un médecin traitant puisse réclamer le paiement de ses honoraires).

Baux et locations. — Cassation, commission supérieure des loyers, 6 décembre 1923, 499 (le droit de reprise du propriétaire ne peut s'exercer sur les locaux professionnels).

Exesrcice illégal de la médecine. — Tribunal correctionnel de la Seine, 21 février 1924, 1515 (la défectuosité congénitale et la vue est une maladie au sens de la loi de 1892).

Honoraires de droit commun. — Tribunal civil d'Orléans 23 novembre 1923, 207 (responsabilité de l'automobiliste auteur d'un accident).

Pensionnés de guerre. — Tribunal correctionnel de Marseille, 7 mai 1924, 1214 (condamnation de médecins et pharmaciens pour escroquerie). — Commission supérieure des soins aux — 1° 19 juillet 1923, 1318 (droit au remboursement des soins, inscription sur les listes spéciales, usage des bulletins) ; 2° 19 juillet 1923, 1426 (frais de transport des corps des victimes de la guerre ; 3° 19 juillet 1923, 1427 (justification du nombre des visites) ; 4° 11 octobre 1923, 1428 (injections hypodermiques faites par le médecin) ; 6 novembre 1923, 1576 (appréciation du nombre des visites) ; 11 octobre 1923, 1577 (obligation de détacher le bulletin) ; 11 octobre 1923, 1577 (pouvoirs de la commission supérieure).

Pharmacie. Exercice de la — par le médecin. Cassation Ch. criminelle, 17 février 1923, 488 (les prop har maciens sont assujettis à la vérification des poids et mesures).

Pharmacien. Responsabilité. — Cassation ch. civile, 25 juin 1923, 53 (compétence en cas de responsabilité d'un pharmacien mobilisé). — Tribunal civil de Montauban, 21 février 1923, 489 (refus d'exécuter les ordonnances d'un médecin, dénigrement).

Responsabilité civile. — Tribunal supérieur de Colmar, 29 novembre 1922, 545 (oubli d'une compresse dans la plaie opératoire). — Cour de Bruxelles, 4 juin 1923, 1250 (défaut de communication d'épreuves radiographiques).

Secret professionnel. — Tribunal civil de Meaux, 22 novembre 1923, 656 (le médecin est tenu au — *erga omnes*, même en cas d'accident du travail).

V

Bibliographie

B

Barré. Les agonies, 146.
Bezançon et **de Jong.** Maladies de l'appareil respiratoire, 318.
Bouvart et **Pécuchet.** Edition du centenaire, 761.
Bourges. Les syndromes parkinsonniens au cours de l'encéphalite léthargique, 819.
Broussard. La curiethérapie dans le fibrome de l'utérus, 819.
Bouloumié-Monsseaux, etc. Clinique thérapeutique de Vittel, 975.
Brin et **Giroux.** Syphilis du cœur et de l'aorte, 1034.
Bertrand. Les processus de désintégration nerveuse, 1044.

C

Caziot. La vérité sur la richesse agricole, 87.
Chauvois. Les désanglés du ventre. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux, 537.
Cheinisse. L'année thérapeutique, 701.
Cyril et **Berger.** La « coco », poison moderne, 1080.
Chauvet. Les arts indigènes des colonies, 1081.
Chalier et **Mondor.** Cancer du rectum, 1135.
Chauvois. Un danger social : la constipation, 1135.
Cosserat. Contribution à l'étude de la climatologie, 1192.
Carnot P. M. Labbé, Lereboullet, Pagniez, Rathery. Les problèmes actuels de diététique, 1295.
Cost . Du symptôme à la maladie, 1403.
Cot. Quelques notions d'hygiène pour les hommes de vingt ans, 1404.

D

Debout. Petit dictionnaire de médecine, 87.
Delcambre. Chondrites costales étberthiennes, 1034.
Damaye. Eléments de neuro-psychiatrie, 1081.
Demelin et **Devraigne.** Manuel de l'accoucheur, 1295.
Diffre. Contrôle du sport et de l'éducation physique, 1405.
Drouet. Le traitement de la syphilis par le bismuth, 1459.
Dubois. De la respiration abdominale, 818.

S

V

W

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1127. — Aggravation d'infirmité de pensionné de guerre.

Abonné au « Sou médical » et au *Concours*, je vous serais obligé de vouloir bien me dire, si un ancien pensionné de guerre (art. 64), qui a cessé d'être pensionné parce que son invalidité est devenue inférieure à 10 pour 100, continue à avoir droit aux soins médicaux gratuits et aux médicaments gratuits et, par suite, à l'usage d'un carnet de mutilé. D'autre part, jusqu'à quelle époque aura-t-il le droit de faire reviser, s'il y a lieu, le taux de son invalidité ?

Dr N.

Réponse.

Cet ancien pensionne conserve le droit au bénéfice de l'art. 64.

En pratique, jusqu'au 24 octobre prochain, il peut demander à subir une nouvelle visite médicale pour aggravation. Si, à cette époque, aucune pension ne lui est concédée, ses droits seront éteints.

1333. — Visite de pensionné de guerre pour augmentation de la pension.

Pour la seconde fois depuis un an, un de mes malades réformé de guerre et ayant besoin de passer devant une commission de réforme pour augmentation d'invalidité avait fait une demande pour être visité chez lui, ne pouvant se déplacer.

La feuille lui annonçant la visite d'un médecin-major de la commission portait en toutes lettres qu'il pouvait se faire accompagner par son médecin le jour de cet examen.

Or, voici deux fois de suite et pour deux malades différents qu'il s'est produit ceci : le malade en question a été visité par un médecin-major accompagné invariablement par un confrère des environs habitant à 8 kilomètres de là, et n'ayant jamais vu le malade.

Ce confrère, âgé d'une soixantaine d'années, n'a, je pense, aucun grade militaire, n'ayant pas fait la guerre.

Comme je suis en mauvais termes avec lui, bien entendu, les deux examens de mes malades ont évidemment conclu à l'insuffisance des motifs d'augmentation de pension.

J'ai fait la guerre, ai même cinq années consécutives de service militaire, suis sorti de l'armée avec le grade d'aide-major de 1re classe.

J'ai formellement l'intention de protester auprès des autorités militaires, si je suis dans mon droit, car le confrère en question se sert de ces moyens de pression pour me nuire.

Dr X.

Réponse.

Les experts qui visitent les malades à domicile doivent généralement être au nombre de deux. Le confrère dont vous parlez, qui toujours est



venu, quoique non médecin traitant, était vraisemblablement le deuxième expert désigné par le médecin-chef du centre de réforme. Vous pourriez vous en informer.

En tous cas, vous, personnellement, vous assistiez à la visite en qualité de médecin traitant.

Devant la Commission de réforme, vous pourriez, au jour venu de la convocation de votre client, vous présenter en son nom et réclamer une surexpertise si vous avez un doute.

1502. — Déduction sur le revenu pour personne à la charge du contribuable

Célibataire habitant avec ma mère âgée de 80 ans, ai-je droit à une diminution de l'impôt patente, etc. ? Si oui, quelles formalités à remplir avant de recevoir les feuilles d'impôts ?

Dr X.

Réponse.

Madame votre mère peut être regardée comme étant à votre charge, si elle n'a pas de revenus personnels ou si vous totalisez ceux-ci avec les vôtres.

Le contribuable qui a une personne à sa charge bénéficie pour l'impôt général d'une déduction de 2.000 fr. et d'une réduction de cotisation de 5 ou 7,5 %.

Il est également tenu compte de cette dernière réduction pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1424. — **1° Soins après consolidation ; 2° électrothérapie.**

Je vous serais obligé de me dire en cas d'accident du travail :

1° Les honoraires pour soins postérieurs à la date de consolidation d'une blessure fixée par un médecin expert sont-ils dus par la Compagnie d'assurances ou le patron ?

2° Quel est le tarif des électrisations répétées d'un membre ? La Compagnie d'assurances prétend que le tarif 12 fr. n'est dû qu'aux électrothérapeutes ayant une installation spéciale, et ne me devoir que 8 fr. par électrisation avec un appareil portatif.

Dr B.

Réponse.

1° La date de consolidation est « fixée » non pas par l'expert, mais par le jugement du Tribunal. Les honoraires pour soins postérieurs à

la consolidation ne sont plus dus par le patron ou son assureur substitué.

2° Le tarif Breton dit, — article 26, électrothérapie : « Traitement électrique *par un spécialiste* : 12 fr. ». De plus, voir en note de cet article : « Tout acte d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après avis conforme du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Il en résulte qu'il faut, pour réclamer le tarif spécial de 12 fr. : 1° être spécialiste électrothérapeute ; 2° avoir reçu l'avis conforme du médecin patronal.

F. D.

II

1470. — **Interventions non usuelles.**

Je pratique souvent pour des traumatismes thoraciques et des membres, des injections sous-cutanées d'*air*. Quel tarif ?

En cas de lumbago lombaire (non rhumatismal), pince, je pratique le traitement de la réduction (élévation du malade à bout de bras, colonne vertébrale, face au genou médical, exhaussé sur un tabouret, et mouvement de va-et-vient.

Quel tarif ?

Dr D.

Réponse

1° Les injections sous-cutanées quelconques (à part l'injection antitétanique) sont comprises dans le prix de la visite ou consultation.

2° Il n'y a pas de tarification spéciale pour l'intervention que vous pratiquez dans le lumbago. Je ne vois d'analogie qu'avec « massages », intervention comprise dans le prix de la visite ou consultation.

III

1498. — **Luxation non usuelle.**

J'ai eu à soigner un ouvrier. Celui-ci était occupé à ramasser des pierres qu'il prenait à deux mains pour les lancer dans une charrette située en contrebas.

Plié en deux, il faisait donc tout simplement sans se redresser un mouvement de rotation sur le bassin, quand, tout à coup, il pousse un cri et s'arrête, ne pouvant plus ni se redresser, ni faire le moindre mouvement.

Appelé, je constate une luxation du muscle sacro-lombaire au niveau supérieur du muscle grand fessier gauche.

Je réduis la luxation. Huit jours après l'ouvrier reprenait son travail.

Que puis-je demander à la Compagnie pour cette réduction en établissant ma note d'honoraires ?

Dr K.

Réponse.

Il n'y a pas dans le tarif Breton de rubrique

spéciale pour « réduction de luxation de muscles ». Ne voyant pas d'analogie, je vous conseille de traiter ce point à l'amiable avec l'assurance.

Application du Tarif Maginot

I

1296. — Formes médicamenteuses non payées par l'Etat.

Peut-on délivrer à un tuberculeux, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, des ampoules de sérum de cheval ?

Il me semblait que les arrêtés ministériels du 10 août 1920 et du 31 mai 1921 autorisaient la fourniture des médicaments énumérés dans le tarif de l'A. G. et des bulletins périodiques de variations ; or, les ampoules de sérum de cheval, ainsi que le sirop de sérum de cheval figurent dans le 7e bulletin de variations et sont tarifées les ampoules à 2 fr. la pièce et le sirop d'après le numéro 37 du barême.

Or, je viens de recevoir du secrétaire de la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre une note m'annonçant que mon mémoire du 1er trimestre 1924 était réduit d'une certaine somme correspondant à la suppression des ampoules de sérum de cheval *non portées au tarif.*

Je réponds au secrétaire en lui indiquant les additions qui figurent dans le 7e bulletin.

Dans le cas où la Commission maintiendrait son point de vue, que devrais-je faire ? La convocation devant la Commission prévue par l'article 54 du décret du 25 octobre 1922 me paraît inutile, car j'indique la raison par lettre et je n'aurais rien à ajouter ; en outre, le déplacement à B... me reviendrait plus cher que l'acceptation de la réduction proposée et j'ai également la ressource de me faire rembourser par le malade lui-même. Mais je tiendrais à savoir si l'on peut délivrer aux blessés de guerre tous les médicaments figurant dans le tarif de l'A. G. et dans les divers bulletins de variations, à l'exclusion, bien entendu, des accessoires de pharmacie fournis directement par les centres d'appareillage.

Dr G.

Réponse.

Il a été décidé récemment à la Commission supérieure que les *spécialités, vins* et *élixirs* (sauf quelques rares exceptions) ne seraient pas payés par l'Etat. Quant au « sirop de sérum de cheval » et aux ampoules *idem*, il faudrait faire trancher la question, car, d'après la décision ci-dessus, vous voyez que *tous* les médicaments figurant dans le tarif de l'A. G. des pharmaciens ne sont pas, *ipso facto*, payables par l'Etat.

F. D.

II

1490. — Injections intra-musculaires.

Combien dois-je demander par *injection intramus-*

culaire de biiodure de mercure ? Tarif Maginot. Ce tarif ne parle pas d'injection intramusculaire ; mais je ne pense pas que le prix de cette injection soit compris dans celui de la consultation, car on ne peut assimiler une injection intra-fessière à une simple injection hypodermique qui peut être faite par la première infirmière venue. Dr G.

Réponse.

L'injection intramusculaire n'est pas, dans le tarif Maginot, l'objet d'une tarification spéciale. Il y aurait lieu, par voie d'appel sur un cas d'espèce, de faire régler cette question par la Commission supérieure. F. D.

JURISPRUDENCE

Commission Supérieure de Surveillance et de Contrôle des soins gratuits aux Mutilés de Guerre

Appréciation du nombre des visites par la Commission départementale.

La Commission départementale ne peut se borner à déclarer que le nombre des visites était exagéré sans fournir aucun motif à l'appui de cette appréciation, ni la justifier par aucune expertise, aucun contrôle médical, aucune considération d'ordre scientifique.

Le contrôle médical permanent et direct, assuré par des médecins contrôleurs (article 56 du décret) ne doit pas être confondu avec le contrôle des dépenses (art. 54).

DÉCISION DU 8 NOVEMBRE 1923.

Considérant que.......... a été soigné par le Dr .... pour la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé sa pension ;

Que la Commission s'est bornée à déclarer que le nombre de visites faites était exagéré sans fournir aucun motif à l'appui de cette appréciation ; qu'elle ne la justifie par aucune expertise, aucun contrôle médical, aucune considération d'ordre scientifique ;

Attendu que le contrôle médical permanent et direct est assuré par des médecins contrôleurs au titre de l'article 56 du décret du 25 octobre ;

Que ce contrôle ne doit pas être confondu avec le contrôle des dépenses prescrit par l'article 54 du décret ;

Reçoit l'appel du Dr..........., le déclare bien fondé et annule la décision susvisée de la Commission départementale de la ....

***

Justification du nombre des visites et des interventions. Obligation de détacher chaque fois un bulletin du carnet.

Les médecins doivent détacher un bulletin du

carnet chaque fois qu'ils sont appelés à donner une consultation ; lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin. Le bulletin constitue donc pour chaque visite une pièce essentielle du contrôle.

Décision du 11 octobre 1923.

Attendu que la Commission départementale .... statuant sur la demande de paiement d'honoraires présentées par M. le Dr .... a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'ordonnancer à son profit le montant de 20 injections intraveineuses qu'il aurait faites à M...... domicilié à............ alors qu'il ne peut produire qu'un bulletin de visite à l'appui de sa réclamation ;

Attendu que l'article 15 du décret du 25 octobre 1922 prescrit aux médecins de détacher un bulletin du carnet chaque fois qu'ils sont appelés à donner une consultation ; que l'article 51 stipule en outre que lorsqu'il est procédé à une visite, le bulletin doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se transporter chez le médecin ; que le bulletin constitue donc pour chaque visite une pièce essentielle du contrôle ;

Attendu que M. le Dr....... ne peut produire qu'un bulletin de visite ;

Déclare mal fondé l'appel de M. le Dr........

Décide qu'il n'est dû à M. le Dr........ que le montant d'une injection intraveineuse et confirme la décision de la Commission départementale........

***

Pouvoirs de la Commission supérieure.

La Commission supérieure ne tient pas de la loi les pouvoirs nécessaires pour obliger le Ministre des Pensions à exécuter une décision de la Commission départementale devenue définitive et ne peut que renvoyer l'intéressé devant la juridiction compétente (le Conseil d'Etat), pour voir dire que le Ministre excède ses pouvoirs.

Décision du 11 octobre 1923.

Attendu que Monsieur...... bénéficiaire de l'article 64, ayant en décembre 1920, engagé certains frais médicaux et pharmaceutiques, a demandé au Ministre des Pensions le remboursement des sommes par lui avancées ;

Attendu que M. le Ministre des Pensions ayant refusé d'accueillir sa demande, M. .... s'est adressé à la Commission départementale de la .... qui lui a accordé satisfaction par décision en date du 9 mars 1923 ;

Attendu que malgré cette décision, M. le Ministre des Pensions persiste à refuser le paiement des sommes réclamées par M. .... qu'en présence de cette situation celui-ci s'est alors pourvu devant la Commission supérieure ;

Mais attendu que la Commission du 1er degré

a, aux termes de l'article 32 du décret du 25 octobre 1923, compétence pour statuer sur les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64 ;

Que c'est à bon droit que les réclamations relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques engagés antérieurement au décret susvisé lui sont soumises et qu'elle possède sur ce point, un pouvoir de décision propre ;

Qu'en l'espèce la Commission de la ...... a accueilli la demande formée par M. .... le 8 mars 1923 ;

Qu'il résulte des deux lettres des 17 mars et 24 mai 1923 que M. le préfet de la ...... a eu connaissance de cette décision ;

Que faute par lui de s'être pourvu devant la Commission supérieure dans les 20 jours où la décision a été portée à sa connaissance, la dite décision est devenue définitive à son égard ;

Que, d'autre part, M. .... ayant obtenu en première instance, une décision conforme à ses demandes, il est sans intérêt à se pourvoir devant la Commission supérieure ;

Que, quelque injustifiée que soit la résistance du Ministre des Pensions, qui refuse de s'incliner devant la décision définitive d'une juridiction légalement instituée, la Commission supérieure ne tient pas de la loi les pouvoirs nécessaires pour l'obliger à exécuter la dite décision ;

Qu'elle ne peut en conséquence que renvoyer M. .... à se pourvoir devant la juridiction compétente pour voir dire que le refus de M. le Ministre des Pensions excède ses pouvoirs ;

Par ces motifs :

Déclare non recevable l'appel de M. ....

Le renvoie à se pourvoir devant la juridiction compétente pour voir dire que M. le Ministre des Pensions sera tenu d'exécuter la décision définitive de la Commission départementale de ...... en date du 8 mars 1923.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *juin* 1924.

— **Facultés de médecine.** — Sont déclarées vacantes la *chaire de physique médicale de la Faculté d'Alger* et la *chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg.*

— **Taxe de séjour.** — *Par décret en date du* 7 *juin* 1924, est autorisée pour une nouvelle durée de cinq ans, dans la *station de tourisme de Saint-Germain-en-Laye*, la perception de la *taxe de séjour*, dont l'établissement pour deux ans a été autorisé par décret du 1er juillet 1922.

— **Armée.** — *Réglementation provisoire de la situation des officiers de réserve.*

RAPPORT

au président de la République française.

Paris, le 8 juin 1924.

Monsieur le Président,

La loi du 1er avril 1923, sur le recrutement de l'armée, a prescrit, d'une part, que le service militaire s'accomplit durant vingt-huit ans, dans le service actif, la disponibilité, la première réserve et la deuxième réserve, et, d'autre part, que toutes dispositions contraires à celles de la loi sont et demeurent abrogées.

En conséquence, les dispositions des lois du 24 juillet 1873 et du 13 mars 1875, créant et organisant les cadres de l'armée territoriale se trouvent implicitement abrogées. Il en est de même des dispositions analogues du décret du 31 août 1878, intervenu à défaut de la loi prévue par les articles 45 et 48 de la loi du 13 mars 1875.

Il y a donc lieu de prendre, par décret, toutes mesures concernant les officiers de l'armée territoriale.

C'est l'objet du projet de décret ci-contre, que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respect.

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

Décret du 8 juin 1924.

Art. 1er. — En attendant qu'une loi spéciale vienne régler l'état des officiers de réserve, les deux cadres des « officiers de réserve » et de « l'armée territoriale » seront réunis en un seul cadre, qui sera dénommé « cadre des officiers de réserve ».

Art. 2. — Les règles spéciales fixées par les lois et règlements en vigueur à l'égard, soit des « officiers de réserve », soit des « officiers de l'armée territoriale », seront applicables au nouveau cadre des « officiers de réserve », ainsi qu'il suit :

Recrutement. — Le recrutement sera assuré dans les conditions fixées par les articles 30 et suivants de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée.

Avancement. — Les dispositions à appliquer seront celles actuellement prévues pour les « officiers de réserve » et les « officiers de l'armée territoriale » par le décret du 10 décembre 1907 et par les règlements spéciaux aux diverses armes et services.

Chaque fois que les conditions imposées pour l'accès à un même grade seront différentes pour les deux catégories d'officiers jusqu'ici distinctes, les conditions à exiger des officiers du nouveau cadre seront les conditions imposées par la réglementation en vigueur à celle des catégories la plus favorisée.

Conseil d'enquête. — Les dispositions du décret du 8 novembre 1903 continueront à être appliquées, compte tenu, pour le choix des deux officiers les moins élevés en grade, de la fusion en un seul cadre prévu à l'article 1er ci-dessus.

Radiation des cadres. — La radiation des cadres sera faite dans les conditions prévues par les dispositions du décret du 31 août 1878 et de la loi du 2 avril 1918, étant entendu que les dispositions de ce décret relatives soit au passage des officiers de la réserve dans l'armée territoriale, soit au maintien dans l'ancien cadre des officiers de réserve, cesseront d'être appliquées.

14 *juin* 1924.

— **Académie de médecine.** — Approbation de *l'élection de M. le Dr J. Renault*, comme membre de l'Académie de médecine.

15 *juin* 1924.

— **Bureaux d'hygiène.** — *Vacance de la direction du Bureau d'hygiène d'Alais (Gard).*

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Alais.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication pour adresser au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

18 *juin* 1924.

— **Chasse.** — *Décret du 3 juin 1924 relatif à la prorogation de la validité des permis de chasse.*

Les autorités chargées de la délivrance des permis auront la faculté d'en proroger d'année en année la validité pendant une période maximum de quatre ans. Chaque prorogation, qui devra faire l'objet d'une demande sur papier timbré, sera constatée par l'apposition d'un timbre mobile sur la formule dont le titulaire est déjà muni.

Il est créé à cet effet deux timbres mobiles, l'un de 44 fr. pour les permis de chasse départementaux et l'autre de 116 fr. pour les permis de chasse généraux..

Erratum (*J. O.*, 20 juin)

Précision. — Les *Aphorismes vécus* publiés dan le dernier numéro sont de notre confrère, E. Crouzel, du Buisson ; *suum cuique.*

Vol 2

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1590-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

Documents Officiels

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Maguin, d'Audruicq (Pas-de-Calais), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax - les - Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon - Lancy. Belloeuf, Compin.
Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo - les - Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pomarède, Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel - Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains Ballivet.
Eaux - Bonnes. Creignou. Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les - Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès,
Luxeuil-les - Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros, Verrier.
Plombières - les - Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins - les - Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint - Gervais - les - Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon - les - Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 292. — Instr., appar. électr. et mobil. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris 13e.

No 293. — Sœur de médec. exc. éduc. et instruc. accepter. empl. dame de compagn. ou qq. heures p. jour, lecture et convers. auprès pers. âgée, inf. ou mal.

N° 294. — A céder pr. cause santé, cab. radiol. av. matér. compl. belle client. exc. rapp. à Albi (Tarn). S'adr. Dr Henri Massol, av. de la Gare, Saint-Juéry (Tarn).

N° 295. — Très beau lit de mass. syst. spécial, 1 gr. banq. gymnast., 2 vibrat., 1 pachon, 1 sphygmographe, Guimard, 14, rue Th. de Banville, matin.

N° 296. — Vve Dr habit. plage Norm. prendr. enf. vac. 4 à 9 ans.

N° 297. — On dem. poste méd. 1/2 repos, avec ou sans pharm., rapp. minim. 30.000 fr.

N° 298. — Dr Harlet, Roubaix, ferait consult. confr. parisien, 1re sem. sept. Condit. coucher famille, 5 pers.

N° 299. — A céd. dans banl. imm. excel. poste, très gros prod., petit ray., pavill. aff. en progr. S'adress. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 300. — Très anc. poste dans rég. riche, beau ray., rapp. très import., gr. mais. av. jard. et dépend. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 301. — Sud-Ouest. A céd. cause dép., poste méd., génér. av. succ. radio. Sous-préf. agréab. très proche gr. ville. Suite bail mais. locat. minime. Rapp. 30.000 fr. suscept. augm. Prix : 15.000 fr. Pressé.

CORRESPONDANCE

La Zomine.

Pour répondre aux lettres d'un grand nombre de correspondants :

Le jus de viande desséché, ou *zomine*, peut se trouver à la pharmacie du Palais-Royal, 10, rue Richelieu, Paris.

1663. — Privilège en cas de dernière maladie.

Dans le cas de décès d'un malade, la note d'honoraires du médecin qui a soigné ledit malade dans sa dernière maladie n'a-t-elle pas un tour privilégié ?

Et dans l'affirmative, devant le mauvais vouloir du liquidateur de la succession (le malade ayant été déclaré en faillite après sa mort), à qui dois-je m'adresser ?

Dr N.

Réponse.

En vertu de l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, les médecins bénéficient d'un privilège pour les soins donnés pendant la dernière maladie. Ce privilège ne

peut être exercé que pour les soins donnés à la personne dont les biens sont vendus.

Mais ce privilège est d'ordre légal et il n'appartient pas à un syndic de faillite de vous le refuser si vous justifiez avoir donné vos soins au failli pendant sa dernière maladie.

Nous vous conseillons donc de produire votre créance au passif de la faillite, en demandant expressément de bénéficier du privilège que vous accorde la loi. Si le syndic refuse encore de vous admettre au passif par privilège, votre seule ressource sera de l'assigner devant le Tribunal pour entendre dire que votre créance sera admise par privilège.

Nous nous tenons à votre entière disposition si dans la suite vous avez besoin de nos avis.

1620. — Indemnité journalière en cas d'accident du travail.

Il vient, depuis quelques mois, de s'installer dans le pays une exploitation de carrière comprenant environ 25 à 30 ouvriers.

Le directeur de l'exploitation a assuré ses ouvriers à la Compagnie X. (Je ne mets pas cette Compagnie en cause, car les autres Compagnies font de même).

Or, cette Compagnie, dans son contrat, porte imprimées les clauses suivantes :

Extrait de la loi du 9 *avril* 98..............

....

....

ART. 3. — ....

Incapacité temporaire : .... Si l'incapacité de travail a duré plus de 4 jours, elle donne droit à une indemnité journalière, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident, à moins que le salaire soit variable..... L'*indemnité est due à partir du* 5e *jour* après celui de l'accident, toutefois elle est due à partir du 1er jour si l'incapacité de travail *a duré plus de dix jours.*

Je viens vous demander :

Cette clause est-elle légale ? (à partir du 5e jour).

Voici, en effet, ce qui se passe : dans la carrière en cause, il arrive souvent que des ouvriers à la suite d'explosions de mines soient atteints de jets de pierre.

Ces ouvriers, en toute loyauté, méritent 2 à 3 jours au maximum de repos. En toute conscience, j'établis mon certificat de cette façon. Résultat : l'ouvrier ne touche rien. Au contraire, un confrère averti, à chaque fois, met une incapacité de travail de dix jours. L'ouvrier touche. Résultat : les ouvriers me quittent tous.

Je laisse le procédé confraternel de côté. Chacun fait ce que sa conscience lui permet de faire. Mais, vraiment, la loi est-elle ainsi conçue qu'il faut que je

fasse un faux, une malpropreté, pour que l'ouvrier ait droit à son indemnité ?

En un mot, est-il exact qu'un accidenté du travail n'ait pas droit aux 4 premiers jours de maladie ? est-il vrai que, pour défendre l'intérêt de cet ouvrier, le médecin soit obligé de faire un faux et, pour un accident méritant 3 ou 4 jours de repos, de lui prescrire un minimum de repos de dix jours ?

Dr X.

Réponse

Ce ne sont pas les Compagnies d'assurances, qui d'ailleurs n'ont pas le droit d'apporter aucune modification aux avantages accordés par la loi aux victimes d'accidents du travail, mais la loi du 9 avril 1898 elle-même qui, dans son article 3, édicte les dipositions que vous reproduisez dans votre lettre. Cette mesure a été prise pour empêcher la simulation de blessures légères qui aurait été pratiquement impossible à dépister. Mais, pour ne pas faire perdre au blessé grave ses quatre premiers jours de demi-salaire, il a été décidé que, si l'incapacité durait plus de dix jours, le blessé aurait droit à son demi-salaire dès le lendemain de l'accident.

1616. — Droits des herboristes

Quels sont les médicaments et objets de pansements qu'un herboriste a le droit de vendre (par exemple, peut-il délivrer de l'eau oxygénée, huile de ricin, etc., etc.).

Dr G.

Réponse.

Les herboristes ont seulement le droit de vendre « des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes fraîches ou sèches » (article 37 de la loi du 21 Germinal an XI). Ils peuvent vendre également des objets de pansement simples, tels que du coton hydrophile, des bandes, etc..., comme n'importe quel particulier non pourvu du diplôme de pharmacien, mais non des objets de pansement médicamenteux.

Un herboriste qui vendrait de l'eau oxygénée ou de l'huile de ricin se rendrait coupable du délit d'exercice illégal de la pharmacie.

1661. — Accident de tramway. Recouvrement des honoraires.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, de donner des soins, à un individu victime d'un accident de tramway (*accident de droit commun*), accident reconnu *par la Compagnie de tramway.*

Lorsque le blessé a été guéri, je lui ai remis la note de mes honoraires, en lui disant de venir me la régler dès qu'il serait payé par la Compagnie de tramway ou par la Compagnie d'assurances couvrant ladite Compagnie.

Au bout de quelques temps, ne voyant rien venir, j'ai envoyé ma note à la Compagnie d'assurances, que je savais devoir se substituer à la Compagnie de tramway. Cette dernière m'a fait la réponse suivante : « Malheureusement, faute d'avis préalable de « votre part, nous avons réglé par transaction, le 2 « janvier 1924, pour *indemnité, frais médicaux et* « *pharmaceutiques*, une somme de 1.800 fr. La note « que nous avait présentée le sieur X portait pour « frais médicaux fr. 315 ». Nous regrettons dès lors « de ne pouvoir vous donner satisfaction, espérant « toutefois que vous pourrez vous faire désintéresser « par le sieur X... ».

Ce dernier (le blessé) ne m'a pas donné signe de vie. Je viens vous demander, *si, dans ce cas*, estimant que la Compagnie n'aurait pas dû payer au blessé le montant de ma note d'honoraires, je ne suis pas en *droit d'obliger la Compagnie à me payer.*

Le pharmacien se trouve dans la même situation que moi, les médicaments qu'il a fournis ne lui ont pas été payés.

Dr S.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident de droit commun et non d'un accident du travail vous n'avez aucune action en recouvrement de vos honoraires contre la Compagnie de Tramway qui s'est reconnue responsable de l'accident, faute de lien de droit avec elle. Pour qu'il en fût autrement, il aurait fallu que vous fissiez opposition entre ses mains sur l'indemnité due par elle au blessé et avant le paiement de cette indemnité.

Maintenant qu'elle a réglé le sinistre avec la victime de l'accident, c'est à cette dernière seule que vous pouvez réclamer vos honoraires.

1641. — Les quittances d'honoraires médicaux ne sont pas exemptes de timbre.

Ayant décidé de supprimer les Sociétés de Secours mutuels à partir du 1er juillet, je viens vous demander le renseignement suivant :

Comme les clients nous payeront directement et demanderont un reçu, sommes-nous tenus de mettre un timbre de 0,25 pour toute somme excédant 10 fr. ?

Ou alors, ces malades faisant partie d'une Société de secours mutuels, les reçus que nous leur délivreront sont-ils exempts de timbre, et, dans ce cas, quelle formule devrons-nous écrire sur ces reçus pour éviter des ennuis ?

Vous comprendrez que ce renseignement nous sera de la plus haute utilité, car les présidents des Sociétés vont chercher, par tous les moyens, à nous prendre en faute.

Dr Z.

Réponse.

L'exemption de timbre et d'enregistrement ac-

cordée par l'article 19 de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels est spéciale aux sociétés qui ont fait approuver leurs statuts par arrêté ministériel. De plus, cette exemption n'est accordée que pour les actes ou les versements concernant strictement les rapports entre les sociétés et leurs adhérents.

Mais, dans vos rapports avec vos clients, qu'ils soient ou non membres de sociétés de secours mutuels, il ne peut s'agir que de l'application du droit commun. Vous devez donc apposer un timbre de 0,25 sur tout reçu de somme supérieure à 10 francs et ne dépassant pas 100 francs, sous peine de vous exposer à une forte amende. C'est seulement en matière d'accidents du travail, où la loi est conçue en termes plus généraux, que les reçus que vous pouvez délivrer n'ont pas besoin d'être revêtus de timbres quittance.

1430. — Maladie contractée en service militaire

Le *Concours médical* pourrait-il me donner quelques indications au sujet des lois concernant les militaires malades d'après guerre ?

Voici le cas :

Un jeune soldat des troupes d'occupation s'est présenté à la visite un mois avant sa libération et il a été temporairement exempté de service pour torticolis.

Revenu dans ses foyers, il est reconnu atteint de mal de Pott sous-occipital compliqué de dysphagie et de troubles médullaires.

Peut-on considérer la maladie de ce soldat comme imputable au service ?

Dans ce cas quelles démarches faut-il faire :

1° Pour le faire soigner ;

2° Pour le présenter à un conseil de réforme ?

Dr B.

Réponse.

1° Que cet ex-soldat adresse aussitôt au Directeur du Service de Santé de sa région, par lettre recommandée, une demande pour être visité par un Centre de réforme en vue d'une indemnisation.

2° Dès qu'il aura passé devant une Commission de réforme, il pourra demander à être inscrit sur la liste provisoire des bénéficiaires de l'article 64 (soins gratuits). En attendant, il ne peut que se faire soigner par ses propres moyens.

1509. — Situation militaire d'un médecin de complément

Classe 1895.

J'ai été mobilisé du 2 août 1914 au 25 décembre 1918, démobilisé comme père de 3 enfants, classe 1892.

(*Voir la suite page XLVII-1635*)

PROPOS DU JOUR

Le Mouvement Sanitaire

Nous avons annoncé l'apparition du *Mouvement Sanitaire*, l'organe de l'Association des médecins hygiénistes français. Que nos confrères, attachés aux divers services d'hygiène, départementaux, municipaux ou autres, aient cherché à créer des liens entre eux, à défendre leurs situations souvent assez mal définies, à faire respecter leurs droits, livrés trop souvent aux caprices des municipalités, à l'arbitraire des hauts fonctionnaires et à la fluctuation de la politique, ceci est fort naturel et ils ne sauraient trouver auprès de nous que des encouragements et un appui. Mais le *Mouvement Sanitaire* a une ambition plus grande, un but plus élevé ; il désire servir d'agent de liaison entre les hygiénistes officiels et tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent aux questions d'hygiène publique ou sociale. Parmi ces derniers, au premier rang, sont les médecins praticiens, et nous ne saurions mieux faire que de citer le passage ayant trait aux médecins praticiens de l'article de présentation que notre distingué confrère, le Dr G. Dequidt, inspecteur général au ministère du travail et de l'hygiène, un des fondateurs du *Mouvement Sanitaire*, a écrit en tête du premier numéro :

Nous rendons un simple hommage à la vérité, écrit M. le Dr G. Dequidt, en affirmant avec tous les spécialistes que l'hygiène officielle ne saurait atteindre son but si elle n'est soutenue, appuyée par de nombreuses et généreuses inititatives privées, collectives ou individuelles.

Et parmi les collaborateurs indispensables au bon fonctionnement des services publics d'hygiène, n'est-ce pas presque banalité d'affirmer qu'une place spéciale au premier rang revient aux *médecins praticiens* ?

La protection de la Santé publique ne repose-t-elle pas sur les mêmes bases que l'exercice de la médecine, et l'expérience n'a-t-elle pas démontré que l'action prophylactique et l'action de propagande sanitaire, exercée par l'autorité publique, ne sont réellement fécondes que grâce à l'adhésion unanime des médecins ?

Pour obtenir cette adhésion, il convient sans doute de respecter leurs intérêts légitimes et c'est là une exigence trop naturelle, mais nous connaissons aussi l'idéalisme traditionnel des médecins français, leur dévouement à l'intérêt général et ce serait crime et faute de méconnaître leur rôle dans un domaine où il doit être prépondérant.

Aussi bien, la transformation évidente de la profession médicale sous l'influence des progrès de la technique et de l'évolution des idées sociales, justifie-t-elle un rapprochement de plus en plus étroit entre la médecine thérapeutique et la médecine préventive — qui n'est autre que l'hygiène — et ceux qui les personnifient.

Très légitimement, les préoccupations relatives à l'organisation des services sanitaires publics se font jour dans les revues médicales et professionnelles comme le « *Concours médical* » et le « *Médecin syndicaliste* », pour ne citer que les plus importantes d'entre elles.

Le temps n'est pas si lointain où ces questions laissaient indifférents les médecins et leurs conseillers, et nous saluons comme particulièrement heureuse une évolution dont la santé publique sera la principale bénéficiaire.

Que des divergences puissent se manifester entre le corps médical et les hygiénistes officiels au sujet de la conception et la pratique de méthodes applicables à l'hygiène, nous ne le nions pas, mais nous ne saurions nous en alarmer.

La bonne foi de chacun et une foi identique dans un idéal commun sont des garants suffisants de la facilité d'une entente cordiale et intime vers laquelle cette revue tendra tous ses efforts.

M. le Dr Dequidt peut être assuré que la même bonne foi, le même désir d'entente intime et cordiale existe et existera au *Concours médical*. Nous nous permettrons de lui faire remarquer qu'il commet cependant une légère erreur en affirmant que « le temps n'est pas si lointain où ces questions laissaient indifférents les médecins et leurs conseillers ». Il y a plus de trente ans que nous nous occupons à la fois de syndicalisme, d'hygiène et de médecine sociale, et nous n'avons cessé, ici et ailleurs, de faire tous nos efforts pour intéresser les médecins praticiens aux questions d'hygiène et de médecine sociale. M. Dequidt voudra bien nous permettre de signaler ce que quelques-uns d'entre nous ont tenté. Ancien collaborateur de Bourneville (1), nous n'avons cessé

(1) Bourneville, membre du Conseil supérieur d'hygiène, fut un maître en hygiène urbaine, scolaire et hospitalière. Ce fut lui qui, au Conseil municipal de Paris,

personnellement, soit au Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, soit à celui de l'Union des Syndicats médicaux dont nous fûmes quinze ans secrétaire général, d'inciter nos confrères à se préoccuper d'hygiène et de médecine sociale. L'hygiène alimentaire, l'alcoolisme, la lutte contre la tuberculose et l'influence des taudis qui nous amena en 1903, 1904 et 1905 à collaborer avec l'éminent créateur du Casier sanitaire des maisons de Paris, M. Juillerat, les colonies scolaires de vacances, l'hygiène scolaire en général, l'organisation des écoles d'infirmières, et de leur enseignement, etc., etc., furent pendant 30 ans nos préoccupations presque journalières : il suffirait de feuilleter les collections du *Progrès médical*, du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux*, du *Concours médical* pour s'en assurer. Il ne faut pas oublier que ce fut le Dr Séailles, qui fonda et administra à Paris dans le XVIIe arrondissement, un des premiers dispensaires antituberculeux du type Malvoz-Calmette, et le Dr Séailles était président du Syndicat des médecins de la Seine ; que ce fut le Dr Lande, maire de Bordeaux et président de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui réorganisa les services d'hygiène de cette grande ville et créa à l'hôpital du Tondu une des premières écoles d'infirmières, fonctionnant en France selon les directives de Florence Nightingale. Il ne faut pas oublier surtout que ce fut le Dr Jeanne, notre très regretté prédécesseur au *Concours médical*, qui organisa à Meulan, où il exerçait, et ceci *il y a plus de trente ans*, le bureau d'hygiène de cette petite ville, bureau d'hygiène devenu par une entente intercommunale celui du canton de Meulan. Cette institution fonctionna par la coopération et sous le contrôle du corps médical de la région dont Jeanne était le conseiller écouté, nous allions dire, pour nous servir d'un mot à la mode, l'animateur.

Ce fut le 18 novembre 1894 (il y a donc exactement trente ans), à l'Assemblée générale du *Concours médical*, que Jeanne exposa ses expériences d'hygiène et de médecine sociales dans un rapport qui fit quelque bruit et dont fut saisi M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, rapport intitulé : *Applications des lois médicales en Seine-et-Oise*. Nos efforts ne furent jamais interrompus et nous valurent la sympathie de M. Mirman, un des successeurs de M. H. Monod, dont les encouragements ne se démentirent jamais et qui a bien voulu, alors qu'il occupait de hautes fonctions d'ordre différent, ne pas oublier le *Concours médical*.

Nous ne pouvons faire ici en détail l'historique de tout ce que les médecins praticiens, et surtout leurs conseillers (Cézilly, Gassot, Gibert, du Havre, Porson, Mignen, Jeanne, de Fourmestreaux, Lande, Gairal, Boudin et autres) ont fait pour favoriser l'organisation de l'hygiène et de la médecine sociales en France. Il importerait de savoir si leur collaboration a été appréciée, recherchée, si même elle a été souvent loyalement accueillie, si, dans l'élaboration des lois, dans la réglementation de leur application, dans les conseils et les comités consultatifs, on a fait volontiers appel à la bonne volonté de médecins praticiens. M. le Dr Dequidt nous permettra de lui affirmer que c'est surtout dans les milieux administratifs que s'est produit un changement, et « nous saluons, à notre tour, comme particulièrement heureuse, cette évolution dont la santé publique sera la principale bénéficiaire. »

Nous n'avons pas la prétention d'organiser et de réglementer à nous seuls l'hygiène et la médecine sociales dans ce pays ; mais nous entendons ne pas être traités en quantité négligeable dans les calculs de ceux qui, officiellement, s'occupent de cette organisation, comme cela s'est produit récemment et publiquement.

Aussi, saluons-nous avec la plus grande cordialité la naissance de notre nouveau confrère : *Le Mouvement Sanitaire*. La présence de personnes, comme les Drs Dequidt, Ott, Zipfel, Dejust, Martial, Cruchet, Molinéry, Bellencontre, Thierry, président et secrétaire, de l'A. G., de Mlle de Joannis et de beaucoup d'autres, que nous re-

---

à la Chambre des députés et ailleurs, contribua puissamment à la réalisation de l'épandage des eaux d'égoûts, à celle de la crémation, à l'organisation d'un enseignement technique du personnel hospitalier, s'inspirant de Saint-Vincent de Paul et de Florence Nightingale. Ce fut lui qui réclama la création de classes spéciales dans les écoles pour les enfants arriérés, classes réalisées à l'étranger et qui sont encore à l'état de projet à Paris. Ce fut lui qui réalisa, à Bicêtre, il y a plus de 40 ans, la méthode médico-pédagogique, qui nous revient de l'étranger comme une nouveauté et qui avait été créée il y a un siècle en France par Itard pour élever des sauvages de l'Aveyron, par Edouard Seguin, instituteur à Bicêtre, et perfectionnée par Delassauve, médecin de Bicêtre, et par beaucoup d'autres. Mais nous découvrons chaque jour dans les autres pays ce qui a été inventé chez nous, et que par veulerie, indifférence ou jalousie, nous avons sottement oublié.

Il en est de même du programme de l'enseignement des infirmières élaboré, il y a près de cinquante ans, par Bourneville avec une méthode, une conscience et une compétence que nous n'avons pas, hélas ! rencontrées dans le sommaire type de la Commission de perfectionnement des écoles d'infirmières.. Nous nous sommes permis de signaler naguère à nos lecteurs l'incohérence et la méconnaissance absolue des nécessités de cet enseignement, qui sont malheureusement trop évidentes dans ce document officiel.

J. N.

levons dans le comité de rédaction, nous donne toute confiance. Nous sommes certains de trouver dans le *Mouvement Sanitaire* une tribune où il sera permis d'exposer et de discuter avec courtoisie et en toute loyauté les opinions les plus divergentes, assurés que nous sommes que le seul mobile des rédacteurs sera la recherche de la coopération de toutes les activités pour le bien public et la sauvegarde de l'avenir sanitaire de la France.

J. Noir.

R. H. M. S. : 8014

Les Journées médicales de Bruxelles

Nous venons d'assister à ces Journées. Nous en rapportons une impression inoubliable, un souvenir ému.

Nous ne savons trop ce que nous devons le plus louer, en effet, de la parfaite organisation et du substantiel programme scientifique qu'il nous a été donné d'admirer au cours de ces quatre jours si bien remplis, ou des soins touchants dont nous avons été entourés, des marques d'estime et d'amitié qui nous ont été prodiguées, de la cordiale hospitalité avec laquelle nous avons été accueillis par nos confrères et amis belges et par leurs aimables femmes.

Nous donnerons la semaine prochaine un compte rendu détaillé des Journées médicales. Mais, sans plus attendre, nous tenons à adresser nos bien vifs remerciements et nos hommages les plus respectueux à Mmes Mayer, Beckers, Bernard, de Keyser, Weymeersch, Gallmaerts, Von Langendonck, dont la réception gracieuse et empressée nous a très vivement touchés.

La quatrième session des Journées médicales de Bruxelles a été tout particulièrement brillante.

Nos amis du *Bruxelles médical* peuvent être fiers de leur œuvre. Ils ont bien mérité de leur noble Belgique, dont ils savent si bien promouvoir l'activité scientifique, et aussi de la France, dont la science médicale a trouvé en eux de sympathiques et avisés propagandistes.

A toutes et à tous, merci.

Tous nos compliments, enfin, à M. R. Lépine, l'organisateur parfait de l'Exposition d'instruments de chirurgie, de matériel de laboratoire, de spécialités pharmaceutiques, annexée aux Journées médicales.

J. Noir, G. Duchesne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

VI

L'Athrepsie

Par P. Rohmer

Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

La maladie que nous désignons sous le nom d'« athrepsie du nourrisson » est connue depuis l'antiquité. Le nom lui-même vient de Parrot, qui a fait de l'image clinique de l'affection une description qui est restée classique :

« ..... la peau, devenue trop ample pour les parties qu'elle est destinée à couvrir, se vide et forme de larges plis. Ceux du visage, surtout, attirent l'attention par leur relief et leur fixité. Les joues se creusent profondément ; les maxillaires se rapprochent, et la physionomie des malades rappelle celle des vieillards amaigris. D'autres fois, la saillie de la mâchoire et des orbites donne au facies quelque chose de simien. Le squelette se dessine de plus en plus ; les jointures prennent des proportions démesurées ; toutes les crêtes, toutes les saillies se marquent ; et de l'individu ainsi consumé, il semble ne rester que les parties trop dures pour être résorbées. Alors même qu'ils sont déjà profondément amaigris, ces athrep-

(1) Voir *Concours Médical*, 1924 Nos 5, 9, 14, 18 et 22.

siés présentent une avidité, une ardeur à prendre le sein ou le biberon, une vivacité du regard, une rapidité dans les mouvements, que l'on croirait incompatibles avec l'état de leurs organes, et qui témoignent d'une certaine vigueur originelle et d'une véritable aptitude à résister au mal ».

Rien n'est plus facile que de reconnaître un état pareil, quand il est bien développé, et rien n'est plus difficile que de l'expliquer ! Nous essayerons de le faire, en étudiant comment il se produit.

Ce qui caractérise à première vue l'athrepsie, c'est la diminution, puis la disparition complète du pannicule adipeux. M. Marfan établit sur cette fonte progressive de la graisse ses trois degrés de l'hypothrepsie légère, de l'hypothrepsie sérieuse et de l'athrepsie. Le premier degré est caractérisé par l'amincissement du pannicule adipeux, qui commence toujours au niveau de l'abdomen, la face restant intacte ; la courbe du poids est moins ascendante ou horizontale, la guérison encore facile. Dans le deuxième degré (forme grave), la graisse a complètement disparu dans la région abdominale et le reste du tronc, et tend à disparaître sur les membres ; la figure conserve encore sa couche graisseuse. Le poids n'augmente plus et tend à baisser. Le pronostic est grave. Dans l'athrepsie (3e degré), disparaît la dernière réserve graisseuse, même dans la figure ; la chute du poids est plus ou moins rapide, mais continuelle. La progression de la taille s'arrête aussi ; la température est subnormale ; le pouls et la respiration sont ralentis. Ces cas seraient presque toujours incurables.

D'après Marfan, il y a d'abord autophagie de la graisse ; tant que celle-ci n'est pas épuisée, la consommation de l'albumine serait minime. Ce ne serait que dans l'état d'athrepsie, les réserves graisseuses étant épuisées, que l'organisme, comme dans l'inanition, se nourrit de sa substance protéique ; en même temps, les tissus perdent l'eau et les substances minérales qui entrent dans leur constitution. « Ce qui distingue cependant », d'après cet auteur, « l'inanition simple de l'hypothrepsie-athrepsie, c'est que dans celle-ci, un trouble de la nutrition identique à celui de l'inanition se produit, *alors même que l'enfant reçoit une quantité suffisante d'aliments, alors même que les désordres digestifs sont absents ou ont disparu ou sont très légers.* » L'athrepsie se présenterait donc comme une inanition progressive, causée par une incapacité toujours croissante de l'organisme d'utiliser la nourriture. Il se figure l'assimilation liée à certains ferments hypothétiques (« trophozymases »), qui seraient nécessaires à l'assimilation ; c'est l'épuisement de la zymogénèse (fonction élaboratrice des enzymes de la digestion et de la nutrition) qui serait la cause de l'incapacité d'utiliser la nourriture et constituerait en dernier lieu la nature même de l'athrepsie.

L'observation clinique nous montre cependant que l'évolution de l'athrepsie est plus compliquée. Nous voyons que la marche chronique de l'affection est à tout moment interrompue par les troubles digestifs aigus qui prennent un caractère de gravité de plus en plus accentué, à mesure que la maladie progresse. Ils se distinguent de la dyspepsie aiguë simple ou diarrhée commune des nourrissons par leur retentissement considérable sur l'état général des enfants, et, en particulier, par ce fait qu'ils s'accompagnent régulièrement d'une perte de poids plus ou moins rapide, mais continuelle. Pendant ces accidents aigus, la combustion de graisse, suite d'une sous-alimentation plus ou moins grande, ne joue qu'un rôle accessoire ; les fortes chutes du poids ne s'expliquent que par une déperdition d'eau et de minéraux ainsi que, dans une proportion plus faible, de matières azotées.

Finkelstein a particulièrement insisté sur ces chutes de poids aiguës auxquelles il a donné le nom de « décomposition » ; il voit le processus essentiel dans une désintégration cellulaire, qui est caractérisée par la perte rapide d'eau, de substances minérales et d'azote ; la fonte de la graisse est un phénomène accessoire qui est dû à l'inanition concomitante. La désagrégation des cellules a son origine dans la diminution de la solidité de leur structure, qui a pour effet qu'elles abandonnent sous l'action du moindre choc leur eau et leurs minéraux.

Nous avons l'habitude de désigner les diarrhées aiguës, s'accompagnant de chutes de poids, qui surviennent dans le décours de l'hypothrepsie-athrepsie et en précipitent l'évolution, du nom de « *dyspepsie atrophiante* ».

Comment se produit maintenant l'état d'athrepsie chronique ? Considérons d'abord le cas le plus simple de l'inanition ! La sous-alimentation ou l'inanition complète provoquent en général, chez le petit nourrisson, plus rapidement la dénutrition que chez les sujets plus âgés, parce qu'il a un grand besoin de nourriture plastique et calorigène par suite de sa croissance rapide, de son activité cellulaire plus énergique et du rayonnement plus grand de la surface de son corps. L'énergie de la croissance est si puissante chez le jeune nourrisson qu'elle se poursuit même dans l'inanition, en prélevant ses matériaux sur le propre organisme.

Il est donc probable que dès le début de l'hypothrepsie, certains districts cellulaires sont lésés. Dans l'athrepsie, l'épuisement cellulaire progresse rapidement ; il en résulte, d'une part, une raréfaction de la substance des tissus qu'on a trouvés plus riches en eau et plus pauvres en matières solides que ceux d'enfants normaux, d'autre part, un ébranlement de la structure

intime du protoplasme, qui se désagrège plus facilement, entraînant une déperdition rapide d'eau, d'azote et d'alcalins (potassium).

Mais ce cas le plus simple d'une athrepsie, suite d'inanition, n'est presque jamais réalisé. Habituellement, elle est la suite de troubles digestifs aigus et chroniques ; nous y sommes donc en présence d'une pathogénie complexe, dans laquelle rentrent, à côté de la sous-alimentation, l'action pathogénique spécifique des dystrophies alimentaires, —la dystrophie du lait de vache lèse l'organisme autrement que celle qui est due à la farine, — et surtout des dyspepsies aiguës que nous trouvons dans l'histoire des athrepsiques, alternant avec les troubles alimentaires chroniques, se renouvelant à tout moment, et laissant chaque fois l'enfant plus amaigri, plus faible et moins résistant. L'observation clinique et les expériences qu'on a faites sur les animaux démontrent que l'organisme est beaucoup plus sensible à ces diarrhées aiguës avec leur perte d'eau et de minéraux, qu'à l'autophagie lente de la graisse, suite de faim. Ce sont donc ces accidents aigus qui sont le plus à craindre dans l'hypothrepsie-athrepsie ; plus la chute a été rapide, plus le cas est grave, et ce sont eux qui amènent en dernier lieu — s'il n'y a pas de complications — la mort de l'enfant athrepsique. Cette mort surviendra d'autant plus facilement que l'enfant sera plus épuisé et amaigri, mais il faut bien souligner que ces chutes aiguës du poids peuvent amener l'enfant à la mort, par ce fait que la perte d'eau et de certains minéraux a dépassé la limite extrême de ce qui est compatible avec la survie, sans que la disparition du pannicule adipeux ait atteint le degré extrême qui caractérise l'athrepsie chronique de Marfan.

On peut conclure des considérations précédentes qu'il y a, dans l'athrepsie, autophagie de la graisse, épuisement des réserves minérales, raréfaction de la substance azotée et ébranlement de la structure protoplasmatique des cellules qui se désagrègent plus facilement que chez les enfants normaux. Chacun de ces facteurs se rencontrera à un moment donné, selon l'étiologie et l'évolution spéciale de chaque cas, dans des proportions différentes dans l'ensemble des éléments pathologiques qui composent la maladie.

Dans le *traitement*, il faut distinguer entre celui des accidents aigus et celui de l'état de dénutrition chronique.

Nous traiterons la *dyspepsie atrophiante* d'après les mêmes principes que j'ai recommandés pour la dyspepsie simple. Mais on se souviendra que l'organisme, plus épuisé, *ne supporte pas du tout l'inanition*, et est surtout gravement menacé du manque d'eau et de principes minéraux. On réduira donc la diète hydrique à huit heures et on donnera pendant ce temps, et pendant la période de réalimentation, beaucoup d'eau ou, mieux encore, de solution physiologique ou de solution de Ringer, jusqu'à un total de 200 gr. par jour et par kilo de poids. Cette eau se donnera par la bouche, ou, si l'enfant vomit, par des lavements de 80 à 100 gr., plusieurs fois répétés, par le goutte-à-goutte ou par infusion sous-cutanée. Pour l'alimentation, on choisira les aliments-médicaments les plus énergiques (lait de femme, lait albumineux, babeurre, etc.) et on les donnera dans des quantités plus prudentes, en commençant, par exemple, avec 50 gr. par kilo et 24 heures, et en augmentant les doses en deux ou trois jours à 100-120 gr. jusqu'à ce que la courbe du poids devienne horizontale ou commence à monter. Si les selles deviennent meilleures, on augmente alors jusqu'à 200 gram. par kilo.

Si l'on n'arrête pas la chute du poids, les enfants tombent rapidement dans l'état *d'athrepsie aiguë*.

Nous désignons par ce terme le degré extrême de la dyspepsie atrophiante. Les enfants qui sont plus ou moins amaigris, mais qui peuvent encore avoir conservé une certaine partie de leur pannicule adipeux, se trouvent, à la suite de diarrhées et d'une perte d'eau continuelles, dans un état de faiblesse et de prostration extrême. Le teint est plombé, la peau desséchée, les yeux enfoncés, la température hypothermique, le pouls ralenti, très faible, souvent imperceptible ; dans les cas très graves, le premier bruit du cœur a disparu. S'il n'y a pas de complication toxique ou infectieuse, la lucidité est parfaitement conservée. On peut admettre que cet état marque la limite extrême de ce que l'organisme peut perdre en eau et en minéraux, sans succomber. A ce moment, l'inanition est aussi redoutable que l'alimentation ; c'est là que s'applique en première ligne la recommandation thérapeutique de donner, après une diète hydrique de quelques heures, dix fois par jour 15 à 20 gr. de lait de femme, ou d'un succédané, avec des quantités d'eau suffisantes. Tout le monde sait que les résultats de ce traitement sont loin d'être toujours satisfaisants. Depuis plusieurs années, nous l'avons abandonné, et nous traitons ces cas avec *du lait de nourrice écrémé*, dont nous donnons aux enfants à peu près le double des doses de lait de nourrice ordinaire, que je viens de citer.

En dehors de ces accidents aigus très graves, dont le traitement demande absolument l'outillage d'un service clinique bien organisé, le traitement de l'athrepsie est dominé, en première ligne, par la réaction gastro-intestinale. Autrefois, dans certaines écoles étrangères, on craignait la suralimentation, la disproportion entre l'action trop intensive de la nourriture et la réac-

tion affaiblie de l'organisme ; la quantité et la qualité de l'aliment ne devaient pas dépasser la « tolérance alimentaire », de peur de provoquer une « réaction paradoxale », une chute du poids, accompagnée de symptômes généraux et de troubles gastro-intestinaux. L' « épreuve de la tolérance » occupait une place importante dans le diagnostic et le traitement de ces affections ; c'était l'abaissement de la tolérance qui caractérisait les diverses étapes de la « décomposition » (FINKELSTEIN).

L'observation clinique nous montre que, contrairement à cette doctrine, le traitement dépend en réalité entièrement de la réaction gastro-intestinale ; c'est donc de *tolérance digestive* qu'on devrait parler. Si la digestion est bonne, la seule règle est de *suralimenter* les enfants. Les athrepsiques chroniques incurables deviennent de plus en plus rares, dans nos services, depuis que nous tenons compte de l'énorme besoin de nourriture qu'ont ces enfants, qui dépasse souvent 200 calories par kilo. Quand les selles sont bonnes et qu'aucun accident aigu n'a immédiatement précédé le commencement du traitement, on peut donner toute de suite d'assez fortes doses d'une nourriture appropriée, même à des athrepsiques du troisième degré. Il est naturellement bien entendu qu'on choisira toujours, pour le début, un des aliments-médicaments, que j'ai déjà souvent mentionnés, qu'au début, on commencera généralement avec des doses plus prudentes et qu'on surveillera bien la réaction gastro-intestinale, chaque diarrhée pouvant être funeste à ces enfants.

Les deux points que nous venons de discuter n'épuisent pas le problème de l'athrepsie, qui renferme encore beaucoup d'inconnues. On a fait remarquer, par exemple, qu'au début de la convalescence, les athrepsiques, tout en ingérant et en assimilant des quantités suffisantes de nourriture, n'augmentent pas en poids, tandis que leur état général s'améliore visiblement. On admet généralement que, pendant cette période que le médecin doit connaître et à laquelle il faut qu'il s'attende, se fait le travail de reconstitution cellulaire, qui doit nécessairement précéder la reprise de la croissance pondérale.

Finalement, il y a d'autres cas qui sont traités d'après les mêmes principes : on les nourrit au lait de nourrice, on ajoute peut-être du babeurre, de la caséine, des minéraux, de l'extrait de malt, des hydrates de carbone ou de la crème, on porte la quantité des calories à 200 par kilo et au-delà, sans succès ! Ces enfants gardent des selles plus ou moins dyspeptiques, restent à leur poids ou augmentent peu, et finissent par succomber, au bout de quelques mois, de faiblesse et à la suite d'une infection intercurrente. Ces cas sont trop connus pour que je sois obligé d'en citer des exemples ; je dois dire cependant que nous ne les voyons plus que rarement à notre clinique. Ce sont des états pareils qui justifient l'hypothèse de M. MARFAN, qui les explique par le manque de « trophozymases », donc d'un ferment actif qui serait indispensable à l'assimilation. Certains faits parlent cependant contre cette théorie. Peut-être s'agit-il plutôt, de la défaillance d'une fonction de la muqueuse intestinale ; on peut aussi penser à un affaiblissement de l'activité cellulaire, notamment de l'activité et de la perméabilité de leurs zones périphériques, qui les rendent incapables d'incorporer, d'assimiler ou de retenir les substances alimentaires qui leur sont amenées par le sang. Mais à ce point s'arrêtent nos connaissances actuelles : ce sera peut-être la physico-chimie qui nous apportera un jour la solution du problème.

Veuillez m'excuser si cette conférence a été plus théorique que celles que j'ai coutume de vous faire ici. C'est la faute du sujet même, que d'ailleurs je n'ai même pu esquisser que dans ses grands traits, en laissant dans l'ombre une série de détails importants. Je vous prie d'en retenir les conclusions suivantes :

1° Une dyspepsie aiguë du nourrisson, qui s'accompagne d'une chute rapide et continuelle du poids, est une dyspepsie atrophiante, que vous traiterez d'après les règles que j'ai données plus haut.

2° Un nourrisson qui, à la suite d'une dystrophie alimentaire, d'une dyspepsie à rechutes ou chronique, d'un autre trouble digestif ou d'une infection, a perdu une partie considérable de son pannicule adipeux, est un hypothrepsique ; on évitera chez lui la diète hydrique prolongée au-delà de huit heures, on donnera des doses petites (environ 50 grammes par kilo de poids), mais rapidement augmentées d'un aliment-médicament, et, lorsque la digestion normale sera rétablie, on pratiquera la suralimentation jusqu'à ce que l'on obtienne une augmentation satisfaisante.

3° L'athrepsie aiguë et l'athrepsie chronique (3e degré de MARFAN) demandent le traitement dans une clinique, au même titre qu'une opération grave.

4° N'oubliez non plus que ces enfants restent fragiles pendant de longues semaines et peuvent encore succomber à chaque étape de la convalescence — à plus forte raison pendant la maladie même — à des infections intercurrentes, notamment à des bronchopneumonies, qu'il faut s'appliquer à éviter avec le plus grand soin !

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Le syndrome parkinsonien,

M. le Pr agrégé Foix.

L'étude du syndrome parkinsonien a pris une importance toute particulière au cours de ces dernières années. Vous savez combien il est fréquent de le rencontrer à la suite de l'encéphalite épidémique ; aussi, depuis que cette affection a été identifiée, de nombreux travaux ont-ils paru sur la symptomatologie et la pathogénie du parkinsonisme. Il semble qu'il n'y ait plus à revenir sur la description très complète qu'en a faite M. Souques, il y a 3 ans.

Le grand nombre de parkinsoniens que nous rencontrons chaque jour justifie cependant toutes les recherches à ce sujet et doit inciter tout médecin à bien connaître ce syndrome.

Trois éléments principaux dominent la symptomatologie du syndrome parkinsonien. Ce sont : la rigidité ; le tremblement ; la perte des mouvements automatiques ou associés.

Ces trois symptômes relèvent de troubles du tonus et de la motricité. Il s'y associe généralement des troubles vaso-moteurs, des troubles de la sensibilité et du psychisme. Mais il faut bien savoir que le parkinsonisme est avant tout une *maladie de la fonction du tonus*. Ce qui frappe le plus, c'est la *rigidité*. Le tremblement lui-même, qui est presque constant, entre dans les altérations de la fonction tonique.

Cette rigidité est-elle la même que celle rencontrée dans la contracture pyramidale ? La question a son importance au point de vue du diagnostic, car le syndrome parkinsonien peut revêtir au début, dans certains cas, une forme hémiplégique. Rigidité parkinsonienne et contracture pyramidale diffèrent notablement l'une de l'autre. Dans le parkinsonisme, la raideur musculaire s'étend à tout le corps et affecte une prédilection pour la face. On est impressionné aussitôt, en présence d'un de ces malades, par l'*aspect figé* du facies, la fixité des muscles du visage, l'immobilité complète du masque. Dans la contracture pyramidale, on observe une accentuation du pli naso-génien, une discordance entre la partie supérieure et la partie inférieure de la face. Chez le parkinsonien au contraire, c'est l'effacement des plis du visage. Quand la tête est penchée en avant, il existe une ride frontale fixe correspondant au relèvement permanent de la paupière supérieure nécessité par la fonction visuelle ; l'œil, la paupière et les muscles frontaux sont immobilisés *en attitude utile*. C'est la « rigidité plastique » décrite par Paul Richet. Quand, au contraire, la tête est renversée en arrière, elle se maintient dans cette position. Le malade étant couché, sa nuque ne repose pas sur le plan du lit, la tête est tenue sans fatigue dans cette position par la rigidité des muscles du cou. C'est le « signe de l'oreiller psychique ».

L'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. Les doigts sont immobilisés en extension, les extrémités jointes dans la position de la main qui tient une plume à écrire ou en « main d'accoucheur ». Dans certains cas anciens, la raideur s'accentue et les doigts sont repliés en flexion dans la main.

Par opposition à ce qui se produit dans la contracture pyramidale, les muscles fléchisseurs sont peu touchés.

Tandis que, dans les lésions pyramidales, la contraction prédomine aux extrémités des membres, dans le syndrome parkinsonien, elle est surtout proximale, elle siège au maximum à la racine des membres. Les membres inférieurs n'ont pas tendance à se raidir en extension. Regardez les malades qui sont là devant vous : ils se tiennent bien assis, les jambes fléchies. L'attitude qu'ils prennent est vraiment une attitude utile, plastique.

Ce caractère de plasticité de la rigidité est très spécial au parkinsonisme. Dans la contracture pyramidale, un segment de membre déplacé de son attitude première se replace toujours dans la même position dès qu'on l'abandonne. La plasticité musculaire se met encore en évidence chez le parkinsonien par la recherche des *réflexes de posture*. Si l'on fléchit brusquement l'avant-bras sur le bras ou le pied sur la jambe, on voit les tendons du biceps ou du jambier antérieur faire saillie sous la peau et maintenir le segment de membre dans la position où on l'a mis. Cette exagération des réflexes de posture peut aller jusqu'à la *catatonie* par conservation des attitudes provoquées. Le muscle excité a, chez le parkinsonien, une tendance nette à la réaction myotonique.

Enfin, la topographie de la rigidité parkinsonienne présente des caractères spéciaux importants. Cette rigidité atteint tout le corps, nous l'avons dit, mais touche avec prédilection les *muscles de la mimique* et *de la statique*, tandis que la contracture pyramidale intéresse les muscles qui commandent aux mouvements volontaires : les muscles fléchisseurs avant tout, les extenseurs servant plutôt de frein et d'appui aux mouvements volontaires et jouent le rôle d'aides. Chez le parkinsonien, nous avons vu que c'étaient les muscles de la face qui étaient les plus atteints ; quand le malade rit sa bouche s'élargit en travers ; les traits du visage sont éga-

◆◆◆

lement tirés de tous les côtés, d'où l'aspect inexpressif de la physionomie. Les muscles du cou et ceux de l'abdomen sont également enraidis. Cette topographie de la rigidité aux muscles de la mimique et de la statique caractériserait à elle seule le parkinsonisme.

Le tremblement chez le parkinsonien est assez variable. Il n'est pas proportionné à la rigidité. Comparez ces trois premiers malades : le premier tremble peu, le deuxième tremble beaucoup et le troisième ne tremble pas. Tous les trois sont cependant également raides.

Le tremblement parkinsonien présente un caractère assez spécial. C'est un véritable *secouement* de tout le corps, et l'on s'explique qu'on ait donné autrefois à la maladie de Parkinson le nom de « paralysie agitante ». Chez les basedowiens, le tremblement est fait d'oscillations vibratoires sur place. Chez l'alcoolique, c'est une trémulation isolée. Chez le parkinsonien, tout tremble : les membres, la tête, les lèvres, le menton, la langue, toute la musculature est intéressée par ce secouement involontaire. Peut-être pourrait-on même rattacher à ce tremblement le « phénomène de la roue dentée » : lorsqu'on cherche à étendre l'avant-bras du malade primitivement fléchi sur le bras, on sent que l'extension se fait par saccades, c'est la contracture qui cède par secousses successives. Ne pourrait-il pas s'agir là d'une modalité du tremblement ?

Les mouvements automatiques ne se font plus normalement chez le parkinsonien. Quand le malade marche, ses membres supérieurs restent immobiles et ne sont plus entraînés comme à l'état normal par le déplacement du corps dans un mouvement de balancement. Ce signe de l'abolition du balancement automatique du bras est souvent le premier symptôme appréciable, et, à ce titre, il mérite d'être bien connu.

M. Souques a bien montré l'intérêt qui s'attache à l'étude des mouvements automatiques ou associés chez les parkinsoniens. Ce n'est pas seulement le mouvement normal des membres supérieurs qui est aboli, mais la plupart des autres mouvements automatiques du corps. La démarche est soudée. Le sujet, en se déplaçant, imprime à son corps un « mouvement de roulement ». Toute souplesse a disparu. Quand le malade est assis, si l'on renverse brusquement sa chaise en arrière, le mouvement normal de balancement des jambes ne se produit pas. Mais il ne s'agit peut-être là que d'un simple phénoméne de rigidité, et non d'une perte de l'automatisme des mouvements.

Il existe aussi des *troubles de la motilité volontaire*. La force musculaire est diminuée en proportion de la rigidité. Le malade serre les mains avec difficulté. La gêne et le manque de force sont surtout marqués *au moment du déclanchement du mouvement volontaire*. C'est le départ qui est difficile. Le sujet ne peut commencer à siffler, à parler, mais quand le mouvement est commencé, il se poursuit avec une difficulté beaucoup moindre. Ces malades, qui ont de la peine à marcher, peuvent plus facilement courir et sauter. C'est le phénomène de la *kinésie paradoxale*. La gêne éprouvée dans les mouvements volontaires paraît due surtout à l'impossibilité pour le malade de vaincre la contracture. La première condition à obtenir, pour l'accomplissement d'un mouvement actif, est en effet l'inhibition de la contracture préalable. Nous avons eu l'occasion de voir un malade chez lequel on observait un relâchement du biceps lorsqu'il voulait contracter ce muscle. Ce relâchement paradoxal était dû à l'inhibition de la rigidité permanente normale. Quand cette rigidité est rompue, le sujet peut exécuter des mouvements compliqués et rapides (descente d'escalier, saut à la corde, course) parce qu'il se soude moins et que la raideur n'a pas le temps de se rétablir entre chaque contraction musculaire. Au contraire, les mouvements simples et lents sont mal exécutés, parce que les muscles se figent dans chaque position intermédiaire.

Les *troubles de l'équilibre* qui font partie, d'une façon presque constante, du syndrome parkinsonien, sont variables suivant les cas. C'est l'antépulsion : « le malade court après son centre de gravité », ou la rétro-pulsion. Ils exagèrent encore la gêne de la marche.

La *réflectivité* est généralement exagérée au début, puis diminuée. On peut observer une inexcitabilité périodique, mais dans ce cas, l'abolition des réflexes n'est qu'apparente et intermittente.

Souvent on peut rencontrer des *troubles de la parole*. La voix est faible, mal articulée, elle a le timbre de la voix des pseudo-bulbaires. Parfois la parole est précipitée, « tachyphémique », et c'est là encore un exemple de kinésie paradoxale. L'*écriture* est petite, les lettres mal formées, la contracture de la main gênant beaucoup le malade.

Ce cortège de symptômes, qui dépendent avant tout des troubles du tonus, s'accompagne des *phénomènes accessoires liés à des altérations du système sympathique*. Ce sont des troubles vasomoteurs : sueurs, bouffées de chaleur, sensation constante de froid ou surtout de chaud. La sialorrhée, surtout fréquente dans le parkinsonisme postencéphalitique, se rattache aussi aux troubles sympathiques.

Le psychisme enfin est souvent atteint, et l'on observe chez certains parkinsoniens un affaiblissement global des facultés intellectuelles, avec lenteur de la compréhension et de l'association des idées, « bradypsychie » correspondant à la bradycinésie. C'est qu'il existe, en effet,

dans cette affection, des lésions du cortex plus ou moins accusées, mais à peu près constantes.

Les troubles de l'émotivité sont des plus fréquents. C'est surtout chez l'enfant qu'on rencontre ces troubles du psychisme qui peuvent aller, chez le jeune, jusqu à l'excitation hypomaniaque.

Il existe, à n'en pas douter, dans le parkinsonisme, une *atteinte des centres régulateurs de la vie végétative*, s'accompagnant de troubles de l'équilibre endocrinien par ralentissement ou par excitation. Le psychisme normal suit un rythme quotidien chez tout individu. Nous avons tous nos heures de plus grande activité psychique et de dépression qui se succèdent suivant une alternance régulière. Ce rythme diurne du psychisme normal ne dépend pas des fonctions du cortex cérébral. Il est régi par les centres du tonus neurovégétatif. Les phases d'agitation motrice et psychique constatées chez certains parkinsoniens ne sont que l'exagération de l'hypertonie neurovégétative coïncidant normalement avec l'état de veille.

Signalons encore l'existence de *troubles sensitifs* représentés par des douleurs vagues siègeant partout, variables suivant les malades et à caractères différents : brûlures, fourmillements. On a pu penser qu'il s'agissait des phénomènes rhumatoïdes. Nous croyons plutôt que ces troubles sensitifs peuvent relever d'altérations de la couche optique.

L'*étiologie* du syndrome parkinsonien a fait l'objet de nombreuses discussions. La question est en effet très difficile à résoudre. On a distingué trois types cliniques : le parkinsonisme présénile (type maladie de Parkinson) ; le parkinsonisme postencéphalitique ; le parkinsonisme juvénile. Ce dernier appartient à la maladie de Wilson, et la discussion sur la dualité de l'identité des types cliniques ne porte guère, à l'heure actuelle, que sur le parkinsonisme présénile et le parkinsonisme post-encéphalitique. Dans ces deux cas, les signes diffèrent en une certaine mesure. L'âge du malade et l'évolution des symptômes ne sont pas les mêmes. La maladie de Parkinson anciennement connue survient à un âge avancé et évolue lentement ; dans le type postencéphalitique, le sujet peut être jeune et l'évolution de l'affection est plus rapide. Dans le parkinsonisme présénile, le tremblement est plus marqué et précède la rigidité. C'est l'inverse dans la forme postencéphalitique où la rigidité domine et débute par la face. L'étiologie infectieuse est généralement bien identifiée dans le cas d'encéphalite, elle est indécise dans la maladie de Parkinson du vieillard. La sialorrhée est beaucoup plus marquée dans la forme postencéphalitique. Ces éléments distinctifs entre les deux types cliniques n'ont cependant pas une valeur absolue. On peut observer toutes les variations dans les deux cas. De plus, au bout d'un certain temps, l'évolution confond les symptomes dans un même tableau.

La *désintégration sénile* de la maladie de Parkinson et le *processus infectieux* de l'encéphalite frappent différemment les centres nerveux, ce qui expliquerait les différences de symptomatologie du début. Mais les lésions infectieuses au début ont tendance à prendre la forme dégénérative, et bientôt, la dégénération l'emporte sur le processus infectieux. Il ne s'agirait donc pas, dans le parkinsonisme post-encéphalitique de « formes prolongées » d'encéphalite, mais bien de séquelles par lésions dégénératives.

L'*anatomie pathologique* nous montre que ces lésions ont une *distribution diffuse* dans les centres nerveux. Les altérations histologiques siègent à la fois dans le corps strié, le locus niger, le mésocéphale, le bulbe, la zone périventriculaire. Dans le putamen, comme dans le globus pallidus, on peut voir un « état précriblé » de la substance grise avec atrophie des grandes cellules polygonales. Dans le locus niger, on trouve des points de sclérose insulaire, véritables cicatrices consécutives à la désintégration cellulaire. Des boules de pigment montrent que le processus dégénératif a touché électivement les cellules à pigment noir. On distingue les lésions sous forme d'une longue traînée autour du noyau rouge, et derrière lui, dans le bulbe au niveau du noyau dorsal, du vague et du locus cerulens. Le corps de Luys, le noyau du tuber, le noyau du champ de Forel sont également atteints par le même processus d'atrophie et de surcharge pigmentaire. Le noyau dentelé du cervelet, le thalamus et le cortex cérébral lui-même n'échappent pas aux lésions.

Ainsi donc, le processus dégénératif est très diffus. Il prédomine nettement dans la région pallido-mésocéphalique et sous-optique. Il suit toute la traînée des cellules à pigment noir. Ceci nous montre que nous avons affaire à une affection régionale.

Le noyau lenticulaire joue, on le sait, un grand rôle dans le contrôle du tonus, mais les formations voisines ont aussi leur importance dans cette fonction. Or, tous ces éléments semblent lésés au même titre dans le parkinsonisme, maladie du tonus. Il s'agit donc d'une affection systématisée, à localisation névraxique, avec une étonnante prédilection des lésions pour les cellules à pigment noir. Cette systématisation est secondaire au processus infectieux de l'encéphalite. Elle permet de comprendre la pathogénie et la progression des signes cliniques dans le syndrome parkinsonien.

Leçon clinique recueillie à la Salpétrière par le Dr FRIBOURG-BLANC.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Le lait hygiénique,

Par le Dr CHAUVEAU,

Sénateur de la Côte-d'Or.

Le sénateur Chauveau, président du groupe médical interparlementaire, qui, avec un dévouement dont nous ne saurions trop le remercier, veut bien être au Sénat le champion de la cause médicale, publie chaque année le résumé de ses travaux parlementaires sous le titre d'*Ecrits et Paroles* (1).

Le sénateur de la Côte-d'Or, bien que médecin, ne se cantonne pas dans les choses de sa profession. Il s'est fait une spécialité de tout ce qui touche l'agriculture et y a acquis une compétence indiscutée. A la dernière législature, il a traité des incendies des forêts, de l'électrification des campagnes, de la taxation des fermes, des coopératives agricoles, des syndicats d'élevage hippique, etc., etc. Mais le Dr Chauveau est intervenu aussi dans les questions d'hygiène et d'assistance ; notamment il a traité, à la tribune du Sénat, la question du lait hygiénique et celle de la surveillance des établissements de bienfaisance privés.

Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire ici le discours qu'a prononcé M. Chauveau sur le lait hygiénique.

***

M. CHAUVEAU. Messieurs, je m'excuse de prendre de nouveau la parole aujourd'hui ; mais, comme je n'abuse pas de la tribune, j'espère que le Sénat voudra bien me pardonner.

Je m'excuse particulièrement auprès de M. le président et de M. le rapporteur général de la commission des finances. Je m'étais figuré qu'à l'occasion de la discussion générale d'un budget particulier, il était permis d'envisager certaines questions qu'à tort ou à raison, on considère comme importantes. J'espère qu'ils voudront bien, l'un et l'autre, me pardonner aussi.

Messieurs, je voulais très brièvement appeler toute l'attention de notre éminent ministre de l'hygiène sur un aliment de première nécessité, aliment que, tous, nous consommons quotidiennement peu ou prou, qui est la nourriture essentielle de beaucoup de malades, d'un grand nombre de vieillards, de la plupart de nos enfants, et même la nourriture exclusive de la première enfance : le lait.

Assurément, le lait n'est pas oublié par les pouvoirs publics : le service de la répression des fraudes surveille avec raison sa composition chimique et sa teneur en principes nécessaires, composition chimique et teneur qui conditionnent, évidemment, sa valeur nutritive. D'autre part, l'administration se soucie du prix auquel il est livré — nos cultivateurs le savent bien, eux qui, pour des augmentations de quelques centimes, ont eu à subir les tracasseries que vous savez, tracasseries qui, d'ailleurs, n'ont pas été étrangères à la diminution de la production du lait.

Par contre, un lait peut provenir d'une vache tuberculeuse ou atteinte d'une maladie de la mamelle, mammite infectieuse, par exemple ; il peut être contaminé, à l'étable, par des manipulations diverses, dans le transport devenir un véritable bouillon de culture microbienne, sans que, sauf quelques individualités, personne ne s'en soucie.

Il est sans doute important d'atteindre les fraudes qui abaissent la valeur nutritive du lait, mais n'est-il pas plus important encore d'empêcher la contamination du lait, laquelle met en cause la santé publique ?

Le problème du lait hygiénique, du lait propre et sain, du bon lait complet et vivant, est une question préoccupante pour tous les pays. Mais pour une nation comme la nôtre, qui vient d'être décimée par la guerre, qui continue à l'être par ce fléau : la dénatalité, ce problème devient de premier ordre, puisque le lait propre et sain aiderait à conserver les vivants, ce qui est le moyen le plus direct de combattre la dépopulation et que, comme le dit le professeur Marfan, ce lait propre et sain « empêcherait de mourir ceux qui meurent le plus », nos enfants, nos espérances, notre France de demain.

Le problème du lait hygiénique est complexe. Il présente des difficultés multiples et considérables ; mais, dans une large mesure, je le répète, il intéresse la santé publique, et nous sommes dans un pays de sage raison, de bonne volonté réfléchie.

Le succès dépendra beaucoup des pouvoirs publics, non pas qu'il faille leur demander des textes et des règlements rigides, souvent tracassiers, la plupart du temps inopérants, mais parce qu'ils pourraient susciter et encourager les initiatives. C'est la méthode française, la bonne, celle qui fait confiance à ces initiatives, qui les guide et les aide : c'est celle qui réussit.

Un lait provenant d'une vache saine est, comme vous le savez, théoriquement aseptique.

Les conditions qui peuvent souiller ce lait sont nombreuses, mais toutes peuvent et doivent être supprimées.

(1) Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille Paris, 1921.

Le lait peut être souillé avant la traite, chez une vache atteinte d'une maladie générale, telle que la tuberculose, ou d'une maladie locale, telle que la mammite.

Pour bien se rendre compte de la situation, il faut l'examiner à la lumière des chiffres.

Il a été procédé, en 1921, dans le service de M. Martel, à des études dont le résultat a été communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 22 mars 1922.

Dans ce service, on avait tuberculiné, en 1921, 1.170 vaches laitières des laitiers nourrisseurs de la Seine : 387 ont réagi, soit 33 p. cent. En 1920, le pourcentage était de 38 p. cent. Vous mesurez la grandeur du mal. Ici, nous avons du moins des moyens d'action : la tuberculination, les diagnostics et les soins de nos vétérinaires.

Le lait peut être recueilli dans des conditions défectueuses, dans des étables et sur des animaux mal tenus : il y a aussi le taudis des animaux. Il peut être recueilli dans des récipients malpropres, par des filles de ferme sans soin, parfois atteintes, par exemple, de maladies contagieuses comme la typhoïde. Dans ces cas, il existe dans le lait un certain nombre de microbes, souvent banaux et inoffensifs, mais parfois aussi pathogènes, comme il en existe dans les fumiers, les déjections, les eaux sales.

Le lait peut être conservé et transporté de façon défectueuse, surtout à une température insuffisamment basse. Il se produit alors, surtout en été, une véritable pullulation microbienne qu'une basse température aurait pu arrêter.

Notez bien ce détail : pendant l'été, il arrive que le lait que nous consommons contient plus de microbes que l'eau même de nos égouts.

Il s'agit évidemment, en ce moment, du lait des grandes villes. Voulez-vous que nous examinions un peu le lait que l'on nous donne à Paris ?

Paris consomme quotidiennement environ 800.000 litres de lait. M. Roëland, conseiller municipal de Paris et conseiller général de la Seine, en même temps que vétérinaire fort distingué, a étudié, dans le laboratoire du service vétérinaire aux Halles, les laits qui sont livrés dans les différents quartiers de Paris. Il a d'abord cherché les impuretés. Il a filtré les laits. Il a conservé les résidus de filtrage, les a photographiés et annexés à son rapport. Ils sont extrêmement intéressants à regarder. La conclusion est que 10 p. 100 à peu près des laits qui nous sont livrés peuvent être considérés comme suffisamment propres ; 90 p. 100 , au contraire, peuvent être considérés comme sales, et 25 p. 100 de ceux-ci comme très sales. On peut dire que les laits qui nous sont livrés sont généralement sales.

Très fréquemment, d'ailleurs, ils contiennent des microbes pathogènes, tels que le streptocoque, le staphylocoque, le *proteus vulgaris*, le *bacterium coli* ; vous devinez les conséquences.

Ces microbes ont été comptés et, par ce comptage, on a obtenu les résultats suivants. Vous savez qu'une eau est déclarée saine quand elle contient moins de 10.000 microbes. Or, 10 p. 100 seulement des laits qui sont livrés à Paris contiennent moins de 10.000 microbes ; 90 p. 100 en contiennent plus et beaucoup plus. Pendant l'été, un seul lait sur 36 contenait moins de 10.000 microbes.

M. Gallet. Mais les microbes ne sont pas tout, le milieu est beaucoup plus.

M. Chauveau. Il y a là, en tout cas, un grand facteur de contamination. Le distingué rapporteur rappelle ensuite qu'à Paris, il meurt annuellement de 1.200 à 1.500 enfants par gastro-entérite, décès dans lesquels le lait malpropre joue le principal rôle.

J'entends bien que nous avons, pour lutter contre ce péril, les méthodes de pasteurisation, de stérilisation par l'ébullition. Elles sont, évidemment, actuellement nécessaires. Mais quand vous avez traité le lait par l'ébullition, que devient-il ? S'il est sale et corrompu, il reste sale et corrompu. Si les bacilles qu'il contenait ont été tués, les toxines peuvent persister et nous ne savons pas, nous médecins, si elles ne sont pas susceptibles d'amener des troubles morbides.

Quant aux vitamines, elles sont détruites et vous savez quel est leur rôle dans la croissance et le développement de l'enfant. Quand vous buvez du lait stérilisé, au lieu de lait frais, c'est comme si vous consommiez de la viande de conserve au lieu de viandes de boucherie. Vous consommez du lait mort. Sans trop exagérer, on pourrait dire que le lait stérilisé, s'il était déjà corrompu, serait comparable à de la viande avariée qu'on aurait stérilisée.

Il y a vraiment mieux à faire que de persévérer dans cette voie.

Il y a un idéal à envisager et à poursuivre, idéal évidemment très lointain, que nous n'atteindrons pas demain, qu'il faut tout de même regarder et vers lequel il importe de nous diriger. Quel est cet idéal ? Des vaches saines et bien tenues, des étables et des récipients propres, des filles de ferme bien portantes et soigneuses, une conservation et des transports à une température suffisamment basse. Nous aurions alors un lait propre, sain, complet et vivant.

Il a été fait vers cet idéal des efforts considérables. Il y a déjà, à l'heure présente, des réalisations fort intéressantes, aussi bien à l'étranger qu'en France.

A l'étranger, d'une façon générale, on trouve

◆◆◆◆

une règlementation administrative qui a un caractère d'obligation.

En Allemagne, une loi d'empire réglemente l'industrie laitière avec des sanctions sévères.

La Belgique, l'Italie, la Suisse, la Suède, les Etats-Unis, le Japon, l'Uruguay, présentent des formules diverses de contrôle officiel.

En Grande-Bretagne, on vient d'autoriser la vente du lait avec indication de qualité contrôlée.

Au Danemark, le contrôle est fait par une société privée qui englobe le pays à peu près tout entier. Il est facultatif. Chose curieuse, ce contrôle, organisé de façon privée, a donné à peu près les mêmes résultats que le contrôle officiel en Suède. Il y a la même diminution de la mortalité infantile.

Des municipalités étrangères, Chicago, Bruxelles ; françaises, Toulon, Alger, Angers, ont pris des mesures et des initiatives intéressantes. Il y a aussi à Paris des œuvres privées qui ont fait les mêmes tentatives, mais il serait trop long, à l'heure présente, d'exposer le résultat de tous ces efforts.

Il faut tout de même que nous regardions du côté des départements : là, il y a eu des réalisations intéressantes.

Un certain nombre de préfets se sont souciés du problème du lait propre et sain, celui du Pas-de-Calais en 1905, celui des Alpes-Maritimes en 1909, surtout ceux du Doubs en 1909, de Seine-et-Oise en 1910, et celui de la Sarthe en 1913.

Ces trois derniers se sont inspirés des mêmes principes, mais la réalisation la plus poussée, la plus heureuse, est celle de Seine-et-Oise, qu'il n'est vraiment pas permis de ne pas mettre en lumière.

Qu'a-t-on fait en Seine-et-Oise ?

L'office agricole du département de Seine-et-Oise a organisé, sous ses auspices, un comité de l'élevage de Seine-et-Oise. Ce comité se compose d'agriculteurs-éleveurs, de techniciens, de professionnels de l'industrie du lait et de quelques fonctionnaires. L'âme de ce comité est M. Rennes, le très distingué et très dévoué directeur des services vétérinaires du département de Seine-et-Oise, dont le nom vous est assurément connu.

Ce comité a organisé un contrôle facultatif qui atteint les cultivateurs qui l'ont demandé. Il y a deux commissions, une commission d'encouragement et une commission de contrôle.

La commission d'encouragement a organisé récemment un concours du lait propre et sain, qui a réuni les adhésions de vingt-six laitiers et distribué 6.400 fr. de prix et 800 fr. de primes aux vachers et vachères méritants.

La commission de contrôle surveille les étables, les laiteries, la santé des vaches, le personnel, et analyse le lait.

Quels avantages les cultivateurs ont-ils a entrer dans ces organisations ? Outre les encouragements en numéraire dont je viens de parler, ils peuvent vendre leur lait avec l'étiquette suivante : « Lait intégral, propre et sain, provenant d'une exploitation placée sous le contrôle de l'office agricole départemental de Seine-et-Oise ». Le prix est plus élevé que celui du lait ordinaire. L'administration n'a pas cherché à tracasser cet effort, et à l'heure présente, en Seine-et-Oise, les médecins, les mères de famille, savent que du lait complet, propre, sain, vivant, est à leur disposition. C'est un résultat intéressant : c'est la réalisation la plus heureuse, la plus complète de l'heure.

La question du lait propre et sain est un peu dans l'air actuellement. Votre prédécesseur, monsieur le ministre, M. Breton, avait créé une commission du lait à la tête de laquelle il avait placé le professeur Pinard, dont la compétence en ces matières vous est connue.

Il s'est fondé récemment à Paris une ligue du lait, que préside également le professeur Pinard, et dont le compétent et dévoué M. Roëland est l'âme, qui a pour but « d'orienter l'opinion publique vers les réalités de l'hygiène en matière de lait ».

Notre distingué collègue, M. Donon, a organisé, au mois de septembre 1922, la Journée du lait. A l'une des séances de cette journée, le professeur Porcher a fait un savant exposé sur la production hygiénique du lait, et un vœu a été adopté en faveur du lait propre et sain.

A la suite de cette journée, il a été créé un office du lait, que préside également notre collègue, M. Donon. Dans les statuts, on parle de contrôle hygiénique du lait, et aussi de « perfectionner les méthodes de récolte et de conservation du lait ».

Depuis peu, dans la « Revue du lait », des spécialistes et des propagandistes luttent dans le même sens.

A l'heure présente, il y a une véritable croisade pour le lait propre et sain, avec ça et là des réalisations intéressantes. Dans cette croisade, le rôle du Gouvernement peut être capital et assurer vraiment le succès. Nous lui demandons, non des textes officiels instituant une règlementation obligatoire dans l'industrie laitière. J'ai toujours été d'avis qu'il faut demander à l'Etat, formaliste et lent, seulement des directives, un appui et des encouragements. Je n'ai pas changé d'avis sur ce point.

Ce sont nos associations elles-mêmes, nos organisations locales qui, comme en Seine-et-Oise et au Danemark, doivent établir et exercer le contrôle hygiénique de l'industrie laitière.

Elles doivent l'établir facultatif, librement consenti, parce que avantageux.

Là commence le rôle de l'Etat qui devra pro-

voquer les initiatives, les appuyer, les aider, les encourager de ses faveurs. C'est la méthode la mieux adaptée à notre libre mentalité française.

Chose curieuse, c'est sous cette forme de la liberté que le problème, insoluble par une loi, peut devenir pratiquement soluble. En effet, la règlementation obligatoire de la production laitière est irréalisable avant longtemps. La tuberculinisation obligatoire, par exemple, est impossible en raison des charges qu'elle imposerait aux finances publiques. Il en est tout autrement d'une tuberculinisation libre.

En dehors des encouragements toujours si appréciables, de nouveaux facteurs pourraient intervenir ; par exemple, les sociétés d'assurance contre la mortalité du bétail, les sociétés coopératives de producteurs, seraient susceptibles de jouer un rôle en recourant aux visites des vétérinaires.

De toute façon, l'intervention animatrice de l'Etat peut être considérable. Bien d'autres rôles lui restent dévolus. Il y a d'abord des préjugés que, dans son rôle d'éducateur et avec ses moyens d'action, il lui appartient de dissiper. On dit volontiers que le lait, aliment de première nécessité, doit être bon marché ; on dirait plus justement : « le lait, aliment de première nécessité, doit être abondant et bon ». Or, un lait abondant et bon, il faut le payer. Un lait, bon marché, est une chimère. Le professeur Porcher, dans sa leçon à la « Journée du lait » disait :

« La propreté minutieuse en laiterie revient cher ».

Il faut que le consommateur le sache, il faut que le Gouvernement s'en souvienne et ne poursuive pas systématiquement l'abaissement du prix du lait, au risque d'en faire diminuer la qualité et aussi la quantité.

Je pourrais continuer ces suggestions, mais le temps presse ; elles sont d'ailleurs venues toutes à vos esprits, et surtout à celui de notre éminent ministre.

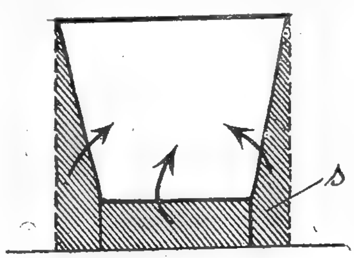
Vous nous avez souvent dit, mon cher ministre, à la commission d'hygiène, quand nous vous parlions de services d'autres ministères paraissant ressortir au vôtre, que, dans les questions d'hygiène, vous travailliez en liaison avec les chefs des autres départements. Ici, vous trouverez la collaboration de notre cher ministre de l'agriculture, dévoué comme vous, actif comme vous.

Ensemble, vous aurez fait ainsi beaucoup pour la santé publique. En particulier, en surveillant la « remplaçante » bovine et son lait précieux, vous aurez contribué à diminuer la mortalité infantile, ce qui est encore, je le répète, le moyen le plus direct de lutter contre la dépopulation, ce fléau qui nous menace si gravement.

HÉLIOTHÉRAPIE

(Réponse au Docteur Robert Sorel par le Docteur G. Meyer)

Dans le *Concours médical* du 4 mai 1924, le Dr Robert Sorel, en réponse à mon article paru dans le même journal le 23 avril 1924 sur « Les indications élargies de l'héliothérapie », me fait la reproche d'avoir oublié de citer des auteurs français, tels que Ollier et Poncet, de Lyon, qui furent les rénovateurs de l'héliothérapie scientifique en France. Ce n'est pas là un oubli, car je connais fort bien les travaux de ces deux chirurgiens lyonnais éminents, travaux qui portent surtout sur l'héliothérapie de la tuberculose dans ses manifestations chirurgicales. D'ailleurs, mon intention n'était pas, dans l'article en question, de faire l'historique de l'héliothérapie ; je tenais surtout à esquisser l'état actuel du problème ainsi que les perfectionnements possibles. Je ne doute pas du tout que le traitement par le soleil ne soit une chose bien mise au point par certains praticiens de la Côte d'Azur, et je ne veux rien retrancher du mérite du Dr Revillet. Mes intentions sont d'autre nature. Je tiens essentiellement à souligner le fait que l'héliothérapie n'est pas envisagée par moi en première ligne au point de vue chirurgical, mais surtout au point de vue médical, et c'est sur ce terrain que je me trouve d'accord avec Rollier. L'innovation consiste à traiter certaines maladies internes, surtout la tuberculose pulmonaire, sans risques de congestions, ni de refroidissements, et ceci, dans un pays à un climat moins doux que celui de la côte d'Azur, hélas ! souvent trop rude et, par régions, infecté par des moustiques.



La réalisation de cette thérapeutique est devenue possible, grâce à la construction de la Baignoire héliothérapique, le « Solit », dont j'ai donné la description. A titre de rectification, j'ajouterai que le schéma indiqué (section frontale) a été mal orienté. En réalité, la cabine en question à la forme d'un prisme tra-

pézoïdale renversé (figure). L'air frais entourant la cabine au-dessous et des deux côtés (voir les hachures de la figure), pénètre dans l'intérieur au niveau de la tête, par les ouvertures au-dessous du chevet et des parois latérales dans le sens des 3 flèches de la figure. Le malade peut d'ailleurs activer la circulation de l'air en manœuvrant légèrement les différents volets ; il peut ainsi doser la ventilation intérieure de la cabine.

Le Dr Sorel avait surtout en vue l'héliothérapie chirurgicale, tandis que moi, j'ai envisagé en première ligne le côte médical du problème. Le Dr Ahreiner, de Forbach, qui a lié à ses connaissances chirurgicales sérieuses, des connaissances médicales équivalentes, a bien voulu me donner son opinion sur l'héliothérapie d'aujourd'hui et de l'avenir. De plus en plus l'agent physique précieux qu'est le soleil voit ses indications thérapeutiques s'élargir, et débordant le domaine chirurgical, cette thérapeutique a acquis droit de cité en médecine générale ; surtout en matière de tuberculose pulmonaire. Voici l'opinion précisée du Dr Ahreiner :

« Mes observations cliniques, portant sur plusieurs années, ont fait de moi un partisan de plus « en plus convaincu de l'héliothérapie, non seulement dans les cas de tuberculose externe et dans « les différentes formes d'arthrites d'autre nature, « dans le rhumatisme musculaire et dans la goutte, « mais aussi dans un certain nombre de maladies « internes. Les rayons solaires ont une action héroïque dans la convalescence de la grippe compliquée ou non, de la fièvre typhoïde ou de la dysentérie. Bien d'autres affections sont justiciables « de la cure solaire ; je citerai les affections chroniques du tube digestif et de la vessie, sans oublier « l'influence favorable sur les lésions utéro-annexielles, les troubles nerveux et l'insomnie.

« Les expériences cliniques dans le domaine de l'héliothérapie furent trop restreintes jusqu'à présent. « Le grand obstacle fut toujours la très grande sensibilité des malades à l'air froid, au vent, ainsi que « le danger de réactions congestives. Une température ambiante modérée provoque déjà des céphalées, de la tachycardie et des sueurs. La moindre brise est susceptible de causer un refroidissement. C'est pour cette raison que je n'osais pas « appliquer la cure solaire chez des sujets présentant « un certain degré de labilité vasomotrice, chez les « bronchitiques et les tuberculeux pulmonaires plus « ou moins avancés ; tout en pensant que le soleil « leur serait certainement favorable.

« Je félicite vivement mon confrère, le docteur « Meyer, d'Erstein, de ce qu'il nous a donné, par la « cellule « Solit », la possibilité d'exposer aussi les « cas précités au soleil. Par agencement ingénieux « de ventilation, il évite l'emmagasinement de chaleur si redouté, ainsi que tout effet désagréable « causé par le vent. En fermant et en ouvrant des « volets, le malade peut lui-même se conformer à « toutes les conditions atmosphériques et à son besoin personnel. Un autre avantage du « Solit » consiste dans le fait qu'il garantit absolument contre les « mouches et les insectes, ce qui permet de profiter « dans n'importe quelle contrée de l'effet thérapeutique du soleil. Je n'hésite pas à dire que maintenant seulement, après l'invention de cette cabine « solaire, l'héliothérapie peut être effectuée dans une « large mesure et je suis persuadé que, grâce à elle, la « thérapeutique enregistrera de brillants succès. J'espère fermement que les espoirs fondés sur cette thérapeutique nouvelle de la tuberculose pulmonaire « trouvent la réalisation dans les temps prochains, et « que la tuberculose médicale sera traitée au même « titre que la tuberculose chirurgicale par l'héliothérapie, selon la méthode du Dr Meyer ».

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses

D'observations fort intéressantes, recueillies par MM. Noël Fiessinger et Paul Brodin, il ressort, qu'au cours de certaines cirrhoses à évolution insidieuse jusqu'alors, peut survenir, sous l'effet d'une cause toxique ou infectieuse, un syndrome clinique caractérisé par l'apparition d'abord d'un ictère franc, plus ou moins prolongé avec ou sans décoloration complète des matières, puis plus ou moins rapidement, d'une ascite d'abondance variable.

Ce syndrome peut être aigu ou subaigu, curable ou mortel.

A l'autopsie, on trouve une cirrhose annulaire intense et une dégénérescence graisseuse massive. Devant l'impossibilité de trouver la moindre preuve d'une évolution aiguë de la cirrhose, ces auteurs admettent que c'est la dégénérescence graisseuse, qui est la cause de l'évolution du syndrome.

En augmentant ses dimensions par la distension graisseuse, la cellule hépatique, bloquée dans le lobule encerclé de tissu fibreux, augmente la gêne circulatoire de la bile et du sang, d'où apparition rapide de l'ictère et de l'ascite par hypertension portale. Envisagée de cette façon, l'ascite peut produire indirectement un processus

d'hépatite dégénérative. C'est ce qui explique dans certains cas sa disparition complète, malgré la persistance de la cirrhose.

La conclusion thérapeutique qui en découle est la nécessité d'un traitement opothérapique. (*La Presse médicale*, 9 février 1924.)

Contribution à l'étude du sang dans les cirrhoses de Laënnec.

D'un travail intéressant réalisé par MM. DUCAMPS, MANS et ROUX (de Montpellier), il ressort que les examens de sang des cirrhotiques montrent une anisocytose et une poïkilocytose légères, une anémie toujours marquée, quelquefois intense, d'autant plus accentuée que l'affection est plus ancienne et plus grave ; une leucocytose décrivant une courbe inverse de celle que trace l'anémie ; des formules leucocytaires différentes suivant l'élément étiologique incriminé : mononucléose nette quand le Bordet-Wassermann est positif, polynucléose quand il est négatif ; enfin une hypotension artérielle dont la courbe suit minutieusement les accidents dans l'évolution de la maladie, courbe qui s'abaisse dans les aggravations et s'élève dans les améliorations pour devenir progressivement normale lors de l'entrée en convalescence. De plus les variations respectives des tensions maxima et des tensions minima montrent un écart maximum-minimum d'autant plus considérable qu'on s'approche de la terminaison heureuse de la maladie.

Ainsi que nous l'avons vu, la formule leucocytaire donne d'utiles renseignements sur l'élément étiologique en cause ; l'étude des courbes des numérations globulaires et des tensions permet d'autre part une évaluation du pronostic, sans compter que l'apparition dans le sang des éosinophiles en nombre croissant indique l'approche de la convalescence.

Enfin, la mononucléose est une indication du traitement spécifique, dont l'application conduit toujours, dans ces conditions, à des succès thérapeutiques. (*La Gazette des hôpitaux*, 5 et 7 février 1924.)

Etude clinique et thérapeutique du rhume saisonnier.

Cette affection est encore dénommée rhume des foins ou fièvre des foins ; mais celle-ci n'est pas en relation avec la floraison des seuls foins, et le plus souvent elle ne s'accompagne pas de fièvre ; quant à l'expression d'asthme des foins, elle n'envisage qu'un côté de la question. C'est pourquoi Alban GIRAULT leur préfère l'appellation de rhume saisonnier, qui indique à la fois le catarrhe oculo-nasal et trachéo-bronchique, ainsi que son apparition à une saison de l'année toujours la même, celle de la floraison.

Il y a dans l'évolution du rhume saisonnier quatre phases, établies d'après l'atteinte de différents étages, qui sont : l'*étage oculaire*, l'*étage nasal* (ceux-ci étant généralement les premiers atteints, parfois en même temps) ; puis l'*étage laryngé* et l'*étage trachéo-bronchique* (ceux-ci étant atteints plus tard, concomitanmment ou non, parfois jamais touchés).

L'aspect clinique de l'invasion de ces différents étages se montre toujours sous forme de crise, et celle-ci, où qu'elle siège, revêt certains caractères communs : brutalité du début, picotements ou élancements, hypersécrétion. Ces crises se succèdent ou alternent, la crise survenant à un étage, le plus souvent isolé, cesse dès qu'éclate la crise d'un autre degré, celle-là pouvant être le prélude de celle-ci.

Ce rhume reparaît chaque année, il dure un mois à un mois et demi, parfois plus ; il cesse dès que la floraison est passée, quoique subsiste un état d'hyperexcitabilité spéciale.

Livrée à elle-même, cette affection s'atténue et finit par disparaître, au moment de la ménopause chez la femme, vers la cinquantaine chez l'homme.

C'est une affection de nature anaphylactique, mais si l'élément pollinique est primordial dans son éclosion, il n'est pas exclusivement déterminant. Il existe chez le sujet un état de sensibilisation créé vis-à-vis de certaines protéines ; mais chez ce sujet, localement hyperexcitable, les éléments les plus disparates sont, à eux seuls, capables de déterminer des crises analogues à celles qui relèvent du choc anaphylactique.

C'est sans doute le secret de l'échec fréquent de la vaccination et de la sérothérapie polliniques, qui devraient rationnellement permettre la désensibilisation des sujets. Leurs résultats les plus heureux ne sont que partiels et temporaires.

Divers traitements symptomatiques ont pu réussir, chacun dans leurs sphères.

Pour la conjonctivite : protection par de larges lunettes en verre foncé ou jaune ; lavages à l'eau très chaude ; une goutte dans chaque œil du collyre suivant :

Stovaïne	0 gr. 10
Solution d'adrénaline au millième..................	15 gr.

Sur la pituitaire, débarrassée des queues de cornets ou autres épines : pointes de feu avant le printemps ; en permanence, pommades mentholées.

Pour la muqueuse laryngée : inhalation de datura. Au moment de l'accès de toux, 30 à 50 gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de drosera et d'aconit.

Quant à la muqueuse bronchique, c'est tout le traitement de l'asthme. (*L'Hôpital*, février 1924 A.)

Blennorrhagies rebelles et hautes dilatations.

Les lavages de l'urètre, utilisés comme traitement de la blennorrhagie, n'agissent qu'en surface. Dès que l'infection a pénétré dans la profondeur de la muqueuse urétrale, envahi les glandes urétrales et péri-urétrales, ils deviennent insuffisants, inopérants, et même nuisibles, en raison de l'irritation chimique qu'ils provoquent et entretiennent. Ils sont donc discutables, et ne méritent d'être conservés qu'à titre d'accessoires d'un traitement plus actif, quand il s'agit de blennorrhagies rebelles et récidivantes, de blennorrhagies chroniques.

Ce traitement efficace est la dilatation du canal, que doivent accompagner les grands lavages urétro-vésicaux.

A quel moment doit-on commencer les séances de dilatation ? M. Le Fur dit qu'il faut les commencer de très bonne heure, dès le 15e ou 20e jour, quand le malade ne souffre plus en urinant, que le pus et les gonocoques diminuent de quantité, et que l'amélioration ne progresse plus avec les seuls lavages. C'est le meilleur moyen de masser la muqueuse, de vitaliser l'épithélium de vider les glandes de leur contenu infecté.

Comment les faire ? Après le lavage physiologique réalisé par une miction qui sera d'autant plus abondante que le sujet sera soumis au régime lacté et prendra de l'uroformine, de l'uraseptine. La dilatation effectuée, on terminera par un lavage urétro-vésical avec 300 à 400 gr. de la solution de permanganate ou d'oxycyanure à 1 /4000.

La dilatation doit être prudente et se faire à frottement doux, soit avec les bougies olivaires, soit avec les béniqués, en augmentant le calibre d'un numéro par séance tout d'abord, puis de deux numéros, mais en atteignant autant que possible les plus hauts numéros, le 60 béniqué.

L'auteur n'est pas partisan du dilatateur laveur dont les orifices s'obstruent avec les sécrétions muqueuses et glandulaires. Cependant, les dilatateurs laveurs mécaniques correspondant au numéro 40, et même 30 de la filière béniqué, peuvent être employés en pleine période d'infection blennorrhagique.

« Cette méthode, à la conditions de suivre exactement la technique que nous venons d'indiquer, non seulement n'offre aucun inconvénient, mais encore présente de grands avantages, en permettant d'obtenir la guérison de ces blennorrhagies rebelles, ayant résisté aux autres traitements, et en évitant pour l'avenir la production de rétrécissements. » (*Les Sciences médicales.*)

Sonde de Pezzer coudée avec tube latéral.

M. Le Fur a ajouté à la sonde de Pezzer un petit tube latéral qui pénètre dans le chapeau de celle-ci. Grâce à cette transformation, la sonde de Pezzer permet de faire des lavages de la vessie sans craindre de distendre l'organe, avantage précieux dans les vessies sensibles et douloureuses à capacité réduite ; dans la cystomie avec drainage prolongé ; dans la prostatectomie hypogastrique ; dans les cas de diverticules de la vessie. (*Bull. de l'Aesociation d'urologie*, 1922.)

Toxidermie provoquée par le véronal.

M. Lespinne a observé, chez une femme qui ne pouvait dormir, disait-elle, qu'en absorbant chaque soir une prise de véronal, un érythème chronique fixe à aspect asphyxique, parsemé de papules plates, larges ; croûte ostracée.

La suppression du médicament amène rapidement en moins d'une semaine la disparition de l'éruption.

En présence d'un érythème cutané bizarre, inusité, il faut donc songer à la possibilité d'une éruption médicamenteuse. (*Bruxelles méd.*, 8 mai 24.)

Diagnostic entre la cholécystite lithiasique chronique et l'ulcus gastro-duodénal.

C'est un diagnostic délicat, car le voisinage anatomique de la vésicule et du pylore et du duodénum explique les troubles dyspeptiques signalés par les cholélithiasiques. Un certain nombre de symptômes et de signes permettent cependant d'y parvenir le plus souvent.

MM. Cade et Barbier rappellent cette séméiologie. On notera d'abord les antécédents du malade : l'hématémèse et le melæna plaident en faveur de l'ulcus ; des troubles hépatiques, personnels ou héréditaires, en faveur de la cholécystite.

Les troubles dyspeptiques de l'ulcus, caractérisés par des brûlures, des crampes, du pyrosis, des régurgitations salivaires, des vomituritions acides et brûlantes, et que calment l'alimentation, une prise alcaline, sont nettement rythmés, reparaissant tous les jours, à la même heure, tardivement après le repas. Dans la cholécystite, ils sont moins rythmés, manquant certains jours, apparaissant surtout la nuit, ne sont calmés ni par l'alimentation, ni par les alcalins.

La douleur de l'ulcus est située au creux de l'estomac, celle de la vésicule plus à droite ; elle s'accompagne dans le premier cas de pyrosis et d'aigreurs ; dans le second, de nausées pénibles. Les vomissements soulagent l'ulcéreux dont ils terminent la crise. Ils se répètent, alimentaires, puis bilieux, chez le vésiculaire. Les mouvements, les fatigues, les voyages en voiture, réveillent la douleur de celui-ci. Les règles, chez la femme cholélithiasique, accentuent les phénomènes.

L'exploration abdominale, surtout dans la région de la vésicule, par le procédé de Murphy, permettra en bien des cas de localiser la douleur avec assez de précision pour en reconnaître l'origine, ce que confirmera la même exploration faite concomitamment avec l'examen à l'écran. La douleur provoquée à distance, suivant qu'elle correspondra au point cervical droit ou gauche, plaidera en faveur de la cholécystite ou de l'ulcus. La fièvre, les poussées diarrhéiques, la diminution du murmure vésiculaire à droite, s'observent plus fréquemment dans la cholécystite.

On recherchera les hémorragies occultes par l'examen coprologique. On procèdera à l'examen du chimisme gastrique, du cyto-diagnostic, du tubage duodénal.

Toutes ces recherches cliniques et de laboratoire devront être complétées par l'examen radiologique.

Le diagnostic entre l'ulcus et la cholécystite sera enfin confirmé par certaines épreuves thérapeutiques : l'antipyrine agit sur la cœlialgie ; l'opium sur la sensibilité vésiculaire ; la belladone et l'atropine sur la douleur de l'ulcus. L'échec de la belladone, des alcalins, du bismuth, est en faveur de la cholécystite ; leur succès, en faveur de l'ulcus.

Il existe des cas infiniment plus troublants : ce sont ceux dans lesquels coexistent ulcus et cholécystite. Le diagnostic différentiel est alors souvent impossible, en dehors de l'intervention chirurgicale qui permet d'explorer directement vésicule et estomac-duodénum. (*Lyon médical*, 11 mai 1924.)

Les petits signes de l'insuffisance ovarienne.

Ce sont, d'après M. Zenope, la petite taille, l'obésité, surtout localisée ou partielle ; l'hyperthricose ; la formation facile du pli intersourcilier, manifestation de la colère fréquente. Celle-ci est fonction d'hyperthyroïdisme, et aussi d'insuffisance ovarienne ; les joues roses ou rouges ; le rire fréquent et facile, le bavardage ; l'hyperhydrose ; l'hyperchlorhydrie ; la densité élevée des urines, sans traces de sucre ; l'essoufflement.

« Tous ces signes ont la valeur que nous leur accordons, à la condition d'être positifs, car leur absence n'est point une preuve de fonctionnement normal des glandes dont ils relèvent. » (*Revue de gynécologie et d'obstét.*)

Forme pseudo-cancéreuse de la tuberculose sénile

« On se trouve, écrivent MM. Bannamour et Delore, en présence de sujets âgés, présentant des symptômes généraux et fonctionnels qu'on est habitué à rencontrer dans le cancer en général et plus particulièrement dans le cancer digestif, surtout gastrique : cachexie progressive aboutissant à un degré extrême et aux œdèmes, anémie intense, anorexie qui devient absolue, troubles œsophagiens ou gastriques divers. Par ailleurs, ces malades attirent peu l'attention sur leur appareil respiratoire ; ils n'ont aucun épisode pulmonaire aigu ; la toux, l'expectoration, la fièvre sont ou absentes ou peu marquées. Les signes de tuberculose pulmonaire sont camouflés. »

Pour faire le diagnostic, il faut y songer, et procéder à l'examen bactériologique répété des crachats, les vieillards étant des cracheurs de microbes intermittents. La présence reconnue de ceux-ci assure le diagnostic, quand il est possible de recueillir des crachats. On fera également l'examen radiologique qui montrera l'absence de lésions œsophagiennes et gastriques et la présence de lésions pulmonaires.

Une cause d'erreur cependant est la généralisation néoplasique aux poumons d'un cancéreux, ou une tuberculose terminale chez un cancéreux.

En présence d'une cachexie sénile, si le néoplasme ne fait pas sa preuve, songer à la tuberculose. (*Lyon médical*, 18 mai 1924.)

De l'emploi de l'allonal en pratique odonto-stomatologique.

La lutte contre la douleur, disent MM. J. Tellier et P. Beyssac, est une préoccupation constante du médecin et du dentiste ; on la combat soit par les anesthésiques généraux, soit par les anesthésiques locaux, soit par les analgésiques ordinaires dont les résultats sont parfois excellents, mais parfois aussi infidèles, soit enfin par les hypnotiques dont on connaît les avantages et aussi les inconvénients.

L'allonal est à la fois analgésique et hypnogène : c'est un « analgésique renforcé », capable, en amenant progressivement la sédation de la douleur et des phénomènes morbides, de déterminer un sommeil paisible, semblable au sommeil physiologique, suivi d'un réveil normal, sans lassitude et sans maux de tête.

Au point de vue chimique, c'est un isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine qui complète l'action calmante de l'amidopyrine par les propriétés sédatives des composés barbituriques.

Les auteurs viennent de publier les résultats de leur pratique qui leur permettent de conclure que l'allonal peut rendre de grands services dans la lutte contre la douleur (2 à 3 comprimés par jour) au cours des opérations qui sont effectuées sur la région gingivo-dentaire et dans la cavité buccale.

De même, dans deux articles récents du *Concours médical* (24 février et 27 avril 1924), M. Mallein-Gérin a signalé l'action très nette et très constante que présente l'allonal sur l'élément douleur.

Comme la toxicité de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine est pour ainsi dire nulle et que, dans les très nombreux cas où il a été utilisé, on n'a jamais constaté de phénomènes d'accoutumance et aucune modification de la tension sanguine, il semble que ce médicament très maniable soit susceptible de donner des effets excessivement satisfaisants dans toutes les algies, de quelque nature qu'elles soient. (*Province dentaire*, mars-avril 1924, n° 2.)

Les Sociétés Savantes

Un grand clinicien anglais : Sydenham.

(*Académie de médecine* ; 20-5-1924).

L'Académie de médecine a consacré sa séance du 20 mai à la mémoire du grand clinicien anglais : Sydenham, en commémorant le tricentenaire de la naissance de celui qui fut nommé l'Hippocrate de Westminster.

Thomas Sydenham naquit, en effet, en l'année 1624, et il exerça la médecine à Londres, quartier de Westminster. Simple praticien, sans autre titre que son diplôme de docteur, il eut de son temps et après sa mort, une réputation universelle qu'il dut à ses qualités d'observateur, de clinicien. Comme Trousseau, Sydenham a laissé d'admirables descriptions de plusieurs grandes maladies : la variole, la goutte, le paludisme, l'hystérie, la chorée. Parlant des choréiques et de leurs mouvements désordonnés : « On dirait, remarque-t-il avec un humour tout britannique, que le malade ne cherche qu'à faire rire les assistants ! » Il comprit l'hystérie à la façon de Charcot. Ce merveilleux clinicien, « peu faiseur de théories, fut un fervent des doctrines hippocratiques » (Chauffard).

La séance académique, à laquelle assistaient le Dr Sydney Phillips, le Dr Ryle, de la Royal Society of Medicine, le Dr Russell, fut remplie par un éloge de Sydenham que prononça avec sa précision imagée habituelle le professeur Chauffard.

Thomas Sydenham n'est pas seulement l'auteur du laudanum qui porte son nom. Emule de notre Trousseau, il fut un des fondateurs de la vieille clinique.

Traitement des diarrhées infantiles par la faradisation

(M. Doumer, de Lille. — *Académie de médecine* ; 3-6-1924.)

Depuis 1900, M. Doumer a traité 52 cas de diarrhées infantiles estivales par la faradisation abdominale percutanée. Les résultats ont été surprenants et constants. Dès la première séance, la diarrhée s'atténue et en moins de quarante-huit heures, la guérison survient, à l'habitude. Le régime (diète hydrique) et le traitement médicamenteux peuvent être cessés rapidement, dès que l'état intestinal s'améliore. La plupart de ces cas concernaient des diarrhées vertes datant de quelques jours, à allure subaiguë ou chronique.

La faradisation se pratique de la manière suivante. Un tampon est placé à poste fixe vers le pubis et l'on promène l'autre électrode lentement, le long des côlons et du foie. Les séances durent 4 à 5 minutes, avec une intensité assez forte pour provoquer des contractions bien visibles des muscles de la paroi. Les petites machines faradiques ordinaires sont suffisantes.

L'auteur ajoute que l'efficacité de cette méthode montre le rôle du facteur humoral dans les diarrhées infantiles, à côté du rôle des microbes, celui-ci n'étant pas exclusif. Il rappelle qu'il a préconisé, il y a peu de temps, un autre traitement, aussi efficace et plus simple encore, des diarrhées infantiles : l'amidon paraffiné.

Valeur de la réaction de Wassermann.

(M. Maurice Renaud. — *Société médicale des hôpitaux* 14-3-1924).

M. Maurice Renaud fait une critique de la valeur de la réaction de Wassermann. La réaction de Wassermann, conclut-il, quelles que soient ses modalités, ne saurait être tenue pour une réaction spécifique. On peut seulement donner de ses résultats une interprétation sous réserves. Cette épreuve, toute relative, n'aurait qu'une portée limitée, et on commet une erreur en lui accordant une signification absolue. En pratique, elle ne fournit que des directives incertaines pour le diagnostic et le traitement de la syphilis.

Rétrécissement mitral associé à des troubles endocriniens.

(MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-3-1924.)

M. Pasteur Vallery-Radot présente trois jeunes malades atteints de rétrécissement mitral et de signes d'insuffisance testiculaire. Il se demande s'il n'y a pas eu pendant la vie intra-utérine, un processus dystrophique intéressant le cœur et les glandes à sécrétion interne.

— M. Vaquez ne croit pas à l'origine congénitale du rétrécissement mitral.

— M. Laubry estime également que l'épithète de congénitale associée au rétrécissement mitral est injustifiée.

— M. Lian a été frappé de l'origine nettement rhumatismale de certains rétrécissements mitraux. Le rétrécissement mitral est une cardiopathie valvulaire pouvant relever des mêmes toxi-infections que les autres lésions valvulaires. Les cas congénitaux doivent être rares par rapport aux cas acquis.

Petites ostéites crâniennes décelables par la radiographie.

(MM. André LÉRI et Paul COTTENOT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-3-1924.)

Il est fréquent, en clinique neurologique, de se trouver en présence,soit de crises comitiales à début plus ou moins jacksonien, soit de parésies plus ou moins accentuées, soit simplement de paresthésies occupant un ou plusieurs membres. En pareilles circonstances, on pense parfois à des troubles purement névropathiques. D'autres fois, quand les symptômes sont assez accentués, on fait le diagnostic de lésion corticale de la zone rolandique, sans pouvoir préciser, il est vrai, la nature et la profondeur de la lésion.

Jusqu'à ce jour, la radiographie n'a guère fourni d'indication que pour les grosses altérations crâniennes. Ces temps derniers, MM. Léri et Cottenot ont pu arriver, avec les rayons, à des diagnostics plus fins et à percevoir radiographiquement des petites lésions d'ostéite gommeuse dont le siège répondait aux symptômes observés. Le traitement spécifique a alors fait merveille. L'emploi d'un diaphragme anti-diffuseur a rendu ici des services.

Les auteurs pensent que, vraisemblablement, lorsqu'on saura mieux reconnaître ces lésions, c'est-à-dire quand on aura appris à les rechercher systématiquement, on les trouvera avec plus de fréquence.

Le passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien.

(MM. SÉZARY, BARBÉ et POMARET. — *Société méd. des hôpitaux* ; 28-3-1924.)

On sait que l'arsenic ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien des malades soumis à l'arsénobenzène. En est-il autrement pour le bismuth ? D'après quelques auteurs (Fournier et Guénot, Démelin) le bismuth peut être rencontré dans le céphalo-rachidien des syphilitiques traités par ce métal. Jeanselme, Delalande et Terris ont conclu de leurs recherches à une opinion inverse. MM. Sézary, Barbé et Pomaret ont tenté d'élucider, de leur côté, ce problème. Ils ont traité huit paralytiques généraux par le bismuth (4 par des sels solubles, 4 par des sels insolubles) et ont fait une série de prises de liquide céphalo-rachidien. Or, en aucun cas, ils n'ont pu déceler dans celui-ci la moindre trace de bismuth. Leur travail confirme donc les résultats publiés tout récemment par Jeanselme, Delalande et Terris.

Méningites à germes associés.

(MM. ACHARD, BLOCH et MARCHAL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-3-1924.)

MM. Achard et Bloch viennent d'observer un cas de méningite aiguë avec association tuberculo-méningococcique. Le diagnostic fut fait après la mort seulement.

L'association du méningocoque et du bacille de Koch dans une lésion méningitique est un fait connu, mais assez peu fréquent. Dopter a bien étudié ces méningites à germes associés. Tantôt les deux infections semblent simultanées, les symptômes sont ceux d'une méningite aiguë et, à l'autopsie, on reconnaît la coexistence des altérations tuberculeuses et des exsudats méningococciques. Tantôt, la méningite tuberculeuse débute et la méningococcie vient s'y ajouter secondairement. D'autres fois, enfin, mais rarement, ce sont les symptômes de méningite cérébro-spinale qui commencent et, après une amélioration par la sérothérapie, les accidents méningés reprennent.

Le diagnostic de cette association tuberculo-méningococcique serait important pour le pronostic et le traitement. Malheureusement, en clinique, il est souvent très difficile à établir. L'échec de la sérothérapie pourra quelquefois y faire penser.

L'épreuve de Meltzer-Lyon.

(MM. CHIRAY et MILOCHEVITCH.— *Soc.méd. des hôp.* ; 28-3-1924.)

Vincent Lyon s'est efforcé de démontrer que la bile extraite par tubage duodénal après injection dans le tube de sulfate de magnésie (épreuve de Meltzer-Lyon) est la bile vésiculaire (bile B, pour les auteurs américains). Ceci offre un certain intérêt clinique puisque l'on aura ainsi un moyen d'appréciation de l'état de la vésicule.

MM. Chiray et Milochevitch ont visé pour but de confirmer ou d'infirmer l'opinion de Vincent Lyon. Leurs travaux les ont conduits à admettre que la bile retirée au cours de l'épreuve en question est bien effectivement de la bile vésiculaire.

— MM. RATHERY et GOURNAY ont vu une tuméfaction vésiculaire (post-typhique) disparaître à la suite d'une épreuve de Meltzer -Lyon. Celle-ci aurait donc parfois une valeur thérapeutique.

Les névrites tuberculeuses.

(MM. CROUZON, CHAVANY, BERTRAND et FROMENT. (*Soc. méd. des hôp.* ; 28-3-1924.)

La question des polynévrites tuberculeuses a été controversée depuis que les travaux de Leudet (1864) de Pitres, de Klippel, du professeur Raymond,les ont fait connaître.

M. Crouzon en relate une observation, concernant une jeune fille de 19 ans, tuberculeuse pulmonaire, qui présenta des phénomènes de névrite au niveau des membres inférieurs (douleurs, fourmillements dans les jambes, atrophie et paralysie de certains muscles). Pas d'alcoolisme et aucun stigmate de cette intoxication. Seule, la tuberculose a paru être à l'origine de ces manifestations polynévritiques. Le pronostic dépend surtout de la lésion pulmonaire. Dans les tuberculoses atténuées, la polynévrite régresse assez facilement.

Un cas de pigeonneau.

(MM. André Léri et R. Barthélemy. — *Société de dermatologie*, 14-2-1924.)

Le pigeonneau, pigeon ou rossignol, est une affection rencontrée chez les ouvriers travaillant dans les manufactures de peau. Elle consiste en lésions ulcéro-croûteuses assez tenaces, siégeant surtout aux mains, faisant penser à des pyodermites, à des troubles trophiques, voire à des chancres. La notion professionnelle doit aiguiller le diagnostic. Cette maladie encore peu connue malgré la description déjà ancienne de Brocq, est aujourd'hui rare, ce qui tient sans doute au développement des mesures d'hygiène dans les ateliers.

— M. Jeanselme a eu l'occasion, à Broca, d'observer plusieurs cas de pigeonneau. Quand on introduit un stylet dans l'orifice de l'ulcération, on note un assez vaste décollement.

— M. Sabouraud remarque qu'il serait intéressant de préciser l'agent chimique de cette dermatose pour pouvoir prendre des mesures prophylactiques.

— M. Darier rappelle que Brocq avait incriminé l'acide chromique et les bichromates.

— M. Thibierge ajoute qu'il serait important de fixer ce point dans une enquête nouvelle. Plusieurs auteurs ont signalé des lésions voisines chez des maçons manipulant non des chromates, mais des caustiques alcalins. Connaissant les conditions de développement d'une dermatose artificielle, on arrive souvent à la supprimer ; tels, les folliculites des varaudeurs de lin, des filateurs, le mal de bassine de l'industrie des vers à soie, qui ont à peu près complètement disparu.

Alopécies congénitales.

(MM. Jeanselme et Rimé. — *Société de dermatologie* ; 14-2-1924.)

Parmi les alopécies congénitales, la plus commune est celle due à l'aplasie moniliforme des cheveux ou *monilethrix*. Elle est familiale et il en existe plusieurs observations classiques (Sabouraud, Tenneson, Hallopeau et de Lépinay, etc.). On a cité également, des aplasies moniliformes non héréditaires et non familiales.

Les auteurs insistent en outre sur la kératose pilaire, la réaction congestive de la base des poils, qui accompagne ces cas, et sur l'aspect du cheveu au microscope.

Mais l'alopécie congénitale peut exister en dehors de l'aplasie moniliforme et de la kératose pilaire (Hallopeau, Balzer, etc.).

M. Jeanselme présente aujourd'hui une observation d'un type intermédiaire, une alopécie congénitale avec granité du cuir chevelu, sans aplasie moniliforme. La maladie a frappé 14 membres de la même famille.

— M. Sabouraud estime qu'il s'agit ici d'agénésie pilaire (dont une des formes est le monilethrix vrai). Toutes ces agénésies sont congénitales. En réalité, l'enfant naît avec ses cheveux, mais ceux-ci tombent vers l'âge de six semaines et ne repoussent pas. L'hérédité paraît semblable dans tous les types d'agénésie pilaire. La kératose pilaire, assez constante dans le monilethrix, en est un des éléments importants de diagnostic.

P. L.

La rachi-Cathelin ou anesthésie épidurale.

(M. Hannecart, de Bruxelles. — *Soc. des chirurgiens de Paris*, 6 juin 1924.)

Hannecart oppose à la rachi-anesthésie la rachi-Cathelin pour les *opérations sous-diaphragmatiques.* L'avantage de cette méthode est l'absence de menace mortelle, d'alerte et de maux de tête, autrement dit, suppression des inconvénients de la R. A. Mais, par contre, *elle ne procure pas la résolution musculaire*, « le silence abdominal » qu'on observe dans la R. A. Hannecart, emploie la scurocaïne à 1 %, dans l'eau simple, à la dose de 100, 200, 250 cc.

L'anesthésie est lente à venir et dure deux heures : elle finit par la peau. L'analgésie est très souvent parfaite ; exceptionnellement, il faut ajouter un peu de kélène ou d'éther. La dose absorbée dans ces cas est insignifiante. La méthode est donc ni plus ni moins fidèle que la R. A., mais, c'est un grand progrès de pouvoir la substituer souvent à cette dernière qui offre des risques. Une seule piqûre la rend supérieure à l'anesthésie régionale, comme l'emploie Victor Pauchet, car celle-ci nécessite plusieurs piqûres.

Pour repérer l'espace épidural, surtout chez les obèses et les vieillards, Hannecart situe l'orifice de Cathelin de la façon suivante : « Il fixe « à l'œil » un point placé à deux travers de doigt en arrière de la naissance du pli fessier, et un peu au-dessus de son prolongement ; il applique l a pulpe de l'index en ce point et identifie d'emblée les saillies repères ». Chez les personnes âgées, pendant qu'on injecte la solution, on voit souvent survenir *le sommeil avec anesthésie générale*, et le pouls s'accélère légèrement.

Chez les cardio-rénaux, les hépatiques, les emphysémateux, les bronchitiques, les tuberculeux, Hannecart n'a jamais observé d'incident. Il a pratiqué plus de 200 opérations sur le rein, les voies biliaires, l'estomac, l'intestin, les organes génitaux des deux sexes, sur les membres inférieurs, désarticulation du genou, amputation de la cuisse), etc.

L'anesthésie apparaît au bout d'une demi-heure, sauf pour les membres inférieurs où elle exige 40 minutes. Dans quelques cas exceptionnels, il faut ajouter un peu de kélène ou d'éther. C'est un procédé qui ne présente aucun danger.

Dartigues.

Appendicite aiguë et salpingite droite tordue concomitante.

(M. Dartigues. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 6 juin 1924.)

Hystérectomie abdominale parce que,en plus, l'utérus était bourré de noyaux fibreux, que la trompe opposée était oblitérée et que la malade avait 48 ans.

Une curiosité de cette observation est que l'appendicite et la salpingite droite avaient été diagnostiquées fermement 20 ans auparavant. Dartigues, à ce propos, rappelle la nécessité absolue, devant une appendicite chez la femme, de pratiquer systématiquement le toucher vaginal ; il rappelle aussi, qu'au moindre doute, il faut recourir systématiquement à la laparotomie médiane, qui lui a fait constater bien des fois des lésions salpingiennes alors qu'il n'y avait rien du côté de l'appendice. Il fait ressortir que beaucoup d'appendicectomisées continuent à souffrir, parce qu'on est passé à côté des réelles lésions qui sont salpingiennes.

Un cas de lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire droite. Extirpation de la glande.

(M. Dartigues. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 6 juin 1924.)

Homme de 25 ans qui, en deux crises, qui ont duré chacune trois jours avec un intervalle de deux mois a expulsé 4 calculs gros, chacun *comme une dent.* Extirpation de la glande par la voie sous-maxillaire. L'examen histologique a montré une sous-maxillarite subaiguë sans lésion spécifique avec perte des caractères des éléments sécréteurs et fortes travées scléreuses. Il est difficile de préciser l'étiologie de la lithiase salivaire. L'auteur fait remarquer qu'on peut la confondre au moment de la crise avec un phlegmon du plancher de la bouche. Il insiste sur l'utilité de la radiographie et préconise la sous-maxillarectomie par voie extérieure dans la lithiase salivaire à répétition.

Judet rappelle qu'il a rapporté autrefois une observation de calcul de la glande sous-maxillaire. Comme particularité, ce calcul était visible aux rayons X. Il donnait lieu à une suppuration abondante par le canal de Warthon. Il put l'extraire par la bouche. Le volume était celui d'une petite noisette.

M. Peraire a observé deux cas de calculs salivaires de la glande sous-maxillaire. Il a présenté les observations, pièces à l'appui, à la Société anatomique.

Chez ses deux malades, dont les calculs étaient aussi volumineux que des noisettes, *la syphilis* paraissait pouvoir être incriminée.

La douleur lombaire droite, symptôme de cholécystite

(M. Ch. Buizard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 6 juin 1924.)

M. Buizard montre l'importance de la douleur lombaire droite dans le diagnostic de la cholécystite, surtout chronique.

On a signalé, au cours des crises aiguës de la lithiase biliaire, des irradiations multiples de la douleur, et en particulier quelques irradiations vers la région lombaire. Mais, aucun auteur n'avait jamais insisté sur cette douleur lombaire, ni décrit ses modalités.

M. Ch. Buizard insiste, d'après ses observations cliniques et opératoires, sur la fréquence de ce symptôme dans la cholécystite.

Le malade se plaint de toujours « souffrir des reins. » La nuit, la douleur le gêne ou l'empêche de se retourner dans son lit. Il peut exister des paroxysmes douloureux trois à quatre heures après le repas, ou au cours d'une poussée aiguë de cholécystite.

La douleur siège à droite, dans les muscles sacro-lombaires, qui sont plus ou moins contracturés. Elle est habituellement localisée, et de façon très caractéristique, à l'*un des deux points* suivants, d'un diamètre de 3 à 5 centimètres : 1° l'un, *supérieur*, dans la moitié externe de la masse sacro-lombaire, au-dessous des côtes ; 2° l'autre, *inférieur*, le plus fréquent, toujours dans la moitié externe de la masse musculaire, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

La douleur déterminée, au niveau de la vésicule biliaire, par la palpation ou les inspirations profondes, provoque ou augmente la douleur lombaire droite. Quand la sensibilité vésiculaire s'atténue, le point douloureux lombaire s'atténue jusqu'à disparaître.

M. Ch. Buizard montre que, schématiquement, trois cas peuvent se présenter en clinique :

1° La cholécystite est facilement reconnue ; la douleur lombaire lui est ou non rattachée.

2° On traite séparément troubles digestifs et douleurs lombaires, sans les rattacher les uns aux autres. Et, on méconnaît l'origine commune des accidents, la lithiase biliaire.

3° La douleur lombaire prédomine, et les accidents gastro-intestinaux sont peu marqués.

On fait ainsi des erreurs de diagnostic multiples. M. Ch. Buizard en cite plusieurs exemples, où la cholécystite a été ainsi prise, à cause de la douleur lombaire, pour un mal de Pott, une lithiase rénale, etc.

La notion, ainsi établie, de la douleur lombaire droite comme symptôme de cholécystite, permettra de dépister plus facilement l'origine cholélithiasique, si fréquente, de certains troubles gastro-intestinaux et d'éviter, en rapportant la douleur lombaire à d'autres affections, de commettre des erreurs de diagnostic qui peuvent être sérieuses.

Dartigues.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fracture transversale indépendante du rocher.

M. Rollet présente, au nom de M. Tavernier, un rocher provenant de l'autopsie d'un enfant de 11 ans, mort de méningite suppurée et présentant

une fracture transversale sans lésion de la voûte. Il s'agit d'un cas très rare. Le mécanisme d'une telle fracture ne peut se concevoir qu'en rappelant que, chez l'enfant, le crâne dans son ensemble est encore souple, tandis que le rocher représente une pièce rigide et fragile à cause des cavités qui y sont creusées.

Luxation récidivante de la mâchoire inférieure.

M. Rollet présente, au nom de M. Alamartine, une malade qui ressentit un jour, en mangeant, un craquement dans l'articulation temporo-maxillaire gauche. Depuis lors, le même craquement se reproduit à chaque ouverture de la bouche, en même temps qu'on voit le condyle gauche faire saillie, paraissant sortir de la cavité glénoïde. Quand la malade ferme la bouche, tout rentre spontanément dans l'ordre. En somme, luxation récidivante unilatérale de la mâchoire inférieure, ou luxation continue, d'après la classification de Sébileau. M. Alamartine est intervenu en ouvrant l'articulation et réséquant le ménisque. Depuis lors, la luxation ne s'est pas reproduite, mais l'amplitude des mouvements reste un peu limitée.

Trachéo-cricostomie.

M. Sargon présente un enfant de 11 ans, tubé, puis trachéotomisé pour croup à l'âge de 2 ans, et resté tubard-canulard. M. Sargnon a pratiqué une trachéo-cricostomie, suivie de dilatation pendant deux mois et demi. Le résultat a été bon. La trachéo-cricostomie est l'opération de choix pour les sténoses localisées au cricoïde.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux sans troubles auditifs ni paraplégie faciale.

M. Rebattu présente l'observation d'une femme de 60 ans atteinte de cécité complète avec, à l'examen du fond d'œil, œdème papillaire bilatéral. Pas de signe de localisation, pas de surdité, ni de paralysie de la face ou des membres. A l'autopsie, tumeur d'aspect gliomateux du volume d'une grosse noix, siégeant dans la région de l'angle bulbo-ponto-cérébelleux, du côté gauche. Ventricules cérébelleux très distendus.

Tumeur ponto-cérébelleuse à symptomatologie anormale.

M. Bériel rapproche de la communication précédente une de ses observations que l'on peut résumer ainsi : malade de 52 ans atteint de crises douloureuses de la face ; il s'agissait en réalité de crises motrices d'aspect jacksonien localisées sur le nerf masticateur gauche et douloureuses accessoirement. Anesthésie cornéenne nette du même côté ; troubles subjectifs légers de l'audition, manifestations cérébelleuses très atténuées ; léger œdème papillaire ; hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Intervention : ablation d'une partie de la tumeur (Dr Leriche). Mort le même jour. Autopsie : on trouve la moitié du néoplasme dans l'angle ponto-cérébelleux gauche ; protubérance fortement déviée et déformée. Histologiquement, il s'agit d'un neurogliome périphérique. Ce qui frappe dans l'étude de ce genre de tumeur, c'est le polymorphisme apparent des aspects cliniques, même avec des tumeurs anatomiquement très comparables. Au point de vue histologique, ce sont des tumeurs propres des nerfs (neurogliomes), elles paraissent se développer en transformant peu à peu le tissu nerveux et non en le détruisant comme font par exemple les sarcomes. Aussi le trouble de la fonction du ou des nerfs atteints est-il souvent minime et les symptômes sont souvent produits par des compressions de voisinage. On doit chercher avec soin, en pareil cas, à mettre en évidence un trouble léger dans le domaine d'un ou plusieurs nerfs crâniens (troubles auditifs, anesthésie cornéenne, parésie unilatérale d'une branche masticatrice, etc.). L'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien est un signe important, car elle confirme l'existence d'une lésion comprimante. L'absence d'hypertension de ce même liquide est plutôt en faveur de la tumeur ponto-cérébelleuse quand le diagnostic hésite avec un gliome cérébral.

Association d'un adénome prostatique avec un rétrécissement uréthral.

M. Reynard présente un malade porteur à la fois d'une hypertrophie prostatique et d'un rétrécissement uréthral, association relativement rare. Ce malade est en outre porteur d'une corne cutanée à la face externe de la cuisse.

Cholécystite calculeuse en voie de dégénérescence néoplasique.

M. Creyssel présente, au nom de M. le Prof. Villard, une pièce opératoire provenant d'une malade de 54 ans présentant depuis vingt-cinq environ des troubles digestifs, avec crises douloureuses, amaigrissement, asthénie, température subfébrile ; à l'examen : foie gros, avec tumeur piriforme, dure, tendue et douloureuse émergeant du rebord hépatique. Intervention : grosse vésicule, adhérente au foie et aux organes voisins, difficilement extirpée ; à l'ouverture, rétention purulente par gros calcul situé à l'entrée du bassinet ; aspect épaissi, induré, proliférant de la portion en contact avec le calcul, de sorte qu'on pense à un début de dégénérescence néoplasique (ce qui fut confirmé ultérieurement par l'examen histologique.)

Néphrectomie et tuberculose rénale bilatérale.

M. L. Phélip présente, au nom de M. Rochet et au sien, l'observation d'un malade de 26 ans atteint de tuberculose rénale bilatérale et chez lequel l'ablation du rein le plus malade amena une grosse amélioration. Une telle opération ne doit évidemment

être pratiquée qu'après qu'on se sera rendu compte du fonctionnement des reins au moyen de la constante, de l'élimination de l'urée, de la lombotomie exploratrice, celle-ci devant de préférence être pratiquée quelques semaines avant la néphrectomie.

La curiethérapie de surface avec la « paraffine armée ».

R. Nogier. — Les applications externes de radium deviennent de plus en plus fréquentes pour le traitement des néoplasmes cutanés et des récidives ganglionnaires. Pour que ces applications soient possibles, il faut disposer d'une substance plastique qui se moule sur la région à traiter et maintienne les foyers radifères à une distance déterminée. Le mélange de cire et de paraffine constitue cette substance plastique, mais elle manque de rigidité ; pour obtenir celle-ci, M. Nogier a eu l'idée de lui incorporer du *feutre de laine*, qui sert à fabriquer des électrodes spongieuses en électrothérapie. C'est ce qu'il appelle la « paraffine armée ».

Néoplasme du col utérin traité par le radium. Guérison depuis plus de trois ans.

M. Nogier présente l'observation d'une femme de 39 ans qu'il a traitée par le radium en septembre 1920, pour un néoplasme du col. A la suite de cette application, la malade fit une réaction inflammatoire extrêmement violente avec phlegmon des deux ligaments larges, et fut un moment considérée comme perdue. Puis, ces phénomènes aigus cédèrent à l'application de glace et à l'administration de stannoxyl et de sérum antistreptococcique, et la guérison se maintient depuis près de quatre ans.

A propos d'un cas d'hématomyélie.

M. A. Devic et Contamin présentent un malade du service de M. Bériel qui, en juin 1923, fit un saut de 2 mètres sur du sable dur et se reçut sur les pieds. Vive douleur lombaire dissipée au bout de huit jours. Céphalée persistant jusqu'à l'éclosion des accidents aigus. Le 26 avril, le malade est pris brusquement de douleurs en ceinture extrêmement vives ; deux heures après, paraplégie avec rétention d'urine. Entre le lendemain à l'hôpital : douleurs à la partie supérieure de l'abdomen, Kernig et raideur de la nuque, paraplégie absolue avec abolition de tous les réflexes, sauf les crémastériens et abdominaux supérieurs, troubles sensitifs à type de dissociation syringomyélique jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au-dessus, zone d'hyperesthésie. Rétention d'urine. Ponction lombaire : liquide très sanglant présentant tous les signes de l'hémorrhagie méningée. Par la suite, on nota une amélioration progressive des troubles subjectifs (douleurs sensibilité), l'apparition d'une paralysie des membres supérieurs qui fut transitoire ; persistance des troubles urinaires d'abord sous forme de rétention complète (sonde à demeure), puis de mictions impérieuses très fréquentes.

Le diagnostic d'hématomyélie ne paraît pas douteux. A noter toutefois : le peu d'intensité du traumatisme, le long espace de temps séparant la chute de la paraplégie, l'apparition successive de deux foyers distincts.

Au point de vue thérapeutique, il est classique de répéter des ponctions lombaires. Ici, deux seulement furent pratiquées, la seconde ayant paru avoir une influence défavorable. La guérison de l'infection urinaire qui s'était produite chez ce malade à la faveur de sa rétention a été le principal facteur de survie.

Spasme de torsion.

MM. Bériel et A. Devic présentent un cas de ce syndrome sur lequel est actuellement attirée l'attention des neurologistes, ainsi que sur la maladie de Wilson, la pseudo-sclérose de Westphall, toutes affections caractérisées par des attitudes bizarres et des mouvements involontaires étendus et lents. Ces cas étaient connus anciennement, mais rapportés les uns à l'hystérie, les autres à l'athétose double ; alors qu'aujourd'hui, à la suite de nouvelles recherches histologiques, on les rattache à des lésions des noyaux gris de la base du cerveau.

Le malade de MM. Bériel et Devic est âgé de 26 ans, son affection remonte à 1916. Il présente actuellement, au repos, des mouvements athétosiques faibles limités aux membres supérieurs. Les efforts déclanchent toute une série de spasmes musculaires : la station debout fait apparaître de la lordose, les premiers pas entraînent de la scoliose, puis à mesure que le malade marche, le bassin bascule par élévation de la crête iliaque droite, les membres inférieurs se mettent en extension forcée avec équinisme.

L'étiologie de cette maladie est encore obscure (dystrophie ? dégénérescence du foie ?). Certains cas sont de nature infectieuse, notamment ceux qui succèdent à l'encéphalite épidémique. Le pronostic est également encore mal fixé. Toutefois, il semble bien que l'aggravation, sans être toujours régulièrement progressive, doive être considérée comme fatale.

Société médicale des hôpitaux.

Sténose hypertrophique du pylore.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mantes présentent l'observation d'un nourrisson de 2 mois 1/2 atteint depuis le vingt-cinquième jour de vomissements tardifs (une heure après la tétée), se reproduisant presqu'après chaque tétée. L'examen montrait la présence d'ondes péristaltiques remplacées à certains moments par de la tension de l'épigastre. Pas de tumeur pylorique. Radioscopie : confirmation de l'examen clinique. On institue un traitement mé

dical (réglage des tétées, rhodaril, puis onguent napolitain) sans résultat bien net ; puis on fait des injections de lait qui amènent une amélioration nette. Mais, au bout de quelques jours, l'enfant refuse de téter, les vomissements reparaissent. Mort rapide en deux jours avec anurie et hypothermie. A l'autopsie, estomac très dilaté, pylore très profond, caché sous le foie, perméable à deux sondes cannelées avec hypertrophie de la couche musculaire.

Adénopathie trachéobronchique des nourrissons avec tirage et cornage cédant à l'hyperextension de la tête.

MM. Mouriquand, Girardot et Bouvier présentent l'observation d'une fillette de 5 mois, atrophique, atteinte de dyspnée violente avec cornage uniquement inspiratoire intense, s'accompagnant de tirage, sans cyanose. Pas de fausses membranes pharyngées. Le cri reste clair. Pas d'adénopathie cervicale. Température : 39°2. Au cours de l'examen, on constate que l'hyperextension de la tête amène la cessation de cette dyspnée, qui reprend dès que la tête est en position moyenne. Mort le soir de l'entrée. Autopsie : hypertrophie généralisée des ganglions trachéobronchiques, principalement du groupe prétrachéal, qui, en avant des anneaux de la trachée, formait une masse volumineuse, dont la présence expliquait parfaitement les symptômes présentés par cette enfant. On put sur le cadavre vérifier que, la tête étant portée en hyperextension, la masse ganglionnaire cessait de s'enterposer entre la trachée et le sternum. Les viscères étaient farcis de granulations tuberculeuses.

Mégaœsophage chez un enfant de 12 ans.

MM. Péhu, Sargnon et Gaillard présentent *l'observation d'un enfant de 12 ans 1/2, sans autre* antécédent notable qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans ; aucun incident pouvant être rapporté à l'ingestion d'un liquide caustique. Début de l'affection actuelle il y a un an, par de la dysphagie pour les solides d'abord, puis pour les bouillies ; depuis un mois, tous les aliments sont rejetés après l'ingestion. A l'entrée, enfant émacié, n'accusant aucun signe fonctionnel.

Radioscopie : œsophage large de trois travers de doigt avec ligne de niveau liquide vers la fourchette sternale ; l'œsophage se courbe « en sonde à béquille » sur le diaphragme ; le bismuth ne passe pas dans l'estomac. L'*œsophagoscopie* montre une muqueuse pâle, comme lavée ; la poche occupe les deux tiers inférieurs du thorax environ. On passe une bougie n° 24 qui descend assez facilement jusqu'à 40 centimètres. On fait une série de séances de dilatation avec bougie laissée en place, d'abord 1/4 d'heure, puis de plus en plus longtemps jusqu'à 2 heures. Ce traitement amène une grande amélioration : le malade ne régurgite plus et a pris 8 kgr. 450 en un peu plus de deux mois.

M. Sargnon ajoute quelques commentaires concernant :

1° Les particularités de cette observation : il semble bien qu'il s'agit d'un méga infantile vrai (absence d'antécédents cicatriciels, régurgitations faciles, absence de spasme à la partie supérieure de la poche, cathétérisme facile et améliorant rapidement le malade) ; — l'âge du malade est à noter, le mégaœsophage étant plutôt une maladie de l'adulte, à début dans l'adolescence.

2° Les considérations générales sur le méga infantile essentiel : il n'est pas toujours facile de le distinguer des grandes dilatations secondaires ; — anatomiquement, la dilatation est thoracique, parfois thoracique et cervicale, la forme en boudin et en calebasse ; — au point de vue pathogénique, il y a deux théories : celle du spasme chronique avec inflammation et rétrécissement consécutif, et la théorie congénitale de M. Bard, à laquelle se rattache M. Sargnon.

Leucémie lymphoïde chronique à type splénique pur.

MM. Weill et Dufourt présentent deux observations de leucémie lymphoïde à type splénique pur. Cette affection est probablement très rare, et surtout chez l'enfant, où l'on n'en connaît que quatre cas, en dehors des deux présentés par les auteurs.

Le début est insidieux ; dans l'un des cas, il a paru suivre bien nettement une fièvre typhoïde et a été exacerbé par une rougeole. L'attention est attirée par une anémie progressive que rien n'explique. La rate s'hypertrophie et devient peu à peu très grosse. Le foie augmente ensuite de volume. Les ganglions restent indemnes. L'apyrexie est habituelle, mais on peut avoir quelques poussées fébriles. Chez les deux malades présentés, la formule leucoytaire montrait une grande prédominance d'éléments mononucléés présentant des caractères différents de ceux des mononucléaires du sang normal.

Hémoptysie terminale au cours d'une granulie chez un nourrisson de 8 mois.

MM. Weill, Gardère, Bertaye et Valendre présentent l'observation d'un enfant de 7 mois entré à l'hôpital pour de la toux. Père soigné au dispensaire antituberculeux. A l'entrée, état général médiocre, tirage sus et sous-sternal, un peu de cyanose. Toux moniliforme, respiration du type inverse. Cuti-réaction positive. Rien à l'auscultation. Température 39 à 40°. Quinze jours après son entrée, l'enfant a une hémoptysie et succombe très rapidement.

Autopsie : ganglions trachéo-bronchiques caséeux au niveau du hile ; les deux poumons sont farcis de granulations plus ou moins volumineuses ; *pas de cavernes*. Le foie, la rate, le péritoine, sont également remplis de granulations ; méningite discrète.

L'intérêt de cette observation réside dans l'hémoptysie qui a terminé la vie, fait très rare chez le

nourrisson. Dans tous les cas avec autopsie qui ont été publiés, il existait une ou plusieurs cavernes.

Tumeur intrarachidienne. Néoplasme de la région lombaire. Extraction.

MM. Bériel et J. Barbier présentent l'observation d'une malade entrée dans le service de neurologie le 14 novembre 1923 pour des douleurs à forme névralgique des membres inférieurs ayant débuté en janvier 1922 par le membre inférieur droit. L'intérêt de ce cas est surtout diagnostique : en effet, il n'existait chez cette malade aucun autre symptôme que les douleurs, notamment pas de troubles de la sensibilité objective, ni des réflexes, ni des réservoirs ; pas d'atrophies, pas de troubles moteurs. Ponction lombaire : tension 18 au manomètre de Claude, grosse augmentation de l'albumine. Wassermann négatif. M. Bériel fit le diagnostic de tumeur intra-rachidienne par l'intensité des douleurs et par le syndrome du liquide céphalo-rachidien. En raison de la topographie des douleurs et de l'absence de tout symptôme médullaire, on demanda au chirurgien une laminectomie sur les 3e et 4e vertèbres lombaires. L'intervention, faite par M. Desgouttes, montra une tumeur molle, friable, non adhérente qui dut être enlevée par morceaux. L'amélioration fut immédiate et les douleurs ont complètement disparu.

A. Chabanon.

Les Congrès

Deuxième Congrès de la Société internationale d'urologie (1)

(Rome, 24-26 avril 1924.)

Deuxième rapport. — Prof. Léonard S. Dudgeon (Londres).

Mes observations se borneront à des expériences personnelles dans le traitement des infections urinaires que l'on rencontre le plus souvent ou qui possèdent une importance spéciale.

La cause la plus fréquente et la plus importante de l'inflammation du canal urinaire, c'est le colibacille.

Pendant ces trois dernières années, en collaboration avec mes collègues Wordley et Baxtree, j'ai fait à ce sujet des recherches nombreuses, publiées dans le *Journal of Hygiene.* Nous avons trouvé que les colibacilles sont la cause de ces infections hémolytiques ou non hémolytiques, et que les bacilles hémolytiques se rencontrent le plus souvent dans les infections des mâles, les infections non hémolytiques dans celles des femelles, bien que les colibacilles hémolytiques s'observent plus fréquemment parmi les femelles dans les cas aigus. Le groupe hémolytique peut se reconnaître beaucoup plus facilement.

A l'aide de l'épreuve hémolytique et avec des antisera préparés avec des lapins, il a été possible, dans un certain nombre de cas, d'identifier un colibacille du côlon, isolé des fèces, avec le coli-bacille de l'urine d'un même sujet.

L'auteur a préparé des coliantigènes formolisés, et le sérum d'individus normaux et ceux de sujets souffrant d'infections du côlon du canal urinal, avant et après un traitement thérapeutique vaccinal, ont été examinés, afin de constater la présence des agglutinines. On a trouvé qu'avec les sérums d'individus normaux, environ 20 pour cent réagissent jusqu'à la limite arbitraire adoptée par nous, tandis que dans les cas d'infection coli-bacillaire certaines, 60 à 70 pour cent montrent une réaction positive. Cependant avec les méthodes employées par nous, on n'obtient pas souvent une forte réaction, et même les sujets qui ont été traités une fois, ou plus d'une fois, par la thérapeutique vaccinale, peuvent montrer dans leur sang une très faible réaction d'agglutinine.

Les expériences avec des animaux ont démontré qu'avec les colibacilles vivants qui furent facilement tolérés, des agglutinines se formaient dans le sang beaucoup plus facilement que ce n'était le cas avec les vaccins tués, soit par la chaleur, soit par le formol.

Ces recherches indiquent qu'il est nécessaire d'employer des vaccins autogènes ou des vaccins préparés avec des bacilles appartenant au même groupe que le bacille isolé de l'urine infectée, dans les cas d'infection par le coli. Voici un résumé de mes expériences :

1° La thérapeutique vaccinale est inutile dans la bacillurie pure ;

2° Les meilleurs résultats s'obtiennent dans les « premières attaques » des infections aiguës à doses de 25 millions jusqu'à 2 milliards à intervalles d'une semaine ;

3° Dans les cas chroniques, la vaccinothérapie échoue le plus souvent. Les symptômes peuvent bien être atténués, mais l'urine reste infectée. On peut, dans ces cas, employer des doses plus grandes que dans les cas aigus, et on risque beaucoup moins en augmentant rapidement les doses ;

4° Il est nécessaire d'employer un vaccin de coliautogène, ou un vaccin provenant du même groupe ;

5° L'aggravation des symptômes au cours du traitement par vaccins fait croire qu'il existe un foyer inflammatoire plus ou moins renfermé. Dans les cas semblables, il est bon de sonder les uretères, afin de pouvoir constater s'il existe une néphrite septique unilatérale. La thérapeutique vaccinale est inutile dans de tels cas ; elle peut même être définitivement nuisible.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 25.

Dernièrement, j'ai enregistré mes observations sur l'infection du canal urinal due au bacille hémolytique, lequel fermente le lactose, mais n'influe pas sur le saccharose. Chaque effort a réagi avec un antisérum.

Ce bacille produit une infection aiguë avec des symptômes généraux aggravés d'un caractère infiniment plus grave que ce qui arrive d'habitude dans la fièvre colibacillaire et des cas analogues ont été pris pour la para-typhoïde. Des 55 cas rencontrés jusqu'ici, aucun n'est passé à l'état chronique, ce qui diffère beaucoup des vraies infections du côlon. Ces malades sont hypersensibles aux vaccins, lesquels, si on les emploie dans les phases aiguës de la maladie, doivent être employés avec une très grande précaution.

Les infections du bacille proteus, lesquelles peuvent être soit aiguës, soit chroniques, mais le plus souvent sont chroniques, peuvent être améliorées par un traitement vaccinal commençant par des doses de 25 millions, pour les cas aigus, et augmentant le dosage peu à peu à des intervalles d'une semaine, tandis que dans les cas chroniques, on donne des doses qui varient entre 50 et 2.000 millions à des intervalles d'une semaine.

Dans les infections streptococciques et staphylococciques pures, la thérapeutique vaccinale peut avoir une valeur définitive ; mais, on devrait limiter ce traitement à des cas de pyurie longue ; l'un ou l'autre de ces organismes est présent dans l'urine comme pure culture.

Pour la préparation de tous ces vaccins, j'emploie 0.1 pour cent de formaline à 37°C. pendant 24 heures. Par ce moyen, j'ai consaté que l'action locale et l'action générale toxique sont absentes ou considérablement diminuées, et l'on peut facilement employer des doses assez fortes (3.000 millions).

Je n'ai obtenu aucune preuve que la thérapeutique vaccinale ait été avancée par l'introduction des vaccins rendus sensibles, ni par l'administration de « doses massives » de vaccins non toxiques ou d'extraits bactériens.

Troisième rapport. — MM. le professeur Th. Rowsing et Ove Wulff (Copenhague).

Après un historique de la question, les auteurs rapportent leurs recherches personnelles. Ils ont utilisé dans tous les cas un vaccin autogène préparé avec les microbes recueillis dans les urines du malade. L'urine est recueillie aseptiquement, les cultures obtenues sont transportées sur agar émulsionné dans l'eau salée à 9 %. Cette émulsion est chauffée à 56° pendant une heure et sa stérilité est vérifiée par des inoculations expérimentales. La standardisation est obtenue par la méthode numérique de Leishann ou mieux, par la diaphanométrie de Wulff.

L'injection du vaccin est faite par voie sous-cutanée bien que la voie intraveineuse paraisse plus efficace, mais aussi plus dangereuse.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats du traitement, nous voyons que, sur 259 malades, 92, soit environ 35 %, guérirent, 103 ou 40 % environ furent améliorés et 64 ou 25 % environ n'en retirèrent aucun effet, autrement dit que les trois quarts des cas profitèrent du traitement et que plus d'un tiers de cas guérirent.

Pour être juste à l'égard de la vaccinothérapie et de son action, il convient pourtant d'éliminer les malades qui ne s'y prêtent pas, tels que les 17 calculeux qui ne purent être opérés, ou encore tout le dernier sous-groupe de notre dernière subdivision (20 malades) ; on devrait peut-être en éliminer d'autres, appartenant aux cas les plus compliqués, mais nous n'insisterons pas sur le droit d'opérer ce nouveau triage. Pour fonder notre jugement, il nous reste donc 222 cas ayant donné 88 guérisons ou 40 %, 100 améliorations ou 45 % et 34 résultats négatifs ou 15 %, ce qui démontre que la vaccinothérapie se montre efficace dans 85 % des cas. Si, à titre comparatif, nous réfléchissons maintenant que, sur 92 cas, Schneider obtint 74 % de guérisons ou d'amélioration, Wossidlo, 75 % et Forselius 85 % sur 81 cas, nous voyons que ces chiffres concordent suffisamment entre eux pour que nous soyons en droit de considérer nos propres résultats comme l'expression des effets engendrés par la vaccinothérapie sur les infections urinaires. Pour finir, nous préciserons encore une fois notre manière de voir relativement à l'action du vaccin dans les infections urinaires.

Le traitement se montre efficace chez les malades présentant des crises fébriles récidivantes, soit en abrégeant la crise et déterminant, à la suite de la vaccination, une chute de la température, soit en amenant la disparition des crises ou bien d'un coup, ou bien en rendant les crises courtes et moins violentes, en attendant de les faire entièrement disparaître.

On observe de plus une amélioration frappante dans l'état général, souvent très grave, des malades.

L'efficacité du traitement se reconnaît enfin aux urines qui s'éclaircissent progressivement. L'albuminurie éventuellement existante disparaît le plus souvent. La pyurie disparaît entièrement dans 38 % des cas et diminue manifestement dans 47 % des cas, mais la bactériurie demeure sans changement dans 62 % des cas.

Il faut néanmoins observer que, pour des causes à peu près imprévoyables, 15 % des malades environ se montrent réfractaires à la vaccinothérapie. Quant à l'emploi du vaccin à titre prophylactique, avant les opérations devant porter sur une zone infectée des voies urinaires, notre expérience n'est pas suffisamment étendue pour que nous puissions exprimer une opinion ferme à ce sujet. Mais, il n'y a aucune raison de s'interdire ce moyen ; il est même plutôt indiqué d'y recourir largement.

Quatrième rapport. — M. le prof. Pirondini (Rome).

Dans les applications à l'urologie (comme du reste dans tous les autres), on doit donner aujourd'hui à

la vaccinothérapie son sens le plus ample, celui d'immunothérapie.

En urologie, l'immunothérapie peut avoir, avant tout, un but prophylactique, par exemple, au moment d'une opération chirurgicale afin d'améliorer, les conditions en ce qui concerne l'état général et la flore microbienne locale. D'aucuns voudraient l'étendre au cathétérisme urétéral (d'autres préfèreraient obtenir ce résultat par des injections intraveineuses d'urotropine), l'expérience est encore trop limitée.

En urologie, l'immunothérapie peut prendre une plus grande importance pour la guérison de la maladie, mais il faut que l'appareil urinaire soit entièrement dépourvu de tout corps étranger (calculs) ou obstacle mécanique. Dans ces cas, l'immunothérapie ne pourrait atteindre qu'un résultat incomplet ou, de toute façon, temporaire, tout au plus utile au point de vue prophylactique ou bien l'immunothérapie pourrait avoir un but complémentaire par rapport à l'acte opératoire fondamental : toutefois, ce dernier but est certainement peu important car, l'obstacle mécanique ayant été supprimé, l'infection placée audessus tend à diminuer spontanément ; en outre, l'acte opératoire même de cette suppression, en raison du drainage de la vessie ou du bassinet dont il est souvent suivi, peut également être directement curatif pour l'infection secondaire.

En urologie, l'immunothérapie a une importance tout à fait spéciale dans les formes par B. coli, ces infections étant les plus fréquentes.

Elle a eu et aura des applications de plus en plus étendues dans les infections urinaires de l'enfance, d'autant plus que dans ces cas, les traitements locaux sont d'une exécution plus difficile, parfois même impossible.

Elle a aussi une grande valeur dans les pyélonéphrites de la grossesse où la persistance de l'obstacle mécanique ne semble pas limiter beaucoup les succès bien que, d'après les recherches actuelles, elle ne pourrait donner un résultat complet que dans les autres formes.

D'une façon générale, l'efficacité de l'immunothérapie est d'autant plus probable et plus grande que le début de l'infection est récent et que les conditions générales sont bonnes.

Dans les septicémies d'origine urinaire, l'immunothérapie peut être tentée avec succès, d'autant plus que des infections urinaires qui, peu de temps auparavant, étaient considérées comme purement locales, sont conçues de nos jours comme des localisations secondaires de véritables bactériémies.

Cependant, dans les grandes septicémies urinaires, la valeur de l'immunothérapie est encore fort discutée aujourd'hui et la modalité préférable est encore douteuse. De même, sa valeur est discutable dans les cas chroniques.

Il est fort probable que pour l'efficacité de l'immunothérapie, il n'y a pas de différence fondamentale de succès entre organe et organe (par exemple entre vessie et bassinet, comme certains le croient), et, qu'au contraire après avoir éliminé les causes d'insuccès sus-dites, les différences se rapportent plutôt à des degrés divers de localisation et d'atténuation pour en arriver à l'efficacité nulle dans certaines bactériuries typiques, dans lesquelles les germes se trouvent comme à l'état saprophytique, presqu'en dehors de l'organisme, et vivant dans des urines ou sur des muqueuses moins vascularisées qu'à l'état normal, parce qu'elles sont altérées.

L'immunothérapie agit souvent beaucoup plus sur les phénomènes généraux que sur les altérations urinaires.

D'une façon générale, dans les cas où les germes ont une virulence pour ainsi dire intermédiaire, l'immunothérapie a une utilité plus grande.

Cela explique les différences de jugement sur la valeur de l'immunothérapie dans l'urologie.

Ceux qui lui refusent toute valeur ont le tort de se baser sur les insuccès dans des cas d'extrême chronicité ou réfractaires où l'immunothérapie fut l'*extrema ratio.*

Mais ils peuvent, au contraire, avoir raison en affirmant et en opposant à ceux qui en sont les partisans qu'en beaucoup de cas (en général trop légers pour ainsi dire), la guérison serait également advenue et spontanément (objection qui fut surtout adressée aux formes par B. coli en général et aux formes gravidiques dont la plupart sont aussi par coli).

Le fait d'avoir appliqué l'immunothérapie à des cas extrêmes en date et en gravité limite beaucoup les jugements sur sa valeur, même ceux basés sur les statistiques les plus importantes qui finissent par se subdiviser en petits groupes très divers, suivant le signe de l'infection et la nature bactériologique.

Il est par suite nécessaire en urologie d'ajouter à l'immunothérapie les traitements locaux. L'immunothérapie a, par rapport à ceux-ci, une action préparatrice et la rend plus tolérable. Malheureusement, même l'adjonction de traitements locaux contribue à compliquer grandement le jugement sur l'efficacité de l'immunothérapie. Il y a cependant des cas dans lesquels l'immunothérapie fut tentée seule, et d'autres où seule elle amena enfin la guérison.

Le jugement sur l'immunothérapie en urologie est fortement compliqué, non seulement par la grande variété des cas dans lesquels elle fut tentée et par l'application simultanée d'autres traiteements directs locaux, mais aussi par une étude insuffisante bactériologique de beaucoup de cas publiés et par la façon diverse de comprendre la guérison de la part des différents auteurs.

Certains la comprennent au sens clinique en considérant comme guéris même des cas où persiste une bactériurie et même une pyurie microscopique ; d'autres, au contraire, au sens vraiment complet et scientifique comme le comprend le bactériologue.

Le développement ou les modifications de plus en plus nombreuses de l'immunothérapie compliquent encore la question. La vaccinothérapie spécifique et l'auto-vaccinothérapie tendent à être remplacées par

les vaccins profondément modifiés (atoxiques), pour lesquels le principe de la spécificité commence à être problématique, et par les vaccins spécifiques et la protéinothérapie. L'administration des petites doses par voie sous-cutanée ou intramusculaire tend à être remplacée par la voie endoveineuse. La méthode de la modification graduelle et progressive est remplacée par celle de l'action immédiate jusqu'à la véritable interruption par crise, même au prix d'une grande réaction. Les tentatives d'immunothérapie spécifique faites jusqu'à présent en urologie sont peu nombreuses ; elles se réduisent peut être à celles de Gow (injection endoveineuse d'émulsions modifiées du coli dans les pyélonéphrites), de Govic (injections sous-cutanées de sérum de cheval dans la pyélite), de Flamini (stomosines de Centanni, dans les infections urinaires de l'enfance), d'Anzilotti (caséal calcique dans un cas d'abcès pararénal), de Colombio (colivaccinothérapie hétérologue intraveineuse en pyélonéphrites gravidiques), de Nicolich (colivaccinothérapie hétérologue intraveineuse en pyélonéphrites gravidiques, de Nicolich (colivaccinothérapie hétérologue à dose élevée dans un cas de maladie par coli), et dans une P. R. (caséal calcique dans les infections urinaires généralisées et localisées).

C'est peut être une erreur de renoncer complètement et systématiquement à l'immunothérapie spécifique ; le vaccin homologue constitue déjà par lui-même une protéine hétérogène ; les deux modalités pourraient être combinées.

Dans toute application immunothérapique en urologie, il ne faut pas toujours renoncer aux soins locaux simultanés et rechercher aussi s'il y a des foyers extraurinaires pouvant produire la récidive de la bactériurie et de l'infection.

A ce point de vue, méritent une attention spéciale la peau, les dents, les amygdales, l'appendice, le côlon, les organes génitaux internes de la femme ; parfois, il sera utile de faire une autre immunothérapie simultanée, avec des vaccins obtenus directement des germes de ces foyers primaires.

(A suivre).

Les Livres

MALOINE, éditeur.

C. RŒDERER, de Paris et M. MUTEL, de Nancy. — **Traitement du pied bot varus équin congénital.** (Un volume de 58 pages et de 19 figures de la petite collection orthopédique de Carle Rœderer.

Après le Traitement du mal de Pott (C. Rœderer), celui des tuberculoses externes (Bufnoir).

Pourquoi..et comment la cure solaire (G. Léo et C Rœderer), paraît dans la petite collection orthopédique C. Rœderer, un nouveau fascicule consacré au au traitement du pied bot varus équin, signé de M. Mutel, professeur agrégé de Nancy et de Carle Rœderer, de Paris.

On y retrouve les mêmes qualités de clarté et de simplicité que dans les précédentes monographies et cependant, malgré le petit volume de cet ouvrage (58 pages), la question est traitée avec science et d'une façon complète.

Les auteurs décrivent d'abord les éléments essentiels de la déformation, puis, ils en étudient le redressement méthodique en indiquant les inconvénients et les avantages du traitement précoce dont ils sont personnellement partisans. Ils passent en revu e les manœuvres à faire et les incidents qu'elles peuvent entraîner. La ténotomie du tendon d'Achille dont la rétraction est une des plus grosses résistances aux manœuvres de redressement, est ensuite étudiée ainsi que les moyens de fixer la correction. Les soins ultérieurs sont précisés et un résumé clair, précis termine cette première partie.

Une seconde partie traite du redressement forcé (manœuvres à faire, interventions adjuvantes, maintien de la correction (appareil plâtré), soins ultérieurs).

Puis, deux chapitres sont consacrés aux interventions complémentaires (ostéotomie sus-malléolaire, ténoplasties), et aux opérations sanglantes (opération de Phelps, tarsectomie).

C'est dire que la question est étudiée sous toutes ses faces et que le praticien, comme le spécialiste, trouvera dans cet ouvrage, tous les renseignements utiles. Et, ce qui ne gâte rien, il les trouve exposés dans un style clair qui rend la lecture de l'ouvrage attrayante. De plus, une disposition typographique heureuse, des figures nombreuses, aident encore à la clarté d'une revue générale que tout praticien voudra posséder.

Dr CAZAL GAMELSY. — **Luchon : station climatique et thermale.**

Trop longtemps,les petits fascicules, les plaquettes que les médecins hydrologues envoyaient à leurs correspondants affectèrent une présentation telle qu'avant même de les ouvrir,le lecteur devait — si même il avait cette velléité — s'imposer comme un sacrifice. Dieu merci ! les temps ont changé. Gracieuses messagères de l'été, dès le printemps, de jolies brochures bien imprimées, gentiment illustrées, pourvues d'un texte fort bien écrit où la documentation scientifique est bien à jour et ne remonte plus au déluge, s'en vont prévenir le médecin de ville et le médecin des champs que, d'ores et déjà, il doit songer à aiguiller vers les stations climatiques ou thermales, tel ou tel de ses malades, qui,venant de finir une crise aiguë, a quelque tendance à devenir chronique.

Tous nos lecteurs connaissent bien les indications des eaux sulfurées en général. Les muqueuses de la gorge et des bronches, les dermatoses protées, les

manifestations articulaires de l'arthritisme, sont leur apanage. Mais chacune possède quelque spécialisation. Le professeur Maurice Letulle a qualifié d'une phrase lapidaire celle de Luchon. « *Luchon a pu réaliser de façon pratique le humage fort différent ailleurs* ».

M. Cazal-Gamelsy met en lumière cette curieuse propriété et n'a pas de peine à prouver que Luchon est la station des chanteurs et de tous les professionnels de la parole, en même temps que la station des bronchités chroniques, des enfants sujets aux végétations adénoïdes, enfin des anciens gazés.

Travail clinique, net, clair, bien français...

Raymond MOLINÉRY.

Les Thèses

Ly. — Dr P. PORTE. — **L'ouabaïne. De son mode d'administration : avant, après ou avec la digitale**, (Imprimerie Bosc frères et Riou, 1923.)

L'ouabaïne est un glucoside cristallisé myocardiotonique puissant, infiniment moins toxique que les strophantines anciennes, dont les indications visent toutes les insuffisances cardiaques, spécialement celle du cœur gauche, mais non uniquement cette dernière.

Administrée *seule*, d'emblée, ou *avant* la digitale, l'ouabaïne dans les cas d'urgence d'insuffisance cardiaque, est généralement d'une efficacité remarquable. En ce cas, *la méthode de choix est l'injection intraveineuse* d'un quart ou d'un demi-milligramme, répétée à 24 heures d'intervalle jusqu'à abstention d'un milligramme à un milligramme et demi. Dans les insuffisances rebelles, donnée *après* la digitale, quand celle-ci devient inopérante, l'ouabaïne prise par voie intraveineuse, intramusculaire ou buccale, selon la gravité de la situation, régénère le rythme perturbé.

Ici, comme lorsqu'elle est employée seule, l'ouabaïne a une action diurétique secondaire, en tous cas manifeste, et quelquefois bien supérieure à celle de la digitale.

Quand l'action simultanée des deux tonicardiaques est défaillante, leur *action synergique* s'impose et se montre des plus heureuses. Trois méthodes peuvent être employées :

1° *L'injection* dans la veine de 15 gouttes d'une solution alcoolique contenant 1/10 de milligr. de digitaline plus 2/10 d'ouabaïne additionnées de 2 cmc. d'eau stérilisée (digibaïne).

2° *L'administration par voie buccale de* 0,30 *centigr. de digitale ou de* 25 *gouttes de digitaline cristallisée au* 1/1000, *combinée à une injection intraveineuse d'ouabaïne d'un quart et même d'un demi-milligr.*, la susceptibilité du malade étant connue.

Enfin, *s'il n'y a pas urgence*, on donnera soit les mêmes doses, 15 à 25 gouttes, mais *par voie buccale*, de la solution alcoolique au millième de *digitaline* (1/3 plus *ouabaïne* (2/3) jusqu'à 50 gouttes *pro die* (*Natibaïne-digibaïne*), réservant les doses fractionnées de 10 gouttes, 5 à 10 jours par mois, pour la cure d'entretien. Les *insuffisances cardio-rénales* graves ne sont pas une contre-indication de l'ouabaïne.

Ly. — Dr A. BAL. — **De la tuberculose du calcanéum chez l'enfant**. (Lyon. Imprimerie Bosc frères et Riou, 1924.)

L'atteinte du calcanéum est une localisation relativement fréquente de la tuberculeuse sur le pied : 29 cas sur 213 lésions tuberculeuses du tarse, soit 14% environ. Cette atteinte se rencontre surtout à deux périodes de l'enfance : aux environs de 5 ans et vers 12 ans, avec des lésions *localisées multiples* ou beaucoup plus souvent *diffuses*.

Au point de vue clinique, et même radiographique, il est difficile de faire un diagnostic certain de la forme anatomique de la lésion.

L'intervention consiste en *évidement partiel* de l'os, en *évidement total* ou *ablation sous-périostée*, complétée parfois par une tarsectomie.

Les résultats orthopédiques sont excellents dans les évidements partiels, bons dans les autres cas. On obtient un pied à talon effacé, à voûte aplatie, mais permettant la marche dans des conditions satisfaisantes.

Mtp. — Dr P. CANAKIS. — **Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de benzyle associé à la cholestérine (cinnozyl)** (Imprimerie l' « Abeille », 14, avenue de Toulouse, 1923.)

L'auteur a pu créer chez les tuberculeux un état de défense de leur organisme grâce aux actions combinées de la cholestérine et du cinnamate de benzyle.

La cholestérine, facteur important de défense dans toutes les infections, exerce cette action plus particulièrement encore dans l'infection tuberculeuse. Le cinnamate de benzyle, aux actions dissolvante et empêchante qu'il exerce sur le corps bacillaire et sa toxine, joint la propriété de provoquer chez le tuberculeux un travail de réparation des lésions avec évolution vers la sclérose.

L'un et l'autre contribuent à obtenir des résultats satisfaisants, tant au point de vue local et général, qu'au point de vue bactériologique.

N'excluant aucunement d'ailleurs le traitement général classique de toute tuberculose, cette méthode devient un puissant auxiliaire de celui-ci, et son rôle est démontré dans les observations et examens bactériologiques qui accompagnent le travail.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LÉGISLATION

I

Médecins de stations thermales. Un nouvel enregistrement du diplôme est-il nécesssaire ?

La question suivante nous a été posée par plusieurs médecins, qui, exerçant la médecine dans une ville, où ils ont leur domicile, vont, pendant les vacances, ou la saison, exercer temporairement l'art de guérir, soit dans une ville d'eaux, soit dans une station balnéaire ou climatique.

Ces confrères ont déjà fait enregistrer leur diplôme, au lieu de leur domicile, selon les prescriptions de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifiée par celle du 14 avril 1910.

Doivent-ils à nouveau faire enregistrer leur diplôme, au chef-lieu d'arrondissement de leur résidence temporaire ?

Le paragraphe 2 de cet article 9 décide que « le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre ».

Or, la loi ne parle pas de résidence et, si l'on n'a qu'un domicile, on peut avoir plusieurs résidences. La loi doit être appliquée *stricto sensu*, et, à notre avis, c'est dans le lieu de notre principal établissement, là où nous avons notre domicile, que seulement nous sommes astreints à faire enregistrer notre diplôme. Cela est si vrai que le docteur en médecine qui exerce à la limite de deux ou plusieurs départements, ne fait enregistrer son titre que dans un seul département, celui dans lequel il a son domicile, même s'il avait plusieurs cabinets dans ces autres départements, c'est-à-dire plusieurs résidences professionnelles.

C'est l'opinion du Pr Perreau, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, dans son livre : Eléments de jurisprudence médicale, page 34 : « le lieu, dont la situation détermine la sous-préfecture et le greffe, où la formalité doit s'accomplir, est, non pas toute commune quelconque, où le médecin exercerait sa profession, fût-ce d'une manière habituelle, ni toutes celles où il résiderait successivement dans l'année, fût-ce d'une manière prolongée, mais uniquement celle où il a fixé son domicile proprement dit, c'est-à-dire son principal établissement (article 102, code civil).

« En effet, ce point du territoire étant celui auquel il se rattache légalement, c'est là que l'autorité publique procèdera aux vérifications nécessaires pour s'assurer de l'existence de son titre et d'ailleurs, un médecin peut simultanément exercer, ou successivement résider dans plusieurs communes, alors que la loi parle d'un seul enregistrement de son diplôme. De là résulte que les médecins, quittant leur domicile pour aller pratiquer leur art dans une station thermale, ou balnéaire, doivent présenter leur diplôme aux autorités, non pas de cette station, mais de leur domicile, même s'ils n'exercent pas la médecine en ce dernier point. »

Lechopié et Floquet (La nouvelle législation médicale, page 104) écrivent également dans le même sens : « c'est au changement de domicile qu'est attachée l'obligation de procéder au renouvellement de l'enregistrement ; on en a conclu qu'elle n'est pas imposée au praticien, qui se crée une ou plusieurs résidences nouvelles, même en vue d'y exercer son art. »

Dans ces conditions, j'estime personnellement que ce serait à tort qu'un préfet voudrait poursuivre en correctionnelle un médecin, qui, ayant fait enregistrer son diplôme au lieu de son domicile, serait invité à le faire à nouveau enregistrer dans une autre localité, dans laquelle, momentanément, il exerce la médecine.

Bien que la pénalité encourue soit faible (25 à 100 francs d'amende, article 22 de la loi du 30 novembre 1892), j'estime que le « Sou Médical » aurait à faire trancher cette question de principe, en faveur d'un de ses adhérents, puisqu'il n'existe rien, dans la jurisprudence actuelle, concernant ce cas particulier.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 8.500

Enfants assistés du département de la Seine. Par qui doit-être payé le médecin traitant ?

Un de nos abonnés a donné ses soins à un enfant placé en nourrice et inscrit comme enfant assisté du département de la Seine. Or, la commune du lieu où réside l'enfant refuse de délivrer un carnet d'assistance médicale gratuite, en alléguant que le département de la Seine ne rembourse pas les frais dont la commune doit assumer une part.

Malgré les observations du secrétaire de la mairie, le conseil municipal, à l'unanimité, se refuse à accepter cette dépense.

Quelle conduite doit suivre notre confrère pour être rémunéré pour ses légitimes honoraires ?

D'une manière générale, et en vertu de l'article 9 de la loi du 15 juillet 1893, les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

Si maintenant, nous nous reportons à la loi du 27 juin 1904, sur le service des enfants assistés, modifiée par les lois des 22 avril 1905, 18 décembre 1906 et 14 juillet 1911, nous constatons que notre confrère a omis de nous dire ce qu'il entend par « enfant protégé du département de la Seine », qualification qui ne se rapporte qu'aux enfants bénéficiaires de la loi du 23 décembre 1874 (loi Roussel), loi qui ne doit pas être invoquée dans cette consultation.

En effet, le domicile de secours est variable selon les catégories et ceci a grande importance pour savoir à qui présenter la note à payer.

D'après l'article 39 de la loi du 27 juin 1904, les enfants désignés dans le paragraphe 1er de l'article 6 (enfants trouvés, nés de père et de mère inconnus, qui ont été trouvés dans un lieu quelconque, ou portés dans un établissement dépositaire) et les enfants admis en exécution du paragraphe 3 de l'article 9 (à bureau secret) ont leur domicile de secours dans le département où ils ont été portés à un établissement dépositaire.

Les enfants désignés dans l'article 5 (enfants secourus, c'est-à-dire que leurs père, mère, ou ascendants ne peuvent nourrir, ni élever, faute de ressources et pour lesquels est accordé le secours temporaire, en vue de prévenir leur abandon) ont leur domicile de secours dans le département où ils sont nés.

Les enfants désignés dans l'article 4 (enfants en dépôt, c'est-à-dire laissés sans protection, ni moyens d'existence, par suite de l'hospitalisation ou de la détention des père, mère, ou ascendants), dans l'article 5 (enfants en garde, c'est-à-dire confiés à l'assistance publique par les tribunaux) et dans les paragraphes 2, 3, 4 et 5 de l'article 6 (enfants abandonnés, nés de père et de mère inconnus, qui en sont abandonnés, sans qu'on puisse recourir, à eux, ou à leurs ascendants ; orphelins pauvres, qui n'ayant ni père, ni mère, ni ascendant auquel on puisse recourir n'ont aucun moyen d'existence ; enfants maltraités, délaissés, ou moralement abandonnés, dont les parents ont été déchus de la puissance parternelle, en vertu du titre 1er de la loi du 24 juillet 1889) ont leur domicile de secours dans le département où ils sont nés.

Dans notre cas particulier, il résulte qu'il semble que le domicile de secours de l'enfant, que notre confrère a traité, est bien dans le département de la Seine. Mais, en vertu de l'article 40 de la loi de 1904, s'il y avait contestation sur ce domicile de secours, c'est le ministre de l'intérieur qui serait compétent pour en connaître, sauf recours ultérieur devant le Conseil d'Etat.

Or, les dépenses aux frais d'assistance médicale et d'inhumation (§ 9 de l'article 46) incombent au département où se trouve le domicile de secours.

Mais ici peut intervenir l'article 20 de la loi 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite : « en cas d'accident, ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas leur domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident, ou la maladie aiguë, incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

« L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal, dans sa plus prochaine séance.

« Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — « Les frais avancés par la commune, en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département, d'après un état régulier, dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

« Le département, qui a fourni l'assistance, peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté, pour ce dernier, d'exercer à son tour son recours contre qui de droit ».

Enfin, en vertu de l'article 26 du décret du 19 mai 1909, sur le recouvrement, la manutention et la gestion des deniers pupillaires, c'est pour le département de la Seine, le directeur

général de l'Assistance publique, à Paris, qui est chargé de tout ce qui concerne les enfants assistés du département de la Seine.

Conclusions. — En nous appuyant sur tous ces textes juridiques, nous dirons à notre confrère qu'il doit adresser son mémoire de frais médicaux au préfet de son département. Celui-ci fera le départ entre la charge, qui peut incomber à la commune, sur le territoire de laquelle l'enfant est tombé malade, et qui pourrait avoir à supporter les dix premiers jours de traitement, et ce que le département de la Seine (en l'espèce le service de l'Assistance publique de Paris) devra rembourser, ou payer directement.

Notre confrère pourra, s'il le juge à propos (mais cela ne nous semble pas nécessaire) informer le directeur général de l'Assistance publique de Paris, qu'il a adressé sa note d'honoraires au préfet de son propre département.

Si une contestation devait se produire, c'est le Conseil de préfecture qui serait compétent en premier ressort et le Conseil d'Etat en appel.

Mais notre confrère n'a pas à se préoccuper de savoir qui doit le payer : au préfet de son département de le faire rémunérer de ses soins, par le service départemental de l'assistance médicale gratuite, quitte à ce dernier à recouvrer, tant sur la commune que sur le département de la Seine, les sommes diverses, qui incombent à chacune de ces collectivités.

Et comme notre confrère fait partie du « Sou médical », cette Ligue de défense professionnelle sera à ses côtés dans ce conflit administratif alors même qu'aucune question de responsabilité professionnelle n'a été soulevée, le « Sou » s'intéressant à tout ce qui peut gêner ses adhérents, dans l'accomplissement normal de tous les actes de leur profession.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 5320.

LES HONORAIRES EN MÉDECINE RURALE

Les indemnités moyennes de déplacement (Système Rénon)

Le *Médecin Syndicaliste* du 1er juin, tout en constatant l'hostilité manifestée par le corps médical envers les indemnités moyennes de déplacement, publie cependant une nouvelle étude de notre confrère Rénon, nous invitant à revoir la question, *que nous aurions mal comprise* !

Le docteur Rénon constatant cette hostilité aurait nous dit-on défendu notre point de vue. Il est peu probable qu'il l'ait fait avec grande chaleur, puisque aussitôt il revient à la charge espérant nous faire changer d'avis.

En bon français, disons donc que notre réponse ne plaisant pas, on veut faire pression sur nous.

Venant d'assister à plusieurs réunions syndicales et fédératives, et ayant constaté que la décision de nos confrères était réfléchie, et qu'ils comprenaient bien la question, je crois une réponse nécessaire à l'étude du docteur Renon.

Son premier argument : on a repoussé la rémunération moyenne *parce qu'elle constituerait un forfait*, alors que, selon lui, elle n'en serait pas un, est vraiment trop subtil.

Restons dans le concret et voyons les raisons qui, pour nous, furent majeures.

Notre pays est rude, la médecine de campagne y est fatigante et très coûteuse, n'en déplaise à ceux qui ont une pratique plus douce.

Les clients de campagne habitent des fermes dispersées, éloignées des routes carrossables. Souvent donc une visite comporte un premier parcours en voiture suivi d'un autre parcours, parfois très long, qu'il faut absolument faire à pied. (Et ceci n'est certes pas spécial à la Bretagne, ce doit être le cas de toute région accidentée).

Certains parcourent la distance *sur route* à bicyclette, d'autres en motocycle, en voiturette, voiture limousine, etc., etc. C'est pourquoi nos Syndicats établissent un prix *minimum* pour les déplacements, mais ce prix peut être majoré.

Quant à la *partie pédestre* du parcours, ne coûte-t-elle pas plus au médecin âgé, fatigué, ou même au médecin jeune qui vient de passer une nuit blanche, qu'au médecin jeune, plein d'ardeur, de vigueur et animé du désir de se faire connaître ? Combien aussi pour cette partie le facteur « temps passé » prend-il d'importance ?

Sous prétexte de plus grande commodité pour le tiers-payant, on prétend nous interdire d'évaluer nous-mêmes la valeur de tous ces éléments.

Mais enfin la médecine est-elle, oui ou non, une profession libérale ?

Sachant qu'on ne peut nous taxer, on voudrait par persuasion, nous mener à nous mettre, nous-mêmes, la corde au cou.

Le docteur Rénon fait appel à la conscience professionnelle quant à la limitation du nombre de nos visites ; pourquoi donc n'y croit-il plus quand il s'agit de compter des kilomètres. Mais enfin, voyons ! cette histoire tout entière est

profondément blessante, injurieuse, pour l'ensemble du corps médical dont on suspecte, que dis-je ? dont on conteste en bloc l'honnêteté ! Et nous aurions la simplicité de laisser faire, de ne pas regimber, *de nous prêter même à un essai.*

Rénon ne sait-il pas le danger qu'il y aurait à instaurer ces moyennes, même à titre d'essai ? Il n'y a pourtant, dit-on, que le provisoire qui dure.

N'oublions pas, en passant, de remarquer que les syndicats ont établi les prix moyens *actuels* des visites de campagne. Qui ne voit aussitôt que le système Rénon provoquerait immédiatement, à notre *détriment*, une *multiplication des demandes de visites éloignées* surtout ? C'est une objection que Rénon ne retient pas dans son étude ; or elle est importante.

Parlons un peu maintenant de la visite « en passant » chère aux assureurs. Je me suis fait naguère qualifier d'humoriste pour les avoir ici même, appelées « visites de raccroc ». J'expliquerai donc ce nom : Je connais des villages où l'on n'appelle guère spécialement un médecin, non ; on arrête celui qui vient à passer, tantôt donc c'est l'un, tantôt l'autre et cela au cours d'une même maladie. Cela paraît plus économique pour la famille, mais est-ce là une pratique dont la généralisation soit souhaitable ? Est-elle favorable au malade ? l'est-elle au médecin ? Le médecin, passant dans une localité au cours d'une tournée peut, nous dit-on encore, s'y arrêter pour voir des malades. Cela se fait peut-être dans certaines régions, mais on voudrait dire que cela se fait partout, il faut donc encore proclamer que chez nous et dans bien d'autres provinces certainement, *les tournées n'existent pas* et ne sauraient guère exister.

Enfin pourquoi continue-t-on la campagne en faveur du prix moyen ? Pour rendre plus aisée la tache du tiers-payant, avoue-t-on.

Mais le corps médical s'est prononcé, avec un ensemble important, contre le tiers-payant. Ne sera-t-il pas capable de résister si on prétend le lui imposer ? On espère certainement qu'il cèdera.

Le tiers-payant ne peut se passer d'un contrôle ; or je sais un contrôleur qui dut sévir contre un de ses voisins. Celui-ci se vengea en le concurrençant déloyalement. Ce fait prouve qu'un contrôleur ne pourra que difficilement être un praticien, alors il faudra créer un corps de contrôleurs ... ceux-ci ne pratiquant pas ne pourront avoir la mentalité de praticien ... alors il faudra créer .... ? ! C'est pourtant plus simple sans tiers-payant !

Récemment pourtant la question des soins aux victimes de la guerre a fait voir la puissance du Corps médical et la lui a révélée à lui-même ; l'expérience n'aura, je le souhaite, pas été inutile.

Or, vu l'importance que prendront les assurances agricoles et les assurances sociales et la répercussion énorme qu'elles auront sur la pratique médicale, il importe que nos décisions soient prises après mûre réflexion, *puis appliquées avec la fermeté nécessaire.*

Nous, médecins, voyons au système du prix moyen, surtout des inconvénients ; ceux qui y voient des avantages sont les défenseurs du tiers-payant (disons plutôt ceux qui voudraient l'imposer).

Or, nos avons nettement dit que nous ne voulions pas de tiers payant, nous sommes donc hostiles à tout ce qui en découle ou qui y ramène.

La médecine perd, tous les jours, un peu plus de son caractère de profession libérale, et nul ne peut dire que, de ce fait, son prestige ait été rehaussé, devons-nous continuer à nous laisser faire, et à tendre le cou au sacrificateur ?

Dr E. Damey.

R. H. M. S., 5320.

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Quand se décidera-t-on à mettre le point final sur cette obsédante question de l' « Ordre des médecins » qui, depuis des mois, fait couler tant d'encre — inutilement — et restera insoluble parce que sa base, la déontologie, est méconnue... ou écartée.

Quelle a été la suite donnée au Congrès de déontologie de 1900 ? ? ?

Désaccords locaux : vérité en deçà des ... Pyrénées, erreur au delà ! Allons donc, il y a des principes de dignité communs et fondamentaux : qu'on aie au moins le courage d'avouer que le « struggle for life » réclame une liberté à laquelle on ne veut pas de limites. Vous faites un spectre de l'autorité — vous n'osez dire de la partialité des pontifes, de l'ingérence de la magistrature, voire de l'étatisme ! Mais non : que pourrait, que devrait être un « Ordre des médecins » ? Le moyen de faire respecter par tous les devoirs du médecin vis-à-vis de ses clients, de ses confrères, de la Société ... et de lui-même.

Est-ce que ce n'est pas le but des conseils de discipline des Syndicats ? Celui-là, vous le reconnaissez, vous le déclarez juste et légitime : mais quel pouvoir ont-ils ? Pour quelques syndicats... réels, combien vous avouerez-vous à vous-mêmes de caricatures de syndicats ? Je n'irai pas jusqu'à répéter le paradoxe d'un de nos vieux confrères : le syndicat est surtout utile aux confrères malhonnêtes qui en prennent ce qui peut

servir et s'asseoient résolument sur ce qui les gêne.

Mais, enfin, que peut le syndicat contre les marchands d'orviétan et les cabotins qui, sous le couvert d'un parchemin, seraient plus à leur place au milieu d'une foire sous un grand parapluie rouge ? D'abord le syndicat n'est pas obligatoire, et puis, quand il aura semoncé un monsieur malpropre, celui-ci se retire tout simplement en disant : je m'en f..... Et puis après ?

Je demandais déjà, il y a 35 ans, qu'un conseil de ses pairs — ordre des médecins, si vous voulez — eût le droit d'instruire, et même d'instruire le public, contre un célèbre guérisseur de tuberculose de l'Aube, dont vous avez peut-être, — il n'y a si longtemps, hélas ! — connu la réclame éhontée. *Vox clamans in deserto — et nunc et semper* !

Je suis un vieil ami du *Concours* et de quelques-uns de ses fondateurs depuis bientôt 40 ans, je ne voudrais pas allonger l'interminable plaidoirie où partisans et adversaires de l'Ordre des médecins déploient une éloquence plus haute que mes modestes conceptions de vieux praticien, je ne pousserai pas le cri poncif de la médecine sacerdoce, mais il me peine de voir dépenser tant d'arguments pour ou contre un projet qui devrait se réduire à cette simple proposition : Etablir l'obligation pour tous de faire partie d'un organisme en état et en droit de faire respecter par toutes sanctions morales ou matérielles, publiques et pécuniaires, non pas les fautes contre la loi, — celle-ci a seule charge de les faire réprimer —, mais les fautes professionnelles en tout ce qui touche à la dignité, à la moralité, à la propreté du Corps médical.

A bas les gendarmes, mais que MM. les assassins commencent !

Dr L.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Réunions des 13 *et* 27 *mai* 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6371 Sevestre, Boulogne-sur-Mer, Pas-de-Calais.
6372 Frumusan, 37, rue de Ponthieu, Paris.
6173 Thibault, Nîmes, Gard.
6374 Lian, 10, rue Margueritte, Paris.
6375 Fabre, Commentry, Allier.
6376 Sauve, Le Havre, Seine-Inférieure.
6377 Couput, Hué, Indo-Chine.
6378 Le Cain, Epône, Seine-et-Oise.
6379 Beaudot, Paray-le-Monial, Saône-et-Loire.
6390 Mauret, Verey-sur-Arzon, Haute-Loire.
6381 Charles, 28, boulevard de Strasbourg, Paris.
6382 Rimbaud, Montpellier, Hérault.
6383 Maegerlin, Angers, Maine-et-Loire.
6384 Fay, Nice, Alpes-Maritimes.
6386 Temine, Alger, Algérie.
6387 Giraud, Annonay, Ardèche.
6385 Rivier, La Croix, Var.
6388 Bouin, Echiré, Deux-Sèvres.
6393 Trolle, Ecole française de stomatologie, Paris.
6394 Vico Tommaso, Ecole française de stomatologie, Paris.
6395 Scuto, Ecole française de stomatologie, Paris.
6396 Michel, Ecole française de stomatologie, Paris.
6397 Felix, Ecole française de stomatologie, Paris.
6398 Cabrol, Ecole française de stomatologie, Paris.
6389 Mouclier, les Gours, par Aigre, Charente.
6390 Reimburg, 42, rue de Grenelle, Paris.
6391 Robert, Ecole française de stomatologie, Paris.
6392 Gorensky, Ecole française de stomatologie Paris.
6399 Bouvier, Ecole française de stomatologie, Paris.
6400 Morisot, Ecole française de stomatologie, Paris.
6401 Tran-Nhu-Lan, Ecole française de stomatologie. Paris.
6402 Bigot, Le Havre, Seine-Inférieure.
6403 Getten, 81, avenue de Saint-Ouen, Paris.
6404 Villeneuve, Juillac, Corrèze.
6405 Fradin, Chauvigny. Vienne.
6406 Pujebet, Soual, Tarn.
6407 Schlesser, Ressons-sur-Matz, Oise.
6408 Bouzon, Tarbes, Hautes-Pyrénées.
6409 Charreau, Morée, Loir-et-Cher.
6410 Weissenbach, 17, rue Quentin-Bauchart, Paris.
6411 Guérin, Saint-Cyr-l'Ecole, Seine-et-Oise.
6412 Debidour, Mont-Dore, Puy-de Dôme.
6413 Perrion, 2, square de Clignancourt, Paris.
6414 Bosche, Limoges, Haute-Vienne.

Accidents du travail.

Me Auger étant d'avis que le pourvoi en cassation contre le jugement de paix qui admet la légalité de la fixation de la guérison d'un accidenté du travail à une date postérieure à son examen par l'expert, présenterait de sérieuses chances de succès, le Conseil donne au Dr F. (Seine), l'appui pécuniaire pour former ce pourvoi et ordonnance à cet effet le versement de la provision d'usage de 800 fr.

Le Dr R. (Seine-Inférieure) annonce que, à la suite de l'avis donné par le Ministère du travail, sur l'intervention du « Sou », la Compagnie d'assurance qui refusait de payer une radiographie faite par lui, médecin choisi par le

blessé, alors qu'elle-même avait désigné un autre radiographe, a réglé amiablement ses honoraires.

Le Dr B. (Hérault), ayant envoyé copie d'un jugement de justice de paix intéressant, rendu dans une affaire d'accident du travail, le Conseil ordonnance le remboursement du coût de cette copie, s'élevant à 6.50.

Le Dr R. (Oise) a été traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a condamné un patron à lui payer ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier atteint au cours de son travail d'un durillon forcé.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr R. pour défendre à cet appel.

Honoraires de droit commun.

Le Dr H. (Marne) désirerait faire appel d'un jugement de paix qui a réduit de 500 à 300 fr. une note d'honoraires, dont il a poursuivi le recouvrement.

Le Dr H. étant tout récent adhérent, postérieurement au jugement, n'a pas droit à l'appui pécuniaire dans cette affaire. Il s'agit d'ailleurs d'une question de fait, et non d'une question de principe.

Le Dr L. (Yonne), ayant réclamé à des clients le paiement du solde d'une note d'honoraires, sur laquelle il avait reçu un acompte, a été menacé, verbalement, et par lettres, d'un procès en responsabilité civile.

Comme l'affaire devra être portée devant le tribunal civil, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement du solde de sa note.

Le Dr G. (Saône-et-Loire) annonce que l'affaire de recouvrement d'honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, pour laquelle il a obtenu antérieurement l'appui pécuniaire, s'est terminée à l'amiable et déclare ne pas demander le remboursement des 20 fr. d'honoraires qu'il a payés à l'huissier qu'il en avait chargé.

Le Conseil lui adresse ses remerciements et décide de porter cette somme de 20 fr. comme don à la caisse du « Sou ».

Le Dr D. (Meurthe-et-Moselle), ne pouvant obtenir le paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, l'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre la victime et l'auteur de l'accident, qui a pris l'engagement de le payer.

Le Dr D. (Savoie) se voit contester par les héritiers l'un client une note d'honoraires, sous prétexte que ces honoraires seraient compris dans ceux qui ont été payés au chirurgien, alors qu'ils s'appliquent à des soins antérieurs et postérieurs à l'opération.

Comme la somme due nécessite de porter l'affaire devant le tribunal civil, le Conseil accorde à cet effet au Dr C. l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr B. (Orne) demande l'appui pécuniaire dans une affaire de recouvrement d'honoraires, engagée contre la victime d'un accident d'automobile, qui prétend ne rien lui devoir et que son seul débiteur est le propriétaire de l'auto.

Le Conseil, tout en rappelant au Dr B. que, conformément aux Statuts et règlements, il aurait dû saisir le « Sou » de cette affaire avant d'engager le procès, lui accorde l'appui pécuniaire demandé.

Contrats médicaux.

L'avis de Me Auger étant que, dans le cas du Dr A. (Algérie), un recours en Conseil d'Etat pourrait être utilement formé contre la décision qui a révoqué le Dr A. de ses fonctions de médecin communal et celui-ci après connaissance prise de cet avis, ayant manifesté l'intention de former ce recours, même à ses frais, le Conseil lui accorde à cet effet l'appui pécuniaire et ordonnance le paiement de la provision d'usage de 700 fr.

Responsabilité civile.

Le Dr C. (Hérault) est assigné en 15.000 fr. de dommages intérêts par un client qui prétend que, à la suite d'injections intra-veineuses faites inutilement, il a été atteint d'une érythrodermie qui lui a causé un grave préjudice.

Le Conseil admet le Dr C. au bénéfice de la garantie statutaire dans cette affaire.

Prorogation de bail.

Le Dr R. (Seine-Inférieure), ayant demandé à bénéficier de la prorogation des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923, pour faire suite à la prorogation professionnelle de la durée des hostilités actuellement en cours, se voit refuser par le propriétaire tout droit à une prorogation nouvelle accordée aux locaux d'habitation seulement.

Le Conseil donne l'appui pécuniaire au Dr R. pour saisir de sa demande de prorogation le tribunal en chambre du Conseil et ordonnance le versement à son avoué d'une provision de 200 fr.

Exercice illégal.

Les Drs V. (Seine-et-Oise) et B. (Yonne) demandent l'appui pécuniaire pour poursuivre des

individus qui ont exercé illégalement la médecine dans leurs régions respectives.

Le Conseil, considérant qu'il s'agit de la défense des intérêts collectifs de la profession et non de l'intérêt individuel des adhérents et que l'« Union des Syndicats », qui a qualité à cet effet, vient de créer un office de répression de l'exercice illégal, décide de transmettre les dossiers à l' « Union ». Si celle-ci ne pouvait donner suite à ces affaires, le Conseil examinerait dans quelles conditions le « Sou » pourrait donner satisfaction aux demandes de ses adhérents.

Divers.

Le Dr M. (Seine), communique une lettre de son avocat, qui demande une provision de 1.300 fr. dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé, contre le maire d'une commune avec lequel il a un différend.

Conformément à la décision prise dans la précédente réunion, limitant la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat à 500 fr., le Conseil ordonnance le versement de cette dernière somme.

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère

Questions générales

Prise en charge de la médecine sociale par les syndicats. — Aucun syndicat ne s'en est individuellement déclaré partisan, aucun praticien ne s'en souciant (comme le faisait remarquer M. le professeur Vanverts).

L'expérience actuellement en cours dans le Finistère nous prouve que le Dispensaire du type dit *administratif* est parfaitement acceptable, à condition qu'il y ait entente nécessaire avec les Syndicats médicaux et liaison constante avec les praticiens.

Assurances sociales. — Les quatre syndicats réclament à l'unanimité presque absolue de leurs membres le contrat collectif *sans tiers payant.*

Quant aux indemnités de déplacement, tant pour ces assurances que pour celles concernant les accidents agricoles, c'est alors l'unanimité absolue pour refuser tous forfaits (sous forme de prix moyens, de circonférences concentriques ou autres). *Les conditions géographiques et la pratique régionale imposent le maintien de l'indemnisation au prorata de la distance réellement parcourue.* Au surplus, les *tournées* n'existent pas et ne sauraient exister dans notre région aux fermes dispersées.

Critique de l'Union des Syndicats médicaux. — Les Syndicats s'associent pleinement aux critiques formulées par M. le professeur Vanverts.

Au point de vue du nombre des délégués à l'Assemblée générale, ils estiment que s'il est souhaitable qu'un délégué puisse représenter plusieurs syndicats (dans le but de rendre les assemblées moins nombreuses, donc moins houleuses), il ne faudrait pas, toutefois, qu'il en représentât un trop grand nombre (un nombre *illimité,* disait M. Vanverts).

La Fédération s'associe surtout aux critiques relatives à la composition du Conseil de l'Union, et constatant la trop grande prédominance de fait de Paris sur la province, ce qui ne va pas sans inconvénients pour celle-ci (question des « catégories » par exemple, etc., etc.), elle décide de s'entendre avec les Fédérations voisines des Côtes-du-Nord et du Morbihan, afin d'atteindre le quotient donnant droit à un membre dans le Conseil.

Le docteur Marchais a déjà engagé des pourparlers avec elles ; il est chargé de les continuer et de les faire aboutir.

Pour les votes à l'assemblée générale, on s'associe à la réclamation du vote par délégation (chaque délégué disposant d'autant de voix que de syndiqués représentés). Le vote à mains levées doit être absolument abandonné.

Questions départementales

Assistance médicale gratuite. — Le nouveau tarif proposé pour l'A. M. G. est admis. Le Syndicat de Châteaulin vient de demander si l'on ne pourrait réclamer l'assimilation du tarif de la médecine du dimanche à la médecine de nuit. Cette proposition ne pouvant plus être transmise en temps utile à la Commission de la préfecture, et ne semblant pas avoir grandes chances de succès, n'est pas retenue.

Revision des distances kilométriques.

La revision demandée l'an dernier serait en cours, mais se ferait en dehors des médecins. Beaucoup de chemins pouvant être pris en considération, qui en fait sont impraticables, la Fédération demande que le travail de la Commission de révision soit soumis à l'examen des syndicats intéressés avant son établissement définitif.

Fonctionnement des dispensaires antituberculeux. — Le docteur Chauvet fait savoir que la *fiche de liaison* demandée par nous l'an dernier est maintenant établie et sera mise incessamment en usage.

La Fédération constate que les rapports entre Dispensaires et praticiens vont s'améliorant constamment. L'adoption de la fiche de liaison y contribuera encore beaucoup.

Pupilles de la Nation. — L'inspection médicale des Pupilles n'a été retardée que pour des raisons matérielles. L'organisation serait maintenant au point. La mise en train se fera sous peu. Mais l'entente actuelle n'étant en somme que le résultat d'entretiens avec M. le préfet, la Fédération croit utile de demander l'établissement *par écrit* de cet accord dans son ensemble.

Déontologie. — Deux syndicats avaient adopté le code « type Toulouse » et deux autres le code « type Montpellier » ; une unification ayant été jugée désirable, celui de Toulouse, plus détaillé donc plus « juridique », plus facilement applicable aux cas concrets, a obtenu la majorité et sera adopté par tous.

Dichotomie. — Dans un des Syndicats, dont le code cependant l'interdisait, des chirurgiens et spécialistes s'étant mis à pratiquer la dichotomie, la question fut à nouveau soumise aux syndicats. Ils se sont, à nouveau, tous prononcés contre elle.

Il a été décidé qu'en cas d'intervention, la note globale sera présentée par l'opérateur, le médecin traitant n'ayant droit à des honoraires que s'il assiste à l'intervention. Ses honoraires seront alors de 25 % du prix de l'intervention, plus une indemnité de déplacement, s'il y a lieu — par entente avec l'opérateur.

Certificats pour les tuberculeux de guerre. — Une note parue dans les journaux, l'an dernier, avait vivement ému les médecins : les secours aux tuberculeux de guerre ne devaient plus leur être attribués que sur production de certificats émanant des dispensaires.

Notre protestation avait reçu un accueil favorable de M. le préfet, cependant depuis lors, nos certificats *n'ont pas été admis*.

Une nouvelle protestation sera adressée à M le préfet.

Il en sera de même au sujet des subventions d'alimentation aux Pupilles de la Nation, car là aussi nous nous heurtons au même refus.

Exercice de la médecine par les médecins du sanatorium départemental. — Il est entendu que la Fédération poursuit l'étude de cette question qui n'a pas reçu de solution nette.

Article 64. *Contrôle.* — Lecture est donnée par le président d'une lettre de M. le Préfet qui nous donne l'assurance qu'aucune sanction ne sera plus prise sans demande préalable d'explications, et que désormais, tout cela se fera avec la discrétion nécessaire.

On décide de demander, pour raisons géographiques, le maintien de deux commissions de contrôle dans le département, mais ces deux commissions devront unifier leurs conceptions et leur action, en se mettant parfois en rapport.

Indemnités kilométriques. — Satisfaction ne nous ayant pas été donnée, la Fédération continue à réclamer le taux de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant pour les soins aux réformés de guerre que pour les accidents du travail (tarif Breton).

A la suite d'une sanction de la commission de contrôle, la Fédération avait demandé et obtenu *la révocation d'un médecin* par une administration. Cette révocation n'ayant pas été maintenue par suite, paraît-il, de puissantes interventions (voire *médicales* nous fit-on malicieusement savoir), la Fédération protestera énergiquement à nouveau par l'entremise du Dr Marchais. En outre, ce médecin, voisin d'un des contrôleurs, ayant résolu, pour se venger, de le combattre déloyalement, dans sa clientèle, il appartiendra au Syndicat de leur ressort de prendre les sanctions nécessaires, qu'il portera à la connaissance des syndicats voisins. De plus, dans le but de contribuer à assurer l'indépendance et la liberté des contrôleurs, la protestation de la Fédération sera communiquée par ampliation à M. le préfet.

Ordre des médecins. — La Fédération estime que dans certains cas un Ordre serait peut-être utile, mais à la condition absolue de disposer de *sanctions efficaces*. Interdiction *effective* de l'exercice de la médecine ?

Le Syndicat de Châteaulin demande que les délégués aux assemblées générales de l'Union soient *toujours* indemnisés pour ne pas être *en fait presque toujours* médecins de chemins de fer.

Enfin, pour des raisons d'ordre pratique, on décide que désormais les réunions de la Fédération se tiendront toutes à Landerneau.

Dr Damey.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès d'hygiène publique britannique.** — Le Congrès d'hygiène publique britannique qui s'est tenu à Bordeaux du 4 au 9 juin 1924 a remporté le plus légitime succès.

Le mercredi matin le spectacle était des plus curieux de voir : tous les congressistes revêtus de leurs robes académiques universitaires municipales se rendre, comme au Moyen-Age à la cathédrale St-André où le Cardinal Andrieux présidait à la cérémonie. Le soir, dans la grande salle de l'Athénée, eut lieu la séance d'ouverture du Congrès.

Les séances de travail qui furent toutes remarquables par l'ampleur des questions qui y furent traitées, étaient accompagnées de visites soit au Centre anticancéreux, soit au Dispensaire antivénérien. Les jours suivants eurent lieu les visites du Sanatorium de Feuillas, du Centre antituberculeux François de Sourdis, de l'Institut Pasteur, de la Pouponnière de Cholet, de la Crèche des tramways, dont nous avons parlé ici même dans cette revue. L'école Florence Nightingale, retint longuement l'attention des visiteurs. Mlle le docteur Hamilton peut-être fière de son œuvre ...

M. le Doyen Sigalas eut l'honneur de présenter, à ces éminents collègues étrangers, la Faculté de médecine dont les laboratoires firent l'admiration de tous.

La réception, au rectorat, par M. le recteur Dumas et les membres de l'Université de Bordeaux marquera dans le souvenir de chacun.

Bordeaux enfin voulut fêter fastueusement ses hôtes et les salons de l'Hôtel-de-Ville furent les témoins de la cordialité la plus franche, Les Bordelais ne pouvaient manquer d'offrir à leurs invités anglais une promenade en Médoc, en Sauternes, à St-Emilion. Mais Bordeaux est la porte des Pyrénées et une excursion à Biarritz, cette reine des stations de l'Atlantique, à Arcachon, type de la ville de santé, et enfin, à Luchon, la grande station thermale et climatique des Pyrénées, s'imposait aux désirs de tous.

A Luchon, la Municipalité reçut nos confrères à l'établissement thermal. Après la visite des galeries de captage, uniques au monde, que la ville va faire transformer en galeries de cure, on fit l'ascension de Superbagnères de Luchon où la Société des chemins de fer et hôtels de Montagne voulut offrir un champagne d'honneur à ces illustres congressistes.

Les présidents des six sections du Congrès furent : Sir Humphry Davy Rolleston, président du Collège Royal des médecins de Londres ; Sir Chambers, chirurgien, vice-amiral ; Sir Thomas Olivier, professeur, Colonel ; sir Ronald Ross, lauréat du prix Nobel ; Sir John Bland-Sutton, président du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; S. E. la Marquise de Crewe et lady Bland-Sutton.

Plus de cent de leurs compatriotes les accompagnent. Remarquons que le Congrès est organisé en France, mais par des éléments exclusivement anglais. Cependant M. le professeur René Cruchet a été nommé secrétaire général du côté français et sa présence, nous en sommes assurés, ne peut pas étrangère au succès enregistré.

R. M.

— **Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne.** — Enfin ! on ne reverra plus, à une prochaine réunion, des questions primordiales posées régulièrement par le Bureau de la Fédération. Un de ces derniers dimanches, la coquette station de Cauterets recevait tous nos confrères de Luchon, Lamalou, Pau, Ax, Bagnères-de-Bigorre et autres lieux : et aussitôt, en séance, après lecture d'un remarquable rapport de M. Godard, secrétaire général, on passe à l'étude de la question de l'affiliation de la Fédération pyrénéenne à la *Fédération nationale thermale et climatique française.* A l'unanimité, le vote a été acquis : Thermalisme et climatisme vont donc pouvoir mettre en œuvre les ressources que leur permet cette nouvelle organisation, pour la mise en valeur de nos stations : et ce fut toute la thèse que récemment nous soutînmes ! !

— **Chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu** *Professeur* : M. HARTMANN. — *Maladie du tube digestif et du foie.* Par M. HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, avec la collaboration de M. PARMENTIER, médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. MAINGOT, radiologiste des hôpitaux ; M. RENARD, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu ; M. BERGERET, chirurgien des hôpitaux.

Ce cours, essentiellement pratique, comportera l'étude des divers modes d'examen (clinique, radiologie, recherches de laboratoire), et celle du traitement tant médical que chirurgical des diverses maladies du tube digestif et du foie. Il aura lieu à l'Hôtel-Dieu, tous les jours du 1er au 12 juillet, le matin de 9 heures à midi l'après-midi de 4 à 6 heures.

Le nombre des auditeurs admis à le suivre est limité à vingt.

Droit à verser : 150 francs.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis le 5 juin sous la présidence de MM. les professeurs Charles RICHET et BALTHAZARD. Pour fêter, en ce premier dîner, le baptême de leur Société, c'est sur les eaux de la Seine, en la Péniche parisienne (« fluctuat nec mergitur ») qu'ils s'assemblèrent joyeusement au nombre d'une trentaine : prof. Balthazard, Blondin père et fils, Bongrand, Bouquet, Bourguignon, Cachera, Dartigues, Devraigne, Didsbury, Dubrisay, R. Duclaux, Fège, Galliot, Gérard, Gillet, Molina, Piot, Prost, prof. Richet, Rolet, Rouhier, Schaeffer, Springer, Tissier, Vaudremer, Vimont, Vitry, Wallon.

La franche cordialité qui régna au cours du repas, ainsi que les nombreuses candidatures annoncées, font bien augurer de l'avenir de cette jeune Société.

Adresser les demandes de statuts au secrétaire général : Dr Pierre PROST, 119, boulevard Malesherbes, 8e.

— **Congrès d'orthopédie.** — Le VIe Congrès de la Société française d'orthopédie aura lieu à Paris le vendredi 10 octobre 1924, à 9 h. précises du matin, sous la présidence du professeur Aug. Broca, à la Faculté de Médecine, salle des Thèses, no 2.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès sont : 1° Le *spina bifida occulta*, rapporteur : M. Mutel (de Nancy). — 2° L'*épaule paralytique*, rapporteur : M. Paul Hallopeau (de Paris). — 3° La *métatarsalgie*, rapporteur : M. Maffei (de Bruxelles).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

Je suis aide-major de 1re classe et j'ai reçu un ordre de mobilisation m'affectant à un hôpital de ma région.

Suis-je donc encore *mobilisable* ? et que dois-je faire pour ne plus être mobilisé ?

Dr C.

Réponse.

Appartenant à la classe 1895, quel que soit le nombre de vos enfants, vous êtes encore mobilisable jusqu'au 1er novembre 1924, pour avoir effectué les 28 années de service militaire, que vous êtes tenu d'accomplir d'après la nouvelle loi.

A cette date, il vous suffira de retourner votre ordre de mobilisation au directeur du Service de santé de votre région.

1309. — Réforme. Décès de l'intéressé. Droits de la veuve et des enfants.

J'ai donné mes soins depuis un an à un malade atteint de tuberculose pulmonaire et qui vient de mourir ces jours-ci. Sur mes instances, il avait fait une demande de réforme avec pension, car il avait été réformé n° 2 en 1918 pour tuberculose pulmonaire confirmée et possédait deux billets d'hôpital attestant sa maladie contractée en service.

Le Conseil de réforme demandé d'urgence vint le voir à domicile, et d'emblée lui attribua 100 %.

Afin de renseigner exactement la veuve qui reste avec trois petits enfants dont l'aînée a 9 ans, pourriez-vous me dire : 1° s'il y aura rappel de la pension de réforme et depuis quand ?

2° Que doit toucher la veuve, à cause des enfants en bas-âge ?

Dr S.

Réponse.

Il est probable que ce sont les médecins experts, et non la commission de réforme, qui sont venus visiter votre malade. En cette occurence, la commission de réforme, dont la décision marque le point de départ de la pension, ayant siégé après le décès de l'intéressé, les droits à pension n'auraient pas été reconnus de son vivant, et, dès lors, il n'a droit à rien. Si, cependant, cette commission de réforme a siégé avant le décès, il pourrait être fait aussi un rappel de la pension depuis la réforme n° 2 de 1918. A quel taux ce rappel ? Ce serait au ministre à le déterminer, mais ce taux de rétroactivité n'atteindrait vraisemblablement pas 100 %.

En cas de rappel, ou de pension accordée avant le décès, la veuve bénéficierait des arrérages, si le mariage a été antérieur à l'aggravation, et les enfants obtiendraient chacun une majoration en rapport avec le taux de la pension jusqu'à l'âge de 18 ans.

Pour 100 % la majoration est de 300 fr. par an.

Cependant, la pension du mari s'éteint avec

son décès ; alors il faut que la veuve fasse une demande de pension pour elle-même et ses enfants au Sous-Intendant des Pensions de la région. Si cette pension lui est accordée, elle touchera pour elle de 500 à 800 francs et pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans, 300 francs.

1552. — Déclaration des locations

Je suis propriétaire de la maison que j'habite et il n'y a pas d'autres locataires dans la maison ; suis-je tenu quand même de faire une déclaration ?

Ma maison était taxée avant la guerre pour un revenu de 1.800 fr. (valeur locative), mais, l'année dernière, l'administration l'a taxée d'office pour 3.600 fr. J'ai accepté ce chiffre sans faire de réclamation, car il me paraît normal. Dois-je faire autre chose ?

Dr G.

Réponse.

Bien que le propriétaire ne soit pas tenu de déclarer les appartements vacants et ceux qu'il occupe, il est préférable qu'il fournisse à l'administration un état complet avec le prix demandé ou qu'il demanderait si le local était destiné à la location.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1614 B. — Application du Tarif Breton

I

Retard à un rendez-vous.

Le médecin d'une compagnie d'assurances me donne rendez-vous pour l'examen d'un blessé ; il arrive au rendez-vous avec une heure de retard. Comment puis-je tarifer cette visite ? Serais-je en droit de m'inspirer de l'article 6 de la loi Breton : « Chaque demi-heure équivaut à une visite de plus ? »

Dr C.

Réponse.

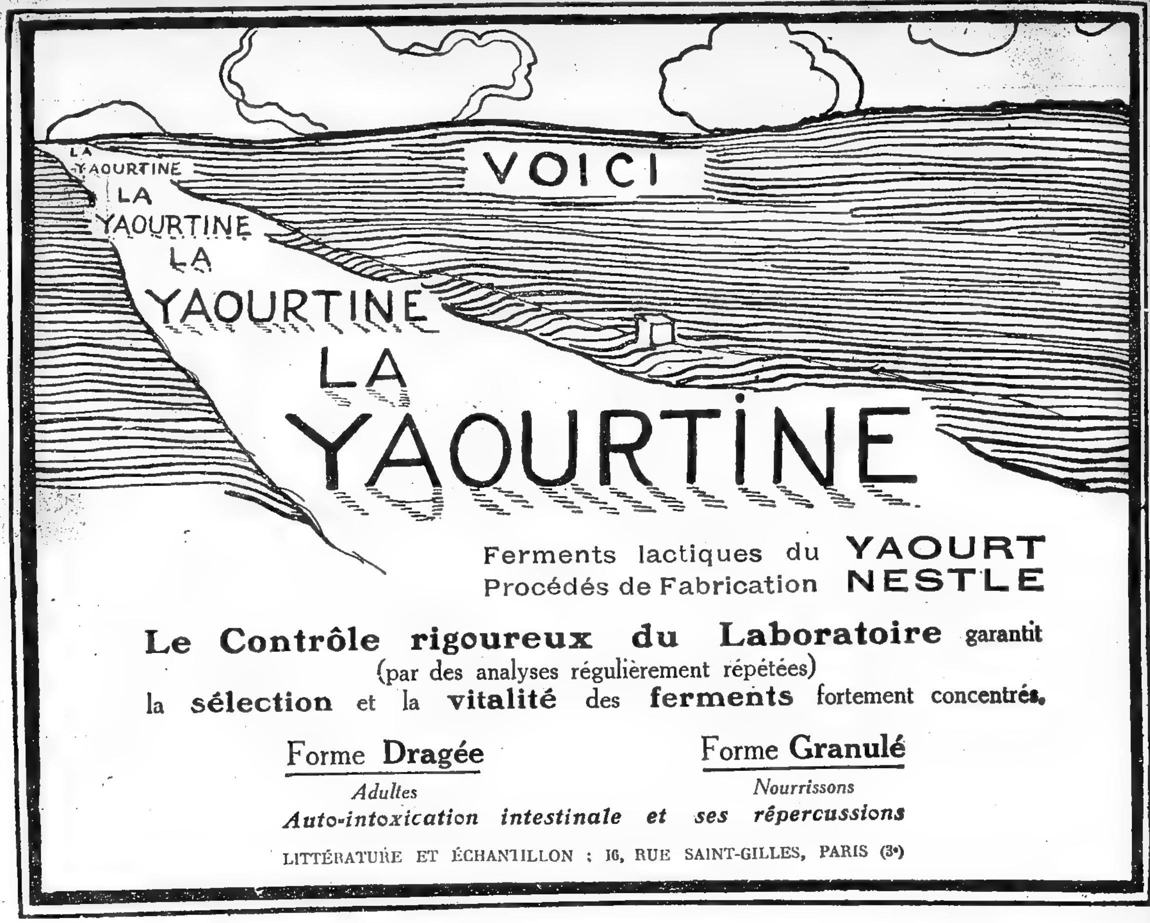
Je ne pense pas qu'on puisse se baser sur l'art. 6 pour demander des honoraires plus élevés, dans le cas que vous signalez. A moins de force majeure, il est de simple politesse, même chez les rois, d'arriver à l'heure. Si ce fait avait tendance à se généraliser, après avoir fait une visite ordinaire à son blessé, il n'y aurait qu'à se retirer « après le quart d'heure de grâce » et à dire au blessé de prévenir le médecin défaillant qu'il ait à remettre à un autre jour la visite de contrôle.

F. D.

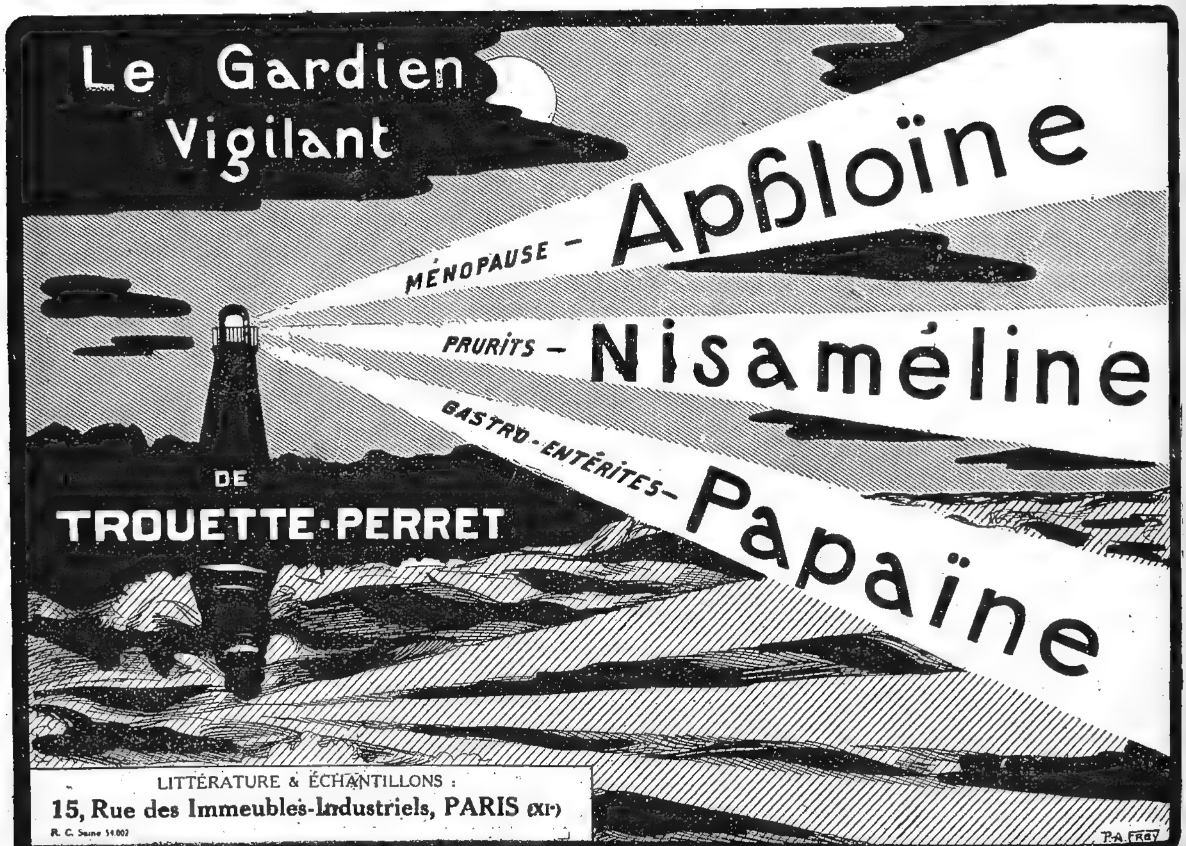
II

1445. — Blessé du travail hospitalisé.

Je vous serais obligé de me conseiller pour l'établissement d'une note d'honoraires dans le cas suivant :



LA YAOURTINE
LA YAOURTINE
LA YAOURTINE
VOICI
LA YAOURTINE
Ferments lactiques du YAOURT
Procédés de Fabrication NESTLE
Le Contrôle rigoureux du Laboratoire garantit
(par des analyses régulièrement répétées)
la sélection et la vitalité des ferments fortement concentrés.
Forme Dragée
Adultes
Forme Granulé
Nourrissons
Auto-intoxication intestinale et ses répercussions
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLON : 16, RUE SAINT-GILLES, PARIS (3e)



Le Gardien Vigilant
DE
TROUETTE-PERRET
MÉNOPAUSE - Apßloïne
PRURITS - Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES- Papaïne
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)
R. C. Seine 34.002
P.-A. FREY

Accidenté du travail atteint de fracture non compliquée du bassin. A séjourné dans ma clinique du 6 février au 27 février 1924. Mon rôle, très simple, a été le suivant : immobilisation sur plan résistant avec extension continue ; visite journalière, la blessure étant assez sérieuse pour que le blessé ait eu besoin d'être surveillé. Le tarif Dubief est muet sur les fractures du bassin. Il faut donc trouver une équivalence ; je ne vois pas laquelle. D'autre part, le blessé étant hospitalisé en clinique, ai-je le droit de compter une visite journalière ? Je le crois, mais n'en suis pas certain.

Dr M.

Réponse.

Grâce aux beautés du « tout compris » de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (article que nous nous efforçons de faire modifier, comme on sait), le patron, ou son assureur substitué, est en droit de ne payer pour les blessés du travail hospitalisés que les frais de journée. S'il accepte de payer les interventions, vous trouverez les tarifications des fractures du bassin à l'article 28 (sans appareillage, de 60 à 100 francs). Quant aux visites journalières, je ne crois pas qu'il accepte de les payer.

F. D.

III

1602. — **Pansements multiples.**

Ci-joint une note d'honoraires et une lettre d'une Compagnie d'assurances relatives à un accident du travail ; il s'agit, il est vrai, de deux plaies voisines, mais je désirerais savoir si le fait de soigner deux plaies, qui ne peuvent être éloignées puisque sur un même segment de membres, ne donne pas lieu à l'indenmnité de 11 fr. 25 au lieu de 7 fr., d'autre part, il est toujours possible de poser deux pansements dans le cas de deux plaies voisines, ce que je n'ai d'ailleurs pas fait dans le cas actuel.

Dr C.

Réponse.

Pour demander le tarif des *pansements multiples* (article 17) sur un même segment de membre, il faut qu'on ait eu vraiment à faire deux ou plusieurs pansements *distincts*, pour telle ou telle raison, ce qui n'est pas votre cas, d'après ce que vous écrivez.

F. D.

IV

1594. — **Blessures multiples.**

J'ai recours à votre obligeance pour l'établissement d'une note d'honoraires pour un accident du travail.

J'ai donné mes soins à un ouvrier blessé porteur des lésions suivantes : 1° plaie contuse de la région frontale ayant nécessité une suture 4 à 5 agrafes de Michel ; 2° contusion et plaie contuse du genou droit ; 3° contusion et plaie contuse du poignet droit. Je faisais donc chaque fois, au domicile de l'ouvrier, 3

pansements distincts : front, genou et poignet. Ma ville compte 6.000 habitants. Comment dois-je établir cette note d'honoraires ?

Dr V.

Réponse

Votre note est comptable en deuxième catégorie. *Pour le premier jour*, vous avez à compter : « réunion par sutures multiples 18 fr. 75 » (article 17), plus pansement du poignet 8 fr., plus pansement du genou 8 francs, soit au total : 34 fr. 75. Et ce, en vous basant sur l'article 14, qui traite des *blessures multiples.*

Pour les visites suivantes, comptez trois pansements à 8 fr., soit 24 francs par visite, du moins lorsque vous avez été obligé de pratiquer trois pansements distincts.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

1479. — Injections intramusculaires.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je m'adresse pour la ne fois à votre amabilité. J'en abuse, je le sais, mais vos réponses particulières servent à tout le monde

Voici : à quoi peut-on assimiler les injections intra-musculaires à un réformé de guerre ?

Je crois, à l'injection du sérum, un peu moins peut-être.

Dr G.

Réponse.

L'injection intramusculaire n'est pas, dans le tarif Maginot, l'objet d'une tarification spéciale. Il y aurait lieu, par voie d'appel sur un cas d'espèce, de faire régler cette question par la Commission supérieure.

F. D.

II

1503. — Appel devant la Commission supérieure.

Il y a quelques mois je vous avais informé que la Commission de contrôle du département de la Seine, pour des visites faites en province à des blessés de guerre inscrits dans ledit département payait la visite 10 fr., mais refusait de payer les kilomètres ; que j'en avais appelé à la Commission supérieure qui, malgré l'intervention de deux sénateurs, n'a pas voulu répondre et enfin n'a payé que d'après ce principe, quoi qu'en ait dit l'aimable confrère Decourt, et vient de m'envoyer enfin un papier où elle maintient son point de vue.

Les confrères sont donc bien avertis, ils ne toucheront jamais leurs kilomètres pour des bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, s'ils sont inscrits dans le département de la Seine, à moins que ceux-ci n'aient la précaution de faire changer

leur domicile avant de faire un séjour en campagne à la mairie du pays où ils vont.

Je puis conclure : *errare humanum, perseverare diabolicum.*

Dr M.

Réponse

N'acceptez pas la solution de la préfecture de la Seine et demandez au besoin des nouvelles de votre appel devant la Commission supérieure à Monsieur le docteur Lenglet, secrétaire de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris. Soyez assuré que la Commission Supérieure juge de tous les appels qui lui sont faits, ainsi que c'est son devoir. Si vous avez fait le vôtre dans les délais, la Commission Supérieure « vous répondra », vous pouvez en être certain, et cela en dehors de toute intervention sénatoriale, bien inutile en l'espèce. Quant aux confrères, ils ne doivent pas « être avertis » dans le sens que vous indiquez, car ce serait les induire en erreur.

Brides-les-Bains

Brides est une station thermale située dans la Savoie, à une altitude de 570 mètres, dans une jolie vallée montagneuse, dont les pentes sont couvertes de vergers, de vignes, de bois de sapins et de hêtres, et dominées par les cimes neigeuses de la Vanoise, de Pralognan et de la Grande Casse.

Les eaux de Brides sont des eaux chaudes (35 à 36°), sulfatées et chlorurées, avec une minéralisation totale de 5 gr. 718. Elles jaillissent de deux sources, qui débitent 400.000 litres par 24 heures. Elles sont laxatives à doses modérées, purgatives à haute dose, cholagogues, toniques.

Elles s'emploient surtout en boisson, mais aussi en bains à eau courante, en douches et en massages sous l'eau. Un outillage physiothérapique permet d'adjoindre au traitement thermal proprement dit la culture et le réentraînement physiques. Le régime diététique devra être systématiquement institué comme un adjuvant indispensable de la cure.

La principale indication des eaux de Brides, celle qui constitue la spécialité de cette station, est l'obésité. La cure donne en effet d'excellents résultats quand elle est combinée à une diététique méthodique et à une cure physiothérapique appropriée.

En outre, on traite à Brides la constipation, les ptoses gastro-intestinales, l'entéro-colite, les lésions de l'appendice, du cæcum, de l'anse sigmoïde, du rectum, certaines dyspepsies ; les hépatiques caractérisés par une congestion du foie, avec pléthore et hypertension portale, les cholémiques, les angiocholitiques, les lithiasi-

ques, les paludéens à gros foie, en retirent un très grand bénéfice.

A cette station, à la fois laxative, cholagogue et tonique, la cure est douce, lente et graduée ; de ce fait, elle paraît supérieure à celle des stations similaires étrangères et convient mieux au tempérament pondéré et mesuré des Français.

(*Extrait d'une conférence faite par M. le Prof. Carnot*)

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *juin* 1924.

Code du travail. — *Loi du* 21 *juin* 1924, *portant codification des lois ouvrières.* (Livre IV du Code du Travail et de la Prévoyance sociale).

Ce livre est divisé en trois titres : I. De la juridiction ; II. De la conciliation et de l'arbitrage en matière de différends collectifs entre patrons et employés ; III. De la représentation professionnelle.

24 *juin* 1924.

Médecins experts.. — *Décret du* 22 *juin* 1924, remplaçant par des dispositions nouvelles l'article 1er du décret du 21 novembre 1893, modifié par le décret du 12 août 1904, sur la *désignation des médecins experts*, et l'article 1er du décret du 3 mai 1897, relatif aux *experts médecins en Algérie.*

Le Président de la République Française,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice,

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, notamment les articles 14 et 35 de cette loi ;

Vu le décret du 21 novembre 1893, portant réglement d'administration publique pour l'exécution de la loi précitée, notamment les articles 1er et 2, ce dernier modifié par le décret du 10 avril 1906 ;

Vu le décret du 3 mai 1897, relatif aux experts médecins devant les tribunaux en Algérie, et plus particulièrement l'article 1er de ce décret ;

Vu le décret du 12 août 1904, remplaçant par une disposition nouvelle l'article 1er du décret du 21 novembre 1893, relatif au titre de médecin expert devant les tribunaux ;

Le Conseil d'état entendu,

Décrète :

Art. 1er.— L'article 1er du décret du 21 novembre 1893 est modifié ainsi qu'il suit :

« Au commencement de chaque année judi-

ciaire, et dans les trois mois qui suivront la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur les listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui on confère le titre d'expert devant les tribunaux.

« A la cour d'appel de Paris, cette désignation est faite par une assemblée composée des trois premières chambres de la cour.

« Dans les cours d'appel qui comprennent trois chambres au moins, elle est faite par une assemblée composée des deux premières chambres de la cour ».

Art. 2. — L'article 1er du décret du 3 mai 1897 est modifié ainsi qu'il suit :

« Au commencement de chaque année judiciaire, et dans le mois qui suit la rentrée, une assemblée, composée des deux premières chambres de la cour d'appel d'Alger, désigne, le procureur général entendu, sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elle confère le titre d'expert devant les tribunaux. La désignation de médecins militaires ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire supérieure dont ils dépendent. »

Art. 3. — Le décret ci-dessus visé du 12 août 1904 est abrogé.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Mesures de sécurité à prendre contre les demi-fous.

21306. — M. Emmanuel Brousse, député, demande à M. le Ministre de l'intérieur quelles mesures il compte prendre pour sauvegarder la vie des citoyens constamment menacée par des demi-fous, des irresponsables ou des fous sortis des asiles d'aliénés. (*Question du* 31 *mars* 1924).

Réponse. — Le Gouvernement a déposé au Sénat, le 11 janvier 1924, un projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838, dont certaines dispositions répondent aux préoccupations de l'honorable député ; pour tous aliénés, la « sortie à titre d'essai » est instituée et réglementée (art. 21) ; pour les « aliénés délinquants » et les « aliénés difficiles ou vicieux », le tribunal serait appelé à statuer en chambre du conseil sur la demande de sortie ; la sortie autorisée serait conditionnelle et toujours révocable (art. 37). (*J. O.*, 29 mai 1924.)

Un certificat médical n'est pas obligatoire pour la déclaration de naissance.

6335. — M. Catalogne, sénateur, demande à M. le Ministre de la Justice de mettre fin à la pratique de certaines mairies qui réclament aux

déclarants un certificat rédigé par le médecin ou la sage-femme qui a fait l'accouchement avant de procéder à l'inscription des nouveau-nés aux registres de l'état civil, qui diffèrent la rédaction et la signature des actes de naissance jusqu'à ce qu'ils soient en possession de cette pièce ou d'un bulletin de constatation délivré par le médecin de l'état civil, et qui vont jusqu'à refuser l'inscription immédiate de l'enfant aux déclarants qui veulent l'exiger, sous les seules conditions énoncées par la loi. (*Question du* 13 *avril* 1924).

Réponse. — On ne saurait faire grief aux officiers de l'état civil de prendre les précautions admises par l'usage et souvent commandées par la prudence pour s'assurer de l'existence d'un nouveau-né. Néanmoins , si le déclarant, sous sa responsabilité et sous les sanctions des dispositions du code pénal qui frappent de peines criminelles, les fausses déclarations à l'état civil, exige que l'acte de naisance soit dressé immédiatement sans production de pièces justificatives, l'officier de l'état civil est tenu d'obtempérer à cette réquisition.

(*J. O.*, 4 juin 1924).

Service militaire d'un étudiant mis en sursis.

6222. — M. Auber, sénateur, demande à M. le Ministre de la Guerre quel est le temps de service qui reste à accomplir à un étudiant en médecine de la classe 1920, mis en sursis après un an de service et qui, pendant ce sursis, a subi avec succès, l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire et si, l'étudiant en question ayant obtenu ce grade avant la loi du 1er avril 1923 et n'ayant en conséquence pu refaire de la préparation militaire, il n'y aurait pas lieu de le faire bénéficier néanmoins de la réduction de six mois de service prévue par l'article 102 (4e alinéa) de la loi en faveur des sursitaires de la classe 1920 nommés sous-officiers. (*Question du* 26 *février* 1924).

Réponse. — L'étudiant visé dans la question ci-dessus, de la classe 1920, incorporé en octobre 1920 et mis en sursis en octobre 1921 et qui a subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, sera nommé à ce grade lors de sa réincorporation, s'il a au moins 12 inscriptions validées ; dans ces conditions, il n'aura plus que six mois de services à effectuer (application de l'article 102 de la loi du 1er avril 1923).

(*J. O.*, 4 juin 1924).

Quarante sixième année — N° 28 — 13 Juillet 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1644-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr ROCHETTE, du Cheylard (Ardèche), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck Plage. Bouquier.
Cancale. Bazin.
Carnac Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 302. — A. v. 2 chiots bl. d'Auverg., 9 m. pure race. Dr Escande, 52 R. de la Préfecture, St-Etienne.

No 303. — Tr. urg. Charente, s. voie ferrée, méd. propharm. peu act. céd. p. 10.000 poste anc. rec. 25.000 susc. gr. augm. ; loy. 700, peu de frais, 1 bonne suffit.

No 304. — A céd. cause double empl. : 1o Klaxonet d'orig. à mot. ; 2o compt. kilom. Stewart (roulé 10.150 km.) état de neuf abs., le tout 350. Clin. 35 R. Perseval. Reims.

No 305. — Faut. spécul. acajou et cuir rouge, ét. neuf pouv. serv. faut. conf. à v. 300 fr. Dr Grosset, 5 R. Larribe, Paris (8e).

No 306. — Confr. offre vins de Sauternes 1920, t. droits payés gare dép. p. caisse de 12 ou 25 bout. au prix de 10 fr. l'une. Dr Ricard, Preignac (Gironde).

No 307. — Cause dép. pressé tr. belle Cole royal Limous., gr. luxe, 8 cyl. 7-8 pl. cond. int. transf. Et. neuf dern. perf. Prix excep. 28.000. M. Reboul, 11 R. Jules-Chaplain. Paris.

No 308. — Torp. 4 pl. 8 HP, Pilain 1914, 5 roues garn 765 × 105, tr. rob. tr. bon état de m. 5.500 fr.

No 309. — Désire acquérir client. env. Paris.

No 310. — A céd. à Paris, excel. cab. O.R.L. Rap. 40.000. App. 6 p. ds belle mais. conf. mod. Ind. avant. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

No 311. — Pet. client. à repr. à Paris, quart. périph. 2 app. Baux, ind. 20.000 fr. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

A propos des fiches des spécialistes pharmaceutiques.

Faible contribution à l'étude de la question.

Je suis heureux d'avoir levé ce lièvre, puisqu'on m'a répondu, et je remercie mes confrères DARRAS et S. d'avoir bien voulu le faire.

Je les remercie d'autant plus volontiers qu'il y a possibilité sur tous points de réaliser et de concilier et leurs désirs et les miens.

En ce qui concerne le format, j'ai demandé 21 × 27, format du papier à machine à écrire, parce que je crois constater que, dans l'ensemble, c'est lui qui s'impose à nous à mesure que se généralise l'emploi de la machine, mais il suffirait qu'on n'imprime que sur une partie de la surface, pour qu'en trois coups de ciseau, DARRAS ait satisfaction, on laisserait alors à gauche une large marge à cause du classeur qui absorbe toujours un bon centimètre.

En ce qui concerne le contenu, je crois qu'il faut distinguer les fiches de la littérature et des fantaisies destinées à passer un instant sous les yeux et à disparaître. Pour la littérature, je n'ai rien à objecter aux désirs du Dr S., quel qu'en soit le format (et il n'est guère possible de l'espérer uniforme) le contenu peut et doit en être aussi complet qu'on voudra, c'est l'évidence même ; pour les fiches, c'est très différent, elles répondent au besoin immédiat d'un renseignement pratique et il me semble, en reprenant un vieux vers latin bien connu, pouvoir donner une formule (qui ne sera pas de moi) mais, dont je vérifie chaque jour la valeur pratique :

Quis, quid, ubi, quibus auxiliis, cur, quomodo, quando.

Je voudrais trouver sur la fiche :

1° A qui s'applique la spécialité ;
2° Ce qu'elle contient ;
3° Le lieu d'application et l'adresse du fabricant ;
4° Les moyens nécessaires (matériel et prix) ;
5° L'énumération des affections traitées ;
6° Le mode d'application ;
7° Les indications de temps et d'heure.

Ainsi conçue, la fiche me rend service de deux façons : comme memento immédiat et comme répertoire renvoyant à une littérature que je n'ai pas besoin d'avoir en permanence sous la main.

J'ajoute que, de cette manière, mille fiches repré-

sentent 10 centimètres d'épaisseur, en tout, sur un rayons de bibliothèque ou sur mon bureau.

Dr G. Paul-Manceau.

Zona et varicelle.

Depuis deux mois, assez nombreux cas de varicelle sur la population infantile à Philippeville

Le 18 mai un de mes clients, homme de 60 ans, vient à ma consultation et me découvre un superbe zona du thorax, éruption très abondante et douleurs suraiguës

Je l'interroge et il m'apprend que dans la quinzaine qui a précédé l'apparition de son zona, il a rendu des visites journalières à l'enfant d'un de ses amis atteint de varicelle, qu'il a pris l'enfant en pleine éruption sur ses genoux, est resté près de son lit des heures entières.

Coïncidence ? Pourquoi cet homme aurait-il attendu l'âge de 60 ans et la varicelle de son petit ami pour avoir un zona.

Autre coïncidence ? Je n'avais pas vu de zona dans ma clientèle depuis plus d'un an. Je retrouve hier à ma consultation un second zona de la cuisse chez un adulte de 30 ans ; cela fait 2 cas en 15 jours.

Je crois, cliniquement, que les deux infections sont de même nature, mais qu'elles évoluent différemment chez le jeune enfant et chez l'adulte ; n'en est-il pas de même pour d'autres infections ? La tuberculose ne donne-t-elle pas une méningite chez le nourrisson et une pneumonie chez l'adolescent ?

1659. — Demande de récépissé de déclaration d'une automobile.

L'Office de renseignements du *Concours médical* pourrait-il me dire si la demande à la Préfecture du récépissé de déclaration d'une voiture automobile doit être rédigée sur papier timbré et si ce récépissé lui-même doit être muni d'un timbre de dimension.

Dr C.

Réponse.

La demande de récépissé de la déclaration, d'une voiture automobile doit être rédigée sur papier timbré, ainsi que le récépissé lui-même (carte grise).

Pour recevoir cette carte, si vous ne pouvez vous déplacer pour la prendre dans les bureaux de la Préfecture, il y aurait lieu d'envoyer un mandat, représentant les frais de timbre et d'affranchissement de l'envoi de la carte.

Application du Tarif Breton

I

1615. — Visite à domicile sans nécessité.

Appelé à donner mes soins à un blessé (accident





du travail), à 28 kil. de ma résidence. j'ai fait trois visites au blessé, après quoi, sa blessure allant mieux (section de l'index gauche), je l'ai fait venir toutes les semaines à mon cabinet. Or, la Compagnie d'assurances refuse de me payer les frais de déplacement sous le prétexte qu'un blessé à la main peut se déplacer. Or, ça faisait en l'occurence 56 kil. à faire à pied pour le blessé, il n'existe aucun moyen de locomotion publique (nous sommes en Algérie). Qui a raison ?

La loi oblige-t-elle un blessé à se rendre chez le docteur dès qu'il peut marcher ?

Me conseillez-vous de poursuivre l'affaire ou d'accepter la transaction

Dr L.

Réponse.

Le texte du tarif Breton (article 1) est très net : « Le prix de la visite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation, sans inconvénient pour sa santé... ». Pour une blessure du doigt, je ne vous vois pas gagnant devant un Tribunal sur la déclaration que vous avez été *obligé* de vous rendre chez le blessé. Celui-ci aurait pu, vous dirait-on, se déplacer tout comme vous-même, malgré les difficultés de communication que vous invoquez, puisque, dans la suite, il est bien venu plusieurs fois à votre cabinet.

F. D.

II

1569. — Difficultés de répondre sur des questions de brûlures

J'avais demandé conseil au « Sou » pour une affaire datant de 1921.

Règlement d'une note s'élevant à 1.500 fr. pour vaste brûlure.

J'ai suivi vos conseils, ai cité en justice de paix. L'assurance par des moyens dilatoires ne voulut pas accepter le rapport d'un expert. Finalement, le juge de paix condamna la Société à me solder la note et les frais. Je comptais bien aller en appel, tellement je trouvais de mauvaise volonté dans les procédés de l'A. Mais la Compagnie s'inclina et je fus soldé ces jours-ci.

Avec mes remerciements pour les conseils du « Sou » je verse ce jour à votre C. P. la somme de vingt francs, à titre de don à la Société.

Et maintenant je vous taperai d'un nouveau conseil : j'ai de nouveau une note à envoyer à la P., pour un premier pansement à un brûlé par explosion d'acétylène, j'ai fait un pansement de la face du cou et des 2 mains.

Que dois-je compter en 2e catégorie ?

Je serais tenté de compter comme pour 2 membres, soit 56 fr. 25, attendu que les avant-bras n'étaient pas en cause, mais les deux mains, les 2 poignets et la face.

Dr R.

Réponse.

La tarification dépend là de l'étendue de la brûlure de la face. Si celle-ci n'est pas très grande, je compterais, pour les *trois* brûlures séparées, une « moyenne brûlure », soit en deuxième catégorie, 3 fois 11,25 = 33,75. Si la brûlure de la face est étendue, je la compterais seule d'abord (37,50), plus les deux « brûlures moyennes », à 11,25 chacune, soit : 37,50 plus 11,25, plus 11,25, au total : 60 francs. Mais ce sont là des questions d'espèce qu'on ne peut règler de loin, sans connaître les détails. Il y a trop de différence entre une brûlure légère et simple de la face et des brûlures étendues, profondes, où l'on passe un temps infini à soigner des lésions graves, à cause des cicatrices qu'elles peuvent laisser en des endroits si importants, comme l'est la figure.

F.D.

III

1543. — Visite de contrôle le dimanche

Un ouvrier tombe sur le genou, et de la chute résulte un hygroma suppuré. L'ouvrier, étant en garni, ne peut être soigné chez sa logeuse ; je l'envoie à l'hôpital voisin où le médecin lui incise son hygroma. Après 10 jours, le malade sort, sur sa demande, non guéri, et revient chez lui où je continue les pansements. 6 jours après la sortie de l'hôpital du malade, je reçois le samedi, à 16 heures, un coup de téléphone de la bonne du médecin de l'hôpital, m'informant que ce confrère est chargé par l'assurance de contre-visiter le blessé et me donnant rendez-vous pour le lendemain, dimanche de Pentecôte à 16 heures. Je demande à ce confrère de me téléphoner à son retour chez lui et je lui objecte alors que c'est fête, qu'il n'y a pas urgence, etc. Il me répond avoir la lettre de l'assurance depuis 3 jours, qu'il ira contre-visiter le malade le lendemain, qu'il me prévient, mais que si je ne puis m'y trouver, il se passera de moi. Je me trouverai donc demain au rendez-vous imposé.

Mais est-ce régulier ?

L'assurance peut faire contre-visiter le blessé, c'est son droit, mais le médecin traitant doit, je crois, être prévenu 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

Sinon, le blessé a-t-il le droit de refuser de se laisser visiter en l'absence de son médecin traitant ?

De plus, comment établir la note de mes honoraires pour cette visite. Qui me la doit ? La Compagnie peut-elle refuser de me la payer, puisqu'elle ne m'a pas demandé ?

Puis-je appliquer le tarif du dimanche ?

Le même confrère et la même Compagnie ont opéré de la même façon dimanche dernier envers un médecin des environs. Il y a là, je crois, abus de la part de la Compagnie et du médecin. J'attends votre avis !

Dr R.

Réponse.

Ce n'est pas par téléphone que le médecin de l'assurance *devait* vous convoquer, mais par lettre recommandée. Vous auriez donc pu ne pas vous déranger et le blessé aurait pu refuser de se laisser examiner en votre absence. Quant à votre note d'honoraires, il m'apparaît légitime en l'espèce, que vous réclamiez un premier supplément de 50 % pour la visite de contrôle (article 3 a), plus un deuxième supplément de 50 %, pour visite de dimanche réclamée d'urgence (article 3 b). Et *il faut tenir bon*, ne fût-ce que pour éviter que les médecins d'assurances n'aient le sans-gêne de convoquer inutilement le médecin traitant un dimanche, parce que cela leur plaît ainsi. Si la compagnie refuse de payer, prévenez le « Sou », qui, je présume, ne manquera pas de s'intéresser à cette question de principe.

F. D.

IV

1612. — 1° Extractions multiples de corps étrangers du même œil. 2° Brûlure d'une partie de la face.

« Un éclatement d'un tuyau bourré de sable et chauffé fait à un ouvrier :

1° Une brûlure de la face : front, paupières, joues et nez (les lèvres et le menton sont épargnés) ;

2° Une brûlure du segment inférieur de la cornée avec nombreux corps étrangers (grains de sable) ;

3° Une brûlure de conjonctive sous-palpébrale avec de nombreux corps étrangers (grains de sable) au voisinage du bord.

a) Dois-je compter deux extractions de corps étrangers multiples :

1° Extraction de corps étrangers multiples de la cornée : 15 fr.

2° Extraction de corps étrangers multiples du bord de conjonctive sous-palpébrale : 15 fr.

Des deux côtés, l'opération devait être conduite très légèrement, car la cornée tendait à s'exfolier ainsi que la conjonctive sous-palpébrale et il importait d'enlever tous ces corps étrangers, source d'irritation pour la cornée dans les mouvements de l'œil.

b) Dois-je compter deux pansements :

1° Pansement de moyennes brûlures : 11 fr. 25.

2° Consultation et pansement oculaire : 7 fr.

D[r] C.

Réponse

1° Le tarif dit : « Extraction d'un corps étranger profondément implanté ou *multiplié*... ». Vu ce mot, je ne crois pas que vous puissiez, dans votre cas, compter deux ou plusieurs extractions de corps étrangers, alors qu'il s'agit du même œil. Et cependant ici je reconnais que la tarification est insuffisante pour votre intervention.

2° Pour brûlure d'un œil et d'une partie de la face, il me semble légitime de compter 25 fr. par pansement, soit la moitié du tarif fixé pour une « brûlure de l'étendue de la face », mais cela, en donnant à l'assurance toutes explications désirables.

F. D.

V

1710. — Pansement plus injection antitétanique.

Je soigne un blessé du pied te compte dans ma note :

Une visite et pansement du pied.......... 18
Injection sérum antitétanique........... 15

La Compagnie prétend qu'il y a cumul et offre 15 fr. Il ne me semble pas qu'il y ait cumul car le pansement du pied est un acte tout différent que l'injection de sérum. J'ai refusé le paiement.

Vous voudrez me donner votre avis à ce sujet.

Dr M.

Réponse.

Vous ne pouvez compter à la fois un pansement (qui est *compris* dans la visite ou consultation) et une injection antitétanique, car ce serait là le cumul défendu par l'article 13. Vous ne pourriez compter plusieurs pansements ou interventions qu'en cas de *blessures multiples*, ainsi qu'il est dit à l'article 14. F. D.

VI

1682. — Soins d'urgence suivis d'une surveillance prolongée

Voici les faits : le 10 août dernier, je voyais venir dans mon cabinet un blessé dont l'avant-bras avait été pris par une courroie de transmission : le radius et le cubitus étaient fracturés à un ou deux centimètres au-dessus de leur épiphyse inférieure ; ils étaient dénudés sur toute leur longueur, et, tandis qu'un ouvrier soutenait le coude du blessé, la main retenue par les parties molles, pendait à 20 cm. audessous du coude.

Le malheureux était venu à pied du lieu de l'accident (800 m. environ). Le sang coulait abondamment. Le malade était considérablement choqué.

Je dus pratiquer une hémostase rapide, une réduction provisoire de cette fracture après désinfection de la blessure et des parties avoisinantes et maintenir le membre supérieur dans un appareil provisoire, afin d'éviter les heurts de la route.

En prévision de l'amputation indispensable, j'accompagnai le malade à l'hôpital du P.., (40 km.) .

Les préparatifs du transport, la durée du voyage qu'un orage nous fit suspendre un instant, l'attente du chirurgien, me firent passer plus de trois heures près de ce blessé que je ne pouvais quitter en raison de son état de shock et de la possibilité d'une nou-

(*Voir la suite page XLVII*-1689)

PROPOS DU JOUR

Une belle démonstration en l'honneur de la Science Française.
Les Journées médicales de Bruxelles.







Dr R. BECKERS.

Dr L. MAYER. Dr R. BERNARD.

Rédacteurs du *Bruxelles Médical* ; Organisateurs des *Journées Médicales de Bruxelles*.

Nous revenons, G. Duchesne et moi, de représenter le *Concours médical* au pèlerinage de Bruxelles. Nous disons bien pélerinage, car avec ses *Journées médicales*, la capitale de la Belgique est devenue, pour quelques jours, un sanctuaire, celui de la Science médicale française.

Nos confrères et amis du *Bruxelles médical* nous avaient gracieusement invités à la célébration de ce nouveau culte qu'ils ont brillamment instauré depuis la Grande Guerre. Doués de l'idéalisme le plus généreux et le plus pur et de l'esprit pratique qui permet d'obtenir l'organisation la plus parfaite, les docteurs Léopold Mayer, René Beckers et Raoul Bernard, secondés par de **nombreux** et distingués collaborateurs, patronnés par LL. MM. le Roi et la Reine des Belges, par le Gouvernement, la municipalité de Bruxelles, les membres du Corps diplomatique (Ambassadeurs de la République française et du Japon, ministres de Suisse et de Roumanie, chargé d'affaires du Luxembourg), l'Université libre et le Collège des médecins, ont pu réaliser dans ces *Journées médicales*, au succès progressif, nous allions dire prodigieux, de magnifiques fêtes et d'excellentes séances de travail.

A ces fêtes où la Science médicale française est prise dans son acception la plus large et dont on ne borne pas le territoire aux frontières trop étroites d'une seule nation, ont été conviés tous les amis et les adeptes de la clinique, de l'investigation et de la méthode expérimentale françaises, évoquant à la fois le souvenir d'André Vésale, de Xavier Bichat, de Claude Bernard et de Pasteur dont les savants comme Jules Bordet, et Alexis Carrel savent perpétuer l'illustre lignée.

***

L'inauguration des *Journées médicales* eut lieu dimanche 29 juin, le matin, dans le Palais d'Egmont. C'est dans ce palais, devenu, peu avant la guerre, la propriété de la ville de Bruxelles, qu'eurent lieu les diverses conférences du Congrès, tandis que les démonstrations cliniques et opératoires se faisaient dans les hôpitaux, les instituts et les cliniques.

Le Palais d'Egmont s'élève devant le square où se dresse le monument des Comtes d'Egmont et de Horne, les victimes du féroce et fanatique duc d'Albe, martyrs morts pour la tolérance et pour la liberté.

Une fête, donnée en l'honneur de la Science française, ne pouvait être mise sous un plus noble et symbolique patronage.

S. M. la Reine devait honorer de sa présence, comme l'an dernier, la séance solennelle d'ouverture. Appelée en Suisse, auprès d'un de ses fils souffrant, elle ne put donner suite à sa gracieuse promesse. Ce fut donc devant L. L. Exc. l'Ambassadeur de la République Française, M. Herbette, le Ministre de Suisse, M. Frédéric Barbey, et le chargé d'affaires du Grand Duché du Luxembourg, M. le Comte Gaston d'Ausembourg, que furent inaugurées les Journées médicales.

Le Président, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, M. Prosper Poullet, en un bref discours souhaita la bienvenue aux auditeurs au nom des Souverains et du Gouvernement belges, puis donna la parole au grand savant, universellement estimé, M. Bordet, un des derniers lauréats du Prix Nobel, qui, représentant le Recteur de l'Université, malade, exposa le but des Journées, l'esprit de progrès pratique qui les caractérise. Dans un beau mouvement d'éloquence aux applaudissements de toute l'assemblée, cet éminent homme de laboratoire rendit hommage à la clinique à laquelle rien ne saurait encore être substitué.

Et l'auditoire, debout, écouta religieusement *La Brabançonne*, exécutée par la musique des Guides.

Le Pr H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, rendit, au nom du Gouvernement de la République et de tous les Français présents, un chaleureux hommage aux Majestés chevaleresques qui règnent sur les Belges. Avec une éloquence simple et émouvante, il rappela les dévastations de la guerre, évoqua Ypres et Reims, jadis merveilles d'art, aujourd'hui sœurs martyres, ensevelies dans un amoncellement de ruines. Il vanta comme il convenait les savants de Belgique, et rappela que l'Université de Paris qui a distribué quatre diplômes de docteur *honoris causá*, en a réservé deux pour les savants belges : Brachet et Bordet.

Les accents de notre *Marseillaise*, admirablement interprétée par la musique des Guides, firent dresser les assistants.

Le professeur Cantacuzène, de Bucarest, délégué du Gouverneement roumain, un ami de la France, docteur de Paris, ancien élève de l'Institut Pasteur, parla au nom de sa Patrie. Il fit l'éloge de cette conception des *Journées médicales*, qui rapprochent les chercheurs de laboratoire et les praticiens, qui, abandonnant la mode compassée des vieux congrès, ont revêtu une forme vivante et vibrante. Il mit en garde contre la spécialisation à outrance souvent mortelle pour l'esprit.

L'hymne roumain fit suite aux applaudissements qui saluèrent la déclaration du maître de Bucarest.

Le prof. Kotzubé délégué du Japon, lut une déclaration qui fut aussi fort applaudie, ainsi que l'hymne national japonais.

M. le Dr Porte, de Genève, délégué de la Confédération Helvétique, en termes excellents, dit toute l'admiration de la Suisse pour LL. MM. le Roi et la Reine, pour le Cardinal Mercier et toute la Belgique. Il rappela comment les exilés belges avaient été fraternellement accueillis dans son pays, fit allusion à la protestation courageuse de M. Fazy (de Genève) au Conseil fédéral contre la violation de la neutralité de la Belgique, montra avec quelle joie ses concitoyens voyaient se développer la renaissance de la Belgique, combien il avait été heureux de contribuer à la fondation des « Amitiés belgo-suisses », et termina, en transmettant aux médecins bruxellois non seulement le salut cordial de la Confédération, mais celui de Genève et plus particulièrement de son corps médical et de sa Société médicale.

M. le Dr Forman, délégué du Luxembourg, apporta, lui aussi, le tribut d'admiration et de sympathie de son pays, qui suivit la fortune de la Belgique.

Puis, vint le délégué du Canada. Hommesimple et modeste, M. le Dr Parizot, Canadien de vieille souche française, parla avec une éloquence qui provoqua chez les assistants, surtout chez les Français, une émotion poignante.

Il apportait, à travers l'immense Océan, l'hommage du Canada, et parlait à titre officiel au nom des Canadiens français et anglais, mais il ne pouvait oublier qu'il est un descendant de ces 65.000 français, normands ou poitevins, qui s'établirent autour de Québec et qui forment aujourd'hui un peuple de trois millions d'habitants, loyaux certes à la couronne britannique, mais qui ne sauraient jamais oublier leur patrie d'origine et sa civilisation, dont ils sont fiers.

« Malgré notre culture qui dérive de celle des Latins, dit-il, le Canadien qui va en Italie cueillir cette fleur parfumée qu'est le Dante, se sent un étranger. Plus encore si, en Allemagne, il va admirer cette autre fleur qu'est Gœthe ; mais quand ici il savoure Maeterlinck, il n'est plus à l'étranger, il se sent dans sa propre Patrie. Un Canadien français, dans son pays lointain, quand il entend parler d'un grand savant, d'un Bordet par exemple, ne demande jamais s'il est né en France ou en Belgique. Il sait qu'il a affaire à la Science française qui lui est chère et cela lui suffit. »

D'unanimes et enthousiastes acclamations saluèrent la déclaration du Dr Parizot dont nous regrettons de ne résumer que fort imparfaitement l'éloquente allocution, et l'hymne britannique, comme les autres hymnes nationaux, fut à la suite écouté debout dans un religieux silence.

Au nom de l'Empereur du Maroc et de M. le Maréchal Liautey, résident général de la République française, M. le Dr Lapin, vint s'associer aux hommages de tous les pays représentés, puis M. le Dr René Beckers, du *Bruxelles médical*, secrétaire général du Comité d'organisation, le principal animateur des *Journées médicales*, vint chaudement remercier les délégués étrangers et les invités qui avaient répondu à son appel.

La parole fut alors donnée à Alexis Carrel, membre de l'Institut de France, lauréat du Prix Nobel en 1912, le célèbre expérimentateur de l'Institut médical de recherches Rockefeller, qui était venu exprès de New York pour prendre part aux *Journées médicales de Bruxelles*.

Avec une simplicité et une sincérité appréciées de tous et que nous pourrions donner en exemple à beaucoup d'astres scientifiques de grandeur infiniment moindre et cependant de prétentions singulièrement plus étendues, Alexis Carrel fit remarquer qu'il n'était ni un professeur, ni un conférencier mais simplement un chercheur de laboratoire qui essayait de découvrir la vérité et exposait simplement les constatations qu'il avait faites en en donnant l'interprétation qu'il croyait vraisemblable.

Il traita alors des *tréphones cellulaires et de leurs fonctions*, qui ont la propriété de stimuler les cellules embryonnaires et de provoquer leur reproduction. Nous regrettons de ne pouvoir résumer ici l'exposé de ces savantes recherches, qui nous laissent espérer, avant peu, de singuliers progrès dans les divers chapitres des sciences biologiques.

Nous ne pouvons publier ici toute la liste des communications, dont certaines seront publiées ou analysées plus tard dans le *Concours médical*. Bornons-nous à donner les titres de celles que nous avons écoutées avec intérêt et avec fruit : *le choléra expérimental et la pathogénie du choléra* par le Pr Jean Cantacuzène ; l'*Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique* par le Dr Levaditi, de l'Institut Pasteur, très intéressante conférence où nous aurions été heureux de voir discuter, ne fût-ce que pour les réfuter, les troublantes constatations de notre collaborateur le Dr Veillard, de Meung-sur-Loire, qui paraît bien avoir établi l'influence des farines altérées

par le maïs et les fèves exotiques dans l'étiologie de l'encéphalite ; les projections chirurgicales de l'habile chirurgien, le Dr Victor Pauchet sur la *thyroïdectomie*, la *gastrectomie* et l'*hémicolectomie droite* ; l'intéressant film et les projections de G. Duchesne sur les *Stations thermales d'Auvergne* ; *l'état actuel de la radiumthérapie dans le traitement du cancer* par l'éminent professeur A. Bayet; l'*histoire d'une récente épidémie de peste à Paris* par le Dr Ed. Joltrain, récit documenté des plus intéressants sur lequel nous nous proposons de revenir ; *le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce* par le Dr A. Ley, de Bruxelles ; la très belle leçon du Pr Marcel Labbé, de Paris, sur l'*insuline dans la thérapeutique du diabète* ; l'intéressante communication avec projections et film sur la technique et les résultats des *greffes testiculaires suivant la méthode de Voronoff* où notre ami, le Dr Dartigues sut avec un brio, un esprit et parfois une véritable éloquence, traiter en détail ce scabreux et intéressant sujet ; *les stations climatiques doivent être avant tout des villes de cure* par le Dr V. Gardette ; *les idées actuelles sur l'anaphylaxie*, par le Pr Jules Bordet ; *la thérapeutique et les voyages au long cours*, par le Dr Loir, directeur de l'Institut Océanographique et du Bureau d'hygiène du Havre, etc., etc.

***

Nous eûmes l'avantage de visiter le splendide hôpital Brugmann, à Jette, entre Bruxelles et Louvain, situé sur un plateau de 48 mètres d'altitude. Œuvre de l'architecte Horta, cet hôpital de 700 lits est formé de pavillons isolés avec tous les perfectionnements les plus récents. Il a coûté 22 millions, y compris le mobilier et l'outillage, mais sans le terrain.

C'est à l'hôpital Brugmann, dans le service des enfants, que nous avons eu le plaisir d'assister à une intéressante conférence clinique du Pr V. Péchère, de son adjoint et de son assistant, MM. Duthoit et Ruelle sur *la tuberculose chez l'enfant*. Nous avons été heureux d'entendre le savant professeur, ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris, tout en tenant grand compte de la cutiréaction, des recherches bactériologiques et de la radiographie, affirmer que les données du laboratoire ne peuvent actuellement prendre le pas sur la clinique.

***

Le dimanche 29 juin, à 8 heures du soir, une représentation de gala de *Francesca da Rimini* nous fut offerte dans le beau et réputé théâtre de la Monnaie. La poignante tragédie de Gabriele d'Annunzio, mise en musique par M. Riccardo Zandomai, a été merveilleusement interprétée par Mme Marguerite Soyer, MM. Roosen, Razavet, Claudel et les artistes du théâtre. L'orchestre était magistralement dirigé par M. Corneil de Thoran.

Le lendemain, 30 juin, nous fûmes reçus dans les salons de l'Hôtel-de-Ville par M. le bourgmestre Ad. Max et le Collège des Echevins.

L'Hôtel-de-Ville de Bruxelles est une merveille architecturale du XVe siècle, bijou incomparable dans un écrin digne de lui, la Grande Place avec sa Maison du Roi et ses maisons des Corporations. Ce ne fut pas sans une sincère émotion que nous serrâmes la main de M. le bourgmestre Ad. Max, auquel nous présenta notre confrère le Dr Raoul Bernard, car nous nous rappellions la conduite héroïque de M. Adolphe Max durant l'occupation allemande. Un remarquable concert eut lieu dans la grande salle de l'Hôtel-de-Ville.

La *quatrième journée médicale* se passa à Liège où l'on se divisa en plusieurs groupes. Après le déjeuner au Foyer du Théâtre Royal, les Congressistes visitèrent les célèbres usines et les charbonnages de Cockerill, les cristalleries du val Saint-Lambert, les fameuses grottes de Remouchamps, près de Spa.

Le retour s'effectua à Bruxelles sans incidents.

***

Entre temps, grâce à l'aimable initiative de notre confrère, le Dr Van Langendonck, secrétaire de la Commission médicale provinciale, nous avons eu l'avantage de visiter à Uccle, les Ecoles Belges d'Infirmières diplômées, hospitalières et visiteuses, l'Ecole Edith Cavell-Marie Depage, sous la conduite de Mlle De Meyer, directrice, et l'Ecole Saint-Camille ; cette école est attachée à l'Institut des Deux Alice et à l'Institut Sainte-Elisabeth ; le Dr Van Swieten, directeur de cette dernière Ecole, a bien voulu nous servir de guide. Nous avons vu de très intéressantes choses, dans cette visite, que nous ferons connaître un jour avec détails aux lecteurs du *Concours médical*.

***

De retour à Paris, nous sommes encore sous le charme du succès des *Journées médicales de-*

Bruxelles et de l'accueil si cordial fait aux rédacteurs du *Concours médical.* En toute franchise, nous pensons même avec quelque mélancolie, qu'il nous serait impossible d'en faire autant ici. Nous en serions même jaloux, si ce bas sentiment pouvait jamais pénétrer notre cœur.

Le *Concours médical* adresse aux organisateurs des *Journées médicales* ses plus sincères félicitations. Il prie encore une fois M. et Mme Léopold Mayer, M. et Mme René Beckers, M. Raoul Bernard et Mme Bernard mère, M. et Mme Gallemaerts, M. et Mme De Keyser, M. et Mme Weymeersch, M. et Mme van Langendonck qui ont bien voulu ouvrir leur foyer familial à ses représentants, et tous les membres de la Rédaction du *Bruxelles médical*, d'agréer ses remerciements et l'expression de sa profonde gratitude (1).

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RÉGIME ALIMENTAIRE ET STÉRILITÉ

Par le docteur Henri Vignes,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Un certain nombre de recherches intéressantes ont été publiées, au cours de ces dernières années, en Amérique et en Angleterre, sur l'influence qu'ont les régimes alimentaires déficients pour produire l'infertilité (1) d'un couple.

PREMIER POINT : **des couples de rats dont les deux individus sont soumis à certains régimes carencés ont une moindre fertilité.** Reynolds et Macomber (2) ont employé pour leurs recherches des races de rats blancs, pur sang, obtenus par unions consanguines, et dont la fertilité moyenne était de 65 coïts fertiles pour 100. Ils ont obtenu des coïts fertiles dans les proportions suivantes :

Régime pauvre en vitamine lipo-soluble	50 %
Régime pauvre en calcium	31 %
Régime pauvre en protéines	15 %
Régime pauvre en calcium et protéines	0

De plus, l'âge de la reproduction commence plus tard et finit plus tôt chez les animaux carencés, et, surtout, chez ceux qui ont été carencés en protéines.

DEUXIÈME POINT : **il y a de grandes différences dans la fécondité des individus mis en expérience.** Si on accouple l'un d'eux avec un individu qui est de race différente et de fécondité normale (près de 100 %), et qui est soumis à un régime normal, on obtient un nombre de coïts fertiles plus élevés que si les deux générateurs sont carencés, ce nombre étant variable suivant le régime du procréateur carencé mais aussi suivant un certain pourcentage individuel.

TROISIÈME POINT : **la fertilité d'un accouplement est le produit de la fécondité des deux individus accouplés.** Accouplons deux sujets dont la fécondité est de 100, la fertilité sera de 100 — pour deux individus, à 90, elle sera de 81, — pour deux individus de 70, elle sera de 49, etc.

Il est des rats dont la fécondité est si faible qu'ils sont incapables de se reproduire, mais, lorsqu'on les accouple avec des sujets très féconds, la reproduction a lieu.

(1) Reynolds et Macomber. — Régime défectueux comme cause de stérilité. *Journ. of the Amer. Med. Ass.* tome 77, n° 3, 16 juillet 1921 ; *Amer. Journ. of Obst.*, 1921, tome 2, p. 379 et *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, tome 80, n° 14, 7 avril 1923.

(2) Conformément à la terminologie de Pearl, j'emploie le mot d'infertilité pour un couple et celui d'infécondité pour un individu.

(1) Nous ne saurions oublier de joindre à nos amis du *Bruxelles médical*, notre vénéré maître, de Jace, du *Scalpel*, que nous avons eu le plaisir de rencontrer ; nous lui souhaitons de prolonger encore pendant de longues années sa très verte vieillesse.

J. N.

Si le produit des deux fécondabilités est au-dessus d'un certain niveau, que l'auteur désigne sous le nom de « seuil de reproduction », l'accouplement est productif ; dans le cas contraire, il ne l'est pas. Le seuil pour les rats étudiés était à 45 %. (Trente-trois expériences réalisées ; deux exceptions seulement : une infertilité à 49 % et une fertilité à 40 %).

Un bon état général accompagne en général une fécondité normale ; un mauvais état général accompagne une fécondité qui a été diminuée par carence. Si l'on examine les photographies qui reproduisent l'aspect des rats et leurs courbes de poids, on voit que plus la déficience est nuisible à l'individu, plus la proportion des accouplements stériles est grande. L'effet de l'alimentation carencée sur la stérilité semble donc être une des manifestations de l'influence générale que cette alimentation exerce sur la santé.

De plus, l'examen histologique des ovaires et des testicules montre des lésions plus ou moins accentuées suivant le degré plus ou moins grand de la carence.

Il est probable que, dans les expériences de Reynolds et Macomber, la stérilité est absolument banale et qu'elle est la conséquence du mauvais état général causé par le régime carencé. Dans des expériences antérieures de Funck et Douglas, Allen, Portier, etc..., des faits analogues avaient été vus à la suite d'un régime pauvre en vitamine B.

Au contraire, je dois signaler que Gotta (1), par un régime pauvre en vitamine B, mais parfaitement équillibré à tous autres points de vue, aurait observé, sans trouble ou sans grand trouble de l'état général, une atrophie du testicule et de l'ovaire.

***

Certaines observations ont permis à Reynolds **et à** Macomber **de supposer que des faits analogues se rencontrent dans l'espèce humaine,** soit par l'effet de la famine, soit par des perversions du goût, soit par l'application de théories diététiques erronées. Ils rapportent à l'appui de leur théorie cinq observations.

Première observation. — Mari et femme bien portants. Un enfant normal mort pendant le travail, puis cinq avortements. L'enquête apprend que par peur d'engraisser, la femme s'était composé un régime qui se trouvait être pauvre en calcium (1). Thérapeutique calcique. Un enfant vivant.

Deuxième observation. — Mari et femme bien portants. Un avortement de trois mois au début du mariage. Spermatozoïdes vivants, mais remuant peu, en nombre insuffisant et pauvres en chromatine. Le mari, jadis sportif et grand mangeur de viande, s'était mis, peu avant son mariage, à un grand travail intellectuel, à une vie sédentaire et à une table frugale. Une modification légère de son genre de vie amena deux mois et demi après une gestation.

Les trois autres observations sont moins démonstratives en ce qui concerne le rapport entre les résultats obtenus et la théorie énoncée : dans la troisième, le mari était en mauvais état général par vie sédentaire et surmenage ; dans la quatrième, la gestation survient après la cure d'une constipation opiniâtre ; dans la cinquième, une femme maigre et stérile fut fécondée après une cure d'engraissement.

L'action d'un régime alimentaire défectueux sur la croissance du produit de la conception et, éventuellement, sur la santé de la femme enceinte, est un fait digne d'études et. à ce propos, nous rapporterons une observation de Preston Maxwell.

Preston Maxwell (de Pékin) pense qu'en Chine, une alimentation carencée peut expliquer certains cas de stérilité, certains avortements et certains troubles graves de l'état général des femmes enceintes (2).

Il rapporte le cas d'une Chinoise, vue le 5 mai 1922 qui était obnubilée, se plaignait d'épigastralgie, de céphalée et de trouble visuel et était atteinte d'œdème généralisé. Cette femme, en 1921, avait eu un avortement. Enceinte de 33 à 34 semaines, son utérus ne remontait qu'à l'ombilic. Elle avait des contractions utérines douloureuses toutes les cinq minutes. Le fond d'œil était pâle, sans rétinite, ni œdème ; l'urine était légèrement albumineuse, sans cylindres ; la tension artérielle était normale. On apprit que cette femme venait d'avoir une attaque de tétanie et qu'elle avait eu des vomissements au début de la gestation. Son régime consistait en un seul repas quotidien de riz décortiqué ou de farine avec peu de légumes.

(1) Vitamine B et glandes sexuelles. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923, tome 88, p. 373.

(1) Dans une discussion qui eut lieu à propos des travaux de Reynolds et Macomber, Blair Bell rappela qu'à diverses reprises, il a insisté sur le rôle du calcium dans la fonction de reproduction. Il aurait traité avec un certain succès des cas d'avortement habituel et de stérilité par l'administration de sels de calcium.

(2) Preston Maxwell. — Sur une maladie par déficience alimentaire simulant la toxémie gravidique. *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, printemps 1923, p. 34.

Les réflexes étaient exagérés et les muscles du mollet sensibles.

On fit le diagnostic de béribéri au début et on ordonna huile de foie de morue, soupe au lait et aux légumes, lait et œufs.

Les douleurs s'arrêtèrent, l'œdème disparut en huit jours, les réflexes redevinrent normaux en deux jours. L'*utérus se mit rapidement à augmenter de volume,* et moins d'un mois après, son volume était normal.

La femme accoucha le 19 juillet de deux jumelles (1786 gr. et 1.831 gr., avec un seul placenta). La mère et les deux filles étaient en excellent état cinq mois après.

Le riz décortiqué est pauvre en vitamine B (soluble dans l'eau) et le régime de cette femme ne contenait presque pas de protéine ; d'où l'œdème et le béribéri incipiens. De plus, le régime était pauvre en sels et en vitamine lipo-soluble, d'où déficience en calcium. Si la femme était accouchée prématurément, il est probable que le diagnostic n'aurait pas été fait et que la guérison se serait faite petit à petit, lorsqu'elle n'aurait plus été spoliée, par les deux fœtus, de ses maigres ressources alimentaires.

***

De ces divers travaux, qui incriminent comme cause de stérilité un trouble de l'état général consécutif à une alimentation défectueuse, il faut rapprocher ceux qui tendent à faire admettre dans les denrées alimentaires l'existence d'une substance dont le rôle spécifique serait de favoriser la reproduction : l'absence de cette substance rendrait la fécondation impossible, ou du moins, empêcherait la gestation d'aller jusqu'à son terme normal.

Des recherches ont été entreprises dans cette direction par HERBERT M. EVANS et KATHARINE S. BISHOP (1).

Un régime semblant suffisant quantitativement et qualitativement peut déterminer l'infécondité des femelles en expérience. Des femelles de rat nourries avec un régime bien équilibré et suffisant croissent normalement et semblent en bonne santé, mais presque toutes sont stériles. (Régime : lard, 15 % de la ration ; beurre, 9 % ; amidon de blé, 54 % caséine, 18 % ; sels suivant la formule de MAC COLLUM, 4 % ; et vitamines A. et B.).

(1) Existence d'un facteur alimentaire jusqu'ici inconnu, essentiel pour la reproduction. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, vol. 81, n° 11, 15 sept. 1923 et *Journ. of Metabolic Research*, février 1923, p. 201 et 233.

Le retour au régime libre leur rend la fécondité.

Ces femelles ont des phénomènes de rut et d'ovulation ; elles sont fécondées, leur œuf se vide (1), puis les produits de la conception meurent et se résorbent.

L'étude de la muqueuse utérine avant la nidation montre une extravasation de globules rouges par diapédèse. Après la nidation, il y a des hémorragies placentaires et une grande distension des sinus veineux maternels.

Cette infécondité n'est pas due à l'absence de vitamines, la vitamine A et la vitamine B sont contenues dans ce régime ; la vitamine C, introduite sous forme de jus de citron, n'a aucun effet.

Cette infécondité n'est pas due aux protéines employées : une plus importante dose de caséine, le remplacement de la caséine par l'albumine de la levure ou par la lactalbumine, l'addition de cystine, n'ont eu aucun effet.

Cette infécondité serait due à l'absence d'une nouvelle vitamine (?), la vitamine X que les auteurs ont trouvée en grande abondance dans la feuille de laitue fraîche et qu'ils ont retrouvée dans les pois, les graines de céréales, l'embryon de blé, le jaune d'œuf, le tissu musculaire.

Ce facteur ne s'emmagasine pas dans le corps en quantité notable.

Il résiste à la cuisson.

On peut l'extraire de l'embryon de blé par l'action de l'alcool à chaud et de l'éther.

***

Les faits que nous avons groupés dans cette revue ressortent, en gros, à deux mécanismes. Dans ceux qu'ont réalisés expérimentalement REYNOLDS et MACOMBER, et dans ceux que ces auteurs et que PRESTON MAKWELL ont observés, il y a eu régime déficient, puis trouble de l'état général, puis retentissement de ce trouble sur l'état général.

Dans les expériences d'EVANS et BISHOP, un nouveau facteur intervient, qui est en quelque sorte un facteur spécifique.

C'est là, une voie de recherches bien tentantes. J'ai montré ailleurs que l'ovule attire à lui un

(1) il se produit, comme normalement, au moment où la placentation est parfaite (entre le 14e et le 17e jour) une très légère hémorragie vaginale.

certain nombre de substances toxiques, introduites dans l'organisme ou engendrées par nos tissus (1). Certaines de ces substances sont vraisemblablement utilisées pour le développement de l'ovule et pour les premiers stades du développement de l'œuf humain. Nous n'avons que peu de données sur leur provenance et leur nature. Pour d'aucuns, l'appareil génital n'est pas le dépositaire exclusif de la fonction sexuelle, mais tous les tissus interviennent dans les phénomènes dont la fonction de reproduction est la raison d'être. Tous, à côté de leurs sécrétions spécifiques, ont une sécrétion génésique, de substances actives sous un faible volume.

J'avais fait en 1914 (2) un rapprochement (purement hypothétique) entre ces substances et les vitamines. « Aucune expérience, aucune recherche quantitative ou qualitative, disais-je, ne me permet d'affirmer ou même de supposer que des quantités notables de vitamines soient utilisées pour la maturation de l'ovule. . . . . Mais, on est en droit de supposer qu'il peut en être ainsi pour d'autres éléments de même ordre . . ».

***

Du rapprochement de deux hypothèses, la conviction ne saurait résulter : que Evans et Bishop, d'une part et moi, d'autre part, et d'autres encore, ayons eu une idée analogue, rien ne prouve que cette idée contienne une parcelle de vérité. Il n'en est pas moins admissible que cette hypothèse ne puisse devenir le point de départ d'expérimentations et d'observations intéressantes.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Diabète insipide et syphilis.

M. le Pr Jeanselme,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

C'est en 1674 que Thomas Willis fit la découverte de la glycosurie, ce qui permit d'établir une division, ou mieux une classification, des diabètes. Les diabètes étaient connus depuis très longtemps : on conçoit qu'une élimination journalière de dix, quinze et vingt litres d'urine n'était pas passée inaperçue des anciens.

Dans le groupe des diabètes insipides, Robert Willis, plus tard, distingua une forme, le diabète anazotémique, c'est-à-dire une élimination exagérée d'urine dépourvue de tout élément anormal, sans augmentation des phosphates ou de l'azote urinaires, sans azotémie, sans barrage rénal.

Le diabète en question (diabète hydrurique) n'est pas une maladie autonome. C'est un syndrome qui relève de causes diverses. On l'observe plutôt chez l'homme : 64 % des cas, d'après la statistique de Schulman. L'hérédité n'y est pas très rare et Lancereaux a pu réunir onze observations de ces diabètes hydruriques héréditaires.

On a vu le diabète hydrurique se développer à la suite d'un traumatisme encéphalique, au cours de l'évolution d'une tumeur de la région basilaire. Peut-être certains cas relèvent-ils d'une auto-intoxication : on a rencontré la maladie en connexion avec la grossesse. Des infections variées peuvent être à son origine, deux surtout, la tuberculose et la syphilis.

Je me bornerai à l'étude du diabète insipide syphilitique. Depuis le jour où Fournier a publié son observation *princeps*, une trentaine d'auteurs au moins ont rapporté des observations analogues.

Le diabète insipide syphilitique apparaît à des dates variables de l'infection spécifique. Il est souvent tardif, et l'on en connaît des exemples 15 ans, 30 ans, après le chancre. Il arrive que ce diabète hydrurique se présente comme manifestation isolée de la syphilis, mais il s'associe communément aussi à d'autres lésions spécifiques : tabes incipiens, troubles oculaires (amblyopie, paralysies, hémianopsie), tenant à des altérations nerveuses coexistantes, à des compressions de voisinage. Toutefois, les cas où le diabète hydrémique syphilitique est isolé ne sont pas rares et il faut, en pareille circonstance, penser toujours à la spécificité. On cherchera ses indices, par un examen du système nerveux, des vaisseaux, par les analyses sérologiques. Dans les diabètes insipides à étiologie obscure, lorsque la syphilis n'aura pu être dépistée, il faudra faire, même, l'épreuve du traitement, tout en sachant qu'il ne donne pas constamment des résultats probants. Si une partie essentielle a été détruite par la lésion spécifique, le traitement ne saurait, évidemment, la reconstituer.

Je vous ai dit que bien des fois le diabète

(1) *Physiologie obstétricale*, 1923, p. 174 (Masson, éd.).

(2) *Notes et recherches sur la menstruation*, 1914, p. 74 (Vigot, éditeur).

hydrurique était héréditaire. L'hypothèse la plus vraisemblable pour expliquer cette éventualité est l'hérédo-syphilis.

Voici maintenant quelques observations qui vous montreront l'aspect clinique de la maladie. J'ai signalé l'an dernier, au Congrès de Strasbourg, l'histoire d'un homme de 31 ans atteint de diabète insipide d'origine syphilitique. Cet homme se plaignait depuis huit mois d'une fatigue non justifiée, avec amaigrissement et fléchissement de sa puissance génitale. En quelques jours, se constitua, chez lui, un syndrome de diabète insipide, avec une élimination de 14 à 15 litres d'urine par jour, urine presque incolore, très peu dense (1004), légèrement alcaline, sans trouble de l'excrétion uréique (32 gr. d'urée) ni phosphatée (2 gr. 46 de phosphates par 24 heures). Donc, pas de diabète azoturique ni de diabète phosphaturique. Pas de sucre urinaire, pas de rétention de l'urée du sang. Aucune modification du côté des yeux : rien au champ visuel ni aux pupilles ; pas de signe d'Argyll, ni d'hémianopsie. La radiographie donna une image normale de la selle turcique. Vous savez que souvent, lorsque la glande pituitaire est touchée, hypertrophiée, il y a des altérations de la selle turcique.

Eh bien, chez ce malade, quelle était l'étiologie ? Il n'y avait eu aucun trauma, aucun choc moral non plus. Mais le sujet buvait et était alcoolique. Outre cela, il était syphilitique et ce point offrait plus d'importance. Dix ans auparavant, il avait eu un chancre suivi de plaques muqueuses. Restée sans traitement, sa syphilis ne s'étaitmanifestée par aucun accident apparent jusqu'au moment où éclata le diabète insipide. Wassermann positif (il en est fréquemment ainsi en pareil cas). Nous eûmes recours au traitement mixte, arsenical et hydrargyrique, et, n'obtenant pas de résultat net, nous y associâmes l'opothérapie, à raison d'une injection par jour d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. En 14 jours, la diurèse tomba de 14 litres à 8 litres. Le malade fut alors perdu de vue. Nous n'avons pu faire, comme nous nous le proposions, de ponction lombaire pour rechercher la lymphocytose, le Wassermann, et aussi pour la thérapeutique car, dans un certain nombre de cas, la rachicentèse a diminué la polyurie.

Autre observation, de M. Lhermitte. Elle concerne un homme de 65 ans, entré à l'hôpital pour des accidents d'aortite chronique (accès de suffocation avec expectoration mousseuse et sanguinolente). A l'heure actuelle, nous considérons la syphilis comme la cause la plus fréquente de l'aortite chronique. M. Lhermitte dépista, d'ailleurs, en plus, un tabes incipiens et trouva un Wassermann franchement positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, avec forte lymphocytose de ce dernier. Ces raisons multiples démontraient que le malade était un syphilitique. Or, cet homme était en même temps polyurique. Il urinait une moyenne de 4 litres d'urine par jour. L'élimination de l'urée était un peu faible (12 gr.) mais le régime (lacto-végétarien) suivi par le patient l'expliquait. Pas de rétention azotée (0 gr. 34 d'urée sanguine). Le malade ayant succombé à son aortite, l'autopsie montra des lésions dont je vais parler dans un instant.

A l'autopsie de tels sujets, on trouve des altérations localisées à la région basilaire de l'encéphale. Tantôt, c'est un processus de méningite étalée (cas de Lhermitte), tantôt des lésions en foyers, des gommes. Le malade de M. Lhermitte offrait un exemple net de méningite basilaire spécifique. L'hypophyse était normale. Dans un cas de Bergé, au contraire, l'hypophyse était hypertrophiée et la coupe y révélait des noyaux gommeux et de la sclérose destructive.

Quelques mots de pathogénie. Claude Bernard a fait connaître l'existence d'un centre bulbaire de la polyurie, centre voisin de celui de la glycosurie. Cliniquement, cette donnée n'a pas trouvé d'observation confirmative et il n'y a pas lieu de s'en étonner, toute lésion devant influencer, en fait, simultanément, les deux centres, très rapprochés l'un de l'autre.

Quelle est la région dont l'altération déclanche le diabète insipide ? Là-dessus, existent chez les auteurs des divergences complètes. Quand les malades succombent, les lésions sont anciennes et on ne peut en préciser la chronologie. Expérimentalement, quand on traumatise un point, on n'est jamais sûr d'avoir rigoureusement respecté les points voisins. Quoi qu'il en soit, deux théories principales sont soutenues en matière de pathogénie du diabète insipide : 1° la théorie hypophysaire ; 2° celle des lésions opto-pédonculaires.

Harvey Cushing, le promoteur de la théorie hypophysaire, a obtenu la polyurie en détruisant expérimentalement le lobe postérieur de l'hypophyse. A cet argument expérimental s'est ajouté un argument clinique — l'observation de Bergé et Schulmann, dans laquelle on a constaté des lésion s destructives de la glande pituitaire — et un argument thérapeutique, qui paraît décisif. Quand on injecte à un malade atteint de diabète hydrurique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, on obtient dans l'immense majorité des cas (99 fois sur 100) une disparition (transitoire il est vrai) de la polyurie.

Voyons maintenant les arguments mis en avant par ceux qui rejettent la théorie hypophysaire et admettent des lésions du plancher du 3e ventricule, de l'infundibulum et du tuber cinereum. Les expérimentateurs qui ont essayé de confirmer les résultats de Cushing ne sont pas arrivés à les obtenir et ils les contestent. Camus et Roussy, d'autre part, estiment avoir démontré

que l'ablation totale de l'hypophyse n'entraîne pas la polyurie. Si celle-ci apparaît ensuite, c'est que l'on a atteint le 3e ventricule. Pour ces auteurs, une altération du plancher du 3e ventricule ménageant l'hypophyse permet de provoquer une polyurie insipide. Cliniquement, ils opposent au cas de Bergé le cas de Lhermitte, dans lequel l'autopsie montra une méningite basilaire avec intégrité de la glande hypophysaire. Au point de vue thérapeutique, enfin, ils ne nient pas que l'injection d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse ne fasse fléchir la polyurie, mais — disent-ils, — on obtient les mêmes effets dans d'autres polyuries (polyurie diabétique, polyurie des convalescents) et aussi avec d'autres extraits (extrait cortico-surrénal), à un degré moindre cependant.

De ce débat — que je ne saurais trancher — découlent des sanctions thérapeutiques. Le traitement s'appuie sur deux choses : le rôle fréquent de la syphilis et les effets de l'opothérapie.

La cure anti-syphilitique sera intense, arsenicale, mercurielle et peut-être bismuthée. Le bismuth, qui agit bien dans les cas de syphilis nerveuse, ne peut évidemment qu'être indiqué ici. Quelquefois, le traitement spécifique donne des résultats nets. C'est ainsi qu'on a vu un diabète hydrurique (16 litres d'urine par 24 heures) datant de cinq ans céder à 3 injections de salicylate de mercure. C'est là un effet merveilleux qu'il ne faudrait pas considérer comme la règle, évidemment.

L'opothérapie s'administre ordinairement sous forme d'injections (la voie buccale est moins sûre), quotidiennes, d'ampoules d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. L'action est, à l'habitude, rapide et la polyurie baisse dans des proportions notables. Malheureusement, le diabète reparaît dès que l'on cesse le traitement. Tôt ou tard, ces malades arrivent à succomber s'ils ne sont pas guéris du fait de la médication spécifique. L'opothérapie est un adjuvant précieux, mais la cure anti-syphilitique reste l'indication de fond.

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. LACROIX.

LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

d'après MM. Camille LIAN, *prof. agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, et André* FINOT, *ancien interne de l'Assistance et médecin inspecteur des Ecoles* (1).

M. Camille Lian, bien connu de nos lecteurs, et, son élève, M. André Finot, ont, en moins de 250 pages exposé dans le détail les connaissances actuelles de tout ce qui touche à l'hypertension artérielle. Cette mise au point est complète. Les auteurs, après un résumé très clair de la physiologie de la circulation du sang et de la pression sanguine, font une description critique des diverses méthodes sphygmomanométriques et des appareils employés pour mesurer la tension artérielle, en indiquant leurs avantages et leurs inconvénients.

Ils abordent ensuite l'étude de l'hypertension, énumèrent ses symptômes, décrivent ses types cliniques, en tirent le pronostic et exposent l'évolution de ces états morbides.

Après avoir recherché toutes les causes de l'hypertension et en avoir montré le mécanisme, MM. Lian et Finot terminent leur livre par le traitement. Ils nous permettront d'en faire ici une analyse détaillée, car nous ne doutons pas que nos lecteurs, intéressés par les conclusions pratiques de cette remarquable étude, n'aient le désir de lire l'ouvrage tout entier pour pouvoir en toute connaissance de cause, diagnostiquer et traiter les cas si divers et si fréquents de l'hypertension artérielle qui se manifeste souvent entre 40 et 50 ans et donne lieu à tant d'accidents graves.

Les idées directrices d'un traitement efficace de l'hypertension.— Il y a un fait que l'on constate tout d'abord, c'est que la plupart des hypertensions artérielles, passagères ou permanentes, s'accompagnent d'un trouble de la sécrétion rénale révélé au moins par la méthode d'Ambard.

Il en résulte que tout d'abord, le clinicien doit appliquer le traitement de l'insuffisance rénale manifeste ou menaçante, c'est-à-dire :

1° Instituer un *régime alimentaire spécial.*

2° Administrer des *diurétiques.*

En second lieu, les hypertendus sont des candidats à l'insuffisance cardiaque : il est donc prudent de songer, à la première défaillance du cœur, à utiliser les *tonicardiaques.*

La *méthode déplétive* (saignées, purgations) est un puissant auxiliaire pour soulager le rein et le cœur. Elle ne doit pas être négligée.

L'action directe contre l'hypertension est faible, décevante, et ne doit être appliquée qu'à titre épisodique, car les *hypotenseurs* n'agissent que d'une manière fugitive.

La lutte contre la cause devrait primer toute autre thérapeutique, mais trop souvent, la véritable ori-

(1) *L'hypertension artérielle*, avec 23 fig. dans le texte E. Flammarion, édit., Paris. Un vol. in-18 jésus. Prix : 8 francs.

gine de l'hypertension demeure inconnue. Souvent encore, la cause est inaccessible à toute thérapeutique. Il est des cas cependant, comme l'hypertension des syphilitiques et celle des saturnins, où l'on peut efficacement agir. C'est surtout contre les troubles cardiaques que la thérapeutique peut être efficace et, si l'on ne peut guère songer à guérir l'hypertension, il est possible assez souvent d'obtenir des effets merveilleux qui permettent à des malades frappés de troubles affreusement pénibles de mener une existence active presque normale.

Enfin, en dépistant de bonne heure l'hypertension, le médecin peut la prévenir ou retarder son évolution.

Le régime alimentaire des hypertendus. — A partir de la cinquantaine et chez les hypertendus, il est sage d'avoir un régime *peu ou pas carné* et de ne pas manger de viande au dîner du soir.

Il convient, en outre, d'éviter le sel, Ambard ayant constaté avec la diminution des produits azotés, la rétention chlorurée ; donc, *régime pauvre en sel* ou *sans sel.*

En outre, on sait que l'insuffisance cardiaque exige la *restriction des liquides* qu'il est bon de ramener à un litre ou 1 litre 1/2 en 24 heures.

Toutefois, il est à remarquer que si un léger amaigrissement abaisse l'hypertension, un amaigrissement excessif peut être très nuisible. Le médecin doit donc faire varier le régime selon les malades.

Dans les cas d'une certaine gravité, les malades se trouveront bien du régime sévère hypoazoté suivant :

1° *Aliments recommandés* :

Lait, un demi à trois quarts de litre à prendre au petit déjeûner et à employer pour préparer les aliments.

Légumes : peu ou pas de légumes secs. *Riz* qui est très nutritif et peu azoté.

Fruits crus ou cuits.

Beurre, sucre.

2° *Aliments à prendre en petite quantité* : pâtes, fromages (frais), pain (250 gr. au maximum par jour) ;

3° *Aliments défendus* : viandes, poissons, œufs ;

4° *Condiments* : remplacer le sel par le jus de citron, la tomate, l'oignon ou un peu de vinaigre.

5° *Boissons* : eau pure ou légèrement vineuse, un verre par repas.

Dans la suite, on pourra permettre de temps à autres la viande rôtie, un peu de poisson bien frais, un œuf, mais rejeter absolument les coquillages, le gibier à chair noire, les conserves, la charcuterie, sauf le jambon d'York cuit et non salé.

Une fois par mois, il y aurait avantage à garder un ou deux jours la diète hydrique ou à prescrire une fois par semaine une demi-diète (fruits à discrétion avec bouillon aux légumes ou un demi-litre à un litre de lait).

Toutes ces prescriptious doivent avoir une certaine élasticité, et le régime sera modifié et fixé par une véritable collaboration du médecin et du malade.

La médication diurétique. — La *théobromine*, bien que considérée comme un diurétique déchlorurant plus qu'azoturique, est le médicament de choix ; commencer par de faibles doses en cas d'intolérance (céphalées, nausées), associer le phosphate de soude, varier les spécialités de théobromine. La dose active est normalement de 1 gr. 50 par jour.

La *scille*, théoriquement, le diurétique azoturique ne vient qu'après, puis le *chlorure de calcium*, l'*adonis vernalis*, le *lactose*, les *tisanes diurétiques* (chiendent, queues de cerises, stigmates de maïs, reine des prés, etc., etc.). Dans certains cas : *caféine, sérum sucré, sérum de veine rénale.*

Enfin, ingestion d'eau à jeun.

L'*ouabaïne* cristallisée d'Arnaud est employée en ingestion pour les cœurs lents et quand le rythme est bigéminé. En injection intraveineuse à petites doses répétées d'un quart de milligramme, on obtient, avec l'ouabaïne, une action très rapide et très intense.

Cependant, les préparations de digitale (digalène, digifoline, digitaline cristallisée, intrait de digitale, etc.) peuvent être aussi employées à petites doses répétées par voie intra-veineuse, et mieux. par voie intramusculaire.

Préférer l'ouabaïne après la saignée dans l'œdème pulmonaire aigu (Vaquez) ; de même dans les myocardites aiguës des maladies infectieuses (Dianeolopolu). Donner les préparations de digitale dans l'insuffisance cardiaque aiguë de la tachycardie paroxystique (Lian).

On devra associer les moyens thérapeutiques déjà indiqués.

Ainsi, *dans les cas légers* : au début de chaque quinzaine, 5 jours de digitaline à un dixième de milligramme par jour, 5 jours de théobromine, 0 gr. 50 par jour. Régime hypochloruré et hypozaoté peu sévère.

Dans *les cas plus graves* (dyspnée nocturne, gros foie, bruit de galop, pouls alternant) ; diète hydrique puis régime déchloruré, hypoazoté avec réduction des liquides. Digitale par séries de 8 à 10 jours séparés par 5 jours d'interruption, pendant des mois, même des années ; théobromine (1 gr. 50), en même temps que la digitale, puis, pendant les 5 jours sans digitale et les premiers jours de la reprise de la digitale.

La médication tonicardiaque. — L'insuffisance cardiaque est souvent à l'origine de l'hypertension et la médication tonicardiaque est indiquée. Dans les troubles légers, on aura recours aux petits tonicardiaques : *strophantus, muguet, cratægus.* Si les troubles prennent de l'importance, avoir recours à la *digitale* qui, à doses thérapeutiques, ne produit jamais l'hypertension chez l'homme (Lian). Les néphrites ne sont pas des contre-indications de la digitale, pas plus que le pouls alternant.

Donner la *solution au millième de digitaline cristallisée* pendant 5, 10, et même 15 jours consécutifs. Commencer par une dose moyenne (vingt gouttes,

◆◆◆◆

par exemple), puis dix gouttes, puis cinq gouttes. Interrompre quand on juge le résultat suffisant (disparition de l'œdème, de la gêne respiratoire), ou quand le pouls se ralentit au voisinage de 70 pulsations à la minute. La dose totale de digitaline à atteindre selon les malades sera de *un milligramme à deux milligrammes et demi en une ou deux semaines.*

Au début, ne pas laisser le malade plus de 5 jours sans digitaline, et dans la suite, plus de 7 à 10 jours. Mais, pour entretenir seulement les forces du cœur après une ou plusieurs séries de doses moyennes, donner de petites doses de cinq gouttes par jour. De même dans les hypertensions peu graves (cinq gouttes, 3 jours sur 10 ; 5 jours sur 10 ; 7 jours sur 15 ; 10 jours sur 15).

Ce traitement énergique et continu, précédé d'une saignée (150 à 300 gr.), et d'un purgatif, arrive souvent à supprimer des crises de dyspnée nocturnes durant depuis plusieurs mois et donner l'impression véritable résurrection.

La médication déplétive. — Elle comprend les émissions sanguines et les purgations.

Les *émissions sanguines* ont surtout pour action de diminuer la masse sanguine ; l'influence hypotoxique, si elle n'est pas absolument négligeable, est secondaire.

L'action de la saignée est passagère, le sang se reformant rapidement. L'action des petites saignées (200 gr.), même répétées, sur l'hypertension est faible. Elles sont indiquées pour combattre des accidents (petite saignée dans crise de dyspnée, céphalée rebelle ; saignée copieuse de 500 à 600 gr. dans l'œdème aigu du poumon). Ces saignées peuvent se faire par phlébotomie, ventouses scarifiées, ponction de la veine avec aiguille de gros calibre, sangsues, peu importe.

Il en est de même des *purgations* qui complèteront l'action de la saignée. Il est bon de prendre une purgation tous les mois et d'instituer en même temps 24 heures de diète complète ou mitigée.

Le choix du purgatif est subordonné à l'intensité de l'action que l'on veut obtenir.

La médication hypotensive proprement dite. — L'action des médicaments hypotenseurs est souvent *très passagère.* Il faut craindre ensuite les réactions dangereuses. Ils peuvent être utiles dans les épisodes ou les accidents violents. Citons en première ligne : la *trinitrine*, le *nitrite de soude*, l'*esprit de nitre dulcifié*, le *nitrite d'amyle* (angine de poitrine), l'*extrait de gui* (Gautier), la *macération d'ail* (Loeper), le *benzoate de benzyle* dans la céphalée des hypertendus (Macht).

Les *courants à haute fréquence* ou *d'Arsonvalisation* ont fait naître des espoirs actuellement déçus.

Il en est de même de la *diathermie* de Duhem. La *radiothérapie des capsules surrénales*, tentée par Zimmern et Cottenot, est encore à l'étude.

Médications causales et prophylactiques. — Les causes de l'hypertension restent souvent indéterminées.

Dans l'*enfance* et l'*adolescence*, les néphrites infectieuses sont souvent en jeu, la croissance peut aussi être en cause, le régime et les antinervins (valériane, bromure, cratægus, ésérine, quinidine, etc.), suffiront.

A l'*âge adulte*, l'intoxication saturnine, la grossesse, la syphilis, l'obésité, le surmenage intellectuel sont des causes d'hypertension qu'il faut surveiller et combattre.

A l'*âge critique*, la surveillance sera encore plus nécessaire. S'il y a sclérose artérielle de l'aorte (bruit clangoreux), l'iode et les iodures seront les médicaments de choix. Le silicate de soude est un succédané qui n'a pas encore fait ses preuves.

Dans la *vieillesse*, la prophylaxie s'impose encore davantage, mais il convient d'agir avec beaucoup de prudence et de façon très lente et progressive.

Hygiène de l'hypertendu. — L'hygiène alimentaire a été déjà étudiée avec les régimes.

Le grand hypertendu *doit éviter toute espèce d'effort* : pas de surmenage physique ni intellectuel. Combattre la constipation. Peu de rapports sexuels. Pas de sports. Pas de longs voyages, pas d'ascensions en montagnes, même en funiculaire. Ni bains froids, ni bains chauds, des bains tièdes à 35° de dix minutes de durée.

Toutes ces prescriptions, d'ordre général, seront modifiées avec chaque malade.

Les vacances de l'hypertendu. — Eviter les voyages circulaires. Villégiature dans régions tempérées. Plages bien abritées. Petite montagne au-dessous de 800 mètres. En hiver, climat doux, Côte d'Azur, mais un peu loin de la mer.

Les promenades se feront à distance des repas, avant midi par exemple, et le soir après 15 heures ou 16 heures. Après le repas, repos dans un fauteuil, ne pas se coucher.

Cures hydrominérales. — La cure hydrominérale est à conseiller, mais on ne peut prévoir l'étendue de l'amélioration.

Les *bains carbogazeux* à 34° excitent la peau, activent sa circulation et diminuent l'hypertension.

La *diurèse par ingestion d'eau minérale* est utile, si le malade élimine rapidement l'eau ingérée.

Les *stations françaises* à recommander aux hypertendus sont dans le *Centre*, *Royat* (bains carbogazeux, diurèse, source Velléda), *Saint-Nectaire* (surtout chez les albuminuriques), dans *les Alpes* : *Evian* (diurèse), *Brides*, *Salins-Moutiers* (obèses).

Dans l'*Est*, les cures de diurèse peuvent se faire à *Vittel*, *Contrexéville*, *Martigny*, à *Bains-les-Bains*, riche en silicate de soude.

Enfin, dans les *Pyrénées*, *Capvern* et *La Preste* sont des stations indiquées.

En résumé, *Royat* paraît être spécialement indiquée pour les hypertensions de cause obscure, *Saint-Nectaire* pour les hypertendus albuminuriques, *Brides* pour les obèses, *Bains-les-Bains*, *Capvern*, *Contréxéville*, *Evian*, *Martigny*, *Vittel*, etc., pour les cures de diurèse (rhumatisants, calculeux, hépatiques et rénaux).

Mais les cures minérales ne pourront donner leur maximum d'effet que par l'action simultanée de trois facteurs : l'*eau*, le *régime* et le *repos*. J. NOIR.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Est-il possible, dans la plupart des cas, de distinguer chorée et athétose ?

Dans les cas purs, écrit le Dr BABONNEIX, rien n'est plus facile d'arriver à un diagnostic différentiel, même si l'on envisage uniquement le trouble moteur élémentaire (sans autre renseignement de symptôme ou de traitement).

Voici d'abord pour la *chorée* :

I. Le mouvement involontaire y est : A. *de caractère illogique, absurde* ; il ne peut jamais être considéré comme tendant à l'exécution d'un acte donné ; B. *d'une brusquerie excessive* ; C. *d'une grande amplitude* ; D. *d'une irrégularité typique*; E. *il peut intéresser toute la musculature striée* ; en tous cas, il n'offre aucune prédilection pour les extrémités ; F. *il passe d'un groupe musculaire à un autre groupe souvent très éloigné du premier*, l'intervalle entre les deux contractions étant d'autant plus restreint qu'il s'agit d'une orme plus sévère, mais jamais ne surviennent simultanément deux contractions involontaires.

II. Au mouvement involontaire, ne s'associent *pas de spasmes* ; jamais, de par sa répétition, il n'arrive à déterminer *ni attitudes vicieuses*, ni *troubles trophiques* et en particulier il ne déclanche *pas d'hypertrophie musculaire.*

Inversement à l'*athétose*, appartiennent :

I. Des mouvements involontaires que spécifient : A. le fait, que, bien qu'involontaires, *ils simulent les mouvements volontaires* ; B. *leur lenteur* ; C. leur localisation ou *leur prédominance sur les extrémités* ; D. *leur allure puissante* ; E. *leur médiocre amplitude* ; F. *leur tendance au rythme*, malgré leur arythmie ; G. *leur simultanéité.*

II. Au mouvement involontaire, s'associent, assez régulièrement. A. une *hypertonie manifeste*, de type strié ; B. *des spasmes.*

D'autre part, il se produit, à la longue, soit une *hypertrophie musculaire*, localisée aux muscles frappés par l'athétose, soit des *attitudes vicieuses* de types divers. (*Gazette des hôpitaux*, 28 février 1924.)

Intoxication massive par l'oxyde de carbone, traitée par la respiration artificielle et les inhalations d'oxygène.

MM. PANIS et SALMON relatent une observation des plus intéressantes. Grâce aux dosages, pratiqués à divers moments du traitement, de l'oxyde de carbone fixé par le sang, il a été possible de réaliser une véritable expérience de laboratoire en ce qui concerne l'action comparée de la respiration artificielle avec inhalation d'air atmosphérique, et de la respiration artificielle avec inhalation d'oxygène pur.

Quand les mouvements de sauvetage ont commencé, on peut estimer, d'après l'état grave dans lequel se trouvait l'intoxiqué, que le taux de l'hémoglobine oxycarbonée était voisin de 66,70 p. 100, chiffre que Balthazard et Nicloux ont fixé comme dose mortelle.

Après 45 minutes de respiration artificielle avec air atmosphérique, le taux de l'hémoglobine oxycarbonée était tombé à 50 p. 100 et les signes de vie étaient réapparus.

Après 20 minutes d'inhalation d'oxygène pur, les signes d'intoxication avaient complètement disparu, et, après 45 minutes, il n'y avait plus que des traces d'oxyde de carbone dans le sang.

Ainsi donc : l'hémoglobine oxycarbonée est instable en présence d'air ou mieux d'oxygène ; la survie est possible même quand le taux de cette hémoglobine a dépassé 50 % ; enfin, cette observation met bien en évidence l'efficacité de la respiration artificielle. (*La Presse médicale*, 26 mars 1924.)

Le borate de soude en thérapeutique gastrique.

Surtout connu comme un médicament externe, il offre un grand intérêt en thérapeutique gastrique. Succédané du bromure, dont il n'a pas tous les inconvénients, exceptionnellement irritant, il jouit de propriétés topiques, antiseptiques, alcalinisantes et sédatives.

D'après MM. LOEPER et TURPIN, il peut être employé sous forme de bi ou tétraborate en solution, à 1 p. 200, additionné ou non de partie égale de glycérine, et dans la proportion de 2 à 3 gr. par jour.

Dans les lésions organiques, il est préférable de l'administrer une demi-heure avant l'ingestion d'un aliment quelconque, dans un peu d'eau, 2 à 3 fois dans la journée.

Dans les troubles inorganiques ou fonctionnels, surtout dans les réactions cardiaques ou vasculaires, à distance, on peut le donner avec les aliments.

Il doit être administré par périodes de 8 à 10 jours, suspendu pour éviter l'accoutumance et repris ensuite aux mêmes doses et pendant le même temps.

Utile dans les lésions organiques, il est très souvent efficace dans les troubles fonctionnels.

Son action complexe s'exerce tantôt directement sur la muqueuse, sur les lésions inflammatoires et peut-être sur les terminaisons nerveuses ; tantôt par l'intermédiaire de la circulation ur le système nerveux général. (*La Presse médicale*, 2 avril 1924.)

L'autohémothérapie en dermatologie. Utilisation des ventouses.

Le principe de cette méthode consiste à injecter sous la peau d'un sujet une certaine quantité de sang prélevé dans la veine : on introduit ainsi dans l'organisme des albumines hétérogènes, et on détermine un état de désensibilisation d'une durée variable, qui aura pour but de faire perdre au malade une propriété humorale pathologique, acquise dans un passé plus ou moins lointain, et de lui restituer sa sensibilité normale.

Les indications de cette méthode en thérapeutique ont peut être été trop étendues, alors que la crise hémoclasique ainsi déterminée ne pouvait notoirement pas agir dans certains cas. Aussi le Dr SCHULMANN a-t-il borné ses recherches à un certain nombre de malades, atteints *d'urticaire, d'œdème de Quincke*, de prurigo, de furonculose, qui, de l'avis général, sont notoirement influencés par cette méthode thérapeutique.

Cet auteur a même modifié heureusement le procédé : après avoir aspiré, suivant le mode habituel, 2 cmc. dans une veine du pli du coude, il desserre le lien constricteur, retire l'aiguille de la veine, et, sans la sortir du bras, injecte lentement le sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il va former une large ecchymose. Avantages : une seule aiguille ; pas de coagulation du sang dans la seringue.

La dose nécessaire au choc utile ne doit pas être inférieure à 1 cmc. ; on peut injecter jusqu'à 5 cmc. D'une manière générale, le maximum réactionnel s'observe un quart d'heure après la piqûre ; il ne semble exister aucun lien entre l'intensité du choc et le résultat thérapeutique.

La répétition des doses ne favoriserait pas le choc ; le même malade réagit selon le même rythme, indéfiniment, semble-t-il, avec d'insignifiantes variantes : il n'y a ni accoutumance, ni exacerbation. Aucune action de l'hyperthyroïdisme provoqué. Les malades sympathicotoniques auraient cependant des réactions beaucoup plus marquées que les vagotoniques.

D'autre part, il ne saurait être question d'établir une opposition quelconque entre l'autohémothérapie, et l'auto-sérothérapie, car le sens et l'intensité des réactions observées s'orientent vers un synchronisme parfait.

Il en est de même de l'auto-hémothérapie réalisée par l'application de ventouses, et, malgré toutes ses incertitudes, ce procédé d'extravasation sous-cutanée, comme agent de désensibilisation doit être utilisé en dermatologie, dans les cas où la prise de sang par ponction veineuse demeure impossible, chez les obèses et surtout chez les enfants.

Il est nécessaire, pour obtenir un résultat initial, de persévérer, durant 3 semaines au moins, soit 10 injections, avant d'observer un changement quelconque ; l'étude des modifications vasculo-sanguines n'apporte aucun indice humoral, susceptible de faire présager une guérison seulement appréciable à ses signes objectifs. En présence des récidives nombreuses, il y a lieu de prolonger assez longtemps, le traitement, de faire, par exemple, 2 ou 3 mois durant, une piqûre tous les 15 jours. (*La Presse médicale*, 22 mars 1924.)

Méthodes actuelles de l'exploration hépatique.

Dans l'analyse des urines, il faut retenir, au point de vue du diagnostic de l'insuffisance hépatique, seulement trois éléments de grande importance : la présence d'urobiline, la présence de sels biliaires, le coefficient d'imperfection uréogénique (métabolisme des protéines). Quant aux examens du sang, ils tendent à se faire de plus en plus, comme complément à l'analyse des urines. Reste l'examen intestinal, avec tubage duodénal.

M. Roger GLÉNARD estime que, l'un de ces facteurs pouvant faire défaut chez tel ou tel hépatique avéré, par suite de dissociation fonctionnelle ou de phénomènes de compensation, l'interrogatoire du malade (antécédents personnels et héréditaires), l'état actuel des symptômes et la palpation du foie conservent une grande importance.

Les renseignements donnés par le laboratoire ne sont ni plus précis ni souvent, plus certains que ceux fournis par la clinique, mais ils constituent un moyen très précieux de contrôle et de surveillance, auquel le praticien fera bien de recourir le plus souvent possible. (*J. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1924.)

Traitement des fractures du cou-de-pied.

Faut-il toujours recourir au traitement sanglant, à l'ostéosynthèse ? M. LEVEUF estime, pour sa part, que l'on peut obtenir des résultats satisfaisants en se contentant du traitement orthopédique, à condition que la réduction soit parfaite et l'appareillage correct.

Pour y réussir, il est nécessaire d'agir précocement, sous l'anesthésie générale réalisée avec une rachi de 0,06 de novocaïne. Le contrôle radiographique sera naturellement nécessaire.

Les symptômes cardinaux de cette fracture : luxation du pied en arrière, et élargissement de la mortaise tibio-péronière, ayant été reconnus, on réduira donc par la méthode de l'extension continue avec un poids de 15 kgr., selon l'enseignement et la pratique de P. Delbet. On appliquera ensuite l'appareil de marche du même auteur, en ayant soin, pendant la prise du plâtre, d'appuyer sur l'extrémité inférieure du tibia pour la repousser en arrière, et de serrer transversalement les deux malléoles, pour reconstituer dans son intégrité la mortaise tibio-péronière.

On procèdera ensuite à l'examen radiologique. Si la réduction est parfaite, ce traitement orthopédique est suffisant. Si elle est imparfaite, si les lésions sont graves, le traitement sanglant est préférable.(*La Pratique méd. franç.*,mai 1924.)

Traitement du trichiasis.

Le trichiasis est une infirmité des plus gênantes, à laquelle il est possible de remédier par une petite opération dont M. JUNÈS a réglé les temps comme suit :

Anesthésie locale avec 2 cmc. de cocaïne-adrénaline injectés dans l'épaisseur de la paupière. Mise en place de la plaque de Jæger. Puis, à 2 ou 3 millimètres du bord ciliaire, inciser franchement d'un angle à l'autre, toute l'épaisseur de la paupière et de la conjonctive, en demeurant rigoureusement parallèle à ce bord et perpendiculaire au tarse.

Enlever la plaque et mettre trois points de suture : un médian, deux latéraux. Le point médian doit suivre un trajet spécial, pour limiter le renversement en arrière de la lèvre inférieure. Le fil ayant traversé le lambeau supérieur, en ressort au niveau de la tranche de section, pénètre dans le lambeau inférieur par la même tranche, en ressort presque immédiatement et entre de nouveau dans ce lambeau, après avoir décrit une anse extérieure qui agira dans le sens indiqué ci-dessus.

Nouer les fils de façon à faire basculer le bord ciliaire le plus fortement en avant et en haut. Pansement occlusif sec pendant trois jours. Enlever les fils le 4e jour et placer un bandeau flottant.

Au dire de l'auteur, ce procédé serait très rapide, puisqu'il ne demanderait qu'une quarantaine de secondes pour être exécuté, depuis le placement de la plaque, jusqu'au nœud des fils. (*La Clinique ophtalmologique*, mai 1924.)

Céphalées par insuffisance surrénale.

M. VERGELY a observé trois malades se plaignant de céphalées qu'il a fini par attribuer à une insuffisance surrénale, dont il a reconnu d'autres manifestations, et notamment la ligne blanche de Sergent.

Sur cette donnée, il a institué un traitement par l'adrénaline, et il a obtenu la sédation durable des maux de tête qui, jusqu'alors,avaient résisté à tous les traitements habituels.

Le point sur lequel il insiste est la nécessité, pour obtenir un bon résultat, de prescrire des doses suffisantes, jusqu'à XL gouttes par jour en deux fois. L'apaisement des douleurs étant obtenu, on continue à recommander des doses d'entretien de XV gouttes par jour de la solution au millième.

« Il importe donc, lorsqu'on se trouve en présence d'une céphalée à peu près constante qui n'est calmée que d'une façon tout à fait insuffisante ou incomplète par les médicaments habituels, qui s'accompagne d'un état de lassitude, d'anorexie, qui survient comme épiphénomène dans des états qui peuvent comporte r de l'insuffisance surrénale, de penser que la cause de cette céphalée peut être cette même insuffisance surrénale et de parer à cette insuffisance endocrinienne, soit par l'administration de solution d'a-d'adrénaline à 1/1000, comme nous avons eu l'occasion de le faire, soit, si on avait affaire à des cas plus rebelles, marqués comme insuffisance, par l'administration d'extrait total de l'organe déficient. » (*Journal de méd. de Bordeaux*, 10 mai 24.)

A propos du traitement des déviations de la colonne vertébrale par les empiriques.

A propos d'une fillette qu'il a soignée à intervalles assez longs, et qu'il a retrouvée aggravée, à la suite d'un traitement de gymnastique pratiqué à domicile, en dehors de toute surveillance médicale, M. DE MUNTER s'élève contre de pareilles pratiques, qui donnent une fausse sécurité, et sont directement nuisibles.

A noter la remarque suivante, qui prend un caractère spécial d'actualité à une époque où l'exercice illégal n'a jamais été si florissant, ni si encouragé : « Depuis que l'on parle systématiquement dans les associations médicales de la révision de la loi sur l'art de guérir (en Belgique), les médecins ont reconnu qu'il fallait comprendre dans l'exercice illégal, la pratique de la cinésithérapie par les non médecins, comme tout autre traitement physiothérapique d'ailleurs. Et c'est une chose vraiment désolante de constater qu'a-

près vingt ans de lutte, des confrères et non des moindres conseillent, encouragent la pratique extra-médicale de la gymnastique médicale. » (*Liège médical*, 18 mai 1924.)

Les suites de l'entorse du cou-de-pied.

Dans une série d'articles, M. LEDENT a bien étudié dans ses différents chapitres ce traumatisme si intéressant par sa fréquence, et aussi par le champ d'exploitation qu'il offre, hélas! aux rebouteux et aux illégaux du massage. Il consacre un de ces articles au traitement des suites de l'entorse. Ces suites peuvent être : une vive réaction au niveau de la malléole, à la suite d'essais prématurés de marche, l'hydarthrose, l'hémarthrose, l'arthrite chronique, l'atrophie musculaire, les troubles circulatoires et sympathiques, la tumeur blanche « consécutive à des entorses savamment traumatisées par des athlètes et des acrobates du massage diplômés.. »

La chaleur, et surtout l'air chaud, sont recommandables dans les réactions osseuses, dans les douleurs persistantes. La mobilisation passive et active, progressivement menée, préparée par le massage, est le traitement par excellence. La rééducation, par la méthode de la marche à la chaise, réapprend à marcher, en prenant d'abord contact de la plante avec le sol. Séances d'une demi-heure, répétées selon l'étendue des lésions. » (*Le Scalpel*, 24 mai 24.)

L'ail dans l'oxyurose invétérée.

Le Pr SABRAZÈS a soumis un homme atteint d'oxyurose invérérée au traitement suivant, qui a donné les meilleurs réusltats :

Lavement quotidien, pendant un mois, d'un litre et demi de décoction de 5 à 6 gousses d'ail, en se couchant. En même temps, tous les trois jours, une cuillerée à soupe d'huile de ricin.

On aurait pu également associer, à ces lavements, une tasse, matin et soir, de lait vermifuge :

Ail contusé....................	15 gr.
Lait écrémé bouillant........	180 gr.

après une heure d'infusion, passer et sucrer fortement.

A ce propos, l'auteur rappelle les indications de l'ail dans la pratique moderne : bronchorrhées, sécrétions bronchiques fétides et putrides, hypertension... Lui-même prescrit, dans le régime des hypopeptiques et des néoplasiques gastriques, la soupe à l'ail, à l'huile et à l'œuf dans un bouillon d'herbes passé au tamis, soupe avec tranches de mie de pain mijoté. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 25 mai 24.)

Les enfants des syphilitiques dans la clientèle aisée.

Que deviennent les enfants des syphilitiques dans la clientèle aisée ? A cette question, M. BLIND répond par une étude statistique tirée de s a pratique personnelle, et dont voici les conclusions :

Les syphilitiques aisés ont moins d'enfants qu'ils en auraient sans leur infection. — Comme ils sont soignés, il y a relativement peu de fausses couches. — Les enfants qui naissent ne donnent pas une mortalité très élevée. — Par contre, ils donnent une morbidité beaucoup plus forte que les enfants normaux. — Les affections dont ils sont atteints sont des plus variées et n'ont aucun caractère de spécificité. (*Bruxelles médical*, 18 mai 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pour éviter la rougeole et la coqueluche.

(M. Robert DEBRÉ. — *Académie de médecine* ; 27-5-1924.)

La prophylaxie de a rougeole est entrée, depuis quelque temps, dans la voie des réalisations pratiques. L'extrême contagion de la maladie avait fait dire autrefois qu'il était presque impossible de l'éviter. Actuellement, on ne raisonne plus demême.

On sait que, grâce à l'injection de sérum de convalescent, on peut empêcher l'éclosion d'une rougeole, si le sérum est employé dès les premiers jours de l'incubation, ou obtenir une rougeole atténuée quand le sérum est utilisé plus tard, en pleine incubation. De là est née une méthode prophylactique qui tend à se diffuser. La difficulté est d'avoir du sérum de convalescent en quantité suffisante, mais l'obstacle n'est pas impossible à lever, d'autant que la catégorie d'enfants qu'il importe surtout de protéger n'est pas aussi grande qu'on pourrait le supposer.

La rougeole est grave, en effet, chez les nourrissons au-dessous de deux ou trois ans principalement, et il ne paraît pas nécessaire d'étendre la prophylaxie sérique au-delà de cet âge, en général. D'autre part, on est autorisé à demander à un convalescent de rougeole, comme un devoir social, d'accepter un prélèvement de sérum, dont l'inconvénient est nul.

A New-York, le service d'hygiène offre une indemnité de 10 à 15 dollars aux donneurs de sérum, proportionnellement à la quantité de sang recueillie, et une indemnité de 10 à 25 dollars aux médecins qui procurent ce sang aux services publics.

Quoi qu'il en soit, M. Debré propose la création de centres hospitaliers de prophylaxie contre la rougeole où l'on conserverait les sérums, pour être uti-

lisés sur place, ou distribués. Les sérums y seraient gardés un certain temps à la glacière, après avoir pris soin de vérifier leur stérilité. On écarte ainsi la crainte, d'ailleurs chimérique, d'inoculer la syphilis, dans le cas où l'examen clinique et le Wassermann (qu'il faut toujours pratiquer) auraient donné un renseignement erroné.

Le sérum est à utiliser chez les nourrissons au-dessous de trois ans, dans les conditions suivantes : lorsque l'enfant a été en contact avec un frère ou une sœur plus âgés atteints de rougeole ; lorsqu'il a séjourné dans une crèche, une garderie, une salle d'hôpital où s'est produit un cas de rougeole. Ainsi limité, l'emploi du sérum de convalescent deviendrait une méthode pratique.

M. Debré estime que le même centre pourrait servir à la prophylaxie de la coqueluche et des oreillons.

Symphyse cardiaque et cardiolyse.

(M. Ed. DELORME. — *Académie de médecine* ; 27-5-1924.)

M. Delorme a proposé, en 1895, la cardiolyse dans le traitement des symphyses cardiaques rebelles. Il revient aujourd'hui sur cette opération, à propos de deux observations nouvelles deM. Hallopeau. A son son avis, la libération du cœur d'adhérences étendues donne un résultat immédiat remarquable et un résultat définitif persistant. On ne doit pas hésiter à la pratiquer dans les symphyses avec dilatation cardiaque, et à une période assez rapprochée du début de la maladie.

Les troupeaux ambulants de chèvres et la fièvre de Malte.

(MM. MARTEL, J. RENAULT, CESARI et P. P. LÉVY. — *Académie de médecine* ; 27-5-1924.)

Une enfant de dix ans et demi, qui avait bu un jour deux bols de lait de chèvre, au passage d'un troupeau circulant habituellement dans les rues de Pantin, fut admise, un mois plus tard, dans le service de médecine infantile de l'hôpital Saint-Louis : elle était atteinte de fièvre méditerranéenne. Sa sœur, quelque temps après, s'alita dans les mêmes conditions, et pour la même maladie. Le service vétérinaire de Paris, informé, examina alors le troupeau de chèvres suspect. Il put déceler dans le lait de ces animaux du *Micrococcus melitensis*. On sait que la présence du microbe de la fièvre de Malte, chez la chèvre, ne se traduit ordinairement par aucun symptôme clinique : la surveillance doit donc être surtout bactériologique.

Il est apparu au Conseil d'hygiène du département de la Seine que cette question méritait toute l'attention des pouvoirs sanitaires. Dans sa séance du 4 janvier 1924, ledit Conseil a adopté toute une série de mesures de prophylaxie visant la surveillance des chèvriers. Toutefois, la meilleure sauvegarde du public restera encore l'ébullition du lait destiné à la consommation.

Les pancréatites atténuées.

(M. Pierre DELBET. — *Académie de médecine* ; 27-5-1924.)

M. Pierre Delbet croit à la fréquence des pancréatites atténuées et elles se traduisent, selon lui, par un syndrome très simple, de diagnostic facile. Deux éléments le composent : les douleurs et des battements anormaux dans la région épigastrique.

La douleur, diffuse et mal localisée, n'est pas vive, mais reste pénible néanmoins. Quelquefois, elle fait penser à l'ulcus gastrique ou à la colique hépatique.

Les battements de l'aorte à la région épigastrique relèvent d'une transmission anormale, par un pancréas induré, du pouls aortique abdominal.

Les rations alimentaires en campagne.

(M. SACQUÉPÉE.— *Académie de médecine* ; 27-5-1924.)

La ration dite de réserve du soldat en campagne comporte du pain de guerre, de la viande conservée, du potage salé, du chocolat et du café. Suffisante pour la réparation alimentaire, on peut se demander si elle l'est en vitamines.

Le facteur antiscorbutique n'est pas apporté par le pain ni par la viande de conserve. L'est-il par le chocolat ou le café ? M. Sacquépée a cherché à l'établir et il lui est apparu que ni le chocolat, ni le cacao, ni le café, n'intervenaient utilement à ce point de vue, d'où l'intérêt de combler ce déficit par les agents antiscorbutiques les plus pratiques : citron, jus de citron et oranges.

Emploi du sérum anti-pneumococcique en instillations nasales.

(M. BLECHMANN. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 5-2-1924.)

M. Blechmann se sert depuis deux ans du sérum anti-pneumococcique en instillations nasales (et accessoirement par voie rectale) dans toutes les affections infantiles où le pneumocoque paraît en cause. Les injections de sérum anti-pneumococcique ne sont pas toujours bien acceptées, en clientèle, par les familles. D'autre part, comme l'ont montré Nobécourt et Paraf, le pneumocoque est responsable de la majorité des rhino-pharyngites, otites, bronchites, broncho-pneumonies, des nourrissons. D'où l'intérêt pratique des instillations nasales du dit sérum.

Deux questions se posent : 1° le sérum ainsi administré est-il absorbé ; 2° à quels malades faut-il le recommander par cette voie.

Une observation clinique, recueillie par MM. Blechmann et Chevalier leur a montré que le sérum employé de cette manière était absorbé. Elle concerne un nourrisson de 18 mois qui fit consécutivement à l'usage nasal et intra-rectal de sérum anti-pneumococcique un complexus d'accidents sériques : bouffisure de la face, éruption urticarienne, etc., accidents qui cessèrent d'ailleurs rapidement. M. G. Blechmann a

retiré, d'autre part, d'une longue pratique de sa méthode (plus de 200 cas) l'impression nette de son utilité.

L'instillation nasale serait indiquée chez tous les nourrissons pour lesquels le pneumocoque paraît responsable d'une rhino-pharyngite, d'une otite, d'une bronchite, d'un état général fébrile (pneumococcémie). On instille, 4 ou 5 fois par jour, quinze gouttes de sérum, mélangé ou non à une ou deux gouttes de solution d'argent colloïdal, dans chaque narine.

— M. Lereboullet admet difficilement une action sérothérapique par voie nasale ou rectale. Pour le sérum antidiphtérique, la preuve est faite de son inefficacité par voie digestive et c'est perdre un temps précieux que de compter sur ce mode d'administration.

— M. Apert remarque qu'il ne faut pas mettre en parallèle trop absolu le sérum antidiphtérique et le sérum antipneumococcique. Le premier est uniquement anti-toxique. Le second, préparé différemment, est bactériolytique et agit sur le microbe. Il y a souvent intérêt (comme pour le sérum anti-méningococcique, qui est du même ordre) à le porter *in situ*, sur l'organe infecté. Dans les rhino-pharyngites et les otites à pneumocoques, il est donc logique de recourrir aux instillations nasales de sérum, alors que celles-ci sont inutiles dans la diphtérie.

— M. Lesné, considérant la voie d'administration rectale des agents thérapeutiques, note d'abord que le rectum est capable d'absorber certains médicaments. L'antipyrine, les bromures, la belladone, le salicylate de soude sont au moins aussi efficaces prescrits ainsi que par la bouche. L'adrénaline agit mieux prise par le rectum que *per os*. Il ne semble pas toutefois à l'auteur que la voie rectale soit un mode efficace d'utilisation des sérums.

Le signe des scalènes dans la pneumonie du sommet chez l'enfant.

(M. Lesné. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 5-2-1924.)

Les symptômes, si nets, qui caractérisent l'invasion de la pneumonie chez l'adulte (frisson, point de côté, toux), manquent souvent chez l'enfant. De plus, les signes physiques sont tardifs ou difficiles à percevoir dans le jeune âge. D'où l'utilité, pour le diagnostic, de certains phénomènes objectifs simples à constater.

Weill a insisté sur l'immobilité de la partie supérieure de l'hémithorax du côté malade dans la pneumonie infantile du sommet. Elle tient à la contracture des muscles inspirateurs, contracture facile à caractériser au niveau des scalènes. En palpant ces muscles, à la partie latérale du cou, on les perçoit durs et tendus. C'est là un symptôme précoce et fréquent, sinon constant.

Pour stériliser les biberons.

(M. Jules Renault. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 5-2-1924.)

M. J. Renault rappelle que des expériences entreprises avec M. Pierre-Paul Lévy lui ont montré qu'il n'est pas indispensable de porter le lait à 100° pour détruire les microbes pathogènes, étant donné par ailleurs que le *subtilis* et les germes sporulés nécessitent pour leur destruction une ébullition de 3 heures au moins. A 70°, tous les microbes pathogènes sont tués, sauf le bacille de Koch qui demande 84°.

Pratiquement, l'auteur conseille de chauffer le lait au bain-marie jusqu'à simple ébullition de l'eau. Le lait atteint alors 92° dans les biberons, ce qui est suffisant.

Granulosis rubra nasi.

(M. G. Hügel. — *Société dermatologique de Strasbourg* ; 13-1-1924.)

En 1901, Jadassohn, de Berne, décrivit une nouvelle maladie de la peau qu'il nomma *granulosis rubra nasi* ou dermatitis micro papulosa erythematosa hyperidrotica chronica nasi infantum.

C'est une dermatose nasale, apparaissant chez des enfants de 7 à 16 ans, plutôt malingres mais bien portants, et caractérisée par une tache érythémateuse portant, disséminés en plus ou moins grand nombre, des granulomes de la grosseur d'une tête d'épingle. Le nez, froid au toucher, est dans un état d'hyperhydrose continuelle. L'emploi prudent des rayons X est un excellent moyen thérapeutique, en pareil cas, comme sur l'hyperhydrose.

Il s'agit d'une affection assez rare. M. Hügel en présente un cas, qui est le second de sa pratique.

Dermatoses régionales.

(MM. Pautrier et Masson. — *Société dermatologique de Strasbourg* ; 13-1-1924.)

M. Pautrier a signalé à plusieurs reprises l'existence d'une véritable dermatologie régionale, variable selon les climats et les régions. Il a été frappé, depuis son arrivée à Strasbourg, de la rareté du lichen plan, de l'abondance du psoriasis, de la fréquence de la maladie de Recklinghausen. De même, les sclérodermies et les atrophies cutanées sont beaucoup plus communes, semble-t-il, en Alsace qu'à Paris.

P. L.

La vaccinothérapie dans les infections à pyogènes

(M. A. Bruschettini, Gênes. — *Soc. de pathologie comparée* ; 13-5-1924.)

L'A., après avoir fait un résumé des méthodes adoptées jusqu'à présent pour la préparation des vaccins, décrit sa propre méthode, tout à fait différente, et qui consiste dans la mise en culture (*in vivo*) des microbes, c'est-à-dire leur passage sur l'organisme animal par injections dans la cavité séreuse, dans laquelle on a préalablement, au moyen d'injections de substance leucocytophile, déterminé un afflux de leucocytes. Ce sont ces cultures, ces exsudats, stérilisés par l'éther, qui constituent les vac-

cins Bruschettini. Microbes, leucocytes vivants et autolysés, liquides de l'organisme, constituent les points essentiels de la méthode originale du prof. BRUSCHETTINI.

Les vaccins « antipyogène » et « antigonococcique » sont constitués de nombreuses souches de plusieurs microbes : strepto, staphylo, pneumo, pyocyanique, pour l'antipyogène ; gono, pseudo-diphtétrique, entérocoque, staphylo de l'urèthre, pour l'antigono.

Les résultats cliniques se sont montrés très satisfaisants dans le traitement de l'uréthrite aiguë, et tout à fait remarquables dans toutes les complications gonococciques.

Pour l'antipyogène, des succès souvent impressionnants ont été observés dans les formes les plus graves des affections qui échappent souvent à l'action de la vaccinothérapie, telles que : phlegmons, gangrènes gazeuses, ostéomyélites, septicémies, broncho-pneumonies post-grippales, etc.

Les injections de ces vaccins, qui peuvent être répétées à des doses très élevées (8 et 10 cc.) sont parfaitement inoffensives, et ne provoquent ni réaction locale, ni réaction générale, même chez les enfants.

Toulouse

Société de médecine.

Sur les cancers multiples chez le même malade.

M. DAMBRIN donne lecture de trois observations se rapportant à des malades de son service de clinique chirurgicale présentant des cancers multiples. Chez deux de ces malades, il s'est agi de lésions siégeant au niveau de la face ; dans le troisième cas, il y avait, simultanément, un sarcome fuso-cellulaire de la paroi antérieure du vagin, un cancer du col utérin, et un cancer du rectum. L'auteur termine par quelques considérations sur l'étiologie et la pathogénie du cancer.

Tumeur de la paroi abdominale.

MM. J.-P. TOURNEUX et R. SOREL rapportent le cas d'une jeune femme de 26 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une volumineuse tumeur de la paroi abdominale évoluant depuis une dizaine d'années. Cette tumeur, dont le point de départ se trouvait sur la ligne médiane, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, s'est développée grogressivement : elle atteint actuellement les dimensions d'une tête d'adulte et occupe toute la région épigastrique ainsi que les deux hypochondres. Elle est tout à fait indépendante du revêtement cutané qui glisse sur elle, et elle ne s'immobilise pas lors de la contraction des muscles de l'abdomen. En essayant de la mobiliser sur les plans profonds, on constate qu'il existe une adhérence assez limitée sur la région médiane de l'épigastre.

L'intervention chirurgicale montre qu'il s'agissait d'une tumeur bien encapsulée, facilement énucléable, et dont l'enveloppe put être facilement décollée de la ligne blanche. Les suites opératoires furent normales. Cette tumeur, de couleur blanchâtre et qui pesait un kilogramme, présentait à la partie centrale une cavité contenant un liquide gélatineux. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tissu fibreux assez pauvre en éléments figurés et infiltré de mucine.

En résumé, il s'est donc agi, dans ce cas, d'une tumeur fibreuse développée aux dépens de la ligne blanche, ce qui est tout à fait exceptionnel, et qui avait subi en partie la dégénérescence muqueuse.

Forme généralisée de poliomyélite antérieure aiguë.

MM. AUBAN et LABORDELLE communiquent l'observation d'un enfant de trois ans, ayant présenté brusquement une quadriplégie flasque. L'évolution se fit en 2 jours vers la mort par paralysie ascendante vers les noyaux bulbaires, réalisant ainsi un syndrome de Landry. La ponction lombaire effectuée le premier jour avait révélé une réaction méningée caractérisée par 25 éléments cellulaires par millimètre cube avec un taux d'albumine normal.

Bien que des formes cliniques semblables aient déjà été plusieurs fois signalées, les auteurs rappellent que de pareils cas ont été rarement observés à Toulouse.

Le dogme de la poliomyélite spécifique relevant toujours de la maladie de Heine-Médin est actuellement bien battu en brèche, et les syndromes poliomyélitiques demandent à leur profit une page nouvelle de pathologie. Malheureusement, les difficultés de l'investigation bactériologique resteront la cause, peut-être longtemps encore, de diagnostics incomplets.

Phlegmon de la région iléo-cæcale par corps étranger du cæcum.

M. J.-P. TOURNEUX a eu l'occasion d'intervenir chez un malade âgé de 31 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour phlegmon de la région iléo-cæcale.

Cet homme, dont le principal métier consistait à avaler des clous devant la terrasse des cafés, avait ressenti quelques jours auparavant des douleurs dans la fosse iliaque droite, suivies bientôt de tous les signes des collections suppurées. Une radiographie montra la présence de 3 clous dans le cæcum, et l'un d'eux, que l'on apercevait de champ dans une vue antéro-postérieure, devait avoir perforé la paroi intestinale et déterminé ainsi la production du phlegmon.

L'incision de la paroi abdominale permit, après l'évacuation de la collection suppurée, d'arriver sur le cæcum où l'on aperçut la pointe d'un clou long de 5 centimètres, faisant saillie à travers la paroi antérieure, et qui fut facilement retiré. Les suites furent excellentes, la fistule cæcale se ferma d'elle-même, et les deux autres clous furent expulsés spontanément par l'anus quelques jours plus tard.

Société de gynécologie et d'obstétrique.

Oblitération spontanée des voies génitales d'origine obstétricale.

M. Laurentié rapporte 3 observations concernant des jeunes femmes qui, à la suite d'accouchements pénibles, avaient présenté différents troubles fonctionnels et en particulier une absence totale de règles. Ce dernier phénomène devait tenir à une suspension des fonctions ovariennes, car en examinant les malades, on put constater que l'imperméabilité de l'orifice cervical n'était pas accompagnée d'hématométrie.

Fibromes de l'utérus et stérilité.

M. Laurentié communique l'histoire d'une femme âgée de 37 ans, ayant un utérus fibromateux, réglée très régulièrement, et qui, bien que mariée depuis 16 ans, n'avait jamais présenté de grossesse. Un curettage n'avait eu pour résultat que d'amener des irrégularités dans la fonction menstruelle. Un traitement par le gynocrinol ramena d'abord la régularité, et fut ultérieurement suivi d'une grossesse menée à bon terme malgré divers troubles cardio-pulmonaires. Les suites de couches furent marquées par une fièvre continue rebelle à tous les traitements, entraînant de la cachexie et dont le diagnostic fut confirmé par l'hystérectomie : les noyaux fibromateux étaient en effet le siège de suppuration.

Métrite des jeunes mariées et culture du sperme du mari.

M. Martin, après avoir rappelé que la grande cause des métrites tient à l'infection gonococcique et aux accidents de puerpéralité, insiste sur la difficulté *qu'il y a de voir quelle est la fréquence de l'une* ou de l'autre de ces origines. Il pense que bon nombre de ces métrites sont dues aux gonocoques apportés par le mari et relate à ce sujet deux observations tout à fait démonstratives, se rapportant à deux jeunes femmes qui avaient présenté, peu de temps après leur mariage, l'une, une métrite compliquée d'annexite, et l'autre, une métrite suivie de salpingite, de pelvi-péritonite, et d'arthrite avec enkylose. L'examen clinique des maris était complètement négatif ; seule, la culture du sperme permit de déceler du gonocoque.

Deux cas de pyélonéphrite gravidique traitée par le bactériophage de d'Hérelle.

M. Alfonsi a eu l'occasion de traiter deux jeunes femmes âgées de 27 et de 21 ans présentant aux 6e et 5e mois de leur grossesse une pyélonéphrite gravidique due au colibacille. Après l'échec de diverses médications, il obtint une guérison totale au bout de 15 jours après deux injections de bactériophage de d'Hérelle, ce qui permit à la grossesse d'évoluer à terme.

Néphrite syphilitique au cours de la grossesse.

MM. Garipuy et Bonhoure communiquent l'observation d'une femme de 28 ans, prématurée et fille d'albuminurique, qui montra au cours d'une grossesse tous les signes du mal de Bright, ainsi que divers troubles visuels (chorio-rétinite albuminurique et atrophie du nerf optique). Le traitement arsenical fit rapidement disparaître les troubles néphritiques, mais ne put empêcher un accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Guérison d'une néphrite gravidique immédiatement après l'accouchement.

MM. Audebert et Gay rapportent l'histoire d'une IIpare de 24 ans, ayant une constipation opiniâtre et de l'albumine dans ses urines, qui présenta dans les derniers jours de sa grossesse tous les symptômes de pyélo-néphrite gravidique (douleurs lombaires, P. à 150, T. 39,5, etc). L'accouchement se fit cependant sans complications, et on observa à partir du 5e jour une rémission graduelle de tous les symptômes ; la guérison suivit ensuite rapidement.

Un cas d'ostéomyélite chez un nouveau-né.

MM. Audebert et Baillat. — Une femme dans un excellent état de santé accoucha normalement sans aucune suite pathologique d'un enfant du poids de 2.970. On constata chez le nouveau-né, le matin du 3e jour, au niveau de la cuisse gauche, une tumeur d'aspect phlegmoneux, qui ne tarda pas à prendre un grand développement. On pratiqua une incision antéro-externe s'étendant jusqu'au fémur : les muscles étaient de couleur feuille morte, le périoste dénudé, et il s'écoula une sérosité louche, sans pus véritable, le fémur ne fut pas trépané. L'enfant succomba, et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une ostéomyélite fémorale à point de départ trochantérien, avec décollement de la tête du fémur sans qu'il il y ait eu d'arthrite de la hanche. L'examen bactériologique révéla la présence de streptocoque.

Deux cas de césarienne tardive.

M. Fournier rapporte deux observations où, pour différentes causes, on ne put pratiquer que très tardivement l'opération césarienne : les deux opérées moururent, l'une de congestion pulmonaire et l'autre d'une embolie.

Déchirure du vagin sans lésion du périnée chez une primipare.

MM. Poux et Roscol. — Une primipare de 21 ans, chez laquelle le toucher vaginal avait toujours été très pénible, accoucha normalement d'un enfant de 3.720 gr. : périnée intact, pas d'accidents de la délivrance. Pendant 48 heures, tout marcha à souhait, puis le pouls passa à 130, alors que la tempé-

rature montait à 39.2. L'utérus était revenu bien sur lui-même, les lochies n'avaient pas d'odeur appréciable : on constata sur la partie latérale droite du vagin une large déchirure de trois centimètres de profondeur qui, traitée par des lavages et par des tamponnements à la gaze imbibée de sérum polyvalent de Leclainche, se cicatrisa rapidement.

Rupture de pyosalpinx en péritoine libre.

MM. Bounhoure et Baillat rapportent l'observation d'une jeune fille de 15 ans, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose péritonéale, et qui dut être opérée d'urgence par suite des accidents graves de pelvi-péritonite qu'elle présenta. Il s'agissait en réalité de la rupture d'un pyosalpinx droit ; par suite de la nécessité d'aller très vite et devant les fortes adhérences qui cloisonnaient tout le petit bassin, il fallut se borner à un tamponnement à la Mikulicz. Le pus contenait du streptocoque ; la malade sucomba le lendemain.

Tératome sacro-coccygien.

MM. Audebert et Baillot présentent un fœtus du sexe féminin, né à terme, porteur d'une tumeur sacro-coccygienne dont le point de départ se trouvait sur la face antérieure du coccyx.

Ascaridiose post-opératoire et post partum

MM. Baillot et Galy-Gasparron ont vu chez deux femmes, dont l'une avait subi l'amputation du col utérin, et dont l'autre, une VIIIpare, avait accouché normalement, se développer au bout de quatre heures des phénomènes de pseudo-péritonite consistant en ballonnement du ventre, nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz. L'expulsion par la bouche de plusieurs ascaris amena la disparition rapide de tous les symptômes.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Deuxième Congrès de la Société internationale d'urologie

(*Suite*)

Discussion.

Ch. Perrier (Genève) a employé le vaccin dit colisoude péréparé selon les indications de Maute, et a utilisé la voie intraveineuse.

Au point de vue général, les réactions sont nulles dans la plupart des cas ; parfois cependant, les malades signalent une légère élévation de température et un peu de malaise.

L'auteur a suivi les prescriptions de Maute et injecté dans certains cas en une fois 4 et même 6 cmc.

Il a traité par la vaccination 13 cas d'infection urinaire et simultanément 7 cas sans vaccination (15 femmes et 5 hommes). Le coli fut trouvé 18 fois et le staphylocoque 2 fois comme étant cause de l'infection urinaire. Cliniquement, les malades présentèrent une marche assez variable à début tantôt insidieux, tantôt franc et brusque avec troubles fonctionnels, et souvent avec des rechutes ou plutôt des crises fébriles ou non, caractérisées par leur aggravation, des troubles mictionnels sans rapport avec une modification des urines, dont l'état normal peut aller de la simple bactériurie à une purulence plus ou moins grande. Chez tous ces malades, vaccinés ou non, P. a traité avec grand soin les troubles intestinaux par les régimes, les évacuants, les antiseptiques. L'antisepsie urinaire a été appliqué par voie buccale, vésicale ou lavage haut des bassinets, et la complexité des moyens thérapeutiques employés rend un peu difficile l'appréciation exacte de la valeur de la vaccination. Cependant, dans certains cas, la vaccination, commencée après l'échec de tous les autres moyens, a amené une transformation si évidente qu'on ne peut faire autrement que de la lui attribuer. L'auteur conclut que la vaccinothérapie, étant données la facilité et l'innocuité de son application, doit être employée dans toutes les infections entretenues par une cause mécanique (calcul, rétention) tant que cette raison n'est pas levée. Il est, en outre, nécessaire d'y ajouter le traitement des troubles intestinaux existants, auxquels sont dus les accidents urinaires. Sans dispenser d'employer les autres moyens thérapeutiques, la vaccinothérapie leur apporte un sérieux appui qui paraît parfois même décisif.

Janet (Paris) a soigné 51 cas de bactériurie, dont 27 avaient une origine inconnue, 4 avaient comme origine une infection prostatique, 3 étaient dus au sondage, 6 à des lavages malpropres, 2 à des tentatives maladroites de prophylaxie,. Ceux qui semblaient avoir une origine interne concordaient dans deux cas avec des coliques néphrétiques, dans un cas avec la grippe, dans un cas avec la phosphaturie, dans trois cas avec l'entérite.

Dans 20 cas, il a trouvé le colibacille, dans 20 cas le staphylocoque, dans 3 cas de petits bacilles fins, et 3 cas enfin étaient polymicrobiens. 38 cas ont été traités par les méthodes ordinaires, et 31 ont été parfaitement guéris sur les 13 vaccinés avec les vaccins coli-soude de Maute, mais toujours avec traitement interne caractérisé : 6 ont guéri ; les 7 insuccès comprennent des cas très anciens, des infections rénales avec phosphaturie, des lésions prostatiques, et, dans ces cas, la guérison fut obtenue par des incisions prostatiques faites par M. Marion ; les malades furent

en tout cas très améliorés. Janet n'est pas de l'avis du prof. Rowsing, quand il dit que la vaccinothérapie ne peut avoir aucune réaction sur l'élément bactériurique. Elle agit indirectement en stérilisant le foyer d'où part l'infection.

HEITZ-BOYER (Paris) a essayé, dans nombre de cas de bactériurie, la vaccinothérapie ; les résultats furent médiocres. Il insiste sur les rapports de la bactériurie et du syndrome entéro-rénal ; la vaccinothérapie par voie intestinale est peut-être le moyen d'action qui, dans l'avenir, se montrera le plus efficace.

SERRALACH (Barcelone) est partisan convaincu de la vaccinothérapie. En particulier, elle peut rendre de grands services chez ces rétrécis où le moindre contact instrumental amène une crise septicémique. Il apporte à l'appui des exemples convaincants.

Prof. LEGUEU (Paris) donne les résultats de ses observations d'après les affections contre lesquelles il a employé la vaccinothérapie.

A) *Dans les infections périurétrales.*

La vaccinothérapie employée systématiquement (injection pendant 8 jours de 10 cmc. de sérum antiperfringens) lui a donné de bons résultats, et il a l'impression que, par ce moyen, qui ne supprime pas le traitement chirurgical, les infections phlegmoneuses périuréthrales sont moins graves que par le passé.

B) *Dans les prostatites suppurées* qui sont toujours, ou presque, d'origine staphylococcique, l'injection de stock-vaccin donne de très bons résultats.

C) *Dans les cystites*, les résultats ont été absolument nuls.

D) *Dans les affections rénales chroniques* descendantes, résultats médiocres sur la bactériurie.

Le triomphe, ce sont les infections rénales descendantes aiguës ; les résultats sont parfois magnifiques et le prof. Legueu rapporte le cas particulièrement intéressant d'une petite fille presque mourante où la vaccinothérapie a amené la guérison définitive et absolue et transformé la malade. Dans ces petits abcès corticaux disséminés, la vaccinothérapie est également utile.

GARGAM (Le Caire) apporte une statistique de 42 cas traités par un autovaccin polymicrobien stérilisé par la chaleur : concentration 200 millions par cmc., dose employée 50 à 400 millions, tous les 4 jours, par série de 10 injections sous-cutanées. Il conclut que l'auto-vaccinothérapie préopératoire semble indiquée lorsque le traitement médical reste insuffisant, de même après les opérations quand l'infection ne cède pas rapidement dès qu'il n' y a pas de raisons évidentes ; il en est de même des pyélonéphrites gravidiques et colibacillaires. En somme, la vaccinothérapie est un excellent adjuvant dans toutes les infections urinaires.

ŒCONOMOS (Athènes) compare la vaccinothérapie et la protéinothérapie. Les deux méthodes donnent à peu près les mêmes résultats, sans être parfaites ni l'une ni l'autre.

Elles donnent de bons résultats dans tous les cas où il n'existe pas d'obstacle mécanique au cours de l'urine, dans les infections aiguës, mais sont inutiles dans les infections où il y a un obstacle mécanique, dans les collections purulentes non drainées.

Prof. CIFUENTES (Madrid) a employé la vaccinothérapie avec des résultats variables. Dans les pyélites et pyélonéphrites gravidiques, l'auteur n'a obtenu de bons résultats que dans 2 cas.

Dans la fièvre urineuse des prostatiques, qui cède souvent à la sonde à demeure, l'auteur a obtenu de bons résultats par la vaccinothérapie, qui est également indiquée chez les prostatiques ne supportant pas la sonde à demeure. Elle pourrait également rendre de grands services dans la phase post-opératoire urologique et chez les cystostomisés avant la prostatectomie ou ceux chez qui la sonde à demeure provoque des infections orchi-épididymaires.

M. ISELIN (Paris) reprend les conclusions qu'il a déjà données à la *Société française d'urologie* et qui sont d'accord pour la plupart avec celles des rapporteurs : 1° vaccinothérapie préventive des accidents infectieux post-opératoires dans le cas d'infections colibacillaires compliquées de calculs ou de rétentions pyéliques viscérales ; 2° vaccinothérapie dans un but curatif dans les cas aigus ou chroniques ; dans un tiers des cas des premiers, on arrive à la stérilisation de l'urine. Cette stérilisation est plus difficile à obtenir dans les cas chroniques ; cependant l'auteur en rapporte un cas.

Il insiste sur l'adjonction du traitement intestinal à la vaccinothérapie, mentionnant l'oxyurose comme cause étiologique importante : il rapporte un cas très démonstratif de pyélonéphrite de la grossesse survenue au cours d'une bacillurie chronique chez une malade porteur d'oxyures, et dans lequel la disparition des colibacilles fut obtenue par simple traitement au carbonate de bismuth.

REJSEK (Prague). — Dans le service d'urologie de la première clinique chirurgicale, on a traité 30 cas d'infection de l'appareil urinaire par l'autovaccinothérapie. D'après les résultats, les cas peuvent être divisés en 3 groupes :

1er *groupe* : 12 cas avec des résultats complètement négatifs, la cause des échecs, dans 11 cas, était les conditions anatomiques défavorables et les complications secondaires ; dans un cas, la sensibilité élevée de la malade contre le vaccin.

2e *groupe* : 10 cas avec des résultats favorables, dans lesquels on ne peut pas dire avec certitude à quoi est due la guérison, la vaccination étant associée au traitement par les moyens courants. Dans un cas de cystite intense, causé par le bacille pyocyanique, on a appliqué, à part les lavages de la vessie, un autovaccin, préparé avec les germes persistants du pyocyanique et en plus, on a fait les injections intravésicales d'une émulsion riche en bactériophages du pyocyanique. Malgré le résultat favorable dans ce cas, l'auteur considère l'action thérapeutique du vaccin du bactériophage comme douteuse, étant donné le fait que l'on observe *in vitro* ce qui se passe sans doute même dans l'organisme, c'est-à-dire, qu'il

reste toujours toute une quantité de bacilles résistants à l'action lytique du bactériophage, et dont la virulence élevée est vraisemblable.

3e *groupe* : 2 cas dans lesquels l'action thérapeutique du vaccin a été incontestable, d'autant plus que la vaccinothérapie était employée comme dernier recours après le traitement infructueux par les autres méthodes. Tout particulièrement, on pouvait noter un bel effet thérapeutique dans un cas d'empyème du moignon de l'uretère qui a causé une cystite très intense, rebelle à tout traitement.

Prof. Hogge (Liège). — Nombreux sont les travaux qui témoignent de l'espoir et de la confiance de beaucoup d'urologistes dans la vaccinothérapie. Cependant les observations publiées manquent de rigueur; sur un grand nombre d'observations qui lui ont été communiquées, l'auteur n'a pu sans parti pris en retenir une seule. La plupart parlant toujours d'impression « favorable », sans pouvoir dire que l'action thérapeutique appartient vraiment au vaccin.

Dans les pyélites de la grossesse, par exemple, la guérison a souvent lieu spontanément après l'accouchement, et le sondage urétéral semble agir mieux et plus efficacement que le vaccin. Pour juger de la valeur de l'immunothérapie, il ne faut pas s'attaquer aux cas qui ont tendance à guérir spontanément (pyélonéphrites, prostatites aiguës, par exemple), il faut, dans les cas subaigus et chroniques, épuiser les ressources du diagnostic clinique, car, par exemple, le vaccin ne peut servir à rien dans une infection rénale entretenue par un calcul , un néoplasme, une hydronéphrose, une stase intestinale, un mégacôlon.

Or, les cas très rares de pyélonéphrite non compliquée traités par la vaccinothérapie ont été moins influencés par ce traitement que par le traitement interne, les lavages du bassinet, le sondage urétéral.

Dans les prostatites post-gonococciques rebelles (à staphylo-coli et entérocoques), l'auteur a employé autovaccin et protéinothérapie.

Préparation de l'auto-vaccin. Produits prostatiques recueillis aseptiquement et ensemencés sur gélose. La culture obtenue après 24-48 heures d'étuve est examinée, la culture émulsionnée dans 10 cmc. de sérum à 9 p. 1.000 , l'émulsion est broyée et stérilisée par tyndallisation, puis répartition en ampoules stériles. Le dosage du nombre des germes par cmc. est calculé de façon à obtenir 2 à 3 milliards, le nombre de germes varie avec chaque espèce. On injectera moins de coli que de staphylocoques car pour le coli, les réactions sont beaucoup plus fortes. *Protéinothérapie.* Injections de lait, à la dose de 4 cmc., pour aller jusqu'à 8 ou 10 cmc.

Injection tous les 2 ou 3 jours suivant l'intensité de la réaction, souvent assez violente (indice favorable ; l'auteur a obtenu dans les derniers mois des guérisons absolues chez des malades traités depuis longtemps par des moyens classiques. La *colloïdothérapie* consiste dans l'injection de colloïdes artificiels métalliques ou métalloïdiques ; comme la protéinothérapie, elle a pour but de provoquer une réaction de défense par le choc qu'elle détermine.

Widal, Abrami, Brissaud ont découvert les modifications vasculo-sanguines qui forment le premier cycle des phénomènes qui se passent dans l'organisme ; à cette phase dépressive succède la phase de réaction, caractérisée surtout par l'hyperleucocylose avec augmentation du pouvoir leucocytaire.

L'autovaccinothérapie peut arriver, dans certains cas, sinon à guérir, du moins à éliminer la virulence des germes.

(*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr C. Bosche. — **Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales.** (« Les Presses Universitaires de France », 49, boulevard Saint-Michel, 1924.)

Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales constituent une affection assez rare, et distincte de la polypose banale.

Elle est caractérisée par l'apparition vers l'époque de la puberté de polypes muqueux généralisés aux deux fosses nasales, accompagnés d'une déformation hyperplastique de la pyramide nasale, et récidivant malgré tous les traitements actuels mis en œuvre.

Nous ne connaissons pas la cause intime de cette polypose, et nous sommes encore réduits aux hypothèses. Il est possible que la syphilis, et quelque perturbation endocrinienne puissent la provoquer.

Un seul traitement peut pallier pour un temps à cette affection, c'est le curettage minutieux de l'ethmoïde que l'on réalise par voie externe en employant une méthode chirurgicale mixte tenant de l'*ethmoïdectomie* et de la *transmaxillo-nasale*, ce qui constitue l'opération à laquelle M. le professeur P. Sébileau a donné le nom de *rhinotomie para-latéro-nasale.*

N. — Vlaicovitch.— **L'ail en thérapeutique,** 1924.

Un nouveau travail vient de paraître sur l'emploi de l'ail en thérapeutique.

Ce médicament signalé il y a trois ans comme hypotenseur par Loeper et qui avait fait à ce sujet l'objet d'un travail très intéressant du Dr Pouillard (thèse Paris, 1921), a d'autres propriétés pharmacodynamiques tout aussi intéressantes au point de vue broncho-pulmonaire. L'auteur, vient de faire une étude complète de l'ail en thérapeutique et a étudié principalement son action sur les sécrétions bronchiques.

Sa thèse se divise en plusieurs chapitres dont les principaux sont les suivants : historique de l'emploi

de l'ail en thérapeutique, indications botaniques, composition chimique de la plante, préparations pharmaceutiques ; puis, action de l'ail sur la tension artérielle (action hypotensive, augmentation de l'indice oscillométrique,ralentissement du pouls) ; action de l'ail dans les voies respiratoires et, en particulier, dans la tuberculose pulmonaire (diminution de l'expectoration, désodorisation des crachats) ; action de l'ail comme antiseptique (entérite, vers intestinaux).

L'auteur achève par la détermination *in vitro* de son pouvoir antiseptique sur les microbes et les champignons. Ce pouvoir antiseptique est surtout remarquable sur ces derniers, ce qui explique l'action favorable de l'ail dans les mycoses, les plaies tuberculeuses et la tuberculose pulmonaire.

Dans le cours du travail, l'auteur relate de nombreuses observations cliniques prises dans un service de tuberculeux. Toutes ces observations montrent que, dans la tuberculose avec expectoration, l'ail diminue le nombre des crachats, les désodorise et les rend plus fluides. Malgré la répugnance de certains malades pour l'alcoolature, ceux-ci n'hésitent pas à suivre longtemps le traitement, « parce qu'ils se senten mieux ». Ceci tient probablement, ajoute l'auteur, tant à l'action locale de l'ail qu'à son action cardio-tonique qui se manifeste quand on absorbe la préparation pendant longtemps à dose élevée. Associé à une cure iodée, l'ail renforce l'action de l'iode et évite les inconvénients de la médication iodée intensive.

Il a utilisé, dans ses essais, soit l'alcoolature d'ail frais stabilisé, soit les pilules d'ail stabilisé contenant l'ail total. et enrobées, pour éviter l'odeur. Ces préparations généralement bien tolérées par les malades semblent être celles qui donnent les résultats les meilleurs et les plus constants. L'auteur conclut que l'ail, sans être un médicament de fonds, est un précieux adjuvant qui élargit les ressources du praticien et peut lui donner des résultats intéressants, là où une autre médication d'un usage plus courant s'est montrée sans action.

Ly. — Dr Henri CICILE. — **Contribution à l'étude de la bismuthothérapie dans les syphilis cutanéo-muqueuses et viscérales.** 1923.

L'action du bismuth sur le tréponème et sur les lésions syphilitiques est maintenant incontestable. Sans doute certains cliniciens préfèrent toujours l'arsénothérapie : d'autres sont encore des fervents de la mercurothérapie ; la plupart des spécialistes et des praticiens considèrent désormais que le bismuth est un des meilleurs éléments de la lutte antisyphilitique. C'est pourquoi paraissent de si nombreuses études sur la bismuthothérapie : voici un travail très intéressant, très consciencieux, qui vient compléter l'étude de l'oléo-bi, déjà commencé de divers côtés et notamment par M. le Dr Peyrus (thèse de Lyon, 1923). Ce bismuthique est parfaitement toléré et semble particulièrement actif, surtout dans les lésions cutanéo-muqueuses et viscérales, même chez les enfants ; c'est ainsi que, dans deux observations d'hérédo-syphilis précoce, l'état des petits malades s'est totalement transformé dès les sixième et septième injections d'un quart d'ampoule d'oléo-bi tous les deux jours. Notons aussi divers cas très intéressants d'accidents ostéo-articulaires, douleurs ostéocopes, aortites spécifiques, pseudo-tumeur blanche de la période tertiaire, et même de chancres très rapidement cicatrisés. En résumé. bon produit, très actif, bien toléré, parfaitement maniable et facile à administrer par voie intramusculaire, ce qui explique son utilisation de plus en plus fréquente dans tous les cas où la bismuthothérapie est indiquée.

Ly. — Dr L. FAURE. — **Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse du lobe inférieur** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon, 1923.).

La tuberculose pulmonaire, dans ses localisations cliniquement primitives au lobe inférieur, peut réaliser une série de formes cliniques à prédominance congestive et de formes cliniques ulcérées, répondant en particulier à la forme pneumonique ainsi qu'à la forme fibro-caséeuse commune.

Au point de vue séméiologique, la forme congestive donne des signes stéthoscopiques et radioscopiques particulièrement accusés alors que les signes fonctionnels et généraux sont relativement atténués; la forme fibro-caséeuse commune se caractérisant, elle, par la précocité des signes d'ulcération parenchymateuse (apparition rapide de bacilles de Koch) et la faible intensité des signes physiques (cavernes muettes).

Le diagnostic des formes fibro-caséeuses devra principalement être fait à l'aide de la recherche du bacille de Koch, dont la présence permettra tout à la fois le diagnostic différentiel avec la syphilis et avec les formes de tuberculose basale non ulcérées.

Le pronostic global des formes basales paraît assez difficile à formuler. Il apparaît bien que la forme congestive ou pneumonique participe d'une certaine bénignité d'évolution par rapport à sa localisation apicale, alors que la forme fibro-caséeuse présente au contraire une évolution plus rapidement ulcéreuse que dans sa localisation habituelle au lobe supérieur.

Les formes fibro-caséeuses de la base sont particulièrement justiciables du pneumothorax thérapeutique, l'impossibilité de sa réalisation posera la question d'une thoracoplastie. Dans le traitement symptomatique des lésions cavitaires, il pourra être utile de recourir comme procédé de drainage à la cure de déclivité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

FÉDÉRATION DÉPARTEMENTALE OU SYNDICAT DÉPARTEMENTAL UNIQUE ?

Dans nos questions syndicales, il est souvent difficile de faire des règlements généraux. Ou plutôt, si nous devons toujours *fixer une doctrine,* il doit être entendu que le principe étant établi, il peut recevoir certaines modifications de détail, certaines modalités d'exécution variables avec les *régions.* Il va sans dire que ces modalités ne doivent jamais, ni en quoi que ce soit, être contraires, ni même différentes de la doctrine, du principe, du type général établi, de commun accord, par les délégués du corps médical, lors des assemblées générales de l'Union. Sans quoi ce serait l'anarchie, et par suite la suppression même de la *force* que nous apporte, contre toutes les collectivités, notre syndicalisme médical organisé et son organisme central, l'Union. C'est de la discipline que nous tirons notre puissance et celle-ci serait anéantie si non seulement chacun de nous, mais même chaque syndicat ou chaque Fédération, prétendait agir complètement à sa guise, sans se préoccuper des décisions déjà prises par l'ensemble de notre grande famille médicale.

Mais ces diverses *modalités régionales* — établies dans le *cadre type* fixé par les délégués de l'ensemble des syndicats, donc par l'Union — peuvent avoir leur utilité non seulement pour la région qui a cru devoir les instituer, mais aussi pour d'autres qui n'avaient pas songé, jusque-là, à les mettre en pratique. C'est pourquoi, il est bon, à l'occasion, de les signaler, ne fût-ce qu'à titre d'exemple, et c'est ce que je désire faire aujourd'hui, à propos de la *constitution syndicale, à l'intérieur d'un même département.* On pourra me reconnaître, en cela, certaine franchise puisque, ayant examiné les raisons que m'ont exposées certains militants — dont mon ami le Dr Rénon, du Conseil de l'Union où chacun reconnaît sa valeur, sa compétence et son activité — et approuvant hautement ce qu'ils ont fait, je modifie notablement certain point de ce que j'avais exposé dans le *Concours,* il y a quelques années, en une série d'articles parus sous le titre général de « *Le syndicalisme médical* » (1).

***

Il s'agit d'étudier, dans les limites d'un département, ce qui est le plus utile, le plus pratique, au point de vue du « rendement » syndical, soit d'une Fédération de syndicats locaux (d'arrondissement d'ordinaire), soit d'un syndicat départemental unique.

Dans mon étude, j'avais nettement préconisé sur ce point la Fédération départementale des divers syndicats locaux, cette Fédération n'étant qu'un organisme *secondaire,* ne devant fonctionner qu'à l'occasion des questions intéressant spécialement le département tout entier, comme l'A.M.G., par exemple, tandis que le syndicat local resterait la « *cellule primitive* », disais-je, la pierre angulaire, primordiale, de tout notre édifice syndical.

Et voilà que, peu à peu, les choses ont marché dans notre perpétuel devenir qu'est la société actuelle. Il n'y a plus maintenant l'A.M.G. seulement qui intéresse *tout le département.* Voilà que la Loi des Pensions a créé un organisme *départemental* avec sa commission de contrôle. Voilà que nos multiples sociétés de secours mutuels tendent de plus en plus à se grouper en une Union départementale qui, comme il arrive chez nous en ce moment, demande à traiter directement avec les délégués *départementaux* du corps médical. Voilà que, pour les accidents du travail, on songe à des commissions *départementales* pour régler les différends pouvant survenir au sujet des notes d'honoraires. Voilà que, dans la future loi d'assurance-maladie, on parle bien de Caisses locales, mais reliées entre elles, régies même en grande partie, par des caisses régionales qui, la plupart du temps, seront à type *départemental* et avec lesquelles nous aurons à discuter, même si nous demandons le paiement direct de nos honoraires par le malade. Il en est de même quand nous avons eu à discuter à propos des pupilles de la Nation où nous nous sommes trouvés devant une organisation *départementale.* Il en est de même à propos de l'organisation de l'inspection médicale des écoles où nous n'arrivons à rien parce que certains syndicats ont traité à leur façon, alors qu'il faut également une organisation *départementale,* de façon à unifier cette inspection à tous points de vue, etc... Et dans toutes ces questions, on s'aperçoit que le syndical local se trouve handicapé dans la lutte s'il ne forme pas un faisceau compact, *bien homogène,* avec les syndicats voisins.

Ce faisceau serait tout naturellement la Fédé-

(1) Cf. « Le syndicalisme médical » *in Concours médical,* nos des 8, 15, 22, 29 juin et 6, 13, 20, 27 juillet 1919.

ration départementale. C'est là ce que je pensais, ce que j'avais prévu et c'est pourquoi, dès le retour de la grande guerre, j'avais, dans mon département de Seine-et-Marne, incité mes confrères à créer une *Fédération* qui n'existait pas jusqu'alors et dont, comme président, j'ai pu en apprécier tout le « rendement ». Or, c'est précisément ce rendement que je dois aujourd'hui reconnaître insuffisant, chez nous du moins. Et je vois qu'il en est ainsi en d'autres départements, puisqu'un certain nombre viennent, ainsi que nous avons l'intention de le faire nous-même, de *transformer leur Fédération de syndicats en un syndicat départemental unique.*

Point secondaire, dira-t-on, simple question de mots, affaire de fôôrme. Pas du tout ! Qu'on me permette de donner ici quelques exemples tirés de mon département même. Ce sont des choses « vécues » et probablement analogues à ce qui passe dans ceux des autres départements qui ont senti, comme nous, le besoin d'une réforme de leur syndicalisme départemental.

Il y a d'abord une question de faits. Alors qu'existent, chez nous, des syndicats d'arrondissement relativement importants avec plus de 50 confrères, il en est d'autres, de petits syndicats locaux avec moins d'une dizaine de praticiens seulement. Il en résulte une « poussière de syndicats » qui ont, peut-être, leur utilité pour les questions purement locales, mais qui, bien que faisant partie de la Fédération, ne marchent pas toujours à la même allure que les autres. Et même parmi les syndicats d'arrondissement, s'il en est qui sont actifs, puissants, d'autres sont « en sommeil », et tellement parfois que la Fédération ne peut, malgré tous ses efforts, les tirer de leur léthargie. C'est qu'elle ne peut agir statutairement que sur le bureau et non *toucher directement les syndiqués.* Je dois avouer cependant que, passant par dessus les règlements, en certaines questions graves, nous avons purement et simplement envoyé des *rapports* à *tous* les confrères avec un *référendum* à remplir. Et le résultat fut excellent, puisque, dans certaines régions, nous avons eu plus de réponses de confrères qu'il n'y en avait de cotisants à leur syndicat local. Et cela s'explique. Combien de médecins ne font pas partie d'un syndicat simplement parce que celui-ci ne donne pas assez signe de vie.

Il y a d'autres raisons aussi pour qu'un syndicat ne comprenne pas (comme le fait mon syndicat d'arrondissement) *tous* les confrères de la région. Ce sont les rancunes, les inimitiés, les jalousies, qui existent parfois entre confrères voisins et éloignent *X* du syndicat parce que *Y* est du bureau, par exemple. Il y a des coteries qui se forment, des petits groupes qui boudent le syndicat local et le coupent en deux, à l'occasion. Je n'ai pas à entrer ici dans le détail, mais je parle de choses *réelles* et d'ailleurs bien des confrères ne s'en étonneront pas, car il en est, sans doute, de même dans leur coin.

On a pu lire, il y a quelques mois, dans le *Concours*, ce que mon syndicat de Meaux a fait au sujet des *sociétés mutuelles*. Depuis le 1er janvier dernier, *toutes* les sociétés de notre arrondissement (et elles sont fort nombreuses) payent le prix de la visite *du tarif de la clientèle sans réduction aucune.* Or, comme les autres syndicats du département, n'ont pas agi de même, l'Union départementale des sociétés de secours mutuels fait aujourd'hui des difficultés pour établir, avec notre Fédération, une *convention* alors que tout en lui offrant des garanties contre les abus par une commission de contrôle, nous posons comme premier point que, dans tout le département, il en sera de même que dans notre arrondissement et que c'est le tarif de clientèle qui jouera, sans réduction aucune. Bien des confrères d'autres syndicats m'écrivent, comme président de la Fédération, pour que nous fassions chez eux la réforme que nous venons de faire chez nous. Je ne puis que leur répondre : « C'est à votre syndicat à faire comme le nôtre. » Et c'est devant ces plaintes, que j'aurais voulu faire la convention ci-dessus rapportée, mais, là encore, c'est à la non activité des autres syndicats que nous nous heurtons, nous Fédération, pour l'établir.

***

Je n'insisterai pas davantage. On comprendra aisément pourquoi nous voudrions resserrer chez nous le lien syndical trop lâche avec une Fédération et rendre plus homogène notre syndicalisme, à l'intérieur du département, en remplaçant notre Fédération par un syndicat départemental unique. Et je me suis fait délibérément le protagoniste de cette idée, contrairement à ce que j'avais préconisé autrefois, persuadé que l'on ne doit pas s'attarder dans une opinion alors qu'elle semble ne plus s'adapter à la situation actuelle. Il est bien entendu que je ne viens pas ici parler d'une façon générale. C'est là une de ces *modalités régionales* dont je parlais plus haut. La Fédération départementale est peut-être meilleure en d'autres endroits. Je dis simplement qu'en certains coins de France, comme dans les Charentes, les Deux-Sèvres, la Vienne, etc. (je cite ces endroits que je connais par Rénon, qui fut, par là, un des promoteurs de cette transformation), je dis qu'en ces régions, comme dans la mienne, on a jugé, d'*après la pratique*, que le syndicat départemental était le mode de groupement le plus actif et donnant le meilleur rendement.

Mais il ne faudrait pas, pour cela, rejeter dédaigneusement le groupement local. Il a son

utilité, sa nécessité même et ce serait une grosse faute que de le supprimer. Seulement, au lieu de lui donner la première place dans l'édifice syndicaliste, il convient — dans certaines régions — de le mettre au second plan, tout en lui réservant la sphère d'action qui lui appartient. Et nous allons voir de quelle façon, dans un syndicat départemental, il convient de lui faire place, dans les statuts même du syndicat. Me servant de ce qui a déjà été fait à ce sujet dans les autres départements que je viens de citer et en y ajoutant quelques détails, voici ce que j'ai l'intention de proposer à mes confrères de notre département, à l'Assemblée générale constitutive qui aura lieu le 6 juillet.

Le plus simple, le plus court, est de citer textuellement ce qui, dans le projet de statuts, a trait au remplacement du syndicalt local. Voici :

«.... D. — *Cercles syndicaux locaux.*

Art. 14. — Les syndicats actuellement groupés, dans la Fédération départementale pourront se transformer en *Cercles syndicaux locaux* et se réunir, à leur convenance, pour discuter :

a) Les questions d'ordre purement local et prendre dans ce cas, des décisions qui devront, néanmoins être enregistrées et approuvées par l'Assemblée générale du syndicat.

b) Les questions inscrites à l'ordre du jour du syndicat, mais sur lesquelles ne pourra être prise aucune décision, celle-ci appartenant exclusivement à l'Assemblée générale.

Art. 15. — Chaque cercle syndical local élira un *syndic* qui fera fonction de président des séances, et un *syndic adjoint* qui fera fonction de secrétaire-archiviste des séances.

Le syndic assurera la liaison entre le cercle et le syndicat et communiquera au président du syndicat toutes les décisions d'ordre local prises en réunion du cercle, en vue d'enregistrement et d'approbation par l'Assemblée générale, ainsi qu'il est dit à l'article précédent.

Art. 16. — L'inscription des membres du syndicat au cercle n'est pas obligatoire. Par contre, tout inscrit à un cercle doit être membre du syndicat.

Art. 17. — Les menus frais du cercle, pour convocation à ses réunions ou correspondance, seront remboursés par le trésorier du syndicat, sur présentation d'une note explicative signée du syndic et du syndic adjoint — aucune cotisation spéciale n'étant due au cercle par ses adhérents ».

Comme on le voit, nos syndicats locaux actuels seront remplacés par des *cercles syndicaux locaux*, mais qui n'auront plus, une vie propre, spéciale, flanquée de cloisons étanches avec les autres confrères du département. Ils prendront des *décisions* sur les questions locales, comme auparavant, mais ces décisions devront être approuvées par le syndicat, de façon à ce qu'il y ait toujours une *unité d'action*, même sur les questions purement locales. Voyez-vous, par exemple, un cercle acceptant de soigner une mutualité, ou une collectivité quelconque à forfait ? Il faut donc, par l'approbation de l'assemblée générale du syndicat, bien que celle-ci soit assurée d'ordinaire, éviter que (par exception, c'est entendu, mais il faut tout prévoir), dans un petit coin du département, s'établissent des tractations nettement contraires à toute doctrine syndicale.

De plus, pas de cotisations. Ces cercles ne sont pas des organismes d'action ; celle-ci est réservée au syndicat. Ce sont simplement des sections de celui-ci faisant toujours, et en tous les cas, *partie intégrante* du syndicat départemental, auquel chaque confrère peut s'adresser *directement*, puisqu'il en est membre constitutif. C'est au secrétaire du syndicat qu'il a affaire, c'est au trésorier qu'il paye sa cotisation, c'est au président qu'il peut porter plainte à l'occasion, etc. et toujours de façon directe et sans intermédiaire.

Et, pour tout ce qui concerne la médecine sociale, dans le département, désormais on sait que le corps médical *décidera* de son attitude dans l'assemblée générale de son syndicat unique et engagera une action, *agira*, en un mot, par son seul et unique bureau, sans qu'on puisse, comme avant, opposer ce qui se passe ici à ce qui se passe là et profiter de ces divergences pour tâcher de diviser le corps médical, ou, tout au moins, de diminuer sa puissance.

Si cette transformation est chose faite dans un certain nombre de départements, depuis quelques mois, elle n'est encore qu'en projet dans celui de Seine-et-Marne, puisque la décision ne sera prise que le 6 juillet prochain. Mais, d'après l'accueil qu'a reçu le rapport envoyé à ce sujet à *tous* les confrères du département, et d'après les résultats du referendum qui y était joint, il est à supposer que la réforme va être faite et que nous allons suivre le mouvement qui se dessine.

C'et pourquoi, j'ai pensé intéressant de mettre au courant de cette question ceux de nos confrères du *Concours* qui ne la connaissaient pas et aussi, à titre d'exemple pour les départements qui pourraient se trouver dans les mêmes embarras que nous, avec leur Fédération, et verraient ainsi le moyen pratique d'en sortir. Quant aux autres, ils n'ont qu'à ne rien changer à leurs habitudes, mais ils trouveront peut-être, j'aime à l'espérer, un certain intérêt, eux aussi, à connaître cette « *modalité régionale* » de syndicalisme différente de la leur. Les deux sont de valeur égale, chacune étant la mieux *adaptée* à la région et adéquate aux besoins du corps médical local.

Dr Fernand DECOURT.

LES ÉTUDES MÉDICALES

La décentralisation de l'Enseignement médical

Sous ce titre, notre excellent confrère, l'*Informateur médical*, entreprend une campagne en faveur des Facultés et Ecoles de province. « Il faut retenir les étudiants dans les écoles de médecine, proclame le Dr Crinon, rédacteur en chef de ce journal. »

C'est, lui écrivent le professeur Pansier, directeur de l'école de médecine d'Amiens, et le professeur Thierry, directeur de l'école de médecine de Tours, le meilleur moyen de lutter contre la vie chère, qui sévit dans les grands centres et surtout à Paris. C'est, par conséquent, la carrière médicale mise à la portée des jeunes gens qu'entraîne vers elle une vocation raisonnée, et qui pourraient reculer devant les frais énormes que représentent à cette heure, dans la Capitale, cinq longues années d'études.

C'est là l'un des côtés de la question. Non, peut-être, à mon sens, le plus intéressant. Je suis de ceux qui, il y a vingt-cinq ans, ont pris part à la vaste enquête menée alors par le *Concours médical* sur l'encombrement de la profession. Je demandais que des barrières sérieuses fussent mises à l'entrée des écoles et facultés, de manière à remédier à l'encombrement, et à opérer en même temps une sélection souhaitable.

Il n'est pas douteux que les considérations d'ordre budgétaires peuvent être l'une de ces barrières, et non des moins efficaces. Mais on me répondra sans doute que je ne fais guère preuve d'esprit démocratique, et que je réserve ainsi le doctorat en médecine à ceux que la fortune favorise, au détriment de sujets distingués, mais dépourvus de ressources, et condamnés par cela même à y renoncer. Encore qu'il y aurait beaucoup à dire à ce propos, je passe condamnation, de même que sur l'encombrement lui-même qui, si j'en crois certains de mes amis, ne serait en réalité que local, par suite d'une répartition défectueuse, par rapport à la densité de la population.

L'intérêt qu'offrent les écoles de province pour les premières années d'études, la question budgétaire mise à part, réside dans les ressources d'enseignement que sont assurés d'y trouver les étudiants. Ressources infiniment précieuses, et qu'on apprécie bien quand, comme moi, l'on a débuté à Paris, et que l'on s'est trouvé, du jour au lendemain, dépaysé, livré à soi-même, sans guide, sans contrôle, sans surveillance, mêlé et perdu au milieu de nombreux camarades, inconnus le plus souvent , et obligé de se débrouiller tout seul. Originaire de la Normandie, j'ai toujours regretté de n'avoir pas passé par l'école de Caen, qui a produit des sujets d'élite, parmi lesquels je citerai le professeur agrégé Auvray, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Si je m'en tiens seulement à l'enseignement de l'anatomie, à Paris, au cours des deux semestres de travaux pratiques de dissection, nous disposions d'un quart de cadavre deux fois par saison, sur lequel nous nous escrimions de longues semaines, accomplissant de véritables tours de force pour conserver les différents plans successivement disséqués. Un prosecteur distant faisait, avant chaque séance, une rapide conférence ; des aides d'anatomie, pleins de bonne volonté, circulaient entre les tables, mais venaient rarement, d'une façon spontanée, surveiller notre travail. On opérait beaucoup au petit bonheur, et je vous laisse à juger le temps que l'on perdait ainsi ! Je ne crois pas que cela ait beaucoup changé !

A Caen, il y avait alors comme professeur d'anatomie le professeur Gidon, véritable bénédictin, épris de la science qu'il enseignait. Il surveillait lui-même la vingtaine d'élèves qui se trouvaient sous sa direction, secondé par des prosecteurs et des aides d'anatomie qui l'assistaient et le complètaient. Il les connaissait tous par leur nom, et leur portait le plus vif intérêt.

D'autre part, les cadavres étaient assez nombreux pour que leur remplacement put s'effectuer pour ainsi dire à volonté, et le travail s'en trouvait grandement facilité.

Si j'en crois le professeur Thierry, il en est encore de même aujourd'hui, à Tours, et sans doute aussi, dans les autres écoles secondaires, dont l'outillage s'est d'ailleurs perfectionné, avec les progrès de la science : laboratoires de bactériologie, de radiologie, etc.

Là encore s'enseignait et s'enseigne la propédeutique, d'excellente façon à tous les points de vue : services hospitaliers à large recrutement, médecins chefs de service entourés d'un petit nombre d'élèves, à chacun desquels ils s'intéressent personnellement, postes relativement avantageux d'internes, de prosecteurs, d'aides d'anatomie, etc.

Pour toutes ces raisons, je ne saurais qu'applaudir à la campagne de Crinon, et à redire avec lui : retenons les jeunes étudiants dans les écoles de province. Ce sera pour eux tout profit. Et ce profit s'étendra plus tard aux malades qui seront assurés de trouver, dans des médecins dont l'instruction aura été particulièrement soignée, toutes les garanties qu'ils pourront souhaiter.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Mutualité et assistance aux indigents

C'est une question que j'ai déjà traitée dans ces colonnes et que je dois reprendre au risque d'être traité de rabâcheur, car elle est d'une importance capitale.

Dans une Assemblée générale de la « Bourbonnaise », Union des Sociétés de secours mutuels de l'Allier, le vœu suivant fut adopté :

« Considérant que la plupart des Sociétés de Secours mutuels ont pour but d'accorder différents avantages et notamment de donner des soins médicaux et des médicaments aux sociétaires participants malades ;

Que les membres participants sont recrutés parmi les ouvriers, les petits fonctionnaires et les artisans ;

Qu'un grand nombre d'entre eux auraient droit à l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893) :

Emet le vœu que le bureau des Sociétés de Secours mutuels de l'Allier s'entende avec le représentant du Syndicat des médecins de l'Allier pour obtenir que le tarif des soins médicaux soit le même que celui de l'Assistance médicale gratuite ».

Je ne sais pas qu'elle sera la réponse de nos confrères de l'Allier, je m'en doute un peu, mais ils sont assez grands garçons pour savoir défendre eux-mêmes leurs intérêts.

C'est une fois de plus le principe émis de faire considérer comme des indigents les Mutualistes français.

Or, que sont les indigents. Ce sont des individus privés de ressources pour une cause quelconque et qui tombent à la charge de la collectivité. Une loi d'humanité ne permet pas de les laisser sans secours, la Société se substitue à eux pour les soins dont ils peuvent avoir besoin d'une façon permanente ou accidentelle. Les médecins voulant contribuer à cette assistance, consentent des prix réduits à l'administration ; ils payent déjà une fois comme contribuable et en second lieu par un impôt volontaire prélevé sur leurs honoraires.

Mais aussi l'assistance en principe n'est pas accordée à tous indistinctement, il faut un motif légitime pour l'inscription sur les listes d'indigence et cette inscription est et doit être contrôlée.

Les mutualistes au contraire, ne sont pas des indigents, mais des prévoyants. *Ils payent pour être soignés* et ils payent la somme qu'on leur réclame et si cette somme est insuffisante, la faute en est aux dirigeants de la Mutualité, leur affirmant qu'avec une telle cotisation, ils peuvent recevoir des soins dévoués et de bonne qualité.

N'oublions pas, en effet, le rôle néfaste des dirigeants mutualistes dans l'adaptation des prix aux services réclamés. Au début, les sommes réclamées étaient simplement destinées au service maladie. Puis les conseils d'administration firent, comme une bonne cuisinière, de la gratte et avec ce boni, créèrent d'illusoires caisses de retraite ou des services annexes d'indemnité de décès, etc dans un but de popularité.

Si l'indigent n'est pas en état de payer et doit recourir à la bourse de ses concitoyens, *le mutualiste, lui, paye.* Mais, pour que les frais de maladie, souvent imprévus dans un budget familial, ne viennent pas à être pour lui une cause de gêne, il se réunit à d'autres personnes pour mettre en commun les frais de maladies.

Tout le monde paye, malades et bien portants.

Mais si la maladie vient frapper un des membres de la Société, il a payé par avance les frais occasionnés par sa maladie, et ses camarades bien portants payent pour lui le complément à charge de revanche. La Mutualité est donc simplement une combinaison financière, une assurance maladie, dont les primes devraient être suffisantes pour faire face aux risques courus, si au lieu de les établir par routine, on voulait bien s'inspirer des calculs d'actuaires, toujours indispensables quand il s'agit d'assurance. Alors, pourquoi demander aux médecins des réductions sur leurs prix d'honoraires pour des gens qui s'assurent eux-mêmes sur la maladie. Pourquoi ne mettrait-on pas à contribution les médecins, pour les primes d'assurances, incendie ou d'assurances sur la vie, grêle, etc.

On prétend que les mutualistes sont des gens de modeste condition ? Ce ne sont pas pourtant des petits rentiers ou même des gens appartenant aux carrières libérales, vraies victimes des perturbations financières de la guerre. Car si les Sociétés se composent, d'après les affirmations des dirigeants, d'ouvriers et d'employés, ceux-ci ont aujourd'hui des salaires adaptés le plus souvent avec l'index économique de la vie, triples ou quadruples des prix d'avant-guerre ; c'est même pour cela que le nombre des malades diminue dans les Sociétés, l'ouvrier ne voulant pas s'arrêter et perdre son salaire pour toucher la ridicule indemnité de chômage de sa Société mutuelle.

Il serait également peu digne du gouvernement de laisser considérer ses fonctionnaires comme des indigents. Ils ont des situations modestes, mais améliorées, avec des indemnités spéciales de vie chère, de logement, avec des primes de famille proportionnelles au nombre d'enfants, pas de

chômage et, s'ils n'ont pas le paradis assuré à la fin de leurs jours, ils ont du moins la retraite.

Je ne crois pas que les bureaux de bienfaisance consentent à les inscrire au livre des indigents.

Pourquoi alors demander aux médecins de le faire, sous prétexte qu'ils sont mutualistes ?.

N'oublions pas que beaucoup de fonctionnaires reçoivent les soins payés par l'administration à titre de supplément d'appointements et. qu'en cas de maladie, ils touchent ces appointements pendant un certain nombre de mois.

Mais, s'il y a quelques personnes de situations modestes dans quelques sociétés, ce n'est pas la règle absolue.

Beaucoup de Sociétés sont ouvertes à tous et il n'y a pas de clauses des statuts permettant de refuser des gens aisés. Dans les Sociétés régionales, groupant les habitants d'une province ou d'un pays étranger, tout le monde y entre pour le plaisir de se réunir et parler du patelin. Il y a des sociétés d'anciens militaires, or tout le monde a été militaire. Il y a des sociétés mutuelles de coopératives, or tout le monde peut faire partie d'une Société coopérative. Il n'y a qu'à prendre une action de la coopérative. Je pourrais citer de nombreux exemples.

Moi-même dans ma carrière médicale, j'ai eu à soigner, comme membres de sociétés de secours mutuels, des patrons de maisons de commerce, ayant été jadis employés et restant membres participants de sociétés. Tel intéressé d'une maison importante de fourrures, tels chefs de rayon de grand magasin qui furent nos clients de mutualité n'étaient certes pas des indigents.

Alors pourquoi les médecins consentiraient-ils à des rabais sur leurs honoraires ?

D'abord les *mutualistes ne demandent pas à être considérés comme des indigents, ils payent pour être soignés et ne veulent pas être à la charge de personne.* Il y a une question de dignité pour la plupart d'entre eux, mais leurs chefs ne comprennent pas l'indélicatesse qu'il y a à demander en leur nom des aumônes en nature.

Quel serait le résultat obtenu par les médecins ?

Augmenteraient-ils leur considération ? Loin de là, l'objet qu'on paye mal est un objet de minime valeur.

Rendraient-ils service aux mutualistes ? Non, car en dehors du côté moral, ils les empêcheraient de faire l'effort nécessaire pour s'affranchir de la tutelle de leurs dirigeants et compter seulement sur eux-mêmes. Ils entretiendraient chez eux le principe d'avarice qui consiste à dépenser le moins possible et à reporter sur d'autres le poids des charges correspondant aux bénéfices dont ils profitent.

Ils attireraient dans les Sociétés une foule d'individus qui donneraient leur adhésion, non dans un but d'altruisme, mais dans un but d'intérêt mesquin. Au lieu de créer des prévoyants, des mutualistes vrais, ils créeraient des fricoteurs.

Est-ce là le but désirable ? Autant il est noble d'aider son prochain dans le dénuement, autant il est déplacé d'entretenir des gens incapables d'un effort utile. L'assistance cherche à supprimer la mendicité. La Mutualité l'a depuis longtemps rétablie pour ses sociétés, elle veut continuer.

Les Sociétés mutuelles sont et restent toujours des sociétés mendiantes.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La Mode. Les Pneus

En matière d'automobile,il est curieux de constater le degré d'influence de la « mode », dans l'adoption ou le rejet des nouveautés, quelle que soit leur valeur technique.

Il est encore plus curieux que la « mode » suive des courants absolument imprévus, n'ayant pour base que des on-dit.

Combien de gens adoptent la marque X, le carburateur Y, la carrosserie Z, non pas parce qu'ils en connaissent les avantages et en apprécient la supériorité, mais uniquement parce qu'ils estiment y gagner une sorte de cote de chic et de richesse.

Et pourtant, il n'y a peut-être pas de cas où il soit plus dangereux ou plus onéreux de faire le mouton de Panurge que dans le choix de tout ce qui concerne l'automobile.

Il y a cependant une excuse à leur esprit d'imitation non réfléchi : c'est le manque d'information documentée, fournie par des techniciens désintéressés.

En effet, qui dit technicien dit professionnel, et qui dit professionnel dit commerçant.

Et un bon commerçant vantera toujours ce qu'il a à vendre.

Dans cette chronique sportive, que nous ouvrons de nouveau aujourd'hui après un temps d'arrêt dû aux circonstances, nous voudrions précisément donner aux médecins, qui sont tributaires de l'auto pour gagner leur pain quotidien des bases sûres et claires qui leur faciliteront grandement leur choix et leur éviteront, nous l'espérons, bien des déboires et des dépenses inutiles.

Notre étude portera tout d'abord sur le pneu-

matique, qui reste encore l'un des éléments les plus chers dans l'entretien d'une voiture, et qui subit des transformations dans lesquelles le public se perd littéralement.

Si vous le voulez bien, nous referons l'historique de la question, afin que nos explications puissent être comprises par l'automobiliste le moins averti.

Dès la création de l'automobile, il devint évident qu'il était nécessaire de munir les roues d'une matière élastique quelconque, destinée à amortir les chocs et l'usure dûs à la vitesse.

On inventa d'abord le pneu plein, puis le pneu à chambre à air, dit pneu « toile ».

La carcasse de ces pneus était composée d'un assemblage de toiles gommées et de couches de gomme.

La particularité résistait dans le gommage des toiles, qui, tissu ordinaire, pour ainsi dire non extensible, étaient gommées superficiellement soit par des cylindres (calandrage), soit par le passage dans des cuves de dissolution (gommage sur tables chaudes).

De toute façon, quel que soit le procédé employé le caoutchouc n'était que *superposé* au tissu ; *il ne pouvait pas pénétrer dans les toiles.* Par suite, le décollage de ce caoutchouc pouvait se produire très facilement, soit sous l'influence de la chaleur, soit sous celle des chocs de la route.

Pour remédier à ce grave inconvénient, les fabricants de pneumatiques étaient arrivés à ce paradoxe de conseiller à leurs clients de gonfler fortement, afin de maintenir une pression intérieure capable d'empêcher la gomme de se séparer de la toile et, par suite, de faire éclater le pneu.

De la sorte, on recherchait une élasticité que l'on neutralisait par le gonflage exagéré, mais nécessaire.

C'était là une anomalie à laquelle il fallait remédier.

Les recherches aboutirent au pneu « cordé » ou « câblé ».

Nous en exposerons les caractéristiques et les avantages dans une prochaine chronique. Puis nous vous parlerons des pneus Ballson à basse pression.

Cette étude terminée, vous pourrez juger en toute connaissance de cause du type de pneumatiques que vous avez intérêt à monter sur votre voiture.

Dr M. T.

ARTS ET THÉATRES

FOLIES DRAMATIQUES

« La Montée »

(Pièce en trois actes de M. Jean Mathieu)

« Petit poisson deviendra grand............ »

On dit que les saumons font parfois, lorsqu'ils remontent le cours des torrents, des bonds de 7 à 8 mètres pour franchir les chutes d'eau et les roches. C'est presque un bond de cette sorte que fait, dans « la Montée », le souteneur Stanislas le Tatoué (excellemment interprété par M. Louis Lerieux), lorsque sa « poule », que Mlle Musidora incarne en une gigolette fortement campée, quittant le trottoir où elle a empaumé le vieux richard Isidore Patouillet, devient d'abord une grue des plus à la mode.

Rapidement fatigué par le retour de jeunesse qu'il doit aux talents d'Irma, Isidore ne tarde pas, après une douce période de gâtisme, à rendre au Ciel, sa belle âme, faisant de l'ex-pierreuse sa légataire universelle.

Devenue riche, Irma habite, en province, le château devenu sien, et y appelle Stany, son « homme » qui effectue ainsi son ascension, sa « Montée », vers la « Haute ».

Aux côtés d'Irma devenue dame patronesse, il reçoit toute la haute société du pays : sous-préfet, conseiller, général procureur, etc........... et les « Dames » de ces Messieurs.

La trame de la pièce est assez simple, trop simple peut-être. Irma ne sait pas résister au plaisir de se laisser faire la cour par les gens distingués qui l'entourent et Stany qui n'a plus d'intérêt à la « prêter » la trouve mauvaise et se fâche, en exprimant de telle sorte son mécontentement qu'il n'est plus permis de douter de l'insuffisance de son éducation.

En somme, et comme toujours, la femme a évolué plus vite que l'homme, et tandis que celle-ci, très rapidement, a presque l'air de s'être mise à la place qu'elle a visée, le mâle, resté lui-même, apparaît à son amie comme d'une classe très inférieure.

Le malentendu cependant s'arrange, grâce à l'intervention d'un couple, plutôt douteux, d'anciens « aminches » que Stany et Irma ont autrefois connus. Une tentative de cambriolage faite par les premiers nécessitent l'intervention des policiers auxquels (après avoir reconnu son ancien « poteau »), Stanislas, dont l'âme est grande et généreuse, persuade qu'ils ont fait erreur, les amenant à faire leurs excuses aux coupables. Et la conclusion est que le couple nouveau riche donne au couple d'apaches non encore « arrivé » mais désireux au fond de s'em-

bourgeoiser si l'occasion s'en présente, une situation honorable dans sa maison.

Si la trame est sobre, l'idée générale ne l'est pas moins, mais elle est plus discutable. M. Jean MATHIEU tend à démontrer que les bourgeois ne valent pas mieux que les apaches, qu'il y a partout, dans tous les milieux, des bons et des mauvais et qu'en somme, les hommes ne sont que des hommes et que, seule, la quantité d'argent qu'ils possèdent fait qu'ils sont ou non et apparaissent comme tels, des gens honorables.

C'est le vieux problème éternellement posé : la question sociale est-elle une question morale ?

J'avoue que, s'il m'a fait passer une excellente soirée dans laquelle, avec pittoresque et parfois même avec un cynisme que je ne saurais approuver, il s'est efforcé de mélanger bourgeois nés et bourgeois parvenus, l'auteur ne m'a pas convaincu. L'impression d'amoralité qui se dégage de l'ensemble est peut-être la cause d'une réserve dans l'approbation, alors que le talent de l'auteur mériterait — autrement employé — d'être apprécié de manière infiniment plus enthousiaste.

Je tiens à déclarer cependant qu'il m'a convaincu sans réserve de son talent, de tous les espoirs qu'on est en droit de fonder sur la manière de présenter choses et gens et je considère que les Folies Dramatiques tiennent là une pièce agréable, remplie d'excellents détails, de situation drôles et pittoresques et qui mérite d'être vue. J'ai l'impression qu'il faudrait, comme à beaucoup de jeunes auteurs, à M. Jean MATHIEU, une période de collaboration avec un autre auteur dont les qualités dominantes devraient être une grande droiture de caractère et de sentiment, jointe à une forme d'imagination plus large, plus en harmonie avec la nécessité de coordonner actuellement pour en obtenirtoute l'action nécessaire, le rôle social du théâtre avec son rôle descriptif. Je crains que l'évolution nécessaire, l'évolution la meilleure à proposer à ceux (et ce ne sont pas surtout les gens du monde) qui suivront avec le plus d'attention, au point de vue des idées, les opinions exposées par M. Jean MATHIEU, ne corresponde pas au but qu'il atteint et qui n'est peut être pas absolument celui qu'il a cherché.

La connaissance et l'étude approfondie des choses et des gens qui touchent aux différentes nuances de la politique lui pourraient donner l'occasion d'exposer et de développer, avec une utilité plus certaine et en se faisant comprendre de plus de gens, des situations et des idées qui me paraissent devoir être en correspondance très complète avec son très réel talent.

La pièce est jouée avec beaucoup de pittoresque par ses interprètes : M. LA RENAUDIE, Mlle Suzanne TESSIER, M. MARAVAL, M. BROCHARD, qui méritent, à des titres divers, des applaudissements qui ne leur ont pas été ménagés.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

ORGANISATION DE L'OFFICE NATIONAL DE PRÊTS D'HONNEUR

Rapport au Président de la République Française

Paris, le 15 mars 1921,

Monsieur le Président,

La loi de finances du 30 juin 1923, par son article 138, a créé un office national de prêts d'honneur en faveur des « Français poursuivant des études supérieures ».

Voici les dispositions de cet article que doit appliquer un règlement d'administration publique :

« *Art.* 138. — En dehors des bourses actuellement allouées sur le budget de l'Etat, il pourra être accordé à tout Français poursuivant des études supérieures des prêts d'honneur, par les soins d'un office national de prêts d'honneur.

« Cet office constitue un établissement public pourvu de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il est rattaché au ministère de l'Instruction publique.

« Il est géré, sous l'autorité du ministre de l'Instruction publique, par un conseil d'administration dont la composition, l'organisation et les attributions seront déterminées par un règlement d'administration publique.

« Le règlement d'administration publique déterminera également l'organisation des services de l'office dans chacun des centres d'études supérieures, la composition des comités locaux dont le recteur de l'académie, président du conseil de l'Université, fera partie de droit, la participation à la gestion de l'office et de ses services de personnes morales et privées, les conditions générales d'attribution des prêts d'honneur et de leur remboursement.

« Ces conditions devront être telles que le subside, attribué à la personne et non à l'établissement, ne puisse en aucun cas être considéré comme impliquant une infraction, soit aux lois scolaires, soit à la loi sur la séparation des églises et de l'Etat ».

Après de longs débats devant le Parlement, qui, d'ailleurs, n'ont jamais fait porter la discussion ni sur la nécessité ni sur l'urgence des prêts d'honneur, l'accord s'est fait pour la création d'un office national unique. C'est à cet office que la loi de finances du 30 juin 1923 a accordé une première subvention de 2 millions de francs. Il constitue un établissement public pourvu de l'autonomie financière et rattaché au département de l'instruction publique. Le règlement d'administration publique et tous les règle-

ments complémentaires ou ultérieurs doivent viser à l'application de ce principe. Tel est l'objet du présent projet qui, malgré les conceptions différentes exposées avant ou pendant la discussion parlementaire, a été établi aussi rigoureusement que possible en conformité avec le texte même de l'article 138 de la loi de finances.

Le plan général de l'office comporte :

1° Un conseil central, qui aura la responsabilité de la gestion financière et le contrôle de tous les organismes de l'office ;

2° Des comités locaux qui, dans la limite des subventions particulières qui leur seront accordées, auront la délicate mission d'attribuer les prêts d'honneur, de veiller à leur emploi et d'assurer les remboursements. Afin de ne pas diminuer les fonds affectés aux prêts d'honneur, le service administratif sera aussi simple et aussi peu coûteux que possible.

Le projet de règlement d'administration publique s'efforce d'organiser l'attribution des prêts d'honneur de la façon la plus sûre, la plus simple, la plus rapide, la plus discrète. Il admet au bénéfice des prêts d'honneur, ainsi que le dit la loi, à titre personnel, tous ceux qui font des études supérieures : étudiants des facultés et instituts d'université, élèves des écoles d'enseignement supérieur public et libre, même les travailleurs indépendants qui, s'ils peuvent, par d'autres organisations, obtenir une aide pour le matériel scientifique nécessaire à leurs recherches, ne pourraient cependant avoir leur existence assurée par d'autre moyen que par le prêt d'honneur. Il est d'ailleurs évident que le règlement, si libéral qu'il puisse être, ne saurait être conçu et appliqué que dans les limites précises fixées par le dernier paragraphe de l'article 138 de la loi de finances, qui interdit toute infraction soit aux lois scolaires, soit à la loi sur la séparation des églises et de l'Etat.

Le projet n'ayant pour raison d'être que l'aide promise aux étudiants et élèves des universités, facultés et écoles, doit donc s'inspirer uniquement de leurs intérêts et rechercher tous les moyens d'atteindre le but même de l'office. Par suite, il est nécessaire que les étudiants et élèves soient associés aux travaux de l'office et de ses commissions. Si l'on était en présence d'organisations unanimes d'étudiants, on pourrait tenter de faire élire des représentants des diverses catégories d'étudiants. Mais il paraît préférable de laisser au ministre le soin de désigner les collaborateurs de l'office parmi les bureaux élus des principales associations et des groupements d'étudiants ou d'élèves ou d'anciens élèves. Il n'est fait exception que pour le président de l'Union nationale des associations d'étudiants, qui groupe le plus grand nombre d'étudiants parmi toutes les organisations de ce genre. Il est certain que les étudiants associés aux travaux de l'office apprécieront la confiance qui leur est témoignée et prendront une pleine conscience du rôle particulièrement délicat mais précieux qu'ils auront à jouer.

Placé sous l'autorité du ministre, rattaché au ministère de l'Instruction publique, c'est dans ce ministère même que l'office doit avoir son siège. Le conseil d'administration portera le nom de « conseil national des prêts d'honneur ». Il est prévu, en outre du ministre, président, trente membres. Il n'est pas possible de le réduire davantage si on veut réunir les compétences nécessaires : parlement, conseil d'Etat, cour des comptes, représentants des principaux ministères intéressés, représentants du personnel enseignant, représentants des étudiants et élèves des écoles d'enseignement supérieur, donateurs. Comme il ne serait pas aisé de réunir très fréquemment ce conseil, il est prévu une section permanente composée du bureau et de trois membres désignés par le conseil. Les attributions du conseil national sont financières et morales. Conformément aux règles appliquées d'ordinaire aux établissements publics jouissant de l'autonomie, il a, avant tout, à gérer et à répartir les fonds et, d'autre part, il devra contrôler les opérations des comités locaux. Il a à sa disposition un personnel administratif et comptable très réduit, dont la dépense peut être ramenée à 12.000 fr.

L'organisation des comités locaux a une importance toute particulière, puisque ce sont eux qui doivent distribuer les prêts d'honneur. Le recteur en sera le président de droit, pour bien marquer l'autorité du ministre de l'instruction publique spécifiée par la loi. Le nombre des membres sera variable selon l'importance relative des centres d'études supérieures, des facultés, instituts et écoles : on ne saurait, en effet, attribuer le même nombre à Paris ou à Besançon. La représentation des étudiants et élèves est prévue dans les conditions indiquées plus haut. La fonction essentielle du comité local est l'examen, l'acceptation ou le rejet des demandes de prêt. Il a donc une mission capitale et difficile. En plus des crédits qui lui sont ouverts au budget général de l'office national, chaque comité local peut, d'autre part bénéficier de ressources particulières, en vertu de donations ou legs faits à l'office avec affectation spéciale.

Il a paru nécessaire de réduire au minimum l'exposé des conditions à remplir pour obtenir un prêt d'honneur. L'attention a été appelée surtout sur deux points : nécessité de renseignements précis, authentiques, certifiés, sur la situation matérielle de la famille et de l'étudiant ou élève, d'autre part, garantie formelle que le candidat au prêt d'honneur est bien en cours d'études ou de recherches scientifiques. On a jugé opportun, comme en Belgique, de vérifier par un examen médical, très largement conçu d'ailleurs, si le candidat est en état de tirer parti du prêt d'honneur. Si intéressantes que soient certaines situations, le prêt d'honneur ne peut servir à entretenir des malades loin de tout centre d'études et hors d'état de se livrer d'une façon continue à un travail intellectuel vraiment fécond.

Il a été jugé que, si le prêt d'honneur peut, en raison de la modicité des bourses, aider un boursie-

dans un moment difficile, il serait excessif d'en faire bénéficier sans contrôle des fonctionnaires déjà pourvus d'un traitement. Mais le texte proposé permettrait d'accorder un prêt à de modestes fonctionnaires dont le traitement serait reconnu comme manifestement insuffisant pour poursuivre des études supérieures.

Des dispositions spéciales prévoient suivant quelle procédure les demandes peuvent être présentées et transmises, comment seront faits les versements. Il est nettement déclaré que le prêt d'honneur doit rester secret.

La question la plus épineuse à régler est celle du remboursement. On ne peut imposer des conditions trop rigoureuses aux bénéficiaires, ni les menacer de sanctions pénales ou financières. Le prêt d'honneur doit, avant tout, conserver le caractère d'obligation morale. Mais, d'autre part, il serait immoral que cette obligation ne fût pas prise au sérieux et pût être considérée comme négligeable. Un délai de dix ans au maximum est laissé pour commencer le remboursement. Il ne sera perçu aucun intérêt. Des sursis pourront être obtenus avec garanties. Les comités locaux devront veiller avec grand soin aux remboursements et faire appel au concours des associations d'anciens étudiants ou élèves.

Les dispositions relatives aux recettes et aux dépenses de l'office n'appellent aucune remarque particulière. Ce sont celles qui sont régulièrement appliquées à toute organisation de ce genre. Il en est de même des dispositions concernant l'ordonnancement le recouvrement et le payement, ainsi que la vérification des comptes. Il est prévu, pour chaque comité local, un agent spécial désigné par le président du comité et faisant fonctions de secrétaire administratif.

Telle est l'économie générale de l'office national des prêts d'honneur pour tout ce qui concerne sa mission propre. Avec cette constitution simple et souple, il pourra aisément parer aux difficultés matérielles qui assaillent les étudiants au début ou dans le cours des études supérieures et atténuer les charges qui pèsent cruellement sur les familles. L'Etat a donné l'exemple. Mais il ne doit pas être seul à supporter le poids des services rendus à tous. L'office est une œuvre de solidarité sociale. C'est pour cette raison qu'il a été créé avec la personnalité civile et l'autonomie financière dans les conditions les plus libérales. C'est de toutes parts que doivent venir les concours moraux et financiers, des familles, des anciens bénéficiaires, de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir intellectuel de notre pays. L'accomplissement des intentions du Parlement et l'efficacité véritable de l'office sont à ce prix.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Léon BÉRARD.

Décret du 15 mars 1924.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et du ministre des finances,

Vu l'article 138 de la loi de finances du 30 juin 1923, créant un office national de prêts d'honneur ;

Vu la loi du 4 février 1901 ;

Vu l'article 55 de la loi du 25 février 1901 ;

Vu l'article 35 de la loi du 29 avril 1921 ;

Vu le décret du 31 mai 1862 ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

TITRE 1er.

CHAPITRE Ier.

Administration.

Art. 1er. — L'office national de prêts d'honneur est géré par un conseil d'administration composé ainsi qu'il suit :

Le ministre de l'instruction publique, président.

Un sénateur nommé par décret, sur la proposition du ministre de l'instruction publique.

Deux députés nommés par décret, sur la proposition du ministre de l'instruction publique.

Un conseiller d'Etat, désigné par le conseil d'Etat.

Un conseiller maître à la cour des comptes, désigné par la cour des comptes.

Cinq membres du conseil supérieur de l'instruction publique, désignés par le ministre de l'instruction publique, à raison d'un par ordre de faculté (droit, médecine, sciences, lettres et pharmacie).

Deux membres du conseil supérieur de l'instruction publique, élus par ce conseil parmi les représentants des écoles d'enseignement supérieur.

Le directeur de l'enseignement supérieur.

Le directeur des beaux-arts.

Le directeur de l'enseignement technique.

Deux représentants du ministre des finances.

Un représentant du ministre de la guerre.

Un représentant du ministre de la marine.

Un représentant du ministre des travaux publics.

Un représentant du ministre de l'agriculture.

Un représentant du ministre des colonies.

Deux membres de l'enseignement supérieur libre, désignés par le ministre de l'instruction publique.

Un membre désigné par le ministre de l'instruction publique parmi les bienfaiteurs de l'office.

Six représentants des étudiants de faculté désignés par le ministre de l'instruction publi-

que parmi les membres des bureaux d'associa-tion ou groupements d'étudiants.

Un élève des écoles d'enseignement supérieur public et un élève des écoles d'enseignement supérieur privé, désignés par le ministre de l'instruction publique, parmi les membres des bureaux des associations et groupements d'élèves ou d'anciens élèves de ces écoles.

Le président de l'union nationale des associations générales d'étudiants.

Sauf pour les membres faisant partie de droit du conseil, à raison de leurs fonctions, la durée du mandat est de trois ans. Ce mandat est renouvelable.

Les fonctions de membre du conseil d'administration sont gratuites. Toutefois, sur la proposition du conseil d'administration, et, dans la limite des crédits inscrits au budget de l'office, il pourra être alloué des frais de mission aux fonctionnaires de l'office et des indemnités de séjour et de frais de voyage aux membres du conseil d'administration qui ne résident pas à Paris.

Art. 2. — Le conseil élit, parmi ses membres, deux vice-présidents, dont le mandat a une durée de trois ans. Ils sont rééligibles.

Le directeur de l'enseignement supérieur remplit les fonctions de secrétaire général de l'office. Il a sous ses ordres un personnel désigné par le ministre de l'instruction publique, sur présentation du conseil d'administration.

Art. 3. — Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an, au mois de juin et au mois de novembre.

Dans l'intervalle de ses réunions, il est représenté par une section permanente, composée :

1° De dix membres, élus pour trois ans par le conseil parmi ses membres. L'un au moins de ces membres doit être choisi parmi les étudiants ou élèves qui font partie du conseil d'administration ;

2° D'un des représentants du ministre des finances, désigné par ce ministre, et du directeur de l'enseignement supérieur, secrétaire général de l'office.

La section désigne, parmi ses membres, un président, un vice-président et un ordonnateur, pour le cas où le président n'exercerait pas ces fonctions.

Art. 4. — Le conseil d'administration statue :

a) Sur l'administration des biens de l'office ;

b) Sur la répartition, entre les comités locaux, des crédits inscrits au budget de l'office, pour attribution de prêts d'honneur. Il s'entourera à cet effet des renseignements nécessaires et s'inspirera des besoins de chaque comité local ;

c) Sur l'acceptation ou le refus des dons et legs faits à l'office. Toutefois lorsque les dons et legs sont grevés de charges, conditions ou affectations immobilières ou lorsque les legs donnent lieu à réclamation des familles, l'acceptation ou le refus est autorisé par décret en conseil d'Etat. Lorsque les dons et legs ont une affectation spéciale, le conseil d'administration les attribue au comité local à qui il appartient, en vertu des dispositions de l'article 19 du présent décret, de consentir le prêt conformément à la volonté exprimée par le donateur ou le testateur.

Il délibère, sous réserve de l'approbation de ces délibérations par le ministre, sur les modifications à apporter à l'organisation des services de l'office ;

— sur le budget de l'office et le compte d'administration de l'ordonnateur ;

— sur le compte de gestion du trésorier comptable.

Art. 5. — Le conseil d'administration contrôle le fonctionnement et, dans leur ensemble, toutes les opérations des comités locaux tenus de lui adresser un rapport annuel.

Il présente chaque année au Président de la République un rapport d'ensemble sur les opérations de l'office national. Ce rapport est publié au *Journal officiel*.

CHAPITRE II

Régime financier.

Art. 6. — Les recettes du budget de l'office comprennent :

1° La participation de l'Etat ; 2° les subventions des départements, communes, colonies et établissements publics et d'utilité publique ; 3° le produit des dons et legs ; 4° les revenus des biens meubles et immeubles ; 5° le produit des remboursements des prêts d'honneur ; 6° le cas échéant, les prélèvements sur le fonds de réserve; 7° toutes autres recettes imprévues.

Art. 7. — Les dépenses du budget de l'office comprennent :

1° Les dépenses administratives de l'office et des comités locaux (personnel, matériel et autres) 2° les versements aux bénéficiaires de prêts ; 3° les versements au fonds de réserve.

Art. 8. — Dans la quinzaine qui précède la réunion de la section permanente dans laquelle doit être discuté le projet du budget, celui-ci est communiqué au ministre des finances.

Le budget préparé par la section permanente est voté par le conseil d'administration à sa réunion du mois de novembre.

Il est approuvé par le ministre de l'instruction publique.

Le budget additionnel est voté au mois de juin et approuvé dans les formes prescrites pour le budget primitif.

Art. 9. — La période complémentaire de l'exercice, pour l'ordonnancement, le recouvrement

et le payement est la même que pour les opérations du budget de l'Etat.

Art. 10. — Toutes les dépenses sont ordonnancées dans la limite des crédits régulièrement ouverts par le président de la section permanente ou, à son défaut, par l'ordonnateur.

En cas d'absence ou d'empêchement, l'ordonnateur est remplacé, sur la désignation du ministre, par un membre du conseil d'administration dont la signature est accréditée auprès du trésorier comptable.

Les titres de recettes, les budgets et les autorisations spéciales de dépenses sont transmis au trésorier comptable par le président du conseil d'administration.

Art. 11. — Les opérations de recettes et de dépenses sont effectuées par un trésorier comptable chargé, seul et sous sa propre responsabilité, de faire toute diligence pour assurer la rentrée des revenus et créances, ainsi que des remboursements de prêts et d'acquitter les dépenses mandatées par l'ordonnateur, jusqu'à concurrence des crédits régulièrement ouverts.

Art. 12. — Le trésorier comptable est nommé, sur la proposition du conseil d'administration de l'office, par arrêté concerté entre les ministres des finances et de l'instruction publique.

Il est soumis aux vérifications de l'inspection générale des finances, qui peut également examiner la gestion financière de l'office et se faire représenter, pour l'exercice de son contrôle, tous registres et documents intéressant cette gestion.

La fixation du cautionnement du trésorier comptable sera établie sur la proposition du conseil d'administration, par arrêté concerté entre les ministres des finances et de l'instruction publique.

Art. 13. — Le trésorier comptable de l'office est soumis aux mêmes obligations que les comptables des deniers communaux. Les dispositions des lois, décrets et ordonnances, concernant les obligations de ces receveurs et les responsabilités qui s'y rattachent, en particulier celles de l'arrêté consulaire du 19 vendémiaire an XII, relatives au recouvrement des revenus et à la conservation des droits, sont applicables au comptable de l'office.

Art. 14. — Les fonds libres de l'office sont déposés en compte courant sans intérêts au Trésor. En cours d'année, la section permanente peut décider, sous réserve de l'approbation du ministre de l'instruction publique, que les disponibilités excédant les besoins prévus et n'ayant pas d'emploi fixe et prochain, notamment celles provenant de dons ou de rentrées non prévues au budget, seront placées en rentes sur l'Etat ou en valeurs du Trésor. Il est rendu compte de cette opération au conseil d'administration.

En fin d'exercice, la partie de l'excédent net des recettes sur les dépenses, au delà des besoins prévus, est portée à un fonds de réserve et employé en rentes sur l'Etat ou en valeurs du Trésor.

Les prélèvements sur le fonds de réserve sont effectués en vertu de l'inscription régulière au budget ou, en cas de besoin exceptionnel en cours d'exercice, en vertu d'une décision du ministre de l'instruction publique, sur la proposition de la section permanente.

Art. 15. — La forme des budgets et des comptes de l'office sera déterminée par un arrêté concerté entre les ministres des finances et de l'instruction publique.

Art. 16. — Les oppositions sur les sommes dues par l'office sont pratiquées entre les mains du trésorier comptable de cet établissement.

Art. 17. — Les comptes de l'ordonnateur et du trésorier comptable sont présentés, avec la distinction des exercices et des gestions, dans la même forme que les comptes des communes.

Ils sont soumis au conseil d'administration au mois de mai et avant le vote du budget additionnel.

L'ordonnateur se retire au moment du vote sur son compte.

Le compte de l'ordonnateur est définitivement approuvé par le ministre de l'instruction publique.

Les comptes du trésorier comptable sont jugés et apurés par la cour des comptes.

TITRE II

Des comités locaux.

Art. 18. — Il est institué un comité local au siège de chaque université.

Le comité local comprend :

Le recteur, président.

Le doyen de chacune des facultés de l'université.

Le maire de la ville chef-lieu de l'académie, ou son délégué.

Les conseillers généraux, membres du conseil académique.

Sur la désignation du recteur :

Un directeur d'une école d'enseignement supérieur public ayant son siège dans le ressort de l'Académie.

Un membre de l'enseignement supérieur libre du ressort de l'académie.

Un membre choisi parmi les bienfaiteurs de l'office national.

Un président d'association d'étudiants ou d'étudiantes.

Un étudiant par faculté de l'université, choisi parmi les membres des bureaux d'associations ou des groupements d'étudiants.

Un étudiant par groupe d'instituts d'université ou d'écoles d'enseignement supérieur public

choisi parmi les membres des bureaux d'associations ou des groupements d'étudiants.

Un étudiant ou élève des établissements d'enseignement supérieur libre, choisi parmi les membres des bureaux des associations ou des groupements d'étudiants ou d'anciens étudiants ou élèves de ces établissements.

Par exception le comité local du ressort de l'université de Paris comprend :

Le préfet de la Seine, ou son délégué.

Deux directeurs d'écoles d'enseignement supérieur public.

Deux membres de l'enseignement supérieur libre et trois étudiants ou élèves des établissements d'enseignement supérieur libre.

Le comité local choisit, parmi ses membres, un vice-président et un secrétaire. Le secrétaire d'académie ou un secrétaire de faculté, désigné par le recteur, assure le fonctionnement du secrétariat administratif du comité.

Les fonctions de membre du comité local sont gratuites.

La durée du mandat, pour les membres qui ne font pas partie de droit du comité local, à raison de leurs fonctions, est de trois ans, leur mandat est renouvelable.

Le comité local ne peut valablement délibérer que si sept de ses membres sont présents.

Art. 19. — Le comité local se réunit au moins deux fois par an, au plus tard le 15 octobre et le 1er avril, pour attribuer les prêts d'honneur dans la limite des crédits mis à sa disposition par le conseil d'administration de l'office national. Il fixe, pour chaque bénéficiaire, le montant du prêt, qui doit varier suivant la valeur des études et le coût de la vie locale.

Après attribution de chaque prêt, il saisit sans délai le secrétaire général de l'office national en vue de faire procéder au mandatement, au nom de l'intéressé, du prêt qui lui a été consenti.

Chaque année le comité local adresse à l'office national un rapport détaillé sur l'ensemble de ses opérations.

Art. 20. — Dans les villes où existent plusieurs établissements d'enseignement supérieur, mais qui ne sont pas sièges d'université, le comité local pourra instituer un sous-comité chargé de le renseigner sur les besoins des étudiants ou élèves et de lui adresser des propositions.

TITRE III

Des prêts d'honneur.

Art. 21. — Les candidats ou candidates aux prêts d'honneur doivent :

1° Etre de nationalité française ;

2° Présenter une demande écrite tendant à l'obtention d'un prêt ;

3° Produire un certificat émanant d'un médecin désigné par le recteur, en vue d'établir que leur état de santé leur permet de poursuivre leur études ;

4° Produire dans les conditions suivantes les certificats et pièces établissant leur précédente scolarité ;

a) Pour les étudiants qui n'ont pas encore commencé d'études supérieures : présenter un livret scolaire ou une notice certifiée attestant les études antérieures, les examens subis, les travaux et recherches déjà faits et justifier de l'inscription ou de l'immatriculation dans une faculté un institut d'université ou un établissement d'enseignement supérieur, rattaché à une université en vertu de l'article 1er du décret du 31 juillet 1921, ou un établissement d'enseignement supérieur libre ;

b) Pour les étudiants, les élèves des écoles d'enseignement supérieur, les candidats aux agrégations, aux doctorats ès sciences et ès lettres en cours de scolarité ou d'études : justifier des études déjà faites, des examens subis, des diplômes et titres recherchés et présenter un certificat du doyen ou directeur attestant la sincérité des renseignements fournis, le travail et la bonne conduite de l'étudiant ou élève.

c) Pour les travailleurs isolés qui poursuivent des recherches pour lesquelles il n'est pas exigé de diplôme par les règlements : produire une notice sur les études et travaux antérieurs et sur l'objet des études ou recherches entreprises.

Art. 22. — La demande, accompagnée des pièces prescrites à l'article précédent, est adressée au recteur de l'académie dans le ressort de laquelle se trouve l'établissement où l'étudiant ou élève doit entreprendre ou poursuivre ses études, ou dans lequel les recherches doivent être faites.

Il y est annexé un état, signé par l'étudiant ou par son père ou tuteur, s'il est mineur, indiquant sa situation ou celle de sa famille, accompagné, s'il y a lieu, de la production des feuilles de contributions.

Le candidat doit faire connaître s'il reçoit un traitement, une indemnité ou rétribution quelconque, et indiquer leur nature et leur montant.

Le recteur réclame directement le casier judiciaire du candidat au greffe compétent.

Art. 23. — Le prêt d'honneur n'est consenti que pour une année. La demande de renouvellement doit être accompagnée du certificat prévu au paragraphe 4 de l'article 21 du présent décret.

Le premier versement est subordonné à la remise par le bénéficiaire de l'engagement prévu à l'article 25 ci-dessous.

Art. 24. — L'attribution des prêts d'honneur est strictement confidentielle.

Art. 25. — L'engagement d'honneur de rembourser le montant du prêt est pris par le bénéficiaire, devant le recteur ou son délégué, avant

que le prêt lui soit versé. Il doit être écrit tout entier de la main du bénéficiaire, visé par le père ou tuteur, si le bénéficiaire est mineur, et par le recteur.

Le bénéficiaire s'engage à commencer le remboursement au plus tard dans la dixième année qui suit l'obtention du grade ou titre postulé ou la réalisation des travaux entrepris. Pour les étudiants qui auraient abandonné les études en vue desquelles un prêt leur aurait été consenti, le délai de dix ans commence à courir à partir de la date du dernier versement.

Art. 27. — Le trésorier comptable prend charge des prêts accordés. Le secrétariat du comité local tient registre des prêts et des adresses successives des bénéficiaires.

Chaque année, le trésorier comptable établit des relevés des sommes échues et les fait transmettre par l'ordonnateur aux comités locaux. Ceux-ci rappellent aux intéressés l'obligation qu'ils ont souscrite.

Si, au cours de l'année qui suit le rappel adressé par le comité, le titulaire du prêt ne s'est pas entièrement libéré, le comité local réunit tous les renseignements concernant sa situation actuelle et transmet au président de la section permanente le dossier ainsi formé, accompagné de son avis, et, le cas échéant, du programme de remboursement proposé par le bénéficiaire.

La section permanente, constituée en jury d'honneur, met l'intéressé en demeure de fournir ses justifications, soit verbalement, soit par écrit. Elle accorde tout sursis ou toute modalité particulière de payement.

Si elle estime qu'il n'y a pas lieu à sursis, elle en avise aussitôt l'intéressé en l'invitant à se libérer dans le mois qui suit la notification de sa décision. Dans les cas où le bénéficiaire défaillant ne répond pas à cette mise en demeure ou s'il ne fournit pas les justifications qui lui auraient été réclamées, son nom est inscrit sur un registre spécial qui est conservé au siège de l'office national.

Art. 28. — La situation des débiteurs ayant fait l'objet d'un sursis ou de délais de payement est revisée tous les cinq ans.

Art. 29. — Le remboursement des prêts n'est dû que par les intéressés eux-mêmes.

Toutefois si, au moment du décès d'un bénéficiaire, le conseil d'administration estime que celui-ci se trouvait dans une situation lui permettant de se libérer, l'engagement d'honneur signé de lui pourra être présenté à ses ayants droit.

Art. 30. — Le remboursement des prêts est effectué au siège de l'office national.

Art. 31. — Le ministre de l'instruction publique et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

A. MILLERAND.

(*J. O.*, 18 mars 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Nous sommes heureux d'enregistrer le succès remporté par Mademoiselle Thérèse NOIR, fille aînée de notre Rédacteur en chef.

Cette jeune fille vient en effet d'obtenir son diplôme d'ingénieur chimiste, à la suite de brillantes études poursuivies à l'Institut de Chimie appliquée de la Sorbonne, dirigé par le très distingué docteur Chabrier.

— **Remplacements.** — Les *médecins, chirurgiens* et *spécialistes* trouveront immédiatement à l'Association Corporative des remplaçants sérieux, docteurs, internes ou étudiants ayant déjà fait des remplacements et remplissant toutes les conditions légales.

S'adresser de 10 heures à 23 h. 30 à l'Association Corporative des Etudiants en médecine, 8, rue Dante, Paris (Ve). Tél. : Gobelins 58-90.

— **Le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires** doit avoir lieu à Paris du 20 au 25 avril 1925.

Un Comité d'organisation a été constitué, comprenant sous la présidence du médecin inspecteur général Vincent, des représentants des Services de Santé de l'armée métropolitaine, de l'armée coloniale et de la marine, avec les médecins inspecteurs Dopter, Emily, le médecin général Gastinel, le pharmacien inspecteur Gautier, etc., et un nombre égal d'officiers du Service de Santé de complément ; les professeurs Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales entre les pays alliés ou amis, Achard, J.-L. Faure, Pierre Teissier, Nobécourt, Lejars, Walther, Hérissey, etc.

Un Commissariat comprenant, au titre de l'armée active, le médecin principal Uzac et le médecin-major Vincent, et, au titre des officiers de réserve, M. Auvray, secrétaire général du Congrès de Chirurgie, et M. Pasteau, secrétaire général du Congrès d'Urologie, a été particulièrement chargé de la préparation matérielle du Congrès. Dès maintenant, d'après les dispositions envisagées, cette réunion s'annonce comme devant être une manifestation grandiose où les médecins, pharmaciens, officiers d'administration, dentistes militaires du cadre actif et du cadre de complément qui constituent l'ensemble du Service de Santé français se trouveront réunis pour recevoir dignement tous les représentants de toutes les nations alliées, associées et neutres.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 2829
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

velle hémorragie. Je ne le quittai qu'après avoir pris part à l'opération. Ma note d'honoraires s'élevait à 180 fr. pour cette série d'actes, soit :

Hémostase, désinfection, régularisation sommaire de la blessure .... 40 fr.
Réduction et contention de fracture par un appareil provisoire 50
Surveillance prolongée pendant trois heures au moins (4 h. à 7 h. 1/2 du soir)........ 40
Assistance et participation à l'amputation.. 50

L'assurance prétend que la somme de cinquante francs au total représente des honoraires largement rémunérateurs pour les soins que j'ai donnés à ce blessé et qui ont pris tout mon temps de 3 h. 1/2 à 10 h. du soir.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître votre avis à ce sujet, afin de savoir comment je dois, à l'avenir, me comporter avec les blessés de cette compagnie d'assurances. Ci joint ma note d'honoraires et la lettre de l'X.

Dr B.

Réponse.

D'après la lettre et l'esprit du tarif, je vois, dans votre cas, à compter pour le premier jour : *a*) 37,50 (deuxième catégorie) pour « soins d'urgence et pose d'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (voir avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, article 18) ; *b*) 40 francs pour « surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, avec maximum de cinq visites » (article 6), alors que vous avez eu une surveillance de 4 à 7 heures 1/2. ; *c*) aide à l'opération 50 francs (article 11) ; *d*) certificat descriptif 10 francs, au total pour le premier jour : 37,50 + 40 + 50 + 10 = 137,50.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

1637 — Pension militaire. Présomption légale d'origine.

Un de mes malades, démobilisé le *vingt janvier* 1919, a fait une demande de pension à la date du 23 *décembre* 1920 pour tuberculose pulmonaire, a été réformé d'abord à 60 % le 8 août 1921, puis à 30 % le 22 juin 1922. Sa demande de pension a été rejetée par décision ministérielle du 26 août 1922, parce que l'affection n'était pas imputable au service. Un pourvoi devant le tribunal des pensions a été rejeté parce que la demande n'a pas été faite dans les délais de présomption légale et que le malade n'a jamais été hospitalisé pendant son séjour aux armées. Il me semblait pourtant que le malade avait un délai de deux ans au point de vue présomption légale ; or la demande a été faite avant l'expiration de ces deux années.

Il existe, en outre, dans la décision du tribunal un attendu assez curieux ceci « que le certificat médical établit qu'à la date du premier juillet 1921, le sieur R. était en traitement pour « tuberculose pulmonaire », mais n'établit pas que cette affection est imputable au service ». Il m'était difficile dans mon certificat d'établir l'origine de la maladie.

Je voudrais savoir si ce malade a quelques chances de se voir obtenir sa pension et dans ce cas, quelles démarches faire. La sentence du tribunal des pensions est du 23 avril 1924.

Dr P.

Réponse.

Votre malade, durant un délai de six mois (et non de deux ans) après son renvoi dans ses foyers, bénéficiait de la présomption légale que son affection était imputable au service. Pour cela il devait adresser sa demande de pension dans ce délai de six mois, et, dans son cas particulier, ayant été démobilisé avant la promulgation de la loi sur les pensions, au plus tard le 4 février 1920.

Passé ce délai, c'était à lui d'apporter la preuve que son affection était imputable au service, par des pièces prouvant qu'il avait été soigné ou hospitalisé pour la maladie en cause durant son séjour sous les drapeaux, ou que celle-ci, durant les délais légaux de présomption légale, avait été constatée par *l'autorité militaire*.

La Commission de réforme et le Tribunal des Pensions ont jugé cette preuve inexistante ou insuffisante ; ils ont rejeté la demande de pension.

La décision du Tribunal ayant été notifiée à l'intéressé, celui-ci dispose, à partir de la notification de la sentence, d'un délai de deux mois pour faire appel devant la Cour régionale des Pensions. Ses chances de succès paraissent faibles.

II

1558. — Durée du service militaire.

Je vais avoir 48 ans le 29 de ce mois ; je suis médecin aide-major de 1re cl. des réserves. A quelle époque exactement finissent mes obligations militaires. Est-ce le 29 juin ou à une autre époque déterminée de l'année, en septembre ou octobre par exemple ?

Pour régler ma situation militaire, dois-je faire au Service de Santé une demande pour être rayé des cadres ? à quelle époque la faire ? Une pièce quelconque attestant que je ne suis plus mobilisable est-elle nécessaire ? Ou dois-je laisser la chose s'accomplir administrativement, sans m'en occuper. Qu'adviendra-t-il dans ce cas ?

Dr R.

Réponse.

D'après la nouvelle loi sur le recrutement

vous devez accomplir 28 ans de service militaire (en activité ou dans les réserves). Comme vous avez été incorporé à la date du 1er novembre, c'est à cette même date que prendra fin votre service, quelle que soit la date de votre naissance. D'autre part, c'est à l'âge de 21 ans ou mieux, dans votre vingt et unième année, que vous êtes arrivé au régiment, c'est donc au cours de votre quarante-neuvième année d'âge que vous serez, le 1er novembre, libéré de tout service militaire.

Votre libération s'opèrera automatiquement. Cependant vous pouvez à cette date retourner votre ordre de mobilisation, si vous en possédez un, au directeur du service de santé de votre région, ou tout au moins prévenir cette autorité de votre désir d'être, avec votre classe, libéré de toute obligation militaire.

III

1690. — Révision de pension militaire.

Un mutilé, réformé définitivement, a-t-il le droit de demander la révision de sa pension ?

Je crois comprendre dans un journal de mutilés que ce droit est réel jusqu'au 24 juin prochain. En ce cas, à qui s'adresser et sous quelles formes ?

Dr S.

Réponse.

Toute pension *définitive* peut être révisée, si le taux de l'invalidité s'est accru de 10 % au moins, à la condition : 1° que le supplément d'invalidité soit exclusivement imputable à la blessure ou à la maladie constitutive de l'infirmité pour laquelle la pension a été accordée ; 2° que l'intéressé demande la révision dans les cinq années qui suivent la concession de la pension définitive (article 68 de la loi du 31 mars 1919).

Il suffit d'adresser, sous pli recommandé, une demande motivée au directeur du service de santé de la région.

IV

1685. — Pension d'un marin pour maladie contractée en service.

J'ai encore recours à votre obligeance pour élucider le cas suivant :

Je soigne en ce moment un ancien matelot pour paludisme chronique viscéral avec mauvais état général et incapacité totale de travail. Or, ce pauvre jeune homme (il a seulement 25 ans) a été soigné en tant que matelot aux hôpitaux de Beyrouth et d'Alexandrette pour accès de paludisme en 1921, mais on s'est bien gardé de lui remettre des billets d'hôpital constatant la cause de son hospitalisation.

Dans ces conditions, a-t-il un recours possible contre l'Etat et peut-il se faire réformer avec pension comme son état misérable de santé me paraît l'exiger ? A qui adresser une requête ? Doit-il écrire

à Beyrouth et Alexandrette pour avoir des preuves à l'appui de sa demande ?

Vous voudrez bien, s'il vous plait, me répondre par la voie du *Concours* afin que mes confrères puissent en profiter pour leur compte.

D[r] R.

Réponse.

Que votre malade adresse aussitôt par lettre recommandée, au directeur du Service de santé de sa région, une demande d'être visité par un centre spécial de réforme en vue d'être indemnisé pour maladie contractée en service.

Il recevra un questionnaire qu'il devra minutieusement remplir. Pourvue de ces renseignements, l'autorité militaire fera toutes les enquêtes nécessaires, se procurera les bulletins d'hôpital, etc. Puis, il sera visité au point de vue de son aptitude militaire et de l'indemnisation de son infirmité.

V

1669. — Pension d'orphelins de guerre.

Une de mes clientes, veuve de guerre, est morte récemment et laisse deux enfants âgés de 11 ans et de 10 ans. Les grands-parents, à qui incombent la charge de ces enfants, ne possèdent pas de fortune et désireraient demander un secours. Ces enfants font partie des pupilles de la nation.

La mère était titulaire d'une pension de huit cents francs. Chacun des enfants recevait 500 francs par an. De plus cette veuve de guerre était domiciliée jusqu'au début de 1924 à Lyon et avait obtenu un secours supplémentaire de 80 francs par mois pour chacun des enfants. Mais, par suite de son changement de domicile, ce secours lui avait été supprimé.

Je viens donc vous demander :

1° Une partie de la pension de la mère n'est-elle pas réversible sur la tête des enfants ? Quelle en serait le montant ?

2° Pourrait-on obtenir de l'Office départemental des pupilles de la nation du département de l'Ardèche, l'allocation, pour les deux petits orphelins, d'un secours supplémentaire ? Pour cela il faudra, je pense, s'adresser aux commissions communales, cantonale et départementale en suivant la hiérarchie. Mais y a-t-il un barème officiel pour le montant de ces secours et existe-t-il un minimum et un maximum ?

D[r] X.

Réponse

1° La mère, veuve, étant décédée, sa pension de veuve en principal (800) se trouve reversée sur la tête de l'aîné des enfants, qui la conservera jusqu'à sa majorité ; l'autre enfant recevra pour son compte 500 francs.

Indépendamment de ces pensions et allocations des enfants, les grands-parents peuvent aussi demander une allocation.

2° Il n'y a pas de barème ; il faut s'adresser à l'Office départemental des Pupilles de la Nation, qui fera le nécessaire.

LES TRIBUNAUX

L'affaire des carnets médicaux de la Corrèze

Le tribunal d'Ussel vient de rendre à son audience correctionnelle, son jugement dans l'aÇaire des carnets médicaux de la Corrèze.

Ce jugement, très longuement motivé, a demandé à M. Richard, juge au tribunal de Tulle, délégué pour compléter le tribunal d'Ussel, près de quatre heures pour sa lecture.

MM. C. L., docteur en médecine à B., et L. O., pharmacien à P. sont condamnés pour escroqueries et tentatives d'escroqueries envers l'Etat à six mois de prison et 2.000 francs d'amende chacun. Le tribunal fait bénéficier les prévenus des circonstances atténuantes et dit qu'il sera fait application de la loi de sursis, mais pour la peine corporelle seulement.

MM. L. et O. sont condamnés en outre à 100 francs à titre de dommages-intérêts et à la restitution à l'Etat des sommes indûment perçues, soit 4.200 fr. pour L. et 844 fr. 15, pour O , Les inculpés sont enfin condamnés à tous les dépens.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre

Recevabilité de l'appel. Droit à la gratuité des soins médicaux. Affection sans relation avec l'infirmité cause de la pension.

Le pensionné qui n'a pas été partie au litige tranché par la Commission départementale n'a pas qualité pour interjeter appel de la décision de cette dernière.

Le droit à la gratuité des soins et à l'inscription sur les listes n'est reconnu que pour les accidents et complications de la blessure ou maladie qui a motivé la pension et une blessure ou une maladie même contractée en service n'ouvre pas droit au bénéfice de l'article 64, lorsqu'elle n'a pas donné lieu à pension.

1re DÉCISION DU 26 JUILLET 1923.

Attendu que, conformément aux principes généraux de droit, seules les personnes qui ont été parties à un litige en première instance ont qualité pour interjeter appel de la décision ;

Que .... n'a pas été partie au litige qu'a tranché la décision de la Commission de Contrôle des .... du 25 mai 1923 ;

Que le docteur ..... demandeur en cette der-

nière instance n'a pas fait appel de ladite décision dans le délai de 20 jours, conformément à l'article 34 du décret du 25 octobre 1922 ;

Que c'est donc à tort que Monsieur le Préfet des ...... a donné avis à Monsieur .... par lettre du 11 juin 1923, qu'il lui était « loisible de former recours devant la Commission supérieure » ;

Qu'en effet, aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, paragraphe 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur la liste spéciale ont « droit à la *gratuité* des soins médicaux et pharmaceutiques » ;

....

....

Attendu qu'au surplus, les § 1 et 5 de l'article 64 reconnaissent le droit à la gratuité des soins et à l'inscription sur les listes spéciales exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension ; qu'une blessure ou une maladie même contractée en service n'ouvre pas droit à l'article 64 lorsqu'elle n'a pas donné lieu à pension ;

Attendu que Monsieur....... est inscrit sur les listes spéciales pour « albuminurie, phlébite du membre inférieur gauche », que la note des honoraires présentée est relative à une opération d'ethmoïdite suppurée ;

Qu'aux termes de sa requête en date du 13 juin 1923....... a reconnu que « les soins reçus ne se rapportent pas au traitement de l'infirmité cause de sa pension et que le carnet de bons médicaux gratuits dont il est bénéficiaire ne mentionne pas l'ethmoïdite suppurée » ;

Que c'est en vain qu'il fait valoir à l'appui de son pourvoi que la maladie ayant nécessité l'opération sus-indiquée est consécutive aux fatigues de la guerre et imputable au service, dès lors qu'il ne s'était pas mis en instance de pension pour ce motif et n'avait pas obtenu l'indemnisation légale de cette autre invalidité ;

Déclare mal fondé l'appel de Monsieur ....

Confirme la délibération susvisée de la Commission départementale des ....

2e DÉCISION DU 26 JUILLET 1923.

Attendu qu'aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, paragraphe 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur la liste spéciale ont « droit à la *gratuité* des soins médicaux et pharmaceutiques » ;

Que par conséquent le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre ....

....

....

.... contre l'Etat ;

Attendu au surplus que les paragraphes 1 et 3 de l'article 64 reconnaissent le droit à la gratuité des soins et à l'inscription sur les listes spéciales

exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui a motivé la pension, qu'une blessure ou une maladie même contractée en service n'ouvre pas droit à l'article 64 lorsqu'elle n'a pas donné lieu à pension ;

Que la maladie qui a motivé la pension....... est « un placard d'eczéma variqueux occupant les faces antérieures des deux jambes » ;

Que Madame ...... reconnaît que ce n'est pas cette maladie qui a occasionné les soins pour lesquels elle a payé le docteur .... et des suites de laquelle est décédé .... (troubles cardiaques et néphrite) ;

Qu'en vain Madame ...... fait valoir à l'appui de son pourvoi que la maladie dont est décédé son mari était imputable au service, dès lors que Monsieur....... ne s'était pas mis en instance de pension et n'avait pas obtenu l'indemnité légale de cette maladie ;

Que le médecin traitant, premier agent du contrôle des soins lui-même, a jugé que la maladie dénouée par la mort d'....... n'était pas celle qui était inscrite dans le carnet et qu'il ne pouvait, dans ces conditions, faire usage des bons de visite qui, seuls, eussent permis le paiement des soins ;

Déclare mal fondé l'appel de Madame ......

Confirme la délibération susvisée de la Commission départementale de ....

Appréciation de l'utilité d'une opération.

Le fait d'avoir amputé un membre vingt jours après avoir pratiqué une opération conservatrice n'implique pas l'inutilité de cette première intervention.

DÉCISION DU 25 JUILLET 1923.

Attendu que la Commission départementale a décidé que l'opération faite le 25 août 1922 par le Dr .... ne sera pas payée « cette intervention est jugée inutile étant donnée l'amputation faite 15 jours après ».

Attendu que le Dr........ a pratiqué cette opération d'accord avec le médecin traitant mais, que, dans la suite, l'état général du malade étant devenu plus médiocre et des complications d'ordre général venant s'y ajouter, le Dr .... a, d'accord avec le médecin traitant, décidé l'amputation.

Que le fait d'avoir amputé un membre vingt jours après avoir pratiqué une opération conservatrice n'implique pas avant l'expérience l'inutilité de cette première intervention.

Que le fait d'amputer prématurément un membre a seul une conséquence irrémédiable pour le patient dont l'intérêt prime toute considération.

Pour ces motifs, annule la décision de la Commission départementale .... décide que le

Dr .... a droit au paiement de ses honoraires suivant le tarif spécial correspondant aux opérations pratiquées.

Droit à la gratuité des soins médicaux. Relation entre l'affection soignée et la maladie qui a motivé la pension.

Les accidents otiques qui se produisent chez un tuberculeux pulmonaire étant très souvent, sinon toujours, la conséquence directe de l'infection tuberculeuse, doivent être considérés comme donnant droit aux soins gratuits, dès lors qu'aucune expertise, aucun contrôle médical, aucune considération d'ordre scientifique ne viennent s'opposer à cet argument.

Décision du 26 juillet 1923.

Attendu que le motif de réforme du bénéficiaire est le suivant :

« Lésions bilatérales des sommets d'origine bacillaire » ;

Que le docteur...... dit avoir donné des soins nécessités par la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension ;

Que chez un tuberculeux pulmonaire les accidents otiques qui se produisent, s'ils ne sont pas toujours, sont très souvent, la conséquence directe de l'infection tuberculeuse ;

Qu'il n'est opposé à cet argument aucune expertise, aucun contrôle médical, aucune considération d'ordre scientifique ;

Déclare bien fondé l'appel du docteur ..... ; annule la décision susvisée.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

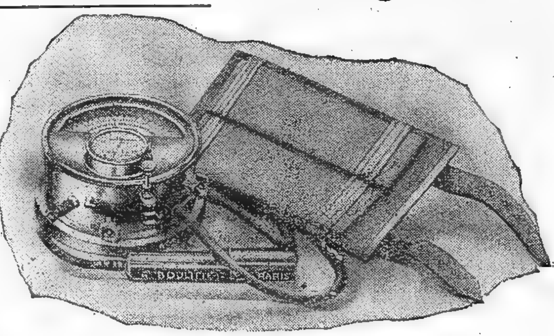
26 *juin* 1924.

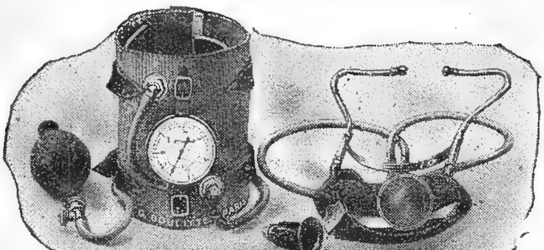
— **Enseignement de la médecine.** — La *chaire d'histologie de la Faculté* mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'*Alger* est transformée en *choire d'histologie et embryologie.*

28 *juin* 1924.

— **Enseignement de la médecine.** — M. Weber, professeur d'anatomie à la Falculté d'Alger est nommé sur sa demande, professeur d'histologie et d'embryologie à la même Faculté.

— **Concours d'agrégation.** — Une session s'ouvrira, par exception, au mois de janvier 1925,





pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Les inscriptions seront reçues, du 1er octobre au 30 novembre 1924, aux secrétariats des Académies.

Les dates des compositions seront ultérieurement fixées.

Vacances de Bureaux d'hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bordeaux.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1698-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.
Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux.
Néris. Ducros, Verrier.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 312. — Dem. à achet. d'occ. voit. d'enf. pliante. bon ét. Pressé. Dr 177, faub. Poissonnière, Paris. Tél. Trudaine 42-90.

N° 313. — Confr. dem. adr. mais. de fam., peu éloign. de Paris, prix mod. pour convalescente.

N° 314. — A céd. etabliss. de kinésith. et d'éduc. phys. dans gr. ville du Sud-Ouest, bonne cond. Dr Boyer, Ax-les-Thermes (Ariège).

N° 315. — A céd. de suite anc, poste médic. rapp. 35-40.000, pouv. être augm. ds stat. clim. des Vosges. Suite bail, dés. céd. le matér. médic. Dr Legras, présid. du Synd. des méd. des Vosges, à Epinal.

N° 316. — Pratic. reprendr. poste 45.000 minim. Gde banl. ou rég. ouest voisine.

N° 317. — On dem. : ophtalmomètres de Javal, règles à skiascopie, boîtes de verres, autoclaves, instr. et livres d'ophtalmol.

N° 318. — Ds pet. ville de Normandie, poste anc. tenu dep. 30 ans par titul. actuel. Rapp. 50.000 client. peu poussée, facile à augment. Tr. belle propr. Cess. av. collabor. Belle région pr. la mer. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 319. — Banl. imméd., poste rap. 23.000 à aug., fixes. Pavill. 9 p. et grd. jard. Indemn. à débattre. A repr. de suite. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 320. — On désire acheter d'occas. belle salle à manger en noyer Renaissance, avec panetière et 8 chaises cuir. Pressé.

CORRESPONDANCE

1703. — Amputation de jambe. Mort subite. Varices. Corrélation.

Vous serait-il possible de me donner votre avis sur le cas particulier suivant :

J'ai soigné à l'hôpital un blessé qui a subi l'amputation de la jambe à la suite d'un gros traumatisme du pied. Les suites opératoires étaient normales, le blessé devait sortir de l'hôpital, lorsque, 2 mois après son opération, il meurt subitement, très probablement d'une embolie. Jamais je n'avais rien remarqué d'anormal dans son état, si ce n'est qu'il présentait au-dessus du moignon amputé de fortes varices. Peut-il y avoir une corrélation de cause à effet entre les varices et l'embolie ? car on se demande si la mort peut être attribuée à l'accident. Pour ma part je ne le crois nullement.

Dr G.

Réponse.

Il n'y a, dans le cas curieux que vous nous soumettez, que l'autopsie qui puisse faire la lumière sur les causes exactes de la mort.

Comment s'est faite la cicatrisation ? Par première ou seconde intention ? Dans ce dernier cas, si le moignon avait suppuré, on compren-

drait qu'au niveau des veines sectionnées, ait pu se produire une localisation infectieuse, constitutive du foyer de thrombose d'où serait parti le caillot embolique. Et cela, d'autant plus vraisemblablement que ces veines étaient variqueuses.

Mais, même avec cette explication, l'origine du décès ne me paraît pas douteuse. Elle doit être imputée à l'accident qui a motivé l'amputation, à la suite de laquelle la mort est survenue subitement.

Encore une fois, ce n'est que la constatation *post mortem*, au cours d'une nécropsie, qui pourrait lever les doutes, s'il en subsistait.

1708. — Accident du travail d'un facteur des Postes. Qui est responsable des honoraires médicaux ?

Je me souviens avoir lu dans le *Concours* qu'en cas de responsabilité civile pour accident d'automobile, le tarif que l'on doit demander comme honoraires, est celui de la classe sociale de la victime. Si ces souvenirs sont exacts, pourriez-vous me dire s'il existe un tarif chirurgical qui peut être pris comme prix de base et qui ait été admis par les tribunaux.

Dans le cas particulier qui m'occupe, voici ce qui se passe :

Un porteur de dépêches est pris en écharpe par une auto qui dépassait par la gauche un tramway arrêté. L'auto était conduit par l'industriel lui-même, qui, affolé, apporte l'enfant à ma clinique et me prie de faire tout le nécessaire pour lui ; l'enfant présentait un enfoncement du thorax avec hémothorax et une fracture de la clavicule, outre des égratignures et contusions multiples. L'industriel envoie une sœur de charité garder l'enfant nuit et jour : sa dame lui apporte des gâteries, etc. Cet industriel a dans le pays une réputation de générosité. Bref, il fut condamné à 100 fr. d'amende et aux frais.

Mais l'administration des postes est intervenue : elle m'a envoyé plusieurs fois un confrère, son médecin assermenté. Elle a payé le demi-salaire de son employé : en somme, pour elle, elle en fait un accident de travail, et néglige la responsabilité civile. A remarquer que je ne lui ai jamais délivré de certificat : j'ai fourni des certificats faits sur papier timbré pour la Commissaire enquêteur et le tribunal.

Actuellement, je reçois de l'Administration des postes une lettre ainsi conçue :

« M. le docteur,

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire parvenir le relevé détaillé des frais médicaux occasionnés par l'accident survenu au jeune R. La victime étant assujettie à la législation sur les accidents du travail, les notes d'honoraires doivent être établies suivant les tarifs maxima fixés par l'arrêt

ministériel du 8 juillet 1910. Je vous serais obligé de me transmettre ce relevé en vue de me mettre d'accord avec la compagnie d'assurance chargée du règlement des dommages. »

J'avais déjà remis une note à R., comptée au tarif Breton X2 et, en plus, les frais de clinique. Que dois-je faire ? La première note a été remise à l'avocat de R. Cet avocat lui a été désigné par l'administration des postes.

Dois-je envoyer à cette administration une note suivant le tarif Breton : mais, en ce cas, que deviendront les frais de clinique que ne payent pas les assurances accidents du travail et qui m'ont été demandés par l'automobiliste, sans que j'aie la preuve de cette demande ?

De plus R. doit, ce me semble, toucher un salaire entier et sa rente entière : par conséquent la législation sur les accidents du travail ne le concerne pas : est-ce qu'elle concerne mes honoraires ?

Avant de répondre quoi que ce soit, j'ai préféré avoir recours à vous et vous demander aide et protection.

Dr D.

Réponse.

Pour déterminer qui est responsable des indemnités dues au blessé, et par suite, de vos honoraires dans l'affaire que vous nous soumettez, une distinction est à faire : nous devons envisager, d'une part, les rapports entre le blessé et son administration et, d'autre part, les rapports entre le blessé (et accessoirement son administration) et l'auteur de l'accident.

A l'égard de son employé blessé, l'administration n'a pas à rechercher les causes de l'accident ; il suffit qu'il ait été blessé au cours de son travail pour que se soit ouvert à son profit le droit aux indemnités prévues par la loi de 1898. En conséquence, elle doit donc payer au blessé les indemnités forfaitaires accordées par la loi (demi-salaire, rente partielle s'il y a incapacité permanente, etc.) ; de plus, elle doit payer vos soins d'après le tarif Breton.

Mais l'automobiliste est responsable de l'accident ; il s'agit là de la responsabilité de droit commun qui ne connaît aucune limitation : il doit donc la réparation intégrale du préjudice causé.

L'auteur de l'accident devra donc payer à la victime le complément de la perte subie, non couverte par l'application de la loi sur les accidents du travail, c'est-à-dire le demi-salaire non payé, une rente représentant la différence entre la rente allouée en vertu de la loi de 1898 et la diminution réelle de capacité de travail ; s'il y a lieu, le *pretium doloris*, les dépenses supplémentaires de toute sorte nécessitées par l'accident. De plus, il devra rembourser à l'administration les indemnités payées par celle-ci au titre de la loi de 1898.

En ce qui vous concerne, le tarif Breton n'est

que la partie des frais médicaux que la loi met à la charge des chefs d'entreprise ; vous pouvez toujours réclamer au blessé lui-même le complément des honoraires que vous estimez vous être dus. Dans l'espèce actuelle, vous devrez donc remettre aux parents de la victime une note particulière comprenant les frais non prévus au tarif Breton, tels que les frais de clinique ; ils s'en serviront pour réclamer à l'auteur de l'accident une indemnité.

En résumé, l'administration vous doit vos soins calculés d'après le tarif Breton et, la victime, le complément de vos honoraires. Il appartient à la victime de réclamer elle-même le paiement du complément de vos honoraires, mais nous vous conseillons d'écrire à l'assurance pour qu'elle réserve sur l'indemnité qu'elle payera au blessé les sommes qui vous sont dues, ceci pour éviter un règlement direct entre l'assurance et les parents du blessé, et l'insolvabilité possible de ces derniers.

Enfin, vous avez encore comme débiteur direct l'automobiliste lui-même, qui est venu conduire le blessé chez vous et vous a demandé de lui donner vos soins. En agissant ainsi, il a pris envers vous un engagement direct qui le rendrait responsable de vos honoraires, même au cas où il ne serait pas responsable de l'accident.

1742 — Tâcherons accidentés du travail

Un de mes clients, ouvrier plombier, propriétaire d'une petite maison avec terrain, employait pour creuser un puits dans son jardins 2 tâcherons avec lesquels il avait traité à raison de 70 fr. le mètre, l'un d'eux est blessé au pied d'un coup de pioche, le propriétaire du terrain est-il responsable de l'accident et la loi de 1898 doit-elle lui être appliquée ?

J'ai lu dernièrement qu'un jardinier de profession, blessé dans le jardin d'un propriétaire à l'occasion du travail, pouvait se réclamer de la loi de 1898 ; j'estime que le cas que je vous soumets est analogue ; néanmoins je tiens à avoir votre avis,

Dr B.

Réponse

Les deux tâcherons qui se sont chargés de creuser un puits pour le compte d'un particulier doivent être considérés, non comme des ouvriers, mais comme des entrepreneurs et, comme tels, ne peuvent bénéficier, à l'encontre du propriétaire, des dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Pour que le propriétaire puisse être considéré comme patron, et rendu responsable des accidents survenus aux tâcherons, il faudrait qu'il ait assumé lui-même la direction et la surveillance des travaux et ait conservé une entière indépendance pour l'exécution de ces travaux.

Or, tel n'est pas le cas, puisque le propriétaire a passé avec les deux tâcherons un marché à forfait, à tant du mètre cube, en leur laissant toute liberté pour la conduite technique de l'entreprise.

Le tâcheron blessé dans un travail exécuté dans ces conditions ne peut demander une indemnité au propriétaire que si l'accident est dû à la faute ou à la négligence de ce dernier ou de l'un de ses préposés, conformément au droit commun.

1757. — La crainte du Sou est le commendement de la sagesse.

J'ai obtenu satisfaction dans mon affaire d'accident d'automobile. M. D., m'a fait régler par son assurance la note d'honoraires de 110 fr. qu'on refusait de régler, par principe. Je reporte le succès de cette affaire sur le « Sou médical » bien persuadé que la menace du « Sou » a provoqué une crainte salutaire et je vous adresse mes remerciements.

Dr D.

1786. — Nouveaux impôts sur les automobiles

Possesseur d'une voiture 8 HP. j'ai payé le 2 janvier mes impôts pour l'*année entière* soit 62.50 × 4 francs = 250 *francs*.

Le 20 *janvier* j'ai retiré cette voiture de la circulation et l'ai remplacé par *une* 14 *HP*. On m'a changé mon permis de circulation *sans aucun supplément d'impôt* car, aux termes de la loi, il n'y avait pas lieu à perception supplémentaire ou à remboursement d'impôt en cas de *changement* de voiture (plus forte ou plus faible).

Dès aujourd'hui, le receveur me réclame le supplément, non pas de 14 HP ancien tarif, à 14 HP nouveau tarif (depuis le 1er avril), mais le supplément de 8 HP ancien tarif, à 14 HP nouveau tarif.

Voici comment il établit mon compte :

Avoir du Dr A.	250 fr.	
Doit 1er trimestre (ancien tarif)		
1 voiture 8 HP		62 50
2o trimestre (nouveau tarif) :		
1 voiture 14 HP		134 50
3e trimestre :		
1 voiture 14 HP		134 50
	250 fr.	331 50

Il me réclame pour le 3e trmiestre 331.50 — 250 = 81.50 et j'aurais encore à payer 134.50 pour le 4e trimestre,.

Il me dit que la faculté de changer de permis de circulation, en cas de changemeut de voiture, sans augmentation d'impôt, est supprimé depuis le 1er avril. Est-ce exact ?

J'attends votre réponse pour me soumettre ou réclamer. Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me répondre le plus tôt possible.

Dr A.

Réponse.

Vous êtes légalement redevable de la somme de 81.50 qui vous est réclamée, pour le troisième trimestre, à titre de taxe sur les véhicules automobiles.

En effet, les calculs du contrôleur sont établis de la manière suivante :

Pour le premier trimestre, vous êtes imposé sur votre voiture 8 HP., d'après le tarif mis en vigueur par la loi du 25 juin 1920, semblable à celui des années précédentes, soit : 62.50.

Pour le deuxième trimestre, la taxe est établie suivant le nouveau tarif (article 25 de la loi du 22 mars 1924) dans lequel il est seulement tenu compte de la puissance du moteur. Donc, pour votre nouvelle voiture, la cotisation annuelle est calculée comme suit :

36 fr. par C. V. du 1er au 10e, $36 \times 10 = 360$; 44 fr. par C. V. du 11e au 20e, $44 \times 4 = 176$, au total : 536 fr.

Soit pour un trimestre : 134 francs, plus 0.50 de frais.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1744. — Interprétation des articles 51 et 52 de la loi sur les déclarations tardives de revenu.

Je serais très heureux, et d'autres avec moi, d'avoir l'avis de Monsieur Martinot, conseiller fiscal, au sujet de l'interprétation des art. 51 et 52 de la loi fiscale de mars 1924.

L'art. 51 paraît très net et clair : amnistie pour les contribuables qui ont souscrit des déclarations insuffisantes, s'ils rectifient leurs déclarations dans le délai de 6 mois.

Mais l'art 52 ne vient-il pas annuler purement et simplement le bénéfice de l'art. 51 ? car ne pensez-vous pas, avec moi, que 999 sur 1000 de contribuables qui ont fait des déclarations insuffisantes, ont agi dans le but de se soustraire frauduleusement au payement partiel des impôts ?

Cet article 52 ne vise-t-il que l'avenir ? ou concerne-t-il également les contribuables visés par l'art. 50 ? Dans ce dernier cas ce fameux art. 50 n'est plus qu'un attrape-nigaud et fait pour les poires qui ont eu la naïveté de payer une partie de cet impôt, puisque le ministre des finances a reconnu qu'il n'avait été jusqu'ici payé que par les poires.

Je vous serais reconnaissant de me donner une réponse directement ou par la voie du *Concours*, si vous le jugez à propos. Cet impôt se prescrit par 5 ans, n'est-ce pas ? Dans ce cas, les déclarations complémentaires ne devraient comprendre que les

années 1923-22-21-20 et 19 et, peut-être, 1918 si les bénéfices (revenus) de 1923 ne font pas partie des cinq années. Est-ce exact de compter ainsi ? Je crois avoir lu dans le *Concours* que la prescription de 5 ans était prolongée ?

Dr T.

Réponse.

1° L'article 52 vise les contribuables qui, dans le cas de souscrire des déclarations rectificatives, n'en auront pas souscrites et ceux qui, à partir de 1925, produiront des déclarations insuffisantes ou omettront de faire leurs déclarations.

2° On entend par cinq dernières années celles qui suivent l'année de l'imposition. Elles comprennent par conséquent les déclarations de 1919-1920-1921-1922-1923-1924 portant sur les revenus de 1918-1919-1920-1921-1922 et 1923.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1698. — Accident du travail. Evaluation d'incapacité.

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'indiquer le taux « d'incapacité permanente partielle » résultant de la désarticulation de la *dernière phalange petit doigt main gauche*.

Je trouve 4% sur la Pratique médico-chirurgicale d'après Brouardel, or la compagnie d'assurances « ..... » dit : pas d'incapacité du fait de cette désarticulation.

Dr C.

Réponse.

Dans le guide-barème des invalidités, institué par décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, barème appliqué le plus communément aux accidents du travail, la désarticulation de la phalange unguéale du petit doigt gauche donne une incapacité nulle.

D'un autre côté, Imbert, Oddo et Chavernac, auteurs d'un ouvrage apprécié sur l'évaluation des incapacités, donnent comme taux d'invalidité pour cette amputation 1 %.

Dans ces conditions, il est peu probable que votre blessé soit reconnu atteint d'une incapacité permanente et qu'il puisse obtenir l'allocation d'une rente.

1700. — Accident du travail. Evaluation d'incapacité.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

A combien peut-on estimer, à titre d'expertise l'invalidité définitive d'un ouvrier tailleur de pierres

(*Voir la suite page XLIII-1741*)

PROPOS DU JOUR

L'Hygiène et le Médecin praticien

M. le Dr Dequidt, ayant demandé à M. le Dr E. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, quelques mots sur le rôle du médecin hygiéniste à l'heure actuelle pour le premier numéro du *Mouvement sanitaire*, ce dernier a détaché un passage d'une allocution qu'il a prononcée sur ce sujet en juin 1920 à l'Assemblée générale du Comité de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique.

M. le Dr E. Roux, bien qu'étant exclusivement un savant de laboratoire, se rend parfaitement compte des causes qui font qu'en France, il est difficile d'obtenir l'application des mesures d'hygiène. La principale cause est l'individualisme des Français qui se plient mal à la discipline hygiénique dans un but d'intérêt général. Mais, cédons la parole à l'éminent maître qui, du reste, indique bien pourquoi le médecin praticien n'est pas et ne peut pas toujours être le véritable éducateur d'hygiène de la nation :

« Il semble, écrit M. le Dr G. Roux, que les véritables éducateurs d'hygiène de la nation soient les médecins ; ils sont appelés dans les familles, en connaissent les membres ; ils voient la disposition des logements et, mieux que personne, ils peuvent donner des conseils pour leur aménagement hygiénique. Leur devoir est non seulement de soigner les malades, mais aussi de préserver l'entourage. Avec eux, l'hygiène paraît pénétrer partout. Pourquoi, malgré cette action médicale si étendue, l'hygiène des Français reste-t-elle si arriérée ? Nous voici donc amenés à considérer une deuxième cause qui s'oppose jusqu'ici à la propagation de l'hygiène en France.

Les conditions actuelles de la société obligent les médecins à exercer leur profession de façon qu'il leur est malaisé de remplir le rôle d'hygiéniste qui semble naturellement leur revenir. Dans les grandes villes, les maîtres de la science sont des consultants appelés dans les familles seulement dans les circonstances graves. Les médecins de quartier sont obligés de faire chaque jour un grand nombre de visites, de monter beaucoup d'étages ; après avoir examiné le malade et prescrit le traitement, ils ne peuvent donner que sommairement les conseils essentiels de prophylaxie. Ils n'ont pas le temps de montrer comment traiter les linges souillés avant de les livrer à la blanchisseuse, comment désinfecter un crachoir ; leurs indications restent le plus souvent mal comprises... Pour ce qui est du médecin de campagne, moins encore que le médecin de la ville, il dispose du temps nécessaire à la prophylaxie des maladies et à l'instruction hygiénique de ses clients.

Aussi, les médecins ne jouent-ils pas dans la diffusion de l'hygiène le rôle qu'on en pouvait attendre. A ces raisons, une autre s'ajoute qu'il faut bien énoncer, à savoir :

Que le médecin, tel qu'il sort de nos Facultés, n'est pas préparé à des fonctions d'hygiéniste. Jusqu'ici, en effet, l'enseignement de l'hygiène dans les Ecoles de médecine a été surtout verbal. Des visites rapides à un dispensaire, à un sanatorium, à une station de désinfection, aux captages des sources, aux égouts, aux champs d'épandage, aux stations d'épuration des eaux résiduaires, constituent toute l'éducation pratique et, encore, celle-ci n'est-elle possible que dans les villes possédant les organes hygiéniques précités...

L'hygiène de chaque collectivité est traitée à part, comme si la santé de la caserne, de l'école, de l'usine, ne réagissait pas sur celle de la ville, comme celle de la ville sur l'école et la caserne.

L'unité de commandement, aussi nécessaire contre la maladie que contre l'ennemi, n'est pas encore réalisée dans nos services d'hygiène, et voici pourquoi ils obtiennent de si médiocres résultats.

Abattons donc les cloisons, et qu'une même direction inspire enfin nos services hygiéniques. Je trouve très légitime que le Ministre de l'Instruction publique s'inquiète de la santé des écoliers, mais je voudrais qu'il agît d'accord avec son collègue de l'hygiène. Le médecin sanitaire, agent du ministère de l'hygiène, doit, dans chaque circonscription, coordonner les efforts de tous ceux qui s'occupent de la santé publique.

La législation sanitaire de la France est encore incomplète ; tout insuffisante qu'elle paraisse, elle n'est pas sensiblement inférieure à celle de la plupart des nations étrangères ; si elle n'a pas donné les résultats espérés par ceux qui l'ont conçue, la faute en est moins à la loi qu'à la façon dont elle a été appliquée...

La revision de la loi de 1902 est donc nécessaire ; elle fera disparaître les défectuosités dont nous venons de parler et qui ont sérieusement contrarié le progrès de l'hygiène.

Cette revision apportera aussi une modification dans nos services d'hygiène trop bureaucratiques. *Le pire ennemi de l'hygiène est l'hygiéniste bureaucrate qui, n'allant jamais sur le terrain, a tout prévu, tout réglé dans des instructions et des circulaires.*

L'hygiène ne se fait pas à distance ; elle opère au

contact de la population. Le médecin hygiéniste, tel que nous le comprenons, vit près d'elle. *Ne faisant pas de clientèle, il se tient en rapports constants et cordiaux avec les médecins traitants, car il est chimérique de concevoir une organisation de l'hygiène sans la participation des praticiens.* Notre officier sanitaire reçoit les déclarations de maladies transmissibles et intervient lorsque son concours est utile. Il s'entend avec les Commissions administratives pour l'aménagement des hôpitaux, avec les maires pour les mesures de salubrité, l'installation des dispensaires, avec les œuvres charitables pour coordonner leur action, avec les personnes dévouées capables de l'aider à secourir les malades infortunés... »

Quel est le médecin praticien qui ne partage pas absolument sur ce point l'opinion de l'éminent directeur de l'Institut Pasteur ?

Il y a, dans la citation de M. le Dr E. Roux, un passage que nous relevons, c'est celui où il signale la carence de l'Enseignement de l'hygiène dans les Ecoles de médecine françaises : il affirme que cet enseignement a été jusqu'ici surtout verbal. Ce qui est l'exacte vérité.

La rédaction du *Mouvement sanitaire* en est tellement convaincue qu'elle a publié, à la suite de l'allocution du Dr E. Roux, un article sur l'Enseignement de l'hygiène en France, par le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, M. Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, conseiller technique sanitaire. Cet article est des plus intéressants. M. le Pr Léon Bernard y constate que l'enseignement de l'hygiène se donne très différemment en France selon les Facultés, dans des cours ou des conférences où chacune des parties de l'hygiène est traitée de manière assez brève. Ceci, *pour nous*, n'a aucune importance, parce que nous nions toute utilité à un cours *ex cathedra* en matière d'hygiène. Tous les élèves de la Faculté ne pourraient d'ailleurs le suivre, du moins à Paris, et l'étudiant peut plus facilement, s'il le veut, s'instruire en lisant à loisir des traités d'hygiène et des publications spéciales. Comme M. le Dr E. Roux, nous n'avons qu'une médiocre confiance dans les résultats obtenus par un enseignement verbal ou livresque.

Restent les travaux pratiques. M. le Pr Léon Bernard nous apprend qu'ils sont obligatoires dans le régime d'études actuel, et qu'ils sont sensiblement les mêmes dans toutes nos Facultés. Ils ont tous le même caractère, c'est qu'ils sont à peu près inexistants, faute de locaux, de personnel, de crédits. Ceci est pour les étudiants qui sont appelés à devenir les médecins praticiens. Nous sommes donc en droit d'affirmer que l'enseignement de l'hygiène du médecin praticien est des plus rudimentaires en France. Il faut donc qu'il s'instruise lui-même.

Si MM. les professeurs d'hygiène ne sont pas parvenus à organiser leur enseignement d'une façon utile et pratique, faute de moyens, affirme le Pr Léon Bernard, ils sont parvenus, tout au moins à Lyon et à Paris, à organiser un enseignement supérieur pour délivrer un diplôme spécial d'hygiène.

La préparation à ce diplôme se fait d'une façon intensive et rapide, du moins à Paris. En trois mois, avec 85 leçons et 40 séances de manipulations, on apprend aux futurs hygiénistes diplômés « les applications de la chimie à l'hygiène, les analyses des denrées alimentaires, les recherches épidémiologiques, la bactériologie des eaux, etc. » ; les élèves font une trentaine de visites à des établissements publics, des stages dans les cliniques de maladies infectieuses et dans les services d'hygiène de la ville de Paris. Tout cet enseignement est donné en cinq mois. Les résultats nous laissent sceptique, et nous nous permettrons de demander aux chimistes de profession s'ils croient qu'un médecin ou un étudiant dont les connaissances en chimie générale, et encore plus, en chimie appliquée, sont moins que superficielles, surtout cinq ans après les travaux pratiques du P. C. N., peuvent en trois mois être utilement initiés aux applications de la chimie à l'hygiène et faire des analyses de denrées alimentaires ! ! Mais passons : ceci ne concerne pas les médecins praticiens.

Il y a plus de 30 ans qu'on nous répète sans cesse que le médecin doit de moins en moins être un « guérisseur de maladies », mais être de plus en plus un « empêcheur de maladies ». Le Pr Landouzy, dont on a récemment inauguré le médaillon, a répété cette vérité tous les jours de sa vie universitaire avec une obstination maladive. Mais à quel résultat a-t-on abouti par ces manifestations qui furent uniquement verbales ?

M. le Pr Léon Bernard nous fait prévoir des réformes. Il a été chargé d'un rapport préliminaire sur la réorganisation des études d'hygiène. Il veut « que les générations médicales de demain ne soient plus imprégnées des préjugés et imbues des errements qui dressent aujourd'hui un obstacle si regrettable au progrès de l'hygiène sociale ». Si les médecins sont « imprégnés de préjugés et imbus d'errements » (ce qui est d'ailleurs discutable) nous nous permettrons de demander à M. le professeur d'hygiène

de la Faculté de Paris *à qui en incombe la responsabilité.* Nous ne croyons pas que le programme qu'expose M. le Pr Léon Bernard modifie beaucoup la situation actuelle. Le voici, tel qu'il est imprimé dans le *Mouvement sanitaire* :

L'expérience, écrit M. le professeur Léon Bernard, m'a démontré que trente à quarante leçons peuvent suffire à remplir ce programme; la moitié porte sur l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies transmissibles ; c'est l'étude des conditions de cette transmission conduisant à celle des moyens de l'éviter et à la rédaction de ce que j'appelle l'ordonnance prophylactique du médecin. Puis, quelques leçons sur les maladies sociales (tuberculose, syphilis, alcoolisme), sur les problèmes hygiéniques de la vie sociale (alimentation, eaux, eaux usées, habitation, travail, natalité et protection maternelle et infantile) ; enfin sur les fondements de la législation et de l'administration sanitaire française et de la législation sanitaire internationale.

Les travaux pratiques correspondent à ces leçons ; ils comprennent des démonstrations de bactériologie dans les Facultés où il n'y a pas d'enseignement séparé de la bactériologie ; pour les autres, comme à Paris, ces démonstrations bactériologiques sont réduites à l'application des notions d'épidémiologie avec travaux d'enquête, rédaction de rapports, etc... En outre, analyses chimiques sous forme de démonstrations portant sur les aliments, l'eau, le lait, l'air. Enfin, ces travaux doivent être complétés par des visites à des installations de salubrité urbaine (purification des eaux, épuration des eaux, ordures ménagères, station de désinfection), à des établissements d'hygiène sociale (dispensaires, crèches, instituts vaccinogènes), à des musées d'hygiène. Chacune de ces visites est l'occasion, comme chaque démonstration pratique, de petites leçons qui complètent le cours magistral ».

Mais, ne discutons pas ce programme, attendons, pour le faire, la réalisation de l'organisation de cet enseignement et ses résultats ; souhaitons qu'il attende moins longtemps que nous n'avons attendu nous-même pour voir mettre simplement la question à l'étude.

Cependant, les Facultés de médecine, même à Paris, sont capables de progrès et nous en avons des exemples. Nous voulons n'en citer qu'un seul parce qu'il est d'actualité et qu'il nous suffira de l'évoquer pour qu'il revienne précis à toutes les mémoires des médecins de notre âge.

Il y a quarante ans, l'enseignement de l'anatomie était à la Faculté de Paris pour ainsi dire inexistant ; les élèves, qui voulaient s'instruire, devaient le faire par leurs propres moyens à l'amphithéâtre des hôpitaux ou ailleurs. Le professeur Sappey était un savant anatomiste, mais non un organisateur. Survint Farabeuf, celui à qui on a élevé tout récemment une statue bien méritée, et une révolution s'opéra. L'enseignement pratique de l'anatomie créé de toutes pièces, devint populaire chez les étudiants. Mais Farabeuf était un apôtre, il se consacra entièrement, uniquement à sa tâche. Toute sa grande intelligence, toute son activité, tout son dévouement, tout son temps, furent donnés à son enseignement. Admirable opérateur, il eût pu s'adonner à la chirurgie et s'y faire une situation lucrative. S'il eût été ambitieux, avec sa belle intelligence, il eût pu, comme tant d'autres, en négligeant son enseignement, briguer les fonctions les plus diverses et obtenir les distinctions les plus honorifiques. Farabeuf méprisa tout cela : il se borna à remplir sa tâche et eut la satisfaction d'y réussir.

Ce que Farabeuf a fait pour l'enseignement de l'anatomie peut être fait pour l'enseignement de l'hygiène ; il suffit qu'un homme intelligent y consacre toute sa volonté, tout son temps et toute son activité, qu'il fasse dans le domaine de l'hygiène, ce que Farabeuf a fait dans le domaine de l'anatomie, avec le même dévouement, le même désintéressement, le même esprit de sacrifice.

Pour cela, il suffit de trouver un apôtre, mais au XXe siècle, les apôtres deviennent rares.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA VACCINOTHÉRAPIE LOCALE

Ses applications dans la pratique médicale

Par le Dr Georges Drouet.

Dans la prophylaxie comme dans le traitement des maladies infectieuses, la vaccinothérapie prend une place tous les jours plus importante. L'emploi des vaccins se généralise et un engouement universel paraît succéder au scepticisme d'autrefois. Certains succès évidents justifient d'ailleurs pleinement l'emploi d'une méthode de traitement rationnelle et reposant sur des bases scientifiques sérieuses.

Il faut cependant reconnaître que les échecs sont nombreux et que, dans maintes infections, le traitement vaccinal demeure inopérant, qu'il soit appliqué à titre curatif ou à titre préventif.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner que, de tous côtés, des efforts soient tentés pour obtenir de la vaccination des résultats meilleurs et plus réguliers que ceux constatés jusqu'à maintenant.

Un premier progrès a été réalisé en utilisant dans la préparation des vaccins des méthodes nouvelles, susceptibles d'accroître le pouvoir immunisant du vaccin, tout en diminuant son pouvoir toxique (vaccins sensibilisés de Besredka, vaccins coli-soude de Mauté, etc.).

Mais c'est surtout sur la meilleure manière d'administrer les vaccins que les recherches ont porté en ces dernières années, et que les résultats les plus importants ont été obtenus. En particulier, la substitution de la vaccinothérapie locale à la vaccinothérapie générale jusqu'ici à peu près uniquement employée, a permis d'immuniser l'organisme contre certaines infections qui s'étaient jusqu'alors montrées rebelles à la vaccinothérapie.

Dans cette courte revue générale, écrite pour le praticien, nous nous proposons d'exposer aussi clairement et aussi brièvement que possible l'état actuel de cette question de l'immunisation locale qui, tous les jours, prend une plus grande importance, et qu'il n'est plus permis à un médecin instruit d'ignorer.

Théorie de Besredka sur l'immunité et l'immunisation locale.

La vaccinothérapie locale n'est certes pas une chose nouvelle. Sans qu'ils s'en soient doutés, tout comme M. Jourdain faisait de la prose, les médecins ont fait depuis des siècles de la vaccinothéravie locale en pratiquant, d'abord la variolisation, puis la vaccination jennérienne des sujets qu'ils voulaient immuniser. De même, il y a déjà de nombreuses années que Lumière a préconisé l'ingestion par la bouche du vaccin antityphoïdique pour immuniser l'organisme contre les fièvres typhoïdes.

Mais ces modes de vaccination, différents des procédés actuels, n'étaient pas la conséquence logique d'une conception théorique particulière. Ils étaient quelque peu empiriques. C'est seulement depuis les travaux de Besredka sur l'immunité et l'immunisation locale que les vaccinations, par la voie cutanée ou digestive, ont pris leur véritable signification en pathologie générale (*Bulletin de l'Institut Pasteur* des 30 juin et 15 juillet 1922, des 31 mars et 15 avril 1924).

Pour Besredka, chaque organe a sa personnalité propre, anatomique, physiologique et pathologique. En particulier, les infections microbiennes se fixent électivement sur certains organes, sur certaines cellules dites réceptives. Par exemple, la bactéridie charbonneuse, les germes de la vaccine, de la variole, affectionnent la peau ; les microbes du groupe typho-paratyphique, et les bacilles dysentériques se fixent surtout sur la muqueuse intestinale.

Il est logique de penser que les organes qui sont particulièrement sensibles à une infection donnée soient aussi les plus aptes à créer l'immunité.

Et de fait, l'expérience montre qu'il en est ainsi.

Prenons l'exemple de la vaccine, dont la peau, comme nous venons de le dire, est l'organe de prédilection pour son développement.

Si, à un lapin, on injecte du virus vaccinal dans les muscles ou dans le péritoine, en prenant garde de ne pas infecter la peau, on ne peut immuniser l'animal contre l'inoculation de la vaccine. Si, au contraire, le virus est injecté dans la peau, on rend facilement le lapin réfractaire à toute inoculation ultérieure. La peau seule, à l'exclusion des autres tissus, s'est montrée susceptible de conférer des propriétés immunisantes.

Par cet exemple, on comprend que la voie d'introduction des vaccins n'est pas indifférente, et que, dans les maladies infectieuses où un organe est lésé d'une manière élective et prépondérante, il y a avantage à faire pénétrer le vaccin dans l'organe sensible — la peau, dans le cas particulier de la vaccine.

Cette théorie de Besredka sur l'immunisation locale a déjà été l'objet de nombreuses applications pratiques dans la vaccinothérapie des maladies infectieuses, tant à titre prophylactique qu'à titre curatif.

VACCINATION LOCALE PRÉVENTIVE.

Maladies de la peau.

Nous venons de dire que le plus bel exemple de vaccinothérapie locale est représenté par la *vaccine*, maladie essentiellement cutanée où l'immunisation est obtenue depuis plus d'un siècle par l'inoculation du germe dans la peau. Personne ne discute plus aujourd'hui l'efficacité remarquable de la vaccination jennérienne.

Un autre exemple de vaccination préventive par la peau est celui du *charbon*.

Chez l'homme, le charbon, on le sait depuis longtemps, est d'abord et avant tout une maladie cutanée. C'est par la peau que la maladie se transmet le plus habituellement, et qu'elle débute ; l'infection générale survient secondairement.

Chez les animaux de laboratoire, Besredka a montré qu'il en est de même, et que les cobayes ne peuvent être infectés que si le charbon est inoculé dans la peau. Si, par un artifice quelconque, on introduit le virus charbonneux dans la veine ou le péritoine sans infecter la peau, on constate que l'animal offre au virus une indifférence complète. Seuls, ne meurent que les cobayes dont la peau a été inoculée par le virus charbonneux,

Ainsi, chez l'animal comme chez l'homme, la peau se trouve être l'organe réceptif, sensible au charbon. Pour obtenir l'immunisation, il faudra donc, selon la théorie de Besredka, introduire le vaccin par la peau.

De fait, de nombreuses preuves ont été données par Besredka lui-même, puis par d'autres auteurs, qu'il est en effet possible, par la vaccination cutanée, d'immuniser préventivement contre le charbon de nombreuses espèces animales. Ainsi le cobaye, qui passait pour être un animal invaccinable à l'égard du charbon, a pu être immunisé très facilement et d'une manière solide par cutivaccination (Besredka). Le lapin (Baltéanu, Plotz), le cheval (Brocq, Rousseu et Urbain), la vache (Vallée), ont également pu être immunisés contre le charbon par ce même procédé.

Besredka pense même qu'il n'y a pas d'autre moyen de vacciner les animaux contre le charbon. Si, d'après lui, Pasteur a obtenu les merveilleux résultats que l'on sait en vaccinant les moutons par la voie sous-cutanée, c'est grâce à l'aiguille de la seringue qui, en creusant un canal entre le tissu cellulaire et la peau, permettait à une partie du vaccin de rebrousser chemin et de se déposer sur les cellules réceptives de la peau. La vaccination sous-cutanée des moutons, telle qu'elle est pratiquée depuis Pasteur, ne serait donc en réalité qu'une cutivaccination involontaire.

Jusqu'à maintenant, la vaccination préventive contre le charbon n'a pas reçu d'application chez l'homme. Nous ne croyons pas non plus que cette vaccination ait déjà été essayée à titre curatif chez des malades atteints de charbon. Le sérum anticharbonneux, dont l'efficacité est d'ailleurs réelle, est resté seul employé jusqu'à présent.

Maladies de la muqueuse intestinale.

La *dysenterie* bacillaire offre un exemple remarquable de maladie localisée à la muqueuse intestinale. Celle-ci est à ce point l'organe réceptif que, si l'on injecte dans les veines d'un lapin l'agent de la maladie, le bacille de Shiga-Flexner, celui-ci, au bout de 24 ou 48 heures, n'est plus retrouvé que dans le seul appareil intestinal, depuis la vésicule biliaire jusqu'au cæcum. Le sang et aucun autre organe que l'intestin n'hébergent de bacilles.

Partant de cette constatation que la muqueuse intestinale est l'organe sensible dans la dysentérie bacillaire, Besredka en est venu à penser que, pour être efficace, la vaccination antidysentérique devait être appliquée sur la muqueuse digestive elle-même. Faisant avaler à des souris et à des lapins des cultures dysentériques tuées, il constata que ces animaux acquéraient en peu de temps une immunité solide vis-à-vis du virus dysentérique vivant. Les cellules réceptives de l'intestin, après avoir subi une fois le contact de l'endotoxine dysentérique, étaient immunisées.

A l'inverse de la vaccination locale anticharbonneuse, la vaccination locale antidysentérique a déjà reçu un commencement d'application chez l'homme.

Ch. Nicolle (Académie des Sciences, 13 mars 1922), ayant vacciné deux personnes par l'ingestion buccale de cultures dysentériques tuées par la chaleur, inocula 18 jours après ces deux personnes par l'ingestion buccale de virus dysentériques vivants. Les deux sujets restèrent indemnes, tandis que deux témoins non vaccinés ayant absorbé le même virus contractèrent la maladie.

Une expérimentation en grand de ce même procédé de vaccination a été faite en Grèce par M. Aimé Gautier, commissaire de la Société des Nations (Académie de médecine, 15 janvier 1924 (1). 30.000 vaccinations par la voie digestive ont été pratiquées sans incident. Un centimètre cube de vaccin était absorbé chaque matin à jeun pendant 3 jours de suite. Or, les individus vaccinés ont été tous immunisés pour toute la période estivo-automnale. On a constamment observé l'arrêt rapide et complet des épidémies dans les groupements de réfugiés stables et faciles à surveiller. Dans un camp de 4.800 réfugiés, où s'étaient produits 400 cas de dysenterie à Flexner avec 50 décès, la vaccination des 2/3 des habitants a mis fin à l'épidémie dans ce groupe, tandis qu'elle continuait dans le dernier tiers, donnant 159 nou-

(1) Le très intéressant et très long rapport de la Commission des épidémies en Grèce a été publié *in extenso* par Gautier dans la *Grèce médicale* de janvier-février 1924.

veaux cas de diarrhée ou de dysenterie dans les deux mois suivants.

Une expérimentation semblable a été faite chez des soldats par Anglade (Société de biologie, 16 février 1924). Une épidémie de dysenterie bacillaire très sévère s'étant déclarée dans la garnison de Versailles en juillet 1923, et les mesures de prophylaxie habituelles n'ayant apporté qu'une amélioration légère à cette situation inquiétante, un essai limité fut tenté de vaccination par le procédé de Besredka. Dans une même unité, on releva 40 % de cas de dysenterie bacillaire chez les non vaccinés, contre seulement 7.6 % chez les sujets vaccinés.

Des faits semblables ont été observés à Pétrograd par Antonowsky (Société de biologie, 1er mars 1924).

Les brillants résultats obtenus par Nicolle, par Aimé Gautier, par Anglade et par Antonowsky sont d'autant plus intéressants que la vaccination de la dysenterie par la voie sous-cutanée est impossible chez l'homme, en raison de l'intensité des réactions phlegmoneuses au point d'injection.

Les *fièvres typhoïde et paratyphoïdes* sont un autre exemple de maladies localisées à l'intestin. Il en est du bacille d'Eberth comme du bacille de Shiga ; si on injecte des bacilles typhiques dans la circulation générale ou sous la peau d'un animal de laboratoire, le virus est retrouvé rapidement dans l'intestin, et on n'en peut bientôt plus déceler que là. Aussi, ne faut-il pas s'étonner, conclut Besredka, si la vaccination antityphique se montre efficace lorsqu'elle est pratiquée par la voie digestive.

De nombreux essais de vaccination *per os* ont déjà été tentés avec succès en ces dernières années.

En dehors des observations rapportées par Aug. Lumière qui, le premier, préconisa la voie buccale pour la vaccination antityphique, il faut particulièrement citer les expérimentations en grand qui ont été faites dans le Pas-de-Calais et au Prytanée militaire de la Flèche.

Dans le Pas-de-Calais, Vaillant, en 1921, appliqua la méthode de Besredka qui consiste en l'absorption successive pendant trois jours d'une pilule de bile et d'un comprimé de vaccin (la pilule de bile n'ayant pour but que d'irriter l'intestin et permettre l'absorption facile du vaccin). Sur 193 personnes vaccinées par la voie sous-cutanée avec le vaccin T. A. B., il a été constaté 4 cas de fièvre typhoïde, survenus dans les 10-15 jours après la vaccination. Le reste de la population fut soumis à la vaccination par la voie buccale au moyen de vaccin bilié : sur 1236 personnes ainsi vaccinées, il n'a été enregistré que 2 cas, bénins d'ailleurs, de fièvre typhoïde, survenus dans les 10 jours ayant suivi l'ingestion de vaccin.

Au Prytanée militaire de la Flèche où une épidémie de fièvre typhoïde s'était déclarée en avril 1923, les élèves furent tous vaccinés : 253 par la méthode sous-cutanée ; 268 avec le vaccin bilié de Besredka en ingestion. L'épidémie continua pendant 20 jours sur le premier lot avec 10 cas d'infection typhoïde. Elle s'arrêta au 11e jour dans le second cas qui ne présenta que 5 cas de fièvre typhoïde.

Si des objections ont pu être faites quant à la valeur démonstrative de ces expériences (dans le cas du Prytanée, l'eau suspecte n'était plus absorbée par les élèves), il semble qu'on puisse accepter pour concluante l'expérience récemment faite en Grèce par Aimé Gautier, Blanc et Abousselam. Sur l'ensemble de la population de trois villages, il y eut arrêt brusque et complet de l'épidémie après vaccination par voie buccale. Sur 3.440 vaccinés par ce procédé, on a constaté 5 typhoïdes post-vaccinales, toutes survenues durant la période négative, après quoi, aucun cas n'est apparu dans les trois mois suivants. (Académie de médecine, 15 avril 1924.)

Le *choléra* peut aussi être considéré comme une maladie de l'intestin. Le vibrion cholérique jouit en effet d'un entérotropisme tout à fait semblable à celui des bacilles de la dysentérie et des affections typhoïdiques. Aussi, est-on en droit de supposer qu'une vaccination locale intestinale puisse être effective contre le choléra au même titre que contre la dysenterie et les fièvres typhoïdes. Cette entéro-vaccination a été réalisée avec succès chez les animaux de laboratoire par Masaki , Glosoff, Golovanoff. Chez l'homme, des essais ont été tentés en Russie sous la direction de Tarrassevitch. Nous n'en connaissons pas encore les résultats.

A propos du choléra comme à propos des fièvres typhoïdes, faisons remarquer que la possibilité de vacciner par la voie digestive n'exclut pas la possibilité de vacciner par la voie hypodermique. On sait avec quel succès cette voie a été employée au cours et depuis la guerre. tant pour le choléra que pour les fièvres typhoïdes. Si l'immunisation contre ces affections peut être réalisée par les deux procédés, c'est, nous semble-t-il, parce que les fièvres typhoïdes, comme le choléra, sont *des maladies mixtes*, c'est-à-dire des maladies infectieuses qui, tout en se localisant de préférence sur un organe déterminé, l'intestin, intéressent cependant à un plus ou moins haut degré d'autres organes et d'autres tissus. Ainsi la fièvre typhoïde frappe couramment le tube digestif, mais elle touche aussi d'autres viscères ; elle est autant une maladie sanguine générale qu'une maladie intestinale. Courtois-Suffit, Bourgeois et Garcin, dont l'expérience est grande en matière d'affections typhoïdes, ont même indiqué dans un travail récent que la diarrhée, les hémorragies et les perforations intestinales ne s'observent plus aussi souvent qu'autrefois chez les typhiques. Le fait que, dans les fièvres typhoïdes comme dans le choléra, l'immunité vaccinale puisse être obtenue par une autre voie que la digestive, ne saurait donc en rien infirmer les théories de Besredka sur la nécessité de faire pénétrer les vaccins par l'organe sensible. A une maladie mixte, vaccination mixte.

En terminant ce chapitre de la vaccinothérapie locale préventive, signalons que des essais ont été

faits qui permettent de supposer que *la vaccination par voie buccale* est également efficace contre la *fièvre méditerranéenne* (Nicolle et Conseil) *et la peste* (Leger et Baury).

VACCINATION LOCALE CURATIVE.

La vaccination qui, autrefois, était surtout employée dans le but de prévenir les maladies, a vu son champ d'action s'étendre en ces dernières années au traitement des maladies déclarées. L'efficacité de cette vaccination curative dans maintes affections microbiennes n'est plus à démontrer.

Cependant, il faut bien le dire, à côté de succès réels, il y a de très nombreux insuccès.

Or, pour Besredka, ces insuccès sont souvent dus à ce que les vaccins ne sont pas toujours appliqués comme ils devraient l'être. Au lieu de rechercher une immunisation générale en injectant les vaccins sous la peau, en un point quelconque de l'organisme, il y a intérêt à provoquer l'immunisation de l'organe malade, du tissu sensible, en injectant le vaccin localement, là où siège la maladie.

En application des doctrines de Besredka, de nombreuses tentatives de vaccination locale curative ont été faites dans les affections les plus variées. Nous allons les passer successivement en revue.

Maladies de la peau.

La vaccination locale, dans les affections de la peau, a déjà été plusieurs fois employée par Mlle Bass (staphylococcies cutanées), par Jaubert (acné polymorphe infectée). Ce dernier auteur a encore récemment publié une belle observation de vaccinothérapie intradermique à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie du 10 janvier 1924. Il s'agissait d'un cas d'*onyxis et périonyxis* à colibacilles, affection très tenace et présentant une résistance remarquable à tous les traitements locaux et généraux habituellement employés. Comme la guérison définitive semblait difficile à s'établir, malgré l'injection répétée d'autovaccin sous la peau de la région scapulaire, Jaubert injecte dans les doigts, aussi près que possible des lésions, une petite quantité (1/4 de cmc.) de vaccin. « Les réactions locales sont vives, mais sont suivies utérieurement d'une grande amélioration. Les ongles repoussent rapidement, ils sont unis, lisses et résistants. L'action de cette méthode thérapeutique semble être plus rapide et plus efficace que les injections pratiquées dans un territoire éloigné des lésions ».

Maladies de l'intestin.

Au cours des maladies aiguës infectieuses de l'intestin, les essais de vaccination locale ont été plus nombreux. La *dysenterie bacillaire* en particulier a été l'objet d'une large expérimentation en Grèce de la part de Aimé Gautier (Académie de médecine, 15 janvier 1924). Pendant l'épidémie de dysenterie dont nous avons déjà parlé plus haut, Aimé Gautier a constaté que l'administration de vaccins antidysentériques par la voie buccale donnait d'excellents résultats curatifs, non seulement dans les cas de dysenterie bacillaire, bactériologiquement ou cliniquement diagnostiquée, mais encore dans les entérites aiguës, diarrhées simples, et même dans certains cas de dysenterie chronique : 1453 malades ont été ainsi traités. La guérison a été de règle en deux, trois, quatre jours, sans adjonction d'aucun autre agent médicamenteux.

Plaies infectées, lymphangites, etc.

Mlle Bass et MM. Soupault et Brouet (*Presse médicale* du 16 janvier 1924) ont traité une trentaine de malades atteints d'infections diverses, et plus spécialement d'infections à staphylocoque, streptocoque et pyocyanique. Ils ont agi, soit par simple pansement avec des compresses imbibées de vaccin, soit par instillation de fortes quantités de vaccin dans la plaie, soit par injections intradermiques en couronne circonscrivant la région infectée (cutivaccination en nappe). Ils sont ainsi parvenus à guérir des *lymphangites* étendues et graves, des fistules pleurales, ostéomyélitiques, etc. En particulier, ils ont soigné une dizaine de malades qui présentaient des ostéomyélites fistulisées par intermittence, séquelles d'anciennes fractures ouvertes, la plupart par projectiles de guerre. « Tous, venus à l'occasion d'une poussée aiguë avec collection purulente, ont guéri avec « rapidité, plus rapidement qu'on est accoutumé à « l'observer en pareil cas. Quand l'os était dénudé et « directement au contact de la plaie, aucun grattage, « aucune résection n'a été nécessaire. Enfin les phénomènes inflammatoires ont disparu dès les premiers jours d'une façon frappante non seulement « à la superficie, mais encore au niveau de l'os « dont le gonflement douloureux n'était plus appréciable à travers les parties molles ».

Infections utérines.

Mutermilch et Lavedan ont employé le pansement microbien local pour combattre, dans les cancers du col de l'utérus, les infections secondaires qui entravent le traitement radiologique. Parmi les germes isolés dans ces infections, il existe souvent un streptocoque contre lequel les injections sous-cutanées de stock ou d'auto-vaccin restent sans effet. Par l'application de pansements avec une culture du même streptocoque âgée de 48 heures, tuée par un chauffage à 60°, les auteurs de la méthode obtiennent une stérilisation complète de la lésion cancéreuse en 15 jours. (D'après Breton et Grysez. Les vaccinations locales, *Echo médical du Nord*, 19 janvier 1924.)

Mlle Bass, dans le service du professeur Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, a obtenu des résultats semblables dans les cancers utérins infectés.

Lévy-Solal, Simard et Leloup ont eu l'idée de traiter de la même façon *l'infection puerpérale* de l'utérus. Appelés à traiter au 3e jour un cas d'infection puerpérale grave à streptocoque hémolytique, sans rétention placentaire, ils ont obtenu une guérison rapide par application, dans la cavité utérine, d'un tam-

ponnement serré saturé d'un filtrat de culture de streptocoque en bouillon. (Société de biologie du 23 février 1924.)

Infections urétrales, blennorrhagiques, staphylococciques, etc.

Des essais de traitement de l'*urétrite blennorragique* par les mêmes procédés ont été tentés par de nombreux auteurs. Le vaccin, généralement polymicrobien, est appliqué localement en instillations dans l'urètre (Bruschettini, Delater) (1), ou bien il est injecté à raison d'une goutte de vaccin concentré sous la peau du prépuce ou du fourreau (G. Voronoff), ou bien il est injecté sous la peau de la région hypogastrique, à proximité des organes génitaux (Goldenberg, Tansard).

Il n'a pas encore été publié, que nous sachions, de résultats prouvant nettement la supériorité de cette méthode d'application des vaccins antigonococciques sur celle habituellement employée jusqu'ici. Mais ce que nous en avons entendu dire, par les expérimentateurs de la méthode, laisse espérer que très prochainement, la vaccinothérapie locale, enfin mise au point, supplantera la vaccinothérapie générale dans le traitement des affections gonococciques. Déjà Tansard l'emploie d'une manière exclusive (*Presse médicale* du 12 avril 1924.)

Infections oto-rhino-laryngées.

La vaccination locale a déjà été appliquée par Rebattu et Langeron au traitement de l'ozène, affection rebelle entre toutes. Ils en ont obtenu des résultats très satisfaisants qu'ils ont consignés dans le *Journal de médecine de Lyon.*

Infeetions oculaires.

En thérapeutique oculaire, Carrère a utilisé tantôt des stock-vaccins, tantôt des autovaccins, qu'il a employés en instillations ou en pansements. Il vient de rapporter à la Société d'ophtalmologie de Paris (séance du 15 mars 1924) 4 observations (dacryocystite, phlegmon du sac lacrymal, ulcère à hypopion, blépharite ulcéro-croûteuse) dans lesquelles des résultats très remarquables ont été obtenus avec une grande rapidité.

Infections buccales, pyorrhée alvéolaire.

Les infections bucco-dentaires, et plus spécialement la pyorrhée alvéolaire, sont certainement les affections où la vaccinothérapie locale curative a été employée sur la plus grande échelle. C'est aussi dans ces maladies que les plus beaux résultats ont été obtenus.

Préconisée il y a 3 ans par Goldenberg pour combattre la pyorrhée alvéolaire, la vaccinothérapie locale est devenue aujourd'hui d'un emploi courant en stomatologie.

(1) L'excellente revue générale de Delater sur l'immunité et la vaccinothérapie locale est à lire en entier. (*Presse médicale* du 2 janvier 1924).

Dans la *pyorrhée alvéolaire*, le vaccin employé, polymicrobien et à concentration très élevée, est injecté par gouttes, au moyen d'une seringue spécialement graduée, sous la muqueuse gingivale, au regard des articulations alvéolo-dentaires malades. Très rapidement, au bout de 4 ou 5 injections, les gencives reprennent leur aspect normal et la suppuration alvéolaire se tarit.

Les guérisons obtenues par cette méthode de traitement atteignent un pourcentage très élevé, 90 % à 96 % (Frison, de Libouton, Valadier, Friteau, Wielhorsky, Lebedinsky, etc.)

Si l'on songe que la pyorrhée alvéolaire passait jusqu'à maintenant pour être une maladie rebelle à toute thérapeutique, on conçoit l'importance du progrès réalisé (Goldenberg : Le traitement de la pyorrhée alvéolaire, par la vaccinothérapie gingivale, théorie et pratique, *Revue odontologique*, janvier 1924.)

Dans les *infections bucco-dentaires*, indépendantes de la pyorrhée alvéolaire, de beaux résultats ont été également obtenus par différents auteurs (Lebedinsky, Duchange, etc.)

Duchange, en particulier, estime que l'utilisation des vaccins comme préventifs est indiquée dans tous les cas d'extraction dentaire laborieuse, lorsqu'on craint l'apparition secondaire d'abcès ou d'ostéo-périostite. Tous les cas qui s'annonçaient mal se sont résolus normalement après simple emplissage de la plaie alvéolaire de quelques gouttes du vaccin de Goldenberg. « La douleur post-opératoire, écrit Duchange, qui n'est souvent qu'une douleur provoquée par une épine osseuse lacérant un périoste déchiqueté, disparaît plus vite qu'avec les analgésiques chimiques, parce que ceux-ci ne font que de la thérapeutique symptomatique, tandis que l'instillation vaccinale active l'évolution des séquestres, expulse les débris par prolifération des éléments de comblement et fait de l'esquillectomie naturelle, ce qui élimine les seules causes d'irritation et de la douleur. C'est là de la thérapeutique étiologique ». (*Semaine dentaire*, 9 mars 1924.)

***

Le long exposé que nous venons de faire des maladies susceptibles de bénéficier de la vaccinothérapie locale montre l'importance déjà prise en médecine par une méthode de vaccination basée sur des conceptions pathogéniques nouvelles.

En dehors de son intérêt pratique évident, cette nouvelle méthode d'immunisation présente aussi un intérêt scientifique considérable.

Entre autres choses, elle a démontré une fois de plus ce que maints travaux modernes nous ont déjà appris, à savoir que l'acquisition de l'immunité n'est pas nécessairement sous la dépendance des réactions humorales qui accompagnent l'introduction du virus (pouvoir agglutinant, index opsonique,

etc.) En effet, l'immunité obtenue par la vaccinothérapie locale malgré sa solidité, ne s'accompagne généralement pas de l'apparition dans les humeurs des « anticorps » que l'on est accoutumé d'y rencontrer après l'application de la vaccinothérapie sous-cutanée.

Les divers processus qui conduisent à l'immunité sont demeurés très obscurs jusqu'à ce jour. Peut-être l'expérience de la vaccinothérapie locale nous fera-t-elle pénétrer plus avant dans le mystère, que sont encore pour nous la réceptivité et l'immunité de l'organisme à l'égard des maladies infectieuses.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les thyroïdites aiguës suppurées.

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Si les thyroïdites aiguës non suppurées sont d'observation relativement banale, car vous avez pu en suivre vous-mêmes ici un certain nombre de cas, il est infiniment plus rare de se trouver en présence de formes suppurées, et je n'en veux pour preuve que le petit nombre de cas qui ont pu être jusqu'ici rapportés dans la littérature médicale : dans une thèse inspirée en 1914, par l'un de nos maîtres, M. le professeur Dambrin, on ne put grouper, en effet, que 26 observations.

Nous venons d'avoir la bonne fortune d'en voir évoluer un cas dans notre service ; aussi, me paraît-il tout à fait indiqué d'en profiter pour étudier avec vous ces complications inflammatoires. Les thyroïdites aiguës suppurées qui s'observent à la suite de différents états morbides, grandes pyrexies, affections du tube digestif, des voies respiratoires, etc., ont une évolution d'ordinaire assez bénigne, mais qui peut, sous l'influence de diverses conditions, et, en particulier de la virulence ou de l'association microbienne, présenter un caractère de gravité tout particulier, comme vous pouvez en juger, quand je vous rapporterai l'observation d'un malade que j'ai eu l'occasion de voir pendant la guerre. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'inflammations évoluant sur des glandes primitivement saines et non atteintes de dégénérescence goitreuse.

Voici d'abord l'histoire du malade que vous avez eu sous les yeux.

Jean C., âgé de 25 ans, a été hospitalisé au début du mois de septembre pour fièvre typhoïde. Cet homme, qui n'avait jamais subi de vaccination antityphoïdique, était au 5e jour de la maladie, qui sembla au premier abord devoir évoluer normalement sans complications : j'ajouterai que le séro-diagnostic, fait le lendemain de son entrée, fut positif.

Cette dothiénentérie suivait donc son cours habituel, et la défervescence avait commencé à se manifester, quand le 2 octobre (au 25e jour de la maladie), Jean C. se plaignit de ressentir une légère douleur au niveau du cou. Le médecin chargé du service des contagieux examina la région incriminée, et, ne découvrant rien d'anormal, prescrivit l'application de compresses humides et chaudes. Cette thérapeutique suivie pendant quelques jours ne calma pas cependant le malade, qui continua à accuser des douleurs au niveau de la région thyroïdienne, douleurs qui s'irradiaient vers la région latérale droite jusque dans l'oreille.

Puis, la zone sous-hyoïdienne commença à présenter une légère tuméfaction en même temps que les phénomènes douloureux devenaient plus intenses, s'accompagnant de toux, de dyspnée, d'expectoration spumeuse, de dysphagie, et que la température descendue à 37,3, remontait à 39,2.

Cet état de chose se continua pendant 6 jours, et le 8 octobre, comme le malade ne présentait aucune amélioration, je fus prié de venir l'examiner. Je constatai alors, au niveau de la partie antérieure de la base du cou, une tuméfaction assez bien localisée, siégeant surtout du côté droit, n'empiétant que très légèrement vers la ligne médiane, et suivant les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx pendant la déglutition. La peau était rouge, chaude, luisante, et sur cette tumeur, très douloureuse au toucher, la palpation mettait nettement en évidence de la fluctuation.

Comme il ne pouvait s'agir que d'une inflammation abcédée du corps thyroïde, une seule thérapeutique pouvait être légitimement suivie, à savoir l'incision et le drainage de la collection purulente, ce qui fut fait le jour même. Le malade fut engourdi par quelques bouffées d'éther et le phlegmon ouvert au bistouri. Il s'écoula une petite quantité de pus de couleur jaune-verdâtre, dont une partie fut recueillie dans une pipette stérilisée en vue d'examen bactériologique.

La cavité purulente, du volume d'une noix, qui occupait le lobe thyroïdien droit, fut ensuite lavée à l'eau oxygénée et drainée à la gaze.

Les suites de cette petite intervention furent des plus normales, et 15 jours après, tout était cicatrisé ; mais le malade qui entrait à ce moment en convalescence de sa dothiénentérie, présenta dans la suite une deuxième localisation infectieuse, un phlegmon du périnée, qu'il fallut également inciser.

L'examen bactériologique, fait au laboratoire, montra qu'il s'agissait d'un pus contenant du bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Telle est, Messieurs, l'histoire très résumée de cette thyroïdite suppurée dont vous avez pu suivre l'évolution, qui vous a donné un fort bel exemple de ce que certains auteurs ont désigné sous le nom de forme éberthienne, et qui, se bornant à des troubles de compression, entraîne un pronostic empreint d'une grande bénignité. Il n'en est pas cependant de même pour toutes les complications inflammatoires suppurées de la glande thyroïde ; certaines s'accompagnent de phénomènes généraux particulièrement graves ainsi que de troubles sécrétoires de dysthyroïdation, comme vous allez pouvoir vous en rendre compte en m'entendant vous rapporter maintenant ce cas, que j'ai observé pendant la guerre et dont je vous parlais il n'y a qu'un instant ; là, l'infection a été beaucoup plus marquée, l'intoxication de l'organisme bien plus profonde, les lésions beaucoup plus étendues, et pendant quelques jours, j'ai redouté de voir survenir une issue fatale.

Le 2 décembre 1918, Adrien B., âgé de 35 ans, était évacué du 282e régiment d'artillerie lourde sur l'hôpital complémentaire 45 de Sézanne, pour une grippe à forme thoracique dont le début remontait à environ 7 jours. Il fut soigné dans un des services de médecine avec la médication accoutumée et tout portait à croire que la guérison surviendrait sans aucune complication, quand, le 23 décembre au matin, le malade commença à accuser une légère douleur dans la partie antérieure de la base du cou. Dans les jours suivants, cette douleur, d'abord assez diffuse, ne tarda pas à se localiser plus spécialement du côté gauche, en s'accompagnant d'une tuméfaction notable de la région.

Comme le traitement médical institué ne produisait pas grand résultat, et que les symptômes fonctionnels devenaient plus aigus, je fus prié, le 29 décembre, de venir examiner le malade, et voici ce que je constatai.

Il existait sur toute la partie latérale gauche du cou un empâtement diffus occupant tout l'espace compris entre le rebord du maxillaire et la clavicule, empiétant en avant sur la ligne médiane et s'étendant en arrière jusqu'au niveau de la nuque. Toute la région était chaude, tendue, très douloureuse au moindre contact ; la mobilisation était presque impossible et la tête était penchée en avant, inclinée du côté gauche. La face présentait un aspect congestionné, il y avait de la mydriase avec un peu d'exophtalmie et de tachycardie ; le malade était en proie à une dyspnée intense avec cornage, toux quinteuse accompagnée d'expectoration spumeuse ; la dysphagie était considérable, presque absolue, et la bouche légèrement entr'ouverte laissait écouler une salive abondante. La température était de 39,5, le pouls à 110 ; rien à signaler du côté du poumon, si ce n'est un peu de congestion des bases ; les autres appareils fonctionnaient normalement.

Etant donnés les différents symptômes observés, je n'ai pas pensé me trouver en présence d'une adénite sterno-mastoïdienne, d'un adéno-phlegmon carotidien, d'un torticolis inflammatoire, ou d'un phlegmon périhyoïdien, et les caractères de la tumeur, qui se mobilisait avec le larynx au moment de la déglutition, m'ont permis une localisation exacte du foyer inflammatoire. Il s'agissait vraisemblablement dans ce cas d'un foyer infectieux survenu au niveau du lobe gauche de la glande thyroïde au cours d'une affection grippale. La palpation rendue assez difficile, étant données les douleurs accusées par le malade au moindre contact, et l'œdème considérable, qui occupait toute la région en la déformant, ne me permit pas de percevoir de fluctuation, mais, d'après l'allure de la maladie, et l'intensité marquée des symptômes réactionnels, il était bien certain que l'on devait se trouver en présence d'une thyroïdite suppurée pour laquelle un seul traitement, le traitement chirurgical, était rationnel. Le malade fut donc immédiatement dirigé dans mon service, et une heure plus tard, je procédais à l'ouverture de la collection purulente.

Sous anesthésie générale à l'éther, je fus obligé d'inciser une épaisse couche de tissu lardacé avant de pouvoir arriver sur le lobe gauche de la glande thyroïde considérablement augmentée de volume et pointant légèrement en avant. Une fois que la coque de l'abcès eut été ouverte avec la pointe de la sonde cannelée, il s'écoula un pus de couleur brunâtre, pus mal lié, grumeleux, contenant des débris sphacélés et répandant une très mauvaise odeur. On aspira avec une pipette stérilisée quelques gouttes de ce liquide purulent ; puis, j'agrandis aux ciseaux l'ouverture de la poche, afin de pouvoir l'explorer plus commodément et réaliser ultérieurement un meilleur drainage. Je trouvai alors une cavité anfractueuse, qui offrait les dimensions d'une petite pomme, remplie de tissu en voie de nécrose dont la plus grande partie fut assez facilement enlevée ; mais, je fus obligé de laisser en place un certain nombre de débris, car ils adhéraient encore assez intimement aux parois de la loge qui était creusée en plein lobe gauche thyroïdien. Je fis alors un grand lavage à l'eau oxygénée et je plaçai un gros drain à la partie inférieure de l'incision, que je me gardai bien de refermer et que je laissai au contraire largement ouverte sous des compresses humides.

Les suites opératoires immédiates ne furent pas très bonnes, car pendant plusieurs jours, le malade eut du délire, alors que la température restait très élevée, oscillant entre 38,5 et 39,7. Mais, grâce aux lavages à l'eau oxygénée, répétés plusieurs fois par jour, et aux injections intra-musculaires de lantol, un mieux sensible finit par se déclarer vers le 5 janvier. La température se mit à décroître régulièrement, la tuméfaction, qui avait persisté jusqu'alors, diminua d'intensité, l'élimination des débris sphacélés devint plus active, et la plaie commença à présenter un aspect plus satisfaisant.

On assista ainsi petit à petit à la régression des différents symptômes, le malade fut autorisé à se lever vers le 25 janvier, et le 10 février, il partait en convalescence complètement guéri.

L'examen du pus, fait au laboratoire de la 6e région, à Châlons, révéla la présence de pneumocoques et de streptocoques.

En résumé, je me suis donc trouvé en présence de deux cas de thyroïdites aiguës suppurées, dont les caractères tant anatomiques que cliniques, ont essentiellement différé. Dans le premier cas, il s'est agi en effet de complications locales d'une fièvre typhoïde se traduisant par la formation d'abcès, d'abord au niveau du corps thyroïde, puis dans la région périnéale, et il a suffi d'une simple incision pour amener une guérison rapide. Dans l'autre cas, au contraire, j'ai rencontré une véritable thyroïdite gangréneuse, fait assez rare, dont la nature doit être vraisemblablement due à l'agent infectieux. Les cultures ont, en effet, dénoté l'existence de pneumocoque et de streptocoque, et c'est à cette association microbienne qu'il convient de rapporter la gravité des lésions, ainsi que l'intensité des phénomènes réactionnels observés.

Les thyroïdites aiguës suppurées, bien que pouvant apparaître à tout âge, s'observent presqu'exclusivement à l'âge adulte, entre 20 et 45 ans, sans que l'on puisse noter aucune influence quelconque de sexe ; on a voulu attribuer, comme causes susceptibles de favoriser l'infection de la glande, une certaine importance à différents facteurs tels que les chocs, les efforts, le froid ; pour ma part, je suis bien persuadé que leur action, si tant est qu'elle existe, n'est que des plus minimes, et que l'infection microbienne est bien la seule et unique cause qui puisse entraîner la production de semblables lésions.

Ces microbes, dont nous verrons la nature dans un instant, ne se fixent d'ailleurs jamais d'emblée sur une thyroïde saine, chez un individu sain ; aussi, convient-il de reconnaître qu'il n'existe pas de *thyroïdites primitives* au sens précis du mot. Elles sont toujours *secondaires* à une atteinte première de l'organisme, qu'il s'agisse d'une maladie du tube digestif (angine), de l'appareil respiratoire (grippe, pneumonie), d'une infection générale (fièvre typhoïde, diphtérie), d'une septicémie (infection puerpérale), ou encore d'une fièvre éruptive (rougeole, coqueluche) elles ne constituent en somme qu'une complication.

Quant à l'agent microbien, il ne peut que varier, étant nécessairement en rapport avec l'affection causale : c'est ainsi que l'on a rencontré, dans le pus de ces thyroïdites, du pneumocoque, du streptocoque du staphylocoque et du bacille d'Eberth. Je vous rappellerai à ce sujet, qu'en ce qui me concerne, dans le premier cas, il s'agissait de bacille d'Eberth, et dans le second, d'une véritable association microbienne de pneumocoque et de streptocoque, fait qui n'avait pas encore été signalé. J'ajouterai qu'il se pourrait bien que dans certains cas d'origine septicémique ou pyohémique, ayant présenté une évolution particulièrement rapide, où la maladie n'a eu que quelques jours de durée et s'est terminée par la mort, on soit en droit d'incriminer l'action d'anaérobies.

Pas quelles voies l'infection a-t-elle pu se produire ? Il semble assez naturel, étant données les différentes affections causales, que l'on soit en droit d'accuser la voie sanguine et principalement la voie artérielle qui, d'après les recherches de Roger et Garnier, et de Bérard, serait la plus suivie, bien que dans certaines lésions des voies respiratoires supérieures, l'infection puisse également se propager par la voie veineuse.

Je n'insisterai pas longtemps sur les lésions que peut présenter la glande thyroïde ; son volume est toujours très augmenté, s'étendant parfois depuis le maxillaire jusqu'au sternum ; habituellement, un seul lobe est atteint et lorsque les deux lobes sont pris, ils ne le sont que l'un après l'autre ; ce n'est que dans les infections très virulentes que toute la glande est prise d'emblée.

La thyroïde enflammée est entourée d'une capsule très épaissie ; généralement une de ses parties seule entre en suppuration, le reste présente uniquement des lésions de congestion. L'abcès se forme au centre d'une couche de parenchyme rouge violacé, soit au milieu même de la glande, soit à sa périphérie ; le plus souvent, il est unique, et peut atteindre des dimensions assez considérables, mais dans d'autres cas, tout le lobe thyroïdien peut être le siège de petits abcès disséminés irrégulièrement.

Je ne crois pas non plus devoir revenir bien longuement sur la symptomatologie de ces thyroïdites, vous en ayant déjà donné les traits essentiels, et je me bornerai à vous signaler que, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, ou suivant l'affection causale, on a cru devoir décrire toute une série de formes cliniques. C'est ainsi que, tenant compte de l'évolution, on a distingué des formes suraiguës, aiguës et subaiguës ; que suivant l'acuité de certains symptômes, on a individualisé des formes suffocantes et des formes gangréneuses, et enfin que, d'après leur origine, on a reconnu des formes typhiques, post-pneumoniques et puerpérales. Ces dernières modalités ne présentent assurément pas toutes la même évolution et ne comportent donc par conséquent pas le même pronostic : souvenez-vous que les formes typhiques et post-pneumoniques paraissent plutôt bénignes, sauf dans le cas d'association microbienne, et que les thyroïdites puerpérales présentent au contraire une très grande gravité.

Le diagnostic des thyroïdites aiguës suppurées n'offre pas en général de bien grandes difficultés.

La douleur particulière, l'attitude de la tête, le picotement de la gorge, la gêne de la respiration et surtout la dysphagie pourront en imposer pour une *angine aiguë*, la tuméfaction cervicale représentant l'adénite sterno-mastoïdienne ; ces signes, joints à l'empâtement de la région cervicale, surtout lorsque ce dernier est latéral, comme dans les cas où un seul lobe est pris, pourront faire penser à un *adéno-phlegmon carotidien, à un torticolis inflammatoire*, à un *phlegmon périhyoïdien* ou à un *phlegmon large du cou*.

Mais bientôt la tuméfaction de la glande, sa forme

qui rappelle celle de la thyroïde normale, et ce fait que la tumeur se meut avec le larynx au moment de la déglutition permettront une localisation exacte du foyer inflammatoire et affirmeront le siège thyroïdien. Les troubles de la sécrétion, que l'on observe dans bon nombre de cas, aideront cette localisation.

Il restera ensuite à savoir quelle est l'affection de la thyroïde. Les antécédents, les conditions d'apparition de la tuméfaction, les douleurs feront écarter les *formes discrètes congestives de la thyroïde* que l'on voit chez les rhumatisants et les paludéens et les *congestions réflexes* de la menstruation. On éliminera également les *congestions d'effort* et les *thyroïdites toxiques* à la suite d'ingestion de phosphore, d'iode, d'iodure de potassium. Le diagnostic peut être un peu plus délicat avec le *cancer aigu des jeunes sujets* où la progression est rapide, l'adhérence précoce, et les douleurs très vives : l'évolution permettra, en général, de distinguer l'une de l'autre ces deux affections, mais parfois, il sera nécessaire de faire une ponction.

Enfin, il faudra se rendre compte si la thyroïdite est suppurée, question parfois assez difficile à résoudre, car la fluctuation est assez rarement, ou en tous cas, très tardivement perçue. Quand il y a du pus, la peau est plus rouge, plus œdématiée, l'empâtement est plus grand, les douleurs plus vives ; mais parfois, dans le doute, il est nécessaire de faire une incision exploratrice, qui n'offre pas grand inconvénient, car il est moins dangereux d'inciser proprement une glande qui ne contient pas de pus, que de le laisser fuser à distance, aller perforer la trachée ou l'œsophage, ou entraîner l'ulcération des gros vaisseaux du cou.

Il conviendra aussi de ne pas négliger le diagnostic étiologique, qui commande en quelque sorte le pronostic. En général, la maladie causale permettra de voir quelle est l'origine et la nature de la thyroïdite, mais parfois, cette cause n'apparaît pas, et c'est alors le laboratoire qui pourra seul faire le diagnostic.

Je serai assez bref sur le traitement à suivre, car il est bien évident que dans les thyroïdites suppurées, une seule conduite est indiquée, l'incision de la collection purulente. Et, à ce sujet, je pense que si dans quelques cas de petits abcès bien localisés, l'évacuation du pus par simple ponction a pu amener une guérison complète, dans la majorité des cas, c'est à une véritable incision qu'il faudra avoir recours. On pourra assurément, lorsqu'il ne s'agira que d'un seul coup de bistouri à donner, se contenter de l'anesthésie locale, mais dans les cas plus graves, où la recherche du corps thyroïde, par suite de la tuméfcaction de la région cervicale, sera plus malaisée, il conviendra, étant donnée la simplicité de la narcose à l'éther et surtout sa parfaite innocuité, de recourir à l'anesthésie générale.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Des diverses épreuves d'exploration fonctionnelle du foie.

Les signes cliniques, qui peuvent renseigner sur le fonctionnement du foie, sont si inconstants et si infidèles, exception faite des cas de grande insuffisance hépatique, que, de bonne heure, on s'est adressé au laboratoire, dans l'espoir d'y trouver des indications plus sérieuses ; nombreux ont été les procédés proposés, mais leur valeur est bien inégale ; trois ou quatre d'entre eux seulement offrent une garantie suffisance, et encore toute relative.

En effet, dit E. Aubertin, on peut dire qu'il n'existe pas à proprement parler de fonctions hépatiques, mais seulement des fonctions organiques générales : fonctions hémoclasique, protéique, hydrocarbonée, biliaire, antithermique et autres, dans lesquelles sans doute le foie joue son rôle, rôle même primordial pour beaucoup d'entr'elles, rôle exclusif pour aucun. Or, les diverses méthodes employées, prises isolément, ne peuvent déceler, et encore dans la mesure où les procédés qu'elles utilisent sont suffisamment exacts, que des troubles survenant dans l'une quelconque de ces fonctions générales. Il ne peut y avoir quelque vraisemblance à rapporter à une déficience du foie le trouble observé, que si plusieurs présomptions de cette sorte, s'additionnent par la mise en évidence de perturbations portant sur plusieurs fonctions générales, où le foie joue un rôle prépondérant.

Certaines épreuves fournissent, par rapport aux autres, des résultats toujours discordants ; elles ne sauraient être prises en considération. D'autres, au contraire, en petit nombre, sont plus concordantes entre elles, ce sont les seules à retenir dans la mesure où elles donnent des résultats analogues chez le même malade. Ce sont l'*urobilinurie*, l'*albumosurie*, l'*élévation du coefficient de Clogne-Derrien* ou d'*imperfection uréogénique*, et la *réaction de Hay* (basée sur la précipitation de la fleur de soufre, les sels biliaires abaissant la tension superficielle de l'urine).

Rappelons que le coefficient de C. Derrien tient compte seulement d'élément sur lesquels le foie peut agir ; c'est un rapport entre l'azote formol

(azote des acides aminés et des sels ammoniacaux) et l'azote hypobromite (correspondant à peu près à l'azote uréique). Ne dépassant pas normalement 5 chez les malades au régime lacté, 6 chez ceux au régime lacto-végétarien, et 7 pour les régimes ordinaires, son élévation constitue un des meilleurs signes d'insuffisance hépatique.

Cette conclusion restreint de beaucoup la notion, si communément répandue, des insuffisances hépatiques dissociées opposées à l'insuffisance hépatique globale. (*Le Bulletin médical*, 29 mars 1924.)

La sérothérapie anti-poliomyélitique.

Du fait que le virus poliomyéliqtique est un virus filtrant et invisible, localisé dans le névraxe des animaux malades, — le sérum antipoliomyélitique est préparé suivant un mode un peu différent de celui employé pour les sérums, mais voisin de celui utilisé pour la vaccination contre la rage. On inocule au cheval une émulsion de moelle épinière de singe, ayant succombé à l'infection, suivant la méthode du Pr Pettit (de l'Institut Pasteur).

Le traitement sérothérapique doit être aussi précoce que possible. Pour un adulte de 70 kgr. voici la posologie schématique :

1er jour : 10 cc. par voie intra-rachidienne (après prélèvement d'une égale quantité de liquide céphalo-rachidien), puis 3 injections espacées, intra-musculaires, de 10 cmc. chacune.

2e, 3e et 4e jour : 40 cmc par jour, dont 20 cmc dans la masse sacro-lombaire, et 20 sous la peau,

Soit en tout : 160 à 120 cmc.

Pour les enfants, l'administration doit être réglée proportionnellement au poids.

Dans les cas suraigus, le bloquage est immédiat, et dans les 48 heures avec 80 cmc. de sérum par voie hypodermique, une ébauche de mouvement est déjà apparente, l'amélioration est rapide dès le 5e jour, le malade marche au 12e jour et la *restitutio ad integrum* est obtenue (Pr Etienne).

Dans les cas aigus, la marche devient possible le 8e jour.

Dans les formes moins brutales, l'action sérothérapique est moins rapide. La longue durée de la maladie ne doit pas faire désespérer ni déconseiller le traitement.

Les doses employées par le Pr Etienne, par voie sous-cutanée, ont été de 260 cmc. dans les cas suraigus, et dans les cas subaigus de 120 à 240 cmc par voie intra-veineuse.

La thèse de Stéfanopoulo, inspirée par le Pr Pettit, aidera à faire connaître cette nouvelle sérothérapie, si utile en pratique courante. (*J. des Praticiens*, 29 mars 1924.)

Etude séméiologique sur l'égophonie.

L'égophonie, minutieusement décrite par Laënnec, était indiquée comme signe pathognomonique d'épanchements pleuraux moyens, et immanquable dans ceux-ci pendant des périodes évolutives déterminées.

Aujourd'hui, on la décrit avec 2 ou 3 qualificatifs stéréotypés (voix nasillarde, chevrotante, etc.), et c'est en passant seulement qu'on la donne comme signe, en quelque sorte accessoire (rare ou peu sûr) de l'épanchement pleural. Reprenant l'histoire et la description complète de ce signe, le Pr G.-L. Sacconaght (de Brescia) le fait mieux connaître et lui rend toute sa valeur diagnostique.

A l'auscultation de la voix pectorale, dans les épanchements pleuraux, on aperçoit avec une certaine fréquence, associé au son de la voix pectorale articulée (quel qu'il soit), un bruissement adjoint de ton aigu (appelé par l'auteur *épéchèse oxytonique*) à prononciation à peu près de S doux ou dur — bruissement léger (comme chuchoté), subtil, pas pénétrant, pas métallique, se rapprochant du bourdonnement des moustiques. Dans les cas typiques (qui sont la minorité) il est nettement distinct du son synchrone de la voix pectorale articulée de laquelle il suit le rythme syllabique avec un peu de prolongement On a l'impression que le son articulé provient de la transmission de la voix à travers le tissu pulmonaire condensé et les liquides de l'ensemble de l'arbre bronchique, tandis que l'épéchèse oxytonique proviendrait d'une transmission identique au travers des ramifications même de l'arbre bronchique comprimées, qui extrairaient de la voix pectorale cet oxyton correspondant à la tonalité propre de la dite partie de l'arbre respiratoire. Dans d'autres cas, l'épéchèse n'est pas entendue séparément, mais est intimement liée, en combinaison dissonante, au son de la voix articulée. Ce qui, d'ailleurs, donne les sons indiqués par Laënnec, de « porte-voix métallique », de « roseau fêlé », de « mirliton », de « polichinelle », c'est la voix pectorale articulée, elle-même plus ou moins nasillarde, tremblotante, etc. Si, de la combinaison ne jaillit pas clairement l'épéchèse oxytonique, par dissonance, on ne peut affirmer la présence d'un épanchement, d'ailleurs avec plus ou moins de sûreté, suivant que le phénomène est plus ou moins clair.

L'épéchèse oxytonique est donc *l'élément essentiel* de l'égophonie. (*J. de médecine et chirurgie pratiques*, 26 février 1924.)

La pathologie anténatale de la fécondation à côté maturité fœtale.

Au moment de la *fécondation*, l'ivresse, les narcotiques, peuvent être incriminés. Si, lors de la *blastula*, l'œuf est influencé par une cause pathogène, si l'état de la muqueuse n'est pas propice pour la nidation, il peut en résulter un dommage, une malformation pour le nouvel être.

Durant la *phase embryonnaire*, qui dure six

semaines chez l'homme, prend place la *tératologie* : un organe ne se différencie pas, n'apparaît pas en totalité, ne s'accroît pas, s'accroît démesurément ; une portion d'organe s'enclave dans un organe voisin, etc. Les causes de la tératologie, ainsi que le précise fort bien le Dr VIGNES, sont une maladie germinale qui poursuit son évolution ou une cause actuelle physique, chimique (déficit de substances chimiques indispensables à la croissance, à l'organogénèse, à l'édification du squelette); toxique dans les tentatives d'avortement.

Enfin à la *période fœtale*, ce sont des maladies semblables à celles de l'adulte (variole), ou ressemblant à celles de l'adulte mais ayant des caractères spéciaux du fait de l'état jeune des tissus (syphilis) ; ce sont encore des maladies propres au fœtus (rein polykystique), de la chétivité ; les causes microbiennes ou chimiques agissent par voie transplacentaire. Il y a aussi les causes mécaniques (compression, coup), ou physiques (radium). A noter encore qu'une alimentation non satisfaisante peut devenir un facteur morbide pour le fœtus. (*Le Progrès médical*, 29 mars 1924.)

Diététique de la tuberculose.

« Une bonne alimentation, proclame M. MOURIQUAND, est peut-être notre meilleur moyen de lutte contre la tuberculose... La sous-alimentation doublée de la carence alimentaire en est un des facteurs essentiels... » qu'il s'agisse de sous-alimentation individuelle (sténoses œsophagienne, pylorique, dyspepsies, entérites, avec leurs régimes exclusifs) ou collective.

La suralimentation est, par voie de conséquence, le moyen principal de lutte antibacillaire. Elle est globale ou qualitative. La première vise à l'engraissement systématique des malades ; elle y réussit souvent sans que les lésions en soient modifiées. La suralimentation qualitative utilise surtout les aliments connus comme jouissant d'un pouvoir anti-bacillaire. La viande crue, et surtout son jus, sont renommés à cet égard (Ch. Richet). Les minéraux, calcium et phosphates, sont la base même de la méthode de Ferrier, en s'associant à un régime qui supprime directement ou indirectement les acides, facteurs de déminéralisation.

Ce n'est pas tant un excès d'aliments qu'un excès de calories que réclame le tuberculeux. « Celles-ci seront systématiquement demandées à tous les aliments et non à une seule catégorie d'aliments. On n'admettra pas les régimes exclusifs. » Donc, albumines largement calculées, corps gras représentés par le beurre frais et cru, hydrates de carbone dispensés de large façon, alcool exceptionnel et modérément.

Sur ces principes, l'auteur examine successivement tous les genres d'aliments, posant d'abord comme règle que leur préparation sera aussi simple que possible, en tenant compte des goûts propres à chaque sujet. Viandes de boucherie saignantes ; abats modérément ; volailles rôties ou bouillies copieusement (sauf oie, canard, gibier, charcuterie surtout pour les dyspeptiques) ; viande crue (mouton ou cheval : 50 à 150 gr. par jour) ; poisson grillé ou bouilli ; œufs : 3 à 4 par jour ; lait bouilli et ses dérivés ; corps gras : beurre frais, crème fraîche ; huile de foie de morue ; farineux et légumineuses, excellents aliments pour le tuberculeux ; fruits crus et fruits secs, fruits cuits, sans abus ; comme boisson : vin rouge ou blanc, bière, eaux bicarbonatées calciques.

Les tuberculeux feront quatre repas par jour, deux grands et deux petits, avec une longue et suffisante mastication. Après les grands repas, repos d'une heure, avec application de compresses chaudes sur l'estomac.

Certaines manifestations pathologiques complémentaires de la tuberculose demandent une alimentation sélectionnée : telles sont la dyspepsie, la toux émétisante, la diarrhée, la constipation et les hémoptysies. (*Lyon médical*, 8 juin 1924.)

L'eczéma infantile et l'opothérapie thyroïdienne.

L'eczéma infantile est souvent conditionné par une alimentation défectueuse. Mais, il est surtout fonction de prédispositions individuelles, telles que celles que crée l hérédo-syphilis. Celle-ci agirait indirectement, en lésant les glandes endocrines. Pour M. BEZY, il y a relation de cause à effet entre les dysthyroïdies et la dermatose en question. De là à mettre en œuvre un traitement thyroïdien, il n'y avait qu'un pas, que M. Bezy a franchi, en prescrivant à un enfant eczémateux, par jour, cinq milligrammes de thyroïdine. Le résultat aurait été satisfaisant.

Et de conclure :

Au milieu de la forêt d'hypothèses qui ont été invoquées à la source de l'eczéma infantile, il semble qu'il en est une dont le bien fondé s'affirme dans un certain nombre de cas. Cette hypothèse ne s'applique qu'à des malades nettement déterminés, soit qu'il s'agisse de grands thyroïdiens, soit, ce qui est le cas le plus fréquent, que l'on se trouve en présence de petits malades, chez qui l'on soit en droit de soupçonner à quelques signes plus ou moins discrets un hypofonctionnement de la glande thyroïde. A condition de se limiter à ce cadre bien déterminé, la thérapeutique endocrinienne de l'eczéma infantile est indiquée et donnera des résultats généralement consolants. Elle n'exclura pas la surveillance de l'alimentation et on pourra sans doute l'associer avantageusement soit à l'opothérapie pancréatique selon la méthode de Rueda, de Buenos-Ayres, soit à un traitement spécifique, chaque

fois que le dysfonctionnement glandulaire paraîtra relever de telle origine. (*Toulouse médical*. 15 mai 1924.)

Corps étranger traumatique ayant séjourné huit mois dans l'orbite.

Observation curieuse de MM. Didier et Lescaux, relative à un blessé dans un accident d'automobile, qui présente une grosse plaie faciale périorbitaire gauche, suturée immédiatement la nuit par un médecin appelé d'urgence. Des troubles visuels étant constatés, huit mois plus tard, un examen radiologique de la région montre un corps étranger pris pour une esquille. Au cours de l'intervention subséquente, l'esquille présumée est un double morceau de bois, provenant du garde-boue de la voiture, cause de l'accident. Guérison complète.

A retenir : 1° l'indication, au moment de suturer de telles plaies, de songer aux corps étrangers possibles ; 2° la tolérance parfaite d'un corps étranger certainement infecté, mais limitée dans le temps, et suivie d'un réveil tardif d'infection ; l'utilité du radiodiagnostic en pareil cas. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1er juin 24.)

La sérothérapie dans la pneumonie et la broncho-pneumonie.

MM. Etienne et Braun ont traité plusieurs cas de pneumonie franche et de bronchopneumonie par la sérothérapie par le sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur (Cotoni). Ils administraient en général 80 cmc. assez précocement et renouvelaient l'injection à la dose de 60 cmc. deux ou trois fois.

Ils ont noté habituellement une action manifeste qui s'est traduite, tantôt par une défervescence brusque, tantôt par une descente en lysis précoce, tantôt par une défervescence précoce suivie d'un retour à une phase d'état écourtée.

Si les lésions locales n'ont pas été influencées, par contre, l'état général a été toujours amélioré, et des pneumoniques délirants, excités, ont été calmés dans les douze heures qui ont suivi la première injection.

Il y a donc un intérêt pratique à employer la sérothérapie dans les infections pneumococciques, pneumonies et broncho-pneumonies, aussi précocement que possible; sans attendre que des symptômes de gravité de cette infection se manifestent. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril 24.)

Remarques sur le traitement de l'éclampsie.

Deux grands courants se partagent le traitement de l'éclampsie. L'un, formé par la méthode expectative, aboutit à l'association de la saignée copieuse et de la narcose, selon l'enseignement de MM. Stroganoff et Zweifel. L'autre, fait d'intervention, et répondant à la méthode dite active, évacue l'utérus de son contenu par l'accouchement forcé, débarrassant la mère de l'enfant qui serait la cause de l'intoxication dont elle est atteinte.

M. Essen-Moeller professe que ces deux méthodes sont incertaines, que le pronostic ne peut être sûrement posé, et que l'issue dépend plutôt de la gravité du cas que du traitement mis en œuvre.

Pour lui, c'est le traitement de l'éclampsisme plutôt que celui de l'éclampsie qui doit être préconisé.

Ce traitement est baptisé en Suède « prophylaxie active », et il consiste à interrompre la grossesse, pour soustraire la mère à l'éclampsie menaçante.

Sur 101 cas observés par lui, 28 fois l'accouchement fut spontané, et 73 fois, provoqué : aucune femme ne succomba ; la mortalité infantile, par rapport aux enfants vivants avant l'intervention, n'a été que de 14,4 %.

A l'objection qu'on pourrait faire que l'intervention n'était pas toujours nettement indiquée, et que les femmes auraient peut-être guéri spontanément, il répond que : « pour ces cas, il faut se fier au jugement et à la conscience de l'accoucheur qui les a observés, et qui a eu la conviction qu'ils étaient des cas très graves. » (*Bruxelles méd.*, 5 juin 24.)

Tumeur embryonnaire de l'utérus, myxochondrome.

Cette tumeur, qui avait détruit une partie de la paroi antérieure de l'utérus, disent MM. G. Durante et H. Roulland, paraît avoir évolué en trois ans, en déterminant des hémorragies de plus en plus importantes. Une hystérectomie abdominale totale, malgré l'absence de ganglions pelviens, n'empêcha pas une récidive qui survint quatre mois après dans la cicatrice.

Histologiquement, il s'agit d'un tissu embryonnaire type dont les cellules ramifiées dessinent un réseau délicat. Ces cellules se tassent par place pour former des nodules dans lesquels on peut voir tous les stades de l'évolution chondrale et la transformation de ces éléments en cellules cartilagineuses encapsulées, perdues dans une substance fondamentale ayant la réaction de la chondrine.

Les auteurs ont pu réunir 14 observations de tumeurs embryonnaires de l'utérus contenant du cartilage. On les interprète jusqu'ici comme provenant de portions de protovertèbres entraînées par le développement progressif des canaux de Wolff.

Les tumeurs embryonnaires constituent un groupe très spécial, non seulement par leur caractère histologique, mais aussi par leur point de départ aux dépens d'éléments arrêtés dans leur évolution avant d'avoir atteint l'état adulte.

Tandis que les tumeurs provenant de tissus adultes, lorsqu'elles perdent leurs caractères primordiaux, affectent des transformations *régressives* ten-

dant à la disparition de la différenciation, les tumeurs d'origine embryonnaire affectent au contraire des transformations *progressives* évoluant vers une plus complète différenciation.

La classification des tumeurs embryonnaires a été jusqu'ici trop purement *morphologique*, d'où les confusions entre néoplasmes n'ayant entre eux que des analogies apparentes. Il importe de distinguer celles qui naissent de débris embryonnaires appartenant *au porteur*, de celles qui proviennent d'un autre embryon *greffé sur le porteur*.

La structure du néoplasme varie selon que ces éléments ont cessé d'évoluer :

a) A une époque où ils ne sont encore orientés vers aucune différenciation ;

b) A une époque où ils constituent des feuillets plus ou moins spécialisés ;

c) Enfin chez le fœtus, lorsqu'ils font partie d'organes en voie d'évolution.

Pour tenir compte de ces points importants dans la pathogénie de ces tumeurs, les auteurs proposent la *classification* suivante des *tumeurs embryonnaires.*

A) Par *hétéro-greffe* : germe provenant d'un autre embryon greffé.

1° *Congénitales* : tumeurs par inclusion (père du sujet), embryomes tératoïdes, kystes dermoïdes.

2° *Acquises* (enfant du sujet), môle, déciduome, tumeurs parthénogénétiques.

B) Par *auto-greffe* : germes provenant du porteur.

1° *Type indifférencié* : tumeurs plasmodiales.

2° *Type blastodermique* avec différenciation *tissulaire* :

Tumeurs simples : conjonctive, nerveuse, glandulaire, cutanée.

Tumeurs complexes : branchiales, embryomes, tératoïdes.

3° *Type fœtal* avec différenciation *organique* : anomalies et tumeurs évoluant sur ces anomalies (rein polykystique). (*La Gynécologie*, mars 1924.)

Les Sociétés Savantes

Sur les centres prophylactiques de la rougeole et de la coqueluche.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine*, 10-6-1924.)

Revenant sur la communication de M. Debré relative à la création de centres prophylactiques de la rougeole et de la coqueluche, M. Léon Bernard demande à l'Académie de s'associer à cette suggestion. De pareils centres d'application des sérums de convalescents ont été déjà organisés à Munich par Dekwitz, aux Etats-Unis et en Angleterre. Notre pays, à qui l'on doit cette découverte de Nicolle, dit M. Léon Bernard, ne saurait demeurer en arrière à ce sujet.

Féminisme pilaire.

(MM. Achard et Thiers. — *Académie de médecine*, 10-6-1924.)

Il y a quelques années, MM. Achard et J. Thiers ont décrit, sous le nom de *virilisme pilaire*, une anomalie du système pileux chez la femme, qui consiste en un développement anormal des poils, à type masculin (poils au visage). Ils ont montré que, chez les femmes à barbe, l'insuffisance glycolytique et le diabète étaient fréquents.

Aujourd'hui, les mêmes auteurs signalent un phénomène inverse chez l'homme : l'homme sans poils au visage, l'homme à système pileux féminin ; le féminisme pilaire.

Le malade qu'ils ont observé se présente en effet avec les caractères pilaires de la femme : visage glabre, chevelure abondante, région sternale également glabre. Les poils du pubis ont la disposition féminine: ils forment un triangle à base supérieure nettement limitée, configuration habituelle du sexe féminin, au lieu du losange masculin à angle remontant le long de la ligne blanche.

Ce féminisme pilaire s'accompagne de quelques autres caractères féminins : rondeur des formes, gynécomastie, etc. Les organes génitaux de cet homme sont peu développés : verge petite, testicules réduits. Aucun signe d'hypothyroïdie et pas d'obésité vraie (pas de syndrome adiposo-génital). Il s'agit en somme, d'une sorte d'atrophie génitale, de cause inconnue, ayant entraîné une inversion des caractères sexuels secondaires, du féminisme pilaire principalement.

La cirrhose alcoolique du foie chez la femme.

(MM. E. Sergent et J. Pignot. — *Académie de médecine* ; 10-6-1924.)

M. Chauffard attirait dernièrement l'attention sur l'augmentation de fréquence, depuis la guerre, de la cirrhose alcoolique chez la femme. M. Sergent confirme cette observation du professeur Chauffard. Dans son service de la Charité, il a pu réunir, en 1922-1923, 14 cas de cirrhoses hépatiques concernant 9 femmes et 5 hommes. Si l'on compare ces chiffres avec ceux d'avant-guerre, on trouve un véritable renversement des proportions.

Radiographie cinématographique du cœur.

(MM. A. Lomon et Comandon. — *Académie de médecine* ; 3-6-1924.)

A côté de la radioscopie et de la radiographie, se place, pour les viscères mobiles, comme le poumon et le cœur, une troisième technique : la cinématogra-

phie. Pour le cœur, par exemple, elle permet de projeter les mouvements de cet organe et de les étudier autant de fois qu'on le désire.

La radiographie cinématographique en question n'est pas chose très aisée. Il faut prendre des photographies à la vitesse de 16 à la seconde. MM. Lomon et Comandon y sont parvenus.

Un nouveau type de gastroscope (à fil conducteur).

(M. Bensaude.— *Académie de médecine* ; 3-6-1924.)

Il existe deux variétés principales de gastroscopes : ceux à vision directe, comme l'œsophagoscope et le rectoscope ; ceux à vision indirecte, comme le cystoscope.

M. Bensaude présente un instrument d'un nouveau type, qui est à fil conducteur. Il fait précéder l'introduction du gastroscope d'un fil de guidage terminé par une olive. L'inconvénient est d'allonger un peu la longueur de l'appareil, mais la différence n'est pas bien grande si l'on utilise, comme le fait l'auteur, la position génu-cubitale, au lieu de la position couchée. Cette position, recommandée par Sternberg, a l'avantage de rapprocher l'estomac de l'œil de l'observateur, et de dégager le cardia.

Syncope anesthésique : injection intra-cardiaque d'adrénaline.

(M. Ch. Lenormant.— *Société de chirurgie* ; 12-3-24.)

Dans les syncopes anesthésiques graves, on tend de plus en plus à intervenir directement sur le cœur, par massage et par injection d'adrénaline. C'est un cas de ce genre que rapporte M. Lenormant. Il concerne une femme de 47 ans, opérée sous-rachianesthésie, qui fit une syncope brusque, avec arrêt du cœur et de la respiration. La respiration artificielle, la caféine, l'éther, l'huile camphrée, étant restés sans effet, M. Lenormant se décida à pratiquer au bout de cinq minutes une injection intra-cardiaque d'adrénaline. Rapidement, le cœur se ranima et la malade guérit.

— M. Lardennois pense que, dans les accidents après rachianesthésie, il est rare qu'il s'agisse de syncope vraie. On observe plutôt le trouble bulbaire qui se manifeste d'abord ordinairement par des arrêts respiratoires. Si l'aide qui est à la tête du malade a quelque expérience, il frotte vigoureusement les joues de l'opéré, lui commande de faire de fortes inspirations et le danger est conjuré.

Voici, d'autre part, un fait dont a été témoin M. Lardennois. Il opère, sous rachianesthésie, une femme de 77 ans. A la fin de l'opération, se montrent des phénomènes graves. La malade est froide, la cornée ternie, les bruits du cœur non entendus. La situation paraît san s issue quand on pratique une injection d'adrénaline dans la veine céphalique. La femme sort aussitôt de sa torpeur et elle est aujourd'hui bien portante.

— M. Mauclaire se demande si, au cas de laparotomie, il n'y aurait pas avantage à faire l'injection intracardiaque en passant par le diaphragme.

Comparaison des méthodes dérivant de la réaction de Bordet-Wassermann.

(MM. Gastou et Béthoux. — *Société de dermatologie et syphiligraphie* ; 14-2-1924.)

M. Gastou, directeur de laboratoire général de l'hôpital Saint-Louis, a fait des recherches sur la valeur diagnostique comparative des méthodes dérivant du Bordet-Wassermann. Son étude porte sur un millier de cas. Il a trouvé des concordances et des discordances, ces dernières assez nombreuses. La technique de Vernes lui a paru intéressante et simple, mais insuffisante pour les syphilis suspectées ou présumées.

Alopécie diffuse tertiaire.

(M. Milian. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 14-2-24.)

M. Milian est convaincu que la syphilis tertiaire est capable de produire des alopécies diffuses, avec ou sans séborrhée. Il en rapporte une observation, et demande l'avis de M. Sabouraud.

— M. Sabouraud répond ne pas connaître d'alopécie diffuse syphilitique, sauf à la période secondaire. L'alopécie de la malade de M. Milian est un type séborrhéique dont on peut faire la preuve par l'empreinte au papier de soie et la recherche du microbacille. L'alopécie séborrhéique est spontanément intermittente et peut s'arrêter, d'elle-même, après n'importe quel traitement.

— M. Milian recherchera néanmoins l'effet de la médication spécifique chez sa malade. Si elle est efficace, le rôle de la séborrhée devra-t-il être maintenu ?

Polyurie hérédo-syphilitique.

(MM. Apert et Kermorgant. — *Société de Pédiatrie.* 18-3-1924.)

Les relations du diabète insipide et de la syphilis sont à l'ordre du jour. MM. Apert et Kermorgant versent aux débats une observation de syndrome adiposo-génital et de polyurie hypophysaire chez un hérédo-syphilitique. Le traitement opothérapique hypophysaire, associé au traitement anti-syphilitique, a amené une très notable diminution de la polyurie. Le syndrome adiposo-génital a été modifié moins rapidement, ce qui n'a rien d'étonnant.

— M. Lereboullet signale que l'action de l'hypophyse est surtout efficace par voie hypodermique.

L'analyse chimique du lait maternel.

(MM. L. Ribadeau-Dumas et Fouet. — *Société de Pédiatrie* ; 18-3-1924.)

L'analyse chimique du lait maternel, à laquelle on avait assez souvent recours jadis, dans les allaitements difficiles, est une méthode aujourd'hui tombée un peu en désuétude. Mérite-t-elle véritablement cet abandon ?

MM. Ribadeau-Dumas et Fouet ont soigné un enfant de 8 mois, élevé au sein maternel qui, à partir du deuxième mois, cessa de croître régulièrement, eut un eczéma généralisé et de l'œdème facial. Son aspect était celui d'un nourrisson mis prématurément à un régime hydrocarboné exclusif. L'analyse chimique du lait de la mère montra qu'effectivement ce lait contenait une quantité excessive de lactose et une proportion de graisse et d' albumine insuffisante. Nourri au lait de vache, l'enfant recouvra la santé, en même temps que l'œdème facial et l'eczéma disparaissaient.

Il semble, disent les auteurs, que l'analyse du lait, tombée en discrédit, ne mérite pas cette défaveur et que, dans des cas de ce genre, elle trouve son indication.

— M. Barbier estime également qu'on ne fait pas assez souvent les analyses de lait chez les nourrices. On y trouverait bien des fois les causes de dyspepsie et d'intolérance, surtout pour les laits trop gras. Pour faire cette analyse, il ne faut pas recueillir le lait au hasard, mais prélever du lait de la tétée du matin (au début), et de la tétée du soir (à la fin). On pourra amender le lait en modifiant le régime de la nourrice. Lorsque le lait est trop gras, la prescription de légumes verts, la suppression des hydrocarbones, permet d'obtenir des résultats démonstratifs.

Traitement des paralysies diphtériques par le mélange (T + A.)

(MM. J. Renault, Pierre-Paul Lévy et Plichet. — *Société de Pédiatrie*; 18-3-1924).

MMM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy ont utilisé, on le sait, dans leurs essais de vaccination antidiphtérique, un mélange hyperneutralisé de toxine et d'anti-toxine diphtériques (T + A). L'innocuité de ce mélange leur a donné l'idée de l'appliquer à la thérapeutique même de la diphtérie, de la paralysie diphtérique en particulier.

Le sérum de Roux doit être employé à doses élevées dans les paralysies diphtériques et son action, en pareille circonstance, reste encore discutée. Une fois la toxine fixée sur la substance nerveuse, il semble qu'il faille, pour l'en détacher, une action différente de celle de l'anti-toxine. MM. Renault et Pierre-Paul Lévy ont pensé que le mélange T + A pourrait réaliser cette action et agir comme un vaccin antistaphylococcique dans la furonculose, par exemple. Partant de cette idée directrice, ils ont traité cinq cas de paralysies diphtériques, dont plusieurs graves, et un très grave, par des injections de toxine-antitoxine. Tous les malades ont guéri, et rapidement. La variabilité de l'évolution habituelle des paralysies diphtériques, qui guérissent parfois en quelques jours et peuvent aussi se prolonger plusieurs mois, ne permet pas encore de conclusions rigoureuses, mais les essais ont été encourageants.

La trichotillomanie.

(MM. Apert et Garcin. — *Société de Pédiatrie*; 18-3-1924.)

La trichotillomanie, ou tic d'arracher et de manger ses cheveux, a été signalée par Hallopeau. MM. Apert et Garcin viennent d'en observer un exemple chez une enfant de deux ans née de parents de couleur. L'enfant présentait une alopécie en clairières dont on eut l'explication quand on la vit s'arracher les cheveux pour se les mettre dans la bouche. Il fut d'ailleurs impossible, momentanément, de lutter contre ce tic, l'enfant refusant son biberon dès que ses mains étaient attachées. La radioscopie ne montra pas d'accumulation de cheveux dans l'estomac (ce qui arrive quelquefois).

La petite malade, d'autre part, offrait des taches bleues mongoliques congénitales, très abondantes, sur le dos.

P. L.

Un cas d'inversion totale des viscères.

(M. Derancourt, interne à l'hôpital de Saint-Denis. — *Soc. d'anatomie*, 24-5-1924.)

L'attention avait été attirée sur ce cas par une appendicectomie antérieurement pratiquée révélant la position gauche de l'organe.

Mme P., 29 ans, entre à la maternité de l'hôpital de Saint-Denis, pour grossesse à terme. Interrogée au sujet d'une cicatrice longue et médiane lui barrant l'hypogastre, elle dit avoir subi en 1921, à Constantinople, une ablation de l'appendice qui se serait trouvé à gauche.

L'examen clinique nous révèle chez la parturiente : une pointe du cœur battant dans le 5e espace intercostal droit, une matité s'étendant à gauche au-dessus du bord inférieur des fausses côtes et paraissant correspondre au foie ; un espace de Traube sonore à droite.

La radio confirme ces données : le cœur déborde à droite jusqu'au 5e espace ; après ingestion de gélobarine par le haut et par le bas, le tube digestif tout entier apparaît inversé : la grande courbure de l'estomac présente sa convexité à droite, le cæcum est à gauche, le côlon descendant à droite.

Mme P., accouche le 7 mai 1924, position en DP, dégagement en O S, l'enfant est normalement constitué.

Nous ajoutons qu'en un autre cas d'inversion totale des viscères qui nous est signalé, et qui fut observé par le docteur Rice à Laënnec, l'intéressée avait mis au monde trois enfants, également constitués de façon normale, d'où il appert que cette anomalie n'exerce aucune influence sur les facultés de reproduction et qu'elle n'est point conditionnée par les antécédents héréditaires du sujet qui la présente.

Les Congrès

Deuxième Congrès de la Société internationale d'urologie

(*Suite*)

TROISIÈME QUESTION.

Résultats et origines des opérations contre la lithiase rénale.

Premier rapport.

Prof. CIFUENTES (Madrid).

Les résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale dépendent du genre de l'opération pratiquée, de l'état du rein malade et de l'état de l'autre rein.

Nous devons tenir compte de certains accidents tardifs, mais suivant de près l'opération, et qui ont une grande influence sur ces résultats éloignés.

L'infarctus et l'hémorragie secondaire peuvent se produire après la néphrotomie par section des branches de l'artère rénale qui, par leur caractère de terminalité, occasionnent l'ischémie de certaines parties du parenchyme. Si l'évolution de l'infarctus est aseptique, l'hémorragie pourra ne pas se produire et le résultat sera la sclérose partielle du tissu rénal, mais si l'infection vient s'ajouter, ce sera une cause de l'apparition d'hémorragie et du soutien de la pyélo-néphrite.

Même sans la production d'infarctus localisés, l'hémorragie secondaire, tardive, peut se produire à cause de zones de petits infarctus diffus, produites à la ligne d'incision et aux points de suture. La sclérose au niveau de l'incision et des points de suture a été démontrée, mais elle est limitée à la ligne d'incision comme cela a été constaté par des recherches cliniques et expérimentales. L'invasion de tout le rein par la sclérose après la néphrotomie, admise par quelques auteurs, si elle arrive à se produire, l'est, dans ces cas, par l'influence d'une pyélonéphrite.

La pyélotomie produit quelquefois l'infarctus du rein et l'hématurie secondaire tardive, mais cela est très rare, et si cela se produit, c'est à cause de la déchirure de quelque branche artérielle anormale, accident qui peut arriver aussi lors de la néphrotomie.

Nous croyons que le drainage dans la néphrotomie a quelque influence sur l'apparition des hémorragies secondaires à cause de petites nécroses produites sur le tissu rénal par le contact du tube. De 4 cas d'hémorragie que nous avons observés après la néphrotomie, 3 d'entre eux concernaient des cas auxquels on avait pratiqué le drainage.

Les fistules peuvent se produire et rester après toutes ces opérations. Dans les opérations conservatrices (pyélotomie, néphrotomie), leur apparition dépend de l'infection du rein et de la persistance d'un drainage. Dans les cas aseptiques, leur apparition est rare. Elles peuvent se produire dans certains cas après la néphrectomie et sont dues le plus souvent à la persistance de morceaux de tissu rénal par néphrectomie incomplète.

Nous pouvons admettre que la fonction du rein étant troublée par l'existence du calcul et de l'infection qui peut l'accompagner, elle a tendance à s'améliorer après l'opération. Si le cas est aseptique, cette amélioration est remarquable après la pyélotomie et la néphrotomie, et plus remarquable dans la première. Si le cas est infecté, le résultat sur la fonction et l'infection du rein en est variable ; si l'infection est peu prononcée, elle pourra disparaître et la fonction s'améliorera, mais si elle est intense et le rein très atteint, l'infection se continuera, produisant, sinon la récidive, la diminution de la fonction rénale par transformation fibreuse du tissu de l'organe.

Dans la plupart des cas infectés, opérés par néphrotomie, l'infection continue et le malade reste avec l'urine trouble. De 11 cas de néphrolithiase franchement infectés que nous avons opérés par néphrotomie, 7 sont restés avec les urines troubles de 2 à 10 ans. Dans quelques-uns de ces cas, nous avons constaté que la fonction ne s'est pas améliorée, au contraire, que celle-ci a diminué et l'azotémie s'est soutenue.

C'est après la néphrectomie que l'état de la fonction urinaire et l'état général du malade se modifient favorablement dans les cas infectés, à condition bien entendu, que le rein restant soit normal. L'hypertrophie compensatrice, qui s'établit progressivement, assure la dépuration urinaire et si le rein sain est peu affecté fonctionnellement par l'influence de l'autre, cette influence cesse lorsque le rein malade est supprimé. Tous les cas de lithiase infectée ne peuvent pas être traités par la néphrectomie, tenant en compte la bilatéralité des lésions et c'est une question de tact de la part de chaque chirurgien ; nous sommes souvent forcés de pratiquer des opérations conservatrices sur des reins très infectés, à cause de l'état douteux ou déjà atteint de l'autre rein. Si, sur ce rein, on constate un état normal, la néphrectomie a une supériorité pour les résultats dans les cas très infectés, spécialement dans les pyonéphroses.

Les cas de rétention rénale tardive ne paraissent pas d'ordinaire liés directement à l'acte opératoire (déplacement) ; sinon qu'ils se sont produits par l'évolution des lésions déjà existantes dans le rein et l'uretère. Cependant, il existe un degré de déplacement post-opératoire qui, dans quelques cas, pourra produire des accouchements urétéraux.

L'uretère et la vessie ne sont influencés qu'indi-

rectement par ces opérations ; en supprimant l'infection rénale, l'état de ces organes s'améliorera, quand l'urine n'entraîne pas de pus. Des troubles éloignés (fistules ou récidives) pourront seulement s'observer dans les cas où la coexistence de lithiase urétérale ignorée ou une urétrite chronique persisteront.

Les récidives sont rares après la pyélotomie, surtout lorsque cette opération est pratiquée dans les cas aseptiques ; dans ces conditions, on trouve 1,7 %. Dans les cas infectés, on trouve 7.6 %. Elles sont plus fréquentes dans la néphrotomie où on observe souvent, dans les cas infectés, une proportion atteignant 15 % ; dans les cas aseptiques, la proportion est de 7,2 %. La néphrostomie permanente dans les cas infectés met le rein à l'abri des récidives.

L'apparition de la lithiase sur l'autre rein s'observe quelquefois après l'opération du premier dans une proportion de 3 à 4 % d'après l'ensemble de plusieurs statistiques.

Si elle se produit après une pyélotomie ou néphrotomie, nous nous trouverons en présence d'un cas courant de lithiase bilatérale, et la conduite à suivre sera marquée par l'état des deux reins. Mais si cette apparition se produit après une néphrectomie, la gravité est extraordinaire, car le malade souffrira d'anurie produite par une colique même légère. Ce sont les cas les plus graves que j'ai eu l'occasion d'observer 3 sur 22 néphrectomies. C'est cet accident éloigné qui restreint l'application de la néphrectomie dans certains cas, malgré sa supériorité au point de vue de la guérison immédiate.

La survivance est longue, après les opérations de lithiase unilatérale et se réduit d'environ 50 % dans les cas de lésions bilatérales. La mortalité opératoire après la pyélotomie des cas dits aseptiques est environ de 1,8 % et de 6 % dans les infectés ; dans les néphrotomies et néphrostomies, elle atteint et surpasse dans certaines statistiques un pourcentage de 20 % dans les cas infectés, mais de l'ensemble des statistiques *modernes*, on arrive à 8, 30 % dans les cas aseptiques et 13,30 % dans les cas infectés. La néphrectomie dans la lithiase donne une mortalité de 8 %.

On ne peut pas être exclusiviste dans l'élection des opérations conservatrices et de la néphrectomie ; il faut être éclectique. Chaque opération a ses indications qui dépendent surtout du volume et de la situation du calcul et de l'état d'infection du rein. Dans la lithiase bilatérale, on doit être très prudent pour intervenir et n'opérer que les cas de petits calculs, ou ceux dont un des reins est peu atteint.

Nous avons opéré en tout 244 malades. Le tableau suivant donne un aperçu de l'âge de la mortalité de ces malades.

Age	Nombre	Décès
10	2	0
10-20	12	0
20-30	38	0
30-40	70	7
40-50	69	4
50-60	30	4
60-70	19	7
70-80	4	4
Total	244	26

D'après ce tableau, le plus grand nombre de cas de lithiase se produit entre 30 et 50 ans.

La mortalité en est de 10,6 %. Le plus grand nombre de décès se présenta dans les cas de 60 ans et au-desssus, notamment 11 décès sur 23 opérés ce qui fait une mortalité de 47.8 %. Au-dessous de 60 ans, la mortalité est de 8,6 %.

Les opérations se répartissent comme suit :

Néphrotomies	128	opérations
Pyélotomies	57	—
Néphro-pyélotomies	3	—
Urétérotomies	7	—
Néphrectomies secondaires	21	—
Néphrectomies primai-	81	—
Total	297	opérations

Parmi les opérés, il y avait 139 hommes et 105 femmes. On constata 115 fois la présence de calcul dans le rein droit, 93 fois dans le rein gauche, et 36 fois, il fut bilatéral. En outre, dans 3 cas, où l'on avait certifié la présence d'un calcul unilatéral, un autre calcul se forma dans le second rein de sorte qu'on trouva au total 39 fois des calculs bilatéraux, c'est-à-dire dans 16 % des cas observés.

Pour examiner la composition chimique des calculs, on les lima jusqu'à ce qu'on ait obtenu une quantité suffisante de poudre nécessaire à l'examen.

Dans les cas de calculs aseptiques ou peu infectés, nous trouvâmes un calcul uratique, cinquante-quatre calculs oxaliques et vingt-sept calculs phosphatiques. Parmi les calculs oxaliques, cinquante-deux en étaient solitaires et, deux fois seulement, nous trouvâmes des calculs multiples. Parmi les calculs phosphatiques, vingt-quatre étaient solitaires et trois multiples, dont un ramifié.

Plusieurs fois, nous avons été frappés, en cas de calculs phosphatiques peu infectés, du contraste qu'il y avait entre la grosseur du calcul et l'intensité minime de l'infection, qui était en plus, évidemment, de date récente. La question se pose : « L'infection est-elle indispensable à la formation de calculs phosphatiques » ? A la discussion sur « l'oxalurie et la phosphaturie » au second Congrès de l'Association internationale d'Urologie, Bazy a donné une réponse négative à cette question ; il disait notamment : « Cet élément microbien n'est assurément pas indispensable et j'ai pu dire (*Bulletin médical*, 22 mars 1904) que la gravelle phosphatique primitive existe, puisque j'ai observé des tophus phosphatiques existant ; les calculs phosphatiques primitifs peuvent exister ».

La preuve que Bazy a vu juste nous est fournie par un cas où nous trouvâmes deux calculs phospha-

tiques ramifiés aseptiques. Ces calculs forment ensemble le moulage exact du bassinet et des calices, qui n'étaient nullement dilatés ; le parenchyme était à peu près intact. La forme de ces calculs était beaucoup plus facile qu'elle ne l'est ordinairement dans les cas infectés (Obs. 141).

Parmi les calculs infectés se trouvaient trente et un calculs oxaliques, dont vingt-quatre solitaires et sept multiples. Le reste était des calculs phosphatiques dont soixante-dix-sept solitaires etvingt-neuf multiples.

Quoique l'opinion règne en Hollande que parmi les cas de calculs aseptiques, les calculs uratiques sont les plus fréquents, notre expérience démontre clairement qu'on a affaire presque exclusivement à des calculs oxaliques. Nous n'avons trouvé qu'un calcul uratique et aucun calcul d'acide urique pur. Nous avons fréquemment constaté la présence de calculs d'acide urique pur, mais toujours ceux-ci avaient été expulsés par les voies naturelles et il n'y avait aucune raison de procéder à une opération. La présence fréquente de calculs oxaliques répond parfaitement à notre expérience que l'oxalurie est chez nous plus fréquente que l'uraturie.

Nous constatâmes cinq fois une anomalie congénitale, notamment : deux fois un rein en fer à cheval, une fois des reins longs, une fois un rein en ectopie pelvienne, et une fois une bifidité de l'uretère avec calcul dans le bassinet inférieur.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de vingt-cinq malades après leur départ de la clinique ; nous pouvons mentionner les résultats éloignés de 193 malades.

Trente et un malades furent opérés pour calcul aseptique ou peu infecté par une néphrotomie et trente par une pyélotomie.

En comparant les résultats de ces deux opérations, nous arrivons à la conclusion qu'ils sont à peu près pareils et qu'il n'y a aucune raison de préférer l'une à l'autre. Il en est tout autrement quand nous en comparons les résultats immédiats.

Tous les arguments plaident alors pour la pyélotomie, et nous serions d'avis de remplacer complètement dans ces cas la néphrotomie par la pyélotomie, si nous ne nous sentions pas obligés de borner l'indication de la pyélotomie par les conditions spéciales, que nous avons traitées en détails dans ce rapport.

Pour les cas de calculs infectés, nous avons mentionné trente et un cas de néphrotomie et huit cas de pyélotomie. Ici, encore une fois, les résultats éloignés ne diffèrent pas sensiblement et ce sont les résultats immédiats qui comptent. Les conditions posées pour la pyélotomie deviennent encore plus strictes, et nous sommes d'avis qu'elle ne doit être faite que dans un nombre de cas très restreint.

La néphropyélotomie, c'est-à-dire, la combinaison simultanée de pyélotomie et néphrotomie du même rein ne fut faite que dans trois cas. A notre avis, cette opération n'est pas préférable à la néphrotomie et n'a pas de raison d'être.

La néphrectomie secondaire fut faite à cause d'hématurie secondaire survenant après une néphrotomie, de fistule persistante ou de récidive. Nous avons mentionné les résultats éloignés de quatorze cas.

Nous pûmes suivre le cours éloigné de cas opérés par néphrectomie primaire dans cinquante-trois cas et il fut bien plus favorable que celui des cas d'opérations conservatrices pour calculs infectés. La mortalité est à peu près pareille dans les cas au-dessous de soixante ans, de sorte que pour pouvoir juger si nous donnerons la préférence à la néphrectomie primaire aux opérations conservatrices, cela dépend principalement de la quantité de cas où après la constatation d'un calcul unilatéral, un autre calcul, survenu plus tard, fut découvert dans le second rein. Ceci n'arriva qu'en 1,5 % des cas.

Dans les cas de calculs bilatéraux, nous fîmes soixante-quinze opérations à trente-six malades, dont cinq subirent en plus une opération par un autre chirurgien. Nous pûmes suivre les résultats éloignés de vingt-quatre de ces malades, dont six guérirent complètement et trois autres guérirent de la lithiase, mais non de l'infection.

Enfin, nous traitâmes : « la coexistence de la lithiase rénale et d'autres affections du rein », et suivant les données de la clinique, nous tirâmes nos conclusions en ce qui concerne la néphrite lithiasique.

Les résultats obtenus sur l'ensemble de nos deux cent quarante-quatre malades nous font arriver aux conclusions suivantes :

1° La lithiase rénale est, dans environ 16 % des cas, une affection bilatérale ; dans la grande majorité des cas, elle est unilatérale ;

2° Si après un examen complet et, en particulier, après un examen aux rayons X bien réussi, la lithiase a été constatée unilatérale, il n'arrive que rarement qu'au bout d'un certain temps un calcul se forme dans un second lieu ;

3° Dans les cas d'opérations rénales conservatrices pour calculs aseptiques ou peu infectés, la pyélotomie doit être préférée à la néphrotomie, dans les cas qui s'y prêtent ;

4° Les calculs aseptiques ou peu infectés se prêtent à la pyélotomie, si les conditions suivantes sont remplies :

a) Le rein doit pouvoir être suffisamment extériorisé pour que la face postérieure du bassinet puisse être dénudée et que l'incision puisse être faite également à vue ;

b) On doit pouvoir sentir le calcul dans le bassinet et le faire saillir de sorte que l'incision puisse se faire sur le calcul ;

c) L'incision nécessaire ne doit pas dépasser le bord inférieur du rein, ni arriver jusqu'à l'origine de l'uretère ;

d) Le calcul doit pouvoir être extrait facilement sans déchirure des bords de la plaie ;

e) Le calcul doit être par préférence un calcul solitaire. En cas de calculs multiples, ceux-ci doivent se trouver tous dans le même bassinet.

5° Dans les cas de calculs infectés, la néphrotomie doit être préférée à la pyélotomie excepté dans les cas répondant aux cinq conditions mentionnées ci-dessus (voir 4°) pour les calculs aseptiques ou peu infectés et en outre :

f) Quand l'infection n'est pas telle que le drainage du bassinet soit inévitable :

g) Quand il y a u n rein mobile pour lequel il serait recommandable d'accompagner la pyélotomie d'une néphropexie capsulaire ;

6° La néphro-pyélotomie n'a pas de raison d'être, elle n'est pas préférable à la néphrotomie en cas de calculs infectés ;

7° Dans des cas d'infection des calculs unilatéraux, la néphrectomie primaire doit être préférée à la néphrotomie ;

8° Dans des cas de calculs bilatéraux infectés, on doit faire de préféence une néphrostomie bilatérale avec extraction des calculs. En tous cas, il se recommande une néphrostomie à la première récidive.

9° La théorie, que la néphrite lithiasique précèderait la formation de calculs rénaux, n'est pas conforme aux données obtenues par la clinique. Au contraire, ces données démontrent plutôt que la néphrite lithiasique doit être considérée comme une complication à la suite de la lithiase et qu'elle est due à la cytolyse et à l'infection.

10° Si, dans les cas de lithiase d'un rein et de néphrite lithiasique de l'autre rein, on pose la question : le fonctionnement du dernier est-il suffisant pour permettre la néphrectomie ? Il faut tenir compte de l'action favorable que la néphrectomie aura probablement sur le cours de la néphrite.

Troisième rapport. Pr V. TARDO (Palerme).

L'analyse des résultats éloignés de 1043 cas de calculs rénaux unilatéraux opérés par MM. ALESSANDRI, BAGOZZI, BRUNI, CAMINUTI, D'AGATA, DONATI, FERRIA, GARDINI, GIORDANO, LASIO, MISURACA, NICOLICH, PURPURA, TARDO, TADDEI, TITONE, TRICOMI, UFFREDUZZI, VICENZONI, GANGITANO, CASCINO, résumée par l'auteur dans le tableau spécial inséré dans le texte du rapport (voir le tableau) de même que l'étude de 52 cas de calculs rénaux bilatéraux, réunis dans le tableau G., ont porté aux conclusions suivantes :

1° Les interventions dans les calculs rénaux aseptiques unilatéraux sont bénignes et donnent les meilleurs résultats éloignés. La pyélotomie est l'opération de choix. La néphrotomie est à sa place uniquement dans les cas où la pyélotomie est contre-indiquée ; la néphrectomie est une intervention exceptionnelle.

Il est nécessaire de s'assurer précocement de l'existence des calculs et d'intervenir dans la période aseptique afin d'éviter le plus de gravité et les résultats éloignés moins bons des opérations dans les calculs infectés.

2° Dans les calculs infectés unilatéraux, la néphrotomie est une intervention grave, puisqu'elle donne une mortalité élevée, expose aux hémorragies et à la génératisation de l'infection, laisse bien fréquemment des fistules, donne lieu à de faciles récidives de calculs, et souvent elle ne délivre pas l'organisme du foyer infectieux.

La pyélotomie est une intervention très bénigne, puisqu'elle donne une mortalité très petite, puisqu'elle n'expose ni aux hémorragies ni à la septicémie, ne laisse pas de fistule, ne détermine pas la formation de calculs plus qu'il ne se vérifie ordinairement dans les lithiasiques.

La néphrectomie est une intervention radicale, moins grave et moins mortelle que la néphrotomie. Elle donne de bons résultats, mais pour supprimer les calculs et l'infection emporte un parenchyme rénal qui peut, dans l'avenir, être nécessaire au lithiasique.

3° En ligne générale, la pyélotomie est l'intervention de choix, la néphrotomie , l'intervention de nécessité, la néphrectomie, l'intervention de convenance.

4° Pour obtenir de meilleurs résultats éloignés de même qu'immédiats, on doit limiter encore plus le champ de la néphrotomie. La radiographie, toujours plus perfectionnée, la pyélographie, la technique chirurgicale vont élargir le champ de la pyélotomie, l'examen fonctionnel moderne, minutieux, bien conduit, bien interprété, élargira quelque peu le champ de la néphrectomie en déterminant l'extirpation des reins dangereux et sans valeur.

5° Les soins post-opératoires, hygiéniques, diététiques, médicamenteux et chirurgicaux sont nécessaires pour empêcher les récidives de calculs, pour vaincre tout à fait l'infection.

Les résultats éloignés sont médiocres dans les interventions pour calculs bilatéraux, puisque chez ces malades, la maladie constitutionnelle est ordinairement plus grave.

Pour espérer les meilleurs résultats éloignés, le parenchyme rénal doit être épargné le plus qu'il est possible. La pyélotomie est toujours préférable, la néphrectomie doit être exceptionnelle.

Le rein néphrotomisé fistuleux doit être conservé. Les soins post-opératoires doivent être rigoureux afin de désinfecter les reins et d'empêcher, autant qu'on peut, la récidive des calculs.

Dans les calculs bilatéraux récidivants, la néphrostomie permanente est une intervention bien utile.

L'examen fonctionnel est indispensable dans les calculs bilatéraux pour établir le côté sur lequel on doit intervenir, et pour reconnaître les cas dans lesquels l'intervention est contre-indiquée.

(*A suivre.*)

Les Livres

Dr Robert MARTIN-PÉRIDIER. — **La cure de Vichy.** (En vente chez l'auteur, 17, rue de l'Etablissement Thermal, Vichy. Franco : 3 francs.)

Parmi les nombreuses publications consacrées à Vichy, en voici une qui se recommande particulièrement à tous nos confrères. Ecrite en un style remarquablement clair, net, précis, d'une présentation typographique irréprochable, elle est aussi éloignée de la savante compilation scientifique que de la simple monographie sèche et aride.

Au début, quelques notions générales sur les eaux minérales et leur classification, et tout de suite l'auteur traite de l'étude physico-chimique de l'eau de Vichy, de ses indications et contre-indications, du traitement thermal, du régime alimentaire, etc. A noter un excellent chapitre sur les cures thermales et les états chroniques qui éclaire d'un jour nouveau cette question si complexe de leurs rapports réciproques, assimilant le traitement hydrominéral à une injection déchaînante qui désensibiliserait les malades chroniques.

Le but de l'autêur est très louable : mettre sur la table du praticien, à la portée de sa main, une étude clinique complète sur la cure de Vichy sans doute, mais débarrassée de tout le côté scientifique pur, qu'il est facile de trouver dans les traités de crénothérapie et les revues spéciales. Les notes marginales distribuées tout au long des pages, formant résumé, et les tableaux synoptiques, seront certainement très appréciés.

D'une lecture facile, attrayante, sans prétention, cette brochure rendra de grands services à tous nos confrères disposant de peu de temps, qui y trouveront, condensé en quelques pages, tout ce qu'il leur est indispensable de savoir sur la clinique et la thérapeutiques hydro-minérale de Vichy.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Ch. LESIEUR et G. MOURIQUAND, professeur à la Faculté de Lyon. — **Diagnostic par les méthodes de laboratoire au lit du malade**. (Collection des Actualités médicales.) Un vol. i-n-16 de 206 pages. Prix : 6 francs.

Ce livre a été pour la plus grande partie composé par le regretté Pr Ch. Lesieur, qui a laissé dans ses papiers un manuscrit inachevé, et que le Pr Mouriquand, son successeur à la chaire de pathologie et thérapeutique générales, a voulu achever.

Dans une première partie, les auteurs exposent les procédés employés pour la récolte des humeurs, des produits pathologiques et pour leurs examens courants. Ne sont citées et retenues que les méthodes usuelles, ayant fait leurs preuves, et n'exigeant point un outillage trop perfectionné. Toute méthode difficile et compliquée a été bannie, car les étudiants et les praticiens ont besoin de méthodes simples et faciles.

Une deuxième partie est consacrée à l'étude des plaies de guerre, car, ainsi que le font remarquer les auteurs, le traitement des blessures fait exiger impérieusement une etroite collaboration entre a bactériologie et le chirurgien.

Dans une troisième partie, sont résumés les principaux caractères morphologiques, biologiques, culturaux des microbes ou parasites communs ; un classement par ordre alphabétique permet au lecteur d'être vite renseigné.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Henri LECLERC. — **En marge du Codex. Notes d'histoire thérapeutique**. (Un vol. in-8, 185 pages, illustré de nombreuses photogravures), 1924.

Comme dans la cité parisienne, le temps exerce dans la cité des médicaments son œuvre destructrice ; c'est la même destinée qui condamne à la ruine les vieilles pierres et les vieilles formules. Le Codex, en effet, n'est pas le catalogue d'un musée rétrospectif de l'art médical ; cependant chaque jour, nous prescrivons encore des drogues, chères à nos pères, et qui, par le choix et l'agencement de leurs composants, représentent des associations aussi maniables qu'efficaces, dont l'introduction dans la matière médicale est à inscrire parmi des conquêtes de la science : sirop diacode, potion de Rivière, diachylon, Vigo, baume tranquille, eau d'Alibour, eau de Rabel, eau-de-vie allemande, vinaigre des 4-voleurs, sirop Desessartz, élixir de Garus, vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, etc.

Les exemples abondent de ce que nous devons aux vieux maîtres de la thérapeutique, dont ces notes ont pour but d'étudier, non pas l'œuvre entière, mais quelques-uns de ses chapitres. En les réunissant, l'auteur se flatte d'être utile aussi bien à l'historien qu'au praticien.

A celui-ci notamment, elles apprendront à mieux connaître les armes, qu'il manie chaque jour, et à se pénétrer de l'idée, toujours féconde, des enseignements, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, que notre génération n'a pas tout inventé et que nous ferions preuve d'ingratitude en oubliant ceux de qui nous tenons notre patrimoine thérapeutique.

J. LAMARRE, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

L. DUBRISAY et C. JEANNIN. — **Accouchement** (In *Bibliothèque des Précis de médecine*). 6e édition, entièrement refondue et mise à jour, 798 pages et 246 figures, la plupart inédites, 1924. Prix : 35 fr., 37 francs par poste recommandé).

En raison du bouleversement qui s'est opéré, dans toute la pathologie obstétricale notamment, c'est un

ouvrage tout nouveau. Cependant, ce Précis reste un vade-mecum de l'étudiant et du praticien, éliminant de parti pris toutes les discussions théoriques pour s'en tenir à la simple description des faits et à l'exposé des méthodes opératoires, sans faire non plus de bibliographie.

Le livre premier traite de l'état puerpéral physiologique (grossesse et accouchement physiologiques, suites de couches physiologiques).

Dans le livre second, ce sont les affections communes aux trois stades de l'état puerpéral (maladies des différents appareils, et maladies appartenant en propre à l'état puerpéral), puis la pathologie spéciale à la grossesse (à signaler les manifestations de l'auto-intoxication gravidique : vomissements, albuminurie. éclampsie, décollement prématuré), à l'accouchement, à la délivrance, aux suites de couches.

Cet ouvrage est d'un intérêt éminemment pratique.

VIGOT FRÈRES, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr R. MONCORGÉ, médecin consultant au Mont-Dore. — **L'asthme. Etiologie. Pathogénie et traitement.** Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. (Un vol. in-8° carré, 272 pages, 4e édition 1924. Prix : 12 fr.).

Ce livre, dès ses premières éditions, fut révolutionnaire, et s'efforça de démolir l'idole classique : « l'athme essentiel ». L'auteur, s'appuyant aujourd'hui sur cinquante années de pratique, continue cette œuvre : l'asthme, il le démontre, n'est pas une affection isolée et isolable, mais une affection qui touche au contraire à toute la pathologie. En pathogénie, il incline vers un large éclectisme, rejetant toute autre théorie systématique ; en thérapeutique, il ne propose pas un traitement, mais une méthode de traitements adéquats au plus grand nombre de types cliniques.

Toute intoxication, toute infection, toute auto-intoxication peut avoir son asthme. Pour produire l'asthme, il faut la simultanéité de trois éléments : infection ou intoxication, système nerveux sensible, et excitation.

Les travaux de Richet sur l'anaphylaxie, de Widal sur la colloïdoclasie, ont apporté à la question un nouvel intérêt ; l'auteur s'emploie à ajuster les données cliniques de ces dernières années aux récentes conceptions biologiques.

« L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE », 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr L.-M. PIERRA, médecin consultant à Luxeuil. — **Lxuxeuil-les-Bains et ses environs, guide historique médical touristique.** (Un vol. in-8 coquille, 144 pages avec cartes, plans et dessins originaux. Prix : 6 francs).

L'auteur a voulu faire mieux connaître notre grande station gynécologique française, non seulement en rappelant la haute efficacité de ses eaux, mais aussi en évoquant son magnifique passé, attesté par tant de pierres vénérables, en indiquant sommairement les promenades et les excursions dont il est le centre naturel.

Des bois originaux rehaussent le texte et mettent sous les yeux du lecteur quelques-uns des monuments et des sites qui font le charme de Luxeuil et de ses environs.

E. FLAMMARION, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Dr F. CATHELIN. — **La tuberculose rénale chronique.** (Un vol. in-18. Prix : 7 fr. 50). In : *Bibliothèque des connaissances médicales*, dirigée par le Dr Apert.

Il s'agit là d'une grosse question d'actualité, qui domine de beaucoup par sa fréquence les affections qu'on rencontre dans les services des voies urinaires.

L'auteur, chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, était particulièrement compétent pour traiter ce sujet d'une importance capitale.

Les nouveaux procédés d'exploration rénale ont donné un regain d'actualité à la connaissance du fonctionnement comparatif des deux glandes, qui reste le pivot et le point essentiel du diagnostic et du pronostic.

Il y a deux formes de tuberculose rénale : la forme médicale pure et la forme chirurgicale typique ; dans la première, les deux reins sont atteints ; dans la deuxième, un seul rein est lésé. Dans la forme médicale, afin de bien étudier le pronostic et l'évolution, on est obligé de faire intervenir le taux d'urée dans le sang et le coefficient de rétention uréique, parce qu'il s'agit de lésions bilatérales d'emblée d'ordre général, trahissant une déchéance plus ou moins profonde de tous les éléments cellulaires et que seule l'étude comparée du sang et de l'urine peut éclairer et bien faire traiter.

La forme chirurgicale est purement locale d'emblée ; elle ne trahit pas du tout un mauvais fonctionnement cellulaire général ; il n'est pas utile d'y établir le coefficient de rétention uréique. L'affection du rein est ici un accident et non un incident au cours d'une infection générale ; il a été lésé comme aurait pu l'être tout autre organe, la langue ou le péritoine par exemple.

Ce rein chirurgical n'est nullement l'aboutissant d'un rein médical, il ne relève pas du traitement médical, mais uniquement de la chirurgie.

Il faut appliquer systématiquement la néphrectomie à la tuberculose rénale naissante ; le succès tient à ne pas opérer trop tard, et à ne pas soigner auparavant le malade avec la seule médecine. C'est là un dogme intangible, et l'une des grandes conquêtes thérapeutiques modernes dues à l'école française.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE TIERS PAYANT EN MÉDECINE SOCIALE

Déjà vieil abonné du *Concours médical*, j'ai plaisir, chaque semaine, à lire les intéressants articles de pratique médicale que vous y faites paraître. Votre « Propos du jour » du 15 juin et la question de votre collaborateur le Dr Duchesne : « Le tiers payant est-ce l'ennemi ? » m'ont suggéré quelques réflexions que je vous demande la permission de vous communiquer. Si vous y trouvez quelque idée qui vaille la peine d'être retenue, vous y puiserez ce que vous voudrez.

La question du projet de la loi Grinda est aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour. L'opinion générale est que la nouvelle Chambre votera d'ici peu la loi des assurances sociales et le corps médical doit dès maintenant en prévoir l'application. A ce sujet, le tiers payant compte chaque jour, semble-t-il, des adversaires plus nombreux. Déjà, dans notre petit coin, l'Assemblée générale d'octobre 1923 du Syndicat médical des Deux-Sèvres s'était prononcée contre le tiers payant, et avait témoigné par un vote formel de son désir de traiter les futurs assurés comme des clients ordinaires.

A ce propos, je me permettrai de vous signaler une pratique qui existe ici depuis déjà de longues années, concernant une catégorie de malades que l'on peut rapprocher de celle des futurs assujettis à la loi des assurances sociales. Ce sont les enfants des écoles — ou sortis de l'école — qui font partie d'une caisse locale appelée : « mutualité scolaire des cantons de Th. et de St-V. ». Nous donnons nos soins à ces enfants, libres de choisir leur médecin, selon la pratique ordinaire, et en leur appliquant le tarif local. Puis, lorsque la maladie est terminée, le président de cette mutualité remet à la famille, qui nous l'apporte, un imprimé appelé : feuille de malade, portant le nom de l'enfant. Nous y inscrivons sur une ligne en blanc la « nature de la maladie » et certifions que l'enfant a été malade de tel jour à tel autre jour. La famille passe ensuite à la caisse de cette M. et perçoit une indemnité calculée d'après le nombre de jours de maladie.

C'est là une pratique très simple, et, pour ma part, je ne vois pas pourquoi elle ne pourrait pas être étendue à tous les assurés : libre choix du médecin, entente directe avec le client, et respect du secret professionnel, tout y est. En effet, on ne nous demande pas de préciser le nom de la maladie, mais simplement d'en faire connaître la nature.

Aucune formalité administrative, aucune tarification spéciale, ni de contrat collectif. La famille nous règle directement nos honoraires et nous n'avons aucun rapport avec la caisse de la M. qui de son côté verse un secours à son assuré sans s'occuper du médecin. Quant à la question de paperasses, elle est réduite à sa plus simple expression : un mot, deux dates et une signature. Cela demande bien une minute.

Voilà donc comment pourrait être tranchée la question des rapports de l'assuré avec son médecin pour ce qui concerne les futures assurances sociales. Reste celle des rapports de l'assuré avec sa caisse. Mais cela, comme dit Conan Doyle, c'est une autre affaire. Et c'est précisément l'affaire du législateur de prévoir les diverses modalités que comportera l'application de la loi.

Si les caisses veulent rembourser aux assurés leurs frais de maladie, libre à elles. Certaines compagnies d'assurances-accidents agissent ainsi. Par exemple dans ce pays l'Union des laiteries coopératives des Charentes et du Poitou qui se charge des frais médicaux et pharmaceutiques d'après les tarifs locaux et qui, en outre, verse à ses assurés une allocation journalière.

Ou, si elles le préfèrent, qu'elles délivrent à leur assuré malade une indemnité quotidienne basée sur son salaire ou son gain : cela ne nous regarde pas. Mais ce que nous ne voulons pas, c'est qu'on nous impose un tarif spécial, car toujours, dans ces sortes de taxations, l'Etat trouve le moyen de rogner quelque chose sur nos maigres honoraires. Il n'est pas douteux que nous ne pourrons pas ignorer cette loi, mais nous pouvons dès maintenant soumettre nos desiderata et poser nos conditions à ceux qui nous la fabriqueront.

Quant à ce qui concerne les opérations, les accouchements, les hospitalisations, c'est encore le législateur qui devra trouver les moyens d'indemniser les assurés, fixer le prix de la journée d'hôpital — ici je crois que ce sera l'affaire de chaque département — et déterminer la somme qui leur sera versée pour telle ou telle intervention.

Pour ce qui est des petits risques, que notre confrère Lafontaine prétend laisser à la charge de l'assuré, la caisse peut s'en débarrasser en imitant la manière de faire du réseau de l'Etat, par exemple, qui, depuis quelques années, ne paye pas la solde des quatre premiers jours de maladie. Depuis que cette mesure a été prise, le nombre des jours de maladie a diminué sur le réseau dans des proportions considérables. Rien n'empêcherait les caisses de déclarer qu'une indisposition dont la durée ne dépassera pas 4, ou 6, ou 8 jours, selon le délai qu'elles fixeront, ne donnera droit à aucune indemnité. Je ne vois guère, pour ma part, d'autre moyen d'éliminer les petits risques. En vous soumettant ces quelques suggestions, je n'ai pas la prétention d'avoir fait une découverte, ni d'avoir envisagé toutes les modalités de la future loi, mais, avec la façon de procéder que je vous indique, nous ne nous verrions pas imposer une nouvelle tarification des actes médicaux, ni octroyer une indemnité kilométrique extravagante de 1 fr. 19 ou 1 fr. 225 selon les pays et nous ne verrions pas naître de nouvelles catégories de médecins à 4, 6 ou 9 francs, comme s'il s'agissait, ainsi que l'écrivait naguère le président Decourt dans ce même *Concours médical*, de conserves de petits pois.

D[r] AUDOUIN, à Thouars.

***

Il semble bien, ainsi que le signale notre aimable correspondant, que les syndicats médicaux se déclarent généralement opposés au tiers payant, dans le régime des soins médicaux des futurs assurés sociaux.

Dans le Loiret, la majorité hostile à ce système est imposante. Il en est de même à Cherbourg, à Toulon, dans le Finistère... Je pourrais citer nombre d'autres groupements qui se sont prononcés dans le même sens. Même là où le tiers payant rencontre de chaleureux défenseurs, une notable proportion de confrères se réservent et attendent le texte définitif de la loi pour faire connaître leur avis.

Le régime du tiers payant comporte des relations étroites entre le médecin et la caisse d'assurance, à laquelle il doit rendre des comptes, et fournir des justifications. Là, comme pour les soins aux accidentés du travail, aux pensionnés de guerre, il faudra demander des autorisations préalables avant d'entreprendre certains traitement spéciaux en série, prévenir en cas d'opération chirurgicale, établir des états, y annexer des bulletins de visite, etc.

La paperasserie fleurira dans toute sa beauté. Cette beauté, voulez-vous en avoir un aperçu ? Reportez-vous à la page 1738 de ce numéro. Vous y trouverez le décret récent qui règlemente la justification des mémoires d'honoraires des médecins qui soignent les pensionnés de guerre.

A moins que ce décret ne soit rapporté, ou du moins sensiblement modifié et simplifié, vous aurez désormais à fournir, à l'appui de vos demandes de règlement, une note établie *trimestriellement, par commune, selon un modèle obligatoire qui contient* 18 *colonnes.*

Si vous avez soigné cinquante pensionnés par trimestre dans six communes, vous aurez donc *vingt-quatre notes à établir et* 432 *colonnes à remplir*... Mais ce n'est pas tout : ce premier travail effectué, vous aurez à le compléter par l'établissement d'un bordereau récapitulatif, comportant 6 colonnes.

Je vous souhaite bien du plaisir ! Et vous ne ferez pas mal de vous adjoindre un secrétaire chargé de faire pour vous cette fastidieuse besogne.

Imaginez que semblables formalités soient exigées, avec le régime du tiers payant des assurés sociaux. Cela n'a, certes, rien d'improbable, étant bien connues les habitudes de M. Lebureau.

Comme le nombre des bénéficiaires sera infiniment plus élevé que celui des pensionnés de guerre, lequel diminue de jour en jour, vous aurez à consacrer à cette paperasserie un temps tel, qu'il ne vous en restera pas, ou presque, pour soigner les malades...

Rien que cette perspective devrait faire reculer les plus chauds partisans du tiers payant...

Il y en a d'autres, qui ont été déjà mises en évidence, mais cependant, sur lesquelles il n'est pas inutile de revenir.

La législation des accidents du travail a donné naissance à l'industrie des cliniques que nous connaissons tous. Ce n'est pas à prétendre, et je m'en garderai bien, que toutes les cliniques d'accidents du travail doivent être mises dans le même sac, si j'ose dire, et je sais des confrères parfaitement honorables, qui exercent sous cette forme, dans des conditions irréprochables.

Ces réserves faites, il n'est pas douteux que, d'une manière générale, ces cliniques ne jouissent pas d'une excellente réputation.

Eh bien ! le jour où le tiers payant règnerait en maître dans l'assurance sociale, vous pouvez être assurés que ces cliniques étendraient leur rayon d'action aux assurés sociaux, et qu'elles se multiplieraient à l'infini, opérant ainsi l'accaparement de cette clientèle.

Aussi, devons-nous savoir un gré infini aux confrères qui s'efforcent de mettre sur pied un régime de soins dans l'assurance sociale, comportant le règlement direct des honoraires médicaux par le malade lui-même, sans l'intervention de ce fameux tiers payant.

Ce n'est pas évidemment commode. Ils n'en

ont que plus de mérite dans les efforts qu'ils font pour mener à bien une tache difficile. Je compte bien qu'ils y réussiront.

Ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, que les Pouvoirs publics accepteront sans protester ce système. Il n'est pas douteux que, pour un grand nombre d'assurés futurs, ce qu'ils attendent surtout de l'assurance, c'est le droit de disposer du médecin à leur gré, sans bourse délier ; c'est d'être soignés à *l'œil.*

Le moment venu, il y aura certainement des luttes, des heurts, des discussions sans fin... J'ai des amis qui pensent qu'il sera possible d'obtenir un texte législatif d'une élasticité telle que chaque département, chaque région, pourront choisir le système qui leur plaira le mieux : tiers payant ici, pas de tiers payant là. Je le souhaiterais, ne serait-ce que pour l'intérêt qu'offrirait la comparaison entre les deux régimes pratiqués parallèlement. J'ai du mal à croire que nos parlementaires feront preuve d'un tel éclectisme, d'une aussi grande largeur d'idées.

Quoi qu'il en soit, si le corps médical organisé sait se discipliner ; si, les directives une fois arrêtées, sont suivies sans défaillance, il faudra bien que le législateur compte avec lui et fasse état de ses préférences.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Hospitalisé pour troubles mentaux. — Placement en cabinet isolé puis en salle commune. — Accident par hallucination. — Intervention chirurgicale de l'interne de garde — Action en dommages-intérêts contre l'hospice. — Infraction au règlement, mais défaut de preuve du préjudice. Rejet de la demande.

TRIBUNAL CIVIL DE SAINT-NAZAIRE

23 décembre 1922.

Revue des hôpitaux, 28 février 1923.

Une demande en dommages-intérêts, formée contre un hôpital pour fautes commises par son personnel médical et infraction à son règlement par un interne de garde, qui a pratiqué lui-même une intervention chirurgicale sans avoir prévenu le médecin-chef de service, doit être rejetée, pour défaut de la preuve à faire, quand il résulte d'une expertise, que l'infraction au règlement n'a point causé préjudice au demandeur et qu'il n'y a pas eu faute médicale.

Attendu que P. a intenté à l'hôpital de Saint-Nazaire une action de *trente mille francs* de dommages-intérêts ;

Attendu qu'il est constant que P. a été hospitalisé à l'hospice de Saint-Nazaire, pour troubles mentaux ; qu'il y fut retenu pendant vingt-et-un jours dans un cabinet isolé, et, ensuite, son état s'étant amélioré, placé dans une salle commune ; que, dans la nuit qui suivit son placement dans cette salle, il se leva subitement en proie à une hallucination et se jeta par la fenêtre ; qu'il se fit, dans sa chute, une fracture compliquée de la jambe droite et une entorse tibio-tarsienne gauche ; que, relevé immédiatement, il fut transporté dans la salle d'opérations, où l'interne de garde lui coupa immédiatement la jambe ;

Attendu que P., soutenant que des fautes auraient été commises par le service médical de l'hospice ; qu'il avait, notamment, été placé trop tôt, et sans surveillance suffisante, dans une salle commune ; que l'amputation de la jambe avait été pratiquée sans nécessité, et sans que le chirurgien de service ait été prévenu, le Tribunal a, par jugement du dix-huit février mil neuf cent vingt-deux, désigné comme experts : M. le docteur Olive, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Nantes, chirurgien en chef des hôpitaux, et MM. les docteurs Bureau et Lerat, également professeurs à l'Ecole de médecine de Nantes ;

Attendu que, si les experts constatent qu'une infraction aux règlements de l'hospice a été commise par l'interne de garde, en ne prévenant point le médecin-chef de service, il résulte de leur rapport que cette faute n'a point causé préjudice au demandeur ;

Attendu que le rapport médical établit en effet, d'une part, que les pratiques d'usage courant en psychiâtrie, ont été respectées, et que le transfert de P. dans une salle commune, après vingt-et-un jours d'observation, semble avoir été parfaitement justifié, et, d'autre part, que les lésions du blessé étaient de telle nature *qu'il était impossible* de tenter la conservation du membre, sans lui faire courir des dangers mortels, et que l'interne a observé les pratiques d'usage courant dans la chirurgie, tant au point de vue des indications opératoires, qu'au point de vue de la technique qu'il a employée, et cela, étant donné l'aspect actuel du moignon d'amputation ;

Attendu qu'il n'est point douteux que les conclusions des experts se basent en grande partie sur les déclarations de l'interne de service, qui a pratiqué l'opération et peut avoir intérêt à en justifier l'urgence ; qu'il ne pouvait en être autrement ; que cette constatation montre qu'il est profondément regrettable que cet interne ne se soit point conformé aux règlements et ait négligé d'appeler le chirurgien de service ; qu'il est d'évidence que l'urgence de l'opération n'était pas telle qu'elle ne pût être différée de

quelques minutes, nécessaires pour prévenir le chef de service ;

Mais, attendu que rien ne permet pourtant de suspecter les déclarations de l'interne ;

Qu'il incombe, au surplus, au demandeur de rapporter d'une façon complète et absolue la preuve des faits qu'il allègue contre les médecins de l'hospice ; qu'il est d'évidence qu'il ne le fait point ;

Par ces motifs,

Statuant en matière ordinaire et en premier ressort,

Dit à tort la demande de P.; l'en déboute.

Le condamne aux dépens.

Commentaires

Deux questions de responsabilité se posent, dans ce procès : la commission administrative est-elle responsable du fait que le médecin, ayant estimé que le malade n'était pas aliéné et devait être placé en salle commune, sans surveillance spéciale, cette prétendue négligence aurait été génératrice d'un accident, d'un dommage ?

Non, répond le tribunal, puisque toutes les règles en usage en psychiatrie ont été observées.

Il s'ensuit que, tout en respectant l'autonomie scientifique des médecins attachés à l'établissement, la commission administrative a cependant un devoir de surveillance, de contrôle général et que, dans certains cas douteux, elle peut en appeler au médecin mieux informé des décisions du médecin mal informé.

Bien que scientifiquement responsable des ordres professionnels qu'il donne, le médecin d'hôpital a le droit de compter sur une collaboration de tout le personnel hospitalier, collaboration dont le résultat est la guérison la plus rapide possible des malades hospitalisés.

Mais une seconde question de responsabilité se pose: celle de l'interne de garde qui, *proprio motu*, sans consulter le chirurgien de garde, a procédé à l'amputation immédiate de jambe.

En droit, un interne des hôpitaux n'étant pas docteur en médecine, ne peut procéder à une opération que sur les ordres, ou d'après la permission de son chef de service, seul responsable au point de vue scientifique.

Mais ici, la responsabilité du chef de service ne se posait pas, puisque ce chirurgien n'avait pas été prévenu. Il aurait été coupable, par exemple, s'il avait autorisé son interne à faire cette opétion, alors que cet interne n'aurait pas eu les capacités professionnelles suffisantes pour mener à bien pareille intervention. Il en serait de même d'une autorisation, donnée par un chef de service, de laisser faire une opération grave par son interne, si ce dernier n'aurait pas eu autour de lui les aides et l'assistance nécessaires pour parer à toutes complications faciles à prévoir d'avance.

Seule, dans le cas qui nous occupe, la responsabilité civile de la commission administrative était engagée, pour avoir laissé opérer l'interne, sans que celui-ci en ait obtenu, au préalable, l'autorisation, qui devait lui être donnée par ses supérieurs scientifiques. C'eût été, de la part de l'administration hospitalière, un manquement à la surveillance générale de l'établissement.

Quant à l'interne, son excuse réside dans ce fait que, devant un cas d'extrême urgence, il a agi immédiatement, au nom de l'humanité. Peut-être est-il allé un peu vite en besogne, en omettant de prévenir son chef ; mais peut-être également les circonstances lui ont-elles imposé une décision rapide, soit à cause d'une hémorrhagie artérielle grave, soit en raison du shock du malade.

Quoi qu'il en soit, son opération a été approuvée par les experts et le tribunal en conclut que le malade n'en a éprouvé aucun dommage.

Il en serait autrement s'il avait été prouvé, par exemple, que, par tout autre traitement, il aurait été possible de conserver le membre blessé, et que l'intervention hâtive avait pu être évitée par un chirurgien plus expérimenté et moins pressé d'opérer.

Question de fait et d'espèce sur laquelle nos jeunes camarades des hôpitaux feraient bien de réfléchir, car les questions de déontologie et de responsabilité professionnelle ne sont que bien peu discutées ou enseignées dans les milieux hospitaliers, ou de la Faculté.

Cependant, si le malade avait obtenu des dommages-intérêts, du fait d'une opération intempestive de l'interne de garde, qui aurait payé ces dommages ? L'administration de l'hôpital, c'est-à-dire le patrimoine des pauvres. L'interne est le préposé, l'employé de la commission administrative, puisqu'il est nommé par cette dernière, même s'il y a eu concours. De plus, en la circonstance, la commission administrative aurait été rendue responsable, pour avoir manqué de vigilance et de surveillance, en laissant l'interne pratiquer l'opération, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du chirurgien, qui aurait dû être prévenu.

Aussi, pensons-nous personnellement que, devant ces questions juridiques nouvelles, qui constituent ce que nous appelons le droit médical, il serait utile que les commissions administratives des hôpitaux entrent en collaboration plus intime avec le corps médical et que des notions juridiques soient données, au cours de leurs études, aux futurs médecins qui, au lendemain de leur thèse, se trouveront en présence de toutes les difficultés légales et règlementaires, de plus en plus nombreuses, complexes et spécialisées.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Il faut y entrer jeune

Ce que je voudrais faire comprendre à mes confrères, c'est qu'ils ont tout intérêt de s'affilier jeunes aux œuvres de prévoyance qui leur sont ouvertes.

Je suis étonné de voir que la plupart attendent des années, peut-être pas à se préoccuper de ces questions, mais à mettre en pratique les bonnes résolutions qu'ils ont pu prendre.

Pourquoi ?

Peut-être parce qu'ils ne réfléchissent pas qu'ils ne sont pas tenus de prendre d'emblée le maximum des garanties qu'ils désirent et qu'il leur est toujours loisible d'augmenter le quantum de leur indemnité-maladie ou de leur pension de retraite.

Dernièrement je recevais la visite d'un jeune confrère qui venait me demander des renseignements sur notre Mutualité familiale :

J'ai 28 ans, me disait-il, et je voudrais faire acte de prévoyance, comme vous le conseillez dans le *Concours médical*, car j'ai la plus grande confiance dans vos œuvres.

— Que voudriez-vous ?

— Je voudrais l'indemnité-maladie et la retraite ; je ne puis pas penser à autre chose puisque je ne suis pas marié, mais je voudrais l'indemnité de 30 francs et la retraite de 4.800 francs.

— Ce sera, lui répondis-je après avoir consulté mes barèmes, une cotisation annuelle de 80 fr. pour MA, de 157 fr. pour MAD, donc 237 fr. pour l'indemnité maladie.

— Et pour la retraite ?

— Contre-assurez-vous les versements ?

— Ma foi, non, puisque je suis célibataire.

— Alors ce sera 272 fr. pour P et 154 fr. pour R

— Et si je contre-assurais ?

— 308 fr. pour P et 190 fr. pour R. Donc, en tout, 663 fr. dans le premier cas et 745 fr. dans le second.

— Diable, c'est beaucoup pour un débutant.

— C'est que vous demandez le maximum.

— Evidemment, mais si je ne prends pas un gros chiffre, je pourrai le regretter dans l'avenir puisque je ne pourrai plus augmenter.

— Mais, mon cher confrère, vous êtes dans l'erreur la plus profonde : rien ne vous empêche de prendre, par exemple, l'indemnité maladie de 10 francs ou de 20 francs, pour passer à 30 francs quand cela vous plaira, pourvu que votre santé reste bonne.

De même, vous pouvez prendre une pension de 1.200 fr. à 65 ans, d'abord, puis porter à 2.400 fr., puis ajouter 1.200 fr. à 60 ans et porter enfin cette dernière pension à 2.400 fr. elle aussi. Supposons qu'immédiatement vous commenciez par l'indemnité maladie de 10 fr. et la pension de 1.200 francs à 65 ans, vous aurez à verser annuellement 72 + 77 = 149 fr. non contre-assurés ou 72 + 95 = 167 fr. contre-assurés.

Dans 3 ans, c'est-à-dire à 30 ans, vous voulez doubler votre pension, vous payerez en plus 93 fr. non contre-assurés ou 115 fr. contre-assurés.

Vous arrivez à 33 ans et voulez 30 fr. d'indemnité, vous payez en plus 182 francs, soit une cotisation totale de 464 fr. contre-assurée.

Enfin, à 35 ans, vous voulez ajouter 2.400 fr. de pension à 60 ans, c'est 510 fr. toujours contre-assurés. Donc cotisation totale de 974 fr.

Evidemment, c'est plus que si vous preniez le tout actuellement, mais remarquez que vous avez agi selon vos possibilités et que, pour la retraite, vous arrivez à avoir, à l'âge voulu, constitué un capital identique.

— C'est très intéressant, je n'avais pas réfléchi à cela.

— La Mutualité familiale a été créée par nous, praticiens, qui connaissions bien les besoins de nos confrères : c'est pour eux que nous l'avons faite et nous nous sommes toujours efforcés de nous adapter à toutes les situations comme à toutes les possibilités.

Evidemment, nos confrères, lorsqu'ils jettent les yeux sur nos tracts de propagande ou sur les barèmes contenus dans nos statuts ne réfléchissent pas suffisamment à toutes les facilités qui leur sont offertes.

Et ce'a est si vrai que nous avons constaté l'oubli presque complet des anciennes combinaisons lorsque nous en avons créé de nouvelles. Nous n'avons pourtant pas créé l'indemnité journalière de 30 fr. pour faire abandonner celles de 20 fr. et de 10 fr., nous n'avons pas créé la pension de 2.*400 fr. pour fa re oublier celle* de 1200 francs.

Et nous avons constaté aussi que nos confrères attendent un âge plus avancé pour entrer aux combinaisons relativement élevées. Ils attendent évidemment le moment où le paiement de la cotisation ne sera pas pour eux une gêne, mais ils oublient que, pendant cette période d'attente, ils sont guettés par la maladie, que leur santé peut s'altérer et les empêcher d'entrer à la Mutualité familiale, alors que la chose leur aurait été possible quelques années plus tôt.

Jamais nous ne conseillerons à un médecin de prendre une cotisation au-dessus de ses possibilités, mais nous ne cesserons jamais de lui dire qu'il doit faire acte de prévoyance le plus tôt possible et de lui montrer les avantages qu'il trouve à ce faire puisqu'il lui sera joujours pos-

sible, avec des jours meilleurs, d'augmenter ces avantages qu'il aura primitivement choisis. Et, si le malheur voulait que, par suite de maladie ou toute autre cause, il fût dans l'impossibilité de réaliser cette augmentation, il aurait toujours la jouissance de ces derniers.

Confrères, entrez à la Mutualité familiale, entrez-y jeunes, entrez-y dès votre installation et ne dédaignez pas ces modestes chiffres de nos débuts.

Nous, vos anciens, nous avons été bien aises de les trouver après les avoir réclamés en vain pendant des années.

A. GASSOT.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

Décret relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis pour le remboursement des frais occasionnés par les soins aux pensionnés de guerre.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 30 mai 1924.

Monsieur le Président,

Notre attention vient d'être appelée sur le manque d'uniformité des justifications produites au soutien des mandats émis au profit des médecins et pharmaciens pour le payement des honoraires et fournitures dues par l'Etat par application de la loi du 31 mars 1919, article 64.

Il semble qu'il convienne de remédier à cette situation en fixant la nomenclature des pièces que les comptables seront en droit d'exiger à l'appui des mandats dont il s'agit.

Tel est l'objet du présent décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

Le ministre des finances,
F. FRANÇOIS-MARSAL.

DÉCRET DU 30 MAI 1924.

Sur la proposition du ministre de la guerre et des pensions et du ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'article 881 du décret du 31 mai 1862 ;

Vu le décret du 26 septembre 1919, titre II ;

Vu le décret du 6 mars 1921 ;

Vu le décret du 18 juillet 1921 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922,

Décrète :

Art. 1er. — Les mandats émis pour le remboursement des frais occasionnés par les soins donnés gratuitement aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 devront, suivant le cas, être appuyés des justifications ci-après :

A. — *Remboursement de frais médicaux et chirurgicaux.*

1° Bulletins de visite détachés des carnets des bénéficiaires de l'article 64 ;

2° Note d'honoraires et frais de déplacement par commune des sommes dues au médecin ou au chirurgien, conforme au modèle I annexé au présent arrêté ;

3° Si le médecin ou le chirurgien a soigné des malades inscrits sur les listes de communes différentes d'un même département, bordereau récapitulatif des notes d'honoraires et frais de déplacement présentées par commune, conforme au modèle 3 annexé au présent arrêté.

NOTA. — 1° Les bulletins de visite détachés à l'occasion d'une visite au domicile du malade doivent porter l'indication des motifs qui ont empêché le mutilé de se rendre chez son médecin.

2° Les bulletins de visite comportant le tarif spécial de consultation entre médecins doivent faire mention de cette circonstance.

3° Les bulletins de visite de nuit doivent indiquer les circonstances qui justifiaient une visite d'extrême urgence.

4° Pour l'indication sur les bulletins de visite de la nature des opérations chirurgicales, il conviendra d'employer les dénominations adoptées aux articles 74 et suivants du décret du 25 octobre 1922 et aux actes qui l'ont complété, afin d'éviter les incertitudes au sujet du tarif à appliquer.

5° Pour les frais de déplacement, il sera tenu compte des prescriptions de l'arrêté interministériel du 15 janvier 1923.

6° Lorsque le médecin ne réclamera pas l'application du plein tarif des frais de déplacement, parce qu'il aura fait plusieurs visites au cours d'une même tournée ou parce qu'il aura visité un ou plusieurs bénéficiaires de l'article 64 au cours d'un déplacement intéressant également les malades de la clientèle ordinaire de l'assistance médicale ou des accidents du travail, l'explication sera portée dans la colonne « observations » de la note d'honoraires.

B. — *Remboursement des frais pharmaceutiques.*

1° Feuilles d'ordonnances détachées des carnets des bénéficiaires de l'article 64 ;

2° Mémoire trimestriel par commune des sommes dues au pharmacien, conforme au modèle 2 annexé au présent arrêté ;

3° Si le pharmacien a fourni des médicaments à des malades inscrits sur les listes de communes différentes, bordereau récapitulatif des mémoires présentés par commune conforme au modèle 3 annexé au présent arrêté.

NOTA. — 1° Ce bordereau fera mention, le cas échéant des remises et réductions prévues par l'article 2 de l'arrêté interministériel du 12 janvier 1923.

2° S'il n'est produit qu'un seul mémoire, on peut se dispenser d'établir le bordereau récapitulatif, mais le mémoire doit alors faire état, s'il y a lieu, des remises et réductions susvisées.

4° Copies certifiées des ordonnances prescrivant la délivrance de substances toxiques.

C. — *Hospitalisation dans un établissement public.*

1° Mémoire dressé par l'économe ou gestionnaire de l'établissement et visé par le directeur.

2° Avis d'hospitalisation notifiés à la commission départementale. (Ces avis seront rattachés par les services de la préfecture.)

D. — *Hospitalisation dans un établissement privé.*

1° Copie certifiée de la décision par laquelle l'établissement a été agréé (ou certificat de référence).

2° Mémoire du directeur de l'établissement visé par le préfet, qui certifiera la date à laquelle a été approuvée la demande d'hospitalisation et la conformité du décompte des frais de séjour avec le prix des salles civiles de l'hôpital public où le malade aurait pu être hospitalisé s'il l'avait désiré.

3° Avis d'hospitalisation notifiés à la commission départementale. (Ces avis seront rattachés par les services de la préfecture).

E. — *Frais de déplacement avancés par les mutilés.*

1° Demande de remboursement conforme au modèle 4 annexé au présent arrêté adressée au préfet du département.

2° Selon les cas ou les modes de transport utilisés :

Récépissé du billet de chemin de fer délivré par la gare d'arrivée ;

Ticket ou récépissé de voiture publique ;

Facture acquittée du loueur de voiture.

F. — *Avances aux mutilés de leurs frais de déplacement*

1° Demande d'avance conforme au modèle 5 annexé au présent arrêté, adressée au préfet par l'intéressé.

2° Etat décompté et arrêté par le préfet mentionnant les conditions dans lesquelles l'avance a été calculée en tenant compte des prescriptions de l'article 85 du décret du 25 octobre 1922.

A ces documents seront annexés ultérieurement :

3° Lettre du mutilé modèle 6 annonçant l'envoi des justifications d'emploi de l'avance reçue ;

4° Selon le cas et les modes de transport utilisés ;

Récépissé du billet de chemin de fer délivré par la gare d'arrivée ;

Ticket ou récépissé de voiture publique ;

Facture acquittée du loueur de voiture.

G. — *Transport des corps des bénéficiaires décédés dans un établissement hospitalier.*

1° Demande de transfert gratuit formulée conformément au modèle 7 ci-annexé au présent arrêté par le plus proche des ayants droit indiqués à l'article 86 du décret du 25 octobre 1922, revêtue par le médecin de l'hôpital de la certification relative à la relation existant entre le décès et la maladie ou blessure donnant droit à pension et comportant un ordre de transfert donné par le préfet au gestionnaire de l'établissement.

Selon que le gestionnaire aura ou non besoin d'une avance :

2° Demande d'avance (modèle 8) contenant l'indication détaillée des sommes nécessaires pour assurer le transfert, signée par le gestionnaire et le directeur de l'établissement ultérieurement et dans le délai maximum d'un mois.

3° Factures des fournitures ou transports prévus par l'article 90 du décret du 25 octobre 1922.

4° Bordereau détaillé des dépenses effectuées, signé par le gestionnaire et le directeur de l'établissement.

5° Le cas échéant, récépissé constatant le reversement des sommes restées sans emploi.

2° Factures des fournitures ou transports prévus par l'article 90 du décret du 25 octobre 1922.

3° Bordereau détaillé des dépenses effectuées, signé par le gestionnaire et le directeur de l'établissement.

H. — *Soins assurés par les sociétés de secours mutuels.*

1° Copie certifiée de la délibération de l'assemblée générale contenant engagement par la société de faire donner les soins et d'assurer les fournitures prévus par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, indiquant sommairement les conditions générales de fonctionnement du nouveau service et les noms des administrateurs chargés spécialement de sa gestion (ou certificat de référence) ;

2° Ampliation de l'arrêté ministériel d'admission (ou certificat de référence) ;

3° Etat conforme au modèle prévu par l'instruction du ministère du travail en date du 18 octobre 1919.

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent entreront en vigueur un mois après la promulgation du présent décret.

Art. 4. — Le ministre de la guerre et des pensions et le ministre des finances sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel* de la République française. (*J. O.*, 7 juin 1924.)

DÉPARTEMENT

de..............................

—

COMMUNE

de..............................

où les bénéficiaires dont les noms sont indiqués ci-après sont inscrits sur les listes.

SERVICE DES SOINS GRATUITS

aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Modèle 1.

—

Numéro d'ordre sur le bordereau récapitulatif

....

Note des Honoraires et Frais de Déplacement dus par l'Etat

à M.. { docteur en médecine. / médecin spécialiste pour.............. / chirurgien.

à.............................. pour soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 domiciliés dans la commune de.............................. au cours du.....e trimestre de l'année 19..... et dont il est justifié par les bulletins ci-annexés détachés des carnets des intéressés.

NUMÉRO d'inscription du malade sur la liste				NOM ET PRÉNOM du titulaire du carnet de soins gratuits.	NOMBRE de consultations par malade à .... fr. chaque.	NOMBRE de visites par malade à .... fr. chaque.	AUTRES actes médicaux avec leur nature. — N. B. — Lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, prière d'employer les désignations adoptées au tarif du décret du 25 octobre 1922.	SOMME due par l'Etat en raison des actes médicaux indiqués à chacune des colonnes 6 à 8.	DISTANCE kilométriq. entre le domicile du malade et celui du médecin (ou chirurgien) le plus proche.	TARIF kilométrique réglementaire.	DÉPLACEMENTS à plein tarif		DÉPLACEMENTS non spéciaux au malade et donnant lieu au payement d'une somme inférieure à celle qui résulterait de l'application du tarif.		TOTAL des frais de déplacements réclamés par le médecin ou le chirurgien, colonne 13, colonne 15,	TOTAL par malade des sommes dues au médecin ou au chirurgien, colonne 9, colonne 16.	OBSERVATIONS
permanente.		provisoire															
Section 1.	Section 2.	Section 1.	Section 2.								Nombre.	Sommes dues au médecin ou chirurgien.	Nombre.	Sommes.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
					Totaux..........				N. B. — Les mentions prévues par les colonnes 10 et 11 doivent toujours figurer sur le présent état, même s'il n'est réclamé qu'une somme inférieure au plein tarif								

A n'utiliser que s'il est fait usage d'une seule formule.

Certifié sincère et véritable la présente note d'honoraires s'élevant à la somme totale de..............................
....

A.............. le.............. 19...

Le secrétaire de la commission.............................. certifie que, par décision en date du.............. 19....., la commission a fixé à la somme de.............................. le montant des honoraires dus au docteur..............................

A.............................., le.............. 19...

DÉPARTEMENT
de..................

COMMUNE
de..................

Modèle 2.

SERVICES DES SOINS GRATUITS

aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

MÉMOIRE DES MÉDICAMENTS

fournis par M.................... { pharmacien / pro-pharmacien } à..................................

aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 pendant le trimestre de l'année 19....
suivant détail porté sur les feuilles d'ordonnances médicales ci-annexées.

Numéro d'inscription du malade sur la liste				Nom et prénom du titulaire du carnet de soins gratuits	Nom du médecin qui a délivré l'ordonnance.	Numéro d'ordre de l'ordonnance	Date de la fourniture.	Montant par ordonnance de chaque fourniture		Total des fournitures dues pour le même malade.	Observations.
permanente		provisoire									
Section	Section	Section	Section					réductible	non réductible		
Total											
A déduire pour (1) { réduction de ...... / remise de ...... }											
Total net											

(1)..

Certifié exact le présent mémoire s'élevant à la somme totale nette de..

A.................., le..................

(1) A n'utiliser que s'il est fait usage d'une seule formule.

(1) Le secrétaire de la commission..................
certifie que par décision en date du..................
la commission a fixé à la somme de..................
le montant des fournitures pharmaceutiques à rembourser
à M..

DÉPARTEMENT
de..................

Modèle 3.

SERVICES DES SOINS GRATUITS

aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Bordereau récapitulatif { des notes d'honoraires / des mémoires } ci-annexés produits par

M.........................., (qualité) .... à .... pour { soins donnés. / fournitures faites.
aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Numéro d'ordre.	Département où se trouvent situées les communes ci contre.	Commune du lieu d'inscription des bénéficiaires	Somme due par l'Etat par commune.	Total par département.	Observations.
Total					
Pour les pharmaciens seulement, s'il y a lieu { A déduire } Remise de .... p. 100. / Réduction de .... p. 100.					
Net à payer					

Nota. — Lorque des états modèle 1 ou 2 seront renvoyés à un autre département, la préfecture qui fera ce renvoi le mentionnera sur le présent bordereau dans la colonne « Observations », en regard des lignes concernant lesdits états.

Certifié exact.......... { la présente note d'honoraires / le présent mémoire }
s'élevant à la somme totale nette de (en toutes lettres)...
....

A ...., le .... 192..

Le secrétaire de la commission..........................
certifie que par décision en date du......................
la commission a fixé à la somme de (en toutes lettres)....
.................., la somme due à M. ....

A ...., le .... 192..

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **La réhabilitation du corset.** — Le docteur O'FOLLOWELL a publié, dans le *Figaro* du 11 juillet dernier, un fort intéressant article jetant un cri d'alarme sur les inconvénients graves pour la femme de laisser son abdomen sans aucun soutien et lui demandant de revenir au vêtement normal, qui est, sous la robe, le soutien-gorge et le corset. Le Dr O'FOLLOWELL complète son argumentation médicale de l'opinion de grands couturiers affirmant la nécessité de conserver ou de corriger, par le corset, la ligne fine et élancée qu'exige nos modes actuelles.

Et voici sa conclusion :

« Médecins et couturiers sont d'accord. Il y a quelques années les premiers ont condamné l'odieux carcan qui comprimait douloureusement le corps, ils ont été entendus de celles qui le portaient et de ceux qui le faisaient ».

« Aujourd'hui le corset est un sous-vêtement à la fois léger et résistant, qui maintient et soutient, sans gêner, ni comprimer, sans déformer ni déplacer les organes. Quand le médecin demande à une femme de porter un corset, c'est qu'il a le souci à la fois de sa santé et de sa beauté ».

— **IXe Congrès annuel d'hygiène.** — La Société de Médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène ; il tiendra séance les mardi 21, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 octobre 1924, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. L. Mirman, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, conseiller maître à la Cour des comptes, président de la Société pour 1924.

Lundi 20 octobre. — A 15 h. A l'occasion du Congrès, réunion à l'Institut Pasteur des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français.

Mardi 21 octobre. — A 9 h. Ouverture du Congrès. Discours de M. le président de la Société, de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le ministre du travail et de l'hygiène. Rapport général : MM. Dequidt, Courmont, et Rochaix : l'enseignement de l'hygiène en France ; état actuel de la question. Rapport général. M. Léon Bernard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris : rapport préliminaire sur l'enseignement de l'hygiène à l'étranger.

A 14 h. Rapport de M. Marié-Davy : enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement primaire. Rapport de M. Pacaut, de Mlle Th. Robert : enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement secondaire. Rapport. M. Frois : enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement technique. Communication ayant trait à l'enseignement de l'hygiène. Projections cinématographiques.

Mercredi 22 octobre. — A 9 h. Revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1923-1924 et se rapportant à des questions : 1° M. Dujarric de la Rivière : hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire. — 2° M. Briau : hygiène générale et sociale. Rapport : M. Diénert : de l'épuration des eaux usées ; Qu'est-elle actuellement ? Que peut-elle et que doit-elle être (épandage, épuration biologique, boues activées, épuration chimique) ?

A 14 h. Communications ayant trait à l'enseignement de l'hygiène.

Jeudi 23 octobre. — A 9 h. Communications diverses. M. Armand-Delille : Le rôle de la lumière solaire dans la croissance de l'enfant et l'équilibre physiologique de l'adulte.

A 14 h. Suite des communications ou visite.

Vendredi 24 octobre. — Visite à Reims de diverses œuvres d'hygiène sociale, et en particulier cité ouvrière.

La Société accueillera les communications qui seront adressées avant le 15 juillet 1924.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications et de rapports devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées : 1° Les rapports ne devront pas avoir plus de quinze pages et les communications plus de quatre pages (pages de 39 lignes de 52 lettres), format de la *Revue d'hygiène* ; 2° les manuscrits devront être remis en séance ; 3° le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur* sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ; 4° les demandes de tirés à part doivent être adressées directement à la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) ; 5° remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes) destiné à la presse.

La Société de Médecine publique prenant à sa charge tous les frais du Congrès, l'inscription est gratuite.

Des démarches seront faites près des compagnies de chemins de fer pour obtenir cette année une réduction au demi-tarif pour les adhérents au Congrès annuel d'hygiène ; le résultat de ces démarches sera indiqué ultérieurement.

N. B. — Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 15 juillet 1924 et devront être adressées à l'agent de la Société, M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe).

Les communications qui ne seront pas annoncées avant le 15 juillet ne figureront pas au programme.

— **Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Oise.** — Un concours de médecin spécialisé des dispensaires est ouvert dans l'Oise. Prière aux candidats d'adresser d'urgence leur demande au siège social, 40 rue St-Jean, à Beauvais qui enverra tous les renseignements complémentaires.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 2829
Maison spéciale pour périodiques médicaux

qui, à la suite d'un accident du travail, a perdu les phalangettes de l'index, du médius et de l'annulaire de la main droite.

A-t-il droit *à une pension* et *de combien* ?

Cet ouvrier est droitier, âgé de 24 ans, non marié et a un salaire quotidien minimum de 28 francs.

Dr G.

Réponse.

Le Guide-barème des pensions militaires, souvent employé en matière d'accidents du travail, alloue, pour perte de la phalange unguéale de l'index droit, 5 % et, pour perte des phalangettes unguéales du médius et de l'annulaire (pour chaque doigt) 1 %, soit au total, en l'espèce, 7 %.

La rente serait donc de 3.5 % du salaire annuel de la victime (salaire effectif des douze mois qui ont précédé l'accident), compté pour la totalité jusqu'à 4.500 fr. et pour le quart, au-dessus de cette somme et jusqu'à 15.000 fr.

1760 — Accident non soumis à la loi de 1899. Recouvrement d'honoraires. Tarif Breton non applicable.

Le 22 mars 1923, un confrère me demande par téléphone de recevoir à ma clinique un de ses clients victime d'un accident grave, nécessitant une opération d'urgence. Le blessé est opéré et succombe le 24 mars. La famille paye sans observation les frais de clinique au tarif habituel (commun).

J'envoie ma note d'honoraires établie au taril commun et je reçois une note d'un agent d'assurances me demandant le détail de ma note. Surprise. Personne, en effet, ni le médecin, ni le blessé, ni la famille ne m'ont parlé d'assurance.

J'écris au confrère qui me répond qu'il s'agit d'un accident du travail — peut être un accident agricole (broiement de la cuisse par un arbre qu'on abattait) — que l'accidenté était employé par son fils qui le salariait, qu'il s'agit d'un famille très à l'aise, qu'avant de demander l'entrée du blessé à ma clinique, il a informé la famille que je ne pourrais le recevoir et l'opérer qu'au tarif commun et non au tarif des accidents du travail, que la famille a accepté ces conditions.

Je n'ai pas répondu à l'assurance, mais j'ai envoyé le détail de ma note à la famille.

Je viens d'apprendre que, sur le conseil de l'assurance, l'employeur (le fils du blessé) ne veut me payer qu'au tarif Breton.

J'ai l'intention de continuer à ignorer l'assurance et de poursuivre le recouvrement de ma note avec la succession du blessé (sa veuve et son fils) et non son employeur (son fils seul), car j'estime qu'avec la lettre très affirmative du confrère, le blessé a été pour moi un client ordinaire. D'ailleurs, personne encore ne m'a fait connaître de façon certaine s'il

s'agissait d'un accident du travail rentrant dans la loi de 1898, d'un accident agricole qui, à la date où il est arrivé (22 avril 1923) relevait, je crois, du tarif commun, ou d'une assurance particulière contre les accidents.

Dr M.

Réponse.

Comme vous, nous sommes d'avis que vous ne pouvez accepter d'être honoré selon le tarif des accidents du travail dans l'affaire que vous nous exposez, et cela pour plusieurs raisons :

1° Parce qu'il ne saurait s'agir d'un accident du travail commercial ou industriel, le blessé travaillant à l'abatage d'un arbre au moment de l'accident. Or cet accident ne peut être considéré que comme un accident agricole, non encore soumis à la législation sur les accidents du travail. C'est seulement au cas où la coupe de bois aurait présenté le caractère d'une exploitation, qu'il pourrait y avoir lieu à application de la loi du 15 juillet 1914 sur les accidents forestiers.

2° Parce que le blessé vous a été amené par sa famille qui ne vous pas fait connaître dans quelles circonstances l'accident était arrivé et à laquelle vous avez fait confiance pour le paiement de vos honoraires.

3° Parce qu'enfin, en admettant même qu'il s'agisse d'un accident du travail, il importe de remarquer que les frais médicaux tarifés sont ceux qui doivent être supportés par le chef d'entreprise et que le médecin reste toujours libre de réclamer au blessé les honoraires qu'il estime lui être dus, comme à un client quelconque.

Vous devez donc poursuivre le recouvrement de vos honoraires contre la succession du blessé représentée, dites-vous, par la veuve et le fils. Même au cas où la succession serait insolvable, les héritiers seraient personnellement responsables de vos honoraires, s'ils n'ont pas répudié la succession. En outre, vous devez bénéficier du privilège accordé aux médecins par l'article 12 de de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, pour soins donnés pendant la dernière maladie. Le Tribunal compétent pour connaître de l'affaire est le juge de paix, si votre note ne dépasse pas 600 francs ; s'il vous est dû une somme supéreure, vous devrez assigner devant le tribunal civil et le ministère d'un avoué vous sera indispensable.

Nous vous serons reconnaissants de vouloir bien nous faire connaître la suite qui sera donnée à cette affaire.

1724. — Accident du travail. Victime employée au service d'une machine agricole.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de faire répondre, dans le *Concours*, à la question suivante concernant les accidents du travail ?

Un *chauffeur* professionnel de *machine à battre*, *en allant chercher des seaux d'eau pour alimenter sa machine*, glisse sur le verglas, tombe et se lèse le genou (entorse, hémarthrose, etc.) ; il reste 3 mois sans travailler, et, la blessure consolidée, le médecin traitant constate une incapacité permanente de 20 %.

La compagnie d'assurances qui garantit l'employeur prétend que cet accident n'est pas garanti par la loi sur les accidents du travail, parce qu'il n'a pas été causé directement par la machine à battre.

Il a été pourtant causé par le service direct de la machine : son approvisionnement d'eau.

La thèse de la compagnie est-elle juste ? ou le blessé doit-il poursuivre ?

Dr D.

Réponse

La loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail n'entrera en vigueur que le 1er septembre prochain. Jusque-là, les ouvriers agricoles travaillant à la conduite ou au service d'une machine agricole mue par un moteur inanimé, ne sont couverts par la loi du 30 juin 1899 que si l'accident est occasionné par l'emploi de la machine. Il faut donc, pour qu'il y ait lieu à application de la loi, que l'accident soit causé par la machine elle-même.

Dans l'espèce que vous nous soumettez on ne saurait prétendre que la machine ait été la cause de l'accident, car le risque couru par l'ouvrier en allant puiser de l'eau est un risque agricole ordinaire, non inhérent à l'emploi de la machine et n'ayant avec cet emploi qu'un rapport indirect.

Dans ces conditions, nous estimons qu'une action introduite par le blessé n'aurait pas grande chance de succès.

1748 — Trouble de jouissance par un tiers. Comment le faire cesser ?

Au 24 juin dernier s'est installé, comme sous-locataire, dans la maison contiguë à la mienne un marchand d'eaux minérales, bières, etc. Ce commerçant a mis en marche, dans une pièce séparée de ma maison par un mur mitoyen, une machine à laver les bouteilles dont le ronflement continu et assourdissant s'entend dans toute ma maison, gêne par son bruit ma consultation, et, par instant ébranle les ustensiles de ma cuisine.

La mécanique ne prend aucun point d'appui sur le mur mitoyen.

1° Puis-je exiger que cette machine soit déplacée ou installée de façon à ne pas être entendue chez moi ? Dans l'affirmative, je serais heureux d'avoir des jugements à l'appui de ma thèse.

2° A qui devrai-je adresser ma réclamation : juge de paix, tribunal civil ?

3° Qui devrai-je poursuivre : propriétaire de l'immeuble voisin, locataire ou sous-locataire ?

Dr S.

Réponse.

Vous pourriez, avant toute chose, tenter une démarche amiable auprès de votre voisin pour lui signaler les inconvénients qui résultent pour vous du bruit fait par sa machine, et le prier de faire le nécessaire pour faire cesser ce trouble. Au cas où cette démarche resterait infructueuse, vous devrez faire constater par huissier la gêne que vous cause le ronflement du moteur, et faire sommation, tant au propriétaire qu'au locataire et au sous-locataire, de prendre telle mesure qu'ils jugeront nécessaire pour mettre fin au trouble de jouissance dont vous vous plaignez. Si, malgré cette sommation, le trouble persiste, il ne vous restera plus qu'à assigner devant le tribunal civil en paiement de dommages-intérêts pour le trouble passé et en cessation du trouble pour l'avenir, dans un délai déterminé, et sous peine d'une astreinte de tant, par contravention constatée. Pour agir devant le tribunal civil, le ministère d'un avoué vous sera indispensable.

A titre de jurisprudence, nous vous signalons un arrêt de la Cour de Nancy du 12 avril 1923, rapporté dans « L'Année médicale Pratique, 1924 », à la page 480, qui a accordé des dommages-intérêts à un médecin propriétaire d'une clinique pour le trouble que causait à l'exercice de sa profession le bruit provenant d'une usine voisine.

1755. — Accident du travail. Prescription de l'action en indemnité Soins consécutifs.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me documenter sur le cas suivant :

Un ouvrier travaillant à une machine à battre est gravement blessé le 28 septembre 1918 au pied gauche. L'amputation de la jambe est pratiquée le 2 octobre. Le patron, *non assuré*, paye l'hôpital. L'ouvrier à sa sortie, signe au patron un papier par lequel il lui promet de ne rien lui réclamer, à condition que ledit patron l'emploie pendant le reste de ses jours. Nonobstant ce pacte, le patron renvoie l'ouvrier au bout de quelques mois. Et l'ouvrier, pas très débrouillard, ne réclame rien tout d'abord.

Ce n'est qu'en juin 1923 que, sur les conseils d'un

homme d'affaires, il se décide à écrire au procureur de la République.

L'affaire a été jugée le 30 mai par le tribunal de B.... L'ouvrier est débouté de sa plainte parce qu'il y aurait prescription.

Actuellement, l'ouvrier est venu me consulter parce que son moignon s'est ulcéré. Il est possible qu'une nouvelle intervention chirurgicale soit nécessaire, et le blessé n'est pas à même d'en supporter les frais. Contre qui peut-il avoir recours ?

Dr A.

Réponse.

Puisque la demande introduite par votre malheureux client en paiement des indemnités prévues par la loi de 1898 sur les accidents du travail a été repoussée parce que tardive et que la prescription était acquise, il n'a plus actuellement aucun recours contre le patron ni l'assurance en paiement des soins que son état peut nécessiter.

Si donc une nouvelle intervention chirurgicale devient nécessaire la seule ressource de votre blessé sera de se faire admettre à l'assistance médicale gratuite s'il n'est pas en mesure d'assumer les frais d'une opération.

Application du Tarif Breton.

1715. — La dérogation de l'article 27.

Voici une note adressée par moi au sujet de X, à la compagnie X.

Tarif 27 des oculistes :

1re visite et certificat	20
3 visites à 12	36
	56

Ma note ainsi envoyée doit-elle être payée ainsi, soit : 56 fr. ?

Ou bien doit-elle subir une réduction de 25 % etc. ?

Réponse importante, car je dois la montrer au juge d'ici par mon avocat.

Dr J.

Réponse.

Il n'y a pas de doute que votre note doit subir la réduction de 25 %. L'article 27 dit : « par dérogation à l'article 15, *alinéa deux*..... » et celui-ci est nettement spécifié pour le différencier de l'*alinéa un* de ce même article 15 qui concerne les minorations de 25 % et ne subit pas, par suite, la dite dérogation.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

1691. — Ligature d'artère et suture de la plaie

Un de mes clients, demeurant à 5 kilomètres, tombe dimanche dernier, à 21 h. 30, avec une bouteille à la main. Il est pensionné pour « vertiges et troubles labyrinthiques consécutifs à trépanation » (blessure de guerre). Il prétend imputer à l'Etat les conséquences de son accident, attribuant sa chute à un de ses vertiges habituels. Pressentie par moi, la Commission de contrôle admet cette thèse et m'autorise à détacher des bons du carnet.

Hémorrhagie immédiate et abondante provenant de la main droite. Un voisin intelligent pose un garrot au bras et vient me chercher (22 h. 15).

Je constate une plaie profonde intéressant toute la paume de la main et la moitié inférieure de l'avant-bras .

Le seul organe lésé est l'artère cubitale, sectionnée au ras du pisiforme. Aidé d'une bonne lampe à pétrole, je recherche et isole les deux bouts de l'artère, sans anesthésie (je suis seul) ; il y a urgence, et le blessé est courageux. Ligature ; suture incomplète de l'aponévrose palmaire et antibrachiale, et des téguments. Suites normales au 8e jour.

Comment tarifer ? Je proposerais :

Déplacement : 10 km. à 1 fr. 24 .... 12.40

(Le tarif semble ne reconnaître aucune majoration le dimanche ou la nuit ?)

Visite : à ne pas compter, puisqu'il y a intervention à tarif spécial (?)

Ligature de l'artère cubitale 75

Sutures multiples (aponévrose antibrachiale et palmaire, téguments) 25

Majoration de 25 % sur chacune de ces deux opérations, pour intervention de nuit justifiée (art. 73) 25

Pansements consécutifs : 5 fr. prix d'une consultation : le blessé vient chez moi.

137 40

Y a-t-il erreur ?

Dr P.

Réponse.

1° Il n'y a, ni dans le tarif Breton, ni dans le tarif Maginot, de majoration de nuit pour les déplacements.

2° Votre note est légèrement rectifiable :

a) A supprimer les 25 francs pour sutures multiples, celles-ci étant comprises dans l'opération tarifée comme « ligature d'artère ». En effet, on ne saurait faire cette opération de ligature d'artère sans que l'artère soit mise à jour et sans suturer la plaie ensuite pour terminer l'opération.

b) La majoration de 25 %, par suite de la sup-

pression ci-dessus ne porte donc plus sur 100 francs, mais sur 75. Comptez donc 18,50 au lieu de 25 francs.

3° Les pansements consécutifs sont compris dans le prix de la visite ou consultation.

II

1679. — Pensionnés soignés en dehors de leur département.

J'ai l'occasion de soigner des mutilés, bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, habitant *Paris*.

Je vous serais reconnaissant de me dire à quelle Préfecture je dois adresser mes billets de visite et mon relevé trimestriel ?

Je dois vous dire que j'ai déjà adressé une note d'honoraires avec billets de visite à l'appui, au préfet de la Seine.

Le Préfet de la Seine a adressé le tout à la Préfecture de Seine-et-Oise.

Et je reçois maintenant du préfet de Versailles mes billets de visite avec une note déclarant que je m'adresse pour paiement à la préfecture de la Seine.

Avant de recommencer le circuit, je désirerais avoir votre avis.

Le « Sou médical » doit être fixé à cet égard.

Dr D.

Réponse.

Envoyez *toutes* vos notes, quel que soit le pensionné, à *votre* préfecture, qui fera la répartition au sujet des paiements. Et si la préfecture refuse, dites-lui de demander les *nouvelles* (toutes nouvelles) instructions ministérielles sur ce point. Et, en cas de doute, se renseigner soit au Ministère des Pensions, soit même au Ministère des Finances.

F. D.

Laboratoires et savants.

Toujours la même chose. Ça n'a pas changé.

Ea 1874, notre maître Lorain nous racontait les déboires et les misères de Schutzemberger, dans son laboratoire de la Sorbonne.

Manque d'appareils, d'aides, de crédits. Pour lui, directeur, traitement dérisoire : huit mille francs, je crois. Et pas de ressources personnelles ; charges de famille, nombreux enfants. Impossible de se livrer à des recherches et de poursuivre ses expériences.

Dans une soirée, Schutzemberger confie à Lorain qu'on lui fait des offres. En Autriche, à Vienne, notamment, on lui propose de venir installer et organiser un laboratoire à sa guise, avec des fonds à discrétion et 50.000 fr. de traitement annuel.

« Que faut-il faire ? » demandait-il à Lorain, « Mon cher ami, lui répondit Lorain, tu n'as

de fortune... que tes nombreux enfants. Tu ne peux vivre ni poursuivre tes recherches à Paris, faute d'argent. Au nom de la science, pars ! A ta place, j'accepterais !... Et puis il faut vivre... d'abord... »

Mais l'Alsacien n.'accepta pas...

Dr C.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement de la tachycardie paroxystique (Maladie de Bouveret)

1° *Dans l'intervalle des crises* :

Traitement, s'il y a lieu, de la lésion organique du cœur.

Thérapeutique de l'affection causale : salicylate de soude chez les rhumatisants ; médication spécifique chez les avariés ; essai d'opothérapie thyro-ovarienne, en cas d'insuffisance endocrinienne confirmée ; enfin, traitement des troubles gastro-intestinaux.

Le plus souvent : médication sédative (bromure, valériane, etc.), jointe à une bonne hygiène et à une vie plutôt sédentaire, sans efforts physiques et sans grandes préoccupations.

Dans tous les cas, éviter le surmenage intellectuel, les émotions vives, les veilles prolongées.

Supprimer toutes les intoxications susceptibles d'agir sur le cœur : usage immodéré du thé et du café, tabagisme.

Repas peu copieux, bien mâchés, en évitant les aliments qui surchargent l'estomac: soupes épaisses, bouillies, purées, ainsi que l'ingestion des boissons gazeuses.

Alterner l'usage de la médication valéro-bromurée avec celui de l'arsenic (de X à XX gouttes de liqueur de Pearson) ou celui de la quinine et du seigle ergoté :

Extrait aqueux d'ergot de seigle.......... } ââ	0 gr. 10
Sulfate de quinine ..... }	
Extrait de noix vomique	0 gr. 002

Pour 1 pilule : en prendre deux ou trois par jour pendant quinze jours.

Ne pas négliger les agents physiques : *hydrothérapie tiède, massage.*

Masser notamment les muscles du ventre, pour dégager le système porte et produire, par les nerfs sympathiques, une influence vaso-motrice sur les contractions artérielles.

Calmer l'éréthisme cardiaque par de légers effleurages et de petits tapotages rythmés, à l'aide du vibrateur de Zander, sur la région précordiale.

Saison thermale à Bourbon-Lancy.

2° *Au moment des paroxysmes :*

Essayer d'en triompher en suscitant des réflexes :

Avaler une grosse boule de mie de pain, enveloppée dans du pain azyme.

S'allonger sur le dos et faire des inspirations très lentes en maintenant, dans leur intervalle, le thorax bien gonflé d air.

Prendre une boisson quelconque en faisant de grands mouvements de déglutition.

Comprimer légèrement, au niveau du cou, le pneumogastrique droit.

Titiller le pharynx avec une plume.

Prendre, de dix en dix minutes, trois des cachets suivants, susceptibles de régulariser le rythme cardiaque :

Extrait d'hypophyse......	0 gr. 15
Sulfate de quinidine.......	0 gr. 10

Si la crise n'est pas enrayée après 24 heures, recourir à la médication vomitive avec :

Poudre d'ipéca...........	1 gr. 50

En trois paquets.

Un paquet toutes les dix minutes jusqu'au résultat.

En cas d'échec de cette médication, recourir aux injections de morphine, qui souvent réussissent à modérer l'intensité des accès (une ou deux injections d'un centigramme par 24 heures).

Si, malgré tout, la crise se prolonge au-delà de deux ou trois jours, avec menaces d'insuffisance cardiaque et d'asystolie, employer les injections d'ouabaïne par la voie intra-veineuse.

Pétrir les muscles des membres pour activer le retour du sang veineux vers le cœur.

Massage du thorax, pour activer la respiration.

La sédation obtenue, faire prendre, trois fois par jour, pour remonter le malade et règler sa circulation, un verre à liqueur de ce vin composé:

Teinture d'aubépine blanche.	3 gr.
— d'apocynum cannabinum	2 gr.
— de scille..........	6 gr.
— de passiflora incarnata................ }	ââ 5 gr.
— de coca........... }	
Vin de Grenade............	210 gr.

et une pilule de :

Vératrine	2 milligrammes

Dr A. Satre
(de Grenoble.)

VARIÉTÉS

Le hasard a fait qu'une malade de ma connaissance (artério-sclérose avec ictus apoplectiforme sans hémiplégie) est allée voir le père Benoit pour lequel les Tribunaux ont tant d'indulgence. Ci-joints les renseignements que j'ai pu obtenir et que j'envoie dans leur intégralité au *Concours médical* qui leur donnera la publicité qu'il lui plaira.

Ordonnance du... père Benoit

Docteur G. RACHOU
138, rue Jules-Barni
AMIENS
Consultations
Lundi, mardi et mercredi

28 mai 1924,

Dr G.

Gui	500 gr.
Pelure de hêtre	500 —
Racines de grande consoude	500 —
Geranium Rohert	500 —
Argentine	500 —
Racines de pissenlit	500 —
— de bardane	500 —
Reine des prés	500 —
Sauge	300 —
Feuilles de mélisse	300 —
Fleurs de bleuet	300 —
— de violette	300 —
Serpolet	300 —
Pelures de bourdaine	500 —

Mettre plus ou moins de bourdaine selon la constipation.

Faire bouillir la quarantième partie de ces plantes dans 1 litre 1/2 d'eau et faire réduire au 1/5. Boire ce cinquième en trois fois dans la journée, chaud et sueré, le matin, le midi et le soir avant le repas. Suivre ce régime pendant 40 jours, recommencer deux autres fois = 120 jours et retourner voir le père Benoit.

***

La bénéficiaire (?) de cette ordonnance ajoute :

Il ne fait pas grands frais de conversation : il regarde dans les yeux (en écartant légèrement sa pipe), demande à faire aller les yeux à droite, à gauche, en haut, en bas, et fait faire l'ordonnance ci-dessus après avoir donné tout bas quelques conseils pour le choix des plantes. Cela dure *en tout* cinq minutes. On donne ce que l'on veut ; il ne demande rien : j'ai déposé 25 francs sur la table.

J'ai fait mêler *intimement* toutes les plantes et pris la 1/40e partie comme poids ; j'ai donc obtenu 40 paquets.

Quarante-sixième année **N° 30** 27 Juillet 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1752-IV)

AVIS

I

« Messieurs les médecins directeurs de mai-« sons de santé, et plus particulièrement d'éta-« blissements médicaux, sont instamment priés « de s'inscrire au Syndicat en formation (Syndi-« cat des médecins directeurs d'établissements « médicaux), soit au Dr Derecq, 15, rue Châ-« teaubriant à Paris, soit au Dr Hervé, direc-« teur du Sanatorium des Pins, à Lamotte-Beu-« vron (L.-et-C.).

II

D'un jugement rendu 3e chambre Trib. civil Seine, 22 avril 1921, inséré *Gazette tribunaux*, 22 mai 1921, confirmé par arrêt Cour appel Paris, 28 février 1924, entre M. Zund Burguet, demeur. 59, r. Prony, Paris, et M. le Dr Maurice, 5, r. Villersexel à Paris. Il appert : 1° Que la demande de M. Zund Burguet en contrefaçon et concurrence déloyale a été déclarée mal fondée et qu'il en a été débouté.

2° Que la demande reconventionnelle de M. le Dr Maurice en dommages-intérêts a été admise, et que M. Zund Burguet a été condamné à payer à M. le Dr Maurice une somme de 25.000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Pour extrait,

CHAISEMARTIN.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Paris.
Berck Plage. Bouquier Tridon.
Cancale. Bazin.
Carnac Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 321. — Rais. fam. cède contre indemn. avant. exc. poste litt. près Marseille. Sér. présent. 35 à 40.000 fr. touc., à voir d'urgence ; conv. à confr. actif.

N° 322. — Auvergne. Mais. 7 p., 5 lits, W.-C., prox. ch. de fer, pêche, 400 fr. p. mois ou 1.000 fr. pour saison : juill. à oct. Ecrire : Mallet, Vic-le-Comte, P.-de-D.

N° 323. — Doct. expér. accept. sit. de second dans mais. santé Paris ou région Paris, banl. ouest ou dep. du L.-et-C., I.-et-L. et L.-Inf. ; ferait remp. dans mêmes régions.

N° 324. — Tube Coolidge à radiat. 30 M.A. neuf. Tabl. alternat. Gaiffe avec condens. interr. gr. mod. 1922 neuf paru R. X. App. Sterling haute fréq. Gr. électrog. 110 v. 15 amp. Le tout état neuf. S'ad. Dr Tèze, Thouars (D.-S.).

N° 325. — On dés. acheter d'occas. belle salle à manger en noyer, Renaissance, avec panetière et 8 chaises cuir. Pressé.

N° 326. — Doct. memb. du *Concours*, recomm. jeune infirm. bonne fam., p. accomp. eaux ou à la mer, enf. ou mal. Mme Lemaire, 8, rue Billancourt, Boulogne (Seine).

N° 327. — Doct. rec. à ses confr. pet. institut. à la camp. qui prendr. enf. débiles ou ay. bes. air Dep. 180 fr. Ecr. Mlle Bassin, aux Nouillers (Char.-Inf.).

N° 328. — Nord, à céder dans rég. indust. tr. bon poste, seul méd. cond. achat mais. indem. à débattre.

N° 329. — Conf. dés. acquér. client. 1/2 repos, banl. Paris.

N° 330. — Bon. client. chef-lieu cant. Centre, 147 km. de Paris, gr. ligne. Pays agréab. Prédéces. resterait un cert. temps, p. bien inst. success. dans client.

N° 331. — Sud-est. A repr. d'urg. bon poste rap. : 44.000 en aug. Gr. mais. 12 p. ; électr. Indem. avant. ; local. agr. au bord de la mer. climat doux, près gr. ville. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 332. — Yonne. Poste anc., rap. 34.000 fr. touchés, fixes, mais. av. jard. ; af. d'av. belle rég. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 333. — Jeune doct. dem. poste oculiste, ou sit. aide de conf. en vue de suces. S'ad. Dr Berger, 61, cours Gambetta, Lyon.

CORRESPONDANCE

1786. — Responsabilité de l'accident survenu à un ouvrier se rendant à son travail.

Un jeune maroquinier, en se rendant à son travail le matin, est descendu d'un tramway avant l'arrêt

et s'est jeté contre un taxi qui tenait sa droite. Accident de droit commun dans lequel les témoins donnent tort à la victime.

Celle-ci me demande si elle peut se couvrir de la loi sur les accidents du travail, puisque l'accident lui est survenu en se rendant à son travail ?

Dr P.

Réponse.

La loi de 1898 ne couvre que les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail ; pour qu'elle soit appliquée il faut donc qu'il existe une relation étroite entre le travail et l'accident. En conséquence, la responsabilité du patron ne commence que lorsque l'ouvrier est rendu à son travail et se trouve placé sous son autorité et sa direction. Ainsi, un ouvrier se rendant à son travail par ses propres moyens n'est pas couvert par la loi pour les accidents qui peuvent lui arriver en cours de route. C'est seulement au cas où une clause du contrat de travail met le transport de l'ouvrier à la charge du patron, que la jurisprudence admet que la responsabilité du patron est engagée pour les accidents survenus pendant le transport, car elle considère que, dans ce cas, la surveillance et l'autorité du patron ont commencé à s'exercer dès que l'ouvrier a pris place dans le véhicule mis à sa disposition par le patron.

Dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, il ne saurait s'agir d'un accident du travail puisque l'ouvrier se transportait par ses propres moyens. Il n'a donc droit à aucune des indemnités prévues par la loi et, par voie de conséquence, vous ne pouvez vous faire régler vos honoraires par le patron. Votre seul débiteur dans l'affaire est le blessé lui-même, ou ses parents, s'il est encore mineur. Il en résulte encore qu'il n'y a pas lieu à application du tarif Breton pour l'établissement de votre note.

1778. — Exercice de la profession dans un local affecté à l'habitation.

Un docteur en médecine exerçant déjà dans la même localité depuis quelques années, surtout l'art dentaire, après avoir acquis un immeuble jusqu'au jour de la vente destiné à usage d'habitation, a-t-il le droit d'habiter sa propriété et d'y établir, en plus, dans un certain nombre de ses pièces, un cabinet de consultation et d'opération, salle d'attente et laboratoire de prothèse ? Autrement dit, de changer de sa destination une partie de l'immeuble ?

Dr P.

Réponse.

L'article 15 de la loi du 31 mars 1922, que vous visez dans votre lettre, dit textuellement ceci :

« Aucun local affecté à l'habitation ne pourra « être transformé en établissement de spectacles « publics ou de danse ou en local commercial ou « industriel....... »

Suivent les dispositions pénales sanctionnant cette interdiction.

Il est de principe que toute disposition pénale doit être interprétée restrictivement et ne peut être étendue par analogie.

La loi ne peut donc s'appliquer à la transformation de locaux d'habitation en locaux à usage professionnel et cela d'autant moins, dans le cas que vous nous soumettez, que le nouvel occupant, tout en installant dans les lieux son cabinet médical, se réserve une partie des locaux pour son habitation personnelle. Dans ces conditions, on ne peut dire qu'il y a transformation de locaux à usage d'habitation en locaux à usage professionnel, mais seulement adaptation des locaux à l'exercice de la profession combiné avec l'habitation.

1791. — Accident du travail. Ouvrier travaillant pour le compte d'un propriétaire.

X a pris à Y un travail d'ensemble et à forfait. Y est-il responsable des accidents du travail de X. Ce dernier fait le travail seul et sans aides ?

Y prétend qu'X étant en l'occurrence entrepreneur travaille à ses risques et périls.

Dr C.

Réponse.

Pour qu'un propriétaire soit responsable des accidents survenus à un ouvrier travaillant pour son compte, il faut qu'il ait, à l'égard du dit ouvrier, le caractère d'un patron, c'est-à-dire qu'il ait conservé la direction et la surveillance du travail et de l'ouvrier.

Mais lorsque, comme dans l'espèce que vous nous soumettez, le propriétaire a traité à forfait avec un ouvrier pour l'exécution d'un travail, il a laissé à cet ouvrier une complète indépendance dans la direction du travail. Le propriétaire n'a pas dès lors le caractère d'un patron, mais d'un client, et il ne saurait être responsable des accidents survenus à l'ouvrier pendant le cours de son travail que si une faute ou une négligence personnelle lui était imputable, conformément au droit commun.

1801. — Accident du travail. Contre-expertise

Un ouvrier blessé à l'index droit (section de la phalangette et d'une partie de la phalangine) auquel j'ai accordé 25 % d'incapacité permanente partielle, est examiné par un expert désigné par le tribunal, la

Cie d'assurances n'ayant pas accepté le taux que j'avais proposé, cet expert conclut à 7 % : le blessé peut-il demander une contre-expertise lorsque l'affaire reviendra devant le tribunal ? A-t-il toujours l'assistance pour cette contre-expertise ? Peut-il demander que le contre-expert désigné soit celui de son choix ?

Dr D.

Réponse.

Votre blessé pourra demander au tribunal une nouvelle expertise lorsque l'affaire reviendra devant lui sur les conclusions de la première expertise ; mais, à l'appui de cette demande, il devra fournir des certificats médicaux établissant que le rapport du ou des experts est erroné. Le tribunal restera toujours libre d'apprécier s'il y a lieu à contre-expertise et nous ne pouvons vous donner aucune assurance à ce sujet. Enfin, l'assistance judiciaire est de droit pour l'ouvrier en matière d'accident du travail ; cette assistance s'applique à tous les actes de la procédure et, par conséquent, à la contre-expertise, si elle est ordonnée.

Quand une mesure d'instruction est ordonnée par un Tribunal, les parties peuvent toujours convenir des experts auxquels sera soumis leur affaire, mais, à défaut d'entente entre les parties à ce sujet, elles ne peuvent récuser les experts désignés par le tribunal.

Station thermale exemptant les médecins de la taxe de séjour. Uriage

Voudriez-vous faire connaître aux lecteurs du *Concours Médical*, que la station d'Uriage-les-Bains, soumise depuis cette année à la taxe de séjour, en exempte les médecins et leur famille ?

Dr Boutelier.

1794. — Cession partielle de clientèle.

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant : un médecin surchargé de besogne, et désirant vendre « une partie » de sa clientèle, peut-il se réserver par contrat *inattaquable* certains services, par exemple celui d'une usine ou d'une mine, et certaines communes sans que l'acheteur puisse, par la suite, accepter d'y exercer s'il en était sollicité, sous peine d'un fort dédit ?

Dr C.

Réponse.

Il est loisible à toute personne de s'engager à faire ou à ne pas faire une chose, pourvu que cet engagement n'ait rien de contraire à l'ordre public ou aux bonnes mœurs. Un médecin peut, donc valablement s'engager à ne plus exercer dans une partie de sa clientèle et à présenter son successeur à cette partie de la clientèle à laquelle il renonce, en faisant prendre à son co-contrac-

tant l'engagement corrélatif de ne pas exercer dans la partie de la clientèle qu'il se réserve. Ces engagements réciproques peuvent être sanctionnés par des clauses pénales à débattre entre les parties et exigibles au premier manquement constaté.

1812. — Patente. Double emploi

Installé depuis 1914 à L. (Hte-Vienne) j'ai quitté cette ville le 10 février 1923 pour C. (Maroc) où j'ai pris la suite d'un confrère. Mon cabinet a été fermé purement et simplement, *sans successeur*, et ma femme a quitté définitivement l'appartement le 30 mars 1923.

Le fisc me réclame la patente pour l'année entière 1923 bien que je ne sois resté à L. que le mois de janvier 1923. Or l'exercice au 1er janvier oblige à payer pour l'année entière, sauf le cas de décès, faillite ... ou *fermeture de l'établissement* (ce qui est mon cas). Dans ces cas les droits ne sont dus que pour le passé et le mois courant (loi du 15 juillet 1880 art. 28. 1° et 4°). Renseignements puisés dans « Medicus ». — J'ai écrit une fois au préfet et au percepteur de L. pour protester. Inutile ! On m'a envoyé avis sur avis, avec menaces de poursuites même à C.

Quels sont mes droits et que dois-je faire ?

2° Donc j'ai pris la suite d'un confrère à C. au 1er mars 1923, lequel s'est installé en France. Or le contrôleur d'ici me prévient que si mon prédécesseur ne paye pas sa patente de 1923, j'en serai responsable, et ce en vertu du Dahir (décret marocain) du 9 octobre 1920 ainsi conçu « En cas de cession d'*Etablissement* en cours d'année, le cédant et le cessionnaire seront solidairement tenus au paiement de la totalité des droits inscrits au rôle ».

Naturellement mon prédécesseur ne veut rien savoir et m'offre simplement de payer 2 mois sur une somme globale de 855 fr. Et le fisc, qui peut poursuivre un médecin de France au Maroc, ne peut pas le faire du Maroc en France.

Me voilà donc avec deux patentes de 598 fr. (L.) et 855 fr. sur le dos, *pour la même année* 1923.

Pour cette question de solidarité entre cédant et cessionnaire, je désirerais savoir si on peut assimiler une clientèle médicale à un établissement quelconque. D'autre part la loi ne reconnaît pas les cessions de clientèle, je crois. Comment donc peut-elle se baser sur une soi-disant cession de cabinet pour me rendre solidaire de mon soi-disant prédécesseur en vue du paiement de la patente ?

Dans ce 2e cas quels sont mes droits et que dois-je faire ?

A noter que j'ai pris régulièrement la suite de mon prédécesseur ; même local, même mobilier, et qu'il m'a présenté 15 jours à la clientèle. En résumé :

1° Un médecin qui a exercé dans une ville de France en janvier 1923 et a *liquidé complètement* son

cabinet en mars 1923, doit-il la patente pour toute l'année ou pour 3 mois seulement ?

2° Au Maroc, où le cédant et le cessionnaire d'un « établissement » sont solidaires pour le paiement de la totalité des impôts inscrits au rôle, peut-on assimiler la cession d'une « clientèle médicale » à celle d'un « établissement » et réclamer au médecin successeur la patente non payée par le prédécesseur ?

Dr M.

Réponse.

1° La loi du 15 juillet 1880, article 28, paragraphe 3, modifiée par l'article 30 de la loi du 8 août 1890 est ainsi conçue :

« En cas de fermeture d'établissement.... *par suite de décès, de liquidation judiciaire ou de faillite déclarée*, les droits ne seront dus que pour le passé et le mois courant ».

Tel n'est pas votre cas.

Vous devez donc payer la totalité de la patente établie à votre nom à L. pour 1923.

2° Au point de vue fiscal, une clientèle médicale est considérée comme un établissement. En France, la cession donne lieu au transfert de la patente ; il nous paraît donc comme probable que les dispositions spéciales du Dahir du 9 octobre 1920 seront applicables dans votre cas.

D'autre part, il ne nous paraît pas possible d'obtenir, pour cause de double emploi, une réduction de la patente établie à L., les colonies et les pays de protectorat étant considérés comme pays étrangers, lorsqu'il s'agit de l'application des lois fiscales.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1816. — Formalités nécessaires pour apposer un écriteau sur une route

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez avoir l'amabilité de me faire savoir quelles sont les formalités à remplir pour placer une plaque indicatrice sur poteau, sur le bord d'une route ou d'une rue.

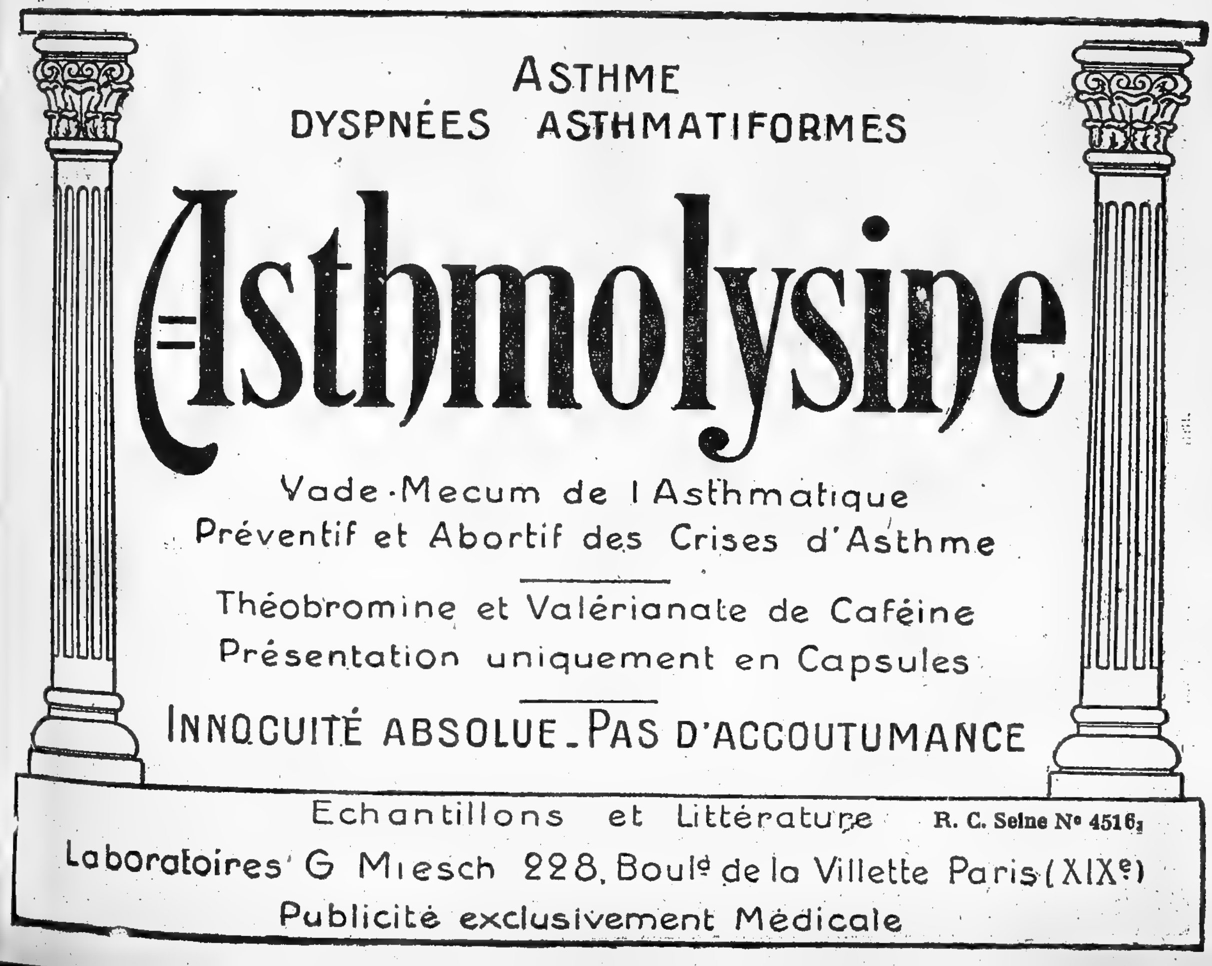
J'ai créé ici en effet une maison pour convalescents, un peu éloignée du centre de la ville et difficile à trouver par les nouveaux venus, Le C. ayant des rues dépourvues de toutes indications.

Je voudrais donc demander l'autorisation (mais à qui ?), de placer un poteau indicateur au coin d'une bifurcation de rues, signalant exactement l'endroit où siège ma villa, afin de faciliter toute recherche aux nouveaux-venus.

Dr D.

Réponse.

Pour placer une plaque indicatrice sur une route, comme il s'agit d'une emprise sur la voie publique, c'est à l'autorité administrative dont dé-



pend la route qu'il convient de s'adresser. S'il s'agit d'un chemin vicinal c'est le maire qui est compétent, mais s'il s'agit d'une route départementale ou nationale c'est au Préfet qu'il faut demander l'autorisation.

Nous ne connaissons pas les formalités nécessaires à l'obtention de cette autorisation, mais vous pourrez sans doute vous procurer facilement ce renseignement à la préfecture. Il est évident que l'autorisation doit être accordée contre paiement de certains droits dont nous ignorons le montant.

1822. — Un propriétaire a-t-il le droit d'interdire à son locataire médecin, de recevoir des malades la nuit ?

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me renseigner sur mes droits et sur la conduite que je dois tenir dans le cas suivant.

J'occupe à V..... avec ma mère, un appartement à bail. Ce bail est au nom de ma mère et voici les propres termes du contrat de location :

« M. X., propriétaire donne par les présentes à loyer pour 6 années ..... à Madame F..., qui accepte, les lieux ci-après désignés, pour en jouir tant pour sa famille que pour permettre à son fils, M. le docteur F.... André d'y exercer la profession de médecin ».

Or, comme chez tout médecin, il se présente de temps en temps la nuit des malades ou des blessés demandant à être reçus.

Le blessé sonne à une sonnette de nuit spéciale. Mais pour qu'il entre, la concierge doit ouvrir la porte. Or celle-ci s'est plainte au propriétaire qui m'envoie la lettre suivante ci-jointe :

« Notre concierge s'est plainte d'avoir été dans « l'obligation d'ouvrir à des malades qui sont venus « recevoir des soins après 10 heures du soir. Je n'ai « pas besoin de vous dire que la concierge est au ser« vice des locataires et non des personnes qui peuvent « avoir besoin d'un médecin après 20 heures. Vous « voudrez donc bien prendre toute précaution utile « pour éviter cet inconvénient. »

Je réponds par le plus profond silence tout en souhaitant à cet homme d'avoir un jour besoin d'un médecin après 10 heures, qui lui applique ce système et le laisse souffrir sur le trottoir.

Mais je considère qu'il y a là une entrave à ma liberté de travail. Je voudrais pouvoir à l'occasion, m'appuyer sur un texte pour protester et au besoin, si le cas se produisait, poursuivre.

Dr F.

Réponse.

Le bail, fait au nom de Madame votre mère, vous donne le droit d'exercer votre profession dans les lieux loués. Votre propriétaire ne saurait

(*Voir la suite page XLIII*-1795)

PROPOS DU JOUR

La Célébration d'un Centenaire
Paul Broca (1824-1880)

Nous avions fait remarquer, dans notre *Propos du Jour* du 22 juin 1924, au sujet du troisième centenaire de Thomas Sydenham, que nous avions en France même, des centenaires moins lointains à célébrer, et parmi eux, nous signalions celui de Paul Broca, le maître incontesté de l'Ecole anthropologique française. « Il appartiendrait, disions-nous, à la Faculté de médecine, dont il fut professeur, à la Société de chirurgie, et surtout à la Société d'anthropologie qu'il fonda, de s'unir pour célébrer ce centenaire. »

Notre appel a été entendu, et grâce à l'initiative de son éminent secrétaire général, M. le Pr Léonce Manouvrier, successeur de Broca, dont il fut élève, qui le remplaça comme directeur du laboratoire d'anthropologie à l'école pratique des Hautes-Etudes, la Société d'Anthropologie a consacré sa dernière séance à la mémoire de Broca.

Sous la présidence de M. Dubreuil-Chambardel, assisté de M. Anthony, devant un public restreint, nous allions dire intime, qui comptait des représentants de la famille de Paul Broca, M. Léonce Manouvrier, visiblement ému par les souvenirs qu'il évoquait, a fait, en excellents termes, un éloge du maître qu'il a connu, avec lequel il a collaboré. M. Manouvrier a insisté sur les qualités d'esprit et de cœur du grand Broca dont les fils, tous deux professeurs à la Faculté de médecine de Paris, soutiennent dignement la réputation du nom illustre qu'ils portent. M. Léonce Manouvrier a fait remarquer avec à propos qu'il était impossible d'exposer en une séance l'œuvre de Broca, à laquelle il espère pouvoir consacrer plusieurs leçons à l'Ecole d'anthropologie.

Nous espérons bien que la séance intime de la Société d'anthropologie, dans les locaux aménagés par Paul Broca lui-même, et où il a procédé à ses principales recherches, n'est qu'un pieux prélude à la glorification de ce grand savant. Paul Broca mérite davantage, et pour en convaincre nos lecteurs, nous allons faire un court exposé de sa vie, nous servant surtout pour cela de la remarquable biographie de son élève et ami, le Pr S. Pozzi, et de notes recueillies au cours de nos lectures.

***

Pierre-Paul BROCA, sénateur inamovible, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, fondateur et secrétaire général de la Société d'anthropologie, directeur du laboratoire de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, professeur à l'Ecole d'anthropologie, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre des Sociétés de chirurgie, de Biologie, de la Société anatomique, du conseil de l'Association pour l'avancement des sciences, etc., naquit le 28 juin 1824, à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), berceau de Gratiolet, d'Elisée Reclus et de plusieurs autres personnages célèbres.

Fils d'un médecin praticien, Paul Broca fit ses études classiques au Collège protestant de sa ville natale, institution réputée pour le solide enseignement qui y était alors donné et où se rendait la jeunesse protestante la plus distinguée de France.

Bachelier ès-lettres et ès-sciences à 16 ans, Broca ayant un goût tout particulier pour les sciences exactes et surtout pour les mathématiques, prépara d'abord l'Ecole Polytechnique. Après la mort d'une sœur, sur les instances de son père qui espérait le voir lui succéder comme médecin praticien à Sainte-Foy, il abandonna le concours de Polytechnique et prit à Paris sa première inscription en médecine en novembre 1841.

Son ami et compatriote, Elisée Reclus, qui s'étonnait de ce brusque changement, lui demandait un jour si c'était par vocation qu'il entrait dans la carrière médicale : « De vocation, lui répondit Broca, je n'en ai aucune. Je me présentais à l'école Polytechnique, mon père m'a prié d'abandonner ce projet. En plein examen, j'ai brûlé mes épures, et sur ses instances, je vais faire ma médecine. Je ne crois pas aux vocations, on peut choisir une carrière presque au hasard et l'on s'y fait une place à sa taille (1). »

Le rapide récit de la vie de Broca montrera

(1) Propos rapporté par le Pr Paul Reclus dans une notice nécrologique. *Progrès médical*, 1880.

que, pour lui du moins, il avait vu juste, car il sut se faire une place à sa taille.

Externe des hôpitaux en 1843, interne en 1844, aide d'anatomie à la Faculté en 1846, il était interne lauréat en 1847, ce qui lui permit de prolonger d'un an son internat. En 1849, il était docteur en médecine. Sa thèse inaugurale, intitulée : *De la propagation de l'inflammation. Quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses*, n'avait que 64 pages, car Broca n'était pas prolixe.

En 1848, il devenait prosecteur à la Faculté de médecine. En 1853, il était reçu chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé. Sa thèse d'a-d'agrégation, qui fit sensation, avait pour titre : *De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent le simuler*.

Le jeune chirurgien ne s'était pas borné à ses deux thèses, les *Bulletins* de la Société anatomique sont remplis de ses communications et, en 1846, il collaborait même à une feuille du quartier latin : *Les Écoles*. Les titres de ses articles dans ce petit journal indiquent suffisamment son caractère critique et combatif : *La suppression des cliniques libres. — Le congrès médical. — M. Orfila dans l'exercice de ses fonctions. — Salles de dissection. — Règlement des internes, etc.* Nous sommes donc heureux de pouvoir compter le grand Broca parmi les maitres du journalisme médical, il collabora du reste activement au *Moniteur des hôpitaux* et à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Tous ses travaux ne se limitèrent pas à la chirurgie et l'anthropologie car, outre des articles de critique et d'hygiène, il aborda même l'histoire de la médecine et fit, en 1865, une conférence sur *Celse et la chirurgie romaine*.

Mais laissons Broca journaliste, pour revenir au tableau de sa vie de savant dont nous avons entrepris la rapide esquisse.

De 1853 à 1858, P. Broca s'occupa surtout d'anatomie pathologique et de chirurgie. Il publia des mémoires ou fit de nombreuses communications sur le cancer, la luxation sous-astragalienne, la galvano-caustie. En 1856, il fit paraître un livre in-8° de 930 pages : *Des anévrysmes et de leur traitement*, qui consacra la réputation déjà solidement établie du jeune agrégé. Il accumula les matériaux pour son *Traité des tumeurs* qu'il n'eut pas le loisir de terminer.

Ce fut en 1858, que Broca trouva sa voie véritable et ce fut depuis qu'il s'adonna à l'anthropologie. Il est intéressant de conter comment le jeune chirurgien de talent, à l'esprit précis, amoureux de la méthode et des sciences exactes, évolua vers une science nouvelle dont il fut le transformateur sinon absolument le créateur.

C'était en 1847, le jeune Broca était encore interne et aide d'anatomie ; l'on opérait des fouilles dans l'Eglise des Célestins et l'on y avait mis à jour un grand nombre d'ossements. Le préfet nomma une commission pour étudier les résultats des fouilles, il demanda un anatomiste pour l'adjoindre à cette commission ; la Faculté désigna l'aide d'anatomie P. Broca. Ce dernier dut étudier la crâniologie et lire le peu qu'on avait publié sur ce sujet. Il fut ainsi amené à parcourir les ouvrages assez rares où l'on traitait des races humaines. A cette époque, agonisait à Paris une société, fondée en 1838 par William Edwards, qui avait pour seul but les recherches sur les races humaines, c'était la *Société d'Ethnologie*. Son programme très restreint avait vite été épuisé et elle était devenue le champ de bataille des monogénistes et des polygénistes dont la querelle byzantine lassa bientôt tout le monde. La Société d'ethnologie mourut en 1848.

Paul Broca était donc prêt à aborder les études d'anthropologie quand en 1858, un événement singulier l'y décida.

Ayant fait quelques recherches sur les hybrides, il rédigea un mémoire *sur l'hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier*. Ce travail, qui fut publié plus tard dans le *Journal de physiologie*, ne nous paraît pas actuellement bien subversif, mais, comme il mettait en question la fécondité illimitée chez les métis d'espèce, il s'attaquait au dogme des *monogénistes* qui avaient triomphé à la mort de la Société d'éthnologie. Broca fit sur ce sujet plusieurs communications à la Société de biologie. Le président de cette Société, Rayer, savant apprécié mais homme sans caractère, fut épouvanté des discussions que ces communications pouvaient provoquer. C'était à l'époque où l'Empire autoritaire exigeait le respect absolu des idées officiellement admises ; Rayer trembla pour l'existence de la Société de Biologie qu'il avait fondée, il supplia Broca d'interrompre ses communications. Ce dernier y consentit autant par déférence pour Rayer, que par mépris pour une tribune où un savant ne pouvait librement s'exprimer.

Ce fut alors qu'il songea à fonder la Société d'anthropologie et ce ne fut pas commode. Il obtint l'adhésion de six membres de la Société de biologie. Il s'adressa aux anciens membres de la *Société d'Ethnologie* qui, avec une unani-

mité touchante, refusèrent de se compromettre avec lui. Enfin il réunit 19 adhérents parmi lesquels étaient 16 médecins, un grand nombre avaient signé par complaisance. Ces 19 fondations étaient : Antelme. Béclard, Adolphe Bertillon, Brown-Séquard. Dareste, Delasiauve, Fleury, Follin, Godard, Gratiolet, Lemercier, Martin-Magron, Rambaud, Charles Robin et Verneuil, tous docteurs en médecine ; les trois non médecins étaient de Castelnau, Grimaud de Caux et Isidore Geoffroy-St-Hilaire. Mais tout n'était pas terminé. Il fallait pour se réunir l'autorisation du Gouvernement. Le Ministre de l'Instruction publique pressenti conseilla de s'adresser au Préfet de Police, qui renvoya au ministre et ce jeu eût pu durer longtemps. A cette époque le seul mot anthropologie paraissait aussi subversif que le mot syndicat, 25 ans plus tard, tant au point de vue politique qu'au point de vue social. L'intervention de Tardieu finit par convaincre un haut fonctionnaire de la préfecture que ces savants ne pouvaient être des gens bien dangereux. D'ailleurs, aucun texte n'interdisait les réunions de moins de 20 personnes. On donna donc l'autorisation à la Société de se réunir, mais Broca était rendu personnellement responsable de ce qui pourrait s'y dire contre la Société, la Religion ou le Gouvernement. Un agent de police en bourgeois devait assister à chaque séance et faire un rapport au préfet de police. Heureux temps ! et nous nous plaignons de l'intolérance des Gouvernements de la Troisième République !

La première séance de la Société d'anthropologie eut lieu le 19 mai 1859. Broca fixa son programme. L'ethnologie s'était bornée à l'étude des races humaines, l'anthropologie avait la prétention d'étudier l'homme dans toutes ses fonctions, dans le passé comme dans le présent.

En 1861, le ministre Rouland transforma la tolérance en autorisation car les anthropologistes avaient été sages. En 1864, Duruy qui avait une autre mentalité, reconnut la Société d'anthropologie d'utilité publique. L'agent de police, auditeur officiel, fut alors supprimé. Il faut dire que l'année auparavant, Broca avait fait à la Société une communication qui fit quelque bruit dans le monde scientifique, intitulée : *Localisations cérébrales. Siège de la faculté du langage articulé* (1863).

Broca put alors organiser la Société d'anthropologie. Il en créa le secrétariat, dont le rôle devait être très actif, et remplit jusqu'à sa mort les fonctions de secrétaire général.

Ce fut alors (1865) qu'il rédigea les *Instructions générales pour les recherches et les observations anthropologiques* qu'il compléta dix ans plus tard par les *Instructions crâniologiques et crâniométriques*. Ces instructions furent le guide des explorateurs, des voyageurs, des médecins coloniaux. Elles leur permirent de faire avec méthode leurs observations et de mettre dans leurs travaux anthropologiques une régularité qui devait faciliter leur utilisation.

En 1867, Broca était nommé professeur à la Faculté de médecine et membre de l'Académie de médecine (section de médecine opératoire). Sa situation officielle lui permit d'obtenir un laboratoire au-dessus du Musée Dupuytren où, secondé par son préparateur, Hamy, il entreprit ses études sur l'*Anatomie comparée des primates*. L'année suivante, le ministre Duruy fondait l'Ecole pratique des Hautes-Etudes et comprenait parmi les laboratoires de recherches scientifiques de cette école, celui de Broca.

La même année Velpeau mourut et Gosselin le remplaça à la Chaire de clinique chirurgicale de la Charité. Paul Broca fut nommé à la Pitié professeur de clinique à la place de Gosselin.

Son enseignement chirurgical ne le détourna pas de ses études anthropologiques. Aidé de ses connaissances mathématiques, il inventa tout un arsenal d'instruments de mensuration anthropométriques ; citons parmi eux le crâniographe, le crochet sphénoïdal, le cadre à maxima, le compas micrométrique, le goniomètre occipital, etc., etc.

Survint la guerre de 1870-71, Broca, vice-président du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris, faisait partie du triumvirat qui, à cette époque difficile, dirigeait les hôpitaux. Il était en même temps chirurgien en chef de l'ambulance de l'Hôtel de Chimay.

Lors de la proclamation de la Commune, le directeur de l'Assistance prit la fuite pour Versailles. Broca comprit que son devoir était de rester à Paris. Sachant que le trésor de l'Assistance n'était pas en sécurité, avenue Victoria, il le fit secrètement transporter à la Charité. Puis il fit évacuer sur Versailles, cachés dans une voiture de pommes de terre, qui était censée destinée à ravitailler l'hospice de Bicêtre, *soixante-quinze millions de francs*, montant du trésor de l'A. P. qui furent ainsi soustraits aux convoitises des insurgés.

Suspect au Gouvernement de Versailles, pour être resté à Paris durant la Commune, Broca

ne fut jamais remercié de cet éminent service qui lui avait cependant fait courir de réels dangers. L'ancien conseil de surveillance de l'A.P. fut dissous et à cela se borna la reconnaissance officielle, dont le savant du reste ne se souciait nullement.

En 1872. le maître fonde la *Revue d'anthropologie*. Il obtint en même temps du doyen Würtz la concession des combles du Couvent des Cordeliers au-dessus de son laboratoire, mais l'aménagement de ces locaux exigeait des frais assez grands. 23 membres de la Société d'anthropologie souscrivirent à 35 parts de 1.000 fr. et les travaux d'installation purent être réalisés. La Société d'anthropologie disposa d'une salle de conférences suffisamment vaste, d'une bibliothèque. d'un musée, de laboratoires parmi lesquels était le laboratoire d'anthropologie de l'école pratique des Hautes-Etudes.

L'enseignement de l'anthropologie était encore suspect aux pouvoirs publics ; en septembre et en octobre 1876, le ministre timoré ne permettait de faire des cours sur ce sujet que par autorisations annuelles et individuelles. Cela n'arrêta pas Broca qui, le 15 décembre 1876, fonda l'Ecole d'anthropologie. Sous les combles des Cordeliers par le fait de l'initiative privée, suscitée par Broca, initiative si rare en France, était organisé un Institut Anthropologique complet, constitué par une sorte de Fédération de trois organismes, la Société, le Laboratoire et l'École.

Le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine qui n'étaient pas imbus des mêmes préjugés que le Gouvernement. subventionnèrent annuellement l'école de 12.000 fr. L'Ecole d'anthropologie prospéra, soutenue par deux hommes éminents, Henri-Martin et le doyen Vulpian. Une sorte d'école pratique fut organisée pour mettre les élèves au courant de la technique anthropométrique ; ce service fut confié à Topinard, secondé par Chudzinski et Kuhff, comme préparateurs.

Broca continua la série de ses travaux, il résolut de faire pour le cerveau ce qu'il avait fait pour le crâne et publia en 1876 le *Mémoire sur la topographie crânio-cérébrale*, le *Mémoire sur le grand lobe limbique et la scissure limbique dans la série des mammifères*, les *Recherches sur les centres olfactifs*, le *Traité sur la nomenclature cérébrale*, qui devint le pendant du célèbre mémoire de Gratiolet sur les plis cérébraux de l'homme et des primates.

En 1878, le renouvellement des Chambres amena au pouvoir un Gouvernement aux idées plus larges, l'Institut d'anthropologie, fort apprécié, obtint une subvention de 20.000 francs qui, jointe aux 12.000 fr. donnés par la ville et le département et aux 2.000 francs de revenus, portait à 34.000 fr. son budget. L'existence de l'œuvre de Broca était assurée.

L'exemple de Broca fut contagieux, sa renommée mondiale avait suscité la création de nombreuses sociétés d'anthropologie notamment à Londres et en Allemagne dès 1861, à Manchester et à Madrid, en Italie en 1865, à Moscou en 1866.

Broca avait imposé une véritable admiration à tous par sa bonté, sa bienveillance, son amour de la justice, son libéralisme, son activité, et l'étendue de son savoir encyclopédique.

Ses travaux si nombreux étaient appréciés au point que quelques années plus tard Trélat put dire de lui sans être taxé d'exagération : « Il n'a rien écrit de médiocre. » Travailleur acharné, il faisait surtout l'admiration des jeunes : « Que de fois, a écrit Paul Reclus, la nuit vers une heure, après un dîner, une soirée perdue chez un ami, lorsque nous passions rue des Saints-Pères, avons-nous vu la lampe briller à la fenêtre de sa bibliothèque. On se sentait confus et comme découragé que son âge mûr travaillât plus que notre jeunesse. Faut-il donc, se disait-on, marcher sans trêve ; n'y a-t-il pas quelque halte et ne pouvons-nous pas mettre un intervalle de repos et de souvenir entre le bruit de notre vie et le silence de notre mort ? (1). »

Le Sénat élut Broca sénateur inamovible. A l'occasion de cette élection ses amis et ses élèves lui offrirent un banquet.

« Un des nombreux discours qui y furent prononcés, raconta le Dr Thulié (2), fut la cause d'une émotion générale : celui du Pr Verneuil. Quand avec son éloquence chaude, spirituelle, exaltée par son amitié, Verneuil eut fait le panégyrique de son ami dont il avait partagé tous les succès : à l'internat, à l'agrégation, aux hôpitaux, à la Faculté, Broca se jeta dans ses bras et s'écria : « Si je croyais aux présages, je me sentirais menacé de quelque grand malheur. Je suis trop heureux aujourd'hui de me voir entouré de tant de cordiales affections. »

Quelques jours après Broca mourait.

Paul Reclus (3) a raconté les circonstances de cette mort. Broca souffrait depuis deux jours de douleurs précordiales violentes. Le matin « il

(1) *Progrès méd.* 1880.

(2) Toast du Dr Thulié au banquet du Cinquantenaire de la Société d'anthropologie, 8 juillet 1909.

(3) *Progrès médical*, 1880.

hésitait à se rendre à l'hôpital, mais il devait se rencontrer avec son collègue, M. Guyon, pour une opération urgente et ne voulut pas y manquer. Il rentra déjeuner ; le mal s'apaisa et lorsque Broca partit pour le Sénat, il comptait dîner le soir chez Victor Hugo.

Au milieu de la séance, une crise subite se déclara ; c'étaient des douleurs intenses dans la région du cœur avec irradiations le long du bras gauche, vives surtout au niveau du coude et telles que la syncope semblait imminente. On le transporta chez lui, mais cette « névralgie intercostale » comme il l'appelait, ne le quitta guère de toute la soirée ; à plusieurs reprises cependant il plaisanta avec les siens et quelques amis. Il se croyait souffrant et non malade.

Vers 11 heures, il se retira dans sa chambre, sa femme l'y suivit et s'endormit vers minuit, dans la plus parfaite quiétude, car les douleurs avaient cédé à quelques gouttes de laudanum. Mais trois quarts d'heure ne s'étaient pas écoulés qu'une sorte de râle la réveilla : elle appelle son mari, lui parle, lui prend la main ; mais tout effort fut inutile : il était mort (1). »

Ses obsèques furent une apothéose. Eugène Pelletan y prit la parole au nom du Sénat, Verneuil au nom de la Faculté, Trélat, de l'Académie de médecine, Tillaux, de la Société de Chirurgie, Dumontpallier, de la Société de biologie, Gariel, de l'Association pour l'avancement des sciences, Ploix, de la Société d'anthropologie, Henri-Martin au nom du ministère de l'Instruction publique.

En 1887, on érigea à Paul Broca une statue en bronze, œuvre du sculpteur sourd-muet, Choppin, devant la Faculté de médecine.

***

Nous avons tenu, à l'occasion du centenaire de Paul Broca, à donner ici avec quelques détails l'histoire de la vie et de l'œuvre de ce grand savant parce qu'elle est un exemple de ce que peut faire un homme de volonté et de talent, malgré les obstacles accumulés sur sa route.

Le récit des succès rapides du fils du petit médecin praticien de Sainte-Foy-la-Grande, et l'histoire de la création et de l'organisation de l'Institut d'anthropologie par Broca, secondé par quelques amis, presque tous des médecins, malgré l'indifférence des savants d'alors. l'opposition et l'hostilité des Gouvernements, au moyen des propres ressources fournies par l'initiative privée et subventionné, après le succès, par les Pouvoirs publics, ne sauraient être indifférents aux lecteurs du *Concours médical*. Sans vouloir établir un parallèle déplacé entre l'œuvre de Broca et celle de Cézilly qui n'ont aucune similitude, nous nous permettrons de faire remarquer que toutes deux sont des manifestations de l'initiative privée, dont le succès est rare en France, et que toutes deux, grâce à l'énergie, à la patience, à la ténacité de leurs fondateurs, sont parvenues à imposer leurs conceptions et à vaincre l'indifférence.

J. NOIR.

Les Journées médicales de Toulouse

Les Journées médicales de Toulouse, qui ont eu lieu du 12 au 15 juillet, ont, pour leurs débuts, remporté un véritable succès. Plus de six cents congressistes avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation.

Le *Concours médical* et ses filiales y étaient représentés par le Dr Paul Boudin, membre du Conseil de Direction du *C.M.*, secrétaire général du « Sou Médical », qui en donnera un compte rendu complet dans le prochain numéro.

Sans plus attendre, nous adressons nos sincères félicitations et nos remerciements au Dr Bardier, qui fut à proprement parler l'organisateur avisé et triomphant de ces Journées.

G. D.

(1) Le diagnostic d'angine de poitrine ne paraît guère douteux. Cependant le *Dictionnaire de Larousse* fait mourir subitement Broca au Sénat d'une rupture d'anévrysme.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR, PARTICULIÈREMENT CHEZ LE VIEILLARD

Par le docteur H. JUDET,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, docteur ès sciences.

En matière de traitement des fractures du col, la variété à laquelle appartient la lésion a une importance capitale (voy. fig. 1).

La fracture siège-t-elle en dehors de la capsule, à la jonction du col et de la région trochantérienne ? Elle est sûre de se consolider, quel que soit le traitement employé.

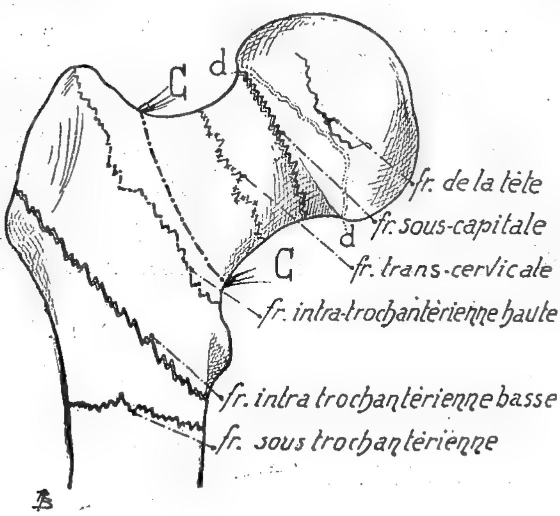


FIG. 1.

Mais si la fracture siège à l'intérieur de la capsule, il en va tout autrement : la tendance à la consolidation, faible dans les fractures mixtes (voy. fig. 1) devient nulle lorsque le trait a sectionné le col au ras de la tête, et la pseudarthrose est fatale si on abandonne les choses à elles-mêmes.

On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que cette non consolidation tient à la difficulté de coaptation, d'une part ; d'autre part, à la mauvaise nutrition des deux fragments, particulièrement à l'interne. A ce dernier point de vue, l'âge aggrave la situation, et chez les vieilles gens de plus de 70 ans, une décalcification intense (ostéoporose sénile) règne dans toute l'épiphyse fémorale.

TRAITEMENT DES FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES.

Nous répétons que la consolidation se produit toujours : il faut seulement veiller à ce qu'elle ait lieu sans difformité notable.

La réduction peut être obtenue par des procédés simples. En exerçant sur le membre une traction de 50 k. à 60 k. un peu prolongée, on sent le grand trochanter descendre ; en même temps, on se rend compte que le pied qui était couché sur son bord externe, en rotation en dehors, reprend son attitude verticale. Il y a eu désengrènement des fragments.

Si, par extraordinaire, cet engrènement résistait, une manœuvre permet de le vaincre : il suffit de fléchir la cuisse à 90° sur le bassin, puis, de la porter progressivement en abduction, pour rétablir l'angle normal du corps et du col.

La réduction étant obtenue par l'une ou l'autre méthode, il s'agit d'éviter la reproduction de la difformité.

Deux moyens s'offrent à nous : l'extension continue et l'appareil plâtré.

L'extension continue classique, à « la Hennequin » ou à « la Taillaux », n'a pas la puissance — la radiographie le prouve — de désengrener les fragments : elle laisse les choses en l'état. De plus, en obligeant le malade à séjourner au lit, elle expose à la congestion pulmonaire et aux escarres du décubitus : d'où mortalité de 30 à 40 %, à partir de 60 ans.

Aussi, donnons-nous de plus en plus la préférence à l'*appareil plâtré.*

Voici la technique qui nous a réussi dans dix cas de fractures extra-capsulaires, chez des malades s'échelonnant entre 48 ans et 88 ans.

Un pelvi-support est indispensable : on peut en improviser, mais avec un modèle du genre figuré (voy. fig. 2), l'intervention devient plus facile et plus régulière. Le malade étant installé sur le pelvi-support, on commence par établir un

bandage protecteur : un épais matelas de coton cardé est étalé dans le dos, un second est disposé sur le ventre, un troisième étroit le long de la branche ischiopubienne. Un double jersey recouvre la cuisse et la jambe avec adjonction d'un capitonnage ouaté dans le creux poplité, et à la face antérieure du tibia.

Le chirurgien se charge de maintenir le membre en flexion à 90 ou 100°, rotation indifférente, abduction modérée, pendant que son aide va construire le plâtre.

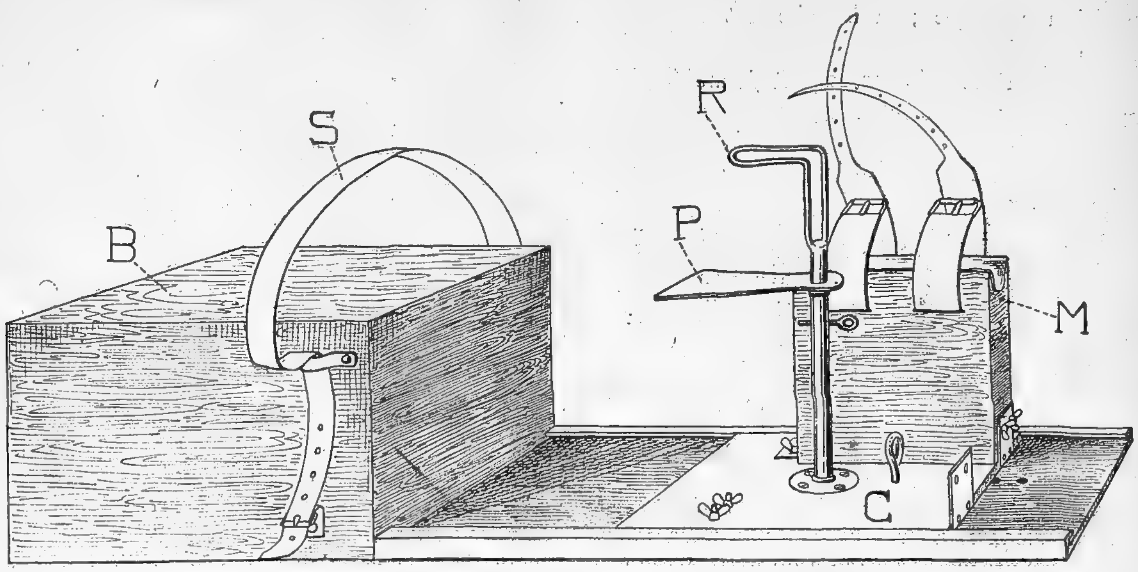


FIG. 2



FIG. 3

Rien de spécial à signaler dans la technique de l'appareil qui est celle de tous les plâtres (un procédé rapide consiste à associer les circulaires et les attelles de renforcement).

Le modelage des points d'appui demande à être soigné : on dessine fortement la taille au-dessus des crêtes iliaques pour empêcher de remonter l'appareil ; on déprime le plâtre profondément derrière le grand trochanter ; on pince le fémur au-dessus des condyles. L'appareil terminé est représenté figure 3.

Cet appareillage n'est guère douloureux. Chez la plupart de nos malades, nous avons fait, une demi-heure avant de réduire, une injection sous-cutanée de sédol ; mais au-delà de 70 ans, nous pensons qu'il est prudent de s'abstenir de cette pratique. La douleur nous a paru peu vive chez les octogénaires (affaiblissement de la sensibilité générale ?)

Suites opératoires. — Une demi-heure après que le plâtre est sec, *il est possible d'asseoir le malade dans un fauteuil sans le faire souffrir* On peut l'y laisser six heures, huit heures par jour, davantage même, s'il y a menace de congestion pulmonaire. C'est aussi le moyen d'éviter les escarres du décubitus, car on fait varier les points de pression : ce sont les ischions qui

portent dans la position assise, c'est la face postérieure du sacrum dans la position couchée.

Du 40e au 50e jour, on enlève le plâtre ; le membre tend à reprendre immédiatement la position allongée ; la hanche est indolore, à peine enraidie.

Après un mois de massage et de mobilisation, on commence la marche.

Résultats. — Au point de vue anatomique, l'appareil plâtré en flexion abduction ne réduit pas strictement toutes les fractures cervico-trochantériennes, mais il a l'avantage de supprimer la coxa-vara et la rotation externe habituelle de la diaphyse. Les résultats fonctionnels se sont montrés constamment bons, même chez les octogénaires.

Dans un travail ultérieur, nous exposerons le traitement des fractures intra-capsulaires : il est malheureusement plus aléatoire.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(29 *Juin* 1924)

Un V.E.M. en chambre aux stations d'Auvergne.

Mesdames,
Chers et honorés Maîtres et Confrères,
Messieurs,

Quand il nous arrive d'assister, désarmés et à peu près impuissants, à l'évolution d'une maladie qui n'en aboutit pas moins à la guérison, nous en rendons volontiers grâce aux seuls efforts de la Nature, agissant à la façon d'une puissante médication, et nous nous inclinons devant les forces compatissantes et efficaces de celle que nous nommons alors la *Natura medicatrix*.

Quand, mieux armés, nous mettons en œuvre, avec des médicaments empruntés aux trois règnes, ou avec les agents physiques, soleil, climat, altitude, mers et océans, une thérapeutique symptomatique, grâce à laquelle le malade conserve et exalte la résistance qui lui est nécessaire pour lutter contre la maladie, en faire les frais et en triompher, c'est encore la Nature qui se montre essentiellement et principalement victorieuse, dans une lutte où nous nous sommes bornés à faire figure d'auxiliaires et de collaborateurs de son œuvre.

Quand enfin, nous avons la chance de disposer d'un traitement spécifique, qui agit directement sur la cause même du mal pour en annihiler les effets, c'est encore et toujours la Nature qui nous fournit les éléments de ce traitement.

La Nature nous apparaît donc, en réalité, comme la grande guérisseuse, et ce n'est pas vainement que le populaire a coutume de proclamer qu'elle a placé providentiellement le remède à côté du mal.

Parmi ces remèdes, dont elle se montre si prodigue, il en est qui, connus et employés depuis de longs siècles, prennent une place de plus en plus importante dans l'art de guérir : je veux parler des eaux minérales naturelles.

Ce sont, en effet, d'énergiques modificateurs des troubles fondamentaux qui caractérisent les maladies chroniques, et de puissants restaurateurs de la santé. Théophile de Bordeu l'avait proclamé, au XVIIIe siècle, à une époque où l'empirisme était le principal facteur de la vogue dont elles jouissaient déjà. Landouzy l'a répété de nos jours, à la faveur des gigantesques progrès scientifiques qui, dans ce premier quart du XXe siècle, nous ont donné, dans une certaine mesure, la clé des propriétés et du mode d'action des eaux minérales. Aussi, ont-elles légitimement acquis droit de cité dans les Sciences médicales où elles forment le vaste chapitre de la crénothérapie.

***

La France est, vous le savez, particulièrement privilégiée sous le rapport des eaux minérales, et ses sources thermales sont innombrables, formant une gamme immensément riche et nuancée de minéralisations qualitatives et quantitatives propres à répondre, pour ainsi dire, à toutes les indications de la clinique. Je ne vous en imposerai ni l'énumération fastidieuse, ni la classification. Mais, à cette occasion, je manquerais à tous mes devoirs si, ayant le grand honneur de parler devant un auditoire qui comprend l'élite savante de la Belgique, je ne saluais pas, en passant, votre belle et importante station de Spa, avec ses eaux gazeuses, ferrugineuses et bicarbonatées, si agissantes dans le traitement des anémies et des chloroses, des névropathies et de la neurasthénie.

Spa représente à un si haut degré le prototype de la station hydrominérale, que les Anglais ont, de ce nom propre, fait un nom commun par lequel ils désignent indistinctement toutes les villes d'eaux : « French Spas », cela veut dire, de l'autre côté de la Mer du Nord, les villes d'eaux françaises. On ne saurait faire de Spa un plus bel éloge ! !

Les eaux minérales françaises se groupent selon leur dominante métallique : les bicarbonatées, alcalino-terreuses, les chlorurées, les sulfureuses, les ferrugineuses, les lithinées, les arsenicales, etc..., et il est remarquable que, géographiquement, les eaux à même dominante se trouvent assez souvent réunies dans la même région.

Une région apparaît cependant comme plus favorisée encore que les autres : c'est l'Auvergne, c'est le Plateau Central. On y rencontre en effet, dans un

rectangle de 60 kilomètres de long sur 40 kilomètres de large, cinq villes d'eaux qui offrent ce précieux avantage de répondre chacune à une spécialisation élective, dans des conditions telles qu'elles embrassent pour ainsi dire presque tout l'ensemble de la pathologie viscérale. Du nord au sud, à peu près en ligne droite : Châtel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire. Au sud-ouest, voisines l'une de l'autre : La Bourboule, le Mont-Dore.

Notre organisme est un complexus harmonieux d'organes et de fonctions, enfermés dans les cavités que limite, à la périphérie, le revêtement cutané : la circulation, avec le cœur et les vaisseaux ; la respiration, avec les bronches et les poumons ; la digestion, avec le tractus gastro-intestinal et ses annexes, foie et pancréas ; l'élimination, avec les reins et l'appareil urinaire ; protection, élimination et respiration encore, avec la peau, dans la trame de laquelle chemine le vaste lacis des capillaires sanguins et lymphatiques, ceux-ci réliés aux relais ganglionnaires, et où viennent s'épanouir les mille filets terminaux des nerfs sensitifs.

Organes et fonctions sont le siège de nombreuses affectionsch roniques, dont les eaux d'Auvergne constituent le remède précieux et triomphant. A la Bourboule appartiennent donc la peau, les lymphatiques, les ganglions, avec les troubles réflexes que leurs lésions peuvent déclancher dans le reste de l'organisme. Le Mont-Dore, si justement dénommé la Providence des asthmatiques, se consacre à l'appareil respiratoire. Royat revendique le cœur et les vaisseaux, l'hypertension et l'artério-sclérose. Saint-Nectaire est le domaine du rein et de la fonction urinaire. Châtel-Guyon enfin est la capitale de l'intestin et des entéropathies, baptisée heureusement par Landouzy : *Entéropolis.*

Je me permets de souligner, comme une particularité des plus intéressantes de ces cinq stations, cette spécialisation élective à laquelle chacune d'elles demeure attachée : c'est là la véritable formule du thermalisme, celle qui conditionne l'avenir des villes d'eaux.

J'ajoute que les stations d'Auvergne sont depuis longtemps groupées et unies en une active et puissante Fédération, la Fédération Thermale d'Auvergne, dont j'apporte aujourd'hui à la Belgique amie et alliée, à ses Villes d'Eaux, à vous tous, le salut empressé et cordial.

Sur ce préambule, je vous invite, Mesdames et Messieurs, à faire avec moi un voyage aux Eaux minérales d'Auvergne.

***

La Bourboule est située, sur le réseau ferré de Paris à Orléans, dans la haute vallée de la Dordogne, à 8 heures de Paris, à une quinzaine d'heures de Bruxelles. Elle occupe une altitude de 850 mètres, et est abritée par de hauts plateaux parmi lesquels se trouve, tout proche, le plateau de Charlane, à 1.200 mètres.

Les eaux de la Bourboule sont des eaux carbo-gazeuses, arsenicales, chlorurées et bicarbonatées, fortement radio-actives. Leur dominante minérale est l'arsenic qu'elles renferment à la dose prodigieuse de 26 milligr. d'arséniate de soude par litre. Elles jaillissent de deux groupes de sources : un groupe hyperthermal, Choussy-Perrière (56°), Croizat (41°) ; un groupe froid : Fenestre et Clémence.

Elles s'emploient en boisson, en inhalations d'eau brumifiée, en pulvérisations, en bains, en fomentations, en douches générales, locales et filiformes, dans trois établissements : les Thermes, Choussy et Mabru.

Leurs indications locales sont les affections prurigineuses, les affections lymphatico-scrofuleuses ; les eczémas, le psoriasis, le pityriasis, l'icthyose et la kératose, la furonculose, l'acné. Leurs indications générales sont les organismes languissants, déprimés, affaiblis, les anémiques, paludéens ; les enfants tarés, débiles, dystrophiques, scrofuleux, ganglionnaires.

Le Mont-Dore se trouve à 4 kilomètres à l'est de La Bourboule, à 1050 mètres d'altitude, dans un cirque montagneux dominé par la masse du Sancy, et où la Dordogne prend sa source. C'est le point terminus de la voie ferrée du réseau Paris à Orléans : on l'atteint quelques minutes après avoir quitté La Bourboule.

Les eaux du Mont-Dore sont des eaux gazeuses, chaudes (38 à 47°), bicarbonatées, arsenicales et fortement siliceuses. Elles sont riches en acide carbonique et offrent une radioactivité intéressante. Elles jaillissent de 12 sources dont quatre sont aménagées pour la cure de boisson : Madeleine, Ramond, César et Bardon ou des Chanteurs. Indépendamment de la cure de boissons, elles s'emploient surtout en bains hyperthermaux et en aspirations, en humages, caractéristiques du traitement mondorien, en pédiluves, dans deux établissements modernes, l'un qui abrite les sources, les salles de bains, l'hydrothérapie, les douches de vapeur, les irrigations naso-pharyngées ; l'autre qui est spécialement aménagé pour les aspirations et les pulvérisations.

Leurs indications locales sont les affections des voies respiratoires : rhinites (rhume des foins), rhino-pharyngites, catarrhe tubaire, laryngites et bronchites chroniques, l'asthme sous toutes ses formes, et plus particulièrement l'asthme infantile. Leurs indications générales sont l'arthritisme, le neuro-arthritisme, la prétuberculose.

Royat, à 8 heures de Paris, à 13 heures de Bruxelles, est situé à 2 kilomètres de Clermont-Ferrand, à 450 mètres d'altitude, à l'entrée d'une vallée encaissée que domine, gigantesque, le Puy-de-Dôme. Une petite rivière, la Tiretaine, y roule ses eaux bondissantes et chantantes.

Royat possède des eaux chaudes, alcalines, bicarbonatées mixtes, arsenicales, chlorurées, et surtout fortement carbogazeuses. Celles-ci jaillissent de cinq sources : Eugénie, Saint-Mart, César, St-Victor et Velléda. Elles s'emploient en boisson, en inhalation mi-vaporisée, mi-pulvérisée, et sourtout en bains carbo-gazeux à eau courante, dans trois établissements : le grand établissement, l'établissement St-Mart et l'établissement César. Un dispositif ingénieux permet de graduer la température et la teneur en gaz carbonique des bains à eau courante, et de répondre ainsi aux exigences de chaque cas.

Les indications de Royat sont les cardiopathies avec ou sans lésion : fausses cardiopathies, cardiopathies vraies, avec lésions du myocarde et des orifices ; l'hypertension artérielle passagère ou permanente, fonctionnelle ou lésionnelle, les aortites avec dilatation de l'aorte ; les varices des membres inférieurs ; les troubles de la circulation utérine ; l'anémie et la chloro-anémie.

Saint-Nectaire se dresse, à 40 kilomètres au sud de Clermont-Ferrand, à une altitude de 700 mètres, dans une gorge verdoyante de l'extrémité orientale des Monts

Dômes. Cette station est desservie par le chemin de fer P. L. M. et le chemin de fer P. O. au moyen d'un service régulier d'auto-cars qui la relient, d'un côté au Mont-Dore ; de l'autre, à Clermont-Ferrand et à Issoire.

A St-Nectaire, les eaux sont chlorurées sodiques et calciques, bicarbonatées mixtes et ferrugineuses, riches en acide carbonique. Elles émanent de quatre groupes : le groupe du Mont-Cornadore ; le groupe de St-Nectaire-le-Bas ; un groupe de sources hyperthermales (55°) et le groupe froid des Granges-Sachapt. On les utilise en boisson, en bains à eau courante, et surtout en affusions lombaires, modalité caractéristique du traitement. Trois établissements renferment tous les services hydrothérapiques : Mont-Cornadore, Grands Thermes, Bains romains.

Leurs indications principales sont les albuminuries dyscrasiques et constitutionnelles, les néphrites post-infectieuses, les intoxications cardio-rénales, les albuminuries de croissance, l'azotémie, le brightisme.

Vous pourriez éprouver quelque surprise à m'entendre préconiser, dans le traitement d'affections auxquelles convient généralement le régime déchloruré, des eaux renfermant du chlorure de sodium. Rassurez-vous ces effets du chlorure de sodium sont ici neutralisés par eux du chlorure de calcium, connu comme un antagoniste de celui-là.

Chatel-Guyon, sur le réseau P. L. M. (ligne du Bourbonnais), à 7 h. de Paris, est situé à 400 mètres d'altitude, dans une gorge pittoresque, orientée de l'ost à l'ouest, au pied de la chaîne des monts Dômes, à l'orée de la plaine fertile de la Limagne, cette plaine que les Romains appelaient déjà la moelle des Gaules.

Les eaux de Châtel-Guyon sont chaudes, carbo-gazeuses, chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes, lithinées et ferrugineuses. Leur température varie de 24 à 38°. Leur dominante minérale est le chlorure de magnésium qu'elles contiennent à la dose de 1 gr. 56 par litre. Elles jaillissent, à raison de cinq millions de litres par 24 heures, d'une trentaine de sources, dont cinq ont été aménagées pour la cure de boisson, fondement même de la cure : Yvonne, Germaine, Deval, Louise et Marguerite, la reine du bassin qui débite à elle seule 800 mètres cubes par jour.

En outre de la cure de boisson, elles s'utilisent en bains carbo-gazeux à eau courante à 34°, renforcés au besoin par la douche sous-marine à 45° ; en irrigations intestinales, méthodes très en faveur il y a une vingtaine d'années, quelque peu délaissées aujourd'hui ; en cataplasmes de boues végéto-minérales ; en douches générales et locales ; en massages, en douches en hamac, etc. Le traitement se pratique dans deux établissements : les grands Thermes, où se donnent exclusivement les bains à eau courante, et au premier étage desquels est installé un vaste service de physiothérapie (mécanothérapie, électrothérapie, diathermie, radiologie) ; l'établissement Henry, qui groupe tous les autres services hydrothérapiques.

Leurs indications sont : la constipation sous toutes ses formes (atonique, spasmodique), les diarrhées et les fausses diarrhées, les entérites, les colites, la dyspepsie gastro-intestinale, les congestions passives et les insuffisances du foie, la lithiase biliaire dans ses formes torpides, les auto-intoxications intestinales, les séquelles intestinales des maladies coloniales (paludisme, dysentérie amibienne), les états atoniques des auto-intoxiqués, les anémies, les déminéralisations.

Toutes les eaux d'Auvergne ont les mêmes contre-indications : ce sont, très généralement, les états aigus, fébriles, cachectiques, la tuberculose, le cancer, ainsi que les troubles locaux que peuvent conditionner ces affections générales ...

***

Tout en cheminant à travers l'Auvergne, nous avons noté soigneusement, Mesdames et Messieurs, les altitudes différentes de ses cinq grandes stations, et nous nous sommes aperçus que ces altitudes s'échelonnent entre 400 et 1.050 mètres. Ce sont donc, en même temps que des villes d'eaux, des stations de montagne : petite et moyenne. Il en résulte qu'au thermalisme, qui est le principal objet de leurs attributs, s'ajoute le climatisme, dont les propriétés se superposent à celles des eaux minérales, et renforcent leur action, en particulier dans le relèvement de l'état général des malades.

Les villes d'eaux d'Auvergne, enfin, ne sont pas seulement d'importantes stations thermo-climatiques. Elles représentent encore de merveilleux centres de tourisme. Les curiosités naturelles y abondent en effet : plaines riantes et fertiles, vallées vertes et profondes, gorges resserrées et sauvages, cols élevés et austères, montagnes aux formes étranges, du sommet desquelles on découvre des horizons prestigieux. Montagnes formées d'une infinité de volcans éteints, dont certains ont vu leur cratère se remplir d'eau au cours des siècles, formant ainsi de véritables lacs de cratère, ou gours, ainsi que la langue du cru les dénomme. Certains sites, telles les gorges de la Sioule et de Louvigny, évoquent de pittoresques aspects que la Suisse ne désavouerait pas.

A ces curiosités naturelles se surajoutent de précieux souvenirs historiques : ruines gallo-romaines, témoins de la connaissance qu'avaient déjà de nos eaux minérales nos grands ancêtres ; châteaux moyennageux ; églises où domine dans toute sa beauté le roman auvergnat.....

Vous le voyez, Mesdames et Messieurs, l'Auvergne est très complète à tous égards. Le voyage que nous venons d'y faire ensemble ne vous laissera aucun doute à ce sujet. Puisse-t-il ne pas vous avoir ennuyé. Puisse-t-il faire naître en vous le désir d'aller vérifier sur place que la réalité est bien au-dessus de la faible et insuffisante présentation que je viens de vous faire.

S'il me fallait d'ailleurs des garants de la beauté et de l'intérêt, au point de vue médical, de l'Auvergne thermale, je ne serais pas embarrassé d'en trouver en Belgique, et à Bruxelles même. J'ai souvent rencontré, avant la guerre, participant au voyage d'études connu sous le nom de V. E. M., le vénérable docteur De Jace ; j'ai eu le grand honneur et le plaisir de recevoir à Châtel-Guyon, l'an dernier, un groupe de médecins et d'étudiants belges qui ont bien voulu m'affirmer qu'ils emportaient, de leur séjour en Auvergne, un impérissable souvenir.

Je forme le vœu que vous emportiez également de cette conférence un souvenir agréable. L'attention sympathique que vous m'avez accordée, et dont je m'excuse d'avoir peut-être abusé, vous a permis sans doute de constater que, sous le rapport du thermalisme, la France ne le cède désormais en rien à l'Allemagne. Si j'ai réussi à vous en faire la preuve, si vous sortez d'ici, convaincus que ses Villes d'eaux en gé-

néral, que les stations d'Auvergne en particulier, offrent aux médecins d'infinies ressources pour mener le bon combat contre la maladie, but suprême et essentiel de leur vie professionnelle, je n'aurai pas à redouter de vous avoir fait perdre votre temps.

G. DUCHESNE.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement opothérapique des métrorragies.

Lorsque l'examen gynécologique ne permet pas de trouver la cause anatomique d'une métrorragie, dit M. R. MARSAN, et surtout si celle-ci coïncide avec une période menstruelle, on est autorisé à recourir à la médication opothérapique. Le cas se présente fréquemment aux approches de la ménopause, où s'observent les métrorragies dites « crépusculaires », et aussi au moment de la formation pubérale, où se manifestent les ménorragies dites « essentielles ». Bien que, dans les deux cas, l'étiologie de ces pertes sanguines excessives soit généralement complexe, il faut admettre, cependant, que le dérèglement momentané de la fonction ovarienne y joue le rôle principal. Il est donc tout indiqué d'agir sur l'ovaire plutôt que d'essayer de juguler ces hémorragies à coup d'hémostatiques. Mais l'opothérapie ovarienne ne donnera de résultats vraiment satisfaisants que si l'on administre la chalone ovarienne (*sistomensine*), élément frénateur et régularisateur de la sécrétion interne de la glande, qui s'oppose, comme on sait, à l'élément activateur (*agomensine*). L'auteur a pu traiter ainsi avec succès plusieurs cas de métrorragies récidivantes qui avaient résisté à l'administration des hémostatiques classiques. Ces résultats ont été obtenus en trois ou quatre jours, avec des doses quotidiennes de 3 à 6 comprimés de sistomensine. (*Progrès médical*, 3 mai 1924.)

L'orchite traumatique.

D'après le Pr LEGUEU, les orchites traumatiques peuvent comprendre, d'après les idées généralement admises par le public et par les médecins : 1° des orchi-épididymites tuberculeuses ou blennorrhagiques, qui n'ont aucun rapport avec le traumatisme ; 2° des orchi-épididymites blennorrhagiques ou tuberculeuses ayant un rapport incontestable et causal avec le traumatisme ; 3° des traumatismes vrais de l'appareil testiculo-épididymaire et du cordon.

1er groupe. Le sujet attribue volontiers sa lésion à un accident parfois insignifiant, au travail ; mais entre les deux s'est écoulé un large intervalle, qui interdit toute idée de connexion médicale.

2e groupe. Ici, le rapport avec le traumatisme est évident ; la douleur commence immédiatement, ainsi que le gonflement du testicule. Au cas de tuberculose, celle-ci a été, non pas causée, mais réveillée ou localisée par le traumatisme, et, à ce titre, si l'individu est responsable du facteur tuberculose, l'accident est responsable du facteur inflammatoire et aigu : en matière d'accident du travail, il n'y a lieu qu'à une indemnité temporaire.

3e groupe. Ce sont les contusions des différentes parties de l'appareil génital : cordon, épididyme (exceptionnellement), testicule.

Dans l'orchite par effort, alors que ni la syphilis, ni la tuberculose, ni la blennorragie ne peuvent expliquer l'atrophie testiculaire consécutive, il peut y avoir 7 à 8 % d'infirmité permanente. Cette atrophie, qui est rare et exceptionnelle avec la tuberculose et la blennorragie, est le signe à peu près certain qu'un traumatisme a porté à une certaine époque sur un testicule et y a développé des lésions. (*Journal des praticiens*, 8 mars 1924.)

Parasitisme intestinal et paludisme chronique.

Il est un fait frappant, c'est que de divers paludéens infectés dans les mêmes conditions (milieu, climat, genre de vie, etc.) et traités de la même façon, les uns guérissent, les autres deviennent chroniques.

Sans doute existe-t-il donc des *facteurs de chronicité* ?

Ces facteurs, d'après J. DAVID et J. SÉGAL, ne semblent tenir ni au nombre des plasmodies, ni à leur virulence, car il est de constatation journalière qu'un paludéen primaire, chez lequel on trouve beaucoup de parasites, guérit très bien avec un traitement intensif convenablement réglé. La chronicité ne tient pas davantage à la persistance des gamètes, qui ne sont pas la cause *habituelle* des récidives.

Il semble, d'autre part, que les causes favorisant la chronicité soient extrinsèques, et ne sont pas en tout cas *permanentes et définitives*. Ces causes peuvent être nombreuses.

Chaque récidive étant précédée d'un trouble globulaire, d'un envahissement par le parasite des érythrocytes de la périphérie jusque-là indemnes, il a semblé rationnel aux auteurs de

rechercher la cause de la chronicité et des récidives dans tous les facteurs capables d'exercer une influence nocive sur les globules rouges. Ils ont poussé leurs investigations sur le rôle que pourraient jouer les parasites intestinaux extrêmement fréquents dans les pays à malaria, en Palestine notamment. Fait intéressant, ils ont noté une fréquence inusitée des vers intestinaux, le tricocéphale notamment, chez leurs paludéens, surtout chez les paludéens chroniques. Ils ont également trouvé plus fréquemment les œufs de ces parasites dans les selles des chroniques que dans celles des autres malades.

Le parasitisme intestinal prédisposerait à la chronicité en déterminant une anémie plus ou moins grande, en rendant aussi plus vulnérables à l'hématozoaire les globules rouges.

Le parasitisme intestinal étant un facteur de chronicité, la déparasitisation doit favoriser et hâter la guérison du paludisme. C'est, en effet, ce que l'expérience des auteurs a pleinement confirmé. (*La Presse médicale*, 19 mars 1924.)

L'ulcère gastrique rebelle.

Tout ulcère, traité par le repos, un régime sévère et suffisamment prolongé, par des pansements appropriés et enfin par l'emploi des alcalins, cesse rapidement d'être douloureux, puis guérit, soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long. S'il résiste à ce traitement judicieusement employé, dit Félix Ramond, c'est un ulcère gastrique rebelle. A noter que même des ulcères anciens, calleux, mis dans des conditions favorables de diététique, peuvent encore guérir, surtout lorsque la lésion n'est pas encore très profonde, et respecte les couches musculaires. Il faut donc, quelque soit l'âge de l'ulcère, essayer un traitement médical suffisamment prolongé ; tel ulcère s'améliore dès les premiers jours, tel autre réclame plusieurs semaines. Pour reconnaître l'échec et le qualifier d'ulcère rebelle, il est cependant une constatation précoce, qui permet de préjuger du résultat définitif : la crampe ou la brûlure doivent s'atténuer, puis disparaître en quelques jours ; si elles persistent au-delà de ce court délai, l'ulcère sera vraisemblablement rebelle.

Des raisons tirées du siège ou de la constitution anatomique de l'ulcère peuvent, avec vraisemblance, indiquer quels seront les ulcères rebelles : ulcère fissuraire du pylore ; ulcère du pylore avec sténose sphinctérienne ; ulcère rebelle avec névromes (dans la profondeur de l'ulcération, dans la muqueuse adjacente, dans la couche fibreuse cicatricielle) ; ulcère rebelle par gastrite étendue (plus fréquent), par propagation au péritoine (celle-ci est surtout tenace vers la petite courbure et la région pylorique) ; ulcère en voie de cancérisation.

Ces variétés les plus intéressantes de l'ulcère gastrique sont utiles à connaître, car le médecin, dûment averti, devant l'inefficacité de tous ses efforts, conseillera, sans attendre, l'intervention. (*Le Progrès médical*, 8 mars 1924.)

Le traitement de la paralysie infantile doit être organisé méthodiquement.

Depuis quelques années, les méthodes nouvelles de traitement, lorsqu'elles sont bien dirigées, permettent d'éviter les troubles graves que l'on observe trop souvent et d'amener une guérison, qui, si elle n'est pas toujours complète, peut être suffisante pour permettre une existence normale.

D'après MM. Nobécourt et Duhem, la poliomyélite passe par 4 périodes, et chacune comporte des indications thérapeutiques spéciales :

1° *La période d'invasion* fébrile, très courte, 36 à 48 h., pendant laquelle le diagnostic peut rester incertain. C'est le traitement des maladies infecieuses : bains et enveloppements humides, tièdes ou chauds.

2° *La période des paralysies*, 15 à 30 jours, avec diverses formes de paralysie et troubles des réactions électriques : même traitement, et en plus, ponctions lombaires répétées, suivies d'injections dans le liquide céphalo-rachidien de formine ou d'adrénaline ; injections intra-musculaires de sérum de paralytiques guéris, de sérum de cheval immunisé, etc.

3° *La période de régression.* Un ou deux mois ou plus ; certaines paralysies disparaissent, d'autres s'accentuent avec réaction de dégénérescence et caractère définitif.

Ici intervient la *physiothérapie*, qui doit être activement poussée et judicieusement dirigée. Bien conduit (hydrothérapie chaude avec 4 à 6 bains par jour, si bien que les malades passent pour ainsi dire leur vie dans l'eau ; électrothérapie, radiothermie ; radiothérapie, ce traitement prolonge la durée des régressions et leur permet de s'étendre à des groupes musculaires beaucoup plus étendus que si on reste dans l'expectative ; il lutte avec avantage contre l'action déformante des muscles sains et permet de réduire à un minimum souvent à peine appréciable les troubles trophiques.

4° *La période des paralysies définitives* avec atrophies musculaires, osseuses, raccourcissements de membres, déformations, luxations, etc. ; aux méthodes précédentes, il faut ajouter la gymnastique et la mécanothérapie. Parfois le chirurgien et l'orthopédiste doivent aussi intervenir pour utiliser les muscles sains (appareils, ténotomies, arthrodèses, greffes tendineuses). (*La Presse médicale*, 5 mars 1924.)

Le priapisme.

C'est l'érection prolongée, sans libido et avec douleur, qui se différencie de l'érection normale

par l'absence de participation du corps spongieux du gland et de l'urèthre.

Le priapisme, aigu et transitoire, peut aussi durer des semaines et des mois.

Il est sous la dépendance des affections locales du pénis, d'affections générales (leucémies, rage, intoxications par les aphrodisiaques) et aussi d'affections du système nerveux central par lésions osseuses, ou par tabes, paralysie générale, syphilis cérébro-spinale, neurasthénie.

C'est à la pathogénie et au traitement du priapisme par affections nerveuses que le Dr Mariano R. Castex (de Buenos-Ayres) a consacré une intéressante leçon.

Le priapisme débute brusquement la nuit ; la verge atteint rapidement l'érection complète, s'adossant à la paroi abdominale, avec une certaine incurvation latérale. Les corps caverneux se présentent très durs ; le gland et le corps spongieux sont augmentés de volume, mais sans dureté. La douleur est la règle habituelle, augmentant rapidement pour devenir intolérable ; la miction n'est pas altérée.

L'auteur rapporte une observation, qui fut une preuve incontestable de l'origine nerveuse du priapisme, et démontra la possibilité d'une guérison complète par des moyens non habituellement employés.

Il s'agissait d'un priapisme prolongé, qui s'installa sans aucun traumatisme précurseur (physique, génésique ou infectieux), et demeura, trois semaines durant, rebelle à la médication classique. On ne trouvait aucune des causes locales ou générales (même tabes, syphilis cérébro-spinale, myélite aiguë, etc.) précédemment invoquées, mais seulement un tertiarisme hérédo-syphilitique ou dynamisme, caractérisé par des stigmates dystrophiques et des stigmates infectieux.

Le malade présentait une exaltation de la sensibilité au toucher et à la douleur, avec diminution de la sensibilité à la chaleur dans les régions périnéale, anale, péri-anale, du pénis et du scrotum. Le processus causal était donc endo-médullaire, et, dans sa période initiale d'irritation, engendrait ces anomalies de sensibilité et le priapisme en irritant le centre sacré de l'érection. D'un examen somatique approfondi, il résultait que le processus infectieux en cause devait être la syphilis, puisqu'elle avait produit une aortite franche et une anisodischorée évidente.

Il ne fallait pas attendre durant des semaines et des mois la guérison spontanée du priapisme par la flaccidité, cette fois définitive, sans espoir d'un retour de l'érection. Il ne fallait pas non plus la guérison rapide par l'intervention chirurgicale précoce, qui vide les corps caverneux, et annihile à jamais, ou presque, l'érection.

Enfin l'hydrothérapie, les calmants nerveux, ne pouvaient que soulager sans jamais guérir.

Sans perdre de temps, le malade fut soumis au traitement antisyphilitique, le seul rationnel en l'espèce : iode par la voie buccale, mercure intramusculaire, néosalvarsan endoveineux.

Le priapisme, vieux de 3 semaines, commence à s'atténuer, et arrive à la normale au bout d'un mois, en *même temps* que disparaissaient parallèlement les troubles sensitifs. Restitution complète de la fonction génitale.

Ainsi étaient démontrées et la *pathogénie nerveuse* de ce cas de pri pisme et l'étiologie hérédo-syphilitique tardive de la *myélite sacrée*, qui engendra le priapisme. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1924.)

Les sorciers et les spirites de Septimanie en 1924.

M. Duplessis de Pouzilhac fait une intéressante étude des guérisseurs du Narbonnais, et reproduit, à cette occasion, des documents parfaitement authentiques qui sont particulièrement curieux, en ce qu'ils nous apprennentla manière de faire de ces illégaux de la médecine.

Nous faisons ainsi connaissance avec le sorcier de Sainte-Vallière, avec Sournies, l'herboriste, avec l'abbé Barbe, à la porte duquel se voit une superbe plaque indiquant la spécialité de ce pseudo-confrère : Traitement des Maladies des yeux sans opération, etc.

Cette étude paraît dans la belle Revue mensuelle que dirige notre distingué confrère, à Narbonne, et qui est remarquable, tant par l'intérêt scientifique ou littéraire des sujets traités, que par la prodigalité des reproductions de belles et symboliques gravures sur bois, plaisantes à contempler. (*Septimanie*, 25 mai 1924.)

Erythrodermie arsenicale.

MM. Lamblin et Happe ont recueilli l'intéressante observation d'une jeune fille qui, soumise à un traitement arsenical, à l'occasion d'un chancre de la lèvre, présenta une intense dermatose généralisée, du type décrit par Milian : érythème arsenical œdémateux desquamatif, ayant débuté après la troisième injection par un prurit localisé aux membres supérieurs et suivi d'une enflure rouge de la face et des mains. Néanmoins, deux nouvelles injections intra-veineuses furent pratiquées, après quoi apparut un érythème intense douloureusement prurigineux, qui intéressait finalement presque toute la surface tégumentaire. Sur cet érythème se greffèrent des placards vésiculeux, puis impétigineux, dégageant une odeur infecte.

L'examen du sang révéla une forte leucocytose, avec prédominance d'éosinophiles. L'épreuve de l'hémoclasie digestive fut à différentes reprises positive.

Comme traitement, les auteurs, en dehors des pansements propres, imposèrent à leur malade

la diète hydrique pendant trois semaines, avec 30 gr. de lactose par jour, puis la diète lactée, et enfin le régime végétarien.

De telles éruptions, sur la pathogénie desquelles l'accord n'est pas encore fait, commandent immédiatement l'arrêt immédiat et définitif de l'arsénothérapie. Le prurit apparu après le troisième injection aurait dû être considéré comme le symptôme signal de nature à appeler l'attention sur la nécessité de suspendre le traitement. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 15 juin 24.)

La physiopathologie de l'intestin grêle.

Pathologie imprécise,proclame mon ami MAZERAN : pour des raisons anatomo-pathologiques, les trois régions du grêle ne pouvant être ramenées à l'unité; pour des raisons cliniques, chaque région jouissant d'une sorte d'autonomie.

Il décrit quatre syndromes qu'il dénomme : syndrome pyloro-duodénal,syndrome iléo-cæcal, syndrome d'occlusion duodénale chronique sous-vatérienne, syndrome dyspeptique du grêle, syndrome d'insuffisanec d'absorption intestinale, correspondant chacun à un des segments de l'intestin et à ses fonctions.

L'examen clinique devra toujours être accompagné de l'examen coprologique et de l'examen *radiologique.*

Relativement au traitement, le syndrome pyloro-duodénal, les stases iliaques, l'occlusion duodénale chronique sont généralement du domaine de la chirurgie. Les troubles dyspeptiques et d'absorption réclament une thérapie médicale, faite de prescriptions diététiques, de médications opothérapiques et de cures thermales.

« Ce sont, dit l'auteur, les stations spécialisées pour le traitement des insuffisances digestives qui s'imposent. Châtel-Guyon d'une part, Vichy d'autre part, se partagent cette catégorie de patients, suivant la prédominance déficitaire des ferments digestifs. Il ne s'agit plus là d'un traitement substitutif ou symptomatique, mais bien d'une action curative s'exerçant sur l'organisme et rétablissant le cours d'une fonction compromise. » (*Lyon médical*, 15 juin 24.)

Méningite grave et ponction lombaire.

En présence d'un malade présentant un syndrome très net de méningite cérébro-spinale, M. FRAIPONT demanda la confirmation de son diagnostic clinique à l'examen du liquide céphalo-rachidien, obtenu par une ponction lombaire de 20 cmc.

Or, presque immédiatement après cette ponction, tous les symptômes s'atténuèrent, et l'état, très alarmant précédemment, devint rassurant, a guérison survenant au bout de dix jours.

L'auteur n'avait cependant pas manqué d'instituer la médication par la sérothérapie antiméningococcique.

« J'ai l'intime conviction, dit-il, que c'est la ponction lombaire qui a tiré le malade d'affaire. On ne doit jamais, à mon avis, éviter de faire une ponction même dans les formes en apparence les plus graves. La ponction lombaire, outre qu'elle éclaire le diagnostic, a quelquefois une valeur thérapeutique incontestable. » (*Liège médical*, 15 juin 24.)

Origine amygdalienne de certains goitres récents.

M. AUBRIOT a souvent observé, « comme épiphénomène au cours d'angines banales, un empâtement sensible de la face antérieure du cou, et deux fois notamment, l'apparition d'un véritable goitre aigu suivant l'évolution de l'angine et disparaissant avec elle presque totalement. »

Il conclut, d'une étude appuyée sur un cas démonstratif, que, « jusqu'à plus ample informé, il est prudent de se contenter de la constatation suivante : certains cas de congestion thyroïdienne semblent dépendre étroitement de lésions amygdaliennes. » Il entrevoit le démembrement possible du groupe des goitres, comprenant entre autres espèces, le goitre amygdalien. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Accidents dans la radiothérapie de la région dorsale inférieure.

(M. TUFFIER. — *Académie de médecine* ; 17-6-1924.)

L'action des rayons X sur les glandes endocrines en général est connue et il importe de s'en souvenir lorsqu'on fait des applications radiothérapiques au voisinage de ces organes importants. Les surrénales, malgré leur profondeur, peuvent-elles être touchées dans certaines circonstances par les rayons, avec les suites que comporte toute insuffisance aiguë des glandes en question ? Une observation de M. Tuffier semble bien le démontrer.

La malade de M. Tuffier, opérée de cancer du sein, présenta, six mois après l'intervention, une sciatique violente et rebelle, que l'on attribua à une métastase néoplasique dans la colonne vertébrale, localisée aux VIe et et VIIe dorsales. On eut recours aux applications de radiothérapie pénétrante au niveau de la région dorsale inférieure. Après chaque séance, apparu-

rent des vomissements et finalement des vomissements incoercibles et des hématémèses graves, qui firent porter le diagnostic de cancer de l'estomac avec pronostic fatal. Un jour, on pratiqua une injection d'adrénaline. Le soir même, les vomissements cessèrent et ne reparurent plus. Il s'agissait d'une insulfisance surrénale provoquée par les irradiations. En pareil cas, avant de commencer la radiothérapie profonde de la région dorsale inférieure, il sera prudent de protéger la zone surrénale par une plaque de plomb, et de penser à administrer l'adrénaline.

Tuberculose disséminée suite d'inoculation cutanée.

(MM. A. Lemierre et L. Kindberg. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-3-1924.)

MM. Lemierre et Kindberg ont observé un cas de tuberculose gommeuse disséminée, chez un homme de 26 ans, consécutive à une inoculation cutanée. Le malade se blessa au pied légèrement, et, sept jours après, apparut une première gomme bacillaire à la cuisse, suivie par d'autres. L'état général s'aggrava progressivement et le patient succomba trois mois plus tard, par méningite tuberculeuse.

Cette observation soulève un point de pathogénie intéressant. D'une façon générale, on admet que les lésions tuberculeuses de l'adulte sont toujours secondaires, le foyer primitif datant de l'enfance. Ici, on trouva, d'ailleurs, une petite lésion ulcéro-caséeuse du poumon. Mais, le début de la maladie aussitôt après la blessure, la nature nettement tuberculeuse (établie par l'histologie) de la plaie du pied, font penser que l'inoculation a réellement pu se produire au niveau du foyer traumatique — ce qui donne à l'observation son caractère d'originalité.

Traitement de l'encéphalite épidémique par le salicylate de soude intra-veineux.

(MM. Rathery et Gournay.— *Soc. méd. des hôp.* ; 28-3-1924.)

Carnot et Blamoutier ont signalé les heureux effets des injections intra-veineuses de salicylate de soude dans le traitement de l'encéphalite épidémique. MM. Rathery et Gournay relatent un nouveau cas dans lequel cette thérapeutique a semblé particulièrement efficace. La dilution, assez étendue (à 1/30e) de la solution, a permis d'employer longtemps le médicament sans aucune espèce d'oblitération veineuse. L'ingestion de salicylate a eu une action beaucoup plus douteuse.

— M. Courcoux a obtenu de la voie intra-musculaire (4 gr. dans 100 gr. d'eau, chaque jour), une amélioration, plus lente que par injections veineuses, mais certaine néanmoins.

Endocardite blennorrhagique guérie par sérothérapie.

(MM. Aubertin et Gambillard. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 21-3-1924.)

MM. Aubertin et Gambillard ont soigné un malade atteint d'endocardite aortique blennorrhagique survenue à la suite d'un rhumatisme gonococcique polyarticulaire. Le vaccin, l'urotropine et l'électrargol n'ayant donné aucune amélioration, les auteurs s'adressèrent aux injections de sérum anti-gonococcique de l'Institut Pasteur. Les poussées fébriles s'espacèrent à ce moment et à la huitième injection de 40 c.c., la température redevint normale.

Les hépato-rénaux.

(M. G. Parturier. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 4-4-26).

Déjà, en 1886, Gaucher avait étudié l'influence des altérations du foie sur le fonctionnement des reins. Depuis, différents auteurs ont repris la question et, en particulier, le professeur Chauffard et le professeur Gilbert. M. Parturier a recherché, de son côté, chez ses malades hépatiques, les signes d'insuffisance rénale. Sur 350 patients, présentant un état pathologique du foie (sensibilité vésiculaire avec point cervical droit de Chauffard, foie plus ou moins hypertrophié, grosse rate, hémorrhoïdes, subictère, urobilinurie, hypercholestérinémie), il a trouvé une fois sur six environ (15 %) de l'albuminurie légère ou des cylindres granuleux. Une hygiène intestinale et un régime convenables ont amené une diminution constante de ces phénomènes rénaux.

Athérome artériel décelé par la radiographie.

(MM. Marcel Labbé et H. Lenfantin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-4-1924.)

MM. Marcel Labbé et Lenfantin ont cherché à dépister l'athérome artériel chez les diabétiques à l'aide de la radiographie et, chez deux sujets atteints de gangrène des orteils, ils ont pu voir sur le cliché radiographique des cordons noueux correspondant à diverses artères du pied, des membres inférieurs et des membres supérieurs.

Aux caractéristiques de l'artérite diabétique (troubles de la perméabilité perçus à l'oscillomètre, etc.), on pourrait donc ajouter quelquefois un nouveau signe : la visibilité des artères calcifiées sur les radiographies.

— M. Achard a, dans son service, depuis près d'un an, un malade non diabétique, atteint d'artérite syphilitique des membres inférieurs, chez lequel l'exploration radiographique des artères (connue depuis les recherches de Berck, Tait, Imbert, Béclère, etc.) a donné des résultats remarquablement nets. On distingue le long des vaisseaux en question des traînées, sombres, échelonnées, qui témoignent de la calcification de leurs parois.

Rétrécissement congénital du duodénum.

(MM. Marfan, Turquety et Debray. — *Société de pédiatrie* ; 19-2-1924.)

Le nourrisson qui vomit dans les premières semaines de la naissance, peut être atteint de lésions organiques, généralement congénitales, ou de troubles

fonctionnels. Le début des accidents dès les premiers jours de l'alimentation, leur intensité et leur constance, le degré d'amaigrissement, plaident en faveur de la lésion organique.

Le duodénum est un lieu d'élection des sténoses et des atrésies congénitales de l'intestin grêle. Il y a plus de cent ans qu'Aubéry en a signalé un exemple. Les vomissements bilieux, en pareil cas, indiquent un rétrécissement sous-vatérien.

C'est une observation de ce genre que relate M. Marfan. La cause de la sténose fut, ici, particulière : un adénome congénital de la paroi duodénale, différente des causes signalées jusqu'à ce jour (symphyses muqueuses, brides, culs-de-sac, etc.).

Sarcome du vagin chez l'enfant.

(MM. Hallé, Veau et Grisel.— *Société de Pédiatrie* ; 19-2-1924.)

Le sarcome primitif du vagin chez l'enfant, affection qui débute dans les deux premières années, se complique rapidement d'envahissement vésico-rectal et entraîne ainsi la mort, en moins d'un an habituellement. On y note l'expulsion de petits polypes, analogues à des polypes muqueux des fosses nasales, qui se reproduisent incessamment.

MM. Hallé, Veau et Grisel ont traité une enfant atteinte de cette affection, par le radium et la chirurgie. Ils ont obtenu une survie remarquable de 7 années.

La cure sanatoriale à l'hôpital.

(M. H. Barbier. — *Société de Pédiatrie* ; 18-3-1924.)

La cure sanatoriale de la tuberculose pulmonaire exige-t-elle nécessairement un site et climat particuliers, ou est-elle possible à l'hôpital dans certaines conditions ?

M. Barbier a installé, à Paris même, à l'hôpital Hérold, depuis nombre d'années déjà, une cure sanatoriale. Les malades y sont soumis à une discipline stricte. Elles (ce sont des jeunes filles) reçoivent comme alimentation le régime habituel de l'hôpital avec des suppléments (deux œufs et environ 60 gr. de viande crue). Les résultats y sont des plus encourageants et l'auteur en relate un certain nombre d'exemples.

M. Barbier conclut qu'il n'est pas impossible d'organiser, sous le climat parisien, une cure anti-tuberculeuse efficace. Point n'est besoin d'installations luxueuses. Seule, une condition est indispensable pour la réussite : la *discipline*, à laquelle chaque malade doit obéir sous peine d'échec.

Il va sans dire qu'un site et un climat appropriés restent préférables.

L'auteur, au sujet du traitement médicamenteux, s'est bien trouvé de l'iode à hautes doses. Il donne les quantités moyennes de 10 gouttes de teinture au dixième par année d'âge. Le médicament a toujours été bien toléré et il semble exercer une action favorable sur les lésions locales, sur l'expectoration et l'état général. Il a été recommandé, on le sait, par M. Boudreau, de Bordeaux.

Occlusion intestinale post-appendiculaire

(M. Roux-Berger.—*Société de chirurgie* ; 19-3-1924.)

Les observations d'occlusion intestinale à la suite d'appendicite, dont parlait dans une précédente séance, M. Mathieu, se multiplient. M. Roux-Berger en signale une ; M. Sauvé, trois ; M. Auvray, trois. La pathogénie, qui est peut-être variée, reste en discussion.

Les injections intra-cardiaques d'adrénaline dans la syncope anesthésique.

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 19-3-1924.)

MM. Toupet et Lenormant ont apporté une série de cas de réanimation du cœur à la suite d'injections intra-cardiaques d'adrénaline. M. Hartmann relate l'histoire d'un insuccès de cette méthode. Il s'agit d'une femme opérée de fibrome sous-narcose à l'éther. Une syncope s'étant produite, on eut recours aux tractions de la langue, à la respiration artificielle et à l'injection intra-cardiaque d'adrénaline au bout de cinq minutes. Aucun résultat ne s'ensuivit. L'autopsie montra l'existence d'un thymus pesant 26 grammes.

— M. Pierre Delbet a soulevé autrefois la question de la persistance du thymus dans les morts par anesthésie. Dans tous les cas de mort chloroformique qu'il a observés depuis une quinzaine d'années et où l'autopsie a pu être faite, il a trouvé une persistance du thymus. Il semble qu'il y ait une relation entre celle-ci et les accidents de la narcose.

Injection épidurale de lipiodol dans l'incontinence d'urine.

(MM. Wilmoth et Lagrot. — *Société de chirurgie* ; 19-3-1924.)

M. Broca présente un rapport sur un travail de MM. Wilmoth et Lagrot relatif à l'emploi diagnostique et thérapeutique des injections épidurales de lipiodol dans l'incontinence d'urine dite essentielle.

L'injection de lipiodol, en pareil cas, offre un double intérêt : elle peut permettre de déceler une cause anatomique à l'incontinence, et elle procure souvent, temporairement tout au moins, un arrêt des troubles urinaires.

— M. Pierre Delbet rappelle qu'il étudie avec M. Léri l'incontinence d'urine, depuis assez longtemps, et qu'il pratique des laminectomies libératrices des brides de compression. M. Léri, pour préciser le siège de ces brides, injecte aussi du lipiodol, mais ces injections n'ont pas paru avoir d'effet curatif.

Faux croups asphyxiques à staphylocoques.

(M. Brisset, de Saint-Lô. — *Société de chirurgie* ; 19-3-1924.)

M. Brisset a observé dix fois des faux croups à staphylocoques. Ces faux croups, qui rappellent la laryngite diphtérique, sont graves et asphyxiants. Ils nécessitent souvent (car ils sont souvent méconnus) la trachéotomie. On les suspectera par la coexistence de lésions impétigineuses ou septiques et on les diagnostiquera par des examens bactériologiques. Ces faux croups staphylococciques, quand ils sont reconnus, cèdent au vaccin anti-staphylococcique dont l'action égale ici celle du sérum dans le croup diphtérique.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Hydronéphrose congénitale.

MM. Reynard et Wertheimer présentent une pièce opératoire : il s'agit d'un gros rein suppuré, à parenchyme très réduit ; le bassinet est très délabré et l'uretère s'y jette par un orifice punctiforme à la moitié de sa hauteur. Cette malformation, évidemment congénitale, était la cause des accidents d'hydronéphrose.

Adénomyome utérin ayant envahi le rectum.

M. Violet présente une tumeur utérine qu'il a enlevée par laparotomie. Il s'agit d'un adénomyome, enclavé dans le petit bassin, et ayant envahi la paroi rectale qui fut déchirée au cours de l'intervention.

Anomalies urétérales.

MM. Dumas et Parthiot ont fait l'autopsie d'un malade qui présentait : 1° à gauche, un uretère double ; 2° à droite, un uretère dont le trajet décrivait une courbe à concavité externe, de sorte qu'il passait en avant de la veine cave et venait au contact de l'aorte.

Choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire.

MM. Delore et Michon, à propos de deux cas de biloculation gastrique par ulcère, précisent leur conduite dans le choix du procédé opératoire : 1° les *anastomoses* sont des procédés de nécessité, en cas de cachexie ou de difficultés opératoires ; 2° les *résections* sont les procédés de choix à employer toutes les fois qu'elles sont possibles, la résection médio-gastrique étant l'opération la plus logique.

Splénectomie pour maladie de Banti.

MM. Albertin et Gardère présentent l'observation d'une malade opérée par le premier de ces auteurs en 1909 : splénectomie pour splénomégalie accompagnée d'ascite et d'un début de cirrhose hépatique. L'intervention a amené l'arrêt du syndrome spléno-hépatique, puis une guérison complète. A noter le résultat de l'ablation de la rate sur la formule hématologique : avant l'opération, il y avait un nombre normal de globules rouges avec leucopénie, et diminution de l'hémoglobine. Actuellement, on note un nombre normal de globules rouges et blancs, mais une lympho-mononucléose et une éosinophilie très nettes.

Kyste suppuré de l'ovaire.

M. Pollosson présente, au nom de M. Delore, une malade dont on peut ainsi résumer l'histoire ; antécédents tuberculeux (adénopathies, mari mort phtisique). Fausse couche à 19 ans. Hystérectomie pour fibrome en 1912, avec conservation des ovaires. En 1914, apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, le ventre grossit ; un médecin consulté parle d'ascite et fait une ponction, qu'on doit renouveler tous les mois pendant des années. En 1923, la malade entre dans le service de M. Delore avec un état général grave, le ventre dur et douloureux. Première intervention d'urgence : incision médiane, ouverture d'une volumineuse collection que l'on draine; persistance de fistule. Trois mois après, deuxième intervention : on enlève, par fragments le kyste qui adhérait un peu partout. Guérison. M. Delore pense qu'on doit dans ce cas incriminer la tuberculose, et que de telles malades doivent toujours être opérées, et opérées en deux temps.

Névrite optique guérie par la résection des cornets.

M. Sargnon présente, au nom de M. Jacqueau et au sien, un cas de névrite optique rétro-bulbaire bilatérale guérie par la résection des cornets. Il y a lieu de rechercher, dans les lésions optiques de causes inconnues, l'infection souvent d'origine ethmoïdo-sphénoïdale latente, souvent aussi d'origine dentaire (L. Dor).

Cancer du col utérin. Radiumthérapie. Guérison se maintenant depuis deux ans.

M. Nogier présente l'observation d'une malade atteinte de cancer du col (diagnostic vérifié par l'examen histologique après biopsie), traité par le radium *seul*, à hautes doses, avec filtration très soignée du rayonnement et suivant la technique de Regaud. La guérison se maintient depuis deux ans.

Lupus laryngé.

M. Bertein présente l'observation d'un homme de 42 ans atteint de lupus cutané localisé à la paupière supérieure droite et au lobule nasal. Du côté du larynx, on note, dans la région inter-arythénoï-

◆◆◆◆◆

dienne et sur l'extrémité postérieure des cordes, un aspect fissuré, verruqueux avec deux ou trois petites granulations gris jaunâtre, aspect tout différent de celui des manifestations habituelles de la tuberculose laryngée.

Angiomes caverneux multiples.

M. Santy présente une jeune fille atteinte depuis son enfance de tumeurs vasculaires sous-cutanées (et non intra-dermiques), localisées à la face interne de la joue droite, à la région massétérine gauche, au poignet, au pli du coude, à l'avant-bras gauche, à la jambe droite. Ces tumeurs, habituellement peu visibles, deviennent turgescentes par l'effort et la compression veineuse en aval.

Ectopie rénale. Néphrectomie.

MM. Gayet et P. Bertrand présentent l'observation d'une malade atteinte d'ectopie rénale. Le diagnostic fut précisé par la radiographie après injection du bassinet au collargol, qui permit de voir l'ombre du bassinet dans l'angle iléo-vertébral, immobile dans les différentes positions de la malade. Celle-ci présentant des crises douloureuses très violentes, on intervint : l'absence de capsule graisseuse, les adhérences aux parties voisines rendant la libération de l'organe très difficile et ayant amené à blesser l'artère rénale, on dut renoncer à faire la néphropexie et pratiquer la néphrectomie.

Mucocèle du sinus frontal.

M. Proby présente une malade qui avait depuis quatorze ans des accès de migraine se répétant tous les huit jours, ou même plus souvent, et s'accompagnant parfois d'œdème de la paupière supérieure droite et de larmoiement. On pensa à un mucocèle du sinus frontal, et, en effet, le drainage de ce sinus par la voie nasale amena la cessation des accès migraineux.

Hydropneumothorax tuberculeux avec intégrité du poumon opposé.

MM. Pallasse et Sautereau présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un tuberculeux. Il s'agit d'un hydropneumothorax spontané. Le poumon du côté opposé est entièrement sain.

Myome malin de l'utérus.

M. Violet présente l'observation d'une femme de 75 ans, qui, vingt ans après sa ménopause, fut prise brusquement d'une hémorrhagie abondante. Il s'agissait d'un myome malin, du volume d'un utérus gravide de quatre mois, qui fut enlevé par hystérectomie, avec suites très bonnes.

Paratyphoïde B terminée par une complication mortelle à allure d'encéphalite.

MM. Langeron et Chapuis présentent l'observation d'une jeune fille atteinte d'affection typhoïdique assez nette (état saburral, grosse rate, taches rosées discrètes, température oscillant autour de 39°). Amélioration assez rapide ; puis, la température étant restée une dizaine de jours autour de 38°, remonte à 39°, en même temps qu'apparaissent des signes qui font penser à une encéphalite : céphalée, hémiparésie transitoire, crises convulsives, somnolence, myoclonies. Le liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose, de l'hyperalbuminose, de l'hyperglycorrachie. L'hémoculture montra les caractères du bacille paratyphique B. Mort dans le coma. Pas d'autopsie.

Diverticule ouraquien de la vessie.

M. Creyssel présente, au nom de M. Thévenot et au sien, l'observation d'un malade atteint de tuberculose prostato-vésiculaire, avec dysurie, pollakiurie, mauvais état général, mais chez lequel l'abondance de la pyurie paraissait anormale. L'autopsie, tout en confirmant le diagnostic de bacillose prostato-vésiculaire, révéla l'existence d'une poche purulente développée aux dépens de l'ouraque resté perméable, dilaté dans sa moitié inférieure, communiquant avec la vessie par un défilé étroit et tortueux. Cette observation montre la nécessité, chez un rétentionniste, de pratiquer la cystoscopie, qui ici n'avait pu être faite en raison de l'état général du malade.

Société médicale des hôpitaux.

Méga-œsophage et tumeur médiastinale.

MM. Roque, Cordier et Morénas présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un malade porteur d'un méga-œsophage et d'une tumeur médiastinale; celle-ci paraît formée par des ganglions hypertrophiés peut-être néoplasiques. Il n'existe aucune sténose œsophagienne, ni au niveau du cardia, ni ailleurs. Cette observation vient donc à l'appui de la théorie de M. Bard (origine congénitale du méga-œsophage).

Intoxication par l'huile d'aniline.

MM. Dufourt, Bertoye et P. Delore rapportent six cas d'intoxication chez des enfants par de l'huile d'aniline employée comme insecticide (punaises). La voie d'absorption fut tantôt pulmonaire (enfant ayant couché dans un lit désinfecté le matin), tantôt digestive (insecticide avalé par erreur), tantôt cutanée (emploi contre les poux). Cliniquement, le tableau est assez dramatique : cyanose intense, avec teinte livide de la peau, torpeur, somnolence, sans coma véritable. La guérison est survenue dans tous les cas ; mais le pronostic paraît être une question de dose et de rapidité de l'absorption ; les cas par ingestion sont les plus graves. Le traitement a consisté en inhalations d'oxygène et ingestion d'eau bicarbonatée. Deux fois, on fit la transfusion san-

guine. L'huile d'aniline est un poison méthémoglobinisant et hémolysant.

Intoxication aiguë par la nicotine.

MM. Weill, Dufourt et P. Delore rapprochent des observations faisant l'objet de la précédente communication un cas d'intoxication aiguë par la nicotine survenu chez deux sœurs de 10 et 12 ans ; le poison avait été employé en badigeonnages sur le cuir chevelu. Les symptômes furent : cyanose et teinte livide à la fois, coma avec quelques secousses des membres, pouls incomptable, respiration faible et superficielle, vomissements copieux et diarrhée. Traitement : oxygène, toni-cardiaques, et saignée. Guérison rapide.

Malformations congénitales multiples.

MM. Weill, Gardère, Wertheimer et Bernheim relatent l'observation d'un enfant d'un mois qui était porteur de diverses malformations : agénésie partielle du rocher avec absence du conduit auditif externe et paralysie faciale ; absence complète du poumon droit qui n'est représenté que par un moignon de tissu pulmonaire, de la grosseur d'une noix, accolé à la face interne du poumon gauche ; l'hémithorax droit contenait le cœur et le thymus ; rétrécissement de l'aorte au point d'abouchement du canal artériel.

Dilatation bronchique par corps étranger.

MM. P. Courmont et H. Gardère ont trouvé, au cours d'une autopsie, une *dent* implantée dans la paroi d'une bronche, où sa présence n'avait pu être soupçonnée et où elle paraissait avoir séjourné plusieurs années. La migration de cette dent avait passé complètement inaperçue du malade. Celui-ci toussait depuis quatre ans ; comme il était en outre porteur d'une tuberculose rénale, qui fut d'ailleurs la cause de sa mort, les lésions pulmonaires causées par le corps étranger furent imputées à la tuberculose. L'autopsie révéla leur véritable origine et montra une dilatation ampullaire de la bronche au niveau du corps étranger. L'examen histologique de cette diltation montra des lésions toutes différentes de celles qu'on observe dans la dilatation bronchique d'origine syphilitique.

Sur l'évolution des scléroses médullaires.

MM. Bériel et A. Devic ont étudié le liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques et confirment, dans la majorité des cas, les données classiques, à savoir que le liquide ne décèle pas d'anomalie cellulaire. Celles-ci peuvent cependant s'observer, plus souvent dans les formes évoluant par poussées que dans celles à marche progressive. La lymphocytose paraît être alors simplement l'expression d'un processus subaigu sans autre signification pathogénique.

Infarctus de la région sino-auriculaire.

MM. Bouchut et Barbier présentent l'observation d'une femme ayant eu pendant la vie de la tachycardie à 140-160, avec des périodes de rythme normal, dont, en l'absence d'examen électrocardiographique, on ne peut dire s'il s'agissait d' « auricular flutter » ou de tachycardie sinusale.

A l'autopsie, on trouva un infarctus de l'oreillette droite, à l'abouchement de la veine cave supérieure.

Paraplégie aiguë par généralisation intra-rachidienne d'une sarcomatose viscérale.

MM. Cade, Dechaume et Ravault présentent l'observation d'un jeune homme de 15 ans entré à l'hôpital pour une paraplégie datant de deux jours. A l'entrée, température normale, léger subictère des conjonctives ; paraplégie flasque totale avec anesthésie ou hypoesthésie remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic. Abolition des réflexes rotuliens ; réflexes cutanés plantaires en flexion ; rétention d'urine ; constipation opiniâtre. Rien à la colonne ; foie gros, un peu douloureux. Réaction de Gmelin très positive. Ponction lombaire : liquide ne paraissant pas s'écouler sous forte tension ; rares lymphocytes ; quelques hématies ; pas de microbes, cultures stériles, Wassermann négatif.

Les jours suivants, la palpation plus facile de l'abdomen montre un très gros foie, dur et bosselé ; rate nettement perçue. La température s'est élevée progressivement. Dix jours après l'entrée, apparition de délire et d'agitation. Mort.

A l'autopsie, tumeurs multiples : de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle, du pancréas, et du foie ; au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, ainsi qu'au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales, noyaux néoplasiques, paraissant développés aux dépens de la face externe de la dure-mère et ayant déterminé une nécrose à peu près totale de la moelle en ces points. L'histologie montra qu'il s'agissait de sarcome globo-cellulaire (lymphoblastique) ; ces tumeurs étant essentiellement des tumeurs malignes du tissu lymphoïde, il est probable que la lésion primitive siégeait au niveau des ganglions mésentériques ou du tissu lymphoïde de la sous-muqueuse intestinale ou gastrique.

La généralisation intra-rachidienne a eu ceci de particulier, qu'elle a déterminé une paraplégie flasque, sans phénomènes douloureux.

La prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent.

MM. Weill, Bertoye et Sédaillon, au cours d'une épidémie survenue à la crèche des nourrissons de l'asile Sainte-Eugénie, ont constaté l'arrêt net de cette épidémie par le sérum de convalescent. Comme cela a déjà été vu par Debré et Ravina, l'immunité ainsi conférée est de courte durée : trois semaines environ. La méthode est néanmoins susceptible de rendre de grands services dans les collectivités de

nourrissons et d'enfants au-dessous de trois ans, et c'est à eux qu'elle doit être réservée.

Cancer du poumon à forme cavitaire.

MM. Bouchut et Barbier présentent l'observation d'un homme de 71 ans, cachectique, chez lequel l'examen clinique ne révélait que des signes de bronchite diffuse, et la radioscopie une large image cavitaire à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche.

A l'autopsie, on trouva un gros cancer ulcéro-végétant avec cavité irrégulière du volume d'une mandarine. De tels cas sont rares, tandis qu'il est fréquent de prendre pou r cavitaires des signes pseudo-cavitaires engendrés par un bloc néoplasique dense et étendu.

Fièvre de Malte avec manifestations pleuro-pulmonaires. Guérison par la vaccinothérapie.

MM. Gravier, Langeron et Morénas présentent un malade de 60 ans entré à l'hôpital pour une affection fébrile avec asthénie et albuminurie. A la suite d'un séjour à la campagne où il avait mangé de nombreux fromages de chèvre, le malade s'était mis à maigrir et à perdre ses forces. Puis, apparurent des douleurs lombaires, de la céphalée et de la fièvre. A l'entrée, examen viscéral négatif, albuminurie. Quelques jours plus tard, on constate à la base droite, l'existence d'un foyer de râles crépitants nets, avec léger souffle et submatité ; ultérieurement, une ponction amène un peu de liquide citrin avec formule cytologique endothéliale. Séro-diagnostic mélitococcique positif à 1 /500. M. Langeron prépare un vaccin avec une souche de mélitococcus déjà ancienne. Deux injections : 1 /2 cmc. et 1 cmc. sont pratiquées à trois jours d'intervalle, et amènent une amélioration remarquable : chute de la température, disparition de la torpeur. Deux autres injections sont faites : 1 cm. 1 /2 et 2 cmc. et le malade quitte l'hôpital, paraissant convalescent. Prévenu d'une rechute possible, le malade continue chez lui à prendre sa température, qui se met à remonter après vingt jours environ d'apyrexie. Une nouvelle série de quatre injections de vaccin amène une guérison qui paraît se maintenir.

A noter dans cette observation : la longueur de l'incubation (un an environ), la présence de lésions pleuro-pulmonaires, avec cytologie analogue à celle des pleurésies typhiques, enfin les bons effets de la vaccinothérapie.

A. C.

Les Congrès

Deuxième Congrès de la Société internationale d'urologie

(Suite et fin)

Discussion.

D. Seres (Barcelone). — L'auteur envisage trois points :

1° *Extension des indications de la pyélotomie* aux calculs du calice inférieur. La disposition anatomique de ce calice permet d'extraire les calculs qu'il contient. Ce calice est court, droit, et communique largement avec le bassinet. Si le calcul est mobile, on comprime la partie inférieure du rein de façon à faciliter l'énucléation à travers l'inversion du bassinet. Si le calcul est irrégulier et fixé, on va le chercher à l'aide d'une pince spéciale que l'auteur a créée dans ce but.

2° *Quelle est la cause des infarctus dans la pyélotomie ordinaire* ? Suivant les recherches anatomiques de l'auteur, la ligne ischémique de Hirtl est limitée à la partie moyenne du rein sans s'étendre aux régions polaires. Elle est d'autre part très variable, et sa situation ne correspond pas toujours à 1 cm. du bord convexe du rein ; elle est parfois située au centre de la paroi postérieure, et parfois sur le bord convexe lui-même. On comprend dès lors la possibilité des infarctus dans la zone, occasionnant des hémorragies post-opératoires.

3° *Pyélotomie élargie.* — On peut prolonger les incisions sur la paroi postérieure du rein, d'après la technique de Marion, en suivant les 2 lignes moins vasculaires qui séparent le territoire de l'artère rétro-pyélique des autres territoires vasculaires.

Le Pr Hogge (Liège) a fait pour lithiase réno-urétérale 47 opérations se répartissant comme suit : 14 néphrectomies, 16 néphrolithotomies, 17 pyélolithotomies.

1) *Résultats de la néphrectomie* : sur 14 néphrectomies, une seule mort, due à l'infection (retrait prématuré d'un drain). Les autres cas ont bien guéri, sans fistule, sans récidive ; même quand le rein du côté opposé était infecté, les urines dans la suite se sont éclaircies.

2) *Résultats de la néphrotomie.* — Cette opération expose aux hémorragies, aux infections et aux fistules. Sur 16 cas, 6 fistules persistantes, les urines restent généralement troubles. La néphrotomie ne vit que des contre-indications de la néphrectomie et de la pyélotomie. Sur 16 cas, 3 guérisons absolues, 11 améliorations, 2 morts, dont l'une est survenue dans des conditions très inattendues (shock ou suite d'anesthésie), et l'autre dans un très mauvais cas de calculose ancienne compliquée de tuberculose rénale et pulmonaire.

3) *Résultats de la pyélotomie*, procédé de choix quand

le calcul est bien placé. L'auteur ne suture généralement pas le bassinet et ne fait jamais la pyélotomie élargie de Marion.

Sur 17 cas, 16 guérisons absolues, sans récidive, sans fistule. Les infectés ont vu leurs urines s'éclaircir. Le seul cas de mort est dû à un accident opératoire, un vaisseau du hile ayant été déchiré par traction exagérée du pédicule.

L'auteur est grand partisan de la pyélotomie chaque fois que cela est possible. Cette opération ne donne pas plus de mortalité que la cure médicale d'une appendicite ou d'une hernie.

C. M. Rovsing. — L'auteur a recherché les résultats éloignés de 277 malades opérés pour lithiase par le professeur Th. Rovsing et ses assistants ; dans l'espace de 31 ans, 31 sont morts après l'opération (13 %) ; sur les 246 autres, on a eu des nouvelles de 147, dont 107 opérés de néphrolithotomie, 7 de pyélotomie, 31 de néphrectomie.

Néphrolithotomie.

Nombre total, 109 cas aseptiques avec 44 (40,36 %) récidives :

Infectés par 58, avec 15 (25,80 %) *id.*

Le coli par 27, avec 10 (37,03 %) *id.*

Infectés par d'autres microbes décomposant l'urée (staphylocoque, protéus, de Hauser) 24, avec 10 (79,16 %) *id.*

Pyélolithotomies.

Nombre total : 7 avec 2 (28,57 %) récidives.

Cas aseptiques : 5 avec 2 (40 %) récidives.

Cas infectés par le coli : 2 avec 0 (0,00 %) récidives.

Néphrectomies.

Nombre total, 31 avec 1 (3,22 %) récidive.

Cas aseptiques, 3 avec 0 (0,00 %) récidives.

Cas infectés par le coli 14, avec 0 (0,00 %) récidives.

Cas infecté par des microbes décomposant l'urée, 14 avec 1 (7,14 %) récidive.

M. Escat (de Marseille) a pratiqué 184 opérations pour calculose rénale ou urétérale, 156 pour calculs unilatéraux et 28 pour lithiase bilatérale ; ce chiffre comprend 44 pyélotomies, 6 pyélonéphrotomies ; la valeur des résultats éloignés est rapidement appréciable. Ils sont excellents pour les pyélotomies dans la calculose aseptique ou peu infectée, soit 1 seul cas de mortalité sur 44 ; 11 cas de récidive aseptique, 2 cas de néphrectomie tardive pour persistance des douleurs par hydronéphrose congénitale, 2 cas de néphrectomies pour récidive de calcul dans les reins déjà septiques. Les autres sont guéris. Les résultats sont moins bons après la néphrotomie, qui s'adresse à des cas difficiles ou compliqués : toute la chirurgie d'urgence de la calculose est ici en jeu, avec tous ses aléas de lésions rénales uni ou bilatérales, et d'opérations complémentaires tardives. La néphrotomie pour calcul aseptique reste une opération très belle, mais délicate, exigeant une sérieuse expérience opératoire ; elle expose aux hémorragies et mutile toujours plus ou moins le rein.

L'urétérotomie pelvienne est une excellente opération ; les suites sont bénignes, mais l'anémie est conditionnée par la bilatéralité des lésions et l'infection ; sur 10 cas, pas de décès ; dans 2 cas, l'auteur a enlevé les calculs par voie transvésicale. L'uretère prolabé dans la vessie contenait les calculs : suites éloignées parfaites. Sur 76 néphrectomies pour pyonéphrose, l'auteur a perdu 4 malades, soit 5 %. Malgré la difficulté de certaines néphrectomies primitives ou secondaires, l'opération reste excellente dans ses résultats immédiats et éloignés.

Dans 2 cas, après néphrectomie, les calculs pelviens furent extraits séance tenante par le bout distal de l'uretère très dilaté.

Sans exclure le rôle prédisposant des causes humorales, uricémie, oxalurie, l'auteur constate que la récidive de la lithiase dans l'autre rein est extrêmement rare, et il s'agit souvent de calculs méconnus dans la première opération, calculs non opaques aux rayons X (cas personnels) ; il croit que la lithiase traduit toujours une lésion locale antérieure du rein ou d'une partie du rein, lésions des cellules secrétantes ou des voies d'excrétion de la pyramide et de la papille, soit par reliquat d'inflammation méconnue, soit par malformation congénitale ou par vice d'évolution de la période de croissance (maladie de développement). Toutes les malformations rénales sont une amorce pour la calculose. Celle-ci accentue souvent la déformation primitive ; le calcul n'en n'est pas moins souvent secondaire à l'hydronéphrose congénitale, de même que les tumeurs du bassinet.

Cette conception explique la fréquence du calcul chez les jeunes sujets, l'unilatéralité des lésions, la rareté des récidives, le bon effet éloigné des opérations qui enlèvent le calcul accidentel (pyélotomie), ou suppriment l'organe lithogène.

La lithiase bilatérale, malgré certains cas de tolérance paradoxale et quelques bons résultats éloignés, reste une affection très grave.

Sur 15 opérés, l'auteur a pratiqué 28 interventions : 20 néphrotomies, 6 pyélotomies, 2 urétérotomies. De ces 15 opérés, 4 seulement vivent encore, guéris et aseptiques, ce sont 3 pyélotomies et une néphrotomie. Ce dernier était anurique depuis 4 jours. La néphrotomie enleva le calcul gauche ; le calcul droit fut expulsé 15 jours après. Des 13 malades ayant subi les 20 néphrotomies, 12 sont morts après avoir plus ou moins bénéficié, pendant 10 ans, 5 ans, 2 ans ou quelques mois, d'opérations faites dans les conditions les plus graves.

La lithiase bilatérale surtout pelvienne paraît liée le plus souvent à des malformations congénitales des deux reins, en particulier à la dilatation congénitale totale ou segmentaire des voies d'excrétion ; à ce titre particulier, elle est une maladie spéciale.

Wildbolz (Berne). On doit s'efforcer de réduire les récidives, et pour cela, il est nécessaire d'étudier les causes des insuccès. Dans une première série de cas, pas de récidives, malgré l'absence de tout régime. Dans d'autres cas, la récidive survient 5 ou 6 ans après. Dans une troisième catégorie de cas, la réci-

dive est rapide, mais les malades éliminent de petits calculs sans danger.

Enfin, dans une quatrième catégorie, la lithiase a une allure catastrophique : les calculs se forment avec rapidité ; on intervient quelquefois une seconde, une troisième fois ; finalement, le malade meurt d'anurie calculeuse ou d'urémie ou par infection.

Il s'agit généralement de malades infectés, mais souvent aussi, de calculose phosphatique. L'auteur rapporte, avec radiographies à l'appui, 2 cas où la récidive s'est opérée dans des conditions de rapidité extraordinaire.

L'auteur conseille de donner aux malades atteints de lithiase phosphatique des médicaments susceptibles de rendre acides les urines (acide camphorique, acide phosphorique).

Cavisa (Madrid) rapporte un cas confirmant l'opinion de Wildbolz : dans un cas de lithiase phosphatique, la récidive a eu lieu au bout de six mois.

Bastos (Lisbonne) est étonné du grand nombre de néphrectomies rapportées dans les rapports. Pour *lui, la néphrectomie est exceptionnelle*, et il n'a eu que très rarement occasion de la pratiquer.

Rafin (Lyon) rapporte les résultats de sa pratique depuis 1906, époque où il fit sa première radiographie pour calcul.

Quatrième question.

Vésiculectomie transvésicale et vésiculotomie.

Thomson-Walker, rapporteur.

Les vésicules séminales et les ampoules se trouvent sous la base de la vessie et une couche de fascia les sépare du rectum.

Si l'infection urinaire persiste après la prostatectomie, une infection des vésicules séminales peut en être la cause.

Dans ces cas, on devrait pratiquer une vésiculectomie ou une vésiculotomie, soit au moment de l'intervention même (prostatectomie), soit plus tard.

Le massage et l'opération de Belfield restent inefficaces dans 5 pour 100 des cas de vésiculite chronique et, dans ces cas, on devrait avoir recours à une vésiculectomie.

En présence de lésions tuberculeuses des vésicules séminales, on procèdera à une vésiculectomie.

Dans les affections malignes de la prostate, l'infection se propage le long des vésicules séminales ; il est donc nécessaire d'extirper, avec la prostate, les vésicules et une partie de la base de la vessie.

Pour l'opération, la voie transvésicale est la plus simple et celle qui n'occasionne aucune lésion du sphincter externe de la vessie ; la voie périnéale, par contre, est plus difficile et elle laisse comme séquelle une incontinence d'urine chez les patients, due à l'effet de l'intervention sur le sphincter de la vessie.

L'auteur décrit sa méthode de pratiquer la vésiculectomie par la voie transvésicale.

Les auteurs rapportent un cas de méaoplasie vésicale chez une femme de 43 ans. Cette malade présentait depuis quatre mois des symptômes de cystite. Le diagnostic fut posé par la cystoscopie et confirmé par l'examen histologique d'une plaque enlevée par une cystotomie sus-pubienne.

Nicolich (Trieste) rappelle à ce propos le cas qu'il a publié en 1914 dans les *Folia Urologica*, et montre les pièces anatomiques intéressantes qui se rapportent à ce cas.

A. Saint-Cène.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. St-Germain, Paris.

Dr Veyrières et R. Huerre.— **Traitement externe des dermatoses. Notes de thérapeutique et de matière médicale**. Préface du Dr L. Brocq. (Un vol. 236 pages, 1924.)

Cet ouvrage, très original, abonde en vues nouvelles. C'est le résumé de toute une série de recherches, restées jusqu'ici inédites, du moins pour la plupart, sur les bains, les caustiques, les antiseptiques cutanés, sur deux topiques notamment : le nitrate d'argent et l'huile de cade, les excipients, etc.

Il présente des lacunes ; c'est ainsi que comme agents physiques de traitement local, il n'est guère parlé, en dehors des bains et de l'hydrothérapie, que de la douche filiforme, introduite dans la thérapeutique dermatologique par le Dr Veyrières.

Les praticiens y trouveront de précieux renseignements et d'excellentes formules, longuement étudiées, d'une très grande utilité pour mener à bien cette œuvre si délicate, si difficile à accomplir qu'est le traitement externe des dermatoses.

Société d'impressions typographiques, 4 et 6, rue de la Croix-de-Bourgogne, Nancy.

P. Michon (de Nancy). — **Ordonnance d'hygiène musculaire**, préface du professeur agrégé M. Perrin. Un volume in-8 couronne, cartonné, de 32 pages, avec 41 figures, 1924. Prix : 1 franc. Les 25 exemplaires : 20 francs ; les 50 exemplaires : 35 francs ; les 100 exemplaires : 65 francs.

A une époque où l'on semble enfin vouloir donner à l'hygiène musculaire la place à laquelle elle a droit, et où les travaux médicaux concernant l'exercice et le sport se multiplient, nombreux sont les traités importants d'éducation physique, nombreux les tableaux éducatifs succincts. Et cependant, quand le médecin, désireux de formuler, en pratique courante,

une prescription sérieuse et rationnelle d'exercices musculaires, cherchait un texte qu'il pût remettre et dont il pût conseiller l'achat à son client, il ne le trouvait point. C'est qu'il manquait un ouvrage d'hygiène musculaire rédigé dans un esprit médical et susceptible de remplir ce rôle d'ordonnance ; à un tel ouvrage, il fallait une illustration claire, schématique, un texte concis, mais explicite, une rédaction en quelque sorte « passe-partout », qui laissât au praticien, moyennant quelques rapides annotations manuscrites, toute facilité de modifier l'ordonnance quant à la posologie, au gré de chaque cas particulier. Enfin, le prix devait en être très modique, malgré une présentation attrayante.

Tous ces desiderata, l'ouvrage de M. Michon s'efforce essentiellement d'y répondre, et il nous semble qu'il y réussit parfaitement. C'est par excellence une ordonnance, simple, précise, de lecture facile, n'exigeant pour sa réalisation aucun frais, aucune perte de temps appréciable, aucune manœuvre compliquée ; les mouvements les plus importants au point de vue physiologique, tels que les mouvements respiratoires, abdominaux, masticateurs, y retiennent particulièrement l'attention ; on sent, somme toute, que le but de l'auteur est de faire puiser malades et sujets normaux à cette véritable source de vie qu'est l'exercice raisonné, et, au-delà du souci de la thérapeutique, il y a là une grande œuvre de vulgarisation sanitaire, à laquelle le praticien ne peut rester indifférent.

Dr Cabanès. — **Poitrinaires et grandes amoureuses.** (*La vie et la légende de la Dame aux Camélias*), édité par les Laboratoires Cortial, 125, rue de Turenne, Paris 1924.

C'est une fort intéressante plaquette que nous donne aujourd'hui l'historien médical Cabanès. Il nous conte la vie de cette « grande amoureuse » que fut la Dame aux Camélias, de cette belle fille venue de sa Normandie dès l'âge de 17 ans pour y succomber à 23 ans d'une tuberculose implacable, après avoir inspiré par son esprit et sa beauté les plus grandes passions des plus grands Parisiens d'alors.

Cabanès illustre son texte de portraits et de documents rares pleins d'intérêt. Parmi ceux-ci figurent les ordonnances des médecins de Marie Duplessis : Davaine et Chomel.

Nous y voyons que déjà, l'iode était en honneur dans le traitement de la phtisie : on ordonnait à l'illustre malade des frictions des creux des aisselles avec une pommade d'iodure de potassium au 1/10e. Depuis, on a perfectionné cette médication.

Devambez a fort luxueusement présenté cet ouvrage édité par les Laboratoires Cortial, qui réservent gracieusement aux lecteurs du journal un nombre important d'exemplaires.

Les Stations climatiques françaises ou 1.200 stations de cures d'air, cures de séjour, cures de repos. Volume de 500 pages ; prix : 6 fr. 50. Editions « *Quo Vadis* », 107, rue Paradis, Marseille.

Le Dr Porcheron, qui avait fait paraître en juin 1923 son « Guide pratique aux Villes d'eaux », parvenu à ce jour à la 5e édition, publie cette année un ouvrage complètement inédit sur les « Stations Climatiques françaises ».

Ce livre de 500 pages contient la description d'environ 1.200 stations climatiques : cures d'air, cures de repos, cures de séjour, classées par lettre alphabétique. On pourrait l'appeler le Bottin de la Villégiature Française.

Il intéressera certainement les médecins et le grand public : malades, curistes, estivants et hivernants, à la recherche de la station idéale.

Mais ce qui caractérise encore plus ce travail déjà si important par sa documentation, c'est l'édification, à la fin de l'ouvrage, d'une Table des altitudes des stations, *par ordre croissant* : de 1 m. à 2.600 m. Nul doute que ce livre ne soit appelé au même succès que son aîné, « Le Guide aux Villes d'Eaux », connu dans toute la France et à l'étranger.

La Technique des Régimes Alimentaires. Une élégante plaquette de 40 pages. (Laboratoires Ciba, 1, place Morand, Lyon.)

Toutes les maladies en général, les maladies de la nutrition en particulier, réclament un régime alimentaire propre à chacune d'elles, pour la prescription duquel le praticien doit avoir présente à l'esprit la valeur nutritive et énergétique des différents aliments, ainsi que leurs indications et leurs contre-indications respectives. Gros travail, que vient singulièrement faciliter un petit opuscule édité par les Laboratoires Ciba.

Après un tableau exposant la valeur nutritive et énergétique des principaux aliments, ce qui est banal, mais où figure, ce qui l'est moins, leur *coefficient de digestibilité* et leur *valeur nutritive intrinsèque*, on y trouve, disposés par lettre alphabétique, les maladies et le régime qui leur convient, celui qu'elles peuvent tolérer à la rigueur, celui qu'elles doivent éviter. Successivement, l'albuminurie, l'anémie, la constipation, le diabète, les gastropathies, la goutte, l'obésité, le rhumatisme, etc., etc. sont passés en revue, avec les prescriptions diététiques qu'elles exigent. Un appendice très pratique donne la technique de la préparation de quelques aliments : bouillies, bouillon de légumes, lavement nutritif.

Pour toutes ces raisons, la Technique des Régimes Alimentaires, se recommande au médecin, à qui elle épargnera souvent de longues recherches.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE CONTROLE ET SES ABUS EN MÉDECINE SOCIALE

Un correspondant nous écrit :

En divers lieux de France, certains médecins viennent d'être condamnés pour « exagération » de médications ou de médicaments. Sans les défendre (car je ne connais pas ces cas d'espèce), je trouve qu'il peut y avoir là un gros danger pour tout médecin : car, qui nous assure que le. ou les confrères, qui portent cette appréciation d'abus, 1° soient compétents dans le cas donné, puisqu'ils n'ont pas vu le malade, et à cette époque ; 2° soient bien impartiaux (!) et ne se laissent guider que par des motifs médicaux ?

Il me plairait de voir cette question traitée d'une façon générale, par le *Concours médical.* Cette difficulté et bien d'autres, m'expliquent pourquoi il y a (paraît-il) des médecins qui ne veulent plus soigner les poilus au tarif Maginot, et préfèrent perdre leur clientèle.

Dr B

***

Il est impossible de faire de ces faits l'objet d'une étude d'ordre général, car il s'agit là en effet de cas d'espèce dont chacun devrait être examiné en particulier.

Toutes les fois que des poursuites ont été engagées contre des médecins taxés d'abus, les intéressés ont été interrogés et admis à fournir toutes les explications qu'ils ont cru devoir donner pour justifier leur demande d'honoraires. Ils ont eu tout loisir pour se défendre.

Mais cette défense a été parfois bien difficile, et nous connaissons des affaires dans lesquelles le médecin s'était condamné lui-même d'avance, en acceptant une forte réduction sur le montant de ses mémoires. Cette acceptation ne pouvait pas, en effet, ne pas être regardée comme un aveu implicite d'exagération.

Quand les faits incriminés concernent des honoraires demandés pour soins donnés à des pensionnés de guerre, bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions, vous savez que le contrôle est assuré par des Commissions départementales, dites tripartites, dont les membres médecins sont présentés par les Syndicats et groupements professionnels. Soyez assuré que, d'une façon très générale, ces Commissions s'entourent de toutes les précautions, de toutes les garanties que peut leur donner une étude très approfondie de l'espèce en cause, avant de se prononcer. Si la décision de la Commission départementale ne satisfait pas celui qu'elle concerne, il a le droit d'en porter appel devant la Commission supérieure, qui siège à Paris, et qui comprend des médecins dont l'impartialité ne saurait être discutée.

Le contrôle est inséparable du régime qui met à la charge d'un tiers l'obligation de payer les honoraires médicaux. Tous ceux qui soignent des pensionnés de guerre ne l'ignorent pas, et il leur appartient de se montrer très scrupuleux dans la façon dont ils leur donnent leurs soins, s'ils ne veulent pas s'exposer à voir le contrôle s'exercer à leur endroit dans toute sa plénitude légale. Si ce contrôle leur répugne, ce qui peut se comprendre, s'ils ne veulent pas y être soumis, ils n'ont évidemment qu'à renoncer à cette clientèle. J'en connais qui font ainsi et qui déclarent préférer s'abstenir plutôt que de se voir astreints à accomplir toutes les formalités que comporte cette médecine très spéciale.

Vous dites, qu'à votre connaissance, plusieurs médecins viennent d'être condamnés : nous avons, en effet, eu vent de certaines de ces condamnations que la presse profane a publiées. Mais elles ont été prononcées pour des actes accomplis presque toujours avant la mise en application du régime actuel, qui met en œuvre le contrôle des commissions tripartites. Depuis, ces actes sont devenus de plus en plus rares, et si, exceptionnellement, des poursuites ont été déclanchées à la diligence des commissions, les faits qui motivèrent ces poursuites étaient d'un ordre de grandeur tel et tellement évidents qu'elles s'imposaient.

Je n'aime guère, personnellement, cette médecine, dite sociale, qui institue un contrôle sur le médecin, producteur de soins, pour m'exprimer selon la terminologie à la mode, plutôt que sur le consommateur, principal intéressé et promoteur habituel d'exagérations de visites, et d'abus divers. J'ai, à l'occasion, combattu l'éventualité d'un contrôle technique, s'exerçant sur la conduite technique d'un traitement que le médecin doit rester libre de mener, selon les suggestions de sa science et de sa conscience.

Je suis de ceux qui sont hostiles au principe du tiers payant, dans le régime de la future assurance sociale, parce que ce régime entraînera nécessairement l'extension d'un contrôle médical aux soins donnés aux bénéficiaires de cette assurance.

Mais le contrôle actuellement en vigueur, dans la législation des pensions militaires, n'a rien de technique, et il doit être considéré comme un simple contrôle professionnel et moral, ainsi que mon collègue et ami Decourt l'a dénommé.

Et, ces réserves faites, je suis bien forcé de convenir que, tel qu'il fonctionne à cette heure, ce contrôle offre, au contraire, à ses obligés de grandes garanties d'impartialité. Qu'il puisse se présenter exceptionnellement des circonstances où tel contrôleur n'aurait pas fait suffisamment abstraction de ses intérêts personnels, c'est possible. Mais, encore une fois, il y a toujours un recours possible contre les abus des Commissions et de leurs délégués.

En matière d'honoraires médicaux, les Tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation. Une Commission de contrôle est une façon de Tribunal qui juge, après avoir examiné d'aussi près que possible, les cas qui lui sont soumis. Elle donne des avertissements ; elle prononce des réductions ; et c'est à cela que se borne ordinairement les sanctions qu'elle applique. Quand elle se décide à réclamer des poursuites judiciaires, il semble bien qu'elle ne le fait que dans des cas où l'abus est tellement évident qu'il s'impose et n'est pas discutable.

* * *

Ces constatations faites en pleine indépendance d'esprit, je n'en suis que davantage à mon aise pour stigmatiser les rigueurs inutiles et déplacées dont les Parquets en usent envers les médecins, lorsqu'ils sont l'objet d'une poursuite judiciaire en correctionnelle, voire en cour d'assises.

Je me suis laissé dire que l'un des inculpés dans l'affaire des carnets médicaux de Marseille *avait été mis au secret le plus rigoureux pendant 82 jours*. Soubeyran, de Montpellier, que la Cour d'assises de l'Hérault vient d'acquitter, avait été mis en prison préventive. Stolz, de la même ville, a succombé à l'émotion que lui causa l'enquête ouverte sans ménagement contre lui, pour un soi-disant trafic de carnets médicaux, qui aurait été reconnu inexistant ultérieurement, laissant sans soutien une famille intéressante, dont il assurait par son travail la subsistance.

Je m'entretenais ces jours-ci de ces événements regrettables avec mon excellent ami, le Dr Bellencontre, président de l'A.G., et nous étions d'accord pour flétrir de semblables procédés d'instruction.

Quand un commerçant est poursuivi pour dissimulation de bénéfices de guerre; quand un industriel de l'alcool est poursuivi pour fraude, il n'est pas dans les usages des Parquets, je pense, de les incarcérer préventivement. Pourquoi dès lors un traitement différent, quand il s'agit d'un médecin accusé d'un délit comparable ?

Que si les présomptions de ce délit étaient écrasantes, que si la preuve en était faite, ce n'est pas une raison pour en revenir aux pratiques de l'inquisition, et aggraver l'instruction d'une véritable torture.

Toute la représentation parlementaire de l'Hérault interpelle le ministre de la Justice à l'occasion de ces faits, profondément regrettables. Je n'ai nullement l'intention de chercher des excuses aux coupables, ni de les innocenter. Mais, ce n'est rien faire de semblable que de demander que, jusqu'au jour où ils sont condamnés, ils soient présumés innocents, et aient droit à un minimum d'égards.

Aussi, m'élevè-je avec indignation contre ce retour à la barbarie médiévale, et souhaitè-je que, de cet excès même, sorte une protestation véhémente qui rappelle les magistrats à la modération et à l'humanité.

G. DUCHESNE.

R.H.M.S. : 4605

JURISPRUDENCE

Mort sous anesthesie. — Aide non docteur en médecine pas de responsabilité du chirurgien.

1°. — Tribunal civil de Dunkerque

14 juin 1923.

Conclusions du demandeur :

Attendu que leur fils Charles D., alors âgé de 16 ans, ayant été atteint de fracture du bras droit, fut,le 3 janvier 1922, opéré à l'Institut Villette à Malo-les-Bains, par le Dr F., qui réduisit cette fracture et la maintint à l'aide de fils métalliques, que cette opération, pratiquée sous anesthésie générale, au chloroforme seul, fut supportée sans inconvénients par le malade, lequel quitta la clinique au bout de quelques jours. Attendu que le 6 mars 1922, le blessé n'ayant pas encore recouvré complètement l'usage du bras fracturé, le Dr F. décida d'enlever les fils métalliques qui maintenaient la fracture, déclarant aux demandeurs qu'il s'agissait d'une opération beaucoup moins grave que la première, pouvant même être fait sans endormir, en insensibilisant seulement la plaie ; que, c'est sur cette déclaration, que les demandeurs consentirent à une nouvelle opéra-

tion. Attendu que le lendemain 7 mars, le jeune D. s'étant rendu de nouveau à l'Institut Villette, le Dr F., contrairement à ce qui avait été convenu, procéda d'abord à l'anesthésie générale du patient à l'aide du chlorure d'éthyle, puis, bien que le malade entrât dans une période d'excitation, lui fit administrer le chloroforme par la sœur infirmière, mais que bientôt la respiration du malade devint irrégulière et qu'il expira sur la table d'opération. Attendu que la mort du jeune D. ne peut être attribuée qu'à la négligence ou imprudence du Dr F. qui confia l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur, qu'il importe, en effet, de remarquer que lors de la première opération subie, « opération longue et pénible qui dura cinq gros quarts d'heure », le chloroforme fut administré par le Dr D. ; que le malade supporta bien cette opération et à aucun moment n'éveilla les craintes des médecins, alors que dans l'opération du 7 mars, la mort survint quelques minutes seulement après l'anesthésie, provoquée d'abord par le chlorure d'éthyle puis par le chloroforme ; que la responsabilité du Dr F. est bien établie et qu'il doit réparation du préjudice causé aux demandeurs par la perte de leur fils ; que celui-ci n'était pas malade et était un garçon vigoureux, que sa mort ne peut être attribuée qu'à l'administration d'anesthésiants par une aide n'ayant pas les connaissances ni la compétence requises en la matière. Que le préjudice peut être évalué à 50.000 fr., que toute tentative de conciliation serait évidemment inutile. Par ces motifs : s'entendre condamner à payer aux demandeurs la somme de 50.000 fr. à titre de dommages-intérêts pour les causes sus énoncées. S'entendre condamner en outre aux intérêts judiciaires et en tous les dépens.

Conclusions du défendeur :

Attendu que les demandeurs prétendent que la mort du jeune D. ne peut être attribuée qu'à la négligence ou imprudence du défendeur qui confia l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur en médecine. Qu'ils rappellent que lors de l'opération précédemment faite à D. le chloroforme fut administré par le Dr D. et que l'opération dura 5/4 d'heure, tandis que dans l'opération faite le 7 mars la mort survint quelques minutes après l'anesthésie. Attendu qu'il apparaît ainsi de la demande des époux D. que la faute du défendeur consisterait dans le fait qu'il a fait administrer le chloroforme non par un docteur en médecine, mais par une personne dépourvue du diplôme. Attendu que, du rapport médico-légal du Dr R., il résulte que l'anesthésie fut confiée à une religieuse munie du diplôme d'infirmière major, très habituée et experte dans cette fonction. Attendu que le soin de chlorofomer n'a donc pas été confiée à une personne inexpérimentée. Attendu que tout indique qu'une infirmière habituée et spécialisée dans ce genre de fonction y apportera plus de compétence qu'un médecin qui, de toute évidence ne procède à l'anesthésie qu'à de rares occasions. Attendu qu'il faut tenir compte, en l'espèce, de la circonstance relevée par le médecin légiste à savoir que le chirurgien surveillait la religieuse, que son champ d'opération était très rapproché de la tête de l'opéré et que la quantité d'anesthésique ne put être considérable. Que d'autre part, l'autopsie a révélé l'état parfait de tous les organes du patient. Qu'enfin, le défendeur devait supposer que D. supporterait une anesthésie au chloroforme pour une opération de courte durée, puisqu'ainsi qu'il est dit ci-dessus, il l'avait supportée quelques mois auparavant pour une opération longue et difficile. Qu'antérieurement à ces deux opérations, D. avait été radiographié et qu'en conséquence toutes les précautions nécessaires avaient été prises. Attendu qu'à la suite du rapport sus visé concluant à l'irresponsabilité du défendeur en raison de la prétendue faute relevée par les demandeurs, la plainte déposée par eux contre le défendeur fut classée sans suite. Attendu que la demande manque complètement de base. Par ces motifs : déclarer les demandeurs irrecevables, en tous cas mal fondés en leur demande, fins et conclusions. Les en débouter avec dépens. Sous toutes réserves.

Jugement :

Attendu que les consorts D. ont assigné le docteur F. en 50.000 fr. de dommages-intérêts pour ce motif que le 17 mars 1922, le Dr F, opérant leur fils Charles D., âgé de 17 ans, le fit chloroformer par une sœur infirmière non munie du diplôme de docteur, imprudence qui occasionna la mort sous anesthésie du jeune Charles D. ;

Attendu que s'il est exact que l'infirmière qui administra le chloroforme au jeune D. ne possédait pas le diplôme de docteur, elle était infirmière major très expérimentée et spécialisée dans ce genre d'opération. Que, d'autre part, le Dr F. se trouvait à ses côtés, ne quitta pas le malade surveillant le dosage et les effets du chloroforme ;

Attendu que le 9 mars 1922, le Dr R., commis par le Procureur de la République, à Dunkerque, procéda à l'autopsie du jeune D., à l'effet de rechercher les causes de la mort ;

Attendu que le Dr Ruyssen après avoir minutieusement examiné toutes causes possibles du décès, a conclu ne pouvoir les attribuer ni à la maladie, ni à malformation congénitale, ni à l'intervention chirurgicale, ni à la conduite de l'opération, aucun manquement n'ayant été relevé aux règles de l'art chirurgical ;

Attendu que l'expert déclare, il est vrai, qu'on pourrait jusqu'à un certain point incriminer le fait de confier l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur, mais ajoute que ce fait ne peut constituer une faute lourde ;

Mais attendu qu'il n'a pas été établi que cette faute ait en quoique ce soit contribué à la mort de Charles D ;

Attendu qu'il résulte des conclusions du Dr Ruyssen que la cause du décès ne peut être déterminée :

Par ces motifs, déboute les consorts D. de leurs demandes, fins et conclusions. Les condamne en tous les dépens.

2e — Arrêt de la Cour d'Appel de Douai

23 juin 1924.

La Cour,

Attendu que Charles D. atteint d'une fracture du bras droit, a été opéré le 3 janvier 1922 à l'Institut Villette à Malo-les-Bains pas le Dr F. qui réduisit la fracture et la consolida à l'aide de fils métalliques ;

Attendu que le 6 mars 1922 D. n'ayant pas encore recouvré l'usage complet de son bras, le Dr F. décida d'enlever les fils métalliques et que l'opération eut lieu, le lendemain 7 mars, à la Clinique Villette ; qu'elle fut d'abord commencée sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, puis, en raison de l'agitation du jeune homme, continuée sous anesthésie générale au chloroforme ; que D. a succombé au cours de cette opération ;

Attendu qu'il résulte de l'autopsie qui a été pratiquée par le Dr Ruyssen, régulièrement commis, que D. était un garçon vigoureux, ne présentant aucune tare de nature à faire craindre un accident possible, que, de plus, il était à jeun et qu'il se trouvait, par suite, en état de supporter une intervention chirurgicale ;

Attendu que les époux D. prétendent que la mort de leur fils doit être attribuée à une faute commise par la personne qui lui a administré le chloroforme, sous la responsabilité d'ailleurs du Dr F. et sans leur consentement ;

Attendu que, quand le 6 mars 1922, le jeune D., alors âgé de moins de 16 ans, est venu à la Clinique du Dr F. pour que celui-ci lui enlève les fils métalliques qui consolidaient sa fracture, il était envoyé par ses parents qui consentaient à l'opération ;

Attendu que cette opération avait été prévue sous anesthésie locale et que c'est au cours de l'intervention qu'en raison de l'énervement du blessé, et même sur sa demande, il a été procédé à une anesthésie générale ;

Attendu qu'il est évident que, si les parents de D. s'étaient trouvés là, ils y auraient consenti comme lui, ne voulant pas le voir exposé à des souffrances pénibles et à des accidents graves qui pouvaient être la conséquence d'une interruption dans une opération en cours ; qu'en pareil cas, l'anesthésie générale qui s'imposait ne saurait être reprochée au Dr comme une faute opératoire ;

Attendu que si, en principe, on est fondé à lui faire grief d'avoir confié l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur, il faut du moins établir que c'est l'inexpérience, ou le défaut d'attention de son aide dans l'administration du chloroforme qui a été la cause de la mort de D ;

Attendu qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une infirmière expérimentée et qui avait la pratique de l'anesthésie, que le blessé, qui était un sujet sain, n'avait absorbé qu'une petite quantité de chloroforme et que le chloroforme était de bonne marque ; qu'il a été établi que l'opération avait été conduite régulièrement par un docteur, qui avait une grande habitude de ces sortes d'intervention. ;

Attendu que, si l'état de frayeur dans lequel se trouvait D., au début de cette opération, avait pu diminuer dans une certaine mesure sa résistance au choc tant moral que physique qui en résultait, il ne suffisait pas à en imposer l'ajournement ; que les interventions chirurgicales, dans de semblables conditions, sont de pratique courante ;

Attendu enfin qu'il est à remarquer que D. avait subi une précédente opération deux mois auparavant sous une anesthésie générale au chloroforme, qui avait duré 5/4 d'heure et qu'il avait supportée ;

Attendu que la mort ne peut être attribuée qu'à un accident subit, surveunu au cours d'une anesthésie, accident que les opérateurs les plus attentifs sont impuissants à prévoir et à combattre ; qu'elle n'est pas due par suite à une faute engageant la responsabilité du chirurgien ;

Par ces motifs, et adoptant au surplus ceux des premiers juges,

La Cour confirme le jugement dont est appel ;

Condamne les époux D. à l'amende et aux dépens de première instance et d'appel.

Commentaires.

Le « Sou Médical » a été heureux de faire absoudre son adhérent, car l'arrêt ci-dessus, confirmant le jugement de première instance, comporte un certain nombre de points intéressants à signaler.

Tout d'abord, il était reproché à notre confrère, d'avoir endormi le malade, sans la permission expresse des parents.

L'arrêt ne retient pas ce grief, pour ce motif que, si les parents avaient été présents à l'opération, ils auraient, sans nul doute, consenti à l'anesthésie générale, devant l'état de surexcitation du blessé. Le médecin, dont la Cour reconnaît toute l'expérience scientifique et professionnelle, a été le *negotiorum gestor* de la famille, en agissant pour le mieux des intérêts du malade et en cherchant à épargner à ce dernier des souffrances inutiles.

En second lieu, le chirurgien s'est entouré de toutes les précautions d'usage ; il a été reconnu que le chloroforme employé était de bonne marque, que l'anesthésique n'avait pas été donné en grande quantité, que le malade, préalablement examiné, ne comportait aucune tare contre-indiquant l'anesthésie générale, et qu'enfin l'opérateur était expérimenté.

La jurisprudence antérieure s'est surtout basée sur des considérations de fait, plus que sur des conceptions scientifiques, pour juger des cas analogues. C'est principalement le jugement de Château-Thierry, du 7 juin 1905 et l'arrêt de

la Cour d'Amiens, du 14 février 1906, cassant le précédent jugement, qui ont le mieux posé le principe de la non responsabilité du médecin, en matière d'anesthésie.

Les juges de Château-Thierry estimaient que :

« C'est avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême, ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne souvent intempérante, que le médecin doit, de son propre mouvement, de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade.

S'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de commettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient, non seulement de tous les dangers médiats et immédiats pour sa vie, que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut vivre et même longtemps dans l'état où il se trouve.

Ce n'est donc, en pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné, ou de sa famille, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique à quelque point de vue que ce soit ».

Cassant ce jugement, la Cour d'Amiens décida qu'on ne doit pas considérer comme commettant une imprudence, pouvant donner lieu à la responsabilité civile, le médecin, qui procède à l'anesthésie par le chloroforme, vis-à-vis d'un client alcoolique et ayant eu des syncopes accidentelles.

Le médecin, en ce cas, n'a pas même à prévenir son client des dangers possibles de l'emploi du chloroforme, alors surtout qu'il pouvait croire que le patient était au courant de ces dangers.

Et l'emploi du chloroforme est licite, non seulement pour les opérations nécessaires à la conservation de la vie, mais encore pour celles amenées par les affections graves, à raison du soulagement que procure l'anesthésie et du péril, qu'en son absence, offrirait une opération douloureuse.

Le tribunal civil de Montpellier (1re chambre), 15 décembre 1909 (*Gaz. Pal.*, 9 février 1910) acquitta un médecin, car est mal fondée la demande en dommages-intérêts dirigée contre un chirurgien, qui n'a commis aucune faute professionnelle, qui a opéré la victime, sur la demande de son père, avec l'assistance du médecin traitant, en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareille nature, précautions dont la situation de professeur à une faculté de médecine faisait du reste un devoir à l'opérateur et alors que le patient est décédé subitement sur la table d'opérations, pendant la chloroformisation.

Un jugement du tribunal civil de Marseille (2e chambre) 26 avril 1921, décide que la responsabilité du chirurgien est engagée, en cas de décès de l'opéré, lorsque, pour la simple incision d'un phlegmon, il a pratiqué l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, sans attendre que le patient fût à jeun ; qu'il n'a procédé à aucun examen préalable, qu'il n'a pas pris les précautions recommandées ; qu'il a opéré dans son cabinet, sans l'assistance d'un confrère et sans faire déshabiller le malade, au lieu de le faire transporter à sa clinique ; qu'enfin il a procédé à l'anesthésie, en maintenant le tampon de kélène sur le visage, pendant toute la durée de son intervention, au lieu de l'enlever de suite.

Cependant, en sens contraire, la Cour d'Alger (17 mars 1894) avait décidé que n'était pas coupable le médecin qui avait chloroformé un malade, sans s'être fait assister d'un confrère, ou d'un aide, capable, par ses connaissances, de reconnaître les signes de l'action de l'anesthésique, parce qu'aucun règlement n'impose cette assistance.

Il est donc prudent, pour nos confrères, de se faire aider par un docteur en médecine, pour donner l'anesthésique, afin, en cas d'accident, de faire la preuve qu'ils ont fait le nécessaire pour éviter toute complication.

Mais, dans le cas du Dr F., acquitté par la Cour de Douai, l'anesthésiste n'était pas docteur en médecine. Or, les accusateurs estimaient qu'un médecin n'a pas le droit de faire donner le chloroforme par un aide non docteur.

Disons de suite qu'il est souvent préférable de voir l'anesthésie conduite, sous la direction du chirurgien, par un anesthésiste de métier, ou ayant une grande habitude du maniement de l'éther ou du chloroforme plutôt que de confier la narcose à un docteur diplômé, mais n'ayant jamais pratiqué, ou n'ayant pratiqué que très rarement l'anesthésie.

Bien entendu, si l'aide n'est pas docteur en médecine, le chirurgien est responsable, comme chef technique ; mais s'il peut prouver que l'anesthésiste est toujours resté sous sa surveillance et sous sa direction, sa responsabilité n'est pas retenue, en cas d'accident fortuit.

C'est ainsi que la Cour de Bordeaux (chambre correctionnelle), le 11 juillet 1916, a cassé un jugement du tribunal correctionnel de Ribérac en date du 25 avril 1916, qui avait condamné à cent francs d'amende chacun un médecin et un pharmacien, pour homicide involontaire.

Pour acquitter, la Cour de Bordeaux s'est appuyée sur les attendus suivants :

Attendu qu'il n'est établi, à la charge du Dr B. et du pharmacien G. aucune faute lourde dans l'exer-

cice de son art, faute dont la preuve devrait être rapportée par le ministère public pour justifier une condamnation ;

Qu'il est, au contraire, résulté de ses explications très claires à l'audience, explications d'ailleurs nullement contredites par les données de l'information et de l'expertise, que l'opération chirurgicale, à laquelle il devait recourir, le 25 avril dernier, sur la personne du jeune Robert P., était indispensable et urgente ; qu'il a précédemment procédé à un examen minutieux de l'état général du malade, sans découvrir de contre-indication pour l'anesthésie et l'intervention chirurgicale ; que c'est lui-même qui a administré le chloroforme, qui lui aurait été remis peu de temps auparavant par un pharmacien de Périgueux ; qu'il paraît avoir agi suivant la pratique et avec les précautions recommandées et, s'il a confié l'ampoule et le tampon à G. pendant quelques instants, on ne saurait conclure de ce fait, rapide d'ailleurs, réalisé sous sa responsabilité personnelle, qu'il s'est fait assister par un aide incompétent dans la chloroformisation du malade, pas plus qu'il n'a ainsi abandonné ce dernier, avec lequel il n'a pour ainsi dire, pas perdu contact ;

Que l'expertise médico-légale, tout en constatant que le jeune P. a succombé à la suite d'une syncope, n'en a pas établi de façon précise la cause ; qu'on ne saurait, sans inconséquence, la rattacher à une faute professionnelle du médecin, qui n'est pas déterminée par la prévention ;

Attendu, quant au pharmacien G., qu'en acceptant de maintenir, pendant deux minutes à peine, le tampon de chloroforme sous le nez du patient, sur l'ordre et sous la surveillance de l'opérateur, il n'a commis, aucune imprudence de nature à engager sa responsabilité pénale ».

Enfin, faisons une dernière remarque dans l'arrêt de Douai : c'est que la Cour reconnaît que, pour faire grief à un médecin d'avoir confié l'anesthésie à une personne non munie du diplôme de docteur, il faut établir que c'est l'inexpérience, ou le défaut d'attention de son aide, dans l'administration du chloroforme, qui a été la cause de la mort du malade.

Nous retrouvons cette même affirmation dans d'autres espèces analogues, dans lesquelles la faute a été prouvée, mais n'a pas été retenue comme pouvant servir de base à des dommages-intérêts, parce qu'il n'était pas démontré que la faute ait été génératrice de l'accident. Par exemple, une infirmière s'est trompée en donnant une potion à un malade, lequel est mort, non pas à cause de cette erreur, mais bien de la maladie pour laquelle il était soigné.

De tout ce qui précède, nous voyons que l'exercice de la médecine devient de plus en plus difficile, car nos clients recherchent, par tous les moyens, à mettre en cause notre responsabilité professionnelle.

Aussi, que nos confrères soient prudents et, au lieu d'être, comme jadis, conduits par le généreux scrupule de ne pas faire dépenser, au malade, un argent inutile en évitant audit client l'assistance d'un autre médecin, il est préférable, par prudence, en vue de l'avenir, de se faire assister par un confrère, dans tous les actes médicaux et professionnels, pouvant engager notre responsabilité.

Mais, également, il ne faut pas perdre de vue que, toutes les fois que la chose lui semble possible, le « Sou médical » n'hésite pas à passer de la défense à l'attaque et à formuler une demande reconventionnelle, lorsqu'il peut être prouvé que le malade n'a pas apporté, dans sa demande en dommages-intérêts une bonne foi absolue, ou même une idée de menace ou de chantage à l'endroit du praticien. Puisqu'on nous attaque, sachons nous nous défendre par tous les moyens légaux.

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. : 5160.

L'ACTUALITÉ MÉDICO-THERMALE

Le V.E.M. Strasbourgeois.

(Suite).

Les médecins et étudiants de la Faculté de Strasbourg, conduits par le professeur Paul Blum, chargé du cours d'hydrologie et le Dr Arbinet-Labassède, directeur de l'Institut d'hydrologie, ayant visité Châtel-Guyon, ainsi que nous l'avons publié dans le n° 26, ont continué leur randonnée à travers les villes d'eaux du Plateau Central : Royat, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, et pour finir : Vichy.

En Auvergne.

Dans chacune de ces stations, la caravane fut reçue par les représentants de la Société Thermale, de la Société de médecine, de la municipalité, des Syndicats d'initiative et hôtelier. Elle entendit d'abord une conférence faite par le Président de la Société de médecine. Ces conférences, faites par les Drs Aine, à Châtel-Guyon, Richard à Royat, Duliège à La Bourboule, Tardif au Mont-Dore, méritent de rester comme l'exposé définitif de la doctrine thérapeutique de ces stations.

La caravane visita ensuite les établissements sous la conduite des médecins consultants. Partout les visiteurs ont admiré le souci d'hygiène déployé, la parfaite organisation thermale, et cette mise au point

remarquable des services et des méthodes de cure qui mettent les stations de l'Auvergne Thermale au tout premier rang des stations françaises.

Ces visites se terminèrent en chaque endroit par un banquet plein d'entrain que clôturèrent d'éloquents discours. Citons parmi les plus remarquables et les plus applaudis, ceux de notre secrétaire de la rédaction, le Dr Duchesne, qui reçut la caravane à Châtel-Guyon au nom de la Fédération thermale d'Auvergne, les deux que prononça M. Rouzaud, vice-président de cette Fédération et président du Conseil d'administration de la Société des eaux de Royat ; ceux de M. Rougé, président du Conseil d'administration de la Société des eaux de Châtel-Guyon ; de M. Wermeylen, directeur général de la Compagnie fermière de l'Etablissement du Mont-Dore ; de MM. Barennes, directeur de la Compagnie des eaux de La Bourboule, et Van Gerdinge, administrateur de la Société des eaux minérales de Saint-Nectaire, sans oublier les allocutions du Dr Chadefaux, maire de La Bourboule.

Au nom des médecins d'Alsace et des étudiants strasbourgeois, il fut répondu à tous ces souhaits de bienvenue par de vibrants remerciements, et chaque joute oratoire se termina par une brillante improvisation du Dr Arbinet-Labassède et un prestigieux résumé des applications thérapeutiques de chaque cure par le Dr Blum.

Ce voyage n'eut pas eu tout son charme, si les visiteurs n'avaient été promenés à travers les admirables sites de l'Auvergne thermale dont ils demeurèrent ravis autant que de la chaleur de l'accueil et des conditions matérielles de la réception dont ils furent l'objet, chaque station rivalisant pour leur assurer le plus grand agrément et le meilleur confort.

Ils ont laissé à leur tour dans les stations une impression très vive d'ordre, de discipline, d'émulation à s'instruire, qui montre tout le profit que le thermalisme peut tirer de ces voyages d'études médicales bien compris et bien exécutés.

A Vichy

La venue à Vichy des médecins et étudiants participant au Voyage d'études médicales de la Faculté de Strasbourg a été, en même temps qu'un fait scientifique de premier intérêt, l'occasion d'une émouvante manifestation de fraternité française à l'adresse de l'Alsace, à laquelle les médecins et étudiants étrangers présents, tous nationaux de pays amis du nôtre, applaudirent de grand cœur.

Ces sentiments se sont traduits éloquemment à l'issue du banquet qui, après la visite des sources, de l'établissement thermal, des divers services thermaux, etc., réunit au « Carlton », sur l'invitation de la Compagnie Fermière de Vichy, les médecins et étudiants groupés par ce V. E. M.

M. Normand, secrétaire général de la Compagnie Fermière, présidait, ayant à ses côtés : M. le docteur Paul Blum, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de Strasbourg ; M. le docteur Willemin, président de la Société des sciences médicales de Vichy ; M. le docteur Arbinet-Labassède, directeur du *Strasbourg médical* ; M. Tsai-Yen-Pei, ancien ministre de l'Instruction publique de la République Chinoise, recteur de l'Université de Pékin.

Indépendamment des médecins et étudiants de la Faculté de Strasbourg, parmi les invités se trouvaient des représentants du Corps médical de Belgique, Luxembourg, Grèce, Grande Serbie, Chine, Uruguay.

Après avoir, au nom de la Compagnie de Vichy, rendu hommage à l'œuvre de M. Paul Blum et aux efforts faits par lui pour diffuser la connaissance des richesses thermales de la France et particulièrement de celles de Vichy, M. Normand fait un rapide historique de la thérapeutique hydrominérale au cours des siècles passés. En terminant, il salue les organisateurs du V. E. M. de Strasbourg et les médecins étrangers présents, et il lève son verre à l'Alsace et la France.

Puis, prirent successivement la parole :

M. le docteur Willemin, président de la Société des Sciences médicales de Vichy dont la péroraison, jaillie du fond de son cœur d'Alsacien, fut vivement acclamée.

M. Cuny, qui, parlant au nom des Etudiants de la Faculté de Strasbourg, exalta la grande figure scientifique de Franz Glénard ;

M. Tassowats, au nom des étudiants étrangers et particulièrement de ses compatriotes Yougoslaves ;

Mlle Ullmo, au nom des étudiantes ;

M. Tsai Yen Pei, ancien Ministre de l'Instruction publique de la République Chinoise, qui se propose, de retour en Chine, de recommander la cure de Vichy et d'apporter un soin particulier à l'organisation de l'enseignement de l'hydrologie dans son pays ;

M. Freyes, au nom des médecins d'Alsace ;

Le docteur Kleesé, médecin luxembourgeois, qui dit son admiration pour l'organisation thermale de Vichy et rappela que trois mille volontaires de son pays sont tombés avec les Français pour la cause du droit ;

Le docteur Blondeau, médecin belge ;

Le docteur Arquenbourg, vice-président du Syndicat des médecins de Lille ;

Le docteur Arbinet-Labassède, directeur du *Strasbourg médical*, qui forma le vœu que le cours d'hydrologie professé à Strasbourg par le docteur Paul Blum, cours si fécond en heureux résultats didactiques, devint chaire magistrale dont il a l'importance de fait.

Enfin, M. Paul Blum, dans un discours aussi remarquable par l'originalité des vues, que par la forme très littéraire, rappela l'origine du V. E. M. de Strasbourg et définit magistralement les indications du traitement de Vichy, qui réalise le maximum de bienfaisante efficacité, grâce à l'incomparable organisation thermale de la première ville d'eaux du monde.

« C'est qu'aussi, dit-il, présidant aux destinées de Vichy, des administrateurs de premier ordre, que j

suis heureux de saluer et de féliciter en votre nom, et des médecins de toute première valeur, qui sont des cliniciens avertis et des savants expérimentés.

« Toutes ces activités bien coordonnées ont réalisé ici, depuis cinquante ans, la ville d'eaux modèle qui est devenue le rendez-vous du monde entier. On y accourt avec joie ! Je le sais bien, moi qui vis toute l'année avec l'agréable perspective de mon séjour à Vichy, d'où je m'en vais avec regret. »

Enfin, Mlle Feuchter, dont le costume alsacien symbolise l'un des traits caractéristiques de cette réunion, s'approche de M. Normand et lui remet un souvenir, accompagné d'une spirituelle allocution.

Le V.E.M. de Toulouse à Luchon

Continuant la tradition, vieille depuis 30 années, la Faculté de médecine de Toulouse et son nouvel institut d'hydrologie sont venus officiellement visiter les Etablissements thermaux de Luchon et faire l'ascension de Superbagnères, qui complète, si heureusement, de son apport climatique, la valeur de notre station thermale.

Samedi matin, une délégation de la municipalité, conduite par M. le Dr Germes, maire de la ville, attendait, sur le quai de la gare, le train de Paris qui amenait nos congressistes.

Monsieur le docteur Serr, professeur à la Faculté de médecine, présenta à la délégation MM. les docteurs Faure et Martin, chargés de cours ; M. le prof. Rodiez, de l'Institut d'hydrologie ; Mlles Fache et Matou ; MM. les docteurs Drouet, Rey, Cojolle, préparateurs à la Faculté, et enfin un groupe de près de 40 internes et externes, élèves de l'Institut d'hydrologie qui, tout prochainement, vont soutenir leur thèse.

A l'établissement thermal, la Société des Etudes médicales de Luchon, présidée par M. le docteur Audubert, recevait, à son tour, ces Messieurs.

La visite de notre agencement technique, de nos sources, de nos humages, de nos galeries de captages, retenait, tour à tour, l'attention des congressistes.

Cette visite terminée, le docteur Molinéry, directeur technique, réunissait, dans son cabinet, tous ces Messieurs.

Nous avons eu la bonne fortune de posséder, à Luchon, M. le prof. Syllaba, professeur de clinique médicale à l'Université Tchèque de Charles IV, à Prague, à qui fut offert la présidence de cette réunion.

Au nom de tous ses confrères, le docteur Molinéry salua M. le prof. Syllaba, dont il connaissait les sentiments francophiles, et la haute valeur scientifique. Cet éminent maître répondit combien il était touché de la marque d'attention qu'on venait de lui témoigner, et le directeur technique commença alors une causerie sur l'histoire du humage à travers les âges, depuis l'époque gallo-romaine jusqu'à nos jours.

A l'issue de cette conférence, il fut remis, à chacun des congressistes, une plaquette résumant les indications climatiques et thermales de Luchon.

Les congressistes avaient été répartis dans divers hôtels, par les soins du syndicat des hôteliers.

L'ascension à Superbagnères, bien que le soleil ait un peu boudé, fut cependant toute imprégnée de charme et de gaieté.

Par les soins de la ville, un goûter avait été préparé pour nos congressistes, et M. le professeur Serr, tant en son nom qu'au nom de tous nos visiteurs, remercia la ville de Luchon et la municipalité de l'accueil qui leur avait été réservé.

Le soir, au cours de la visite du Casino, un concert fut donné à nos Toulousains qui applaudirent de tout cœur, et le remarquable chef d'orchestre, et ses très distingués exécutants.

Le soir, ces Messieurs regagnèrent Toulouse, non sans avoir manifesté leur très haute satisfaction de ce qu'ils avaient vu, et M. le professeur Serr a bien voulu écrire sur le Livre d'Or de la ville les lignes suivantes : « Les membres du voyage d'études de la Faculté de Médecine et de l'Institut d'hydrologie de Toulouse, ont été heureux de visiter les magnifiques installations thermales de Luchon, station thermale et climatique de tout premier ordre ».

Nous savons, de source certaine, qu'à l'inauguration de la Société d'hydrologie de Toulouse, Luchon sera officiellement représentée.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

(1er *Juillet* 1924).

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, MIGNON, GASSOT, PAMART, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire*.

Excusés : MM. HUGUENIN, NOIR, DUCHESNE.

Le Secrétaire général se plaint une fois de plus de l'irrégularité qu'apportent les sociétaires malades et surtout les chroniques à donner de leurs nouvelles : si cet état de choses persistait, ce serait le désordre dans le fonctionnement de la Société.

Le Conseil décide de donner un dernier avertissement ; à l'avenir, il appliquera les pénalités statutaires avec toutes leurs rigueurs.

Indemnités maladie

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Somme
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
106	ROGER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
140	DESFARGES	Allier	(1/2) 12 jours	60 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	3 mois	300 »
162	BILHAUT	Paris	60 jours + 18 jours chr	659 95
164	DE GRISSAC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
171	LAGUENS	Gironde	27 jours chr	89 90
192	HOUDART	Finistère	3 mois	300 »
201	COYOLA	Gironde	15 jours chr	50 »
219	DELATTRE	Loiret	6 mois	600 »
223	TARDIF	Maine-et-Loire	19 jours	190 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
267	CHABANNES	Ardèche	40 jours	400 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
316	COUTAUD	Seine-Inférieure	60 jours + 2 jours chr	606 65
341	CHABANON	Lozère	3 mois	300 »
348	MILTAS	Creuse	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
490	VINCENS	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
513	GRIOLET	Gard	3 mois	200 »
535	CUNNAC	Gironde	3 mois	300 »
592	LECOCQ	Nord	3 jours + un mois et 3 jours chr	140 »
628	MANIFICAT	Rhône	36 jours	360 »
643	DERONDE	Seine-Inférieure	8 jours	80 »
688	MONMARSON	Manche	3 mois	300 »
696	CÉZILLY	Oise	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
748	BOUGON	Eure	20 jours	200 »
797	BAUDE	Aisne	21 jours	210 »
805	LERICHE	Alpes-Maritimes	14 jours	140 »
812	CHEVALLIER	Oise	10 jours	100 »
820	PERRET	Ain	60 jours + 3 jours chr	610 »
833	PILLIÈRE	Ardennes	3 mois	300 »
834	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »
837	BÉCOUR	Nord	3 mois	300 »
839	GIRODOLLE	Corrèze	3 mois	300 »
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
884	BOURDICAUD-DUMAY	Corrèze	3 mois	300 »
885	GUILLERMIN	Savoie	18 jours	180 »
900	DUCLOS	Paris	3 mois	300 »
910	MENDEL	Paris	7 jours + 2 mois et 23 jours chr	346 60
954	PAUMES	Haute-Garonne	3 mois	300 »
978	VOIZOT	Côte-d'Or	45 jours	450 »
993	BOUTARD	Eure	3 mois	300 »
1010	MARTIN	Loire-Inférieure	11 jours + 1 mois et 20 jours chr	276 60
1020	ABELLY	Vaucluse	60 jours + un mois et 24 jours chr	779 90
1084	TRUELLE	Paris	22 jours	220 »
1167	BESSON	Isère	60 jours + 11 jours chr	636 65
1170	AUSSET	Haute-Garonne	27 jours	270 »
1212	CALBA	Seine-Inférieure	35 jours	350 »
1252	GAILLARD	Morbihan	60 jours + un mois et 23 jours chr	776 60
1259	RILHAC	Aube	18 jours + 2 mois et 25 jours chrr	383 25
1272	MOLINÉRY	Haute-Garonne	un mois	100 »
1327	MITZORA	Paris	38 jours	380 »
1329	GOLDENBERG	Paris	29 jours	290 »
1363	BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1383	DUROZOY	Seine-et-Oise	28 jours	280 »
1385	LANDRY	Deux-Sèvres	2 mois et demi	250 »
1398	ROUX	Haute-Savoie	26 jours	260 »
1408	GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1492	ARDILLAUX	Yonne	28 jours	280 »
1515	PECKER	Seine-et-Oise	18 jours	180 »
1543	BEAUDOT	Saône-et-Loire	12 jours	120 »
1563	SAINT-PAU	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1573	LECOUILLARD	Manche	3 mois	300 »
1579	LAROCHE	Dordogne	10 jours	100 »
			A reporter	21.826 10

		Report	21.826 10
1673 FERRAN	Gard	11 jours	110 »
1675 FRENEL	Oise	60 jours + un mois et 24 jours chr	776 90
1749 BRIFFAULT	Vosges	31 jours	310 »
1796 MARMARIAN	Allier	3 mois	300 »
1801 MARNAY	Indre-et-Loire	12 jours	120 »
1896 ROURE	Belfort	2 mois	200 »
1937 BERTHEIL	Loire	60 jours + 2 jours chr	606 65
1056 ETIENNE	Haute-Garonne	3 mois	300 »
		Total	21.549 65

Combinaison MAD :

23 MOISAN	Côtes-du-Nord	3 jours	60 »
43 COLLIGNON	Sarthe	45 jours	900 »
143 BÉQUAIN	Haute-Saône	15 jours	300 »
212 PIERSON	Meuse	33 jours	660 »
271 BERAUD	Sarthe	7 jours	140 »
513 GRIOLET 1/2	Gard	22 jours	220 »
1084 TRUELLE 1/2	Paris	22 jours	220 »
1383 DUROZOY	Seine-et-Oise	28 jours	280 »
1398 ROUX 1/2	Haute-Savoie	26 jours	260 »
		Total	3.040 »

A titre d'avertissement, le Conseil inflige au Sociétaire n° 162 une amende de vingt francs et au sociétaire n° 219 une amende de 50 francs pour retards dans leurs déclarations.

Ces sommes seront versées à la Caisse auxiliaire.

Pensions aux veuves

Le Conseil alloue, pour leur pension du second trimestre 1924, à Mesdames :

4 Vve Lepage, Paris	150 fr.
38 Mme Gillette, Calvados	150 »
43 Vve Chevreux, Paris	150 »
45 Vve Valot, Haute-Saône	60 »
51 Vve Rousselot, Marne	150 »
13 Mineurs Deshusses, Hte-Savoie	125 »
Total	785 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 30 juin 1924.

Ratifications d'admissions

Le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Gaussen, Roger, Laure, Colin, Rey, James, Surun, Hernette.

Combinaison MAD :

Mlle Cabanis, MM. Gaussen, Roger, Laure, Phipps, Colin, Berthuy, Surun, Chapoutot.

Passage de 1/2 MAD à MAD :

MM. Collet, Couput, Roqueplane, Gelain, Armand, Guillemain, Dupond.

Admissions provisoires

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
GAUDEFROY, de Formerie (Oise).
TISON, de Dinard (Ille-et-Vilaine).
QUENARDEL, de Donchery (Ardennes).
BÉZINE, de Méry-sur-Seine (Aube).
EMONIN, de Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or).
LETOREY, de Vire-en-Maconnais (Saône-et-Loire).
CLEU, de l'Argentière-la-Bassée (Hautes-Alpes).
CHEVALIER, de Fontenay-le-Comte (Vendée).
BAZIN, du Blanc (Indre).
PÉRICHON, du Blanc (Indre).
PETIT, de Paris.
LADROITTE, de Brunoy (Se,ne-et-Oise).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
BAUSSET, de Sainte-Maxime-sur-Mer (Var).
TREUVEY, de Plan-la-Tour (Var).
EMONIN, de Nuits-Saint-Georges (Côte-d'Or).
CLEU, de L'Argentière-la-Bassée (Hautes-Alpes).
CHALET, de Paris.
BERTRAND, de Montpeyroux (Hérault). Œ
GÉRY, de Neung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher).
CHEVALIER, de Fontenay-le-Comte (Vendée).
BAZIN, du Blanc (Indre).
DUBOIS, d'Auffay (Seine-Inférieure).
PÉRICHON, du Blanc (Indre).
PETIT, de Paris.
PÉRIGNON, de Sedan (Ardennes).
BLANCHARD, de Vauconcourt (Haute-Saône).
LADROITTE, de Brunoy (Seine-et-Oise).

Passage de 1/2 MAD à MAD.

MM. les docteurs :
BARLATIER, de Romans (Drôme).
DELMAS, de Montpellier.

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin septembre.

Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

Mesdames
QUINTERO, de Lyon.
CHEVALIER, de Fontenay-le-Comte (Vendée).

Messieurs :
QUINTERO, de Lyon.
CHEVALIER, de Fonteanay-le-Comte (Vendée).
LAZARE, de Sault (Vaucluse).
LETOREY, de Vire-en-Maconnais (Saône-et-Loire).
LADROITTE, de Brunoy (Seine-et-Oise).

Combinaison R

Messieurs :
MIGINIAC, de Toulouse.
LAZARE, de Sault (Vaucluse).
CERISIER, de Noisiel (Seine-et-Marne).
LADROITTE, de Brunoy (Seine-et-Oise).

Madame
CERISIER, de Noisiel (Seine-et-Marne).

Remboursements de cotisations contre-assurées

Le Conseil ordonnance le remboursement d'une somme de 2.061 francs, montant des cotisations contre-assurées versées à la combinaison R par M. le docteur Briffault, décédé.

Dons

La Société *La Reine de Vals* fait un don de 500 fr. pour la propagande.

MM. les docteurs Ott, Quillon, Molumar et Ferry font à la Caisse auxiliaire don des indemnités d'examen qui leur sont allouées.

M. le Dr D. fait également à la Caisse auxiliaire don d'une somme de 25 francs.

Le Conseil adresse ses remerciements à ces généreux donateurs.

Le Conseil appelle d'une manière toute particulière l'attention du secrétaire général sur la situation des malades chroniques dont le nombre va sans cesse en augmentant : il estime qu'il y a lieu de faire exercer un contrôle qui démontre que ces malades se trouvent bien dans les conditions statutaires qu'a précisées le docteur Mignon dans une étude qu'a publiée le *Concours médical.*

Le Conseil examine la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN.

Le Président, A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Mademoiselle *Cécile* NOIR (et non *Thérèse*, comme nous l'avons imprimé à tort), dont nous annoncions il y a 15 jours l'accession au titre d'ingénieur chimiste, a, depuis lors, obtenu son diplôme de licenciée ès-sciences, continuant ainsi les traditions d'une famille dans laquelle la culture intellectuelle, poussée à son plus haut degré de développement, s'allie aux plus parfaites qualités morales, avec un souci de la simplicité et de la modestie poussé jusqu'au scrupule.

Le *Concours médical* prend une part trop vive aux évènements, heureux ou malheureux, qui touchent son rédacteur en chef, pour ne pas se réjouir grandement de pareils résultats.

— **Mariages.** — Le jeudi 17 juillet dernier, a été célébré en l'église Notre-Dame de la Gare, le mariage de Mlle Marie-Julienne MALLET avec M. Robert VALLAT. Mlle Mallet est la fille de notre sympathique confrère, le Dr J. Mallet, et la nièce de notre rédacteur en chef Julien Noir. Elle est licenciée en droit.

Deux jours après, le samedi 19, nous assistions à Saint-François-Xavier, au mariage de Mlle Germaine DECOURT, avocat à la Cour d'Appel de Paris, fille de notre excellent ami et collègue F. Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux, avec M. L. DEMAY, juge d'instruction au tribunal de Melun.

Aux jeunes époux, ainsi qu'à leurs familles, le *Concours médical* adresse ses sincères félicitations avec ses meilleurs vœux de bonheur.

— **Société Française d'Ophtalmologie.** — La Société française d'ophtalmologie a accepté l'invitation de la Société belge d'ophtalmologie de tenir son XXXVIIIe Congrès à BRUXELLES, le *lundi* 11 *mai* 1925 *et jours suivants.*

A cette occasion, des fêtes et des excursions (notamment à Bruges) seront organisées.

Le programme paraîtra ultérieurement, mais on peut déjà, pour tous renseignements, s'adresser au Dr René ONFRAY, *secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie*, 6 avenue de la Motte-Picquet, Paris, VIIe.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

donc limiter votre droit au libre exercice de votre profession et vous empêcher de recevoir les malades qui viennent vous chercher au cours de la nuit.

En dehors de la question de droit strict, il y a là aussi une question d'humanité qui devrait s'imposer à votre gérant et à sa concierge. Il est bien évident que vous ne devez pas donner vos consultations pendant la nuit, mais si un malade a besoin de soins urgents et vient vous trouver passé 10 heures, il est impossible de refuser de lui ouvrir la porte et de le recevoir. C'est là une obligation inhérente à la profession médicale et que votre propriétaire connaissait parfaitement au moment où vous avez contracté.

Aussi sommes-nous d'avis que vous ne devez pas laisser sans réponse la lettre de votre gérant, mais au contraire que vous devez lui répondre pour affirmer vos droits et lui signifier que vous entendez que la porte soit ouverte au cours de la nuit aux personnes qui viennent vous chercher d'urgence, étant entendu que vous ne commettez aucun abus, comme par le passé.

1818. — Installation d'une scierie. Trouble de jouissanee

Membre du « Sou », j'ai recours à votre expérience.

Locataire d'une villa où j'exerce toute l'année, à P., station climatique, j'apprends ces jours derniers que le terrain qui est vis-à-vis de ma demeure a été acheté par une entreprise en vue d'y installer une scierie, je me rends compte par avance des nombreux désagréments que cette installation va m'occasionner. Bruit incessant de la scierie, charrois de bois continuels, gêne dans l'exercice de ma profession, etc.

N'a-t-on pas le droit de demander une enquête *de commodo et incommodo* ?

Au cas où cette enquête aurait lieu, et si je proteste énergiquement contre cette installation, l'entreprise peut-elle passer outre ?

D'autre part, si cette scierie vient à fonctionner, suis-je en droit de réclamer une diminution de loyer à mon propriétaire pour trouble de jouissance ? Ma villa est dans un quartier bourgeois.

Enfin P. possède un Syndicat d'initiative qui s'émeut de cette installation d'une scierie dans le pays et à la sortie de la gare. Si l'enquête *de commodo et incommodo* avait lieu, le syndicat s'élèverait également avec énergie contre cette installation.

Dr X.

Réponse.

Les scieries ne sont pas classées parmi les établissements dangereux, insalubres ou incommodes. Elles n'ont donc pas besoin d'une autorisation spéciale de l'autorité pour s'installer et, par conséquent, aucune enquête *de commodo et incommodo* ne peut être ordonnée.

Dans ces conditions, vous n'avez aucun moyen légal de vous opposer à l'installation d'une scierie dans votre voisinage. C'est seulement quand elle sera installée que vous pourrez demander des dommages-intérêts et des modifications si son fonctionnement vous cause un trouble de jouissance. Mais pour le moment vous ne pouvez rien faire.

Enfin, si le fonctionnement de la scierie vous cause un trouble quelconque, vous ne pourrez en demander réparation à votre propriétaire sous quelque forme que ce soit, dommages-intérêts ou diminution de loyer, car ce trouble ne proviendra pas du fait du propriétaire. Vous aurez seulement action contre le propriétaire et, éventuellement, contre le locataire de la scierie.

1836. — Quels sont les droits des herboristes ?

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

1° Quels sont la situation et les droits respectifs des pharmaciens, herboristes, droguistes, les uns par rapport aux autres.

Je parle des droguistes parce qu'en Alsace-Lorraine, les herboristes étaient inconnus et remplacés me semble-t-il par les droguistes. En somme leur situation est-elle similaire, leurs droits pareils, là est la question.

2° Les herboristes étant par définition, me semble-t-il, et également parce que les pharmaciens sont moins recherchés (peut-être parce qu'ils sont moins bien approvisionnés) à ce point de vue, destinés à tenir les plantes, sont-ils en droit d'exécuter des ordonnances phytothérapiques.

3° Etant donné que les herboristes sont souvent d'anciens élèves en pharmacie ayant pratiqué couramment de petites analyses d'urine, ces mêmes herboristes sont-ils en droit de pratiquer des analyses d'urine pour les besoins de la clientèle.

Dr K.

Réponse.

Les droguistes sont des commerçants ou industriels fabriquant ou vendant *en gros* des produits chimiques aux pharmaciens, mais n'ayant pas le droit de les vendre au détail à la clientèle, ni d'exécuter les ordonnances des médecins.

Quant aux herboristes, leurs fonctions sont étroitement limitées par l'article 37 de la loi du 21 Germinal, an XI, sur l'exercice de la pharmacie, à « la vente des plantes ou des parties des plantes médicinales indigènes fraîches ou sèches ». Mais il ne s'agit pas là, pour eux, d'un monopole, car les pharmaciens ont également le droit de débiter ces plantes. Pour répondre à la question précise que vous nous posez, nous vous

dirons que les herboristes ont le droit d'exécuter les ordonnances phytothérapiques, à la condition que ces ordonnances ne contiennent que les plantes que la loi leur donne le droit de vendre.

Il résulte de ce que nous venons de dire que les herboristes ne sauraient prétendre à faire des analyses d'urine.

1835. — La taxe de séjour est-elle due par les médecins ?

Je suis abonné au *Concours médical* et je vous serais obligé de me donner le renseignement suivant.

Suis-je ou non, en tant qu'étudiant, exonéré de la taxe de séjour.

P.

Réponse.

L'exemption de la taxe de séjour n'est accordée par la loi qu'aux personnes qui, par leur travail et leur profession, participent au développement d'une station hydrominérale ou climatique ; cette exemption est également accordée à la femme et aux enfants des personnes dont il s'agit.

Mais ces exemptions ne s'appliquent pas de plein droit aux médecins et à leur famille, alors qu'ils sont simplement de passage dans une ville d'eaux et n'y exercent pas leur profession.

De fait certaines municipalités accordent l'exemption à tous les médecins, mais il ne saurait être question dans ce cas que d'une mesure gracieuse et non d'un droit sanctionné par la loi.

Dans votre cas particulier peut-être pourriez-vous demander à la mairie de votre résidence si vous pouvez bénéficier de l'exemption. Si la réponse est négative vous n'aurez qu'à vous incliner.

Enregistrement des diplômes.

Je viens de lire avec intérêt votre article paru dans le *Concours* de ce jour sur l'enregistrement du diplôme des médecins de stations thermales.

Que vous ayez raison au point de vue strictement légal, cela ne fait pas de doute ... et c'est bien fâcheux. Prenons un exemple : ... une station thermale des plus connues. J'ai sous les yeux l'affiche préfectorale du département ... datée du 15 février 1924.

Combien de médecins y sont inscrits : 2.

Combien exercent en réalité dans la station : 15.

Et le sous-préfet ou le préfet ne sont pas en droit d'exiger que les 13 autres se mettent en règle ? ! Et sur ces 13, trois seulement ont fait enregistrer leur diplôme au lieu de leur domicile habituel. *Dix* (!) ont échappé à tout enregistrement ! C'est inadmissible.

Je joins à ma lettre la liste des confrères avec leurs

adresses (d'hiver et d'été). J'ai pensé que cette petite statistique édifiante vous intéresserait. Il n'est pas possible de la publier, mais peut-être pourriez-vous citer le fait.

En somme, les confrères font tout ce qu'ils peuvent pour éviter l'enregistrement afin d'échapper aux rigueurs du fisc. Dr DARRAS.

Réponse

Notre excellent confrère Darras a parfaitement raison de signaler cette situation anormale, suivant laquelle certains médecins échappent à tout enregistrement du diplôme.

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 modifié par la loi du 14 avril 1910 doit être interprété *stricto sensu*. Par conséquent, un médecin ne doit faire enregistrer son diplôme qu'au seul lieu de son domicile, et non dans ses diverses et successives résidences.

Mais le Préfet, le sous-préfet ou le procureur de la République ont le devoir, par l'entremise du maire, ou du commissaire de police local, de s'assurer si tous les médecins qui viennent exercer dans une ville d'eaux ont bien fait enregistrer leur diplôme au lieu de leur domicile. Les syndicats médicaux ont également ce droit d'investigation, ne serait-ce que pour dépister l'exercice illégal de la médecine, de la part de personnes se disant docteurs en médecine et n'ayant aucun diplôme d'Etat français.

Dr Paul BOUDIN.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Arrêté ministériel du 20 mai 1924 relatif à la délivrance du diplôme d'Etat à des infirmières professionnelles.

Par arrêté du ministre du travail et de l'hygiène pris en date du 20 mai 1924 par application du décret du 27 juin 1922, le brevet de capacité professionnelle, permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français, a été délivré à 400 infirmières hospitalières possédant un diplôme d'infirmière hospitalière, à savoir :

1 infirmière diplômée de l'école d'infirmières des hospices civils d'Amiens.

21 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon.

1 infirmier diplômé de l'école d'infirmiers des équipages de la flotte, à Brest.

70 infirmières diplômées de l'école « Florence Nightingale », à Bordeaux.

10 infirmières diplômées de l'école régionale d'infirmières des hospices civils de Nancy.

34 infirmières de l'école d'infirmières de l'association des dames françaises, hôpital-école, 93, rue Michel-Ange, à Paris.

14 infirmières diplômées de l'école d'infirmiè-

res de la Glacière, hôpital Heine-Fould, 35, rue de la Glacière, à Paris.

136 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de la Société de secours aux blessés militaires, square des Peupliers, à Paris.

108 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'Union des femmes de France, hôpital-école, 32, rue de la Jonquière, Paris.

5 infirmières diplômées de l'école régionale d'infirmières de l'hôpital civil de Reims.

Par le même arrêté ministériel, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 505 infirmières en fonctions dans des établissements hospitaliers à caractère permanent, savoir :

44 infirmières de l'Union des aveugles de guerre, à Paris.

1 infirmière de l'hôpital d'Albertville.

3 infirmières de l'asile d'Aligre (Eure-et-Loir).

2 infirmières de l'hôpital hospice d'Alassac.

43 infirmières de l'hôpital hospice d'Angers.

3 infirmières de l'hôpital hospice d'Arpajon.

1 infirmière de l'hôpital hospice d'Auxerre.

7 infirmières de l'hôpital hospice de Bayonne.

1 infirmière de l'hôpital mixte du Palais, à Belle-Isle-en-Mer.

1 infirmière de l'hôpital hospice de Beaubourg.

4 infirmières de l'hôpital hospice de Breteuil.

3 infirmières de l'hôpital hospice de Brezolles.

2 infirmières de la clinique chirurgicale de Brunoy.

2 infirmières de l'hôpital hospice de Challans.

2 infirmières de l'hôpital hospice de Châtellerault.

8 infirmières de l'hôpital hospice de Chaumont.

1 infirmière de l'hôpital hospice de Crépy-en-Valois.

1 infirmière de l'hôpital hospice de Crouy-sur-Ourcq.

5 infirmières de l'hôpital hospice de Darnetal.

2 infirmières de l'hôpital de Dol.

4 infirmières de l'hôpital hospice de Dreux.

1 infirmière de l'hôpital d'Ebreuil.

2 infirmières de l'hôpital Saint-André-de-Gaillac.

3 infirmières de l'hôpital hospice de Gray.

1 infirmière de l'hôpital hospice de Guérande.

2 infirimères de l'hôpital d'Haubourdin.

1 infirmière de l'hôpital hospice d'Illiers.

2 infirmières de l'hôpital hospice de Janze.

4 infirmières de l'hôpital civil de Jonzac.

2 infirmières de l'hôpital de la Loupe.

2 infirmières de l'hôpital hospice de Loudéac.

4 infirmières de l'hôpital hospice de Malestroit

1 infirmière de l'hôpital hospice de Marvejols.

2 infirmières de la clinique Saint-Charles, à Missilac.

1 infirmière de l'hôpital hospice de Montet.

3 infirmières de l'hôpital hospice de Montfort-l'Amaury.
26 infirmières de l'hôpital suburbain de Montpellier.
22 infirmières de l'Hôtel-Dieu de Nantes.
21 infirmières de l'hospice général de Nantes.
3 infirmières du sanatorium de Nantes.
1 infirmière des hospices de Dieppe.
10 infirmières de l'hôpital hospice de Niort.
1 infirmière de l'hospice d'Oudon.
29 infirmières de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.
4 infirmières de l'hôpital hospice de Partenay.
1 infirmière de l'hôpital de Pleurtuit.
4 infirmières de l'hôpital Pasteur de Poitiers.
4 infirmières de l'hospice général de Poitiers.
1 infirmière de l'hôpital de Pontgoin.
2 infirmières de l'hôpital hospice de Port-Louis
7 infirmières de l'hôpital hospice de Quimperlé.
6 infirmières de l'hôpital hospice de Rethel.
5 infirmières de l'hôpital de Sablé.
3 infirmières de l'hôpital Saint-Brice de Chartres.
1 infirmière de l'hôpital mixte de Sainte-Menehould.
11 infirmières de l'hôpital hospice de Saint-Nazaire.
1 infirmière de l'hôpital hospice de Saint-Pourçain-sur-Sioule.
3 infirmières de l'hôpital hospice de Saint-Sauveur-le-Vicomte.
2 infirmières de l'hôpital hospice de Selles-sur-Cher.
23 infirmières de l'hôpital de Vannes.
11 infirmières de l'hôpital hospice de Vernon.
10 infirmières de l'hôpital hospice de Vesoul.
120 infirmières possédant de nomberux états de services et des services de guerre.

(*J. O.*, du 7 juillet 1924.)

Concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie appliquées à l'hygiène et à l'Agriculture de l'Oise.

Un concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie appliquées à l'hygiène et à l'agriculture de l'Oise sera ouvert à Paris, à l'Institut Pasteur, en novembre 1924.

Peuvent y prendre part les candidats des deux sexes, Français ou naturalisés Français, âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus (les hommes ayant satisfait à leurs obligations militaires) et possédant l'un des titres suivants :

Soit celui de docteur en médecine, diplôme d'Etat ;

Soit celui de docteur en pharmacie, ou de pharmacien supérieur, diplôme d'Etat ;

Soit celui de docteur ès-sciences d'une faculté française, avec une licence homogène de chimie, la thèse ayant porté sur des recherches chimiques et biologiques, le candidat ayant en outre fait un stage d'au moins deux ans à l'Institut Pasteur.

Les candidats devront faire parvenir leur demande au Préfet de l'Oise avant le 10 octobre 1924.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de début : 18.000 francs ; traitement maximum : 24.000 francs, par avancement de 1.500 francs au choix tous les deux ans ou à l'ancienneté tous les quatre ans.

2° Remboursement des frais de déplacement.

3° Participation à la Caisse départementale des retraites.

4° En plus du traitement, 1 /5e du prix des analyses ou recherches faites à titre payant.

Sur demande adressée à la Préfecture de l'Oise, le programme des conditions du concours sera adressé aux candidats.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les pupilles de la nation ne bénéficient pas du transport à demi-tarif sur les chemins de fer.

6360. — M. Cassez, sénateur, demande à M. le ministre de l'instruction publique pourquoi les pupilles de la nation, qui sont envoyés dans des préventoria ou des sanatoria, ne bénéficient pas du transport à demi-tarif sur les chemins de fer comme en bénéficient les réformés et les indigents envoyés dans les mêmes établissements. (*Question du* 5 *juin* 1924.)

Réponse. — Au cours de la discussion de la loi sur le nouveau régime des chemins de fer, des amendements avaient été déposés tendant à comprendre tous les orphelins de guerre parmi les bénéficiaires des facilités de circulation. La Chambre des députés n'a pas cru devoir retenir ces propositions (1re et 2e séances du 18 décembre 1920, p. 1763 et 1).

Mais les réseaux de chemins de fer consentent à accorder, sur proposition de l'office départemental, des bons de demi-place aux pupilles de la nation n'ayant d'autres ressources que les subventions de l'office et qui ont à voyager, soit à l'occasion de leur entrée ou de leur sortie des écoles, soit pour les grandes vacances, soit enfin pour recevoir les soins nécessités par leur état de santé. D'autre part, l'administration des finances a exonéré les bons de demi-place dont il s'agit de l'impôt de 10 p. 100 (loi du 29 juin 1918) sur les facilités de circulation.

(*J.O.*, 27 *juin* 1924.)

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de Surveillance et de Contrôle des soins gratuits aux Mutilés de la Guerre.

Nécessité de l'inscription sur les listes spéciales.

N'ont pas droit à la gratuité des soins les personnes qui ne sont pas inscrites sur les listes spéciales prévues par la loi, ni celles qui sont décédées avant la promulgation du décret du 26 septembre 1919.

DÉCISION DU 19 JUILLET 1923.

Attendu que la Commission départementale des ... statuant sur la demande de paiement d'honoraires présentée par M. le docteur .... a décidé qu'il y avait lieu d'ordonnancer au profit de ce dernier les honoraires par lui réclamés, pour soins donnés à MM. .... bien qu'aucun d'eux ne fût inscrit sur les listes spéciales prévues par la loi, ni par suite détenteurs de carnets de bons médicaux et pharmaceutiques ;

Attendu que l'alinéa 5 de l'article 64 stipule que c'est l'inscription sur les listes spéciales qui donne droit à la gratuité des soins ;

En ce qui concerne .... attendu qu'il est décédé le 6 mars 1919 et n'a pu bénéficier des dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, qui ne sont devenues exécutoires qu'à dater de la promulgation du règlement d'administration publique du 26 septembre 1919 ;

Attendu que M. le docteur ..... en sa qualité de maire de ...... ne devait pas ignorer les conditions d'application de l'article 64 ;

Déclare bien fondé l'appel de M. le Préfet des .... ;

Annule la délibération susvisée de la Commission départementale des ....

Cumul des professions de médecin et de pharmacien.

Aucune disposition légale n'interdisant l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, la commission ne peut refuser à un médecin pharmacien le paiement de ses honoraires de médecin et de ses fournitures de médicaments comme pharmacien. Elle doit seulement redoubler de vigilance en pareille occurrence.

DÉCISION DU 19 JUILLET 1923.

Attendu que Monsieur ..... se pourvoit contre la décision susvisée de la Commission départementale de la ...., pour ce motif qu'elle a autorisé le mandatement des mémoires produits par le docteur .... pour ses fournitures pharmaceutiques, mais qu'elle n'a pas admis la validité des notes d'honoraires par lui présentées pour soins médicaux ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que M.... soit régulièrement détenteur des diplômes de médecin et de pharmacien de 1re classe, qu'aucune observation n'est formulée relativement à la non inscription de son nom soit comme pharmacien, soit comme médecin, sur les listes établies par les soins des préfets, en conformité des prescriptions de l'article XVIII de la loi du 21 germinal an XI sur la pharmacie et de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

Qu'aucune protestation n'est davantage formulée à son égard, au sujet de la validité des soins médicaux qu'il a donnés ou de la délivrance de médicaments qu'il a fournis aux bénéficiaires de l'article 64, dont il réclame le paiement conformément aux tarifs en vigueur ;

Attendu qu'aucune disposition, soit de la loi du 21 germinal an XI et des lois ultérieures sur l'exercice de la pharmacie, soit de celle du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, n'interdit l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie ; qu'en outre, aux termes de l'article XXVII de la loi de germinal an XI, les docteurs et les médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmaciens ayant officine ouverte, peuvent même *sans être munis du diplôme de pharmacien*, délivrer les médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils sont appelés;

Qu'il y a toutefois lieu d'observer que le cumul de la pharmacie avec la profession médicale est depuis longtemps l'objet des préoccupations des législateurs, que l'immense majorité des médecins et des pharmaciens admettent qu'il faut séparer les deux professions et ne pas permettre en principe, à celui qui prescrit un médicament, de le préparer, qu'il est nécessaire au point de vue de l'exercice normal des deux professions qu'un contrôle de l'ordonnance médicale soit effectué par un autre que par son auteur, comme il est indispensable, au point de vue de la santé publique, que l'auteur d'une prescription ne puisse être guidé par un intérêt autre que celui de guérir son malade ; que pour ces motifs, il appartient aux Commissions départementales de contrôle de redoubler de vigilance lors de la production par le même demandeur de notes d'honoraires médicaux et de fournitures pharmaceutiques.

Pour ces motifs déclare bien fondé l'appel de .... ;

Décide qu'il doit être procédé à la vérification des notes d'honoraires pour soins médicaux présentées par Monsieur le docteur ...., sans que sa qualité de pharmacien puisse être opposée préjudiciellement à cet examen ;

Annule la décision susvisée de la Commission départementale de .... en ce qu'elle a de contraire à la présente .

Quarante-sixième année — N° 31 — 3 Août 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1804-IV)

(*Suite du Sommaire*)

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Boulx.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Boruèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux, Verrier.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 334. — Vendée. Dans stat. baln. à céder poste méd. Rapp. 36.000 ann. Indemn. 15.000. Facil. paiem. Pressé.

N° 335. — A vendre torpedo Adler 1916, 11 cv., 6 pl. bon ét. de marche magond. Dr Péaud, Chaize-le-Vicomte (Vendée).

N° 336. — Directeur orphelinat, 45 ans, rech. sit. dir. clinique, hôpit. préventor., sanator. ou autre analogue.

N° 337. — A vendre. Gr. et sup. habitat. 32 kil. de Paris, chauf. cent., vue magnif. parc, près ch. de fer. Conviendr. p. mais. de santé ou de repos.

N° 338. — A céd. apr. décès, dans st. clim. des Vosges, anc. post. méd. très bon rapp. pouv. être augmenté. Long bail, dés. céd. mater. médic. Pressé. S'ad. Madame Briffaut, Gérardmer (Vosges).

N° 339. — Nord. A céd. dans rég. ind. très bon poste, seul méd. Cond. : ach. maison, indemn. à déb.

N° 340. — Doct. expér. accept. sit. de second dans mais. de santé à Paris ou dans rég. banl. Ouest ou dép. du Loir-et-Cher. Indre-et-Loire et Loire-Inf. ferait remp. dans même rég.

N° 341. — Bonne client. chef-lieu de cant. Centre. 147 kil. de Paris, gr. ligne, pays agréab. Prédéces. rester. un cert. temps p. bien inst. success. dans client.

N° 342. — Cause double empl. à vend. en conf. torp. Ford 1922, très peu roulé, 5 r. amov. Kap, bons pneus, écl. dém. élec. carb. économ. Ford 1924, grais. Técalemit, indicat. verrou antivol. Dr Flament, Grand-Montrouge. Tél. 275.

N° 343. — Instr. app. élec. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris XIIe.

N° 344. Doct. 37 ans, installé, ay. loisirs, cher. occup. méd. ou paraméd. Paris ou banl. Ec. Dr Israel, 17, rue Vauthier, Boulogne-sur-Seine.

N° 345. — Bretagne. Doct. habit. près plage, prend. en pens. du 15 août au 15 sept. deux enf. de 5 à 12 ans. Vie de fam. Prix : 600 pour les deux.

N° 346. — A céd. dans gr. ville de l'ouest, tr. imp. cab. de méd. génér., tuberc. ray. X, tr. gros prod., peu de visites, tr. bel immeub. cess. pour cause de malad. Cab.. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 347. — Banl. de Paris, bon post. rapp. 33.000 fixes, Mais. agréab. av. jard. élec. Aff. suscept. augment. Cess. urg. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

CORRESPONDANCE

A propos du décret relatif aux justifications des honoraires médicaux pour soins donnés aux pensionnés de guerre.

Dans sa séance du 2 juillet 1924, la Commission tripartite départementale de la Charente-Inférieure, après avoir examiné le décret relatif aux justifications à produire pour le mandatement des mémoires pour soins donnés aux réformés de guerre,

Considérant,

Que loin d'apporter au décret du 25 octobre 1922 les simplifications nécessaires, les nouvelles mesures envisagées auraient pour effet de rendre plus difficile encore le service de la vérification des mémoires ;

Que l'obligation pour le médecin et le pharmacien d'établir leur mémoire trimestriel *par commune*, constitue une complication d'écriture d'autant plus injustifiée que le service de gratuité des réformés de guerre relève exclusivement du budget de l'Etat ;

Que s'il importe que le médecin justifie qu'il a réellement effectué le déplacement kilométrique dont il réclame le paiement, il est vraiment superflu de l'obliger à donner les motifs pour les-

quels il ne réclame pas l'indemnité kilométrique à laquelle il aurait pu avoir droit ;

Considérant, en outre

Que le service de contrôle avait pu jusqu'ici consulter utilement en certaines circonstances les bons des trimestres écoulés, et qu'il n'en aura plus le moyen quand les bons seront joints aux mémoires comme pièces justificatives ;

Emet le vœu :

Que le décret du 30 mai soit rapporté et qu'il soit procédé pour la suite à la vérification des mémoires dans la forme prescrite par le décret du 25 octobre 1922.

Cette motion présentée par le médecin secrétaire de la Commission, a été votée à l'unanimité, et copie a été adressée à M. le Ministre des Pensions.

1859. — L'exercice illégal sera-t il amnistié ?

Je serais très désireux d'avoir un avis juridique par l'intermédiaire du *Concours médical* sur la question suivante :

Est-il exact que, d'après la loi d'amnistie récemment votée par le parlement, le parquet ne peut instruire ou exercer des poursuites contre un étudiant en médecine qui, n'ayant pas terminé sa scolarité, a usurpé le titre de docteur en médecine ; exerce depuis 3 ans dans une localité avec une réclame tapageuse et fructueuse ; et sous la menace de l'autorité supérieure, s'est retiré de cette localité après avoir vendu sa clientèle un prix assez élevé et a recommencé ses exploits non loin de sa dernière demeure, en s'occupant d'encaisser les honoraires de ses anciens clients.

Dr V.

Réponse.

Le projet d'amnistie votée par la Chambre des députés (et non encore adopté par le Sénat) s'applique, dans le paragraphe 10 de l'article 1, « aux infractions aux paragraphes 2 et 3 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice illégal de la médecine ».

Cette disposition exclut donc de l'amnistie les personnes visées au paragraphe 1 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Or, ce paragraphe concerne : « Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée. »

Si aucune modification n'est apportée par le Sénat au texte voté par la Chambre sur ce point, l'exercice illégal commis par un étudiant n'ayant pas encore terminé sa scolarité ne sera pas amnistié et des poursuites seront toujours possibles contre lui.

1874. — Recouvrement d'honoraires. Aveu de la dette

L'un de mes clients, à trois présentations de ma note d'honoraires (250 fr. pour un accouchement avec application de forceps), refuse de payer et déclare ne pas redouter la justice de paix.

Il ne se présente ni à la tentative de conciliation, ni à l'audience ultérieure : mon client est condamné, et signification du jugement lui est faite par huissier.

Je n'ai point jugé à propos de vous faire part de cette banale affaire.

Mais, au lendemain de cette signification de jugement, mon client m'envoie par huissier un papier bleu où, après cet attendu... inattendu « que le requérant ne doit rien, ayant règlé », mon adversaire me cite à comparaître jeudi prochain 24 juillet, « pour voir dire et ordonner que le requérant sera reçu opposant audit jugement, lequel demeurera nul et de nul effet ; qu'il sera, par suite, déchargé des condamnations prononcées contre lui ; et faisant droit au fond, que ledit sieur P... sera déclaré purement et simplement non recevable, en son action, en tout cas « mal fondé et qu'il sera condamné aux dépens ».

Je comparaitrai bien entendu à cette audience de jeudi prochain (Justice de paix de D...) et obtiendrai, à n'en pas douter, confirmation de la condamnation de ce client, escroc notoire. Mais j'ai tenu à avertir le « Sou Médical » dont je suis membre afin qu'il veuille bien me donner son concours juridique, moral et, au besoin, pécuniaire.

Dr P.

Réponse.

Votre adversaire fait opposition au jugement par défaut qui l'a condamné ; c'est là la marche normale de la procédure, qui va se trouver seulement prolongée, et plus coûteuse du fait de cette opposition. Mais le motif invoqué par votre client à l'appui de son opposition est excellent pour vous, car il contient un aveu implicite de la dette. En effet, il prétend ne rien vous devoir parce qu'il vous aurait réglé, mais s'il vous a réglé, c'est précisément qu'il vous devait quelque chose. Vous n'aurez donc pas à faire la preuve que vous avez donné vos soins à sa femme, et vous ne risquerez pas de vous trouver placé dans l'alternative de violer le secret professionnel ou de perdre votre créance.

De plus, votre adversaire soulevant une exception de paiement, c'est à lui qu'il incombera de

faire la preuve qu'il vous a payé, en vertu de la régle de droit : *Reus excipiendo fit actor.* Comme il ne pourra représenter votre quittance, il devra donc être débouté de son opposition.

Enfin, la demande n'excédant pas 300 francs, le jugement sur l'opposition ne sera pas susceptible d'appel.

1854. — Accident du travail. Victime employée au service d'une machine agricole

Je lis dans le *Concours médical* du 20 juillet 1924 à la page XLV—1743 votre réponse à la lettre 1524, au sujet d'un accident du travail (victime employée au service d'une machine agricole).

Je ne partage pas votre avis. En 1912 ou 1913, j'ai eu à soigner une luxation d'épaule chez un chauffeur employé à une machine à battre. Soutenu par le « Sou Médical », j'ai attaqué le patron du blessé devant le juge de paix de L... qui a condamné ce patron à me solder mes honoraires.

Mais, au moment de l'accident, la machine était arrêtée ; l'assurance a porté l'affaire en appel, et, devant le Tribunal de C., j'ai perdu. Sur le Conseil du « Sou Médical », je suis retourné devant le juge de paix en reprenant l'affaire au point de vue du *droit commun.* Le patron ayant prétendu que le bulletin m'avisant de l'accident était un faux, le juge de paix s'est déclaré incompétent et nous a renvoyés devant le Tribunal de C. Toujours soutenu par le « Sou Médical », je suis retourné devant le Tribunal qui a reconnu après expertise que le bulletin n'était pas un *faux*, et a condamné le patron à me payer ce que je demandais. Je vous ai d'ailleurs, à cette époque, envoyé sur votre désir, une copie du jugement; et, à ma grande surprise, le *Concours Médical* n'a jamais publié ce jugement. Si vous le retrouvez, vous pourrez le publier et rendre service aux abonnés du *Concours*.

Dr D.

Réponse.

Le cas qui nous était soumis dans la lettre qui a été publiée dans le *Concours* du 20 juillet n'était pas tout à fait analogue au vôtre. Dans votre affaire, il s'agissait d'un recouvrement d'honoraires. Vous avez d'ailleurs perdu sur l'application de la législation sur les accidents du travail, et vous n'avez pu obtenir de vous faire payer par le patron *qu'en vertu du droit commun*, comme vous le dites vous-même, sans doute parce que vous avez pu prouver que le patron avait pris à votre égard un engagement direct.

Mais dans l'affaire sur laquelle votre confrère nous demandait notre avis, il s'agissait des droits de l'ouvrier victime de l'accident. Au point de vue de la législation des accidents du travail, notre réponse est absolument conforme à tous les principes et à la jurisprudence maintes fois

affirmée par les tribunaux. Faute de relation directe de cause à effet entre l'emploi de la machine et l'accident, l'ouvrier agricole victime d'un accident ne peut s'en faire indemniser par le patron que s'il parvient à faire la preuve d'une faute ou d'une négligence du patron ou d'un préposé de celui-ci. Cette situation va d'ailleurs disparaître à partir du 1er septembre prochain, par suite de la mise en vigueur de la loi du 15 décembre 1922.

Le libre choix dans les accidents agricoles

J'ai entre les mains une proposition d'assurance agricole en application de la loi du 15 décembre 1922 qui contient le paragraphe suivant (je copie) :

Service médical et pharmaceutique.

Parmi les médecins agréés par la Compagnie, quel est celui qui peut assurer le service médical ? (nom, et adresse).

Distance de sa résidence au lieu du risque ?

Si la compagnie n'a pas de médecin, nous en désigner un qui accepte nos conditions ? (nom, adresse).

Distance de sa résidence au lieu du risque ?

Si le médecin pressenti n'accepte pas les conditions de la Compagnie, indiquer quelles sont celles auxquelles il assurerait le service médical ?

Ce questionnaire m'a surpris et je vous serais obligé de me faire connaître votre appréciation.

Dr B.

Réponse.

La loi du 15 décembre 1922 a eu pour but d'étendre aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail déjà applicable à l'industrie et au commerce. Sous réserves de certaines dispositions répondant à l'organisation du travail agricole et qui ont été introduites spécialement dans la loi nouvelle, toutes les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sont applicables, ou plutôt, seront applicables aux accidents agricoles.

Donc, les travailleurs des champs auront la faculté, au même titre que les travailleurs des villes, de s'adresser au médecin de leur choix et dans lequel ils auront placé leur confiance.

Toute violation du libre choix, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la loi, sera punie d'une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 à 2.000 francs (article 30, paragraphe 5 de la loi du 9 avril 1898).

Enfin, les statuts et les polices des compagnies d'assurances et sociétés mutuelles qui couvrent le risque accidents du travail sont soumis à l'agrément du ministère du Travail. Ce contrôle a justement pour but d'empêcher l'insertion dans les polices de clauses contraires à la loi, telles que celles que vous nous signalez.

1820. — Sur le trafic de certains marchands de bandage.

J'ai encore recours à vos lumières pour un cas qui n'est peut être pas du domaine du « Sou médical ». Il s'agit des marchands de bandages herniaires et je crois avoir lu quelque chose là-dessus dans le *Concours*.

Un de mes clients me présente le reçu suivantque j'ai copié exactement :

Reçu de M. R... la somme de 50 francs comme arrhes sur la fourniture d'appareils y compris une garantie d'abonnement de deux ans (650 frs.), sous réserve du paiement du solde restant dû, soit 300 fr. payable contre remboursement à la prise de livraison des appareils.

Le reste 300 fr. aux passages de M. G., 8 octobre 1922.

Etablissement G..., 3, rue des .....

Mon client a été assez naif pour verser 50 fr. plus 300 fr. Il ne veut pas solder les 300 fr. qui devaient être payés par fraction de 60 ou 80 fr. aux consultations de M. G. Croyez-vous que le bandagiste aura l'audace de réclamer ... si oui que doit faire mon client ? Ne rien faire ... se laisser poursuivre... poursuivre ce voleur. Est-ce qu'il n'y a pas eu un procès dans ce genre-là ? Il n'y a donc aucun moyen de faire cesser ces escroqueries. Je sais bien que la bêtise humaine ne cessera qu'avec le dernier homme... J'ai une de mes riches clientes qui se fait faire chaque matin à Paris une piqûre de ... 100 francs pour maigrir. Elle est à la 17e....

Dr M.

Réponse.

Un jugement du Tribunal correctionnel de Mamers du 5 février 1923, rendu dans une espèce analogue à celle dont vous nous entretenez, avait admis que le bandagiste et son représentant s'étaient rendus coupables du délit d'escroquerie, et les avait condamnés respectivement à deux mois et un mois de prison, plus deux mille francs d'amende au bandagiste, et à restituer à leur victime la somme de 1000 francs. Ce jugement a été publié dans le *Concours* du 27 mai 1923, page 2047, avec un commentaire du Dr Boudin.

Mais la Cour d'Angers, par un arrêt également publié dans le *Concours* du 2 septembre 1923, a infirmé ce jugement et décidé que le bénéfice excessif encaissé par le bandagiste ne pouvait constituer à lui seul le délit d'escroquerie, a relaxé les prévenus et mis les dépens à la charge du plaignant.

Il est à craindre que cet arrêt n'ait fixé la jurisprudence et qu'une action correctionnelle intentée pour les mêmes motifs ne soit rejetée, et cela, d'autant plus que la même Cour serait appelée à connaître de l'affaire et qu'il est peu probable qu'elle accepte de se déjuger à un an d'intervalle.

Au point de vue civil, nous ne pensons pas qu'une demande en résolution ou en rescision du contrat ait meilleure chance de succès.

Votre malheureux client nous paraît être à la merci de ses exploiteurs.

1880. — Responsabilité du médecin pour une déclaration de naissance

Dans le courant de *mai* 1924, étant appelé dans un quartier assez éloigné de mon domicile pour y visiter un enfant malade (vers minuit environ), je fus *occasionnellement* appelé dans une maison voisine où, dans une *chambre garnie très exiguë* et inconfortable, une jeune ouvrière venait de mettre au monde un enfant ; (assistée seulement par des voisines charitables).

A mon arrivée, l'enfant était sur le lit ; restait à couper le cordon et à faire la délivrance, ce que je fis sans difficulté.

Comme la jeune mère ne pouvait pas rester dans le réduit où elle venait d'accoucher, je fis réquisitionner, par un agent de police qui m'avait accompagné dans ma visite de nuit (service municipal), la voiture d'ambulance des hôpitaux. J'y installai la mère et l'enfant et les accompagnai à la Maternité départementale, où je la confiai aux bons soins du personnel.

Personne, dans la circonstance, n'avait pensé à faire la déclaration de naissance, pas même la mère.

Je crus, de très bonne foi, que la Maternité départementale, en prenant charge de l'une et de l'autre, ferait tout le nécessaire.

Actuellement, la jeune mère a porté plainte au Parquet contre moi pour avoir omis de faire donner un état civil à son nouveau-né, lequel est décédé au bout de quinze jours.

Aujourd'hui même, j'ai été cité à comparaître devant M. le Commissaire de police du quartier, pour y être entendu contradictoirement avec l'intéressée (qui me paraît animée d'un bien beau zèle, en la circonstance).

J'ai purement et simplement refusé de comparaître.

Vous m'obligeriez infiniment en me disant ce que je dois juridiquement faire.

Dr P.

Réponse.

Il ne semble pas que des poursuites soient justifiées, le docteur P. ayant dû penser que la déclaration exigée par l'article 56 du Code civil serait faite par les employés de l'hôpital.

Cette question a été tranchée par un arrêt de la Cour de Lyon du 2 février 1897, rapporté au Dalloz 1897, 2e partie, page 367, qui décide que « la sage-femme appelée pour opérer

(*Voir la suite page XLIII*-1847)

PROPOS DU JOUR

A propos de l'étiologie de l'encéphalite léthargique.

Doit-on toujours considérer comme une simple tromperie sur la valeur de la marchandise vendue, le fait d'empoisonner le public avec des farines altérées ?

Nous avons eu le plaisir d'entendre, aux *Journées médicales de Bruxelles*, un très intéressant exposé des recherches faites sur l'*encéphalite léthargique* par M. Levaditi, de l'Institut Pasteur. Nous ne nous permettrons pas de discuter la communication de ce distingué savant, d'abord, parce que nous n'avons aucune compétence en la matière; ensuite, parce que, même pourvu de toute la compétence nécessaire, nous serions persuadé que ce serait faire œuvre antiscientifique, et même acte de mauvaise foi, que de venir contester des recherches de laboratoires, sans les avoir expérimentalement contrôlées. Pasteur, avec raison, s'était violemment élevé contre ceux qui venaient *a priori* mettre en doute le résultat de ses expériences.

Mais, à côté de la cause efficiente morbide, nous savons qu'il existe bien d'autres causes prédisposantes ou adjuvantes, qui parfois jouent un rôle de premier plan dans la propagation des maladies.

L'agent infectieux de la peste, ceux du paludisme, de la fièvre jaune, de la maladie du sommeil, du typhus, etc., seraient bien peu dangereux sans l'intervention des agents de transmission. Le bacille d'Eberth ne serait pas très redoutable si les eaux d'alimentation, les huîtres, et quelques autres comestibles ne se chargeaient de le propager, en augmentant parfois sa virulence. Il est certain que les bacilles de Koch qui imprègnent l'organisme des neuf - dixièmes des adultes si ce n'est de tous, dans une grande ville, n'évoluent en causant la tuberculose que sous l'influence d'autres causes qui, bien que secondaires, jouent encore ici le rôle important. Aussi, pour se préserver des maladies transmissibles, il est indispensable de bien connaître l'histoire naturelle complète de l'agent infectieux.

N'en serait-il pas de même pour l'encéphalite léthargique ? Un de nos distingués correspondants, le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire, a fait, au cours de la guerre et après la guerre, de très intéressantes constatations sur le rôle nocif des farines avariées. Les notes qu'il nous a adressées n'ont pu passer inaperçues à nos lecteurs. M. Veillard en était arrivé à conclure que les farines adultérées, soit par l'addition de seigle ou de maïs avariés, soit surtout par un mélange de fèves de Java altéraient le système nerveux et jouaient un rôle prépondérant dans l'étiologie des encéphalites. Il rappelait les accidents de l'ergotisme, de la pellagre, du lathyrisme, du phaséolunatisme, etc., qui ont une analogie frappante avec ceux des encéphalites.

Les Pouvoirs Publics, que M. Veillard a saisis de la question, ont fait la sourde oreille pour des motifs que nous ne pouvons comprendre. S'ils avaient poussé loin une enquête sérieuse, s'ils avaient aiguillé dans cette voie les recherches des savants et des hygiénistes officiels, de concert avec celui du service de la répression des fraudes, ils risquaient de nuire à un commerce très florissant, celui des farines adultérées, et nous l'avons vu et le voyons encore chaque jour, *la santé publique compte pour bien peu de choses, quand certains intérêts financiers privés peuvent être compromis*. Aussi, ne s'est-on livré à aucune des recherches réclamées avec instance par notre confrère ? Mais le Dr Albert Veillard ne désarme pas, et nous n'hésitons pas à publier la lettre qu'il vient de nous adresser :

Meung, 18 juillet 1924,

Mon cher Confrère,

Je vous remercie des lignes que vous m'avez consacrées dans votre article sur les Journées médicales de Bruxelles.

Quelques jours après notre dernière entrevue, un nouveau cas personnel est venu confirmer ma manière de voir.

Lors de mes vaccinations au mois de mai dernier, dans une des communes voisines de Meung, l'instituteur attira mon attention sur une fillette de huit ans qui, depuis une quinzaine de jours, ne faisait que dormir. Habituellement très vive et

intelligente, elle avait maintenant un aspect figé ; pas de diplopie, pas de paralysie des muscles de l'œil. Mais, depuis quinze jours, son écriture s'est complètement modifiée ; toutes les lettres sont tremblées.

Cette fillette fait tous les jours plusieurs kilomètres à pied pour venir à l'école, et ne paraît pas fatiguée de cette marche ; mais, aussitôt que l'on n'attire pas fortement son attention, elle s'endort.

Elle est d'une commune assez éloignée (17 kilomètres) de celle où deux cas d'encéphalite léthargique (dont un mortel) avaient été observés l'an dernier par deux de nos confrères de Meung et par moi-même. Dans les échantillons de farine qui avaient été soumis alors à mon examen, j'avais noté au microscope la présence de cellules en sablier si caractéristiques du haricot de Java.

Dans le cas actuel, il ne m'a pas été donné de pratiquer l'examen des farines, mais celles-ci ont la même origine.

Ainsi qu'en fait foi l'article du *Petit Parisien* du 12 avril dernier, que je vous ai envoyé, notre région est envahie par des importations de haricots exotiques.

Entre autres faits, dans les premiers mois de 1924, un négociant des Landes en expédia à Paris 50.000 kilos ; deux négociants en grains, l'un de Tours, l'autre des Deux-Sèvres, vendirent comme haricots extra de Vendée 250.000 kilos de haricots exotiques (*Petit Parisien*, 12 avril 1924).

Si, en 1917 et les années suivantes, les fournisseurs portaient tout simplement chez les minotiers d'en face les haricots de Birmanie, refusés par l'Administration militaire, en 1924, ce sont les mêmes errements qui continuent. Nous pouvons lire en effet, dans l'article que je signale ci-dessus, le renseignement suivant :

« Les marchandises saisies ont été vendues à
« Paris sous le contrôle de la répression des frau-
« des et sous leur dénomination d'origine ».

Pour l'Administration, il y a donc simplement tromperie sur la valeur de la marchandise : simple affaire d'étiquette ; mais la marchandise ne serait pas dangereuse, elle aurait une valeur marchande moindre, et c'est tout.

On est loin des conclusions des travaux de Guignard et de Kohn-Abrest sur le danger de l'alimentation par les haricots exotiques (Java, Birmanie, provinces danubiennes), renfermant tous, plus ou moins, des produits cyanogènes.

A côté de l'intoxication aiguë signalée par ces auteurs, il existe sûrement une intoxication lente, mais terrible, portant sur l'axe cérébro-spinal et résultant d'une alimentation prolongée par du pain renfermant de la farine de *Phaséolus lunatus.*

Je crois donc ne pas me tromper en affirmant que l'encéphalite à forme léthargique n'est qu'une des manifestations du Phaséolunatisme.

Lors de l'apparition dans notre région, en 1923, de deux cas d'encéphalite léthargique, le microscope m'avait révélé la présence de *Phaséolus lunatus*, et les saisies opérées dernièrement par le service de la répression des fraudes sont venues confirmer mes observations en montrant que le commerce des haricots exotiques s'effectuait encore sur une vasste échelle.

A. VEILLARD.

Nous espérons que les savants qui, comme M. Levaditi, n'ont qu'un désir, la découverte de la vérité, qu'un but, la sauvegarde de la santé publique, ne négligeront pas dans leurs recherches les indications de M. Veillard.

Ils estimeront avec nous que le fait de vendre des farines altérées qui déterminent l'encéphalite léthargique (ou des affections analogues et aussi redoutables) ne constitue pas seulement le délit de tromperie sur la valeur de la marchandise vendue.

Nous livrons encore ces faits à l'appréciation de nos confrères de la Grande Presse ; ils présentent, croyons-nous, autant d'intérêt pour la protection de la santé publique que les méfaits, si odieux soient-ils, de quelques douzaines de médecins marrons.

J. NOIR.

R. H. M. S. : 3344

UN GESTE D'ASSISTANCE CONFRATERNELLE

Treize mille sept cent cinquante francs d'allocations individuelles

(3e PUBLICATION)

Le **CONCOURS MÉDICAL** *a reçu, de la Société anonyme de la* **REINE DE VALS**, *une somme importante, avec la charge de la répartir entre certains membres de la grande famille médicale particulièrement dignes d'intérêt.*

Cette répartition sera effectuée dans le courant du mois de décembre prochain, aux conditions suivantes :

1° *Deux allocations de* 2.500 *francs chacune seront attribuées à* **deux orphelins, enfants de médecins.**

2° *Une allocation de* 2.500 *francs sera attribuée à une* **veuve de médecin**, *dans une situation justifiant cette affectation.*

3° *Une allocation de* 2.500 *francs sera attribuée à un* **médecin invalide** *ou* **âgé** *et malheureux.*

La **seule condition exigée** *est que le médecin décédé, dans les deux premiers cas, et le médecin invalide, dans le troisième,* **aient été abonnés au Concours médical** *et* **membres de la Société civile.**

Les dossiers de proposition devront parvenir à l'administrateur du Concours Médical, au plus tard le 1er *octobre* 1924.

Le Conseil d'administration du Concours Médical examinera les titres des candidats, et désignera les bénéficiaires respectifs de ces allocations.

4° *Deux allocations de* 500 *francs chacune seront attribuées à deux* **étudiants en médecine en fin d'études**, *pour prendre part au* **Voyage aux eaux minérales** (*V.E.M.*) *de* 1925. *Les candidatures devront parvenir au Concours Médical avant le premier décembre* 1924.

5° *Onze allocations de* 250 *francs chacune seront mises à la disposition d'***Etudiants en médecine**, *n'ayant plus à subir que leurs derniers examens de clinique, pour* **achat d'instruments** *ou* **de livres** *à leur choix, savoir :*

Une allocation sera attribuée à la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris, une à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris ; une à l'Association des étudiants en médecine de chacune des Facultés de médecine de province : Lille, Nancy, Strasbourg, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Alger. Les bénéficiaires seront désignés par les Associations d'étudiants, et leur nom sera porté à la connaissance du Concours Médical avant le 1er *décembre* 1924.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

VII

Choléra infantile et états cholériformes. Coup de chaleur,

Par P. ROHMER,

Professeur de Clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

La dénomination de « choléra infantile » a été donnée en 1826 par un médecin américain, PARRISH, à une forme spéciale des diarrhées du nourrisson, dont les phénomènes généraux rappellent ceux du vrai choléra. Bien que nous soyons depuis longtemps fixés sur l'agent spécifique de ce dernier, qu'il faut absolument séparer du « choléra infantile », je suis de l'avis de conserver — en attendant mieux ! — cette dénomination qui est consacrée par un usage séculaire, et qui désigne clairement pour tout le monde une affection bien caractérisée, dont la pathogénie est encore absolument obscure.

M. MARFAN l'appelle fort heureusement du nom de « diarrhée cholériforme » ; on lui donne aussi ceux de « maladie d'été, toxicose aiguë, intoxication alimentaire », etc.

Des affections gastro-intestinales aiguës du nourrisson, nous avons déjà appris à connaître la dyspepsie aiguë simple et la dyspepsie aiguë « atrophiante » ; le choléra infantile en représente une troisième forme, qui est la plus grave des trois.

Symptomatologie.

A part quelques exceptions, il y a toujours des vomissements et des diarrhées. L'intensité des *vomissements* est très variable ; ils sont quelquefois extrêmement violents, incoercibles, accompagnant toute la durée de la maladie et renfermant parfois du sang ou des taches « marc de café ». Dans d'autres cas, ils s'atténuent dans la suite ou bien, ils sont dès le début peu marqués, ou peuvent manquer complètement.

La diarrhée est la règle. — Elle est d'habitude très intense et peut s'accompagner de coliques. Les selles deviennent rapidement aqueuses et sont projetées en jet. Elles sont jaunes, vertes ou riziformes, rarement simplement dyspeptiques ; dans des cas exceptionnels, elles peuvent être normales.

Outre par leur grande intensité, ces phénomènes gastro-intestinaux ne se distinguent donc en rien de ceux que nous rencontrons dans les autres formes de dyspepsie aiguë. Ce qui caractérise le choléra infantile, ce qui lui est essentiel et permet d'en faire le diagnostic par le premier coup d'œil, *c'est l'état général de l'enfant*. Ce dernier prend très rapidement une physionomie tout à fait spéciale, qui exprime un état de somnolence ou de coma très caractéristique. Les yeux sont excavés et cernés ; le regard lointain, immobile, ne se fixe sur les objets qu'avec peine et pour peu de temps ; les battements des paupières sont très espacés ; il est visible que l'enfant est sans connaissance et se réveille dificilement de sa torpeur. La fontanelle est déprimée, la peau desséchée, le teint gris, le nez effilé. Toute la figure est figée dans un masque immobile. Les mouvements sont lents ; il y a souvent des attitudes cataleptiques et des gestes automatiques.

La fièvre est la règle ; elle est même souvent très élevée, mais il n'existe pas de rapports directs entre l'élévation de la température et la gravité de la maladie ; il peut même y avoir, chez des athrepsiques, par exemple, de l'hypothermie.

L'action du cœur est accélérée ; le pouls est petit et fréquent ; les bruits sont assourdis. Vers la fin de la maladie, il peut se présenter, par suite de faiblesse cardiaque, de la froideur et de la cyanose des membres, qui souvent sont accompagnées d'hyperthermie centrale ; cet état équivaut au « stade algide » du vrai choléra.

Quelquefois, nous observons une *respiration* profonde, plus ou moins rapide, avec des pauses égales après l'inspiration et l'expiration, qui ressemblent à la « grande respiration » du coma

(1) Voir *Concours Médical*, nos 5, 9, 14, 18, 22 et 27, 1924.

diabétique et aussi, avec le thorax emphysémateux, à celle qui caractérise le choc anaphylactique du cobaye.

Une chute rapide du poids est constante, même dans les cas où elle ne s'explique pas par l'abondance des vomissements et des selles diarrhéiques. (Marfan et Dorlencourt ont trouvé que l'exhalation d'eau par les poumons est considérablement augmentée dans le choléra infantile !)

Dans le sang, nous trouvons de la leucocytose qui peut monter jusqu'à 30.000 globules blancs ; ce phénomène n'est cependant pas constant.

Un phénomène des plus importants, et qui est d'une constance remarquable, c'est l'*oligurie* ; il faut souvent attendre presque 24 heures pour obtenir quelques centimètres cubes d'urine. Dans l'*urine*, on trouve régulièrement de l'albumine en quantités relativement petites, des cylindres et du sucre. Pour ce qui concerne ce dernier, il ne s'agit pas, bien entendu, d'un diabète sucré, mais d'une glycosurie alimentaire ; on retrouve dans l'urine le sucre que l'enfant a ingéré avec sa nourriture, donc du lactose, du saccharose, etc. ; ces sucres sont résorbés dans ces cas, sans avoir été préalablement transformés par l'intestin en hexoses et, ne pouvant être utilisés dans l'économie, sont intégralement reéliminés par les reins. Ce phénomène est dû à une perméabilité anormale de la paroi intestinale, que nous constatons presque régulièrement dans le choléra infantile. (Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer qu'on ne peut pas s'attendre à trouver du sucre dans l'urine, si l'enfant n'en ingère pas, par exemple, dans la diète hydrique !).

Voici donc un ensemble de signes cliniques qui permettra facilement au médecin de faire son diagnostic. Ceci est non seulement vrai pour les cas bien développés, mais aussi pour les formes frustes. L'état cholériforme se diagnostique essentiellement par l'impression qu'on reçoit en abordant le petit malade ; le regard immobile et légèrement voilé et une certaine somnolence d'un enfant qui présente des troubles gastro-intestinaux, et perd rapidement du poids, nous mènent sur la bonne piste et nous inciteront à vérifier notre diagnostic, en cherchant les autres symptômes que je viens d'énumérer.

Voici dans ses grands traits l'image clinique du choléra infantile. On voit qu'aux symptômes gastro-intestinaux habituels, il s'y ajoute *un élément nouveau : l'état de somnolence ou de coma* plus ou moins prononcé, qui rappelle l'image clinique du vrai choléra et qui explique pourquoi on a pu donner à l'affection le nom d' « intoxication ». L'aspect clinique varie : il y a une forme avec prédominance des symptômes gastro-intestinaux; une autre avec du méningisme, dans laquelle nous trouvons du strabisme, des spasmes, des convulsions, de l'excitation cérébrale, etc. (forme hydrocéphaloïde) ; une troisième dans laquelle domine la somnolence (forme soporeuse) ; quelquefois, nous rencontrons des formes frustes, dans lesquelles les caractères essentiels de la maladie ne sont qu'ébauchés, et qu'il est d'autant plus important de reconnaître, qu'elles sont très accessibles au traitement.

L'évolution clinique de la maladie est toujours aiguë et, quelquefois foudroyante : ce ne sont que les formes atténuées qui peuvent présenter une évolution subaiguë. Le pronostic est sombre. Nous voyons mourir dans notre clinique à peu près la moitié des cas — surtout en été — et la plupart des auteurs donnent des chiffres beaucoup plus défavorables. Souvent, des enfants qu'on croyait sauvés succombent à des complications infectieuses ou à l'athrepsie.

Etiologie et pathogénie.

L'*étiologie et la pathogénie* du choléra infantile sont encore inconnues. Je résumerai en quelques mots les théories qui ont cours actuellement, sans entrer dans une discussion détaillée. Il était assez naturel de songer en première ligne à une infection microbienne et d'y voir, avec M. Lesage par exemple, une septicémie spécifique d'origine intestinale ; mais on ne peut citer aucune preuve à l'appui de cette thèse.

Laplupart des auteurs prennent actuellement, comme point de départ de leur théorie pathogénique, la perméabilité anormalement grande de la muqueuse intestinale, pour laquelle la glycosurie alimentaire représente un indice qu'on peut facilement vérifier. Marfan songe à une lésion de la muqueuse par un microbe toxigène (hypothétique), qui résisterait à la chaleur et qu'on trouverait dans le lait souillé, surtout en été. Ce microbe provoquerait une lésion de la muqueuse intestinale qui aurait pour suite une suppression ou viciation de la fonction toxicolytique de l'épithélium intestinal ; c'est ainsi que des produits toxiques de la digestion pourraient traverser la barrière intestinale anormalement perméable.

En Allemagne, Czerny et son école avaient été les premiers frappés par certains signes d'acidose qu'on trouve dans le choléra infantile, en particulier par le mode de respiration, qui rappelle celui du coma diabétique, et par l'augmentation de l'ammoniaque dans l'urine. Quelquefois on y trouve aussi de l'acétone. Ces auteurs ont d'abord songé à une acidose primitive, suite d'une défaillance hépatique, puis à une acidose « relative », provoquée par le passage dans le sang d'acides gras du contenu intestinal. Il est certain qu'on observe certains symptômes d'acidose dans le choléra infantile, mais ils sont loin de donner une explication de la pathogénie de

cette affection ; on peut notamment faire valoir, contre la théorie de l'acidose primitive, que les symptômes choIériformes sont traités et guéris par l'inanition.

L'école de FINKELSTEIN a consacré à l'étude de la « fièvre alimentaire » et de l' « intoxication alimentaire » un nombre considérable de travaux. On peut résumer le point de vue actuel de FINKELSTEIN de la façon suivante : cet auteur cherche l'origine des substances toxiques dans la nourriture. Le sucre et les substances minérales du petit lait provoquent, par la fermentation intestinale, une irritation chimique de la muqueuse, de la diarrhée, et, par celle-ci, de la déshydratation des cellules de la muqueuse intestinale ; il s'établit ainsi des troubles fonctionnels de celle-ci, avec une perméabilité anormale de la muqueuse ; la désintégration des albumines s'y fait incomplètement par suite de manque d'eau, et des produits toxiques d'origine alimentaire (des peptones et peptides. — MORO) la traversent et arrivent dans la circulation. Ces substances sont la cause de la fièvre, provoquent à leur tour une forte élimination d'eau et, en dernière ligne, des lésions du foie, notamment de ses fonctions toxicolytiques. (MARFAN aussi admet la possibilité d'un trouble fonctionnel des cellules hépatiques). Ce serait donc en dernier ressort dans une débâcle du métabolisme, suite d'une défaillance fonctionnelle du foie, qu'il faudrait chercher la pathogénie de la maladie.

Un autre auteur allemand, BESSAU, se basant sur l'invasion microbienne de l'intestin grêle, qui est dans le choléra infantile encore plus considérable que dans la dyspepsie, explique les phénomènes cholériformes par le passage, à travers la barrière intestinale, d'endotoxines, provenant des colibacilles.

Toutes ces théories manquent encore de preuves et sont, en attendant, en contradiction avec certains faits cliniques. Pour ce qui concerne, par exemple, la perméabilité intestinale, nous la retrouvons au même degré chez des nourrissons qui souffrent de maladies tout à fait hérérogènes, et ne présentent aucun symptôme cholériforme, et même chez des enfants bien portants. D'autre part, nous avons trouvé, à notre clinique même, en étudiant le phénoméne de la perméabilité intestinale, des cas de choléra infantile très graves et même mortels, dans lesquels cette augmentation de la perméabilité n'existait pas. Quant à la déshydratation qui, d'après beaucoup d'auteurs, serait à la base de la maladie, nous la trouvons au même degré dans l'athrepsie aiguë, sans qu'il y ait nécessairement des symptômes cholériformes.

Le choléra infantile s'observe surtout pendant les grandes chaleurs de l'été. Les partisans de la spécificité microbienne de la maladie peuvent chercher l'explication de ce fait dans une contamination du lait par un microbe spécifique, de nature inconnue, qui y pullulerait surtout pendant la période des fortes chaleurs. Les autres auteurs invoquent l'action débilitante de la chaleur sur l'organisme du jeune nourrisson en général, et ses fonctions digestives en particulier, qui favorise la génèse d'affections gastro-intestinales banales, sur lesquelles se greffent les symptômes cholériformes. Nous voyons souvent les observations se multiplier par des temps orageux, et on est incliné à établir un rapport entre la production des symptômes cholériformes et la déshydratation de l'organisme. Mais nous observons aussi assez souvent les mêmes états cholériformes en hiver, dans le dernier stade de l'athrepsie, par exemple, ou bien comme complication d'infections intestinales et autres,souvent aussi sans qu'on ne puisse accuser aucune cause. Il est difficile de ne pas songer, dans ces cas, à l'action toxique de quelques produits incomplètement désagrégés de la digestion ou du métabolisme.

Quant au *diagnostic différentiel*, il faut se rappeler que beaucoup d'infections et d'intoxications peuvent provoquer des états ressemblants. Je ne citerai, parmi elles, que des infections intestinales, comme la fièvre typhoïde, le paratyphus, et quelquefois la dysenterie, — puis la granulie, la méningite, la péritonite, la forme grave de la pyélite, l'invagination intestinale, etc. Il suffira d'y songer et d'en rechercher les caractères distinctifs, pour les éliminer !

Traitement.

Le traitement alimentaire se résume en ceci : suppression de toute nourriture et introduction de beaucoup d'eau.

Chaque nourriture, même le lait de femme, entretient l'état cholériforme. Contrairement à ce que j'ai recommandé dans la dystrophie atrophiante, où l'inanition est funeste, et où la diète hydrique ne doit jamais être prolongée au-delà de 8 heures, nous la maintiendrons donc dans le choléra infantile pendant 24 heures, et même 48 heures, c'est-à-dire, jusqu'à ce que l'état comateux de l'enfant soit disparu, et que l'enfant ait repris sa lucidité normale. En même temps, on donnera beaucoup d'eau, sous forme d'une infusion légère de thé,ou de solution de Ringer, ou d'un mélange des deux, à parties égales. On peut aller jusqu'à 200 gr. par kilo en 24 heures, et au-delà. Si l'enfant ne prend pas toute cette quantité par la bouche, ou s'il la vomit, on lui donnera la solution de Ringer, soit par injections sous-cutanées, qu'on peut répéter deux fois par jour, soit par le goutte-à-goutte ou par 3 à 4 lavements, de 80 à 100 gr. chacun. On supprimera les solutions salines quand l'enfant commence à présenter des œdèmes. Lorsque l'en-

fant a repris son état normal, on commence la réalimentation, en donnant le premier jour six fois 10 à 20 gr., ou 5 grammes toutes les deux heures ; le lendemain, on monte à 6 fois 20 à 30 gr. ou 12 fois 10 gr., etc. ; on augmente lentement la quantité jusqu'à ce qu'on ait atteint environ 100 grammes par kilo de poids, en diminuant dans la même proportion les quantités d'eau. Comme aliment, on choisira en première ligne le lait de femme ; si l'on dispose de lait de femme écrémé, on peut donner le double de ces quantités. A défaut de lait de femme, on choisira une autre nourriture antidyspeptique : du lait albumineux, du babeurre, de la poudre de lait maigre ou demi-gras, etc.

Certains auteurs procèdent différemment ; ils donnent, après une diète hydrique de 6 heures seulement, du petit lait dans des quantités de 100 à 300 grammes le premier jour, et l'augmentent tous les jours de 50 à 100 grammes, jusqu'à ce qu'ils arrivent à 100 grammes par kilo. On diminue naturellement dans les mêmes proportions la quantité de thé ou de solution de Ringer. Ce procédé nous a aussi rendu de bons services ; il se recommande par sa simplicité, puisqu'on peut se procurer du petit lait de bonne qualité dans chaque village, en traitant le lait frais avec de la présure, pour le débarrasser de la caséine et de la crème. Quant la chute du poids est arrêtée, on substitue peu à peu au petit lait les aliments sus-mentionnés, dans les doses que je viens de donner.

Les lavages de l'estomac sont indiqués pour combattre les vomissements incoercibles, ou si l'enfant vient de prendre un repas, au moment où l'on commence le traitement ; on les évitera autant que possible pour ne pas fatiguer inutilement l'enfant.

Les lavages des intestins sont toujours inutiles.

Dans le stade algide, on donnera des bains chauds, des enveloppements sinapisés, des frictions chaudes.

On ne pourra guère se passer de stimulants. Nous nous servons de préférence d'injections d'huile camphrée, dont nous donnons 0 cc. 5, plusieurs fois par jour. On peut les faire alterner avec des injections de caféine (0.05 à 0.075 par dose), ou d'adrénaline (0 cc. 25 d'une solution au millième, par dose).

On recommencera la réalimentation le troisième jour au plus tard, même si les phénomènes cholériformes persistent, et on continuera le traitement alimentaire schématiquement, si ces mêmes phénomènes reviennent pendant les premiers jours du traitement.

S'il y a une rechute plus tard, quand les quantités de nourriture que prend l'enfant sont déjà plus grandes, on les réduira à nouveau.

Au début, et dans le cours du traitement, on aura toujours soin d'arrêter la chute du poids ; pour y arriver, on sera souvent obligé d'augmenter rapidement la quantité de nourriture, ou d'ajouter, par exemple, au lait de femme un peu de babeurre, etc. On s'inspirera en général sous ce rapport des règles que j'ai données pour le traitement de la dyspepsie atrophiante et de l'athrepsie.

Quant l'état cholériforme est la suite d'une infection, le traitement est le même.

Les cas les plus difficiles à traiter sont ceux où un état cholériforme complique une athrepsie. Ce sont ces combinaisons qui offrent le pronostic le plus sombre. On sera forcé de réduire la diète hydrique à une durée de 8 heures ; la réalimentation au lait de femme écrémé ou, à son défaut, au petit lait, offre encore le plus de chances de réussite.

Les effets de la chaleur.

Nous venons de voir que les fortes chaleurs exercent une action débilitante sur les fonctions digestives du nourrisson et le prédisposent à des troubles digestifs, et, en particulier, au choléra infantile.

De même, la chaleur rend aussi les enfants plus sujets aux infections entéritiques et autres, aux angines, aux pyodermites et à la furonculose.

En dehors de ces affections, on observe chez le nourrisson, pendant des journées chaudes, de vrais « coups de chaleur », qu'il faut distinguer des états cholériformes. Ils sont caractérisés par un début brusque, une température excessivement élevée (entre 40° et 43°), une somnolence profonde, quelquefois des vomissements, des convulsions, des symptômes méningés, une respiration haletante, des selles dyspeptiques, et une faiblesse cardiaque qui peut aller jusqu'au collapsus. Les urines peuvent contenir de l'acétone et du sucre.

Le traitement consiste en bains et enveloppements froids, et dans l'administration de cardiaques ; souvent, l'issue fatale n'est pas évitée.

Il faut faire avant tout de la prophylaxie ; proscrire les vêtements trop épais et trop serrés, et le séjour dans des pièces chaudes et humides (cuisines) ; on laissera les enfants couchés tout nus ou en chemise, et on diminuera leur ration alimentaire, tout en leur faisant boire du thé pour étancher la soif ; finalement, on se rappellera que ce sont les nourrissons débiles, alimentés artificiellement, trop gros et « soufflés », ou souffrant déjà de troubles gastro-intestinaux, qui sont le plus menacés, et chez lesquels les mesures prophylactiques s'imposent tout particulièrement.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Le traitement des fistules vésico-vaginales

D'après une leçon du professeur LEGUEU.

Les fistules vésico-vaginales constituent une infirmité terrible ; elles sont extrêmement difficiles à traiter et à guérir, tout le monde le sait. Il en vient ici de temps à autre, qui sont des fistules rebelles, abandonnées de la plupart des chirurgiens, c'est-à-dire des fistules déjà opérées et réopérées à plusieurs reprises, deux, trois, quatre et cinq fois, sans succès. Les malades découragées se désespèrent ; elles demandent une solution définitive ; quelquefois, les cas sont à la limite de l'opérabilité ; d'autres fois, grâce aux méthodes dont nous disposons aujourd'hui, il est possible d'améliorer leur état.

Deux de ces fistules ont été opérées dans ces derniers temps. Ce sont toutes deux des fistules d'origine obstétricale. L'une, par exemple, s'est produite dans une maternité, récemment, par suite d'une rupture de l'utérus au cours du travail, ayant entraîné la rupture de la vessie. Le diagnostic a été fait, et le chirurgien accoucheur a pratiqué immédiatement l'opération nécessaire, à savoir une césarienne avec hystérectomie et ablation des annexes. On a réparé *in situ* la rupture de la vessie, mais la suture, comme il arrive souvent en pareil cas, n'a point tenu, et il en est résulté une fistule vésico-vaginale se présentant avec les caractères d'une fistule post-opératoire, c'est-à-dire communication directe du fond de la vessie avec le fond du vagin. Ce sont les plus faciles à guérir. J'ai opéré cette femme par un procédé qui m'est personnel, par la voie trans-péritonéo-vésicale. Cette malade est guérie.

L'autre cas est celui d'une fistule très considérable qui avait été opérée quatre fois en province. Je l'ai opérée une fois par voie transvésicale. Cette malade avait conservé une fistule ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, et située à la partie supérieure du vagin. J'ai pu la réparer difficilement, avec élimination de l'uretère du côté droit, que je sectionnai délibérément de façon à permettre une suture.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles se présente une fistule vésico-vaginale, il y a deux points à envisager : il y a la façon de réparer la fistule ; puis, il y a la voie d'accès, et ceci est le plus important, car la fistule elle-même se traite toujours de même façon.

Il existe trois méthodes à cet égard : l'*avivement*, le *dédoublement*, et le *retournement*. Eh bien ! le procédé de *l'avivement*, dont personne ne se sert plus actuellement, consiste à aviver les deux orifices, à découper pour ainsi dire une sorte de triangle, de façon à constituer du côté vaginal une large surface cruentée, puis à mettre une suture. Ce procédé, dans lequel les deux orifices sont confondus, est une mauvaise technique, condamnée, abandonnée ; on ne doit en parler que pour l'opposer à celle du dédoublement qui, depuis longtemps, est adoptée par tous les chirurgiens.

Le dédoublement consiste en ceci. Il y a deux organes, vagin et vessie, accolés par du tissu fibreux, mais qui devraient glisser légèrement l'un sur l'autre. On les sépare. Alors, cette fistule vésico-vaginale va être faite de quatre éléments : deux éléments de paroi vésicale, en haut ; deux éléments de paroi vaginale, en bas. Ces éléments vont être réunis deux à deux par des sutures, et, suivant que l'on procédera par voie vaginale ou par voie vésicale, on pratiquera les deux sutures successivement de haut en bas, ou de bas en haut, c'est-à-dire en commençant par réunir les bords de la brèche vésicale si on intervient par le vagin, ou inversement.

Si nous abordons la fistule par la *voie vaginale*, nous allons donc mettre la suture sur la vessie d'abord, avec des fils, non pas de bronze, mais de soie ou de catgut chromé. Sur ce point il y a des divergences. D'une façon générale, il ne faut pas mettre des fils de bronze ou d'argent parce que ces fils ne peuvent être enlevés comme ils devraient l'être. Il faut mettre autant que possible des catguts chromés quand on ne peut pas mettre des soies, et faire un traitement complètement différent pour la vessie et pour le vagin. La soie a l'inconvénient, du côté de la vessie, de déterminer des incrustations qui sont quelquefois l'origine de concrétions calculeuses.

Un troisième procédé est celui du *retournement*. Il appartient à Braquehaye, de Tunis. C'est un procédé très compliqué, exceptionnel, exclusivement vaginal.

Le *dédoublement* restera le grand procédé du traitement des fistules vésico-vaginales.

Qui dit dédoublement dit dédoublement des deux orifices accolés, mais pour que la suture soit solide, il faut que ce dédoublement soit extrêmement large. Pour cela, il faut que la voie d'accès vers la fistule soit facile. Si la fistule est loin, à bout de bras, comme on dit, il ne sera pas facile de pratiquer une dissociation suffisamment large sans toucher aux uretères. Ici intervient la question de la *voie d'accès*. Cette

voie peut être *vaginale, vésicale,* ou *péritonéale.*

Il y a d'abord la *voie vaginale* ; c'est la voie de tout le monde, la première à suivre, évidemment.

La fistule vésico-vaginale est à quelques centimètres en arrière de l'urèthre, sur la paroi antérieure du vagin. Elle est plus ou moins éloignée de la vulv .

Il y a des fistules extrêmement accessibles : ce sont les fistules obstétricales, dues à un séjour trop prolongé de la tête dans le vagin, à la compression de la tête sur le pubis.

Dans une fistule de ce genre, qui est inférieure, basse, vulvaire en quelque sorte, la voie vaginale se présente comme la plus facile, surtout si la malade, comme il arrive fréquemment, a un périnée large, une vulve béante. Dans ces conditions, un bon écarteur placé sur la région postérieure de la vulve donne une vue très nette sur la paroi antérieure du vagin, et l'on peut pratiquer un dédoublement, non pas limité à quelques millimètres, mais aussi large que possible. La tendance serait de faire, non pas seulement le dédoublement d'un orifice, mais véritablement la séparation de deux organes.

Lorsque la vulve est trop petite pour permettre d'aborder une fistule dans cette région, on peut faire une section postérieure de la vulve, et même des muscles releveurs, quitte à les réparer ultérieurement, de façon à avoir un accès extrêmement net sur cette fistule et un jour suffisant.

Le dédoublement est possible et facile par cette voie ; tout le monde le fait, mais tout le monde ne guérit pas les fistules par voie vaginale. Il y a de grosses difficultes. Si l'on ne met pas de sonde à demeure, les urines suintent sur la partie supérieure de la fistule réparée ; c'est une cause de désunion ou d'infection. Si l'on met une sonde à demeure, c'est aussi une entrave pour la guérison de la fistule, parce que si la fistule est très basse, la sonde à demeure repose presque directement sur elle. Dans certains cas, pour éviter la sonde à demeure, j'ai été conduit à pratiquer une *cystostomie temporaire,* mais je n'ai pas eu la satisfaction de voir la dérivation hypogastrique préserver la fistule de la désunion.

D'autres ont conseillé de mettre une sonde dans les deux uretères, une à droite et une à gauche. L'urine alors n'aura aucun contact avec la paroi vésicale. Théoriquement, la méthode est parfaite. Pratiquement, c'est autre chose : d'abord, pendant combien de temps va-t-on laisser les sondes dans chaque uretère ? Pendant deux jours ? Ce n'est pas suffisant. Il faut huit ou dix jours pour avoir une sécurité. Or, laisser une sonde dans l'uretère pendant 8 ou dix jours, c'est occasionner sûrement une infection de la vessie et des reins : la sonde restée dans la vessie ne sera pas aseptique et agira comme corps étranger. Une fois la vessie infectée, l'infection ascendante progressera vers les reins. Je trouve le procédé défectueux, et ne crois pas qu'on ait jamais préservé ainsi une opération de fistule vésico-vaginale de la désunion.

Il y encore d'autres procédés. Le *décubitus ventral* a été recommandé par un chirurgien de Bordeaux, Villar. Dans cette position de la malade, en effet, l'urine reste dans la partie déclive et la fistule est protégée. Mais malheureusement, cette situation est intolérable. On pourra l'imposer aux malades pendant une heure, mais non pas pendant huit jours. Il est donc impossible de réaliser ce décubitus ventral complet, absolu, et prolongé. Les quelques malades auxquelles j'ai essayé de l'imposer ont tellement souffert au bout d'un certain temps, qu'elles ont dû changer de position et se coucher sur le dos. C'est un procédé que l'on pourra peut-être tenter quelquefois, mais on ne peut affirmer qu'il sera toléré parce que c'est vraiment trop désagréable pour les malades.

Par conséquent, les opérations de fistules vésico-vaginales par la voie vaginale, quelles que soient les conditions favorables dans lesquelles elles se présentent et l'habileté de l'opérateur, exposent à des désillusions. On peut dire qu'il n'y a pas de sécurité par la voie vaginale. Quand la fistule est basse, elle est plus accessible, mais expose à plus d'ennuis ; quand elle est haute, elle est moins accessible, mais des difficultés naissent du voisinage des uretères et de la présence d'un col utérin plus ou moins altéré. C'est pour ces raisons que cette malade, après avoir été opérée cinq fois déjà par d'excellents chirurgiens, se présente avec une fistule récidivante ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Et voilà pourquoi on a été conduit à penser que la voie vaginale est peut-être imparfaite, parce qu'il est impossible de faire de ce côté un avivement suffisamment large. On a songé à changer de voie ; on a cherché notamment si, en opérant par la *voie transvésicale,* on n'obtiendrait pas de meilleurs résultats.

Quand nous adoptons la *voie transvésicale,* nous intervenons sur une vessie largement ouverte par une grande *cystotomie.* Nous allons séparer les deux orifices ; la muqueuse vésicale est relevée en haut, la muqueuse vaginale abaissée ; à travers la vessie, nous faisons une suture du vagin, et nous terminons par une suture de la muqueuse vésicale.

Il n'est pas douteux que, pour certaines fistules vésico-vaginales hautes, juxta-utérines, obstétricales, ou quelquefois post-opératoires, le dédoublement peut se faire de façon plus heureuse par la voie transvésicale que par la voie vaginale. Il y a donc là un progrès incontestable, et

c'est une voie à laquelle je recours quelquefois.

La voie transvésicale et la voie vaginale sont les deux voies ordinaires. Mais depuis quelques années, j'ai eu l'idée de recourir à la *voie transpéritonéale.*

De prime abord, on peut se demander pourquoi opérer une fistule à travers le péritoine, quand il y a des dangers incontestables, alors qu'à travers la vessie, il n'y en a pas, et encore moins à travers le vagin. Mais la question de gravité de certaines opérations est chose toujours réductible par les progrès de la technique, la valeur du chirurgien, etc. ; d'autres méthodes sont inoffensives, peut-être, mais inefficaces. C'est ainsi que l'on a abandonné à juste titre certaines opérations, telles que la prostatectomie périnéale, l'hystérectomie vaginale, etc., opérations bénignes, mais qui se sont effondrées sous le progrès chirurgical, parce qu'elles n'avaient pas une efficacité thérapeutique assez considérable pour mériter de retenir l'attention des chirurgiens.

Je compte actuellement dix-huit opérations de fistules vésico-vaginales par voie transpéritonéale, ayant guéri sans une imperfection, et qui sont relevées dans la thèse d'un de mes moniteurs, M. Boussy.

Ce sont là des résultats vraiment excellents, qui montrent que dans certains cas, il est réellement avantageux de recourir à la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales.

La méthode consiste à ouvrir l'abdomen comme pour une laparotomie, puis on ouvre la vessie par sa face péritonéale ; à travers la vessie, on va chercher la fistule et l'on pratique le dédoublement. Le principe fondamental de la méthode est d'utiliser les propriétés adhésives du péritoine. Dans les fistules opérées de cette façon, on sépare les deux organes, vagin et vessie, et on les enveloppe chacun d'un moignon péritonéal qui constitue un excellent moyen d'isolement.

Résumons les indications de ces diverses méthodes. Evidemment, il n'y a pas une voie qui convienne à toutes les fistules vésico-vaginales. Il y a d'abord des fistules complètement inopérables, par exemple celles dans lesquelles tout le bas-fond de la vessie a disparu.

Pour déterminer les indications de la méthode à suivre, c'est moins la largeur de la fistule que sa situation qui a de l'importance. Toutes les fistules basses, inférieures, situées dans les régions vulvaires, autour de l'urèthre, nettement sur la paroi antérieure du vagin, peuvent et doivent être opérées d'abord par la *voie vaginale* c'est la plus simple, la plus facile, celle qui est sans aucun inconvénient ni danger. Vous guérirez un grand nombre de fistules vésico-vaginales par ce moyen, rarement d'une première opération, cependant, mais au moins par des opérations itératives.

Lorsqu'au contraire la fistule est haute, qu'elle soit post-opératoire ou d'autre cause, si elle est encore facilement accessible par le vagin, même si elle est haute, il est préférable encore de faire l'opération par *voie vaginale.*

Dans les cas de fistules occupant le fond du vagin, quand ce sont des fistules vésico-utérines ou vésico-vaginales opératoires, consécutives à une hystérectomie, c'est la voie transpéritonéo-vésicale qu'il faut adopter, surtout quand la fistule elle-même traverse le péritoine. On peut aussi faire bénéficier d'autres malades des avantages de cette voie et étendre l'usage de la méthode quelquefois à des fistules vésico-vaginales obstétricales non opératoires très hautes, mais somme toute, c'est surtout pour les fistules vésico-vaginales opératoires que la voie transpéritonéale est favorable.

(*Leçon recueillie à l'hôpital Necker par le* Dr Laporte.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le rôle fixateur des vitamines au cours du métabolisme des éléments minéraux, et de la chaux en particulier.

M. Houlbert, dont on connaît les études antérieures sur les vitamines, aborde ici une des modalités encore peu explorées de leur action et cependant extrêmement importante. Il s'agit du rôle que jouent les vitamines dans la fixation des éléments minéraux, et notamment de la chaux, par l'organisme. Les manifestations rachitiques qui accompagnent les avitaminoses cliniques ou expérimentales montrent bien que privé de vitamines, l'organisme est impuissant à fixer le calcaire, mais un point qui n'avait pas encore été étudié très objectivement était celui de savoir si, au cours des déminéralisatisations pathologiques mais non avitaminosiques, un apport thérapeutique double de calcium et de vitamines pouvait enrayer le processus déminé-

ralisateur et permettre à l'organisme appauvri de fixer le calcaire médicamenteux.

Pour élucider ce problème, l'auteur a administré à divers sujets (enfants et adultes) déminéralisés par prétuberculose ou tuberculose pulmonaire au début, un traitement ayant pour base : 1° des sels de chaux minéraux ; 2° des vitamines extractives (*biotose*). Ce traitement, pour permettre des constatations comparatives, a été divisé en deux phases : dans la première, le traitement récalcificateur était appliqué seul ; dans la seconde, le traitement vitaminique lui était adjoint. Des analyses d'urines et des explorations radiologiques faites au cours et à la fin de la première phase, comme au cours et à la fin de la seconde, ont permis d'obtenir des résultats objectifs. Ces résultats, pour s'en tenir aux seules données des analyses d'urines, ont été les suivants : avant le traitement, la moyenne de la calciurie chez les sujets d'expérience était de 171 milligr. ; au cours du traitement calcique seul, elle a passé à 272 milligr. ; après 45 jours de traitement calcique seul, elle est montée à 532 milligr., alors qu'elle n'a été que de 333 mmg. après le même laps de temps chez les sujets ayant été soumis au double traitement calcique et hypervitaminé. L'écart entre ces deux chiffres montre d'une façon indubitable l'augmentation du pouvoir fixateur de l'organisme hypervitaminé, puisque celui-ci (rappelons qu'il s'agit d'une moyenne) retient 199 milligr. de CaO que le témoin a été inapte à fixer.

Ce travail permet donc de tirer la conclusion que la déminéralisation pathologique peut être efficacement combattue par les préparations récalcifiantes à la condition qu'il leur soit adjoint des vitamines à dose active (biotose), et à titre d'élément favorisant, l'adrénaline, suivant la technique indiquée par Sergent.

A l'heure où l'on est bien obligé de constater que la meilleure méthode de lutte contre la tuberculose est encore celle qui a pour but de modifier le terrain, et notamment de le récalcifier, les données que nous venons de résumer permettent d'entrevoir une thérapeutique récalcificatrice beaucoup plus efficace que celle jusqu'ici mise en œuvre, qui se bornait à la simple administration de sels de chaux. Car on peut considérer comme bien acquis que l'ingestion de ceux-ci seuls, même en grosse quantité, est inefficace. On sait que leur administration très abondante dans les pays envahis et en Allemagne, pour lutter contre les ostéoporoses de guerre, s'est montrée radicalement sans effet, alors que ces ostéopathies ont guéri d'elles-mêmes avec la suppression des régimes carencés. (*Bulletin médical*, 21 juin 1924.)

Observations sur le régime lacté dans les entérites.

Le lait a été longtemps le régime par excellence des malades atteints ou non d'infections digestives ; puis, tout à coup, il a subi une défaveur, qui est vite devenue excessive, semble-t-il au Dr R. GOIFFON. En cas d'entérite, non seulement on ne le prescrit plus, mais encore on le proscrit sous toutes ses formes.

Peut-être ne connaît-on pas assez la physiologie de la digestion du lait, qui est assez complexe et que l'auteur a bien étudiée grâce à de nombreux examens coprologiques. Peut-être envisagera-t-on le lait sous un jour un peu nouveau en faisant jouer aux sels de chaux qu'il renferme un rôle important.

Le lait comprend essentiellement de l'eau, du sucre, du beurre, de la caséine, de la chaux, et cet aliment, si simple histologiquement, qui seul peut être digéré par l'enfant et l'animal naissant est complexe chimiquement : chacun de ses composants peut, selon la qualité du tube digestif qui le reçoit, imprimer une allure particulière à la digestion.

Que se passe-t-il, quand le lait a été bu ?

Sous l'action du lab ou de l'acide chlorhydrique, la caséine se coagule et le caillot se rétracte Il en résulte une première séparation : d'un côté la caséine, la totalité du beurre, une grande partie de la chaux, sont retenus dans l'estomac, d'où ils ne sortiront qu'au fur et à mesure que la digestion peptique émiettera ou dissoudra ce caillot, mettant en liberté les graisses incluses. Le lacto-sérum, avec ses 50 grammes de lactose p. 1000, passe dans le duodénum relativement vite, produisant dans le grêle la chasse aqueuse, et dans le côlon la *fermentation lactique*.

S'il y a insuffisance gastrique, le lait tout entier passe, sans être coagulé, rapidement dans l'intestin. De ce fait, une plus grande partie de la caséine et surtout les graisses peuvent pénétrer jusqu'à la région cæcale et y être l'objet de putréfaction ou de fermentations.

D'où résulte, d'après le syndrome coprologique, soit de la diarrhée par fermentation ou par putréfaction, soit de la constipation.

Les indications principales de la thérapeutique sont les suivantes :

Diarrhée. — *a*) Diminuer la masse de sérum lactosé brusquement livrée à l'intestin, soit en espaçant les repas à 250 gr. de lait, soit en faisant réduire le volume du lait de moitié en réglant bien le feu et en ne chauffant pas à feu nu, soit en le mélangeant à des aliments (bouillies), soit en le faisant cailler par un peu de présure à 40° et en essorant le caillot, soit enfin en le transformant en képhir, qui est acide, qui contient aussi toute la chaux (d'où constipation).

b) Diminuer les graisses, qui parviennent sous formes d'acides gras fermentescibles à l'intestin (écrémer le lait), ou ajouter du carbonate de chaux pour neutraliser ces acides.

Constipation, par une digestion parfaite des ali-

ments ou par excès de chaux. Moyens ordinaires, notamment la magnésie, antagoniste physiologique de la chaux. Aussi, le lait sera peut-être mieux supporté par les malades dont il est le régime obligatoire. (*Paris médical*, 5 avril 1924.)

La clino-digestion vespérale dans le régime des ptoses

Une des principales difficultés du traite ment des ptoses consiste dans l'établissement d'un régime suffisant ; car, le plus souvent, le ptosique est un mal nourri, du fait que ses digestions étant pénibles, lorsque le poids des aliments alourdit l'estomac, il réduit progressivement son alimentation pour éviter les malaises post-prandiaux. Mais, par un choc en retour, la mauvaise nutrition des parois gastriques aggrave leur atonie et exagère les ptoses. De là, un véritable cercle vicieux qu'il s'agit de briser.

Il faut remarquer, tout d'abord, que les troubles ptosiques sont atténués par la position allongée, par le clino-statisme aux périodes digestives, et par la réduction alimentaire.

D'autre part, la réalimentation progressive est la meilleure des gymnastiques gastriques qui rééduque la motricité et la tonicité gastriques.

Enfin, la radiographie nous montre qu'il existe une opposition entre la difficulté de passage du contenu gastrique en position debout et couchée.

Il en résulte que la réalimentation doit se faire en clinostatisme.

Voici, d'après le Pr Carnot, quelques modalités de ce traitement.

A) En cas de grandes ptoses, avec dénutrition intense, avec troubles de déséquilibre abdominal, avec retentissement nerveux, le clinostatisme sera complet pendant assez longtemps, on mettra le sujet au lit d'uue façon permanente, avec lever de quelques heures à peine. La remontée de son poids, par un régime de réalimentation progressive, permettra seule de tempérer cette ordonnance.

B) En cas de ptoses moyennes avec dénutrition moyenne, il suffira d'assurer la clino-digestion vespérale et nocturne.

La phase d'orthostatisme avec alimentation réduite permettra la conservation de la vie sociale et influera favorablement sur le psychisme; elle pourra s'accompagner du port d'une sangle.

La phase de clinostatisme avec alimentation intensive s'étendra du repas du soir au lendemain matin : le sujet se couchera aussitôt après avoir dîné.

Le repas vespéral comprendra donc à digérer, en situation couchée, une alimentation volumineuse et nourrissante, mais qui ne sera ni excitante, ni agrypnique (soupes épaisses avec beurre ou crème, purées, pâtes, légumes verts, entremets, fruits).

Les petits repas diurnes, au nombre de trois, à digérer debout, ne comprendront, par contre, que des aliments légers, en faible quantité, liquides ou mous et de passage pylorique rapide, mais stimulants sous un petit volume (viande crue, œufs, sucre, pâtes, café, etc.)

Ce régime simple est d'habitude bien supporté; il permet de réalimenter rapidement le ptosique, et de tonifier sa paroi gastrique, tout en évitant les malaises post-prandiaux causés par l'étirement de l'estomac atone. (*Paris médical*, 5 avril 1924.)

Neurasthénie vraie et tuberculose.

On peut distinguer deux formes dans la neurasthénie, qui est une psychonévrose d'épuisemnet : la *neurasthénie constitutionnelle*, avec stigmates neuropsychiques, et la *neurasthénie vraie*, accidentelle ou maladie de Beard.

La première relève d'une étiologie héréditaire: toxi-infections, syphilis de seconde et troisième génération, par exemple ; elle comporte des directives thérapeutiques précises.

La deuxième, par contre, ne doit être considérée que comme un syndrome relevant d'une cause récente ; sa constatation implique une enquête étiologique plus étroite (toxi-infections acquises, syphilis, tuberculose, etc., très rarement surmenage prolongé). Ce n'est qu'après l'apparition des troubles somatiques que s'installe l'état mental.

Dans un cas personnel de *neurasthénie vraie*, le Dr André Tardieu a pu mettre en évidence l'étiologie bacillaire ; et à ce propos, il pense qu'il faut toujours, dans ces recherches étiologiques, s'adresser aux méthodes de diagnostic les plus récentes ainsi qu'aux recherches de laboratoire, car *seule, une thérapeutique causale est susceptible d'amener la guérison*.

Le diagnostic de la maladie de Beard est parfois très délicat : souvent, en effet, la neurasthénie vraie survient chez un sujet de constitution émotive ; d'autres fois, les deux constitutions coexistent et retentissent l'une sur l'autre : constitution émotivo-neurasthénique.

Le cas de Tardieu se rapporte à une infirmière âgée de 29 ans, qui présentait un amaigrissement considérable avec ptose rénale droite et gastroptose accentuée ; elle était devenue ensuite hyperémotive et neurasthénique. Aucune cause récente, ni évidente, ne venait éclairer l'étiologie de cette neurasthénie ; une condensation légère du sommet droit orienta les recherches vers l'appareil pulmonaire ; la cutiréaction fut positive à la tuberculose ; la séro-réaction à l'antigène se montra totalement positive, et la recherche du bacille tuberculeux dans le sang permit d'identifier cinq bacilles de Koch dans la préparation.

Cette observation éclaire singulièrement l'interprétation des cas, nombreux en clinique gé-

nérale, où la dépression neuro-psychique accompagne un état organique ; elle montre encore qui la conception actuelle de la neurasthénie vraie mérite d'être connue de tous les praticiens pour l'enquête étiologique et l'orientation thérapeutique qu'elle comporte. (*Paris médical*, 12 avril 1924.)

Les épilepsies tardives.

A l'epilepsie, maladie des jeunes, M. Gay oppose l'épiplepsie post-cinquantenaire, qui s'observe avec une fréquence variable, de 0.64 % à 2.85 % selon les auteurs.

Il faut distinguer l'épilepsie symptomatique, la plus commune, de l'épilepsie dite essentielle, assez rare, étant entendu que l'épithète d'essentielle masque ici notre ignorance des véritables causes.

« ... L'épilepsie essentielle sénile est possible, mais extrêmement rare. Beaucoup de cas étiquetés épilepsie sénile essentielle, même à un examen approfondi, sont en réalité des épilepsies symptomatiques chez lesquelles on a méconnu la minime lésion cérébrale ou le petit déficit de l'épuration rénale.

« Ces cas sont d'un pronostic relativement fâcheux, car les troubles vasculaires qui ne se traduisent aujourd'hui que par un syndrome épileptique peuvent demain se manifester par une hémorragie ou un ramollissement cérébral. Derrière l'épilepsie, qui est le signe le plus apparent, se préparent des manifestations autrement graves.

« Aussi, il importe de les prévenir si possible par une thérapeutique précoce dirigée contre les phénomènes d'hypertension, d'intoxication ou d'urémie.

« Il ne faut pas oublier surtout le rôle important que joue la syphilis et il faut, chez tous les épileptiques, même en l'absence de tout signe organique de spécificité, faire une R. W. Grâce à cela, on pourra instaurer à temps un traitement parfois efficace ». (*Toulouse médical*, 1er juin 1924.)

Spasme et atonie intestinale. Une légende ?

M. P. Martin rappelle que l'atonie pure et le spasme pur sont des extrêmes rarement rencontrés, en pathologie intestinale. La vérité, c'est que spasme et atonie coexistent généralement dans le même intestin, le spasme n'étant en réalité qu'une réaction de défense d'une fibre musculaire en train de perdre sa tonicité et son élasticité.

Ces deux signes ne sont donc que les manifestations opposées, selon le segment envisagé, du même processus de tendance dégénérative de la musculature, marqué par un dysfonctionnement dont l'expresson commune est la constipation.

Il faut donc régulariser ce fonctionnement perturbé, et c'est à cela que tend et réussit la cure châtelguyonnaise.

Foin donc de la légende qui, schématiquement et arbitrairement, limite les effets de Châtel-Guyon aux seuls atones, pour diriger les spasmodiques sur d'autres stations. En rendant à la *fibre intestinale* sa tonicité perdue et en luttant contre la souffrance colique, les eaux de Châtel-Guyon sont donc électivement efficaces dans les colopathies primitives , quel que soit le sens de leurs réactions motrices. (*Journ. de Méd. de Nîmes*, mai 1924.)

Régime alimentaire et tension artérielle chez les tuberculeux.

Les tuberculeux sont habituellement hypotendus. C'est au moment où leur tension remonte, qu'elle atteint et dépasse même 14 et 15 (Mx) qu'il faut redouter l'hémoptysie. On doit donc, proclame M. Lemoine, suivre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, l'appareil mensurateur de la tension à la main.

Cette hypertension est due habituellement au régime de suralimentation dans lequel prédominent la viande et les œufs. « Donc, dès qu'on s'aperçoit que la tension remonte, surtout si elle le fait rapidement, faut-il mettre le malade à un régime végétarlen sans œufs. On peut le faire très abondant, pour ne pas laisser perdre du poids et des forces, mais en insistant surtout sur les légumes et les fruits ... L'hémoptsyie est toujours fonction de l'hypertension artérielle, mais l'hypertension elle-même est presque toujours fonction d'un régime carné avec œufs ».

L'auteur a même obtenu d'excellents résultats en soumettant certains malades à une cure de jeûne d'un ou deux jours, faite de temps en temps.

Opinion paradoxale, du moins en apparence, mais qui mérite bien quelques considération, en raison des arguments sur lesquel elle s'appuie. (*Gazette des Praticiens*, 15 juin 1924.)

Les Sociétés Savantes

Immunisation anti-tuberculeuse.

(M. Calmette. — *Académie de médecine* ; 24-6-1924).

M. Calmette présente un travail sur l'immunisation anti-tuberculeuse, fait en collaboration avec MM. Guérin, Weill-Hallé, Boquet, Nègre, Wilbert, Léger et Turpin.

En utilisant, dit l'auteur, comme virus-vaccin, une culture vivante d'un bacille d'origine bovine, artificiellement atténué et privé de toute propriété tuberculigène, il est possible de conférer aux jeunes animaux, indemnes de tuberculose préexistante, une véritable immunité à l'égard des contaminations.

Le procédé d'atténuation de la virulence du bacille, employé par M. Calmette, est basé sur la culture en séries ininterrompues. Après 230 séries successives (réalisées en treize ans) sur pommes de terre cuites dans la bile de bœuf, on obtient des bacilles inoffensifs, n'ayant plus de propriétés tuberculigènes, mais sécrétant encore de la toxine et déterminant dans l'organisme la production d'anticorps.

Le bacille en question, appelé par l'auteur bacille BCG, injecté aux animaux et à l'homme, produit, s'il s'agit de sujets jeunes, une véritable immunité, un état réfractaire à la tuberculose, pour un temps tout au moins. Il faut, pour cela, que le sujet soit indemne de toute infection bacillaire, car chez les individus déjà touchés par le bacille de Koch, les effets sont sensiblement différents.

Cette méthode de vaccination intéresse seulement les nouveau-nés, enfants ou jeunes veaux. Appliquée dans plusieurs exploitations bovines, en Seine-Inférieure et Seine-et-Oise, et dans plusieurs maternités de Paris, le vaccin-bacille BCG de Calmette a donné des résultats très encourageants.

Les essais d'immunisation des nourrissons, en particulier, ont consisté à faire ingérer à trois reprises, dans les neuf premiers *jours* de la vie, 2 milligrammes de bacilles BCG, au total 6 milligrammes, chaque dose étant donnée à la cuiller, une demi-heure avant les tétées.

Ce n'est pas là la première tentative de vaccination de l'homme contre la tuberculose. Maragliano s'est servi d'extraits bacillaires inoculés par scarification au bras, comme pour la vaccine anti-variolique. Ferran, de Barcelone, a proposé un vaccin *anti-alpha*, encore mal connu. La nouvelle méthode du prof. Calmette, si ses résultats se confirment, sera un pas important dans la lutte anti-tuberculeuse. Elle préviendrait la morbidité et la mortalité tuberculeuse du tout jeune âge, et cette prévention est d'autant plus importante que l'on admet assez généralement que l'immense majorité des cas de tuberculose de l'adolescence et de l'âge adulte sont des manifestations tardives d'une infection bacillaire contractée dès le berceau. Les mères tuberculeuses, qui ne peuvent ou ne veulent pas se séparer de leurs nourrissons, auraient là un moyen de prophylaxie efficace.

L'injection iodée dans l'hydrocèle vaginale.

(M. Pierre Bazy. — *Académie de médecine* ; 24-6-24.)

L'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle vaginale, qui était en honneur il y a une trentaine d'années, avait vu sa vogue s'effacer devant les méthodes chirurgicales de cure, exérèse ou retournement de la vaginale.

M. Pierre Bazy vient aujourd'hui défendre la vieille injection de teinture d'iode dans la thérapeutique de l'hydrocèle. Les interventions sanglantes ont leurs échecs. D'autre part, grâce à la cocaïne, on peut faire des injections de teinture d'iode pure, qui ne sont pas douloureuses et donnent des succès plus complets que les teintures diluées.

L'auteur ponctionne la poche et y fait couler avec un entonnoir 15 à 20 cent. c. d'une solution cocaïnée à 1 pour 200. Puis, la vaginale est malaxée durant cinq à six minutes, la cocaïne enlevée, et l'on introduit de la même façon 30, 40, 50 grammes de teinture d'iode à 1 pour 12. Malaxation pendant cinq minutes, évacuation du liquide et ablation du trocart.

L'efficacité de l'injection iodée est la règle. Les contre-indications sont : l'hydrocèle congénitale c'est-à-dire communiquant avec le péritoine ; l'hydrocèle en bissac ou de Dupuytren, et la pachy-vaginalite.

Entérocolites à protozoaires guéries par le stovarsol.

(MM. Léon Bernard et Thomas. — *Académie de médecine* ; 24-6-1924.)

Le stovarsol est un nouveau composé arsenical qui a été employé à plusieurs fins : en ingestion dans la prophylaxie de la syphilis, dans le traitement des trypanosomiases, des spirilloses, dans l'amibiase et la lambliase intestinale.

M. Léon Bernard a eu l'occasion d'observer deux cas d'entéro-colites à protozoaires (*lamblia intestinalis, balantidium coli*), qu'il a traités avec succès par le stovarsol. Les deux malades étaient tuberculeux. Il apparaît donc intéressant, dans la diarrhée chronique des tuberculeux, avec ou sans syndrome dysentérique, de ne pas négliger l'examen microscopique des selles.

Etiologie de l'ulcère de l'estomac.

(MM. Kotzareff et Morsier, de Genève. — *Académie de médecine* ; 24-6-1924.)

Le professeur Askanazy, de Genève, considère, qu'à côté des ulcères tuberculeux et syphilitiques, la plupart des ulcères chroniques de l'estomac et du

duodénum sont dus à la présence d'un champignon, l'*oïdium albicans* (muguet), dans le tube digestif. Le parasite se localise dans les couches superficielles de la paroi gastrique.

MM. Kotzareff et Morsier apportent, à l'appui de cette opinion une série de recherches expérimentales. Ils concluent à l'utilité d'une désinfection appropriée de l'organe, en pareil cas.

Traitement de l'encéphalite léthargique par le virus-vaccin de Levaditi-Poincloux.

(MM. A. GILBERT et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-4-1924.)

MM. Levaditi et Poincloux ont préconisé, dans le traitement de l'encéphalite épidémique, l'emploi d'injections intra-rachidiennes du virus-vaccin souche C de Levaditi, obtenu par passages successifs intra-cérébraux chez le lapin. Ce virus, inoffensif pour le chimpanzé (Levaditi, Nicolau, Poincloux), serait, d'après ces auteurs, susceptible de déterminer une immunité locale anti-encéphalitique.

Appliquée aux séquelles de l'encéphalite léthargique, cette méthode a déjà donné des résultats intéressants (A. Marie, Fournier et Schwartz). MM. Gilbert et Tzanck l'ont mise en œuvre chez une femme en pleine évolution d'encéphalite. Une seule injection intra-rachidienne de virus-vaccin a arrêté la marche — jusque-là progressive — de la maladie. M. Gilbert ne tire de cette observation unique aucune conclusion. Il pense, toutefois, que le résultat obtenu autorise de nouvelles mais prudentes recherches.

— M. POINCLOUX rappelle que le virus-vaccin en question a eu pour point de départ la découverte, en 1920, par Levaditi et Harvier, du virus encéphalitique dans le cerveau d'une malade morte d'encéphalite épidémique. Ce virus, ayant engendré une encéphalite mortelle chez le lapin, a été entretenu depuis par passages cérébraux sur la même espèce animale. Des expériences poursuivies depuis un an environ par Levaditi, Nicolau et Poincloux, ont conduit à supposer que ledit virus, devenu très nocif pour le lapin, pouvait n'être plus pathogène pour l'homme. C'est dans ces conditions qu'il fut utilisé en thérapeutique. Le virus-vaccin est constitué par des émulsions de cerveau de lapin encéphalitique convenablement préparées et atténuées. Les injections, faites dans le canal rachidien, déterminent des réactions parfois vives, mais généralement éphémères.

— M. GILBERT ajoute que les suites des injections intra-rachidiennes pratiquées selon la méthode de Levaditi et Poincloux sont, bien entendu, à surveiller de près. Si d'ordinaire, elles sont modérées, elles peuvent être plus sévères.

— M. DUFOUR s'en tient actuellement, dans le traitement de l'encéphalite, aux injections intra-musculaires et intra-veineuses d'urotropine iodo-benzométhylée. Il essaye, aujourd'hui, la vaccinothérapie de Levaditi-Poincloux.

— M. NETTER pense que les injections intra-rachidiennes ne sont pas indispensables et pourraient être remplacées par des injections intra-musculaires.

— M. Georges GUILLAIN approuve les remarques de M. Netter. Il faut être prudent dans les injections thérapeutiques intra-rachidiennes, car elles exposent à des accidents sérieux. La ponction lombaire, elle-même, dans l'encéphalite aiguë, peut exagérer les lésions congestives et, lorsque le diagnostic est évident, il est préférable de s'en abstenir.

— M. POINCLOUX répond que si la poliomyélite donne au sérum sanguin un pouvoir général anti-virus, il n'en plus de même de l'encéphalite. Dans celle-ci, l'immunité est locale, tissulaire, rachidienne. D'où l'importance de la voie intra-rachidienne pour les injections de vaccin.

Amaurose : quinine ou tabes ?

(MM. P. MERKLEN et HIRSCHBERG. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-5-1924.)

L'amaurose quinique aiguë est bien connue. Il faut pour la produire de hautes doses du médicament. Mais, existe-t-il une amaurose quinique chronique ? Quelques exemples, pas très nets d'ailleurs, ont été publiés. M. Merklen rapporte l'histoire d'une femme de 42 ans qui, dans un but abortif, absorba 6 grammes de sulfate de quinine. Le lendemain et les jours suivants, elle ressentit des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la surdits et elle présenta une amaurose complète. Dans lé suite, la vision revint partiellement, mais il persista un déficit visuel considérable.

Cette amaurose chronique, qui remonte à trois ans, est-elle bien d'origine quinique ? M. Merklen ne saurait être affirmatif, et il se demande si, chez cette femme, le tabes n'intervient pas.

Hémorragies intestinales dans l'intoxication bismuthique.

(MM. Guy LAROCHE et Marc BODSON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-4-1924.)

Hudelo et Rabut ont signalé un cas d'hématémèse au cours du traitement bismuthique de la syphilis. Drouet et Rouèche en ont vu, de leur côté, trois exemples. M. Guy Laroche relate l'observation d'une femme qui eut des hémorrhagies intestinales pendant une cure d'injections de bismuth.

Ces hémorrhagies gastro-intestinales de l'intoxication bismuthique sont d'ailleurs des plus rares.

Ostéite suppurée à micrococcus melitensis.

(MM. BRUN et BRUNET, de Tunis. — *Société de chirurgie* ; 19-3-1924.)

MM. Brun et Brunet ont observé un cas d'ostéite suppurée à micrococcus melitensis chez un sujet convalescent de fièvre de Malte. Ils concluent que, dans les pays où sévit la fièvre méditerranéenne, il devient intéressant et même obligatoire pour le chi-

rurgien de provoquer systématiquement l'examen bactériologique de toutes les suppurations, et surtout des fistules osseuses qui présentent plus ou moins l'aspect d'abcès froid, en y recherchant, non seulement le staphylocoque, le streptocoque, le bacille typhique, etc., mais aussi le micrococcus melitensis.

Traitement de l'arthrite gonococcique.

(MM. PIGEON et BERNARD, d'Alger, — *Société de chirurgie* ; 26-3-1924.)

M. ROUVILLOIS présente un travail de MM. Pigeon et Bernard relatif à six cas d'arthrite gonococcique traités par l'arthrotomie combinée avec la sérothérapie.

La plupart des chirurgiens, actuellement, traitent selon leurs tendances ou leurs préférences personnelles les arthrites blennorrhagiques, ou par l'arthrotomie, ou par la sérothérapie antigonococcique. L'une et l'autre méthodes ont donné des résultats favorables, mais toutes deux comportent leurs échecs.

MM. Pigeon et Bernard ont adopté une conduite éclectique qui consiste à associer les deux moyens, et ils ont obtenu d'excellents effets qu'ils ont complétés par la physiothérapie.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique.

Sarcome du vagin

MM. DE ROUVILLE et COLL DE CARRERA. — Excessivement rare, surtout chez l'adulte, bien plus rare que les fibromes et les épithéliomes qui sont eux-mêmes loin d'être fréquents. Il en existe deux types, le type circonscrit, auquel appartient la tumeur présentée et la forme diffuse. L'ulcération est tardive dans les sarcomes du vagin ; le cas observé n'était pas ulcéré, mais recouvert par une muqueuse parfaitement intacte. L'énucléation de la tumeur s'est faite avec la plus grande facilité. A l'inverse de l'épithélioma, le sarcome du vagin n'a que très peu de tendance à envahir les organes voisins. Il peut récidiver sur place ; cette malade avait été opérée, il y a un an, d'une tumeur occupant le même siège et qui, bien qu'un examen anatomo-pathologique n'ait pas été fait, devait être de même nature que celle présentée aujourd'hui.

Discussion : M. TÉDENAT a opéré deux tumeurs analogues dont l'une siégeait sur la luette. La métastase s'en fit sur le crâne un an après.

Grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire.

Observation bien classique qui vaut surtout par la netteté du processus d'interruption et la présence à son intérieur d'un embryon à peine âgé d'un mois.

Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne ; fibrome concomitant.

M. E. GODLEWSKI. — Observation de grossesse ovarienne, kyste de l'ovaire et subissant de temps à autre, au moment des règles des poussées congestives. C'est durant une période menstruelle que ce kyste s'est rompu, 8 ans après, déterminant une hématocèle.

Sur un cas de bec-de-lièvre complet bilatéral.

MM. DUFOIX et FOULQUIER. — L'enfant qui fait l'objet de cet exposé paraissait voué à une mort rapide, à cause de la grave malformation dont il est porteur. Il a pu cependant être élevé au biberon, et il s'est développé jusqu'à onze mois ; il pèsait alors près de six kilogs.

Discussion : M. GUÉRIN-VALMALE rappelle l'existence de tétines ou de cuillers spéciales créées pour alimenter de tels sujets.

Métrorrhagies dans l'artériosclérose utérine.

M. TÉDENAT. — Vierge de 23 ans ayant des ménorrhagies abondantes, avec petites métrorrhagies inter-menstruelles, survenues 3 mois après une fièvre typhoïde grave et persistant depuis cinq ans malgré quatre curettages et l'emploi prolongé d'iodure de potassium et de liqueur de Fowler. Il n'y avait d'ailleurs aucune raison d'incriminer la syphilis. M. Tédenat fit l'hystérectomie subtotale, avec conservation des annexes. Les vaisseaux utérins étaient scléreux, leurs parois, par points épaissies, par points très amincies, guérison.

Les maladies infectieuses déterminent des lésions d'angio-sclérose souvent localisées à quelques vaisseaux des membres ou des viscères. Rokitanski insistait déjà sur la fréquence relative de l'angiosclérose de l'utérus.

Des lésions ovariennes expliquent certaines ménorrhagies. La syphilis intervient comme facteur de lésions hémorrhagipares plus fréquemment qu'il n'est dit par la clinique.

Avortement tubaire, hémorrhagies à répétition, laparotomie, guérison.

MM. DE ROUVILLE et MADON. — Une femme de 38 ans, régulièrement réglée, sans grossesse antérieure, est prise en pleine santé, après un retard de règles de quinze jours environ, de douleurs abdominales, brusquement apparues, avec ballonnement du ventre, suivies presque immédiatement d'écoulements sanguins par le vagin. Dès son arrivée à l'hôpital, elle présente, du fait sans doute de son voyage, des phénomènes d'hémorragie interne.

L'examen montre une masse irrégulière, de consistance dure occupant le Douglas et repoussant le col en avant. Le diagnostic envisagé est celui d'hématocèle avec nouvelle hémorragie. La laparotomie, pratiquée le surlendemain devant l'aggravation rapide de

l'état général permet d'évacuer une hématocèle de volume moyen constituée par des caillots limités par des adhérences, au milieu desquels on trouve le placenta et un embryon de 14 cm.

La répétition des hémorragies, l'hématocèle constituée par des caillots et enkystée, avaient fait porter le diagnostic d'avortement tubaire.

La maison maternelle départementale du Gard.

MM. Gaujoux et Rocher. — Le Conseil général du Gard a ouvert à Nîmes une maison maternelle installée près de la Maternité de la ville, et dans laquelle on reçoit les femmes enceintes et les accouchées. Ce mode de fonctionnement permet de simplifier l'organisation matérielle et donne des résultats utiles pour la protection de l'enfance dans cette région du Midi.

A propos d'un cas de thrombus vulvo-vaginal.

MM. Vallois, Roume et Montagne. — Observation d'un thrombus vulvo-vaginal survenu chez une femme, quatre heures après la délivrance. Cette tumeur siégeait au niveau de la grande lèvre droite et atteignait le volume d'une tranche de melon de 15 cm. de long sur 5 de large. Ce thrombus fut traité par incision et irrigation antiseptique, à partir du moment où le sphacèle a fait prévoir son ouverture imminente. A ce propos, ils rappellent deux autres cas de thrombus observés à la clinique, l'un en novembre 1920 chez une accouchée, et l'autre chez une femme mariée à la suite d'un rapport conjugal particulièrement fougueux. L'observation de ce dernier cas a déjà été publiée par M. le professeur Vallois dans le *Montpellier médical* de décembre 1902.

Ces trois cas ont été suivis de guérison.

Discussion : M. Madon relate à ce sujet le cas d'une femme chez laquelle la métastase vaginale d'un chorion épithéliome avait égaré le diagnostic dans le sens d'un thrombus.

Des traumatismes crânio-médullaires au cours des interventions obstétricales.

MM. Paul Delmas et Roume. — Les auteurs rappellent que les interventions obstétricales, surtout les applications de forceps laborieuses ou les extractions de la tête, dernière sont souvent la cause de lésions nerveuses qui se révèlent, les unes aussitôt après l'accouchement, les autres plus tard, dans la première enfance. Ils rapportent le résultat d'une autopsie qu'ils ont eu l'occasion de pratiquer récemment sur un enfant mort quelques heures après sa naissance. Extrait par une application de forceps pénible dans l'excavation sur une tête O. I. D. T., le décès était survenu brusquement avec une hyperthermie considérable ; à l'examen, on ne trouva pas de lésions crâniennes, mais un gros caillot sous-arachnoïdien dans la région de la moelle cervicale.

Discussion. — M. Guérin-Valmale souligne qu'en milieu hospitalier, avec une moindre fréquence que dans la clientèle privée où les indications à l'intervention ne sont pas toujours posées avec la même rigueur, on observe parfois, après des extractions au forceps, des hémorrhagies méningées dont quelques-unes se terminent par la mort.

Epithélioma adénoïde de Masson avec volumineux corps jaune de l'ovaire droit.

MM. de Rouville et Coll de Carrera. — Dans cette observation, minutieusement exposée, il n'existait guère en dehors de règles accrues de fréquence et de durée, qu'une symptomatologie annexielle, ce qui explique la difficulté du diagnostic. Les auteurs pensent que la production de l'adénome de l'utérus dépend des sécrétions internes d'un corps jaune anormalement persistant dans l'ovaire, à la suite d'avortements répétés. Leur observation montre que ces tumeurs peuvent se transformer en carcinomes.

Morphinomanie et grossesse.

MM. Gaujoux et Goujet. — Une octigeste de 34 ans réalise, au premier mois d'une nouvelle grossesse, une crise de coliques hépatiques. Les douleurs sont calmées par une injection de papaveron qui est continuée, et la morphinomanie à dose modérée (5 à 6 injections journalières de papaveron), persiste durant toute la grossesse. Accouchement près du terme ; l'enfant meurt de convulsions trois mois plus tard, mais il est possible qu'une syphilis méconnue doive être incriminée.

A propos de l'utilisation des dérivés uréiques pour l'anesthésie générale.

M. Roume. — L'auteur a étudié l'action du diallyl-diéthyl-barbiturate de diéthylamine sur divers animaux, sans toutefois vouloir en tirer une conclusion pour l'homme, à cause de la variabilité des actions pharmacodynamiques suivant les espèces. A ses propres expériences sur le cobaye, le lapin et le chat, il ajoute les résultats qui lui ont été communiqués par M. le professeur Hédon pour le chien.

M. Roume n'a jamais obtenu l'anesthésie complète ; aux fortes doses de 0 gr. 1 par Kg, ses animaux mouraient souvent avec des troubles respiratoires du ralentissement du cœur et de l'hypothermie.

En clinique, il relate une série de cinq curettages pour rétentions placentaires, faits dans le service de M. le professeur Vallois, où il a essayé les injections intra-musculaires, et une fois l'injection intra-veineuse du produit ; seule cette dernière lui a donné un résultat positif, mais l'étude de la courbe oscillométrique a montré un certain fléchissement temporaire du myocarde qui invite à être prudent dans cette voie.

De toute façon, ce nouvel hypnotique paraît intéressant et appelle de nouvelles recherches.

Anesthésie au somnifène intra-veineux dans les petites interventions gynécologiques.

MM. de Rouville et Madon. — Désireux de se faire une opinion sur l'anesthésie au somnifène par voie intra-veineuse, à l'occasion d'un curettage avec dilatation par les bougies d'Hégar, les auteurs ont obtenu, avec une dose volontairement minime, sinon une anesthésie absolue, du moins une analgésie suffisante pour pratiquer l'intervention d'une façon absolument indolore. Le pouls et le facies ont été excellents, non seulement durant l'opération, mais aussi dans les heures qui ont suivi.

Discussion. — M. de Rouville estime que cette méthode est intéressante et susceptible de donner de bons résultats dans les interventions par voie vaginale.

A propos de l'accouchement indolore.

M. Paul Delmas. — Laissant délibérément de côté ce qui a trait à l'analgésie au cours des interventions obstétricales, l'auteur, après avoir écarté les diverses narcoses discontinues qui escamotent les douleurs une à une, fait l'exposé des procédés récents par lesquels sont évitées à la femme, les souffrances de l'accouchement.

Les composés uréiques semblent agir dans le même sens que la scopolamine morphine, mais sans en présenter les inconvénients.

Le trichloro-butylalcool dialhyl malonylurate d'éthylmorphine administré en cachets, ou mieux, en suppositoires, donne bien l'obnibulation recherchée.

Mais la dionine qu'il contient paraît toucher la contraction utérine.

Le dyalyl-isopropyl-propényl-barbiturate de diéthylamine utilisé en injections intra-musculaires échappe à ce reproche et donne une analgésie sans effets secondaires fâcheux.

Par une voie toute différente, l'insensibilisation locale, le chlorhydrate de para-amino-benzophtalamate d'éthyle aboutit au même résultat.

Mais, pour intéressants qu'ils soient, ces résultats doivent subir l'épreuve du temps et de l'expérience.

Paul Delmas.

Les Congrès

XXXVII[e] Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie.

(*Paris*, 12-15 *mai* 1924).

Troubles oculaires d'origine dentaire.

Rapport par le Dr Camille Fromaget (de Bordeaux).

Les troubles oculaires d'origine dentaire, signalés depuis plus d'un siècle, sont l'objet de recherches intéressantes que l'ophtalmoscopie associée à la radiographie et à la bactériologie a permis d'envisager sous un jour nouveau, depuis la découverte de lésions périapexiennes invisibles, origines d'accidents septicémiques décrits en Amérique sous le nom de « Focal infection ».

Ces troubles se montrent, soit au moment de l'éruption dentaire, qui s'accompagne de multiples perforations de la gencive qui sont des portes d'entrée pour tous les germes de la cavité buccale, en particulier pour la tuberculose qui atteint si souvent, dans l'enfance, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Toutes les maladies de la dent et de l'alvéole sont des causes importantes : la carie avec ses complications, périodontites, abcès, fistules, fluxions, ostéo-périostites circonscrites ou diffuses, ostéomyélites, pyorrhée alvéolaire, corps étrangers.

La thérapeutique dentaire est aussi un facteur important. Les désastres occasionnés par des extractions malheureuses sont trop nombreux. Maintenant s'ajoutent les infections *périapexiennes silencieuses* qui résultent de soins conservateurs insuffisamment aseptiques ; les foyers recouverts par les amalgames, les couronnes d'or, les bridges et les dentiers donnent naissance à des foyers infectieux périapexiens : granulomes, kystes, abcès profus qui ne peuvent être reconnus que par la *radiographie*.

Les troubles oculaires sont relativement peu fréquents en raison des lésions dentaires si nombreuses qui siègent dans toutes les bouches. Mais celles-ci peuvent devenir une cause prédisposante qui permet la localisation dans l'œil d'un germe de tout autre origine.

Les complications qui les déterminent sont : 1° *des complications de voisinage* ; 2° *des complications à distance.*

Les premières apparaissent, soit du côté de l'appareil lacrymal, soit du côté de l'orbite.

Les complications orbitaires sont les plus graves. Les périodontites, ostéopériostites, ostéomyélites et sinusites aboutissent quelquefois à la fluxion orbitaire, plus souvent au *phlegmon*, qui peut entraîner la perte de la vision, la destruction du globe et même la mort par méningites, abcès du cerveau et par les phlébites des veines ophtalmiques et des sinus caverneux.

Le mécanisme de ces complications est bien connu. La propagation se fait par *continuité* et par *contiguïté* par les voies ostéopériostée, cellulaire, lymphatique et veineuse.

Ces lésions orbitaires graves peuvent se compliquer d'infections du globe oculaire. La pénétration du germe infectieux se fait par les voies veineuse et lymphatique rétrogrades.

Les complications à distance entraînent du côté des

annexes de l'œil des troubles *sensitifs*, *moteurs*, *sécrétoires*.

Celles qui intéressent l'œil même peuvent atteindre toutes les parties, mais plus particulièrement la *cornée*, l'*uvée*, le *nerf optique* et la *rétine*.

Les kératites revêtent surtout la forme ulcéreuse avec troubles anesthésiques qui peuvent les faire regarder comme du type neuroparalytique.

Les uvéites sont les complications les plus communes sous forme d'iritis, de cyclite, de choroïdite, d'irido-cyclite, de choriorétinite, de panophtalmie. Elles s'accompagnent souvent de modifications de la tension oculaire et revêtent le type glaucomateux.

Les *névrites* et les *névrorétinites* ont été souvent observées. Dans la rétine, on a noté des phlébites, des artérites, des embolies, des décollements.

Toutes ces affections oculaires déterminent en définitive du côté de l'appareil visuel des troubles *sensitifs*, *moteurs*, *vasomoteurs*, *ophtalmotoniques*, *secrétoires*, *trophiques* et *sensoriels*.

Les premiers sont dus à l'irritation ou à l'infection du trijumeau.

Les seconds dépendent des troubles réflexes des centres moteurs : excitation ou paralysie.

Les autres sont tous sous l'influence du sympathique, d'où émanent les vaso-moteurs qui règlent le calibre des vaisseaux.

C'est le sympathique qui tient sous sa dépendance le tonus oculaire.

Les troubles sécrétoires dépendent du parasympathique crânien. Le rôle du sympathique s'affirme encore dans les troubles trophiques.

Tous ces troubles à distance, à part ceux purement mécaniques, *ont pour origine une infection microbienne.*

Tantôt le foyer dentaire agit localement en irritant et en infectant les terminaisons du trijumeau et du sympathique et détermine les troubles réflexes, sans pénétration du germe dans l'œil.

Tantôt le germe, sorti du foyer infectieux, est transporté par la circulation dans l'œil même où il détermine des troubles plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas, on constate que la lésion oculaire siège du même côté que le foyer dentaire.

Cette *unilatéralité*, la première loi des réflexes, indique déjà le rôle important du système nerveux dans les troubles oculaires.

Les troubles réflexes, sans infection oculaire, s'expliquent facilement par l'irritation des filets du trijumeau.

La voie centripète du réflexe est constituée par lui. Les voies centrifuges peuvent affecter soit *les nerfs de la vie* de relation, soit les *nerfs de la vie organo-végétative.* Les premiers touchent les nerfs moteurs des yeux et des paupières.

Mais le rôle le plus important paraît dû à la réaction de *la vie organo-végétative* qui porte sur le parasympathique et le sympathique.

Les troubles visuels passagers peuvent s'expliquer par les modifications de la pupille, de l'accommodation et par les perturbations circulatoires qui se produisent dans le nerf optique, la rétine et la choroïde.

Les troubles vaso-moteurs persistants pourront déterminer des troubles trophiques.

Souvent, ces troubles réflexes se compliquent d'infection oculaire réalisant la « focal infection ».

Comment se fait cette infection ? Une seule théorie est possible .

Les bactéries puisées dans la pulpe ou dans l'alvéole par les lymphatiques et les veines dentaires sont entraînées dans la circulation générale et transportées dans l'œil ou dans toute autre partie du corps par la voie artérielle.

Ce sont les artères ciliaires et l'artère centrale de la rétine qui les introduisent dans la coque oculaire.

L'infection oculaire *est d'origine hémosporique* ou septicémique, la localisation du germe dans l'œil est favorisée par le tropisme du microbe et par le *milieu favorable* qui résulte des perturbations réflexes du sympathique.

L'infection est la cause déterminante, la réaction sympathique est la cause prédisposante, localisatrice.

Les troubles oculaires d'origine dentaire ne paraissent pas être très fréquents.

Peut-être le seraient-ils davantage s'ils étaient recherchés d'une façon constante ; beaucoup ont dû passer inaperçus parce que de nombreux oculistes ne soupçonnent pas leur importance. Il est souhaitable, à l'avenir, que l'étiologie dentaire soit recherchée avec autant de soin que toutes les autres, en particulier pour les uvéites si nombreuses dont nous ignorons les causes, malgré les investigations les plus minutieuses.

Mais, il ne suffit pas, pour affirmer l'étiologie dentaire, de constater que le malade possède une bouche en mauvais état. Il faut établir, non la concomitance des deux affections, mais leur relation de cause à effet.

Pour y arriver, on doit rechercher la lésion dentaire ou périapexienne, pratiquer des examens bactériologiques des foyers dentaires, périorbitaires, orbitaires et même oculaires. Dans les hémosporiques, il sera nécessaire de faire des hémocultures.

Enfin, lorsque les examens radiographiques et bactériologiques n'ont pas été pratiqués, il est indispensable qu'une thérapeutique *uniquement dentaire* amène rapidement une guérison que n'avait pu obtenir aucune de celles employées jusqu'alors. Quand les foyers infectieux ne sont pas visibles, il faut avoir recours à la *radiographie.*

C'est le seul moyen de déceler tous les foyers dentaires ou périapexiens. Lui seul permet de préciser l'existence, le siège, la forme et l'étendue des lésions.

Le traitement curatif consiste dans l'avulsion de la dent *coupable et la désinfection du foyer alvéolaire.*

Cette extraction s'impose dans tous les cas graves, à marche rapide, provenant soit d'une infection de voisinage, soit d'une hémosporie.

Quand il n'y a pas de danger immédiat, on peut essayer de *conserver l'organe, en supprimant les foyers infectieux.*

Le traitement local pourra être complété par l'autovaccination, bien que les résultats obtenus n'aient pas encore été très démonstratifs. On pourra très utilement employer les injections intra-veineuses ou intra-musculaires mercurielles et arsenicales.

Le traitement prophylactique est de la plus haute importance. Il consistera dans une hygiène dentaire sévère, dans l'extirpation de toutes les racines, de toutes les dents découronnées, dans le traitement des dents cariées, de la pyorrhée, des abcès alvéolaires et des foyers périapexiens.

Grâce aux moyens modernes de désinfection des canaux dentaires, aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie dentaire, il est inutile de sacrifier toutes les dents malades ; on peut arriver à les conserver.

Si la stérilisation absolue est un leurre, en pratique, on obtient des résultats durables indéniables.

L'infection périapexienne n'est pas fatale, elle peut même devenir exceptionnelle, si le dentiste accomplit aussi aseptiquement que possible tous les actes de la pulpectomie, de la désinfection et de l'oblitération.

D'ailleurs, ces résultats devront être contrôlés par la radiographie qui mettra en évidence l'habileté ou l'insuffisance de l'acte opératoire. Plus tard, des examens radiographiques pratiqués de temps en temps permettront de s'assurer du maintien de la guérison ou de l'apparition de foyers périapexiens qu'on pourra détruire par un traitement chirurgical approprié, bien préférable à la Rontgenthérapie et à la curiethérapie qui n'ont donné aucun résultat encourageant.

La radiographie est un moyen de diagnostic et de contrôle aussi indispensable pour le dentiste que l'ophtalmoscopie pour l'oculiste.

L. Dor (Lyon). — Troubles oculaires et kystes radiculo-dentaires. (Projections).

Polliot (Besançon). — Troubles oculo-dentaires. (Projections). Communications diverses.

Newcomer et Van der Pyl (Philadelphie). — Critique des qualités optiques d'une lentille sphérique à correction de la réfraction de l'œil humain (Projection).

Marcel Dufour (Alger). — Le rôle de la vergence en dioptrique.

Gallemaerts (Bruxelles). — Anophtalmos (projections).

Fage (Amiens). — L'éléphantiasis des paupières.

Cette affection rare dépend de trois facteurs, le traumatisme, la puberté, l'inflammation ; le tissu conjonctif situé au-dessous de la couche musculaire est hypertrophié ; les vaisseaux y sont dilatés, les lymphatiques enflammés, on y trouve des cellules adipeuses abondantes et des cellules conjonctives jeunes.

Dupuy-Dutemps (Paris). — Statistique des 290 dacryocystorhinostomies plastiques (procédé de Dupuy-Dutemps et Bourguet).

276 guérisons complètes, 13 guérisons partielles, 10 échecs ; même dans ces derniers, jamais la suppuration lacrymale n'a reparu, le résultat est donc semblable à celui de l'extirpation du sac.

Duverger (Strasbourg). — Remarques sur la technique de la dacryocystorhinostomie.

L'auteur emploie pour la trépanation de la branche montante une fraise de dentiste et suture la muqueuse nasale au sac à l'aide de soies perdues.

Husson (Saint-Quentin) et Jeandelize (Nancy). — A propos de l'opération lacrymale de Dupuy-Dutemps et Bourguet.

de Schweinitz (Philadelphie). — Au sujet de certaines manifestations oculaires des foyers infectieux à l'exclusion de celles que l'on attribue communément à ce facteur étiologique. Etude clinique.

Ce travail, appuyé principalement sur des expériences et des observations personnelles, a pour but d'établir les relations étiologiques, qui relient certains troubles oculaires à des foyers infectieux. Il laisse de côté, en grande partie, ces maladies de l'œil que, de l'avis général, on attribue à de telles infections, à savoir l'iritis, l'iridocyclite, l'uvéite et la choroïdite.

Bien qu'il admette qu'au point de vue strictement bactériologique, la preuve évidente n'est pas tout à fait complète, l'auteur suppose acquis les points suivants : la relation des foyers infectieux et de beaucoup de maladies oculaires est établie. Dans un certain nombre de cas, la suppression d'une infection chronique locale est suivie, rapidement, ou lentement, de la disparition de la maladie oculaire métastatique. Les éléments microbiens eux-mêmes sont transportés par le courant sanguin jusque dans la région intéressée, et dans la grande majorité des cas, ce sont ces microbes et non des toxines microbiennes indéterminées et incertaines qui sont les agents responsables de l'infection oculaire. Les foyers d'infection sont souvent multiples et la destruction de plusieurs foyers est nécessaire pour guérir l'œil et pour éviter les rechutes. De nombreux micro-organismes pathogènes (staphylocoque, pneumocoque, streptocoque, coli-bacille, etc.), sont probablement responsables de ces infections, quoique dans certains cas, apparaisse une relation définie entre un organisme particulier et une lésion métastatique : par exemple, entre le streptococcus viri dans de l'infection dentaire et l'iritis. Parfois, des zones d'apparence insignifiante servent de portes d'entrée à l'infection et sont tout aussi importantes que celles que l'on envisage d'habitude en premier lieu, à savoir les dents, les amygdales, l'intestin, etc.

Laissant de côté, sans les mentionner de façon particulière, les maladies habituelles du tractus uvéal, l'auteur étudie les altérations séniles de la macula (choroïdite et rétino-choroïdite centrales) et discute leurs relations possibles avec certaines affections non spécifiques de la prostate ou avec d'autres

localisations infectieuses. Il rapporte des observations, particulièrement une dans laquelle on suit les premiers signes de l'altération maculaire sénile (période du scotome central pour le bleu jusqu'aux manifestations ultimes de la rétino-choroïdite maculaire exsudative (type H. Coppez et M. Danis) ; il y retrace le résultat de la suppression des foyers infectieux pendant le stade initial, au stade hémorrhagique et au stade d'exsudation.

Ensuite l'auteur, après une brève allusion à la tendance croissante des médecins de rattacher la sclérose en plaques à une maladie infectieuse et après avoir rappelé la similitude, des symptômes oculaires dans cette maladie et dans la névrite rétrobulbaire, discute leur origine infectieuse à point de départ sinusien. Cette hypothèse a été d'abord suggérée par son chef de clinique, Dr. E. - A Shymway. Cette théorie est appuyée par l'observation d'un malade que Shymway a suivi pendant neuf ans. Il décrit, alors, différents types de scotome ; ceux de la névrite axiale d'origine sinusienne, ceux de la sclérose en plaques. Puis, il montre le rapport d'un foyer infectieux avec la sclérose disséminée en y comparant l'action d'une infection générale. Il suggère que les sinus peuvent être la porte d'entrée, mais, en s'appuyant sur quelques observations, il montre que les infections amygdaliennes peuvent être en cause.

L'auteur rapporte aussi quelques cas de névrites optiques du type de la névrite optique infectieuse et qui semblaient se rattacher à une infection dentaire, par abcès apical. Puis, il rapporte quelques cas de névrite rétrobulbaire, qui étaient en relation avec des dents à évolution vicieuse et avec des kystes dentaires infectés.

L'orateur rappelle brièvement l'opinion des anciens auteurs, Horner et Sachs par exemple, qui pensaient que l'amblyopie tabagique et alcoolo-tabagique n'est pas due tant à l'action directe de ces poisons qu'aux troubles variés qu'ils produisent, en particulier au catarrhe gastro-intestinal. Le tube digestif serait le point de départ d'éléments toxiques qui vont intéresser le nerf optique. Il rappelle ses travaux personnels et ceux du Dr Esall, et pense que ce côté de la question n'a pas été suffisamment mis en valeur dans ces derniers temps. Il cite, à l'appui de cette idée, une observation, prise parmi beaucoup d'autres, et qui montre que cette hypothèse est rationnelle. Il discute alors la manière dont le tube digestif devient une porte d'entrée de l'infection dans ces circonstances.

(A suivre.)

Les Livres

Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Dr H. Feuillade, médecin directeur de la Clinique médicale d'Ecully. — **Conseils aux nerveux et à leur entourage**. Préface du Pr Jean Lépine. (1 vol. in-8 jésus. Prix : 7 fr. 50.)

Le nervosisme est une question d'actualité. La vie moderne, avec ses obligations et ses inconvénients, exige une plus grande activité physique et morale qu'autrefois, et par suite provoque la fatigue, puis l'épuisement du système nerveux. De même qu'il est besoin d'une hygiène physique pour augmenter la résistance organique, de même, il est besoin d'une hygiène psychique pour développer la résistance du cerveau.

L'auteur décrit les différentes formes de nervosisme, et donne des directives pour le modifier. Il insiste sur le rôle de l'entourage des nerveux dans l'évolution de certains états maladifs. Il montre que les tares mentales peuvent être combattues avec succès : l'essentiel est de chercher à les atténuer dès la plus tendre enfance. A l'occasion du traitement, en même temps qu'il expose les méthodes pratiques à employer dans la cure des maladies, l'auteur donne des conseils sur le genre d'éducation, qui convient aux enfants en général, et particulièrement à ceux qui présentent un tempérament nerveux.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les régimes fondamentaux. (*Cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris*), par les docteurs Paisseau, P. Carnot, A. Lemierre, A. Baudoin, J.-Ch. Roux, Rathery, Marcel Labbé. (1 vol. in-8 de 161 pages. Prix : 8 francs.)

Dans cet intéressant recueil, M. Paisseau traite l'*eau dans les régimes* (diète hydrique, cures de diurèse, réduction de boissons).

M. Paul Carnot passe en revue les *sels minéraux dans les régimes* : équilibre osmotique ; rôle du NaCl dans les régimes ; régimes de chloruration et de déchloruration.

Puis, il examine le rôle antagoniste des diverses rations et expose ce que sont les rations minérales équilibrées.

M. Lemierre étudie l'*azote dans les régimes hypo et hyperazotés.*

M. Baudoin établit ce que doit être le *régime hydrocarboné* du sujet normal et des différents malades : régimes hyper et hyposucrés.

M. J.-Ch. Roux passe en revue l'*emploi des graisses dans les régimes alimentaires.*

M. Rathery étudie les *régimes équilibrés.*

Enfin, M. M. Labbé termine par l'exposé des *cures de jeûne* chez les diabétiques, les obèses, les goutteux.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure.

Conférence donnée le 1er *juillet* 1924,

Par le Dr Victor GARDETTE

Les difficultés économiques qui pèsent sur le monde entier, à la suite du cataclysme qui l'a bouleversé pendant près de 4 ans, créent à chaque pays la nécessité de dresser l'inventaire de ses richesses et de ses ressources nationales, afin de pouvoir leur demander le maximum de rendement.

Cette nécessité s'impose d'une façon particulièrement pressante à la Belgique et à la France,auxquelles est échu le tragique privilège de servir de théâtre au conflit des peuples, et dont le territoire et les industries ont été en partie ravagés.

Aussi je me propose par de courtes considérations de vous faire saisir quelle source de richesse pourrait constituer pour nos deux pays la mise en valeur systématique des eaux minérales et des climats dont la nature les a dotés.

Nous examinerons ensuite par quels moyens et par quelle organisation cette mise en valeur doit être réalisée.

En réalité, les quelques développements que je vous demande la permission de vous exposer ne s'appliquent qu'aux stations Françaises. Ma connaissance des stations belges est trop imparfaite (je le regrette et je m'en excuse) pour que je me croie autorisé à en faire état.

Cependant, il me semble que les stations de votre pays pourraient, comme les nôtres, aspirer à un plus grand développement. Les conditions de ce développement paraissent identiques pour vous et pour nous.

Et puis, Français et Belges, nous sommes des amis de toujours et des alliés sans défection depuis 10 ans. Pourquoi ne pourrions-nous pas nous unir pour lutter ensemble contre la prééminence de fait, mais injustifiée des stations austro-allemandes.

Si Vichy n'a rien à envier à Carlsbad, et Châtel-Guyon rien à Kissingen, Spa avec ses bains carbogazeux, ses eaux ferrugineuses et ses boues végéto-minérales peut affronter la lutte avec Nauheim. Les plages d'Ostende, tout aussi bien que celles de Biarritz, de la Baule, du Touquet, ne pourraient-elles supporter la comparaison avec les plages embrumées et monotones de la Baltique ? A quel chiffre peut donc être approximativement évaluée la fréquentation des stations de cure en France ? Malgré certaines difficultés d'évaluation, il paraît possible de le déterminer avec une approximation suffisante. J'ai eu la curiosité de rechercher quelle contribution chaque séjournant acquitte sous forme de taxe de séjour, et des renseignements que j'ai recueillis à différentes sources, il résulte que cette contribution peut être évaluée à 10 fr. par chaque séjournant.

Or, la taxe de séjour a produit en 1923, dans l'ensemble des stations thermales et climatiques de notre pays,un total de plus de 10 millions, ce qui correspondrait à une fréquentation de un million environ d'étrangers.

Je n'ai pas tenu compte dans ces calculs de la taxe de séjour perçue dans les stations dites de tourisme, car elle y est appliquée d'une façon encore bien défectueuse.

Je resterai certainement au-dessous de la réalité, en évaluant en moyenne à mille francs les dépenses effectuées par chaque étranger dans une station ; cette évaluation, aussi modeste soit-elle, représente une somme de un milliard dépensée dans nos stations thermales et climatiques.

Veuillez, je vous prie, noter qu'elle ne comprend pas les frais de transport par mer ou par terre, ni les voyages accomplis à l'occasion de la cure, ni les achats qui peuvent être faits au cours du voyage, notamment en objets de luxe (toilettes, bijoux, objets d'art). Elle ne tient pas davantage compte du commerce des sous-produits exploités dans certaines stations, ni de la vente des eaux en bouteille qui s'élève à des chiffres importants.

La Compagnie fermière des eaux de Vichy vend à elle seule, chaque année, environ 40 millions de bouteilles d'eau.

Si l'on pouvait, au moyen de documents précis qui nous font défaut malheureusement, faire état de toutes ces ressources, leur totalisation se fixerait, nous semble-t-il, à un chiffre voisin de 5 milliards.

Une personnalité, très avertie des choses thermales, estime, nous a-t-elle dit, que l'Etat, sous forme de taxes ou d'impôts divers, perçoit actuellement 20 % environ du chiffre d'affaires dans les entreprises du genre de celles des stations de séjour, qui rapporteraient ainsi, directement ou indirectement, au trésor français une somme annuelle de 1 milliard.

Nos dirigeants ne semblent pas cependant avoir

estimé à sa juste valeur l'importance économique de nos stations de cure. Ils ne nous ont pas apporté le concours que nous nous étions cru en droit d'attendre d'eux pour développer cette branche de notre industrie nationale. Je n'en veux pour preuve que celle de l'Etablissement d'Aix-les-Bains, appartenant à l'Etat français et géré par un fonctionnaire désigné par lui.

Le chiffre global d'affaires, réalisé pendant la dernière saison dans la station d'Aix-les-Bains, a été d'environ 20 millions, sur lesquels l'Etat a perçu environ 20 % soit quatre millions.

L'Etat français aurait donc un intérêt incontestable à s'imposer quelques sacrifices pour assurer à cette station une fréquentation de plus en plus importante. Chacun sait que les crédits qui sont alloués à son Etablissement thermal par le Parlement sont juste suffisants pour couvrir les frais de son fonctionnement, et qu'il n'est possible de consacrer à son entretien et à son embellissement que des sommes très notoirement insuffisantes, disons même ridicules.

J'ai voulu, par ces quelques considérations préliminaires, par ces quelques chiffres, attirer votre attention sur la valeur économique des stations thermales et climatiques. Ne nous fait-elle pas un devoir de poursuivre par tous les moyens le développement de nos stations de cure ? Et, dans ce domaine, notre action doit s'exercer avec d'autant plus d'ardeur et de générosité que l'intérêt des malades se confond ici avec celui de la Nation.

Pour atteindre la plénitude de leur développement, nos stations, aussi bien thermales que climatiques, doivent bien se persuader que leur organisation doit s'inspirer avant tout de leur valeur thérapeutique et chercher ses directives auprès du corps médical.

Les Allemands l'avaient compris bien avant nous. Avant nous, ils avaient recueilli les leçons léguées par les Romains eux-mêmes qui avaient apporté à la construction de leurs fameux thermes une magnificence inconnue de nos jours. Aussi, à cet égard, les Allemands sont-ils en avance de plusieurs années sur la France et il suffit d'avoir visité quelques-unes de leurs stations pour se rendre immédiatement compte du soin qu'ils ont apporté à mettre en relief tout ce qui peut rendre saillant le caractère de cure de leurs stations, aussi bien dans la construction de leurs établissements thermaux, que dans l'exécution rigoureuse des régimes dans les hôtels, que dans le luxe impressionnant de leurs installations physiothérapiques, et que, dans une hygiène municipale dotée des derniers perfectionnements.

En France, la thérapeutique hydrominérale et climatique n'a, jusqu'à ces dernières années tout au moins, pas joui d'une considération scientifique correspondant à la valeur et à la diversité de nos sources et de nos climats. Nous paraissons avoir mis longtemps à nous affranchir du scepticisme du doyen Guy Patin et de celui de Voltaire qui, cependant, allait réconforter sa santé perpétuellement chancelante non pas à Ferney, mais à Forges-les-Eaux.

Cette période semble aujourd'hui close. Grâce à la haute valeur professionnelle du Corps médical consultant dans nos stations, de nombreuses observations ont été publiées ou apportées à la tribune des sociétés savantes, en particulier à celle de la Société d'Hydrologie de Paris. Toutes, elles ont attesté la valeur curative de nos stations de cure et démontré qu'en définitive, la thérapeutique par les cures thermales et climatiques était la seule qui puisse donner, dans les maladies de la nutrition, des résultats décisifs, durables et souvent inespérés.

Mais, pendant longtemps, la thérapeutique hydroclimatique a été une science basée uniquement sur l'observation et la sagacité cliniques, les raisons profondes de son action nous échappaient, elles se résumaient dans le « *Nescio quid divinum* » formule provisoire, mais cri de foi qui permettait d'attendre les découvertes ultérieures.

Il faut en arriver aux travaux de Garrigou à Toulouse, à ceux de Moureu et de ses collaborateurs à Paris et aux belles recherches d'Armand Gautier sur l'origine des eaux minérales, pour que la thérapeutique hydrominérale commence vraiment à se dégager de sa gangue empirique, et à entrer résolument dans la voie scientifique. L'explication du mystère thermal et climatique est loin encore de satisfaire la curiosité scientifique, mais les données actuelles sur la physicochimie, l'état moléculaire et colloïdal, le dynamisme universel, les forces formidables qui se manifestent dans l'atome primitif et peut-être même le constituent, nous ont ouvert des horizons inattendus. Peut-être y verrons-nous poindre quelque jour la lumière qui ne nous a pas encore illuminés. Il reste possible d'admettre dès à présent qu'une eau minérale peut agir plus par l'état physique des molécules qu'elle tient en suspension que par le nombre et la qualité de ces molécules.

Les dernières découvertes de la Science viennent donc à l'appui des anciennes observations cliniques pour consacrer la valeur thérapeutique de l'hydrologie et de la climatologie.

Voilà pourquoi nos stations thermales et climatiques doivent de plus en plus s'offrir au traitement des malades et des convalescents et s'organiser dans ce but, avec cette unique préoccupation.

Quelques stations ont paru en avoir d'autres, nous ne sommes cependant pas de ceux qui crient haro sur le touriste, mais nous pensons que le touriste doit être un accident dans les stations de cure, il doit se plier à leur organisation spéciale et non pas demander que cette organisation soit fonction de son snobisme, de son désœuvrement ou de sa mobilité. Il doit y respecter la tranquillité du malade et garder ses exubérances pour les localités qui se sont organisées en vue de le satisfaire.

Ces notions ont fait aujourd'hui leur chemin et elles ont ouvert les yeux même à nos gouvernants qui se sont laissés enfin persuader de la nécessité de

faciliter les recherches scientifiques indispensables.

Une décision ministérielle a créé à Paris, en 1913, l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, qui a été rattaché au Collège de France. Cet institut comprend six laboratoires de recherches à la tête desquels sont placés d'illustres savants : MM. les professeurs d'Arsonval, Moureu , Urbain, Desgrez, Albert Robin, Bordas et Rathery.

Tout récemment le docteur Georges Baudouin a été adjoint comme chef de laboratoire pour la partie climatologique. L'Institut d'hydrologie a déjà entrepris des travaux d'une très haute importance, mais il ne nous a pas encore donné la plénitude de l'action que nous attendons de lui, car sa période d'organisation a été entravée et troublée par les évènements de 1914.

D'un autre côté, de grands efforts ont été tentés pour organiser l'enseignement de l'hydrologie et de la climatologie. Il serait, en effet, théorique de développer cette branche de la science, si les praticiens n'étaient pas mis à même de la connaître et d'en faire bénéficier leur clientèle. Il faut donc que dès le temps de ses études, le futur praticien soit initié à cette thérapeutique spéciale par un enseignement régulier sanctionné par des interrogatoires à ses examens.

De là découle la nécessité de la création de chaires autonomes d'hydrologie et de climatologie, dans nos diverses facultés. Deux seulement ont pu être obtenues jusqu'à présent, l'une à Bordeaux, et l'autre à Toulouse.

Il faut cependant constater que l'enseignement de l'hydrologie s'est rapidement généralisé dans ces dernières années, et que dans toutes nos facultés, notamment à Paris, à Nancy, à Strasbourg, à Lille, à Montpellier, à Alger, il a été organisé,sous la direction des professeurs de thérapeutique ou des agrégés,des cours complémentaires qui connaissent le plus grand succès. Cette organisation ne satisfait toutefois pas complètement nos desiderata et nous poursuivrons jusqu'à entière satisfaction la campagne entreprise pour arriver à la création dans toutes nos facultés d'une chaire magistrale et indépendante de thérapeutique hydrominérale et climatique.

Cependant la création des chaires magistrales n'épuise pas le problème de l'enseignement de l'hydroclimatologie.

Les cours magistraux, comme pour d'autres matières d'enseignement, doivent être complétés par des travaux pratiques, si je peux m'exprimer ainsi. Il faut aussi songer à la masse des praticiens français qui n'aura pas, sur les bancs de l'école,été initiée à cette thérapeutique spéciale, et à tous les praticiens de l'étranger qui n'ont jamais entendu parler de nos stations.

De là, la nécessité d'un enseignement véritablement clinique par la visite des stations.

La valeur de propagande et d'enseignement par les voyages d'études est depuis longtemps apparue chez nous.

Les premiers de ces voyages ont été instaurés par mon excellent ami Carron de la Carrière et dirigés pendant de longues années par le regretté doyen Landouzy. Depuis la guerre, ils ont été repris par le professeur Carnot, et par le professeur Rathery, qui leur ont donné un développement considérable. Ces voyages ont certainement constitué un moyen de propagande de haute valeur scientifique, et ils ont contribué pour beaucoup à augmenter d'une façon sensible la fréquentation de nos stations.

Ce premier voyage d'études dit V. E. M. a suscité de nombreux imitateurs et nous en avons vu s'organiser à peu près dans toutes les facultés, si bien que dans ces manifestations, si intéressantes cependant, il s'est glissé quelque désordre et quelque défaut de cohésion, auxquels il sera sans doute facile de remédier.

Tel est le résumé de ce qui a été fait au point de vue des recherches scientifiques et de l'enseignement concernant l'hydro-climatologie.

Dans nos stations elles-mêmes de grands progrès ont été réalisés. Certains de nos établissements thermaux à Vichy, à Vittel, à Evian, à Châtel-Guyon par exemple (et je ne cite pas tous ceux qui mériteraient de l'être), n'ont rien à envier aux somptuosités d'Outre-Rhin. Cependant dans beaucoup de stations de nouveaux efforts sont encore nécessaires.

Mais peut-être le point le plus défectueux est-il celui de l'application des traitements thermaux, leur surveillance pourrait avec profit être plus étroite et le personnel subalterne chargé de cette application mieux préparé à ses fonctions.

Quelques-uns de nos confrères,émus des abus commis par certains baigneurs qui proportionnent le résultat de leur cure à la quantité d'eau qu'ils auront ingérée, ou à la longueur de la balnéation,ont émis, il y a quelque temps, la prétention de contraindre les établissements thermaux à ne laisser user des pratiques thermales que les seuls baigneurs porteurs d'une ordonnance médicale. Nous croyons que cela serait peut-être aller un peu loin, mais nous pensons que la surveillance médicale des établissements thermaux doit être l'objet de toutes nos préoccupations. Un certain nombre de stations ont déjà fait à cet égard un effort des plus louables en s'adjoignant un médecin directeur uniquement chargé, en dehors de tous soucis de clientèle, de l'exécution rigoureuse des prescriptions des médecins consultants et de la tenue irréprochable des établissements thermaux.

A Vichy, par exemple, trois médecins sont attachés à l'établissement thermal ; l'un pour le service de mécanothérapie, l'autre pour ceux de physiothérapie et d'électricité et le troisième pour les services d'hydrothérapie proprement dit. A Evian, un médecin est chargé des services d'électrothérapie, un autre de la surveillance des Etablissements thermaux, et de la maison de régime de l'Ermitage. A Châtel-Guyon, les services de physiothérapie sont placés sous la surveillance d'un médecin. A Luchon, également, un médecin est attaché comme directeur

technique aux établissements thermaux qui sont ici la propriété de la commune.

Cet exemple vient d'être suivi récemment à Brides et dans quelques autres stations. Il y a là un point, à notre avis, de la plus haute importance. La présence constante d'un médecin à l'établissement thermal, est de nature à inspirer confiance aussi bien aux malades eux-mêmes, qu'au médecin consultant et nous souhaitons que cette mesure se généralise.

En ce qui concerne la formation professionnelle du personnel subalterne, (masseurs, doucheurs, etc.), elle n'a pas jusqu'à présent été entourée de toutes les garanties nécessaires. Cette question a retenu toute l'attention des dirigeants de l'Institut d'hydrologie, et grâce à leur inspiration des cours réguliers sont en voie d'organisation dans un certain nombre de facultés avec application pratique dans les stations thermales. Très rapidement, il y a lieu de l'espérer, nous pourrons ainsi avoir dans toutes les stations, par le jeu de cet enseignement professionnel, un personnel subalterne d'élite, qui sera digne de toute la confiance des malades et des médecins et parfaitement averti de toutes les connaissances théoriques et pratiques qui lui sont indispensables.

A côté de la cure thermale proprement dite, l'une des questions les plus importantes parmi celles qui doivent solliciter notre attention, est celle des régimes. Nous devons reconnaître que les stations de cure allemandes nous sont à ce point de vue supérieures.

Ce n'est pas que je veuille dire que nous devrions servilement imiter ce qui se fait dans les stations allemandes, car dans cette question, comme dans beaucoup d'autres, la mentalité allemande et sa discipline ont donné à l'organisation des régimes un caractère de caporalisme qui ne serait pas accepté chez nous.

Nous ne saurions en France accepter une discipline aussi rigoureuse, elle est d'ailleurs inutile, mais cependant il est essentiel que le malade puisse trouver dans les hôtels un régime approprié à son état de santé. Nous nous sommes heurtés, sur cette question primordiale, à l'ignorance d'un certain nombre de maîtres d'hôtels qui n'ont pas compris cette nécessité et chez lesquels le nom de tables de régime n'est qu'une simple inscription de publicité, sans aucune signification effective.

Il serait à désirer que dans les plus importantes de nos stations, tout au moins, fussent établies de véritables maisons de régime. Elles devraient être placées sous la direction d'un médecin et comporter un laboratoire d'analyses capable de procéder à toutes les investigations et à toutes les recherches qu'exige aujourd'hui l'établissement rationnel d'un régime. C'est là, à notre avis, une condition indispensable pour élucider pour chaque malade la nature et la gravité de son état pathologique, et instituer pour chacun un régime qui leur soit subordonné tout en tenant compte des réactions physiologiques qui sont propres à chacun. Nous risquons sans cela d'en rester à la formule passe-partout et par conséquent inexacte et souvent inopérante. Il faudrait que dans ces maisons de régime, les malades puissent subir toutes les investigations nécessaires telles que radioscopie, constante d'Ambard, dosage de l'urée dans le sang, métabolisme basal, etc. ; que le bilan nutritif de chacun soit établi d'une façon rigoureuse afin que le régime soit exactement ce qu'il doit être pour chacun et non pas un régime théorique pouvant être distribué comme un prospectus.

Il n'y a pas bien longtemps encore, tout diabétique était systématiquement et rigoureusement privé de farineux ; on lui prescrivait en même temps la viande à haute dose, les graisses et quelques vins généreux. Le régime était sensiblement le même pour tous. La rigueur n'en était modifiée que par le taux du sucre dans l'urine, on ne se préoccupait pas de la question autrement importante de l'acétonémie et beaucoup étaient ainsi acheminés sur la voie du coma diabétique. Nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches si intéressantes qui ont été poursuivies dans cette voie, et en particulier à celles qui ont abouti à la théorie des seuils d'élimination, que le régime doit être approprié à chaque diabétique et qu'il est imprudent de priver complètement de farineux ceux qui peuvent en supporter une dose déterminée. J'en dirai tout autant des albuminuriques, chez lesquels, pendant de longues années, seule la dose de l'albuminurie urinaire a déterminé les prescriptions médicamenteuses et diététiques. Or, nous savons tous aujourd'hui que la quantité présente d'albumine dans les urines n'a qu'une valeur très relative et que ce qui compte le plus, tant au point de vue de la thérapeutique que du pronostic, c'est la dose de l'urée sanguine. Cette notion prime toutes les autres dans la conduite générale du traitement de l'albuminurie.

Nous nous rendons parfaitement compte que dans la pratique courante de la médecine, il est très difficile de faire subir à tout malade qui consulte son médecin les analyses et les recherches chimiques qui seraient cependant nécessaires, car nous nous heurtons à des difficultés matérielles qui ne peuvent vraiment être résolues dans tous leurs détails que dans une maison de santé ou de régime.

Nulle part, plus que dans les stations thermales, ces maisons spéciales ne pourraient rendre de plus grands services. Il est assez difficile, dans la pratique courante, de demander à un homme encore assez valide pour vaquer à ses occupations, de les sacrifier pendant plusieurs jours pour s'astreindre aux disciplines d'une hospitalisation dans une maison où il sera étudié, pesé et analysé sur toutes les coutures. Pendant la cure thermale, à laquelle en moyenne trois semaines sont consacrées, tout son temps nous appartient, et si nous avions sous la main tous les moyens d'investigation physique ou chimique, tout en dirigeant sa cure thermale, nous pourrions encore établir avec précision son bilan nutritif qui resterait un guide des plus précieux pour que son médecin traitant puisse continuer à lui donner des soins parfaitement appropriés.

Quelques stations se sont déjà rendu compte de la nécessité de la création de maisons semblables, et nous pouvons citer au moins trois d'entre elles, qui ont organisé des maisons de régime, qui peuvent être données comme modèle. A Vichy, l'hôtel Radio ; à Evian, l'Ermitage ; à Biarritz, la Villa Helianthe. Ces tous derniers jours, nous avons appris que la direction des Eaux minérales de Brides, s'était également préoccupée de la création d'un hôtel de régime et d'un laboratoire de recherches et d'analyses.

Il reste la question si complexe de la préparation des menus de régime dans les hôtels. Ici, nous nous heurtons à la difficulté de trouver des cuisiniers professionnels bien pénétrés de l'importance des régimes et sachant les préparer avec une rapidité convenable. Beaucoup ont simplifié à l'extrême la question en la réduisant à sa plus simple expression, cuisson à l'eau, sans beurre et souvent sans sel, des fruits, des farineux, des légumes et des macaronis. Tout peut se faire dans la même marmite ! Le régime ainsi compris entraîne vite l'inappétence et le dégoût, il n'est pas possible de le suivre assez longtemps sans avoir le tempérament d'un ascète.

Or le régime est très loin d'être quelque chose d'aussi simple et il peut être beaucoup moins insipide ; nous aurons donc à nous préoccuper de la formation des professionnels qui sauront par quel tour de main on peut rendre fort acceptables des préparations culinaires grâce auxquelles la diététique la plus exigeante sera pleinement satisfaisante. Les nombreuses écoles d'industrie hôtelière qui se sont créées en ces dernières années pourront facilement former le personnel compétent qui nous manque encore aujourd'hui.

Je crois à ce point de vue rendre hommage à la vérité en signalant les efforts réalisés par certains industriels.

En tenant compte de toutes les exigences de la diététique, ils ont confectionné des préparations pour régimes dont beaucoup non seulement ne sont pas insipides mais agréables à consommer, c'est ainsi par exemple que la maison Heudebert s'est abouchée avec les sociétés de médecins dans un certain nombre de stations, et a étudié avec elles quelles préparations diététiques nécessiterait la nature même des maladies soignées dans chacune de ces stations. C'est à la suite de cette étude commune qu'ont été créées par la maison Heudebert des produits diététiques, préparés sous le vocable de chaque station, et qui simplifient singulièrement la tâche du chef cuisinier dans les hôtels, et l'application des régimes appropriés aux malades en cause.

Cette collaboration industrielle et scientifique a de plus contribué pour une large part à vulgariser dans le monde entier le nom d'un certain nombre de nos stations thermales, en même temps que celui d'une firme industrielle sympathique entre toutes.

Nous pouvons citer encore comme un autre modèle d'une industrie avisée et intelligente, les établissements Jacquemaire, à Villefranche, qui ont construit et organisé, pour la préparation de produits diététiques, une usine munie des derniers perfectionnements scientifiques. J'ai eu l'occasion de la visiter récemment, et il ne me semble pas qu'on puisse pousser plus loin le souci d'asservir l'industrie aux exigences de la science.

A côté de l'équipement de nos établissements thermaux et de l'observation rigoureuse du régime dans les hôtels de nos stations thermales, il est également indispensable que nous nous préoccupions aussi des questions d'hygiène municipale. Il nous paraîtrait inadmissible que des communes qui veulent recevoir chez elles des malades étrangers ne leur donnent pas toutes les garanties qu'ils sont en droit d'exiger, au point de vue de l'évacuation des eaux usées, et des ordures ménagères, et à celui de la distribution d'eau potable. De très nombreuses améliorations ont été faites dans ce sens et un grand nombre de municipalités ont fait les efforts les plus remarquables, il serait injuste de ne pas le reconnaître, mais il faut obtenir dans toutes les stations thermales et climatiques la construction d'un réseau d'égouts et la distribution à profusion de l'eau potable.

En ce qui concerne la destruction des ordures ménagères, nous croyons utile de citer ici l'organisation que nous avons eu la bonne fortune de visiter récemment, au Touquet-Paris-Plage. Cette station balnéaire de création récente, grâce à l'initiative et à l'intelligence de sa municipalité, peut être donnée comme un modèle à ce point de vue. Un four à incinération a été construit à une certaine distance de la ville, et les ordures ménagères collectées tous les matins sont dans la journée transportées au four. L'incinération a lieu le soir et la chaleur dégagée pendant le fonctionnement de l'appareil sert à éclairer électriquement toute la digue construite sur la plage. D'autre part, les cendres provenant de l'incinération sont utilisées à la fabrication de briques agglomérées qui servent à la construction des immeubles.

Dans les stations qui reçoivent des malades contagieux se pose le problème de la désinfection qui doit s'appliquer aussi bien aux chambres occupées par les malades dans les villas ou dans les hôtels, qu'à celle de la désinfection du linge et de la literie ; nous croyons qu'à cet égard les installations de la ville d'Arcachon peuvent être données comme modèle. Je ne veux pas les décrire avec les détails qui seraient nécessaires, cela m'entraînerait à une digression un peu trop longue, et je ne peux que renvoyer ceux que cette question pourrait intéresser, au livre magnifique dû à la plume de notre distingué collègue, le docteur Lalesque, et intitulé : « Arcachon, ville de santé ».

D'autres organisations, cependant moins indispensables, pourront ensuite être envisagées, par exemple celle de la cure de terrain.

A notre connaissance deux stations s'en sont déjà préoccupées : Brides et Evian, et les résultats qui sont obtenus par cette cure de terrain, sont tels que nous devons souhaiter de la voir s'étendre à un assez grand nombre de nos stations.

Dans les stations balnéaires et climatiques, deux agents thérapeutiques de la plus haute valeur sont utilisés, le climat proprement dit, et la balnéo-thérapie marine et il faut bien reconnaître que nous n'avons pas fait l'effort nécessaire pour rechercher les raisons scientifiques de l'action de cette double thérapeutique. Ici plus qu'ailleurs, nous sommes en plein empirisme.

L'utilisation de la balnéothérapie marine n'a pas été l'objet de recherches médicales et physiologiques, assez nombreuses, assez prolongées, ni assez coordonnées.

Les Allemands considèrent, et ils ont raison, que la balnéothérapie marine, est l'équivalent d'une station thermale à chloruration élevée et qu'elle doit être réglée minutieusement par un médecin dans son application et dans toutes ses modalités, et d'autre part, la mer elle-même imprime au climat et, en particulier, à l'insolation, un caractère tout spécial que l'on ne pourrait méconnaître sans inconvénients.

En ce qui concerne les stations climatiques, j'ai été chargé récemment par la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, d'un rapport dans lequel je demandais, entre autres conclusions, que toutes ces stations soient astreintes à l'installation de postes de climatologie destinés à recueillir les observations essentielles sur l'insolation, la hauteur des pluies, la température, le régime des vents, etc., etc.

Je demandais également que les médecins de stations climatiques soient invités à recueillir des observations précises au point de vue clinique comme le font depuis de nombreuses années, les médecins de stations thermales.

Ces conclusions qui avaient été adoptées à l'unanimité par la Commission permanente n'ont pas eu l'agrément ministériel et la question reste encore en suspens. Nous nous proposons bien de la reprendre en temps voulu.

Telle est, en résumé et à très larges traits, l'orientation médicale et scientifique qu'il est essentiel de donner à nos stations thermales et climatiques. Mais l'étude des différents problèmes que nous avons envisagés, n'épuise pas le sujet. Il était indispensable qu'une réglementation appropriée nous en rende possible la mise en pratique, en dotant nos stations des ressources nécessaires.

Cette réglementation nous a enfin été donnée par la loi du 13 avril 1910 modifiée et complétée depuis par celle du 24 septembre 1919. Je crois utile de vous en exposer rapidement le mécanisme. Aux termes de ces deux lois, les stations qui offrent aux malades soit l'usage de leurs sources thermales, soit leurs avantages climatiques, sont classées en station de cure, rattachées administrativement à l'autorité du ministre de l'hygiène, et autorisées à percevoir sur les étrangers qui les fréquentent une taxe spéciale dite « *taxe de séjour* ».

C'est un peu ce qui se pratique en Allemagne depuis de nombreuses années, ou des taxes souvent onéreuses sont perçues sous le nom de « Kurtax » dans les villes d'eaux, et dans un certain nombre de stations climatiques. C'est la perception de ces taxes qui a permis aux stations allemandes de connaître l'essor aussi merveilleux que peu justifié que nous avons tous pu constater.

Cette taxe ne peut être perçue sur le même étranger dans une station que pendant 28 jours au maximum quelle que soit d'ailleurs la durée de son séjour. Elle varie d'après un barème qui a été élaboré par la Commission permanente des stations auprès du ministère de l'hygiène et qui s'échelonne entre 10 centimes et 2 fr. par jour suivant la catégorie des hôtels ou logements.

La taxe de 2 fr. est réservée aux palaces, celle de 10 centimes s'applique aux maisons modestes et aux auberges.

A cette taxe principale perçue au profit des municipalités s'ajoute une taxe dite additionnelle qui constitue un fonds commun perçu en faveur de l'O. N. T. Elle est fixée au taux de 10 à 20 % de la taxe principale.

Ce fonds commun est destiné, dans la proportion de 75 %, à doter en partie l'O. N. T. et à lui permettre de réaliser la propagande collective dont il a été chargé, en particulier à l'étranger, les 25 % restant sont reversés à l'Institut d'hydrologie pour assurer le fonctionnement de ses différents services.

Le maximum de la taxe à verser par les assujettis, compte tenu de la taxe additionnelle, est dans ces conditions de 67 fr. 20 et le minimum de 3 fr. 35. L'impôt est donc des plus légers, cependant dans l'ensemble des stations françaises, thermales, climatiques et touristiques, il a produit en 1922, la somme de 8 millions et en 1923 celle de 11 millions, auxquelles il importe d'ajouter le produit de la taxe additionnelle qui s'est élevée à 1.500.000 fr. en 1922 et a dépassé 2 millions en 1923.

Vous comprendrez par l'importance de ces chiffres quels sont les espoirs que nous pouvons fonder sur l'application de la taxe de séjour dont le produit est certainement destiné à s'accroître encore, mais il importe que cette taxe soit utilisée exactement d'après les desiderata du législateur et je crois devoir vous signaler à ce sujet que l'emploi de la taxe de séjour, du moins dans sa partie principale, doit s'appliquer à trois objets différents.

Elle doit assurer le traitement thermal ou climatique pour les indigents.

Elle doit servir aux travaux d'hygiène et ensuite à ceux d'embellissement. Ce n'est qu'à titre accessoire et partiel qu'elle peut être employée à d'autres usages moins immédiatement spécifiés par la loi.

Les lois de 1910 et de 1919 ont, à cet effet, et pour contrôler l'utilisation des fonds de la taxe de séjour, institué dans les stations érigées en stations thermales ou climatiques un organisme spécial appelé Chambre d'industrie thermale ou climatique. Cet organisme de contrôle fonctionne à côté de la municipalité,

et il lui donne son avis sur l'utilisation des fonds provenant de la taxe de séjour.

Puisque nous en sommes à la question des Chambres d'industrie, il faut bien reconnaître qu'elles ne répondent pas à la conception que s'en étaient faite les promoteurs de la loi de 1910. Pour ces derniers les Chambres d'industrie devaient être un peu comme des Chambres de commerce, percevoir pour elles-mêmes la taxe de séjour, et prendre l'initiative des travaux d'hygiène ou d'embellissement à apporter à la station. La Chambre des Députés avait suivi les promoteurs de la loi dans leurs desiderata, malheureusement le Sénat en a jugé autrement et il a craint de créer dans les communes, à côté de la municipalité, un nouveau pouvoir qui pourrait à la rigueur et dans certaines circonstances se dresser en rival, peut-être en ennemi des prérogatives municipales. Nous sommes convaincus qu'il y a eu là une erreur fondamentale et on se préoccupe de la faire redresser pour en revenir à la conception première de l'autonomie des Chambres d'industrie, qui nous paraît seule de nature à éviter que les fonds de la taxe de séjour ne soient pas utilisés au mieux des intérêts d'une station. Le Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques, qui doit tenir sa prochaine séance au mois de mars 1925 a inscrit cette question à son ordre du jour. Elle sera rapportée avec tous les détails qu'elle comporte.

De plus, il a été créé auprès du Ministère de l'Hygiène, une Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques nommée par le ministre et qui fonctionne sous son autorité. Cette Commission permanente a la charge, d'une part, d'étudier les dossiers des stations qui demandent leur érection en stations hydrominérales ou climatiques et, d'autre part, de veiller avec attention à ce que les intentions du législateur, en ce qui concerne l'utilisation de la taxe de séjour, ne soit pas éludées.

Enfin, ces mêmes lois ont réorganisés l'O. N. T. et l'ont doté de fonds importants par la perception de la taxe additionnelle. Ses ressources financières lui ont permis déjà de nous rendre des services signalés notamment par la création de bureaux de renseignements dans un certain nombre de grandes villes, comme Londres, New-York, Barcelone, Rio de Janeiro, etc.Nous attendons du développement normal du fonctionnement de cette institution les plus heureux résultats pour la fréquentation de nos stations.

Telles sont en raccourci les principales dispositions des lois de 1910 et de 1919, j'ai tenu à les rappeler brièvement car elles attestent l'intérêt que les pouvoirs publics commencent à apporter au développement de nos stations, les garanties dont il s ont tenu à les entourer, et la place à part qu'ils ont voulu leur assigner.

Ainsi encouragées et dotées, les stations ont senti le besoin de s'unir pour entreprendre l'étude et la réalisation des problèmes d'intérêt général dont dépend leur développement.

A l'instigation du groupement des cinq grandes stations, connues sous le nom de Fédération thermale d'Auvergne, et que préside avec une rare distinction mon excellent ami le docteur Moncorgé, médecin consultant au Mont-Dore, il s'est créé au cours de l'hiver dernier, un nouvel organisme qui, sous le nom de Fédération thermale et climatique française, se propose de grouper toutes les stations de cure, et toutes les sociétés ou associations d'ordre scientifique ou économique qui ont à connaître des problèmes que pose le développement de nos stations : Institut d'hydrologie, Société d'hydrologie médicale de Paris, Commission exécutive du Congrès des villes d'eaux, Syndicat général des médecins, Union des Etablissements thermaux, Chambre syndicale des eaux minérales, Association des Hôteliers, etc., etc.

Dans ces toutes dernières semaines, les organisateurs de la Fédération thermale et climatique française, se sont abouchés avec les dirigeants des organisations touristiques, car ils ont estimé qu'il y avait une nécessité absolue à grouper les efforts faits d'une part par les stations de tourisme, et d'autre part, par les stations de cure. Les unes et les autres ayant comme préoccupation dominante celle d'attirer et de retenir les étrangers, il leur a semblé que dans beaucoup de cas, leur collaboration devra se faire très étroite et qu'il était indispensable de créer un organisme de liaison au sein duquel pourraient utilement être étudiées toutes les questions communes à toutes les stations de séjour.

L'entente semble à la veille d'être complète, elle aboutira à la création d'une Confédération du thermalisme et du tourisme dont il est inutile de souligner l'importance et l'autorité, et qui sera en mesure de lutter enfin d'une façon efficace contre la propagande des stations du centre de l'Europe.

Je m'excuse d'avoir peut-être trop longtemps abusé de votre bienveillante attention, mais si, dans mon exposé fastidieux, quelques points avaient été discernés par vous comme capables de contribuer au développement de vos belles stations, Blankenberghe, Ostende, et Spa en particulier, j'estimerais avoir fait œuvre utile en apportant une modeste contribution à la cause des amitiés franco-belges qui m'a toujours été particulièrement chère.

R. H. M. S. : 3404.

VARIÉTÉS

Une vision marocaine
Fez religieux et politique, économique et social

(Conférence du Dr René Martial, ancien directeur d'Hygiène de la ville de Fez)

A la Société de géographie, sous la présidence de M. Henri Cordier, membre de l'Institut, devant un public d'élite très nombreux, notre ami M. le Dr René Martial a fait, le 13 juin, une remarquable conférence sur la ville de Fez, la Cité sainte du Maroc.

Nous avons beaucoup lu sur le Maroc, nous avons eu maintes conversations intéressantes avec des amis qui l'ont visité et même qui y ont fait de longs séjours, mais aucun livre, aucune conversation n'avait pu nous donner une idée aussi vivante, nous faire pénétrer aussi intimement dans la vie marocaine que la conférence du Dr R. Martial. Il convient de faire remarquer que notre confrère, directeur des services d'hygiène de Fez, avait pris, pendant son séjour, pour ligne de conduite celle même du Maréchal Lyautey, qui consistait à se faire aimer des Marocains, à respecter scrupuleusement leurs mœurs et leurs croyances, à leur témoigner l'affection et la confiance qu'ils méritent. En agissant ainsi le Dr R. Martial est parvenu à se créer de solides amitiés parmi les habitants de Fez ; il a pu pénétrer dans la vie intime de notables, ce qui n'est pas toujours facile pour un Européen ; il a pu se convaincre de la pureté des mœurs, de la probité, de la loyauté des habitants de ce pays qu'il convient de nous attacher.

Fez est une ville de 80.000 habitants environ qui fut fondée au VIIIe ou IXe siècle de notre ère par Moulaï Edris, sorte de Saint Louis de l'Islam, qui a laissé dans tout le Maghreb une grande réputation de sainteté. Son fils, Moulaï Edris II lui succéda et contribua beaucoup au développement de la ville. Les Maures confondent dans un même culte ces deux souverains légendaires et la principale Mosquée de Fez a été construite en leur honneur. Cette Mosquée de Moulaï Edris attire des pèlerins en foule qui viennent de tous les points de l'Afrique du Nord. On peut évaluer à 5.000 le nombre des étrangers qui entrent chaque jour à Fez ; tous vont se prosterner et prier sur le tombeau de Moulaï Edris. Ce culte populaire, cette affluence de pèlerins font avant tout de Fez, une ville religieuse.

Au centre religieux s'ajoute un centre universitaire qui fait de Fez le cerveau de l'Islam maghrebin.

Dans l'Université de Karaouïn et ses médersas (collèges où habitent ses très nombreux étudiants) on commente le Koran, on étudie le droit coranique, la littérature arabe et des rudiments de sciences. De là partent des milliers de lettrés qui deviendront dans l'Afrique du Nord les Cadis et les chefs religieux ou civils des Musulmans. L'on juge de l'importance politique que cette Université donne à Fez.

Le Dr R. Martial nous initie à la vie de cette Université, comparable à nos vieilles Universités du Moyen-Age. Il nous montre les maîtres, enseignant, assis chacun devant le pilier qui lui est réservé à la Mosquée de Karaouïn. Il nous montre les étudiants de tout âge, parfois ayant dépassé la quarantaine, travaillant dans leur chambre de la Medarsa, chambre dont le mobilier se borne souvent à une natte et à un tapis de prière. Ces étudiants, parfois riches, sont souvent très pauvres, dans ce dernier cas, ils sont entretenus avec les revenus des fondations pieuses qui sont gérées par un ministère spécial. Ces étudiants, comme nos escholiers du Moyen-Age, sont souvent turbulents. Tous les ans, ils élisent leur sultan qui pendant quinze jours jouit de grands privilèges. Ce sultan se retire après son élection avec ses condisciples en dehors des murailles dans un camp, en une procession qui rappelle assez celle du Lendit parisien au XVe siècle.

Fez est entourée de superbes remparts pourvus de tours carrées et de portes souvent merveilleuses. L'Oued qui le traverse dont le courant est fort rapide, se divise dans la ville en plus de trente bras qui permettent à tous les quartiers, presque à toutes les maisons, d'être pourvus d'eau courante ; ce qui facilite l'assainissement de la ville. Des fontaines d'eau très pure existent encore et servent à l'alimentation. La corporation des porteurs d'eau transporte l'eau de source à domicile dans des outres en peau de chèvre et donne à boire dans les rues aux promeneurs altérés. Les rues de Fez sont tortueuses, ombragées ; certaines maisons de notables sont des merveilles d'art musulman. comme d'ailleurs les Mosquées. A côté sont des échoppes sordides, notamment dans le mellah ou quartier juif.

Le commerce est très actif à Fez surtout les commerces de céréales et des dattes. La ville est un centre d'approvisionnement considérable. L'industrie y est prospère et est entre les mains de véritables corporations, qui, comme les nôtres au Moyen Age, ont une organisation religieuse et possèdent leur mosquée. Les plus importantes sont celles qui travaillent le cuir, le maroquin, et

celle des teinturiers qui obtiennent des couleurs remarquables d'origine végétale. Les cuirs, les coiffures, les ceintures brodées d'or ou d'argent, les cuivres repoussés sont les principales industries de Fez.

Les banques ont une grande importance à Fez et le Dr R. Martial constate avec mélancolie que l'Angleterre a le pas sur la France tant pour les échanges d'objets manufacturés que pour l'organisation bancaire. Il en est de même pour les œuvres d'enseignement, d'assistance et de bienfaisance privée.

Le Dr R. Martial nous fait un tableau enchanteur de la vie familiale d'un notable de Fez. Le père y jouit d'un pouvoir absolu, analogue à celui du pater familias antique, mais son autorité y est toute paternelle, d'une grande tolérance et d'une grande douceur ; la femme accepte la vie cloîtrée du harem sans se plaindre de son sort. Les enfants y sont choyés et dans chaque maison riche, il y a pour le service une nuée d'esclaves dont le recrutement devient de plus en plus difficile. La vie de ces esclaves n'a rien de pénible. Ils jouissent d'une liberté dont nous ne pouvons nous faire idée en France et se conduisent vis-à-vis de leurs maîtres avec une familiarité que nous ne tolérerions pas de nos plus vieux domestiques. En outre, bien traités, bien nourris, ils ne travaillent guère plus de deux heures par jour.

Le pacha de Fez y administre la justice un peu comme le roi Salomon dans les temps bibliques. Il est interdit de faire souffrir les animaux et surtout les cigognes qui sont les oiseaux sacrés auxquels un hôpital est consacré, car la légende veut que ces cigognes soient des pèlerins de pays très lointains, transformés en oiseaux par la miséricorde d'Allah pour leur permettre ainsi d'aller faire leurs dévotions au tombeau de Moulaï Edris.

De nombreuses projections photographiques très judicieusement choisies ont illustré la conférence du Dr R. Martial qui, avec son talent oratoire à la fois simple et imagé et ne manquant pas d'humour, a fini par faire partager à son auditoire son admiration pour Fez et son amour pour ses habitants. Malheureusement la civilisation occidentale, le nationalisme des peuples musulmans, la suppression du Khalifat par le gouvernement turc d'Angora ont une répercussion fâcheuse sur le Maroc et sur Fez. Le Dr R. Martial pressent avec tristesse de profonds changements au Maroc. Si donc nous voulons admirer Fez, la Sainte, le sanctuaire de Moulaï Edris, connaître les étudiants de Karaouïn, les corporations, les porteurs d'eaux, les fontaines jaillissantes, les portes polychromes, les mosquées avec leurs sculptures, leurs mosaïques, leurs tuiles vertes, les rues tortueuses et ombragées, l'hôpital des cigognes, les vieux remparts et leurs tours carrées, hâtons-nous. Savons-nous le sort prochainement réservé à ce pays pittoresque, à cette ville qui a pu conserver ses mœurs et son aspect antique et que la civilisation occidentale et moderne commence à envahir et à transformer ?

J. NOIR.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Effectifs mutualistes.

Dans le projet de loi sur les assurances sociales où une place importante doit être réservée à la Mutualité, nous croyons intéressant de fournir la statistique des effectifs mutualistes par département. Nous mettons donc sous les yeux de nos lecteurs, le classement fait par M. Jules Vergne, membre du Conseil supérieur de la Mutualité, donnant la situation au 31 décembre 1921. Depuis cette époque, par suite de la propagande intense faite en vue de la loi Grinda, le nombre des mutualistes s'est fortement accru.

M. V.

LA FRANCE MUTUALISTE

Classement départemental des effectifs mutualistes (membres participants et membres honoraires) dénombrés au 31 décembre 1921, par rapport à la population de chaque département.

par M. Jules VERGNE,

membre du Conseil Supérieur de la Mutualité.

Départements	Effectifs mutualistes au 31 décembre 1921 — Sociétés approuvées	Sociétés libres	Totaux des effectifs mutualistes	Population départementale	Pourcentage des mutualistes
1 Seine	1.306.546	113.754	1.420.300	4.154.042	34,19 %
2 Isère	127.259	9.171	136.430	555.911	24,53 %
3 Pyrénées-Orietntales	46.689	0	46.689	212.986	21,93 %

4 Haute-Garonne	84.975	1.167	85.962	432.126	19,89 %
5 Aube	44.920	1.665	46.585	240.755	19,35 %
6 Loire	113.723	6.979	120.702	640.549	18,84 %
7 Landes	47.157	2.263	49.420	288.902	17,10 %
8 Ain	53.010	2.212	55.222	342.482	16,12 %
9 Seine-Inférieure	123.317	8.031	131.348	877.383	14,97 %
10 Ardennes	44.353	2.081	46.434	318.896	14,56 %
11 Aude	41.802	1.022	42.824	300.527	14,25 %
12 Alpes-Maritimes	49.823	619	50.442	356.338	14,15 %
13 Loiret	49.499	1.757	51.256	364.061	14,08 %
14 Hérault	65.195	1.360	66.555	480.384	13,85 %
15 Yonne	39.979	386	40.365	303.889	13,28 %
16 Rhône	110.072	10.601	120.673	915.581	13,18 %
17 Seine-et-Marne	46.458	1.064	47.522	363.561	13,07 %
18 Var	41.886	656	42.542	330.755	12,86 %
19 Jura	28.134	3.497	31.631	252.713	12,51 %
20 Gard	47.867	3.549	51.416	413.458	12,43 %
21 Bouches-du-Rhône	86.501	9.338	95.839	805.532	11,89 %
22 Côte-d'Or	38.285	3.295	41.580	350.044	11,88 %
23 Nord	219.363	13.369	232.732	1.961.780	11,86 %
24 Oise	42.653	3.106	45.759	411.028	11,13 %
25 Lot-et-Garonne	28.971	591	29.562	268.083	11,03 %
26 Vendée	46.314	1.883	48.197	438.520	10,99 %
27 Indre-et-Loire	35.157	2.106	37.323	341.205	10,93 %
28 Vaucluse	25.103	950	26.053	238.656	10,92 %
29 Doubs	31.367	850	32.217	299.935	10,74 %
30 Somme	53.387	1.393	54.780	520.161	10,53 %
31 Seine-et-Oise	80.680	4.434	85.114	817.617	10,41 %
32 Gironde	76.818	7.449	84.267	829.095	10,16 %
33 Cher.................	31.823	1.892	33.715	337.810	9,98 %
34 Haute-Marne	18.481	2.302	20.783	214.765	9,68 %
35 Vosges	35.402	6.237	41.639	433.914	9,59 %
36 Tarn-et-Garonne	15.716	1.736	17.452	182.537	9,55 %
37 Marne	39.527	1.438	40.965	436.310	9,39 %
38 Haute-Vienne	34.819	804	35.623	384.736	9,26 %
39 Tarn	26.334	5.486	29.820	324.000	9120 %
40 Indre	24.644	1.278	25.922	287.673	9,01 %
41 Loire-Inférieure	57.440	2.952	60.392	669.920	9,01 %
42 Meurthe-et-Moselle	29.130	21.198	50.328	564.730	8,91 %
43 Saône-et-Loire	50.030	1.760	51.790	604.446	8.56 %
44 Maine-et-Loire	42.120	630	42.750	508.149	8,41 %
45 Eure-et-Loir	20.983	1.837	22.820	272.255	8,38 %
46 Eure	25.206	1.841	27.047	323.651	8,35 %
47 Territoire de Belfort....	7.382	1.048	8.430	101.386	8,30 %
48 Charente-Inférieure	34.511	2.368	36.879	450.871	8,18 %
49 Haute-Savoie	19.328	1.279	20.607	255.137	8,08 %
50 Manche	37.655	482	38.137	476.119	8,01 %
51 Charente	26.750	278	27.028	346.424	7,80 %
52 Hautes-Alpes	7.670	438	8.108	105.083	7,72 %
53 Drôme	21.332	677	22.009	290.894	7,57 %
54 Calvados	26.408	1.999	28.407	396.318	7,17 %
55 Dordogne	29.730	198	29.928	437.432	6,84 %
56 Vienne	21.769	818	22.587	332.276	6,79 %
57 Pas-de-Calais	62.674	8.312	70.986	1.068.155	6,64 %
58 Orne	18.683	892	19.575	307.433	6,37 %
59 Haute-Saône	14.296	1.535	15.831	257.606	6,15 %
60 Hautes-Pyrénées	10.863	1.850	12.713	206.105	6,11 %
61 Sarthe	21.969	3.564	25.553	419.370	6,10 %
62 Nièvre	17.752	450	18.202	299.312	6.08 %
63 Aisne	31.314	244	31.558	530.226	5,95 %

64 Ardèche	18.630	283	18.913	331.801	5,70 %
65 Deux-Sèvres	17.362	1.684	19.046	837.627	5,64 %
66 Meuse	14.776	800	15.576	277.955	5,60 %
67 Basses-Pyrénées	20.324	2.983	23.307	433.318	5,38 %
68 Gers	10.982	765	11.747	221.994	5,29 %
69 Puy-de-Dôme	28.428	1.264	29.692	525.916	5,07 %
70 Ille-et-Vilaine	28.873	725	29.598	608.098	4,86 %
71 Allier	18.672	487	19.159	406.291	4,71 %
72 Basses-Alpes	4.481	243	4.724	107.231	4,40 %
73 Loir-et-Cher	10.224	1.691	11.915	271.231	4,39 %
74 Ariège	8.237	198	8.435	198.725	4,24 %
75 Finistère	32.753	1.457	34.210	809.771	4,22 %
76 Savoie	7.796	1.513	9.309	247.890	3,75 %
77 Lot	7.559	0	7.559	205.769	3,67 %
78 Mayenne	10.610	214	10.824	297.732	3,63 %
79 Creuse	8.651	99	8.750	266.188	3,60 %
80 Corrèze	9.581	0	9.582	309.646	3,09 %
81 Aveyron	10.155	68	10.223	369.448	2,75 %
82 Morbihan	12.765	2.427	15.192	578.400	2,62 %
83 Corse	7.070	284	7.354	288.620	2,54 %
84 Cantal	5.127	360	5.487	223.361	2,45 %
85 Côtes-du-Nord	13.888	0	13.888	605.523	2,20 %
86 Lozère	2.395	214	2.609	122.738	2,12 %
87 Haute-Loire	5.835	382	6.127	303.838	2,04 %

R. H. M. S. : 0500

LA LÉGISLATION DES AUTOVACCINS (1)

Par le Dr E. MAURIN,

Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

De plus en plus, la vaccinothérapie devient à la mode, et, en particulier, l'autovaccination entre presque dans la pratique courante de la médecine.

Les médecins font appel, en général, pour la préparation de ces autovaccins, à des spécialistes ou les préparent eux-mêmes.

Il était intéressant de savoir si ces préparations tombent sous le coup de la loi du 25 avril 1895 relative à la fabrication et à la vente des sérums et vaccins thérapeutiques et autres produits analogues injectables.

Je rappelle les articles essentiels de cette loi :

Article premier. — Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique, non définies chimiquement, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être débitées à titre gratuit ou onéreux qu'autant qu'ils auront été, au point de vue, soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement, rendue après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine.

Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire et révocable.

Ils seront soumis à une inspection exercée par une Commission nommée par le Ministre compétent.

Article 2. — Ces produits seront délivrés au public par les pharmaciens, sur ordonnance médicale. Chaque récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de la fabrication.

Suivent d'autres prescriptions qui n'ont aucun intérêt dans la question des autovaccins.

Je demandai son avis à notre confrère, le docteur Paul Boudin, le distingué conseiller juridique du *Concours médical*.

Il me répondit fort judicieusement que la préparation d'autovaccins, faits non en vue de la vente au public, mais seulement sur ordonnance médicale, pour un malade déterminé, devait exiger des formalités *réduites*. Il estimait la demande d'autorisation nécessaire, mais espérait qu'une enquête locale seule pourrait être ordonnée sans qu'il fût nécessaire de recourir à la Commission ministérielle et à l'avis du Comité consultatif d'hygiène de France et de l'Académie de médecine.

(1) *Répertoire de pharmacie*, 10 mars 1924.

Il ajoutait que le préparateur (médecin, pharmacien, bactériologiste) devait toujours se faire délivrer, par le médecin traitant, une ordonnance spécifiant la nécessité de faire les prélèvements pour fabriquer un auto-vaccin. De plus, disait-il, le médecin traitant, seul, pratiquera ensuite les injections sous-cutanées d'autovaccin, et les injections ne pourront être confiées à aucun des membres du personnel appartenant au laboratoire qui l'aura préparé.

Sur ses conseils, j'écrivis, d'ailleurs, au Ministre de l'Hygiène pour lui poser la question. La réponse du Ministre fut la suivante :

« L'autovaccin, lequel n'est pas *débité* suivant « le sens ordinaire attaché à ce mot, mais est ré« servé à un malade unique, ne tombe pas sous « l'application de la loi du 25 avril 1895. L'auto« vaccin est, en effet, envisagé comme une *pré« paration magistrale,* exécutée sous le contrôle « du médecin par le bactériologiste ayant sa con« fiance, et dont le praticien fait usage sous sa « propre responsabilité. En conséquence, l'Ad« ministration n'a pas à intervenir sous forme « d'autorisation ».

Comme on le voit, le Ministre interprète d'une façon très large la loi du 25 avril 1895 et donne toute liberté pour l'obtention de ces autovaccins.

Il y avait toutefois, dans cette réponse ministérielle, un point de droit qui demandait à être élucidé.

Le Ministre envisage, en effet, un autovaccin comme une *préparation magistrale.* Or, toute préparation de médicament relève, de par la loi de germinal an XI, du monopole exclusif des pharmaciens.

J'ai soumis ce détail à notre éminent juriste, M. le professeur Perreau, de la Faculté de Droit de Toulouse, dont la compétence fait autorité en matière de jurisprudence médicale et pharmaceutique.

Il ne pense pas que les pharmaciens puissent exciper de leur monopole pour réclamer le droit *exclusif* de préparer et de vendre les autovaccins.

Voici, du reste, les termes mêmes de la lettre qu'il a bien voulu m'adresser avec son amabilité coutumière.

« Du moment que le Ministre a écarté l'ap« plication de la loi de 1895, quant à la nécessité « d'une autorisation gouvernementale préalable, « c'est qu'il l'écarte complètement. Les phar« maciens ne pourront donc l'invoquer comme « leur donnant le monopole de débit des vaccins, « etc., etc. ».

« Reste donc le droit qu'ils tiennent de la loi « du 21 germinal an XI ; je ne crois pas qu'ils « puissent davantage s'en réclamer.

« En effet, d'une manière générale, tous les « emprunts faits à l'organisme humain vivant « lui-même (celui du malade ou celui d'un autre) « échappent nécessairement à leur monopole de « vente, simple droit d'ordre commercial, parce « que pareilles substances ne sont pas dans le « commerce (prélèvement de sang pour transfu« sion, prélèvement de greffes osseuses ou cuta« nées, etc.).

« Le ministre paraît bien implicitement accep« ter cette idée en disant que les autovaccins ne « sont pas susceptibles d'un *débit* proprement dit, « c'est-à-dire d'une transaction commerciale « (vente ou transmission gratuite) ».

On le voit, M. Perreau estime que le médecin a qualité pour faire ces préparations et les céder ensuite à titre onéreux ou gratuit. Il est bien entendu aussi que les pharmaciens ont toute qualité pour préparer également ces mêmes autovaccins sur prescription médicale.

Il semble donc que nous sommes désormais fixés sur cette législation des autovaccins. J'ai tenu à la faire connaître de façon que tous ceux que cette question intéresse, aussi bien les médecins que les pharmaciens, aient ainsi une ligne de conduite bien déterminée.

Je dois ajouter que, sur le point qui préoccupe le professeur Maurin, la Commission des sérums nommée par le Ministre de l'hygiène, Commission dont je fais partie, a adopté depuis fort longtemps une jurisprudence conforme aux conclusions de la note de M. Maurin. C. CRINON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— M. Georges BOUDIN, le fils de notre collègue et ami Paul Boudin, vient de subir avec succès les épreuves du P. C. N.

Toutes nos félicitations à notre jeune camarade et futur confrère.

— **Gastrotonométrie et coprologie cliniques. Exploration du duodénum.** — M. René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fera du 4 au 9 août, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de gastrotonométrie clinique (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc. Il exposera la pratique de l'exploration du duodénum (usages de la sonde d'Einhorn, pour le diagnostic des affections duodénales, biliaires et pancréatiques, l'alimentation duodénale et le drainage médical des voies biliaires) et fera un exposé résumé des méthodes de coprologie dans leurs applications à la clini-

que des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques ; présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de gardes-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire : dans le service, près de la surveillante ou par lettre chez M. René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

— Des démonstrations cliniques et thérapeutiques sur les actualités médicales (médecine générale, pédiatrie, neurologie, dermosyphiligraphie), démonstrations accompagnées de présentations de malades, seront faites par MM. Maurice Chiray, Robert Debré, Noël Fiessinger, Charles Foix et Henri Gougerot, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux.

Ces conférences auront lieu à l'amphithéâtre et au lit du malade tous les matins à 9 h. et toutes les après-midi à 16 h. dans les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu (salle Sainte-Anne), Saint-Antoine, Saint-Louis, Enfants-Malades et la Salpêtrière, du lundi 15 au samedi 27 septembre 1924.

La première conférence aura lieu à l'hôpital Sain-Antoine, amphithéâtre de la clinique médicale, le 15 septembre à 9 heures.

Les principaux sujets traités seront les suivants :

Exploration fonctionnelle du foie. — Nouveaux traitements arsenicaux dans la syphilis.

Discussion des méthodes. Voies et dosages. — Bismuthothérapie. Comparaison de l'arsenic, du bismuth et du mercure. — Traitement prophylactique de la syphilis. — Traitement des syphilis nerveuses : tabès et paralysie générale. — Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique des réactions de Bordet-Wassermann. Surveillance et traitement des syphilis latentes. — Traitement nouveaux des épidermites, pyodermites et eczéma séborrhéique. — Les arythmies cardiaques et les données récentes sur leur thérapeutique. — Rétentions rénales et azotémies. — Adénopathies chroniques de l'adulte. — La protéino et colloïdothérapie, et leurs applications pratiques. — Diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques de l'enfant. — Mesures pratiques de prophylaxie dans les maladies infectieuses de l'enfance. — Le rachitisme et son traitement. — Les obésités de l'enfance (formes cliniques et traitement). — Les dilatations bronchiques de l'enfance. — Tuberculose floride et fruste du nourrisson. — Les compressions médullaires et leur diagnostic de localisation. — L'automatisme médullaire et les notions récentes sur les réflexes. — Formes frustes de la syringomyélie. — Les syndromes cérébelleux et leur diagnostic. — Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique et les syndromes parkinsoniens. — Le tubage duodénal et ses applications pratiques. — Les congestions hépatiques et leurs traitements. — Les cholécystites chroniques et leur traitement. Stase intestinale chronique. Ses aspects cliniques et son traitement. — Le traitement actuel du diabète sucré et ses directives.

Ces démonstrations sont gratuites. Le nombre des auditeurs est limité. Prière de s'inscrire par lettres adressées à M. Gougerot, à l'hôpital Saint-Louis, où à M. Noël Fiessinger, consultation de médecine de l'hôpital Saint-Antoine.

— **Collège de France.** — M. Henneguy, professeur de la chaire d'embryogénie comparée, est autorisé, à partir du 1er décembre 1924, à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1924-25, par M. Fauré-Frémiet.

— **Cours de vacances de stomatologie.** — Du 22 septembre au 11 octobre, MM. Merville, Puig et Raison, assistants de stomatologie des hôpitaux, feront un cours de vacances de stomatologie, ouvert aux médecins, chirurgiens, dentistes et étudiants.

Les conférences théoriques, ainsi que les démonstrations cliniques et techniques, auront lieu alternativement à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Lariboisière.

Programme des conférences. — L'état général et les dents, la carie dentaire et ses complications. Ostéomyélite des mâchoires, accident de dentition. Stomatites. Syphilis de la bouche. Fractures des mâchoires. Luxation de la mandibule. Névralgie faciale. Tumeurs des mâchoires (M. Bercher). Notions d'orthodontie (Mlle Léage).

S'inscrire auprès de M. Merville, service de stomatologie de l'Hôtel-Dieu. Droit d'inscription : 50 fr.

— **Direction d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux.** — La place de médecin-chef du sanatorium d'Altenberg au Col de la Schulcht sera mise au concours à partir du 1er octobre 1924 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser *avant* le 1er novembre 1924 leur demande au Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, 21, rue de Berne, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications).

Une commission technique nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés sera chargée d'examiner les titres des candidats ; la nomination sera faite par cette dernière.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est.** — Le Comité actif de la Société a fixé, dans sa dernière réunion, conformément au vœu général des médecins des stations, au *lundi* 29 *septembre* (et éventuellement au *mardi* 30) la prochaine session annuelle des membres de la Société pour l'année 1924.

La séance sera suivie d'une visite des Verreries Daum.

Les membres qui désireraient honorer la réunion d'une ou deux communications sont priés de bien vouloir envoyer, *avant le* 1er *août*, le titre de leurs communications au secrétaire. Celles-ci seront inscrites pour la séance, dans l'ordre de leur arrivée au secrétariat.

Le texte en sera publié dans la *Revue Médicale de l'Est*, aux frais de la Société jusqu'à la limite de deux pages de la *Revue*. Le surplus sera imprimé aux frais des auteurs, dans des conditions qui seront indiquées ultérieurement.

Ont est prié de bien vouloir adresser les cotisations au trésorier, le Dr A. Remy, rue de Serre, Nancy. Compte chèques-postaux : Nancy 87.42.

Membre bienfaiteur insigne, 1.000 fr. en une fois ;
Membre bienfaiteur, 500 fr. en une fois ;
Membre titulaire ou associé, 20 fr. annuellement ou 200 fr. en une fois.

(La cotisation annuelle de 20 fr. versée en 1923 sera déduite de la cotisation perpétuelle de 200 fr. pour les membres titulaires ou associés qui désireraient en effectuer la transformation.)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

l'accouchement d'une femme qui, après la naissance de l'enfant, a été immédiatement conduite dans un hospice, a dû nécessairement penser que la déclaration de naissance de cet enfant serait faite par les soins des employés de l'hospice et que, par suite, n'ayant pas agi sciemment, elle ne peut être poursuivie en vertu de l'article 346 du Code pénal pour avoir omis de faire cette déclaration ».

Il paraît d'autre part bien difficile de comprendre, et, en tous cas, d'approuver les motifs qui ont déterminé la mère à porter plainte.

Mais, nous estimons que le docteur P., qui ne s'est pas dérangé sur la convocation du commissaire de police, ferait peut-être bien de surveiller l'affaire pour éviter des difficultés.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour.

1875. — Les honoraires convenus sont-ils dus aux médecins qui se retirent pour convenance personnelle ?

Je vous soumets le cas suivant :

Une de mes clientes enceinte vient se faire examiner à quatre reprises au cours de sa grossesse : l'accouchement arrive. Devant un travail long, la sage-femme me fait appeler, et pendant 36 heures, je fais 4 à 5 visites à la parturiente attendant pour intervenir, une dilatation très lente à se faire. La famille me demande une consultation que j'accepte avec plaisir. On me demande le docteur X., démissionnaire de notre syndicat et avec qui, pour cette raison et pour de multiples raisons personnelles, je suis très mal. Je refuse en faisant observer qu'il y a sur place quatre autres médecins, avec qui je me rencontrerai avec plaisir. On insiste et je déclare que, si on s'obstine à vouloir le Dr X., je serai obligé de me retirer. On appelle le Dr X. et bien entendu je me retire. J'adresse 3 mois après une note d'honoraires comprenant les 4 visites plus un accouchement simple 60 + 300 fr. La famille refuse de me payer l'accouchement, pour lequel j'ai pourtant été retenu à l'avance et immobilisé deux jours. J'ai mis l'affaire entre les mains de mon syndicat qui me donne raison. J'ai cru voir, il y a longtemps, que la jurisprudence accordait le prix d'un accouchement simple au médecin retenu, même quand ce dernier n'a pu assister à la délivrance pour des raisons indépendantes de sa volonté. Ce qui, je crois, est le cas.

Voudriez-vous être assez aimable pour me communiquer les arrêtés en pareille matière pour que je puisse les donner à l'avocat chargé de notre contentieux à qui je remets l'affaire.

Dr S.

Réponse.

Nous ne connaissons pas de décision de justice qui ait statué sur une espèce identique à

la vôtre, mais nous ne pensons pas que l'action que vous vous proposez d'intenter ait beaucoup de chance de succès.

En effet, ce n'est pas la famille qui a refusé vos services après vous avoir retenu pour l'accouchement, c'est vous-même qui, pour des raisons de convenance personnelle, n'avez pas voulu accepter la consultation avec votre confrère. Que votre décision ait été inspirée par un esprit de discipline syndicale, que les raisons que vous pouvez avoir de refuser de vous rencontrer avec votre confrère soient excellentes, tout cela n'a rien à voir avec vos rapports avec la famille de la parturiente. Celle-ci, à aucun moment, ne vous a prié de cesser vos soins, vous vous êtes retiré de votre plein gré. Ce n'est donc pas la famille qui a rompu le contrat qui vous liait, mais vous-même.

Dans ces conditions, nous estimons que vous pouvez équitablement demander le paiement des visites que vous avez eu à faire, de la surveillance prolongée que vous avez effectuée auprès de la malade, mais que vous ne pouvez pas réclamer l'intégralité des honoraires convenus pour l'accouchement.

1826. — Patente — Valeur locative.

Voudriez-vous avoir la bonté de me renseigner sur le point suivant :

Je reçois une feuille d'imposition où ma patente est calculée sur une valeur locative de 1.200 fr. au lieu de 550 fr., alors que mon bail sous-seing privé enregistré continue son cours (550 fr.), par suite de la prorogation.

Dois-je réclamer, à qui de droit ?

D[r] B.

Réponse.

Vous pouvez adresser une réclamation rédigée sur papier timbré au sous-préfet de votre arrondissement dans les trois mois de la publication du rôle ; joindre l'avertissement, et préciser la date du bail, son enregistrement et les conditions de la prorogation.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1784. — Droit à pension de la veuve d'un mutilé de guerre

1° Une veuve de tuberculeux a-t-elle droit à la pension ? Le malade a d'abord été réformé à 10 %, puis à 100 %. Le mariage est antérieur à la réforme.

2° Une veuve a-t-elle droit à la pension dans les conditions suivantes : mariée à un réformé (30 % pour pleurésie) ? Celui-ci succombe à la tuberculose.

D[r] M.

Réponse.

Dans le premier cas, comme dans le second, la veuve n'a droit à pension que si le mariage

est antérieur soit à l'origine, soit à l'aggravation de la maladie (c'est-à-dire à la cessation du service militaire actif, sans tenir compte de la date de la réforme du mari).

(Loi du 31 mars 1919, article 14, quatrième alinéa).

Application du Tarif Breton.

I

1800. — Incision d'un gros abcès du talon.

Ayant souvent apprécié la clarté et la précision des réponses que vous donnez dans le *Concours*, je viens solliciter votre appréciation sur une tarification qui m'embarrasse. Accident du travail, 2e catégorie. Gros abcès du talon g. (1 verre de pus). Incision sous-malléolaire interne ; contre-incision inférieure au milieu du talon. Drainage. Le tarif indique :

Incision abcès superf.	15 fr.
Abcès profonds non viscéraux.........	75 fr.

Lequel compter ? D'une part ce ne me paraît pas être un abcès superficiel. D'autre part, 75 fr. me paraît beaucoup ; tandis que 15 fr. me semble maigre pour le travail effectué.

D'autre part, pansement à refaire chaque jour, changement du drain. N'est-ce que 8 fr. (visites) alors que j'ai plus d'un kilomètre à faire dans le même village. Ceci, c'est réglementaire ; mais ce pansement ne vaut-il pas plus qu'un tour de bande autour d'une égratignure ? Dr H.

Réponse.

Comme vous, nous estimons que, pour l'intervention que vous avez eu à pratiquer, un honoraire de 15 fr. est insuffisant, mais que 75 fr. seraient excessifs. Mais il ne faut pas oublier qu'en matière d'accidents du travail, le tarif n'a pas prévu tous les cas, qu'il est énonciatif et non limitatif, et que, par conséquent, on peut toujours proposer un prix pour les interventions non prévues, basé sur le prix alloué pour des interventions analogues.

D'après ce principe, nous sommes d'avis que vous pourriez demander des honoraires intermédiaires entre 15 et 75 francs, 40 à 50 francs par exemple, en prenant soin d'expliquer à l'assurance pourquoi vous réclamez cette somme.

Pour ce qui concerne le pansement, il est compris dans le prix de la visite ou consultation et de peut être compté à part.

II

1810. — Blessures multiples. Pansements et injections

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire indiquer de quelle façon je dois formuler ma note d'honoraires dans les deux cas d'accidents du travail suivants :

1° Je suis appelé un *dimanche* soir à 21 *h.* 30 auprès d'un garçon boucher blessé dans un accident de motocyclette professionnel à 4 *kim. de mon domicile.* Je fais un *pansement au genou* et un autre *à la face.*

Le lendemain, je retourne à la même distance et je lui fais à nouveau ses deux pansements, plus une injection de sérum AT et un certificat.

Comment dois-je tarifer ces pansements et interventions ? En ce qui concerne la suite des pansements, le garçon boucher ayant été ramené dans ma résidence, j'ai compté 11 fr. 25 pour pansements multiples.

2° Je suis appelé un autre jour à 6 km. auprès d'un blessé auquel je fais 3 pansements : gros orteil gauche, cuisse droite, oreille droite avec certificat. Le lendemain, je vais le voir à son domicile (8 km.) ; je lui fais panseements de l'orteil et de la cuisse avec sérum AT. Les fois suivantes, je lui fais ses deux pansements. Combien dois-je compter : 1° pour le 1er jour ; 2° pour le 2e jour ; 3° pour les jours suivants ?

Dr D.

Réponse

1° Compter visite de *nuit* (triple), plus déplacement, soit 24 plus 8, soit 32 francs. C'est le meilleur *choix* à faire dans le tarif au point de vue rémunérateur, en l'espèce, alors que vous pouvez baser votre tarification sur divers articles.

2° Le lendemain, compter une injection de sérum antitétanique, plus un pansement, en vous basant sur l'article 14, sur les *blessures multiples.* Mais vous ne pouvez compter *qu'un seul de vos deux pansements*, l'autre étant compris dans le prix de la visite ou consultation que l'article 13 sur le *cumul* vous défend de compter en même temps que l'injection de sérum. Donc, pour ce jour-là, vous avez à compter 15 + 8 + 8 (déplacement), au total : 31 francs.

3° Pour les pansements suivants, vous compterez cette fois *deux* pansements (tant que vous en aurez deux à faire naturellement), soit 8 + 8, au total :16 francs, toujours en vous basant sur l'article 14. Mais ce ne sont pas là, comme vous le pensiez, des « pansements multiples » à 11,25 (article 17). Ces derniers correspondent à ceux faits sur un « même segment de membre », ce qui n'est pas votre cas.

B. Pour ce deuxième cas, suivez simplement la règle expliquée ci-dessus et qui, d'ailleurs, est strictement basée sur le tarif lui-même.

F. D.

III

1824. — Blessure unique. Pansement et injections

1° La N. ne veut me payer que 12 fr. au lieu de 15 fr. un examen de blessé à *mon cabinet* à 11 h. 45,

heure fixée par le médecin de la Cie en dehors de mes heures de consultations.

2° L'A., la N., le Syndicat général de G., la W., n'acceptent pas dans les cas de plaies infectées, comme : pénétration d'un clou, ou coup de pioche ou écrasement d'un doigt, le cumul le même jour de : *injection* de sérum antitétanique et *pansement* de la plaie, confondant les deux actes dans le même. Ces compagnies ne consentent à payer le même jour que l'injection de sérum.

Ces interprétations sont-elles admissibles et convient-il de les accepter, ou bien y a-t-il eu des jugements permettant de penser le contraire ?

Dr B.

Réponse

1° L'article 3, *a*) dit : « le prix de la *visite* augmenté de 50 % » et non celui de la consultation. C'est donc 15 et non 12 francs que vous doit la Compagnie, en quelque lieu qu'ait été faite cette « visite à heure fixe prévue par le cinquième alinéa, etc... ». Il n'y a pas à transiger sur ce point (Voir ma réponse détaillée à ce sujet reproduite dans l'Agenda du Concours de 1924, page 135).

2° La Compagnie a raison : vous ne pouvez compter à la fois l'injection de sérum et le prix d'une visite (dans laquelle est compris le pansement), car il y aurait le *cumul* défendu par l'article 13. Cela ne se peut qu'en cas de *blessures multiples* pour les autres pansements, en se basant sur l'article 14.

F. D.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre

I

Médecin rémunéré forfaitairement.

Le médecin qui soigne à forfait les ouvriers d'une administration ne peut réclamer aucun remboursement au titre de l'article 64.

DÉCISION DU 27 DÉCEMBRE 1923.

Considérant que M. le Dr X... est lié, ainsi que l'administration, par un contrat par lequel il s'oblige à soigner dans certaines conditions les ouvriers de la poudrerie ;

Que ce contrat établit art. 1er, § 5 :

« Les soins à donner comprennent le traitement des maladies internes et externes, ainsi que les opérations chirurgicales qui peuvent être exécutées à l'établissement ou au domicile des malades quelle que soit l'origine à laquelle il y ait lieu d'attribuer les maladies et les blessures. »

Que ce contrat est daté du 29 avril 1919.

Qu'il est établi pour une période de trois ans avec prolongation d'année en année par tacite reconduction (art. 19 du contrat).

Que la circulaire 227 /A 2 /5 du Ministre de la Guerre au Directeur de la Poudrerie nationale en date du 7 juin 1920 notifie que « dans certaines poudreries les masses médicales ont parfois supporté des dépenses qui ne leur sont pas imputables..... telles..... les dépenses ..... et les soins aux blessés de guerre d'après la loi du 31 mars 1919 » ;

Que dans sa séance du 19 mai 1923, la Commission de la Charente a retenu le fait pour le Dr X... « d'avoir compris sur ses mémoires le montant de consultations données à des poudriers vus le même jour à la visite de la poudrerie ;

Que la commission départementale pose « la question de savoir si le Dr X... a le droit de comprendre sur ses mémoires le prix des soins donnés à des bénéficiaires de l'art. 64 exerçant la profession de poudriers et pour lesquels il touche une allocation comprise dans la somme forfaitaire totale » ;

Que la Commission départementale dans la séance du 30 mai 1923 a affirmé « qu'un médecin payé à forfait ne peut percevoir une deuxième fois le prix de la consultation ou visite pour des ouvriers déjà compris dans l'effectif qui fixe l'indemnité forfaitaire ».

Qu'elle a en conséquence « décidé la suppression du prix des consultations portées à la fois et aux mêmes dates sur les mémoires et sur les registres de poudrerie » ;

Que le Dr X .... a répondu par les ordres ministériels, circulaire 227 A2 /5 suscitée ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Que l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 modifié par la loi du 31 décembre 1920 (art. 54) et par la loi du 21 juillet 1922 prescrit, § 4 :

« Les bénéficiaires de la présente loi auront droit au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien » ;

Pour ces motifs :

Décide :

Que les ouvriers de la poudrerie ont le droit de se faire soigner par le Dr X... mais que le Dr X... lié par un forfait avec l'administration ne peut réclamer aucun remboursement au titre de l'article 64 pour les ouvriers de l'arsenal.

II

Justification du nombre des visites.

Malade atteint de mal de Pott et d'abcès par congestion ; autre maladie cardiaque à la période d'asystolie.

DÉCISION DU 22 NOVEMBRE 1923.

Attendu que la Commission départementale

statuant sur la proposition de la sous-commission établie en vertu de l'article 39 du décret qui avait proposé de réduire le nombre des visites faites à deux malades sans exprimer son avis autrement que par ces mots « le nombre des visites à ces deux malades étant exagéré » décide après discussion et connaissant l'avis écrit du Dr ... « qu'il y a lieu de réduire seulement d'un quart le nombre des visites sans appuyer la décision d'aucun motif » ;

Attendu que le Dr ... proteste contre cette sentence et qu'il donne dans sa lettre d'appel du 30 mars les raisons de ses visites faites, les unes à un malade souffrant d'un mal de Pott avec abcès par congestion, les autres à un malade cardiaque à la période d'asystolie, réformé à 100 % avec bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 ;

Attendu que la Commission départementale de contrôle a été, dit le Dr Y... prévenue régulièrement, ce qui aurait permis un contrôle en temps opportun comme le prévoit l'article 57 ;

En ce qui concerne le malade .... atteint du mal de Pott et d'abcès par congestion il a pu, à juste titre, paraître indispensable au Dr Y... de surveiller l'évolution de l'abcès qu'il importait de ne pas laisser ouvrir spontanément. Que cette surveillance ne pouvait pas utilement nécessiter moins de visites qu'il en a faites ;

Décide pour ces motifs d'infirmer pour la note concernant ce premier malade, la décision de la Commission départementale de la ..... et de reconnaître au Dr ... le droit au paiement de ses honoraires ;

Considérant, en ce qui touche au malade .... qu'un cardiaque à la période d'asystolie a besoin de soins réguliers ; que la pratique courante, tant à l'hôpital que dans la clientèle ordinaire, commande d'accorder à de tels malades tout le soulagement que leur peuvent apporter au jour le jour la sollicitude et le dévouement du médecin ;

Que de tels malades sont de ceux que la gravité de l'état conduit à l'hôpital s'ils ne sont pas assurés de recevoir à domicile les soins les plus précis et les plus suivis. Que la gravité de l'état était telle que ..... a succombé ;

Pour ce motif dit que M. le Dr .... n'a pas agi autrement que l'eût pu faire tout médecin soucieux de son devoir ;

Décide d'infirmer pour cette seconde note d'honoraires concernant .... la sentence de la Commission départementale de surveillance et de contrôle de la .... et reconnaît le droit du Dr Y... au paiement de ses honoraires.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

I

Légion d'Honneur.

93. — M. PHILIPPOTEAUX, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° à quelle date paraîtra le tableau de concours de la Légion d'honneur des officiers rayés des cadres de l'armée active le 22 juillet 1922 ; 2° quel est le nombre d'annuités prévu pour les propositions annuelles d'inscription au tableau de concours de la Légion d'honneur ; 3° si un ancien sous-officier rengagé, promu officier au front et proposé pour la médaille militaire alors qu'il était sous-officier, peut recevoir cette décoration après avoir définitivement quitté l'armée, en admettant que ses titres ne lui aient pas permis d'obtenir, comme officier, la Légion d'honneur. (*Question du* 19 *juin* 1924.)

Répcnse. — 1° Les titres à la Légion d'honneur des officiers à titre temporaire rayés des cadres le 22 juillet 1922 ont été examinés avec ceux des officiers d'active, lors de l'établissement du tableau de concours de 1923, et les candidats inscrits audit tableau ont été promus le 14 juillet 1923 : 2° le nombre d'annuités nécessaire pour être proposé à l'ancienneté pour la Légion d'honneur est de 24 dans l'armée active, 27 dans les réserves ; 3° réponse négative. L'intéressé qui fait actuellement partie du cadre des officiers de réserve ne peut plus concourir que pour la Légion d'honneur, sous réserve de réunir les conditions requises à cet effet.

(*J.O.*, 1er *juillet* 1924.)

II

Les allocations d'dssistance aux vieillards et celles accordées aux ascendants par la loi du 31 mars 1919 ne se cumulent pas.

161. — M. André ESCOFFIER, député , demande à M. le ministre des finances les raisons pour lesquelles le cumul des allocations accordées par la loi d'assistance aux vieillards et celles accordées aux ascendants par la loi du 31 mars 1919 n'est pas autorisé. (*Question du* 26 *juin* 1924.)

Réponse. — L'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, modifié par l'article 36 de la loi du 30 décembre 1907, énumère limitativement les catégories de ressources personnelles qui peuvent être cumulées avec l'allocation d'assistance. Il n'est dès lors pas possible, en l'état

actuel des textes, d'admettre au bénéfice du cumul les ascendants bénéficiaires d'une pension au titre de la loi du 31 mars 1919. Toutefois une proposition de loi adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 16 novembre 1920 et actuellement en instance devant le Sénat contient une disposition en ce sens.

(*J.O.*, 13 *juillet* 1924.)

III

Fixation des nouveaux droits sur les automobiles.

6364. — M. Lamy, sénateur, demande à M. le ministre des finances si, dans la fixation des nouveaux droits sur les automobiles tels qu'ils sont établis par l'article 25 de la loi du 22 mars 1924, il ne doit pas être tenu compte de la force exacte de la voiture et non des classements qui résultaient de l'article 100 de la loi du 25 juin 1920, et, le cas échéant, s'il ne conviendrait pas de faire reviser les calculs de l'administration qui attribue à une voiture une force supérieure à celle qu'elle atteint en réalité. (*Question du* 7 *juin* 1924.)

Réponse. — Sous le régime de la loi du 22 mars 1924, comme sous l'empire de la loi du 25 juin 1920, la puissance imposable des véhicules automobiles est déterminée par le service des mines qui applique une formule d'évaluation en vigueur depuis 1913. Si certains contribuables estiment que le nombre de C.V. attribué à leurs voitures est supérieur à la réalité, ils ont toute latitude de réclamer un nouvel examen en s'adressant au service des mines.

(*J.P.*, 1er *juillet* 1924.)

IV

Un gazé, réformé à 20 %, a droit aux soins gratuits.

130. — M. Philippoteaux, député, demande à M. le ministre des pensions si un ancien combattant, gazé, à qui un conseil de réforme vient de reconnaître une invalidité de 20 p. 100, a droit aux frais médicaux et pharmaceutiques. (*Question du* 19 *juin* 1924.)

Réponse. — Réponse affirmative ; l'intéressé doit cependant demander à la mairie de sa résidence son inscription sur les « listes spéciales des bénéficiaires des soins gratuits » (art. 5 et suivants du décret du 25 octobre 1922).W

(*J.O.*,6 *juillet* 1924.)

V

Uu étudiant peut-il renoncer à son sursis ?

248. — M. Charles François, député, demande à M. le ministre de la guerre si un étudiant en médecine, classe 1920, titulaire du brevet de P.M., conserve le droit de renoncer à son sursis à la date qui lui convient ; spécialement si un interne des hôpitaux, classe 1920, obtenant le

brevet de P.M. en août 1924, aura le droit de retarder son incorporation jusqu'au 1er janvier 1925. (*Question du* 27 *juin* 1924.)

Réponse. — Les jeunes gens qui ont obtenu un sursis d'incorporation d'un an renouvelable d'année en année, ou un sursis de six mois, ne peuvent renoncer, à la date qui leur convient, au bénéfice de ce sursis et sont incorporés s'ils ont commencé à jouir du sursis qui leur a été accordé, à l'expiration dudit sursis (art. 23 de la loi de recrutement). Seuls les jeunes gens qui ont obtenu un sursis dans les conditions prévues à l'article 22 de la loi (frère sous les drapeaux), ont la faculté d'y renoncer ultérieurement, mais leur incorporation n'a lieu qu'avec celle de la fraction appelée immédiatement après leur renonciation.

(*J.O.*, 10 *juillet* 1924.)

BELLES-LETTRES

Saturnin Le Saturnien.

Roman par le Dr Lucien-Graux

(G. Grès, éditeur)

Le Dr Lucien Graux, s'est fait une sorte de spécialité dans l'exposé des problèmes de l'au-delà sous une forme romanesque, grâce à laquelle il lui est loisible de développer toutes les pensées que peut inspirer son sujet, sans trop dévoiler la sienne propre.

L'auteur réputé de *Réincarné*, de *Hanté* et d'*Initié* a su nous présenter en Egbert Frénolius, le héros de ce livre, un médium qu'aucun romancier n'eût pu imaginer il y a encore quelques années. En cet homme se combinent une formidable tragédie de la conscience et un terrible combat du cœur contre l'amour.

Au thème éternel de la Passion contrariée s'allie le thème *inédit* du plus angoissant scrupule qui puisse s'imposer à une raison humaine. L'action trépidante, l'intérêt à chaque page tenu en haleine, une atmosphère d'hallucination, de mystère, de troublantes révélations concernant les sciences occultes, et notamment l'astrologie qui donne la clé des Destinées, de précieuses lumières sur la Phrénologie qui dénonce le secret des âmes et, d'épisodes en épisodes, une saisissante collaboration du monde de l'Invisible et de celui des vivants.

Nous sommes loin de toute cette littérature soi-disant métapsychique (?), obscure avant tout, et visant faute de mieux à l'incompréhensible et à l'idée du mystère. Ici, tout est net, clair, facile: libre au lecteur de croire ou de ne pas croire, mais toute la thèse lui est exposée en son plein étalement sans réticences comme sans fausses pudeurs : un très beau livre écrit d'une très belle plume.

Dr G. Paul-Manceau.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1858-IV)

AVIS

—

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

II

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46.**

III

Les médecins sollicités de venir s'installer dans les Ardennes, auront intérêt, avant même tout déplacement, à s'adresser au secrétaire du Syndicat des médecins des Ardennes (Dr Rozoy, à Charleville) qui les renseignera sur la situation exacte.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Papis.
Berck Plage. Bouquier Tridon.
Cancale Bazin.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr HÉRIN, de Féchain (Nord), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 348. — Nord. A céder d. rég. ind. tr. bon poste, seul méd. cond. achat mais., indem. à débat.

N° 349. — Doct. exp. accept. sit. de second dans mais. de sant. à Paris ou rég. Paris, banl. Ouest, et dép. Loir-et-Cher, Indre-et-Loire, et Loire-Inf.; ferait remp. dans même rég.

N° 350. — Bonne client. Chef-lieu cant. cent. 147 km. de Paris, gr. ligne, pays agréable. Prédeces. rest. un cert. temps p. bien inst. succes. dans client.

N° 351. — Confr. dés. acquér. client. demi-repos, banl. Paris (30 à 40 km.).

N° 352. — Dans rég. agréa. et riche, à vend. exc. poste méd. pro-pharmacien, 40.000 par an. En voie d'extens. par suite créat. stat. climat.

N° 353. — A vend. side-car B. S. A., 5 cv., excel. ét. de m. Dern. prix 2.500. S'adr. H. Guillon, 8, avenue des Pages, Le Vésinet, ap. midi seulem.

N° 354. — Ingén. dipl. éc. agricult. Tunis, ch. sit. abo. chim. agric. ou expl.

N° 355. — J. doct., 31 a., ch. poste litt. médite. ou sit. assist. stat. climat. ou therm.

N° 356. — Doct., memb. du *Concours*, dem. chez conf. de préfér., pens. de fam. pour son fils, élève à l'Ec. nat. des ponts et chaussées, 5e, 6e, 7e arr.

N° 357. — A céd. représ. de 4 prod. pharmac. conviend. à Dr. Rap. 25.000 env. dont 12.000 de fixes. Gr. loisirs, 4 h. de travail par jour. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 358. — A céd. dans gr. banl. Paris, poste anc. pet. ray., rapp. 33.000, dont 7.000 de fixes, fac. à aug. cond. avant. Cess. urg. S'ad. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

N° 359. — Poste anc. sur gr. ligne prox. de Paris, rapp. 30.000 méd. du ch. de fer. Tr. belle habit. Loyer avant. Lég. indemn. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale
On peut toujours reprendre le versement de ses cotisations.

Au moment de la guerre, j'ai cessé de payer ma cotisation à R. pour une retraite à 65 ans ; à la paix j'avais l'intention de me mettre en règle comme vous m'y invitiez par une circulaire, mais j'ai remis et finalement je n'y ai plus pensé.

Me serait-il possible actuellement de reprendre le versement de ces cotisations, car je regrette de l'avoir interrompu ? Et si cela est possible, dans quelles conditions puis-je le faire ?

Dr M.

Réponse.

Il est toujours possible de reprendre le versement de ses cotisations.

Vous êtes entré en 1906 et avez versé 1176 francs, votre cotisation annuelle étant de 147 francs et vous avez cessé en 1914.

Ces versements ne sont pas perdus et vous assureront à 65 ans une pension réduite.

Pour reprendre vos droits à une pension de 1200 francs, vous avez deux moyens :

Le premier consiste à payer d'un seul coup le total de toutes les cotisations en souffrance augmentées des intérêts moratoires pour reprendre le versement de la cotisation annuelle qui depuis 1921 n'est plus que de 108 francs. C'est le plus simple, mais la somme est peut être un peu grosse pour la verser d'une seule fois.

Le second consiste à verser, à intervalles plus ou moins rapprochés, les cotisations annuelles séparément de manière à vous remettre en règle dans le délai qui vous conviendra. Dans ce cas, il faudrait avertir le trésorier chaque fois que vous voudriez faire un versement : il ferait le

calcul des intérêts et vous indiquerait la somme à envoyer.

Ces versements seront, bien entendu, contre-assurés comme les versements que vous avez faits.

A. G.

1804. — Acuité visuelle et service militaire

Je viens solliciter aujourd'hui de votre compétence universelle un renseignement militaire :

Pour un jeune homme myope et astigmate, quelles sont les dioptries et l'acuité visuelle compatibles avec le service armé, le service auxiliaire ou l'exemption ?

Dr S.

Réponse

L'aptitude au service armé exige une acuité visuelle supérieure, ou tout au moins égale, à 1/2 pour un œil et 1/20 pour l'autre œil, après correction s'il y a lieu, par les verres sphériques (myopie), par les verres cylindriques simples et par les verres sphéro-cylindriques (myopie et anastigmatisme).

Pour le service auxiliaire, il faut, après même correction, s'il y a lieu, une acuité visuelle supérieure, ou tout au moins égale, à 1/4 pour un œil, celle de l'autre œil étant inférieure à 1/20, ou même complètement abolie.

La myopie, compliquée de lésions choroïdiennes étendues, déterminant une acuité visuelle inférieure à ces limites, entraîne l'exemption ou la réforme.

1743 — Droits et avantages d'un pensionné à 15 %

Tout d'abord quelques mots d'explication.

Après de nombreuses hésitations, je me suis décidé (début mars 1924) à demander à passer devant un Conseil de réforme, quelques jours avant l'expiration du délai de 5 ans, ma démobilisation remontant au 3 mars 1919. J'ai été convoqué à 2 reprises et j'ai obtenu, en date du 29 mai 1924, une pension temporaire de 15 % valable jusqu'au 29 mai 1926, l'origine de ma bronchite contractée en service en mai 1915 ayant été reconnue. Je suis médecin aide-major de 1re classe à T. D. du 29 novembre 1916. J'oubliais de dire que j'ai obtenu 15 %, mais avec *maintien dans les cadres*.

J'ai 3 enfants, dont l'aînée a 10 ans. On me donne une pension d'invalidité de 548 fr. augmentée de 135 fr. pour mes 3 enfants, soit *par trimestre* 137 *fr.* + 33 *fr.* 75 = 170 fr. 75.

Pouvez-vous m'indiquer : 1° si cette pension de 548 fr. vous paraît bien établie ; 2° s'il n'y a pas erreur dans la majoration de 135 fr. par AN pour 3 enfants, ce qui donne *annuellement* 45 fr. par enfant ; j'aurais cru que la majoration par enfant était bien

plus élevée ? ? ? ; 3° n'y a-t-il lieu à aucun rappel depuis ma démobilisation ? J'avais été évacué des armées en mai 1915, mobilisé dans un régiment depuis le 2 août 1914.

J'ai été hospitalisé 15 jours, suis sorti sur ma demande (ayant perdu mon frère), j'ai eu 2 mois de convalescence, un de prolongation et suis resté dans un hôpital de l'intérieur, comme *médecin traitant*, pendant dix-sept mois. J'ai rejoint les armées en février 1917 et suis resté jusqu'en mars 1919 au front, soit dans une ambulance, soit dans un régiment d'active, soit enfin dans un régiment territorial.

Heureux d'être démobilisé, bien que fatigué, j'ai repris mon petit village, en abandonnant deux villages voisins sur trois : à ce moment-là, j'avais bien du 25 % d'incapacité, mais je n'ai pas réclamé ; ce n'est qu'à la veille de l'expiration des 5 ans, que j'ai fait ma première demande de passage devant un C. S. de R.

Je renouvelle donc ma troisième question : *n'ai-je pas droit à un rappel depuis mars* 1915, puisqu'en somme, à cette époque, j'étais beaucoup plus malade que maintenant ?

4° L'incapacité de 15 % donne-t-elle droit à quelques avantages, en dehors de la pension ? Voulez-vous être assez aimable pour me les énumérer ?

Voyages ? J'ai 30 % comme père de 3 enfants.

Légion d'honneur ? J'ai bien été proposé 2 fois, mais n'ai pas fait partie des élus !

Emploi médical. — Cela peut-il me favoriser dans un emploi ? Lequel ? etc...

Dr C.

Réponse.

1° Le taux de 15 % donne bien droit pour un médecin aide-major de 1re classe à une pension annuelle de 548 francs ; ne connaissant pas le libellé exact de votre diagnostic, nous ne pouvons apprécier autrement le montant qui vous est accordé.

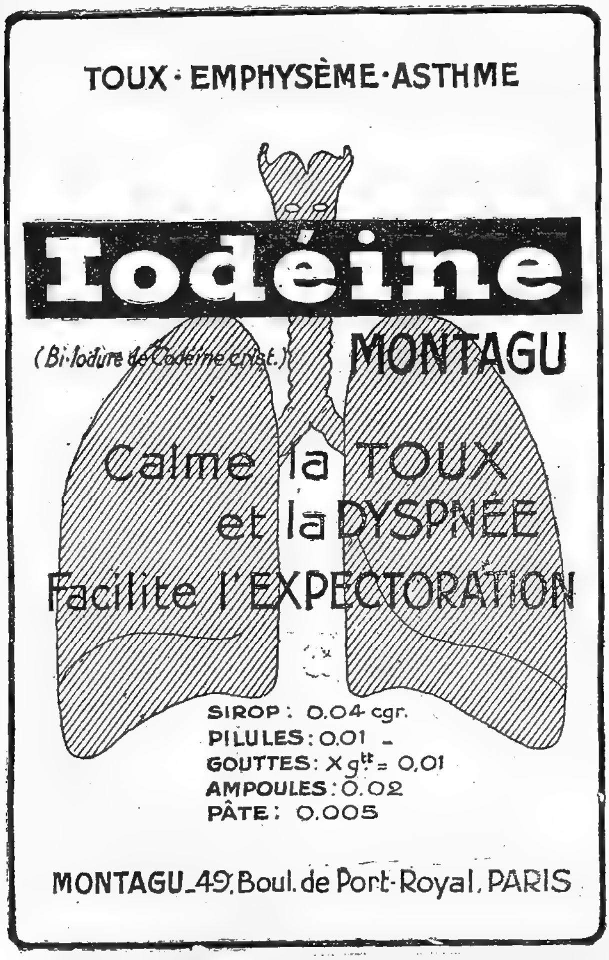
2° Ce taux de 15 % donne droit à une majoration annuelle de 45 francs par enfant, quel que soit le grade (article 13 de la loi).

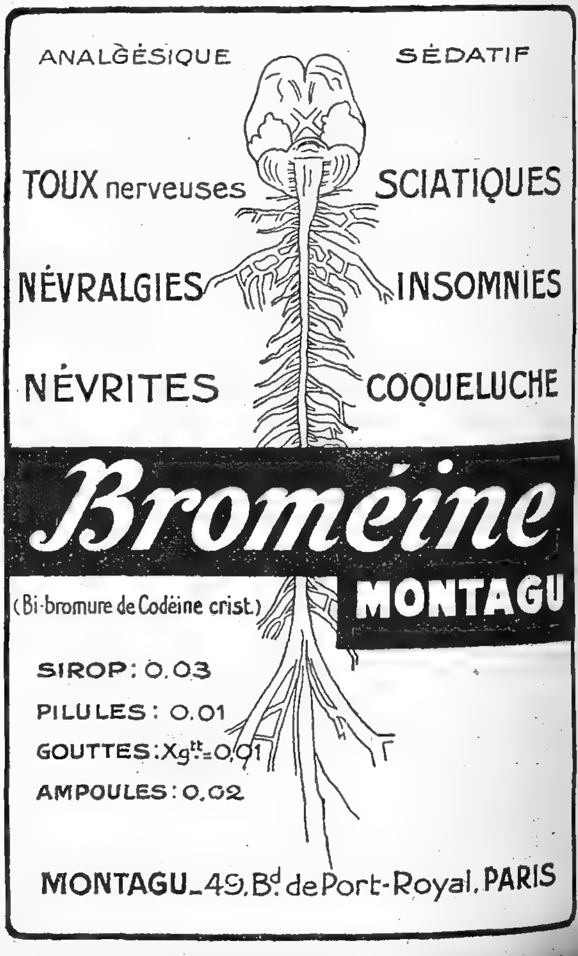
3° Quant au point de départ de la pension, il est fixé au jour de la décision prise par la Commission de réforme (article 3). Vous ne pouvez donc prétendre à une rétroactivité du jour où vous êtes tombé malade, ni du jour de votre démobilisation.

4° Ce taux d'invalidité de 15 % n'est pas suffisamment élevé pour vous donner droit à une réduction de tarif sur les chemins de fer ; il faut au moins 25 %.

Il vous sera tenu compte de votre maladie contractée en service, lors de votre proposition pour la Légion d'honneur.

Au point de vue d'un emploi *réservé*, aucune règle fixe ; cependant, c'est un élément à faire valoir en temps et lieu.





1740. — Pension de la veuve et de l'orphelin d'un mutilé de guerre

En août 1920, 20 jours après sa démobilisation, un homme qui avait été malade au corps se marie.

Aggravation de sa maladie contractée au service. Réforme fin mars 1924 avec pension à 100 % (tuberculose pulmonaire en évolution). Un enfant naît le 22 avril. Le père meurt le 1er mai. Quels sont les droits de la veuve et de l'enfant ?

Dr R.

Réponse

1° Le mariage étant postérieur à l'aggravation *en service* de la maladie, cause de la réforme, la veuve n'a pas droit à pension.

2° L'orphelin a droit de conserver, jusqu'à sa majorité, la majoration de 300 francs par an, que lui conférait la pension de son père, réformé à 100 %. Il faut, pour cela, que la veuve adresse une demande (avec bulletin de décès du mari) au ministre des finances, direction de la dette inscrite.

Application de la loi sur les accidents du travail à l'agriculture.

Un de nos abonnés, Monsieur le Dr P.. nous ayant posé les questions suivantes :

Le tarif Breton est-il applicable au petit exploitant qui a adhéré à la loi et s'est assuré ?

Est-il également applicable au gros cultivateur qui a adhéré à la loi et s'est assuré ?

Nous avons demandé à Monsieur le Conseiller d'Etat, directeur du Contrôle des Assurances privées au Ministère du travail, de vouloir bien nous donner son avis. Nous venons de recevoir de lui la réponse ci-dessous, que nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs.

Monsieur le Secrétaire,

En réponse à votre communication relative aux questions qui vous ont été posées par le Dr E. P., j'ai l'honneur de vous informer que la réserve formulée par votre correspondant dans sa lettre du 30 juin 1924 me paraît fondée. Il résulte, en effet, du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 que les *exploitants assujettis* peuvent se placer eux-mêmes sous le régime de la législation sur les accidents du travail, dans les conditions prévues par le règlement d'administration publique du 29 juillet 1923, après avoir contracté une assurance.

Dans ce cas, s'ils sont victimes d'accidents du travail, ils pourront donc réclamer à leur assureur le règlement des frais du traitement, dans les limites établies par le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

J'ajoute que le médecin appelé par l'exploitant, pourra toujours lui réclamer ses honoraires dans les

conditions du droit commun, et que ce n'est qu'en cas de contestation, ou si l'exploitant devenait insolvable, que le médecin pourrait exercer une action directe contre l'assureur, dans les limites établies par le tarif susvisé.

En ce qui concerne la possibilité pour les médecins de consulter le registre de déclarations d'adhésions à la législation sur les accidents du travail prévu par l'article 4 du décret du 29 juillet 1923, s'il est vrai que la communication sur place, aux termes dudit article, en soit réservée, sur leur demande, à l'exploitant, aux membres de sa famille et à ses collaborateurs occasionnels, il semble que rien ne s'opposerait à ce que le médecin, s'il s'en faisait donner mandat par les intéressés, puisse en réclamer également communication.

Je vous retourne les documents que vous m'avez communiqués.

Recevez, Monsieur le secrétaire, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Par autorisation :

Le Conseiller d'Etat, directeur,

SUMIEN.

1896. — Accident du travail. Salaire de base d'un ouvrier de moins de 16 ans

Apprenti de 14 ans 1/2. Accident de travail. Amputation des 1res phalanges, index et médius droits. Je fixe l'incapacité à 20 p. cent. La compagnie offre 19 p. cent.

D'autre part et c'est là le point sur lequel je voudrais attirer votre attention, la compagnie d'assurance calcule le salaire de base de cet apprenti à 5.000 et quelques francs par an.

Alors que l'ouvrier le moins payé de la même catégorie gagne 3 fr. 20 de l'heure et fait une moyenne de 9 heures par jour, ce qui donne un peu plus de 8.000 fr. par an.

Est-ce juste, le petit apprenti n'est-il pas frustré par la compagnie ?

Dr G.

Réponse.

L'article 8 de la loi du 9 avril 1898 décide que le salaire qui doit servir de base à la fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de seize ans ou à l'apprenti victime d'un accident du travail ne doit pas être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, employés dans l'entreprise. C'est donc en violation de la loi que l'assurance prétend fixer la rente de votre jeune blessé sur le salaire qu'il gagnait avant l'accident et celui-ci, ou plutôt

son père, administrateur légal de sa personne et de ses biens, ne doit pas accepter le règlement proposé. Si donc l'assurance persiste dans son attitude, le père devra refuser de se concilier devant le président du tribunal, lors de la tentative de conciliation prévue par la loi. Il n'aura alors qu'à adresser au procureur de la République une demande tendant à se voir désigner un avoué pour poursuivre l'affaire devant le tribunal. En matière d'accident du travail, l'assistance judiciaire est de droit pour l'ouvrier.

1902. — Préliminaire de conciliation devant le juge de paix

Je voudrais savoir, si pour le paiement des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail, *la conciliation en justice de paix est obligatoire* et si le juge de paix peut passer outre et délivrer le permis de citer, sans conciliation préalable. Voici pourquoi :

Je vous ai entretenu dernièrement de mes difficultés avec l'assureur-conseil G. et j'ai commencé par exécuter les Chantiers de N. L'assureur-conseil m'ayant réduit une note et refusé une autre, j'ai écrit au directeur des Chantiers de N. pour le mettre au courant en lui réclamant le paiement intégral de mes honoraires.

La réponse du directeur a simplement confirmé les idées de l'assureur-conseil.

Je lui ai ensuite proposé, par lettre, en vertu de l'arrêté ministériel, de choisir un médecin-arbitre, en ajoutant que j'accepterais même la décision du médecin-conseil de l'assureur-conseil, s'il m'était proposé.

Cette lettre est restée sans réponse.

Par le ministère de l'huissier de G., siège de la justice de paix, j'ai fait demander au juge de paix le permis de citer, en faisant valoir que la conciliation était inutile, puisque verbalement et par lettre nous n'avions pas pu nous mettre d'accord et que, de plus, ils avaient refusé, par leur silence, de choisir un arbitre.

Le juge de paix a exigé la conciliation préalable qui aura lieu mercredi prochain à P. où je serai représenté par l'huissier de G.

Dr N.

Réponse.

Les affaires qui ressortissent à la juridiction du juge de paix doivent obligatoirement être précédées d'une tentative de conciliation devant ce magistrat, et il n'est pas fait exception à cette règle pour l'application de la loi sur les accidents du travail. Quels que soient les faits qui donnent lieu au procès, et même si des démarches amiables ou la correspondance échangée ont précisé le désaccord, ce préliminaire est indispensable.

C'est seulement dans les cas qui requièrent

célérité qu'il peut y avoir dispense de conciliation, mais cette dispense doit être accordée par le juge de paix, auquel il appartient d'apprécier si l'urgence alléguée existe réellement.

1909. — Médecine légale. Réquisition de nuit.

Le 26 juin dernier, j'ai été requis par le commissaire de police d'A, 9.000 habitants, réquisition écrite, de me transporter dans le voisinage de mon habitation à l'effet de « visiter les nommés X. et Y. pour ensuite, serment préalablement prêté entre nos mains, nous faire un rapport verbal et écrit sur les causes des coups de couteau reçus par X. et sur l'état de Y. ».

J'ai donc obéi à la réquisition, il était à peine quatre heures du matin, j'ai pansé l'Algérien X, qui avait reçu quatre coups de couteau superficiels et examiné Y. qui n'avait rien.

J'ai soumis deux rapports distincts au Commissaire.

Et maintenant comment établir mon mémoire ou mes mémoires d'honoraires et à qui l'adresser ? Je suis tout à fait neuf dans la question.

Dois-je appliquer simplement le tarif prévu par le décret du 5 octobre 1920 :

Art. 26. — Pour une visite judiciaire, 15 fr., soit pour deux visites : 15 × 2 = 30 fr.

N'ai-je pas le droit de compter mes pansements et mon déplacement de nuit ?

Dr J.

Réponse.

D'après les termes mêmes de la réquisition du commissaire de police, vous étiez réquisitionné pour visiter les blessés et pour faire un rapport, mais non pour donner des soins et faire des pansements. Vous ne pouvez donc demander à l'Etat le paiement des soins que vous avez donnés, les seuls débiteurs de ces soins étant les blessés eux-mêmes.

En ce qui concerne le paiement de vos deux visites judiciaires, aux termes de l'article 26 du décret, le prix de chaque visite est bien de 15 francs, mais ce même article *in fine*, dit ceci : « au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe d'après les circonstances la taxe qui doit être allouée ». Nous estimons que, dans l'établissement de votre mémoire, vous devez faire état de ce paragraphe, car il n'y avait vraiment pas besoin de vous déranger à quatre heures du matin pour effectuer de simples constatations que vous auriez pu aussi bien faire dans la journée. Par analogie avec le tarif Breton, qui multiplie par trois le prix de la visite lorsqu'elle a lieu entre 21 heures et 6 heures, nous sommes d'avis que vous

(*Voir la suite page XLIII*-1901)

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Toulouse

L'idée heureuse et féconde que le Dr BECKERS, de Bruxelles, a eue, il y a quatre ans, en organisant les Journées médicales, vient d'être imitée, en France, dans la belle cité toulousaine.

Réunir, dans les mêmes assises, les savants et scientifiques concurremment aux praticiens, aux confrères de petite ville et de campagne : voici le résultat obtenu, grâce au dévouement inlassable du secrétaire général des « Journées de Toulouse », M. le professeur BARDIER ; il fut le grand triomphateur, après avoir été l'organisateur du succès, grâce encore à l'activité et à l'exquise urbanité du professeur ABELOUS, doyen de la Faculté de Toulouse et enfin à l'entente cordiale entre les présidents de la Fédération syndicale du Sud-Ouest, des syndicats et de l'Association des médecins de la Haute-Garonne et de celle des médecins de Toulouse.

Et tout à l'heure, lorsque nous tirerons l'enseignement et la philosophie de ces Journées, c'est vers les organisateurs que se retournera notre pensée, pour leur adresser un chaleureux merci.

Partie scientifique.

Le jeudi 10 juillet, inauguration de ces quatre journées. Chaque matin, un programme détaillé informait les congressistes que, dans les divers services des hôpitaux, des leçons cliniques étaient faites sur des sujets de médecine, de chirurgie ou de spécialité. Des cas opératoires, des présentations de malades, des visites détaillées de services hospitaliers tentaient la soif d'apprendre des visiteurs. Et c'étaient de longues discussions scientifiques entre personnes qualifiées, opposant les procédés et les méthodes les uns aux autres, discutant les résultats obtenus.

Ce fut ainsi une conférence du Dr ESCAT, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie, sur la maladie d'Isambert et ses modalités cliniques ; des visites de services, avec présentations de malades, dans les services de clinique médicale des professeurs MOREL, RÉMOND, BAYLAC, BÉZY.

Dans les services de chirurgie, séances opératoires et présentation de malades, dans les services des professeurs DAMBRIN, MÉRIEL, du Dr BAUDET, chirurgien des hôpitaux.

Le professeur MARIE fit visiter son service de physique médicale, pendant que les professeurs AUDEBERT et GARIPUY faisaient les honneurs de leur service de Maternité.

Le professeur MARTIN nous conviait à une séance opératoire dans son service d'urologie, cependant que le professeur CESTAN faisait une conférence sur la technique et les indications de la sérothérapie intraventriculaire cérébrale et que le professeur MARIE faisait visiter le service et centre anti-cancéreux, dont il est le directeur.

Dans le service du Dr DAUNIC, médecin des hôpitaux, le professeur BAYLAC fit une séance de démonstration du traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel.

Les après-midi étaient consacrées aux séances diverses, qui avaient lieu dans les locaux de la Faculté, mis gracieusement à la disposition du Congrès par M. le doyen ABELOUS.

Séance d'ouverture solennelle, où, à côté des professeurs de Faculté viennent prendre place le Président de l'Union des Syndicats médicaux, notre ami le Dr DECOURT, et le président de l'Association générale des médecins de France, notre excellent confrère le Dr BELLENCONTRE.

Discours officiels, suivis d'une conférence du Dr BÉZY, sur la puériculture au point de vue social ; d'une communication du Dr ARGAUD, professeur d'histologie à la Faculté, sur la néoplasie chordale ; d'une conférence du Dr BECKERS, secrétaire général des « Journées médicales de Bruxelles », sur les acquisitions récentes dans le traitement du cancer du sein.

Le Dr PAUCHET avait envoyé de Paris une série de films chirurgicaux, qui ont vivement intéressé les spectateurs.

Le vendredi, après-midi, séance de la Société d'obstétrique et de gynécologie, présidée par le professeur MÉRIEL. De nombreuses et intéressantes communications y furent faites, notamment sur le traitement du cancer du col pendant la grossesse.

Egalement, séance de la Société de chirurgie, présidée par le Dr ESCAT, avec diverses communications. Le professeur GERBER fit la lecture d'un travail historique sur « la communauté des chirurgiens de Toulouse, au XVIIIe siècle », étude très documentée sur cette corporation, dont les membres ne manquèrent pas de relief

et dont les registres existent encore en grande partie dans les *Archives* départementales de la Haute-Garonne.

Le Dr VINCENT, médecin inspecteur général, professeur au Val-de-Grâce, fit ensuite une remarquable communication sur le coli-bacille, agent pathogène. Avec grande éloquence, il exposa les résultats de la vaccinothérapie, surtout dans l'armée, ainsi que les ravages que fait ce microbe à allures variables selon son degré de virulence.

Le samedi matin, put être visitée une exposition, organisée par le service de santé militaire, d'une ambulance chirurgicale légère, avec tout son matériel.

M. le médecin inspecteur général VINCENT fit un court exposé des méthodes employées avec tant de succès, pendant la guerre, contre la fièvre typhoïde, la gangrène gazeuse, la dysentérie et le choléra, méthodes dans le triomphe desquelles il a joué un si grand rôle.

Ce fut ensuite la visite du matériel monté au complet sur les deux côtés des allées Saint-Michel : voitures d'évacuation, auto-chenilles, tentes ambulances, pavillon chirurgical démontable, matériel roulant de stérilisation, de radiographie, de désinfection, de douches, buanderie même et séchoirs montés sur camions.

L'après-midi, conférence très intéressante du professeur MAURIN, sur les principales étapes de la législation pharmaceutique, avec un exposé de M. TOUZET, présentant une exposition rétrospective de livres et objets médico-pharmaceutiques.

Nous fûmes privés de la communication de M. le Doyen, le professeur ABELOUS, sur les fonctions de la rate. Aphone, souffrant de la gorge, il fut, néanmoins, à son poste pendant toutes les journées, comme maître de maison parfait ; mais l'état de son larynx l'empêcha de nous faire la conférence, que nous eussions souhaité d'entendre.

Le Dr GLEY, professeur au Collège de France, nous fit une conférence d'une haute envolée, sur le problème de la sénescence et la doctrine des glandes à sécrétion interne.

Le problème de la vieillesse est mystérieux comme celui de la vie et de la mort et le moins accessible à l'expérimentation. Chacun donne ses explications sur ces phénomènes. Or, à la suite d'opérations systématiquement conduites sur les animaux, quelques greffes tentées sur l'homme permettent de reprendre le vieux rêve du rajeunissement.

La question est sortie de la fonction endocrine de la glande génitale. C'est Brown-Séquard qui, le premier, a démontré qu'à côté de la fonction génératrice, les glandes génitales avaient une autre fonction endocrine.

Une série d'expériences de Steinach sur des rats montre qu'on peut rajeunir de vieux animaux castrés. Et M. GLEY fait défiler, sous nos yeux, la projection de nombreux clichés extrêmement curieux et démonstratifs.

Les expériences de PÉZARD démontrent qu'il n'est pas nécessaire de faire de gros greffons, pour obtenir des résultats meilleurs : un minimum en poids est simplement nécessaire, pour obtenir le résultat cherché et M. GLEY en conclut qu'il n'y a ni hyper, ni hypo-fonctionnement dans les glandes, mais plutôt un fonctionnement de luxe, dont une partie n'est pas utilisée par l'organisme.

Quelles conclusions en tirer ? L'espérance dans le rajeunissement est-elle justifiée par les faits ? Il faut distinguer entre la restitution du pouvoir sexuel et le rajeunissement, c'est-à-dire le retour à une activité et à une énergie, qui étaient plus ou moins éteintes, ou bien encore obtenir l'arrêt des progrès de l'âge.

Les forces générales sont souvent augmentées ; mais y a-t-il vraiment retour en arrière, c'est-à-dire prolongement de la vie ? On ne peut pas encore répondre.

La vieillesse est-elle une nécessité ou n'est-elle qu'une contingence ? Il y a des êtres qui vivent fort longtemps, comme certains arbres, certains poissons. Les protozoaires sont même immortels. Carrel, avec ses cultures de tissu conjonctif, arrive aux mêmes résultats. On peut donc dire que l'évolution naturelle des éléments cellulaires isolés, c'est la multiplication et non la vieillesse et la mort.

Peut-on dès lors déclarer que la sénescence n'est pas inhérente à la matière vivante, mais qu'elle est contingente ?

Avant d'étudier les causes de la vieillesse, ou de la mort, il faut se demander pourquoi nous cessons de croître.

Enfin, dernière question : pourrait-on faire régresser la vieillesse ? Il faut l'espérer. Mais, quelle que soit l'opération, la restitution ne sera que temporaire. L'opération est justifiée pour diminuer les inconvénients de la vieillesse.

La femme n'a pas bénéficié de ces opérations jusqu'ici, et on peut se demander si l'ovaire contient, au même degré que le testicule, une fonction dynamogénique. Aucune transplantation de

testicule n'a été tentée, chez la femme ; mais l'opothérapie testiculaire semble donner de bons résultats.

Et vigoureusement applaudi, le prof. Gley termine en montrant que les expériences de physiologie sur les animaux permettent d'espérer, pour l'homme, la prolongation de la vie, ou tout au moins l'arrêt des ravages de la sénilité.

Le dimanche matin, un avion sanitaire était attendu : il ne vint pas ; cependant que M. Escat faisait une conférence sur la conception récente de l'ozène et qu'au cours de la constitution d'une société d'hydrologie et de climatologie, M. le professeur Serr exposait l'œuvre hydrologique du professeur Garrigou, véritable précurseur de l'hydrologie, qui, pendant 50 ans, a lutté seul, dans une farouche indépendance, en faveur de l'organisation de nos villes thermales et climatiques françaises, que le professeur Aloy faisait une causerie sur l'origine des eaux arsénicales, et que le Dr Molinéry abordait le problème de l'hydrologie en 1924.

Celui-ci fit entrevoir le brillant avenir de l'hydrologie, lorsque les Facultés, les Instituts d'hydrologie, les Sociétés médicales thermales, marchant la main dans la main, auront réalisé les perfectionnements vers lesquels on aspire chaque jour.

Il s'éleva vigoureusement contre la tendance qu'ont certaines villes thermales, qui, au lieu d'encourager l'arrivée de malades, semblent, au contraire, tout faire pour les décourager.

Le Dr Molinéry développa ensuite l'idée de la possibilité de création des inspecteurs thermaux, qui, n'ayant rien de commun avec ceux que la loi a abolis depuis une trentaine d'années, auraient pour mission de diriger les stations au point de vue technique, scientifique et économique.

Il aborda quelques considérations sur l'organisation des voyages d'études médicales, sur la fondation d'un Crédit Thermal français, analogue au Crédit hôtelier et termina par un exposé très succinct des grands travaux d'hydrologie en 1924.

L'après-midi, la Société de médecine de Toulouse se réunissait, en sa séance solennelle et entr'autres comunications, nous avons entendu l'allocution du président, M. le professeur Sorel, sur la médecine légale et la police sanitaire.

Partie professionnelle.

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux, le Dr Decourt et le président de l'Association générale des médecins de France, avaient été *invités officiellement à assister à la séance d'ouverture* des « Journées médicales », pour que l'élément professionnel soit ainsi ouvertement associé au mouvement scientifique de la Faculté.

Nous félicitons vivement M. le Doyen, professeur Abelous, d'avoir ainsi démontré que le Corps médical est un et que les manifestations corporatives doivent réunir, sous un même toit, et le corps enseignant et les médecins praticiens.

L'Union et l'A. G. furent donc toujours aux places d'honneur et leurs présidents respectifs eurent, à maintes reprises, l'occasion de prendre officiellement la parole.

Mais la grande manifestation syndicale eut lieu le dimanche après midi.

Dans le grand amphithéâtre de la Faculté, s'ouvrit d'abord la réunion de la Fédération des Syndicats médicaux du Sud-Ouest, sous la présidence du dévoué Dr Clavelier.

Le Dr Decourt prit la parole et fit surtout l'historique du syndicalisme, rappelant l'œuvre de Cézilly, de Gassot, de Maurat, de Jeanne, avec le *Concours médical*, créant successivement les syndicats et leur Union. Evoquant la lettre du Dr Margueritte, parue dans le *Concours* en 1879, Decourt exposa à ses auditeurs comment, parti de la défense des intérêts particuliers, pour le relèvement des honoraires, le mouvement syndical médical fut amené à s'occuper de questions sociales. C'est d'abord le tarif à la visite, s'appuyant sur le libre choix du médecin, pour assurer au malade le maximum de sécurité dans les soins qu'il reçoit ; c'est ensuite l'organisation d'un contrôle, si l'on veut que les collectivités puissent nous accorder des tarifs qui ne soient pas dérisoires, tant avec les tarifs Dubief et Breton, qu'avec celui des pensions.

Decourt montra ensuite que l'Union des Syndicats devient progressivement le conseiller technique et autorisé des pouvoirs publics, cependant qu'il convient de nous préoccuper du rôle social et professionnel que le Corps médical sera appelé à jouer, lors de l'application plus ou moins prochaine de la loi sur les assurances sociales.

Il termine en annonçant l'organisation, pour 1925, de grandes assises professionnelles, un Congrès des Praticiens, qui abordera la lutte sociale contre la tuberculose.

Nous-même prîmes la parole, pour montrer le rôle décentralisateur du *Concours*, qui, depuis longtemps, s'efforce de donner, dans ses colonnes, des cliniques, faites par des professeurs de Faculté de province. Et nos abonnés sont heu-

reux de retrouver la parole de leurs anciens maîtres, ayant également un sentiment de fierté régionaliste, en constatant qu'il n'y a pas que dans la capitale que se trouvent d'excellents professeurs et cliniciens.

Puis, abordant le rôle professionnel du *Concours*, nous avons rappelé comment Cézilly et Gassot avaient fait, par leur journal, du syndicalisme avant la lettre, préparant ainsi l'œuvre des Mignen et des Noir, le père de Julien Noir, notre rédacteur en chef.

Mais, les enfants ont pris force et vigueur : aussi, passant la main aux Syndicats médicaux et à leur Union, le *Concours* n'entend être qu'un organe de libre discussion et non d'action. Dans nos colonnes, toutes les idées peuvent être soutenues, sous la signature de leurs auteurs ; mais nous sommes respectueux de la discipline syndicale et nous nous associons aux directives votées par les assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux.

Cependant, l'œuvre syndicale serait incomplète, si elle n'était doublée de celle du « Sou médical ». Les lois sur les syndicats empêchent ces groupes corporatifs de défendre l'intérêt individuel. Aussi le « Sou médical », Ligue de défense professionnelle individuelle, soutient-il par des consultations juridiques et par ses deniers, tous procès d'ordre professionnel, alors que la défense contre la responsabilité professionnelle, bien que garantie jusqu'à 50.000 francs, ne soit pas grand chose à côté des questions d'honoraires, de secret professionnel, de luttes contre les mauvais clients, contre les collectivités publiques ou privées, qui tentent de léser les légitimes intérêts de nos adhérents.

Ainsi comprise, l'action du *Concours* complète celle des syndicats, cependant que la Mutualité familiale assure des retraites de droit et des indemnités en cas de maladie et d'accidents.

Le Dr Aversenq présenta ensuite un plaidoyer en faveur de l'Ordre des médecins et il insista sur la nécessité de l'organisation d'une juridiction professionnelle. Cette question est à l'étude, dans une commission spéciale de l'Union des Syndicats médicaux.

Immédiatement après, eut lieu la réunion commune de l'Association des médecins de Toulouse et de l'Association des médecins de la Haute-Garonne. Après les discours des présidents docteurs Basset et Bardier, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, fit une causerie sur l'organisation du Corps médical.

Après avoir exposé l'historique de l'A. G. et son rôle, tant de bienfaisance que de moralisation, le Dr Bellencontre constata que notre période moderne réclame le syndicat et l'assurance mutuelle. Aussi souhaite-t-il une collaboration entre l'A. G. et l'Union des syndicats, bien que les lois du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels et du 1er avril 1898, sur les mutualités, empêchent toute union entre les deux grands organismes, comme le Dr Bellencontre l'aurait souhaité. De même, pour une collaboration entre l'A. G. et la Mutualité familiale du Corps médical français, créée par le *Concours médical* : le Dr Bellencontre déplore la rupture d'un contrat, liant jadis les deux sociétés, alors que le but de bienfaisance de l'une s'associait mal avec les chiffres des actuaires, auxquels la Mutualité familiale est tenue de se conformer.

En écoutant notre président, qui a consacré sa vie aux idées professionnelles, il nous revenait à la mémoire la conférence du prof. Gley, et, avec Bellencontre, nous nous demandions comment rajeunir des sociétés, qui ont fait jadis tant de bien, mais qui, actuellement, sont débordées par une vie plus intensive, plus assoiffée de sécurité, pour la couverture du risque vieillesse ou maladie, alors que les gestes de bienfaisance sont insuffisants pour venir en aide aux vaincus de la vie professionnelle.

Manifestations adjacentes.

Les « Journées » ont commencé par un hommage rendu aux étudiants toulousains, morts pour la défense de la Patrie.

De leur côté, les membres de la délégation espagnole ont déposé une gerbe de fleurs devant le monument des étudiants morts pour la France. Ils se sont également rendus en automobile à Muret, où en 1213 périt Pierre d'Aragon, sur le champ de bataille.

Des manifestations artistiques ont charmé les congressistes. Des visites avaient été organisées, pour faire admirer les beautés de la ville de Toulouse : visites des musées, des églises, des vieux hôtels de style Renaissance, dont quelques-uns sont véritablement merveilleux. Des personnalités idoines se mettaient gracieusement à la disposition des congressistes, amateurs d'art ; malheureusement, le côté scientifique et professionnel n'avait pas moins d'attirance et nous retenait à la Faculté.

Joignons à ces manifestations artistiques la réception du sénateur-maire et de la municipalité, dans la grande salle des Illustres, au Capitole ; une soirée de gala, où fut joué le « Malade imaginaire », pour nous faire sentir que Molière est immortel, dans ses satires ; le grand banquet officiel de 160 couverts, la cordiale réception au cours d'un déjeûner offert par la fédération des Syndicats médicaux du Sud-Ouest. L'agréable avait donc été le doux accompagnateur de l'utile et nos amis toulousains mirent tout en œuvre pour donner à leurs invités le désir de revenir l'an prochain.

Voyage à Luchon.

Le 14 juillet, cordiale réception à Luchon par le maire et la société médicale de la gracieuse station. Inutile d'insister sur l'aménité et la confraternelle obligeance de nos amis, les docteurs Molinéry et Cazal Gamelsy, qui surent nous faire les honneurs de l'établissement thermal, nous montrant les améliorations successives qui, par des transformations incessantes, dotent l'établissement d'une organisation ultra-moderne, en ce qui concerne et le confort et l'art de guérir. Appareils à insufflation de vapeurs sulfureuses, pour la trompe d'Eustache, pulvérisations, salles de humage, piscines et bains, mécanothérapie : tout fut montré à la petite caravane médicale.

Après la réception par la Société médicale, ascension à Superbagnères par un chemin de fer à crémaillère, qui permet d'admirer un panorama sans égal. Et tout là haut, un hôtel se dresse orgueilleux devant la Maladetta : d'un côté le chaos des montagnes, vue inoubliable, grandiose ; de l'autre, le triomphe de la fée électrique, dans un hôtel agencé d'une manière ultra-moderne et dont les honneurs nous furent faits avec beaucoup de bonne grâce.

Conclusions.

Il paraît qu'en juillet, il fait chaud dans le Midi ! Nous ne nous en sommes pas aperçu, tant cordiale fut la réception que les Toulousains firent aux 650 congressistes.

Résultats scientifiques.

A. — *Les savants*, ceux qu'on appelle les officiels, peuvent faire connaître leurs travaux personnels devant une tribune largement ouverte. Et cela permet de montrer au monde entier que la province contient beaucoup de « violettes scientifiques » qui, parce qu'ils ne donnent pas à leurs travaux un retentissement quelque peu parisien, n'en font pas moins de bonne et utile besogne, pour le développement de notre science médicale.

Par leurs visites organisées dans leurs services hospitaliers, les maîtres peuvent s'affirmer excellents cliniciens, ayant des résultats aussi satisfaisants que dans les meilleurs services hospitaliers de la capitale.

Et surtout, ce qui est admirable, c'est la confraternelle cordialité qui existe entre maîtres et élèves, cordialité qui, ensuite ne se dément pas lorsque ces mêmes maîtres se retrouvent au syndicat, réunis avec les médecins praticiens.

B. — *Les praticiens* envisagent déjà quelques jours de vacances scientifiques à venir passer chaque année, dans le centre universitaire, qui les a formés. Les anciens 28 jours militaires se transformeraient ainsi en périodes d'instruction scientifique, pendant lesquelles le praticien de ville ou de campagne peut se perfectionner dans telle ou telle branche de l'art de guérir, cependant que ces assises grouperont d'anciens camarades d'école, heureux de se retrouver, avec l'illusion d'être encore de gais et joyeux étudiants.

Quel bon travail syndical également, à l'heure où l'on parle de régionalisme, de fédérations intersyndicales et interdépartementales. Et dans des réunions communes, il serait facile de discuter de gros problèmes professionnels, pour que les délégués à l'assemblée générale de l'Union des syndicats puissent voter, en toute connaissance de cause, au nom de leurs mandants, dûment informés, afin que le Conseil de l'Union puisse exécuter les décisions prises par les assemblées générales.

Oui, en arrachant à leurs trous de campagne, nombre de médecins, pour les envoyer dans les ambulances et les hôpitaux, la guerre a rendu un grand service à la pratique médicale, en empêchant certains de se cristalliser dans la science qu'ils avaient reçue au cours de leurs études à la Faculté et qu'ils n'avaient parfois guère développée depuis.

Les « Journées médicales » peuvent chaque année mettre au point certaines questions, en exposant les acquisitions des dernières années, pour telle branche déterminée de l'art de guérir. Il y a là tout un programme d'instruction post-scolaire, *ad usum medicorum*, et dont les bénéficiaires seront nos malades.

La Faculté, l'hôpital, deviendront ainsi un centre d'instruction et de perfectionnement,

centre vers lequel les anciens étudiants reviendront, comme praticiens, pour compléter l'œuvre de vulgarisation des journaux médicaux, en vivant ainsi quelques journées de pratique dans les hôpitaux de leur choix.

En lançant l'idée des « Journées médicales » le Dr Beckers a bien agi au nom de la santé publique. En essayant l'expérience en France, les organisateurs et surtout M. le professeur Bardier ont rendu un immense service, car le succès sera sûrement imité ailleurs, pour le plus grand bien et de nos confrères et de nos malades.

Résultats professionnels.

C'est la première fois que la Faculté se réunit officiellement en Congrès avec les praticiens. Marquons ce jour d'une pierre blanche, car il indique la fin de cette division incompréhensible entre confrères ayant les mêmes intérêts corporatifs, mais dont les uns, par leurs travaux, ont été revêtus de la mission d'enseigner, alors que les autres, plus modestes, diffusent chaque jour la science qu'ils ont reçue.

C'est la première fois également, que dans une ville de Faculté de province, nous voyons ensemble l'Union des Syndicats, l'Association générale et l'œuvre du *Concours* affirmer les mêmes tendances et former un même bloc, lorsqu'il s'agit de soutenir, de soulager et de défendre le Corps médical.

Aussi quelles bonnes conversations, quels utiles échanges d'idées. Réforme des études médicales, transformation d'un P. C. N. absolument inutile, organisation d'un enseignement du droit pratique et clinique à l'usage des médecins, qui chaque jour doivent appliquer des lois dont ils ignorent le premier mot et même leur utilité et le pourquoi de leurs applications.

Résultats internationaux.

Modestement, nos amis toulousains n'avaient invité que le gouvernement belge, qui s'était fait représenter par le créateur des Journées de Bruxelles, le Dr Beckers ; également, les voisins les plus immédiats avaient été priés à cette manifestation et M. le docteur Martinez-Vargas, recteur de l'université de Barcelone, sénateur du royaume d'Espagne, était venu représenter notre sœur latine. La science n'a pas de patrie et sert à réunir, par la même communion d'idées, des nationalités différentes.

Terminons par un mot de remerciement aux organisateurs des « Journées médicales de Toulouse ». Ils ont été à la peine, ils doivent être à l'honneur et si le Dr Beckers a pu être heureux de la diffusion de l'idée dont il est le père, MM. les professeurs Abelous, doyen de la Faculté, et Bardier, secrétaire général des « Journées » ont bien mérité du Corps médical, ainsi que tous les chefs du syndicalisme du Sud-Ouest. Merci à eux tous.

Dr Paul Boudin.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA SYPHILIS IGNORÉE DE L'ENFANCE LE PROBLÈME DE L'ARRIÉRATION MENTALE

Par le Dr Leredde.

I

Les syphiligraphes savent que l'arriération mentale, sous toutes ses formes, depuis l'idiotie jusqu'à la simple débilité, s'observe assez souvent chez des syphilitiques héréditaires (1). Ils en ont fait d'ailleurs une manifestation dystrophique, incurable *par définition.*

Il est utile de savoir que l'arriération peut être due à la syphilis congénitale ; il serait beaucoup plus important de connaître la fréquence de celle-ci chez les arriérés, ce qui conduit à la rechercher chez des enfants choisis au HASARD et même en éliminant ceux dont les parents sont atteints de syphilis *connue.*

Le nombre des enfants arriérés que j'ai vus

(1) Fournier. — La syphilis héréditaire tardive. (Affections cérébrales), Masson 1886. Ed. Fournier. Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. (Dystrophies du développement intellectuel), Rueff, 1893.

depuis trois ans, et chez lesquels j'ai poursuivi des recherches étiologiques (en excluant ceux qui m'ont été amenés par des parents syphilitiques) est de 16. (1) Ce nombre est déjà, comme nous le verrons, assez élevé pour permettre des conclusions de valeur générale.

Il est possible que l'arriération soit due normalement à la syphilis héréditaire, presque toujours sous des formes latentes qu'on ne peut mettre facilement en évidence chez les malades, ni même chez leurs parents. Un exemple, que j'ai donné dans un travail récent sur l'épilepsie, (2) montre, entre bien d'autres, à quel point l'infection peut être obscure chez un malade et même chez la mère.

***

Il importe également de savoir si le traitement antisyphilitique ne peut atténuer ou même guérir l'arriération quand il est appliqué à son début : rien ne permet véritablement de considérer comme « dystrophiques » des affections dont le caractère commun est la débilité mentale, et qui s'accompagnent de lésions cérébrales, faciles découvrir, au moins dans leurs formes graves.

Il existe des enfants chez lesquels ces lésions sont profondes et congénitales : ceux qui survivent sont incurables. Mais, dans la plupart des cas d'arriération, le développement cérébral a semblé normal pendant un temps assez long ; les symptômes de débilité, de retard intellectuel ne sont apparus qu'à la fin de la première enfance, ou au cours de la seconde ; *à priori*, l'action du traitement antisyphilitique peut amener la guérison, s'il est appliqué, suivant la formule fatidique : à l'heure nécessaire, avec l'énergie nécessaire, pendant le temps nécessaire.

***

L'intérêt du problème de l'arriération, au point de vue social, est *énorme*.

Le nombre des enfants d'âge scolaire (de 7 à 13 ans) est évalué par NOBÉCOURT et SCHREIBER au chiffre de 275.000, c est-à-dire qu'il existerait en France plus de 500.000 enfants qui n'auront jamais aucune valeur sociale réelle, si ces chiffres sont exacts.

Que font les médecins jusqu'ici pour les enfants arriérés ? Peu de chose, et on ne peut faire grand chose si l'arriération est simplement comme l'ont cru ou ont paru le croire, jusqu'ici, les neurologistes, les psychiatres, les médecins d'enfants et les syphiligraphes eux-mêmes, le résultat d'une dégénérescence, si l'arriération est un état pathologique qui ne reconnaît pas une cause active et agissante.

(1) J'ai éliminé de mon travail, non seulement les enfants dont les parents sont atteints de syphilis connue, mais ceux chez lesquels l'arriération était associée, soit à des phénomènes simplement convulsifs, soit à une épilepsie bien caractérisée. Quelques-uns me fourniront des éléments de comparaison.

(2) LEREDDE. — Sur trois cas d'épilepsie, *Concours médical*, 1er juin 1924.

OBS. III. La mère du malade ne présente d'autre signe d'infection qu'un rétrécissement mitral, et a une nièce atteinte de bec-de-lièvre....

II

Mes observations sont les suivantes (1) :

OBS. I. — B. Désirée, 12 ans 1/2, est née à 8 mois ; elle a été élevée au sein jusqu'à 19 et a *cependant souffert de gastro-entérite*. Jusqu'à trois mois, elle a présenté des convulsions qui ont cessé depuis.

Cette enfant a toujours été très nerveuse malgré des bains réitérés, elle criait le jour et ne dormait pas la nuit.

Elle a souffert de maladies infectieuses multiples : rougeole, scarlatine, broncho-pneumonie à 6 mois.

Au début de toutes ces maladies et pendant leur cours on a toujours remarqué des troubles nerveux. Elle a marché à 10 mois, parlé de bonne heure. L'intelligence a paru normale jusqu'à 6 ans. Depuis elle semble avoir perdu toute mémoire et n'a pu apprendre à lire.

OBS. II. — Cl. de B., 19 mois, est née à terme (poids 2.250). Elle est restée chétive jusqu'à deux mois a été élevée au sein jusqu'à 6, puis au sein et au biberon, sevrée à 14 mois sans difficultés. Les premières dents sont apparues à 7 mois. L'enfant a commencé à marcher à 14 seulement. La mère insiste sur le retard du développement intellectuel. Depuis un mois, cette fillette est triste, sans appétit et maigrit.

OBS. III. — Duc. André, 8 ans, est né à terme, a été nourri au sein jusqu'à 18 mois et a eu un peu d'entérite au 7e et au 8e. Pas de convulsions. Il a parlé et marché à un âge normal. Cet enfant présente des végétations adénoïdes qui n'ont pas été encore opérées. Il vit dans un état d'agitation perpétuelle et manque complètement de mémoire.

OBS. IV. — André Geo., 42 mois. Observation très sommaire sur laquelle il est noté seulement que cet enfant a eu de la diarrhée verte, a marché à 15 mois et parle à peine à 3 ans 1/2.

OBS. V. — Guy. Paulette est née à 8 mois. A 25 mois elle ne parle pas mais marche sans difficulté.

OBS. VI. — Hug. Gisèle, 13 ans, est atteinte d'une demi-surdité qui remonte à la seconde enfance (il n'y a pas eu d'otite). Elle a souffert d'entérite cependant un an ou deux à partir de la seconde année

(1) Cette enfant de même que Léon A. (14) et Roger B (15) m'ont été confiés par M. le Dr André Collin, auquel j'adresse tous mes remerciements.

a eu des poussées multiples d'urticaire. Végétations adénoïdes opérées. L'enfant n'a pas tous ses mots et paraît aux parents en retard, au point de vue intellectuel, par contraste avec deux sœurs à moitié sourdes également, mais dont le développement intellectuel est normal.

Obs. VII. — Hor. Jean, 3 ans 1/2 ,ne parle pas quoique son intelligence paraisse normale et l'ouïe parfaite. Cet enfant peut au plus articuler quelques mots (papa, maman, pain).

Il est né à terme, a été élevé au lait de chèvre, les dents sont apparues à 9 mois, il a marché à 14.

Obs. VIII. — Georges M., 11 ans, est un enfant méchant, ne peut rester à l'école en raison de son caractère violent, des accès de colère qu'il a au moindre prétexte. Il crie sans raison. La méchanceté, l'entêtement, sont apparus dès la première enfance. Il ne paraît cependant pas bête. N'a jamais eu de convulsions. Accès de laryngite striduleuse en nourrice ; opéré pour végétations, accès de toux coqueluchoïde tous les hivers.

Obs. IX. — P. Eugène, 11 ans, est né à terme. A 6 mois il a présenté des convulsions et d'autres signes, de méningite. Ne parlait pas à 2 ans, ne se tenait pas sur ses jambes. Vu en 1920, à Ste-Anne par le Dr Dupré, qui a inscrit sur sa fiche : *débilité mentale arriération intellectuelle, instabilité*, Incontinence d'urine, insomnies, accès de fièvre.

Obs. X. — Sau. Oreste, 5 ans, présente de l'agitation perpétuelle qui a débuté dès la première enfance.

Sa mère n'a pu dormir, dit-elle, pendant toutes les nuits, jusqu'à ce que ce garçon ait 3 ans. L'agitation a continué d'ailleurs, l'enfant ne tient pas en place, on n'en veut plus à l'école. N'a jamais été malade et n'a pas eu de convulsions.

Obs. XI. — S. L. Jacqueline, 2 ans, présente un retard manifeste de la marche, de la parole et même de l'intelligence. Elle paraît nerveuse, le sommeil est troublé depuis 6 mois. Cette enfant est née à terme a été nourrie au sein jusqu'à 3 mois, puis au lait de vache. Elle a présenté des troubles intestinaux très passagers.

Obs. XII. — Mas. Paul, 18 mois, nourri au sein puis au biberon, eczéma impétigueux de la face. Parle à peine.

Obs. XIII. — Ton. Marcel, ne parle pas à 18 mois, paraît cependant intelligent. A marché à 13 mois Eczéma de la face et des mains. Nervosisme.

Obs. XIV. — Al. Léon, 8 ans, est un enfant arriéré qui a parlé tard. Il a été atteint à l'âge de deux ans 1/2 de méningite avec fièvre et vomissements. Dans la suite il a eu plusieurs attaques de purpura avec hématuries et lésions buccales.

Obs. XV. — Roger, 9 ans, est né à terme ; a paru normal jusqu'à l'âge de 4 ans, cependant il n'a parlé que très tard. Depuis, il a eu à de nombreuses reprises des accès de vomissements qui ont cessé depuis près d'un an.

Cet enfant comprend mal, l'intelligence est lente. Il a appris très difficilement à lire et à écrire. Gentil, timide.

La face est pâle. L'enfant présente une *aortite* manifeste avec double soufflle de la base. Tension 150/100 (Vaquez-Laubry).

Aucune de ces observations ne permet bien entendu de conclusion au point de vue étiologique.

Recherche des stigmates.

La recherche des stigmates ne révèle en général rien d'important. Dans la première observation, les dents sont normales. Aucun stigmate chez Cl. de B. Chez André D., sitgmates dentaires *non caractéristiques* ; les incisives externes supérieures sont atrophiées, les incisives inférieures crénelées. Chez André G. (IV) le thorax est légèrement en entonnoir.

Chez Paulette G., grosse protubérance occipitale. Gisèle H. présente des vices d'insertion dentaire. Les dents ont été redressées par un dentiste, le thorax est aplati. Aucun stigmate chez Jean Hor. Les dents sont assez mal formées chez Georges, M. Chez, Eugène P., strabisme léger, nystagmus, les dents sont mal plantées (IX). Aucun stigmate chez Oreste S. Aucun stigmate chez Jacqueline S. Mas P. (XII) a un front bombé. Aucun stigmate, chez Léon Al. (XIV) et chez Marcel T. (XIII). Enfin chez Roger B. (XV) les incisives supérieures externes sont absentes, les incisives médianes très écartées.

Tout ceci ne permet aucune conclusion précise pour des médecins qui considèrent la plupart des anomalies comme n'étant pas nécessairement d'origine hérédosyphilitique.

Je dois dire que je partage leur avis : il faut, à mon sens, pour entraîner la conviction de ceux qui craignent de se laisser entraîner audelà des limites réelles de l'infection congénitale, justifier l'existence de celle-ci par d'autres signes que la présence d'anomalies sur la valeur desquelles personne n'est encore d'accord, sauf pour quelques unes très peu nombreuses.

Enquêtes familiales.

Nous trouvons des faits plus importants, au point de vue étiologique, par l'étude des parents des malades.

Obs. I. — La mère de Désirée B. est une femme de 47 ans vigoureuse, qui n'a jamais été malade. La séro-réaction est négative. Elle ne présente aucun stigmate, sauf quelques vices d'insertion dentaire. Elle n'a connu pas son père mort jeune, sa mère est morte à 49 ans d'un cancer anal. D'un deuxième lit cette femme a eu 11 enfants : 4 sont morts, 3 en bas âge, 1 après des « convulsions » un à 23 ans

(à la suite d'une opération sur une jambe variqueuse).

Mme B. a une seconde fillette, 2 ans 1/2, dont je reparlerai.

Obs. II. — Mme de B. est une femme de 28 ans, qui ne présente aucun stigmate. Elle a eu à 15 ans une fluxion de poitrine avec pleurésie. A 20 ans, adénopathies cervicales qui ont été opérées. Elle ne tousse pas, mais se plaint quelquefois de points de côté à droite. On constate quelquefois des frottements au sommet droit. Une fausse couche.

Obs. III. — Mme Duc., 33 ans, n'a jamais été malade. Elle a perdu des dents en grand nombre. *Une incisive supérieure a la forme d'une palette.* Il n'y a pas d'autres stigmates. Sa mère est morte à la Salpétrière à 57 ans à la suite de troubles cérébraux. Elle avait eu 12 enfants, dont 10 sont morts en bas âge (méningite en général). Mme Duc... a perdu elle-même une fille à 18 mois (rougeole). *Elle a eu trois fausses couches.* Un second garçon, 7 mois, se porte bien.

Obs. IV. — Mme G., 27 ans, présente une *amputation congénitale de la main gauche.* Aucun stigmate, en dehors de vices d'insertion dentaire. Son père est mort à 55 ans hémiplégique, à la suite de troubles cérébraux qui ont duré deux ans.

Obs. V.— Mme G., 41 ans, se porte bien, ne présente aucun stigmate, la séro-réaction est négative. Elle a eu une fausse couche, un enfant est mort de « méningite » à 3 mois.

Obs. VI. — Mme H., 33 ans, est bien portante, réserve faite d'une grande émotivité, de sensations d'angoisses ; la séro-réaction est négative. Son père est mort à 57 ans (cancer gastrique). Sa mère était une phobique qui a été soignée par Charcot et avait perdu une fille choréique à 11 ans et un enfant mort-né. La séro-réaction est négative chez Mme H. Celle-ci n'a pas eu de fausses couches. Elle a 6 filles. J'ai dit que 3 sont à moitié sourdes ; l'une d'elles, Solange H., 8 ans, que j'ai vue, présente *un palais ogival*; *à la mâchoire inférieure les incisives sont placées sur un plan osseux plus élevé que celui des molaires.*

Obs. VII. — La mère est atteinte d'épilepsie ; depuis 2 ans elle est internée à la Salpêtrière. Sa mère, que j'ai vue, présente de l'*aortite* avec souffle diastolique (tension 220 à droite et 200 à gauche). Celle-ci a eu 6 enfants dont 2 sont morts en bas âge à la suite de convulsions.

Obs. VIII. — Mme M. est âgée de 32 ans, se porte bien, ne présente aucun stigmate, une séro-réaction négative a été constatée à l'hôpital Bichat. L'enquête familiale ne relève rien d'intéressant chez le mari, ni chez les parents. Mme M. a 4 enfants dont un présente une ectopie testiculaire.

Obs. IX. — *Mme P., 53 ans, est tabétique* (le tabes d'ailleurs fruste a été découvert après l'examen de l'enfant).

Obs. X. — Mme S., 34 ans, dit être devenue nerveuse depuis son mariage. Elle accuse également son mari de nervosisme. Elle a eu 5 enfants, un est mort en bas âge à la suite de « convulsions internes ». Un enfant de 13 ans a eu des convulsions à plusieurs reprises.

Cette femme présente des *stigmates dentaires importants* (dents en tournevis à la mâchoire supérieure, érosions horizontales) Sa mère, morte de péritonite aiguë à 45 ans, avait eu 6 enfants, 4 sont morts, 1 de grippe, 1 de diphtérie, 1 à la naissance, 1 en bas âge.

Obs. XI. — Mme S., 28 ans, ne présente aucun stigmate. Elle paraît peu vigoureuse. A eu à plusieurs reprises des accès fébriles qui ont fait penser à la tuberculose. L'examen radioscopique a montré une légère condensation du sommet droit. Son père est mort de cancer rectal, sa mère aurait du vitiligo (?), un enfant a présenté un décollement de la rétine, une fille de l'hypertrophie du thymus, etc.

Obs. XII. — La mère se porte bien, de même que le père. Sa mère est morte urémique. Elle a des frères et sœurs en bonne santé.

Obs. XIII. — Mad. T., s'est mariée en 1917 et a eu deux fausses-couches, l'une en 1919, l'autre en 1920. Palpitations. Douleurs précordiales. *Rétrécissement mitral pur*, nervosisme.

Sa mère, 52 ans, a perdu un enfant à 8 mois (convulsions). Elle a eu pendant deux ans des « crises nerveuses » à début brusque, sans phénomènes convulsifs, l'une d'elles a été suivie d'une hémiparésie gauche passagère.

Obs. XIV. — Mad. Al., 36 ans, est une femme de santé fragile qui se plaint surtout de céphalées fréquentes remontant à l'enfance. Elle est divorcée et ne donne pas de renseignements sur le père de son enfant. Son père est mort subitement à 49 ans, sa mère vit, 60 ans, en bonne santé.

Les dents sont mal plantées, les incisives médianes supérieures écartées. *Réaction de Jacobsthal positive.*

Obs. XV. — Mad. B., 47 ans, ne présente pas de stigmates dentaires, tendineux, oculaires, osseux ; la séro-réaction est négative (W + H + J), *mais elle est atteinte d'aortite comme son enfant* (souffle diastolique de la base. Tension 140/90.)

La mère est morte à 37 ans en 3 jours (hémiplégie et aphasie). Elle avait eu 7 enfants dont 3 sont morts en bas âge.

En résumé, la syphilis est prouvée chez la mère dans deux cas (IX, XIV), elle paraît cliniquement certaine dans plusieurs autres (III, IV, VI, X, XIII, XV).

Je fais remarquer que la séroréaction n'a pas été faite chez la mère dans tous les cas.

Recherches hématologiques.

J'ai déjà parlé dans plusieurs travaux des recherches que je poursuis sur l'état hématologique des hérédo-syphilitiques (1). On trouve chez ceux-ci une formule hématologiqbe qui est la suivante :

1° Hypochromie ; 2° hypoglobulie ; 3° monocytose ; 4° la leucocytose est rare, sauf chezl'enfant jeune, au cours du premier âge.

Les trois premières altérations sont souvent associées, elles peuvent être isolées ; elles sont d'une extrême fréquence, PEUT-ÊTRE constantes chez l'enfant jeune ; elles s'atténuent souvent avec l'âge. Mais il n'est pas rare de les observer chez l'hérédo-syphilitique adulte.

Leur présence ne démontre pas celle de la syphilis, elles sont seulement un élément de présomption. Elles démontrent l'existence d'une infection chronique et prennent ainsi une importance considérable au point de vue doctrinal (par exemple, on ne peut considérer une hydrocèle comme une maladie locale, lorsqu'elles existent), et au point de vue pratique.

Chez l'enfant jeune en particulier, elles ont une importance extrême à un âge où la tuberculose n'existe pas encore et lorsque l'état intestinal est normal (Bien souvent d'ailleurs, les troubles intestinaux ne sont pas dus aux erreurs d'hygiène alimentaires seules, mais aux erreurs alimentaires et à la syphilis elle-même (2).

Ces altérations prennent encore plus d'importance lorsqu'elles sont familiales, car il faut nécessairement, lorsqu'elles s'observent chez des frères et des sœurs, les attribuer à une cause commune (3).

Enfin, elles obéissent au traitement antisyphilitique.

Des recherches hématologiques ont été faites chez un grand nombre de mes petits malades.

OBS. I. — Désirée L. Le seul fait anormal est l'existence d'une monocytose (polynucléaires = 41 ; mononucléaires = 7 ; lymphocytes = 47 ; éosinophiles = 5). Le taux de l'hémoglobine est de 80, le nombre des hématies de 4.450.00.

Mais il existe des altérations hématologiques *plus importantes* chez une sœur de 11 ans en bonne santé qui présente des vices d'insertion dentaire très marqués. Le taux de l'hémoglobine est normal (75) il existe de l'hypoglobulie (H. =3.480.000) et une monocytose (P. = 44 ; M. = 2 ; L. = 53 ; E. = 1).

OBS. II. — Claude de B. 19 mois (H. = 55 ; H. = 3.640.000 ; L. = 4.400 ; P. = 36 ; M. = 12 ; L. = 48 ; E. = 4).

Un examen hématologique a été fait chez la mère qui présente également de l'hypochromie (H = 65), une hypoglobulie considérable (2.330.000) et une légère monocytose (P. = 56 ; M. = 9 ; L. = 34 ; E. = 1).

OBS. III. — André D. Taux d'hémoglobine normal (75). Hypoglobulie (3.440.000). Monocytose (P. = 45 ; M. = 6 ; L. = 46 ; E. = 1 5).

OBS. IV. — André G. Le taux de l'hémoglobine, le nombre des globules rouges, sont normaux (75 — 4.400.000). Monocytose légère (P. = 48) l'enfant n'a que 42 mois et le taux des polynucléaires paraît encore inférieur à cette époque à ce qu'il est chez l'adolescent et chez l'adulte.

Cet enfant a un frère de 26 mois, dont j'ai oublié de parler, qui marche mal, présente des tibias arqués et est atteint de coxa vara, de nouures des poignets. Il a fallu le mettre dans un appareil plâtré ; il n'a pas eu d'entérite dans son enfance. Altérations hématologiques : (H. = 70 ; H. = 3.500.000 ; P. = 41).

OBS. VI. — Gisèle H.

H. = 65 ; H. = 3.040.000 ; P. = 60. Sa sœur Solange, H., présente de l'hypoglobulie (3.840.000) et de la monocytose (P. = 53).

OBS. VIII. — Georges M.

H. = 75 ; H. = 4.040.000 ; L. = 10.000 ; P. = 55.

OBS. X. — Oreste S.

H. = 65 ; H. = 3.260.000 ; L. = 4.400 ; P. = 39 5 ; M. = 2 ; L. = 56 ; E. = 2 5).

OBS. XI. — Jacqueline B. Examen du sang chez la mère : H. = 80 ; H. = 2.240.000 ; L. = 7.600 ; P. =; 52.

OBS. XII. — Paul M.

H. = 70 ; H. = 4.260.000 ; = 8.500 ; P. = 42.5 %.

OBS. XIII. — Marcel T.

H. = 70 ; H. = 3.200.000; L. = 2.000 ; P. = 29 % ; M. = 8 ; L. = 64 5 ; E. = 1 5.

OBS. XIV. — Léon Al.

H. = 75 ; H. = 4.000.000. L. = 12.000 ; P. = 57 %.

OBS. XV. — Roger B.

H. = 80 ; H. = 4.250.000 ; L. = 8.800 ; P. = 48 % ; M. = 4 5 ; L. = 45 ; E. = 2.

J'ai trouvé les mêmes altérations, sauf dans un cas, soit chez des enfants présentant de l'arriération et chez lesquels la séro-réaction était positive, soit chez des enfants arriérés dont la mère était atteinte de syphilis connue, soit chez des enfants à la fois arriérés et éclamptiques ou épileptiques.

R Terr. 7 ans. Arriération. Epilepsie. Séro-réac-

(1) LEREDDE. — Hémo-diagnostic de la S. héréditaire. Soc. de Méd. de Paris, juin 1922.

(2) LEREDDE. — La S. ignorée de l'enfance. La question des entérites, *Concours médical.*

(3) LEREDDE. — Les anémies syphilitiques familiales, *Journal des Praticiens*, 1er décembre 1923.

tion négative chez la mère. H. = 70 ; H. = 4.440.000; L. = 6.800 ; P. = 36 5 %.

Raoul R. 13 ans. Arriération. Aortite chez la mère. (W. = 0. H. = +). H. = 75 ; H. = 4.600.000 ; L. = 12.600 ; P. = 40 %.

Soy. N. 4 ans. Arriération. Epilepsie. Hydrocéphalie. H. = 55 ; H. = 3.000.000 ; L. = 2 800 ; P. = 43 3 %.

Sar. Yv. 3 ans 1/2. Arriération. Epilepsie. H. = 75 ; H. = 4.040.000 ; L. = 13.000 ; P. = 84 5. Ce cas est le seul qui n'obéisse pas à la règle (polynucléose avec leucocytose d'ailleurs) mais on trouve une formule d'infection chronique chez une sœur de 20 mois qui ne présente pas de troubles nerveux.

A. G. 9 ans. Chorée chronique. Epilepsie récente. Séro-réaction négative. H. = 65 ; H. = 4.120.000 ; L. = 6.000 ; P. = 38 ; M. = 2 ; L. = 58 ; E. = 2.

C. Jeanne 8 ans. Arriération. W. = +.

Après 2 ans de traitement la formule hématologique est la suivante :

H. = 80 ; H. = 3.800.000 ; L. = 6.400 ; P. = 54 ; M. = 12 5 ; L. = 31 5 ; E. = 2.

III

En résumé, il existe des enfants arriérés chez lesquels on peut constater quelques stigmates, rarement de grande valeur (obs. IX et XIV).

L'enquête familiale peut révéler chez les parents, au moins chez la mère, une syphilis certaine. Dans d'autres cas des stigmates importants : Mme G. (obs. IV), Mme S. (obs. X), un rétrécissement mitral (obs. XIII), une aortite (obs. XV). Quelquefois, l'histoire de la famille est caractéristique. (obs. III, VII).

Très fréquemment, on constate des altérations hématologiques dont la valeur exacte ne peut encore être déterminée, et restent à l'étude, mais dont la présence permet d'affirmer l'existence d'une infection chronique, doit faire, dans tous les cas, présumer celle de la syphilis et qui doivent être la base, sauf dans les cas où l'on peut démontrer qu'elles ont une autre origine, d'un traitement antisyphilitique.

Celui-ci peut permettre dans les cas où la preuve de la syphilis ne peut être apportée, et qui sont fréquents, un jugement définitif sous la réserve qu'il ne soit pas commencé trop tard (à ce point de vue la question de l'arriération se présente sous le même jour que celle de l'épilepsie), sous la condition qu'il soit fait par les moyens les plus actifs, aux doses actives, à condition aussi que les effets du traitement soient contrôlés, en particulier par l'examen hématologique, car on ne peut prétendre chez les arriérés de même que chez les épileptiques, obtenir, du jour au lendemain, une amélioration précise manifeste.

J'ai parlé plus haut d'une fillette de quatre ans arriérée, épileptiques, hydrocéphale. Cette enfant a été vue à 15 mois par un médecin d'enfants qui aurait constaté une séro-réaction positive faible (à 4 ans, la séro-réaction est négative). Ce médecin a prescrit des frictions mercurielles, 7 minutes par jour, pendant 15 jours, tout les deux mois !

Chez un autre enfant, le traitement *mercuriel* a été cessé *parce qu'il produisait des phénomènes d'excitation cérébrale*. Ces faits se passent de commentaires ; nous sommes obligés de constater, comme nous le faisons si souvent, qu'un grand nombre de médecins distingués ne comprennent pas la nécessité d'une action énergique dans des cas d'une infinie gravité, et ne savent pas encore que le premier effet d'un traitement antisyphilitique peut être l'aggravation *apparente* des phénomènes morbides, *par réaction spécifique.*

***

Je n'aurais pas publié ce travail si je ne pouvais appuyer mes conclusions et le compléter par une observation des plus remarquables, la preuve de l'existence de la syphilis ayant été apportée par les effets du traitement d'épreuve, chez une fillette soignée à l'âge de 6 ans, dans un cas où la preuve de la syphilis ne résultait pas de l'examen clinique de la malade ni de ses parents, mieux que dans les autres observations de ce travail. Des recherches hématologiques ont été faites et ont montré des faits intéressants.

Obs. XVI. — Mad. P., 6 ans, vue le 13 février 1923, née à 8 mois. Ictère pendant le premier mois. Au cours de la première année la mère note des soubresauts nocturnes fréquents. L'enfant n'est pas gaie, rien ne l'amuse le bruit d'une horloge qui sonne, d'un coq qui chante, provoquent un cri. Au cours de la deuxième année ne parle pas, ne fixe pas les objets, sauf pour regarder sa main droite, la bouche ouverte, la langue pendante. Ne peut rester assise, dort mal. Sevrée à 22 mois. A ce moment, elle reconnaît sa mère, son père, sa sœur. Accès de colère. Bave, tire la langue, ne sait pas boire.

Elle marche un peu pendant l'hiver de 1918-1919, puis la langue devient plus pendante, elle ne parle pas, pousse des cris perçants, ne s'amuse avec aucun jouet, devient méchante, se traîne par terre, ne se laisse pas habiller ni laver.

La mère essaye de la mettre dans une crèche où on refuse de la garder.

Elle la mène à la Charité où on parle de mongolisme et prescrit des injections d'eau de mer, ainsi qu'à la sœur aînée qui a de l'incontinence d'urine (!!)

En 1920 quelques progrès, l'enfant dit quelques mots. Mais elle donne des signes de dérangement mental, se frappe fréquemment la tête, toujours de la main gauche, lorsque quelque chose ne lui plaît pas ou sans qu'on sache pourquoi, descend de sa

chaise de manière à frapper la nuque sur le dossier, suce les lacets de ses souliers, des morceaux de savon, etc. Accès de colère fréquents, l'enfant n'obéit pas, se jette sur les passants pour les frapper, bat et griffe d'autres enfants. Marche la tête basse. Nuits agitées, réveils fréquents.

J'ai vu cette fillette en 1923 janvier, j'ai constaté chez elle quelques stigmates : le front est bombé, les oreilles sont mal formées, thorax en entonnoir. Les dents inférieures ont la forme de dents de poisson, les dents supérieures sont courtes.

La mère 45 ans, est une femme vigoureuse qui tousse tous les hivers depuis une quinzaine d'années et présente de la dyspnée au cours des accès de bronchite. Aucun stigmate, dentaire, oculaire, tendineux, osseux. Mais il existe *un souffle de la base avec hypertension* (190/100). Séro-réaction négative Mad. P. ne donne aucun renseignement intéressant sur l'état de ses parents et de son mari. Elle a une autre fille, âgée de 12 ans qui souffre de *céphalées persistantes* et de l'*incontinences d'urine.*

Madeleine P. a été traitée par les arsénobenzènes à doses progressives depuis le 3 mars 1923. En décembre, la mère, fort intelligente, m'a remis une note que je résume.

L'enfant dort toute la nuit. Se réveille de bonne humeur en disant : « bonjour papa, bonjour maman », embrasse sa sœur, demande son déjeuner, essaye de s'habiller seule.

Elle joue ensuite, demande à sa mère des chansons enfantines, reconnaît, à Noël, un cantique qu'elle a déjà entendu.

Les sentiments maternels se développent, l'enfant montre une grande affection à un ours, le lève, le couche, lui parle, lui demande s'il a bien dormi, veut faire le ménage, essaie de broder, n'est jamais inactive et est *très gaie*, accepte tous les aliments. Joue au ballon, est très propre le jour. Elle a de la mémoire, se rappelle des faits passés qu'elle semblait n'avoir jamais remarqués.

Elle est moins méchante, joue avec des enfants, mais elle est très jalouse. Bref, il y a une transformation complète au point de vue cérébral.

Un examen hématologique a été fait avant la cure. Les résultats ont été les suivants :

H = 75 ; H = 3.024.000 ; L. = 4.100 ; P. = 54.5 ; M. = 1,5 ; L. = 32,5 ; E. = 7,5 ; MZ. = 1.

Le 7 février 1924, M. Rubinstein a relevé les chiffres suivants :

H = 75 ; H. = 4.000.000 ; L. = 5.200 ; P. = 63 ; M. = 0 ; L. = 37 ; E. = 0.

La sœur a été également traitée. *Les céphalées, l'incontinence d'urine, ont disparu.*

D'autres enfants ont été traités, toujours par les arsénobenzènes. Des résultats nets ont été obtenus chez André Duc. (III), Jean Horv. (VII), Eugène Pfl. (IX), chez lequel l'incontinence d'urine a disparu ainsi que les troubles du sommeil. J'ai vu depuis 1921, une fillette, Jeanne C. dont j'ai rapporté plus haut l'examen hématologique. A 8 ans, cette enfant parle comme un bébé, ne peut compter que jusqu'à 10. Au bout de deux ans, quoique le traitement ait été fait avec une énergie insuffisante en province, la fillette lit, écrit, a quelque mémoire ; elle reste en retard, mais les parents sont satisfaits et parlent d'une amélioration considérable.

Il faut remarquer que tous ces enfants ont été soignés dans de mauvaises conditions.

Les effets que l'on doit attendre du traitement antisyphilitique chez les arriérés ne pourront être appréciés en effet à leur valeur réelle que le jour où le diagnostic d'arriération sera porté chez les enfants dès le début de la seconde enfance, et où un traitement rigoureux sera appliqué DE SUITE *sur des présomptions.*

***

Conclusions.

L'arriération mentale peut être due à la syphilis dans des cas où aucun signe clinique, ni même humoral, ne démontre l'existence de celle-ci chez un enfant, ni ses parents.

On trouve très souvent d'ailleurs des signes de présomption, dont le plus important et le plus fréquent est l'existence d'altérations hématologiques qui révèlent celle d'une infection chronique, sans parler des résultats de l'enquête familiale, parfois de la recherche des stigmates.

Des résultats thérapeutiques *précis* peuvent être obtenus dans des cas où l'âge de l'enfant ne permet pas, *a priori*, de prévoir aucun succès.

Jusqu'au jour où nous connaîtrons les causes de l'arriération — en dehors de la syphilis — où il existera des moyens d'exclure celle-ci (moyens que nous ne possédons pas à l'heure présente), la médecine a le DEVOIR de considérer, *a priori*, tout arriéré comme hérédosyphilitique, et de le soumettre (de même que tout épileptique), à un traitement appliqué, avec l'énergie nécessaire, pendant le temps nécessaire, *dès l'apparition des premiers symptômes*, qui s'observent en général dès la fin de la première ou le début de la seconde enfance.

DU TRAITEMENT DES BACILLOSES AIGUËS PAR LE SÉRUM DU Pr A. JOUSSET

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Il y a deux mois environ, dans une petite note au *Concours*, le Dr Roux, qui exerce en Savoie, indiquait les excellents résultats qu'il avait obtenus chez les tuberculeux aigus avec le sérum du Pr A. Jousset ; les observations qu'il a produites sont tout à fait typiques et répondent d'une façon parfaite à ce que nous avons observé nous-même depuis une dizaine d'années, avec l'emploi de ce sérum. Le Dr Roux déplorait la difficulté qu'on avait à se le procurer et se demandait pourquoi l'Institut Pasteur ne le mettait pas en circulation.

Je suis d'accord avec lui sur tous les points. La pénurie de sérum est, en effet, très fâcheuse et c'est un regret que j'ai eu l'occasion d'exprimer au Pr. Jousset lui-même, lequel d'ailleurs fait tous ses efforts personnels pour en intensifier la production dans la mesure du possible, production qui, hélas ! ne satisfait pas toujours aux demandes. Quelle situation morale pénible pour un médecin de se trouver arrêté par des obstacles purement matériels, quand il sait qu'il pourrait enrayer définitivement la marche d'une maladie aussi redoutable.

Combien de cas où une première piqûre sidère l'infection, mais où il faudrait une seconde piqûre pour consolider le premier résultat acquis.

Quant à la question de savoir pourquoi l'Institut Pasteur ne s'occupe pas de ce genre de sérothérapie, elle ne saurait être développée ici pour diverses raisons : au surplus, elle ne fait pas l'objet de cet article où j'ai simplement pour but d'exposer d'une manière générale ce que m'ont démontré une série d'essais et de tentatives échelonnées sur une dizaine d'années, ce qui semble pouvoir conférer à ces essais la valeur d'une série d'expériences.

Toutes les observations que j'ai pu recueillir me permettent d'affirmer hautement qu'aucun traitement ne donne à l'heure actuelle, dans les formes habituelles de la bacillose aiguë, des résultats aussi manifestement rapides, aussi sûrs, aussi durables.

Que le traitement dit hygiénique, cure d'air et ses adjuvants puisse donner des résultats, on ne saurait le nier, mais au prix de quelle longue patience, de quelles difficultés parfois, tenant, soit au milieu, soit à la situation sociale du malade. Combien peuvent s'exiler du milieu familial pendant de longs mois pour aller chercher ailleurs la guérison, souvent problématique, souvent aussi instable, au prix enfin de quelles déceptions ! Que le sanatorium soit une arme excellente, je le veux bien, mais il y a de gros mécomptes ; il y a des malades que s'y éternisent, ils n'y guérissent pas tous ; j'ai fait personnellement le service d'un sanatorium pendant trois ans et ma foi des premières heures a été ébranlée.

Le sérum au contraire agit vite (10 jours, 15 jours, 3 semaines au plus) ; il n'arrache pas le malade à son milieu familial, circonstance d'autant plus intéressante qu'il s'agit le plus souvent d'enfants ou de jeunes gens chez qui nous voyons éclore les premières manifestations de l'invasion bacillaire, plus ou moins graves, dont l'évolution est grosse d'inconnues, souvent fatale à brève échéance, dont l'aboutissant le plus fréquent est la phtisie ulcéreuse chronique où toute thérapeutique est à peu près vaine : je veux cependant en excepter la collapsothérapie qui, dans des conditions bien déterminées, mais malheureusement trop rares, peut donner des résultats incontestables.

Le sérum, non seulement agit vite, mais il agit seul, sans médication adjuvante, il ne demande qu'une période de repos relativement courte, il ne connaît pas à un même degré les aléas de la cure hygiénique ; on peut à l'avance, ou peu s'en faut, dans toutes les formes vraiment justiciables, prédire le succès ; la rapidité d'action est si nette que les malades eux-mêmes la précisent d'une façon remarquable ; à part la chute de la température qui, le plus généralement, s'opère dès le 8e jour ou 10e jour, il y a une augmentation brusque de l'appétit, une sensation de bien-être qui contraste avec l'état de prostration qui précédait l'infection ; l'expectoration, la toux, les sueurs subissent une rapide transformation pour disparaître dans un délai souvent court; parallèlement à ces phénomènes, la diminution et la disparition des bacilles viennent apporter le témoignage bactériologique de l'action bienfaisante. Qu'on n'objecte pas qu'il y a là une action psychique ; la netteté et la concordance des signes d'amélioration, ainsi que la montée rapide et régulière du poids attestent l'action spécifique du sérum ; qu'on n'objecte pas non plus qu'il s'agit peut-être d'une simple coïncidence ; celle-ci ne se manifesterait pas avec cette continuité, d'autant que, personnelleement, dans le plus grand nombre des cas, nous ne commencions le traitement que lorsque l'infection atteignait un développement inquiétant ; sûr de l'action du sérum, nous attendions, avant d'agir, que la fièvre eût atteint un haut degré d'intensité.

A ces deux caractères bien spéciaux du traitement sérothérapique, rapidité, sûreté, s'en ajoute un troisième, persistance d'action. Le traitement hygiénique, même bien conduit laisse souvent les malades en apparence guéris sous

l'influence prolongée de la toxi-infection bacillaire ; ils ne reprennent que très lentement leur activité antérieure, on n'assiste pas à cette espèce de résurrection qu'on peut constater avec le sérum ; les malades restent d'une sensibilité remarquable ; on a le sentiment, quand on peut suivre pendant longtemps ceux qui sont soumis à la sérothérapie, d'une sorte d'immunisation contre les réinfections — sur laquelle d'ailleurs a insisté l'auteur du sérum — et ceci n'est pas un mince avantage.

Nous venons de voir de quoi est capable le sérum; en est-il toujours ainsi ? N'y a-t-il pas des échecs à inscrire à son actif ? Comme dans toute thérapeutique, même spécifique, il y a, hélas ! des échecs. Il y a des formes de bacillose aiguë, virulente, hypertoxique, d'une sévérité telle que le sérum lui-même restera inactif. Et c'est précisément en se basant sur ces insuccès que certains auteurs ont fait le procès du traitement sérothérapique ; qui ne voit, dans cette façon de procéder, un déplorable parti-pris, disons le mot.

Prenons d'autres exemples. N'avons-nous pas tous, vu au cours de notre carrière, et elles sont inscrites dans la littérature médicale, des formes de diphtérie hypertoxiques, de croups, compliquées d'infection générale, où le traitement sérothérapique à doses massives, fait d'une façon précoce, a été impuissant ? Ne voit-on pas des formes d'infection méningococcique résister à l'action du sérum spécifique ? Ne sait-on pas enfin que le sérum antitétaniques, merveilleusement préventif, n'est curatif que dans un petit nombre de cas heureux ? Le vaccin de la rage, lui-même, d'après les statistiques, a fait faillite dans quelques cas, et pourtant, ces divers modes d'immunisation sont d'un emploi universel ; qui de nous oserait en contester la valeur ?

Le sérum antibacillaire, tout comme les précédents, ne s'adresse pas à ces formes exceptionnelles, heureusement rares ; il ne s'adresse pas non plus à certaines formes aiguës destructives où la lésion s'est constituée d'emblée pour ainsi dire ; il s'adresse encore moins aux formes chroniques ; c'est à l'étape fluxionnaire, quelle qu'en soit même l'intensité, c'est à l'étape infectieuse, que son action est opportune et réellement efficace ; autrement, on s'expose à des mécomptes qui ne sont profitables, ni aux malades, ni à la méthode. Le Pr A. Jousset a, avec raison, insisté sur tous ces points à plusieurs reprises, mais on ne saurait trop y revenir.

Sachons bien dépister la bacillose avant l'étape tuberculeuse, sinon, ce sera trop tard ; sachons donc faire des diagnostics précoces ; sachons enfin évoluer en matière de tuberculose comme en bien d'autres ; les enseignements sur lesquels on vivait depuis 25 ans paraissent sur certains points susceptibles de révision.

Au moment où nous commencions nos études, en 1899, on était imprégné des idées de Grancher : la prétuberculose..., le schéma de Grancher, deux mots qui avaient fait fortune et qui ont servi à l'éducation médicale de plusieurs générations d'étudiants en matière de tuberculose, et enfin, l'idée de curabilité qui lui enlevait son caractère fatal, idée dont la portée était éminemment sociale et qui faisait naître chez les malades un espoir réconfortant. Or, il est bien démontré aujourd'hui que le schéma de Grancher ne correspond nullement à la tuberculose réellement débutante.

Landouzy, en décrivant « la fièvre bacillaire prétuberculeuse », apportait des faits nouveaux qu'il condensait dans la fameuse expression de typho-bacillose dont il faisait une forme clinique spéciale ; mais qu'est-ce, en réalité, sinon la toxi-infection bacillaire répondant, comme l'a récemment démontré M. Jousset, soit à une granulie curable, soit à une germination occulte dans les organes profonds, ganglions médiastinaux, rate, etc. ?

Sa description cependant nous faisait entrevoir déjà une distinction à faire entre la bacillose maladie, l'invasion microbienne du sang, des ganglions, des organes hématopoiétiques, et la tuberculose lésion, le tubercule, la masse caséeuse, la caverne. Cette conception, à la lumière des faits mieux interprétés, s'est affirmée d'une façon plus nette encore aujourd'hui ; elle semble décidément la plus rationnelle, elle prend une importance capitale en matière de sérothérapie, et celle-ci, en retour, lui apporte une confirmation indiscutable ; et pourtant, on ergote, on hésite ; bien plus, on prend à tâche de ruiner une méthode qui a déjà fait ses preuves, de briser des espérances positives.

Dans une communication retentissante, destinée au public, des hommes éminents, des médecins dont les noms font autorité, réunis en une sorte d'aréopage, ont décrété, *urbi et orbi*, qu'il n'existait pas de traitement réellement efficace de la tuberculose, qu'aucun vaccin ou sérum ne pouvaient prétendre à ce titre, et qu'il n'existait que dans l'imagination de charlatans exploiteurs de la crédulité de pauvres malades en quête d'un souverain remède. Ainsi, en avaient décidé les princes de la phtisiologie, car il y a, paraît-il, une science phtisiologique, nouvelle, idole que ses fidèles gardent jalousement dans un temple dont les portes ne sont ouvertes qu'aux seuls initiés ; en vérité, c'est se payer de mots ; on conviendra avec moi qu'il est ridicule de vouloir spécialiser une maladie qui fait le fond de nos occupations de praticiens ; c'est en tout cas une erreur au point de vue strictement médical, disons plus... un danger, et pour découvrir sans détours le fond de ma pensée, je croirais volontiers que certains défenseurs de

cette conception ne le font pas sans quelque intérêt qui n'a rien de scientifique.

Je crois et je soutiens par contre, et la grande majorité de mes confrères praticiens ne me contrediront pas, que tout médecin consciencieux et averti peut faire de la bonne phtisiologie... puisqu'il faut l'appeler par son nom.

On ne se contente pas d'ailleurs de nier l'existence d'une sérothérapie efficace, on nie même *à priori* sa possibilité d'existence...

« Ça n'existe pas », me disait un jour un phtisiologue de profession, « et d'ailleurs, ça ne peut « pas exister, c'est impossible », et il se basait sur la nature particulière du bacille et ses réactions humorales ; je m'étonne que des esprits dits scientifiques puissent émettre de pareilles affirmations tendancieuses, qui sont un nonsens en biologie, elle-même en perpétuel remaniement ; bien imprudent qui veut à l'avance établir des cadres bien tranchés.

Que le bacille tuberculeux soit d'une nature un peu spéciale, c'est entendu ; qu'il se comporte dans le milieu organique d'une façon particulière à lui et de diverses manières, faisant de la tuberculose une affection très polymorphe, c'est encore vrai ; que la sérothérapie soit justement, et pour toutes ces raisons, d'une difficulté d'application réelle, c'est encore vrai, mais de là à refuser à ce trop mystérieux bacille la faculté de faire réagir notre organisme selon le processus habituel de défense contre les infections, avec les modalités particulières inhérentes à sa nature, lui assigner une place tout à fait à part dans la série des corps microbiens, c'est évidemment le reléguer dans un splendide isolement que rien ne justifie ; c'est, au point de vue purement spéculatif, faire preuve d'un esprit dénué du sens des généralisations, et c'est enfin de compte, comme conséquence de cette façon de voir les choses, se condamner à l'avance à une thérapeutique d'inertie.

La nature ne se comporte pas ainsi. Linné, Claude-Bernard et Pasteur, pour ne citer que ces grands noms, nous ont montré que l'esprit scientifique ne se séparait pas de l'esprit philosophique, témoin « l'Introduction à la médecine expérimentale » ; ils ont dégagé de l'étude des phénomènes vivants les grandes lois qui les régissent et nous en découvrent l'unité merveilleuse ; la raison et la logique nous imposent de penser et d'affirmer que le bacille de Koch n'échappe pas entièrement à ces lois : *natura non facit saltus.*

Je vais plus loin ; déclarer que la sérothérapie antibacillaire est une utopie, c'est faire de la mauvaise besogne, c'est jeter le discrédit sur des résultats pleins de promesses ; c'est englober dans la même sentence les guérisseurs aux réclames tapageuses — qu'on a raison de signaler — et ceux qui, par leur labeur, leur probité scientifique, leurs sacrifices, tâchent d'atténuer, dans une large mesure, un fléau social, c'est frapper d'ostracisme et sans appel une méthode qui relève sans conteste des découvertes pasteuriennes (1).

L'histoire est bien en effet un perpétuel recommencement ; nous connaissons les luttes que Pasteur eut à soutenir pour renverser les dogmes officiels de l'époque ; la plupart des révolutions scientifiques ont eu le même sort ; elles ont soulevé d'âpres discussions et fait naître d'ardentes rivalités.

Lorsque le praticien, se dégageant de tout esprit dogmatique, voudra bien entrer hardiment dans la voie nouvellement tracée, il y obtiendra des succès inconnus jusqu'ici, et ce jour-là, comme saint Thomas, il aura la foi ; ce jour-là, en dépit des mauvais prophètes, la méthode aura conquis droit de cité et on aura fait un grand pas de plus en matière de thérapeutique antituberculeuse ; le souhait à émettre en conclusion est que cette arme puissante, mise enfin aux mains des praticiens, leur soit dispensée largement comme les autres sérums, au fur et à mesure des besoins ; ce souhait, je le dédie au Pr Jousset. On m'a dit d'ailleurs qu'il y pensait sérieusement.

Dr GUÉRIN,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.
(Meslay, Mayenne).

Au moment où je terminais mon article, on apprenait par la voie des journaux que le Pr Calmette venait, après de longues recherches, de mettre au point un vaccin préventif. Ceci n'est-il pas la confirmation éclatante des idées précédentes ? Ce sont les méthodes pasteuriennes qui nous donneront la solution du problème de la thérapeutique antituberculeuse; l'atténuation de virulence obtenue par M. Calmette n'est-elle pas un procédé pasteurien par excellence ? Que ceux-là, qui déclaraient à l'avance nulles et non avenues toutes les recherches faites dans cet esprit, sachent loyalement reconnaître qu'ils se sont trompés.

(1) Le docteur OUDIETTE, du Mans, a protesté comme il convient, dans un journal régional, *L'Ouest Eclair*, contre ce communiqué, avec des arguments parfaitement justifiés, et le docteur Noir, dans le *Concours*, a réitéré la même protestation. Je suis heureux de m'associer à eux.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Varicocèle pelvien.

D'après le Pr Maurice Auvray, il est caractérisé par la dilatation permanente des veines du bassin, et en particulier de celles qui siègent dans le ligament large, plus spécialement dans l'aileron tubaire. Ce varicocèle pelvien est loin d'être rare, mais le diagnostic en est extrêmement difficile, en ce qui concerne la *variété essentielle, idiopathique,* et non le varicocèle secondaire, des fibromes, des kystes, etc.

Au point de vue pathogénique, on en reste au domaine de l'hypothèse ; il est à remarquer cependant que cette lésion s'accompagne souvent d'ovarite scléro-kystique, et qu'elle serait, d'après certains auteurs, secondaire à un trouble fonctionnel de la glande ovarienne, à de l'hyperovarie.

Les symptômes cliniques ne sont pas toujours bien nets. Si l'examen local des organes pelviens est souvent négatif, on constate cependant un peu de douleur, d'empâtement dans les culs-de-sacs vaginaux, et, fait important, une *tumeur*, molle, pâteuse, *perceptible seulement dans la station debout, et disparaissant dans la position horizontale*. L'absence de signes fait que le médecin peut conclure à un état pelvien d'origine nerveuse.

Le varicocèle s'accompagne de troubles de la menstruation, les règles étant plus fréquentes, plus abondantes, plus douloureuses, avec, dans l'intervalle, des métrorrhagies rebelles, que pourrait même provoquer le coït.

Il faut d'abord un traitement médical, décongestionnant (hamamelis, hydrastis) ; l'opothérapie mammaire pourrait donner des résultats. Le traitement thermal peut être avantageusement conseillé : Néris, Luxeuil, Royat, Plombières, Bagnoles-de-l'Orne ; peut-être aussi les rayons X ou le radium.

Mais alors, devant la persistance des troubles fonctionnels, le traitement chirurgical peut devenir nécessaire. S'il n'y a pas de lésions annexielles : ligatures, résection des paquets variqueux du mésosalpinx ; puis, pour terminer, toujours fixation ligamentaire de l'utérus trop mobile ou rétrodévié. En cas de lésions annexielles, c'est la castration qui s'impose, celle-ci pouvant d'ailleurs varier avec l'âge de la malade et l'étendue des lésions ovariennes. (*Gazette des Hôpitaux*, 8/10 avril 1924.)

Les indications thérapeutiques dans les néphrite chroniques chlorurémiques avec œdèmes.

Le Dr Siguret (de St-Nectaire) schématise, ainsi qu'il suit, la conduite à tenir, en se basant sur le volume des œdèmes.

1° *Néphrites chlorurémiques avec œdèmes légers.*

Hygiène : abstention de toute fatigue.

Régime déchloruré discontinu : absolu pendant 4 à 5 semaines ; puis, si les œdèmes persistent, passer au régime fixe suivant : du 1er au 10 de chaque mois, alimentation déchlorurée ; du 10 au 15, régime hypochloruré (aliments sans sel, addition de 1 gr. 50 à 2 gr. de NaCl par 24 h.); du 15 au 25, régime déchloruré ; du 25 au 30, régime hypochloruré. Ainsi de suite, jusqu'à disparition des œdèmes.

La médication doit viser : *a*) l'excitation des voies de déviation, cutanée (frictions, bains tièdes), intestinale ; *b*) la sollicitation de la diurèse, à l'aide de liquides, ou, si le rein ne réagit pas, à l'aide des diurétiques proprement dits : théobromine (0.50 à 2 gr. *pro die* associée au phosphate ou benzoate de soude), chlorure de calcium (1 gr. 50 à 6 gr. par jour) ; chlorure de potassium (3 à 7 gr.) ; ce dernier médicament n'est prescrit que si l'appareil cardio-vasculaire n'est pas touché. Quand les œdèmes persistent malgré tout, une cure thermale aux stations de diurèse pure, Contrexéville, Evian, Thonon, Vittel, ou St-Nectaire.

2° *Néphrites chlorurémiques avec œdèmes étendus.*

Mêmes règles d'hygiène, en insistant sur le repos.

Régime déchloruré permanent.

Réduire les liquides, si l'épreuve de la diurèse provoquée est négative.

Stimulation des fonctions cutanées ; surveillance de l'intestin.

Quand les œdèmes périphériques sont importants, avant de prescrire les diurétiques, favoriser l'évacuation des œdèmes par des mouchetures, des ponctions cutanées ; puis, après 48 h., pendant 10 jours, théobromine (1 à 2 gr.), extrait de strophantus (1 à 3 milligrammes) ; les 10 jours suivants, pilules de Lancereaux (scille, digitale, scammonée : ââ 0.05), 2 à 3 par 24 h., ; enfin, les 10 derniers jours du mois, alterner le chlorure de calcium, l'allythéobromine, les

injections de sérum glucosé hypertonique. Puis recommencer.

La cure thermale est discutable ; l'interdire si elle nécessite un long voyage.

3° *Néphrites chlorurémiques avec œdèmes considérables.*

Régime déchloruré strict, et aussi pauvre que possible en cholestérine.

Médication déplétive intestine quotidienne (calomel, 1 centigramme).

Paracentèses diverses et dérivation cutanée.

Une fois les œdèmes suffisamment évacués, organiser la diurèse : par période de cinq jours, strophantus, théobromine, teinture d'adonis, digitaline, cure thermale formellement interdite), *L'Hôpital*, avril 1924, B.).

Le diabète rénal.

Dans le diabète rénal, dit le Pr M. LABBÉ, il s'agit simplement d'une hyperméabilité rénale au glycose. Son diagnostic est du plus haut intérêt clinique : en effet, si la découverte d'un diabète vrai chez un sujet jeune équivaut presque toujours à un arrêt de mort, celle du diabète rénal entraîne un pronostic bénin.

Le caractère essentiel du syndrome clinique est la glycosurie sans hyperglycémie chez des sujets dont le rein est normal, le glycose ne passe dans les urines que si le taux de la glycémie s'élève aux environs de 1 gr. 80 à 2 grammes ; dans le diabète rénal, l'ingestion de glycose donne une glycosurie, même avec une glycémie de 1 gr. 21 ou 1 gr. 18, avec une glycémie basse.

La glycosurie, généralement modérée (10 à 20 grammes par jour), permanente (à jeun comme dans le jeune), non influencée par les régimes, ne s'accompagne point des symptômes d'hyperglycémie (polydipsie, polyurie, etc.)

Il existe une relation entre les néphrites et la glycosurie (souvent compliquée d'albuminurie). Des troubles hépatiques sont fréquemment aussi associés au diabète rénal.

Celui-ci constitue une *infirmité bénigne*, simple vice de fonctionnement rénal sans troubles de la nutrition. Il peut cependant s'associer au diabète vrai.

Dans l'étiologie du diabète rénal, il faut signaler que la glycosurie est souvent découverte à l'occasion d'une néphrite consécutive à une angine ; de plus, cette affection semble souvent héréditaire.

Les injections intra-veineuses de chlorure de sodium provoquant des glycosuries transitoires sans hyperglycémie, et les sels de calcium se comportant à cet égard comme les antagonistes du sodium, M. Labbé a essayé un traitement calcique du diabète rénal, qui lui a donné quelques bons résultats.

D'autre part, Commidge ayant pensé que l'insuffisance parathyroïdienne jouait un rôle dans la métabolisme du calcium, a institué avec succès une thérapeutique par le calcium et la glande parathyroïde ; chez une malade, la glycosurie disparut en 6 jours, la cure fut de 2 mois, et au bout de 6 mois, la guérison se maintenait. Il y a là un fait d'une haute portée physiologique et thérapeutique. (*Paris médical*, 3 mai 1924.)

Les kystes hydatiques gazeux primitifs du foie.

Dans cette étude, le Pr Noël FIESSINGER laisse de côté les kystes gazeux d'origine bronchique, stomacale, intestinale, ou externe ; il n'envisage que les kystes primitifs, ne communiquant pas ou n'ayant jamais communiqué, ni avec les cavités digestives ou respiratoires, ni avec l'extérieur.

Parfois, c'est un kyste hydatique diagnostiqué, qui présente des accidents de suppuration gazeuse à la suite d'une ponction exploratrice. Le plus souvent, le kyste est latent jusqu'à son infection. Brusquement, apparaît une douleur abdominale, rapidement accompagnée de vomissements et de douleur. Mais ce début violent n'est pas constant ; il y a diminution de l'appétit et des forces ; puis, surviennent les crises douloureuses, qui traduisent la suppuration ; elles siègent à l'épigastre ou dans l'hypocondre droit, avec irradiations dans le dos et l'épaule droite. La température oscille entre 38°, 39°, et le pouls est constamment rapide. Le diagnostic de localisation hépatique se fait à l'aide des signes physiques : voussure, tumeur, renitente, flot à la succussion, souffle à l'auscultation. La radioscopie peut aider au diagnostic difficile avec l'abcès gazeux ou sous-phrénique, ou celui du foie.

L'évolution est par elle-même très grave ; et si la guérison ne peut être obtenue que par la marsupialisation du kyste, des complications sont encore possibles : cholerragies externes, hémorragie intra-kystique, ouverture du kyste gazeux dans un organe voisin.

Il faut opérer le plus tôt possible sur l'indication de poche gazeuse et suppurée intra-hépatique.

Quant à la pathogénie, le dégagement gazeux résulte, semble-t-il, d'un ensemencement du kyste par des bactéries d'origine intestinale, qui arrivent au kyste par infection ascendante biliaire ou sanguine. (*Paris médical*, 17 mai 1924.)

A propos de l'accouchement indolore.

Pour obtenir la suppression des douleurs de l'accouchement, tout en respectant la contractilité utérine, on a essayé les anesthésiques généraux : chloroforme, protoxyde d'azote, et la rachi-anesthésie. Ces procédés ne sont pas sans inconvénients, en ce qu'ils nécessitent la pré-

sence constante de l'accoucheur auprès de la parturiente, que le temps pendant lequel ils doivent être utilisés est indéterminé, qu'ils ne sont pas sans nocivité sur la mère, aux émonctoires rénanx et hépatiques sensibles, et sur le fœtus.

On a donc cherché à les remplacer par l'introduction dans l'organisme de composés chimiques hypnogènes, tels que la scopolamine-morphine, menaçante néanmoins pour la contractilité utérine, et par ses effets toxiques sur le fœtus.

On recourt volontiers actuellement aux composés uréiques, qui n'auraient aucun de ces inconvénients. M. P. DELMAS fait de ceux qui sont recommandés un examen intéressant. Il cite successivement l'hémipnal, contre-indiqué selon lui dans les cas d'inertie utérine, de placenta prævia, d'une intervention probable ; la somnifène, l'allonal, employés en injections souscutanées ou intra-musculaires.

Puis, il s'arrête sur un nouveau produit, le niketol, qui serait utilisable en applications locales sur le col et sur les parois vaginales et vulvaires, et dont la toxicité serait nulle. Après nettoyage de la région et notamment des culs-de-sac, on badigeonne ceux-ci avec une compresse imbibée de 20 cmc. d'une solution à 5 % qu'on laisse vingt minutes en contact avec la muqueuse cervico-vaginale. A la dilatation complète, mêmes badigeonnages à la partie inférieure de la filière génitale. Les résultats seraient des plus encourageants. Mais, conclut l'auteur, pour ce produit, comme pour les précédents, il est prudent d'attendre l'épreuve du temps, des conclusions définitives ne pouvant être formulées. (*Languedoc médical*, 10 juin 1924.)

L'hémoptysie dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

On ne saurait faire un diagnostic trop précoce de la tuberculose pulmonaire. S'il en est autrement, c'est que, le plus souvent, les intéressés ne tiennent pas un compte suffisant des premières manifestations caractéristiques de l'invasion bacillaire : le malade d'abord, qui ne sait pas et néglige de s'arrêter à tel symptôme plus ou moins fruste ; le médecin ensuite, qui interprète mal ce symptôme, dont il méconnaît la signification et la valeur:

Parmi les incidents révélateurs ou d'alarme de la tuberculose, se place l'hémoptysie. M. COURCOUX expose clairement les conditions dans lesquelles peut survenir la première hémoptysie.

Elle peut être l'unique manifestation d'une tuberculose abortive. Elle survient alors sans cause apparente, se montre relativement abondante, demeure ordinairement unique. A la suite, on ne note aucun retentissement sur l'état général, aucun signe radiologique, bactériologique, clinique : on doit distinguer cette hémoptysie des crachements de sang liés à une affection des voies respiratoires supérieures ou à une maladie de cœur.

L'hémoptysie peut être un signe indicateur prédominant d'une tuberculose abortive caractérisée par des poussées de cortico-pleurite. Hémoptysie peu importante, quelques crachats teints de sang, expulsés à l'occasion des quintes de toux, de courte durée, se reproduisant pendant deux ou trois jours consécutifs. Signature de petites poussées bénignes, corrélatives elles-mêmes de poussées de cortico-pleurite à répétition. On se gardera de penser qu'il s'agit là de sang provenant de la gorge, ou d'une hémorragie supplémentaire de la période menstruelle, ou d'une banale grippe thoracique.

L'hémoptysie peut être le signe révélateur d'une tuberculose pulmonaire commune méconnue. Variable en quantité et en durée, allant des petits crachats teintés de sang, expectorés plusieurs matins de suite, jusqu'aux hémorragies plus abondantes, plus prolongées, plus importantes, provoquées par la fatigue, le surmenage, le froid, le chaud, les excès alimentaires, avec atteinte plus ou moins marquée de l'état général, accompagnées de crachats bacillifères. Si les signes locaux sont discrets, les signes radiologiques peuvent révéler des lésions avancées (cavernes). On ne prendra pas cette hémoptysie pour un saignement de dents, une exsudation irritative du pharynx ou du larynx, comme les malades le prétendent le plus souvent. On fera le diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec celui de tumeur, de kyste hydatique, de bronchite hémorragique...

L'hémoptysie peut être le signe révélateur d'une tuberculose pulmonaire fibreuse. Abondante, brusque, récidivante, elle s'accompagne de phénomènes congestifs : bouffées de chaleur, palpitations, hypertension... chez des sujets à passé pulmonaire chargé, et ayant dépassé la quarantaine. On se gardera de la mettre sur le compte de l'arthritisme, du cœur, de la ménopause, tant qu'elle n'aura pas fait sa preuve. On éliminera aussi la dilatation bronchique.

Si j'interprète la pensée de l'auteur, je conclurai qu'en présence d'un crachement de sang, il faut toujours penser à une forme quelconque de la tuberculose pulmonaire, aiguiller les recherches dans cette voie, et n'abandonner cette hypothèse qu'après avoir épuisé tous les moyens d'une investigation prolongée. (*La Consultation*, juin 1924.)

Sérothérapie antigangréneuse et infiltration d'urine.

L'infiltration d'urine s'accompagnant toujours de phénomènes de gangrène au niveau des tissus atteints, M. BLANCHOT a eu l'idée d'asso-

cier la sérothérapie antigangréneuse à l'acte chirurgical indiqué en pareil cas.

A cinq reprises différentes, il a utilisé cette double thérapeutique et s'en est bien trouvé.

Il injecte un mélange de sérum anti-perfringens, de sérum anti-vibrion et de sérum antiœdématiens.

Il s'agit d'une action paraspécifique, puisque le mélange employé ne tenait pas compte de l'espèce microbienne en cause. Et il ajoute : « Les sérums nettement spécifiques pourront peut-être améliorer dans l'avenir le pronostic du phlegmon urineux, simplifier l'acte chirurgical, le rendre inutile peut-être, mais en attendant que l'on puisse appliquer à chaque cas le sérum qui lui convient, il semble que l'emploi de plusieurs sérums est la technique la plus sûre et que, si imparfaite qu'elle soit, la sérothérapie méritait d'être recommandée comme complément heureux de l'intervention dans cette affection grave. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1924.)

Quelques cas d'impetigo traités par le bouillon vaccin.

En application de la méthode des vaccinations locales recommandée par Besredka, et dont M. Drouet a fait dans le *Concours médical* un savant exposé (20 juillet 1924), M. Fonteyne a traité par des applications locales de bouillon vaccin plusieurs cas d'impétigo ne présentant aucune tendance à la guérison.

Les cheveux coupés préalablement, la tête nettoyée au savon, on recouvre les lésions de compresses de gaze stérile imbibées d'un bouillon vaccin préparé avec des races de staphylocoques prélevés chez différents malades, et recouvertes d'un imperméable. Trois enfants ont guéri rapidement et complètement. Un quatrième est en excellente voie d'amélioration. Deux n'ont été que partiellement améliorés. Un dernier, atteint d'eczéma rebelle impétiginisé, a été aggravé, et l'on a dû abandonner le traitement après une première application.

Mais l'auteur ayant remarqué que les pansements ainsi effectués étaient malodorants et provoquaient un regain d'eczéma, se contente de badigeonner les lésions trois fois par jour avec le bouillon vaccin, en les laissant à l'air libre.

Il signale toutefois l'apparition de certains accidents ayant succédé à une disparition rapide des lésions impétigineuses, chez un enfant qui finalement est mort, rappelant que la mort subite a été observée chez des nourrissons atteints de dermatoses étendues, même en l'absence de tout traitement. Mais il déclare que le vaccin ne saurait ici être mis en cause, et qu'il paraît exercer réellement une action curatrice. (*Le Scalpel*, 7 juin 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le retour de l'alcoolisme.

(M. R. Riémain. — *Académie de médecine* ; 1-7-1924.)

Au début de la guerre, le Parlement, libéré de soucis électoraux et conscient des dangers que faisait courir l'alcoolisme à la défense nationale, vota trois lois anti-alcooliques : la loi du 16 mars 1915, interdisant l'absinthe ; celle du 9 novembre 1915 limitant les débits ; celle du 30 juin 1916, supprimant le privilège des bouilleurs de cru. Il en résulta une diminution de plus de moitié de la consommation des spiritueux, au grand avantage de la santé publique. La consommation des boissons fermentées (vin, cidre, bière) resta à peu près stationnaire.

Malheureusement, la guerre terminée, les fabricants d'apéritifs reprirent courage. On vota des atténuations aux lois ci-dessus citées. On vit se développer, à grand renfort de publicité, des liqueurs anisées rappelant les divinités vertes d'avant-guerre, l'« anis osa », le « Cresson anisé », etc !. Et la consommation de l'alcool passa de 750.000 hectolitres en 1921, à 925.000 en 1922 et à 1.000.000, en 1923.

M. Riémain, secrétaire général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, après avoir rappelé ces chiffres et montré le flot renaissant de l'alcoolisme, demande à l'Académie d'intervenir en usant de son autorité auprès de pouvoirs publics pour entraver ce retour offensif de l'éthylisme.

— M. Pouchet remarque qu'il suffit de regarder les terrasses des cafés pour s'apercevoir de l'accroissement considérable de la vente des liqueurs à essence, succédanés de l'absinthe. L'augmentation de la quantité de vin consommé serait beaucoup moins inquiétante.

— M. Achard a l'impression également qu'il se produit aujourd'hui une renaissance de l'éthylisme parmi la population de nos hôpitaux. Pendant les premiers jours qui ont suivi la guerre, l'alcoolisme chronique, était devenu rare, à l'hôpital. Il réapparaît avec une fréquence progressive.

Innervation sensitive de la région sous-glottique

(M. F.-J. Collet. — *Académie de médecine* ; 1-7-1924.)

Chez deux malades, opérés de laryngostomie,

permettant par conséquent un examen direct des zones sous-glottiques, M. Collet a cherché à contrôler les notions classiques relatives à l'innervation sensitive du larynx et de la trachée. L'auteur, ayant anesthésié le domaine du laryngé supérieur par une injection de 4 centimètres cubes de novocaïne à 1 pour 100, injection faite au niveau du passage du nerf dans la membrane hyo-thyroïdienne, a exploré au stylet la muqueuse glottique et sous-glottique.

Ses expériences l'ont amené à conclure que :

1° Chez l'homme, le bord libre et la face inférieure des cordes vocales sont innervés par le laryngé supérieur ;

2° Cette zone d'innervation du laryngé supérieur s'étend environ à 2 ou 4 centimètres au-dessous des cordes et intéresse ainsi la région sous-glottique et la partie supérieure de la trachée ;

3° La zone correspondant à chaque nerf (droit et gauche) s'arrête bien exactement sur la ligne médiane ; il n'y a pas de chevauchement d'un nerf sur le territoire du côté opposé.

Gastrectomie pour cancer remontant à 24 ans.

(M. P. Peugniez. — *Académie de médecine* ; 1-7-1924.)

Les chirurgiens et les radiologues discutent sur la part du bistouri et des rayons dans la thérapeutique du cancer.

Pour ce qui concerne les tumeurs malignes du tube gastro-intestinal, il ne semble pas que les rayons aient donné un pourcentage important de guérisons définitives, bien que leur action palliative soit nette. La chirurgie, si elle fait courir certains risques, comporte par contre des succès plus complets. M. Peugniez en signale un exemple intéressant. Il s'agit d'une femme qu'il a opérée en juin 1899 de cancer de l'estomac et qui est morte il y a six mois, soit 24 ans après l'opération. L'auteur ajoute que le bistouri reste l'agent le plus efficace à mettre en œuvre et qu'il est capable de procurer des résultats durables.

Les injections d'hypophyse peuvent-elles guérir le diabète insipide.

(MM. Denéchau, d'Angers, et Mandroux. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-4-1924.)

Depuis les premières constatations de Francesca Farini (1913), de Lereboullet et Faure-Beaulieu (1913), on sait que les injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sont, dans la règle, suivies d'une diminution considérable de la polyurie. Mais, si l'action de l'hypophyse est frappante, elle est éphémère et le traitement du malade a pour ainsi dire besoin, généralement, d'être indéfini.

Y a-t-il, cependant, des cas où une amélioration durable se produit ? M. Dénechau en relate deux observations relatives à des malades dont la polyurie a cessé après quelques semaines de traitement. La cure spécifique, il est vrai, fut associée à l'hypophyse.

Les injections intra-veineuses d'émétine.

(MM. Bensaude, Cain et Rochet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-5-1924.)

M. Petzetakis attirait dernièrement l'attention sur les avantages des injections intra-veineuses de chlorhydrate d'émétine dans le traitement de la dysentérie ambienne aiguë et chronique.

M. Bensaude fait remarquer que ces avantages ne sont pas sans inconvénients. Chez deux malades qu'il a ainsi soignés, il a noté toute une série d'accidents immédiats, et d'autres tardifs, très impressionnants (vomissements, asthénie, collapsus). Il conviendrait donc d'être tout au moins très prudent, en pareille matière.

Oblitération de l'artère axillaire consécutive à l'usage prolongé d'une béquille.

(MM. Souques et Terris. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-4-1924.)

On connaît bien les paralysies du plexus brachial déterminées par le port d'une béquille. On connaît aussi l'œdème, d'ailleurs rare, du dos de la main dû à la compression des veines. Par contre, les troubles consécutifs à une compression artérielle ne semblent pas avoir été signalés.

M. Souques a observé un homme de 57 ans atteint d'une oblitération de l'artère axillaire gauche : absence complète de battements au niveau des artères radiale, humérale et axillaire ; tension artérielle nulle sur tout le membre au Vaquez et au Pachon. Comme cause de cette oblitération, on n'a trouvé que l'usage d'une béquille, usage ancien, remontant à quarante-sept ans, ayant déterminé probablement une thrombose oblitérante.

Syringomyélie traitée par les rayons X.

(MM. Ménétrier et Derville.— *Soc. méd. des hôp.*; 11-4-1924.)

Quelques observations ont été publiées déjà, montrant les bons effets des rayons X dans le traitement de la syringomyélie. MM. Ménétrier et Derville y ajoutent un nouveau cas concernant un malade qu'ils ont soigné, il y a vingt ans, par la radiothérapie. Le patient a été assez amélioré pour pouvoir reprendre et continuer une vie active. La syringomyélie est, certes, une affection à rémissions connues. Cependant, une amélioration spontanée d'aussi longue durée n'est guère admissible.

Vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine.

(M. Zoeller, du Val-de-Grâce. — *Soc. méd. des hôp.*; 9-5-1924.)

M. Zoeller a fait des essais de vaccination antidiphtérique chez l'adulte au moyen de l'anatoxine. Sur 59 sujets réceptifs, 48, après avoir reçu 3 inoculations d'anatoxine à doses croissantes, ont pré-

senté, six semaines plus tard, une réaction de Schick négative. Ils étaient immunisés. Dans les limites, donc, où l'on peut faire confiance à la réaction de Schick, on peut dire que 3 injections d'anatoxine mettent à l'abri de l'infection diphtérique.

M. Zoeller a eu, d'autre part, l'impression, chez un malade atteint de diphtérie grave, que l'anatoxine, associée au sérum, a été utile dans le traitement même d'une diphtérie en évolution.

Fièvres syphilitiques tertiaires.

(MM. Caussade, Lévy-Franckel et Peynet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-5-1924.)

A côté des fièvres syphilitiques secondaires accompagnant les syphilides et de la typhose syphilitique secondaire, il y a place pour des fièvres syphilitiques tertiaires. Celles-ci, comme les précédentes, sont liées à des lésions organiques, hépatiques (Gilbert et Chiray), méningées, rénales, médiastinales (Castaigne et Lian), etc., ou sont des hyperthermies spécifiques à caractère essentiel, sans substratum viscéral, apparent tout au moins.

M. Caussade relate un cas rentrant dans cette dernière catégorie, mais s'accompagnant de modifications importantes des éléments figurés du sang (hématies et leucocytes).

Fièvre typhoïde hémorrhagique. Sérum de Dufour : guérison.

(MM. Brulé et Basch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-5-1924.)

MM. Brulé et Basch ont observé un jeune homme qui fit, au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde, un syndrome hémorrhagique. Traité par le sérum sérique de Dufour, le patient guérit. Le pronostic des formes hémorrhagiques de la dothiénentérie étant généralement très grave, il semble logique d'attribuer la guérison à la thérapeutique mise en œuvre.

Dermatite exfoliatrice bismuthique.

(MM. Marcel Pinard, M.-P. Weil et Louvel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-5-1924.)

Aux quelques cas signalés antérieurement de dermatite exfoliatrice d'origine bismuthique, M. Marcel Pinard ajoute une observation nouvelle. Il s'agit d'une femme de 50 ans qui eut, après 16 injections d'un sel insoluble de bismuth (échelonnées sur plus de 3 mois) une dermatite exfoliatrice comparable à celles rencontrées (assez communément) à la suite du traitement arsénobenzolique.

— M. Lortat-Jacob remarque que si les érythrodermies bismuthiques sont rares, elles ne sont pas absolument exceptionnelles. La plupart surviennent dans les traitements par sels insolubles. Elles sont, à l'habitude, précédées d'un liseré ou d'une stomatite, mais celle-ci peut passer inaperçue. Lorsque l'on voit les accidents buccaux apparaître, on agira prudemment de façon à prévenir l'érythrodermie.

Les abcès spontanés à gonocoques.

(M. H. Dufour. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 2-5 1924.)

En 1922, MM. Klippel et Rachet ont rapporté un cas d'abcès superficiel à gonocoques, du poignet et de la main, consécutif à une polyarthrite gonococcique. M. Dufour vient d'observer un fait analogue, puis, un second, dans lequel l'abcès ne siégeait pas au voisinage d'une jointure touchée.

— M. André Léri a eu l'occasion de soigner un vaste abcès gonococcémique du bras. L'injection de sérum anti-gonococcique dans la poche a donné un bon résultat.

— M. Lemierre, dans un travail publié avec M. Faure-Beaulieu, a insisté sur la fréquence relative des suppurations gonococciques du tissu cellulaire sous-cutané péri-articulaire. A côté de ces suppurations qui ne sont que des métastases d'une septicémie gonococcique, il peut exister des abcès superficiels dus à la pénétration directe du germe dans les téguments.

Le citrate de soude dans la thrombo-artérite oblitérante.

(MM. J. Troisier et Ravina. — *Soc. méd. des hôp.* 9-5-1924.)

Il était logique d'utiliser les injections veineuses le citrate de soude — agent anti-coagulant *in vitro* — dans la thérapeutique de la thrombo-artérite oblitérante. Un malade de M. Troisier s'est bien trouvé de ce traitement. La guérison toutefois ne peut pas être considérée comme absolument complète.

La cure des varices par les injections de citrate de soude.

(M. J. Troisier, — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-5-1924.).

Les essais de cure des varices par les injections intra-variqueuses de certaines substances sont déjà anciens. Le professeur Sicard, en 1920, a rajeuni la méthode et a proposé le carbonate de soude et le salicylate de soude. M. Troisier s'est servi, dans les mêmes conditions, du citrate de soude en solution concentrée et il a pu obtenir la régression de varices assez volumineuses, sans inconvénient. L'agent médicamenteux doit être injecté strictement dans la veine.

P. L.

M. Blum *Société médicale des Praticiens* ; 16 mai 1924.

Le Dr Blum étudie l'*éphidrose* (sueurs) suivant ses diverses localisations. La transpiration est toujours d'origine pathologique. Supprimer totalement la

sueur est une erreur, il faut simplement la rendre normale et physiologique. L'auteur traite les éphidrosiques par la belladone, applique la thermothérapie, qui fatigue les glandes en les faisant hypersécréter, — puis la haute fréquence —, parfois de la galvanisation positive qui agit en atrophiant les glandes sudoripares ; — après quelques jours de repos, le malade est soumis aux rayons X.

Le Dr Lefilliatre signale le cas d'une fillette de 13 ans chez laquelle l'appendice était en situation sous-hépatique, le cæcum adhérent au rein droit en rapport avec la tête du pancréas et la deuxième portion du duodénum ; le côlon ascendant était descendant, en partie, car on fut obligé de prolonger l'incision jusqu'à la neuvième. (*Surprise anatomique au cours d'une appendicite*).

Une discussion fort intéressante surgit à propos du *traitement des varices* entre les docteurs Mabille, qui est plus partisan du traitement général, et Fildermann, qui est partisan de la méthode sclérosante par injection de salicylate de soude.

Les Livres

Librairie A. Maloine et fils, Paris (VIe).

Bibliographie méthodique et complète des livres de médecine. In-8, 72 pages.

Cette bibliographie, qui contient la nomenclature de tous les ouvrages de médecine courants parus depuis 10 ans, est indispensable à tous les médecins, pharmaciens, dentistes ; son envoi est fait *gratuitement* et franco sur simple demande par carte postale adressée directement à la librairie A. Maloine et fils, Paris (VIe).

Les Thèses

P. — Dr J. Lefévre. — **L'adsorption en thérapeutique. Le charbon animal** (1924).

L'auteur précise, en une étude préalable de physico-chimie, ce qu'il faut entendre par adsorption, cette force attractive qu'exercent sur certaines substances des corps colloïdaux ou des poudres ; il rapproche le phénomène de la teinture de l'action des poudres. Après une comparaison entre les différentes poudres adsorbantes, talc, kaolin, charbon végétal et animal, il établit que l'action thérapeutique de ces substances ne peut être mesurée que par leur pouvoir adsorbant, facile à titrer vis-à-vis du bleu de méthylène.

En effet, un bon charbon de peuplier pulvérisé ne peut adsorber que 5 mmgr. de bleu par gramme ; le noir animal ordinaire, 70 mmgr., et le charbon employé par Lefèvre, 240 mmgr. et plus.

Il étudie à ce point de vue le Carbosanis, charbon animal à haut pouvoir adsorbant qu'il a utilisé dans son travail. L'action thérapeutique du charbon repose en effet sur la fixation à sa surface de certaines substances nocives qui se trouvent dans l'organisme, et dont l'action est par là même neutralisée. Le charbon animal est l'antidote efficace de presque tous les poisons, ainsi qu'en témoignent des observations impressionnantes. Dans les affections intestinales, le charbon agit en fixant les microbes et surtout les toxines. Très efficace contre le botulisme, les entérites aiguës, il a provoqué des guérisons rapides dans des cas de diarrhées contre lesquels rien n'avait agi, à la dose relativement faible d'une cuillerée à café par jour. Il dimiue nettement les symptômes d'auto-intoxication. Il est généralement utile de lui adjoindre un laxatif salin, car il a tendance à provoquer de la constipation.

Il est probable que la possession d'un charbon animal spécialement actif permettra d'étendre les indications et l'utilisation en thérapeutique de cette force puissante qu'est l'adsorption ; déjà, l'auteur signale l'heureux emploi du charbon animal comme pansement sur les plaies atones et infectées. Cette thèse très documentée est le premier travail d'ensemble paru en France sur un sujet qui ne peut que prendre de nouveaux développements.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DU TIERS PAYANT

J'ai reçu du Dr Grinda, député des Alpes-Maritimes, la lettre suivante que je me fais un devoir de publier.

Dans un récent article du *Concours médical* sur le « tiers payant », vous écrivez : « J'ai des amis qui pensent et...... j'ai du mal à croire que nos parlementaires feront preuve d'un tel éclectisme, d'une aussi grande largeur d'idées ».

Permettez-moi, mon cher confrère, de vous faire observer que la Chambre des Députés a fait preuve de cet éclectisme, en votant le texte du projet de loi sur les Assurances sociales que j'ai rapporté au mois d'août dernier.

Ainsi que je l'ai démontré, le système très libéral, infiniment souple, que j'ai fait adopter peut être organisé en supprimant le tiers payant : suppression que, personnellement, je n'approuve pas.

« La comparaison de différents régimes pratiqués parallèlement », ainsi que vous l'indiquez, présentera le plus vif intérêt ; elle permettra, à la lumière de l'expérience, de mettre au point ces questions si complexes qui divisent actuellement le Corps médical. Le système qui, dans la pratique, présentera le plus d'avantages, ne tardera pas à se généraliser.

Je vous prie, mon cher confrère, d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Edouard GRINDA.

***

En remerciant mon sympathique correspondant de sa lettre, je me suis permis de lui répondre que la loi n'est pas encore votée ; qu'elle est pendante devant le Sénat, d'où elle reviendra sûrement devant l'actuelle Chambre des députés ; que le texte libéral, voté en première lecture par l'ancienne, ne trouvera peut-être pas, pour l'adopter, une même majorité dans la nouvelle, dont les tendances politiques sont suffisamment précises pour que nous soyons en droit de croire qu'elle écoutera volontiers les suggestions des milieux ouvriers, assez peu partisans, semble-t-il, de l'entente directe du malade avec son médecin.

De là le doute que j'ai exprimé, pour un avenir dont personne de nous ne sait exactement ce qu'il sera. Il ne saurait s'appliquer évidemment aux acquisitions du passé. Acquisitions fragiles et éphémères d'ailleurs, puisqu'elles n'ont rien de définitif, et seront vraisemblablement remises en question.

Les divergences d'idées qui existent entre M. le Dr Grinda et moi-même, après tant d'autres ne sauraient, d'ailleurs m'empêcher de rendre hommage à ses efforts, à son courage, et à son intention évidente de trouver un terrain d'entente sur lequel les tendances les plus opposées puissent se rapprocher transactionnellement.

***

Dans le dernier numéro du *Médecin Syndicaliste*, notre ami QUIVY fait remarquer avec juste raison qu'il ne faut pas dire : contrat collectif *avec ou sans tiers payant*, mais contrat collectif *avec ou sans organisation de soins*.

Il ajoute que le souci que certains d'entre nous ont d'écarter les petits risques de l'assurance se heurtera vraisemblablement à une résistance active, de la part du législateur et des milieux ouvriers. L'un des buts du législateur étant de prévenir autant que possible les maladies, il semble bien que c'est précisément la précocité des soins médicaux qui se montre seule capable de les dépister dès la manifestation de leurs premiers symptômes, et qu'en conséquence c'est au moment où ces symptômes font leur apparition qu'il importe de faire intervenir le médecin.

A quoi les médecins ripostent que si on laisse à l'assuré la possibilité de consulter l'homme de l'art, sous le couvert et avec le bénéfice de l'assurance, à la moindre occasion, pour le plus léger malaise, c'est l'encombrement certain du cabinet médical, non seulement par ceux qui ressentiront réellement un trouble quelconque, mais encore et surtout par la foule de ceux qui, renouvelant dans la vie civile ce qui est d'observation courante dans le milieu militaire, mettront sans ménagement le praticien en œuvre pour obtenir quelques jours de chômage sous un prétexte plus ou moins défendable, ou pour obtenir une purgation, un comprimé d'aspirine, quelques grammes de teinture d'iode.

Et il faut convenir que l'exemple des consultations données par les médecins de caisse en Alsace-Lorraine, aussi bien que par les médecins de mines, dans les régions minières, ainsi que nous l'ont révélé les enquêtes faites ici et là, donnent une singulière force aux objections médicales.

Il importe donc de chercher à concilier la surveillance de ce que Quivy appelle la *prémorbidité*, avec une défense légitime du médecin contre les sollicitations importunes des chômards et des insignifiantes indisponibilités.

Le législateur a cru y parvenir en proposant que les quatre premiers jours de la maladie ne bénéficient pas de l'assurance. A l'Union des Syndicats, nos confrères voudraient que ce délai soit porté à dix jours.

Il n'est pas douteux qu'on peut soutenir qu'un salarié peut supporter les frais d'une indisposition qui ne durerait que dix jours au maximum.

A quoi l'on nous rétorque qu'il est non moins douteux que, dans bien des cas, ce salarié, non garanti par l'assurance durant ce délai, apportera la plus grande négligence à se soigner, et que, laissant passer sans y remédier les premières atteintes du mal, il attendra que celui-ci ait fait des progrès, se soit aggravé, pour recourir aux soins médicaux.

Si cependant le principe de l'exclusion de l'assurance des premiers jours de maladie est accepté, l'accord ne reste plus à faire que sur le quantum même de cette période. Quel que soit ce quantum, un point semble devoir être bien précisé, c'est qu'en aucun cas, cette période ne devra faire l'objet d'aucun rappel, ni de chômage, ni de prestations médicales et pharmaceutiques. A cette condition, un élagage certain se fera parmi les bénéficiaires éventuels de l'assurance, et l'encombrement du cabinet médical redouté sera évité.

***

Il y a un autre point qu'il est nécessaire de mettre en lumière. On a prétendu que les médecins hostiles au tiers payant défendaient leurs intérêts matériels, que ce n'était pour eux qu'une question de *gros sous*.

Rien n'est moins exact. On peut affirmer qu'avec le régime du tiers payant, le médecin touchera de plus gros honoraires que s'il traite directement avec son malade. Car le malade qui n'est pas intéressé à l'économie des soins dont il a besoin ne se fait aucun scrupule de recourir sans ménagement au médecin, tandis que, s'il participe à la dépense représentée par les frais médicaux et pharmaceutiques, il y regardera à deux fois avant du multiplier les consultations et les visites.

Il y regardera certainement, s'il paie lui-même intégralement son médecin ; il y regardera moins sans doute, mais encore à coup sûr, s'il concourt partiellement, par le moyen de ticket modérateur, aux frais médicaux.

A condition toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit, que ce ticket ait une valeur suffisante pour n'être pas pour lui quantité négligeable.

Ce ticket doit atteindre *au moins* le tiers du prix des visites et consultations. La moitié serait encore préférable, comme frein efficace contre l'abus.

Tout cela n'est évidemment pas commode à résoudre. Cependant, avec de la bonne volonté de part et d'autre, il n'est pas impossible d'arriver à un accord.

L'essentiel, à mon sens, c'est que cet accord soit tel qu'il respecte l'indépendance du médecin, en même temps qu'il lui permettra d'exalter le plus possible la qualité de ses soins.

G. DUCHESNE.

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE

Dans les dispensaires. Ce que j'ai vu.

1re *Série, D. Tub.*

SOMMAIRE

I. — **Avant-propos : simple récit.**
II. — **Le dispensaire est discuté : un problème se pose.**
III. — **Essai d'appréciation : résultats et conséquences des dispensaires.**
   1° Synthèse. Coup d'œil d'ensemble ;
   2° Quelques résultats analytiques
   3° Conséquences imprévues :
      A. Nouvelle spécialisation : la phtisiothérapie
      B. Multiplication des infirmières, dames visiteuses ,
      C. Uniformité de la formule hygiénique du dispensaire (formule omnibus). L'hygiène à la française.
IV. — **Libre examen des faits.**
   Première réflexion : jugements statistiques, impossibles (prématurés).
   Deuxième réflexion : le praticien est-il si routinier et empoté qu'il ne vaille pas une dame visiteuse et soit moins éducable ?
   Troisième réflexion : le plus vexant, ce sont les opinions émises sur les praticiens par certains spécialistes de dispensaires.
V. — **Conclusions.**
   1° Le dispensaire idéal : une conception ;
   2° Répartition du travail entre spécialistes et médecins de famille ;
   3° Evolution du rôle des infirmières visiteuses et autres, en rapport avec leurs capacités.
   Quelques vœux (pour terminer).

I. — Avant-propos : simple récit.

Il y avait une fois........

Non, ceci n'est pas une parabole, ni une fable : c'est une histoire vraie ... banale !

Un confrère des plus distingués, un ami que je fréquente depuis les bancs de la Faculté (nous avons tous deux dépassé la cinquantaine), m'a conté l'autre jour un récent épisode de sa carrière.

Médecin depuis trente ans d'une famille restée reconnaissante de services rendus à l'hôpital, mon ami X... fut consulté, il y a deux ans, par ces fidèles pour un grand garçon à la veille de partir au régiment. Les sommets pulmonaires étant suspects, un programme d'hygiène préventive fut convenu avec l'intéressé.

Celui-ci une fois libéré (il y a six mois environ), devenu ouvrier imprimeur, s'est marié, oublieux de son passé, si bien que dernièrement, tout contrit, il a dû revenir chez le docteur : amaigrissement, diarrhée, toux, sueurs nocturnes... Auscultation attentive ; le diagnostic clinique s'impose : induration du sommet gauche. Par surcroît de précautions, une radioscopie est pratiquée avec le concours d'un spécialiste coté et consciencieux ; elle confirme le verdict : *induration pulmonaire des deux sommets, plus prononcée à gauche, et pleurite gauche.*

La conclusion thérapeutique des deux praticiens est formelle. Avant tout, un changement de vie : quitter Paris et l'atmosphère poussiéreuse de l'atelier ; d'urgence, cure de grand air, repos et alimentation surveillée ; les prescriptions pharmaceutiques ne passeront qu'en deuxième ligne. Sage formule, irréprochable en somme.

Mais le malade, jeune marié, ne veut rien entendre : il refuse de partir et de renoncer à son métier.

Alors le docteur X..., vu les conditions économiques, sociales et psychologiques du milieu conseille de s'adresser au dispensaire Y... pour bénéficier des avantages de l'institution ; et sans plus attendre, il rédige une fiche médicale signalétique *signée et paraphée de ses nom titre et adresse.* Justement, la famille se trouve en relations avec une infirmière visiteuse, monitrice au dispensaire désigné et cette intermédiaire bénévole se charge d'accompagner, de piloter et de présenter le postulant. — Ce qui est fait ...

Le soir même, le client revient, l'air sournoisement goguenard, informer son docteur : « Ah ! elle est bien bonne ! Savez-vous ce qu'on m'a dit là-bas ? — « *Restez tranquillement* » *chez vous, vous n'avez rien de rien* !.... »

Mon ami X... (cela se comprend un peu) n'était pas content du tout ; lors, prenant sa plume de Tolède, il écrivit au docteur Z..., grand chef du dispensaire, pour lui exposer les faits. — « Me suis-je trompé ? Cela se peut. Je « ne suis pas infaillible, et tout le monde se trompe « ... Tout de même un doute est permis. En « tous cas, était-il bien nécessaire de *fusiller* « d'emblée le diagnostic d'un confrère ?..... » — Le professeur Z... répondit fort courtoisement et épistolairement : « J'ai fait une enquête immédiate sur l'incident fâcheux que vous me signalez. *Pourquoi donc n'avez-vous pas accompagné votre malade vous-même au dispensaire* ?... L'assistant responsable n'a pas cru contredire l'opinion d'un médecin (1) ; il a supposé que la dame visiteuse avait pris sous son bonnet l'enrôlement du pseudo-malade ... Ramenez-nous donc votre client ; nous vérifierons devant vous..... »

Le professeur Z... demandait à son confrère pourquoi il n'avait pas escorté en personne son malade... La réponse est bien simple : mon ami X... est un praticien occupé, qui ne peut perdre le temps nécessaire aux formalités administratives requises pour chaque nouveau avant sa comparution ; des malades qui arrivent dès 8 heures du matin sont facilement retenus jusqu'à midi... D'ailleurs, *hic non jacet lepus* pour le moment ....

L'Epilogue comique, tragique, mélodramatique (triomphal pour un Jules Romains) est si « nature » qu'il ne saurait être inventé. Le voici:

Sans prendre avis de personne, le « *suspect* », l'inculpé, sans doute insuffisamment édifié sur son état véritable, s'en va spontanément.

1° à la consultation de l'hôpital L... d'où, après examen, on le renvoie comme indemne ;

2° à la consultation de l'hôpital C..., le même jour, où on diagnostique : « *Tuberculose évolutive des deux sommets, à diriger sur l'hôpital, à La Ch..., sa circonscription* ». Et de fait le malade est hospitalisé dans le service du professeur***

La famille, racontant ce dénouement à mon ami X... a conclu : « *Tout de même, si c'était pas qu'on vous connaît depuis trente ans, vous étiez coulé chez nous ; et on vous en aurait voulu de nous avoir f... le trac* ! »

***

Aucun commentaire ne suivra ce récit déjà trop long.

Mais si cette narration t'a amusé, ami lecteur, il serait aisé d'en éditer encore de toutes pareilles.

Cependant, *Non delenda sunt Dispensaria.* Il ne s'agit point de démolir ; ce serait un bar-

(1) Comment cette erreur a-t-elle pu être commise, puisque le malade était porteur d'une fiche signée de son médecin traitant ? ... Mais inutile d'ergoter sur les détails.

bare vandalisme : les révolutions qui détruisent s'épuisent ensuite à réédifier.

Il y a donc mieux à faire : améliorer, perfectionner, adapter.

Don Quichotte combattait des moulins à vent qui lui apparaissaient comme guerriers armés en bataille, brandissant l'épée, la lance en arrêt ; et le chevalier de la Triste Figure, pour les pourfendre, tombait blessé, mal en point, sans avoir causé beaucoup de dégâts.

Je ne voudrais pas l'imiter.. : en tout.

Or j'ai bien peur aujourd'hui, fragile pot de terre, de m'attaquer à de solides pots de fer ; et dame ! au moindre heurt, je serai réduit en miettes. Peut-être alors certains « pots de fer », en m'apercevant broyé sur le pavé, se demanderont-ils : « Ah ! çà ! quel est cet animalcule? »

Je ne veux pas d'autre oraison funèbre, pourvu qu'ils aient l'idée de feuilleter ma prose. Ils y trouveront *peut-être* çà et là... du style de Sancho Pança !.....

***

II. — Le Dispensaire est discuté : un problème se pose.

Le dispensaire n'a que médiocrement le don de plaire à la bourgeoisie médicale, c'est-à-dire aux praticiens. Et encore (ici je mets la pédale *fortissime*), si les sympathies vont aux médecins dirigeants, hommes volontiers éminents et personnalités séduisantes, une *antipathie instinctive et raisonnée* s'attache au dispensaire modèle administratif, à son organisation et à son fonctionnement.

Maints confrères plus ou moins timidement, plus ou moins diplomatiquement, plus ou moins logiquement, ont écrit d'amères et virulentes diatribes contre les prétentions tutélaires de ces fondations. D'où vient cette sévérité majoritaire du Corps médical ?

Le dispensaire-type, actionné par l'Office public d'hygiène sociale, vrai Comité de Salut public sanitaire, n'est peut-être pas une perfection, un chef-d'œuvre....

En principe, créé pour dépister précocement les maladies et pour assurer la prophylaxie, il a assumé d'emblée une tâche supplémentaire pédagogique d'éducation et de vulgarisation, grâce à une invention géniale, *grâce à l'infirmière visiteuse,* destinée à exercer une active propagande... verbale (conception essentiellement féminine et féministe. !)

En fait, désinfection des logements à intervalles réguliers, lessivage et désinfection des linges ou vêtements contaminés, distribution de crachoirs et d'antiseptiques aux semeurs de bacilles, sélection des malades curables à diriger sur le sanatorium, désignation de logements salubres (1) aux familles intéressantes, appels à la bienfaisance privée des industriels, commerçants ou sociétés de secours et prévoyance ; enfin préservation vigilante des enfants menacés, placements à la campagne ou dans des stations maritimes (œuvre Grancher),.. — *ce programme, qui relève vraiment de son domaine,* le dispensaire s'efforce de le suivre ... à peu près.

Et jusque-là rien de mieux. MAIS

1° *En principe,* le D. est un centre de triage et de dépistage et aussi un centre de répartition; *on ne doit y donner aucun soin médical.*

En fait, si réglementairement on se borne à la prophylaxie, en réalité, pratiquement on soigne, on traite plus ou moins. Enfin (chose tout à fait fâcheuse) on critique forcément par ci, par là, diagnostics, avis ou instructions formulés en ville, sans savoir toujours suffisamment les pourquoi et les comment, les raisons qui ont fait agir ou parler les praticiens responsables. Ce sont d'ordinaire des élèves ou des subalternes qui prennent ces libertés. Elles n'en sont pas moins regrettables.

2° *En principe,* le D. est destiné aux indigents. Toutefois il est prévu que les services peuvent être utilisés pour les malades payants (loi du 15 avril 1916 et circulaire du 31 juillet 1917).

En fait, faut-il approuver ? faut-il désapprouver ? Tout en pareil cas est une question d'espèce ; et une certaine clientèle devrait trouver ici de droit une puissante et désirable assistance, qu'elle obtient malaisément.. (Voir : Conclusions).

3° *En principe,* nulle part dans cette organisation, il n'est fait mention des médecins de famille, ni même allusion à leur existence. Or s'ils sont moins nombreux peut-être qu'autrefois, ils existent toujours cependant : ils ne sont pas encore un mythe légendaire !

En fait, on a recours à des « *remplaçantes* » : le racolage officiel et méritoire est opéré par des dames visiteuses spécialement dressées. Et il faut voir dans les détours et les recoins du dispensaire toutes ces mouches du coche s'agiter, volontiers indisciplinées, pérorant, potinant. Dans ce troupeau féminin parfumé et poudré, tantôt on échancre les blouses pour d'adroits décolletages, tantôt on les raccourcit pour décolleter aussi le soulier et la cheville gantée de soie.

Sans doute le dogme en vigueur, d'après lequel la lutte antituberculeuse se passe parfaitement du concours des praticiens, a dû être révélé par quelque Pythie moderne à « *Monsieur Lebu-*

(1) Une enquête personnelle m'a convaincu que les Comités doivent renoncer à intervenir activement dans les questions de salubrité des logements. Et c'est grand dommage à Paris en particulier, car l'impuissance de la Commission des logis insalubres est amplement démontrée.

reau » où à l'un des riches bienfaiteurs de l'œuvre (1). C'est en tous cas une acquisition moderne de la science, car il y a trente ans, à la Faculté et dans les hôpitaux, on enseignait que « l'hygiène prophylactique est le premier temps de toute thérapeutique médicale ».

H. CHATINIÈRE.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE AUTOMOBILISTE

Les pneus. Leur usure anormale

Nous avons amorcé, dans notre dernière chronique, un rapide exposé sur les pneumatiques « câblés » ou « cord » et « balloon ». Voici les caractéristiques de ces différents types.

Une chose fondamentale doit tout d'abord être bien comprise : la différence principale dans la fabrication de ces pneus et celle des anciens dits « toile », réside surtout dans le gommage, c'est-à-dire dans le procédé d'assemblable du caoutchouc au tissu de soutien.

Dans les « câblés », le tissu employé est composé d'une trame, presque exclusivement. Un fil de chaîne n'est laissé, de place en place, que dans le seul but de maintenir espacés les fils de trame.

Il est facile de se rendre compte que ce tissu permettra au gommage un assemblage beaucoup plus parfait du caoutchouc, puisque, au lieu d'être superposée, la gomme pourra contourner les fils de trame et le tout former une sorte de ciment armé de caoutchouc. De plus, et ceci est de toute première importance, le tissu ainsi utilisé, souvent dénommé « fil biais », n'opposera plus de résistance nuisible à l'élasticité naturelle de la gomme.

Le caoutchouc superposé à un tissu normal (trame et chaîne) n'augmente pas l'élasticité du tissu.

Le tissu fil biais aggloméré, incorporé à la gomme, donne plus de maintien à celle-ci, mais la laisse souple.

Si, dans la fabrication, on a soin de placer les différentes couches de fil biais en sens inverse, il est clair que l'on obtiendra un ensemble capable de supporter sans rupture les efforts d'arrachement ou de pression, *quel qu'en soit le sens.*

D'où, plus grande solidité et plus grande souplesse. Et ce n'est pas tout !

La propriété du fil biais gommé de se prêter aux déformations sans rupture entraîne également un moindre échauffement du pneumatique, diminuant encore les chances d'éclatement.

Après ces brèves explications, nous voulons croire que l'énorme progrés apporté par « les câbles » ou « cord » sera reconnu par tous les automobilistes.

Mais là ne s'est pas arrêté le souci des fabricants d'améliorer le confort de leurs clients.

Quand il fut devenu certain que les nouveaux procédés de gommage, loin de nuire à la qualité des pneus, en augmentait sensiblement la résistance, il leur parut logique de profiter de ce fait pour diminuer l'épaisseur des parois et la pression intérieure, jusqu'a lors imposée, afin de se rapprocher le plus possible de l'élasticité naturelle des matières premières employées.

Les résultats obtenus dépassèrent toutes les espérances, bien que ne s'appuyant encore actuellement qu'aux cycle-cars et voiturettes. Après quelques tâtonnements, dus surtout à la nécessité de donner une plus grande assise aux pneus, en raison de leur tendance à sortir de la jante, c'est-à-dire en modifiant les talons, on arriva aux pneus à basse pression, appelés par les Américains « balloon », qui ont ni plus ni moins sauvé l'automobile d'une mort certaine à une époque où les mauvaises routes ne permettaient plus l'emploi des petites voitures, et où la vie chère interdisait à la grande masse l'achat des grosses voitures.

En effet, les pneus « balloon », qui se gonflent à 1, 1 1/2, 2 atmosphères, au maximum (au lieu de 3 à 5) épousent les obstacles, se plient aux défectuosités de la route, sans transmettre de secousses au châssis et aux occupants de la voiture.

A notre avis, l'amélioration obtenue est tellement considérable qu'elle tient du prodige.

Il est prouvé aujourd'hui qu'une 5 HP peut, sans aucun inconvénient « sur pneu balloon » tenir sur mauvaise route, la même moyenne qu'une 12 ou une 15 HP sur pneus ordinaires.

Nous n'hésitons pas à conseiller à nos confrères de faire monter des « balloons ». Mais nous tenons à leur donner quelques renseignements qui sont précisément la justification de l'utilité de cette chronique.

Tout d'abord, il n'y a pas lieu, pour ceux qui ont des voitures munies de pneus, de se hâter de procéder au changement.

Nous pouvons en effet les assurer que d'ici peu, les grands fabricants leur fourniront des pneumatiques « balloon » qui éviteront l'inconvénient actuel d'être obligé de changer les roues.

A ceux qui ont déjà des « balloon », nous recommanderons deux choses :

(1) Je sais que des protestations magistrales se sont élevées, rendant hommage à l'influence possible du praticien. Mais les faits sont des faits ; et puis l'opinion même du professeur Léon Bernard n'est pas très rassurante : « La lutte doit être menée *de front* par les médecins praticiens et les infirmières visiteuses ». Je suis peut-être trop gourmand : tant pis ! je voudrais que nous ayons *le pas* sur les visiteuses !

1° Ne gonflez pas plus qu'il est indiqué par le fabricant, mais pas moins non plus.

En gonflant plus, vous neutraliserez les avantages. En gonflant moins, vous risquerez le déjantage.

2° Sur voitures rapides, même légères, faites poser 2 ou 3 papillons de sécurité. C'est le « truc » employé par les coureurs. Il n'est guère onéreux, et vous évitera tout déjantage, qui peut-être mortel.

Le résumé de cette étude sur les pneumatiques peut se faire en quelques mots.

Si vous avez des pneus « toile », usez-les et remplacez-les par des « cord » ou des « balloon ». « Balloon » sur petites voitures, « cord » sur grosses voitures, mais sans hâte exagérée, et en suivant les conseils exposés ci-dessus.

Et pour terminer, quelques indications sur l'usure anormale des pneumatiques.

1° Une coupure sur toute la circonférence provient presque toujours d'un boulon qui «touche» dans la carrosserie.

2° Un pneu usé, « en biseau » est la conséquence de roues non parallèles.

3° Les tissus « pourris » proviennent de coupures non mastiquées à temps.

4° La coupure circulaire au talon est souvent causée par une jante rouillée ou coupante.

La même coupure à 2 ou 3 centimètres plus haut. provient d'un manque de gonflage.

5° Pour gonfler, ne vous fiez pas au manomètre. Faites monter dans la voiture autant de personnes qu'il y a de places, et jugez de l'écrasement des pneus sur terrain bien plat, en vous souvenant que l'on doit toujours rouler sur la bande de roulement, et non pas sur les côtés de l'enveloppe.

6° Pour réparer, souvenez-vous que chaque nouvelle « cuisson » imposée au pneu ou à la chambre à air abrége sa durée en modifiant le degré de vulcanisation. Réparez donc à froid toutes les fois que celà est possible, et ne confiez les réparations à chaud qu'à des techniciens éprouvés et spécialisés.

7° Pour éviter des « plaques de pelade » à vos pneus, c'est-à-dire des arrachages de gomme allant jusqu'aux toiles, ne freinez pas brusquement et embrayez toujours progressivement.

8° Souvenez-vous que l'huile est aussi dangereuse pour le caoutchouc que le vitriol pour l'épiderme humain.

9° Si votre voiture doit rester longtemps sans rouler, gonflez les pneus normalement, mettez la voiture sur crics ou sur cales, et recouvrez les pneus d'une toile car la lumière est presque aussi nuisible que l'huile.

10° Ne longez jamais un trottoir ou un rail de trop près. Vos pneus ne résisteraient pas à ce traitement.

D. M. T.

COMMENT J'ENVISAGE LA RÉUSSITE DU PROJET DE CRÉATION DU FOYER NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS OU MAISON DES MÉDECINS

A l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France qui s'est tenue dimanche 18 mai, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr BELLENCONTRE, où les médecins de la Seine et ceux des 93 sociétés locales composant la Fédération étaient représentés, j'ai eu l'occasion de parler à nouveau de l'importante question de la création à Paris d'un foyer médical. Lors de la réunion de 1923, une importante discussion avait eu lieu sur ce sujet et dans mon rapport annuel je tirais la conclusion qui en découlait : désir très sincère de voir cette institution se créer sur les bases connues : Centre de réunion et d'information, lieu d'exposition de toutes les productions de nos fabricants d'instruments de chirurgie ; de toute la littérature médicale ; de toutes les richesses de nos stations thermales et climatiques ; de toutes nos firmes pharmaceutiques, et enfin Cercle confortable avec restaurant où se trouveraient chez eux les médecins de Paris et de la province et nos confrères étrangers de passage à Paris.

Aujourd'hui ce même désir existe, mais les difficultés de le satisfaire étaient toujours les mêmes, quand inopinément, quelques jours seulement avant la réunion, est née la possibilité d'acquérir un immeuble tout à fait disposé pour nous permettre l'installation de tous les services que je mentionne plus haut, et, par cette acquisition, le moyen, avec le minimum de frais, de créer ce foyer tant désiré.

Il s'agit en la circonstance d'une maison bien connue : l'Hôtel de l'Université des Annales, situé place Saint-Georges (9e arrondissement) ; en plein cœur de Paris, à la descente du métro Saint-Georges ; construction de tout premier ordre, comprenant un vaste hall d'entrée avec de nombreuses et vastes salles, dont une est agencée en salle de spectacle pouvant contenir environ 600 personnes et d'autres pouvant servir de salles de réception, de lecture, de correspondance, de consommation, sans compter les pièces qui pourraient donner asile aux bureaux des grandes Associations médicales comme l'A.G. et l'Union des syndicats.

En somme, le rêve exaucé, si un généreux Mécène nous faisait le don gracieux de ce superbe hôtel. Mais, hélas ! ce n'est qu'un rêve, le généreux Mécène ne s'est pas encore fait connaître, et nous pourrions peut-être l'attendre bien longtemps encore ! Le corps médical ne l'atten-

dra pas, et il devra, dans son intérêt, saisir au vol cette occasion unique et faire l'effort financier nécessaire pour ne pas la perdre.

Tout le problème est là.

Depuis huit jours, de nombreux confrères ont visité le local ; le Comité d'études, dont je suis le président, a partagé complètement ma manière de voir ; les confrères présents à l'Assemblée générale ont tous été de mon avis ; dans plusieurs réunions privées et hier soir encore, à la réunion mensuelle de l'« Actualité médicale », les confrères présents ont donné leur adhésion à ce beau projet ; mais tous, en hommes prudents que sont les médecins, ont, de suite, envisagé, et j'y avais songé avant eux, les frais énormes, il ne faut pas se le dissimuler, que nécessiteront, outre l'achat de cet immeuble, dont le prix cependant est bien raisonnable, son entretien, ses charges, sa gestion, son fonctionnement.

Envisageons donc franchement ce point de vue financier et voyons comment il serait possible de le solutionner, entre nous, sans le concours d'éléments financiers qu'il faudrait évidemment payer, et payer cher aujourd'hui.

Hier soir, à l'Actualité médicale, un confrère m'a de suite fait envisager que la rémunération du capital nécessaire à l'achat et à l'aménagement exigerait pour le moins une somme annuelle de 150.000 francs, ce qui constituerait une location coûteuse ; c'est en effet très vrai et nul ne peut le contester. Je ne parle pas aujourd'hui des frais de gestion qui seront, à mon avis, et je le démontrerai dans un autre article, largement couverts par nos recettes probables.

J'arrive donc dans le vif de la question, et je prétends que cette somme de 150.000 francs, nous pouvons ne pas en tenir compte et voici comment : les médecins de France doivent être les propriétaires de cet immeuble et pour cela il suffit que 10.000 d'entre eux, sur les 22.000 qui exercent, versent chacun 250 francs, ou que 5.000 versent 500 francs et cela, sans prétendre obtenir avant plusieurs années, peut-être, de rémunération de cette petite somme librement consentie. Ils seront suffisamment indemnisés en possédant à Paris un superbe hôtel où ils seront chez eux et où ils pourront recevoir leurs confrères étrangers.

Telle est donc ma proposition ; elle est, je crois, fort honnête et si les médecins de France consentent à faire le sacrifice que je leur demande, proportionnellement à leur budget et à leur situation personnelle, le problème sera résolu et le Foyer médical sera créé, les médecins auront leur maison.

Il faut toutefois qu'ils se hâtent, car cette occasion unique pourrait leur échapper et il faut que, spontanément, dans les huit jours qui suivront la lecture de l'appel que la Presse médicale tout entière va leur adresser, ils envoient leur souscription au Comité d'études à la tête duquel la confiance de nos confrères m'a placé et dont je m'efforce de me rendre digne. Nous constituerons aussitôt la Société anonyme qui dirigera les destinées certainement heureuses du Foyer médical ou Maison des médecins.

Dr Thiéry,

Président du Comité d'études,
Secrétaire général de l'Association générale des médecins de France,
9, rue de Surène, Paris (8e).

Compte rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Séances des 12 et 24 juin 1924.

Admissions.

6370 Scali, 75, rue la Boétie, Paris.
6415 Renaud, Courçais (Allier).
6416 Humbert, 170, rue du Temple, Paris.
6417 Fleury, Anglure (Marne).
6418 Liber, Walincourt (Nord).
6419 Barthomeuf, St-Sauveur-de-Nuaillé (Charente-Inférieure).
6420 Demurger, Loudes (Haute-Loire).
6421 Bessiere, Oullins (Rhône).
6422 Maury, Bessan (Hérault).
6423 Coubard, Cholet (Maine-et-Loire).
6424 Maur, Riscle (Gers).
6425 Delaroche, Loudun (Vienne).
6426 Braun, Giromagny (Territoire de Belfort).
6427 Deleglise, Aiguebelle (Savoie).
6428 Cachera, 19, rue Théodore-de-Banville, Paris.
6429 Vinoy, Saint-Etienne-de-Saint-Geoirs (Isère).
6430 Maniere, Ayen (Corrèze).
6431 Resles, Moutiers (Savoie).
6432 Klerlein, Liepvre (Haut-Rhin).
6433 Lepretre, Fresnes-sur-Escaut (Nord).
6434 Brothier, Riom (Puy-de-Dôme).
6435 Roche, 20, bis, rue Lafaurie-de-Montbadon, Bordeaux.
6436 Joux, Hangest-en-Santerre (Somme).
6437 Druesne, Roubaix (Nord).
6438 Bouzol, Le Cheylard (Ardèche).
6439 Bazin, Le Blanc (Indre).
6440 Devaux, Eyguières (Bouches-du-Rhône).
6441 Oster, Saint-Dié (Vosges).

6442 Coulon, 10, boulevard de Sébastopol. Paris.
6443 Cauzère, Tartas (Landes).
6444 Page, Maktar, Tunisie.
6445 Galy, Mazamet (Tarn).
6447 Gauthier, Nice (Alpes-Maritimes).
6448 Fleurot, Précy-sous-Thil (Côte-d'Or).
6449 Menge, 164, avenue de Neuilly, Neuilly (Seine).
6450 Gabert, Tourcoing (Nord).
6451 Borliachon, Lesparre (Gironde).
6452 Bartoli, place Oddo, Marseille.
6453 Belot, Hôpital Saint-Louis, Paris.
6454 Valat, Lavadrac (Lot-et-Garonne).
6455 Phelip, 16, rue Remparts-d'Ainay, Lyon.
6456 Quintero, 1, quai Jules-Courmont, Lyon.
6457 Hubert, La Ferté-Macé (Orne).
6458 Jouon, Nantes (Loire-Inférieure).
6459 Jean, Cannes (Alpes-Maritimes).
6460 Lougnon, école français de stomatologie, Paris
6461 Finzi, école française de stomatologie, Paris.
6462 Magnol, école française de stomatologie, Paris.
6463 Krivine, école française de stomatologie, Paris.
6464 Cornonec, école française de stomatologie, Paris.
6465 Szekely, école française de stomatologie, Paris
6466 Bernard, Moissy-Cramayel (Seine-et-Marne).
6467 Dayde, Senones (Vosges).
6468 Gallois, Loudun (*Vienne*).
6469 Matignon, Castillon (Gironde).
6740 Bouveret, Mogador (Maroc).
6471 Jenvrin, Paimpol (Côtes-du-Nord).
6472 Poey, Arthez (Basses-Pyrénées).
6473 Feron, Roubaix (Nord).
6474 Masmonteil, Treignan (Corrèze).

Accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr P. (Dordogne), de la somme de 150 fr., montant des honoraires de son avocat dans une affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé et dont les frais judiciaires proprement dits ont déjà été réglés.

Le Dr O. (Bouches-du-Rhône), demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents, contestée par la Compagnie, qui prétend qu'il a fait trop de pansements.

Comme il s'agit d'un recouvrement qui ne soulève aucune question de principe, l'appui pécuniaire n'est pas accordé devant le juge de paix, le Conseil se réservant de le donner en appel, si le jugement est critiquable ou si l'adversaire lui-même fait appel.

Honoraires de droit commun.

Le Dr J. (Côtes-du-Nord), annonce qu'il a touché les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, sans qu'il ait été nécessaire de faire rendre un jugement.

Il a versé à l'huissier qu'il avait chargé de l'affaire, pour frais et honoraires, 8,50, qui lui seront remboursés par le « Sou », l'appui pécuniaire lui ayant été donné dans cette affaire.

Les docteurs D. (Pas-de-Calais) et D. (Var), ne pouvant obtenir le paiement d'honoraires qui leur sont dus pour soins donnés à des victimes d'accidents d'automobiles, l'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement contre les auteurs des accidents, qui les ont mis en œuvre.

Le Dr M. (Aisne), ayant soigné dans sa maison de santé, sur la demande d'une cultivatrice, un ouvrier de celle-ci blessé dans son travail, ne peut obtenir le paiement intégral de ce qui lui est dû, la Compagnie prétendant appliquer le régime des accidents industriels, alors qu'il s'agit d'un accident agricole.

Le Conseil, étant donné que le Tribunal compétent serait le tribunal civil, par suite du montant de la somme réclamée, accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement intégral de ce qui lui est dû.

Le Dr H. (Seine-Inférieure) est traîné en appel d'un jugement qui a condamné un patron à lui payer ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier blessé, non assujetti à la législation spéciale sur les accidents du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Responsabilité civile.

Le Conseil accepte la fixation à 400 francs des honoraires de l'avocat qui plaidera l'affaire de responsabilité civile du Dr G. (Vosges), cette affaire devant être longue et délicate, et ordonnance le paiement de cette somme.

Le Dr F. (Nord) a gagné devant la Cour d'Appel, comme devant le Tribunal de première instance, le procès en responsabilité civile qui lui avait été intenté par les parents d'un jeune homme mort sous le chloroforme.

Le Dr D. (Hérault), ayant assigné le mari d'une cliente décédée en paiement des honoraires d'une opération, a vu former contre lui une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour prétendue faute.

La garantie de la Caisse spéciale lui est accordée dans les conditions statutaires pour défendre à cette demande.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) est admis éventuellement au bénéfice de la Caisse de garantie dans une affaire où il est menacé d'une demande de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Diffamation.

Les docteurs A. et C. (Calvados) ont été diffamés publiquement par la personne qui leur a intenté une action en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, à la suite du décès de son mari.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre leur diffamatrice en correctionnelle, le Conseil

ayant eu la preuve que l'on pouvait compter sur la déposition de témoins honorables.

Prorogation de bail.

Le Dr R. (Seine-Inférieure), ayant renoncé à poursuivre judiciairement la demande de prorogation de bail pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé, le Conseil approuve la retenue par son avoué, sur la provision de 200 fr. qui lui avait été versée, d'une somme de 25 fr. pour honoraires de consultation.

Divers.

Le Conseil est saisi de plusieurs autres affaires, dont la publication, antérieurement à leur solution, pourrait, vu leur caractère particulier, présenter des inconvénients.

Décret du 13 mars 1924, relatif à la durée des fonctions des agrégés des Facultés de Médecine

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux arts,

Vu le décret du 4 mars 1914 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont nommés pour neuf ans dans les formes prescrites par un arrêté ministériel.

Ceux qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales sont nommés sans limite de temps après un stage d'enseignement régulier de deux ans, sur la proposition de la faculté et après avis favorable de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement public.

Les agrégés qui se feront inscrire à la patente postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice.

Art. 2. — Sont abrogées les dispositions du décret du 4 mars 1914 contraires au présent décret.

(J.O., 4 avril 1924.)

Arrêté instituant un examen pour les candidats aux emplois d'agrégé dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés,

Vu l'arrêté du 1er mars 1914 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie,

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Les candidats aux emplois d'agrégé dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent subir un examen préalable divisé en deux épreuves.

Les candidats qui ont subi avec succès l'une et l'autre épreuve de cet examen n'ont droit de ce fait à aucun titre ni à aucune fonction.

1re ÉPREUVE.

Art. 2. — Pour la première épreuve, il est ouvert une session tous les ans dans les premiers jours de décembre. Nul n'est admis à se présenter à cette épreuve s'il n'est Français et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Pour la division de pharmacie, les candidats doivent être pourvus soit du titre de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du titre de pharmacien et du grade de docteur ès-sciences physiques ou naturelles.

Art. 3. — L'épreuve consiste en deux compositions écrites dont chacune donne lieu à une note spéciale.

Art. 4. — Les candidats sont répartis entre les divisions et sections suivantes :

1re *division. — Morphologie.*

Section A. — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie et une composition sur une question d'histologie.

Section B. — Histologie : une composition sur une question d'histologie et une composition sur une question d'embryologie.

Section C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie : une composition sur une question d'histoire naturelle médicale et une composition sur une question de parasitologie.

2e division. — Physiologie.

Section A. — Physiologie, deux compositions sur la physiologie.

Section B. — Chimie : une composition sur une question de chimie générale et une composition sur une question de chimie physiologique et pathologique.

Section C. — Physique : une composition sur une question de physique générale et une composition sur une question de physique médicale.

3e division. — Médecine.

Section unique. — Médecine : deux compositions sur la pathologie médicale.

4e division. — Chirurgie et obstétrique.

Section A. — Chirurgie : deux compositions sur la pathologie chirurgicale.

Section B. — Obstétrique : deux compositions sur l'obstétrique.

5e division. — Pharmacie.

Section A. — Histoire naturelle pharmaceutique : une composition sur une question de botanique et une composition sur une question de matière médicale.

Section B. — Pharmacie : une composition sur une question de pharmacie chimique et une composition sur une question de pharmacie galénique.

Art. 5. — Les questions à traiter sont les mêmes pour toutes les facultés. Elles sont tirées au sort parmi trois sujets proposés par le jury de chaque section.

Art. 6. — Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de trois heures. La surveillance est organisée et contrôlée par le recteur. Les copies doivent être anonymes.

Art. 7. — Chaque année, il est constitué pour chaque section un jury de trois membres. En vue de la constitution de ce jury, les facultés présentent chacune une liste de deux noms. Les trois membres sont nommés par le ministre parmi les professeurs ou agrégés qui figurent sur ces listes.

Toutes les copies sont corrigées successivement par chaque juge et notées de 0 à 20. Les notes définitives sont données par délibération du jury.

Tout candidat ayant obtenu pour l'ensemble des deux compositions écrites un total de points au moins égal à 30 est déclaré admis.

Art. 8. — Les notes obtenues sont rendues publiques et jointes au dossier du candidat en vue de la deuxième épreuve.

Art. 9. — Sont dispensés de cette épreuve :

1° Les candidats admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs ;

2° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés, s'ils sont candidats aux sections de la 3e et de la 4e division.

2e ÉPREUVE.

Art. 10. — Ces sessions pour la deuxième épreuve ont lieu tous les trois ans.

Art. 11. — Les candidats à la deuxième épreuve se présentent pour celles des catégories auxquelles leur donne droit leur réception à l'une des sections de la première épreuve, suivant les dispositions du tableau inséré à l'article 12 du présent arrêté.

Art. 12. — Les catégories de la deuxième épreuve sont au nombre de 22, savoir :

Catégories	Première épreuve correspondante
1° Anatomie	1re div., section A.
2° Histologie	1re — — B.
3° Bactériologie	1re — — C ou 3e d.
4° Histoire naturelle médicale et parasitologie	1re — — C.
5° Physiologie	2e — — A.
6° Chimie médicale	2e — — B.
7° Physique médicale	2e — — C.
8° Pharmacologie et matière médicale	2e — — A / 2e — — B, ou 5e d.
9° Pathologie expérimentale	2e — — A ou 3e d.
10° Médecine	3e —
11° Anatomie pathologique	3e —
12° Hygiène	3e —
13° Médecine légale	3e —
14° Neurologie et psychiâtrie	3e —
15° Dermatologie et syphiligraphie	3e —
16° Chirurgie générale	4e — — A.
17° Ophtalmologie	3e — ou 4e div.
18° Oto-rhino-laryngogologie	3e — —
19° Urologie	4e div., section A.
20° Obstétrique	4e — — B.
21° Histoire naturelle pharmaceutique	5e — — A.
22° Pharmacie	5e — — B.

Art. 13. — La deuxième épreuve comprend :

A. — La remise d'un travail inédit ou déjà publié soumis à l'appréciation du jury. Ce travail devra être déposé deux mois au moins avant l'ouverture de la session. Il donnera lieu à un exposé par le candidat d'une durée de vingt minutes environ.

B. — Une leçon de trois quarts d'heure après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet de la spécialité. Ce sujet sera tiré au sort parmi trois sujets au moins, proposés par une commission de trois professeurs désignés à chaque session par le ministre et appartenant à des facultés différentes. Les facultés seront autorisées à faire une présentation pour chacune des catégories énumérées à l'article 12.

C. — Dans les catégories suivantes, une épreuve pratique déterminée par le jury : 3° Bactériologie ; 4° Histoire naturelle médicale et parasitologie ; 8° Pharmacologie et matière médicale ; 21° Histoire naturelle pharmaceutique ; 22° Pharmacie.

Art. 14. — Le jury, dans les catégories de médecine et de chirurgie générales, est composé de cinq membres : il est composé de trois membres dans les autres catégories. Ces membres sont désignés par le ministre sur la proposition des facultés et doivent être choisis dans des facultés différentes. Le jury est renouvelé à chaque session.

Art. 15. — Chacune des parties de l'épreuve est notée de 0 à 20.

Tout candidat ayant obtenu pour l'ensemble de l'épreuve un total de points au moins égal à 45 dans les catégories qui comportent une épreuve pratique et 30 dans les autres catégories est déclaré admis.

Art. 16. — Les notes obtenues sont rendues publiques et jointes au dossier de chaque candidat.

Art. 17. — Les candidats peuvent se présenter simultanément ou successivement dans plusieurs catégories.

Nul ne peut se présenter plus de trois fois dans la même catégorie.

Agrégation

Art. 18. — Les candidats admis aux deux épreuves qui font l'objet des articles 2 à 17 sont inscrits sur une « liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé ».

Art. 19. — Sur cette liste, les candidats sont rangés par année d'inscription et, dans chaque année, par ordre alphabétique.

Art. 20. — La liste est revisée tous les ans par la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public (1re section) qui peut, le cas échéant, proposer au ministre des radiations.

Art. 21. — La radiation d'un nom inscrit sur la liste d'aptitude ne peut être proposée par le comité consultatif qu'après un rapport écrit d'un de ses membres et cette proposition doit être votée à la majorité des deux tiers.

Art. 22. — Quand un poste d'agrégé devient vacant, le conseil de la faculté se prononce sur le maintien, la suppression ou la transformation du poste.

Art. 23. — Si le poste est maintenu ou transformé par décision ministérielle, la déclaration de vacance est faite par la faculté et insérée au *Journal Officiel* et au *Bulletin administratif* du ministère de l'instruction publique et portée à la connaissance des autres facultés.

Art. 24. — Un délai de vingt jours, à dater de l'insertion au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

A l'expiration du délai réglementaire, le conseil de la faculté, après avoir consulté, au besoin, les personnalités scientifiques compétentes, présente un nom.

Art. 25. — Le dossier de la présentation de la faculté, avec le rapport d'un membre du conseil et, éventuellement, l'avis des personnalités consultées, sont transmis au ministre.

Art. 26. — La présentation de la faculté est soumise à la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement public qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres noms inscrits sur la liste d'aptitude.

La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 13 mars 1924.

Dispositions transitoires.

Art. 27. — Par exception, la première session pour la première épreuve après la publication du présent arrêté pourra être ouverte à un autre moment de l'année qu'à la date fixée par l'article 2, après avis de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement public.

La première session pour la seconde épreuve ne pourra avoir lieu que six mois au moins après la première session de la première épreuve. La date en sera fixée après avis de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 28. — Sont abrogées les dispositions contraires au présent arrêté, et notamment l'arrêté du 1er mars 1914.

Fait à Paris, le 14 mars 1924.

Léon Bérard.

(*J. O.*, 6 avril 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique maritime de Coq-sur-Mer, Belgique, chirurgien directeur Dr Delchef. — Cours de vacances.** — Du 18 au 23 août, un cours de vacances destiné aux médecins sera donné à la clinique maritime. Il comprendra des conférences et des démonstrations pratiques. Les conférences seront données par les docteurs Delchef, Wettendorff et Ledent.

Le cours comprendra dix leçons :

1° Généralités sur la chirurgie orthopédique.

2° Diagnostic et traitement du mal de Pott.

3° Les affections orthopédiques de la hanche et leur diagnostic ; mensuration des membres inférieurs.

4° Traitement de la coxalgie.

5° Diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou.

6° Diagnostic et traitement de la tumeur blanche de l'épaule et du coude.

7° Traitement des autres tuberculoses externes.

8° Les opérations correctrices après guérison de tuberculoses ostéo-articulaires.

9° Thalassothérapie et héliothérapie dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales, par le Dr Wettendorff, de Middelkerque.

10° La gymnastique orthopédique, par le Dr Ledent, de Liège.

Le nombre d'auditeurs est limité à vingt. Le droit d'inscription est fixé à 150 francs, pour couvrir les frais matériels du cours.

Envoyer son adhésion, avant le 20 juillet, au Dr Delchef, 38, rue Stévin, à Bruxelles.

— **Faculté demédecine de Lyon.** — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 15 octobre au 15 novembre 1924, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Blanc--Perducet, Cordier, Courmont, Dufour, Dumarest, Gardère, Gate, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Thixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose, les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à : Monsieur le docteur Paul Courmont.

— **Hospices civils d'Orléans.** — Le concours de l'internat ouvert aux hospices d'Orléans à la date du 30 juin dernier, a donné les résultats suivants :

Internes titulaires : M. Henri Sorin, M. Sylvain Rousseau, M. Marius Francioni, M. René Lassays.

Internes provisoires : M. Jean Dufour, M. Raymond Faivre d'Arcier, M. G. Medioni.

— **Cours de révision d'une semaine** (20 au 25 octobre 1924) sur les *acquisitions médicales pratiques* de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, P. Pruvost, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel qui aura lieu en 1924 du 20 au 25 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. — Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 h., exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à 12 h., démonstration pratique.

Lundi 20 : M, Lian, sanator. Clémenceau, hospice de Bicêtre (tramway Châtelet-Bicêtre). — Mardi 21 : M. Aubertin, hôpital St-Louis. — Mercredi 22 : professeur Sergent, hôpital de la Charité. — Jeudi 23 : M. Fernet, hôpital St-Louis, service du Dr Lortat-Jacob. — Vendredi 24 : M. Gaston Durand, hôpital de la Pitié, service du Dr Enriquez .— Samedi 25 : M. R. Debré, hôpital des Enfants-Malades.

II. — L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h. : démonstration pratique : service ou laboratoire du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques, amphithéâtre Potain.

Lundi 20 : 3 h. à 4 h., H. Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 p. 1/2 : P. Pruvost (appareil respiratoire). — Mardi 21, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 /12 : Debré (hygiène). — Mercredi 22, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 1/4 : Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. : Harvier (endocrinologie) ; 6 h. à 6 h. 1/2 : Duvoir (médecine légale). — Jeudi 23 3 h. à 4 h. : C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 1/4 : Chabrol (foie, nutrition) ; 5 h. 1/2 à 6 h. : Aubertin (sang) ; 6 h. à 6 h. 1/2 : Gaston Durand (intestin). — Vendredi 24, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 4 3/4 : Faroy (estomac) ; 4 h. 3/4 à 5 1/4 : Blechmann (mal. infectieuses) ; 5 h. 1/2 à 6 h. : C. Lian (reins) ; 6 h. à 6 h. 1/2 : Abrami (pathologie générale). — Samedi 25, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 1/4, Tinel (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 1/2 : professeur Sergent (appareil respiratoire).

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3, lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures).

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

pourriez demander au moins le prix du tarif médico-légal doublé, en expliquant bien entendu pour quelles raisons.

Les mémoires d'honoraires en matière de justice criminelle doivent être établis en deux exemplaires dont l'un sur papier timbré (à moins que la somme réclamée ne dépasse pas 50 francs, auquel cas il y a dispense de timbre) et adressés au Procureur de la République du ressort qui les fait taxer par le président du tribunal.

1872. — Ordre de mobilisation envoyé par erreur.

Médecin-major de 2e cl. de l'armée territoriale, j'ai été rayé des cadres, sur ma demande, à la date du 21 novembre 1919.

Or, j'ai reçu, ultérieurement, le 26 novembre 1921, un ordre de mobilisation individuel, ainsi rédigé :

« En cas de mobilisation, M. J. D., médecin-major de 2e cl. qui appartient à la classe 1890 (classe de mobilisation) restera dans ses foyers où il sera maintenu jusqu'au rappel collectif de sa classe, par voie d'affiche, ou jusqu'à réception d'un *ordre de convocation individuel.*

« En cas de rappel collectif de la classe à laquelle il appartient, M. aurait à répondre, etc., etc. »

Je vous démanderai s'il ne s'agit point d'une erreur de la part de la direction du service de santé à laquelle j'appartiens, ou si une nouvelle législation a été promulguée qui prévoit le rappel, par ordre individuel, avant le rappel de sa classe, d'un médecin officier de réserve, *rayé des cadres*, et ce, avec son ancien grade.

Dr J.

Réponse.

Si vous avez été incorporé avec votre classe (1890) en novembre 1891, vos obligations militaires (28 années) avaient pris fin en 1921. Il y a donc erreur. Renvoyez simplement votre ordre de mobilisation à l'autorité qui vous l'avait adressé, en lui faisant remarquer que vous êtes, de par votre âge, dégagé à présent de toute obligation militaire.

1908. — Accident du travail. Bris d'un appareil dentaire

Un simple renseignement au sujet « accident du travail ».

Un ouvrier tourneur subit une violente contusion de la face.

Je le traite pour hématome sous-muqueux.

Mais cet ouvrier était porteur d'un appareil dentaire, qui fut cassé lors du traumatisme.

Est-il en droit de demander la réparation de cet appareil ?

Dr P.

Réponse.

En raison du caractère forfaitaire de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'ouvrier blessé dans son travail ne peut réclamer à son chef d'entreprise que les indemnités prévues par la loi. Ces indemnités consistent dans le paiement du demi-salaire pendant la période d'incapacité temporaire, des rentes, s'il y a incapacité permanente et des frais médicaux et pharmaceutiques, à l'exclusion de tous autres éléments.

L'ouvrier, dans le cas que vous nous soumettez, ne peut donc demander la réparation de son appareil dentaire, de même qu'il ne pourrait demander à être indemnisé de la perte de ses vêtements ou du préjudice esthétique que lui aurait causé l'accident.

1904. — Evaluation d'incapacité,

Une fois de plus, j'ai recours à votre obligeance :

Une section à la partie moyenne de la phalange unguéale du médius gauche, conséquence d'accident du travail, mérite-t-elle une incapacité permanente ? Si oui, de combien ?

Dr P.

Réponse.

Le guide-barême des invalidités institué par décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, auquel on se réfère le plus souvent pour apprécier les invalidités résultant des accidents du travail, ne donne aucune invalidité pour l'amputation de la phalange unguéale du médius gauche.

Un tarif kilomètrique à mettre en parallèle avec ceux des déplacements médicaux

Dans le *Matin* de ce jour, je trouve l'entrefilet suivant. J'ai pensé qu'il pouvait vous intéresser et qu'il ne devait pas être « perdu ».

« 1 fr. 90 par kilom. parcouru avec un minimum « de 57 fr. » .....

Dr C.

Emploi des voitures de l'armée.

L'utilisation des voitures sanitaires est autorisée dans les cas de sinistres, de calamités publiques, de catastrophes, etc.

Les bases de remboursement de ces prêts seront les suivantes :

Par kilomètre parcouru, 1 fr. 90 avec un minimum à percevoir de 57 francs. Dans le cas où le tarif kilométrique ne pourrait être appliqué, il sera compté la somme de 150 francs par journée de 10 heures.

***

Nous remercions notre sympathique confrère de sa communication.

Il serait évidemment dommage de laisser perdre cet entrefilet, si suggestif dans ces temps où l'on marchande si âprement aux médecins l'indemnité horo-kilométrique qui leur est légitimement due à l'occasion des déplacements que leur imposent leurs visites aux accidentés du travail, aux pensionnés de guerre et aux assistés.

Quand ces tarifs reviendront en discussion, nos dirigeants pourront s'inspirer avantageusement du document qui précède pour obtenir les relèvements qui s'imposent.

G. D.

1727. — Mutilé de guerre. Droit aux soins médicaux en cas de suppression de la pension d'invalidité

Un de mes malades, ancien adjudant, a pris sa retraite proportionnelle à la fin de la guerre et après examen devant une commission a été pensionné pour une invalidité de 10 %. « Troubles gastro-intestinaux, etc. ».

Une Commission lors d'un nouvel examen en mars dernier ne l'a plus reconnu malade et lui a retiré son invalidité.

Le maire de R... lui dit qu'il a toujours droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits.

Je pense le contraire.

Voulez-vous me dire lequel de nous a raison ?

Réponse.

Quand un ex-militaire bénéficiait de l'article 64 (soins gratuits) comme pensionné temporaire, il garde le droit, sa vie durant, à ce bénéfice, même si, l'invalidité étant devenue inférieure à 10 %, la pension a été supprimée (article 5, paragraphe 3 du décret du 25 octobre 1922).

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre

I

Transfert de l'hôpital dans une clinique.

Aucune restriction n'étant apportée à la liberté du bénéficiaire dans le choix de l'établissement, le paiement des frais de clinique ne peut être refusé dans le cas où le malade, admis d'abord à l'hôpital, l'a spontanément quitté pour entrer dans une clinique.

DÉCISION DU 6 DÉCEMBRE 1923.

Considérant que ...., après y avoir été autorisé par le secrétaire de la Commission départementale, a été hospitalisé d'urgence à l'hôpita

de ..... le 7 juin 1923 dans le service du Dr Z.... chirurgien en chef de l'hôpital ;

Que le 9 juin ; .... a spontanément quitté l'hôpital et est entré à la clinique du Dr .... à S.-B.

Que le 10 juin le Dr Z... a prévenu le secrétaire de la Commission départementale qu'il avait procédé à l'hospitalisation du malade dans sa propre clinique ;

Que le 11 juin .... était opéré à sa clinique par le Dr Z...

Attendu que, dans l'espèce, le passage de l'hôpital de .... à la clinique ne paraît pas s'expliquer par des raisons techniques, le Dr Z... se trouvant être le chirurgien des deux établissements ;

Mais qu'aucune restriction n'est apportée à la liberté du bénéficiaire dans le choix de l'établissement ;

Pour ces motifs :

Confirme la décision de la Commission départementale des .....

II

Admission dans un sanatorium.

Le bénéficiaire de l'article 64 n'est pas fondé à réclamer le remboursement de ses frais de séjour dans un sanatorium, les médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers ayant seuls le droit d'exercer un recours contre l'Etat.

Décision du 27 décembre 1923.

Considérant que M.... est inscrit dans la 1re série de la liste provisoire de la commune de ... en raison de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée ;

Qu'il déclre être entré à ses frais en février 1923 au santorium d'....

Qu'il a demandé à la Commission départementale de .... le remboursement de ses frais ;

Que cette Commission de surveillance et de contrôle a, dans sa séance du 29 juin, donné un avis défavorable à cette demande ;

Attendu que l'admission dans les sanatoria au titre de bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 est subordonnée à la satisfaction de certaines conditions préalables ;

Que les bénéficiaires doivent adresser une demande au préfet ;

Qu'après enquête et préparation du dossier, le préfet transmet la demande au Ministre de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociale ;

Que l'admission est prononcée par le Ministre de l'Hygiène ;

Que les frais d'entretien sont remboursés par le Ministre de l'Hygiène qui récupère sur le Ministère des Pensions la part qui représente le prix de journée de l'Hôpital mixte du chef-lieu d'arrondissement le plus voisin ;



Que le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont légalement aucun remboursement à réclamer, et seuls, dès lors, les médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat ;

Que, pour ce motif, le décret en Conseil d'Etat du 26 septembre 1919 n'a prévu de remboursement et règlementé les formes à suivre à cet effet qu'à l'égard des médecins, des pharmaciens et des établissements hospitaliers à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel, le déclare mal fondé ;

Confirme la décision de la Commission départementale de .....

III

Inscription d'une clinique sur la liste des établissements privés agréés pour donner des soins aux bénéficiaires de l'article 64.

La décision de la Commission départementale qui refuse l'inscription d'une clinique sur la liste doit être motivée.

DÉCISION DU 14 FÉVRIER 1924.

Considérant que M. le Dr .... a demandé, par lettre adressée au préfet du .... en date du 2 décembre 1922, l'inscription de sa clinique chirurgicale « Clinique ..... » sur la liste des établissements privés agréés au titre de l'article 21 du décret du 25 octobre 1922 pour donner des soins hospitaliers aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 ;

Que la Commission départementale a, dans ses séances des 26 janvier, 25 mai, examiné la proposition du Dr ..... qu'elle a rejetée dans la séance du 31 mars 1919 ;

Que l'appel interjeté dans le délai de vingt jours est recevable ;

Que le réclamant doit être entendu ;

Que la Commission départementale a dans ses attributions, article 31, de dresser chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 qu'elle a agréés ;

Que la Commission départementale demeure donc en premier ressort juge de l'opportunité d'agréer tel des établissements qui en forme la demande ;

Mais attendu que tout refus d'agréer doit être l'occasion d'une décision motivée ainsi que le prescrit l'article 32 pour toutes les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64 ;

Que la décision prise par la Commission départementale de contrôle n'a pas été motivée,

que l'appelant n'a pas été entendu ou dûment appelé ;

Que l'agrément ne peut être *a priori* refusé sans motif et en dehors de toute preuve, de toute constatation d'insuffisance matérielle ou d'insuffisance technique ou pour toute autre raison valable ;

Que ces motifs et preuves ne peuvent s'établir que par le contrôle institué par les articles 54, 56 et 57 du décret du 25 octobre, exercé, non seulement à l'occasion des soins donnés aux bénéficiaires, mais aussi préalablement à ces soins à l'occasion de l'appréciation par la Commission départementale de l'état d'organisation de l'établissement considéré ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme, pour vice de forme, la décision non motivée de la Commission départementale du . . .

Commet M. le Dr . . ., président du Syndicat des médecins du . . . ., et M. . . . . . ., président de l'Union des mutilés de . . . . et M. le Directeur du service de santé du gouvernement militaire de . . . . pour présenter à la Commission supérieure un rapport sur l'ensemble de la question, à la diligence de ce dernier.

IV

Examens radiologiques effectués à l'hôpital.

Aucun article de la loi ou des décrets ne permet la rémunération des soins donnés à l'hôpital au titre externe à des bénéficiaires de la loi. Le radiologiste qui n'a pas donné à la Commission le préavis institué par l'article 18 du décret n'a pas droit au paiement de ses honoraires.

DÉCISION DU 8 MAI 1924.

Considérant que le Dr . . . . demande le paiement d'examens radiologiques exécutés à l'hôpital de . . . . . en 1923 ;

Que ces examens ont été faits par lui à l'aide d'appareils lui appartenant ;

Que la Commission départementale a décidé d'autoriser le paiement des examens faits par lui ;

Que le Préfet estime que ces examens doivent être faits gratuitement puisque le Dr . . . . opère, non chez lui, mais à l'hôpital ;

Attendu que l'appel interjeté dans le délai de vingt jours est recevable ;

Que le fait d'avoir installé et utilisé dans l'hôpital ses propres appareils suppose une entente préalable entre l'administration de cet hôpital et lui ;

Que cette entente ne pouvait étendre ses effets aux examens radiologiques exécutés pour les bénéficiaires de la loi du 21 juillet 1922 qui ne sont pas des indigents ;

Que cette loi et les décrets, en assurant la gratuité des soins, ont prévu les conditions dans

lesquelles seraient assurés les soins aux bénéficiaires admis dans les hôpitaux ; que ceux qui sont l'occasion de la contestation du Dr ..... n'étaient pas hospitalisés ;

Qu'aucun article de la loi ou des décrets ne permet la rémunération des soins donnés à l'hôpital au titre externe à des bénéficiaires de la loi ;

Que si l'on doit admettre que le Dr .... a donné son temps et usé de la ressource de ses appareils au profit des bénéficiaires, il ne s'est pas conformé aux prescriptions de l'article 18 du décret du 25 octobre et qu'il n'a pas averti en temps voulu la commission de contrôle ;

Que le fait de s'être placé en de telles conditions que ce contrôle devenait impossible enlève au Dr .... le droit au paiement d'honoraires ;

Pour ces motifs ;

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme la décision de la Commission départementale de la .....

V

Recevabilité de l'appel.

L'appel interjeté plus de 20 jours après la notification de la décision de la Commission départementale est irrecevable.

Considérant que la Commission départementale de ..... a rejeté la demande de remboursement de fournitures de glace avancées par M. .... pour le traitement de son fils, bénéficiaire de l'article 64 ;

Que la décision de la Commission départementale dont il est fait appel est datée du 18 octobre, que la notification de cette décision est datée du 23 octobre et que l'appel est interjeté à la date du 17 novembre ;

Que l'article 34 du décret du 25 octobre 1922 impartit un délai de vingt jours pour l'appel devant la Commission supérieure ;

Pour ces motifs

Déclare l'appel irrecevable.

VI

Préavis à la Commission de contrôle.

Le médecin traitant doit donner avis préalable à la Commission d'une série d'injections intraveineuses en nombre supérieur à cinq. Mais la pose d'un appareil plâtré n'est pas comprise dans les interventions nécessitant un préavis.

Considérant que M. le Dr .... a fait à trois bénéficiaires une série d'injections intra-veineuses en nombre supérieur à cinq.

Que la Commission départementale n'a pas été avertie de la continuation de chacune de ces séries ;

Que le Dr a procédé à la pose d'un appareil plâtré de la jambe pour tumeur blanche du genou immobilisant le genou et le cou-de-pied ;

Qu'il n'a pas averti la Commission départementale de la pose de cet appareil ;

Attendu que le décret du 25 octobre 1922 prescrit (art. 18) « Lorsque au cours du traite-« ment, le médecin traitant estime nécessaire « soit la consultation avec un autre médecin, « soit l'intervention d'un spécialiste, soit un « examen radiologique ou de laboratoire, soit « une série de plus de cinq interventions à tarif « spécial, il doit en donner avis dans les vingt-« quatre heures à la Commission de contrôle ».

Mais attendu que la pose de l'appareil plâtré n'est pas comprise dans les interventions nécessitant un préavis ;

Pour ces motifs ;

Confirme la décision de la Commission départementale de la ...... en ce qui concerne le règlement des honoraires relatifs aux injections intraveineuses ;

Décide par contre que le Dr ..... a droit au paiement d'honoraires pour la pose de l'appareil plâtré, soit 100 fr. (art. 24 du décret du 25 octobre 1922) et infirme sur ce point la décision de la Commission de ....

VII

Honoraires aux médecins d'hôpitaux.

L'article 66 du décret n'accorde pas d'honoraires particuliers aux médecins et chirurgiens soignant les bénéficiaires de l'article 64 à l'hôpital et la disposition du règlement de l'hôpital qui leur permet de demander des honoraires aux malades hospitalisés ne s'applique pas à l'Etat.

Décision du 27 décembre 1923.

Attendu que ......, bénéficiaires de la loi du 31 mars ont été opérés à l'hôpital de .....

Que le règlement intérieur (art. 10 modifié) de l'hôpital de .... stipule : « Les médecins ou « chirurgiens et les sages-femmes ne peuvent pas « réclamer d'honoraires aux malades soignés « gratuitement ou non dans l'établissement.

« Pour les malades de chirurgie, à l'exclusion « des bénéficiaires de l'Assistance médicale « gratuite, ou des catégories similaires, qui se-« ront soignés ou opérés dans l'établissement, « les médecins ou chirurgiens pourront récla-« mer des honoraires à cette partie de malades « ou à leurs ayants droit, à la condition ex-« presse qu'un contrat sera intervenu entre « eux et le malade ou ses représentants, avant « l'entrée de celui-ci à l'hôpital.

« Dans ce cas Messieurs les docteurs seront « tenus de faire parvenir à M. l'administrateur

« de service, avant l'entrée du malade à l'hôpi-
« tal, le bulletin de maladie portant mention du
« contrat et signé par le malade ou ses représen-
« tants. »

Que l'article 66 du décret du 25 octobre 1922 prescrit :

« Si le malade est admis dans un hôpital pu-
« blic, les frais de séjour, de traitement et d'in-
« terventions sont remboursés suivant le tarif
« adopté dans cet hôpital.

« Lorsqu'un hôpital comporte plusieurs tarifs
« ou comprend des salles civiles et des salles mi-
« litaires, le tarif à adopter est :

« Dans les salles civiles, le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes ;

« Dans les salles militaires, le tarif spécial
« aux militaires traités au compte du ministère
« des pensions » ;

Considérant que la décision de la Commission départementale est fondée sur le fait que l'hôpital de ...... « comporte un tarif pour les malades soignés au compte du département et des communes et d'autres tarifs pour les malades payants. Dans le premier cas, le prix de journée payé à l'administration hospitalière comprend les frais de séjour, de traitement et d'interventions. Dans le deuxième cas le prix de journée ne comprend que les frais de séjour et de traitement, les frais d'interventions sont payés en plus suivant un prix fixé par contrat entre le médecin et le malade en dehors de toute intervention de la Commission administrative. »

Que d'après le texte de l'art. 11, l'hôpital public demeure étranger à l'octroi d'honoraires aux médecins et chirurgiens, comme le démontre le fait qu'il enregistre seulement l'existence d'un accord constaté par un contrat intervenu entre le chirurgien et le malade ou ses représentants avant l'entrée de celui-ci à l'hôpital ;

Que lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 a été hospitalisé ce ne serait pas à lui qu'il appartiendrait de consentir des honoraires au chirurgien, mais à l'Etat partie payante qui aurait seul qualité pour passer un tel contrat ;

Que dans le cas des bénéficiaires, occasion du litige, aucun contrat semblable n'est intervenu ;

Que dans ces conditions il n'y a pas lieu d'appliquer d'autres dispositions que celles du décret.

Que l'article 66 n'accorde pas dans l'hôpital public d'honoraires particuliers aux médecins et chirurgiens soignant les bénéficiaires de l'article 64 ;

Pour ces motifs, reçoit l'appel, le déclare bien fondé, infirme la décision de la Commission départementale.

APHORISMES VÉCUS

Un client *grincheux* et mécontent, à tort ou à raison, de son médecin, fera beaucoup plus contre lui qu'un client *apparemment* reconnaissant ne consentira à faire simplement pour l'éloge de son bienfaiteur.

La nature, a dit le bon La Fontaine, fait bien ce qu'elle fait. La logique explique toujours l'ensemble des prévisions judicieuses qui conditionnent des faits.

L'*accommodation* est le secret de la résistance, en *physiologie* et en *pathologie*. En *sociologie*, c'est-à-dire en *économie politique*, c'est cette faculté qui régit et conditionne la réussite dans la vie.

Ne cherchons pas à savoir de ce que demain sera fait ; car neuf fois sur dix, nous regretterions de l'apprendre. La Providence nous a, heureusement, refusé cette prévision.

Lorsqu'un malade se présente, pour la première fois, chez le médecin, celui-ci se trouve en présence, pour l'avenir, d'un *indifférent*, d'un *ami* ou d'un *ennemi*. La *réserve* du client est de bonne augure, l'*exubérance* doit inspirer la méfiance ; les promesses spontanées de *fidélité* constituent, d'habitude, un moyen de se ménager les *bonnes grâces*, une *réduction de prix* ou tout autre *avantage immédiat* ; mais toujours calcul intéressé !!

Pendant et surtout *après* les *visites*, l'on se griffe ; à la *bourse* et *au marché*, l'on s'entre-dévore !

Fréquemment les *bien-pensants* sont des *malfaisants*, parce que, malheureusement trop souvent, la religion sert de *masque* à ceux qui sont sans conviction religieuse sincère, ou qui s'en font une fausse idée, souvent par sottise et quelquefois par intérêt.

Dr Ed CROUZEL,
Le Buisson (Dordogne).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1912-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...
(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

II

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr FORGERON, de St-Florentin (Yonne), la somme de vingt francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda.
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux, Verrier.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 360. — Bon. client. ch.-lieu cant. Centre, 147 km. de Paris, gr. ligne, pays agréabl. Prédéces. resterait un cert. temps pour bien inst. succes. dans client.

N° 361. — Doct. expér. accept. sit. de second dans mais. de santé à Paris ou rég. paris., banl. Ouest, départ. Loir-et-Cher, Indre-et-Loire et Loire-Infre. Ferait rempl. dans mêmes régions.

N° 362. — Nord. Bon poste à céd. d'urg. Indemnité 6.000 et reprise petit mobilier. Facil. payement.

N° 363. — Doct. dés. reprendre client. médic. à la camp. à proxim. de grande ville, Normandie ou Bretagne.

N° 364. — Voit. de coxalgie p. enf. de 10 à 15 ans, absol. neuve. Prix à débat. S'ad. M. Parache-Loiseau, Warmeriville (Marne).

N° 365. — Vve 45 ans, recom. par méd. rech. emploi secrét. ou autre dans administ. ou mais. spécial. pharmaceut. : ferait garde-mal., voyagerait. Vve Delaunay, 4, r. Eugène-Besances, Bois-Colombes.

N° 366. — Je dés. infirmière de stérilisat. sérieuse, pour 15 sept. Dr Guillemin, 16, av. Alma, Paris.

N° 367. — On dem. d'occ. voit. d'enf., pour deux jumeaux.

N° 368. — A vend. 10 ch. Citroën, 2 et 3 places remise à neufr nomb. acces. S'ad. Dr Grenier, Villebois-Lavalette (Charente).

N° 369. — Dame recommandée fournirait meubles et linge à clinique ou maison de santé qui accepterait de lui procurer occupation et soins à sa fille malade.

N° 370. — A céder pour cause de santé poste médical avec pro-pharmacie et maison de convalescence de 20 pièces et dépendances sur les coteaux de la Loire. Situation unique en tant que vue et orientation, facilités de communication (près grande ville), tennis, parc, ombrages.

N° 371. — Normandie, petite ville agréable, sur grande ligne, importante clientèle. Rapport 120.000 minimum, fixe intéressant, belle maison bourgeoise, 2 étages, électricité, jardin, jolie contrée, pays riche. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, Ve.

N° 372. — Centre. Poste ancien, seul médecin. Propharmacien susceptible grosse augmentation, Pavillon avec petit parc, grand jardin potager et fruitier, chasse et pêche. Indemnité minima. S'adresser cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

CORRESPONDANCE

Les admissions au Sou Médical.

Deux lettres auxquelles une même réponse peut suffire :

Je vous ai envoyé mon bulletin d'adhésion au « Sou médical » depuis plusieurs semaines. Comment se fait-il que vous n'ayez pas fait toucher ma cotisation ? Dr J.

Je vous ai adressé par chèque postal ma cotisation de 25 francs, je désirerais savoir si j'ai été admis comme membre du « Sou médical ». Dr M.

Réponse.

Pour pouvoir être admis comme membre du « Sou médical », il faut avoir envoyé un bulletin d'adhésion régulier et sa cotisation : les deux conditions sont nécessaires.

Il est indispensable que le bulletin d'adhésion fasse mention de la participation à une Société médicale ou de la présentation par deux confrères, membres du « Sou médical ».

Le Conseil ne connaît pas le postulant, il est

donc tout naturel qu'il réclame de lui une référence et cette référence sera, soit la participation à une Société confraternelle (Syndicat, Association générale, etc.) ou la présentation par deux confrères. C'est le défaut de cette référence qui retarde trop souvent les admissions et, dans trop de cas, le trésorier est obligé de retourner le bulletin d'adhésion pour qu'il soit complété.

Quant à la cotisation, son envoi est non moins nécessaire, car *en aucun cas*, le trésorier ne fait recouvrer *la première cotisation*. Il est, en effet, arrivé que des confrères, après l'envoi de leur bulletin d'adhésion, ont refusé le paiement de cette cotisation sous le prétexte qu'elle était, comme le veulent les statuts, majorée des frais de recouvrement. A. GASSOT.

Médecins et gendarmes

Selon une tradition déplorable, de nombreux médecins continuent à donner leurs soins gratuits à la gendarmerie. J'estime que les temps actuels ne permettent plus ces largesses. Ne serait-il pas désirable que nos syndicats étudient la question et essayent d'obtenir, pour la gendarmerie, l'institution de carnets médicaux comme pour les pensionnés de guerre ? Les bons serviteurs de la loi que sont les gendarmes n'y perdraient rien et les médecins y gagneraient certainement. Dr V.

Réponse.

Les deux situations ne sont pas comparables : le pensionné de guerre est soigné aux frais de l'Etat pour les suites de l'affection qui a motivé sa réforme. Le gendarme doit se soigner à ses frais. S'il ne se trouvait pas des médecins qui, par faiblesse, par ambition, par un discutable sentiment philanthropique, acceptent, quand ils ne la sollicitent pas, la *faveur* de soigner *gratis* la maréchaussée, la tradition déplorable que dénonce notre confrère aurait tôt fait de disparaître. Ce n'est pas encore demain que nous verrons cet événement !

G. D.

1963. — Responsabilité d'accident.

Un entrepositaire envoie une voiture livrer des marchandises. Pour monter une côte, le charretier, au nom de son patron, loue à un hôtelier un cheval de renfort conduit par son fils. En montant la côte, le charretier, monté sur la voiture pour équilibrer le lourd chargement, aperçoit une caisse qui va tomber. Il la signale au fils de l'hôtelier qui essaye de la remettre en place : celui-ci glisse sous la roue qui lui écrase la jambe. Il faut l'amputer. Qui est responsable ? L'entrepositaire déclare que s'il y a accident du travail, le patron responsable est l'hôtelier dont le métier consiste notamment à louer des chevaux avec

conducteur. Et d'un autre côté, qu'il ne saurait être inquiété par ailleurs, le blessé ayant voulu rendre un service pour lequel il ne l'avait pas loué.

Dr D.

Réponse.

Si le prix de location du cheval comprenait en même temps le salaire du conducteur dudit cheval, le propriétaire de l'animal ayant agi comme entrepreneur de transport doit être considéré comme responsable de l'accident, au sens de la loi de 1898. Pour que le patron du charretier soit responsable, il faudrait que celui-ci ait loué le cheval et loué, en outre, directement les services du conducteur. En d'autres termes, le patron du charretier est responsable s'il payait le salaire du conducteur du cheval. Si, au contraire, ce salaire était payé par le loueur de l'animal qui le comprenait dans le prix global de location, c'est lui qui doit supporter les conséquences de l'accident.

Enfin, si l'accident est dû à une faute du conducteur de l'animal, étrangère au service qu'il devait assurer, aucun des deux patrons n'est responsable de l'accident.

1970. — Accident survenu à un patron agriculteur.

Appelé le 23 juillet 1924 auprès d'un propriétaire agriculteur couvert par une assurance agricole individuelle, je trouvais, sur ses indications, le lendemain, une plaie à la hauteur de l'extrémité supérieure du péroné, recouverte d'une croûte noire semblant ancienne, douloureuse, rouge sur les bords, mais sans autre symptôme d'infection, aucun ganglion hypertrophié.

Pansements humides que l'on devait renouveler plusieurs fois par jour. Mais, chez un homme fatigué, éreinté par les travaux actuels des champs, fenaison, moisson, très mal tenu, nourriture, hygiène générale, peau et vêtements très sales, un phlegmon diffus se produisit consécutivement et je me voyais dans l'obligation le 26 juillet, de lui faire de nombreuses ouvertures tout le long du mollet, de le larder. La température est tombée, je continue mes soins, le malade va mieux sans être absolument hors d'affaire.

Le représentant de la Compagnie d'assurances, à laquelle il est assuré, sans doute stylé par sa Compagnie, est venu me voir ce matin, me proposant, dans l'intérêt du malade, mieux soigné, mieux entouré, de le faire entrer à l'hôpital, dont je suis actuellement médecin traitant. Il m'ajoutait encore que, par certaine clause de sa police d'assurance, il était assujetti à la loi du 9 avril 1898. Je lui ai fait observer que cette loi n'était applicable aux accidentés agricoles qu'à partir du 1er septembre 1924, il n'a pas voulu en démordre : la loi, par cette clause, a un effet rétroactif ? ! . . . . .

En résumé :

1° La Compagnie d'assurance peut-elle faire entrer ce malade à l'hôpital sur sa demande, oñ il sera soigné gratuitement quant au médecin ?

2° La loi du 9 avril 1898 joue-t-elle en l'espèce ?

Je vous demanderai de bien vouloir me donner un avis documenté pour me permettre de me défendre, même en justice. Car je trouve exorbitant qu'un malade à l'aise se fasse soigner pour rien par un médecin certainement moins riche que lui, et pour une affaire extrêmement grave.

Dr C.

Réponse.

La loi étendant aux exploitatlons agricoles, la législation sur les accidents du travail, qui prévoit pour les propriétaires la possibilité de se faire garantir personnellement, n'est pas encore entrée en vigueur. Il ne saurait donc être question de vous imposer un règlement de vos honoraires sur les bases du tarif Breton. Quand bien même d'ailleurs la loi serait déjà applicable, il n'en résulterait pas davantage pour vous, dans ce cas particulier, l'obligation de soigner le blessé au tarif Breton. En effet, il ne faut pas oublier que ce tarif ne représente que la part des honoraires médicaux mis par la loi à la charge du chef d'entreprise. Le médecin est toujours libre, s'il le juge bon, de demander au blessé lui-même le complément de ses honoraires. Or, en l'espèce, ce n'est pas un ouvrier que vous avez soigné, mais le propriétaire en personne ; vous pourriez donc encore réclamer à celui-ci le paiement de vos honoraires conformément à votre tarif habituel de clientèle.

Réclamez donc à votre client les honoraires que vous estimez vous être dus, sans vous préoccuper du tarif Breton. Il lui appartiendra, dans la mesure où sa police lui en donne le droit, de demander à son assurance le remboursement de la somme qu'il aura ainsi payée et, s'il y a une différence, elle restera à sa charge.

Au cas où vous seriez obligé de porter l'affaire en justice, nous vous rappelons que vous devrez assigner votre client, et non l'assurance avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit.

D'autre part, s'il convient au blessé de se faire admettre à l'hôpital, vous ne pouvez pas l'en empêcher, pas plus que l'assurance ne pourrait le lui imposer. Mais, si le règlement de l'hôpital donne au médecin la faculté de se faire honorer directement, par les malades payants, vous pourrez réclamer au malade le paiement de vos honoraires pour les soins que vous aurez ainsi donnés, sans qu'il puisse vous opposer le « tout compris » de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

1923. — Allocations supplémentaires aux blessés du travail.

Vous m'obligeriez beaucoup et rendriez service à

un de mes clients, si vous pouviez me donner le renseignement suivant :

Y a-t-il une disposition légale, qui permette à un accidenté du travail, titulaire, de ce fait, d'une pension de 441 fr. depuis 1916, de recevoir une allocation supplémentaire pour raison de vie chère ?

Si oui, quelles sont les démarches à faire pour l'obtenir ?

Dr B.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922 dont l'application devait prendre fin le 30 juin 1924, mais qui a été récemment prorogée, accorde des allocations aux victimes d'accidents du travail survenus avant le 5 août 1920. Pour avoir droit à ces allocations, il faut être atteint d'une incapacité d'au moins 50 %. Ces allocations s'élèvent à 30 francs par mois pour une invalidité de 50 à 59 %, à 40 fr. par mois pour une invalidité de 60 à 69 %, à 50 francs par mois pour une invalidité de 70 à 79 %, à 60 francs par mois pour une invalidité de 80 % et plus. Toutefois, aux termes du paragraphe 2 de l'article 2 de la loi, lorsque pour la fixation de la rente, il aura été fait application de l'article 2, paragraphe 2 de la loi du 9 avril 1898, le montant se rapportant à la partie du salaire dépassant 2.400 francs sera déduit de l'allocation. Cela veut dire que lorsque le salaire de base est supérieur à 2.400, l'allocation se compense à due concurence avec la rente allouée pour la partie du salaire supérieure à 2.400 francs.

Les démarches à faire pour l'obtention de ces allocations sont énumérées à l'article 1 du décret du 20 juillet 1922. La demande doit être adressée au Ministère du travail (contrôle des assurances) sur papier libre, et porter les indications suivantes :

Nom, prénoms et adresse.

Nationalité.

Date de l'accident.

Date de la dernière décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie .

L'indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, les nom et adresse de ce dernier.

Exemption de la taxe de séjour.

Auriez-vous l'amabilité de faire connaître à nos confrères du *Concours médical* que la station balnéaire et climatique du Touquet-Paris-Plage exempte de la taxe de séjour les médecins et leur famille.

Dr Delcroix.

(*Voir la suite page XLIII*-1953)

PROPOS DU JOUR

La dissimulation administrative des maladies contagieuses. La peste à Paris en 1920.

Je viens vous annoncer une grande nouvelle.
Nous l'avons, en dormant, Madame, échappé belle.

Oui, nous l'avons échappé belle, car la peste a sévi à Paris, de 1917 à 1920, et surtout en 1920. Aux récentes *Journées médicales de Bruxelles*, notre très savant et très distingué confrère, le Dr Edouard JOLTRAIN, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, nous a fait la très intéressante histoire de cette épidémie qui a passé presque inaperçue du public et des médecins. Nous disons *presque*, car la perspicacité du public fut mise en éveil par une mesure prophylactique, singulière autant qu'administrative : la mise à prix des têtes de rats d'égouts, et les médecins parisiens reçurent une circulaire, si strictement *confidentielle* et si prudemment rédigée, qu'ils se demandèrent si elle n'émanait de quelque mystificateur.

La politique de l'autruche a été jusqu'à ce jour le système de choix de notre hygiène officielle. L'on crie par-dessus les toits qu'il faut dépister les maladies, mais quand on se trouve en présence d'une maladie grave, on la cache soigneusement pour n'effrayer personne, et éviter la gêne des mesures sanitaires que nos représentants autorisés ont fait prendre dans les conférences internationales.

Nous trouvons dans le livre récent de Cabanès : *Au chevet de l'Empereur*, une anecdote qui montre, chez le général Bonaparte, en Egypte, la même pusillanimité.

Le 17 juillet 1799, une discussion s'engagea au Caire à l'Institut d'Egypte. Bonaparte voulait qu'on proclamât la non-contagion de la peste pour rassurer ses soldats. Desgenettes s'y opposait formellement. Le général en chef, dans un accès de colère, s'écria : « Voilà comment vous êtes tous, avec vos principes d'école, médecins, chirurgiens et pharmaciens ; plutôt que d'en sacrifier un, vous laisseriez périr toute une armée, toute la société ! »

Un des assistants, Pugnet, écrivit le jour même à Bonaparte :

« Vous êtes un conquérant, c'est-à-dire un homme qui sacrifie tout à ses propres intérêts, qu'il qualifie du nom de gloire. Restez conquérant, poursuivez votre carrière de destruction. Mais respectez les hommes qui, sans autre ambition que le bien de l'humanité, passent leur vie à réparer les maux que vous causez et que causent vos pareils. »

La franchise courageuse de Pugnet plut à Bonaparte qui l'invita à dîner et lui promit de lui accorder une grâce quand il jugerait à propos de la lui demander. Quelque temps après, Pugnet rappela sa promesse à Bonaparte. La faveur qu'il sollicita fut d'être envoyé à la Martinique pour y étudier la fièvre jaune.

Et le nom de ce héros, qui devrait être inscrit en lettres d'or sur les murs du Panthéon de la médecine, est presque inconnu. Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* relate en cinq ou six lignes ses travaux, car il fut un savant. Et c'est tout.

Mais revenons à l'histoire de la dernière épidémie de peste de Paris dont M. Joltrain nous a brossé un si intéressant tableau.

***

Il n'y avait pas eu de peste constatée à Paris depuis 1689 ; la dernière épidémie, en France, avait été celle de Marseille en 1720 et, en Europe, celle de Messine en 1730. Aussi, eut-on quelque peine à admettre l'apparition de la peste à Paris, il y a quelques années ! On hésita à déclarer les premiers cas ; il répugnait au Gouvernement de subir les conséquences économiques graves que les Conventions de Vienne et de Paris imposaient après cette déclaration. Et puis, il faut bien le dire, on avait surtout peur en haut lieu de provoquer l'émotion publique. Or, le public parisien, (nous l'avons constaté en 1914, lors de l'avance allemande sur Paris), savait conserver beaucoup mieux son sang-froid que le Gouvernement et les Parlementaires.

Le premier cas de peste constaté à Paris le fut le 3 décembre 1917. Un enfant de 9 ans entra à l'hôpital Bretonneau dans le service du Dr Guinon, porteur d'une adénite suppurée de l'aisselle. Envoyé dans le service de chirurgie, l'enfant y mourut avec des phénomènes étranges. Madame de Pfeiffel, chef de laboratoire, cultiva le pus de l'abcès. Elle y découvrit un strepto-

bacille et en conclut que c'était le bacille de la peste. Elle soumit ses cultures à des bactériologistes compétents qui partagèrent son opinion. Mais tout, du moins en apparence, se borna à ce cas isolé.

Le 9 mai 1920, il entra (toujours à Bretonneau, dans le service du Dr Guinon), un enfant venant de Clichy, porteur d'un bubon, présentant du purpura hémorragique. Le petit malade mourut. On examina le pus du bubon, on l'inocula à une souris et la peste fut officiellement constatée.

MM. Eugène Dujardin-Beaunetz et Joltrain furent chargés de faire une enquête qui donna les résultats suivants :

La mère de la petite victime, enceinte de 7 mois, raconta que son mari, porteur d'une petite plaie au doigt, était mort peu avant, atteint d'un ganglion suppuré. Son neveu, alors soldat à Lons-le-Saulnier, venu à l'enterrement, tomba malade 4 jours après et fut transporté, atteint de peste, au Val-de-Grâce, où l'on rechercha et découvrit le streptobacille. Un bubon survint aussi chez la mère, mais l'on n'y trouva pas de bacille ; cependant l'examen sérothérapique, par la méthode de Bordet, fut positif. Un nouveau cas fut constaté peu après.

La Société médicale des hôpitaux de Paris se réunit en une séance secrète. M. Guinon exposa les faits. Le Pr Teissier rapporta le résultat de l'autopsie d'une femme morte avec un ganglion suppuré. L'enquête démontra que cette femme, originaire de Clichy, était la domestique d'une chiffonnière dont le logis était infesté de rats. Dans la même maison, un jeune homme était mort, vraisemblablement de la peste, après un mois de maladie. La domestique avait, paraît-il, attrapé un rat et, en le poursuivant, il est probable que les puces de l'animal la piquèrent et elle mourut de peste à forme septicémique.

A Tenon, le Dr Rathery avait vu mourir, avec son enfant, une femme entrée pour être soignée d'une fausse couche. Le mari venait de mourir, lui aussi, atteint d'une adénite suppurée où l'on avait constaté le bacille pesteux. Une enquête fut faite et l'on apprit que le père venait aussi de mourir rapidement de hernie étranglée ! ! La mère était décédée en même temps de congestion pulmonaire !

Cette hécatombe était survenue chez des chiffonniers, dans la cité d'Hautepoule.

Tout ne se borna pas là. La fille de la concierge fut atteinte d'un bubon pesteux. Une nièce des premiers malades fut aussi frappée. La maladie se propagea à côté à toute une famille. Un enfant y mourut, atteint d'une maladie dont le diagnostic posé était : rougeole purpurique grave. Son père était atteint à son tour de pneumonie avec ganglion de l'aisselle.

Au total : 18 cas, qui s'étaient manifestés dans le même centre, et la maladie avait frappé ceux qui avaient veillé les morts. Ils avaient été sans doute piqués par des puces, abandonnant les cadavres des pestiférés.

La statistique de cette épidémie de peste en porta le nombre à 93 cas ; 52 à Paris, 41 dans la banlieue : 32 cas furent traités par le sérum antipesteux et donnèrent 4 % de décès. Il y eut 80 % de morts chez ceux qui ne furent pas traités.

Grâce aux vaccinations, l'on arriva facilement à éteindre les foyers. Il y eut 15 cas de peste en 1921, de rares cas en 1922, et 7 cas en 1923. Il y a eu certainement des cas ignorés. Dans la zone des fortifications, une femme mourut sans qu'on ait porté le diagnostic de sa maladie ultime. Une enquête faite 15 jours après, au sujet d'un cas suspect, observé à l'hôpital, permit d'établir que cette malade avait enseveli la première personne.

Il y eut des cas de peste dans d'autres villes, notamment à Marseille, où la maladie fit en 1920 une centaine de victimes.

La peste affecte trois formes :

La *pesta major*, pulmonaire, avec grande élévation de température, adénite, purpura, pétéchies, délire, hallucinations, confusion mentale, etc.

La *pesta minor* où l'adénite se manifeste quatre jours après le début de la maladie, dans laquelle le malade traîne, déprimé et anémié.

La *peste ambulatoire*, qui n'est pas rare.

La peste pneumonique, vraiment épouvantable, n'a pas été observée à Paris. Le Pr Widal a signalé un cas à forme septicémique à Cochin. Le diagnostic, parfois difficile, est précisé par la bactériologie et la sérologie (méthode de Bordet). La prophylaxie par la destruction des rats est inapplicable et illusoire. La vaccination donne les meilleurs résultats.

Comme thérapeutique, la sérothérapie intensive avec injections intraveineuses de sérum de 50 cc., 60 cc. 80 cc., a guéri de nombreux malades.

***

La conférence de M. le Dr Joltrain qui, avait été admirablement présentée, a eu un succès mérité. Elle eut pour nous, médecins parisiens, un intérêt tout particulier, car jamais nous ne nous étions doutés qu'il y avait eu à Paris

d'aussi nombreux cas de peste. Plus d'un d'entre nous ont sans doute, en 1920, incisé des bubons sans même songer à la possibilité de la peste. Le mal a été conjuré ; c'est bien, mais nous croyons qu'une autre fois, il serait plus prudent de la part de l'administration d'avoir moins peur d'effrayer la population parisienne, et de témoigner plus de confiance au corps médical parisien. Il est dangereux, en matière de prophylaxie, de mettre la lumière sous le boisseau. Le dépistage de la tuberculose est bien ; le dépistage de la peste en temps utile serait mieux. C'est ce qu'a paru nous démontrer le récit de M. Joltrain sur l'évolution de l'épidémie de peste à Paris en 1920.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Causerie Chirurgicale

La greffe anthropoïdo-anthropique ou greffe testiculaire du singe à l'homme

Par M. Dartigues.

(30 *juillet* 1924)

Notre collaborateur et ami Dartigues vient de faire, aux dernières *Journées médicxles de Bruxelles*, une conférence avec projection de film au Palais d'Egmont, sur ce sujet d'actualité, qui lui avait été demandée par le Comité d'organisation belge.

Nous avons eu le plaisir, quelques-uns du *Concours médical*, d'assister à cette conférence où, devant un auditoire considérable et dans une salle immense, Dartigues a fait valoir, en même temps qu'une connaissance approfondie de la question, ses admirables qualités d'orateur. Son verbe sonore, se déroulant en belles et élégantes périodes cicéroniennes, projetait sur l'expression de ses idées la lumineuse phosphorescence dont son âme latine, éprise au plus haut degré des splendides morphologies, sait si bien irradier les sujets qu'il traite.



Dr Dartigues

Mais, avec Dartigues, une question, quelle qu'elle soit, prend, sous le souffle de son enthousiasme, des ailes, et il trouve toujours le moyen de nous entraîner très haut d'où l'on aperçoit de grands horizons scientifiques et éthiques. C'est pourquoi, nous donnons quelques extraits, surtout du commencement et de la fin, et, au milieu, une analyse, de cette belle conférence où Dartigues, avec sa grande puissance d'exaltation lucide, contribua à affirmer la grande amitié franco-belge.

La Rédaction.

Salut.

Mesdames, Messieurs,

Et d'abord, je veux remercier la nation belge, la plus amie de la France, dont nous recevons, en ces Journées, la charmante hospitalité !

Grâce à la Belgique chevaleresque et loyale, grâce à sa Reine de dévouement, à son Roi héroïque qui fût le Léonidas moderne des Thermopyles d'Occident, nous jouissons de la Liberté sauvée. C'est grâce à la Belgique et à la France unies que la *liberté scientifique* demeure, et c'est sous son égide que je vais avoir l'honneur de parler devant vous.

Je remercierai également les membres du Comité d'organisation des Journées bruxelloises médicales, et en particulier le Pr Mayer et le Dr Beckers, du grand honneur qu'ils m'ont fait en me conviant à faire cette conférence devant vous. J'aperçois mes amis, les docteurs Noir et Duchesne, du *Concours médical* de Paris ; je les remercie infiniment de leur présence qui me réconforte.

Esprit néophytique.

Messieurs, mon ami Serge Voronoff aurait été plus désigné que moi pour traiter de ce sujet des greffes testiculaires du singe à l'homme. Il l'aurait fait avec son talent d'exposition simple et claire que j'aime tant. Si j'ai accepté, c'est non seulement pour le plaisir personnel d'être parmi les Belges amis, mais pour soutenir une cause que je crois fermement de vérité.

Et si j'ai le courage de me présenter devant vous, c'est que je suis fort d'une expérience personnelle et vécue, déjà considérable, et que je vais vous parler de ce que j'ai vu, étudié, exécuté. Si l'idée première, les recherches et les plans ont un mérite immense qui revient avant tout au général, je n'en suis pas moins un des combattants par lesquels se réalise la victoire.

Et puis, quelquefois, le néophyte a plus d'enthousiasme nouveau que l'instigateur et le vrai créateur, parce qu'il est plus frais pour la lutte, parce qu'il a, personnellement, moins péniblement combattu, et parce qu'il porte une ardeur d'athlète de la pensée, comme si le flambeau, passé d'une main à une autre, dans le vent de la tourmente, avait grandi sa flamme.

Comment je suis venu aux greffes sexuelles.

J'entends de votre foule s'élever une question : « Comment êtes-vous venu aux greffes simio-humaines ? »

Eh bien ! en toute humilité, je ferai devant vous un grand *mea culpa* : j'étais incrédule comme tant d'autres. Hélas ! l'incrédulité a presque toujours pour base l'ignorance... et j'étais ignorant !

Heureusement, le Dr Heckel, auteur de remarquables ouvrages sur les troubles de la nutrition, est un des hommes les plus actuellement au courant des questions endocriniennes, en même temps qu'un des esprits les plus clairvoyants des choses réellement nouvelles, m'a incité à me rendre compte des recherches de Voronoff. Il n'en fallait pas davantage : il savait qu'il ne parlait pas dans la surdité et que si j'entrevoyais la vérité, je saurais la servir et la défendre.

La vérité ne sort pas d'un puits, d'un tabernacle ou d'un cénacle et n'est pas prononcée comme un oracle : elle est partout, elle vit partout, elle sort de partout, elle naît de partout et s'impose partout et à tous.

Je vais tâcher, par une exposition surtout iconographique, de vous montrer la vérité que je crois pouvoir retenir de ce qu'il m'a été donné d'observer.

Pensée générale et finaliste.

Messieurs, à mon sens, une *pensée maîtresse supérieure*, générale, doit dominer toutes les idées, et toutes les recherches médicales, c'est celle de l'*élévation de l'homme* vers la forme plastique impeccable et la beauté corporelle, dans la santé, la force et la puissance.

C'est dans le temple de chair, harmonieux dans son anatomie et sain dans sa physiologie parfaite, que l'avenir verra, comme dans l'antiquité hellénique, s'épanouir la fleur de la perfection intellectuelle et éthique ou morale.

Les trois principales données médico-biologiques directrices.

Pour moi, *trois grandes idées biologiques humaines* surplanent et tendent à l'édification anatomo-physiologique humaine, à l'élevage de l'homme aussi poussé que celui des races animales les plus sélectionnées, au renouvellement humain, au rajeunissement humain.

Ces trois grandes idées sont d'ordre pratique aussi, et ce sont :

1° La *culture physique myogénique et plastique* (où les figures initiatrices d'Amoros, Triat, Desbonnet, Ruffier, Heckel, dominent).

2° La *désintoxication organique* (où mon ami Guelpa est, sans conteste, le plus grand nom).

3° L'*endocrinothérapie compensatrice* (où le grand Brown-Séquard apparaît indubitablement comme le créateur).

Pourquoi devenons-nous vieux et perdons-nous nos formes et nos fonctions avant l'heure ?

Il est facile de répondre.

Nous devenons vieux d'une façon anticipée :

1° Par *sédentarité* et insuffisance d'exercice entraînant les stases vasculaires et viscérales et la pauvreté sanguine, ce que j'appelle la conges-

tion, ou son contraire, l'anémie d'immobilisation.

2° Par *intoxication* due à la suralimentation improportionnelle, au gavage alimentaire empoisonneur, entraînant l'artério-sclérose.

3° Par *insuffisance glandulaire* endocrinienne, souvent la conséquence de ces deux premières causes et, il faut le dire aussi, de l'évolution de la vie.

La vie universelle, la vie biologique collective et la vie individuelle. L'éternel désir de l'homme de prolonger ou de ranimer sa jeunesse.

A propos du rajeunissement humain par les greffes animales,pour lequel mon ami le Dr Bord, directeur d'*Æsculape*, me demandait un exposé, j'écrivais récemment ceci :

« La jeunesse du monde est éternelle parce que « la vie est infinie comme l'Univers. La mort « n'existe pas ; seule la vie frémit, palpite et « plane dans le Grand Tout. Mais il s'agit là de « l'existence totale qui n'est qu'une transforma- « tion universelle. Le genre humain lui-même « est plus jeune que jamais, puisque l'homme est « en continuel accroissement et que deux mil- « liards de vies humaines fourmillent sur la terre, « en attendant que des myriades et des myriades « d'autres, en perpétuel tumulte, viennent la « peupler toujours et toujours plus, issues de nos « puissances de devenir. Mais il s'agit là d'une « vie collective qui ne meurt pas et ne fait que « renouveler ses cellules : nos pauvres corps « infimes. Par contre, l'individualité humaine « n'est qu'un moment et une apparence dans la « genèse de tout ce qui est, et voilà pour nous le « grand souci. Parvenu à la conscience réelle de « cette vérité, l'homme, malgré toutes les espé- « rances qu'il a cherché à se donner, voit bien « que la mort de sa personnalité physique et « psychique est inévitable. De tout temps, il a « donc cherché à reculer la fin personnelle et a « voulu atténuer la période qui la précède dans « la succession de l'ordre fatal : la vieillesse. »

« Quelle est la réalité ? Que pouvons-nous « espérer dans notre temps si fertile et si formi- « dable en découvertes inattendues ? L'homme « a conquis tous les espaces de la terre, de la mer « et du ciel ; il abrège de jour en jour les néces- « sités du temps, il communique par un réseau « immatériel et invisible à travers toutes les « solitudes et toutes les multitudes aggloмé- « rées, jusqu'aux confins de la terre, et il ne « ferait pas reculer la mort et ne prolongerait « pas la jeunesse ou ne la renouvellerait pas ? « La solution de ce problème a été tentée par des « cerveaux qui ne sont pas que de visionnaires, « mais qui abritent de grands esprits réalistes. »

Grandiose programme biologique.

Donc, un splendide programme s'offre à notre activité scientifique : celui de relever l'*énergie fléchissante* dans les oscillations de notre existence, de *rajeunir la vie*, de *prolonger la vie*, ce qui, en même temps, peut aboutir au résultat heureux de continuer à *transmettre la vie* (comme des expériences indiscutables sur des boucs et béliers, stérilisés par la vieillesse et redevenus féconds et engendreurs par la greffe, le démontrent). C'est pour cela du reste que la Nature veut pour l'*homme* la jouissance de ce qui lui prouve le plus sa puissance et que celui-ci, par l'amour, sent confusément, ou sait qu'il porte en soi, non pas simplement sa minime individualité, mais toutes les forces vitales de l'avenir dans sa famille, sa race, son humanité, et qu'elle le veut aussi pour l'*animal* qu'une immense force cosmique éparse pousse à l'acte sexuel dans un délire et un délice brutaux, pour perpétuer instinctivement l'espèce.

L'homme doit donc durer : voilà le grand problème palpitant, mais il faut qu'il dure, dans la *santé*, la *force* et l'*intelligence*, afin d'arriver à donner l'extrait de son effort physique et la quintessence de sa pensée.

Les glandes endocrines jouent, à ce sujet, le rôle principal.

Dartigues développe alors que la physiologie humaine et animale est un *vaste et harmonieux équilibre endocrinien*, et que lorsque une glande manque à sa tâche, cet équilibre se brise et l'organisme souffre. « Le chant triomphal de la vie — dit-il — s'accompagne donc sur un *vaste clavier endocrinologique* où toutes les notes s'unissent dans une harmonie de merveille ».

Il montre comment, de l'idée générale de Brown-Séquard qui préconisa l'*injection des sucs vivants*, « on en vint à l'*ingestion des extraits pulvérulents*, mais qui sont des extraits morts et seulement chimiques, et enfin à l'*insertion des greffes vivantes* qui sont des tranches de la vie neuve et forte, dans un organisme déclinant ».

Il expose les résultats tirés de l'observation en montrant les effets opposés de l'*anorchidie ou de l'hypo-orchidie et de l'hyperorchidie* et décrit les caractéristiques des eunuchoïdes, des castrats et de certains exemples d'hyperorchidés.

Il parle ensuite des expériences de Voronoff sur l'exaltation par greffe animale et de la production artificielle de *surboucs* et de *surbéliers*.

Il passe en revue les *différentes méthodes de greffes*, dans le ventre, les lombes, les bourses, les essais et travaux de Lydston, Lichtenstern, Max Thorek, etc., et *explique pourquoi Voronoff a pu réussir*. Ces causes de réussite sont : le siège d'élection du greffon, la préparation de la nidation du greffon avec scarification, qui aide à la néocapillarition,laquelle prépare une nutrition presque immédiate du greffon, la fragmentation du greffon, le transport immédiat du greffon, et surtout l'*élection de l'animal donneur*, l'anthropoïde,

surtout le chimpanzé, qui réalise sinon l'homogreffe, du moins l'*homeogreffe*, terme explicite trouvé par Dartigues.

Le conférencier décrit ensuite les résultats ; il n'insiste pas sur les *résultats généraux de revitalisation* qu'il considère « comme acquis et indiscutables dans leur presque constance », et ne craint pas d'aborder, avec une autorité qui fait disparaître tous les sourires, *la question délicate entre toutes : celle du renouveau génital*, dont il produit quelques observations cliniques véritablement impressionnantes par leur précision et leur caractère d'indubitable sincérité.

Toute cette démonstration, conduite avec beaucoup de logique et de clarté, est appuyée par des projections et par un très beau film qui aurait eu toute sa luminosité, si l'ensoleillement de l'heureux ciel belge n'avait pas quelque peu forcé, comme une manifestation de joie amicale, l'espace d'une salle grandiose.

Elévation spirituelle.

Mesdames, Messieurs,

Je n'aurais pas terminé ma tâche d'exposition, si je ne m'élevais bien au-dessus des *réalités que vous venez d'entendre et des faits que vous venez de voir reproduits sur l'écran*, et si je ne vous en faisais, en une synthèse, sentir le sens profond et la portée immense d'avenir.

....Et si vous permettez l'image, laissez-moi, comme sur un océan d'où l'on aperçoit difficilement les limites de l'horizon à cause de sa mouvance et de sa fluctuation, laissez-moi me porter sur la plus haute lame, afin d'apercevoir au loin la voile d'espérance qui nous apportera le secours, alors que la jeunesse, et la maturité et la verte vieillesse sombrent.

...Elevez-vous un instant avec moi au-dessus de ces faits évoqués et de ces images distrayantes qui viennent de se succéder devant vos yeux, et veuillez voir aussi les conséquences merveilleuses que nous pouvons tirer de leur enseignement.

Si l'*idée* préside par ses hypothèses à la recherche de faits nouveaux dont elle est la grande réalisatrice, *les faits* eux-mêmes ne sont rien s'ils ne nous mènent à leur tour à des idées plus hautes.

Pour moi, pour vous, pour nous tous, Mesdames, Messieurs, j'en ai la conviction profonde, la solution des grands problèmes de la vie et de la mort, des conceptions du monde, par les découvertes de la science, des élévations de l'art sublimant l'individu et la création universelle qui l'entoure, est intimement liée à ce problème de la prolongation de la vie humaine dans plus de santé, de force et de rajeunissement individuel.

C'est parce que notre vie est trop courte, c'est parce que nous devons songer au départ pour toujours avant de pouvoir donner notre complète mesure, qu'il ne nous est permis de recueillir que quelques vérités parcellaires. L'homme disparaît au moment où il va peut-être saisir un peu des explications suprêmes qui s'évanouissent comme des fantômes, ne laissant entre ses doigts que quelques lambeaux de certitude.

Les vastes synthèses, qui nous mènent aux grandes vérités et nous permettent d'en formuler les lois, ne sont permises qu'aux grands cerveaux qui, à travers une longue existence de labeur, ont fait un immense emmagasinement de connaissances précises, d'où ils tirent ce qu'il y a d'essentiel, de général et d'unitaire.

Il faut donc que la vie de ces cerveaux se prolonge suffisamment et que les savants dignes de ce nom aient une existence considérable qui leur permette d'acquérir et d'assimiler encore avec fraîcheur, pour qu'ensuite, d'un coup d'aile de la pensée puissante, ils en fassent jaillir dans la hauteur la cohésion dominatrice... *Et voilà pour les sciences en particulier* !

Mais, pour les grands problèmes qui ont toujours tourmenté l'esprit et le cœur de l'homme, afin de savoir le pourquoi et le comment de l'Idée immense qui régit et mène le monde, ils ne peuvent recevoir quelque lumière à leur tour que de la synthèse de toutes les sciences ayant fait des apports certains. Il est possible que la philosophie, qui est l'émanation suprême de tout le savoir humain, n'ait fait que déplacer les problèmes en leur donnant d'autres bornes, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est plus compréhensive et plus substantielle par 40 siècles de science, surtout par les découvertes du XIX[e] siècle et du XX[e] siècle ; il est possible que la solution de ces grands problèmes ne soit que reculée à cause de leur sublimité même ; il n'en existe pas moins que nous les embrassons avec une envergure immensément plus grande et sur des hauteurs jusqu'ici insoupçonnées.... *Et voilà pour la Science en général* !

Du singe, du primate à l'homme, de notre frère inférieur à nous, il y a, sans doute, tout l'abîme de la pensée évoluée et des acquisitions intellectuelles, mais, par contre, physiquement, constitutionnellement tout au moins, il y a un rapprochement fraternel, où nous pouvons puiser toute la force biologique originelle de la nature primitive qui était en marche vers la forme plastique et l'intelligence créatrice et consciente de l'homme.

La vie est donc trop courte pour *atteindre aux sommets de l'idée et du savoir* : c'est par l'individualisme des privilégiés de la forte intelligence et le collectivisme des travailleurs de l'esprit et de la recherche, que nous suppléons en partie jusqu'à présent à cette défaillance humaine. Mais nous pouvons espérer désormais que la méthode des greffes rajeunira, prolongera, décuplera la puissance des grands cerveaux utilisables, grâce à l'animalité profonde issue des forêts ancestra-

les qui leur apportera toute la vitalité virtuelle, surgie des sources intarissables de la Nature.

Grâce au don de sacrifice partiel de frères inférieurs, mais de frères cependant, le cerveau de l'homme pourra amplifier sa connaissance et son pouvoir de synthèse, afin de posséder les vérités ultimes et d'assurer plus de bonheur, plus de joie matérielle et spirituelle sur la terre.

THÉRAPEUTIQUE

Les applications modernes du citrate de soude en thérapeutique

Par M. J. Troisier,

Médecin des Hôpitaux.

Le citrate de soude est un médicament essentiellement moderne. Il y a dix ans encore, ses applications thérapeutiques étaient presque inexistantes et les formulaires les plus complets le signalaient à peine.

Entré pendant la guerre dans la pratique médicale, il mérite aujourd'hui une place intéressante en clinique thérapeutique. C'est un dérivé de l'acide citrique, un des éléments du citron, et peut-être a-t-on fait jadis des médications au citrate de soude, sans le savoir, en faisant ingérer aux patients des citrons.

Quoi qu'il en soit, ce sel s'obtient en ajoutant du carbonate de soude à de l'acide citrique. Ce sont les physiologistes qui, les premiers, l'employèrent : Artus, en particulier. Artus montra que, pour obtenir la coagulation du sang, il fallait des ions calcium dans la fibrine. Ajoutant du citrate de soude à une masse sanguine, à raison de 4 pour 1000, il vit que celle-ci devenait incoagulable pendant toute la durée de l'expérience. Il admit que le citrate sodique immobilisait le calcium, entraînant ainsi une diminution de cet élément nécessaire à la coagulation. Retenez, en résumé, que le calcium est indispensable à la coagulation, que la fibrine est un composé organo-calcique, et que le citrate de soude fixant le calcium empêche la coagulation sanguine par ce mécanisme. Aux propriétés anticoagulantes s'ajoutent, d'ailleurs, comme je l'ai montré, d'autres actions, sur la viscosité par exemple.

Tels sont les faits *in vitro*. *In vivo*, les épreuves sont plus délicates et moins précises, mais la netteté des phénomènes *in vitro* permet de s'en tenir à ces bases.

Récemment, en Amérique, on a établi que non seulement le citrate de soude était un anti-coagulant, mais encore qu'il possédait, en solution à 30 pour 100, la propriété d'arrêter les hémorrhagies. Des injections d'une petite quantité (10 à 40 cent. c.) de solution de citrate sodique à 30 % provoquent l'arrêt de certaines hémorrhagies. On aurait là une nouvelle méthode d'hémostase médicale qui demeure à l'étude. Peut-être, dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, y aurait-il intérêt à recourir au citrate. J'ai fait quelques essais dans ce sens, chez des sujets atteints d'hémorrhagie cérébrale, autant que ce diagnostic, si difficile à différencier de celui du ramollissement, puisse être établi. Des injections quotidiennes de citrate de soude ont été suivies de rétrocession des phénomènes morbides, sans que l'on soit autorisé encore à être plus catégorique.

Autre chose. Le citrate de soude est un sel alcalin. Il a été employé à ce titre pour lutter contre les vomissements des enfants (par M. Variot) et dans la pratique gastrologique. Il entre dans la composition de formules du type Bourget, pour le traitement des dyspepsies, où il remplace le bicarbonate de soude. Je n'insiste pas sur cet usage.

Question importante. Le citrate de soude est-il ou non toxique ; est-il ou non nocif pour les globules rouges et l'endothélium vasculaire ? Ceci est d'un grand intérêt, pour la transfusion sanguine particulièrement. Le contact d'une solution de citrate de soude à 4 pour 1000 et de sang n'amène pas de lésion globulaire. Dans l'ensemble, les solutions de 4 à 10 pour 1000 de ce sel n'ont aucune action nocive vis-à-vis des globules rouges, des globules blancs, et même des globulins, ces éléments si fragiles du sang. Le citrate, d'autre part, laisse intacte la capacité respiratoire du sang ; celui-ci continue alors à absorber autant d'oxygène que normalement.

Se basant sur ces considérations, on a été amené à injecter du sang veineux (citraté), d'un animal, dans une veine d'un autre animal de même espèce, et de veine à veine, d'homme à homme. Ce fut une révolution dans la transfusion sanguine. Autrefois, la transfusion était une opération chirurgicale, d'exception, qui obligeait à une anastomose de vaisseau à vaisseau. Aujourd'hui, c'est une opération de médecine simple, pratiquée couramment, consistant à recueillir le sang d'une veine du donneur pour l'injecter dans une veine du récepteur. On doit rester d'ailleurs dans des limites modérées. Avec 50, 100 cent. c., on obtient des résultats aussi satisfaisante qu'avec les grandes transfusions. Parfois même, on se

contente d'injecter directement le sang non citraté dans la fesse.

En clinique thérapeutique, le citrate de soude est utilisé comme eupeptique et surtout dans les maladies du sang, comme anticoagulant et hémostatique. Je n'insiste pas sur ce dernier emploi. L'action anticoagulante est certaine, et d'elle découle diverses indications du citrate sodique.

Une première indication se trouve dans les affections qui provoquent des thromboses. On le donne alors par voie digestive, sous-cutanée, endo-veineuse. On l'a recommandé en Amérique dans la pneumonie. Avec M. Chauffard, nous l'avons essayé dans la maladie de Vaquez, où nous avons obtenu une chute de la polyglobulie.

En matière de phlébites, il est difficile d'avoir des données précises. Il est une maladie où le citrate de soude paraît jouer un rôle important, c'est la thrombo-artérite. Je vous présente un patient chez lequel le traitement citraté a donné de très bons résultats (arrêt des douleurs, de la gangrène, etc.,). Je sais bien que l'abstention est quelquefois suivie, chez ces sujets, d'une amélioration. Je crois, cependant, que le citrate a véritablement eu une part dans la situation favorable actuelle de ce malade. Nous avons injecté le médicament par voie veineuse, mais on peut, dans les cas moyens, se contenter de la voie sous-cutanée, et dans les cas légers, de la voie digestive.

Le malade dont je parle a été pour nous l'origine d'un autre groupe de recherches. Quand la série des piqûres a été achevée, j'ai remarqué que la veine, au niveau des injections, était entièrement sclérosée. Je me dis que c'était là, peut-être, une façon de traiter les veines variqueuses et j'imaginais ainsi une cure des varices par le citrate de soude.

Les traitements de ce genre — à l'ordre du jour depuis les travaux de Sicard — ont une origine déjà ancienne. Au milieu du XIXe siècle, quelques auteurs soignèrent les varices par des injections de perchlorure de fer — avec des résultats déplorables, d'ailleurs. En 1880, on se servit d'une préparation d'iode et de tanin, qui tomba dans l'oubli ; puis, d'injections périvariqueuses, qui n'eurent pas plus de succès. Condamnée par un Congrès de chirurgie en 1894, cette méthode fut mise de côté. C'est Sicard qui leva son interdit, en 1920, en montrant que des injections intra-veineuses de carbonate de soude, de biiodure, de salicylate de soude, sont susceptibles de procurer une cure des varices. La guérison est obtenue par un processus d'endophlébite sclérosante.

C'est dans ces conditions que je me demandais s'il n'y aurait pas intérêt à substituer le citrate de soude aux autres préparations. Le citrate procure les mêmes phénomènes d'endo-phlébite sclérosante, avec la même évolution, mais les piqûres sont plus faciles. J'emploie la solution concentrée à 100 pour 100.

Pour bien réussir l'opération, il faut une aiguille piquant convenablement, de 6 à 7 dixièmes de millimètre de diamètre, à biseau court, et une petite habileté manuelle, qui s'acquiert vite par la pratique des injections intra-veineuses. Je me sers d'ampoules de huit centimètres cubes, contenant 8 grammes de citrate de soude. On peut injecter toute l'ampoule sans crainte, à condition de lancer le liquide en une série de points (3 ou 4 endroits différents). La solution sera stérilisée soigneusement, l'ébullition ne pouvant pas être considérée comme suffisante.

Vous mettez le malade debout, pour faire saillir les varices, sans lien constricteur en général, celui-ci aboutissant parfois à un affaissement des dilatations veineuses.

En principe, l'injection est indolore, même s'il fuse un peu de liquide dans le tissu cellulaire voisin, tandis que, avec le carbonate de soude ou le biiodure, le malade souffre beaucoup lorsque l'injection n'est pas strictement intra-veineuse. Une injection manquée est moins pénible avec le citrate qu'avec les autres agents préconisés dans le même but.

Normalement, il se produit une réaction inflammatoire. On a l'impression qu'elle est utile, quoique non nécessaire. Chez le malade que vous avez vu tout à l'heure, la réaction est passée inaperçue. Il se produit un cordon rosé, légèrement douloureux. Puis, tout se calme et, en dernière analyse, il reste la veine atrophiée.

On peut avoir quelques petits ennuis. Si l'injection est faite hors de la veine et si la peau est fine, on peut observer une escarre qui met des semaines à guérir.

Aussitôt après l'injection, on doit retirer l'aiguille assez vivement, et mettre immédiatement un tampon d'ouate sur la plaie. Etant donné l'action anticoagulante du citrate de soude, une fuite du sang dans le tissu cellulaire est évidemment plus à redouter.

Le nombre des injections varie suivant les circonstances. Il faut en moyenne un traitement journalier d'une et deux semaines pour obtenir un résultat. Les injections peuvent aussi être faites tous les deux ou trois jours.

Leçon faite à la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine (service du Pr Chauffard) et recueillie par le Dr P. LACROIX.

LES VOMISSEMENTS DANS LA DEUXIÈME ENFANCE

La deuxième enfance débute à la fin de la première dentition, c'est-à-dire vers 2 ans, 2 ans 1/2. Elle va jusqu'à l'apparition des dents permanentes, à sept ans.

A cette période de la vie, les vomissements sont extrêmement fréquents, et ils reconnaissent les causes les plus variées. Selon M. le Pr MOURIQUAND (1),ils sont assez souvent dus, à cet âge, à des fautes d'hygiène alimentaire, suralimentation ou absorption d'aliments de difficile digestibilité (charcuterie, choux, choux-fleurs, champignons, gibier, etc.).

Ils sont alors symptomatiques d'un trouble digestif. On les observe encore cependant, comme symptôme constant, et parfois maître symptôme, dans l'étranglement herniaire, l'appendicite, l'invagination intestinale, la péritonite ; dans les méningites ; au début des maladies aiguës : pneumonie, scarlatine... ; ils se recontrent également dans certaines affections broncho-pulmonaires, avec toux émétisante : coqueluche, adénopathie trachéo-bronchique... ; ils précèdent et accompagnent l'anorexie mentale.

Une mention spéciale doit être réservée aux vomissements cycliques, ou acétonémiques. Ceux-ci apparaissent brusquement, reviennent par paroxysmes, et révèlent une intolérance complète de l'estomac. L'haleine des enfants a l'odeur d'acétone, et on peut trouver de l'acétonurie. Parfois, une fièvre modérée (38°) sera notée.

Ces vomissements cycliques sont l'apanage des cholémiques, des arthritiques. Ils sont provoqués par l'appendicite. Les troubles intestinaux chroniques les causent également.

Quand les vomissements sont symptomatiques, il faut nécessairement s'adresser tout d'abord à leur cause. L'auteur recommande, si l'origine en est alimentaire, de mettre les enfants pendant 12 à 24 heures à la diète hydrique, puis au bouillon de légumes, pour reprendre progressivement une alimentation surveillée.

Dans les maladies émétisantes, on prescrit aussi la diète hydrique tout d'abord ; puis, le lait condensé sucré, le babeurre, le képhir, les eaux minérales alcalines, les solutions de citrate de soude à 5/300, la potion de Riv ère....

Dans les vomissements nerveux, liés à l'anorexie mentale, l'isolement hors du milieu familial est la condition même de la guérison.

Les vomissements cycliques réclament, au moment des crises, la diète complète pendant quelques heures, suivie de la diète hydrique avec une eau minérale alcaline, glacée. Plus tard, on essayera le lait dilué, le bouillon de légumes. Les vomissements arrêtés, on reprendra l'alimentation.

On sera parfois amené, en cas de déshydratation excessive, de tendance au collapsus, à pratiquer des injections de sérum physiologique, des lavements chauds alcalins, le goutte à goutte rectal glucosé, les injections d'huile camphrée...

Dans l'intervalle des accès, l'alimentation sera rigoureusement surveillée. On en proscrira les corps gras ; les viandes seront autorisées en quantité modérée. On insistera sur les hydrocarbones. Enfin, on alcalinisera systématiquement l'enfant.

***

Parmi les eaux alcalines que recommande le professeur Mouriquand, figure l'eau de Vals. Nous sera-t-il permis de compléter cette indication thérapeutique, en précisant ici les qualités particulières que possède *la Reine de Vals* ?

L'eau de Vals (La Reine) convient d'autant mieux à l'enfant qu'elle présente une minéralisation moyenne qui la rend parfaitement utilisable dans tous les cas. En outre, elle est assez fortement carbo-gazeuse pour que cette gazéification naturelle lui communique une saveur piquante et fraîche des plus agréables.

Elle pétille à l'instar d'un léger champagne, dont elle a par cela même les vertus anti-vomitives.

Aussi, convient-elle tout particulièrement à la diète hydrique qui représente le traitement d'attaque des vomissements. Plus tard, elle servira à étendre largement le lait qui marquera la reprise de l'alimentation. Dans l'intervalle des accès de vomissements cycliques, elle sera le meilleur agent, et le plus facilement accepté, de l'alcalinisation systématique qu'ordonne le professeur lyonnais.

***

D'une façon générale, d'ailleurs, à cette époque de l'année où les maladies digestives sont fréquentes, où la fièvre typhoïde fait volontiers un retour offensif, nous ne saurions trop insister sur les avantages de la Reine de Vals.

Elle représente la boisson idéale des fébricitants, qu'elle désaltère, tout en flattant ce qu'il leur reste de goût, avec une bouche et une langue saburrales. Elle apporte ses alcalins au milieu digestif, dont elle neutralise ainsi l'acidité anormale. Elle est puissamment diurétique, et favorise le fonctionnement si important du filtre rénal, Enfin, elle agit vraiment à la façon d'un sérum naturel, en lavant pour ainsi dire le sang, et en

(1) *Lyon Medical*, 6 juillet 1924.

le débarrassant des toxines qu'il charrie à travers l'organisme.

Aussi, à toutes les phases de l'enfance, aussi bien que pour les adultes, la Reine de Vals, qui mériterait d'être la boisson de tous les jours, demeure-t-elle toutefois la boisson médicament de tous les états pathologiques dans lesquels le tube digestif est intéressé à un titre quelconque.

E. D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de l'avortement provoqué.

Dans l'avortement spontané, l'infection succède en général à l'expulsion de l'œuf ; elle se développe sur les débris ovulaires retenus ; mais le col utérin est ouvert et l'utérus n'est pas traumatisé.

Dans l'avortement provoqué, au contraire, l'infection légère ou grave, d'origine extérieure, *précède le travail abortif et se* développe dans un utérus dont le col est fermé, mais dont la paroi peut être ou perforée, ou simplement, gravement contusionnée, ce qui déterminera des accidents de nécrose et une perforation secondaire tardive impossible à prévoir.

En effet, dans ce cas, en dehors des méthodes thérapeutiques, l'avortement est provoqué soit *par injection de liquides corrosifs, ou* sous pression exagérée, soit par piqûres, maladroites ou septiques. Le traitement est donc spécial dans l'avortement provoqué.

Cliniquement, on observe toutes les formes, depuis la plus simple sans aucun accident jusqu'à la septicémie foudroyante avec tous les intermédiaires.

Le Dr LEMELAND distingue, au point de vue de la conduite thérapeutique, les *formes bénignes* et *les formes graves*.

Dans les *premières*, l'avortement échappe généralement au médecin, qui est appelé seulement au 12e ou 15e jour, en raison d'une complication, le phlegmon péri-utérin. Si la vie de la malade n'est généralement pas menacée, la fonction génitale est souvent gravement compromise. Au moment de l'avortement, le mieux est d'évacuer l'utérus par un curettage prudent, après avoir, au besoin après dilatation, exploré la cavité utérine au doigt pour apprécier l'épaisseur de la paroi, sa consistance ; le curettage serait contre-indiqué si on trouvait une tumeur, une perforation, et il faudrait faire l'hystérectomie vaginale.

Quant au phlegmon, ou bien il consiste en un œdème du ligament large uni ou bilatéral qui, par les topiques et le repos, disparaît complètement en 5 ou 6 semaines ; ou bien il suppure, formant une collection purulente qui tombe dans le Douglas et qui s'évacuera soit par colpotomie, soit en s'ouvrant dans un viscère voisin; ou bien, cas assez fréquent, après régression des accidents aigus, il s'installe une salpingite chronique, qui entraîne la salpingotomie, quelques années plus tard.

Quand on aura pratiqué le curettage, on gardera la femme en observation durant 14 à 15 jours, car il peut se faire tardivement des perforations par chute d'escharre, ce qui nécessite l'hystérectomie vaginale.

Dans les *formes graves*, il y a des symptômes d'une infection sérieuse. Parfois l'évacuation de l'utérus est suivie, dans les 48 heures, d'une chute de la température et d'une amélioration notable. Sinon, et surtout s'il y a perforation ou déjà péritonite avérée, l'hystérectomie s'impose.

Dans les *cas intermédiaires*, on guide la ligne de conduite sur l'*état général* : la marche ultra rapide des accidents infectieux commande l'intervention radicale ; au contraire, l'allure progressive et lente de l'infection permet la temporisation et l'usage de palliatifs. Quant à l'*état local*, un utérus fermé le place au second rang ; de même pour un utérus ouvert, sans lésions, sinon qu'il faut curetter, puis attendre. Par contre, si les accidents péritonéaux sont évidents, on pratique, sans hésiter, l'hystérectomie vaginale.

Bref, le traitement est commandé par l'étendue de l'infection. (*La Médecine*, avril 1924.)

L'iléus biliaire.

D'après MM. J. BONNECAZE et A. LE CHAUX, le terme d'iléus biliaire doit être réservé à l'occlusion intestinale aiguë, subaiguë ou chronique, provoquée par la migration d'un calcul biliaire dans l'intestin ; ce n'est d'ailleurs pas une affection très rare ; elle est plus fréquente chez la femme, et chez la femme d'un certain âge. Le plus souvent, il s'agit d'un calcul unique du volume d'une noix ou d'un œuf de poule ; mais les calculs multiples ne sont pas exceptionnels ; ils sont, avant tout formés de cholestérine.

En règle générale, il s'agit d'un calcul vésiculaire — et non d'un calcul du cholédoque, autochtone ou migré — trop volumineux pour effectuer sa migration par les voies biliaires et don

le passage dans l'intestin se fait par une fistule cystico-duodénale. Le calcul peut s'arrêter en tout point de l'intestin, mais il siège le plus souvent dans la partie terminale de l'intestin grêle, à 50, 80 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Il y a obstacle mécanique d'abord, puis, secondairement, phénomènes inflammatoires et spasme; suivant l'intensité de ceux-ci, et aussi suivant le siège de l'arrêt du calcul, sur le grêle ou sur le côlon, le tableau clinique sera différent : occlusion aiguë, ou obstruction chronique à poussées subaiguës, avec ou sans les complications habituelles.

Le diagnostic d'iléus biliaire est difficile à poser ; le plus souvent, seule la connaissance d'accidents antérieurs de lithiase biliaire permet de penser à la probabilité d'obstruction ou d'occlusion calculeuse.

Le pronostic est grave ; la guérison est possible spontanément dans la moitié ou dans le tiers des cas par évacuation du calcul dans une selle. Quant aux résultats opératoires, ils sont franchement peu favorables (54 à 70 % de morts). (*Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1924.)

Herpès.

Les herpès, dit le Pr ACHARD, sont constitués par de petites vésicules sur une base érythémateuse légèrement surélevée, et qui se groupent en bouquets. Ils se développent non seulement sur la peau, mais encore sur les muqueuses dermoïdes. Leur siège est des plus variés, lèvres, narines, bouche, organes génitaux, etc. L'éruption d'herpès s'accompagne assez souvent d'autres troubles.

Les herpès névralgiques, et d'autres herpès, peuvent, par leurs accidents nerveux, se rapprocher du zona. Cependant, contrairement à celui-ci, l'herpès récidive souvent ; il n'affecte pas, dans sa topographie, une distribution nerveuse, il n'est pas unilatéral.

L'herpès peut faire suite au traumatisme, accompagner les infections : pneumonie, grippe, méningite cérébro-spinale, etc. On connaît aussi la fièvre herpétique ; on l'a vue apparaître à la suite d'une simple ponction lombaire sans injection médicamenteuse.

Il faut le distinguer non seulement du zona, mais de la varicelle (pas de groupement des vésicules, pas de zone érythémateuse), des ulcérations vénériennes.

Son traitement doit être fort simple : moins on y touche, mieux il va (Fournier) ; il convient de protéger l'éruption contre les irritations et les infections ; comme topique on emploie l'alcool iodé à 1 p. 10, l'eau d'Alibour, la liqueur de Labarraque, les poudres inertes. On conseille d'éviter les pansements aqueux, les pommades ; les herpès génitaux doivent être surtout ménagés ; on se concente de les laver à l'eau bouillie, d'y appliquer une poudre inerte, de les protéger contre les frottements et les irritations.

L'auto-sérothérapie, la radiothérapie ont donné quelques résultats contre les formes tenaces et récidivantes. (*Paris médical*, 10 mai 1924.)

La réanimation du cœur dans les syncopes par les injections intra-cardiaques d'adrénaline

Tous les modes d'anesthésie générale ou de rachi-anesthésie sont suceptibles de donner lieu à des syncopes trop souvent encore mortelles, expose M. ROULLAND.

Une méthode née en Allemagne et très employée en Angleterre et en Amérique est encore presque inconnue en France, c'est *l'injection intracardiaque d'adrénaline*, dont Roulland fait une étude pratique. Elle consiste à injecter dans le péricarde ou le cœur 1 à 3 centimètres-cubes de la solution au millième d'adrénaline. En cas d'insuccès ou de succès partiel, on peut renouveler l'injection en laissant l'aiguille en place.

Le lieu d'élection de la piqûre est dans le 4e espace intercostal sur le bord supérieur du 5e cartilage au ras du bord gauche du sternum.

Sur 29 cas publiés, on a obtenu 17 succès définitifs, on réveille toujours les contractions du cœur.

L'injection doit être faite assez tôt, moins de cinq minutes après la syncope ; on doit continuer assez longtemps la respiration artificielle.

Dans deux cas de *mort apparente du nouveau-né*, Brindeau a utilisé cette méthode : les battements cardiaques reprirent d'une façon régulière ; dans aucun cas il ne put réveiller les mouvements respiratoires. Dans ces cas, comme le fait remarquer Roulland, l'enfant est le plus souvent atteint de lésions du système nerveux incompatibles avec la vie. (*La Gynécologie*, janvier 1924.)

La version dans les rétrécissements moyens du bassin.

S'il est vrai que la césarienne soit devenue une opération courante de la pratique obstétricale, elle ne va pas cependant sans certains risques, prochains ou éloignés, pour la femme. Aussi certains accoucheurs se demandent-ils s'il n'est pas préférable de recourir à la version par manœuvres internes, quand on se trouve en présence d'un bassin rétréci.

M. KLEIN se prononce en ce sens, à la faveur de cinq observations, dont trois ont trait à des accouchements terminés par la version et l'extraction d'enfants qui ont vécu, et deux achevés péniblement avec le forceps et le basiotribe, enfants morts.

« D'une manière générale, les auteurs disent que le forceps est indiqué lorsque la tête est fixée au détroit supérieur ; au contraire, quand la tête est mobile, c'est la version qui s'impose ;

mais, à mon avis, il vaut mieux faire la version même dans le cas de présentation du sommet avec fixation de la tête au détroit supérieur. »

Dans les bassins modérément rétrécis (8 à 9 cm.), on se basera sur les rapports existant entre les dimensions de la tête et du bassin. En cas de disproportion, opération césarienne. Si la disproportion n'est pas trop forte, version interne, de préférence au forceps.

« La version est moins agressive que le forceps pour l'enfant ;

« Elle permet une meilleure orientation de la tête, un engagement méthodique des pariétaux, et par suite, un dégagement plus facile ;

« Elle est enfin moins offensante pour les parties maternelles. » (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 22 juin 24.)

Complications, métastases et mort dans la goutte.

Une très intéressante observation clinique fournit, à MM. Dufourt et Michel, l'occasion de formuler certaines remarques dignes d'attention sur les manifestations articulaires et abarticulaires de la goutte. C'est ainsi que, dans 20 % des cas, la localisation articulaire initiale atteint d'autres jointures que le gros orteil ; que celui-ci, exceptionnellement, demeure indemne durant l'évolution de la maladie. C'est ainsi encore qu'il s'établit une sorte de balancement entre les manifestations articulaires et les manifestations viscérales, les unes disparaissant ou apparaissant quand les autres apparaissent ou disparaissent. C'est ainsi enfin que l'atteinte pleuro-pulmonaire, impressionnante par sa violence, demeure de pronostic bénin, tandis que l'atteinte cardiaque, caractérisée par une sclérose cardio-vasculaire, un infarctus du myocarde, une thrombose des artères du cœur, est au contraire grave et funeste dans son pronostic. On peut observer même des oblitérations artérielles entraînant des phénomènes de gangrène dans les territoires irrigués par le vaisseau lésé.

Quant à la pathogénie même de la goutte, elle demeure encore incertaine et obscure. Qu'il s'agisse d'un trouble du métabolisme de l'acide urique, nul doute à ce sujet. Mais d'où celui-ci procède-t-il ? Du foie ? De certaines affinités tissulaires entre l'acide urique et les cartilages ? De désordres sympathiques ? Chacune de ces théories contient une part de vérité plus ou moins grande et elles se complètent les unes les autres.

A noter la tendance actuelle à considérer l'attaque de goutte comme la conséquence d'une rupture soudaine de l'équilibre colloïdal ; « la crise aiguë serait un véritable choc (réaction anaphylactique locale) ce qui pourrait expliquer entre autres sa brutalité et son action parfois dérivative. » (*Lyon médical*, 29 *juin* 24.)

Les arthrites sacro-iliaques.

Rares, elles méritent cependant d'être signalées, en raison du diagnostic différentiel auquel elles donnent lieu. Ce sont généralement les manifestations d'ostéomyélites étendues secondairement à l'article.

Il semble que le BK affectionne plus particulièrement le sacrum, tandis que les bacilles non spécifiques touchent l'os iliaque. Les abcès secondaires sont dirigés dans des voies diverses par les muscles de la région : psoas vers le rein, ou la cuisse et le creux poplité, muscle iliaque à l'intérieur du bassin. La grande échancrure sciatique leur offre une issue postérieure.

MM. Hammer et Croes, qui en rapportent trois observations, envisagent le diagnostic des arthrites sacro-iliaques avec la sciatique, la spondylite lombaire et la coxite. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, 29 *juin* 24.)

Céphalée et œil.

Des malades se plaignent souvent de maux de tête plus ou moins violents, dont on cherche vainement la cause si l'on ne pense pas à examiner les yeux. M. Bretagne passe en revue toutes les affections oculaires qui s'accompagnent de céphalée. Ce sont celles qui intéressent le segment antérieur de l'organe, tandis que les lésions aiguës ou chroniques des membranes profondes provoquent rarement ces douleurs, à moins qu'elles ne soient secondaires.

Ces douleurs sont caractérisées par la simple pesanteur orbitaire avec lourdeur rétro-oculaire, par la barre frontale, par la migraine en casque, par des douleurs térébrantes allant jusqu'à l'occiput, par un endolorissement des os de la région malaire, maxillaire supérieur et inférieur.

Les lésions primitivement oculaires qui provoquent la céphalée sont les corps étrangers de la cornée, les ulcérations traumatiques ou microbiennes de cette membrane, les iritis aiguës, le glaucome, l'hémorragie expulsive, complication rare de l'opération de la cataracte. Les névrites optiques irradient la douleur locale jusque dans la moitié de la tête correspondante.

Les troubles de la réfraction : hypermétropisme, astigmatisme, provoquent l'apparition de céphalées violentes après l'effort du travail.

Les maux de tête avec manifestations oculaires s'observent dans les lésions centrales telles que celles de la migraine ophtalmoplégique et de la migraine ophtalmique, la méningite, l'encéphalite épidémique, l'hypertension crânio-rachidienne, les tumeurs cérébrales, le zona ophtalmique...

L'auteur cite enfin toutes les maladies avec céphalées, dont le foyer est quelque part dans l'organisme, et qui comportent une localisation oculaire : albuminurie, diabète, anémie, chlorose,

leucémie, urémie, saturnisme, tabagisme, alcoolisme, syphilis, tabes, artério-sclérose, neurasthénie...

« En somme, les maux de tête sont rencontrés très fréquemment dans l'examen des malades, et lorsqu'on ne leur trouve pas une origine satisfaisante, il faut toujours penser à l'appareil oculaire, dont les lésions, souvent discrètes, sont difficiles à découvrir ; cependant, l'examen attentif de l'œil peut, avant toute autre manifestation, mettre sur la voie d'un diagnostic d'une importance capitale. » (*Revue méd. de l'Est*, 1er *mai* 1924.)

Les Sociétés Savantes

Rechute mortelle d'encéphalite, après 4 ans.

(M. A. Laubie. — *Académie de médecine* ; 8-7-1924.)

M. Vincent présente un travail de M. Laubie (de Donzenac) intitulé : rechute d'encéphalite léthargique avec mort rapide, quatre ans après la première atteinte.

Un malade, guéri cliniquement pendant quatre années d'une encéphalite léthargique, fit brusquement, au mois de mars dernier, une rechute très rapidement mortelle. Jusqu'alors, le seul symptôme noté chez lui était une légère apathie, qui n'empêchait pas le travail régulier.

Ce fait confirme ce qui a été signalé par divers auteurs, notamment par M. Achard, à savoir que le pronostic de l'encéphalite épidémique comporte, pour l'avenir, de prudentes réserves.

La tryparsamide de l'Institut Rockfeller et la paralysie générale.

(MM. Georges Guillain et L. Girot. — *Académie de médecine* ; 8-7-1924.)

La tryparsamide est un produit arsenical nouveau préparé par l'Institut Rockfeller, de New-York. Selon plusieurs auteurs américains, elle serait douée d'une toxicité assez faible et d'un pouvoir appréciable de pénétration dans le système nerveux. A ce titre, bien qu'elle ne soit pas un puissant spirillicide, elle aurait son indication dans la syphilis nerveuse et la paralysie générale. De grands espoirs ont été fondés sur cet agent et notre excellent confrère R. Beckers a pu même donner à un de ses articles du *Bruxelles médical* le titre suivant : « Vers la guérison de la paralysie générale ».

Avec des échantillons de tryparsamide reçus d'Amérique par l'intermédiaire de M. Tuffier, M. Guillain a expérimenté l'action de ce médicament chez cinq malades (3 paralytiques généraux, 1 sclérose en plaques, 1 syphilis nerveuse), de son service de la Salpêtrière. De cet essai, encore restreint, il conclut ainsi :

« La tryparsamide nous a paru d'un emploi facile ; elle ne nous a donné aucun accident et les injections n'ont provoqué aucune douleur. Elle ne semble pas avoir un pouvoir plus pénétrant que le néo-salvarsan et n'a pas montré, chez les trois paralytiques généraux de la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière ainsi traités, l'action curative que certains auteurs ont spécifiée ».

Les recherches de l'Institut Rockfeller n'en paraissent pas moins intéressantes. Elles visent à la découverte d'un agent qui, sans léser les cellules nerveuses, soit apte à pénétrer dans le névraxe.

La tryparsamide s'administre en injections intraveineuses de 2 à 3 gr., associées (par alternance) aux injections de salicylate de mercure.

Les cécités de guerre curables.

(M. Bonnefon. — *Académie de médecine*, 8-7-1924.)

Dans une communication antérieure, M. Bonnefon a relaté l'histoire d'un blessé de guerre atteint de cécité, amélioré par le traitement chirurgical neuf ans après la blessure. L'auteur a eu, depuis, l'occasion d'examiner une soixantaine de grands mutilés des yeux et, parmi eux, d'identifier trois nouveaux cas de cécité améliorable.

Il s'agit de sujets qui, à l'époque de leur mise en réforme, furent réellement considérés comme non susceptibles d'atténuation par des ophtalmologistes compétents. Leur affection était véritablement, à ce moment, rebelle à toute intervention, les milieux et tissus oculaires étant encore imprégnés d'exsudats hémorrhagiques et fibrineux longs à se résorber et la rétine ne pouvant répondre, dans ces conditions, à aucune excitation. Dans la suite, avec les années écoulées, les résorptions se sont faites et quelques rétines, non touchées irrémédiablement, sont devenues plus ou moins excitables. Une opération, inutile et vouée à l'insuccès à la date de la blessure et de la réforme, peut ainsi trouver son indication et donner au malade un certain pourcentage de vision.

Si l'on songe que beaucoup de ces aveugles de guerre vivent dans les campagnes, éloignés de tous conseils, on peut se demander s'il ne serait pas intéressant de procéder à une révision générale des cas de réformes pour cécité après blessures.

L'auteur termine sa communication par les conclusions suivantes :

Il y a en France près de 3.000 aveugles de guerre. Sur 60 qui ont été examinés à nouveau, ces derniers temps, quatre ont pu être opérés avec avantage et recouvrer un certain degré de vision. Il existe donc un nombre non négligeable d'aveugles dont les blessures ont subi une évolution anatomique particulière qui en modifie le pronostic. Ces aveugles peuvent bénéficier actuellement d'interventions chirurgicales libératrices, considérées autrefois, et à juste titre, comme inutiles ou dangereuses.

Traitement des hémorrhagies par le citrate de soude intra-veineux.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôp.*; 16-5-1924.)

Le citrate de soude devient un médicament dont l'usage s'étend chaque jour en thérapeutique. M. Maurice Renaud le considère comme un hémostatique excellent, qu'il emploie dans le traitement des hémorrhagies les plus diverses : hémorrhagies du cancer de l'utérus, du cancer du pharynx, dans l'hémoptysie, etc. Il a actuellement traité 30 cas d'hémorrhagies importantes et, sauf 3 fois, l'action du citrate a été immédiate, complète et durable. Une seule injection (10 à 30 centim. cubes d'une solution de citrate à 30 pour 100, intra-veineux) suffit souvent.

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine.

(MM. Darré, Loiseau et Laffaille. — *Soc. méd. des hôp.*; 16-5-1924.)

La vaccination anti-diphtérique a été recherchée, soit par l'injection de mélanges toxine-antitoxine à excès de toxine (Park et Zingher, Behring), soit par l'injection de mélanges neutres (J. Blum), ou hyperneutralisés (Renault et Pierre-Paul Lévy).

Des recherches récentes de G. Ramon ont fait connaître qu'une toxine diphtérique qui a perdu complètement son pouvoir toxique vis-à-vis des animaux par l'action combinée de la chaleur et du formol, est encore capable, injectée à un organisme vivant, de l'immuniser et de provoquer la formation d'antitoxine.

C'est cette toxine diphtérique, ainsi privée de pouvoir toxique et ayant conservé son pouvoir antigène, dont l'aptitude à floculer en présence d'antitoxine n'a pas sensiblement varié, que Ramon a appelée *anatoxine diphtérique*.

Expérimentalement, l'anatoxine a donné des résultats encourageants, chez les petits animaux et les chevaux. MM. Darré, Loiseau et Laffaille ont fait, avec l'anatoxine Ramon, quelques essais d'immunisation chez l'homme et ils ont noté une disparition de la réaction de Schick lorsqu'elle était positive et une augmentation du pouvoir anti-toxique du sérum. Les premiers résultats de ces vaccinations antidiphtériques les ont conduits à poursuivre leurs essais sur un nombre plus grand d'enfants.

Fibro-lipome périostique du pied.

(M. R. Tillier, d'Alger. — *Société de chirurgie*, 2-4-1924.)

M. Tillier a opéré une fillette de huit ans d'un volumineux fibro-lipome de la face dorsale du pied gauche provenant du 4e métatarsien.

Dans son rapport sur le travail de M. Tillier, M. Mouchet remarque que de telles tumeurs paraissent assez rares. Elles sont souvent congénitales, mais quand on les constate à un certain âge de l'enfance, il n'est pas toujours facile d'affirmer la congénitalité.

Luxation de la Ve vertèbre cervicale.

(M. Ch. Cornioley, de Genève.—*Société de chirurgie*; 2-4-1924.)

Une femme de trente-six ans, victime d'un accident d'automobile, est projetée sur le sol, tête la première. Elle entre à l'hôpital, portant des plaies du crâne, du nez et des paupières, et se plaignant de douleurs à l'épaule gauche.

Les jours suivants, on constate une paralysie des muscles innervés par la Ve paire cervicale, ce qui attire l'attention sur la colonne médullaire. Rien d'appréciable à l'extérieur, mais la radiographie décèle une luxation du corps de la cinquième vertèbre cervicale.

Pour obtenir la réduction, deux méthodes pouvaient être employées : 1°, celle de Malgaigne et Richet, qui consiste à faire une flexion forcée de la tête, suivie d'extension et renversement en arrière, malade assis ; 2° l'extension progressive, suffisamment puissante.

M. Cornioley choisit le second procédé, qu'il exécuta sous anesthésie et sur la table radiographique elle-même. Il obtint la réduction et les phénomènes paralytiques cessèrent au bout de quelques jours.

— M. Mouchet pense que le toucher pharyngien peut, parfois, en pareille circonstance, donner des renseignements précieux.

Chirurgie de la moelle et du rachis.

(M. de Martel.— *Société de chirurgie* ; 9-4-1924.)

M. Leriche, de Lyon, disait récemment que la chirurgie de la moelle et de ses racines est déroutante les premières fois qu'on s'y adonne et qu'elle a, en réalité, peu de gravité dès qu'on s'est adapté aux disciplines qu'elle exige.

M. de Martel estime qu'il faut établir une distinction entre la chirurgie purement rachidienne et celle qui touche à la moelle, la première étant en elle-même peu grave et la seconde beaucoup plus sérieuse. La chirurgie médullaire, d'autre part, doit être douce et lente : douceur et lenteur sont les premières qualités que le chirurgien non spécialisé a besoin d'acquérir, ici, sous peine d'échecs.

— M. Robineau insiste sur l'importance de ces mêmes qualités. L'opération doit être lente, les manœuvres douces, et l'hémostase soignée. Il ne faut toucher à la moelle qu'avec de grandes précautions.

Expériences sur la thérapeutique des péritonites aiguës.

(M. Chaton, de Besançon. — *Société de chirurgie*; 9-4-1924.)

M. Bazy présente un rapport sur un travail expérimental de M. Chaton relatif à la thérapeutique des péritonites aiguës.

M. Chaton a étudié plus particulièrement l'action de la glace en applications locales et des rayons ultra-violets utilisés dans un but de stérilisation.

L'auteur a, chez les petits animaux (lapins, cobayes), mis un sac de glace sur l'abdomen et recherché les modifications consécutives de la température intérieure (intra-abdominale, rectale, buccale). Il a vu celle-ci baisser rapidement à l'endroit et dans la région où se trouve la vessie de glace et diminuer de 2 et 3 degrés dans le rectum. Il conclut que l'usage classique de la glace dans les péritonites trouve ainsi sa justification, à condition que le malade ne soit pas choqué, ni hypothermique. Les applications glacées, d'ailleurs, n'interviennent pas seulement par action sur la température. Elles doivent avoir un rôle plus complexe.

Pour ce qui concerne les effets stérilisants possibles des irradiations ultra-violettes sur les germes intestinaux, M. Chaton n'a pas constaté leur réalité. Même avec des lésions de brûlure au niveau des parties irradiées, les germes n'étaient généralement pas détruits.

P. L.

Les Thèses

Ly. — Dr Louis Hainault. — **Résultats éloignés de la transposition non sanglante comme traitement palliatif des luxations congénitales de la hanche compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.** (Imprimerie Bosc frères et Riou, Lyon, 1923.)

La transposition non sanglante a pour but de modifier les points d'appui de la tête fémorale luxée, en transformant une luxation postérieure en luxation antérieure. A la suite de ce traitement, la tête fémorale se place dans la région inguinale, au voisinage immédiat du cotyle, soit dans la partie antérieure de la fosse iliaque externe (apposition latérale de Lorenz). Elle trouve un appui osseux contre l'os iliaque, grâce à sa position d'abduction légère, mais elle paraît se fixer surtout en se coiffant du ligament en Y.

C'est une opération assez facile et sans danger. Elle permet de corriger d'une façon durable les attitudes vicieuses et de faire disparaître les douleurs qui compliquent souvent la luxation congénitale chez les adolescents. Souvent même, elle améliore l'état fonctionnel en augmentant la capacité d'abduction, en diminuant les déformations et notamment l'ensellure, et en augmentant d'une façon sensible la résistance à la fatigue.

Elle doit donc être proposée comme un traitement palliatif très utile dans les luxations congénitales qui ne sont plus justiciables de la cure radicale et qui s'accompagnent de douleurs, d'attitudes vicieuses ou de troubles fonctionnels importants.

Ly. — Dr Georges Coitoux. — **Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires muettes.** (Imprimerie J. Jeannin, Trévoux, 1923.)

Signalées depuis longtemps par tous les cliniciens, les cavernes pulmonaires muettes ont été, depuis, l'emploi systématique de la radioscopie, reconnues bien plus fréquentes qu'on ne le pensait autrefois. Chez le nourrisson, les cavernes sont presque toujours muettes ; chez l'adulte, elles le sont très fréquemment. Toutefois, la proportion de 55 % indiquée par quelques auteurs semble exagérée.

Il faut réserver le qualificatif de cavernes muettes à celles au niveau desquelles l'auscultation attentive, ou bien ne révèle rien d'anormal, ou bien ne permet de déceler que des modifications discrètes du murmure vésiculaire, ou des bruits adventices si peu nombreux, qu'il ne viendrait pas à l'idée d'un clinicien averti de soupçonner l'existence d'une pareille lésion. Le diagnostic radioscopique n'est pas toujours très facile et il existe de fausses images cavitaires. On affirmera l'existence d'une caverne quand on constatera nettement une ombre annulaire opaque à contours très nets, se rétrécissant concentriquement au moment de la toux. La caverne muette est parfois d'autant plus nettement visible à l'écran, qu'elle constitue la seule lésion constatée et que le parenchyme pulmonaire voisin n'est le siège d'aucune altération ou même est emphysémateux. Certaines cavernes à moitié pleines de liquide peuvent donner une image radiologique de pyopneumothorax partiel.

P. — Dr R. Cogné. — **Emploi du sérum de convalescent dans un cas de rougeole congénitale.** (Paris Jouve et Cie, éditeurs, 1923.)

La rougeole congénitale s'observe dans les cas où la mère est atteinte de rougeole peu de temps avant l'accouchement. Dans la moitié des cas environ, la rougeole maternelle aboutit à la naissance avant terme d'un enfant mort, qui est souvent couvert d'une éruption morbilleuse.

Lorsque l'enfant est à terme, il présente : tantôt des symptômes de rougeole au moment de la naissance ; tantôt quelques jours après — et souvent — il meurt ; tantôt il succombe sans présenter aucun signe caractéristique ; tantôt enfin, il survit sans avoir présenté le moindre accident morbide apparent.

Dans un cas, observé avec MM. Robert Debré, Bonnet et Robert Broca, l'enfant était né au moment de l'éruption maternelle, c'est-à-dire dans les conditions habituellement les plus défavorables pour lui ; l'injection de sérum de convalescent de rougeole, pratiquée deux jours après la naissance, a été suivie d'une rougeole modifiée bénigne qui a à peine troublé la santé du nouveau-né.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES CHEFS-D'ŒUVRE DE L'ŒUVRE

Gustave ou l'homme qui ne rit pas !!!

Vous savez tous, sans doute, de quoi il retourne. M. Robert de Jouvenel étant mort prématurément, après avoir présenté, au cours d'un diabète vraisemblablement grave, un anthrax qui fut incisé par un professeur de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux, *L'Œuvre*, dont cet excellent écrivain était l'un des principaux rédacteurs, a commencé par publier un article des plus virulents contre « les médecins qui tuent ».

Si ce journal s'en était tenu là, on aurait compris à la rigueur que, de même que tout condamné a 24 heures pour maudire ses juges, de même, tout représentant d'un malade que son médecin a été impuissant à guérir, s'accorde 48 heures pour maudire la gent médicale tout entière.

Mais *L'Œuvre* a dépassé la mesure. Et depuis ce profondément triste événement, elle a entrepris la publication d'une série d'articles qui, tantôt sous la signature de Pierre Billotey, tantôt sous celle de Gustave Téry, dénoncent bruyamment à ses lecteurs les médecins mercantis, les médecins qui dichotomisent, ceux qui font du charlatanisme, ceux qui font des avortements, ceux qui dramatisent une situation bénigne pour s'attribuer le mérite d'une guérison qui serait survenue toute seule, etc.

De nombreux confrères s'en sont émus, et nous ont sollicités de dire ce que nous pensions de cette campagne, inspirée par des sentiments que je préfère ne pas qualifier.

Voici d'abord notre excellent correspondant Le Duigou qui, par notre intermédiaire, adresse à *L'Œuvre* la lettre ouverte suivante :

Monsieur le Directeur,

J'avais déjà eu l'occasion de répondre, par la voie d'un journal professionnel, le *Concours médical*, à un article de M. Pierre Mille, dont le moins qu'on puisse dire est qu'il était le fruit d'une rédaction trop précipitée, comme nous voulons bien admettre, tout en en souffrant, que ce soit fréquemment le cas dans la Presse quotidienne, où il faut rédiger en hâte à 20 heures les cinquante lignes qui doivent arriver en province au train de 5 heures : « *Time is money* » !

Qu'importe que l'enquête soit erronée, parce que trop rapide, pourvu qu'on ait l'article sensationnel, qu'on devance d'une encâblure le confrère voisin. S'il y a erreur, on rectifiera ! *On n'en est pas à une rétractation près* !

Le malheur est que ce ne seront pas toujours les mêmes lecteurs qui liront les excuses et l'accusation. Aucun inconvénient pour le journal, si le rédacteur n'a pas été trop loin et s'il n'y a pas lieu à dommages-intérêts. Il ne reste qu'un peu de calomnie négligemment saupoudrée sur un individu ou une corporation. Un journaliste politique — sans peur et surtout sans reproche — ne peut s'embarrasser pour si peu.

Vous attaquez les médecins avec violence. Je dois convenir que vous estimez devoir faire suivre votre premier article d'une rectification et mettre hors de cause, dans un post-scriptum, un de nos grands maîtres, affirmant que vous n'avez pas voulu le viser. Qui donc alors avez-vous voulu atteindre ? Qui « *a tué M. de Jouvenel d'un coup de couteau* ? » C'est un médecin, vous l'avez écrit. Si ce n'est pas M. le professeur G., pourquoi éprouvez-vous le besoin de le mettre hors de cause ? Si c'est lui, pourquoi fuir ainsi la responsabilité de votre accusation ? Serait-ce parce qu'il passe pour être de ceux qu'on ne provoque pas impunément et que la prudence vous conseille de détourner vos coups du côté de la foule des petits ?

Il y a de ces silences, de ces reculs subits qu'on ne s'explique pas, à moins qu'on ne connaisse la performance de l'adversaire.

On se demande alors si un tel revirement ne s'explique pas aussi bien par la crainte que par une admiration aussi soudaine qu'inattendue pour sa valeur chirurgicale.

Pour nous, médecins, l'affaire est bien simple : M. de Jouvenel est mort d'un anthrax après avoir été opéré. Après la lecture de votre article, nous pouvions craindre qu'il n'ait été la victime d'un de ces nombreux métèques qui, à la faveur de lois trop indulgentes, infectent la France et Paris en particulier. Votre P.-S. nous apprend, par cela seul qu'il le met hors de cause, que le chirurgien qui a « *tué d'un coup de couteau* » M. de Jouvenel est un de nos maîtres les plus incontestés. Nous ne savons pas si nous devons être plus surpris de voir, dans votre erratum, vos louanges s'unir aux nôtres qu'être indignés de la légèreté avec laquelle a été rédigé un article aussi violent. On ne nous ôtera pas de l'idée que la crainte, plus que le remords, a été ici le commencement de la sagesse.

En somme, la montagne accouche une fois de plus

d'une souris ! Pour qui a suffisamment vécu, cela n'a rien de surprenant. Ce n'est pas la première fois, ce n'est pas, hélas ! la dernière, qu'une CAMPAGNE DE PRESSE vengeresse finit en queue de poisson.

Au moins autant que vous, Monsieur, je me lamente du relâchement de la moralité, sans faire d'exception en faveur de ma profession. C'est la conséquence du mercantilisme d'après guerre qui a sali tout ce qu'il a pu approcher. Mais, en vérité, la *Presse politique* a un passé, voire même un présent, trop chargé, pour pouvoir s'indigner sans faire sourire.

Surtout, ne m'accusez pas de calomnier par colère ou jalousie. Je vous répondrais : « Relisons ensemble « La République des Camarades » et « Le Journalisme en vingt leçons ». « Ce n'est pas moi qui le dis, c'est M. de Jouvenel ».

Dr LE DUIGOU.

***

L'Œuvre stigmatise les charlatans, les bluffeurs, les dichotomistes... Elle vient bien tard, dans un siècle encore jeune. Si elle lisait le *Concours médical*, elle saurait que, dans le corps médical, on est encore plus sévère qu'elle-même pour ces lèpres de la profession ; elle aurait vu que nous n'hésitions pas à clouer au pilori ceux que j'ai nommés les *pissotards*, les *clinicards*, les *carnétards*, expressions sur le sens desquelles personne ne se fait la moindre illusion.

Et pardieu ! Nous le savons bien, que sur les 24.000 médecins français, il s'en trouve dont la moralité laisse fortement à désirer, quel que soit le sens de la déviation de celle-ci. Et puis après ? Combien sont-ils ? Une poignée ! De ce qu'il existe des journalistes qui sont des professionnels de la diffamation, en concluons-nous que tous les journalistes sont des diffamateurs ? De ce que certains écrivains empoisonnent le peuple de leurs écrits nauséabonds, en inférons-nous que tous les écrivains sont des empoisonneurs de l'esprit ? Aux médecins qui tuent, opposons-nous les pamphlétaires qui puent ? Qu'est-ce donc que cette soif de moralisation de la profession médicale dont *L'Œuvre* est si fortement altérée, qu'il y a quelques mois, elle s'en prenait, avec des arguments empreints de la pire foi, aux médecins de Seine-et-Oise, coupables, disait-elle, de s'opposer à la création de consultations prénatales ?

Elle réprouve le charlatanisme. Que ne commence-t-elle par ne pas lui donner asile dans ses colonnes ! N'annonce-t-elle pas que telles pilules pâles sont merveilleuses pour guérir les personnes peintes ? Que telles poudres triomphent de la dyspepsie la plus invérérée ? Que tel elixir, telle la fontaine de Jouvence, guérit toutes les maladies de la femme ?

Toujours l'éternelle histoire de la paille et de la poutre.

Mais, il faut vivre ! Et la publicité est, pour nos quotidiens, le Pactole dont les flots d'or fertilisent ces champs innombrables que sont le papier journal et l'encre d'imprimerie. Ressources d'ailleurs infiniment honorables, à la condition qu'on n'accepte pas de n'être qu'un mur le long duquel on peut tout déposer, même les ordures.

Mais, n'allez pas croire, amis lecteurs, que je m'indigne. Ce n'est pas s'indigner que de mettre, à tous ces gens-là, le nez dans leur.... marchandise.

Ne vous indignez donc pas plus que moi. Et chantons ensemble ce refrain de circonstance :

Air : *Ugène, tu m'fais languir*

Gustave, Gustave, t'es rigolo,
Gustave, Gustave (Téry), golo,
C'que tu fais rir', le populo,
Gustave, Gustave, t'es rigolo.....

***

Ne vous y laissez cependant pas prendre : Gustave n'est pas à beaucoup près aussi rigolo que je le chante. Et je vais vous livrer le secret de son animosité contre les médecins.

Gustave est triste, lamentablement, incurablement triste. Lisez sa prose ; c'est une impression qui s'en dégage irrésistiblement. Victor Hugo a magnifié l'homme qui, toujours, rit. Gustave, *c'est l'homme qui ne rit jamais*. Or, il en veut mortellement aux médecins de ne l'avoir pu guérir de cette incurable tristesse. Son collaborateur La Fouchardière, qui a immortalisé le Bouif, et tous ses avatars, celui-là, oui, c'est un rigolo. Il a toujours le mot pour rire. Et son humour, même si elle s'exerce contre nous, nous désarme par sa drôlerie et son ingéniosité.

Gustave, je le répète, ne rit jamais. Il distille l'amertume à jet continu. Il hypersécrète la mélancolie.. Ne lui en veuillez donc pas ! Ce grincheux, c'est un malade : il est plus à plaindre qu'à blâmer....

G. DUCHESNE.

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE

Dans les dispensaires. Ce que j'ai vu.

1re *Série, D. Tub.*

(*Suite et fin*).

SOMMAIRE

III. — Essai d'appréciation : résultats et conséquences.

Cette conception ou plutôt cette réalisation du dispensaire, *telle qu'elle se poursuit et se comporte*, soulève-t-elle à bon droit les récriminations de nos confrères.

La fin, dit-on, justifie les moyens. — En présence de succès francs et nets, on n'a plus le droit de discuter : on doit s'incliner.

Ouvrons donc une parenthèse avant tout essai d'arbitrage ; et voyons quels résultats obtient le dispensaire, quelles sont les conséquences de cette institution.

1° Résultat synthétique ; coup d'œil d'ensemble :

Loin de nous tout parti pris. D'emblée répudions les jugements trop sévères, trop formels, d'esprits combatifs qui concluent peut-être hâtivement sur des arguments un peu aventureux.

On a écrit : *Le dispensaire donne des soins, dirige des malades, mal d'ailleurs, car les incidents évolutifs échappent au contrôle. C'est de la médecine à éclipses, c'est une illusion de médecine. — Le dispensaire assure une prophylaxie illusoire, avec appât d'une médecine illusoire et d'une prime philanthropique* — et encore : *Son rôle protecteur est médiocre. Tel qu'il est, il n'en ressort rien d'utile,* à part les examens de crachats, la gratuité des crachoirs et antiseptiques, quelque réconfort moral, d'insuffisants subsides et des conseils assez théoriques sur la salubrité des logements.

Ces sentences sont injustes dans la forme ; mais la conviction des auteurs excuse leur passion, contagieuse parfois à lire leurs articles.

Pour être impartial, enregistrons une exclamation suggestive du docteur Lafosse, médecin de dispensaire (*Revue méd. franç.*). Cherchant à préciser la fonction de l'œuvre, il se résume : Faire des diagnostics le plus précis possible : diriger les malades vers les moyens de cure, surveiller la prophylaxie dans les familles ... *c'est le seul but et ce but suffit largement... Heureux quand on le peut complètement atteindre* ! Ce soupir ressemble singulièrement, sinon à un aveu d'impuissance relative, du moins à un regret implicite....

Ce regret à lui seul est toute une opinion, et elle me semble si juste que je l'adopte. C'est au surplus l'opinion d'un homme loyal, qui avoue (*loco cit.*) qu'au dispensaire, on donne parfois des soins, on fait « des pointes de feu », par exemple.. Homme loyal, sujet à des illusions pourtant, puisqu'il croit que « la visiteuse renforce l'action du praticien ».

2° Résultats analytiques.

Le diagnostic, qui est incontestablement la base de toute prophylaxie, en est aussi la pierre d'achoppement ; et malgré l'arsenal perfectionné du dispensaire, la discrimination entre vrais et

(1) Voir *Concours Médical* 1924, nº 32, p. 1890.

faux tuberculeux n'est pas toujours aisée, même pour les tousseurs et les cracheurs. Une recherche de bacilles négative n'est point une garantie ; il faut la renouveler, et combien de fois ? Il n'est pas de critérium absolu ... Alors, la surveillance à vie ? ...

Le problème se complique davantage encore pour les suspicions pleurales, péritonéales, intestinales, rénales, ganglionnaires ... Que d'analyses d'excréta à répétition ! Aurons-nous comme en Bochie, outre les porteurs de germes, des « émetteurs périodiques » et des « suspects »? Nous contraindra-t-on à l'usage d'un papier spécial aux W. C. ? (V. Bouquet, *Monde Médical*).

D'ailleurs, les cliniciens les plus autorisés, les Sergent, les Rist,... proclament que les faux tuberculeux abondent aux dispensaires et les dirigeants ne le nient point. Ce qu'on ne dit pas assez, c'est que la plupart sont de braves gens sans médecins attitrés, des incrédules ou des défiants, ou des simples « qui ne savent pas ». Résignés ou révoltés, ils n'ont jamais connu que les praticiens de rencontre, appelés et congédiés au gré de purs caprices (rarement payés), ou bien les « *grands docteurs* à l'hôpital, qu'ils consultent gratuitement (?) volontiers en série dans une même matinée, « pour voir » .... Ces clients-là s'obstinent, s'entêtent, font perdre du temps à tout le monde. Parfois tout de même, ils ont au surplus un médecin traitant à domicile : en ce cas, celui-ci ignore totalement leurs escapades, qui aboutissent trop souvent, après le dispensaire, en des cliniques étranges ou de louches officines. (*En serait-il de même si le médecin traitant était un médecin de famille* (?)

La brièveté même de ces quelques constatations suffit, je pense, à préciser leur portée. Il ne s'agit ici ni d'ironie, ni de satire, pas même de critique. On voudrait seulement insinuer que le dispensaire ne résout pas entièrement le problème de la lutte antituberculeuse.

3° **Conséquences imprévues :**

A. — *Eclosion et floraison d'une spécialité nouvelle : la phtisiothérapie* (ne pas confondre avec physiothérapie), *consacrant les As de la tuberculose.* Ces grands-prêtres évoluent dans les chapelles-dispensaires, véritables écoles où s'empressent infirmières et lévites en extase, vêtus de blouses liliales, peuplant à l'envi les sacristies lumineuses, laboratoires d'examens bacillaires, et les sombres confessionnaux dont la nuit s'éclaire des seuls vers luisants de l'écran radioscopique.

Comment ces nouveaux apôtres, maîtres de l'heure, n'auraient-ils pas la vogue ? Ils s'intitulent *hygiénistes* en fins diplomates, car il est bien plus flatteur évidemment et plus gai pour un malade d'aller rendre visite à un hygiéniste que d'aller prendre consultation chez un de ces tyrans ou bourreaux appelés docteurs.

Cette fonction jouit au surplus d'un avantageux privilège. A l'occasion, l'hygiéniste redevient médecin ; mais la réciproque n'est point vraie, et un médecin *ordinaire* qui se donnerait pour hygiéniste aurait fort mauvaise grâce : un geai paré de plumes d'emprunt...

Vraiment, nous dit le docteur Lafosse (*ibid.*), *les praticiens ont bien tort de s'inquiéter : qu'ils se rassurent ! Un malade n'est pris en charge au dispensaire que si le diagnostic est positif*, et en ce cas on le dirige sur un sanatorium ou un hôpital, son entourage est simplement surveillé !! Et vous pensez ainsi nous rassurer ? Mais votre dispensaire absorbe tout ; il accapare du même coup le malade, sa famille et les amis. Il ne reste pas grand'chose ; et nous sommes évincés. N'objectez pas que nous sommes prévenus : oui, un peu tard. Ne dites pas non plus qu'il s'agit de malades peu fortunés « *qui ne nous rapporteraient rien* ». Tous *nous soignons à l'œil* de pauvres diables et sans rechigner, au contraire : tout malade a des parents, des proches, qui peuvent être ou devenir de bons clients, et la clientèle, on le sait, va aux médecins qui voient beaucoup de monde, comme l'eau va à la rivière.

Notre inquiétude n'est que trop légitime... D'ailleurs le docteur Gaussel, lui aussi à la tête d'un dispensaire et professeur de médecine légale à Montpellier, a très nettement avoué dans la *Presse Médicale* : *Beaucoup de malades m'ont déclaré que depuis leur admission dans nos services, ilsont cessé de s'adresser à leur médecin habituel.....*

Entre nous, ne suffirait-il pas, pour devenir un As, que le praticien apprenne à manier l'écran ?

Ou l'écran est un luxe, fournissant des signes simplement accessoires, surnuméraires, et alors pourquoi tant le prôner ?... Ou l'écran est essentiel, infaillible : il doit alors au plus tôt devenir obligatoire ; et comment n'est-il pas encore généralisé ? Pourquoi n'est-il pas déjà le meuble principal de tout cabinet médical ?

Poser la question, c'est la résoudre : la réponse est péremptoire. Le seul obstacle, l'objection suffisante est d'ordre financier : l'écran n'est pas un stéthoscope ; *le prix de l'arsenal et des ampoules radiologiques est inaccessible au praticien*, plus encore que l'achat d'un microscope et du matériel nécessaire en bactériologie.

Plaise au lecteur de retenir ce raisonnement budgétaire et concret.

B. — *Multiplication de plus en plus manifeste des infirmières, dames visiteuses, professionnelles et amateurs, etc.* Cette progression est peut être due à une « *inconséquence* » du corps médical : *je crois* que le médecin doit faire ici son *mea culpa.* Mais je souligne « je crois »,

car tous les confrères ne seront pas de mon avis, je le sais ! Néanmoins voici ma thèse.

Nous souffrons d'un maladroit orgueil : nous sommes punis par où nous avons péché, et par « *nous* », j'entends nos pères et nous-mêmes. Les ancêtres de la corporation étaient des robins : confits en leurs grimoires, gourmés dans leurs rabats et leurs faux-cols, ils déguisaient certaines indigences ou lacunes scientifiques sous un vocabulaire de bas-latin et des formules désuètes. Nous descendons d'intransigeants, de tardigrades qui, dans leur tour d'ivoire inaccessible, refusaient de s'adapter et s'obstinaient par exemple dans une guerre acharnée aux chirurgiens barbiers, guerre récemment rééditée contre d'autres novateurs !... Raidis dans leur dignité, les docteurs, sortes de régents arriérés, méprisaient jadis les artisans ; et à notre tour nous avons trop souvent jugé certaines besognes indignes de nous : massage, électricité, ventouses...

C'est une idée fausse, à mon avis, de ne pas mettre la main à la pâte par crainte de se déconsidérer. Snobisme à part, aucun ouvrage manuel n'est méprisable ; et en réalité le monde se garde bien de mépriser jamais celui qui contribue à guérir ou soulager les malades. Au contraire, on apprécie l'art et la dextérité, et on en reconnaît fort bien la légitime valeur, même financière. Il faut en convenir, les profanes jugent volontiers *les artistes* de tous genres d'après les honoraires qu'ils exigent. Evidemment une opération d'anus contre nature ne doit pas être assimilée au geste du vidangeur, et taxée à un taux... mercenaire.

Franchement, chers confrères, ne serions-nous pas tous d'accord pour considérer comme le titre le plus enviable dans notre carrière celui « *d'habile et dévoué praticien* », quand il nous est décerné par des clients fidèles reconnaissants ?

Dans ces conditions, n'est-il pas permis de se demander si notre attitude antique, guindée, redingote et jabot, ne nous a pas été préjudiciable par son anachronisme ? N'aurait-elle pas favorisé la germination pullulante d'une classe subalterne de parasites, vivant aux crochets du médecin, concurrents sournois à l'occasion ? De fait, masseuses, ventouseuses, piqueuses même (qui feraient mieux souvent d'être piqueuses de bottines !) et leurs analogues masculins florissent surabondants.

Or, tout évolue. Il y a quelques années à peine, on traitait d'assez haut les dentistes, on faisait fi de la dentisterie. Un beau jour d'avisés Esculapes ont découvert la mine d'or que représente une bouche consciencieusement et scientifiquement entretenue ; et maintenant on salue bien bas messieurs les stomatologistes !! De même, depuis peu, des confrères bien inspirés, dûment diplômés et brevetés, se sont établis doucheurs, massothérapeutes, voire moniteurs de gymnastique suédoise ou française ; et ils réussissent brillamment dans ces départements annexes de notre domaine, reconquis sur... l'ennemi !

Sans doute ce transformisme, les déboires des débutants, la crise économique avérée du prolétariat médical sont restés plus ou moins inaperçus de l'aristocratie officielle. Il faut le croire puisque certains magnats de la carrière, avec quelque égoïsme ou une imprévoyance déconcertante, continuent à favoriser et à « pousser » des infirmières panseuses dressées aux injections intra-veineuses, c'est-à-dire à des pratiques d'une légalité douteuse. Et d'autres lancent dans la circulation des infirmières visiteuses, dépisteuses, etc.

Comment les maîtres (dompteurs de bacilles et spirochètes, recordmen du bistouri, etc.), au lieu de s'accorder avec leurs confrères, préfèrent-ils collaborer avec des auxiliaires en définitive plus ou moins improvisés ? — Oh ! les mauvaises langues donnent cent bonnes raisons : on a prétendu que les « assistantes » sont plus souples et plus dociles que les hommes de l'art. On insinue parfois qu'elles sont aussi plus...avenantes, et que les jupons ont un attrait bien compréhensible sur les... cervelles masculines. Mais que ne prétend-on pas !!!

Pourrait-on néanmoins ne pas s'alarmer quand Madame de Retz a déclaré au Congrès de Strasbourg : *L'infirmière est l'agent principal du dispensaire, son centre de gravité : elle dépiste, amène, retient le malade et lui fait exécuter les prescriptions ; nos visiteuses doivent agir sans s'inquiéter des contingences,* — Quand tel confrère approuve ces paroles sans les relever ; quand seule l'intervention du Dr Parisot rappelle que la déontologie doit être respectée ; — quand enfin, le professeur Léon Bernard proclame : *Sans les visiteuses, le recrutement de nos fidèles baisserait beaucoup*, argument « qui a sa valeur, remarque Gaussel, et dont on doit tenir compte »... N'est-ce pas admirable ??

Une idée !...

Le point de vue des malades qui, après tout, sont intéressants et intéressés en l'affaire, et qui à ce titre ont un peu voix au chapitre, mériterait à son tour d'être envisagé..., semble-t-il.

Certain adage déontologique peut passer pour un axiome en thérapeutique : « *Fais à autrui ce que tu voudrais qu'on te fasse à toi-même* ». Et, quel médecin, devant subir une injection intraveineuse, ne préfèrerait être opéré par un confrère que par une infirmière ? Pour ma part, j'ai vu ou soigné maints phlegmons et sphacèles succédant à des injections hypodermiques pratiquées par une garde ou un infirmier plus ou moins diplômés ; je n'en ai vu que très exceptionnellement dont la responsabilité pût être imputée légitimement à un docteur. Il est au-dessus des forces humaines de supprimer les

accidents ; il importe donc de faire de son mieux pour les conjurer.

Certes, les dames visiteuses ne prennent pas de ces responsabilités matérielles. Mais les responsabilités morales ne sont-elles pas aussi graves ? N'est-ce rien de pouvoir jeter une alerte à faux dans un foyer ? de jeter un possible discrédit sur une famille ? d'inspirer une suspicion plus ou moins vague sur le docteur qui a la confiance.. ? etc... etc...

Je ne conclus pas maintenant. Plaise simplement au lecteur d'enregistrer ces suggestions dans sa mémoire à la suite des conclusions du paragraphe A...

C. — *Uniformité de la formule hygiénique dispensée par le dispensaire à tous indifféremment, formule omnibus... inévitablement* (logiquement illogique).

Au dispensaire pas de publicité ; uniquement de la propagande : une *vraie propagation de la foi* aux dogmes du sanctuaire, et la foi est ici contagieuse. Ce sont un peu les foules de Lourdes, où se glissent certains mécréants qui papillonnent de droite et de gauche dans tous les quartiers et butinent en quête des philanthropes les plus généreux. L'essentiel, c'est que la multitude s'empresse incontestablement aux consultations.

Les médecins chefs sont donc littéralement débordés, car, pour faire une consciencieuse prophylaxie, il faut cultiver la psychologie et la sociologie. Malheureusement la tâche est malaisée dans ces caravansérails que sont les dispensaires. Les ressources les plus précieuses manquent au « *dispensateur* » (qu'on me pardonne cet à peu près !) : la promiscuité n'engage pas aux confessions ; les inquisitions subtiles, révélatrices ne sont possibles discrètement qu'à domicile, chez le malade visité dans son milieu à l'improviste... Les indicateurs et les policiers les plus adroits n'accomplissent jamais qu'une besogne imparfaite et... froissante. Or, pour les interrogatoires mêmes, les chefs se reposent sur leurs assistants et —tantes, pour gagner du temps ; mais le flair, le coup d'œil, la divination, ces facteurs personnels si essentiels en clinique n'interviennent plus à point nommé... D'où des erreurs et des malentendus qui faussent parfois conclusions et décisions.

D'ailleurs ce qui intéresse au maximum la plupart des « patrons » (et cela est assez naturel), c'est le recrutement de cas spéciaux soit pour leur service de « couchés », soit en vue de certaines recherches scientifiques (exemples : pneumothorax artificiels à entreprendre, examens au lipiodol, etc.). Ce sont là, certes, de très louables compensations au surmenage qu'ils s'imposent, *à condition*, bien entendu, qu'elles n'absorbent pas exclusivement leur attention.

Mais ce n'est pas tout. En raison du nombre des consultants et de la paperasserie inévitable, l'attente se prolonge passablement dans les salles d'attente. Aussi pour distraire les patients et les impatients, des affiches sont exposées aux yeux de tous ; et, malgré de soigneuses rédactions elles ne sont pas toujours bien interprétées. Quant aux avis particuliers, ils sont plus souvent oraux qu'écrits et se réduisent en général à des formules toutes faites, transmises par des élèves. C'est pratique, mais peut-être insuffisant.

Loin de nous la pensée de critiquer les affiches vulgarisatrices, les images murales parlantes, les films-cinémas instructifs, etc.

Toutefois il ne faut pas exagérer ; et l'hygiène appliquée, pratique, n'a guère pénétré dans nos mœurs françaises en dépit des lois, des règlements policiers et des formules disciplinaires officielles. Les méthodes qui « sentent le pas de l'oie » font merveilles ailleurs, mais point chez nous. Jamais nous n'admettrions les implacables contraintes que nos indésirables voisins édictent à l'adresse des porteurs de germes (et dont ils feraient mieux de s'inspirer pour le paiement de leurs dettes). Elles ne nous étonnent pas moins que la médecine de guerre exercée en Orient par certains clergymen britanniques munis d'un bréviaire simpliste de thérapeutique : en cas de diarrhée, quand il y a 3 selles par jour, tel remède à telle dose ; avec 6 selles, telle autre drogue à telle dose ; avec 10 selles, etc., etc. ; et de même étaient prévues pour la plupart des maladies courantes des *prescriptions de bar automatique ! Ce n'est pas « à la manière de chez nous »*.

Telle que nos maîtres français l'enseignent, l'hygiène est nuancée, aussi individuelle que la thérapeutique. D'après leurs leçons, l'hygiène et la prophylaxie réclament des mesures adaptées aux circonstances et un doigté exercé, tant les gammes en sont étendues. Une initiative intelligente et renseignée doit intervenir sans cesse pour rendre la théorie praticable ; et *nul mieux que le médecin de famille n'est apte à cet office de conseiller intermédiaire.* Il connaît ses malades, leur état d'esprit et celui de l'entourage, les possibilités et disponibilités financières ou autres ; il peut seul discerner certains ménagements à garder, certaines brutalités à assumer. Ce rôle n'est-il pas analogue à celui qu'il remplit journellement à la veille des décisions, au moment des interventions chirurgicales ? Le médecin de famille, mieux encore que l'avocat, n'est-il pas le défenseur de la veuve et de l'orphelin, puisqu'il travaille à éloigner d'eux les voiles de deuil, à écarter la mort qui menace le mari, le père, le chef du foyer ?

***

Et maintenant cinq minutes de silence, de réflexion, de libre examen..................
....

IV. — Libre examen des faits.

Premiere réflexion. — *Un jugement statistique sur la valeur prophylactique du dispensaire serait vraiment prématuré, au moins pour le moment.* Les chiffres, qui prêtent si volontiers aux interprétations les plus élastiques, voire antithétiques, ne pourront avoir de signification en l'espèce que plus tard et à condition d'être colossaux. Avant de déclarer que la tuberculose recule, que le bacille de Koch bat en retraite devant notre défensive et nos pauvres offensives, il faut attendre des années et travailler sans relâche, réalisant l'union sacrée des collaborateurs.

A titre d'indication, et sans arrière-pensée ni parti pris, voici les premiers chiffres qui me tombent sous la main, recueillis dans un dispensaire qui date de 1921. Sur 1651 malades, un quart, plus de 400, ont été envoyés par leurs médecins, et la proportion irait crescendo, atteindrait 75 p. 100, fin 1923. Les autres trois quarts ont été enrôlés par les infirmières ou le service de propagande, ou bien adressés par des œuvres et des sociétés. Sur 43 praticiens exerçant dans la région, 37 ont été en relation avec le dispensaire (banlieue de Paris). Voilà qui prouve incontestablement la bonne volonté des confrères. Mais sans poser au prophète de mauvais augure, cet état de choses durera-t-il ? Les praticiens continueront-ils à envoyer des malades ? de plus en plus ? ou de moins en moins ? Les habitués du dispensaire ne deviendront-ils pas rapidement infidèles à leur ex-médecin ? Et au surplus bénéficieront-ils du nouvel ordre de choses? en seront-ils seulement satisfaits ?...

Que sais-je ? eût dit Montaigne, et Rabelais : Peut-être... L'avenir le dira. En tout cas, il y a eu là essai d'alliance cordiale ; la « *concordia medicorum* » n'est peut-être pas impossible. C'est à retenir.

Deuxième réflexion : *Le praticien est-il donc si routinier, si empoté qu'il ne vaille pas une dame visiteuse* ? Enfin pourquoi serait-il moins éducable ?

Les féminines auxiliaires ont été inventées par des philanthropes chevaleresques et surtout par des dames patronnesses avisées qui, j'en ai peur, ont mis dans leurs poches les susdits vieux messieurs, marguilliers académiques, très canoniques. Ces dames étaient avec raison préoccupées avant tout de faire un sort à certaines vieilles filles laissées pour compte, ou à de jeunes ambitieuses répugnant à mal tourner sans d'honorables excuses et de mondaines indulgences. On n'attaquait pas les médecins ; qui donc eût songé à les défendre ?

Pourquoi, mes chers confrères, ne pas nous entr'aider davantage ? Et pourquoi ne pas mieux nous sentir les coudes ? On dirait que dans le monde médical, comme dans la société moderne entière, couve sournoisement la guerre des classes. Du haut en bas il y a défiance mutuelle. On n'ose parler à cœur ouvert ? La franchise serait-elle subversive ?...

Troisième réflexion. — Le plus vexant, *ce sont les opinions émises sur les praticiens, sur les médecins par certains spécialistes de dispensaires.*

—« Plus facilement que le médecin, l'Infirmière-visiteuse poussera son enquête et se « rendra compte de la façon dont le tuberculeux « aura pu être contaminé et pourra découvrir... « des foyers de contamination ». (Dr Lafosse).

—« Un tuberculeux reconnu, l'infirmière-« visiteuse pénétrant chez le malade, y restant « longtemps, entrant en confiance avec lui et les « siens , son rôle deviendra plus important ». (*id.*). Pauvre docteur ! le sien le sera moins.

—« De plus, sans être comme le médecin (au « moins dans quelques milieux) suspectée de « mercantilisme, la visiteuse pourra conseiller « aux différentes personnes en contact avec le « tuberculeux de venir se faire examiner... » et plus loin : « l'infirmière sans être soupçonnée « d'intérêt personnel, puisqu'elle n'est pas rétri-« buée par le malade » (*idem* toujours...).

— « L'infirmière obtiendra des résultats que « nul praticien (quelquefois même, comme le « fait remarquer Mme de Retz, dans des milieux « beaucoup plus élevés), ou, en tout cas, de bien « rares praticiens peuvent se féliciter d'avoir « obtenus.. ». Docteur Lafosse, spécialiste phtisiologue, *vous ne semblez pas avoir l'expérience de ce qu'est ni de ce que peut un médecin de famille.*

Et, voyez encore ! avec une galanterie très XVIIIe , le Dr Rist en personne, trace, à son tour, un portrait enchanteur de la « dame visiteuse », cette dame blanche, qui a toutes les vertus et une réelle supériorité sur les médecins *auxquels elle communique le sens social* !!

Inutile, n'est-ce pas , de citer plus avant...

***

V. — Conclusions.

Les lecteurs, assez courageux et bienveillants pour avoir suivi cette étude en ses détours et ses dédales, auront sans doute saisi mon fil d'Ariane. Lire ces pages comme un réquisitoire contre le dispensaire serait une grave erreur.

Il ne saurait s'agir ici que du perfectionnement, de l'accommodation aux intérêts des malades et de la Société d'une œuvre puissante, en pleine croissance. Et rien ne saurait mieux en témoigner que nos conclusions :

1° Le dispensaire idéal : une conception.

2° Répartition normale de la besogne entre médecins de famille et spécialistes.

3° Evolution du rôle des infirmières-visiteuses.

1° *Le dispensaire idéal m'apparaît en rêve édifié sur deux correctes et solides fondations,* sur deux textes quasi-irrécusables puisqu'issus des plumes de notoires spécialistes du dispensaire, l'un à Paris, l'autre en province.

La première phrase est du docteur Lafosse : « *Ne peut-on simplement considérer le dispen-« saire avec ses médecins spécialisés, avec son « laboratoire, son installation radiologique... « comme un consultant permanent, auquel le pra-« ticien peut recourir aussi souvent qu'il en « éprouve le besoin, pour diriger le traitement des « malades ?* » (*Bien entendu il n'est question que des tuberculeux peu ou moyennement fortunés*). Et par cette citation, notre confrère verra que, si j'ai parfois critiqué son style, je n'hésite pas à contresigner et applaudir ses formules bien conçues et bien serties.

La seconde phrase (Pr Gaussel, de Montpellier *scripsit*) me semble pétrie d'un subtil bon sens et... de sous-entendus : « *Le traitement de « la tuberculose est encore le meilleur élément de sa « prophylaxie* ». N'est-ce pas tacitement proclamer le rôle primordial du praticien médecin de famille ?

C'est d'après ces deux principes que doit être édifié le dispensaire idéal, où, avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, les indigents, comme les retraités ou petits rentiers et les plus minces bourgeois, peuvent être soignés aussi bien que les plus grands bourgeois et les milliardaires américains (les indigents gratuitement selon l'usage ; les bourses modestes étant appelées à verser une contribution proportionnelle à leur budget, à titre d'indemnité pour les radioscopies, examens de crachats...)

A l'heure actuelle, le praticien se heurte sans cesse en clientèle aux tarifs obligatoirement élevés des spécialistes compétents (rayons X, laboratoires de bactériologie, etc.). D'ailleurs, le client ne comprend pas toujours l'intérêt de ces recherches : assez souvent, pour lui, *résultat négatif = erreur de son médecin* ; au lieu d'être enchanté, l'intéressé est comme déçu , désappointé, et, marri d'une dépense qu'il estime superflue, il en veut à son docteur. Naturellement quand il faut répéter, renouveler les examens, celui-ci y regarde à deux fois !! et il s'abstient.

Au dispensaire, en raison de la mise en scène et de la gratuité, tout change, car ici le malade ne se plaint jamais d'être examiné sur toutes es coutures, pesé, percuté, analysé, etc... Il perd sa matinée ou chôme l'après-midi sans rechigner : *c'est gratuit* ! Il aurait bien envie quelquefois de « *causer au chef de service qui va un peu vite* » ; mais c'est gratuit ! et puis ces « *grands médecins* », ça devine tout ; çà n'est pas comme un « *petit médecin de quartier* » ! En sortant de ces salles ripolinées et vernissées, il a quelque dédain pour son docteur en ville ; et après avoir imparfaitement renseigné le spécialiste au dispensaire, il n'interprète guère mieux pour le praticien les termes attrapés au vol pendant sa radioscopie. Ainsi se relâchent en définitive les liens de clientèle, et tout le monde y perd, à commencer par les malades infidèles, défiants, moins bien soignés...

La solution consisterait donc (*à mon avis*), *en une collaboration étroite à l'amiable,au dispensaire, du phtisiologue spécialiste et du médecin traitant ; le spécialiste devrait toujours être en somme le consultant du médecin de famille.*

2° *La répartition du travail entre les collaborateurs s'établirait spontanément, automatiquement, semble-t-il, la part de chacun étant toute tracée à l'avance.* En effet :

Les malades manquent surtout de directives thérapeutiques coordonnées faute d'entente et d'accord harmonieux entre leurs conseillers sanitaires, ceux de ville et ceux du centre d'assistance ne disposant pas des mêmes outils.

Les médecins de famille manquent surtout pour leurs diagnostics et pronostics des ressources, c'est-à-dire de l'arsenal que leur budget fournit aux dispensaires, œuvres et sociétés de préservation. Et cependant par définition ce sont ces praticiens qui paraissent destinés à garder la haute main sur la thérapeutique, l'hygiène et la prophylaxie dans les familles dont ils ont la confiance.

Les maîtres spécialisés manquent de renseignements exacts, de documents et d'informations sérieuses désintéressées pour établir et tenir leurs dossiers à jour. Organisateurs et régisseurs des dispensaires, donc investis de fonctions honorifiques et de hautes responsabilités, ils réclament tous plus ou moins, la création de carnets de santé familiaux, annexes du livret de mariage.

Telle est la situation.

Or, le médecin de famille n'est-il pas un vivant répertoire, un magasin, un classeur de fiches sanitaires, qui ne demande qu'à se laisser feuilleter par les ayant droit ? Au spécialiste appartient de le feuilleter directement ; oralement (*en s'organisant peur économiser le temps précieux des confrères*) *ou de recourir à l'intermédiaire de fiches confidentielles soigneusement établies. Les malades n'auraient qu'à bénéficier de ce consortium.*

3° *L'évolution du rôle des infirmières est désirable, mais la suppression des visiteuses, monitrices, secrétaires... n'est aucunement indiquée. Elles constituent un rouage subalterne utile incontestablement, à condition de les employer selon leurs capacités.*

L'infirmière ne doit être au dispensaire ni le pivot, ni le centre de gravité ; et s'il est vrai, comme le prétend Mme de Retz, qu'elle se soit hissée à ce rôle, c'est une usurpation ! *Un pivot*

(qu'on me passe l'image), *c'est un organe masculin.*

Les infirmières ont leur place désignée et méritoire d'auxiliaires, mais auxiliaires *du praticien*, et non attachées, inféodées aux phtisiologues, dont elles deviennent trop facilement des reflets, dont elles exagèrent les idées et parfois même certaines manies mal comprises. Evidemment, leur instruction spéciale, leur culture technique doivent se réaliser dans un dispensaire et ne pourraient en vérité s'obtenir ailleurs ; mais l'éducation première, le véritable apprentissage du métier auraient besoin d'une initiation à l'école du praticien. Un stage préliminaire obligatoire à ses côtés serait seul capable de révéler la vie de sacrifices perpétuels, les qualités intellectuelles et le tact diplomatique nécessaires au plus humble docteur dans sa clientèle où il doit être médecin complet, arbitre écouté et comme tel respecté. Ce serait en un mot l'éducation générale avant la spécialisation.

Même ainsi, malgré la préparation la plus judicieuse et la mieux dirigée, la collaboration féminine, il ne faut point se le dissimuler, réservera encore de l'imprévu, des difficultés et des déceptions. La femme toujours disposée aux initiatives ne demande qu'à sortir de son rôle ; c'est physiologique chez elle depuis l'ère moderne, depuis l'avènement des Eves sans mamelles répugnant à la maternité.

Les infirmières de guerre nous ont d'ailleurs prouvé leur bonne volonté exubérante, mais aussi un zèle facilement intempestif et une vanité outrancière. Dès qu'elle croit savoir, la femme est convaincue qu'elle sait. Un savant modeste, et il y en a, confesse volontiers qu'il ne sait rien : la femme jamais !

Je pense donc que ce serait une grave erreur de se montrer moins exigeant pour le recrutement des dames visiteuses et autres auxiliaires ; et je me demande quels arguments Mme Halloua (*V. Congrès de Strasbourg*) peut bien invoquer pour réclamer une moins rigoureuse sélection. Certes brevets, diplômes, certificats ne sont pas toujours des garanties ; mais tout de même la culture d'esprit confère de l'autorité, et certains « *lapsus* » créent une sorte d'infériorité qui n'inspire guère confiance à un auditoire. Plus encore que le degré d'instruction, la *vocation*, l'*aptitude physique et morale* à des fonctions délicates entre toutes devraient être contrôlées ; et l'épreuve d'apprentissage auprès d'un praticien constituerait à cet égard un test des plus démonstratifs.

***

Et pour terminer, quelques vœux :

La propagande du dispensaire, avant tout, devrait remettre en faveur le rôle du médecin de famille, ancien modèle, que la mode des spécialités et des spécialistes a fortement desservi. Il faudrait enseigner à tous l'art de se servir du médecin, directeur de conscience sanitaire, opportunément et par suite économiquement pour le budget financier comme pour le budget physiologique. Landouzy le disait volontiers : Le médecin de l'avenir sera un empêcheur de maladies plus qu'un curateur de santés.

O malade, mon frère, ô client, mon ami ! en te criant : « Défends ta peau contre ton médecin », on t'a stupidement trompé ! *Et ne va pas te croire sauvé parce que d'emblée tu t'adresses à un « spécialiste notoire », à un « grand docteur ». Avec cette méthode, tu cours chez le rhinologiste quand tu as besoin de l'oculiste, chez le cardiopathe quand il faudrait un neurologue, chez les peaussiers quand un urinaire te suffirait, etc.* En erreurs successives, tu perds ainsi un temps précieux et tu gaspilles ton argent avec tes forces.

Ne crois-tu pas qu'il pourrait y avoir avantage pour toi à être aiguillé sur l'homme compétent, vraiment apte à te guérir, par un de ces bons docteurs, comme il y en avait jadis, qui de père en fils soignaient tous les membres d'une famille, qui connaissaient le fort et le faible de tous les enfants, les ayant mis au monde les uns après les autres ?

Pendant la guerre, il a fallu des mois pour organiser la liaison entre l'artillerie et l'infanterie. Pour triompher de la maladie, il faut une liaison analogue entre spécialistes et médecins de famille.

Ainsi le programme du dispensaire idéal tiendrait, semble-t-il, en 3 paragraphes.

— *Le malade doit être le pivot, le centre de gravité du dispensaire*, si l'on veut que le malade et la Société bénéficient de sa puissance prophylactique.

— Pour le bon fonctionnement de l'institution, *le chef de service au dispensaire doit être parfaitement secondé ; et avant tout, lui importe l'assistance plénière des médecins de famille* : les médecins de famille dans cette œuvre de préservation sociale, loin d'être des auxiliaires accessoires, doivent intervenir de droit et de fait à tout instant, le médecin traitant étant le premier intéressé à la cure de ses clients. (A Rome jadis, les clients avaient leur patron ; en ce sens le docteur est un peu le patron de ses clients).

— La répartition des trois rôles essentiels au dispensaire paraît dès lors bien définie : le malade est un invité, bienvenu, accueilli avec indulgence et bienveillance ; le chef de service est l'hôte conseiller, qui a son cabinet de réception grand ouvert dans une « maison bien montée », pourvue de toute le confort moderne ; le médecin de famille cumule : à la fois chef du protocole, diplomate et interprète, intermédiaire et exécuteur des hautes œuvres...

Réaliser cet idéal, c'est la grâce que je nous souhaite !

Dr Henri CHATINIÈRE.

RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN D'HOPITAL VIS-A-VIS DE SES AIDES ET DE SES INFIRMIERS

Quelle est la responsabilité d'un chirurgien d'hôpital, dans le cas particulier suivant : nommé au choix, sans concours, par la commission administrative, entouré d'infirmiers engagés directement par l'administration de l'établissement, sans que le corps médical soit consulté sur ce choix, le chef de service est-il responsable de la faute d'un de ces infirmiers ? En l'espèce, brûlures du deuxième degré, par l'application d'une bouillotte trop chaude.

Quel que soit son mode de nomination, le médecin chef de service répond personnellement de tous les actes professionnels qui lui sont propres ou qui sont exécutés sous sa direction technique. Comme chef de service médical, le docteur en médecine n'est le préposé de personne, car son diplôme lui donne le droit d'opérer, de soigner sous sa seule responsabilité.

Il en résulte que les administrateurs d'un hôpital, n'étant pas eux-mêmes docteurs en médecine, n'ont aucune qualité pour s'immiscer dans la conduite scientifique d'un service hospitalier et qu'ils ne peuvent ni conseiller, ni ordonner, ni défendre ou interdire tel acte opératoire, ou traitement médical.

Plusieurs décisions de justice ont été rendues en ce sens (tribunal civil Seine, 27 décembre 1894 ; tribunal civil Seine, 15 décembre 1900, *id.*, 16 juillet 1906 ; cour de Paris, 6 mars 1905).

Cependant, en sens contraire, le tribunal civil de Bordeaux, 22 juin 1898, avait jugé que le médecin, chef de service d'un hôpital, quelle que soit sa haute situation, n'est que le préposé de l'administration des hôpitaux et, dès lors, celle-ci est civilement responsable.

Cela serait, si le médecin commettait certaines fautes de droit commun, que la commission hospitalière a le devoir d'empêcher. Ainsi en serait-il pour un chef de service qui accomplirait ses fonctions d'une manière très irrégulière, n'examinerait ses malades que d'une façon très hâtive, abandonnerait ses hospitalisés à un élève non docteur en médecine, etc.

Un malade, dont l'état s'est aggravé à la suite d'un défaut de surveillance du chef de service, a pu obtenir des dommages-intérêts de la part de la commission administrative, car le fait de laisser un hospitalisé plusieurs jours sans être examiné, constitue, non pas un manquement à l'exercice technique de la médecine, que la commission administrative n'aurait pu ni complètement empêcher, ni même critiquer, mais une négligence, dont une surveillance plus vigilante de la commission administrative, aurait évité les conséquences (Dijon, 18 mars 1903).

Il en résulte qu'un chef de service est responsable personnellement de ses actes professionnels.

Est-il responsable du fait de ses aides et infirmiers ?

Le chef de service est encore responsable des ordres techniques qu'il donne, qu'il fait exécuter sous sa direction immédiate et sous sa surveillance.

Au point de vue scientifique, le médecin ne peut être ni conseillé, ni surveillé par la commission administrative de l'hôpital : par suite, il est seul responsable des actes professionnels qu'il fait accomplir d'après ses ordres formels.

Mais cette responsabilité serait différente, au cas où l'ordre, ayant été correctement donné par le chef, serait ensuite mal exécuté par l'aide, en dehors de la présence du médecin.

Ainsi, un infirmier ne surveille pas le malade, dont il a à s'occuper, il le brûle avec une bouillotte trop chaude,sans vérifier si le patient, étant encore sous l'influence de l'agent anesthésique, ne peut avertir de la douleur et de la brûlure imminente.

Il en serait de même au cas où l'infirmier ne connaîtrait pas son métier et provoquerait, par son impéritie, un accident à un malade.

C'est en effet, l'administration de l'hôpital qui choisit et nomme son personnel infirmier : elle en est donc responsable, aux termes de l'article 1384 du code civil.Pour que cet article soit applicable, il faut, en effet, que le commettant choisisse librement son préposé et en second lieu, que le préposé soit dans un état de subordination par rapport au commettant.

Appliquant ces principes, l'infirmier d'hôpital est sous la direction scientifique du chef de service ; mais nullement au point de vue discipline et surveillance, en dehors de la présence du médecin.

De plus, ce n'est pas ce dernier qui a choisi le personnel infirmier, qui lui est imposé par la direction.

Le docteur ne serait coupable qu'au cas d'insuccès de sa thérapeutique, ou devant une complication, s'il ne recherchait pas immédiatement le pourquoi de ces phénomènes. Il a le devoir de s'enquérir de la manière dont ont été exécutés ses ordres et de signaler, à l'administration, seule compétente en discipline, l'absence de toute confiance qu'il peut placer dans le personnel l'entoure et l'aide.

Le tribunal civil de Marseille, 2e chambre, par jugement du 2 juin 1909, fait application de ces principes en décidant que les internes des hôpitaux, quoique nommés au concours, sont les préposés de l'administration des hospices et cette dernière est civilement responsable des

fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leurs fonctions.

Il ne faudrait pas cependant prendre à la lettre l'énoncé de ce jugement : le fondement de la responsabilité professionnelle des internes et externes des hôpitaux est fort complexe. Tout dépend des questions de fait, à savoir si l'interne n'a fait qu'obéir aux ordres scientifiques donnés par le chef de service, lequel s'est trompé ; ou s'il a commis une faute personnelle, due à sa négligence, à son ignorance ou à son impéritie.

Selon les cas, l'administration hospitalière serait, ou non, civilement responsable du dommage causé par l'interne aux malades préposés à sa garde. Il en est de même pour le personnel infirmier.

Le « Sou Médical » a fréquemment l'occasion d'étudier ce problème de la responsabilité professionnelle et de toutes ses incidences. Personnellement, nous serions désireux de voir s'établir des rapports de collaboration administrative et juridique de plus en plus étroits, entre corps médical et commissions hospitalières, pour que dans des assises communes (congrès ou autres), cette grave question de la responsabilité hospitalière puisse être abordée, tant au point de vue doctrine qu'au regard des problèmes de la pratique journalière.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La pension des femmes

Je reçois la lettre suivante :

« Après bien des tergiversations, après bien des retards, je me décide à entrer à la Mutualité Familiale : je me porte bien, ma situation est bonne, mais qui peut connaître ce que nous réserve l'avenir ?..... D'autre part, je ne voudrais pas encourir le reproche d'un égoïsme auquel vous ne voulez pas croire mais qui existe un peu tout de même, je voudrais assurer une retraite à ma femme : j'ai 39 ans, elle en a 33, que dois-je faire ? »

Dr S.

Ce que vous devez faire ? C'est écrire à Mignon (Le Vésinet, Seine-et-Oise), qui vous enverra les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier.

Mais, puisque vous vous êtes adressé à moi, je vous donnerai le conseil qui me paraît le meilleur. Vous voulez vous inscrire à l'indemnité maladie et à la retraite à 65 ans, je ne puis que vous approuver : c'est à mon avis la solution de choix.

Que devez-vous donc faire pour Mme S. ? La faire entrer à la combinaison P pour une retraite à 60 ans.

C'est le 1er janvier 1951 que vous toucherez la première annuité de votre retraite personnelle, c'est le 1er janvier 1952 que Mme S. touchera la sienne, vous serez donc retraités tous les deux à peu près en même temps et c'est en même temps aussi que vous cesserez de verser les cotisations : vous en 1950 et Mme S. en 1951, c'est-à-dire vers l'époque où votre activité professionnelle commencera à se ralentir.

Si vous continuez à bien vous porter, tout sera pour le mieux et ces cotisations ne seront pas une charge pour vous. Si le malheur veut que vous tombiez malade et que vous soyez arrêté, l'indemnité maladie que vous recevrez vous faciletera le paiement de ces cotisations. Mais il est un autre risque auquel il faut penser, la mort. Faites-vous donc inscrire à V.

En effet, si vous veniez à mourir, Mme S. toucherait le montant des cotisations versées par vous-même puisqu'elles seraient contre-assurées, mais elle aurait droit aussi à la pension viagère des veuves et la somme de 600 francs, pour infime qu'elle soit, lui permettrait de continuer le versement de ses propres cotisations jusqu'à ce qu'elle atteigne 60 ans, moment où elle recevrait sa retraite à laquelle s'ajouterait, bien entendu, sa pension de veuve.

Votre retraite personnelle est en quelque sorte garantie par l'indemnité maladie tandis que celle de Mme S. est garantie par la pension aux veuves, c'est pourquoi je ne crois pas que vous puissiez hésiter.

Quelle somme faut-il prendre ?

La question est plus embarrassante puisque c'est là une affaire absolument personnelle, chacun devant envisager ses possibilités ; mais je vous dirai : prenez pour Mme S. la même somme que pour vous.

Vous êtes, me dites-vous, dans une bonne situation : pouvez-vous prendre pour chacun 2400 fr. de pension ? Vous aurez à verser pour vous 322 fr. pour Mme S. 444 fr. et pour la pension aux veuves 232, total 998 francs.

La somme est-elle un peu grosse ? Contentez-vous de 1800 fr. chacun ; vous verserez 241,50 + 333 + 232, total 806 fr. 50.

Devez-vous enfin vous contenter de 1200 fr. ? Vous verserez 161 + 222 + 232 = 615 francs.

Dans le premier cas le ménage recevra 4800 fr. par an, dans le second 3600 fr. dans le troisième 2.400 fr. et, en cas de décès du mari, la veuve aura la pension de 600 francs. J'ajoute que la cotisation pour la pension aux veuves cesse

d'être versée à 65 ans : à cet âge vous n'aurez donc plus rien absolument à verser.

Si vous étiez un des heureux de la profession, je vous dirais : ajoutez pour vous la pension à 60 ans et pour Mme S. la pension à 65 ans. Vous arriveriez ainsi à avoir chacun 4.800 fr. soit en tout 9.600 fr.

Vous auriez alors à verser en plus pour vous-même 688 fr. et pour Mme S. 262 fr. total : 950, somme qui ajoutée à celle que j'indique plus haut ferait 1948 francs.

Je crois, mon cher confrère, avoir répondu aux questions posées par votre lettre : laissez-moi ajouter quelques mots pour des confrères de situation plus modeste.

Certains, je le sais, sont effrayés par ces gros chiffres globaux, ne réfléchissant pas que tout le monde n'est pas tenu de s'assurer l'indemnité journalière de 30 ou de 20 francs et la pension de 4.800 francs. Pendant des années, nous avons fonctionné avec la seule indemnité de 10 francs et la pension de 1200 francs:, ces chiffres sont plus abordables et il ne faudrait pas qu'un confrère s'abstînt par la seule raison qu'il ne peut pas prétendre au maximum.

Nous avons voulu, à la Mutualité Familiale, répondre à tous les besoins, à toutes les situations, et les cotisations modestes sont aussi bien venues que les grosses, la vérité nous oblige même à dire qu'il y a plus des premières que des secondes.

Lorsqu'on nous a demandé notre avis, nous n'avons jamais conseillé les efforts excessifs ; nous avons au contraire prêché la prudence en même temps que les mesures de sécurité.

Que celui qui ne peut faire beaucoup se contente de moins, d'autant qu'il aura toujours la faculté, si les temps sont meilleurs, d'augmenter les chiffres qu'il aura choisis à son entrée.

Nos parts de pension sont au minimum de 120 francs, on peut donc prendre autant de fois 120 francs qu'on le veut ou qu'on le peut. On pourrait même ne souscrire qu'une pension de 120 francs... et il en existe, ce sera le tabac des vieux jours !

A. Gassot.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

INSTRUCTION
relative à l'appareillage des mutilés.

La présente instruction a pour but de codifier les droits des mutilés relatifs à l'appareillage. Elle a été rédigée sur avis de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie et constitue un guide pratique à l'usage des intéressés et des autorités administratives qui ont à intervenir en la matière.

PRINCIPES

Le droit à l'appareillage découle du droit à réparation.

L'appareillage est assuré sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'Etat.

L appareillage comporte exclusivement les appareils de prothèse, d'orthopédie et leurs accessoires.

Le mutilé a le droit de choisir son appareil parmi les types agréés convenant à son infirmité.

Droit à l'appareillage.

Ont droit à l'appareillage pour infirmité ayant donné lieu à pension les invalides pensionnés :

a) Au titre de la loi du 31 mars 1919 (pensionnés de guerre) ;

b) Au titre des lois des 11 et 18 avril 1831 (pensionnés d'avant-guerre) ;

c) Au titre de la loi du 24 juin 1919 (victimes civiles).

Par invalide pensionné, il faut entendre l'invalide titulaire d'une pension définitive ou temporaire.

En ce qui concerne les titulaires d'une allocation provisoire d'attente, l'appareillage peut leur être consenti temporairement ; ils cessent d'en bénéficier dans le cas où leur pension est rejetée.

Centres d'appareillage.

L'appareillage est assuré par les centres d'appareillage du ministère des pensions.

Tout mutilé qui désire être appareillé aux frais de l'Etat doit adresser une demande au médecin chef du centre d'appareillage le plus voisin de son domicile.

Liste des centres d'appareillage et de leurs sous-centres

Régions	*Centres*	*Sous-centres*
G. M. P.	Paris	Orléans, Rouen, le Havre, Auxerre.
1re région	Lille	Amiens-Mézières-Charleville.
9e —	Tours	Le Mans, Angers, Bourges.
10e —	Rennes	Brest, Nantes.
13e —	Clermont-Ferrand	Montluçon, St-Etienne Tulle.
14e —	Lyon	Annecy, Besançon, Gap, Grenoble, Dijon, Valence.
15e —	Marseille	Nice, Bastia, Ajaccio.
16e —	Montpellier	Nîmes, Perpignan, Rodez.
17e —	Toulouse	Carcassonne.

18e —	Bordeaux	Bayonne, Pau, Limoges, Périgueux, Casablanca, Dakar, Fort-de-France.
19e —	Alger	Constantine, Oran.
20e —	Nancy	Châlons-sur-Marne, Troyes.
	Strasbourg	Sarreguemines, Metz, Colmar, Mulhouse.
Tunisie	Salammbô	
Maroc		Casablanca (rattaché à Bordeaux).

Commission d'appareillage.

Dans chaque centre existe une commission d'appareillage composée :

1° Du médecin chef du centre d'appareillage ;

2° D'un ou de deux médecins désignés par les directeurs du service de santé ;

3° D'un mutilé, désigné par les mutilés du comité départemental du département où siège le centre d'appareillage (1).

Dans les sous-centres où il existe un médecin du sous-centre, la commission d'appareillage est composée :

Du médecin chef du centre ou son représentant ;

Du médecin du sous-centre ;

Du mutilé désigné par les mutilés du comité départemental du département où siège le sous-centre.

Dans les sous-centres où n'existe pas de médecin du sous-centre, la commission d'appareillage est composée :

Du médecin chef du centre ou son représentant ;

Du mutilé désigné par les mutilés du comité départemental du département où siège le sous-centre.

Mais, étant données les dérogations à la constitution normale de la commission, chaque fois que, dans un sous-centre se produira un cas litigieux, le médecin fera convoquer le mutilé devant la commission d'appareillage du centre.

Attributions. — La commission d'appareillage :

1° Vérifie les droits à l'appareillage, c'est-à-dire, vérifie que la blessure ou la maladie pour laquelle l'intéressé demande l'appareillage est bien la blessure ou la maladie qui a motivé l'attribution du titre de pension ou du titre d'allocation provisoire d'attente ;

2° Juge si l'appareillage est susceptible de rendre service au mutilé ;

3° Désigne les fournisseurs qualifiés pour effectuer les commandes et les réparations ;

4° Réceptionne tous les appareils (neufs et après réparations) ;

5° Impute au fournisseur les réparations nécessitées par des vices de fabrication et le renouvellement des appareils dont la fabrication défectueuse a entraîné la réforme avant les délais normaux d'usure ;

6° Emet un avis, qui est transmis au ministre, pour décision sur tous les cas litigieux qui lui sont soumis ;

7° En ce qui concerne les mutilés dont l'appareillage est « inutilisable ou mal toléré », établit sur demande du centre de réforme ou de l'administration centrale, le certificat permettant aux intéressés d'obtenir une élévation éventuelle du taux de leur pension (1).

(1) Ce mutilé ne doit pas être fabricant d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, ni représentant de maison d'orthopédie, ni ouvrier, ni employé des ateliers de prothèse ou de l'industrie orthopédique privée.

Pièces justificatives à fournir par le mutilé.

Les invalides pensionnés qui demandent à être appareillés doivent présenter :

1° Leur titre de pension ;

2° La notification ministérielle qui comporte le diagnostic de l'infirmité ayant motivé la pension.

Les titulaires d'une allocation provisoire d'attente doivent présenter :

1° Le titre d'allocation provisoire d'attente ;

2° Le certificat modèle 10 de l'instruction du 31 mai 1920, qui comporte le diagnostic de l'infirmité ayant motivé l'attribution de l'allocation.

Les affections inscrites « pour mémoire » sur les titres de pension et sur les certificats modèle 10 délivrés par les centres spéciaux de réforme n'ouvrent pas droit à pension et par conséquent ne donnent pas droit à l'appareillage.

Livret d'appareillage.

Le droit à l'appareillage est sanctionné par la délivrance d'un livret d'appareillage.

Sur présentation des pièces justificatives et avis de la commission d'appareillage, le médecin chef du centre d'appareillage demande au ministre l'autorisation d'inscrire le postulant au nombre des ressortissants de son centre.

Au reçu de l'autorisation ministérielle, le médecin chef procède à l'inscription et délivre à l'intéressé un livret d'appareillage numéroté. Ce livret n'est valable que pour le centre d'appareillage auquel le mutilé est rattaché et inscrit.

Sur ce livret sont mentionnés les appareils délivrés et les réparations effectuées.

Tout titulaire d'un livret qui change de résidence peut demander au centre d'appareillage où il est inscrit à être rattaché au centre d'appareillage le plus voisin de son nouveau domicile. La demande est transmise au ministre qui prescrit la mutation et avise les deux centres intéressés.

Tout livret qui n'a pas d'utilisation doit être renvoyé au centre d'appareillage, qui l'adresse au ministre.

Tout livret perdu ne peut être remplacé que sur autorisation spéciale du ministre.

(1) Si la commission estime que l'appareillage est inutilisable ou mal toléré, mention en est portée sur le livret d'appareillage de l'intéressé.

Appareillage proprement dit.

L'appareillage comporte tous appareils et accessoires de prothèse et d'orthopédie, nécessités par l'infirmité qui a motivé la pension, c'est-à-dire :

L'appareil proprement dit.

Son système d'attache.

Tous accessoires susceptibles de compléter son adaptation, de suppléer la fonction déficiente, de masquer le caractère inesthétique de l'infirmité (1).

Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat, tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

Du choix des appareils.

Le mutilé a le droit de choisir son appareil parmi les types agréés, *qui conviennent à son infirmité.*

Les types d'appareils se différencient d'après la nature des matières premières employées à leur fabrication : type bois, type cuir et acier, type cellulo, type libre, etc.

Le mutilé est guidé dans son choix par la commission d'appareillage qui doit lui conseiller l'appareil susceptible de rendre les meilleurs services. Ce conseil est donné à titre indicatif ; le mutilé a intérêt à le suivre mais il n'y est pas obligé.

Si le mutilé ne suit pas l'avis de la commission, mention en est faite sur le livret d'appareillage.

Du choix de l'appareilleur.

En ce qui concerne les renouvellements, chaque fois que la première fourniture a donné satisfaction, le mutilé a le droit de demander à être appareillé par le fournisseur primitif.

Dans tous les autres cas, il appartient à la commission d'appareillage de désigner sur la liste des orthopédistes agréés par le ministre le ou les fournisseurs qui sont les mieux qualifiés pour effectuer la commande.

L'appareillage est effectué exclusivement sous le contrôle de l'Etat. En conséquence, aucun appareillage ne peut être mis à la charge de l'Etat s'il n'a pas été régulièrement autorisé et réceptionné par la commission d'appareillage.

Appareillage de première mise.

L'appareillage de première mise est accordé en double sous les réserves exposées plus loin. (Voir *infra* : « Du nombre des appareils à allouer pour chaque infirmité »).

(1) L'appareillage ne comporte pas l'attribution d'objets tels que : lits, matelas, baignoires, appareils d'éclairage ou de chauffage électriques, brancards, voiturettes porte-brancards, etc., c'est-à-dire des mobiliers, appareils et objets propres aux hôpitaux et cliniques, les ayants droit étant admis à bénéficier gratuitement des installations hospitalières publiques ou privées en vertu de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

De la réparation et du renouvellement des appareils.

Un appareil usagé peut avoir besoin :

D'être réparé,

D'être renouvelé.

Les appareils sont réparés gratuitement aux frais de l'Etat ; les réparations sont effectuées à la diligence du centre d'appareillage. Aucune réparation ne peut être mise à la charge de l'Etat si elle n'a pas été préalablement autorisée par la commission d'appareillage.

Les réparations sont effectuées autant que possible par les ateliers des centres d'appareillage. Si elles ne peuvent pas être effectuées par ces ateliers, elles sont confiées de préférence à l'orthopédiste qui a fourni l'appareil, sous réserve que celui-ci se conforme au tarif arrêté par le médecin-chef après approbation du ministre.

Les appareils sont renouvelés gratuitement aux frais de l'Etat lorsqu'il est reconnu par la commission d'appareillage qu'ils sont hors d'usage et ne sont pas réparables.

Pour qu'un renouvellement puisse être effectué aux frais de l'Etat, l'appareil usagé doit être présenté à la commission d'appareillage chargée d'apprécier s'il y a lieu à renouvellement ou seulement à réparation.

Tout appareil hors d'usage et reconnu irréparable est réformé et laissé au centre d'appareillage au moment de la livraison de l'appareil neuf.

Lorsque la commission d'appareillage constate que le port d'un appareil n'est plus médicalement justifié, elle le mentionne sur le livret de l'intéressé, qui est retiré et adressé à l'administration centrale.

Quand un mutilé se refuse à restituer un livret qu'il détient indûment, le centre d'appareillage dont il dépend le signale au ministre, qui fait opposition au livret auprès de tous les centres d'appareillage.

Fonctionnement du service.

Toutes les demandes relatives à l'appareillage (premier appareillage, renouvellement, réparation) doivent être adressées en franchise (1) au médecin-chef du centre d'appareillage où est inscrit l'intéressé.

I.— La présence du mutilé au centre est nécessaire: étant donné que dans les centres d'appareillage les commandes, prises de mesures, essayage, etc., ne se font pas quotidiennement, mais à des jours et heures déterminés, le mutilé qui a besoin de se rendre au centre doit adresser une demande au médecin-chef en spécifiant, *très explicitement*, l'objet de sa visite. Il reçoit un avis de convocation pour le jour convenable.

En cas d'empêchement, le mutilé doit aviser le cen-

(1) Décrets des 21 décembre 1919, 24 mars 1921, 15 décembre 1921, dont les dispositions sont prorogées annuellement par décret présidentiel.

tre d'appareillage, qui lui adresse une autre convocation.

Le mutilé qui se présente en dehors du jour fixé perd ses droits aux frais et indemnités de voyage et de déplacement dont il est parlé plus loin.

II. — La présence du mutilé n'est pas nécessaire : renouvellements d'appareils et accessoires : le mutilé envoie en port dû, au centre d'appareillage, ses appareils et accessoires à réparer ou à renouveler, avec :

1° Une lettre indiquant la nature des réparations à effectuer ;

2° Son livret d'appareillage, sur lequel seront inscrites par le centre d'appareillage toutes mentions utiles.

Le livret et les appareils réparés sont renvoyés franco dans le plus bref délai.

Commande, réception et livraison des appareils.

C'est l'Etat qui est le client ; c'est lui qui commande, qui reçoit et qui paye.

La commande des appareils est faite par le chef du centre d'appareillage.

La réception des appareils neufs ou réparés est faite par la commission d'appareillage.

Avant d'être accepté et inscrit sur le livret, chaque appareil doit être utilisé pendant quinze jours par l'intéressé.

En conséquence, au moment de la livraison d'un appareil, le centre d'appareillage délivre au mutilé un certificat de convenance *et conserve son livret d'appareillage.*

Après quinze jours d'essai :

Ou bien le mutilé a satisfaction : dans ce cas, il renvoie le certificat de convenance dûment signé au médecin chef du centre d'appareillage. Celui-ci fait porter les mentions nécessaires sur le livret d'appareillage et le renvoie à l'intéressé.

Ou bien le mutilé n'a pas satisfaction : dans ce cas, il le fait connaître au médecin chef du centre d'appareillage qui le convoque à nouveau, en vue des modifications à effectuer. Le certificat de convenance ne doit être signé qu'après exécution de toutes les modifications reconnues nécessaires.

En cas de contestation, la commission d'appareillage statue.

Si, dans le délai d'un mois, le mutilé n'a pas renvoyé le certificat de convenance, l'appareil est considéré comme accepté. Mention en est portée sur le livret d'appareillage qui est retourné à l'intéressé.

Du nombre des appareils à allouer pour chaque infirmité.

Les mutilés ont droit à un nombre différent d'appareils suivant le caractère de leur infirmité :

1° *Mutilés amputés.*

Ont droit, pour chaque membre amputé, à 2 appareils (1) de même type ou de type différent (2).

2° *Mutilés non amputés atteints de lésions consolidées.*

Ont droit, pour chaque infirmité, à 2 appareils du même type ou de type différent.

3° *Mutilés non amputés atteints de lésions évolutives.*

Ces mutilés ont droit à un seul appareil ; mais cet appareil est renouvelable chaque fois que le nécessitent, non seulement l'état de l'appareil, mais aussi les modifications de la lésion.

L'appréciation du caractère évolutif de l'infirmité et de la nécessité du renouvellement de l'appareil appartient à la commission d'appareillage.

4° *Amputés non appareillables.*

Les amputés pour lesquels la commission d'appareillage estime l'appareillage « inutilisable ou mal toléré » ont droit à une élévation de 5 p. 100 du taux de leur pension.

La mention d'appareillage « inutilisable ou mal toléré » est portée sur le livret d'appareillage et il appartient au centre de réforme, sur le vu de cette mention, de provoquer, par la procédure réglementaire, le relèvement de la pension.

Toutefois, en ce qui concernel les désarticulés de la hanche ou de l'épaule, l'appareillage doit être considéré, dans tous les cas, comme inutilisable et la pension doit être portée d'office au taux de 85 p. 100.

Lorsque l'appareillage est jugé intolérable (névrome, ostéite, etc.), il ne peut être question, bien entendu, d'attribuer aux ampulés un appareil même esthétique. Au contraire, lorsque l'appareillage, est simplement jugé inutilisable, un appareillage réduit peut être cependant concédé, à savoir :

Désarticulés de l'épaule ou amputés de bras à moignon très court ; un seul appareil exclusivement esthétique, renouvelable après usure constatée.

Désarticulés de hanche ou amputés de cuisse à moignon très court : deux pilons et une voiturette renouvelables après usure constatée.

(*A suivre.*)

(1) Sauf les cas exceptionnels admis par le ministre, sur avis de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie (exemples : jambe transformable, bras « Hanger », etc.).

(2) Les amputés doubles de la cuisse ne peuvent utiliser simultanément un appareil de parade à chaque membre ; exceptionnellement, ces amputés tout en ayant droit à 4 appareils au total, recevront obligatoirement sur ce nombre au moins 2 pilons.

VARIÉTÉS

Nos relations Franco-Étrangères

La Faculté du Libre Échange

Par Raymond MOLINÉRY,

Membre du Comité de l'UMFIA.

Pourquoi pas ?.....

Il n'est plus un médecin qui ne connaisse pas leurs abréviations, et l'UMFIA, au nom sonore comme la langue castillane dont elle est fille et l'ADRM, plus froide, plus châtiée. L'*Union médicale franco-ibéro-américaine* est la grande sœur aînée de l'*Association pour le développement des relations médicales entre Pays amis et alliés*. Les Espagnols nous parlent d'*intercambio des professores* ; les Anglais nous chuchotent l'*exchange professor.*

Pour nous, nous disons simplement : « *Faculté du Libre échange* ».

J'entends que cette expression, à double sens, se défend dans les deux cas : libre échange de nos idées par les hommes officiels, para-officiels, inofficiels (voyez les articles de Dartigues).«FACULTÉ DU LIBRE ÉCHANGE », au sens littéral du mot, où tout homme de volonté, de sens, de clarté, pourra venir exposer *en toute liberté*, les idées qu'il aura mûries, qu'il aura faites au creuset de la réflexion et de l'expérimentation.

René Cruchet, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, commentait ce matin encore un article de M. Petit-Dutaillis, directeur de l'Office national des Universités, sur l'échange des professeurs et des étudiants. Vigoureux polémiste, le professeur Cruchet voudrait—et nous souscrivons à sa manière de voir—que les Universités provinciales (facettes d'un même diamant : l'Université de France), ne soient pas oubliées ; que non seulement Paris soit appelé à porter le flambeau, *urbi et orbi*, mais encore que nos maîtres, nos praticiens de Bordeaux, Toulouse, Lyon, Lille, Strasbourg, etc., puissent aussi, à leur tour, et suivant leur compétence spécialisée, rayonner par-delà les mers et *trans los montes.* A charge de revanche, de Madrid et de Barcelone, de Séville et de Valladolid et encore de Buenos-Ayres et de Montevideo, tout comme de New-York, de Chicago, de Montréal, de Québec et de Londres, d'Edimbourg, de Rome, de Belgrade, de Tokio (je ne parle ni de Bruxelles, de Gand ou d'Anvers,d'où viennent et où vont chaque jour des hommes éminents dans toutes les branches de notre art médical), seraient appelés, ici et là, tel chirurgien, tel médecin, tel anatomiste, tel cardiologue... Si la langue maternelle de l'orateur n'était pas familière à l'auditeur, le film y viendrait suppléer. Foin de l'idée de propagande : ce mot sonne mal et suscite de légitimes susceptibilités. La grande voix du Président de l'U.M.F.I.A., dans une circonstance mémorable que je me plais à rappeler ici, au cours de l'inoubliable banquet du cercle de la Renaissance que présida le professeur Roger « (ce « doyen des temps nouveaux », comme l'avait dénommé notre cher ami F. Helme), proclamait, aux applaudissements de tous : « *En dehors de la sympathie s'alliant harmonieusement avec l'intérêt commun et bilatéral, vous travaillerez dans le néant ! Il faudra donc user de réciprocité et demander aux maîtres les plus qualifiés à venir chez nous en leur offrant dans nos Universités une hospitalité intellectuelle bien comprise* ».

Et comme pour illustrer cette conception, quelques semaines après, le professeur Recassens, le très illustre doyen de la Faculté de médecine de Madrid,venait à la Clinique Tarnier dans le service du professeur Brindeau, présenter un film des plus curieux sur la *Physiologie de la gestation.*

Il était juste que ce « grand d'Espagne de la médecine fût reçu par un Grand de France de la médecine ». Les deux doyens sont de même lignée.

Aux côtés du professeur Brindeau, tout son magnifique état major : MM. Lantuéjoul, Réglade, Cerné, l'interne Debray et toute une gracieuse cohorte d'élèves infirmières « roses comme de nouvelles nées » et aussi tous ceux qui s'intéressent aux relations franco ibériques : Victor Pauchet, Bandelac de Pariente, Mathé, le très actif secrétaire général de l'U.M.F.I.A Dartigues, son président, qui a écrit, pour l'Histoire, dans la *Presse médicale*, la relation de cette visite ; MM. Tissier et Louis Fournier, Mesdames Brindeau et Réglade avaient voulu, à la Française, fêter leur hôte d'Espagne.

Au cours de cette présentation, les spectateurs émerveillés assistèrent aux phénomènes de la menstruation, à l'éclatement de la vésicule de Graaf,«à la cascade gracieuse, formée par l'évolution folliculaire, au roulement de l'avalanche de l'ovule sur la pente de la frange ovarienne, à la pénétration et au cheminement tubaires ». Et le mystérieux cycle se développa devant nous : nous surprenions l'éclosion de la vie, du moins sa manifesttation, car, pour le principe chacun lui donne un nom suivant sa propre métaphysique.

Le professeur Recassens fut acclamé.

.....Or, tandis que Victor Pauchet, sous l'égide, de l'UMFIA se rendait en Espagne, le professeur Vargaz, recteur de l'Université de Barcelone, et le professeur Suner, de Madrid, arrivaient à Paris et venaient faire des conférences sur leurs spécialités. Tous deux furent reçus à la gare par MM. les docteurs Bandelac de Pariente, médecin du consulat d'Espa-

gne à Paris, et Mathé, secrétaire général de l'UMFIA. Dans le service de M. le professeur Nobécourt, le professeur Martinez Varga, en présence de plus de 250 étudiants, prononçait deux conférences sur l'*arthritisme infantile*, et le professeur Suner professait une leçon magistrale sur la *sténose pylorique chez le nourrisson.*

Aux côtés du doyen de la Faculté de médecine de Paris, dont la haute figure domine l'assemblée, nous avons reconnu MM. les agrégés Legry, Lereboullet, Villaret ; M. le marquis de Faura, ministre d'Espagne, en représentation de l'ambassadeur ; S. A. R. le prince Don Jaime de Bourbon ; les docteurs Bandelac de Pariente, Mathé, Mathieu, Maillet, Thomas Perez Bru, président du Colegio de Médicos de Albacete ; Trias, Ledesmas, Angulo, etc.

Sous la conduite du doyen , Henri Roger, les professeurs Vargas et Suner, visitèrent le centre de convalescence pour les enfants de l'Assistance publique. L'Etablissement, installé dans l'île de la Jatte, est merveilleux. Nous invitons nos confrères, de passage à Paris, à aller admirer cette organisation trop peu connue.

MM. Nobécourt, Bandelac de Pariente, Mathé, membres de l'U.M. F. I. A., tinrent à honneur de recevoir chez eux nos hôtes éminents.

La *Cité universitaire française* se développe parallèlement à la *Cité universitaire espagnole de l'Alcazar* », délices des rois maures ». On nous dit encore que le *Foyer national des médecins français* va être organisé dans l'ancien immeuble de l'Hôtel des Annales : nul n'applaudira plus que nous à cette réalisation. Le medecin français pourra donc recevoir chez lui tous ceux qui, de l'étranger, viendront lui rendre visite. M. Noir, dans l'un des derniers numéros du *Concours médical* a mis en relief l'importance d'une telle création.

..... Et d'Espagne et de France, les applaudissements crépitaient et l'écho en parvenait aux deux nations !

Victor Pauchet apportait aux diverses facultés qui lui réservaient le plus chaleureux accueil, le salut de Dartigues, de Bandelac de Pariente, de Mathé, et de l'UMFIA, mais aussi le salut de la France. Pauchet, quoiqu'il en dise, s'exprime admirablement en castillan. Nous, latins, n'est-ce pas, l'un de nos privilèges ? Nous nous assimilons tout ce qui touche à nos origines et je veux donner, ici, l'un des passages de la charmante allocution que prononça notre compatriote lors de sa dernière réception en Espagne.

Senor Decano, Muy distinguidos companeros :

.....Mientras os dagnais honrar à Francia em mi modesta persona vuestro eminente compatriota, el distinguido Rector de la Universitad de Barcelona y el illustro Doctor Suner, catedratice de Madrid, estan recibien de los merecidos agasajos de los que son muy dignos en la Universidad de Paris. Asi es como FEspana y Francia, intelectualmente unidas, realisaran el intercambia cientifico ..... »

Victor Pauchet, opéra avec sa maestria habituelle et projeta des films merveilleux concernant les opérations dont il est coutumier.

Un joli mot pour finir : Pauchet disait, à Madrid, à un splendide auditoire de maîtres et d'étudiants que, s'il faut savoir trancher, il faut aussi savoir coudre. « *Regardez*, leur disait Pauchet, *les mains de vos gracieuses compatriotes. Voyez quelle habileté elles déploient dans leurs charmants travaux d'aiguille ?* »..... Mais une religieuse du service, qui se trouvait à côté, de dire avec un accent inimitable et une adorable mimique :

« *Je crains, Monsieur, que nos élèves ne continuent à regarder* surtout leurs yeux ».

Et pourquoi ne pas le dire ? Nous les en aimons mieux ainsi.....

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Université de Lyon.** *Faculté de médecine* (année scolaire 1924-1925).— *Cours de perfectionnement* :

— *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu), professeur : M. Bérard. — MM. Patel, Santy, Dunet, Chalier, etc. — Thérapeutique chirurgicale des cancers, chirurgie du corps thyroïde et chirurgie des fractures avec examens cliniques et exercices pratiques. (Du 20 au 31 octobre 1924.)

— *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu), professeur M. Rollet. — Cours de perfectionnement avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire et d'instruments. (Du 10 au 22 novembre 1924.)

— *Clinique urologique* (Antiquaille), professeurs : MM. Rochet et Gayet. — Cours de perfectionnement avec exercices pratiques. (Du 20 au 31 octobre 1924.)

— *Clinique obstétricale et clinique gynécologique* (Charité), professeurs : MM. Commandeur et Villard ; MM. Trillat, Rhenter, etc. — Leçons pratiques et exercices. (Du 15 au 30 octobre 1924.)

— *Clinique chirurgicale infantile* (Charité et Hôtel-Dieu), professeurs : M. Nové-Josserand, M. Laroyenne, etc. — Cours de perfectionnement de chirurgie infantile et d'orthopédie avec démonstrations pratiques. (Du 20 au 31 octobre 1924.)

— *Clinique dermatologique et syphiligraphique* (Antiquaille), professeur : M. Nicolas. — M. Favre, etc. — Leçons et exercices pratiques. (Du 13 au 25 octobre 1924.)

— *Chimie biologique* (Institut de chimie de la Faculté de médecine), professeur : M. Hugounenq. — Etude des questions actuelles de chimie pathologique. (Du 15 au 30 octobre 1924.)

— *Hygiène* (Faculté de médecine), professeur : M. Courmont. — Cours de perfectionnement sur la tuberculose. (Du 15 octobre au 15 novembre 1924.)

— *Histologie* (Faculté de médecine), professeur : M. POLICARD, — M. NOEL. — Cours pratique de technique histologique courante avec manipulations. *Nombre des places limité à* 20. (Du 13 au 25 octobre 1924.)

— *Physique biologique, physiothérapie et radiologie* (Faculté de médecine), professeur : M. CLUZET. — M. NOGIER. — Etude des méthodes nouvelles de physiothérapie et d'électro-diagnostic. (Du 25 au 30 octobre 1924.)

— *Chimie organique* (Institut de chimie de la Faculté de médecine), professeur : M. MOREL. — Questions actuelles de chimie des médicaments organiques, de chimie analytique et de toxicologie. (Du 25 au 30 octobre 1924.)

— *Médecine expérimentale et bactériologie* (Faculté de médecine), professeur : M. ARLOING. — Leçons sur diverses questions actuelles de médecine expérimentale et de bactériologie avec exercices pratiques. *Nombre d'auditeurs limité.* (Du 20 au 30 octobre 1924.)

— *Pathologie générale* (Faculté de médecine), professeur : M. MOURIQUAND. — Questions actuelles sur la nutrition. (Du 1er au 25 mars 1925.)

— *Thérapeutique, hydrologie et climatologie* (Faculté de médecine), professeur : M. PIC. — M. PIÉRY, etc. — Cours de perfectionnement. (Du 1er au 25 mars 1925.)

— *Anatomie médico-chirurgicale* (Faculté de médecine) professeur : M. LATARJET. — M. Léon THÉVENOT. — Cours de perfectionnement et démonstrations pratiques. (Du 1er au 15 mars 1925.)

Pour tous renseignements relatifs à l'organisation des cours et aux droits à verser, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, 18, quai Claude-Bernard, le mercredi de 14 à 16 heures, ou par correspondance.

Des programmes détaillés seront envoyés sur demande.

— **Faculté de Médecine de Lyon.** — CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE. — Programme du cours de perfectionnement.

Lundi 20 octobre. — Réunion à 9 h. à la clinique chirurgicale infantile à la Charité. — De 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques et démonstrations d'orthopédie de l'adulte, dans le service de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu. — Le soir, à 3 h. 1/2, à la Charité : Traitement de la tuberculose chirurgicale en général, des abcès froids, des adénites tuberculeuses, avec démonstration pratique.

Mardi 21 octobre. — Le matin, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique chirurgicale infantile à la Charité. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Diagnostic et traitement du mal de Pott, avec projection de photographies et de radiographies. Démonstration de la technique du décubitus, de l'extension continue, des corsets plâtrés et des corsets orthopédiques.

Mercredi 22 octobre. — Le matin, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques dans le service de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Diagnostic et traitement de la coxalgie, avec projection de photographies. Démonstration de la technique de l'extension continue et des appareils plâtrés.

Jeudi 23 octobre. — Le matin, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique de chirurgie infantile à la Charité. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Diagnostic et traitement des tuberculoses du genou et du pied. Projection de radiographies. Démonstration des appareils plâtrés et des tuteurs orthopédiques.

Vendredi 24 octobre. — Le matin, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques dans le service de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Les fractures du coude chez l'enfant. Diagnostic clinique et radiologique (projections). Technique de la réduction et des appareils plâtrés.

Samedi 25 octobre. — Le matin, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique de chirurgie infantile. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Les fractures de l'humérus et de l'avant-bras chez l'enfant. Diagnostic clinique et radiologique (projections). Technique de la réduction et des appareils plâtrés. Traitement de la paralysie de Volkmann.

Lundi 27 octobre. — Le matin, à 9 h. 1/2. Examens cliniques dans le service de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Les fractures du fémur et de la jambe chez l'enfant. Diagnostic clinique et radiologique (projections). Technique du traitement.

Mardi 28 octobre. — Le matin, à 9 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique de chirurgie infantile. Le soir, à 3 h. 1/2 : Traitement de la paralysie infantile. Technique du traitement électrique. Prophylaxie des attitudes vicieuses. Traitement des impotences et des déformations. Démonstration des appareils orthopédiques.

Mercredi 29 octobre. — Le matin, à 9 h. 1/2. Examens cliniques dans le service de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Traitement du pied bot congénital. Technique du traitement chez le nouveau-né. Démonstration du massage et des appareils de contention. Traitement des formes rebelles et des pieds bots invétérés.

Jeudi 30 octobre. — Le matin, à 9 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique de chirurgie infantile. — Le soir, à 3 h. 1/2 : Traitement de la scoliose. Indications d'après les variétés étiologiques. La gymnastique orthopédique, sa technique et ses indications. Les corsets orthopédiques, leur technique et leurs indications. Le traitement général.

Vendredi 31 octobre. — Le matin, à 9 h. 1/2. Examens cliniques à la clinique de chirurgie infantile. Le soir, à 3 h. 1/2 : La luxation congénitale de la hanche. Diagnostic clinique et radiologique. Projections. Technique et indications du traitement. Résultats.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — Sous la direction de M. le professeur A. Gilbert et de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, un cours de perfectionnement aura lieu en septembre ayant pour objet : les Notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 15 septembre 1924, à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann, Dufourmentel et Saint-Girons, anciens chefs de clinique ; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté ; Leven et A.-C. Guillaume, anciens internes des hôpitaux ; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, ancien chef et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; Lagarenne et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 h., l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydro-minérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins, à partir de 10 h. 30.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Programme du cours (amphithéâtres Trousseau et Bichat. — I. L'exploration. — Lundi 15 septembre, 9 h. 30, M. Maurice Villaret. — 1. Comment on doit pratiquer l'interrogatoire et prendre l'observation d'un gastro-entéropathe. Examen clinique de l'abdomen.

Lundi 15 septembre, 14 h. 30, M. Deval. — 2. Chimisme gastrique et duodénal. Tubage de l'estomac ; repas d'épreuve. Recherche de l'acide chlorhydrique libre et combiné, des acides de fermentation, des ferments, du sang, des produits de la digestion des albuminoïdes et des substances amylacées. — Tubage du duodénum (tube d'Einhorn). Examen chimique du liquide duodénal : suc pancréatique (diastases) ; bile (acides et pigments).

Lundi 15 septembre, 16 h. 30, M. Deval. — 3. Coprologie pratique. — Examen microscopique des selles. — chimisme intestinal. Repas d'épreuve. Recherche du sang, de l'albumine, de la stercobiline. Dosage des graisses. Diarrhées de fermentation et de putréfaction. — Examen bactériologique des selles. Notions de parasitologie intestinale.

Mardi 16 septembre, 9 h., M. Lagarenne. — 4. Radiologie gastro-intestinale. Technique et aspects normaux ; 10 h. 30, M. Dufourmentel. — 5. Œsophagoscopie. Technique ; diagnostic ; manœuvres thérapeutiques.

Mardi 16 septembre, 14 h. 30, M. François Moutier. — 6. Rectoscopie. Technique ; diagnostic ; manœuvres thérapeutiques.

II. Les symptomes. — Mardi 16 septembre, 16 h. 30, M. François Moutier. — 7. La part du système nerveux en séméiologie digestive. — Le psychisme du gastro-entéropathe. — Syndromes vagotonique et sympathicotonique. — Crises gastro-intestinales. — Considérations cliniques et déductions thérapeutiques.

Mercredi 17 septembre, 9 h., M. François Moutier. — 8. Constipations. Etude clinique et thérapeutique ; 10 h. 30, M. François Moutier. — 9. Diarrhées. Etude clinique et thérapeutique ; 14 h. 30, M. François Moutier. — 10. Hémorragies gastro-intestinales. — Vomissements. — Etude clinique et thérapeutique ; 16 h. 30, M. Leven. — 11. Aérophagie. — Viciations de la faim chez les gastro-entéropathes. — Etude clinique et thérapeutique.

Jeudi 18 septembre, 9 h., M. Leven. — 12. Dilatation et ptose gastriques. — Etude clinique et thérapeutique ; 10 h. 30, M. Maurice Villaret. — 13. La part du foie en sémiologie digestive. Influence physiologique et pathologique du tube digestif sur le foie et du foie sur le tube digestif : considérations cliniques et déductions thérapeutiques ; 14 h. 30, M. Etienne Chabrol. — 14. Vésicule biliaire et duodénum. — L'interprétation du tubage duodénal dans la pathologie hépatique et intestinale.

III. Les maladies. — Jeudi 18 septembre, 16 h. 30, M. Henri Bénard. — 15. Les affecitons de l'œsophage. Cancer de l'œsophage. Etude clinique et thérapeutique.

Vendredi 19 septembre, 9 h., M. Henri Bénard. — 16. Les gastrites et dyspepsies. — La syphilis stomacale. — Etude clinique et thérapeutique ; 10 h. 30, M. Maurice Villaret. — 17. L'ulcus du corps de l'estomac, Ulcère de la petite courbure. Symptômes, diagnostic et complications ; 14 h. 30, M. Maurice Villaret. — 18. L'ulcus de la région pylorique. Syndromes pyloriques.

Samedi 20 septembre, 9 h., M. Maurice Villaret. — 9. Les ulcères du duodénum : symptômes, diagnostic et complications. — Les périduodénites. — La stase duodénale chronique : 14 h. 30, M. Maurice Villaret. — 20. La thérapeutique médicale des ulcères de l'estomac et du duodénum.

Lundi 22 septembre, 9 h., M. Saint-Girons. — 21. Le cancer de l'estomac ; ses complications ; 14 h. 30, M. Lardennois. — 22. La thérapeutique chirurgicale des ulcères gastrique et duodénal et du cancer de l'estomac. Indications. Soins pré- et post-opératoires. Résultats.

Mardi 23 septembre, 9 h., M. Paul Descomps. — 23. Les appendicites aiguës. L'appendicite chronique. Etude clinique et thérapeutique ; 14 h. 30, M. Dumont. — 24. Les dysenteries. Etude clinique et thérapeutique ; 16 h. 30, M. Henri Bénard. — 25. La tuberculose intestinale. Etude clinique et thérapeutique.

Mercredi 24 septembre, 9 h., M. Lardennois. 26. La stase intestinale chronique. Brides. Péricolites. Dolicho-côlons. Mégacôlons. Etude clinique et indications thérapeutiques ; 14 h. 30, M. A.-C. Guillaume. — 27. Les occlusions intestinales aiguës. Etude clinique et thérapeutique ; 16 h. 30, M. Lardennois. — 28. Les cancers des côlons. Symptômes et diagnostic.

Jeudi 25 septembre, 9 h., M. Lardennois. — 29. Les affections du rectum. Les cancers du rectum. Etude clinique ; 10 h. 30, M. Lardennois. — 30. Le traitement des cancers des côlons et du rectum. Indications opératoires. Soins pré- et post-opératoires. Résultats ; 14 h. 30, M. Etienne Chabrol. — 31. Les colites. L'entérocolite muco-membraneuse. Etude clinique et thérapeutique ; 16 h. 30, M. Maurice Villaret. — 32. Projections de pièces et coupes d'anatomie pathologique du tube digestif.

Vendredi 26 septembre, 9 h., M. François Moutier — 33. Helminthiase. Etude clinique et thérapeutique · 10 h. 30, M. François Moutier. — 34. La pathologie de l'anus. Etude clinique et thérapeutique.

IV. Les traitements généraux. — Vendredi 26 septembre, 14 h. 30, MM. Lagarenne et Durey. — 35. Thérapeutique gastro-intestinale par les agents physiques : radio- et radiumthérapie, kinésithérapie ; 16 h. 30, M. Saint-Girons. — 36. Notions générales de diététique et crénothérapie.

Un voyage d'étude sera organisé les 27 et 28 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 à 5 h.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

1886. — Avantages de la titularisation d'un médecin aide-major.

En vacances ici, je reçois de la Direction du Service de Santé de Paris une invitation à lui adresser copie de mon extrait de naissance, afin de lui permettre de constituer mon dossier de titularisation.

Je vous serais obligé de me renseigner d'urgence si j'ai avantage à le faire. Voici mon cas :

Je suis né en 1880. J'ai donc 44 ans. Naturalisé au début de la guerre, je suis passé devant le Conseil de révision, début 1915 (classe 1916), et mobilisé aussitôt. Je suis médecin aide-major de 2e classe à titre provisoire.

Ai-je avantage à me faire titulariser ?

Ai-je avantage à ne pas le faire ?

Ai-je autre chose à faire de plus avantageux ?

Dr X.

Réponse.

Vous avez tout avantage à vous faire titulariser ; étant donné votre âge, il n'en résultera pour vous que des agréments, sans inconvénients : pas de périodes d'instruction, très vraisemblablement; une courte durée d'obligation militaire, etc. En échange, vous aurez, le cas échéant, aussitôt rang d'officier, avec solde, etc., au lieu d'attendre dans des conditions incertaines et moins agréables, votre nomination de médecin de réserve. Nous ne voyons aucune solution meilleure à vous proposer, car nous l'envisageons dépourvue de tout inconvénient, susceptible au contraire de vous favoriser.

1887. — Fourniture d'un appareil à un mutilé de guerre

Je soigne depuis 2 ans une victime de la guerre pour coxalgie droite avec abcès froid.

A l'heure actuelle, mon malade est en bonne voie de guérison, et je pense que dans deux mois, il pourra commencer à se lever.

Or, il aura besoin d'un appareil de marche (appareil en cuir moulé par exemple) quand il commencera à se lever.

A qui devra s'adresser ce malade pour cet appareil ? Au centre d'appareillage ? Mais ce centre est à 100 kilomètres. De plus, il faudrait peut-être hospitaliser le malade pendant le temps où on confectionnera son appareil, et mon client ne tient pas à être hospitalisé.

Dr T.

Réponse.

Il faut vous adresser au médecin chef du Centre d'appareillage le plus proche, qui fera le nécessaire, et qui évitera certainement, si vous le demandez, une hospitalisation à votre client. Son transport au Centre d'appareillage se fera naturellement à titre gratuit.

1889. — Inscription au tableau de la Légion d'Honneur

Quels sont les titres et conditions que doit présenter actuellement un médecin aide-major de réserve, pour être inscrit au tableau de la Légion d'honneur ? Que comptent pour lui les années de présence au front pendant les hostilités, les citations, les blessures et propositions antérieures ? Combien faut-il d'annuités et comment les calculer ?

a) Etant donné que certaines conditions sont remplies, l'inscription au tableau est-elle automatique ou bien doit-on faire une demande et, dans ce cas, à qui l'adresser, sous quelle forme et avec quelles pièces à l'appui ?

Je m'excuse de poser à l'Office de renseignements des questions qui n'ont rien de professionnel, mais je sais sa compétence très étendue et son obligeance sans limites et je le remercie à l'avance de la réponse qu'il voudra bien m'adresser. Dr N.

Réponse.

1° Pour être inscrit au tableau de la Légion d'honneur, il faut compter, en principe, 20 années de service, mais, en pratique, ce chiffre est porté à 25 ans pour l'active et à 27 ans pour la réserve.

Chaque citation à l'ordre de l'armée compte pour une annuité supplémentaire.

Chaque blessure compte également pour une annuité surajoutée.

Citations à l'armée et blessures permettent ainsi d'atteindre plus tôt ce chiffre de 25 annuités.

Le séjour au front n'entre pas dans le décompte des annuités, mais il en est fait mention dans les notes, dans les motifs des propositions, et on en tient compte, dans une large part, quand est établi le classement des propositions.

2° Point n'est besoin de faire une demande ; vous êtes proposé d'office, dès que vous remplissez les conditions voulues ; puis, lorsque votre rang de mérite sur l'ensemble des médecins proposés est suffisamment élevé pour répondre aux vacances annoncées pour l'année dans les légionnaires des réserves, le Ministre vous inscrit au tableau pour la Légion d'honneur publié au *Journal officiel* une fois par an.

C'est sur ce tableau, qu'automatiquement on prélève alors les médecins, décorés en janvier et juillet de chaque année, lors des promotions bisannuelles.

Application du Tarif Breton

I

1869. — Diagnostic à l'électroaimant suivi d'opération intra-oculaire

Le docteur B. appelé à donner ses soins à un blessé pour corps étranger de l'œil, dut procéder à un diagnostic au moyen de l'électro-aimant géant.

L'extraction du corps étranger fut pratiquée au cours d'une autre séance.

Le docteur, dans sa note d'honoraires demande :

1° Honoraires pour diagnostic à l'électro-aimant géant ; 2° Honoraires pour extraction d'un corps étranger intra-oculaire.

Dans une note de la Compagnie, le Conseil médical *refuse les premiers honoraires* en raison que d'après lui « le diagnostic à l'électro-aimant géant est fonction de l'extraction du corps étranger intra-oculaire ».

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître votre avis à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

Le tarif Breton, article 27 c), alloue *spécialement* 100 francs pour « application diagnostique de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire, avec avis immédiat au chef d'entreprise ou à son assureur substitué ». Il résulte de ce texte que cette recherche vaut 100 fr. par elle-même, ou alors, *on ne l'aurait pas inscrite ainsi dans le tarif*, attendu qu'elle est nécessairement suivie, d'ordinaire, d'une *deuxième* et toute *différente* intervention tarifée 300 francs, (article 27) à la rubrique « corps étrangers intra-oculaires ». Il est inconcevable, en effet, qu'elle puisse jamais être pratiquée *seule*, qu'on se contente de faire l'électro-diagnostic, sans chercher ensuite à extraire le corps étranger. On a donc bien diversifié les deux interventions.

Si donc un oculiste : 1° fait le diagnostic à l'électro-aimant (avec *avis* consécutif immédiat) ; 2° extrait le corps étranger intra-oculaire, il m'apparaît évident qu'il a droit aux deux honoraires marqués spécialement pour ces deux interventions spéciales.

F. D.

II

1893. — Fracture des deux os de l'avant-bras ou non ?

Dans un accident couvert par une Compagnie d'assurance, j'envoie ma note à la Compagnie « l'X. ». Entre autres lésions (fracture de l'omoplate, luxation de l'épaule, fêlure de l'humérus), le blessé présentait une fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus.

J'ai plâtré l'avant-bras du blessé après réduction et j'ai demandé à la Compagnie des honoraires pour fracture des deux os de l'avant-bras, soit 90 fr. en deuxième catégorie. La Compagnie se refuse à considérer cette fracture comme fracture des deux os de l'avant-bras et ne veut me payer que 60 fr. cette réduction et contention. Une radiographie a été pratiquée. Que pensez-vous de cette prétention ? Est-elle courante ? Que me conseillez-vous de faire ?

Dr D.

Réponse.

Je pense que, dans ce cas, il n'y a pas ce qu'on est convenu d'appeler et ce qu'on a tarifé « fracture des deux os de l'avant-bras ». Cette dernière est une tout autre affaire au point de vue intervention technique, et aussi responsabilité consécutive. Ce dont vous parlez est une fracture para-articulaire du radius, ayant fait sauter, par extension, l'apophyse styloïde cubitale, pas autre chose. Est-ce que, dans la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec fracture de la coracoïde, on compterait : 1° fracture de l'humérus ; 2° fracture de l'omoplate ? . . . Je vous avoue que je ne puis le concevoir. Tel est du moins mon avis *personnel* basé, il est vrai, sur l'ensemble de nos discussions, lors de l'élaboration du tarif Breton. F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Abcès froids et injections modificatrices.

Le traitement des abcès froids demeure encore à cette heure l'un des plus délicats et souvent des plus décevants, quelle que soit d'ailleurs l'attention et la sagacité du clinicien qui les soigne.

On sait qu'il faut surtout éviter, par une ouverture intempestive et trop large, d'ajouter à l'infection tuberculeuse locale, des infections secondaires qui viendraient singulièrement compliquer la situation.

On a préconisé l'ablation large de l'abcès considéré comme une véritable tumeur dont il faut débarrasser l'organisme. Mais nous confinons là à la grande chirurgie, et avant d'en arriver là, les malades réclament des interventions à moindre fracas. Aussi, bon nombre de praticiens demeurent-ils fidèles à la ponction suivie d'injections modificatrices.

On a longtemps employé l'éther iodoformé, le naphtol camphré, qui ne sont pas exempts de risques d'intoxication. Actuellement, on leur préfère et avec raison, les préparations iodées.

A la Société de thérapeutique, M. Jean Michaux vient de préconiser, comme liquide modificateur, une suspension d'iode titrée à 0.00166 d'iode colloïdal par cmc. (1). L'abcès étant vidé le plus complètement possible de son contenu, on injecte ensuite dans la poche, sans précaution spéciale, 5 à 10 cmc. de cette préparation suivant le volume de celle-ci.

Une seule injection suffit le plus souvent ; dans quelques cas, il est nécessaire de pratiquer une seconde injection 15 jours à 3 semaines après la première. Cette thérapeutique amène non seulement la disparition de la poche abcédée,

(1) Orthoiodine Dausse.

mais encore la formation à son niveau d'un tissu de sclérose un peu lardacé que l'on sent parfaitement à la palpation profonde et qui indique la guérison.

JURISPRUDENCE

Commission de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre

I

Justification du nombre des interventions.

L'inscription sur le même bulletin de visite de plusieurs interventions n'est pas conforme aux prescriptions des décrets réglementant le contrôle.

DÉCISION DU 14 FÉVRIER 1924.

Considérant que le Dr ... dit avoir obtenu du Préfet des ....., le paiement de plusieurs injections intraveineuses inscrites sur le même bulletin de visite pour le 4e trimestre de 1922 ;

Que se fondant sur ce précédent, il a réclamé à la Commission départementale des...... nouvellement instituée le paiement de 75 injections intraveineuses inscrites sur trois bulletins de visite ;

Qu'il a, en outre, réclamé le paiement d'une consultation et d'une analyse d'expectoration inscrites ensemble sur un même bulletin, qu'il fait remarquer à ce propos dans une lettre jointe au dossier qu'il ne saurait être en ce cas question de cumul, « la consultation étant un acte médical et l'analyse d'expectoration un acte de laboratoire » ;

Que la Commission départementale a refusé d'autoriser le paiement des 75 injections intraveineuses inscrites ensemble sur trois bulletins de visite. Qu'elle a, en outre, refusé d'autoriser le paiement de la consultation inscrite sur un même bulletin avec l'analyse d'expectoration, comme constituant cumul ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Que le décret du 26 septembre 1919, article 19, indique les conditions propres à permettre le paiement et le contrôle des actes médicaux par l'usage des bons du carnet de soins ;

Que le décret du 25 octobre 1922 reproduit, article 14, les mêmes dispositions ;

Que le même décret indique, article 18, les conditions d'avertissement préalable de la Commission de contrôle dans tous les cas où doit être pratiquée une série de plus de cinq interventions à tarif spécial ;

Que le Préfet des ...... en mandatant pour le 4e trimestre 1922 des honoraires réclamés dans une forme irrégulière n'engageait que sa propre responsabilité sans créer un précédent opposable à l'autorité des lois et décrets ;

Que, d'autre part, tout en admettant la thèse du docteur ....., sur la distinction à établir entre la consultation, acte médical et l'analyse bactériologique, acte de laboratoire, et en considérant que les deux actes nécessairement séparés l'un de l'autre ne constituent pas le fait de cumul, il n'en reste pas moins que les observations précédentes sur la non utilisation appropriée du carnet de soins sont applicables en cette autre circonstance.

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel en la forme, le déclare mal fondé ;

Reconnaît au docteur ..... le droit au paiement de trois injections intra-veineuses correspondant aux trois bulletins de visite détachés du carnet de soins ;

Confirme pour le surplus, la décision de la Commission départementale des ....

II

Soins radiothérapiques.

L'attribution d'honoraires radiothérapiques n'est possible en droit qu'à dater de la promulgation de la loi du 21 *juillet* 1922 *modifiant la loi du* 31 *mars* 1919.

Décision du 14 février 1924.

Vu la loi du 21 juillet 1922 ;

Attendu qu'en 1920, 1921 et jusqu'au 21 juillet 1922, les soins radiothérapiques ne pouvaient être donnés qu'à l'hôpital ;

Que, jusqu'au 21 juillet 1922, la rémunération des soins radiothérapiques n'est réglée par aucun texte de loi ou de décret ;

Que l'attribution d'honoraires radiothérapiques n'est, en ce cas, possible en droit qu'à dater de la promulgation de la loi du 21 juillet 1922 modifiant la loi du 31 mars 1919.

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel en la forme, le déclare mal fondé ;

Confirme la décision de la Commission départementale de ...

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *juin et* 1er *juillet.*

Accidents du travail. — *Loi du* 30 *juin* 1924 fixant le mode d'établissement et de perception des taxes destinées à faire face au payement des *allocations temporaires instituées* par la loi du 15 juillet 1922 *en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes au titre de la loi du* 9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail.*

— *Loi du* 30 *juin* 1924 *prorogeant de deux années* et modifiant la loi du 15 juillet 1922 instituant des *allocations temporaires en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes au titre de la loi du* 9 *avril* 1898 *sur les accidents du travail.*

Plantes médicinales. — Décret du 27 juin 1924 fixant la composition du *Comité interministériel des plantes médicinales et des plantes à essences.*

2 *juillet.*

Agrégation de médecine. — La première session pour la deuxième épreuve de l'*examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé* dans les facultés de médecine et de pharmacie aura lieu au mois de mars 1926.

5 *juillet.*

Ecoles d'infirmières. — Sont modifiées comme suit les arrêtés d'approbation des Ecoles d'infirmières dont s'agit :

Ecole d'infirmières des hospices civils de Bordeaux, école de l'hôpital Saint-André et du Tondu, sous réserve que le programme et le règlement de cette école seront mis en conformité des délibérations du Conseil de perfectionnement, 1re section,et seront mis en pratique dès octobre 1923.

Ecole d'infirmières du Comité de Bordeaux de la Société de Secours aux blesssés militaires et de l'Association des Dames françaises réunies, sous réserve que cette école se conformera en octobre 1923, pour l'enseignement supérieur, au programme type établi suivant les délibérations du Conseil de Perfectionnement, 1re section.

6 *juillet.*

Académie de médecine. — Approbation de l'*élection de M. Jean Camus,* pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante dans la Section des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles, par suite du décès de M. Gariel.

10 *juillet.*

Ecoles d'infirmières. — Est approuvé, sans réserve, le règlement de l'*Ecole d'infirmières et d'infirmiers sanitaires et coloniaux de l'Institut Lannelongue,* à Paris.

Accidents du travail. — MM. Antonelli et Chaussy, députés, sont nommés membres des deux sections de la *Commission des tarifs médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail* et vice-présidents de ladite commission : M. Antonelli, pour la première section et M. Chaussy, pour la seconde section.

11 *juillet.*

Assurances. — Arrêté du Ministre du Travail constituant une *Commission chargée de préparer un avant-projet de loi sur le contrat d'assurance* et nommant les membres de cette Commission.

12 *juillet.*

Hygiène publique. — Approbation du règlement concernant l'organisation et le fonctionnement du *centre régional de lutte contre le cancer* d'Angers.

17 *juillet.*

Médecins de la santé. — Décret du 10 juillet 1924 modifiant le décret du 7 juin 1919 déterminant les *conditions de recrutement des directeurs et des médecins de la santé.*

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 7 juin 1919 est modifié comme suit :

Art. 3. — Le jury chargé d'apprécier les titres des candidats est composé de six membres ainsi désignés :

Le président ou, à son défaut, le vice-président du conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui remplit les fonctions de président du jury.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Deux conseillers techniques sanitaires.

Un inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre.

Le chef du bureau de la prophylaxie et des épidémies.

Le sous-chef du bureau de la prophylaxie et des épidémies remplit les fonctions de secrétaire.

19 *juillet.*

Doctorat vétérinaire. — Décret du 12 juillet 1924 fixant les *droits à percevoir en vue du diplôme de docteur vétérinaire.*

Droit d'examen de 200 fr.

Les aspirants au doctorat vétérinaire préparant leur thèse dans un laboratoire de faculté de médecine ou d'école vétérinaire acquittent en outre, au profit de l'université :

Un droit annuel d'immatriculation de 60 fr.

Un droit annuel de bibliothèque : 10 fr.

Quatre droits trimestriels de laboratoire à 40 francs.

Laboratoire du Ministère de l'Hygiène. — Arrêté modifiant l'arrêté du 29 janvier 1923 relatif à *l'organisation du laboratoire du Ministère.*

20 *juillet.*

Enfants du premier âge. — Loi du 14 juillet 1924 portant ratification du décret relatif à *l'introduction dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle de la législation relative à la protection des enfants du premier âge.*

Conseil National économique. — Arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale, en date du 19 juillet 1924, instituant une *Commission d'études en vue de la constitution du Conseil National économique* et nommant les membres de cette Commission.

Au nombre de ces membres figurent : le Dr Jules Renault, conseiller technique du Ministère et le Dr Brouardel, membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1962-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Papis.
Berck Plage. Bouquier, Tridon.
Cancale. Bazin.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 373. — Part clinique à céd. excell. cond. Poumons et cœur.

N° 374. — Doct. 48 a. fatigué par dur serv. camp., cherc. sit. méd. stable, Paris, banl. imméd. ou Midi, dans clinique, mais. de santé, etc. Représent. firmes pharm. et toute branche se rapport. profes. médic.

N° 375. — Doct. serait recon. à confr. qui lui adresser. nourriss. à placer dans pays sain, pittor. peuplé bonnes nourrices, lieu desservi par gr. ligne. Ec. Consultations nourrissons, Condé-s-Huisne. Orne.

N° 376. — Jeune doct. accept. de suite poste d'assist. clinique ou hôpital.

N° 377. — Doct. expér. accept. sit. de second dans mais. de santé à Paris ou rég. paris. banl. Ouest, ou départ. Loir-et-Cher, I.-et-L. et L.-Inf. ; ferait rempl. dans mêmes rég.

N° 378. — Lyon. Achèter. pet. presse à imprim., format carte post. Céder. mach. à écrire Virotyp.

N° 379. — Sup. cond. intér. Corre la Licorne. 10 CV, mot. Ballot, éclair. démar. élec., vendue avec garantie.

N° 380. — Lapins russes, fourr. analogue à l'hermine, chair délicate. Doct. Denel. Fronton (H.-G.).

N° 381. — Centre : Dans gr. pays de chasse, sur gr. ligne, à céd. bon poste de camp. Client. facile et payant bien. Mais. commode av. beau jard.

N° 382. — Conf. prend. tte l'année pens. et traitem. enf. et adultes ayant bes. cure marine. Pens. à partir 12 fr. Dr Benoist, *Abbaye du Méinihic, Paramé (I.-et-V.)*

N° 383. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos, banl. Paris.

N° 384. — Directr. clin. ou sanator., sér. référ., cherche sit. ou simil.

N° 385. — Dame recomm. fournir. meubles, linge pour compléter clin., mais. de santé., contre occup. personnelle et soins à sa fille en traitement.

N° 386. — Dr 31 ans, célib. dés. s'inst., aiderait ou rempl. conf. âgé, en vue success.

N° 387. — Bon cab. méd. à Blois, à céd. après décès, S'ad. Me Girault, not. à Blois, 3, quai de l'Abbé-Grégoire.

N° 388. — A vend. pour rayons X : 1° tab. intensif Gaiffe n° 2, inter. Blondel, condens. 3 bornes, bobine Rochefort, 50 cent. d'étincelle.; 2° appar. transportable sur continu ou accu..

N° 389. — I.-et-V. Cause cess. client. post. méd. à céder près Rennes. Seule condit. achat mais.

N° 390 — Ville d'eaux du Centre. Bonne client. rap. 42.000 env. appart. meublé avec garage, aff. d'aven., conviendr. à anc. int. ou à méd. fais. de la dentisterie ou de la chirurgie moyenne. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 391. — Paris. Cab. fais. 60.000, méd. génér. gynéc. enfants. Loyer 3.500, bail, appart. 4 p. cuis., bien sit., près Nord-Sud. Présent. Cess. urg. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 392. — On recherche jeune docteur ayant conn. suff. approf. en sciences naturelles pour se joindre à titre gratuit (mais défrayé de tout) à mission arctique française.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale
Le paiement des cotisations et les indemnités

1re *lettre.*

Voulez-vous noter que je suis guéri, retenir ma cotisation sur ce que vous me devez et me dire ce que je dois vous envoyer pour solde. Dr G.

2e *lettre.*

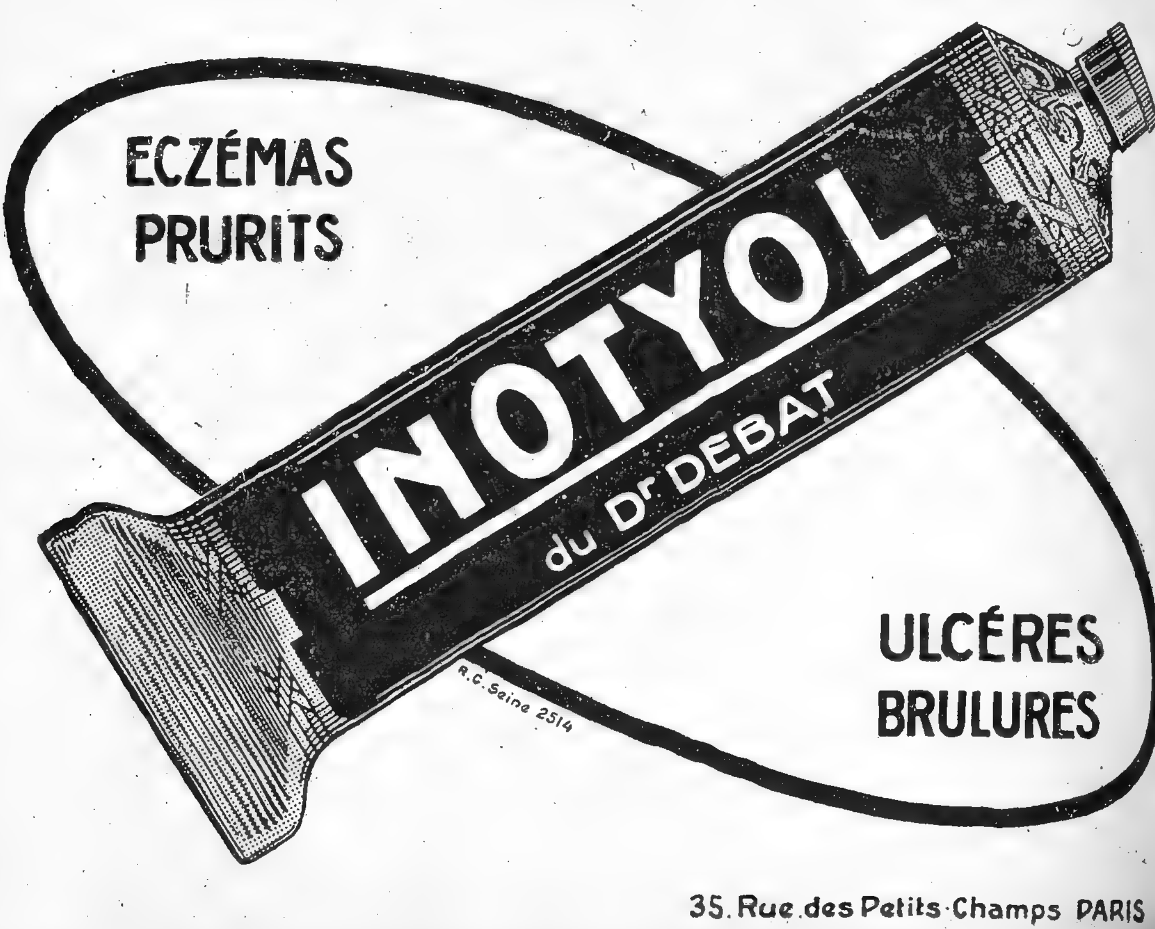
Je reçois ma quittance en recouvrement postal, je vous ai cependant fait une déclaration de maladie : pourquoi ne pas retenir ma cotisation sur la somme qui me sera versée ? Dr T.

Réponse.

Tout d'abord je dirai que ces questions ne me regardent pas : tout ce qui concerne le versement des cotisations doit être envoyé au trésorier, Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

Mais, d'une manière générale, je puis répondre qu'en toutes circonstances les cotisations doivent être versées aux époques règlementaires, c'est-à-dire au 1er janvier et au 1er juillet. Le trésorier peut bien retenir les cotisations sur *les indemnités dues à ces dates*, mais il ne peut imputer ces cotisations sur des indemnités qui seront dues trois mois plus tard.

C'est le Conseil d'administration qui, sur le



rapport du secrétaire général, fixe l'indemnité. Tant que le trésorier n'a pas en mains le bordereau de paiement, il ne doit rien et n'a rien à verser.

Les questions posées par mes correspondants ne peuvent donc recevoir qu'une réponse négative : ils doivent payer leur cotisation s'ils ne l'ont déjà fait.

H. MIGNON.

1944. — Rente d'un accidenté du travail.

J'ai un blessé qui a une incapacité permanente de 20 %, son salaire annuel est de 8.648 fr., à combien se montera sa rente ? Dr M.

Réponse.

En vertu de l'article 3, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier atteint d'une incapacité partielle et permanente a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à son salaire. Pour le calcul de la rente, le salaire est compté pour son intégralité jusqu'à 4.500 francs et pour le 1 /4 seulement de 4.500 à 15.000 francs.

Dans le cas qui vous intéresse, la rente doit donc être déterminée de la façon suivante :

Salaire de base : 4.500 plus $\frac{(4.148)}{4} = 5.837.$

Rente calculée sur un salaire de 5.837 et une réduction de capacité de 20 % :

$$\frac{5.837 \times 20}{100 \times 2} = 583,70$$

1899. — Entrée d'un tuberculeux de guerre dans un sanatorium

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître les formalités à remplir par un pensionné de guerre à 100 % (tuberculose pulmonaire évolutive) pour entrer dans un sanatorium. Dr C.

Réponse.

La demande d'admission dans les *sanatoriums publics*, dépendant du Ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale, est adressée au Préfet, accompagnée d'un certificat médical attestant :

a) Que la maladie en cause est bien celle qui a motivé la pension ;

b) Qu'elle est dans un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement dans un sanatorium (les tuberculeux à la 2e période ne doivent pas être envoyés dans ces établissements).

Le préfet transmet la demande au directeur du sanatorium intéressé. Celui-ci fait connaître, d'après le nombre des places disponibles, à quelle date l'intéressé pourra être dirigé sur l'établissement.

Le transport est gratuit, au moyen d'un bon de réquisition délivré par la préfecture.

2° La demande d'admission dans les *sanatoriums dépendant du ministère de la guerre*, est adressée pour la France au Ministère de la Guerre, 7e division, pour l'Algérie au Directeur du Service de Santé du 19e Corps d'armée à Alger.

1994. — Déclaration tardive d'accident du travail.

Un accident du travail survenu *en novembre* 1923 (en l'espèce une plaie contuse de la main droite suivie de phlegmon profond de la paume) *n'a pas été déclaré*, l'ouvrier ne m'avait pas fait savoir qu'il appartenait à une usine.

Or, cet accident a laissé des suites (rétraction tendineuse généralisée) pour lesquelles l'ouvrier vient me consulter, me demandant si, au point de vue assurances, il n'y avait rien à faire.

La Cie d'assurances intéressée, consultée par le patron, a répondu par la négative.

Faut-il s'en tenir là ? Ou engager l'ouvrier à poursuivre ? Il y a eu des témoins de l'accident.

Dr H.

Réponse

Aux termes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 la déclaration de l'accident doit être faite dans les 48 heures par le chef d'entreprise au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre récépissé. Mais si le chef d'entreprise a omis de faire cette déclaration, la victime ou ses représentants peuvent la faire eux-mêmes jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident. L'ouvrier peut joindre à l'appui de sa déclaration un certificat médical indiquant son état et les suites probables de l'accident. Si, d'après ce certificat, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente, partielle ou absolue, le juge de paix est tenu, dans les cinq jours de la déclaration, de procéder à une enquête.

Si votre client est en état de faire la preuve que sa blessure est due à un accident du travail, il a intérêt à poursuivre l'affaire, tant pour obtenir le paiement de son demi-salaire pendant la période d'incapacité temporaire, que pour obtenir l'allocation d'une rente s'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle. L'action en paiement du demi-salaire doit être portée devant le juge de paix et celle en paiement de la rente devant le Tribunal civil. Devant le Tribunal l'ouvrier a, de droit, l'assistance judiciaire.

De votre côté, s'il est reconnu que la blessure est due à un accident du travail, vous aurez action contre le patron en paiement de vos honoraires sur les bases du tarif Breton.

Toutes ces instances sont exemptes des frais de timbre et d'enregistrement.

2001. — Honoraires médico-légaux.

Au titre de souscripteur au « Sou Médical », et depuis de longues années, je viens mettre votre obligeance à contribution. Veuillez bien me renseigner sur les deux points suivants :

1° Le tarif des honoraires du médecin légiste a-t-il été relevé ? depuis l'*avant-guerre*.

2° Combien dois-je compter pour une levée de corps à 3 kil. et rapport.

Dr G.

Réponse.

Le tarif des honoraires en matière de médecine légale est actuellement régi par le décret du 5 octobre 1920, que nous avons publié dans l'Agenda-memento du *Concours*, édition 1924, à la page 227.

Si l'acte médical que vous avez accompli, a consisté dans un simple examen du corps, vous avez droit à un honoraire de 20 francs, si dans votre ville siège un tribunal de première classe, et de 15 francs seulement dans le cas contraire. Dans ce chiffre sont compris la prestation de serment, s'il y a lieu, la rédaction et le dépôt du rapport. Comme vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit, en outre, à des frais de déplacement de 0,20 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour si vous avez effectué le déplacement par chemin de fer et de 0,60 si vous avez employé un autre moyen de transport. Si le voyage pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, vous ne pouvez réclamer que le prix du voyage par ce mode de transport.

Si vous avez eu à pratiquer une autopsie, vous avez droit à un honoraire de 70 ou de 60 francs, suivant la distinction que nous vous avons signalée, au cas où cette autopsie aurait eu lieu avant inhumation, de 110 ou 90 francs si l'autopsie avait eu lieu après inhumation.

Enfin si l'accomplissement de votre mission a présenté des difficultés particulières, vous pouvez demander les honoraires qui vous paraîtront convenables et le président du tribunal fixera la taxe qui devra vous être allouée.

1997. — Accident de foot-ball.

Ayant eu à soigner pour une fracture des deux os de la jambe, un joueur de foot-ball, blessé au cours d'une partie, j'ai envoyé ma note à la Cie d'assurances en appliquant le tarif de mon syndicat soit 250 fr. pour réduction et contention. La Cie me renvoie ma note avec 100 fr. de rabais sous prétexte que le tarif à appliquer est le tarif Dubief, que, suivant sa propre expression, elle considère comme tarif officiel. Que dois-je faire ? Accepter ou me regimber ? J'attends votre conseil.

Dr M.

Réponse.

Un accident de foot-ball est un accident de droit commun. Par conséquent vous êtes libre

de réclamer au blessé les honoraires que vous estimez vous être dus pour les soins que vous lui avez donnés, sans qu'il puisse vous opposer le tarif Dubief ou le tarif Breton. Vous êtes parfaitement en droit d'appliquer votre tarif syndical.

Mais ceci concerne vos rapports avec le blessé lui-même. Ce n'est qu'à lui que vous pouvez demander le paiement de vos honoraires, à moins qu'une tierce personne vous ait mis en œuvre et ait pris l'engagement personnel de vous payer. Si le blessé a contracté une assurance, il se peut que celle-ci ait stipulé qu'elle supporterait les frais médicaux selon le tarif Dubief. Cette clause est valable et son application est de rigueur entre le blessé et l'assurance. Mais vous, vous n'avez pas à connaître l'assurance ; c'est au blessé que vous devez vous adresser, quitte à ce dernier à demander à son assurance le remboursement total ou partiel de vos honoraires, suivant ses droits. Si vous acceptez d'être réglé par l'assurance vous ne pouvez demander à celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue envers son assuré.

1984. — Fin des obligations militaires.

1° Engagé volontaire 9 nov. 1895, né le 6 juillet 1875, marié, père d'un enfant, invalide de guerre à 40 %, maintenu dans les cadres sur ma demande, je viens de recevoir un ordre de mobilisation individuel, m'affectant comme radiologiste à un « hôpital d'évacuation primaire », c'est-à-dire de la zone des armées. Cette affectation est-elle celle qui convient à mon âge et ma situation en général ? Ai-je le droit de demander à être affecté à une formation du territoire?

2° Vu mon âge, ma classe de recrutement et ma classe de mobilisation, ma situation de famille, puis-je me faire dégager de mes obligations militaires et demander ma radiation des cadres ? Dr X.

Réponse.

Il apparaît qu'engagé volontaire le 9 novembre 1895, ayant devancé d'un an l'incorporation de votre classe, vous marchez avec votre classe d'incorporation (1894), et que, dans ces conditions, le 8 novembre 1923, vous aviez terminé les 28 années de service militaire que vous deviez faire. Ecrivez donc une lettre dans ce sens au directeur du Service de santé de votre région, en lui demandant s'il ne résulte pas d'une erreur que vous ne soyez pas, dès à présent, libéré de toute obligation militaire ?

Cette manière de procéder résoudra en même temps la difficulté de votre affectation, qui ne semble pas justifiée.

1900. — Lieu d'établissement de l'impôt sur le revenu.

J'ai exercé la médecine à B. jusqu'au 1er juillet

(Voir la suite page XXXIX-2001)

PROPOS DU JOUR

Grandeurs et servitudes médicales.
Une conversation avec le Dr Jacques Bonhomme sur les attaques de la Presse, contre le Corps médical

Je croisai, dimanche, mon confrère Jacques Bonhomme, dans une allée du Luxembourg. Il lisait fièvreusement un journal et paraissait vivement indigné. Quand il m'aperçut, lui, l'homme affable par excellence, me regarda d'un air renfrogné. Je l'abordai en souriant :

« Quel sujet inconnu vous trouble et vous altère,
«D'où vous vient aujourd'hui cet air sombre et sévère»

Il ne me laissa pas continuer :

« Ce n'est pas plaisant du tout ce que je lis là, et il n'y a pas lieu de s'en amuser. » —

« Vous parlez sans doute de la conférence de Londres. J'avoue que ces débats diffus, confus, qui cachent pour nous mille pièges et restent pour moi mystérieux, sont réellement angoissants ».

« Il s'agit bien de la conférence de Londres, d'Herriot, de Mac Donald, des banquiers et des boches ! »

Je restai stupéfait, mais, comme Jacques Bonhomme paraissait vraiment courroucé, je l'interrogeai sérieusement du regard : il me tendit son journal.

« Ceci est pour nous tout aussi grave. Avez-vous lu les infamies que l'on publie sur nous, les horreurs que ne nous épargne pas la Presse. Qu'en dites-vous, Monsieur le Malin ? » —

Le sourire me revint aux lèvres, tandis que Jacques Bonhomme paraissait de plus en plus fâché :

« Ce que j'en dis, moi, rien ou plutôt, peu de chose ».

« Comment, peu de chose ! répliqua-t-il stupéfait. Est-ce bien vous qui parlez ainsi ? Suis-je victime d'une hallucination ou est-ce vous qui devenez aliéné ? »

« Ce n'est ni l'un, ni l'autre, fis-je en accentuant mon sourire. Voyons, calmez-vous. Vous n'êtes pas un enfant. En quoi ces articles peuvent-ils vous émouvoir ? Vous le brave, l'honnête, le dévoué, le consciencieux Jacques Bonhomme, vous qui poussez la délicatesse professionnelle jusqu'au sacrifice et la conscience jusqu'au scrupule, que peuvent vous faire toutes ces attaques dix fois, cent fois, mille fois rééditées depuis quelques siècles qu'il y a des hommes et qui écrivent ? » —

« Ce que cela peut me faire, s'écria Jacques Bonhomme avec violence, ce que cela peut me faire, à moi personnellement, au Dr Jacques Bonhomme, rien. Mais, à côté de moi, au-dessus de moi, il y a le Corps médical. J'en fais partie, du Corps médical, moi, bien que je ne me sois jamais chargé comme vous de participer à sa défense. Rien de ce qui le touche ne me laisse indifférent, et quand on l'insulte, c'est tout comme si l'on m'insultait moi-même. » —

« Modérez votre indignation, mon ami, nous sommes à un âge où l'on peut examiner les choses froidement. Répondez-moi franchement. D'abord, tenez-vous beaucoup pour vous personnellement, et ensuite pour le Corps médical, dont vous vous faites le fougueux champion, à la considération, à l'estime des auteurs de ces articles ? »

« Ah ! non, je ne tiens pas du tout à leur considération. Quant à leur estime ! ! »

Et Jacques Bonhomme esquissa un geste de suprême mépris.

« Mais ces articles sont lus, très lus, reprit-il ; ils sont crus par des tas de braves gens et c'est à la considération de ces derniers, à l'estime des braves gens que je tiens. » —

« Vraiment ! Que peut bien vous faire l'opinion du tas de prétendus braves gens que vous ne connaissez pas, que vous ne connaîtrez jamais, si toutefois encore ces braves gens ont l'opinion de leur journal, ce qui n'enlèverait rien, certes, à leur honnêteté, mais me ferait suspecter leur intelligence. » —

« Alors, vous prétendez, vous M. le Journaliste médical, que toutes ces attaques ne nous nuisent pas et vous les laissez et les laisserez passer sans protestation et sans nous défendre. ? Je vous admire. Vous avez de l'estomac, vous savez encaisser. » —

« Calmez-vous, calmez-vous, mon cher.

1° Je prétends que toutes les attaques, toutes les critiques, toutes les satires dirigées contre le Corps médical n'ont jamais nui aux médecins, du moins aux médecins consciencieux et honnêtes ;

2° J'affirme qu'il n'y a pas un client, —je ne dis

pas un client de passage, mais un véritable client, celui qui a confiance en son médecin, qui croira un seul instant, entendez-vous, que son médecin peut se rendre coupable de toutes ces vilenies.

3° Enfin, je me fais fort de démontrer que ces reproches qui, nous pouvons le dire, sont parfois fondés (car sur 24.000 médecins français, dont certains se sont faits médecins tout comme d'autres se font mercantis ou tenanciers de mauvais lieux, il y a certainement quelques fripouilles), je me fais fort de démontrer que cette campagne de reproches, avec l'intérêt que peut y porter le public, est une preuve que jamais notre profession n'a été aussi honorée et respectée ».

Jacques Bonhomme me regardait d'un air ahuri :

« Continuez votre démonstration, fit-il. Le paradoxe me paraît intéressant. » —

« Suivez-moi, je commence. Les critiques, les satires, les attaques n'ont jamais nui aux vrais, aux bons médecins.

Avant les journalistes et les pamphlétaires de notre époque, il y eut des hommes de talent, même de génie, qui se moquèrent de la médecine et des médecins.

N'en retenons que deux, si vous le voulez bien, Montaigne et Molière. Or, toutes leurs critiques et toutes leurs moqueries ne portaient pas à faux à ce moment, comme toutes les critiques et toutes les moqueries qu'on nous adresse ne sont pas sans fondements à notre époque. La médecine, il est vrai, a singulièrement changé depuis trois et quatre siècles et il est probable que Montaigne et Molière défendraient aujourd'hui les médecins.

Ecoutez Montaigne et dites-moi s'il a tout à fait tort. Je suis sûr que vous l'approuverez, car il met la médecine sur le même rang que la justice et, partant, le médecin à la même place que le magistrat. Je cite le passage, il m'a tant plu que je le sais par cœur :

« Comme nous appellons iustice le pastissage des premières loys qui nous tombent en main, et leur dispensation et practique, très inapte souvent et très inique ; et comme ceux qui s'en mocquent, et qui l'accusent, n'entendent pas pourtant iniurier cette noble vertu, ains condamner seulement l'abus et profanation de ce sacré titre ; de mesme, en la médecine i'honore bien ce glorieux nom, sa proposition, sa promesse, si utile au genre humain ; mais ce qu'il désigne, entre nous, ie ne l'honore ny l'estime ».

C'est-à-dire que Montaigne aurait estimé la médecine de son époque, si, au lieu de consister en un amas de préjugés et de superstitions où l'astrologie et la magie se donnaient cordialement la main, elle se fût bornée à appliquer avec bon sens les données de l'observation et de l'expérience.

Et n'en est-il pas de même avec Molière ? Ecoutez ce que Béralde répond au *Malade Imaginaire*, quand ce dernier lui demande pourquoi il ne veut pas qu'un homme en puisse guérir un autre :

« Par la raison, mon frère, que les ressorts de notre machine sont des mystères, *jusques ici*, où les hommes ne voient goutte et que la nature nous a mis devant les yeux des voiles trop épais pour y connaître quelque chose ».

Aujourd'hui, il y a bien des ressorts de notre machine qui ne sont plus mystérieux et beaucoup de voiles épais ont été écartés, le médecin peut sinon toujours guérir, du moins soigner utilement un malade. Mais s'il se donne par outrecuidance, ignorance ou sottise une puissance qu'il n'a pas, s'il croit pouvoir toujours diagnostiquer, pronostiquer et guérir, il tombe dans le ridicule des médecins de Molière. Or, qui oserait affirmer qu'à notre époque, il n'est pas de médecins, imbus de dogmatisme scolaire, qui ne diraient pas, avec le Tomès de l'*Amour médecin* :

« Un homme mort n'est qu'un homme mort mais une formalité négligée porte *un* notable préjudice à tout le corps des médecins ». —

« C'est cela, vous y êtes, interrompit Jacques Bonhomme, c'est vous qui venez à la rescousse et apportez des arguments à nos détracteurs.» —

« Du tout, mon cher, soyez patient et laissez-moi continuer. »

Est-ce que par hasard, les critiques et les moqueries de Montaigne et de Molière qui, il faut le reconnaître, avaient des bases plus solides et étaient présentées avec plus de talent que celles des pamphlétaires de notre époque, ont déconsidéré les médecins et retardé l'évolution et les progrès de la médecine, devenus prodigieux au cours du XIX siècle ? Vous conviendrez avec moi que, sans être très fort en histoire de la médecine, le médecin a continué et continue de tenir sa place dans la Société, place convoitée qui lui crée dans les milieux intellectuels beaucoup d'envieux et de jaloux. C'est peut-être ce qui fait qu'on l'attaque et qu'un certain public écoute avec plaisir ces attaques, tant que la maladie n'a pas modifié ses sentiments. »

« Je crois que vous avez ici raison, approuva Jacques Bonhomme. » —

« Je continue. Je prétends que vos clients, que nos clients, en lisant ces diatribes, même s'ils les croient sincères, ne laissent pour cela en rien diminuer leur confiance en nous.

Vous êtes de mon âge, Jacques Bonhomme, et comme moi vous avez quelque connaissance des hommes. N'avez-vous pas remarqué que, lorsque, dans une conversation, quelqu'un déblatère sur les médecins (et cela est fréquent), il les charge sans charité de tous les péchés d'Israël, mais il fait une exception, c'est pour son propre médecin, celui en qui il a confiance.

Ah ! celui-là est d'une autre époque, d'une autre race ; il a autant de qualités que les autres ont de défauts. Il est unique, c'est un as, comme l'on dit aujourd'hui. Et si toutes les personnes qui prennent part à la conversation viennent à parler de leurs médecins, toutes séparément ne tarissent pas en éloges sur les leurs. Si bien qu'en fin de compte, tous les médecins des personnes présentes sont excellents ; il n'y a que ceux des absents qui ont tort.

Ne vous en étonnez pas, mon ami ! tout cela est bien humain. L'homme, même raisonnable, est heureux de faire savoir à autrui qu'il possède l'intelligence la plus vive, la femme la plus élégante, les enfants les plus beaux et même..... le meilleur médecin.

Enfin, je vous ai dit que je me faisais fort de démontrer que la rigueur que l'on témoignait aux médecins coupables de défaillances professionnelles, que la férocité même avec laquelle on les poursuivait, étaient des preuves indiscutables de la haute considération et du respect qu'a le public pour la profession médicale.

Je ne voudrais pas faire état du truisme, quelque peu périmé, de la médecine sacerdoce. Cependant, si nous ne croyons guère plus, nous, au sacerdoce du médecin, j'avoue que cette croyance persiste plus qu'on ne croit dans les familles.

Tel acte qui choque à peine ou même ne choque pas du tout, accompli par un individu quelconque, est imputé à crime au médecin qui s'en est rendu coupable.

En voulez-vous un exemple ? Un industriel, un commerçant ou un bourgeois quelconque, qui entrera en fraude des marchandises à la barbe des douaniers, qui trompera le percepteur par une habile et fausse déclaration de son chiffre d'affaires, qui laissera au naïf de notre espèce le soin de payer intégralement l'impôt sur son revenu, sera pour le gros public, pour ses congénères et pour la Presse, un parfait honnête homme. Certains le considèreront comme un malin, un débrouillard et, dans les milieux les plus corrects, c'est tout juste s'il ne tirera pas gloire de sa mauvaise action. Cet homme est cependant un *voleur*, il a volé l'Etat, c'est-à-dire vous et moi, tout le monde. Si ce voleur est pincé, on l'excuse, on transige avec lui, il ne perd rien en honneur, ni en considération : à peine si les Pharisiens sévères le traiteront de maladroit. Un jour, un ministre le décorera, soyez-en sûr. Mais qu'un médecin détache, d'un carnet de pensionné de guerre, quelques bulletins auxquels il n'a pas droit, qu'à l'exemple du citoyen ci-dessus, il vole à l'Etat quelques centaines, quelques milliers de francs, il sera traqué, arrêté, il fera des mois de prison préventive, il sera sévèrement condamné ; on ira jusqu'à le priver du droit de travailler pour vivre et faire vivre sa famille innocente.

En vérité, qu'a-t-il fait de plus que le commerçant, l'industriel ou le bourgeois, ci-dessus ? *Comme lui, il a volé l'Etat*, mais,

> Un haro général s'élève contre lui
> Il a, le malheureux, volé l'herbe d'autrui.

Je ne le défends pas, je ne l'ai jamais défendu ce confrère coupable, ce confrère marron. Comme beaucoup d'autres, comme tout le Corps médical, je l'ai laissé condamner sans protestation et pourtant.....

N'est-ce pas ici le moment de rappeler le passage de Montaigne que j'ai cité plus haut, qui parle de cette justice, « pastissage des loys, très inapte souvent, et très inique ». —

Jacques Bonhomme, si sévère cependant pour les médecins marrons, paraissait m'approuver. Je continuai :

« Il faut bien admettre que ce qui est pour un individu quelconque une faute vénielle devient une faute grave pour un médecin. L'indiscrétion, par exemple, est pour lui un délit prévu et puni par la loi. S'il en est ainsi, c'est que le médecin a une place à part dans notre Société, qu'on le considère comme une sorte de surhomme qui n'a pas droit aux défaillances.

C'est peut-être un préjugé, mais ce préjugé est à notre honneur. La conduite légère d'un prêtre sera infiniment choquante, même pour les gens sans religion, tandis que les prouesses d'un Don Juan du monde, d'un poète, d'un artiste, l'entoureront d'une auréole et créeront autour de lui une atmosphère d'admirative sympathie. Une grossièreté dans la bouche d'une femme du

monde sera intolérable, quand elle passera inaperçue prononcée par une harengère.

De même pour la profession médicale, le méfait, pardonnable ailleurs, ne l'est plus chez elle. Elle forme une classe à part, on exige plus de qualités et de vertus dans son sein.

Nous sommes en démocratie, mais il y a chez nous des professions aristocrates, dans le sens étymologique du mot, et pour les membres de ces professions,

Noblesse oblige.

Le public a le sentiment de cette noblesse professionnelle et, s'il se montre sévère pour nos fautes, parfois injuste et même cruel, c'est qu'il a l'habitude de nous considérer un peu comme des *Saints.* » —

« Votre raisonnement est subtil, conclut Jacques Bonhomme, mais il va me rendre anticlérical et me faire prendre en grippe la médecine sacerdotale et les saints praticiens. *Homo sum.....* »

Et il me quitta en souriant.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE DU COU

Par P. Truffert,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de clinique-adjoint à la Faculté de Médecine.

Les modalités du traitement des adénopathies tuberculeuses cervicales sont nombreuses.

Il en est qui répondent plus particulièrement à telle ou telle variété clinique de l'affection ; il en est qui, au contraire, peuvent jouer un rôle bienfaisant dans tous les cas ; il est enfin des formes dans lesquelles certains procédés thérapeutiques sont essentiellement contre-indiqués.

C'est pourquoi, avant d'aborder l'étude des indications particulières à chacune des variétés cliniques de la tuberculose ganglionnaire du cou, nous allons d'abord envisager comment évolue un ganglion atteint par la tuberculose et nous verrons les indications thérapeutiques répondant à chacun des stades évolutifs.

Nous envisagerons alors les différentes modalités cliniques de la tuberculose ganglionnaire cervicale, ce qui nous conduira à préciser les méthodes thérapeutiques qui conviennent le mieux à chacune des variétés.

Evolution anatomique du ganglion tuberculeux

Lorsque le bacille de Koch pénètre un ganglion lymphatique, il y détermine la formation d'un follicule tuberculeux qui se traduit, cliniquement, par une augmentation de volume du ganglion atteint.

A partir de ce moment, l'infection peut : soit gagner toutes les chaînes ganglionnaires cervicales, et déborder même au delà, soit, au contraire, limiter son envahissement à un seul ganglion (ce qui est exceptionnel), plus souvent envahir les éléments ganglionnaires voisins dont l'ensemble constitue un même groupe anatomique.

Cette classification des éléments lymphatiques en groupes anatomiques est purement artificielle; elle est néanmoins à conserver au point de vue descriptif. Ce qui est le plus vraisemblable, ou, tout au moins, le plus conforme à ce que l'on rencontre au cours des dissections, est la superposition du système lymphatique au système veineux ; le renflement ganglionnaire étant situé au confluent des veines et le nombre des éléments, impossible à préciser, étant essentiellement proportionnel à l'importance du territoire drainé.

Mais, quelle que soit l'étendue de l'envahissement, la lésion ganglionnaire va continuer son évolution.

Le follicule tuberculeux, mal nourri, va se désintégrer, se caséifier, déterminant autour de lui la réaction inflammatoire caractérisée histologiquement par les cellules épithélioïdes, et dont l'aboutissant est la cellule géante.

A ce stade d'abcès intra-folliculaire, va succéder un stade d'abcès intra-ganglionnaire plus ou moins étendu.

Puis, suivant le terrain et sa défense, ou suivant le processus d'attaque par l'une des toxines éthéro-solubles ou chloroformo-solubles sécrétées par le bacille de Koch, l'évolution se fera, soit vers l'envahissement et l'abcès froid, soit, au contraire, vers la fibrose et la calcification.

Le but de la thérapeutique de la tuberculose ganglionnaire cervicale est de supprimer ou d'arrêter l'évolution d'une tuberculose encore fermée, ou d'amener à cicatrisation une tuberculose déjà évoluée ou fistulisée.

On poursuit ce résultat en agissant sur l'état général du malade, pour augmenter la vigueur de sa défense, mais, également, on peut agir directement sur la lésion, soit par des agents physiques : lumière, chaleur, radiothérapie ; soit par des agents chimiques : injections modificatrices ; soit enfin, lorsqu'il s'agit d'une tuberculose fermée et limitée, par l'intervention chirurgicale qui enlève en un bloc le follicule tuberculeux et la réaction qui l'entoure.

Tous ces procédés trouvent dans presque tous les cas leur indication. Cependant, il est des traitements qui conviennent plus particulièrement à telle ou telle variété, et qui ne sauraient, sans danger, être mis en œuvre à tel autre stade de l'évolution de la maladie.

C'est ainsi, par exemple, que l'on sait, à l'heure actuelle, que la radiothérapie, dont les résultats, si excellents au début de l'évolution d'une tuberculose ganglionnaire, est, au contraire, sans action, sinon nocive, appliquée sur un ganglion caséifié et ramolli.

C'est ainsi également que l'exérèse chirurgicale, qui amène une guérison rapide lorsqu'elle s'attaque à une lésion limitée, ne saurait plus trouver son indication logique dans le cas de lésions étendues obligeant, pour une cure radicale, à une chirurgie mutilante.

Formes cliniques des adénopathies tuberculeuses envisagées du point de vue thérapeutique

La classification des adénopathies tuberculeuses du cou, envisagées du point de vue de leur traitement, diffère légèrement de la classification purement clinique.

Deux grandes catégories se présentent d'abord : les tuberculoses pluriganglionnaires et les tuberculoses pauciganglionnaires.

Et dans chacune, nous envisagerons le ganglion folliculaire, le ganglion ramolli, le ganglion fistulisé, enfin, le ganglion guéri.

Formes pluriganglionnaires.

Sans contredit les plus fréquentes.

A la *micropolyadénopathie*, qui se voit chez des enfants adénoïdiens ou des adolescents à infection rhino-pharyngée, adénopathie dont la nature tuberculeuse ne fait pas toujours sa preuve, s'oppose l'*adénopathie cervicale tuberculeuse* généralisée, qui est une des formes fréquemment constatées en clinique.

Cette dernière est caractérisée par un chapelet de ganglions siègeant sur toute la chaîne jugulaire et envahissant le creux sus-claviculaire.

Cette chaîne est irrégulière ; à des ganglions volumineux, plus ou moins évolués, font suite des ganglions petits, dont la lésion est restée au stade initial.

Une exploration minutieuse de tous les groupes ganglionnaires cervicaux permet de constater l'atteinte de tous les éléments à des stades essentiellement différents, sans qu'il existe aucune liaison dans la succession des lésions anatomiques.

C'est là une forme très commune d'imprégnation tuberculeuse, rarement d'ailleurs localisée uniquement au cou.

Dans ces cas, en effet, existent souvent des adénopathies diverses : axillaires ou inguinales, mais, surtout, l'examen radioscopique montre constamment l'existence d'ombres hilaires, signature d'une adénopathie médiastinale.

Ce type clinique, que nous envisageons, existe à des degrés divers et il est très difficile d'établir une délimitation nette entre lui et les formes pauciganglionnaires.

C'est à cette forme pluriganglionnaire que l'on peut rattacher le *lymphome tuberculeux*, décrit par Sabrazès, étudié par Berger et Bezançon, et qui est caractérisé par de volumineux ganglions mous, mais isolés, sans réaction inflammatoire marquée, et pouvant s'accompagner de splénomégalie et d'adénopathies similaires, essaimées dans toutes les autres régions.

Le lymphome se sépare de la forme type par son peu de tendance à la suppuration, et par ce fait, qu'il apparaît à un âge plus avancé, adulte, alors que la tuberculose habituelle est souvent l'apanage de l'adolescent jeune.

Forme pauci ganglionnaires.

Cette forme est caractérisée par l'hypertrophie inflammatoire d'un groupe ganglionnaire avec intégrité tout au moins clinique du reste de la chaîne lymphatique.

Cette pléiade crue va, avec son évolution anatomique, s'agminer pour constituer un paquet et continuer à évoluer vers la fistulisation cutanée.

C'est surtout à cette forme localisée qu'appartiennent les surinfections, se greffant en général sur un ganglion ramolli ou abcédé, pouvant prendre le type d'un adénophlegmon. On voit que cette forme pauciganglionnaire évolue en trois périodes :

Une période de tumeur dure ;
Une période de tumeur fluctuante ;
Une période d'abcès fistulisés.

A chacune de ces trois périodes vont répondre des traitements bien particuliers qui nous restent maintenant à préciser.

Traitement des adénopathies tuberculeuses du cou

En présence d'une adénopathie cervicale tuberculeuse, le problème thérapeutique se pose très différemment suivant la forme clinique, suivant l'état anatomique des lésions.

Dans tous les cas d'ailleurs, il sera bon de traiter l'état général. On augmentera la défense de l'individu par un traitement approprié.

Traitement général.

Sans vouloir entrer dans le détail de ce traitement, on peut néanmoins en poser les grandes lignes.

Dans la pratique courante, on est encore malheureusement obligé de tenir compte de l'état social du sujet.

Les malades des classes pauvres vivent en général dans une hygiène défectueuse, et supportent souvent de lourdes charges sociales qui leur interdisent toute interruption dans leur travail.

Pour ces malades, le traitement général se bornera à un traitement arsenical et phosphaté, et à un traitement de recalcification qui leur permettra de lutter plus efficacement contre l'invasion de leur tuberculose.

Il sera bon également d'adjoindre à ce traitement général une désinfection des voies respiratoires, tant supérieures qu'inférieures.

Dans les classes aisées, ou chez les malades qui peuvent abandonner le milieu infecté de la ville, ou les fatigues de leurs occupations quotidiennes, on pourra conseiller les stations maritimes spécialisées et, au besoin, si leur état pulmonaire contre-indique le climat maritime, les stations d'altitude.

De tels malades tireront également bénéfice de stations hydrominérales comme : Biarritz, Salins-Moutier, Salies-de-Béarn, La Bourboule, Luchon, Cauterêts, Amélie-les-Bains, Challes, etc., en un mot, des sources arsenicales et sulfurées sodiques.

Traitement local.

Le traitement local est bien plus important à considérer ; il est surtout commandé par l'état anatomique du ganglion.

Au premier stade de l'évolution, au stade folliculaire, la RADIOTHÉRAPIE est le traitement par excellence des adénopathies tuberculeuses.

On sait à l'heure actuelle que les rayons à courte longueur d'onde (rayons X et radium) détruisent les éléments cellulaires jeunes aux premiers stades de leur évolution.

La radiothérapie aura donc son indication toute naturelle dans le traitement des ganglions hypertrophiés.

La radiothérapie devra être appliquée sur les gros ganglions mous, qu'ils soient multiples ou localisés, dans des séances courtes de radiothérapie pénétrante, dont le dosage, encore mal précisé, doit être confié à des spécialistes experts.

On assiste d'abord à une légère réaction au niveau du ganglion ; puis, peu à peu, la masse inflammatoire se résorbe, laissant après elle un nodule cicatriciel dont le volume est proportionnel à la masse ganglionnaire traitée.

Il ne faut, en effet, pas demander aux rayons la résorption complète, totale d'un ganglion. Il ne faut en attendre qu'une diminution considérable de volume, répondant à une transformation fibreuse qui enserre et étouffe le follicule tuberculeux.

On ne saurait davantage lui demander la stérilisation de ce follicule tuberculeux. La lésion enfermée dans une coque fibreuse, qui forme une barrière pratiquement infranchissable, persiste, et elle est susceptible de réveil à des intervalles quelquefois très lointains.

Il va de soi que, dans cet état, si la masse cicatricielle est volumineuse et trouble l'esthétique du malade, si l'on craint ce réveil ultérieur, la radiothérapie aura rendu un service considérable en préparant la voie à une exérèse chirurgicale aseptique par des incisions économiques et limitées.

S'il est des indications formelles à la radiothérapie, celle-ci comporte des *contre-indications* non moins absolues.

La caséification rend son action aléatoire, et toute trace de pus est cause d'un échec absolu.

Les ganglions ramollis, et, à plus forte raison les ganglions abcédés, ne doivent en aucun cas être soumis à l'irradiation.

Ils doivent auparavant subir un assèchement, et, c'est seulement lorsque celui-ci sera complet ; que l'abcès froid ganglionnaire tirera un bénéfice évident des rayons X.

A côté de la radiothérapie, se place, tout naturellement, l'héliothérapie qui, déterminant une congestion locale et activant la phagocytose peut, jointe au traitement climatique, avoir une action bienfaisante.

Ce traitement (que nous avons eu l'occasion de voir appliquer sur une large échelle, il y a une dizaine d'années, dans une station spécialisée de la Suisse Romande) est d'une application facile, et il nous a paru donner des résultats bien plus marqués sur les ganglions ramollis ou fistulisés que sur les adénopathies jeunes, pour lesquelles son action bienfaisante est néanmoins indiscutable et certaine.

Lorsque le ganglion est ramolli, lorsque la caséification a envahi toute la coque ganglionnaire, et, à plus forte raison, lorsque les fongosités se sont abcédées, la radiothérapie ne saurait être mise en jeu ; il faut agir directement sur la lésion.

Traitement des ganglions ramollis.

Nous verrons tout à l'heure, en étudiant la chirurgie des ganglions du cou, les raisons qui doivent rendre circonspect dans l'exérèse ganglionnaire, et ce sont ces raisons qui font le succès des injections modificatrices et des ponctions dans le traitement des tuberculoses ganglionnaires cervicales.

Elles ont des indications absolues qui sont :

1° L'atteinte générale de tout le système lymphatique du cou, où l'on ne peut envisager que les grands évidements ganglionnaires.

2° La localisation à certains ganglions (ganglions rétropharyngiens), pour lesquels on ne saurait envisager l'abord chirurgical.

Pour les autres formes, il s'agit dans les indications de questions d'espèces ; si l'état anatomique de la lésion intervient à coup sûr (si par exemple l'abcédation est complète), il faut tenir compte là encore de l'état social de l'individu.

Tel homme, en effet, préfèrera de beaucoup une guérison rapide,même au prix d'une cicatrice plus ou moins visible, à la répétition, quelquefois prolongée, de ponctions et de lavages.

D'ailleurs, tous les degrés existent dans le traitement, depuis la ponction jusqu'à l'extirpation totale.

La ponction. — Sa technique est trop connue pour que nous ayions à y insister ici. On abordera l'abcès à distance, en peau saine, à l'aide d'une aiguille assez volumineuse pour permettre l'aspiration d'un pus grumeleux et mal lié.

L'abcès évacué, on en lave la poche avec un liquide modificateur, destiné à amener la fonte des fongosités et à conduire peu à peu à l'assèchement de la suppuration.

Eliminant d'une façon complète le naphtol camphré, dont la toxicité est unanimement reconnue ; il faut, en ce qui concerne le traitement des adénopathies cervicales, faire quelques réserves dans l'emploi de l'éther iodoformé.

En effet, on doit, après injection de ce liquide, laisser le trocart ou l'aiguille en place pour expulser l'excès de vapeur.

Si cette précaution est d'une réalisation facile dans les abcès cervicaux inférieurs, elle est d'une application souvent très difficile dans les adénopathies cervicales hautes, qui proéminent souvent à l'intérieur du pharynx et que l'on doit aborder souvent par la bouche.

Dans ces cas, un excédent d'éther pourrait entraîner une distension de la poche et déterminer des compressions nerveuses se manifestant par une syncope quelquefois mortelle.

C'est à cause de ces restrictions que, suivant l'enseignement reçu de notre maître M. le Pr Sébileau, on emploiera plus volontiers le thymol camphré qui ne présente aucun des inconvénients des liquides précédents et dont l'action modificatrice s'est toujours révélée suffisante pour amener l'assèchement de tous les abcès froids.

En effet, après 5 ou 6 ponctions suivies de lavage de la poche par du thymol camphré, la suppuration ne tarde pas à diminuer et à se tarir complètement.

La masse résiduelle pourra alors être abandonnée à elle-même, mais il est sans contredit que son évolution régressive sera accélérée et favorisée par l'action bienfaisante de la radiothérapie.

L'objection à ce traitement chimique peut être sa longueur, et aussi ses échecs, car il est des cas, exceptionnels d'ailleurs, dans lesquels malgré les ponctions répétées, on assiste à un envahissement progressif de la peau, à une évolution vers la fistulisation.

Ces cas réclament un traitement plus énergique.

Le drainage capillaire de Croly, Duplay, Chaput, donne dans l'ensemble de bons résultats.

Lorsqu'on est en présence d'un ganglion caséifié, chez un malade qui réclame un traitement rapide, ce traitement est également de mise.

A l'aide d'une aiguille de Reverdin, on passe au travers de la cavité de l'abcès un faisceau constitué par 2 ou 3 crins ou une soie n° 5, et on les noue en anse extérieurement (1).

Ce drainage capillaire évacue la suppuration, en désintègre les fongosités qui s'éliminent à sa faveur.

On laisse ce drainage en place, pendant 7 à 8 jours ; sous le bénéfice de l'anesthésie régionale, on pratique à l'aide d'une curette fine un curetage complet du foyer. On doit, à la faveur de ce curetage, enlever complètement le ganglion altéré.

On le poussera donc jusqu'au moment où l'on pourra être certain d'avoir enlevé complètement la lésion.

On terminera alors l'opération en plaçant 2 ou 3 crins de drainage destinés à assurer l'évacuation du suintement sanguin et on placera un pansement compressif.

Au bout de 24 ou 48 heures, on enlèvera le drainage, on pansera à plat, et la lésion guérira en laissant après elle deux cicatrices punctiformes, n'entraînant aucun trouble de l'esthétique.

Ce traitement chirurgical bien particulier trouve son application dans le cas des tuberculoses ganglionnaires, qui nécessiteraient d'interminables ponctions ou une brèche chirurgicale trop large.

Lorsque l'abcès se réchauffe, son traitement devient celui des abcès chauds du cou : l'ouver-

(1) La technique que nous reproduisons, nous a été enseignée par notre maître M. Arrou, entre les mains duquel nous lui avons vu donner les plus beaux résultats curatifs et esthétiques.

ture avec ou sans curetage et le pansement à plat.

Abcès fistulisés.

Lorsque l'abcès est fistulisé, le curetage avec ou sans débridement suivi d'attouchement par du liquide modificateur, donne, sous nos climats, d'excellents résultats.

Mais, c'est dans ce cas d'abcès fistulisés que l'*héliothérapie* donne, sans contredit, les résultats les plus frappants.

Après une première période de quelques jours, pendant laquelle la suppuration semble augmenter, on voit rapidement bourgeonner et cicatriser spontanément des fistules que les autres traitements n'auraient guéries qu'à la longue ou avec des dégâts esthétiques plus ou moins considérables.

Le traitement chirurgical.

On pourrait dire que le traitement chirurgical ne connaît pas de contre-indications en dehors de la fistulisation.

On peut toujours enlever une masse ganglionnaire, lorsqu'elle n'est pas trop adhérente ou lorsqu'elle n'a pas envahi les régions avoisinantes.

Mais il est une limitation importante aux indications, qui est la cicatrice cutanée.

La chéloïde, toujours disgracieuse, est particulièrement mutilante et justement redoutée lorsqu'elle siège au cou, et d'autant plus, s'il s'agit d'une femme. Elle constitue, à elle seule, une contre-indication relative, mais importante.

C'est pourquoi, avant d'envisager un traitement chirurgical comportant une incision dans les segments visibles du cou, il faut toujours s'informer auprès de la malade si elle ne présente pas, en un autre point du corps, une cicatrice chéloïdienne.

S'il en existe une, on peut être presque certain que la cicatrice cervicale subira une dégénérescence identique.

Il est en outre des téguments et des aspects généraux de l'individu qui permettent de prévoir la possibilité de ces chéloïdes.

Les individus blonds, à peau mince, à apparence « lymphatique », sont des prédisposés à la dégénérescence chéloïdienne des cicatrices.

C'est pourquoi nous nous croyons autorisés à ajouter au traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses du cou, des indications thérapeutiques post-opératoires qui semblent diminuer la fréquence de ces cicatrices vicieuses.

Indications du traitement chirurgical.

Les indications de l'exérèse chirurgicale des ganglions tuberculeux du cou sont, en dehors des considérations sociales que nous avons déjà envisagées plus haut :

1° La limitation de la lésion à un ganglion ou à un petit groupe ganglionnaire.

2° Son état anatomique de tuberculose fermée ou de tuberculose calcifiée ou fibreuse.

Il est des cas où un ganglion tuberculeux guéri, ou tout au moins arrêté dans son évolution, reste volumineux au point d'engendrer un trouble dans l'esthétique de l'individu.

Dans ce cas, il faut enlever le ganglion ; on ne saurait, en effet, rien espérer ni de la radiothérapie, qui est sans action sur des tissus évolués, ni du drainage capillaire, qui ne saurait modifier un bloc fibreux ; le seul recours, est dans ce cas, dans l'exérèse chirurgicale.

On opèrera sous anesthésie générale, chloroformique, à distance, avec la pipe de M. Delbet, modifiée par M. Sebileau.

Cette précaution, éloignant l'anesthésiste du champ opératoire, en même temps, qu'elle augmente la régularité de l'anesthésie, supprime les chances d'infection.

On abordera le ganglion par une incision cutanée suffisante que l'on cherchera, autant que possible, à masquer dans un des sillons normaux de la région.

S'il s'agit cependant d'une adénopathie sous-maxillaire, il faudra reporter l'incision bas, au niveau de l'os hyoïde, en lui donnant la direction ansiforme recommandée par M. Sébileau.

En effet, une incision masquée dans le sillon sous-maxillaire sectionnerait, presque à coup sûr, le nerf du triangulaire des lèvres, branche du facial et déterminerait une déviation de la commissure labiale, temporaire il est vrai, mais toujours mal supportée par le malade.

D'ailleurs il est prudent, quelques précautions que l'on prenne, de faire prévoir d'avance, au malade, la possibilité de cet incident.

On relèvera un lambeau cutané musculaire et aponévrotique, sous lequel on trouvera immédiatement le ganglion.

L'exérèse de tels ganglions est toujours facile. Elle est suivie d'un suintement en nappe qu'il faut assécher complètement avant de refermer,

Il est important de pouvoir suturer complètement, sans drainage, et de soigner particulièrement la cicatrice.

Cependant, si le vide créé par l'extirpation du ganglion laisse un espace mort trop considérable, il sera prudent de disposer dans la ligne de suture un drainage au crin.

Pour suturer la plaie, l'idéal est la *suture intradermique*, chaque fois qu'elle est possible, et elle s'impose d'une façon absolue dans les régions découvertes, au cas d'adénopathie parotidienne, par exemple.

La suture aux agrafes de Michel est également excellente.

Quant à la suture par points séparés, elle

exige pour toutes les cicatrices cervicales des soins minutieux.

Il faut piquer la peau tout près de la ligne d'incision et assurer un affrontement exact des lèvres de celle-ci.

Malgré toutes ces précautions, les transformations chéloïdiennes ne sont pas exceptionnelles.

Il semble que l'on en diminue la fréquence par un soin plus minutieux apporté à la suture. Il semble également que l'irradiation de la cicatrice une ou deux semaines après l'opération constitue un traitement préventif à conseiller.

Mais, lorsque l'opération s'est déroulée aseptiquement, lorsqu'on aura pu assurer une suture exacte de la brèche opératoire sans drainage, lorsque, et c'est le cas habituel, la réunion par première intention et la guérison complète auront été obtenues sans incident en 5 à 8 jours, on aura diminué d'autant les risques de cicatrices vicieuses.

Traitement des cicatrices.

Dans certains cas, on est appelé à intervenir sur des cicatrices vicieuses d'abcès fistulisés et guéris.

Le problème se pose différemment suivant que l'on est en présence ou non d'une cicatrice chéloïdienne.

Si la cicatrice est chéloïdienne, on pourra essayer d'abord de l'assouplir en pratiquant dans son épaisseur des injections modificatrices de fibrolysine, d'huile d'olive créosotée à 20 % ; ensuite, on pourra la réséquer ; mais il faudra prévenir la malade que cette tentative sera peut-être suivie d'un échec.

Il faudra, après exérèse large, dont on aura soigné particulièrement la suture intradermique, surveiller constamment cette cicatrice.

A la première modification, on la soumettra immédiatement à des irradiations, et même, il est bon d'user de l'action préventive de la radiothérapie lorsque, au bout de 3 ou 4 semaines, la plaie n'a subi aucune modification.

Mais il est indiscutable que, quelque soin que l'on apporte à la résection, quelque minutieux que l'on se montre dans la suture intradermique, quelque rapide qu'ait été le traitement radiothérapique secondaire, la cure des chéloïdes connaît des échecs. Ces échecs en font une des séquelles les plus redoutées de toute la chirurgie du cou.

THÉRAPEUTIQUE ET VOYAGES AU LONG COURS

Par le Dr Adrien Loir, du Havre.

Lorsque j'étais à Sydney, il y a plus de trente ans, comme directeur de l'Institut Pasteur australien, j'ai vu souvent des personnes bien portantes, et même des malades, s'embarquer pour Melbourne à bord de grand transatlantiques, et revenir par la même voie au lieu de prendre le chemin de fer au moment du week end. C'est ainsi que nos alliés s'habituent peu à peu à voyager au long cours, et à comprendre le charme de ces traversées sur de gros bateaux de plus de 6.000 tonnes. Il ne s'agit plus, en effet, de petites traversées sur des navires de moins de 3.000 tonnes sur lesquels on a souvent le mal de mer et qui nous dégoûtent du long cours.

En 1888, lorsque Pasteur eut décidé d'envoyer une mission en Australie, personne autour de lui n'a parlé de la ligne des Messageries Maritimes et sur les indications du représentant de l'Australie à Londres, je suis allé m'embarquer à Naples sur un navire d'une ligne anglaise. Là, pendant les quarante jours de traversée, j'ai vu qu'il y avait à bord du vapeur une série de malades ou de convalescents envoyés par leurs médecins pour faire une cure de repos pendant ce voyage au long cours. Au cours des cinq années de mon séjour en Australie, je vis qu'à bord de tous les navires anglais arrivaient des malades qui faisaient souvent plusieurs fois de suite le voyage aller et retour, d'Europe en Australie, se servant de ces navires comme de véritables sanatoriums, sans même descendre à terre.

L'an dernier, j'appris que la compagnie Havraise Péninsulaire de navigation à vapeur organisait, sur ses navires de 6.000 à 7.000 tonnes qui vont tous les mois à Madagascar, et ne prennent leurs passagers qu'à Marseille, des voyages du Havre à Oran, Alger, Marseille, au prix de 500 francs pour dix jours de traversée, et je fus étonné de voir que ces navires partaient avec un ou deux passagers, souvent pas du tout. Me souvenant de ce que j'avais vu en Australie, et de ce que j'ai vu depuis sur toutes les lignes anglaises sur lesquelles j'ai navigué, j'écrivis à un médecin praticien anglais de mes amis en lui demandant de m'indiquer où les médecins de son pays puisent leurs renseignements sur la cure marine. Il me répondit en m'envoyant un gros ouvrage de Sir Hermann Weber datant de 1905. Là, je trouvai de longues pages sur la façon de prescrire les voyages au long cours, et on sentait que ce livre avait été souvent utilisé pendant la déjà longue carrière de mon ami : il était annoté.

Au cours d'un interéchange d'hygiénistes organisé par la Société des nations, je vins séjourner plusieurs semaines en Angleterre et là, grâce à l'amabilité du bibliothécaire de la Royal Society of medecine, j'ai pu consulter de nombreux documents. Un peu avant 1890, il y a eu, en Angleterre, une véritable accumulation de travaux sur la thérapeutique et les voyages au long cours. C'est une réelle croisade que les médecins anglais ont entreprise.

Dans les nombreux livres et articles publiés sur le sujet, on étudie les qualités du climat de l'Océan en opposition avec les autres conditions climatiques du bord de la mer, de la plaine, de la montagne.

La cure marine a été recommandée pour soigner un grand nombre de maladies, depuis la plus haute antiquité. A la fin du dix-huitième siècle Gilchrist a publié en anglais un livre sur la cure marine qui a été traduit en français et qui a provoqué de nombreux travaux sur la question. Regnerel, dont le livre d'hygiène a été consulté par tous les médecins de la première moitié du dix-neuvième siècle, adoptait, en même temps que Laënnec et bien d'autres, la cure marine. En 1854, Rochard, médecin de la marine militaire française, a dit que la tuberculose marchait très vite à bord des navires. Il parlait des navires de guerre dans lesquels les chauffeurs sont placés dans des conditions éminemment défectueuses. Ses idées ont été adoptées par les médecins français.

Malgré cela, la pratique maritime n'a pas été abandonnée. Le littoral permettait d'aller à la mer vivre de l'air marin, et on a beaucoup étudié, au point de vue thérapeutique, le séjour au bord de la mer : Berck, Nice, Cannes, Menton, etc.

On s'est aussi occupé de la cure en mer sur le littoral à bord de petits bateaux à la rame ou à la voile, comme la chose a été préconisée par Lalesque sur le bassin d'Arcachon. Mais la cure par les voyages au long cours a été complètement abandonnée en France. En Angleterre, au contraire, seule, la cure au long cours a été ordonnée par les médecins et des publications nombreuses ont été faites à ce sujet.

Les médecins français confondent le climat du littoral et le climat de pleine mer, et dans leurs publications, ils citent à côté de leurs observations prises sur le littoral, celles des Anglais prises dans les longs voyages en mer : aussi, il y a des résultats contradictoires. En effet, le climat du littoral n'est pas le même que celui de la haute mer. Ce dernier est caractérisé par sa stabilité.

Les Français, d'un autre, côté connaissent mal la mer. Ils ont été en Angleterre, en Algérie, sur des navires de moins de 3.000 tonnes, très rapides sur des mers hachées, pendant des traversées trop courtes pour pouvoir en profiter : ils ont eu le mal de mer. D'autres ont été à New-York sur de grands navires, comme le *Paris* et la *France*, mais cette traversée est courte et se fait sur une mer très souvent agitée. Il existe des lignes nombreuses qui sont desservies par nos paquebots français et sur lesquelles les jours de mauvais temps sont l'exception ; ce sont celles-là qu'il faut choisir.

Les personnes véritablement nerveuses, celles qui travaillent sans ménagement, profitent plus d'un séjour à la montagne que d'un voyage en mer, mais ceux au contraire qui n'ont pas de tendance à l'irritation nerveuse et peuvent supporter le surcroît de travail des échanges physiologiques amenés par le voyage en mer, les anémiés, les surmenés, les scrofuleux, les ganglionnaires, les convalescents, trouvent dans le séjour sur l'Océan un moyen de reconstitution qu'il faut utiliser. Ces personnes doivent se servir, pour aller en mer au long cours, d'un navire stable, bien équilibré, de 6.000 à 7.000 tonnes au minimum, pour un vapeur, — de 2.000 tonnes environ au minimum pour un voilier. Il faut choisir sa ligne et sa saison pour profiter le mieux possible du voyage.

Depuis un an, je parle de cette question ; plusieurs de nos confrères ont été amenés à faire des voyages au long cours ; du reste, le public à l'air de s'intéresser à la chose, je viens d'apprendre que les navires qui partaient sans passagers l'an dernier pour aller du Havre à Marseille, ont déjà toutes les cabines retenues pour les voyages du mois d'août 1924.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les effets diurétiques des urines de crise.

On sait quelle importance ont les crises urinaires spontanées au décours de certaines maladies, telles que la pneumonie, l'ictère catarrhal, la dothiénentérie, etc. Ces crises urinaires portent à la fois sur l'eau, sur les chlorures, sur l'urée.

Ces crises, disent les Professeurs Carnot et Rathery, ne sont pas l'apanage d'une infection particulière : elles représentent un processus réactionnel de l'organisme, dont le mécanisme est, vraisemblablement, humoral : pour démontrer ce fait, les auteurs ont injecté à des animaux, mis soigneusement en équilibre nutritif, les humeurs récoltées au moment de la crise et notamment les urines ; celles-ci se sont montrées, en effet, d'une action diurétique importante. Il semble donc que la diurèse soit provoquée, lors de la crise, par certaines substances agissant sur le rein, déclanchant la polyurie et s'éliminant par l'urine, les injections du sérum sanguin n'ayant pas donné de résultat. De plus, aucun effet n'est davantage obtenu par l'urine du même sujet, prélevé en dehors de la période de crise ; seule, l'urine de crise polyurique a provoqué de la polyurie.

A noter enfin qu'à côté des crises polyuriques provoquées par une substance diurétique existant dans les urines de crise, il y a probablement d'autres élévations du volume urinaire, déter-

minées par d'autres circonstances, et qui ne doivent pas être confondues avec les diurèses critiques, qui seules sont étudiées dans ce travail. (*Paris médical*, 29 mars 1924.)

Etat actuel de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antigonococcique.

Stocks vaccins, monomicrobiens au polymicrobiens (ces derniers sont à préférer en raison des associations microbiennes très fréquentes du gonocoque), ou *autovaccins* (préparés avec le pus, les filaments ou le sperme du malade), ne donnent pas de résultats brillants dans la blennorrhagie *aiguë*. La vaccinothérapie n'est utile (et encore faut-il l'associer aux grands lavages) qu'à la période de déclin, et dans la blennorrhagie chronique. Dans les complications, les résultats sont tout particulièrement brillants (orchi-épididymites, arthrites, abcès de la prostate).

On doit les injecter à doses croissantes de 1 /4 de cmc jusqu'à 1 cmc. ; l'injection se fait en général dans la partie supérieure de la fesse aux points d'élection ; les injections sont répétées de 2 en 2 jours ; on en fait en moyenne de douze à quinze.

Les *sérums* employés sont non spécifiques (ex. : le sérum antiméningococcique, ou antigonococcique). Peu probants dans la blennorrhagie elle-même, ils ont donné de très beaux résultats dans les complications, en particulier dans les infections généralisées, les arthrites gonococciques, les orchiépididymites.

Cependant, le Dr Ch. DAVID rappelle qu'il a observé, à la suite de l'emploi du sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur des accidents fort dramatiques, qui se sont d'ailleurs terminés par la guérison, mais qui lui font accorder une préférence marquée à la vaccinothérapie. (*L'Hôpital*, avril 1924, A.)

Considérations sur la syphilis en marge des traités classiques.

Les chercheurs sont accaparés aujourd'hui par le *siège des lésions* et par la *qualité du virus syphilitique*. Mais, si les incidences de la qualité des virus syphilitiques restent encore obscures, nombre de faits, d'après Paul CHEVALIER, démontrent l'importance de la *quantité de microbes* qu'apporte la contamination et qui se nourrissent de l'organisme.

Aucune lésion syphilitique n'est inoffensive, mais la probabilité de contamination croît en proportion directe de la richesse en virus de la lésion donnante : la gomme est peu contagieuse; l'érosion secondaire l'est beaucoup ; la papule muqueuse et le chancre, qui répondent à la moindre irritation par une sécrétion abondante, infectent quasi à coup sûr. Ainsi la syphilis est d'autant plus contagieuse qu'elle est plus jeune, et les syphilis qui restent jeunes sont éminemment dangereuses. Un traitement qui empêche la syphilis de vieillir lui conserve souvent (aussitôt qu'interrompu, il a cessé de faire sentir son action) un haut degré de contagiosité. Si âgée qu'elle paraisse, toute syphilis abandonnée avant sa guérison peut contaminer.

Plus la contamination transfère de virus, plus cette contamination est intense.

La durée d'une syphilis n'est pas directement en rapport avec la quantité initiale de virus, et il n'est guère possible de prétendre que les contaminations minimales donnent des infections moins tenaces que les contaminations fortes.

Cependant, si l'intensité de la syphilis est directement proportionnelle à la quantité initiale de virus, elle est aussi inversement proportionnelle à la résistance opposée secondairement par l'organisme, dont le début et la valeur sont des facteurs individuels.

Le traitement se propose de détruire complètement le virus ; mais le traitement le plus actif ne détruit qu'une fraction déterminée de la quantité actuelle (et non initiale) de virus. Idéal est le traitement, dont les actes curatifs sont continus ou séparés par des périodes assez brèves pour que la quantité de virus n'ait pas le temps d'augmenter. Commencer par des doses aussi fortes que possible, serrer les injections dans la série, abréger le repos entre les séries, poursuivre les cures longtemps après la guérison apparente sont les exigences essentielles d'un traitement presque idéal.

La mollesse des cures initiales fait souvent que, dans la suite, la maladie déjoue les ressourcse de la thérapeutique la plus énergique (ascension du nombre des tréponèmes : mauvais traitement). Juste suffisant est le traitement qui maintient stationnaire le nombre des spirochètes. La plupart des traitements actuels combinent le presqu'Idéal et le juste suffisant. La petitesse injustifiée des doses médicamenteuses, l'allongement des cures de repos, et par dessus tout l'interruption prématurée du traitement, sont les écueils sur lesquels sombre très souvent l'espoir de guérison. (*L'Hôpital*, mars 1924, A.)

Glaucome et troubles endocriniens.

De même que l'asthme « dit essentiel » doit être séparé des dyspnées asthmatiformes, de meme la description du glaucome n'acquiert de clarté que si on isole cette affection des désordres qui parviennent à la simuler : il existe, en effet, des accidents d'hypertension oculaire d'origine infectieuse (ophtalmie sympathique) ou néoplasique, qui rappellent l'exagération de la tension du globe oculaire, caractéristique principale du glaucome « essentiel ».

Deux observations, publiées et commentées

par Henri Lagrange, sont à cet égard très intéressantes.

Chez une malade se trouvaient associés le syndrome de Basedow, l'insuffisance ovarienne et un syndrome deRaynaud ; or, au phénomène cataménial semblaient attachés des troubles oculaires, précisément constitués par des accès de glaucome ; ces accès se reproduisaient avec une intensité variable, mais parallèlement aux troubles menstruels,et les heureux effets qu'ont sur ces derniers le traitement opthérapique retentirent de la façon la plus heureuse sur les troubles oculaires. Au fur et à mesure que les périodes se rétablirent chez cette jeune fille et que leur durée s'approcha des limites normales, les accès de glaucome diminuèrent d'intensité, puis disparurent.

Chez une deuxième malade, il s'agissait d'une migraine avec paroxysmes cataméniaux, sur laquelle l'opothérapie eut un effet estimable, mais qui ne fut franchement améliorée que le jour où le syndrome de glaucome paroxystique fut combattu directement par l'usage des myotiques. Ici, c'étaient plutôt des céphalées glaucomateuses ; la diathèse glaucomateuse est au second plan, elle fait partie cependant des manifestations névropathiques qui sont le cortège fréquent des dysménorrhées.

Quel que soit le rôle joué par les glandes endocrines, on ne saurait à l'heure actuelle dire si leurs altérations sont le point de départ de toutes ces perturbations oculaires, ou si elles ont ici un rôle intermédéaire. Mais le glaucome paraît ici lié à une perturbation du système d'innervation du globe oculaire ; or, si dans la crise d'asthme, l'adrénaline agissant sur le sympathique provoque la sédation du bronchospasme et active la terminaison catarrhale, dans l'accès de glaucome aigu de la première malade, l'adrénaline a fait tomber la tension oculaire. Par là s'établit la liaison entre la crise glaucomateuse et certains éléments du choc anaphylactique, comme l'urticaire, l'asthme, la maladie de Raynaud, bref, différentes manifestations de la diathèse colloïdoclasique.

Dans le glaucome primitif, le système sympathique intervient, mais on ne peut encore préciser son rôle, et dissocier les actes sympathiques et parasympathiques de ce système. (*La Presse médicale*, 5 avril 1924.)

Les traitements du diabète et les nouvelles méthodes thérapeutiques

Contrairement à l'idée de certains, le diabète doit être traité : non traité, il s'aggrave progressivement ; bien traité il s'améliore ; il faut donc le traiter correctement, car un simple régime mal prescrit est beaucoup plus dangereux que pas de régime du tout (F. Rathery). Mais chaque cas de diabète représente en réalité un petit problème à résoudre et la solution n'en peut être donnée qu'en se basant sur des règles précises, qu'il est dangereux de méconnaître.

Supprimer la cause du diabète est le traitement idéal ; mais, dans la pratique, le seul cas typique s'adaptant à ce but est le diabète syphilitique.

Sinon, il faut s'attaquer au trouble nutritif lui-même, représenté par la diminution du pouvoir d'assimiler les hydrates de carbone ; tout individu, qu'il soit normal ou diabétique, doit avoir une ration d'entretien, *calorimétriquement suffisante*, et renfermant dans un *équilibre déterminé* toutes les variétés d'aliments, qui ont tous une valeur spécifique ; les hydrates de carbone doivent exister à un certain taux dans toute ration ; sinon, les albumines et les graisses cesseront d'être assimilables normalement, d'où l'acidose chez le diabétique.

Le traitement de la grande majorité des cas de diabète (3/4 des cas) diabètes simples, mais non diabètes consomptifs, est encore celui qu'avait proposé Bouchardat, il y a près d'un siècle ; il en avait établi avec minutie les différentes règles ; faute de lire cet auteur et ses œuvres dans le texte original, nous acceptons comme règles de diététique nouvelles ce qu'il prescrivait depuis longtemps ; les travaux modernes ont simplement donné des assises scientifiques aux prescriptions diététiques de Bouchardat ; ils ont permis de reconnaître l'importance capitale de la notion de l'*équilibre* entre les diverses variétés d'aliments, et ils nous ont ouvert des horizons nouveaux pour la thérapeutique de la maladie.

La découverte de l'*insuline* est certainement *capitale* dans l'histoire du diabète ; mais, contrairement à ce qu'on a écrit, elle *ne résout pas encore le problème*. L'insuline ne guérit pas le diabète ; mais elle l'améliore de façon notable.

Elle provoque la chute de la glycémie, augmente la tolérance pour les hydrates de carbone, diminue ou fait disparaître les corps acétoniques, rétablit l'équilibre azoté.

Elle ne convient pas à 75 % des diabétiques : diabétiques simples, chez lesquels elle permet des succès faciles, mais onéreux, sans avantage pour le malade, même dans les accidents d'acidose où le simple retour au régime suffit.

Elle convient aux diabètes consomptifs récents, aux formes de l'enfant et au coma-diabétique.

Quant aux *autres diabétiques*, l'insuline ne leur permet pas de se libérer des restrictions alimentaires ; elle les atténue en partie, mais ne supprime pas le régime. Rien ne remplace pour eux ce malheureux régime, mais il est inutile et même dangereux de trop se priver ; il faut restreindre son alimentation hydrocarbonée, mais seulement à son degré de tolérance. (*Paris médical*, 22 mars 1924.)

Sur la guérison spontanée de la syphilis.

Proposition d'allure paradoxale, qui fera sans doute bondir bien des syphiligraphes, et que je trouve formulée par M. AUDRY. « Nous sommes hors d'état de savoir, dit-il, si un syphilitique est réellement, définitivement, mathématiquement guéri... La soi-disant guérison de la syphilis n'est pratiquement qu'une proportion plus ou moins élevée de chances favorables... Un syphilitique est guéri quand il se trouve en état de latence totale et définitive. »

Sur ces prémisses, l'auteur se demande si l'organisme est capable seul et par ses propres moyens de produire des anticorps de défense d'une efficacité telle qu'ils détruisent complètement et définitivement tous les spirochètes qui ont constitué la maladie. Et il répond affirmativement. Et il s'appuie, pour s'exprimer aussi affirmativement, sur l'étude des hérédo-syphilitiques. Pour lui, bon nombre d'hérédo, avérés ou latents, guérissent spontanément, indemnes de tout accident, libres de toute manifestation sérologique, non contagieux dans le mariage.

« Je ne crois donc pas vraiment m'éloigner de la vérité, en disant que la syphilis peut guérir spontanément, soit dans la lignée, soit chez l'individu. Je crois aussi que ces guérisons spontanées sont bien loin d'être rares ; mais je me hâte d'ajouter qu'il n'en faut pas moins traiter tous les syphilitiques, aussi tôt, aussi fort et aussi longtemps que l'exigeront les indications récentes : car on peut déjà s'apercevoir que le pronostic lointain de la syphilis est aussi bien amélioré par la thérapeutique actuelle que les accidents précoces. Les guérisons spontanées ne sont pas diminuées, et les guérisons thérapeutiques sont infiniment multipliées. » (*Bruxelles médical*, 19 juin 24.)

Galactothérapie et autosérothérapie dans l'ophtalmie sympathique.

M. FRADKINE a traité trois cas d'ophtalmie sympathique, d'abord par des injections du propre sérum du malade, ensuite par des injections parentérales de lait. L'autosérum s'est montré inefficace, tandis que le lait donnait des résultats positifs. Peut-être faut-il attribuer la cause de l'échec du sérum à son emploi tardif. D'après l'auteur, il pourrait être employé, au moins à titre prophylactique, tout à fait au début de l'ophtalmie. Quand l'affection est confirmée, c'est à la thérapeutique par les chocs que déclanche l'injection de lait qu'il faut recourir. (*La Clinique ophtalmologique*, juin 24.)

Exophtalmie pulsatile traumatique.

Cette curieuse affection est causée par un anévrysme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux ou de l'artère et de la veine ophtalmique, succédant à un traumatisme crânien (fracture de la base, projectile intracrânien...).

Elle se manifeste par la symptomatologie suivante : exophtalmie très marquée, avec conjonctivite, chémosis..., battements systoliques plus ou moins apparents, bruit de souffle perçu subjectivement par le malade, et par l'auscultation objective.

Le traitement consiste à lier la carotide primitive ou la carotide interne. Ainsi fut fait dans les deux observations rapportées par l'auteur.

On a préconisé également la ligature des veines ophtalmiques : elle a réussi sans doute parce qu'il ne s'agissait pas d'anévrysme, mais d'ectasie veineuse.

On pourrait également essayer préalablement à l'intervention les injections de sérum gélatiné. (*Bruxelles médical*, 26 juin 24.)

Régime restreint et jeûne cause de dermatose.

Les maladies de la nutrition, celles qui intéressent particulièrement le tube digestif, réclament habituellement un régime alimentaire plus ou moins sévère. On prescrit volontiers des aliments stérilisés, pris en quantité modérée, afin d'écarter de l'alimentation les poisons, les toxines qui pourraient susciter de fâcheuses fermentations.

Mais il s'agit là de régimes carencés, dont sont exclues les vitamines. A la longue, ils déterminent des troubles de la santé, et peuvent même provoquer l'apparition de dermatoses plus ou moins systématisées, ainsi que M. H. MALHERBE en rapporte un cas très suggestif.

Il faut savoir combattre la phobie de l'aliment que présentent la plupart des gastro-entéropathes, leur recommander un régime plus substantiel, et surtout plus riche en aliments frais, vecteurs de vitamines : viande crue, lait frais cru, fruits frais, etc., Le mal sort souvent de l'excès du bien, ou de son apparence. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er juillet 24.)

Syphilis secondaire du système veineux.

La notion d'une septicémie syphilitique étant actuellement admise, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'infection intéresse les veines, déterminant des phlébites, qui s'observent au cours de la période secondaire aussi bien que dans le tertiarisme. Dans le premier cas, ce sont les veines superficielles qui sont atteintes, veines du pénis, du membre inférieur (saphène interne), du membre supérieur (céphalique). Ces phlébites sont indolores et évoluent à froid, ou avec une légère réaction subinflammatoire. On les distinguera des lymphangites, avec lesquelles on les confond

volontiers. Leur pronostic est bénin : elles cèdent au moindre traitement spécifique.

M. Danel en cite un exemple des plus caractéristiques. A la période tertiaire, ce sont plutôt des gommes veineuses que des phlébites proprement dites.

On connaît aussi une forme noueuse de phlébites précoces dans la syphilis. On ne la confondra pas avec l'érythème noueux, avec ses nodosités diffuses, inflammatoires, douloureuses, dermo-épidermiques. (*Journal des sc. médic. de Lille*, 29 juin 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Diabète, insuffisance glycolytique et insuline.

(M. Ch. Achard.—*Académie de médecine* ; 15-7-1924.)

Sous ce titre, M. Achard présente une intéressante étude de pathologie générale dans laquelle il envisage, sous des jours nouveaux, la vaste question des glycosuries, du diabète et de l'insuffisance glycolytique.

La découverte de l'insuline a dépossédé en grande partie le foie du rôle qui lui était attribué en matière de diabète. La glande pancréatique s'est ainsi mise au premier plan dans la pathogénie des glycosuries et du diabète.

Il faut partir, en la matière, de l'insuffisance glycolytique, c'est-à-dire de l'insuffisance qu'a l'organisme, *dans certaines conditions*, d'utiliser convenablement le glucose. L'insuffisance glycolytique peut être simple, légère, ne déterminer aucun trouble clinique apparent, tout en étant décelable par des épreuves spéciales, ou être plus accusée, s'accompagner de glycosurie passagère ou de diabète véritable, avec toutes les complications possibles de l'hyperglycémie. On voit qu'une gamme assez grande s'étend entre le prédiabète de l'insuffisance glycolytique simple et les grands diabètes, à formes elles-mêmes diverses.

Glycosurie et diabète peuvent s'associer avec des états pathologiques, nombreux : uricémie, obésité, affections hépatiques, diabète bronzé, acromégalie, maladie de Basedow, virilisme ou féminisme pilaire, etc. Au cours du diabète enfin, peuvent se rencontrer des altérations nutritives, dont les plus redoutées sont l'acétonémie et l'acidose.

Il est important de rechercher, dans nombre de troubles pathologiques l'état de la glycolyse, l'insuffisance glycolytique. L'étude de l'exhalation carbonique, celle de l'hyperglycémie après ingestion de glycose, sont deux bons moyens d'y parvenir. Une épreuve plus ancienne se base sur la glycosurie provoquée. On pourra obtenir ainsi quelquefois des données intéressantes sur l'étiologie du diabète. Cette étiologie, comme celle de toutes les insuffisances endocriniennes, reste fort obscure, à part quelques cas relevant de la syphilis.

M. Achard estime que les indications de l'insuline, dans la thérapeutique du diabète, devraient être étendues. Il faudrait posséder des préparations moins coûteuses et pouvoir se servir de cette substance comme de l'extrait thyroïdien, par exemple dans l'insuffisance thyroïdienne.

— M. Marcel Labbé remarque que la communication de M. Achard est une véritable profession de foi sur le diabète. Toutes les questions relatives à celui-ci y sont en effet effleurées. L'idée maîtresse est l'étude de l'insuffisance glycolytique et l'intérêt dans y a à dépister ce trouble de la glycorégulation qu'il nombre de circonstances morbides.

La tuberculose des nourrissons et la crise du logement.

(MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet. — *Académie de médecine* ; 15-7-1924.)

M. Nobécourt a enregistré, dans son service de l'hôpital des Enfants, une augmentation du nombre des nourrissons tuberculeux depuis la guerre. Cette augmentation lui paraît dépendre, dans une large mesure, des conditions actuelles de l'habitation à Paris.

Très souvent, les familles qui confient leurs enfants à l'hôpital vivent dans des locaux petits, insalubres, insuffisamment aérés. Plusieurs personnes s'entassent dans la même chambre : si l'une d'elles est atteinte de tuberculose pulmonaire, la contagion du nouveau-né est fatale. La pénurie et l'encombrement des logements interviennent donc dans l'accroissement de la tuberculose des nourrissons, à Paris.

Deux mesures sont indiquées pour lutter contre cette situation : éloigner les nouveau-nés lorsqu'ils viennent au monde dans une famille où séjourne un tuberculeux ; recourir à la récente méthode de préservation indiquée par Calmette, par la vaccination anti-tuberculeuse.

La transfusion intra-cardiaque.

(MM. Kemal Djenab et Mouchet. — *Académie de médecine* ; 15-7-1924.)

MM. Kemal Djenab et Mouchet se sont demandé si, dans des cas d'hémorrhagies particulièrement graves, il n'y aurait pas avantage à pratiquer la transfusion sanguine directement dans le cœur, au lieu de faire l'injection citratée intra-veineuse. Il

ont entrepris une série d'expériences chez le chien chloralosé, et ils ont vu que, tout d'abord, la transfusion intra-cardiaque à pression forte ou moyenne entraînait rapidement de la dilatation aiguë du cœur. Sous pression basse, cet accident devient rare. Les résultats thérapeutiques, toutefois, n'ont pas paru aux auteurs mériter qu'on s'arrête à cette méthode, sauf circonstances exceptionnelles. Le bénéfice peu considérable de la transfusion directe intracardiaque n'est pas compensé par le danger de la dilatation aiguë du cœur, qui reste toujours à craindre.

Température intra-trachéale chez l'homme.

(M. Collet, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 15-7-1924.)

Introduisant dans la trachée chez un sujet laryngostomisé un fin thermomètre, M. Collet a recherché l'état calorique normal du conduit trachéal chez l'homme.

La température moyenne de la trachée s'est montrée voisine de 36°. Il en résulte, dit l'auteur, qu'il y a intérêt dans la pratique des injections intratrachéales à utiliser de préférence un liquide dont la température se rapproche de ce chiffre.

M. Collet a également étudié les variations de température dans la trachée, à l'inspiration et à l'expiration, mais d'autres observations seront nécessaires pour conclure.

Le bismuth dans la syphilis héréditaire.

(M. A. Galliot. — *Société de médecine de Paris* 24-5-1924.)

M. Galliot présente quelques réflexions sur le traitement bismuthé de l'hérédo-syphilis infantile. Chez les nourrissons, l'auteur s'adresse aux préparations solubles, la résorption de sels insolubles, non brassés par la marche, se faisant mal à cet âge. Chez les enfants plus grands, les préparations insolubles reprennent leurs avantages, comme pour l'adulte.

Les doses paraissent devoir être les suivantes : deux milligrammes de bismuth métal, par kilogr., et par semaine, pour le nourrisson. Pour l'enfant plus grand, un centigr. de bismuth métal par année d'âge et par semaine.

Les résultats qu'a obtenus l'auteur sont d'ordre local (sur certaines manifestations de la syphilis) et d'ordre général (sur le développement du sujet). Le bismuth, en médecine infantile comme en médecine d'adulte, s'il est inférieur à l'arsenic comme médication d'attaque de la syphilis primaire, est indiqué dans le traitement de fond de la maladie, dans la thérapeutique d'entretien. Il constitue la cure de choix chez les arséno-résistants et les mercuros résistants ou intolérants.

Les accidents d'intoxication bismuthée sont rares. M. Galliot n'a observé ni stomatite, ni troubles rénaux. Il a vu survenir deux ou trois fois, des érythèmes ou de l'amaigrissement.

Syphilis méconnue et chirurgie.

(MM. A. Léri et Barthélémy. — *Soc. de dermat. et syphiligraphie* ; 13-3-1924.)

M. Léri présente un malade atteint de lésions osseuses hérédo-syphilitiques des doigts, qui furent opérées à deux reprises avec le diagnostic de spina ventosa. La guérison fut obtenue par une cure arsénobenzolique.

— M. Leredde voudrait qu'une enquête soit faite auprès des membres de la Société de dermatologie, réunissant les cas de syphilis méconnue et opérés chirurgicalement.

— M. Louste a vu, dans une station marine, nombre d'hérédo-syphilitiques hospitalisés à tort comme tuberculeux.

— M. Queyrat remarque que les chirurgiens ne pensent pas suffisamment à la syphilis en général, Pour ce qui concerne la syphilis héréditaire à localisation ostéo-articulaire en particulier, elle est presque toujours prise pour de la tuberculose et traitée comme telle.

— M. Louste fut appelé, un jour, à examiner un « ostéo-sarcome » du fémur chez une jeune fille de vingt ans. Le diagnostic avait été confirmé par deux chirurgiens autorisés et une biopsie avait même conclu dans ce sens. Or, la malade offrait des stigmates d'hérédo-syphilis et un traitement mercuriel et ioduré amena en un mois la disparition de l' « ostéo sarcome ». Il y a de cela plus de dix ans et la malade se porte bien, aujourd'hui encore.

Types de malformations utéro-vaginales.

(M. Wiart. — *Société de chirurgie* ; 7-5-1924.)

M. Wiart montre une pièce enlevée par lui au cours d'une hystérectomie abdominale. Elle comporte :

Deux corps utérins accolés ;

Deux cols accolés ;

Deux vagins.

Mais, fait particulier, le vagin n'était double que dans son quart supérieur ; il devenait unique dans ses trois quarts inférieurs.

Cette disposition, non encore signalée, se place entre le type d'utérus didelphe avec 2 cols et 2 vagins accolés, et le type d'utérus duplex, biloculaire, avec vagin unique.

Corps étrangers multiples du tube digestif.

(M. Paul Mathieu. — *Société de chirurgie* ; 7-5-1924.)

Une jeune fille, au cours de troubles psychiques, avala tout un lot de corps étrangers : un dé, écrasé, contenant une épingle, une épingle à cheveux, un anneau , une épingle ordinaire et un paquet d'épingles à friser.

Une radiographie, faite par M. Gilson, montra l'éparpillement des corps étrangers dans le tube digestif. Une deuxième épreuve, après ingestion de

bouillie barytée, localisa le dé et les épingles à cheveux dans la région juxta-pylorique, une épingle dans l'intestin grêle et les autres objets dans le côlon.

La précision du diagnostic simplifia beaucoup l'opération. La gastrotomie permit l'extraction du dé et de l'épingle à cheveux. L'exploration de l'intestin par déroulement ayant été négative, M. Mathieu pensa que l'épingle du grêle avait dû passer dans le côlon. Il attendit l'évacuation naturelle des corps coliques, qui ne tarda pas à s'effectuer.

Fracture du col du fémur et arthropathie consécutive

(M. Alglave. — *Société de chirurgie* ; 7-5-1924.)

Un malade de 53 ans, à l'occasion d'une simple chute sur le parquet de son appartement, se fit il y a quinze ans une fracture du col du fémur. Dans la suite, on vit se développer progressivement, à la hanche, une arthropathie, accompagnée de crises douloureuses. M. Alglave se demande s'il n'y a pas lieu d'incriminer une syphilis méconnue.

— M. Mauclaire croit à une fracture du col du fémur après micro-trauma, chez un syphilitique.

— M. Broca déclare que les éléments actuels d'appréciation ne permettent pas de solutionner ce point de diagnostic. Si, après un traitement bien fait, le malade guérit, on conclura à la syphilis. Jusque-là, nous pouvons dire seulement (et pour parler grec) qu'il s'agit d'*une* ostéomalacie : les ramollissements osseux sont de causes nombreuses, inflammatoires ou trophiques, presque toutes inconnues.

P. L.

Les Congrès

XXXVII[e] Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie.

(*Paris*, 12-15 *mai* 1924).

Suite et fin.

M. Morax (Paris).— **Conjonctivite à catarrhalis.**

L'auteur rapporte deux cas de conjonctivite modérée sans étiologie possible qu'un coryza chez l'un d'eux. Il n'y avait aucune uréthrite. L'évolution fut bénigne, la durée ne dépassa pas 10 jours. La sécrétion oculaire contenait des diplocoques ne prenant pas le Gram, ressemblant au gonocoque, mais que les cultures montrèrent se différencier, par quelques minimes caractères, du méningocoque et du gonocoque. Chez un des malades, l'examen bactériologique du pharynx permit d'isoler le même micro-organisme.

M. Genet (Lyon). — **Filaire sous-conjonctivale.**

Duclos et Mawas. — **Contribution à l'étude des tumeurs nœviques de la conjonctive.**

MM. Jacqueau et Bujadoux (Lyon). — **Tumeurs épibulbaires à multiples récidives.**

Observation d'une femme ayant présenté de petites tumeurs isolées légèrement adhérentes à la sclérotique, ayant récidivé indéfiniment depuis 9 ans, malgré des destructions réitérées au galvano-cautère. Histologiquement, il s'agit de kératose épibulbaire.

M. Monthus. — **Transformation maligne des nævi et des tumeurs épibulbaires.**

M. Birkhaenser (Bâle). — **L'importance de la forme locale du faisceau lumineux dans l'examen à la lampe à fente.**

M. Vitebru (Bergame). — **Cornée, iris et cristallin au microscope cornéen avec la lampe à fente.**

MM. Duverger et Lampert (Strasbourg).— **Etude au microscope cornéen des kératites parenchymateuses évoluées.**

L'examen avec la lampe à fente montre, dans les kératites interstitielles anciennes syphilitiques, la présence d'une vascularisation profonde qui manque dans les kératites traumatiques.

M. Perrin (Lyon).— **De la paracentèse de la chambre antérieure dans les irido-choroïdites chroniques**

MM. Truc et Dejean (Montpellier). — **Sarcome annulaire irido-oculaire.**

Etude cyto-bactériologique expérimentale de l'immunité locale oculaire.

M. Carrère (Montpellier). — S'inspirant des travaux de Besredka, l'A. démontre que : 1° par l'inoculation d'un vaccin approprié dans le sac conjonctival, il est possible en 24 à 48 heures d'immuniser l'œil contre les inoculations dans la cornée ou dans la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil témoin une infection plus ou moins grave ; ce mode de vaccination ne protège par contre l'inoculation de cultures microbiennes dans le vitré ; il s'agit d'une immunité seulement localisée à l'œil qui a reçu le vaccin ; 2° l'inoculation sous-conjonctivale de vaccin approprié protège l'œil contre l'inoculation dans la cornée ou la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil témoin une infection plus ou moins grave ; ce mode de vaccination ne protège pas contre l'inoculation dans la cornée ou la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil témoin une infection plus ou moins grave ; ce mode de vaccination ne protège pas contre l'inoculation d'épreuve dans le vitré; seule, la vaccination par inoculation dans la chambre antérieure paraît protéger contre l'inoculation d'épreuve dans le vitré.

J. Sedan (Marseille). — **Instrumentation et technique de l'opération de la cataracte à la double pique.**

Introduire, sans fixation du globe, les deux piques dans la chambre antérieure, à quelques millim. au-dessus du diamètre horizontal de la cornée symétriquement et par poussées progressives et alternées vers le centre de la pupille. La pique tenue de la main droite passe en avant de celle tenue de la main gauche, et glisse à sa surface, de manière à sectionner en ressortant le pont conjonctivo-cornéen.

Jean Sedan a publié en mars 1924 les résultats obtenus par l'association de la technique section à la double pique et de la phacoérisis de Barraquer.

Les deux procédés sont réunis avec des résultats très favorables.

M. Aubaret (Marseille). — **Opération de la cataracte au double couteau lancéolaire ; indication et résultats.**

Le professeur Aubaret démontre que son procédé d'opération des cataractes aux doubles piques est dans la tradition de la méthode primitive découverte par Daviel à Marseille et dont nous approchons du bi-centenaire.

Il démontre que ce procédé consacre désormais d'une manière définitive l'emploi des piques et prononce la condamnation sans appel du couteau droit. Il étudie les indications du procédé à doubles piques et indique qu'il ne doit pas se substituer ni s'opposer à l'usage de la simple pique. Il en étudie les résultats sur plus de 150 opérations récentes de cataractes et montre la part qui doit être faite désormais à la méthode de l'extraction totale par l'érisyphaque de Barraquer.

M. Rochon-Duvigneau (Paris). **La kystectomie large dans l'opération de la cataracte.** — L'ablation large à la pince de la cristalloïde antérieure doit être préférée à la discision de cette capsule dans le but d'éviter les cataractes secondaires immédiates ou tardives.

Rossi (Naples). — **Le déterminisme morpho-physiologique dans les maladies des yeux.**

Patry (Genève). — **Ophtalmie sympathique guérie, amblyopie et surdité passagères.**

F. Lagrange et Beauvieux (Bordeaux). — **Anatomie pathologique et pathogénie de l'excavation glaucomateuse** (*projections*).

Les auteurs ont étudié la nutrition vasculaire de la lame criblée, qui dépend du cercle artériel et non de l'artère centrale de la rétine ; la lame criblée présente d'abord de vastes espaces lacunaires qui se réunissent pour former l'excavation glaucomateuse.

Lavat (Paris). — **Glaucome aigu traumatique persistant ; guérison après iridectomie et sclérectomie** (*présentation d'opérée*). Glaucome aigu, très douloureux, traumatique, peu amélioré par les myotiques, par l'iridectomie ; une sclérectomie n'empêche pas une nouvelle hypertonie, qui ne cède définitivement aux myotiques qu'après une paracentèse cornéenne.

H. Coppez et M. Danis (Bruxelles). — **Symptômes objectifs et subjectifs de la rétinite exsudative maculaire sénile au début.**

Le scotome central rapidement progressif ne s'accompagne au début que de lésions ophtalmoscopiques à peine perceptibles, saillie vésiculeuse recouvrant quelques tâches jaunâtres.

René Onfray (Paris). — **Chorio-rétinite maculaire et hérédo-syphilis de deuxième génération.**

L'auteur rapporte une observation de chorio-rétinite unilatérale survenue chez une jeune fille issue de grands parents paralytiques généraux et dont toute la famille a été étudiée au point de vue sérologique. Le Wassermann chez cette malade a été momentanément positif, le liquide céphalorachidien était normal. Il s'agissait, sans discussion possible, d'une hérédo-syphilis de 2e génération. L'auteur pense qu'il y a à la 2e génération deux catégories de cas : dans les uns (kératite interstitielle), le spirochète a été transmis aux petits-enfants par une mère atteinte d'hérédo syphilis violente ; dans les autres, comme celui de la malade, on ne peut que constater une sensibilisation humorale prédisposant à des infections spirillaires banales.

Kalt (Paris). — **Transsudats choroïdiens aigus et décollements de la rétine.**

L'auteur a observé dans un œil myope, dont la vision se réduisit brusquement à la perception des doigts, une tumeur choroïdienne simulant un sarcome, s'accompagnant de décollement rétinien ; huit jours après, cette tumeur avait disparu, le décollement rétinien persiste ; ce fait permet de penser que l'hypothèse de l'œdème choroïdien provoquant le décollement est exacte.

Guibert (La Roche-sur-Yon). — **Décollement de la rétine, fièvre typhoïde, guérison.**

Worms et J. Pesme (Paris). — **Complications oculaires du paludisme.**

De nombreux points observés chez les malades rapatriés d'Orient, les auteurs ne retiennent que ceux où la filiation du paludisme aux manifestations oculaires est nette : kératites, hémorragies rétiniennes, atrophie optique unilatérale (2 cas), névrite rétrobulbaire, ophtalmoplégie.

Mawas (Paris). — **Les types histologiques du rétinocytome (gliome de la rétine) et leur importance au point de vue du pronostic** (*projections*)..

Le gliome de la rétine est une tumeur constituée par les éléments nerveux de la rétine ; il existe deux variétés avec stéphanocytes (rosettes) et sans stéphanocytes.

Ascine (Bilbao). — **Note sur la nature des cellules du gliome de la rétine** (*projections*).

Jeandelize et Cornil (Nancy). — **Considérations anatomiques sur le neuro-épithéliome rétinien** (*projections*).

Cazalis (Béziers). — **Cancers introaculaires méconnus . Radiothérapie en curiethérapie orbitaires préventives..**

Rollet (Lyon). — **Exophtalmie inflammatoire et hypertension orbitaire.**

L'auteur décrit les exophtalmies inflammatoires des cellulites orbitaires, de l'ostéomyélite des parois des thrombophlébites. Le degré de l'exophtalmie doit être précisé instrumentalement. Les graisses rétro-bulbaires semi-fluides peuvent, sous l'influence de troubles exsudatifs ou œdémateux, provoquer une hypertension orbitaire entraînant l'exophtalmie. Les inflammations des graisses orbitaires postérieures, si elles sont extra-aponévrotiques, détermineront l'exophtalmie directe avec souffrance du nerf optique.

Bourguet (Paris). — **Double stase papillaire. Ponction du troisième ventricule à travers le corps calleux. Guérison.** (*présentation d'opéré*).

Vinsonneau (Angers). — **Troubles fonctionnels des nerfs optiques et infection subaiguë et latente des fosses nasales, sinus sphénoidaux et cavum rhino-pharyngien.**

L'auteur signale les troubles fonctionnels du nerf optique dûs à des lésions du carrefour : rhinite hypertrophique et gêne de l'accommodation, congestion du carrefour et rétrécissement du champ visuel, végétations adénoïdes et diminution de l'acuité visuelle centrale.

Liébault (Paris). — **Lésions des sinus postérieurs dans les névrites optiques ; étude clinique et thérapeutique.**

Ces lésions sont exceptionnellement suppurées ; elles sont le plus souvent vaso-motrices ; elles sont discrètes, mais exigent l'intervention, qui doit être précoce ; elle est indiquée si les autres causes (syphilis, sclérose en plaques) sont éliminées, la voie endo-nasale est supérieure par sa simplicité à l'opération de Segura.

A. Terson (Paris). — **Sur l'abortion du phlegmon de l'orbite.** Le phlegmon de l'orbite reste, encore aujourd'hui, alarmant, puisqu'il menace la vision et la vie, et cependant, malgré les progrès accomplis dans tant d'ophtalmopathies graves, bien des auteurs ne font aucun traitement résolutif d'urgence où se bornent à une opération, de très médiocre résultat. Celle-ci reste la ressource principale, quand le malade, comme il arrive ordinairement, nous est envoyé trop tard, mais lorsqu'on est appelé de bonne heure, le traitement médical intensif peut donner la résolution intégrale et brusquée. M. Terson en a rapporté déjà des cas où l'exophtalmie suraiguë accompagnée des plus graves phénomènes généraux a cédé, chez des enfants, au traitement par l'argent colloïdal. Il en a observé un récemment chez l'adulte où deux injections simultanées de 50 cc. chaque, de voltargol, l'argent colloïdal en friction et en pilules, six sangsues périorbitaires, la sudation et les évacuations, eurent rapidement raison d'une exophtalmie fébrile du caractère le plus dangereux. Il rappelle d'autres cas, appartenant à divers auteurs, traités par la sérothérapie avec un succès immédiat et rappelle aussi le cas si probant d'Onfray où, chez un même malade, opéré d'un phlegmon de l'orbite, le traitement par l'électrargol dissipa, un an après, la fluxion aiguë survenue du côté opposé.

On doit donc envoyer, dès les premières heures, la fluxion exophtalmique à l'ophtalmologiste, et celui-ci doit avant toute intervention d'effet médiocre, tenter, en traitant à temps et à fond par un ensemble de moyens modernes, la résolution pure et simple. Elle peut être obtenue plus souvent qu'on ne le croit.

Velter (Paris). — **Sarcome lymphoïde sinuso-orbitaire** (*projections*).

Bourguet (Paris). — **Tumeur de l'hypophyse. Opération par voie endonasale.** (*présentation d'opéré*).

Villard (Montpellier). — **Traitement des lésions hypophysaires par la radiothérapie profonde.**

Vedjowski (Brno). — **Traitement des affections oculaires syphilitiques, par les sels de bismuth.**

25 cas traités par différents produits bismuthiques, kératites interstitielles, iritis, névrites et atrophies optiques, chorio-rétinite, parésie de l'accommodation paralysie oculo-motrice. Les meilleurs résultats concernent une gomme de l'angle interne de l'œil, les iritis aiguës et les ophtalmoplégies internes.

Aubineau (Nantes). — **Essai de tuberculinothérapie par ingestion en thérapeutique oculaire.**

Par la méthode de Gabrilovitch (endotine en élixir) l'auteur a obtenu dans une tuberculose de l'iris, une scléro-choroïdite antérieure tuberculeuse, un lupus palpébral, des réactions focales nettes, répétées, suivies d'amélioration. La tuberculinothérapie *per os* mérite l'attention.

J. Darrieux.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Auguste Lumière. — **Le problème de l'anaphylaxie.** (Un vol. in-8 de 242 pages, avec 46 figures, dont 12 planches en noir et 22 planches en couleur, d'après autochromes. Prix : 30 francs.)

Rompant en visière avec les errements des nombreux auteurs qui, depuis les travaux de Portier et Richet, se sont attachés à décrire les manifestations et les effets du choc anaphylactique sans donner aucune indication pratique sur l'origine même de ces phénomènes, A. Lumière apporte, sur la cause initiale de ces troubles, des explications originales qui éclairent leur pathogénie et ouvrent des horizons nouveaux à leur thérapeutique.

La constitution et la floculation colloïdale sont à la

base des troubles anaphylactiques, comme elles sont à l'origine de tous les phénomènes d'ordre physiologique et pathologique.

Les milieux humoraux, les protoplasmes cellulaires, les tissus des animaux et des végétaux au sein desquels s'effectuent les processus vitaux, sont tous des colloïdes, et par là, condamnés à la destruction fatale par floculation. Cette floculation peut être lente ou rapide, physiologique ou pathologique.

Physiologique, elle aboutit progressivement à la sénilité et à la mort. Pathologique, elle explique les phénomènes morbides,— les phénomènes anaphylactiques comme les autres —, aigus ou chroniques, locaux ou généraux.

Ces floculats déclanchent les accidents anaphylactiques par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses incluses dans l'endothélium des vaisseaux capillaires des centres.

Ces filets appartiennent, on le sait, au système vago-sympathique. Leur excitation soudaine, par un floculat abondant, détermine un réflexe qui a pour effet de provoquer la surdilatation brusque des vaisseaux viscéraux. Ainsi s'expliquent les symptômes essentiels du choc aigu ou suraigu : congestion, hypotension artérielle, leucopénie, syncope, crises solaires, etc. Si, au contraire, l'irritation primitive des centres est réalisée progressivement, au moyen de doses subintrantes, par un floculat moins abondant, l'endothélium vasculaire s'accoutume à cette excitation. Une excitation ultérieure, même violente, ne déterminera plus la réaction vago-sympathique, cause déterminante du choc, il y a désensibilisation.

Poussant plus loin ses investigations, l'auteur s'attache à dégager les causes de la sensibilisation. Pour expliquer le processus par lequel les micelles sériques de l'animal sensibilisé peuvent ensuite floculer sous l'influence du même corps protéique, point n'est besoin de faire intervenir, comme on l'a fait jusqu'ici, la formation de substances mystérieuses. Les mêmes accidents peuvent être reproduits en introduisant dans la circulation des substances chimiques insolubles, sous une forme dispersée ou floculée. Ces floculats artificiels agissent de façon purement mécanique.

Quant aux moyens de combattre le choc, ils sont indiqués par les considérations qui précèdent. Ils consistent à éviter la formation ou l'introduction brusque d'un précipité floculé dans le sang, à dissoudre le floculat par des procédés appropriés, à empêcher l'action brusque de ce précipité sur l'endothélium des vaisseaux cérébraux, à diminuer l'excitabilité vasculaire ou à paralyser la vaso-dilatation de ces vaisseaux, et enfin, à compenser le déséquilibre entre le volume de la circulation dilatée et celui de la masse sanguine au moyen, par exemple, de copieuses injections de sérum physiologique.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les idées exposées par l'auteur ; les preuves de leur exactitude sont tirées de la logique simple et rigoureusement scientifique avec laquelle elles expliquent tous les phénomènes d'ordre physiologique ou pathologique.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Serge Voronoff. — **Quarante-trois greffes du singe à l'homme** (1 vol. 255 pages, avec 38 planches dans le texte, 1924.)

L'auteur a pratiqué, du 12 juin 1920 au 15 octobre 1923, 52 greffes testiculaires, dont 51 avec des testicules de singe et une avec un testicule humain (autogreffe). On trouvera dans ce volume l'observation des 43 premières greffes du singe à l'homme, les 8 dernières ayant été pratiquées à des dates trop récentes pourqu'on puisse porter un jugement quelconque sur leurs résultats.

La mortalité opératoire étant nulle, les résultats ont été négatifs dans 12 % des cas (neurasthénie, myopathie, infantilisme des organes génitaux, orchite ourlienne double).

Ils ont été positifs, au point de vue physique et mental, dans 88 % des cas, et dans 26 % des cas à tous les points de vue : physique, mental et virilité sexuelle.

Le point d'élection de la greffe testiculaire est la tunique vaginale, où la nature a situé les testicules Pour assurer la vitalité du greffon, pour que celui-ci soit réellement transplanté sur le nouvel organisme, et lui associe sa vie, et que, dès lors il continue sa fonction chez son hôte d'emprunt, il était nécessaire d'adopter ce procédé. Les artères et veines des testicules étaient, en effet, d'un calibre par trop exigu puour permettre leur anastomose avec les artères et les veines de l'hôte chez qui s'opèrait la transplantation. Au contraire, on pouvait nourrir le greffon par imbibition, grâce à la tunique vaginale, ce sac séreux qui enveloppe les testicules et où l'on observe si fréquemment l'hydrocèle, qui n'est autre chose qu'une accumulation de sérosité extravasée.

Pour éviter tout résultat d'auto-suggestion, il faut savoir attendre durant 3 ou 4 mois les effets de la greffe.

Que l'hormone testiculaire agisse spécifiquement par elle-même, ou par stimulation des autres tissus ou organes, notamment des autres glandes endocrines, — la greffe produit un abaissement constant de la pression artérielle, une diminution de l'adiposité par meilleur métabolisme ; la mémoire est améliorée, l'aptitude au travail intellectuel est accrue.

Chose intéressante : le relèvement des forces physiques et l'amélioration parallèle des facultés intellectuelles sont, après la greffe, des phénomènes pour ainsi dire constants, tandis que l'impuissance est loin d'être toujours vaincue. *Il faut que l'on se pénètre bien de cette idée que la greffe n'agit point comme aphrodisiaque.*

Actuellement, les principales indications de la greffe testiculaire à envisager sont :

1° L'anorchidie congénitale ou acquise par suite d'une affection des testicules ayant nécessité leur ablation ;

2° L'infantilisme des organes génitaux ;

3° L'insuffisance testiculaire congénitale se traduisant par la puberté tardive, des manifestations viriles faibles et espacées, et une certaine asthénie ;

4° L'état de vieillesse, caractérisé par la ruine générale de l'organisme, la décrépitude, l'affaiblissement de la plupart des fonctions, qu'il soit la conséquence de l'âge avancé et d'une involution physiologique de la glande génitale, ou, prématurément, de certaines altérations pathologiques des testicules chez des sujets relativement jeunes ;

5° L'artério-sclérose ;

6° La démence précoce.

Il est encore à remarquer que la durée de la greffe, nouvelle association biologique créée, n'est certainement pas indéfinie. La vie du greffon paraît limitée à quelques années, au bout desquelles, il doit être, en général, renouvelé.

D'autre part, la greffe testiculaire, en stimulant l'activité des cellules de nos organes, en augmentant l'énergie, l'endurance, la force de résistance, semble, dans une certaine mesure, capable de prolonger la vie.

Les Thèses

P. — Dr M. Dupont. — **De l'influence de la vaccination préventive anti-typhoïdique. A propos de quelques cas cliniques observés à l'hôpital Andral.** (Editions Médicales, Paris, 1923.)

Ce travail inaugural présente à nos yeux un intérêt tout particulier, en ce qu'il a pour auteur le neveu du regretté Dr H. Jeanne, notre directeur et ami à qui le *Concours médical* doit tant.

Il se résume ainsi :

La vaccination préventive antityphoïdique, déjà expérimentée avec succès avant la guerre, s'est montrée particulièrement efficace au cours de celle-ci, ainsi que le mettent en évidence les statistiques, et l'observation des malades soignés dans les différents services des hôpitaux montre que l'action de la vaccination se poursuit depuis la cessation des hostilités. Le fait est prouvé par la diminution notable de la fièvre typhoïde chez l'homme après vingt ans et la bénignité relative de l'affection chez les anciens vaccinés.

La comparaison entre les statistiques de la mortalité par fièvre typhoïde dans Paris, avant et après la guerre, permet les mêmes constatations que les observations de détail des services hospitaliers. Il en est de même dans les statistiques globales des hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris, qui prouvent en plus une diminution très notable de la mortalité chez l'homme après vingt ans. La vaccination préventive antityphoïdique s'est montrée capable d'enrayer un certain nombre d'épidémies locales. Pour conclure, il est fort désirable que cette méthode de vaccination préventive soit étendue à toute la population civile en France.

Un certain nombre d'observations recueillies à l'hôpital Andral, dans le service de M. le docteur Courcoux, montre, au cours de ces trois dernières années, des modifications intéressantes de l'allure clinique de la fièvre typhoïde : la fréquence de ses complications et son caractère remarquable de grande gravité.

P. — Dr Marcel Toulouse. — **Contribution à l'étude des périviscérites du carrefour sous-hépatique.** (Librairie Marcel Vigné, Paris, 1923.)

Les périviscérites du carrefour sous-hépatique, relevant anatomiquement d'un processus inflammatoire chronique, se manifestent par une symptomatologie clinique spéciale essentiellement polymorphe dans ses allures, et peuvent se localiser strictement autour d'un organe ; et dans ce cas, le diagnostic différentiel clinique avec une affection primitive de cet organe est souvent difficile, parfois impossible. Ou bien au contraire la périviscérite peut englober plusieurs organes, créant une symptomatologie clinique diffuse qui ne permet pas de préciser l'organe qui est à l'origine de l'affection. Malgré le secours apporté à la clinique par la radioscopie et par la radiographie (radiographies instantanées en série), le diagnostic en demeure difficile dans un nombre assez élevé de cas.

Leur étiologie paraît, comme leurs symptômes, être multiple ; mais, que l'origine soit parfois secondaire à une intervention chirurgicale sur les organes de l'abdomen, plus souvent dans une affection chronique d'un quelconque de ces organes, c'est dans un grand nombre de cas l'épiploon qui, lésé secondairement, constitue l'agent propagateur de cette inflammation.

Le traitement médical ayant donné beaucoup de mécomptes, l'intervention chirurgicale préconisée a toujours amené des résultats satisfaisants, souvent durables, parfois temporaires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES PRATICIENS AUX JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE

Lors des *Journées médicales de Toulouse*, dont Boudin nous a fait, dans le *Concours*, un intéressant compte rendu, l'*Union des syndicats médicaux de France* avait été officiellement invitée. Les organisateurs de ces journées avaient voulu, à côté des communications scientifiques, réserver une place à la médecine sociale, aux praticiens et à leurs représentants qualifiés. Le Conseil de l'Union avait donc accepté l'invitation et envoyé une délégation assez importante : le président Decourt, le vice-président Lefévre, le secrétaire général Quivy et trois membres du Conseil : Renon, Guy et Dibos. Cette délégation, ainsi que le fit remarquer, à diverses reprises, le président Decourt, venait affirmer la nécessité, pour le Corps médical tout entier, savants ou praticiens, de se préoccuper non seulement des questions scientifiques, mais aussi de celles concernant la médecine pratique et la santé publique.

Ces questions de médecine sociale, en effet, avec l'envahissement progressif des collectivités et surtout de l'étatisme, qui se manifeste dans tous les domaines, deviennent de plus en plus importantes, « angoissantes » même parfois, pour l'exercice de la médecine pratique. Et nous, médecins, nous devons *tous* nous en préoccuper, non seulement dans un étroit intérêt professionnel, mais, surtout et avant tout, dans l'intérêt de nos malades eux-mêmes, c'est-à-dire de la nation tout entière.

C'est là ce que Decourt, dès le premier jour, avait tenu à déclarer dans son bref discours, lors de la séance solennelle d'ouverture des Journées médicales. Et comme il y expose nettement cette idée qu'il développa dans la suite, il nous a paru intéressant de la faire connaître à nos confrères :

Allocution du Dr Decourt à la séance d'ouverture

Nous sommes venus ici, mes amis et moi, représenter aux Journées médicales de Toulouse l'Union des Syndicats médicaux de France qui groupe 16 mille médecins sur les 19 à 20 mille praticiens de France. A côté des savants, de ceux qui honorent la médecine française et qui vont nous faire part, dans leurs précieuses communications, des progrès nouveaux dans l'art de guérir, nous venons affirmer l'utilité, et même la nécessité, de l'action concertée, dans nos organisations professionnelles, en vue de la meilleure application pratique de ces progrès mêmes, afin que tous, en notre pays de France, puissent également en profiter. Si les savants, si nos maîtres des hôpitaux, améliorent chaque jour, par leurs beaux travaux, les règles de l'art médical, c'est là une amélioration *en profondeur*, si je puis dire. Mais celle-ci ne porterait pas les fruits qu'on est en droit d'en attendre, s'il ne se faisait, par suite, et par une sorte de corollaire obligatoire, une amélioration *en surface*. Je m'explique.

Il ne suffit pas, en effet, que les progrès journaliers de la médecine, tirés d'études incessantes, soit du laboratoire, soit de la clinique, profitent seulement aux malades des hôpitaux, à ceux de la clientèle riche, à tous ceux, en somme. qu'ont l'occasion de soigner ceux qu'on a appelés du beau nom de « princes de la science ». Il faut qu'en tirent également profit les malades de modeste aisance, ainsi que ceux des faubourgs des grandes villes, ceux des provinces, ceux des campagnes, jusque dans les hameaux les plus reculés, tous ceux, en un mot, qui ne peuvent avoir recours qu'aux simples praticiens, dépourvus de titres et d'honneurs.

Or, pour que puissent pénétrer, dans tous les milieux, les progrès de la science, il faut que les praticiens soient mis à même d'exercer la médecine dans les meilleures conditions possibles. Il leur faut, pour cela, trouver le loisir nécessaire pour se mettre au courant des méthodes nouvelles ainsi que le temps matériel de les appliquer. Ils ne doivent donc pas, pressés par les nécessités de la vie et afin de pouvoir boucler leur budget, voir un trop grand nombre de malades chaque jour. D'où nécessité de proscrire de nos coutumes médicales toute médecine au rabais qui ne peut, inéluctablement, qu'entraîner des soins insuffisamment mûris. Et c'est pourquoi, en défendant les intérêts particuliers de nos confrères, nous avons le sentiment de défendre, en même temps, l'intérêt de leurs malades eux-mêmes.

Ceci n'est d'ailleurs, quoi qu'on ait dit, qu'un point spécial de notre action syndicale. Celle-ci s'étend de plus en plus avec le développement de la médecine sociale. Nous voulons défendre, nous, militants du syndicalisme médical, non seulement les intérêts matériels du praticien, mais aussi ses intérêts moraux et nous constituer les gardiens vigilants de l'honneur de notre belle profession. Les portes de nos syndicats sont ouvertes à tous. Elles ne sont fermées que devant

les indignes, que nous sommes prêts à stigmatiser impitoyablement. Sur ce point, notre mission s'alourdit manifestement au fur et à mesure qu'avec l'envahissement de la médecine sociale, grandit le rôle du tiers payant, qui s'interpose entre le médecin et son malade, entraînant parfois, et l'un et l'autre, par son interposition même, à des tentations, à des compromissions,à des défaillances... Je n'insiste pas. Chacun de nous ne connaît que trop les méfaits du tiers payant, qui ont débordé des colonnes de journaux jusque dans les prétoires...

Nous avons enfin un autre but, une autre ambition, légitimée également par l'intérêt général. C'est de collaborer, de tout notre cœur, de toute la puissance de notre nombre, de toute notre compétence pratique, à l'élaboration de toutes les nouvelles lois concernant l'hygiène et la médecine sociale. Là encore, à côté de l'action indispensable des savants, il faut que s'adjoigne celle non moins nécessaire des praticiens, précisément chargés de mettre en application ce qui a paru, théoriquement d'abord, devoir être préconisé. Et ici, comme partout, la théorie ne peut rien sans la pratique. Ou alors, on aboutit, comme pour certaines lois, anciennes déjà, sur l'hygiène sociale, à cette « façade » si célèbre dans nos annales, derrière laquelle il n'y a rien.

Je conclus. Dans ces Journées médicales, à côté des questions scientifiques, une place doit être réservée à celles de médecine sociale. C'est ce qu'ont si bien compris les éminents organisateurs des journées médicales de Toulouse. La place qui nous est faite est modeste. Par la force même de l'évolution de cette médecine sociale dont le domaine s'accroît si rapidement à notre époque de socialisation progressive, cette place grandira peu à peu. La fonction crée l'organe. Et nous verrons bientôt, dans les journées médicales futures, la volonté d'unir dans une harmonieuse collaboration savants et praticiens, également préoccupés des problèmes scientifiques et sociaux qui se poseront devant eux.

Au nom des Praticiens de France, c'est donc bien cordialement que nous remercions les organisateurs de ces journées médicales de l'aimable invitation qu'ils nous ont faite. Nous avons eu à cœur de nous y rendre, non seulement par devoir, mais aussi par plaisir, assurés que nous étions de rencontrer à Toulouse, à côté des camarades que nous aimons depuis longtemps, d'aimables confrères avec lesquels nous serons heureux de faire connaissance.

Dr Fernand DECOURT,
Président de l'Union.

QUELS SONT LES ACTES MÉDICAUX QUE PEUT FAIRE UNE SAGE-FEMME ?

Un de nos confrères nous pose plusieurs questions, auxquelles nous répondrons successivement.

1° Une sage-femme a-t-elle le droit d'assister une malade, pour une fausse couche, ou un accouchement prématuré ?

Si nous nous reportons aux termes des articles 3 et 4 de la loi du 30 novembre 1892, nous constatons qu'une sage-femme peut se livrer à l'art des accouchements simples, mais qu'il lui est interdit de rester seule, dans le cas d'accouchement laborieux, sans l'assistance d'un médecin.

Un avortement est, scientifiquement, un accouchement. Il semble donc que la sage-femme puisse donner ses soins, sauf le cas où cet avortement présente une complication quelconque.

Cependant, si nous nous reportons aux discussions, tant au moment du congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, que récemment à l'Académie de médecine, il semble que les soins à donner aux avortements devraient être réservés aux docteurs en médecine. A tort, ou à raison, une certaine suspicion semble être jetée sur la corporation des sages-femmes, qu'on accuse, souvent sans preuves, d'être des faiseuses d'anges.

Bien entendu, la sage-femme ne saurait se servir d'un instrument, au cas où il faudrait faire une délivrance artificielle ; agir autrement l'exposerait à des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

2° Que doit faire une sage-femme, devant le refus d'une famille de faire appeler un médecin ?

Lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal, non laborieux, la sage-femme donne un conseil, laissant la famille libre d'en tenir compte, ou non. Elle peut demander l'assistance d'un docteur, dans l'intérêt de la parturiente ; mais, si la famille ne suit pas cette indication, la sage-femme n'encourt aucune responsabilité.

Il en serait autrement, au cas d'accouchement laborieux. La loi du 30 novembre 1892 interdit absolument ces accouchements aux sages-femmes, sans l'assistance d'un médecin. Un jugement du tribunal correctionnel de Montdidier (18 décembre 1907) condamne, pour exercice illégal de la médecine, une sage-femme qui, dans le cas d'un accouchement laborieux, n'a pas fait appel à un médecin.

Dans ces conditions, si la famille se refuse à faire appeler un docteur, la sage-femme peut se retirer, si la parturiente n'est pas dans un état tel que l'accoucheuse ne soit obligée de rester, par humanité.

Mais si l'urgence commandait à la sage-femme de ne pas abandonner la malade, la praticienne

ferait bien de demander à la famille, de lui spécifier, par écrit, que ce sont les parents qui se sont opposés à l'appel du médecin.

La responsabilité de la sage-femme serait ainsi dégagée, en cas de poursuites ultérieures, soit pour exercice illégal de la médecine, soit pour homicide involontaire, négligences ou autres, par application de l'article 319 du code pénal.

Qu'il surgisse la moindre complication, et la famille, qui voulait faire l'économie de l'appel d'un médecin, sera la première à se retourner contre la sage-femme et à lui reprocher de ne pas s'être imposée pour qu'on fît venir un praticien.

Il faut donc que l'accoucheuse puisse concilier la sauvegarde de sa propre responsabilité professionnelle, si elle reste seule, sans docteur, en cas d'accouchement laborieux, et le devoir d'humanité, qui l'oblige à ne quitter une parturiente que si cette dernière ne court aucun risque, du fait de l'abandon momentané occasionné par le départ de l'accoucheuse.

3° Appelée auprès d'une malade enceinte de six mois, commencement d'avortement par rupture de la poche des eaux, une sage-femme donne des cachets de quinine, fait marcher la malade. Expulsion, au bout de deux jours, d'un enfant vivant, mais qui meurt presque de suite. La sage-femme est-elle répréhensible ?

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 interdit aux accoucheuses d'employer tout médicament. Le décret du 23 juin 1873 autorise l'emploi du seigle ergoté : le décret du 9 juillet 1890 permet aussi de prescrire le sublimé corrosif. Toute infraction à l'interdiction légale constitue l'exercice illégal de la médecine et, dans certaines conditions, celui de l'exercice illégal de la pharmacie.

Mais en pratique, la poursuite de l'exercice illégal de la médecine est très aléatoire. Dans le cas présent, le défenseur de l'accoucheuse plaidera, devant le tribunal correctionnel, que le médicament donné, la quinine, n'a pas provoqué l'avortement, puisque celui-ci semblait inévitable, par suite de la rupture de la poche des eaux ; de plus, il exposera à la barre que la quinine jouit d'une réputation usurpée, de provoquer ou même d'activer l'accouchement ; enfin l'avocat démontrera que beaucoup de pharmaciens délivrent à tout venant, des cachets de quinine, sans ordonnance médicale et que ce médicament est passé dans l'usage courant.

Le tribunal correctionnel acquittera, comme il acquitte foule d'autres prévenus, dont le délit d'exercice illégal est bien plus évident et caractérisé.

Dr Paul Boudin.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE

L'œuvre de l'Union Médicale Franco-Ibero-Américaine ou Umfia,

Par Dartigues,

Président-Fondateur de l'Union Médicale Franco-Ibero-Américaine.

Nous avons, ici même, dans le *Concours médical,* entretenu nos lecteurs de l'œuvre de rapprochement scientifique et amical entre les médecins de langues française, espagnole et portugaise, entreprise, dès 1912, avant la guerre, et contre le systématisme et le mutisme allemands qui voulaient mettre la science et les savants franco-ibéro-américains sous le boisseau, se réservant avec l'appui matériel et brutal des armes et la barbarie sanguinaire, d'imposer au monde sa science à elle et ses seuls savants, et diminuer ainsi ce qui est le plus grand au monde par son universalité et ce qui doit être le plus indépendant, la Science tout court.

Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy et moi avons fondé l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia, dans ce but de liberté humaine, de désintéressement et de fraternité internationale. Cette œuvre a porté déjà des fruits merveilleux et l'Umfia a acquis une puissance morale et une portée d'action indéniables.

Cette association possède aujourd'hui plus de *mille* membres et compte dans ses Comités d'honneur français, espagnols, portugais, américains, presque toutes les hautes personnalités scientifiques médicales, et dans sa masse de praticiens agissants des savants et des intelligences de premier ordre.

Cette œuvre de paix, admirable par le savoir, par le désintéressement et le dévouement médicaux qui, dans tous les pays du monde, sont l'expression la plus haute de la civilisation, est poursuivie, par nous, avec la ténacité que donne la foi absolue en une grande cause.

Aux dernières *Journées médicales de Toulouse* (juillet), présidées par l'éminent doyen de la Faculté de Toulouse, le Pr Abelous, et organisées d'une façon méthodique par mon ami le Pr Bardier qui en a assuré le succès, l'Umfia a contribué à leur réussite et à la fraternité médicale franco-espagnole, en faisant venir à Toulouse les grands médecins espagnols, le Pr Vargas, recteur

de l'Université de Barcelone, les professeurs Aguilar, Calatayud, Mariscal, de Madrid, etc.

Le Pr Vargas a fait à la faculté de Toulouse une conférence des plus appréciées.

Le vice-président fondateur de l'Umfia, le Dr Bandelac de Pariente, a représenté l'Union médicale franco-ibéro-américaine et a lu dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Toulouse le message de l'Umfia. Nous reproduisons ici le discours du professeur Vargas et le message lu par Bandelac de Pariente.

On verra dans le discours de Vargas, par le rappel d'un fait historique, combien l'Université de Toulouse a des affinités avec l'Espagne, puisque son premier régent, en 1229, fut un espagnol : Lupus HISPANUS. Ce nom redoutable est pourtant celui d'un homme qui fut doux et plein de savoir.

Discours du professeur Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone.

Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de S. M. le Roi d'Espagne que j'ai l'honneur de vous adresser la parole pour souhaiter aux Journées médicales de Toulouse le plus brillant succès. En outre, comme recteur de l'Université de Barcelone, la sœur de l'Université toulousaine, je m'associe de tout cœur à vos Journées et je fais les vœux les plus ardents pour le triomphe de la médecine française, autant dire de la médecine espagnole, le triomphe de la race latine.

Votre Université a été fondée en l'année 1220, pour finir avec l'œuvre destructive des armes et de l'hérésie ; on dirait qu'au bout de sept siècles la médecine occupant les esprits tint à encourager la paix des âmes et à favoriser le progrès de l'humanité après la guerre qui a ravagé le monde.

Quant aux relations entre l'Espagne et la France, on ne doit pas oublier que c'est un espagnol, Lupus Hispanus, le premier médecin qui a professé dans votre Université, d'après ce qui est dit dans une lettre de Raymond VII en 1239. Lupus Hispanus a été désigné comme *Regens* apud Tolosane in medicine.

Je remercie spécialement Monsieur le Doyen, professeur Abelous et Monsieur le professeur Bardier, organisateurs des Journées médicales de Toulouse, pour l'honneur et le plaisir qu'ils m'ont fait en m'invitant à prendre part à cette brillante manifestation scientifique.

Je suis aussi heureux d'être venu en représentation du gouvernement espagnol qui, malgré toutes les critiques injustes émises contre lui, a eu le bonheur de pacifier tout le pays et d'établir la discipline morale et physique en consacrant en outre une préférence spéciale pour la science et en particulier pour la science médicale.

Que cette vieille et illustre Université toulousaine soit le foyer qui va unir par des liens indissolubles les médecins français et espagnols pour continuer l'œuvre grandiose créée par l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia et par ses animateurs les docteurs Bandelac de Pariente, un espagnol, et Dartigues, le grand Toulousain.

Message de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia. Lu par le vice-président fondateur, le docteur Bandelac de Pariente.

Mesdames, Messieurs,

Au nom de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia, fondée en 1912 par votre compatriote toulousain Dartigues, et par moi-même, au nom de son millier de membres, de ses filiales de France, d'Espagne et d'Amérique, j'ai le très grand honneur d'apporter le salut et le souhait de réussite aux Journées médicales de Toulouse.

Monsieur le Doyen, professeur Abelous, Monsieur le professeur Bardier, secrétaire général du Comité d'organisation, et tous, de ce comité, nous vous remercions de toute notre gratitude de l'invitation que vous nous avez faite de participer officiellement à ces solennités scientifiques.

Monsieur le recteur de l'Université de Barcelone, professeur Martinez Vargas, et Messieurs les savants venus d'Espagne, mes amis les professeurs Aguilar, Calatayud, Mariscal, Villa de Villadolid, et le Dr Coca de Madrid, nous sommes profondément touchés de votre éminente présence et sommes heureux du concours d'autorité que vous apportez à Toulouse qui a, nous nous plaisons à le rappeler, une jeune sœur en Espagne, Tolosa ;

Non seulement, cher maître et grand ami Vargas, vous êtes représentatif par votre science, mais par la sympathie universelle qui a fait l'accord sur votre haute personnalité.

Mesdames, Messieurs,

Vous connaissez tous l'œuvre de l'Umfia qui cherche à réaliser l'expansion scientifique latine par l'internationalisme franco-ibéro-américain. C'est l'Umfia qui, la première, a mis en contact scientifique et cordial, non seulement les grandes sommités officielles de nos pays respectifs, mais tous nos praticiens qui sont, même les plus modestes, des pionniers de civilisation.

Nous avons l'intime conviction que la science, en particulier la science médicale, est et sera de plus en plus la pacificatrice du Monde par excellence. Et quand les nations sont, malheureusement pour l'humanité, en conflit sanglant contraire à la grande civilisation attendue, c'est encore la médecine qui combat pour la vie alors que tout est conjuré pour les œuvres de mort, et c'est elle seule qui demeure pour apporter le soulagement et l'espérance alors que tout souffre par le malentendu, l'orgueil fou ou la rapacité des hommes.

La devise de l'Umfia est non seulement de faire progresser la science par la similitude des cerveaux devenus fraternels par l'adaptation d'une même culture, mais de lutter contre l'ignorance les uns des autres, nations comme individus, qui est le plus

grand facteur des discordes, empêcheuses de progrès.

L'Umfia sert donc un haut et vaste idéal, avec un esprit pratique et réalisateur, et en ce jour heureux, apporte à la vieille cité universitaire de Toulouse, son salut unanime. Gloire à Toulouse, qui, près des Pyrénées amies, élève un flambeau de science et de paix qui rayonnera de plus en plus à mesure que nous avancerons dans l'avenir ».

Depuis les *Journées de Toulouse*, l'Umfia vient d'enregistrer les nouvelles adhésions suivantes qui montrent combien le corps médical latin franco-ibéro-américain s'intéresse à cette œuvre à la fois patriotique et internationale.

ESPAGNE : Pr *Romero Molezum*, de Santiago de Compostele ; Dr *Lopez Vicent*, de Valence ; Dr *Gomez de la Torre*, de Madrid ; Pr *Mariscal*, de Madrid ; Pr *Aguilar*, de Madrid ; Pr *Calatayud*, de Madrid ; Dr *Larrinaga*, de Madrid ; Dr *Moreno Cobos*, de Madrid ; Dr *de Egana*, de Madrid.

PORTUGAL : Pr *Azevedo Neves*, doyen de la Faculté de médecine de Lisbonne ; Pr *Egas Moniz*, de la Faculté de médecine de Lisbonne.

AMÉRIQUE : Dr *Constantino Carvallo*, de Lima; Dr *Miguel Toberssi*, de Mexico ; Dr *José Guillermo*, de Mexico ; Pr *Casuso y Diaz Albertini*, de La Havane ; Dr *Rodriguez Martinez Ricardo*, de La Havane ; Dr *Miguel R. Soberon*, de Lima ; Dr *Juan Garcia Calderon*, de Lima.

BELGIQUE : Dr *Beckers*, organisateur des Journées de Bruxelles.

GRÈCE : Dr *Kimon Coconis*, d'Athènes ; Dr *Lazare Saïas*, de Salonique.

FRANCE : Pr *Lépine*, de Lyon ; Pr *Merklen*, de Strasbourg ; Pr *Barré*, de Strasbourg ; Pr *Cruchet*, de Bordeaux ; Pr *Rocher*, de Bordeaux; Pr *Sabrazès*, de Bordeaux ; Dr *Grimberg*, deParis ; Dr *Roblès*, de Paris ; Dr *Thépénier*, de Paris ; Dr *Bouland*, de Paris ; Dr *Henri Béclère*, de Paris; Dr *Mendés Villela*, de Paris; Dr *Montsarrat*, de Paris ; Dr *Jeunet*, de Paris ; Dr *Fernand Decourt*, de Paris ; Dr *Bellencontre*, de Paris ; Dr *Abel Watelet*, de Paris ; Dr *Scherb*, de Mulhouse ; Dr *Charles Miel*, chirurgien des hôpitaux coloniaux; Dr *Ferris Emile*, médecin major des troupes coloniales ; le médecin inspecteur *Vincent*, professeur au Val-de-Grâce ; le Pr *Abelous*, de Toulouse ; le Pr *Bardier*, de Toulouse ; le Pr *Mériel*, de Toulouse ; le Dr *Minet*, de Paris.

Ont été nommés dans cette liste, membres des Comités d'honneur : les professeurs Romero Molezum, de Santiago ; Aguilar, Mariscal, Calatayud, Marañon, de Madrid ; le Pr Azevedo Neves doyen de la Faculté de Lisbonne ; le Pr Egas Moniz, de Lisbonne ; Pr Lépine, doyen de la Faculté de Lyon ; Pr Abelous, doyen de la Faculté de Toulouse ; le Pr Mériel de Toulouse ; les professeurs Cruchet, Rocher et Sabrazès, de Bordeaux ; Pr Barré, de Strasbourg ; le Pr Merklen, de Strasbourg, et médecin des hôpitaux de Paris; Pr Bardier, de Toulouse, médecin inspecteur général Vincent de l'Institut ; le Dr Decourt, président des Syndicats médicaux de France ; Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France.

Tous ces nouveaux membres de l'Umfia le sont avec le parrainage du Pr Duval, du Dr Pauchet, des docteurs Bandelac de Pariente, Dartigues, Molinéry, Escat, Daléas, Berry.

Comme on le voit, l'Umfia grandit constamment par les adhésions de ses membres, en nombre et qualité.

Toulouse est aux portes de l'Espagne : c'est la grande ville presque frontière où peut le mieux s'opérer la fusion intellectuelle avec l'Espagne fraternelle.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Une conception mutualiste.

Il est toujours intéressant de suivre les manifestations qui ont lieu sur les différents points de la France. On se rend compte ainsi de l'état d'esprit de la Mutualité, de ses projets, de son organisation et de son attitude à l'égard du corps médical.

Le 18 mai dernier, avait lieu à Saint-Uze une journée mutualiste groupant les sociétés de secours mutuel de la Drôme : M. André, secrétaire général du XIIIe congrès national de la Mutualité française, fit une conférence sur les devoirs qui s'imposent aux sociétés de secours mutuels, où il exalte le rôle social de la Mutualité. Il envisage que la Mutualité devra surveiller l'hygiène, les sports, s'intéresser aux divertissements réservés aux femmes et aux enfants. Nous devons donc envisager le moment où elle remplacera les dames de la Croix-Rouge qui, elles-mêmes, auront pris la place des médecins dans l'organisation de l'hygiène sociale, selon les rêves de quelques-uns de nos maîtres. Elle deviendra ainsi, poursuit le conférencier, le 4e élément de la commune idéale, auprès de la mairie, l'école et l'église, nous verrons naître la maison mutualiste de la santé publique avec bains, douches, pharmacie, consultation de nourrissons et d'adultes, clinique d'auscultation (*sic*) et de petite chirurgie, goutte de lait, service de propagande et avec les bonis réalisés, lavoirs publics, jeux. Ainsi sera réalisée la cité idéale, mutualiste et familiale.

Plus loin il ajoute : *Recrutez et ouvrez à vos sœurs, à vos femmes , à vos enfants, les portes de ce paradis terrestre que sera la Mutualité nationalisée.*

Mais notre conférencier a également envisagé, et ceci est le point qui doit surtout retenir notre attention, le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques. Autant que possible, d'après M. André, il faut que, partout où cela se pourra, la Mutualité *crée des services à elle, bien à elle* ; *elle devrait dès à présent se préoccuper de pousser de jeunes élèves dans les écoles, à ses frais. Ceux-ci formeraient dans 5 ans tout un corps modèle de médecins, pharmaciens, dentistes, etc., mutualistes d'assurance.*

D'autre part, signer des conventions, veiller partout que l'inflation des prix ne fasse changer de destination les bonis acquis par la bonne gestion mutualiste.

Un premier point à retenir, c'est que la Mutualité redoute la puissance des syndicats médicaux et leur organisation, puisqu'elle ne croit pas trouver, dans le corps médical, des médecins disposés à accepter sa tutelle et ses conditions. C'est pour cela quelle rêve d'avoir un groupe médical à elle, bien à elle, qu'elle puisse tenir dans sa main.

Il va sans dire qu'une telle modalité n'envisage en aucune façon le libre choix du médecin, c'est le régime du médecin administratif imposé. Reste à savoir si les ayants droit aux soins, les assujettis à la loi accepteront cette façon de faire qui rappelle un peu la médecine militaire à l'usage des civils.

Pour avoir des sujets, elle veut faire instruire des jeunes gens à ses frais devant former des cadres mutualistes. Avec quel argent comptet-elle obtenir ses résultats ? Car à l'heure actuelle les études médicales coûtent cher et entretenir dans les écoles un groupe important d'étudiants suppose une dépense considérable.

Est-ce avec une chose aussi aléatoire que les bonis qu'on pourra obtenir ce résultat ? Je ne sais du reste si la chose serait légale. Les cotisations des assujettis et des patrons doivent assurer purement et simplement les buts de la loi. Les bonis, s'ils existent, doivent être consacrés à des œuvres d'une portée sociale, sanatoria, preventoria, colonies de vacances, bains, douches, etc. Mais je ne sache pas qu'il soit permis de prélever des sommes importantes destinées à créer une concurrence aux autres médecins et supprimer le libre choix du médecin inscrit dans la loi.

Comment du reste réaliser ce projet ? On ne peut verser aux jeunes étudiants que des bourses, mais en ce cas il faut prévoir des engagements d'un certain nombre d'années et en cas de violation à ces engagements le remboursement des frais engagés comme dans un véritable prêt d'honneur. La Mutualité créera-t-elle pour diminuer ses frais un véritable internat caserne, une maison des étudiants mutualiste, assurant le vivre et le logement, véritable école militaire civile à l'instar de l'école de Lyon.

Et, comme la Mutualité a toutes les ambitions ne rêverait-elle pas de créer une faculté mutualiste, venant à côté des facultés catholiques, faire concurrence à celles de l'Etat ? Les étudiants auraient comme centre d'études les maisons de santé et les cliniques et dispensaires mutualistes, dont nous connaissons tous la brillante et parfaite organisation. Néanmoins, dans cette faculté, l'enseignement serait éminemment brillant puisqu'en cinq ans elle créerait des docteurs aptes à soigner toutes les maladies. Elle aurait pour cela, je n'en doute pas, une élite de professeurs et d'étudiants.

Si la Mutualité veut créer cette médecine militaire civile à l'usage de ses sociétaires, quel sera l'avenir du médecin employé ou fonctionnaire lorsqu'il aura terminé aux frais de la princesse ses études professionnelles. Le médecin militaire a son statut. Il doit un certain nombre d'années de service à l'Etat, compris son service militaire. Au bout de ce temps, il peut démissionner, libre d'engagement ; si sa démission est acceptée avant ce délai, il rembourse ses frais d'études. S'il reste dans l'armée, il a son statut d'officier, possesseur de son grade. Il a un avancement prévu ; la Croix payée au bout d'un certain nombre d'années, des indemnités diverses, améliorant sa situation selon sa garnison, le nombre de ses enfants.

A la fin de sa carrière, il aura sa retraite réversible, en cas de décès, partie sur la tête de sa femme. Il a donc sa vieillesse assurée.

Il n'y a rien de pareil à escompter de la Mutualité. Si elle veut créer une organisation médicale, à elle, bien à elle, c'est pour réaliser des économies, et payer des médecins à un tarif au rabais, au-dessous des tarifs syndicaux. S'il n'a pas le droit d'exercer en dehors des mutualistes, il devra se contenter de ces honoraires de famine, sans espoir d'améliorer sa situation, sans pouvoir faire vivre les siens ; car il ne sera pas question d'augmentation de traitement ni d'indemnités.

S'il a le droit de faire de la clientèle privée, il négligera peu à peu ses mutualistes et bientôt blâmé par ses patrons, ou il démissionnera, ou bien il sera cassé aux gages. Ce sera peut-être pour lui le salut, mais il risque de rester avec une clientèle modeste dont les premiers éléments ont été tirés de son service mutualiste. S'il reste dans les cadres de la Mutualité, il fera comme les nombreux confrères qui ont passé leur vie au service médical de cette Mutualité, il mourra dans la misère. Une belle couronne sera placée par ses sociétés sur son cercueil, on fera de lui un brillant panégyrique, mais il laissera les siens dans cette misère dont nous avons souvent été témoins ;

et sa veuve ira grossir la cohorte de celles qui sont soutenues par nos œuvres.

Car il ne faut pas oublier ce que dit le conférencier, il ne faut pas que l'inflation des prix (médicaux) ne fasse changer la destination des bonis acquis d'autre part par la bonne gestion mutualiste, c'est-à-dire provenant de l'exploitation des médecins. Ceux-ci sont bien avertis, ils n'auront aucun droit aux bonis qu'ils auront créés. Je plains nos confrères séduits par les tentations mutualistes et redoute de voir s'ouvrir devant eux les portes de ce paradis terrestre que sera la Mutualité nationalisée.

Dr M. Vimont.

Compte rendus, documents, pièces officielles...

Instruction relative à l'appareillage des mutilés (1).

(*Suite et fin*).

Mutilés du membre inférieur.

Chaussures.

Les pensionnés atteints de lésions d'*un pied* ;

1° Ont droit *pour le pied déformé* ; à 2 chaussures orthopédiques (2).

Les chaussures sont réparées gratuitement. Elles sont renouvelables gratuitement lorsqu'elles sont hors d'usage et reconnues irréparables.

Les chaussures orthopédiques hors d'usage et irréparables sont réformées et laissées au centre d'appareillage.

2° Peuvent obtenir pour le pied sain :

a) Une chaussure normale gratuite à titre de première mise.

b) Le renouvellement de cette chaussure à titre remboursable lorsqu'elle est reconnue hors d'usage et irréparable (3).

Les mutilés amputés d'un membre inférieur :

1° Ont droit, pour le membre artificiel, à deux chaussures normales, qui sont réparées et renouvelées gratuitement (4) ;

2° Peuvent obtenir, pour le pied normal, une chaussure normale gratuite à titre de première mise et le renouvellement de cette chaussure à titre remboursable, dans les mêmes conditions que les mutilés atteints de lésion d'un pied (5).

Les mutilés amputés des deux membres inférieurs ont droit à deux chaussures normales pour chaque membre artificiel ; ces chaussures sont réparées et renouvelées gratuitement.

(1) Voir n° 33, p. 1945.

(2) Conformément à l'avis de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie, les centres d'appareillage ne sont pas autorisés à délivrer des chaussures sans tige.

(3) Les réparations de la chaussure normale et les frais d'envoi sont à la charge du mutilé.

Le mutilé qui vient au centre demander le renouvellemnent d'une chaussure normale n'a droit à aucune indemnité.

(4) Les mutilés qui utilisent le pilon au lieu de la jambe artificielle ne peuvent pas prétendre à l'attribution de chaussures normales gratuites pour le membre amputé.

(5) La chaussure normale doit toujours être remboursée par l'intéressé au prix de revient.

Chaussures pour paraplégiques.

Les malades, paraplégiques, hémiplégiques et monoplégiques du membre inférieur, ont droit à des chaussures orthopédiques :

1° Si l'état anatomique de l'un ou des deux pieds en justifie l'attribution ;

2° Si la marche est possible.

Dans le cas où la marche est impossible, il peut être attribué une paire de chaussons d'hiver et une paire de chaussons d'été.

Voiturettes.

En outre des appareils et de leurs accessoires, les grands invalides atteints de lésions graves et incurables du système locomoteur (amputés de hanche, paraplégiques) ont droit à une voiturette d'appareillage dont le modèle est fixé par la commission d'appareillage parmi ceux des marchés passés par le ministre (1).

La voiturette est munie d'une lanterne attribuée à titre de mise unique.

En dehors des trois cas ci-dessus prévus, toute demande de voiturette doit être transmise au ministre pour décision, avec avis motivé de la commission d'appareillage.

Les compagnies de chemins de fer des grands réseaux accordent le transport gratuit des voiturettes que les mutilés emmènent avec eux dans leurs déplacements.

En conséquence, les médecins chefs doivent, en même temps qu'ils attribuent une voiturette, faire une demande à M. le président du comité de direction des grands réseaux de chemins de fer français, 99, rue Saint-Lazare, afin qu'une autorisation de transport gratuit de voiturette soit accordée à l'intéressé.

Lorsque la voiturette n'a plus d'utilisation, elle doit être renvoyée au centre d'appareillage en port dû.

(1) Lorsqu'un mutilé est momentanément démuni de sa voiturette pour cause de réparation, il peut demander au centre d'appareillage dont il relève le prêt d'une voiturette en attendant que la sienne soit remise en état.

Fauteuils roulants.

Les mutilés, qui sont atteints de lésions graves et incurables du système locomoteur (amputés doubles des membres inférieurs au-dessus du cou-de-pied et invalides atteints de paraplégie complète) et qui, *vivant chez eux*, se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer seuls dans leur intérieur, peuvent obtenir l'attribution d'un fauteuil roulant d'appartement, à titre de mise unique, non renouvelable.

Quand le fauteuil roulant n'a plus d'utilisation, il doit être renvoyé au centre d'appareillage en port dû.

Béquilles et cannes.

Sont délivrées, dans tous les cas d'espèce où elles sont reconnues nécessaires par la commission d'appareillage.

Bonnets et couvre-moignons. — Bouts de canne. — Sabots de béquilles et de quillons en caoutchouc. — Souliers de quillon en cuir.

Ces accessoires sont délivrés en triple aux mutilés du membre inférieur lorsque leurs appareils en comportent l'usage. Les intéressés disposent ainsi de deux accessoires de remplacement en plus de l'accessoire en service.

Lorsque deux de ces accessoires sont hors d'usage, le mutilé les adresse par la poste, en port dû, avec tous renseignements utiles, au centre d'appareillage qui lui en renvoie deux franco.

En aucun cas, le remplacement de ces accessoires ne doit donner lieu à convocation, ni par suite à l'attribution de frais de voyage ou d'indemnités de déplacement.

Mutilés du membre supérieur.

Bonnets couvre-moignons.

Il est attribué des bonnets couvre-moignons dans les mêmes conditions que pour le membre inférieur.

Gants.

Gants de peau. — Ils sont uniquement destinés à masquer une prothèse de la main ; ils sont renouvelables lorsqu'ils sont hors d'usage et irréparables (sans que leur durée minimum puisse être inférieure à six mois).

Gants de laine, ou laine et coton. — Ils sont destinés à protéger la main particulièrement sensible aux variations atmosphériques chez les mutilés du membre supérieur atteints de troubles névritiques ou vaso-moteurs. Ils sont renouvelables lorsqu'ils sont hors d'usage, sans que leur durée minimum puisse être inférieure à trois mois.

Gants de coton et de jersey. — Ils sont destinés soit à masquer une main artificielle, soit à protéger une main atteinte de troubles névritiques ou vaso-moteurs, qui ne supporte pas les gants de laine. Ils sont renouvelables lorsqu'ils sont hors d'usage, sans que leur durée minimum puisse être inférieure à trois mois.

Lorsqu'un de ces accessoires est hors d'usage, le mutilé l'adresse, par la poste, en port dû, avec tous renseignements utiles, au centre d'appareillage qui lui en renvoie un franco.

En aucun cas, le remplacement de ces accessoires ne doit donner lieu à convocation, ni, par suite, à l'attribution de frais de voyage ou d'indemnités de déplacement.

Couteaux spéciaux et fourchettes tranchantes.

Les amputés du membre supérieur peuvent à leur choix demander : soit un couteau, soit une fourchette tranchante, des types admis par la commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Ces accessoires sont renouvelables lorsqu'ils sont reconnus hors d'usage et irréparables.

Chevelures postiches.

Les pensionnés pour lésion incurable du cuir chevelu ayant entraîné la perte définitive des cheveux ont droit à l'attribution d'une seule chevelure postiche renouvelable tous les trois ans.

Ces chevelures sont commandées par les services d'appareillage.

Bandages. — Ceintures. — Bas à varices.

Il est attribué un seul appareil ; cet appareil est renouvelable lorsqu'il a été reconnu hors d'usage et irréparable, sans que sa durée puisse être inférieure à une année.

Tuberculose osseuse et articulaire.

Les malades atteints de lésions tuberculeuses osseuses ou articulaires, d'un caractère évolutif, ne relèvent pas des services d'appareillage. Ils doivent être exclusivement dotés d'appareils plâtrés dans les conditions prévues par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Lorsque les lésions sont consolidées d'une façon suffisante et alors seulement, les malades peuvent être dotés d'appareils d'orthopédie par les services d'appareillage, dans les conditions habituelles.

Prothèses spéciales.

Prothèse oculaire.

Les mutilés énucléés d'un œil ou des deux yeux, dont la cavité orbitaire peut tolérer et maintenir une pièce prothétique, ont droit, au moment de leur premier appareillage, à deux yeux par cavité orbitaire.

Tout mutilé qui désire obtenir un œil artificiel (première mise ou renouvellement) doit adresser sa demande au médecin chef du centre d'appareillage dont il dépend.

Les yeux artificiels fournis aux mutilés sont exclusivement des yeux sur modèle.

Les yeux artificiels sont du type simple coque ou du type double coque ; ceux-ci ne convenant que pour appareiller les cavités définitives et ne devant être délivrés que sur demande formelle des mutilés.

Les mutilés ont droit au renouvellement des yeux artificiels à raison de :

Un œil simple coque tous les six mois.

Un œil double coque tous les ans.

Lunettes.

Les pensionnés pour lésions oculaires ou pour vices de réfraction ont droit à l'attribution de deux paires de lunettes, qui peuvent être renouvelées tous les trois ans.

Toutefois, la commission d'appareillage est qualifiée pour autoriser un renouvellement chaque fois que le nécessite une modification de la lésion constatée par une commission de réforme.

Les lunettes sont à verres simples biconcaves ou biconvexes et avec monture de branches à crochet ou à simples branches.

Les verres périscopiques et télégics et les verres en cristal de roche ne sont pas fournis par les centres.

Prothèse maxillo-faciale.

Les mutilés maxillo-faciaux sont classés en deux catégories :

Catégorie A. — Perte d'un petit nombre de dents seulement, ou de quelques dents et d'une minime partie de l'un ou des deux maxillaires.

Catégorie B. — Perte de substance importante des maxillaires et perte d'un nombre élevé de dents et éventuellement mutilation concomitante de la face.

Les mutilés de la catégorie A peuvent s'adresser soit aux centres de prothèse maxillo-faciale, soit aux centres d'édentés (1), soit au spécialiste de leur choix dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1922. (*Journal officiel* du 29 octobre 1922.)

Les mutilés de la catégorie B, en raison de la gravité de leurs lésions, relèvent de spécialistes hautement qualifiés. Pour obtenir la réparation et le renouvellement de leurs appareils, ils doivent s'adresser au médecin chef du centre de prothèse maxillo-faciale dont ils dépendent. Ces centres spéciaux sont au nombre de six.

Paris (hôpital Saint-Louis).

Lyon.

Marseille.

Bordeaux.

Strasbourg.

Alger.

Pour des raisons d'ordre technique (*évolution de* la plastique buccale), il n'est attribué, en principe, qu'un seul appareil aux mutilés maxillo-faciaux ; mais ces appareils sont réparés, modifiés ou remplacés autant qu'il est nécessaire.

Toutefois, les mutilés maxillo-faciaux sont pourvus d'un appareil en double, chaque fois que l'infirmité, de l'avis du médecin chef du centre de prothèse maxillo-faciale, exige que l'intéressé ne risque pas d'être momentanément démuni d'appareil :

1° Soit en raison des conséquences fonctionnelles de cette infirmité (exemple : perforation palatine ne permettant ni la phonation, ni la déglutition sans un obturateur) ;

2° Soit en raison des conséquences esthétiques de cette infirmité.

Par suite, lorsqu'un mutilé maxillo-facial entrant dans l'une de ces deux catégories sollicite le renouvellement d'un appareil usagé, le centre doit réparer cet appareil, qui devient appareil de secours, et fabriquer un deuxième appareil.

Masticateurs.

Les centres d'appareillage peuvent délivrer des appareils « masticateurs », après avis du médecin chef du service de prothèse maxillo-faciale, aux mutilés maxillo-faciaux qui, même appareillés, auraient une mastication difficile.

Prothèse acoustique.

Il est délivré aux pensionnés pour lésion de l'audition deux catégories d'appareils :

1° Soit des appareils collecteurs de vibrations (cornets, conques, cloches, etc.) ;

2° Soit des appareils téléphoniques comportant une pile qui doit être changée tous les mois.

Ces derniers, en particulier, n'étant pas sans inconvénient dans certains cas (vertiges, etc.), le choix de l'appareil appartient exclusivement au médecin spécialiste.

La durée de ces appareils est illimitée ; ils sont délivrés, à titre de mise unique, sur un certificat du médecin spécialiste concluant qu'ils sont susceptibbles de donner une amélioration. Toutefois, en ce qui concerne les appareils à pile, celle-ci est renouvelée mensuellement par les soins du fournisseur de l'appareil, conformément au contrat d'abonnement passé entre ce fournisseur et l'Etat.

Mutilés génito-urinaires.

Les mutilés atteints de cystostomie définitive ou provisoire peuvent obtenir des appareils en caout-

(1) Il existe un centre d'édentés dans chaque chef-lieu de région territoriale.

En Algérie, il existe un centre d'édentés à Alger, Oran, Constantine.

En Tunisie, à Tunis.

Au Maroc, à Casablanca, et Oudjda.

Aux pays rhénans, à Mayence.

chouc, avec réservoir en aluminium, à raison de deux appareils, renouvelables dès qu'ils sont hors d'usage.

Appareils et accessoires de pharmacie.

L'article 1er de l'arrêté interministériel du 28 mai 1921 (*Journal officiel* du 31 mai 1921) relatif au tarif des produits pharmaceutiques à délivrer aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 spécifie que :

Parmi les objets figurant aux chapitres III et V du tarif de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France, seront fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre III :

« Petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre pour petits lavages, œillères ».

Les autres objets du chapitre III et ceux du chapitre V, auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64, *seront fournis par les centres d'appareillage.*

Les chapitres III et V du tarif de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France comportent trois catégories d'accessoires :

1° Les accessoires énumérés ci-dessus qui, *seuls*, peuvent être délivrés aux bénéficiaires de l'article 64 par les pharmaciens, sur bon d'ordonnance extrait du carnet spécial pour soins gratuits : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre pour petits lavages, œillères ;

2° Des accessoires nécessaires à l'appareillage proprement dit ; ces accessoires sont exclusivement délivrés par les centres d'appareillage aux mutilés dont les droits à l'appareillage sont reconnus et sanctionnés par la délivrance d'un livret d'appareillage.

Ces accessoires sont les suivants :

Chapitre III. — Bandages herniaires, bas à varices ou bandes élastiques pour varices, béquilles, ceintures orthopédiques, sangles de Glénard, sabots pour béquilles.

Chapitre V. — Lunettes, yeux artificiels.

3° Tous les accessoires qui ne sont pas compris sous les rubriques précédentes 1° et 2°.

Ces accessoires sont de trois sortes :

1° Les uns font partie de l'arsenal du médecin (agrafes de Michel, thermomètre, seringues de Pravaz ventouses, sondes, etc.).

Ils ne doivent pas être délivrés aux malades ;

2° Les autres sont des objets de toilette : brosses à dents, lanières en crin pour frictions, etc.

Ils ne doivent pas être délivrés aux malades, non plus que l'eau de Cologne, les élixirs dentifrices, les lotions et produits similaires ;

3° D'autres enfin, tels que les urinaux, bassins de lit, ne doivent être délivres que pour les maladies ou infirmités chroniques qui nécessitent un alitement de longue durée.

Il appartiendra aux médecins chefs des centres d'appareillage de délivrer ces accessoires de mise unique lorsque le postulant remplira les conditions spécifiées ci-dessus : mention en sera portée sur le livret d'appareillage.

Frais de déplacement.

Un décret relatif aux frais de déplacement des mutilés convoqués dans les centres d'appareillage, les centres spéciaux de réforme et les tribunaux de pension, étant actuellemetnt en préparation, il n'y a pas lieu de modifier les errements anciens jusqu'à sa publication.

Responsabilité du mutilé.

Ceux qui, par des fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, auraient usurpé un nombre d'appareils supérieur à celui auquel ils ont droit, s'exposeront au remboursement des sommes représentant la valeur des appareils indûment perçus, sans préjudice de poursuites judiciaires.

Le mutilé est comptable de son appareil : il ne peut ni le céder, ni le vendre et doit le représenter, sauf cas de force majeure. Hormis le cas de force majeure, les appareils non représentés ne sont pas renouvelés.

Le mutilé est responsable de la garde et de l'entretien de ses appareils ; lui sont imputables les détériorations et les pertes provoquées par intention ou par négligence.

Le mutilé qui a demandé et obtenu d'un centre d'appareillage l'attribution d'un appareil et qui, malgré trois convocations, dont l'une par lettre recommandée, néglige d'en prendre livraison dans les deux mois suivant le dernier avis, est considéré comme renonçant à l'appareillage ; il est mis en demeure de rendre son livret d'appareillage et rayé des contrôles du centre.

Le ministre est informé et l'intéressé ne peut être réinscrit dans un centre d'appareillage que sur nouvelle demande et nouvelle autorisation ministérielle.

Textes abrogés.

Sont abrogés : toutes les circulaires, instructions et règlements antérieurs, en ce qu'ils ont de contraire à la présente instruction.

Paris, le 22 mai 1924.

MAGINOT,

(*J. O.*, 31 mai 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Légion d'Honneur.** — Dans la dernière promotion du ministère des Pensions, nous avons le plaisir d'enregistrer les noms de quelques confrères que nous connaissons particulièrement : les docteurs LENGLET et SIBURT, sont nommés officiers.

Tous ceux qui connaissent l'inaltérable dévouement, la compétence éclairée, le labeur acharné dont le Dr Lenglet ne cesse de faire preuve dans ses fonctions délicates de secrétaire de la commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, applaudiront de grand cœur, la nouvelle distinction dont il vient d'être l'objet et qu'il a si grandement méritée.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — A partir du lundi 6 octobre, des cours de perfectionnement seront faits à la clinique médicale sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

Premier cours. — Maladies du rein (5 leçons). — 1° Rétention chlorurée : Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée : Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons).

Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniquees. Leur importance dans l'établissement du régime.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). Technique et résultats.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). Examen chimique : sucre, urée, albumine. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique. Les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours. — Maladies du foie (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches.

Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal.

Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis, maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses de floculation.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 h., à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 6 octobre et seront terminés le 28.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr., pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Un cours de perfectionnement et de pratique obstétricale et gynécologique sera fait du 15 au 30 octobre 1924 sous la direction de MM. les professeurs Villard et Commandeur, et avec le concours de MM. Trillat et Rhenter, professeurs agrégés ; Michon et Eparvier, chefs de clinique ; Quincieu, moniteur de clinique gynécologique.

Les leçons et exercices pratiques auront lieu à l'hospice de la Charité de Lyon.

15 octobre. — 9 h., M. Eparvier : Du forceps en général. — 10 h. 30, M. Commandeur : La délivrance naturelle. — 17 h., M. Rhenter : L'avortement.

16 octobre. — 9 h., M. Eparvier : Application du forceps dans les diverses présentations et positions. — 11 h., M. Trillat : La radiographie obstétricale. — 15 h. 30, M. Commandeur : La délivrance artificielle et ses indications. — 17 h., M. Rhenter : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

17 octobre. — 9 h., M. Eparvier : La version externe et la version mixte. — 10 h. 30, M. Commandeur : Lésions de la tête fœtale au cours de l'accouchement. — 17 h., M. Rhenter : Le placenta prævia.

18 octobre. — 9 h., M. Eparvier : La version podalique interne. — 11 h., M. Trillat : La radiographie fœtale. — 15 h. 30, M. Commandeur : Lésions du tronc et des membres du fœtus au cours de l'accouchement. — 17 h., M. Rhenter : Les embryotomies.

20 octobre. — 9 h., M. Quincieu : Les déviations utérines : traitement non sanglant. — 10 h. Examen de malades. — 11 h., M. Michon : Métrorragies et leur traitement. — 15 h. 30, M. Commandeur : Viciations pelviennes rachitiques.

21 octobre. — 9 h., M. Villard : Traitement chirurgical de la rétroversion. — 10 h. Opérations et démonstrations opératoires. — 11 h., M. Trillat : Les césariennes. — 15 h. 30, M. Commandeur : Thérapeutique des viciations pelviennes rachitiques.

22 octobre. — 9 h., M. Michon : Prolapsus génitaux ; traitement, périnéorraphie, cloisonnement. — 10 h. Opérations et démonstrations opératoires. — 15 h. 30, M. Commandeur : Viciations pelviennes d'origine rachidienne et des membres inférieurs ; examen de pièces.

23 octobre. — 9 h., M. Quincieu : Infections chroniques des voies génitales ; traitement non sanglant. — 10 h. Examen de malades. — 11 h., M. Trillat : Les pelvitomies. — 15 h. 30, M. Commandeur : Thérapeutique des viciations pelviennes non rachitiques.

24 octobre. — 9 h., M. Villard : Traitement chirurgical des infections annexielles. — 10 h. Opérations et démonstrations opératoires. — 11 h., M. Eparvier : Prophylaxie des infections puerpérales. — 15 h. 30, M. Commandeur : Contractions irrégulières et rétraction utérine pendant le travail.

25 octobre. — 9 h., M. Michon : Grossesse tubaire avant le cinquième mois. — 10 h. Examen de malades et opérations. — 11 h., M. Trillat : Tumeurs utérines pendant la grossesse et le travail. — 17 h., M. Eparvier : Traitement des infections utérines localisées.

27 octobre. — 9 h., M. Villard : Traitement des fibromes utérins. — 10 h. Examen de malades ; opérations. — 11 h., M. Eparvier : Traitement des infections généralisées. — 15 h. 30, M. Commandeur : Traitement des ruptures utérines.

28 octobre. — 9 h., M. Michon : Tumeurs de l'ovaire et spécialement leurs complications. — 10 h. Examen de malades et opérations. — 11 h., M. Trillat : Tumeurs juxta-utérines pendant la grossesse et le travail. — 17 h., M. Rhenter : Accouchement prématuré provoqué.

29 octobre.— 9 h., M. Quincieu : Cancer du col et du corps utérin ; étude clinique. — 10 h., Examen de malades et opérations. — 15 h. 30, M. Commandeur : Traitement chirurgical des infections puerpérales. — 17 h., M. Rhenter : Médicaments agissant sur le muscle utérin.

30 octobre. — 9 h., M. Villard : Traitement du cancer de l'utérus. — 10 h. Examen de malades et opérations. — 15 h. 30, M. Commandeur : L'anesthésie obstétricale. — 17 h., M. Rhenter : Traitement de l'éclampsie.

— **Clinique médicale propédeutique.** — Cours de revision d'une semaine (20 au 25 octobre 1924) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, P. Pruvost, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1924, du 20 au 25 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à 12 h. : Démonstration pratique.

Lundi 20 octobre. — M. Lian : Sanatorium Clémenceau, hospice de Bicêtre (tramway Châtelet-Bicêtre).

Mardi 21 octobre. — M. Aubertin : Hôpital Saint-Louis.

Mercredi 22 octobre. — M. R. Debré : hôpital des Enfants-Malades.

Jeudi 23 octobre. — M. Fernet : Hôpital Saint-Louis, service de M. Lortat-Jacob.

Vendredi 24 octobre. — M. Gaston Durand : Hôpital de la Pitié, service de M. Enriquez.

Samedi 25 octobre, professeur Sergent : Hôpital de la Charité.

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité, 3 à 4 h. : Démonstration pratique, service ou laboratoire du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre Potain.

Lundi 20 octobre. — 1 à 4 h. : M. H. Durand (tuberculose). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. C. Lian (cœur, vaisseaux). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. P. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 21 octobre. — 3 à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Fernet (peau et syphilis). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Debré (hygiène).

Mercredi 22 octobre. — 3 à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Blechmann (pédiatrie). — 5 h. 1/2 à 6 h. : M. Harvier (endocrinologie). — 6 h. à 6 h. 1/2 : M. Duvoir (médecine légale).

Jeudi 23 octobre. — 3 à 4 h. : M. C. Lian (cœur, vaisseaux). — 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4 : M. Chabrol (foie, nutrition). — 5 h. 1/2 à 6 h. : M. Aubertin (sang). — 6 h. à 6 h. 1/2 : M. Gaston Durand (intestin).

Vendredi 24 octobre. — 3 à 4 h. à 4 h. 1/4 à 4 h. 3/4 : M. Faroy (estomac). — 4 h. 3/4 à 5 h. 1/4 : M. Brechmann (maladies infectieuses). — 5 h. 1/2 à 6 h. : M. C. Lian (reins). — 6 h. à 6 h. 1/2 : M. Abrami (pathologie générale).

Samedi 25 octobre. — 3 à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Tinel (neurologie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 professeur Sergent (appareil respiratoire).

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi ; l'après-midi, 3 à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— **XXIVe Congrès Français d'urologie.** — Le XXIVe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mercredi 8 octobre 1924, sous la présidence de M. le Dr Genouville.

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. — Rapporteurs : MM. Rochet et Thévenot (de Lyon).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris VIIe.

— **Laboratoire départemental de bactériologie.** — Un concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie appliquée à l'hygiène et à l'agriculture de l'Oise sera ouvert à Paris, à l'Institut Pasteur, en novembre 1924.

Peuvent y prendre part les candidats des deux sexes, Français ou naturalisés Français, âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus (les hommes ayant satisfait à leurs obligations militaires) et possédant l'un de titres suivants :

Soit celui de docteur en médecine, diplôme d'Etat ;

Soit celui de docteur en pharmacie, ou de pharmacien supérieur, diplôme d'Etat ;

Soit celui de docteur ès sciences d'une Faculté française, avec une licence homogène de chimie, la thèse ayant porté sur des recherches chimiques et biologiques, le candidats ayant, en outre, fait un stage d'au moins deux ans à l'Institut Pasteur.

Les candidats devront faire parvenir leur demande au préfet de l'Oise, avant le 10 octobre 1924.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de début : 18.000 fr. ; traitement maximum : 24.000 fr., par avancement de 1.500 fr. au choix tous les deux ans ou à l'ancienneté tous les quatre ans ;

2° Remboursement des frais de déplacement ;

3° Participation à la Caisse départementale des retraites ;

4° En plus du traitement, un cinquième du prix des analyses ou recherches faites à titre payant.

Sur demande adressée à la préfecture de l'Oise, le programme des conditions du concours sera adressé aux candidats. (*Journ. off.*, 23 juillet.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

1923, époque à laquelle j'ai cessé d'exercer pour venir habiter à St- A. où je suis actuellement.

J'ai prévenu à cette époque le contrôleur des contributions directes de B. de mon changement de résidence.

J'ai envoyé au contrôleur de mon domicile actuel, en février dernier, ma déclaration d'impôt sur le revenu pour 1923 et celle de mes bénéfices de médecin réalisés pendant les six premiers mois de 1923.

Le contrôleur de B. m'a demandé, il y a deux mois, de lui indiquer mes bénéfices réalisés en 1923. Je les lui ai indiqués, tout en lui faisant remarquer que j'avais adressé ma déclaration, en temps voulu, au contrôleur de ma nouvelle résidence.

Je reçois aujourd'hui la feuille ci-jointe.

Dois-je payer ces impositions au percepteur de B qui me les réclame aujourd'hui, ou au percepteur de ma nouvelle résidence qui me réclamera bientôt sans doute à la fois l'impôt sur le revenu et l'impôt cédulaire que je lui ai déclarés ?

Dans le cas présent, je bénéficierai, en payant à B., d'une exemption à la base plus forte puisqu'il s'agit du département de la Seine, mais, en revanche, le contrôleur de cet endroit n'ayant pas reçu ma déclaration n'a pu tenir compte de mes charges de famille que d'une façon incomplète ne m'ayant exonéré que pour deux enfants alors que j'en ai déclaré trois au début de 1924.

D'une façon générale, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est-il dû au percepteur du lieu où ces bénéfices ont été réalisés, ou au percepteur de la résidence actuelle en cas de changement de domicile dans le cours de l'année de l'Imposition ?

L'imposition calculée sur la feuille ci-jointe est-elle exacte ?

Dr A.

Réponse.

L'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales doit être établi au lieu du domicile ou de la résidence principale au 1er janvier de l'année de l'imposition, c'est-à-dire dans la même commune que l'impôt général sur le revenu ; pour vous, par conséquent à St-A. Cette solution est évidemment critiquable, puisque pendant la période d'exercice de votre profession vous avez supporté les charges qui justifient un abattement à la base plus important.

Nous ne pensons pas que l'administration soit revenue sur l'interprétation littérale de la loi qui aboutit à une solution aussi injuste. Si vous êtes imposé à la cédule du rôle de la commune de St.-A., vous aurez un délai de trois mois à partir de la publication dudit rôle pour contester (par pétition sur papier timbré au préfet de la Seine) l'imposition établie à B. ; mais, afin d'éviter le payement dès réception de l'avertissement de St-A., écrivez au contrôleur de B. pour lui signaler le double emploi et nous pen-



sons qu'il vous dégrèvera d'office sans qu'une pétition au préfet soit nécessaire.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1905. — Taxe sur la valeur locative.

Comme membre du « Sou », voudriez-vous me permettre de vous demander si les médecins ont à payer le 3 % sur valeur locative taxe sur les locaux *commerciaux et industriels* (taxes en remplacement des droits d'octroi, taxes municipales). On me fait payer la même somme également de 3 % sur valeur locative, taxe sur locaux d'*habitation*.

Dr P.

Réponse.

La taxe de 3 % de la valeur locative des locaux commerciaux et industriels porte en réalité sur la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente ; c'est-à-dire que pour l'application de cette taxe les locaux professionnels (des médecins en particulier) sont assimilés aux locaux commerciaux et industriels; mais il ne peut y avoir double emploi avec la taxe de 3 % sur la valeur locative des locaux d'habitation. Exemple un médecin occupe un appartement loué 6.000 fr. ; la partie affectée à son habitation vaut 4.000 et celle affectée à l'exercice de sa profession 2.000 fr., la taxe de 3 % sur la valeur locative des locaux d'habitation portera sur 4.000 fr. et celle sur les locaux commerciaux et industriels portera sur 2.000 fr. ; à noter que la patente sera calculée sur le total de 6.000 fr.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1915. — Taxe des prestations. Poursuites pour paiement des impôts.

Je reçois du percepteur de S. où j'ai exercé huit mois en 1923, une sommation d'avoir à payer sous huit jours une taxe de 132 fr. 95 pour prestations sans autres explications.

1° Sur quoi se base-t-on pour établir la taxe, étant donné que je suis possesseur d'une 6 chevaux Renault, quelle est l'équivalence du nombre de journées quant au nombre de voitures et quant au nombre de chevaux ?.

2° Est-il régulier de recevoir d'un percepteur, même quand on a quitté la région, une sommation sous peine de saisie, sans avoir jamais reçu auparavant de feuilles d'avertissement, sans avoir eu connaissance de la date de publication du rôle ?.

Dr B.

Réponse.

1° La taxe des prestations est due pour toute

voiture automobile possédée au 1er janvier de l'année de l'imposition ; elle est calculée d'après la valeur de 3 journées de travail de chacun des éléments imposables (nombre de voitures et nombre de H.P.) suivant un tarif *variable par commune*.

Pour avoir le détail de la somme de 132 fr. 95 qui vous est réclamée par le percepteur, vous pouvez lui demander un extrait du rôle qui vous sera délivré contre 0 fr. 25 (plus frais d'envoi).

2° La contribution est exigible du fait de la publication du rôle ; l'ignorance de la date de cette publication, la non réception d'avertissement, même si vous avez quitté la région, n'ont aucune influence sur l'exigibilité, et les poursuites du percepteur sont régulières à la seule condition que soit respecté l'ordre prévu par la loi : sommation sans frais (papier vert), sommation avec frais (papier jaune), commandement (papier bleu), saisie.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

1927. — Réunion par sutures multiples

Un de nos blessés, à la suite d'une chute de voiture, a été atteint des blessures suivantes :

1° Plaie pénétrante de la région frontale en son milieu à 1 centimètre environ de la racine des cheveux, longueur d'environ 4 centimètres, plaie contuse d'environ 4 centimètres faisant suite à la plaie pénétrante.

2° Plaie superficielle de la racine du nez, plaie pénétrante au niveau des cartilages du nez, ayant déterminé une section sur une longueur d'environ 1 centimètre sur la partie gauche ; léger affaissement du massif osseux.

3° Plaie contuse de la région interne de la lèvre inférieure en son milieu sur une longueur d'environ 2 centimètres.

4° Contusion de la région cervicale.

Sur sa note d'honoraires, le médecin traitant nous compte une somme de 45 fr. pour sutures multiples (front, nez, lèvre).

Lui ayant fait l'observation qu'en l'espèce il y avait lieu de compter, conformément au tarif Breton, l'honoraire de 18,75 prévu pour la 2e catégorie, pour l'opération de sutures multiples, ce praticien nous fait observer que « ce tarif porte *réunion* par sutures multiples » au singulier.

« Or, dit-il, je vous ai signalé 3 plaies différentes, « sans rapport entre elles, il s'agit donc de 3 sutures « absolument différentes les unes des autres. Je ne « puis donc accepter la tarification proposée, puisque le tarif Breton lui-même impose en 1re catégorie, celle que je vous ai demandée ».

La question de catégorie restant à part, le médecin peut-il pour ce cas compter 3 fois l'honoraire prévu pour suture simple (15 frs. en première catégorie) ou, doit-il au contraire compter la somme de 25 fr. fixée pour la réunion par sutures multiples, considérant comme une seule et unique plaie, les lésions du front, du nez et de la lèvre.

Connaissant votre autorité en la matière, nous acceptons d'avance votre décision.

Réponse

Je pense qu'il y a deux cas à considérer au sujet des sutures multiples.

1° Il y a « réunion par sutures multiples » à 25 francs (article 17), lorsque ces sutures sont proches l'une de l'autre, de même qu'il y a « pansements multiples », quand ils ont lieu « sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine » (article 17).

2° Il y a sutures simples ou multiples *à compter séparément*, lorsque ces sutures se trouvent par exemple l'une au bras, l'autre à la jambe, ainsi qu'il est dit pour les blessures multiples à l'article 14 » dans les cas de blessures multiples, *hors les cas prévus sur un même segment de membre*, etc.

Donc, dans le cas que vous indiquez, où les sutures ont lieu proches et sur un même segment de membre, il m'apparaît qu'il y a lieu d'appliquer le tarif de « réunion par sutures multiples » soit 25 francs.

Nota. — Que le mot « réunion » soit au singulier, cela va de soi, puisqu'il est employé dans un sens générique. Je ne crois pas qu'ici il eût été français de le mettre au pluriel. F.D.

Les V.E.M. de la Faculté de Médecine de Nancy

Continuant cette année la tradition qu'il a établie depuis cinq ans déjà, M. le Pr agrégé Maurice Perrin, chargé des cours de thérapeutique et d'hydrologie à la Faculté de médecine de Nancy, a consacré les vacances de la Pentecôte à faire visiter à ses élèves français et étrangers quelques-unes des stations hydrominérales et climatiques de la France : ce sont les Vosges et le Jura qui étaient, pour cette fois, le but du V.E.M. nancéen : Luxeuil, Plombières et Besançon-la-Mouillière reçurent d'abord la visite des étudiants lorrains. Ensuite, en deux très agréables journées d'auto-cars à travers le Jura, ils gagnèrent Salins-du-Jura, puis Divonne-les-Bains.

La journée du 22 juin fut consacrée à une deuxième excursion thermale, qui conduisit les Nancéens à Contrexéville et à Vittel.

Enfin l'année scolaire se termina tout dernièrement par la visite de l'établissement de Nancy-Thermal.

Partout le meilleur accueil fut réservé aux visi-

teurs, qui ont pu, une fois de plus, en des voyages fort agréables, se rendre compte sur place des armes précieuses que constituent, dans l'arsenal thérapeutique actuel, nos stations hydrominérales françaises. L.M.

JURISPRUDENCE

Commission de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés de guerre

I

Délivrance de médicaments spécialisés.

Des vaccins spéciaux, qui ne sont pas mentionnés dans le tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France adopté pour le règlement des fournitures pharmaceutiques de l'article 64, ne sont pas à la charge de l'Etat.

Décision du 28 février 1924.

Considérant que la Commission départementale de la .... a décidé de rejeter la demande de .... tendant à obtenir à titre gratuit un médicament spécialisé « estimant qu'en accordant aux bénéficiaires de l'article 64 tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques, l'Etat donne aux médecins un choix suffisant ».

Que l'appel interjeté par M. ...... est recevable ;

Attendu que l'article 65 du décret du 25 octobre 1922 dispose : « Le tarif des produits pharmaceutiques à livrer aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est établi par arrêté concerté entre le Ministre des Pensions et le Ministre des Finances » ;

Qu'il n'est fait dans le tarif pharmaceutique de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France adopté pour le règlement des fournitures pharmaceutiques de l'article 64 aucune mention des vaccins spéciaux dont M. ...... espère voir l'Etat assumer la charge ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel en la forme; le déclare mal fondé.

Confirme la décision de la Commission départementale de .....

II

Inscription sur les listes spéciales.

Seule l'inscription sur les listes spéciales donne droit aux soins de l'article 64.

Décision du 28 février 1924.

Attendu que .... n'était pas titulaire de pension, qu'il n'était pas proposé pour pension par une Commission de réforme le 17 juin 1921 date à laquelle il fut opéré par le Dr .....

Que l'inscription sur les listes spéciales est su-

bordonnée à cette condition essentielle d'être pensionné ou en instance de pension ;

Que seule l'inscription sur les listes donne droit aux soins gratuits ;

Pour ces motifs, confirme la décision de la Commission départementale du .... et dit que le Dr .... n'est pas fondé dans sa demande d'honoraires.

DOCUMENTS OFFICIELS

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 et 22 *juillet.*

Habitation. — Loi du 20 juillet 1924 *prohibant le changement de destination des locaux affectés à l'habitation et réglementant les locations en meublé.*

Urbanisme. — Loi du 19 juillet 1924 complétant la loi du 14 mars 1919 concernant les *plans d'extension et d'aménagement des villes.*

25 *juillet.*

Médecins des troupes coloniales. — Instruction interministérielle relative au concours pour l'*admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de l'armée active des troupes coloniales* (concours latéral).

26 *juillet.*

Médecins des troupes coloniales. — Arrêté ouvrant un *concours pour des emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.*

(Sera publié ultérieurement).

2 *août.*

Médecin des asiles d'aliénés. — Un poste de *médecin chef de service* est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne).

3 *août.*

Loyers. — Loi du 2 août 1924 ayant pour objet de compléter la *législation sur les loyers concernant les locaux d'habitation et les locaux à usage commercial, industriel ou professionnel.*

Circulaire ministérielle pour l'application de la loi ci-dessus.

(Cette loi et cette circulaire feront l'objet d'un commentaire spécial).

6 *août.*

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène. — M. Le Beau, préfet de la Vienne, est nommé directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, en remplacement de M. Hudelo, nommé préfet du Nord.

8 *août.*

Sanatoriums publics. — Décret du 24 juillet abrogeant le décret du 20 novembre 1923 et modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920.

(Sera publié ultérieurement).

Brevet d'infirmière. — Décret du 18 juillet 1924 modifiant le décret du 27 juin 1922 instituant des *brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français.*

(Sera publié ultérieurement).

Accidents du travail. — Par arrêté d u ministre du travail du 28 juillet 1924, le prix de journée qui devra être acquitté par les mutilés du travail admis dans les écoles et autres institutions assurant la rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre est fixé à 10 fr. lorsqu'il s'agit d'une rééducation dans une école ordinaire et à 15 fr. lorsque l'intéressé effectue son stage dans une école sanitaire de rééducation spéciale pour les malades pulmonaires.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les désignations des médecins experts ne sont valables que pour une année.

377. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre de la Justice qu'en conformité de l'article 1er du décret du 22 juin 1924 (*Journal officiel*, 24 juin 1924), les médecins experts devant les tribunaux sont désignés au commencement de chaque année judiciaire par les cours d'appel, et demande si ces désignations ne sont valables que pour une année et si tel médecin expert nommé au début de l'année judiciaire 1923, doit, pour être maintenu expert en 1925, être à nouveau proposé par le tribunal de première instance et désigné par la cour d'appel. (*Question du 4 juillet 1924*).

Réponse. — Aux termes du décret du 22 juin 1924, les tribunaux de première instance, au commencement de chaque année judiciaire, prennent une délibération pour arrêter la liste des médecins proposés à l'agrément de la cour d'appel. Les désignations ainsi faites ne sont donc valables que pour une année. (*J. O.*, 30 juillet 1924.)

Situation fiscale d'un médecin employé par un industriel.

22. — M. Bringer, député, demande à M. le Ministre des Finances : 1° quelle est, au point de vue fiscal, la situation d'un médecin employé par un industriel, recevant des salaires, ne faisant pas de clientèle particulière, et consacrant tout son temps à son service ; 2° si, étant assujetti à l'impôt sur les salaires, il doit aussi être assujetti à la patente ; 3° s'il ne doit pas être, effectivement, considéré comme un commis, et si, comme tel, ses actes professionnels n'étant pas accomplis en vue d'une rémunération payée par le public, il n'est pas exempt de la contribution des patentes, tout comme l'architecte, par exemple, qui devient l'employé de la même maison, et qui,

n'exerçant plus sa profession pour son propre compte, n'est plus patentable. (*Question du* 19 *juin* 1924.)

Réponse. — Le médecin qui, assurant moyennant rétribution le service médical d'une entreprise industrielle, consacre tout son temps à ce service et n'a pas de clientèle particulière, doit être considéré, pour l'application des impôts cédulaires, comme exerçant une profession salariée et assujetti à ce titre à l'impôt sur les traitements et salaires. Mais, pour ce qui concerne la contribution des patentes, il résulte de la jurisprudence du conseil d'Etat que le fait d'exercer la médecine dans les conditions envisagées ne confère pas à l'intéressé la qualité de « commis » au sens de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880 et cette contribution lui est applicable comme aux autres médecins.

(*J. O.*, 30 juillet 1924.)

La prime d'allaitement n'est allouée qu'aux bénéficiaires de la législation sur les femmes en couches.

500. — M. Cadic, député, demande à M. le Ministre du Travail, si le refus de secours à une femme en couches, pour n'avoir pas fourni un certificat médical de grossesse, entraîne nécessairement le refus de la prime d'allaitement au sein, ajoutant que cette mesure, si elle existe, doit être abolie comme inhumaine, car il est constaté trop souvent qu'il répugne à beaucoup de jeunes mères, dans nos campagnes, de faire des déclarations de leur état en temps voulu. (*Question du* 11 *juillet* 1924.)

Réponse. — La production d'un certificat médical de grossesse est obligatoire, aux termes de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 : « Avant les couches, la postulante doit justifier , par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même et pour son enfant ». Par ces dispositions formelles, le législateur a voulu éviter les fraudes et les abus qui résulteraient certainement d'une absence de contrôle médical. D'autre part, la condition nécessaire pour l'octroi d'une prime d'allaitement est l'admission préalable à l'assistance aux femmes en couches, ainsi qu'il résulte des termes mêmes de la loi du 24 octobre 1919 : « Toute Française admise au bénéfice de la législation aux femmes en couches et allaitant son enfant au sein reçoit, pendant les douze mois qui suivent son accouchement, une allocation supplémentaire de 15 fr. ». La prime d'allaitement au sein a été considérée par le législateur comme le complément naturel de l'allocation d'assistance aux femmes en couches, dont le bénéfice est réservé aux seules postulantes « privées de ressources suffisantes ».

(*J. O.*, 30 juillet 1924.)

Quarante-sixième année — N° 35 — 31 Août 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2010-IV*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Parage, de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les Bains Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.
Enghien-les-Bains Beyrand.
Escouloubre les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses Alpes). Rigal
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Debidour, Garcin, Levadoux, Verrier.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comey Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 393. — Ing. chim., écol. Lyon, lic. scienc., 29 ans, connais. physiol. ch. sit. labo. anal. rech. médic. Pourr. s'intér. financ.

N° 394. — Dame recomm. fournir. meubles, linge pour compléter clinique, mais. de sant. contre occup. personn. et soins à sa fille en traitement.

N° 395. — Vieux memb. du *Concours*, serait reconnais. à conf. qui lui indiquerait petite client. 1/2 repos, aux env. de Paris. Pressé.

N° 396. — Dr sér. 22 ans pratique, esprit commerc. ch. sit. dans administ. mais. prod. pharmac., pansements, chirurg., prothèse, voyagerait.

N° 397. — Sud-ouest. Bon poste à céder. Rapp. 23.000 Indem. 6.000, et reprise petit mob. Pays agréable : client. payant bien. A louer, gr. et belle mais. avec jardin et dépendances.

N° 398. — Part clinique à céd. excel. conditions. Poumons et cœur.

N° 399. — Belle client. à céd. dans le Centre. Aff. ancienne, rap. 45 à 50.000. Fixes. Gr. habit. avec dépend. grand jardin. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 400. — A repr. Paris, rive gauche, excell. noyau de client. App. agréable, 6 p. élect. ascenseur. Petite indem. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 401. — Visites médicales. Agents ambulants demandés pour plusieurs rég. (France et Belgique) à partir octobre. S'ad. Lab. Bottu, 35, rue Pergolèse, 16e. Indiquer conditions, régions et références.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

CORRESPONDANCE

Les enfants des médecins à la Mutualité Familiale

Voudriez-vous me dire si le projet d'admission des enfants des membres de la Mutualité Familiale aux combinaisons pensions est réalisée ?

J'ai une fille qui a eu vingt et un ans en avril dernier et je voudrais lui assurer une pension.

Si la Mutualité Familiale lui est ouverte, veuillez me dire quelle serait la cotisation annuelle et les pièces que j'aurais à fournir pour son admission.

Dr M...

Réponse.

Oui, mademoiselle M., peut entrer à la Mutualité Familiale puisque vous-même en êtes membre.

Sa cotisation, si la pension est à 60 *ans*, sera :

87 francs cotisation simple ou 103 fr. cotisation contre-assurée ;

Si la pension est à 65 *ans* ;

51 francs cotisation simple ou 62 fr. cotisation contre-assurée.

Ces chiffres sont pour 1.200 fr. de pension, ils seraient doublés si la pension était de 2.400 fr.

Il faut ajouter, bien entendu, 10 % pour les

frais de gestion. Quant aux formalités à remplir, elles sont peu compliquées :

Demander au Dr Mignon un bulletin d'adhésion que Mademoiselle M. signera avec vous et joindre un bulletin de naissance que la mairie délivrera gratuitement pour une société de Secours mutuels.

Mademoiselle M. sera admise à la séance de fin septembre, mais sa participation remontera au 1er janvier 1924.

A. G.

1973. — Point de départ de la contre visite d'un accidenté du travail.

Je désirerais savoir à quoi m'en tenir sur le point de droit suivant :

La loi de 1898 autorise, si je ne m'abuse, la visite d'un médecin contrôleur tous les 7 jours.

Dans ces conditions, un médecin contrôleur, délégué par un patron ou une Cie d'assurances pour visiter un blessé du travail, peut-il effectuer son premier contrôle avant qu'il ne se soit écoulé 7 jours depuis l'accident.

Ce délai, s'il y en a un pour le premier contrôle, part-il du jour de l'accident, ou du premier jour de traitement ?

Dr B.

Réponse.

L'article 4, § 5, de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 accorde au patron le droit de faire visiter hebdomadairement le blessé par un médecin désigné par lui au juge de paix.

Les mots « accès hebdomadaire », que la loi emploie, ont eu pour but, à notre avis, d'éviter qu'il n'y ait abus du nombre des contre-visites, que, par exemple, le patron ne se plaise, pour vexer son ouvrier, à lui déléguer tous les jours son médecin pour l'examiner.

Mais la loi ne dit pas quel doit être le point de départ de ces contre-visites et ce serait étendre la disposition restrictive qu'elle a édictée que de défendre au patron de faire visiter le blessé moins d'une semaine après la date de l'accident. Il peut être intéressant pour le patron de faire procéder à la contre-visite dans un délai rapproché et, s'il l'a fait faire, par exemple, en tenant compte du délai de prévenance, trois jours après l'accident, il n'y aura pas d'abus, dès lors que cette première contre-visite ne sera suivie d'une seconde qu'au bout de sept jours.

Notre avis est donc que le délai de sept jours ne s'applique pas à la première contre-visite. Nous ne connaissons d'ailleurs aucune décision judiciaire sur cette question.

1991. — Rente d'un accidenté du travail.

Je vous prie de vouloir bien me faire savoir quel sera le taux de la pension allouée à un blessé qui a du 7 % avec un salaire annuel de 6.000 fr. par an. Age 58 ans.

Pourriez-vous me dire si cette rente est rachetable et dans ce cas quel sera le taux ?

Dr T.

Réponse.

Lorsqu'un blessé du travail est atteint d'une incapacité permanente partielle, il a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à son salaire jusqu'à 4.500 francs de salaire annuel. Le salaire que l'ouvrier pouvait gagner au-delà de cette somme n'entre en ligne de compte pour la détermination de la rente que pour le quart seulement.

Ainsi dans votre affaire la rente doit être calculée de la façon suivante :

$$\text{Salaire de base : } 4.500 + \frac{(1.500)}{4} = 4.875.$$

$$\text{Montant de la rente : } \frac{4.875 \times 7}{100 \times 2} = 170{,}62.$$

Cette pension ne sera pas rachetable, la loi ne permettant le rachat que lorsque la rente n'est pas supérieure à 100 francs par an (article 21, paragraphe 2).

2000. — Attribution des inspecteurs des pharmacies

Je voudrais savoir quelles sont exactement les attributions de l'inspecteur des pharmacies, et les limites précises auxquelles ce fonctionnaire doit borner son activité. Vous m'obligeriez infiniment en me donnant ces renseignements, ou en me disant à quelles sources je devrais puiser pour m'éclairer.

Dr Y.

Réponse.

L'article 29 de la loi du 21 Germinal An XI, modifié par la loi du 25 juin 1908, précise qu'en vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication ou le débit, sans autorisation, des préparations ou compositions médicales, il sera procédé, au moins une fois l'an, à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins des droguistes, herboristes et épiciers, des coiffeurs et parfumeurs, des dépôts d'eaux minérales, généralement de tous les lieux où sont fabriqués, entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Les pharmaciens, droguistes et tous détenteurs de ces produits sont tenus de présenter les

drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

L'inspection des officines de pharmaciens et des dépôts tenus par les médecins et vétérinaires ne peut être confiée qu'à des agents pourvus du diplôme de pharmacien. Un règlement d'administration publique du 5 août 1908 précise les pouvoirs qui sont conférés aux inspecteurs des pharmacies.

Ces inspecteurs ont seuls qualité, réserve faite des pouvoirs appartenant aux officiers de police judiciaire, pour opérer des prélèvements dans les officines et dépôts de médicaments. Ces prélèvements portent tant sur les préparations officinales et produits pharmaceutiques que sur les préparations faites en vertu d'ordonnances médicales (art. 2).

Les inspecteurs peuvent se faire assister dans leurs visites par les commissaires de police ou, à défaut, par les maires et adjoints. Ils peuvent, en outre, requérir ces mêmes officiers de police judiciaire d'effectuer certains prélèvements dans les officines et dépôts de médicaments.

Pour les établissements autres que les officines de pharmaciens et dépôts tenus par les pharmaciens et vétérinaires, la visite et la recherche et la constatation des fraudes peuvent être confiées à des inspecteurs adjoints choisis et commissionnés par le préfet.

En outre, un décret, du 6 août 1908 pour l'application aux substances médicamenteuses de la loi sur la répression des fraudes donne aux inspecteurs et inspecteurs adjoints dont il s'agit le droit, concurremment avec tous officiers de police judiciaire et dans les limites de compétence fixées au décret du 5 août précité, d'opérer d'office des prélèvements d'échantillons dans les officines, laboratoires et leurs dépendances, magasins, boutiques, ateliers, voitures servant au commerce, ainsi que dans les entrepôts, dans les gares et ports de départ et d'arrivée.

Les administrations publiques sont tenues de leur fournir tous les éléments d'information nécessaires à l'exécution de la loi sur la répression des fraudes.

L'article 45 du décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses charge les inspecteurs des pharmacies et concurremment avec eux, les maires et commissaires de police de veiller à l'exécution de ses dispositions. Ils ont qualité pour visiter, outre les officines et dépôts de médicaments tenus par les médecins et vétérinaires, tous les lieux où sont entreposés ou mis en vente des produits médicamenteux ou hygiéniques.

Ils peuvent exiger la production du récépissé de la déclaration qui a dû être faite pour le commerce ou la détention des substances vénéneuses. Si cette justification n'est pas apportée, les

produits trouvés en contravention sont saisis et si la présence parmi eux d'une ou plusieurs substances du tableau C est constatée, la fermeture de l'établissement est ordonnée par le Préfet.

Si la déclaration est produite, l'inspecteur s'assure que les registres prescrits sont régulièrement tenus et que leurs énonciations concordent avec les quantités existantes.

Dans le cas d'infractions, procès-verbal est dressé des constatations et opérations effectuées.

2022. — Maladies professionnelles

Je vous serais obligé de vouloir bien me donner réponse à la demande de renseignements suivants concernant une gingivite ulcéreuse d'origine saturnine probable que j'ai actuellement à soigner chez un ouvrier peintre. Le patron, au dire de cet ouvrier, fait encore usage de céruse, et ce dernier présente un liseré de Burton et des crises de coliques de temps à autre.

Le saturnisme peut-il être considéré comme accident du travail ?

Les indispositions présentées par cet ouvrier peuvent-elles être imputées à la charge du patron qui lui-même est couvert par une assurance ? En un mot, peut-on les considérer comme accident du travail ? ce qui, dans le cas présent me paraît manifeste.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me donner une réponse formelle dans un sens ou dans l'autre à ces renseignements.

D[r] F.

Réponse.

La loi du 25 octobre 1919 a étendu la législation sur les accidents du travail à certaines maladies professionnelles, mentionnées aux tableaux y annexés, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants, figurant également dans ces mêmes tableaux.

Or, l'un des tableaux annexes concerne bien les maladies engendrées par l'intoxication saturnine et, parmi les travaux susceptibles de provoquer cette intoxication, figure bien la « peinture de toute nature comportant l'emploi de couleurs plombifères ».

Mais les seules maladies qui sont prévues comme susceptibles d'être indemnisées sont les suivantes : coliques de plomb ; myalgies-arthralgies ; paralysies des extenseurs ; hystérie saturnine ; néphrite ; goutte saturnine.

La gingivite ne figurant pas au tableau et ne pouvant rentrer dans l'une des catégories qui y figurent, on doit en conclure qu'elle n'est pas garantie par la loi et que, comme elle ne peut être

(*Voir la suite page XXXIX-2049*)

PROPOS DU JOUR

Les écoles d'infirmières en Belgique. Une visite à l'Ecole Edith Cavell-Marie-Depage (1)

Lors de notre récent voyage à Bruxelles où nous avions répondu à l'aimable invitation de nos confrères du *Bruxelles-Médical* pour les si intéressantes *Journées médicales*, nous eûmes l'avantage de rencontrer dans les merveilleux salons de l'Hôtel de ville, M. le Dr Van Langendonck, secrétaire de la Commission médicale provinciale de Bruxelles. Comme nous avions déjà échangé quelques lettres avec ce très distingué confrère, au sujet de l'enseignement des infirmières, M. Van Langendonck nous proposa de nous faire visiter les Ecoles d'infirmières, installées à Uccle près de Bruxelles. Nous acceptâmes avec reconnaissance, et Duchesne et moi, primes rendez-vous avec lui.

Nous avions déjà parcouru la veille les multiples services du trop bel hôpital Brugmann, un modèle s'il en est, mais difficile à rééditer dans les conditions économiques actuelles. A l'hôpital Brugmann, dont le service est fait à la fois par des sœurs et des infirmières laïques (en Belgique les unes n'excluent pas les autres et les deux font très bon ménage ensemble), il existe une Ecole d'infirmières, composée d'un home avec 167 chambres, de salles de bains, d'une salle à manger, d'une salle de réunion avec piano, de parloirs, d'une bibliothèque, d'une salle de cours, d'une infirmerie et d'autres locaux accessoires. Le Dr Van Langendonck nous conduisit d'abord à l'école Edith-Cavell-Marie Depage, institution qui forme des infirmières hospitalières et des infirmières visiteuses diplômées.

***

Cette école, due à l'intiative privée, est entretenue par une Association sans but lucratif, forme de société que la loi dote de certains privilèges (loi belge du 27 juin 1921).

Elle fut fondée en 1907 par un groupe de personnes qui désiraient introduire en Belgique le « nursing » tel qu'on le pratiquait en Angleterre, et lui donnèrent d'abord le nom « d'Institut médical de Berkendael ». Une société civile : « la Maison de l'Infirmière », réunit les capitaux nécessaires pour construire l'Institut et le faire fonctionner et ce fut Miss Cavell, avec l'appui de Madame Marie Depage, qui dirigea et développa l'œuvre.

On sait quel fut le sort tragique des deux héroïques femmes, Edith-Cavell fusillée par les Allemands, et Marie Depage engloutie dans l'Océan lors du torpillage du *Lusitania*. Un très beau monument allégorique en l'honneur des deux héroïnes, dû au ciseau du sculpteur Dubois, s'élève depuis le 15 juillet 1920 devant l'entrée de l'Ecole.

Actuellement, la Direction est assurée par une femme de grande valeur et de grand mérite, Mlle J. de Mayer, qui succède dignement à Miss Cavell et qui a bien voulu nous servir de guide dans la visite que nous avons faite à son établissement. L'Ecole Edith-Cavel-Marie-Depage est installée dans un important immeuble situé, 32, rue Edith-Cavell, à Uccle, importante commune de l'agglomération bruxelloise. Cette école comprend actuellement six services : 1° l'Institut chirurgical, 2° le service de médecine, 3° la pouponnière, 4° le service de radiographie, 5° le California Ward, 6° le service social.

1° L'Institut chirurgical fut le premier installé et c'est lui qui permit à l'école de subvenir aux frais de son enseignement. Il est pourvu d'une salle d'opérations parfaitement installée, avec les derniers perfectionnements. Cet Institut, où *tous les chirurgiens agréés par l'Ecole*, (c'est-à-dire, en pratique tous), peuvent venir opérer leurs malades, jouit d'un très légitime succès. Il comprend 30 chambres qui sont continuellement occupées. En 1923, il y a été pratiqué 639 opérations, et en outre, 47 accouchements dont 6 dystociques. L'administration de l'école compte avant peu créer un service d'accouchements autonome.

2° Le *service médical* a été organisé plus récemment (oct. 1921) par M. le Dr Colard. Comme l'école désirait vivement pouvoir donner un

(1) Dans un prochain article nous rendrons compte de notre visite à l'Ecole Saint-Camille d'Uccle où nous avons été conduits par nos confrères les Dr Van Langendonck et Van Swieten. L'Ecole Edith Cavell-Marie-Depage est loin d'être la seule école d'Infirmières bien organisée en Belgique bien qu'elle en réalise l'idéal.

J. N.

enseignement complet, à ses élèves et qu'elle ne disposait pas des capitaux indispensables à la construction, fort coûteuse à notre époque, de pavillons de médecine, elle acquit une série de baraquements de la Croix-Rouge qui, grâce à l'ingéniosité de Mlle de Mayer, sont admirablement organisés et donnent aux malades tout le confort désirable. En 1923, 199 malades ont été hospitalisés. Des conditions spéciales sont faites aux malades de la commune de Uccle. Toutes les maladies, depuis les bronchopneumonies, les affections cardiaques, les fièvres typhoïdes, les maladies cutanées et les maladies chroniques nerveuses graves, y ont été soignées et les infirmières, bien dirigées, peuvent y recevoir une éducation pratique complète.

3° La *pouponnière* est dirigée par M. le Dr Duthoit. C'est une véritable petite école de puériculture qui a son autonomie budgétaire, car elle est subventionnée par la *Préservation de l'Enfance* et le *Conservatoire africain*. Elle est installée dans le Pavillon qui, durant les hostilités, avait servi à la pouponnière de la Panne. Trente berceaux complets y peuvent actuellement recevoir des bébés. 25 enfants y ont été élevés en 1923. Nous avons eu le plaisir de voir, lors de notre visite, ces jeunes enfants, tous en parfaite santé, installés en plein air dans le jardin qui entoure le pavillon.

4° Le *service de radiographie* a pour chef M. le Dr de Laet. Il est récemment installé et possède une table basculante avec transformateur Coolidge. La radioscopie peut être opérée, si cela est nécessaire, au lit des malades.

5° Le « California house Word » est une fondation faite par le Comité « California house », créé à Londres en 1915 par Miss Heyneman, Californienne de cœur, grande amie de la Belgique. Les revenus de la fondation sont destinés à hospitaliser gratuitement des indigents belges ou étrangers. Les lits de cette fondation portent chacun une plaque où le nom d'un héros américain, mort au champ d'honneur, est gravé et sur quelle sont inscrits ses titres. Le premier lit est dédié à Miss Heyneman.

6° Le *service des infirmières visiteuses* est celui dont s'occupe plus particulièrement Mlle de Mayer. Improvisé en 1917 pour répondre aux exigences de la guerre, il a été depuis développé et perfectionné. Les débuts furent assez difficiles, mais la coopération de l'infirmière et du médecin auprès des malades indigents est devenue cordiale et harmonieuse. Un médecin de l'assistance, chargé d'un rapport sur ce service par la commune d'Uccle, a, en une phrase, caractérisé le résultat obtenu : « Depuis que nous avons l'infirmière visiteuse, déclare-t-il, notre service est devenu intéressant. » Ce furent les médecins eux-mêmes qui, ayant constaté les services rendus par l'intervention de l'infirmière visiteuse, demandèrent son introduction dans les écoles où elle fait, sous la direction du médecin, les enquêtes nécessaires, dresse les fiches, met à jour les dossiers des écoliers. Les gouttes de lait s'organisant, l'infirmière visiteuse y collabore. Petit à petit, les services sociaux se développent et le rayon de l'infirmière visiteuse s'étend.

Nous résumerons le chapitre ayant trait au service social en 1923 dans le remarquable rapport de l'administrateur-délégué, M. le Dr M. Funck, intitulé l'*Ecole après la guerre*, rapport que nous avons sous les yeux, et qui nous a permis de préciser les souvenirs de notre visite.

Le SERVICE SOCIAL des infirmières visiteuses de l'Ecole comprend : le service scolaire, le service de bienfaisance, les consultations de nourrissons, la prophylaxie, le service social proprement dit, le rôle éducatif.

Le *service scolaire* comprend 14 écoles avec un effectif de 4.000 enfants. Il consiste en :

1° Assistance au médecin (fiche, examen dentaire, acuité visuelle et auditive, pesée et mensuration).

2° Soins à donner aux enfants après avis médical : petits pansements, yeux, oreilles, nez, gorge, hygiène et propreté corporelle, douches (4.000 cas).

3° Visites à domiciles (1.650) : enquêtes médico-pédagogiques, enquêtes pour les absents, communication des avis du médecin scolaire aux familles.

D'après l'*avis du médecin*, avec l'*autorisation des parents*, l'infirmière conduit les enfants aux hôpitaux, aux cliniques, aux organismes spéciaux dont ils peuvent bénéficier (débilité, tuberculose, troubles mentaux, affections nerveuses, etc., etc.).

Enfin, elle signale au service d'hygiène les logements à désinfecter.

4° *Service de bienfaisance.* — Nous ne ferons qu'énumérer sommairement les soins donnés à 275 malades dans 5.750 visites par les infirmières de l'école : toilette, soins aux femmes en couches et aux bébés, pansements, enveloppements humides, ventouses sèches et scarifiées, sangsues, cataplasmes, soins des yeux, nez, gorge, oreilles, lavements, injections hypodermiques, massages, applications électriques,

bains, surveillance des enfants mis en garderie.

5° *Consultation des nourrissons* (320 enfants). L'infirmière assiste à la consultation hebdomadaire, opère les pesées, rédige les documents, signale au médecin les visites à faire. A domicile, elle donne aux mères, des conseils d'hygiène et pour l'alimentation veille à l'application des traitements médicaux, donne les soins spéciaux prescrits aux malades, surveille les enfants placés en garde ou en nourrice (loi belge de sept. 1919), surveille et conseille les femmes enceintes.

6° *Prophylaxie.* Dépistage des maladies sociales au cours des visites (tuberculose pulmonaire, maladies vénériennes, maladies éruptives), orientation vers les médecins ou le dispensaire. Désinfections à domicile. Conseils d'hygiène à l'entourage.

7° *Service social proprement dit.* Démarches pour obtenir l'hospitalisation des malades ou le placement dans des sanatoriums, asiles, etc., ou pour obtenir des secours en argent ou en nature.

8° *Mission éducative.* Instruction de l'entourage du malade (hygiène, prophylaxie, soins ordinaires, etc.)

Par cet exposé sommaire, l'on peut se rendre compte de toute l'utilité pratique de l'intervention de l'infirmière visiteuse qui reste dans son rôle, sans empiéter dans le domaine du médecin praticien à qui elle peut rendre les plus grands services.

***

Pour obtenir des infirmières capables de remplir les fonctions de bonnes hospitalières et de visiteuses expertes, l'école Edith-Cavell-Marie-Depage, qui déjà, sous la direction de Miss Cavell, exigeait de sérieuses études, a réorganisé ses programmes et règlements pour être en harmonie avec l'*Arrêté royal du 3 septembre* 1921, qui indique les conditions requises pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Il faut être âgée de 17 ans au moins, avoir un certificat de bonne santé et d'aptitudes physiques, posséder un certificat d'études d'enseignement moyen du degré supérieur, ou passer un examen de maturité, correspondant à nos brevets d'enseignement primaire. La durée des études est de *quatre années*. Pour attirer les jeunes filles, malgré les difficultés de l'existence, l'Ecole a adopté le barême suivant pour les élèves qui subissent toutes le régime de l'internat.

1° En 1re année, les élèves *paient mensuellement* 50 *francs* par mois et fournissent l'uniforme et le linge nécessaire à leur usage personnel. Plusieurs bourses sont créées pour celles qui manquent de ressources.

2° En 2e année, elles *reçoivent* un traitement de 25 francs par mois.

3° En 3e année, leur traitement est de 50 francs par mois.

4° En 4e année, il s'élève à 200 francs par mois. *Une fois diplômées*, le traitement s'élève tous les ans à 300 fr., 400 fr., 450 fr., et 500 fr. par mois ; puis, par une augmentation annuelle de 25 fr. par mois, il peut arriver jusqu'à 600 francs.

Notons qu'elles jouissent individuellement de chambres saines, coquettes et agréables que nous avons visitées, et collectivement, d'une salle à manger, d'une salle de repos, d'une salle de réunion, d'une salle de cours et d'une infirmerie. Tout est admirablement installé, frais et coquet, et les infirmières, malgré le régime de l'internat, trouvent dans la maison des distractions et le repos désirables qui rendent leur vie à la fois laborieuse et agréable.

Cet internat joue un rôle important dans la *formation morale* de l'infirmière qui est aussi nécessaire que la formation technique et intellectuelle. M. le Dr Van Langendonck, conseiller provincial et secrétaire de la commission médicale, insistait sur cette formation morale dans un rapport officiel, à la suite d'une tournée d'inspection.

Pour que l'infirmière remplisse utilement sa mission, il faut qu'elle jouisse d'un prestige et d'une autorité indiscutables ; qu'elle inspire respect et considération, et pour cela, il convient que, dans le milieu où elle vit, elle donne à son esprit une orientation spéciale. M. le Dr Péchère, un des professeurs les plus distingués, qui s'intéresse beaucoup à l'école, insiste, lui aussi, sur l'atmosphère saine que l'on obtient par la vie en commun, et qui est nécessaire à la formation du caractère de l'infirmière.

Nous, Parisiens, nous savons par expérience que cette formation morale est la lacune la plus regrettable de beaucoup d'infirmières dans nos divers établissements d'assistance, et que c'est cette lacune qui nuit le plus à la popularité de notre personnel hospitalier, qui est loin cependant de manquer d'excellentes qualités, et empêche l'amélioration de son recrutement.

A titre de renseignement, nous allons donner le programme général très sommaire de l'enseignement de l'école :

PROGRAMME GÉNÉRAL D'ENSEIGNEMENT. — 4 années d'engagement. — L'école Edith Cavell-

Marie Depage a maintenu jusqu'à ce jour 4 années d'engagement, pour compenser les inconvénients d'un recrutement devant se faire dès 17 ans.

1re *année d'études* : 1er trimestre : cours théoriques et initiation professionnelle (pas de service de malades).

2e, 3e, 4e trimestres : travaux subalternes dans les salles.

2e *année d'études* : cours théoriques ; stages d'assistance dans les services généraux de l'hôpital.

3e *année d'études* : cours théoriques sociaux. Stages de spécialités.

4o *année d'études* : Stages et rôle d'organisation.

L'enseignement théorique est donné par des docteurs en médecine. Les cours de déontologie, pratique journalière, bandages, économie domestique et cuisine sont donnés par la directrice. La technique des méthodes est donnée dans le cours de pratique journalière. La surveillance des élèves est assurée par deux monitrices spécialement attitrées.

Les élèves ne peuvent appliquer aucun soin sans qu'elles en aient été autorisées par la monitrice, qui juge du moment où elles peuvent l'exécuter. Un bulletin mensuel est rédigé par la monitrice, pour chacune des élèves et porté à la signature de la directrice.

A chaque année d'études correspondent une série de soins que les élèves doivent être à même de savoir appliquer dans le courant de l'année.

1re *année* : entretien des salles, lit du malade et changement de linge, toilette du malade, frictions, distribution des repas.

2e *année* : lavements, injections, injections hypodermiques, notions de pansements, enveloppements humides.

3e *année* : injections de sérum, sondages, pansements, lavages d'estomac, soins de spécialités.

4e *année* : responsabilité du service, organisation du service.

Après ces 4 années, l'infirmière a terminé toutes les études théoriques et pratiques imposées par les arrêtés royaux, et après avoir satisfait aux examens, l'Ecole lui confère son double diplôme d'infirmière hospitalière et l'infirmière visiteuse.

Programme de la 1re année d'études. — Tous les cours théoriques du programme de la 1re année sont donnés aux élèves pendant les trois premiers mois de leur entrée à l'école. Pendant ce trimestre elles sont astreintes à l'exécution d'un programme spécial répartissant leur temps entre : 1o les cours théoriques, lectures, cours ménagers ; 2o l'initiation aux travaux ménagers de l'école ; 3o visites aux principaux organismes professionnels ; 4o exercices de préparation au soignage des malades.

I. *Cours théoriques.* — 1) *Anatomie, physiologie* : 24 leçons. — 2) *Pathologie générale* : 12 leçons. — 3) *Pathologie interne* : 12 leçons. — 4) *Hygiène* : 12 leçons. — 5) *Pharmacologie* : 12 leçons . — 6) *Pratique médicale* : 12 leçons. — 7) *Déontologie, bandages* : *pratique journalière* 12 leçons. — : 8) *Economie domestique et cuisine des malades* : 24 leçons. — 9) *Flamand* : pour les élèves ne connaissant pas la langue : 3 heures de répétitions par semaine : 36 heures. Lecture d'ouvrages et revues professionnels. Les élèves ont par jour 2 heures d'étude, pour la rédaction et l'étude de leurs cours.

II. Les élèves sont, pendant 2 heures par jour, initiées aux travaux du ménage. Elles sont divisées en 3 équipes, et alternent tous les mois dans les services de la cuisine, la buanderie, la couture.

Dans chacun des ce services, elles aident aux travaux journaliers sous la surveillance de la directrice de ce service.

III. Une fois par semaine, les élèves sont conduites à la visite d'un organisme professionnel du nursing, afin de pouvoir se rendre compte du rôle de l'infirmière dans tous ses domaines.

Visites du trimestre octobre-décembre 1923.— *a*) différentes crèches ; *b*) gouttes de lait ; *c*) sanatorium pour tuberculeux ; *d*) hôpital Brugman ; *e*) œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose. Flobecq : gardiennat des enfants de 1 an à 5 ans, placement dans les familles des enfants de 5 à 15 ans ; *f*) institut médico-pédagogique de Rixensart ; *g*) Prison ; *h*) asile des aliénés ; *i*) charbonnage de Maurage (œuvres sociales et dispensaires au point de vue industriel) ; *j*) ferme école de Waterloo ; *k*) enquêtes à domicile.

IV. *Exercices de pratique technique professionnelle* : se font en salle spéciale et ne se pratiquent pas sur le malade. Des élèves servent de mannequin (confection du lit du malade, changement de linge, placement des coussins, toilette du malade, transport des malades, techniques spéciales des soins).

b) Les élèves sont conduites par groupe et pendant 1 heure 1/2 journellement, dans les différentes salles de malades où elles assistent aux soins donnés (elles ne peuvent pas aider).

c) Chaque jour pendant 1 heure, elles confectionnent des pansements.

Programme de la 2e année d'études. — *Cours théoriques.* — I. Maladies externes : 12 leçons. — II. Pratique chirurgicale : 12 leçons. — III. Obstétrique : 12 leçons. — IV. Massage : 12 leçons. — V. Puériculture : 12 leçons.

Stages pratiques : service médecine, service puériculture, service chirurgie.

Programme de la 3e année d'études. — *Cours théoriques.* — Hygiène publique et sociale : 12 leçons. — Prophylaxie de la tuberculose : 6 leçons. — Soins et protection de la femme enceinte : 6 leçons.

Stages pratiques : salles d'opération, sanatorium de T et dispensaire, maternité et consultations : maladies des yeux, nez, gorge, oreilles, maladies de la peau, service scolaire, service social et enquêtes, tuberculose osseuse.

Programme de la 4e année d'études. — *Stages* : infirmières en chef : responsabilités et organisation de tous les services de l'hôpital.

***

Par cet exposé sommaire, nos lecteurs peuvent se rendre compte de l'importance donnée par l'Ecole Edith-Cavell-Marie-Lepage à la formation de ses élèves.

Pour être à même de diriger cet établissement que nous pouvons qualifier sans exagération d'*Ecole modèle*, Mademoiselle De Mayer, femme très distinguée, toute dévouée à son œuvre et douée des qualités indispensables à sa tâche, a fait, en 1920, un stage à la Royal Infirmary de Glasgow. Deux infirmières diplômées ont été aussi envoyées à Glasgow et deux autres, grâce à la générosité de la Fondation Rockfeller, font des stages à Oxford. Aussi l'Université de Bruxelles qui va disposer d'une nouvelle école de médecine et d'un hôpital (reconstruction décidée de l'hôpital Saint-Pierre) a-t-elle demandé à l'Ecole Edith-Cavell-Marie-Depage, d'organiser l'Ecole d'infirmières qui doit faire partie du nouvel hôpital. L'Ecole E. Cavell-M. Depage a accepté, mais a décliné l'honneur d'être incorporée à la fondation universitaire, désirant garder sa complète indépendance malgré les liens qu'un personnel professoral commun créera entre les deux institutions.

***

Nous avons cru intéressant, pour les médecins français de publier les détails que nous venons de donner sur ce qui se passe en Belgique, pour leur montrer ce que peut l'initiative privée dans ce généreux pays, pour leur ouvrir les yeux sur ce que doivent être de vraies et de bonnes infirmières, alors qu'en France, des improvisations sommaires, des formations incomplètes avec une instruction et une éducation insuffisantes, créent des hospitalières et des visiteuses qui pourraient être, si on le voulait, parfaites comme en Belgique, mais dont l'ignorance relative et la conduite, parfois inhabile, prêtent le flanc à toutes les critiques. Cette insuffisance de la formation technique et morale de l'infirmière en France en général, sauf dans les rares écoles privilégiées, portent souvent les médecins praticiens à condamner, avec d'excellents arguments de fait, qu'ils ont le tort de généraliser, une institution très utile et dont le développement s'impose de plus en plus. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES DANGERS DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

Par le Dr J. FIÉVEZ.

Ex-prosecteur. Ancien chef-adjoint de clinique chirurgicale

Dans un « Mouvement thérapeutique » de la *Presse Médicale* du 27 mai dernier, Cheinisse a publié « Une enquête américaine sur les accidents dus à l'anesthésie locale. » Cet article lui a valu, dans le numéro du 18 juin du même journal, une « légère critique » d'Anselme Schwartz.

Deux mois plus tôt, dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* (numéros des 15 et 31 mars), Blegvad, de Copenhague, avait étudié « Les avantages, les inconvénients, et les dangers de l'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie. »

Les anesthésiques étant à la chirurgie, même à la petite chirurgie du praticien, ce que l'opium était à la médecine pour Sydenham, je me propose de résumer et d'apprécier ici ces divers documents, en rapportant en même temps quelques faits de ma pratique personnelle.

A. *L'enquête américaine*, menée avec toutes les garanties d'autorité et de sincérité par une commission émanée du Comité de recherches thérapeutiques du Council on Pharmacy and Chemistry, a réuni, au compte de l'anesthésie locale, 43 cas mortels, qui se réduisent à 40 après expurgation de la statistique.

27 de ces 40 cas sont survenus avec la cocaïne, dont il semble bien établi que c'est un médicament redoutable, et qui, même en badigeonnage (pour la tonsillectomie, par exemple qui réunit 19 décès) est susceptible de déterminer la mort.

A noter la nocivité particulière de l'injection intra-uréthrale de cocaïne. « Récemment, ajoute Cheinisse, à l'American Urological Society, 3 cas de mort consécutive à l'injection intra-uréthrale de cocaïne ont été rapportés, et dans 2 d'entre eux on n'a employé qu'une solution à 2 pour 100 ». Aussi, la Commission américaine déconseille-t-elle ces injections (1).

(1) A la séance du 7 juillet dernier, (compte rendu de la *Presse médicale* du 13 août), LEGUEU a rapporté un cas de mort par injection intra-uréthrale de 6 cc. de cocaïne à 2 %.

Par ailleurs, elle estime « qu'il y a lieu de renoncer aux injections sous-cutanées ou sous-muqueuses de cocaïne. »

Personnellement, dès avant la guerre, j'avais renoncé à ce mode d'emploi de la cocaïne. Au sujet des dangers de cet anesthésique, j'ai observé, il y a quelques mois un fait curieux, que je vais rapporter : une nuit, un de mes tout proches voisins, fort effrayé, me prie de passer voir sa femme, qui a une hémoptysie. Cette malade et ses deux enfants étaient en pleine grippe, l'hémoptysie était peu importante ; je rassure tout le monde et conseille d'attendre patiemment le jour et la visite du médecin. Le lendemain matin, le mari vient me remercier de ma démarche de la nuit ; je remarque qu'il a les orifices des narines et la cloison elle-même tuméfiés, rétrécis par le gonflement, avec des phlyctènes à contenu blanchâtre, qui descendent vers la moustache. A ma question, il répond que cette inflammation est due à la pommade contre la grippe qu'il a employée ; sa femme et ses enfants se sont servis du même médicament sans aucun inconvénient ; mais cette pommade contenait, en très faible quantité pourtant, de la cocaïne, à laquelle il est extrêmement sensible. Il me raconte alors qu'il y a quelques années, ayant eu un corps étranger de la conjonctive, l'anesthésie pour l'extraction fut obtenue avec une solution de cocaïne ; le lendemain, l'œil était énorme, et inspira les plus grandes craintes au médecin ; détail typique : les gouttes qui, de l'œil, avaient coulé sur la joue et jusque dans le cou, marquaient leur passage par des phlyctènes, en tout point semblables à des brûlures du second degré.

Je n'ai pas recherché si cette idiosyncrasie de la peau à la cocaïne appliquée localement était connue ; dans son Précis de dermatologie, Darier ne la signale pas parmi ses toxicodermies médicamenteuses de cause externe. Quoi qu'il en soit de la fréquence du phénomène, je me suis demandé ce que serait devenu cet homme, s'il avait subi une rachicocaïnisation selon la méthode de Le Filliatre.

Revenons à l'enquête américaine : dans 2 cas, l'anesthésique n'est pas spécifié ; il reste donc 11 cas mortels survenus avec divers anesthésiques locaux : Alypine (1), Apothésine (4), Butyne (4), Novocaïne (1), Stovaïne (1). Comme l'article de Cheinisse ne donne pas de détails sur les circonstances de ces morts, on peut seulement retenir que les anesthésiques locaux autres que la cocaïne sont beaucoup moins dangereux qu'elle. A mon avis, cela n'autorise pourtant pas Schwartz à dire « que l'anesthésie locale, employée comme on doit l'employer, n'expose à aucun danger. »

B. Voyons en effet les *documents de Blegvad*. Cet auteur a institué une enquête parmi les oto-rhino-laryngologistes de Danemark, Finlande, Norvège et Suède, dont 48 ont répondu au questionnaire.

Blegvad confirme d'abord la nocivité de la cocaïne, qu'il confine dans l'anesthésie superficielle des muqueuses par attouchement ; la solution cocaïnée ne sera employée que mesurée au compte-gouttes et additionnée d'une goutte d'adrénaline qui diminue la vitesse de sa résorption.

L'alypine, un peu moins toxique et moins active que la cocaïne, a aussi à son passif des morts, tant en badigeonnage et injection intra-uréthrale ou intravésicale, qu'en infiltration dans les tissus.

Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est la novocaïne qui, sous le nom de diverses spécialités, est, en France, le produit le plus employé pour l'anesthésie locale par infiltration.

Blegvad essaye d'abord de dissocier la toxicité de la novocaïne de la toxicité de l'adrénaline qui lui est généralement associée ; il note le danger du passage direct de l'adrénaline dans un vaisseau, et aussi la nécrose que détermine parfois ce produit : j'ai moi-même récemment observé une escharre cutanée latéro-crurale, à la suite d'une injection de sérum adrénaliné (1/2 milligramme).

Avec la novocaïne, associée ou non à l'adrénaline, les oto-rhino-laryngologistes scandinaves consultés ont observé plusieurs cas de collapsus grave, avec une seule mort, survenue chez une femme de 20 ans pour une dose de 10 cc. de novocaïne-suprarénine à 1 %.

Blegvad cite alors 26 cas de mort recueillis dans la littérature :

1° 11 en oto-rhino-laryngologie.

6 concernant des tonsillectomies, chez des sujets jeunes, avec 3 centigr. (2 cas), 9 centigr., 2 centigr. 1/2 (et X gouttes de suprarénine) de novocaïne.

1 suit l'injection de 3 centigr. 1/2 de novocaïne pour sinusite frontale.

4 surviennent en opérant des goitres.

1 après une anesthésie paravertébrale.

2° 16 en dehors de l'oto-rhino-laryngologie, dont l'histoire est peu détaillée : l'un avec 12 centigr. 5 de novocaïne, un autre avec 6 centigr. (additionnés de 0 milligr. 27 de suprarénine) pour une extraction dentaire.

Dans cet ordre d'idées, voici ce que j'ai vu : un homme d'une cinquantaine d'années, rhumatisant chronique, se présente à moi se plaignant de vives douleurs gastriques déjà fort anciennes ; mon examen clinique et radiologique me fait penser à un cancer de l'estomac ; l'état général est médiocre sans être franchement mauvais ; à la palpation, je découvre, un peu à droite et au-dessous de l'ombilic, une petite tumeur de la taille d'une grosse noisette, sous-cutanée, sensible et que le malade affirme récente ; ce peut être une métastase néoplasique, et je propose de l'enlever pour examen,

ce qui est accepté sans hésitation. J'injecte7 cc. de syncaïne, à 1/2 p. 100 et j'attends quelques minutes pour laisser se parfaire l'anesthésie. Je commence la petite intervention, absolument indolore, sur mon malade couché à plat. Je m'aperçois qu'il pâlit progressivement, que sa respiration devient humée ; enfin, il bâille à plusieurs reprises, symptôme que j'ai autrefois noté dans certains cas de rachi avec alertes graves. Je me contente de quelques flagellations, et j'enlève vite mon fibro-lipome, très dur, adhérent. L'état syncopal se prolonge bien après l'intervention. Comme toute le monde, j'ai vu l'orage novocaïnique avec des doses notables d'anesthésique (0 gr. 25 à 0 gr. 50) ; mais, jamais comme dans ce cas, je n'ai eu l'impression de frôler le collapsus mortel, et ce, avec une minime quantité de produit actif.

Faut-il *conclure* de ces faits que l'anesthésie locale à la novocaïne est une méthode dangereuse ? Ce serait absurde. Cheinisse écrit fort judicieusement : « ..l'enthousiasme excessif des uns et le silence craintif des autres » (ceux qui ne publient pas les cas malheureux) « contribuent à créer un sentiment de fausse sécurité qui, trop souvent se traduit, par un certain relâchement dans la posologie et, d'une manière plus générale, par un maniement imprudent des anesthésiques locaux. » La note juste est le contre-pied de cet état d'âme : savoir que l'accident est toujours possible, et le dépister dés qu'il débute ; réduire au minimum la dose d'anesthésique par l'emploi de solutions faibles, soigneusement réparties. En s'en tenant à cette sage pratique, on aura toutes chances d'éviter les catastrophes. Cela ne m'empêche pas de trouver que la formule de Schwartz constitue un véritable danger pour le corps médical : « Si des praticiens ont eu des accidents dus à l'anesthésie locale, c'est qu'ils n'ont pas obéi aux règles les plus élémentaires de la méthode. » Dans une affaire en responsabilité civile où, soit dit en passant, j'ai été admirablement soutenu par le « S ou *Médical* », *l'adversaire* débouté en première instance et en appel soutenait une « conclusion » rédigée en termes exactement superposables : « Si X.., qui n'avait aucune maladie grave, est décédé au cours d'une chloroformisation, c'est que le chloroforme a été mal donné. » Et pourtant, l'accident chloroformique surprend les chloroformisateurs les plus entraînés et les plus attentifs. Mon malade, lui, avait un gros thymus. De même, l'accident grave peut survenir avec les anesthésiques locaux, chez certains sujets dont il est impossible, dans l'état actuel de la science, de diagnostiquer l'extraordinaire intolérance.

TRAITEMENT DES DERMATOSES AUX STATIONS HYDRO-MINÉRALES FRANÇAISES

Par le Dr Carron de la Carrière,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Laboratoire à la Faculté.
Ancien Président de la Société d'Hydrologie
(Médaille d'or de l'Académie de Médecine)

Conférence recueillie par le Dr Molinéry.

Les eaux minérales françaises applicables au traitement des dermatoses peuvent être divisées en deux catégories :

a) Les unes n'agissent qu'indirectement sur la peau, par leur influence sur la nutrition générale, sur les états diathésiques, sur les émonctoires.

b) Les autres agissent directement sur la peau, à la fois en application externe comme topique, et par leur usage interne, comme médication générale de la cause de la dermatose.

a) *Toute cure hydrominérale a une double action locale*, élective sur un organe déterminé et générale sur l'économie tout entière. C'est la grande supériorité de cette médication de pouvoir modifier — profondément et d'une façon durable — certains états constitutionnels, héréditaires ou acquis, de pouvoir amender un terrain arthritique, lymphatique, scrofuleux, névropathique ; de faire, par exemple, que chez un asthmatique, un goutteux, un rhumatisant, un diabétique, les manifestations respiratoires, articulaires, glycosuriques, sont d'abord suspendues, pendant un temps beaucoup plus long qu'après toute autre médication — et que,parfois, elles disparaissent complètement après plusieurs cures. *E fontibus renovatio*, telle est la devise inscrite sur la Médaille-Insigne des V. E. M. pour symboliser cette action générale, fondamentale, de toute cure hydro-minérale.

Un grand nombre de dermatoses sont le symptôme d'une *maladie générale*, viciation humorale, auto-intoxication, ou d'*altérations viscérales* : foie, reins, système nerveux, etc.

Une cure hydro-minérale, appropriée à cet état général ou viscéral, agit sur la cause première, sur les organes dont l'altération a engendré celle de la peau, et la lésion cutanée peut guérir du seul fait de la suppression de sa cause. C'est ainsi que beaucoup de stations peuvent être utiles, indirectement,

dans le traitement des affections cutanées : les unes, comme *cures de désintoxication*, par les eaux dites de lavage : Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny, Capvern, Aulus, Thonon ; d'autres, *en améliorant les fonctions hépatiques et digestives* : Vichy, Pougues, Châtel-Guyon, Brides, ; d'autres, *en calmant l'irritabilité nerveuse* : Néris, Bagnères-de-Bigorre, Plombières.

Bénéficient de ces eaux les malades chez lesquels on connaît nettement la cause première, humorale ou viscérale, de leur éruption ; en pratique, nous sommes souvent fort embarrassés, même en présence des syndromes les plus fréquents : eczémas, lichens, psoriasis. Aussi l'indication de ces eaux — qui n'agissent qu'indirectement sur la peau, est souvent incertaine ; elle est formelle, au contraire, quand, parmi les multiples causes possibles de réaction cutanée, on peut déterminer celle qui est prédominante : fermentations intestinales, insuffisance hépatique ou rénale, excitabilité excessive du système nerveux, etc.

b) De même que les eaux, que nous venons de citer, ont une action spéciale sur les reins, le foie ou le système nerveux — de même, il y en a — dans la gamme incomparable des eaux minérales françaises — qui ont une action élective sur la peau et qui sont des agents modificateurs par excellence du sol cutané: ce sont les eaux *arsenicales*, les eaux *sulfureuses*, les eaux *sulfatées chlorurées* et les eaux *cuivreuses*.

Par leurs propriétés *antiphlogistiques*, *antiseptiques*, *radioactives*, *isotoniques*, elles exercent sur le tégument une action topique *calmante*, *antiprurigineuse*, *antiparasitaire*, *réductrice*, *kératoplastique*, *épidermisante*. En bains, elles sont toujours bien tolérées, elles calment, soulagent, pansent les peaux les plus irritables, même celles qui ne supportent pas les bains d'eau simple. On peut leur associer les traitements dermatologiques habituels : ceux-ci sont beaucoup plus actifs, combinés avec les pratiques hydrominérales, que lorsqu'ils sont employés seuls. Ainsi, maniées avec l'habileté de nos confrères des stations, ces eaux peuvent répondre à toutes les indications du traitement externe des lésions cutanées les plus variées.

De plus, leur action générale, diurétique, laxative, tonique, sédative, satisfait aux principales indications du traitement interne des dermatoses. L'expérience a prouvé qu'elles n'agissent pas seulement sur l'éruption elle-même, mais aussi sur la tendance aux éruptions. Par leur usage interne, associé à leur application externe, elles modifient les *qualités natives* de la peau, de résistance, de sécheresse ou de graisse trop abondante, qualités natives qui créent les aptitudes morbides de la peau, les prédispositions aux éruptions.

Au total, comme topique et comme médication interne à la fois, leur rôle est considérable, souvent supérieur à tout autre traitement.

Quatre stations françaises résument, synthétisent, la médication dermatologique hydrominérale :

La Bourboule : eau arsenicale.
Saint-Gervais : eau sulfatée chlorurée.
Uriage : eau sulfureuse et chlorurée.
Saint-Christau : eau cuivreuse.

Tout médecin doit connaître, à fond, ces quatre stations, dont les indications sont très précises, dont la spécialisation est unanimement reconnue. Leur étude procure les renseignements suffisants pour indiquer à chacun de nos malades la cure hydrominérale qui leur convient. Quand plus tard, on complètera ses études hydrologiques, il est facile d'y rattacher quelques eaux qui leur sont plus ou moins similaires, telles que certaines sources de Luchon, de Cauterêts, Molitg, La Roche Posay, Sail-les-Bains.

Sur chacune de ces 4 stations type des cures hydrominérales dermatologiques françaises, nous chercherons à fixer trois points : *le médicament qu'elle représente, son mode d'emploi, la catégorie des malades qui en sont justiciables*

La Bourboule

Qu'est-ce que La Bourboule ? En quoi consiste la médication bourboulienne ?

Située au centre de la France, dans le département du Puy-de-Dôme, à 850 mètres d'altitude, dotée de conditions hygiéniques parfaites, La Bourboule doit sa réputation thérapeutique à la source de Choussy-Perrière.

Eau chaude, 60° au griffon, onctueuse au toucher, d'une saveur comparée à celle du bouillon de veau, sa minéralisation totale par litre est d'environ 7 grammes : chlorure de sodium et bicarbonate de soude en parties égales, 3 grammes de chaque et surtout arsenic 7 milligrammes. Cet arsenic est à l'état colloïdal (Gastou et Ferreyrolles (1), un litre d'eau de la Bourboule équivaut à 28 milligrammes d'arséniate de soude ou encore à 31 gouttes de liqueur de Fowler : c'est l'eau la plus arsenicale de France : c'est aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, l'eau la plus radio-active, après les eaux de Luchon. Les gaz y sont très abondants et composés en majeure partie d'anhydride carbonique.

En résumé : eau hyperthermale, radio-active, gazeuse, arsenicale, chlorurée et bicarbonatée sodique.

Comment utilise-t-on le médicament bourboulien pour les malades atteints d'affections cutanées ? Quels sont les résultats de son emploi ?

Pour répondre à ces questions, nous avons un guide sûr, c'est un Mémoire du Dr Veyrières présenté, en 1910, à la Société d'hydrologie médicale de Paris (2). Dermatologiste éminent, mon ami

(1) Gastou et Ferreyrolles. — Contribution à l'étude des propriétés biophysiques des eaux de la Bourboule (Poinat, 1912).

(2) Veyrières. — Utilité de la cure hydrominérale des dermatoses. Indications spéciales à La Bourboule. Soc. hydrologie méd. de Paris, 1910.

VEYRIÈRES exerçait depuis plus de trente ans à La Bourboule, quand, cédant aux sollicitations de ses confrères, il a fait cette publication : ce sont des garanties de compétence exceptionnelles. Je tâcherai de résumer fidèlement cet important travail et de reproduire le plus possible le texte même de l'auteur.

Mode d'emploi de l'eau de La Bourboule.

L'eau de Choussy-Perrière est administrée sous les deux formes ; interne et externe : l'usage interne constitue le traitement de fond, celui qui peut modifier à la fois l'état général du malade et la qualité de la peau. L'eau est donnée en *boisson*, à doses progressives divisées en plusieurs doses prises dans le courant de la journée : 500 grammes environ au maximum par jour pour un adulte. Dans les cas rares où le Dr VEYRIÈRES juge utile d'employer de fortes doses, il fait prendre l'eau à la fois par la voie stomacale et par la voie rectale : ces *lavements*, pris au coucher, ont toujours été bien supportés et complètement absorbés.

Pendant leur cure,les malades éprouvent quelquefois des troubles digestifs, on en a accusé l'eau de La Bourboule. Le Dr VEYRIÈRES ne croit pas à cette action nuisible de l'eau sur les fonctions gastro-intestinales; les cas d'intolérance réelle sont exceptionnels ; les troubles digestifs signalés au cours de la cure, sont presque toujours dus aux écarts de régime des malades, dont l'appétit est fortement stimulé par les pratiques balnéaires autant que par leur séjour à l'air pur, en montagne. VEYRIÈRES n'a jamais constaté non plus d'accidents d'arsenicisme, ni troubles nerveux, ni conjonctivites, ni éruptions, ni mélanodermies, ni hyperkératose. La toxicité de l'eau de la Bourboule est très faible : MM. GASTOU et FERREYROLLES ont pu injecter dans les veines d'un animal le dixième de son poids total d'eau de Choussy Perrière sans produire la moindre altération globulaire.

Dans ces dernières années, on a préconisé l'administration de l'eau de la Bourboule, en injections : les promoteurs de la méthode, MM. BILLARD, DAUPEYROUX, GASTOU, FERREYROLES y ont été conduits par les considérations suivantes : d'une part, la clinique nous a appris que certains médicaments (fer, arsenic,) sont plus actifs par la voie sous-cutanée que par la voie buccale ; d'autre part, la composition de l'eau Choussy-Perrière en fait, suivant l'expression de MM. GASTOU et FERREYROLLES, un véritable sérum médicamenteux, arsenical type, très actif sous l'état colloïdal ; comme tel, elle peut être, comme tout sérum, injectée par la voie intraveineuse, hypodermique ou intra-musculaire. C'est ce qui a été prouvé par les faits expérimentaux et cliniques : quoique l'eau soit légèrement hypotonique ($x = -0.33$) Δ, la tolérance de l'organisme est parfaite ; à dose faible, 30, 50 cc., en injection intra-musculaire, tous les deux jours, elle donne les mêmes effets physiologiques et thérapeutiques que l'eau prise en boisson (1).

Le traitement interne ne fait pas tout ; pour que le malade obtienne de sa cure le maximum de résultats, il faut, en outre, utiliser les différents modes d'hydrothérapie locale, en usage dans la station : bain, douche filiforme, pulvérisation, pansement humide, douche ordinaire.

Deux surtout sont à retenir : *le bain et la douche filiforme.*

Le *bain* de Choussy-Perrière pur a des qualités indéniables et bien spéciales : sa température et sa durée varient suivant le cas à traiter. Veyrières ne dépasse jamais quatre heures, par jour, en deux séances. On a pu dire avec raison que son action sur la peau est une *action détersive, calmante, cataplasmante*, il laisse à la peau une sensation de douceur, d'onctuosité ; à la sortie du bain, la coloration de la lésion est en général atténuée et la malade accuse une sensation de bien-être.

Si le bain de La Bourboule « est un grand calmant, il n'est pas un modificateur énergique ». Il peut suffire comme topique, dans les dermatoses superficielles, à marche aiguë ; il faut,dans les formes chroniques, lui adjoindre les pansements dermatologiques usuels ; les applications agissent alors mieux qu'employées isolément ; en nombre de cas, grâce au bain de la Bourboule, on peut faire supporter à la peau des applications qu'elle ne supporterait pas sans son aide.

VEYRIÈRES a beaucoup étudié l'action de l'hydrothérapie locale dans le traitement des dermatoses ; une de ses heureuses innovations est l'emploi de la *douche filiforme* (1) : c'est une douche à forte pression, 3 à 6 atmosphères et à jet très mince, un demi-millimètre de diamètre ; le jet doit être tenu à environ 20 centimètres et aussi perpendiculairement que possible à la surface à traiter ; la température de l'eau est de 30° à 32°.Avec la pression, plus ou moins forte, on peut à volonté produire des effets très variables : exercer une sorte de massage qui modifie la circulation locale, superficielle et profonde, ou détruire des papules, ou rompre des petits vaisseaux, ou provoquer de légères exulcérations, ou faire un véritable curettage, supérieur au curettage par la curette. Dans maintes dermatoses, la douche filiforme donne des résultats excellents, souvent surprenants par la rapidité de l'amélioration, de la guérison qu'elle procure. Elle est d'autant plus utile à connaître que, si elle a été appliquée pour la pre-

(1) BILLARD et FERREYROLLES. — Etude expérimentale et clinique des eaux de la Bourboule en injections hypodermiques. Congrès hydrologie, Alger, 1909. — DAUPEYROUX. Etude sur les injections des eaux de la Bourboule (thèse 1912). — GASTOU et FERREYROLLES. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des injections hypodermiques d'eau de la Bourboule (Poinat, 1912).

(1) VEYRIÈRES. — Emploi de la douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses. *Gaz. des eaux*. 1913.

mière fois par Veyrières à la Bourboule avec l'eau Choussy-Perrière, elle peut être utilisée avec de l'eau ordinaire. Chacun de vous en a vu le maniement à l'hôpital St-Louis, où elle est employée avec grands succès.

Veyrières la recommande surtout dans l'éruption papulo-miliaire récidivante, que ce soit un type spécial ou que ce soit le premier degré de l'acné couperose de la face, l'acné couperose avec ou sans télangiectasie, les télangiectasies sans acné, tous les prurits localisés, anus, vulve, scrotum, etc., les névrodermites chroniques circonscrites, tous les lichen plans, le lupus érythémateux, les plaques lichenifiées de psoriasis et de parakératose psoriasiforme.

Quels sont les malades atteints d'affections cutanées justiciables de La Bourboule ?

Au temps où l'arsenic, probablement trop délaissé aujourd'hui, était considéré comme la panacée des affections cutanées, toutes les dermatoses ont été envoyées à La Bourboule. C'était fort légitime, quand on songe d'une part à l'action topique calmante du bain, d'autre part à la localisation de l'arsenic dans la peau et les productions épidermiques, après l'ingestion de l'eau Choussy-Perrière comme après l'absorption des préparations arsenicales de la pharmacie ordinaire. Tous les malades n'en bénéficiaient pas également, mais presque tous amélioraient leur peau plus ou moins. Il n'en est pas moins vrai que certains en sont tributaires plus que d'autres.

Tout d'abord on peut poser comme règle que les *peaux sèches* sont spécialement justiciables de l'arsenic et de La Bourboule et que les éruptions à type séborréïque seront plus modifiées par le soufre et les eaux sulfureuses. Veyrières proteste contre la tradition qui veut qu'on n'adresse à La Bourboule, que des chroniques, que des malades à affections éteintes. Il ne sait si réellement l'usage interne de l'arsenic peut, autant qu'on le dit, exacerber une éruption en période d'acuité, mais la pratique lui a appris que cet accident ne survient pas à La Bourboule quand le malade est suffisamment surveillé, quand le traitement externe accompagne le traitement interne. En certains cas, il n'emploie que le traitement externe; mais, cela faisant, il n'est pas sûr de ne pas exagérer les précautions. Les malades en poussées demandent une surveillance active, c'est certain, il faut qu'ils acceptent de se laisser soigner, mais c'est sur eux qu'on obtient les plus beaux résultats.

Les dermatoses qui bénéficieront de la cure bourboulienne peuvent être rangées dans quatre chefs principaux : *les eczémas*, *les affections squameuses*, les *affections prurigineuses*, *les affections* dépendant du tempérament *lymphatico-scrofuleux*, autrement dit les *tuberculides*.

1° Les *eczémateux* sont la meilleure preuve que l'on peut baigner à La Bourboule les dermatoses en pleine activité : eczémas vésiculeux très étendus, eczémas papulo-vésiculeux, si aigus soient-ils, tolèrent merveilleusement le bain. Dans les formes aiguës, il suffit d'appliquer après le bain une pâte anodine, dans les formes chroniques, il faut s'aider d'applications plus énergiques et variées suivant le cas.

Non seulement le résultat immédiat est généralement très bon, mais il est commun de voir des malades sujets à des poussées fréquentes être débarrassés, pour des années, après une ou deux cures.

Dans la *dyshydrose*, les résultats immédiats sont analogues à ceux qu'on obtient dans l'eczéma.

2° *Les affections squameuses.*

a) Le *psoriasis* est l'affection pour laquelle on accorde volontiers une sorte de spécialité à La Bourboule, il semble bien que tous les psoriasiques bénéficient du traitement interne bourboulien, que celui-ci, suffisamment prolongé et répété plusieurs années, modifie avantageusement la résistance de la peau.

Le bain même prolongé 4 heures, ne provoque pas les poussées signalées dans d'autres stations ; il est excellent surtout dans les formes aiguës, congestives, dans les psoriasis superficiels, dans le psoriasis à sa première poussée, il peut être suffisant pour blanchir la peau ; dans les formes torpides, à squames épaisses et adhérentes on y ajoute les réducteurs habituels, le bain aide à tolérer ces derniers et semble rendre leur action plus rapide et plus régulière.

b) Dans les *parakératoses psoriasiformes*, le résultat est encore meilleur que dans le psoriasis vrai et souvent sans avoir recours à aucune autre application.

c) Si difficile qu'il soit de modifier *l'ichtyose*, le traitement de la Bourboule appliqué dès l'enfance l'a parfois amélioré, d'une façon notable et persistante. Ce qui porte à penser que toutes les ichtyoses ne sont pas des malformations cutanées indélébiles et qu'il y a une part de vérité dans l'opinion de ceux qui font de l'ichtyose une maladie parasitaire, se développant dans l'enfance et conduisant peu à peu à une déformation incurable de la peau constituée par l'atrophie du corps muqueux, des annexes épidermiques, follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares. Leredde pense que l'action utile de certaines eaux minérales dans l'ichtyose chez les jeunes enfants, pourrait s'expliquer par leur action locale sur ce qu'on peut appeler l'inflammation ichtyosique (1).

3° *Affections prurigineuses.*

a) L'efficacité des arsenicaux est reconnue unanimement dans le traitement du *Lichen plan* ; le bain et la douche de la Bourboule calment bien le prurit, l'ensemble de la cure abrège la durée de la maladie ; les formes, même très aiguës, peuvent y être traitées activement ; quand il y a de la lichénification considérable, on tire un grand profit de la douche filiforme.

Chez les enfants atteints de ce que Brocq appelle

(1) Leredde. — Traitement hydrominéral des maladies de la peau. Rapport au congrès d'hydrologie, Grenoble, 1902.

le *prurigo d'Hebra à type français*, la cure de la Bourboule fait merveille, ces enfants guérissent après 2, 3, 4 cures successives. Ces guérisons constatées par VEYRIÈRES à une époque où elles étaient considérées comme presque impossibles, ont été si manifestes qu'il fut un des premiers, en 1898, à protester contre l'incurabilité du prurigo d'Hebra (1). Parfois les manifestations bronchiques persistent pendant plusieurs années après la disparition de l'éruption typique. Pendant la cure, les accidents pulmonaires sérieux, accompagnant l'amélioration trop rapide de la lésion cutanée, sont rares ; cependant on est parfois obligé de modérer le traitement.

L'urticaire des enfants, le *strophulus* est, en général, une affection trop bénigne, trop peu sous la dépendance des troubles de la digestion pour mériter une cure à la Bourboule. Cependant quand il persiste longtemps ou quand il a des récidives fréquentes, sans troubles gastro-intestinaux manifestes, il est souvent l'indice d'une susceptibilité spéciale de la peau, il faut craindre qu'il ne soit le premier symptôme d'un prurigo menaçant pour l'avenir ; le traitement bourboulien en sera le meilleur préservatif.

c) Dans la *névrodermite circonscrite*, la guérison est la règle : l'amélioration est rapide et due autant aux modifications apportées à l'état général qu'aux moyens locaux énergiques employés sous forme de douche filiforme.

4° *Affections dépendant du tempérament lymphatico-scrofuleux, autrement dit les tuberculides.*

La cure de la Bourboule est indiquée dans toutes les variétés de *lupus*, comme modificateur de l'état général ; de plus, dans le lupus érythémateux, fixe, torpide, la douche filiforme procure des résultats rapides, de véritables guérisons, avec belle cicatrice.

5° Dans les *acnés* de l'adulte, principalement dans l'acné avec télangiectasie, dans la couperose, les résultats sont très bons, grâce aux traitements locaux, la douche filiforme surtout, maniée vigoureusement.

6° A titre d'agent de relèvement général, on peut envoyer à la Bourboule les malades atteints de *pelade* et même de *lèpre*.

Nombreux sont ainsi les dermopathes qui peuvent améliorer peu à peu leur peau à la Bourboule.

PEUT-ON ESSAYER D'EXPLIQUER LE MÉCANISME DE LA CURE DE LA BOURBOULE ? POURQUOI L'ACTION CALMANTE DU BAIN ? POURQUOI L'ACTION MODIFICATRICE SUR LA NUTRITION DE LA PEAU PAR L'ABSORPTION DE L'EAU DE CHOUSSY-PERRIÈRE ?

La réponse est très difficile, on ne peut faire que des hypothèses.

Dans l'*action topique calmante* de cette eau, légèrement hypothermale de nombreux éléments doivent entrer en jeu: sa faible quantité de glairine, peut-être, sa grande richesse en émanations radioactives, sûrement, sa proportion importante de chlorure de sodium, également, d'arsenic. A ce dernier point de vue, il ne faut pas oublier que le chlorure de sodium est très utile dans certaines affections de la peau, l'eau de mer a incontestablement guéri maintes manifestations cutanées mieux que n'importe quelle autre médication ; il est probable qu'à la Bourboule on doit à cet élément quelques succès, ce que l'on semble oublier souvent pour ne voir que l'arsenic dans l'eau de Choussy.

Peut-on avoir quelque idée *pourquoi l'absorption de cette eau est capable de modifier les qualités, la nutrition de la peau*, de lutter contre les dispositions des malades à faire des éruptions cutanées ? Est-ce comme *cure arsenicale* ? Le professeur GAUTIER a montré que l'arsenic, élément normal de nos tissus, se condense dans la glande thyroïde, la peau et les productions épidermiques. Les expériences de VEYRIÈRES et de FRENKEL prouvent que, prise en boisson, l'eau de La Bourboule agit sur la peau comme les autres préparations arsenicales ; après avoir fait absorber de l'eau de Choussy à des moutons, ils ont constaté que l'arsenic s'emmagasine principalement dans le sang, le foie, la peau, surtout la laine (1).

« Cet emmagasinement de l'arsenic dans la peau n'est-il pas, en partie du moins l'explication du résultat que donne la cure arsenicale dans le traitement des dermatoses ? Cette médication faciliterait la réparation de l'épiderme en lui apportant un des éléments de sa composition qu'on ne trouve pas dans l'alimentation » (Cl. Simon) (2).

Mais cette eau est un médicament complexe, en outre de l'arsenic, elle contient du chlorure de sodium, du bicarbonate de soude, 3 grammes de chaque, de la silice, les métaux rares (Bardet), quelques milligrammes de brome et d'iode Ferreyrolles) et probablement beaucoup d'autres éléments que nous ignorons encore. Son pouvoir antianaphylactique a été étudié par Billard, Daupeyroux, Ferreyrolles (3).

Beaucoup de dermatoses soignées à La Bourboule sont des manifestations de maladies diathésiques, goutte, arthritisme, considérées aujourd'hui comme se rattachant à des phénomènes d'anaphylaxie atténuée. Le pouvoir antianaphylactique de l'eau de La Bourboule est-il assez démontré pour qu'on puisse lui attribuer une part dans les heureux résultats obtenus ? C'est ce que l'avenir dira.

(1) VEYRIÈRES. — Curabilité chez les enfants du prurigo de Hebra, type français, *Presse médicale*, 27 avril 1898.

(1) FRENKEL, BERNARD, PECOURT, VEYRIÈRES. — Recherche et dosage de l'arsenic dans divers organes de moutons ayant bu pendant quatre mois de l'eau de la Bourboule, 1900.

(2) Cl. SIMON. — Les dermatoses, *Clinique hydrologique*, 1909.

(3) DAUPEYROUX. Recherches sur le pouvoir antianaphylactique des eaux de la Bourboule. Hydrologia 1913. — FERREYROLLES. Immunité et eaux minérales. Immunité générale acquise consécutive à l'injection d'eau de la Bourboule, 1920.

Au total, une cure arsenicale, sûrement et, en plus, beaucoup d'autres motifs d'action puissants.

« *Une eau minérale,* dit le professeur MOUREU, *est un tout, un bloc, c'est une drogue très compliquée, une véritable thériaque, impossible à reproduire artificiellement, dans son intégralité, comme l'opium, la digitale, la belladone. Elle a son individualité propre, avec ses attributs bien personnels... La thérapeutique constate, la chimie et la physique étudient ou tâchent d'expliquer* » (1).

Saint-Gervais

Qu'est-ce que Saint-Gervais ? En quoi consiste sa cure ?

Saint-Gervais est situé dans le département de la Haute-Savoie, au pied d'un des contreforts du Mont Blanc, dans une des plus belles régions de la France, nous pouvons dire, de l'Europe.

Il y a, pour ainsi dire, *deux Saint-Gervais superposés* : *Saint-Gervais le Bas*, Le Fayet Saint-Gervais, à 600 mètres d'altitude, où se trouvent la gare et l'établissement thermal, à l'entrée de la vallée, au fond de laquelle coule le torrent du Bonnant, qui descend des glaciers du Mont-Blanc ; et *Saint-Gervais-le-Haut*, à 800 mètres d'altitude, dans un site admirable, sur le flanc *ouest* du Prarion. Le village est ainsi à 200 mètres d'altitude au-dessus de l'établissement ; un chemin de fer à crémaillère relie l'un à l'autre en 10 minutes.

L'eau chaude 38°, 40°, limpide, incolore, sans odeur, a une saveur saline pas désagréable ; au toucher elle donne une sensation douce et onctueuse.

La minéralisation totale est de 5 grammes environ:

3 grammes de sulfates divers : sulfate de soude (1 gr. 50), de chaux, de magnésie, de lithine, de potasse.

1 gr. 60 de chlorure de sodium.

0 gr. 25 de bicarbonate de chaux.

0 gr. 03 de bromure de sodium.

Une seule seule source, Guéridour, est légèrement sulfureuse, elle renferme 0 gr. 005 d'hydrogène sulfuré par litre.

Sulfatée sodique, calcique, magnésienne ; chlorurée sodique, bicarbonatée calcique ; bromurée et lithinée, l'eau de St-Gervais a une minéralisation très variée et complexe.

Eau sulfatée et chlorurée sodique, lithinée et bromurée, telle est l'étiquette qu'il suffit de retenir.

Son *emploi* est à la fois *externe* et *interne* ; *bains* et *boisson* ont un rôle également important.

En *bains* et en *pulvérisation*, cette eau sulfatée chlorurée est pour la peau, un topique doux, décongestionnant, émollient, cataplasmant, comme l'eau arsenicale radioactive de la Bourboule, avec une intensité encore plus grande. Quand les pansements les plus anodins, les bains simples provoquent de l'irritation, l'eau de St-Gervais est bien supportées, les peaux les plus sensibles., les plus irritables sont calmées par elle. St-Gervais est une sorte de *Néris de la peau.*

Cet effet sédatif ne s'exerce pas seulement sur les extrémités nerveuses cutanées, mais sur tout le symptôme nerveux ; il est le résultat autant du bain que du climat. Ce dernier doit être signalé, par ses propriétés calmantes, toniques, résultant d'un ensemble de conditions : 1° *altitude* moyenne ; 2° *siccité* de l'atmosphère par suite du voisinage des glaciers ; 3° abrité contre les vents ; 4° égalité de température (qui soit dit en passant permet une longue durée de saison, de mars à octobre). Sous cette double influence sédative et tonique du bain et du climat, tous les phénomènes qui, de près ou de loin, rentrent dans la désignation un peu vague, d'irritabilité nerveuse, trouvent un grand soulagement ; les algies sont atténuées, les excités retrouvent le sommeil, ils éprouvent une agréable sensation de détente, de repos.

En *boisson*, prise chaude et à jeun, l'eau est très facilement digérée ; son action est très importante sur l'*estomac*, *l'intestin*, *le foie*, *les reins*, et par suite sur la nutrition.

Sur l'*estomac* et *l'intestin*, son influence est double : elle exerce une stimulation douce sur toutes les glandes, les sécrétions gastriques et intestinales sont augmentées ; l'appétit est meilleur, les digestions sont plus faciles, l'effet laxatif est très marqué. De plus cette eau chlorurée et sulfatée semble agir sur la muqueuse comme un pansement sédatif, à la façon d'un sérum physiologique, suivant une comparaison souvent appliquée à St-Gervais, elle calme l'inflammation de la muqueuse si elle existe, elle atténue les réactions douloureuses ou spasmodiques dont elle peut être le point de départ.

Le foie bénéficie également de cette influence stimulante douce et décongestionnante ; d'une part la sécrétion plus abondante de la bile favorise l'effet laxatif ; d'autre part le chimisme digestif étant meilleur, les fermentations étant diminuées, le foie reçoit moins de toxines, n'est plus congestionné, le fonctionnement de la cellule hépatique est facilité.

Du côté des *reins*, la cure se traduit par une augmentation quantitative et qualitative de la sécrétion. L'examen des urines montre : l'augmentation de l'urée, la diminution de l'acide urique et de l'acidité totale, preuve que toutes les fonctions d'assimilation se font mieux.

QUELS SONT LES DERMOPATHIES JUSTICIABLES DE SAINT-GERVAIS ?

Diurétique, laxative, sédative du système nerveux, la cure de Saint-Gervais est, de par son *action générale*, très favorable aux arthritiques.

De par les effets *topiques*, *émollients*, *sur la peau* ; elle est plus particulièrement applicable aux manifestations cutanées chez les arthritiques.

« Les indications des eaux chlorurées sulfatées de St-Gervais sont, dit BROCQ (1), extrêmement éten-

(1) MOUREU. — Les gaz thermaux. Gaz rares et radioactivité. Considérations thérapeutiques, géophysiques et astrophysiques. *Journal pharmacie et chimie*, 1914.

dues : d'après leur composition elles s'adressent à l'arthritisme, c'est-à-dire aux intoxications. Toutes les dermatoses qui dépendent d'un mauvais fonctionnement du foie, des intestins, du rein, peuvent y être avantageusement modifiées.

« Saint-Gervais a une réputation établie d'efficacité dans toutes les affections cutanées d'origine arthritique, dans les eczémas véritables, dans les prurits ; on peut y combiner la cure hydrominérale avec une cure de climat et d'altitude ».

La médication de St-Gervais est, en effet, la médication, par excellence, de toutes les maladies de la peau irritables, prurigineuses au maximum, contre lesquelles il faut exercer une action sédative, calmante locale et générale. C'est à leur traitement que St-Gervais doit une renommée mondiale.

En première ligne les eczémas prurigineux et irritables, les eczémas congestifs des neuro-arthritiques, eczémas de toute forme et de tous les âges de la vie, eczémas généralisés ou localisés même subaigus, eczémas des orifices naturels, eczémas *séborrhéïques irrités*, eczémas lichenifiés.

Doivent venir à St-Gervais *toutes les dermatoses prurigineuses, avec ou sans lésion cutanée*, « ayant dit le Dr Roux, à leur origine, une intoxication d'ordre organique sur un terrain névropathique », *prurits simples*, *prurigo d'Hebra*, *névrodermatoses*, *lichen*, *psoriasis irrité*, urticaires.

On ne peut souhaiter médication locale et générale mieux appropriée.

La tolérance de la peau pour l'eau de bain est parfaite, surprenante, pas de poussée à craindre ; cette eau sulfatée chlorurée est un agent incomparable de douceur, d'onctuosité, calmant de toute inflammation et de toute douleur.

Dès les premiers bains, lec eczémas les plus prurigineux sont calmés et permettent les nuits sans grattages. Les pulvérisations locales, de la face, des mains ou d'une partie isolée d'un membre sont peut-être encore plus décongestionnantes que les bains.

La cure de *boisson* remplit toutes les indications tirées du mauvais fonctionnement du foie, des intestins ou des reins, des auto-intoxications variées que l'on trouve à des degrés divers, à l'origine de toutes les dermatoses ; elle régularise les fonctions digestives et hépatiques, elle augmente la sécrétion urinaire, elle calme le système nerveux.

Au même titre se trouveront bien du séjour de cette station : tous les enfants à la fois anémiques et nerveux, excitables, qui ont besoin d'être tonifiés et calmés à la fois, les jeunes migraineux, de souche névropathe.

Climat et *cure thermale* font de Saint-Gervais un séjour de choix pour tous les jeunes neuro-arthritiques héréditaires, à titre de médication anti-arthritique générale et mieux encore, quand ils présentent déjà des manifestations cutanées : les eczémateux, les furonculeux, les acnéiques, les urticariens.

(1) Brocq. — Traitement des dermatoses par les eaux minérales et le climat. *Tribune* 1909.

Les contre-indications au séjour et à la cure de St-Gervais sont peu nombreuses mais bien précises. St-Gervais est la station de choix pour les congestifs, pour ceux qui ont besoin d'une action sédative, calmante du système nerveux et tonique à la fois. On évitera d'y envoyer les grands anémiques, les affaiblis, les atones, les débilités qui ont besoin d'une action générale très stimulante et très reconstituante, les lymphatiques, les scrofuleux, et surtout les tuberculeux.

On peut rapprocher de St-Gervais la Roche-Posay petite station du département de la Vienne. Eau 10° ; composée de 0 gr. 59 bicarbonate de chaux, silice 0 gr. 45.

Uriage

Qu'est-ce qu'Uriage ? En quoi consiste la médication d'Uriage ?

Uriage est située dans le sud-est de la France dans une des belles vallées du Dauphiné, dans une immense prairie, autour de laquelle sont disséminés hôtels et villas

L'altitude est de 420 mètres. Uriage n'est *ni commune ni village*, il n'y a aucune agglomération autre que celle de la station thermale ; tout a été créé, organisé pour l'utilisation des eaux et le bien-être des baigneurs ; c'est une station de cure idéale.

L'eau est *chlorurée sodique* en même temps que *sulfureuse*, elle possède à un degré modéré les principes actifs des eaux salines et des eaux sulfureuses. La *minéralisation totale*, 10 grammes par litre est surtout constituée par :

Chlorure de sodium.......	6 gr.
Sulfates divers (soude, chaux, magnésie)......	3 gr.
Hydrogène sulfuré	7 centimètres cubes.

Au griffon, l'eau est limpide et incolore ; elle se trouble et blanchit rapidement par suite de la décomposition de l'acide sulfhydrique au contact de l'oxygène de l'air, le soufre se précipite dans l'eau à l'état de division extrême. Son odeur est franchement sulfureuse, d'œufs couvés ; au toucher, elle donne une sensation onctueuse, due aux conferves qu'elle contient ; sa *saveur* est amère et salée ; sa température 27° ; son débit par 24 heures, 400.000 litres.

L'eau d'Uriage a un caractère qui joue probablement un rôle très important : elle est à peu près *isotonique* au sérum sanguin ; deux solutions sont dites isotoniques quand elles ont le même point de congélation, le même point cryoscopique Δ; le Δ du sérum sanguin est de — 0°56 ; le Δ de l'eau d'Uriage est de — 0°48 (Maurice Doyon). Dans l'eau d'Uriage pure, les globules rouges restent intacts, leur destruction ne s'y produit que quand on ajoute quantité égale d'eau distillée.

Eau chlorurée sodique et sulfureuse tiède et isotonique, telle est l'étiquette à retenir de l'eau d'Uriage.

Quel est son mode d'emploi ?

Quelles sont ses indications ?

Uriage doit sa réputation mondiale au traitement des affections cutanées et cela grâce aux travaux des confrères de cette station. Pendant près de cinquante ans, un maître incontesté de la dermatologie et de l'hydrologie française le Dr DOYON, a accumulé des observations minutieuses, il a laissé des ouvrages modèles dont je m'inspire complètement aujourd'hui. Je suis bien certain que nos confrères actuels d'Uriage ne me démentiront pas quand je dirai que les travaux de leur illustre prédécesseur sont toujours le guide le plus sûr dans l'étude de leur si intéressante thérapeutique.

Le *traitement* d'Uriage est à la fois *interne* et *externe.*

En bain et en applications locales (pulvérisations, lotions), cette eau sulfureuse, saline, isotonique, agit sur la peau même enflammée avec une grande douceur, son action topique, excellente, est double :

a) D'une part, sédative, calmante de la douleur et des démangeaisons, « elle peut remplacer les meilleurs topiques comme antiprurigineux » DOYON.

b) D'autre part, elle agit comme un astringent faible, légèrement stimulant, « favorisant la régénération des cellules épidermiques ».

Les bains d'Uriage ont une action très marquée sur l'état général, comme reconstituant tonique puissant, remontant, de tout organisme affaibli ; l'augmentation des forces, l'activité musculaire plus grande, une sensation de bien-être sont toujours notables à la fin de la cure.

Ce traitement est souvent le plus important et peut suffire à lui seul pour amener la guérison.

En *boisson*, l'eau à faible dose est apéritive, elle stimule les fonctions digestives, par le chlorure de sodium ; à dose plus élevée, elle est *laxative*, ou purgative par ses sulfates.

QUELS SONT LES MALADES, ATTEINTS D'AFFECTIONS CUTANÉES, JUSTICIABLES DE LA CURE D'URIAGE ?

Un grand nombre d'affections cutanées peuvent bénéficier de la cure d'Uriage ; dans le choix des malades à y adresser on tiendra d'abord compte : des deux indications suivantes :

1° Au point de vue de l'état constitutionnel, Uriage s'adresse surtout aux *lymphatiques*, aux *scrofuleux*, aux *anémiés* ; il faut en éloigner les grands nerveux, les irritables, les congestifs, les pléthoriques qui doivent aller à St-Gervais ; on n'enverra pas non plus à Uriage les tuberculeux pulmonaires ni ceux atteints de troubles digestifs sérieux habituels quelle qu'en soit l'origine, estomac, intestins, foie,

2° Au point de vue local, cutané, les *formes sécrétantes humides* sont plus promptement et plus profondément amendées que les formes sèches.

« De toutes les dermatoses, l'*eczéma* est celle que l'on observe le plus souvent à Uriage et que les eaux « modifient le mieux, quelle que soit la forme, aiguë, « subaiguë ou chronique, quelles que soient l'étendue des régions envahies et le degré d'irritation « ou d'inflammation de la peau (DOYON) (1).

« Tous les malades atteints d'eczéma, depuis l'eczéma aigu, prurigineux, impétigineux et suintant « jusqu'à l'eczéma chronique invétéré, en passant « par toute la gamme de l'eczématisation avec, « comme dernier échelon, la lichénification de « BROCQ retirent grand et rapide profit d'une saison « à Uriage... la lésion la plus enflammée sera rapi- « dement améliorée ; si le malade est un chroni- « que une action excitante légère sera bienfaisante « et transformera une lésion aphlegmasique tenace « en une lésion phlegmasique curable » (CHATIN) « (2).

Telles sont les affirmations de DOYON et de CHATIN ; elles ne peuvent être plus catégoriques et ne laissent aucun doute possible.

Dès le s premiers *bains*, l'action sédative, une amélioration sensible se manifestent ; la démangeaison, la cuisson disparaît, le sommeil redevient possible ; sous l'influence des bains successifs, on constate l'assèchement de la surface eczémateuse et la diminution de la rougeur.

Au bain s'ajoutent d'autres applications externes pour les *eczématisations localisées*, face, paupières, narines, oreilles, lèvres, anus, parties génitales, ce sont *lotions* fréquentes, *pansement* permanent avec compresse imbibée, *pulvérisation* prolongée 30, 40 minutes et davantage.

Pour les *prurits intenses*, c'est la *douche* tempérée, tiède, longue, avec peu de pression, prise suivant le procédé spécial d'Uriage : le malade couché sur un plan incliné dont l'extrémité a un rebord retenant l'eau et maintenant les pieds toujours chauds.

Et toujours c'est le même effet calmant, décongestionnant ; antiprurigineux, caractéristique de l'eau d'Uriage.

Telle peau qui s'irrite dans un bain d'eau ordinaire ou au contact de cataplasme de fécule ou d'amidon, supporte le bain d'Uriage : des compresses imbibées de cette eau sulfo-saline isotonique calment mieux les démangeaisons que tout autre pansement.

Pas de *poussée* à redouter, pas d'excitation trop vive à craindre ; il se produit souvent une légère irritation de la peau, caractérisée par une augmentation de la transpiration, de la chaleur à la peau, des démangeaisons, des rougeurs. Elle disparaît peu à peu et ne nécessite pas l'interruption du traitement. « Presque toujours l'eczéma guérit sans avoir eu à passer par une période d'excitation » (DOYON).

« En général, dit le Dr DOYON, les eczémas les plus intenses et les plus généralisés, non seulement tolèrent parfaitement d'emblée l'immersion hydro-minérale, mais marchent régulièrement vers la guérison sans qu'à aucune période du traitement il y ait à craindre une exacerbation notable de la lésion cutanée ».

A quoi *attribuer* cette tolérance de la peau, cette

(1) DOYON. — Uriage et ses eaux minérales.
(2) CHATIN. — Les maladies traitées à Uriage.

action calmante et cicatrisante de l'eau sulfo-saline sur les surfaces eczématisées ? aux *conservés* contenues dans l'eau, à sa proportion de *chlorure de sodium*, à son *isotonie* surtout. Les cellules épidermiques mises en contact avec une solution minérale dont la composition saline est analogue à celle du milieu humoral dans lequel elle vit, ne subit pas de modification.

En outre des eczémateux, il y a un groupe très nombreux de dermopathies justiciables de la cure d'Uriage : ce sont celles dont le traitement exige à la fois pour l'état local l'influence *antiseptique* du soufre, pour l'état général une action *tonique* et reconstituante, pour l'appareil digestif, un effet *laxatif*, une *diminution des fermentations anormales*.

Tels sont les séborrhéiques, les acnéiques, les malades atteints de pyodermites par streptococcie ou staphylococcie, d'impetigo, d'eczéma, de sycosis, de furoncles à répétition.

« Le médicament spécifique de l'*acné*, le plus actif « désinfectant des follicules et des glandes de la peau « est le soufre ; à Uriage il existe à l'état natif dans « l'eau. Parmi les acnéiques nombreux à Uriage, « le cas le plus fréquent est le malade porteur à la « fois d'acné pustuleuse et de couperose légère. Les « pulvérisations, à la température de 25° à 30° « prolongées 30, 40, 50 minutes, réalisent un contact « intime entre l'eau et la surface cutanée ; on ne tarde « pas à voir les pustules s'affaisser, se cicatriser et les « poussées devenir moins intenses. La rougeur, elle « aussi, diminue sous l'influence des pulvérisations « chaudes (Jourdanet) (1).

« L'acnéique est en général un dyspeptique et un « constipé ; l'eau d'Uriage en boisson, à dose laxa- « tive, y remédie ; la douche massage dans la posi- « tion couchée, vient ajouter son action éminemment « remontante de l'organisme.

Le soufre est surtout employé en dermatologie dans les séborrhées grasses et dans les affections qui se développent sur les tissus occupés par celles-ci ; ce sont des indications majeures des eaux sulfureuses.

« Le soufre aime la graisse comme le goudron aime la squame » (Sabouraud). Aussi toutes les *séborrhées* généralisées ou localisées, l'ancien *eczéma séborrhéique de Unna*, le *parapsoriasis de Brocq*, la *séborrhée grasse du cuir chevelu*, le *pityriasis capitis*, les vulgaires « pellicules » relèvent de la cure d'Uriage.

En outre de ces cas où le traitement d'Uriage procure la guérison, il y a ceux où sans pouvoir donner le même succès, elle procure un soulagment : à titre de *tonique général* dans la *pelade*, le *lupus* ; à titre *sédatif*, dans les *lichens plans* divers, la *névrodermite circonscrite* de Brocq et Jacquet qui ont comme grands caractères la papule et le prurit ; il en est de même dans les grandes dermatoses, *maladies de Duhring, de Brocq, pemphigus aigus* ou chroniques, *pemphigus foliacé, érythrodermies, exfoliatives* généralisées, *herpès génital* récidivant.

(1) Jourdanet. — La cure aux eaux d'Uriage. 1920.

Uriage a la clientèle des enfants. Uriage est la station de choix pour les petits lymphatiques, eczémateux héréditaires, jeunes séborrhéiques de la face, des joues, des oreilles, des commissures labiales, de l'orifice des fosses nasales, du cuir chevelu, acnéiques serpigineux. Aux effets produits par les pratiques balnéaires que les enfants supportent très bien, il faut ajouter les bénéfices du climat de petite montagne à une altitude de 414 mètres, du séjour constant en plein air, de cette vie de liberté dans un vaste parc dont la pureté de l'air n'est troublée ni par une agglomération ni par aucune émanation industrielle. Aussi, suivant l'expression de Doyon « les séances de prairie » n'exercent pas moins que les séances balnéaires une salutaire et décisive influence ; elles sont le complément obligé du traitement hydrologique.

Saint-Christau.

Saint-Christau est *situé* dans le département des Basses-Pyrénées. Ses eaux constituent une *médication à part bien distincte* des autres cures thermales usitées dans le traitement externe des affections cutanées. Elles doivent leur originalité à leur *composition*, à leur *mode d'emploi*, à leur *spécialisation*.

Trois sources : les Arceaux (12°), le Prieuré (20°), le Pêcheur, ont un débit considérable (presque deux millions de litres par 24 heures). Eau limpide, d'une odeur légèrement sulfureuse, d'une saveur légèrement styptique.

La *minéralisation totale*, par litre 24 heures, est faible: 0 gr. 25 pour les Arceaux, 0 gr. 47 pour le Prieuré, elle est composée par des carbonates, des silicates, des sulfates alcalino-terreux, des traces d'iode, d'arsenic et de *cuivre*, ce dernier à la dose de 3 dixièmes de milligramme ? C'est là seule eau de France avec celle de Trébas (dans le Tarn) dans laquelle on a constaté du cuivre, à dose pondérable. Malgré son infime quantité, il paraît être l'agent prépondérant de l'action de ces eaux. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre ; nous savons que l'activité des corps dissous dans une eau minérale, n'est pas seulement en rapport avec la quantité de ses éléments mais surtout avec son état physique.

C'est à propos de l'analyse de l'eau du Prieuré, que la *théorie des ions* a été inaugurée en France, en 1899, par notre savant confrère le Dr Frenkel. Une des conclusions de son remarquable travail est que l'*ionisation* de l'eau du Prieuré est complète et que par conséquent cette eau se trouve dans les meilleures conditions apparentes d'activité thérapeutique.

Nous savons aussi que le cuivre est un topique précieux, à petite dose, en dermatologie aussi bien qu'en oculistique, et sa toxicité à dose presque infinitésimale sur certains organismes a été souvent mise en évidence : le seul fait d'avoir été contenue quelque temps dans un vase de cuivre suffit à rendre une eau impropre à un grand nombre de cultures bactériologiques. (Bokohy, Nogelié, Devaux).

L'eau est administrée à l'intérieur et à l'extérieur.

En *boisson*, l'eau est surtout indiquée chez les arthritiques, dont elle dilue les urines, entraînant ainsi l'acide urique. On donne généralement 2 à 6 verres par jour, cette dose provoque une abondante diurèse.

Les applications externes sont la partie importante de la cure : *bains*, *irrigations*, *douches*, *pulvérisations*.

En *bains*. Sans aucune action irritante sur la peau, elle a une action dissolvante, décapante qui modifie les sécrétions graisseuses. Quand l'application en est prolongée, ce dégraissage de la peau est si marqué qu'il est souvent nécessaire de faire une légère onction avec un corps gras pour remédier à la trop grande sécheresse de l'épiderme.

Ce sont les *pulvérisations* qui donnent à la cure technique de St-Christau son caractère spécial. Des appareils très ingénieux variés permettent de les appliquer à toutes les parties du corps avec une graduation, à volonté, de pression, de volume, de température. Tantôt d'une extrême finesse, elles enveloppent la région malade, d'un simple brouillard pulvérulent sans percussion véritable, tantôt elles constituent une douche pulvérisée dont la force de projection, le plus souvent faible, peut être élevée jusqu'à 15, 18 atmosphères et produire une sorte de massage superficiel de la peau ou une révulsion intense (douche en épingles, douche tamisée). Une instrumentation très minutieuse permet de faire des pulvérisations très limitées, oculaires, nasales, intra-buccales, bi-auriculaires, ascendantes ano-périnéales.

Toutes ces douches et pulvérisations peuvent être données à volonté chaudes, froides, tièdes, à température alternée.

St-Christau est un médicament réservé aux affections chroniques de la peau ; tout état aigu est une contre-indication absolue.

1° Ces eaux ont une action très favorable sur les processus *inflammatoires chroniques*, caractérisés par des états ulcéreux, variqueux, hypertrophiques, papillomateux, tels que les *ulcères des jambes*, les *dermites variqueuses*, les lichénifications.

2° Bazin les recommandait déjà contre ce qu'il appelait le « psoriasis buccal » ; leur efficacité s'est de plus en plus affirmée et aujourd'hui les eaux sulfurées cuivreuses de St-Christau sont devenues l'objet d'une spécialisation bien déterminée dans le traitement externe des affections chroniques de la muqueuse bucco-linguale, surtout de la leucoplasie buccale, accompagnée ou non de fissures et d'ulcérations ; l'eau est administrée en bain de bouche, en pulvérisation pratiquée avec un appareil spécial (spéculum buccal) produisant 2 gerbes d'eau pulvérisées divergentes, dirigées de dedans en dehors. L'effet résolutif sur l'inflammation chronique, scléreuse est perceptible à la vue et au toucher : l'opacité, l'épaisseur des plaques leucoplasiques diminuent, les espaces résultant de la segmentation des placards s'élargissent, les sillons interpapillaires reprennent leur coloration normale ; les malades accusent une sensation de souplesse et de mobilité plus grande de la langue, dont le volume paraît diminué. Après la cure, le travail de régression continue, les érosions superficielles douloureuses se cicatrisent, des langues rétractées et bridées par des cicatrices, reprennent de la souplesse ; la guérison véritable, la disparition des plaques leucoplasiques est rare, mais l'amélioration est constante : assouplissement, nivellement, ce qui est déjà très appréciable dans une affection exceptionnellement rebelle et tenace.

3° La médication de St-Christau peut s'appliquer d'une façon banale à l'ensemble des affections comprises sous la dénomination d'*eczéma*, mais elle est surtout efficace dans certaines formes bien précises.

Au point de vue de la forme *objective*, ce sont surtout l'*eczéma séborrhéique* entendu dans son acception la plus large, le *syndrome séborrhéique* caractérisé par l'exagération et la modification des sécrétions grasses de la peau, les parakératoses psoriasiformes.

Au point de vue *étiologique*, les eczémas liés à la *diathèse urique* franche et à l'*éréthisme nerveux* ; l'influence remarquablement calmante du climat s'allie à l'action spéciale des eaux pour produire une action des plus sédatives.

Au point de vue *localisations* régionales, les eczémas de la *face*, des *lèvres*, des *narines*, des *paupières*, des *oreilles*, *du cuir chevelu*, de la région *ano-périnéale*, des *mains*, les *eczémas variqueux des jambes*.

St-Christau réclame à juste titre, deux groupes d'affections cutanées qui retirent un grand bénéfice de la *douche tamisée*. Une masse d'eau projetée, à forte pression (16 à 18 atmosphères) à travers un grand tamis forme une gerbe d'eau pulvérisée d'un volume considérable ; elle peut être considérée comme un procédé mixte intermédiaire entre la simple douche en arrosoir et la pulvérisation véritable ; elle produit sur la peau une sorte de massage superficiel. Son efficacité est particulièrement démontrée dans les *dermatoses prurigineuses localisées et torpides* (*névrodermites*, *lichen corné*, *prurits localisés et rebelles*, *vulvaire*, *ano-périnéal*, *lichen ou eczémas chroniques torpides*, les *affections caractérisées par l'hypertrophie papillaire*, *l'infiltration chronique du derme et l'hyperkératinisation* ; *psoriasis en placards discrets*, *eczéma séborrhéique psoriasiforme*).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les suppurations broncho-pulmonaires et les difficultés du diagnostic des pleurésies interlobaires atypiques.

On a coutume de se représenter la pleurésie enkystée interlobaire comme une collection purulente circonscrite, facile à diagnostiquer, du fait de sa localisation à la partie moyenne du poumon et de son évolution. Ceci est vrai, lorsqu'elle est consécutive à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, dont elle est séparée par une courte période avec diminution ou disparition de la fièvre.

Pourtant, ainsi que le dit Pierre Pruvost, les caractères classiques de la pleurésie interlobaire, tant cliniques que radiologiques, son allure aiguë, la vomique qui en est souvent l'aboutissant ne sont pas des éléments d'une constance absolue et d'une netteté toujours égale ; ils demandent à être interprétés, car ils sont quelquefois simulés par d'autres affections.

On peut méconnaître une pleurésie interlobaire, parce qu'elle est masquée par des signes de pneumonie ou de spléno-pneumonie, ou un syndrome pleural.

Une autre erreur consiste à mal interpréter les signes cavitaires, qui siègent à la partie moyenne du thorax et à les attribuer plutôt à une dilatation des bronches, à une caverne tuberculeuse ou non, à un abcès pulmonaire.

On peut encore croire à une pleurésie interlobaire, parce que celle-ci est une affection fréquente de la région moyenne du poumon se traduisant souvent par des signes cavitaires, alors qu'il s'agit d'affections plus rares ou donnant lieu à des signes pseudo-cavitaires.

Lorsqu'il s'agit de vomique fétide, la difficulté du diagnostic est encore accrue dans les formes atypiques de pleurésie interlobaire (diagnostic avec une dilatation des bronches compliquée d'anaérobiose ou de gangrène des extrémités bronchiques, avec la gangrène pulmonaire).

On évitera les erreurs en dépistant les moindres signes du syndrome interlobaire et surtout en s'aidant de la *radioscopie* et de la *radiographie, avec injections de lipiodol dans les bronches.*

Ces difficultés du diagnostic des collections enkystées interlobaires et des suppurations broncho-pulmonaires sont fréquentes dans la pratique quotidienne, et la décision thérapeutique est très différente suivant la manière dont le problème aura été résolu. (*L'Hôpital*, mars 1924 B.)

Vaccinothérapie de l'urétrite gonococcique.

Employée seule, la vaccinothérapie ne paraît avoir donné qu'un petit nombre de guérisons ; la nécessité de la vaccinothérapie spécifique n'est pas démontrée ; la vaccination à l'aide d'autres microbes a procuré d'aussi bons résultats (de Berne-Lagarde).

Cependant elle n'est indiquée que si on l'emploie conjointement avec les lavages urétro-vésicaux suivant Janet, et cela : 1° dans les urétrites qui, malgré les lavages, conservent leurs caractères d'acuité ; 2° dans les urétrites au déclin, qui résistent aux lavages.

La vaccinothérapie est contre-indiquée à la période aiguë de l'urétrite, car elle favorise des complications.

On a obtenu des succès et des guérisons rapides dans le traitement des épididymites et dans les formes médicales du rhumatisme gonococique. (*L'Hôpital*, avril 1924, A.)

Formes frustes et formes larvées des aortites.

Si la *radioscopie*, écrit M. Leconte, nous fournit des renseignements précis sur l'état volumétrique et qualitatif du vaisseau malade et du cœur, quels services plus précieux encore pourvons-nous en attendre dans les formes frustes et les formes larvées des aortites. D'ailleurs les signes radioscopiques eux-mêmes peuvent être *frustes*, et à côté des cas où l'altération de l'aorte se traduit par une *augmentation de son calibre*, il en est d'autres où seule une *modification de l'opacité normale du vaisseau* peut nous la révéler. Cette *exagération* de l'opacité constatée, même en dehors de toute augmentation de volume, chez un sujet jeune ou un adulte, surtout s'il est syphilitique, est l'indice d'une lésion aortique. Ces données, encore insuffisamment connues, permettront à la fois de rattacher à leur véritable cause des symptômes plus ou moins trompeurs, de porter un pronostic dont le caractère « fruste » de ces formes d'aortite, susceptibles de se terminer comme les autres par la mort subite, ne saurait atténuer la sévérité, enfin d'instituer un traitement convenable qui fait surtout en cas de syphilis, obtenir une amélioration assez marquée pour équivaloir presque à une guérison. (*La Médecine*, mars 1924.)

Le chancre mixte et les symbioses syphilitico-chancrelleuses.

Au cours d'une étude fort documentée sur cette importante question le Dr L. Périn desi-

gne sous le nom de chancre mixte toutes les symbioses syphilitico-chancrelleuses, les distinguant en modalités suivant la période évolutive de la syphilis à laquelle elles se manifestent : *chancre mixte primaire, chancre mixte secondaire ou secondo-tertiaire* (chancre mou papuleux et chancrellisation secondaire de lésions syphilitiques), *chancre mixte tertiaire* (ch. ulcéreux tertiaire et ch. mixte phagédénique tertiaire).

L'inoculation du bacille de Ducrey et du tréponème peut être simultanée, ou successive, l'un ou l'autre étant inoculé le premier.

Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour reconnaître la syphilis au début de son apparition, et la chancrelle dans un chancre mixte constitué.

Le *diagnostic* de la syphilis est le plus important ; toute chancrelle doit être considérée comme suspecte. On soumettra donc le malade à une observation régulière tant que le délai de l'incubation syphilitique n'aura pas été largement dépassé. On recherchera avec soin les symptômes qui annoncent la transformation syphilitique : fond plus plein, induration de la base, effacement des bords, apparition de l'adénopathie caractéristique. Deux symptômes sont importants : la lymphangite dorsale dure et moniliforme, l'adénopathie généralisée, qui précède les accidents secondaires et souvent la réaction de Wassermann. Comme méthodes de laboratoire, c'est la recherche directe du tréponème (coloration ou ultra-microscope, tout traitement local ayant été interrompue depuis quelques jours), puis la réaction de Wassermann (plus tardive).

Sur tout chancre syphilitique à tendance ulcéreuse ou phagédénique, ou s'accompagnant d'adénopathie de caractère inflammatoire, ou d'abcès lymphangitique, on soupçonnera la chancrelle, diagnostiquée ensuite par la recherche directe du bacille de Ducrey et par l'auto-inoculation positive (procédé de choix).

Le *traitement* du chancre syphilitique est de beaucoup le plus *important* ; il varie suivant la forme. Pour le *chancre mixte primaire*, il faut commencer le traitement le plus tôt possible, et n'instituer un traitement qu'en présence d'un diagnostic de certitude. Dès le diagnostic établi, faire sans délai des injections intra-veineuses d'arsénobenzènes et continuer ultérieurement suivant les règles du traitement antisyphilitique en général. Pour les *autres chancres*, il y a avantage à substituer aux arsénobenzènes, tout au moins pour le début du traitement, les sels de mercure, surtout le cyanure de mercure en injections intra-veineuses.

Le traitement de la chancrelle est accessoire, parfois nuisible. Il ne faut la traiter que sans moyen de cautérisation susceptible de produire des indurations artificielles et sans traitement local empêchant la recherche directe du tréponème : topiques d'intensité moyenne (iodoforme, aristol, bains boriqués) à suspendre 3 jours avant tout examen ultra-microscopique. Traiter énergiquement la chancrelle expérimentale d'auto-inoculation (chlorure de zinc, thermocautérisation). Pour les complications, traitement habituel. (*Paris médical*, 1er mars 1924.)

La chlorose est devenue une maladie exceptionnelle. Quelles en sont les raisons ?

De l'avis unanime des médecins de tous les pays, la chlorose nécessitant l'hospitalisation, la grande chlorose, disparaît.

La chlorose est une maladie de déficit : sous l'influence de certaines circonstances de la vie féminine (fonctionnement des ovaires, du corps thyroïde), sous l'influence de certaines infections (tuberculose, syphilis), ou intoxications (intoxication oxycarbonée ou par la tétrachloréthane chez les perlières, alcoolisme) sous l'influence d'une mauvaise hygiène, l'organisme a besoin de toucher aux réserves de fer ; le foie ne suffisant plus, le prélèvement se produit au niveau de l'hémoglobine des globules rouges : la chlorose apparaît. Il faut la distinguer de l'anémie, qui résulte d'un déficit globulaire. La chlorose tient à la diminution de la valeur globulaire.

Si donc la maladie disparaît, c'est que ses causes infectieuses, toxiques, hygiéniques disparaissent. On peut dire jusqu'à un certain point que la chlorose était une maladie sociale ; l'amélioration dans la répartition des salaires a permis l'effacement de cette maladie de déficit (Noël FIESSINGER et M. BIDEGARAY).

Ce pendant, les chlorose frustes persistent ; le souffle jugulaire y est facile à constater ; la valeur globulaire est diminuée. Mais cette forme fruste, il faut la rechercher avec soin ; c'est pourquoi elle passe si facilement inaperçue. (*Journal des Praticiens*, 22 mars 1924.)

Traitement des œdèmes bloqués chez les brightiques et les cardiaques.

Quand les procédés diététiques et thérapeutiques ont échoué contre ces hydropysies, nous sommes portés à envisager sous un jour sombre le pronostic. En effet, les cas, qui se montrent ainsi rebelles aux traitements classiques concernent le plus souvent des néphrites graves, dans lesquelles une imperméabilité croissante du rein pour l'azote vient compliquer la chlorurémie, ou des cardiopathies dans lesquelles l'action des toniques cardiaques, digitale et ouabaïne, a fini par s'épuiser.

Mais, disent fort justement MM. A. LEMIERRE et S. LEVISQUE, il est aussi des malades, porteurs à un moment donné d'*infiltrations* irréductibles par les moyens ordinaires et pour ainsi dire *blo-*

quées, et qui sont, par la suite, capables de fournir encore une longue carrière lorsqu'on parvient, d'une façon quelconque, à les *libérer de ces infiltrations*.

Pour cela, il n'est besoin que de règler d'une manière un peu différente l'application des régimes et médicaments usuels.

Les auteurs ont constaté, à la suite d'observations cliniques que l'apparition d'épanchements pleuraux ou péritonéaux chez les cardiaques et les brightiques, déjà porteurs d'œdèmes rebelles à toutes les thérapeutiques classiques, et tendant à progresser malgré elles, pouvait être d'une très grande importance au point de vue du pronostic de ces œdèmes : en effet, ces épanchements des séreuses ont tendance, après qu'ils ont été ponctionnés, à se reproduire non seulement plus volontiers que les œdèmes périphériques, mais encore *aux dépens des œdèmes périphériques*. C'est cette propriété qu'il peut être intéressant d'utiliser pour le traitement général des hydropisies.

De même que pour favoriser l'écoulement de la sérosité d'œdème par les mouchetures, on utilise la force de la pesanteur, on peut utiliser la force d'attraction créée par les lésions des séreuses pour diriger vers les cavités pleurale ou péritonéale, au moyen de ponctions successives, l'eau et les chlorures épanchés dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et qui n'y sont retenus qu'en raison de l'insuffisance cardiaque ou rénale, sans intervention d'un facteur local surajouté. C'est là un moyen très simple, qui, combiné à l'emploi du régime déchloruré, peut donner des résultats favorables. (*La Médecine*, mars 1924.)

Recherches sur l'action du glucoside cristallisé, isolé du bulbe de la scille (scillarène) dans l'azotémie

Selon M. A. Tilmant, Stoll et Suter ont isolé en 1912, du bulbe de la scille, un alcaloïde cristallisé, principe actif de la plante et qui, sans danger d'accumulation, sans inconvénient pour le rein et l'estomac, présente des propriétés cardio-toniques et diurétiques puissantes. Après le prof. Gabriel Perrin (1) et le docteur Calac (2), M. A. Tilmant étudie l'action de ce principe actif, le scillarène, dans la néphrite azotémique et apporte une contribution intéressante aux travaux de Pic, Bonnamour et Luquet, sur la question de la scille envisagée comme un diurétique azoturique.

Se basant sur six observations personnelles, l'auteur montre que l'administration du scillarène a déterminé des modifications thérapeutiquesimportantes. Voici comment il s'exprime à ce sujet.

« La pression sanguine se trouve heureusement influencée par les petites doses même, on note un abaissement rapide de la tension maxima qui s'abaisse régulièrement sans l'adjonction d'aucune autre médication ni de moyens physiques. Chez l'un des malades, la disparition des troubles vertigineux fut rapide et suivie de la disparition d'hémorroïdes.

« Nous ne reviendrons pas sur l'action diurétique du glucoside déjà si bien étudiée ailleurs, mais nous noterons la confirmation formelle de l'action diurétique puissante de ce principe actif.

« Chez aucun de nos malades, nous n'avons remarqué de signes d'intolérance ou de saturation.

« L'action sur l'azotémie est notable et aussi régulière que la marche descendante de la pression et l'augmentation du débit urinaire. Secondairement, on constate une amélioration notable de la constante d'Ambard.

« Comment expliquer ces modifications favorables ? Si l'on étudie les courbes jointes aux observations, on remarque que la courbe de l'azotémie et celle du débit urinaire suivent une marche inverse. Il est donc logique d'admettre que le scillarène agit sur le rein en déterminant une diurèse abondante, constituant une sorte de lavage de sang ; nous avons remarqué, à l'appui de cette hypothèse, l'augmentation de la consommation des liquides chez la plupart des malades. Dans ces conditions, l'élimination de l'urée sanguine se fait de façon plus intense, diminuant les troubles toxiques (*Les Sciences médicales*, 13 mars 1924.)

Etude pharmacologique de l'arsylène.

M. G. Pouchet expose que l'acide allyl ou propényl-arsinique (arsylène) employé sous forme de sel monosodique, en injections, et de sel monocalcique, *per os*, se présente sous la forme d'une poudre blanche, inodore, de saveur salée et fraîche, soluble dans l'eau, assez soluble dans la glycérine, et fort peu soluble dans l'alcool. Sa solution aqueuse manifeste une réaction très faiblement acide et ne subit aucune modification avant la température de 120°. Ce composé doit être considéré comme un homologue supérieur du méthylarsinate disodique. Il contient 40 % d'arsenic.

Après une étude pharmacologique et physiologique complète de ce produit, et après avoir rappelé les multiples travaux auxquels il a donné lieu dans tous les cas où les cacodylates sont indiqués, qu'on l'utilise à doses intensives (ampoules de 2 cc.), à doses toni-stimulantes (ampoules de 1 cc.) ou à doses progressives selon la méthode de Fowler (granules), le professeur Pouchet fait remarquer que l'arsylène est capable, tout comme l'acide arsénieux, d'influencer très sensiblement le cours de la trypanosomiase expérimentale. La légère infériorité de son action par rapport à celle de l'acide arsénieux est plus que largement compensée par sa tolérance qui donne la possibilité de prolonger la médication, même à doses relativement élevées, sans courir les risques de l'arsenicisme, auquel aboutit fatale-

(1) *Gazette des Hôpitaux*.
(2) Thèse de Toulouse, 1923.

ment le traitement par l'acide arsénieux, si l'on cherche à réaliser le maximum d'efficacité. On peut dire que l'arsylène réunit la facile tolérance des alcoylarsinates à l'énergique action thérapeutique de l'acide arsénieux ; cette étude pharmacophysiologique très importante vient d'ailleurs confirmer les résultats thérapeutiques très intéressants obtenus de divers côtés et dont notamment la thèse de Culty (Lyon 1923) a rendu compte. (*Bulletin médical*, 16 avril 1924.)

Péritonites tuberculeuses atténuées et héliothérapie.

A côté des formes classiques de péritonite tuberculeuse (forme ascitique, ulcéro-caséeuse, fibreuse), il y a place pour des formes atténuées, qu'il faut distinguer d'ailleurs des tuberculomes abdominaux, décrits surtout par Sauvé, et qui correspondent à des localisations viscéro-péritonéales.

Les péritonites tuberculeuses atténuées sont infiniment variables dans leur aspect clinique : ici, elles se traduisent par un syndrome d'entérite chronique ; là, par du météorisme douloureux persistant ; ailleurs, par un empâtement localisé simulant la périgastrite ou la pérityphlite, l'annexite ; ailleurs encore, par une légère ascite.

Cette péritonite apparaît rarement spontanément. Si l'on examine à fond les sujets, on constate souvent chez eux l'existence d'antécédents bacillaires, pleurésie, orchite, pleurite, etc. On les ausculte : on trouve des frottements pleuraux ; on les radiographie : une grosse adénopathie hilaire se révèle... En outre, des symptômes d'imprégnation tuberculeuse s'observent, tachycardie, pâleur, anémie, amaigrissement, perte de l'appétit, fébricule.

Bien traitées par le repos et l'héliothérapie, ces tuberculoses péritonéales atténuées, au dire de M. Carles, guérissent merveilleusement bien. Un bain local de soleil d'une durée progressive d'un quart d'heure à une heure y pourvoit.

Par contre, non traitées, ces péritonites se prolongent et s'aggravent indéfiniment.

Et l'auteur de conclure :

« *a*) Les péritonites tuberculeuses atténuées sont observées assez souvent en clinique. Leur diagnostic est parfois délicat ; il s'appuie sur les antécédents bacillaires, les signes d'imprégnation tuberculeuse légère et la coexistence fréquente d'autres localisations de même nature. Celles-ci précèdent ou coexistent avec les foyers de péritonite tuberculeuse plus ou moins discrète dont on est amené à constater l'existence.

« *b*) Il y a variabilité extrême dans l'aspect clinique des péritonites tuberculeuses atténuées : une ascite légère, mais persistante que rien autre n'explique ; du météorisme chronique avec ou sans présence de gâteaux péritonéaux discrets, des douleurs continues avec syndrome d'entérite chronique en constituent les principales manifestations locales.

« *c*) La péritonite tuberculeuse atténuée rétrocède rapidement sous l'influence du repos complet et l'héliothérapie.

« *d*) Les résultats rapides du traitement contrastent avec la durée indéfinie de l'affection abandonnée à elle-même. » (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 juin 24.)

Persistance de l'oxyde de carbone dans le sang putréfié des individus intoxiqués par CO.

M. Verdier rapporte le résumé de trois autopsies qu'il a faites de sujets ayant succombé à une intoxication par l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage.

Dans le troisième cas, l'autopsie ne fut pratiquée que 22 jours après la mort. L'examen spectroscopique révélait les deux bandes d'absorption caractéristiques de l'oxyde de carbone, contenu dans le gaz putréfié des plèvres et de la cavité thoracique.

Dans les deux autres cas, le sang fut examiné trois mois après la mort ; l'examen spectroscopique se montra positif, ainsi que la réaction de Kundel au tanin (coloration rose-brique du coagulum obtenu par traitement du sang avec une solution de tanin à 2,50 pour cent).

« De ce qui précède, il résulte par conséquent que chez les individus intoxiqués par l'oxyde de carbone, celui-ci peut être retrouvé assez longtemps après le décès, et même sur des cadavres putréfiés. » (*Toulouse médical*, 1er juillet 24.)

Néphrite aiguë par intoxication mercurielle.

Il s'agit d'un malade, vu par M. Guérin, qui présentait tous les signes d'une néphrite aiguë, de cause indéterminée : anurie, courbature, maux de tête, œdème des paupières, bouffissure de la face. Un traitement symptomatique par la diète hydrique, les lavements glucosés, les émissions sanguines, la macération de rein, permet au malade de faire les frais de cette affection qui se termine par la guérison, après une abondante crise urinaire. Ultérieurement on apprit que le sujet avait absorbé deux comprimés de cyanure de mercure, pris pour de l'aspirine.

A ce propos, l'auteur rappelle quelques faits du même genre, recueillis dans la littérature médicale, et il conclut :

« La conclusion de ces diverses observations est que l'on doit traiter l'intoxication par le mercure avec beaucoup de persévérance et d'énergie ; on doit y être d'autant plus encouragé que l'on peut espérer, comme nous venons de le voir, guérir le sujet dans des cas très graves.

« Notre malade a dû à la précocité des vomissements et peut-être aussi à l'ancienneté des comprimés de cyanure avalés de ne pas avoir une intoxication trop massive.

«Une autre conclusion pratique est que l'on devrait s'efforcer de différencier les comprimés pour l'usage externe de ceux pour l'usage interne.

«La coloration jaune de certains devient illusoire le soir. Peut-être pourrait-on leur donner une forme particulière ou y laisser un orifice comme sur nos pièces de nickel. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 24.)

Les Sociétés Savantes

Polynévrites post-sérothérapiques.

(MM. Souques, Lafourcade et Terris. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-5-1924.)

Les polynévrites sont des accidents sériques exceptionnels, qu'il est bon de connaître néanmoins. Dans une revue générale récente, M. Pollet a pu en réunir 18 observations.

Dans les deux tiers des cas, il s'agit d'injections préventives, et de sérum anti-tétanique, beaucoup plus rarement de sérum anti-diphtérique. La paralysie, précédée de douleurs plus ou moins vives et suivie rapidement d'amyotrophie, survient brusquement, quelques jours après l'injection, au milieu d'un ensemble de troubles sériques banaux qui en définissent l'origine. Habituellement, c'est une paralysie unilatérale, limitée, par exemple, au nerf radial, au plexus brachial, etc.

Un cas nouveau vient d'être observé par M. Souques chez un jeune homme qui reçut, à la suite d'un accident d'automobile, une injection de sérum antitétanique. Six jours plus tard, apparut une éruption sérique, suivie peu après de paralysie et d'amyotrophie des membres supérieurs.

L'auteur ajoute que ces accidents ne sauraient, en aucune manière, jeter le moindre discrédit sur l'usage préventif du sérum antitétanique, qui rend tous les jours des services inappréciables. Il importe de les connaître, non pour les éviter car rien ne permet de les prévoir, mais pour les attribuer à leur cause véritable. En général bénins et de courte durée, ils peuvent dans quelques circonstances se prolonger des mois et peut-être des années sous le type amyotrophique.

— MM. Sainton, Paul Descouts et R. Le Clerc ont soigné également un malade chez lequel, consécutivement à une injection préventive de sérum antitétanique, se dessina une parésie dissociée des membres supérieurs, sans paralysie véritable, et aussi sans amyotrophie. La recherche des réactions électriques est particulièrement utile pour le diagnostic de ces polynévrites post-sérothérapiques frustes.

Prophylaxie des accidents sériques par l'emploi de sérums désalbuminés.

(M. Lesné. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 23-5-24.)

Les accidents sériques se montrent depuis quelques années avec une certaine fréquence, tout en étant peu graves d'ailleurs et en se limitant souvent à une petite poussée fébrile accompagnée d'arthralgies, d'urticaire et d'adénite. Il n'en est pas moins intéressant de chercher à les prévenir.

M. Lesné, en collaboration avec MM. Blamoutier et Lefèvre, a essayé les divers médicaments considérés comme agents prophylactiques des accidents sériques, mais il n'en a obtenu aucun résultat appréciable. Il s'est adressé alors au sérum anti-diphtérique *désalbuminé*, privé d'une partie de ses albumines. Ce sérum, que lui a fourni l'Institut Pasteur, a été injecté comme moyen préventif à 125 enfants, frères ou sœurs de sujets atteints de diphtérie.

Aucun de ces 125 enfants n'a eu le moindre accident d'ordre sérique. Aucun n'a été contaminé et la réaction de Schick pratiquée chez plusieurs d'entre eux a décelé une immunité passive de durée égale à celle fournie par le sérum anti-diphtérique normal, c'est-à-dire allant de 20 à 25 jours.

L'auteur conclut qu'il suffit de supprimer une partie des albumines hétérogènes d'un sérum pour lui enlever sa toxicité. Le sérum anti-diphtérique ainsi défibriné reste efficace comme agent de prophylaxie. Sa valeur, précieuse pour le traitement de la diphtérie elle-même aurait besoin, toutefois, d'être fixée. Dans la sérothérapie prophylactique, anti-diphtérique et anti-tétanique, il y a là un procédé de préparation des sérums qui mérite toute l'attention.

— M. Variot pose à son tour la question : ce sérum désalbuminé a-t-il une valeur thérapeutique égale à sa valeur prophylactique et pourrait-on le manier comme le sérum non désalbuminé dans le traitement de la diphtérie.

Injection directe de lipiodol dans une caverne.

(M. Ameuille. — *Société médicale des hôpitaux* ; 30-5-1924.)

M. Ameuille a pratiqué directement, au travers de la paroi thoracique et sous le contrôle de l'écran, une injection de lipiodol dans une caverne tuberculeuse du poumon. Il estime que cette injection est réalisable sans danger, au moins dans certains cas. Elle peut apporter une confirmation au diagnostic, quelquefois délicat, de la caverne. Elle a montré à l'auteur, sous l'écran, comment se faisait l'évacuation de la cavité et se réalisait l'embolie bronchique, embolie elle-même expulsée par la toux.

— M. Sergent ne croit pas que la technique proposée par M. Ameuille soit absolument exempte d'inconvénient. Comme on peut obtenir, bien des

fois, le même résultat par la simple injection intra-trachéale, il est préférable de commencer par celle-ci, pour ne recourir à la méthode trans-pariétale qu'au cas d'échec de l'injection trachéale.

Eczématides et myxœdème.

(MM. Lortat-Jacob et de Gennes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-5-1924.)

M. Lortat-Jacob a guéri les eczématides d'une petite malade de quinze ans, par ailleurs myxœdémateuse, au moyen de l'opothérapie thyroïdienne. Le trouble endocrinien, remarque-t-il, peut tenir quelquefois sous sa dépendance le terrain humoral qui détermine l'apparition des eczématides.

— M. René Bénard a observé également un eczéma rebelle chez une dysthyroïdienne, qui a disparu rapidement et complètement sous l'influence de l'opothérapie. L'auteur s'associe aux conclusions de M. Lortat-Jacob. Il pense que la dysthyroïdie peut commander le terrain humoral de l'eczéma.

Appareil d'estimation du métabolisme basal.

(M. A.-C. Guillaume. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-6-24.)

M. Guillaume montre un appareillage portatif, composé de 3 parties (masque respiratoire, ballon de caoutchouc, analyseur des gaz) qui permet, d'une manière pratique, l'estimation du métabolisme basal.

Intoxication mortelle pas le nitrite d'amyle.

(MM. Vialard et Lancelin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-5-1924.)

M. Souques présente, au nom de MM Vialard et Lancelin, médecins de la marine, une observation d'intoxication mortelle par inhalations thérapeutiques à doses massives de vapeurs de nitrite d'amyle.

Le malade, homme de quarante-quatre ans, robuste, atteint d'une crise d'asthme à caractère relativement bénin, inhala dans un but thérapeutique des quantités assez considérables de vapeurs de nitrite d'amyle (36 ampoules de 0 gr. 20, soit 7 grammes 20, en quatre jours). Il eut alors une série de troubles : angoisse, arrêts de la respiration, asthénie, mal caractérisés, et succomba le dixième jour. L'autopsie révéla principalement des altérations hépato-rénales.

Les auteurs ajoutent qu'il ne faudrait pas laisser les malades se servir des ampoules de nitrite d'amyle sans conseils précis et une surveillance médicale convenable.

— M. Hayem émet des doutes sur le rôle du nitrite d'amyle dans les accidents mortels observés chez le malade de MM. Vialard et Lancelin. Le patient était atteint de « crises d'asthme » et l'autopsie a révélé des lésions d'hépatite et de néphrite. D'autre part, c'est douze jours après l'entrée à l'hôpital, alors que tout emploi du nitrite avait cessé depuis ce temps, que la mort a eu lieu, au milieu de symptômes multiples, n'ayant aucun rapport avec ceux rencontrés à la suite de l'absorption des poisons méthémoglobinisants. On ne peut s'empêcher de penser à un asthme symptomatique ayant eu des suites fatales, sans que le nitrite y soit pour quelque chose.

La question est intéressante, puisqu'il s'agit d'un médicament d'usage courant.

M. Hayem fait donc d'expresses réserves sur les conclusions de MM. Vialard et Lancelin. Il y a longtemps déjà, vers 1885, il s'est occupé des agents producteurs de méthémoglobine et, en particulier, du nitrite d'amyle. Il fit même toute une suite d'essais de traitement de la pneumonie et de la tuberculose par le nitrite d'amyle à hautes doses.

Les substances méthémoglobinisantes sont nombreuses. Les unes attaquent l'hémoglobine sans altérer les globules ; les autres touchent, au contraire, les hématies elles-mêmes. Or, le nitrite d'amyle est le type du premier groupe. *In vivo*, dès que l'inhalation de nitrite cesse, le globule rouge, non altéré, transforme sa méthémoglobine en hémoglobine normale. Il faudrait pousser extrêmement loin l'expérience pour aboutir à un résultat grave définitif.

L'action méthémoglobinisante du nitrite d'amyle ne saurait par conséquent être en cause. Ce médicament possèderait-il un autre effet toxique ? M. Hayem l'a employé à fortes doses chez les pneumoniques et chez un grand nombre de tuberculeux, dans le but d'agir par inhalation sur les bacilles. Sur une centaine de malades soumis quotidiennement, pendant des semaines, à ce traitement, si les bénéfices thérapeutiques sont demeurés douteux, les accidents ont toujours été inexistants. Sans doute, il reste la possibilité d'effets nocifs tardifs sur les viscères, mais il faudrait pour résoudre ce problème (hypothétique), recourir à d'autres expériences.

Néphrite syphilitique.

(M. Marcel Pinard. — *Société médicale des hôp.* ; 30-5-1924.)

M. Marcel Pinard a soigné pendant plusieurs années un malade, syphilitique, atteint de néphrite. Dans une première phase du traitement, le 914 a fait merveille, mais il y eut ensuite une intolérance médicamenteuse presque complète pour l'arsenic et le mercure. Malgré une azotémie qui fut, à plusieurs reprises, élevée, la survie put atteindre six années.

— M. Lortat-Jacob s'adresse volontiers aux sels solubles de bismuth, dans les néphrites aiguës et aux sels insolubles dans les néphrites chroniques syphilitiques.

— M. Robert Debré a vu une tolérance remarquable pour l'arsénobenzol chez un malade fortement azotémique.

— M. Louste s'élève contre les formules générales en matière de traitement de la néphrite syphilitique. Il y a une question d'espèce : telle préparation réussit chez un malade, telle autre, chez une autre. Il faut être éclectique, aller du cyanure au bismuth, et à l'arsenic, selon les circonstances.

Plaies du cœur par coup de couteau.

(M. Ch. Mathieu, de Nancy. — *Société de chirurgie*, 14-5-1924.)

M. Pierre Mocquot présente un rapport sur deux observations de M. Mathieu, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy. Elles concernent deux plaies du ventricule droit traitées chirurgicalement. Le premier blessé, chez lequel, la suture fut impossible, succomba. Le second, grâce à la suture, guérit.

Le diagnostic de plaie du cœur a été basé sur la nature et le siège de la plaie, l'état grave, le facies, le pouls et les signes d'auscultation (bruits lointains, sourds, étouffés).

Le deuxième blessé, suivi pendant près d'un an, est guéri complètement, sans trouble consécutif.

La technique opératoire, dans ces opérations émouvantes est évidemment délicate.

— M. Dujarier s'est bien trouvé, dans deux cas de projectile cardiaque opérés pendant la guerre, de la manœuvre suivante. Quand le cœur est mis à nu, il bat d'une façon désordonnée. Qu'il s'agisse de projectile ou de plaie, il est facile d'exclure la portion du cœur, sur laquelle on veut opérer, dans la pince formée par l'index et le médius gauches. La circulation cardiaque continue, le cœur est en partie fixé et l'on peut avec une facilité relative suturer la plaie cardiaque avec une aiguille de Reverdin.

P. L.

Les Congrès

IXe Congrès de médecine légale de langue française

(*Paris les* 26-27-28 *mai* 1924)

Question mise à l'ordre du jour : **Le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire.** Rapporteur : M. Vervaeck (de Bruxelles).

La sanction pénale ne doit pas nécessairement avoir un caractère répressif ; à côté des pénalités s'adressant aux délinquants normaux, susceptibles d'être influencés par un régime de punition ou de privation, il faut prévoir : des mesures d'élimination sociale, visant ceux que l'expérience démontre être incapables de s'y adapter en raison de leurs tares héréditaires ou acquises ; des sentences d'ordre éducatif ou de préservation pour les délinquants juvéniles qu'il importe avant tout de protéger et d'instruire, enfin des sentences à portée thérapeutique, confiant au médecin et au psychiatre les divers groupes de criminels débiles, déséquilibrés ou malades.

Dans la première partie, l'auteur esquisse l'évolution des régimes pénitentiaires qui se basaient autrefois sur les principes de répression et d'intimidation, alors qu'aujourd'hui, ils tendent à accorder une importance primordiale au traitement médicomental, au relèvement moral et au reclassement social, dont l'application se trouve facilitée par la sériation thérapeutique des condamnés dans les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire.

Il justifie ensuite sa thèse suivant laquelle le traitement des criminels jugés irresponsables par les experts, et dont les tendances restent dangereuses pour l'ordre social, doit être maintenu dans le cadre pénitentiaire. Mais les droits du malade à être considéré et soigné comme tel, doivent êtres respectés.

Si l'auteur a préféré le terme pénitentiaire à celui plus expansif de défense sociale, c'est dans un double but : c'est d'abord de maintenir les principes de répression et d'intimidation lorsqu'il s'agit de criminels morbides, lorsqu'ils sont influençables ; c'est ensuite d'utiliser, après les avoir transformés, les établissements pénitentiaires existants.

Dans ces conditions, le terme pénitentiaire s'appliquant, dans son sens élargi, à tous les criminels, normaux ou anormaux ayant prouvé leurs tendances dangereuses, ne saurait offusquer le médecin et le psychiatre.

Un premier argument en faveur de cette conception est d'ordre pénal.

Aucune règle logique ou équitable ne préside aujourd'hui à la répression des délits et des crimes commis par les malades et anormaux de l'esprit ; pour des motifs divers, les uns sont condamnés sévèrement, d'autres traités avec indulgence, d'autres encore assimilés aux aliénés et renvoyés des poursuites, les uns étant internés, d'autres laissés en liberté.

Au surplus, les aliénés criminels apparemment guéris sortent en général trop tôt de l'asile, et, l'expérience le prouve ils s'en évadent plus facilement que d'une prison.

Un second argument est d'ordre médical. En analysant la documentation anthropologique actuelle des prisons belges — 8.500 observations complètes de condamnés — et en la comparant aux indications que le Dr Vervaeck a pu réunir sur les caractères mentaux et biologiques des aliénés criminels colloqués en Belgique en ces dernièeres années, on est frappé de la grande analogie anthropologique qui existe entre ces deux groupes de délinquants, qui sont, les uns condamnés, les autres internés dans un asile.

Cette analogie s'établit par les constatations suivantes :

1. Le groupe de criminels judiciaires déclarés irresponsables ne se compose pas exclusivement d'aliénés au sens médical de ce terme ; sa majeure partie est composée de psychopathes constitutionnels, qui sont avant tout des antisociaux dangereux, dont les réactions démentielles sont accessoires, ou tout au moins passagères.

2. Parmi les délinquants qui ont été condamnés, on retrouve un certain nombre de vrais aliénés, dont l'affection a été méconnue au cours de l'instruction ou ne s'est révélée que tardivement en prison. D'autres condamnés ont été atteints de réactions démentielles après une détention plus ou moins longue. En Belgique, ces deux groupes de condamnés représentent 30 % des aliénés criminels internés dans les asiles de l'Etat.

3° Enfin on observe, en bon nombre, parmi les délinquants tarés, dont la responsabilité a été jugée atténuée et qui, de ce fait, ont été condamnés à des peines moindres, les mêmes psychopathes et pervers constitutionnels que ceux que l'on trouve dans les quartiers d'asile, réservés aux criminels irresponsables.

Il est en effet dans les asiles de l'État, à Tournai et à Mons, une proportion de 65 à 70 % d'irresponsables qui ne sont pas de vrais aliénés, mais avant tout des psychopathes constitutionnels, peu susceptibles de guérison stable ; ils ne diffèrent guère ou pas du tout des demi-fous que l'on condamne à la prison. En pratique la décision d'envoi des criminels anormaux ou malades, à l'asile ou à la prison, dépend en dernière analyse de l'appréciation des experts-psychiatres.

Quoi qu'il en soit de cette dénomination, en maintenant dans le cadre pénitentiaire la garde et le traitement de tous les criminels anormaux, intoxiqués ou malades, que leurs tendances rendent dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage, on réaliserait une réforme plus énergique, plus scientifique et plus humaine.

DISCUSSION.

M. COLOYANNI (du Caire) estime que les idées exprimées dans ce rapport marquent une évolution importante des idées sur le traitement des criminels. Mais on doit aller plus loin ; des réformes peuvent être introduites dans le code et la procédure, et avant tout, tout condamné devrait avoir dès son arrestation une fiche médicale détaillée qui le suivrait comme la fiche anthropométrique.

M. le Pr H. CLAUDE (de Paris) dans une intéressante communication sur le *traitement des délinquants dans le cadre pénitentiaire*, demande à être renseigné avec quelques précisions sur l'organisation des prisons belges. Il serait nécessaire d'avoir des chiffres concernant le nombre des malades, la durée des traitements, les frais occasionnés. Il serait utile aussi de connaître le nombre des délinquants incarcérés en Belgique, le nombre des individus soumis à un traitement conforme aux données anthropologiques et psychiatriques soumises à ce congrès, etc. Il faudrait en outre savoir combien de délinquants restent en Belgique néanmoins soumis au régime pénitentiaire ordinaire.

En tous cas, actuellement, en France, il est déplorable que l'individu qui reste incarcéré longtemps soit privé des soins que nécessite son état (maladies vénériennes, intoxications, tuberculose).

L'auteur fait ensuite une classification des délinquants présentant des troubles mentaux en plusieurs catégories, et étudie les mesures qui pourraient leur être appliquées. Mais il estime avant tout que l'œuvre de réforme qui apparaît la plus nécessaire est le *dépistage précoce des anomalies mentales*, dès leur premier crime ou délit. Il conviendrait donc qu'une fiche médico-psychiatrique soit toujours, dès la première incarcération adjointe à la fiche anthropométrique.

Il importerait aussi que dans chaque prison, il existe un quartier médical d'observation avec infirmiers compétents.

M. DESCLAUX (de Nantes). — Le régime cellulaire doit servir de base à l'organisation pénitentiaire le régime en commun étant un milieu de contamination morale. Mais il y aurait lieu, dans chaque quartier de détenus, de créer une division s'occupant du travail dans un but d'amendement.

M. le Pr DONNEDIEU DE VABRES (de Paris). — La base du régime pénitentiaire doit être le régime cellulaire qui est une condition *sine qua non* de l'amendement du délinquant. Mais il importerait en effet que l'examen médico-psychiatrique du détenu soit pratiqué systématiquement. Ceci n'empêche pas les mesures d'intimidation, et le délinquant ne doit pas considérer ces mesures médicales comme des mesures de bienveillance.

Quant à l'incarcération pour un temps indéterminé telle qu'elle serait infligée aux anormaux, s'agira-t-il d'une indétermination relative ou absolue ?

M. VERVAECK (de Bruxelles), rapporteur, précise les modalités d'examen des détenus en Belgique et indique le budget des divers services anthropologiques pénitentiaires.

Il estime que le régime belge actuel n'est pas moins intimidant que celui qui existe en France.

En réponse à la question de M. DONNEDIEU DE VABRES, le rapporteur indique qu'en ce qui concerne l'incarcération pour un temps indéterminé, il s'agit d'une indétermination absolue.

M. Henri COLLIN (de Paris) pose la question de savoir s'il y a lieu de faire une annexe psychiatrique dans la prison ou une annexe pénitentiaire dans l'asile. Il lui semble que l'annexe pénitentiaire dans l'asile serait la meilleure solution. Il indique aussi que le médecin de la prison devrait avoir des compétences psychiatriques développées.

M. TOULOUSE (de Paris), tout en approuvant les méthodes belges, insiste comme M. H. CLAUDE sur le dépistage des précoces anormaux, car c'est avant

le délit ou le crime que les tendances anti-sociales des sujets doivent être mises en évidence. Après la détention, les délinquants doivent être surveillés dans un but de préservation sociale. Mais il se demande comment, avec les méthodes indiquées par le rapporteur, un délinquant pourra être libéré en toute équité.

M. M. BRIAND (de Paris) alors qu'il y a des réalisations effectives en Belgique, constate que presque rien n'a été fait en France.

Il rappelle seulement qu'une enquête officielle a été entreprise par M. MELLET (de Paris) et lui-même, sur l'ordre du ministère de l'hygiène, afin d'en tirer les déductions nécessaires à l'application en France des principes belges.

M. le Pr LEY (de Bruxelles) dans une communication sur *les épileptiques en prison*, rappelle que la prison est nuisible à ces malades qu'elle aggrave. Or, ils devraient en sortir en meilleur état que lorsqu'ils y sont entrés si l'on veut agir en conformité avec les principes modernes de prophylaxie criminelle.

En Belgique, à Merxplas, existe une prison spéciale pour convulsivants, située à la campagne, et le travail agricole est la base du traitement qu'on y applique.

Actuellement la prison spéciale pour épileptiques et convulsivants est une nécessité, si l'on pose le principe que le système pénitentiaire, outre son caractère de répression et d'intimidation, doit s'efforcer de relever, d'amender, de réadapter et de guérir les délinquants et criminels.

M. le Pr HEGER-GILBERT (de Bruxelles) expose *l'organisation du travail dans les prisons belges*, organisation difficile du fait qu'il faut éduquer les détenus présentant une grande diversité d'aptitudes et que le travail doit permettre une certaine récupération du coût d'entretien du détenu. Or, en 1923, les bénéfices nets ont été de 750.000 frs.

Les travailleurs sont divisés en deux catégories : les travailleurs en commun, les travailleurs en cellule. En décembre 1923, la population des prisons belges était de 4.182 détenus. L'ouvrier d'élite touche 0.70 centimes par heure, l'ouvrier moyen 0.50, le manœuvre 0.30, et l'apprenti 0.10 à 0.25.

Il existe toute une série d'ateliers de corps de métiers différents qui fournissent à divers organismes, et particulièrement au ministère de la guerre et à des écoles de bienfaisance.

Dans quelques années, il est certain que le rendement de ce travail permettra de voir le détenu, tout en se régénérant et en reprenant par le travail sa dignité d'homme, coopérer à abaisser les charges que son délit fait peser sur la société.

M. le Pr P. PARISOT (de Nancy) voudrait voir les commissions administratives des prisons de France prendre des initiatives pour développer un travail rationnel et producteur, au lieu de laisser faire aux détenus de menus travaux, sans caractères éducatifs.

MM. Paul VERSTRAETEN et DUCHATEAU (de Gand) font une communication sur *l'annexe psychiatrique de la prison de Gand* qui est composée d'une salle d'alitement avec surveillance continue de la part du surveillant et du médecin qui peuvent faire des observations sans pénétrer dans le service même.

M. le Pr BALTHAZARD (de Paris) estimant qu'à l'époque où fut institué le code pénal, on ignorait les cas intermédiaires entre un sujet normal et un aliéné, pense qu'une réforme serait nécessaire. La société n'est pas protégée actuellement contre les demi-fous et les toxicomanes.

M. VERMEYLEN (de Gheel), dans une communication *sur l'examen mental des délinquants par la méthode psychographique*, donne l'exposé de sa méthode d'examen qui conduit à l'établissement d'un graphique, des tests nouveaux permettant d'apprécier les insuffisants, les dysharmoniques juvéniles.

Madame Jeanne TYSEBAERT (de Bruxelles) expose l'application de cette *méthode psychographique à la prison de Forest* (Bruxelles).

M. VERVAECK (de Bruxelles), rapporteur, remercie les membres du congrès qui ont apporté une contribution à l'intéressante question qu'il avait été chargé d'étudier, et la suite de cette discussion, le vœu suivant est proposé par M. le Pr ETIENNE-MARTIN (de Lyon) vœu adopté à l'unanimité :

Le IXe Congrès de médecine légale de langue française exprime le vœu que l'administration pénitentiaire française institue, dans le cadre pénitentiaire, les services nécessaires pour le relèvement physique et moral des détenus par le traitement médical des maladies dont ils peuvent être atteints, par l'organisation du travail, de l'éducation sociale, et favorise par tous les moyens le développement de la psychiatrie, de la prophylaxie et de l'hygiène mentale.

(*A suivre.*)

Les Thèses

Mtp. — Dr Marcel Bosc. — Considérations pathogéniques et thérapeutiques à propos d'un cas de pneumonie. (Montpellier, imprimerie « L'Abeille » (coopérative ouvrière), 1923.)

Certains cas de pneumonie sont la détermination pulmonaire d'une pneumococcémie, peut-être à point de départ intestinal.

La localisation primitive de la pneumonie lobaire aiguë franche n'est pas en cause. L'existence de cette localisation est incontestable — du moins en l'état actuel de la science — lorsque, dans le court laps de temps qui a séparé le début des signes généraux de l'apparition des signes stéthoscopiques, le laboratoire n'a permis de déceler aucun pneumocoque à l'état de pureté dans le sang, et la radiologie aucune

ombre pathognomonique d'une lésion pulmonaire.

Il est indispensable de pratiquer, dans tout cas probable de pneumococcémie, une hémoculture et un examen radiologique. On évitera ainsi de passer à côté de cas de septicémies à pneumocoques plus nombreux qu'on ne l'imagine, et d'enregistrer des résultats fâcheux qu'une sérothérapie précoce eût peut-être empêchés. La sérothérapie est une médication efficace dans le traitement des pneumopathies à pneumocoques, à condition qu'elle soit appliquée rapidement et qu'elle soit aussi bien menée. Dès les premiers signes généraux ou locaux d'une pneumococcie ou d'une pneumonie à pneumocoques, avant toute recherche bactériologique même, on pratiquera la sérothérapie et on aura là alors un précieux moyen de diagnostic.

Ce sérum est toutefois impuissant, à lui seul, à assurer la guérison d'une pneumopathie compliquée d'une réaction pleurale, surtout quand celle-ci est due à un tout autre microbe que le pneumocoque.

Le traitement chirurgical alors seul convient.

Mtp. — Dr Ch. Foulquier —**Quelques réflexions sur la cure de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel** (Nîmes, imprimerie coopérative « La Laborieuse »l, 1923.)

Le pneumothorax artificiel doit être considéré comme une méthode pratique de traitement de la tuberculose pulmonaire. Dès que l'indication est réalisée chez un malade, après un essai rapide du traitement médical, si aucune amélioration n'est constatée, on doit essayer sans tarder la collapsothérapie. Sous couvert de faire courir aux malades les risques problématiques d'un pneumothorax artificiel, on laisse passer le moment où l'intervention serait possible (plèvre indemne), en prétextant que la maladie est peut-être curable par les procédés thérapeutiques ordinaires.

Par son action complexe, le pneumothorax artificiel, suivant les cas, pourra donner une sédation passagère des phénomènes douloureux, une amélioration sensible temporaire,ou tendant à la guérison.

Les bons résultats ne sont pas l'apanage du pneumothorax complet, de pareils succès sont obtenus avec un collapsus partiel, mais efficace, de la lésion pulmonaire, et cette considération permet d'agrandir le champ des indications de la collapsothérapie

L'examen radioscopique devra être considéré à sa juste valeur et laissera parfois sa place, dans la conduite de la cure, à l'examen clinique guidé par l'évolution de la maladie.

D'après les statistiques récentes de Dumarest, en chiffres ronds, 50 pour 100 des malades traités ont été sauvés et, pour Burnand, en considérant les mêmes formes de la maladie, alors qu'avec la collapsothérapie on obtient un déchet de 40 pour 100, en ne faisant aucun traitement, on a 80 pour 100 de décès. Les statistiques remontant à une dizaine d'années sont beaucoup moins intéressantes ; avec Saugmann, nous obtenons 39 pour 100, et pour Courmont seulement 31 pour 100 de résultats bons ou relativement bons dus à la méthode de Forlanini.

Cette amélioration dans le pourcentage doit s'expliquer par l'application des indications largement précisées dans les dernières années, et, lorsqu'on envisage les piètres résultats que l'on obtient avec la thérapeutique ordinaire, on ne saurait refuser au tuberculeux le bénéfice réel de la cure par le pneumothorax artificiel.

Ly — Dr B Joyeux. — **Les kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille et de la région périauriculaire** (Le Puy, imprimerie Peyriller, Rouchon et Gamon, 1923.

Les kystes dermoïdes peuvent siéger sur le pavillon de l'oreille et sur les régions périauriculaires. Il ont une origine différente suivant leur lieu d'implantation : les kystes de la région prétragienne proviennent d'une anomalie dans la soudure de la scissure de Glaser.

Ceux de la conque et du pavillon sont dus à des anomalies de développement des points de His ou de Gradenigo

Ceux de la région mastoïdienne seraient soit fontanellaires astériques (Chipault, Bobbio), soit directement mastoïdiens (Poirier).

Les kystes dermoïdes ne sont pas des tumeurs, car on est seulement en présence dud éveloppement d'un tissu anormalement formé dans la période embryonnaire et dont les produits sont retenus aussi d'une manière anormale. Au point de vue étiologique, la puberté semble avoir une importance toute particulière.

Il n'existe pas de signe clinique qui permette de différencier le kyste dermoïde du kyste sébacé. L'ouverture du kyste, et surtout l'examen histologique post-opératoire, peuvent affirmer le diagnostic. Le seul traitement est l'énucléation totale.

P. — Dr A. Quenardel. — **De l'ulcère tuberculeux de l'estomac.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1920.)

A côté des ulcérations gastriques des tuberculeux, l'ulcère tuberculeux de l'estomac, qui évolue comme l'ulcère simple classique, rarement primitif, le plus souvent secondaire, paraît être en rapport avec la localisation septicémique du bacille de Koch sur la muqueuse gastrique.

Selon la virulence du bacille et selon la résistance du sujet, l'évolution de cet ulcère est variable. Il existe un type d'ulcère à tendance cicatricielle se conduisant comme certaines lésions tuberculeuses atténuées (adénite, ostéite, tuberculides). Si l'on admet cette interprétation, on est conduit à envisager l'hypothèse de l'origine tuberculeuse d'un certain nombre d'ulcères simples de l'estomac.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE CONTROLE PROFESSIONNEL PAR L'ORDRE DES MÉDECINS

Quand l'un dit : « Tue ! » l'autre répond : « Assomme ! »

Dans les articles que, depuis deux mois, l'*Œuvre* consacre si généreusement (!) aux médecins, *à certains médecins*, à des *exceptions de médecins*, on voit poindre le bout de l'oreille.

« Ce qui met le malade sans défense contre son médecin, écrit en substance M. Gustave Téry, dit le Rigolo, c'est que celui-ci, une fois son diplôme en poche, peut faire à peu près ce qui lui plaît, couper, trancher, piquer, exploiter, tuer au besoin, *sans qu'aucun contrôle s'exerce sur lui.* »

M. Gustave Téry, le Rigolo, réclame donc l'institution d'un contrôle sur les médecins, contrôle spécial évidemment, contrôle surajouté à celui que représente la loi sur l'exercice de la médecine et le Code, avec ses articles 1134 et suivants sur les obligations (C.C.), 1382 et suivants sur la responsabilité et la réparation des préjudices (C.C.), 319 et 320 sur l'homicide, et les coups et blessures par imprudence (C.P.).

Et, si l'on rapproche, de ce vœu, le compte rendu, publié par le même journal, d'une réunion dans laquelle un confrère nommé Guérin, je crois, a proposé que les fautes professionnelles soient jugées par des Tribunaux professionnels, on se trouve ramené à la conception, défendue par certains médecins, de la création d'un Ordre, avec ses Conseils de discipline.

J'ai publié en leur temps à ce sujet la plupart des projets qui ont vu le jour. Je viens de recevoir celui qu'échafauda le Syndicat des médecins de Nantes.

Il ne diffère pas sensiblement, dans son ensemble, de ceux qui l'ont précédé. On y trouve, comme sanction extrême, l'interdiction du droit d'exercer la médecine.

Mais, fait particulier, et qui n'avait pas encore été, que je sache, préconisé, cette pénalité se trouve sensiblement aggravée par l'article 31, ainsi conçu :

« *Tout médecin suspendu ou radié définitivement qui, malgré cela, est convaincu d'exercer la médecine ou de donner des consultations, est traduit* ipso facto, *par le parquet ou sur plainte du Conseil de l'Ordre, devant le Tribunal correctionnel du lieu où s'est commis le délit, et passible des peines actuellement en vigueur concernant l'exercice de la médecine* **multipliés par 10**, *sans préjudice des dommages-intérêts à titre de dommage moral au profit du Conseil qui l'aura exclu.* »

« Je ne sais si je veille, ou si je rêve encore....
(Werther) ».

Vraiment oui, je me demande si je rêve, Et pourtant, j'ai bien sous les yeux le texte dactylographié, sous le couvert du Dr Billaud, vice-président du syndicat, rapporteur.

Quand Gustave Téry, dit : Tue ! — Billaud répond : Assomme !

A ceux qui lui objectaient qu'interdire à un médecin d'exercer sa profession, c'était le condamner à mourir de faim, ou à se laisser aller aux pires extrémités, Raoul Blondel répondait que le médecin interdit pourrait être employé dans une maison de santé, dans une clinique, etc., comme assistant ou collaborateur, ce qui est encore une façon de pratiquer.

Mais nos confrères nantais n'ont même pas cette suprême pitié. Non seulement ils prononcent l'interdiction absolue d'exercer la médecine et de donner des consultations, mais encore, ils multiplient par 10, au détriment de l'interdit, les peines qui châtient l'exercice illégal.

Dans leur désir de moralisation à outrance, ils n'ont pas vu que de semblables excès condamnent leurs intentions.

Mais pour quelles fautes le Conseil d'un Ordre des médecins prononcerait-il cette peine sévérissime de l'interdiction ? Evidemment pas pour des fautes de droit commun, même commises à l'occasion de l'exercice de la médecine : celles-ci, je l'ai dit et redit, et je le répète, sont justiciables des tribunaux de droit commun. Et, à supposer qu'un Conseil de l'Ordre puisse en connaître en premier ressort, elles seraient toujours susceptibles d'appel devant une juridiction de droit commun. Demander le contraire, c'est renverser toute notre armature judiciaire, et jamais un Parlement n'y consentira.

Ce ne seront donc que les fautes antidéontologiques qui relèveront de l'Ordre et de ses Conseils.

Eh bien ! Je le demande à tous ceux que cette question intéresse et qui consentent à l'examiner

sans parti pris, avec impartialité, en faisant abstraction complète de tout ce qui pourrait ressortir à leur intérêt privé ; je leur demande : Quelle est la faute anti-déontologique, *strictement anti-déontologique,* échappant aux pénalités de droit commun, qui puisse mériter l'interdiction d'exercer ?

Pour ma part, je n'en vois aucune. Ni le fait de « chiper » leurs clients à ses confrères, ni le fait de pratiquer des tarifs rabaisiens, ni le fait de recourir, pour se faire connaître, à des procédés de publicité charlatanesques, n'offrent une gravité telle qu'ils appellent l'interdiction absolue d'exercer, comme mesure de répression.

Interdiction d'exercer la médecine publique, de rédiger toute espèce de certificats médico-légaux, oui, tant que vous voudrez. C'est ce que le professeur Verger propose, dans son projet de création de Chambres de discipline. C'est ce que je propose moi-même dans mon projet de création de Commissions médicales régionales ou départementales. Mais aller au-delà, non, mille fois non.

Même, dans le droit commun, je voudrais que cette interdiction ne fût prononcée contre un médecin qu'à l'occasion de fautes qualifiées crimes, auxquelles j'ajouterais l'avortement, qui n'est délit que depuis que la législation a correctionnalisé cet acte.

En tout, il y a la mesure : ne la dépassons pas *si nous voulons être pris au sérieux.*

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. Déclaration d'accident. Coût du certificat médical initial, laissé à la charge de celui qui fait la déclaration à la Mairie.

COUR DE CASSATION (Ch. des Requêtes)

2 *mars* 1914

La Cour,

Sur le moyen unique,

Attendu que l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, en accordant à la victime d'un accident du travail la faculté de faire elle-même une déclaration et d'y joindre un certificat médical, ne contient aucune disposition mettant le coût de ce certificat à la charge du directeur de l'entreprise ; qu'il suit de là que cette obligation n'existe pour ce dernier que lorsqu'il fait lui-même la déclaration d'accident suivie du dépôt d'un certificat ;

Attendu, d'autre part, qu'en faisant une déclaration de l'accident dont il a été victime, l'ouvrier n'agit ni à la décharge de son patron, ni comme son représentant, mais en son propre nom et pour son compte personnel, dans le but d'éviter les atteintes de la prescription annale, que, seul, il a intérêt à cette déclaration qui ne peut, en aucune hypothèse, profiter au directeur de l'entreprise ;

Attendu, dès lors, que c'est à bon droit que le jugement attaqué a renvoyé Claudinon et Cie, de la demande de remboursement dirigée contre eux par Richard,

Par ces motifs,

Rejette

Commentaires

Nous publions cet arrêt de Cassation, à propos d'une question que nous a posée un adhérent du « Sou Médical ».

Une compagnie de mines refuse de payer le certificat médical initial d'accident du travail au praticien qui a été librement choisi par la victime. Cette société s'assure elle-même et a ses médecins à sa solde. Elle fait donc la pression, qu'on soupçonne, sur les ouvriers, pour que ceux-ci se fassent soigner par les docteurs de l'entreprise.

Dès qu'un blessé choisit, comme médecin traitant, un autre praticien de la localité, la société de mines adresse, à ce docteur, une lettre recommandée, pour fixer le lieu et l'heure de la visite de contrôle, qui est effectuée par le médecin de l'entreprise. Ce dernier établit le certificat, qu'il remet à la compagnie et cette dernière fait elle-même la déclaration d'accident à la mairie, avec le certificat de son médecin et non avec la déclaration du docteur du blessé.

Ultérieurement, la société refuse au médecin du blessé l'honoraire afférent au certificat initial, puisque, dit-elle, elle n'en a pas eu besoin, ce certificat ayant été établi par son propre docteur.

Notre adhérent se plaint vivement de cette façon de procéder, qui, non seulement le prive d'un honoraire, pour certificat, mais encore détourne indirectement la clientèle de son cabinet. Enfin, il démontre justement que les droits de l'ouvrier ne sont nullement sauvegardés par cette manière de faire.

Nous sommes entièrement de son avis ; malheureusement, la loi ne lui donne pas raison.

L'arrêt de Cassation, que nous publions plus haut, prouve que celui qui commande le certificat doit le payer. La déclaration d'accident peut être faite, aux termes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905, soit par le patron responsable, soit par l'ouvrier lui-même.

Mais, en rapprochant les termes du paragraphe

3, et du paragraphe 4, de cet article 11, il semble que l'obligation de déclaration d'accident, avec certificat médical à l'appui, incombe en premier lieu, au chef d'entreprise responsable et que l'ouvrier n'intervient, pour cette déclaration, que si son patron est défaillant.

Le chef d'entreprise doit déclarer, parce que responsable des suites de l'accident, tandis que l'ouvrier ne le fait que pour sauvegarder ses droits contre la prescription annale.

Il en résulte que les agissements de la société minière, dont il est question plus haut, ne sont pas répréhensibles en droit pur, bien qu'en réalité, ce ne soit qu'une manière détournée de diriger les blessés chez le médecin de la société, au détriment de tous autres docteurs, non appointés par la mine.

Que faire ? Signaler, une fois de plus, dans le *Concours*, les agissements peu délicats de ces entreprises industrielles et commerciales. Comment s'étonner ensuite que de pareils procédés n'arrivent à exaspérer les honnêtes gens, que sont les médecins, qui ne peuvent arriver à comprendre qu'en tournant les lois, ou en interprétant *stricto sensu* leur texte, on arrive à priver les docteurs de leurs légitimes honoraires et de leur gagne-pain ?

Dr Paul BOUDIN.

LE PALUDISME EN CORSE

La Corse, surnommée sans exagération l'Ile de Beauté, ne devrait pas seulement être la patrie rêvée des touristes, des peintres et des littérateurs. De par sa situation géographique, la douceur de son climat et la valeur de son sol, le commerce et l'agriculture devraient être florissants. Malheureusement la présence de la malaria dans toutes les régions basses, notamment dans la plaine orientale, à l'époque des chaleurs, interdit la culture intensive des céréales et condamne ou ébranle la santé de ceux qui s'adonnent aux travaux agricoles. Dans ces conditions on comprend que la question de l'assainissement des surfaces marécageuses se place au premier rang des problèmes dont la solution intéresse l'avenir de la Corse. Peu de chose ayant été fait dans la voie du progrès, on ne saurait trop rappeler que le paludisme existe en Corse et qu'il importe, par tous les moyens possibles, d'en poursuivre la disparition. Il y a là un devoir d'intérêt général et de solidarité nationale.

***

Le paludisme en Corse est de date relativement récente. Il ne s'est manifesté qu'au 15e siècle, à la suite des guerres répétées que soutinrent les Corses contre leurs conquérants. En ces périodes troublées et tragiques, hommes et femmes, presque tous agriculteurs, délaissèrent la charrue pour les armes. Les terres incultes se transformèrent, sous l'influence des agents atmosphériques, en marais pestilentiels ou désert rocailleux. Des amas d'eaux stagnantes se formèrent aux estuaires des torrents menaçant, l'existence des cités et des villages par leurs émanations empoisonnées. Ainsi disparut, dans la plaine orientale, la ville d'Aléria, au sud de Bastia, dont la population atteignit 100.000 habitants. De nos jours une centaine d'habitants tout au plus, hante ses ruines encore visibles. La Corse, devenue française en 1768, préoccupa le gouvernement royal. Versailles désira au plus tôt combattre le fléau qui dévastait sa nouvelle province.

A cette époque, le mode de propagation du paludisme n'était pas tout à fait élucidé. On savait seulement que la cause du mal résidait dans les terres marécageuses des régions chaudes. Sur ces données encore rudimentaires, les commissaires du roi effectuèrent, de 1770 à 1789, une série de desséchements, qui, bien qu'insuffisants, marquent l'ère des plus grands efforts tentés en faveur de l'assainissement en Corse (Le Paludisme en Corse, p. 14, Pierangeli, ancien député de la Corse, 1907). Il est vrai que la France tenait à montrer à ses nouveaux sujets une sollicitude que l'on retrouve à travers l'histoire, au début des acquisitions territoriales. Depuis la Révolution, on relève des essais sérieux d'assèchement partiels en 1856, 1860 et 1884, mais jamais ils n'émanèrent d'un plan d'ensemble, conçu selon les règles scientifiques. Pendant ce temps des discussions théoriques mettaient aux prises les partisans de la doctrine tellurique et anophélienne, empêchant les programmes politiques et les enquêtes de se placer sur un terrain solide. On sait en effet que le docteur Laveran découvrit seulement en 1880 la source du paludisme. Désormais l'assainissement de la Corse allait entrer dans une nouvelle phase.

Ce furent d'abord les études de deux médecins corses, les docteurs Pitti Ferrandi et Battesti qui déterminèrent scientifiquement l'étendue du mal dans leur île. Puis les machines parlementaire, gouvernementale et administrative se mirent en mouvement, très lentement certes. En 1892, M. Bourguignon adressait au gouvernement un remarquable rapport, issu de nombreuses enquêtes sur la question de l'assainissement de la Corse. On y retrouvait tout ce qui avait été rédigé au cours du siècle. Il fut pris en considération en 1902. En 1906 un projet émanant du

rapport précité fut déposé sur le bureau de la Chambre. Après bien des tribulations, il subit une première discussion en 1911. Enfin le 15 décembre le projet était voté et devenait une loi, l'année suivante. L'économie de la loi se résumait ainsi : Dans le but d'obtenir la disparition de la malaria en Corse, un plan général de combat était adopté qui comprenait toutes sortes de mesures préventives, prophylactiques et techniques. Les principales étaient : 1° l'adduction d'eau potable ; 2° la diffusion de la quinine ; 3° la régularisation du lit des cours d'eau ; 4° la fixation des embouchures ; 5° l'assèchement de marais, etc.

La dépense était fixée à 11 millions 500.000 francs échelonnés sur une période de 11 ans, durée des travaux prévus. Les travaux, à peine commencés avec une lenteur désespérante, furent interrompus par la guerre. Pour les continuer, on réclame 60 millions de francs. Les crédits alloués ne permettent pour l'instant que l'exétution de modestes entreprises. On estime que si les sommes mises à la disposition des travaux publics avaient été bien employées, le programme de 1911 aurait pu être suivi dans ses parties les plus urgentes.

Espérons que bientôt la question de l'assainissement de la Corse reviendra devant le Parleement.

Un bel exemple de ténacité couronné de succès nous a été donné en cette matière par les Etats-Unis à Panama. Il prouve qu'en quelques années, grâce à une discipline de fer, à des mesures appliquées rigoureusement, et à des travaux intelligemment conduits, un pays paludéen peut devenir sinon très sain, du moins sans danger *pour ses habitants.*

M. Prince et M. Orenstein, membres de la mission à Panama de 1904 à 1914, dans un ouvrage paru en 1916, intitulé « Mosquito control in Panama » ont énuméré et décrit avec une grande abondance de détails les procédés qu'ils ont employés pour aboutir à la suppresison du paludisme à Panama.

Malgré les conditions topographiques, météorologiques, plus mauvaises que celles de Corse, les cas de malaria qui atteignaient en 1904 la proportion de 45 % de la population de Panama (compris le personnel de la compagnie pour le percement de l'isthme) s'abaissèrent en 1913 à 7 %. Depuis cette date le pourcentage des paludéens voisine autour de 2 %. Il est vrai que pas un effort ne fut négligé. On exécuta de vastes travaux ininterrompus : drainage, curage d'étangs et de marais, assèchement, comblement.

On organisa la destruction des insectes nocifs par le pétrole, par les larvacides et par des procédés chimiques variés. On introduisit dans les rivières et marécages le « girardinus poecillodes », poisson très friant d'anophèles. On installa de fortes lampes électriques destinées à attirer la nuit les nuées de moustiques dans les parages où tout était prêt pour les détruire. Enfin des mesures législatives draconiennes et implacables furent édictées.

C'est ainsi que toute personne laissant une flaque d'eau dans le rayon dont elle était responsable était punie de prison. On a vu le cas d'un indigène puni d'un mois de prison pour avoir laissé devant sa porte une simple boîte de fer blanc remplie d'eau. La récompense comme nous l'avons vu est venue aussi complète qu'on pouvait le désirer.

Puissions-nous imiter le plus promptement possible dans notre île méditerranéenne, cette méthode efficace qui rend habitables des régions *autrefois malsaines.* La vie de centaines de Français en dépend.

Jean Priou.

CHRONIQUE AUTOMOBILISTE

De la carrosserie

Avez-vous remarqué une chose assez curieuse ? L'orientation de l'industrie moderne est faite vers deux voies qui sont nettement opposées : la fabrication en série et la spécialisation, bien que, à première vue, il y ait coordination.

En effet, s'il est plus facile de fabriquer en série un ou quelques articles, toujours les mêmes, il n'en est pas moins vrai qu'à partir du moment où un modèle est adopté par un industriel, comme susceptible d'être sorti en série, ce modèle sera présenté et vanté comme le type idéal., pour tout le monde ; et, par conséquent, il ne sera plus spécialisé du tout.

En matière de carrosserie automobile, il est curieux de constater à quel point nos grands constructeurs sont arrivés à s'entendre pour convaincre le client qu'il lui faut adapter ses besoins à leur conception et non pas leur conception aux besoins du client !

Un beau jour, par exemple, tel constructeur s'avise que la « torpédo » convient à tous les usages, à condition d'y ajouter un semblant de protection contre les intempéries. Et voilà tous les automobilistes contraints de s'écraser sous des capotes minuscules et recevant dans la figure la pluie et la poussière que des pare-brise

microscopiques ne parviennent évidemment pas à arrêter !

Récemment, il y eut changement de tableau. La « torpédo » ? Quelle barbarie ! Parlez-nous du cabriolet ! Voilà le type parfait de carrosserie. Chaud en hiver, frais en été : toutes les qualités, messieurs, et d'autres encore.

Et cependant, à la pratique, il faut bien reconnaître que le cabriolet, tel qu'il est fabriqué aujourd'hui, est loin d'être définitif.

En effet, exception faite peut-être pour la grosse voiture (et encore sous certaines réserves) qui d'une façon générale n'intéresse pas le médecin, qui dit « cabriolet », dit : difficulté d'accès, pas de place pour l'outillage ni pour les bagages, jeu rapide dans tous les organes démontables, etc., etc. Nous en passons, et des meilleurs.

Mais alors, direz-vous, que préconisez-vous ? Il est plus facile de critiquer que de remédier. Conseillez-nous. Dites-nous quelle est la carrosserie idéale.

Eh bien, mes chers confrères, voici, à mon avis, la solution du problème. Pas plus en automobile qu'en bien d'autres choses, il ne faut trop de « séries ».

Que chaque corporation importante s'organise, coordonne ses desiderata, et par la voix d'une compétence autorisée obtienne des carrossiers la mise en étude d'un type rationnel, réellement conçu d'après les besoins de l'usager.

Et alors, nous ne verrons plus des commerçants de Paris livrer leurs marchandises dans des « camionnettes normandes » initialement faites pour le transport des bestiaux, ni des paysans aller au marché dans les mêmes voitures que les notaires vont à une adjudication.

Tout ce préambule n'a pas été fait sans une arrière-pensée, vous devez bien le croire. Je n'oublie pas en effet que ce journal est avant tout l'ami des médecins. C'est donc à favoriser ces derniers que tendent tous ses efforts.

Le but de cette chronique est donc bien déterminé : démontrer à nos confrères que la « Voiture du médecin » *n'existe pas encore.*

Je sais bien que des quantités de voitures « de série » se sont attribuées ce titre, mais pourriez-vous me citer une différence quelconque entre les caractéristiques de ces fausses « voitures du médecin » et celles qui sont livrées aux autres professions ? Non, n'est-ce pas ! Alors, j'ai raison, et il convient d'amener les constructeurs à faire mieux.

Le meilleur moyen d'y arriver est de présenter les suggestions groupées et épurées d'un nombre imposant de docteurs.

Je vous demande donc, mes chers confrères, de m'aider dans la campagne que le *Concours médical* entreprend dans votre intérêt. Ecrivez-nous comment vous concevez la voiture idéale dont vous avez à vous servir tous les jours ; quel est, à vos avis, le meilleur type de carrosserie, fermée, ouverte, démontable ; le nombre de places ; la force en chevaux ; la vitesse maxima à atteindre ; et surtout n'oubliez pas les indications professionnelles : siège transformable pour le transport éventuel d'un malade « couché » ; coffre à outils de chirurgie et à appareils de radiographie, coffret à médicaments d'urgence et à pansements ; remplacements pour l'emploi de la voiture pendant les vacances ; porte-bagages, coffres à outillage, porte-pneus ou roues de rechange ; petit coffret fermant à clé pour la carte-grise et le reçu des taxes et impôts de circulation (la clé peut fort bien être la même que celle du démarreur), petite tablette rentrante faisant table à écrire, pour préparer une ordonnance sans descendre de voiture, dispositif permettant au médecin de se laver les mains, chose relativement facile, puisqu'il y a bien déjà un réservoir rempli d'eau dans toutes les voitures, etc., etc.

Je laisse à votre ingéniosité et à votre compétence le soin de concevoir une « voiture de médecin » une vraie, si bien conditionnée que nos constructeurs n'hésiteront pas à la réaliser, parce qu'ils sauront d'avance que les clients ne manqueront pas pour l'acheter.

Tout le monde y trouvera son compte ;

Et le *Concours médical* sera heureux d'avoir pu, une fois de plus, aider ses amis lecteurs, qui, il l'espère, vont lui écrire, nombreux, puisque l'union fait la force.

Dr M. T.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Congrès annuel de la **Fédération thermale d'Auvergne** se tiendra à *Châtel-Guyon*, le 21 septembre prochain.

Rappelons, à ce propos que, dans cette coquette station thermale, la saison se prolonge jusqu'au 15 octobre.

— **Ecole de Médecine du Caire.** — Le ministère de l'Instruction publique d'Egypte invite les intéressés à adresser leur candidature aux postes de :

1° Professeur de physique ; 2° professeur de médecine clinique ; 3° professeur de chirurgie clinique, actuellement vacants.

Les titulaires de ces postes doivent consacrer tout leur temps à l'enseignement et aux recherches scientifiques. *Toute occupation étrangère* aux travaux de l'Ecole leur est formellement interdite.

Le traitement de début est fixé à L. E. 900 dans une classe allant de L. E. 900 à 1.140.

Pour un Egyptien, la nomination serait « à l'essai » pour le cadre permanent. Un *étranger serait engagé* par un contrat de trois ans.

L'enseignement doit être donné soit en arabe, soit en anglais.

Les candidats sont priés de joindre à leur demande tous les *certificats* qu'ils possèdent concernant leur expérience de l'enseignement et leurs travaux scientifiques.

Les demandes doivent être adressées à M. le directeur de l'Ecole de médecine, le Caire (Egypte), avant le 15 septembre 1924.

— Le ministère invite les intéressés à adresser leur candidature au poste, à temps plein, d'aide professeur de physique à l'Ecole de médecine du Caire, actuellement vacant.

Les candidats doivent *être de nationalité égyptienne* : ils sont priés de fournir dans leur demande tous les renseignements concernant leurs titres, leurs recherches scientifiques, les postes qu'ils ont remplis dans l'enseignement et de joindre les certificats à l'appui.

Le traitement de début afférent à ce poste est de L.E. 540 dans une classe allant de L. E. 540 à 840.

Adresser les demandes à M. le directeur de l'Ecole de médecine, au Caire, avant le 15 septembre 1924.

— **Hospices civils de Rouen.** — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 20 novembre 1924. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général salle des séances.

Pour être admis au concours, les élèves en médecine appartenant aux écoles ou facultés françaises doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration, avant le 3 novembre 1924, à midi. Ils sont tenus de satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre âgés de 20 ans au moins et de 28 ans au plus ; 2° justifier de huit inscriptions valables pour le doctorat en médecine et de deux années de stage dans un hôpital.

Tout candidat étranger à l'école de Rouen devra présenter, avec son certificat de stage, un certificat de la Commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude, sans encourir de reproches graves.

Les élèves externes des hôpitaux de Rouen devront produire un semblable certificat émanant de leur chef de service et visé à la direction.

Ces pièces seront soumises avant le concours à la Commission administrative qui pourra écarter les candidats dont les certificats ne lui paraîtront pas suffisants.

Pour chacune des épreuves orale ou écrite, les candidats auront à traiter une question d'anatomie et une question de pathologie interne ou externe.

Pour la première, ils auront 10 minutes de réflexion et 10 minutes d'exposition.

Trois heures seront accordées pour les questions écrites.

La durée de l'internat est de quatre années.

L'interne est attaché spécialement à une division médicale ou chirurgicale et, pour l'exécution du service, placé sous l'autorité immédiate de son chef.

Il a pour mission spéciale :

1° D'apporter, en l'absence du chef de la division, les secours de l'art aux malades qui les réclament ;

2° De procéder exceptionnellement à la réception des malades ;

3° De faire tous les jours, à 16 h. du soir, une contre-visite dans la division à laquelle il appartient ;

4° D'assurer à tour de rôle, soit un jour sur six et pendant 24 heures consécutives, le service de garde, sans pouvoir s'y faire suppléer, hormis le cas d'une autorisation de l'administration.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 100 fr. pendant la première année, 150 fr. pendant la deuxième, 200 fr. pendant la troisième et 250 fr. pendant la quatrième année. Les internes nommés au concours peuvent terminer *leurs* études et soutenir leur thèse de doctorat sans être tenus de résigner leurs fonctions. Sous condition expresse de s'abstenir de tout acte d'exercice de la médecine à l'extérieur lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, ils sont maintenus en fonctions et reçoivent une indemnité mensuelle de 300 fr.

— **Hôpital de Limoges.** — Un concours s'ouvrira le 8 décembre 1924, à l'hôpital Laënnec, à Paris, pour une place de médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Limoges.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

considérée comme un accident du travail, l'ouvrier qui en est atteint ne peut exiger aucune indemnisation de son patron.

Mais il en serait autrement des coliques de plomb, qui sont expressément désignées. Il y a donc lieu, pour le malade atteint de coliques de plomb, de déclarer, dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, la maladie dont il est atteint au maire de la commune, qui doit lui en donner récépissé. Un certificat médical, indiquant la nature de la maladie et ses suites probables doit compléter la déclaration. Copie de la déclaration sera transmise par le maire au chef d'entreprise et le malade aurait droit aux mêmes indemnités (demi-salaire, frais médicaux et pharmaceutiques, s'il ne s'agit que d'une incapacité temporaire), qu'en matière d'accidents du travail.

Rien ne s'oppose à ce que la déclaration et le certificat fassent mention de la gingivite et de son origine saturnine. Mais il est probable que le patron, ou plutôt son assurance, forts de la loi, refuseront toute indemnisation de ce chef.

1975. — Un accidenté du travail a le droit de changer de médecin

Je mets encore une fois votre obligeance à contribution en vous priant de bien vouloir me donner la marche à suivre dans le cas qui vient de se présenter à moi : Un accidenté du travail, blessé à M..., le 31 juillet, ayant par conséquent, été pansé le jour même par un confrère de la ville qui lui a délivré le certificat initial, revient aujourd'hui ici chez ses parents où il désire rester et sollicite mes soins. Mon confrère lui aurait donné 12 jours d'incapacité de travail pour une brulûre superficielle, mais étendue, intéressant l'œil gauche et une partie du front ; actuellement, la brûlure est infectée, ce qui nécessitera une prolongation d'incapacité. Puis-je donner mes soins au blessé au titre de la loi de 1898 et lui délivrer par la suite une prolongation d'incapacité et le certificat de guérison ? Une Compagnie d'assurances peut-elle s'opposer à cela et refuser de me régler les honoraires, attendu que je n'ai pas délivré le certificat initial ? Si je puis donner mes soins au blessé au titre de la loi, dois-je avertir mon confrère de M... que le blessé à qui il a délivré le certificat initial, ne peut retourner à M,..., où son séjour lui occasionnerait des frais (alors qu'il est ici chez ses parents) et que c'est moi qui a été choisi pour continuer les soins ? Je vous serais reconnaissant de m'éclairer à ce sujet en me disant ce que légalement et déontologiquement je dois faire.

D[r] X.

Réponse.

Le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 donne au blessé le droit de choisir libre-

ment son médecin. Par conséquent, il est permis au blessé de changer de médecin en cours de traitement si, pour une raison quelconque, il n'a plus confiance en son premier médecin ou si, comme dans votre cas, il a changé de domicile. L'assurance ne pourra donc pas refuser de vous payer vos honoraires sous prétexte que vous n'auriez pas délivré le certificat initial. Légalement vous n'êtes même pas tenu d'avertir qui que ce soit que vous êtes devenu le médecin traitant du blessé. Mais, il serait bon, au point de vue déontologique, que vous en avisiez le premier médecin et l'assurance.

1815. — Impôt sur deux autos mises successivement en circulation

Je possède deux autos : une 5HP Citroën et une 12HP Berliet.

Conformément aux dispositions de la loi du 22 mars 1924, je désire profiter de la tolérance admise dès 1920 et ne déclarer qu'une seule voiture, la 5HP Citroen avec qui je roule journellement.

La 12HP Berliet n'est que rarement sur la route, c'est ma voiture de secours, et que je n'utilise que pour les pannes ou les grands parcours. Jamais mes deux voitures ne sont en circulation en même temps.

Je paye donc actuellement les impôts pour la 5HP, puis à la première sortie de la 12HP, je paye le rappel, la différence entre 5 et 12, c'est-à-dire pour la plus forte des deux voitures, conformément à la loi.

Evidemment, lorsque je sors avec la 12HP, je remets à la recette le permis de circuler de la 5HP et lorsque je cesse de circuler avec la 12HP, je reprends un permis pour la 5HP. J'effectue donc les échanges de permis prévus.

Il n'y avait jusqu'à présent eu aucune difficulté avec la Régie locale, lorsque ces jours derniers un Inspecteur a prié le receveur des contributions de me faire payer pour *les deux voitures intégralement.*

Je désirerais savoir pour quelles raisons je ne pourrais plus bénéficier de la tolérance accordée par la loi.

Il doit (l'inspecteur) alléguer ce motif que les substitutions sont trop fréquentes.

Alors, à partir de quelles limites cesse la tolérance, et à partir de combien de sorties commence le « trop fréquent? »

La plupart des confrères bénéficient de cette disposition, pour la voiture de remplacement, la mienne n'est pas autre chose, et je ne sors guère avec que 6 ou 8 fois par mois, alors que la petite roule nuit et jour. Je ne vois pas pourquoi il y aurait pour moi une mesure d'exception.

Dr J.

Réponse.

La tolérance que vous invoquez résulte uniquement d'une interprétation bienveillante des

textes légaux par l'administration des contributions indirectes.

Pour bénéficier de la tolérance, il faut en principe que la substitution soit occasionnelle et surtout que les deux voitures ne soient pas matériellement en état de rouler en même temps. Le motif que votre petite voiture ne peut rendre les services de la grosse nous paraît insuffisant ; d'autre part, si les substitutions sont aussi fréquentes que vous l'indiquez, nous ne pensons pas que vous ayez chance d'obtenir gain de cause au cas où vous porteriez le litige devant les tribunaux compétents.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2008. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre

Un de mes clients, réformé de guerre, pour amputation de jambe, vient de mourir de tuberculose pulmonaire. Le fait qu'il n'est pas mort de maladie contractée aux armées, prive-t-il sa veuve d'une pension?

Dr B.

Réponse.

Puisque l'intéressé est mort en possession d'une pension d'invalidité d'un taux égal ou supérieur à 80 %, sa veuve a droit cependant à une pension de réversion, même si le mariage est postérieur à la blessure, à la condition que le mariage ait été contracté dans les deux ans de la réforme de son époux et si ce mariage a duré un an.

Application du Tarif Breton.

1955. — Injection antitétanique et pansements multiples.

C'est encore votre avis que je viens demander pour éclairer les « obscurités du tarif », dans ces inextricables questions de cumul ou non cumul d'interventions multiples. Voici deux cas où j'essaye vainement de me retrouver dans les articles « officiels ».

Je suis appelé à 3 kil. de chez moi pour un blessé qui vient d'être atteint par les ruades d'un cheval ayant causé les lésions suivantes :

1° Région pariétale droite, plaie intéressant tout le cuir chevelu et nécessitant trois points de suture (agrafes).

2° Région occipitale, autre plaie de même nature nécessitant 2 points de suture (agrafes).

3° Ecrasement de la dernière phalange de l'index gauche et arrachement de l'ongle à détacher. Pansements appropriés et certificat d'origine. Quoique accident agricole, j'emploie avec la compagnie, avec qui je suis en excellents termes, le tarif Breton.

Le lendemain : visite, pansements et injections de

sérum antitétanique ; tous les deux jours pansements tête et doigt. *Quid* ?

Deuxième cas, un charretier a sa main prise sous une roue de voiture, plaies multiples légères du dos de la main, un peu plus sérieuses à l'annulaire et au médius, profonde à l'index et intéressant presque la moitié de la surface de ce doigt.

Le lendemain injection de sérum antitétanique. Continuation des pansements (toujours en consultation chez moi), il me semble bien qu'il s'agit là de pansements multiples, l'exception prévue à l'art. 17 indiquant « doigts et orteils en cas de plaies très *superficielles* ». *Quid* du cumul avec injection sérum ?

Tot capita, tot sensus ! D^r^ L.

Réponse.

Premier cas. — Vous avez à compter :

a) *Premier jour* : réunion par sutures multiples du cuir chevelu 25 francs, plus certificat. L'ablation de l'ongle ne se compte pas à part (voir arrêté ministériel du 28 juin 1921) ; b) *le lendemain* : injection de sérum, plus un seul pansement, le deuxième étant compris dans le prix de la visite ou consultation, non comptable car il y aurait là le cumul défendu par l'article 13 ; c) *les jours suivants* : pour les pansements de tête et de doigt, le prix de deux visites ou consultations (article 14).

Second cas. C'est un cas de « pansements multiples » à 15 francs (article 17) parce que les plaies ne sont pas « très superficielles ». Si elles l'étaient, ce serait « pansement simple » (compris dans le prix de la visite ou consultation). Le jour de l'injection de sérum, vous avez à compter : injection de sérum antitétanique, plus pansements multiples, puisque ce sont là deux interventions à tarif spécial. Mais vous ne pourriez compter de pansement, s'il s'agissait d'un pansement simple, celui-ci étant alors compris dans le prix de la visite ou consultation, donc non comptable car il y aurait alors le cumul défendu par l'article 13. F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement médical du cancer gastrique

Ce traitement ne saurait être que palliatif, s'appliquant aux cas inopérables ou aux récidives post-opératoires.

Régime :

Tenir compte de la tolérance, de l'appétit, des goûts du malade.

Pas de régime lacté strict, sinon dans le cas d'hématémèse récente.

Suppression habituelle de la viande et du pain pour lesquels les malades manifestent un profond dégoût. Les pieds de veau et de mouton, la tête de veau et, en général, les viandes gélati-

neuses sont souvent acceptés et supportées, ainsi que les gelées de viande.

Recommander, de préférence, un régime lacto-végétarien, en insistant sur les féculents azotés (purées de légumineuses : pois, lentilles, haricots, fèves, flageolets) ; les laitages frais, le lait caillé et le fromage blanc, les entremets, les œufs.

Médicaments . .

Avant tout, *lutter contre l'inappétence*, avec :

a) le persulfate de soude, en solution aqueuse à 1 pour 100 (une cuillerée à consommé une demi-heure avant les principaux repas) ;

b) Le métavanadate de soude :

Métavanadate de soude......	0 gr. 05
Sirop de brou de noix........	100 gr.
Eau distillée........q. s. pour	300 cmc.

(Même mode d'administration) ;

c) Les amers, qu'on aura avantage à associer dans une mixture complexe :

Teinture de fève de St-Ignace	âà p. f. 20 gr.
Teinture de badiane	
— de quassia	
— de colombo	
Extrait fluide de condurango...............	
Liqueur d'Hoffmann......	

d) La peptone, administrée, à la dose d'une cuillerée à café, une heure avant les repas, dans une demi-verrée de solution de Hayem.

La deuxième indication est *d'activer la digestion par* :

a) Les préparations opothérapiques et les sucs gastriques naturels de chien ou de porc ;

b) La solution aqueuse d'acide chlorhydrique ou d'acide phosphorique anhydre à 1 pour 100, dont on fera prendre une cuillerée à soupe diluée dans un verre d'eau (à consommer par petites gorgées dans le cours du repas) ;

c) La pepsine, absorbée une demi-heure avant le repas, sous la forme de cachets :

Pepsine en paillettes..........	0 gr. 50
Acide citrique pulvérisé........	0 gr. 50

Troisième indication :

Remédier à la souffrance (poids, tiraillements, brûlures, etc.) qui suit ordinairement le repas, avec :

a) Le pansement gastrique au bismuth, au kaolin, au talc, au charbon, de préférence fractionné en trois prises réparties avant les repas ;

b) Les potions calmantes, utilisables lors de la crise douloureuse :

Validol.................	4 gr.
Teinture thébaïque	deux grammes
Chlorhydrate de cocaïne..	cinq centigrammes
Eau chloroformée	âà 80 gr.
Eau de chaux seconde...	
Sp. de fleur d'oranger q.s.p.	210 gr.

Par cuillerée à soupe d'heure en heure jusqu'à sédation.

Une quatrième indication consiste à *empêcher les fermentations* à l'aide de la solution de fluorure d'ammonium (un gramme dans trois cents grammes d'eau), ou des cachets de soufre ioduré à 2 % (0 gr. 50 par cachet), ou encore de ces autres cachets :

Erythrol	0 gr. 05
Sulfate de potasse .... } ââ	0 gr. 06
Nitrate de potasse .... }	
Bioxyde de manganèse	0 gr. 10
Peroxyde de magnésium	0 gr. 20

F. s. a. 1 cachet.

Le *traitement général,* destiné surtout à *combattre la cachexie cancéreuse,* comprendra :

Les injections d'huile camphrée ;

Les injections de magnésie colloïdale, dont l'action frénatrice et retardante est démontrée ;

Les injections de colloïdes radio-actifs ;

Les injections de bichlorhydrate de quinine ;

Les injections de cacodylate de soude.

Alterner ces divers moyens.

Eviter soigneusement, dans la médication, les sels monovalents (iodure de sodium, bromure de sodium, chlorure de sodium), dont l'action déséquilibrante favorise les divisions et les proliférations anarchiques : rendre, au contraire, aux matériaux en évolution désordonnée leur équilibre naturel par les sels bivalents de chaux et surtout de magnésie.

D[r] A. SATRE
(de Grenoble).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Calcul de la distance en matière de frais de justice criminelle.

452. — M. GRINDA, député, demande à M. le Ministre de la Justice si l'indemnité de voyage allouée aux experts en matière de justice criminelle par l'article 29 du décret du 5 octobre 1920 doit être calculée d'après le nombre de kilomètres effectivement parcourus par l'expert pour se transporter du lieu de sa résidence au lieu des opérations d'expertise, ou bien si cette indemnité doit être calculée sur la distance de clocher à clocher d'un village à l'autre. (*Question du 9 juillet* 1924.)

Réponse. — Les indemnités de transport allouées aux experts par l'article 19 du décret du 5

octobre 1920 sont calculées, en principe, de mairie à mairie, d'après les énonciations des tableaux officiels des distances. Toutefois, la chancellerie, conformément à une décision prise en faveur des huissiers, autorise les experts à faire état du parcours réellement effectué entre le lieu de leur résidence et le hameau où ils vont accomplir leur mission, sous réserve de justifier du nombre de kilomètres parcourus au moyen d'un certificat d'agent-voyer. Au cas où le lieu d'opération est en dehors de toute agglomération, la distance doit être calculée jusqu'au hameau le plus voisin.

(*J. O.*, 14 août 1924.)

Situation des étudiants sursitaires.

514. — M. Perreau-Pradier, député, signale à l'attention de M. le Ministre de la Guerre la situation des étudiants sursitaires des classes 1920 et 1921, dont la durée légale de service militaire actif est de deux ans, au lieu de dix-huit mois (classes 1922 et 1923). (*Question du* 29 *juillet* 1924).

Réponse. — Le sursis ne confère aucune dispense ; il en résulte que les sursitaires des classes 1920 et 1921 doivent deux ans et ceux des classes plus anciennes trois ans de services, sauf application des dispositions des alinéas 2 à 4 de l'article 102 de la loi du 1er avril 1923 qui prévoient une réduction de service de six mois.

(*J. O.*, 14 août 1924.)

Conditions d'admission aux allocations aux femmes en couches.

755. — M. Escoulent, député, expose à M. le Ministre du Travail que, dans l'article 3 de la loi du 17 juin 1913, concernant les femmes en couches, l'indication : « privée de ressources suffisantes » est très vague ; que, par suite, les conseils municipaux appliquent cet article d'une façon bien différente, et demande s'il n'y aurait pas lieu d'indiquer d'une façon plus claire ce qu'on entend par « ressources suffisantes ». (*Question du* 31 *juillet* 1924.)

Réponse. — La loi du 2 décembre 1917 a modifié l'article 3 de la loi du 17 juin 1913 en substituant l'expression : « Toute femme... privée de ressources suffisantes ... » à celle : « privée de ressources ... ». C'est à dessein que le législateur n'a pas précisé le taux minimum des ressources au-dessous duquel l'assistance aux femmes en couches aurait été, en quelque sorte, accordée de droit. Il serait impossible, en effet, de fixer un chiffre uniforme pour toute la France, étant données les conditions très variables du coût de la vie sur les différents points du territoire, ce chiffre devant d'ailleurs être soumis perpétuellement

à révision. Le législateur a estimé avec raison que les conseils municipaux, qui sont les plus près des intéressés, sont aussi les plus qualifiés pour juger de l'importance des ressources des postulants à l'assistance et de l'utilité des secours qui leur seraient accordés. D'ailleurs, des instructions ministérielles, et notamment celles en date des 9 août et 24 décembre 1913, 16 mars 1914, 20 décembre 1917, qui ont été portées à la connaissance de tous les conseils municipaux, donnent toutes explications utiles pour l'application de la loi du 17 juin 1913 et font connaître, en particulier, l'interprétation administrative basée sur les travaux préparatoires législatifs de l'article 3 de cette loi, sur la question soulevée par l'honorable député. (*J. O.*, 14 août 1924.)

Annuités pour la Légion d'honneur.

708. — M. PHILIPPOTEAUX, député, demande à M. le Ministre de la guerre quel est le nombre d'annuités prescrit par la circulaire en vigueur concernant la préparation du travail d'avancement pour la Légion d'honneur attribuée aux officiers de réserve. (*Question du* 30 *juillet* 1924.)

Réponse. — Les annuités exigées actuellement pour l'établissement du travail d'avancement des réserves pour la Légion d'honneur sont : pour officier : 48 annuités, dont 8 ans de grade de chevalier ; pour chevalier : 27 annuités.

(*J. O.*, 14 août 1924).

Frais de déplacement d'un mutilé de guerre pour se rendre à l'essayage de son appareil.

6372. — M. le Comte DE BLOIS, sénateur, demande à M. le Ministre des Pensions, si un mutilé de guerre, amputé d'une jambe, peut se prévaloir de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ou de toute autre loi pour réclamer les frais de voyage et de déplacement faits pour se rendre à l'essayage de son appareil chez l'orthopédiste qui lui a été indiqué par le centre d'appareillage. (*Question du* 17 *juin* 1924.)

Réponse. — Un mutilé, régulièrement convoqué par le centre d'appareillage dont il dépend, pour essayage chez l'orthopédiste qui lui a été désigné, a droit à des frais de déplacement.

Ces frais de déplacement sont payés, sur la demande du mutilé, soit par mandat-poste après l'essayage, soit à l'occasion d'une nouvelle convocation au centre, pour réception de l'appareil, par exemple.

(*J. O.*, 30 juillet 1924.)

Quarante-sixième année — Nº 36 — 7 Septembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2058-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

—

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr RAISIN, d'Hauteville (Ain), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Saint Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E Paris.
Berck Plage. Bouquier Tridon.
Cancale. Bazin.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 402. — Instrum., appar. élect. et mobilier d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

N° 403. — Conf. dés. acquérir client. demi-repos. banl. Paris.

N° 404. — Ing. chimiste, école Lyon, lic. sciences, 29 ans, conn. physiologie, ch. sit. labor. analyses, rech. médicales. Pourrait s'intéresser financ.

N° 405. — Méd. boulv. St-Germain, prendrait en pension jne homme pour année scolaire. Ecr. clinique chirurgic., 6, rue Gît-le-Cœur, Paris.

N° 406. — Dr sér., 22 ans prat. esprit commerc. ch. sit. dans admini. mais. prod. pharmac., pansem., chirurg., prothèse, voyagerait.

N° 407. — Part clinique à céd. excel. cond. Poumons et cœur.

N° 408. — Dame recomm. fournirait meubles, linge pour compléter clinique, mais. de santé, contre occup. person. et soins à sa fille en traitem.

N° 409. — A vend. Anatomie Testut, édit. 1923, 4 vol. neufs, dont 2 reliés, 210 frs. Louis Serré à Mazingarbe (Pas-de-Calais).

N° 410. — A céd. d'urg. rég. de l'Aisne, poste pro-pharm. très gros rapport 65.000 compt.

N° 411. — Méd. dés. se retirer, céd. Instit. médic. dans centre populeux Paris.

N° 412. — Ds station baln. de l'Océan, client. rapp. 40.000, méd. du ch. de f., pet. loy., maison agréable, indemn. très avant. Urgent. Breitel et Goret, 1, s Dante, Paris.

N° 413. — Ds grande ville province, cabin. O. R. L., rapport. 35.000 gr. habit., élect. on pourr. adjoindre ophtalmologie. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

CORRESPONDANCE

2148. — Allocations supplémentaires aux blessés du travail. Rectification

Permettez-moi de vous prier de vouloir bien rectifier une erreur contenue dans une réponse faite à un de vos confrères dans votre numéro du 17 août courant.

Il s'agit des allocations aux titulaires de rentes d'accidents du travail, fixées pour des accidents antérieurs au 5 avril 1920 (page 1918). Les effets de la loi du 15 juillet 1922 ont été prorogés par la loi du 30 juin 1924, mais en outre, cette loi accorde une allocation mensuelle de 20 francs pour les incapacités comprises de 30 à 49 %.

Les ascendants, comme les conjoints, ont droit à une allocation égale au montant de leur rente, s'ils sont âgés, les hommes de 60 ans et les femmes de 55 ans, ou s'ils sont atteints d'une maladie incurable ou d'une infirmité.

Les maxima de 300 francs sont portés à 500 francs pour les orphelins. Ces dispositions prennent effet du 1er janvier 1924.

Ainsi que vous le voyez ces modifications ont quelque importance.

E. Quillent.

Secrétaire du Conseil judiciaire de la C. G. T.

2146. — Droits de la femme d'un aliéné de guerre interné

Voudriez-vous me renseigner sur le cas d'un de mes clients pensionné de guerre admis dans un asile d'aliénés à titre d'assisté M. G.

Sa femme peut-elle durant son hospitalisation toucher à sa place la pension ? Y a-t-elle droit ?

Dr T.

Réponse

L'article 55 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions dispose que la pension allouée pour cause d'aliénation mentale à un militaire ou marin interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public sera employée, à due concurrence, à acquitter les frais de son hospitalisation.

Toutefois, en cas d'existence de femme ou d'enfants, l'administrateur des biens de l'aliéné ou son tuteur doit, avant tout prélèvement, verser, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre, à la femme ou au représentant légal des enfants, les majorations d'enfants et une somme égale à une pension de veuve au taux de reversion.

L'Etat supporte seul la partie des frais d'hospitalisation qui n'auraient pu être acquittés par suite de cette retenue, mais jusqu'à concurrence seulement des prix de journées alloués pour le régime ordinaire.

2061. — Frais de justice criminelle

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'indiquer comment établir mon mémoire pour les faits suivants : (Affaire d'avortement) :

Prestation de serment.
Examen du dossier.
Examen de l'inculpée à la prison.
Rédaction du rapport.
Dépôt au greffe.

Dr T.

Réponse.

Aux termes de l'article 17 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ce tarif. Vous ne pouvez donc les compter à part.

D'autre part ce tarif alloue pour une visite judiciaire un honoraire de 20 fr. dans les villes où siège un tribunal de première classe et de 15 francs dans les autres localités. Mais cette disposition, trop rigoureuse dans son uniformité et qui ne tient pas compte des cas d'espèce, est heureusement corrigée par le dernier paragraphe de l'article 26 qui donne au magistrat commet-

tant le droit de fixer la taxe qui doit être allouée au médecin, lorsque l'expertise présente des difficultés particulières.

Nous estimons que, dans l'affaire dans laquelle vous avez été commis, votre mission comportait plus qu'une simple visite judiciaire, et que vous pouvez demander un honoraire plus élevé, qu'il dépend de vous d'apprécier. Quel que soit le chiffre que vous vous proposiez, il sera toujours soumis à l'approbation du magistrat taxateur.

2070. — Prorogation de bail

1° Mon bail finit le 1er mai 1925. Ai-je le droit, d'après la loi du 2 août 1924, d'occuper ma maison jusqu'au 1er janvier 1926 ?

2° Dois-je demander, dès maintenant, cette prorogation à mon propriétaire et par quelle voie, lettre recommandée, huissier ?

3° Peut-il augmenter mon loyer et de combien Ma commune n'a pas 4.000 habitants et accuse une diminution de population depuis 1921.

4° Le locataire qui ne demande pas de prorogation peut-il être expulsé légalement à la fin de son bail ?

Dr C.

Réponse.

La nouvelle loi sur les loyers a eu pour effet d'étendre à toutes les communes de France, sans limitation du chiffre de la population, ainsi qu'aux locaux à usage commercial, industriel ou professionnel, l'application des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923.

Vous êtes donc en droit de demander à bénéficier de la prorogation jusqu'au 1er janvier 1926. Pour cela il faudra que vous avisiez de votre intention votre propriétaire trois mois au moins avant l'échéance du bail actuellement en cours, par lettre recommandée ou mieux par exploit d'huissier. Dans cette signification, vous ferez connaître la durée de la prorogation sollicitée et les conditions de prix que vous proposez. Si le propriétaire n'accepte pas vos propositions, vous devez porter l'affaire devant le juge de paix si votre loyer est inférieur à 1.000 francs et devant le tribunal civil si votre loyer est supérieur à 1.000 frs. Le juge saisi déterminera la durée de la prorogation et le prix du loyer puisque, dans votre commune il n'existe pas de prix limite.

Faute d'avoir demandé la prorogation dans les délais légaux, votre propriétaire serait en droit de vous expulser à la fin de votre bail.

2014. — Maladie professionnelle non garantie par la loi

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me faire savoir si les irritations du dos (gale du ciment) qui se présentent chez les ouvriers employés à porter et décharger les sacs de ciment, peuvent être considérées comme accidents du travail. Dr A.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail, il faut qu'il y ait une lésion du corps humain provoquée par l'action *violente* et *soudaine* d'une cause extérieure. Si ces conditions ne se trouvent pas réunies, si par exemple la lésion s'est manifestée, non pas soudainement, mais progressivement, il a alors maladie professionnelle et la loi sur les accidents du travail n'est pas applicable. C'est seulement dans certains cas limitativement énumérés dans une loi du 25 octobre 1919 que certaines maladies professionnelles (saturnisme, hydrargyrisme) peuvent donner lieu à l'allocation des indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898.

La maladie que vous nous signalez n'est pas comprise dans la liste des maladies professionnelles assimilées aux accidents du travail. Les ouvriers qui en sont atteints ne peuvent donc prétendre à bénéficier de la loi sur les accidents du travail.

2038. — Accident du travail. Contrevisite du blessé. Consolidation de la blessure

Il s'agit d'un accident du travail.

Le 9 mars dernier un ouvrier D. se présente à ma consultation pour une blessure grave de la main droite. Je lui donne mes soins et la guérison traînant en longueur, la compagnie d'assurances délégua un médecin contrôleur de son choix pour examiner le blessé.

L'examen a lieu dans le courant de juin dernier, sans que j'en sois prévenu, ni par le médecin, ni par la compagnie, autrement que par les dires de l'ouvrier.

Je continue à donner mes soins au blessé, et lorsque j'ai jugé la consolidation établie, j'ai délivé un certificat de reprise du travail à la date du 1er août 1924.

J'apprends aujourd'hui par le blessé, qui n'en avait été nullement averti, que le médecin contrôleur délégué l'a consolidé à la date du 10 juin dernier.

Dans ces conditions, permettez-moi de vous poser les questions suivantes :

1° Le médecin contrôleur était-il obligé de m'avertir par lettre recommandée de la mission qui lui était confiée ?

2° Dans la négative, les convenances ne l'obligeaient-elles pas à le faire ?

3° Est-ce que le blessé et moi-même n'auraient pas dû être mis au courant par la compagnie ou le médecin-contrôleur de la décision prise, consolidation au 10 juin ?

4° Le blessé doit-il accepter cette date de consolidation alors que son médecin traitant n'est pas d'accord sur ce point ?

5° Quelle est la procédure à suivre par l'ouvrier

D. pour obtenir la consolidation au 1er août ainsi que je l'ai fixée ?

Dr P.

Réponse

Le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 donne au chef d'entreprise le droit de faire examiner hebdomadairement le blessé par un médecin de son choix. Pour que ce médecin ait accès auprès du blessé, il faut qu'il soit muni d'une désignation du chef d'entreprise, visée par le juge de paix. En outre le médecin traitant doit être averti du jour et de l'heure de la visite du médecin contrôleur au moins deux jours à l'avance et par lettre recommandée. Le blessé est donc en droit de refuser de se laisser examiner par le médecin contrôleur, si celui-ci ne peut lui représenter l'autorisation du juge de paix et le récépissé de la lettre recommandée au médecin traitant. Mais s'il accepte de se laisser examiner sans exiger ces justifications, il n'a rien à réclamer.

En dehors de la question de droit strict qui exige que le médecin traitant soit avisé de la visite de contrôle, il y a là aussi une question non seulement de déontologie, mais encore de courtoisie, qui pourrait motiver contre le médecin contrôleur une plainte au Syndicat.

Ni le chef d'entreprise, ni l'assurance ne peuvent fixer de leur propre autorité la date de consolidation de la blessure ou de la guérison définitive. Ils ont seulement le droit de contester la date proposée par le médecin traitant et il appartient aux tribunaux de trancher le différend.

A ce sujet, une distinction est à faire pour déterminer la procédure qui doit être suivie par le blessé. S'il s'agit d'une simple incapacité temporaire, n'entraînant aucune invalidité, le résultat de la décision prise par l'assurance étant la suspension du paiement du demi-salaire, le blessé doit citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident en paiement de son demi-salaire jusqu'au jour qu'il estime, d'après son médecin traitant, être le jour de sa guérison définitive. Le juge, saisi d'une question d'ordre technique sortant de sa compétence, ne manque pas de désigner un expert médecin pour départager les parties.

Si, au contraire, il y a incapacité permanente, le débat sera porté devant le président du tribunal en conciliation, ou devant le tribunal s'il y a procès sur la fixation de la rente. Dans un cas comme dans l'autre, les juges demandent toujours l'avis d'un expert.

Ainsi les droits de l'ouvrier sont sauvegardés et il n'est pas soumis à l'arbitraire de l'assurance ou de son médecin contrôleur.

Pour faire valoir ses droits, il bénéficie de l'assistance judiciaire devant le tribunal et de

l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement devant toutes juridictions. Cette exemption s'étend à l'action du médecin en paiement de ses honoraires.

1999. — Dépenses à déduire des bénéfices professionnels.

Je vous envoie en communication la feuille de mes impôts sur bénéfices professionnels, et j'y joins une fiche de ma déclaration dernière en 23. J'en ai élagué : 1° paiement de mes entrepreneurs et des frais de justice occasionnés pour le retard de mes dommages de guerre.

2° Mes vacances et mes dépenses de ce chef.

3° Les divers : tabac, cotisation, anciens élèves, etc.

Croyez-vous que je doive payer sans réclamer.

D[r] Z.

Réponse.

1° L'imposition afférente à vos revenus de 1921 (art. 39, rôle n° 3) est régulièrement établie et calculée de la manière suivante :

1° *Professions non commerciales.*

$$\left[28.170 - (6.000 + \frac{6.000}{2})\right] \times 6\ \% = 1.150\ 20$$

2° *Impôt général.*

$$28.100 - 4.500 = 23.600$$

$$(20.000 - 9.000) \times \frac{1}{25} \times \frac{50}{100} = 220 \text{ fr.}$$

$$(23.600 - 20.000) \times \frac{2}{25} \times \frac{50}{100} = 144 \text{ fr.}$$

Total......... 364 fr. 364

Total général.......... 1.514 20

II. En ce qui concerne votre dernière déclaration, il est probable que le montant de certaines dépenses sera contesté ; par exemple, vos frais d'auto paraissent élevés.

De plus le contrôleur n'admettra pas que l'amortissement des dettes d'avant-guerre, les frais divers (tabac...), les dépenses personnelles faites durant vos vacances ... viennent en déduction de vos bénéfices professionnels pour le calcul de l'impôt cédulaire. Seules les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession peuvent être défalquées desdits bénéfices.

1981. — Justification des bénéfices professionnels.

Je vous remercie de votre réponse à ma demande concernant les livres de comptabilité du médecin.

Dans les discussions avec des confrères, on m'a dit ceci :

Cette production des livres peut-être réclamée par le fisc dans le cas *seul* où une déclaration de revenus *n'a pas été faite* par le confrère.

S'il a fait une déclaration et si le fisc trouve cette déclaration insuffisante (donc s'il y a taxation nouvelle de sa part), c'est *au fisc seul à faire la preuve* et le médecin n'est pas obligé de se défendre, c'est-à-dire n'est pas obligé de montrer ses livres.

Cette manière de procéder est-elle la bonne ?

Dr X.

Réponse.

L'article 35 de la loi du 31 juillet 1917 précise la procédure de l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales :

Le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre du bénéfice déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact ; dans ce dernier cas, il peut le rectifier, mais alors il fait connaître à l'intéressé avant d'établir l'imposition, le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de 20 jours... ». En cas de litige, le tribunal saisi apprécie les motifs invoqués par l'administration et par le contribuable.

L'administration n'a donc pas à faire la preuve et le contribuable sera en mauvaise posture s'il n'a aucun élément de comptabilité pour justifier le chiffre déclaré.

A noter d'autre part que si ce contribuable est passible de l'impôt général sur le revenu, le contrôleur peut lui demander des « éclaircissements » c'est-à-dire en fait la justification des bénéfices déclarés.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1795. — Calcul de la patente.

A) Comme médecin ayant un loyer de 1.000fr., je suis taxé pour la patente au 15e sur la valeur locative impôt, brut = 66.67 ; impôt net 318 fr. 14, taxe portant sur la contribution des patentes = 38 fr. 42, soit au total : 356 fr. 56 centimes.

B) Ayant un cabinet dentaire dans une ville voisine, je suis ainsi taxé.

1º Sur un loyer de 200 fr.

Patente au 15e sur la valeur locative, 38 fr. 25

2º Taxe assimilée, poids et mesures (?) 9 fr. 60.

3º Taxe sur la contribution des patentes, 7 fr. 33 soit au total 55 fr. 23.

Payant dans ce dernier cabinet pour le 5e de la valeur locative de mon cabinet principal, puisque je donne 200 fr. de location au lieu de 1.000 fr., je dois verser 55 fr. 23. Rationnellement je devrais

(*Voir la suite page XLIII*-2101)

PROPOS DU JOUR

Comment on nous empoisonne.

Les farines altérées. Quelques documents à ce sujet communiqués par notre correspondant, le Dr Albert Veillard.

La soudure est faite avec la moisson et, vraisemblablement, nous pouvons manger notre pain sans crainte d'être empoisonnés, du moins pendant quelques mois. Mais nous croyons opportun, à une époque où l'on ne voit, ne pense et n'agit que par les microbes, d'attirer pour une fois l'attention sur les intoxications alimentaires.

Le génie de Pasteur a fait faire à la médecine des progrès inouïs. Nous sommes fixés sur l'étiologie de presque toutes les maladies transmissibles et, grâce à lui et à ses élèves, nous sommes chaque jour de plus en plus armés contre elles. Nous ne saurions, proclamons-le hautement, jamais être assez reconnaissants à Pasteur et aux Pasteuriens du bien qu'ils ont fait à l'humanité. Mais la plus belle médaille a son revers. Ce revers est ici, comme pour toutes les œuvres de l'esprit humain, la tendance, nous pourrions dire même la manie, de l'exclusivisme et de la généralisation à outrance.

Nos hygiénistes officiels nous paraissent être un peu tombés dans ce travers. L'origine microbienne des maladies est presque devenue un dogme. Hors de la bactériologie, il semble qu'il n'y ait pas de salut, et nous nous étonnons qu'il n'ait pas encore été soutenu de thèse sur l'étiologie bactérienne des fractures.

Cependant, il y a des causes de maladies qui ne sont pas microbiennes, il y a les intoxications aiguës et chroniques et, parmi ces intoxications, il y a les intoxications alimentaires dont l'étude est, semble-t-il, entièrement à faire et qui doivent jouer, dans les altérations de nos organes, un rôle dont nous ne soupçonnons pas l'importance.

Les médecins d'un certain âge ont pu constater la transformation progressive et frappante de la nosologie pendant ces cinquante dernières années. Aucune des maladies qu'ils observent ne ressemble à celles qu'ils soignaient, il y a trente ou quarante ans ; il y en a qui disparaissent et il en est aussi qui prennent chaque jour une importance plus grande et dont les caractères se modifient. Ceci est surtout manifeste dans les maladies chroniques. La goutte, avec accès aigus francs, la pierre, la grande hystérie avec accès convulsifs, sont devenues rares, tandis que les pseudo-rhumatismes polymorphes, les états nerveux avec dépression, indéfinissables, les troubles hépatiques, les dyspepsies, les entérocolites sont devenus très fréquents. Toutes ces maladies paraissent bien résulter d'intoxications chroniques d'origine autogène ou hétérogène, selon les cas et peut-être des deux.

Notre distingué confrère le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire, qui joint à une réelle érudition les mérites d'une grande expérience, a fait après la guerre, de curieuses constatations qui l'ont amené à conclure que l'alimentation par les farines altérées jouait un rôle important dans l'étiologie des encéphalites, qualifiées de léthargiques et autres. Si ces observations avaient été faites en Amérique, en Angleterre, en Italie, au Japon, et surtout en Bochie, une armée d'hygiénistes plus ou moins pénétrés de leur omniscience, se serait dressée pour l'approuver ou le combattre. Mais notre confrère, le Dr Albert Veillard, a le tort d'être un simple praticien, qui a bien cependant un bagage scientifique plus important que beaucoup d'autres, mais il ne fait partie d'aucune chapelle, il n'est d'aucun institut, ni d'aucune école. Il travaille pour sa propre satisfaction et pour le bien public, sans ambition, ni réclame. Il ne communique rien aux Sociétés savantes, et se contente de publier ce qu'il constate dans le *Concours médical*. Ce n'est certes pas là que les grands maîtres de l'hygiène, les omniscients, vont se documenter. Lorsque le Dr Albert Veillard a parlé de farines altérées, en haut, on a fait la sourde oreille et pour cause. C'est tout juste si on ne lui a pas ri au nez. Quelle importance peuvent avoir les farines altérées sur la santé publique ? Ces petites observations sont négligeables quand on peut expliquer tout par les microbes et, à leur défaut par des virus filtrants hypothétiques !

Mais, M. A. Veillard est un doux entêté. Il persiste à croire que ce qu'il a constaté existe. Il a lu les travaux antérieurs sur la pellagre, l'ergotisme et le lathyrisme ; il sait qu'on nous a empoisonnés avec des farines avariées ; qu'on

nous empoisonne encore peut-être, et il en apporte les preuves officielles. Ces preuves, nous les publions. Elles montrent qu'à notre époque, où l'on bat si fort la grosse caisse pour la protection de la santé publique, pour la lutte contre les maladies sociales et la dénatalité, qui servent de tremplins à tant de malins qui cherchent la notoriété et les honneurs, l'on se préoccupe avec moins de bruit et plus d'efficacité des intérêts commerciaux, et l'on poursuit parfois les marchands des haricots exotiques, non comme dangereux pour la santé publique, mais comme tromperie sur la qualité de la marchandise vendue.

J. Noir.

Nous reproduirons tout d'abord, à l'appui de ce que nous avançons, l'article suivant du *Petit Parisien*, bien qu'il date du 12 avril 1924.

On vendait a Paris comme haricots secs français des produits exotiques de mince qualité.

Des expéditeurs de province qui avaient opéré cette tromperie sur la qualité de la marchandise sont inculpés.

Dans le but de s'assurer des approvisionnements pour l'hiver et le printemps, les négociants en gros de Paris passent, chaque été, des marchés avec leurs expéditeurs de légumes secs, notamment en ce qui concerne les haricots français.

L'an dernier, en août, une quinzaine de ces négociants passèrent leurs marchés, livrables au fur et à mesure de leurs besoins, comme de coutume. Dès réception des premières expéditions de haricots, la qualité de la marchandise parut suspecte aux acheteurs et non conforme aux commandes : ils informèrent M. Lavayssé, chef du service de la répression des fraudes, qui fit effectuer des prélèvements dans les gares au fur et à mesure des arrivages.

Les analyses faites au laboratoire central, comme au laboratoire des semences du ministère de l'Agriculture, démontrèrent que les produits prélevés n'étaient pas des haricots français. On se *trouvait en présence de denrées exotiques sans grande valeur, provenant principalement des régions danubiennes*, alors que les grossistes avaient commandé des haricots de pays, c'est-à-dire des produits supérieurs comme *qualité*, comme *prix* et comme *rendement*. Leurs marchés, d'ailleurs, étaient confirmés par les vendeurs, qui avaient effectué, en outre, les expéditions sous les dénominations de haricots *français de Touraine, de Vendée ou des Landes.*

Une rapide enquête établit qu'à la suite de la dernière récolte, qui fut déficitaire, les approvisionneurs n'avaient pas *hésité à acheter dans les ports d'importation, à Marseille notamment, des haricots exotiques*, et qu'ils les avaient fait transporter dans les centres de production avant de les expédier à Paris ou sur d'autres marchés français, après leur avoir fait subir un savant camouflage.

En effet, les envois arrivèrent dans des sacs d'origine, et ils étaient « fardés », c'est-à-dire qu'une couche superficielle de haricots français recouvrait les autres légumes.

En présence de ces manœuvres frauduleuses, M. Lavayssé recueillit les déclarations de treize *grossistes parisiens lésés* et transmit son enquête au parquet, qui chargea M. Planchenault, juge d'instruction, d'ouvrir une information. Ce magistrat remit des commissions rogatoires à MM. Lesson, Mouginot, commissaires, et Hocquart, inspecteur principal de la répression des fraudes, qui se rendirent en *Touraine, dans les Landes et en Vendée*, pour se livrer à des investigations chez les principaux fournisseurs incriminés. De leurs *constatations il résulte, entre autres faits, qu'un négociant des Landes a expédié à Paris et dans d'autres importantes agglomérations plus de cinquante mille kilos* de haricots exotiques mélangés, avec une *faible proportion de haricots de la région.* Deux autres commerçants. l'un des environs de Tours, l'autre des Deux-Sèvres, ont également revendu, *sans prendre même la précaution de les « farder », deux cent cinquante mille kilos de haricots exotiques comme haricots extra de Vendée.*

Les marchandises saisies ont été vendues à Paris *sous le contrôle du service de la répression des fraudes et sous leur dénomination d'origine.*

Les vendeurs coupables ont été inculpés, par M. Planchenault, d'infraction à la loi du 1er août 1905. Enfin, le syndicat d'alimentation en gros de la région parisienne s'est porté partie civile au procès par l'organe de Me Bérard.

Lorsque M. A. Veillard fit ses premières observotions que nous avons publiées, il était convaincu que le maïs était le seul succédané exotique mélangé aux farines. Ce qui *officiellement* était exact. Aussi restait-il un peu incertain, car si le maïdisme explique ce qu'il est convenu d'appeler les séquelles de l'encéphalite ou ses formes larvées, il n'expliquait pas la léthargie, ni les formes spasmodiques. Or, il a su depuis que, de 1917 à 1921, la fraude des farines par les haricots de Java et les pois du Japon s'est faite sur une grande échelle, et que certaines grosses minoteries ne broyaient guère que ces deux substances et les revendaient à d'autres meuniers. Or, ce fut l'époque de l'apparition de l'encéphalite.

M. A. Veillard est convaincu que les conseillers techniques sanitaires, affectés au Ravitaillement, ignoraient ce qui se broyait dans ces moulins et que leur responsabilité ne doit pas être en jeu. Cependant, depuis 1898, le fabisme toxique est connu.

Dans un article sur l'*utilisation des haricots de Birmanie dans l'alimentation*, M. le pharmacien principal Rothea affirme que l'on peut tolérer *vingt milligrammes d'acide cyanhydrique* par 100 gr. de haricots exotiques. Il est probable que cette tolérance résultait d'instructions ministérielles aux laboratoires des douanes, car elle n'est signalée ni dans la loi du 1er août 1905, ni dans les décrets du 15 avril 1912.

Cependant, M. Alb. Veillard a appris d'un colon de la Côte d'Ivoire que les laboratoires de Dakar refusaient l'importation de haricots en France parce qu'ils renfermaient une dose exagérée d'acide cyanhydrique.

En ce qui concerne le mode d'utilisation des

succédanés, M. Albert Veillard nous communique les documents suivants :

BUREAU PERMANENT DES CÉRÉALES.

Circulaire confidentielle de l'administration à la meunerie.

...12 avril 1920.

« Le Préfet
« à MM. les meuniers du département,

« A partir de ce jour vous devez, *conformément aux* « *instructions ministérielles*, fabriquer les farines de « consommation en faisant les mélanges dans les pro- « portions suivantes :
« 40 qx farine seigle pour 60 qx farine froment ;
« 25 qx *farine maïs pure* pour 75 qx farine froment ;
« 35 qx *farine* moitié seigle *moitié maïs* pour 65 qx « farine froment ;
« 5 qx *farine fèves* pour 95 qx farine froment.
« Si vous n'avez les succédanés nécessaires deman- « dez-les moi immédiatement.

« Le Préfet,
« Président du bureau permanent »

Les farines ainsi fabriquées devaient donc renfermer jusqu'à 40 % de succédanés, soit 5 % de fèves, plus 40 % de farine de seigle ; celles-ci étant introuvables étaient généralement remplacées par les farines de pois ou de haricots exotiques. Les meuniers ne demandaient pas de farine de maïs, d'où la circulaire suivante :

BUREAU PERMANENT DES CÉRÉALES.

Circulaire confidentielle de l'administration à la meunerie.

... le 31 mai 1920.

« Le Préfet,
« à MM. les meuniers du département.

« J'appelle à nouveau votre attention sur la néces- « sité absolue de mélanger aux farines de froment les « *farines de succédanés qui vous sont adressées.*
« Toute livraison en boulangerie selon attribution « ne devra être faite qu'à la condition expresse que ce « mélange aura été au préalable effectué.
« Au cas où un meunier ne voudrait pas effectuer « régulièrement ce mélange et ne se soumettrait pas *à* « *ces ordres*, les farines et les blés qu'il détient seront « réquisitionnés et la *fermeture de son moulin ordonnée* « *jusqu'à nouvelle décision.*

« Le Préfet,
président du bureau permanent
« *Signé.....* »

Les farines livrées étaient de si mauvaise qualité qu'elles provoquèrent des réclamations de tous les côtés ; le sous-secrétariat au Ravitaillement réduisait alors le pourcentage de maïs et faisait passer à la presse le communiqué suivant (septembre 1920) :

« L'incorporation de la farine de maïs dans la farine « de froment a été fixée par le télégramme ministériel « du 5 août au taux maximum de 10 %.
« Ce taux n'est généralement pas atteint, les mélan- « ges se faisant actuellement dans une proportion de « 10 % de seigle, 5 % de maïs, 85 % de farine de froment.
« Il n'est employé pour la mouture que des maïs « sains, et, *pour éviter d'utiliser des farines pouvant com-* « *promettre la santé publique, les moutures qui sont main-* « *tenant effectuées ne sont confiées qu'à des minoteries* « *spécialement outillées et pouvant dégermer et déshuiler* « *les maïs, l'huile contenue dans le maïs étant la cause* « *principale des troubles occasionnés par la consomma-* « *tion de la farine de maïs.*
« Tout *maïs* et *farine de maïs présentant un degré* « *d'avarie sont mis en vente pour la consommation du* « *bétail* ou pour des usages industriels. »

L'administration reconnaissait donc avoir employé la farine de maïs ; dans son communiqué à la presse, elle ne parlait que de 5 %, 10 % au plus, alors que les circulaires à la meunerie donnaient l'ordre d'en mettre 25 %, plus 5 % de fèves.

J'ai souligné la seconde moitié du communiqué qui indique que cette farine pourrait occasionner des troubles pour la santé, si l'on ne prenait pas soin de dégermer et déshuiler le maïs. Quels troubles ? Le communiqué ne le dit pas, mais ils ne peuvent être que ceux désignés jusque-là sous le nom de pellagre.

Et cependant, après avoir continué à étudier la question et avoir acquis les preuves que l'on avait importé frauduleusement des quantités énormes de haricots de Java ou de Birmanie et des pois d'Amérique ou du Japon pour en faire de la farine, le Dr A. Veillard arrive à cette conclusion que, le rôle du maïs dans l'étiologie de l'encéphalite léthargique a été très secondaire, pour ne pas dire nul, et que la vraie cause de l'encéphalite léthargique a été la consommation du phaseolus lunatus ; quant à l'encéphalite spasmodique, elle n'était que le lathyrisme autrefois décrit par Cantani et Proust ».

Nous livrons ces documents à la réflexion de nos lecteurs. Ils en tireront les conclusions que leur bon sens et leur droiture leur dicteront.

Quant à nous, nous pensons que ce petit exemple devrait ouvrir les yeux à nos maîtres de l'hygiène officielle et les engager, tout en planant dans les nuées des virus filtrants, de daigner jeter de temps à autres un regard sur les intoxications alimentaires ; peut-être trouveraient-ils là la solution de quelques problèmes sanitaires.

Et ce ne sera pas un petit mérite pour le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire, d'avoir, seul, du fond de sa province, su attirer l'attention sur un danger public de cette importance.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson (1)

VIII

Les vomissements essentiels du nourrisson.

Par P. ROHMER,

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les vomissements sont le phénomène le plus banal que nous rencontrons dans la pathologie du premier âge. Ils peuvent être un symptôme de début d'une maladie infectieuse, d'une grippe, d'une simple angine, d'une pneumonie, d'une pyélo-cystite, d'une méningite, etc. ; quelquefois, ils persistent pendant toute la durée de la maladie et en constituent même le symptôme prédominant. Ils font partie, d'autre part, de la symptomatologie des affections gastro-intestinales fonctionnelles et infectieuses ; finalement, il ne faut jamais non plus oublier de songer à la possibilité d'une péritonite, d'une appendicite, d'une hernie étranglée, et surtout d'une invagination, — de cette dernière surtout, qui est si fréquente à cet âge et dont le diagnostic précoce est d'une importance capitale !

Les vomissements chroniques peuvent être, chez le jeune nourrisson, l'expression de malformations congénitales, telles que de sténoses situées quelque part le long du tube digestif, de compressions ou adhérences des anses intestinales, d'un mégacôlon, etc.

Quand on a éliminé toutes ces possibilités, on se trouve souvent, chez les nourrissons, en présence de vomissements purement fonctionnels, qui ne sont pas secondaires à une autre maladie et dans lesquels toute cause anatomique fait également défaut. C'est cette catégorie très fréquente de vomissements qui sera traitée dans cette leçon ; nous les appellerons les vomissements essentiels.

Vomissements habituels

Si nous faisons abstraction de la sténose hypertrophique du pylore, à laquelle nous réserverons une place à part, les vomissements habituels présentent une série ininterrompue de types cliniques, qui vont depuis les formes les plus bénignes jusqu'aux vomissements graves et incoercibles.

La *régurgitation* est un petit phénomène banal, qu'on peut qualifier de physiologique s'il ne se produit qu'accidentellement. Elle se fait sans effort, et sans aucun signe de malaise de la part de l'enfant, par unique contraction de l'estomac et sans participation de la paroi abdominale. Nous nous trouvons déjà sur les confins du pathologique, si la régurgitation est habituelle, c'est-à-dire, si l'enfant régurgite un peu de lait après chaque repas. Dans ces cas, on peut accuser quelquefois, comme facteur étiologique, une vraie suralimentation, mais la plupart du temps, on constate que l'alimentation de l'enfant est absolument rationnelle, de sorte qu'on est obligé d'admettre, pour expliquer la régurgitation habituelle, l'existence d'une certaine hypersensibilité ou hyperexcitabilité de la muqueuse de l'estomac que nous rencontrons d'ailleurs aussi dans l'étiologie des autres types de vomissements du nourrisson.

Parfois, les régurgitations sont accompagnées ou précédées de *hoquets* ; ces cas forment la transition entre les régurgitations et les vrais *vomissements*. Ces derniers sont explosifs, à jet, souvent accompagnés de coliques. Ils se produisent un quart-d'heure jusqu'à 1 h. 1/2 après le repas ; ils débutent d'habitude avant le troisième, et très rarement après le huitième mois. Les enfants rejettent presqu'après chaque repas des quantités plus ou moins grandes de la nourriture qu'ils viennent d'ingérer. Suivant l'intensité des vomissements, la croissance des enfants peut en être plus ou moins affectée. De temps en temps, cet état alterne avec des périodes de vomissements plus graves, incoercibles, dans lesquelles chaque crise de vomissements s'annonce par de l'agitation et des cris de douleur qui cessent quand l'enfant a vidé son estomac. La courbe du poids s'arrête ou baisse.

(1) Voir *Concours médical*, 1924, nos 5, 9, 14, 18, 22, 27 et 31.

Dans toutes ces formes, il n'y a jamais d'exagération du péristaltisme de l'estomac ; les selles sont d'habitude dyspeptiques et plus ou moins fréquentes ; jamais elles ne sont arrêtées.

La radiographie montre que la forme de l'estomac est normale et que le pylore est perméable ; l'estomac se vide en temps normal.

Ces différentes formes de vomissements peuvent alterner entre elles ; plus souvent, le même type est conservé pendant toute la durée de la maladie.

Dans quelques rares cas, les vomissements s'expliquent par de l'aérophagie ; l'estomac est trop gonflé d'air, après les repas, soit que l'enfant en avale trop pendant les repas, soit que l'air n'en puisse plus sortir, par suite d'un spasme du cardia. Dans les deux cas, l'estomac, hypertendu, s'en débarrasse brusquement, et l'air, en sortant, entraîne des quantités plus ou moins grandes d'aliments. Ces cas d'aérophagie sont cependant très rares et beaucoup moins fréquents que certains auteurs ont bien voulu dire.

Très rarement aussi, nous voyons des vomissements se produire à la suite de légères secousses chez des enfants qui souffrent d'atonie musculaire générale et d'atonie gastrique en particulier.

On peut aussi songer, dans certains cas, avec M. Weill (de Lyon), à une intolérance pour le lait que l'on donne à l'enfant.

Dans l'énorme majorité des cas de vomissements habituels, on ne trouve aucune cause directe ; ils ne sont que l'expression d'une névropathie constitutionnelle. Parfois, on les rencontre chez des enfants sous-alimentés (Variot), d'autres fois à la suite d'une suralimentation, mais la plupart du temps la proportion et le dosage de la nourriture sont parfaitement corrects. Quelquefois, c'est la graisse de la nourriture qui est mal supportée, même dans le lait de femme ; on pourrait admettre, dans ces cas, une action irritante des acides gras sur une muqueuse gastrique anormalement sensible. L'introduction d'une nourriture écrémée fait, en effet, quelquefois cesser les vomissements ; cependant, ce résultat est loin d'être régulier, et on obtient souvent de meilleurs résultats avec les modifications les plus variées de la composition ou la consistance de la nourriture. Nous sommes donc certainement en présence de la réaction d'un estomac hypersensible, dont les conditions étiologiques sont encore obscures.

Comment faut-il traiter cette maladie ?

En tous les cas, on surveillera et règlera l'alimentation. On évitera, le cas échéant, la suralimentation ou la sous-alimentation ; on recherchera et combattra une aérophagie éventuelle, qui peut être la suite d'une façon défectueuse de téter ou de prendre le biberon. On n'oubliera pas de provoquer le hoquet pendant ou après la tétée, on fera au besoin donner la nourriture à la cuillère, on donnera de nombreux petits repas, on empêchera les enfants de provoquer des vomissements en mettant les mains dans la bouche.

Si l'enfant est au sein, on ne changera rien à la nourriture. S'il est allaité artificiellement, je commence d'habitude par faire un essai avec une nourriture pauvre en matière grasses, de préférence avec du babeurre. Si cette tentative échoue, on a le plus de chance de réussir avec une nourriture très concentrée, par exemple, avec des bouillies épaisses au demi lait (ou au lait pur chez des enfants plus âgés), avec du lait condensé, ou du lait albumineux concentré qu'on trouve dans le commerce, et qu'on peut préparer soi-même, en supprimant l'addition de l'eau au lait albumineux. Quelquefois, on a de bons résultats avec des coupages de lait hypersucré (10 p. c. de sucre sur la quantité totale du mélange, Nobécourt (1). On a aussi eu quelquefois des succès avec du lait traité préalablement avec de la présure, d'après la prescription suivante :

« On remplit une bouteille aux deux tiers avec du lait non bouilli, tiédi à 40°, on l'additionne d'une bonne pincée de présure, d'une cuillerée-mesure de Kymosine Rogier ou d'une préparation analogue, on attend la coagulation et on agite fortement, jusqu'à ce que le caillot ait complètement disparu et que le lait forme une émulsion fine et homogène. Ce lait est utilisé comme le lait ordinaire ».

Comme médicament, nous employons exclusivement le sulfate d'atropine que nous donnons dans les solutions au millième ou au deux millièmes. Il faut commencer avec des doses petites, par exemple, avec 3 à 5 fois par jour, une goutte de la solution au millième, avant les repas, et monter lentement. Grâce à cette façon de procéder, la tolérance pour le médicament augmente, et nous avons souvent pu aller jusqu'à 30 et 50 gouttes de cette solution par jour. L'atropine nous rend des services précieux dans notre clinique, où la surveillance étroite des enfants est facilement réalisable. Son application est plus malaisée dans le milieu familial, car la tolérance des enfants pour l'atropine est différente, et souvent nous rencontrons une intolérance marquée. On guettera donc soigneusement les premiers avertissements d'une intoxication : rougeur vive et sécheresse des muqueuses, des lèvres et de la langue, érythème souvent scarlatiniforme. A un degré plus avancé, mais qu'on peut toujours éviter et que nous n'avons jamais observé à la Clinique, on trouve des pupilles dilatées, la respiration rapide et superficielle, des mouvements violents de déglutition ; le pouls de-

(1) Quand la nourriture est trop concentrée, il faut offrir à l'enfant un peu de thé entre les repas, ou lui administrer quelques lavements à la solution de Ringer.

vient petit et rapide ; quelquefois, il y a de la fièvre. D'autres médicaments, comme la cocaïne, l'anesthésine, la papavérine, le citrate de soude (Variot), ne nous ont pas donné des résultats appréciables ; j'en dis autant des lavages de l'estomac.

Mérycisme.

Mentionnons encore cette affection étrange, dans laquelle les enfants font remonter à la bouche, et souvent expulsent complètement une partie plus ou moins grande, quelquefois même presque la totalité du repas qu'ils viennent d'ingérer. La rumination se fait toujours sans effort ; les enfants ont l'air de se livrer à un jeu qui semble leur procurer un certain plaisir. On a pu observer que cette habitude commence par des régurgitations involontaires ; les enfants apprennent à les provoquer volontairement, par exemple, en mettant les mains dans leur bouche ; ils finissent par y prendre goût et en font une habitude. Ils peuvent reperdre, de cette façon, une bonne partie de leur nourriture, et j'ai vu de ces petits malades qui se sont affaiblis au point d'en mourir, soit par inanition, soit à la suite d'une infection terminale intercurrente.

Il faut donc bien la prendre au série ux. Quelquefois on arrive à guérir les enfants en détournant leur attention pendant les repas, en les empêchant de porter les mains dans la bouche ou par d'autres mesures éducatrices. Nous avons eu les meilleurs résultats en donnant aux enfants une nourriture très concentrée, dans une des formes que je viens de recommander pour le traitement des vomissements habituels ; on leur introduit la quantité d'eau nécessaire par des lavements ou par un procédé analogue.

Sténose hypertrophique du pylore.

Cette maladie a beaucoup d'analogie et est prochement apparentée aux vomissements habituels. Elle est caractérisée par des vomissements, qui peuvent commencer dès le premier jour de la vie, mais qui, d'habitude, n'apparaissent qu'après un intervalle libre de 2 à 4 semaines et même de plusieurs mois, pendant lesquels les enfants, qui souvent sont au sein, prospèrent et se comportent comme des enfants bien portants.. Puis les vomissements commencent. Quelquefois, ils éclatent brusquement dans toute leur violence, sans aucune cause apparente. D'autres fois, leur début est insidieux ou se rattache à un écart de régime, un essai de sevrage, une dyspepsie aiguë quelconque. Au début, les enfants rejettent, pendant ou immédiatement après les tétées, tout ce qu'ils ont bu, avec violence et avec des signes de douleur manifestes ; quelques gorgées de lait maternel ou même d'eau peuvent provoquer des spasmes intenses et douloureux. Tôt ou tard, les vomissements s'espacent, mais en deviennent d'autant plus volumineux ; il se produit de la stase gastrique.

Le pylore est presque complètement imperméable ; c'est pourquoi la constipation est de règle. L'urine est rare, et l'enfant n'émet que tous les quelques jours des selles, dites d'« inanition ». La constipation est donc un des signes caractéristiques, qui distinguent cette affection de la maladie des vomissements habituels. L'observation attentive de l'enfant nous permet d'en constater d'autres ; en première ligne, on voit souvent de fortes ondulations péristaltiques de l'estomac, sortant sous le rebord costal de l'hypochondre gauche, cheminant vers le pylore ; souvent elles se suivent spontanément, sans interruption ; d'autres fois on peut les provoquer par une légère excitation de la région épigastrique. En second lieu, on peut presque toujours palper, à droite de la ligne médiane, une petite tumeur ronde et dure de la grosseur d'une noisette, qui n'est autre chose que le pylore épaissi et contracté.

Cette affection a donc la plus grande ressemblance avec la forme grave des vomissements habituels dont je viens de parler. Ce qui l'en distingue, c'est l'image anatomo-pathologique. Dans les vomissements habituels, l'estomac ne présente aucune anomalie. Dans la sténose hypertrophique du pylore, la musculature pylorique est hypertrophiée ; elle forme un cylindre d'une longueur de 2 à 3 cm., dont les parois ont environ 5 mm. d'épaisseur et sont d'une consistance cartilagineuse ; l'examen microscopique montre qu'elles se composent de la musculature pylorique hypertrophiée et fortement contractée. La muqueuse forme des plis qui proéminent dans la lumière du canal pylorique ; ce dernier est fortement rétréci, et à peine perméable pour une sonde, au lieu d'avoir un diamètre de 3 à 4 mm. La musculature du reste de l'estomac est également hypertrophiée ; cette hypertrophie va en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne du pylore.

En règle générale, la lumière de l'estomac n'est pas agrandie, surtout au début de la maladie. Plus tard, on trouve assez fréquemment une légère dilatation ; ce n'est qu'exceptionnellement que celle-ci peut prendre des dimensions considérables.

Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie de cette affection, qui est encore obscure. Il est certain qu'il y a hypertrophie de la musculature pylorique, mais, tout d'abord, celle-ci n'implique pas nécessairement une sténose du pylore, qui ne s'explique que par une contraction spasmodique. D'autre part, une simple sténose du pylore aurait pour première conséquence une rétention du chyme et une dilatation de l'estomac. Ce n'est que secondairement que se produiraient des vomissements. Par contre, dans la présente maladie, les vomissements prédominent dès le dé-

but ; l'estomac peut être trouvé absolument vide et dans les cas graves, ne tolère pas une goutte de liquide.

Nous sommes donc en présence de deux faits, l'un d'ordre anatomique, l'autre d'ordre fonctionnel et nerveux. Nous n'essayerons pas de discuter les théories — parfaitement insuffisantes d'ailleurs — qui essayent de les réunir dans une unique conception pathogénique ; nous nous bornons à constater leur coexistence. Nous verrons qu'il faut tenir compte des deux dans le traitement de la maladie.

Traitement

Cliniquement, les symptômes d'hyperexcitabilité nerveuse de la muqueuse gastrique prédominent ; sous ce rapport, le traitement est en principe le même que celui des vomissements habituels.

En tous les cas, il est préférable de conserver ou de remettre les enfants au sein. On a conseillé, pour les enfants qui sont au sein, de les y laisser tout simplement, et de ne rien changer au nombre des tétées. Cela n'est certes pas la meilleure méthode de traitement, mais elle a donné des résultats très appréciables, et le médecin de famille pourra y recourir facilement quand d'autres ressources lui feront défaut.

Mais il vaut incontestablement mieux de donner de petits repas plus fréquents, par exemple, dix repas par jour, surtout si l'on dispose de lait de nourrice exprimé. A son défaut, on donnera du babeurre, ou les autres nourritures que j'ai recommandées pour le traitement des vomissements habituels. Il peut être utile de les donner glacées.

Les lavages d'estomac sont indiqués s'il y a rétention du chyme dans l'estomac ; en ce cas, on se servira d'une eau alcaline (eau de Vichy) tiède.

Les médicaments (atropine, papavérine) ne nous ont pas donné beaucoup de résultats.

Jusqu'ici, le traitement alimentaire est identique à celui des vomissements habituels. Mais, dans la sténose hypertrophique du pylore, les symptômes sont plus graves et réclament encore certaines mesures plus énergiques.

Comme le pylore est plus ou moins complètement fermé, le danger d'inanition et de dessiccation est grand ; on les préviendra par des lavements à des solutions de Ringer ou des solutions glycosées. On peut aussi se servir du goutte-à-goutte ou, si l'intestin ne les retient pas, d'infusions sous-cutanées.

Ce traitement médical demande à être appliqué minutieusement et avec discernement, en tenant compte des conditions et de la réaction spéciale de chaque cas. Bien appliqué, il permettra, d'après mes propres expériences, de sauver environ 80 p. c. des enfants. Il n'y a jamais de récidive che z les enfants guéris ; l'hypertrophie de la musculature pylorique persiste, du moins pendant quelques années, mais les vomissements ne se renouvellent pas ; le péristaltisme exagéré persiste encore pendant quelque temps, puis disparaît, et l'évacuation de l'estomac se fait ultérieurement dans le même laps de temps que celle d'un estomac normal.

Souvent, on a aussi recours à une intervention chirurgicale. La seule méthode opératoire qu'on pratique encore maintenant, c'est la pyloroplastie extra-muqueuse : on sectionne complètement la couche musculaire hypertrophiée et contractée, sans léser la muqueuse. Le succès est d'habitude immédiat ; dès le lendemain de l'opération, la nourriture est supportée sans vomissements. Mais la méthode a aussi ses inconvénients. Sans parler du choc opératoire, nous avons vu des broncho-pneumonies survenir à la suite de l'opération. En plus, celle-ci présente certaines difficultés techniques ; il n'est souvent pas facile de sectionner intégralement toute la musculature, et, dans ces cas, les vomissements continuent comme auparavant, avec le choc opératoire en plus.

Chacun des deux traitements a donc ses avantages et ses inconvénients, et leurs résultats sont à peu près pareils.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Le diagnostic de la grossesse gémellaire.

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1)

Il s'agissait d'une femme de 28 ans, primipare, dont les dernières règles avaient eu lieu le 12 septembre ; elle se trouvait donc à peu près à terme lors de son entrée, et l'on était frappé de l'extrême développement de l'utérus. On pensait à la grossesse gémellaire, mais on ne pouvait l'affirmer avec certitude, puisque l'on constatait seulement la présence d'une tête au détroit supérieur et d'un dos à gauche. Néanmoins, l'accouchement, qui d'ailleurs fut assez difficile, se termina par la naissance de deux jumeaux.

(1) Leçon faite le 19 juin 1924 à la maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr Laporte.

L'intérêt de cette question est d'ordre moral et d'ordre médical : d'ordre moral, parce que jamais la réputation du médecin et par conséquent de la sage-femme, ne se trouve plus gravement engagée que lorsqu'il s'agit de déterminer si une grossesse est double. Les personnes qui ne sont pas familiarisées avec les difficultés de l'obstétrique trouvent singulier qu'on ne puisse compter s'il y a un ou deux fœtus, et je vise non seulement le grand public, mais peut-être plus spécialement le public médical.

Quant à l'intérêt médical, il est grand : si la dystocie est attribuée à une grossesse simple, la question de l'opportunité d'une césarienne pourra être discutée ; la conduite sera diamétralement opposée si l'on a reconnu une grossesse gémellaire.

En pratique, il faut envisager trois sortes de cas ; ceux où le diagnostic est impossible à formuler avec certitude, et où l'on est réduit à une présomption ; ceux où le diagnostic est aussi net à formuler que celui d'une grossesse simple, pourvu que l'on connaisse les lois les plus élémentaires du palper. Entre ces deux extrêmes, il y a des cas présentant des difficultés plus ou moins grandes et où le diagnostic peut être discuté, les uns penchant pour une grossesse simple, les autres pour une grossesse double.

La première difficulté vient de ce que l'on ne pense pas assez à la gémelliparité, étant donné sa rareté relative, rareté réelle, car on peut estimer les jumeaux à un pour cent des accouchements environ.

En second lieu, ce qui rend ce diagnostic difficile, c'est l'excès de tension de l'utérus.

Le palper abdominal est une méthode qui consiste à déprimer un utérus ; elle est donc facile quand l'utérus est souple, mais difficile quand celui-ci est dur, quand il y a exagération de la tension intra-utérine, comme toutes les fois où il y a trop de substance dans un utérus, que ce soit un gros fœtus, une quantité exagérée de liquide amniotique, une multiplicité des fœtus.

Un autre caractère, se reliant au précédent, est l'*irritabilité* de l'utérus, qui se contracte sous votre main.

Les difficultés viennent encore d'une cause qui n'est pas rare, c'est la très grande inégalité des fœtus jumeaux : l'un, par exemple, est de 3 kgr 40, l'autre de 1 kg. 200. Ayant senti la présence du premier, on ne cherche pas d'autre explication au gros volume de l'utérus.

Une autre cause d'erreur tient aux positions anormales ou exceptionnelles des deux fœtus l'un par rapport à l'autre. Dans la position classique ordinaire, les deux fœtus sont *juxtaposés*, l'un à droite, l'autre à gauche ; dans certains cas rares, il se peut qu'il existe des fœtus *superposés*, l'un à l'étage inférieur, l'autre à l'étage supérieur ; dans d'autres cas, ils se placent l'un devant l'autre, c'est ce qu'on appelle, depuis, Budin, les fœtus *antéposés* : fatalement, le palper ne permet de sentir que le fœtus superficiel ; l'autre est masqué ; on ne peut non plus entendre les bruits du cœur de ce second fœtus.

Les *éléments de diagnostic positif* reposent sur tous les moyens d'exploration de la femme gravide, depuis l'interrogatoire jusqu'à la radiographie.

L'interrogatoire donne la notion de l'hérédité gémellaire. Il y a lieu d'en tenir compte. Mais la notion inverse, c'est-à-dire le cas où la parturiente dit qu'il n'y a jamais eu de jumeaux dans sa famille ne doit pas être un argument pour rejeter l'hypothèse d'une grossesse gémellaire. Il n'en est pas moins vrai que, dans un très grand nombre de cas, la grossesse gémellaire nous apparaît avec un caractère familial, dont il faut chercher l'origine du côté de l'hérédité paternelle ou maternelle, non seulement parmi les ascendants, mais dans les collatéraux.

Cette première notion orientera votre esprit, mais n'en tirez aucune donnée certaine.

L'interrogatoire renseigne sur l'exagération des troubles ordinaires de la gravidité, malaises, fatigues, démarche, etc.

Beaucoup de gémellaires sont des multipares ; la femme peut alors comparer sa grossesse actuelle aux précédentes. Elle dira, par exemple, qu'à la même époque de la grossesse précédente, elle n'était pas si grosse, que jamais elle ne s'est sentie aussi lourde, et elle-même se demande si elle n'aurait pas deux jumeaux. Elle sent remuer partout ; quelquefois, elle dit plaisamment qu'elle en a « toute une portée ».

Souvent, ce sont des femmes albuminuriques ; l'albuminurie existe plus souvent encore que dans la grossesse simple. De plus, cette albuminurie constitue un état isolé ; elles n'ont pas le syndrome des intoxiquées avec hypertension, signe précurseur de l'éclampsie.

A l'*inspection* au voisinage du terme, on est frappé, dans les cas typiques, tout d'abord de l'énormité de l'abdomen, qui est en désaccord avec l'époque supposée de la grossesse.

Le second signe que montre l'inspection, signe classique, mais inconstant, c'est l'*œdème sus-pubien*, qui dessine un triangle de peau légèrement boursouflée, d'apparence un peu blafarde et goudronnée.

On voit encore de l'œdème et des varices des membres inférieurs, plus prononcées que dans les grossesses simples, c'est vrai, mais les varices sont tellement fréquentes chez les multipares et chez les femmes obligées par leur profession (cuisinières, infirmières, vendeuses) de se tenir debout toute la journée qu'on ne peut en tirer de conclusion au point de vue du diagnostic de la grossesse gémellaire. D'autre part, la grossesse gémellaire peut ne pas s'accompagner de varices ;

notre parturiente n'en avait pas trace. L'inspection montrera encore au niveau de la vulve des varices extrêmement prononcées.

La mensuration de l'abdomen peut aussi fournir certains renseignements .

La palpation se propose la recherche des *pôles* et des *dos*. Quand on trouve quatre pôles, on peut être affirmatif. Dans la majorité des cas, une tête est en bas, et généralement engagée, le deuxième pôle est au voisinage du premier, et les deux autres pôles sont dans les cornes de l'utérus. Si l'on ne trouve que trois pôles, deux en bas et un en haut, il s'agit incontestablement de deux jumeaux, isolés ou adhérents. Dans un troisième cas, on ne trouve que deux pôles. Si ce sont deux têtes, et on peut s'en assurer par le palper chez des multipares à paroi souple, il n'est pas douteux qu'il y a deux jumeaux. Il n'en est plus de même si ce sont des sièges, qui sont bien moins faciles à caractériser.

On peut encore dire que ce sont deux jumeaux si les deux pôles sont trop éloignés l'un de l'autre pour appartenir à un seul fœtus, mieux encore, s'ils sont trop près pour appartenir au même fœtus.

Quand il y a une tête de fœtus ballottant au détroit supérieur et qu'au fond de l'utérus, on trouve un autre pôle, la recherche de la transmission du choc imprimé au pôle inférieur avec un ou deux doigts introduits dans le vagin a sa valeur, mais elle peut tromper ; il peut se faire en effet qu'il y ait deux fœtus et que, du même coup, on meuve à la fois les deux jumeaux, le pôle qui est dans le fond de l'utérus n'appartenant pas au même fœtus que le pôle inférieur. D'autre part, les deux pôles peuvent appartenir à un seul fœtus, mais ce fœtus peut plier sur son cou, ce qui empêche la transmission du choc.

La quatrième hypothèse est celle où on ne trouve qu'un pôle. Ici, on peut avoir seulement des présomptions. Si ce pôle paraît disproportionné avec le volume total de l'utérus, alors qu'il n'y a pas d'hydramnios, c'est, a-t-on dit, un signe de l'existence de jumeaux.

La recherche des *dos* est aussi importante sinon, plus, que la recherche des pôles, car le dos forme un plan résistant bien reconnaissable au palper. La constatation d'un dos à gauche et d'un dos à droite permet d'affirmer l'existence d'une grossesse gémellaire.

Le *toucher* donne les caractères du pôle qui est engagé et ses dimensions, et par conséquent, sert de moyen de contrôle aux renseignements fournis par le palper.

L'*auscultation*, contrairement à l'opinion courante, est un moyen défectueux pour diagnostiquer la grossesse gémellaire, car la perception de deux foyers maxima de bruits du cœur ne battant pas au même rythme n'est pas un signe certain ni facile à constater. D'abord, il peut exister deux foyers dans une grossesse unique, dans certaines positions, notamment dans l'occipito-iliaque gauche postérieure. D'autre part, pour reconnaître que les deux cœurs ne battent pas au même rythme, il faudrait deux observateurs pour ausculter, un troisième pour mesurer le temps avec un chronomètre. Il y a une zone intermédiaire médiane où l'on entend presqu'également bien les deux cœurs fœtaux dont les bruits sont confondus. On peut entendre un rythme à quatre temps, tenant à ce que les deux bruits du cœur de chaque fœtus se juxtaposent l'un à l'autre. Ce signe décrit par les accoucheurs italiens est un des meilleurs.

La *radiographie*, quand elle est possible, donne des renseignements sur la présence d'une grossesse double, mais il ne faut pas oublier que le fœtus est mobile, de sorte que l'apparence multiple de deux colonnes vertébrales, ou de deux têtes sur la radiographie, peut tenir à des images successives données par un seul fœtus.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter longuement sur le chapitre du diagnostic différentiel. On ne peut guère confondre la grossesse gémellaire avec autre chose. Chez les femmes ayant d'épaisses parois, un pannicule adipeux énorme, on peut se demander s'il y a un ou deux fœtus : il y a là une difficulté du palper. Il faut savoir aussi que très souvent, les femmes obèses ont de très gros fœtus. La cause d'erreur classique roule sur cette question : y a-t-il deux fœtus, ou un seul gros enfant ? Dans ce dernier cas, la tête est grosse, elle est plus petite dans la gémelliparité. Les deux pôles sont dépendants dans un cas, indépendants dans l'autre, etc. Bref, on se reporte aux signes précédemment décrits.

Un autre diagnostic classique, mais souvent mal posé, est celui de l'*hydramnios*. Il est mal posé parce que le diagnostic de l'hydramnios est facile ; c'est un œuf hypertendu, rénitent ; il faut dire : étant donné qu'il y a hydramnios, celle-ci est-elle de cause gémellaire ou non ?

S'il existe, chez la parturiente, une syphilis manifeste, vous pourrez conclure à une hydramnios syphilitique ; sinon, vous penserez à la gémelliparité.

On a coutume de poser le diagnostic différentiel de la grossesse gémellaire et d'un fœtus unique accompagné d'une tumeur telle qu'un fibrome, ce qui en imposerait pour deux têtes de fœtus. Le fibrome ne sera pas confondu avec une tête de fœtus à laquelle il ne ressemble jamais. Quant au kyste de l'ovaire, il est encore plus invraisemblable de pouvoir le confondre avec une tête de fœtus.

Le diagnostic de la grossesse gémellaire repose, on le voit, sur des signes assez nets et possibles à contrôler ; néanmoins dans certains cas, c'est un des diagnostics les plus difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

Au chevet de l'Empereur (1) L'Histoire médicale de Napoléon Ier

« Sans altérer un fait historique, écrit J.-J. Rousseau dans *Emile*, mais en étendant ou resserrant les circonstances qui s'y rapportent, que de faces différentes on peut lui donner ! Mettez un même objet à divers points de vue, à peine paraîtra-t-il le même, et pourtant rien n'a changé que l'œil du spectateur ». C'est cette citation que Cabanès donne comme préface à son nouveau livre : *Au chevet de l'Empereur*. C'est en médecin qu'il va suivre la stupéfiante carrière de Napoléon.

La Sagesse des Nations avait émis un adage exprimant une opinion analogue à celle de Jean-Jacques : « Nul n'est grand'homme pour son valet de chambre ». Cabanès va nous montrer que lorsque l'on pénètre, comme le médecin, dans l'intimité des héros, ils perdent beaucoup de leur prestige !

Issu d'une famille arthritique, d'un père cancéreux et d'une mère rhumatisante, Napoléon Bonaparte était en naissant frêle et chétif, bien que venu à terme. Pourvu d'une grosse tête, avec une figure pointue, des lèvres minces et une extrême maigreur, il ne fut pas un bel enfant. Il était d'autre part entêté, violent, irascible, querelleur et lutin, de son propre aveu.

Il se plaignait durant son enfance d'insomnie et d'irritabilité nerveuse mais il ne fut atteint d'aucune maladie. Mis quelque temps en pension à Autun, ses maîtres remarquèrent qu'il était sombre, pensif, impérieux, dominateur, mais très intelligent. Admis à l'école de Brienne en 1779, il fut ensuite élève de l'école du Champ de Mars, d'où il sortit officier. Sa première garnison fut Valence, où il était lieutenant en second à la compagnie des bombardiers du régiment de La Fère. Il se montra sauvage, méditatif, défiant et timide. En dehors du service, il lisait avec passion J.-J. Rousseau. Il retourna à Ajaccio, passa à Paris, puis fut à Auxonne (1786-1788), où il s'adonna à l'étude du dessin, des mathématiques, de la stratégie et de la phrénologie.

S'étant soumis par économie au régime lacté, il tomba malade et eut de la peine à se remettre. Il est probable que l'affection dont il fut atteint fut les fièvres palustres. Il n'en travaillait pas moins avec acharnement. Il fut victime alors de deux accidents qui auraient pu avoir de fatales conséquences ; une fois, en patinant sur les fossés du fort, la glace se rompit et il faillit être englouti . Une autre fois, il faillit se noyer et fut avec peine rappelé à la vie.

Tour à tour à Valence, à Paris, en Corse, on le retrouve en 1793 à Avignon où il tombe malade (?). Il va de là à Nice attaché au service des batteries de la côte. A cette époque survint l'occupation par les Anglais de Toulon, livré par trahison, et la reprise de la ville par les Français le 17 décembre 1793. Bonaparte se distingua comme commandant l'artillerie. De là date la fortune de Napoléon ; il eut au siège de Toulon un cheval tué sous lui, reçut en montant à l'assaut un coup de baïonnette à la cuisse et contracta la gale, en servant une pièce de canon au moyen d'un refouloir manié par un artilleur galeux qui venait d'être tué. Bonaparte devait garder la gale durant plusieurs années, car on ne savait pas alors la soigner. Il souffrit d'ailleurs fort longtemps d'une dermatose eczémateuse dont l'origine paraît remonter à cette gale.

Nous le retrouvons après le 9 thermidor devenu général inspectant les côtes de la Méditerranée. Il y rencontra Desgenettes et le consulta à Nice sur son état de santé assez mauvais. Mais Desgenettes lui prescrivit trop de drogues, Bonaparte le traita de « discoureur » et ne suivit pas ses conseils. Il arriva à Paris en 1795 avec un aspect minable, épousa l'année suivante la veuve du général de Beauharnais guillotiné sous la terreur et il prit aussitôt le commandement de l'Armée d'Italie. En septembre 1797 il demanda à être relevé de ses fonctions à cause de l'altération de sa santé. Il se plaignit d'un rhume rebelle, de migraines avec fièvre. Remis, il s'embarqua bien que d'apparence souffreteuse, le 19 juin 1798, pour l'Egypte. Corvisart qui le vit à cette époque, le crut atteint d'une affection du cœur. Il ne paraît pas avoir souffert en Egypte, ni en Syrie. Ce fut à Jaffa que, pour rassurer l'armée, terrassée par l'épidémie de peste, il prit un pestiféré dans ses bras et le porta à son lit.

Revenu en France, il était, dit-on, alors « fort maigre et très jaune et avait le teint cuivré, les yeux assez enfoncés » ; il supporta d'abord mal le changement de climat. Ce qui frappa alors dans son aspect, c'est sa tête très forte, son front large, ses traits réguliers. Il avait un grand soin de sa personne mais rongeait souvent et légèrement ses ongles.

Du coup d'Etat du 18 brumaire aux premiers temps du Consulat, sa santé restait chancelante. Pendant la scène du 18 brumaire au Conseil des Cinq-Cents, il pâlit, trembla, tomba presque en syncope. Il souffrait alors d'une affection prurigineuse du visage, il s'égratigna en se grattant et le sang coagulé sur son visage fit craindre un instant qu'il avait été victime d'un attentat.

A cette époque, selon un contemporain, Bonaparte avait une chétive figure, les yeux ardents, sa santé était mauvaise, il était couvert de dartres qui accroissaient sa violence et son activité. Il dormait

---

(1) Dr Cabanes. — *Au chevet de l'Empereur*, ouvrage orné de nombreuses illustrations. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris. Prix : 15 fr.

trois heures par nuit et ne faisait usage de remèdes que lorsque ses douleurs étaient insupportables.

En 1800, lors du passage du Mont St-Bernard, il avait toujours le même aspect bilieux. En 1803, à Bruxelles, il aurait craché du sang et eu vraisemblablement une congestion pulmonaire. Durant un séjour à la Malmaison, il se plaignait parfois de violentes douleurs dans le côté droit (peut-être des coliques hépatiques).

En temps de paix, à cette époque, Bonaparte se levait à 7 h. 1/2 ; bien que frileux, il adorait l'air frais du matin, prenait une tasse de thé ou de feuilles d'oranger, se rasait lui-même ; il détestait la fumée du tabac, avait la manie de priser et une passion pour les bains chauds. Au sortir du bain, il se faisait frictionner très fort et inonder d'eau de Cologne. Il était parfois sujet à de la toux et de l'ischurie.

Il se trouvait bien des exercices violents et pouvait rester douze à quatorze heures à cheval.

De 1802 à 1806, sa santé fut excellente. Son ambition satisfaite, Napoléon, empereur, prit un tout autre aspect que le général Bonaparte. L'embonpoint le gagna peu à peu. Le 27 septembre 1806 à Mayence, Napoléon était, en présence de Joséphine et de Talleyrand, pris de faiblesse, de larmes, de spasme, ssuivis de convulsions et de vomissements. Ce qui ne l'empêcha pas de partir en campagne peu après et de vaincre à Iéna.

En 1808, ceux qui l'observaient constatèrent une transformation complète. La figure s'était empâtée, les yeux avaient toujours la même profondeur dans le regard, mais non plus la même vivacité, le front était plissé, le menton moins anguleux, le torse avait pris plus de développement que les membres inférieurs. La parole était plus embarrassée, l'Empereur était moins violent et plus maître de lui. En avril 1809, il fut blessé à Ratisbonne, mais légèrement, au pied gauche. En mai 1809, Napoléon à Vienne souffrait d'une éruption à la nuque qui était rebelle et l'inquiétait. Corvisart, appelé, fit appliquer un vésicatoire et l'éruption vraisemblablement provoquée par le col rude de la tunique disparût comme par enchantement. Il fut sujet à des crises gastralgiques pénibles et assez fréquentes, notamment à Bayonne.

Le 14 décembre 1809 fut la date du divorce avec Joséphine, suivi en 1810, du mariage avec l'Autrichienne Marie-Louise, et en 1811, de la naissance du Roi de Rome. Napoléon songeait à faire une saison thermale à Avène, dans l'Hérault, petite station préconisée par la Faculté de Montpellier pour le traitement des affections cutanées, quand il entreprit la campagne de Russie. Durant cette terrible campagne, il donna des signes indéniables de fatigue, il souffrit de dysurie, eut de l'œdème des jambes et le pouls fébrile avec intermittences. Ses médecins, Yvan et Mestivier, firent tous deux ces constatations. Le Comte de Ségur a attribué l'échec de la campagne de Russie à son abattement physique et moral. L'Empereur retrouva lors de la retraite toutes ses facultés et son activité

Après les victoires qui lui ouvraient Dresde, il fut pris d'une crise violente de gastralgie avec vomissements tellement pénibles qu'il crut à un empoisonnement, ce qui lui fit modifier son plan de campagne et entraîna la défaite. Il fut pris d'une crise intense qu'a décrite Caulaincourt, au début de la bataille de Leipzig, mais il se reprit et ensuite fut victime de la trahison et du manque de munitions.

Napoléon retrouva cependant toute son énergie pour diriger son admirable campagne de France de 1814. Puis, survint l'abdication de Fontainebleau, le séjour à l'île d'Elbe, où il se porta très bien malgré quelques crises gastralgiques dont l'une fut provoquée par l'ingestion d'une langouste.

Il eut alors comme médecin Foureau de Beauregard qui le soigna d'une laryngite. Il fut sujet à des accès de violente colère provoqués vraisemblablement par l'absence de Marie-Louise qui s'ingéniait à trouver des prétextes pour ne pas venir le rejoindre.

Ce fut le 28 février 1815, que Napoléon prit la décision de revenir en France et il fit jusqu'à Paris une marche triomphale. Il souffrit néanmoins pendant cette période d'hémorroïdes et de crises de dysurie.

A son entrée à Paris, l'Empereur avait vieilli et Théophile Gautier qui avait assisté à son arrivée, fit de lui un tableau saisissant mais assez piteux. Il le montre obèse, se tenant mal à cheval, le nez crochu, le menton en galoche, les traits bouffis et gras, le teint jaune, le regard las.

Durant les Cent Jours, des périodes d'indifférence, de découragement alternèrent avec des réveils d'énergie, de volonté où il retrouvait toutes ses qualités.

La veille de Waterloo, il eut le pressentiment de la défaite et, pendant la bataille, il ne fut pas en possession de tous ses moyens, il manqua de volonté et d'esprit de décision. Il souffrit d'une crise hémorroïdale pénible qui l'obligea de rester presque toujours à pied de l'aveu de Gourgaud et de Bertrand. La mauvaise santé de l'Empereur ne fut pas sans doute l'unique cause de la défaite, mais elle y contribua indubitablement.

Puis voilà l'exil et la fin de Napoléon à Sainte-Hélène.

D'abord bien accueilli aux Briars chez les Bellencombe, il s'y porta à merveille. Puis, il dut habiter Longwood dans un logis aménagé pour lui. Il s'y trouva mal, se plaignit des rats qui l'infestaient. Sa vie fut très réglée et les premiers symptômes du mal qui devait l'emporter, éclatèrent à la fin de 1817. Objet de puériles et mesquines persécutions, espionné, tracassé par une foule de vexations de Hudson Lowe, dont l'esprit était tourmenté par la crainte d'une évasion autant que par la haine qu'il avait pour son prisonnier, l'Empereur vit l'évolution de sa maladie se précipiter.

Les malaises se multiplièrent ; des selles dysentériques, de l'œdème des jambes, de la gingivite, survinrent. Après quelques semaines d'accalmie, l'œdème, l'insomnie, les troubles urinaires redoublèrent

◆◆◆◆

fin septembre 1817. Le médecin O'Meara qui le soignait, constata de l'hépatite. Mais comme O'Meara refusa de remplir le rôle d'espion, Hudson Lowe l'expulsa de Sainte-Hélène (juillet 1818). Napoléon fut privé alors de tous soin smédicaux jusqu'en janvier 1819, refusant par principe l'intervention du Dr Verling que voulut lui imposer H. Lowe.

Le 16 janvier, Napoléon perdit connaissance après un vertige. Le Comte Bertrand obtint qu'on attachât au malade le Dr Stokoë. Mais ce dernier devint encore suspect et fut chassé de Sainte-Hélène comme O'Meara. Il passa en conseil de guerre et fut rayé des cadres de la Marine, pour avoir témoigné trop de sympathie à l'Exilé. Napoléon se passa encore de soins médicaux du 10 mars au 10 avril. Le Dr Verling, enfin accepté par l'Empereur, craignant le même sort que Stokoë, demanda à quitter l'île. Enfin arriva Antommarchi d'origine corse, envoyé par l'oncle de l'Empereur, le cardinal Fesch et par sa mère. L'arrivée d'Antommarchi fut suivie d'une rémission. Mais le malade n'avait pas confiance en ce médecin suffisant et sans valeur, qui, d'ailleurs, lui administra sans propos de la limonade émétisée. Le Dr Arnott, médecin anglais, appelé, posa le diagnostic fatal. L'Empereur, frappé de la noblesse de sa conduite, lui accorda toute sa confiance. Une consultation avec les Drs Short et Mitchell confirma l'état désespéré. Le 5 mai 1821, à 5 h. du soir, Napoléon rendait le dernier soupir.

L'autopsie fut faite par les Dr Short, Mitchell, Livingstone, chirurgien de la compagnie des Indes ; Antommarchi et le Dr Arnott en ont donné deux relations. Outre le cancer de l'estomac, l'on constata que *Napoléon était tuberculeux.*

Telle fut en résumé l'histoire médicale de Napoléon Bonaparte que le Dr Cabanès, avec son talent habituel et son érudition incomparable, a fortement documentée. Nous avons cru intéressant de faire une simple énumération des incidents de la santé de l'Empereur que l'auteur examine, discute et critique avec une sagacité remarquable. En le lisant, nous sommes de plus en plus pénétrés de cette vérité, c'est que les historiens ne tiennent pas suffisamment compte de l'influence de la santé dans les actions des hommes, et qu'il suffit parfois de peu de chose, du grain de sable de Cromwell, par exemple, pour modifier la marche des évènements politiques et troubler l'évolution de l'histoire des peuples.

J. Noir.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'anthrax de la nuque traité par le bouillon vaccin Grémy et l'héliothérapie artificielle,

Par le Dr Joly.

Mme D..., Marie, 55 ans.

Le mercredi 18 juin 1924, je vois cette malade en consultation avec le médecin traitant.

Mme D. présente un anthrax de la nuque.

Deux grands cratères sont visibles, chacun comme une pièce de cinq francs présentant une série de cratères profonds, au fond desquels s'aperçoivent des bourbillons nombreux. Un pont de substance, d'environ 2 centimètres de large, sépare ces deux foyers principaux. Autour des deux masses, vers le sommet de la tête, vers le dos à droite et à gauche, la masse malade est entourée d'une large zone de tissu inflammatoire, de coloration rouge vineux, dure comme du bois et extrêmement douloureuse.

La sécrétion est abondante et la tête est immobilisée sur le tronc, par de la contracture douloureuse des muscles de la nuque.

Depuis une semaine, cette malade, dont l'affection a débuté par un bouton unique le jour de l'Ascension, soit le 29 mai 1924, n'a plus goûté un moment de repos et elle présente aujourd'hui une vaste lésion dont les limites sont, sur les côtés, les feuillets latéraux des aponévroses du cou, vers le haut, les insertions musculaires aux crêtes occipitales, vers le dos, l'apophyse épineuse de la septicémie cervicale.

La température n'est pas très élevée, aux environs de 38°. Le pouls est assez bon, quoique mou et fréquent. L'analyse ne révèle pas la présence de sucre dans l'urine.

La malade est désespérée. Elle pense qu'elle va mourir.

Le lendemain jeudi, vers la fin de la matinée, elle est mise sous narcose. Je débride largement la région infiltrée, et j'enlève à la curette le maximum possible de tissu malade. Tout le tissu sous-cutané, l'aponévrose et d'importants lambeaux musculaires sont enlevés de la sorte.

Elle saigne un peu ; la narcose profonde relâche sa contracture musculaire ; la malade, très affaiblie, se trouve bientôt dans un état presque syncopal, très pâle, le pouls filant, la respiration à peine perceptible.

A ce moment, la nuque présente l'aspect d'un énorme cratère mesurant 12 à 13 centimètres dans le sens transversal, et une dizaine dans le sens vertical Les bords de la peau épaissie de ce cratère sont largement décollés sur plusieurs centimètres de profondeur : ces culs-de-sacs atteignent les limites indiquées plus haut. Le fond est formé de tissu musculaire en lambeaux, d'un rouge sombre qui laisse sourdre, en abondance, le sang, et le pus qui viennent de la profondeur.

En guise de pansement, j'applique sur le tout des compresses de gaze neutre, stérile, imbibées du contenu de trois ampoules de « bouillon vaccin Grémy»,

antistaphylococcique. La malade est remise au lit.

Le lendemain, elle estime avoir moins souffert depuis la veille. Je fais deux pansements identiques, en y associant l'insolation aux rayons ultra-violets. Le petit tableau suivant résumera mieux son traitement

	Insolation	Bouillon vaccin Grémy
Deuxième jour (vendredi 20 juin) :		
A 8 heures	3 minutes	3 ampoules
A 17 heures	5 —	3 —
Troisième jour (samedi 21 juin) :		
A 8 heures	15 —	3 —
A 17 heures	10 —	3 —
Quatrième jour (dimanche 22 juin) :		
A 8 heures	10 —	3 —
Cinquième jour (lundi 23 juin) :		
A 8 heures	10 —	2 —
A 17 heures	10 —	2 —
Sixième jour (mardi 24 juin) :		
A 8 heures	10 —	2 —
A 17 heures	10 —	2 —
Septième jour (mercredi 25 juin) :		
A 8 heures	10 —	2 —
A 17 heures	10 —	2 —
Huitième jour (jeudi 28 juin) :		
A 12 heures	10 — Œ	2 —
Etc.		

Depuis le troisième jour, toute douleur a disparu, la contracture musculaire, reparue après la narcose, a cédé. Les mouvements de la tête sont presque indolores. Il n'y a plus de température. Le pouls bat à 100, est régulier et regagne de volume.

La malade, qu'on devait conduire en chariot à ses séances d'insolation pendant les premiers jours, se rend aux appareils d'héliothérapie, par ses propres moyens, dès le quatrième jour.

La sécrétion de la plaie qui, pendant les deux premiers jours, arrivait à percer le pansement, diminue très rapidement. De gros lambeaux de tissus sphacélés s'éliminent. L'aspect du tissu musculaire revient très rapidement à la normale.

Le jeudi 26 juin, j'ai l'occasion de faire voir la malade par plusieurs praticiens qui constatent qu'elle est guérie de son mal. Le fond du cratère est devenu plan, lisse, et a la belle teinte rosée du tissu musculaire normal. Les bords de la plaie, toujours mobiles et décollés, sont amincis et ont perdu leur teinte vineuse. La zone inflammatoire a tout à fait disparu autour du mal. La malade est guérie de son anthrax, mais a, dans le tissu cutané de la nuque, une perte de substance.

Les deux éléments thérapeutiques auxquels nous avons eu recours, rayons ultra-violets et bouillon vaccin, ont eu, l'un et l'autre, une action microbicide des plus marquée. Ils enrichissent notre arsenal thérapeutique depuis un temps relativement court, et nous avons eu l'occasion d'apprécier leur rôle bienfaisant dans des cas déjà nombreux et variés.

Cette fois, je suis tellement satisfait de ce résultat rapide et heureux que je n'hésite pas à le signaler et à attirer l'attention de mes confrères sur ce cas, que je me permets de qualifier de remarquable et que j'ai vu guérir en huit jours, sans secours d'aucun antiseptique, rien que par l'héliothérapie et les applications du bouillon vaccin, alors que nous sommes trop souvent habitués à voir cette affection redoutable se terminer par une issue fatale.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le diagnostic du coma diabétique.

On sait aujourd'hui quels résultats brillants apportent dans l'acidose et le coma diabétique la diététique, l'alcalinisation intensive et l'insulinothérapie.

Encore faut-il savoir reconnaître l'apparition du coma dès ses premiers indices, car, c'est à ce moment qu'une thérapeutique énergique offre des chances de guérison.

Les *signes prémonitoires* du coma diffèrent dans chaque cas ; ils sont rarement au complet. Les plus constants et les plus significatifs sont : l'*anorexie*, qui succède à un appétit exagéré, de règle chez les diabétiques ; l'*amaigrissement rapide* ; la *somnolence* de plus en plus prolongée et profonde, aboutissant peu à peu à un coma léger, puis au coma complet ; la *dyspnée*, caractérisée, avant tout, par une respiration profonde suspirieuse, et souvent aussi par une accélération des mouvements respiratoires : le *refroidissement des extrémités* ; la *sécheresse de la langue*, d'un très mauvais pronostic ; un état de *malaise* indéfinissable, une soif d'air, parfois une véritable douleur à la base du thorax, aux lombes. La céphalée est rare, autant qu'elle est fréquente chez les urémiques ; il y a plutôt une simple lourdeur de tête. Les vertiges sont inconstants, mais ils sont parfois très marqués ; les crises d'épilepsie sont rares. Parfois, c'est encore une crise de vomissements ou de diarrhée incoercible. Seul l'*examen du sang et des urines* (réaction de Gerhardt au perchlorure de fer) asseoit le diagnostic.

A la période d'état, écrit encore le Pr Marcel Labbé, le coma diabétique peut être confondu

avec le coma par hémorragie cérébrale ou le coma urémique survenu chez un diabétique ; alors en effet l'on peut retrouver dans les urines du glycose et des réactions d'acidose, les deux caractéristiques du coma diabétique. Pour peu que les signes de l'hémorragie cérébrale fassent défaut ou soient très atténués, pour peu que l'hémorragie s'accompagne d'une glycosurie passagère, comme le font souvent les lésions encéphaliques, pour peu qu'il y ait une légère acétonurie, causée par des troubles fonctionnels du foie, fréquents chez les malades obèses et hypertendus, qui sont exposés à l'hémorragie cérébrale, le clinicien peut être induit en erreur. D'autre part, il ne faut pas ignorer que les diabétiques gras, obèses depuis longtemps, sont plus menacés par la néphrite que par le diabète ; souvent ils sont atteints d'accidents brightiques, hypertension et urémie, et ils meurent d'hémorragie cérébrale ou de coma urémique. Ces faits cliniques doivent être recherchés pour ne pas aggraver l'état des malades par une thérapeutique intempestive. (*Arch, des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, 5 février 1924.)

Fréquence de banalité des signes cliniques de l'ulcère gastro-duodénal chronique simple.

Il y a quelques années déjà, L. Pron a montré que s'il était pratiquement impossible de distinguer l'ulcère duodénal de l'ulcère gastrique, fréquemment aussi il y avait similitude clinique entre l'hyperchlorhydrie et l'ulcère, celle-ci étant d'ailleurs souvent le premier stade de l'ulcère. Cet auteur voulut se rendre compte de la proportion exacte du nombre de cas d'ulcère évoluant sous l'allure d'une dyspepsie simple, et il passa en revue 120 cas dans lesquels le diagnostic était *basé soit* sur l'examen radioscopique, soit sur une réaction positive du sang dans le liquide gastrique extrait à jeun, quand ce liquide ne présente aucune teinte sanguinolente, pouvant faire penser à une érosion produite par la sonde, soit sur ces deux éléments.

On faisait volontiers reposer le diagnostic clinique d'ulcère obligatoirement sur une ou plusieurs branches du trépied : hémorrhagie patente, vomissements alimentaires ou acides, crises douloureuses, comprenant la fameuse broche épigastro-dorsale.

Tout d'abord les hémorrhagies patentes (hématémèses, mélæna) ne constituent pas un signe d'ulcère, mais bien une complication.

D'autre part, on ne rencontre de *symptôme nettement aigu* (soit crises douloureuses, soit douleurs ou brûlures aiguës, soit vomissements répétés, soit association de douleurs et de vomissements) que *chez un quart environ des ulcéreux*, certainement chez moins d'un tiers.

La plus grand nombre (90 environ sur 120) ou bien présentent le tableau de l'hyperchlorhydrie banale et classique (fringales entre les repas ou le matin à jeun ; aigreurs, brûlures d'intensité moyenne), ou bien présentent le tableau de l'hypochlorhydrie ou hyposthénie de Robin, ou encore une symptomatologie confuse, à localisation surtout intestinale ; ils peuvent même ne présenter aucun symptôme, ni stomacal, ni intestinal (ulcère latent).

Bref la symptomatologie de l'ulcère gastroduodénal chronique simple, c'est-à-dire sans sténose, ni adhérences étendues, est variée comme modalité d'expression et surtout comme *intensité.*

Le diagnostic, possible dans certains cas par les seuls moyens cliniques est, dans le plus grand nombre, impossible sans l'intervention du tubage et de la radioscopie. (*Journal des Praticiens*, 15 mars 1924.)

La protéinothérapie en thérapeutique mentale.

Au début de janvier dernier, une enfant de 7 ans est guérie rapidement d'une diphtérie laryngée par des injections de sérum à assez fortes doses, suivies de quelques troubles sériques. Un mois plus tard, apparaît un état dépressif, avec changement de caractère, mutisme, etc. ; c'est une crise qui s'efface au bout de 8 jours pour reparaître dans les mêmes conditions 15 jours après, ainsi de suite. A la 5e reprise le Dr R. Marmier procède à l'injection d'une ampoule de 2 cmc. de lactoprotéine ; aucune réaction fébrile, mais *arrêt net* des symptômes, qui disparaissent complètement. Depuis, guérison complète.

Ces faits sont intéressants, en ce qui concerne la pathogénie de ces psychoses intermittentes, d'ailleurs rares, à l'âge de 7 ans. Etant donnée l'analogie admise entre celles-ci et les crises épileptiques, étant donné aussi que, dans certains cas, les manifestations épileptiques sont *précédées* de perturbations humorales d'ordre colloïdoclasique semblables à celles de l'asthme, de l'urticaire, il semble que la crise convulsive ne soit qu'un mode de réaction du cerveau, de même que la crise d'asthme est la réponse du poumon.

Il existerait donc des périodiques et des comitiaux chez lesquels l'accès, qu'il soit convulsif ou anxieux, serait précédé d'une crise hémoclasique.

D'autre part, ces réactions cliniques et vasculo-sanguines ne seraient susceptibles de se manifester qu'à la faveur d'un déséquilibre vago-sympathique, dont l'étude du réflexe oculo-cardiaque permettrait d'affirmer l'existence et peut-être même de mesurer l'intensité.

Quoi qu'il en soit, les analogies ainsi mises en évidence comportent des sanctions thérapeutiques, soit que l'on agisse sur le déséquilibre vagotonique au moyen de médicaments (belladone, gardénal, adrénaline), soit qu'on s'adresse aux manifestations humorales.

La tentative réalisée dans l'observation précédente a été couronnée de succès. Le lait a réussi à déterminer le choc thérapeutique ; tout autre agent colloïdo-clasique eût pu réussir.

Quoi qu'il en soit, il semble que le chapitre de certains états psychopathiques soit à la veille de s'enrichir de données expérimentales d'une valeur réelle et d'une portée considérable. (*Le Bulletin médical*, 5 mars 1924.)

La neuro-psychiatrie infantile. Ses lois ; ses facteurs étiologiques.

C'est là une des branches de la pathologie les plus complexes et les plus diffuses, car, 1° chez l'enfant les symptômes somatiques et psychiques sont le plus souvent intriqués (une hémiplégie n'est pas chez l'enfant un trouble nettement individualisé ; mais celle-ci s'accompagne assez fréquemment d'un profond arrêt de développement, confinant parfois à l'idiotie) ; 2° les lésions ont le plus souvent un caractère *diffus* ; c'est l'atteinte globale d'un névraxe, dont les centres et les faisceaux sont encore incomplètement individualisés.

Le système nerveux de l'enfant, qui continue son développement durant l'enfance et l'adolescence, est cependant soumis à l'influence de facteurs morbides, que l'on peut classer en héréditaires et en acquis.

Ce sont d'abord les facteurs héréditaires rapprochés, atteignant le père ou la mère, ou survenant durant la grossesse elle-même : encéphalite épidémique, syphilis, intoxications, etc. et même traumatismes obstétricaux. Puis les facteurs héréditaires éloignés, de nature beaucoup plus mal définie, constituant une véritable hérédité ancestrale.

Quant aux facteurs acquis, on connaît la vulnérabilité particulière du système nerveux du nourrisson, vis-à-vis des agents pathologiques ; beaucoup de maladies infectieuses débutent par un syndrome méningé ; certains virus même (poliomyélite antérieure, encéphalite épidémique) ont une prédilection marquée pour le système nerveux de l'enfance ; citons aussi le rhumatisme et la chorée, la tuberculose. Mais, même pour les infections acquises, la question du terrain est importante ; on a remarqué depuis longtemps que la paralysie infantile se montrait de préférence chez les sujets entachés d'hérédité névropathique.

En partant de ces considérations étiologiques, MM. Roubinovitch, Barucx et Bariety proposent cette classification générale.

I. *Affections congénitales.* A. A type prédominant de *sclérose* cérébrale (encéphalopathies infantiles, idiotie, maladie de Little, etc.) ; B. A type *involutif* et régressif, et à développement plus tardif (maladies familiales à type musculaire, médullaires du système nerveux périphérique, central) ; C. A prédominance *endocrinienne* (myxœdème, mongolisme).

II. *Maladies acquises* (paralysie infantile, encéphalite épidémique, hémiplégie infantile).

III. Quelques syndromes cliniques (épilepsie, chorée, hydrocéphalie).

IV. *Formes à prédominance de troubles mentaux* : arriération purement pédagogique, par défaut d'éducation, dégénérescence, psychoses constitutionnelles, paralysie générale, démence précoce.

Bien que le *traitement* soit peu efficace dans les scléroses cérébrales infantiles, la thérapeutique spécifique, les médications opothérapiques, le rôle de l'éducation ont réalisé de sensibles progrès.

C'est à cette époque de la vie aussi, que le rôle de l'*hygiène mentale* et de l'*éducation* peut être considérable pour prévenir le développement de tendances nocives et essayer de parer aux dangers de certaines constitutions morbides. (*La Presse médicale*, 29 mars 1924.)

La question de la fièvre de Malte et de son traitement

La longue durée de la fièvre et l'absence de lésions du tube digestif font un devoir d'alimenter les malades, sauf pendant les périodes fébriles, et de ne pas les soumettre à la même diététique sévère que dans la fièvre typhoïde. On a essayé des traitements médicamenteux variés (quinine, aspirine, pyramidon, sans grands résultats ; cryogénine 1 gr. 50 à 2 gr., bleu de méthylène avec quelques résultats satisfaisants). Les abcès de fixation, le bi-iodure de mercure, l'urotropine, ont paru juguler certaines poussées fébriles. D'une façon générale, les antithermiques échouent.

L'électrargol, en injectionsi ntra-veineuses, a donné quelques résultats satisfaisants ; il ne doit être employé qu'avec circonspection dans les cas aigus graves. On recommande les bains tièdes, les lotions froides ou vinaigrées en cas de fièvre déprimante. L'opium et le bromure sont indiqués contre les phénomènes douloureux.

Des tentatives de traitement spécifique ont été faites : la sérothérapie est encore incertaine ; la vaccinothérapie a donné des succès ; elle est parfois inactive ; on l'applique généralement dans les formes prolongées, alors que l'infection dure depluis 3 ou 4 mois ; d'une façon générale elle ne semble pas encore complètement au point, et il serait utile de réaliser la vaccination préventive. A noter que toutes les cultures du micrococcus melitensis ne sont pas comparables ; il y a des races différentes et on doit tenir compte de cette diversité si on utilise les stock-vaccins.

Etant donnée l'*incertitude des méthodes curatives*, il est indispensable de faire de la *prophylaxie* : déclaration de la maladie ; surveillance de la consommation du lait de chèvre non bouilli;

◆◆◆◆◆

surveillance des étables, des troupeaux ambulants ; en temps d'épidémie, défendre la consommation de légumes crus ; vacciner chèvres et brebis saines dans les foyers épidémiques. (*Gazette des hôpitaux*, 22 mars 1924.)

A propos de la guérison spontanée de la syphilis.

J'ai analysé récemment l'article du professeur Audry, dans lequel il exposait des vues quelque peu subversives, sur la guérison spontanée de la syphilis, eu égard aux idées actuellement admises.

M. Carle, reprenant à son tour la proposition d'Audry, reconnaît qu'elle renferme de nombreuses vérités premières. Mais, ajoute-t-il, toutes les vérités sont-elles bonnes à dire ? De là, certaines réserves : à l'époque où on ignorait le tréponème et sa recherche, des érosions réputées chancres ont pu n'en pas être, et c'est, dès lors, à tort qu'on aurait parlé de syphilis réduites au seul accident primaire. Les longues latences sont réelles, mais de combien de contaminations leurs bénéficiaires sont-ils responsables, dans le temps où ils étaient porteurs de lésions contagieuses, encore qu'ignorées (plaques muqueuses indolentes) ? Combien de sujets, mal ou insuffisamment traités, sont-ils morts prématurément. Enfin, il serait dangereux de laisser croire aux profanes que la guérison spontanée de la vérole est possible : ce serait pour un grand nombre de syphilitiques un encouragement à ne pas se traiter.

La vérité, l'auteur la trouve dans la conclusion d'Audry qu'il fait sienne : il faut traiter tous les syphilitiques... (*Bruxelles médical*, 6 juillet 1924).

L'ophtalmie sympathique.

Quand un œil est atteint de lésions traumatiques ou inflammatoires qui le compromettent définitivement, on se hâte de l'énucléer, pour éviter la redoutable complication connue sous le nom d'ophtalmie sympathique. Or, cette ophtalmie sympathique peut apparaître après et malgré l'énucléation de l'œil perdu. Le fait, pour être rare, ne s'en rencontre pas moins, ainsi qu'il résulte d'une observation recueillie par M. Le Roux.

A ce propos, l'auteur rappelle que l'énucléation du globe pratiquée dans la première quinzaine qui suit le traumatisme préviendra sûrement l'ophtalmie sympathique. Le début de celle-ci est toujours compris dans les quatre semaines qui suivent l'énucléation.

D'autre part, les ophtalmies qui surviennent tardivement ont un pronostic plus bénin que les précoces. (*L'Année médicale*, juillet 1924.)

Des rémissions dans l'angine de poitrine d'effort.

L'angine de poitrine, contrairement aux idées qui règnent, est capable d'offrir une longue survie. M. Gallavardin a recueilli 427 observations d'angine d'effort vrai. 8 % ont présenté des rémissions supérieures à une année. Dans la moitié de ces cas, elle a oscillé entre 3 et 4 ans. L'auteur en a noté de 5, 6, 8, 10 et même 18 ans.

Les conditions dans lesquelles ces rémissions sont notées peuvent se ranger sous quatre types différents :

1° Violent accès angineux au repos ou nocturne, le plus souvent solidaire, absence de toute manifestation pendant plusieurs années, puis installation d'un angor d'effort stable ; 2° un accès d'effort isolé, rémission complète pendant plusieurs années, installation de l'angor d'effort chronique ; 3° début par un violent accès au repos ou nocturne, immédiatement après, établissement d'un angor pendant une durée de quelques mois ou de quelques années, rémission complète plus ou moins prolongée, puis reprise de l'angor d'effort ; 4° angor d'effort banal à établissement progressif, rémission complète, reprise de l'angor d'effort.

Conclusions :

« 1° On n'est pas autorisé à dénoncer le diagnostic d'angine de poitrine vraie — qu'il s'agisse d'accès au repos, d'accès nocturnes ou d'accès d'effort — sous le seul prétexte qu'on assistera, pendant plusieurs années consécutives, à la disparition complète de tout accident.

« 2° Ce n'est qu'avec beaucoup de réserves que l'on devra attribuer à telle ou telle médication l'amélioration ou la disparition momentanée de certains accidents angineux. Il est fort possible que de telles rémissions soient le fait du traitement. Mais, dans le plus grand nombre de mes observations, il s'agissait de malades qui n'avaient été soignés que d'une façon assez irrégulière ou même pas du tout. Actuellement surtout, où de nombreux médecins se croient en droit d'instituer systématiquement un traitement anti-syphilitique chez tous les malades présentant un syndrome angineux vrai, il faut savoir que la disparition de toute manifestation angineuse, pendant un certain nombre d'années, *ne suffit pas à elle seule* à faire la preuve de l'origine spécifique de la maladie. Sur mes 34 observations, la syphilis n'est signalée que dans une proportion infime de cas (ce qui tendrait peut-être à prouver que les rémissions spontanées sont plus fréquentes dans l'angine de poitrine non syphilitique que dans l'autre), et les rémissions se sont produites chez des malades chez lesquels, sauf deux, il n'avait pas été fait de traitement spécifique.

« 3° L'existence de ces rémissions laisse ouverte la question de la guérison possible de l'angine de poitrine. Certaines de ces rémissions ont été assez prolongées pour que, si la mort se fût produite pendant leur durée à la suite d'une maladie intercurrente, on n'eût pas hésité à parler de guérison. Il faut remarquer aussi que viennent

consulter surtout les malades qui présentent des rechutes, et que les sujets définitivement guéris, s'il y en a, sont presque fatalement destinés à passer inaperçus et à ne pas voir leur observation publiée.

« 4° L'explication de ces rémissions se trouve dans le mode d'évolution des artérites. Comme toutes les artérites, les coronarites et les aortites juxta-coronariennes sont soumises à d'innombrables variations évolutives. Il y a des altérations artérielles implacablement progressives, avec réactions spasmodiques fréquentes et brusquées, comme aussi des endartérites à tendance fatalement oblitérantes. Mais, à côté d'elles, on trouve des poussées fluxionnaires transitoires, des adultérations légères, de la torpidité desquelles finit par s'accommoder le régime circulatoire coronarien. Il y a donc place, même parmi les angines de poitrine dites coronariennes, pour des formes sévères et progressives, pour des formes à rémissions prolongées, et sans doute aussi, dans quelques cas particulièrement heureux, pour d'authentiques guérisons. » (*Lyon médical*, 20-7-1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Fievre typhoïde grave guérie par le bactériophage.

(MM. Ch. Richet fils, Azerad et Delarue. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-5-1924.)

M. Ch. Richet fils rapporte une observation de fièvre typhoïde grave, ataxo-adynamique, très rapidement guérie par un stock-bactériophage anti-Eberth, injecté sous la peau. L'amélioration se produisit dans les vingt-quatre heures, ne laissant pas de doute sur la spécificité de la thérapeutique.

L'auteur rappelle les succès auxquels a donné lieu la féconde découverte de d'Hérelle dans le traitement de la dysenterie bacillaire et des pyélo-néphrites coli-bacillaires.

Dans la fièvre typhoïde, d'Hérelle a également démontré la présence du bactériophage. Hauduroy a indiqué qu'il apparaissait dans les selles et dans le sang, surtout au moment de la convalescence, jouant sans doute un rôle dans celle-ci. Beckerich, Philibert et Hauduroy ont mis en lumière l'action favorable du bactériophage dans certains états éberthiens. L'observation de M. Ch. Richet fils vient appuyer leurs conclusions.

Ictus laryngé guéri par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur.

(MM. Halphen et Aubin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-6-1924.)

L'alcoolisation du nerf laryngé supérieur à son émergence de la membrane hyo-thyroïdienne est une méthode souvent employée pour calmer tous les troubles sensitifs du domaine de ce nerf, en particulier la dysphagie des tuberculeux laryngés et les toux violentes d'origine laryngo-trachéale.

M. Halphen s'est adressé à ce moyen chez un sujet atteint d'ictus laryngés répétés, durant depuis plusieurs années. Les crises débutaient par un chatouillement dans le fond de la gorge et se terminaient par une chute avec perte de connaisance. L'anesthésie des deux nerfs laryngés supérieurs par piqûre d'alcool à 90° amena la cessation immédiate de tout accès.

Pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeux cardiopathes.

(MM. Léon Bernard, Salomon et Thomas. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-6-1924.)

Le pneumothorax thérapeutique peut-il être employé chez les tuberculeux atteints de cardiopathies ? Piéry et Bourdelès, s'appuyant sur l'autorité de Forlanini, pensent que le pneumothorax est contre-indiqué au cas de maladie du cœur et des vaisseaux. Dumarest rejette également la collapsothérapie s'il y a de l'insuffisance cardiaque.

M. Léon Bernard ne partage pas une opinion aussi rigoureuse. Certes, lorsque le tuberculeux offre une insuffisance cardiaque accusée, il ne faut pas pratiquer le pneumothorax, mais s'il s'agit seulement d'une cardiopathie bien compensée, la collapsthérapie est parfaitement rationnelle, en surveillant son action sur le cœur et en décomprimant si nécessaire. L'auteur relate trois observations de tuberculose du sommet droit chez des cardiopathes, où le pneumothorax artificiel a été très bien supporté.

Méga-œsophage.

(MM. Hertz et Braine. — *Société de chirurgie* ; 7-5-1924.)

M. Raymond Grégoire présente un rapport sur une observation de MM. Hertz et Braine intitulée : phréno-spasme ; traitement par élargissement de l'orifice diaphragmatique de l'œsophage et œsophagoplastie.

En réalité, il s'agit de cette affection mal définie désignée habituellement sous le nom de méga-œsophage. A peu près ignorée avant la radiologie, elle apparaît de moins en moins exceptionnelle depuis que l'on sait mieux la découvrir.

Le traitement du méga-œsophage (dilatation idio-

pathique de cet organe) peut être fait par voie transpleurale ou par voie abdominale. Les opérés par voie transpleurale ont presque tous succombé à des accidents pleuraux. L'intervention par l'abdomen a été en général plus satisfaisante. M. Grégoire pense que l'œsophagoplastie doit toujours, en pareil cas, compléter la phrénotomie.

Méga-côlon par sténose rectale.

(M. G. Lardennois.— *Société de chirurgie* ; 7-5-1924.)

M. Lardennois a soigné un jeune homme de quinze ans atteint d'un énorme mégacôlon. Le malade évacuait à de longs intervalles des quantités de matières considérables ; il expulsait des gaz abondamment et maigrissait. L'examen du ventre permettait de sentir à gauche, une masse du volume de deux poings, qui avait été diagnostiquée tumeur du rein.

En pratiquant le toucher rectal, M. Lardennois constata l'existence d'une contracture permanente du muscle releveur de l'anus, exagérément développé comme hauteur et comme puissance. Une première séance de dilatation sous-anesthésie, suivie de simple rééducation intestinale à l'aide de la paraffine, d'eau de Bourget et de bile, donna une grosse amélioration, qui s'accusa encore à la deuxième séance de dilatation.

Cette observation montre qu'il est des mégacôlons qui se produisent comme conséquence d'une contracture du releveur de l'anus hypertrophié. Le traitement est alors très particulier et aussi particulièrement efficace. Même quand le sujet est âgé et qu'une résection colique paraît indispensable, la levée de l'obstacle rectal, s'il existe, ne doit pas être négligée.

— M. Mauclaire a rapporté jadis le cas d'une fillette de dix ans qui n'allait à la selle que tous les dix jours. Elle avait un ventre énorme. Au toucher rectal, on percevait un rétrécissement à 3 centim. de l'anus. Pensant à un rétrécissement congénital ano-rectal, M. Mauclaire incisa la sténose et, aussitôt après, la malade évacua par l'anus près de dix litres de matières fécales. Le traitement fut poursuivi par des dilatations progressives avec des bougies d'Hégar.

Traitement du cancer du col utérin.

(M. J.-L. Faure. — *Société de chirurgie* ; 14-5-1924.)

M. Faure fait une communication sur le traitement chirurgical du cancer du col utérin par l'hystérectomie large, complétée par l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz.

L'hystérectomie dans la cure du cancer du col, si elle est pratiquée dans des conditions convenables, n'offre pas de gravité particulière. Une de ces conditions est l'emploi du drainage à la Mikulicz. Ce drainage a été très attaqué, condamné même par une majorité de chirurgiens. M. Faure en a étudié minutieusement les avantages et il est convaincu que, bien appliqué, c'est un des meilleurs moyens de lutter contre l'infection et d'améliorer le pronostic de l'opération. Il importe, dit-il, de terminer systématiquement toute hystérectomie large pour cancer du col par la pose d'un Mikulicz.

— M. Chevrier est également converti à la pratique de M. Faure. Le Mikulicz diminue considérablement la gravité de l'hystérectomie élargie pour cancer de l'utérus et la rend aussi bénigne que l'hystérectomie pour fibrome.

Blessures du pancréas par projectiles de guerre.

(M. Maisonnet. — *Société de chirurgie* ; 14-5-1924.)

M. Rouvillois rapporte, au nom de M. Maisonnet, du Val-de-Grâce, deux observations de blessures du pancréas par projectiles, recueillies pendant la guerre.

Au cours de la guerre, malgré l'étendue d'un champ d'action sans précédent, le nombre des cas de blessures du pancréas publiés a été très restreint. Wallace, sur 366 plaies abdominales, en a trouvé deux exemples seulement. Dans les publications françaises, il en existe à peine quelques cas isolés. M. Rouvillois, sur une série de 240 laparotomies pratiquées à l'auto-chir. n° 2, de 1915 à 1916, n'a relevé aucune lésion du pancréas. Le petit nombre des observations cliniques tient sans doute à ce que le pancréas, organe entouré de toutes parts de viscères ou de vaisseaux importants, n'est qu'exceptionnellement touché seul et que son atteinte est habituellement accompagnée de lésions concomitantes mortelles à brève échéance.

Le diagnostic clinique est rarement fait, les signes de certitude, tels que l'issue par la plaie de suc pancréatique (Boyer) ou la fistulisation secondaire, n'étant rencontrés que par hasard.

Le traitement comportera l'extraction du projectile et la toilette chirurgicale de la blessure. La résection partielle de la glande, quand la lésion siège à la queue de l'organe, peut être parfois réalisable. La suture est d'exécution difficile.

Cancer de la verge traité par la curiethérapie

(MM. Ferrari et Viallet, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 21-5-1924.)

M. Mauclaire présente un rapport sur deux cas de cancer de la verge traités par la curiethérapie, observés par MM. Ferrari et Viallet.

Pour le cancer pénien, dit M. Mauclaire, la curiethérapie paraît préférable à l'émasculation totale, que les malades n'acceptent guère. Elle semble préférable également à l'ablation en bloc de la moitié antérieure de la verge et du territoire lymphatique scroto-inguino-crural. Lorsque les lésions sont étendues, on pourrait pratiquer l'exérèse d'abord et, aussitôt après, la radio ou la curiethérapie.

Le cancer pénien est souvent une affection à évolution lente, pour laquelle le radium peut rendre de grands services.

Fracture de l'humérus par contraction musculaire.

(MM. Rouvillois et Clavelin. — *Société de chirurgie* 21-5-1924.)

M. Rouvillois a vu une fracture de l'humérus par contraction musculaire chez un lanceur de grenades. La radiographie montra une solution de continuité à trois fragments, avec long biseau, sans déplacement notable, à la partie inférieure de la diaphyse.

Ce type de fracture à trois fragments se retrouve dans les observations analogues de MM. Coze et Rouèche, qui firent l'objet d'un rapport de M. Chaput, en mars 1917.

Fibrome de la cloison recto-vaginale.

(M. Marais, de Caen. — *Société de chirurgie* ; 4-6-1924.)

M. Savariaud, à propos d'un fibro-myome de la cloison recto-vaginale opéré par M. Marais, remarque que les tumeurs de la cloison recto-vaginale ne sont pas très communes. Le mot cloison « recto-vaginale » ne répond d'ailleurs qu'à une chose virtuelle car, anatomiquement, il n'y a pas de cloison, mais un espace recto-vaginal. Les tumeurs en question sont habituellement des fibro-myomes. Elles se développent en général aux dépens de la paroi musculaire ou sont une propagation de fibromes de l'utérus.

Quand on a éliminé les fibro-myomes du vagin et les fibromes propagés de l'utérus, existe-t-il des tumeurs primitives de l'espace recto-vaginal ? C'est possible, quoique cela doive être exceptionnel et difficile à affirmer, même au cours de l'opération, en raison des connexions rencontrées avec les organes voisins, l'utérus, le vagin et même le rectum. L'évolution de ces tumeurs, longtemps silencieuse, ne se traduit que tardivement par des troubles de compression, principalement du côté urinaire.

— M. Chevassu a enlevé chez une jeune femme de 19 ans une petite néoplasie de la grosseur d'une noisette, nettement localisée dans l'espace recto-vaginal. Il s'agissait d'un ganglion lymphatique anormal. Il y a là une donnée anatomo-pathologique intéressante pour la pathologie de cette région.

P. L.

Les Congrès

IXe Congrès de médecine légale

(*Suite*)

Question mise à l'ordre du jour : **Etude médico-légale des formes rares ou anormales de l'hymen.**

Rapporteurs : MM. les Pr P. Parisot et Lucien (de Nancy).

L'étude des particularités anatomiques que peut présenter l'hymen a, en médecine légale, une importance capitale ; elle permet d'établir les diagnostics de viol, de défloration ou d'attentat à la pudeur et autorise à faire reposer, sur des bases scientifiques, la dénomination véritable du crime : attentat à la pudeur ou viol.

La persistance de l'hymen intégral reste, dans l'esprit de beaucoup, synonyme de virginité, idée simpliste que ruine souvent la connaissance des formes anormales de l'hymen. Inversement, un hymen à lambeaux multiples ne signifie pas toujours défloration, mais parfois révèle une disposition rare d'origine congénitale de cette membrane.

L'étude du développement de l'hymen permet d'établir le type morphologique primordial de cette formation et fournit les moyens d'interpréter les anomalies qu'elle peut présenter.

La première ébauche de l'hymen apparaît chez le fœtus féminin de 15 à 20 centimètres ; elle se présente alors sous l'aspect de deux saillies latérales du sinus uro-génital se développant de part et d'autre de l'extrémité inférieure de l'urèthre et du point d'abouchement des canaux de Müller. Ces replis se continuent l'un avec l'autre par une commissure antérieure et une commissure postérieure. L'appareil hyménal se compose alors de deux portions, l'une en rapport avec le méat urinaire, véritable hymen uréthral, l'autre en rapport avec le vagin, l'hymen vaginal proprement dit.

Il est très vraisemblable que l'hymen ne représente autre chose qu'une portion du corps spongieux de l'urèthre masculin. Une semblable conception présente de nombreux avantages.

Elle permet d'expliquer l'existence de l'hymen en l'absence *de tout développement de la portion inférieure* du vagin. Elle rend compréhensible l'absence ou l'aplasie de cette membrane alors que le vagin présente des caractères anatomiques normaux. Elle explique enfin la présence d'un dispositif hyménal chez les pseudo-hermaphrodites masculins.

Dans son aspect primitif, l'hymen se compose de deux lèvres séparées par une fente allongée d'avant en arrière ; c'est donc la forme labiée qui représente la forme initiale et primitive de l'hymen. A la suite du développement de l'extrémité inférieure du vagin, l'hymen fœtal prend la forme en carène ; c'est encore un hymen labié, mais à commissure postérieure, plus étendue. De cette forme en carène, caractéristique de l'hymen fœtal, on peut faire dériver facilement les différents types que l'on observe chez l'enfant et chez l'adulte, en particulier les hymens semi-lunaires, en fer à cheval, annulaires, suivant

les particularités présentées par la fente hyménale, suivant aussi l'importance des lèvres et des commissures.

Toutefois, le développement des lèvres hyménales ne s'effectue pas toujours avec une régularité parfaite. Comparables en cela à toutes les autres formations de nature conjonctivo-vasculaire, les bourrelets hyménaux primitifs présentent souvent des zones d'accroissement inégal. Il en résulte la formation, au niveau des lèvres de l'hymen, de bourgeons ou de crêtes séparés par des échancrures plus ou moins profondes. Les petites saillies papillaires se concentrent plus volontiers dans le voisinage du méat uréthral. Les échancrures parfois symétriques sont loin de présenter ce caractère. Une première anomalie de l'hymen serait son absence même ou son atrophie ; or, cette absence réelle constitue une rarissime exception.

Cinquante expertises judiciaires faites en moins de quatre ans, sans permettre aux auteurs de poser des conclusions absolument générales, fournissent cependant des indications utiles à retenir.

La forme labiée a prédominé, même chez des sujets âgés de 16 à 24 ans, et d'autre part, l'examen de l'hymen des nouveau-nés montre une prédominance de cette même forme.

Quelques transformations de cette disposition initiale conduisent aux types en fer à cheval, semi-lunaire, annulaire.

En dehors de toute anomalie, les bords libres de l'hymen peuvent présenter : des ondulations légères, des encoches arrondies superficielles, des dentelures (hymen dentelé), des saillies multiples, minces, longues ou courtes, analogues à des villosités (hymen frangé, hymen villeux) ; dans d'autres cas, l'hymen n'est frangé que d'un seul côté, l'autre restant lisse (hymen hémi-frangé) ; ces irrégularités des bords ne font pas de ces hymens des hymens anormaux.

Il existe à un point de vue absolu un hymen anormal, lorsque la présence d'une membrane pleine vient obstruer complètement l'orifice vaginal.

A un point de vue médico-légal, on doit considérer comme anormales les dispositions hyménales qui pourraient :

1° Faire croire à la persistance de la virginité, soit par suite de la résistance de l'hymen à la pénétration de la verge, soit par suite de l'ampleur, de l'élasticité et de la dilatabilité de la membrane, soit en raison des grandes dimensions de l'orifice hyménal.

2° Nous en imposer pour une défloration alors qu'il s'agit d'une disposition congénitale : tels sont les hymens à lambeaux multiples congénitaux dits lobés, multilobés, corolliformes.

Pour différencier la forme de l'hymen à lambeaux des lambeaux traumatiques, on se basera surtout sur le caractère arrondi des lambeaux, l'impossibilité de les affronter, la moindre profondeur des scissures et subsidiairement, leur symétrie et l'absence de tissu cicatriciel. La façon dont se rompt l'hymen dépend non de sa forme mais de sa structure.

L'intégrité de l'hymen, signe classique de la virginité, est bien souvent un signe trompeur. Différentes variétés d'hymens, grâce à des anomalies de forme ou de structure, persistent malgré des relations sexuelles voulues ou non consenties. Tels sont les hymens que l'on retrouve au moment de l'accouchement.

Pour certains auteurs, l'intromission de la verge dans la cavité vaginale de la femme est nécessaire pour qu'il y ait viol. Les faits s'élèvent contre cette définition puisqu'une grossesse non consentie peut exister avec persistance de l'hymen.

Il y a donc également viol lorsqu'on pourra prouver que, malgré la persistance d'un hymen infranchissable, il y a eu coït vestibulaire ou grossesse consécutive aux tentatives certaines d'introduction.

La législation fédérale des Etats-Unis (1901) admet que toute pénétration sexuelle, même minime, est suffisante pour consommer le crime de viol, l'intromission vulvaire en est un exemple.

Il y a lieu de se rallier à cette manière de voir.

Discussion.

M. le Pr Etienne Martin (de Lyon), dans une communication sur la *technique de l'examen de l'hymen dans les expertises médico-légales*, à propos d'un cas qu'il rapporte, insiste sur les variations de formes de l'hymen, la technique avec laquelle on l'examine : un hymen labié, lorsqu'on écarte à peine les petites lèvres pourra se transformer en annulaire dont l'orifice est dilaté lorsque la membrane est complètement déplissée. Sur une série de cas de sa pratique, il n'a pas observé le même pourcentage de formes que les rapporteurs et explique ces divergences, justement par la difficulté de l'examen. Il estime d'ailleurs que chaque femme a un hymen différent, avec ses particularités individuelles. Autant celles-ci sont nombreuses, autant les anomalies sont exceptionnelles.

D'une façon très générale, on peut dire que l'hymen est le plus souvent annulaire lorsqu'il est déplissé, et labié lorsqu'il n'est pas tendu.

L'auteur indique ensuite la technique qu'il emploie, et les résultats qu'il obtient, ainsi que les signes qui lui permettent de penser qu'il y a eu défloration ou non.

M. le Pr Balthazard (de Paris) rappelle que Brouardel se servait d'un instrument constitué par un petit sac en caoutchouc monté sur un tube. Après introduction du petit sac de caoutchouc, on gonflait par le tube et l'hymen se tendait sur le petit ballon placé dans le vagin.

M. Paul (de Paris) indique qu'il se sert couramment d'un procédé analogue en fixant à l'extrémité d'une sonde en gomme un doigtier qu'il gonfle après introduction dans le vagin.

M. Dervieux (de Paris) présente une pièce préparée par le procédé qu'il a indiqué avec M. Piédelièvre. Il s'agit d'une vulve momifiée provenant d'une vierge de 43 ans. Au moment de l'autopsie,

en écartant les lèvres on avait l'impression d'un hymen dont l'ouverture était constituée par une fente transversale. Après préparation, il s'agit en réalité, comme on peut le voir, d'un hymen annulaire. Il estime donc, comme M. Etienne MARTIN, que toute la difficulté réside dans une technique convenable d'examen, l'hymen variant de forme selon la position et la tension qu'on lui donne.

M. DERVAUX (de St-Omer) partage cette manière de voir.

M. le Pr BOGDAN (de Jassi, Roumanie) présente une note sur les formes *anormales de l'hymen.*

M. le Pr PARISOT (de Nancy), rapporteur, remercie les différents membres du congrès qui ont participé à cette discussion. Mais il croit qu'on ne peut vraiment assigner à l'hymen des formes très schématiques. Comme il l'a indiqué dans son rapport, celles-ci sont extrêmement nombreuses, et si une tension peut arriver à donner aux hymens certains caractères communs, ils conservent cependant les caractères suffisamment spéciaux pour pouvoir être classés comme il l'a montré tout à l'heure. (*A suivre*).

Les Livres

A. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Henri ABOULKER.— **Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou** (1 vol. 583 pages, 420 photogravures), 1924, préface du professeur SÉBILEAU. Prix : 25 fr.)

Les Maîtres de la spécialité ont, dans leurs livres didactiques, décrit des *maladies* ; l'auteur essaye aujourd'hui de nous montrer des *malades*.

Ce n'est ni un manuel, ni un traité ; c'est un recueil de faits, qui se sont déroulés devant lui ; c'est aussi un recueil des méditations qu'ils ont fait naître en lui, et du travail mental dont leur observation a été suivie.

Chargé d'un cours de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine d'Alger, il a pensé que le bref séjour dans un service spécial imposé aux étudiants, ou permis aux praticiens, rendait illusoire l'espoir de leur enseigner les techniques particulières, dont ils ne peuvent, quelle que soit leur bonne volonté, acquérir une pratique sérieuse.

Partant de cette idée, dans son livre comme dans son cours, il a développé les notions étiologiques, pathologiques et thérapeutiques, qui permettent aux praticiens d'entrevoir , sinon d'établir définitivement, un diagnostic, et par suite, de conseiller et de diriger utilement les malades. Il s'est attaché à l'étude des questions médico-chirurgicales qui permettent de relier le symptôme otique, nasal, pharyngien ou laryngien aux différentes affections médicales ou chirurgicales, qui en sont la cause trop souvent méconnue. Aussi les sujets et les techniques particulières aux spécialistes ont-ils été délibérément écartés.

L'*anesthésie locale par infiltration* est illustrée d'une méthode propre à l'auteur ; « le bleu anesthésique à la neurocaïne », grâce auquel « l'analgésie saute aux yeux », et se trouve réalisée sans erreur possible. Celle-ci lui a permis de simplifier, et d'élargir considérablement la méthode de Reclus, et de pratiquer ou de faire exécuter par ses assistants les interventions les plus importantes du crâne, de la face et du cou. Sauf les cas d'infection ou d'hémorrhagie exceptionnellement grave, le pronostic opératoire est très amélioré du seul fait de la suppression de l'anesthésie générale.

A signaler une *riche iconographie*, qui termine cet ouvrage.

La *partie clinique* traite des *oreilles*, *du naso-pharynx*, des *fosses nasales et sinus*, du *pharynx*, *de la langue*, *du cou*, *du larynx*, *des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes*, *climatologie et hydrologie algériennes*.

Voici à titre d'exemple le plan du chapitre consacré au *larynx* :

« En présence d'un enfant qui étouffe, ce que peut faire le praticien. Le stridor des nouveau-nés (stridor amygdalien, épiglottique, thymique, ou médiastinal). Traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections d'alcool dans le nerf laryngé supérieur. Traitement de la dysphagie des tuberculeux par la résection du nerf laryngé supérieur. Vingt-deux cas de paralysies des cordes vocales. L'enrouement banal, signe précurseur de multiples affections médico-chirurgicales du thorax, du cou, et des centres nerveux (paralysies laryngées et paralysies associées des nerfs crâniens). Valeur diagnostique de l'immobilisation de la corde vocale hors les cas de paralysie récurrentielle ou musculaire. Papillome du larynx. Quatre cas de sangsues fixées dans le larynx. »

Ad.-J. CHARON, ingénieur agricole, ancien professeur à l'Institut agricole de Beauvais, secrétaire de la rédaction du *Journal d'Agriculture pratique.* **Poules qui pondent, poules qui payent** (3e *édition*). Méthodes d'aviculture anglo-américaines

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SECRET MÉDICAL EN MÉDECINE MILITAIRE

J'ai signalé le 20 avril dernier (N° 16, p. 967), l'intéressante étude entreprise pendant la guerre par M. Chavigny, et dont il a commencé la publication dans *Strasbourg médical* le 16 février dernier, qui continue bimensuellement, sur les mutilations volontaires par armes à feu.

Dans le numéro du 29 mai, l'auteur examine quelle doit être la conduite déontologique du médecin militaire qui se croit en présence d'une mutilation volontaire. Doit-il désigner le mutilé à l'autorité militaire ? *Doit-il le dire* ?

Ce lui est l'occasion de s'exprimer, avec une netteté et une franchise, qui me plaisent infiniment, sur la question du secret professionnel dans la médecine d'armée, et des droits et des devoirs des experts.

La haute autorité dont jouit M. Chavigny, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg, et grand dignitaire de la médecine militaire, confère à l'opinion qu'il défend une valeur et une puissance singulières. Je ne résiste pas au plaisir de publier intégralement son argumentation. Elle ne manquera pas d'impressionner favorablement nos lecteurs, et renforcera singulièrement la doctrine que nous ne cessons de défendre, de la rigueur du secret médical.

Avant de donner la parole à M. Chavigny, je ne puis m'empêcher de détacher de son texte cette phrase, qui devrait être toujours présente à l'esprit de tous les médecins, dans quelques conditions qu'ils exercent leur art :

« *La déontologie médicale ne connaît ni règles, ni exceptions particulières au milieu militaire.* LA MÉDECINE EST UNE, LA MÉDECINE LÉGALE AUSSI ».

Camarades militaires et marins surtout, qui manifestez une propension trop marquée à concurrencer vos confrère civils, méditez cette phrase lapidaire de l'un des plus éminents parmi les vôtres. Méditez-la et faites-en votre profit, afin qu'elle devienne la règle de votre ligne de conduite.

Et vous aussi, experts, qui sortez volontiers de votre rôle, en vous livrant parfois à des interprétations extra-médicales qui satisfont peut-être le juge qui vous a commis, mais qui ne font pas partie de votre mission, ayez toujours présente à l'esprit cette autre phrase, et qu'elle soit le guide permanent de votre conscience :

« *Le médecin doit limiter son rôle aux constatations directes des lésions qu'il observe et de leur interprétation.* CETTE INTERPRÉTATION SE LIMITE AUX SEULES CONCLUSIONS D'ORDRE MÉDICAL ».

G. Duchesne.

Doit-on le dire ?

La question des mutilations comporte un chapitre de déontologie médicale militaire dont la solution est beaucoup moins simple qu'on ne se l'imaginerait à première vue ; le médecin militaire, qui se croit en présence d'un mutilé volontaire, doit-il le désigner à l'autorité militaire ?

Dans les circonstances actuelles, cette question est une de celles auxquelles on répond souvent sans guère prendre la peine d'y réfléchir. D'instinct, sous la seule influence de la logique du sentiment, chacun y répond suivant son tempérament. Aussi n'est-il pas rare de voir les réponses à ce sujet débuter par cette formule toujours tendancieuse : « *Il est bien évident que...* ». Hélas non ! La conclusion n'est pas si évidente, car bien souvent, elle est orientée en des sens différents suivant l'interlocuteur auquel on s'adresse.

Cela se conçoit, car en cette affaire, le secret médical se présente en conflit avec l'intérêt de la collectivité.

Quelques médecins, fidèles en cela aux traditions anciennes de la profession, se considèrent comme liés par le secret médical dans tous les cas, surtout, disent-ils, si le blessé, sans y avoir été sollicité, avoue spontanément au médecin qu'il s'est mutilé. Récemment, un médecin de réserve, professeur dans une Faculté de province, soutenait devant nous cette thèse et déclarait ne devoir aucun compte à l'autorité militaire, et en aucun cas, des aveux de son blessé.

D'autres médecins font bon marché du secret médical. Les exigences de l'intérêt général, disent-ils, doivent primer les intérêts particuliers. Il faut, pour le maintien de la discipline, une prompte et énergique répression destinée à enrayer les épidémies de mutilation. Le médecin doit donc être le collaborateur énergique du commandement.

Récemment, je recevais une lettre, d'ailleurs non signée, dans laquelle un médecin me reprochait, non sans quelque acrimonie, d'avoir tenté

d'apporter quelques restrictions à l'exercice de cette fonction militaire du médecin.

J'exposerai mes arguments, je dirai quelle est la façon de faire que je crois la plus juste, la plus médicale, la plus appropriée aux circonstances. Le lecteur appréciera. Ce sont des notions qu'on peut exposer, discuter, non imposer.

On peut aller fort loin dans l'application de cette formule que le médecin militaire doit être un auxiliaire du commandement, et je me souviens d'avoir vu une formation dans laquelle tout blessé qui présentait des traces de coup de feu à bout touchant était directement remis par le médecin-chef aux mains de la Prévôté.

Quelques médecins se retranchent derrière la lettre des prescriptions qui leur ont été transmises : une note de service leur a demandé de signaler tous les hommes suspects de mutilation volontaire ; ils les signalaient, sans chercher à interprêter en aucune façon les ordres reçus. C'est évidemment une méthode infiniment simpliste, c'est de l'obéissance, mais ce n'est pas une opinion.

Restent alors en présence deux opinions principales et complètement opposées. Ce sont les points de vue extrêmes ; d'un côté le respect absolu du secret professionnel, de l'autre, au contraire, la prise en considération primordiale de l'intérêt de la discipline, et dans ce dernier cas, le secret médical est considéré comme inexistant.

Il est bien difficile à première vue, soit de concilier tous les intérêts en présence, soit de juger de la valeur des arguments. Cherchons à tirer des faits eux-mêmes la leçon que ceux-ci comportent. Ceux qui considèrent le médecin militaire comme dégagé de tout secret professionnel voient en lui l'expert permanent du commandement, expert qui doit alors, dit-on, à celui-ci des renseignements d'ordre scientifique et lui doit toute la vérité.

Les médecins qui sont d'avis de respecter en toutes circonstances le secret médical ne manquent pas de bonnes raisons pour expliquer leur attitude, leur règle de conduite. Ils rappelleront par exemple l'attitude tant de fois citée et toujours hautement approuvée de Dupuytren qui, sommé en 1832 de dénoncer les blessés de l'émeute, répondit fièrement : « Je n'ai pas vu d'insurgés dans mes salles d'hôpital, je n'ai vu que des blessés ».

Des médecins disent que l'intérêt général doit primer l'intérêt particulier. Ceux-là justifient leur attitude par l'intérêt supérieur de la discipline, de la défense de la patrie menacée. Ils font valoir que, depuis quelques années, le secret médical a cessé d'être aussi absolu que par le passé. Pa r exemple, le secret n'est plus de règle dans les accidents du travail, il n'est même plus possible de l'invoquer pour éviter la déclaration des maladies contagieuses.

Si l'on s'en tient à ces idées générales, la discussion ne comporte aucune solution, car ce sont plutôt des sentiments que des raisons. On en serait réduit à admettre que chacun a raison à son point de vue. Il n'est guère possible, cependant, d'admettre qu'une même situation comporte des solutions radicalement différentes.

Dire que le secret médical a cessé d'être de rigueur pour le médecin, c'est, semble-t-il, mal interprêter la situation actuelle. Il n'est pas vrai que le médecin ait cessé d'être astreint au secret, comme seraient trop facilement portés à l'admettre ceux qui se résignent bien aisément à devenir des fonctionnaires. La loi reste toujours la même et astreint toujours le médecin au secret. Elle a posé des exceptions bien définies, bien précises. Devons-nous admettre que le médecin militaire rentre dans les catégories d'exception de la loi ?

Là, en effet, est, en toute sa précision, la question telle qu'elle mérite d'être examinée.

Mentionnons d'abord, pour la rappeler, une évolution qui avait commencé à se produire en France quelques années avant la guerre :

Autrefois, le médecin militaire se considérait comme nullement lié par le secret médical, tout au moins en ce qui concernait le service de la troupe. Dans les casernes, le diagnostic des malades était inscrit sur des registres que tout venant pouvait consulter, et un commandant de compagnie, tous ses sous-ordres, étaient au courant des maladies de tous les soldats de cette unité. Tout au plus existait-il une exception à cette règle pour le service des officiers ; celui-ci comportait observation du secret, sauf quand le médecin était chargé par le chef de corps de lui rendre compte de l'état de santé d'un des officiers du régiment. Et encore, dans ce cas, était-il de tradition de respecter autant que possible le secret médical (Duponchel).

Depuis ces dernières années, un courant d'opinion s'est manifesté en faveur de l'observation du secret. On en trouve la trace aux discussions qui ont eu lieu à la Société de médecine militaire française. Tous ceux qui y ont pris part s'accordaient pour vouloir assurer le bénéfice du secret à tous, soldats comme officiers, dans les limites compatibles avec le service. Des dispositions règlementaires, d'ordre ministériel, sont intervenues pour appliquer ces idées nouvelles. C'est alors que le cahier de visite a cessé de recevoir la mention du diagnostic. Il comporte simplement les conséquences militaires de l'état de maladie en les traduisant sous la forme d'exemption de service, de corvée, d'entrée à l'infirmerie, etc. Les maladies contagieuses seules sont astreintes à déclaration, tout comme dans la population civile.

Il est à remarquer que les médecins militaires commençaient précisément à appliquer dans l'armée les règles du secret médical lorsque la guerre est intervenue.

L'état de guerre doit-il modifier l'orientation si récemment donnée à la médecine légale militaire ?

Impossible de discuter la question globalement ; il est nécessaire de sérier les cas et d'en limiter l'examen à ce qui concerne les mutilations.

Un premier cas est le plus simple : c'est celui d'un médecin militaire qui serait accidentellement, tout à fait par hasard, témoin d'une mutilation volontaire ; le mutilé n'a pas pris la précaution de s'isoler suffisamment ; un médecin militaire le voit accomplir son acte. Là, la situation est bien nette, ce n'est nullement dans l'exercice de sa profession que le médecin a eu connaissance du crime ; il est alors témoin banal, et il se trouve dans les conditions d'un médecin civil qui, dans la vie ordinaire, aurait été le témoin de l'un de ces crimes à propos desquels la loi oblige tout citoyen à se porter dénonciateur (complot contre la sécurité de l'Etat) ou qui, ayant assisté à un accident banal de la rue, peut être cité comme témoin de fait.

Le médecin a donc assisté fortuitement à un acte de mutilation. Quelle conduite doit-il tenir ? La règle générale, l'intérêt de la discipline exigent dans ce cas qu'il se porte dénonciateur ; il y est moralement obligé. En temps de guerre, c'est une nécessité. Je n'hésiterais pas, pour mon compte, à accomplir mon devoir si le cas se présentait, mais j'avoue que cet acte si contraire aux traditions habituelles de la médecine me serait extrêmement pénible. Je l'accomplirais par devoir.

A l'usage de ceux qui n'auraient pas une hésitation, pas un mouvement de doute, je dirai simplement qu'en agissant ainsi, on risque encore d'être assez mal venu à le faire, car, si certains chefs d'unité, auxquels on expliquerait le cas, comprendront les hésitations médicales qu'on aurait pu avoir, il en est probablement quelques autres qui seront modérément reconnaissants au médecin intervenant ainsi dans les questions de discipline intérieure d'un corps de troupe. Peut-être fera-t-on sentir au médecin qu'il s'est occupé d'une question qui ne le regardait pas. C'est, je le crains, le seul remerciement sur lequel on sera en droit de compter.

Mais, en tout cela, le secret médical n'avait rien à voir. Nous en arrivons maintenant aux cas vraiment médicaux ; deux situations différentes vont se présenter :

Ou bien c'est le blessé qui s'abandonne, qui avoue avant tout examen, dès que le pansement est défait, et qui dit s'être mutilé lui-même.

Ou bien, au contraire, c'est le médecin qui constate les traces d'un coup de feu de près.

1[er] *cas.* — C'est le blessé lui-même qui avoue au médecin que la plaie est le résultat d'une mutilation. A quel mobile obéit alors le blessé ? Ce n'est pas évidemment pour se vanter. Pourquoi alors cet aveu ? On ne peut avoir de doutes : le blessé se confie au médecin, parce que celui-ci est médecin, parce qu'il le considère assurément comme tenu au secret professionnel ; c'est bien sous le sceau du secret que le fait a été connu. Peut-être, dira-t-on, un tel aveu est exceptionnel. C'est possible, mais encore faut-il avoir d'avance prévu la conduite à tenir. Le médecin est alors placé dans une situation fort difficile ; ce n'est pas lui qui a découvert la mutilation, peut-être l'examen direct objectif lui aurait-il fourni le même renseignement. Mais, en réalité, quelles que soient les constatations ultérieures, le point de départ est un aveu. D'autre part, le même médecin a reçu mission de signaler les mutilations volontaires ; alors que doit-il faire ? Situation infiniment embarrassante. Pour ma part, si un blessé venait à me faire confidence de ce genre, je m'empresserais de couper court à son aveu, et je lui ferais immédiatement remarquer que, désigné comme expert par le commandement pour chercher les mutilations volontaires, je n'ai pas qualité pour recevoir ses déclarations et que, surtout, s'il les maintenait, il risquerait d'influencer le compte rendu destiné au commandement. J'examinerais alors le blessé tout comme s'il ne m'eût rien dit, je chercherais soigneusement si la blessure présente les caractères d'un coup de feu tiré de près ou tout autre signe médico-légal permettant d'édifier un rapport concluant. En faisant le compte rendu à l'autorité qui me l'aurait demandé, j'établirais mon diagnostic sur les symptômes objectifs constatés en ne mentionnant nullement les aveux du sujet. Je conclurais dans la formule habituelle qui sera conseillée à propos de la rédaction des rapports concernant les suspects.

2[e] *cas.* — L'autre cas, cas beaucoup plus simple, c'est celui du blessé qui vient de la ligne de feu et qui, sans rien avouer, se présente au poste de secours ou à l'ambulance, puis, plus tard, à l'hôpital pour y être soigné. Celui-là ne peut pas être considéré comme un client qui vient se confier au médecin de son choix. Le médecin auquel il s'adresse est un médecin de collectivité, médecin expert permanent qui, de par ses fonctions, de par son grade, ne saurait se soustraire aux obligations strictes qui lui incombent de rendre compte au commandement de tous les faits généraux intéressant la discipline.

Oui, en effet, et sans discussion possible, le médecin militaire est un expert permanent, mais où les difficultés commencent, c'est quand il s'agit de savoir, à propos de mutilations volontaires, ce qu'il peut dire, quand il peut le dire, et comment il doit le dire.

L'étude si détaillée qui a été faite jusqu'ici dans cet ouvrage à propos des traces du tir à courte distance, les nombreuses causes d'erreurs d'expertise qui ont été décrites sont bien faites

pour donner au médecin une saine méfiance des conclusions qu'il serait obligé de faire connaître.

Ce que le médecin peut dire, ce qu'il peut établir, prouver par une expertise réellement bien faite, c'est qu'un coup de feu a été tiré à courte distance, et il peut même souvent dire à quelle distance exacte ce coup de feu a été tiré. Il est convenu que nous ne parlons que d'une expertise rigoureusement bien faite, sans cause possible d'erreur. Le médecin peut donc rédiger un certificat, une note dans laquelle il dira que le soldat examiné par lui a été blessé à courte distance, distance qu'il détermine. Cela, c'est une conclusion médico-légale justifiée.

Mais le médecin peut-il, doit-il aller plus loin et conclure à une mutilation volontaire ?

A cette question, nous répondrons d'une façon catégorique :

Non, le médecin expert ne peut pas certifier qu'il s'agit d'une mutilation volontaire ; une conclusion de cette sorte dépasse de beaucoup, du tout au tout, la connaissance que l'expert a scientifiquement du cas considéré ; s'aventurer à écrire une conclusion de ce genre, c'est sortir complètement de notre domaine, c'est par conséquent tirer des déductions tout à fait hors de proportion avec les données scientifiques dont nous pouvons répondre.

Mais alors, comment fera le médecin pour satisfaire à l'ordre du commandement qui lui prescrit de signaler les mutilations volontaires ?

Il y a là toute une question qui a besoin d'être mise au point, et c'est le devoir des médecins d'expliquer au commandement qu'on cherche à leur confier une mission qu'il leur est radicalement impossible de remplir. Cette notion n'est pas encore passée dans le domaine courant ; il est du devoir des médecins pourtant de la propager, car seule elle est logique, seule elle est scientifique, et laisser s'installer une autre croyance, c'est se préparer des déboires.

Il y a dans l'armée des médecins dont le rôle est précisément d'être les conseillers du commandement. Pour des questions de cette envergure, c'est aux médecins des quartiers généraux, aux directeurs du service de santé des corps d'armée, aux médecins divisionnaires d'apprendre aux généraux auprès desquels ils sont accrédités, que présenter la question de cette façon, c'est établir une confusion de pouvoirs.

Il ne faudrait pas croire qu'une affirmation de ce genre sera toujours mal venue, mal reçue. Nous en avons une preuve bien nette qu'on pourra faire valoir à l'occasion. Ce sont les ordres venus du G. Q. G. Nous avons déjà signalé que, suivant une circulaire du mois de mai 1915, l'inculpation de mutilation volontaire ne pouvait être établie devant les conseils de guerre sur le seul rapport médical. C'est là une saine doctrine médicale, une sage doctrine disciplinaire et judiciaire. Une inculpation de cette sorte, en effet, ne peut être documentée que par des témoignages de fait, témoignages soit positifs, soit négatifs, avec une enquête du commandement sur les circonstances de ce fait.

Le médecin doit limiter son rôle aux constatations directes des lésions qu'il observe et de leur interprétation. Cette interprétation se limite aux seules conclusions d'ordre médical.

Il peut se faire qu'au cours de l'examen, et généralement pour asseoir des conclusions tant soit peu chancelantes et motivées seulement sur divers témoignages, le médecin soit tenté de demander à l'inculpé dans quelles conditions la blessure est survenue.

Certains médecins même croiront simplifier leur besogne en arrachant soit par persuasion, soit par menaces, des aveux au blessé. Nous en revenons presque ainsi aux conditions du premier cas considéré, mais avec quelque chose que je qualifierai volontiers en disant : ce n'est pas une raison parce qu'on ne peut rien conclure d'après l'examen direct pour essayer de s'appuyer sur des aveux qui n'ont rien à voir avec la question médicale. J'ai eu pour ma part à faire des expertises pour des cas dans lesquels les inculpés avaient avoué ; or, j'ai toujours tenu pour règle absolue que les constatations médicales devaient seules prendre place au raisonnement médical et à la rédaction du rapport de l'expertise. Cette règle ne semble pas pouvoir comporter d'exceptions.

Quelle est alors la conclusion de tout ceci ? Elle se résume en une sorte d'aphorisme : « Jamais le médecin ne doit dire qu'il y a *mutilation volontaire* ; il ne doit pas le dire, parce qu'il ne peut pas le dire, parce qu'il ne le sait pas ». Il sait, quand l'expertise a des résultats positifs, que le coup de feu a été tiré à une distance déterminée. Il peut, par ailleurs, dire si les constatations médicales faites par lui concordent ou ne concordent pas avec les résultats de l'enquête, mais c'est tout. Là se borne son rôle.

Agir autrement, c'est, à notre sens, manquer absolument aux lois les plus formelles de la déontologie médicale, déontologie qui ne connaît ni règles, ni exceptions particulières au milieu militaire La médecine est *une*, la médecine légale aussi.

Il y a au contraire des cas dans lesquels le médecin doit être très affirmatif ; là alors, son devoir est de le proclamer aussi haut qu'il le peut ; il doit alors, à juste titre, être fier du rôle qui lui est dévolu. C'est lorsqu'il peut affirmer, ou prouver qu'un soldat soupçonné de mutilation volontaire est accusé à tort.

Il n'est pas absolument exceptionnel que chez les inculpés de ce genre, on ait retrouvé des fragments de gros projectiles. Là alors, la conclusion s'impose au médecin, et les mots « *mutilation volontaire* » doivent être inscrits aux conclusions de son rapport avec négation catégorique. Mais, c'est un cas relativement rare.

LES PHARMACIES DES HOPITAUX

Un de nos abonnés nous signale de nombreux cas d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, commis par des religieuses d'un hôpital, qui, sans le concours d'un pharmacien diplômé, tiennent cependant une officine ouverte, dans les bâtiments même de l'hôpital.

Laissons de côté le point de vue médical, pour n'envisager que la question pharmaceutique et répondre à la question suivante : un hôpital peut-il avoir une officine, dans l'établissement, sans la faire gérer par un pharmacien diplômé ?

Si nous nous en tenons aux termes mêmes de la loi de germinal an XI, nous répondrons immédiatement que seuls les pharmaciens diplômés propriétaires de leur officine, peuvent délivrer et vendre au public des préparations magistrales.

Un hôpital peut cependant avoir un gérant pharmacien, qui aura la responsabilité technique et la direction absolue de la pharmacie. Le diplômé pourra même vendre des médicaments au public non hospitalisé, en vertu d'une tolérance et d'une habitude. En effet, si la jurisprudence est constante, en ce sens qu'elle oblige le pharmacien à être le propriétaire de l'officine qu'il exploite, il se pourrait que les tribunaux répressifs acquittent, du chef d'exercice illégal ou irrégulier de la pharmacie, un gérant d'une officine hospitalière, ainsi que le maire, président de la commission administrative de l'hôpital, parce que le diplômé ne serait que l'employé appointé de l'hôpital et que ce serait ce dernier qui toucherait les bénéfices de cette exploitation commerciale.

Le but humanitaire pourrait prévaloir aux yeux des juges, en ce sens que cette pharmacie n'aurait été ouverte que pour donner aux malades hospitalisés des médicaments à meilleur compte et prélever des bénéfices sur la clientèle extérieure, payante, pour augmenter les ressources de l'hôpital.

Mais, il en est tout différemment, lorsque la pharmacie de l'hôpital est gérée par une ou plusieurs religieuses, ou autres personnes, non munies d'un diplôme régulier, donnant le droit d'exercer la pharmacie en France.

Différents points doivent être examinés successivement.

1° *Délivrance gratuite de médicaments aux pauvres et indigents.*

Citons d'abord un arrêt de Cassation (chambre criminelle) du 13 mars 1897 : « Les sœurs de charité et les personnes qui se dévouent aux soins à donner aux malades pauvres peuvent licitement préparer et distribuer gratuitement les remèdes simples, dits magistraux. Mais il leur est interdit de débiter, même à titre gratuit, les remèdes officinaux ».

Cet arrêt a été commenté en ces termes par un jugement du tribunal correctionnel de Toulouse, du 20 juillet 1904 : « Les deux dénominations de remède magistral et officinal sont employées depuis longtemps et même encore par les pharmaciens et les médecins, avec un sens variable et souvent indécis. Par suite, il est assez difficile de distinguer le remède officinal du remède magistral, pour appliquer la jurisprudence de la Cour suprême, qui permet aux religieuses et autres personnes charitables, donnant des soins aux malades pauvres, de préparer et distribuer gratuitement les remèdes simples, dits magistraux, mais leur interdit de débiter, même gratuitement, les remèdes officinaux.

« Le ministère public ayant qualifié de remède officinal une préparation faite sur ordonnance de médecin et composée de : acétate de plomb, 5 centigrammes, eau distillée, dix grammes, et ayant poursuivi pour confection de remède officinal, les tribunaux peuvent apprécier que cette préparation est un remède simple, dit magistral, parce qu'une préparation magistrale est simple, lorsqu'elle a pour origine une seule drogue ».

Font application de cette distinction les deux arrêts suivants :

Orléans, 6 juillet 1897 : « Ne constitue pas d'infraction aux lois et règlements sur la pharmacie, la remise à autrui, par une sœur d'hospice non diplômée, du remède simple d'huile de ricin.

Au contraire, constitue une infraction à ces règlements, le débit, par ladite sœur, d'eau sédative et d'eau phéniquée, lors même que ces remèdes auraient été fournis gratuitement et par esprit de bienfaisance. »

Montpellier, correction. 27 janvier 1910 : si la loi du 21 germinal an XI interdit à toute personne non diplômée de préparer ou de débiter aucun médicament, cette prohibition n'est pas absolue. Elle ne s'applique qu'aux remèdes officinaux ».

Deux autres décisions condamnent des religieuses d'hôpitaux, qui délivrent gratuitement des médicaments à des indigents ; tribunal correctionnel de Lons-le-Saulnier, 7 avril 1898 et tribunal correctionnel de Chatellerault, 16 novembre 1909 : ce dernier jugement ajoute que le fait d'avoir agi dans un but d'humanité ne saurait faire disparaître le délit.

Cependant la Cour de Paris, 22 décembre 1896, acquitte une religieuse d'hôpital, du fait d'exercice illégal de la pharmacie, parce que les médicaments qu'elle délivrait aux pauvres étaient prescrits le plus souvent sur ordonnance de médecin et préparés par des personnes ayant qualité pour le faire.

2° *Délivrance de médicaments à titre onéreux.*

C'est le cas le plus fréquent. Pour se procurer des ressources supplémentaires, mues, la plupart du temps par un but d'altruisme et de bienfaisance, certaines commissions administratives d'hôpitaux et hospices, ou quelques congrégations religieuses, mettent en vente des médicaments simples, ou plus ou moins composés. Est-ce de la pharmacie clandestine, illicite, tombant sous le coup de poursuites judiciaires en exercice illégal ?

Oui, répond la jurisprudence.

Exerce illégalement la pharmacie et contrevient aux dispositions de l'article 6 de la déclaration de 1777 et de l'article 33 de la loi de germinal an XI, la sœur d'un hospice qui prépare, vend ou débite des substances médicamenteuses, sans être munie du diplôme exigé par la loi (Tribunal correctionnel de Châteaudun, 11 juillet 1896).

Exerce illégalement la pharmacie une sœur chargée de l'officine d'un hospice, qui vend des médicaments, tels que mouches de Milan, sirop de Tolu, huile de foie de morue, eau phéniquée, huile de ricin, vésicatoires, solution de sublimé, dont la vente est réservée aux pharmaciens seuls (tribunal correctionnel de Moutiers, 22 janvier 1897).

Commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie une sœur d'une communauté religieuse qui vend et livre des médicaments composés sur ordonnance d'un médecin et des cachets de sulfate de quinine au poids médicinal (tribunal correctionnel de Lorient, 24 juillet 1899).

Exerce illégalement la pharmacie une sœur qui, préposée à la direction de la pharmacie d'une congrégation religieuse, délivre et vend des médicaments au dehors et le fait d'avoir agi dans un but d'humanité ne saurait faire disparaître le délit (tribunal correctionnel de Châtellerault, 16 novembre 1909).

Dans le même sens, arrêt de la Cour d'Orléans du 12 février 1894 et un autre de la Cour de Nîmes, du 14 mars 1896.

3° *Complicité d'exercice illégal.*

Le maire, président de la commission administrative de l'hôpital, peut être rendu civilement responsable du délit d'exercice illégal de la pharmacie, commis par sa préposée. C'est, en effet, sur l'autorisation de la Commission administrative que la religieuse a pu faire de la pharmacie illicite, à moins que ces agissements aient pu se produire par suite d'un manque de surveillance administrative, dont s'est rendu coupable l'administrateur de l'établissement hospitalier.

En ce sens, tribunal correctionnel de Moutiers, 22 janvier 1897, de Lons-le-Saulnier, 7 avril 1898, cour de Nîmes, 14 mars 1897.

La supérieure de l'établissement religieux peut également être déclarée civilement responsable du fait délictueux commis par la sœur, qui exerçait illégalement la pharmacie : la complicité du délit est établie du fait que la supérieure a fourni le local, où s'exerce la pharmacie, les drogues, produits et instruments nécessaires (tribunal correctionnel de Lorient, 24 juillet 1899).

Enfin, doit être considéré comme complice le pharmacien diplômé qui fournissait aux sœurs les substances médicamenteuses, sachant qu'elles étaient destinées à la vente (tribunal correctionnel de Toulouse, 20 juillet 1904.)

4° *Partie civile.*

Un pharmacien de la localité peut toujours demander réparation du préjudice qui lui est causé par les agissements illicites de la pharmacie indûment installée à l'hôpital et vendant au public. Sa demande en dommages-intérêts sera donc valable (tribunal correctionnel de Lons-le-Saulnier, 7 avril 1898).

Ce même droit est reconnu actuellement par la jurisprudence, à un syndicat professionnel, qui a le droit et le devoir de faire respecter les avantages matériels et moraux de la profession. Signalons, en ce qui concerne la question spéciale des pharmacies irrégulières d'hôpitaux, la décision du tribunal correctionnel de Moutiers, du 22 janvier 1897 reconnaissant au Syndicat des pharmaciens de la Savoie la qualité pour demander réparation du préjudice causé, par un fait qui lèse ses intérêts.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Sommes-nous prêts ?

Chacun se souvient du livre portant ce titre et paru à la veille de la guerre. Il fut l'objet d'âpres polémiques et cependant, signalait des choses exactes : c'était un livre de vérité.

A l'heure actuelle, avec l'imminence du vote définitif de la loi sur les assurances sociales, nous pouvons nous poser, médecins, la même question. Sommes-nous prêts ?

Contre les probabilités de ces dernières années la loi Grinda sera une des premières votées. C'est la rançon des dernières élections.

Le Gouvernement, sans souci des dépenses créées pour le fonctionnement de ce nouveau rouage social, fera tous ses efforts pour hâter la mise en marche des assurances sociales. Il ne faut pas perdre de vue que si les sommes nécessaires à

a marche du nouvel organisme sont considérables, le budget n'en paye qu'une partie ; l'ouvrier et le patron par leurs versements assurent la plus grosse part des dépenses nécessaires. Le Gouvernement d'autre part entrevoit déjà des bonis considérables et compte avec ceux-ci conjurer la crise des loyers. Ces capitaux disponibles pourraient être consacrés à des constructions de maisons ouvrières ou bien être convertis en placements immobiliers ou hypothécaires. Il faut compter sur le vote prochain de la loi Grinda et il faut qu'il ne nous prenne pas au dépourvu.

Les assurances sociales mettent en présence trois intérêts différents, ceux des médecins, des ouvriers et des patrons, bien qu'ils puissent se concilier et n'en former qu'un seul. Il y a donc lieu à des tractations avec les organismes intéressés. Il est indispensable que les médecins soient d'abord d'accord. Il me semble que nos confrères seront irréductibles sur les points suivants : libre choix du médecin, intégrité du secret professionnel et refus de tout forfait quelle que soit sa forme.

Ni forfait à tant par tête d'assuré, ni forfait par répartition, c'est-à-dire par honoraires versés globalement au Syndicat et répartis au prorata des visites et consultations, ni forfait par maladie ou groupes de maladie, car nous savons tous qu'il n'y a pas des maladies, mais des malades.

C'est sur ces bases, il me semble que les médecins traiteront avec les deux autres intéressés, les ouvriers et les patrons.

L'important pour eux, aussi bien pour l'ouvrier que pour le patron, c'est que les soins soient réels, éclairés, consciencieux ; en réalité, il est nécessaire qu'il soit fait de la bonne et vraie médecine, et non une sorte de médecine militaire civilisée, une médecine de façade, consistant en une distribution de médicaments au petit bonheur, enveloppée dans beaucoup de paperasses. Un petit rien dans une belle enveloppe.

Les assurances sociales sont faites pour le bien de la nation et non dans l'intérêt de quelques fricoteurs ou de démagogues. L'ouvrier n'a qu'un capital, sa santé. N'ayant pas de rentes, il ne peut vivre qu'en travaillant, par suite, il est indispensable que la maladie soit dépistée le plus tôt possible et qu'une partie importante de médecine préventive et notamment l'assurance des petits risques, soit à la base du traitement. Il est utile aussi d'assurer à l'ouvrier une période de convalescence, car le but de l'assurance est la restitution intégrale de l'état de santé qui seul permet de fournir un travail utile : voici, je pense les principales revendications que peuvent réclamer les ouvriers. Car, ils ne cherchent pas en majorité un chômage inutile, le salaire du travail est toujours plus important que l'indemnité de maladie qui peut leur être allouée. Il me semble que l'accord sur ces points est facile avec les syndicats d'ouvriers et d'employés, et avec toute organisation ouvrière indépendante.

Le patron a lui-même le plus grand intérêt à ce que l'ouvrier soit soigné aussi bien qu'il le demanderait lui-même en cas de maladie.

Il a besoin de son matériel humain pour le service de son industrie. Il doit donc le ménager et l'entretenir en parfait état aussi bien que son outillage industriel. Si l'ouvrier est demi-malade, soit en incubation d'affection aiguë, soit en période prémonitoire d'une maladie chronique, ou bien en état de récupération insuffisante de ses forces, suite de maladie, il travaillera, mais mal, il ne produira pas ou involontairement sabotera son travail. Le résultat sera dans tous les cas le même ; la production s'en ressentira et, par suite, le prix de revient, facteur de vie chère. C'est également sur ces points qu'il faut voir les syndicats médicaux entrer en pourparlers avec les syndicats patronaux, les groupements industriels et métallurgiques et les Chambres de commerce.

En réalité, nous le voyons, la vraie médecine doit être la base de toute entente.

Mais pour que le médecin puisse faire de la bonne médecine, il est nécessaire que les honoraires soient suffisants et en rapport avec le travail qu'on réclame de lui. Il ne faut donc pas lui attribuer des honoraires de famine dont sont coutumières les Sociétés de secours mutuels et qui peuvent obliger le médecin à faire de la médecine à la grosse pour joindre les deux bouts. N'oublions pas cet adage : « à tout travail bien payé, travail bien fait ». Par conséquent, pas de cette médecine dont nous voyons l'exercice en Alsace-Lorraine, pas de ces lions de caisse qui, je n'hésite pas à le dire, sont une honte pour la profession.

Ce qui doit dominer tous les pourparlers, c'est, d'abord et avant tout, une bonne organisation des soins. Mais dit-on, sur ces principes, ne craignez-vous pas un abus de la part des médecins et des ouvriers ?

D'abord les médecins marrons sont le petit nombre et parmi ceux que la justice a poursuivis avec juste raison, nous trouvons peu de vrais praticiens, mais plutôt des médecins politicards.

Il est facile d'éviter les abus en supprimant le tiers payant. Il est évident qu'il y a tout intérêt à mettre en présence les deux intéressés, le médecin et le malade, sans l'interposition d'un tiers, caisse, collectivité financière ou mutualiste ; ajoutons qu'un contrôle judicieux portant sur le chômage réel nécessaire et non sur la thérapeutique instituée peut encore couper court aux abus que l'on redoute.

De tout ceci, il résulte que les intérêts des médecins, des ouvriers et des patrons sont identiques et qu'une entente peut être réalisée par des

pourparlers entre eux et par un contrat collectif.

Reste une autre organisation avec laquelle nous devons entrer en rapports, je veux parler de la Mutualité, qui réclame un grand rôle dans la mise en marche de la loi des assurances sociales.

Les Conseils d'administration des Mutualités comprennent des personnes exerçant des professions diverses et des professions libérales. Ils n'ont pas dans la loi les intérêts directs des patrons ayant besoin de la main-d'œuvre ouvrière.

Il est à craindre qu'ils cherchent à continuer les errements de leur organisation de soins, plus préoccupés du rabais à obtenir que de la qualité du traitement. Pour eux, leur désir sera de diminuer le plus possible les frais de chômage et les vacations médico-pharmaceutiques pour réaliser le plus de bonis possibles. Car les bonis leur permettront d'attirer des adhérents dans leurs mutualités et consolideront la situation des membres des Conseils d'administration, politiciens et philantropes d'apparat, d'où récompenses toujours ambitionnées.

Cependant, je ne doute pas que, si la Mutualité voulait renoncer à une partie de ses errements du passé, renoncer à offrir ses avantages à des gens aisés, renoncer à l'exploitation du corps médical, on pourrait trouver un terrain d'entente pour des discussions ultérieures : un contrat raisonnable serait certainement préférable pour la Mutualité à l'état de guerre permanent causé par la méconnaissance systématique des intérêts des praticiens.

Dr M. VIMONT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Autour de l'inventaire

Si l'inventaire actuariel complet avec calcul des réserves mathématiques n'est fait que tous les cinq ans, le trésorier doit, chaque année, dresser un inventaire sommaire indiquant la situation exacte de tous les membres de la Société, et la collection reliée de ces inventaires constitue des archives extrêmement précieuses, telles que peu de sociétés de secours mutuels pourraient en présenter.

Ces gros volumes de chiffres peuvent, au premier abord, ne pas dire grand'chose, mais, si l'on sait les interroger, ils donnent, sur la marche de la Société d'abord, et ensuite sur la vie sociale de chaque membre en particulier, des renseignements fort intéressants.

Qu'on lise, par exemple, à la combinaison MA, que 1.736 sociétaires, avec 7.497.442 journées de participation, ont donné 73.767 journées de maladie à 10 fr. et 134.242 journées de chronicité, on pourra certainement se borner à tourner la page, mais on pourra aussi se dire que mille journées de participation se traduisent par 27.75 journées d'incapacité de travail et que chaque sociétaire en a présenté une moyenne de 130.

Certains diront qu'il ne s'agit là que de moyennes et que les moyennes ne sont presque jamais justes pour personne en particulier, mais d'autres penseront que ces données de l'expérience ont, pour le contrôle des calculs qui ont servi de bases au barême des cotisations, une importance capitale.

Si l'on rapproche ces chiffres des résultats fournis par les inventaires antérieurs, on constate : 1° que les causes occasionnelles qui ont pu influencer certaines années tendent de plus en plus à s'effacer ; 2° que la Société vieillissant, l'âge moyen de ses membres et par conséquent leur morbidité ont augmenté.

Au lieu d'envisager les chiffres globaux de la combinaison, prenons une catégorie de sociétaires, par exemple ceux qui sont nés en 1874 et qui ont actuellement cinquante ans : on voit que 175 membres, avec 460.440 journées de participation, donnent 3.384 journées d'incapacité de travail à 10 fr. et 8.146 journées de chronicité — soit 25,15 journées par mille jours de participation et 65.90 par sociétaire.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux de la moyenne générale, pourquoi ? C'est qu'après cinquante ans, la morbidité s'accroît d'une manière notable.

Et si, dans cette catégorie spéciale, on considère la situation de chaque sociétaire en particulier, on voit que sur les 175 adhérents, 37 seulement n'ont pas eu d'incapacité de travail morbide et que, sur les 138 qui ont été malades, 21 l'ont été pendant plus de soixante jours consécutifs.

Veut-on savoir quelles indemnités ont été versées à ces sociétaires ?

Un d'entre eux a reçu 9.826 francs ;

Quatre ont reçu plus de 2.000 francs ;

Onze ont reçu entre mille et deux mille francs.

Voici donc dans cette catégorie d'hommes encore relativement jeunes, en tous cas dans la plénitude de leurs forces et de leur activité, 78 % qui ont été arrêtés par la maladie — n'est-ce pas la réponse par les faits à cette assertion que le médecin n'est que rarement malade ?

Et certains ont été sérieusement touchés puisqu'ils ont reçu des indemnités importantes.

Maintenant prenons les résultats fournis par l'année 1913.

1.046 membres inscrits à MA, avec 373.012 journées de participation, donnent 3.185 journées de maladie à 10 fr. et 5.995 journées de chronicité — soit 27.28 pour mille journées de participation.

Le nombre des malades a été de 128 sur lesquels 36 ont été arrêtés plus de 60 jours consécutifs et dix pendant l'année entière.

Le total des indemnités versées a atteint 51.745 fr. 70.

16 confrères ont reçu une indemnité supérieure à mille francs ;

21 ont reçu une indemnité comprise entre 500 et 1.000 francs.

Et de tout ceci que faut-il conclure ?

C'est que le médecin, quoi qu'il paraisse croire, est menacé chaque jour dans sa santé, que la maladie le guette et que bien peu nombreux sont ceux qui lui échappent.

C'est que coupables sont ceux qui ne se prémunissent pas contre ce danger et attendent pour le prévoir qu'ils aient été frappés eux-mêmes.

C'est enfin que nos confrères ont sous la main pour se garantir une œuvre aussi solide qu'ils peuvent le souhaiter, œuvre qui depuis trente années a fait ses preuves et à laquelle ils peuvent s'adresser en toute confiance.

Venez donc à la Mutualité Familiale, chers confrères, lecteurs du *Concours médical,* qui êtes tenus aussi régulièrement que possible au courant de son fonctionnement et de sa marche ; garantissez-vous contre le chômage causé par la maladie pour la période de votre vie professionnelle active et assurez-vous une retraite pour le jour où vous devrez songer au repos.

Les sacrifices qui vous sont demandés ne sont pas au-dessus de vos forces et le jour n'est peut-être pas loin où vous vous réjouirez d'avoir fait acte de prévoyance.

A. Gassot.

TUBERCULOSE ET LOGEMENT (1)

La tuberculose, on ne saurait trop le répéter, est une maladie sociale, un fléau social.

Qui dit maladie sociale, dit maladie dont la cause essentielle est dans l'organisation du milieu social dans lequel nous vivons, organisation défectueuse à beaucoup de points de vue.

Parmi les imperfections de ce milieu social il faut citer en première ligne le *logement.* Il est incontestable que la manière dont sont logés à la ville, et même à la campagne, les trois quarts d'entre nous est déplorable. On estime qu'il y *a à peine* un individu sur 300 qui dispose d'un logement convenable. L'attraction des villes et l'élévation exorbitante du prix des loyers qui en est la conséquence amènent l'entassement des familles dans des logements tellement étroits et souvent tellement sordides, qu'ils ne méritent même pas le nom de taudis. C'est souvent dans un galetas ou une cave que quatre ou cinq personnes travaillent, cuisinent et couchent, avec, pour unique ouverture, la porte. Les chambres, sans air ni lumière se comptent par milliers à Paris : le casier sanitaire des maisons de la capitale, créé par M. Juillerat, en fait foi.

Paris et les grandes villes n'ont pas le monopole du logis malsain. En 1918, on a fait lerelevé, dans les communes de la Seine, du nombre de personnes qui avaient un logement insuffisant ou malsain. La proportion a été de 200 à 600 pour mille, soit environ la moitié. Et il en est ainsi probablement partout ailleurs. Les professeurs Lemoine et Landouzy ont insisté sur l'insalubrité des logements des paysans et chacun de connaît le mauvais état de la plupart des habitations de la campagne.

Qu'en résulte-t-il ? Le voici : A Paris, le IIIe arrondissement (Temple) compte 85.000 habitants. C'est un des moins étendus de Paris(116 hectares) et le plus surpeuplé (739 habitants à l'hectare, au lieu de 365 comme moyenne des autres arrondissements). C'est un des plus touchés par la tuberculose qui, chaque année, y tue 350 à 400 personnes. Et cependant tout ce quartier est visité par les visiteuses d'hygiène du dispensaire antituberculeux installé dans le voisinage. Les logements sont bien tenus, lavés, nettoyés, les conseils d'hygiène bien écoutés et scrupuleusement suivis. *Mais* les rues sont étroites, les maisons hautes, mal éclairées peu ensoleillées, les appartements petits ; il faut,la plupart du temps, manger, dormir et travailler dans la même pièce (1).

A Paris toujours, les arrondissements qui accusent la mortalité tuberculeuse la plus élevée (11e, 13e, 14e, 15e, 18e, 19e et 20e) sont aussi ceux où on constate le plus grand nombre de plaintes contre les logements insalubres.

Il y a donc une relation étroite entre le logement insalubre et la mortalité tuberculeuse. Cette relation est encore mise en évidence par les constatations suivantes :

(1) *Vers l'Avenir*, 15 février 1924.

(1) Communication faite par le Dr Boureille, médecin-chef du dispensaire antituberculeux du 3e arrondissement de Paris, au Ve Congrès national de la tuberculose tenu à Strasbourg du 2 au 6 juin 1923.

En Angleterre, on est arrivé, en trente ans, à diminuer de 50 % la mortalité par tuberculose en améliorant le logement des travailleurs.

Des statistiques irréfutables montrent que la mortalité est trois fois moindre dans les habitations salubres et à bon marché que dans les autres immeubles situés dans le même quartier. D'autres statistiques montrent qu'alors qu'on constate une mortalité de 11 % par tuberculose dans une rue étroite, bordée de hautes maisons, celle-ci tombe à 1 % dans une rue voisine, de même longueur, mais trois fois plus large.

A Lille, dans les rues où il y avait des groupes importants d'habitations ouvrières à bon marché, la mortalité par tuberculose atteignait, en 1918, le taux de 1,08 à 1,70, alors que, dans les rues voisines des mêmes quartiers ouvriers, dépourvus d'habitations à bon marché, ce taux dépassait le chiffre de 3,70 pour 1.000 (1).

Deux grandes Sociétés de Paris, logeant 14.000 personnes dans des habitations à bon marché, ont constaté, dans leurs immeubles, une mortalité moyenne de 7 pour 1.000, tandis qu'elle s'élève à 20 pour 1.000 environ dans les maisons du même quartier.

Une Société d'habitations hygiéniques pour familles nombreuses possède, dans une commune suburbaine des environs de Paris, une maison où logent 402 habitants. Dans cet immeuble, la mortalité a été, en 1922, de 4,76 pour 1.000, tandis que la moyenne pour la commune est de 27 pour 1.000 (2).

Nous pourrions multiplier les exemples. Ceux-là suffisent pour montrer où est le remède.

Comment l'appliquer ?

Nous avons en France des lois sur les habitations à bon marché. La dernière en date, celle du 5 décembre 1922, « portant codification des lois sur les habitations à bon marché et la petite propriété », les résume toutes. Elle a d'ailleurs abrogé toutes celles promulguées antérieurement. Il suffit, par conséquent, de s'y reporter pour trouver la marche à suivre, soit pour construire, soit pour acquérir un logement salubre et à bon marché.

Les organismes prévus pour construire les habitations à bon marché (qui doivent remplir certaines conditions de salubrité et de solidité) sont : les Sociétés d'habitations à bon marché, les Offices publics d'habitations à bon marché et certains établissements tels que bureaux de bienfaisance, hospices, hôpitaux, caisses d'épargne. A la condition de faire approuver leurs statuts par le ministre de l'hygiène, ces organismes reçoivent de l'Etat, des départements, des communes et des œuvres diverses, des prêts à un taux réduit variant de 2 à 2.50 %.

Ces mêmes organismes, et en outre les Sociétés de Crédit immobilier (qui sont exclusivement des Sociétés de crédit), prêtent aux particuliers qui désirent acquérir ou construire des habitations à bon marché. Il suffit de remplir certaines conditions, dont les principales sont : être peu fortuné, mais posséder au moins le cinquième du prix de la maison et contracter à la Caisse Nationale d'assurances, en cas de décès, une assurance sur la vie. Le taux de l'intérêt est de 2 % ; il est réduit à 1 % pour les victimes de la guerre (réformés, veuves de guerre, pupilles, etc.).

Pour la location, il suffit également de s'adresser à un de ces organismes. Les loyers ne doivent pas dépasser un maximum calculé sur le nombre de pièces et l'importance de la commune où est située la maison. Ce maximum représente le 4 % du prix de revient réel de l'immeuble : il ne doit pas le dépasser.

Il y a des Sociétés d'habitations à bon marché dans tous les grands centres et il existe en général un Office dans chaque département.

Le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (bureau des habitations à bon marché), rue de Varenne, 80, à Paris, envoie gratuitement, sur simple demande :

1. La liste à jour, avec indication de leur siège social, de tous les organismes d'habitations à bon marché : Sociétés approuvées d'habitations à bon marché, de jardins ouvriers, de crédit immobilier, offices publics, etc. ;

2. Les statuts modèles, arrêtés par le ministère, des Sociétés de crédit immobilier, ainsi que les statuts des Sociétés d'habitations à bon marché ;

3. Les éclaircissements dont les intéressés peuvent avoir besoin pour l'application de la loi.

Dans chaque département, les intéressés, peuvent, en outre, s'adresser à la Préfecture pour obtenir la liste à jour des organismes fonctionnant dans le département.

Enfin, la Caisse des dépôts et consignations, sur demande adressée au Directeur général, rue de Lille, 56, à Paris, adresse gratuitement tous renseignements sur les assurances en cas de décès et sur la marche à suivre, par les organismes d'habitations à bon marché, pour demander des avances à l'Etat.

Ainsi, une législation bienfaisante existe, qui offre des avantages importants à tous ceux, particuliers ou Sociétés que préoccupe le souci d'améliorer la salubrité des habitations urbaines et rurales. Et comment ne pas partager ce souci, quand il est prouvé que l'habitation malsaine, le taudis, favorise la contagion et l'éclosion de la tuberculose, quand des exemples trop nombreux montrent qu'elle en accélère l'évolution et le dénouement ? « Si le problème des logements

(1) Dr Lemiere, de Lille. — Communication au Ve Congrès national de la tuberculose tenu à Strasbourg.

(2) M. Georges Risler. — Communication au Ve Congrès national de la tuberculose.

n'était pas attaqué avec prévoyance et courage, a écrit quelque part M. Addisson, ministre de la santé publique en Angleterre, il serait très difficile que de nouveaux progrès puissent être accomplis en vue de l'abaissement du taux de la mortalité par la tuberculose en Angleterre ». On peut en dire autant pour d'autres pays, pour la France en particulier. Toute prophylaxie est inopérante dans un logement étroit, mal aéré, mal éclairé, pas ensoleillé et empuanté par toutes espèces de mauvaises odeurs (cuisine, éviers, égoûts, etc.). Tout malade amélioré ou guéri, après un long et coûteux séjour dans un sanatorium, doit fatalement rechuter s'il retourne dans un milieu antihygiénique. Et c'est ainsi que, dans beaucoup de cas, des mesures prophylactiques sont prises, qui restent vaines, et des dépenses énormes sont faites en pure perte pour placer en sanatorium des malades qu'on s'empresse, après amélioration ou guérison, de renvoyer à leur milieu antihygiénique. Ces efforts et cet argent seraient plus utilement employés à l'amélioration des logements malsains et à la construction d'habitations à bon marché.

On l'oublie peut-être un peu trop.

Dr Roure.

P.S. — Les personnes qu'intéresse tout particulièrement cette question de la législation des habitations à bon marché et de la petite propriété la trouveront très bien exposée dans un ouvrage récent de M. Roch, chef de bureau des Habitations à bon marché au ministère de l'hygiène, intitulé : « Exposé pratique de la législation des Habitations à bon marché et de la Petite propriété ». — En vente à « Ma Petite Maison », 40, rue de Maubeuge, Paris.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Projet de création d'un sanatorium universitaire

Au mois de mai 1923, la section de médecine de l'Association générale des étudiants, émue d'apprendre que nombre d'étudiants français étaient victimes de la tuberculose, demandait au Congrès de l'Union nationale à Clermont-Ferrand « qu'un sanatorium universitaire destiné aux étudiants et étudiantes soit créé dans le plus court délai ».

C'était dans un esprit essentiellement corporatif que nos jeunes amis émettaient semblable proposition. Certains groupements industriels ou universitaires n'ont-ils pas, eux aussi, des sanatoriums ?

Citons, pour mémoire, ceux des instituteurs, des cheminots, des ouvriers et mineurs (Société métallurgique et minière).

Et puis, le nombre des établissements français étant nettement insuffisant, beaucoup d'étudiants sont, de ce fait, dans l'impossibilité de recevoir les soins qui leur sont indispensables.

Quelques-uns d'entre-eux — ceux dont la situation de fortune le permet — se dirigent vers la Suisse; d'autres, sur les établissements français, mais, en général, au prix de quelle attente ! D'autres enfin, doivent renoncer aux bienfaits de la cure que leur interdit la modicité de leurs ressources.

Et pour tous enfin, pour ces derniers surtout, c'est la perspective angoissante de l'interruption des études, parfois d'une carrière brisée.

L'Union nationale affirme que cette situation est réelle, qu'elle est fréquente et que certains de ses membres sont morts parce qu'ils n'avaient pu se soigner.

Donc les délégués des étudiants se sont mis à la besogne, aidés en cela par leur « vieil ami » Monsieur, Paul Strauss, alors ministre de l'hygiène. Un comité de patronage fut constitué sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

Il groupe : les ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de l'hygiène ; MM. Honnorat, ancien ministre, auteur de la loi sur les sanatoriums, Chauveau, président du groupe interparlementaire, médical ; Fernand Merlin, sénateur ; Georges Risler, vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose ; Hudelo, directeur de l'assistance et de l'hygiène ; Coville, directeur de l'enseignement supérieur, MM. les recteurs des Universités, MM. Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux.

Une Commission médicale et technique y est adjointe, comprenant tous les maîtres actuels de la tuberculose, et dont M. Léon Bernard a bien voulu accepter la présidence.

La première des questions à résoudre, pour mener à bien cette œuvre d'entre-aide professionnelle, était celle de l'emplacement. Il ne fallait pas songer en effet à construire un établissement *isolément*.

Deux sanatoriums devant être édifiés prochainement, l'un par la Société métallurgique et minière contre la tuberculose, l'autre par l'Union hospitalière du Sud-Est à 18 km. de Grenoble, sur le plateau des Petites-Roches (altitude 1.100 mètres) c'est cet emplacement que, d'accord avec la Commission médicale, nos étudiants choisirent.

Très bien exposé, abrité des vents du nord et de l'est par des montagnes disposées en éventail, les voies d'accès faciles puisque desservi par un funi-

culaire, le plateau des Petites-Roches était un lieu tout indiqué pour recevoir des tuberculeux.

Dès qu'elle eut obtenu une option pour l'achat de 3 hectares 1/2 de terrain, l'Union nationale confia les études d'architecture à M. Gavet, ancien architecte divisionnaire de l'assistance publique de Paris.

Par raison d'économie, on dut abandonner l'idée primitive d'établir des chambres individuelles.

Le sanatorium universitaire occupera une surface de 1.787 mq.

Il comprendra : un sous-sol, un rez-de-chaussée et trois étages.

Le troisième étage ne sera élevé que sur la partie centrale du bâtiment, la cuisine étant placée en dehors.

Le sanatorium, suivant les conceptions modernes, aura la forme d'un éventail dont les ailes feraient un angle ouvert de 135° avec la partie centrale. Celle-ci sera orientée nord-sud.

L'aérium couvert, exposé au midi, sera aménagé dans la galerie de circulation du rez-de-chaussée. On pourra disposer de 103 lits, répartis en 32 chambres de 2 lits, les autres devant être des chambres d'isolement.

Une salle de jeux, une bibliothèque, des laboratoires d'expérimentation y seront adjoints.

Tels sont, en grandes lignes, les plans qui furent adoptés sur rapport favorable du docteur Guinard, par le Comité spécial institué par la loi du 7 septembre 1919.

Nos étudiants eurent la joie de se voir aider par l'Etat.

Celui-ci vient de leur accorder la somme de 1.300.000 francs représentant la moitié du montant total du devis.

Dès que d'autres sommes leur parviendront, grâce aux libéralités des Conseil généraux, des Conseils d'Université, des Sociétés industrielles, des banques, mais, il faut bien le dire — aussi et surtout des particuliers, ils entreprendront la construction de leur généreux projet.

Eux-mêmes ont donné cette année un bel exemple de solidarité en décidant de verser chacun et annuellement une certaine somme pour les frais du sanatorium.

Ce projet sera, croyons-nous, grâce au bon cœur français, rapidement réalisé.

Mais une fois achevé, comment le sanatorium des étudiants pourra-t-il fonctionner ? C'est ce que nous avons demandé à sa commission d'organisation.

Nous confierons, nous répondit son président, le docteur Amabert, médecin des hôpitaux de Grenoble, la direction médicale et administrative de cet établissement au sanatorium de l'Union hospitalière. C'est à cette solution que nous nous sommes arrêtés après entente avec M. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon. D'autre part, il nous paraît possible également d'obtenir dans ce dernier, un certain nombre de lits réservés aux tuberculeux osseux et aux étudiantes.

En outre, étant donné que l'achèvement du sanatorium des étudiants précédera vraisemblablement de deux ou trois ans celui du sanatorium de l'Union, nous envisageons un plan de gestion commune avec celui de l'Association métallurgique et minière, qui fonctionnera en 1925.

Quant aux frais de séjour et d'entretien des malades, trois modalités sont à envisager.

Etudiants qui peuvent payer. — Le problème se résout de lui-même.

Etudiants en médecine ayant contracté la tuberculose dans un service hospitalier. — Le décret portant assurance contre les risques professionnels pourvoira à ce cas.

Etudiants ne possédant pas les ressources nécessaires. — Il sera constitué, dans chaque Association générale, une caisse de secours. D'autre part, les Conseils d'Université entretiendront un certain nombre de lits. La création de ce sanatorium a donc été très bien entreprise, aussi conclurons-nous, comme M. Léon Bernard, qui, dans la brochure que l'Union nationale des étudiants vient de faire paraître, s'exprime ainsi :

« Le nombre des sanatoriums, chez nous, est lamentablement insuffisant. Certes, tous les besoins n'y peuvent trouver place. Mais ce n'est pas là le seul motif qui légitime le louable projet de l'Union ; *il faut aux étudiants tuberculeux une Maison à eux* ; une maison où ils mèneront leur cure dans une atmosphère morale qui en favorisera les résultats, où ils trouveront les ressources leur permettant de concilier, avec leur état et son traitement, la continuation au moins partielle de leurs études, où ils jouiront même de ce commerce si désirable des disciplines intellectuelles différentes, dont l'organisation de la vie universitaire normale ne leur permet guère de bénéficier. Il y a plus : pour certains d'entre eux, les étudiants en médecine, le sanatorium, en leur rendant la santé, leur dispensera les moyens d'apprendre à la rendre à autrui ; il sera une école et un levier d'orientation professionnelle.

« On ne saurait décerner trop d'éloges au bel exemple de solidarité que fournissent nos étudiants de France. Mais ils ont eu en outre le mérite de poursuivre la réalisation de leur projet dans un esprit d'économie avisée et de perfection technique tout à la fois. L'emplacement du futur établissement est admirablement choisi, les plans bien conçus, la gestion administrative bien assurée. Le travail est à pied-d'œuvre. L'exécution est désormais liée à la récolte des sommes nécessaires.

«A l'heure où de toutes parts l'élan des collectivités publiques comme de la bienfaisance privée monte à l'assaut de la tuberculose, où toutes les bonnes volontés, de concert avec les pouvoirs publics, se conjurent pour barrer la route au fléau qui menace le

pays, qui ne verra la nécessité, l'obligation morale, vis-à-vis de la jeunesse universitaire, d'aider au succès de son entreprise ?

« Les étudiants ont accompli leur devoir, un devoir qu'ils se sont spontanément imposé. A chacun de comprendre le sien. »

La Commission d'organisation du sanatorium des étudiants est ainsi composée : président: docteur Amabert ; secrétaire : M. Crouzat ; trésorier : docteur Roussellier ; membre : M. Antébi.

Ses bureaux se trouvent 13 et 15 rue de la Bûcherie (Téléphone Gobelins 07-60). Tout envoi de fonds doit être fait à M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Enseignement pratique de la pédiatrie.** — MM. Armand-Delille, Hallé, Huber, Lemaire, Lesné, Paisseau, Weill-Hallé, médecins des hôpitaux ; Mouchet, Veau, cirurgiens des hôpitaux, feront, du 6 au 18 octobre 1924, deux séries de 12 leçons sur les maladies de la première enfance avec démonstrations pratiques, à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot, et à l'hôpital Saint-Louis (musée), 40, rue Bichat.

Cours de pédiatrie médico-chirurgicale. — Première série. — 6 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Armand-Delille. Pratique de l'allaitement au sein et au biberon. Ration alimentaire. — 17 h., M. H. Lemaire. Dyspepsie du lait de vache. Constipation et diarrhée.

7 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Paisseau. Entérocolites de la première enfance. — 17 h., Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes, M. Weill-Hallé. Hygiène sociale du nourrisson. Maison d'allaitement.

8 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Huber. Anorexie et vomissements du nourrisson. Sténose pylorique. — 17 h., M. H. Lemaire. Hypothrepsie et athrepsie.

9 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Paisseau. Choléra infantile. Diète hydrique. — 17 h., M. Armand-Delille. Sevrage et ses accidents. Anémie. Dyspepsie des farineux.

10 octobre, 11 h., hôpital Saint-Louis, M. Mouchet. Invagination intestinale. Affections chirurgicales de l'intestin chez le nourrisson. — 16 h., Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes, M. Weill-Hallé. Alimentation des nourrissons malades. Laits modifiés. Bouillie maltée. Démonstrations pratiques.

11 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Lesné. Maladies par carence. Scorbut infantile. Spasmophilie. Tétanie. — 17 h., pouponnière de Boulogne, 55, rue Denfert-Rochereau, M. Lesné. Hygiène des nourrissons élevés en commun.

Deuxième série. — 13 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Lesné, Rachitisme. Etiologie, pathogénie et symptômes. — 17 h., M. Lesné . Rachitisme. Traitement (présentation des malades et projections).

14 octobre, 11 h., hôpital Saint-Louis, M. Hallé. Dermites simples et prurigo. — 17 h., M. Hallé. Eczéma des nourrissons.

15 octobre, 11 h., hôpital Saint-Louis, M. Hallé. Pemphigus. Impétigo. Ecthyma. — 17 h., M. Hallé; Erysipèle. Pyodermite. Gale.

16 octobre., 11 h., hôpital Saint-Louis, M. Hallé, Syphilis cutanée et muqueuse du nourrisson. — 17 h., hôpital Trousseau, M. H. Lemaire. Syphilis viscérale et osseuse.

17 octobre, 11 h., hôpital Trousseau, M. Hallé. Syphilis nerveuse. Convulsions. — 17 h., M. Huber. Prophylaxie et traitement de la syphilis héréditaire.

18 octobre, 10 h., hôpital des Enfants-Assistés, M. Veau. Malformations congénitales (tête, membres, rachis). — 17 h., hôpital Saint-Louis, M. Mouchet. Genu valgum. Scoliose.

Un cours analogue composé aussi de deux séries aura lieu à partir du 13 avril 1925.

Complément pratique. — Au cours de ces conférences, il sera procédé à des examens de malades, à des projections et à des démonstrations pratiques sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (application de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé pou r chaque série à 100 fr. Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. Lemaire, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

— **Hôpital Ambroise-Paré.** — Un cours de pratique cardiologique sera fait sous la direction de M. Ch. Laubry, avec la collaboration de MM. Daniel Routier et Jean Walser, assistants, et Pierre Oury, interne du service, du lundi 29 septembre au samedi 11 octobre 1924.

Droit d'inscription : 150 fr. Les inscriptions sont reçues à l'hôpital Ambroise-Paré, soit directement, soit par correspondance. S'adresser à M. D. Routier.

Programme des leçons. — Les syndromes cardiaques d'origine neurotonique. L'hypertension dite primitive : formes de la cinquantaine, du vieillard, de la ménopause. Les myocardies. L'insuffisance ventriculaire gauche, sa place dans l'évolution des cardiopathies. Les troubles pulmonaires au cours des cardiopathies. L'insuffisance ventriculaire droite. Les endocardites évolutives rhumatismales. Traitement de l'hypertension. Traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche. Considérations générales sur la thérapeutique cardiaque.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

donc payer pour l'autre cabinet, 5 fois plus soit 276 fr. 15.

Or, on me réclame 356 fr.

Qu'est-ce à dire ?

Que pensez-vous de ces chiffres ? Et cette taxe assimilée (poids et mesures) pour un de mes cabinets et qui n'existe pas pour l'autre ?

Je vous avoue que je suis un peu perdu au milieu de ces chiffres et si vous pouvez me donner un peu de lumière vous me rendrez un grand service.

Dr D'

Réponse.

La contribution des patentes est calculée en multipliant le *principal fictif* représenté par le droit proportionnel fixé au quinzième de la valeur locative par le *centime le franc.* Ce centime le franc varie suivant les départements, et dans un même département, suivant les communes. C'est pourquoi vos impositions établies dans deux communes différentes ne sont pas exactement proportionnelles au loyer.

En qualité de dentiste, vous employez fort probablement des appareils de pesée soumis à la vérification pour laquelle une taxe spéciale vous est réclamée.

A. Martinot.
Conseiller fiscal.

2055. — Pension militaire. Réduction sur les chemins de fer.

Je viens d'obtenir une pension de 25 %; j'étais médecin-major de 2e cl. Quel est le montant de la pension (mes enfants ont plus de 18 ans) ?

En outre je lis dans le *Concours* de ce jour, page 1862, qu'il faut avoir au moins 25 % pour avoir une réduction de tarif sur le chemin de fer, ce que j'ignorais. Quelle est cette réduction de tarif ?

Dr B.

Réponse.

Pour un médecin major de 2e cl. un taux d'invalidité de 25 % donne droit à une prime annuelle de 1.100 fr.

Les majorations ne sont accordées que pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Pour 25 %, la réduction sur les tarifs de chemin de fer est de 50 %.

Application du Tarif Breton.

I

1987. — « Surveillance prolongée » (art. 8)

Appelé d'urgence à 2 heures du soir pour un mineur pris sous un éboulement de terre, j'ai dû attendre pendant 2 heures que l'on puisse retirer l'intéressé de l'excavation où il était. A ce moment, comme il

était impossible de prévoir l'heure à laquelle on pourrait le sortir (par suite d'éboulements successif)s), je suis rentré à la maison.

Appelé de nouveau vers 6 heures du soir pour constater le décès, j'ai fait un 2e voyage et ai établi 3 certificats pour la gendarmerie, l'assurance, la mairie.

Puis-je compter régulièrement 2 voyages successifs ?

1 visite (séjour de 2 heures), bien que le mineur n'était pas encore retiré de la famille.

1 visite pour la constatation du décès.

2 certificats à 5 fr.

Quel prix puis-je demander pour les 2 visites (il s'agit d'une assurance : mineur travaillant pour un entrepreneur).

Dr C.

Réponse.

Ceci est un cas bien spécial et fort intéressant. Vu l'espèce, il me paraît légitime et rationnel de compter ainsi :

a) *Première visite.* — Vous êtes forcément resté deux heures en « surveillance prolongée », vous tenant prêt à intervenir « dans l'éventualité de complications menaçant la vie » du blessé, ainsi qu'il est dit à l'article 6. Et, professionnellement, je ne vous vois pas agissant autrement, tant qu'on put espérer sortir vivant le malheureux. Vous avez donc à compter, ainsi qu'il est dit à cet article, une visite par demi-heure de surveillance, soit pour deux heures *le prix de quatre visites.*

b) *Deuxième visite.* — Là, visite simple plus certificat. Mais un seul certificat à compter, celui pour le patron ou son assureur (article 29). Quant aux autres, pour la mairie ou la gendarmerie, ils ne relèvent plus du tarif Breton.

F. D.

II

1983. — Pansements multiples. et blessures multiples

Plaies multiples des deux mains produites par une grue (accident du travail).

Main gauche : plaie contuse face palmaire du médius.

Main droite : plaie contuse face dorsale et palmaire du *pouce.*

Plaie contuse face palmaire du *médius.*

Ecrasement de la 1re et de la 2e phalange de l'*annulaire.* Perte de la presque totalité de la première phalange. Fracture comminutive de la 2e phalan'ge Tissus très broyés. Ecrasement de la 1re et de la 2e phalange de *l'auriculaire.* Fracture comminutive de la 2e phalange. Perte de la moitié de la première phalange avec articulation mise à nu. Suture de la face dorsale de la première phalange pour recouvrir l'articulation et essai de conservation de l'annulaire et de l'auriculaire.

Dois-je compter seulement la somme de 11 fr. 25 pour tous ces pansements, y compris les 2 plaies graves de l'auriculaire et de l'annulaire ?

Le pansement du médius gauche doit-il être tarifé en plus ?

Evidemment il n'est pas question de tarifer les fractures des phalanges pour lesquelles il n'y a pas de réduction et de contention à faire, étant données les plaies et le broyement des parties molles.

Autre accident :

Fracture de l'extrémité supérieure de la tête humérale par chute sur l'épaule : pas de déplacement et par conséquent aucun appareil à mettre, une simple écharpe pour immobiliser le bras. C'est une fracture de l'humérus mais il ne paraît qu'il serait exagéré de demander 90 fr.

D[r] N.

Réponse.

1° a) *Le premier jour.* — Réunion par sutures multiples aux doigts de la main droite (18,75) plus pansement simple à la main gauche (prix de la consultation : 7 francs, plus certificat descriptif : 10 francs), soit au total : 35,75.

b) *Les jours suivants.* — Pansements multiples sur un même segment de membre à la main droite (11,25), plus pansement simple à la main gauche (7 francs), soit au total : 18,25.

Nota. — On remarquera qu'ici je compte *en plus* le pansement simple de la main gauche, bien qu'il soit « compris dans le prix de la visite ou consultation », donc non comptable avec une intervention, car ce serait le cumul défendu par l'article 13. C'est qu'ici nous avons affaire, non pas à *une* blessure, mais à *deux* blessures bien différentes, puisque sur deux membres différents, auquel cas ce n'est plus l'article 13 qui est en jeu, *mais l'article* 14 *sur les blessures multiples.*

2° Puique, d'après votre lettre, vous n'avez eu aucune *réduction* à opérer, il me paraît évident que vous ne pouvez compter « réduction et contention d'une fracture », qui est tarifée à l'article 18. Dans votre cas, c'est une contention simple, comme d'ordinaire celle de fractures d'omoplate ou de côte, tarifée 20 francs (première catégorie). N'oublions jamais que, dans le tarif Breton, c'est non pas la lésion qui est tarifée, mais l'intervention pratiquée par le médecin.

F. D.

III

2042. — Blessures multiples. Tarification.

Je donne mes soins à un accidenté du travai atteint de trois lésions siégeant sur des segment de membres différents.

Les soins sont donnés au domicile.

Dois-je compter 10 fr. pour la première lésion

et 16 pour les deux autres comme le prétend la compagnie d'assurance ou bien 10 fr. pour chaque lésion ?

D^r S.

Réponse.

« Dans le cas de blessures multiples, dit l'article 14, hors le cas prévu de pansements sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour *chacun* des pansements..... » On vous doit donc bien ici trois pansements. Ceux-ci ont été faits à domicile, il faut donc, tout d'abord, compter le prix d'une visite (10 francs), qui comprendra le premier pansement (article 16), puis on ajoutera, puisque vous êtes tout transporté pour les autres, autant de fois le prix de la consultation pour les deux suivants. Au total : 10 francs plus 8, plus 8, soit 26 francs par séance.

F. D.

IV

2039. — Essais infructueux de réduction de luxation

1° Blessé présentant une luxation en dehors du coude gauche avec distension considérable de la capsule par hémarthrose.

Je fais immédiatement sans anesthésie une tentative de réduction et ne puis réussir. Devant ce fait, je demande à un confrère de se rendre au domicile du blessé, et celui-ci étant anesthésié par mon confrère, je réduis la luxation, mais au moindre mouvement la luxation se reproduisant, vu la distension capsulaire considérable, le malade est transporté chez un spécialiste qui ne parvient à maintenir la réduction sous chloroformisation, que par un appareil plâtré. Une radiographie de contrôle fut même nécessaire le soir de la réduction.

Ai-je le droit de réclamer des honoraires pour la réduction tentée sous chloroforme et qui ne se maintenait pas ?

Dans la négative, puis-je réclamer, au moins, une visite : 10 fr. plus les honoraires pour le confrère anesthésiste, 50 fr.

Lors de la réduction par le confrère spécialiste, j'ai aidé ce dernier, dois-je réclamer les honoraires dus à l'aide 50 fr., et suis-je en droit aussi de faire payer ma visite pour la radiographie de contrôle.

2° Blessé présentant une plaie contuse de la crête du tibia droit. Cette plaie s'éternisant comme cela arrive souvent dans ce cas, j'ai obtenu assez rapidement la guérison en faisant des pansements à la colle de Unna, utilisés dans le traitement des ulcères variqueux. Ces pansements, étant assez compliqués, peut-on les assimiler à des pansements de brûlure (moyenne) dans le cas présent ?

3° Blessé présentant une plaie transversale par instrument coupant de la région antérieure du poignet gauche avec section d'une veine superficielle ayant déterminé une hémorragie importante.

Ce blessé, *garçon de café*, s'est présenté chez moi à 23 heures.

Vu la date de l'accident (30 décembre 1923) ce blessé tombe-t-il sous la loi « accident du travail » ?

Voici le détail de ce que j'ai fait le soir même de l'accident. Comment établir ma note ? Que dois-je réclamer pour tout cela, et y a-t-il une façon de compter plus avantageuse que l'autre.

Consultation entre 21 h. et 6 h.

Hémostase par ligature au fond d'une plaie (majoration de 25 %).

Suture simple (majoration de 25 %).

Pansement antiseptique complet.

Dr B.

Réponse.

1° Des honoraires sont prévus, dans le tarif Breton, pour « *réduction* de luxation... » ; je ne vois pas sur quoi vous baser pour les réclamer alors qu'il n'y a pas eu de réduction de luxation. Par contre, il me semble légitime que vous comptiez : « consultation avec confrère, trois visites ». Quant au confrère, lui, il comptera « anesthésie générale 50 francs », anesthésie qui fut nécessaire pour le résultat même de votre consultation, à savoir que vous aviez affaire à une luxation récidivante.

2° Lors de la réduction définitive par le confrère spécialiste, avec pose d'appareil plâtré, vous êtes en droit de compter 50 francs, comme aide. Mais rien pour votre « visite » pour la radiographie de contrôle, puisque le radiographe *doit* donner le « commentaire détaillé » des résultats de la radio qu'il a pratiquée (article 26, voir dernier alinéa).

B) Les « pansements », sauf ceux de brûlure, sont « compris » dans le prix de la visite ou de la consultation. Je ne vois pas « d'assimilation » possible, en aucun cas, car où commencerait et où finirait cette possibilité ?

C) Si vous comptez « hémostase 40 francs » vous ne pouvez compter, pour la même plaie, la suture qui n'est que le complément de la précédente intervention. Majorez de 25 % pour la nuit (article 8).

Un garçon de café n'est pas un domestique mais un employé d'un commerçant. Comme tel il bénéficie de la loi sur les accidents du travail, à la condition que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail depuis la loi du 12 avril 1906.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *août.*

Lutte anticancéreuse. — Sont nommés membres du *Centre régional de lutte anticancéreuse de Strasbourg* : MM. les directeurs départementaux d'hygiène du Haut-Rhin, de la Moselle et du territoire de Belfort.

10 *août.*

Pensionnés de guerre. — *Décret* du 8 août 1924 *modifiant le décret* du 17 octobre 1919 sur *l'indemnisation des tuberculeux bénéficiaires de la loi du* 31 *mars* 1919.

(Sera publié ultérieurement).

14 *août.*

Exercice de la médecine en Alsace-Lorraine. — *Loi du* 10 *août* 1924 *tendant à fixer la valeur des titres locaux pour l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art dentaire dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.*

Art. 1er. — Ne sont valables pour les médecins, dentistes diplômés et pharmaciens de nationalité étrangère, ayant réuni les conditions exigées par la loi locale, en vue de l'exercice de leur profession dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les autorisations antérieures au 11 novembre 1918, que si les titulaires résidaient dans ces départements à la date du 10 janvier 1920.

Art. 2. — Les autorisations postérieures au 11 novembre 1918 ne sont admises pour l'exercice des mêmes professions dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle qu'en faveur des Alsaciens et Lorrains devenus Français et, si leurs titres n'ont pas été acquis devant une faculté française, qu'après l'agrément du commissaire général de la République à Strasbourg, délivré sur la justification de titre acquis avant la date de la présente loi.

Art. 3. — Pendant une période de deux ans à dater de la présente loi, les médecins, les dentistes diplômés et les pharmaciens d'origine alsacienne ou lorraine ou fils d'ascendants alsaciens ou lorrains actuellement nationaux d'un pays étranger où ils ont acquis leurs titres, pourront obtenir l'autorisation d'exercer leur profession dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle après avoir recouvré la nationalité française.

Cette autorisation pourra être délivrée par le commissaire général de la République sur avis conforme du conseil de la faculté de Strasbourg en ce qui concerne les justifications d'aptitude professionnelle.

Art. 4. — Les dispositions des lois locales relatives à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la pharmacie sont abrogées en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

15 *août*.

Enseignement de la médecine. — Un *concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'école de plein exercice de la médecine de Nantes* s'ouvrira le 17 février au siège de ladite école.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Pensionnés de guerre. — *Instruction* relative à l'application du *Décret* modifiant le décret sur *l'indemnisation des tuberculeux bénéficiaires de la loi du* 31 *mars* 1919.

21 *août*.

Enseignement de la médecine. — Un *concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers* s'ouvrira au siège de ladite école le 2 mars 1925.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

22 *août*.

Pensionnés de guerre. — *Décret modifiant l'article* 2 *du décret du* 21 *mai* 1924 *relatif au taux de l'allocation spéciale à accorder aux grands invalides* bénéficiaires de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, suivi d'une *instruction pour l'application de ce décret*.

23 *août*.

Brevet d'infirmières. — *Arrêté attribuant à des infirmières professionnelles le diplôme d'Etat* institué par Décret du 27 juin 1922. (Est publié ci-après).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 18 juillet 1924 modifiant le décret instituant des brevets d'infirmière diplômée.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Décrète :

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 1er du décret du 27 juin 1922, ainsi rédigé : « Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée, de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, aux infirmières hospitalière ; aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à une spécialité restreinte ; puériculture, surveillance sanitaire des écoles.

hygiène mentale, etc., ayant satisfait aux deux conditions suivantes : . . . »
est modifié comme suit :

« Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, aux infirmières hospitalières, aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale, et aux diverses infirmières spécialisées, notamment : hygiène sociale de l'enfance, hygiène mentale, etc., etc., ayant satisfait aux deux conditions suivantes : . . . . . ».

Art. 2. — Le sixième alinéa de l'article 1er du décret du 27 juin 1922, ainsi rédigé : « 2° examen subi avec succès, devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le ministre, après avis de la section compétente du conseil de perfectionnement ci-après institué »,
est modifié comme suit :

2° Examen subi avec succès, devant un jury constitué à cet effet, par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le Ministre, aprè avis du conseil de perfectionnement ci-après institué ».

Art. 3. — Le huitième alinéa de l'article 1er du décret du 27 juin 1922 ainsi rédigé : « Chaque jury comprendra un délégué choisi par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet du département. Sa composition sera déterminée après avis de la section compétente du conseil de perfectionnement. Elle devra comprendre au moins pour moitié un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens, représentants du corps médical universitaire, un ou plusieurs représentants du corps professoral local, un ou plusieurs représentants des écoles d'infirmières, et une infirmière ou un infirmier en exercice »,
est modifié comme suit :

« Chaque jury comprendra un délégué choisi par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet du département. Sa composition sera déterminée après avis du conseil de perfectionnement. Elle devra comprendre, au moins pour moitié, un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens, représentants du corps professoral universitaire, un ou plusieurs représentants du corps médical local, un ou plusieurs représentants des écoles d'infirmières, et une infirmière ou un infirmier en exercice ».

Art. 4. — L'article 3 du décret du 27 juin 1922, ainsi rédigé : « Un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, composé de trente membres, non compris le président, sera chargé de veiller aux modifications et améliorations à apporter aux programmes et aux diverses parties de l'enseignement (technique et moral).

« Il sera divisé en deux sections, ayant mission de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement des écoles ressortissant de leur compétence respective, déterminée par arrêté du ministre et dont les réglements seront soumis à l'approbation ministérielle. Les sections donneront également leur avis sur la durée minima du stage à exiger des candidats au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général.

« Les deux sections pourront se réunir en assemblée générale pour traiter les questions présentant un caractère mixte.

« Ce conseil pourra être chargé de répartir des bourses d'études provenant de fondations ou de ressources fournies par les fonds publics et de distribuer des récompenses.

« La répartition des mesures entre les deux sections est faite par arrêté ministériel. Le président fait partie des deux sections. Chaque section comprend un membre désigné par le conseil supérieur de l'assistance publique et un désigné par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La 1re section comprend, en outre, un membre désigné par le ministère de la guerre, un membre nommé par le ministère de la marine, et un membre nommé par le ministère des colonies comme représentants des services de santé militaires. Les autres représentants sont choisis par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois ans et sont renouvelables. Les mandats sont gratuits : à l'expiration du premier mandat, cinq des membres de chaque section, choisis prar le ministre, seront élus par l'ensemble des écoles ressortissant de leur section respective et reconnues dans les conditions de l'article 4 du présent décret.

« Le ministre nomme le président, le ou les présidents de section et le ou les secrétaires. Ces derniers peuvent être pris en dehors des 32 membres. Dans ce cas, ils n'ont qu'une voix consultative ».

Est modifié comme suit :

« Un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières composé de 32 membres, dont :

« 7 membres de droit comprenant :

« 2 membres délégués par le conseil supérieur de l'assistance publique.

« 2 membres délégués par le conseil supérieur d'hygiène de France.

« 1 délégué des services de santé militaires du ministère de la guerre.

« 1 délégué des services de santé militaires du ministère de la marine.

« 1 délégué des services de santé militaires du ministère des colonies.

« Et 25 membres choisis par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

« Il sera chargé de veiller aux modifications et améliorations à apporter au programme et aux diverses parties de l'enseignement technique et moral.

« Il aura mission de donner son avis sur l'organisation et le fonctionnement des écoles dont les règlements seront soumis à l'approbation ministérielle.

« Il donnera son avis sur la durée minimum du stage à exiger des candidates au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général.

« Il donnera également son avis sur la répartition des bourses d'études provenant de fondations ou de ressources fournies par les fonds publics, ainsi que sur les propositions de récompenses.

« Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois ans et sont renouvelables.

« Les mandats sont gratuits.

« A l'expiration du premier mandat, c'est-à-dire le 12 août 1925, aux 32 membres ci-dessus désignés et dont les pouvoirs seront alors renouvelables, seront adjoints 5 nouveaux membres élus par l'ensemble des écoles reconnues administrativement, suivant l'article 4 du décret du 27 juin 1922, ce qui, à cette date, portera à 37 le nombre des membres du conseil de perfectionnement.

« Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales nomme le président, le ou la vice-présidente, le ou les secrétaires.

« Les secrétaires peuvent être pris en dehors des 23 membres. Dans ce cas, ils n'ont qu'une voix consultative ».

Art. 5. — L'article 4 du décret du 27 juin 1922, ainsi rédigé : « L'approbation donnée au règlement d'une école d'infirmières. sur avis conforme de la section compétente du conseil de perfectionnement, vaudra reconnaissance administrative de cette école. Cette approbation pourra être retirée sur avis conforme de la même section en cas de modifications réglementaires non autorisées ou de fonctionnement défectueux dûment constaté. Elle cessera de plein droit pour les écoles privées en cas de condamnation des personnes chargées de leur direction, pour un des faits visés à l'article 15 du décret organique du 2 février 1852 (incapacités électorales). »

est modifié comme suit :

« L'approbation donnée au règlement d'une école d'infirmières, sur avis conforme du conseil de perfectionnement , vaudra reconnaissance administrative de cette école. Cette approbation pourra être retirée sur avis conforme du conseil en cas de modification réglementaire non autorisée ou de fonctionnement défectueux dûment constaté. Elle cesse de plein droit pour les écoles privées en cas de condamnation des personnes chargées de leur direction, pour un des faits visés à l'article 15 du décret organique du 2 février 1852 (incapacités électorales). »

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2121-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr FOUILLOUD-BUYAT, de Ste-Geoire-en-Valdaine (Isère), la somme de cinq francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Boulx.
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J.Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux, Verrier.
Néris. Ducros.
Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François.
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comey Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Boutelier.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 414. — Orne. Urg. Poste pro-pharm. à céd. bonnes cond., rapp. 28.000, belle mais., jard., loy. 1.000 frs. Ind. 15.000, dont moit. compt.

No 415. — Pour cause ach. voit. pl. forte, à vend. moto : Auto-Fauteuil, 4 HP., a peu roulé, prat. pour méd., prix à déb. Dr Pouy, Capvern-les-Bains (Hautes-Pyrénées).

Nº 416. — Part. clin. à céd. excell. cond. Poumons et cœur.

Nº 417. — Ing. chimiste, école Lyon, lic. sciences, 29 ans, connais. physiologie, ch. sit. labo. analyses, rech. médic. Pourr. s'intér. financ.

Nº 418.— Occas.: à vend. de suite, cond. int. Peugeot mod. 163-1921, carross. très soignée, mot. parf. état. Tout confort mod., amort. Hartford. Faire off. au-dessus de 14.000.

Nº 419. — A vend. 2 glaces neuves St-Gobain pour 5 Cv. Citroen cabriolet, 150 frs.

Nº 420. — Ds jolie vallée Chevreuse, climat salubre, repos absolu. Auberge St-Pierre, pens. dep. 25 fr. par jour, électr. chauff. cent., eau cour., chaude et froide, bains.

Nº 421. — Méd. 37 ans, marié, ch. Lég. d'H. assist. chir. prov., prendr. au print. 1925, poste méd. génér., chir. cour., gynéc., dans rég. S.-O., de préf. pet. ville. Collabora. avec méd. âgé en vue success.

Nº 422. — Urg. Bon poste à céd. rég. Nord, cause santé. Client payant bien, fac. à aug. Faculté repr. inst. et table d'exam., même bureau état neuf. Indem. 6.000.

Nº 423. — A céd. Paris, dans cab. méd. bonne sit. 4 parts (ttes spécial. sauf poumons) prix et frais peu élevés.

Nº 424. — A céd. à Paris, rive gauche, petit noyau client. anc. Gr. appart. bail. Lég. ind. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 425. — Rég. Centre, poste très anc. seul méd. pro-pharm. Rapp. 70.000. Mais. tr. agréab. jard. dépend. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Nº 426. — Normandie. Ds très jolie pet. ville bord mer, poste anc. et d'aven. Gr. mais. Prix 35.000. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. 5e.

Nº 427. — J. doct. anc. ext. de Paris, dés. sit. d'assist. aupr. de conf. très occupé, parisien de préfér.

Nº 428. — A vend. Stérilis. vapeurs formol Gross Barthélemy. Et. neuf : 300 frs. Dr Freneulle, 27, rue St-Quentin, Le Havre.

CORRESPONDANCE

2198. — Assurance complémentaire à celle du « Sou Médical ».

Comme suite à l'envoi que vous m'avez fait des statuts du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de me fixer sur les deux points suivants qui restent obscurs :

1º Désirant me couvrir jusqu'à 200.000 francs puis-je m'assurer au « Sou médical » jusqu'à concurrence de 50.000 et à la Compagnie d'assurances pour le surplus ?

2º Si cela n'est pas possible, suis-je alors obligé de m'assurer à la Compagnie d'assurances pour 200.000, en plus de ma cotisation au « Sou médical » et quel intérêt m'offre alors ce dernier venant en surplus ?

J'ai entendu dire beaucoup de bien du « Sou » par des confrères installés depuis longtemps et membres du « Sou » depuis de longues années. Je vous serais obligé de m'éclairer complètement à ce sujet.

A quelle date mon adhésion doit-elle être adressée pour que je puisse profiter de la prochaine réunion du Conseil d'administration ? Dr B.

Réponse.

1° En adhérant au « Sou médical », puis en vous assurant, ensuite, à une Compagnie, vous serez d'abord garanti par le « Sou » à concurrence de 50.000 fr., plus les frais du procès, puis, complémentairement par l'autre assureur, à concurrence de la somme pour laquelle vous aurez contracté.

En déclarant, avant la signature de la police, votre qualité de membre du « Sou médical », vous obtiendrez certainement des conditions plus avantageuses pour la seconde assurance.

Nous vous signalons, en outre, que l'assurance de la responsabilité professionnelle n'est qu'une partie des avantages offerts par le « Sou médical ».

En vous assurant, complémentairement, pour 150.000 fr., vous serez donc garanti pour 200.000 en totalité.

2° En adhérant actuellement, vous pourriez être admis à la séance du Conseil qui aura lieu le mardi 16 septembre.

L'âge d'entrée à la Mutualité Familiale.

Je veux entrer à la combinaison P, je suis né le 30 décembre 1895, je n'aurai donc 29 ans qu'à la fin de l'année ; or les statuts disent que l'âge d'entrée est celui que le sociétaire atteint dans l'année : ma cotisation sera donc celle de 29 ans bien que je n'aie pas encore cet âge.

N'y a-t-il pas là un désavantage pour ceux qui comme moi sont nés dans la seconde moitié de l'année ?

Dr P.

Réponse.

Il est nécessaire d'unifier l'âge d'entrée ; on a donc admis que tous les sociétaires seraient considérés comme nés le 31 décembre et les calculs ont été faits en conséquence.

Veuillez remarquer que, pour tous, la participation remonte au 1er janvier, que tous payent le même nombre de cotisations, qu'enfin les sociétaires nés en janvier ou février, qui vous paraissent favorisés, seront obligés d'attendre le 1er janvier 1956 pour toucher la première annuité de leur pension, c'est-à-dire plusieurs mois, tandis que vous, qui toucherez à la même date, attendrez deux jours seulement.

Tout se compense et il n'y a désavantage pour personne.

A. G.

Les indemnités de la Mutualité Familiale.

Comment se fait-il que le Conseil ne m'ait pas voté mon indemnité dans la dernière séance ? Je n'ai rien reçu du trésorier et n'ai pas vu mon nom sur la liste publiée par le *Concours*.

Dr F., à C.

Réponse.

Si le Conseil n'a pas voté votre indemnité fin juin, c'est que dans vos derniers bulletins de

maladie vous n'avez donné aucune date précise de guérison. Il ne suffit pas d'écrire : « Je pense reprendre dans une quinzaine » ou « j'espère être guéri dans huit jours »; ces indications ne sont pas assez précises pour qu'on puisse déterminer exactement la durée de l'incapacité de travail.

Envoyez toujours la date exacte de la reprise et le conseil statuera certainement.

Mais ne vous en prenez qu'à vous-même si le Conseil, insuffisamment éclairé, ajourne sa décision.

H. M.

2104. — Frais de justice criminelle.

Il y a quelques semaines, je fus prié par le maire d'une commune voisine de visiter un individu qui avait reçu d'un Italien 3 coups de couteau et d'établir un certificat médical.

J'ai en main la réquisition du maire de la commune.

1° A qui dois-je l'adresser ? Au maire qui l'a signée ou au procureur de la République de V. ?

2° Quelle tarification appliquer ? La visite ayant eu lieu d'urgence et un dimanche après-midi, y a-t-il lieu à tarif spécial ?

3° La commune en question étant distante de mon domicile de 2 kilom. environ et sans communications par voie ferrée, quel est, là encore, le tarif ?

4° Enfin un rapport médical étant fourni et un pansement ayant été fait, quelle est aussi la tarification à prévoir pour ces opérations ? (La réquisition ne parle pas de pansement). D[r] G.

Réponse.

La réquisition dont vous avez été l'objet ne pouvait légalement porter que sur la constatation des blessures dont était atteinte la victime de l'agression; vous ne pouvez donc réclamer à l'Etat le paiement des soins que vous avez donnés, dont seul le blessé est responsable.

Aux termes de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les honoraires de médecine légale, vous avez droit pour la visite judiciaire que vous avez effectuée à un honoraire de 15 francs, dans lequel est compris la rémunération de la rédaction et du dépôt du rapport. Le tarif ne prévoit pas de majoration pour le dimanche, mais il admet que, lorsque l'expertise présente des difficultés spéciales, le médecin peut demander des honoraires plus élevés. Vous basant sur cette disposition et par analogie avec le tarif Breton, vous pourriez peut-être demander une majoration de 50 % sur le prix de 15 frs., en expliquant pourquoi, bien entendu.

En ce qui concerne les frais de déplacement, vous n'y avez droit que si vous vous êtes déplacé à plus de deux kilomètres de votre résidence ; dans ce cas l'indemnité est fixée à 0.60 par kilo-

mètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, s'il était impossible de faire le voyage par chemin de fer.

Enfin votre mémoire, ne devant pas dépasser 50 francs, pourra être dressé sur papier libre, en deux exemplaires, que vous adresserez au Procureur de la République de votre ressort.

2096. — Incapacité permanente d'un accidenté du travail.

Un homme ayant reçu une contusion de la région malaire et orbitaire droite vient me voir le 6 août dernier (accident le 4) se plaignant de troubles visuels de cet œil pour lequel tous les objets sont flous.

J'établis un certificat initial en mentionnant ces troubles. Deux jours après, ceux-ci persistant, j'adresse mon malade à un spécialiste qui me répond « papille blanche, amaurose, fracture probable du canal optique lors du traumatisme et compression du nerf. »

Je préviens de suite la compagnie d'assurances de cette situation par lettre recommandée le 11 courant. Le blessé, qui est contremaître, continue son travail mais me demande la marche à suivre pour obtenir une pension du fait de cette incapacité permanente partielle. La compagnie n'a pas répondu à ma lettre recommandée. Que faire pour régler cette situation rapidement ?

J'ai donné au blessé un certificat d'incapacité pour 20 jours en attendant les évènements.

Dr C.

Réponse.

Puisque vous estimez que votre blessé restera atteint d'une incapacité permanente partielle, vous devez lui délivrer un certificat concluant dans ce sens. Muni de ce certificat, le blessé ira le déposer à la justice de paix, ce qui aura pour effet de déclencher la procédure d'enquête, après laquelle le dossier sera transmis au président du tribunal civil qui conciliera les parties, si faire se peut, ou renverra l'affaire devant le tribunal. De toute façon, s'il y a incapacité permanente, la rente ne peut être fixée qu'après accord devant le président du tribunal ou par un jugement de ce tribunal.

2105. — Prorogation de bail.

Locataire d'un immeuble dont le bail finissait en septembre 1919, j'ai, usant de mes droits, obtenu une prorogation de 5 ans, qui doit expirer par conséquent cette année.

En raison de la loi récente qui vient d'être votée par les Chambres, puis-je profiter de la nouvelle prorogation (jusqu'au 1er janvier 1926) et quelles formalités ai-je à remplir dans l'affirmative ?

Dr H.

Réponse

La loi récemment votée par les Chambres a eu pour effet d'étendre à tous les locataires, sans distinguer suivant l'importance des localités ou la nature de l'occupation, les dispositions des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923.

Vous êtes donc en droit de demander à bénéficier de la prorogation nouvelle jusqu'au 1er janvier 1926. Pour cela il faut que vous en fassiez la demande à votre propriétaire, trois mois au moins avant l'échéance de la prorogation actuellement en cours, par lettre recommandée ou mieux par exploit d'huissier. Dans votre demande, vous ferez connaître la durée de la prorogation sollicitée (au maximum jusqu'au 1er janvier 1926) ainsi que les conditions que vous proposez. Si votre propriétaire ne s'accorde pas avec vous, soit, au sujet de la durée de la prorogation, soit au sujet des conditions, ou encore s'il ne vous répond pas dans les vingt jours, vous devrez saisir de la contestation le juge de paix si votre loyer actuel n'excède pas 1.000 francs ou le tribunal civil dans le cas contraire.

Contrairement à ce que vous pensez, votre prorogation professionnelle ne peut expirer cette année. En effet la durée de cette prorogation devait être égale à la durée de la guerre, soit 5 ans et 83 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à l'échéance de ces 5 ans et 83 jours. Comme elle n'a commencé à courir que le 24 octobre 1919, elle ne pourra expirer que dans les premiers jours de janvier 1925, et, si à ce moment l'époque du terme en usage dans votre région est passée, elle ne prendra fin qu'à l'expiration du terme en cours en 1er janvier 1925.

2153. — Conditions de maintien de la prime d'allaitement

Une mère de famille, touchant la prime d'allaitement, est-elle tenue de présenter son enfant aux consultations de nourrissons, et en cas de non présentation de cet enfant est-il légal de lui retirer cette prime d'allaitement ?

Dr B.

Réponse.

Aux termes de l'article unique de la loi du 24 octobre 1919, assurant la protection des femmes qui allaitent leurs enfants, combiné avec l'article 4 de la loi du 17 juin 1915 sur le repos des femmes en couches, l'allocation d'allaitement n'est servie qu'autant que la Mère prend, pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires « conformément aux instructions à lui donner à cet effet par la personne désignée par le bureau d'assistance ». Si ces instructions comportent l'obligation de conduire

l'enfant aux consultations de nourrissons, l'allocation pourrait être retirée à défaut d'avoir observé cette prescription.

2158. — Accident survenu à un cantonnier.

J'avais adressé à un patron une note s'élevant à 53 fr. pour soins donnés à son ouvrier, soit :

Un certificat constat	5 fr.
6 pansements à 8 fr.	48 fr.
	53 fr.

Cet ouvrier était un cantonnier et son administration m'a envoyé un de ses agents pour me prier de réduire ma note à 30 fr. refusant de payer le certificat de constatation d'accident et m'imposant le tarif de 5 fr. pour un pansement.

J'ai appliqué dans ce cas le tarif ouvrier de la localité qui est aussi le tarif Breton applicable dans nos régions libérées.

L'agent m'a fait savoir que son administration ne payait pas davantage à tous les médecins qui avaient accepté de donner des soins aux cantonniers : ce à quoi j'ai répondu que je n'avais pour ma part jamais accepté de forfait avec celle-ci et que je n'avais pas à accepter des tarifs de rabais.

Dr P.

Réponse.

Il est de principe que les fonctionnaires appelés à bénéficier de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, c'est-à-dire ceux qui, après un certain nombre d'années de service, ont droit à une retraite, ne sont pas couverts par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Par contre, si le salarié n'est attaché à l'administration que par un simple contrat de louage d'ouvrage, il est couvert par la loi de 1898, à la condition que le service auquel il est attaché présente un caractère industriel comme, par exemple, les postes et télégraphes.

Dans votre affaire, la solution dépend donc de la situation administrative du blessé, en supposant que votre client ait été blessé au cours de son travail, ce que vous ne nous dites pas.

Pour éviter des difficultés de règlement et pour ne pas avoir, le cas échéant, à supporter les rabais de l'administration, vous pourriez peut-être vous faire payer par le blessé lui-même, quitte à celui-ci de se faire rembourser par son administration dans la mesure de ses droits.

2097. — Calcul d'impôt sur le revenu

Permettez-moi, une fois de plus, de vous mettre à contribution pour un renseignement.

J'ai fait, pour l'impôt sur le revenu une déclaration se montant à 15.700 fr.

La modalité de perception changeant chaque année, voudriez-vous me dire :

1° Quelle est la somme restant soumise à l'impôt, étant donné que je suis marié ?

2° Comment se calcule l'impôt et dans ce calcul les 2 décimes sont-ils compris ou doivent-ils être ajoutés à l'impôt dû ?

En résumé, combien dois-je payer cette année ?

Dr T.

Réponse.

1° Vous avez droit à une déduction de 3.000 francs puisque vous êtes marié.

La somme restant soumise à l'impôt est : 15.700 — 3.000 = 12.700.

2° L'impôt général sur le revenu, y compris les deux décimes, s'élèverait pour un revenu taxable de 12.700 francs à :

$$\frac{6.700}{25} \times \frac{60}{100} = 160{,}80.$$

Si, marié depuis deux ans et âgé de plus de trente ans, vous n'avez ni enfant ni personne à votre charge, vous êtes passible de la majoration de 10 %.

Le double décime ne s'applique pas à cette majoration qui s'élèverait à :

$$\frac{6.700}{25} \times \frac{50}{100} \times \frac{10}{100} = 13{,}4.$$

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2011. — Point de départ et calcul de pension militaire.

J'ai recours à votre habituelle complaisance pour les renseignements militaires suivants :

Médecin-major de deuxième classe de réserve pour prendre rang à dater du 26 juin 1919, j'ai été examiné par une commission de réforme en date du 8 mars 1922. Résultat : invalidité de 30 %. Examiné à nouveau deux ans après, toujours 30 %. Les pièces d'origine, certificats médicaux que je possédais sont datés du mois d'avril 1917. Je n'avais à ce moment que deux galons.

Dois-je être payé sur deux ou trois galons ? Au début, ça a été 3 galons, puis on m'a fait rembourser et payer sur deux, puis de nouveau à 3 galons et enfin j'apprends aujourd'hui que je ne toucherai que l'allocation correspondant au grade de médecin aide-major de 1re classe.

J'appartiens à la classe 1901 et ai été mobilisé au front pendant toute la guerre (31 juillet 1914 à mars 1919).

Dr B.

Réponse.

Le point de départ de la pension est fixé au jour de la décision prise par la Commission de réforme (article 3 de la loi de 1919). Si donc le 8 mars 1922 est la date de la première Commis-

(*Voir la suite page XLIII-2155*)

PROPOS DU JOUR

Les Ecoles d'Infirmières en Belgique. L'Ecole Saint-Camille.

Nous avons donné de longs détails sur l'enseignement et le rôle des infirmières en Belgique, à propos de la visite que nous fîmes à l'école Edith-Cavell-Marie-Depage. Cela nous permettra d'être plus bref sur l'école Saint-Camille que nous avons aussi visitée, bien qu'elle soit aussi fort intéressante.

Cette école, où nous avons été conduits par M. le Dr Van Langendonck, et que nous a montrée en détail son aimable et distingué directeur, M. le Dr Van Swieten, est située à un kilomètre environ de l'école Edith-Cavell-Marie-Depage, toujours sur le territoire de la commune d'Uccle. Elle est installée dans les bâtiments de l'*Institut des deux Alice*, établissement médical et chirurgical, exploité par une Société coopérative infirmière qui en est propriétaire.

Un contrat avec l'Institut Elisabeth voisin qui est un établissement similaire plus important, permet à l'école d'y loger et d'y instruire ses élèves de seconde année. De ce fait, un enseignement pratique tout à fait complet peut être donné à l'école.

Les deux Instituts se trouvent situés sur une hauteur qui domine la région et dans des conditions d'hygiène exceptionnelles.

L'Institut des Deux Alice, siège principal de l'école Saint-Camille, outre le home des infirmières, constitué par une salle de cours, une salle à manger, un salon et des chambres spacieuses et coquettes, comprend plus de 80 chambres de malades et est situé au milieu d'un jardin de six hectares.

L'Institut Elisabeth, auquel on se rend par une belle route, bordée d'arbres séculaires, est un hôpital plus important, avec deux magnifiques salles d'opérations. Les salles de l'hôpital sont fort aérées, bien disposées et orientées, pourvues de salles de pansements et de services annexes. Les élèves de deuxième année de l'école Saint-Camille qui s'y instruisent sous la conduite d'une directrice, sont installées dans des chambres de fortune, très habilement improvisées sous les combles de l'Institut.

L'école Saint-Camille date de 1907. Elle doit son origine à un Comité de Dames de la haute société Bruxelloise, et à des médecins appartenant au Club médical de Bruxelles. S. E. le Cardinal Mercier est président de son Comité, dont la présidente est Madame la Comtesse Jean de Mérode.

Son but est de former et de perfectionner des infirmières religieuses et laïques. C'est la caractéristique de cette école d'avoir réalisé ce qu'en France, nous considérerions presque comme impossible, la symbiose, pourrions-nous dire, de religieuses et de laïques. Nous avons pu même voir, à l'Institut des Deux Alice, une jeune religieuse en costume d'hôpital, complètement différent du costume de sa communauté, adapté aux exigences de l'hygiène hospitalière et qu'elle revêt pendant ses heures de service.

Depuis 1907, l'école a délivré 315 diplômes, après examens passés devant un jury formé par la commission médicale de Bruxelles.

Le programme actuel des cours est celui que prescrit l'arrêté royal du 21 septembre 1921 pour le brevet d'Etat. Nous l'avons sommairement indiqué dans notre précédent article. Les conditions d'admission sont les suivantes : 1° être âgée de 18 à 33 ans ; 2° être pourvue du certificat d'études moyennes, ou à son défaut, passer l'examen de maturité officiel ; 3° fournir des références de personnes qui ont dirigé l'instruction de la candidate et de deux personnes honorables n'appartenant pas à sa famille ; 4° un certificat médical du médecin de la famille.

Les études sont de trois années. Rappelons que leur durée, à l'école Edith-Cavell-Marie-Depage, est de quatre ans, et qu'en France, elles ne sont officiellement que de deux ans. Le régime de l'école est l'internat.

Durant les trois premiers mois de stage, considérés comme stage d'essai, l'élève paye 150 fr. par mois pour sa pension. Si, après ce stage, elle est admise à continuer ses études, elle est prise au pair et signe un engagement de trois années. Le droit d'inscription aux cours est de 50 francs. Les uniformes sont à la charge de l'infirmière. Elle ne peut sortir en uniforme de travail. Elle a un uniforme de sortie, mais ne peut aller au théâtre ni au cinéma vêtue de l'uniforme.

Le lever est à 6 heures, le coucher à 9 h. 30. Il y a cinq repas. Les infirmières sont tenues de

faire; pendant un mois consécutif, le service de veille.

En dehors du service, l'infirmière ne peut circuler dans les salles de malades. Chaque élève a droit à un mois de congé par an, un jour par mois, un 1/2 jour par semaine, et à deux heures de repos par jour.

Les élèves sont préparées au diplôme d'infirmière hospitalière ou à celui d'infirmière visiteuse.

Seize médecins distingués sont professeurs à l'école : parmi eux un inspecteur principal du service d'hygiène, deux inspecteurs du service d'hygiène et le chef de service de la maternité de l'hôpital Sainte-Elisabeth. En outre, le juge des enfants et un directeur au ministère de la Justice font partie de ce corps professoral.

Les infirmières, sortant de l'école Saint-Camille, jouissent à Bruxelles d'une réputation méritée.

***

Au retour de notre vsite à l'école Saint-Camille, nous avons eu, Duchesne et moi, l'honneur et le plaisir de recevoir la gracieuse hospitalité de Madame Van Langendonck. Au cours d'un excellent dîner, nous avons pu échanger avec nos confrères belges MM. Van Langendonck, de Jace et Van Swieten, nos idées sur la Belgique et la France. Nous les avons quittés à regret à une heure avancée, pleins d'admiration pour ce petit peuple belge si loyal, si actif, si énergique, si hospitalier et si généreux. Nous voudrions que les dames d'œuvres, les philanthropes et surtout nos confrères qui, trop souvent, voient en France les choses sous un angle singulièrement étroit, aillent prendre comme nous, en Belgique, quelques leçons de choses et se rendre compte de ce que peut faire une initiative privée, bien conçue et sagement dirigée.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DE LA MIGRAINE

Par le Dr G. Didsbury,

Ancien interne prov. des Hôpitaux.
Oto-rhino-laryngologiste du dispensaire Pereire.

La migraine (hemicranion) est une maladie chronique d'emblée, infantile, unilatérale, paroxystique (dans sa forme la plus commune), diurne et non fébrile. Si on remarque de plus que cette maladie évolue, nous ne disons pas de préférence, mais très habituellement chez des sujets de très bonne santé habituelle, sans traces de maladies chroniques quelconques, on ne peut s'empêcher de dire qu'il est vain de chercher une cause *chimique générale*, d'où qu'elle vienne.

En effet, si nous passons en revue l'intestin en envisageant ses troubles fonctionnels, comment ne pas être frappé de ne pas voir de migraines avec le cancer du pancréas, le cancer de l'estomac, celui du foie ou de l'intestin !

S'agit-il de glandes endocrines ?

Y a-t-il des migraines dans la cachexie myxœdémateuse, la maladie bronzée d'Addison, l'acromégalie ? Y a-t-il des migraines dans le diabète ? Et cependant, quelle dysfonction hépatique !

En admettant même qu'il y ait une « toxine » inconnue provoquant la migraine et d'origine quelconque, je veux dire élaborée par un organe insoupçonné, pourquoi cette toxine agirait-elle toujours sur les mêmes groupes de nerfs et toujours les mêmes, et jamais sur d'autres ? Ajoutons de plus que, chez certains sujets, la migraine est toujours d'un *même* côté et uniquement de ce côté. En continuant le même raisonnement, combien voit-on d'entéritiques et de dyspeptiques qui ne sont pas migraineux ?

De ce qui précède, nous arrivons à conclure que, si l'on ne trouve pas de cause générale chimique, pourquoi ne pas en chercher une *locale* et *superficielle* ?

Aperçu historique envisagé au point de vue de la pathogénie.

Faire une nomenclature de tout ce qui a été dit et pratiqué au sujet de la migraine serait un travail aussi fastidieux qu'inutile sans compter les omissions fatales. Nous nous proposons d'envisager les deux groupes d'idées qui se sont constamment heurtées, et dont l'opposition a produit sur la question une confusion inextricable dont pâtissent douloureusement les infortunés migraineux.

Ces deux groupes d'idées, les voici : dans l'un,

on cherche dans la migraine une cause locale et superficielle, dans l'autre une cause générale chimique.

Nous espérons amener une certaine clarté sur la question en établissant la présence *constante*, chez les migraineux, de névrites chroniques *superficielles*, leur attribuant la cause efficiente du paroxysme douloureux, et en ne voyant dans la cause chimique qu'un facteur d'aggravation de ces névrites.

Ceci dit, envisageons à ce point de vue les grandes étapes de l'historique de la migraine.

Nous empruntons une partie de nos documents au livre du Dr Louis Thomas (sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — 1887) en faisant remarquer que cet auteur était particulièrement bien placé pour accomplir une telle tâche ; donc d'après L. Thomas, Galien atténuait la douleur chez les migraineux par des frictions, et cette pratique pouvait remonter à une origine encore bien plus lointaine, car (et ceci n'est pas dans le travail de notre auteur) nous avons vu des photographies de statuettes d'acupuncture chinoise ; ces statuettes très anciennes (6.000 ans ?) portaient un point, au niveau de la ligne courbe supérieure de l'occipital, noté comme point de la céphalée. Or, par sa situation, ce point n'est autre que l'émergence de la branche cervicale externe du plexus cervical appelée aussi, mais à tort, mastoïdienne. Ce point d'émergence de cette branche nerveuse, de sensibilité générale et destinée à la peau, est *constamment* douloureux chez *tous* les migraineux.

Nous sommes sans renseignements sur les pratiques de Galien, aussi bien que sur celles d'Arétée qui recommandait les frictions sur la tête et la compression des points douloureux. Nous verrons que cette idée antique de compression des points douloureux (lisez émergence de nerfs chroniquement sensibles dans l'intervalle des crises) était la signature du diagnostic de la migraine par exploration digitale et de son traitement mécanique. Nous verrons plus loin que Janowsky (de Varsovie) reprenait en 1920 le *même* traitement et la *même* expression verbale.

Plus tard, l'Arabe Abulcasis recherchait des névrites superficielles (très vraisemblablement) puisqu'il insérait une gousse d'ail sous la peau de la tempe, l'y laissait quinze heures et faisait suppurer abondamment : autrement dit, il obtenait une section, par un procédé barbare, des branches temporales. Nous sommes sans autres renseignements sur les suites de ce traitement. Nous pouvons supposer qu'il était bien incomplet, car, en admettant même que le chirurgien ait obtenu une anesthésie de la région temporale, il n'atteignait pas les autres nerfs douloureux, et dans la migraine, ils sont multiples comme nous le verrons. Un autre Arabe, Valesco de Taranta, voit une cause de migraine dans les ventricules cérébraux excités par des vapeurs nocives (? ?) Déjà le dualisme entre les « anatomistes » et les « chimistes » se soulignait.

De la Renaissance à Tissot (de Lausanne.)

Avec Jean Fernel (XVIe siècle), médecin de Henri II, le symptôme migraine est bien étudié, mais il ne voit qu'une cause chimique dont l'estomac et ses annexes sont responsables. Erreur lamentable dont les suites funestes se font encore sentir de nos jours. Toujours à la même époque, Lazare Weiler a signalé le premier l'influence du paludisme, à cause de la périodicité de l'accès chez certains migraineux. Nous sommes d'avis, en effet, qu'en dehors de la périodicité, le paludisme est un facteur d'aggravation de la migraine. Charles Lepois, migraineux lui-même, interprète comme cause « la sérosité qu'il faut expulser » ; pour lui, la cause était la « sympathie », ce qui signifiait, au XVIe siècle, intoxication, et pour ses contemporains, « cause morbifique du système circulatoire transportée au cerveau ». Charles Lepois s'enrôlait sous la bannière des « chimistes ».

En 1724, un siècle après, Anhalt semble entrevoir le premier la migraine ophthalmique : il signale que les vomissements la soulagent. Aurait-il soupçonné la valeur de la vaso-constriction ?

Spiegel, le grand anatomiste, voit le siège de la migraine sur la faux du cerveau par un amas de pituite dans les méninges.

Schobelt, médecin allemand, n'apporte aucune originalité sur la question, mais il exprime un profond dédain pour les médecins français.

Nous arrivons à Willis, le plus grand anatomiste du XVIIIe siècle, et qui, pour le plus grand malheur des migraineux, confirme les idées de Jean Fernel et voit la cause de la migraine dans l'intestin, la rate et le foie. Pour Richa, la migraine est une maladie saisonnière. Cet auteur a vu peut-être une vérité : c'est la superposition, chez le même sujet, de la migraine et du rhume des foins, lequel est bien une maladie saisonnière.

Wepfer renouvelle les assertions de Lepois : il voit dans la migraine un sérum extravasé, autrement dit une vaso-dilatation.

Quelques auteurs contemporains des précédents entrevoient la migraine ophthalmique.

Tissot (de Lausanne). — Cet auteur ne voit qu'une cause dans la migraine : c'est l'estomac, mais il ne peut s'expliquer comment et par quelle voie l'irritation initiale passe de l'estomac à la Ve paire. Il a bien vu cependant que le paroxysme pouvait se terminer par des vomissements. A cette même époque, Bianchi et Van Swieten donnaient de faibles doses d'émétique. Voulaient-

✦✦

ils exciter les vaso-constricteurs encore inconnus à cette époque ?

MONRO, l'anatomiste, a bien vu que dans la migraine, la Ve paire était douloureuse, sans en tirer de conclusions. Devant ces faits, TISSOT sent bien la faiblesse de son interprétation causale : par névrose ou par troubles généraux (??).

Il incline cependant pour une lésion nerveuse sans affirmer que le système nerveux soit seul responsable. Cependant, il fait une remarque très juste : « l'extrême irritation du nerf sus-orbitaire peut déterminer le vomissement », dit-il : en effet, cette remarque se vérifie constamment ; le nerf frontal externe (gros et douloureux chez les migraineux) étant pressé sur le plan osseux sous-jacent provoque des nausées. « Cessez de m'appuyer là, disent les patients, vous allez me faire vomir ».

TISSOT avait bien vu : mais il a confondu la migraine et la névralgie du trijumeau. Cependant, il a distingué la migraine du clou hystérique, toujours médian et jamais latéral comme elle.

La migraine au commencement du XIXe siècle.

Au début du XIXe siècle, on ne s'occupe que de la névralgie du trijumeau. SWANN ne voit pas de différence entre la migraine et le tic douloureux de la face.

De 1820 à 1860, on distingue la névralgie faciale de la migraine. Déjà en 1840, l'étude du grand sympathique va apporter quelque clarté. En 1860, le physiologiste DUBOIS-REYMOND, migraineux d'ailleurs, avait remarqué sur lui-même, dans ses accès de migraines, des battements douloureux des artères temporales, de l'injection de l'œil, de la chaleur, et de la rougeur du pavillon de l'oreille, du côté malade bien entendu : de là, à interroger le grand sympathique, il n'y avait qu'un pas ; or, il trouva que les ganglions sympathiques du côté intéressé restaient sensibles à la pression. Si DUBOIS-REYMOND avait exploré par la pression son grand sympathique cervical dans l'intervalle des paroxysmes, il l'aurait trouvé *chroniquement douloureux*.

En 1872, dans ses « Etudes médicales », LASÈGUE étudie longuement la migraine. Cet auteur, migraineux lui-même, a tout dit de la migraine au point de vue de la description des accès, de leur durée, de leur terminaison. Nous n'oserons rien ajouter aux descriptions de LASÈGUE. Citons seulement deux de ses aphorismes qui, sous une forme familière, comportent la plus large part de vérité : « nul ne connaît la migraine que s'il en a lui-même » ; et : « on n'est guéri de sa migraine que lorsqu'on a mangé ».

Pour TRUMET DE FONTARCE, la migraine est une affection *diurne*. Cette remarque est des plus vraies, nous nous en sommes souvenus dans les premières lignes de ce travail, mais l'auteur que nous citons n'essaye de donner aucune explication : de même, reste sans explication une autre remarque classique d'ailleurs, à savoir que la migraine est plus fréquente à gauche. Nous espérons apporter de ces deux faits une explication satisfaisante.

Enfin, en 1885, NORSTROM publie en français ses premiers travaux sur la migraine et son traitement par le massage. Il revient à un traitement séculaire et peut être millénaire. Il explore manuellement le crâne, le cou, la nuque, la face des patients ; il trouve des saillies douloureuses, qu'il appelle des « nodosités », autrement dit, des foyers de cellulite, des émergences nerveuses douloureuses, et surtout un caractère spécifique de la migraine, à savoir : la *douleur irradiée à distance*, douleur migraineuse instantanément provoquée dans l'œil ou dans la tempe, et telle que le patient s'écrie : « Mais, c'est la migraine que vous me donnez ! » Il est bien entendu que toute cette recherche ne peut s'accomplir utilement et n'avoir son caractère probant que dans l'*intervalle des paroxysmes*. Quand le paroxysme est déclanché, il est manifeste que les nerfs sont douloureux, et d'ailleurs, d'où pourrait-on souffrir dans une région, si ce n'est par l'intermédiaire des nerfs sensitifs de cette région ? Corollaire de ce qui précède : chez tout migraineux habituel, on pourrait à *volonté* déclancher une migraine de plusieurs heures. On appréciera, par ces faits, comme nous sommes éloignés d'admettre toute cause chimique et générale.

Notre auteur, le Dr L. DUBOIS, a vérifié les affirmations de Norström : il les a confirmées dans nombre de cas, « mais pas dans tous. J'ai rencontré bien des migraineux chez lesquels l'exploration la plus minutieuse des régions indiquées par Norström ne permettait de découvrir aucun noyau résistant ou sensible ». Pour expliquer cette divergence, on peut remarquer, ou bien que le Dr L. Dubois a insuffisamment cherché, ou bien encore, plus vraisemblablement, que les cas en question ne présentaient de noyaux, ni de cellulite ni de myosite, mais que *seuls*, les nerfs superficiels étaient douloureux, et que cette recherche a pu lui échapper. Néanmoins, notre auteur a bien constaté la vérité des douleurs irradiées, provoquées par la pression d'émergences nerveuses douloureuses (œil transpercé comme par une flèche, Norström).

Cependant, l'auteur fait des réserves : au sujet des travaux de Norström, il conclut ainsi : « On « a peut-être trop négligé l'exploration objective « des régions douloureuses chez les migraineux, « mais nous ne voulons pas davantage nous « déclarer convaincu de la première tentative de « démonstration et faire graviter tout le pro- « cessus autour de foyers indurés relativement « rares ; nous nous réservons de justifier nos réser- « ves lorsque nous discuterons la pathogénie ».

Nous espérons bien, par ce présent travail, montrer, contrairement aux conclusions précédentes, que tout le paroxysme douloureux de la migraine n'est que l'*incident révélateur* d'une névrite chronique superficielle, cause *immédiate* de la migraine.

Mais si, au point de vue de cette cause anatomique chronique et constante, nous montrons toute certitude, il n'en n'est plus de même au sujet d'un caractère important de ce mal, nous voulons parler de la périodicité presque mathématique des accès. Pour expliquer cette périodicité, il y a un élément qui nous échappe : peut-être un paludisme larvé est-il en jeu ? Quoi qu'il en soit, la périodicité quasi-mathématique de la migraine est un fait. D'après Lorenso BOGATINI, ami de MORGAGNI, existait un cas de migraine quotidienne survenant à midi. Un moine bénédictin, cité par PELLETAN, avait un terrible accès tous les lundis, pendant trois ans et sept mois.

Le Dr PAGNIEZ (*Presse Médicale*, 15 janvier 1921) ayant bien voulu signaler un de nos articles précédents sur cette même question (1), et dire que l'étiologie que nous indiquions n'expliquait pas ce phénomène de périodicité, nous pourrions répondre qu'aucune étiologie « chimique » non plus n'explique cette périodicité, et nous en voulons une preuve dans ce fait qu'on peut provoquer la douleur de la migraine instantanément, et même déclancher le paroxysme complet par simples manœuvres externes et superficielles, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Nous concluons cependant que le problème de la périodicité reste entier.

BROUSSAIS, que nous ne mentionnons que par curiosité, n'a eu sur le sujet que des conceptions déconcertantes.

En continuant cette esquisse historique, qui comporte par elle-même un début de discussion pathogénique, nous devons noter sur ce même sujet l'opinion de L. Dubois : « En somme, dit-il, « l'hémicrânie vraie épargne la classe la plus nom- « breuse de la Société, le changement des condi- « tions hygiéniques enraye les effets de l'héré- « dité directe ; la proportion de cas dans lesquels « elle a été formellement notée est faible. »

Nous ne sommes pas du tout de cet avis : la migraine est répandue dans toutes les classes de la société, la vie au grand air n'y change rien, nous l'avons rencontrée chez des paysans, des marins et des soldats. La raison en est que la migraine est la signature de lésions préexistantes chroniques constituées de longue date ; et une fois constituées, ces lésions ne rétrocèdent spontanément que rarement. La guérison spontanée de la migraine existe cependant, dans des conditions que nous nous efforcerons plus loin de préciser.

(1) G. DIDSBURY. — De la physiologie pathologique et du traitement de la migraine. (*Progrès Médical*, 2 octobre 1920.)

Toujours sur la question de l'étiologie, LASÈGUE envisage l'hérédité goutteuse et rhumatismale ; il dit : « C'est une erreur grave d'affirmer « qu'un individu est nécessairement goutteux « ou rhumatisant par le fait seul qu'il est sujet « à la migraine, une étude plus attentive de son « état et de ses antécédents obligerait souvent à « revenir sur cette opinion ».

Cette phrase de LASÈGUE s'applique aux causes médiates de la migraine, à savoir, aux causes qui ont provoqué la formation de névrites superficielles que l'auteur, en dépit de sa connaissance parfaite de la migraine, n'a jamais soupçonnée.

Il est incontestable d'ailleurs que l'hérédité joue un rôle dans l'évolution de la migraine : certains migraineux sont issus de parents également migraineux, chacun de leur côté ; mais ils peuvent avoir des frères ou des sœurs indemnes de migraine, l'hérédité est loin d'être fatale : de plus, cette même hérédité peut donner, chez deux individus d'une même souche, chez l'un, des migraines, chez l'autre du rhume des foins (sous ses différentes formes : coryza spasmodique, rhinorrhée vaso-motrice, forme asthmatique, etc.).

Pour nous, l'hérédité est une notion qui ne nous intéresse pas : certaine ou non, elle ne change rien au traitement, en ce qui concerne toutefois les *lésions immédiates*.

Les recherches récentes sur le sympathique (LAIGNEL-LAVASTINE, A. GUILLAUME) qui projettent un jour si puissant sur ce qu'on appelait autrefois les diathèses, les états constitutionnels, etc., se lient étroitement avec la physiologie pathologique de la migraine. Le sympathique cervical est toujours douloureux chez tous les migraineux, ainsi que DUBOIS-REYMOND l'avait constaté sur lui-même, et d'autre part, le pneumogastrique pouvant physiologiquement constituer un système associé au sympathique, un para-sympathique, comme dit LAIGNEL-LAVASTINE, et subissant la même excitation que le sympathique chez les migraineux, on conçoit que par la seule excitation du sympathique, il y ait des vomissements dans la migraine sans avoir besoin d'interpréter des troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux. D'ailleurs, les vomissements n'ont pas besoin pour exister qu'on invoque des troubles digestifs ; ne vomit-on pas dans le mal de mer et dans la méningite ? L'estomac est-il en cause ?

Ces réflexions nous amènent, par une transition toute naturelle, à parler de deux formes de migraine : celle dite blanche, celle dite rouge qu'on a longtemps opposées l'une à l'autre en y voyant deux maladies différentes. Interrogeons nos prédécesseurs : pour TRUMET DE FONTARCE, la migraine a son point de départ dans l'irritation *primitive du grand sympathique*, et surtout du plexus solaire. Nous ne voyons pas du tout

comment il pouvait apprécier ce qui se passait au niveau de plexus solaire. Quoi qu'il en soit, cet auteur estimait que le sympathique était le « primum movens » de la migraine. BROWN-SÉQUARD va plus loin ; il discute l'opinion de DUBOIS-REYMOND et dit qu'il s'agit « plutôt « de symptômes de paralysie que d'irritation « du grand sympathique », donc migraine rouge. DUBOIS-REYMOND répond : « Ma migraine tient « à une irritation du sympathique cervical » ; donc, migraine blanche par vaso-constriction, à quoi MOLLENDORF répond encore : « la migraine résulte d'une paralysie de ce nerf » ; donc migraine rouge par vaso-dilatation. La vérité est que les deux formes existent, mais qu'elles constituent une seule et même maladie : ce sera notre conclusion sur ce point.

Pour Louis DUBOIS, « la migraine siège primitivement sur un rameau déterminé du trijumeau ». Cette assertion ne constitue qu'une part de la vérité. En effet, il est impossible de séparer le trijumeau du grand sympathique : le ganglion ophtalmique pour la branche ophtalmique de WILLIS, le ganglion sphéno-palatin pour le nerf maxillaire supérieur, le ganglion otique pour le nerf maxillaire inférieur, sont là pour en témoigner.

Aussi, nous voyons s'annoncer pour ces raisons indiscutables, les trois formes de la migraine qui peuvent coexister d'ailleurs ou s'associer dans des variétés diverses : la migraine ophtalmique, la migraine nasale et la migraine auriculaire. Ces deux dernières variétés n'ont jamais jusqu'à présent été isolées et ainsi dénommées, mais elles existent à titre de complications de la migraine à type temporo-frontal, autrement dit, du type le plus banal de la migraine.

Seule, la migraine ophtalmique existe isolément avec ses deux variétés, suivant qu'elle est l'unique symptôme ou qu'elle s'associe au type temporo-frontal.

Examinons quelques points de l'histoire de la migraine ophtalmique. Pour FERE et GALEZOWSKY[2] et d'autres auteurs, elle n'est qu'une forme de la migraine ordinaire. Il faut ajouter à l'opinion de ces auteurs qu'elle peut exister sans céphalée. « La migraine ophtalmique ne constitue pas une espèce distincte », dit le Dr ARMANGUÉ. Cette idée est juste dans ce sens que les branches superficielles de la branche ophtalmique de Willis sont extrêmement douloureuses dans la migraine ophtalmique, et bien entendu aussi, est extrêmement douloureux le ganglion cervical du grand sympathique : il n'est pas rare dans ces cas de provoquer par la pression de ces nerfs douloureux et par celle du ganglion supérieur du grand sympathique cervical un état à demi-syncopal (exagération chez le migraineux du réflexe oculo-cardiaque ou sympathico-cardiaque) l'apparition de mouches volantes et de sensations vertigineuses ; le tout provoqué par quelques secondes de compression.

En 1884 ROBIOLIS, de Montpellier, émet l'opinion suivante : la migraine dite ophtalmique est une affection complexe qui peut atteindre le cerveau dans sa sphère sensitive, motrice et intellectuelle. Ceci est une grave erreur, le cerveau n'a rien à faire avec la migraine, ophtalmique ou non. Cette même erreur a été reprise par GALEZOWSKI quand il imagine des lésions des organes centraux visuels tels que les tubercules quadrijumeaux. La migraine, compliquée ou non, est toujours de cause locale et superficielle. Nous sommes cependant d'accord avec ROBIOLIS quand il dit : « de même qu'on a décrit une migraine avec symptômes oculaires, il peut aussi exister des migraines auditives, olfactives et gustatives ». (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Les formes de l'amibiase hépatique.

M. le Professeur GILBERT,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Je vous ai présenté, la semaine dernière, un jeune malade qui, au cours d'un séjour de trois mois au Maroc, fut atteint de dysentérie amibienne. Rentré en France, il se croyait guéri, lorsque, peu de temps après, il fut pris d'une nouvelle manifestation de son affection, sous la forme d'une hépatite amibienne. Admis à ce moment dans le service du professeur Roger, puis dans nos salles, nous avons pu l'examiner et constater qu'il offrait tous les symptômes de l'hépatite amibienne aiguë commençante, à savoir : l'hépatalgie, l'hépatomégalie et la fièvre, triade caractéristique chez un sujet dans ces conditions. Le laboratoire nous avait fourni un autre signe important : la leucocytose avec polynucléose très accusée.

Avant de pousser plus loin l'histoire de ce patient, permettez-moi de m'arrêter sur quelques considérations relatives à la pathogénie de l'hépatite amibienne aiguë. Quand l'amibe dysentérique s'introduit dans l'organisme, elle se dirige aussitôt vers son habitat d'élection,

l'intestin, le gros intestin , et particulièrement le segment terminal du gros intestin, l'S iliaque et le rectum. Elle pénètre dans les parois de ces régions intestinales (elle en a les moyens) et, de là, suscite toute une série de lésions se traduisant par le syndrome de la dysentérie amibienne.

Mais, très souvent, l'amibe ne se contente pas d'infester le gros intestin. Elle rencontre dans les tuniques de cet organe des vaisseaux lymphatiques et sanguins qui peuvent la véhiculer à distance. Lorsqu'elle entre dans les lymphatiques, elle est portée vers les ganglions mésentériques, et vers le canal thoracique qui la déverse dans la circulation générale. C'est probablement quand elle suit ce chemin qu'elle parvient à infecter certains organes (qu'elle atteint rarement), comme le poumon, la rate, le cerveau, etc. La voie de prédilection de l'amibe, toutefois, est le réseau veineux. Partant des veines du rectum ou de l'S iliaque, elle est entraînée vers la veine porte, qui l'amène au foie, et c'est par ce mécanisme très simple que se développe l'hépatite, le plus souvent tout au moins.

Les relations de fréquence qui unissent l'hépatite à la dysentérie amibienne ont été l'objet de recherches assez nombreuses. A la vérité, les statistiques établies sur ce point ne sont pas concordantes et cela s'explique par l'ancienneté de plusieurs de ces statistiques. Avant 1898, époque où eurent lieu les travaux de Shiga, la dysentérie amibienne était mal différenciée de la dysentérie bacillaire. D'autre part, en 1910, Dopter a établi la réalité de dysentéries se manifestant sous l'aspect de simples diarrhées. Tout cela a pu entacher d'erreur les études anciennes. J'ai relevé les chiffres extrêmes des auteurs. Kelsch et Kiener, en 1889, sur 313 cas de dysentéries, ont noté 85 % d'hépatites. Ravaut, en 1917, sur 150 cas, a trouvé 1,3 %. Les autres auteurs donnent des chiffres intermédiaires.

Il n'y a pas lieu de considérer d'ailleurs seulement la fréquence de l'hépatite. Il faut s'enquérir aussi de l'ordre chronologique des manifestations de l'amibiase. Dans la majorité des cas, c'est la dysentérie qui ouvre la marche et l'hépatite qui la ferme. L'hépatite suit à échéance, ou précoce, ou plus ou moins tardive. On connaît des exemples où il s'est écoulé dix, vingt, trente ans entre l'apparition de l'amibiase intestinale et celle de l'amibiase hépatique. Il ne faut pas croire, il est vrai, que cet ordre chronologique soit constant. Quelquefois, il en va autrement, en apparence du moins. Tous les auteurs qui ont étudié l'amibiase ont vu des hépatites amibiennes se développer en concomitance avec la dysentérie, voire avant elle. On comprend que l'amibe puisse pulluler dans le foie avant que les lésions de l'intestin ne soient nettes. Plus encore, il peut exister des hépatites amibiennes apparaissant en dehors de toute dysentérie (antérieure, concomitante, ou postérieure) et Rogers en a rapporté 7 cas.

Quoi qu'il en soit, l'amibe parvenue au foie y pullule. D'autres amibes viennent la rejoindre et la présence de ces hôtes agités, qui distillent un venin, suscite des réactions. Le foie se congestionne, se tuméfie, devient douloureux. C'est la phase congestive, de pré-suppuration, de l'amibiase hépatique. Les amibes ne déterminent pas seulement des phénomènes congestifs actifs. Par leur grosseur (elles sont relativement volumineuses, par rapport aux globules sanguins), elles oblitèrent un certain nombre d'artérioles et de capillaires, d'où des thromboses amibiennes et une nécrobiose de la partie du tissu hépatique ainsi privée de sang. Ces lésions sont suivies de fonte des éléments cellulaires hépatiques, due à la sécrétion diastasique des amibes.

Ainsi se produit l'abcédation, la suppuration du foie. Il ne s'agit pas, en réalité, d'une véritable suppuration. La portion du foie liquéfiée offre une coloration chocolat ou framboise écrasée. La suppuration proprement dite n'a lieu que si l'infestation hépatique par l'amibe est complétée par une infection microbienne, relevant du staphylocoque, de l'entérocoque ou autres coques associés.

Lorsque cette phase est atteinte, la terminaison par résolution n'est plus guère possible, alors que la régression peut s'observer à la période fluxionnaire, soit que le sujet guérisse par ses propres moyens (guérison spontanée, qui est exceptionnelle), soit qu'une thérapeutique convenable intervienne.

L'abcès du foie, non traité et arrivé à la période de suppuration, cherche à s'évacuer, dans les bronches, le tube digestif, les organes creux, ou au dehors. Il est susceptible de guérir, par la thérapeutique ou même par évolution naturelle, après les ouvertures diverses dont je viens de parler. D'autres fois, il passe à l'état chronique, éventualité peu habituelle et qui le sera moins encore maintenant où nous disposons de médicaments actifs.

C'est que, dans ces dernières années, des découvertes, du plus haut intérêt, ont été faites concernant le traitement de l'amibiase. Depuis longtemps, les Brésiliens possédaient dans l'ipéca un remarquable agent thérapeutique qu'ils administraient chez les dysentériques suivant une méthode spéciale, dite à la brésilienne. Elle consistait à verser de l'eau bouillante sur de la poudre de racine d'ipéca, à faire ingérer cette infusion au malade. Le lendemain, on jetait une nouvelle provision d'eau bouillante sur le même ipéca, et le patient l'absorbait encore. Ainsi, pendant 4 ou 5 jours.

On sait que l'ipéca contient deux alcaloïdes et un glucoside. En 1913, un médecin anglais, Rogers eut l'idée de substituer à l'ipéca un de

◆◆◆

ces trois principes : l'émétine, et il eut recours à un sel soluble, le chlorhydrate d'émétine, qu'il administra non par voie buccale, mais en injections hypodermiques. Ce perfectionnement a conduit à des résultats remarquables. On peut dire que si, naguère, l'efficacité de l'ipéca était discutée, il n'en est aucunement de même de celle de l'émétine. Elle représente à l'heure actuelle le *spécifique* de l'amibiase.

Le chlorhydrate d'émétine s'emploie à des doses variant entre 4 et 8 centigrammes en une fois, les cures allant à 40 à 50 centigr. En général, on commence par la dose faible de quatre centigrammes, on passe à la dose moyenne de six centigr., puis à celle de huit centigrammes, et l'on recommence le même rythme.

Il est une autre substance vantée dans le traitement de l'amibiase : l'arsénobenzol. C'est Milian qui l'a préconisée le premier, il y a quelques années. Plus tard, Ravaut a proposé le novarsénobenzol. Aujourd'hui, on traite volontiers les diverses manifestations de l'amibiase, et l'hépatite en particulier, par la cure mixte d'émétine et de novarsenic. Ravaut a fourni sur ce sujet une sorte de schéma. Il conseille, dans l'hépatite au début, de faire des injections intraveineuses, tous les 4 jours et à dix reprises, d'une dose de 0 gr. 30 de novarsénobenzol, ce qui représente en tout 3 gr. du sel arsenical. Pendant les trois jours intercalaires, il emploie l'émétine, 4, puis 6, et 8 centigrammes. Toutefois, il fait seulement trois cures d'émétine au début et trois cures à la fin, laissant au milieu un repos de 13 jours qui permet au malade de se débarrasser de l'émétine absorbée et évite la possibilité d'accidents toxiques. Le novarsénobenzol est toxique, mais l'émétine non surveillée l'est plus encore. Il faut donc suivre de près les effets de la médication. D'ailleurs, c'est là un schéma, que l'on sera amené à modifier selon les circonstances, selon la résistance du malade, sa vigueur, etc.

Chez notre patient, nous avons eu recours à la cure de Ravaut. Le sujet étant peu corpulent (son poids est de 50 kilogr.), nous avons commencé par 15 centigr. de novarsénobenzol seulement. Dès le quatrième jour, la température, qui était à 39°, est tombée brusquement. Elle reprend un peu, il est vrai, aujourd'hui. La leucocytose s'est réduite progressivement et la formule leucocytaire tend nettement à se rapprocher de la normale. Nous avons donc des indices favorables (l'amélioration de la leucocytose) et d'autres moins (le retour de la fièvre à 38°). Une surveillance soutenue doit donc être continuée et il ne faudrait pas considérer encore la partie comme gagnée.

Pour terminer ces considérations sur l'amibiase hépatique, je voudrais vous dire deux mots des formes de cette affection telles que les ont décrites, dans un travail paru l'an dernier, MM. Françon et Hutinel fils. Ces auteurs distinguent quatre types différents d'amibiase hépatique : l'hépatite aiguë, suraiguë, subaiguë et chronique.

L'hépatite aiguë est la forme ordinaire, celle dont notre malade a offert un exemple. Elle comporte trois périodes, sur lesquelles je ne reviendrai pas et son évolution a été complètement modifiée par la découverte de Rogers, de l'émétine.

L'hépatite suraiguë, très rare heureusement, a une marche plus rapide et plus grave. C'est une modalité constamment mortelle qui reste insensible à la thérapeutique, y compris l'émétine.

L'hépatite subaiguë établit un lien entre la forme aiguë et la forme chronique.

Reste l'hépatite chronique, qui aurait une variété nodulaire hypertrophique avec cirrhose, et une variété simple où l'on ne constate à l'autopsie que de la péri-hépatite, attribuée aux poussées congestives du côté du foie.

Enfin, pour compléter leur description, Françon et Hutinel distinguent encore des formes mixtes, dues à l'association d'autres maladies à l'hépatite amibienne, ou à l'association d'autres parasites à l'amibe. Ces types mixtes comprennent l'amibiase avec dysentérie bacillaire, avec paludisme, avec tuberculose, enfin l'association avec des germes de la suppuration.

Leçon faite à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. Lacroix.

LES FORMULES DE RÉFRACTION EN OPHTALMOLOGIE

Par le Dr Lambolez (Nancy).

Licencié ès sciences mathématiques et physiques.
Préparateur à la Fac. de Médecine.

La connaissance de notions d'optique géométrique est indispensable en ophtalmologie théorique.

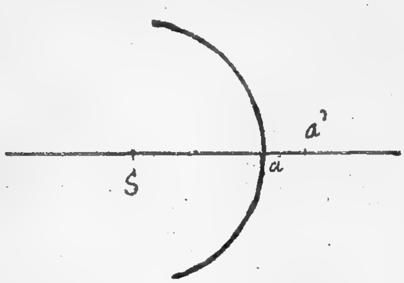
Silvanus P. Thompson dans ses « Conférences faites à l'Institution royale de Grande-Bretagne » et Wood dans son « Optique physique », ont obtenu de façon originale et sans calcul, les formules fondamentales des dioptres et des lentilles minces.

Il est utile, reprenant ces idées, de les compléter, introduisant en particulier, la notion de sens, pour en déduire la formule générale du dioptre et la formule

générale de la lentille mince applicables dans tous les cas possibles.

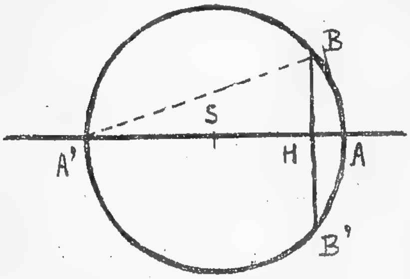
Dans l'hypothèse des ondulations, un point lumineux est considéré comme étant le centre de mouvements vibratoires extrêmement rapides qui se transmettent à l'œil par l'intermédiaire d'un milieu impondérable, l'éther, occupant les intervalles moléculaires des corps matériels et même le vide. Une particule S mise en vibration périodique, tel un diapason vibrant, communique son mouvement aux molécules d'éther environnantes et, au bout d'un certain temps, le mouvement parti de S atteint une certaine surface appelée surface d'onde.

Supposons que la propagation ait lieu dans un milieu isotrope, c'est-à-dire de propriétés identiques dans toutes les directions, la surface d'onde sera nécessairement une sphère de centre S ; chaque point d'une onde est considéré comme devenant lui-même centre de vibration, ce qui permet d'expliquer la propagation du mouvement lumineux à travers le milieu. La direction de propagation des ondes lumineuses est normale à leur surface, un élément a d'une onde sphérique de rayon Sa, parvient au bout d'un temps t en a' sur l'onde sphérique de rayon Sa' de façon que $\frac{aa'}{t}$ représente la vitesse de propagation de la lumière dans le milieu considéré.



Une onde sphérique est caractérisée par son rayon de courbure SA ou par sa courbure $\frac{1}{SA}$. Prenons au voisinage de l'axe SA un arc très petit BB' on peut écrire :

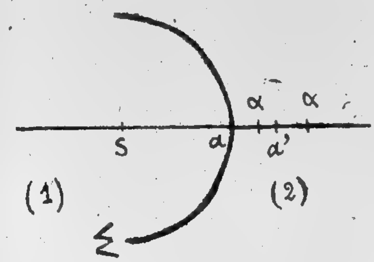
$$AH.\,AA' = AB^2 \quad \frac{1}{SA} = \frac{2}{AB^2}\,AH.$$



la courbure est donc à un facteur près, que l'on peut supposer restant toujours identique, mesuré par la *flèche AH*.

Plaçons-nous dans le cas où une onde de centre S est coupée par la surface plane de séparation Σ de deux milieux, la vitesse de propagation de la lumière étant V_1 dans le premier et V_2 dans le second milieu.

Un élément a du front d'onde occupe au bout d'un certain temps t une des positions α comprise entre aa'



ou en dehors de aa' selon que le second milieu est plus dense ou moins dense que le premier et $\frac{V_1}{V_2} = n$ représente par définition l'indice de réfraction.

On a : $\frac{aa'}{t} = V_1 \qquad \frac{a\alpha}{t} = V_2$

Entre la courbure R' de la surface d'onde sphérique, la propagation ayant eu lieu uniquement dans le premier milieu et la courbure $R\alpha$ de la surface d'onde, supposée sphérique au voisinage de l'axe Saa' qui se substitue à la première par interposition du second milieu, on a :

$$\frac{R'}{R_\alpha} = \frac{aa'}{a_\alpha} = \frac{V_1}{V_2} = n$$

posons $\frac{1}{n} = N$, obtient :

$$R\alpha = NR'$$

Le milieu perturbateur a pour effet de transformer une onde de courbure R, en une onde de courbure RN, il y a donc, en définitive, une différence de courbures :

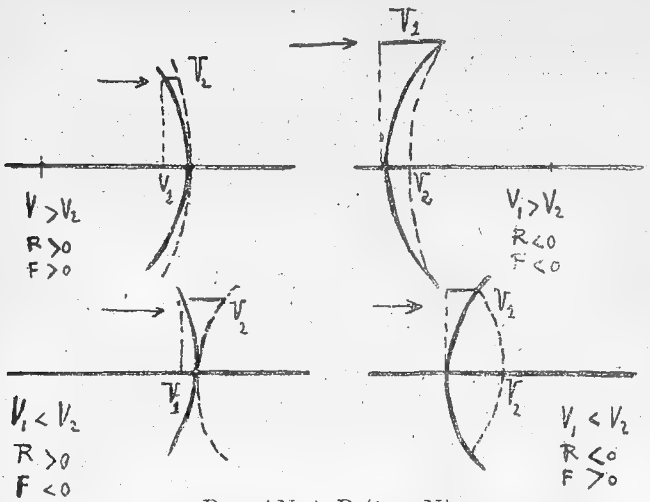
$$R - NR = R\,(1 - N).$$

Si nous imaginons une onde plane rencontrant une surface de séparation Σ de 2 milieux possédant une courbure propre R, les résultats géométriques précédents sont applicables, la courbure propre R de Σ imprimera aux surfaces d'onde primitivement planes une courbure

$F = R\,(1 - N)$ (on vérifie que $F = 0$ quand $N = 1$),

en comptant positivement les longueurs dans le sens de la propagation de la lumière, cette formule est générale, que le milieu perturbateur soit concave ou convexe du côté de la lumière et que N soit inférieur ou supérieur à 1, comme il est aisé de le vérifier géométriquement. F est appelée courbure focale.

Enfin, plus généralement, si une onde sphérique de courbure A rencontre la surface de séparation de courbure propre R de deux milieux, la courbure B de l'onde réfractée correspondante sera évidemment :



$$B = AN + R\,(1 - N)$$

somme des courbures, l'une prise par l'onde en passant dans le second milieu, l'autre due à la courbure propre de la surface de séparation.

En notations habituelles, on a :

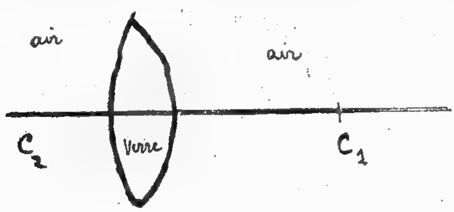
$$\frac{1}{b} = \frac{1}{an} + \frac{1}{r}.\ \frac{n-1}{n}$$

ou :

$$\frac{n}{b} - \frac{1}{a} = \frac{n-1}{r}$$

c'est la formule habituelle des dioptres sphériques dans le cas des rayons centraux, l'origine des segments étant au sommet du dioptre ; a, b, les distances de deux points conjugués à ce point, r, le rayon de courbure du dioptre.

Les formules des lentilles minces peuvent alors être établies facilement :



La courbure R_1 de la première surface de séparation transforme une onde plane en onde de courbure $F_1 = R_1\,(1 - N)$ en passant de l'air dans le verre et qui passant dans l'air deviendrait une onde de courbure,

$$\frac{F_1}{N} = R_1\left(\frac{1}{N} - 1\right)$$

mais la courbure R_2 de la seconde surface de la lentille transformerait une onde plane en onde de courbure

$F_2 = R_2\left(1 - \frac{1}{N}\right)$ car l'onde plane passe du verre dans l'air.

Une onde plane après passage dans cette lentille devient une onde de courbure focale

$$F = R_1\left(\frac{1}{N} - 1\right) + R_2\left(1 - \frac{1}{N}\right)$$

c'est-à-dire : $F = \left(\frac{1}{N} - 1\right)\left(R_2 - R_1\right)$

Une onde de courbure initiale A, rencontrant une lentille mince de courbure focale F, prend une courbure finale

$$B = A + F$$

En notations habituelles, on retrouve les formules bien connues et générales des lentilles minces.

$$\frac{1}{f} = (n - 1)\left(\frac{1}{r_1} - \frac{1}{r_2}\right)$$

$$\frac{1}{b} = \frac{1}{a} + \frac{1}{f} \text{ ou } \frac{1}{b} - \frac{1}{a} = (n - 1)\left(\frac{1}{r_1} - \frac{1}{r_2}\right)$$

Pour les lentilles convergentes $\frac{1}{f} > 0$, pour les lentilles divergentes $\frac{1}{f} < 0$, le centre de la lentille étant origine des segments.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les poussées évolutives du tabes.

MM. Charles Foix et Henri Lagrange démontrent, par des observations cliniques, que le tabes doit être mis au nombre des maladies, non pas fixées dans leur forme, mais procédant par poussées évolutives, point qui paraît lui être commun avec la plupart des maladies infectieuses du névraxe, notamment avec l'encéphalite léthargique. Cette notion prouve la difficulté qu'il y a de poser au cours du tabes un pronostic absolument ferme. S'il y a beaucoup de chances pour qu'un tabétique fixé à un certain taux ne voie plus son mal évoluer après quelques années de traitement, ou ne présente que des complications que l'on peut tenir pour des accidents au cours du tabes (arthropathies, fractures), il reste cependant aussi chez lui la possibilité de voir, au cours d'une poussée évolutive, se constituer des signes nouveaux de la série tabétique, de voir par exemple apparaître des troubles oculaires ou des membres supérieurs.

Il faut donc attacher la plus grande importance à l'apparition des plus légers troubles loco-

moteurs, car on peut assister à l'évolution d'une forme pour ainsi dire galopante de l'ataxie en dehors des symptômes douloureux ou autres, qui la précèdent ou l'accompagent généralement. Au moindre doute, il est indiqué de faire la ponction lombaire et d'instituer un traitement assez sévère, mais toutefois assez prudent, par conséquent progressif de façon à éviter les neuro-récidives. (*Le Bulletin médical*, 2 *avril* 1924.)

Le traitement d'urgence de l'hémiplégie syphilitique.

Deux intéressantes observations, rapportées par le Dr SÉZARY, démontrent que, traitée énergiquement dans les premières heures qui suivent son apparition, l'hémiplégie syphilitique est susceptible de guérison.

Aussi, faut-il retenir les deux propositions suivantes :

1° Dans toute hémiplégie survenant sans cause avérée chez un sujet jeune et indemne d'affection cardiaque, on doit instituer d'*urgence* le traitement antisyphilitique avant même d'avoir recours aux méthodes de laboratoire pour confirmer sa nature spécifique ;

2° Chez l'homme âgé, il faut suspecter la nature syphilitique de l'hémiplégie, et au moindre indice, commencer le traitement, si toutefois cela n'est pas contre-indiqué par une tare viscérale grave. Mieux vaut en pareil cas pratiquer inutilement quelques injections de 914, car on est très rapidement fixé sur leur efficacité, que de priver le malade du bénéfice énorme qu'il peut retirer du traitement précoce. (*Le Progrès méd.*, 5 *avril* 1924.)

L'oscillométrie en obstétrique (applications pratiques)

L'exploration de la tension artérielle n'a véritablement permis d'apprécier la valeur fonctionnelle du système cardio-vasculaire que lorsque *Pachon*, déplaçant le concept sphygmomanométrique, a établi la véritable signification spécifique de la *minima*. Cette méthode nous renseigne à la fois sur les valeurs maximum et minimum de la tension artérielle ; elle est d'une exactitude rigoureuse, d'une facilité extrême. Elle permet d'établir l'indice oscillométrique, de tracer la courbe oscillométrique.

Dans les *vomissements gravido-toxiques* de la grossesse, l'élévation relative de la minima témoigne du degré d'intoxication et du bloquage rénal ; l'abaissement de la maxima et del'indice oscillométrique est fonction de l'inanition et de la défaillance du myocarde.

Au point de vue thérapeutique, ces variations mettent en évidence la double nécessité de toni-cardiaques capables de ramener la maxima à son taux normal, et d'une médication désintoxicante, qui favorise l'élimination par les divers émonctoires. La caféine et la théobromine, par leur double action sur le cœur et sur le rein, paraissent indiquées à cet égard, d'après P. BALARD. De même les injections de sérum salé ou sucré, et surtout les grands lavages intestinaux et la superpurgation de Bonnaire sont les compléments indispensables de toute thérapeutique spécifique. Les variations de la tension artérielle permettent de suivre l'amélioration ou l'aggravation.

Albuminurie gravidique et éclampsie.

Toute intoxication à la fin de la grossesse, qu'elle se troduise ou non par de l'albuminurie, entraîne une forte élévation de la Mx et de la Mn, dont les valeurs restent sensiblement parallèles. La toxémie, qui élève particulièrement la Mn, amène un effort maximum de la part du cœur, qui est un élément de pronostic assez favorable. Tout au contraire, à diverses reprises, il a été possible à l'auteur de prévoir l'issue fatale de l'éclampsie et l'imminence du dénouement, soit par une pression variable relativement faible lors du premier examen, soit par un abaissement progressif de la Mx, alors que la Mn restait sensiblement invariable.

Chez les albuminuriques, et *a fortiori* chez les éclamptiques, il se produit au contraire, dans les suites de couches, un abaissement notable et progressif de Mx et Mn, parallèle à celui de l'amélioration de la diurèse et de la guérison : tant que cet abaissement ne se produit pas, la malade est toujours menacée d'accidents graves (éclampsie du post-partum).

Ces connaissances permettent de différencier les albuminuries transitoires des albuminuries graves, qui seules entrainent l'hypertension. Dans les crises convulsives, elles permettent d'éliminer sûrement l'épilepsie.

L'oscillométrie donne un contrôle thérapeutique de la saignée, même des larges saignées. Une telle pratique amena Balard à extraire dans un cas 1200 gr. de sang, sans le moindre inconvénient pour le sujet, qui guérit parfaitement. Elle indique aussi, par un abaissement progressif de la Mn, que le but thérapeutique est atteint, et par l'abaissement de la Mx, la Mn restant invariable, le fléchissement du myocarde par suite d'une déchéance organique suite d'un régime lacté, insuffisant pour être longtemps prolongé. Durant le *travail*, il y a une hausse primitive des valeurs Mx et Mn.

Au cours des *accidents gravido-cardiaques*, il peut se produire une chute secondaire, en particulier de la Mx, réalisant le signal d'alarme, qui indique le fléchissement cardiaque.

Pendant les *hémorragies graves de la délivrance*, la chute continuelle et rapide de la Mn et de l'indice oscillométrique contre-indique tout mouvement, le transport en voiture, et impose l'obligation de remplacer le plus rapidement possible une partie du sang perdu par des injections intraveineuses, et au besoin par la transfusion.

L'indice montrera si un état de *shock obstétrical* est grave avec défaillance du myocarde et dilatation paralytique, ou bien, s'il y a un certain degré de vaso-constriction réalisant ainsi un mécanisme de défense contre la spoliation sanguine, et l'origine nerveuse du shock. Les femmes frappées du shock obstétrical sont tout à la fois hypotendues et hyposystoliques, et celles qui sont atteintes d'accidents gravido-cardiaques, sont relativement hypertendues tout en étant hyposystoliques.

Quant aux *infections puerpérales*, un abaissement considérable de la tension et un abaissement parallèle de l'indice est soujours d'un pronostic fâcheux, car il témoigne de l'asthénie cardio-vasculaire et d'une imprégnation profonde de l'organisme. C'est à rétablir cet équilibre par les moyens appropriés que nous appliquerons nos efforts.

L'oscillomètre établit d'une façon irréfutable le diagnostic et le contrôle thérapeutique de la *mort apparente du nouveau-né* ; on a pu rappeler à la vie des enfants chez qui la persistance de la circulation n'avait pu être démontrée, ni à la vue, ni à la palpation, mais qui présentèrent des battements rythmiques de l'oscillomètre. Ceux-ci sont encore un précieux stimulant pour l'accoucheur au cours de la respiration artificielle.

La courbe oscillométrique facilite enfin la surveillance des enfants de mères éclamptiques ; un plateau de cette courbe élevé, la première semaine, puis une chute, témoignent d'une désintoxication de l'organisme. Sinon, il faut redoubler d'attention et administrer une purgation énergique, puis, favoriser la diurèse. (*Le Progrès médical*, 6 *avril* 1924.)

Incidents et accidents de la bismuthothérapie dans le traitement de la syphilis.

Si faible toxique soit-il, le bismuth peut déterminer des accidents d'intolérance ; mais, ce ne sont le plus souvent que des incidents, permettant de continuer la médication. Au niveau de la bouche, sans lésions apparentes, ce sont l'odontalgie et la salivation, puis la gingivite, la stomatite bismuthique, qui peuvent aboutir à la stomatite ulcéreuse. Du côté de l'estomac, c'est, le soir ou le lendemain de l'accident, un état nauséeux pouvant persister 24 heures ou quelques jours, exceptionnellement des crises gastriques douloureuses.

Sur la peau, c'est le prurit, ce sont des éruptions précoces et fugaces, soit au début, soit au cours du traitement ; l'urticaire paraît être la forme la plus fréquente ; à noter aussi l'érythème scarlatiniforme précoce, ou les éruptions tardives et prolongées.

Sur les reins, on signale quelquefois l'albuminurie, plus souvent la polyurie.

Les manifestations nerveuses immédiates sont les vertiges, étourdissements, éblouissements, parfois de véritables crises nitritoïdes. Au cours du traitement, on observe la céphalée, plus souvent les douleurs musculaires ou articulaires, qui d'ailleurs s'acccentuent à mesure que continue le traitement ou disparaissent rapidement après sa cessation.

Un phénomène presque constant est la fatigue, parfois accompagnée d'une poussée fébrile.

Prophylaxie. Examiner au préalable la bouche du malade, faire traiter la gingivite ou la carie dentaire avant de commencer le traitement. Surveiller les reins par la recherche de l'albumine, avant et après. S'abstenir si l'état général est déficient, ou s'il y a des signes nets d'insuffisance hépatique.

D'après HUDELO et RABUT, les divers sels de bismuth, indépendamment de la dose de métal, sont plus ou moins bien supportés ; ainsi, les tartro-bismuthates sont moins bien tolérés que les oxydes. Il convient d'abandonner la voie intra-veineuse, moins active, et qui prédispose davantage aux réactions immédiates.

Au point de vue de la répartition du médicament, ces auteurs pensent que la dose hebdomadaire de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 pour les oxydes et de 0 gr. 60 à 0 gr. 80 pour le quino-bismuth ne doit pas être dépassée et doit être administrée en 2 fois. Sans inconvénients, on peut répéter le plus souvent ces injections bi-hebdomadaires jusqu'à concurrence de 18 à 24 ; mais, surtout, si l'on atteint ce dernier chiffre, il est indispensable de laisser un intervalle minimum d'un mois avant de commencer une nouvelle cure.

Le liseré bleu gingival est compatible avec la continuation du traitement ; la stomatite ulcéreuse exige la suppression définitive de la cure, ainsi que des soins efficaces.

En présence d'une constipation opiniâtre, avec signes de déficience hépatique, prescrire du sulfate de soude à doses quotidiennes faibles. S'i y a ictère, supprimer momentanément le bismuth et le remplacer par le cyanure intraveineux.

L'albumine, si elle est abondante, exige l'arrêt du bismuth. Combattre la dépression générale par des doses faibles d'arsenic.

Quant aux autres incidents, il est rare qu'ils soient assez accentués pour nécessiter la cessation du traitement, qui d'ailleurs les fait disparaître aussitôt. (*La Presse médicale*, 9 *avril* 1924.)

Traitement de la dysphagie laryngée par les instillations nasales.

On sait que le principal facteur d'assombrissement du pronostic de la laryngite tuberculeuse, en dehors de sa gravité propre, est la dysphagie qui l'accompagne constamment et qui, en s'opposant à l'alimentation suffisante du malade, agit de la façon la plus défavorable sur son état général.

Pour combattre ce maître symptôme, on a proposé un traitement médical par les anesthésiques, le menthol, l'antipyrine, portés *loco dolenti*, et un traitement chirurgical par la galvanocaustie, les scarifications, les interventions pratiquées sur le nerf laryngé supérieur.

Les méthodes chirurgicales sont assez inconstantes dans leurs effets, d'autant plus que les dysphagies dites chirurgicales ne sont pas les plus fréquentes.

Aussi, M. A. Lavrand a-t-il recherché un procédé à la fois simple et efficace, à la portée des patients, permettant aux malades de panser eux-mêmes leur larynx sans instrumentation spéciale.

Son choix s'est porté sur l'instillation nasale qui pénètre dans le larynx et la trachée, si l'on prend soin de conserver la bouche largement ouverte, en plaçant entre les molaires, soit un bouchon de liège, soit un écarteur quelconque. Dans cette situation, le patient renverse la tête en arrière et le plancher des fosses nasales s'incline fortement en bas et en arrière. Verse-t-on du liquide dans une fosse nasale, il gagne facilement les parties déclives, c'est-à-dire l'infundibulum pharyngé au fond duquel se trouve l'ostium œsophagien en état d'occlusion permanente et l'entonnoir glottique qui s'ouvre sous l'effet de l'inspiration. Le liquide pénètre de cette façon dans la trachée.

Le liquide instillé est tantôt l'huile eucalyptolée à 2 %, tantôt une solution de cocaïne selon la formule suivante :

Glycérine	5 gr.
Eau	5 gr.
Cocaïne	0,25 à 0,50
Solution d'adrénaline au 1000°	V gouttes.

En s'appuyant sur onze observations, l'auteur formule les conclusions suivantes :

« Etant donnée l'efficacité des pansements laryngés par instillations nasales dans les dysphagies tuberculeuses, c'est à tort que l'on néglige les moyens simples d'anesthésie laryngée. En dehors de quelques cas particuliers : lésions tumorales ou tuberculomes et lésions très limitées à évolution torpide, on doit recourir aux interventions chirurgicales comme à des pis-aller. Elles ne sont pas toujours une garantie de succès.

« Ces instillations par voie nasale ne constituent qu'un traitement symptomatique contre la dysphagie. Il est absolument nécessaire d'y associer un traitement général et de veiller à placer les malades dans de bonnes conditions hygiéniques, si l'on veut diminuer le plus possible les risques d'insuccès, sans préjudice d'une médication directe *loco dolenti* au besoin. » (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 13-20 juillet 1924.)

Les orphelins temporaires.

Par cette expression imagée, M. J. Renault et Mlle Labeaume désignent les enfants élevés en dehors du foyer familial.

Ils étudient les avantages et les inconvénients des différentes méthodes employées pour cet élevage en dehors de la famille : placement chez une nourrice isolée ; pouponnières ; centres d'élevage.

Les pouponnières et les centres d'élevage sont réservés à des enfants privilégiés ou à ceux qui réclament des soins spéciaux. Le placement chez une nourrice reste actuellement le mode de placement usuel des enfants séparés de leur mère.

Les auteurs résument comme suit leur intéressant exposé :

« En résumé, il existe pour les orphelins temporaires trois modes d'élevage :

Le placement chez une nourrice isolée, vieux comme le monde, appliqué actuellement à la presque totalité des orphelins temporaires, parfait si une nourrice dévouée remplace la famille, détestable si l'éleveuse mal logée, peu soigneuse, est indifférente ou hostile aux règles modernes de l'élevage des enfants. Judicieusement choisi, soigneusement surveillé, le placement en nourrice restera encore pendant longtemps le mode d'élevage le plus employé. La loi Roussel, en rendant sa surveillance obligatoire, peut obvier à certains de ses inconvénients, mais il faut qu'elle soit sérieusement et même sévèrement appliquée.

Le placement familial surveillé et la pouponnière ont chacun leurs avantages, leurs inconvénients et leurs indications, qui dépendent plus de conditions matérielles et pécuniaires permettant ou non de réaliser ces modes de placement, que de préoccupations hygiéniques.

Ces organisations sont encore à la période d'expérimentation ; il serait prématuré d'en tenter la généralisation.

L'un et l'autre des deux systèmes ne doivent pas être nécessairement réservés aux œuvres de bienfaisance. Il est permis d'envisager leur industrialisation, c'est-à-dire la création de pouponnières et de centres d'élevage payants, de même qu'à côté des sanatoria publics, il existe des sanatoria privés.

Mais il est indispensable qu'une loi renforce la surveillance des enfants placés en nourrice et établisse celle des pouponnières et des centres d'élevage ; que le gouvernement soit doté de moyens qui lui permettent d'exercer effectivement le contrôle prévu par la loi. » (*Revue d'hygiène*, juillet 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

(M. MARMASSE, d'Orléans. — *Société de chirurgie*; 4-6-1924.)

M. LENORMANT présente un rapport sur une observation de M. R. Marmasse, d'Orléans, relative à une thoracoplastie extra-pleurale pour tuberculose pulmonaire.

La mobilisation du thorax par une résection costale plus ou moins étendue, comme traitement de la tuberculose du poumon, a été jusqu'à ce jour très peu mise en pratique dans la région parisienne. C'est une variété de collapsthérapie qui tire ses indications de l'impossibilité du pneumothorax artificiel. Elle a surtout été faite par les chirurgiens suisses et allemands, par Sauerbruch en particulier, qui a pu fournir une statistique de plus de 300 cas.

En France, les travaux les plus importants sur la question, nous sont venus de Lyon et sont dus à la collaboration de Dumarest et du professeur Bérard. Le bilan des opérations françaises de thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire est d'ailleurs encore assez restreint, mais a déjà fourni quelques résultats intéressants.

— M. TUFFIER n'a pratiqué qu'une fois, il y a une quinzaine d'années, la thoracoplastie, chez un malade, à Leysin. Depuis cette époque, il lui a été impossible d'obtenir des médecins qu'ils confient à la chirurgie des malades de ce genre. M. Tuffier pense que la chirurgie de la tuberculose pulmonaire aurait beaucoup à gagner si on voulait considérer cette localisation du bacille comme une affection *locale*, justiciable de l'éradication. Il semble qu'un bon nombre de tuberculoses pulmonaires fixées au lobe supérieur du poumon pourraient être traitées soit par la résection limitée, soit par la collapsthérapie, opérations bénignes, alors que les résections étendues donnent encore une grande mortalité, même dans les mains les plus expertes.

Fistule pleuro-pulmonaire guérie par l'oléothorax.

(MM. L. CLAUDE et ROCHARD. — *Soc. méd. des hôp.*; 13-6-1924.)

M. Lévy-Valensi relate, au nom de MM. L. Claude et A. Rochard, un cas de fistule pleuro-pulmonaire survenue au cours d'un pyopneumothorax, traitée et guérie par l'injection dans la plèvre d'huile goménolée (oléothorax).

A propos de la thrombo-angéite oblitérante.

(MM. Et. CHABROL et LAPEYRE. — *Soc. méd. des hôp.*; 6-6-1924.)

Buerger et Parkes Weber ont décrit sous le nom de thromboangéite oblitérante une curieuse affection qui se manifeste par des phénomènes douloureux et des troubles trophiques, et se montre chez des sujets assez jeunes encore. Cette maladie a fait l'objet, en France, de travaux de MM. Gilbert et Coury.

MM. Chabrol et Lapeyre en ont vu un exemple chez un sujet de sexe masculin, israélite, d'origine roumaine. On a fait de cet état morbide l'apanage des Juifs émigrés de Pologne, de Russie et de Roumanie.

Séquelles rénales tardives de la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

(M. J. TROISIER. — *Soc. méd. des hôpitaux*; 20-6-24.)

La spirochétose ictéro-hémorrhagique est une maladie qui touche, dans la règle, les reins. C'est par les reins, même, que les spirochétosiques meurent quand ils sont incapables de résister à l'infection.

On peut se demander, dès lors, si la spirochétose ne laisse pas souvent à sa suite, comme la scarlatine par exemple, des atteintes rénales. M. Troisier le croit volontiers. Il a traité, à l'hôpital Necker, un malade soigné par Landouzy, il y a 40 ans, pour « typhus hépatique », diagnostic ancien, qui correspond à la spirochétose actuelle. Or, ce malade succomba à une néphrite chronique dont on peut penser que la spirochétose fut l'origine.

Alternance d'asthme et d'eczéma.

(MM. PASTEUR VALLÉRY-RADOT et HAGUENEAU. — *Soc. méd. des hôp.*; 20 6-1924.)

Il est fréquent de voir alterner chez un même sujet l'asthme, l'urticaire, l'eczéma ou la migraine. On doit voir là un témoignage que ces syndromes sont des manifestations de la même diathèse — diathèse colloïdoclasique de Widal et Abrami.

MM. Pasteur Valléry-Radot et Hagueneau signalent un exemple typique de cette alternance. Leur malade eut, en trois années, dix fois, un rythme successif d'asthme et d'eczéma.

Sérothérapie anti-tuberculeuse chez l'homme.

(M. André JOUSSET. — *Soc. médicale des hôpitaux*; 13-6-1924.)

M. Jousset étudie les conditions du succès de la sérothérapie anti-tuberculeuse (sérum de Jousset), chez l'homme.

La condition essentielle est la sélection des cas. Il y a des tuberculoses que le sérum guérit et d'autres sur lesquelles il est impuissant.

En principe, les formes aiguës récentes ou les formes subaiguës sont seules justiciables de cette sérothérapie.

Le sérum est actif dans les circonstances suivantes :

1° Fièvre d'invasion bacillaire ;

2° Polysérites ;

3° Foyers pulmonaires congestifs, hémoptoïques, pneumoniques, splénopneumoniques.

Dans ces trois catégories, les succès du sérum sont la règle ; les insuccès l'exception.

Le sérum agit irrégulièrement dans les tuberculoses plastiques, en poussée évolutive.

Il donne de mauvais résultats et est même aggravant dans les tuberculoses nécrosantes.

La conclusion générale est que les indications de la sérothérapie anti-tuberculeuse sont, avant tout, une question d'espèce. La discrimination des formes qu'elle guérit et de celles sur lesquelles elle reste inerte domine tout le problème.

Lupus traité par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre.

(MM. Lortat-Jacob et Béthoux. — *Soc. de dermat.* ; 13-3-1924.)

L. Nègre et A. Boquet ont préparé un extrait méthylique de bacilles de Koch préalablement soumis à l'acétone. Le lavage à l'acétone dissout les graisses et les cires et l'alcool méthylique recueille la totalité des phospho-lipoïdes, laissant un résidu constitué par les protéines toxiques et hypersensibilisantes. L'extrait méthylique en question comprend donc les phospho-lipoïdes du bacille, c'est-à-dire les substances douées d'un fort pouvoir antigène, sans autre élément. On a ainsi la partie active, en rejetant la partie nocive du microbe, d'où la possibilité d'un emploi thérapeutique.

La médication antigénétique qui en dérive est toute différente de la tuberculinothérapie, et de la vaccinothérapie. Elle ne donne d'ailleurs pas de réaction.

MM. Lortat-Jacob et Béthoux y ont eu recours chez deux malades atteints de lupus qui ont l'un et l'autre guéri.

Ictère par hépato-récidive après traitement à l'huile grise.

(MM. Milian et Rivalier. — *Société de dermat. et syphiligraphie* ; 13-3-1924.)

M. Milian relate une observation d'ictère survenu chez un syphilitique ancien, trois mois après une cure d'huile grise, avec Wassermann fortement positif, alors qu'il était négatif au moment du traitement, ictère ayant cédé rapidement au novarsénobenzol. C'est, dit M. Milian, un exemple type d'hépato-récidive. Il faut distinguer celle-ci des ictères par réaction d'Herxheimer qui apparaissent au moment de la cure arsénobenzolée, et s'accompagnent d'autres manifestations, sont spécifiques également mais d'un autre ordre, et des ictères toxiques, arsenicaux, qui relèvent d'une intoxication arsenicale, éclatent *au cours* du traitement arsenobenzique et non après, s'associent à une érythrodermie et commencent lorsque déjà se dessine l'amélioration des lésions spécifiques.

En pratique, les deux premiers groupes d'ictères (hépato-récidive et ictère par réaction d'Herxheimer) demandent la continuation du traitement. L'ictère toxique indique l'arrêt immédiat de l'arsénobenzène, le repos et le régime lacté.

La fréquence respective de ces trois types d'ictères n'est pas très nettement établie. Actuellement, les hépato-récidives semblent plus communes que les ictères toxiques du novarsénobenzol. La réaction d'Herxheimer hépatique est d'une fréquence intermédiaire et d'une interprétation délicate.

Rétrécissement rectal blennorrhagique.

(MM. Louste et Baranger. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 13-3-1924.)

A propos d'un malade atteint de rétrécissement ano-rectal non néoplasique, M. Louste passe en revue les diagnostics étiologiques à envisager en pareil cas : la tuberculose, la syphilis, la dysentérie et la blennorrhagie.

Traitement des petits lupus par l'excision et la greffe.

(M. Paul Moure.— *Soc. de dermat. et syphiligraphie* ; 13-3-1924.)

M. Paul Moure a traité une trentaine de petits lupus de la face et des membres, ayant subi déjà sans succès diverses thérapeutiques, par l'excision large au bistouri, suivie de greffe dermo-épidermique. L'opération, faite à l'anesthésie locale, est simple. La plaie, laissée ouverte pendant 15 à 20 jours, et cautérisée au chlorure de zinc, est ensuite greffée. La guérison est rapide et définitive.

— M. Sabouraud remarque que les scarifications, bien maniées, donnent d'excellents résultats dans le lupus. C'est un traitement déjà ancien, que l'on désapprend à bien pratiquer.

— M. Milian ne nie pas les belles cicatrices de la scarification ou de la finsenthérapie, mais le procédé chirurgical a l'avantage de la rapidité et de l'indolence.

Azoospermie et syphilis.

(M. Clément Simon. — *Soc. de dermat. et syph.*, 13-3-1924.)

M. Clément Simon rapporte un cas d'azoospermie sans lésion testiculaire appréciable et avec conservation des caractères sexuels secondaires, chez un homme probablement hérédo-syphilitique.

— M. Balzer croit que ces azoospermies devraient être traitées, même tardivement. Il n'est pas impossible que la médication spécifique puisse ranimer le fonctionnement testiculaire en arrêtant chez certains sujets les progrès du processus atrophique.

— M. Milian a observé l'azoospermie non plus chez des syphilitiques héréditaires, mais chez des syphilitiques acquis. La stérilité masculine par syphilis acquise est plus répandue qu'on ne pense, alors

même que le sperme renferme des spermatozoïdes. Comme exemple, l'auteur cite le cas d'un homme syphilitique dont l'union fut stérile avec trois femmes différentes, alors que toutes trois avaient eu récemment des enfants d'autres hommes ; le sperme contenait cependant de nombreux spermatozoïdes.

— M. Marcel PINARD a vu des ménages restés longtemps sans descendance, avoir des enfants après une cure arsénobenzolée.

— M. LACAPÈRE rappelle que M. Hutinel a montré l'action de l'hérédo-syphilis sur la plupart des glandes.

— M. QUEYRAT a observé l'azoospermie chez deux gazés de guerre.

— M. FLANDIN pense qu'il s'est agi,chez ces sujets, d'une simple coïncidence, rien dans les effets connus des gaz de guerre ne pouvant faire penser à une action sur les testicules.

Sur la syphilimétrie.

(MM. GASTOU et BÉTHOUX.— *Soc. de derm. et syph.* ; 13-3-1924.)

Vernes a énoncé une loi, dite des 3-8, dans laquelle il déclare qu'un syphilitique qui a suivi un traitement intensif et régulier peut être considéré comme guéri lorsqu'il remplit les conditions suivantes :

1° Huit mois de surveillance ;

2° Pendant ces huit mois, séro-réaction du sérum, pratiquée tous les deux mois, constamment négative ;

3° Réaction du céphalo-rachidien, au huitième mois, négative également.

M. Gastou fait une critique de cette loi des trois-huit. Tout en reconnaissant l'intérêt de la méthode de Vernes dans les syphilis en pleine activité, il estime les conclusions des trois-huit dangereuses pour le malade.

P. L.

Lyon

Société Nationale de médecine et des sciences médicales.

Paralysie faciale dissociée par cholestéatome de l'oreille.

M. BERTEIN présente un malade entré à l'hôpital Desgenettes pour névralgie de la région temporale gauche. Ecoulement d'oreille, il y a un an, ayant duré plusieurs mois. A l'examen, un peu d'irritation du conduit, douleur à la pression pré- et sous-auriculaire,mastoïde indolore.On pense à une otite externe : pulvérisations, pansements humides, vaccin. Quelques jours après apparaissent des signes de parésie faciale. On fait alors une trépanation mastoïdienne : ouverture au sein de masses éburnées, de multiples cavités remplies de masses cholestéatomateuses. Les douleurs cèdent un peu dans la suite, mais la paralysie se complète : totale dans le domaine du facial inférieur, elle reste encore incomplète du côté du facial supérieur. On intervient une seconde fois en évidant complètement les cavités pétro-mastoïdiennes. Régression rapide de la paralysie par la suite et guérison complète. Le facial supérieur, moins touché que l'inférieur, recouvra le premier son intégrité. Ceci vient à l'appui de l'opinion de Moure, à savoir que les fibres du facial supérieur sont engaînées par celles du facial inférieur qui, de ce fait, sont plus exposées aux propagations infectieuses.

La répercussivité pruritique.

M. JOURDANET (d'Uriage) rappelle que M. P. Boulogne a signalé, en 1921, que le grattage d'un point pruritique de la peau provoque, chez certains sujets, un prurit localisé en une autre région déterminée très éloignée de la première. M. Boulogne donne à ce phénomène le nom de *contre-prurit réflexe*. M. Jourdanet emploie le terme de *répercussivité pruritique* voulant indiquer la relation de ce phénomène avec la *répercussivité sympathique* d'André Thomas, dont elle n'est qu'un cas particulier. Voici quelques exemples de ce phénomène : un prurit au creux latéro-rotulien externe du genou droit provoque par grattage un prurit dans la gouttière costo-vertébrale droite; un prurit au sommet du creux poplité gauche donne un prurit à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche, etc. Ce réflexe, comme on le voit, est homolatéral. Il s'épuise rapidement pour réapparaître. Il n'est pas immédiat. Il est inconstant, et individuel ; on ne peut le provoquer chez tout le monde. Tous ces caractères sont ceux des réflexes sympathiques. Ces phénomènes sont encore très peu connus. On peut prévoir que, dans l'avenir, ils pourront fournir des éléments séméiologiques importants dont pourront tirer parti la dermatologie et la neurologie.

Fistule broncho-cutanée consécutive à une pneumotomie pour suppuration pulmonaire.

MM. SANTY et GUILLEMINET rapportent l'observation d'un malade ayant présenté au poumon droit des accidents aigus à type pneumonique suivis pendant plusieurs mois de fièvre et d'expectoration persistantes, et de trois vomiques. A son entrée à l'hôpital, la radioscopie révélait une opacité de la base droite avec une zone claire coupée par une ligne de niveau. Thoracotomie et drainage. Cicatrisation au bout de quelques semaines, mais bientôt après,réapparaissent des accidents de rétention, la cicatrice s'enflamme, s'ouvre à nouveau, et il s'établit une fistule. Trois tentatives opératoires sont faites sans résultat pour obtenir la fermeture de cette fistule qui demeure très large, en même temps que le malade est incommodé par une toux fréquente et un souffle expiratoire sorti de la plaie. Une phrénicotomie droite améliore quelque peu ces troubles fonctionnels en supprimant les mouvements de l'hémidiaphragme droit. On tente enfin, pour réduire les dimensions de la fistule, une thoracoplastie droite subtotale, à la suite de laquelle le malade succombe de broncho-

pneumonie du poumon opposé. Les résultats de l'autopsie permettent de penser que la suppuration initiale était un abcès du poumon d'origine d'ailleurs obscure.

Divers cas d'affections cutanées.

M. L.-M. Bonnet présente :

1° Trois cas de *vastes nævi pileux* ; l'un d'eux est traité par la neige carbonique, traitement de choix ;

2° Un cas de *syphilides varioliformes* ;

3° Un cas de *favus* ;

4° Un cas d'*onichogriphose* de tous les ongles des orteils.

Les injections intra-veineuses de lait.

M. Rendu fait une communication sur ce sujet et conclut que ces injections ne sont pas dangereuses.

M. Bonnet pense, au contraire, qu'elles ne présentent aucune supériorité sur les injections sous-cutanées et qu'elles offrent des dangers.

Hydarthrose double et kératite interstitielle.

MM. L.-M. Bonnet et H. Gardère ont observé ce syndrome, que les classiques attribuent à l'hérédo-syphilis, chez une fillette de 4 ans 1/2 atteinte de syphilis acquise : le père eut, en effet, par contagion accidentelle, un chancre de la lèvre (soigné dans le service de M. Bonnet), la fillette ayant alors 3 mois.

L'enfant présente actuellement une double hydarthrose et une double kératite interstitielle.

Ces faits montrent que la syphilis acquise de l'enfant a tendance à reproduire les accidents de la syphilis héréditaire, et il est probable qu'à la faveur de cette communauté d'action, un certain nombre de cas de syphilis infantile ont été rangés dans la syphilis héréditaire.

Radioactivité de quelques eaux minérales de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

M. Nogier rappelle l'importance des phénomènes radioactifs en hydrologie : beaucoup d'eaux minérales renferment l'émanation du radium ou, plus rarement, celle du thorium, ce qui peut, pour certaines d'entre elles, expliquer leur activité thérapeutique. M. Nogier a entrepris, à ce sujet, de nouvelles recherches qui l'ont amené à découvrir de nouvelles sources radio-actives : source des Estreys près de Grazac (Puy-de-Dôme), qui serait la deuxième de France par ordre de radio-activité ; source Richard et source de Charlette, près de Sembadel (Haute-Loire) ; source de Roddes, près d'Ambert (Puy-de-Dôme), qui est consommée depuis longtemps par les habitants de cette ville. M. Nogier a également vérifié la radioactivité des eaux de La Bourboule, une des premières eaux radio-actives de France.

Gros fibro-myome utérin traité par la radium et la radiothérapie associées.

M. Nogier relate l'observation d'une malade atteinte d'un volumineux fibro-myome utérin traité d'abord par une application de radium, puis par la radiothérapie profonde. Peu après, le fibrome diminua sensiblement. Cette diminution de volume alla en s'accentuant, et deux ans et demi après le traitement, la tumeur avait à peu près complètement disparu.

Vaste caverne muette avec niveau liquide à la radioscopie.

MM. Roubier et Mayoux présentent l'observation d'un tuberculeux pulmonaire chez lequel la radioscopie montra, au sommet droit, une immense caverne à contours bien dessinés, et contenant du liquide à sa partie inférieure. L'auscultation, répétée à plusieurs reprises, ne donna jamais aucun signe cavitaire. L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une caverne occupant presque la totalité du lobe supérieur, et à moitié remplie de pus. La bronche afférente était aplatie, sclérosée et impossible à cathétériser. Ce fait confirme l'opinion soutenue par M. Roubier, dans la thèse de Coitoux, que c'est l'absence de communication libre avec les bronches qui constitue la condition essentielle du silence de certaines grandes cavernes. C'est elle aussi qui, par la rétention qu'elle provoque, explique l'image radioscopique qui est parfois encore, à tort, interprétée comme une image de pneumothorax.

Diverticule vésical et prostatectomie.

M. Guiliani présente l'observation d'un malade de 55 ans, rétentionniste distendu, considéré comme prostatique, chez lequel on découvrit, pendant une cystostomie, deux diverticules volumineux de la vessie. La prostate était petite, sans adénome perceptible au toucher rectal. M. Guiliani ne toucha pas aux diverticules ; mais deux mois après la cystostomie, il enleva un tout petit adénome prostatique et dilacéra le col qui était très scléreux. Le résultat a été satisfaisant.

Torsion du grand épiploon.

MM. Tavernier et Labry présentent une pièce provenant d'une intervention pratiquée chez un homme qui souffrait du ventre depuis un mois, et plus violemment depuis quatre jours ; on sentait un gros plastron ovalaire étendu du pubis à l'ombilic. Il s'agissait de tout le grand épiploon tordu en masse et étranglé au niveau du pédicule.

Tumeur maligne de la vessie.

MM. Gayet et Dechaume présentent l'observation d'une femme entrée à l'hôpital pour hématuries. Cystoscopie : diverticule ouraquien, autour duquel se voit une ulcération épithéliomateuse.

Cystectomie des trois quarts de la vessie.

Calculs vésicaux arrêtés dans l'urèthre.

M. Louis Phélip présente trois observations de calculs arrêtés dans l'urèthre. Dans ces cas, il faut d'abord vider la vessie en glissant si possible une fili-

forme entre le calcul et la paroi, ce qui permet à l'urine de filtrer ; puis, la vessie vidée, il faut enlever l'obstacle : s'il est dans l'urèthre profond, il faut le refouler dans la vessie, puis faire une lithotritie ; s'il est dans l'urèthre antérieur, essayer un broiement avec la pince ou le lithotriteur uréthral.

M. Phélip présente en outre un nouveau cystoscope de son invention, et quelques modifications apportées à son urétrocystoscope.

Société médicale des hôpitaux.

Cinq embolies cérébrales survenues au cours d'un rétrécissement mitral ancien.

MM. Dumas et Croizot présentent l'observation d'une femme de 64 ans entrée à l'hospice du Perron pour une hémiplégie gauche avec contracture datant de cinq mois. Cette hémiplégie s'est constituée au cours de quatre ictus successifs, qui se sont produits respectivement en mai, juillet, septembre et octobre. A son entrée, à l'hospice, on constatait une arythmie complète avec léger souffle systolique de la pointe. En novembre, c'est-à-dire six mois après le premier ictus, cinquième attaque avec coma et mort en 48 heures.

L'autopsie réévéla l'existence d'un rétrécissement mitral qui était resté complètement silencieux pendant la vie et remontait probablement à la naissance ou à la première enfance. Les quatre premiers ictus étaient dus à des embolies successives de la sylvienne droite, et l'embolie terminale siégeait dans le territoire de la sylvienne gauche.

Les auteurs insistent, en terminant cette communication, sur la nécessité de traiter l'arythmie complète, même quand elle est bien tolérée, car on peut se demander, dans ce cas, si c'est la thrombose qui a commandé l'arythmie, ou si ce n'est pas plutôt l'arythmie qui, donnant lieu à la paralysie de l'oreillette, n'a pas favorisé la thrombose.

Coma diabétique. Echec de l'insuline.

MM. Devic et Contamin rapportent un cas de coma diabétique survenu chez une jeune fille de 25 ans, jamais traitée auparavant, et chez laquelle trois injections d'insuline restèrent sans résultat. Les auteurs se défendent d'ailleurs de vouloir discuter la valeur thérapeutique de l'insuline et ne relatent cette observation qu'à titre purement documentaire.

Coma diabétique traité par l'insuline.

MM. Froment, Sédaillan et Chambon rapportent un cas de coma diabétique pur avec azotémie notable, chez lequel les injections d'insuline, sans enrayer la marche des accidents, ont cependant provoqué le réveil, amélioré le pouls et la tension artérielle et retardé quelque peu l'issue fatale. Les auteurs rappellent à ce propos diverses observations déjà publiées, faits qui semblent mettre hors de doute l'action de l'insuline, mais ne permettent pas de la considérer comme une médication héroïque. Il semble bien d'ailleurs que l'on doive à l'avenir associer cette médication à la médication bicarbonatée.

Diabète juvénile. Coma diabétique.

MM. Roque, Paliard et Dechaume présentent l'observation d'une jeune fille de 16 ans, sans antécédents notables, sauf la grippe en 1918 ; quelques mois après celle-ci, apparition de signes de diabète : polydipsie, polyphagie, polyurie et glycosurie (100 gr. par litre). Pendant trois ans, le diabète est bien toléré ; puis, survient le coma pour lequel la malade est amenée à l'hôpital (1921). On fait une injection intra-veineuse de bicarbonate de soude à 17 p. 1.000 (1 litre), à la suite de laquelle la malade se réveille ; le lendemain, les réflexes rotuliens réapparaissent ; de nouvelles injections sont faites pendant quatre jours ; la malade se maintient éveillée, garde ses réflexes rotuliens. Cet état se maintient pendant 5 à 6 jours, puis la malade retombe dans le coma et meurt malgré une nouvelle injection de bicarbonate. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion du pancréas, mais d'énormes lésions hépatiques.

Le bacille de Koch, microbe de sortie, au cours des pneumopathies aiguës.

M. Cordier relate deux cas de pneumopathies banales dans lesquelles, le bacille de Koch fut trouvé dans les crachats : dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une pneumonie typique ; la fièvre ne tombant pas au douzième jour , on examina les crachats et on trouva des bacilles de Koch. On crut à une pneumonie caséeuse ; de nouveaux examens de crachats donnèrent les mêmes résultats. Mais au vingtième jour, défervescence, et guérison, qui se maintint. Le second cas concerne un jeune homme qui présenta des signes de pneumonie lobaire droite : petite ébauche de défervescence, puis recrudescence de la température à 39 et 40°, avec très mauvais état général. On pensa à un empyème interlobaire, mais plusieurs ponctions exploratrices restèrent sans résultat. Ultérieurement, la radioscopie (qui jusque-là n'avait pu être faite, le malade étant soigné à la campagne) confirma ce diagnostic et une intervention amena une guérison rapide. Or, les crachats renfermaient de nombreux bacilles de Koch.

Dans ces deux cas, il s'agissait vraisemblablement de malades à lésions fibreuses arrêtées depuis de longues années (et que l'anamnèse permettait de soupçonner), et qui subirent, du fait de la pneumopathie aiguë, non pas un réveil, puisque ni l'une, ni l'autre, n'a continué à donner de signes par la suite, mais une poussée congestive qui leur a donné une activité sécrétoire momentanée.

Amibiases primitives et secondaires du poumon.

M. Cordier présente trois cas d'amibiase pulmonaire : le premier concerne un ancien combattant de l'armée d'Orient qui avait eu en Macédoine une petite poussée diarrhéique. La recherche des amibes fut positive et le traitement classique amena une

guérison rapide. Le second malade avait eu, pendant la guerre, une diarrhée d'assez longue durée, mais sans avoir quitté la France. Un an plus tard, il maigrit, fit des températures élevées avec pleurodynie intense. On diagnostiqua une pleurésie purulente et une intervention amena un flot de pus ; l'amélioration n'ayant été que momentanée, on intervint une seconde fois. Cinq interventions ou ponctions furent ainsi pratiquées sans amener la guérison. Quand M. Cordier vit le malade, celui-ci crachait abondamment ; la recherche des amibes fut négative, mais le traitement émétique eut un résultat excellent. Le troisième malade, qui avait séjourné en Cilicie, n'avait jamais eu de diarrhée. Peu après son retour, il se mit à tousser et à cracher et eut quelques petites hémoptysies. Recherche des amibes positive et guérison rapide par l'émétine.

Polynévrite émétinique.

M. Cordier signale à part un accident du traitement émétinique survenu chez le second des trois malades de la communication précédente. Ce malade reçut d'abord cinq injections de huit centigrammes et trois de six centigrammes ; puis, après dix jours de repos, cinq injections de huit, puis deux de six centigrammes ; en tout, un gramme dix centigrammes, dose forte, mais non exceptionnelle. Or, au sixième jour de la seconde série, apparurent des fourmillements dans les deux membres inférieurs, puis des douleurs, et le lendemain, en essayant de se lever, le malade s'effondra. Cette faiblesse disparut en trois jours, et les fourmillements au bout de douze. De semblables faits ont été signalés récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Syndrome adiposo-génital sans tumeur de l'hypophyse

MM. Chatin et Pallasse relatent l'observation d'une jeune fille de 17 ans présentant un syndrome adiposo-génital net : obésité, aplasie génitale, œdème papillaire, crises nerveuses, hypertension crânienne, que tout autorisait à mettre sur le compte d'une tumeur. Or, deux radiographies faites pendant la vie ne montraient que de légères modifications de la selle turcique, et à l'autopsie, on ne trouva que de l'hydropisie ventriculaire sans tumeur. La malade avait présenté entre temps du diabète insipide.

Syndrome adiposo-hypergénital.

MM. Mouriquand et Manhes présentent une malade âgée de 13 ans pesant 65 kgr. avec une taille de 1 m. 54, développement exagéré des seins, système pileux pubien très développé également ; les désirs sexuels sont très accentués et poussent la malade à commettre des actes ayant entraîné des plaintes de la part des parents. Cette observation montre qu'à côté du syndrome adiposo-génital classique, où il y a hypogénitalisme, il peut exister des cas où l'adiposité se trouve liée à l'hypergénitalisme.

Sur quelques cas d'adénite sérique.

MM. Mouriquand, Girardot et Bouvier présentent trois observations à peu près identiques d'angine diphtérique traitées par le sérum et suivies d'adénite sous-maxillaire ou *rétro-maxillaire*. M. Mouriquand fait de cet accident une dépendance de la maladie du sérum ; il y a habituellement succession dans un temps très court de l'éruption, de l'adénite, de la fièvre et des arthralgies ; l'aspect inflammatoire est parfois très marqué, la fièvre très élevée, et cependant, la résolution se fait rapidement. De semblables accidents ont été observés après injections de sérum de cheval pur chez des sujets non infectés.

Traitement des leucémies chroniques par les inhalations d'émanation de thorium.

MM. Cluzet et Chevallier ont obtenu de bons résultats de cette méthode chez l'adulte et proposent de l'employer aussi chez l'enfant. Les inhalations se font au moyen d'un appareil spécial. La cure a une durée de 21 jours, à raison de trois heures d'inhalations espacées dans une même journée ; chez l'enfant, il conviendrait de réduire cette durée à deux et même une heure suivant l'âge.

Traitement des péritonites tuberculeuses.

M. Cordier a traité dans son service 62 cas de péritonite tuberculeuse par les différentes méthodes thérapeutiques actuellement en usage : A) *Actinothérapie* : a) la *chaleur* n'est qu'une méthode de « pis-aller » ; *b*) la *lumière blanche* est précieuse pour préparer le sujet à l'héliothérapie intensive ; *c*) la *lumière rouge* paraît tout à fait utile dans les formes torpides peu inflammatoires ; *d*) la *lumière bleue* a une action sédative souvent très remarquable ; *e*) les *rayons ultra-violets* ont une activité comparable à celle des rayons solaires, ce qui en fait la méthode hivernale de choix ; *f* l'*héliothérapie* enfin, est la méthode universelle sans contre-indications. B) Parmi les *méthodes non actinothérapiques*, l'*autosérothérapie* a paru à M. Cordier sans avantages et non sans inconvénients ; les *injections gazeuses* sont sédatives ; la *laparotomie* est utile en présence d'ascites rebelles à l'actinothérapie ; l'exérèse d'annexes tuberculeuses est souvent indiquée. Quant aux *indications selon les cas*, on peut les résumer ainsi : 1° *formes ascitiques avec réaction inflammatoire intense* : lumière blanche, lumière bleue comme calmant, héliothérapie discrète et prudente ; si, au bout d'un mois, pas d'amélioration, intervenir ; 2° *formes ascitiques peu inflammatoires* : associer la thermoluminothérapie, les rayons ultra-violets et le soleil ; ne ponctionner que devant gêne réelle, et si récidive, laparotomie ; 3° *formes fibro-caséeuses* : intervention souvent indiquée (lésions tubaires), 4° *formes limitées ou adhérentielles* : l'hélio-ultra-violetthérapie fait merveille.

A. C.

Les Congrès

IX[e] Congrès de médecine légale.

(Suite)

Question mise à l'ordre du jour : **Tabes et accidents du travail.**

Rapporteurs : MM. les prof. Verger et Lande (de Bordeaux).

Les auteurs admettent ce principe qu'à l'heure actuelle, il ne peut plus être question de tabès traumatique. La condition nécessaire étant une syphilis antérieure, un traumatisme quel qu'il soit ne peut faire apparaître le tabès chez un sujet non syphilitique. Les rapporteurs même n'ont pas trouvé de documents suffisamment probants pour permettre de considérer le traumatisme périphérique ou central comme une cause favorisante de tabès.

Mais il n'est pas douteux qu'une fois le tabès installé, un traumatisme puisse modifier l'évolution de la maladie et faire apparaître des symptômes qui, vraisemblablement, ne se seraient pas produits sans lui. Cette proposition peut être démontrée pour des cas de fractures spontanées, d'arthropathies tabétiques, d'incoordination ataxique. C'est dans ces trois ordres de faits que l'influence du traumatisme apparaît avec la plus grande netteté, le traumatisme étant externe, ou parfois un effort.

Dans la plupart des cas connus, l'accident a pour conséquence la révélation d'un état tabétique latent et ignoré. Mais l'accident le plus souvent est en même temps aggravateur de la maladie.

La question de l'état antérieur se pose alors au point de vue médico-légal. Il y a lieu de l'envisager sous deux aspects : démonstration de l'état tabétique, appréciation de l'action, c'est-à-dire valeur médico-juridique de cet état dûment démontré.

Avec des exemples, les auteurs montrent que l'évaluation médico-légale doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident, *mais non sur la maladie considérée en elle-même*. La responsabilité de l'accident vis-à-vis des symptômes nouveaux d'ordre tabétique apparus à sa suite sera admise, mais sera limitée cependant par des conditions de localisation, de temps, de relation.

Dans le cas de la révélation du tabès, non par un accident banal en lui-même, mais à l'occasion de cet accident, ou bien la lésion accidentelle évoluera normalement et le tabès n'entrera pas en ligne de compte, ou bien son évolution sera influencée par le tabès et l'on prendra, pour base du calcul de l'invalidité, toutes les conséquences de l'accident sans essayer de distinguer entre celles qui en découlent normalement et celles qui n'en résultent que par l'intervention de la maladie.

Un autre cas type enfin est celui où l'accident lui-même, par les seules conditions où il s'est produit, est révélateur du tabès en ce sens qu'il resterait autrement inexplicable. Ici, il faudra d'abord établir la réalité de l'accident au sens de la loi de 1898, puis évaluer l'invalidité *en tenant compte seulement de la lésion accidentelle*, et de ses conséquences directes ou indirectes.

Si, l'affaire une fois réglée, une aggravation se produit avant l'expiration des délais de révision, il y aura lieu pour l'expert de distinguer entre les cas qui pourraient se présenter :

1° Aggravation causée par l'apparition de complications siégeant au lieu même de l'accident primitif et manifestement due à l'évolution de la lésion causée par cet accident dans les conditions de terrain créées par le tabès ;

2° Aggravation par des symptômes à l'origine desquels on peut placer l'immobilisation au lit ou le changement de vie résultant de l'accident, cas dans lesquels il serait difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la complication survenue, quelque prépondérante que soit l'influence de l'état tabétique ;

3° Enfin, aggravation de symptômes nouveaux impossibles à relier directement ou indirectement à l'accident, mais habituels dans l'évolution du tabès, et par suite, non susceptibles de justifier une instance en révision.

Discussion :

M. André Léri (de Paris) appelle l'attention sur les agnosies ou amnésies motrices fonctionnelles qui peuvent atteindre les tabétiques, ataxiques, latents ou « en puissance », non seulement à la suite d'un alitement, mais parfois brusquement, à l'occasion d'une émotion par exemple. Bien des tabétiques, comme des hémiplégiques d'ailleurs, ne marchent plus automatiquement, mais seulement à l'aide d'une attention soutenue ; qu'une brusque émotion survienne, l'attention défaille, et le malade qui « perd la tête » perd en même temps les jambes ; il est cloué sur place, trémulant et immobilisé. M. André Léri cite l'exemple d'un sujet qui, atteint de tabès incipiens méconnu, fut surpris par un camion et se laissa pour ainsi dire écraser.

M. André Léri signale, en outre, l'utilité qu'il y aurait à étudier, en accumulant des documents, l'influence aggravante que peuvent avoir sur des maladies organiques du système nerveux des intoxications ou toxi-infections, dont certaines peuvent être considérées comme des accidents du travail au même titre que des traumatismes. Il en rapporte aussi un exemple.

M. Balthazard (de Paris) fait une communica-

tion sur un *cas d'arthropathie déclanchée par un traumatisme du genou.*

Un livreur fait une chute sur un sol inégal en portant un sac de charbon de 50 kg. Il présente à la suite une hémarthrose du genou droit, qui est ponctionné quinze jours après l'accident ; on retire une quantité abondante de liquide *séro-sanguinolent.*

Le gonflement augmentant, on exécute des radiographies qui montrent les lésions osseuses caractéristiques de l'arthropathie tabétique. On constate alors chez le blessé l'abolition des réflexes rotuliens et le signe d'Argyll.

Entre temps, l'articulation a été infectée par les ponctions et le malade succombe trois mois après l'accident de septicémie.

Il est impossible de rejeter l'influence du traumatisme sur le développement de l'arthropathie tabétique chez un ouvrier qui a été atteint d'un accident indéniable sans aucune interruption. La mort étant la conséquence d'une intervention thérapeutique malheureuse consécutive à l'accident, au point de vue de la loi sur les accidents du travail, la veuve et les enfants ont droit aux indemnisations prévues.

M. Crouzon (de Paris) pense que le traumatisme n'intervient dans la genèse du tabès qu'en le révélant Mais il peut l'aggraver ou déterminer l'apparition de symptômes souvent locaux ; il pense qu'il y a lieu de distinguer :

1° Les cas de fractures et arthropathies provoquées par l'état tabétique, où le traumatisme doit être prouvé par une enquête délicate.

2° Les cas de fractures et arthropathies *déterminées* par un traumatisme violent et aggravées par l'état tabétique.

3° Enfin, un traumatisme, pouvant immobiliser pendant longtemps un tabétique, peut déterminer une incoordination. Ces cas peuvent entraîner une indemnisation. Mais il ne saurait être question d'indemniser les conséquences lointaines du tabès.

M. Porot (d'Alger) pense qu'il peut y avoir, quoique très rarement, des tabès dus à la *commotion* nerveuse et en rapporte un cas. Il souligne une cause d'erreur possible au point de vue étiologique : le syndrome pseudo-tabétique par élongation radiculaire des membres inférieurs et rapporte deux faits personnels.

M. Duvoir (de Paris) admet comme vraisemblable au point de vue médico-légal qu'un traumatisme puisse révéler un tabès latent ou accélérer son évolution générale par apparition de symptômes nouveaux de la série tabétique. Aussi admet-il, à l'occasion d'un accident du travail, la relation de cause à effet avec toutes ses conséquences, pourvu qu'il y ait eu un traumatisme central réel, ainsi qu'un temps d'apparition clinique normal. La diminution de capacit é ouvrière sera appréciée par la comparaison de l'état de l'ouvrier au moment de la consolidation et avant l'accident.

M. L. Desclaux (de Naples) insiste sur la nécessité de l'accident du travail au sens médico-légal du mot : il faut *une violence* au cours ou à l'occasion du travail. Une fracture spontanée ne donnera pas lieu à l'indemnisation.

M. le Pr Parisot (de Nancy) signale un cas de tabès s'étant manifesté dans les deux ans qui ont suivi une entorse tibio-tarsienne. La maladie débuta par des fourmillements et des douleurs fulgurantes dans le membre inférieur où s'était produite l'entorse.

M. Rousselier (de Marseille) estime qu'on ne peut suivre M. Parisot dans cette opinion. Ce laps de temps est trop long, et il paraît sage de ne pas outrepasser les conclusions des rapporteurs.

MM. Sorel et Riser (de Toulouse) font une communication sur *les limites et le diagnostic du prétabès, leur intérêt médico-légal.* Ils attirent l'attention sur les difficultés de diagnostic de certains cas de tabès, ainsi que sur celui du tabès au début.

(*A suivre.*)

Les Thèses

Mtp. — Dr G. Luscan. — Goitre exophtalmique et ménopause (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1923.)

Un intérêt scientifique s'attache actuellement aux recherches et aux découvertes concernant le système nerveux végétatif et les glandes endocrines. Ces deux appareils de l'économie humaine sont en relations étroites entre eux ; leur dépendance réciproque fait qu'on ne peut les étudier séparément. De plus, les troubles de l'un sont fonction des lésions de l'autre, ce qui explique le mécanisme des tests récemment apportés en physiologie et sur lesquels l'auteur a insisté.

A un point de vue plus pratique, les indications thérapeutiques spéciales à chaque cas relèvent de l'étiologie et du mécanisme qui a suscité le processus morbide. C'est pourquoi les différents chapitres que l'on doit parcourir au cours d'une même affection sont à étudier.

C'est la condition *sine qua non* pour un médecin de connaître celle-ci dans ses moindres détails en même temps que dans son ensemble. C'est ce qui lui permet de mériter son nom et de combattre le mal avec succès.

Mtp. — Dr M. Olivier, interne des hôpitaux de Montpellier. — De la fonction ammonio-sécrétoire du rein. Etude d'une épreuve nouvelle d'exploration rénale en chirurgie urinaire : l'ammoniurie provoquée. (Montpellier « L'Abeille », imprimerie coopérative ouvrière, 1923.)

La formation de l'ammoniaque urinaire étant une fonction de synthèse rénale, mettant en jeu l'ac-

tivité spécifique du rein, à l'exclusion de tout autre organe, il est possible d'appliquer cette notion nouvelle à l'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire, au cours du cathétérisme urétéral.

L'hyperexcrétion d'ammoniaque par les urines s'obtient aisément en faisant ingérer au sujet en examen une dose connue d'acide phosphorique pur mélangée à une tisane diurétique. On pourra ainsi étudier, dans les divers échantillons d'urine recueillis de trente en trente minutes, au cours du cathétérisme, en même temps que le taux d'ammoniaque au litre et la quantité réelle d'ammoniaque éliminée, les autres recherches de tout examen fonctionnel des reins : la diurèse aqueuse, la concentration fortuite de l'urée, le taux des chlorures.

De l'ensemble des observations peuvent être dégagées les conclusions suivantes :

Si les deux reins sont sains, la réaction est positive des deux côtés. Si l'un des deux reins est sain, et l'autre malade, la réaction est positive pour le premier, négative pour le second. S'ils sont tous deux malades, la réaction est négative des deux côtés.

Ces résultats sont conformes aux autres données du cathétérisme des uretères : polyurie expérimentale, et concentration urinaire fortuite.

Ils ont toutefois l'avantage d'être d'une plus grande sensibilité, et de mieux différencier le rein sain du rein malade. Tandis que l'azotémie et la constante ont surtout pour but d'indiquer au chirurgien la limite d'opérabilité, l'étude de l'ammoniurie provoquée nous semble au contraire devoir préciser, avec la plus grande netteté, la localisation éventuelle du rein malade.

De plus, tandis que la concentration fortuite d'une urine ne mesure qu'un état passager du rein, l'épreuve de l'ammoniurie provoquée paraît en révéler le fonctionnement dynamique. Ce serait l'explication de ces résultats, où l'ammoniurie provoquée est venue suppléer à l'incertitude des données de la concentration fortuite de l'urée. Cette conclusion, toutefois, a besoin du contrôle de nombreuses observations complémentaires pour acquérir toute sa valeur.

Ly. — Dr H. Boisseau. — **Le débit respiratoire maximum et la capacité vitale au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire et dans son traitement par le pneumothorax artificiel.** (Lyon, La Source, G. Neveu et Cie, 1923.)

Ly. — Dr J. Achard. — **De la curiethérapie des métrites hémorragiques** (Lyon, imprimerie Bosc frères et Riou, 1923).

Dans la métrite hémorragique, comme dans la plupart des hémorragies utérines, l'emploi du radium à dose suffisante fait cesser l'hémorragie. La curiethérapie des métrites hémorragiques est un traitement court, simple et inoffensif, lorsque, le diagnostic étant bien posé, les contre-indications éliminées, on prend les mêmes soins que pour une intervention chirurgicale.

Dans les métrites hémorragiques de la ménopause, la constance des résultats obtenus, l'unanimité d'opinion des divers auteurs, permettent de penser que la curiethérapie constitue le procédé de choix.

Au cours de la vie génitale, c'est souvent au radium que l'on doit avoir recours, parfois d'emblée, le plus souvent après l'échec des autres méthodes thérapeutiques. On règlera les doses et la durée d'irradiation sur le résultat cherché : aménorrhée transitoire ou ménopause définitive. Enfin, dans la métrite des vierges, les résultats obtenus paraissent encourageants.

Avec une technique précise, on obtient, après une aménorrhée transitoire, le retour normal des règles et même des grossesses consécutives dont l'évolution est normale.

P. — Dr Ch. Béraud. — **Foyers d'hépatisation silencieux dans la pneumonie infantile** (Paris, librairie Le François, 1923.)

Il existe des pneumonies infantiles qui, pendant toute la durée de leur évolution, ne donnent lieu à aucun signe stéthacoustique (ni souffle, ni râle crépitant), et dont la radioscopie seule permet de faire le diagnostic en décelant une zone d'hépatisation (triangle de Weill).

Dans un certain nombre de cas, si un souffle apparaît au cours de la maladie, on le localise non pas au niveau du bloc hépatisé, mais à la périphérie, où il correspond aux zones congestives et de splénisation.

Sans détruire la pathogénie classique du souffle de la pneumonie de Chauveau et Bondet, et pour expliquer le mécanisme de ces foyers silencieux, il faut faire d'autres hypothèses, provisoires tout au moins. Sans méconnaître la valeur séméiologique des méthodes auscultatoires dans l'investigation des maladies des poumons, on notera leur défaillance et on ne négligera pas les autres moyens d'examen que donnent la ponction exploratrice, la radiologie et l'endoscopie des voies respiratoires.

A défaut d'appareillage radiologique, on observera toujours avec soin les signes généraux dont le moindre n'est pas le défaut d'expansion sous-claviculaire de Ed. Weill.

Ly. — Dr H. Guedeney. — **Des valvules lacrymales normales et pathologiques**. (Lyon, imp. Noirclerc et Fénétrier, 1923.)

P. — Dr M. Canoz. — **Le danger rénal des rétrécissements urétraux.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1923.)

Les rétrécissements urétraux créent pour le rein un véritable danger. L'étude du pouvoir uréo-sécrétoire, telle que la fournit la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard, nous éclaire sur l'existence et sur la valeur des complications rénales au au cours des rétrécissements urétraux.

Les néphrites, ainsi rencontrées, peuvent reproduire le syndrome azotémique. Elles se distinguent des néphrites des brightiques par l'absence habituelle

des œdèmes, des signes d'hypertension et par l'évolution régressive possible sous l'influence des traitements médicaux et chirurgicaux, à la condition que ceux-ci soient institués de façon essentiellement *précoce.*

L'étude du fonctionnement rénal n'a pas seulement un intérêt théorique, elle est riche aussi en applications pratiques. Aussi peut-on dire qu'en dehors d'elle, il n'est pas de pronostic ou de traitement vraiment sérieux des rétrécissements urétraux. Les accidents graves, quelquefois mortels, signalés après le passage d'une sonde ou après une urétrotomie interne, soulignent l'importance des interventions portant sur l'urètre et dictent au chirurgien sa ligne de conduite thérapeutique.

En raison de la solidarité de tous les organes de l'appareil urinaire, il y a lieu de rechercher et de traiter les lésions rénales derrière tout rétrécissement. Et réciproquement, mis en présence de signes inexpliqués d'insuffisance rénale, il est bon de songer à l'existence possible d'un rétrécissement urétral.

C'est dire que, dans tous les cas, l'examen complet et approfondi du malade s'impose.

De ces faits, il résulte que toute opération portant sur l'urètre, ou sur tout autre point de l'arbre urinaire, doit être discutée à la lumière des chiffres renseignant sur la qualité de la dépuration urinaire. Les recherches de l'azotémie, de la constante, ou de la phénolsulfone-phtaléine, sont aussi nécessaires chez un urinaire que l'examen du pouls chez un cardiaque. Pronostic et traitement des maladies des voies urinaires, quelles qu'elles soient, n'ont donc de base solide que dans la mesure où ils s'appuient sur l'étude rigoureuse du fonctionnement rénal, tout en tenant compte de l'état général du malade.

T. — Dr Calac. — **Propriétés cardio-rénales d'un glucoside cristallisé isolé du bulbe de la scille.** (Toulouse, imprimerie P. Julia, 1923.)

Le scillarène est un glucoside cristallisé qui possède intégralement les produits cardio-toniques et diurétiques de la scille, d'une façon constante, invariable, avec une toxicité presque négligeable. Il est soluble dans l'eau, et se présente sous la forme d'une poudre blanche, microcristalline, inaltérable à la chaleur.

Il possède les propriétés suivantes :

A) Une *propriété cardio-tonique* grâce à laquelle il augmente le tonus cardiaque, renforce la systole, allonge la diastole, élève la pression artérielle.

B) Une *propriété diurétique* remarquable, directement, par action sur l'épithélium rénal et indirectement par ses effets cardiotoniques généraux.

C) Une *propriété désintoxiquante.*

Grâce à ces propriétés, absence d'accumulation, très faible toxicité, action fugace, le glucoside cristallisé de la scille peut être utilisé pour des traitements prolongés avec un minimum d'inconvénients, dans toutes les indications des digitaliques.

Il doit être utilisé : dans tous les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus ; dans les moments où le traitement digitalique doit être suspendu par crainte d'accumulation ; pour maintenir des effets cardiotoniques et diurétiques nécessaires, dans les cas où il faut agir pendant une longue période de temps.

L'action thérapeutique du glucoside cristallisé de la scille n'est pas aussi puissante que celle de la digitale : elle est plus douce et de plus longue durée, permettant une thérapeutique de longue haleine.

C'est donc un corps nouveau, très différent des anciennes préparations de scille et qui se présente comme un cardio-rénal utile, dont la place est marquée dans la thérapeutique moderne à côté de la digitale et de la théobromine.

M. — Dr P. Canakis. — **Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnozyl.** (Montpellier, 1923.)

Le Dr Paul Canakis signale et étudie dans cette thèse une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire, basée sur les propriétés associées du lipoïde cholestérine et du cinnamate de benzyle. Des observations très concluantes suivent cette intéressante étude.

En 1920, le Dr Barbary (de Nice), s'inspirant de travaux antérieurement exécutés sur les cinnamates basiques, mal tolérés, introduisit en thérapeutique le cinnamate de benzyle, principe actif du baume du Pérou. La médication cinnamique provoque dans toutes les infections et surtout dans la tuberculose pulmonaire une *stimulation intense de la leucocytose, une destruction rapide des bactéries et une neutralisation des toxines.*

Au cinnamate de benzyle, le Dr F. Barbary associa la cholestérine ; ce lipoïde, produit surtout par les glandes surrénales et le corps jaune, se trouve dans l'organisme normal, à la dose de 1 gr. 40 à 1 gr. 80 par litre de sérum sanguin. En cas d'infections accompagnées de réactions thermiques et particulièrement dans la tuberculose pulmonaire ouverte, le taux de la cholestérine dans le sang s'abaisse en de notables proportions diminuant à mesure que l'état général devient plus mauvais et constituant ainsi un élément important du pronostic. On a constaté que l'injection répétée d'une certaine quantité de cholestérine aux individus atteints d'une infection bacillaire, produisait :

a) Un arrêt de l'hémolyse qui se produit normalement au cours des infections ;

b) Une augmentation considérable de la phagocytose ;

c) Une neutralisation des toxines bacillaires.

Etant données les propriétés du cinnamate de benzyle et du lipoïde cholestérine, il était normal que leur association constituât un remède des plus efficaces contre les processus infectieux en général et particulièrement contre la tuberculose pulmonaire.

Les laboratoires Clin ont étudié et mis au point sous le nom de cinnozyl, un médicament contenant 0 gr. 05 de cinnamate de benzyle, et 0 gr. 10 de cholestérine, en solution dans 5 cc. d'huile camphrée, véhicule qui joint à ses affinités très particulières

pour la cholestérine une action générale et antitoxique reconnue.

Le Dr P. Canakis injecte habituellement chez l'adulte 5 cc. de cinnozyl tous les jours ou tous les deux jours, portant la dose à 10 cc., après quelques jours, lorsqu'il traite des tuberculeux en voie d'évolution.

Le Dr Canakis signale, d'autre part, le gros intérêt que présente l'emploi du cinnozyl dans les tuberculoses de l'enfant, auquel le médicament très peu toxique, peut être injecté sans danger. La tuberculose de l'enfant est, en effet primitivement, dans presque tous les cas une tuberculose ganglionnaire qui ne gagne que secondairement le poumon. Or, un des gros éléments de défense du tissu lymphoïde normal est précisément sa richesse en lipoïdes. Les injections de cholestérine, restituant au tissu malade le lipoïde déficient, lui permettent de lutter avec un succès plus grand contre l'invasion microbienne. Chez les enfants de 7 à 12 ans, le Dr Canakis injecte habituellement 2 cc. 1/2 de la solution et, à partir de 12 ans, utilise les mêmes doses que pour l'adulte.

Après 30 ou 40 injections de cinnozyl, l'auteur nous dit constater les résultats suivants :

1° Au point de vue local, une régression des lésions qui évoluent vers la forme torpide ;

2° Au point de vue général,une diminution progressive de la fièvre avec retour des forces et de l'appétit.

Le nombre des globules rouges augmente, ainsi que celui des leucocytes, parmi lesquels on trouve de nombreux macrophages polynucléés et de nombreux éosinophiles.

A l'examen microscopique des crachats, les bacilles apparaissent d'abord partiellement agglutinés, quelques-uns d'entre eux étant englobés dans des macrophages polynucléés. Par la suite, les amas deviennent de plus en plus petits, et les bacilles semblent dégénérés. Cette dégénérescence, l'auteur insiste sur ce point, n'est pas due, comme on pourrait le croire, à une bactériolyse au sens propre du mot; mais à une destruction de la membrane adipocireuse qui protège le protoplasma des bacilles sous l'action des diastases cellulaires (coagulines et lysines) sécrétées par l'organisme sous l'influence de l'association cholestérine-cinnamate de benzyle.

Le Dr Canakis affirme très justement, en terminant son travail, que les actions combinées de la cholestérine et du cinnamate de benzyle créent chez les malades observés un puissant état de défense auquel le cinnamate de benzyle joint la propriété de provoquer chez le tuberculeux un travail de réparation des lésions avec évolution vers la sclérose.

L'auteur dit dans ses conclusions :

« La méthode de mise en état de défense de l'organisme tuberculeux, procédant par étapes, exige par là même, une certaine durée. Aussi encourageante chez l'enfant que chez l'adulte, elle est applicable aux tuberculoses bactériologiquement confirmées, comme aux tuberculoses fermées, mais ne vise pas les périodes ultimes de la maladie ».

N'excluant aucunement d'ailleurs le traitement général classique de toute tuberculose, elle devient un puissant auxiliaire de celui-ci et son rôle est démontré par les observations et examens bactériologiques qui accompagnent ce travail.

Ly. Dr R. Culty. — **Quelques études cliniques sur la médication arsenicale organique.** (Décembre 1923.)

Des expérimentations entreprises sous la direction du professeur Roch, dans son laboratoire de clinique médicale de Genève, au triple point de vue de la toxicité de l'acide propénylarsinique (Arsylène « Roche »), de son action sur la résistance globulaire, et de son action trépanocide *in vitro* et *in vivo*, il se dégage nettement qu'il est faiblement toxique et qu'il ne crée pas d'accoutumance, ni de l'organisme, dont il n'influence pas la résistance globulaire, ni des parasites qu'on ne voit pas devenir as-résistants ; donc, sans présenter l'action brutale de l'acide arsénieux, l'arsylène possède le gros avantage de permettre une médication intensive et continue sans risquer les phénomènes d'intoxication arsenicale, étant plus complètement utilisé et mieux toléré que les cacodylates généralement employés.

M. Culty, envisageant l'emploi des petites doses et surtout des hautes doses d'arsenic, s'est intentionnellement borné à l'étude du traitement arsenical par l'arsylène dans trois grandes classes d'affections : dans les anémies, principalement celles qui se rencontrent chez le pré-tuberculeux et même chez le tuberculeux avéré, dans les affections parasitaires et dans certaines dermatoses. La sclérose en plaques, dont on soutient aujourd'hui l'origine spirochétosique, et le psoriasis, qu'on s'accorde de plus en plus à reconnaître comme la manifestation cutanée d'une imprégnation bacillaire latente, ont tout spécialement fait l'objet d'observations particulièrement intéressantes.

Il est permis de conclure que ce nouveau composé organique de l'arsenic, qui peut être indifféremment donné par voie buccale — sous forme de granules pour compléter, par exemple, ou prolonger, par ingestion quotidienne de doses progressivement croissantes, puis décroissantes, un traitement arsenical (méthode de Fowler) — et, par voie hypodermique ou intramusculaire, ne provoque pas de phénomènes d'intolérance et est toujours très bien supporté, même lors de traitements intensifs ou de longue durée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CURE SANATORIALE A L'HOPITAL

Nil novi sub sole

A la Société de Pédiatrie, le 18 mars dernier, M. H. Barbier a exposé que la cure sanatoriale de la tuberculose pulmonaire est possible à l'hôpital dans certaines conditions. Point n'est besoin d'installations luxueuses. La seule condition du succès est la discipline à laquelle chaque malade doit obéir.

Cette affirmation est rigoureusement vraie. Mais, que M. Barbier me permette de le lui dire, elle est loin d'avoir le mérite de la nouveauté.

En 1890, mon regretté maître Moizard avait, dans son service de l'hôpital Tenon, installé une cure sanatoriale de la tuberculose qui lui avait donné les résultats les plus encourageants.

Dans une petite chambre du service des hommes, il avait placé trois tuberculeux qui vivaient dans les conditions suivantes. Pour assurer l'aération continue, on avait supprimé les battants de la fenêtre. Un store fermait suffisamment l'ouverture pour empêcher les effets du rayonnement nocturne. Un feu de coke brûlait en permanence dans la cheminée, pendant l'hiver. L'hiver 1890-1891 fut particulièrement rigoureux. Certaines nuits, la température extérieure descendit jusqu'à — 18°. Dans la chambre, elle ne s'abaissa jamais au-dessous de + 7°, soit une différence de 25°. Chaque malade avait reçu un tricot de laine et une couverture supplémentaire. En outre, au régime alimentaire habituel s'ajoutait chaque jour une bonne *ration* de viande crue.

Comme médication, nous faisions à ces tuberculeux des injections sous-cutanées d'huile créosotée, selon la méthode que Burlureaux préconisait à cette époque, et qui était à la mode.

Je le dis et je le répète : ces trois malades virent leur état s'améliorer notablement, tant au point de vue local qu'au point de vue général ; l'expérience nous parut concluante, et je m'en inspirai plus tard pour traiter dans ma clientèle les tuberculeux qui consentirent à se soumettre à cette méthode.

J'ai en particulier le souvenir d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, petit cultivateur, habitant une ferme de la campagne normande, atteint d'une tuberculose infiltrée (2e degré). J'avais obtenu de lui qu'il couchât, hiver comme été, la fenêtre entr'ouverte. Je lui faisais tous les quinze jours une série de pointes de feu, et je lui administrais l'huile créosotée en lavements, le soir, au moment du coucher. En outre, je le suralimentais dans une sage mesure. J'ai réussi à enrayer l'évolution de ses lésions pendant trois ans. Et j'ai la conviction qu'elles se seraient cicatrisées, s'il n'avait commis des imprudences qui donnèrent un coup de fouet à sa tuberculose et qui le tuèrent aussi sûrement que s'il s'était suicidé. Piqué de la tarentule du mariage, et voulant s'assurer avant la lettre que sa fiancée répondrait bien à tous ses désirs, il alla, pendant tout un hiver, la rejoindre dans une grange où il passait les nuits avec elle. Sans doute ne se contentaient-ils pas d'abstraire la quintessence. Tant et si bien qu'au printemps, il mourut.

Dans la cure sanatoriale, ce qui vaut, c'est en effet la discipline à laquelle sont soumis les malades. Or, je prétends que rien ne s'oppose à ce que cette discipline soit exercée à domicile. Si le médecin a su prendre sur son malade l'ascendant nécessaire, s'il a pu capter entièrement sa confiance, s'il est assez psychologue pour jouer comme il faut de cette confiance, disant opportunément ce qu'il convient sur la nature de l'affection, ses risques, mais aussi ses chances de guérison, il peut imposer le repos, l'aération, l'alimentation qui, sagement conseillés, demeurent la base même du traitement de la tuberculose.

Je ne parle pas du traitement médicamenteux, et pour cause. Chaque époque a vu resplendir une méthode qui, dans la suite, sombra lamentablement. Il y a trente et des années, la créosote et ses dérivés apparaissaient, sinon comme une panacée, du moins comme un excellent cicatrisant des ulcérations pulmonaires. Actuellement, ils sont infiniment moins en faveur, ce qui ne veut pas dire qu'ils soient complètement dépourvus d'action... Aujourd'hui, on cherche le traitement véritablement spécifique, et sans doute réussira-t-on à le découvrir. Notre excellent collaborateur, le professeur Jousset, est l'inventeur d'un sérum qui donne d'excellents résultats dans certaines formes d'imprégnation tuberculeuse, sans lésions locales caractérisées. Le professeur Calmette vient de faire connaître le fruit de ses recherches dans la préparation d'un vaccin qui

immuniserait le nouveau-né contre les infections qui le menacent. C'est évidemment dans cette voie que se trouve l'avenir du traitement spécifique de la tuberculose.

L'hygiène n'en conservera pas moins sa place de premier plan dans la cure de la redoutable maladie. Mais, cette hygiène n'a pas absolument besoin du sanatorium pour être mise en pratique.

Loin de moi l'intention de médire des sanatoriums : cependant, je dois reconnaître qu'à la façon dont en parlent nos maîtres, les savants phtisiologues qui, hors du sanatorium, proclament qu'il n'est pas de salut, on comprend le mouvement réactionnel qui se dessine contre une telle outrance.

A la Société de médecine, le 26 janvier dernier, M. Mélamet s'est exprimé ainsi, sans soulever la moindre protestation : « Il est grand temps de pousser un cri d'alarme contre la panacée des cures sanatoriales si coûteuses, et surtout si vaines, non pas seulement chez les gens pauvres, mais aussi chez ceux qui peuvent vivre dans les sanatorias de luxe. »

Dans le *Monde médical* (1924, p. 270), M. Michel Léon Kindberg écrit ce qui suit : « N'oublions pas que le pronostic de la tuberculose pulmonaire déclarée est extrêmement grave ; il ne faut pas s'en fier aux simples impressions ; si l'on analyse par exemple de près la statistique de Leysin (statistique sanatoriale) que Burnand a si scrupuleusement publiée, on ne peut se défendre d'un très noir pessimisme : *sans aller jusqu'à parler de la faillite du sanatorium*, on voit que la cure doit être extrêmement longue et rigoureuse, que la guérison qu'elle donne est fragile. »

Le sanatorium peut avoir son utilité, dans des cas bien déterminés. Ce n'est pas à beaucoup près la panacée. Il n'est pas impossible de lui emprunter ce qu'il a d'excellent : la discipline, et de la mettre en œuvre en bien des cas au domicile même du malade, surtout s'il a la chance d'habiter un logement salubre, et d'avoir un médecin qui sache s'imposer à lui.

G. Duchesne.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Honoraires des Médecins de l'Hôpital civil de Belley

Modifications apportées au règlement de l'hôpital approuvé le 7 *novembre* 1901 *et modifications à la délibération du* 30 *mars* 1920.

Honoraires des médecins. — L'an mil neuf cent vingt-quatre, le vingt-huit février, la Commission administrative s'est réunie au lieu ordinaire de ses séances.

Etaient présents : MM. Perret, maire, président ; Beuf, vice-président ; Reymond, Barbier, Dallemagne, membres.

Absents : MM. Chaboux, membre et Gironde, ordonnateur.

La Commission, — vu la délibération du 30 mars 1920, approuvée par l'autorité préfectorale le 11 mai de la même année, modifiant le règlement de l'Hôpital (art. 39 et 43), — décide d'apporter à ce règlement les modifications ci-après :

L'Hôpital reçoit à titre d'hospitalisés :

1° *En salles communes* :

a) Les malades civils : hommes, femmes, enfants, femmes en couches et vieillards admis régulièrement au titre de l'assistance par les lois de 1893 et 1905 ;

b) Les accidentés du travail et les bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919.

Il n'est alloué pour cette catégorie aucune rétribution spéciale autre que leurs appointements annuels aux médecins et chirurgiens traitants, que les malades soient en salles communes ou en chambres à un ou plusieurs lits, s'il s'agit du pavillon des infectieux.

2° *Malades demi-pauvres admis dans les salles communes et payant au tarif de l'assistance médicale gratuite* :

Il est alloué aux médecins et chirurgiens de service un franc par journée d'hospitalisation. Ces honoraires sont payés par trimestre aux ayants droit ; s'il y a lieu à intervention chirurgicale, elle sera payée au prix du tarif de l'assistance médicale gratuite.

Ces malades seront admis après enquête minutieuse et après décision de la Commission administrative ou de l'administrateur de service délégué par elle.

3° *Malades en chambres spéciales à plusieurs lits* :

Cette catégorie comprend tous les malades en chambres spéciales à 4 ou 5 lits qui auront à payer un prix de journée d'hospitalisation qui sera fixé à 12 fr. Sur ce prix, il sera alloué 3 fr. aux médecins et chirurgiens traitants.

Les interventions chirurgicales seront payées au prix du tarif des accidentés du travail (tarif Breton, 2e catégorie). Il sera perçu, en outre, une taxe fixée à 30 fr. pour la salle d'opérations.

Les pansements seront payés en plus, au prix de facture majoré de 50 % pour la stérilisation. Cette catégorie de malades sera hospitalisée dans des chambres spéciales, mais à défaut de places libres dans ces chambres, ils seront mis temporairement dans les sal-

les communes jusqu'à ce qu'une place soit libre dans les chambres spéciales.

Dans les deux cas, le prix de 12 fr. par jour sera maintenu.

Les femmes en couches rentreront dans les trois catégories ci-dessus, suivant qu'elles seront à l'Assistance, demi-pauvres, ou payantes à 12 fr. Les honoraires afférents aux visites, dus aux chirurgiens ou médecins traitants (1 fr. ou 3 fr.) leur seront payés comme leur traitement dont ils sont le prolongement.

4° *Malades en chambres particulières à un lit* :

Cette catégorie payera un prix de journée de 20 fr., plus un droit, en cas d'intervention chirurgicale, de 40 fr. pour la salle d'opération, plus le prix des pansements calculé comme pour la 3e catégorie.

Les honoraires dus par les malades aux chirurgiens ou aux médecins, qu'ils seront libres de choisir parmi les médecins traitants de l'Hôpital, leur seront payés tels qu'ils sont fixés par le tarif Breton, 1re catégorie. Pour les interventions nécessitant l'aide d'un second médecin, celui-ci touchera des honoraires égaux au tiers de ceux du chirurgien opérant. Les visites faites aux malades de cette catégorie seront tarifées 10 fr.

Au cas où les malades de cette catégorie demanderaient à être opérés ou visités par les médecins ou chirurgiens autres que ceux de l'hôpital, les honoraires à payer seront réglés d'un commun accord entre le médecin traitant ou le chirurgien opérant et le malade.

La présente modification entrera en vigueur le 1er avril 1924.

Ainsi fait et délibéré, et ont signé tous les membres présents.

Vu et approuvé :
Bourg, le 3 mars 1924,

Pour le Préfet :
Le Secrétaire général délégué,
BOUCOIRAN.

Certifié pour extrait conforme :
L'Administrateur délégué,
BEUF.

Commentaires

Notre excellent confrère de Belley, le Dr Marichal, qui nous a envoyé le règlement ci-dessus, publié par le *Bugiste*, du 5 avril 1924, nous informe que le service de l'hôpital de Belley est assuré par quatre médecins, dont deux font fonctions de chirurgien, et deux de médecin.

Il y a toujours simultanément en service un chirurgien et un médecin, par roulement, avec changement trimestriel.

Chaque confrère reçoit une indemnité fixe de 250 francs par trimestre d'exercice, soit 500 fr. chacun et par an. Les honoraires médicaux et chirurgicaux, prévus au règlement ci-dessus, sont payés au corps médical hospitalier, en sus de son traitement annuel.

Ce règlement est conforme, tant aux textes législatifs qu'à l'esprit du règlement modèle des hôpitaux du 30 juin 1921. En effet, en ce qui concerne les accidents du travail, ces blessés sont considérés comme des indigents, soignés selon un tarif « tout compris », sur lequel les médecins et chirurgiens ne touchent aucun honoraire. Faisons une fois de plus remarquer, en passant, combien il est injuste de ne pouvoir accorder aucune rémunération au corps médical hospitalier, surtout à celui des petits hôpitaux cantonaux et communaux, pour les soins et opérations dont bénéficient les blessés du travail. Les chefs d'entreprise responsables, et surtout les assurances de ces derniers, ont tout avantage à pareil état de choses, puisqu'ils n'ont rien à débourser, en sus d'un prix forfaitaire de journée d'hospitalisation, quels que soient les soins ou les opérations pratiquées.

La question sera reprise, après les vacances, à la Commission supérieure des accidents du travail.

Le règlement de l'hôpital de Belley comporte une graduation très équitable pour les frais de séjour des malades, selon leur condition de fortune. Les médecins et chirurgiens se voient reconnaître leur droit à de légitimes honoraires, prévus d'avance selon un tarif déterminé.

C'est ce que nous n'avons pas cessé de réclamer, lorsque le projet de règlement modèle des hôpitaux est venu en discussion devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

On nous opposait le système du forfait : le malade entre à l'hôpital, comme payant ; il s'engage à régler un prix de journée, déterminé par la catégorie dans laquelle il est classé selon sa condition de fortune, ou selon le confort qu'il recherche. Mais les médecins et chirurgiens n'ont droit à aucun honoraire médical, ou chirurgical, en dehors d'une indemnité que la commission administrative leur accordera sur le prix de journée forfaitaire qu'elle aura touchée.

Nous avons fait remarquer les inconvénients des forfaits ; nous avons insisté sur les avantages d'un accord local entre commission administrative et corps médical hospitalier, pour que ce dernier puisse réclamer des honoraires selon le travail scientifique et professionnel qu'il aurait accompli, à l'égard des hospitalisés payants.

Un tarif prévu d'avance entre hôpital et médecins servirait de base en cas de contestations, provenant surtout de la part des malades hospitalisés qui ne pourraient pas se plaindre d'avoir été lésés par une demande d'honoraires trop élevée, pour une intervention chirurgicale.

Une seule critique : les malades, admis en chambre particulière à un lit, doivent être considérés comme étant entrés dans une maison de santé. Or, ils ne peuvent avoir recours qu'aux

soins des médecins de l'hôpital et non à ceux de tout autre praticien de la ville.

Je sais fort bien qu'il peut m'être répondu que, d'une part, les nécessités du bon fonctionnement de l'hôpital et des besoins du service, ainsi que le maintien de la discipline intérieure de l'établissement obligent la commission administrative à n'avoir recours qu'aux médecins et chirurgiens qu'elle a agréés.

D'autre part, il est donné aux médecins et chirurgiens de l'hôpital une compensation, par cette sorte de monopole établi à leur profit, pour les soins à donner aux malades payants. Ne prodiguent-ils pas leur science et leur dévouement presque gratuitement en faveur des malades pauvres hospitalisés ?

Certes, les deux arguments ont toute leur valeur ; mais personnellement, nous serions désireux de voir intervenir le corps médical local dans toutes les tractations professionnelles plus ou moins collectives.

Que de fois, dans certains hôpitaux de second ordre, ne voit-on jouer la politique, ou les amitiés et relations profanes, pour faire des désignations qui ne devraient être que purement guidées par un souci de compétence professionnelle et de savoir scientifique !

Le syndicat local fera respecter les intérêts généraux de la corporation locale, consultée sur l'établissement d'un règlement hospitalier et pourrait, tout en avantageant la compétence et le dévouement de certains de ses membres, faire maintenir, dans l'intérêt primordial du public, les principes du libre choix du médecin, toutes les fois que la chose serait possible et applicable.

Abordant enfin le dernier alinéa du règlement ci-dessus, nous voyons que la commission administrative, avec grande sagesse, a su dégager sa responsabilité pécuniaire, au cas où un médecin, ou chirurgien étranger à l'établissement, devrait être appelé, dans l'intérêt du malade.

Il ne faut pas, en effet, que, sur le bien des pauvres, l'hôpital puisse être condamné à payer les honoraires d'un chirurgien n'appartenant pas à l'établissement, qu'on aurait dû appeler pour un cas d'urgence ou de grande difficulté, alors que le malade hospitalisé et bénéficiaire de ces soins ne rentrerait pas dans une des catégories de malades indigents et hospitalisés gratuitement.

Pour conclure, nous remercions le Dr Marichal de nous avoir communiqué ce règlement d'hôpital si intéressant et qui pourra servir à beaucoup de confrères, désireux de moderniser leurs relations professionnelles avec les commissions administratives des hospices et hôpitaux.

Dr Paul Boudin.

AU SUJET DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Tribune librement ouverte à toutes les opinions, le « Concours médical » *se fait un devoir de publier la note ci-dessous que lui adresse un de ses correspondants dont le nom lui est parfaitement connu, sous la responsabilité de celui-ci.*

Le dernier arrêté (1) fixant les épreuves chargées de choisir les agrégés de médecine ou, plus exactement, de consacrer l'aptitude des candidats aux éventuelles fonctions d'agrégé, a quelque peu déçu. On est amené à regretter l'ancien concours qui ne valait sans doute pas très cher, mais dont les épreuves apparaissaient autrement mieux assises.

Par certains côtés, les dispositions actuelles constituent une véritable gageure. C'est ainsi qu'elles ne prévoient, pour la très grande majorité des catégories, *aucune épreuve pratique.* Cela est déjà surprenant qu'il soit loisible au futur agrégé de médecine générale d'ignorer la manière de conduire un examen clinique et d'en faire jaillir un diagnostic. Mais cela paraît monstrueux, lorsqu'il s'agit de certaines spécialités ; on est stupéfait d'apprendre qu'un candidat peut être parfaitement apte à enseigner par exemple l'anatomie pathologique et l'histologie sans avoir fait preuve de connaissances, même élémentaires, en matière de technique microscopique et d'interprétation de pièces et de coupes.

On conçoit difficilement que nos grands Maîtres de la Clinique française — de cette clinique lumineuse dont on sait le rayonnement par-delà nos frontières — aient accepté pareille avanie : on ne concevrait pas davantage que les représentants autorisés de certaines spécialités restassent en face de ce qui est la négation d'une bonne partie de leur science (1).

***

Les dispositions concernant les agrégations de certaines spécialités entrant dans la troisième division de l'arrêté sont particulièrement mal venues.

La première épreuve est commune à la médecine générale et à tout un lot de catégories. On exige donc dans cette épreuve, comprenant deux copies de *pathologie médicale*, des connaissances égales, des divers spécialistes et des futurs agrégés de médecine générale.

La chose serait légitime si cette double épreuve devait être affrontée au début d'une carrière, au len-

(1) Voir le texte de cet arrêté, n° 32, p. 1897.

(1) Voir l'article de Masson, de Strasbourg, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 7 juin 1924.

demain du doctorat, alors que le futur spécialiste n'a pas encore dû se spécialiser et que tous les candidats en sont au même point. Mais telles ne paraissent pas être les intentions du décret ; car, à ce compte, le groupement par division cesserait d'être justifié.

Mais la chose devient véritablement injuste, lorsque cette première épreuve doit être subie bien plus tard, alors que certains candidats ont déjà dû consacrer de nombreuses années de leur activité à fouiller leur spécialité.

Et que l'on ne se méprenne pas sur notre pensée ! Il faudrait avoir une cervelle de moineau ou être affligé du parti-pris le plus outrancier pour nier que la «spécialité » ne peut être féconde si elle n'est étayée sur une base solide de connaissances médicales générales. Il n'est pas possible d'être un bon anatomo-pathologiste sans posséder les lois générales de l'infection tuberculeuse ; il n'est pas possible de faire de bonne dermatologie sans connaître les données récentes concernant le système neuro-glandulaire ; il n'est pas davantage possible de tirer de l'ophtalmoscope tout ce qu'on en peut tirer sans avoir des notions suffisantes sur la glycémie.

Tout ceci crève les yeux. Et c'est la preuve que toutes les branches de la médecine ont une souche commune, qui les lie formellement, — qui les rend tributaires l'une de l'autre ; et cette souche porte un nom : la *pathologie générale*.

Ainsi donc, que l'on exige d'un agrégé de dermatologie, d'ophtalmologie, d'anatomie pathologique, etc., des connaissances de pathologie générale d'aussi haute tenue que celles qui sont exigées d'un agrégé de médecine générale — ceci est fort bien, mais que l'on exige de ces spécialistes, dans une épreuve écrite sévère, des connaissances approfondies égales à celles de leurs concurrents en médecine générale, sur ..... la dyspepsie hypersthénique, les arythmies cardiaques, les syndromes spléno-hépatomégaliques, etc., etc., non ! Il y a maldonne.

Il ne peut être juste et d'ailleurs utile que certains candidats aient à s'assimiler *deux* personnes. Cela se peut d'autant moins que, en fait d'agrégation de spécialités, de ces deux programmes, le seul qui intéresse véritablement le candidat, le seul qu'il sera chargé d'enseigner et aussi de développer, se trouve complètement sacrifié au cours de ces examens, puisqu'il n'apparaît que dans une épreuve sur quatre. Et notez que cette dernière épreuve, la seule spéciale, est une conférence de trois quarts d'heure, *après vingt-quatre heures de préparation libre* ! ! !

Il y a dans tout ceci, manifestement, une mauvaise compréhension de la spécialisation et du spécialiste que l'on s'obstine à considérer comme un parent pauvre ; c'est la consécration d'un état d'esprit de routine, dont le moins que l'on puisse dire est qu'il n'est plus à la page.

Les spécialités sont, en effet, nées d'une nécessité. Devant l'extension considérable des acquisitions de la médecine, il a fallu que chacun se cantonne, se limite, afin de mieux explorer et de mieux connaître son propre domaine. A moins de mener une vie de bénédictin, le temps n'est plus où chacun de nous peut tout embrasser.

Celui qui pense jouer encore aujourd'hui à l'encyclopédiste fait trop penser au mot de Gombaul : « Vraiment, je crois qu'on ne peut guère avoir une « opinion ferme que sur un sujet qu'on connaît « mal ».

Et ce qui est vrai pour la pratique de la médecine, l'est encore davantage pour son enseignement. La spécialisation est ici plus nécessaire que jamais.

Tout ceci est une manifestation obligée d'une loi générale présidant au développement prodigieux des connaissances humaines ; et plus nous irons, plus cette loi aura à s'affirmer.

Au surplus, si l'on veut bien y réfléchir, toutes les « catégories » que reconnaît l'arrêté constituent des spécialités. L'agrégé de médecine générale est un spécialiste au même titre que l'anatomo-pathologiste ; le chirurgien l'est au moins autant que le dermatologiste.

* * *

Il est évident que cet arrêté ne tiendra pas. Mais, en attendant qu'un autre, mieux inspiré, vienne le balayer, il serait bon que d'ores et déjà on veuille bien le polir un brin.

Si la première épreuve est une épreuve de *pathologie générale*, comme l'espèrent quelques-uns, et non pas de pathologie médicale, ainsi qu'il est écrit dans l'arrêté — qu'on le dise aux candidats ! Il est temps qu'ils soient prévenus ailleurs que dans les coulisses.

S'il s'agit bien d'une épreuve de *pathologie médicale* et qui doit être subie, dans l'esprit du Ministre, par des jeunes, au lendemain du doctorat, constituant ainsi une sorte de premier tri hâtif, qu'on le dise aussi ! (1).

Mais alors, de vieux candidats sont sacrifiés qui ont longtemps préparé l'agrégation de leur spécialité, sur le mode de l'ancien concours, et qui, pour des raisons diverses et d'ailleurs légitimes, n'ont pu conquérir une admissibilité. L'arrêté les enferme dans un pénible dilemne : ou se soumettre à une préparation de pur bachottage d'un programme qui désormais ne leur est plus familier et qu'ils s'empresseront d'oublier au lendemain de leurs épreuves — ou se démettre de leurs plus chères espérances.

Il est juste que cette impasse soit épargnée à ces candidats dont beaucoup ont fait leur preuve ; leurs titres et travaux scientifiques sont là pour en témoigner.

XXX.

---

(1) On ne peut s'empêcher de souligner que telle catégorie, peut à son gré, choisir, pour la première épreuve, soit la division de médecine, soit la division de chirurgie. C'est donc que ni la chirurgie, ni la médecine ne lui est nécessaire et indispensable ? ... *Alors* ! ! ! ...

LE TIERS PAYANT (1)

Je publie cet article avec d'autant plus de plaisir qu'il développe une argumentation analogue à celle que j'ai soutenue moi-même sur le même sujet.

G. DUCHESNE.

Dans nos rapports anciens avec le client, nous étions liés à ce dernier, par un contrat tacite et bilatéral aux termes duquel nous lui donnions nos soins en échange de son argent. Avec les lois sociales nouvelles, le client deviendra un assuré obligatoire et le médecin un fonctionnaire, tous deux assistés du tiers payant, troisième personnage qui paiera l'addition.

Qu'est-ce donc que le tiers payant ? C'est une entité nouvelle qui se substitue au client et vient se mettre en tiers (j'allais dire en travers) pour discuter des obligations réciproques des deux parties et payer les honoraires. Elle n'est d'ailleurs pas tout à fait une inconnue pour nous, car nous l'avons vue apparaître déjà dans toutes les entreprises qui donnent des soins médicaux, qu'elles s'appellent compagnies de chemins de fer, administrations, sociétés de secours mutuels, assurances ou soins aux victimes de la guerre.

Ces précédents qui ne datent pas d'hier, nous paraissent suffisants pour juger les systèmes et donner à l'*Union* un avis motivé. Si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle, déjà ancienne, nous voyons que si le tiers payant offre au médecin et à son malade des avantages et des garanties, il présente aussi de graves inconvénients, voire même des dangers qui tendent actuellement à le faire repousser par de nombreux groupements.

Le client voit dans ce système la possibilité de ne pas payer son médecin ou, tout au moins, de ne le payer que par des retenues sur son salaire versées à une caisse commune de laquelle un administrateur tirera les fonds nécessaires à régler toutes les dépenses : soins médicaux ou pharmaceutiques, indemnités journalières, invalidité, obsèques, frais d'administration, etc. En regard de ces avantages indiscutables, il convient de placer les inconvénients qui nous ont été maintes fois signalés par les intéressés eux-mêmes. Les malades tributaires d'une administration quelconque se plaignent d'être négligés, mal soignés ; ils ont perdu leur individualité pour n'être plus que des numéros, des sujets encombrants dont il convient de se débarrasser au plus tôt. Critique sévère, mais juste dans la plupart des cas, la médecine à la grosse n'ayant jamais rien valu. Ce reproche s'adresse plus particulièrement, je le reconnais, aux médecins ayant accepté l'abonnement ou le forfait au lieu de recevoir une rétribution pour chaque acte médical. Mais comme nous ne savons pas encore comment le législateur entend régler nos honoraires, il n'est pas inutile de poser dès maintenant en principe que, avec ou sans tiers payant, nous ne pouvons accepter que le tarif à la visite avec libre choix. Insister tout de suite sur ce point capital ne nous paraît pas être un hors-d'œuvre.

Voyons maintenant la question au point de vue purement médical.

Je vois tout de suite, dans la substitution d'un tiers responsable au client peu fortuné, cet avantage appréciable d'avoir nos honoraires garantis. C'est d'ailleurs ce qui fait présentement le succès et la force des sociétés de secours mutuels qui ont traité avec nos syndicats et nous permettent de soigner, sans arrière-pensée, des sociétaires peu aisés et parfois insolvables. C'est aussi pourquoi nous appliquons à ces sociétés des tarifs de faveur parce qu'elles ne comprennent guère que des ouvriers et ne représentent qu'une infime partie de notre clientèle. Mais les choses changeront lorsque *quinze millions* de Français seront assurés obligatoirement, ce qui représentera pour les praticiens, 75 % environ de leur clientèle. Il est à craindre alors que le prix de l'acte médical ne soit par trop abaissé en général et qu'il ne soit même institué des catégories comme cela a déjà été fait pour la loi des pensions. Or, nous savons que les médecins se sont élevés à juste titre contre ces catégories arbitrairement établies, qui ne correspondent pas, le plus souvent, au coût de la vie dans les localités où elles sévissent. La suppression du tiers payant peut seule obvier à cet inconvénient. L'assuré frappé d'invalidité recevra de l'Etat une indemnité journalière avec laquelle il se débrouillera pour faire face à ses dépenses et assurer son traitement. Le médecin, seul juge en la matière, pourra alors lui appliquer un tarif en rapport avec sa situation et conforme aux usages établis par les syndicats locaux. La grave objection faite à cette manière de procéder, c'est que l'assuré ne se soignera pas, se soignera mal ou ne payera pas son médecin. J'avoue que je ne vois pas pourquoi un ouvrier, un petit patron ou un employé, obligatoirement assurés, se soigneraient plus mal que ceux qui, actuellement, ne font partie d'aucune société et nous payent cependant, sans recevoir, par ailleurs, aucune indemnité. Nous perdrons quelques honoraires, c'est entendu, mais nous n'en perdrons pas plus après qu'avant, le contraire serait paradoxal. L'obligation d'ailleurs de fournir des certificats médicaux pour avoir droit aux indemnités amènera forcément vers nous ceux qui les demanderont et ces certificats étant la seule paperasserie que nous aurons à faire, la corvée sera réduite à son minimum. Avec le système du tiers payant tel qu'il a été conçu par le législateur et accepté par l'Union, un médecin tant soit peu occupé sera obligé d'avoir un teneur de livres, de signer des papiers de toutes dimensions et de toutes couleurs, de subir maints contrôles et de fournir, à chaque instant, la preuve que ses visites ou interventions étaient bien justifiées. Nous savons hélas ! quels abus se sont

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mai 1924.

commis de tout temps et tout récemment encore, lorsque le malade ou le blessé n'a pas à payer directement le médecin qui le traite. Sans s'en rendre compte, le malade incite lui-même le praticien à multiplier les actes médicaux : c'est la société de secours mutuels, l'assurance ou l'Etat qui payent, il n'y a donc pas à se gêner, il faut aller largement et tailler dans le grand, La plupart des médecins résistent à la tentation ; quelques-uns abusent timidement, d'autres pratiquent l'exploitation et vont même jusqu'à l'escroquerie. Nous avons vu cela et nous le reverrons encore fatalement sur une plus vaste échelle, les mêmes causes devant forcément engendrer les mêmes effets. Or, c'est précisément pour cela que beaucoup qui avaient autrefois, dans leur honnêteté naïve, accepté le principe du tiers payant, le repoussent aujourd'hui comme démoralisant, contraire a ux intérêts de l'Etat et funeste pour notre professiondont il amoi ndrirait la valeur morale et scientifique. La médecine de caisses amènera la création de vastes entreprises de soins, de véritables *trusts* où les malades raccolés seront soignés en série et par des médecins spécialisés, non point dans leur art, mais dans la paperasserie et la cuisine administrative, plus soucieux d'aller vite que bien. L'expérience nous a appris ce que valait cette médecine et ce qu'elle avait donné dans tous les pays où elle est appliquée. Le malade n'est plus un client, c'est un passant, et encore, faut-il qu'il fasse vite pour faire place à un autre. Est-ce là ce qu'ont voulu MM. Grinda, Vincent, Strauss et tous les députés qui ont allègrement voté en deux séances la loi sur les assurances sociales ? Nous nous refusons à le croire et nous préférons, malgré les élections qui sont proches, leur prêter des intentions meilleures. Le corps médical tout entier a foi en eux et ne demande qu'à les seconder dans leurs efforts. Il pense toutefois que la première chose à faire est d'éviter les abus du tiers payant qui auraient en outre l'inconvénient de faire de nous des bureaucrates, contrôlés ou contrôleurs (1), plus préoccupés de faire des croix sur un registre que de nous tenir au courant des acquisitions nouvelles de la médecine.

Que tout le monde soit assuré, je le veux bien, mais que chaque assuré fasse son choix et sa police en payant son médecin sans aucun intermédiaire. Voilà la solution simple, pratique et honnête. Je n'en connais pas d'autre.

F. DE COQUET.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du conseil d'administration.

Séances des 8 et 22 juillet, 5 et 19 août 1924

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, sont déclarés admis les docteurs :

6446 LEPRINCE, 34 rue Cavé, Paris.
6475 NOGIER, 11, rue de la Charité, Lyon (Rhône).
6476 TASSIN, Bonny-sur-Loire (Loiret).
6477 BOUVIER, Vienne (Isère).
6479 BOULAY, Saint-Amand (Cher).
6480 BERNARD, 77 *bis*, rue Michel-Ange, Paris.
6481 ESCOFFIER, Saint-Fons (Rhône).
6482 CHAUMEIL, Cadours (Haute-Garonne).
6483 RICHARD, Vesoul (Haute-Saône).
6484 CONSTANS, Aumont (Lozère).
6485 MARCHADIER, Clessé (Deux-Sèvres).
6478 FARHI, 2, rue Faidherbe, Paris.
6486 GODARD, 55, rue Lhomond, Paris.
6487 DECHY, Sermaises-du-Loiret (Loiret).
6488 JOURDAN, Cadenet (Vaucluse).
6489 DANET, Petit-Quevilly (Seine-Inférieure).
6490 OLIVIERI, Château-Gontier (Mayenne).
6491 BOUSSION, Sautron (Loire-Inférieure).
6492 GENTIN, Longwy (Meurthe-et-Moselle).
6493 DAVIOT, Nice (Alpes-Maritimes).
6495 CAFFEAU, Luzarches (Seine-et-Oise).
6496 MASQUIN, Saint-Didier (Vaucluse).
6498 DUBALLEN, Sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire)
6499 BULAUD, Bourganeuf (Creuse).
6500 RIQUET, Cavignac (Gironde).
6501 OLLIER, Villiers-Charlemagne (Mayenne).
6502 BAZOGE, Le Mans (Sarthe).
6503 GIRARD, Confolens (Charente).
6504 CLAUDEL, Antibes (Alpes-Maritimes).
6505 ROUSSEAU-DECELLE, 42, rue de Berri, Paris.
6507 STERN, Briey (Meurthe-et-Moselle).
6508 DESTOUCHES, Ervy-le-Châtel (Aube).
6509 COTILLON, Chemillé (Maine-et-Loire).
6510 COUVREUR, Noyon (Oise).
6511 ELOY, Trelon (Nord).
6512 MEGEROVSKY, Alignan-du-Vent (Hérault).
6513 Mlle CHAUVEAU, Carnac-Plage (Morbihan).
6514 PRIEUR, Le Havre (Seine-Inférieure).
6515 FUCKER, Le Havre (Seine-Inférieure).
6516 MAIN, 17 rue Chaptal, Paris.
6517 BUÉ, Trelon (Nord).
6518 VILLARD, Pantin (Seine).
6519 LESUR, Saint-Michel-Chef-Chef (Loire-Inférieure).
6520 CAILLAULT, Chauvigny (Vienne).
6521 LAURETTE, Escaudain (Nord).

A une question posée par un adhérent, le Conseil répond qu'aucun article des statuts ne s'oppose à l'admission d'un médecin de nationalité suisse, possesseur du diplôme d'Etat français et installé en France.

Accidents du travail.

Le Dr N. (Seine-Inférieure), ayant demandé l'avis du Dr Decourt sur plusieurs notes d'honoraires acci-

(1) On sait le travail que donne actuellement le contrôle des pensionnés de guerre. Que sera-ce lorsque *quinze millions* de citoyens seront assurés ! Mieux vaut n'y pas penser ?

dents, il lui a été répondu que, dans la plupart des cas, il s'agissait de questions de fait et non d'application du tarif, qu'il était impossible d'apprécier. Il demande maintenant s'il doit ou non accepter les réductions que l'assurance voudrait faire subir à ces notes.

Le Conseil est unanimement d'avis que, en dehors d'une erreur de tarification, un médecin ne doit pas accepter la moindre réduction sur ses notes d'honoraires. Consentir à une réduction serait reconnaître qu'il y a eu abus de visites.

Le Dr P. (Seine) a soigné un accidenté du travail pour des brûlures sur diverses parties du corps. L'assurance, estimant que les pansements avaient été trop fréquents, veut réduire sa note de mille francs. Le Dr P. demande l'appui du « Sou » pour poursuivre.

Le Conseil estime que le Dr P., s'il a conscience de n'avoir commis aucun abus, ne doit accepter aucune réduction et décide de lui accorder l'appui pécuniaire devant la justice de paix, s'il est nécessaire que l'affaire soit portée en justice.

Le Dr D. (Jura) signale des cas de pression pratiquée auprès de blessés du travail pour les diriger vers le cabinet d'un médecin. Les éléments d'une violation du libre choix légalement punissable ne se présentant pas dans ces diverses espèces, le Conseil est d'avis qu'il y a lieu simplement de mettre en jeu l'action syndicale.

Le Dr J. (Alpes-Maritimes) demande que le « Sou » intervienne directement auprès des Compagnies d'assurances qui refusent de s'incliner devant l'avis donné par le Dr Decourt sur l'interprétation du tarif Breton.

Le Conseil décide qu'il n'y a lieu de donner satisfaction à cette demande, le « Sou », qui ne peut s'occuper de recouvrement d'honoraires, ne pouvant entrer en rapport avec les assurances dans ces conditions.

Le Dr S. (Hérault) signale un détournement de clientèle par un employé d'usine, qui a menacé de renvoi un ouvrier s'il ne le quittait pas pour se faire soigner par le médecin de l'usine.

Le Conseil est disposé en principe à accorder l'appui pécuniaire pour poursuivre cette affaire, mais désire auparavant avoir des renseignements sur les preuves qui pourront être produites en justice.

Droit commun.

Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr H. (Seine-Inférieure) des honoraires et frais faits jusqu'à ce jour dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé, et qui s'élèvent à 420 fr.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr A. (Seine-Inférieure), de la somme de 76 fr. 85, montant des frais de l'affaire en justice de paix pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr L. (Yonne) de la somme de 150 fr. pour honoraires de son avocat dans l'affaire pour laquelle il a obtenu l'appui pécuniaire.

Le Dr B. (Orne) annonce le gain de son procès, soutenu, avec l'appui pécuniaire, contre la victime d'un accident d'automobile qui refusait de lui payer ses honoraires, sous prétexte que seul l'auteur de l'accident était responsable envers le médecin.

Le Dr D. (Meurthe-et-Moselle) annonce que l'auteur de l'accident d'automobile, contre lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé, vient de lui régler amiablement les honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à la victime de l'accident.

Le Dr B. (Finistère) avait obtenu en principe l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de soins donnés à la victime d'un accident d'automobile. Il lui avait été demandé des témoignages écrits certifiant que l'automobiliste avait pris un engagement envers lui. Il communique deux attestations, que le Conseil n'estime pas assez catégoriques pour permettre de faire le procès.

Le Dr B. (Seine-et-Marne) a été appelé à donner ses soins à la victime d'un accident d'automobile et, ayant déjà engagé un procès contre la victime, son patron et le propriétaire de l'auto, demande l'appui du « Sou ».

Bien que l'affaire ait été engagée avant qu'il en ait été avisé, le Conseil, à titre exceptionnel, accorde l'appui pécuniaire demandé.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr S. (Vosges) est l'objet d'une plainte en violation de secret professionnel et délivrance de faux certificat. Il a délivré ce certificat à la demande de la famille en vue de faire donner un conseil judiciaire au malade.

Le Conseil, après examen des termes du certificat, qui, à son avis, ne constitue en aucune manière une violation du secret professionnel, accorde au Dr S. l'appui pécuniaire dans cette affaire.

Le Dr F. (Sarthe) se voit refuser par un client le paiement d'une note d'honoraires, sous prétexte de faute professionnelle et demande que le « Sou » intervienne auprès de son client.

Le Conseil est d'avis que le « Sou » ne peut intervenir directement, mais il accorde l'appui pécuniaire au Dr F. s'il est nécessaire que l'affaire soit portée en justice. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est fixée à 200 fr.

Le Dr J. (Seine-et-Oise), dans le procès pour lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé, a obtenu le paiement de ses honoraires réduits et été condamné aux dépens, le Tribunal, conformément au rapport d'ex-

pertise, lui ayant fait un reproche de n'avoir pas fait radiographier la fracture qu'il avait à réduire.

Le Dr D. (Hérault), a obtenu la condamnation de son adversaire au paiement intégral de ses honoraires. En ce qui concerne la question de responsabilité soulevée par ce dernier, le tribunal a ordonné une expertise, en confiant aux experts la mission d'entendre des témoins sur les faits articlulés.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) communique les conclusions prises par son adversaire dans une affaire de recouvrement d'honoraires. Si les réserves faites dans ces conclusions pour la mise en cause de sa responsabilité professionnelle sont suivies d'effet, il aura droit à la garantie du « Sou » dans les conditions statutaires.

Le Dr X. signale qu'il vient de faire une opération susceptible d'entraîner sa responsabilité civile.

Le Conseil en prend acte et reconnaît qu'il aurait éventuellement droit à la garantie statutaire.

Le Dr P. (Seine-et-Oise) est menacé d'une action en responsabilité civile par une cliente qui lui reproche d'avoir mal réduit une fracture dont elle a été atteinte, sans avoir fait faire la radiographie, alors qu'il n'existe pas de radiographe dans la localité.

La garantie de la Caisse lui est éventuellement acquise dans les conditions statutaires.

Divers.

Le Dr B. (Marne) a obtenu la condamnation à deux mille francs de dommages-intérêts de la Société industrielle qui a rompu brusquement le contrat qu'elle avait passé avec lui pour assurer le service médical de l'une de ses usines.

Le Dr S. (Ain) a été victime d'un détournement de clientèle de la part d'un secrétaire de mairie qui envoie les assistés à l'un de ses confrères, malgré le libre choix admis par le règlement départemental d'assistance.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour intenter une demande en dommages-intérêts à l'auteur de ces détournements de clientèle.

Le Dr J. (Seine) a été victime des agissements d'un homme d'affaires qui, en lui faisant espérer une belle situation, lui a fait abandonner sa clientèle et son appartement.

Le Conseil, auquel il demande l'appui pécuniaire, est d'avis que cet appui ne peut être donné que pour former une demande en dommages-intérêts pour le préjudice causé, mais non dans les procès en cours ou à intenter, roulant sur l'exécution des conventions intervenues entre le Dr J. et la personne en question.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — M. René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, fera, du 22 au 27 septembre, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de *gastrotonométrie clinique* (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc.

Il exposera la pratique de l'*exploration du duodénum* (usages de la sonde d'Einhorn pour le diagnostic des affections duodénales biliaires et pancréatiques, l'alimentation duodénale et le drainage médical des voies biliaires) et fera un exposé résumé des méthodes de *coprologie* dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques, présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dans le service près de la surveillante ou par lettre chez M. René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris, VIIIe.

— **Service des soins gratuits aux victimes de la guerre.** — Les Commissions tripartites de contrôle pour le département de la Seine sont composées comme suit :

1re *commission de contrôle.* — A. Représentants du ministre des Finances : membre titulaire : M. Silvestre de Sacy, receveur-percepteur du 17e arrondissement, 2e division, 5, rue Lecomte (17e).

Membre suppléant : M. Isbled, receveur-percepteur du 11e arrondissement, 1re division.

B. — Représentants du ministre des Pensions. Membres titulaires : M. l'amiral Benoît, membre du Conseil d'administration de l'Association des Dames françaises, 13, rue Saint-Romain (6e) ; M. le Dr Pouillaude, médecin-inspecteur du cadre de réserve, 116, boulevard de Grenelle (15e).

Membres suppléants : MM. Baulant, membre du Conseil central de la Société de secours aux blessés militaires, 21, rue François-Ier (8e) ; Allard, directeur des services administratifs de l'Union des Femmes de France, 17, rue du Colisée (8e).

C. — Représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Membres titulaires : MM. Faure (Louis), 7, rue du Jourdain (20e) ; Melou, 17, rue Béranger, Boulogne-sur-Seine ; Foucher (Georges), 11 *bis*, rue Ernest-Renan, Issy-les-Moulineaux ; Escurier, passage Cardinet (17e).

Membres suppléants : MM. Jacquart (Gaston), 3, rue Pierre-Curie, Ivry-sur-Seine ; Balignac (Emile), 2, rue Emile-Zola, Ivry-sur-Seine ; Chauvin, 6, rue Ortolan (5e) ; Cuny (Paul), 107, rue des Amandiers (20e).

D. — Représentants des Associations et Syndicats

médicaux. Membres titulaires : MM. les docteurs Estrada, 65, rue La Fayette (10e) ; Gallois, 17, rue de la Bienfaisance.

Membres suppléants : MM. les docteurs Dorvaux, 20, rue de la République, Saint-Denis ; Hartmann, 77, rue de la Chapelle (18e).

E. — Représentants des Associations et Syndicats pharmaceutiques. Membres titulaires : MM. Bernhard, 11, rue La Fayette (9e) ; Collesson, 5, rue d'Angoulême (11e).

Membres suppléants : MM. Guenot, 7, rue de Maubeuge (9e) ; Loynel, 52, rue Montmartre (2e).

Secrétaire de la 1re Commission, M. le Dr Estrada.

Ressort de la Commission. — A. Arrondissements de Paris : 1er, 2e, 8e, 17e.

B. — Cantons : Clichy, Levallois-Perret, Asnières, Neuilly-sur-Seine, Courbevoie, Colombes, Puteaux.

C. — Hôpitaux publics : Beaujon, Andral, Bichat, Pitié, sanatorium Clemenceau, hôpital de Saint-Cloud.

D. — Maisons de santé privées agréées par la Commission, situées dans les arrondissements ou localités ci-dessus.

2e *Commission de contrôle.* — A. — Représentants du ministre des Finances. Membre titulaire : M. Lelarge, receveur-percepteur du 3e arrondissement, 2e division, 32, rue de Lyon (12e).

Membre suppléant : M. Picton, percepteur de Montreuil (Seine).

B. — Représentants du ministre des Pensions. Membres titulaires : M. l'intendant général Burguet, directeur des services financiers de la Société de secours aux blessés militaires, 52, boulevard Pasteur (15e) ; Mme Barthez, membre du Conseil de l'Union des Femmes de France, 322, rue Saint-Martin (3e).

Membres suppléants : MM. Delbecque, ancien membre de la Commission de contrôle du département de la Seine, 19, avenue d'Orléans (14e) ; le lieutenant-colonel Luthard, membre du Conseil d'administration de l'Association des Dames françaises, 3, rue Nouvelle-Stanislas.

C. — Représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Membres titulaires : MM. Paul Pirot, 32, rue de Provigny, Cachan (Seine) ; Bleu (René), 33, rue de Château-Landon (10e) ; Caspar (Georges), 39, rue Rousselle, Puteaux (Seine) ; Dr Sainte-Rose, 14, rue Daru (8e).

Membres suppléants : MM. Hirsch (Jules), 13, rue des Tournelles (4e) ; Deshayes (Clotaire), 27, rue de l'Abbé-Grégoire (6e) ; Edouard (Gabriel), 54, rue de Clignancourt (18e) ; Ferrotin (Raphaël), 17, rue de Lancry (10e).

D. — Représentants des Associations et Syndicats médicaux. Membres titulaires : MM. les docteurs Bitterlin, 5, rue Pasteur, Joinville-le-Pont (Seine) ; Hornus, 5, rue de Rivoli (4e).

Membres suppléants : MM. les docteurs Gauthier, 58, rue Caulaincourt (8e) ; Hilaire, 68 *bis*, rue Gravel, Levallois-Perret.

E. — Représentants des Associations et Syndicats pharmaceutiques. Membres titulaires : MM. Chenegros, 94, Grande-Rue, Nogent-sur-Marne (Seine) ; Pean, 21, rue Mouton-Duvernet (14e).

Membres suppléants : MM. Blanc, 57, rue du Faubourg-du-Temple (3e) ; Fayol, 17, boulevard de Belfort, Montreuil-sous-Bois.

Secrétaire de la 2e Commission : M. le Dr Hornus.

Ressort de la Commission. — A. — Arrondissements de Paris : 3e, 4e, 9e, 10e, 18e.

B. — Cantons : Saint-Ouen, Saint-Denis.

C. — Hôpitaux publics : Hôtel-Dieu, Lariboisière, Saint-Louis, hôpital de Saint-Denis, hôpital militaire Villemin.

D. — Maisons de santé privées agréées par la Commission, situées dans les arrondissements ou localités ci-dessus.

3e *commission de contrôle.* — A. — Représentants du ministre des Finances. Membre titulaire : M. Gallais, percepteur de Boulogne (Seine).

Membre suppléant : M. Bourdila, receveur-percepteur du 16e arrondissement, 1re division, 1, rue des Bauches (11e).

B. — Représentants du ministre des Pensions. Membres titulaires : MM. Boutiron, secrétaire du Conseil central de la Société de secours aux blessés militaires, 21, rue François-Ier (8e) ; le colonel Meaux Saint-Marc, membre du Conseil d'administration de l'Association des Dames françaises, 31, rue de Rome (8e).

Membres suppléants : M. le Dr Viry, médecin inspecteur du cadre de réserve, membre de l'Union des Femmes de France, 60, avenue de Breteuil (7e) ; Mme Droz, infirmière-major de l'Association des Dames françaises, 75, avenue des Champs-Elysées (8e).

C. — Représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Membres titulaires : MM. Fousse (Frédéric), 57, avenue Félix-Faure, Nanterre (Seine) ; Perriot (Georges), 42, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine ; Santouil (Jean), 52, rue du Buisson Saint-Louis (10e) ; Serot (Gaston), 25, av. des Mimosas, à Boulogne-sur-Seine.

Membres suppléants : MM. Gudefin (Marcel), 1, rue de Panama (18e) ; Gebel (Charles), 5, chemin de la Pelouse, à Rosny-sous-Bois ; Joubert (Léo), 12, rue Pergolèse (16e) ; Lemaire (Albert), 113, rue des Amandiers (20e).

D. — Représentants des Associations et Syndicats médicaux. Membres titulaires : MM. les docteurs Cayla, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine ; Quidet, 54, rue Bonaparte (6e).

Membres suppléants, MM. les docteurs Gérard, 17, rue du Mont-Dore (17e) ; Foucart, 2, rue Michel-Chasles (12e)

E. — Représentants des Associations et Syndicats pharmaceutiques. Membres titulaires : MM. Lamarre, 150, route de Versailles, à Boulogne-sur-Seine ; Peyre, 42, avenue de Breteuil (7e).

Membres suppléants : MM. Courret, 79, rue Saint-Dominique (7e) ; Jacob, 55, rue des Petits-Champs (1er) ; secrétaire de la 3e Commission, le Dr Quidet.

Ressort de la Commission. — A. — Arrondissements de Paris : 6e, 7e, 15e, 16e.

B. — Cantons : Boulogne, Vanves, Sceaux.

C. — Hôpitaux publics : Charité, Laënnec, Necker, Boucicaut, hôpital Vaugirard, hôpital des Petits-Ménages, Issy-les-Moulineaux, hôpital de Boulogne, hôpital militaire Percy, Clamart.

D. — Maisons de santé privées agréées parla Commission, situées dans les arrondissements ou localités ci-dessus.

4e *commission de contrôle.* — A. — Représentants du ministre des Finances. Membre titulaire : M. Naud, receveur-percepteur du 14e arrondissement.

Membre suppléant : M. Lejeune, receveur-percepteur du 20e arrondissement.

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

sion de réforme qui ait eu à vous examiner, c'est au 8 mars 1922 qu'est fixé le point de départ légal de votre pension.

D'autre part la pension pour blessures et infirmités se règle sur le grade dont le militaire est titulaire (article 18 de la loi du 11 avril 1831), mais au moment de sa radiation des contrôles (circulaire du ministère des pensions).

Donc, rayé des contrôles en mars 1919 *à deux galons* (puisque vous n'êtes passé à trois galons que le 26 juin 1919) vous avez droit à une pension correspondant au grade de médecin aide-major de première classe, bien que médecin aide-major de deuxième classe au moment de votre passage devant la Commission de réforme. Autrement dit, les grades acquis dans les réserves, après la cessation d'activité, ne comptent pas pour le taux des pensions d'invalidité.

2074. — Forclusion de la présomption d'origine de maladie imputable au service militaire.

Je donne actuellement mes soins à un jeune homme de 24 ans. Service militaire (marin) du 29 mars 1920 au 29 mars 1923. Vertiges ayant débuté vers la fin de 1918. Au cours de son service, le malade a eu de nombreuses crises, de nombreux vertiges, pour lesquels il n'a jamais été reconnu, soigné. Depuis un an, ses vertiges ont augmenté et un spécialiste a diagnostiqué :

1° Otospongiose droite ayant touché à la fois l'oreille moyenne et l'oreille interne.

2° Etat de sympathicotonie, de nature endocrinienne.

Le malade admet bien volontiers que ses vertiges sont antérieurs au service militaire. Cependant comme il n'a pas été soigné pendant ces trois ans et qu'ils seraient plus fréquents maintenant, il me demande s'il n'a pas droit à pension et quelles seraient les démarches à faire en la circonstance.

Dr L.

Réponse.

Ce malade, n'ayant formulé aucune demande de pension dans les six mois qui ont suivi sa libération, est actuellement forclos, c'est-à-dire qu'il n'a plus droit à la présomption légale d'origine et qu'il doit faire la preuve de cette origine.

Comme il n'a pas été hospitalisé, ni soigné durant son service pour la maladie qu'il invoque, et que la preuve testimoniale ne vaut que pour les prisonniers de guerre, ses chances de succès paraissent faibles.

2145. — Inscription au Tableau de la Légion d'honneur.

En juillet 1922 la Direction du service de santé

de la région à laquelle j'appartiens m'a engagé à signer une demande de proposition pour la Légion d'honneur.

Cette demande n'eut aucun résultat.

En juillet 1923, mêmes formalités à remplir et résultat semblable, c'est-à-dire néant.

Cette année 1924, je n'ai plus entendu parler de quoi que ce soit.

Que signifie toute cette comédie ?

Aide-major de 1[re] classe, j'ai 45 ans, 5 enfants. J'ai été mobilisé le 2 août 1914, ai fait pas mal de mois de front et ai été démobilisé le 30 août 1919 en qualité de médecin des pays envahis.

Dr X.

Réponse.

Chaque année, tous les officiers qui remplissent les conditions voulues pour être inscrits au tableau de la Légion d'honneur, doivent être régulièrement proposés (suivant un ordre de mérite) par leurs chefs de corps ou service. Le ministre décide de l'inscription.

Dans ce but, les intéressés sont invités à contresigner le relevé de leurs états de service, servant d'états de proposition et cela afin d'éviter toute erreur.

Il est d'ailleurs plus que probable qu'en 1924 vous serez, comme en 1922 et en 1923, appelé à accomplir la même formalité.

Application du Tarif Breton.

I

2110. — Ablation d'une cicatrice gênante

Cicatrice rétractée (suite d'accident du travail) limitant étroitement l'abduction du pouce et gênant le travail pour cette raison et de plus en raison de sa vulnérabilité aux chocs, frottements. Avec l'autorisation de l'assurance, je viens, avec un aide pour l'anesthésie générale, de procéder à l'ablation de cette cicatrice et d'enlever deux lambeaux cutanés pour corriger l'adduction.

Quels honoraires pour moi ? Pour l'anesthésiste, le tarif prévu est 50 fr.

Dr D.

Réponse.

Vu la difficulté technique relative de cette intervention pour obtenir un parfait résultat, il me semble que vous pouvez demander 100 francs, par *analogie* avec « régularisation, épluchage, etc., de plaie étendue et profonde », et bien qu'il ne s'agisse pas d'une plaie de ce genre.

F. D.

II

2034. — Luxation vertébrale,

Un ouvrier couvreur tombe d'un toit, se prend la tête au travers d'une échelle et par nutation forcée se luxe la 1[re] vertèbre cervicale.

Après examen, je pratique la réduction avec grande facilité, par la manœuvre classique : extension en flexion latérale et inversion du côté luxé.

Comment dois-je tarifer cette intervention à la compagnie d'assurance. Les suites de l'accident ont été tout à fait normales. Aucun symptôme de compression ni lésion médullaire.

Dr W.

Réponse.

Cette luxation n'est pas tarifée : elle n'est, d'ailleurs, pas très commune ni sa réduction d'un usage courant. Vu la gravité de l'affection et la responsabilité encourue, en l'espèce, il me semble qu'il y aurait lieu de tarifer la réduction d'une semblable luxation 75 francs en première catégorie en se basant sur le tarif de la réduction de luxation d'épaule.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2121 — Consultation demandée par un bénéficiaire de l'article 64, en dehors du médecin traitant.

Durant le trimestre dernier un mutilé vint à ma consultation et me donna son carnet pour en détacher une feuille.

Je vis que ce carnet n'était pas du département de la Seine mais du Cantal. Ce malade était en effet venu pour quelque temps à Paris.

J'adressai à la Préfecture du Cantal le billet de visite.

On m'envoya d'immenses feuilles à remplir, et maintenant on m'envoie un mandat de paiement à toucher à la caisse centrale du trésor public (alors que j'avais demandé que l'on m'envoie la somme par mandat-poste), mais ma note de 8 fr. (le prix d'une consultation) est réduite à 5 fr.

Je viens vous demander si dans le cas actuel c'est-à-dire un mutilé de province venant à la consultation d'un médecin à Paris, ce n'est que 5 fr. seulement le prix de la consultation ? Cela m'étonne fort, et si comme je le crois ma demande de 8 fr. est juste, que dois-je faire ?

Cela promet pour l'avenir quand l'assurance maladie sera instituée !

Dr C.)

Réponse.

Votre lettre implique diverses remarques intéressantes :

A) Un bénéficiaire de l'article 64 n'a pas à aller consulter, aux frais de l'Etat, un médecin en passant. Il *choisit* son médecin traitant et celui-ci est *inscrit comme tel*, dès la première visite, d'après la prescription de l'article 17. Autrement, il pourrait, avec son carnet, en aller consulter quatre ou cinq le même jour.

B) L'article 60 dit : « ... Le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi ». Et cela s'explique, puisque, malheureusement, catégorisation il y a. Au moins, de cette façon, c'est une catégorisation par bénéficiaires et non par médecins, ce qui serait reconnaître à ces derniers des valeurs techniques différentes.

C) Cependant, par « domicile du bénéficiaire », il est maintenant convenu (sur ma propre initiative d'ailleurs) qu'on entend par là le lieu où le bénéficiaire a reçu *des soins à domicile*, et non son domicile légal. Donc, si vous aviez eu à lui faire, à Paris, une série de visites, en ne manquant pas d'envoyer à *votre* préfecture le bulletin de première visite pour devenir le médecin traitant, c'est le tarif parisien qui aurait été en jeu.

D) Quant à l'histoire de la « Caisse centrale du Trésor public », c'est bien là notre ineffable Administration, avec son amour de la fôôrme et son dédain du pratique.

Conclusion. — Une autre fois, ne pas accepter en payement la feuille du carnet d'un bénéficiaire qui vient vous consulter en passant, sans que vous soyez son médecin traitant. Je ne vois pas d'autre solution pour éviter ce qui vous arrive.

F. D.

FAITS CLINIQUES

Traitement de l'impétigo par des injections de stock vaccin

Depuis quelques mois, ayant eu l'occasion de soigner des enfants atteints d'impetigo récidivant et résistant à tous les pansements locaux ainsi qu'aux traitements intérieurs tels que levures ou étain, j'ai eu l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées de stock-vaccin polyvalent. J'ai utilisé le vaccin strepto-staphylo dont je me sers habituellement. Je débutai par 1/4 de centimètre cube et passai à 1/2 à la 2e injection pratiquée 48 heures après (1).

Dès la seconde injection, je constatai qu'il ne se formait pas de nouveaux éléments impétigineux, que ceux qui existaient déjà cessaient de suinter et se desséchaient. Toutefois il est nécessaire de continuer tous les deux jours les injections jusqu'à disparition des derniers éléments d'impetigo et la cicatrisation complète.

Je pense que ce procédé peut rendre des services principalement pour les très jeunes enfants auxquels il est difficile de faire garder les pansements.

(1) Ce sont les doses minima du vaccin que j'emploie d'ordinaire, mais il est bien entendu qu'elles peuvent varier avec chaque marque de vaccin.

Je n'ai pas eu l'occasion d'étudier l'effet prophylactique du vaccin, mais je pense que des piqûres de 1/4 à 1/2 centimètre cube, répétées deux ou trois fois, à deux jours d'intervalle, avant ou dès le début de l'impetigo pourraient arrêter la contamination. Ce serait un essai à tenter.

Dr JOSSERAN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 *août.*

Enseignement de la médecine. — La *chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de Bordeaux* est déclarée vacante.

28 *août.*

Hygiène publique. — *Circulaire relative aux postes d'inspecteur d'hygiène départementale.* (Sera publiée ultérieurement).

30 *août*

Familles nombreuses. — *Décret du* 17 *août* 1924 *déclarant applicable, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la législation française sur l'encouragement aux familles nombreuses.*

31 *août.*

Assistance. — Promulgation de la *convention d'assistance entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg,* en vue d'établir l'égalité de traitement entre les ressortissants des deux Etats *en ce qui concerne les lois d'assistance.*

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Décret du 24 juillet 1924 concernant les sanatoriums publics.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 7 septembre 1919 ;

Vu le décret du 10 août 1920, notamment les articles 13 et 14 ;

Vu le décret du 20 novembre 1923 ;

Vu l'avis de la commission permanente de préservation contre la tuberculose en date du 5 juillet 1924,

Décrète :

Art. 1er. — Le décret du 20 novembre 1923

modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920 est rapporté.

Art. 2. — Les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 13. — Dans les sanatoriums publics, l'admission des malades énoncés dans l'article 3 de la loi sera prononcée par le préfet compétent et, dans les autres cas, par le représentant qualifié de la collectivité dont relève le sanatorium :

La demande est adressée à la préfecture. Si elle émane d'un malade suivi par un dispensaire d'hygiène sociale, elle sera accompagnée : *a*) d'un certificat médical ; *b*) d'une fiche contenant les renseignements d'ordre social, ces deux documents devant être établis conformément aux modèles qui sont fixés par un règlement.

Dans le cas où la demande est accompagnée du certificat d'un médecin traitant et émane d'un malade habitant une circonscription desservie par un dispensaire d'hygiène sociale, celui-ci est saisi dans un délai de deux jours en vue de compléter le dossier du malade qui doit être renvoyé à la préfecture dans un délai de huitaine.

Dans les huit jours qui suivent la réception à la préfecture du dossier constitué en conformité du paragraphe précédent, les demandes d'admission sont classées dans un ordre déterminé par un règlement. Le classement est effectué par le médecin directeur du sanatorium public ou par une commission comprenant un ou plusieurs médecins et un représentant de l'administration préfectorale, désignés par le préfet, ainsi que le médecin directeur du sanatorium public. Dans les départements où existe un organisme départemental ayant dans ses attributions l'organisation de la lutte antituberculeuse, la désignation du ou des médecins chargés du classement n'est faite qu'après avis de cet organisme.

Les malades sont avisés qu'ils peuvent, s'ils consentent à prendre à leur charge les frais de déplacement, se présenter devant le ou les médecins chargés du contre-examen.

Toutes les demandes sont transmises, avec le classement arrêté par le médecin directeur ou par la commission, à l'autorité qualifiée pour prendre la décision, qui contrôle si les prescriptions réglementaires ont été suivies.

Les admissions sont prononcées dans l'ordre du classement arrêté conformément aux prescriptions précédentes et au fur et à mesure des vacances.

Toutefois, si par suite du classement et du nombre des vacances, il s'est écoulé plus de deux mois entre l'avis du ou des médecins contre-examinateurs et l'admission, celle-ci ne pourra être prononcée qu'après nouvel avis médical donné dans les formes prévues aux paragraphes précédents et constatant que le malade se trouve tou-

jours dans les conditions requises pour bénéficier de la cure sanatoriale.

Au cours du premier mois de cure, le médecin directeur décidera s'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium.

Art. 147. — La sortie sera prononcée par le médecin directeur qui avisera immédiatement le préfet compétent ou le représentant de la collectivite intéressée qui a obtenu l'admission.

Si elle est provoquée par des raisons disciplinaires, le médecin directeur devra en rendre compte dans un rapport explicatif. En ce cas, le malade pourra, dans les huit jours qui suivront son renvoi, adresser une réclamation au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales qui statuera, après avis du comité institué par l'article 3 du présent décret. Le médecin directeur sera entendu ou appelé à présenter ses observations écrites.

Le maintien des malades au delà de six mois ne sera autorisé qu'après rapport explicatif du médecin directeur.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Les impôts des cliniques et établissements médicaux.

56. — M. Mistral, député, expose à M. le ministre des finances que les cliniques et établissements médicaux étant, par une récente décision de la cour de cassation, classés dans les professions commerciales, deviennent, de ce fait, passibles de la taxe sur le chiffre d'affaires, et demande si, pour l'établissement de celui-ci, les soins purement médicaux (opérations et accessoires) doivent être confondus avec le logement et la nourriture ou si, au contraire, le contribuable peut être exonéré pour le produit de sa profession libérale et doit seulement déclarer le chiffre d'affaires résultant du logement et ses accessoires, ajoutant que la même question se pose pour l'établissement des déclarations du cédulaire. (*Question du* 19 *juin* 1924.)

Réponse. — Il résulte de l'arrêt de la cour de cassation auquel il est fait allusion que les exploitants de cliniques et établissements médicaux doivent être assujettis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour l'ensemble des bénéfices qu'ils retirent de leur exploitation sans qu'il y ait à distinguer entre la part de ces bénéfices afférente aux soins médicaux donnés aux malades et celle provenant des fournitures faites soit aux malades eux-mêmes, soit aux autres personnes reçues dans l'établissement. Par voie de conséquence, la taxe du chiffre d'affaires est également exigible sur la totalité des affaires réalisées. (*J. O.*, 1er et 2 septembre 1924.)

N. D. L. R. — Il y a lieu de faire toutes réser-

ves sur la réponse ministérielle qui précède. Le Conseil d'Etat étant saisi de la question, *ad huc sub judice lis est.*

Les médecins propharmaciens et l'immatriculation au registre du commerce.

749. — M. Delthil, député, demande à M. le ministre de l'intérieur pourquoi certains préfets exigent des médecins-pharmaciens que leurs mémoires de fournitures de médicaments aux assistés portent leurs numéros d'immatriculation au registre du commerce, étant donné que ces médecins ne sont pas commerçants. (*Question du* 31 *juillet* 1924.)

Réponse. — Cette question demande un examen en accord avec MM. les ministres des finances et du commerce ; il s'agit là, en effet, bien plus d'une question de taxes commerciales rentrant, par conséquent, plus spécialement dans les attributions de ces ministres, que d'une question d'exercice de la médecine et de la pharmacie. La réponse au fond sera donnée dans le plus court délai possible.

(*J. O.*, 22 août 1924).

N. D. L. R. — Il ne nous semble pas possible que la réponse définitive qui sera donnée d'accord par les trois ministres, ne reconnaisse pas que le propharmacien, n'étant pas commerçant n'est pas tenu de se faire immatriculer au registre du commerce.

Nous ne manquerons pas de publier cette réponse.

L'application de l'interdiction de l'emploi de la céruse.

350. — M. Vincent Auriol, député, expose à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales que la loi du 29 juillet 1909 a interdit l'emploi de la céruse ; que les dispositions de cette loi ont été incorporées dans le code du travail ; que si, pendant les années de guerre, l'emploi de la céruse fut toléré exceptionnellement, il importe que les dispositions du code du travail concernant l'emploi de la céruse dans les peintures en bâtiments soient aujourd'hui appliquées strictement, et demande au ministre de prescrire un contrôle sévère des inspecteurs du travail dans tous les chantiers de travaux de peinture en bâtiment avec application des pénalités prévues par la loi pour assurer la protection de la santé des ouvriers. (*Question du* 3 *juillet* 1924.)

Réponse. — Le service de l'inspection du travail s'attache, d'une manière constante, à faire appliquer les dispositions de l'article 79 du livre II du code du travail qui interdit l'emploi de la céruse, de l'huile de lin plombifère et de tout

produit spécialisé contenant de la céruse « dans tous les travaux de peinture, de quelque nature qu'ils soient, exécutés par les ouvriers peintres, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des bâtiments ». Des instructions ont été adressées, d'ailleurs, à diverses reprises, au service pour appeler son attention sur l'intérêt de poursuivre l'application des dispositions votées par le législateur en vue de protéger les ouvriers peintres en bâtiment contre le risque d'intoxication saturnine. De nombreuses chambres syndicales d'entrepreneurs de peinture collaborent elles-mêmes à l'application de ces dispositions en invitant leurs adhérents à s'y soumettre. En outre, un projet de loi actuellement à l'étude, rendra encore plus étendue l'interdiction d'emploi de la céruse telle qu'elle résulte de l'article 79 précité. La statistique des maladies professionnelles déclarées en vertu de la loi du 25 octobre 1919 montre d'ailleurs que les cas de saturnisme déclarés chez les ouvriers peintres en bâtiment sont très peu nombreux : 41 cas en 1922, 41 en 1923. On est d'ailleurs en droit de supposer qu'un certain nombre de ces cas sont dus, non à l'emploi de la céruse, mais au grattage des peintures anciennes faites à la céruse.

(*J. O.*, 28 août 1924.)

VARIÉTÉS

Une épidémie à Paris en 1414

Aux mois de février et mars 1414, une épidémie de coqueluche, croit-on, sévit à Paris avec la plus grande violence. *Voici ce qu'en dit le journal* d'un bourgeois de Paris 1405-1449.

Hein, en icelluy temps, chantoient les petiz enfans au soir en allant au vin ou a la moustarde tous communément :

Votre C. n. a la toux commère
Votre C. n. a la toux, la toux.

Li advint par le plaisir Dieu que ung mauvais air corrompu chut sur le monde, que plus de cent mil personnes à Paris mit en tel estat qu'ilz perdirent le boire et le menger, le repouser, et avoient tres forte fievre deux trois foys le jour et especialement toutes foys qu'ilz mengeoient et leur sembloient toutes choses quelxconques ameres et tres mauvaises et puantes, touzjours trembloient ou qu'ilz fussent. Et avecques ce ce qui pis estoit, on perdoit tout le povoir de son corps que on n'osoit toucher a soy nulle part que ce futs, tant estoient grevez ceulx qui de ce mal estoient attains et dura bien sans cesser trois sepmaines ou plus et commencea a bon escient a l'entrée du moys de mars, oudit air et

le nommait on le fai ou le horion. Et ceulx qui point n'en avoient ou qui en estoient gueriz, disoient par esbattement : En as tu ? par ma foy tu as chante,

Votre C. n. a la toux commère.

Car, avec tout le mal devant dit, on avoit la toux si fort et la rume et l'enroueure, que l'on ne chantoit qui nen fust de haultes messes a Paris. Mais sur tous les maulx, la toux estoit si cruelle a tous jour et nuyt, que aucuns hommes par la force de toussir furent rompus par les genitoires toute leur vie ; et aucunes femmes qui estoient grosses, qui n'estoient pas à terme oient leurs enfans sans compaignie de personnes, par force de tousser, qu'il convenoit mourir a grant martire et mere et enfant. Et quant ce venait sur la garison, ilz gectoient grant foison sane bete par la bouche et par le nez et par dessoulz, qui moult les esbahissoit et néanmoins personne n'en mouroit ; mais a peine en povoit personne estre guery, car depuis que l'apetiz de menger fut aux personnes revenu si fut il plus de six semaines après, avant que l'on feust guery, ne fisissien nul ne savoir dire quel mal c'estoit. »

Jean Juvenal des Ursins dit que cette maladie fut déterminée pas un vent merveilleux, puant et tout plein de froidures.

Comme dans les grandes calamités, le chapitre de Notre-Dame ordonna des processions pour le 20 mars 1414.

Les plaidoiries furent suspendues du 1er mars au 19. Nous en trouvons la mention dans le journal de Nicolas de Bayle, greffier du Parlement de Paris (1400-1417).

Voici ce qu'il nous dit :

« Ce dit jour, n'a point este, ne n'avoit aucun advocat ne procureur, ne partie au moult po par le palaiz pour une moult griefve maladie qui generanment couroit par Paris, par laquelle la teste et tous membres doloient et souffroit en moult fort reume. Et entre les autres moymesme ne dormi de toute ceste nuil ne ne me finiz soustenir de la doleur de la teste, des reims, des costes, du ventre, des bras, espaules et gembes et me grieve sans mesure la secheresse qui par especial est revenue a ma complexion. »

D'après les relations de cette épidémie, il me semble qu'il s'agit plutôt d'une grippe avec toux quinteuse que d'une coqueluche. La rapidité de la propagation, les phénomènes observés cadrent plutôt avec les symptômes connus de cette affection. En tous cas, l'épidémie dut être d'une violence toute particulière, pour que cent mille personnes en fussent victimes, chiffre considérable pour la population parisienne de cette époque.

Dr M. VIMONT.

Quarante-sixième année — N° 38 — 21 Septembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2166-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr CARTE, de Paris, la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — *Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.*

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Paris.
Berck Plage. Bouquier Tridon.
Cancale. Bazin.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 429. — Ds jol. val. Chevreuse, clim. salubre, rep. abs. Auberge St-Pierre, pens, dep. 25 fr. par jour. Elect. ch. cent. eau cour. chaude et froide, bains.

N° 430. — Gr. prop. pr. gare Le Raincy, lib. de suite, bonne constr. sur sous-sol, trois étag., tout conf. mod, 20 p., 3 perr. gr. pièces, gar., gr. arbr., potag. 3000 mq. 290.000 fr. conviend. pr. clin. sanat. mais. de santé S'adr. Dupa, 58, av. de Clichy, Paris, le matin.

N° 431. — Ing. chim. éc. Lyon, 29 a, connais. physiol. ch. sit. labor. anal. recherches méd. Pourrait s'intéresser financ.

N° 432. — Spécialiste O.R.L., 18 a. de prat. achèter. client. import.

N° 433. — Méd. ay. nomb. relat. méd. Côte d'Azur, Prov. ch. pr. nièce instruite, distinguée, vis. méd. pr prod. pharm. faciliterait son introduct. et accueil. près nomb. conf.

N° 434. — Dr gynéc. prend. dans sa villa, Centre Midi, en pens. femmes enceint. ou fatiguées, 20 fr. par jour, 300 fr. accouch. Surveill. et soins méd.

N° 435. — Conf. dés. acq. client. demi-rep, banl. Paris.

N° 436. — A vend. cycle-car Benjamin 1923, 4 cyl. carr. luxe, march. parf. Dr Triau, Mur-de-Sologne (Loir-et-Cher).

N° 437. — A céd. contrat. cabr. Citroen livr. imméd. Dr P. Bordes, Les Aubiers (Deux-Sèvres).

CORRESPONDANCE

2246. — Rang des assurances de responsabilité professionnelle

Etant inscrit au « Sou Médical », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fournir les renseignements suivants :

1° L'assurance contre les risques professionnels est bien portée à 100.000 ?

2° Avant que cette assurance ne donne la garantie de 100.000, je m'étais assuré pour la somme de 80.000, ce qui portait ma garantie à 100.000 avec les 20.000 que m'assurait le « Sou Médical ». Si ce dernier m'assure pour 100.000 que devient ma police de l'autre assurance ? Dois-je la résilier ou m'assure-t-elle toujours 80.000 en plus de 100.000, ce qui porte le total de ma garantie à 180.000 ? Au cas où je resterais assuré à l'assurance, dois-je faire modifier ma police ?

Dr N.

Réponse.

1° C'est à 50.000 fr., sans augmentation de la cotisation, qu'a été portée, à compter du 1er janvier 1924, la garantie de la responsabilité professionnelle par le « Sou Médical ».

2° Votre assurance à l'autre Compagnie ayant été contractée alors que vous étiez garanti par le « Sou » à concurrence de 20.000 fr., continue à vous garantir complémentairement aux 20.000 fr. du « Sou », à concurrence de 80.000 fr. et les 30.000 de garantie complémentaire du « Sou » viennent à la suite des 100.000 déjà garantis avant le 1er janvier 1924, de sorte que vous êtes actuellement assuré pour 130.000 fr., sans qu'il soit nécessaire de faire modifier votre police.

A propros des soins aux gendarmes.

Un peu en retard, ma confidence, puisque c'est de 1922-23, mais je crois de mon devoir de vous la faire :

Or donc, sans m'en apercevoir, je perds la plaque numéro de l'avant de mon auto.

Un pandore-néophyte, blanc-bec et sans poil au menton, qui, d'ailleurs, n'avait jamais été créé que pour les malandrins, me dresse, *au vol*, une contravention à *E*. Là, il est commandé, il fait l'acquit de sa conscience. Bravo. Pandore ! c'est un rude guerrier. Pourtant, à l'heure indiquée, j'aurais pu prouver que j'étais avec ma femme, en auto, à *C. à quatre kilomètres de là.*

Je tente une démarche auprès du « marchis », un brave homme qui en fut très affecté, en sachant *que je soignais à l'œil, tous les porte-bottes depuis* 25 *ans* : démarche pour me plaindre — *sans plus* — que la délicatesse ne m'eût pas été réservée de me prendre sur le fait, pour me le faire reconnaître : le marchis, honnête homme, regrets, etc.

Je le prie d'informer leur Colonel, que je donne ma démission de « médecin imbécile », de non rétribué de toute la pandorerie.

J'envoie même une lettre au Colon à R. J'attends la réponse et les remerciements (il est vrai que je ne suis qu'à 3 ficelles : médecin major, 2e classe territoriale). . Rien ne m'est jamais venu depuis...

Si vous jugez utile de reproduire *in extenso* ma lettre pour la délivrance de co-naïfs de mon espèce, faites-le !

Dr D.

Taxe de séjour

Plusieurs de nos correspondants nous demandent de signaler, comme nous l'avons fait pour les stations balnéaires, thermales et climatiques qui exemptent de la taxe de séjour les médecins et les membres de leur famille, celles qui, par contre, ne font pas bénéficier le corps médical de cette exemption.

Pour commencer nous avons à indiquer les stations suivantes :

Berck-Plage ; Saint-Quay-Portrieux.

2214. — L'insolation peut être un accident du travail

Le 18 juillet, j'ai été appelé à donner mes soins à un ouvrier frappé d'insolation sur son chantier J'ai délivré un certificat à la Cie. L'ouvrier, guéri, a envoyé à son patron le certificat de guérison.

Comme vous pourrez vous en rendre compte par la lettre que je vous envoie, la Cie refuse le sinistre.

Ne vous semble-t-il pas que la Cie est dans l'erreur ? Il me semble avoir lu dans un numéro du *Concours* que « l'insolation était bel et bien un accident du travail ».

Veuillez donc, je vous prie, éclairer ma religion sur ce point-là, afin que je puisse renseigner exactement l'ouvrier sur ses droits.

Dr C.

Réponse.

L'insolation constitue un accident du travail

quand elle a été aggravée ou provoquée par le travail imposé à la victime.

Une jurisprudence importante s'est prononcée en ce sens, notamment : Tribunal civil, de Troyes, 12 décembre 1900. — Trib. de Wassy, 20 février 1901. — Cour de Bordeaux, 30 avril 1901. — Cour de Paris, 5 juillet 1901 et 24 janvier 1902. — Cour de Cassation, Chambre civile, 10 décembre1902 et Chambre des Requêtes, 15 juin 1903, 2 mars 1904, 8 juin 1904 (Décisions rapportées dans le Recueil du Ministère du Travail).

Si l'ouvrier auquel vous avez donné vos soins a été exposé à l'insolation à cause de son travail, il est en droit d'exiger que le patron paye son demi-salaire et les frais médicaux.

2112. — Prorogation de bail.

1° Un bail de 18 ans signé en 1913 dont le titulaire a été mobilisé pendant cinq années, peut-il automatiquement être prolongé d'une durée égale à ce temps de mobilisation ?

2° Si le confrère vend son cabinet le successeur peut-il prétendre profiter de la prolongation ?

3° En est-il de même pour un loyer à usage commercial ?

Dr B.

Réponse.

Tout occupant de locaux à usage professionnel en vertu d'un bail d'avant-guerre non encore arrivé à expiration a droit, à la fin de son bail, à une prorogation égale à la durée de la guerre, c'est-à-dire, 5 ans et 83 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à l'échéance de cette période, sans toutefois que cette prorogation ait pour effet de prolonger le bail au-delà de quinze années après la cessation des hostilités.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, le bail prendra fin au cours de l'année 1931 et son titulaire aura droit à une prorogation jusqu'au 1er janvier 1935.

La prorogation devra être demandée au propriétaire par exploit d'huissier *trois mois au moins* avant l'expiration du bail. Pendant la durée de la prorogation, le locataire devra supporter les augmentations fixées par la loi du 31 mars 1922, soit : 5 % du loyer d'avant-guerre, plus l'augmentation des impôts et des charges par rapport aux années qui ont précédé la guerre

Le droit de demander la prorogation comme le droit de profiter de la prorogation acquise sont accessibles au même titre que le droit au bail lui-même ; si donc le titulaire du bail cède son cabinet, l'acquéreur pourra demander la prorogation comme son vendeur aurait pu le faire lui-même.

2155 — Accident du travail. Etat antérieur.

Un de mes clients est victime d'un accident du travail dans une usine, le 11 mars dernier : chute d'une barre de fer sur le pied. Petite plaie contuse sur la face dorsale du pied. Je note sur mon certificat de constatation que cette plaie siège au niveau de veines dilatées, variqueuses et que de ce fait la guérison pourra être retardée. Celle-ci n'a lieu, en effet, que le 22 avril.

Le 14 juin, le même client se présente à ma consultation et me dit que, le même jour, en sortant des water de l'usine il s'est heurté le pied contre la porte et s'est blessé au niveau de la cicatrice, suite de son accident de mars. Je constate en effet, une petite plaie exactement au même endroit que précédemment, sans aucun des caractères de l'ulcère variqueux, mais toujours au niveau des varices et je rédige mon certificat en conséquence. Ce n'est que le 24 juin (10 jours après) que le patron se décide à me faire remettre le billet d'accident et c'est seulement à cette date qu'il fait sa déclaration à la mairie. Dans les premiers jours de juillet, la Cie d'assurances envoie le blessé auprès d'un chirurgien de F.., pour contre-visite. Je sais que ce chirurgien a, comme moi, rejeté l'hypothèse d'ulcère variqueux primitif et a conclu à une lésion traumatique. Le 25 juillet, la Cie d'assurances écrit au blessé qu'après examen de sa déclaration et de celles des témoins, elle ne considère pas qu'il s'agisse d'un accident au travail et que le blessé ne devra pas compter recevoir son demi-salaire. Elle s'offre à lui payer son voyage à Fontainebleau pour visite au chirurgien.

Que doit faire le blessé ? S'incliner ou bien aller en justice de paix. Evidemment les circonstances de l'accident n'ont pas permis aux témoins cités par l'ouvrier « de voir » l'accident. Ils n'ont pu qu'affirmer qu'en sortant des water l'ouvrier s'est plaint de s'être blessé. La déclaration, faite 10 jours après par le patron, ne semble-t-elle pas être une reconnaissance de l'accident ?

Le blessé est actuellement guéri. Jusqu'à présent, la Cie d'assurances ne m'a rien fait savoir, mais il est probable que si elle refuse le 1/2 salaire du blessé, elle refusera le paiement de mes honoraires. Que devrai-je faire dans ce cas ?

Dr H.

Réponse

Il est de jurisprudence qu'il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur du blessé pour l'attribution des indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail. Dù moment que vous avez constaté que les lésions qui se sont produites au cours du travail ont une origine traumatique et ne sont pas dues à l'évolution de la maladie dont pouvait être atteint antérieurement le blessé, il s'agit bien d'un accident du travail.

Puisque l'assurance refuse de reconnaître l'accident, l'ouvrier sera contraint, pour toucher son

demi-salaire, de citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident. En cette matière, toute action introduite soit devant le juge de paix, soit devant toute autre juridiction par l'ouvrier ou ses ayants droit (notamment l'action du médecin en paiement de ses honoraires) est exempte des frais de timbre et d'enregistrement. Votre blessé ne risque donc pas grand chose à introduire sa demande.

La déclaration d'accident faite par le patron ne constitue pas une reconnaissance de l'accident du travail.

Quant à vos honoraires, il serait peut-être préférable que vous attendiez l'issue de la procédure engagée par l'ouvrier pour présenter votre note à l'assurance, car si le juge de paix décidait qu'il n'y a pas accident du travail, il est fort probable que l'assurance refuserait de vous payer, alors que, dans le cas contraire, elle vous paierait probablement à l'amiable.

2255. — Admission d'un tuberculeux de guerre dans un sanatorium.

Quelle est la marche à suivre pour envoyer dans une maison de santé « sanatorium » un réformé de guerre n° 1, pour tuberculose pulmonaire. A qui s'adresser ? Et quelles sont les pièces à fournir ?

D P.

Réponse.

Aux termes de l'article 21 du décret du 25 octobre 1922, complété par le décret du 8 juillet 1924, quand un malade de guerre demande à être traité dans un sanatorium, le bulletin de visite extrait du carnet, spécifiant la nature de l'affection et désignant l'établissement public ou privé choisi par le malade, est adressé à la Commission de contrôle, qui examine si la demande est fondée, tant au point de vue de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums que de l'article 64 de la loi des pensions. Lorsque la demande est reconnue fondée, la Commission saisit le préfet, qui procède aux formalités d'admission.

Quand un malade demande à être traité, soit dans un établissement privé, soit dans un hôpital public autre que celui de sa résidence, il convient de joindre au bulletin de visite adressé à la Commission de contrôle, une déclaration par laquelle l'établissement en cause accepte de recevoir le malade.

2030. — Impôt cédulaire. Calcul. Réclamations.

Je viens de recevoir une feuille d'impôts sur le revenu se montant à 340 francs, basée sur un revenu de 10.300 francs.

Or, voici la déclaration que j'avais faite (2e année depuis mon installation).

Revenu 18.000 francs.

A déduire :

Impôts (patente, foncier)............... 900

Dépenses professionnelles............... 1.700
(1/2 loyer, 1/2 bonne, livres, médicaments, etc.)

Frais d'automobiles (pneus, essence, impôts professionnels, etc.).................. 6.000

Amortissement de *mes frais d'installation* (auto, mobilier, instruments)............. 6.250
25.000 à amortir en 4 ans.

Somme toute on ne m'a déduit que les 1.700 fr. de frais professionnels, en plus des 6.000 fr. réglementaires.

Quels sont mes droits réels ?

D[r] Z.

Réponse.

Le contrôleur a ramené le montant de vos dépenses professionnelles à :

$$\frac{340 \text{ fr.} \times 100}{7{,}2} = 4.722 \text{ fr.}$$

Si vous estimez cette évaluation insuffisante et si vous êtes en mesure de justifier les chiffres que vous nous soumettez, présentez vos observations :

1° Soit au contrôleur dans le mois suivant celui de la publication du rôle. La pétition sera rédigée sur papier libre.

2° Soit au préfet ou au sous-préfet dans les trois mois suivant celui de la publication du rôle. La pétition sera rédigée sur timbre.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2085. — *Taxe sur les locaux d'habitation* et taxe sur les locaux professionnels

Je vous adresse deux feuilles de contributions (taxes municipales) l'une que je reçois à l'instant, l'autre de 1922, identique à celle de 1923.

Pourriez-vous, sinon m'expliquer la différence entre 84 francs et 224, au moins me dire s'il est juste que ces deux taxes d'habitation et de locaux professionnels soient calculées *toutes deux sur la totalité* du loyer comme cela existe sur la feuille ci-jointe ?

Si je puis protester, que dois-je faire ?

D[r] L.

Réponse.

L'avertissement relatif à l'année 1924, comprend à la fois la taxe sur les locaux d'habitation et la taxe sur la valeur locative des locaux professionnels.

Chacune de ces taxes a été calculée sur une valeur locative de 2.800 francs. Si, comme vous nous le dites, les 2.800 francs représenten t à la fois la valeur locative de votre habitation et celle

du local professionnel, il y a lieu de réclamer auprès du contrôleur.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2124. — Plaie de lèvre.

Mardi 12 août, un ouvrier m'est amené à 19,30, à la suite d'une chute d'un toit, la tête ayant porté sur une tuile se trouvant sur le sol ; la lèvre supérieure a été écrasée et fendue en 2 lambeaux *séparés complètement, jusque dans l'intérieur de la narine gauche.* Anesthésie de chaque lambeau par une ampoule de novocaïne, suture de la narine et sutures des 2 lambeaux de la lèvre qui ont été rapprochés autant qu'il a été possible (la lèvre est encore très tuméfiée après 10 jours). Le lendemain matin, injection de sérum antitétanique et pansements journaliers.

Est-ce que cette opération compte comme plaie contuse *superficielle* ? Donc alors 40 francs, comme prix du tarif Breton.

Dr M.

Réponse.

Je ne pense pas que vous puissiez compter une plaie de lèvre, autrement que plaie superficielle. La discussion ne pourrait avoir lieu qu'entre une « réunion par sutures multiples : 25 francs » et « régularisation, épluchage, etc. : 40 francs ». Et, vu l'explication que vous me donnez de la lésion et de l'intervention, je serais d'avis de compter : épluchage.

F. D.

II

2205. — 1° Déplacement du médecin. 2° Déplacement du blessé, etc.

Un blessé habite hors la commune de M., à 12 kilomètres de celle-ci.

A quelle indemnité de déplacement ai-je droit et quel est le prix de la visite ?

Le médecin le plus rapproché de cette localité est à 3 k. 500 du blessé, mais il est sur le territoire de M. Si je compte l'indemnité prévue par la loi, c'est 7 francs qui me sont dus pour un trajet de 24 kilomètres (à partir de la mairie de M.) qui demande avec la visite, en comptant 1/4 d'heure de marche lorsqu'on quitte l'auto, deux heures environ à cause de la circulation intensive sur la route nationale de Lyon.

(*Voir la suite page XLVII-2213*)

PROPOS DU JOUR

A REBOURS

ou la lutte officielle contre la tuberculose.
Troublante question : Cette lutte est-elle réellement efficace ?

« La vérité scientifique est toujours relative et provisoire ; mais elle a une base solide, le sens commun. Pour éviter l'erreur, autant qu'il est possible, il faut obéir au sens clinique, branche du bon sens en général. »

Cette phrase lapidaire que devraient bien méditer nos savants phtisiologues officiels, est empruntée à un livre du Pr Raoul Brunon, de Rouen, sur les *Causes, prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire* (*maladie évitable et curable*). Dans cet ouvrage remarquable où, avec une courageuse franchise, M. Brunon ose dire tout haut ce que beaucoup de médecins, et non des moindres, pensent sans oser le proclamer, l'éminent clinicien rouennais prétend que la lutte contre la contagion que l'on pratique actuellement ne donne aucun résultat. Pour lui, la cause première, le bacille, joue dans l'évolution de la maladie un rôle secondaire. Ce qui permet à la tuberculose d'évoluer chez les individus qui sont contaminés dès l'enfance, et chez lesquels il peut survenir un réveil du bacille de Koch qui sommeille chez eux depuis des années, ce sont l'insalubrité du logement, l'insuffisance alimentaire, les conditions vicieuses du travail, les intoxications chroniques telles que l'alcoolisme, etc.

Comme M. R. Brunon nous pouvons affirmer que :

Ce n'est pas en s'attaquant au bacille contre lequel on ne peut rien ou plutôt peu de chose, que l'on fera reculer le péril tuberculeux en tant que maladie sociale. C'est en améliorant les conditions générales de l'existence, en commençant par l'habitation, que l'on viendra à bout de la tuberculose, comme d'ailleurs de la plupart des maladies transmissibles.

En passant en revue les efforts coûteux, faits à peu près inutilement en France, pour lutter contre la tuberculose, nous ne pouvons nous empêcher de constater que cette lutte a été menée *à rebours* par des hommes évidemment très savants, mais dont l'esprit était faussé par les études mêmes qu'ils avaient entreprises. Limitant systématiquement leurs conceptions de lutte contre la tuberculose à l'horizon borné de leurs laboratoires et de leurs salles d'hôpital, ces hommes sont restés en marge de la Société, en dehors de la vie urbaine et rurale. Sortes de moines laïques, ils ont élaboré des systèmes étroits dans leurs cloîtres scientifiques, et promulgué des dogmes. La vie laborieuse de certains d'entre eux, les prédications fanatiques de quelques autres sans parler de l'outrecuidance de quelques habiles, qui osent se dire les seuls détenteurs de la vérité, en ont imposé aux Pouvoirs publics et à la foule de ceux qui n'ont pas l'habitude de réfléchir ou qui n'osent critiquer.

Aujourd'hui cependant, la vérité vraie commence à se faire jour, et petit à petit, les nuages qui cachaient les mystères se dissipent.

Nous avons récemment parcouru de nouveau le livre du regretté professeur Renon sur les *maladies populaires*, où sont recueillies les leçons qu'il fit comme agrégé à la Faculté de médecine de Paris, il y a plus de vingt ans. Nous avons relu les intéressants chapitres très documentés sur le *Péril tuberculeux* et nous avons constaté avec tristesse qu'en *vingt ans*, aucun progrès réel n'a été réalisé, aucun résultat utile n'a été obtenu.

Si l'on renouvelait le referendum fait par Helme en 1904 dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, referendum auquel répondirent sept cents médecins praticiens, le septicisme, sur l'utilité des moyens mis en œuvre, serait encore l'opinion de la très grande majorité, et le découragement serait la manifestation inévitable des hommes sincères parmi les autres.

Cet échec de la lutte officielle contre la tuberculose, que l'on n'ose pas encore avouer, transpire un peu partout. Le public s'en rend compte. On en arrive parfois, tout au moins en province, à ne plus pouvoir peupler les établissements que l'on a organisés à grands frais, établissements qui cependant peuvent rendre de réels services et dont le nombre est infime en comparaison des sujets qui pourraient y être admis. Certains de ces établissements (nous ne parlons pas du Kerpaps légendaire) sont moralement abandonnés et offrent au visiteur qui y arrive à l'improviste, un tableau de désordre et de mauvais entretien qui jure avec la destination qu'on a prétendu leur donner.

Un peu partout dans le corps médical et dans

la presse médicale, nous voyons une réaction se dessiner. L'on n'ose pas condamner, avec la netteté du Pr Brunon, l'armement moderne de la lutte antituberculeuse qui, évidemment, peut avoir son utilité, mais on le relègue au second plan, c'est-à-dire à sa véritable place (1).

En voici un exemple frappant, que nous choisissons parmi plusieurs autres.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* (22 et 24 avril 1924) M. le Dr Louis Desclaux, médecin des prisons de Nantes et membre du Conseil central d'hygiène de la Loire-Inférieure, a publié un intéressant travail intitulé : *La surmortalité dans un département français*. Après avoir examiné les causes de la mortalité dans les divers milieux urbains et ruraux du département de la Loire-Inférieure, notre distingué confrère écrit le passage suivant, qui reflète exactement l'opinion de tous les praticiens :

« Les conditions qui régissent le développement de la tuberculose dans la population urbaine et rurale sont l'alcoolisme et la mauvaise alimentation.

« Toutefois, le logement insalubre et le surpeuplement du logis sont des facteurs encore plus intensifs de bacillose.

« La contamination se fait par le logement insalubre et infecté.

« En ville, on s'occupe un peu de l'insalubrité et de l'infection des logements (1) ; on ne s'en occupe pas à la campagne.

« C'est la cause principale de la persistance de la tuberculose dans les communes rurales où la plupart des habitations n'ont pas les réserves d'air et de lumière indispensables. Les plafonds sont bas, les fenêtres étroites, l'ensoleillement défectueux et la désinfection des locaux rarement pratiquée. On pourrait penser que les habitants de la campagne, vivant à l'air et à la lumière, devraient être préservés de la tuberculose. Mais une grande part de leur existence se passe dans l'air confiné de leurs demeures, où la lumière pénètre d'une façon tout à fait insuffisante.

« Au Congrès de la tuberculose, à Strasbourg, cet été, l'ensemble de l'organisation de la lutte antituberculeuse fut envisagé de la manière suivante :

« Au sommet, les spécialistes officiels et leurs assistants. Au-dessous, la cohorte nombreuse des infirmières visiteuses qui, après de brèves études, ont été déclarées aptes au dépistage comme au recrutement des tuberculeux, enfin, lesdits tuberculeux, sans lesquels ne sauraient fonctionner les dispensaires, les préventoriums et les sanatoriums, ni subsister leur personnel de médecins fonctionnaires spécialisés, de radiologistes spécialisés.

« Tout en rendant hommage à l'armement moderne de la lutte antituberculeuse et en reconnaissant l'utilité du dispensaire, du préventorium et du sanatorium, je crois que la prophylaxie la plus efficace consiste à prévenir le mal.

« Or, les grands facteurs de tuberculisation sont le surpeuplement, l'encombrement, la raréfaction de l'air et de la lumière solaire, la persistance de l'infection dans les maisons, et même dans les villages contaminés par les malades, l'alcoolisme.

« La meilleure preuve, c'est que le principal agent thérapeutique de la tuberculose consiste dans l'aérothérapie. C'est précisément l'air dispensé sous forme d'aération continue, et aussi la lumière solaire, qui constituent aujourd'hui le traitement local de la tuberculose pulmonaire confirmée et des ostéoarthrites tuberculeuses.

« La solution logique consisterait à mettre d'abord l'individu sain dans les conditions d'hygiène où, malade, il serait placé pour guérir.

« En réalité, il faut lutter contre l'alcoolisme qui est l'antichambre de la tuberculose, et faire disparaître le taudis qui en est le propagateur.

« Sans nier l'utilité d'organisations qui peuvent souvent intervenir efficacement quand l'infection est déjà réalisée, il est certainement préférable de prévenir le mal et de supprimer les deux grands facteurs de tuberculose : le logement insalubre et l'alcoolisme.

A notre humble avis, les hommes politiques qui se sont institués, sans études préalables suffisantes, les protagonistes de la lutte anti-tuberculeuse, conseillés par les savants phtisiologues, hypnotisés par l'exemple de l'Allemagne, ont tout simplement mis la charrue devant les bœufs et mené la lutte à *rebours*.

Nous ne disons pas que les dispensaires antituberculeux soient inutiles, que les préventoriums, les sanatoriums ne servent à rien, mais nous affirmons que tout cet outillage coûteux ne pourra donner un résultat *social* appréciable, que, si au préalable, l'on est parvenu à améliorer suffisamment les conditions générales de l'existence et en premier lieu de l'habitation.

Sans doute, il est utile d'arracher les enfants de tuberculeux au taudis familial et d'envoyer le tuberculeux au début de sa maladie faire une cure d'air et de repos au sanatorium. Mais à quoi servent ces mesures si, après quelques mois de préventorium ou de sanatorium, l'enfant et le tuberculeux regagnent leurs demeures malsaines, s'alimentent de nouveau insuffisamment, si l'ouvrier qui revient du sanatorium avec les apparences de la guérison, retourne

(1) Une récente communication à l'Académie de médecine de MM. le Pr Nobécourt et Boulanger-Pilet sur l'étiologie de la tuberculose chez les enfants qui fait ressortir le rôle prépondération de l'insalubrité et de l'insuffisance de l'habitation, vient encore à l'appui des idées que nous émettons si elles avaient besoin d'être démontrées.

travailler dans l'atelier malsain et reprend en en sortant, chez le marchand de vin, ses habitudes alcooliques ?

Un peu tardivement, nos édiles parisiens paraissent s'apercevoir qu'il y a intérêt à s'occuper activement de la question du logement, évidemment plus intéressante que les Jeux Olympiques et leur somptueuse piscine. On parle d'un emprunt de 300 millions pour construire à Paris des habitations à loyers modérés, on n'ose plus dire à bon marché. Si dès le lendemain de la guerre, l'on avait fait ce que l'on projette aujourd'hui, la crise des loyers, si angoissante pour tant de gens et si dangereuse pour la paix sociale, aurait été fortement atténuée. Des familles entières que la tuberculose a décimées, seraient robustes et saines. On aurait pu alors, avec quelques chances de succès, organiser les dispensaires d'hygiène sociale, créer des préventoriums et des sanatoriums, car l'on aurait pu recevoir dans des logis sains les personnes qui auraient bénéficié d'un séjour dans ces établissements et leur éviter la déception d'une rechute presque inévitable quelques mois après leur retour. Nous ne parlerions pas ainsi, si nous n'avions constaté nous-même de nombreux exemples de rechute quelques mois après la sortie du sanatorium. Est-il bien certain que nombre de malades, sortis de ces établissements, n'aient pas été au bout de peu de temps perdus de vue et qu'ils ne comptent pas tous parmi les cas de guérison dans les statistiques officielles ?

***

Nous avions écrit cet article quand nous avons reçu le dernier numéro du *Médecin syndicaliste* où notre ami, le Dr Quivy, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, relate deux citations de travaux étrangers sur la lutte contre la tuberculose. La première est un rapport présenté au *XIXe Congrès annuel de l'Association nationale contre la tuberculose* par R. J. Dublin, statisticien de la *Metropolitan Life Assurances Company of New-York*, rapport analysé par le *Bulletin de la statistique générale de France de juin* 1924. M. Dublin, qui examine avec soin les statistiques de la mortalité tuberculeuse en Amérique et en Angleterre dans différents milieux, constate que l'*abaissement de cette mortalité, dans ces vingt dernières années, est indépendant de la campagne antituberculeuse et doit être rapporté à l'amélioration du bien-être général de la population.*

D'autre part, l'hygiéniste néerlandais, S. P. Riétema, dans un article du *Nederland Tijlschrift voor Geneeskunde* du 31 mars 1923, analysé dans le *Bulletin de l'Office national d'hygiène publique du 7 juillet* 1923, considère les mesures antituberculeuses comme superflues et les dispensaires comme inutiles. Si, depuis 1895, le péril tuberculeux diminue dans les Pays-Bas, ce n'est pas à la suite de telle ou telle institution de lutte, ni du développement des sanatoriums, cela tient à la période de bien être exceptionnel, traversée par ces pays depuis cette époque. Après la guerre mondiale, les conditions de logement et surtout d'alimentation étant devenus plus mauvaises, l'on a assisté à une recrudescence de la maladie. Riétema conclut par cette loi : *La mortalité par la tuberculose reflète le degré de bien-être dans une région.*

Riétema est convaincu de l'inutilité de l'armement antituberculeux actuel. A l'appui de sa conviction, il met en parallèle deux villes où la mortalité tuberculeuse a notablement baissé : Groningue et Haarlem.

Groningue n'a fait aucun effort important contre la tuberculose. Elle n'a pas de dispensaires antituberculeux, elle n'a pas non plus de Comités locaux de défense. Haarlem, depuis 1904, est dotée de toutes les institutions antituberculeuses devenues classiques. Or, à Haarlem, la mortalité tuberculeuse a baissé de 13 %, et à Groningue, l'abaissement est de 15 %.

Riétema cite d'autres exemples tout aussi troublants, et nous nous contenterons de répéter avec le Dr Quivy : Nous serions curieux de savoir ce qu'en pensent nos *savants* tuberculologues.

Tout cela ne veut pas dire que les Offices d'hygiène sociale soient inutiles, mais ils ne rendront de réels services que, lorsque se libérant de la conception actuelle de spécialisation à outrance, ils abandonneront la lutte exclusive contre une maladie pour s'occuper de l'amélioration, des conditions de l'existence en général et de l'habitation en particulier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA FIÈVRE TYPHOIDE DU NOURRISSON

Par R. TURQUETY,

Chef de Clinique de la Faculté.

La fièvre typhoïde de la première enfance n'a pas une histoire ancienne. Bouchut mettait en doute son existence, et c'est seulement en 1840 que parurent les deux observations de Charcellay qui semblent bien en représenter la première publication. Un peu plus tard, Rilliet et Barthez, (1853) ayant observé plusieurs fois la fièvre typhoïde chez des enfants de moins de deux ans, font une étude anatomo-clinique de la maladie à cet âge.

Le premier travail important et complet sur cette affection au cours de la première enfance paraît en 1882, sous la signature de Cadet de Gassicourt, dans son Traité clinique des maladies de l'enfance.

La découverte de la séro-agglutination par Widal en 1897 allait permettre de vérifier avec certitude l'hypothèse d'une fièvre typhoïde et de donner, au diagnostic souvent imprécis de fièvre typhoïde chez le nourrisson, la base de certitude qui lui manquait.

Mieux connue dans ses symptômes, confirmée par le laboratoire, la fièvre typhoïde se révélait, tant en France qu'à l'étranger, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusque-là, comme en témoignent les nombreuses observations qui en ont été publiées ces dernières années.

Citons entre autres les cas particulièrement nombreux signalés à Alger par le Pr CRESPIN et ses élèves, Mme SARACINO et Mlle ATHIAS (1915-1917). La dothiénentérie leur a semblé, du moins dans le milieu où ils observaient, assez fréquente, pour légitimer le titre qu'a donné à sa thèse Mlle Athias : « *Le démembrement de la gastro-entérite* ».

« Beaucoup de médecins ne savent pas encore assez que la fièvre typhoïde est une maladie de tous les âges, et qu'elle peut attaquer même les plus jeunes enfants, ou plutôt, s'ils le savent théoriquement, ils l'oublient dans la pratique et ils hésitent devant leur propre pensée, uniquement parce qu'ils sont en présence d'un enfant au berceau. Bien des fois j'ai été appelé en consultation par des confrères fort instruits pour cet unique motif et quand je leur faisais remarquer que tous les signes de la maladie étaient évidents : « Sans doute, me répondaient-ils, mais l'enfant est si jeune ! Je n'osais pas y croire ».

Ainsi s'exprimait Cadet de Gassicourt, voici quarante ans ; tiendrait-il aujourd'hui un autre langage ? Il est permis d'en douter.

Il est bien rare en effet que, dans la première enfance, la dothiénentérie ait un tableau clinique vraiment caractéristique. Le diagnostic d'impression la fera rarement reconnaître ; seule, l'analyse serrée des symptômes permettra de la dépister.

L'imprécision du tableau clinique, la sévérité du pronostic, les risques de contage pour l'entourage familial et domestique justifient, nous semble-t-il, le rappel des connaissances acquises sur ce point.

Allure clinique de la typhoïde du nourrisson. — Nous conserverons la division classique de la maladie en ses 3 périodes bien que, à vrai dire, elles soient moins distinctes ici qu'elles ne le sont chez l'adulte et le grand enfant.

Début. Le médecin est rarement appelé à l'observer. Les signes nerveux, si caractéristiques, du début de la maladie, passent inaperçus chez un nourrisson, et la température à oscillations ascendantes reste insoupçonnée de l'entourage tant qu'elle n'a pas retenti gravement sur l'état général.

Les troubles digestifs sont en général les premiers à attirer l'attention, diarrhée rebelle, jaunâtre, d'abondance variable. Souvent en même temps, on observe de l'anorexie et des vomissements. La toux n'est pas rare. L'enfant est agité ou, au contraire, abattu.

Le plus souvent, ce n'est qu'à la fin de cette période, parce que la fièvre et la diarrhée ont résisté à la diète instituée par l'entourage, que le médecin est appelé à voir l'enfant. Aussi, pour beaucoup d'auteurs, la période du début est-elle notablement écourtée : en deux ou trois jours, dit-on, la fièvre s'élève pour atteindre son maximum.

Période d'état. La température se maintient

en plateau, avec de faibles oscillations, autour de 39 ou de 40°. Le pouls rapide et régulier n'offre ni le dicrotisme ni la discordance classiques, l'enfant est en général abattu et apathique. La langue, dont nous verrons toute l'importance pour le diagnostic, est souvent sèche. Quand elle reste humide, elle se recouvre d'un enduit blanchâtre qui ménage un triangle rouge à la pointe et un liseré rouge sur les bords. Le ventre est météorisé, la rate est perceptible ; on observe de la constipation ou de la diarrhée. Quant aux taches rosées, elles sont très inconstantes et, quand elles existent, leur nombre est discret.

Les signes pulmonaires font rarement défaut, râles secs et râles humides de bronchite disséminés, mais prédominant aux bases. Cette période dure de cinq à huit jours.

Période de déclin. La courbe de température garde à cette période le caractère atypique qu'elle a présenté jusqu'ici. Si quelquefois on observe des oscillations progressivement décroissantes, plus souvent la température tombe de 40 à 37 en deux ou trois grandes oscillations. Les éléments de la crise de défervescence, et particulièrement la polyurie, existent bien chez le nourrisson, mais sont d'une constatation plus difficile chez lui que chez le grand enfant.

Durée. Sa tendance en général, bien qu'il soit difficile de préciser le début de la maladie, est d'évoluer plus rapidement que chez l'adulte ; en moins de trois semaines par conséquent.

Terminaison. L'âge de l'enfant constitue un élément de pronostic très important ; c'est surtout chez les enfants de moins d'un an qu'est justifiée la gravité du pronostic reconnu par les auteurs à la fièvre typhoïde du nourrisson. La mort est due en général à des complications dont la broncho-pneumonie est la plus fréquente. Souvent aussi, c'est un syndrome cholériformee qui met fin à l'affection en cours.

La mort subite n'est pas exceptionnelle ; on l'observe non pas dans la convalescence comme il est signalé au cours de la fièvre typhoïde de l'adulte, mais en pleine période d'état ou de déclin. Il est généralement impossible d'en préciser la cause. Dans un cas cependant, le Pr Crépin et Mlle Athias ont constaté l'existence d'une hémorragie dans une surrénale.

Le pourcentage de mortalité varie, selon les auteurs, de 50 à 75 %. Le pronostic est d'autant plus sombre que l'enfant est plus jeune.

Complications. Les complications intestinales, hémorragies et perforations, sont exceptionnelles chez le nourrisson. Les complications les plus communes sont les broncho-pneumonies, la diarrhée cholériforme et, plus rarement, l'entérite dysentériforme. On a constaté plusieurs fois une méningite aiguë à Eberth ou à para B, le laryngo et le pneumotyphus.

Rechutes. — Leur fréquence est un des caractères de la fièvre typhoïde du nourrisson : il n'est pas rare d'en observer plusieurs. C'est là un fait intéressant, car on peut penser avec le Pr Carnot que c'est un signe de non-vaccination d'un organisme jeune vis-à-vis de l'agent infectant ; peut-être encore faut-il incriminer la brièveté de la première atteinte.

Analyse des symptômes. — Le caractère fruste que revêt souvent dans la première enfance cette affection nous autorise à mettre en évidence certains éléments plus particulièrement caractéristiques du tableau clinique.

Température. C'est, à n'en pas douter, le maître-symptôme de l'affection. La courbe thermique, même en admettant qu'elle soit abrégée au début et à la fin de la maladie, est dans l'ensemble superposable à celle de l'adulte. En tout cas, la persistance de cette fièvre au cours d'une diarrhée d'un nourrisson doit immédiatement éveiller l'attention et donner à penser qu'il ne s'agit pas là d'une diarrhée banale.

La langue. Ses modifications ont, pour le Pr Marfan, une grande importance, qu'il s'agisse d'une langue sèche ou d'une langue recouverte d'un enduit blanchâtre avec pointe et bords rouges. Les ulcérations de Duguet ne semblent pas s'observer chez le nourrisson.

Diarrhée. C'est un symptôme inconstant, souvent remplacé par la constipation. Quand la diarrhée existe, elle se traduit par des selles d'aspect très variable. Quelquefois ce sont les selles « jus de melon » caractéristiques, plus souvent les selles sont muqueuses, muco-grumeleuses, glaireuses ou même aqueuses. En tout cas, on notera, comme un appoint utile au diagnostic, le fait que la diète hydrique, même prolongée, n'améliore pas l'aspect des selles.

Rate. Elle est en général hypertrophiée, ce que l'on constatera non pas par la percussion, mauvais moyen d'exploration chez le nourrisson, mais par la palpation selon la technique conseillée par le Pr Marfan. La main est appliquée bien à plat sur le côté gauche du thorax du petit malade, l'extrémité des doigts légèrement recourbés dépassant un peu le rebord costal, on déprime doucement la paroi abdominale et on perçoit le pôle inférieur de la rate hypertrophiée qui vient se placer de lui-même au contact des doigts et les repousse au moment de l'ampliation thoracique. Sans doute l'hypertrophie de la rate s'observe-t-elle chez le nourrisson au cours de plusieurs états pathologiques (syphilis, tuberculose, paludisme, kala-azar, anémie splénomégalique) mais sa constatation chez un

enfant qui présente une température persistante et de la diarrhée est un signe de première valeur pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Taches rosées lenticulaires. Signe pathognomonique, mais ne s'observant que dans un quart à peine des cas. On ne saurait donc attendre leur apparition pour poser le diagnostic de la maladie.

Epistaxis. Elles sont tout à fait exceptionnelles chez les enfants de moins de trois ans.

Formes cliniques. — *Forme gastro-intestinale.* — C'est la forme la plus typique : la fièvre et la diarrhée en sont les symptômes majeurs ; il s'y joint de l'anorexie et des vomissements. Le Pr Marfan insiste sur la gravité de cette forme chez les très jeunes enfants ; son aboutissant serait fréquemment un syndrome cholériforme secondaire.

Forme pseudo-méningitique. — La prédominance des signes méningés masque le reste du tableau clinique. Céphalée, raideur de la nuque, Kernig, troubles oculo-pupillaires justifient la pratique d'une ponction lombaire. Celle-ci ramène un liquide hypertendu, limpide, avec une albuminose et une lymphocytose discrètes. Il s'agit en général d'une réaction méningée simple. Exceptionnellement la ponction lombaire a montré l'existence d'une méningite aiguë suppurée à bacille d'Eberth. La forme pseudo-méningitique est une forme très sévère, aboutissant le plus souvent, pour Nobécourt, au collapsus en une douzaine de jours.

Forme pseudo-tuberculeuse. Enfant débile, amaigri, avec micropolyadénie, grosse rate, fièvre continue. Le diagnostic s'oriente vers une tuberculose en voie de généralisation. La cuti-réaction à la tuberculine sera ici d'un précieux secours.

Forme broncho-pulmonaire. C'est une forme clinique que revêt fréquemment, vers le dixième ou le quinzième jour de son évolution, la fièvre typhoïde du nourrisson. L'étendue des foyers broncho-pulmonaires, l'irrégularité de la courbe modifiée par l'apparition de nouveaux foyers, attirent tout d'abord l'attention. La splénomégalie est mise sur le compte d'une infection pulmonaire prolongée et la diarrhée est considérée comme une diarrhée secondaire.

Les *formes atténuées* et les *formes abortives* sont considérées comme rares dans la première enfance. Peut-être une plus large pratique du séro-diagnostic au cours des états étiquetés gastro-entérites du nourrisson en démontrerait-elle la plus grande fréquence.

Forme exanthématique. Cette forme clinique, fréquente dans la deuxième enfance, est exceptionnelle chez le nourrisson.

Diagnostic. — Toute fièvre continue du nourrisson qui ne s'accompagne pas d'une localisation nettement prédominante doit faire songer à une fièvre typhoïde. Il y a des signes de valeur à peu près constants : la fièvre continue à courbe spéciale, la splénomégalie, l'aspect de la langue, l'abattement et souvent la diarrhée. La constatation de ce syndrome épargnera les confusions faciles à commettre avec toute une série d'affections fréquentes chez le nourrisson.

Les diarrhées. La diarrhée commune, même chez l'enfant au biberon, n'affecte pas l'état général, sauf à la longue ; elle ne s'accompagne pas de phénomènes toxiques et, caractère fondamental, n'est pas fébrile, si l'on excepte la discrète et fugace élévation thermique qui en marque souvent le début. Cette règle est si précise que quand un nourrisson présente, avec de la diarrhée, une température persistante, si on ne trouve pas pour justifier celle-ci une affection aiguë : angine, rhino-pharyngite ou foyer pulmonaire, on doit de suit eenvisager l'éventualité d'une fièvre typhoïde.

La diarrhée cholériforme s'accompagne d'un état général immédiatement grave, mais parfaitement caractéristique : début brusque, signes d'intoxication et de déshydratation, facies grisâtre, plombé, yeux excavés, persistance du pli cutané abdominal, fontanelle déprimée, petitesse ou disparition du pouls radial, respiration accélérée et profonde, souvent vomissements marc de café, selles liquides. Ajoutons que la rate n'est pas augmentée de volume, et que la fièvre du début fait place plus ou moins rapidement à l'hypothermie.

La diarrhée dysentériforme est rare chez le très jeune enfant. On ne l'observe guère qu'au moment du sevrage, elle est caractérisée par l'aspect très particulier des selles, très fréquentes, glaireuses et striées de sang les douleurs abdominales et le ténesme.

Le Pr Marfan a parfois observé qu'un syndrome cholériforme ou dysentériforme vint compliquer la fièvre typhoïde dans la première enfance.

Broncho-pneumonie. La broncho-pneumonie primitive ne prête guère à confusion avec la typhoïde, malgré la diarrhée secondaire et l'intumescence possible de la rate. L'erreur de diagnostic viendra bien plutôt d'une broncho-pneumonie développée au cours d'une typhoïde et masquant l'affection primitive.

Quant à la pneumonie franche, elle est tellement rare chez le nourrisson qu'elle ne peut guère de ce fait embarrasser le diagnostic. Il y aurait bien dans ce cas le plateau thermique qui pourrait prêter à confusion, mais la constatation du foyer et l'absence des signes de la série typhique permettront de la reconnaître. Il n'y aura

de réelle difficulté qu'au cas où les signes de foyer seraient retardés dans leur apparition, comme il a été signalé chez le nourrisson.

Grippe. Elle réalise parfois dans la première enfance un syndrome complexe avec localisation pulmonaires et intestinale. En dehors de la notion d'épidémicité, le diagnostic clinique peut rester en suspens : le séro-diagnostic s'impose.

Méningite. Dans sa forme pseudo-méningée, la typhoïde est facilement méconnue et l'examen le plus consciencieux conduit au diagnostic de méningite aiguë.

La ponction lombaire résoudra le problème. Si le liquide est clair et sans réaction, il faut penser à la typhoïde et vérifier cette hypothèse.

Maladies aiguës sans localisation. La tuberculose miliaire aiguë généralisée avec splénomégalie prête au doute. La cuti-réaction à la tuberculine viendra trancher le diagnostic : comme l'ont montré les recherches de H. Lemaire et Turquety, elle reste positive à la période de généralisation tuberculeuse et elle conserve pour le diagnostic de la granulie toute la valeur qu'on lui reconnaît à la période d'état de la tuberculose. Exceptionnellement dans certaines conditions de milieu et de climat, le diagnostic pourra se poser avec le paludisme, la fièvre de Malte, le typhus exanthématique.

Quant aux septicémies à germes divers, outre leur rareté dans la première enfance, elles ont pour elles leur soudaineté, leur évolution suraiguë et rapidement mortelle. Elles sont le plus souvent un épisode au cours d'une affection préexistante.

La difficulté de diagnostiquer une fièvre typhoïde chez le nourrisson justifie chez lui, plus encore que chez l'adulte, la nécessité de recourir aux procédés de laboratoire.

La pratique de l'*hémoculture* rencontre chez le nourrisson de sérieux obstacles. Elle exige des veines facilement accessibles qu'on ne trouve pas chez le jeune enfant. On pourra quelquefois ponctionner la jugulaire externe, mais le seul vaisseau veineux réellement utilisable est le sinus longitudinal supérieur accessible par la grande fontanelle. La technique de cette ponction est simple mais soulève toutefois dans la pratique certaines difficultés. Enfin, et surtout, l'hémoculture n'est efficace qu'au début de la maladie et bien souvent, le médecin n'est appelé à voir le malade qu'à la période d'état.

Pour toutes ces raisons, le procédé de choix reste le *séro-diagnostic.* Il présente quelques particularités dans la première enfance. Il semble, malgré quelques opinions contradictoires, que la séro-réaction apparaisse souvent un peu plus tardivement que chez l'adulte (Marfan).

Il ne paraît pas, par contre, que le taux de l'agglutination, quoiqu'on en ait dit, soit moins élevé que chez l'adulte. Il est courant d'observer des agglutinations au 1/100e, au 1/200e et plus.

Traitement. Prophylaxie. — Le traitement doit satisfaire à trois indications : le régime alimentaire, la thérapeutique de l'infection, les précautions contre les complications secondaires. L'alimentation doit être surveillée. Eviter à la fois une alimentation insuffisante, et une suralimentation qui exagèrerait les signes fonctionnels, en particulier la diarrhée. Dans ce dernier cas, il serait bon d'instituer une diète hydrique de 24 à 48 heures.

On luttera contre la température par la balnéation : bains à 35 degrés, jamais à moins de 32 degrés, bains de dix minutes donnés toutes les trois heures, chaque fois que la température de l'enfant atteint ou dépasse 39 degrés.

Pas de bains froids à cause du collapsus qu'ils pourraient provoquer. L'application permanente de glace sur le ventre constitue un procédé peu pratique chez le nourrisson. Si les phénomènes de dépression sont très marqués, le Pr Marfan conseille les injections d'huile éthérée camphrée :

Camphre	0 gr. 50
Ether sulfurique.......	2 cc.
Huile d'olive stérilisée.	8 cc.

Suivant l'âge, 1/4, 1/2 à 1 centimètre cube, une à trois fois par jour.

Ou encore :

Citrate de caféine.....	0 gr. 20
Eau distillée stérilisée..	20 cc.

Un centimètre cube par jour, en injection hypodermique, qui correspond à 1 centigramme. L'urotropine, antiseptique des voies biliaires et urinaires, peut être donnée à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 par jour.

S'abstenir des antithermiques qui provoquent parfois chez le nourrisson des crises d'hypothermie dangereuses.

On ne négligera pas l'hygiène des premières voies : fréquents lavages de la bouche, instillations 2 fois par jour dans les narines d'huile eucalyptolèée au 1/50.

Vaccinothérapie. La discussion, qui n'est pas encore close, touchant les résultats de la vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde des adultes et des grands enfants, nous empêche de préciser quel appoint cette thérapeutique peut apporter au traitement de la fièvre typhoïde chez le nourrisson. Les résultats publiés nous invitent à beaucoup de prudence vis-à-vis d'un moyen qui n'a pas encore fait ses preuves. Disons seulement que les très jeunes enfants supportent en général fort bien les vaccins qui, chez eux, ne provoquent que de minimes réactions. Mais, d'autre part, étant donné le rôle capital joué

◆◆◆

dans cette maladie du nourrisson par les infections secondaires, on ne peut que se montrer réservé sur l'efficacité d'une vaccinothérapie exclusivement anti-typhique.

Enfin, on se rappellera que le nourrisson typhique constitue pour son entourage un danger de contagion bien plus redoutable que l'adulte, la manipulation de l'enfant et des langes souillés risquant à tout instant de disséminer l'infection autour de lui.

DE LA MIGRAINE

Par le Dr G. Didsbury,

Ancien interne prov. des Hôpitaux,
Oto-rhino-laryngologiste du dispensaire Pereire.

(*Suite*)

Période actuelle. De tous les travaux et études dont nous venons d'esquisser un résumé (1), il n'est résulté *aucun* traitement systématique victorieux s'attaquant à la cause immédiate de la migraine. Chaque sujet s'administrait le médicament qui lui réussissait le plus communément, et subissait avec résignation son inéluctable paroxysme après s'être soumis avec zèle à différents régimes alimentaires (en réalité sous-alimentaires) et s'être infligé les privations les plus variées.

Le tout, sans la moindre illusion de succès, même temporaire. La migraine était réputée incurable, de même que son congénère le rhume des foins.

Depuis quarante années, nous étions nous-même victime de la migraine, et depuis ce même temps, nous avions mesuré le néant de toute thérapeutique, jusqu'au jour ou un masseur suédois, Berg, élève de Norström, explorant avec ses doigts, notre ligne courbe occipitale (juin 1906) mit en évidence la névrite des nerfs occipitaux et celle d'autres nerfs (nerf d'Arnold, branches du plexus cervical, branches superficielles du trijumeau, etc.), en provoquant par une légère pression une douleur très vive sur les points d'émergence de ces nerfs. De ce jour, nous pourrions dire de cette minute, naquit notre guérison anatomique et fonctionnelle, et avec la nôtre, celle de beaucoup de malades que nous avons fait traiter par Berg ou traités nous-même.

Nous devons ajouter qu'à cette époque, des sourires de parfait scepticisme accueillaient cette notion de migraine, maladie locale et superficielle, se rattachant à la cellulite sous-cutanée, que l'exploration la plus simple et la plus facile mettait en évidence au niveau des parties du corps ordinairement dépouillées de vêtements. C'était trop élémentaire, trop simple pour être intéressant ; le traitement était rapide : avec quelques quarts d'heure de manœuvres locales, les adolescents étaient guéris à jamais, les adultes exigeaient quelques demi-heures ; les vieux migraineux, au bout de trente et quarante ans de souffrances, avaient besoin d'un traitement d'une durée équivalente en heures à la durée d'une *seule* migraine.

Il semblait, à tort, que la science pure n'avait rien à faire avec ces résultats manifestes.

Au bout d'années de travail et de pratique de traitement de la migraine M. le Dr Caussade nous autorisait à faire à l'Hôtel-Dieu, le 7 juillet 1920, une conférence sur la question, après avoir amené dans le service et soumis à l'examen de tous les assistants un certain nombre de migraineux guéris et nous lui en avons une grande reconnaissance.

Dans cette conférence, nous disions que parmi les céphalées chroniques, il y en avait une qui avait un caractère qui la distinguait des autres, c'était l'unilatéralité (d'où son nom mais beaucoup en avaient oublié le sens, car on avait coutume d'appeler migraine n'importe quelle céphalée), et que si on cherchait systématiquement le trajet de tous les nerfs superficiels de sensibilité générale du crâne, du cou et de la face, y compris le sympathique cervical, on les trouvait non seulement perceptibles au toucher, mais encore extrêmement douloureux même à un effleurement, et au point qu'une migraine de plusieurs heures de durée pouvait être déclanchée instantanément chez tous les sujets habituellement migraineux.

Cette constatation, séculaire d'ailleurs, amenait comme conclusion que le traitement était celui de la névrite superficielle et que le meilleur traitement était l'élongation sous-cutanée par manœuvres externes en répudiant le terme massage manifes tement impropre en la circonstance (in *Progerèsmédical*, no 40, 1920).

Quelle ne fut pas notre joie scientifique de lire, un mois après, dans la *Presse Médicale* du 7 août 1920 un article de Janowskyi, professeur agrégé à Varsovie intitulé « Sur les névralgies de la tête et leur traitement par l'écrasement

(1) Voir *Concours médical*, no 37 du 14 septembre.

des points douloureux ». C'était la répétition en d'autres termes de la conférence précitée, par un auteur qui, depuis trente ans, avait traité plus de cinq cents migraineux par l'élongation sous-cutanée de nerfs chroniquement douloureux, élongation qu'il appelait écrasement : d'ailleurs, l'auteur établissait formellement l'analogie entre ses manœuvres chez les migraineux et l'élongation du sciatique en cas de névralgie.

Spécifions encore toute la pensée de Ganowski: Après avoir éliminé toutes sortes de cause de céphalées, telles que celles provoquées « par les « affections des oreilles, des sinus frontaux, « nasaux, sphénoïdaux, maxillaires, les pulpi- « tes dentaires et quelques affections des yeux, « le glaucome en particulier. » L'auteur ajoute : « Il existe néanmoins une cause de céphalée qui « n'attire pas l'attention autant qu'elle le mérite, « je veux parler des névralgies du nerf trijumeau « et occipital. Le but de cet article est de mon- « trer le rôle que jouent fréquemment ces névral- « gies dans l'étiologie des maux de tête et d'atti- « rer l'attention sur leur mode *très simple* de « traitement. »

Ces constatations de névrites superficielles éclairent, me semble-t-il, d'autres conceptions de la migraine, notamment les recherches sur la pathogénie de la crise de migraine par Ph. Pagniez et Nast (*Presse médicale*, 28 avril 1920 et faisant suite à un autre travail : Ph. Pagniez, Pasteur-Valléry-Radot et A. Nast : « L'essai d'une thérapeutique préventive de certaines migraines, » (*Presse Médicale*, 3 avril 1919), où les auteurs cherchaient à prévenir la crise par l'administration d'un cachet de 0,50 de peptone avant l'ingestion de l'aliment incriminé (le chocolat en l'espèce) ; ils faisaient cette réflexion : « Tout revient « à dire qu'il y a dans la migraine deux choses : « la migraine en puissance et la migraine en « acte.... »

Or, la migraine en puissance, c'est le sujet porteur de ces névrites chroniques dont nous avons parlé et l'excitation du pneumo-gastrique par un aliment indigeste pour le sujet, le met en état de sympathicotonie, puisque le pneumo-gastrique est à bon droit considéré comme para-sympathique, d'où la suite de ses réactions sur le trijumeau et autres nerfs sensitifs. Les auteurs n'ont pas recherché sur leur sujet en expérimentation si c'était toujours du même côté que la migraine éclatait : s'ils l'avaient cherché et si la migraine était bien d'un même côté, ils auraient constaté que c'était bien de ce côté-là que les nerfs superficiels auraient été le plus douloureux en nombre comme en intensité. D'ailleurs, comment comprendre qu'un phénomène d'*ordre général* comme la variation de la leucocytose digestive puisse se manifester par une poussée névralgique *unilatérale* ? C'est l'éternelle objection que nous opposons aux « chimistes ». C'est encore cette même objection que nous ferions aux recherches de MM. Bouché et Hustin, agrégés de l'Université de Bruxelles, travail cité par Ph. Pagniez : « De quelques traitements de la migraine » (*Presse Médicale*, 15 janvier 1921). Ces auteurs considèrent « qu'en « injectant en série à un migraineux de petites « doses de sérum de cheval ou de crotaline et « en produisant ainsi des phénomènes de choc, « on a chance d'influencer par ceux-ci la sensi- « bilité de l'organisme vis-à-vis des substances, « d'origine exogène ou endogène, qui jouent « le rôle d'antigène et sont la cause immédiate « des crises de migraine ». Ces auteurs méconnaissaient complètement les névrites superficielles chroniques dont leurs sujets étaient porteurs, car, sans cette raison anatomique, ils n'auraient pas été migraineux.

Aussi, nous avouons ne rien comprendre à ce qu'il est dit par Auerbach dans son livre (« Le mal de tête » traduit en 1913 par M. Françon (d'Aix-les-Bains), et cité par Ph. Pagniez (*ibid.*), où il est relaté une forme de céphalée dans laquelle la palpation faite en dehors des accès permet de reconnaître l'existence de noyaux de cellulite dans les muscles (!) et les aponévroses !)) de la nuque. La cellulite dépend, d'abord, du tissu cellulaire sous-cutané, les muscles pouvant présenter des noyaux de myosite ; et ensuite ce n'est pas la cellulite qui est douloureuse par elle-même, mais bien les nerfs qui y sont inclus ou qui en sont comprimés ; aussi, qu'il me soit permis de penser que, si, dans cette hémicrânie typique, l'auteur ne trouve jamais de points douloureux dans ces régions, c'est qu'il aura mal cherché ou bien que ses malades n'étaient pas des migraineux. Depuis des années que nous traitons des migraineux, jamais nous n'avons trouvé de ces malades qui n'avaient pas de nerfs douloureux sous la peau (crâne, nuque, face), et dont la présence constituait la cause *immédiate* de la migraine.

Quant aux causes qui ont provoqué la constitution de ces névrites chroniques infantiles, qu'il nous soit permis de ne pas nous en occuper dans ce travail : il serait trop facile d'invoquer l'hérédité, la goutte, le rhumatisme, l'arthritisme. On conviendra que ces explications méritent tout d'abord d'être expliquées elles-mêmes.

Nous sommes loin d'être seul d'ailleurs, en soutenant que la pathogénie est d'origine nerveuse pure, en prenant le qualificatif nerveux dans son sens anatomique, et pas dans le sens imaginatif, puisque, à la séance de l'Académie de médecine du 28 décembre 1920, deux auteurs, MM. Rémond (de Metz), et Rouzaud, présentaient les résultats d'une longue étude. Bien qu'ils y vissent un phénomène critique qui traduisait une intoxication (c'est justement l'intoxication que nous ne voyons pas), ils disaient que

ce phénomène, surtout caractérisé par la douleur intéressait « presque exclusivement le système nerveux et notamment le système sympathique et vaso-moteur ». C'est exactement notre pensée.

J. Comby (in *Archives des maladies des enfants* 1921 XXIV-4), consacre un important article à la migraine chez les enfants. Il considère que « la plupart des ouvrages consacrés à la pathologie infantile la passent sous silence ». Or, la migraine est aussi infantile que la rougeole, la coqueluche ou les convulsions, à tel point que ce début infantile est un élément des plus précis de diagnostic, et comme corollaire, on ne la voit guère débuter plus tard qu'à l'âge de vingt ans (statistiques de Louis Dubois). Voilà donc une notion essentielle, passée sous silence par tous les classiques jusqu'en 1921 !

Non seulement infantile, disons-nous, mais encore de la première enfance (Comby) à deux mois, un an, deux ans, mais plus généralement apparaît-elle vers sept à huit ans. Le diagnostic devient manifeste avec l'établissement de la puberté, et chez les filles, les difficultés de la menstruation se signalent par de nombreuses et cruelles crises. Toujours, d'après Comby, les migraines infantiles peuvent durer un, deux et même plusieurs jours : si on remarque qu'avec la céphalée, les vomissements, la photophobie, le besoin de silence et d'osbcurité, le tableau de la méningite apparaît nettement, nous nous demandons ce qu'il faut penser des méningites *qui guérissent* !

Toutes les hypothèses sont bonnes puisqu'il n'y a plus de traces morbides quand l'accès migraineux est passé.

Nous pensons que les méningites dont on guérit sont tout simplement des migraines : de plus, la ponction lombaire dans la migraine ne révèle rien et pour cause, puisque l'affection est périphérique et non pas centrale. Comby ne recherchant pour la migraine aucune lésion locale et superficielle ne recommande qu'une thérapeutique symptomatique, mais son travail est de haute valeur puisqu'il prévoit un diagnostic différentiel avec d'autres céphalées de l'enfance dont, la céphalée de croissance est la plus importante, et qu'elle spécifie très nettement le début infantile de la migraine.

Avant de passer aux études qui se font de nos jours sur la migraine, nous devons signaler que, en plus des travaux de Norström, dont le premier en date sur la question est de 1885, suivi d'un autre travail du même auteur complétant le premier ; en 1904, d'autres travaux les ont reproduits et confirmées, et, sans avoir la prétention de les signaler tous, citons notamment le Dr Georges Berne, dans un livre sur le massage (1894), et encore Francis Wetterwald (1910), dans son Manuel pratique de kinesithérapie, fort volume où la question de la migraine est amplement traitée avec de nombreux dessins où sont figurées les émergences des nerfs douloureux.

On va voir qu'en 1923, certains auteurs semblent découvrir de nouveau tous ces très anciens faits et que d'autres semblent les ignorer totalement, ou tout, au moins, paraissent vouloir n'en tenir aucun compte. *(A suivre.)*

CLINIQUE CHIRURGICALE

Goitre cervical

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Bien que, par suite de la proximité de la région pyrénéenne, nous devrions voir dans nos services chirurgicaux de nombreux malades atteints d'hypertrophie du corps thyroïde, ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons l'occasion d'intervenir chez des goitreux. Un tel fait tient assurément pour une grande part à l'indifférence des malades pour leur état, mais d'un autre côté, il tient également à la répugnance qu'éprouvent encore bien des médecins à conseiller en pareils cas une intervention : alors que tout praticien conseille une opération de hernie, il recule encore devant une thyroïdectomie qui, pourtant, étant données les redoutables complications qu'entraînent si fréquemment les goitres, me paraît présenter un caractère de nécessité beaucoup plus important.

Ne nous plaignons pas trop cependant : nous venons de voir un fort beau cas de goitre cervical, et devant les bons résultats que nous avons obtenus, nous pouvons espérer, grâce à la propagande que notre opéré nous a promis de faire, voir bientôt arriver dans nos salles de nombreux malades, pour nous confier à leur tour leur corps thyroïde. Attendons donc avec confiance ces jours heureux, et voyons un peu ce que notre sujet peut nous apprendre.

Le malade qui va quitter demain le nº 16 de notre salle St-Pierre pour rentrer chez lui, est un italien âgé de 32 ans, né dans un village des environs de Bergame où sévit l'endémie goitreuse, et habitant depuis plus d'un an l'Ariège, où il est occupé dans une usine. Ses antécédents héréditaires et consanguins ne présentent aucun

intérêt, car il n'y a jamais eu de goitreux dans sa famille ; lui-même, avant l'âge de 15 ans, n'avait jamais présenté de maladie importante et c'est à ce moment qu'il s'aperçut de l'apparition dans la région cervicale droite d'une petite grosseur, qui fut, bien entendu, complètement négligée, et qui augmenta très lentement, mais progressivement de volume. Une dizaine d'années plus tard, les mêmes phénomènes se reproduisaient du côté cervical gauche ; mais bien que son cou présentât une notable déformation, notre malade n'aurait jamais songé à venir nous trouver, si la tuméfaction cervicale n'avait pas subi, le mois dernier, un brusque accroissement de volume. Et comme cette augmentation de dimensions a coïncidé avec un changement de la tonalité de la voix, avec un peu de gêne de la respiration, et avec des accès de suffocations nocturnes, il s'est décidé à aller consulter un médecin qui, sans perdre un temps précieux à des médications impuissantes, lui conseilla à très juste titre de recourir à une intervention.

C'est ainsi que Quinto B. est entré dans notre service le 22 juillet, et vous avez pu vous rendre compte à son arrivée, qu'en examinant la région cervicale, on constatait dans la partie inférieure du cou, sur le côté droit, une grosse tuméfaction du volume d'une orange, qui s'étendait jusqu'au niveau de la ligne médiane. Du côté gauche, il existait également une deuxième tuméfaction, mais un peu moins volumineuse que la première. La peau qui les recouvrait était normale, les veines superficielles n'étaient que peu dilatées, et à la palpation des deux tumeurs où la fluctuation était facile à mettre en évidence, on ne sentait ni frémissements, ni battements vasculaires. Les deux tumeurs étaient dépressibles, mobiles dans le sens latéral, et point important pour le diagnostic, elles suivaient les mouvements du larynx lorsque le malade avalait une substance quelconque.

Il n'existait pas d'autre anomalie dans la région cervicale, en particulier, pas trace d'adénopathie ; l'état général du sujet était très bon, pas de température et pas d'amaigrissement. Les yeux ne présentaient pas d'exophtalmie, et les pupilles étaient normales ; pas non plus de signes de tachycardie. Tous les appareils fonctionnaient normalement, à l'exception de l'appareil respiratoire, dont les différents troubles, accès de suffocation, gêne de la respiration, et altération de la voix, étaient dus vraisemblablement à la compression du récurrent droit, ainsi qu'à la contracture des muscles sous-thyroïdiens comprimant la thyroïde hypertrophiée et la trachée.

Le diagnostic de l'affection devant laquelle nous nous trouvions en présence n'était pas difficile à poser : la tumeur, étant donné qu'elle suivait les mouvements d'ascension et de descente du larynx, ne pouvait être que thyroïdienne, et l'on ne pouvait songer ni à une tumeur cutanée, ni à une adénite cervicale profonde adhérente à la capsule thyroïdienne, ni à une tumeur congénitale du cou, ni enfin à un abcès par congestion. Quant à sa nature propre, il était évident qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne : un cancer aurait eu en effet une marche beaucoup plus rapide, et au lieu d'une tumeur kystique fluctuante, nous nous serions alors trouvés en présence d'une tumeur dure et ligneuse ; d'autre part, l'absence de toute affection médicale fébrile antérieure permettait d'éliminer l'idée p'une production chronique inflammatoire. En négligeant enfin l'hypothèse quasi exceptionnelle d'un cas de kyste hydatique, bien improbable par suite de la prise successive des deux lobes, c'est à l'idée d adénome kystique, de cysto-adénome thyroïdien qu'il convenait de s'arrêter. Il y avait vraisemblablement deux tumeurs liquides, l'une dans le lobe droit, l'autre dans le lobe gauche, la droite plus volumineuse et comprimant par suite la trachée et le récurrent.

Le diagnostic posé, il ne restait plus qu'à intervenir, ce qui eut lieu le 25 juillet, sous anesthésie générale à l'éther. Le malade étant couché sur le dos, et la tête en forte extension, j'ai pratiqué une incision en fer à cheval à concavité supérieure, embrassant toute la région. Puis, après la libération du lambeau cutané et l'hémostase de quelques petits vaisseaux, j'ai ouvert la gaine des sterno-cléido-mastoïdiens, et libéré leurs faces profondes. J'ai ensuite incisé au bistouri la lame musculaire sous-hyoïdienne, ce qui m'a fait apparaître sous les yeux la masse du corps thyroïde.

En passant l'index en arrière du lobe droit, j'ai pu très facilement parvenir à le soulever et à le tirer du côté opposé, afin de rechercher l'état de la thyroïdienne inférieure. Comme je ne sentais pas battre l'artère, j'ai jugé, ainsi que le recommande Pauchet, inutile une plus longue recherche, et je me suis mis à aborder la tumeur kystique en sectionnant la coque de tissu thyroïdien qui la recouvrait : j'ai amorcé alors avec la pointe des ciseaux fermés le plan de clivage, et commencé ainsi l'énucléation qui s'acheva aisément sans aucune espèce de difficulté.

J'ai ensuite procédé exactement de la même manière du côté gauche ; puis, après avoir posé quelques ligatures perdues, j'ai passé à travers les parois plusieurs fils de calgut afin de capitonner les deux lignes d'énucléation. Par prudence j'ai laissé au contact du lobe droit un faisceau de crins de Florence, et j'ai fermé la plaie cutanée avec des agrafes de Michel, après avoir reconstitué le plan musculaire sous-hyoïdien.

Les suites opératoires ont été parfaites ; notre opéré n'a pas eu la moindre élévation de tempé-

✦✦✦✦

rature, ni la moindre gêne respiratoire. Le faisceau de crins a été enlevé au bout de 48 heures, et les agrafes de Michel le septième jour ; la réunion a eu lieu par première intention, la région était souple, sans trace d'hématome ou d'induration ; aussi, notre opéré va-t-il pouvoir regagner l'Ariège douze jours après l'intervention.

L'histoire de notre malade peut se résumer en quelques mots : il s'est agi d'un homme présentant deux kystes thyroïdiens, contenant un liquide séreux, jaunâtre et filant, situés chacun dans un des deux lobes, dont l'énucléation fut extrêmement facile et ne fut suivie d'aucune complication.

Vous savez que les kystes thyroïdiens, qui ne sont autre chose que la résultante de la dilatation extrême des vésicules d'un goitre colloïde, constituent une des variétés les plus fréquentes des goitres, et à ce sujet, sans vouloir d'ailleurs entrer dans de bien grands détails, je me bornerai à vous rappeler que l'hypertrophie du corps thyroïde peut se présenter sous différentes formes, les unes diffuses comme dans le goitre charnu parenchymateux, et dans le goitre colloïde, les autres circonscrites comme dans l'adénome thyroïdien, le goitre fibreux et le goitre kystique. Je laisse de côté volontairement les goitres calcifiés, les goitres vasculaires, et les goitres métastatiques, qui ne sont pas de véritables formes primitives, mais proviennent d'altérations secondaires.

Ces différentes formes de goitre, qui peuvent d'ailleurs se développer en dehors du corps thyroïde normal, dans une glande accessoire, siègent en général dans la région cervicale où elles ont commencé à se développer et où elles produsisent des troubles de compression plus ou moins marqués ; mais elles peuvent également, et cela suivant les points qui leur ont donné naissance, présenter une évolution un peu différente. C'est ainsi que les goitres, nés de la région isthmique, tendent à se pédiculiser, et entrainés par leur poids, vont, suivant leur volume et suivant aussi les dimensions de l'orifice thoracique supérieur, soit glisser en avant du sternum, — ce sont alors les goitres pendulaires, — soit s'engager en arrière de lui, constituant ce que l'on désigne du nom de goitres rétrosternaux ou plongeants. Dans d'autres cas, lorsque le goitre prend naissance dans la portion corticale postéro-interne des lobes latéraux, il tend à s'insinuer en grossissant derrière les conduits aérien et digestif, dessinant ainsi un goitre rétro-viscéral ou rétro-pharyngo-œsophagien.

Vous devez aisément comprendre que, dans ces derniers cas, la situation n'est plus du tout comparable à celle que je vous exposais tout à l'heure ; qu'il s'agisse en effet d'un goitre plongeant, ou d'un goitre rétro-viscéral, les troubles de compression, de par la situation même de la tumeur thyroïdienne, deviennent beaucoup plus intenses et beaucoup plus graves, car ils risquent à chaque instant de déterminer des accidents asphyxiques mortels.

Assurément, on a vu des sujets porteurs de goitres parvenir à une vieillesse avancée, mais il faut que vous vous souveniez bien que cette maladie constitue une tare importante, à laquelle il convient de s'efforcer de remédier. En effet, en dehors des particularités anatomiques dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, et dont vous avez pu vous rendre compte de l'importance, tout goitre, même d'apparence la plus bénigne, peut à un moment donné entraîner de redoutables complications. C'est d'abord la transformation cancéreuse, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, comme il appert d'ailleurs des recherches de l'école de Lyon, et qui peut traduire son existence de différentes manières. Tantôt, c'est par la transformation clinique de la tumeur, qui augmente alors rapidement de volume, qui devient dure, ligneuse, adhérente aux organes voisins, présentant en somme l'allure d'un cancer indéniable ; dans d'autres cas, la tumeur goitreuse ne semble pas se modifier, mais à un moment donné, apparaissent dans divers organes, surtout dans le poumon ainsi que dans les os courts et plats, des tumeurs métastatiques. Je sais que l'on a beaucoup discuté sur la nature et la signification de ces productions de structure thyroïdienne, que l'on voyait soudainement apparaître en un point quelconque de l'économie ; pour ma part, je suis intimement convaincu qu'il s'agit de métastases au sens vrai du mot, et qu'elles ne sont que la résultante d'une embolie néoplasique : le goitre d'aspect si bénin a présenté en un point de son étendue une transformation cancéreuse des plus discrètes, mais dont quelques cellules, emportées par le torrent circulatoire, sont allées coloniser dans un organe quelconque et déterminer la production d'une tumeur, dont l'apparition aggrave singulièrement le pronostic de la lésion thyroïdienne.

En dehors de la transformation maligne, toujours à craindre, le goitre menace encore l'existence par la possibilité d'asphyxie trachéale et récurrentielle ; il entraîne à la longue des altérations du poumon et du cœur, il peut s'infecter et suppurer, d'où résultent des accidents douloureux et graves ; il peut enfin s'accompagner soit d'hypothyroïdie, soit d'hyperthyroïdie secondaire, aboutissant à la maladie de Basedow ou à la dégénérescence du myocarde.

Pour toutes ces différentes raisons, il convient donc de ne jamais négliger un goitre, de ne pas laisser survenir les complications irrémédiables, et de se hâter de lui appliquer un traitement approprié. Ce traitement devra varier suivant les différentes modalités goitreuses, et il importe

donc au plus haut point, et cela afin d'arriver d'emblée à un résultat satisfaisant, de savoir à quelle thérapeutique nous devrons avoir recours : radio et radiumthérapie, traitement médical et traitement chirurgical ont tous, en effet, leurs indications bien précises que l'on ne doit plus ignorer aujourd'hui.

Le traitement médical convient aux formes diffuses et charnues des sujets jeunes, ainsi qu'aux congestions thyroïdiennes des femmes à l'occasion de la puberté, de la grossesse, de l'accouchement et de la ménopause. Il échoue au contraire dans tous les cas de goitres nodulaires, qu'il faut toujours traiter chirurgicalement comme dans les cas de goitres endothoraciques ou rétroviscéraux, qui relèvent uniquement de la chirurgie. La thérapeutique médicale comprend l'opothérapie thyroïdienne, au moyen de la glande fraîche ou desséchée, de l'iodothyrine, surtout si la lésion s'accompagne d'insuffisance thyroïdienne, telles que migraines, douleurs rhumatoïdes, torpeur et dystrophies cutanées. Cette opothérapie, comme le dit fort bien Léon Bérard, pour être efficace, doit être patiente et lente. Elle n'est pas inoffensive, et l'on doit en surveiller de près l'application, car elle provoque parfois de l'éréthisme circulatoire et du basedowisme fruste, qui pourrait devenir dangereux.

La radio et la radiumthérapie, qui ont donné dans le goitre exophtalmique primitif des résultats très bons par leur rapidité, paraissent peu efficaces dans le goitre simple, surtout s'il a dépassé les premiers mois de son développement : il convient cependant de les utiliser dans les cas d'hyperthyroïdie au début, si l'apparition des petits signes oculaires fait redouter une transformation basedowienne.

Le traitement chirurgical devra être appliqué dans toutes les formes circonscrites, dans les cas où le traitement médical aura échoué. Je n'insisterai pas sur les méthodes chirurgicales anciennes telles que broiement sous-cutané, galvano-puncture, injections interstitielles, ligatures d'artères, incisions des kystes, dislocation du goitre et exothyropexie, qui ne sont plus usitées de nos jours et que je me borne à vous rappeler. Actuellement, deux méthodes sont seules utilisées, la thyroïdectomie partielle et l'énucléation intraglandulaire.

La thyroïdectomie partielle doit être réservée aux goitres diffus, aux goitres poly-nodulaires ne pouvant être séparés par décortication du reste du parenchyme thyroïdien, ainsi qu'aux goitres rétro-viscéraux.

L'opération consiste en une thyroïdectomie sous capsulaire sub totale : après la ligature et la section des artères thyroïdiennes inférieure et supérieure, on décolle la glande à la compresse, puis, vers le vosisinage de la trachée, on taille au bistouri dans la glande, pour laisser une lame de tissu thyroïdien au contact des organes profonds, récurrents et parathyroïdes, qu'il faut se garder de léser. Le fragment thyroïdien que l'on abandonne est d'autant plus petit ou volumineux que l'on doit attaquer ou non le lobe opposé ; il est évident que si l'hypertrophie est bilatérale, il convient d'abandonner une quantité de tissu plus importante.

L'énucléation intraglandulaire est l'opération que vous m'avez vu pratiquer ; c'est l'intervention de choix dans toutes les formes circonscrites, qu'il s'agisse d'un noyau adénomateux ou d'un kyste. La tumeur est placée dans le lobe thyroïdien comme un noyau dans une cerise : il suffit d'inciser capsule et tissu propre glandulaire pour arriver sur la paroi de la poche dont la coloration blanchâtre tranche sur celle de la glande. Il faut alors se bien garder de vider le kyste, mais on doit rechercher le plan de clivage qui permet de le séparer complètement du tissu resté sain. Il convient alors, surtout dans les cas où l'on n'a pas fait la ligature préalable de la thyroïdienne inférieure, de réaliser une hémostase soignée, si l'on veut éviter la production de petits hématomes qui peuvent être la source de multiples ennuis.

L'intervention que vous m'avez vu faire s'est effectuée très simplement, sans aucune complication opératoire ou post-opératoire ; il n'en est pas toujours de même malheureusement, et l'on peut voir survenir, soit au cours de l'opération, soit dans les jours qui la suivent, divers accidents, parfois extrêmement graves, et pouvant entraîner la mort. Je ne puis vous en parler aujourd'hui, cela m'entraînerait trop loin, c'est pourquoi je me réserve de traiter tout au long ce sujet dans une prochaine leçon.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rapports du sympathique et des glandes endocrines.

Il s'agit de quelques idées émises par le Pr LAIGNEL-LAVASTINE, pour diriger l'esprit des praticiens dans le diagnostic des syndromes sympathiques et endocriniens, et de quelques techniques faciles pour mettre en évidence les signes caractéristiques d'une perturbation endocrino-sympathique.

L'auteur appelle « orthosympathique » le grand sympathique par rapport au parasympathique, qui comprend, entre autres, les fibres viscérales du pneumogastrique et l'érecteur sacré.

Sans rappeler les rapports qui existent entre le sympathique et les glandes endocrines, aux points de vue morphologique et pathologique, tout le monde sait que, physiologiquement parlant, des excitations ou des sections déterminées du système nerveux central ou périphérique peuvent modifier certaines sécrétions internes, et que d'autre part, des variations produites dans ces sécrétions ou l'injection de leurs hormones modifient l'excitabilité du sympathique, avec élection tantôt sur l'ortho, tantôt sur le parasympathique.

Cependant, il faut se garder de trouver dans le sympathique ou les endocrines le *deus ex machina* de troubles inexpliqués. Il est donc nécessaire de s'assurer d'abord de la réalité des faits qu'on envisage, puis de les analyser afin d'en démêler les divers facteurs ; enfin on ne doit pas en étendre la portée hors des conditions qui les déterminent.

Pour déceler les troubles du sympathique, il existe des *réflexes cutanés* : réactions vaso-motrices (raie méningitique de Trousseau ; ligne blanche surrénale de Sergent ; tache rouge thyroïdienne de Maranon ; tache blanche de Laignel-Lavastine et Hallion ; intra-dermo-réactions) ; réactions thermiques, pilo-motrices, sudorales.

Il y a également des *réflexes sympathiques viscéraux* : réflexe oculo-cardiaque (positif quand le ralentissement du pouls, qui suit la compression oculaire, est au moins de 12 pulsations par minute) ; réflexes pneumo-cardiaque, palato-cardiaque, naso-facial, abdomino-cardiaque ou solaire.

Puis ce sont des *réflexes pharmacologiques* : injections sous-cutanées d'atropine pouvant dénoter une hypersensibilité du sympathique par hyperthyroïdie ; épreuve conjuguée de l'atropine et de l'orthostatisme, permettant la mesure de l'excitabilité absolue de l'ortho et du parasympathique, etc.

Plus pratiques que les injections sous-cutanées ou intra-veineuses *sont les instillations oculaires* (II gouttes de la solution au millième d'adrénaline, ou de la dilution au centième de chlor. de cocaïne, ou de la solution au millième de sulfate neutre d'atropine, ou de la solution au centième de nitrate de pilocarpine : *mydriases adrénalinique et cocaïnique* sont fonction d'*hyper-orthosympathie* ; *mydriases atropinique et pilocarpinique* son liées *à la vagotonie ou hyperparasympathie.*

L'auteur laisse de côté *les tests de fonctionnement des diverses glandes endocrines*, car il limite sont étude aux syndromes endocriniens cliniquement évidents.

Cliniquement, il existe des *syndromes sympathiques d'origine endocrinienne* (excitation du vague par insuffisance ovarienne, anxiété par hyperthyroïdie, hypertension artérielle vaso-constrictive par hyper-épinéphrie), comme il y a des *syndromes endocriniens d'origine sympathique* : des mælanodermiques asthéniques hypotendus n'ont pas de lésions des surrénales ; des hypersympathiques thyroïdiens n'ont pas les lésions caractéristiques du goitre exophtalmique d'origine thyroïdienne.

Enfin, dans certains *complexus endocrino-sympathiques*, la causalité paraît double : une lésion sympathique entraîne un trouble endocrinien, qui déclanche d'autres symptômes nerveux, ou inversement (syndrome adiposo-génital).

Quant *à la thérapeutique*, celle des *syndromes sympathiques endocrinogénétiques* doit être une cure opothérapique très rigoureusement réglée quant au choix des préparations, des doses, aux modes d'introduction, à l'analyse des réactions consécutives : négliger les thériaques opothérapiques modernes, remèdes omnibus lancés récemment dans le commerce.

Le traitement pathogénique n'empêchera pas le traitement symptomatique des manifestations sympathiques, lequel est d'ailleurs le premier à envisager dans les *syndromes endocriniens sympathogénétiques* ; mais ici, la lésion sympathique est souvent telle que les drogues modificatrices habituelles de l'excitabilité sympathique sont impuissantes.

Soit une sympathose diffuse d'excitation (vagale ou orthosympathique), l'important est de savoir si elle est secondaire à une insuffisance nerveuse hiérarchiquement supérieure, ou à un

trouble humoral d'origine endocrinienne. Dans ce dernier cas, c'est l'opothérapie qui prédomine.

Sinon, il y a, *ou bien syndrome d'insuffisance à prédominance vagale*, par insuffisance de choline (orthosympathique excitable sur fond d'insuffisance vagale ; on tonifie le vague par les lécithines, la choline, et le système nerveux général par le calcium) ; *ou bien syndrome d'insuffisance sympathique à prédominance orthosympathique* par insuffisance adrénalinique (vague excitable sur fond d'insuffisance orthosympathique), prescrire l'adrénaline ou l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Ces problèmes des relations du sympathique et des glandes endocrines sont donc complexes ; il faut se mettre en garde contre des vues trop simplistes et des généralisations hâtives. (*Journal de méd. et de chirurgie nratiques*, 10 *avril* 1924.)

La vaccinothérapie associée aux injections intramusculaires de lait dans la blennorrhagie.

M. A. Tansard, en raison du polymicrobisme de la blennorrhagie, emploie un mélange à parties égales de *vaccin* antigonococciques et antistaphylococcique de Pasteur ; il injecte, sous la peau, à la partie inférieure de la paroi abdominale 1 /4 de cmc (1re séance), puis 1 /2, 3 /4 et 1 cmc (2e, 3e, 4e séances). Si après une quinzaine de piqûres la guérison n'est pas obtenue, il fabrique un auto-vaccin avec la culture des filaments.

Quant aux *injections de lait*, elles sont faites dans la région fessière, en deux temps comme les piqûres d'huile grise, afin d'avoir la certitude de ne pas pénétrer dans la veine et d'éviter ainsi des accidents analogues aux crises nitritoïdes ; jamais plus d'1 cmc de lait la première fois ; 2 cmc aux séances suivantes ; dans les cas aigus, 5 cmc. dès la 2e séance.

Ne pas négliger le *traitement local* : lavages et instillations.

Cette méthode du traitement associé permet d'obtenir la guérison, même souvent d'une façon extrêmement rapide. Grâce au lait, cette méthode possède une action décongestionnante des plus nettes sur les organes atteints : disparition rapide de la douleur dans les épididymites et les prostatites aiguës, ainsi que de la pollakiurie, de l'hématurie et des douleurs terminales dans les cystites.

Dans les urétrites chroniques, l'auteur a guéri tous ses malades atteints de folliculites ou de prostatites sans faire aucun massage.

Sauf un cas, résultats excellents dans le rhumatisme.

Cette méthode est pourtant infidèle quelquefois. En général, les guérisons sont rapides chez les sujets qui réagissent d'une façon normale. Au contraire chez ceux atteints de diathèse colloïdoclasique, il serait dangereux de continuer cette médication. D'autre part, elle ne donnera que peu de résultats pour les malades, chez lesquels il est impossible de produire un choc. (*La Presse médicale*, 12 *avril* 1924.)

Azotémie et troubles mentaux.

La recherche des variations de l'azotémie au cours des psychopathies apporte des éléments importants au diagnostic étiologique et pathogénique ainsi qu'au pronostic.

Quand l'hyperazotémie existe dans les maladies mentales, elle possède, d'après R. Targowla, la même valeur qu'en médecine générale dans les infections et les intoxications. D'autre part, il n'est pas douteux qu'elle intervient dans la pathogénie de certains troubles psychiques liés aux lésions rénales aiguës ou chroniques.

Dans l'état actuel de la question, l'azotémie apparaît capable d'engendrer ce qu'on pourrait appeler avec Régis des « troubles psychiques élémentaires » (asthénie, impuissance intellectuelle, torpeur, somnolence), lesquels, en réalité, font partie de sa symptomatologie. Il ne semble pas établi que l'azotémie aiguë ou chronique puisse être la cause exclusive (compte tenu de la prédisposition) d'un syndrome psychopathique complexe, mélancolique, confusionnel ou délirant ; mais ses manifestations prennent parfois, au moins épisodiquement, une importance prédominante dans le tableau clinique, et confèrent à la psychose un aspect particulier, qui dénonce l'auto-intoxication uréique. De tels faits sont rares, et le diagnostic, pour en être porté à bon escient, doit tout d'abord établir qu'il ne s'agit pas d'un excès d'urée sanguine symptomatique ; il doit ensuite faire le départ de toutes les causes banales des états confusionnels ou de leurs équivalents, causes qui peuvent soit s'associer à l'azotémie, soit la provoquer elle-même, en même temps que le syndrome psychopathique. (*La Presse médicale,* 16 *avril* 1924.)

L'épreuve de la diurèse fractionnée.

Dans la *Presse médicale*, M. P.-L. Violle avait, le 14 décembre 1923, décrit l'épreuve de la diurèse fractionnée, au point de vue de la posologie des boissons chez les hypertendus, et, d'une manière générale, du régime des boissons au cours des néphrites. Le 6 février 1924, MM. Vaquez et Cottet ont, dans le même journal, reproché à cet auteur de ne pas tenir compte dans cette épreuve, des facteurs extra-rénaux (densité urinaire, élimination chlorurée, équilibre chloruré, rythme de l'élimination urinaire nycthémérale, etc.). Aujourd'hui l'auteur répond, point par point, à ces critiques, disant notamment que quiconque connaît tant soit peu les questions de polyurie provoquée, ne peut négliger les facteurs extra-rénaux.

Sa méthode n'a qu'un but, qui est de rensei-

gner sur la manière dont se font les éliminations aqueuses urinaires, lorsque les reins sont placés dans les meilleures conditions pour que ces éliminations se fassent au mieux. Ce n'est qu'après être arrivé à isoler les troubles de la diurèse dus uniquement à une imperméabilité des reins à l'eau, qu'il envisage la *souplesse fonctionnelle rénale*, et il ne doit pas alors la confondre « avec les variations du débit urinaire » qui, elles, ont un double déterminisme, à la fois rénal et extra-rénal. (*La Presse médicale*, 19 *avril* 1924.)

Le traitement de la couperose.

Il varie suivant le stade de la maladie, et suivant qu'elle est pure ou associée à telle ou telle variété d'acné.

I. D'après le Dr J. du Castel, au début, quand les poussées congestives sont encore intermittentes, on se bornera à des pulvérisations, ou mieux, à des lotions astringentes (décoction de tanin aux deux centièmes) : on tamponne pendant une dizaine de minutes avec la décoction aussi chaude que possible, surtout avant la nuit, ou quand le visage a été exposé au froid. Les lotions au soufre sentent mauvais, sont piquantes au moment de l'application et inflammables. On connaît la formule de Sabouraud.

Soufre octaédrique.....	9	grammes
Sulfure de carbone.....	300	—

Sous forme organique (icthyol 10 gr., alcool et éther ââ 20 gr.) le soufre est mieux supporté. S'il est insuffisant, on peut essayer une cure de desquamation par le savon noir. En cas d'infiltration des tissus, massages, au besoin par vibromasseurs. Deux massages de vingt minutes toutes les semaines par un bon masseur sont très utiles.

A ce stade pré-couperosique, il faut, en raison de troubles dyspeptiques possibles, surveiller le traitement général par un régime approprié : supprimer le pain (Sabouraud), éviter le thé, le café, l'alcool, certaines substances fermentées (fromages, gibier) ; par paquets alcalins du type Bourget. On a incriminé aussi un dysfonctionnement ovarien, des lésions nasales, dentaires. L'ergotine a pu être utile pour lutter contre la congestion passive permanente, sous forme de télangiectasies.

II. Quand la couperose est constituée, c'est le traitement local qui devient le plus important. La cryothérapie apparaît à l'auteur comme la méthode la plus pratique et la plus efficace. Si l'on n'a pas de cryocautère, on peut très bien se servir d'un crayon de neige carbonique. Dans les villes de quelque importance, il est, en effet, facile de se procurer un obus d'acide carbonique ; il suffit de recueillir la neige dans une serviette et de la comprimer dans un cylindre creux, de la dimension que l'on désire. Après nettoyage de la peau à l'éther, on frictionne énergiquement. Il est assez difficile de fixer une durée ; la durée du traitement est de 6 à 8 séances, dans les cas moyens. On recommande aussi 3 à 15 séances, tous les 10 jours, de douche filiforme de Veyrières. Les scarifications sont utiles, mais elles sont plus douloureuses et d'une efficacité moins rapide que la cryothérapie; c'est cependant le traitement de choix dans les grosses télangiectasies, permettant de reprendre la vie sociale, le lendemain ou le surlendemain d'une application. Il y a aussi les cautérisations au galvanocautère ; mais le traitement est long (15 à 25 séances) et c'est également le reproche à faire à l'électrolyse. (*Journal des Praticiens*, 19 *avril* 1924).

Traitement hydrominéral des adénopathies trachéo-bronchiques de l'enfance.

L'adénopathie médiastine, tuberculeuse ou non, est une maladie facile à diagnostiquer grâce à un ensemble de bons signes cliniques éprouvés (souffle interscapulo-héméral, voix et toux en écho, voix chuchotée), dont l'inconstance n'infirme en rien la valeur, et des épreuves radiographiques faites en série.

Il est évident, comme le dit fort bien le Dr Ségard (*de St-Honoré*), qu'on ne peut traiter directement les adénopathies bronchiques par les eaux minérales, mais qu'on atteint seulement la cause, le terrain, les moyens de défense générale.

C'est aux *eaux arsenicales* toniques, aux *eaux sulfureuses*, alpestres ou méditerranéennes, topiques de la muqueuse respiratoire, ou encore aux *eaux mixtes sulfo-arsenicales* qu'on envoie les jeunes adéno-bronchiques. L'indication des chlorurées sodiques est restreinte aux lymphatiques purs, aux non-éréthiques.

Les *pratiques hydrominérales* appropriées sont en plus de la *cure de boisson*, les *pulvérisations pharyngées*, l'*inhalation* en salle commune et l'*hydrothérapie* : bains de baignoire courts, puis progressivement prolongés, ou même, comme à Saint-Honoré, bains en piscine à eau courante, qui doivent être très courts.

Il se produit une extraordinaire stimulation de l'appétit, un sommeil régulier, des couleurs plus vives, à condition qu'au début surtout, le petit malade soit mis par l'entourage à un repos relatif.

Conduite de la cure. Dans les *adénopathies simples*, suites d'adénoïdisme, de maladies infectieuses, la conduite de la cure est en général aisée si l'on a soin de suivre une sage progression.

Il n'en va pas de même pour les *adénopathies tuberculeuses*. Deux questions préliminaires se posent : 1° la certitude du diagnostic de tuberculose, qui doit être assurée par les signes cliniques indiqués plus haut et surtout (négligeant la cuti réaction à la station thermale) par l'exa-

men des feuilles de température, qui indiquent l'amplitude et la durée d'un état sub-fébrile, enfin par la radiographie, qui permet de voir aussi des réactions de voisinage (médiastinite, scissurite interlobaire avec ombre en bande transversale).

2° *L'indication utile du traitement hydrominéral* existe à la condition, *a*) que le parenchyme pulmonaire ne soit pas lésé, ou qu'il ne participe aux lésions ganglionnaires que d'une façon discrète, sans foyer ulcéro-caséeux ; *b*) que la température moyenne du sujet ne dépasse pas 37°9-38° au repos durant les semaines qui précèdent immédiatement la cure ; *c*) que l'enfant soit suivi de près par le médecin, avec collaboration de l'entourage ; repos mitigé ou exercice modéré, pas de gymnastique respiratoire, même la plus simple, pas de thorax nu au soleil. Dans ce cas, le Dr Ségard évite de donner des eaux arsenicales fortes ou sulfureuses fortes ; il ne prescrit que l'eau peu minéralisée, afin de n'avoir qu'une réaction légèrement stimulante sur l'organisme et les endocrines. La progression de la cure de boisson, et l'autorisation de commencer l'hydrothérapie, sont subordonnées aux réactions du thermomètre, de l'appétit, du sommeil, ou encore de la fatigabilité. Dans ces formes particulières, les résultats ne se manifestent guère avant le 3e septénaire. C'est surtout aussi dans la suite que les résultats se jugent, et nombre de ces enfants, cliniquement guéris, lorsqu'on les revoit à l'écran au bout de quelques années, ne présentent plus que des taches limitées que l'on peut rattacher à des ganglions sclérosés ou inactifs.

Le choix de la station dépend de la cause, de la nature de l'adénopathie et du terrain : on n'hésitera qu'entre les arsenicaux (la Bourboule) prudemment maniés, les sulfarsénicaux (St-Honoré : eaux fortes et eaux faibles) et les arsenicaux (Alpes et Pyrénées). Sur le Mont-Dore, on dirigera les névropathes, écartés à tout prix des stations de sel. (*Paris médical*, 19 *avril* 1924.)

Dysménorrhée, anaphylaxie.

Pour M. Dalché, d'accord en cela avec d'autres auteurs, les menstruations spontanées ne seraient que des chocs anaphylactiques locaux. Le choc protéinique serait à la base de la fièvre prémenstruelle des jeunes filles, du pseudo-rhumatisme menstruel.

« Mais, écrit-il, l'influence de l'anaphylaxie est beaucoup plus large et nous la retrouvons à l'origine de l'asthme génital, de malaises divers, céphalées, migraines, troubles gastriques, palpitations, manifestations cutanées, urticaire, etc., que nous voyons assaillir la femme au moment des règles. De récents travaux permettent d'ajouter à la série le glaucome aigu, des accidents auriculaires, la maladie de Ménière, etc. »

Il en résulterait cliniquement l'existence d'un véritable syndrome dysménorrhéique, dans lequel la dysménorrhée ne provoquerait pas à distance les troubles extra-génitaux, mais évoluerait parallèlement à eux, syndrome relevant de l'anaphylaxie menstruelle.

Dans ces cas, on ne constate aucune lésion de l'appareil génital, et on en est amené à donner à cette dysménorrhée le qualificatif d'essentielle. On y rencontre des troubles circulatoires, des poussées congestives et du spasme. On observerait même des poussées d'annexites non inflammatoires, avec une exaltation progressive du nervosisme.

Les troubles dysménorrhéiques débutent avec les premières ébauches du molimen ; ils vont s'exaspérant, pour se calmer avec l'apparition du sang, lequel s'écoule tantôt médiocrement, tantôt au contraire abondamment.

Le pronostic de cette dysménorrhée est déconcertant et le traitement est lui-même incertain. On luttera d'abord contre les symptômes, en s'adressant à l'élément vasculaire et nerveux. En cas de ménorragies, l'auteur préconise le *senecio vulgaris* : vingt gouttes d'extrait fluide répétées trois fois d'heure en heure, le matin au réveil. Les tendances aménorrhéiques réclament par contre les sédatifs : pyramidon, aspirine, lavements laudanisés, suppositoires calmants.

Comme traitement causal : chlorure de calcium citrate de soude, auto-hématothérapie, autosérothérapie... (*Rev. de Gynécologie et d'obstétrique*, 10 juin 24.)

Prophylaxie et traitement de la coqueluche.

M. Rohmer et Mlle Brandenberger ont cherché, en utilisant séparément ou ensemble la quinine et le dmétys (vaccin préparé aux bacilles de Bordet et Gengou), si l'on peut faire ainsi une prophylaxie efficace, d'une part, et de l'autre, exercer une heureuse influence sur l'évolution de la maladie, quand elle éclate. Dans le premier cas, ils concluent que ni l'un ni l'autre de ces traitements ne peut prévenir complètement la maladie, les observations dans lesquelles une coqueluche ayant éclaté malgré eux étant trop nombreuses.

Dans le second cas, mise en œuvre du traitement chez des enfants qui ont eu ultérieurement la coqueluche, ils ont remarqué que « le décours de la maladie a été, chez les enfants soumis à un traitement précoce, extraordinairement bénin. » Sur les 61 cas traités, 4 enfants avaient moins de dix-huit mois. Le pourcentage de la mortalité n'atteignit que 7,7 %, alors que les auteurs s'accordent à reconnaître la gravité de la coqueluche chez les nourrissons, et que certaines statistiques indiquent un pourcentage de 25 % de mortalité. De telle sorte que les auteurs peuvent légitimement conclure de leur expérience : « Bien qu'il faille faire des réserves

expresses — le caractère de la maladie pouvant varier d'une épidémie à l'autre ! — nous nous croyons autorisés à recommander, en attendant mieux, l'un et l'autre de ces traitements, ou mieux encore, les deux combinés comme une thérapeutique de choix dans les stades précoces de la coqueluche. » (*Strasbourg médical*, 5 juillet 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les diphtéries atypiques.

(MM. CATHALA et GIROIRE. — *Société médicale des hôpitaux*, 20-6-1924.)

Les diphtéries atypiques sont des localisations irrégulières et masquées du bacille diphtérique, qui déterminent souvent une symptomatologie elle-même anormale, d'où des erreurs de diagnostic fréquentes et des insuffisances de traitement consécutives.

MM. Cathala et Giroire appellent l'attention sur une de ces diphtéries atypiques : celle qui a son siège au niveau de l'amygdale pharyngée, autrement dit l'adénoïdite diphtérique non associée à la diphtérie pharyngée, ni au coryza diphtérique.

Il y a une quinzaine d'années que Rocaz, Aviragnet, P.-L. Marie et Debré ont bien mis en relief le tableau spécial de l'adénoïdite diphtérique pure, où l'ensemble des signes ne fait guère penser au bacille de Lœffler. Aussi, ces auteurs ont-ils insisté sur certains symptômes susceptibles d'éveiller l'attention de ce côté : la pâleur, l'asthénie, la céphalée intense, et l'albuminurie. Le diagnostic ne peut être affirmé que par un examen systématique et minutieux. Il se base sur un léger enchifrènement s'accompagnant d'assourdissement de la voix, et sur une adénopathie sous-maxillaire accusée. La rhinoscopie postérieure et l'analyse bactériologique d'exsudats prélevés dans le rhino-pharynx affirment la nature de la maladie.

Assez communément, ces diphtéries atypiques provoquent des troubles qu'on n'a guère coutume de voir dans l'infection lœfflérienne. M. Cathala a ainsi soigné à l'hôpital Claude-Bernard une jeune fille qui fit, au cours de la convalescence d'un érysipèle, une fièvre continue pour laquelle les hypothèses de septicémie, de fièvre typhoïde, de typho-bacillose, furent successivement envisagées. Ce n'est que tardivement, au quinzième jour de l'affection, qu'un examen du cavum permit de retirer des sécrétions contenant du bacille de Lœffler. La sérothérapie arrêta alors rapidement tous les accidents. L'auteur propose de donner à cette forme atypique de diphtérie le nom de *typhose diphtérique*. Il insiste sur l'absence d'adénopathies, l'absence de pseudo-membranes dans la gorge et le nez et l'insignifiance du coryza.

On a signalé, également, au cours de ces diphtéries atypiques, d'autres phénomènes anormaux, des réactions méningées en particulier. MM. Moussous, Guinon et Babonneix en ont relaté des exemples. MM. Bitot et Petges, de Bordeaux, ont rapporté une observation de « méningisme d'origine diphtérique, nasale et buccale, sans fausses membranes », guéri par le sérum de Roux.

L'existence d'hyperthermies prolongées au cours des adénoïdites diphtériques ou des diphtéries nasales n'est pas une rareté, et, si le diagnostic est méconnu, la fièvre peut se prolonger en même temps que l'état général s'altère.

La ventriculographie cérébrale.

(MM. CESTAN et RISER, de Toulouse. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-6-1924.)

La propriété que possèdent les rayons X de traverser facilement les couches gazeuses, a donné naissance à des procédés d'exploration radiographique de certains organes par injection d'air stérilisé autour d'eux. On connaît, dans cet ordre d'idées, le pneumopéritoine, le pneumo-rein, etc. On pouvait penser que l'injection d'air filtré dans les ventricules cérébraux faciliterait la radiographie des cavités ventriculaires, permettant d'apprécier les dimensions, la forme, l'intercommunication, etc., de ces ventricules.

Un auteur américain, Dandy, mit le premier en pratique cette méthode de *ventriculographie cérébrale.* Il eut la hardiesse d'insuffler directement les ventricules cérébraux après soustraction de liquide ventriculaire, et de procéder ensuite à l'examen radiographique. Malgré la statistique rassurante qu'il publia, il n'eut guère d'imitateurs, quelques cas de mort subite après l'insufflation ayant été publiés.

MM. Cestan et Riser, à la suite de Dahlstrom et Wideroe,se sont adressés à une technique différente. Au lieu d'intervenir directement sur les ventricules, ils ont fait des pneumorachies, c'est-à-dire des injections de quantités minimes d'air dans le canal rachidien après ponction lombaire et évacuation de liquide céphalo-rachidien. L'air arrive par ascension jusque dans les cavités ventriculaires et l'on peut prendre alors des radiographies. Cliniquement, ils ont appliqué leur technique chez des malades dont l'état était sans espoir : paralytiques généraux avancés ou méningite tuberculeuse.

La pneumorachie en question détermine pendant 24 à 36 heures une assez vive réaction méningée caractérisée par de la céphalée, des vomissements de la raideur de la nuque, qui se calme à ce moment

mais se prolonge parfois plus longtemps. Elle permet un examen radiographique qui apporte quelques précisions sur la forme et les dimensions des ventricules cérébraux, sur la perméabilité de leurs communications, et peut aider au diagnostic de certaines affections cérébrales obscures (tumeurs, etc.).

Le terrain, dans l'évolution de la syphilis.

(MM. Lortat-Jabcob et Roberti. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1924.)

MM. Lortat-Jacob et Roberti ont soigné un malade chez lequel des accidents syphilitiques secondaires se reproduisirent malgré une cure d'arsénobenzol régulièrement poursuivie (arséno-résistance), pendant que les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht se maintenaient négatives. Or, ce malade, ainsi atteint de syphilides rebelles au traitement arsenical, contagionna une jeune femme. Chez elle, le Wassermann, positif au début de l'affection, devint négatif et resta tel, les accidents spécifiques ayant obéi au traitement novarsénobenzolique dans des conditions normales.

En somme, ici, chez deux sujets touchés par le même tréponème, l'évolution thérapeutique a été différente, montrant bien le rôle du terrain en pareille circonstance.

Néphrite mercurielle avec forte azotémie. Guérison.

(MM. A. Lemierre et E. Bernard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1924.)

M. Lemierre rapporte un cas de néphrite mercurielle suraiguë avec énorme azotémie (7 gr. 29) qui s'est terminée, malgré cela, par la guérison.

Un premier point de l'observation de M. Lemierre est intéressant. Il concerne l'étiologie. C'est à la suite de lavages de l'urèthre avec une solution d'oxycyanure de mercure très faible (à 1 pour 10.000), que l'intoxication a éclaté. Il y a donc lieu de se méfier de ces irrigations lorsqu'on fait un traitement des voies urinaires, en particulier quand le cathétérisme du canal est laborieux et entraîne des blessures de la muqueuse où la solution mercurielle peut être absorbée plus largement.

Le chiffre élevé de l'azotémie mérite également l'attention. Il ne paraît pas exister d'observation de néphrite mercurielle suivie de guérison avec une aussi forte azotémie (7 gr. 29). La régression de celle-ci fut d'ailleurs rapide et neuf jours après avoir atteint son maximum, le taux de l'urée sanguine était retombé à 0 gr. 31.

L'évolution favorable ou défavorable de la maladie, après la cessation de l'anurie, dépend non pas tant de l'abondance de la diurèse que de la récupération pour le rein du pouvoir de sécréter l'urée à une concentration suffisante. L'élimination de l'eau et l'élimination uréique ne sont pas nécessairement parallèles.

La guérison a été possible en raison de la quantité probablement assez minime de toxique absorbé. La thérapeutique, en effet, ne joue pas, en pareille circonstance, un rôle majeur. M. Lemierre a eu recours aux injections intra-veineuses de solution glycosée hypertonique, qui provoquent la soif et la diurèse, aux injections sous-cutanées de sérum glucosé isotonique à 147 pour 1.000 et au goutte-à-goutte rectal avec la même solution.

— M. Achard note, dans l'observation de M. Lemierre, le haut degré de l'azotémie, la rapidité de son apparition et de sa disparition. Dans la néphrite mercurielle, on peut distinguer trois phases : 1° celle d'agression toxique, où les cellules tubulaires s'altèrent et où l'albumine passe d'une façon massive dans l'urine ; 2° celle d'insuffisance du pouvoir concentrateur du rein qui produit, non seulement l'oligurie ou l'anurie, mais l'hyperazotémie ; 3° celle de réparation cellulaire qui, si elle survient assez vite, permet la disparition de l'hyperazotémie.

Action hypothermisante de l'azotémie.

(MM. A. Lemierre et E. Bernard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1924.)

M. Lemierre a observé une malade atteinte de fièvre typhoïde, qui se compliqua d'azotémie. Or, tant que dura cette complication, la température, qui avoisinait 39°, tomba à 37°2 et 37°, pour reprendre à 38°, 38°5, quand l'azotémie cessa (passant de 3 gr. à 0 gr. 37). L'auteur pense que la disparition momentanée de la fièvre est due au développement de la rétention azotée.

Tout récemment, M. Lemierre a appelé l'attention sur l'action hypothermisante de l'azotémie et insisté sur ce fait que, dans les maladies fébriles, elle est capable parfois de ramener la température à 37° et même au-dessous. L'observation actuelle est un nouvel exemple des effets hypothermisants de la rétention azotée. On peut même se demander jusqu'à quel point cette propriété n'a pas joué un rôle dans l'évolution favorable de la maladie. L'idée que l'insuffisance rénale, loin d'être nuisible, a pu être de quelque utilité dans une maladie infectieuse grave, telle que la fièvre typhoïde, est pourtant tellement paradoxale que l'on ose à peine formuler une telle hypothèse.

Sur le traitement des trichophyties suppurées.

(M. Sabouraud. — *Soc. de dermatologie et syphiligraphie* ; 10-4-1924.)

M. Sabouraud a obtenu la guérison d'un kérion de Celse en trois semaines par l'emploi des vieux moyens: épilation, détersion, antiphlogistiques.

— M. Thibierge traite systématiquement, depuis plus de quinze ans, les trichophyties suppurées (kérion, sycosis de la barbe, folliculites agminées) par les applications humides, ordinairement les cataplasmes de fécule de pommes de terre. Dans tous les cas où il a eu recours à cette médication très simple, en y ajoutant parfois deux ou trois badigeonnages iodés, il a

obtenu la guérison complète en une vingtaine de jours au maximum. L'auteur estime donc inutile, dans les trichophyties folliculaires, de s'adresser aux méthodes compliquées et dispendieuses de traitement.

— M. RAVAUT admet que les trichophyties suppurées de la barbe puissent quelquefois guérir spontanément ou très rapidement par de simples pansements, mai s il n'en est pas toujours ainsi. Les folliculites sèches, en particulier, sont plus tenaces. Dans ces cas, les injections intra-veineuses de solution iodo-iodurée agissent bien.

— M. BALZER rappelle les excellents effets de la pommade de Wilkinson, spécialement dans la trichophytie sèche où il est utile d'exciter l'exfoliation.

P. L.

Les Congrès

IXe Congrès de médecine légale

(*Suite*)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Détermination spectrométrique du coefficient d'empoisonnement dans l'intoxication oxycarbonée. — M. le Pr BALTHAZARD (de Paris) a montré avec Nicloux que pour arriver à une notion précise sur l'intensité d'une intoxication oxycarbonée, il était nécessaire de déterminer le coefficient d'empoisonnement, c'est-à-dire le rapport entre la quantité d'hémoglobine qui a fixé de l'oxyde de carbone et la quantité totale d'hémoglobine du sang.

Malgré les perfectionnements proposés par Nicloux la détermination du coefficient d'empoisonnement par la méthode chimique est une opération délicate et assez longue, qui demande au moins deux heures.

L'auteur propose une méthode de détermination spectrométrique du coefficient, qui prend moins d'une minute et nécessite seulement une goutte de sang.

Cette méthode est basée sur la position différente dans le spectre des bandes de l'oxyhémoglobine et de la carboxyhémoglobine. Ne considérant que la bande de gauche, on constate avec un spectromètre de précision (spectromètre d'Yvon), que le maximum d'intensité pour l'oxyhémoglobine correspond à la longueur d'onde 577,0, pour la carboxyhémoglobine à la longueur d'onde 570.0. Les mélanges d'oxyhémoglobine et de carboxyhémoglobine donnent une bande de gauche dont le maximum d'intensité répond à une longueur d'onde intermédiaire à 577.0 et 570,0 d'autant plus rapprochée de cette dernière valeur que la richesse du sang en carboxyhémoglobine est plus grande.

Il suffit donc de diluer dans un peu d'eau bouillie une goutte de sang du cadavre, de l'examiner au spectromètre et de déterminer la longueur d'onde du maximum d'intensité de la bande de gauche, détermination facilitée par un réticule composé de deux fil s d'araignée verticaux entre lesquels on circonscrit la bande, symétrique par rapport à la partie la plus foncée ; une simple lecture sur un tableau, préalablement établi à l'aide de mélanges titrés, permet de connaître le coefficient d'empoisonnement dans le sang examiné.

L'erreur ne dépasse pas cinq pour cent.

Etude de la résistance électrique du corps humain. — MM. CORDONNIER et CHAMPION (de Lille) exposent un procédé de mesure de la résistance du corps humain en courant continu et en courant alternatif. Ils montrent comment cette méthode peut être appliquée à l'étude, la plus exacte possible, de la résistance dans les cas d'électrocution. L'étude de cette résistance est, à leur avis, la seule preuve permettant d'affirmer ou d'infirmer la réalité d'un accident électrique.

De la nécessité du traitement précoce et judicieux dans les névroses traumatiques. — M. le Pr H. CLAUDE (de Paris). — Il y a lieu de poser en principe que toute manifestation hystérique doit guérir, et d'autant plus vite qu'on la traitera plus tôt et par les moyens réellement efficaces. Il s'agit de l'intérêt du blessé et de l'employeur, car le trouble primitivement fonctionnel peut se compliquer de désordres locaux (immobilisation, phénomènes psychopathiques, psychose de revendication).

Après avoir cité différents cas, l'auteur insiste sur le fait que ces névroses ne devraient pas donner lieu à indemnité. Dès l'origine, elles devraient être soumises à un traitement psychophysiothérapique judicieux. Il conviendrait même de supprimer la rubrique « manifestation hystérique » des accidents du travail.

Sur les ecchymoses osseuseset leur intérêt médico-légal dans certains cas de blessures du crâne. — MM. les professeurs VERGER et LANDE, et M. DOROLLE (de Bordeaux). — Il est une variété d'ecchymoses parmi celles que l'on peut qualifier de profondes qui ont un gros intérêt. Ce sont les ecchymoses osseuses que l'on observe dans certains cas sur des calottes crâniennes ayant supporté des violences diverses.

Ces ecchymoses dont la réalité, lorsqu'elles sont petites et situées en plein diploé, peut être mise en évidence par l'examen histologique, fournissent d'utiles renseignements qui, venant s'ajouter aux autres

constatations faites,soit sur les parties molles, soit sur les os, servent à résoudre les problèmes qui se posent couramment en cas de blessures de la tête.

Fractures du crâne et méningites aiguës traumatiques. — MM. Dervieux et Piédelièvre (de Paris) rapportent un cas dans lequel une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde a entraîné secondairement une méningite aiguë. Dans un second cas qui s'était présenté dans des conditions analogues, on ne put mettre en évidence de fracture, alors qu'il y avait eu une chute avec saignement de nez.

Paralysie du nerf sciatique consécutive à une luxation de la hanche par accident du travail. — M. le P Gaussel (de Montpellier) rapporte l'observation d'un ouvrier qui, ayant été pris sous un éboulement, eut une luxation de la hanche droite. Cinq mois après l'accident, l'ouvrier se déclarant incapable de reprendre son travail, une expertise fut ordonnée qui permit le diagnostic de paralysie du nerf sciatique. Il s'agit là d'une complication excessivement rare : si, dans le cas rapporté, cette paralysie fut longtemps méconnue, c'est que les troubles accusés avaient été mis sur le compte de l'arthropathie coxofémorale, et plus tard de la simulation.

Traumatismes et tumeurs malignes. — MM. Leclercq et Muller (de Lille) rapportent trois observations d'accidentés du travail décédés à la suite de l'évolution d'une tumeur maligne. Dans aucun de ces trois cas, il n'était possible de rattacher l'apparition de la tumeur à l'accident invoqué. Mais les auteurs ont tenu à montrer les difficultés en face desquelles on se trouve parfois pour solutionner de telles questions et estiment qu'une étude plus approfondie s'impose actuellement, au moment où les recherches sur le cancer se multiplient.

Diagnostic médico-légal de la syphilis sur le cadavre. — M. Leclercq (de Lille).

Mort subite et adhérences pleurales. — M. le Pr Parisot et M. Morin (de Nancy). — La mort subite d'un sujet porteur d'adhérences relève d'un acte réflexe. Il se produit des tiraillements de filets nerveux qui entraînent la mort. A l'autopsie, on doit, pour pouvoir affirmer la mort par adhérences, pleurales ne trouver aucune autre lésion susceptible de l'avoir provoquée.

L'expertise médico-légale dans les cas d'intoxication par les vapeurs nitreuses. — M. le Pr Etienne Martin et Valendru (de Lyon) ont particulièrement étudié cette question (observation et expérimentation sur l'animal). Un grand nombre d'industries utilisent l'acide azotique et les ouvriers sont exposés aux effets toxiques (au point de vue toxicologique, le composé le plus important est le peroxyde d'azote, AzO^2).

Il existe cliniquement de grandes différences dans la susceptibilité individuelle vis-à-vis des vapeurs nitreuses (rôle des adhérences pleurales antérieures en particulier). De même, il existe une période de latence entre le moment de l'intoxication et l'apparition des symptômes. Ce n'est qu'au bout de 6 à 7 heures qu'apparaissent les symptômes pulmonaires caractérisés avant tout par des symptômes d'œdème pulmonaire. Lorsque la mort survient, elle se produit 24 à 48 heures après l'intoxication. Mais il existe des cas non mortels, et même légers, se calmant en quelques jours.

A l'autopsie, on constate la présence d'œdème pulmonire, de noyaux apoplectiques. Tous les organes sont congestionnés. Le sang est noir.

Pour mettre en valeur les nitrates dans le sang et les divers organes, les auteurs ont employé le réactif à la diphénylamine, et l'acide sulfanilique pour les nitrites.

L'examen spectroscopique du sang ne montre dans ces cas qu'un retard dans la réduction des bandes de l'oxyhémoglobine : chez le vivant enfin, les produits nitrés disparaissent rapidement de l'organisme, 3 à 4 heures après l'intoxication.

Intoxication par vapeurs d'acide nitrique. — M. le prof. Balthazard (de Paris) rapporte une observation d'intoxication mortelle par les vapeurs d'acide nitrique. L'attention a plutôt été attirée jusqu'ici par l'action toxique des vapeurs nitreuses (acide hypoazotique des chambres de plomb) et c'est seulement dans Orfila que l'on peut trouver une observation où les vapeurs d'acide nitrique ont suffi pour entraîner un œdème aigu du poumon avec issue mortelle.

Un ouvrier casse une bonbonne d'acide nitrique ; il est obligé ensuite de séjourner une heure dans la cave où l'accident s'est produit pour réparer le dommage, en répandant de la sciure sur les objets souillés d'acide et sur le sol. Deux heures plus tard, il éprouve de la dyspnée et le lendemain matin doit être transporté à l'hôpital où il succombe 24 heures après l'accident.

L'autopsie a montré une congestion intense de la base de la langue, du pharynx et des voies aériennes supérieures, ainsi qu'un œdème aigu du poumon. Il existait en outre des brûlures des mains et des pieds, sous forme de taches jaunes. Les fragments d'épiderme prélevés au niveau de ces brûlures ont donné les réactions caractéristiques de l'acide nitrique ; coloration bleue avec la diphénylamine en solution sulfurique ; coloration rouge avec la brucine en solution sulfurique.

Discussion. — M. Duvoir (de Paris) signale à propos de ces communications qu'il y aurait intérêt à étudier la nocivité des atmosphères faiblement chargées de vapeurs nitreuses au point de vue de l'hygiène professionnelle.

L'examen médical des chauffeurs d'automobile. — MM. Briand et Fribourg-Blanc (de Paris).

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

Dr Léon MEUNIER. — **L'état dyspeptique** (Collection « Médecine et Chirurgie pratiques ». (1 vol. in-8 écu de 126 pages avec 44 figures et 1 schéma, 1920, Prix : 8 fr.)

La dyspepsie est actuellement pour tout médecin une source de complications, que l'on envisage au point de vue pathogénique et au point de vue traitement rationnel. Or, l'auteur de cet ouvrage rompt avec les notions classiques, et, pour cela, il s'appuie sur 25 années d'expérience clinique et sur plusieurs milliers de cas étudiés avec toutes les ressources des examens objectifs modernes.

La première partie de l'ouvrage est purement descriptive : le terme de *dyspepsie « sine materia »* n'existe plus avec les moyens d'investigation dont nous disposons ; *le terme hyperchlorhydrie est insuffisant. La sécrétion est fonction de l'individu, un hyperchlorhydrique n'est pas un pathologique*, etc.

Dans une autre partie, l'auteur montre que toute affection atteignant le corps de l'estomac, les régions duodéno-pyloriques, modifiant la sécrétion duodénale ou biliaire, entraîne une symptomatologie douloureuse commune, qu'on peut appeler *état dyspeptique*. Cette pathogénie est liée au double processus suivant dépendant de l'évacuation gastrique :

1° Un bouleversement du contrôle acide du pylore, qui crée le spasme douloureux tardif du pylore.

2° Une défense mécanique, qui entraîne l'aérophagie douloureuse.

L'auteur passe ensuite en revue les affections atteignant le corps de l'estomac ou le carrefour sous-hépatique. Il montre que, dans toutes modifications pathologiques (*ulcéreuse, musculaire, sécrétoire, lithiasique*), on peut déceler la double pathogénie douloureuse qu'il vient d'étudier ; selon la prédominance de l'une ou de l'autre, on assiste à un tableau clinique plus ou moins accusé. Il est donc nécessaire de ne pas s'en rapporter exclusivement à l'élément douloureux, mais de se baser sur des examens objectifs (physiques, cliniques, radiologiques).

Dans une dernière partie, c'est la question du traitement.

Il est évident que l'état dyspeptique douloureux ayant à sa base de multiples causes, un traitement rationnel doit être étiologique et peut aller du simple conseil diététique à l'indication opératoire.

Néanmoins, l'auteur, se basant sur ce fait que la pathogénie douloureuse repose sur la mauvaise évacuation gastrique, cherche à établir une thérapeutique symptomatique, applicable à tout état dyspeptique.

Dans ce but, il tire ses formules thérapeutiques de l'étude des concentrations moléculaires du contenu gastrique, rompant ainsi avec les traitements alcalins nocifs aux malades et avec les posologies empiriques qui sont à la base de tous les traitements classiques de l'état douloureux stomacal.

Ernest FLAMMARION, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Louis ROULE, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, ex-professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. **L'Histoire de la Nature vivante** d'après l'Œuvre des grands naturalistes Français. I. — **Buffon et la description de la Nature**. Un volume in-18 jésus. Prix : 7 fr. 50.

Ce volume est le premier d'une série que l'auteur publiera successivement. Elle a pour titre général : « *L'histoire de la Nature vivante d'après l'Œuvre des Grands Naturalistes Français* ». Les derniers sont ceux du XVIIIe siècle et du début du XIXe, qui ont fondé vraiment l'histoire naturelle moderne avec ses aspirations, et ses applications. La pensée française a trouvé en eux, dans ce domaine, son expression complète, et les naturalistes actuels du monde entier sont leurs disciples. Aussi, méritent-ils, aujourd'hui encore, de servir de guide et de conseil.

Buffon figure en tête de cette pléiade ; il fut le premier en date, et le plus puissant. D'habitude, on le considère comme un maître écrivain qui a su peindre par des phrases la Nature et la Vie. Il a été cela et autre chose en plus : un grand savant et un profond penseur. Si la forme de ses ouvrages a du mérite, l'idée qui les inspira en possède bien davantage. Le véritable Buffon est avant tout un homme de science, attaché avec passion à l'étude de la Nature ; il n'a décrit celle-ci qu'après l'avoir longuement et patiemment observée.

Ce livre, consacré à Buffon, est divisé en trois parties : la première traite de sa vie personnelle, de son entourage, des milieux de son temps ; la deuxième, de son œuvre scientifique et de son œuvre administrative, car il fut Intendant du Jardin des Plantes, et rendit possible la fondation du Muséum issu de ce dernier. La troisième partie, reprenant sa pensée profonde et son sentiment quand il décrivait la Nature, lui restitue la paternité des idées modernes sur l'évolution prolongée des êtres dans le temps, et celle des notions que la science discute et développe de nos jours. Les lecteurs de tout ordre, de tout âge, liront avec intérêt ce volume, écrit clairement, et sans termes techniques, bien que traitant des problèmes les plus élevés de la biologie.

DARTIGUES.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES CHEFS D'ŒUVRE DE L'ŒUVRE

M. G. Téry, à propos de la pléthore médicale, enfonce des portes ouvertes.

Ce n'est pas que nous devions nous émouvoir outre mesure de la campagne que poursuivent l'*Œuvre* et son rédacteur en chef, dans le but apparent de montrer la nécessité d'un assainissement de la profession médicale, mais en réalité, pour assouvir une rancune personnelle, dont nous connaissons tous l'origine. Ce n'est pas que nous devions y attacher une importance que, ni ce journal, ni les articles qu'il publie, ni les dessins humoristiques (!) qu'il renferme, ne méritent.

Mais il n'est peut-être pas sans utilité, cependant, de montrer à M. G. Téry qu'il n'a rien découvert, que nous sommes les premiers à dénoncer les erreurs et les fautes qu'il stigmatise si sévèrement, que nous l'avons fait de tout temps, et que, reprenant pour son compte des sujets que nous avons amplement traités à différentes reprises, il se montre proprement sous le jour d'un enfonceur de portes ouvertes.

Il y a quelques jours, exactement le 31 août, il écrivait un leading article intitulé : Trop de médecins.

Lui rappellerai-je qu'en 1899, l'Assemblée générale de la Société civile du *Concours médical* a ouvert une enquête sur l'*Encombrement médical et les moyens d'y remédier*, et que trois mémoires furent primés : celui de Gouffier, de Neuilly-sur-Seine, qui fut gratifié de la première récompense, celui d'Hervé, de la Motte-Beuvron, et le mien ?

Donc, déjà vingt-cinq ans plus tôt, le corps médical se préoccupait de la pléthore dont il se sentait atteint, et dans laquelle il voyait une menace, non pas tant pous ses intérêts privés que pour le bien public, une concurrence trop âpre pouvant comporter certains dangers.

Le mal n'a certes fait qu'empirer. Mais c'est surtout dans les grandes villes, et particulièrement à Paris qu'il sévit, puisqu'on compte plus de cinq mille médecins dans l'agglomération parisienne, communes suburbaines comprises.

N'a-t-on pas constaté qu'en certaines régions, les médecins désertent les campagnes pour se précipiter vers les vastes cités ? Et ne connaissons-nous pas la raison de cet exode ? Evoquerons-nous les charges écrasantes qui pèsent sur les épaules de nos confrères ruraux, charges dont ils ne trouvent pas une contrepartie suffisante dans les recettes limitées que leur procurent des honoraires qui n'ont pas suivi, à beaucoup près, la progression du prix de toutes choses ? Et ne sont-ce pas précisément les publicistes du type Téry qui accusent les médecins de pratiquer des tarifs excessifs, qui les taxent de mercantilisme, et qui, partant d'exceptions regrettables, mais qui ne demeurent que des exceptions, incitent le public à une généralisation erronée, et le dressent contre le praticien, au lieu de montrer que le taux actuel d'une visite médicale n'est nullement comparable à celui du bifsteck ?

Mais, nous répondra-t-il peut-être, il ne suffit pas de constater la réalité d'une situation fâcheuse, puis de se croiser les bras. Il importe de chercher y à remédier.

Et vous pensez bien que M. Téry a son remède tout prêt, qu'il indique généreusement. Limiter le nombre des médecins qui exercent en France. Là encore, il continue à enfoncer une porte ouverte. Je fus de ceux à qui cette pensée est venue, parce qu'éminemment simpliste. Puis, quand j'ai cherché à réaliser cette limitation, j'ai dû constater que, pratiquement, elle semble d'une difficulté presque insurmontable. J'entends bien que ce qui me paraît difficile n'est pour M. Téry que jouet d'enfant. Que le Gouvernement, que l'*Œuvre* combat si âprement quand il n'est pas à son goût, prenne la chose en mains, qu'il légifère, et qu'il procède à une répartition impérative des postes médicaux dont le nombre sera dès lors limité, tout comme les charges de notaire ou les études d'avoués. Ouais ! Mais c'est le médecin fonctionnaire, tout simplement, que réclame notre terrible censeur, en qui se terre l'âme d'un pion.

Soit ! Mais à condition que, tout comme ses congénères dans toutes les administrations, le médecin fonctionnaire possède son statut propre, et qu'à côté des charges qu'il acceptera, il jouisse des avantages de la position : 8 heures de travail par jour, la semaine anglaise, le repos hebdomadaire, un congé annuel, une retraite pour ses vieux ans, etc...

Essayez de mettre sur pied un projet basé sur cette conception, et vous en verrez du premier coup l'absurdité.

Les malades, pour qui les médecins ont été créés et mis au monde, ont-ils intérêt à ce que ceux-ci soient et demeurent indépendants, libres, affranchis de tout joug administratif ? Ou au contraire, auraient-ils quelque chose à gagner à la fonctionnarisation ? Demandez-le à tout ceux qui appartiennent à une collectivité publique ou privée de laquelle ils reçoivent le secours médical, quand ils sont malades, secours médical dont le dispensateur technique leur est imposé.

Certes, il serait souhaitable que les villes fussent décongestionnées, qu'une meilleure répartition des postes médicaux, par rapport à la densité variable de la population, fût obtenue.

Mais il faudrait que l'Etat ne fût pas le premier à encourager, à favoriser le surpeuplement médical. Pourquoi tant d'étrangers exercent-ils en France ? Pourquoi des équivalences, des dispenses leur ont-elles été si largement accordées ? Pourquoi s'en trouve-t-il même qui, ne justifiant pas du diplôme d'Etat exigé par la loi, se sont fait une clientèle si importante qu'ils ont pu la monnayer impunément ?

Dans votre soif de moralisation, voilà, M. Téry, la campagne préalable à entreprendre.

La loi de 1892 s'exprime, dans son article premier, en ces termes : « *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine...*

Demandez donc l'introduction, dans ce texte législatif, de cinq mots, de cinq petits mots, qui auront une répercussion énorme sur la situation médicale : *Nul ne peut exercer la médecine en France*, S'IL N'EST FRANÇAIS, (1) *muni d'un diplôme*, etc.

Je parie que vous n'en ferez rien. Mais, il y a quelques jours, on arrêtait un médecin roumain, établi à Paris, sous la double inculpation d'attentat aux mœurs, et de contravention à la loi sur les sérums...

G. DUCHESNE.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La pension des enfants

Un confrère m'écrivait récemment pour me demander si nous avions réalisé notre projet d'admettre aux combinaisons retraites de la Mutualité Familiale les enfants des sociétaires.

Il n'avait pas lu ce que nous avions publié fin 1923, car il aurait su que c'était chose faite.

Nous devons d'ailleurs convenir que nous n'avons peut-être pas fait tout le nécessaire et que nous n'avons pas suffisamment appelé l'attention de nos confrères sur cette extension de notre œuvre aux enfants.

Nous sommes Mutualité familiale, notre sollicitude devait donc s'étendre à toute la famille du médecin, à ses enfants aussi bien qu'à sa femme. Et notre excellent actuaire, M. Fleury, nous a encouragés à entrer dans cette voie sous la seule réserve que l'âge minima de l'admission serait 20 ans. Il voyait en effet des inconvénients à admettre les jeunes enfants pour lesquels il y aurait eu trop de versements à effectuer et par conséquent trop de causes de défaillance.

Quoi qu'il en soit, tout fils, toute fille d'un sociétaire peut entrer aux combinaisons retraites de la Mutualité familiale, s'ils atteignent l'âge de 20 ans dans l'année de leur admission.

Je ne crois pas que les motifs qui nous ont fait agir aient été bien compris.

Sans doute il y a avantage à faire entrer de jeunes sociétaires dans notre œuvre, à inculquer de bonne heure aux futurs médecins les idées de prévoyance et à diminuer d'une manière notable leurs charges annuelles en réduisant le chiffre de la cotisation ; mais il y a de plus le gros intérêt qu'ont nos confrères à assurer dans une certaine mesure l'avenir de leurs enfants. Tous ne feront pas des médecins, mais ils n'en ont pas moins fait partie à un moment donné de la famille médicale et ils n'y resteront pas dans l'avenir complètement étrangers.

Et puis, il y a le cas spécial des filles qui ne se marieront pas — et c'est une éventualité que les circonstances nous ont obligés malheureusement à envisager — le père ne sera-t-il pas heureux de pouvoir leur constituer une retraite pour leurs vieux jours ?

Cette retraite, quel qu'en soit le chiffre, n'est jamais négligeable, mais elle peut atteindre un chiffre intéressant puisque les conditions sont les mêmes pour les enfants que pour les parents, avec cette différence que, commençant plus jeunes, les enfants n'auront à verser que des cotisations infimes.

Songez qu'un de ces nouveaux sociétaires, âgé de 21 ans par exemple, n'a, pour se constituer une pension de retraite de 2.400 francs à 65 ans, à verser qu'une cotisation simple de 110 francs ou contre-assurée de 124 francs ! qu'à 25 ans la cotisation simple n'est encore que de 128 francs et la cotisation contre-assurée de 158 fr. Que s'il veut avoir la pension à 60 ans, il ne versera,

(1) *Ou naturalisé français.* G. D.

toujours à 21 ans, que 168 francs, cotisation simple et 206 fr. cotisation contre assurée.

Qu'un versement annuel de 278 francs pourra assurer 2.400 fr. à 60 ans et 4.800 fr. à 65 ans, si le sociétaire adhère à P et à R en même temps.

Que par contre 1.200 fr. de pension pourront être assurés par une cotisation annuelle de 55 francs.

Véritablement la chose est attrayante.

On nous a posé cette question saugrenue : mais quel intérêt avez-vous à faire entrer dans une société professionnelle des personnes qui pourront devenir étrangères à cette profession ?

Quel intérêt ? Mais nous n'en avons aucun — si ce n'est de rendre un service de plus à nos confrères : il n'y avait aucun inconvénient à étendre à leurs enfants les avantages que nous avions donnés à leurs femmes, nous n'avons pas hésité un instant, convaincus qu'en ce faisant nous restions fidèles à notre programme d'amélioration de la situation morale et matérielle du corps médical.

Confrères,

J'appelle d'une manière toute particulière votre attention sur les chiffres que j'ai cités plus haut. Voyez ce que vous pouvez assurer à vos enfants et quels sacrifices cela exige de vous d'abord, d'eux personnellement ensuite.

Vous connaissez la Mutualité familiale puisque vous en faites partie, vous savez quelles garanties elle vous donne, vous savez dans quel esprit amical elle fonctionne, amenez-nous vos enfants.

Les formalités à remplir sont des plus simples : il suffit de demander à notre secrétaire général Mignon un bulletin d'adhésion et à la mairie un bulletin de naissance qui, pour les sociétés de secours mutuels, est délivré gratuitement et de retourner le tout au Dr Mignon qui fera le nécessaire pour l'admission.

A. GASSOT.

JURISPRUDENCE

Secret professionnel. — Inspecteur de la sûreté.

COUR DE CASSATION (CH. CRIM.).

Audience du 4 avril 1924.

Gazette des Tribunaux, 19 et 20 mai 1924.

Invoque à bon droit l'obligation du secret professionnel l'inspecteur de la sûreté qui, entendu comme témoin au cours d'une information, se refuse à divulguer les noms des personnes dont il a reçu, à raison de ses fonctions et sous le sceau du secret, les renseignements qu'il a fournis à la justice.

M. Letellier, inspecteur de la sûreté, a formé un pourvoi contre une ordonnance du juge d'instruction de Rouen, en date du 18 janvier 1924, qui l'avait condamné à 100 francs d'amende pour avoir refusé d'indiquer audit juge d'instruction les noms de deux personnes dont il avait reçu, à raison de ses fonctions et sous le sceau du secret, des renseignements par lui fournis à la justice.

La Chambre criminelle, après avoir entendu M. le conseiller André Boulloche, en son rapport, Me *Hersant*, avocat, en ses observations, et M. l'avocat général Mornet, en ses conclusions, a statué en ces termes :

« La Cour ;

« Sur le premier moyen de cassation, pris de la violation des articles 80 du Code d'instruction criminelle, 378 du Code pénal et de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'ordonnance attaquée a condamné l'exposant à la peine de 100 fr. d'amende, pour avoir refusé d'indiquer les noms qui lui étaient demandés par le juge d'instruction de deux personnes, alors qu'il résulte du procès-verbal de la déposition de l'exposant qu'il s'était engagé vis-à-vis des deux personnes en question à ne pas divulguer leurs noms ;

« Vu lesdits articles ;

« Attendu que si tout témoin doit fournir son témoignage sur les faits dont la preuve est recherchée par la justice, la loi a pris soin de déterminer certaines exceptions qui, par des considérations d'intérêt public et de haute moralité, permettent au témoin de s'abstenir ;

« Qu'il en est ainsi, lorsqu'il s'agit de faits dont un fonctionnaire n'aurait eu connaissance qu'à raison de ses fonctions et qui ne lui auraient été révélés qu'à titre confidentiel ;

« Attendu qu'un inspecteur de la sûreté, entendu comme témoin au cours d'une information, peut, même après avoir prêté serment, se refuser à divulguer les noms des personnes de qui il tient les renseignements qu'il a fournis à la justice, si, ayant connu ces noms dans l'exercice de sa fonction, il a pris l'engagement de ne pas les révéler, sauf au juge à avoir tel égard qu'il convient au renseignement incomplet qui peut lui être fourni ;

« Attendu que Letellier, inspecteur de la sûreté, invité par le juge d'instruction de Rouen à faire connaître les noms des personnes qui, d'après sa déposition antérieure, auraient été témoins de faits de nature à établir la culpabilité des inculpés, s'y est refusé ; qu'il a déclaré que ces personnes craignant des représailles de la part des inculpés, il s'était engagé vis-à-vis d'elles à tenir leurs noms secrets ; que, par ordonnance du 18 janvier 1924, le magistrat instructeur l'a condamné à 100 francs d'amende, par le motif qu'il avait refusé, après avoir prêté serment, de déposer et de faire connaître les noms de deux personnes dont l'audition était indispensable à la manifestation de la vérité ;

« Attendu qu'en prenant le silence de Letellier pour un refus illégal de déposer et en le condamnant à 100 francs d'amende, l'ordonnance attaquée a

faussement appliqué l'article 80 du Code d'instruction criminelle et a commis une violation expresse du principe posé en l'article 378 du Code pénal ;

« Par ces motifs et sans qu'il y ait lieu de statuer sur le deuxième moyen du pourvoi ;

« Casse et annule ladite ordonnance ;

« Et attendu qu'en s'abstenant de répondre à la question qui lui était posée, le demandeur n'a encouru aucune peine ;

« Dit qu'il n'y a lieu de prononcer aucun renvoi ».

Observations. — Il est de jurisprudence que les dispositions de l'article 378 du Code pénal sont applicables aux inspecteurs de la Sûreté, ceux-ci ayant, dans un intérêt général et d'ordre public, l'impérieux devoir de garder le silence sur des faits dont ils n'ont eu connaissnce qu'à raison de leurs fonctions, et qui ne leur ont été révélés qu'à titre purement confidentiel.

Il a été spécialement jugé, en ce sens et en conformité de l'arrêt rapporté, qu'un inspecteur de la Sûreté, témoin régulièrement cité, peut se refuser, sur une question de la défense, à divulguer le nom de la personne dont il a reçu, à raison de ses fonctions et sous le sceau du secret, les renseignements qu'il donne à la cour d'assises : C. de cassation (Ch. crim.), 30 août 1906 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1907, 1er sem., 1.2 ; Dalloz, 1907.1.420, avec note).

Adde, dans le même sens : C. de cassation (Ch. crim.), 4 décembre 1891 (*Bull. crim.*, n° 239) ; 6 juillet 1894 (*Bull. crim.*, n° 180, p. 281) ; Trib. corr. Seine, 28 février 1895 (Dal., 1896, 2.230).

Commentaires

Cet arrêt de Cassation vient à l'appui de ce que nous écrivions dans le *Concours médical* 1924, page 657, à propos du jugement du tribunal civil de Meaux, du 22 novembre 1923, déclarant que le médecin est tenu au secret professionnel, non seulement par rapport à son client, mais *erga omnes*.

Cette obligation au silence n'est pas, comme certains médecins le croient, un privilège de notre profession. Quel beau privilège que celui qui peut nous faire condamner en correctionnelle, comme au civil, en dommages-intérêts, si nous dévoilons à des tiers ce que nous avons pu apprendre en exerçant l'art de guérir !

Non, le législateur a voulu que tous ceux qui sont susceptibles de recevoir des confidences soient tenus de conserver ces confidences secrètes, et ceci dans une mesure d'ordre public.

Ce n'est ni l'intérêt du médecin, ni celui du malade qui est en jeu, mais celui de la société : il ne faut pas que l'homme qui, par profession, entend, surprend, ou reçoit la confidence de choses secrètes, soit libre de parler ou non, selon la conception individuelle — partant erronée — qu'il peut se faire de son devoir. Ce dernier est le même pour tous : c'est le silence absolu dans tous les cas, sauf de très rares exceptions, mentionnées dans la loi.

C'est pour ce motif qu'il nous a semblé intéressant de mettre cet arrêt sous les yeux de nos lecteurs pour leur montrer que l'article 378 du Code pénal ne s'applique pas exclusivement à la profession médicale.

Dr Paul Boudin.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Un projet d'organisation syndicale (1),

Par G. Renon (de Niort).

Bien que dans nos cinq départements (2) il existe déjà des Comités ou des Offices départementaux d'hygiène et de défense sociale, assistés ou non d'inspecteurs d'hygiène, et qu'ils aient ouverts çà et là, quelques dispensaires, on ne peut vraiment pas dire que l'organisation de la lutte antituberculeuse soit parfaite dans notre région, et que le corps médical n'a plus qu'à se taire et à se laisser faire.

C'est précisément parce que, jusqu'à présent, il s'est laissé imposer une formule, exacte peut-être dans les grandes villes où des dispensaires sont dirigés par des maîtres de la phtisiologie et ont une clientèle largement assurée par la densité de la population, mais complètement inefficace dans nos départements ruraux à population clairsemée, parce qu'incapable de toucher les tuberculeux s'il n'est pas établi une *liaison* étroite entre le médecin praticien et le dispensaire.

Nul plus que le médecin praticien ne souffre de son impuissance à lutter contre la tuberculose.

N'avoir à sa disposition, comme moyen thérapeutique, que le repos et le grand air, et être incapable d'obtenir du sujet l'arrêt de son travail ou une maison propre et aérée, voir contaminer toute une famille par un « cracheur » et ne pas pouvoir faire son éducation ni son isolement dans un sanatorium ou un hôpital, ne pas pouvoir soustraire les enfants à la contamination, diriger les prétuberculeux vers les préventoriums ou colonies de vacances

(1) *Archives médico-chirurgicales de Province*, juin 1924.

(2) Charente, Charente-Inférieure, Deux-Sèvres, Vienne, Vendée.

à la mer ou à la campagne, voilà ce qu'il déplore tous les jours ; et il appelle de tous ses vœux une organisation logique et efficace qui satisfera ces besoins impérieux, mais à la condition bien spécifiée qu'elle respectera son indépendance professionnelle et ses règles déontologiques.

Est-il donc si difficile de s'entendre et ne peut-on essayer de concilier les dispositions légales et le souci légitime du médecin ?

Il n'est pas dans notre intention de faire ici un article de polémique, c'est trop facile et parfaitement inutile. Il est acquis que la lutte antituberculeuse ne peut donner de résultats que si elle est faite *en collaboration avec tous les médecins*. Nous voulons simplement essayer de montrer comment les médecins peuvent s'accommoder des principes fondamentaux de la lutte antituberculeuse ; nous voulons les renseigner, leur montrer des solutions. A eux ensuite de les discuter, d'apporter le résultat de leurs expériences et de *décider*.

Le cadre légal. — C'est la loi du 15 avril 1916, complétée par la circulaire du ministre de l'Intérieur du 31 juillet 1917, qui est la base de l'organisation de la lutte antituberculeuse.

L'élément primordial de cette lutte est le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Ces dispensaires peuvent être créés par des particuliers, des mutualités ou organisés par les services publics.

Au point de vue administratif, ils s'affilient au Comité National de Défense contre la tuberculose, qui est le grand dispensateur des subventions, mais qui exige, en retour, certaines conditions de fonctionnement qui, dans la pratique, ont été le grand obstacle au bon rendement des dispensaires.

Pour plus de détails, il n'y a qu'à se reporter aux articles du *Médecin Syndicaliste* (juillet et octobre 1923).

La loi du 7 septembre 1919, complétée par le décret du 10 août 1920, oblige les départements, sinon à créer des sanatoriums, du moins à passer des contrats d'ici cinq ans, avec les sanatoriums existants pour assurer l'hospitalisation de leurs tuberculeux.

Le dispensaire. — Installé dans des locaux convenables, suivant un plan donné par la circulaire, ce dispensaire serait utilement complété par une installation radiologique, permettant la radioscopie, et un petit laboratoire où on effectuerait la recherche des bacilles dans les crachats, s'il n'existe pas dans le département un ou des laboratoires déjà bien aménagés.

Quel est son rôle ? Il est multiple :

1° *Le dispensaire est un organe de diagnostic.*— Et nous disons bien diagnostic et non triage, car les statistiques données par Bernard et Mme de Retz, par Labesse, montrent, d'une façon éloquente, que les malades envoyés par leurs médecins aux dispensaires en sont justiciables, dans une proportion infiniment plus élevée que ceux récoltés par d'autres moyens qui nécessitent un « triage ».

Comment le dispensaire peut-il aider le médecin dans son œuvre diagnostique ?

Un diagnostic comprend deux actes :

1° Une série d'investigations pour lesquelles doivent entrer en jeu des instruments techniques, qui peuvent ne pas être à la portée de tout le monde ;

2° Un acte de synthèse pour lequel va intervenir l'esprit critique et le sens clinique du médecin.

Or, le diagnostic de tuberculose peut être schématisé par trois actes :

Examen clinique du malade, examen radiologique, recherche du bacille dans les crachats.

Si tout médecin digne de ce nom doit être capable de faire le diagnostic *clinique* de tuberculose, il serait toujours heureux de pouvoir faire compléter son examen clinique par un examen radiologique et par la recherche du bacille.

C'est ce qu'il fait déjà, mais le dispensaire sera là, spécialisé dans ce but, donc facilitant la tâche.

Mais ce n'est pas toujours d'une aide matérielle dont le praticien a besoin ; il est des cas difficiles à apprécier, des diagnostics délicats à préciser, des indications thérapeutiques (pneumothorax) à formuler. Il a souvent besoin d'une consultation avec un confrère plus compétent. Cela aussi le dispensaire doit pouvoir l'offrir.

Il nous semble donc qu'il faut que les dispensaires soient dirigés par un *médecin chef*. « Cette création du médecin chef nous paraît indispensable, même dans le cas où il existe un service par roulement entre les divers médecins de la localité ». (Lafontaine, le *Médecin Syndicaliste*, 1923.) Rien ne marche sans une direction ferme et éclairée ; et cela n'exclut nullement une collaboration, elle est, au contraire, facilitée parce qu'elle est fructueuse

2° *Le dispensaire est un organe de placement.*— Voici un tuberculeux curable s'il peut être mis dans de bonnes conditions de traitement. Le dispensaire doit pouvoir indiquer au médecin traitant le sanatorium où il y a une place vacante.

Le tuberculeux est incurable et risque de contaminer son entourage ; le dispensaire doit dire au médecin dans quel hôpital il peut l'envoyer.

Il faut soustraire des enfants à la contamination ; le dispensaire, de lui-même, ou par les soins de l'œuvre Grancher, doit assurer leur éloignement.

Pour les placements des prétuberculeux, en particulier des enfants malingres, les envois à la mer, en colonies de vacances ; les hospitalisations dans les hôpitaux marins réservés aux tuberculoses locales ouvertes ou non. Le dispensaire doit pouvoir satisfaire le plus rapidement possible à toute demande du praticien.

Tout cela nécessite une *organisation*, une action directe du dispensaire, qui devra passer des contrats avec les sanatoria, les hôpitaux marins, les œuvres de colonies de vacances, les préventoriums.

Qui dit organisation dit direction.

Pour pouvoir utilement remplir ce rôle de coordination, de liaison entre le médecin traitant et tous ces établissements de cure, il faut la direction unique d'un médecin-chef.

Tout à l'heure, il devait être bon technicien ; cela ne suffit pas, il doit être bon organisateur.

3° *Le dispensaire est un organe d'éducation et de prophylaxie.* — S'il est facile de donner quelques conseils d'hygiène aux malades, il est plus difficile de les faire observer.

Toute l'éducation hygiénique du tuberculeux est à faire, mais elle ne peut être réalisée qu'en offrant au médecin traitant les secours d'une *infirmière visiteuse.*

Le voilà le véritable but de l'infirmière : aider le médecin dans cette tâche *éducative* du malade. Que chacun reste dans son rôle et on aura des résultats.

C'est un leurre prouvé par les statistiques que de faire de l'infirmière un organe de dépistage, elle a mieux à faire.

Le médecin doit pouvoir, sur sa demande, trouver au dispensaire des infirmières *compétentes*, auxquelles il confiera cette besogne essentiellement prophylactique, qui consiste à apprendre aux tuberculeux et aux membres de sa famille les règles indispensables de l'hygiène qui empêcheront la contamination.

Cette mise à la disposition du praticien de l'infirmière va être réalisée à Niort, où les médecins de la ville ont transformé un dispensaire privé, qui ne rendait aucun service en fonctionnant suivant les errements anciens, en un organisme mettant à leur disposition des infirmières pour les *assister* dans leur besogne journalière auprès de leurs malades.

A côté de cette tâche éducative, qui est en même temps prophylactique et qui peut facilement être réalisée par la collaboration de l'infirmière, il est un rôle plus spécialement prophylactique que doit assurer le dispensaire : c'est la *désinfection.*

A chaque dispensaire devra être annexée une *buanderie* pour la désinfection du linge souillé, qui devrait être récolté dans un sac spécial suivant les indications de l'infirmière.

Distribution de crachoirs et d'antiseptiques, désinfection des logis à intervalles plus ou moins rapprochés, et surtout enfin, *amélioration du logement.* Tels doivent être les buts à atteindre.

Si la *lutte contre le taudis*, conformément aux dispositions de la loi de 1902, est restée lettre morte, nous pensons que les médecins doivent profiter de ce rôle prophylactique des dispensaires pour signaler les logements insalubres et mettre les maires en face de leurs responsabilités.

Supprimer l'*alcoolisme* et le *taudis*, ce serait *supprimer la tuberculose.* Mais trop d'intérêts sont ligués contre ces *vérités médicales.*

4° *Le dispensaire est organe d'assistance.* — Ceci est le côté bienfaisance qui, jusqu'à présent, a été le mieux partagé, car les dispensaires ont vu là un moyen d'attirer les malades.

Cette assistance ne doit pas seulement comprendre des secours en aliments, linge, médicaments, mais s'étendre aussi plus largement, c'est-à-dire donner des conseils aux malades et à leurs familles sur les diverses organisations légales dont ils peuvent profiter : loi Honnorat, loi des pensions, des pupilles de la nation, lois relatives aux incurables, aux familles nombreuses, aux femmes en couches, etc.

Fonctionnement du dispensaire. — Le dispensaire est *gratuitement ouvert à tous.* Telle est la formule du Comité national.

Ce principe de la « porte ouverte » est un de ceux que combattent les praticiens.

Que dit la pratique ? Labesse (*Revue de Phtisiologie*, n° 1, 1924) dit que le rendement est infiniment supérieur pour la catégorie de malades envoyés par leurs médecins que pour ceux venus d'autres sources : 57 p. 100 de tuberculeux dans le premier cas, avec 60 p. 100 de contagieux, contre 29 p. 100, avec 43 p. 100 seulement pour le second cas.

A Niort, la consultation du dispensaire voit chaque fois des malades atteints de toute autre affection que la tuberculose.

Ne pourrait-on trouver un moyen de concilier l'ouverture large du dispensaire et le souci des médecins de ne pas voir leurs clients aller consulter, sans les avertir et n'en rien savoir. C'est encore une question de « liaison » que le Syndicat du Cher a résolu dans son contrat avec l'Alliance d'hygiène sociale.

Art. 5. — Le dispensaire est ouvert aux personnes atteintes ou suspectes de tuberculose, munies d'une lettre de leur médecin traitant.

Néanmoins, à titre exceptionnel, celles de ces personnes qui n'en sont pas munies peuvent être examinées une première fois, mais elles seront invitées à ne se présenter à nouveau qu'avec une lettre du médecin traitant.

A notre avis, la liaison n'est pas suffisamment établie ainsi ; on ne peut empêcher un malade d'aller consulter où il veut, qui il veut. Le cabinet médical est un terrain neutre. On peut, à la rigueur, considérer le dispensaire comme un cabinet médical.

Mais de même que le devoir de tout médecin consulté par hasard est de s'informer du médecin traitant et de mettre son confrère au courant de la consultation qu'il a donnée, à plus forte raison, un organisme public comme le dispensaire, dont le but est essentiellement prophylactique, doit, *toujours*, quand un malade se présente sans lettre de son médecin et est reconnu justiciable des offices du dispensaire, avertir ce malade qu'il doit prévenir son médecin traitant ou en faire choix s'il n'en a pas encore. Le dispensaire doit se mettre en rapport avec ce médecin, directement ou par l'intermédiaire de l'infirmière-visiteuse si c'est possible.

Tout médecin qui envoie un malade au dispensaire doit, ou l'accompagner lui-même, aux fins d'examens techniques, en consultation avec le médecin-chef, ou lui remettre une lettre explicative de ses desiderata.

Le médecin chef doit toujours répondre de façon complète et précise ; il faut qu'il y ait collaboration étroite entre le médecin traitant et le médecin du dispensaire pour pouvoir faire œuvre utile.

Le dispensaire est ouvert gratuitement à tout le monde.

C'est à notre avis un abus ; *qui peut payer, doit payer* ; et si on mettait en pratique cette maxime pour toutes les organisations d'hygiène, inspection des écoles, des pupilles, vaccination, dispensaires, etc., notre budget ne s'en trouverait peut-être pas plus mal.

De cette gratuité il résulte, d'ailleurs, que le dispensaire est fréquenté seulement par le pauvre bougre. On met à grand frais sur pied toute une installation pour lutter contre la tuberculose, et, dans la pratique, ce rôle est considérablement restreint.

Nous venons de voir que le médecin chef du dispensaire devra être pris parmi les meilleurs de la profession et voici un confrère dont on ne pourra recueillir l'avis quand il s'agira d'un malade aisé, capable d'honorer un consultant.

Que le dispensaire reste ouvert gratuitement à toute la clientèle de l'A. M. G. ou peu fortunée, je crois que nous serons d'accord, mais qu'on nous permette, si nous avons recours à une consultation de notre confrère phtisiologue, de le faire honorer suivant nos règles professionnelles habituelles.

Il ne s'en suit pas que le médecin chef du dispensaire ait le droit de faire de la clientèle. Il est spécialisé dans son rôle et ne peut faire acte de consultant qu'à la demande du médecin praticien.

Il en résulte que le médecin chef, qui remplit une fonction bien définie, devra être rétribué par les Comités départementaux d'hygiène sociale, et que s'il a besoin d'être assisté par un ou plusieurs médecins adjoints, ceux-ci devront de même être rétribués par les Comités.

Emplacement et nombre de dispensaires. — Le dispensaire est né dans les villes et à Paris, en particulier. Les mieux achalandés fonctionnent un peu comme des consultations externes annexées à un hôpital.

Il en est tout autrement dans nos départements ruraux. Comment allons-nous obtenir que nos malades, disséminés dans les fermes éloignées, se rendent à des dispensaires, ou que des infirmières viennent à domicile exercer leur rôle d'éducatrices ?

C'est là qu'on saisit sur le vif la nécessité inéluctable de faire du *médecin traitant le pivot de la lutte antituberculeuse.*

C'est à vous, confrères de la campagne, de nous dire ce que vous désirez, comment vous comprenez la collaboration ; quel est, à votre avis, le meilleur système pour arriver à vous aider dans votre lutte obscure de tous les jours.

Une organisation centrale au chef-lieu du département vous paraît-elle suffisante ? Désirez-vous qu'on installe, dans chaque sous-préfecture ou chef-lieu de canton important, un local où viendrait, deux fois par mois, le médecin chef de service se mettre à votre disposition pour examiner avec vous vos cas douteux, ou prendre des décisions de concert ?

Pensez-vous que cette installation devrait comporter la possibilité d'un examen radioscopique, et celle-ci peut-elle être réalisée soit par un poste fixe, soit par un poste ambulant (voiture radiologique) ?

Quels services auriez-vous à demander aux infirmières-visiteuses ?

Conclusions. — Il faut, comme l'écrit Kuss, établir obligatoirement des liens étroits entre les dispensaires et les médecins traitants. Il faut donc faire un *contrat.*

Les contractants seront le Comité ou Office départemental d'hygiène sociale, d'une part ; le Syndicat départemental, d'autre part.

Ils constitueront un Conseil d'administration de *X* membres, nommés moitié par l'Office, moitié par le Syndicat, et qui sera chargé d'administrer les dispensaires antituberculeux.

Un médecin chef de service sera nommé sur la proposition du Syndicat par le Conseil, avec mission d'assurer la direction de la lutte antituberculeuse, en collaboration étroite avec tous les médecins du département.

Ce chef de service devra remplir les conditions techques nécessaires et avoir déjà exercé pendant cinq ans.

Il recevra un traitement fixe de ..., ne pourra faire de clientèle, tout en ayant le droit d'être appelé en consultation à titre privé.

Il pourra être assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints pour assurer le service du dispensaire, et cela après entente avec les médecins de la localité où fonctionne le dispensaire.

Il devra établir une fiche pour tous les malades portant :

1° Le diagnostic complet de la maladie : clinique, radiologique, bactériologique ;

2° Les mesures prophylactiques prescrites ;

3° Les conseils relatifs à la destination et à la situation du malade et des membres de sa famille ;

4° L'assistance demandée ou accordée pour lui ou sa famille.

Le médecin traitant doit toujours être avisé directement du résultat de la consultation.

Les infirmières visiteuses sont soumises à l'autorité du médecin chef qu'elles assistent aux dispensaires. Elles ne peuvent aller visiter les malades qu'à la demande du médecin traitant.

Réfléchissez, discutez dans vos réunions professionnelles et apportez nous des décisions.

La question est grave. On a mis au défi les Syndicats médicaux d'organiser quelque chose.

Tout l'avenir de la profession est en jeu. Il faut aboutir.

Ces conclusions ne constituent qu'un schéma directeur, mais sur lesquelles il importe que nous fassions l'accord. Si les principes sont adoptés, il sera

facile d'en déduire toutes les modalités pratiques qu'il serait trop long de donner ici et au sujet desquelles la Commission sanitaire de l'Union, nos confrères du Maine-et-Loire, du Cher, des Landes, du Lot-et-Garonne et de l'Algérie nous apportent des suggestions intéressantes.

LA SITUATION MÉDICALE

Depuis cinquante ans, on entend parler du malaise médical, des difficultés de la profession médidicale, de l'avenir incertain médical, en lui trouvant des causes nombreuses et diverses.

Pendant la guerre, l'alarme a été sérieuse : que deviendront les clientèles, qu'en restera-t-il ? La place sera prise par un remplaçant non agréé, par un métèque, par un confrère mobilisé dans la région, peu soucieux de la déontologie et surtout peu scrupuleux,pour ne pas dire malhonnête.

Le véritable danger n'est pas venu de ce côté. Il y a bien eu quelques métèques, il y en a encore, comme d'ailleurs il y en avait déjà avant la guerre, mais rares sont les clientèles qui ont été usurpées. Les vieux confrères ont repris du service pour protéger les jeunes. Ils ont vivement combattu, en divers endroits, des municipalités trop zélées qui ne trouvaient point le service médical suffisamment assuré et réclamaient à l'administration des médecins, et surtout des médecins militaires. Les confrères non mobilisés, et qui se multipliaient, ont réussi à écarter le péril et à déclarer nettement à l'administration que le service était assuré, et que le besoin de médecins étrangers ne se faisait point sentir.

On accusait aussi du malaise médical la pléthore médicale. Le nombre des étudiants est toujours considérable et la pléthore est sensiblement au même point, surtout dans les grandes villes. Le nombre des médecins est effrayant à Paris ; il dépasserait quatre mille. Plus de la moitié ne sauraient vivre de leur profession.

Et malgré cela, on se jette dans cette carrière ; il y a même une crise curieuse de *service de santé*. On veut être libre, médecin civil. Revêtir l'uniforme du Val-de-Grâce est mal porté. On n'a pas l'esprit militaire, et voilà encore une cause de surpeuplement de la carrière médicale civile.

Mais ces causes, réelles en elles-mêmes, sont de peu d'importance dans le mal médical, qui se trouve dans l'organisation actuelle de notre état social.

Déjà, la loi de 1898 avait porté un coup terrible à la profession médicale, sans aucune intention malveillante des pouvoirs publics, il faut le reconnaître. La loi sur les accidents du travail allait rapidement donner naissance à une monstruosité médicale, les cliniques des accidents du travail, officines presque toutes malhonnêtes, industriellement installées, avec primes, rabatteurs, agents spéciaux ; organisations louches qui ont mis cette médecine sociale en coupe réglée, et ont enlevé du coup, avec prestesse et d'un magistral coup de main, la principale source de revenus des médecins du pays qui n'en peuvent mais.

Ceux-ci voient s'élever à côté d'eux des fortunes considérables en peu de temps. Ils voient de ces confrères marrons condamnés pour faux ou escroquerie, revenir reprendre leur commerce après avoir obtenu bien souvent les faveurs de dame Thémis, et toujours l'appui des ouvriers.

Il n'y a rien de plus écœurant que ces tripotages au grand jour.

Les compagnies payent et ne discutent point les notes des cliniques, mais réduisent celles des malheureux praticiens.

Et puis, si les frais sont trop élevés, on élève la prime des patrons et tout va bien.

Je crois toujours qu'il y a possibilité d'atténuer ce mal si l'on veut s'en donner la peine, mais l'accord à ce sujet n'est point fait, même chez les médecins partisans du libre choix. La liberté doit avoir des limites, et ne doit pas dégénérer en licence ou en scandale.

A notre époque de solidarité, de neutralité, d'assistance sociale et d'organisation hygiénique, un formidable danger menace le corps médical, et le coup vient de l'Etat.

On demande tout au médecin. Il exerce un *sacerdoce*, et on voudrait son concours au plus juste prix.

Mais les inconvénients du *tiers payant* viennent de se faire cruellement sentir dans l'affaire des carnets médicaux. C'est donc une réforme à faire, ou tout au moins une modification à apporter dans le règlement des honoraires. Et comme l'Etat prend à sa charge les soins aux mutilés, aux orphelins de guerre, aux pupilles de la nation, comme il se propose d'organiser les assurances sociales, comme il a ses offices publics d'hygiène, ses dispensaires de toutes sortes, et quatre millions de mutualistes à côté, on voit dans quel immense filet le corps médical est pris.

Et les administrations discutent des questions de priorité, à savoir si le rôle du médecin est réellement utile ici ou là, si on ne pourrait pas le remplacer par une infirmière, une visiteuse de bonne volonté ou n'importe qui, parce qu'on ne voudrait pas abuser de lui, c'est-à-dire le faire travailler pour rien. Et l'on s'arrange de façon à éviter les frais. En joignant, à ces organisations diverses, l'inspection médicale des écoles, le réseau est complet; tout le monde sera soigné dans les conditions déterminées par l'Etat. Oui,

mais il faut le concours des médecins quand même.

Comment l'aura-t-on ? Le donneront-ils ? Si le médecin succombe, c'est le fonctionnarisme avec ses bassesses et ses insuffisances d'honoraires, ou c'est une cote mal taillée, ou c'est le refus net et sans phrase. Terrible alternative ! On comprend l'embarras des syndicats et de l'Union. Pourtant il faut aviser, les temps sont proches.

Le *tiers payant* a fait ses preuves. Il pousse aux abus d'abord, et quand on songe à toute la paperasserie dont il est entouré, c'est un mode à rejeter sans autre examen.

Il serait possible d'appliquer le tarif local avec une légère réduction si l'on veut et règlement à la visite, *par l'intéressé.*

Le forfait, l'abonnement, le prix fixe, le tarif réduit ont fait leur temps.

Libre choix, tarifs syndicaux. Liberté du malade, liberté du médecin, voilà la vérité.

La paperasserie au rancart.

Des timides n'oseront pas. Tant pis pour eux!

Je n'ai jamais été aussi heureux, au début de ma carrière, lorsqu'un jeune confrère quelque peu arriviste élevait la visite de 2 fr. à 3 fr., puis quelques années après, à 5 fr. Je suivais le mouvement, et lorsque les clients surpris faisaient quelques observations : « Mes visites valent celles de mon confrère », disais-je, et l'habitude se prenait vite.

De cinq francs avant la guerre, le tarif a passé à 10 fr., puis le voici à 15 fr. Pourquoi serait-ce dur ? On demandera moins souvent les médecins ? C'est douteux.

Détroussé des accidents de travail par les cliniquards, soignant encore les mutilés et les mutualistes dans des conditions parfois trop modestes, rendant des services gratuits de tous côtés, il faut que le médecin vive de sa profession.

Nous avons passé en revue les causes anciennes du malaise médical, les causes actuelles et les dangers futurs.

Ce ne peut-être que par une bonne union des médecins en syndicats, par une étude sérieuse des questions professionnelles par ceux-ci, par l'intelligence et le jugement des dirigeants, que l'on finira par retrouver l'équilibre et attirer l'opinion publique en notre faveur.

D[r] COURGEY.

QUESTIONS HISTORIQUES

Une lettre autographe de Fagon (1)

Notre très distingué collaborateur et ami, M. Maurice BOUVET a eu la bonne fortune de trouver, au cours de recherches sur l'histoire de la spécialité pharmaceutique, une lettre autographe de FAGON, le célèbre médecin de Louis XIV, dont il est si souvent question dans la presse médicale depuis l'apparition du livre de Louis BERTRAND sur Louis XIV. Il nous en explique l'origine dans l'article qui suit, article qui sera complété par la publication de quelques documents d'archives peu connus sur FAGON. Ces documents, ajoutés à ceux déjà publiés, permettront de fixer plus nettement la vie et le rôle de ce médecin célèbre.

Les Facultés d'approvisionnement données par Louis XIV aux fabricants de remèdes secrets.

Quand les fabricants de spécialités rencontraient des difficultés dans leur approvisionnement, le pouvoir royal intervint pour leur permettre de continuer l'exploitation de leurs remèdes : nous citerons comme exemple l'intervention du roi en faveur de *de Guillers*, préparateur d'un fébrifuge réputé.

Ce *de Guillers* est un capitaine de cavalerie au service des Vénitiens : fils d'un Français expatrié il est envoyé en Dalmatie où il sauve la vie à un médecin arabe arrêté à tort comme espion. Reconnaissant, celui-ci lui fait connaître une poudre fébrifuge que *de Guillers* expérimente dès son retour à Venise.

Le Blond consul de France à Venise signale à *Louis XIV* les heureux effets de cette médication ; le roi fait venir en France, à ses frais, *de Guillers* et sa famille. Des expériences sérieuses sont instituées par *Fagon*, premier médecin du roi et *Boudin*, médecin ordinaire du roi, lesquels font un rapport très favorable.

Nous avons été assez heureux pour retrouver le texte *manuscrit* de ces deux rapports dans le dossier d'un procès engagé par *de la Jutais*, successeur de *de Guillers*, contre son associé *Guérin* (1).

Nous donnerons d'abord le texte de *Fagon*. Ecrit par un homme fatigué, il est malheureusement difficile à lire et quelques mots sont douteux :

« A Versailles, le 30 janvier 1713.

« Il est vray que la poudre qui nous a estée donnée par le sieur *Ferdinant de Guillers* a guery tous les malades auxquels nous en avons faict donner, M. *Boudin* et moy, tant de fiebvres tierces, doubles

(1) *Courrier médical* du 18 mai 1924

(1) *Archives Nationales*, V^7 246.

tierces, que de quartes inveterées dont, quelques-unes mesmes n'avoient pas estées guéries par le kinkina : j'avois ramené à M. *Boudin*, toutes les plantes purgatives qui se peuvent trouver communément dans nos campagnes et entre les autres, celle que le S[r] *de Guillers* nous a déclarée. Mais parce que je sçavois qu'elle purgeoit très violament et avec des accidents qui n'ont point paru, dans l'usage de la poudre qu'il nous avoit donnée. Je n'aurois ozé le prouver, sans y faire differentes preparations qui auroient employé bien du temps, et de plus, on ne la peut trouver que dans le commencement de l'esté ... le S[r] *Ferdinand de Guillers* nous a déclaré fort honestement sa preparation et avec une syncérité fort différente de la manière avec laquelle les charlatans s'expliquent sur leurs secrets. Cette plante se trouve aysement presque par toute la France et se propage facilement ; elle peut par conséquent estre employée avec très peu de frais dans tous les hôpitaux des armées du Roy et sans doubte, elle epargnera à sa Majesté de très grandes despences, et sauvera une infinité de soldats parce qu'ils seront gueris d'abord ; et qu'ils ne soufriront, ny de l'infection de l'air des hospitaux, ni de la friponerie des entrepreneurs. Et puisque le Roy m'ordonne d'avoir l'honeur de dire ce que Je pense sur la gratification que demande le S[r] *de Guillers*, J'obéis aux ordres de Sa Majesté en l'asseurant que la marque d'honeur et la gratification qui luy son demandées son justement espérées de Sa Grandeur et de sa bonté. »

FAGON.

En bas il y a :

« Veu l'approbation cy-dessus du remède de Monsieur le Chevalier *de Guillers*, et celle de Monsieur *Boudin*. Je consens que l'on en continue le débit pour le bien du public, faic ce 24 octobre 1723.

DODART.

Dans son certificat, *Boudin*, confirme que la poudre de *de Guillers* a guéri, au cours des essais, tous les malades auxquels il l'a donnée, que ces malades aient été atteints de fièvres doubles, de fièvres tierces ou de fièvres quartes.

Ces deux certificats sont datés du 30 janvier 1713 : comme suite à ces avis favorables le roi accorde à *de Guillers* une pension de 1.200 livres à dater du jour de son départ de Venise, la croix de Saint-Lazare et un brevet de 10 ans (1) lui accordant la vente exclusive de sa poudre à raison de dix sols la prise.

De Guillers donne au roi son secret pour qu'il puisse être utilisé dans les armées royales.

De plus, comme la racine (2) nécessaire pour la préparation de la spécialité est difficile à trouver, le roi donne en ces termes l'ordre aux inspecteurs des eaux et forêts de faciliter la tâche de *de Guillers* (20 juin 1713) (1) :

« Sa Majesté, désirant que le sieur *de Guiller* puisse prendre de la racine fébrifuge partout où elle se trouvera, enjoint à ses officiers des eaux et forests, et généralement à toutes autres personnes, de permettre audit sieur *de Guiller* la recherche de ladite racine dans ses forests, dans celles des communautez ou des particuliers, et dans tous les autres endroits où il pourra en trouver, sans luy donner aucun trouble ny empeschement, mais au contraire toute ayde et et assistance ».

M. BOUVET.

A propos de Fagon

(2e *note*)

Dans un article destiné à défendre contre Louis BERTRAND la réputation de l'homme consciencieux que fut FAGON, le docteur J. NOIR (2) écrit avec juste raison que le médecin de Louis XIV...

« fut un bon serviteur de son Roi et l'un des meilleurs parmi les hommes de talent qui élevèrent si haut le prestige moral de la France sous Louis XIV. »

Nous pouvons fournir une nouvelle preuve à cette assertion ; c'est un éloge de FAGON émanant du roi LOUIS XV ou plutôt du régent et figurant dans la...

« DECLARATION POUR CONSERVER AU S[r] FAGON LA SURINTENDANCE DU JARDIN ROYAL DES PLANTES PENDANT SA VIE (3) »,

déclaration qui date du 18 septembre 1715.

FAGON avait été nommé surintendant du Jardin des plantes par lettres patentes du 9 mai 1708, conformément au règlement du 7 janvier 1699 ; c'est comme premier médecin du roi qu'il remplissait cette importante charge.

Trop vieux pour continuer auprès de LOUIS XV, les éminents services qu'il avait rendus à Louis XIV, il avait été remplacé le 18 septembre 1715 dans le poste de premier médecin du roi par le S[r] POIRIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris (4), premier médecin de LOUIS XV avant son avènement.

Or le prestige de FAGON est tellement grand à cette époque que POIRIER garde tous les avantages accordés à sa charge, sauf le poste de surintendant du Jardin Royal des plantes qui est

(1) L'original du brevet, signé LOUIS, existe dans le dossier V[7] 246 signalé plus haut. Voir aussi sur *de la Jutais*, *Archives Nationales* O[1]612[3].

(2) La racine de *tithymale* ?

(1) L'original signé LOUIS existe aussi dans le dossier V[7]246.

(2) *Concours médical*, 30 mars 1924.

(3) *Archives Nationales*, O[1]59, 1715, fol. 143 B.

(4) *Archives Nationales*, O[1]59, 1715, fol. 142 B.

conservé à FAGON. Les raisons de cette dérogation aux traditions sont données dans la déclaration citée plus haut ; elles résument les motifs qui doivent nous faire aimer ce grand serviteur de la science et de son roi. Nous les reproduisons ci-dessous.

« . . . comme nous sommes informez de l'application avec laquelle le Sr FAGON a rempli les devoirs de la surintendance de nostre dit Jardin Royal ; tant par raport a la culture et entretenement des plantes médicinales qu'il a considérablement augmentées par les recherches qu'il en a fait faire, que dans la nomination aux charges pour lesquelles il a toujours choisi et présenté des personnes capables d'en remplir les devoirs par leur érudition, nous sommes bien aises de luy donner des marques de nostre satisfaction qu'il mérite encore plus particulièrement par les longs et assidus services qu'il a rendus, au feu Roy et à la feüe Reyne nos tres honorez Seigneurs et Bisayeuls dans la charge de leur premier médecin, qu'il a exercée avec une singulière fidélité et un attachement qui luy a fait continuer ses fonctions dans un âge très avancé. . . »

M. BOUVET.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys

QUESTIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

1° *Rapports avec les mutualités.* — Le questionnaire établi par l'Union sera envoyé à chacun des confrères qui ont des Sociétés de Secours Mutuels dans leur clientèle, ceux-ci les rempliront et les renverront directement au Secrétaire général de l'Union. Depuis cette année 1924, les Sociétés de Secours Mutuels de l'arrondissement des Andelys payent le médecin au tarif de tout le monde sans aucune réduction.

2° *Assurances sociales.* — La question a été tranchée à la réunion du 7 octobre dernier, à l'unanimité, par l'acceptation :

Du contrat collectif,
Avec libre choix,
Respect du secret médical,
Tarif à la visite sans tiers payant interposé.

3° *Fixation de la date de l'assemblée générale en* 1925 Cette assemblée aura lieu dans la première quinzaine de novembre ; elle devra durer deux jours seulement, les questions à résoudre ayant été soumises d'avance aux Syndicats, étudiées par eux, et les délégués étant dûment mandatés.

4° *Programme de l'Assemblée générale.* — En particulier, lutte contre la tuberculose, la syphilis, inspection médicale des écoles. Le Syndicat décide de faire confiance au Conseil d'administration de l'Union.

5° *Nomination des médecins titulaires et des médecins-adjoints dans les hôpitaux de petite ville.* — Il est décidé :

1° Que le médecin titulaire sera nommé à l'ancienneté ;

2° Que le médecin adjoint devra avoir cinq ans d'exercice dans la localité, exception faite pour les anciens internes des hôpitaux des villes qui sont le siège d'une Faculté. Il n'est pas admis de limite d'âge à l'entrée, la préférence devra être donnée aux médecins présentés par le Syndicat, et l'honorariat sera acquis après 65 ans.

QUESTIONS D'INTÉRÊT PARTICULIER

1° *Pour la confection annuelle des listes d'indigents appelés à bénéficier de l'Assistance médicale gratuite.* — Le Syndicat décide d'intervenir auprès du préfet pour lui demander de faire convoquer les médecins suivant l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893.

2° *Relèvement des honoraires pour l'assistance et la vaccination, etc.* — Les membres du Syndicat demandent que les honoraires des médecins pour l'Assistance médicale soient relevés et portés au minimum à 3 fr. pour la consultation, à 5 fr. pour la visite, que les honoraires pour la vaccination soient portés à 1 fr. par vaccination plus 1 fr. 24 par kilomètre parcouru, comme pour les bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 ; que le tarif minimum pour chaque déplacement — vaccinations et indemnité kilométrique additionnés, ne soit pas inférieur à 15 fr. ; pour les enfants du 1er âge, soumis à des visites mensuelles, ils demandent 5 fr. par visite, sans indemnité de déplacement.

3° En même temps, les membres du Syndicat demandent que les *honoraires pour l'assistance, le service de la protection des enfants du premier âge, soient payés tous les si x mois et non pas tous les ans.*

4° Le Syndicat vote des félicitations au docteur Vignal qui, spontanément s'est dessaisi du Service de l'hôpital d'Ecouis en faveur du Dr Trouvé, nouvellement installé à Ecouis.

5° Les membres du Syndicat sont d'avis qu'il y a lieu d'écrire aux deux présidents des Syndicats agricoles de l'arrondissement des Andelys pour qu'ils engagent leurs adhérents à n'envoyer leurs ouvriers malades, étrangers, sans domicile, à la consultation que munis d'un papier par lequel, ils s'engagent, eux cultivateurs, à retenir les frais de la visite ou de la consultation ; journellement, ces ouvriers vont voir ou font appeler le médecin, n'ont pas d'argent pour payer et partent sans laisser d'adresse ; naturelle-

ment dès la visite ou la consultation le médecin enverra sa note d'honoraires que le patron avisé devra retenir sur le salaire de l'ouvrier.

6° Le docteur DIMEY père, fait admettre par l'unanimité des membres du Syndicat, une protestation contre ce fait que la plupart du temps, les cultivateurs font soigner leurs enfants ou parents victimes d'un accident du travail au taux du tarif Breton. Ce tarif a été établi pour les ouvriers ; les membres de la famille du patron doivent être soignés comme les patrons, au même tarif. Cette protestation sera communiquée à l'Union des Syndicats, pour solliciter l'approbation de l'Assemblée générale.

7° Les membres du Syndicat seraient heureux de connaître l'état de la lutte entreprise contre la tuberculose dans le département de l'Eure. Il existe dans le département un office de la tuberculose, et un laboratoire d'analyses. Les médecins praticiens qui pourraient mieux que personne aider à la lutte contre la tuberculose sont tenus à l'écart, ils ne connaissent ni le fonctionnement, ni les ressources de l'Office ; on construit un sanatorium à Ecouis sans leur demander aucun avis.

Puisque le but principal de la lutte contre la tuberculose est le dépistage, le déplacement des tuberculeux et la désinfection des logements contaminés, les membres du Syndicat seraient heureux de pouvoir faire bénéficier gratuitement leurs malades des ressources du laboratoire pour le diagnostic (examen des crachats, radioscopie) et d'être avisés, au moins tous les trois mois, pour en faire profiter leurs clients malades, des places disponibles dans les préventoriums et les sanatoriums ; ils demandent de pouvoir, en cours de maladie, faire, à plusieurs reprises, désinfecter les logements contaminés.

D'une manière générale, les membres du Syndicat émettent le vœu qu'il ne soit établi dans le département aucune institution d'hygiène ou de préservation sociale sans que les Syndicats médicaux représentés par le bureau de leur Fédération aient été consultés.

Dr BOURDON,
Secrétaire du Syndicat.

Discours prononcé par le président, du Syndicat, docteur Mordagne, de Tourny, à l'ouverture de la réunion du 4 mai 1924, tenue à Pont-Saint-Pierre.

Mes Chers Confrères,

Il y a à peine trois ans, nous sommes venus à Pont-Saint-Pierre pour accompagner à sa dernière demeure notre confrère Bournhonet.

En nous réunissant ici pour la première fois et en ouvrant cette séance, je crois être l'interprète de vos sentiments en adressant à sa mémoire le souvenir ému de notre affection confraternelle, et si, sur le monticule où il repose, il peut encore entendre notre voix, qu'elle lui apporte une fois de plus le témoignage de notre fidélité et de notre sympathie. Mieux que des couronnes, notre cœur conserve, fixe, et exprime nos sentiments d'affectueux regrets.

Mes Chers Confrères,

L'année 1923 a marqué pour l'Œuvre syndicale une étape décisive ; l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France à laquelle votre confiance m'avait délégué pour suivre ses travaux et défendre vos idées, a été la synthèse de toute l'œuvre syndicale si magistralement conçue, élaborée depuis plusieurs mois par ce grand animateur Lafontaine, que le règlement un peu rigide a obligé à abandonner la direction pendant quelques mois, à l'heure même où l'impatience des milieux sociaux et une consultation populaire prochaine ont décidé les parlementaires, pour leurs besoins personnels, à hâter le vote d'une loi insuffisamment préparée. Elle se dresse aujourd'hui devant nous, sollicite notre attention et nécessite une direction médicale éclairée.

A cette Assemblée toute l'Œuvre syndicale a passé devant vous ; pupilles, mutilés, dispensaires antituberculeux et antisyphilitiques, assistance médicale gratuite, assurances agricoles, inspection médicale des écoles, organisées avec le trépied syndical :

Libre choix,
Contrat collectif,
Contrôle.

Il faut avoir assisté à ces séances mémorables de libres discussions, d'où la passion est exclue, pour se rendre compte de ce que pourrait être un régime parlementaire qui prendrait des leçons de courtoisie et de maintien dans nos assemblées syndicales où jamais un président n'a besoin de se couvrir pour lever une séance orageuse. Et cependant, Messieurs, les attaques y furent ardentes, Lafontaine eut à subir des assauts furieux : le Syndicat de Bourg-Trévoux avait envoyé à la tribune un confrère qui dressa contre lui un violent réquisitoire ; anathème contre son œuvre, ses écrits, son intransigeance, son esprit de domination qui l'ont fait qualifier de dictateur.

Un rire général accueillit cette diatribe, et personne ne se fâcha, pas même Lafontaine, qui, au soir de cette dernière journée de clôture pouvait contempler son œuvre avec orgueil. La Maison était construite, il n'y avait plus qu'à l'entretenir. Espérons que ses successeurs, fidèles à la tradition, ne failliront pas à la tâche.

Nous devons dans notre modeste sphère les y aider. Nous le pourrons, si, comme Lafontaine, nous avons la foi syndicale, si nous ne sommes pas de mauvais syndicalistes.

Un mauvais syndicaliste est celui qui assiste très irrégulière ment à nos réunions.

Qui se croit libéré en payant une cotisation ;

Qui ne prend la peine de lire des procès-verbaux de nos séances, et n'ouvre même pas le *Médecin Syndicaliste* qu'il trouve trop long ou fastidieux ;

Qui critique les décisions adoptées, qu'il trouve insuffisantes ou superflues ;

Qui rit sous cape des interventions, des déplacements, des communications de ceux qui sont appelés à diriger les Syndicats,

Mais, par contre, qui accepte sans murmurer les bénéfices qu'il retire des résultats obtenus par la ténacité de confrères actifs et désintéressés.

C'est parmi ces mauvais syndiqués qui se croient libérés de toute contrainte, de toute obligation, que vous trouverez les confrères toujours prêts à violer les règles de la plus élémentaire déontologie sans souci de froisser des confrères qui méritent le respect, sans crainte d'amuser le public toujours heureux de marquer les coups. Vous les rencontrerez au carrefour prenant bien vite la route qui mène che z votre malade en traitement, ils s'installeront sans vergogne à votre place et ne ménageront les critiques ni pour le diagnostic, ni pour le traitement ; sur cette pente désastreuse, ils ne s'arrêtent plus, ils multiplient à foison les visites à l'assistance et aux mutilés, quand ils n'inscrivent pas des visites qu'ils n'ont pas faites. Leurs notes d'honoraires colossales font à juste titre dresser les cheveux des conseillers généraux, dispensateurs du budget de l'Assistance, et en rejaillit une déconsidération, en apparence justifiée, de tout le Corps médical.

Nous avons eu un exemple, un seul, de ces mauvais syndiqués dans notre Association ; vous savez comment il a fini. Il ne pouvait pas vivre dans notre milieu.

Notre Syndicat des Andelys, a toujours été une Ecole de haute moralité. Je sais ce qu'il a fait pour la courtoisie de nos rapports confraternels, nos revendications, notre bien-être même, on peut le dire, et je suis convaincu que l'union la plus étroite continuera à régner parmi nous, que tous, jeunes ou anciens, maintiendront la bonne renommée du Corps médical aujourd'hui si décriée. Si l'opinin publique nous est défavorable, si elle ne nous entoure pas de la même considération que jadis, il nous appartient, en présence du déchaînement des appétits dont nous sommes témoins, de nous faire rémunérer de nos soins au prix que nous estimons compatible avec notre dignité et la capacité de nos clients. Cela ne nous empêchera pas, lorsqu'il sera nécessaire, de continuer nos vieilles traditions de libéralité et de dévouement, c'est-à-dire de rendre service à l'humanité souffrante et de prodiguer des soins désintéressés aux malheureux dignes de ce nom !

Décret du 8 juillet 1924, modifiant et complétant le décret du 25 octobre 1922 déterminant les tarifs applicables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 8 juillet 1924.

Monsieur le Président,

Sous le régime du décret du 26 septembre 1919, le contrôle des notes de soins donnés aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 offrait aux intéressés des garanties insuffisantes.

1° Les notes d'honoraires et de médicaments étaient adressées au préfet qui, après une simple vérification administrative, décidait de payer ou de ne pas payer. Cette procédure unilatérale a paru défectueuse ;

2° Si le fournisseur de soins ou de médicaments n'acceptait pas la décision du préfet, il lui appartenait de se pourvoir devant le tribunal départemental des pensions, lequel jugeait en chambre du conseil en premier et dernier ressort. Les intéressés étaient donc privés du droit d'appel.

La loi du 21 juillet 1922 a complètement modifié ces méthodes et a institué un contrôle tripartite à deux degrés, dont est chargée la commission tripartite départementale en premier ressort et la commission tripartite supérieure en appel.

Ainsi, et cette notion liminaire est fondamentale, le contrôle des notes revêt toujours un caractère contentieux. A la présentation d'une note, deux parties sont en présence : le fournisseur de soins ou de médicaments, d'une part, et l'Etat, d'autre part. La question en litige est de savoir si la note présentée doit ou non être imputée à l'Etat en tout ou en partie, et c'est à la commission tripartite départementale qu'il appartient de statuer.

La procédure s'engage donc dès la remise des mémoires à la commission tripartite départementale, et elle-ci va opérer la vérification de ces mémoires dans une forme contentieuse ; c'est-à-dire que la commission tripartite va être obligée de toujours motiver son avis (décret du 25 octobre 1922, art. 32) et qu'en cas de mémoires contestés, elle ne pourra rendre son avis qu'après avoir entendu le créancier dans ses explications (même décret, art. 54).

Les avis de la commission tripartite départementale établis, comme il vient d'être dit, avec des motifs et, éventuellement, après instruction, ne sont pas de simples consultations ; ce sont, en réalité, des « avis de payer » ou des « avis de ne pas payer » ; ils ont la valeur de jugements, et comme tels peuvent être déférés à la commission tripartite supérieure lorsqu'apparaît l'opportunité d'un appel, soit du préfet agissant au nom de l'Etat, soit du créancier agissant en son propre nom.

Le décret du 25 octobre 1922 a donc effectivement organisé la vérification contentieuse des notes suivant la juridiction à deux degrés voulue par le législateur.

Cependant, dans leur forme, certains articles de ce décret n'établissent pas une distinction suffisamment nette entre les attributions contentieuses des commissions départementales ci-dessus indiquées et certaines attributions administratives qui leur ont été conférées.

Pour éviter les confusions possibles, il nous a paru qu'il y aurait intérêt à modifier les articles 31, 34, 48, 54, 55, 82 et 89 de ce décret.

D'autre part :

1° Il convient de modifier les articles 20, 21, 22, 31, 53, 66, 67 et 84 du décret du 25 octobre 1922, conformément aux dispositions de la loi du 30 mars 1923, qui prévoit, par son article 23, l'admission des bénéficiaires des soins gratuits dans les sanatoria publics et privés ;

2° Le décret du 25 octobre 1922 avait omis de régler certains points de détail relatifs aux bénéficiaires déja inscrits sur la liste permanente qui acquièrent le droit

aux soins gratuits en raison d'une infirmité nouvelle, ou relatifs à ceux qui réclament des soins au cours de déplacement hors du département où ils sont inscrits. Nous proposons, sur ces derniers points, les modifications nécessaires ;

3° Enfin, nous avons complété, conformément à l'avis de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits, la nomenclature des interventions qui figure au décret du 25 octobre 1922.

Tel est l'objet du présent décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation, en vous priant de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président....

Le Président de la République française.

Sur le rapport du président du conseil, ministre des affaires étrangères, du ministre des colonies, du ministre de l'intérieur, du ministre des pensions, du ministre du travail et de l'hygiène et du ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ;

Vu la loi du 7 septembre 1919 ;

Vu la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu la loi du 30 mars 1923, art. 22 ;

Vu le décret du 10 août 1920 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, déterminant les tarifs applicables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions,

Décrète :

Art. 1er. — Le décret susvisé du 25 octobre 1922 est complété et modifié comme suit :

Art. 6. — L'article 6 est complété de la façon suivante :

« Lorsqu'un militaire ou marin déjà inscrit sur la liste permanente reçoit, en raison d'une infirmité nouvelle, un titre d'allocation provisoire d'attente pour l'ensemble de ses infirmités, il est inscrit sur la liste provisoire pour sa nouvelle infirmité seulement et continue à figurer sur la liste permanente pour l'infirmité antérieure ».

Art. 14. — L'article 14 est modifié de la façon suivante :

« Tout bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 reçoit un carnet à souches, établi à son nom.

« Les bénéficiaires exclusivement inscrits sur la liste permanente reçoivent un carnet à feuillets blancs.

« Les bénéficiaires exclusivement inscrits sur la liste provisoire reçoivent un carnet à feuillets de couleur.

« Les bénéficiaires simultanément inscrits sur la liste permanente et sur la liste provisoire, dans les conditions prévues à l'article 6, dernier paragraphe reçoivent un carnet à feuillets de couleur pour l'ensemble de leurs infirmités.

« Nul bénéficiaire ne peut détenir plus d'un seul carnet.

« Les carnets sont utilisables sur toute l'étendue du territoire français, aux colonies et dans les pays de protectorat ».

Art. 20. — L'article 20 est complété de la façon suivante :

« Si le malade est dans le cas d'être soigné dans un sanatorium antituberculeux, l'hospitalisation est effectuée dans le sanatorium approprié le plus proche de son domicile.

« Les sanatoriums sur lesquels les mutilés peuvent être dirigés sont les sanatoriums publics, les sanatoriums privés assimilés à des sanatoriums publics et les sanatoriums privés désignés par la commission tripartite départementale parmi ceux qui auront été agréés par le ministre de l'hygiène ».

Art. 21. — L'article 21 est complété de la façon suivante :

« Quand un malade demande à être traité dans un sanatorium, le bulletin est adressé à la commission de contrôle qui examine si la demande est fondée, tant au point de vue de la loi du 7 septembre 1919 que de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Lorsque la demande est reconnue fondée, la commission saisit le préfet qui, conformément aux règles fixées par les lois et règlements spéciaux, procède aux formalités d'admission.

« Lorsque le malade doit sortir du sanatorium, avis en est donné par le sanatorium quinze jours à l'avance à la commission tripartite départementale qui prend toutes mesures utiles pour transférer, s'il y a lieu, le malade dans un autre établissement hospitalier. Toutefois, en cas de faute disciplinaire grave, le sanatorium peut inviter le malade à sortir immédiatement.

« Lorsqu'il y a lieu de maintenir le malade au sanatorium au delà de six mois, la commission tripartite départementale est appelée par le sanatorium à donner son assentiment à l'occasion de chaque renouvellement trimestriel. »

Art. 22. — Le premier paragraphe est complété de la façon suivante :

« Ces dispositions ne sont pas applicables au placement dans les sanatoriums ».

Article additionnel constituant le chapitre IV du titre Ier.

Art. 24 *bis.* — Lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 a besoin de soins en cours de déplacement, les soins sont donnés, contrôlés et payés comme si l'intéressé ressortissait au département où il se trouve.

Toutefois, la commission de contrôle de ce département, dès réception du bulletin de visite que les articles 17 et 21 prescrivent au médecin traitant d'adresser, avise la commission de contrôle du département où l'intéressé est inscrit. Celle-ci répond en faisant connaître si l'intéressé a droit aux soins au titre de l'article 64 pour l'affection en cause.

Art. 31. — L'article 31 est modifié de la façon suivante :

« Ses attributions d'ordre administratif sont les suivantes :

« 1° Elle assure le contrôle des soins dont il sera question aux articles 56 et 57 ;

« 2° Elle établit chaque année un rapport sur le fonctionnement du service et les améliorations qui peuvent y être apportées et adresse ce rapport au ministre des pensions qui le communique à la commission supérieure de contrôle ;

« 3° Elle signale au préfet les abus susceptibles d'entraîner des sanctions.

« Ses attributions d'ordre contentieux sont les suivantes :

« 1° Elle dresse chaque année la liste des établissements privés qui ont demandé à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et qu'elle a agréés ;

« 2° Elle délivre les autorisations prévues au paragraphe 1er de l'article 21 en ce qui concerne l'hospitalisation ;

« 3° Elle vérifie les notes des médecins et des pharmaciens, les mémoires d'hôpitaux, sanatoriums ou établissements privés, les décomptes des frais de voyage des hospitalisés ; elle apporte à ces notes, mémoires et décomptes, tous les redressements nécessaires ;

« 4° Elle statue sur les réclamations relatives au transfert des corps ».

Art. 34. — L'article 34 est modifié de la façon suivante :

« Les décisions d'ordre contentieux de la commission peuvent être déférées par les parties en cause, pendant un délai de deux mois à partir de leur notification, à la commission supérieure prévue au chapitre ci-après : »

Art. 48. — L'article 48 est modifié de la façon suivonte :

« La commission statue en appel sur toutes les réclamations contre les décisions d'ordre contentieux des commissions départementales. Elle se réunit sur convocation de son président ».

Art. 53. — Le paragraphe 2 est modifié de la façon suivante :

« Les mémoires des hôpitaux, sanatoriums et établissements privés sont également établis en deux expéditions et doivent parvenir à la commission aux mêmes dates ».

Art. 54. — L'article 54 est modifié de la façon suivante :

« Les notes et mémoires sont examinés par les sous-commissions et soumis à la commission qui statue et transmet au préfet sa décision, laquelle doit être motivée ainsi qu'il a été dit à l'article 32.

« Mais, concernant les mémoires contestés, la commission ne doit prendre sa décision qu'après avoir convoqué le créancier pour prendre connaissance de ses explications ».

Art. 55. — L'article 55 est modifié de la façon suivonte :

« Si la décision de la commission n'est pas acceptée, soit par le créancier, soit par le préfet, la commission supérieure est saisie dans les conditions fixées à l'article 34 ».

Art. 66. — Les paragraphes 1er et 2 sont modifiés de la façon suivante :

« Si le malade est admis dans un hôpital public ou dans un sanatorium public ou assimilé, les frais de séjour, de traitement et d'interventions sont remboursés suivant le tarif adopté dans cet hôpital ou dans ce sanatorium.

« Lorsqu'un hôpital ou sanatorium comporte plusieurs tarifs ou comprend des salles civiles et des salles militaires, le tarif à adopter est..... : »

Art. 67. — Le paragraphe 2 est modifié de la façon suivante :

« 1° Tous les frais de séjour (alimentation, entretien, régimes spéciaux, etc.) et les soins donnés sous la direction du médecin traitant, mais non par lui-même. Ces frais sont réglés suivant le prix de journée des salles civiles de l'hôpital public approprié ou du sanatorium public ou assimilé où le malade se trouve en droit d'être admis d'après les dispositions de l'article 20 ci-dessus ».

Art. 74. — L'article 74 est modifié de la façon suivante :

« Après prise de sang pour Wassermann ou analogues, ajouter :

« Abcès de fixation comprenant l'injection, l'incision et les pansements consécutifs..... 50 fr. »

« Hémothérapie (auto ou hétéro)..... 25 fr. »

A la rubrique : intervention sur les vaisseaux et les nerfs :

« Après hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie, ajouter :

« Ablation de paquets variqueux et excision d'ulcère .... 350 fr. »

A la fin de l'article 74, après rectoscopie, ajouter :

« Fistule anale .... 200 fr. »

Art. 77. — L'article 77 est rectifié de la façon suivante (*erratum* au *Journal officiel* du 29 octobre 1922) :

« La consultation comprend :

« Cathétérisme de la trompe.........
« Badigeon rétro-pharyngien.........
« Cautérisation, pointes de feu........ } 20 fr. »»
« Transillumination des sinus........
« Insensibilisation ....

Art. 80. — Ajouter à la fin de cet article :

« II° Application de rayons ultra-violets; par séance .... 15 fr. »

Art. 82. — L'article 82 est modifié de la façon suivante :

« Si le malade fait l'avance de frais de voyage, il en est remboursé sur demande adressée à la commission de contrôle départementale qui a autorisé l'hospitalisation. Cette demande doit être accompagnée de pièces justificatives nécessaires (récépissé du billet de

chemin de fer à demander à la gare d'arrivée, ticket de récépissé de voiture publique, facture acquittée du loueur de voitures).

« Après vérification, la commission de contrôle arrête le montant de la somme à mandater et notifie sa décision au préfet, ainsi qu'à l'intéressé ».

Art. 84. — L'article 84 est modifié de la façon suivante :

« A la sortie de l'hôpital ou du sanatorium ... » (le reste sans changement).

Art. 89. — L'article 89 est modifié de la façon suivante :

« Si le préfet estime que les frais de transport du corps ne doivent pas être mis à la charge de l'Etat au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il en avise immédiatement la famille et l'administration de l'hôpital ».

Art. 96. — L'article 96 est modifié de la façon suivante :

« Le président du conseil, ministre des affaires étrangères, le ministre des finances, le ministre des pensions, le ministre de l'intérieur, le ministre des colonies, le ministre du travail et de l'hygiène sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois* ».

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des affaires étrangères, le ministre des finances, le ministre des pensions, le ministre de l'intérieur, le ministre des colonies, le ministre du travail et de l'hygiène sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

J. O., 9 juillet 1924.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours pour la nomination à quatre places d'internes en médecine des hôpitaux de Rouen aura lieu le 20 novembre à 16 h. 30 à l' hospice général.

Pour être admis au concours, les élèves en médecine appartenant aux Ecoles ou Facultés françaises doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration avant le 5 novembre 1924, à midi. Ils sont tenus de satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre âgés de 20 ans au moins et de 28 ans au plus ; 2° justifier de huit inscriptions valables pour le doctorat en médecine et de deux années de stage dans un hôpital.

Tout candidat étranger à l'Ecole de Rouen devra présenter, avec son certificat de stage, un certificat de la Commission administrative des hospices auxquels il a été attaché, constatant qu'il a rempli ses devoirs avec exactitude, sans encourir de reproches graves.

Les élèves externes des hôpitaux de Rouen devront produire un semblable certificat émanant de leur chef de service et visé à la direction.

Pour chacune des épreuves orale ou écrite, les candidats auront à traiter une question d'anatomie et une question de pathologie interne ou externe.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 100 francs pendant la première année ; 150 francs pendant la deuxième, 200 francs pendant la troisième et 250 francs pendant la quatrième année. Les internes nommés au concours peuvent terminer leurs études et soutenir leur thèse de doctorat sans être tenus de résigner leurs fonctions. Sous condition expresse de s'abstenir de tout acte d'exercice de la médecine à l'extérieur lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine, ils sont maintenus en fonctions et reçoivent une indemnité mensuelle de 300 francs.

— **Direction d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux.** — La place de médecin-chef du sanatorium de l'Altenberg au col de la Schlucht sera mise au concours à partir du 1er octobre 1924 (concours sur titres). Les candidats devront adresser leur demande au Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, 21, rue de Berne, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications et références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications).

Une Commission technique nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés sera chargée d'examiner les titres des candidats ; la nomination sera faite par cette dernière.

— **Recrutement des directeurs et médecins de la santé.** — Par décret inséré au *Journal officiel* du 17 juillet, le jury chargé d'apprécier les titres des candidats aux fonctions de directeurs de la santé et de médecins de la santé sera dorénavant composé de six membres désignés comme suit :

Le président ou, à son défaut, le vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui remplit les fonctions de président du jury.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Deux conseillers techniques sanitaires.

Un inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre.

Le chef du bureau de la prophylaxie et des épidémies.

Le sous-chef du bureau de la prophylaxie et des épidémies remplit les fonctions de secrétaire.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2° Le blessé a besoin d'un appareil plâtré dit de marche Reclus, je le fais venir à M. à cause de l'éloignement, de la perte de temps et de l'application en deux temps de l'appareil, c'est-à-dire à 24 ou 36 heures d'intervalle.

Les frais de voiture nécessaire à son transport lui seront-ils remboursés par le patron ?

3° Quels honoraires devrais-je compter pour cet appareil plâtré spécial qui est le 3e appareil plâtré succédant à deux autres ordinaires (fracture jambe) non consolidée encore et grave depuis 3 mois.

4° L'aide (médecin) doit être rémunéré à combien ?

Dr L.

Réponse.

1° Vous avez droit à l'indemnité de déplacement à laquelle a droit le médecin le plus rapproché, à laquelle s'ajoute le prix de la visite d'après le domicile du blessé. Donc, dans votre cas : visite : 8 fr., déplacement : 7 fr., soit au total : 15 fr.

2° Les frais de transport d'un blessé ne sont plus affaire de tarif Breton, lequel s'adresse exclusivement au médecin. La loi de 1898, que je sache, n'en parle pas davantage, contrairement à la loi des pensions. C'est donc une question à traiter à l'amiable entre le blessé et son patron ou l'assurance de celui-ci.

3° Voir art. 18 *in fine* : « Répétition d'appareil plâtré. etc. 50 fr. »

4° Le confrère aide a droit à 50 fr. d'honoraires... si on peut considérer la pose d'un appareil plâtré comme une intervention de grande chirurgie (art. 11).

F. D.

III

2144.— 1° Astragalectomie ; 2° Déplacement non au domicile du malade.

Je vous serais reconnaissant de me dire le prix que je dois demander à l'assurance pour le cas ci-dessous :

Un blessé m'est amené par un confrère, de 24 kilomètres.

Radiographie du pied, présentant une fracture avec énorme déformation. On constate une fracture, un éclatement plutôt, de l'astragale.

Astragalectomie immédiate avec l'aide du confrère, et pose d'un plâtre de contention.

Le 20 août, le malade m'est ramené, présentant une infection grave du pied. Anesthésie générale, arthrotomie large de drainage, extraction de fragments osseux, et plâtre à anses permettant l'irrigation.

Je voudrais savoir comment rédiger ma note, quelles indemnités allouer au confrère qui a amené lui-même le malade à ma clinique la première fois et m'a aidé dans l'intervention.

Je voudrais également savoir comment agir près d'un agent d'assurances qui ne paye pas les notes qu'on lui adresse, et réadresse.

Dr P.

Réponse.

1° Je compterais : pour la première intervention :

a) Radiographie du pied : 40 fr. (art. 26) ;

b) Astragalectomie : 300 fr. (proposition que je fais, par analogie avec résection de la tibio-tarsienne, tarifée à l'article 20).

Pour la 2e intervention : « Arthrotomie du cou-de-pied : 150. » (Art. 19).

Nota. — Ces prix sont à réduire de 25 %, en 2e catégorie, sauf pour la radio.

2° Le confrère qui vous a amené le malade aura à compter 50 fr. pour la première intervention comme aide (art. 11) et 50 fr. pour la deuxième, comme anesthésiste (art. 12). Mais je ne vois pas sur quel article il pourrait se baser pour réclamer un *déplacement*, alors que celui-ci n'a pas été effectué pour se rendre « au domicile du malade », qui est la base de décompte de l'indemnité (art. 2.)

3° Ce n'est pas — officiellement — un agent d'assurance qui « paie » les notes, mais le patron du blessé. En cas de non paiement, c'est donc à celui -ci qu'il convient de réclamer et qu'il convient de poursuivre, le cas échéant, sans attendre la prescription, qui n'est que d'un an pour les accidents du travail.

F. D.

2142. — Affectation militaire en cas de mobilisation.

J'appartiens à la classe 1898, marié, un enfant, suis aide-major de 1re classe, à titre définitif et dois — si je ne me trompe — faire partie à dater de novembre prochain de la dernière classe mobilisable.

J'ai reçu en 1921, un ordre de mobilisation m'affectant comme assistant du chef de l'équipe chirurgicale n° 1.

Je viens de recevoir le 22 août 1924, la note suivante de la direction du ne corps à Y.

« Direction du service de Santé.

Fait envoi à M. le Dr N., aide-major de 1re classe, d'un ordre rose de mobilisation aux termes duquel il est affecté au groupe sanitaire de division de ligne n° » à Z. en cas de mobilisation.

« Cette affectation est conforme à la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée. Elle sera revisée lorsque des ressources en officiers de complément plus jeunes (!!!) seront mises à la disposition de la ne région ».

Prière d'accuser réception par le renvoi de la présente note émargée, accompagnée de l'ordre de mobilisation périmé.

Le médecin principal de 1re classe

Directeur du service de la santé de la ne rég.p.int.

X. »

Sauf erreur, le groupe sanitaire de division de

ligne n° » à Z. doit correspondre aux formations endivisionnées de la guerre : médecins de corps de troupe, brancardiers, etc.

Ci-jointe vous trouverez la lettre que je me propose d'envoyer avec mon accusé de réception.

Je vous serais obligé de me faire connaître, en me la retournant, si elle renferme des erreurs, en me les signalant et si je puis l'envoyer telle quelle.

Cette affectation — même en temps de paix — me révolte !

Dr N.

Réponse.

Appartenant à la classe 1898, vous avez été incorporé en 1899 (sauf erreur), et, comme tel, c'est en 1927 que vous aurez terminé les 28 années de service militaire que vous devez à l'Etat. Donc, en novembre prochain, vous aurez encore trois ans à faire.

D'autre part, il est plus que certain que si le Directeur du Service de Santé vous a donné cette affectation, c'est qu'il y était obligé par les circonstances et que, soyez-en persuadé, il exécutait des instructions, sans se livrer à un libre arbitre dangereux.

Cette affectation, comme il le dit lui-même, était faite *suivant les besoins de l'armée*, ce qui, même sans instructions spéciales, répond à l'esprit de l'article 52 de la loi du 1er avril 1923.

Votre cause le dépasse certainement ; elle sera moins bonne pour vous, si votre réclamation critique et menace. Peut-être obtiendrez-vous davantage en y mettant moins d'acrimonie, et en exposant avec fermeté cependant les raisons pour lesquelles il vous serait plus agréable de recevoir une autre affectation.

2157. — Durée des obligations militaires. Affectation. Légion d'Honneur.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner les quelques renseignements militaires suivants.

Tout d'abord, permettez-moi cette petite remarque. Je lis dans le *Concours* de cette semaine p. 1984 « Fin des obligations militaires » que le confrère qui vous interroge marchant avec sa classe d'incorporation (1894) aura terminé le 8 nov. 23 les 28 années de service militaire qu'il doit faire. Il me semble que dans ces conditions le confrère fera 29 années de service — et non 28 — ? Est-ce moi qui peut-être ne compte pas bien ?

Quoi qu'il en soit, veuillez avoir l'amabilité de me dire — en ce qui me concerne, quand finiront mes obligations militaires.

Né le 6 juin 1880, marié, 2 enfants. Je lis sur mon livret militaire : classe avec laquelle l'homme doit marcher, dont il fait partie, d'après les années de service qu'il a accomplies...*classe* 1900.

J'ai été incorporé à compter du 14 *novembre* 1901

Je continue à lire sur mon livret militaire : 1er *nov.* 1926.

A titre de renseignements, si utile : j'ai fait toute la guerre aux armées, 54 mois de présence effective, comme aide-major 1re cl. Je suis à 3 galons maintenant (de l'armée territoriale), depuis le 15 juillet 1920.

2° Que pensez-vous de mon « Ordre de mobilisation individuel » reçu ce jour : « Sera employé à la réserve du personnel sanitaire » (Maintenu provisoirement dans ses foyers). Est-ce un rôle de bouche-trou pur et simple qu'on m'assigne ? La succession de quelque confrère défaillant... au grand jour de la mobilisation....

3° Enfin, la direction du service de santé « après m'avoir adressé — comme à bien d'autres — chaque année, les sempiternelles propositions pour la Légion d'honneur... m'a envoyé il y a quelques mois un « *Mémoire* de proposition pour la Légion d'honneur » établi en ma faveur, en me priant de vérifier les renseignements portés au recto, émarger, formuler des observations, les consigner sur feuille séparée, etc.

Qu'est-ce cela, je vous prie ? Gagnerais-je des places ? Ou bien n'est-ce encore que de l'administration pure ? Dr X.

Réponse.

1° Un homme de la classe 1894 a été incorporé en 1895, c'est donc bien en 1923 qu'il aura terminé ses 28 années de service ;

2° La classe 1900, incorporée en 1901, sera libérée en 1929. L'échéance de 1926 résulte d'une erreur ; elle était conforme aux prescriptions de la précédente « loi sur le recrutement ». Si vous présentez votre livret militaire au recrutement, il sera rectifié ainsi qu'il est dit plus haut ;

3° C'est en effet, comme vous le dites, une place de « bouche-trou », qui vous est actuellement réservée. Il vous est toujours loisible de solliciter de votre directeur une affectation plus en rapport avec vos désirs.

4° Cette formalité n'est encore que de l'administration pure et n'engage en rien l'avenir. Cependant, il y a tout lieu d'espérer qu'avec l'accroissement de vos annuités vous réussirez bientôt à être inscrit au tableau pour la Légion d'honneur.

JURISPRUDENCE

Internement des aliénés.

Ne doivent être internés et considérés comme aliénés au sens de la loi de 1838 que les malades atteints d'aliénation mentale qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Ne contreviennent pas à la loi les directeurs d'une

maison de santé ouverte qui reçoivent des malades mentaux dont l'état n'est pas dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(11e *chambre*).

Jugement du 10 *juillet* 1924.

Attendu que le docteur en médecine Dupouy (Roger-Charles-Edmond), qui s'était rendu acquéreur en 1912 de la Maison de santé de Fontenay-sous-Bois, dite Château-de-Fontenay, et qui en était le directeur, vendit le 1er juillet 1920, cet établissement comportant un quartier libre et un quartier réservé aux aliénés soumis à la loi du 30 juin 1838, à Le Noble (Edouard-Auguste-Hippolyte) ; qu'il conserva néanmoins la direction médicale et resta responsable à l'égard de l'administration du fonctionnement de la Maison jusqu'au 24 janvier 1921, date à laquelle intervint l'arrêté de M. le préfet de police autorisant Le Noble à tenir cette maison uniquement pour traitement des maladies nerveuses, la fermeture du quartier des aliénés ayant été antérieurement ordonnée par arrêté du 22 décembre 1920 sur sa demande ; qu'à partir du 21 janvier 1921, il exerça encore les fonctions de médecin traitant qu'il abandonna définitivement le 1er janvier 1923.

Attendu qu'avant son départ, le Parquet fut saisi de deux plaintes émanant de deux malades qui avaient été soignés dans cet établissement et qu'après enquête officieuse, une instruction fut ouverte contre le docteur Dupouy et Le Noble pour infractions à la loi du 30 juin 1838, et close par un renvoi en police correctionnelle des deux inculpés sous la double prévention d'avoir, étant chefs ou préposés responsables d'un établissement privé :

1° *Admis des aliénés, placés volontairement*, sans que les formalités prescrites par l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 aient été remplies ;

2° Reçu des personnes atteintes d'aliénation mentale dans cet établissement consacré au traitement d'autres maladies sans qu'elles soient placées dans un local entièrement séparé ;

Délits prévus et punis par les articles 5, 8 et 41 de la loi précitée.

Attendu que ces poursuites sont uniquement basées, les deux plaintes qui les avaient motivées n'ayant pas été reconnues justifiées, sur :

1° Un rapport d'expertise déposé le 22 décembre 1922 par le professeur Claude et les docteurs Truelle et Riche, experts *commis par le Juge* d'instruction, concluant que la dame H..., pensionnaire dans l'établissement « est une aliénée déjà internée deux fois et n'est pas à sa place dans une maison ouverte ».

Et sur un second rapport déposé par le docteur

Truelle dont les conclusions sont les suivantes : « Qu'il lui est apparu qu'il existait à la Maison de santé, dite Château de Fontenay, un assez grand nombre de malades que l'on peut qualifier d'aliénés, que notamment 8 d'entre eux, en raison de cette qualité, ont été admis et maintenus dans des conditions irrégulières en ce sens que leur place serait plutôt dans un établissement soumis au régime de la loi de 1838. »

Attendu que si les conclusions de ces deux experts paraissent de prime abord établir le bien fondé de la prévention, il s'est manifesté, par contre, au cours des débats entre les experts eux-mêmes, les témoins et les prévenus, des divergences d'opinion sur l'état mental des aliénés reconnus comme tels qui en ont sensiblement affaibli la portée ;

Qu'en effet, ne doivent être internés et considérés comme aliénés au sens donné par la loi de 1838, que les malades atteints d'aliénation mentale qui peuvent compromettre l'ordre public et qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres ; que tel est le critérium qui est généralement admis par tous ceux, juristes ou médecins, qui ont eu à statuer ou à donner leur avis sur cette question d'internement qui commande la plus grande réserve puisqu'elle touche de près aux secrets de la vie privée, et à l'honneur des familles, que les experts eux-mêmes dans leur rapport (page 32) vont jusqu'à penser que même les malades délirants ou mentalement troublés ne doivent pas être immédiatement internés, qu'ils peuvent passer dans une maison ouverte pendant un temps plus ou moins prolongé jusqu'au jour où le délire dangereux persistant, il y a lieu de prendre contre eux d'accord avec la famille des mesures nécessaires pour leur admission dans des établissemensts d'aliénés.

Attendu que c'est à la lumière de ces considérations générales qui sont exposées dans les deux rapports susvisés que le Tribunal doit examiner les faits de la prévention, qu'il ressort nettement des débats qu'elles sont en contradiction avec les conclusions desdits rapports, base de la poursuite ; qu'en effet, en ce qui concerne la dame H., le Dr Truelle lui-même a reconnu à l'audience qu'elle ne devait pas être nécessairement internée bien qu'aliénée puisqu'elle ne présentait pas un danger pour elle-même, ni pour autrui et que, d'autre part, il a démontré, que si elle avait été internée deux fois, ce que la maison de Fontenay pouvait ignorer, elle avait été soignée en dernier lieu, avant son admission à Fontenay, dans une autre maison ouverte ;

Que, quant aux 8 autres malades reconnus aliénés, par le Dr Truelle, celui-ci a déclaré encore qu'ils n'étaient pas dangereux pour eux, ni pour les autres ; qu'il est, en outre, certifié que la grande majorité d'entre eux étaient sortis guéris de l'établissement ;

Attendu que, dans ces conditions, le Tribunal ne saurait affirmer que les deux prévenus en connaissance de cause auraient enfreint les prescriptions de l'article 5 de la loi du 30 juin 1838 et par voie de conséquence celles de l'article 8 de la même loi.

Par ces motifs :

Renvoie Dupouy et Le Noble des fins de la poursuite sans dépens.

Note. — Le placement volontaire des aliénés dans un établissement public ou un établissement privé consacré aux aliénés nécessite notamment la délivrance préalable d'un certificat médical « constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la *nécessité* de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée ».

Le législateur de 1838, en édictant ces dispositions, n'a visé, ainsi que le reconnaît le jugement ci-dessus, que l'internement des malades susceptibles de compromettre l'ordre public et dangereu x pour eux-mêmes ou pour autrui. Il n'a pas dit, et ne pouvait dire, soit que tous les aliénés, dangereux ou non, devaient être internés, soit que ceux qui ne sont pas dangereux, s'ils n'étaient pas obligatoirement internés dans un établissement spécial, ne devaient être soignés que dans leur famille et ne pouvaient entrer dans une maison de santé, non spécialement consacrée aux aliénés comme n'ayant pas obtenu l'autorisation prescrite par l'article 5 de la loi de 1838.

Il serait contraire, en effet, à l'intérêt général de prétendre empêcher les maisons de santé libres de recevoir des malades atteints d'aliénation mentale et non dangereux. Refuser à ces malades toute autre surveillance que la surveillance familiale, la plupart du temps absolument incompétente et pratiquement inefficace, équivaudrait à les laisser complètement exposés, ainsi que leurs proches et les tiers, aux dangers qui peuvent résulter d'une aggravation subite ou méconnue de leur état. Malgré la liberté de droit qui leur est laissée dans les maisons de santé ouvertes, il est certain que la surveillance dont ils doivent y être l'objet, est de nature à écarter tout danger imminent, sauf à recourir, le cas échéant, à l'internement dans un établissement spécial.

C'est pourquoi la décision de la IIe chambre correctionnelle de la Seine peut être approuvée, tant au point de vue juridique qu'au point de vue social.

J. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les propharmaciens ne sont pas astreints à l'immatriculation au registre du commerce.

749. — M. Delthil, député, demande à M. le Ministre du Travail pourquoi certains préfets exigent des médecins pharmaciens que leurs mémoires de fournitures de médicaments aux assistés portent leurs numéros d'immatriculation au registre du commerce, étant donné que ces médecins ne sont pas commerçants. (*Question du* 31 *juillet* 1924.)

Réponse. — Les médecins qui fournissent accessoirement aux malades des médicaments pour l'exécution de leurs ordonnances dans les localités où il n'y a pas de pharmaciens, ne sauraient être considérés comme des commerçants astreints par la loi du 18 mars 1919 à l'immatriculation dans le registre du commerce. Ce serait donc à tort que certains préfets, interprétant inexactement les instructions données par le ministère des finances pour l'application de la loi du 1er juin 1923, auraient exigé de ces médecins l'indication, sur leurs factures et mémoires, du numéro d'immatriculation.

(*J. O.*, 10 sept. 1924.)

N. D. L. R. — En publiant, dans notre précédent numéro, la question posée par le même député au ministre de l'Intérieur et la réponse dilatoire de celui-ci, nous avions pensé, avec raison, que le terme de " médecin-pharmacien " employé par M. Delthil visait les médecins-propharmaciens. Les ministres de l'Intérieur et du Travail l'ont également compris ainsi.

Le terme de " propharmacien ", en effet, bien qu'il indique nettement la situation du médecin qui délivre des médicaments en l'absence d'officine ouverte dans la localité où il réside, n'a aucun caractère officiel.

Admissibilité au concours d'agrégation dispensant des premières épreuves du nouvel examen.

764. — M. Edouard Barthe, député, expose à M. le Ministre de l'Instruction publique que l'arrêté ministériel du 6 avril 1924 qui règle les modalités du concours d'agrégation pour les facultés de médecine dispose en son article 9 que sont dispensés de ces épreuves les candidats « admissibles » au concours de 1923 ou aux concours antérieurs et demande, en raison des difficultés

d'interprétation de cet article, si par mesure de disposition transitoire le terme « admissible » désigne seulement la première admissibilité. (*Question du* 1er *août* 1924.)

Réponse. — Le terme admissible employé par l'arrêté du 14 mars 1924 (*Journal officiel* du 6 avril), désigne les candidats admis aux deux premières épreuves. En effet, l'admission à ces deux premières épreuves, aux termes mêmes des règlements qui ont déterminé les modalités des concours de 1920 et de 1923, était exigée des candidats pour être déclarés admissibles à l'épreuve définitive.

(*J. O.*, 10 septembre 1924.)

L'assistance par un médecin devant la Commission de réforme doit être rémunérée par le réformé.

664. — M. Jean Ossola, député, demande à M. le Ministre des Pensions si, lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 passe devant la commission de réforme et se fait assister par un médecin, comme c'est son droit, quel est celui des deux parties, l'Etat ou le réformé, qui doit payer le docteur accompagnateur du malade. (*Question du* 29 *juillet* 1924.)

Réponse. — L'article 64 vise les soins médicaux chirurgicaux et pharmaceutiques, mais non l'assistance médicale devant les commissions de réforme ou les tribunaux de pensions. Dans ces conditions, il appartient au mutilé qui a sollicité l'assistance d'un médecin de régler les honoraires réclamés par ce dernier.

(*J. O.*, 10 septembre 1924.)

Indemnité allouée à un médecin déposant comme témoin devant le tribunal des pensions.

726. — M. Chaussy, député, demande à M. le Ministre des Pensions, à quelle indemnité a droit un médecin appelé à se déplacer, à une distance de 46 kilomètres, pour déposer comme témoin devant le tribunal des pensions. (*Question du* 30 *juillet* 1924.)

Réponse. — Aux termes de l'article 47 du décret du 2 septembre 1919, il est alloué aux témoins entendus qui en font la demande, une somme de 2 fr. comme indemnité. S'ils sont domiciliés hors du canton, à plus de deux myriamètres et demi et moins de cinq, cette indemnité est portée à 4 fr.

(*J. O.*, 10 septembre 1924.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2222-IV*)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bleicher, de Reims (Marne), la somme de cinquante francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 441. — Dr recomm. sa sœur qui prendr. chez elle, dans une villa sur la plage, et soign. s. surv. médic., enf. débiles, osseux, non contag. Prix : 15 et 20 fr. Mme Mildner, Villa Carrère, Le Lavaudon (Var).

N° 442. — Post. méd. à céd. en Dordogne. rapp. 43.000 touch.; pays agr. sur gr. ligne à prox. Bordeaux Mais. à louer avec gr. jard.

N° 443. — Ing. chimiste. Ecol. Lyon, lic. sciences, 29 ans, conn. physiolog., ch. sit. labor. analy. rech. médic. Pourrait s'intéres. financ.

N° 444. — Hte-Saône. A céd. d'urg. apr. décès. Pharmacie Serrès à Conflans-s.-Lanterne, ligne Nancy-Vesoul ; seule dans pays agréab. chas. pêche, bail à vol. loy. minime. Compt. exigé : 18.000. Ecrire : Serrès, pharm. Saint-Dié (Vosges).

N° 445. — Urg. Poste av. mais. à céd. imméd. dans le Midi, rapp. 35.000. Rens. chez Clop, 4, rue Bouquerie, Avignon.

N° 446. — Vienne. Urg. Poste-proph. rapp. 45.000 touch. belle mais. 15 kil. gr. ville, pas de sage-femme, à céd. imméd. Ind. 20.000, y comp. pharm. dont moit. compt.

N° 447. — Le Cannet (Alpes-Mar.), Dr Daniel, tél. 38, Cure climat. pour tout convalesc. non contag., nerveux, surmenés, bronches délic. rhumatis. etc... Tout confort, tous traitem. Climat le plus doux, site le plus beau de la côte.

N° 448. — Rég. Centre. Excel. poste seul méd. propharm. très gr. prod. bons tarifs. Mais. très agréa. av. dépend. Long bail. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 449. — A céd. de suite dans ville d'eaux du Centre, poste très anc. Rapp. 42.000, en progr. On traite avec pet. indemn. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

(Novembre 1924) (1)

Les Assemblées générales du *Concours médica* et de ses Œuvres (Caisse des Pensions, Mutualité familiale du corps médical français, Sou Médical, Société civile) se tiendront en novembre prochain, au siège social, 132, Faubourg Saint-Denis, le matin et au Restaurant MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle, l'après-midi.

La journée se terminera, selon l'usage, par un dîner confraternel qui y sera servi à 7 h. 1/2.

Le dîner sera suivi d'une soirée artistique.

L'Insigne du Médecin

La photogravure ci-contre représente « l'Insigne du médecin », bâton serpentaire d'Esculape, que notre confrère le Dr Jaillard a créé et dont il a, dans son Guide-Médical des spécialités pharmaceutiques, préconisé l'usage par tous les médecins sur leur voiture de service.

Cette idée nous paraît des plus heureuses et l'Insigne du médecin placé bien en vue sur le bouchon du radiateur ou simplement en plaquette sur une partie très visible de la voiture est appelé à rendre les plus grands services à ceux qui l'adopteront, ainsi qu'au public. Quand son



emploi sera généralisé, des démarches seront faites auprès des pouvoirs publics pour que l'insigne soit admis comme coupe-file et pour tempérer les ardeurs d'une police de route parfois trop intransigeante.

(1) La date en sera prochainement fixée.

L'insigne du médecin a déjà été adopté par plusieurs sociétés médicales et en particulier par le Médical auto-club de Marseille.

Pour se le procurer, nos adhérents peuvent écrire directement au Dr Jaillard, à Nevers, ou au Guide Médical, Fortin et Cie, éditeurs à Nevers. Son prix est de 15 fr. en plaquette et 35 fr. avec adaptation sur le bouchon du radiateur.

Avis relatif aux consultations fiscales.

Nous rappelons à nos lecteurs que M. Martinot, notre Conseil fiscal, répond gracieusement à toute question d'intérêt général, c'est-à-dire portant sur une date de loi, un point de droit ou de jurisprudence, mais qu'il ne peut examiner une affaire particulière nécessitant une étude de pièces quelconque sans demander des honoraires, car ce travail, en raison du nombre de demandes, des recherches et de l'examen approfondi qu'il comporte, serait trop considérable.

CORRESPONDANCE

Enfants assistés du département de la Seine. Par qui doit être payé le médecin traitant ?

J'ai, il y a quelques mois, demandé au « Sou Médical », un avis concernant « les enfants protégés de la Seine » placés en nourrice dans les départements voisins. Vous m'avez répondu par la consultation ci-jointe (1), en me priant de vous tenir au courant des suites de cette affaire.

Je commence par vous remercier de vos bons offices et j'ai le plaisir de vous communiquer la réponse de la Préfecture de Seine-et-Oise dont je vous envoie ci-joint la copie et qui me donne gain de cause.

Dr J.

Versailles, 20 août 1924.

Le Préfet de Seine-et-Oise
à Monsieur le Maire de M.

Je vous communique les pièces ci-jointes que m'a adressées le Dr J. concernant les enfants secourus de la Seine placés dans votre commune.

Je vous informe que ces enfants ont droit à l'assis-

(1) Cette consultation a été publiée dans le no 27, du 6 juillet, page 1627.

tance médicale, il y a donc lieu de leur délivrer un carnet de bons.

Pour le paiement des dépenses, celles-ci doivent faire l'objet d'un état de frais établi sur une formule distincte des frais auxquels votre commune doit participer et portant mention à l'encre rouge : « Enfants secourus de la Seine ».

Lesdits frais sont réglés par le service départemental d'assistance et réclamés à la Seine.

Je vous prie de donner communication de la présente à M. le Dr J.

Pour le Préfet,
Le Conseiller de préfecture,
(Illisible).

2302. — Le Tarif Breton est applicable aux accidents agricoles.

La loi des accidents du travail s'étend à l'agriculture depuis le 1er septembre. Il devait paraître un tarif pour ces accidents au point de vue honoraires médicaux. Il n'en a jamais été question dans nos journaux professionnels. Pourriez-vous me dire s'il a été décidé quelque chose à ce sujet ?

Dr C.

Réponse.

Il avait été question, en effet, d'établir un tarif spécial pour les accidents agricoles ou tout au moins de modifier sur quelques points le tarif Breton. Mais ce projet a été abandonné et c'est le tarif Breton qui est applicable aux accidents agricoles soumis à la législation spéciale, comme il l'était antérieurement aux accidents survenus aux ouvriers et employés du commerce et de l'industrie.

Il est également applicable aux accidents survenus aux domestiques.

2276. — Maladies professionnelles non garanties par la législation spéciale.

N'existe-t-il pas une nomenclature de maladies professionnelles donnant droit aux soins médicaux, au même titre que les accidents du travail ? Dans ce cas, où pourrai-je la trouver ?

En particulier, j'ai reçu aujourd'hui à ma consultation un homme de 65 ans, manœuvre dans une savonnerie, et présentant une poussée eczématiforme des mains et des ongles avec gerçures profondes, affection qui semble avoir été provoquée par le maniement fréquent de produits fortement chargés de potasse. Pensez-vous qu'il puisse bénéficier de quelque chose ?

Dr F.

Réponse

La liste des maladies professionnelles auxquelles, aux termes de la loi du 25 octobre 1919,

est étendue la législation sur la responsabilité des accidents du travail, fait l'objet de deux tableaux annexés à la loi précitée, et publiés, à la suite de cette loi, dans l'Agenta-Memento du Praticien de 1921, page 81.

Ces deux tableaux comprennent : l'un, les maladies causées par le plomb et ses composés ; l'autre, les maladies causées par le mercure et ses composés. Ce sont les seules maladies professionnelles qui, actuellement, sont garanties par la loi, lesdits tableaux n'ayant encore été ni révisés, ni complétés, ainsi que le prévoit la loi elle-même.

Par suite, une affection provoquée par le maniement de produits chargés de potasse ne serait pas indemnisée comme maladie professionnelle.

2288. — Cession de prorogation de bail.

J'ai encore recours à votre complaisance pour savoir si — possesseur des lieux loués par arrêt de justice de paix me donnant droit — à titre professionnel — jusqu'au 1er novembre 1925 — je pourrais le cas échéant en disposer dans les mêmes conditions jusqu'à cette même date en faveur d'un confrère me succédant ou si mon départ engendrerait (*ipso facto*) le droit pour ma propriétaire de disposer du logement ou tout au moins de l'augmenter à partir du terme qui suivrait mon départ (soit à partir de novembre 1924 ou de mai 1925).

Dr A.

Réponse.

Vous êtes en droit de céder ou de sous-louer pendant la prorogation légale professionnelle, si vous étiez en droit de le faire pendant la durée du bail à laquelle elle fait suite, c'est-à-dire si votre bail n'en contenait pas la défense ou, *a fortiori*, s'il vous y autorisait expressément.

Cette cession ou cette sous-location pourrait être faite aux conditions mêmes de la prorogation, le propriétaire n'ayant le droit d'augmenter le loyer qu'à la suite, et encore, en tenant compte des lois actuelles ou de celles qui pourront être intervenues d'ici là sur la limitation du prix des loyers.

2287. — Exercice de la propharmacie.

Dans la réponse du 23 février dernier, que vous avez eu la bonté de m'envoyer, j'ai eu le plaisir d'apprendre que je pouvais à nouveau faire la propharmacie à X, poste où il n'y a pas d'officine ouverte.

Je vous demanderai à nouveau de vouloir bien me préciser les deux points suivants :

1° Dans les pays n'ayant pas de pharmacien mais se trouvant au-delà d'un pays (qui doit être traversé) ayant une officine ouverte, puis-je délivrer des médicaments ?

2° *Chez moi, à mon cabinet,* m'est-il possible de donner à n'importe quel consultant, même s'il habite une localité ayant un pharmacien, des produits pharmaceutiques ?

Excusez-moi de vous importuner pour ces petits détails, mais pour moi, ils sont d'une grande importance.

Dr Z.

Réponse.

1° Lorsque vous serez installé à X, pays où il n'y a pas d'officine ouverte, vous pourrez délivrer des médicaments dans les localités voisines qui n'ont pas non plus d'officine ouverte, telles que Y, même si, pour porter ces médicaments, vous êtes contraint de passer dans une localité où existe une officine ouverte.

2° Dans les mêmes conditions, vous pourrez, dans votre cabinet, délivrer des médicaments à n'importe quel consultant, même s'il habite une localité où existe une officine ouverte.

2279. — Accident survenu à un ouvrier en se rendant à son travail.

Un ouvrier se rendant à son travail fait une chute de bicyclette, je fais une déclaration d'accident et le soigne au tarif Breton. J'envoie ma note au patron qui après quelques jours m'écrit que la Compagnie d'assurance refuse de reconnaître le sinistre. Le patron trouve ce refus étonnant et me propose pour éviter discussion de reporter les visites sur d'autres sinistres... procédé que je n'accepte pas. La Compagnie d'assurances est-elle dans son droit ? Si oui, *quid faciendum,* si non que me conseillez-vous ?

D G.

Réponse.

Sauf en cas de circonstances exceptionnelles, qui ne semblent pas avoir existé en l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, l'accident survenu à un ouvrier pendant le parcours entre son domicile et le lieu du travail, soit à l'aller, soit au retour, n'est pas considéré comme un accident du travail.

Vous ne pourriez donc, pour le paiement de vos honoraires, vous adresser qu'à l'ouvrier votre client. Mais surtout, nous vous conseillons de vous garder d'user du subterfuge que, peut-être comme piège, vous a suggéré le patron, et qui pourrait vous mener simplement en correctionnelle.

2069. — Impôts divers.

A titre de membre du *Concours* et du « Sou », je fais appel à votre compétence et vous soumets les avertissements à moi adressés par mon percepteur. Je suis étonné d'avoir à payer tant que cela : 476 fr. ;

(*Voir la suite page XXXIX*-2261)

PROPOS DU JOUR

De la mesure dans l'exercice de la médecine.

Horace a écrit jadis : *Est modus in rebus*, et Huchard disait hier en parlant de thérapeutique : *Ni trop, ni trop peu*. C'est pour appliquer ces préceptes à l'exercice de la médecine qu'un distingué médecin des hôpitaux de Lyon, M. B. Lyonnet, a publié une très intéressante brochure (1), que nous avons parcourue avec plaisir et intérêt et dont nous conseillons la lecture à tous nos confrères. Nous voudrions mieux ; il serait à souhaiter que chaque nouveau docteur, avant même d'exercer, prît connaissance et méditât les excellents conseils d'un médecin qui nous apparaît à la fois comme un maître à l'esprit très large et un praticien de très grande expérience.

Elève de Roux et de Metchnikoff à l'Institut Pasteur, chef des travaux du prof. Lépine à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon, très érudit et très lettré, comme le prouvent les nombreuses citations dont il a émaillé son mémoire, M. le Dr Lyonnet ne saurait être considéré comme un ennemi du progrès, ni un fantaisiste sans expérience. Il a cependant le courage de ne pas céder à tous les emballements et de vouloir conserver les qualités éminemment françaises qui ont fait la gloire et la réputation des cliniciens de notre pays, à savoir : « le sens de la juste mesure et l'équilibre entre les exagérations de tous les ordres ».

Son bon sens s'insurge contre une vraie débauche d'examens inutiles et sa prudence se révolte devant les effets désastreux de ce que M. Legendre a appelé une véritable « mitrailleuse pharmaceutique ».

Et il se demande comment le jeune praticien peut s'y reconnaître et ne pas succomber en présence de ce que Taine dénommait « l'encombrement de la tête humaine ».

***

M. le Dr Lyonnet aborde tout d'abord l'examen du malade. L'interrogatoire est indispensable. Le praticien en y procédant doit être patient, et ne jamais laisser voir qu'il est pressé. Il doit le diriger méthodiquement, mais ne croire que ce qu'il constatera lui-même. Sans pousser jusqu'au ridicule l'importance des antécédents héréditaires, il ne doit pas les négliger. Il doit savoir provoquer les confessions nécessaires et convaincre son client que le médecin est « le tombeau des secrets ». Sans se laisser gagner par le pansexualisme de Freud, il doit cependant tenir compte du rôle de la « libido » en pathologie et rester sur ce sujet, parfois scabreux, digne, réservé et prudent.

L'examen clinique exige du bon sens, joint à une saine éducation médicale. Le coup d'œil, le fameux sens clinique provoquent trop souvent des erreurs. Il faut se méfier de la première impression et examiner complètement son malade. Il faut réagir contre l'abus que le public tend à faire du thermomètre et, sans négliger les très utiles indications du sphygmomanomètre, ne pas se laisser gagner par les manies de certains malades qui sont obsédés par le souci de leur « tension ».

Les examens de laboratoire sont précieux, mais là encore il faut les réclamer avec discernement et non à tout propos et hors de propos.

C'est un peu comme l'analyse d'urine qui, pratiquée sans tenir compte des conditions d'existence du malade, ni de son alimentation, donne des résultats trop souvent sans valeur.

La copromanie s'est manifestée sous la forme d'une véritable épidémie chez nombre des nerveux qui croyaient trouver en Suisse le spécialiste qui mettrait fin à leurs angoisses. La dépréciation de notre franc y a mis un terme.

M. Lyonnet reste rêveur en présence de la recherche du métabolisme basal par le calcul des calories dégagées en une heure par un mètre carré de surface corporelle et nous partageons sa stupéfaction. La radioscopie et la radiographie sont encore des éléments de diagnostic précieux mais combien leur abus a occasionné de frais inutiles et a provoqué d'erreurs ?

Cela amène M. Lyonnet à protester contre l'abus de la spécialisation et notamment à contester la nécessité des « phtisiologues ». Combien de fois ces derniers se sont-ils payés de mots ? Que signifient ces néologismes qui ne peuvent guère en imposer qu'aux naïfs : signes apexiens, cortico-pleurites, lésions scissurales, plages pulmonai-

(1) Dr B. Lyonnet. — Le Précepte « ni trop, ni trop peu » appliqué à l'examen et au traitement des malades. Imp. Mazel, à Largentière, Ardèche (1924).

res, zone d'alarme, signes stéthacoustiques, etc. ? Et les trente formes cliniques de la tuberculose ont-elles beaucoup plus de valeur en pratique que les deux formes, décrites à Lyon dans une revue d'étudiants, la forme payante et la forme gratuite ?

Dans un Congrès à Strasbourg, certains ont parlé des mystères à déceler sur la plaque radiographique d'un poumon de tuberculeux. En toute bonne foi, observe M. Lyonnet, l'examen et l'interprétation d'une radiographie sont-ils choses si difficiles ?

Et que d'exagérations encore si l'on passe à l'exploration du tube digestif. Là aussi, l'examen radioscopique est un moyen précieux d'investigation, mais seulement dans certains cas. C'est encore la clinique, la bonne vieille clinique qui doit avoir le pas et le conserver.

La radiographie donne parfois lieu à de singulières erreurs. Quel est le praticien qui n'en a pas constaté ?

Un de nos propres clients septuagénaire fut brusquement atteint sans douleur d'ictère. Son état ne se modifiant pas, nous eûmes recours à un de nos maîtres, membre de l'Académie de médecine, en la science, la prudence et la sincérité duquel nous avons une absolue confiance. Il partagea avec nous la crainte de l'évolution d'un néoplasme. Une radiographie parut nécessaire. Elle fut pratiquée par un spécialiste habile. La plaque indiquait une tumeur manifeste dans la région duodénale. Trois mois après, l'ictère avait disparu et, actuellement, trois ans après, le malade se porte comme un charme, voyage constamment et ne veut suivre et ne suit aucun régime.

Il ne faut pas s'en laisser imposer parce que Déjerine appelait la « poussière de symptômes ».

Il faut bien se convaincre, affirme M. Lyonnet, que le diagnostic le plus fréquent, le plus banal, est souvent le vrai.

Qu'on nous permette encore ici le récit d'une épisode de notre pratique personnelle.

Nous fûmes un jour appelé par un de nos vieux confrères, père et beau-père de médecins et qui avait de nombreuses relations dans le monde médical :

« Noir, nous dit-il, je suis très malade. Si je fais appel à mon gendre, à mes fils, à mes amis, ils voudront si bien me soigner que j'entrevois d'avance ce qui m'arrivera. Soignez-moi simplement comme le dernier de vos mendigots. »

Le diagnostic de pneumonie aiguë, nous parut évident. Le malade était d'un certain âge et la responsabilité nous semblait lourde. Nous crûmes utile de demander aux confrères, ses enfants, une consultation et le malade se prêta en rechignant à notre commun désir. Un médecin des hôpitaux, relativement jeune, ami de la famille, fut mandé.

Il ausculta longuement le patient et, après mûre réflexion, posa le diagnostic d'aortite aiguë et porta un pronostic fatal. Le surlendemain, la défervescence se produisait. Notre confrère était guéri et si bien guéri qu'il vécut encore dix ans sans le moindre trouble artériel, ni cardiaque.

Le médecin des hôpitaux qui était un homme loyal et honnête, reconnut son erreur. « Quand nous soignons un confrère et un ami, nous dit-il, nous faisons comme lorsque nous passons un concours, nous cherchons toujours quelque chose d'extraordinaire ; un signe suspect prend dans notre esprit une importance excessive et nous nous trompons lourdement. *Le diagnostic le plus fréquent, le plus banal, est le plus souvent le vrai.* »

Cette tendance à rechercher l'extraordinaire est entretenue par les Congrès, les Sociétés Savantes et la précieuse presse médicale qui surtout mettent en relief les cas les plus rares et les plus curieux. Les lecteurs du *Concours médical* nous rendront cette justice, c'est que notre rédaction s'efforce, pour être utile au praticien, de laisser tout à fait au second plan les curoisités pathologiques.

Dans les cas difficiles, il est rare qu'il y ait intérêt à faire un diagnostic rapide, il faut souvent observer, attendre. et ne pas se laisser gagner par la « folie de la certitude » dont se méfiait si fort Renan.

Il faut toujours être réservé quand on fait un seul examen. Une de nos amies de province souffrait de douleurs utérines ; sur nos conseils, son mari la conduisit à un de nos plus distingués gynécologues. Il constata une déviation utérine excessive et, en réponse à une question du mari, affirma que la malade ne pourrait pas concevoir. Trois mois après nous apprenions qu'elle était enceinte.

M. Lyonnet conseille d'éviter de donner au client pour la remettre à un consultant, une lettre, même cachetée, où l'état du malade est trop clairement exposé. Il trouve aussi imprudent de noter un diagnostic sur une ordonnance. La malade et son entourage méditent sur ces indications, leur donnent des interprétations fantaisistes qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

Il ne faut pas se laisser entrainer à appliquer pour rien les méthodes thérapeutiques nouvelles.

On abuse un peu trop des vaccins, autovaccins et sérums thérapeutiques. De même on fait trop facilement table rase de vieux remèdes qui ont fait leurs preuves, tels que la quinine, l'opium, l'ipéca et les purgatifs.

Il convient de se méfier de l'interprétation de certains mots par le public et de l'application maladroite qu'il tire de la vulgarisation médicale. Combien de paresseux accusent leur surmenage professionnel ? Avec quel snobisme des agités entreprennent des voyages épuisants sous prétexte que le changement d'air leur est nécessaire? L'aération par la fenêtre ouverte, par le séjour au sanatorium a besoin, pour être efficace, d'être appliquée avec discernement.

Et la question des régimes, quels préjugés, quels abus, n'a-t-elle pas provoqués ?

Plures occidit gula quam gladius, a dit avec raison l'Ecriture Sainte. Mais il ne convient pas, comme l'a constaté M. le Dr Lyonnet, d'écrire quatre pages de recommandations pour le régime d'un mourant. Personnellement, nous trouvons cruel, inutile et souvent dangereux de modifier le régime habituel d'un octogénaire, ce régime ne fût-il pas celui que l'on est habitué à prescrire.

M. Lyonnet compare avec malice les feuilles de régime toutes imprimées que donnent à leurs clients certains médecins de villes d'eaux, aux vêtements tout faits que l'on vend dans les grands magasins et qui s'adaptent tant bien que mal à l'anatomie des acheteurs.

A ce propos, on ne parle plus de la suralimentation des tuberculeux. C'est un progrès, car on ne peut calculer les ravages qu'elle a causés.

En thérapeutique, dit M. Lyonnet, il ne faut pas être trop sceptique. La médecine à notre époque peut être réellement utile et, dans certains cas, un traitement, même fort anodin, peut rendre service, car n'oublions pas l'influence morale d'une médication.

D'autre part, il faut condamner les ordonnances surchargées de médicaments, tenir compte du prix excessif actuel des produits pharmaceutiques.

La continuation trop prolongée de l'usage d'une médication est ordinairement la faute du malade, mais le médecin doit la prévoir et l'empêcher.

Certains font un abus déplorable des laxatifs. On ne prend pas assez garde aux accidents que peuvent provoquer les médicaments dangereux et l'on ne songe pas à la susceptibilité très grande de certaines personnes que des doses très faibles empoisonnement.

Les injections intraveineuses sont devenues une manie et M. Lyonnet cite le mot du Dr Bouquet : « Elles sont entrées dans les mœurs ce qui fait compensation avec le nombre de fois qu'elles n'entrent pas dans les vaisseaux ». Mais si la pratique des injections intra-veineuses crée un abus parfois dangereux, que sera-ce si la mode fait adopter les injections intra-cardiaques pratiquées par l'Américain Cride ?

« La mode en médecine tient trop souvent lieu de vérité démontrée » a dit le professeur Cruchet, de Bordeaux, se souvenant sans doute de Montaigne qui a écrit : « Les jugements et opinions des hommes ont leur raison, leur naissance et leur mort comme les choulx ».

Le Dr Lyonnet trouve que l'abcès par fixation de Fochier, provoqué par une injection d'essence de térébenthine, a été aussi trop à la mode. Question de mode aussi les injections si fréquentes jadis chez les nouvelles accouchées, absolument supprimées aujourd'hui, ce qui est peut-être excessif. Et le pneumothorax artificiel de Forlanini que M. Dumarest ne trouve indiqué que dans 5 % des cas, encore question de mode. Cette méthode, a-t-on dit, a fait fortune. De qui ? Certainement pas celle des malades.

Il ne faut pas sans réserves employer à tort et à travers les vaccins, les autovaccins, les stock-vaccins, etc.

Il ne faut pas injecter pour toutes les écorchures du sérum antitétanique. La mode est aux très fortes doses de sérum antidiphtérique. Est-ce bien nécessaire dans les diphtéries bénignes ?

De l'avis de M. Lyonnet, la saignée est encore trop négligée. La révulsion ne doit pas être abandonnée et le vieux vésicatoire donne encore de très beaux résultats à la fin d'une pleurésie avec épanchement. Le massage judicieusement pratiqué est utile, mais ne faut-il pas faire des réserves sur le massage utérin et le massage abdominal ?

L'hydrothérapie, qui est une méthode thérapeutique précieuse, devient ridicule employée avec exagération. M. Lyonnet évoque le souvenir d'une visite qu'il fit à Voerishofen en Souabe, le pays du fameux abbé Kneipp ; il y assista à des scènes cocasses qui lui firent apprécier le mémoire de Charcot sur la foi qui guérit.

M. Lyonnet rappelle les abus auxquels a donné lieu la méthode de traitement par les bains froids dans la fièvre typhoïde. On ne baigne plus à 15° actuellement et l'on n'applique plus ce traitement avec la même rigueur excessive.

Les bains de mer et les bains froids, pris

sans discrétion, ont été nuisibles à bien des malades.

Ce n'est pas sans sourire que l'on voit prescrire des bains de pieds quotidiens dans une station justement réputée pour le traitement des affections respiratoires. Cela occupe le malade quand il fait mauvais temps.

L'héliothérapie, qui donne dans certaines tuberculoses locales des résultats merveilleux, est très dangereuse dans la bacillose pulmonaire.

Quant à la radiothérapie et la curiethérapie, on ne saurait trop recommander la prudence. C'est ici qu'il faut que le spécialiste ne soit pas seulement un bon électricien, mais encore un médecin très expérimenté.

***

Certes, le médecin est tenu de renseigner le malade et sa famille, mais là plus que jamais il doit garder la mesure. Il ne faut pas parler trop peu et encore moins trop parler. Le bon praticien ne doit être ni trop distant, ni trop familier, Il ne doit pas être ni d'un optimisme excessif, ni d'un pessimisme décourageant.

« La raison, a dit Rivarol, se compose de vérités qu'il faut dire et de vérités qu'il faut taire ».

Il est préférable, en général, d'être d'un optimisme de bon aloi, se souvenir que le praticien est un colporteur d'espérance qui doit inspirer au malade la volonté de guérir.

Dans l'exercice de sa profession, le médecin doit faire preuve d'une patience à toute épreuve, ne pas chercher à rectifier les affirmations ineptes qu'il entend, il y perdrait son temps. Il doit savoir avaler les couleuvres et encaisser quelques mauvais procédés sans sourciller.

Dans les cas scabreux, il doit agir avec une grande prudence et conserver une immuable dignité. Il doit éviter de critiquer ses confrères même s'il a la certitude (ce qui n'est jamais sûr) qu'ils se sont lourdement trompés.

Il doit faire preuve d'une grande réserve quand un malade lui demande des renseignements sur le diagnostic et le pronostic de sa maladie. S'il est poussé à bout, le mieux est de s'en tirer par une logorrhée vague et imprécise.

Il convient aussi de ne pas trop écrire, même d'éviter de délivrer des certificats dont on ne sait jamais l'usage qui en sera fait.

Le praticien est tenu de commenter ses prescriptions, il est bon de laisser entrevoir l'effet possible du traitement sans toutefois être trop affirmatif.

Dans les cas graves, il doit la vérité à la famille, mais toujours hors de la présence du malade.

Si un étranger demande des nouvelles d'un malade auquel il s'intéresse, il convient de s'en tirer par des réponses vagues en parlant pour ne rien dire. Il en est de même s'il s'agit d'un conseil pour un mariage ; trop de réserve ou un refus de répondre peuvent être considérés comme un aveu. Il faut faire acte de diplomate et tâcher de répondre à côté.

M. Lyonnet, en terminant, aborde la délicate question des honoraires. Il pose comme principe de ne jamais refuser l'argent qu'on offre ; on risque souvent de ne pas le revoir. Dans les tarifs là encore il faut appliquer le précepte : « ni trop, ni trop peu ». Les vieux médecins ont peine avec les souvenirs d'avant-guerre d'appliquer des tarifs qui leur paraissent exorbitants. Les jeunes médecins dont l'esprit n'est pas faussé par la vie à bon marché qu'ils n'ont pas réellement connue, apprécient plus équitablement le taux des honoraires.

M. Lyonnet trouve légitime qu'un médecin qui s'est spécialisé ou qui a sacrifié des années à la préparation des concours, qui consacre une grande partie de son temps au service d'un hôpital, exige des honoraires plus élevés. Nous sommes absolument de son avis.

Le médecin ne doit pas faire preuve de rapacité. Son rôle de « poire consciente » doit évidemment avoir des limites, mais il faut admettre que, selon la boutade du Dr H. Mollière : sans un peu de science et de charité, la médecine n'est qu'une branche des pompes funèbres.

Beaucoup de gens d'ailleurs partagent heureusement l'opinion de Montaigne qui, cependant n'a pas toujours dit du bien de la médecine :

« J'honore les médecins, disait-il, non pas suivant le précepte pour la nécessité, mais pour l'amour d'eulx-mêmes, en ayant vu beaucoup d'honnestes hommes et dignes d'estre aimez ».

***

M. le Dr Lyonnet nous excusera d'avoir pris la liberté d'analyser, parfois en les commentant un peu librement, ses excellents conseils. Bien qu'exerçant dans un autre milieu que notre distingué confrère, trente années d'expérience nous ont aussi amené à conclure que le bon exercice de la profession médicale exige comme qualités maîtresses la mesure, le bon sens et la clarté.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic de la syphilis primaire,

Par le professeur agrégé GOUGEROT,

Médecin des Hôpitaux.

Le diagnostic des chancres syphilitiques génitaux est une question de pratique médicale que tout médecin praticien doit connaître à fond. Ce diagnostic a un double intérêt :

D'abord, il est intéressant de ne pas méconnaître une syphilis avec toutes les conséquences lointaines que comporte une erreur de diagnostic.

Ensuite, le diagnostic précoce de chancre a une importance plus grande encore, qui vient de la nécessité reconnue aujourd'hui de faire une thérapeptique d'urgence. En effet, il existe une très grande différence entre l'efficacité du traitement d'un chancre commencé avant ou après le quinzième jour.

La période primaire devrait être divisée en deux périodes, — l'une où la maladie est encore ou paraît localisée, où tout au moins, l'on ne peut pas déceler par les méthodes de laboratoire une généralisation vraie, — et une 2e période qui est cliniquement semblable à la première, et pourtant, où la généralisation est évidente, car la réaction de Wassermann apparaît progressivement vers le quinzième ou vingtième jour et, ce qui est plus important, les méthodes de laboratoire permettent de déceler l'envahissement profond des viscères, particulièrement du système nerveux. Je vous citerai à ce propos un travail remarquable du professeur Nicolau, de Bucarest. Sur 51 porteurs de chancre, il a trouvé 18 fois, soit 35 % des cas, l'envahissement précoce du système nerveux décelé par la ponction lombaire, longtemps avant la roséole, et, dans les cas les plus précoces, vers le quinzième jour.

Par conséquent, il y a un très grand intérêt pratique à faire un diagnostic d'urgence avant le quinzième jour, de façon à faire une thérapeutique d'urgence ; on a pu dire avec raison que le traitement du chancre syphilitique était de la *médecine d'urgence* : il ne faut pas perdre 24 heures dans l'application du traitement.

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine (service du Pr Chauffard), le 27 mai 1924, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par l'auteur.

***

Pour faire ce diagnostic, il faut vous rappeler les *caractères cliniques* du chancre syhpilitique. Ils sont connus, et je vais simplement les énumérer ; ce sont :

L'incubation ; elle varie de 12 à 15 jours au minimum, à 45 ou 60 jours, comme délai maximum. Ordinairement, d'après les classiques, Ricord et Fournier, le chancre apparaît du vingt-et-unième au vingt-huitième jours après l'inoculation.

L'induration sous-jacente, plus ou moins nette, parfois imperceptible.

L'aspect du chancre qui, dans les cas classiques, a un fond propre, de coloration chair musculaire.

Les ganglions qui sont constants, puisque Fournier, en cinq mille cas, a constaté leur absence trois fois seulement ; ganglions « froids », indolents, mobiles, sans périadénite inflammatoire.

Mais il existe, à propos du chancre syphilitique, un certain nombre de *préjugés* qu'il faut détruire parce qu'ils sont la source d'erreurs de diagnostic.

On dit très souvent que le chancre syphilitique est unique, et on l'oppose au chancre mou qui est multiple. C'est une erreur. Le chancre syphilitique est très fréquemment multiple.

On dit que les chancres syphilitiques, lorsqu'ils sont multiples, sont simultanés. C'est souvent exact, mais souvent aussi, les chancres syphilitiques sont successifs, pour des raisons ignorées ou connues, par exemple des inoculations successives.

L'induration n'est pas pathognomonique. Tout d'abord, il est des régions où l'induration est très difficile à percevoir comme, par exemple, surtout chez la femme, à la fourchette et au col de l'utérus. Inversement, il faut bien se souvenir qu'il existe des lésions non syphilitiques dont la base est indurée, par exemple des ulcérations traumatiques ou des herpès irrités par certaines médications comme la teinture d'iode.

On dit toujours que le chancre syphilitique

n'est pas auto-inoculable. C'est encore une erreur. Le chancre syphilitique à ses débuts, avant le huitième ou dixième jour, est très fréquemment auto-inoculable, ainsi que l'ont démontré les travaux de Finger et Landsteiner, de MM. Queyrat et Marcel Pinard.

On dit que le ganglion syphilitique est constamment un ganglion froid. Il y a des exceptions, d'abord parce que le chancre syphilitique peut se surinfecter par les microbes pyogènes des régions génitales, et surtout parce qu'exceptionnellement, l'adénite syphilitique, quoique non compliquée, peut suppurer.

On dit encore que le chancre syphilitique non ulcéreux ne laisse pas de reliquat ni de cicatrice. C'est inexact : la cicatrice est fréquente et une macule rouge persiste souvent pendant des semaines, utile pour un diagnostic rétrospectif.

Mais ce qui complique surtout la question, ce sont les *associations* de la syphilis primaire et d'autres processus, surtout l'association si fréquente du bacille de Ducrey et du tréponème syphilitique (chancrelle syphilitique ou chancre mixte).

***

Ces quelques faits étant rappelés, envisageons les cas les plus fréquents de la pratique médicale et discutons le diagnostic pour chacun des principaux aspects du chancre.

I. — Les plus grandes difficultés sont fournies par les *chancres ulcéreux*. Là se pose, en effet, le diagnostic du chancre mou et du chancre syphilitique.

Lorsque le chancre syphilitique a son aspect classique et caractéristique, rien n'est plus facile ; on découvre une lésion papuleuse, c'est-à-dire surélevée, indurée, propre, creusée plus ou moins d'une ulcération à fond chair musculaire, d'où suinte un peu de séro-pus, des ganglions froids indolents, avec un gros ganglion majeur, le « préfet de l'aine » de Ricord, lésion apparue après une incubation caractéristique.

Malheureusement, il existe des cas où le diagnostic est beaucoup plus difficile.

Le diagnostic du *chancre mou* est en apparence des plus faciles.

Les caractères des chancres mou et syphilitique s'opposent un à un ; mais combien de difficultés en pratique !

Le chancre syphilitique a une incubation d'une vingtaine de jours alors que le chancre mou a une incubation de 2, 3 à 5 jours, rarement davantage !

Méfiez-vous, d'abord parce que les malades datent très mal les incubations. Méfiez-vous également des cas exceptionnels de chancres mous tardifs, dont il existe des observations certaines. Il semble que le bacille de Ducrey reste en saprophyte sur les muqueuses génitales et s'inocule à l'occasion de causes inconnues, si bien qu'on peut voir par exception des chancres mous ayant une incubation aussi longue qu'un chancre syphilitique, dépassant même 50 et 100 jours.

Le chancre syphilitique est ordinairement unique, alors que le chancre mou est ordinairement multiple, mais j'ai insisté plus haut sur la fréquence relative des chancres syphilitiques multiples et le chancre mou unique n'est pas exceptionnel.

Le chancre syphilitique a une base indurée, alors que le chancre mou par définition a une base molle ou tout au moins œdémateuse, différente de l'infiltration plus ou moins chondroïde du chancre syphilitique. Mais que de difficultés encore en pratique ! On peut voir en effet des chancres mousp apuleux, papulo-ulcéreux, même en dehors de toute irritation médicamenteuse, à plus forte raison si, dans un but thérapeutique ou prophylactique le malade a déjà appliqué de la teinture d'iode, du chlorure de zinc, et surtout de la pommade au calomel.

Le chancre syphilitique a très peu de tendance à confluer, mais il peut exceptionnellement progresser d'une façon phagédénique, polycyclique, et dissimuler le chancre mou confluent.

Le fond du chancre syphilitique est ordinairement propre, bourgeonnant ou érodé, chair musculaire suivant l'expression classique, alors que le fond du chancre mou est généralement vermoulu, irrégulier, avec des taches de fibrine et de petites logettes purulentes, témoins de l'évacuation de petits abcès. Mais il faut se souvenir qu'il y a des exceptions et que, surtout chez les sujets malpropres, le chancre syphilitique peut être infecté par les pyogènes de la peau.

Les bords du chancre syphilitique sont ordinairement réguliers, taillés à pic, alors que ceux du chancre mou sont souvent irréguliers et un peu décollés. Ceci n'a pas l'importance que croyaient les anciens auteurs, et depuis, on a vu que très souvent le bord du chancre mou était aussi curviligne que celui du chancre syphilitique. Il est au contraire un symptôme capital susceptible de retenir l'attention, c'est le *liseré nécrotique* blanchâtre caractéristique du bord du chancre mou.

Les ganglions, dans le chancre syphilitique, sont ordinairement froids et indolents, avec un ganglion majeur central, alors que dans le chancre mou, les ganglions sont inflammatoires, douloureux, avec une gaîne de périadénite œdémateuse. Très rapidement la peau rosit et souvent, malgré toutes les précautions, s'ulcère, mais très rarement le ganglion du chancre syphilitique peut suppurer.

Le chancre syphilitique, classiquement, n'est pas auto-inoculable alors que le chancre mou est presque indéfiniment auto-inoculable, mais avant

le dixième jour ; la règle classique n'est pas exacte, le chancre syphilitique est auto-inoculable. L'auto-inoculation, faite au bras, par exemple, donne un résultat très différent : dans le chancre syphilitique, c'est une papule ou une érosion, tandis que dans le chancre mou, c'est une vésico-pustule qui s'ouvre au deuxième ou troisième jour et devient une ulcération purulente.

Malheureusement, la question au point de vue pratique est compliquée par la *fréquence des chancres mixtes*. On appelle chancre mixte de Rollet une lésion due à la fois au double virus : bacille de Ducrey du chancre mou, tréponème de la syphilis.

Ces chancres mixtes sont extrêmement fréquents. Ils représentent, d'après les statistiques de l'hôpital St-Louis, au moins les deux tiers des lésions ayant l'apparence de chancres mous.

Tantôt l'aspect clinique du chancre mixte est identique à celui du chancre mou le plus pur ; et pourtant, la preuve qu'il s'agit d'un chancre mixte est donnée par l'apparition des symptômes secondaires. Aujourd'hui, on n'a plus le droit d'attendre l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses pour faire un diagnostic de chancre ; il faudra chercher le tréponème.

Tantôt l'aspect du chancre est vraiment un aspect mixte, et le diagnostic devient cliniquement possible. Il s'appuie sur l'induration, sur le *bourrelet qui déborde l'ulcération*. Fournier insistait sur le signe du phimosis, et lorsqu'on élimine la cause d'erreur des demi-phimosis congénitaux, c'est un excellent signe de syphilis. Les localisations au frein et au méat sont aussi presque toujours l'indice de la syphilis. Les signes ganglionnaires n'ont pas l'importance qu'on a dit.

Tantôt la succession des chancres est très nette. Au début, vous avez pu observer qu'il existait un chancre mou, puis très rapidement, ce chancre mou disparaît et un chancre syphilitique prend sa place. C'est qu'en effet le chancre mou est habituellement très bénin au point d'inoculation, il guérit pendant l'incubation du chancre syphilitique. Il s'agit bien pourtant d'un processus mixte, car dans la sécrétion, on trouve le bacille de Ducrey.

D'autres diagnostics doivent être encore discutés à propos des ulcérations génitales. Ce sont les herpès ulcérés, les ulcérations gonococciques, et les végétations cautérisées.

L'*herpès ulcéré* peut être d'un diagnostic très difficile. Il est ulcéré, soit parce qu'il y a exagération de la virulence du virus herpétique, soit par infection secondaire ; il présente souvent dans ce cas une base rénitente qu'il est assez difficile de distinguer de la base indurée du chancre syphilitique. Le diagnostic repose sur les caractères suivants : l'herpès génital est une maladie essentiellement récidivante ; — son début est marqué par des sensations de fourmillement, de cuisson, souvent de brûlure (L'herpès névralgique est très fréquent aux organes génitaux ; — la lésion débutante est une vésicule ; le malade la décrit ou la montre lors d'une poussée. A la périphérie, il n'est pas rare de voir des vésicules aberrantes qui affirment le diagnostic. La sécrétion de l'herpès est bien plus abondante que celle du chancre syphilitique. Suivant l'expression classique de Leloir, l'herpès « pleure ».

Les *ulcérations gonococciques* décrites par Jullien sont une source d'erreurs de diagnostic ; lorsqu'elles sont associées à une uréthrite, ce diagnostic est relativement facile, mais en l'absence de toute uréthrite, le diagnostic clinique est à peu près impossible. Ce sont des ulcérations papulo-ulcéreuses ou érosives. On a même décrit un phimosis gonococcique : l'ultra-microscope et la réaction de Wassermann réussiront à éclaircir cette difficile question.

Les *végétations vénériennes* banales, *ulcérées par des caustiques et infectées*, posent un diagnostic souvent difficile à résoudre. Il est classique de détruire par le feu ou avec la curette les végétations banales, ce qu'on appelle les crêtes-de-coq, mais il arrive souvent que le malade ne prenant pas les soins nécessaire de propreté et d'antisepsie, les ulcérations consécutives à la cautérisation s'infectent ; la base de la lésion devient alors indurée et peut faire penser à une lésion syphilitique primaire. D'ailleurs, on peut voir se développer ces lésions pendant l'incubation d'un chancre syphilitique.

II. — D'autres fois, le chancre syphilitique prend l'aspect du *chancre phimosique* de Ricord et Fournier. On admet classiquement que tout chancre phimosique, c'est-à-dire toute ulcération déterminant très rapidement un rétrécissement de l'orifice préputial, doit faire suspecter la syphilis. Ceci est vrai 99 fois sur cent ; il est cependant des exceptions. Il faut penser aux demi-phimosis congénitaux et au diabète. Les ulcérations de la balanite banale d'un diabétique peuvent s'accompagner d'un phimosis complet, et le malade pourrait être accusé à tort de syphilis. Il faut avoir soin de faire préciser par le malade si, d'habitude, il n'avait pas trace de phimosis.

Dans les cas douteux, ce sont les méthodes bactériologiques qui trancheront le diagnostic.

III. D'autres fois, le chancre syphilitique a un aspect *papulo-érosif*. C'est l'aspect classique du chancre syphilitique, notamment sur les demi-muqueuses. C'est une petite lésion papuleuse arrondie, plus ou moins saillante, dont l'induration est facile à apprécier dans la plupart des cas. L'érosion est très minime, à peine creuse ; le fond, propre, laisse suinter quelques gouttes de sérosité quand on malaxe la base. La

coloration est chair musculaire. Les ganglions sont nets.

Cependant, il est un certain nombre de causes d'erreur.

L'*herpès papuleux* simule le chancre papulo-érosif. Pour le distinguer, appuyez-vous sur les signes indiqués tout à l'heure : la récidive fréquente des herpès, les signes prémonitoires, cuisson, brûlure, le début par des vésicules, la fréquence des vésicules aberrantes, et surtout le signe de Fournier, le bord micropolycyclique de l'herpès. On a dit que l'herpès n'avait pas de ganglion. En pratique, ce n'est pas exact ; il est très fréquent de constater des ganglions au cours des poussées d'herpès. On a dit aussi que si l'herpès était papuleux, c'est qu'il survenait sur le terrain du chancre syphilitique. C'est une hypothèse nullement démontrée.

Un autre diagnostic moins difficile est celui de la *balanite*, surtout de la balanite érosive circinée due à une association fuso-spirillaire de Vincent. Elle commence par une lésion de 2 à 4 mm. ayant l'aspect de vésicules plates. Le couvercle épidermique se détache ; il en résulte une collerette épidermique blanchâtre. Cette lésion (qui se distingue de l'herpès par des lésions plus grandes, de 3 à 5 mm.) se distingue du chancre syphilitique parce que sa base n'est presque jamais indurée et par une marche rapide, intensive. La sécrétion est d'ailleurs très minime.

Les *érosions diabétiques* sont beaucoup plus difficiles à reconnaître, mais là encore, il y a un signe, très important, c'est l'absence d'induration. La balanite des diabétiques est presque toujours plus inflammatoire, la base plus molle, plus œdémateuse ; dans le chancre papulo-érosif elle est plus « sèche », suivant l'expression de Fournier.

Les autres diagnostics sont des diagnostics d'exception, telles les localisations de l'*hydroa* ou érythème polymorphe dans la région génitale : en ce cas, on ne trouve pas d'induration. Il en est de même dans les *pyodermites*.

Beaucoup plus difficiles peuvent être les diagnostics de lésions isolées de *lichen plan*, de *psoriasis*, de *parakératose* (ou *eczéma séborrhéique*). Mais dans chacune de ces lésions, on trouve, à l'examen et au grattage méthodique, des signes différentiels que L. Brocq a minutieusement indiqués ; il n'y a pas d'induration. Le psoriasis peut paraître induré, mais c'est une fausse induration, comme on le constate en enlevant les squames, en faisant le grattage méthodique.

On a cité des erreurs invraisemblables, notamment la confusion avec le *mycosis fongoïde*. Presque toujours, il existe d'autres lésions mycosiques qui facilitent le diagnostic.

En pareille circonstance, somme toute, les diagnostics que vous aurez le plus souvent à discuter sont celui de l'herpès et celui de la balanite, et dans tous les cas douteux, recourez à l'examen microscopique puis aux séro-réactions.

IV. D'autres fois, le chancre syphilitique est *ecthymatiforme* ou *impetiginiforme*. C'est l'aspect classique du chancre syphilitique sur la peau, par exemple au pubis, et le chancre du pubis est beaucoup plus fréquent qu'on ne croit.

Le diagnostic est à faire avec l'*ecthyma* et l'*impetigo* : diagnostic facile si l'on veut bien regarder, car dans le chancre, on n'a aucun des signes de l'ecthyma ou de l'impetigo, et l'on perçoit facilement l'induration de la papule et du chancre syphilitique.

Un diagnostic plus difficile est celui du chancre syphilitique avec l'*ecthyma de la gale* (« chancre scabieux »). Cet ecthyma est ordinairement une lésion allongée, ovoïde ou sigmoïde, comme le sillon de la gale qui en a été le point de départ, et l'on trouve ailleurs les signes de gale.

V. D'autres fois, mais plus rarement, le chancre syphilitique a un aspect *pseudo-membraneux* : c'est le chancre *diphtéroïde* des vieux auteurs.

Ce chancre peut prêter à l'erreur d'être confondu avec une lésion trop peu connue et qui est pourtant relativement fréquente : la *balanite fuso-spirillaire* (ou l'angine de Vincent transportée aux organes génitaux). Le diagnostic est souvent difficile, parce que la base peut s'indurer et s'œdématier. Mais le chancre syphilitique progresse plus lentement, est moins multiplié.

VI. D'autres fois, le chancre syphilitique prend un aspect *gangréneux* : on le distinguera facilement de la véritable gangrène des organes génitaux due aux anaérobies, car il n'a pas l'odeur de gangrène, l'aspect sphacélique, l'exsudat pseudo-membraneux fétide. Cependant, il faut se rappeler qu'une gangrène peut compliquer un chancre et le masquer.

VII. D'autres fois, le chancre prend un aspect *hypertrophique* : c'est le *chancre-tumeur* des vieux auteurs. Fournier a rapporté une série d'erreurs de diagnostic lamentables, où le chirurgien a fait l'amputation des organes génitaux pour des chancres syphilitiques qui se sont avérés quelque temps après comme tels, par l'apparition de roséole et d'accidents secondaires. Le diagnostic repose sur la marche beaucoup plus lente du cancer, le pointillé blanchâtre témoin de la présence des globles cornés, le saignottement facile, l'apparition tardive des ganglions satellites dans tous les cas douteux, n'hésitez pas à faire la biopsie.

VIII. Enfin le chancre syphilitique peut être *nain*. Les chancres nains, de 1 à 3 mm., cachés

ordinairement dans le sillon balano-préputial, ont au début un aspect banal, ne s'accompagnant pas d'induration, et on les méconnaît trop facilement si l'on n'a pas recours à la recherche du tréponème à l'ultra-microscope.

***

Cette longue énumération prouve combien le diagnostic par la seule clinique peut être difficile. Aussi, *chaque fois que vous constatez une érosion génitale, même si elle semble d'apparence banale, même si un autre diagnostic, de chancre mou par exemple, paraît s'imposer, il faut recourir aux épreuves bactériologiques, recherches du tréponème et réactions de Bordet-Wassermann en série.*

I. — La *recherche directe du tréponème* peut être constatée dès le début du chancre par l'ultra-microscope, ou l'imprégnation argentique de Tribondeau-Fontana. Recommandez au malade de ne pas modifier l'aspect du chancre et de ne pas détruire le tréponème par des applications antiseptiques intempestives. Si vous avez le moindre doute, attendez 24 heures et faites appliquer, pendant ce temps, un pansement humide à l'eau bouillie.

La technique doit être minutieuse. Souvent, on prélève le pus qui remplit l'ulcération ; c'est une mauvaise méthode ; en effet les tréponèmes sont détruits, phagocytés par les polynucléaires : il faut donc déterger à l'eau bouillie, puis malaxer la base de l'ulcération suspecte et prélever alors, seulement la sérosité qui perle à la surface de l'érosion.

On ne saurait trop répéter que la *constatation d'un autre germe n'élimine pas le diagnostic de syphilis*, puisque les tréponèmes peuvent coexister avec les autres germes.

II. — Les *séro-réactions* doivent être faites en série, car le Bordet-Wassermann n'apparaît d'ordinaire que vers le quinzième ou vingtième jour.

Méfiez-vous du chancre mixte.

Rappelez-vous qu'il faut ajouter l'incubation du chancre syphilitique à l'incubation de la réaction de Wassermann. C'est donc seulement quarante jours après le début d'une lésion mixte que le Bordet-Wassermann prend sa valeur.

Les réactions de Bordet-Wassermann peuvent être *retardées spontanément ou thérapeutiquement.*

Spontanément, on peut voir par exception le Bordet-Wassermann n'apparaître que le soixantième ou quatre-vingt-dixième jour. J'ai même vu deux malades de St-Louis dont le B. W. n'est apparu que le centième jour et le cent vingtième jour, au cinquième et au huitième essai. Ces Bordet-Wassermann spontanément tardifs sont très rares.

Au contraire, les Bordet-Wassermann *retardés par le traitement* sont très fréquents. J'ai publié une série de cas où le B. W. est apparu vers le septième ou neuvième mois du traitement.

Il en résulte qu'il *faut surveiller les malades cliniquement et sérologiquement, beaucoup plus longtemps* qu'on ne le fait ordinairement.

***

L'intérêt d'un diagnostic précoce est évident : c'est le *traitement d'urgence* du chancre syphilitique.

Lorsque le diagnostic de syphilis est certain, tous les auteurs sont d'accord pour commencer le traitement *le jour même.*

Au contraire lorsque le diagnostic est douteux ou lorsqu'on est en présence d'une lésion souvent associée à la syphilis tel que le chancre mixte, l'accord n'est pas unanime.

On se trouve en présence de deux conceptions différentes.

Les vieux cliniciens, avec Brocq, n'admettent pas qu'on commence un traitement sans avoir l'absolue certitude du diagnostic ; ils réclament des examens bactériologiques répétés en série, et notamment des séro-réactions hebdomadaires afin de préciser aussitôt que possible le diagnostic et commencer le traitement.

Les autres, avec Jeanselme par exemple, admettent le traitement préventif, pour un chancre mou ou toutes les fois que l'on craint la syphilis. Si vous faites ces *traitements préventifs*, il faut employer les doses utilisées pour le chancre syphilitique déjà déclaré, donc atteindre 75 à 90 centigr. de 914 ou de sulfarsénol et totalisées à 5 et 7 gr. d'arsenobenzol. Les doses recommandées par les premières publications sont trop faibles. Il faut associer le bismuth à l'arsenic, car nous avons observé avec MM. Fernet et Valentin des chancres arséno-résistants : un de nos malades vit apparaître son chancre syphilitique pendant qu'il recevait des doses de 0.90, et malgré qu'il totalisât alors

Enfin, lorsque vous faites ce traitement préventif, surveillez vos malades pendant plusieurs mois, cliniquement et sérologiquement. Ne vous contentez pas d'une simple réaction de Bordet-Wassermann négative ; il faut au bout de six mois ou d'un an faire la *réactivation.*

***

A la fin de cette étude pratique du diagnostic des chancres syphilitiques, il faut combattre le dogme de la nécessité de l'existence du chancre au début de la syphilis. On croit trop souvent que le chancre est indispensable ; de plus en plus on voit que le chancre syphilitique peut man-

quer, en dehors même des syphilis non conceptionnelles.

Quelquefois l'attention sera attirée par une adénite chancrelleuse. Il y a en effet de véritables chancrello-syphilis, association du bacille de Ducrey et du tréponème, qui débutent sans chancre et le diagnostic de syphilis est fait tardivement, quand apparaîtra la syphilis secondaire.

Exceptionnellement l'adénite syphilitique existe sans chancrelle associée et sans chancre syphilitique. Au moment où les Parisiens ont été affolés par la peste, j'ai eu l'occasion de voir un homme ayant toutes les apparences de la santé, et qui se croyait atteint de la peste : il avait simplement un gros ganglion froid et indolent. Je me suis méfié de la syphilis, j'ai ponctionné, et dans la sérosité j'ai trouvé du tréponème.

La syphilis primaire peut donc commencer sans chancre par une adénite ; et le diagnostic ne sera fait que par la constatation du tréponème dans les ganglions.

Enfin la syphilis semble pouvoir être inoculée sans que l'on ne constate ni chancre ni adénite ; nous en avons encore eu la preuve récente à propos des échecs de traitements préventifs.

***

Quelles sont les conclusions pratiques de cette étude :

Méfiez-vous toujours de la syphilis devant toute lésion génitale, ne laissez jamais la moindre érosion génitale sans en faire une étude approfondie. Dites-vous qu'une érosion très petite, en apparence banale, ou qu'une lésion bien définie, bien classée, telle qu'un chancre mou, peut cacher la syphilis ;

Recourez toujours aux méthodes de laboratoire, à la recherche directe des tréponèmes et aux séro-réactions ; faites-les en série et en cas de doute, surveillez longuement les maladies cliniquement et sérologiquement pendant un an.

Dès que le diagnostic s'affirme, faites le *traitement d'urgence* sans perdre un jour.

S'il y a grande probabilité de contamination, n'hésitez pas à faire un traitement arsenical et bismuthique *préventif* de la syphilis.

DE LA MIGRAINE

La migraine en 1923

Analyse et critique de quelques travaux (1)

Par le Dr G. Didsbury.

Sous le titre : cellulite vertébrale et rhumatisme cervical, le Dr Henri Forestier étudie (*Bulletin de la Société de médecine de Paris*, 27 janvier 1923), des nodosités au niveau de l'atlas et des épaississements le long des gouttières cervicales qu'on met en évidence par la palpation chez les rhumatisants. La nodosité de l'atlas détermine « des douleurs à type de névralgie cervico-occipitale épicrânienne. Le point douloureux de l'émergence du grand nerf occipital « d'Arnold, souvent très marqué, indique l'existence d'un foyer cellulitique à ce niveau ». C'est exactement ce qu'on trouve dans la migraine. L'auteur remarque aussi justement que la nuque est un confluent de muscles et d'aponévroses très favorable au développement de la cellulite, et que celle-ci arrive à réaliser des compressions sur les branches nerveuses, qui sortent des trous de conjugaison. L'auteur est bien sûr qu'il s'agit de cellulite, car la radiographie ne révèle rien, et il recommande le massage médical, comme l'ont fait les Suédois, combiné avec des douches thermales.

Kouindjy, dans la discussion qui suit cette communication, rappelle que Norström, le premier, a indiqué ces cellulites, et que lui-même a guéri nombre de migraines en traitant la cellulite par le massage. Les rapports entre la cellulite et la névralgie sont maintenant avérés. Voici donc un auteur, Kouindjy, qui parle de névralgies crâniennes de cause locale et superficielle dont l'histoire est une partie de celle de la migraine.

Déjà en 1906 (*Presse médicale* du 17 janvier 1906), M. Hartenberg avait décrit, sous le nom de migraine des arthritiques, tout ce que Norström avait déjà formulé en 1885. Il croyait alors, comme il a dit lui-même à la séance de la Société de médecine de Paris du 9 février 1923, « dans ce travail, tout entier tiré de mes observations personnelles, signaler un fait nouveau et encore inconnu » ; tout ce qu'Hartenberg a dit en 1906 est scrupuleusement *exact*, avec cette particularité que s'il insiste à très juste titre sur les lésions de cellulite et de myosite qui existent au cou, à la nuque, au crâne, aussi dans d'autres parties de l'organisme du même sujet ; il est muet sur le mot névrite et sur la sensibilité douloureuse du grand sympathique. Mais évitons toute erreur de mots : ce sont toujours les nerfs qui sont douloureux et dire : insertions musculaires ou émergences nerveuses doulou-

(1) Voir *Concours médical*, numéros 37 et 38.

reusés, c'est tout un ; les nerfs émergent bien après avoir traversé les muscles et comme les insertions sont en même temps des tendons, les nerfs sortent bien à travers des tendons : l'exemple le plus typique est bien ce grand sous-occipital appelé aussi le grand nerf d'Arnold, ou encore le récurrent d'Arnold, la plus grosse branche spinale postérieure de la nuque, et qui passe à travers le tendon d'insertion du trapèze sur l'occipital, pour devenir superficiel, se distribuer à tout le cuir chevelu en s'anastomosant avec le plexus cervical et le trijumeau. Ne pas voir une différence au point de vue du traitement kinésithérapique entre le muscle et le nerf.

Ce même problème est encore serré de près par le rapport d'Hartenberg sur la cellulite considérée dans toutes les régions de l'économie (Soc. de médecine de Paris, 13 avril 1923). Au niveau de l'extrémité céphalique, dit-il, la cellulite provoque une série de névralgies souvent unilatérales avec début matinal provoquant une douleur lancinante, térébrante, avec battements artériels, vomissements, malaise général, photophobie, autrement dit, c'est bien la migraine que l'auteur décrit, mais il l'appelle : «céphalée cellulitique», définition juste anatomiquement mais insuffisante au point de vue clinique puisque manque la notion « *unilatéralité*». Il continue sa description : par la durée de douze à vingt-quatre heures et même plus, la fréquence des accès, leur périodicité peut-être moins franche que dans la migraine vraie, dit l'auteur ; il voit excellement l'influence du décubitus pendant la nuit qui, s'ilaboutit à une posture incommode, fait se réveiller le sujet avec une douleur de tête, le matin. Le reste de l'excellente description de l'auteur assimile parfaitement cette céphalée cellulitique avec la migraine, mais celui-ci ne semble pas l'identifier pleinement. Pour nous, nous n'hésitons pas ; la longue pratique que nous avons des migraineux nous fait identifier la céphalée cellulitique d'Hartenberg avec la migraine :même étiologie, même description, même traitement, même guérison. Ce n'est vraiment pas la peine de compliquer pour aboutir à une con-fusion de plus.

L'auteur conclut que le traitement de choix de la cellulite est la kinésithérapie. Nous remarquons une identité entre le travail d'Hartenberg et celui de Janowsky. Les observations que fit Kouindjy sur la pratique de la kinésithérapie ne font que confirmer celle des deux auteurs précédents et, nous le verrons plus loin, notre propre pratique.

En somme, quels que soient les détails de la technique, il s'agit de désinsensibiliser des nerfs superficiels pour obtenir la guérison ; or, par une confusion dont l'histoire de la migraine offre tant d'exemples, voilà que A. Lippmann emploie le mot désinsensibilisation dans le sens chimique, et, dans le travail important et fort intéressant qu'il présente à la Société de médecine de Paris, le 28 avril 1923, il se demande « si la cure de « désinsensibilisation par auto-sérothérapie ne « pourrait pas réussir là où *échouent tant d'au-* « *tres* médications ». Cet auteur voit dans la migraine « une production incessante dans « l'économie d'une substance anaphylactisante « amenant à un moment donné le choc et ses « conséquences... », et il cherche à désinsensibiliser petit à petit l'organisme contre la substance déchaînante. Mais, alors, cet auteur ne fait aucune des recherches précédentes sur les nerfs superficiels qui peuvent être si gros, si tangibles, si douloureux, et que tant d'observateurs depuis tant d'années ont manœuvrés, massés, élongés ! Or, nous ne savons même pas, par l'absence de tout examen local, en quoi ses malades s'apparentent ou non avec ceux de Forestier et de Hartenberg. Verrait-il une dualité dans la migraine, l'une « anatomique », l'autre « chimique » ? Nous avons déjà exprimé notre opinion sur ce sujet : nous demandons qu'on nous montre un migraineux qui n'ait pas de névrites superficielles. Quoiqu'il en soit, l'auteur saigne ses malades, recueille leur sérum, le répartit en ampoules de 1 cmc. le tyndallise et le réinjecte à ses malades. Qu'y avait-il dans le sang ? Qu'y avait-il dans le sérum ? Comment une modification chimique du sang, si elle a eu lieu, modifie-t-elle une névrite superficielle et locale, souvent même et exclusivement, unilatérale ? Aucune réponse, aucune explication. Nous en dirons autant pour le jeûne thérapeutique de M. Guelpa : en quoi une intoxication de l'intestin (si tant est qu'elle existe), agit-elle sur un même groupe de nerfs, toujours les mêmes et jamais sur d'autres et encore périodiquement et sous des influences diverses qui déclanchent la crise ? Sans compter que le migraineux est un jeûneur involontaire, car il vomit tant et plus et qu'il reste à jeun sans pouvoir rien avaler pendant 24 et 48 heures, et cela plusieurs fois par mois. Le sujet ne trouve pas dans ces faits une thérapeutique utile.

Guelpa, lui non plus, ne fait aucune recherche locale, de sorte que ses diagnostics de migraine, pas plus que ceux de A. Lippmann, ne reçoivent aucune justification.

Nous ne voulons pas mettre en doute les résultats de ces deux auteurs, mais nous aimerions, autrement, préciser la physiologie pathologique de leurs traitements.

D'ailleurs, la preuve que nous demandons est bien facile à obtenir : il s'agit de constater sur tel malade guéri par telle méthode *qu'il n'y a plus de nerfs superficiels*, chroniquement douloureux, autrement dit que *la guérison anatomique de la migraine est acquise par désinsensibilisation périphérique.*

Cette preuve est donnée automatiquement, involontairement même, pourrions-nous dire, par la méthode kinésithérapique, celle que nous préconisons.

Du reste, M. A. Lippmann reconnaît très volontiers (Soc. de médecine de Paris, 26 mai 1923), que des migraines n'ont pas cédé après des cures de bouillon de légumes (l'intoxication intestinale étant un mythe quand il s'agit de migraines), et qu'il ne faut pas compter sur les cures de désintoxication, mais qu'il y a d'autres migraines qui viennent de troubles endocriniens. En analysant les nombreux travaux de Léopold-Lévy, nous dirons notre avis sur ce point.

Déjà, ce dernier auteur applique le qualificatif « désinsensibilisateur » au traitement thyroïdien qu'il préconise ; or, le migraineux, qui se désinsenbilise, voit sa migraine se désagréger : « vomissements, nausées, vertiges disparaissent d'abord » (Léopold-Lévy, Société de médecine de Paris, 11 mai 1923), en même temps que la céphalée s'atténue et que les divers médicaments reprennent sur elle l'action qu'ils avaient radicalement perdue. C'est exactement la même chose qui se produit avec le traitement kinésithérapique dans lequel l'amélioration fonctionnelle est en rapport constant avec l'amélioration anatomique ; et nous pouvons supposer que la désinsenbilisation « chimique » correspond bien également à une réalité « anatomique ». Nous demandons seulement que désormais, cette preuve anatomique nous soit fournie pour le plus grand soulagement des migraineux, *car le traitement de la migraine sera unifié et mis à la portée de tous.*

On peut prévoir, par ce qui précède, ce que nous pensons de la communication de Léopold-Lévy : « migraine et glandes endocrines » (Société de médecine de Paris, 12 octobre 1923). L'auteur, qui travaille la question de la glande thyroïde depuis tant d'années et avec une telle compétence, voit très nettement que la crise de migraine comporte un élément vaso-moteur, mais pourquoi imaginer un centre migrainogène sur le plancher du IVe ventricule, pourquoi chercher un centre aussi profond, quand il y a une périphérie si douloureuse et si accessible ? Et cette périphérie douloureuse ne paraît même pas être soupçonnée par l'auteur. Pour nous, la migraine n'est ni thyroïdienne, ni ovarienne, ni hypophysienne, etc., elle est sensitive et sympathique, et d'ailleurs, on ne peut séparer les glandes endocrines du sympathique, c'est un même système indivisible, et nous en trouvons une preuve dans le travail de M. Léopold-Lévy lui-même, à savoir la fréquente combinaison du basedowisme et de la migraine, et les poussées congestives du corps thyroïde unilatérales et du côté de la migraine. En d'autres termes, il voit une cause là où nous voyons un effet : le fait de guérir la migraine rend le sympathique à ses fonctions normales, et les troubles endocriniens disparaissent ; par exemple, règles régulières, et sans douleurs abdominales chez les femmes guéries de migraine. Un certain nombre de nos sujets, surtout les femmes, avaient un corps thyroïde gros : le traitement kinésithérapique pouvait donner son bon résultat habituel et le corps thyroïde ne subissait aucune modification dans son volume.

A la suite de cette communication, le docteur Guisez ajoute que la migraine a quelquefois une cause nasale et qu'une opération endo-nasale a pu guérir radicalement cette infirmité : c'est parfaitement exact, en faisant remarquer que la sensibilité du nez vient du trijumeau par le ganglion sphéno-palatin et encore du trijumeau par le nerf nasal que le chirurgien a réséqué au cours de son intervention des branches des nerfs palatins ou d'autres et que, par cela même, il a fait, en plus de son intervention, une *résection* nerveuse. Or, trijumeau nasal ou trijumeau superficiel, c'est tout un, au point de vue qui nous occupe. Ce qui compte, c'est la sensibilité anormale des nerfs sensitifs de l'extrémité céphalique, où qu'ils soient.

Les cas auxquels M. Guisez fait allusion ne sont pas la majorité, mais plutôt l'exception. Il est rare en effet que les branches du trijumeau nasal soient les *seules* responsables de la migraine. Mais c'est justement à cause de cette hypersensibilité nasale que le rhume des foins est si fréquemment associé à la migraine sous un aspect quelconque de ses formes cliniques. La migraine, d'origine nasale, n'est pas une acquisition récente : une thèse de Paris sur ce sujet a été publiée par Renous (1892) ; l'auteur ne s'occupe que des causes endo-nasales sans soupçonner qu'il peut y avoir d'autres causes ailleurs. Un travail récent de C. J. Kœnig (Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 15 février 1923), en apporte un exemple, sous le titre « Migraine et névralgie faciale d'origine nasale ».

En restant dans des données générales, et au point de vue de la pathogénie, nous ne croyons pas que la syphilis entre en jeu.

Dans la syphilis acquise, la céphalée n'est pas unilatérale, elle est totale d'emblée avec maximum nocturne, et non pas diurne comme la migraine : de plus, le traitement spécifique agit rapidement.

Quand il s'agit de syphilis héréditaire, connue ou méconnue, la migraine n'est pas mentionnée. Sous le titre : «Les enfants de syphilitiques dans la clientèle aisée», M. Blind étudie les enfants de trente familles syphilitiques, et ne mentionne pas une fois la migraine (Société de médecine de Paris, 9 novembre 1923). Autre est le cas de migraineux qui contractent la syphilis : ils n'ont

ni plus ni moins de céphalée que les autres syphilitiques, mais *ils peuvent guérir de leur syphilis et rester migraineux*. Si les réactions sériques après un traitement suffisant démontrent que leur syphilis est ou paraît éteinte, il n'en est pas de même des nerfs superficiels, douloureux, de leur extrémité céphalique : ceux-là sont toujours douloureux et l'exploration digitale le révèle.

En ne faisant pas cet exploration digitale, on risque de méconnaître le diagnostic migraine, et s'obstiner à traiter une syphilis désormais innocente. C'est une éventualité que nous avons observée plusieurs fois.

Les tuberculeux pulmonaires ne sont pas plus migraineux que d'autres, mais un migraineux peut devenir tuberculeux et en ce cas, est-il besoin de dire que des migraines fréquentes et pénibles soient un facteur de gravité de son état, (anorexie, vomissements, insomnie, douleurs, rien que du fait des migraines) ?

(*A suivre.*)

GESTATION ET TUBERCULOSE

Par R. Hervé et P. Roussel (Lamotte-Beuvron).

Dans la question si complexe des rapports de la tuberculose et de la gestation, il est difficile d'adopter une attitude trop absolue. Ce qu'il importe, par dessus tout, c'est de dégager le débat des discussions théoriques et d'y verser le plus grand nombre possible de faits démonstratifs.

Nous inclinons à penser, comme tant d'autres, que, dans la majorité des cas, la gestation est une cause d'aggravation de la tuberculose pulmonaire. Mais que d'exceptions à cette règle !

La notion de l'évolution des lésions pulmonaires et celle de la résistance du terrain apparaissent comme les deux principaux éléments du problème. Minimes dans les formes pleurales et ostéo-articulaires, les chances d'aggravation sont en général d'autant plus considérables que la tuberculose présente un type évolutif plus accusé. D'autres facteurs peuvent intervenir de façon décisive : plusieurs fois dans nos observations, c'est une lactation prolongée ou la répétition de grossesses à court intervalle qui ont déterminé le réveil d'une tuberculose pulmonaire latente.

Bien présomptueux, dans ces conditions, le médecin qui prétendrait poser à coup sûr le pronostic d'une grossesse débutante ! Nous ne sommes pas de ceux qui considèrent la gestation, chez une tuberculeuse, « comme une véritable catastrophe » et la cause de l'enfant ne nous semble pas moins intéressante, bien au contraire, que celle de la mère.

La conduite à tenir dépend essentiellement des cas d'espèces, mais notre expérience personnelle est assez nettement défavorable, dans l'ensemble, à la pratique de l'avortement thérapeutique. Dans les rares cas où il nous a été donné de le faire ou de le laisser pratiquer, la mère n'en a paru tirer aucun bénéfice appréciable et la tuberculose a continué sa marche fatale. Une seule fois, l'intervention faite — d'ailleurs contre notre gré — fut suivie d'une évolution favorable, mais il s'agissait d'un sujet apparemment susceptible, à nos yeux, de mener à terme une grossesse dans des conditions satisfaisantes.

Il y a plus : dans certains cas, l'avortement provoqué peut être une cause de réveil ou d'évolution. Nous venons d'avoir l'occasion d'observer trois malades dont la tuberculose avait débuté à la suite de manœuvres abortives récentes. Deux d'entre elles, dont l'une a succombé depuis, étaient des jeunes filles, bien portantes jusque-là, chez qui l'intervention était inspirée par le désir d'échapper aux conséquences matérielles et morales d'une grossesse malencontreuse.

Nous possédons fort heureusement aujourd'hui, dans le pneumothorax artificiel, une arme infiniment supérieure, dont l'emploi judicieux est appelé à restreindre de plus en plus le champ de l'avortement thérapeutique.

Dès 1921, l'un de nous rapportait à la Société d'études scientifiques de la tuberculose (R. Hervé, séance du 8 janvier 1921) trois observations de malades qui avaient pu, grâce au pneumothorax, mener à bien leur grossesse, accoucher d'enfants sains et franchir, sans incidents, la redoutable épreuve du post-partum.

Depuis lors, notre statistique personnelle s'est enrichie. Elle porte actuellement sur quatorze cas et nous sommes plus complètement en mesure de nous prononcer sur l'efficacité de la méthode.

Nos quatorze malades ont parfaitement supporté l'épreuve de la gestation. La grossesse normale s'est terminée par un accouchement normal, et nous n'avons jamais eu à noter les troubles dyspnéiques ou cardiaques que certains accoucheurs peuvent craindre.

Les suites de couches elles-mêmes n'ont été marquées par aucun accident sérieux. Ce n'est que beaucoup plus tard que trois de nos malades ont succombé aux suites d'une évolution survenue du côté opposé, mais dans aucun cas — et c'est là le point essentiel — cette évolution n'a débuté à l'occasion de la grossesse. Un tel déchet n'a rien d'excessif et nous osons à peine nous demander par contre quel eût été le sort de nos gestantes sans le secours du pneumothorax artificiel.

Tous les enfants nés de ces quatorze grossesses jouissent jusqu'ici d'une belle santé. Ils se sont développés normalement, et quatre d'entre eux sont maintenant âgés de 3 et 4 ans. Résultat particuliè-

rement remarquable si l'on songe à la vitalité diminuée de tant d'enfants de tuberculeux,et à l'énorme mortalité qui frappe leurs premières années !

Pour notre part, nous ne connaissons aucune méthode thérapeutique qui puisse revendiquer de pareils succès à son actif et nous considérons le pneumothorax artificiel, lorsqu'il est possible, comme le traitement de choix dans la complication toujours si redoutable que constitue l'apparition d'une grossesse chez une tuberculeuse pulmonaire en activité.

Et telle est notre foi dans notre pratique que nous n'hésitons pas, après une période suffisante de compression, quand l'épreuve du temps nous a paru concluante, à autoriser le mariage et la maternité. Il est bon d'ajouter que tous les sujets de notre statistique continuent à être soumis aux principes de la vie hygiéno-diététique que ne doit jamais abandonner un tuberculeux guéri.

Mais la brève statistique que nous venons de citer a trait à une catégorie de sujets chez lesquelles la tuberculose, grâce au traitement compressif, peut être considérée comme éteinte, ou tout au moins comme mise en sommeil. Nous sommes ainsi un peu à côté de la question ; si nous nous sommes permis cette disgression, c'est pour nous autoriser à présenter les mêmes conclusions pratiques que M. le professeur Forssner, conclusions que nous formulons ainsi :

1° La femme tuberculeuse qui devient enceinte subit presque toujours, sauf dans les cas de premier degré, ou dans les formes fibreuses, une aggravation de son état pulmonaire. Cette aggravation se produit assez rarement au cours de la grossesse ; elle se manifeste plutôt dans les six semaines qui suivent la délivrance.

2° Toute tuberculose pulmonaire évolutive dûment installée au cours d'une grossesse devra, quand les indications en seront remplies, être traitée par le pneumothorax.

3° L'avortement thérapeutique constitue un traumatisme de première importance,et comme tel, il doit être évité à la femme tuberculeuse, au même titre que les grosses interventions chirurgicales.

4° La conception nouvelle et définitive de la genèse de la tuberculose étayée par les remarquables résultats qu'obtient chez ses « Tout Petits » M. le professeur Léon Bernard,et par ceux déjà anciennement contrôlés de l'œuvre Grancher, ne permet plus de considérer comme une non valeur l'enfant né d'une femme tuberculeuse.

Le devoir du médecin est donc de chercher à faire vivre l'enfant,et non de le sacrifier en vue d'une guérison hypothétique de la mère.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA MÉTHODE DE P. FERRIER

(*Communication à l'Académie de médecine* ; avril-mai 1924.)

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie les résultats que j'ai obtenus, personnellement, depuis 22 ans, soit en France, soit à la Martinique, par l'emploi *systématique et exclusif*, dans le traitement des tuberculeux, de la méthode que j'ai publiée au Congrès de la tuberculose tenu à Paris en 1905.

Les cas traités sont au nombre de 80, dont 62 de tuberculose pulmonaire.

Sur ces 62 mlalades, 17 sont morts, soit avec évolution aiguë, soit après une ou plusieurs périodes de défense. Il reste donc 45 guéris. Un est mort, il y a 2 ans, d'une maladie différente.

Bien qu'on doive considérer comme peu valable un pourcentage fondé sur des nombres inférieurs à 100, j'invoquerai, comme excuse au suivant, la longue durée d'une période qui avoisine un quart de siècle, et qui semble par cela même exclure l'objection d'une série heureuse.

On trouve, ainsi, que le nombre des tuberculeux pulmonaires guéris est de 72,58, celui des morts de 27,40 pour cent.

Parmi les tuberculoses d'autre localisation (18), décès d'un malade auquel le prudent et résolu M. Schwartz avait, en 1907, cru devoir proposer l'amputation de la cuisse droite.

Comme commentaire de ces faits, qu'il me soit permis de faire ressortir les quelques considérations suivantes :

1° *On n'a jamais signalé de tuberculose bovine à la Martinique* ;

2° Le début de la tuberculose, lorsque j'ai pu y assister (et aussi bien dans les cas *défavorables* que dans les autres), s'est toujours produit chez des gens en bon point, quelquefois obèses. L'interrogatoire des autres m'a généralement appris que, avant leur maladie, ils étaient gras, et avaient maigri seulement depuis.

3° Des 17 pulmonaires décédés, cinq seulement ont accepté le régime que je leur ai conseillé, mais étaient trop atteints pour en bénéficier ; les 12 autres, soit 19 % des pulmonaires, ne s'y sont pas conformés, ce dont j'étais convaincu malgré leurs protestations, et dont je fus averti plus tard, avec détails à l'appui, par des proches ou des amis des défunts.

Sept appartenaient au sexe féminin, moins docile, plus frondeur que l'homme.

Un enfant, trop alimenté malgré mes objurgations, atteint (après une coqueluche et une période assez prolongée de fièvres irrégulières) de pneumonie d'un sommet, mourait au bout de 8 jours, et sa dernière heure n'était qu'une suite presqu'ininterrompue de cris hydrencéphaliques.

4° Tous les cas de tuberculose pulmonaire mentionnés comme guéris furent cliniquement nets, un ass.z grand nombre avec craquements, tous avec condensation très appréciable, accompagnée souvent d'adénopathie bronchique. Tous ces malades furent soignés chez eux.

5° Parmi six tuberculoses articulaires non suppurées, l'immobilisation dura : 3 mois pour les coxalgies au début (3 cas), 3 mois pour deux tumeurs blanches simultanées, volumineuses, des genoux chez le même sujet ; 2 mois pour une tumeur blanche du poignet ; 6 mois pour un mal de Pott lombaire.

Aucun de ces cas ne se termina par ankylose.

Quatre cas de néphrite cédèrent au régime d'une façon remarquable. Dans chacun d'eux, le lait augmentait régulièrement et intensément l'albuminurie.

Disparition rapide de deux kystes du poignet, de deux pleurésies avec épanchement.

Guérison facile également, mais plus longue, de deux cas de suppurations costale et sternale, de deux lupus ulcéreux étendus.

Le point intéressant et principal du traitement est, non pas l'administration de la chaux, mais le régime, qui empêche d'en perdre.

Le régime consiste à éviter l'ingestion de toute substance acide, ou susceptilble de devenir acide dans l'estomac ; de tout alcool, capable, en plus, d'augmenter la durée du temps de digestion ; des graisses qui rancissent ; des fromages frais ou secs, très acides, et du lait qui le devient très rapidement.

De plus, l'attention doit être attirée tout particulièrement sur les fruits, crus ou cuits. Cuits et surtout concentrés, ils sont, sous moindre volume, plus acides que crus.

On peut s'en rendre compte en mélangeant du bicarbonate de soude avec des confitures quelconques. C'est là une correction très importante à la tolérance des fruits cuits que j'avais cru pouvoir admettre, sans vérification, en 1905. Comme diagnostic de l'acidité, le procédé est simple et recommandable.

Au cours d'un récent voyage en France, il m'a été donné 3 fois de redresser ainsi un régime qui entretenait, non sans dommage, une température allant de 37,5 au voisinage de 39.

Une condition très importante du traitement (applicable à nombre d'autres circonstances), consiste à évacuer l'estomac au moyen d'un verre d'eau, une demi-heure avant le repas du matin, une heure et une demi-heure avant chacun des deux autres ; à espacer suffisamment ces repas ; à en régler la composition de telle sorte que jamais un repas ne soit ingéré sur le plus faible reste du ou des précédents. A se comporter autrement, on risque la fermentation acide plus ou moins *rapide du repas*, qui vient d'être ingéré.

Les résultats qui viennent d'être exposés me paraissent montrer nettement l'influence, sur l'éclosion et l'évolution de la maladie, des digestions ou substances acides, productrices d'une décalcification, macroscopiquement constatable sur l'urine la plupart du temps.

Le terrain est donc constitué, non par l'affaiblissement de l'organisme en minéraux (puisque des sujets peu calcifiés, *ostéociques*, se guérissent aussi rapidement que d'autres, et avant d'avoir récupéré leur densité normale), mais par l'état du sang depuis le moment où il a reçu des produits acides jusqu'à celui où il a éliminé ces produits avec les métaux qu'ils ont entraînés, c'est-à-dire l'état d'un organisme en voie de décalcification, et tant que dure la décalcification.

Ces données reçoivent une remarquable confirmation de leur application à la lèpre, plus facile à étudier que la tuberculose.

Sur 11 sujets qu'il m'a été permis d'observer, 4 sont guéris (dont un, mort depuis, de tuberculose après avoir abandonné le régime) ; deux sont morts sans l'avoir suivi ; trois ne l'observent pas et voient leur mal progresser ; deux se soignent (depuis 16 et 12 ans), par intervalles, juste assez pour n'avoir pas de manifestations autres qu'un peu d'adénite parfois, accompagnée de temps en temps, dans le territoire digital du nerf cubital, d'un engourdissement significatif qui les ramène au traitement.

Observations de tuberculose et de lèpre mériteraient de longs développements, de manière à dégager d'une façon précise les enseignements que toutes comportent. Peut-être aurai-je, ultérieurement, l'occasion et le temps de me livrer à ce travail.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des varices par les injections intra-variqueuses.

Il correspond, dit M. Bazelis, à l'idée de traiter les varices par les injections d'une substance capable d'en provoquer l'oblitération. Une technique, correctement appliquée, est le principal facteur du succès ; les accidents observés jusqu'à présent sont dus uniquement à une faute opératoire. Il est indispensable d'injecter directement dans la veine variqueuse ; le point le plus important, c'est de faire une seule piqûre au bon endroit, sans transpercer de part en part le vaisseau ; il faut être habitué aux piqûres intravei-

neuses. L'injection est poussée rapidement dans la veine ; l'aiguille fine est laissée quelques secondes en place pour permettre l'entraînement du liquide modificateur par le sang. Elle est retirée d'un coup brusque, alors qu'à l'aide d'une compresse, le doigt appuie fortement sur l'orifice d'entrée pour éviter que le sang ne fasse issue dans le tissu cellulaire péri-veineux.

Les solutions utilisées par l'auteur sont celles de Sicard :

Salicylate de soude....	1 gr.	20 p. 100
Eau distillée.........	5 cmc.	

jusqu'à 5 et 10 cmc. par séance.

Salicylate de soude...	1 gr. 50	30 p. 100
Eau distillée........	5 cmc.	

2 à 5 cmc. par séance et jusqu'à 6 cmc. par séance.

Salicylate de soude.....	2 gr.	40 p. 100
Eau distillée..........	5 cmc.	

2 à 3 cmc. par injection et par séance.

Voici la technique habituelle recommandée par Bazalis : le variqueux reste debout quelques minutes et la veine variqueuse se dilate ; un lien caoutchouté au-dessous du genou emprisonne alors le sang dans la veine sous-jacente ; puis on fait coucher le malade ; l'aiguille est enfoncée, le lien enlevé, puis l'injection est poussée, aucune réaction d'ordre général n'apparaît. Localement, c'est, quelques secondes après l'injection, une crampe parfois très vive, mais toujours supportable, qui disparaît en quelques minutes.

Il se produit alors une endoveinite oblitérante, avec empâtement, zone rosée un peu douloureuse, entourant le cordon oblitéré. C'est le témoin le plus sûr de la guérison définitive du segment veineux, qui en est le siège. Généralement, elle apparaît dès le lendemain de la piqûre, et aboutit à l'oblitération de la veine qui, au bout d'un septénaire, a la dureté caractéristique d'un cordon plein, roulant sous le doigt. En un mois, le processus oblitérant évolue et disparaît peu à peu.

On obtient des guéri ons surprenantes dans les cas de varices simples ou paquets variqueux isolés, varices inesthétiques, ou en imminence de complications. L'avenir thérapeutique de cette méthode offre les plus brillantes promesses. (*La Presse médicale*, 23 *avril* 1924.)

La pleurotomie valvulaire ; réalisation anatomique de drainage à thorax fermé.

Cette opération est réalisée par un mode d'ouverture spécial de l'espace intercostal : l'incision des muscles est faite un peu plus haut que l'incision de la peau, l'incision de l'espace un peu plus haut que celle des muscles, de sorte qu'en fin de compte, le trajet est oblique en haut et de la surface à la profondeur.

Sa réalisation arrive à constituer devant l'orifice thoracique une valve formée par les divers plans de la paroi, valve qui, au moment de l'expiration, permettra l'évacuation de l'épanchement pleural, mais empêchera au moment de l'inspiration l'entrée de l'air extérieur ; l'écoulement continu du pus étant, d'autre part, assuré par une lame de caoutchouc taillée sur les dimensions de l'ouverture pleurale et fixée par des crins de Florence aux muscles intercostaux, ou même au périoste costal.

Ainsi l'expansion pulmonaire, dit J. Tourneux, seul moyen de guérison de la suppuration pleurale, est rendue possible. Le drainage se fait à thorax fermé ; on évite les dangers du pneumothorax ouvert et permanent.

La lame de caoutchouc est laissée en place une moyenne de vingt jours ; ensuite on la raccourcit progressivement ; elle est supprimée vers le 25e jour. Journellement le pansement est supprimé ; on s'abstient de tout lavage ; la plaie est généralement cicatrisée le 35e jour. Pour les soins consécutifs, l'auteur attache une grande importance au lever précoce et à la gymnastique respiratoire.

J. Tourneux et R. Grégoire ont opéré suivant cette méthode 15 cas de pleurésies purulentes aiguës : ni mort, ni insuccès; la durée du traitement a été d'autant plus longue que l'intervention était pratiquée plus tard ; les épanchements ainsi traités étaient dus à des microbes varies : pneumocoque (4 cas), streptocoque (2), germes anaérobies (2), staphylocoque (1), germes associés (1).

Bref, la pleurotomie valvulaire, imaginée par R. Grégoire, est la seule réalisation anatomique de drainage irreversible de la plèvre. Faite sous anesthésie locale, elle ne trouble pas le fonctionnement de l'appareil pulmonaire et elle permet ainsi l'intervention précoce. (*Paris médical*, 26 *avril* 1924.)

Signes coprologiques des colites.

Cette étude de R. Goiffon est limitée à l'altération ou à l'irritation de la muqueuse colique.

Il peut être de grande utilité, en cas d'affection du tube digestif, de déterminer l'élément colite. Il y a quelques années, le mucus était le seul signe d'irritation du gros intestin. Ramenant le mucus à une place plus effacée, l'auteur montre l'importance de l'albumine dissoute, et surtout de l'eau issue de la muqueuse. Par le dosage des acides organiques et de l'ammoniaque, par la recherche et l'interprétation des spirilles, des blastocystis, des amibes du côlon, des traces d'amidon fixé, on possède un jeu de signes qui permettent le plus souvent de fixer ce dia-

gnostic important. (*La Presse médicale*, 26 *avril* 1924.)

Appendicite et gestation.

Il ne semble pas, d'après le Dr VIGNES, que la gestation favorise l'apparition de l'appendicite aiguë, mais il est probable qu'elle a une influence fâcheuse chez les femmes, qui ont déjà eu des crises aiguës, en faisant à cette occasion récidiver une crise aiguë. Il est aussi vraisemblable que les crises appendiculaires pendant la gestation ont une évolution plus rapide et que la formation du pus soit plus précoce.

Le diagnostic d'appendicite est difficile ; on pense souvent à une pyélonéphrite, à une colique néphrétique, à une menace d'avortement, à une cholécystite, à des névralgies lombo-abdominales, et on n'est même pas effleuré par l'idée d'appendicite.

Voici pourquoi la douleur siége souvent dans le flanc droit, mais souvent aussi à l'épigastre ou dans une zone péri-ombilicale, qui est occupée par l'utérus. Souvent la région où doit se trouver l'appendice refoulé n'est pas douloureuse, et la palpation est plus sensible au niveau de l'utérus, douleur bien trompeuse, qui oriente vers une affection de l'utérus. Pas de résistance musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée. La constipation douloureuse avec fièvre doit faire penser à l'appendicite. Des vomissements trop « incoercibles », un peu de fièvre, le ventre sensible, ce ne ne sont pas des vomissements gravidiques, ce sont des vomissements appendiculaires. Il y a des formes apyrétiques avec pouls peu accéléré. Il ne faut jamais négliger de pratiquer le toucher rectal.

Ensuite la déplétion abdominale consécutive à l'accouchement réveille les foyers mal éteints depuis longtemps, qui faisaient bon ménage avec les utérus gravides ; en ces cas, il existe trois signes bien trompeurs : l'existence de douleurs à type de tranchées utérines, qui détournent l'attention de l'appendice, une langue parfaitement humide, mais avec lèvres sèches ; un ventre parfaitement souple, qui s'explique par la distension que la gestation avait fait subir aux muscles de la paroi.

Il faut opérer toutes les appendicites qui font parler d'elles au cours de la gestation.

L'opération est délicate au cours du troisième trimestre, du fait de la saillie utérine. Cependant, si la crise est grave, il faut quand même opérer : l'enfant souffre trop au cours d'une crise grave pour qu'on hésite devant le risque d'un accouchement prématuré. Mieux vaut un débile vivant qu'un macéré, et surtout mieux vaut une femme vivante. (*Journ. des Praticiens*, 26 *avril* 1924.)

L'appareillage des fractures bimalléolaires récentes en adduction forcée doit etre préféré à la méthode sanglante.

Certains chirurgiens ont été grisés par les résultats obtenus par l'ostéosynthèse dans des fractures de réduction difficile ; mais la méthode non sanglante reste le procédé de choix parce qu'il donne, à peu de frais, dans l'immense majorité des cas, un résultat orthopédique égal aux meilleurs (Dr SAVARIAUD).

Il est tout à fait exceptionnel, en effet, que des fractures *récentes* soient irréductibles.

D'ailleurs, lorsque la radiographie indique une déviation nulle, on traite simplement la fracture par le repos, la balnéation, la mobilisation immédiate et le massage ; mais, pour éviter qu'une déformation ne se produise, il faut interdire la marche au blessé pendant 25 ou 30 jours ; après quoi, il devra marcher avec beaucoup de précautions sur un sol uni, de manière à ne pas provoquer une inflexion du cal encore peu solide.

Toutes les fois qu'il existe un déplacement, si minime soit-il, il faut le réduire en sens inverse de la position qu'il occupe, en dedans s'il est en valgus, en avant s'il est luxé en arrière.

Le principal obstacle à la réduction, c'est la contraction musculaire ; on en a raison par la douceur (à la condition de ne pas avertir le malade que l'on va procéder à la réduction), l'anesthésie locale suivant Quénu (injection de novocaïne dans le foyer de la fracture), la rachianesthésie (méthode de choix), l'anesthésie générale (méthode d'exception, peu sûre).

Point n'est besoin de déployer de la force ; une action minime suffit, à condition que l'on porte avec chaque main le pied et la jambe en sens inverse.

La réduction une fois obtenue, on applique un appareil inamovible pendant 25 à 30 jours ; après quoi on assouplit le cou-de-pied et on rééduque le blessé, qui a désappris la marche, tout en veillant à ce que le déplacement ne se reproduise.

Pour réussir, il faut confectionner un appareil de Delbet, qui sèche en 10 à 15 minutes au plus. Cet appareil appliqué avant que l'appareil ne sèche, il est indispensable de pratiquer la réduction en hypercorrection jusqu'à ce que le plâtre soit dur. Savariaud donne au chirurgien le conseil d'opérer, lui-même, plâtre et hypercorrection ; le tout nedure pas plus d'un quart d'heure.

Constamment on obtiendra ainsi un bon résultat, et ce n'est que très exceptionnellement que l'on sera appelé à pratiquer pour cal volumineux du cou-de-pied une opération plus ou moinscompliquée et à résultat fonctionnel toujours quelque peu aléatoire. (*La Presse médicale*, 30 *avril* 1924.)

Traitement de l'abcès amibien du foie.

La dysentérie amibienne et sa complication la plus fréquente, l'abcès du foie, ne sont plus exceptionnelles en France, depuis les grands courants créés par la grande guerre entre les pays

tropicaux et la métropole. Il est donc intéressant pour les praticiens de savoir comment reconnaître et traiter cet abcès, dont triomphe une thérapeutique méthodique et raisonnée.

D'après M. Spick, deux symptômes capitaux sont à retenir : l'augmentation de volume du foie, délimité par une percussion attentive ; la douleur exquise en un point bien localisé, cherché et trouvé par une exploration des espaces intercostaux avec la pulpe de l'index étendu, exerçant des pressions successives : ce point douloureux doit être soigneusement repéré.

Les symptômes de contrôle sont fournis par la formule leucocytaire, qui dénote une polynucléose nette, l'éosinophilie étant l'apanage des kystes hydatiques, et par le contrôle radioscopique.

Enfin, les symptômes accessoires ont moindre valeur en ce qu'ils manquent souvent : ce sont la fièvre, nulle dans les abcès jeunes ; l'examen des selles, souvent négatif ; les frottements pleuraux et la douleur en bretelle, qui n'existent guère que dans les abcès haut situés ; la connaissance d'une dysentérie antérieure, souvent niée.

L'abcès étant soupçonné, on pratiquera une ponction au lieu d'élection, caractérisé par le point douloureux à la pression dont il a été question. On évitera les zones dangereuses de la vésicule en avant et de la veine cave inférieure en arrière. Si l'abcès est superficiel, la ponction est relativement peu douloureuse. S'il est profond et qu'on soit exposé à recommencer l'introduction de l'aiguille, on donnera quelques bouffées de chlorure d'éthyle. Le contenu de l'abcès étant évacué, on injecte dans la cavité 12 cgr. de chlorhydrate d'émétine dissous dans 10 cmc. d'eau stérilisée. Obturation de l'orifice de la ponction avec un tampon iodé. Le lendemain, et pendant cinq jours, injection sous-cutanée de 4 cgr. d'émétine. Le 7e jour, nouvelle ponction de l'abcès suivie d'une deuxième injection intra-hépatique d'émétine. Nouvelle série d'injections sous-cutanées d'émétine pendant 5 jours à la même dose. Le 14e jour, troisième ponction et injection intra-hépatique. Ce qui suffira le plus souvent. On pourra être amené à pratiquer ensuite, à 10 jours d'intervalle, des ponctions simplement évacuatrices, et on commencera une série d'injections intra-veineuses de néo-salvarsan.

Si l'abcès est jeune, ce que montre la nature séro-hématique du liquide évacué, cette méthode suffira à amener la guérison. S'il est vieux, avec du liquide chocolat clair, de la fièvre qui peut être hectique, la méthode précédente le refroidira et, l'état général du malade s'étant entre temps remonté, permettra l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions, sous anesthésie locale. Dans les suites opératoires, on peut observer la gangrène de la membrane d'enveloppe, qui s'élimine dans les pansements successifs, et l'ouverture d'une voie biliaire ou d'un vaisseau sanguin qu'un tamponnement obturera. Le malade guérit ensuite. (*Maroc médical*, 15 juillet 1924.)

L'élevage au lait de chèvre.

Que doit-on penser du lait de chèvre dans l'allaitement artificiel ? Voici, à cet égard, l'opinion de M. Aviragnet. Le lait de chèvre se rapproche, par sa composition, du lait de vache. Mais ses globules graisseux sont infiniment plus petits et se laissent ainsi plus facilement attaquer et désagréger par les sucs digestifs. En outre, et surtout, il peut être donné cru avec toutes ses vitamines, car on sait que la chèvre, contrairement à la vache, est pour ainsi dire réfractaire à la tuberculose, et d'autre part, il est possible de réaliser une traite de la chèvre à peu près aseptique.

Si sa richesse en beurre et en caséine le fait mal supporter par certains nourrissons, il faut le couper sans hésitation.

Toutefois, il existe, avec le lait de chèvre, un danger dont il faut être prévenu, c'est celui de la transmission, par l'animal, du bacille de la fièvre de Malte. Or, « on possède aujourd'hui des réactions très simples qui permettent de déceler la présence du mélitensis chez des animaux en apparence sains. On peut, d'autre part, par vaccination préventive, empêcher le développement de la maladie ».

Conclusions : « Le lait de chèvre absorbé cru peut donner d'excellents résultats dans l'élevage des nourrissons, mais il est exagéré de dire qu'il fait toujours merveille ; certains enfants ne le supportent pas. La chèvre, pouvant véhiculer le germe de la fièvre ondulante, doit être examinée avec la plus grande attention par un vétérinaire avant d'être employée comme laitière». (*La Puéricultrice*, juillet 1924.)

Cardiopathies valvulaires et puerpéralité.

Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, MM. Anderodias et Bayard estiment que la grossesse et l'accouchement ne sont pas incompatibles avec l'existence de lésions valvulaires, et peuvent être menés à bien, à condition de surveiller constamment et opportunément les femmes qui se trouvent dans cette situation.

Les lésions en effet peuvent demeurer longtemps bien compensées. La situation s'aggrave quand survient la rupture de la compensation, généralement dans les derniers mois de la grossesse, souvent seulement au cours de l'accouchement, parfois même après l'accouchement. L'aggravation est due à l'état du myocarde, fonction de l'âge de la femme et du nombre de

ses grossesses, à l'intoxication gravidique, qui impose un effort complémentaire au cœur, pour triompher des barrages périphériques toxiques, surtout au niveau du rein, à l'influence de la toxémie gravidique sur la fibre cardiaque, dont elle compromet la valeur fonctionnelle.

Le pronostic s'assombrit donc quand la cardiaque pure devient une cardio-rénale, et ce n'est que par une surveillance constante qu'on pourra saisir au jour le jour, pour ainsi dire, le degré de l'insuffisance cardiaque. Cette insuffisance se mesure à l'aide d'épreuves fonctionnelles bien connues et du critère oscillométrique. On peut ainsi noter le moment exact où fléchit la maxima, signal d'alarme.

Les examens systématiques en série de la tension artérielle au cours du travail guident le praticien. « Tant que les valeurs oscillométriques restent à un régime fixe, on pourra inciter la femme à continuer les efforts d'expulsion. Par contre, dès que se produit le signal d'alarme, il est urgent de procéder à l'extraction artificielle de l'enfant ».

Et les auteurs, ayant vu deux fois la grossesse et l'accouchement évoluer et se terminer sans incident, chez deux mitrales graves, peuvent conclure : « Les cardiopathies valvulaires sont parfaitement compatibles avec la puerpéralité, et tant que les malades restent des cardiaques pures, sans association de lésions rénales ou d'hypertension par intoxication gravidique, le pronostic reste bon. Le pronostic sera modifié par l'âge et la répétition des grossesses. Il sera établi par des examens cardio-vasculaires complets, au premier rang desquels nous devons placer le contrôle oscillométrique qui, pendant la grossesse et le travail, nous renseigne à tous instants sur l'état d'adaptation fonctionnelle du cœur ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 juillet 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur l'exclusion des enfants des salles de spectacle.

(M. WALLICH. — *Académie de médecine* ; 29-7-1924.)

La Commission d'hygiène de l'Enfance de l'Académie propose d'adopter un vœu émis par le Comité médical des Bouches-du-Rhône, demandant l'exclusion des enfants au-dessous de cinq ans des salles de spectacle et de cinéma, les conditions d'agglomération et d'aération de ces salles, souvent défectueuses, ne pouvant être que nuisibles à de très jeunes enfants. Le vœu est adopté.

Stérilisation des eaux des villes par l'ozone.

(M. BARBARY. — *Académie de médecine* ; 29-7-1924.)

M. Léon Bernard présente un rapport sur une étude de M. Barbary concernant le traitement par l'ozone des eaux destinées à l'alimentation des villes du littoral méditerranéen, de Villefranche à Menton.

Jusqu'en 1909, les villes du littoral du département des Alpes-Maritimes manquaient d'eau potable ; seule l'eau douteuse de la Vésubie leur était distribuée. A cette époque, on construisit à Villefranche, une usine de filtration et de stérilisation par l'ozone qui permet de distribuer 26.000 mètres cubes par jour. Depuis dix ans passés, ce système fonctionne en donnant toute satisfaction, aussi bien au point de vue de l'hygiène que de l'économie.

Bactériologiquement, le procédé de stérilisation par l'ozone a assuré aux eaux des Alpes-Maritimes ainsi traitées toutes les qualités réclamées pour les eaux d'alimentation, après contrôle microbiologique régulier.

La présence de l'ozone aux doses suffisantes pour la stérilisation, présence au reste momentanée (n'allant guère au-delà d'une demi-heure à trois quarts d'heure), n'offre aucun inconvénient pour l'organisme.

Cinématographie du cœur.

(MM. ACHARD et THIERS. — *Académie de médecine* ; 29-7-1924.)

Il y a quelques temps, MM. Lomon et Comandon ont exposé un procédé, qu'ils ont imaginé, pour cinématographier sur écran radioscopique l'image du cœur. M. Achard a eu l'occasion de faire une application clinique de cette méthode chez un malade atteint de paralysie diphtérique. Chez ce sujet, la recherche du réflexe oculo-cardiaque par compression des globes oculaires provoquait un arrêt du cœur momentané, avec dilatation des cavités cardiaques et forte élévation du diaphragme, que la cinématographie enregistra nettement, à plusieurs reprises. L'épreuve fut faite au Laboratoire de Physique médicale de la Faculté de médecine, par MM. Lomon et Comandon eux-mêmes.

Vaccinothérapie des pleurésies purulentes.

(MM. VALLET et AUGÉ. — *Académie de médecine* ; 29-7-1924.)

MM. Vallet et Augé ont observé, durant les premiers mois de 1924, douze pleurésies purulentes chez des militaires de la garnison de Montpellier. Le streptocoque a été trouvé et identifié onze fois.

Six cas ont été traités par les médications ordinaires et six ont été soumis à l'auto-vaccinothérapie,

avec ou sans empyème, dans l'une et l'autre séries. Les suites ont été mauvaises chez les non-vaccinés et excellentes, au contraire, chez tous les vaccinés. Les auteurs croient pouvoir conclure :

1° Que la vaccinothérapie, avec ses différents modes, est un précieux agent thérapeutique dans les pleurésies purulentes ;

2° Qu'elle permet au chirurgien de choisir son heure et d'opérer dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire au moment où les phénomènes généraux et les lésions pulmonaires se sont amendés ;

3° Enfin que, parfois, elle est capable d'assurer à elle seule la guérison.

Névrite optique aiguë rétro-bulbaire et sclérose en plaques.

(MM. Rivet et Jany. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 11-7-1924.)

La séméiologie des névrites rétro-bulbaires unilatérales a donné lieu, au cours de ces dernières années, à de nombreuses discussions entre ophtalmologistes et rhinologistes. Les rhinologistes ont été amenés à attribuer ces névrites unilatérales à des sinusites sphénoïdales, avérées ou latentes, ou à des congestions parfois de la muqueuse du sinus sphénoïdal. Des guérisons frappantes de la névrite aiguë rétrobulbaire furent signalées à la suite d'interventions chirurgicales sur le sphénoïde ou même à la suite de simples applications décongestionnantes sur la région des orifices sinusiens.

Cette conception a soulevé, il est vrai, des critiques. M. Chaillous, M. Morax, entre autres, firent remarquer que la névrite rétro-bulbaire aiguë, souvent bénigne, guérit bien des fois, spontanément, en dehors de tout traitement. MM. Rivet et Jany apportent aujourd'hui un argument d'un autre ordre. On sait que la névrite rétro-bulbaire peut constituer le premier symptôme d'une sclérose en plaques, qui évoluera par la suite. Ces auteurs ont traité un malade dont l'affection débuta par une névrite rétrobulbaire, rapidement disparue à la suite d'applications nasales. Quelque temps après, des symptômes caractéristiques de sclérose en plaques se montrèrent indiquant que la névrite, d'abord considérée comme d'origine sinusienne, relevait en réalité d'une sclérose en plaques commençante.

Il serait désirable, pensent MM. Rivet et Jany, qu'avant de conclure à une névrite optique de cause nasale, un examen minutieux du système nerveux soit pratiquée.

Vaccination anti-coli-bacillaire avant l'appendicectomie.

(M. de Nabias. — *Société de chirurgie* ; 18-6-1924.)

En 1919, M. Louis Bazy a proposé, dans le but de prévenir les infections, de faire, avant toute appendicectomie, une intra-dermo-réaction coli-bacillaire et, chez les sujets réagissant positivement, une vaccination anti-colibacillaire. M. Lambret a employé une méthode analogue pour les interventions sur l'estomac.

A propos de trente appendicectomies pratiquées après vaccinothérapie, par M. de Nabias, M. L. Bazy revient sur ce sujet. Il rappelle, d'abord, un cas où, ayant négligé cette précaution, il eut à le regretter, son opérée ayant eu, à la suite d'une appendicectomie des plus simples cependant, des accidents fébriles toxiques fort inquiétants. M. de Nabias a opéré trente malades d'appendicectomie, suivant les précautions recommandées par M. Bazy, et tous ont guéri dans les meilleures conditions.

— M. Raymond Grégoire voudrait que M. Bazy apporte en faveur de sa méthode plutôt des preuves que des présomptions. La question est d'importance, dit-il, car s'il est démontré que les accidents septiques qui suivent l'opération de l'appendice peuvent être évités par la vaccination des individus dont l'organisme n'est pas en état de résistance à l'égard de certains microbes, nous aurons le devoir de vacciner avant d'enlever l'appendice. Chez les petits enfants, les élévations de température post-opératoires sont banales et souvent sans lendemain. Il ne faudrait pas leur attacher plus d'importance qu'elles n'en méritent.

— M. Faure craint que la recherche de l'intradermo-réaction ne fasse perdre vingt-quatre heures et ne recule le moment de l'opération.

— M. Proust considère la méthode de M. Louis Bazy comme très intéressante. Une opération simple et correcte d'appendicite est susceptible de présenter des moments inquiétants dans ses suites, par troubles toxiques. Si l'intra-dermo-réaction permet d'y pallier, elle rendra de grands services.

— M. Bazy répond à M. Faure que sa méthode s'adresse à l'appendicectomie à froid et non à l'opération d'urgence. Si l'on peut prévenir ainsi quelques accidents, on ne saurait rejeter *à priori* de telles précautions.

Abandon du drainage biliaire externe.

(M. Pierre Duval. — *Société de chirurgie* ; 18-6-1924.)

M. Pierre Duval fait une communication dans laquelle il préconise, après la cholédocotomie, le drainage duodénal transvatérien par tube perdu. Il abandonne le drainage biliaire externe, par la vieille méthode classique de Kehr.

— M. Cunéo suit avec intérêt la tentative de M. Pierre Duval. Il lui semble cependant que celui-ci a exagéré les inconvénients du drainage externe après la cholédocotomie. Tous les chirurgiens ont encore recours à cette technique avec le drain en T de Kehr.

Sérologie des récidives secondaires chez les syphilitiques traités.

(MM. Hudelo et Rabut. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 10-4-1924.)

En deux années, MM. Hudelo et Rabut ont observé

54 fois des lésions syphilitiques secondaires récidivantes. Il s'agissait soit de malades ayant abandonné hâtivement leur cure, soit de malades insuffisamment traités, soit même de syphilitiques en cours de traitement intensif par le novarsénobenzol.

Ces récidives se sont présentées, dans la majorité des cas, sous forme de plaques muqueuses, en grande partie survenues au cours de la première année, s'étendant, avec une fréquence décroissante, jusqu'à la septième année.

Assez fréquemment, les auteurs ont noté, en pareilles circonstances, de l'inconstance et de l'irrégularité des réactions biologiques.

Traitement de la furonculose par l'auto-hémothérapie.

(MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-4-1924.)

M. Nicolas précise les conditions du succès de l'auto-hémothérapie dans le traitementde la furonculose. La technique consiste à retirer de la veine, au pli du coude, 10 c. c. de sang (chez l'adulte) et à le réinjecter de suite dans les muscles de la fesse. La médication s'adresse à la furonculose vraie, typique, et non aux folliculites, sycosis, etc. Le furoncle du conduit y résiste quelquefois. La cure, d'autre part, doit être parfois prolongée, sans se laisser arrêter par les récidives, et dépassera largement l'apparition du dernier furoncle

L'hyposulfite de soude dans l'épididymite aiguë.

(MM. Dombray et Grimaud. — *Soc. dermatologique de Nancy* ; 5-4-1924.)

En dermatologie, l'hyposulfite de soude en injections intra-musculaires ou intra-veineuses est utilisé dans le traitement des dermatoses prurigineuses. C'est un calmant de réelle valeur.

Partant de cette notion, MM. Dombray et Grimaud ont eu recours à la même médication dans l'épididymite blennorrhagique aiguë : injections de 5 cent. c. dans les muscles, ou de 20-40 cent. c. dans les veines, d'une solution d'hyposulfite à 20 pour 100. Les effets, nets et immédiats sur la douleur, ont été, dans leur ensemble, très satisfaisants.

Chancre du vagin.

(M. Drouet. — *Soc. dermat. de Nancy* ; 5-4-1924.)

Le chancre du vagin est très rare. Une thèse récente en signale seulement 14 cas, la plupart situés au tiers antérieur, près de la vulve. Sur les 14 cas en question, deux seulement se trouvaient au tiers moyen.

C'est un chancre du tiers moyen de la paroi antérieure que M. Drouet vient d'observer. Il convient, quand on fait une recherche de cette nature, de retirer le spéculum, valves ouvertes. On voit alors les parois vaginales s'accoler progressivement et les détails pathologiques ne passent pas inaperçus.

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

La tension artérielle chez le vieillard.

M. Cestan apporte les premiers résultats de ses recherches sur la pression artérielle chez le vieillard : à l'hospice de la Grave, il a pu, en effet, étudier 72 sujets âgés de plus de 70 ans, sujets pris au hasard dans les salles, les uns de bonne apparence et actifs, les autres au contraire atteints d'affections séniles diverses (ictus, tabes, néphrite, etc.). Les pressions étaient prises le matin à jeun, en position horizontale et contrôlées à différentes reprises par plusieurs observateurs pour éliminer le facteur personnel.

Sur les 72 sujets, la maxima a été trouvée très élevée, de 32 à 20, chez 43 vieillards, les chiffres ont excessivement varié pour un même âge, et cela sans que l'on puisse trouver une raison pour expliquer cette différence. Les hypotensions maxima sont souvent bien supportées sans qu'il y ait un rapport avec l'état athéromateux de la radiale. On voit en effet des vieillards très athéromateux ayant l'un 26, et l'autre 15, et il ne s'agit pas dans ce dernier cas de maxima décapitée par une insuffisance du myocarde.

La pression minima est beaucoup moins élevée et ne dépasse pas 15 ; elle oscille autour de 10.

L'auteur insiste sur la valeur parfois considérable de la pression différentielle, et cependant, l'auscultation la plus minutieuse n'a pas permis de trouver des insuffisances aortiques pour expliquer les différences si considérables entre la Mx et la Mn.

L'hypertension est une trouvaille du sphygomanomètre, elle n'intervient chez le vieillard que d'une manière accessoire non seulement dans le diagnostic, mais surtout dans le pronostic, qui dépend en réalité de lésions viscérales telles qu'artérite cérébrale, coronarite, néphrite interstitielle, myocardite chronique, etc.

Thrombus traumatique de la vulve et du vagin.

M. J.-P. Tourneux rapporte l'histoire d'une jeune femme âgée de 21 ans, entrée d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour un thrombus traumatique de la vulve ayant entraîné de la dysurie.

Cette jeune femme était tombée la veille au soir à califourchon sur l'angle d'une chaise, avait ressenti une douleur extrêmement vive dans la région vulvaire, douleur qui avait bientôt été suivie de l'apparition d'une tumeur augmentant rapidement de volume.

A son entrée à l'hôpital, la grande lèvre gauche se trouvait distendue par une collection rénitente extrêmement douloureuse au toucher et atteignant les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Etant données les grandes dimensions de la tumeur et sa forte tension qui faisaient redouter une rupture ou un sphacèle, on décida de l'inciser sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle et de profiter du som-

meil de la malade pour la sonder, ce qu'on n'avait pas pu faire, étant donnés les cris qu'elle poussait chaque fois que l'on voulait lui écarter les grandes lèvres.

Après l'évacuation de la collection liquide, on reconnut que le thrombus remontait le long des parois postérieure et latérale gauche du vagin : la poche fut laissée ouverte et drainée à la gaze. Les suites furent entièrement favorables et une quinzaine de jours plus tard, la malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu.

Angine diphtérique grave.

M. Cazal rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'une angine aiguë, dont les symptômes très intenses apparurent brusquement en pleine santé. La muqueuse pharyngée était d'une rougeur très vive, recouve te de placards d'exsudat jaunâtre. Le tissu cellulaire du cou était infiltré et les ganglions à peine tuméfiés. Cet ensemble clinique fit penser à une angine d'origine phlegmoneuse, diagnostic qui parut être confirmé par un examen bactériologique négatif au point de vue du bacille de Lœffler.

Trois jours plus tard, la transformation de l'exsudat en fausses membranes épaisses fit instituer le traitement sérique, bientôt justifié par un deuxième examen bactériologique, positif cette fois. La guérison de l'angine fut complète au bout de 6 jours de traitement, mais déjà depuis 3 jours étaient survenues des paralysies du voile du palais et des muscles de l'accommodation bientôt suivies de troubles marqués et inquiétants, de l'innervation cardiaque, consistant en bradycardie avec arythmie, bientôt remplacée par une tachycardie persistante, pouls autour de 110, petits, inégal et très arythmique.

Grâce aux injections de sérum associées à la strychnine, les paralysies musculaires disparurent complètement au bout de 2 mois. Les troubles cardiaques furent plus tenaces ; le pouls se maintint autour de 110 pendant près de 3 mois, et la tachycardie fut ensuite remplacée par un ralentissement très net avec arythmie qui persiste actuellement encore.

Le contrôle du lait.

M. Sendral commente le nouveau décret du 25 mars 1924, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, en ce qui concerne le lait et les produits de la laiterie.

Il montre l'intérêt qui s'attache au contrôle du lait, à sa production, consistant en inspection sanitaire des femelles laitières dont beaucoup de maladies sont transmissibles à l'homme par le lait, et en surveillance de l'hygiène de l'étable ainsi que de l a propreté du matériel et du personnel de la laiterie.

Il importe en effet d'éviter la pollution du lait et sa transformation habituelle en bouillon de cultures microbiennes particulièrement dangereuses pour les enfants, leur alimentation nécessitant que le l it soit vivant, non stérilisé.

L'auteur préconise la catégorisation des laits et la création d'un lait de nourrissons soigneusement analysé au point de vue bactérien.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pédiatrie. *Tome XXIV* (du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile Sergent, Ribadeau-Dumas et L. Babonneix), par Pr Marfan, Apert, J. Renault, G. Paul-Boncour, Mlle Labeaume, Mme C. de Tannenberg, Ribadeau-Dumas, Pr Weill, Péhu, Gardère, Pr Nové-Josserand, Binet, Meyer, Prieur, Lesne, Armand-Delille. (2 vol. in-8°, 1923, 1176 pages, 82 figures. Prix : 50 francs).

Dans ce traité, deux tomes, divisés en quatre fascicules, sont consacrés tout spécialement à la première enfance.

Dans le tome I, premier fascicule de la pédiatrie, une introduction magistrale est écrite par le professeur Marfan, où sont exposés les caractères physiologiques et pathologiques propres à la première enfance. Elle définit parfaitement la pédiatrie et en précise l'intérêt particulier. Ce qui caractérise, en effet, l'enfance, c'est qu'elle est la période d'accroissement et que, du fait de la croissance, l'organisme subit des modifications rapides et profondes ; dans aucune autre phase de la vie, on n'observe, en un temps aussi court, une transformation aussi profonde. La première enfance (de la naissance jusqu'à la fin de la première dentition, qui a lieu vers 2 ans 1/2) est tout particulièrement intéressante ; elle nécessite un mode spécial de nutrition, des soins spéciaux, les réactions morbides y sont particulières, enfin la mortalité s'y trouve considérable.

Les chapitres suivants traitent de l'hygiène infantile, et des maladies familiales et héréditaires.

La physiologie de l'enfance (développement normal et anormal, enfants retardataires, troubles de croissance d'origine alimentaire ou endocrinienne), est due à la plume du Dr Apert. Puis, sont étudiées : l'hygiène infantile individuelle (Jules Renault), collective (J. Renault et Mlle Labeaume), scolaire (J. Renault et L. Binet) ; la sélection médico-pédagogique (G.-P. Boncour) ; l'alimentation des enfants (J. Renault, Mme de Tannenberg) : nour-

rice, allaitement, sevrage (composition et rôle physiologique des aliments, ration des enfants et des adolescents de 2 à 20 ans. Recherches calorimétriques).

Ce sont ensuite les affections des voies digestives (MM. RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR), y compris un chapitre pour les régimes et la diététique, et une annexe pour les applications de la médecine sociale au nourrisson. On y trouve un fort beau chapitre sur la maladie pylorique du nourrisson (Pr WEILL et Dr PÉHU), ainsi qu'une étude du Pr NOVÉ-JOSSERAND sur le prolapsus et l'invagination intestinale, puis sur l'appendicite chez le nourrisson (RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR), sur la constipation chez l'enfant (WEILL et GARDÈRE).

Enfin, M. ARMAND-DELILLE développe les notions essentielles qu'il faut avoir sur les affections des organes respiratoires du nourrisson.

Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr L.-G. DUFESTEL. — **L'héliothérapie artificielle. Bases physiques et biologiques, appareillage. Technique et indications** (1 vol. in-8, 225 pages, 1924, 2e **édition.** Préface du prof PECH).

En cet ouvrage, l'auteur a tout d'abord le mérite d'avoir réuni les bases scientifiques essentielles de l'héliothérapie, éparses jusqu'à ce jour dans toute la littérature.

Après de longs siècles d'oubli, l'héliothérapie retrouve aujourd'hui une faveur fort justifiée. La radiation solaire est une incomparable source d'énergie ; malheureusement, il est, à l'heure actuelle, impossible de fixer une technique précise et générale de l'héliothérapie en raison de l'inconstance des facteurs qui interviennent ; personne n'a encore pu régler le soleil, source de radiations.

Cependant, s'il est impossible à l'homme de diriger le soleil, il lui est, par contre, possible actuellement d'obtenir des faisceaux de radiations analogues aux divers faisceaux de radiations solaires ; il lui est possible de produire ces faisceaux, toujours semblables à eux-mêmes, en tous temps et en tous lieux.

C'est le principe de l'héliothérapie artificielle.

Cette méthode thérapeutique a été surtout étudiée et appliquée à l'étranger (Etats-Unis et Allemagne). Elle agit exactement comme le soleil ; seule, la source de radiations varie.

Bien que le spectre utilisé ici contiennent des radiations plus courtes de longueur d'onde que celles du spectre solaire, les mêmes phénomènes physiologiques et biologiques sont déclanchés indifféremment par le soleil ou par une source riche en ultra-violet. Il n'y a qu'une question de degré : l'héliothérapie artificielle agit beaucoup plus rapidement que l'héliothérapie naturelle, avantage dû à l'intensité des radiations actiniques (actives) produites par la lampe à vapeur de mercure.

Il y a en somme, entre l'héliothérapie naturelle et l'héliothérapie artificielle, la même différence que celle qui existe entre la radiothérapie X, telle qu'on la pratiquait il y a dix ans et la radiothérapie profonde ultra-pénétrante d'usage courant aujourd'hui : une simple différence de degré dépendant de la différence d'intensité des sources employées ; mais l'étroite parenté des procédés est évidente dans un cas comme dans l'autre.

De toutes les formes d'énergie que nous connaissons, l'énergie radiante est celle qui joue le principal rôle dans la nature ; c'est elle qui transmet la force à travers le monde ; c'est sous forme d'énergie radiante que nous arrive la lumière solaire, source de toutes les énergies terrestres, aussi bien l'énergie hydraulique des cours d'eau et des cascades que l'énergie chimique développée dans nos machines par la combustion de la houille.

Si la lumière, en tant qu'agent thérapeutique, a joué jusqu'ici un rôle tellement effacé, c'est que nous ne savions produire les radiations de haute qualité énergétique, les radiations ultra-violettes, qu'à petite dose et irrégulièrement. Les anciennes sources ne débitaient qu'un mince filet ; aujourd'hui, nous sommes capables de produire l'ultra-violet par torrents.

Grâce aux sources puissantes d'ultra-violet, son utilisation thérapeutique est devenue possible, et de jour en jour ses applications s'étendent.

Médecine : Tuberculose pulmonaire et pleurale, tuberculose du larynx, tuberculose péritonéale, tuberculose ganglionnaire, tuberculose épididymo-testiculaire, tuberculose rénale, lupus tuberculeux, malaria, syphilis, maladies infectieuses aiguës (érysipèle, grippe, coqueluche, diphtérie, rhumatisme articulaire aigu, blennorragie), anémies, leucémie, diabète, goutte, etc., anémie de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, surmenage, épilepsie, névralgies, maladies des os et des articulations, prophylaxie antituberculeuse.

Chirurgie : plaies et brûlures, furoncles, fractures et blessures des os, tuberculoses chirurgicales, etc.

Gynécologie, dermatologie.

Telle qu'elle est actuellement, l'héliothérapie se présente comme un agent thérapeutique puissant, donnant dans bien des cas des résultats plus rapides et plus complets que les autres médications usitées en pareil cas. En outre, son *action préventive antituberculeuse* lui confère une grande importance sociale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES QUIPROQUOS SUR LE « TIERS-PAYANT »

Par le Dr Fernand DECOURT.

Depuis qu'il est question, en France, de la loi Assurance-maladie, nous nous sommes livrés, entre confrères, à de multiples controverses sur le « tiers-payant », mais *en restreignant la portée de cette expression* à ce qui nous intéresse particulièrement : *le paiement de nos honoraires.* Il en est résulté un double quiproquo : d'abord, entre les futurs bénéficiaires de la loi et nous, puis entre les médecins eux-mêmes qui ont fini par perdre de vue l'essence même de cette loi.

Il faut d'abord noter trois opinions différentes, dans le Corps médical, au sujet du tiers-payant, au point de vue restreint de nos honoraires. Les uns l'acceptent volontiers, y trouvant la certitude de la « rentrée » totale de leurs notes. D'autres s'y résignent comme à un pis-aller. Les autres, enfin, le proscrivent catégoriquement et s'écrient : « Jamais d'interposition entre le malade et son médecin, donc paiement direct des honoraires par le malade lui-même. Pas de tiers-payant ! »

Or, cette formule : « *Pas de tiers-payant* », quoique ainsi comprise et adoptée par nous sous cette portée restreinte, risque fort de mettre le Corps médical en fâcheuse posture devant la Nation. Pour les autres, en effet, le « tiers-payant », pris dans son sens général et complet, est l'essence même de toute assurance. En proclamant que, nous médecins, nous ne voulons pas de tiers-payant, nous *avons l'air* de nous dresser contre toute assurance sociale. Est-ce vraiment là notre rôle de praticiens ? Une semblable attitude convient-elle à ceux qui ont assisté trop souvent à des scènes de misère pour ne pas applaudir à toute organisation tendant à en supprimer les effets ?

L'autre quiproquo existe pour nous-mêmes. En discutant sur le tiers-payant, seulement en fonction de nos honoraires, nous avons perdu de vue le *but* même de la loi qui est de fournir au bénéficiaire l'*argent* nécessaire au moment de la maladie, non seulement pour les frais journaliers de la vie pour lui et les siens, mais encore pour les *frais de maladie.* Cet argent « médical », si je puis dire, proviendra donc toujours du tiers-payant-assurance que nous trouverons toujours devant nous et avec lequel nous devrons quand même compter, dans tous les cas, *même si nous déclarons l'ignorer.*

C'est du danger de ces divers quiproquos que je désire parler aujourd'hui, en reprenant d'abord la question assurance *en général,* pour en déduire ensuite ce que, nous praticiens, nous devons conclure, au point de vue de l'exercice de notre profession, de cette orientation sociale nouvelle qui pousse le pays à assurer le travailleur contre les risques de maladie. C'est ainsi que j'examinerai successivement les points suivants :

1° Toute assurance étant basée sur un tiers-payant, moralement, nous n'avons pas à nous dresser *a priori,* contre lui.

2° Avec l'assurance-maladie, le tiers-payant existera toujours, *que le malade paye lui-même son médecin ou non,* et nous devons nous préserver contre ses conséquences.

3° Il importe donc de nous mettre d'abord d'accord, entre nous, sur toutes les questions posées par l'existence du tiers-payant dans la future loi d'assurance-maladie.

***

I. — *Toute assurance étant basée sur un « tiers-payant », moralement, nous n'avons pas à nous dresser,* a priori, *contre celui-ci.*

La loi assurance-maladie, ainsi que l'indique son nom, est l'assurance donnée au travailleur de lui venir en aide, quand il sera malade, c'est-à-dire de lui fournir les fonds nécessaires pour subvenir, à ce moment, à ses besoins journaliers et à ceux de sa famille, ainsi qu'aux frais de traitement occasionnés par cette maladie.

Une telle *aide pécuniaire,* ainsi fournie en certains cas déterminés à l'avance, est loin d'être chose nouvelle. C'est la base même de toute assurance, quelle qu'elle soit. Et nos confrères, qui ont eux-mêmes signé des contrats contre les risques d'incendie ou d'accidents, de même que ceux qui, plus prévoyants encore, se sont assurés aux œuvres du Concours, par exemple : *maladie,* vieillesse, « Sou médical », etc. se sont tous prémunis contre les aléas de la vie. Et s'ils ont agi ainsi, c'est afin de pouvoir un jour recourir à une « *caisse* » qui leur vienne en aide et leur fournisse les fonds nécessaires en vue d'obvier aux conséquences d'un incendie, d'un

accident, d'une maladie, de la vieillesse ou d'un ennui professionnel quelconque. S'ils se sont « assurés », c'est pour que, aux jours sombres, un organisme se substitue à eux pour « payer les dégâts », en un mot, pour acquérir la certitude de trouver, quand il le faudra, un « tiers payant ».

Je ne pense pas qu'il existe un seul médecin qui n'ait pas dans ses tiroirs un ou plusieurs contrats d'assurance. Et c'est pourquoi je me permets de trouver irrationnel que quelques-uns d'entre nous dénient aux ouvriers ce même droit de prévoyance et, de plano, se posent en *adversaires de la loi* destinée à leur accorder les bienfaits de ce tiers-payant, auquel ces confrères ont recours eux-mêmes, dans tel ou tel cas pour lequel ils ont jugé prudent d'avoir, en réserve, une *aide pécuniaire* certaine. Ils s'assurent contre l'incendie, plutôt rare, en somme, et ils n'admettent pas que l'ouvrier soit assuré contre la maladie qui, tôt ou tard, surviendra, avec son cortège de privations et de misère pour toute la maisonnée qui dépend du gain journalier du père ! En vérité, je ne comprends pas de tels raisonnements — ni un tel sentiment.

Je ne vois donc pas comment, nous médecins, qui cotoyons journellement les détresses sociales, nous pouvons être contraires, en principe, à toute loi d'assurance et, *a fortiori*, à cette loi d'assurance-maladie qui écarte, de l'esprit du travailleur, toute crainte pour l'avenir, en lui apportant la *certitude* que, s'il tombe malade, lui-même et les siens ne manqueront jamais, faute d'argent, ni de pain, ni de soins.

* * *

II. — *Avec l'assurance maladie, le tiers-payant existera toujours, que le malade paie lui-même son médecin ou non et nous devons nous prémunir contre ses conséquences.*

Le jour où la loi sera mise en application, le tiers-payant fonctionnera. Supposons le bénéficiaire payant lui-même et directement son médecin. N'en aura-t-il pas moins recours, pour ce paiement direct, à la caisse d'assurance ? Dès lors, qu'on le veuille ou non, la situation n'en sera pas moins changée. Auparavant, c'était avec son propre argent que le malade payait son médecin ; désormais ce sera avec l'argent d'un tiers, que la caisse lui *avance* les fonds dans ce but ou qu'elle les lui *rembourse* ensuite. ... Et, par suite, les méfaits du tiers-payant et les abus en tous genres, qu'il entraîne, n'en seront pas moins possibles.

C'est à propos des méfaits et des abus inhérents au tiers-payant et signalés avec tant de raison, par ceux qui ne veulent pas du paiement du médecin par les caisses, que lors du dernier banquet du Syndicat des médecins de la Seine, où j'avais l'honneur d'être invité, je disais, en substance, dans ma courte allocution : « Pour pratiquer une médecine saine, loyale, honnête, à l'abri des tentations malsaines et de toutes les compromissions, le tiers-payant c'est l'ennemi ! » Et c'est pourquoi j'ajoutais qu'il fallait dès maintenant nous efforcer de limiter les dégâts et de préparer, même avec le tiers-payant, un exercice loyal et honnête de la médecine » (1). Ce n'est pas seulement dans le cas où la Caisse payera directement le médecin qu'il peut y avoir des abus. Il y en aura également à craindre même avec le paiement direct par le malade par ce que le paiement n'en sera pas moins effectué avec l'*argent fourni par la caisse*, et qu'il y aura toujours et quand même un tiers payant.

Nous voulons, proclament hautement certains confrères, ne jamais connaître le tiers-payant et « traiter le bénéficiaire de la loi assurance maladie, comme un client ordinaire ». Parfait ! Dans notre petit coin de Brie, nous n'avons pas attendu ces proclamations pour agir ainsi à propos des mutualistes, dont l'organisation paraît, en somme, devoir être l'embryon de la future loi. Depuis le 1er janvier 1924, *tous nos mutualistes* (de notre arrondissement où se trouvent de nombreuses sociétés mutuelles) *payent notre prix de clientèle ordinaire sans réduction aucune*, et cela *directement* ou par l'*intermédiaire* de la caisse, suivant les localités, d'après le désir du médecin traitant. Et j'ai le regret de constater que ceci n'existe pas, même dans certains Syndicats dont les « dirigeants » jettent feu et flamme, dans leurs écrits, contre le tiers-payant.

Quoi qu'il en soit, je le répète, car je ne le dirai jamais trop : ce n'est pas le *fait* que les futurs assurés payeront directement leur médecin et au même prix que les clients ordinaires, qui empêchera cet *autre fait* qu'ils recevront d'une caisse locale l'argent de ces paiements. Nous aurons donc, toujours et quand même, à supporter les conséquences du tiers-payant — et celles-ci seront dangereuses pour nous, si tous, d'un commun accord, nous ne travaillons pas à le mettre hors d'état de nous nuire.

Aussi je déplore d'avoir à constater que nous émiettons nos forces à nous disputer sur de vaines formules et, qui pis est, sur des formules dont le sens n'a pas été, au préalable, clairement fixé. Pendant ce temps, le parlement, profitant de nos divisions, édicte, sans tenir compte des justes observations que nous pourrions émettre,

(1) Un confrère me prend à partie, dans un journal, à ce sujet. La forme..... outrancière de sa diatribe m'interdit de lui répondre. On peut différer d'opinion sur un sujet et le dire. On peut donner ses raisons, aussi nettement que possible, tout en gardant le ton de bonne compagnie. C'est affaire d'éducation.

à l'unanimité, ce qui leur donnerait la force nécessaire et suffisante.

Le tiers-payant ! Mais il existe déjà depuis de longues années pour l'Assistance médicale gratuite, pour les mutualistes, pour les accidentés du travail, ainsi que, depuis peu, pour les pensionnés de guerre. Nous en sommes imprégnés, saturés et d'autant plus sursaturés qu'il se révèle dans sa forme la plus complète et la plus dure pour nous, puisque nous acceptons qu'il nous verse, lui-même nos honoraires médicaux. « Sans doute ! diront les mêmes confrères, mais, si nous avons eu le tort de l'accepter dans le passé, nous le refusons pour l'avenir ! »

Fort bien ! Mais la loi votée, il n'en apparaîtra pas moins, même en dehors de vous et de vos rapports avec vos malades. Ou alors, *allez jusqu'au bout de votre action et interdisez au pays le droit d'user de cette loi...* si vous en connaissez les moyens. Quant à moi, je songe que, lorsqu'un torrent se précipite impétueusement vers la vallée, on peut s'efforcer de l'endiguer, on ne l'arrêtera pas par des barrages. Et je conclus que jamais une corporation ne se dressera victorieusement contre la volonté de la Nation — surtout quand cette volonté consiste à assurer les travailleurs contre un des gros aléas de l'existence.

Par contre, où nous avons le droit de nous faire entendre (et le plus utile est de le faire avant le vote de la loi), c'est sur la *modalité* d'exécution de celle-ci, en ce qui concerne le service médical. Sur le rôle du tiers-payant, au point de vue des indemnités concernant les *soins médicaux*, nous restons sur notre terrain technique où personne ne peut nous dénier non seulement le droit, mais aussi le devoir de faire connaître ce que nous suggère notre expérience de praticiens.

En assemblée générale de l'Union, nous avons déjà déclaré, à l'unanimité, que le paiement direct du médecin par le malade lui-même était la modalité *préférable* pour faire de la bonne médecine. Si, dans la prochaine assemblée générale, la majorité décide que cette formule est insuffisante, il conviendra de la renforcer. Si elle décide, par exemple, que non seulement elle est préférable, mais qu'elle doit être la *seule acceptable*, soit ! C'est aux confrères de décider. Et alors n'oublions pas que, ceci voté, nous aurons le devoir de nous unir *tous* pour *l'imposer* aux bénéficiaires de la loi et, s'il le faut, aller *jusqu'au bout* de notre résistance à toute autre modalité d'exercice de la médecine.

Mais, même en supposant le problème résolu, il n'en résulterait pas moins, de par la loi, que le tiers payant, tout comme le veau d'or, serait « toujours debout », puisque, par le jeu même de l'assurance, ce seraient les caisses locales qui fourniraient les fonds nécessaires au paiement des frais médicaux.

Et comme elles payeraient, elles en tireraient le droit de surveiller l'emploi de ces fonds, donc d'intervenir entre nos clients et nous.

Nullement ! riposteront certains confrères, car ce n'est pas l'argent spécialement destiné aux honoraires médicaux que verseraient les caisses, dans le cas que nous envisageons du malade payant directement son médecin. Elles ne donneraient au bénéficiaire que des *allocations journalières de maladie*, dans lesquelles celui-ci prendrait, à son gré, de quoi payer son médecin. Nous, nous resterions *en dehors* de la question puisque notre client distraira de ces allocations, à notre profit, peu ou prou, suivant ce qu'il jugera utile à sa santé. Nous conserverions donc la même position qu'aujourd'hui envers nos malades, sans avoir aucun rapport avec les caisses que nous ignorerions.

Au premier abord, l'argument semble juste. Le bénéficiaire touche x francs par jour de maladie. Cet argent devient son bien, sa chose. Il en fait ce qu'il veut et nous retombons donc dans la modalité actuelle de l'exercice de la médecine où le client paye son médecin avec le salaire que lui a versé son patron, d'après le travail qu'il a fourni. Mais à la réflexion, il faut en rabattre. Le *salaire* dépend du travail personnel de l'ouvrier, il est donc bien en dehors de nous, tandis que l'*allocation de maladie* dépend du nombre de journées pendant lesquelles le bénéficiaire aura été *reconnu* malade. Or, par qui peut-il l'être, sinon par le médecin ? C'est donc bien là un *problème médical*, au premier chef et qui sera résolu par le médecin traitant — à moins qu'on double chaque praticien d'un médecin contrôleur, ce qui ne serait guère pratique en ville, et matériellement impossible en campagne.

Sans doute, on peut objecter que le médecin de l'assurance, dans la loi de 98, le médecin de la Compagnie de chemin de fer, et d'autres encore, pour les P. T. T., etc., coexistent déjà avec le médecin traitant choisi par le malade, afin de fixer officiellement les jours d'incapacité. Certes ! mais là il s'agit de cas peu nombreux, en somme, à peine 2 ou 3 pour cent de nos malades. Et je continue à penser que la chose deviendrait impossible s'il s'agissait, comme dans l'assurance-maladie, de 75 % de notre clientèle. Ou alors, il faudrait des milliers et des milliers de « médecins de caisse », doublant les médecins traitants et pratiquant les mêmes déplacements en double... Non ! avec la *généralisation* des allocations d'incapacité, ce ne peut être que le médecin traitant, c'est-à-dire, en bloc, *le corps des praticiens* qui, d'ordinaire, fixerait le nombre des journées d'incapacité. Et si nous refusions de le faire, prenez garde que les caisses trouvent à volonté des médecins « à poste fixe et à traitement idem » qui se laisseront « fonc-

tionnariser » comme il y en a trop dans les usines, dans les mines, et dans toutes les *organisations collectives de soins* déjà existantes..... Je n'insisterai pas sur ce terrain brûlant, mais je crois que nous devons, d'ores et déjà, tabler sur ce fait que l'allocation journalière de maladie, même *globale*, dépendra du corps médical et que les caisses, afin de *surveiller* l'emploi de leurs fonds, devront *intervenir*, de façon ou d'autre, entre nos clients et nous, même si « le malade paye directement son médecin ». On peut le regretter, au point de vue de l'exercice de notre profession — et je suis le premier à penser ainsi — il n'en faut pas moins vivre avec son temps et s'accommoder, de son mieux, à une évolution sociale qui se prépare. Rien ne sert de faire l'autruche et de ne pas vouloir regarder en face le tiers-payant. On ne le détruira pas d'un trait de plume, d'une formule, ni d'une injonction comminatoire.

Donc, même avec paiement direct par le malade, même avec toute cette « liberté » que réclament certains confrères sur un ton lyrique, le tiers-payant se dressera désormais devant le Corps médical, quoi que nous fassions. Nous devons donc, dès maintenant — nous préparer à opposer, à cette puissance collective, la force, déjà éprouvée, de notre cohésion syndicale.

D'où *modus vivendi* à prévoir et à *débattre*, mais de puissance à puissance. Et, comme conclusion, *contrats collectifs*, ou, si le mot vous impressionne, ententes locales quelconques entre les deux collectivités. Et ce sera la seule manière d'assurer au praticien la « *liberté* » de pratiquer sa profession, sans se laisser *opprimer* par une formidable association légale et universelle qui ne manquerait pas de nous *imposer* ses lois et ses règlements, sans réplique ni discussion possible, si chacun de nous restait dans son coin, inerte et isolé.

***

III. — *Il importe donc de nous mettre d'accord, tout d'abord, sur toutes les questions posées par l'existence d'un tiers-payant dans la future loi assurance-maladie.*

Ainsi donc, la formule imprécise et génératrice de quiproquos : « *Pas de tiers-payant !* » me paraît illusoire et dangereuse.

Illusoire : parce que, la loi votée, que le malade paye lui-même son médecin avec l'argent de la caisse ou que celle-ci paye directement le médecin, ce sera toujours le « tiers-payant » avec ses devoirs, mais aussi avec ses droits. Vous dites que vous ne connaitrez pas la caisse, confrères, c'est entendu. Mais le malade sera bien obligé de « la connaître » puisque c'est elle qui financera, ce qui lui donnera toujours un *droit d'intervention* dans vos rapports avec votre malade, que vous le vouliez ou non. Vous ne faites donc ainsi que reculer la solution du problème. Et pendant ce temps le problème sera résolu sans vous. Vous n'aurez reculé — que pour mieux sauter.

Dangereuse, parce qu'en combattant sur cette formule, nous visons à côté du but et lâchons la proie pour l'ombre. Non seulement le problème sera résolu sans nous, mais devant notre défaillance, nous pouvons être assurés qu'il le sera contre nous. De plus, nous nous mettrons ainsi en mauvaise posture devant les futurs bénéficiaires de la loi qui ne comprendraient pas que nous luttions contre celle-ci, alors qu'ils en attendent un progrès social, en général, et une tranquillité morale, en particulier.

Laissons donc de côté les formules théoriques nébuleuses et discutons plutôt pratiquement, entre nous, en praticiens que nous sommes et en commençant par sérier les questions. En voici quelques-unes « de première grandeur » :

1° La dernière assemblée générale de l'Union a laissé aux syndicats le choix entre les deux solutions du paiement des honoraires par le malade ou par la caisse. Si le *paiement direct* par le malade est adopté par la prochaine assemblée, comme *règle générale*, soit ! Que chacun apporte ses idées, qu'on discute et que l'on vote. Il n'y aura plus ensuite qu'à exécuter *tous*, d'un commun accord, ce qui aura été décidé. Je ne parle naturellement pas du libre choix désormais acquis et hors de discussion.

2° Certains ne veulent pas entendre parler de *contrats collectifs*. Et cependant ne faudra-t-il pas, quand même, en établir entre les caisses locales et nos syndicats, d'abord à propos des modalités de fixation des journées de maladie, base de l'allocation touchée par le bénéficiaire, puis, en outre, à propos des interventions, hospitalisations, examens de laboratoire, radios, placements dans les sanatoria, etc ... en un mot pour tout le côté *social* de la médecine actuelle, tant curative que préventive ? Là encore, que chacun donne ses raisons, puis qu'on décide de la ligne de conduite à suivre.

3° Il y aura aussi une question très sérieuse, à mon avis, à étudier entre nous. C'est celle de la suppression de l'assurance pour les « *petits risques* », c'est-à-dire pour les simples indispositions passagères. Ceci nous importe particulièrement, car ce sont celles-là qui, 8 fois sur 10, seront source d'ennuis pour le praticien : abus d'appels, à toute heure de jour et de nuit, simulation pour toucher l'allocation, auquel cas notre responsabilité risquera souvent de se trouver engagée, etc... Je trouve la question si importante pour nous que j'ai l'intention d'y revenir spécialement dans le *Concours*, d'ici peu. Il me semble que nous devrions nous en préoccu-

per, fixer nos idées sur ce point et en dégager une conclusion générale.

4° Etc., etc... Il est ainsi un certain nombre de points que nous pourrions soulever avec avantage, tant pour nous que pour nos malades eux-mêmes. Que chacun apporte sa pierre à l'édifice...

Mais, discutons froidement, librement, de toutes ces choses, sans faire de « personnalités », sans parti-pris et encore moins sans se ranger dans des « partis », comme certains ont tendance à le faire depuis quelque temps. Qu'importe les noms de ceux qui sont au Conseil de l'Union ? Celui-ci ne se renouvelle-t-il pas chaque année, suivant les votes de l'Assemblée générale ?

Brassons amicalement nos idées, chacun apportant la sienne en toute franchise et sans arrière-pensée. Deux opinions, si contraires soient-elles, peuvent faire éclore, chacune, une parcelle de vérité. Restons donc toujours respectueux des idées du confrère, avec l'ardent désir, avant tout, de rencontrer le bon, l'utile et le vrai.

Dr Fernand DECOURT.

Répert. dHyg. et de méd. sociales : 0.600.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Infirmités préexistantes. — Blessure de guerre préexistante. — Aggravation des conséquences de l'accident. — Portion de la rente à la charge du chef d'entreprise. — Fonds de Prévoyance.

COUR D'APPEL DE NANCY (1re CHAMBRE).

(26 juillet 1923).

La loi du 25 novembre 1916 n'a nullement exclu du champ de son application le cas où l'ancien militaire atteint d'infirmités graves et incurables résultant de blessures reçues pendant la guerre aurait déjà obtenu une pension.

Elle dispose simplement, pour le cas où un militaire blessé par suite d'évènements de guerre aura été victime d'un accident du travail, que le jugement devra indiquer si la réduction permanente résultant de l'accident a été aggravée par l'infirmité de guerre préexistante et quelle est la quotité correspondante à l'aggravation ainsi déterminée.

Cette quotité est à la charge d'un fonds de prévoyance géré par le ministère du travail.

La Cour,

Attendu que la loi du 25 novembre 1916 n'a nullement exclu du champ de son application le cas où l'ancien militaire atteint d'infirmités graves ou incurables résultant de blessures reçues pendant la guerre avait déjà obtenu une pension ; qu'il en est si bien ainsi que dans son rapport, M. le sénateur Henry-Boucher, critiquant l'expression « mutilé de guerre », prévoyait l'application de la loi même en dehors de cas de mutilation « si des maladies ou des accidents de santé avaient diminué l'activité fonctionnelle des soldats dans des proportions telles que l'Etat ait dû leur en tenir compte par une pension de retraite » ; qu'il ajoutait : La Commission du Sénat a cru devoir remplacer le mot « mutilation » par celui d' « infirmité de guerre », en entendant que, en limitant les effets de la loi à tous les militaires de terre ou de mer réformés n° 1 ou retraités par suite d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées devant l'ennemi, la liquidation d'une retraite est, en effet, la mesure la plus exacte de la gravité de l'impotence fonctionnelle résultant de la guerre qui est de nature à provoquer ou à aggraver un accident du travail ; l'Etat a le devoir d'accorder une pension à tous ses défenseurs assez gravement atteints pour être admis dans les catégories visées par la loi en préparation, et, tout recours étant d'ailleurs ouvert pour obtenir la liquidation de pensions auxquelles elles pourraient avoir droit, on peut être assuré qu'il ne résultera de cette définition aucune limitation regrettable ;

Qu'il résulte avec évidence de ces deux passages du rapport présenté au Sénat que, bien loin de faire obstacle à l'application de la loi du 25 novembre 1916, le fait que la victime de l'accident de travail est titulaire d'une pension militaire pour une blessure ou une infirmité grave est, au contraire, un critérium de son applicabilité ;

Attendu que cette loi dispose simplement pour le cas où un militaire blessé par suite d'évènements de guerre aura été victime d'un accident du travail ; que le jugement devra indiquer si la réduction permanente résultant de l'accident a été aggravée par l'infirmité de guerre préexistante et quelle est la quotité correspondante à l'aggravation ainsi déterminée ; que cette quotité est à la charge d'un fonds de prévoyance géré par le ministère du travail ;

Attendu que, dans l'espèce, Watt, qui avait perdu un œil en 1916 à la bataille de Verdun, a été victime d'un accident du travail qui a entraîné la perte de l'autre œil ; que c'est à bon droit que les premiers juges ont décidé que le salaire de base étant de 3.942 fr. 40 et l'incapacité de 100 p. 100, la rente annuelle serait des deux tiers, soit 2.628 fr. 60 et que le chef d'entreprise, ou l'assureur substitué, serait exonéré à concurrence de 2.037 fr. 17 et n'aurait à sa charge que la somme de 591 fr. 45 ;

Attendu que la non concordance du taux de l'aggravation de la réduction de capacité (70 p. 100) avec la quotité de rente laissée à la charge du fonds de pré-

voyance (77,50 pour 100) provient de ce que, tandis que la rente totale correspond à une incapacité de 100 p. 100 et s'élève aux deux tiers du salaire, la rente mise à la charge de l'entreprise est fixée d'après une réduction de capacité de 30 p. 100 en vertu des règles de calcul suivies en matière d'incapacité partielle permanente ;

Qu'il est conforme à l'esprit de la loi du 25 novembre 1916 et au texte de l'article premier, troisième alinéa, que le fonds de prévoyance soit chargé d'assurer le service de toute la partie de la rente dont le chef d'entreprise a été exonéré ;

Attendu que la Compagnie d'assurance était donc fondée à assigner en intervention le ministère du travail en sa qualité de gérant du fonds de prévoyance ;

Qu'il n'y a pas lieu de faire état de la pension obtenue par l'ouvrier, pension augmentée à raison du deuxième accident par la Commission de réforme en vertu de l'article 69 de la loi du 31 mars 1919, l'Etat (ministère de la Guerre et des Pensions), pouvant d'ailleurs exercer de ce chef le recours qui lui est accordé par cette disposition légale ;

Par ces motifs,

Met l'appel à néant ;

Confirme dans toutes ses dispositions le jugement attaqué ;

Condamne le ministre du travail ès qualités à l'amende et aux dépens.

Commentaires

La jurisprudence n'a jamais fait état de l'état antérieur d'une victime d'un accident du travail, lorsque cet état antérieur n'avait pas d'influence sur la capacité de travail au moment de l'accident.

Les prédispositions morbides de la victime d'un accident du travail, dit un arrêt de la Cour de Cassation du 27 mai 1909, qu'elles aient facilité l'accident, ou qu'elles en aient aggravé les suites, ne doivent pas être prises en considération dans la détermination de l'indemnité qui lui est due : le juge doit la fixer en tenant compte uniquement, d'une part, du salaire de l'ouvrier blessé pendant les douze mois qui ont précédé l'accident et, d'autre part, des facultés de travail qui lui restent après ledit accident.

Or, la dernière guerre a provoqué une situation particulière : celle de l'emploi, dans l'industrie, de blessés et mutilés possesseurs d'une pension, pour incapacité permanente partielle de travail.

La loi du 25 novembre 1916 a décidé que, si la nouvelle réduction permanente du travail, provenant d'un accident soumis à la loi du 9 avril 1898, a été aggravée par l'infirmité de guerre préexistante, la quotité correspondante à cette aggravation, sera supportée sur un fonds de prévoyance géré par le ministère du Travail.

Les mutilés de guerre pouvaient ainsi trouver du travail, sans grever les budgets des entreprises industrielles de charges éventuelles.

Cet arrêt de la Cour de Nancy est rendu dans le même sens qu'un arrêt antérieur de la Cour de Riom, du 2 février 1922 (*Gaz. Pal.* 1922, 1.423).

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

De la délivrance du permis de conduire

S'il est un sujet d'actualité, c'est bien celui de la délivrance du permis de conduire.

A cette époque de l'année, en effet, les accidents d'automobiles sont si nombreux et souvent, hélas ! si graves, qu'il est impossible de ne pas éprouver une certaine angoisse à chaque départ pour une randonnée même peu lointaine.

Or, rien ne sert de se lamenter si ce n'est pas pour porter remède à ce redoutable état de fait. Et pour ce faire, il faut, avant tout, trouver la cause du mal.

Que n'a-t-on pas incriminé ? Les constructeurs de voitures, les pneus, les routes, les vaches, les charretiers, la mauvaise qualité des aciers, etc., etc. Mais c'est vouloir se dissimuler à soi-même la vérité que de se refuser à admettre que la cause réelle n'est pas imputable aux voitures, mais tout simplement à leurs conducteurs.

Il faut être franc et reconnaître qu'à notre époque, n'importe qui peut en quelques heures se procurer un permis lui donnant le droit de conduire à des 100, 125 et même 150 km. à l'heure ou plus, des engins dont le poids atteint parfois plus de 2.500 kilos, quand au contraire, un poids ridiculement réduit, comme c'est le cas pour les cycle-cars, ne les rend pas encore plus dangereux.

Est-il croyable qu'un jeune imprudent de quelque seize ans obtienne officiellement le droit de faire courir un danger de mort à tous les usagers des routes et des rues pendant tout le temps où cela lui conviendra, et cela pratiquement sans contrôle ?

Vous répondrez évidemment que le progrès exige le développement de l'utilisation de l'automobile, qu'il est nécessaire, de nos jours, d'aller vite, et que la cherté de la vie oblige les jeunes gens à travailler et à gagner de l'argent, comme

leurs parents ; que d'autre part, un contrôle sérieux nécessiterait un tel nombre de policiers, que nos finances ne résisteraient pas à une aussi folle prodigalité.

Et vous auriez raison !

Aussi, n'est-ce pas *après*, mais *avant* qu'il faut agir.

Il n'est pas question de rendre l'automobilisme impraticable ni d'obséder les chauffeurs par des règlements absurdes.

Un progrès immense serait réalisé, à notre avis, si un examen sévère, pratiqué dans des conditions normales, était imposé au candidat chauffeur, et surtout si un certificat médical, reconnaissant un équilibre nerveux et un esprit sain autant que des aptitudes physiques adéquates, principalement en ce qui concerne la vue, était exigé préalablement à tout examen.

Ce certificat pourrait être fait sur papier timbré, ce qui procurerait de nouvelles ressources au Trésor, petit à côté de la question non négligeable, mais surtout, il supprimerait radicalement la délivrance du permis de conduire à des demis-fous, à des myopes, à des nerveux, en un mot à tous ceux qui sont les causes vraies de la recrudescence des accidents d'automobiles, accidents qui peuvent vous coûter la vie, à vous comme à vos enfants et à vos parents.

De même que certains signes ignorés du public permettent aux médecins d'indiquer les malades atteints de maladies contagieuses, de même un accord avec le service des mines permettrait de désigner discrètement aux examinateurs les candidats suspects.

Et nous sommes absolument persuadés que le public, loin de se révolter contre ce règlement, l'approuverait chaleureusement.

N'existe-t-il pas d'ailleurs une obligation similaire pour les postulants mécaniciens de chemins de fer ? Et pourtant, pour ceux-là, des signaux répétés, les conseils possibles de leurs aides, ne viennent-ils pas à chaque instant leur rappeler la ligne de conduite à adopter, alors que la plupart du temps, le « chauffard » est seul maître à bord, et n'obéit qu'à ses instincts malsains.

Le Corps médical a vraiment un beau rôle à jouer en faisant reconnaître la nécessité d'une nouvelle règlementation, exigeant son intervention préalablement à toute demande de permis de conduire.

Dr M. T.

Le Grand Prix d'Europe de Lyon.

Il me semble impossible de ne pas dire ici quelques mots du Grand Prix d'Europe qui s'est couru à Lyon les 2 et 3 août derniers.

Inutile, je crois, de donner des détails que toute la presse a déjà abondamment répandus.

Je constaterai seulement la rentrée vigoureuse en scène de l'industrie française avec Delage. La course de ses 3 voitures a été superbe, et magnifiquement sportive.

Applaudissons aussi sans réserve au succès de nos amis transalpins qui ont sû mériter la première place.

Nous autres, simples automobilistes, nous devons accorder notre reconnaissance à ceux qui vont jusqu'à risquer leur vie pour nous rendre la nôtre plus pratique et plus agréable, grâce aux perfectionnements que suscite toujours la concurrence loyale.

Et comme conclusion, revenons à l'idée, qui nous est chère : quel malheur que des vieilles maisons comme Delage, des jeunes et ardentes firmes, comme Alfa Romès, ne comprennent pas le parti qu'elles pourraient tirer de la fabrication bien étudiée de voitures spécialisées pour les différentes grandes corporations !

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Proposition de loi *tendant à rendre obligatoire, pour l'entrée dans les administrations de l'Etat, du département, de la commune, la « vaccination antityphoïdique », présentée par* M. Louis Mourier, *député. — (Renvoyée à la Commission des finances).*

Exposé des motifs.

Messieurs, « la fièvre typhoïde est encore une des maladies les plus redoutables et les plus fréquentes dans la population civile, en raison de la non-application de l'excellente loi de 1902 sur l'hygiène publique ».

Ainsi s'exprimait le rapporteur de la loi du 27 mars 1914, loi qui rendait obligatoire, dans l'armée, la vaccination antityphique. Ces paroles, vraies en 1914, ne sont malheureusement pas moins exactes en 1922. Aussi redoutable par ses effets que par sa contagion, la typhoïde contre laquelle, il est vrai, la lutte n'a jamais été sérieusement engagée, ne cesse d'exercer ses ravages dans toutes les classes de la société.

Et cependant, nous sommes armés contre le fléau. La vaccination antityphique a fait ses preuves depuis longtemps. Nous ne rappellerons que pour mémoire les missions Chantemesse au Maroc, Février en Amérique, les résultats obtenus, dès avant la guerre de

1914, dans les colonies anglaises, en Allemagne, au Japon, et aux Etats-Unis, l'expérience, enfin, de la guerre mondiale.

Aux armées,sur les champs de bataille, parmi des agglomérations d'hommes sans précèdent, la proportion des cas de typhoïde qui atteignait 230 hommes pour 100·000, tomba, lorsqu'on eut rendu obligatoire la vaccination, à 2.42.

Enfin, certaines administrations et notamment l'administration générale de l'assistance publique à Paris ont rendu la vaccination obligatoire pour certains de leurs agents. Les constatations suivantes ont été faites à la suite de l'application de cette mesure :

1° Lors d'une épidémie de typhoïde à l'hôpital Laënnec, ne furent atteints que des agents non vaccinés ;

2° Le pourcentage des agents qui contractent la typhoïde est tombé à 1.6 sur 1.000.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'immunité du vaccin est durable. C'est ainsi que la population mâle qui a été en partie mobilisée et qui a subi les piqûres est bien moins frappée que les femmes et les enfants. Sur 621 cas, on rencontre, en effet, 145 hommes pour 476 femmes et enfants.

D'autre part, si dès le début de la vaccination, certaines réactions, sans gravité d'ailleurs, se présentèrent et surprirent, l'on sait, maintenant, que la vaccination ne comporte point de danger. Elle est entourée, du reste, de précautions sévères. Toute personne sur le point d'être vaccinée est soumise à un examen médical qui porte sur la gorge, le cœur et les poumons ; tout sujet ayant une température supérieure à 37.7 est ajourné.

Dans ces conditions, il semble que le public, pas plus que les administrations, ne devraient hésiter à recourir à la vaccination. Si, toutefois, il est difficile de stimuler les énergies individuelles, le devoir s'impose au législateur de prendre,en ce qui concerne les administrations, des dispositions spéciales.

C'est pourquoi nous avons pensé à rendre obligatoire la vaccination antityphique pour l'entrée dans toutes les administrations publiques, car nous estimons qu'il appartient aux fonctionnaires de l'Etat, du département, de la commune, de remplir le devoir social que constitue, en présence d'un mal tel que la fièvre typhoïde, la vaccination antityphique.

Nous vous demandons, en conséquence, de vouloir bien adopter la proposition de loi dont la teneur suit :

PROPOSITION DE LOI

Art. 1er. — A dater de la promulgation de la présente loi, tout candidat admis à entrer dans une administration de l'*Etat*, du *département* ou de la commune, devra justifier qu'il a subi la vaccination antityphique.

Art. 2. — Le candidat admis ne pourra être dispensé de la vaccination antityphique qu'au cas d'une contre-indication pathologique constatée par un certificat médical.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Distinction honorifique.** — Dans la dernière promotion de la Mutualité, nous avons le grand plaisir de relever le nom de notre collègue et ami, Maurice VIMONT qui reçoit la médaille de bronze.

Nos lecteurs savent à quel point toutes les questions relatives à la Mutualité sont familières au Dr Vimont, et ils n'ont pas manqué de prendre le plus vif intérêt aux études qu'il publie régulièrement sur ces questions, dans le *Concours médical.*

Ils se réjouiront avec nous de la flatteuse distinction dont il vient d'être l'objet, et qui témoigne de l'estime en laquelle le tiennent les services ministériels de la Mutualité, au Ministère du travail.

— **Nécrologie.** — Notre ami, Raymond MOLINÉRY vient d'avoir la grande douleur de perdre son père.

Que sa famille et lui-même veuillent bien trouver ici l'hommage de nos sympathiques condoléances.

— **Clinique Calot**, 69, quai d'Orsay. — A l'occasion du Congrès de Chirurgie, M. Calot fera le mercredi 8 octobre à 9 h. 1/2, une série de démonstrations, et exposera les nouvelles acquisitions, de capitale importance, réalisées dans le domaine de la pathologie de la hanche.

— **Ecole française de stomatologie**, 20, passage Dauphine, Paris. — L'Ecole française de Stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ;

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ;

3° Des travaux pratiques de technique opératoire,de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeu r de l'Ecole.

— **Congrès de thalassothérapie.** — Le prochain Congrès de thalassothérapie se tiendra à Arcachon le 19 avril 1925. Le professeur Gilbert a été nommé président du Comité permanent, en remplacement du professeur Albert Robin, nommé président d'honneur.

Le Comité d'organisation comprend MM. Lalesque, président ; Guinan et Moussous, vice-présidents.

Pour tous renseignements, écrire à M. Léo, secrétaire général, à Trouville.

— **Hôpital Ambroise Paré.** — Cours de pratique cardiologique sous la direction de M. Ch. Laubry avec la collaboration de M. Daniel Routier et M. Jean Walser, assistants, et de M. Pierre Oury, interne du service.

Les cours auront lieu du lundi 29 septembre au mardi 11 octobre 1924.

En outre des leçons théoriques, MM. les médecins inscrits au cours seront invités à assister aux consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, qui auront lieu de 9 h. 1/2 à 11 h., les lundis, mercredis et vendredis. Les mardis et jeudis, de 9 h. 1/2 à 11 h., M. Ch. Laubry fera la visite dans les salles et, les samedis, l'examen radioscopique des malades des salles et de la consultation de cardiologie.

Programme des leçons. — Les syndromes cardiaques d'origine neurotonique. — L'hypertension dite primitive : formes de cinquantaine, du vieillard, de la ménopause. — Les myocardites. — L'insuffisance ventriculaire gauche ; sa place dans l'évolution des cardiopathies. — Les troubles pulmonaires au cours des cardiopathies. — L'insuffisance ventriculaire droite. — Les endocardites évolutives rhumatismales. — Traitement de l'hypertension. — Traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Considérations générales sur la thérapeutique cardiaque.

Droit d'inscription : 150 fr. Les inscriptions seront reçues à partir du 25 septembre, soit directement, soit par correspondance, à l'hôpital Ambroise-Paré. S'adresser à M. Daniel Routier.

— **Service des soins gratuits aux victimes de la guerre.** (*suite*). — Les Commissions tripartites de contrôle pour le département de la Seine sont composées comme suit :

4e *commission de contrôle.* — A.— Représentants du ministre des Finances. Membre titulaire : M. Naud, receveur-percepteur du 14e arrondissement.

Membre suppléant : M. Lejeune, receveur-percepteur du 20e arrondissement.

B. — Représentants du ministre des Pensions. Membres titulaires. MM. le vice-amiral Tracou, membre du Conseil d'administration des Dames françaises, 83, rue de la Tour, villa Guibert (16e). Dr Guilhaume, ancien membre de la Commission de contrôle du département de la Seine, 92, rue du Chemin-Vert (11e).

Membres suppléants : MM. Bourlon de Sarty, membre du Conseil central de la Société de secours aux blessés militaires, 21, rue François-Ier (8e) ; Dr Brousse, médecin principal de 1re classe, délégué régional du Gouvernement militaire de Paris, 8, rue de Courcelles (8e).

C. — Représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Membres titulaires : MM. Barthelet (Marcel), 124, rue du Faubourg-du-Temple (11e) ; Granier, 50, rue de l'Amiral-Roussin (15e) ; Rickewaert, 23, rue Gramme (15e) ; Tertian (Jean), 10, rue Vauquelin (5e).

Membres suppléants : MM. Delobel, 48, rue Monge (5e) ; Marx (René), 8, rue des Vinaigriers (10e) ; Casaux (Léon), 39, rue de Vaugirard (6e) ; Prabonnaud, 17, rue des Batignolles (17e).

D. — Représentants des Associations et Syndicats médicaux. Membres titulaires: MM. les docteurs Coldfey 5 *bis*, rue d'Odessa (14e) ; Privé, 79, rue de Paris, à Charenton-le-Pont (Seine).

Membres suppléants : MM. Boissou, 19, rue de Verdun Suresnes (Seine) ; Ferry, 301, rue de Vaugirard (15e).

E. — Représentants des Associations et Syndicats pharmaceutiques. Membres titulaires : MM. Tillier, 1-3 quai d'Austerlitz (13e) ; Weill, 7, avenue d'Orléans (14e).

Membres suppléants : MM. Pierre, 39, rue Charles-Nodier, Le Pré-Saint-Gervais ; Perrin, 49, rue du Four (6e).

Secrétaire de la 4e Commission, M. le Dr Coldefy.

Ressort de la Commission. — A. — Arrondissements de Paris : 5e, 12e, 13e, 14e.

B. — Cantons : Ivry, Villejuif.

C. — Hôpitaux publics : Salpêtrière, Cochin, Sainte-Anne, Broussais, La Rochefoucauld, Bicêtre, Ivry, Brévannes, hôpital militaire du Val-de-Grâce.

D. — Maisons de santé privées agréées par la Commission situées dans les arrondissements ou localités ci-dessus.

5e *Commission de contrôle.* — A. — Représentants du ministre des Finances. Membre titulaire : M. Hugret, percepteur de Levallois-Perret.

Membre suppléant : M. Poulin, percepteur de Puteaux.

B. — Représentants du ministre des Pensions. Membres titulaires : M. d'Enfert, membre du Conseil central de la Société française de secours aux blessés militaires, 33, avenue Henri-Martin (16e) ; Dr Labruyère, membre de l'ancienne Commission de contrôle, 115 *bis*, rue Ordener (18e).

Membres suppléants : M. de Beaumont, membre adjoint du Conseil central de la Société française de secours aux blessés militaires, 27, rue de Bassano (8e) ; M. le commandant Roland, attaché à la direction générale des foyers du soldat, 25, rue de Maistre (18e).

C. — Représentants des Associations de bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919. Membres titulaires : MM. Bailhache, 81, rue Blomet (15e) ; Garans, 213, rue Lafayette (10e) ; M. Gérard, 28, rue de Belzunce (10e) ; Perrot, 75, rue du Moulin-Vert (14e).

Membres suppléants : MM. Duflot, 14, rue de la Gare, à Rosny-sous-Bois ; Mandin, 19, rue Truffaut (17e) ; Souchet, 27, rue des Bernardins (5e) ; Vinçon, 81, rue des Haies (20e).

D. — Représentants des Associations et Syndicats médicaux. Membres titulaires : MM. les docteurs Mousson-Lanauze, 3 *bis*, place de la Tourelle, Saint-Mandé (Seine) ; de Sèze, 76, rue de Seine (6e).

Membres suppléants : MM. les docteurs Fanton d'Andon, 1, rue des Ecoles, Charenton-le-Pont (Seine) ; Lobligeois, 41, rue d'Amsterdam (8e).

E. — Représentants des Associations et Syndicats pharmaceutiques. Membres titulaires: MM. Guimond, 37, avenue Victor-Hugo, à Saint-Maur-des-Fossés (Seine) ; Bernard, boulevard de Versailles, à Suresnes (Seine).

Membres suppléants : MM. Beurton, 34, rue du Grenier-Saint-Lazare ; Descouraux, 1, place de la République.

Secrétaire de la 5e Commission, M. le Dr Mousson-Lanauze.

Ressort de la Commission. — A. — Arrondissements de Paris : 11e, 19e, 20e.

B. — Cantons : Aubervilliers, Pantin, Noisy-le-Sec, Saint-Maur, Montreuil, Vincennes, Nogent-sur-Marne, Charenton.

C. — Hôpitaux publics : Saint-Antoine, Tenon.

D. — Maisons de santé privées agréées par la Commission, situées dans les arrondissements ou localités ci-dessus.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Je suis installé ici depuis le 8 *mars* 1923. Entre autres points obscurs, pourquoi suis-je soumis à la taxe des poids et mesures ? Je ne suis pas propharmacien...

Au tableau E, je remarque un total de 66,67 dans une colonne, transformé dans la colonne voisine en 142,12...

Comme c'est la première fois que je paye des impôts, j'insiste un peu longuement, et en m'excusant de vous importuner.

Dr B.

Réponse.

Vous n'êtes pas redevable de la taxe des poids et mesures à moins que vous ne vendiez des médicaments. Pour obtenir la décharge de cette taxe, adresser une simple lettre au sous-préfet de l'arrondissement en lui joignant l'avertissement.

2° La somme de 66,67 est le principal fictif de patente (c'est-à-dire la base de l'impôt) qui multiplié par le centime le franc (taux de l'impôt) indiqué dans le tableau de gauche de l'avertissement donne la cotisation : 142,12.

3° L'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est exactement calculé. De même l'impôt général sur le revenu si vous êtes célibataire, âgé de moins de 30 ans.

La base de l'impôt : 9.000 fr. doit être le chiffre déclaré par vous.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2182. — Calcul d'impôt cédulaire sur le revenu.

1° Je reçois ce matin une feuille d'impôt sur les professions non commerciales et le relevé m'en paraît inexact.

Revenu imposable 10.620, impôt 260.64, réduction pour charge de famille 30 % (trois enfants non mariés) 260,64 — 78,19 = 182,45 à payer. Mon calcul donne un chiffre différent :

6.000 = 0 (moins de 500.000 habitants).
2.000 = 1.000
2.620 = 2.620

10.620 = 3.620 à 6 % = 217,20 *et non pas* 260,64.

Réduction de 30 % = 65 fr. 16.

Somme à payer 217,20 — 65,16 = 152,04.

SOIT 162,04 ET NON PAS 182,45.

Je vous serais reconnaissant de me dire si mon calcul est juste et dans ce cas comment il se fait qu'on me porte un chiffre supérieur. En cas d'erreur manifeste, que dois-je faire pour ne pas payer les trente francs qu'on me demande en plus, n'ayant rien payé encore.

L'an dernier, mon imposition correspondait exactement au calcul que je viens de faire.

2° La loi des finances votée en mars dernier prévoit pour l'impôt cédulaire sur les *traitements et salaires* des déductions de 3.000 francs, pour le contribuable marié et de 3.000 fr. par enfants de moins

de 18 ans. Ces réductions ne s'étendent-elles pas à l'impôt cédulaire sur les professions non commerciales (celui qui m'intéresse).

Il est vraisemblable que cette extension n'existe pas, car alors je n'aurais rien à payer étant marié et père de 3 enfants en bas âge.

Dr M.

Réponse.

1° Vous ne tenez pas compte, dans votre calcul des 2 décimes prévus par l'article 3 de la loi du 22 mars 1924.

Revenu imposable : 10.620.

6.000	0	
2.000	$\frac{1}{2}$	1.000
2.620	1	2.620
10.620		3.620

$$\frac{3.620 \times 7,20}{100} = 260\ 64$$

Réduction de 30 % 58 19

Reste.................. 182 45

Le calcul de l'avertissement est donc exact.

2° Les abattements à la base prévus pour l'impôt sur les salaires ne s'appliquent pas à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

2209. — Consultation de nuit entre confrères

J'ai encore recours à votre obligeance pour me dire quel tarif je dois appliquer dans le cas suivant.

Un blessé atteint d'écrasement du thorax avec gros hémothorax a été vu par moi en consultation avec un chirurgien à *minuit*.

Consultation avec confrère, art. 5........ 30 fr.
Consultation ou visite entre 21 h. et 6 h., art. 4.............................. 30 fr.

Dois-je compter l'un et l'autre, c'est-à-dire 90 fr. ou seulement l'un des deux.

30 fr. pour une visite avec consultation avec confrère à minuit me semble un peu maigre. D'autre part 90 fr. est peut être un peu beaucoup. Ni le chirurgien, ni moi ne sachons que réclamer.

Dr L.

Réponse.

J'ai déjà proposé plusieurs fois (avec acceptation des deux parties) de compter le prix de *cinq visites* dans le cas d'une consultation *de nuit* entre confrères. Vous en trouverez les raisons détaillées dans l'Agenda-Memento du *Concours* 1924, page 137.

F.D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le pneumothorax artificiel. Un point technique.

La stérilisation du gaz injecté dans la plèvre est d'une grande importance au cours de l'opération du pneumothorax artificiel, qu'il s'agisse d'oxygène, d'azote ou simplement d'air, la plèvre n'est pas indifférente au contact des micro-organismes véhiculés par ces gaz.

Les associations microbiennes ne jouent-elles pas, au cours de la tuberculose pulmonaire, un rôle néfaste bien connu de tous ? La plèvre du bacillaire en contact avec le tissu pulmonaire malade présente, en maints endroits, des réactions fluxionnaires locales, voire même des tubercules. Les microbes, importés par le gaz comprimant, augmentent la virulence des bacilles de Koch dont pullulent ces lésions. Et nombre de pleurésies consécutives au pneumothorax artificiel trouvent plutôt leur étiologie dans l'apport microbien que dans l'irritation produite par la compression de la séreuse.

Pour parer à cet inconvénient, nous employons, au moyen de l'appareil du professeur Jousset, qui s'y prête admirablement, le dispositif suivant :

L'appareil tout entier est stérilisé par des vapeurs de formol dégagées des comprimés disposés au fond de la boîte. L'air aspiré par le corps de pompe, au moment de l'opération, est récolté dans un tube en verre, au milieu de la flamme d'une forte lampe à alcool. En outre de son asepsie parfaite, cet air, pris dans la région la plus chaude de la flamme, est en grande partie débarrassé de son oxygène.

Nous injectons, de cette façon, de l'azote presque pur, desséché et totalement stérilisé.

Le petit appareil de Jousset simple, peu encombrant, permet ainsi la pratique du pneumothorax artificiel au lit du malade, et a l'avantage d'utiliser seulement l'azote de l'air débarrassé de son oxygène par la combustion.

NARICH.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 *septembre.*

Soins aux fonctionnaires coloniaux. — Par décret du 30 août, *la station thermale de Bagnoles-de-l'Orne est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement* dans les conditions prévues par les règlements spéciaux. La durée du traitement est fixée à 21 jours.

8 et 9 septembre.

Victimes civiles de la guerre. — Par décret du 7 septembre, *l'allocation de 7.000 fr.* (*3.500 fr.* pour les mineurs de 12 à 18 ans), prévue par le décret du 5 juillet 1924, est accordée *à partir du 1er janvier* 1924 *pour les invalides victimes civiles de la guerre* dont le droit à pension avec bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919, sera antérieur à ladite date.

10 septembre.

Pensions civiles et militaires. — Décret du 2 septembre 1924 portant *règlement d'administration publique en vue de l'exécution des dispositions de la loi du 14 avril* 1924 *sur la réforme des pensions civiles et militaires.*

Enseignement. — Une *session de l'examen institué spécialement peur les étudiants étrangers* originaires de pays où l'enseignement secondaire n'est pas organisé de façon équivalente à l'enseignement secondaire français et *qui demandent à s'inscrire dans les facultés et écoles d'enseignement supérieur*, s'ouvrira au siège de chaque université le mercredi 5 novembre 1924.

Ministère du Travail et de l'Hygiène. — Par suite de la réunion en un seul des ministères du Travail et de l'Hygiène, sont fusionnées les *Commissions instituées* dans chacun de ces deux Ministères en vue de procéder à *l'étude de la revision générale des cadres ainsi que des simplifications de service et des réductions de personnel.*

Sont nommés membres de cette commission, notamment : MM. le Dr Camus, membre de l'Académie de médecine ; le Dr Durand-Fardel, membre de la Commission permanente des Stations minérales et climatiques ; Roussel, directeur de l'administration générale, de la Mutualité et de la Prévoyance sociale ; Valadier, directeur des retraites et des assurances sociales ; Sumien, directeur du Contrôle des assurances privées ; Le Beau, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ; Rondel, inspecteur général des services administratifs.

11 septembre.

Armée. — Par décret du 30 août 1924, est créé un *corps d'officiers de complément à titre étranger*, dans lequel pourront entrer les étrangers ayant servi dans l'armée française, sur leur demande adressée au Ministre de la Guerre, qui proposera leur nomination après enquête et avis du Ministre des Affaires étrangères.

Les officiers de complément à titre étranger figureront sur les contrôles de la Légion étrangère. Ils pourront accéder aux grades de lieutenant et capitaine.

14 septembre.

Brevet d'infirmières. — *Arrêté établissant les*

programmes types des prochains examens d'Etat pour l'obtention du brevet d'infirmière.

(Sera publié ultérieurement.)

Arrêté approuvant des règlements d'écoles d'infirmières hospitalières ou de massage.

(Sera publié ultérieurement.)

Composition du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

Protection maternelle et infantile. — Arrêté ministériel du 29 juillet 1924, créant au centre d'hébergement du boulevard Jourdan, n° 48, à Paris, une *Commission de protection maternelle et infantile*, qui sera chargée d'assurer la répartition entre les intéressés de subventions, dons en espèces et en nature, accordés soit par l'administration, soit par des œuvres ou personnalités privées, en vue de lutter contre la mortalité infantile.

15 *et* 16 *septembre* 1924.

Enseignement de la médecine. — L'ouverture du *concours pour l'obtention des bourses de doctorat* en médecine aura lieu au siège des facultés le lundi 27 octobre 1924.

Les candidats s'inscriront au Secrétariat de la Faculté près de laquelle ils désirent poursuivre leurs études.

Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre à 16 heures.

Conditions d'admission à concourir et nature des épreuves.

Sont admis à concourir :

A. — *Ancien régime d'études.*

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. — *Nouveau régime d'études.*

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptinos qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'ana-

tomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie.

b) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions ;

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions :

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N.B. — Pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalautéat et de 80 points au moins audit certificat ;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

VARIÉTÉS

A l'occasion de la poursuite et de la condamnation (1) pour exercice illégal du père Benoist, un folliculaire d'Amiens publia, dans le *Journal d'Amiens* du 20 mars 1924, l'apologue suivant :

Les Médecins et le Guérisseur

APOLOGUE

Tout malade, client volage,
Va d'instinct à qui le soulage.
Un Guérisseur semait les plantes sous ses pas,
D'un éclair de sa loupe écartait le trépas.
Aux plus abandonnés il rendait l'espérance.

Or nos docteurs n'aiment pas
De semblable concurrence.
Ils s'émeuvent. Et voilà tout en branlebas.
Oncques ne vis pareils sabbats !
La loi va fulminer et s'entr'ouvre la serre
De l'agent et du commissaire.
Le guérisseur est (fin régal)
Pris en exercice illégal
De sacro-sainte médecine.
Sur son sort chacun vaticine,
Un tolle remplit l'officine

Où de coûteuses mains préparent le sirop..
Herboristes en chœur de s'écrier : « Haro »
Sur ce curieux numéro
Qui ne sait même pas son latin de cuisine.
Quoi ! Sans diplôme officiel
Un vannier ferait choir du ciel
Le baume providentiel
Sur tous ces moutons de Panurge !
Même, aux malades indigents
Il aurait donné de l'argent !
Et l'on dédaignerait le clystère et la purge
Pour la bourdaine, la consoude ou le blé noir !
Un tel bélitre aurait ce secret, ce pouvoir !
Sot qui peut le prétendre !...
On le lui fit bien voir

Aux juges de punir ce mal, cette hérésie.
Dame Justice alors de se mouvoir.
La porte est condamnée et la loupe saisie.
On accuse les doigts cléments
De s'être refermés sur trop d'émoluments,
Cependant que cessant leurs traînantes ballades
Chez le Guérisseur, les malades
Clament sévères, mécontents :
« Qu'on nous fasse entonner du vélar ou du seigle,
« Du camphre ou de l'orviétan
« Qu'importe si nous vient le temps
« Du mieux que notre espoir attend !
« Tout médecin n'est pas un aigle,
« Tout rebouteur un charlatan ! »

MORALE

Docteurs, si vous ne voulez pas
Que des guérisseurs l'on profite,
Soignez bien et soulagez vite :
La confiance est le plus sûr de vos appâts !

Gaston CHANTRIEUX.

***

La repartie ne se fit pas attendre. Quatre jours plus tard, le même journal publiait la vigoureuse et flagellante satire suivante, de notre confrère le Dr Dournay :

VIVE BENOIT

Vive Benoit... vive l'incompétence !
Qu'importe le savoir ?... Saluons l'ignorance !
Pour guérir, rien ne sert d'étudier avec soin
L'art de lutter contre la maladie,
Et pour rimer, point n'est besoin
De travailler la prosodie !...

Vive Benoit... Chantons tous à la ronde !...
Désormais tout ira beaucoup mieux dans le monde
L'âge d'or reparaît sur le vieil univers...
Le juge jugera sans le code, en brave homme,
On saura tout d'instinct... comme autrefois en [somme
Quand les bouviers parlaient en vers !...

Vive Benoit . . . foin de l'étude ! . . .
Pour créer un moteur, c'est une turpitude
Qu'il faille être ingénieur, . . maintenant l'on va voir
Des gens qui, sans travail, connaîtront toute chose,
Et Monsieur Chantrieux écrira de la prose
Comme autrefois, ... sans le savoir.

Vive Benoit . . . Lui seul connaît les plantes
Médecins mes amis . . . ô tristes sycophantes
N'auscultez plus ! . . . Regardez dans les yeux ; ! . . .
Oubliez l'aloès, prescrivez la bourdaine,
Lâchez la digitale, ordonnez la verveine
Et le chardon béni aux rimeurs trop fielleux ! . . .

Et vous tous, étudiants, dans les laboratoires
Laissez là le scalpel ! . . . Plantez là vos grimoires ! . . .
Quoi ! . . . L'Etat vous demande, ô futurs médecins,
D'étudier, à grands frais, les lois de la clinique
Il vous faudra savoir votre thérapeutique ! . . .
Mais l'on vous abrutit par tous ces examens ! . . .

Vous êtes idiots . . . bons à payer patente ! . . .
Vous ne savez donc pas que l'on naît guérisseur.
On devient avocat . . . ou téméraire auteur, . .
L'art de guérir les gens, au contraire, s'invente,
On a ça dans le sang, ou bien on ne l'a pas, . .
Mais quand on l'a, on l'a, et ce sont « des appâts ».

Et toi, pauvre malade, ô victime innocente
Qui gémiras demain pour avoir trop tardé
A prendre le remède énergique, ou tremblé
Devant le bistouri . . . Va voir, si ça te chante,
Un guérisseur . . . Benoit . . . ou bien un charcu- [tier,
Consulte un architecte, un devin, une affiche,
Ou prends tout simplement l'avis de ton laitier,
Le corps des médecins, royalement, s'en fiche ! . .
Si tu guéris, tant mieux ! . . , il n'en est pas jaloux, . .
Mais si demain, ce soir, cette nuit, à l'aurore,
Dans l'angoisse ou l'horreur, tu fais appel à nous,
Si, quand la Mort t'attend, tu veux, pour vivre encore,
Qu'un médecin se penche anxieux sur ta bouche,
Va, ne crains rien, . . Tu peux appeler au secours ! . . .
Il viendra . . . Tu le sais . . . Car ils viennent toujours !
Et un dernier regard verra, près de ta couche,
Quel que soit ton état, quel que soit ton tourment,
Que tu sois riche ou pauvre, ou laid ou dégoûtant,
Contagieux, ignoble, affreux, horrible à voir, . .
Un médecin venu pour faire son devoir . . . .

Dr Dournay.

Quarante-sixième année — N° 40 — 5 Octobre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2270-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr N., la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 450. — Post. méd. à céd. en Dordogne, rapp. 43.000 touch., pays agr., sur gr. ligne, à prox. Bordeaux ; mais. à louer avec gr. jard.

N° 451. — Conf. dés. acq. client. demi-rep. banl. Paris.

N° 452. — Vienne. Urg. Pte-proph. rapp. 45.000 touch. belle mais. 15 kil. gr. ville, pas de s.-f., à céd. imm. Ind. 20.000, y comp. phar. dt. moit. compt.

N° 453. — Le Cannet (Alpes-Mar.), Dr Daniel, tél, 38, Cure climat. pour tout conval. non cont. nerv., surmenés bronches délic. rhumatis. etc. Tout confort, tous traittem. Climat le plus doux, site le plus beau de la côte.

N° 454. — A vend. accus. Dinin pour 10 CV Citroen, neufs, chargés sans liquide. Prix avant. Dr Herlemont, Caudry (Nord).

N° 455. — Amélie-les-Bains. Spécial. des voies respir. marié, offre pour l'hiv. à jne f. ou jne fille conval. non contag. ay bes. Midi, chamb. spac. donn. sur gr. jardin ensol. Clim. doux, sec, const. Prix modér. surv. médic. et soins compr. Ec. Dr Alardo, Villa André, Amélie-les-Bains. (P.-Or.).

N° 456. — Dr ay. gr. poste camp. voul. s'inst. Paris ou banl. imm. dés. entr. en rel. avec conf. Paris. qui voud. céd. client. méd. génér. 50.000 minimum. Demand. délai 3 à 4 mois pr. cess. de son propre poste. Ec. Henry, 47, r. St-Ferdinand, XVIIe, qui fera suivre.

N° 457. — Ouest. Bords de la Loire, Bon poste à céd. Belle mais. jard. dépend. Pour rens. s'ad. Tribot, 32, passage Vivienne, Paris.

N° 458. — A céd. en Normandie tr. anc. poste, tr gros prod. beau rayon, fix. import. méd. du ch. de fer client. fac., jol. contrée. S'adr. : Breitel et Goret, 1, rue Dante, 5e.

N° 459. — Cab. spéc. et méd. génér. à céd. Paris, quart. centr., tr. gr. appart. S'adresser : Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e.

N° 460. — Salon Louis XV tr. bon ét. à céd. conv. à jne doct. s'inst. S'adr. Dr Poissenot, 28, rue des Boulets XIe.

La Journée du Concours Médical est fixée au Dimanche 16 Novembre.

Dîner à 7 h. 1/2 chez Marguery, Boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Lit mécanique improvisé

Lorsqu'au cours d'une maladie de longue durée, le médecin vient à parler d'installer un lit mécanique, quels que soient les résultats escomptés, il engage la famille à une grosse dépense.

Ne pourrait-on pas remplacer un lit mécanique d'un achat très coûteux ou d'une location très onéreuse. par une installation plus simple, susceptible de fournir des avantages identiques ?

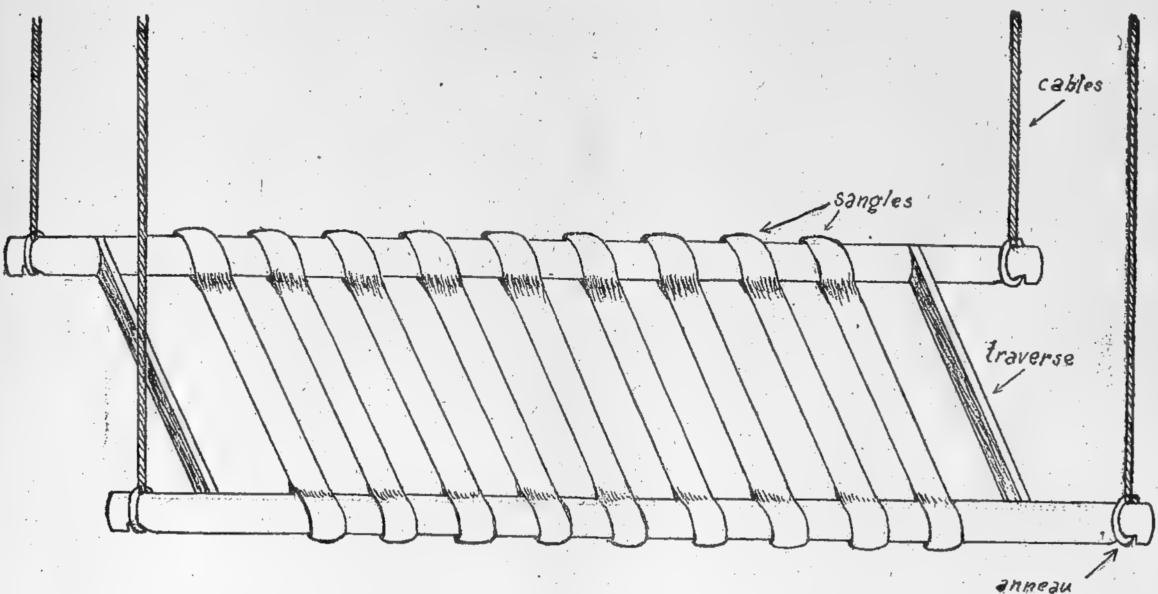
Le principe de tout lit mécanique est basé sur la suspension du brancard, support mobile, par des engrenages commandés par une manivelle. Nous croyons que le cadre métallique et mobile peut être remplacé par un cadre en bois dur, et que la suspension compliquée peut être simplifiée avantageusement par un dispositif, dont le seul tort est de demander deux aides au moment des manœuvres du brancard-cadre.

Nous ferons donc construire un brancard dont les dimensions seront inférieures au lit du malade, mais supérieures au corps du patient. Ce brancard se compose de deux hampes de bois dur dont les extrémités présentent une dépression à leur face inférieure pour recevoir un anneau métallique nécessaire à la suspension. Aux extrémités du brancard (pieds et tête) une traverse de bois pour rendre notre brancard rigoureusement inextensible et constituer un véritable cadre en bois.

Des sangles identiques à celles qui servent aux tapissiers pour des fauteuils, sangles de 10 centimètres de large au moins, coulissant facilement dans les hampes du brancard sont fixées ; elles constituent la base sur laquelle reposera le malade. On laissera entre chaque sangle un espace de 5 à 10 centimètres suivant les cas, chaque sangle pouvant être avancée ou reculée de cette quantité au gré du médecin.

Tout notre appareillage repose sur un lit

ordinaire sans aucun autre préparatif ; le brancard cadre est recouvert d'un drap de lit sur lequel repose directement le malade. Aucune dureté, puisqu'il n'y a rien de rigide, ni de métal-



lique ; la traverse de la tête est cachée par le traversin, celle des pieds sert de butoir pour ces derniers. Les malades à qui nous avons adapté cet appareillage élémentaire ne se sont plaints d'aucune douleur ; ils n'avaient pas l'impression de coucher sur un cadre.

Reste la question de suspension, plus délicate à résoudre. Nous fixerons au plafond 4 vis solides, d'où partiront 4 câbles longs de 1 m. 50 environ. Ces câbles se termineront par un anneau métallique d'un diamètre plus grand que celui des hampes. La longueur des câbles sera réglée

pour être rigoureusement égale entre eux. On pourrait comparer cet appareillage aux agrès de gymnastique suspendus à un portique.

Une précaution s'impose : s'assurer de la solidité des 4 points de suspension, en fixant à chacun d'eux un poids supérieur d'un quart à celui du malade et du brancard.

Lorsque le malade n'est pas suspendu, on peut écarter les quatre câbles qui gênent en les nouant entre eux, en accrochant l'anneau au plafond, par exemple.

Comment suspendre le malade ? Deux personnes sont nécessaires ; après avoir retiré le traversin et récliné le drap aux pieds et à la tête, elles élèvent simultanément le brancard et s'efforcent de passer les anneaux dans les hampes du brancard et de les fixer dans la concavité pratiquée exprès à la face inférieure des hampes.

Au bout de quelques essais, deux personnes suffisent pour faire coulisser les anneaux dans les hampes sans secousses pour le patient.

On remetira en place le traversin, et le malade pourra rester suspendu plusieurs heures, pendant lesquelles coulissant les sangles nécessaires, on pourra faire les pansements du dos s'il y a lieu.

Notre brancard cadre présente un avantage de plus que les lits mécaniques, c'est sa mobilité. Nous avons eu à nous en servir récemment pour une coxalgie à qui les bains de soleil étaient nécessaires. Notre brancard est régulièrement transporté dehors sur un simple matelas pour le plus grand bien de la malade qui guérit.

Signalons enfin qu'à la campagne, tout menuisier pourrait confectionner cet appareil, avantage qui n'est pas à dédaigner.

Dr J. Imbert,
Dortan (Ain).

CORRESPONDANCE

2347. — Accident survenu à un apprenti.

Un apprenti, non payé, et pour lequel aucune prime d'assurance n'est versée, est blessé dans l'atelier patronal au cours du travail.

La compagnie d'assurances décline toute responsabilité pour les motifs ci-dessus énoncés.

Le patron est-il responsable ? A qui les médecins doivent-ils s'adresser pour leurs honoraires ?

Dr M.

Réponse.

Les apprentis ne touchant aucun salaire sont couverts par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail au même titre que les ouvriers ; l'article 8 de la loi dispose en effet que « le salaire qui servira de base à la fixation de l'in-

demnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de seize ans ou à l'apprenti victime d'un accident, ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie, occupés dans l'entreprise ».

Il est donc hors de doute que l'apprenti victime de l'accident a droit aux indemnités prévues par la loi, et que les médecins qui l'ont soigné ont action directe contre le chef d'entreprise en paiement de leurs honoraires.

Le fait que le patron n'avait pas assuré son apprenti ne fait aucunement obstacle à l'exercice de l'action par les médecins. Si la Compagnie est fondée, par suite de ce défaut d'assurance, à refuser de régler le sinistre, il ne faut pas oublier que jamais l'assurance n'est la débitrice du médecin avec lequel elle n'a aucun lien de droit : c'est le patron qui est seul responsable, et c'est lui seul que le médecin peut et doit poursuivre.

Nous vous rappelons que la demande en paiement d'honoraires en matière d'accident du travail doit être portée devant le juge de paix du lieu de l'accident et que le procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

2330. — Prorogation de bail.

Je vous serais extrêmement obligé de bien vouloir me dire si les lois nouvelles au sujet de la propriété commerciale nous touchent. Je jouis d'un bail écrit 3-6-9, échu, sous bénéfice du délai jusqu'en janvier 1926.

Or, je lis aujourd'hui dans l'*Information* que, pour obliger votre propriétaire à vous accorder un nouveau bail, il faut le lui signifier 18 mois à 24 mois avant l'expiration. Cette loi paraissant aujourd'hui, il n'y a pas 18 mois d'ici janvier 1926.

Je vous serais très obligé de bien vouloir m'éclairer.

Mon bail avec prorogation expire le 1er novembre 1925 : dois-je signifier à mon propriétaire que j'entends bénéficier de la loi du 2 août 1924 et rester dans ma maison jusqu'au 1er janvier 1926 ?

Dr T.

Réponse.

La loi dite « sur la propriété commerciale » n'a pas encore été votée par le Parlement, ses dispositions ne sont donc pas encore arrêtées définitivement. Quoiqu'il en soit, le texte actuellement soumis aux délibérations du Sénat n'est pas applicable aux médecins, ni aux autres professions libérales. Il se peut que le domaine d'application de la loi soit étendu au cours de la présente législature, mais évidemment, nous ne pouvons vous donner aucune assurance à ce sujet.

Bien qu'il n'y ait qu'un délai de deux mois

entre l'échéance de votre prorogation et la limite d'application des lois du 29 décembre 1923 et 2 août 1924, vous devez, pour éviter toute surprise et toute forclusion qui pourrait vous nuire au cas où une nouvelle loi sur les loyers serait votée, demander une nouvelle prorogation à votre propriétaire, trois mois au moins avant l'échéance de votre prorogation actuellement en cours, par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. Dans votre notification, vous devrez faire connaître la majoration de loyer que vous proposez et, à défaut d'entente, l'augmentation sera arbitrée par le juge de paix si votre loyer ne dépasse 1.000 frs., et par le tribunal civil, dans le cas contraire.

2388. — Honoraires pour contre-visite d'un accident du travail.

Quels sont les honoraires que l'on doit demander à une compagnie d'assurances qui vous charge de contre-visiter un blessé soigné par un confrère ?

Dr R.

Réponse.

Il n'existe pas de tarif pour les contre-visites demandées par les compagnies d'assurances ; chaque médecin est libre de demander les honoraires qu'il estime lui être dus. Le tarif Breton en effet ne concerne que les honoraires du médecin traitant du blessé.

Dans ces conditions, nous ne pouvons vous dire exactement ce qu'il convient de demander : tout dépend de votre appréciation ou des usages locaux. Toutefois une somme de 30 à 40 francs nous paraît être une juste rémunération.

2333. — Rechute d'accident du travail.

Un ouvrier se blesse en mai dernier. Plaie contuse de la région épicondylienne de l'avant-bras. Guérison en 3 semaines environ. Je reçois la visite hier de cet ouvrier : sur la cicatrice se développent deux chéloïdes. Je vais les faire traiter par l'électrolyse.

Pouvons-nous demander à la compagnie d'assurance de payer les frais de cette suite éloignée que je ne pouvais prévoir ?

Dr J.

Réponse.

La Cour de Cassation a jugé que, dès lors qu'un ouvrier blessé du travail avait repris son travail et qu'il y avait eu règlement de l'indemnité temporaire, il ne pouvait être recouru, en cas de rechute, qu'à la procédure de revision.

Comme la procédure de revision ne prévoit que le cas d'incapacité permanente, il semblait que le blessé ne pouvait réclamer, en cas de re-

chute, ni le demi-salaire, ni les frais médicaux. Mais diverses décisions judiciaires, notamment des jugements du tribunal civil de la Seine, 9e chambre, des 19 octobre 1923, 6 décembre 1923 et 8 février 1924, ont admis que le principe d'après lequel la consolidation de la blessure fixe la date à laquelle doit s'arrêter le droit au demi-salaire n'est pas si absolu qu'il ne puisse comporter d'exception ; il en serait de même des frais médicaux, qui sont un complément du demi-salaire.

Vous pourriez donc demander à la compagnie d'assurances, comme vous y aviez pensé, qu'elle s'engage à payer les frais médicaux nécessaires pour le traitement des chéloïdes. Mais, si elle s'y refuse, il sera peut-être difficile de l'y contraindre, étant donné que la jurisprudence que nous venons de vous citer est encore peu assise. Pour entraîner le consentement de la compagnie, il faudrait pouvoir lui faire envisager, en cas de défaut de soins, la possibilité d'une complication susceptible d'occasionner une incapacité permanente partielle.

2343. — Exemptions du service militaire.

Vous m'obligeriez beaucoup et rendriez service à une de mes clientes en m'indiquant par voie du journal ou par réponse personnelle le renseignement suivant :

Y a-t-il une disposition légale dans la loi sur le recrutement permettant à un fils unique de veuve infirme (ostéo-arthrite de la main gauche, d'origine bacillaire), indigente et sans ressource aucune, de ne faire qu'un an de service militaire au lieu des 18 mois règlementaires.

Si oui, quelles sont les démarches à faire ?

Dr J.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 1er avril 1922 sur le recrutement de l'armée, hors le cas d'incapacité physique absolue, le service militaire ne comporte aucune autre exemption que celles prévues en faveur du fils aîné d'une famille de cinq enfants ou de ses frères, si lui-même n'a pas profité de cette disposition.

L'infirmité ou l'indigence de la mère d'un appelé ne le fait donc bénéficier d'aucune exemption de service.

2356. — Droit aux allocations d'ascendents de victimes de la guerre. Exonération de l'impôt sur le revenu.

1° Est-il exact qu'on ne puisse toucher une pension d'ascendant de 800 fr. (pour fils mort à la guerre) si on est assujetti à l'impôt sur le revenu ?

2° Au sujet de cet impôt sur le revenu, faut-il comprendre dans les revenus des valeurs mobilières (les Bons de la défense nationale en étant exclus), les coupons des bons du Trésor à 5 ou 6 ans ou 9 ans, ainsi que les coupons des obligations de la Défense nationale sexennales ou décennales, ces deux sortes de valeurs paraissant assimilables aux bons de la Défense nationale ?

Dr N.

Réponse.

1° Il est exact que, pour avoir droit à une allocation, les ascendants d'un militaire ou marin mort pour la France doivent justifier, notamment, qu'ils ne sont pas inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu (article 28, 3°, de la loi du 31 mars 1919).

2° Seuls, les intérêts des Bons du Trésor et de la Défense nationale à échéance d'un an au plus ne rentrent pas en compte pour la détermination des sommes passibles de l'impôt général sur le revenu (loi du 13 mars 1924).

Par contre, les intérêts des bons à échéance de plusieurs années ne sont exempts que de l'impôt cédulaire sur le revenu des valeurs mobilières, mais non de l'impôt général sur le revenu.

2355. — Revision de la puissance d'une automobile en vue de l'impôt.

J'ai lu dans le *Concours médical* (n° du 3 août 1924, page LI-1855) une réponse ministérielle à une question d'un député au sujet de la fixation des nouveaux droits sur les automobiles. Or, je possède une voiturette Renault (type AX) pour laquelle j'ai toujours payé pour 8 chevaux, mais qui, d'après la nouvelle formule officielle des mines ne doit être taxée que pour 5 chevaux et une fraction (pas tout à fait 6 chevaux). J'ai donc adressé à l'ingénieur en chef de mon département minéralogique une demande en rectification de puissance, et il m'a répondu que ce n'était pas à lui qu'il fallait que je m'adresse, mais au service des Mines qui a reçu le type des voitures Renault dont il s'agit (c'est-à-dire Paris) « qui est seul qualifié pour modifier, s'il y a lieu, la puissance attribuée aux véhicules de ce type ».

Faut-il donc que, pour me faire dégrever de l'impôt sur 2 chevaux (72 fr.), je fasse les démarches nécessaires pour faire modifier officiellement la puissance de toute une série de voitures et que je me substitue pour cela à la maison Renault ?

N'y aurait-il pas un moyen plus simple d'arriver au but ?

Dr M.

Réponse.

Pour faire modifier la puissance de votre voi-

(*Voir la suite page XLVII-2317*)

PROPOS DU JOUR

Les questions d'hygiène les plus banales bien que les plus importantes sont-elles les plus difficiles à résoudre ?

Avons-nous toujours de la peste à Paris ? — Les chiffonniers. — La propriété et l'alimentation. — Villes. — Lieux de villégiatures. — Villes d'Eaux. — Les nouvelles agglomérations. — Les lotissements. — Les régressions de la civilisation. — La proie et l'ombre.

Nous avons reçu une lettre d'un de nos lecteurs, au sujet de notre article sur la belle conférence de M. le Dr Joltrain aux Journées médicales de Bruxelles. M. le Dr Joltrain avait conté l'histoire de la petite épidémie de peste qui régna à Paris vers 1920.

« Vous croyez sans doute que la peste à Paris a disparu depuis, nous écrit notre correspondant. Détrompez-vous, il y a et il y a toujours eu de la peste à Paris depuis 1920, et je puis vous affirmer que l'on en soignait encore quelques cas récemment à l'hôpital Claude-Bernard. Vous savez qu'il y a deux mois environ, le Ministre, M. Justin Godart, a visité à Saint-Ouen une colonie de chiffonniers. Les journaux en ont donné un compte rendu émouvant. Le Ministre avait tenu à donner aux « biffins » une preuve de sympathie. Il désirait s'enquérir s'il n'y avait pas moyen d'améliorer les conditions d'existence de ces braves gens. Je ne doute pas des bonnes intentions de M. Justin Godart, ni du sincère désir qu'a ce ministre démocrate de veiller à la santé de ses administrés les plus infimes. Mais si M. le Ministre a choisi St-Ouen et son quartier de chiffonniers pour commencer en quelque sorte une tournée d'inspection sanitaire, c'est parce qu'il y a là un foyer permanent de peste que l'on n'est pas parvenu à éteindre depuis plusieurs années ».

Nous ne savons pas à quelles sources notre lecteur qui est très affirmatif, a puisé ces renseignements, mais ce qu'il nous apprend ne nous paraît nullement improbable. Le contraire nous étonnerait plutôt. Nous avons de la peste à Paris, cela ne nous paraît pas douteux, et, si elle ne fait pas plus de ravages, c'est que sans doute la virulence de la maladie s'est fortement atténuée et que l'amélioration générale du bien-être (alimentation, repos, propreté individuelle) empêche le développement du terrible bacille.

Cependant, quand on réfléchit à toutes les sources banales de contagion qui existent un peu partout dans notre pays, sources qu'il serait facile de tarir par de simples mesures de police municipale, on est stupéfait de constater que toutes les maladies transmissibles aient une tendance à s'atténuer et même à disparaître.

M. le Ministre Justin Godart a rendu visite aux taudis des chiffonniers de Saint-Ouen. Il s'est rendu compte des amas d'ordures de toutes sortes qu'ils accumulent et mettent en stock souvent dans les locaux mêmes qu'ils habitent. N'est-il pas stupéfiant qu'en l'année 1924, où l'on a célébré le centenaire de la naissance de Pasteur, soit encore tolérée à Paris l'industrie des chiffonniers telle qu'elle se pratique ? N'est-il pas stupéfiant qu'à notre époque, où nous entendons tous les jours parler d'hygiène et de prophylaxie, où les Comités, les Ligues d'hygiène prétendue sociale, se multiplient, font du bruit comme mille et de l'ouvrage comme personne, il soit permis à Paris, tous les jours, dans chaque maison, en pleine rue, de vider les boîtes à ordures, d'en brasser le contenu, d'en extraire souvent les choses les plus dangereuses, les plus malpropres (linges et coton souillés, provenant parfois de pansements, vieux chiffons ayant parfois servi de vêtements à des malades, flacons souvent remplis de liquide innommable, papiers malpropres, os en putréfaction, etc., etc.), de les grouper, de les porter sans précautions à travers la ville avec des moyens de fortune et de les amener dans des taudis, des resserres qui, souvent, servent d'habitation ou qui, tout au moins, sont tout à fait à proximité de maisons surpeuplées. Les mouches, les vers, les rats, toutes sortes d'insectes transmetteurs d'agents pathogènes, pullulent dans ces stocks, et nous avons peine à comprendre que la tolérance de pareilles pratiques ne donne pas lieu à plus d'épidémies meurtrières.

On nous objectera qu'à Paris et dans sa banlieue, vivent 20.000 chiffonniers et qu'ils sont électeurs. Nous n'en disconvenons pas et nous ne désirons pas les priver de leurs moyens d'existence, ni leurs élus de leurs suffrages. Mais à une époque de règlementation à outrance, ne pourrait-on pas chercher à améliorer la profes-

sion de chiffonnier, que nous considérons comme la plus insalubre, et cela dans l'intérêt public et dans l'intérêt des chiffonniers eux-mêmes et de leur famille? Depuis bien près de 40 ans qu'un Préfet de la Seine, Poubelle, a immortalisé son nom en obligeant les Parisiens à réunir dans des récipients en métal leurs ordures ménagères, bien peu d'améliorations pratiques ont été réalisées dans ce petit mais très important chapitre de l'hygiène urbaine. Sans doute, l'automobilisme permet d'enlever plus rapidement les déchets, mais à quoi sert ce rapide enlèvement si, au préalable, on tolère leur dispersion ? Ne pourrait-on pas obliger les chiffonniers à faire leur tri dangereux dans des dépôts d'immondices, leur indiquer des locaux aménagés pour leur servir de resserre et exiger une désinfection, avant de permettre la vente et le transport de toutes ces matières utilisables ?

Ne serait-il pas prudent de s'assurer si tous ces débris, qui serviront souvent à la confection de tissus, de vêtements et de mille objets qui sont employés chaque jour dans la vie ménagère, ont été au préalable suffisamment désinfectés ou épurés ?

Puisque nous en sommes sur ce chapitre, nous pouvons nous étonner qu'aucune précaution ne soit prise pour éviter la contagion par les vêtements. Nous voyons tous les jours des ouvriers et ouvrières en chambre coudre et confectionner des vêtements, des complets pour enfants, des jouets, à côté de lits de malades atteints de tuberculose, de rougeole, de coqueluche, de scarlatine, de diphtérie. Souvent ces vêtements confectionnés sont déposés sur le lit même du malade avant d'être livrés aux Magasins. Voilà, certes, une cause de contamination qui a déjà été maintes fois signalée (même jadis par nous) et à laquelle nous ne croyons pas qu'on ait essayé de porter sérieusement remède.

A-t-on fait quelque chose pour la destruction des animaux porteurs de germes et de parasites et contre les parasites eux-mêmes ? Nos grandes villes, Paris en tête, sont infestées de rats. Chez nous, ils envahissent même les appartements privés. Est-on parvenu à en diminuer le nombre ? L'a-t-on même sérieusement tenté ?

Si les mouches sont moins nombreuses (et à leur disparition relative, nous attribuons une diminution notable des maladies transmissibles de l'enfance), ce n'est pas dû aux efforts que l'on a faits pour les détruire, mais bien à la suppression des fosses d'aisance par l'application du tout à l'égout et à la plus grande rareté des écuries et du crottin de cheval, du fait de la multiplication des véhicules automobiles.

Les viandes de boucherie, les fruits, les pâtisseries, les confiseries, le pain, etc. restent exposés devant les boutiques où on les vend et dans les marchés publics, aux souillures des mouches et aux poussières de la rue. Ne serait-il pas possible d'exiger leur mise à l'abri sous des cloches en verre ou à treillis, ou dans des vitrines closes ? Nous avons vu, dans certaines villes à l'étranger, et même, mais plus rarement, en France, des précautions prises spontanément par des commerçants, plus consciencieux et moins ignorants.

Quant aux poussières, que fait-on pour les supprimer ? Il suffit de sortir le matin pour voir secouer et exposer aux fenêtres, les draps de lit, les tapis, les descentes de lits ; une pluie fine de poussières suspectes tombe dans la rue; les plus ténues restent longtemps en suspension dans l'atmosphère et sont aspirées par les passants.

Qu'a-t-on fait pour supprimer dans la mesure du possible ces facteurs de contamination ? Prévoit-on, dans les nouvelles maisons d'habitation, des courettes spéciales pour secouer et brosser les tapis, avec des dispositifs permettant d'en laver les parois ? Il est des appareils à aspiration simples, relativement peu coûteux, d'un maniement facile, permettant d'aspirer les poussières et de supprimer le balayage et l'essuyage, qu'a-t-on fait pour en faciliter la vulgarisation ? Les Administrations publiques donnent-elles l'exemple de leur emploi ? En fait-on usage dans les ministères, dans les dépôts de documents, d'archives, dans les bureaux aux dossiers combien poussiéreux ? A-t-on seulement songé à en rendre l'emploi courant, sinon obligatoire, dans les hôpitaux ?

Allez un dimanche, l'après-midi, dans un musée fréquenté, le Louvre par exemple; si vous y restez quelques minutes, vous en sortirez suffoqué et couvert de poussière ? Prenez un autobus ou un tramway par un temps sec, vous ne saurez où vous asseoir et, si vous pénétrez dans une voiture à la station terminus, vous pourrez voir le conducteur zélé promenant sur les banquettes et les parois les lanières en laine d'une sorte de martinet et donner l'illusion de la propreté, en mettant en suspension les poussières.

Et les fumées ? et les gaz de combustion qui vicient horriblement l'air des rues ? Il suffit de monter à Montmartre par un temps clair pour

juger de l'épaisseur et de l'opacité du brouillard qui s'étend sur Paris.

Quant à l'intoxication par l'oxyde de carbone et les gaz de combustion, elle entre (nous en sommes absolument certain) pour une très grande part dans les maladies de la nutrition et les maladies nerveuses indéterminées qui sont de plus en plus fréquentes. Combien de nos malades se rétablissent en quelques jours, sans l'ombre de traitement, en quittant la ville et en allant respirer ailleurs un air plus pur ?

Nous ne parlons pas du bruit et des vibrations qui doivent influencer singulièrement les systèmes nerveux délicats de nombreux citadins, et augmentent le contingent de nos détraqués.

Nous ne signalons là, au hasard des idées qui nous passent par la tête, que les causes de contamination les plus importantes auxquelles on pourrait facilement et sans grands frais porter remède.

Ne pourrait-on pas encore exiger une désinfection, ou simplement un sérieux nettoyage humide, après chaque décès au moins dans la pièce qu'a occupé le malade ? Ne pourrait-on pas avoir les mêmes exigences pour les appartements où rentrent de nouveaux locataires, et pour les chambres d'hôtel et les villas dans les stations de villégiature et les villes d'eaux, après le départ de chaque client ? Serait-ce pousser bien loin l'exigence que de demander l'établissement du tout à l'égout dans les stations dites sanitaires ou thermales ? Nous en avons visité, il n'y a pas beaucoup d'années, où le tout à l'égout était remplacé par le tout à la rivière et où les W. C. rudimentaires aboutissaient à « nous n'avons pu savoir » quelles fosses d'aisances problématiques.

N'y aurait-il pas intérêt à ne pas parquer pour un traitement en commun dans des salles exiguës des malades dont certains sont indiscutablement contagieux ?

Nous avons lu récemment que l'on commençait à se préoccuper d'imposer, aux hommes d'affaires qui lotissent les grandes propriétés pour les transformer en agglomérations de maisons habitées, un plan préalable pour permettre d'amener d'abord de l'eau potable et de construire des égouts. Il en est bien temps quand, dans les banlieues des grandes cités, surtout des cités industrielles, de véritables villes ont brusquement surgi pour remédier à la crise des loyers. Mais là encore, mieux vaut tard que jamais.

Nous pourrions allonger indéfiniment cette énumération, parler des lieux publics : théâtres, magasins, concerts, cafés, restaurants avec leurs cuisines ; — des lavoirs et établissements de blanchissage ; — des gares, des wagons de chemin de fer ; — même de nos écoles dont les préaux sont parfois horriblement souillés par les réunions publiques, en période électorale, qu'on ne devrait jamais y tenir si l'hygiène scolaire était autre chose qu'une expression administrative. Mais en finirions-nous, si nous voulions tenter d'épuiser ce sujet ?

Nous ne voudrions pas affirmer qu'aucun progrès n'a été effectué depuis les siècles passés.

Nous devons constater cependant que des périodes de régression font suite souvent aux périodes de progrès ; que la civilisation est loin de suivre toujours une marche ascendante et continue.

Les archéologues qui ont fouillé le palais de Minos à Cnosse, en Crète, palais qui vraisemblablement a été construit plus de 2.000 ans avant notre ère, ont découvert un réseau de conduits et des locaux hygiéniques qui prouvent que le tout à l'égout y était ingénieusement appliqué. La Reine de Cnosse, avait donc à sa disposition des commodités que n'a jamais connues la Reine de France à Versailles, sous le règne du Grand Roi, si cher à M. Louis Bertrand.

A notre époque, constatons-le encore avec regret, nos savants hygiénistes prennent leur tâche à rebours. Ils parlent beaucoup, légifèrent et règlementent souvent, mais agissent rarement avec efficacité.

Ils s'attaquent aux difficultés de telle façon qu'elles deviennent insurmontables, quand, en solutionnant les questions les plus terre à terre, les plus simples, les plus communes, les plus banales, ils obtiendraient bien d'autres résultats. Mais cette besogne efficace serait trop simple et trop peu glorieuse. Ils préfèrent poursuivre des chimères, lâcher la proie pour l'ombre.

> Chacun se trompe ici-bas :
> On voit courir après l'ombre
> Tant de fous, qu'on n'en sait pas
> La plupart du temps le nombre.
> Au chien dont parle Esope il faut les renvoyer.
>
> Ce chien voyant sa proie en l'eau représentée
> La quitta pour l'image et pensa se noyer.
> La rivière devint tout d'un coup agitée ;
> A toute peine il regagna les bords,
> Et n'eut ni l'ombre ni le corps.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE MINÉRAL DU NOURRISSON

Rachitisme et Spasmophilie,

Par P. Rohmer,

Professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'étroite parenté qui existe, du point de vue pathogénique et thérapeutique, entre le rachitisme et cette catégorie de convulsions du premier âge qu'on désigne sous le nom de spasmophilie, nous permet de traiter dans la même leçon ces deux maladies, dont les manifestations cliniques sont pourtant si différentes. Nous étudierons d'abord séparément l'image clinique de chacune d'elles ; pour ce qui concerne la pathogénie et surtout le traitement, nous verrons qu'elles ont tant de points de contact, qu'une discussion en commun nous évitera des redites inutiles.

Rachitisme.

Le rachitisme se présente en première ligne comme une altération du processus normal d'ossification. Tout le système osseux en est atteint, mais avec prédominance aux différents segments osseux selon les diverses époques de l'âge de l'enfant.

A l'âge de 3 à 4 mois, si la maladie débute déjà à cette époque, le rachitisme osseux se manifeste sous la forme de crâniotabès. On comprend par là le ramollissement caractéristique des os crâniens, dont il faut chercher les premiers débuts au niveau des fontanelles latérales postérieures et de la suture lambdoïde. Les bords osseux se ramollissent et cèdent à la pression du doigt explorateur. Ce processus remonte le long de la suture sagittale jusqu'à la grande fontanelle, qui s'élargit et prend des contours flous et difficiles à préciser. Très souvent, le crâniotabès s'étend aussi aux autres sutures, et l'on rencontre également des plaques de ramollissement dans leur voisinage. Quelquefois des parties étendues du crâne, surtout dans la région occipitale, ont perdu presque tout leur tissu osseux et donnent, quand on soulève la tête des enfants, l'impression d'une enveloppe membraneuse ou parcheminée.

La fermeture des fontanelles et des sutures est considérableemeBt retardée.

Peu à peu, il s'y ajoute une proéminence très marquée des bosses frontales et pariétales, et il résulte de l'ensemble de ces deux processus pathologiques, les diverses déformations du crâne, qu'il est inutile d'énumérer ici.

Je passe rapidement sur les autres manifestations osseuses, qui vous sont trop connues pour nous arrêter ici :

Dentition retardée et irrégulière, dystrophies dentaires, maxillaire inférieur aplati, voûte palatine en ogive, sillon horizontal sous-mammaire et gouttière verticale axillaire du thorax, avec poitrine de poulet, déformation de la colonne vertébrale, tuméfaction des côtes aux points de jonction ostéo-cartilagineuse, et tuméfactions des os longs dans la région épiphysaire (« chapelet rachitique », « membres noués »), déformation et incurvations des diaphyses ainsi que du bassin et, si la maladie est très prononcée, nanisme rachitique.

Souvent ces lésions osseuses sont accompagnées de phénomènes généraux tels que : sueurs, générales ou localisées à la tête, hypotonie musculaire, gros ventre flasque, hypertrophie de la rate, pâleur et anémie vraie, hydrocéphalie, asthénie et cachexie.

Anatomiquement, le processus rachitique est caractérisé par une défectuosité de l'ossification ; tandis que la résorption osseuse lacunaire et l'halistérèse sont très intenses, la formation du nouveau tissu osseux ne se fait que très imparfaitement. Nous voyons partout des trabécules osseux amincis et raréfiés, entourés de larges zones de tissu ostéoïde, qui ne se calcifie pas. Au niveau du cartilage interdiaphyso-épiphysaire, il y a une succession irrégulière et un enchevêtrement des différentes couches dans lesquelles se fait la croissance de l'os ; on constate une prolifération trop intense et irrégulière de la zone cartilagineuse (d'où résulte le renflement des épiphyses) ; dans la zone chondro-calcaire, qui suit la zone chondroïde, la calcification manque plus ou moins complètement ; dans la zone suivante — la zone spongieuse, — il y a une vascularisation trop abondante avec production irrégulière du

tissu ostéoïde, mais qui ne se transforme pas en tissu osseux.

A travers les aspects variés que prend le processus rachitique suivant sa localisation, nous rencontrons donc toujours le même trouble primordial : les différentes phases de l'ossification se poursuivent plus ou moins normalement jusqu'au moment où le tissu ostéoïde, s'imprégnant de substances calcaires, doit devenir du tissu osseux. Cette dernière étape ne se fait pas.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de cette maladie qui, atteignant, dans nos régions, au-delà de la moitié de tous les enfants, les affaiblit et les prive de leur résistance aux maladies infectieuses de cet âge, et parmi lesquelles le broncho-pneumonie notamment fait d'innombrables victimes, sans parler des déformations squelettiques qui peuvent persister pendant la vie entière ;!

Parmi les facteurs *étiologiques*, il faut souligner en première ligne la disposition héréditaire. L'influence de l'alimentation (suralimentation !) et des troubles alimentaires chroniques est universellement reconnue ; l'allaitement au sein, ou bien protège complètement contre le rachitisme, ou, du moins, l'atténue considérablement. La naissance prématurée et la débilité congénitale créent une très forte prédisposition à cette affection qui, chez ces enfants, peut faire son apparition dès les premières semaines. En quatrième ligne, il faut citer l'hygiène défectueuse de l'habitation, le manque de soins, d'air et de soleil ; nous reviendrons sur ce dernier point tout à l'heure. Certains auteurs insistent aussi sur l'importance étiologique des maladies infectieuses répétées ou chroniques et, en particulier, de la syphilis ; personnellement, je n'ai pas rencontré une prédominance de cette dernière maladie chez nos rachitiques, et je ne puis lui reconnaître aucun rôle tant soit peu prépondérant parmi les facteurs étiologiques qui prédisposent au rachitisme.

Spasmophilie.

Quittons un instant le rachitisme pour l'autre affection qui fait le sujet de cette leçon, et qu'on appelle la *spasmophilie* ou *tétanie*. Cette maladie est caractérisée par un état pathologique qui consiste dans une disposition particulière des enfants aux convulsions. Vous savez qu'il existe chez le nourrisson une disposition *physiologique* aux convulsions ; celles-ci sont facilement déclanchées, à cet âge, par des maladies organiques du cerveau et des méninges — aiguës et chroniques — par des traumatismes frappant le crâne ou le cerveau, par des infections et des intoxications de toute espèce. L'épilepsie essentielle s'y rencontre également. Quelquefois, on en observe chez des enfants neuropathes, à la suite d'une impulsion d'ordre psychique. Toutes ces formes sont, ou bien rares, ou bien facilement reconnaissables comme faisant partie d'une maladie dont elles ne constituent qu'un symptôme ; elles ne retiendront pas plus longtemps notre attention.

Ces convulsions symptomatiques sont plutôt rares : 90 % des convulsions que le médecin est appelé à diagnostiquer et à traiter, ne sont que les manifestations d'un état maladif qu'on a appelé « spasmophilie », et qui est caractérisé par une hyperexcitabilité pathologique du système neuro-musculaire.

La spasmophilie ne se rencontre presque jamais avant le deuxième mois ; elle a son maximum de fréquence dans la seconde moitié de la première année, mais on peut encore l'observer dans la deuxième et troisième année. Elle est une maladie éminemment saisonnière ; nous la rencontrons presque exclusivement dans la seconde moitié de l'hiver et au commencement du printemps, où les observations se multiplient dans nos services, pour en disparaître pendant les mois d'été et d'automne.

On distingue l'état spasmophile latent de la spasmophilie manifeste avec ses différentes manifestations ; nous les discuterons l'un après l'autre.

L'état spasmophile latent est caractérisé par les signes d'hyperexcitabilité mécanique et électrique des nerfs périphériques.

L'hyperexcitabilité mécanique se diagnostique de la façon suivante :

1° En frappant légèrement la joue, avec le doigt ou le marteau, au milieu d'une ligne qui relie l'apophyse zygomatique à la commissure labiale, on provoque chez l'enfant spasmophile une contraction rapide des muscles peauciers de la lèvre, des narines et de l'angle interne de l'œil ; c'est à ce dernier endroit que le phénomène s'observe le plus régulièrement (signe du facial).

2° La percussion du nerf péronier, derrière ou au-dessous du col du péroné, entraîne un mouvement rapide (flexion et abduction) du pied (signe du péronier).

3° La constriction du bras, pendant deux à quatre minutes, provoque une contraction tonique des muscles de l'avant-bras et de la main (phénomène de Trousseau).

Ces trois signes d'hyperexcitabilité mécanique sont faciles à rechercher ; il est rare qu'ils manquent complètement, même dans la spasmophilie latente, mais ils peuvent cependant faire défaut pendant un certain temps, même dans les cas graves.

L'hyperexcitabilité électrique est recherchée par l'excitation galvanique d'un nerf périphérique ; on choisit d'habitude, à cet effet, le nerf médian, sur lequel on pose, dans le pli cubital, l'une des électrodes qui représentera tantôt le pôle positif, tantôt le pôle négatif ; dans chacun de ces cas, on observe et note la contraction, que l'on provoque, soit par la fermeture, soit par l'ouver-

ture du circuit. On obtient ainsi quatre valeurs minima pour NFc, PFc, POc, NOc, que l'on compare aux valeurs qu'on trouve sur des enfants bien portants du même âge. Le tableau suivant donne les chiffres moyens, exprimés en milliampères, qu'on a constatés sur des sujets normaux et spasmophiles :

	NFc	PFc	POc	NOc
Nourrissons normaux au-dessus de 8 semaines..	1.41	2.24	3.63	8.22
Spasmophilie latente...	0.7	1.15	0.95	2.23
Spasmophilie manifeste.	0.63	1.11	0.55	1.94

On voit que d'abord l'excitabilité anodique est inversée chez les enfants spasmophiles, mais surtout que les secousses se produisent déjà avec des courants beaucoup plus faibles que ceux qu'il faut employer chez les enfants bien portants.

Les chiffres qui figurent dans notre tableau ne représentent que des moyennes ; en réalité, on trouve des oscillations continuelles et une transition insensible des valeurs pathologiques à des valeurs normales. En général, on admet comme limite entre les excitabilités pathologiques et normales : NOc = 5 MA.

Nous avons insisté sur l'examen électrique des enfants spasmophiles ; cependant, nous voudrions faire remarquer que d'après les recherches modernes, la méthode elle-même est fort inexacte et ne donne que des résultats approximatifs. A notre clinique, nous nous contentons souvent de la recherche de l'hyperexcitabilité mécanique — notamment du signe du facial — que nous complétons au besoin par le dosage du calcium sanguin, dont il sera question plus loin.

Sur ce terrain pathologique, caractérisé par l'hyperexcitabilité nerveuse, qui peut exister longtemps et même évoluer jusqu'à la guérison sans aucune manifestation clinique, se greffent certains symptômes cliniques qui sont assez dissemblables entre eux, et que seule, la connaissance de leur point de départ commun permet de réunir dans une même entité morbide. Ce sont :

1° Les convulsions éclamptiques : des secousses convulsives cloniques, localisées ou généralisées, ressemblant aux attaques épileptiques. Quelquefois, elles sont associées à des contractions toniques, ou alternent avec celles-ci.

La majorité des crises convulsives du premier âge, à partir du troisième mois, sont de nature spasmophile.

Il est à remarquer que chez des sujets très jeunes, des convulsions de nature spasmophile peuvent éclater sans que les signes d'hyperexcitabilité les aient précédées, et même sans que ceux-ci existent au moment de l'accès.

2° Les laryngospasmes : des contractures toniques des muscles de la glotte. Le spasme peut s'étendre à tous les muscles respiratoires, y compris le diaphragme, et être accompagné d'un spasme général. C'est la forme la plus dangereuse de la spasmophilie ; la mort par asphyxie est rare, mais la mort cardiaque (tétanie cardiaque) est fréquente.

En dehors de la spasmophilie, les spasmes glottiques sont extrêmement rares (maladies organiques du cerveau, signe précurseur d'une épilepsie).

3° Les contractures toniques des membres (tétanie) : les extrêmités sont raides, les bras serrés contre le thorax, les avant-bras légèrement fléchis, avec des mains « d'accoucheur ». Les extrémités inférieures sont légèrement croisées en adduction, les pieds en équin.

Souvent les spasmes s'étendent à d'autres groupes musculaires (opisthotonos, emprosthonos, strabisme, déviation conjuguée, respiration difficile et haletante, etc.), ou bien il s'y ajoute des troubles vasomoteurs, des œdèmes, érythèmes, urticaire, hyperhydrose, etc.

La durée de ces accès tétaniques est variable ; ils persistent des minutes, des heures, des jours et quelquefois même des semaines.

Physiologie pathologique.

En première ligne, il est à noter que la spasmophilie ne se rencontre généralement que chez des enfants rachitiques ; les cas où des symptômes spasmophiles apparaissent sans qu'il y ait des signes cliniques de rachitisme sont si rares qu'on est parfaitement autorisé à se demander s'il n'existe pas, chez ces enfants, un rachitisme latent. Nombreux sont, par contre, les cas de rachitisme dans lesquels il n'y a jamais de la spasmophilie ; on peut donc supposer qu'il ne s'agit pas de deux états coordonnés, mais que le rachitisme est l'affection primitive, sur laquelle se greffe, dans certaines conditions encore obscures, la spasmophilie.

D'après l'observation clinique et anatomo-pathologique, il a de tout temps paru évident que le processus rachitique est étroitement lié à une défaillance de l'utilisation des sels phospho-calcaires. Ce n'est pas le manque de chaux dans la nourriture qui le produit ; en privant des animaux de sels calciques, on obtient une ostéoporose, mais pas du rachitisme. Par contre, des auteurs américains ont pu récemment provoquer du vrai rachitisme expérimental en éliminant, de la nourriture le phosphore, tout en maintenant le calcium. Ces recherches sont du plus haut intérêt scientifique, mais elles ne sont pas applicables au rachitisme clinique, dans lequel ces conditions expérimentales — le manque de phosphore dans la nourriture — ne sont jamais réalisées.

Si l'on analyse les échanges minéraux, on constate que le bilan du calcium est subnormal et peut même devenir négatif. Le dosage du calcium dans le sang, par contre, donne des valeurs normales ou tout au plus légèrement subnorma-

les. Par contre, il est très important à noter que, d'après des recherches toutes récentes, le phosphore inorganique du sérum sanguin est régulièrement et fortement diminué ; l'hypophosphatémie peut descendre jusqu'à moins de la moitié des valeurs normales.

Dans la spasmophilie, par contre, la teneur du sérum en phosphates est normale, mais il y a toujours un fort abaissement du taux du calcium, qui est plus considérable dans la spasmophilie manifeste que dans l'état latent, et peut descendre jusqu'à la moitié des chiffres normaux; la recherche de l'hypocalcémie est, en ce moment, pour nous, le moyen le plus sûr pour diagnostiquer la spasmophilie.

A première vue, il semble assez difficile de saisir les rapports entre la diminution du calcium sanguin et les convulsions infantiles. Nous connaissons cependant, depuis Jacques Loeb, l'action stimulante ou déprimante des différents ions alcalins et alcalino-terreux sur l'excitabilité nerveuse. On sait, par exemple, que le fonctionnement des membranes colloïdales est lié à une concentration déterminée d'ions calciques, qui ne peut varier que de quelques millièmes pour cent, sans leur faire perdre leur perméabilité. On pourrait se figurer que la gaine myélinique des nerfs devienne plus perméable et le cylindre-axe plus vulnérable à la suite, soit du manque de calcium, soit de la prédominance d'un antagoniste, notamment du potassium.

L'argument le plus puissant en faveur de cette théorie est l'action rapide et sure des sels de calcium dans le traitement de tous les états spasmophiles, que nous connaîtrons tout à l'heure.

Il est plus que probable que cette instabilité et ce renversement des proportions entre les ions des sels sanguins sont commandés en dernière ligne par une hypofonction ou dysfonction d'une ou, ce qui est plus probable, de plusieurs glandes endocrines. On a des raisons très sérieuses pour songer aux glandes parathyroïdiennes, aux capsules surrénales, au thymus, à l'hypophyse, etc., mais nous manquons encore complètement de données plus précises à ce sujet.

Traitement.

Dans le traitement du rachitisme, comme dans celui de la spasmophilie, des recherches toutes récentes ont réalisé des progrès importants et décisifs, autant pour ce qui concerne la prophylaxie que le traitement lui-même. Nous pouvons prévenir le rachitisme, et nous pouvons le guérir en quelques semaines ; nous sommes à même d'empêcher les convulsions infantiles de se produire, — en tant qu'elles sont de nature spasmophile ! — et nous les guérissons en quelques heures. C'est là le résultat des derniers quinze ans d'observation clinique et de recherches de laboratoire.

On connaît depuis longtemps l'importance des facteurs alimentaires dans la génèse et le traitement du rachitisme. Les enfants nourris au sein prennent plus rarement cette affection ou n'en présentent que des formes atténuées. Quant à la nourriture artificielle, l'observation clinique nous a appris depuis longtemps que la suralimentation, surtout celle au lait, crée une prédisposition à la maladie. On règlera donc l'alimentation de l'enfant rachitique dans ce sens, en restreignant la quantité de lait d'après la règle de Budin ; on pourra même, dans les cas graves et pour quelques semaines, rester en-deça de ce chiffre. On complètera la nourriture en introduisant plus tôt que d'habitude un régime mixte : déjà à partir du sixième mois, on peut donner, dans ces cas, dans la soupe au bouillon de légumes, quelques cuillerées à café de purée de légumes verts (carottes, épinards, laitue, salade pommée). On peut même ajouter déjà à cette époque, si c'est nécessaire, un peu de viande écrasée ou finement hachée. En même temps, on donnera du jus de fruits crus, de préférence du jus d'oranges. C'est, en somme, le régime de nourrissons plus âgés, qu'il faut naturellement appliquer avec une certaine précaution à cette époque encore précoce de la vie. Mais généralement il est bien supporté, et je me suis souvent convaincu de son action très heureuse sur la maladie.

Des auteurs américains recommandent de donner très tôt des jaunes d'œufs — un par jour — délayés dans du lait, comme moyen prophylactique et curatif.

En dehors du régime alimentaire, on connaissait depuis toujours l'influence curative des bains de sels, ainsi que l'importance des facteurs hygiéniques en général, des bons soins, de la propreté, de l'air et de la lumière.

A ces moyens thérapeutiques généraux, qu'on aurait tort de négliger, s'ajoutent deux traitements spécifiques : l'huile de foie de morue et la lumière, ou plutôt, pour préciser, les rayons ultraviolets.

L'*huile de foie de morue* est employée depuis des siècles comme remède antirachitique dans les pays du nord ; elle fut introduite en France par BRETONNEAU et par TROUSSEAU. KASSEWITZ, de Vienne, conseilla plus tard d'y ajouter un peu de phosphore métalloïde, d'après cette formule :

Phosphore..........	un centigramme
Huile de foie de morue	100 gr.

C'est ce mode de prescription que nous employons d'habitude, en en donnant deux fois par jour, 1/2 à 1 cuillerée à café. En Amérique, on recommande d'employer, pendant les mois d'hiver, l'huile de foie de morue comme remède prophylactique, chez des enfants disposés au rachitisme, en particulier chez les prématurés, les débiles et ceux qui sont allaités artificiellement ;

◆◆◆

on donne 3 fois 5 gouttes à un mois, et on monte jusqu'à 3 fois 1/2 cuillerée à 3 mois.

L'action spécifique de l'huile de foie de morue a longtemps été contestée. Certains auteurs allemands, en particulier, ne lui attribuaient que le rôle d'une huile facilement digestible. Nous savons maintenant qu'elle a des propriétés spécifiques. D'abord elle est très riche en vitamine A. Il y a même des auteurs anglais qui ont voulu voir dans le rachitisme une avitaminose, et qui ont expliqué l'action de l'huile de foie de morue par sa teneur en « liposoluble A ». A l'heure actuelle, nous sommes certains que le rachitisme n'est pas une avitaminose ; l'huile de foie de morue renferme encore un « facteur antirachitique » qui est autre chose que le « liposoluble A». Si l'on élimine la graisse de l'huile de foie de morue, on retrouve dans le résidu non saponifiable de l'huile ce « facteur antirachitique » dans une concentration plusieurs centaines de fois plus grande que dans l'huile elle-même. Il est donc permis d'espérer que l'industrie mettra bientôt à notre disposition le principe actif de l'huile de foie de morue dans une forme concentrée, qui n'aura pas les inconvénients de l'huile elle-même.

L'huile de foie de morue est d'une efficacité nette et rapide dans le rachitisme expérimental ; son action, quoique incontestable, est cependant moins éclatante et prompte dans le rachitisme humain.

En 1918, HULDSCHINSKY découvrit les effets curatifs des *rayons ultraviolets* sur le processus rachitique. Sa découverte s'est rapidement répandue ; elle a été contrôlée surtout par des auteurs américains, et universellement confirmée. On se sert généralement comme source de lumière de la lampe de quartz à vapeur de mercure. Nous avons employé ce traitement dans notre clinique depuis un an, sur des centaines d'enfants, avec un succès qui ne s'est jamais démenti. On met les enfants nus sous la lampe, en protégeant les yeux, généralement à une distance d'environ un mètre de la lumière. On commence avec une durée d'irradiation de 3 minutes, qu'on prolonge tous les jours d'une à deux minutes pour s'arrêter à une durée de 20 minutes. Avec ce traitement, les signes de guérison se manifestent bientôt, le craniotabès disparaît, les tissus ostéoïdes des épiphyses se calcifient et l'on obtient une guérison complète en 6 semaines environ.

Il est inutile de dire qu'on a aussi tout intérêt à traiter prophylactiquement des enfants prédisposés au rachitisme, qu'on peut, de cette façon, avec certitude, empêcher d'acquérir la maladie.

A la place de la lampe de quartz, on s'est aussi servi de la lampe à arc ; la durée de l'exposition est plus longue (1/2-1 heure et au-delà), la distance entre les enfants et la lampe est plus grande et on ne risque pas de brûlure, mais l'action en est moins efficace.

Ce traitement s'applique surtout en hiver. En été, on le remplacera avantageusement par la lumière solaire, qu'on dosera d'après les mêmes principes, en se souvenant que les rayons actifs sont interceptés par le verre ordinaire, donc par les vitres d'une fenêtre ou d'une terrasse vitrée. Pour ce qui concerne la prophylaxie, il est bon de savoir que la lumière diffuse du jour contient, en été du moins et par un temps clair, une assez grande quantité de rayons ultraviolets, et que ces rayons ont même le pouvoir de pénétrer à travers les vêtements, surtout quand l'étoffe est claire et ni trop épaisse, ni trop serrée. Dans une certaine altitude, la lumière en contient naturellement davantage ; en hiver et dans la plaine, elle en est complètement privée.

La *spasmophilie* latente et manifeste se guérit de la même façon : lentement avec l'huile de foie de morue, et rapidement — en quelques semaines — par la lampe de quartz. Les convulsions cessent d'abord ; puis l'hyperexcitabilité mécanique et galvanique disparaît à son tour ; au bout d'environ trois semaines, la guérison est complète. Rien ne montre mieux l'origine commune des deux affections : par l'effet du même traitement — de la lampe de quartz, — l'hypophosphatémie de l'enfant rachitique disparaît aussi bien que l'hypocalcémie de l'enfant spasmophile, pour faire place à des valeurs normales.

Certaines manifestations spasmophiles ne permettent cependant pas une attente de quelques semaines, par exemple, quand des convulsions répétées et surtout des accès de laryngospasmes mettent à tout moment la vie de l'enfant en danger. Nous avons heureusement aussi pour ces cas un remède très actif et infaillible, ce sont les sels de calcium, administrés en fortes doses.

Voici le traitement que nous employons personnellement :

On prescrira une solution de chlorure de calcium anhydre à 5 p. c. ou une solution du sel cristallisé à 10 p. c. ; on en donnera, pendant les accès, 20 cmc. par heure pendant six heures, tout en administrant des lavements au chloral. Dans les vingt-quatre heures suivantes, on fera prendre la même dose six fois, donc toutes les quatre heures,et on continuera cette médication pendant deux semaines.

Le $CaCl^2$ peut être remplacé, dans des cas moins urgents, par le lactate de chaux à fortes doses (5 fois par jour une cuillerée à café), ou par du « chlorocalcion », dont on répartira la moitié du contenu d'un flacon sur les biberons d'une journée.

Cette médication sera combinée avec le traitement à la lampe de quartz. Là où celle-ci ne peut être employée, on donnera, en même temps

que le chlorure de calcium, de l'huile de foie de morue phosphorée, à raison de 2 cuillerées à café par jour, en prolongeant l'administration de l'huile de foie de morue encore pendant quelques semaines ou mois au-delà de la médication calcique.

Résumons tout ceci : par suite de ces recherches récentes, nous sommes maintenant à même de prévenir le rachitisme, ou de le guérir dans ses toutes premières manifestations, avant qu'il n'ait pu exercer ses ravages sur le jeune organisme. D'autre part, au lieu d'assister impuissants, comme autrefois, aux accès répétés de convulsions éclamptiques et surtout de laryngospasmes — si souvent mortels — nous pouvons aujourd'hui les faire cesser en quelques heures et guérir la maladie définitivement en quelques semaines. Ces deux grands fléaux de la première enfance sont vaincus. Cela constitue un progrès énorme dont la médecine a tout droit d'être fière.

DE LA MIGRAINE [1]

Par le Dr G. DIDSBURY,

Ancien interne prov. des Hôpitaux,
Oto-rhino-laryngologiste du dispensaire Pereire.

(*Suite*)

Symptomatologie.

Le tableau symptomatique de la migraine est tellement classique qu'il nous semble inutile d'y insister longuement. Nous essayerons de ne dire justement que ce qui n'est pas classique ; d'abord, les prodromes : hoquet spasmodique revenant plusieurs fois par accès dans le cours de la journée et bâillements spasmodiques ou pandiculations, la veille de la migraine. Ces deux faits, à attribuer aux branches douloureuses du plexus cervical réagissant sur le nerf phrénique, autre branche du plexus cervical mais profond ; avec ces deux faits, ou sans eux, lassitude générale considérable provoquant un sommeil extrêmement profond ; c'est au sortir de ce réveil, le matin à l'aube, que la migraine apparaît sous forme d'une douleur térébrante dans une tempe ou dans l'autre. Chaque sujet a son côté douloureux, le plus habituel, très ordinairement du côté où se fait habituellement le décubitus et explicable encore bien davantage par le fait de ce sommeil lourd pendant lequel le sujet n'a pas remué. Rapprocher ce fait de ce qu'HARTENBERG et FORESTIER ont dit au sujet des aponévroses, des muscles et du tissu cellulaire de la nuque. Sans être absolu, ce signe se confirme dans la majorité des cas ; comme généralement le décubitus nocturne est à gauche, aussi, la migraine est-elle plus fréquente à gauche. Cette explication anatomique n'a jamais été recherchée, à notre connaissance, et, d'une façon générale, le fait « unilatéral » de l'accès de migraine est lié à la question du décubitus.

Quand la migraine est homo-unilatérale, l'exploration montre que c'est de ce côté qu'existent les foyers douloureux et non pas de l'autre.

La migraine à type temporo-frontal peut débuter par une période de migraine ophtalmique (hémianopsie, amblyopie, mouches volantes, vertiges). Cette période de migraine ophtalmique dure une demi-heure à une heure ; au bout de ce temps, la migraine ordinaire débute et évolue.

La migraine ophtalmique peut exister isolément sans évolution douloureuse. Au début de la migraine, il arrive souvent que la fosse nasale du côté correspondant est obstruée (dilatation vaso-motrice). Aussi le malade attribue sa céphalée à l'obstruction nasale : c'est vrai, quelquefois seulement, et il consulte pour son obstruction nasale. Il est fréquent de voir, et nous voyons souvent au Dispensaire Péreire, des sujets venant se plaindre d'obstruction nasale « qui leur donne mal à la tête ». A l'examen, peu de chose ou plutôt rien ; dans ces cas, un badigeonnage cocaïné fait tout rétracter et le nez est parfaitement libre. En tout cas, s'il y a des déviations de la cloison, des épines, enfonçant les cornets, etc..., il y a en même temps d'autres causes de migraines (trijumeau superficiel, plexus cervical, etc...). Les causes endo-nasales ne sont pas les seules à faire disparaître. Les classiques ont depuis longtemps signalé, après la crise, un abondant écoulement nasal séreux du côté atteint, ce qui ne signifie pas que le nez soit malade par lui-même.

Au début de sa migraine, le sujet ne reste pas couché, il aime à dormir la tête haute, il se redresse et fait mouvoir doucement la tête ; il peut sentir très nettement l'endroit de la nuque ou de l'épaule qui est le point de départ de la douleur irradiée ; la tempe bat fortement et douloureusement, puisque les branches artérielles temporales suivent le trajet des nerfs temporaux douloureux (« l'infernal forgeron », comme dit Paul Bourget). Quelques sujets recherchent, soit le chaud, soit le froid, d'autres se serrent la tête avec une serviette, ce qui soulage quelques-uns ; d'autres tentent l'absorption du cachet favori. Si la crise évolue, la douleur devient de plus en plus médiane avec battements frontaux, les vomissements apparaissent alors, précédés par de la

(1) Voir *Concours médical*, nos 37, 38, 39.

sialorrhée, d'abord aqueux, puis jaunâtres, amers, et non alimentaires ; le malade a très bien digéré et est à jeun depuis la veille ; quelques-uns ne peuvent avaler une goutte de liquide sans avoir à la vomir avec les efforts les plus pénibles; ceux qui peuvent boire une tasse d'infusion chaude vomissent plus facilement. Les heures s'écoulent dans la douleur ; si le sujet peut dormir, il raccourcira le paroxysme ; au bout d'un temps de sommeil, la douleur, après avoir diminué, passe lentement du côté opposé et se termine sur la tempe jusque-là non douloureuse. Durée de la crise : douze heures. Le sommeil est le seul remède spontané de la migraine.

A ce moment, le sujet a faim : il faut qu'il prenne un léger repas, et les dernières douleurs disparaissent presque instantanément. C'est pourquoi Lasègue disait, comme nous l'avons rappelé, « qu'on n'est guéri de sa migraine lorsqu'on a mangé. « Inversement, si un peu de nourriture n'est pas absorbée à ce moment -là, la migraine se prolonge. La douleur peut brusquement passer d'un côté à l'autre : Lasègue l'a parfaitement vu ; c'est plutôt exceptionnel. Puis, le sujet urine abondamment plusieurs fois de suite et la crise est finie... jusqu'à la prochaine. Nous avons décrit un accès de moyenne durée, douze heures. « Tout ce qui ne dure pas au moins six heures n'est pas une migraine ». (Lasègue.)

Rappelons que des migraines durent un jour, deux jours, trois jours, et même plus, en alternant de côté chaque matin. Au sortir de ces longues crises, le sujet a un aspect cadavérique et la terminaison lui est annoncée par une sensation de faim qu'il satisfait avec plaisir : son supplice est fini. En pareilles circonstances, chacun a même son aliment préféré.

Voici donc un type très fréquent de migraines frappant des sujets jeunes de très bonne santé habituelle, et surtout ignorant ce que c'est que la dyspepsie, l'entérite ou la constipation. De plus, chaque sujet n'a pas toujours sa crise aussi forte, chacun s'en connaît plusieurs variétés quant à l'intensité ou à la durée : mais de toute façon, il y a, en général, un côté plus douloureux que l'autre, c'est le côté le plus douloureux qui provoque les vomissements ; le traitement montre d'une d'une façon indubitable que le côté en question comporte un plus grand nombre de nerfs superficiels douloureux, et encore plus douloureux que ceux du côté opposé.

Qu'un accès de douleur frontale médiane ne fasse pas trébucher le diagnostic : il se peut qu'il y ait deux migraines à la fois et, en ce cas, la douleur est médiane, mais le sujet ne s'égare jamais sur le diagnostic de migraine, bien que chaque migraineux, pourrait-on dire, ait sa forme ou ses formes favorites, sans compter qu'il a aussi d'autres céphalées de causes diverses, mais qu'il ne confond pas avec la migraine.

Diagnostic.

On a tendance, dans le langage courant, à appeler migraine n'importe quelle céphalée. Supprimons donc cette cause supplémentaire de confusion. Puisque la migraine est unilatérale et non fébrile avec la douleur comme signe *capital*, il est inutile de rappeler les douleurs qu'accompagnent les sinusites, le glaucôme, les douleurs prodromiques du zona ophtalmique : à ces affections correspondent un cortège d'autres signes qui éliminent d'emblée la migraine.

Bien entendu, toutes les céphalées chroniques, mais toujours bilatérales, n'ont rien à faire avec la migraine, céphalée brightique, encéphalopathie saturnine, céphalée de constipation, céphalée des cardiaques, céphalée hystérique, et tant d'autres que nous n'avons pas la prétention d'énumérer.

Quant au clou hystérique, il s'élimine lui-même par sa place sur le vertex et sa situation *médiane*. La névralgie faciale, longtemps confondue avec la migraine, n'est pas unilatérale et ne change pas de côté : si elle présente des exacerbations atroces, le sujet ne connaît pas l'absolue disparition de toute douleur comme dans la migraine. Toutefois, nos recherches nous ont montré qu'il n'était pas exceptionnel de voir une névralgie faciale évoluer chez d'anciens migraineux guéris, ou encore chez des migraineux en puissance ; bien entendu, ce n'est pas la migraine seulement qu'il faut traiter chez ces malades : c'est la section rétro-gassérienne qui s'impose.

Un seul sujet mérite vraiment d'être étudié différentiellement avec la migraine. C'est la céphalée de croissance : longtemps, les auteurs ne l'ont pas considérée comme une entité morbide. M. Stéphen Chauvet (*Revue de technique médicale*, février 1924) vient de la réhabiliter en quelque sorte et de lui donner justement la place qu'elle mérite, et vraiment, on peut se tromper. Si la céphalée de croissance est *infantile*, comme son nom l'indique, elle n'est pas *paroxystique* et elle n'est pas *unilatérale* ; elle est diffuse, avec maximum frontal au-dessus des yeux, entre les yeux ou derrière les yeux, bilatérale d'emblée et constante : nous voulons dire que le sujet ne la sent pas dans le sommeil parce qu'il dort, mais dès qu'il se réveille, la douleur réapparaît, et dure toute la journée, sans entraver l'appétit, ne s'accompagne pas de vomissements, mais s'exaspérant par toute application intellectuelle, d'où il résulte que les sujets sont dans l'impossibilité de faire des études.

Mais ce qui nous intéresse à notre point de vue, c'est que cette céphalée n'est pas du tout incompatible avec la migraine ni avec la céphalée des syphilis héréditaires tardives : ces trois sortes de céphalées peuvent coïncider chez le même sujet.

On trouvera dans le livre d'Edmond Fournier : «Syphilis héréditaire de l'enfance», tout ce

qu'il faut connaître de la syphilis ; ici, ce n'est pas notre sujet ; ce qu'il nous appartient de distinguer, c'est ce qui est attribuable à la migraine. Les enfants qui ont de la céphalée de croissance peuvent souffrir en plus des migraines paroxystiques typiques, mais alors, le diagnostic se fait par notre coutumière exploration et le traitement, comme toujours chez les enfants, est en peu de temps victorieux. Si la migraine disparaît, la céphalée de croissance demeure, la céphalée syphilitique aussi. Mais une fois la migraine éliminée et guérie, c'est une erreur de moins à faire. M. Stéphen Chauvet préconise tout un traitement de la céphalée de croissance, sur lequel il fonde des espoirs. Pour nous, nous n'en connaissons qu'un : c'est l'évolution de la puberté et la fin physiologique de la croissance ; en dehors de ces faits normaux, nous avons vu échouer tous les traitements.

Nous ne dirons qu'un mot de l'opinion qui veut établir que la migraine n'existe pas, que c'est une pure affaire d'imagination, qu'on a ou qu'on n'a pas la migraine à volonté et qu'il suffit qu'on se dise qu'on va de mieux en mieux, etc... Nous ne nous arrêterons pas à ces conceptions à la fois enfantines et quasi criminelles. Encore une source de confusion à faire disparaître. Dans le public, et même chez de nombreux médecins, la migraine est chez la femme un mensonge de plus, une comédie habituelle, et chez l'homme, un juste châtiment d'écarts de conduite, d'excès de toute sorte, y compris les excès vénériens. Lamentable erreur ayant fourni à la migraine l'épithète de « *diplomatique* », et qu'un certain nombre de littérateurs, Balzac, entre autres, ordinairement mieux inspiré, ont contribué à répandre. Ne doit-on pas à ce dernier auteur la phrase suivante : « Madame veut-elle se rendre aussi inviolable que la Charte, elle entame un petit concerto de migraine » ?

Aussi, nous ferons le diagnostic de la migraine par une exploration systématique et indiscutable. Le vrai diagnostic positif de la migraine est anatomique. Nous cherchons l'émergence, le trajet et la terminaison de tous les nerfs superficiels, de sensibilité générale de l'extrémité céphalique. Nous avons déjà donné le détail de toute cette recherche (G. Didsbury : De la physiologie pathologique et du traitement de la migraine. — *Progrès médical*, 1920, n° 40), et comme nos idées ont été reprises par bien des auteurs cités en 1923, nous n'y reviendrons pas. Nous y ajouterons la seule remarque suivante, que les nerfs les plus constamment douloureux et les plus constamment responsables de la migraine émergent et deviennent superficiels au travers de tendons ou d'aponévroses d'insertions musculaires. La pression digitale provoque donc des douleurs sur des points, toujours avec des rapports anatomiques précis et toujours ignorés du malade.

Non seulement il existe une douleur locale, mais encore et surtout une douleur *irradiée* plus forte encore que la douleur locale. Chez chaque sujet, le point irradiant n'est pas fatalement le même que chez d'autres. Il y a, à ce point de vue, de grandes différences individuelles. Mais nous insistons sur cette douleur qui irradie, soit dans la tempe et dans l'œil du côté correspondant, soit au front, soit au vertex. Cette douleur irradiée est immédiatement provoquée par la pression et cesse immédiatement avec elle. C'est là un « test » physiologique dont l'importance n'échappera à personne. Le diagnostic de la migraine est là, et pas ailleurs ; tous les autres signes peuvent manquer, mais pas celui-là.

Il se peut qu'on ne trouve pas ce signe : douleur irradiée, dans les premiers examens ; le point le plus irradiant et le plus responsable n'est pas toujours à la même place chez des sujets différents, mais il est constant chez le même sujet. On finira donc toujours par en trouver, sinon un, mais plusieurs, soit à droite, soit à gauche. C'est pour cette raison que, dans la migraine ophtalmique, on peut provoquer à volonté l'apparition de mouches volantes par la pression du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Chez un sujet non prévenu et examiné pour la première fois, et qui a la liberté de ses mains, les mouvements spontanés sont caractéristiques : sous l'influence de la douleur, il porte la main au point où la douleur irradiée se fait sentir et non pas vers la main de l'opérateur. C'est dans la céphalée migraine que l'on constate ce fait et non dans d'autres.

Complications.

Il est difficile de distinguer les faits qu'on peut appeler, ou bien complications, ou bien symptômes non constants. La véritable complication de la migraine étant la déchéance physique et intellectuelle du sujet, tout au moins la grande diminution de ses facultés en dépit de l'histoire de migraineux célèbres, tels que Pascal, Linné, Marmontel, Dubois-Reymond et bien d'autres.

Une complication assez constante, c'est la calvitie précoce, puis la chute des cheveux qui est bien plus marquée du côté le plus atteint (troubles trophiques par spasmes vasculaires (?) ; la chute des cheveux est unilatérale lorsque la migraine est unilatérale ; la décoloration des cheveux pendant les crises : cheveux zonés en bandes alternativement blanches et noires, a été signalée (*in* Dictionnaire Dechambre, art. : *Migraine*). Les cheveux qui ne tombent pas sont cassants et secs. Ces signes ne se constatent guère que chez les femmes. Il peut y avoir en même temps de la séborrhée grasse, mais ce n'est pas là une cause unique de chute de cheveux, la migraine y apporte son appoint, en accentuant

◆◆◆◆

la chute des cheveux *d'un seul côté : le plus souvent douloureux.*

Nous avons suffisamment parlé de la migraine ophtalmique pour ne pas y revenir : on jugera à volonté si c'est une forme ou une complication. Mais si cette dernière forme est bien connue, il n'en est pas de même de ce qui se passe du côté du nez et des oreilles, et c'est pour ce fait que nous pensons que la migraine appartient à l'otorhino-laryngologie. En effet, beaucoup de sujets se plaignent d'obstruction nasale accompagnant la migraine, obstruction très marquée, allant jusqu'au suintement sanguin pendant la crise, et aqueux, souvent très abondant après, ensemble qui pousse le sujet à mettre en cause son nez comme provoquant la migraine et non pas le contraire.

C'est à la rhinoscopie qu'appartient le diagnostic différentiel de cause ou d'effet ; les deux raisons peuvent se combiner, sans compter le coryza spasmodique, qui vient encore compliquer les choses. La question est hérissée de complexités, puisque le nez peut être à la fois cause et effet. Cependant, on éliminera le nez comme *cause* si on ne voit ni crêtes, ni épines, ni saillies de la cloison traumatisant les cornets : il sera indispensable de faire disparaître ces causes sans préjudices des autres, bien entendu. S'il n'y a rien, aucune saillie osseuse ou cartilagineuse, se méfier de la tête du cornet moyen qui peut être extra-sensible, rouge et comme œdématiée ; si on vient à la toucher avec un stylet ouaté, on provoque de vives douleurs irradiant dans la tête du côté correspondant et provoquant un larmoiement immédiat des plus abondants. Quand on en constate rien de tous ces faits, les phénomènes du côté du nez sont plutôt des résultats que des causes. Mais nous le répétons, nous considérons comme bien exceptionnel que, seul, le trijumeau nasal soit responsable de la migraine ; de toute façon, le trijumeau dans sa totalité, nous voulons dire les branches superficielles, doit être exploré. De plus, il existe des céphalées de cause nasale, mais qui ne sont pas des migraines, car l'exploration ne révèle aucun nerf superficiel douloureux et un traitement endo-nasal peut suffire.

Complications auriculaires.

Bien que les causes de bourdonnements et de diminution de l'ouïe soient multiples et qu'il soit difficile de différencier sur un sujet ce qui est attribuable, soit à l'oto-sclérose progressive ou à toute autre cause de surdité, soit à la migraine, il nous paraît impossible de passer sous silence des faits où il nous a semblé que c'était bien la migraine qui provoquait les troubles de l'audition (audition diminuée avec bourdonnements).

Chez certains migraineux, des troubles de l'audition étaient notés ; or, pour attribuer ces troubles à la migraine, il fallait bien constater les faits suivants : d'abord, et avant tout, il importe, pour obtenir un commencement de preuves, que l'oreille déficiente soit du *même côté* que la migraine, c'est-à-dire du côté où la migraine est la plus fréquente et la plus intense (ou encore mieux, d'un seul côté si la migraine est homo-unilatérale) ; que la trompe d'Eustache soit parfaitement libre de ce côté, et enfin que le tympan ne présente aucune altération (sauf quelquefois un peu de rougeur du manche du marteau, cette rougeur devant disparaître). Nous avons observé des cas où cette triple condition était réalisée, et nous avons pu soupçonner que la migraine était en cause. La guérison de la migraine fut obtenue en peu de semaines et les troubles de l'ouïe disparurent en même temps que celle-ci ; à ce moment, le manche du marteau avait repris sa coloration normale et les sujets mesurèrent leur guérison au fait que l'usage du téléphone leur était rendu du côté auparavant déficient. Si un pareil faisceau de preuves ne pouvait pas être réuni, il ne serait pas prudent de parler de complications auriculaires de la migraine. Dans les cas où la déficience de l'oreille peut être imputée légitimement à la migraine, l'exploration digitale montre que la compression du grand sympathique cervical provoque des douleurs irradiées dans l'oreille correspondante et ce n'est pas un signe fugace et passager, c'est bien des fois dans le cours d'un traitement que chez un même sujet, les douleurs de l'oreille peuvent être provoquées à volonté.

Nous voyons là un fait qui peut être rapproché de cet autre : provocation de mouches volantes à volonté dans la migraine ophtalmique. Que ce soient des symptômes provoqués ou des douleurs irradiées, nous nous trouvons en face de constatations qui sont bien spéciales à la migraine. Encore un détail analogue qui, croyons-nous, confirmera notre pensée : chez les sujets dont le nerf auriculo-temporal est très douloureux, la compression de ce nerf derrière le condyle du maxillaire inférieur provoque une abondante salivation parotidienne. Nous savons, en effet, que les nerfs excito-sécrétoires de la parotide passent par l'auriculo-temporal ; nous savons aussi que le plexus maxillaire interne du grand sympathique s'anastomose avec le nerf auriculo-temporal derrière le col du condyle de la mâchoire inférieure (Dict. Dechambre, art. : *Sympathique*) ; une partie de ce plexus accompagne l'artère méningée moyenne et fournit des filets à la dure-mère (*ibid.*). La douleur de ce plexus existe-t-elle ? Et joue-t-elle un rôle dans le déclanchement de la migraine ? On ne peut que le supposer.

Toutefois, il importe de noter que ces formes nasales et auriculaires n'existent pas isolément, mais accompagnent constamment la migraine du type banal temporo-frontal. (*A suivre*).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Cuti-réaction et généralisation tuberculeuse dans la première enfance.

La cuti-réaction est communément employée ; on y associe parfois l'intra-dermo-réaction de Mantoux. On observe des réactions fortes, des réactions faibles ; des réactions précoces, nettement positives au bout de 12 heures, et des réactions retardées jusqu'au 5e ou 6e jour, mais pouvant persister des semaines.

Une tuberculino-réaction positive indique simplement que le sujet est porteur de bacilles tuberculeux, mais elle ne signifie pas qu'il présente une lésion tuberculeuse. Si cette réaction, par conséquent, offre peu de valeur chez l'adulte ou chez l'adolescent, elle est aussi positive dans 50 % des cas au cours de la deuxième enfance.

Ce n'est donc qu'au moment de la vie où le sujet, neuf, est exposé à la primo-infection tuberculeuse, c'est-à-dire dans la première enfance, jusqu'à 2 ans, qu'elle présente tout son intérêt. Le bacille, pénétrant dans l'organisme du nourrisson, va s'y multiplier durant 2 mois 1/2 à 3 mois, sans provoquer ni signes cliniques, ni signes humoraux. Puis, les réactions de tuberculine deviennent positives, seul signe traduisant à cette époque la présence du bacille de Koch dans l'organisme. C'est seulement plusieurs semaines, plusieurs mois même après, qu'apparaîtront les premiers signes cliniques.

Cependant, ce mode de diagnostic d'une infection fruste et larvée peut disparaître temporairement à l'occasion d'une rougeole, de la coqueluche, de la grippe, de la fièvre typhoïde.

Que devient-il, au moment de la généralisation tuberculeuse, au moment où se produisent des accidents parfois difficiles à rapporter à leur vraie cause ?

De recherches très précises poursuivies par R. Turquety, dans le service du Pr Marfan, il résulte que la cuti-réaction s'est montrée nettement positive au moment où survenaient les signes de généralisation tuberculeuse : méningite à forme convulsive ou à forme somnolente, granulie pulmonaire ou syndrome de granulie généralisée. Dans bien des cas, elle a permis d'affirmer la nature tuberculeuse des accidents, et cela, durant toute la période d'état de ces accidents. C'est seulement très tard, 24 ou 36 heures avant la mort, que cette cuti a fléchi progressivement pour prendre, avant de disparaître, l'aspect flétri, livide de la réaction « cachectique ». La disparition est donc non un signe de généralisation tuberculeuse ; c'est un symptôme pré-agonique.

C'est là, du moins, ce que l'on observe en cas de généralisation par voie sanguine : méningite tuberculeuse, granulie pulmonaire, granulie générale, la voie sanguine étant habituellement le mode de dissémination, qui marque le terme de l'évolution tuberculeuse chez le nourrisson. (*L'Hôpital, avril* 1924 *B.*)

Tuberculose du larynx.

Dans la grande majorité des cas, elle est secondaire à la tuberculose du poumon. C'est sous des aspects multiples qu'elle se présente aux différents stades de son évolution.

Voici, d'après le Dr E. Feldstein, quel doit en être le *traitement symptomatique.*

Il faut avant tout calmer : 1° la douleur de la déglutition par des insufflations ou aspirations laryngées d'une poudre calmante (orthoforme, diiodoforme, etc.), ou par des injections d'alcool cocaïné dans le nerf laryngé supérieur.

2° La toux, par les succédanés de l'opium, bromoforme, drosera, etc. ;

3° La dyspnée par l'héroïne, des insufflations d'oxygène au masque, par la trachéotomie s'il y a sténose ;

4° L'expectoration, par des injections laryngo-trachéales, tous les 2 jours, de 10 à 20 cmc. de :

Essence de thym......	ââ 2 grammes
— de serpolet...	
— d'eucalyptus...	3 grammes
— de verveine.....	1 gramme
Huile d'olives stérilisée..	100 c.c.

Quant au *traitement curatif*, il ne faut pas être trop entreprenant à l'égard des larynx tuberculeux. La plupart d'entre eux sont à respecter : sous aucun prétexte on ne fera de traitement endo-laryngé actif si l'état général est mauvais, avec fièvre élevée ; si les lésions pulmonaires sont avancées ; si les lésions laryngées sont étendues avec larynx sale.

Dans le cas contraire, on pratique : 1° *contre les ulcérations*, des attouchements, tous les deux jours, d'acide lactique (à 1 p. 10) ; 2° *contre l'infiltration*, des ignipunctures profondes, après anesthésie locale par badigeonnage de cocaïne (1 p. 10 ou 1 p. 5). Ce traitement, destiné à créer des puits de tissu cicatriciel, doit être fait prudemment, en plusieurs séances, pour éviter des réactions locales trop violentes ; 3° *contre les végétations*, agir, après anesthésie locale, à l'aide de curettes et de pinces à mors tranchants, dont

on complètera les effets par des cautérisations ignées. (*Journal des Praticiens*, 3 *mai* 1924.)

L'appendicite par corps étrangers non organiques

Elle n'est pas très fréquente ; le Dr Jean Berger en relève 110 cas dans la littérature ; ce sont des épingles, aiguilles, grains de plomb, poils de brosse ou de soie, noyaux, graines, qui ont pénétré accidentellement dans l'appendice.

Les lésions semblent, dans une certaine mesure, être en rapport avec le caractère blessant, volumineux ou irrégulier du corps qui les provoque.

Si le nombre des observations concluantes est restreint par rapport au nombre formidable d'appendicites opérées, c'est que les appendices enlevés ne sont pas toujours examinés de très près. Certains corps étrangers ont pu aussi être expulsés secondairement, l'appendicite continuant à évoluer après leur départ.

Les corps étrangers produisent l'infection appendiculaire par altération de la muqueuse.

Plus on observe les appendicites, plus on voit qu'il ne s'agit pas là d'une maladie uniforme, spécifique, mais bien au contraire, qu'il y a une infinité de cas extrêmement variables, différents les uns des autres, aussi bien au point de vue de leurs manifestations symptomatiques que de leur anatomie pathologique et de leur étiologie. Quoi de plus différent d'une appendicite chronique, scléreuse, avec atrophie de l'appendice et épaississement du méso, qu'une appendicite aiguë, gangréneuse, avec perforation, ou qu'une appendicite aiguë, subaiguë à contenu purulent, ou encore à formes toxiques, à contenu en apparence insignifiant ? (*La Presse médicale*, 3 *mai* 1924.)

Traitement médical de la paralysie infantile.

Laissant de côté la chirurgie et l'orthopédie pour la médecine pure, le Dr Babonneix traite, de façon magistrale, cette délicate question.

A la phase aiguë, conviennent : 1° certaines médications physiques : bains chauds, ponctions lombaires, au moins les premiers jours ; 2° une médication biologique : injections intra-rachidiennes et intra-musculaires de sérum antipoliomyélitique ; 3° une hygiène convenable : repos complet au lit, en mettant les muscles malades dans la meilleure position physiologique; surveillance attentive des téguments ; alimentation liquide ; isolement du malade et de son entourage ; désinfection de tout ce qui le touche ou émane de lui ; déclaration obligatoire.

Ni massages, ni électrisation, sous quelque forme que ce soit ; attendre, pour les employer, que la température soit tombée.

A la phase chronique, qui, avant tout, est justiciable des médications physiques : 1° électrothérapie, sous trois formes principales : radiothérapie, à entreprendre dès la défervescence ; diathermie, d'application également très précoce ; électrisation méthodique des nerfs et des muscles ; 2° bains salés *chauds* ; 3° massages, mobilisation et rééducation. (*Gazette des hôpitaux*, 6 *mai* 1924.)

Les asthénies.

L'asthénie est un symptôme commun à nombre de maladies et d'états constitutionnels ; parfois, elle constitue le symptôme pour ainsi dire exclusif,celui qui concentre toute l'attention.

En ce qui concerne la *pathogénie*, écrit le Dr Gaston Lyon, un progrès considérable a été réalisé le jour où l'on a mis en évidence le rôle capital joué par les capsules surrénales ; dans les influences héréditaires, le rôle de la syphilis et de la tuberculose par lésion des capsules surrénales est un fait aujourd'hui démontré ; toutefois, l'asthénie n'est pas fonction exclusive de l'insuffisance glandulaire ; on ne peut nier le rôle de la déminéralisation chez les tuberculeux, chez certains nerveux, et la déperdition du phosphore est à l'origine de nombre d'asthénies. D'autre part, le rôle de la déglobulisation est évident dans les diverses anémies, accompagnées d'asthénie.

L'interrogatoire du malade (antécédents personnels, héréditaires), et son examen *complet* (symptômes d'accompagnement, impression d'ensemble, examen somatique détaillé, y compris la détermination de la tension artérielle, l'examen du sang et des urines) permettent d'aborder le problème de l'*étiologie*.

L'asthénie peut être *accidentelle* : surmenage physique ou intellectuel, excès vénériens.

Elle est liée à la *maladie d'Addison*.

Il y a les *petites insuffisances surrénales*, celles des hérédo-syphilitiques ou tuberculeux ;

Elle est encore consécutive aux *maladies infectieuses aiguës* : grippe, fièvre typhoïde, paludisme, etc. ; aux *maladies infectieuses à évolution chronique*, syphilis, tuberculose.

Fréquente dans le *cancer*, précoce dans l'alimentation insuffisante par cancer des voies digestives, elle est constante à la période cachectique.

Dans le *diabète*, si elle compte parmi les signes révélateurs, elle est surtout constante dans le diabète maigre des jeunes sujets.

Au cours du *mal de Bright*, elle est particulièrement fréquente et marquée dans la forme azotémique.

Chez certains sujets, dont l'aspect n'est pas significatif, elle s'explique par l'*hypertension artérielle* et un régime de désintoxication est susceptible de relever l'état des forces.

Citons encore la *leucémie*, *l'anémie pernicieuse progressive*, le *saturnisme*, l'*alcoolisme*, les *troubles endocriniens*, les *insuffisances pluri-glandulaires*, la *neurasthénie* par surmenage physique ou intellectuel, la *maladie de Banti* (fragilité globu-

laire avec spléno, puis hépatomégalie et ascite), l'*atonie et la ptose gastriques.*

Le *traitement* de l'asthénie doit se guider sur l'étiologie et la pathogénie, car asthénie n'est pas synonyme de médication surrénale ; il n'est pas une thérapeutique de l'asthénie, mais des médications des diverses variétés d'asthénie.

S'il y a *épuisement nerveux*, quelle qu'en soit la cause, on prescrit le r epos au lit, puis à la campagne, de préférence à la montagne (facteur puissant de régénération globulaire) ainsi qu'une alimentation reconstituante, principalement composée d'aliments riches en phosphore (céréales, œufs, poissons). Comme médicaments, ce sont la lécithine, la phytine, l'acide phosphorique offinal, les hypophosphites, les glycérophosphates, la cacodylate de soude.

Lorsque l'asthénie est liée à la *tuberculose*, qu'elle coïncide avec la déminéralisation, on a recours aux phosphates (formule de Ferrier), en alternant avec l'adrénaline (X, XX gouttes par jour), la strychnine (en allant des faibles doses aux fortes doses, 5 à 6 milligrammes), la kola, les formiates.

Dans la *syphilis*, il faut préférer la médication arsenicale au mercure et surtout au bismuth, hyposthénisant ; dans l'*artériosclérose*, c'est le régime, l'arsenic et la strychnine (arséniate de strychnine, 4 milligr. par jour). Dans les divers *états anémiques*, alterner la médication ferrugineuse avec la médication arsenicale, le manganèse, les injections sous-cutanées d'oxygène à petites doses. Chez les *leucémiques*, la radiothérapie procure des rémissions. Pour les *troubles endocriniens* d'origine surrénale, préférer l'extrait total à l'adrénaline. La *maladie de Banti* est justiciable de la splénectomie ; dans la *ptose*, l'asthénie guérit par le traitement classique : repos au lit, réalimentation, ceinture, etc. (*Bulletin médical*, 7-14 *mai* 1924.)

Sur le séro-diagnostic de la syphilis.

On note actuellement une certaine tendance, dans le monde médical, à accorder une moindre importance au séro-diagnostic de la syphilis. Cela tient en premier lieu à ce que tous les laboratoires qui s'occupent de ces recherches n'offrent pas les mêmes garanties de sécurité, soit que l'outillage des expérimentateurs soit rudimentaire, soit que leur valeur technique soit discutable. J'en ai fait l'expérience récemment dans deux circonstances propres à faire naître le doute. Dans un premier cas, un laboratoire de province avait conclu : R. B. W. négative, alors que l'épreuve faite par un spécialiste des hôpitaux de Paris avait permis ensuite de conclure : réaction positive atténuée. Dans les econd cas, le laboratoire de province avait conclu à une R. B. W. positive ; à Paris, l'épreuve faite par le même spécialiste avait eu pour conclusion : réaction pratiquement négative.

Il semble qu'une autre raison doive intervenir pour rendre les médecins circonspects. Cette raison vient d'être exposée par M. E. Renaux, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles. Selon cet auteur, « la réaction de Bordet-Gengou et ses succédanés sont l'expression d'un phénomène qui n'a rien de spécifique dans sa nature même, et qui ne l'est, en somme, que par le fait d'une coïncidence heureuse ».

D'autres facteurs que la floculation due à la combinaison d'un antigène avec un anticorps interviendraient pour déterminer cette floculation, telle par exemple, une certaine labilité du sérum caractérisée par ce fait que certains sérums de sujets non syphilitiques ont la propriété, dans des conditions déterminées, de floculer certaines solutions de lipoïdes.

Le sérum de femmes enceintes, de tuberculeux, jouirait de cette propriété.

Avec les réactions extra-sensibles, on est exposé à obtenir des réactions positives faiblement chez des sujets parfaitement guéris et considérés cependant comme encore malades...

« N'oublions pas, écrit-il en terminant, que les réactions sérologiques sont pour le médecin un précieux adjuvant, mais qu'elles ne doivent pas avoir d'autres prétentions. Elles doivent être interprétées en tenant compte de l'observation clinique, dont on tend parfois un peu trop à sous-évaluer l'importance.

« Méfiez-vous des réactions trop sensibles, car l'hypersensibilité entraîne inévitablement une perte de spécificité. Elles risquent de jeter la désorientation dans l'esprit du médecin, le trouble et le découragement dans celui du malade. » (*Bruxelles médical*, 3 août 1924.)

Le placement d'office des aliénés. Ses difficultés.

Il ne se passe guère de jour sans que la chronique des « faits divers » des journaux n'enregistre des actes anti-sociaux, commis contre autrui et contre eux-mêmes, par des aliénés laissés imprudemment en liberté, bien qu'ils soient généralement connus comme des psychopathes. C'est qu'en effet, sous le régime de la loi de 1838, il n'est prévu que deux moyens d'interner un aliéné, le placement volontaire, à la demande d'un tiers, qui répugne souvent à en prendre l'initiative, et le placement d'office, prononcé par l'autorité préfectorale, qui se refuse plus souvent encore à faire le nécessaire, en dehors des cas de flagrant délit.

Or, il y a un intérêt social évident à ce que de tels malades puissent être mis dans l'impossibilité de nuire, avant la lettre. C'est pourquoi des projets de loi, devenus caducs, ont été déposés au Parlement pour perfectionner la loi de 1838, no-

tamment par la possibilité légale de mise en observation des aliénés ou présumés tels dans des services ouverts de psychiatrie annexés aux asiles ou aux cliniques, dans des dispensaires de prophylaxie mentale.

« En réalité, écrit M. GELMA, cette disposition législative n'ajoute rien à la législation en vigueur. Tout dépend en effet de l'interprétation donnée à la loi par les fonctionnaires chargés de son exécution. »

Dans un autre projet de M. P. Strauss, l'internement provisoire ne deviendrait définitif qu'après que le Tribunal aurait statué en Chambre du Conseil.

D'après l'auteur, les aliénistes français désirent surtout la simplification du placement, tandis que les législateurs français proposent de substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative.

« En résumé, le placement d'office, qui est le plus souvent une mesure d'urgence, se heurte à de nombreuses difficultés dont se rendent malheureusement bien compte les médecins praticiens. Un certificat, très net dans ses conclusions, très affirmatif sur le caractère d'urgence, n'entraîne pas toujours l'action administrative... La question des fous en liberté aura bientôt la même acuité que celle de l'internement arbitraire ; des exemples retentissants viennent de temps en temps secouer l'indifférence générale et montrer qu'il existe une lacune, non pas tant dans la loi que dans son interprétation. Ce n'est donc pas par de nouvelles mesures législatives ou par l'attribution du placement des aliénés que la question recevra soa solution, mais par une utile interprétation de la loi que seule l'autorité exécutive peut préciser ». (*Strasbourg médical*, 5 août 1924.)

Stovarsol dans l'herpès et la stomatite ulcéro-membraneuse.

Le professeur SABRAZÈS rapporte l'intéressante observation d'une femme atteinte d'herpès buccal, amygdalien et vulvaire, d'une intensité extrême, présentant les caractères de la stomatite et de la vulvite ulcéro-membraneuses, datant de trois mois et ayant résisté à toute tentative thérapeutique. En vingt jours, il a obtenu la rétrocession et la disparition des accidents en mettant en œuvre le traitement suivant : stovarsol en comprimés : deux matin et soir pendant deux jours. Puis, quatre le matin pendant trois jours. Repos trois jours. Puis, quatre le matin par périodes de cinq jours interrompus par trois jours de repos. En même temps, lavages de la bouche au perborate de soude ; de la vulve et du vagin à la liqueur de Labarraque ; attouchements des ulcérations au bleu de méthylène. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 août 1924.)

Sur un nouveau mode d'anesthésie par voie intraveineuse en obstétrique et en chirurgie : indications, technique, résultats.

Poursuivant les recherches excessivement intéressantes commencées par D. Bardet (*Bull. génér. thérap.*, avril 1921), continuées par Cerné (Thèse de Paris, 1923) et surtout en collaboration avec L. Cleisz (*Bull. Soc. obstétr. et gynécol.*, 10 décembre 1923), en se servant du somnifène par voie endoveineuse pour obtenir l'accouchement indolore, recherches dont les résultats d'ailleurs ont été confirmés par les communications de P. Delmas, de Rouville, Risse, Dujol, Madon, Roume, Clément, etc. (*Bull. Soc. obstét., et gynéc.*, n° 4 et 5, 1924), M. R. PERLIS, dans le service de P. Fredet, à l'hôpital de la Pitié, a cherché à utiliser ce même procédé pour obtenir l'anesthésie générale et il semble bien que son but ait été atteint (*Bull. de la Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 25 juin 1924). Le travail actuel est une parfaite mise au point de la question.

On peut, en effet, avec le somnifène, en obstétrique, obtenir l'anesthésie, mais conserver les réflexes, afin de permettre à un acte physiologique de s'accomplir normalement en supprimant seulement la douleur ; et en chirurgie, ce médicament permet également d'obtenir l'anesthésie générale chirurgicale complète, en supprimant complètement les réflexes et la défense musculaire.

En obstétrique, aussi bien qu'en chirurgie, il ne paraît pas exister de contre-indication à l'emploi du somnifène ; d'après les recherches faites très minutieusement dans le service de P. Fredet, ce produit semble dépourvu de toxicité. Il peut être utilisé aussi bien chez les primipares que chez les multipares : il s'agit d'attendre que le travail soit nettement commencé ; celui-ci se poursuit normalement ; le temps de dilatation est nettement diminué, la période d'expulsion est le plus souvent accélérée ; et on n'a jamais constaté d'effet noctif, ni sur la mère, ni pour l'enfant. Les femmes qui ont accouché au somnifène se déclarent absolument enchantées et résolues à ne jamais accoucher autrement.

La technique est simple ; il s'agit d'injecter lentement (2 ou 3 minutes), dans une veine du pli du coude, une dose variant de 6 à 9 cc. (selon le poids et l'état général de la parturiente), jusqu'à ce que le sommeil soit obtenu : ce sommeil dure de 3 à 5 heures. Parfois, au moment de l'expulsion et de la délivrance, la femme reprend une demi-conscience, mais elle se rendort tranquillement dès que tout est terminé : il est facile de la tirer de ce sommeil, ou plutôt de cette somnolence qui dure de 12 à 24 heures, période pendant laquelle il est nécessaire de l'inciter à boire, à manger, à uriner, ce qu'elle fait alors très volontiers.

Pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, la tech-

nique est la même ; toutefois, il importe de pratiquer une demi-heure avant environ une injection de scopolamine-morphine, de morphine seule ou de pantopon. L'injection endoveineuse de somnifène est toujours pratiquée identiquement, c'est-à-dire très lentement jusqu'à l'obtention du sommeil (2 à 3 minutes), les doses varient de 5 à 10 centimètres cubes selon le poids, l'âge et l'état général du sujet ; l'anesthésie dure 3 heures au minimum, ce qui permet de faire sans se hâter les interventions les plus longues ; l'opération terminée, les malades dorment également de 12 à 24 heures, d'un sommeil tranquille dont on doit les tirer pour les faire boire, manger, uriner, etc.

Quelques remarques s'imposent tout de suite : C'est que l'injection endoveineuse de somnifène « Roche » permet au chirurgien d'opérer sans aide, le cas échéant ; d'autre part, toute vapeur toxique ou inflammable est, de cette manière, supprimée ; comme le malade ne vomit jamais, on peut, en lui donnant, lorsque c'est possible, à boire et à manger, obvier aux inconvénients de la soif ou de l'acidose du jeûne ; de plus, il semble bien, d'après toutes ces recherches, qu'il n'y ait point à craindre de syncopes, ni d'action nocive sur les poumons, le foie et les reins ; bref, il apparaît que ce nouveau mode d'anesthésie, inoffensif, de technique facile, d'efficacité certaine, très bien accepté et même réclamé par les malades, aussi bien que par les parturientes, marque un progrès sensible sur les procédés d'anesthésie utilisés jusqu'ici et mérite d'être encore plus largement expérimenté. (*Presse Méd.*, 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Anomalie du sacrum.

(MM. A. Léri, Pettidi et Cottenot. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-7-1924.)

M. André Léri présente une malade atteinte d'anomalie du sacrum. La moitié droite de celui-ci fait défaut. L'inspection de la région sacrée ne révèle rien d'anormal, mais, à la palpation, on a l'impression qu'il existe à gauche un plan osseux déficient à droite. C'est l'examen radiographique qui précise et confirme l'anomalie. On ne note d'ailleurs aucun trouble correspondant à ce manque partiel de la masse sacrée.

Accès fébriles pseudo-palustres à la défervescence de la fièvre typhoïde.

(MM. Caussade, Le Rasle et Madre. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-7-1924.)

M. Caussade relate l'histoire de deux malades chez lesquels, au moment de la convalescence d'une fièvre typhoïde, apparurent des accès fébriles très impressionnants, simulant les hyperthermies du paludisme et des septicémies : frissons violents, fièvre, sensation de chaleur et sueurs profuses.

Les accès fébriles de type pseudo-palustre survenant dans ces conditions sont loin d'être inconnus. Il semble toutefois qu'on les ait oubliés un peu dans les ouvrages modernes.

Bouveret et Jacquemin ont décrit en 1897 de grandes poussées fébriles dans la défervescence de la fièvre typhoïde. En 1900, Pourtié, dans sa thèse, a repris ce sujet en fournissant un nouveau cas, auquel M. Caussade a fait allusion.

Quelle est la cause de ces accès pseudo-palustres ? Une reviviscence du bacille d'Eberth ? une infection surajoutée ? Il est plus probable que l'on se trouve en présence d'un choc hémoclasique dérivé d'un processus non élucidé encore.

Le réflexe oculo-cardiaque.

(M. Marcel Labbé. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-7-1924.)

A propos d'un cas d'hirsutisme avec diabète et mélanodermie dans lequel les tests des troubles endocriniens furent recherchés sans mettre en évidence la glande responsable, M. Marcel Labbé remarque que le réflexe oculo-cardiaque est, dans bien des circonstances, d'une interprétation difficile. On le voit parfois exagéré chez des malades où l'on s'attendait à trouver un état de sympathicotonie, comme chez les basedowiens. Chez beaucoup de sujets, il varie d'un jour à l'autre, sans cause connue, si bien que le même individu se montre tantôt vagotonique, tantôt sympathicotonique. Rien n'est plus délicat, alors, que la caractérisation d'un état clinique de vagotonie ou de sympathicotonie.

— M. Laignel-Lavastine croit, au contraire, à la valeur séméiologique du réflexe oculo-cardiaque. Il ne partage pas l'opinion défaitiste de ceux qui vont en répétant : le réflexe oculo-cardiaque agonise ! Toutefois, il faut le rechercher avec soin et méthode, et multiplier les examens pour bien l'apprécier.

Thoracoplastie extra-pleurale dans la tuberculose.

(M. Fonso Gondolfo. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-7-1924.)

M. Fonso Gondolfo considère la thoracoplastie extra-pleurale comme un traitement qui doit être appliqué dans la tuberculose pulmonaire au même titre que le pneumothorax artificiel. Mais au lieu

de l'opération en un temps de Bauër et Saüerbruck, qui est brutale et dangereuse, l'auteur préconise l'intervention en deux ou trois temps, à l'anesthésie locale, beaucoup plus simple et n'offrant pas les mêmes inconvénients.

Gangrène du gros orteil par artérite pneumonique. Traitement citraté.

(MM. Ardin-Delteil, Lévi-Valensi et Peretti, d'Alger. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1924.)

L'observation de MM. Ardin-Delteil, Lévi-Valensi et Peretti offre un double intérêt. C'est un exemple, d'abord, d'une complication rare de la pneumonie, l'artérite, ayant entraîné la gangrène du gros orteil. C'est, ensuite, un cas où le traitement citraté (ingestion de 10 à 15 grammes de citrate de soude par jour) associé aux autres médications (air chaud, etc.) a été suivi de guérison — observation nouvelle à l'appui de la médication citratée, dont parlait dernièrement M. Troisier.

Enorme mégacôlon.

(MM. André Bergé, Chevrier et Lefevre. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-6-1924.)

MM. Bergé et Chevrier montrent une anse de mégacôlon de volume énorme, qu'ils ont recueillie à l'autopsie d'un jeune homme de quinze ans. Le malade était entré à l'hôpital pour une « tumeur abdominale » remplissant la totalité du ventre, avec occlusion intestinale incomplète très prolongée (38 jours sans selles), et refoulement en haut considérable du cœur et des poumons.

Le patient ayant succombé, on constata à l'autopsie l'existence d'une anse colique extrêmement distendue : 50 centimètres de long, 27 centim. de large, et 57 centim. de circonférence. Le mégacôlon était en toute probabilité d'origine congénitale, des phénomènes de rétention s'étant déjà montré dès la naissance. Il s'est agi très vraisemblablement d'une malade de Hirschprung idiopathique, tenant à une malformation congénitale, aggravée par la suite dans son développement et dans toutes ses conséquences jusqu'à l'occlusion intestinale.

Efficacité de l'opothérapie, même tardive, dans le myxœdème.

(M. Comby. — *Société méd. des hôp.* ; 18-7-1924.)

M. Comby a traité tardivement une fillette de treize ans atteinte de myxœdème. La petite malade avait été considérée jusque-là comme rachitique et soignée à ce titre, sans résultat, par l'huile de foie de morue, les iodiques, etc. Naine et arriérée, à la charge de sa famille dont elle faisait le désespoir, elle devint normale et capable de gagner sa vie après une cure d'opothérapie thyroïdienne continuée avec persévérance. De tels cas doivent engager à dépister les hypothyroïdiens et à les soumettre à la médication convenable.

Immunisation anti-diphtérique.

(MM. Lereboullet et Joannon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-7-1924.)

Il existe une immunisation spontanée et des immunisations provoquées contre la diphtérie.

Des observations poursuivies en 1922-1923 à l'hôpital des Enfants-Malades, dans les services de chroniques du prof. Broca et du Dr Ombrédanne ont montré à M. Lereboullet que les enfants hospitalisés durant un délai de plusieurs mois à plusieurs années se vaccinaient à la longue contre la diphtérie, l'acquisition de l'état réfractaire étant réglée moins par l'âge que par la durée du séjour. Un auteur anglais Dudley, fit, de son côté, des constatations analogues à l'Ecole navale de Greenwich. On ne saurait, toutefois, compter sur ce genre de protection.

L'immunisation acquise a été recherchée par divers moyens. L'un des derniers en date est l'injection d'anatoxine Ramon, déjà appliquée par divers auteurs dans des groupements d'enfants. MM. Lereboullet et Joannon s'y sont adressés également et ils ont soumis à cette méthode une centaine d'enfants en traitement à l'hôpital d'Antony pour affections ostéo-articulaires tuberculeuses. Ils ont vu la réaction de Schick devenir, chez ces sujets, rapidement négative. L'emploi de l'anatoxine paraît anodin, pouvant simplement donner lieu à quelques phénomènes réactionnels généralement modérés, liés à un processus de sensibilisation et plus fréquents chez les grands enfants. L'avenir seul jugera si l'immunisation conférée est solide et durable, ce qui sembla assez probable.

L'usage prophylactique de l'anatoxine serait dès lors indiqué dans certains asiles, orphelinats ou services de chroniques pour assurer la prévention des épidémies périodiques de diphtérie. On pourra peut-être aussi s'en servir, associée ou non à l'injection prophylactique de sérum, pour protéger les frères, sœurs ou voisins d'enfants atteints de diphtérie. Cette immmunisation gagnerait à être faite en bas âge, alors que les chances de sensibilisation à l'égard des protéines sont les plus faibles et les risques de mort par diphtérie les plus élevés.

Sur un extrait total d'opium injectable.

(MM. Le Noir et Hérissey. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-7-1924.)

M. Le Noir signale une nouvelle préparation d'opium total injectable obtenue par M. Hérissey en traitant à froid la poudre d'opium du Codex par une solution de 2 gr. d'acide benzoïque et de 9 gr. de chlorure de sodium dans 100 gr. d'eau. La préparation se présente sous l'aspect d'un liquide brun-clair. Un cent. cube correspond à 0 gr. 05 d'opium et à 5 milligr. de morphine.

L'intérêt de cet extrait d'opium injectable est son action égale à celle de la morphine, mais à doses moindres. Un cent. cube procure un sommeil tranquille et calme les douleurs de moyenne intensité, sans provoquer d'agitation ni de nausées. Ce produit est donc appelé à rendre des services dans la pratique courante.

Sur l'épreuve de Meltzer-Lyon.

(MM. Etienne CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 11-7-1924.)

MM. Chabrol, Bénard et Gambillard poursuivant leurs recherches sur le tubage duodénal, ont étudié l'élimination de la cholestérine par le foie. Dans la bile duodénale des lithiasiques, ils n'ont pas trouvé d'excès de cholestérine, pas plus que de déficit des sels biliaires.

Parlant, en général, de l'épreuve de Meltzer-Lyon et du tubage duodénal, les auteurs notent que sans contester leur utilité, c'est surtout dans les questions d'ordre doctrinal qu'ils trouvent leur principal intérêt.

— M. Marcel LABBÉ a éprouvé également assez fréquemment des difficultés à pratiquer le tubage duodénal. Il est impossible même chez un assez grand nombre de sujets, la sonde d'Einhorn ne dépassant pas alors l'estomac. Toutefois, quand la sonde a pénétré dans le duodénum, la réaction de Meltzer-Lyon se produit ordinairement. Cette réaction, il est vrai, est très discutée.

Etat rénal dans l'hypertension permanente.

(MM. AUBERTIN et RIGAL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-7-1924.)

MM. Aubertin et Rigal ont étudié l'état du fonctionnement rénal, par la recherche de l'azotémie et de la constante uréo-sécrétoire, dans l'hypertension permanente, élimination faite des hypertensions manifestement rénales, avec albuminurie, azotémie œdèmes, etc. Leurs recherches ont porté sur 44 malades suivis depuis 1919.

Dans les trois quarts de ces cas, l'azotémie a été normale, et les renseignements les plus précis ont été fournis par la constante d'Ambard. C'est à elle qu'il faudrait s'adresser, pense M. Aubertin, pour faire en pareille circonstance un pronostic rénal. Si elle est normale, on pourrait se montrer peu sévère au point de vue du régime carné et des azotés en général. Si elle est élevée et surtout si elle s'élève, ls pronostic serait mauvais. Malgré tout, dans la récatégorie des grands hypertendus et même dans celle des hypertendus avec albuminurie légère, la mort par urémie semble bien plus rare que la mort par accidents mécaniques (ruptures vasculaires ou insuffisance cardiaque).

— M. Marcel LABBÉ marque la distinction entre trois grandes catégories d'hyperension artérielle : celle liée à des lésions cardio-aortiques, celle des névphrites, celle relevant d'une excitation surrénal ou peut-être encore d'un autre mécanisme.

Il est des cas où les troubles rénaux font complètement défaut et où l'hypertension est le seul synmptôme de sclérose rénale. L'albuminurie, l'azotémie font leur apparition plus tard. L'hypertension est souvent alors le premier symptôme qui se démasque. Malgré sa gravité moindre que celle de l'urémie, il n'en a pas moins parfois, des suites sérieuses qui lui sont liées directement (hémorrhagie cérébrale, etc.).

P. L.

Toulouse

Société de médecine.

Modifications de la richesse alcaloïdique du datura stramonium sous l'influence de certains engrais.

M. MAURIN a reconnu par ses expériences que l'addition au sol de certains engrais ou agents chimiques catalyseurs était capable d'augmenter la richesse alcaloïdique du datura stramonium. C'est ainsi que la teneur en alcaloïdes totaux de cette plante s'est augmentée de près d'un quart par l'addition, à un sol déterminé, de superphosphate de chaux, d'engrais complet, de sulfate de fer, tandis qu'au contraire, la présence de sulfate de potasse amenait une diminution appréciable des alcaloïdes.

Le sulfate d'uranium, le soufre, le fumier de ferme, le sulfate d'ammoniaque, le silicate de soude et le sulfate d'alumine n'ont paru produire aucune modification sensible sur le rendement alcaloïdique.

Médecine légale et police scientifique.

M. SOREL, après avoir insisté sur le fait que la justice ne peut accorder qu'un crédit relatif aux dires des indicateurs de la police, dont les déclarations ont toujours besoin d'être contrôlées, et qu'il est souvent bien difficile d'obtenir des témoins la stricte vérité, car ils sont, involontairement ou non, soumis à des influences, démontre comment seule la science peut apporter à la justice des arguments précis.

Mais, pour y arriver, il est nécessaire que la police reçoive une éducation scientifique, qu'elle apprenne de plus en plus la science de reconnaître des empreintes digitales, de faire des identifications précises, les expertises, etc. La tâche est assurément compliquée, aussi conviendrait-il qu'il soit créé dans toutes les grandes villes des instituts de perfectionnement de la police et des laboratoires de recherches comme il en existe seulement à Paris et à Lyon.

Les ligaments interosseux de l'articulation de Lisfranc.

M. THOMAS présente le résultat de ses recherches sur l'appareil ligamenteux interosseux de l'articulation tarso-métatarsienne, basées sur la dissection de 30 pieds d'adultes et de 12 pieds de fœtus.

Après avoir exposé le résumé des idées classiques, il étudie la formation de l'appareil articulaire : il établit ensuite un parallèle entre ses recherches sur les pieds d'adultes et sur les pieds en évolution, et essaye enfin de voir les rapports qui existent entre les dispositions constatées et la physiologie normale du pied.

Pour l'auteur, les ligaments interosseux de l'articulation de Lisfranc ont un rôle de contention dans le sens antéro-postérieur ; ils entrent un peu dans la constitution de la voûte, mais leur rôle n'est que secondaire à celui du grand ligament de la plante, à celui des membres et à celui des ligaments dorsaux et plantaires.

Les réactions humorales au cours de l'hérédo-syphilis.

M. Bounhoure communique une étude comparative de la valeur des réactions de Bordet-Wassermann, du benjoin colloïdal, et de l'or colloïdal, dans les humeurs des sujets suspects ou entachés par l'hérédité syphilitique.

Après un très rapide historique de la question, l'auteur expose la technique de ses recherches, qui se sont effectuées dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le nombre des réactions de Bordet-Wassermann s'est élevé à 112 avec 49 /00 de réactions positives et 51 /00 de réactions négatives. La réaction du benjoin colloïdal étudiée dans 42 cas s'est montrée assez fidèle, mais d'une sensibilité moindre que les précédentes, ne donnant que 35 /00 de réactions positives. Quant à la réaction de l'or colloïdal, elle a montré une légère supériorité sur le benjoin colloïdal, mais une infériorité sur le Bordet-Wassermann ; dans de nombreux cas, la lecture des résultats a été assez difficile, l'appréciation de la teinte pouvant devenir une cause d'erreur.

La pneumorachie dans les compressions médullaires avec sténose des méninges.

MM. Daunic, Rerer et Lassalle présentent l'observation d'un pottique, chez lequel la pneumorachie a permis de diagnostiquer une sténose complète des méninges au niveau de la compression.

Lorsque, par ponction lombaire, après avoir retiré du liquide céphalo-rachidien, on injecte de 25 à 30 cc. d'air stérilisé, si les méninges ne sont pas comprimées, l'air gagne immédiatement les ventricules cérébraux où la radiographie le décèle, et presqu'aussitôt, le malade éprouve une céphalée assez vive et des nausées qui durent de 12 à 24 heures.

Dans les compressions médullaires avec sténose complète des méninges, il n'en est plus de même, comme le montre l'observation rapportée. La ponction lombaire avait permis de retirer 25 cc. de liquide remplacé par une égale quantité d'air : à partir de ce moment, le liquide ne s'écoula plus et 5 nouveaux centimètres cubes d'air injecté ressortirent en gargouillant par l'aiguille lombaire. Tout le cul-de-sac méningé situé au-dessous de la lésion avait donc été rempli de gaz, et il s'agissait bien d'un sac clos, car l'air se résorba sur place et ne pénétra à aucun moment dans les ventricules, ne déterminant ni nausée ni céphalée.

A propos du traitement de la goutte.

M. Laporte, après avoir passé en revue les bases de la thérapeutique de la goutte d'après les traitements anciens et récents, insiste sur l'importance de la mesure de la viscosité sanguine dans le traitement des goutteux. Il rappelle qu'il a montré très nettement la relation des variations de la dilution sanguine avec l'apparition des accidents goutteux. Un goutteux fait un accès à l'occasion de l'abaissement de sa viscosité sanguine, il ne fait pas d'accès tant que sa viscosité est au-dessus de la normale ; les signes de l'accès rétrocèdent rapidement si on relève la viscosité du malade.

Quel que soit le mécanisme de ce rôle de la viscosité sanguine dans la goutte, l'auteur estime qu'il faut pratiquement en tenir le plus grand compte dans le traitement.

A ce point de vue, une opposition très nette existe entre le traitement de l'accès de goutte et de la goutte elle-même. Dans la goutte, dans un but d'élimination ou d'excitation hépatique, les cures de diurèse, les cures alcalines sont précieuses ; mais elles peuvent être l'occasion d'accès grave par abaissement de la viscosité sanguine. Il convient donc de suivre cette viscosité chez les goutteux, de l'abaisser si elle est toujours élevée, ce qui constitue un danger de rétention urique, de la relever au contraire par la diète ou le régime sec et des purgatifs légers, si elle est trop basse, cela pour éviter les accès de goutte. Enfin, si un accès se déclare, le relèvement de la viscosité peut le faire rétrocéder rapidement.

Note sur l'influence des radiations sur le développement de l'œuf.

M. R. Garipuy rappelle tout d'abord que la radiosensibilité toute spéciale des éléments en voie de formation, sur laquelle est basée en grande partie la curiethérapie, pose un problème tout à fait capital à solutionner quand il s'agit d'appliquer du radium au voisinage de l'utérus gravide.

Il rappelle les différents travaux expérimentaux parus à ce sujet, et se propose de répandre sur une plus grande échelle cette étude, car il lui semble que les expérimentateurs sont restés dans des conditions fort éloignées de la pratique sur la femme enceinte.

On sait, en effet, que dans l'action des rayonnements, interviennent la filtration, l'éloignement du foyer radio-actif et l'absorption des divers tissus. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater le peu d'action sur le développement du fœtus humain qui a été constaté par différents auteurs. Cette innocuité est telle, dans la technique habituellement suivie aujourd'hui, que l'on croit devoir con-

clure que la gravidité, surtout dans les derniers temps d'une grossesse, n'est pas une contre-indication, sauf naturellement à réserver l'application intra-utérine.

Remarques sur la technique du traitement du cancer utérin par les radiations.

M. Marie, après avoir exposé au point de vue physique les diverses modes d'action des différents agents que l'on peut actuellement utiliser dans le traitement du cancer du col utérin, en envisage les indications et en précise le mode d'emploi. A son avis, il convient d'abandonner la méthode des doses intensives et de courte durée d'application, en raison des dangers qu'elle peut faire courir, et il estime que l'on doit s'attacher plutôt à des applications prolongées de faible intensité.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Des ruptures intra-péritonéales des kystes de l'ovaire.

MM. Dambrin et Bernardbeig rapportent une observation de kyste mucoïde de l'ovaire droit rompu dans le péritoine sans signe de rupture, avec le tableau clinique de l'ascite libre. Il s'agissait d'une vierge de 45 ans, entrée à l'hôpital pour phénomènes abdominaux douloureux consistant en crises avec vomissements, températures et météorisme. Devant l'accroissement du volume du ventre, qui présentait les signes classiques des épanchements ascitiques, on fit une ponction qui amena l'évacuation de 10 litres de liquide ayant, au point de vue chimique, tous les caractères des liquides de kyste ovarien.

La malade passa alors en chirurgie, où une laparotomie montra un grand kyste de l'ovaire droit déchiré et un petit kyste de l'ovaire gauche intact. Les auteurs insistent sur la rareté de pareils faits qui peuvent s'accomplir sous deux formes, l'une latente et l'autre aiguë et d'indication péritonéale.

Traitement du cancer du col et du vagin pendant la grossesse.

MM. Aubebert et Garipuy, après avoir d'abord sommairement rapporté l'observation d'une malade enceinte de 7 mois, atteinte d'un épithélioma spinocellulaire du col utérin traité par la curiethérapie, et ayant disparu au moment de l'accouchement qui eut lieu à terme, il y a 15 mois, sans qu'il y ait encore actuellement trace de récidive, passent successivement en revue les différents traitements qui peuvent être appliqués en pareils cas.

Le traitement chirurgical ne donne pas de résultats bien satisfaisants ; aussi, doit-on autant que possible attendre l'accouchement, car on observe souvent une rétrogradation de la tumeur, ce qui facilite d'autant l'acte opératoire.

Au point de vue de la curiethérapie, on ne possède qu'un petit nombre d'observations, d'ailleurs toute récentes. Il est difficile dans ce cas, de faire une application correcte du radium, dont l'action paraît néfaste sur l'évolution des premiers mois de la grossesse ; ultérieurement, les mêmes accidents ne paraissent pas devoir se produire.

Hématocolpos, hématométrie, hématosalpinx et hématocèle.

M. Mériel communique le cas d'une fillette de 14 ans, non encore réglée, qui présenta en mars 1922 des phénomènes douloureux dans la région pelvienne. Le médecin de la famille, constatant un hymen imperforé et bombant à l'extérieur, proposa une petite intervention qui fut refusée. Le mois suivant, les mêmes phénomènes douloureux se reproduisirent, s'accompagnant de vomissements, de troubles dysuriques ainsi que de l'apparition dans la fosse iliaque droite d'une tumeur douloureuse et fixée.

L'hymen fut alors incisé, et il s'écoula une certaine quantité de sang noirâtre et poisseux, mais sans que la tumeur se soit effacée.

Une laparotomie montra alors qu'il s'agissait d'un volumineux utérus, flanqué d'un gros hématosalpinx droit, et d'un petit hydro-salpinx gauche. Il y avait également du sang dans le Douglas. On fit une hystérectomie fundique avec conservation des ovaires. Les suites furent normales, et depuis l'intervention, les règles sont apparues cinq fois.

La radiographie du fœtus pendant la gestation.

M. Favreau expose l'importance de ce mode d'examen qui n'a encore été que peu utilisé en France, et qui permet de montrer la présence du fœtus quand les signes cliniques de la grossesse font encore défaut.

L'auteur, qui poursuit ces recherches depuis plusieurs mois, après avoir essayé différentes techniques, s'est arrêté à prendre des clichés soit antéro-postérieurs, soit latéraux avec des temps de pose de 2 à 3 secondes suivant que la grossesse présumée a ou n'a pas atteint 5 mois.

Bien que la lecture des clichés soit très délicate, les résultats ont été des plus satisfaisants, car la présence sur l'épreuve de la colonne vertébrale fœtale a permis non seulement le diagnostic positif (grossesse simple, gémellaire, trigémellaire), mais encore le diagnostic différentiel (grossesse et fibrome). L'action des rayons X ne compromet en rien la gestation par suite du peu de temps de pose.

Transformation kystique d'une corne utérine

M. Ferré a eu l'occasion d'intervenir chez une jeune fille de 18 ans, qui présentait une tumeur abdominale développée en partie dans le ligament large et qui n'était autre chose qu'une corne utérine ayant subi la transformation kystique. La tumeur fut seule enlevée et l'utérus conservé, et l'opérée eut ultérieurement deux grossesses évoluant à terme.

Quelques observations du traitement des annexites par la vaccinothéarpie.

M. Daléas a traité un certain nombre de malades atteints d'affections inflammatoires annexielles en utilisant le vaccin de Delbet, et en lui adjoignant selon les cas des vaccins antigonococciques et entérococciques.

Parmi les cas observés, au nombre d'une dizaine, aucun n'est resté indifférent aux injections ; tous ont subi une amélioration plus ou moins marquée, et plus ou moins durable, s'adressant soit à l'élément douleur, soit à l'élément local et, dans les cas les plus favorables, aux deux éléments réunis.

Césarienne tardive, opération de Porro, embolie pulmonaire.

M. Fournier relate l'histoire d'une jeune femme âgée de 19 ans, ayant le bassin généralement rétréci, en travail depuis 48 heures, et qui avait subi plusieurs applications infructueuses de forceps. L'auteur, appelé auprès de la parturiente, décida malgré le temps écoulé de pratiquer une césarienne, qui par suite de l'état d'infection des voies génitales, fut suivie d'une opération de Porro. Les suites immédiates furent très bonnes, mais le 13e jour, l'opérée eut une embolie pulmonaire dont elle put guérir.

Dr J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences

(*Liège, juillet-août* 1924) (1)

Les rayons X et le radium dans le traitement des fibromes,

Par le Dr Foveau de Courmelles.

Les malades avaient jadis une grande peur des opérations aujourd'hui à peu près disparue ; c'est pourquoi, ils recouraient aux procédés d'alors. En 1888, nous avions la galvanisation et la faradisation qui rendaient de grands services contre les hémorrhagies ; ce sont encore celles-ci qui, le plus souvent, attirent l'attention et font consulter. Parfois, le fibrome non saignant se signale par un volume qui s'accroît rapidement.

Il y a encore, comme je le disais en mon rapport au XVIIe Congrès international des Sciences médicales (Londres, août 1913), des malades qui ne veulent pas entendre parler d'opération et que, cependant, il faut secourir. C'est même parce que j'ai eu des cas de ce genre, que, d'autre part, je connaissais l'action alors au moins améliorante des rayons X, sur les cancers et la transformation possible des fibromes, que je recourus aux rayons X, la galvanisation ayant été insuffisante. Aussi, le 11 janvier 1904, le prof. d'Arsonval présentait en mon nom, à l'Académie des Sciences de Paris, un travail intitulé : « La radiothérapie, moyen de diagnostic et de thérapeutique de certains fibromes ».

Je ne pensais alors qu'aux fibromes plutôt menacés de dégénérescence cancéreuse (sans, comme on l'a tant dit depuis, que les rayons X y aident). Mes communications suivantes des 27 février 1905 et 23 novembre 1907 montraient que presque tous les fibromes en pouvaient bénéficier, que la peau à travers l'aluminium restait intacte ou simplement noircisait ainsi que son système pileux, que la stérilisation était inutile et même alors difficile à obtenir, que les hémorrhagies cédaient quand même rapidement ...

Peu après, le 15 avril 1904, à la *Société médicale des Praticiens*, je signalais également l'action hémostatique du radium dans les cas de cancer du col de l'utérus ou de l'utérus lui-même. Plus tard, fin 1905, Oudin et Verchère, conséquence logique, appliquaient le radium aux hémorrhagies des fibromes. Mais que de travaux furent encore nécessaires avant de voir devenir classiques, comme elles le sont aujourd'hui, les méthodes radio et radiumthérapiques ! L'étranger adopta le premier, et maintenant encore plus que nous, ces travaux (A. Béclère, *Paris médical*, 7 février 1920).

Quoi qu'il en soit, les rayons X sont maintenant plus généralement employés, le radium vient après. Par ordre chronologique, les chirurgiens allemands utilisèrent la radiothérapie les premiers, puis les Américains, les Français, les Anglais, les Espagnols, les Italiens..... Nous n'essayons du reste ici qu'une mise au point à l'heure présente de la radiothérapie antifibromateuse, rayons X ou radium n'étant du reste que des radiations assez semblables et interchangeables.

Le prof. A. Béclère, rappelant notre première communication, s'est étonné souvent, à bon droit, que la France, berceau de la radiothérapie des fibromes, y fût venue si tard et y fut encore trop souvent réfractaire. Cependant, grâce justement à lui-même, à des chirurgiens, comme J.-L. Faure, Recasens..., la diffusion s'y est faite, de même que celle des applications radiumthérapiques. Les chirurgiens, actuellement, ne voient guère que certains insuccès des radiations et, par suite, sont en désaccord forcé avec les statistiques des radiologues.

(1) Communication analogue faite le 12 septembre 1924 au Congrès de l'*American electrotherapeutic Association*, à New-York.

Comment dégager les doses et les cas possibles des applications des rayons X ou du radium à travers les nombreuses observations, souvent si contradictoires, et cependant combien nécessaires devant l'extension de ces méthodes ?

Beaucoup de chirurgiens, cependant, continuent à ne croire qu'à leur intervention, attribuant même les coïncidences de fibromes irradiés, avec les cancers utérins, aux irradiations. Ne trouvons-nous pas d'ailleurs les mêmes coexistences de fibromes et de kystes de l'ovaire ? Quand je constate l'arrêt hémorrhagique avec une continuation d'augmentation du volume abdominal, je conclus, plus souvent qu'à la coexistence d'un épithélioma, par exemple, qui serait, du reste, amélioré, à cette double présence du fibrome et du kyste de l'ovaire, et je crois qu'en l'espèce, peu y verraient une corrélation de cause à effet malgré que certains kystes végétants soient ou commencent à être qualifiés de cancer : alors tout serait cancer ? Je fais opérer et vois mon fibrome ratatiné.

Depuis 1921, je recours d'ailleurs à la radiographie qui me montre une opacité ; le radio-diagnostic s'ajoute à ce que l'apparente insuffisance radiothérapique m'avait démontré ; je dis « s'ajoute », songeant au titre même de ma première publication sur le sujet.

Les chirurgiens ne voient d'ailleurs, répétons-le, que les mauvais cas, les réfractaires, et il en est. Les hémophiliques, même sans autre complication, voient difficilement leurs hémorrhagies tarir, et encore, pas toutes.

***

Parfois, et pour aller plus vite, l'action sur les ovaires doit, pour l'hémostase nécessaire, remplacer l'irradiation du fibrome seul ; on peut, du reste, combiner les deux sortes d'applications radiothérapiques, mais il faut dire et répéter, comme je le fais depuis mes premiers travaux, que la stérilisation est rarement nécessaire. Il faut, au contraire, et cela suffit le plus souvent, conserver les ovaires féconds, et ainsi a-t-on vu maints cas de grossesses heureuses, de beaux enfants consécutifs, aux irradiations, avec considérables régressions fibromateuses. Ceci est un grand avantage sur la castration chirurgicale, « la castration sèche » des Allemands et si vantée par eux de 1906 à 1913, alors qu'aujourd'hui, comme moi, ils vantent « la radiothérapie contre la stérilité ».

L'intervention opératoire est parfois préférable à la radio ou radiumthérapie, d'abord, quand ces méthodes bien appliquées, et à doses convenables, ont été inefficaces ; ensuite, et même *à priori*, quand le fibrome est mal placé ou compliqué. Précisons : s'il s'agit de lésions annexielles, salpingites, paramétrites, ... le radium, dit le prof. Jean-Louis Faure, doit être éliminé parce que dangereux ; nous sommes de cet avis et nous y employons les rayons X peu pénétrants ou la diathermie.

Rayons X ou radium sont à rejeter dans les cas d'infection ou de nécrose du fibrome, sur lesquels la radiographie gynécologique que nous préconisons systématiquement depuis 1921 peut nous renseigner.

Dans les cas de grossesse supposée ou de femmes jeunes qui peuvent être mères, nous rejetons le radium accusé de stériliser, bien qu'on prétende arriver à le doser. Attendons que le fait de guérir par les sels radifères sans stériliser soit confirmé. Les rayons X, sans les conseiller en l'espèce, ont amélioré des fibromateuses non soupçonnées enceintes, et, sans conséquences fâcheuses, à de très rares exceptions près, pour les produits conçus. Maints observateurs en sont d'accord et l'intervention chirurgicale faite parfois et par erreur serait encore plus dangeresuse.

Pour les fibromes trop gros, et très anciens le plus souvent, l'intervention est indiquée. Il faudrait aux irradiations, ou trop de temps, ou trop de séances trop longues et par suite nocives : il y aurait, en effet, et il en est résulté des cas de mort, des fontes énormes dans l'organisme de produits toxiques, et produisant véritablement, selon la belle théorie d'Auguste Lumière, des floculations désastreuses de colloïdes. Au Congrès de physiothérapie de Liège de 1905, MM. Bordier et Galimard montraient par les rayons X la disparition de l'opalescence des solutions à l'état colloïdal, et, personnellement, j'y décrivis déjà les effets biologiques de diverses sources photogéniques, rayons X, radium, ultra-violets.

J'ai vu des fibromes énormes, remontant pour les patientes à plus de vingt ans et n'ayant encore produit nulle compression dangereuse, phénomène rare. Même si les fibromes ne sont pas très gros, si des compressions menaçantes existent et ne cèdent pas rapidement à quelques irradiations rapprochées, il vaut mieux ne pas s'attarder. La situation anormale de la tumeur, les fibromes pédiculés, polypeux, néoplasiques, impliquent forcément aussi l'art du chirurgien.

***

Quand faut-il employer de préférence les rayons X ou le radium ? Parfois des raisons extra-médicales interviennent. La malade, épuisée par ses ménorrhagies, n'est pas déplaçable, ou le temps presse ; ou, la malade ne peut même, à cause d'intérêts importants en jeu, recourir à la chirurgie qui l'immobiliserait : elle n'est pas assez riche pour faire installer chez elle les rayons X et elle ne peut bouger ; elle n'est plus jeune et approche de la ménopause... Le radium peut alors rendre de grands services. Son application même prolongée ne dépassera pas 2 ou 3 jours, et encore, peut-on diviser ce temps, morceler les séances.

Si on ne veut pas *stériliser*, jusqu'à nouvel ordre, nous devrons renoncer aux sels radifères, traiter les symptômes par les médicaments usités, l'opothérapie, les faradisation et galvanisation, vieillement connues et trop abandonnées, applicables sur place ; puis, la malade déplaçable, lui faire des rayons X.

Il peut arriver que le fibrome ait été insuffisamment irradié ; de rares séances suffisent à le maintenir, à ramener les bouffées de chaleur et autres symptômes indiquant la ménopause ; des années après celle-ci, le fibrome reprend ainsi parfois de la vitalité, qu'il ait été irradié ou non. On peut alors soupçonner le cancer et faire enlever. Mais il existe encore maintes malades timorées, jeunes ou vieilles, du reste, qui ne veulent entendre parler à aucun prix d'opération, alors il faut irradier. D'ailleurs, rayons X et radium agissent sur les jeunes cellules cancéreuses, peuvent se superposer, se succéder, être interchangeables. On pourra ici, puisque la stérilisation n'est plus à craindre, et pour agir vite, préférer le radium.

***

Nous arrivons aux points les plus discutés :

Quelles doses doit-on employer ? Comment les mesurer ? On a les réactifs colorimétriques, ionométriques, vivants. L'érythème est lui-même encore mal défini. On appelle aujourd'hui « des doses modérées » des doses 100 ou 200 fois plus fortes qu'au début !

Que de points divergents existent encore !

Radiothérapie profonde ?

Grosse dose de sels radifères ?

La radiothérapie dite actuellement « profonde », et qui le fut, en somme, toujours, puisque les rayons X traversent le corps, s'appelait avant la guerre « radiothérapie intense », ou « à grandes intensités ». Rien n'a changé en l'espèce que des appareils plus puissants, permettant des doses plus fortes, ces appareils d'ailleurs construits actuellement dans tous les pays.

Il faut se défier du *choc* dont, dès 1904, j'ai signalé, avec les faibles doses d'alors, les phénomènes bien souvent rappelés depuis. Selon les sensibilités (radiosensibilité, radio-anaphylaxie), les modifications sanguines qui le traduisent, des doses diverses, en radio et radiumthérapie sont nocives, produisant choc, floculation et mort, — ou, guérison, parfois sans aucun accident. On ne peut donc se prononcer sûrement sur les doses en matière de fibrome où, les dangers morbides ne sont si aussi graves, ni aussi imminents qu'en matière de cancers. Certains symptômes, fièvre, courbature, température, vomissements..... préviennent de l'arrêt nécessaire des irradiations. D'autres sensations, tiraillements, ballottements de la tumeur, indiquent au contraire sa régression, alors que les autres tissus n'ont pas encore diminué de volume et sont trop lâches.

Les régions abdominale et thoracique sont aussi particulièrement sensibles aux radiations. Tel sujet irradié pour diverses tumeurs, aux membres et à l'abdomen, aura pour celui-ci des réactions, des vomissements graves, alors que les membres traités ne donneront aucun phénomène. Défions-nous de superposer des *chocs*, de faire opérer des fibromes irradiés avant que le sang à faire analyser ne soit redevenu normal, car, rien n'est plus variable en a composition sous l'action des radiations, que le sang, et plus facile à suivre d'ailleurs.

Cependant, comme en posologie médicamenteuse, nous avons des moyennes, certaines données, des doses maxima et minima, et ce sont ces résultats, moyens, nous le répétons, de notre expérience personnelle et ancienne, que nous allons indiquer.

En général, je préfère les doses fractionnées :

En radiothérapie, 2 mA, 20 centimètres d'étincelle, 15 à 30 minutes selon l'ancienneté probable du fibrome, 1 à 3 séances par semaine, 2 à 3 semaines — repos d'un mois et reprise équivalente. Applications avec filtres d'aluminium de 2 à 10 mm. d'épaisseur, selon que je recours à 20 ou 40 cm. d'étincelle; depuis 1897, j'ai, toujours, en radiothérapie (dont j'ai créé le mot), isolé, séparé, mon patient des rayons X, par l'aluminium et l'ai toujours préconisé ; les rayons sont à peu près concomitants sur le fibrome et les ovaires ; si ceux-ci saignent, les radiations sont donc appliquées successivement sur ces trois régions ; sinon, localisation sur la tumeur seule. Le tube employé est le Coolidge.

On peut prolonger les séances en durée et augmenter jusqu'à 30 et 40 centimètres la longueur de l'étincelle, en conservant les deux milliampères, prendre plusieurs portes d'entrée. Tout cela est connu, je n'y insiste pas, et surtout en ce qui concerne ma pratique, je n'en abuse pas, en ayant eu parfois de pénibles réactions.

De même, en radiumthérapie. J'ai eu le plus souvent des guérisons, sans les accidents consécutifs que j'ai entendu signaler : perforations vésicale ou rectale, avec 2 à 3 centimètres de bromure de radium placés de chaque côté du col utérin, dans les culs-de-sac, pendant 48 heures, et ceci répété 2, 3 ou 4 fois. Depuis 1904, j'emploie les sels radifères (alors contre le cancer utérin, maintenant contre lui et certains fibromes) dans des tubes d'argent que j'entoure d'ouate et de caoutchouc, le tout bien aseptique. J'ai parfois atteint 5 à 6 centigrammes de chaque côté, mais rarement. Je n'ai jamais eu de douleurs provoquées comme certaines malades m'en ont accusé pour des applications faites par d'autres opérateurs ; au contraire, j'ai toujours eu de l'analgésie, comme je le signalai dès 1902, au Congrès d'électrologie et de radiologie médicales de Berne.

Est-ce trop de prudence ?

Ma pratique est satisfaisante, atteignant en succès les 80 % des nombreux auteurs actuels, sachant, et pour cause, éviter les accidents possibles, pour les avoir constatés dès mon innovation de la radiothérapie des fibromes, et signalés de suite, en 1904, comme le prof. A. Béclère, également partisan des doses fractionnées, et combien d'autres et non des moindres, je me borne donc, en général, à ces doses.

Des opérations ont montré que des fibromes irradiés, puis enlevés, avaient parfois provoqué la mort (L. Bazy, Leriche, Bérard) ; c'est par *superposition de chocs* que j'ai soulignée, et évitables par des examens hématologiques. Mes doses de 1904 étaient bien

faibles, et cependant, elles avaient déjà provoqué le même genre d'accidents radiants signalés actuellement, et surtout par Sir H. Rolleston, en Angleterre, et qui là, sans autre action que les rayons X, sont allés jusqu'à la mort. J'aime donc mieux rester en deçà que d'aller au-delà, et je n'ai encore jamais vu le fibrome recevoir, du fait de l'irradiation, un coup de fouet, une excitation, comme cela peut arriver en matière de cancer. Je l'ai entendu dire, et je l'ai lu cependant tout récemment. Il faudrait en définir les conditions, causes ou effets, coïncidences.

On a parlé d'augmentations soudaines après irradiations ; quant aux difficultés d'opérer quand cela est nécessaire, difficultés qui proviendraient de l'irradiation, adhérences, cela ne semble nullement dém ntré. Bien souent des inflammations anciennes ca sont cause, sans que ni le fibrome ou son traitement radiothérapique puissent être incriminés ; bien des radiologistes ont assisté à des opérations de femmes irradiées par eux (sans le avoir brûlées, ni par la peau, ni par l'intestin, ce que l'on a souvent trouvé, dit-on, atteint par les rayons X, bien entendu) et sans que le chirurgien trouvât de traces ou de difficultés opérares. Que l'on puisse accuser la radiothérapie, même faussement ou inexactement, prouve la prudence nécessaire à apporter dans son emploi.

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs.

Dr Enriquez et Gaston Durand. — **Les ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostic clinique, radioscopique et radiographique.** (Collection «Médecine et Chirurgie pratiques »). 1 vol. de 184 pages avec 12 figures et 8 plLnches en héliogravure, 1923, Prix : 10 francs.

Le diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum reste chose particulièrement délicate, malgré les progrès et les perfectionnements réalisés depuis vingt ans dans les méthodes d'exploration. De la découverte précoce de l'lucère et de son siège, surtout quand il n'est pas compliqué, dépend le succès du traitement médical ; or, c'est précisément à la période initiale de l'affection, que surgissent les plus grandes difficultés de diagnostic.

Bien que cette question ne soit pas encore résolue définitivement, ainsi qu'en témoignent les communications faites aux récents congrès de médecine, les auteurs de ce livre veulent permettre au praticien de se reconnaître au milieu d'affirmations souvent contradictoires et de méthodes d'investigations variées. Ils veulent éviter cette schématisation excessive des éléments de ce diagnostic, qui, sous prétexte de simplifier la tâche du praticien, ne s'accorde ni avec le polymorphisme clinique de l'ulcère gastrique du duodénum, ni même dans les cas les plus typiques avec la stricte réalité des faits.

Après une courte partie historique, les étapes du diagnostic sont traitées en deux chapitres : diagnostic de la lésion, diagnostic du siège.

Loin de vouloir opposer les mérites des diverses méthodes d'investigation : tubage, radioscopie, radiographie, les auteurs soulignent l'aide réciproque que ces méthodes peuvent se donner et la nécessité fréquente de leur contrôle réciproque.

Librairie Istra, Strasbourg et Paris, 57, rue de Richelieu.

Dr Paul Blum. — **Précis pratique d'hydrologie thérapeutique pour les stations françaises, belges et luxembourgeoises** (avec un tableau synoptique général une carte thermale). Prix du volume cartonné : 8 fr.

Ce précis, court, clair et pratique, rassemble, sous un format réduit, l'ensemble des notions actuellement admises, qui se rapportent à l'histoire, à la genèse et au pharmaco-dynamisme des eaux thermo-miuérales. Il est, pour les praticiens, un guide précieux pour le choix rationnel de la station hydro-minérale, qui convient à chaque cas particulier.

Rien n'est laissé dans l'ombre : origine des eaux thermales, radioactivité, ionisation, hydrolyse, pression osmotique, cryoscopie, etc.

Mais, ce qui constitue l'originalité de ce volume, c'est la nouvelle classification des eaux proposée par l'auteur, qui permet au praticien de trouver sans idifficulté la station, dont le choixjs'impose à lui. Une série de tableaux synoptiques correspondant à chaque grand appareil ou aux états morbides généraux, permet de choisir parmi les sources alcalinisantes, stimulantes, diurétiques, anticatarrhales et énergétiques, la station favorable.

Un grand tableau synoptique général disposé suivant des lignes d'abscisses et d'ordonnées permet, en outre, de trouver à l'intersection de deux lignes, le groupe de stations, auquel chaque catégorie de malades doit être envoyé.

Ce tableau, qui comprend près de 2.000 cases, est placé dans une poche de la couverture et peut être détaché du volume.

Un index géographique complète cet ouvrage rori-ginal et documenté.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CRISE DE LA MÉDECINE MILITAIRE

Les articles parus avant les vacances dans l'*Echo de Paris*, sous ce titre, et signés G. DESMARETZ, ne sont pas demeurés ignorés de nous. Il ne nous avait pas paru qu'ils méritassent d'être relevés. Mais, quelques-uns de nos correspondants en ont ressenti quelque émotion, et nous ont demandé ce que nous en pensions.

Voyons donc, rapidement, de quoi il retourne. La thèse de M. Desmaretz se résume en peu de mots. Si, dit-il en substance, le médecin militaire a tendance à devenir techniquement insuffisant, c'est qu'il manque de l'entraînement que comporte l'exercice constant de la profession, la pratique courante de l'art médical. Ses fonctions consistent bien plus, c'est un fait connu, à dresser des statistiques, à rédiger des rapports, à se gaver de circulaires qu'à soigner des malades. D'autre part, sa solde est généralement médiocre et au-dessous de ses besoins. Pour porter remède à cette situation, il n'y a qu'un moyen : non seulement autoriser le médecin à faire de la clientèle civile, mais l'y encourager, l'y pousser. Il serait naturel, qu'en ce cas, il supportât les mêmes charges que ses confrères civils, et que, notamment, il payât patente. Mais, sous cette réserve, il n'y aurait qu'avantage à l'engager dans cette voie : ce serait là la véritable solution de la crise.

Et là-dessus, l'auteur prévoit toutes les objections qu'on pourrait lui opposer, et prétend les réfuter victorieusement. Jugez-en :

« Le médecin militaire a des avantages que n'a pas le médecin civil : par exemple, ses frais d'études sont supportés en partie, et souvent en totalité, par l'Etat ; sa situation d'officier lui donne droit à une solde, etc. Que m'importe ? N'y a-t-il pas des médecins civils qui ont obtenu des bourses d'études ? N'y a-t-il pas des médecins qui sont attachés à des administrations ou des services de l'Etat, et qui, de ce fait, touchent un traitement ? A-t-on jamais songé à leur interdire de faire de la clientèle ? ? ? »

Pauvre, pauvre argumentation, et qui dénote de la part de M. Desmaretz une ignorance absolue de la réalité, sans doute, — hypothèse laplus favorable pour lui, puisqu'elle ne met pas sa bonne foi en cause.

Reprenons les deux principaux de ces arguments. L'Etat paye, partiellement ou totalement, les frais d'études du futur médecin militaire, mais il y a des médecins civils qui obtiennent des bourses d'études... Combien de ces bourses sont concédées annuellement ? Le nombre en est si infime que mieux vaut ne pas en parler. Mais fussent-elles infiniment plus nombreuses que je dirais : qu'est-ce que cela prouve ? Dans le capital engagé par un jeune homme, ou par sa famille, pour faire ses études médicales, que représentent les frais d'études proprement dits, inscriptions et droits de travaux pratiques, d'examen, de thèse, au regard des dépenses nécessitées par le logement, la subsistance, le vêtement, etc. ? A cette heure, il est prouvé que ces dépenses, pour un minimum de six années (un an de P. C. N. et cinq ans d'études médicales proprement dites) s'élèvent au minimum à 50.000 *francs*. Or, dans le même temps, l'élève de l'Ecole de Lyon, du moins pendant quatre ans, est logé, vêtu, nourri, moyennant un prix de pension de 1.500 francs par an, et un trousseau de 3.500 francs. Mais des bourses et des demi-bourses sont *largement* accordées aux élèves qui justifient d'une insuffisance de ressources, de sorte que le moins avantagé des santards aura déboursé à la fin de ses études au maximum 15.000 francs, sans parler de certains autres profits qui ne sont pas négligeables, tel que le quart de place en chemin de fer.

Et les frais de premier établissement, quels sont-ils pour un médecin militaire ? Néant. Il touche même une première mise d'équipement et de harnachement. Pour le jeune docteur civil, au contraire, achat de livres et d'instruments ; agencement d'un cabinet de consultation et d'un salon d'attente ; achat d'un véhicule, s'il choisit un poste rural ; achat d'une garde-robe suffisante pour faire figure honorable aux yeux de sa clientèle, etc.

Dès qu'il est nommé médecin aide-major de 2e classe, le médecin militaire touche sa solde régulièrement, mois par mois ; en outre, une ordonnance est mise à sa disposition, qu'il indemnise à peu de frais, sinon, il reçoit une allocation de remplacement d'ordonnance.

Le jeune docteur civil devra attendre patiemment, d'abord que la clientèle lui vienne ; ensuite, qu'elle le paye. Si souhaitable que soit la

généralisation du paiement des honoraires médicaux au comptant, il ne fait aucun doute que le débutant ne peut, à cet égard, se montrer exigeant. Jusque-là, il vivra comme il pourra, de ses ressources personnelles, ou de celles que lui fournira sa famille.

Les deux situations sont-elles comparables? Il suffit de poser la question pour que la réponse surgisse immédiatement.

On n'interdit pas aux médecins appartenant à certaines administrations civiles de l'Etat de faire de la clientèle privée. Qu'est-ce à dire ? Lisons l'article 23 du décret du 10 août 1920, sur les sanatoriums publics :

« Les médecins chefs et médecins adjoints devront résider dans l'établissement ; *ils ne feront pas de clientèle au dehors*, sauf autorisation exceptionnelle révocable laissée à l'appréciation de la commission prévue à l'article 28, qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région ».

Dans un projet d'organisation de Dispensaires antituberculeux, nous lisons :

« Le médecin chef recevra un traitement fixe de ...., *ne pourra faire de clientèle*, tout en ayant le droit d'être appelé en consultation à titre privé... » (*Concours médical*, n° 38, p. 2203).

Les médecins qui appartiennent aux services de l'hygiène publique n'ont pas davantage le droit de faire de la clientèle privée.

C'est-à-dire que, partout où le médecin fait figure de fonctionnaire, on tend de plus en plus à exiger qu'il se consacre entièrement et uniquement à son emploi, et qu'il ne fasse pas autre chose.

Voilà donc deux arguments de M. Desmaretz qui s'effondrent lamentablement comme châteaux de cartes : pour justifier le droit des médecins militaires à soigner les civils, ils sont sans aucune valeur et inopérants.

Mais il est, à mon sens, d'autres raisons qui exigent que le médecin militaire ne fasse exclusivement que de la médecine militaire. Si, médecin, son diplôme lui donne effectivement le droit d'exercer la médecine en France, sans restriction,—militaire, de par son libre choix, il a accepté un statut spécial qui n'est pas sans grandeur, mais qui constitue par contre une servitude : ce n'est pas moi, c'est Alfred de Vigny qui le dit. L'exclusion de la clientèle civile est un des éléments de cette servitude.

Et voyez où nous conduirait la conception de M. Desmaretz. Si le médecin militaire avait le droit de soigner les civils, et d'en tirer profit, il n'y aurait aucune raison pour que le capitaine trésorier du régiment ne tînt pas la comptabilité d'un commerçant, — pour que le chef de la musique militaire ne dirigeât pas en même temps l'Harmonie municipale, —pour que le chef armurier n'ouvrît pas une boutique privée, — pour que le boulanger militaire ne travaillât pas dans le fournil des boulangers civils. Demandez aux ouvriers boulangers comment ils prendraient la chose, à supposer qu'elle fût possible couramment. Entendez leurs protestations quand, à l'occasion d'une grève de leur corporation, la main-d'œuvre militaire est mise a la disposition des boulangeries civiles .

Et cependant, il s'agit là d'assurer à la population un aliment de première nécessité !

Même si le médecin militaire était autorisé à soigner les civils exactement de la même manière que ses confrères civils, il ne le pourrait pas. Au milieu de sa consultation, c'est le directeur du service de santé du corps d'armée qui, en tournée d'inspection inopinée, le ferait appeler d'urgence. En train d'assister une femme en couches, il serait mandé, toute affaire cessante, par le médecin chef de la place, et devrait abandonner la parturiente ; occupé à réduire une fracture de jambe, il devrait interrompre sa besogne parce que le commandant d'armes le réclamerait immédiatement.

A chaque instant, ses obligations militaires se dresseraient impérieusement à l'encontre de ses devoirs envers ses malades civils. Conflit permanent qui ne saurait durer.

Le médecin militaire doit se consacrer exclusivement aux militaires. Nul ne l'a forcé à choisir cette branche de la médecine : il l'a adoptée librement ; à lui de s'y tenir entièrement.

Le plaidoyer de M. Desmaretz est une maladresse : il risque de faire du tort aux médecins militaires qui n'en demandent pas tant. Nous connaissons, depuis La Fontaine, un certain ours dont le pavé n'est pas précisément salutaire aux amis qu'il veut protéger !

Est-ce à dire cependant que la crise de la médecine militaire soit sans remède ? Je suis loin de le penser.

Mais ce remède, ce n'est pas dans le sens indiqué par M. Desmaretz qu'il faut le chercher. C'est, oserai-je dire, dans un sens diamétralement opposé.

Et tout d'abord, il faudrait que le médecin militaire eût une solde digne de son titre. Un médecin inspecteur général touche-t-il 30.000 fr. par an ? J'en doute. Quelle misère !

Je dirai peut-être un jour comment, en ce qui me concerne, je vois la solution de la crise de la médecine militaire. J'indiquerai brièvement aujourd'hui qu'elle repose, selon moi, sur l'adaptation à la médecine d'armée de la conception qui s'impose de plus en plus de la Nation armée, dans laquelle *tous les médecins* ayant les aptitudes techniques et physiques pour servir, ont leur place à tenir et leur rôle à jouer, *avec un encadrement militaire nettement spécialisé.*

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Médecin du service de santé. — Action en responsabilité. — Faute non détachable de la fonction. — Tribunal civil. — Incompétence

COUR D'APPEL DE BOURGES

26 juin 1923.

(*Gazette des Tribunaux*, 5 avril 1924.)

Les tribunaux civils sont incompétents pour statuer sur une demande en dommages et intérêts intentée contre un médecin chargé du service de santé, alors que l'acte qui lui est reproché ne constitue pas, en l'absence de faute professionnelle, un acte détachable de ses fonctions professionnelles, mais une faute de service susceptible d'entraîner, le cas échéant, la responsabilité de l'administration militaire.

« La Cour ;

« Attendu que le docteur S. est appelant sur la seule question de compétence, d'un jugement du tribunal civil de Châteauroux, du 10 juillet 1922, par lequel celui-ci s'est déclaré compétent et a ordonné la preuve par voie d'enquête des faits articulés par les époux C. ;

« Attendu qu'il convient d'estimer tout d'abord que le docteur S., qui s'était engagé envers le service de santé à assurer le service médical des trois dépôts de la place de Châteauroux, doit être considéré, dans l'exercice des fonctions qu'il avait acceptées, comme un fonctionnaire militaire et qu'il y a lieu, en conséquence, de rechercher uniquement si, chargé de soigner, en qualité de médecin militaire assimilé, le soldat Maurice C., décédé le 1er mai 1921, il a commis non une faute professionnelle, mais une faute personnelle qui puisse lui faire encourir personnellement la responsabilité de la mort de ce jeune soldat et le rendre, à cet effet, justiciable des tribunaux judiciaires ;

« Attendu qu'il importe, pour la solution de cette affaire, d'exposer le principe suivant : si l'acte dommageable est impersonnel, s'il révèle un administrateur, un mandataire de l'Etat, plus ou moins sujet à erreur, et non l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences, l'acte reste administratif et ne peut être déféré aux tribunaux ; si, au contraire, la personnalité de l'agent se révèle par des fautes de droit commun, par une voie de fait, un dol, alors la faute est imputable au fonctionnaire, non à la fonction, l'acte perd son caractère administratif et ne fait plus obstacle à la compétence judiciaire (Laferrière, Juridiction administrative) ;

« Attendu que le docteur S. ne pourrait être retenu pour responsable personnellement que s'il était établi, en tenant même pour constants les faits articulés par les époux C., qu'il a commis, soit par malice, un dol, soit par défaut d'intelligence, une faute lourde, équivalente au dol, en un mot un acte détachable de ses fonctions professionnelles et non un fait de service pour lequel il serait couvert par l'administration qui l'employait ;

« Attendu, en fait, que le soldat Maurice C., ainsi que le constatent les registres de visites médicales versés aux débats, se présenta à la visite médicale : 1° le 16 avril 1921 et fut exempté de service pendant deux jours (motifs : réaction vaccinale ; traitement : aspirine) ; 2° le 22 avril 1921, nouvelle exemption de service de deux jours (indication de motifs : rhume ; traitement : ventouses, iodure, quinine) ; 3° le 25 avril 1921, même diagnostic, même exemption de service, même médication ;

« Attendu qu'ayant été l'objet d'une contre-visite le 26 avril suivant, C. fut reconnu atteint de grippe, avec 40° de fièvre, et dirigé sur l'hôpital mixte de Châteauroux où il mourut le 1er mai 1921 ;

« Attendu que bien qu'il résulte de l'examen des registres susvisés, que de nombreuses visites médicales ont été pratiquées sur les jeunes soldats en mai et juin 1921 ; qu'il paraît constant qu'une épidémie de grippe sévissait à cette époque sur la garnison, et qu'ainsi le médecin qui était chargé du service devait se montrer particulièrement circonspect et prudent, les époux C. ne peuvent toutefois imputer au docteur S. une faute lourde, qui lui serait personnelle, puisqu'il est établi que ce médecin a reconnu leur fils chaque fois qu'il s'est présenté à sa visite, l'a exempté de service et lui a prescrit une médication dont l'appropriation et l'efficacité pourraient seules être discutées ;

« Attendu d'autre part, que les époux C. ne contestent pas que leur fils ait été examiné par le docteur S., puisqu'ils se bornent à alléguer sur ce point dans leur articulat (fait coté n° 6) que ce médecin ne l'a pas « sérieusement examiné » ;

« Attendu que, dans ces conditions, il ne s'agit pas de rechercher, ainsi que le disait avec sa haute autorité le procureur général Dupin, si, dans les questions de ce genre, tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, ajoutant que ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux ;

« Attendu qu'en procédant à l'examen des prescriptions médicales dont ils auraient à juger ainsi l'opportunité ou l'inopportunité, les tribunaux s'immisceraient à tort dans l'appréciation du degré de conscience avec lequel les médecins auraient déterminé le choix et l'application du traitement à ordonner ; que ceux-ci ne sauraient être, de ce fait, personnellement justiciables de la loi ;

« Attendu en conséquence qu'on ne peut impute

au docteur S. ni un acte malveillant, ni une faute lourde de nature à lui faire encourir une responsabilité personnelle ;

« Attendu que l'acte qui lui est reproché par les époux C. ne constituerait pas, s'il était établi, un acte détachable de ses fonctions professionnelles, mais une faute de service susceptible d'entraîner, le cas échéant, la responsabilité de l'administration militaire ;

« Attendu, en conséquence, que c'est à tort que le jugement entrepris s'est déclaré compétent pour connaître de l'action en 30.000 francs de dommages-intérêts formée par les époux C. contre le docteur S. et à autoriser ceux-ci à prouver par voie d'enquête les faits par eux articulés ;

« Par ces motifs ;

« Reçoit le docteur S. appelant du jugement du tribunal civil de Châteauroux du 10 juillet 1922 ;

« Dit que le tribunal s'est à tort déclaré compétent ;

« Dit que celui-ci est incompétent pour connaître de l'action en 30.000 francs de dommages-intérêts, formée par les époux C. contre le docteur S. et pour autoriser ceux-ci à prouver par voie d'enquête les faits par eux articulés ;

« Infirme, en conséquence, le jugement entrepris ;

« Renvoie les parties à se pourvoir devant telle juridiction qu'il appartiendra ;

« Condamne les époux C. en tous les dépens d'instance et d'appel ;

« Ordonne la restitution de l'amende ».

Observations. — Voir sur le principe : trib. civ. Châteauroux, 10 juillet 1922 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1922.2.122).

Rapprocher sur le principe de la distinction classique entre la faute personnelle et la faute de service : trib. conflits, 15 mars 1902 (Dalloz, 1903.3.93, et la note) ; C. de cassation, 25 juin 1923 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1923.1.14) ; C de cassation, 12 juin 1923 (*ibidem*, 1923.1.14).

Commentaires

Cet arrêt précise la question de compétence, s souvent discutée, lorsqu'il s'agit de déterminer la faute d'un fonctionnaire et de distinguer ce qui est reprochable du fait de l'homme, ou du fait de l'exercice de la fonction.

Dans quels cas le médecin peut-il, à l'instar du médecin militaire, être considéré comme un fonctionnaire ?

D'après la jurisprudence, un docteur peut se considérer comme un citoyen, chargé d'un service ou d'un mandat public, non pas lorsqu'il participe à l'exécution d'un service public, mais lorsqu'il exerce une parcelle de la puissance publique (Cassation, Chambres réunies, 29 décembre 1898, S. 99. 1. 302).

Il s'en suit que pour être considéré comme chargé d'une fonction, ou service public, le médecin, doit être connu comme ayant reçu une délégation de l'autorité publique. Il faut que la loi l'investisse, dans certaines fonctions, du droit de dresser des procès-verbaux, de donner des ordres et injonctions aux citoyens, de déférer à la juridiction répressive certains actes, ou infractions.

La jurisprudence reconnaît ce droit aux médecins inspecteurs des enfants du premier âge (Cassation, 19 mai 1899 ; Bourges, 1er décembre 1898 ; Orléans, 25 juillet 1899, Conseil d'Etat, 29 octobre 1914, *Concours médical*, 1920, page 444) ; aux inspecteurs des eaux minérales (Cassation, 19 mai 1860), aux directeurs des asiles publics d'aliénés (tribunal civil de la Seine, 18-28 juillet 1882).

Mais, si le médecin n'est pas le représentant de la Société, au nom de laquelle, comme homme de l'art, il doit inspecter ou faire exécuter, et s'il se borne à donner des soins, il ne doit être alors considéré que comme un simple citoyen. Le mode de don des soins, ainsi que la manière de nomination, ou de rétribution des docteurs attachés à un service public, ne sauraient donner la qualification de fonctionnaire. C'est ainsi que le médecin, chargé du service médical de l'assistance médicale gratuite, n'est pas un fonctionnaire (Rennes, 15 juillet 1901) bien que cependant un jugement du tribunal civil de la Seine, 6e chambre, rapporté sans date dans le *Concours médical*, 1911, page 259, attribue la qualification de fonctionnaire à un médecin de l'assistance médicale gratuite, en ce qui concerne la saisie de ses appointements administratifs.

N'est pas fonctionnaire : le médecin inspecteur des enfants assistés (Cassation, 24 mai 1898), les médecins experts (Cassation, 1er juin 1893), les directeurs d'asiles privés d'aliénés (Cassation 29 mai 1884), les médecins et chirurgiens des hôpitaux (Cassation, 27 mars 1887), des bureaux de bienfaisance (Paris, 16 novembre 1892), des chemins de fer de l'Etat (Poitiers, 3 février 1905).

Une obligation légale, telle que celle de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, ne saurait rendre le médecin fonctionnaire sur ce point. (Cassation, 22 octobre 1896.)

Cette distinction prend actuellement de l'importance, puisque nos clients veulent de plus en plus nous attaquer en responsabilité professionnelle. Il convient d'abord de faire porter le litige devant le tribunal compétent et de donner une leçon bien méritée à nos adversaires, en leur laissant faire des frais de procédure inutiles, lorsqu'il se sont trompés sur la compétence *ratione materiæ*.

En second lieu, en cas de riposte de notre part, la demande reconventionnelle que nous pourrons formuler pour notre confrère attaqué, pourra avoir plus de chance d'aboutir, s'il est prouvé

que l'adversaire s'est attaqué, non pas seulement à l'homme privé, mais encore au mandataire de la fonction publique.

En particulier, les outrages dans l'exercice d'une fonction, l'injure, la diffamation, seront diversement punissables, selon que le médecin sera, ou non, considéré comme un fonctionnaire.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les distributeurs automatiques d'essence doivent être contrôlés. Aménagement et surveillance des garages.

Les vacances sont salutaires à bien des points de vue. Non seulement le corps et l'esprit y trouvent un délassement indispensable, mais encore la tranquillité permet l'observation de bien des faits qui, à d'autres époques, passeraient malheureusement inaperçus.

Et pourtant, ce sont souvent plusieurs petites choses agréables qui rendent la vie plus facile.

Toujours en restant dans le cadre d'une chronique automobile, j'ai noté, au cours de mes propres vacances, un certain nombre de ces « petites choses » que je soumets à votre appréciation.

J'ai d'abord été frappé, comme tous les automobilistes, de l'éclosion étonnamment rapide des distributeurs automatiques d'essence.

Au risque de paraître vieux jeu et retardataire, je dois d'ailleurs vous avouer que je suis loin d'apprécier ces appareils.

Non pas que je ne les trouve pas pratiques. Il est incontestable, en effet, que le remplissage des réservoirs se fait plus vite et plus proprement avec eux qu'avec les bons vieux bidons. Mais combien, cependant, je préfère ces derniers !

Si les automobilistes savaient avec quelle impudence et avec quelle facilité, ils peuvent être trompés — pour ne pas dire volés — avec des appareils qui ne sont soumis à aucun contrôle, pas plus pour la quantité que pour la qualité, ils auraient recours, et même ils exigeraient le bidon plombé.

Avec celui-ci, on « voit » la quantité, et vous êtes immédiatement renseigné sur la qualité qui vous est garantie par une maison connue qui n'a pas peur de mettre sa marque sur sa marchandise.

Si vous n'êtes pas satisfait, vous pouvez éviter dans l'avenir, d'acheter au même vendeur.

Si, au contraire, vous avez un bon rendement, rien de plus facile que de vous réapprovisionner chez un stockiste de la même marque.

Avec les distributeurs automatiques, quelle différence ! Deux ou trois tours de mécanique et vous voyez arriver dans un récipient dont vous ignorez totalement la capacité, un liquide dont vous ne pouvez pas connaître la provenance.

Est-ce de l'essence « touriste » ou de l'essence « poids lourd » ? Comment le contrôler ? Et pourtant le prix est bien différent entre les deux qualités.

Si votre moteur ne rend plus, qui incriminerez vous ? Le constructeur de la voiture ou le vendeur d'essence ? Supposant que l'essence est la coupable, vous vous arrêtez quelques kilomètres plus loin, vous achetez une nouvelle quantité d'essence, que vous payez au prix fort, et... vous n'êtes pas plus satisfait.

Certes, il y a des commerçants honnêtes, qui ne tromperaient pas leurs clients sciemment, mais sont-ils sûrs eux-mêmes, sinon de la qualité, du moins de la quantité ?

A mon avis, il serait absolument indispensable que les automobilistes mènent une campagne énergique afin que les distributeurs d'essence soient soumis au contrôle de l'Etat, comme tous les autres appareils de mesure, et afin que le service des fraudes opère de fréquentes vérifications en prélevant et en analysant des échantillons des essences vendues au public.

L'essence est assez chère pour que l'on ait au moins la certitude d'en avoir pour son argent, suivant l'expression populaire.

C'est avec reconnaissance que j'accueillerai toutes les suggestions de nos lecteurs à ce sujet.

— La question du garage est l'une des autres choses qui ont fait l'objet de mon indignation.

Avez-vous remarqué avec quelle désinvolture sont traitées les voitures automobiles par messieurs les Hôteliers ?

Un hangar, une grange, d'anciennes écuries, tout est bon pour remiser les fortunes que représentent les autos. La pluie, le froid, le chaud, la poussière, les poules, les chiens, les chats, et..., ceci est pire, les passants, ont le libre accès des garages.

On prend un soin obséquieux d'une valise qui contient deux ou trois cents francs d'objets, mais on laisse à l'abandon un outillage qui en vaut des milliers. Peut-il exister une telle anomalie ?

Je voudrais, si j'étais membre du Conseil d'administration du Touring Club et des Automobiles Clubs, refuser le panonceau aux hôteliers qui ne s'organiseraient pas décemment pour le garage des autos.

Il n'y aurait là rien d'abusif puisque les hôtels

doivent leur prospérité en très grande partie aux automobilistes.

Là où on fait payer le garage, un gardien responsable devrait être à demeure préposé à sa garde.

Là où le garage est gratuit, le local devrait au moins être clos et couvert, et son accès contrôlé par le patron où l'un de ses employés.

Si ce système était adopté, il y aurait moins de vols d'autos, moins d'accidents aux ailes et aux radiateurs, réservoirs arrière, etc., et surtout, l'automobiliste n'aurait plus ce souci obsédant d'avoir, à chaque étape, à fermer à clé ses coffres, à défaire ses valises ou ses malles fixées sur le porte-bagages, à cacher ses bidons d'huile, à cadenasser ses pneus de rechange, etc., etc.

Croyez-vous que nous n'aurions pas ainsi une petite compensation à l'augmentation de tarif dont on gratifie presque toujours le voyageur qui arrive en auto, comme si l'automobiliste était encore, par définition, obligatoirement millionnaire ?

Je sais bien que pour ma part, je descendrais toujours dans les hôtels munis d'un garage organisé si je pouvais les distinguer facilement. Et je suis sûr que j'aurais des milliers d'imitateurs.

Avis à Messieurs les Hôteliers.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale ordinaire

Convocation

Les membres de la Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, sont convoqués en Assemblée générale ordinaire, au Restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, le dimanche 16 novembre, à trois heures du soir.

Ordre du jour.

1° Allocution du Président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1923 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1923 ;
6° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Frigaux, Fraenkel et Kœnig, sortants et non rééligibles.
7° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

Rapport du Secrétaire général.

Mes Chers Confrères,

L'année qui se termine n'a été marquée par aucun évènement notable ; nous n'avons eu qu'à suivre la voie toute tracée par nos statuts et nous n'avons envisagé aucune modification de leur contenu ; ce n'est pas, sans doute, qu'on ne puisse désirer certaines améliorations nouvelles, mais votre Conseil estime que moins on touche aux règlements existants, mieux l'œuvre se porte et moins elle court de risques ; et il est assez temps d'étudier de nouveaux textes quand l'inventaire en indique la nécessité.

Je vais donc profiter de la latitude qui m'est ainsi laissée pour vous parler un peu de notre administration intérieure et pour vous montrer que, sans rien changer à nos statuts, on doit pouvoir en améliorer le rendement par une application plus stricte et plus régulière de leur texte.

C'est qu'en effet, il ne se passe pas de jour que je n'aie à constater et à regretter quelque infraction aux règles intérieures qui sont notre loi ; certes, elles sont le plus souvent légères, sans grosse importance, elles n'en constituent pas moins un élément de désordre qui deviendrait vite sérieux si votre bureau n'y mettait ordre ; et leur nombre croissant augmente, sans aucun intérêt, le travail déjà si lourd de votre trésorier, et de votre secrétaire général.

Beaucoup d'entre vous, surtout parmi les adhérents de ces dernières années, et même aussi parmi nos anciens, ignorent ou oublient que par leur adhésion à nos statuts, ils se sont engagés à suivre certaines règles, à s'imposer certains devoirs, du strict accomplissement desquels dépend la bonne marche de l'harmonieuse administration de notre œuvre. Toute infraction à ces règles simples et faciles à suivre gêne et trouble cette administration, complique le travail, occasionne des frais inutiles, et devient la source de petites difficultés qui parfois, s'élèvent entre les sociétaires et le Conseil d'administration.

Passons rapidement en revue ces règles et les moyens d'éviter les infractions :

D'abord le service des indemnités.

Les statuts disent (art. 51) que tout malade doit informer le secrétaire général de son incapacité dans les dix jours, et le prévenir de sa guérison dans les trois jours qui suivent.

Il est évident que votre secrétaire ne peut établir le montant de l'indemnité qu'en se fixant sur deux dates : celle de l'arrêt et celle de la reprise du travail. Or, il arrive souvent qu'une déclaration de maladie nous parvient vague, sans date et sans certificat de médecin traitant : c'est ainsi

qu'un certain nombre d'entre vous m'écrivent : « ..... Veuillez noter que je suis atteint de ..... depuis une huitaine, et faites le nécessaire pour m'envoyer au plus tôt l'indemnité qui m'est due ». Une telle déclaration n'en est pas une, et avant d'établir un dossier, me voici obligé d'écrire à mon correspondant pour lui demander : 1° depuis quel jour il a cessé d'exercer ; 2° quelle maladie il a ; 3° une attestation d'un confrère ; 4° la date exacte et certifiée de la reprise du travail. « Pourquoi tous ces renseignements ? m'a-t-on parfois demandé. » D'abord, j'ai à calculer le nombre de jours à indemniser ; puis, j'ai besoin d'une attestation étrangère et compétente : si grande en principe que soit la confiance méritée par la déclaration d'un confrère, en pratique je ne puis oublier qu'il y a des étourdis, des négligents, et même aussi, laissez-moi le dire, des carottiers. Tirer de notre caisse un ou deux jours sur le début, 5 à 6 jours sur la fin de la maladie, mon Dieu, c'est bien peu de chose ! Eh bien ! pour nous, c'est grave, car si on le tolérait, cela pourrait arriver à se multiplier par 50, par 100 à chaque trimestre et coûter fort cher à une caisse qui n'est pas à nous, Conseil, mais qui est bien votre trésor à tous.

Quelques-uns, sous prétexte de secret et de discrétion, me refusent le diagnostic de leur état ; j'ai pourtant besoin de savoir la nature de la maladie en cause, non seulement pour nos études sur la morbidité médicale dont dépendront les inventaires futurs, mais aussi pour la question des rechutes, puisqu'après 60 jours déjà indemnisés, une rechute est considérée comme un état chronique.

Ce n'est donc pas par pure formalité de scribe, (*croyez-bien que j'en ai plus horreur à moi seul que vous tous réunis !*), c'est par nécessité, c'est par intérêt pour votre Société, que je suis obligé d'exiger que les déclarations de maladie et de guérison me soient faites dans les temps et termes voulus.

Mais nos malades commettent une faute bien plus fréquente et plus désagréable quand ils oublient de nous donner régulièrement de leurs nouvelles ! Nous demandons à nos aigus un bulletin par quinzaine ; est-ce trop ? Moi, directeur de maison de santé, je suis bien tenu de fournir très souvent deux bulletins par semaine aux familles de mes malades. Nous demandons à nos chroniques un bulletin par mois et nous insistons pour que ce bulletin nous arrive toujours dans le troisième septénaire, afin d'avoir des nouvelles récentes au moment des réunions du Conseil ; n'est-ce pas rigoureusement légitime ? Eh bien ! beaucoup de nos chroniques négligent ce devoir, et à chaque trimestre, nous sommes obligés de suspendre le paiement de quelques indemnités parce qu'au moment de la réunion du Conseil (qui se réunit toujours dans la dernière semaine de chaque trimestre), nous n'avons pas reçu de nouvelles depuis un mois, 6 semaines, deux mois et plus ! ! Et alors, quand ils s'aperçoivent que le facteur n'a pas le mandat habituel, ils écrivent des lettres furibondes et réclament d'urgence ce qui leur est dû, alors que Gassot et moi sommes obligés de les remettre à 3 mois. Un certain nombre ne sont souvent en retard que de quelques jours, et ils se refusent à vouloir admettre notre sévérité ; ils devraient cependant comprendre que quand les comptes du trimestre sont clos, le soir de la séance du Conseil, le trésorier n'a plus le droit de prendre un sou dans la caisse de sa propre autorité sans un nouveau vote dudit Conseil. Si court que soit le retard, tant pis pour le retardataire ; il lui est aussi facile de m'écrire entre le 15 et le 20 du mois, que le 30, ou le 2 du mois suivant.

Il n'y aurait qu'une exception admissible, c'est quand le sociétaire est trop malade pour pouvoir songer à cette indispensable formalité.

Mais, dans ce cas, je vous supplie tous de bien instruire votre entourage de ce qu'il doit faire et au besoin de l'expliquer par écrit, afin que nul n'en ignore, comme on dit au Palais. Et j'ajoute, pour en finir sur ce point, que le Conseil est toujours prêt à excuser et à pardonner les fautes qui relèvent d'un cas de force majeure et sont exceptionnelles et involontaires. Ce que nous ne pouvons plus laisser passer (parce qu'elles deviennent réellement trop fréquentes et tournent pour certains à l'habitude), ce sont les négligences systématiques, causes de trop d'ennuis, de retards, de troubles et de frais.

En ce qui concerne les paiements des cotisations, voici les recommandations que nous avons à vous faire, Gassot et moi.

Les nouveaux admis n'ont rien à payer tant que je ne leur ai pas envoyé la notification de leur admission et la somme exacte qu'ils ont à verser la première fois. Les anciens doivent savoir que chaque prime est *due et échue le* 1er *janvier*, que le paiement en deux fois 1er janvier et 1er juillet n'est accordé que sur demande, et que c'est par tolérance seulement aussi qu'il leur est laissé le mois pour se libérer ; mais que s'ils ne l'ont pas fait le 31, ils se trouvent *ipso facto* suspendus de leurs droits jusqu'à complète libération.

Mais ce que je tiens à répéter ici avec insistance, c'est que tous les envois de fonds doivent être adressés au trésorier et non au secrétaire général, de même que les déclarations de maladie doivent être adressées au secrétaire général et non au trésorier comme beaucoup le font si souvent : le trésorier est celui qui est chargé du trésor, de l'argent ; le secrétaire est celui qui s'occupe de la correspondance et de toute la paperasserie administrative.

Il peut paraître ridicule de tant insister sur ce point ; pourquoi faut-il que chaque semestre, je sois obligé d'encaisser des fonds qui ne sont pas pour moi, et pour l'usage desquels je n'ai aucun registre, aucun livre, aucune caisse ?

J'en profite pour rappeler aux sociétaires qui, malgré mes lettres personnelles, s'obstinent à m'écrire aux Mureaux, que j'ai quitté cette localité pour habiter Le Vésinet depuis 1907.

J'en arrive maintenant aux candidatures et aux admissions :

Un certain nombre de nos confrères protestent contre les formalités que nous demandons pour la constitution de leurs dossiers ; les uns s'étonnent que nous leur désignions un examinateur et cherchent à nous imposer le leur ; d'autres trouvent que le questionnaire est d'une indiscrétion presque outrageante et n'admettent pas que leur examinateur puisse connaître leur état-civil, leur âge ou leurs antécédents, sous prétexte d'indiscrétions possibles du confrère auquel nous les adressons.

Aux premiers, je répondrai que la question de l'excellente santé de nos candidats est la pierre angulaire sur laquelle repose tout notre édifice, et si nous ne voulons pas son effondrement, nous devons être de la plus grande sévérité sur ce point. Or, le confrère que le candidat demande comme examinateur est souvent un ami ou un camarade de l'examiné, et à ce titre, il ne peut que nous être suspect. Il nous est arrivé de voir deux confrères de la même région s'examiner mutuellement pour poser leur candidature respective et le Conseil a dû refuser le pronostic ainsi fourni et exiger des examens plus sérieux et offrant plus de garanties.

D'autres protestent parce que je les envoie à des examinateurs éloignés, et que je leur fais perdre ainsi un temps considérable.

Mais je suis bien obligé souvent d'agir ainsi : un confrère voisin est presque toujours un camarade ou un adversaire ; à ce double titre, je ne puis me servir de lui ; d'autre part, je tiens à ce que mes examinateurs soient membres de la M. F. et je n'en trouve pas toujours à mon gré dans tous les coins de la France ; alors, je me rabats sur des membres du « Sou médical », c'est-à-dire encore sur des amis de la maison.

Certes, je sens bien qu'il nous faudrait un corps organisé d'examinateurs, deux au moins par département, acceptant ce rôle si grave, et s'engageant à le remplir avec tout le sérieux qu'il comporte. Je désirerais voir se poser ainsi des candidatures à ce rôle un peu partout, et dès maintenant je fais appel à tous ceux qui se sentent le caractère assez indépendant pour remplir cette fonction assez ingrate.

Quant aux indiscrétions pouvant inquiéter nos candidats, j'avoue que si elles sont possibles, elles doivent être fort rares, et je crois nos confrères respectueux du secret professionnel, surtout vis-à-vis de médecins ; et puis, je ne vois pas quel préjudice on cause à un confrère en apprenant son âge ou son lieu de naissance..... Enfin, tout arrive, et dans certains cas, ces mêmes renseignements peuvent en effet servir d'armes à des confrères devenus malveillants au cours de la lutte pour l'existence. C'est pourquoi, plus nous pourrons trouver d'examinateurs attitrés et éloignés de nos candidats, mieux cela vaudra. Mais, en tout état de cause, l'âge du candidat, son lieu d'origine, ses antécédents héréditaires et personnels sont des éléments essentiels pour fixer l'examinateur et le Conseil sur la valeur du risque étudié ; nous ne pouvons donc pas nous en passer ; nous ne pouvons que rappeler nos confrères chargés des examens au secret le plus absolu et à la correction la plus parfaite.

Avant que le candidat nous adresse ses pièces, je le supplie de bien examiner tous les papiers que je lui envoie, et surtout de lire avec le plus grand soin les statuts qui sont notre loi commune. Trop souvent, je suis en rapports avec des adhérents, même déjà anciens, ignorant totalement ce qu'est la M. F., quels sont leurs droits, et surtout leurs devoirs. Une bonne lecture, annotée au besoin, des statuts bien en place, prêts à être consultés en cas de nécessité, voilà qui nous éviterait des lettres fastidieuses à écrire, pénibles à recevoir, et de gros et inutiles frais de poste.

Les adhérents apprendraient ainsi que le Conseil se réunit tous les trois mois, dans la dernière semaine de chaque trimestre, exceptionnellement dans les premiers jours du trimestre suivant ; qu'il ne statue sur les admissions qu'à ces réunions-là ; que, dans la semaine qui suit, le secrétaire général avise chaque candidat de la décision prise et s'il est admis, lui envoie le relevé de la somme qu'il doit envoyer au Trésorier ; qu'enfin son admission n'est valable que quand le Trésorier a encaissé la première cotisation.

Avant d'en terminer avec tous ces menus détails, pourtant si importants pour nous, je rappelle à tous nos sociétaires que le *Concours*, en dehors de tous les articles d'études et de propagande qu'on lui propose, publie tous les trois mois, et cela dans le mois qui suit les réunions du Conseil, le procès-verbal de ces réunions, avec les décisions prises, les indemnités votées, les noms des indemnisés et la liste des admissions provisoires et définitives, car l'admission n'est définitive, sachez-le bien, que si dans les trois mois, aucune protestation n'a été retenue contre elle.

Nos sociétaires abonnés au *Concours* peuvent donc être tenus régulièrement au courant de *ce qui se passe à la Direction de leur Société, s'ils* veulent prendre la peine de lire leur journal et

j'insiste ebeaucoup pour que nul de vous ne néglige ce léger devoir.

Mais il y a des membres de la M. F. non abonnés du *Concours* — je le regrette pour eux, mais n'ai aucune qualité pour les pousser à réparer cette négligence. Alors, et afin qu'eux-mêmes n'ignorent rien de ce que nous faisons, nous leur envoyons à tous un tirage à part et spécial de tous les procès verbaux de la M. F. qui ont paru au *Concours*.

Munis de ces documents, mieux instruits désormais de vos devoirs de sociétaires, vous n'aurez plus désormais d'excuses valables quand vous commettrez quelqu'une des négligences que je viens de passer en revue. Je veux croire qu'à part les cas de force majeure, je n'aurai plus jamais rien à désirer sur ce point et si votre exactitude à observer les règles prescrites est persévérante, ce sera, je vous l'assure, non seulement pour nous un gros soulagement, mais ce sera pour notre œuvre un élément de plus de richesse et de prospérité.

Nous autres, membres du Conseil, nous ne sommes que vos représentants ; c'est de vous, surtout, de votre volonté, de votre régularité, de votre propagande aussi, que dépend l'avenir de la M. F. Sachez-le bien, elle ne sera jamais que ce que vous saurez la faire devenir.

Le secrétaire général,
H. MIGNON.

***

Le rapport du trésorier sera publié dans le prochain numéro du *Concours médical.*

Proposition de loi tendant à accorder à tous les tuberculeux de la guerre le taux de 100 p. 100 et le bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. (*Annexe n°* 5935).

(Session ord. — Séance du 8 mai 1923.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, le décret du 17 octobre 1919 a bien modifié le barème annexé au décret du 23 mai 1919, en ce qui concerne l'évaluation de la tuberculose pulmonaire, et fixé à 100 p. 100 le taux d'invalidité à accorder, mais seulement dans les cas où la maladie est caractérisée à la fois par des signes cliniques certains de lésions en activité, et la présence de bacilles de Koch dans les crachats, malgré qu'il soit établi, par des faits, qu'il y ait rarement concordance, surtout dans les débuts du mal.

Dans les autres cas, les malades se voient considérés comme atteints de vagues troubles pulmonaires et attribuer un taux très inférieur, qui oscille entre 10 et 30 p. 100

Il y a bien dans le décret précité un paragraphe qui prévoit une longue observation et un examen approfondi par un médecin qualifié et spécialement désigné, dans les cas où manque un des deux éléments d'appréciation ; mais les centres de réforme n'en appliquent pas les dispositions (1), et les malades, pour des raisons que nous indiquons plus loin, se soucient généralement fort peu d'accepter une longue hospitalisation. Examinons maintenant la valeur des examens auxquels le décret soumet les malades.

EXAMEN CLINIQUE

Est-il possible de déterminer par l'auscultation si le malade est atteint de tuberculose ? Dans les cas graves, oui ; dans les cas légers, cela est plus difficile, le malade étant examiné pendant cinq minutes environ et par un médecin qui le voit pour la première fois. Ce dernier peut certainement apprécier son état physique, vérifier la souplesse des poumons, diagnostiquer une induration des sommets, une bronchite diffuse, etc., mais il peut se faire que le malade soit un tuberculeux latent, dont la bacillose ne se manifeste que par poussées fébriles aux changements de saisons, de temps, à la suite de surmenage, de dépression morale ou physique, etc., et qui ne présentera à l'auscultation, entre les poussées, que de légers symptômes. Ce malade sera, par conséquent, sous-estimé.

A notre avis, l'examen clinique, pour être concluant dans le cas précité, doit s'accomplir pendant une assez longue période.

Cependant, nous sommes convaincus que la constatation de signes de tuberculose par l'auscultation devrait seule intervenir dans la fixation du pourcentage, contrairement aux dispositions légales qui font de l'examen bactériologique le grand facteur d'appréciation pour les commissions de réformes.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

Or, que vaut une analyse de crachats ?

Les docteurs, les spécialistes, les bactériologistes, même chefs des laboratoires de centre de réforme, auxquels nous avons posé la question, sont d'accord pour reconnaître :

1° Qu'en général le résultat le plus clair, dans le cas négatif, est toujours incertain : il ne prouve rien.

2° Dans les conditions où se fait cet examen, l'incertitude se trouve particulièrement aggravée.

Plusieurs nous ont cité des cas de cavitaires dont les crachats fréquemment analysés ne donnent rien. Un tuberculeux du troisième degré dissémine ou ne dissémine pas.

En admettant que l'examen bactériologique s'opère dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-

(1) Nous pouvons indiquer un centre de réforme qui a refusé catégoriquement de les appliquer, malgré l'énergique réclamation du malade.

dire avec des appareils parfaits et en toute conscience, il est tout à fait normal que le résultat en soit négatif, alors que l'examen clinique indique des lésions.

Qui a raison ? La bactériologie ou la clinique ? Le microscope ou l'oreille et ses accessoires, le thermomètre et la bascule ?

Et ceci, dans le cas le plus favorable. Or, voyons dans quelles conditions se fait cet examen :

On convoque le malade au centre de réforme ; muni d'un billet spécial signé du médecin chef, il se rend au laboratoire officiel où l'on recueillera ses crachats. Cela se passe entre neuf et douze heures. Depuis le réveil, le malade a déjà débarrassé ses bronches et sa gorge des dépôts bronchiques qui s'y sont amassés la nuit durant, et sur lesquels l'examen aurait plus de chance de réussir ; ce n'est plus que de la salive qu'il donne et qu'il n'est même pas la peine d'examiner (1).

Certes, des dispositions récentes permettent au malade de se faire hospitaliser et d'exiger la présence d'un docteur à son réveil pour recueillir ses crachats ; mais le malade a souvent de l'insomnie et il est difficile de faire attendre un médecin une partie de la nuit pour guetter son réveil. D'autre part, un seul examen est suffisant, il peut se faire qu'un tuberculeux ne donne pas de bacilles pendant vingt jours et que le vingt et unième il en donne. Pour une opération sérieuse, l'hospitalisation devrait être de longue durée, mais beaucoup de malades peuvent, malgré leur état, se livrer tant bien que mal à leurs obligations professionnelles, et souvent ils le doivent même pour éviter la mort par la famine ; aussi reculeront-ils devrant cette hospitalisation pour laquelle ils ne percevront qu'une minime indemnité, et qui leur occasionnera des déplacements, des pertes de temps, bien souvent, hélas ! le mécontentement de l'employeur, sans leur donner la certitude que leur mal sera enfin reconnu officiellement.

Examen douteux

Il arrive, parfois, que l'analyse ne décèle pas de bacilles nets, mais seulement des « grains rouges » ; vous demandez aux bactériologistes ce que sont ces grains rouges : les avis sont partagés ; si on ne les trouve que dans une seule analyse, ce peut être des molécules de colorants, mais lorsque deux ou trois analyses consécutives donnent de ces grains rouges, ce peut être, pour les uns, des morceaux de bacilles désagrégés, désintégrés, c'est-à-dire combattus victorieusement, et pour d'autres, des larves de bacilles, ou une forme de bacilles beaucoup plus dangereux que les bâtonnets.

Dans les deux cas, l'analyse devrait être positive : en effet, si ce sont des morceaux de bacilles, c'est que les poumons du malade en renferment ; si ce sont des larves ou des variétés plus graves de bacilles de Koch, la décision n'est pas douteuse. Or, les bactériologistes officiels disent ne pouvoir déclarer des analyses positives, et la présence dans les crachats de « grains rouges » ne donne pas plus de droits au malade qu'un examen négatif.

Conséquences

Elles sont des plus graves. Beaucoup de malades qui pourraient guérir ou tout au moins améliorer leur état et durer, s'ils étaient soutenus pécuniairement, sont victimes de ces dispositions légales dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles provoquent les critiques véhémentes de la plupart des hommes de science. En effet, pour une grande part, ces malades, confiants dans les décisions de la commission de réforme qui ne leur indique pas la gravité de leur mal, ne se soignent pas, laissent s'aggraver leur état et c'est rapidement la mort. Quelques-uns d'entre eux, qui ont parfaitement conscience du terrible mal dont ils sont atteints, qui ne se font aucune illusion sur sa signification, mais qui gardent leur sang-froid et veulent guérir, sachant qu'ils le peuvent, cherchent à obtenir les moyens qui leur permettront, par le repos au grand air et la bonne alimentation, de combattre victorieusement le bacille de Koch. Ceux-là vont voir des médecins qui, par des certificats, constatent leur mal aux époques de poussées fébriles ; ils apportent de leurs crachats, prélevés consciencieusement à leur réveil, à l'analyse de dispensaires ou de laboratoires privés qui souvent décèlent le bacille, et munis de ces papiers vont se présenter au centre de réforme, d'où ils seront envoyés au laboratoire officiel, qui, sauf chance, les renverra devant la commission avec analyse négative. Le 100 p. 100 ne sera pas accordé. Et ce sera l'effondrement du malade courageux. Nous répétons que livrer le sort d'un tuberculeux à un examen bactériologique, l'obliger à des démarches nombreuses, des hospitalisations répétées, le traîner de dossier en dossier, alors que l'examen clinique est suffisant, c'est énerver le malade, le démoraliser et finalement le convaincre que le mieux pour lui est de se livrer au sort et d'attendre la fin.

La loi n'accorde aucune valeur à l'analyse privée ; en effet, il y a l'objection : « Qui nous prouve que vous avez fait analyser vos crachats et non ceux d'un autre ? ». Elle a sa valeur, mais le malade ne peut-il se retourner vers le législateur et lui dire : « Qui me prouve que les appareils de vos centres officiels de bactériologie sont en bon état, et que vos chimistes opèrent toujours avec les soins requis ? Quand parfois ils ont à faire quinze à vingt examens par jour, qui peut me garantir que cet examen sera fait consciencieusement ? Et pourquoi mettez-vous la clinique à la remorque de la bactériologie, alors que médecins et chimistes sont d'accord pour en reconnaître la non-concordance ? »

Tout récemment, un de nos camarades formulait modestement ces critiques au directeur du service de bactériologie du centre de Bordeaux et celui-ci répondit : « Vous avez des représentants légaux au

(1) Le mot est d'un médecin chef d'un laboratoire militaire.

Parlement : pourquoi ne faites-vous pas changer les dispositions de la loi ? »

Cette réponse ne souligne-t-elle pas de façon troublante les lacunes de cette loi ? Qu'il nous soit permis d'en signaler les vices à nos « représentants légaux », c'est exact, le conseil est bon à suivre mais il nous sera permis de dire que la question n'aurait jamais dû se poser, le Parlement ne manquant pas d'avocats, de médecins, de savants

Conclusion

De ces rapides critiques établies bien plus sur les avis très nets des spécialistes et bactériologistes que sur des prétentions scientifiques, il appert qu'en bonne logique l'examen bactériologique doit sinon être supprimé, du moins être réduit à sa juste valeur en cédant le pas à l'examen clinique, établi sur une série d'observations surtout dans les cas de tuberculose à caractère intermittent ; comme nous l'avons déjà observé, il arrive, en effet, qu'entre les poussées aiguës, certains malades ne donnent pas à l'auscultation des symptômes graves de tuberculose et à plus forte raison ne disséminent pas.

Le législateur doit purement et simplement supprimer ce coup de dé ou, tout au moins, ne pas en faire le pivot d'appréciation des experts, en tout cas l'entourer de toutes les garanties morales et matérielles.

Il y va, en effet, de la vie de milliers et de milliers de tuberculeux, car il n'y a pas deux sortes de tuberculose, une avec bacilles et l'autre sans bacilles. Un tuberculeux l'est et le reste en dépit de tous les examens bactériologiques possibles, fussent-ils vingt fois négatifs

Combien en est-il de ces malades chez qui l'analyse privée a décelé le bacille et qui n'ont pu le faire constater officiellement ? Combien d'autres, toujours négatifs et bien que n'étant que du premier ou du deuxième degré de la maladie, sont exposés à une fin prématurée par suite de la médiocrité de leur état physique et des fatigues d'un travail souvent excessif pour leurs faibles épaules ?

Il est démontré qu'un tuberculeux pris à temps peut et doit guérir s'il sait et s'il peut se soigner Quel est donc le devoir du législateur, c'est : 1° faire l'éducation du malade ; 2° lui donner les moyens de se soigner. Un directeur de sanatorium a fourni, dans une étude très nette, la formule pour contracter la tuberculose Elle peut se résumer ainsi : « Ignorez tout de l'hygiène et de la tempérance et soyez pauvres. »

Nous ne demandons, pour nos malheureux camarades, ni la fortune, ni des rentes ; mais une nation qui a bénéficié de leur sacrifice et de leur mal n'a pas le droit d'hésiter ou de se défiler ; la précarité des finances publiques ne peut ni ne doit être invoquée. Alors que trop d'argent est employé à des œuvres négatives, ce serait un crime de refuser, sous le prétexte plus ou moins dissimulé de difficultés budgétaires, la réparation de nombreuses erreurs dues à certaines dispositions légales et l'abandon au sombre fléau, non seulement de nos infortunés camarades, mais trop souvent aussi de leurs enfants et de leurs épouses

Ceux qu détiennent d'immenses fortunes, ceux surtout qui les ont édifiées pendant la guerre et qui doivent tout de même quelque chose à ces victimes, n'hésiteront pas, si on le leur demande, à diminuer cette fortune d'un échelon pour assurer aux tuberculeux les moyens de réagir et de guérir ; s'ils opposaient à cette demande un refus quelconque, leur égoïsme légitimerait toutes les critiques, et qui oserait alors blâmer certaines protestations provoquées par une indignation spontanée résultant de ce brusque égoïsme ?

Ces critiques résument notre inquiétude sur le sort des tuberculeux de guerre ; mais nous n'oublions pas ici que d'autres souffrent et meurent du même mal, lesquels ne méritent pas, dit-on, les soins donnés par la nation, sous le prétexte que ce mal ne fut pas contracté à la guerre Nous rappelons que compartimenter ainsi par catégories les victimes d'un même mal est d'une ironie lugubre. Combien parmi ces derniers ont succombé sous le poids d'un labeur écrasant ou dans l'ambiance malsaine des usines ou sous les coups répétés du chômage, de la maladie, de la misère, sous le fardeau des charges familiales, dans l'atmosphère empuantie des rues sombres et des taudis, etc. Travailler, n'est-ce pas défendre son pays ? Le ciseau et l'enclume sont des armes bien plus solides pour un peuple que le sabre ou le fusil. Tomber d'épuisement sur le champ du travail est aussi noble et profitable que succomber sur le champ de bataille

C'est pourquoi nous ne pouvons les oublier ; nous espérons qu'un jour prochain la sollicitude collective les confondra avec les autres, lorsque les lois seront ce qu'elles doivent être, claires, nettes, sans réticences, sans à moins que, généreuses et pour tous.

Et ne serait-ce donc seulement dans l'intérêt du malade ; n'est-ce pas aussi celui de la nation ? Un pays n'est-il pas d'autant plus prospère qu'il groupe davantage de gens bien portants et sains et qui sont d'excellents producteurs, et moins de malades qui en sont de mauvais et qui souvent ne produisent pas du tout ?

Le nombre des malades dont nous nous occupons ici va s'accroissant sans cesse dans notre pays. Un spécialiste des affections pulmonaires nous disait récemment que, depuis quelques années, le nombre des gens atteints de tuberculose était décuplé.

Ce médecin ajoutait : « Si l'on continue à ne rien faire pour enrayer le fléau, si l'on laisse les gens atteints sans soins, si on ne tente rien pour les guérir, si on ne les isole pas et qu ils continuent de par leurs occupations à vivre côte à côte avec les gens sains, ceux-ci seront contaminés et deviendront à leur tour un foyer de dissémination: le mal se répandra avec une foudroyante rapidité et dans vingt ans plus de 50 p. 100 des Français seront tuberculeux. »

Dans vingt ans ! Ce sera donc la génération future. Législateur songez-y ; agissez, agissez vite. Les discours ne suffisent plus. Certes, créer des associations, organiser des conférences pour dénoncer le mal, c'est bien ; mais le combattre et le prévenir surtout, c'est mieux.

Ne sauver que 50.000 tuberculeux par an sera pour la nation une œuvre plus profitable sans doute qu'une expédition en Crimée ou en Syrie. Un patriotisme clairvoyant ne le conteste pas.

Il n'est que temps. Nous assistons actuellement à ce spectacle écœurant de milliers d'hommes qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes pendant la guerre et qui meurent parce que la nation ne fait rien pour les sauver.

Nous avons pensé que ce scandale ne pouvait durer plus longtemps. Nous basant sur l'article 1er de la loi du 31 mars 1919, reconnaissant aux victimes de la guerre le droit à réparation, et estimant que la seule réparation pour les tuberculeux consiste en une allocation suffisante leur permettant de se soigner et de guérir, nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article unique— **Le taux d'indemnisation. à accorder aux anciens militaires tuberculeux est fixé à 100 p. 100, quelle que soit la gravité des signes cliniques, radiologiques et bactériologiques décélant la maladie, que ces signes apparaissent ensemble ou séparément.**

Ces malades, de par le traitement de leur affection, seront considérés comme ayant un besoin constant d'une tierce personne, et recevront de ce fait le bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 5 octobre 1923.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Comment le Gouvernement favorise les étudiants en médecine étrangers. (*Dédié à M. G.* Téry, *directeur de* l'Œuvre).

Les bourses et remises de frais d'études aux étudiants étrangers. — Par décision approuvée par le Ministre, la Commission des bourses et remises de frais d'études aux *étudiants étrangers* a décidé que seules seraient recevables les demandes formulées par les étudiants ayant commencé au moins la 3e année de médecine.

— **Institut de médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris.** — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1924 commencera le 1er octobre et sera terminée le 13 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 18 au 22 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (école pratique, 21, rue de l'Ecole-de-médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique, Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin. — Parasitologie. Professeur : M. Brumpt. — Bactériologie. Professeur : M. Roger. — Hygiène et épidémiologie exotiques. Professeurs : MM. Marchoux Tessier, Tanon. — Maladies cutanées. Professeur : M. Jeanselme. — Chirurgie des pays chauds. Professeur : M. Lecène. — Ophtalmologie. Professeur : M. de Lapersonne. — Règlements sanitaires. Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur, 25 rue Dutot.

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr. Un droit de bibliothèque, 10 fr. Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 h. Les titres et diplômes. et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

— **Académie de Médecine.** — *Prix Vulfranc Gerdy.* — M. Vulfranc Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5.500 francs en faveur de trois élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Nancy, Montpellier, Lyon Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront nommés pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger : ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observa-

tions médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatiques de la localité.

Les dispositions testamentaires de M. Gerdy ont été l'objet d'un règlement rédigé par une Commission de l'Académie, d'accord avec l'exécuteur testamentaire.

En exécution de ce règlement, l'Académie met au concours pour 1925 une place de stagiaire aux Eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1924.

Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1925. Une somme de 1.500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

— **Conservatoire National des Arts et Métiers.** *Institut technique sanitaire et hygiène spéciale des industries. Enseignement de technique sanitaire préparatoire au brevet de technicien sanitaire* (Année scolaire 1924-1925.)

PROGRAMME GÉNÉRAL.

Introduction biologique à l'étude de la technique sanitaire. — Rappel des notions essentielles sur les fonctions du corps humain, dans leurs rapports avec l'hygiène.

Notions de microbiologie appliquée à la technique sanitaire.

Principes de géologie appliquée à la technique sanitaire.

Assainissement du sol. — Drainage.

I. — *Technique sanitaire urbaine.*

L'hygiène dans le plan général d'installation des villes.

Plans d'extensions des villes.

Etablissement et entretien hygiénique des voies.

Souillures de l'atmosphère urbaine par gaz, vapeurs, poussières, fumées, odeurs.

Hydrogéologie dans ses rapports avec l'hygiène. — Circulation des eaux dans le sol.

Alimentation des villes en eau potable : captation, adduction, réservoirs et machines, distribution, analyse et surveillance des eaux.

Eaux usées : eaux d'égouts ; eaux résiduaires des industries.

Evacuation des eaux usées. — Egouts. — Méthodes d'épuration.

Immondices et ordures ménagères. — Collecte, évacuation. — Méthodes de destruction.

Transmission des infections dans les villes et collectivités. — Prophylaxie de la tuberculose. — Désinfection.

Plantation et hygiène des agglomérations. — Espaces libres. — Promenades. — Cités-jardins. — Jardins ouvriers.

Cimetières.

L'art dans les travaux publics d'assainissement urbain.

Législation sanitaire des villes et agglomérations.

II. — *Technique sanitaire des constructions.*

Desiderata de l'hygiène relatifs à l'habitation.

Matériaux de construction. — Orientation.

Disposition respective des locaux.

Habitations privées : ventilation ; chauffage ; éclairage ; nettoyage.

Bâtiments publics à affectations spéciales : Maisons et cités ouvrières. — Ecoles. — Salles de réunion — Théâtre. — Bains. Piscines. — Hôpitaux. — Crèches. — Abattoirs.

Législation sanitaire de l'habitation.

L'art dans la technique sanitaire des bâtiments.

III. — *Technique sanitaire des usines et ateliers.*

Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel.

Législation de l'assainissement industriel.

IV. — *Technique sanitaire rurale.*

Constructions rurales : habitations. — Bâtiments de ferme. — Ecuries, étables. — Puits. — Citernes. — Fumiers.

V. — *Technique sanitaire coloniale.*

Aperçus sur le rôle de la technique sanitaire en matière de colonisation.

L'habitation privée et les agglomérations aux colonies.

VI. — *Enseignement pratique.*

Les leçons théoriques à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires, examens de dispositifs d'assainissement.

Scolarité. — Obtention du brevet de technicien sanitaire

Pour les conditions d'admission et l'inscription à l'Institut de technique sanitaire, s'adresser à la Direction du Conservatoire national des Arts et Métiers, rue Saint-Martin, n° 292.

L'enseignement de technique sanitaire est gratuit. Le nombre des places d'élèves est limité.

L'enseignement commence en novembre et ne dépasse pas un trimestre.

Les élèves qui, régulièrement inscrits, satisfont à l'examen final, se voient décerner par le Conservatoire le brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres, non candidats au brevet de technicien sanitaire, peuvent être admis au cours, sur demande adressée à M. le directeur du Conservatoire.

Le programme des Conférences d'*Hygiène spéciale des industries* fera l'objet d'une affiche distincte.

Le Directeur de l'Institut,
F. HEIM.

Le Directeur du Conservatoire national des Arts et Métiers.
H. GABELLE.

APPROUVÉ :

Le Sous-Secrétaire d'Etat de l'enseignement technique,
DE MORO-GIAFFERRI.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

ture, en vue de la réduction de l'impôt, le plus simple serait de vous adresser à la maison Renault, qui a certainement dû faire procéder pour ce type à une nouvelle évaluation, et qui pourra vous donner une attestation, constatant que les voitures de tel type, telle série, comprenant la vôtre, dont le numéro sera indiqué, doivent être taxées pour tant de chevaux vapeur.

2210. — Impôt des prestations sur automobiles.

Veuillez trouver ci-jointe une lettre du contrôleur des contributions directes auquel j'ai réclamé pour le paiement des prestations.

Je ne puis comprendre que mes deux autos, ne sortant jamais en même temps, une des deux servant de moyen de secours, je sois imposé pour 2 voitures.

Voulez-vous être assez bon pour me dire si cet impôt est juste ?

Dr R.

Réponse.

Dès lors qu'au 1er janvier vous étiez possesseur des 2 autos et qu'elles sortent toutes les deux, vous ne pouvez réclamer contre l'imposition établie en ce qui concerne la taxe des prestations.

A. Martinot.
Conseiller fiscal.

2037. — Base de la patente

Je ne sais si je vous ai fait part en son temps, de mon départ de X. et de mon installation à Y. Ma nouvelle installation, toute récente dans une maison de Y., soulève un problème fiscal au sujet duquel je serai heureux d'avoir vos conseils.

Je viens de louer depuis le 1er mai, une villa comportant 2 appartements. Pour n'avoir des voisins directs que si je le veux bien, j'ai loué la totalité, le rez-de-chaussée formant mon appartement et les locaux nécessaires à la profession, le 1er *qui reste meublé* comme pouvant être loué en meublé pendant la saison, n'étant occupé pour l'instant qu'à l'occasion du passage de parents ou d'amis. Dois-je déclarer pour la patente, la totalité de mon loyer (4.000 fr.) ou seulement le montant du loyer du rez-de-chaussée (2.200) l'appartement de l'étage devant être déclaré, le cas échéant, comme meublé et taxé comme tel ?

Je crois que c'est la là solution logique : si je paye, en cas de location meublée, la taxe afférente aux meublés, il me paraît difficile d'être imposé pour la totalité de la maison comme médecin. Il me semble donc devoir déclarer :

1° Prix du loyer de l'appartement professionnel, 2.200.

2° En cas de location du 1er et dans ce cas seulement prix de la location de l'appartement meublé, variable,

bien entendu, à moins qu'il n'existe, ce que j'ignore, une taxe fixe suivant le nombre de pièces louées.

Dr X.

Réponse.

La patente de médecin ne devra, en principe, être imposée que d'après le loyer de 2.200 francs, au taux du quinzième. Mais, en plus, vous serez imposé en qualité de loueur d'appartements meublés sur 4.000 — 2.200 = 1.800, au taux du trentième.

Pour éviter l'imposition de la patente de médecin au taux du quinzième sur les 4.000 francs, il faudra que le contrôleur ne puisse établir que vous utilisez personnellement le deuxième appartement.

En cas d'imposition et de réclamation, il faudrait justifier que vous n'occupez jamais cet appartement, même à titre accidentel et établir que vous avez uniquement pour but la sous-location en meublé (par exemple si vous avez chargé une agence de sa location).

En tout cas, vous ne pouvez être imposé aux deux patentes pour le premier étage. Il n'existe aucune taxe basée sur le nombre de pièces. Il peut exister une taxe municipale basée sur la valeur locative des meublés, ou une taxe de séjour, cette dernière à la charge de l'occupant.

En outre, vous êtes passible de la taxe sur le chiffre d'ahffaires sur le produitbrut de la location, et de l'impôt sur les bénéfices commerciaux sur le bénéfice net.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2109. — Base de la patente

Locataire de la maison que j'habite, en 1923, ma patente était fixée au 1/15 d'une valeur locative de 800 fr. soit 167 fr. 94.

J'avais un bail de 800 fr. en effet. J'ai acheté, en janvier 1924, cette même maison, qui n'a subi aucun changement et aussitôt ma patente a été fixée au double, c'est-à-dire au 1/15 d'une valeur locative de 1.600 fr.

Croyant à une erreur, j'ai écrit au contrôleur, ci-joint ma demande et sa réponse.

J'ai fait une réclamation à la mairie dont je vous adresse ci-joint copie. J'ai reçu comme réponse un avis de non admission. « Le bail que vous invoquez est de 1908. La valeur locative de votre maison avait été fixée à cette époque en se basant sur la cession de bail du 15 septembre 1908. Il n'est pas exagéré d'évaluer au double de la valeur de cette époque, la valeur locative actuelle. Au cours de la revision, qui aura lieu cette année, le taux de rehaussement sera probablement supérieur ».

Je ne nie pas que la valeur locative actuelle doit être supérieure à celle d'avant-guerre, mais alors

pourquoi dans ma commune suis-je le *seul* qui ait bénéficié de cette augmentation de 100 % en attendant la revision.

Un pharmacien qui a acheté la maison qu'il habitait comme moi, il y a 2 ans, paye toujours sa patente sur la même valeur d'avant-guerre, 375 fr. ! ! !

Il me sempble qu'en toute matière — surtout en matière fiscale — il devrait y avoir un peu plus d'égalité. Je suis d'ailleurs persuadé qu'une question personnelle est à la source de ce *rehaussement.*

Dois-je réclamer sur papier timbré à la Sous-Préfecture ? Ai-je quelque chance de succès ? Vaut-il mieux rester tranquille ? ou soumettre la question au ministre par l'intermédiairo d'un parlementaire ?

Dr X.

Réponse.

Pour obtenir une réduction du loyer servant de base au calcul de la patente, il faut :

1° Adresser une pétition rédigée sur papier timbré au sous-préfet de l'arrondissement, dans les 3 mois de la publication du rôle ;

2° Dans cette pétition, invoquer le cas échéant que le bail de 800 fr. n'a été résilié que postérieurement au 1er janvier 1924, préciser la date d'acquisition de l'immeuble ;

3° Citer des termes de comparaison qui établissent l'exagération du taux de 1.600 fr.

Ces termes de comparaison seront choisis tant parmi les maisons de même importance que la vôtre, imposées sur une valeur locative inférieure à 1.600 fr. que parmi celles de plus grande importance imposées sur cette même valeur locative.

Discuter le cas échéant le terme de comparaison choisi par le contrôleur.

A. Martinot,
Conseiller fiscal

Application du Tarif Breton.

I

2266. — Indications incomplètes.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire comment je dois tarifer les soins que j'ai donné à deux grands brûlés (coup de mine) à 14 km. de chez moi soit 28 km. aller et retour.

1er *brûlé.*

1° Brûlures 1er et 2e degré, membre supérieur droit, membre supérieur gauche.

2° Brûlures 1er et 2e degré cou-de-pied.

3° Brûlures 1er et 2e degré cuisse droite.

4° Corps étranger et brûlures des deux yeux.

5° Brûlures 1er degré de la face.

2e *Brûlé.*

1° Brûlures 1er et 2e degré membre supérieur droit et membre supérieur gauche.

2° Brûlures de la face (1er degré).

J'ai vu mes blessés tous les jours pendant 15 jours.

Chaque pansement a duré deux heures 1/2 pour les deux blessés, sans compter bien entendu le temps aller et retour pour la route.

P. S. — Certaines brûlures par la suite ont revêtu l'allure de brûlure du 3e degré.

Dr B.

Réponse.

Vous me donnez bien le degré des brûlures, mais non leurs dimensions et ne me dites pas, pour les membres supérieurs, si les *trois* segments sont pris. Impossible de tarifer sans ces données, puisque le tarif est basé non sur la profondeur, mais sur l'étendue des brûlures. Relisez donc avec soin d'abord l'article 28 du tarif Breton, puis les articles 14 et 28 des avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. Et je désire qu'on publie cette lettre et sa réponse à titre d'exemple.... à ne pas suivre, car de semblables demandes d'explications me sont trop souvent envoyées.

F. D.

II

2298. — Majoration pour heures spéciales

Il y a quelques jours à 6 h. 30 du matin, j'étais au lit et dormais. Coup de sonnette. C'était un ouvrier travaillant dans une imprimerie à côté qui venait de se faire prendre le bras dans sa machine. Large plaie, saignante, pleine de cambouis, avec écrasements et déchirures de peau multiples. Je fis de suite le nécessaire, ce qui me demanda une heure ou presque..

Je vais compter :

Art. 17, régularisation, épluchage d'une plaie superficielle .... 40 fr.
Certificat descriptif .... 10 fr.

Mais n'ai-je pas le droit de majorer de 50 % le prix de 40 fr., selon l'art. 3 « visite nécessitée par un cas urgent ». Car voici le point sur lequel je désire attirer votre attention :

Cette imprimerie travaille toute la nuit. Si l'accident était arrivé à 6 h. du matin, l'art. 4 m'autorisait *à tripler* le prix de la visite.

L'accident arrivant à 6 h. 30, le prix d'une visite simple, d'une visite de jour, est-il donc seul applicable ?

Il y a quelque chose de *choquant* de passer brusquement du triple au simple, et l'on ne saurait prétendre que 6 h. 30 est une heure de visite normale. D'autre part, je ne pouvais remettre les soins à donner au blessé.

En clientèle, je triple toujours le prix de la visite de 21 h. à 6 h., mais de 19 h. à 21 h. et de 6 h. à 8 h., *je double* le prix de la visite, considérant que la visite simple ne saurait s'étendre que de 8 h. à 19 h.

Il y a là à mon sens une *lacune* du tarif Breton qui a son importance, car elle se répercutera sur tous les tarifs successifs : tarif des soins aux mutilés et ... plus tard tarif des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Dr C.

Réponse.

Rien, dans le tarif, ne permet de *doubler* le prix de la visite à telle ou telle heure. Il y a une majoration de 50 % pour les visites de contrôle et pour les visites du dimanche (article 3). Enfin la visite est triplée la *nuit* ... mais les interventions de nuit ne sont pas majorées de 50 %, comme vous le pensez : elles ne le sont que de 25 % (article 8).

Il est certain, néanmoins, que 6 heures du matin n'est pas une heure *normale* pour l'exercice de la médecine. De 6 à 8, par exemple, de même que de 19 heures à 21 heures, il y aurait lieu, ce me semble, à une majoration x, naturellement moins forte que celle de nuit. Ce sont là, en quelque sorte, des heures *supplémentaires* à celles qu'on est en droit de nous demander normalement. Et, comme telles, elles devraient être tarifées à part, ainsi d'ailleurs que cela se fait dans l'industrie. Et ce serait justice.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2274. — Cumul

Dans les soins aux réformés de guerre, les interventions au tarif spécial sont-elles payées en plus de la visite, ou bien le prix de la visite est-il compris ?

Exemple : je soigne un tuberculeux, qui a présenté des hémoptysies profuses, et rebelles aux moyens habituels ; j'ai dû lui faire quelques injections intraveineuses d'ampoules Dausse ipéca-digitale.

Dois-je compter 6 + 20 = 26 ou bien seulement 20 fr. (deuxième catégorie).

Je ne trouve aucune indication à ce sujet dans le décret du 25 octobre 1922.

Dr S.

Réponse

L'article 72 dit : « Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou consultations *consécutives* à cet acte ». D'où il ressort que les visites *concomitantes* à cet acte sont comprises dans le tarif de l'intervention et ne sont pas payées en plus. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'est établie la jurisprudence.

Il en est de même dans le tarif Breton, mais celui-ci a l'avantage de le dire expressément à l'article 13, ce qui enlève ainsi toute hésitation aux confrères.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *septembre.*

Impôt sur le revenu. — *Décret du 9 septembre 1924, modifiant le décret du 17 janvier 1917 rendu pour l'exécution de la loi sur l'impôt sur le revenu.*

Ce décret a pour objet d'obliger le contribuable à distinguer dans sa déclaration de revenu, dans chaque catégorie, le revenu encaissé directement ou indirectement à l'étranger.

19 *septembre.*

Soins aux pensionnés de guerre. — *Décret du 13 septembre 1924, fixant les émoluments du personnel auxiliaire chargé du contrôle de l'application, par les sociétés de secours mutuels, de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.*

Ces émoluments vont : pour les commis d'administration, de 5.000 à 9.000 fr. ; pour les commis comptables, de 4.500 à 8.000 fr. et pour les sténodactylographes, de 4.500 à 7.000 fr. Ils sont exclusifs de toute gratification.

20 *septembre.*

Contrôle fiscal. — *Décret du 16 septembre 1924 fixant les conditions d'application des articles de la loi du 22 mars 1924 instituant diverses mesures de contrôle en ce qui concerne les valeurs mobilières.*

Ce décret organise le fonctionnement du bordereau de coupons, qui sera obligatoire pour l'encaissement des coupons des valeurs mobilières à l'expiration du troisième mois qui suivra la publication du décret au *Journal officiel*, c'est-à-dire à compter du 1er janvier 1925.

Médaille de l'hygiène. — *Décret du 16 septembre 1924, déterminant le modèle de la médaille de l'hygiène, la couleur et la disposition du ruban.*

Art. 1er. — La médaille de l'hygi ène est du modèle de 33 millimètres conforme au modèle accepté par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Elle porte à l'avers le mot « Hygiène », et au revers les mots « Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyancce sociales ».

Cette médaille sera suspendue à un ruban de 33 millimètres de largeur, composé d'une bande médiane bleue de 21 millimètres, bordée, de chaque côté, d'une bande blanche de 6 millimètres.

Art. 2. — Les titulaires de la médaille de bronze porteront le ruban comme il est déterminé à l'article précédent.

Le ruban de la médaille d'argent se distinguera par deux liserés blancs, de 2 millimètres, placés sur la bande médiane bleue, à 2 millimètres de chacune des bandes blanches.

Le ruban de la médaille d'or sera le même que celui de la médaille d'argent, mais orné d'une rosette



d'un diamètre de 22 millimètres, aux couleurs du ruban.

Art. 3. — Nul ne peut, à moins de titres exceptionnels, obtenir la médaille d'or, s'il n'est déjà titulaire de la médaille de bronze ou d'argent, ou s'il n'appartient à l'ordre de la Légion d'honneur.

Art. 4. — Le minimum des services rendus à la cause de l'hygiène publique est fixé à dix ans pour l'obtention des médailles de bronze et d'argent et à quinze ans pour la médaille d'or.

Art. 5. — Les personnes titulaires des médailles de l'hygiène, à la date de la promulgation du présent décret, sont autorisées à porter le ruban ou la rosette dans les conditions indiquées ci-dessus.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Admissions des malades en sanatorium.

I

974. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre du Travail que le paragraphe 4 de l'article 13 du décret du 24 juillet 1924, relatif à l'admission des malades en sanatorium, stipule que « dans les départements où existe un organisme départemental ayant dans ses attributions l'organisation de la lutte antituberculeuse, la désignation du ou des médecins chargés du classement n'est faite qu'après avis de cet organisme », et demande si, pour bénéficier de ce droit à avis préalable, l'organisme départemental dont il s'agit ne doit pas être un organisme constitué ou agréé par le conseil général, ou si un organisme purement privé mais à action s'étendant sur tout le département peut réclamer le même bénéfice. (*Question du 23 août 1924.*)

Réponse. — L'article 13 du décret du 10 août 1920 modifié par le décret du 24 juillet 1924 n'établissant aucune distinction entre les différentes sortes d'organismes départementaux antituberculeux, il y a lieu d'en conclure que l'avis préalable de ces organismes doit être pris, alors même qu'ils n'auraient pas été constitués ou agréés par le conseil général.

II

975. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre du Travail que le paragraphe 5 de l'article 13 du décret du 24 juillet 1924, relatif à

l'admission des malades en sanatorium, stipule que « les malades peuvent, s'ils consentent à prendre à leur charge les frais de déplacement, se présenter devant le ou les médecins chargés du contre-examen », et demande : 1° dans quelles conditions aura lieu ce contre-examen pour les malades qui ne peuvent prendre à leur charge les frais de déplacement ; 2° qui payera ces frais de déplacement ; 3° comment et par qui seront payés les médecins chargés du contre-examen ; 4° de quels avantages bénéficieront les malades qui acceptent de prendre à leur charge les frais de déplacement pour ce contre-examen. (*Question du* 23 *août* 1924.)

Réponse. — 1° et 2° Aucune loi ne permettant de mettre une dépense de cette nature à la charge des services publics d'assistance, il est impossible de faire bénéficier du contre-examen les malades incapables de payer leurs frais de déplacement, à moins que le dispensaire qui a demandé le déplacement ne consente à payer lesdits frais ; 3° les fonctions de médecins membres de la commission de contre-examen sont gratuites ; 4° les malades qui se présentent au contre-examen peuvent être visités par les médecins de la commission de classement eux-mêmes. Il y a là pour les intéressés un avantage évident, notamment dans le cas où les renseignements figurant sur le certificat médical produit à l'appui de la demande seraient défavorables à l'admission en sanatorium.

III

977. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre du Travail que l'article 13 du décret du 24 juillet 1924, relatif à l'admission des malades dans les sanatoria, stipule que le malade doit joindre à sa demande ; *a*) un certificat médical ; *b*) une fiche contenant des renseignements d'ordre social, et demande : 1° en quoi consistent les renseignements d'ordre social ; 2° quelle peut être l'utilité de ces renseignements au point de vue thérapeutique et si les malades se verront appliquer des traitements différents suivant leur situation sociale originelle ; 3° pourquoi, lorsque le malade habite une circonscription desservie par un dispensaire d'hygiène sociale, c'est à ce dispensaire qu'il appartient d'établir la fiche de renseignements d'ordre social, et si cette fiche ne pourrait être utilement établie par tout autre service, par exemple, par les contrôleurs de l'assistance publique ; 4° par qui cette fiche sera établie lorsque le malade habitera une circonscription non desservie par un dispensaire d'hygiène sociale. (*Question du* 23 *août* 1924.)

Réponse. — 1° Les renseignements d'ordre social portent sur les conditions d'existence et la

situation du malade : cohabitation avec d'autres personnes, notamment des enfants en bas âge, ressources et situation de la famille, charges, profession, état et hygiène du logement, etc. ; 2° ces renseignements permettent à la commission de classement d'établir, par ordre de préférence et d'urgence, la liste des malades susceptibles de bénéficier de la cure du sanatoriums Par exemple, parmi plusieurs malades ayant médicalement une aptitude égale à être admis en sanatorium, ceux vivant en permanence avec des enfants en bas âge seront proposés avant les autres ; 3° les dispensaires sont, en raison de leurs attributions et de leur mission, spécialisés dans les enquêtes d'ordre social. Grâce à leurs infirmières visiteuses, ils sont les seuls organismes bien placés pour rechercher et réunir les renseignements nécessaires à la confection de la fiche d'ordre social. C'est pour cette raison que le décret du 24 juillet 1924 leur confie le soin d'établir cette fiche ; 4° pour les motifs ci-dessus, la production de la fiche sociale n'est pas exigée dans les communes non desservies par un dispensaire. Mais, il va de soi que tous les renseignements de nature à éclairer la commission de classement peuvent être utilement joints à l'appui de la demande et que rien ne s'oppose à ce qu'à défaut de dispensaire, une fiche soit établie par une autorité quelconque à ce qualifiée : contrôleur de l'assistance publique, maire, bureau d'assistance, etc. (*J.O.*, 10 *septembre* 1924.)

Remboursement des frais médicaux faits par un mutilé avant son inscription sur la liste.

897. — M. Calmon, député, demande à M. le ministre des pensions d'envisager par mesure individuelle et gracieuse le remboursement total ou partiel des débours pour frais chirurgicaux, médicaux et pharmaceutiques faits par un mutilé ou un malade qui n'était pas à cette date inscrit sur les « listes spéciales » ou dont le médecin n'acceptait pas les bons du carnet médical et de rapporter la circulaire du 21 mars 1921 qui oblige la commission de surveillance et de contrôle à rejeter la demands bien qu'elle reconnaisse que les motifs invoqués méritent une mesure de bienveillance et gracieuse de la part du ministre. (*Question du* 21 *août* 1924.)

Réponse. — Le décret du 25 octobre 1922 portant application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922, dispose qu'uncun remboursement ne peut être effectué au titre de l'article 64 sans l'avis de la commission tripartite départementale jugeant en premier ressort et de la commission tripartite supérieure jugeant en appel. Mais la circulaire du 27 juin 1923, lorsque les commissions tripartites départementales sont saisies de demandes auxquelles les textes règlementaires ne leur permettent pas de faire droit, bien qu'en équité elles paraissent justifiées, invite les pré-

fets à saisir le ministre des pensions et à solliciter de lui une mesure de bienveillance. La circulaire corrige donc les inconvénients que pourrait avoir l'application trop stricte de la règlementation. (*J. O.* 27 septembre 1924.)

FÉDÉRATION THERMALE D'AUVERGNE

Le Congrès annuel de la Fédération thermale d'Auvergne s'est tenu le 21 septembre dernier à Châtel-Guyon.

Le nouveau bureau, nommé en conformité avec les statuts, est composé de MM. le Dr MONGORGÉ (le Mont-Dore), président ; le Dr MAZERAN (Châtel-Guyon) ; LÉQUIME (La Bourboule) ; ROUZAUD (Royat) ; Dr VERSEPUY (St-Nectaire), vice-présidents ; Dr FOUCAUD (Châtel-Guyon), secrétaire général ; VERMEYLEN (Le Mont-Dore), trésorier.

Le soir, un banquet, réunissait les congressistes sous la présidence de M. E. CLEMENTEL, sénateur du Puy-de-Dôme, Ministre des finances.

Au cours de ce banquet, il a été donné lecture du sonnet de circonstance suivant :

L'Auvergne thermale

Sonnet

Le Puy dresse son Dôme aux confins de la plaine
Et règne en souverain sur les Puys plus petits.
Si ces volcans éteints n'exhalent plus d'haleine,
De leurs flancs escarpés des Sources ont jailli.

Des Sources ont jailli, qui coulent par centaines :
Blotties aux creux des monts comme en de très doux nids,
Eaux chaudes, eaux salées, dont le peuple bénit
Les vertus ; — dont s'apaisa la douleur humaine.

Des Sources ont jailli : ce sont claires fontaines
Dont l'éclat précieux chatoie et resplendit.
Où se noient tous les maux dont notre corps périt,
Où l'amour se retrempe, où se dissout la haine ;

Elles sont cinq : Châtel-Guyon et La Bourboule,
Royat et le Mont-Dore, et Saint-Nectaire aussi,
Cinq adorables sœurs que nous fêtons ici.

Cinq fameuses où viennent affluer les foules
Avides d'éprouver leurs bienfaits en action.
Saluons-les ce soir, en leur Fédération....

G. D.

Quarante-sixième année — N° 41 — 12 Octobre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2328-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr Bréville, de Rocroi (Ardennes), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alarde.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Aracio, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 461. — Instrum., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, 12e.

N° 462. — Vienne. Urgent, poste pro-ph. rapport 45.000 touch., bel. mais., 15 km. gr. ville, p. de s.-f. à céd. imméd. indem. 20.000, y comp. pharmac. dont moit. compt.

N° 463. — Deux-Sèvres. A vend. cause double emploi, torp. 4 pl. Delage, 8 CV., 4 cyl., 6 pn. 760 × 90 Magond., mod. 1913, pas roulé pend. guerre. Marche garant. tous acc, et org. tr. bon état. Dr Audouin, Thouars (Deux-Sèvres).

N° 464. — Bon et anc. cabin. méd. à céd. à Lyon.

N° 465. — A céd. d'urg. 14 km. Tours, poste pro-ph. pas de s.-f., rapp. 140.000, pour 100.000, dont demi compt...

N° 466. — Ocul. et dent. demandés pr clinique XIVe arrt. (pas d'accid. du travail). Cond. : partic. aux frais génér.

N° 467. — Jne doct., 27 a., ch. occ. méd. d. clin. part. sanat., etc., en Alsace-Lorr. Ecr.c /521Ag.Havas Strasbourg.

N° 468. — Ds pet. ville de Normandie, très anc. client., rapp. 30.000, à augm. Gr. mais. présent. sér., log. grat. du succ. pend. 6 mois. Aff. except. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 469. — Ds pet. loc. de Normandie, près gr. ville, poste anc., rapp. 40.000, tr. belle mais. av. conft. tr. jol. rég., sit. recomm. à doct. désir. poste demi-repos. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

AVIS

I

Consultations fiscales.

Comme suite à l'Avis publié page 2225 de notre numéro du 28 septembre, nous indiquons ci-après les honoraires demandés par notre conseiller fiscal, M. MARTINOT, directeur du *Contribuable français*, pour l'étude des affaires ou des dossiers qui lui seront soumis par nos lecteurs.

Vérification des avertissements, rédaction des pétitions et réclamations : 5 francs et 10 % des dégrèvements obtenus.

Rédaction des déclarations d'après les documents fournis par les intéressés : 10 francs.

II

Syndicat des Médecins directeurs des Maisons de santé privées.

Le bureau du syndicat, réuni le 30 septembre dernier, a pris d'importantes décisions et va incessamment procéder à toutes démarches utiles pour défendre les intérêts de ses membres.

Il rappelle aux médecins intéressés que le syndicat ne peut réussir que s'il a le nombre pour lui et il prie instamment tous ceux qui avaient adhéré en principe à sa constitution, et aussi tous autres d'envoyer sans retard leur adhésion ferme et leur cotisation de 100 fr. pour l'exercice 1924-1925 au Dr Tarrius, à Epinay-sur-Seine (Seine).

Pour le président,
le vice-président,
Dr H. MIGNON.

SAVOIR MANGER

Quelques propos d'hygiène alimentaire

Depuis un certain nombre d'années, la pathologie du tube digestif semble être en pleine révision. On ne considère plus l'estomac comme une vulgaire cornue et la digestion comme une succession de simples réactions de laboratoire. Mais on a compris que la réalité était infiniment plus complexe comme toutes les fois qu'il s'agit de réactions s'opérant non plus *in vitro*, mais *in vivo*.

C'est ainsi que, dans la pathogénie gastro-intestinale, on tient compte non plus seulement du chimisme, mais aussi du dynamisme, dont l'importance n'est pas moindre. L'étude des ptoses et de leurs conséquences nous le démontre amplement tous les jours.

D'autre part, on met de plus en plus en lumière le rôle important que joue le système nerveux dans la suite des actes digestifs. Les centres nerveux « qui, comme le dit justement Leven, président à toute la chimie de l'économie », constituent les régulateurs par excellence de l'estomac et de l'intestin ; et c'est à juste titre que l'on appelle le plexus solaire, centre d'un vaste système sympathique, le *cerveau abdominal*.

Les dyspepsies, syndromes primitifs antérieurs à toute gastrite peuvent donc très souvent se constituer sous la seule influence du système nerveux. Gastro et entéro-névroses peuvent être primitives.

C'est pourquoi dans la recherche des causes de ces dyspepsies multiformes que nous rencontrons si souvent dans la pratique, semble-t-il indiqué de faire une large part à celles qui agissent sur le système nerveux : causes psychiques s'exerçant sur les centres, causes physiques, agents irritatifs du système nerveux périphérique, dont le réseau si vaste s'étale largement sur la muqueuse gastro-intestinale, et commande à toute la musculature, aux vaisseaux et aux glandes.

Dans cet ordre d'idées, l'étiologie semble devoir le plus souvent se ramener à de banales questions d'hygiène alimentaire. « *Mala, male, mali* », comme disent les casuistes. Nous mangeons de mauvais aliments, nous mangeons mal, nous mangeons dans de mauvaises dispositions.

Des *aliments mauvais*, ou malsains, ou même simplement indigestes, c'est dans les grandes villes, et même ailleurs, monnaie courante, surtout par ces temps de vie chère. L'industrie s'est emparée de l'alimentation comme du reste ; et si, comme nous devons le croire, la plupart de nos usines françaises pratiquent l'honnêteté industrielle et ignorent les ersatz, il n'en reste pas moins que les produits qu'elles livrent à la consommation, plus ou moins chimiquement ou physiquement transformés, n'ont plus la même cons-

titution, et surtout ne sont plus naturels, ne sont plus *vivants*, ayant perdu ces précieuses vitamines dont l'action sur les échanges organiques est si marquée.

Les légumes et les fruits frais, le lait pur, les bons rôtis dorés à point au feu de bois, la cuisine mijotée, tout cela dans les villes devient de plus en plus un mythe. Entre le producteur et le consommateur s'est interposée la nuée des mercantis de toute farine qui se chargent de cuisiner à leur façon les produits alimentaires. Et cette cuisine-là ne vaut point, hélas ! celle de nos grand'mères.

Peut-être aussi, jusqu'à ces dernières années, a-t-on eu tendance à abuser quelque peu des régimes. On oubliait trop, en effet, que l'alimentation n'est pas seulement une question de calories, mais que la qualité et la nature des aliments n'importe pas moins. C'est ainsi que le régime des purées et des nouilles par exemple, tout en étant bien souvent absolument indiqué, risque, s'il est poursuivi trop longtemps, de provoquer des phénomènes de dénutrition et des troubles de l'économie générale. La première qualité d'un régime est d'être avant tout *temporaire*.

En résumé, nous consommons d'une façon générale : les uns trop de conserves et de charcuteries, trop de viandes plus ou moins douteuses, trop de pâtisseries ; les autres trop de pâtes alimentaires ou de tristes bouillies phosphatées.

Aux uns comme aux autres, il faudrait davantage de légumes frais, de fruits crus et d'honnêtes laitages ; et le bon pain de ménage remplacerait avantageusement sur nos tables tous les jolis pains de fantaisie.

Trop d'aliments morts, sophistiqués ou toxiques, et pas assez d'aliments vivants !

Nous mangeons mal. D'abord en ce sens que nous ne prenons pas le temps de manger. Il semble vraiment que le repas, au lieu d'être la halte reposante et, somme toute, l'une des occupations principales de la journée, n'est qu'une courte trêve volée aux affaires ou aux plaisirs. C'est, trop souvent, l'obligatoire corvée qu'on bouscule en vingt minutes avec la hâte de se retrouver au magasin, au bureau ou au théâtre. Le *prima digestio in ore* devient dès lors une formule vide de sens. Le bol alimentaire, en effet, non mastiqué, peu insalivé, avalé au hasard, se comporte dans l'estomac comme un corps étranger des plus pénibles à digérer et à assimiler, et en tout cas extrêmement irritant pour la délicate tunique vasculo-nerveuse du tube digestif.

Et puis trop souvent, « pour faire couler » ces repas hâtifs, on boit fréquemment, à toutes les bouchées pour ainsi dire, sans songer que ce liquide, quel qu'il soit, eau, vin, bière, voire même thé, arrivant en abondance dans l'estomac, ne peut que diluer un suc gastrique déjà pauvre et entraver encore l'acte digestif.

Enfin, à ce pauvre estomac déjà si malmené, certains — les dames en particulier — vont imposer une corvée supplémentaire. Nous voulons par ler du « five o'clock », du goûter « qui, comme le dit Leven, est, en général inutile et bien souvent nuisible par son abondance » ; survenant presque toujours en pleine digestion du repas de midi, il ne peut que la contrarier ; et il y a tout lieu de croire que les petits fours variés et les bonbons de toute nature dont les dames se gavent à ces sortes de réunions ne sont pas précisément des eupeptiques !

Ajoutons, pour terminer, que nous mangeons souvent étant *mali*, c'est-à-dire *mal disposés.* Mauvaises dispositions physiques, c'est-à-dire fatigue consécutive à un travail intense ou à une marche longue et rapide ; intoxication qui résulte d'un intestin se vidant mal ou d'une journée passée dans l'ambiance viciée d'un bureau. Mauvaises dispositions morales aussi, c'est-à-dire les soucis journaliers, les préoccupations, les inquiétudes de tout genre,que souvent notre imagination grossit comme à plaisir.

Notre plexus solaire enregistre le choc de tous ces impondérables et le transmet à notre estomac que nous sentons si bien « se mettre en boule », rebelle dès lors à tout travail.

Pour nous résumer : aliments pauvres en vitamines et trop souvent toxiques, mastication insuffisante, horaires des repas mal entendus, digestions contrariées de toute manière, telles sont trop souvent dons nos grandes et petites villes et pour beaucoup de personnes, les conditions habituelles de l'alimentation.

C'est sous l'influence de cette mauvaise hygiène alimentaire que se constituent graduellement ces dyspepsies tenaces, aux symptômes souvent mal caractérisés et qui relèvent avant tout d'une irritation des centres nerveux.

D[r] Ch. COUBARD,
(de Menton).

CORRESPONDANCE

2407. — Rang de la garantie de responsabilité professionnelle par le « Sou Médical ».

Je reçois la visite d'un assureur de la X. qui me dit que le « Sou Médical » n'assure plus pour 10.000 mais pour 50.000. La X. m'assure donc pour 200.000 après épuisement des cinquante mille francs du « Sou Médical ». Est-ce exact que votre assurance est maintenant de 50.000 au lieu de 10.000, comme lorsque je m'en suis mis ?

D[r] P.

Réponse.

Le montant de la garantie accordés par le « Sou » à ses membres quant aux risques de

responsabilité professionnelle qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession a été porté de 10.000 à 20.000 francs à partir du 1er janvier 1922, puis à 50.000 francs, à partir du 1er janvier 1924, sans augmentation de la cotisation.

Si donc vous avez contracté avec la X avant le 1er janvier 1922, vous êtes couvert en première ligne par le « Sou » à concurrence de 10.000 francs, en seconde ligne par la X à concurrence de 200.000 francs complémentaires et en troisième ligne par le « Sou » à concurrence du solde des 50.000 francs. Si votre contrat avec la X est postérieur au 1er janvier 1922, la garantie de première ligne du « Sou » est de 20.000 francs.

2416. — Accident survenu à un ouvrier travaillant à l'entreprise chez un propriétaire.

Etant à N. le 18 de ce mois, j'ai prié un manœuvre de blanchir en son temps perdu les couloirs d'une maison dont je suis propriétaire. Aucun prix n'a été convenu ; je n'ai rien fourni à cet homme.

Le travail fut commencé samedi 21 ou dimanche 22. Ce dernier jour notre homme tombe dans un escalier, se fracture le bassin. Suis-je responsable ? En l'occurrence suis-je patron ou ce blanchisseur est-il son propre patron ?

Transporté d'urgence à l'hôpital, j'ai reçu de l'administration avis d'avoir à payer 412 fr. 50 pour frais d'hospitalisation de ce mois. Que dois-je faire ?

A noter que je n'employais pas cet homme à la journée, que je n'ai jamais surveillé son travail, qu'il était évidemment libre de l'interrompre, puis de le reprendre quand bon lui semblait.

Dr B.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail ayant omis de donner une définition quelconque du « patron » responsable des accidents survenus à ses ouvriers, il a fallu que la question soit mise au point par les auteurs et la jurisprudence.

D'après Sachet, auteur d'un traité des accidents du travail qui fait autorité en la matière, le patron se reconnaît à l'exercice de ces deux droits : 1° direction et surveillance du travail ; 2° indépendance. Si la personne envers laquelle un ouvrier s'est engagé à exécuter un travail déterminé a laissé à cet ouvrier la libre direction de son travail, cette personne n'est pas un patron, au sens de la loi de 1898, mais un simple propriétaire n'encourant aucune responsabilité du fait des accidents qui peuvent arriver à l'ouvrier dans l'exécution de son travail. Si l'ouvrier a recours à de la main-d'œuvre pour accomplir l'ouvrage, il devient entrepreneur et c'est lui qui est responsable des accidents survenus à ses employés. Cette doctrine a été sanctionnée à

plusieurs reprises par la Cour de Cassation (Dalloz 1902.22.579) et par les Cours et Tribunaux.

Faisant application de ces principes à l'espèce que vous nous soumettez, nous remarquons que vous aviez conclu avec l'ouvrier un louage d'ouvrage en vertu duquel l'ouvrier devait exécuter le travail sous sa propre responsabilité en dehors de votre surveillance et de votre direction. A proprement parler, l'ouvrier a contracté non comme ouvrier mais comme entrepreneur.

Aussi nous estimons qu'en dehors d'une faute personnelle, vous n'êtes pas responsable de l'accident survenu à l'ouvrier. A défaut de responsabilité, vous ne pouvez être contraint à payer les indemnités prévues par la loi de 1898 et notamment les frais d'hospitalisation.

A notre avis, vous devez donc refuser de payer la somme qui vous est réclamée par l'administration de l'hôpital.

2429. — Accident de droit commun.

Un cantonnier a le pied assez fortement écrasé par le pied d'un cheval. Ce cheval appartient à un entrepreneur de transports. Le conducteur, et le propriétaire par conséquent, reconnaîtrait l'accident.

Mais le blessé ne m'a appelé que 8 jours après l'accident et les certificats de déclaration n'ont été remis que le 10e jour.

Le blessé s'est adressé pour me faire régler à l'assurance qui répond : Malgré de nombreuses recherches, nous ne trouvons pas trace vous concernant et vous prions de vous adresser directement à M. X. (l'assuré) à qui il appartiendra de nous donner les renseignements. »

Or, l'assuré répond qu'il n'a pas à écrire à l'assurance.

Le blessé peut-il, malgré le retard qu'il a apporté à m'appeler au début, espérer obtenir gain de cause et comment s'y prendre ?

Dr R.

Réponse.

Du moment que le cantonnier blessé n'était pas au service du propriétaire de l'animal qui a causé l'accident, il n'y a pas, au regard du dit propriétaire, accident du travail au sens de la loi de 1898, mais accident de droit commun.

Le blessé doit donc poursuivre le paiement de l'indemnité à laquelle il peut avoir droit suivant la procédure ordinaire et non pas d'après la procédure spéciale de la loi de 1898.

Dans ces conditions, le blessé ne peut souffrir du retard qu'il a apporté dans sa réclamation. Pour obtenir une indemnité, il doit s'adresser au propriétaire de l'animal et non à l'assureur avec lequel il n'a aucun lien de droit. Au cas où un

règlement amiable serait impossible, le blessé devrait citer le propriétaire responsable devant le juge de paix du domicile de celui-ci.

Nous vous signalons que le blessé peut réclamer la réparation intégrale du préjudice qu'il a subi, c'est-à-dire le paiement total des journées de travail qu'il peut avoir perdues, la détérioration de ses vêtements, le *pretium doloris*, etc. et non pas seulement son demi-salaire. Dans sa demande d'indemnité devront être compris également les frais médicaux et pharmaceutiques, car c'est au blessé seul que vous et le pharmacien pouvez les réclamer. Comme il ne s'agit pas d'un accident du travail, vous ne pouvez pas vous faire payer directement par l'auteur responsable de l'accident.

2403. — Accident causé par la morsure d'un chien.

Un employé de batterie qui porte les sacs est mordu dans la cour de la ferme où il travaille par le chien du fermier, au cours de son travail.

Y a-t-il accident du travail ? Je pense que oui. Quitte au patron et à l'assurance à se faire rembourser par le fermier.

Dr H.

Réponse.

Pour déterminer s'il y a accident du travail dans le cas que vous nous soumettez, il serait nécessaire de connaître à quelle date s'est produit l'accident. En effet si l'accident est postérieur au 1er septembre, date d'entrée en vigueur de la loi étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, du moment qu'il s'est produit au cours du travail, il doit être considéré comme accident du travail et comme tel donner droit à la victime aux indemnités prévues par la loi. Mais si l'accident est antérieur à cette date, il n'en va pas de même ; en effet en vertu des lois existantes à ce moment, l'accident survenu à un ouvrier employé dans une entreprise de battage n'était considéré comme accident du travail que lorsque l'accident était dû au fonctionnement de la machine, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Mais de toute façon, l'ouvrier conserve son recours contre le propriétaire du chien. S'il y a accident du travail et s'il touche de son patron les indemnités prévues par la loi, il pourra réclamer au propriétaire de l'animal la réparation du préjudice non couvert par cette indemnité (demi-salaire non payé, *pretium doloris*, etc.). De son côté le patron du blessé pourra demander au propriétaire du chien le remboursement des indemnités qu'il aura eu à payer à son ouvrier en vertu de la loi sur les accidents du travail.

(*Voir la suite page XLVII*-2375)

PROPOS DU JOUR

La répression de l'exercice illégal. Jusqu'où va l'impudence des guérisseurs.

Lorsque l'on discuta au Sénat, le premier avril 1892, l'article de loi autorisant la formation des Syndicats médicaux, un grand nombre de sénateurs, et non des moins éminents (MM. Hervé de Saisy, Buffet, René Goblet et Tolain), s'opposèrent avec énergie au vote de cet article qui, du reste, ne faisait que consacrer en droit l'existence des Syndicats médicaux qui, depuis des années, étaient un fait.

Le Président du Conseil d'alors, M. Emile Loubet, dont le frère était médecin, défendit lui-même le projet du Gouvernement et insista sur un des buts des Syndicats médicaux, celui de pouvoir « exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine ».

Bien que fervent syndicaliste et tout en reconnaissant les bonnes intentions de M. Emile Loubet, nous prétendons que la répression de l'exercice illégal ne devrait pas être un rôle principal des Syndicats médicaux, mais devrait surtout revenir à l'Etat, au Ministère public. Ce n'est pas parce que l'exercice illégal de la médecine porte préjudice aux médecins, préjudice qui, à mon avis, a moins d'importance que beaucoup de nos confrères le pensent, qu'il doit être surtout poursuivi, mais parce qu'il constitue toujours un danger pour la santé publique quand, à ce danger indiscutable, ne s'ajoutent pas des manœuvres qui constituent une véritable escroquerie.

Néanmoins, comme, avec raison, les Syndicats médicaux tendent de plus en plus à confondre l'intérêt des médecins avec celui des malades, comme ils ont de plus en plus la prétention justifiée de veiller et de collaborer à la défense de la santé publique, la répression de l'exercice de la médecine rentre bien dans leur rôle et le Syndicat médical, en vertu du texte et de l'esprit de la loi de 1892, a le devoir, devant la carence du Ministère public qui représente l'Etat, de traîner devant les tribunaux les fauteurs d'exercice illégal de la médecine qui constituent au premier chef un danger pour la santé publique.

Avant la guerre, un Office de la répression de l'exercice illégal de la médecine qu'a dirigé avec dévouement et efficacité le Dr Ch. Levassort, existait dans les services de l'Union des Syndicats médicaux de France. La période de la guerre et celle de l'après-guerre, où tant d'importantes questions ont accaparé l'activité de nos syndicats, ont fait négliger quelque peu la répression de l'exercice illégal. Il est temps qu'une action énergique se manifeste à nouveau.

L'Union des Syndicats médicaux de France a compris cette nécessité, puisqu'elle vient de réorganiser son Office de la répression de l'exercice illégal de la médecine. Cet office pourra agir avec d'autant plus de facilité que, depuis, la guerre, les Unions de Syndicats ont obtenu la personnalité civile et peuvent ester en justice. Emanation de l'Union des Syndicats médicaux de France, l'Office de la répression de l'exercice illégal de la médecine peut donc poursuivre directement et se porter partie civile.

Son intervention est urgente, car les guérisseurs et les charlatans deviennent de plus en plus audacieux.

En voici un exemple :

Un Monsieur qui s'intitule modestement : « Celui qui a guéri des quantités de malades désespérés », établi et patenté (*sic*) à X., y a fondé un Institut médical dont l'image fait sur ses circulaires pendant au portrait de son directeur.

Ce monsieur inonde le Nord-Ouest de la France de lettres imprimées où : « Etant donnée la grande quantité de malades guéris par la méthode de ses Instituts, il se fait un devoir (*sic*) d'agrandir son rayon d'action.» Suit, à la fin de la circulaire, la liste de 20 villes qu'il visite par mois, où il donne l'adresse de l'hôtel où il descend avec indication des jours de ses consultations. Il travaille tous les jours de la semaine, mais, comme le Seigneur, il se repose le dimanche. Il a fait à Paris l'honneur de lui consacrer deux jours par mois.

Le système du bonhomme est simple : La nature a mis le remède à côté du mal ; l'homme avec sa soi-disant civilisation, son soi-disant progrès, s'est éloigné de la nature. Celle-ci a pris sa revanche en l'accablant de tous les maux que, certainement, ses ancêtres ignoraient.

« Je ne suis pas, ajoute-t-il, l'homme des réclames tapageuses et coûteuses : renseignez-vous. Plus modeste et dans un but purement humanitaire, je viens par cette simple lettre vous indiquer gratuitement que vous pouvez guérir comme je me suis guéri moi-même et en toute garantie. Il est d'ailleurs versé 10.000 francs à la personne qui prouvera que les remèdes, fournis

par les laboratoires, ne sont pas efficaces: les guérisons se comptent par milliers. »

La lettre imprimée dont nous extrayons ce passage, a été adressée à un malheureux malade chronique, elle a été distribuée en outre dans toute la région.

Une circulaire imprimée, dont nous avons sous les yeux un exemplaire est envoyée dans les communes et est ainsi conçue :

Monsieur l'Afficheur municipal, ci-joint un bon de poste de un franc pour publier le dimanche ... :

M. X., spécialiste, informe les habitants de la commune qu'il consultera avec un docteur spécialiste de Paris pour l'estomac, la *tuberculose*, les rhumatismes, maladies de la peau, plaies variqueuses.

Le : ....
A : ....
Hôtel ....

Dans l'attente du mois prochain, recevez, Monsieur l'Afficheur, l'assurance de ma parfaite considération.

Et les Syndicats médicaux, que font-ils, me direz-vous ?

Une lettre circulaire de M. X, le guérisseur, nous l'apprend dans le passage suivant :

« Pour avoir guéri des centaines de malades désespérés, le Syndicat des médecins me fit poursuivre et le 5 juillet 1922, au Tribunal correctionnel, 58 personnes, convoquées par la partie adverse, ont toutes déclaré avoir été guéries, plusieurs ont eu des opérations évitées, ce jugement m'a attiré la sympathie de tout le public.

Conformément à la loi, M. X. a créé des Instituts médicaux et orthopédiques *avec rayons ultra-modernes* (sic), où les traitements sont appliqués par des docteurs spécialistes de la Faculté de médecine de Paris, et où sont traitées avec succès toutes les maladies telles que ... »

Suit une énumération d'une cinquantaine de maladies parmi lesquelles nous relevons : la *tuberculose à tous les degrés*, les plaies cancéreuses, le diabète, l'albuminurie, les salpingites, les fibromes, etc. à côté : des douleurs, des déformations, des taches de rousseur, des chutes de cheveux, etc., etc.

Mon Dieu ! direz-vous, ce guérisseur est comme bien d'autres, il emploie les mêmes procédés bien surannés, il se donne comme un partisan du retour à la nature, tel Jean-Jacques Rousseau, comme un homme qui agit *dans un but purement humanitaire*.

Il s'est un peu modernisé avec la création d'Instituts *avec rayons ultra-modernes* en s'attachant, *conformément à la loi*, des docteurs spécialistes de la Faculté de médecine de Paris. Tout cela est banal, archibanal, n'étonnera personne et ne vaut pas un « Propos du Jour » du *Concours médical*.

Nous n'en disconvenons pas. N'empêche que ce bienfaiteur de l'humanité a demandé, après une consultation avec un docteur, son compère, 540 francs, somme appréciable, à un malheureux qui n'en témoignera pas parce qu'il est mort quelques jours après. Mais sa femme, qui a reçu pour ce prix un colis de drogues qui valaient bien cent sous, pourrait affirmer ces faits.

Et puis, il y a dans cette affaire mi-comique, mi-macabre, le mot de la fin qui ne manque pas d'ironie. Les lettres circulaires de M. X. qui guérit les fibromes et les tumeurs sans opérations, et aussi la *tuberculose à tous les degrés* dans un but purement humanitaire, sont signées :

X., fondateur administrateur des Instituts, *membre actif du Comité national contre la tuberculose, reconnu d'utilité publique* (sic), *Paris.*

Après cela, nous n'avons qu'à nous taire... et à attendre.

J. Noir.

Voici un autre document du même genre, que nous communique un de nos excellents confrères de l'Allier.

C'est une méthode inattendue et originale d'enseignement de la thérapeutique.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que le hasard a bien voulu me faire connaître un *Remède Radical et Inoffensif* pour se débarrasser rapidement des *verrues*, aussi nombreuses qu'elles soient.

Jusqu'à présent, il faut recourir aux acides ou autres traitements très douloureux, souvent inefficaces et quelquefois dangereux en raison des points du corps occupés par les verrues.

Ce remède souverain, que je désire faire connaître seulement à quelques médecins ou pharmaciens par région (afin qu'ils puissent en tirer le meilleur profit), n'est point un produit pharmaceutique ni un poison. Tel que la Nature le donne, il est utilisé — on le trouve dans toute la France et il ne coûte rien. — Tout le monde le connaît et tout le monde ignore ses vertus merveilleuses.

Avec lui, traitement inoffensif, aucune douleur, aucun pansement. Simplement mis en pâte, il est employé en frictions sur les verrues et aucune ne résiste à son action. Elles se dessèchent toutes rapidement pour se détacher elles-mêmes de la peau. (*S'il ne le voit mettre en pâte, jamais le malade ne reconnaîtra le remède.*)

Tous mes dires sont garantis et j'accepte *tous dédits* qui peuvent m'être faits sur l'efficacité radicale dudit remède que je fais connaître immédiatement sur demande accompagnée d'un mandat-poste de *vingt-cinq francs* (25 fr.) ou tout autre mode de payement.

Mes offres visant un nombre très restreint de demandes, je vous engage à m'écrire, *sans retard*, pour vous assurer la connaissance de ce remède qui vous rendra de grands services dans votre clientèle. (Peut-être est-il applicable à d'autres traitements !...).

Dans l'attente de vous lire, veuillez agréer Monsieur, mes biens sincères salutations.

A. Merlhou, courtier en vins,
26, rue St-François-de-Paule,
à Perpignan.

R. H. M. S. : 5120.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CHIRURGIE INTESTINALE

La constipation droite : stase stercorale droite.

M. le Professeur agrégé BASSET, chirurgien des hôpitaux.

Dans le syndrome général de la constipation, on doit distinguer deux formes : la constipation droite et la constipation gauche.

Je vous représente schématiquement la partie terminale du tube digestif. Voici le cæcum, le côlon ascendant, l'angle colique droit, le côlon transverse, le côlon descendant, le côlon sigmoïde et le rectum. La constipation droite est la stase dans le segment droit du gros intestin. Elle entraîne des accidents d'ordre toxique et infectieux. La constipation gauche est au contraire une simple rétention des matières fécales, qui est loin de présenter les mêmes dangers.

La distinction des deux constipations est également justifiée par les notions anatomiques et physiologiques. Il y a une véritable dualité dans le côlon. La portion droite, qui comprend le cæcum, le côlon ascendant, l'angle droit et la majeure partie du côlon transverse, est douée de certaines fonctions qui ne sont pas dévolues à la portion gauche. Elle est le siège de mouvements péristaltiques qui conduisent les matières vers le côlon descendant et font une chasse du tube colique. Mais, à ces mouvements de progression, s'opposent, normalement, d'autres mouvements, anti-péristaltiques, grâce auxquels le contenu est refoulé à nouveau et pour un temps, vers le cæcum. Les matières fécales, ainsi poussées et repoussées, subissent là un véritable brassage. Rien de semblable ne se produit dans le côlon gauche, simple tube d'évacuation. L'innervation des deux parties du côlon est différente : filets sacrés pour l'un, filets du pneumogastrique, pour l'autre. Les fèces varient également dans les deux côlons. Dans le droit, la digestion chimique se continue et l'on trouve, d'autre part, dans cet organe, une flore microbienne abondante et des levures en grand nombre. Dans le gauche, tout travail digestif a cessé, les levures et les bactéries n'ont plus de vitalité, et enfin les matières, au lieu d'être liquides, changent de consistance, pour devenir ce qu'elles sont à l'orifice anal, plus pâteuses, plus sèches.

Il existe donc une constipation gauche et une constipation droite. J'étudierai cette dernière seulement, qui est la plus importante et peut-être même la seule importante. A côté de la forme droite, toxique, et de la forme gauche, mécanique, il y a des malades qui font des formes totales. Lorsque, par une intervention, on est arrivé à faire disparaître la stase droite, la constipation n'est pas guérie, il reste la constipation gauche, mais le patient n'a plus d'accidents toxiques et ne se plaint plus.

Anatomo-pathologiquement, on rencontre des lésions multiples. Dans les cas légers, on constate simplement une mobilité particulière du cæcum, organe normalement fixé à la paroi postérieure. Le cæcum mobile est presque toujours dilaté et abaissé. A un degré de plus, la mobilité s'étend au côlon ascendant et transverse. Les parties les plus fixes sont l'angle droit et l'angle gauche du côlon. Or, la ptose de l'angle droit est assez fréquente ici. En dehors de cette mobilité anormale, les opérations révèlent souvent la présence d'une enveloppe membraneuse englobant le cæcum et le côlon ascendant : c'est la membrane de Jackson.

Ces lésions, à l'origine congénitales, aboutissent à l'atonie et à la stase colique. La membrane de Jackson, sans conséquence pathologique lorsqu'elle est mince, comporte fréquemment des brides sténosantes. La stase, à son tour, réagit et entretient des altérations chroniques, provoque des renforcements de la membrane de Jackson, de la colite muqueuse ou totale.

Lorsque les brides sont accusées, l'angle colique droit, au lieu d'être ouvert, a ses deux parties accolées, comme deux canons de fusil, d'où un obstacle à cet endroit au cours des matières. L'inflammation péri-intestinale est aussi susceptible de s'étendre, autour du duodénum, des voies biliaires. Dans ces conditions on se trouve en face d'un cercle vicieux. La mobilité anormale détermine la stase et celle-ci entretient l'inflammation chronique.

Au départ de tous ces phénomènes se trouvent des états congénitaux : la mobilité du gros intestin et la péricolite légère. Puis, au fur et à mesure que le sujet grandit, ces altérations créent la stase et les réactions autour de celle-ci. Il n'y a alors plus de raison pour qu'on en sorte, sans une thérapeutique opportune.

Cliniquement, on a presque toujours affaire à

des femmes. Pourquoi ? C'est un fait, d'abord. Les malformations congénitales de l'intestin sont-elles plus communes dans le sexe féminin ? Nous ne savons rien de précis sur ce point. Chez la femme les ptoses abdominales sont plus fréquentes que chez l'homme. La grossesse, les grossesses répétées, constituent un facteur aggravant. La femme, d'autre part, par négligence ou pudeur, surveille moins ses fonctions intestinales, favorisant ainsi la stase. La race joue peut-être un rôle, car ces accidents sont plus répandus dans les pays anglo-saxons.

Dans l'enfance, la stase se constitue, créant de la constipation, sans accidents toxiques au début. On constate, dans la majorité des cas, le syndrome de l'appendicite chronique d'emblée. Bien que les lésions soient congénitales pour une part, il est curieux de constater que les accidents se montrent à la période d'adolescence et chez l'adulte.

Lorsque le syndrome est constitué, il comporte trois ordres de signes : la douleur, la constipation, les phénomènes d'intoxication et d'infection. Il faut savoir que la maladie comporte des crises aiguës, avec recrudescence de tous les symptômes, et des périodes d'amélioration relative.

Les douleurs sont à peu près permanentes, quoique plus ou moins violentes. Elles siègent dans la partie droite de l'abdomen, la fosse iliaque, le flanc droit. Elles sont exagérées par la station debout, par les accroissements de la constipation. Elles ont volontiers une recrudescence nocturne. Le repas met 6 à 8 heures avant d'arriver dans le gros intestin ; la douleur se trouve dès lors réveillée dans la deuxième portion de la nuit. A certains moments, les malades sentent un gonflement localisé du ventre qui correspond à des fermentations avec production de gaz dans le cæcum.

La constipation a des caractères particuliers. Elle est chronique et invétérée. Les malades déclarent à l'habitude qu'elles ont toujours eu de la constipation. Quelques-unes vont à la selle tous les 8 jours, la plupart tous les 3 ou 4 jours. D'ailleurs, cette constipation n'est pas régulière. Dans la constipation droite, il y a bien des fois des alternatives curieuses de constipation et de diarrhée. Au bout de deux, trois, quatre jours sans garde-robe, surviennent des selles diarrhéiques, le troisième, le quatrième, le cinquième jour, et le cycle recommence.

Les selles sont, dans les cas légers, riches en cellulose, en amidon, et acides. Dans les cas plus accentués, où il y a colite pariétale, on note un exsudat albumineux, de l'alcalinité, de la fétidité des matières.

Je ne vous dirai qu'un mot des accidents toxiques. Pour les auteurs qui ont étudié la question, ces accidents sont innombrables — opinion exagérée. Ils peuvent être multiples et divers, cependant. Cet intestin avec stase est un laboratoire où s'organisent et se résorbent des poisons d'une façon continue. Presque toujours, les patients en question sont des migraineux, des céphalalgiques. Ils accusent des nausées, dorment mal, souffrent souvent au milieu de la nuit et ont des cauchemars. La langue est fréquemment sèche, l'haleine fétide. Ils ont de l'anémie, restent apathiques, affaiblis, avec tendances neurasthéniques.

On peut voir survenir chez eux des phénomènes infectieux, des poussées thermiques (37°5, 38°), des réactions sur d'autres appareils, les reins, les voies biliaires.

La grossesse a une action plutôt bienfaisante pendant sa durée. L'utérus gravide est une excellente pelote de soutien pour l'intestin ptosé. Mais, une fois la grossesse terminée, la chute intestinale s'accentue.

On recherchera les signes physiques dans la position verticale et dans la position couchée sur le dos et le côté gauche. Dans le décubitus dorsal, on trouve un gros cæcum gargouillant. Dans le décubitus latéral gauche, la fosse iliaque apparaît vide. La radiographie fournit des renseignements précieux, sur lesquels je ne m'étendrai pas, me contentant de vous en projeter un certain nombre d'exemples typiques.

Le traitement n'est pas uniquement chirurgical. La stase colique droite chronique est une affection dont la thérapeutique relève d'une collaboration médicale et chirurgicale intime.

Dans les formes légères, on aura recours au traitement de la constipation en général. On recommandera les hydrates de carbone et on supprimera de l'alimentation les aliments causes de fermentation, les œufs par exemple. On acidifiera l'intestin (acide lactique). On prescrira les laxatifs doux, ou simplement l'huile de paraffine. Une ceinture contre les ptoses, le massage abdominal, la gymnastique pour fortifier la sangle abdominale, sont utiles.

Souvent, la cure médicale ne suffit pas et il faut arriver à la chirurgie. L'appendicectomie, bien des fois pratiquée en pareils cas, ne soulage guère les malades. Pour Lane, la formule thérapeutique est simple : c'est la colectomie totale. C'est évidemment une formule trop simple. Je ne crois même pas à la nécessité de toujours faire la colectomie partielle. On réalité il faut adapter l'opération à l'importance du cas. On visera à assurer la vidange du segment intestinal intéressé. Si l'on a affaire à une mobilité anormale du côlon seulement, on pratiquera une fixation solide de dudit côlon à la paroi postérieure. Pour ce qui est de la péricolite, une simple section des brides ne suffit pas, car elles se reproduisent. Un procédé à l'étude est la résection de la membrane fibreuse suivie d'enveloppement du côlon

avec l'épiploon sain. Une bonne intervention est l'anastomose du fond du cæcum avec l'anse sigmoïdienne, qui assure une vidange convenable du côlon droit. Dans la colite pariétale, la résection du côlon malade est une ressource. Après une période d'adaptation qui dure quelques mois, on obtient une amélioration des troubles, si pénibles, de l'intoxication.

Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le Dr P. Lacroix

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR L'OPOTHÉRAPIE DES ORGANES DE DÉFENSE

Par le Dr Bayle (de Cannes).

J'ai déjà exposé dans le *Concours médical* (nos 51, du 18 décembre 1921 et 51-52 des 23 et 30 décembre 1923) comment les bons résultats que j'ai obtenus dans toutes les formes de la tuberculose, par l'opothérapie splénique, m'ont incité à employer l'opothérapie des organes de défense dans le traitement des maladies infectieuses. Je viens aujourd'hui exposer l'application de cette méthode à la fièvre typhoïde, avec sept tracés à l'appui : ce sont les deux dernières observations, particulièrement démonstratives, qui me permettent de faire cet article : car, ainsi qu'on le verra, un de ces deux cas était d'une gravité tellement exceptionnelle qu'il devait être considéré comme fatalement mortel (et cependant il a guéri), et dans l'autre, j'ai pu distribuer les injections, non selon ma méthode habituelle, mais de manière à ce que l'effet en soit évident à la seule inspection du tracé. Je me suis borné à ces sept tracés répondant à des cas où le tableau symptomatologique était complet, et où le séro-diagnostic pour les quatre premiers, et l'hémoculture pour les trois derniers, ont été positifs. J'ajoute qu'aucun de ces sept malades n'avait été vacciné contre la fièvre typhoïde.

I. L'opothérapie des organes de défense, méthode générale : elle agit comme les sérums pasteuriens.

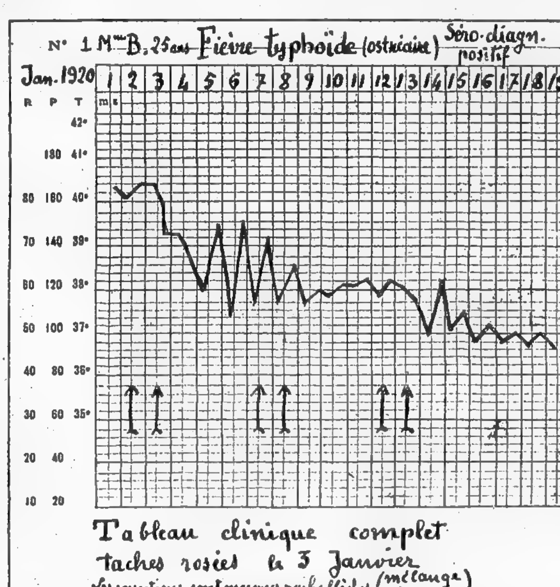
Il est actuellement prouvé que l'organisme se défend dans les maladies infectieuses par l'intermédiaire d'éléments qui communiquent au sang des propriétés curatives : c'est le principe sur lequel est basée le préparation des sérums pasteuriens.

Ces éléments qui constituent l'antitoxine sont, d'après Behring et Erlich, fabriqués de toutes pièces par les cellules de l'organisme sous l'excitation produite par la toxine ; mais ce ne sont pas, comme le croyait Büchner, des produits de transformation de la toxine.

Si nous considérons un sérum pasteurien, nous voyons qu'il contient à la fois des toxines et des antitoxines : ces dernières sont produites par l'organisme, et ce sont elles qui ont le pouvoir curateur ; bien que sécrétées sous l'influence de toxines appartenant à une maladie déterminée, elles sont susceptibles d'agir dans d'autres maladies infectieuses que celle à laquelle le sérum est destiné. A côté du pouvoir spécifique, les sérums pasteuriens et le sérum antidiphtérique en particulier ont une action polyvalente. Ce fait est à lui seul de nature à démontrer que c'est bien à des produits fabriqués par l'organisme et répandus dans le sang que sont dues, et la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses, et l'action curative des sérums.

Mais quels sont les organes qui élaborent ces produits ?

La clinique nous montre à cet égard, par la congestion de la rate dans les maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde, que cet organe est soumis à un travail intensif dans ces affections ; il est donc vraisemblable d'admettre que les produits de sécrétion de cette glande jouent un rôle important dans la production des antitoxines ; d'ailleurs, Carpenter avait déjà employé *per os*, avec des résultats encourageants, les extraits spléniques dans la fièvre typhoïde, et Lépine et Lyonnet avaient démontré (*Lyon Médical*, 1898, p. 341) le rôle protecteur de la rate vis-à-vis de l'intoxication typhique expérimentale. L'asthénie que l'on observe dans certaines infections, et en particulier dans la



fièvre typhoïde, révèle d'autre part le surmenage des surrénales.

C'est donc vraisemblablement à la rate et aux surrénales qu'incombe le rôle principal dans la défense de l'organisme contre les maladies infectieuses en général, et la fièvre typhoïde en particulier ; il y a tout lieu de croire que dans ces affections, ce sont des produits de sécrétion de ces glandes qui communiquent au sang ses propriétés curatives.

Il était donc logique de traiter les maladies infectieuses en général ; et la fièvre typhoïde en particulier par l'opothérapie des organes de défense, en injectant aux malades un mélange d'extrait de rate et d'extrait surrénal total.

La pratique confirme la théorie et montre que ce mélange d'extraits glandulaires, en proportions convenables et à une dose appropriée, agit vis-à-vis des maladies infectieuses en général, et de la fièvre typhoïde en particulier, comme un sérum pasteurien.

II. Mécanisme de l'action des extraits glandulaires (rate et surrénale)

Il est facile de se rendre compte d'une partie du mécanisme de l'action, en ce qui concerne les extraits spléniques : ils agissent en effet d'une manière puissante sur la composition du sang en augmentant le nombre des globules rouges et blancs et la teneur du sang en hémoglobine, et en changeant la formule leucocytaire.

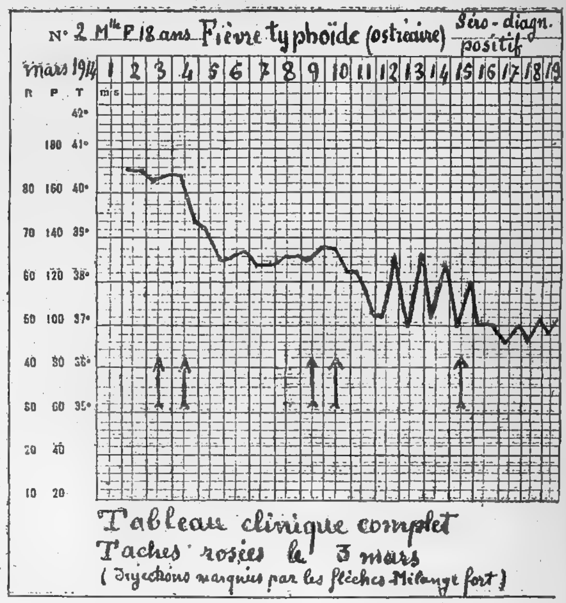
Une injection sous-cutanée ou intra-musculaire de 5 cc. d'extrait splénique fait passer en 24 heures les globules rouges de 3.800.000 par exemple à 5.400.000, soit une augmentation d'environ 40 %.

Les globules blancs sont augmentés dans la même proportion ; et la formule leucocytaire se modifie et s'oriente dans le sens de la défense, en particulier par l'énorme augmentation des lymphocytes.

L'hémoglobine est rapidement augmentée, et dans des proportions allant jusqu'à 40 % par les injections d'extrait splénique, et Danilewsky et Sélensky, qui ont mis en lumière cette action, ont montré qu'elle est due à une substance définie, qui n'est pas détruite par la chaleur (*Arch. für die gesammte Physiologie*, Bonn 1895, Band LXI, p. 264.)

Si nous ajoutons à cela le rôle très important de la rate dans la formation de la trypsine (Schiff, Herzen, Bellamy), le pouvoir colloïdogène à l'égard des phosphates du sang (Bayle, *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, Paris 1908, vol. XIX, p. 341) et le rôle de la rate dans la nutrition (Charles Richet, Académie des Sciences, 4 juin 1923), il est facile de concevoir comment les extraits spléniques peuvent avoir une action puissante sur la marche des maladies infectieuses en général, et de la fièvre typhoïde en particulier.

Dans les glandes de son groupe, c'est à la rate seule que sont dévolues ces propriétés. Ce pouvoir varie d'ailleurs avec l'animal employé à la fabrication de l'extrait.



Les extraits des autres organes lymphoïdes sont inefficaces. Une seule glande augmente dans les maladies infectieuses l'efficacité de la rate, et cette glande est la surrénale : c'est pourquoi j'emploie un mélange d'extrait splénique et d'extrait surrénal.

III. Produits employés, voie choisie et doses.

Carpenter donnait des extraits de rate par la voie buccale ; ses résultats ont été encourageants, mais ils ne sont pas comparables à ce que j'ai obtenu en injectant un mélange d'extrait de rate et d'extrait surrénal.

Je me sers de deux sortes d'extraits injectables différant l'un de l'autre comme dosage en glande surrénale.

L'un d'eux (mélange fort) est préparé en ampoules de 10 cc. qui contiennent 9 cc. d'extrait de rate de porc injectable et la quantité d'extrait surrénal total correspondant à un demi-milligramme d'adrénaline physiologique.

Bien que cette quantité de surrénale soit inoffensive comme dose d'adulte, je fais préparer en ampoules de 5 cc. un mélange beaucoup plus faiblement dosé en surrénale (mélange faible), qui n'a aucune contre-indication et que j'emploie de préférence chez l'enfant au-dessous de 5 ans, ainsi que chez les artérioscléreux, les athéromateux, les diabétiques, les épileptiques, les hypertendus, les malades sujets à l'angor pectoris.

J'emploie les deux extraits aux mêmes doses.

La dose de chaque injection (mélange fort ou mélange faible selon les cas) sera de 10 cc. chez l'adulte.

Chez l'enfant de 5 ans ou au-dessous, j'emploie par année d'âge un centimètre cube du mélange faible.

Au-dessus de 5 ans, on peut augmenter la dose (mélange fort ou faible) de 1/2 centimètre cube par année d'âge, de manière à faire à 15 ans une injection de 10 cc.

On peut, pour simplifier, admettre la dose de 5 cc., de 5 ans à 9 ans inclus, celle de 7 cc. de 10 à 14 ans, puis 10 cc.

Sans être très douloureuses, ces injections ne sont pas absolument indolores.

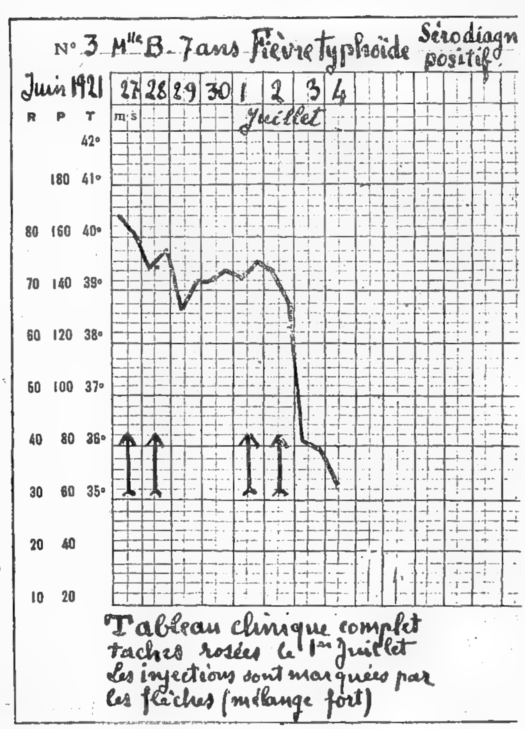
Cela n'a aucune importance dans la période de stupeur de la fièvre typhoïde.

Un peu plus tard, on se trouve bien chez l'adulte (la fugacité de la douleur permet chez l'enfant de n'en pas tenir compte) d'employer l'artifice suivant :

On fait une injection de 2 cc. d'une solution de novocaïne à 1 % (il n'y a même aucun inconvénient à employer une solution de novocaïne à 2 % si besoin est) ; on enlève la seringue en laissant l'aiguille en place ; on attend 5 minutes et par cette même aiguille restée en place, on injecte le mélange rate-surrénale. L'injection est alors indolore. Dans la fièvre typhoïde, en raison de la station couchée, le lieu d'élection est le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

Je fais en général une injection (10 cc. chez l'adulte) deux jours de suite ; je m'arrête un jour ou deux, je reprends deux jours de suite, etc.

Telle est la méthode générale : mais on verra par les tracés que j'ai parfois varié le mode d'application.



IV. Technique du traitement

On peut la résumer ainsi :

a) *Volume des injections.*

Chez l'adulte, 10 cc. (mélange fort ou faible).

Chez l'enfant au-dessous de 5 ans, 1 cc. par année d'âge (mélange faible).

Chez l'enfant de 5 à 10 ans, 5 cc. (mélange fort ou faible).

Chez l'enfant de 10 à 14 ans, 7 cc.

b) *Siège des injections.*

Sous-cutanées abdominales.

c) *Intervalles des injections.*

Une injection deux jours de suite.

Repos un ou deux jours.

Injection deux jours de suite, etc.

V. Le traitement adjuvant

Je ne traiterai pas ici de tout le traitement classique de la fièvre typhoïde ; je veux simplement indiquer que je n'ai pas cru, possédant une méthode nouvelle, être dispensé par cela de tous les excellents moyens dont la clinique a consacré les bons effets. De plus, il serait difficile d'apprécier les résultats sans connaître les conditions dans lesquelles ont été traités mes malades. Comme régime, j'emploie exclusivement pour toutes les formes qui, avec l'opothérapie des organes de défense, évoluent en une quinzaine (ce qui paraît être la règle), les tisanes sucrées, le bouillon de légumes et la décoction de céréales. Je ne donne pas de lait ; mais j'en donne au bout d'une quinzaine dans les formes qui paraissent devoir se prolonger, et aussi, même dès le début, chez les malades qui ne prendraient pas une quantité suffisante d'un autre liquide. Dans tous les cas, la quantité minima de liquide absorbé doit être de 3 litres par 24 heures pour l'adulte.

Passons maintenant à la balnéation : toutes les fois que cela m'est possible, j'emploie les bains ; lorsque cela est impossible, les enveloppements froids.

Je fais prendre la température toutes les 3 heures. Lorsque le malade a 39°, on donne un bain de dix minutes, la tête étant couverte d'une compresse que l'on arrose d'eau plus froide que l'eau du bain.

La température est prise de nouveau 1/2 heure après le bain : je cherche un degré d'abaissement.

Je commence à baigner à 26°, et suivant les cas, j'augmente ou je diminue la température du bain sans descendre au-dessous de 22° ni monter au-dessus de 30°.

Lorsque j'emploie les enveloppements, on enveloppe le malade dans un drap mouillé froid, le front étant recouvert par le drap, et pendant toute la durée, on verse peu à peu de l'eau froide sur tous les points du drap qui se réchauffent : pendant toute la durée de l'enveloppement, on

maintient le front dans un degré de réfrigération convenable.

La durée générale des enveloppements est de 10 à 15 minutes ; mais cette durée, de même que celle des bains, pourra être prolongée dans les formes hyperthermiques.

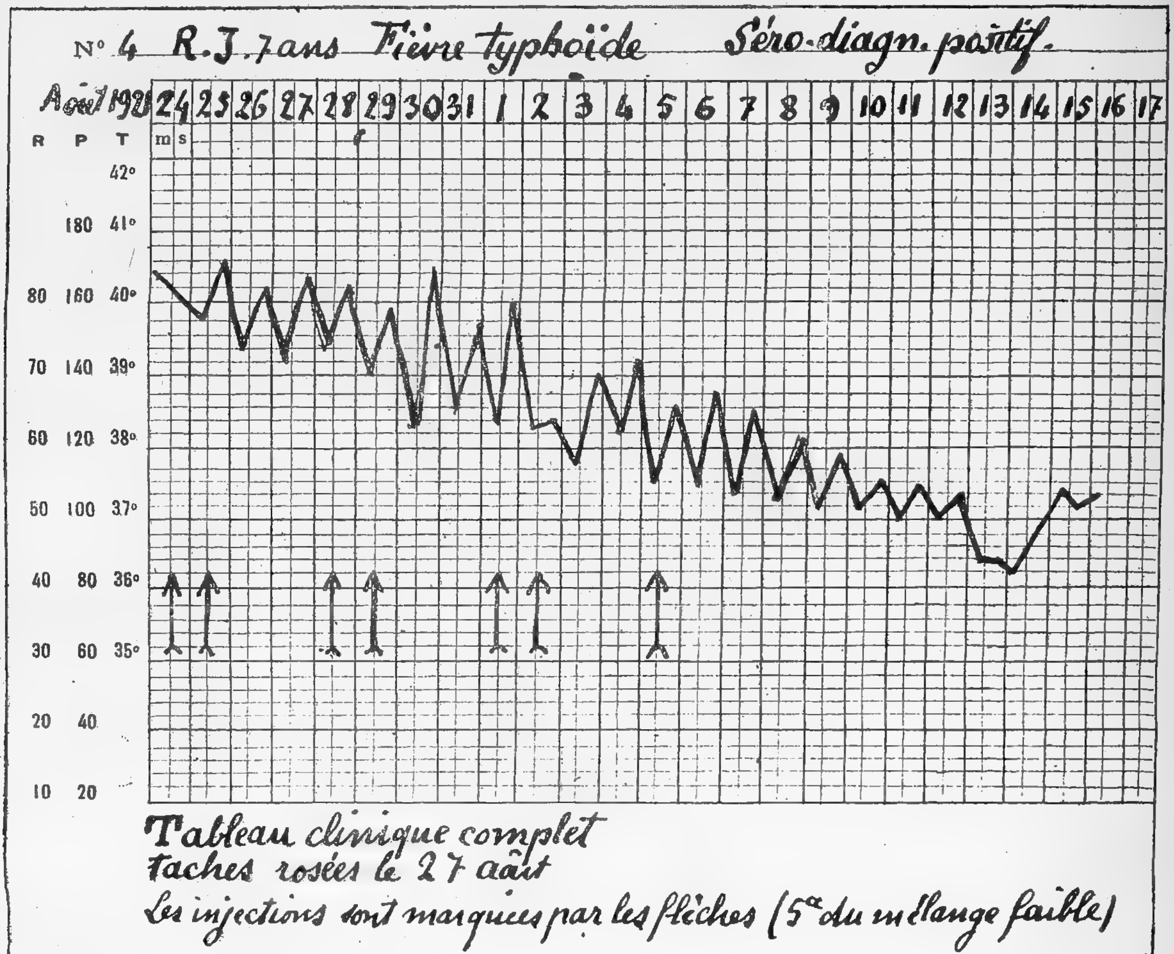
J'ai fait donner en outre à mes malades deux lavements froids par jour.

Chez tous, j'ai fait soutenir le cœur par des injections d'huile camphrée.

VI. Résultats du traitement

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les sept tracés que je reproduis ici pour être convaincu de l'efficacité du traitement. Je réserve pour la fin l'étude des deux derniers tracés, les plus intéressants à mon avis.

Ce qui frappe en regardant les cinq premiers tracés, c'est l'abaissement rapide du plateau et l'abréviation très remarquable du cycle, avec, dans certains cas, un stade amphibole prématuré,



Imp. Ets. J. Bachelet

précédant un second plateau très abaissé comparativement au premier. L'importance de cet abaissement rapide des hautes températures n'échappera à personne ; elle s'accompagne cliniquement de la disparition des phénomènes cérébraux, de l'humidification de la langue, de l'amélioration des selles.

Il est à présumer que l'amélioration des lésions intestinales est parallèle, ce qui est de nature à diminuer la fréquence des complications, les hémorragies en particulier.

Cet abaissement de la température s'accompagne du ralentissement du pouls : le cœur est donc également ménagé.

Enfin, on arrive rapidement au point où la balnéation peut être diminuée ou suspendue.

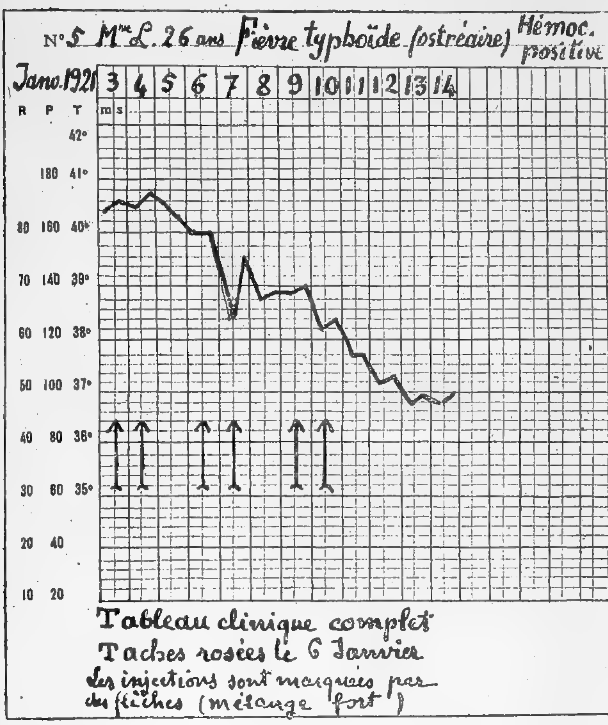
Dans le cas exceptionnellement grave dont on verra plus loin le tracé (no 6), j'ai donné à trois reprises trois jours de digitaline de la manière suivante :

Quinze gouttes le premier jour en une fois, deux fois dix gouttes le deuxième jour, deux fois dix gouttes le troisième jour (solution dosée à 50 gouttes par milligramme).

Comme régime de la convalescence, je donne un potage (crème de riz d'orge ou tapioca) maigre après le quatrième jour d'apyrexie, deux le lendemain, trois le jour suivant, puis nouilles ou purée de pommes de terre ; au bout de quinze jours, de la viande pulpée et des compotes ; au bout de trois semaines tous les aliments de digestion facile et qui se divisent bien.

En résumé, au bout de trois ou quatre jours, la maladie donne une impression très nette de bénignité.

Il n'en est pas moins nécessaire de suivre attentivement les malades pendant le cours de la maladie, et aussi pendant la convalescence.



La clinique ne doit jamais perdre ses droits. La convalescence est aussi très raccourcie ; mais je n'en crois pas moins nécessaire d'être plus sévère pour le régime que ne semblerait le comporter le relèvement rapide des forces du malade. Restent le 6e et le 7e tracés.

J'ai fait faire, cinq jours de suite, une injection de 5 cc. du mélange faible. Le 6e jour j'avais une baisse notable à 39°5 le matin et 40°5 le soir, et l'on peut voir qu'en continuant le traitement avec des repos, le plateau s'est fait aux environs de 40°. Malgré tout, le pouls s'abaissant difficilement au-dessous de 160, j'ai, en plus des piqûres d'huile camphrée, donné à ma malade de la digitaline (quinze gouttes en une fois le premier jour, deux fois dix gouttes le deuxième jour, deux fois dix gouttes le troisième jour) et à trois reprises différentes.

J'ai donné deux fois dix gouttes le troisième jour parce que le pouls était tombé au-dessous de 120.

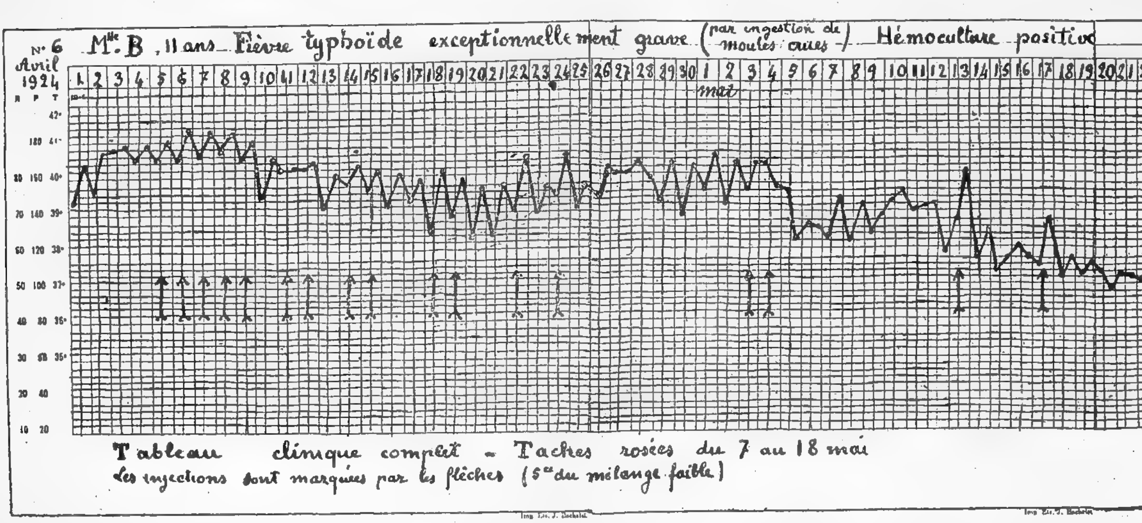
S'il était resté au-dessus de 120, j'aurais donné deux fois quinze gouttes.

Il me semble indiqué de ménager ainsi le cœur dans une forme aussi prolongée et où le pouls a battu avec une pareille fréquence. Malgré cela, l'auscultation n'a pas révélé de myocardite et, au moment de l'apyrexie, la fréquence du pouls était normale.

La convalescence, malgré les hautes températures, a été relativement rapide (un mois).

Le tracé 7 est encore, s'il se peut, plus intéressant : on voit que j'ai pu soigner très tôt cette typhoïde ; c'est la mère de la malade précédente et elle a été contagionnée par sa fille ; j'ai commencé le traitement quand elle avait un peu de fièvre et une langue manifestement typhique sans être grillée, c'est-à-dire rouge à la pointe et sur les bords et saburrale au centre. C'est aussi un moment où il est rare qu'un typhique fasse appeler le médecin. L'hémoculture est positive.

Je fais quatre jours de suite une injection de 5 cc. du mélange faible. A partir de la troisième



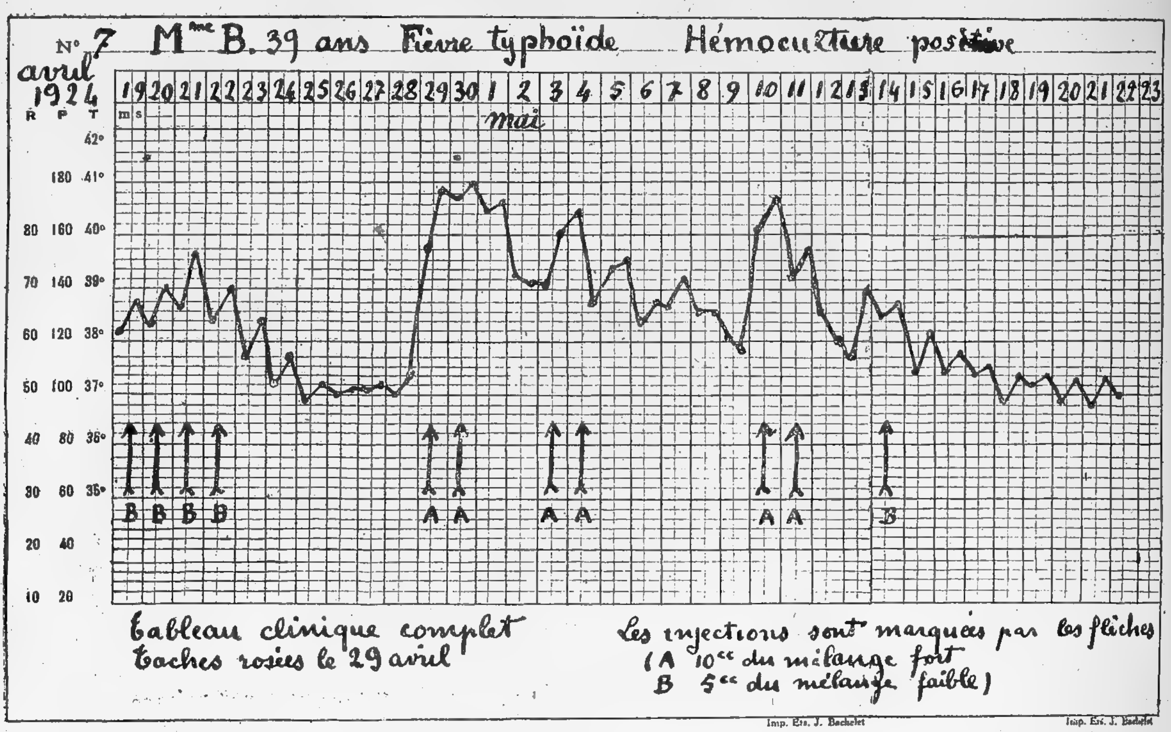
Le 6e était une forme extrêmement grave où la température s'installait vers 41° 3 avec un pouls aux environs de 200 : l'origine de cette typhoïde était l'ingestion de moules crues.

injection, j'obtiens un lysis, et le septième jour après le début j'avais l'apyrexie.

J'eus le tort à ce moment de cesser les injections, croyant la chute définitive ; or, le 29 avril,

après quatre jours d'apyrexie, la température est remontée à 40°8 ; j'ai fait alors deux jours de suite une injection du mélange fort (10 cc.). Le 2 mai, la température était à 39° ; le soir du 3 mai, elle remonte à 40°.

Je refais deux jours de suite une injection du mélange fort ; un lysis irrégulier amène en six jours la température à 37°9. Le lendemain 10 mai, la température remonte au-dessus de 40°.



Je refais deux injections du mélange fort (10 cc.); au bout de quatre jours, la température est à *37°8*. Comme, le 13 mai, elle était remontée à 39° je fais une dernière injection : c'est alors le lysis définitif et l'apyrexie. Cette malade n'a eu ni bains, ni enveloppements. Dans ce dernier cas, le traitement a eu un effet abortif manifeste et j'ai fait attention d'attendre chaque fois la remontée de la température pour refaire des injections, de manière à bien mettre leur effet en lumière. Quant à la convalescence, elle a été très rapide et, au bout de dix jours, ma malade reprenait ses occupations.

Les résultats du traitement peuvent donc se résumer ainsi :

1° Atténuaton d'emblée de la virulence, appréciable par tous les signes cliniques et par l'abaissement de la température ;

2° Abréviation du cycle ;

3° Eloignement des complications, grâce aux deux actions précédentes ;

4° Transformation de formes qui semblaient devoir être mortelles en formes simplement sévères et prolongées ;

5° Possibilité d'avoir, en l'employant au début, un traitement abortif de la fièvre typhoïde.

6° Abréviation de la convalescence.

DE LA MIGRAINE

Par le Dr G. DIDSBURY.

(*Suite et fin*)

Evolution clinique.

Il existe quelques rares types dans lesquels les sujets ont très peu de migraines et très éloignées les unes des autres, à tel point qu'ils ne s'inquiètent nullement de leur état, qu'un cachet d'aspirine les soulage et qu'ils ne consultent pas le médecin. Ils jugent inutile tout traitement, étant donné la rareté de leurs crises. La guérison spontanée de ces cas est la règle ; aussi, n'avons-nous eu jamais l'occasion d'examiner ces sujets.

Un autre type bien plus fréquent : début dans la petite enfance, exacerbation à la puberté, exacerbation dans les périodes cataméniales, crises nombreuses, deux à trois par mois, pendant un certain nombre d'années. Cette forme peut évoluer aussi vers la guérison spontanée entre

(1) Voir *Concours médical*, n° 37, 38, 39, 40.

vingt-cinq et trente ans pour l'homme, aux environs de la ménopause pour la femme. Dans ce cas, les éléments de pronostic favorable sont les suivants : les crises sont de plus en plus espacées, moins violentes et moins longues.

Il importe que l'amélioration se fasse sur ces trois points en même temps, et qu'il ne survienne pas un facteur d'aggravation. Bien plus considérable est le nombre de migraineux qui voient graduellement leurs crises augmenter en nombre, en durée, et en intensité, avec, ou sans facteurs d'aggravation. De deux à trois accès par mois, ils passent à un par semaine, puis deux, puis trois dans le même laps de temps. A cette période, l'infortuné martyr (cette expression n'est pas de trop), tombe dans un état mental qu'on qualifie à tort de neurasthénique. Nous avons assez parlé des traitements qu'on pratique généralement pour y revenir. Comme les régimes alimentaires sont très sévères, le malade est sous-alimenté, il devient de plus en plus faible au point de buter sur les trottoirs et dans l'escalier. Les repos à la mer ou dans la campagne sont sans action puisqu'il transporte son bourreau avec lui. Nous avons traité des malades qui avaient fait des cures salines à Biarritz, des séjours en Suisse à haute ou moyenne altitude, sans résultat aucun. S'il s'agit d'une femme à la ménopause, les crises augmentent terriblement, et surtout lorsque la ménopause complète est acquise. Cette notion est loin d'être classique ; c'est même un dogme de croire à la cessation des migraines à la ménopause : nous affirmons qu'il n'en est rien, que c'est justement le contraire qui se voit très fréquemment.

Enfin l'évolution, de ces cas nous amène à une forme qui est passée sous silence chez tous les auteurs, à savoir celle que nous proposons d'appeler la forme sub-intrante. C'est tous les jours et toute la journée que le sujet souffre. Dans cette forme qui n'est plus paroxystique, mais constante, la douleur est moins unilatérale, les vomissements n'existent plus, le grand mot de « casque neurasthénique » est prononcé, le diagnostic de migraine n'est plus posé : le sujet traîne une vie languissante, et il arrive qu'il la termine par une mort volontaire. Nous serions curieux de savoir combien il y a de migraineux à forme sub-intrante chez ceux qu'on appelle neurasthéniques. Tous ceux que nous avons vus avec le « casque neurasthénique » étaient des migraineux. A cette période, il n'y a plus de guérison spontanée et le pronostic doit être réservé, quant au traitement kinésithérapique lui-même, qui est cependant causal, mais trop tardif. Ces cas n'existeront plus quand on traitera l'enfance migraineuse.

Facteurs d'aggravation.

Nous connaissons plusieurs facteurs d'aggravation certains : en premier lieu, les traumatismes crâniens, puis les infections aiguës et spécialement la grippe et la fièvre typhoïde. Quand ces deux infections surviennent chez un migraineux habituel, on peut juger ce qu'il peut souffrir de la tête avec cette cause surajoutée ; à tel point que le diagnostic doit se faire avec des complications méningées ; le paludisme, sur lequel nous avons peu de renseignements ; les grossesses répétées et en dernier lieu, les chagrins, les douleurs morales, constantes et renouvelées. Ce dernier chapitre, très important, se trouve toujours dans les formes graves de la migraine et à l'âge moyen de la vie.

C'est la combinaison de quelques-uns de ces facteurs d'aggravation qui amène la forme grave sub-intrante, sinon toujours, du moins très souvent.

Il ne faut pas confondre les formes aggravées avec les formes graves : ainsi, il existe des formes graves de migraine ophtalmique avec aphasie signalées par Charcot. Nous en connaissons un cas où le diagnostic différentiel avec une lésion cérébrale ne fut posé que parce que la migraine siégeait à *droite* et d'ailleurs, le paroxysme avec aphasie ne dure que peu d'heures pour disparaître entièrement. Sur cette question, le fait précédent est le seul au sujet duquel nous ayons une expérience personnelle.

Critique du traitement kinésithérapique.

Tout ce que nous allons dire sur le traitement est malheureusement entaché à la base d'une insuffisance de renseignements anatomo-pathologiques : nous venons de parler de névrite, de périnévrite, de cellulite et de myosite, mais nous ne connaissons pas d'autopsie macroscopique et surtout microscopique. Nous connaissons bien une relation d'autopsie faite par Norstrom dans laquelle les nerfs superficiels de la nuque et du crâne furent trouvés durs, rouges, à renflements moliniformes, mais c'est là tout comme examen. Or, les résultats du traitement nous apprennent que tous les nerfs, chez un même sujet, ne perdent pas également leur hypersensibilité à la pression : les uns la perdent assez vite, les autres très lentement, et d'autres restent toujours aussi douloureux, quoi qu'on fasse. De ce fait, nous pouvons conclure qu'il est possible qu'il existe des lésions anatomiques différentes. C'est pourquoi nous nous garderons bien de donner une statistique de guérisons, car il faudrait être certain de relater des cas comparables, ce qui n'est pas.

Cette raison, et sûrement d'autres encore, est une explication des échecs du traitement kinésithérapique sur lesquels nous nous étendrons plus loin, et qui ne paraissent pas avoir été mentionnés par les auteurs.

Pratique du traitement :

Le sujet est assis sur un siège bas, le médecin

✦✦✦✦

debout derrière lui, maintient son front dans sa main gauche et, avec le pouce droit explore systématiquement toutes les émergences nerveuses de la ligne courbe occipitale (nerf d'Arnold, branche externe du plexus cervical, branches auriculaires), il les suit dans le cuir chevelu où elles sont perceptibles au toucher sous forme de ficelles dures ; la comparaison avec la sensation donnée par des cordes à violon est parfaitement exacte. A la région frontale, le praticien trouvera le nerf frontal externe, puis ; il explorera l'échancrure sus-orbitaire, les trous sous-orbitaires et mentionner ; il trouvera également les branches temporales superficielles et le nerf auriculo-temporal surtout, très douloureux, à son passage derrière le condyle du maxillaire inférieur et dans son trajet au devant du pavillon de l'oreille. Le bord antérieur du masséter est douloureux à cause d'une branche du plexus cervical à ce niveau ; dans l'épaisseur du masseter, le nerf masticateur est douloureux aussi quoique moteur.

Sur les parties latérales du cou, contre les deux à trois premières vertèbres cervicales, le médecin cherchera le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, douloureux et à la fois point de départ d'irradiations diverses. Puis, le bord supérieur du trapèze à sa partie moyenne révèle un point très douloureux, c'est la branche externe ou musculaire du spinal, nerf mixte et, recevant, pour cette branche, une anastomose de sensibilité du plexus cervical. La partie antérieure et supérieure du thorax révèle la sensibilité des branches du plexus cervical sus-sternales, sus-claviculaires, sus-acromiales, des branches perforantes antérieures des nerfs intercostaux. La portion supérieure de la nuque et du dos révèle la sensibilité de toutes les branches spinales postérieures (avec différences suivant les sujets), autrement dit, des branches de sensibilité générale destinées toutes à la peau et devenant superficielles en passant à travers les aponévroses d'insertion du trapèze et du grand dorsal. Toutes ces émergences et trajets nerveux seront manœuvrés, écrasés, élongés jusqu'à ce qu'ils ne soient plus douloureux : c'est le seul et unique but du traitement d'obtenir une guérison anatomique durable.

La technique est de faire subir au patient ce qu'il peut supporter comme douleur ; donc, il s'agit de commencer doucement. Dans les séances suivantes, on constate à leur début que tout ce qui était douloureux la veille l'est encore bien plus le lendemain ; même, on constatera là où la peau est mince, comme au front, une sorte d'œdème inflammatoire ou mieux traumatique, douloureux ; même à l'effleurement. La pratique seule apprend le degré de force et de pression optima. Au bout de peu de séances, il arrive qu'un certain nombre de branches nerveuses sont moins douloureuses, et que dans le temps que dure la séance (25 à 30 minutes), la douleur de ces branches disparaît entièrement. C'est ce fait que nous proposons d'appeler « pronostic d'efficacité ». Une autre forme de ce même pronostic d'efficacité, c'est le fait que la douleur irradiée n'existe plus en pressant le point qui précédemment la déclanchait.

A chaque séance, on doit commencer par les points restés la veille les plus douloureux et terminer par la révision de tous les autres. A cette période du traitement (schématiquement entre dix et quinze séances), le sujet éprouve sur le champ une sensation de légèreté de la tête ; il jouit d'un sommeil meilleur, plus fructueux, plus profond, autrement dit, le contraire de celui qui est donné par les médicaments.

Dans les cas heureux, il suffit de vingt à vingt-cinq séances pour constater la guérison anatomique que le sujet traduit en affirmant la disparition de ses migraines, en même temps que les crises s'espaçaient, les nausées et les vomissements n'existaient plus, le cachet favori reprenait son action bienfaisante et devenait même bientôt complètement inutile, autrement dit, la « désinsensibilisation » anatomique correspondait à la guérison fonctionnelle. S'il y a guérison fonctionnelle, c'est que la guérison anatomique existe. Il n'y a pas de demi-succès ni de soulagement passager, nous ne connaissons que deux faits : la guérison complète ou l'échec ; pour nous : tout ce qui n'est pas guérison complète est un échec.

Pronostic du traitement.

Pronostic excellent et traitement très court (une dizaine de quarts d'heures) dans l'enfance. La migraine est une maladie de l'enfance, et c'est l'enfant qu'il faut traiter.

Par conséquent, les adultes et à plus forte raison les vieillards, comportent un pronostic réservé. La souplesse de la peau et l'absence de graisse de l'enfant sont le meilleur garant du résultat purement mécanique que nous obtenons. En conséquence, toutes les peaux épaisses, dures, lardacées, non élastiques et collées sur les plans profonds ou portant des cicatrices d'anthrax à la nuque sont des obstacles au résultat fructueux. Mais c'est la pratique seule qui décide, aucun pronostic ne peut être porté d'avance.

Récidives.

Malgré un résultat fructueux et manifeste obtenu en un petit nombre de séances (25 à 30), il est fréquent de voir de nouveau des migraines réapparaître (pas chez les enfants) : c'est que de nouveau, des nerfs sont douloureux ; ces deux constatations marchent de pair. Déjà, Norström recommandait de pratiquer le traitement en deux séries séparées par un repos d'un mois. Cette technique est excellente. Il arrive que, pendant un petit nombre d'années, l'ancien migraineux, une fois ou deux par an, ait besoin

de passer par les mains du praticien qui met en évidence les branches nerveuses redevenues douloureuses, à moins que le patient ne sache se traiter lui-même, ce qui est parfaitement possible. En tous cas, il faut bien peu de manœuvres pour faire à nouveau disparaître les douleurs locales et un nombre considérable de sujets entretiennent et confirment eux-mêmes leur guérison. Nous connaissons un jeune garçon qui, sur nos simples indications, s'est guéri tout seul sans avoir passé plus *d'une* fois par nos mains.

Echecs.

En dépit de tous nos soins, de nos douloureuses et longues expériences personnelles, de toute notre application des traitements suffisants repris après des périodes de repos, nous avons des échecs, dans ce traitement kinésithérapique. Nous avons déjà dit l'ignorance où nous étions des lésions que nous sentons sous nos doigts. L'anatomie pathologique de la migraine est tout entière à faire. Peut-être ferons-nous un jour le diagnostic des cas qu'il ne faut pas traiter par la kinésithérapie ! Ce que nous savons à l'heure actuelle, c'est qu'il faut cesser de traiter un malade chez lequel on n'observe en aucune façon une amélioration anatomique, autrement dit lorsqu'on constate l'absence du « pronostic d'efficacité » ; de plus, le sujet affirme, dans ce cas, que ses migraines augmentent.

Ceux que nous n'améliorons pas rapidement, nous les aggravons, par conséquent nous cessons tout traitement. Mais si nous ne connaissons pas toutes les causes d'échec, nous en connaissons au moins quelques-unes. Il ne faut ni grossesse au début, ni parasite intestinal, et par conséquent, ne commencer un traitement que lorsque ces deux causes d'échec seront éliminées.

Le parasitisme intestinal nous explique pourquoi on a pu chercher avec fruit des causes chirurgicales dans l'abdomen (intestin grêle coudé et suspendu par des cicatrices, appendicite chronique) ; ne s'agit-il pas dans tous ces cas d'une excitation permanente du grand sympathique, et, en ce cas, peu importe le point, la région où elle existe et quelle est la lésion qui la détermine ? D'un point quelconque la réaction s'étend à tout le sympathique.

Ajoutons à toutes ces considérations une autre cause d'échec : celle d'une syphilis méconnue héréditaire tardive ne s'étant révélée par aucun symptôme, ni même par aucune réaction sérique ; et, cependant, un de nos cas à échecs n'a guéri qu'avec quelques injections de cyanure d'hydrargyre intra-veineux. La discussion et l'étude de ces cas restent ouvertes : en présence de telles difficultés, on conçoit que nous soyons sobre de statistiques et de conclusions.

Conclusions

Rien n'est fructueux comme l'exploration locale de toutes les céphalées chroniques ; en plus d'un diagnostic positif pour la céphalée migraine, elle fournit à cette maladie si répandue un traitement simple, facile, non médicamenteux, sans dangers ni risques. Cette notion est séculaire, sinon millénaire : nous ferons comme Janowsky qui s'étonnait qu'un moyen si simple et si anciennement connu n'ait jamais pris droit de cité scientifique, et nous terminerons en disant qu'il nous semble bien que le progrès en médecine consiste autant à ne pas oublier qu'à apprendre.

HYPERTHYROIDISME A FORME DE SYNDROME PYLORIQUE

S. Martinez Gomez. (*Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo*, juillet 1924.)

Il arrive que non seulement une maladie se manifeste sous des aspects divers, mais aussi qu'elle affecte l'allure d'une a. ection différente. Tel est le cas de la malade, dont voici l'histoire brièvement résumée.

Femme de 35 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, ayant cinq enfants en bonne santé ; fréquentes discussions familiales. En novembre 1921, à la suite, dit-elle, d'un refroidissement, elle éprouve des douleurs d'estomac et elle a des vomissements acides abondants ; à partir de ce jour, s'installe une constipation, qui dure 28 jours.

Depuis, elle se plaint de douleurs gastriques, qui surviennent trois heures environ après les repas et qui sont tantôt calmées, tantôt non influencées par les alcalins. Elle a de fréquents vomissements acides, contenant quelquefois des résidus alimentaires de la veille ; nausées presque continuelles. Elle a l'impression d'une boule épigastrique intermittente, qui, quand elle disparaît, s'accompagne d'un borborygme. En même temps, palpitations de cœur, excitation psychique, insomnie, grand amaigrissement.

On fait le diagnostic d'ulcère et on prescrit le régime lacté absolu avec repos complet, chaleur et sous-nitrate de bismuth. Puis, devant la constatation d'un bombement épigastrique avec mouvements péristaltiques visibles, on admet l'existence d'une sténose pylorique.

Aucun résultat avec ce traitement, suivi pendant 3 mois. La malade, qui fait quelques infractions au régime, continue à s'affaiblir.

Le cathétérisme à jeun, pratiqué deux fois, donne la première fois, une petite quantité de liquide peu acide (A = 0,43) ; la seconde, il ramène 100 c. c. de

suc : A = 2 gr. 73, H = 1,82 avec quelques résidus de riz au lait, ingéré douze heures auparavant. Le suc, extrait après repas d'Ewald-Boas, est une fois hyperacide ; et, peu de jours après, orthochlorhydrique.

Cette inconstance, jointe à l'existence d'autres symptômes non digestifs, fait concevoir quelque doute, relativement à la réalité d'une sténose pylorique et même d'un ulcère.

Etant donnée la fréquence de l'hyperthyroïdisme en Espagne, et l'auteur ayant vu un grand nombre de malades de cette catégorie, venant consulter pour des troubles digestifs, il pense à une forme fruste de maladie de Basedow et il pratique un examen à ce point de vue.

Il ne trouve pas d'*exophtalmie*, mais de la *tachycardie* (134 à 102 pulsations), un léger *tremblement* des doigts, soit réunis, soit séparés, et une *hypertrophie du lobe gauche* du corps thyroïde. L'amaigrissement est regardé par Maranon comme un signe de grande valeur. Il y avait *aménorrhée*, depuis un an. *Sueurs abondantes*, à la moindre émotion. *Excitation nerveuse* et loquacité anormale. L'*hyperchlorhydrie* à forme paroxystique a été signalée également par Maranon.

L'auteur fait intervenir l'action de la dysfonction thyroïdienne sur le système nerveux, pour expliquer la *sténose spasmodique du pylore*. Chez sa malade, il y avait mélange de symptômes vagotoniques (hypersécrétion gastrique, vomissements, spasme pylorique) et sympathicotoniques (tachycardie, constipation).

Une fois le diagnostic posé, le traitement consista en : alimentation lacto-végétarienne, jaunes d'œuf, poulet, repos physique et moral, sérum physiologique, arsiferrovarine, alternée avec du sérum antithyroïdien. Une amélioration nette se produisit au bout de 20 jours, suivie d'une guérison complète.

L. PRON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La valeur pratique de la séro-réaction de Bordet Wassermann.

Dans son étude fort documentée, le Pr L. BROCQ suppose connues toutes les notions de sérologie ; il s'adresse au médecin praticien.

Avant tout, il faut dire qu'une réaction de B.W. positive ne signifie pas toujours qu'il y a eu syphilis ; un doute subsiste en effet dans l'esprit de l'auteur au sujet de l'influence possible sur le B.W. de l'introduction dans l'économie de certaines substances soit médicamenteuses, soit même peut-être alimentaires. Et puis, il se peut que certaines maladies autres que la syphilis donnent des réactions positives : lèpre, certaines maladies exotiques, certaines affections aiguës (scarlatine). Il convient donc de procéder aux prises de sang chez les sujets à jeun, ou de refaire des examens sérologiques quand ces causes d'erreur ont disparu.

La valeur du B.W. positif est incontestable au point de vue du diagnostic de la syphilis. Son importance est extrême au début même de la maladie. A la période du chancre, si l'examen objectif ne permet pas d'affirmer la syphilis, et si l'on ne peut découvrir le tréponème pâle par l'ultra microscope au niveau de la plaie, on procède à des séries d'examens sérologiques ; dès que les examens qui, dès le début du chancre, donnent des résultats négatifs, arrivent à en donner de positifs, il faut considérer la syphilis comme certaine et commencer immédiatement le traitement. Mais en pratique, il faut s'efforcer de ne pas attendre le B.W. positif, et résoudre le problème par la clinique.

D'une importance moindre au cours des périodes primaire et secondaire non compliquées, le B.W. est précieux quand il s'agit d'un chancre mixte, accident de grande fréquence. Il l'est également dans les périodes avancées de la période tertiaire, et dans nombre de cas de syphilis héréditaire, lorsque les commémoratifs font défaut, lorsque, et c'est plus fréquent qu'on ne le croit, il n'existe aucun stigmate *réel*.

Quelle est la valeur du B.W. par rapport à ses dérivés ultra-sensibles (méthode de Hecht, méthode de Jacobsthal, réaction de Desmoulières), ou à la méthode de floculation de Vernes ?

D'après le Pr Brocq, la méthode de Vernes semble ne donner de résultats positifs que lorsque vraiment il y a syphilis chez le sujet de qui provient le sérum, et il paraît que l'on puisse avoir toute confiance en elle.

Mois on peut utiliser les méthodes plus sensibles, lorsqu'on veut rechercher les moindres traces de la syphilis dans un organisme ; alors on doit interpréter, en *s'appuyant sur la clinique*, les résultats qu'elles donnent et ne pas les accepter aveuglément, car on peut s'exposer à croire à une syphilis qui n'existe pas. En réalité, entre les réactions qui indiquent que la syphilis est sûre (Vernes positif) et celles qui indiquent formellement que la syphilis n'existe pas, Hecht et Desmoulières franchement négatifs, il y a des réactions intermédiaires douteuses, dont il faut tenir compte sans pouvoir rien affirmer de précis

par le laboratoire. En pareil cas, l'auteur consent uniquement à mettre le sujet en surveillance. Ne jamais commencer à traiter un sujet pour la syphilis avant d'être absolument certain ; il est regrettable, à tous les points de vue, d'affirmer cette maladie sans en être sûr, et il n'est nullement indifférent, au point de vue de l'équilibre de la santé et de l'intégrité des divers viscères, d'administrer pendant des années des toxiques sans aucune nécessité.

A noter qu'il ne convient pas qu'un sujet ait un B. W. positif pour que tout ce qu'il présente comme affections morbides soit purement et simplement syphilitique.

Etant donnée la phase négative du début de la syphilis, et celle des périodes tardives comme de la syphilis héréditaire, il faut reconnaître que les *séro-sécrétions négatives* ne constituent qu'un document concourant à poser le diagnostic, mais qu'elles *ne sauraient par elles-mêmes faire écarter le diagnostic de syphilis.*

Avec les nouvelles méthodes de traitement, on n'a plus, dans la majorité des cas, de symptômes morbides sur l'existence ou sur l'absence desquels on puisse se guider pour continuer, espacer ou cesser le traitement ; or, la sérologie a incontestablement apporté un précieux élément de renseignements, mais, au fond, les règles de *conduite du traitement* ne sont pas très différentes des anciennes.

En présence de séro-réactions positives, il est plus prudent de traiter les anciens syphilitiques ; mais en réalité, on ne sait pas d'une manière précise si leur constatation entraîne *toujours* la nécessité d'un traitement immédiat et intensif. En tous cas, il ne faut pas s'affoler, en pareille occurence, quand un examen clinique sérieux du sujet ne permet pas de relever chez lui des accidents de nature nettement syphilitique. Si un B.W. est positif chez un ancien syphilitique, il faut s'efforcer de faire virer le B.W. au négatif, mais *en proportionnant la médication à la résistance de son organisme* (âge, organes en mauvais état).

Dans l'état actuel de la science, pour qu'on permette à un ancien syphilitique le *mariage*, il faut autant que possible que ses séro-réactions soient devenues complètement négatives, non seulement après les séries ordinaires de traitement, mais pendant un long espace de temps, au moins 8 mois d'après le Dr Vernes, pendant deux ans d'après L. Brocq, après la dernière réactivation du B.W. par des injections d'arsénobenzol. Et même alors, doit-on faire une bonne série de traitement immédiatement avant la consommation du mariage. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 *mai* 1924.)

Vues pratiques sur l'épilepsie.

L'épilepsie, dit le Dr L. Neuberger, est souvent dotée d'un appoint alcoolique qui, chose curieuse, aggrave la responsabilité devant la juridiction militaire et l'atténue dans le « civil ».

L'épilepsie est un fléau social, qui doit être combattu au même titre que l'alcoolisme. Le malade étant un être moralement abandonné, il appartient au médecin de rassurer celui-ci et sa famille, et d'affirmer que le mal, non héréditairement transmissible (sauf « l'aptitude convulsive »), est curable.

Voici quelques directives intéressantes pour le *traitement.*

Internement, dans des cas exceptionnels (subintrance des accès, dénûment du malade, influence néfaste du milieu). Régime hypo-purinique, surtout fruito-végétarien.

Les sédatifs, dont on ne saurait se priver, surtout au début, seront choisis parmi les agents physiques (hydrothérapie tiède), afin de réserver les médicaments officinaux au traitement strictement anti-convulsif.

Sauf dans les cas de syphilis ou de compression chirurgicale, trois remèdes sont à préférer :

1° Le bromure (jusqu'à 6 grammes) est un auxiliaire précieux, c'est lui qui réussit le mieux chez le vieillard ; on lui adjoint un régime hypochloruré.

2° Le gardénal (dose officinale 0,15 cent.), et le luminal peuvent être ordonnés pendant un long temps ; leur action est remarquable et constante.

3° Le tartrate ferrico-potassique ou mieux borico-sodique (1 à 3 grammes) est employé dans la période ultime.

Mais l'important, c'est la *modalité du traitement*, son adaptation à l'intensité et à la fréquence des crises dans chaque cas ; or, celle-ci, ne peut être arrêtée qu'après un certain temps d'observation préalable, pour établir la *formule convulsive* de chaque malade.

1er *temps.* Pour débuter, on donne au malade une dose du médicament choisi, à doses quotidiennes, petites et uniformes (ex. : 1 comprimé de gardenal) ; on le prévient du retour possible (quoique non fatal) des crises, durant cette thérapeutique d'épreuve. Sur un calendrier, il doit noter par des signes distincts les grandes crises (convulsions), les moyennes (vertiges), les petites (absences). Quand le malade revient, un mois plus tard, on remarque d'après la disposition des signes, qui se groupent autour des mêmes dates (période menstruelle chez les femmes), qu'il existe une véritable époque paroxystique, dont il devient possible dans une certaine mesure de prévenir ou d'atténuer les accidents, en augmentant la dose de médicament, graduellement, de façon à faire coïncider les fortes doses avec les jours précédant immédiatement la crise.

2e *temps.* Dans la suite, après quelques remaniements, on arrive à réduire considérablement l'intensité et la fréquence des accès, et il restera

à diminuer prudemment la quantité même du médicament, afin de se contenter de la seule dose utile et suffisante.

Ne pas oublier que la cessation brusque du gardenal entraîne une recrudescence passagère et alarmante des accidents ; aussi, dès qu'on aura jugé possible d'en restreindre l'usage, conviendra-t-il d'utiliser, longtemps encore, une dose d'entretien. (*Journal des Praticiens,* 10 *mai* 1924.)

Le bactériophage d'Hérelle.

I. *Sa nature, ses propriétés.*

Aisnsi que le démontre à nouveau M. E. Azerad, tous les faits, toutes les expériences témoignent en faveur de la conception d'Hérelles : le bactériophage est un être vivant, un ultra-virus invisible, parasite des microbes, sans lesquels il ne peut se développer, à la condition que leurs cultures n'aient été ni tuées, ni modifiées par le vieillissement ou par tout autre procédé (chaleur, antiseptiques). Il lui faut donc pour se reproduire un microbe jeune, normal.

Ce n'est ni un ferment, ni un catalyseur, ni une diastase, comme certains bactériologues ont pu le prétendre.

Le bactériophage est un hôte normal du tube digestif de l'homme et des animaux, où il vit aux dépens des bacilles intestinaux, coli-bacille surtout, bacilles dysentériques, typhiques et paratyphiques, mais, de virulence variable d'ailleurs, il peut accidentellement parasiter toutes les autres bactéries.

Le microbe peut se défendre vis-à-vis de lui ; soit activement en secrétant des produits, qui entravent l'action du bactériophage ; soit passivement, en prenant un aspect cocciforme et en s'entourant d'une capsule.

II. *Ses applications dans l'immunité et dans la thérapeutique.*

Dès qu'un germe étranger cherche à s'introduire, l'ultra-microbe, hôte normal de l'intestin, s'accoutume à la bactériophagie vis-à-vis de ce germe, et cela d'autant plus vite qu'il est habitué à la lutte, alors que la bactérie est dénuée de toute défense ; dès lors, celle-ci succombe rapidement et aucun trouble morbide ne se produit. Si, au contraire, la bactérie provient d'un organisme où elle a déjà acquis une certaine résistance, ou par suite de modification défavorable du milieu intestinal (acidité, etc.), l'action du bactériophage ne peut se faire sentir assez vite ; la maladie éclôt ; mais la lutte se poursuit entre les deux germes et la terminaison est variable. Cette protection de l'organisme par le bactériophage n'est pas limitée aux affections intestinales, car il est susceptible de passer dans la circulation générale à l'occasion des états septicémiques.

A côté de l'immunité « endogène » d'origine humorale (antitoxines) ou cellulaire (phagocytose) existe donc une immunité « exogène » par l'ultra-microbe, immunité qui peut être contagieuse, d'où l'histoire de toutes les épidémies qui présentent chacune nne première phase de croissance marquée par la diffusion du germe, puis une phase stationnaire pendant laquelle le bactériophage fait son apparition et exalte sa virulence, et enfin un phase de déclin, lorsqu'il se répand et devient à son tour prédominant. Mais cette immunité exogène est passagère ; elle doit être entretenue par des réinfections successives à intervalles suffisamment rapprochés.

Ces notions conduisirent d'Hérelle à utiliser le bactériophage dans la thérapeutique des infections à germes connus ; la méthode est inoffensive. Les cas publiés sont encourageants, mais ils ne sont pas encore assez nombreux, non pas parce que les tentatives ont manqué, mais parce que les résultats obtenus n'ont pas toujours paru mériter d'être communiqués. Il y a des causes d'échec insuffisamment élucidées ; mais il est cependant permis d'espérer beaucoup de cette nouvelle méthode thérapeutique . (*Gazette des hôpitaux,* 10 *mai* 1924.)

A propos d'un cas de chorée mortelle.

La chorée, affection généralement bénigne, peut cependant présenter une gravité telle qu'elle se termine par la mort. Ainsi en fut-il du malade dont MM. de Vaugiraud et Buisine rapportent l'observation détaillée.

Les auteurs notent les symptômes auxquels on reconnaîtra la gravité exceptionnelle de la chorée en cause : intensité des mouvements choréiques, capables, en certains cas, d'empêcher jusqu'à la parole et la déglutition des liquides ; fièvre élevée, du type des grandes infections ; intensité des troubles psychiques ; sexe masculin, toujours plus atteint que l'autre.

Faut-il incriminer une diathèse rhumatismale d'une acuité extrême, aboutissant à la forme cérébrale ? ou bien des lésions cardiaques très graves ? Tant est-il qu'ils concluent que : « la chorée, maladie généralement bénigne, peut revêtir une haute gravité chez les grands enfants et les adolescents. Chez de tels sujets, même en l'absence de complications évidentes, on réservera le pronostic si l'on a la notion d'un rhumatisme intense ou incomplètement traité, et si l'on constate, avec des troubles psychiques marqués, des mouvements choréiques assez violents pour s'opposer à l'alimentation, du relâchement des sphincters, de l'amaigrissement rapide, en même temps qu'un état fébrile aigu. » (*Journ. des sc. méd. de Lille,* 10 août 24.)

Quinze observations de syndrome angineux avec autopsie.

On sait la grande compétence de M. Gallavardin en cardiologie, et notamment en ce qui

concerne l'angine de poitrine. Le syndrome angineux est-il assez fréquemment fonction de la coronarite, ainsi qu'on l'a longtemps professé, ou bien faut-il incriminer de préférence une dilatation cardiaque ou aortique ?

L'auteur a fait quinze autopsies de sujets ayant présenté durant leur vie un syndrome angineux. Dans dix cas, on avait reconnu une angine typique, qu'on avait rapportée à des lésions coronariennes L'autopsie est venue confirmer les constatations et les affirmations de la clinique. Huit étaient des angines d'effort, dont six, nettement syphilitiques.

Dans les cinq autres cas, le syndrome était assez atypique pour que l'on ait nié toute lésion des coronaires. Ainsi fut-il vérifié sur la table d'autopsie.

Ici, l'élimination clinique de la coronarite avait été basée sur le caractère atypique des accès qui survenaient dans l'ombre de l'essoufflement, sans la moindre intervention d'un effort quelconque.

« J'ai publié ces quinze observations car, si l'angine de poitrine est une maladie commune dans la clientèle de ville, elle est assez rare à l'hôpital et les constatations sont loin d'être fréquentes. Le seul moyen d'ailleurs de contribuer à fixer une pathogénie encore hésitante est de relater systématiquement les observations de syndrome angineux, avec ou sans lésions coronariennes à l'autopsie, afin que, progressivement la vérité puisse se dégager naturellement des faits. (*Lyon Médical*, 10 août 24.)

Lanoline et brûlures.

Tous les praticiens, surtout ceux qui s'occupent plus particulièrement d'accidents du travail, savent combien sont interminables l'évolution et le pansement des brûlures, du 2e et du 3e degré. Il n'en est pas un qui ne souhaiterait connaître le mode de traitement le plus efficace. Aussi rapportons-nous ici le résultat des observations et des études de M. Hederer, qui préconise la lanoline comme un produit doué de propriétés aseptiques, adoucissantes et cicatrisantes très précieuses.

Il emploie un mélange lanoline-vaseline, lanoline hydratée ou anhydre, à volonté, additionné d'essences aromatiques : goménol, thymol, eucalyptol... qu'il étend largement sur des compresses de gaze stériles dont il embaume les plaies, après épluchage, régularisation, et nettoyage avec un jet tiède de sérum physiologique, le pansement étant mené avec toutes les précautions d'asepsie chirurgicale d'usage.

En dehors du bien-être que ce pansement procure aux brûlés, le travail de réparation est rapide et l'épidermisation se fait dans les meilleures conditions de souplesse et d'esthétique.

D'après l'auteur, la lanoline agirait par la cholestérine qu'elle renferme en forte proportion ; or, ce corps est connu comme un antitoxique puissant des venins et des alcaloïdes ; il fixe en outre certains poisons et est doué d'un certain pouvoir antihémolytique.

Le même traitement pourrait être utilisé pour certaines blessures de guerre, certains menus traumatismes, plaies contuses, petits écrasements, etc. (*Archives de méd. et de pharm. navales*, juillet-août 24.)

Le curetage.

Il fut un temps où l'on pratiquait le curetage utérin d'une façon quelque peu abusive. On tend actuellement à réagir contre ces abus. Dans quelles conditions et quels sont les cas où l'on est autorisé à pratiquer cette opération ? C'est ce que M. Daléas expose très complètement.

Le curetage est curatif (évacuation de l'utérus de corps étrangers ou de corps physiologiques ou pathologiques ; destruction d'une muqueuse malade) ; palliatif (métrorrhagies, pyorrhée, hydrorrhée des fibromes, destruction de bourgeons épithéliomateux précédant une hystérectomie totale ou une application de radium) ; explorateur (biopsie).

Les contre-indications du curetage sont l'atonie utérine pour éviter les hémorragies graves dues à une abondante résorption toxique au niveau de la plaie opératoire ; l'absence de souplesse du col ; les inflammations annexielles ; l'éventualité d'une grossesse ; les risques de l'anesthésie.

Les indications sont, dans le *post partum* et le *post abortum*, l'hémorragie mettant les jours de la femme en danger ; la métrorragie avec infection, si les lésions inflammatoires n'ont pas dépassé l'utérus ; les métrorragies sans infection. On se demandera si la fausse couche a réellement eu lieu ; les signes cliniques de la grossesse sont incertains dans les premières semaines ; plus tard, l'erreur est moins facile à éviter. L'œuf est expulsé, l'est-il partiellement ou en entier ? La fausse couche ne s'est pas faite, l'œuf est-il mort ou vivant ?

Si l'on a des doutes, attendre et observer.

Dans les polypes et les fibromes pédiculés, le curetage est de règle sans discussion.

Dans les métrites hémorragiques, les indications du curetage se réduisent à un nombre infime de cas si on ne l'applique qu'après échec de tout autre traitement.

Dans les métrorragies de la puberté, il faut être très prudent, songer à une cause diathésique ou éloignée (maladie mitrale), à une grossesse, à un avortement.

Les métrorragies de la ménopause réclament d'abord une médication générale, dont l'échec seul peut amener au curetage. Après la ménopause, penser au cancer. Le curetage doit être

là explorateur pour permettre un examen histologique de la muqueuse.

Après quelques détails de technique, l'auteur conclut ainsi : « Un curetage fait à bon escient avec les détails de technique convenant à chaque cas, est une opération extrêmement bénigne, qui ne peut se compliquer qu'exceptionnellement. En dehors des cas qui restent, comme toute intervention chirurgicale, au-dessus des prévisions humaines, le curetage donne toujours des résultats splendides. Mal employé, il peut être inutile et parfois très dangereux. » (*Toulouse médical*, 15 août 24.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Infections « post abortum ».

(M. Paul Thiéry.— *Société de Chirurgie* ; 2-7-1924.)

M. Thiéry revient sur la question du traitement des infections *post abortum*. Ces infections sont fréquentes. Une statistique faite par l'auteur dans son service de l'hôpital Tenon lui a donné une moyenne de 250 à 300 cas par an pour une seule salle de femmes et il a retrouvé à peu près le même chiffre à la Pitié.

De ces cas, les uns sont bénins, d'autres plus sérieux, d'autres très inquiétants. Beaucoup guérissent simplement par les procédés classiques de petite chirurgie gynécologique, voire même spontanément. Dans la règle, l'évolution se fait vers la guérison.

Contre les états graves, deux méthodes relativement nouvelles sont proposées : 1° la ligature des hypogastriques ; 2° l'hystérectomie vaginale, défendue à nouveau par M. Faure. M. Thiéry n'a pas une très grande confiance dans les effets de la ligature des veines hypogastriques et il n'est pas très enthousiaste non plus de l'hystérectomie vaginale.

Il résume son opinion et sa pratique en disant :

Il existe de très nombreux cas bénins d'infection *post partum* qui guérissent spontanément.

Il en est d'autres de gravité relative, dans lesquels la dilatation utérine, suivie de tubage, d'irrigation continue, parfois de léger écouvillonnage (sans curetage proprement dit) suffit à amener la disparition des accidents. M. Thiéry emploie volontiers alors le crayon de chlorure de zinc (éminemment désinfectant) qu'il laisse fondre dans l'utérus.

Dans les infections très graves, il est d'avis, à l'exclusion des ligatures veineuses et de l'hystérectomie vaginale trop choquante, de faire une colpotomie postérieure, avec lavage à l'éther et drainage. Il y ajoute les injections sous-cutanées de pilocarpine, dont l'effet est parfois saisissant, probablement par l'hyperhydrose qu'elles provoquent.

— M. Lenormant considère l'hystérectomie vaginale comme l'opération de choix lorsqu'on juge utile d'intervenir chirurgicalement dans l'infection puerpérale, mais ses indications restent fort rares.

— M. Faure ajoute qu'elle s'adresse précisément aux états non améliorés par les autres moyens.

— M. Auvray est aussi convaincu que l'hystérectomie vaginale peut sauver des infectées vouées sans elle à une mort certaine.

Les accidents pulmonaires de la chirurgie gastrique.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de Chirurgie* ; 2-7-1924.)

Les complications pulmonaires viennent fréquemment troubler ou même compromettre les résultats des opérations portant sur le tube digestif Pour les éviter, on a proposé des moyens assez divers. Souligoux, en 1921, a montré l'importance de la congestion hypostatique. Lambret, en 1923, a tenté de dégager le rôle des microbes de l'estomac et a proposé la vaccination préalable des malades. L'inanition, commune chez les gastropathes, l'anesthésie générale, l'immobilité, constituent des causes non négligeables. Pierre Duval a noté, d'autre part, qu'il est dangereux d'opérer un malade pendant qu'il a de la température et qu'il est en crise douloureuse. Il est possible que ces symptômes dénotent une poussée septique du côté de la lésion gastrique.

M. Raymond Grégoire a mis en œuvre ces différentes méthodes préventives. Il utilise d'abord, dans les jours précédant l'opération, des moyens toniques, lavements alimentaires, injections de sérum, etc. Pendant deux ou trois jours, il fait, avant d'opérer, des lavages bi-quotidiens de l'estomac à l'eau iodée dans le but de stériliser plus ou moins complètement la muqueuse stomacale. Il s'adresse le plus possible à l'anesthésie locale et enfin, selon le procédé de Brisset (de Saint-Lô), il fait lever précocement ses opérés. Sur 60 malades qu'il a traités ainsi, il a vu les complications pulmonaires tomber de 21 pour 100 (chiffre ancien), à 9 p. 100 et finalement à 0 pour 100. Il s'agit peut-être là, remarque-t-il, d'une série heureuse. Elle n'en est pas moins particulièrement intéressante.

Traumatismes du poignet.

(M. A. Guillemin, de Nancy. — *Société de Chirurgie* ; 2-7-1924.)

M. Mouchet présente un rapport sur une série d'observations de M. Guillemin, de Nancy, concernant quelques types de traumatismes du poignet.

La radiographie a beaucoup contribué à éclairer ce côté de la pathologie puisque, jusqu'à elle, il était souvent difficile de caractériser les fractures et les luxations des petits os du carpe. M. Guillemin a rencontré des fractures isolées du scaphoïde, une fracture isolée du semi-lunaire, une fracture du grand os, des luxations sub-totales du carpe rétro-lunaire, et une luxation médio-carpienne en avant. La plupart des blessés avaient fait une chute sur la paume ou le talon de la main, le mécanisme ayant été, comme presque toujours, celui de l'hyperextension avec inclinaison latérale.

En ce qui concerne le traitement des luxations carpiennes, les observations de l'auteur prouvent que la réduction, même tentée de bonne heure, peut échouer quand les lésions sont complexes, ce qui ne doit pas empêcher d'y avoir recours avec méthode, avant de prendre le bistouri.

L'opération devra se faire par la voie palmaire, qui donne un plus grand jour. Elle devra viser, lorsque la réduction n'est plus possible, l'ablation du semi-lunaire et du fragment supérieur du scaphoïde.

Sclérodermie progressive chez une syphilitique: cure bismuthique.

(MM. A. Léri et R. Barthélemy. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 10-4-1924.)

La question des rapports de la syphilis et de la sclérodermie sous ses diverses formes a été souvent posée et des réponses diverses y ont été faites. MM. Léri et Barthélemy ont soumis une malade atteinte de sclérodermie progressive récente, syphilitique acquise, à la cure bismuthique et ils ont obtenu une amélioration marquée de la dermatose.

— M. Lortat-Jacob rappelle qu'il a publié l'an dernier une observation analogue, où il avait employé la médication spécifique avec avantage.

Kératite herpétique expérimentale chez le cobaye.

(MM. Milian et Périn. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 10-4-1924.)

Les travaux publiés jusqu'à ce jour sur l'herpès expérimental ont porté exclusivement sur le lapin, animal particulièrement réceptif aux ectodermoses. M. Milian s'est demandé si les mêmes résultats ne pourraient pas être obtenus chez le cobaye. D'une série d'expériences, il conclut que :

1° On peut provoquer, chez le cobaye, en partant du virus herpétique humain, une kératite expérimentale, identique à la kératite du lapin ;

2° Cette kératite herpétique du cobaye aboutit à la mort par encéphalite, du 3e au 13e jour. Dans quatre observations sur cinq, l'encéphalite a été latente et ne s'est traduite cliniquement par aucun symptôme nerveux.

Ces constatations permettent de substituer le cobaye au lapin dans les expériences de ce genre, jusqu'ici coûteuses, et réalisent de ce fait une économie appréciable.

Morts rapides dans l'eczéma des nourrissons.

(MM. Hudelo et Louet. — *Soc. de dermatologie et syphil.* ; 10-4-1924.)

La terminaison de l'eczéma du nourrisson par la mort rapide, en quelques heures, à l'occasion d'un séjour à l'hôpital principalement, est une éventualité bien connue des pédiatres. M. Hudelo en a rencontré un certain nombre d'exemples.

La pathogénie de ces accidents reste encore très discutée. Les anciens admettaient la théorie de la métastase, de l'eczéma rentré sous l'influence d'un traitement trop énergique. On proposa ensuite la théorie toxique, puis (Hutinel et Rivet), la théorie infectieuse. Pour Hutinel, il s'agirait de septicémie foudroyante due à une infection dont les germes seraient puisés dans le milieu hospitalier. En réalité, les hémocultures pratiquées par plusieurs auteurs (Turquéty et Lemaire) se sont montrées généralement négatives, ne confirmant pas l'hypothèse septicémique.

Les accidents surviennent avec brutalité, entraînant une hyperthermie vive, des convulsions, des phénomènes ataxo-adynamiques et une terminaison fatale en très peu de temps. Peut-être, la disparition (ou la diminution) de l'eczéma notée à ce moment n'est-elle qu'un témoin, une conséquence et non la cause de l'état grave, mais le problème reste encore non solutionné pathogéniquement.

De semblables catastrophes sont beaucoup plus rares en ville qu'à l'hôpital, sans y être toutefois exceptionnelles. Le praticien, pour éviter des reproches, quoique non justifiés, des familles, fera bien d'instituer des thérapeutiques prudentes dans l'eczéma et l'impétigo des nourrissons, et d'agir aussi aseptiquement que possible.

— M. Flandin trouve au syndrome noté en pareil cas des analogies avec le choc anaphylactique.

— M. Leredde pense à l'hérédo-syphilis.

— M. Balzer a eu l'occasion d'assister avec M. Moizard, en ville, à un cas de mort rapide au cours d'un eczéma de la face et du cuir chevelu chez un nourrisson. Le traitement institué avait été prudent, mais brusquement, l'enfant fut pris d'accidents graves avec congestion pulmonaire qui entraînèrent une mort très prompte. Malgré l'autorité des deux consultants, la famille fut impressionnée par cette fin brutale. M. Balzer pense qu'il peut y avoir quelquefois résorption brusque de produits toxiques au niveau de l'eczéma. Il estime opportun, en pareille circonstance, d'avertir les parents que le pronostic est bénin, mais qu'il peut devenir tout à coup sérieux.

La tuberculine en dermatologie.

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 12-6-1924.)

M. Jeanselme a traité depuis six ans un certain nombre de lésions tuberculeuses de la peau par la tuberculine C. L. (Poulenc). Il commence par des doses

de un millième de milligramme, puis 2, 5, 8 millièmes de milligr. Il passe ensuite à 1, ,2, 5, 8 centièmes de milligr., puis à 1, 2, 5, 8 dixièmes de milligr. et un *milligr., si la tolérance est parfaite.*

L'injection peut être faite dans les muscles fessiers ou sous la peau, à la pointe de l'omoplate ou au voisinage de la lésion. Elle ne donne pas de nodosité, sauf dans les régions où le tissu cellulaire est pauvre. On la répète, ordinairement, tous les quatre jours.

Si, la réaction générale est un peu vive (nausées, inappétence, épistaxis, exanthèmes), il convient de ne pas élever la dose ou même de la baisser. Il arrive aussi que la tuberculine provoque l'apparition de lésions jusque-là inexistantes, qui disparaissent dans la suite.

La tuberculinothérapie a procuré à l'auteur de bons résultats, surtout dans les tuberculides. Quinze cas d'œdème strumeux du pied ont donné lieu à 10 guérisons et 5 améliorations. Dix cas de tuberculides papulo-nécrotiques ou d'engelures ulcérées ont été guéris 5 fois, et améliorés 5 fois.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle-alcool.

M. A. Rendu signale un progrès obtenu dans l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Quelques cas, fort rares, de mort survenues au cours de son emploi, ont fait rechercher la cause de tels accidents : l'anesthésique lui-même ne paraissant pas devoir être incriminé, on a été amené à accuser la technique, car l'inhalation au chlorure d'éthyle, pour être efficace, doit se faire presque en vase clos, le patient étant privé d'oxygène ; ce corps bout en effet à 12° et donne des vapeurs qui se dissiperaient immédiatement si on ne les concentrait dans un masque. C'est pourquoi R. Danis a cherché à élever le point d'ébullition du chlorure d'éthyle en le mélangeant à de l'alcool éthylique 1 partie pour 9 de chlorure. Ce mélange bout à 24° et peut être employé comme le chloroforme. M. Rendu a fait ainsi plus de 70 anesthésies chez des enfants, même tout jeunes (un nouveau-né d'un jour entre autres) sans aucun accident.

Dysentérie bacillaire et paludisme sporadiques.

M. H. Gardère présente l'observation d'un homme de 41 ans, syphilitique, entré à l'hôpital pour des signes de tabès fruste. Il n'est jamais allé aux colonies, n'a jamais eu de paludisme, ni aucune maladie infectieuse grave. Au cours de son séjour, il a fait une dysentérie bacillaire typique (séro-diagnostic positif pour le B. de Shiga, guérison par le sérum antidysentérique). Pendant la convalescence, survinrent des accès fébriles, à type de fièvre tierce, avec persistance de splénomégalie. Le sérum continué se montra impuissant. Par contre, la quinine fit disparaitre ces accès. P. Gardère pense qu'il s'est agi de paludisme vrai. Il a observé souvent en Orient que le paludisme latent avait tendance à se manifester par des accès fébriles au cours de la convalescence des maladies aiguës.

Rachianesthésie et méningite.

MM. P. Wertheimer et Mallet-Guy présentent un malade porteur d'une balle de shrapnell incluse dans le condyle externe du fémur gauche, depuis 1914. Le malade en réclamait l'extraction en raison de douleurs persistantes. Celle-ci est pratiquée sous rachianesthésie faite dans les conditions habituelles (Pr Bérard) après soustraction de quelques centimètres cubes de liquide. Les suites immédiates furent bonnes, mais deux jours après éclatèrent des accidents méningés avec liquide puriforme d'abord aseptique, puis renfermant des streptocoques. Or, les fragments osseux prélevés au contact du projectile inclus contenaient du streptocoque. La localisation méningée pourrait avoir été favorisée par la soustraction de liquide céphalo-rachidien au moment de la rachianesthésie, ainsi que tendent à l'établir les recherches expérimentales de Weed au Rockefeller Institute. L'évolution de cette méningite fut d'ailleurs favorable et le malade guérit.

Fracture des deux fémurs. Traitement par la broche de Steinmann.

MM. Bérard et Wertheimer présentent un malade qui fut renversé par un camion automobile et eut une fracture des deux fémurs. On mit en place deux broches de Steinmann. La réduction a été presque parfaite à gauche. A droite, il persiste un léger déplacement, mais le résultat n'en est pas moins satisfaisant.

Anorexie mentale simulant un cancer et terminée par la mort.

MM. Cade et P. Ravault présentent l'observation d'une femme de 62 ans entrée à l'hôpital pour des troubles gastriques datant de six mois environ, avec sensations de pesanteur ou de brûlure à l'épigastre, vomissements alimentaires, constipation, anorexie élective pour la viande et les graisses ; asthénie et amaigrissement considérables. L'examen clinique était à peu près négatif ; la radioscopie impossible en raison de l'état de faiblesse de la malade.

On pensa à un cancer de l'estomac, malgré l'absence de signes positifs de cette affection. Toutefois, sur la fin du séjour on eut quelques doutes sur la possibilité d'un élément névropathique à la base de cette anorexie et on se préparait à faire du gavage par voie endonasale, lorsque la malade succomba.

L'autopsie (Pr Paviot) fut négative et ne montra en particulier aucun cancer. Il s'agissait donc d'un état d'inanition consécutif à une anorexie invincible d'origine mentale. Les voisines de salle de la malade

racontèrent d'ailleurs que le jour de son entrée, celle-ci avait manifesté des intentions de suicide. De tels faits sont fort rares, du moins avec terminaison mortelle. Ils méritent d'être connus, car ils sont justiciables d'une thérapeutique basée sur l'isolement, la psychothérapie, le gavage.

Traitement des fibromyomes utérins.

M. VIOLET apporte les résultats de sa statistique de fibromyomes soignés depuis la guerre, au nombre de 130. Il pense qu'il faut être éclectique dans la thérapeutique de cette affection, que la question difficile est celle des indications respectives des radiations de la chirurgie, que pour les établir, il faut une collaboration étroite entre le chirurgien et le radiologue. Pour M. Violet, l'opération est indiquée : 1° toutes les fois qu'il faut faire de la conservation chez une femme jeune (la thérapeutique par les rayons amenant la stérilisation) ; 2° dans tous les myomes douloureux ; 3° dans les myomes suspects de malignité ; 4° dans tous les cas douteux, où le diagnostic de fibrome n'est pas sûr (salpingite, tumeurs ovariennes, cancers du corps). Les radiations sont indiquées, quand le symptôme hémorrhagie est dominant.

Cancer du sein apparu sur cicatrice due à un cautère.

M. DUNEL présente une tumeur du sein intéressante par son étiologie. La plupart des femmes atteintes de cancer du sein rapportent leur affection à un traumatisme, qui le plus souvent n'est pas en cause. Ici, il s'agit d'une tumeur manifestement développée sur une cicatrice énorme due à l'application, par les parents de la malade, d'un cautère sur la région mammaire, alors qu'elle avait dix-huit mois.

Pleurésie pulsatile droite.

MM. J. MARTIN, BAUSSILLON et G. MARTIN présentent l'observation d'un malade dans les antécédents auquel on relevait une congestion pulmonaire soignée à Paris, et au cours de laquelle on lui aurait parlé de symphyse pleurale. Début de l'affection actuelle en septembre 1923 par point de côté droit en coup de poignard et dyspnée intense. A l'entrée, malade dyspnéique, température 39°4, toux quinteuse, expectoration abondante et fétide ; le malade se plaint d'un point de côté au niveau du sein droit, et d'une sensation de battements avec impression râpeuse au niveau du point de côté ; cette sensation provoque des envies de tousser, et la toux est suivie d'expectorations qui soulagent le malade. A l'examen, la main appliquée au niveau des 3e et 4e espaces intercostaux perçoit un soulèvement net rythmé par le cœur. Pas de voussure. A l'auscultation, on entend, correspondant aux battements perçus par le malade, des bruits se répétant rythmiquement et rappelant les bruits du cœur. Ces bruits sont très intenses et s'entendent par moments à distance. *Radioscopie* : image hydro-aérique de forme arrondie, à contours nets, à bords très sombres (coque très épaisse). Pas de B. de Koch dans les crachats. Quatre jours après son entrée, le malade a une vomique très abondante amenant un grand soulagement des symptômes pénibles qu'il présentait. A partir de ce moment, l'état du malade va s'améliorant, et le 7 novembre, on ne constate plus aucun signe clinique de pleurésie purulente et à la radioscopie, il ne persiste qu'une ombre très légère au niveau du hile. Les pleurésies pulsatiles droites sont très rares ; G. Martin, dans sa thèse, n'en a relevé que trois autres cas, contre une cinquantaine de pleurésies pulsatiles gauches.

Radiographie de grossesse.

M. ARCELIN présente deux radiographies : l'une concerne une grossesse au huitième mois ; il s'agissait de savoir si cette femme n'avait pas deux jumeaux ; la radiographie permit d'affirmer très nettement la présence d'un seul fœtus en présentation du sommet. La seconde concerne un volumineux fibrome qui donne une ombre uniforme ; celle-ci pourrait évidemment être produite par une tumeur quelconque. Il n'en reste pas moins que la radiographie permet de distinguer une grossesse déjà évoluée d'une tumeur de même volume.

Corps étranger du maxillaire supérieur.

M. GAUDON présente, au nom de M. Delore, un malade, blessé à coup de couteau, chez lequel un fragment de lame resta inclus dans le maxillaire supérieur pendant quinze jours et fut révélé par la radiographie et extrait avec succès.

Fibromyome traité par la radiothérapie.

M. VIOLET présente une malade atteinte de fibromyome traitée avec succès par la radiothérapie en deux séances de 35 m. chacune.

Pneumaturie chez un calculeux prostatique.

M. REYNARD présente un malade ayant une grosse prostate et un calcul vésical, et chez lequel on constatait de la pneumaturie ; les dernières gouttes d'urine étaient mêlées de bulles de gaz surtout abondants après le cathétérisme. La question qui se pose en présence de tels cas, très rares, est de savoir si les gaz se sont formés dans la vessie ou s'ils proviennent d'une fistule vésico-rectale. Une radiographie faite après remplissage de la vessie avec une solution de bromure de sodium ne montra aucun diverticule fistuleux. Il reste très difficile d'expliquer la formation des gaz dans la vessie.

Hypertrophie amygdalienne traitée par la radiothérapie.

M. NOGIER préconise depuis 1913 le traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la radiothérapie. Il présente aujourd'hui l'observation d'une malade

qu'il a traitée ainsi en 1914 et qui reste parfaitement guérie ; elle n'a eu aucune angine depuis lors, tandis que, avant le traitement, elle souffrait de la gorge deux fois par an.

M. Garel, dont il n'est pas besoin de rappeler la longue expérience en la matière, ne souscrit pas aux conclusions de M. Nogier. Il estime que l'ablation des amygdales, soit par l'anse galvanique, soit par morcellement, est de beaucoup la méthode de choix, inoffensive, puisque M. Garel n'a jamais eu aucune hémorrhagie, et plus simple que la radiothérapie ; peut-on, en outre, affirmer que celle-ci est toujours sans danger ?

Utérus fibromateux avec fibromes calcifiés libres dans la cavité péritonéale.

MM. Dumas et Grandmaison relatent l'observation d'une malade de l'hospice du Perron porteuse d'une volumineuse tumeur occupant toute la moitié droite de l'abdomen. La malade, âgée de 82 ans, et gâteuse, ne put fournir aucun renseignement anamnestique. A l'autopsie, cette tumeur fut trouvée être un volumineux fibrome calcifié indépendant de l'utérus qui, lui-même, était fibromateux. Une tumeur plus petite, qui avait passé inaperçue à l'examen clinique, fut trouvée dans la fosse iliaque gauche.

Société médicale des hôpitaux.

Sur la disparition de la chlorose.

M. Cordier constate la très grande diminution de la chlorose à Lyon, soit dans les hôpitaux, soit en clientèle, fait constaté également à Paris, en Angleterre, aux Etats-Unis. L'auteur ne pense pas qu'on puisse trouver la cause de cette diminution, ni dans l'*alimentation*, qui pendant la guerre a été souvent déficiente, soit quantitativement, soit qualitativement ; ni dans le moindre *surmenage* : celui-ci aussi a existé pour la femme pendant la guerre ; ni dans l'*aération*, le taudis est loin d'avoir disparu. En somme, rien n'explique la presque disparition de la chlorose.

M. le prof. Bard, résumant la discussion qui suit la communication de M. Cordier et qu'il serait trop long de rapporter ici, constate que l'on est d'accord sur la diminution de la chlorose dans tous les milieux, mais qu'il n'est pas question de sa disparition. Quant aux causes de cette diminution, il faut les chercher dans des facteurs qui puissent cadrer avec la notion des rapports de la chlorose avec l'établissement de la puberté. Or, à ce point de vue, il faut tenir compte de ce fait que les jeunes filles de la classe aisée vivent plus au grand air qu'autrefois, et que celles des classes populaires sont actuellement dans de meilleures conditions de vie et de travail. D'autre part, l'inanition ne fait pas la chlorose, c'est pourquoi les conditions défavorables de la guerre n'en ont pas augmenté la fréquence.

Sur la chlorose d'origine alimentaire.

MM. Mouriquand et Bertoye. — Le syndrome chlorotique s'observe fréquemment chez les nourrissons : il s'agit d'enfants bouffis, pâles, chez lesquels le nombre de globules rouges est normal, mais le taux d'hémoglobine très abaissé. Ces enfants ont été trop longtemps nourris au lait. La variété alimentaire, de petites doses de fer, de jus d'orange, s'il y a en même temps quelques signes de scorbut, suffisent à faire disparaître les troubles.

De l'insufflation dans l'examen radiologique du mégaœsophage.

MM. Roque, Robert Rendu et Japiot ayant eu l'occasion d'observer un cas de méga-œsophage, l'un d'eux eut l'idée d'insuffler la poche œsophagienne pour l'examiner à l'écran. L'insufflation fut pratiquée à l'aide d'une soufflerie de thermo-cautère branchée sur un petit tube de caoutchouc de 5 millimètres de diamètre. Après une quinzaine de coups de poire (600 à 800 cmc.), on vit se dessiner un vaste espace clair situé à droite de la colonne et limité par une muraille verticale constituée par l'adossement de la paroi œsophagienne et du poumon refoulé. Dans une seconde séance, un cliché fut pris qui est présenté à la Société. Il s'agit là d'un procédé nouveau d'examen susceptible de rendre des services.

Lymphogranulome malin à forme typhoïde.

MM. Dufourt, Bernheim et Delore présentent l'observation d'une fillette de 10 ans qui fut prise de fièvre et d'amaigrissement. A son entrée à l'hôpital, on constata un abdomen volumineux, une grosse rate, un foie un peu gros, des signes de bronchite. La température se mit à monter et se maintint pendant douze jours au-dessus de 40°. La malade succomba et à l'autopsie, on trouva les lésions typiques du granulome malin.

Bruit musical diastolique dans l'insuffisance aortique.

MM. Gallavardin et Bernheim relatent une observation d'insuffisance aortique, d'origine probablement spécifique. Chez ce malade, on entend, par moments, un bruit musical avec frémissement superposé au souffle diastolique banal. Ce bruit est intermittent et apparaît brusquement, durant tantôt quelques jours, tantôt apparaissant et disparaissant plusieurs fois dans une même séance d'auscultation. Il ressort nettement de toutes les constatations faites que le bruit musical et le frémissement ne sont pas une modification qualitative du souffle diastolique, mais lui sont superposés.

Pathogénie du réflexe oculo-cardiaque.

MM. Rebattu et A. Josserand. — Ashner, en 1908, montra le premier que la compression des globes oculaires provoque, chez les sujets normaux,

dans les 3/5 des cas, un ralentissement du cœur ; d'après lui, il s'agissait d'un réflexe dont la voie centripète serait le trijumeau, la voie centrifuge, le pneumogastrique. Or, un fait distingue ce soi-disant réflexe, c'est qu'il nécessite un temps perdu assez considérable, atteignant plusieurs secondes.

MM. Rebattu et Josserand ont donc été amenés à se demander s'il s'agissait bien d'un véritable réflexe et à mettre en doute le rôle attribué au trijumeau. La clinique montrant que diverses bradycardies (tumeurs et abcès cérébraux, méningites, épanchements intra-crâniens), sont dues à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, il était logique de penser que celle-ci pouvait être la cause du phénomène, dit : réflexe oculo-cardiaque.

En effet, en pratiquant des ponctions lombaires, de manière à mesurer la tension du liquide céphalo-rachidien à l'aide du manomètre de Claude, les auteurs ont constaté que la compression des globes oculaires amène, au bout d'un temps perdu variable, et avec une simultanéité parfaite, le ralentissement soudain du pouls et l'augmentation de la pression, allant parfois de 18 à 40. Quant au mécanisme de cette hypertension, on peut admettre qu'elle est due au reflux de quelques gouttes de liquide des gaines du nerf optique dans le système, clos de toute part, des espaces sous-arachnoïdiens, ou bien qu'elle est consécutive à une vaso-dilatation brusque de l'encéphale, consécutive elle-même à une action sympathique.

Guérison d'une dysentérie rebelle par le stovarsol.

MM. Cade et P. Ravault présentent l'observation d'un malade atteint de dysentérie amibienne contractée aux colonies datant de près de *trois ans* et qui s'était montrée rebelle aux traitements habituels de l'amibiase : émétine, novarsénobenzol, sulfarsénol, lavements à l'ipéca, à l'eau oxygénée, au nitrate d'argent, autovaccinothérapie. On administra alors les comprimés de stovarsol à raison de deux par jour, pendant huit jours, par voie buccale, et on constata une diminution rapide du nombre des selles, leur retour à l'aspect normal, la disparition des amibes et des kystes amibiens. Toutefois, il est probable que le malade devra faire de nouvelles cures de stovarsol pour consolider sa guérison.

Amibiase intestinale traitée par le stovarsol.

M. Garin rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, qui contracta la dysenterie amibienne en Indo-Chine en 1919. Elle eut des alternatives d'améliorations et de rechutes jusqu'au moment où elle vint consulter M. Garin (juillet 1923). Elle est alors très amaigrie, anémiée, a quatorze selles muco-sanglantes par jour, fourmillant d'amibes, de lamblias et de trichomonas. Grande amélioration après traitement émétinique intensif et novarsénobenzol. Puis, nouvelle rechute au cours de laquelle des traitements variés (émétine, novarsénobenzol, kosam, simarouba), restent sans effet. On donne alors du stovarsol : deux comprimés de 0 gr. 25 par jour. Au bout d'un mois, la malade pouvait être considérée comme guérie. Mais elle eut une nouvelle rechute ; ce qui montra qu'on peut obtenir de beaux succès avec le stovarsol, mais que ceux-ci ne sont pas toujours durables.

Encéphalite aiguë hémorrhagique.

MM. Péhu, Barré et Dechaume relatent l'observation d'un enfant de 11 mois amené à l'hôpital pour de la toux et des mouvements convulsifs. A l'entrée, enfant somnolent poussant de temps en temps des gémissements ou des cris, crises convulsives des mains ou parfois état de raideur ; dyspnée intense, râles sous-crépitants dans les deux poumons. Ponction lombaire : liquide limpide contenant quelques globules rouges, légère lymphocytose, quelques polynucléaires ; sucre normal ; 1 gr. 50 p. 1000 d'albumine. Mort quatre jours après l'entrée. A l'autopsie, on trouva, d'une part, une granulie polyviscérale (poumons, foie, rate, reins), et d'autre part, des lésions d'encéphalite tuberculeuse, altérations inflammatoires de la substance cérébrale avec lésions vasculaires intenses. Les lésions méningées étaient au contraire de peu d'importance.

Récidive spontanée de tétanos céphalique après cinq mois de guérison.

MM. Péhu et Mantelin relatent l'observation d'un enfant de 4 ans qui fut atteint de tétanos céphalique à la suite d'une plaie superficielle de la région sourcilière gauche. Guérison après injections de sérum antitétanique (320 cmc. intrarachidiens et 160 intramusculaires), avec persistance d'une paralysie faciale. Cinq mois après, réapparition de trismus, dysphagie, puis contractures généralisées. On fait de nouveau du sérum après désensibilisation. Guérison. Les auteurs n'ont pas retrouvé de cas semblable dans la littérature.

A. C.

Les Congrès

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (1)

XXVIIIe session. — Bruxelles, 1er *au* 7 *août* 1924.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu dans la grande salle du Palais des Académies. M. Herbette, ambassadeur de France, l'honorait de sa présence.

Au bureau avaient pris place : M. Masson, ministre de la Justice ; les docteurs de Massary et Glorieux, présidents français et belge ; Anglade, vice-président ; Auguste Ley, secrétaire général ; Charpentier, secrétaire général permanent ; le Dr Delattre, du ministère belge de l'hygiène ; M. H. Dom, directeur général au ministère de la Justice ; M. Didion, directeur général au ministère de la Justice et membre du Service d'anthropologie pénitentiaire ; le général-médecin Wilmaers, chef du service de santé de l'armée belge ; les docteurs Klippel, Semelaigne et Meige, et enfin les délégués des divers pays alliés et amis.

Dans son allocution, M. Masson apporte au Congrès le salut du Gouvernement belge et signale que les travaux des médecins aliénistes ont souvent inspiré les directives de son département en matière de réformes du régime pénitentiaire : « Je ne suis entre vos mains qu'un instrument, mais je m'efforcerai que vos vœux deviennent des réalités ».

Prennent ensuite la parole au nom des diverses institutions et pays qu'ils représentent les délégués suivants :

Dr J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon (ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts) ; M. l'inspecteur général Rondel (ministère du Travail et de l'Hygiène) ; M. le médecin-major de 1re classe Cazenove (ministère de la Guerre) ; Dr Welter (gouvernement du grand-duché de Luxembourg) ; Dr Hesnard (ministère de la Marine) ; Dr Jelliffe (New-York). — (Société américaine de psychiatrie) ; professeur Brousseau (Québec). — (gouvernement de la province de Québec) ; professeur Wimmer (Copenhague). — (Faculté de médecine de Copenhague) ; le Dr Van der Scheer (Société néerlandaise de psychiatrie) ; le professeur Donaggio (Modène). — (Société italienne de neurologie) ; le professeur Orzechowski (Faculté de médecine de Varsovie); le Dr Répond (Société suisse de psychiatrie) ; le Dr Schnyder (Société suisse de neurologie).

M. le président de Massary prononce ensuite le discours inaugural ; mais il tient d'abord à rendre hommage aux hautes personnalités qui ont bien voulu témoigner leur intérêt au Congrès. Il fait acclamer les noms de Leurs Majestés le roi et la reine des Belges qui ont accordé au Congrès leur haut patronage, ceux du cardinal Mercier, de M. le bourgmestre Max, etc.

Il esquisse l'histoire de l'assistance aux aliénés dans le passé. Il établit que si les reproches qu'on a adressés à beaucoup d'établissements sont fondés en ce qui concerne les soins matériels aux malades, ils ne le sont pas pour ce qui regarde les soins moraux et le souci de la liberté individuelle des aliénés.

Le Dr Glorieux adresse des remerciements aux ambassadeurs de France, de Suisse, du Grand-Duché, aux ministres de l'Instruction publique, de l'Hygiène, de la Guerre, de la Marine de France, au Conseil général de la Seine représenté par trois délégués (MM. Chausse, Paul Fleurot et le Dr Calmels), au préfet de la Seine, qui a délégué M. le Dr Capgras, au Comité de surveillance des asiles de la Seine ; aux Facultés de médecine et aux Sociétés scientifiques des pays d'Europe et d'outre-mer qui ont tenu à se faire représenter au Congrès. Il retrace en quelques paroles émues le sort malheureux des malades mentaux français évacués en Belgique par les Allemands, et le sort plus heureux des aliénés belges évacués en France au début de la guerre et soignés à l'asile de Vaucluse. Il termine en émettant le vœu de voir le Gouvernement belge simplifier les formalités d'admission dans les asiles et arriver à l'admission libre pour les psychopathes non dangereux.

Premier rapport (Psychiatrie) : **Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale**, par les Dr Simon et Vermeylen. — Les auteurs annoncent qu'ils n'étudieront que la débilité mentale chez l'enfant et qu'ils écartent de leur étude les troubles du caractère. D'après la définition de Binet, est débile tout sujet dont le niveau d'intelligence est supérieur à celui de sept ans. Mais la limite supérieure de la débilité restait à déterminer ; les auteurs croient pouvoir lui assigner l'âge psychique de neuf à dix ans. D'autres auteurs ont proposé de recourir à ce qu'on appelle le quotient d'intelligence, c'est-à-dire le quotient de l'âge intellectuel par l'âge réel du sujet. Un enfant normal aurait donc un quotient égal à l'unité. Toutefois, on ne pourrait parler de débilité que pour un quotient supérieur à 0,70 ; mais pour établir le niveau moyen, très difficile d'ailleurs à fixer parce qu'il n'est pas « un », on pourrait avoir recours à une méthode statistique consistant à mesurer l'intelligence d'un grand nombre d'enfants pris au hasard. Puis, calculant la variation moyenne de leur intelligence, on déterminerait les frontières d'un groupe moyen au delà et en deçà duquel se placerait tout naturellement l'élite ou l'arriération. Ce procédé ne donne-

(1) Service spécial de l'*Association de la Presse médicale française*. — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux qui n'appartiennent pas à l'Association.

rait d'ailleurs qu'une approximation assez incertaine. Une autre méthode consiste à étudier le niveau des enfants arriérés dans un établissement spécial. Pour l'intelligence, on doit considérer comme normal tout sujet dont l'écart par rapport au niveau de son âge est d'un an et comme anormaux, soit par excès, soit par défaut, les enfants dont l'écart à la moyenne de leur âge est supérieur à un an, si l'enfant est jeune et à deux ans s'il est plus âgé.

Un problème important serait de déterminer l'avenir du sujet débile et le niveau maximum du développement intellectuel qu'on peut attendre pour lui.

Couramment, nous préjugeons l'avenir d'un enfant par son état présent. Aujourd'hui, où nous possédons des procédés de mesure pour le développement intellectuel, on pouvait se demander si ces procédés ne pourraient conduire à des conclusions plus exactes. Une seule méthode semble susceptible de le permettre : la mesure du développement intellectuel d'enfants à un niveau donné ; mesurer de nouveau ce niveau quelques années plus tard, et voir alors ce que ces enfants sont devenus.

Chez les enfants normaux, on constate le plus souvent dans ce cas une avance intellectuelle régulière de douze mois par année. Chez les enfants débiles, les choses ne se passent pas de même : 1° une certaine proportion d'enfants débiles seulement font des progrès ; bon nombre restent stationnaires ; ces chances de progrès augmentent avec le quotient d'intelligence de l'enfant à l'époque de son premier examen.

2° Quant aux enfants débiles qui avancent, leurs progrès sont inférieurs à une année par an, de telle sorte que leur retard va sans cesse en augmentant.

Ces gains sont d'autant moindres chaque année que le quotient d'intelligence du sujet est plus bas. Ils sont également plus grands chez les sujets jeunes (de moins de douze ans par exemple) que chez les sujets plus âgés. D'après ces constatations, la formule de la débilité mentale deviendrait donc la suivante : retard intellectuel, développement ralenti, précocité des arrêts.

Passant à l'étude des formes cliniques, les auteurs décrivent succinctement les différents types de débiles. Ils distinguent :

1° Le débile pondéré ;

2° Le sot ;

3° Les débiles instables dont ils rapprochent les débiles puérils ;

4° Les débiles émotifs.

En terminant, les rapporteurs attirent l'attention sur les complications de la débilité (affections mentales, criminalité), et la nécessité qu'il y a à tenir les débiles à l'abri des entraînements en organisant autour d'eux une tutelle quasi constante.

Discussion. — Dr Hesnard exprime son scepticisme vis-à-vis de la méthode chiffrée qui ne remplacera jamais l'observation clinique ; regrette que les rapporteurs n'aient pas étendu la question à celle de la variation de la débilité d'après l'âge, estime que dans la réalité, les types de débilité sont plus nombreux que ceux admis par les rapporteurs et échappent à leur classification ; en somme, l'étude de MM. Simon et Vermeylen lui semble trop psychométrique et pas assez clinique ; pour lui, c'est l'affectivité du débile dont on doit s'occuper avant tout, car c'est d'elle que dépend la réadaptation du sujet.

Dr Porot signale que la classification des rapporteurs correspond à celle que Hesnard et lui-même avaient proposée pendant la guerre. Il insiste sur le fait que dans l'appréciation de débilité mentale, il faut tenir compte de la relativité ethnique, et de l'influence du milieu.

Dr Paul Boncour : les troubles du caractère ont plus d'importance que le degré de débilité pour apprécier la réadaptabilité sociale d'un sujet.

Dr Decroly et Boulenger prennent tous deux la défense de l'expérimentation ; ils montrent les avantages de la méthode des tests qui ne s'opposent pas à l'examen clinique, mais qui le complètent.

Dans sa réponse, M. Simon fait observer que débilité mentale est un terme très général ; c'est de propos délibéré, dit-il, que nous n'avons traité que de la débilité intellectuelle, en écartant la débilité du caractère. L'étude du caractère seul ne nous aurait conduits également qu'à un résultat partiel.

M. Vermeylen. — Loin de vouloir opposer l'une à l'autre, la méthode expérimentale et l'examen clinique, nous ne considérons les tests que comme un instrument qui nous permet de mieux exercer notre sens clinique, et cela, dans des conditions plus précises et identiques pour tous les observateurs.

Que les résultats obtenus soient encore insuffisants et qu'en particulier, la classification des débiles établie par ces moyens soit incomplète, c'est bien probable.

Nous ne voulons indiquer que la voie qui nous semble devoir être suivie pour sortir du domaine de l'interprétation uniquement subjective, et établir sur des bases objectives des types cliniques. Nous avons délibérément renoncé à parler des anomalies du caractère, importantes à préciser, cependant, pour le reclassement social du sujet.

L'étude des variations du caractère n'a pu jusqu'à présent être envisagée de façon expérimentale, mais la méthode analytique que nous préconisons permet précisément d'aborder de façon indirecte et détournée ce problème.

(A suivre).

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et Fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr Cathelin (Sous la direction du). — **Travaux annuels de l'Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire.** (5e série, 1923, 1 vol. 372 pages, illustré, de nombreuses figures dans le texte.)

De cet important ouvrage clinique, qui doit être lu par tous ceux qu'intéressent les travaux sur les voies urinaires, nous ne pouvons faire aucune analyse détaillée ; il faut nous contenter de signaler les principaux sujets traités :

Dr Cathelin. 1° Des variations de quantité d'urée et de chlorures de l'urine de chacun des deux reins pris isolément dans les diverses affections chirurgicales de ces organes : tuberculose rénale, calculose hydronéphrose, cancérose, rein mobile, etc. ; 2° technique chirurgicale, utilisation préférentielle de la voie sus-pubienne, transvésicale, pour l'extraction des calculs de l'urètre prostatique et de la prostate (4 figures).

Dr R. Gauvin. — L'azote résiduel dans les néphrites.

Dr R. Raffin. — Les pentoses et l'acide glycuronique de l'urine.

Dr Armand Beauvy. — Histologie des tumeurs malignes du testicule.

Dr E. Detot. — L'innervation rénale (2 figures).

Dr Lobligeois. — Technique de l'exploration radiologique des voies urinaires : pneumo-péritoine et pneumo-rein (2e article).

Dr Cathelin. — Les diverses formes anatomo-pathologiques du rein tuberculeux chirurgical (8 aquarelles).

Dr Boulanger. — Les urétrites non gonococciques.

Dr Grandjean. — Les infections urinaires d'origine intestinale.

Dr Lévy-Weissmann. — La duplicité de l'appareil génital (4 figures).

Dr G. Brulé. — Etat actuel de la vaccinothérapie anti-blennorrhagique.

Dr Quenay. — Que faire de l'uretère au cours des opérations rénales pour tuberculose.

Dr Georges Yvon. — Traitement chirurgical rapide des ruptures traumatiques anciennes de l'urètre périnéal (12 figures).

Recueil de faits cliniques (Cathelin, Boulanger Grandjean, Brulé, Lévy-Weissmann, Quenay, Sigurет, G. Yvon).

Edition « Les Gémeaux »,
66, boulevard Saint-Germain, Paris, 5e.

Taillefer (Dr Bussillet). — **La Médecine comique.** Prix : 6 francs, en vente dans les principales librairies et les gares.

Ce nouvel humoriste est digne d'être signalé à l'attention du public.

En des pages pétillantes d'esprit, bourrées de remarques malicieuses, l'auteur a voulu accomplir pour la médecine, ce qui a été fait par J. Moineaux pour la magistrature, ou encore par Courteline, avec ses « Gaietés de l'escadron », pour l'armée :

La médecine comique... les tribunaux comiques, voilà un rapprochement qui s'impose, bien mieux, un rapprochement qu'a voulu et que n'a pas craint l'auteur.

Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L. Billon. — **La grossesse et l'accouchement hors l'hôpital**, *in* « Comment guérir. Bibliothèque des praticiens ». (Un volume in-8, 1923, 2e édition. Prix : 12 fr.)

C'est la grossesse et l'accouchement étudiés *hors l'hôpital*, c'est-à-dire dans un milieu où chacun a sa responsabilité, la jeune femme, la garde, la sage-femme et l'accoucheur. Tout y est miunutieusement décrit, et chacun peut y étudier son rôle dans ces descriptions pratiques, claires, entièrement vivantes, parce que vécues.

Sans rien changer, ni au plan, ni à l'ensemble de la première édition, vite épuisée, l'auteur fait simplement une mise au point nécessitée par les faits actuels scientifiques et..... économiques ! (Pourquoi ne pas tenir compte de la crise des domestiques, nourrices, blanchisseuses, etc., dans un travail de ce genre ?)

Javailier édit., 47, rue Poncelet, Paris.

Dr Paul Alexandre. — **La beauté de la chevelure.** 1 vol. de 200 pages orné de 75 bois originaux de Gazan. Prix : 5 francs (franco contre mandat de 5 fr. 80).

Ce livre de vulgarisation des travaux les plus récents des dermatologistes français sur la question si actuelle des soins à donner aux cheveux contient un grand nombre de formules bien au point. Artistement présenté, illustré de bois gravés nombreux, il est d'une lecture agréable. Il intéressera autant la la femme du médecin que le médecin lui-même.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA SUPPRESSION DU « PETIT RISQUE » DANS L'ASSURANCE-MALADIE

Par le Dr Fernand DECOURT.

Je crains fort qu'un trop grand nombre de confrères — je parle de ceux qui ne s'intéressent pas, de façon suivie, aux questions débattues dans nos syndicats — ne se rendent pas suffisamment compte de l'importance de la Loi d'assurance-maladie. sur l'exercice de la profession médicale. Si nous laissons faire, si nous n'opposons pas, non seulement notre force actuelle de cohésion, mais encore, ce qui est d'ordre supérieur, des *raisons* explicites et suffisantes, contre certaines idées, certaines propositions concernant cet essai de médecine étatique, *gratuite* pour presque tous et *dans tous les cas*, nous préparons un exercice de la médecine dans des conditions *effroyables pour nous, ruineuses pour le pays*.

La gratuité *constante*, voilà le danger. C'est celui que nous devons combattre, avant tout, car c'est la source de tous les maux à prévoir, pour nous, et de la faillite inéluctable de la réforme, pour la collectivité.

La médecine, constamment gratuite c'est le *droit*, pour chacun, *à l'appel du médecin, jour et nuit, sans qu'on ait à débourser un sou de plus, qu'on l'appelle ou non.* Il ne faudrait pas connaître l'humanité, il faudrait même ne jamais avoir sondé son propre cœur, pour ne pas sentir quelle tentation cela représente, non seulement d'user suivant les besoins, mais d'abuser et d'abuser journellement, sans vergogne, rien que par le désir de se servir, à sa guise, à sa fantaisie, d'une « fourniture » gratuite. Prenons un exemple concret bien connu. Voici un buffet dressé dans le coin d'une grande gare. Comme on y paye chaque chose, on s'en sert suivant son utilité et ses besoins. En voici un autre, dressé dans le coin d'une salle de bal (fût-ce celui de l'Hôtel de Ville illustré par Mac Nab), buffet gratuit : quelle ruée, quelle bousculade, quelle avalanche ! Pensez donc « c'est à l'œil qu'on consomme !... » Ne rions pas, confrères : dans un autre ordre d'idée, soyez assurés qu'il en sera de même avec le mot magique de « gratuites » pour les visites médicales.

On objectera que, depuis longtemps déjà, fonctionne l'assistance médicale gratuite et que ce ne serait, en somme, à ce point de vue, que la généraliser. La comparaison n'est pas aussi justifiée qu'il apparaît au premier abord. En A.M.G., l'inscrit a toujours le sentiment qu'il ne « paye rien de sa poche » pour le service médical. Et cependant chacun de nous sait que ce n'est pas le moins exigeant de nos clients. Mais que serait-ce alors quand on versera, chaque année, une somme pour « le droit au médecin gratuit » ? A toute heure du jour et de nuit, pour un « souffle oblique » quelconque, on sera tenté d'appeler le médecin et, comme devant le buffet gratuit, on ne résistera pas à la tentation. Ainsi, puisque toute la maisonnée aura droit aux soins, chaque fois qu'un enfant ne voudra pas dormir, on nous fera venir. « Et presto, encore ! Quoi ? S'il vient inutilement, j'espère bien qu'il ne va pas grogner, ce médecin. Est-ce que je ne paye pas pour qu'il vienne dès que je le demande ?... »

Le praticien deviendra ainsi « l'employé de tous », dans le sens propre du mot, le fonctionnaire d'Etat, au service de chacun, avec cette différence toutefois, d'avec les autres fonctionnaires, qu'il ne sera pas à un bureau ou derrière un guichet à attendre le public, mais que c'est lui qui aura à se déranger pour répondre aux appels impératifs — et, de plus, qu'il ne travaillera pas de telle à telle heure mais qu'il devra, par sa profession même, être de service 24 heures par jour. Y aura-t-il jamais un fonctionnaire aussi « tenu » que celui-là ? Y aura-t-il jamais un autre métier plus absorbant, plus impérieux ? Et les conditions nouvelles de cet exercice de la médecine qu'on nous prépare, ne justifient-elles pas le mot « effroyable » que j'ai employé, plus haut ? En vérité, confrères, je vous le demande.

Nous venons d'envisager brièvement la répercussion de la Loi assurance-maladie sur le corps médical. Elevons maintenant la question encore, élargissons la et voyons, si cette Loi doit jouer, dans *tous les cas*, quelle serait cette répercussion *sur l'ensemble de la Nation.*

Nous avons montré, tout à l'heure, que le nombre de visites serait multiplié par x par suite de leur gratuité : d'où formidable carte à payer. Et cette « addition » sera d'autant plus grande que, bien souvent, on ira à la consultation médicale, on fera faire aux caisses les frais de celle-ci, simplement pour éviter, à soi-même, une dépense pharmaceutique minime. On aura recours au médecin pour un peu de sel purgatif, pour de la teinture d'iode, pour quelques sous de fleurs pec-

torales — quand ce ne sera pas pour se procurer des « paquets lithinés » afin d'avoir une « eau piquante » lors des grandes chaleurs....

Mais il y a autre chose encore, beaucoup plus importante comme source d'abus et qu'il faut faire ici entrer en ligne de compte au point de vue financier.

Ce sont *tous les pseudo-malades entraînant autant de demi-salaires payés à tort* et faussant ainsi le jeu de la loi et les prévisions actuelles de dépense. Et il y en aura *beaucoup*. Voici pourquoi :

Il y aura d'abord les journées où l'ouvrier sera sans travail. C'est si tentant de se « porter malade » quand on chôme et de toucher un demi-salaire, au lieu de rien du tout. Ce ne seront plus là des « allocations de chômage » qu'il faut mendier presque. Non, une fois « reconnu malade » on aura le *droit* de passer fièrement à la Caisse et de toucher. Qui résisterait donc à cette tentation alors qu'il n'y a plus d'argent à la maison et qu'il faut pourtant bien manger et faire manger les siens ?

Il y aura les jours de simple « flemme », ceux où l'on voudra profiter du printemps pour quitter le bureau ou l'atelier. Il y aura, à la campagne, les jours où l'on aura du travail pressé au jardin et où l'on fait pousser des légumes. Il y aura les jours où l'on aura simplement à faire un travail qui déplaît, les jours où l'on se sera disputé avec son chef de chantier ou d'atelier ; les jours où l'on sera tout bonnement de mauvaise humeur... Et tous ces jours, de demi-salaire payé à tort, s'additionneront, pour les uns et pour les autres, et feront des millions et des millions imprévus, en fin d'année....

Que cela vous importe comme contribuable, m'objectera-t-on, soit. Mais, comme médecin, cela n'est plus de votre ressort. Ce n'est donc pas au corps médical organisé qu'il appartient d'intervenir, en cette occasion.

Pardon ! C'est encore et toujours au point de vue strict de la collectivité médicale que je me place. Tout ceci est de son ressort, au premier chef. De tous ces demi-salaires, dont le paiement serait injustifié, qui donc serait *responsable* ? En premier lieu, le pseudo-malade, c'est entendu. mais ensuite, le *médecin*. C'est à lui, en effet, qu'il appartient de distinguer le vrai malade du faux et de ne pas « reconnaître » ce dernier, comme on dit au régiment. Mais le médecin le pourra-t-il toujours et, quand il le pourra, le voudra-t-il ?

Le *pourra-t-il* ? — Est-il donc si facile de faire la distinction quand un homme se présente à la visite, sachant fort bien ne se plaindre que de phénomènes subjectifs ? Allez-vous refuser de reconnaître malade celui qui déclare souffrir de douleurs, de rhumatismes musculaires, de choses non contrôlables au thermomètre ou à l'auscultation ?

Le *voudra-t-il* ? — Supposons que le « malade » est manifestement bien portant. Supposons même qu'il l'avoue cyniquement mais réclame du médecin x jours d'incapacité et le menace, s'il refuse, de s'adresser à un autre. Une fois, deux fois, dix fois, le praticien consciencieux refusera avec indignation de « marcher dans la combine » ; il sera assuré alors de perdre ces un, deux, dix clients, que récoltera un voisin plus « coulant ». Mais après ? Prenez garde qu'un beau jour, voyant ainsi s'égrener sa clientèle, parce qu'il se montre trop rigide, il n'en arrive, insensiblement, à se laisser aller, lui aussi. Il ne faut jamais tenter le diable. Je l'ai déjà dit à propos du scandale des carnets médicaux dont je considère l'Etat comme en grande partie responsable, alors qu'il les distribuait à la volée, pour ainsi dire, sans s'occuper des suites.

Et je ne parle même pas ici de ces cliniques louches dont nous avons eu l'occasion de connaître quelques-unes, à propos des accidentés du travail. Elles sont rares heureusement, mais ne craignez-vous pas leur développement quand leur « clientèle » sera centuplée et qu'elles pourront ainsi distribuer, au gré de chacun, les demi-salaires que devront verser les caisses ?...

Et alors, confrères, où irions-nous ? Que resterait-il de notre si belle profession médicale ? J'exagère ?... Peut-être. Je le souhaite de tout cœur. Mais le passé, un passé récent, est là pour démontrer que je n'ai que trop le droit d'exprimer ces craintes.

***

La critique est facile..., et c'est faire œuvre négative que de s'en contenter. Serrons donc maintenant la question de près et voyons s'il n'y a pas quelques remèdes à apporter.

Tout d'abord, je tiens à dire que je ne me range nullement parmi ceux qui se déclarent hostiles à l'esprit même de la Loi assurance-maladie. Je la trouve bonne, utile et génératrice de progrès social. Il est nécessaire que le travailleur, qui vit de son gain journalier, n'ait plus l'angoisse de se dire : « que deviendrais-je et que deviendraient les miens si je tombais malade ?... » Il faut donc qu'il ait la certitude que lui et les siens, *en cas de maladie grave, longue*, recevront, d'une part, tous les soins nécessaires et d'autre part, toucheront de quoi vivre, de quoi se suffire, en attendant des jours meilleurs. Aussi, les critiques que j'ai faites, de même que la proposition de « suppression du petit risque » que je vais soutenir, doivent-elles être considérées comme ayant pour but, non de dénigrer la Loi d'assurance-maladie et de lui nuire, mais de servir, au contraire, à son plein épanouissement. Ce n'est donc pas en adversaire de cette Loi que je parle, mais en partisan sincère et convaincu.

J'ai émis, jusqu'ici, certaines critiques graves que je considère comme devant entraîner des suites néfastes non seulement pour le corps médical, mais aussi pour les bénéficiaires futurs eux-mêmes de cette loi qui risquera, au bout de quelque temps, si on n'y porte pas remède, de glisser à la faillite, comme il en arrive, actuellement, aux lois analogues en Allemagne, en Angleterre et en d'autres lieux. Et, de cette faillite, n'oublions que ce ne sont pas seulement les bénéficiaires qui en souffrent, en ces pays, mais aussi les *praticiens*. Nous avons donc, tous, intérêt à nous préoccuper de ces questions.

Donc, j'ai émis des critiques et des craintes, avec la Loi telle qu'on la propose : abus de toutes sortes, tentations, glissement des consciences, défaillances... Or, neuf fois sur dix, *ces abus ne seront possibles qu'à propos d'indispositions vraies ou fausses de quelques jours seulement. Ils disparaîtraient si la Loi ne jouait qu'à partir du quatrième jour*, par exemple, c'est-à-dire pour les maladies vraies, autres que la simple indisposition passagère. Elle ne jouerait (et c'est là en réalité son véritable but et son utilité réelle) que si l'indisposition se muant en véritable maladie, il en résulterait, pour le travailleur, des frais disproportionnés avec ses modestes ressources.

La loi, dès lors, semble incomplète, dira-t-on ? Elle n'assure plus *tous* les cas de *maladie* ? — Le mieux est l'ennemi du bien. Prenons garde qu'en voulant trop faire, on ne porte, à cette bienfaisante réforme, le coup de Jarnac et qu'elle aille, dans la suite, rejoindre les vieilles lois avortées, dans le cimetière des illusions....

Pour le travailleur, le *seul risque redoutable c'est la maladie — mais non pas l'indisposition de quelques jours*. Quatre jours d'indisposition, c'est un ennui, mais qu'importe ? On se repose, on se soigne, on guérit et on se remet gaiement au travail pour rattraper le temps perdu. Il n'y a jamais beaucoup d'argent au logis, mais on en aura tout de même bien pour quatre jours. Le terrible, c'est quand l'indisposition *se prolonge*, quand la maladie s'installe. Là est le danger : c'est là ce qui cause, à l'avance, le souci, l'angoisse... Et c'est précisément pour écarter ce danger et ces craintes que, *dès le 4e jour*, l'assurance doit être prête à fonctionner.

Mais, pour que cette suppression du « petit risque » assure la solidité de la Loi, encore faut-il qu'il n'y ait *jamais de* RÉTROACTIVITÉ dans les paiements, au sujet des quatre premiers jours. Certes, comme dans la Loi des accidents du travail, on pourrait dire : « si l'indisposition continue et devient vraiment maladie, la Caisse prendra en charge les quatre premiers jours, si la durée d'incapacité dépasse dix jours. » La pratique de la Loi de 98 est là pour nous montrer que, dans ce cas, toutes les indispositions, ou à peu près, dureront *plus de dix jours*, afin de profiter de cette disposition. C'est ce qui arrive pour les petits accidents du travail et à tel point que beaucoup de compagnies d'assurance préfèrent maintenant payer les 4 premiers jours, dans tous les cas, et y trouvent leur bénéfice. Donc, avec la rétroactivité, la plupart des abus réapparaîtraient et les bénéfices matériels — et surtout moraux — qu'apporterait, à la loi d'assurance-maladie, la suppression du « petit risque », seraient totalement anéantis.

Ce qui serait donc nécessaire de proclamer bien haut, nous praticiens, et de nous efforcer de faire comprendre à tous, c'est le principe suivant: *La loi assurance -maladie pour fonctionner au mieux des intérêts matériels et moraux de tous, doit prendre en charge l'allocation journalière et les frais de maladie seulement au delà du quatrième jour : les quatre premiers jours restant toujours à la charge du bénéficiaire.*

***

Le principe ainsi posé, voyons maintenant les grosses objections qu'on pourrait lui opposer :

1re OBJECTION. — On empêchera ainsi le médecin de *dépister, dès le début*, une maladie, qui, non soignée, pourra entraîner des conséquences graves, alors qu'elle aurait pu être jugulée. Et on citera les cas de tuberculose qui doivent être « pris » dès leurs premiers symptômes, même dès les signes prémonitoires qui pourraient les faire pressentir. Objection à considérer, car c'est la première qui ait été posée par des porte-paroles des bénéficiaires, des plus autorisés.

Mais, à l'heure actuelle, avec les progrès de la mentalité publique, depuis la guerre surtout, qui hésite à appeler son médecin, pour ne pas payer une visite ? Ce n'est pas le *prix même* de la visite qui fait reculer le travailleur, et encore bien moins quand il s'agit des siens. Donc que la première ou les deux premières visites ne soient pas payées, d'après la Loi, ce n'est pas cela qui gênera le dépistage. Ce n'est pas le paiement d'une ou deux visites que désire surtout le travailleur, dans le fonctionnement de la Loi future. Ce qui l'émeut, actuellement, ce qui l'angoisse, c'est de ne pouvoir *continuer à payer* médecin et pharmacien quand la maladie se prolonge, de même que de ne pouvoir *continuer* à faire vivre les siens. Et c'est la suppression de cette crainte qu'il espère et attend de la Loi. Une ou deux visites à payer ? La belle affaire ! Il est de taille à la supporter. Donc, payée ou non, la première visite sera tout aussi bien demandée et le *dépistage* n'a pas grand rapport avec la suppression du « petit risque », surtout quand on aura la certitude que, *s'il y a vraiment quelque chose, l'assurance sera là pour la suite.*

2e OBJECTION. — Mais, dira-t-on, comment *délimiter ce quatrième jour* ? Pour la loi de 98,

c'est facile. Chacun sait que l'accident a eu lieu tel jour à telle heure ? Ici, sur quoi tabler ? Le premier jour *vrai* pourra toujours être déclaré le quatrième, et, par suite, la disposition prévue, de suppression du « petit risque » deviendrait en pratique, inopérante.

Il y a deux cas à considérer. S'il s'agit d'un travailleur, l'*interruption de son travail* servira de base, cela va tout seul, dans la plupart des cas. Par contre, s'il s'agit d'une femme, d'ordinaire sans profession ou d'un enfant, ou même d'un chômeur, quelle base, préfixe, non sujette à discussion, aura-t-on ? Je vois cette base, toute trouvée dans *la première visite du médecin*, à la date *certifiée* par lui. On objectera que rien n'empêche le médecin d'antidater de quatre jours son certificat de première visite pour plaire à son client, de façon à tourner la loi. Qu'on réfléchisse donc que, ce qui l'en empêchera, ce sera d'abord sa probité professionnelle et ensuite (car il faut tout supposer, même le manque de cette barrière morale) le danger pour lui d'engager sa responsabilité et de se faire le complice de ce qui n'est autre chose, en somme, qu'une tentative d'escroquerie contre la Caisse d'assurance. Et ce danger sera réel. Que le malade paye, lui-même, directement son médecin ou que celui-ci soit payé par la Caisse, celle-ci qui, en fin de compte, sera toujours le « tiers-payant » ne manquera pas, en cas de doute et de suspicion, de *contrôler* ses débours par des visiteurs, des médecins à elle, ne fût-ce même que par les voisins qui, cela se voit dans les Mutualités, sont les premiers à signaler la réalité des faits. La délimitation des quatre premiers jours sera donc possible.

3e OBJECTION. — Comment délimiter les quatre premiers jours, quand il s'agira de *chroniques*, alors que la maladie se prolonge, de mois en mois, avec des rémissions ,ou avec des séries de visites espacées ?

Deux cas d'espèce encore, sur ce point. En cas de *poussée aiguë* d'une maladie chronique, nous rentrons dans la règle générale : Après 4 jours d'interruption de travail, le malade a droit aux allocations et aux frais de traitement. Mais, si le bénéficiaire n'est jamais alité, s'il a seulement besoin de voir son médecin, de temps à autre, toutes les semaines, tous les 15 jours, par exemple, avec cette disposition des quatre jours, il ne pourrait jamais, tout en payant sa cotisation, profiter des avantages de la loi, en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques ?

Objection très sérieuse. Cas particulier pour lequel il convient, cela se conçoit, d'établir un *modus vivendi* spécial. Et cela d'autant plus que, pour les tuberculeux, par exemple, qui ne sont pas rares, hélas ! ce cas risque de se présenter encore assez souvent. Là, je ne vois pas d'autre moyen qu'une *entente* entre la Caisse et le malade, ou plutôt, en pratique, entre un médecin désigné par la Caisse et le médecin traitant, de façon à assurer, au « chronique », la *continuité des soins gratuits.... en des cas nettement spécifiés*. Il serait entendu, par exemple, que pour tout ce qui a rapport à son « affection tuberculeuse » *tel* chronique aura *toujours* droit au médecin, sans que fonctionne la règle des 4 jours. Par contre, il rentrerait dans la loi commune pour toute autre indisposition passagère. Il en serait de même, en somme, que pour la maladie causale de la pension pour les pensionnés de guerre. Et cette reconnaissance de « maladie chronique » serait bien facile, en pratique, puisqu'il suffirait, pour l'établir, officiellement, d'une simple consultation entre deux confrères : le médecin traitant et le médecin désigné, dans ce but, par la Caisse.

***

Telles sont, je pense, les objections les plus sérieuses qu'on puisse faire à la suppression du « petit risque », S'il en est d'autres, c'est à nous, praticiens, de les chercher, et si on nous en présente d'autres encore, de nous efforcer de les résoudre. Commencons d'abord par en causer, entre nous, étudier cette question dans nos syndicats et poser ensuite, d'un commun accord, une ligne de conduite.

Puis, quand nous en aurons établi les bases *techniques*, c'est alors qu'il appartiendra aux représentants de nos groupements professionnels d'en exposer l'utilité et les avantages non seulement aux parlementaires, mais aussi —surtout et avant tout — aux premiers intéressés, c'est-à-dire aux bénéficiaires de la future Loi assurance-maladie, et, en pratique, à leurs représentants professionnels autorisés.

Nous aurons ainsi exercé nous-mêmes, une *action professionnelle légitime*, basée sur notre expérience de médecins praticiens. En supprimant ainsi, par cette modalité à propos du « petit risque », la presque totalité des dangereux *abus* possibles et prévisibles dans cette loi d'assurance-maladie, nous n'aurons fait que rendre celle-ci plus saine, plus forte, plus opérante, dans l'intérêt même des futurs bénéficiaires. Au point de vue matériel et moral, nous aurons ainsi rendu un signalé service à la Nation tout entière. De plus, en une récompense bien justifiée, nous aurons, en même temps, rendu service au corps médical, qui serait également victime de ces abus, dans l'exercice de sa profession — et peut-être dans son honneur.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. : 600.

LES CERTIFICATS DE DÉCÉS EN CAS DE CRIMES OU DE SUICIDES

La presse politique fait actuellement grand bruit autour d'une instruction criminelle : le décédé s'est-il tué, ou a-t-il été assassiné par sa femme ?

Or, deux médecins ont été mêlés à cette affaire : ils ont donné leurs soins à la victime et l'un d'eux, dans la clinique duquel le blessé a succombé, a porté, dans son certificat, comme cause de la mort, le diagnostic « œdème pulmonaire ».

Bien entendu, procureur de la République et juge d'instruction font ce qu'ils peuvent pour faire parler les médecins et leur arracher leur secret. De la déposition d'un des praticiens peut résulter la mise en liberté de l'inculpée, ou au contraire sa mise en accusation pour assassinat.

L'opinion publique se montre très divisée : les uns estiment que le médecin est un citoyen comme les autres et qu'il a le devoir civique de dire à la justice tout ce qu'il sait, pour que le crime puisse ne pas rester impuni.

D'autres, au contraire, disent que dans un souci supérieur d'ordre public, le Code pénal a voulu imposer le silence le plus absolu aux médecins traitants.

En accomplissant leur mission sociale, qui est celle de guérir, les docteurs sont dépositaires volontaires ou involontaires de choses secrètes : ils doivent garder le silence, sans même avoir à se demander si ces choses, qu'ils ont apprises, ou surprises sont, ou non, secrètes de leur nature.

Cette question de la certification des décès, ou de la déposition en justice du médecin traitant, revient assez souvent sur le tapis. L'hiver dernier, nous avons fait partie d'une commission, instituée au Ministère de l'Hygiène, commission dont le but était de trouver le *modus faciendi*, pour que le médecin traitant puisse dévoiler le diagnostic exact des causes de décès, sans violer le secret professionnel. En l'espèce, il s'agissait d'avoir la possibilité d'établir des statistiques, devant permettre de combattre la mortalité et la morbidité, par maladies contagieuses, ou autre cause sociale, comme le cancer.

Après plusieurs séances, il fut impossible de trouver la solution convenable, surtout après que le ministre de la Justice eut fait savoir qu'il considérait comme coupable de violation du secret professionnel le médecin dont une déclaration de décès aurait été surprise par un tiers et divulguée au dehors.

Faisant une juste application de l'article 378 du code pénal, la jurisprudeace oblige le médecin traitant à se taire, car seule une loi peut défaire ce qu'une loi précédente a établi.

Certains diront que le médecin relève surtout de sa conscience et que, seul, il doit savoir s'il doit taire les événements, dont il a été le témoin ou le confident, au cours de l'exercice de ses fonctions.

Nous répondrons hardiment ; non, le médecin n'a pas à se faire juge de sa conduite, lorsque la loi lui donne des ordres. L'article 378 du code pénal nous oblige à nous taire : taisons-nous. La loi du 30 novembre 1892, puis celle du 15 février 1902 nous ordonnent de déclarer les maladies contagieuses : obéissons, mais dans les formes prescrites par ces lois, qui dérogent, pour un cas particulier seulement, à la loi générale contenue dans le Code pénal.

Cette garantie du secret inviolable permet au malade, ou au blessé, de se confier en toute sécurité à son médecin traitant, pour que celui-ci fasse l'impossible pour le tirer d'affaire.

Aux magistrats enquêteurs d'établir leur conviction de culpabilité par tous moyens qu'ils jugeront utiles, mais sans mettre le médecin en demeure d'avoir à choisir entre sa conscience et les ordres donnés par la loi.

Je vais même plus loin : devant les magistrats enquêteurs, le médecin doit d'abord déférer à la réquisition qu'il a reçue d'avoir à comparaître ; mais il doit, avant toute chose, déclarer qu'il ne parlera pas, lié qu'il se considère par le secret professionnel. Il ne faut pas que le praticien se croie autorisé de répondre sur certains points et pas sur d'autres : il ne peut connaître la valeur ni la portée de ses réponses et, alors qu'il a cru rester neutre, il aura pu devenir un accusateur, pour l'une des parties en cause, ses déclarations ayant pu contredire celles précédemment faites par l'accusateur, ou par l'accusé.

Cependant, la question du certificat de décès est de nouveau posée devant l'opinion publique. Nul doute qu'elle n'aura sa répercussion au Parlement, sous forme de proposition de loi, ou de question écrite, posée au Ministre de la Justice, par l'intermédiaire du *Journal officiel*.

Disons de suite que la jurisprudence n'a pas varié, dans son interprétation de l'article 378 du Code pénal. Cette règle du silence est générale et absolue (Cassation, 9 novembre 1901, D. 1902, 1, 235) : elle ne peut être violée, même lorsqu'il y a de graves intérêts en cause. Voir au surplus la revue générale que nous avons publiée sur le secret professionnel, dans le *Concours Médical* 1922, p. 1742 et suivantes.

Nous estimons donc que la loi fait un impérieux devoir à nos confrères de Lannion d'avoir à se taire, au sujet de ce qu'ils ont pu apprendre, ou surprendre, lorsque, médecins traitants, ils ont donné leurs soins à la victime de ce terrible drame.

Mais, reproche qui est formulé contre un de nos confrères : il a rédigé un certificat de décès

incomplet, erroné. D'après cette pièce, le blessé aurait succombé à un œdème pulmonaire, et non aux coups de feu qu'il a reçus, ou à l'occasion desquels se serait produit cet œdème pulmonaire.

Il est évident que, dans les villes où il n'existe pas de médecin de l'état civil, la certification des causes du décès est demandée au praticien qui a donné ses soins au *de cujus*.

C'est une pratique déplorable en soi : ou le médecin est parfois obligé de violer le secret professionnel et de se porter dénonciateur, en révélant des faits qu'il a appris dans l'exercice de sa profession ; ou bien, en refusant le certificat, il sera indirectement dénonciateur, en attirant ainsi l'attention de l'officier de l'état civil sur ce décès, dont la cause est suspecte ; ou, enfin, il altèrera la vérité, dans son certificat, ou n'en dira qu'une partie.

Pas plus que tout autre citoyen, le médecin ne devrait ainsi être mis en présence du choix à faire entre son devoir et son intérêt. Et dans ce beau pays de France, où l'on cherche surtout à éviter les histoires, ce sont souvent les officiers d'état civil, qui disent aux médecins traitants de délivrer des certificats plus ou moins veridiques, pourvu que la forme soit respectée et que la quiétude de chacun ne soit pas troublée.

Nous n'en voulons comme exemple que les déclarations de maladies contagieuses qui, souvent, affolent les maires, qui les reçoivent, parce que l'administration départementale d'hygiène fera faire enquêtes sur enquêtes, faute d'avoir des moyens plus utiles pour enrayer efficacement l'épidémie.

Dans un prochain article, nous étudierons cette question de la déclaration des décès, en nous basant sur la jurisprudence actuelle.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. : 5224

A PROPOS DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

Les dispensaires antituberculeux sont à l'ordre du jour, et je lis avec intérêt ce qui les concerne, puisque nous subissons également ici un de ces établissements. C'est ainsi que j'ai trouvé très intéressant l'article du Dr Henri Chatinière dans le *Concours* du 17 août, et je viens de lire avec plaisir le résumé impartial du Dr Félix Regnault dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* de juillet. Mais je n'ai pas vu exposé jusqu'à présent ce qui me semble le vrai remède à l'antagonisme existant entre les dispensaires et le Corps médical. Quels sont donc les faits qui motivent l'hostilité des confrères contre la conception étatiste de la lutte antituberculeuse ?

La réponse, c'est ce que me disait dernièrement un confrère de la ville à propos d'un malade que j'avais envoyé au dispensaire : « Ne fais jamais cela, car tu ne reverras plus tes malades, j'en ai perdu une vingtaine de cette façon ». Et cela est vrai, car moi aussi j'en ai perdu de même. La chose est facile à comprendre : le malade envoyé au dispensaire y trouve un spécialiste, pour lui un grand médecin qui connaît mieux sa maladie que son médecin traitant. Et puis, on lui fait gratuitement l'examen de ses crachats et son examen aux rayons X. Alors pourquoi retourner chez son médecin traitant, puisque, à prix égal, il peut aller consulter chez lui ou faire venir à son domicile ce spécialiste qui pratique également la médecine en ville et qui lui fera faire gratuitement ses examens au dispensaire !

D'autre part, certains administrateurs de l'établissement et certaines dames visiteuses s'en font les rabatteurs, faisant miroiter au malade qu'il sera vu par un spécialiste, qu'on lui fera ses examens gratuitement et qu'au besoin on l'enverra dans un sanatorium pour rien ou presque rien. Et alors, on ne le revoit plus et on n'entend plus parler de lui. Et c'est ainsi qu'on recommence des examens qui avaient déjà été faits par le médecin traitant, examens gratuits, alors que souvent le patient pourrait en supporter les frais. Mais tout le monde sait, depuis le Congrès de Strasbourg, que les médecins traitants ne savent rien en fait de tuberculose, et que seuls comptent les spécialistes qui le sont devenus après trois mois ou trois semaines de cours à Paris.

Ce sont ces Dames visiteuses qui sont chargées de faire la prophylaxie à domicile, ce qui est utile certes, mais insuffisant tant qu'on n'aura pas supprimé les deux grands pourvoyeurs de la tuberculose, le taudis et l'alcoolisme. Et ces Dames, qui devraient être des auxiliaires du médecin traitant, ne peuvent-elles, certaines du moins, se laisser entraîner tout doucement à prôner le médecin de leur choix au détriment de ce médecin traitant ? Espérons que c'est exceptionnel. Mais il n'en est pas moins vrai que la possibilité de tous les inconvénients précités entraîne, de la part du Corps médical, une suspicion qui empêche une collaboration franche avec le Dispensaire. Et cela au détriment de certains malades qui pourraient, si les choses étaient autrement, profiter des avantages que le Dispensaire serait susceptible de leur procurer : soustraction des enfants à la contagion au moyen de l'Œuvre Grancher, envoi de malades capables d'en bénéficier dans un sanatorium. Combien donc le Dispensaire pourrait être plus efficace qu'il n'est s'il avait la collaboration du Corps médical. Que faudrait-il pour cela et que devrait être le Dispensaire ?

Au lieu de vouloir jouer le premier rôle, ce qu'il ne peut faire qu'en éliminant le médecin traitant, il devrait être l'auxiliaire de ce dernier. Un malade ne

peut-il faire les frais d'examens nécessités par un diagnostic douteux, un autre non douteux ne peut-il faire les frais d'analyses de crachats successives reconnues nécessaires, un autre ne peut-il supporter les frais d'hospitalisation dans un sanatorium, un autre n'est-il pas assez riche pour placer ses enfants loin de la contagion ? Le médecin traitant enverrait tous ces cas au Dispensaire si les conditions suivantes d'une collaboration nécessaire pour être utile se trouvaient réalisées. Et nous voici donc aux remèdes à proposer à l'état de chose actuel.

La collaboration étroite et sans arrière-pensée du Corps médical avec le Dispensaire me semble pouvoir se faire aux deux conditions suivantes :

1° Il faudrait qu'aucun malade ne fût admis au Dispensaire s'il n'est envoyé par un médecin, de façon à éliminer les malades aisés et l'action des rabatteurs ;

2° Il faudrait surtout qu'*il fût interdit au médecin du Dispensaire de faire de la clientèle.* A cet effet, il devrait toucher un fixe suffisant de la part des organisations qui l'emploient.

Et il aurait certes assez à faire au Dispensaire dont la clientèle augmenterait rapidement grâce à l'action des médecins traitants.

Voilà, à mon avis, les deux conditions nécessaires et suffisantes pour entraîner une collaboration efficace du Corps médical avec le Dispensaire. Si ces deux conditions ne sont pas réunies, le Dispensaire marchera à côté du Corps médical et souvent en hostilité avec lui et il faillira à la tâche pour laquelle il a été créé, car beaucoup de malades qui seraient de son ressort lui échapperont grâce à cette hostilité des médecins traitants, méfiants souvent à juste titre.

Rien ne sert de délayer les choses, il faut les dire carrément telles qu'elles sont pour en tirer la conclusion utile. Donc ou la lutte contre les fléaux sociaux se fera complète et efficace avec la collaboration du Corps médical, ou se fera partiellement et avec des résultats incomplets, en dehors de lui.

Qu'en pensez-vous, confrères du *Concours* et médecins praticiens intéressés ?

Excusez cette longue lettre, mais une idée, si petite soit-elle, fait quelquefois son bonhomme de chemin, se grossit en route et apporte des résultats imprévus d'abord.

Dr Bottemer

R. H. M. S. : 7020.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1923.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1923 : vous pouvez considérer comme normal le fonctionnement de la Société pour cette année et je puis suivre, pour l'exposé de mes comptes, l'ordre que j'ai adopté l'an dernier.

SECTION I

Indemnité Maladie-Accident

Cette Section comporte trois combinaisons B, MA et MAD : les deux premières ont un compte commun et leur avoir n'est séparé que par un jeu d'écritures, la troisième a un compte entièrement distinct.

Bien que nous ayons au cours de l'exercice perdu 38 membres, savoir : 19 décès, 11 sorties par âge, 5 démissions, 2 radiations et 1 départ d'Europe, la situation au 31 décembre 1923 reste la suivante :

263 membres inscrits à la combinaison ; B
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
1.013 membres inscrits à la combinaison MA ;
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 MA ;
161 membres inscrits à la combinaison MAD ;
259 membres inscrits à la combinaison 1/2 MAD.

COMBINAISONS MA ET B.

Avoir général au 31 décembre 1922			616.306 37
Recettes de l'année 1923 :			
Cotisations		122.689 75	
Intérêts		28.234 78	
Boni sur remboursements de valeurs (1)		1.311 94	167.246 47
Remboursement à B		5.000 »	
Remboursements à MA		10.010 »	
			783.552 84
Dépenses de l'année 1923 :			
Indemnités-maladie			97.991 10
Reste avoir			685.561 74
représentés par :			
1° Portefeuille valeur de 1922		604.638 01	
Moins remboursements	15.288 98		538.834 03
et réalisations	50.515 »	65.803 98	
Plus achats de 1923			137.103 90
			675.937 93
2° Espèces à la Société Générale		12.739 38	
moins dû au trésorier		3.115.57	9.623 81
Total égal			685.561 74
se répartissant de la manière suivante :			
Combinaison B.		184.165 08	
Combinaison MA		501.396 66	
		685.561 74	

COMBINAISON MAD.

Avoir général au 31 décembre 1922				32.282 50
Recettes de l'année 1923 :				
Cotisations			54.631 15	
Intérêts			3.073 14	57.789 32
Boni sur remboursement de valeurs (2)			85.03	
				90.071 82
Dépenses de l'année 1923 :				
Indemnité-maladie				16.686 65
Reste avoir				73.385 17
représentés par :				
1° Portefeuille, valeur de 1922	27.610 65	78.714 25		
plus achats de 1923	51.103 60			
moins remboursements	1.904 72			46.089 53
et réalisations	30.720 »	32.624 72		
2° Espèces en caisse		12.518 70		
Espèces à la Société Générale		14.776 94		27.295 64
Total égal				73.385 17

(1)

2 Obligations Grand Central	remboursées à	950 75	achetées	867 68	boni	83 07
1 Obligation Est ancienne	—	475 96	—	438 95	—	37 01
4 Obligations Midi anciennes	—	1.911 19	—	1.783 82	—	127 37
1 Obligation Tunisienne 1892	—	497 25	—	480 52	—	16 73
10 Obligations Industriels Alsaciens	—	4.975 75	—	4.750 »	—	225 75
1 Obligation Ville de Paris	—	490 98	—	410 80	—	80 18
12 Obligations Midi nouvelles	—	5.806 79	—	5.171 16	—	635 63
3 Obligations Industrie sucrière	—	1.492 25	—	1.386 05	—	106 20
		16.600 92		15.288 98		1.311 94

(2) 4 obligations Grosse métallurgie remboursées à 1.989 f. 75, achetées 1.904 fr. 72. Boni 85 fr. 03.

SECTION II

Pensions de Retraite

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la retraite à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Leur recrutement s'est opéré dans des conditions satisfaisantes, aussi, bien que nous ayons perdu trois membres dont un par décès, et deux par démission, comptons-nous au 31 décembre 1923 :

191 membres inscrits à la Combinaison P ;
242 membres inscrits à la Combinaison R.

Combinaison P.

Avoir général au 31 décembre 1922		357.810 43
Recettes de l'année 1923 :		
Cotisations	66.547 10	89.161 36
Intérêts	22.614 26	
Total		446.971 79
représentés par :		
1° Portefeuille, valeur de 1922	345.410 49	337.305 49
moins réalisations	8.105 »	
plus achhats de 1923		94.528 20
		431.833 69
2° Espèces en caisse	1.613 92	15.138 10
Espèces au Crédit Lyonnais	13.514 18	
Total égal		446.971 79

Combinaison R.

Avoir général au 31 décembre 1922			646.133 92
Recettes de l'année 1923 :			
Cotisations		49.599 30	
Intérêts		34.931 87	
Boni sur remboursements de valeurs (1)		3.924 96	88.456 13
			734.590 05
Dépenses de l'année 1923 :			
Pensions		3.600 »	5.453 »
Remboursements de cotisations		1.853 »	
Reste avoir			729.137 05
représentés par :			
1° Portefeuille, valeur de 1922		640.253 59	591.162 51
moins remboursements	28.456 08	49.091 08	
et réalisations	20.635 »		
plus achats de 1923			126.014 45
			717.176 96
2° Espèces en caisse		378 55	11.960 09
Espèces au Crédit Lyonnais		11.581 54	
Total égal			729.137 05

(1)

64 Obligations Ouest nouvelles	remboursées	31.417 92	achetées	27.649 28	boni	3.768 64
2 Obligations P. L. M. nouvelles	—	963 12	—	806 80	—	156 32
		32.381 04		28.456 08		3.924 96

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

La troisième section ne comporte que la Combinaison V.

Cette Combinaison se recrute toujours fort lentement. Elle a perdu un membre par décès, et au 31 décembre 1923, elle comptait 50 membres.

Le nombre des veuves pensionnées est actuellement de six.

COMBINAISON V.

Avoir général au 31 décembre 1922			147.977 17
Recettes de l'année 1923 :			
Cotisations		14.236 20	
Intérêts		7.918 33	23.896 72
Boni sur remboursements de valeurs (1)		1.742 19	
			171.873 89
Dépenses de l'année 1923 :			
Pensions			3.140 »
Reste avoir			168.733 89
représentés par :			
1° Portefeuille, valeur de 1922		143.019 10	
moins remboursements	5.515 15	6.485 15	
et réalisations	970 »		136.533 95
plus achats de 1923			21.859 30
			158.393 25
2° Espèces en Caisse		2.360 14	10.340 64
Espèces au Comptoir National d'Escompte		7.980 50	
Total égal			168.733 89

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir général au 31 décembre 1922			20.331 93
Recettes de l'année 1923 :			
Intérêts		1.663 48	
Dons		75 00	2.170 33
Amendes		196 »	
Remboursements d'avances		235 85	
			22.502 26
Dépenses de l'année 1923 :			
Allocations à des sociétaires	57 30	180 05	
Avances à des sociétaires	122.75		215 05
Moins-value sur valeurs réalisées		35 »	
Reste avoir			22.287 21
représentés par :			
Portefeuille : 30 Bons du Trésor 6 %, janvier 1923		14.850 »	20.565 »
6 Bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an		5.715 »	
Espèces en caisse		1.393 73	1.722 21
— à la Société Générale		328 48	
Total égal			22.287 21

(1)

9 obligations P. L. M. anciennes	remboursées	4.360 20	achetées	3.339 85	Boni	1.020 35
5 obligations Nord anciennes	—	2.418 32	—	1.765 20	—	653 12
1 obligation Ouest ancienne	—	478 82	—	410 10	—	68 72
		7.257 34		5.515 15		1.742 19

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1922 :

Espèces en caisse	1.027 21	5.474 31
Espèces à la Société Générale	4.447 10	

Recettes de l'année 1923 :

Cotisations	30.069 »	35.259 35
Intérêts	318 10	
Recouvrements, rappels et timbres	2.972 25	
Droits d'entrée	1.900 »	
		40.733 66

Dépenses de l'année 1923 :

Frais de poste	914 35	34.242 55
Frais d'envoi d'argent	379 20	
Timbres quittances	885 »	
Frais de recouvrements et rappels	581 70	
Frais de Banque	909 90	
Matériel	560 95	
Impressions	1.141 35	
Frais d'examens	1.660 »	
Frais de bureaux, aides, déplacements	4.600 »	
Secrétaire général	3.000 »	
Trésorier	4.000 »	
Remboursement à la combinaison B	5.000 »	
Remboursements à la combinaison MA	10.010 »	
Frais de propagande	600 10	
Reste avoir		6.491 11

représentés par :

Espèces en caisse	72 16
Espèces à la Société Générale	6.418 95
Total égal	6.491 11

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Crédit	Débi	Totaux
Combinaisons M A et B	675.937 93	12.739 38	»	»	3.115 57	685.561 74
Combinaison M A D	46.089 53	14.776 94	12.518 70	»	»	73.385 17
Combinaison P	431.833 69	13.524 18	1.613 92	»	»	446.971 79
Combinaison R	717.176 96	11.581 54	378 55	»	»	729.137 05
Combinaison V	158.393 25	7.980 50	2.360 14	»	»	168.733 89
Caisse auxiliaire	20.565 »	328 48	1.393 73	»	»	22.287 21
Compte de gestion	»	6.418 95	72 16	»	»	6.491 11
	2.049.996 36	67.349 97	18.337 20	»	3.115 57	2.132.567 96

Les comptes dans les Banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société Générale* pour la première section, la Caisse Auxiliaire et le Compte de Gestion ;
au *Crédit Lyonnais* pour les combinaisons P et R ;
au *Comptoir National d'Escompte* pour la Combinaison V.

Messieurs,

Ce bilan vous montre que la prospérité de la Mutualité Familiale va toujours croissant et qu'elle peut, en toute conscience comme en toute confiance, être recommandée au Corps médical pour lequel elle a été créée.

Le Trésorier, A. GASSOT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Chaire d'hygiène.** — Un cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire, cours organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, sera fait par M. le professeur Léon Bernard et avec la collaboration de MM. Robert Debré, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux ; Vallée, directeur du laboratoire des recherches du ministère de l'Agriculture ; Ameuille, H. Albron, Lædericn, médecins des hôpitaux ; Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec ; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec ; Baron, Bigart, Salomon, assistants du dispensaire Léon Bourgeois ; Vitry, assistant à l'école de puériculture de la Faculté de médecine ; G. Guinon, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Ce cours aura lieu du 6 octobre au 1er novembre 1924. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 5 h., au laboratoire d'hygiène de la Faculté ,et des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements antituberculeux seront faites le 1er et le 2 novembre.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 fr.

Le Comité national de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris, pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des Champs, Paris (VIe).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis, et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Programme des leçons. — 1. M. Léon Bernard. L'infection tuberculeuse et l'immunité tuberculeuse. — 2. M. Robert Debré. Le bacille de Koch. — 3. M. Robert Debré. La tuberculine et ses applications à la clinique. — 4. M. Vallée. L'infection tuberculeuse chez les animaux. — 5. M. Robert Debré. Etiologie et pathogénie de l'infection tuberculeuse chez l'homme. — 6. M. Ameuille. Les lésions de la tuberculose humaine. — 7. M. Léon Bernard. Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire : formes chroniques. — 8. M. Léon Bernard (*suite*). Formes aiguës. — 9. M. Léon Bernard. Les signes stéthacoustiques de la tuberculose pulmonaire. — 10. M. Maingot. Examen radiologique du poumon tuberculeux. — 11. M. Salomon. Valeur des signes fonctionnels et généraux pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire. — 12. M. Lædericn. La fièvre des tuberculeux. — 13. M. Lædericn. Les hémoptysies tuberculeuses. — 14. M. Bigard. La tuberculose pleurale. — 15. M. Bourgeois. La tuberculose laryngée. — 16. M. Robert Debré. La tuberculose des nourrissons. — 17. M. Vitry. La tuberculose de la seconde enfance. — 18. M. Vitry. Le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire. — 19. M. Halbron. Traitement médicamenteux et médications dites spécifiques. 20. M. Léon Bernard. Pneumothorax thérapeutique. — 21. M. Léon Bernard. Les facteurs sociaux de la tuberculose. — 22. M. Léon Bernard. La prophylaxie sociale de la tuberculose. — 23. M. Baron. Fonctionnement du dispensaire. — 24. M. Léon Bernard. La législation antituberculeuse.

Exercices pratiques. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examenr radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire et de la préservation de l'enfance.

— **Enseignement oto-rhino-laryngologique.** (Hôpital Saint-Joseph). — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du Service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert Let Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante :

Consultation : mardi, jeudi, samedi à 10 heures.
Opérations : vendredi à 10 heures.
Petites interventions : lundi, mercredi à 10 heures.
Pansements : tous les matins à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologie en neuf leçons sera fait les mardi, jeudi, samedi à 9 heures du mardi 4 novembre au samedi 22 novembre.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :

1° Un aperçu théorique avec schémas, dessins et pièces osseuses ;

2° L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Le nombre des places est limité à 12.

Un certain nombre d'élèves pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Droit d'inscription : 60 fr.

S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 3, rue Pierre-Larousse.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

2224. — Patente de médecin et de directeur de maison de santé.

Je suis chirurgien exerçant et en même temps directeur d'une « Maison de santé » (malades aisés) et d'une « Clinique » (malades peu fortunés). Ces deux établissements reçoivent en plus de mes malades personnels ceux de quelques confrères à qui j'offre l'hospitalité et avec qui je n'ai aucun autre engagement que ceux élémentaires d'une bonne confraternité. Pour ces maisons, je paye donc le chiffre d'affaires.

En outre, dans ces maisons, il n'y a aucune consultation, aucun cabinet privé où il soit donné d'une façon régulière des consultations. Celles-ci sont données au domicile personnel de chaque médecin ; en ce qui me concerne, à plus de 1500 mètres de mes maisons de santé ! Or, l'an dernier on m'a imposé, pour la patente, d'après le tableau D, à raison du 12e sur la valeur locative aussi bien à mon domicile qu'à mes maisons de santé.

Je protestai aussitôt par lettre ci-jointe sur papier timbré à M. le préfet. Jusqu'ici point de réponse !

Cette année je viens de recevoir les feuilles d'imposition d'après lesquelles je suis taxé toujours au 12e pour mes maisons de santé et au 20e pour mon appartement.

N'ai-je pas le droit d'exercer deux professions, médecin-traitant et directeur de cliniques ? Si oui, ne dois-je pas être imposé à raison du 12e pour mon appartement privé et du 50e seulement pour mes maisons de santé ?

A qui dois-je m'adresser pour avoir la solution donnée à ma réclamation de l'an dernier ? Devrai-je écrire à qui de droit sur papier timbré et mettre un timbre pour la réponse ?

Dois-je protester à nouveau pour l'erreur de cette année ? A quel tableau appartient la taxe du 50e ?

D^r X.

Réponse.

Nous estimons que l'imposition à la patente doit-être établie comme suit :

1° Sur votre habitation.

Si vous exercez votre profession de chirurgien en dehors de votre maison de santé ou si vous avez chez vous un cabinet de consultation : droit proportionnel au 15e en qualité de chirurgien.

Dans le cas contraire, droit proportionnel au 20e en qualité de « tenant une maison particulière de santé » ;

2° Sur chacune de vos maisons de santé.

En qualité de tenant une maison de santé, droit fixe suivant le tarif et droit proportionnel au 50e.

Votre pétition au préfet doit être renouvelée pour 1924 et pour les années suivantes, tant que vos impositions ne seront pas établies comme il est indiqué ci-dessus.

Pour savoir où en est l'instruction de votre réclamation, voyez le Contrôleur des contributions directes.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

2300. — Pansement de doigts.

Dans l'article 17 du tarif Breton, il est dit que les pansements multiples, sur un même segment de membre (AUTRE QUE DOIGTS ET ORTEILS) sont tarifés 15 fr. ; que signifie exactement cette restriction pour les doigts et orteils ?

En particulier comment tarifer les pansements de *trois doigts*, par exemple, de la même main ; faut-il demander trois pansements à 7 fr. ou pansements multiples à 15 ou un seul pansement à 7 fr.

Dr B.

Réponse.

On me demande souvent une explication sur les pansements de doigts. Je vais résumer les deux cas qui peuvent se présenter.

a) On ne peut *jamais* compter *plusieurs* pansements pour divers doigts de la même main puisqu'ils sont tous sur « un même segment de membre ».

b) Il y a « pansement *simple*, compris dans le prix de la visite ou consultation », quand les plaies sont superficielles, y eut-il 3 ou 4 doigts de touchés.

c) Il y a « pansements multiples : 15 fr. » quand plusieurs doigts présentent des plaies profondes.

F.D.

Application du Tarif Maginot

2467. — Forfait et emploi du carnet.

Une circulaire ministérielle récente interdit aux médecins d'administration militaire (arsenaux, poudres, etc.) ayant passé une convention à forfait avec ladite administration, de faire usage de carnets de soins gratuits pour les soins à donner aux pensionnés de guerre au titre de l'article 64.

Médecin d'un arsenal militaire depuis 3 ans, j'avais pressé plusieurs fois l'administration de règler cette question délicate. Elle vient de l'être, mais d'une façon imparfaite.

Avant la circulaire, le plus souvent, les pensionnés de l'arsenal venaient spontanément à mon cabinet particulier pour leurs soins gratuits (et ceci afin de me mettre à l'aise eu égard à un scrupule).

Maintenant que je ne veux plus voir la couleur de leur carnet à l'arsenal, désirant garder mes soins librement choisis par eux, ils viennent exclusivement à mon cabinet.

Ai-je le droit de me servir de leur carnet et d'uti-

liser la fiche de consultation *dans mon cabinet chez moi* ? Si oui, rien de changé pour moi. Si non, comment faire ? Dr P.

Réponse.

A la suite d'une demande d'avis présentée par le Ministre, la Commission supérieure a décidé que tout médecin ayant passé une convention à forfait avec une administration, ne pourrait *jamais*, même dans son cabinet, se servir des carnets des pensionnés de guerre pour tout employé de la dite administration dont les soins médicaux relèvent du forfait consenti, car, a-t-on dit en séance « ce serait ainsi toucher des deux mains ». F.D.

NOTE DE PRATIQUE JOURNALIÈRE

L'hypertension de l'âge critique. Son traitement

Dans un ouvrage récent sur « l'hypertension artérielle », MM. Lian et Finot insistent sur l'hypertension de l'âge critique.

Entre 45 et 55 ans, l'organisme, disent-ils, entre dans un passage, périlleux quelquefois, presque toujours incommode. Chez la femme, c'est la période de la ménopause avec tous ses accidents, si souvent décrits ; chez l'homme, cette période de transformation génitale est moins tapageuse, mais ses retentissements sur l'organisme tout entier ne se font pas moins sentir, et, dans les deux cas, on doit considérer l'hypertension comme l'élément fondamental de la pathologie de l'âge critique.

Les sujets qui ont atteint la cinquantaine présentent, sinon tous, au moins en grande majorité, une pression artérielle supérieure à celle des hommes de trente ans. D'autre part, la sclérose rénale est une compagne habituelle de l'hypertension et il est fréquent de voir coexister aussi avec elles, mais en général plus tardivement, un certain degré de sclérose artérielle (Lian).

D'ordinaire, l'artério-sclérose apparaît après les deux premières, mais il existe des liens très intimes entre ces trois ordres d'accidents : hypertension, néphrosclérose, artério-sclérose et elles constituent un ensemble que Lian dénomme élégamment « automnose ».

Dans l'apparition de ces phénomènes morbides, il est juste de faire une part aux déficiences de sécrétions endocrines ; les troubles provoqués par l'ablation chirurgicale de l'utérus et des ovaires le démontrent d'une façon nette ; mais il ne faut pas exagérer cette influence et faire également la part de la répercussion sur l'organisme des affections antérieures, des intoxications plus ou moins périodiques, du sur-

menage intellectuel et physique, en un mot de l'usure de l'organisme arrivé à la période de déclin de son activité.

En définitive, à cette période, le système nerveux surmené est hyperexcitable ; en particulier, le système sympathique exagère ses réactions sur les divers appareils ; le muscle cardiaque est forcé de fournir un travail exagéré par suite de la résistance artérielle qu'il a à vaincre en raison de la diminution d'élasticité et de la contracture spasmodique des fibres musculaires vasculaires ; les organes glandulaires d'élimination, en particulier le foie et le rein, accomplissent imparfaitement leur travail d'élimination ; l'état de l'individu et sa nutrition se ressentent forcément de ces perturbations et c'est ainsi que l'artério-sclérose s'installe sur l'hypertension.

La restriction alimentaire, surtout en aliments azotés, une hygiène morale et physique bien comprise peuvent évidemment enrayer l'évolution de ce syndrome morbide ; mais il est nécessaire également de réduire l'hyperexcitabilité du sympathique, de tonifier le muscle cardiaque, de faire cesser le spasme vasculaire périphérique, d'améliorer la dépuration urinaire.

Pour cela il suffit d'employer la Guipsine, à la dose d'entretien de 3 à 4 pilules par jour, par cures de 15 à 20 jours consécutifs. Les glucosides, l'alcaloïde, l'inosite qu'elle renferme constituent une association qui répond à cette quadruple indication et les nombreuses observations de Gaultier, de Huchard, de Pic et de leurs élèves en France, de Fedeli, de Fubini, de Tobler à l'étranger, montrent nettement que sous son influence la tension sanguine s'abaisse progressivement, la diurèse chlorurée et azoturique s'accroît et les divers symptômes de l'hypertension et de l'artério-sclérose disparaissent peu à peu. C'est le véritable médicament de l'âge critique.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 septembre.

Commission supérieure de contrôle des soins aux mutilés de guerre. — M. Blanchon, chef de bureau au Ministère des Finances, a été désigné pour faire partie de la Commission supérieure, pendant l'année 1924, comme membre suppléant, en remplacement de M. Fichet.

27 septembre.

Frais de justice criminelle. — *Décret du 16 septembre 1924, relatif aux frais de justice criminelle, correctionnelle et de simple police à la Martinique, à la Guadeloupe, et à la Réunion.*

Nous donnons ci-après le texte de la partie de ce décret qui a rapport aux expertises médicales, texte qui se rapproche de celui du Décret du 5 octobre 1920, qui réglemente, pour la France, les frais de justice criminelle.

CHAPITRE II

DES EXPERTS ET DES INTERPRETES

Section 1re. — *Des experts. honoraires et indemnités.*

A. — Régles générales.

Art. 16. — Les tarifs fixés par le présent décret, en ce qui concerne les frais d'expertise, doivent être appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les frais de rédaction et de dépôt du rapport , ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans les indemnités fixées par ces tarifs.

Art. 17. — Les prix des opérations non tarifées par le présent décret sont fixés, dans chaque affaire, par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'article 142 ci-après.

Art. 18. — Lorsque les experts se déplacent audelà de deux kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage s'est effectué ou pouvait s'effectuer par le chemin de fer, il leur est remboursé le prix d'un voyage en 1re classe d'après le tarif en vigueur tant à l'aller qu'au retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à soixante centimes par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Si les experts se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de 20 fr. pour chaque journée de séjour. Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

Art. 20. — Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur

est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr., outre leurs frais de transport et de séjour s'il y a lieu.

Art. 21. — Lorsque les experts justifient qu'ils se sont trouvés, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, dans l'impossibilité de remplir leur mission, les magistrats commettants peuvent, par décision motivée, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres déboursés, s'il y a lieu.

Art. 22. — Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres déboursés reconnus indispensables.

Art. 23. — Les magistrats commettants peuvent, sur l'avis conforme du procureur général et à charge par celui-ci d'en informer le gouverneur, autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

B. — Dispositions spéciales.

a) Expertises en matière de fraudes commerciales :

Art. 24. — Il est alloué à chaque expert désigné conformément aux lois et règlements sur la répression des fraudes en matière commerciale pour l'analyse de chaque échantillon, y compris les frais de laboratoire : 50 fr.

b) Médecine légale :

Art. 25. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite judiciaire, 15 fr. ;

2° Pour autopsie avant inhumation, 60 fr. ;

3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée, 90 fr. ;

4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation, 35 fr. ;

5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée, 50 fr. ;

6° Pour examen au point de vue mental dans les cas simples, 40 fr.

Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

c) Toxicologie :

Art. 26. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang, 40 fr. ;

2° Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique, 80 fr. ;

3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang, 80 fr. ;

4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance, ou dans un organe autre que les viscères, 40 fr.;

5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères, 80 fr. ;

6° Pour recherche avec essais physiologiques, dans une substance ou dans un organe autre que les viscères, d'un des alcaloïdes courants, 40 fr. ;

7° Pour recherche dans les viscères avec essais physiologiques d'un des alcaloïdes courants, 80 fr.

d) Biologie :

Art. 27. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques dans les cas simples, 40 fr.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

e) Radiographie :

Art. 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour radiographie :

Du pied ou du poignet, 40 fr.

D'un segment de membre, 60 fr.

D'un membre entier, 90 fr.

Du tronc ou du bassin, 100 fr.

Ce tarif est uniforme quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

f) Identité judiciaire :

Art. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour examen d'empreintes, sans comparaison avec des empreintes autres que celles de la victime, 30 fr. ;

2° Pour examen d'empreintes avec comparaison avec des traces recueillies ou avec des empreintes autres que celles de la victime, 100 fr. ;

3° Pour photographie métrique et relevé topographique des lieux du crime, 100 fr.

28 *septembre.*

Médecins des asiles d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).

1er *octobre.*

Concours pour un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8.000 fr. et peut atteindre 11.000 fr. par avancements successifs de 1.000 fr. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le

ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle que dans les conditinos prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1929.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 25 octobre 1924

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bruay-les-Mines (Pas-de-Calais).

Le traitement alloué est fixé à 4.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 24 septembre 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Résultats de la vaccination antityphoïdique dans l'armée.

1002. — M. Archimbauld, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° quels sont, depuis 1915, les résultats de la vaccination contre les fièvres typhoïdes dans l'armée (morbidité et mortalité) ; 2° quels sont les progrès réalisés tant au point de vue de la simplification de la vaccination que de l'atténuation des réactions et de l'immunité obtenue ; 3° quels sont les différent vaccins T.A.B. autorisés dans l'armée, par qui ils sont préparés, s'ils ont l'approbation de l'académie de médecine et du conseil supérieur d'hygiène publique et depuis quelle date ; 4° si les médecins de régiment ont toute latitude dans le choix des vaccins et si ce choix a été confié aux directeurs régionaux du service de santé ; 5° quel est, pour chaque vaccin, le nombre d'accidents mortels signalés depuis 1915, à qui ont été confiées les enquêtes et quelles lésions ont révélé les autopsies ; 6° quelle a été la répercussion de la vaccination pour chaque vaccin sur l'évolution de la tuberculose latente dans les six premiers mois de l'incorporation ; 7° quelles mesures le ministre compte prendre pour dissiper les appréhensions causées par les accidents graves signalés au cours des vaccinations. (*Question du* 27 *aout* 1924.)

Réponse. — 1° La morbidité des maladies typhoïdes aux armées en campagne a été, en 1915, de 26.58 pour 1.000. Dans les quatre années suivantes, la morbidité a été de 4.36, 0,64, 0,28, 0,09. Les chiffres de mortalité correspondants sont 0,19, 0,04, 0,04, 0,01. La vaccination spécifique a épargné à la France, pendant la guerre, plus d'un million de cas de fièvre typhoïde et 150.000 à 200.000 décès. La dernière statistique (1923), pour les troupes de l'intérieur donne, pour ces mêmes maladies, une morbidité de 0,29 pour 1.000 et une mortalité de 0,04, les chiffres correspondants moyens pour les années de 1901 à 1910 étant respectivement 3,87 et 0,57. Les mêmes différences persistent pour les données statistiques comparées, relatives à l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ; 2° au début de la vaccination, il était pratiqué, avec des émulsions vaccinales en eau physiologique, 4 injections pour l'immunisation. Ce chiffre a été ramené, pour ces mêmes vaccins, à 2 injections en 1917, et à 1 injection en 1920, l'immunité conférée par cette unique injection s'étant montrée efficace à la suite d'essais pratiqués depuis l'année 1917. La réduction du nombre des injections pratiquées a eu, pour conséquence, la diminution du nombre des réactions observées, sans augmentation de leur intensité. Avec le lipovaccin autorisé dans l'armée par circulaire du 10 septembre 1918, il n'a jamais été pratiqué

qu'une seule injection ; 3° trois vaccins sont autorisés dans l'armée : *a*) Le vaccin à l'éther préparé par le laboratoire de vaccination de l'armée et autorisé par décret du 12 juin 1913 ; *b*) le vaccin chauffé, préparé par l'institut Pasteur et autorisé par décret du 24 décembre 1920 ; *c*) le lipo-vaccin, préparé par un laboratoire privé (laboratoire des lipo-vaccins) et autorisé par décret du 10 juin 1918. Conformément à la loi de 1895, les décrets de cette nature sont rendus après avis conforme de la commission des sérums au ministère de l'hygiène, de l'académie de médecine et du conseil supérieur d'hygiène publique de France. De plus, conformément à l'avis de la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, des essais limités d'immunisation par les entéro-vaccins (non autorisés par décret) ont été consentis pour des militaires présentant des contre-indications permanentes à la vaccination antitypho-paratyphique, telle que celle-ci est actuellement pratiquée dans l'armée ; 4° le libre choix du vaccin est laissé aux médecins vaccinateurs (circulaires du 26 janvier 1922 et du 17 octobre 1923). Antérieurement, le libre choix du vaccin était laissé à l'appréciation des directeurs du service de santé régionaux ou d'armée ; 5° le nombre d'accidents relevés dans un délai plus ou moins rapproché après les vaccinations, paraît être environ, pour chaque vaccin, de l'ordre de 1 pour 400.000 à 500.000 injections pratiquées. Des constatations anatomo-pathologiques positives ont généralement décelé, dans ces cas, l'existence de lésions morbides déterminées par une maladie latente, chronique ou aiguë. Cependant, par suite de l'incertitude ou de l'insuffisance des constatations faites au cours des autopsies, il n'a parfois pas été possible de déterminer exactement la nature et la cause des accidents. Les enquêtes ont été confiées soit à des adjoints techniques régionaux (période de guerre), soit aux médecins chefs d'hôpitaux, soit aux directeurs du service de santé des régions ou des armées ; 6° La complexité du problème concernant les causes du réveil de la tuberculose latente ne permet pas, en l'état actuel de la question, d'apporter les précisions demandées ; 7° toutes mesures détaillées dans les circulaires en vigueur au sujet de la vaccination antitypho-paratyphique, sont prescrites et périodiquement rappelées, pour la correcte exécution des vaccinations qui doivent être précédées d'un examen médical minutieux des sujets. D'autre part, les résultats des entéro-vaccinations sont l'objet d'une observation attentive.

(*J.O.*, 27 septembre 1924.)

Quarante-sixième année N° 42 19 Octobre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2386-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 75 pour frais de réimpression de bande.

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr OLLIVIER, de Binic (Côtes-du-Nord)), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 470. — Vienne. Urg. Poste pro-ph., rapp. 45.000 touch., bel. mais. 15 km. gr. ville, pas de s. f. à céd. imm. Ind. 20.000, y compris pharm. dont moit. compt.

No 471. — Vve dr. céd. de suite cab. méd. gén. et acc. trav., et tr. beau piano acajou 3/4 queue Pleyel. bon état : 7.000 fr. S'ad. ou écr. Livre d'Or des Salons, 3, rue Tronchet de 5 à 6.

No 472. — A vend. Mathis, 6 CV., 1923, cond. int., 2 pl., photo sur dem. fac. de paiem.

No 473. — A vend. 450 f. app. photo 6 1/2 × 11 anastig. neuf plaq. et pellic. av. cuve à dév. Calib. 12 browning neuf, 650 fr. Calib. 20, 2 canon, percus. cent. 600 fr. Dr Colard, Ornans, Doubs.

No 474. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos, banl. Paris.

No 475. — Le Cannet (Alp.-Mmes) Dr Daniel, tél. 38. Cure climat. pr. tout conval. non contag. nerv. surmen., bronches délic., rhumat., etc. Tout conf. Tous trait. clim. le plus doux, site le plus beau de la côte.

No 476. — A céder, poste pro-ph., seul méd. Rec. 50.000, susc. d'augm. Mais. conf. gr. jard. et dépend. Loyer 1.500, long bail. Ind. 25.000, y comp. pharm. et matér., dont 15.000 compt.

No 477. — A céd. ds gr. ville du Sud-Est poste tr. anc., rapp. 45.000 beaucoup a. t. fixes intér. auc. fr. de loc. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

No 478. — A céd. ds ville marit. Océan, Cab. de cons. prod. susc. de gr. dével. par conf. acti ou conv. pr demi-repos. Sup. villa, vent. ou locat. S'ad. Breitel et Goret, 11, rue Dante, Paris, 5e.

No 479. — On rech. table d'exam. métall. d'occas., av. cuvét. et escabeau.

CANCER. — L'action puisamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

Suspension du Décret du 30 mai 1924

Paris, le 3 octobre 1924,

Mon cher Confrère,

Il résulte d'une conversation qui a eu lieu, ce matin, entre le docteur Lenglet, secrétaire de la Commission Tripartite supérieure de Contrôle, et le Chef de Cabinet du Ministère des Pensions, que le décret du 30 mai 1924, « relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis pour le remboursement des frais médicaux » (art. 64), *est suspendu jusqu'au* 1er *janvier* 1925.

Je vous en avise immédiatement en vous priant de continuer l'établissement de vos mémoires comme par le passé, sans tenir compte du décret du 30 mai.

Je vous demande également, si vous êtes secrétaire ou président d'un Syndicat départemental, ou ayant son siège social dans un chef-lieu, *d'en aviser immédiatement le secrétaire de la Commission départementale de contrôle.*

Je vous prie d'agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments confraternellement dévoués.

Le Secrétaire général,

Dr QUIVY.

Admissibilité à l'agrégation des Facultés de médecine.

A la date du 25 septembre, nous avons adressé à M. le Ministre de l'Instruction Publique, la lettre suivante :

Monsieur le Ministre,

L'article 9 de l'arrêté du 14 mars 1924 instituant un examen pour les candidats aux emplois d'agrégé dans les Facultés de médecine dispose que sont dispensés de la première épreuve les candidats admissibles aux concours de 1923 et aux concours antérieurs.

Un certain nombre de médecins, candidats éventuels à l'agrégation, seraient désireux de connaître les noms, ou tout au moins le nombre des candidats admissibles antérieurement qui bénéficieront de cette dispense de la première épreuve du nouvel examen.

Nous vous serions obligé si vous pouviez nous communiquer cette liste, que nous publierions très volontiers dans notre journal, ou tout au moins nous indiquer le nombre des candidats actuellement admissibles et comme tels, dispensés de la première épreuve.

Avec nos remerciements, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, etc.

A cette lettre, nous avons reçu la réponse suivante :

Paris, le 7 octobre 1924.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.
à M. le Directeur du *Concours médical*
132, faubourg Saint-Denis,

Vous m'avez demandé, par votre lettre en date du 25 septembre, de vous donner la liste des candidats admissibles au concours de 1923 et aux concours antérieurs de l'agrégation des Facultés de médecine qui peuvent comme tels être dispensés de la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924 pour l'agrégation de médecine.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il ne me paraît pas opportun de vous communiquer cette liste, étant donné que l'on ignore encore les candidats qui désirent bénéficier de leur admissibilité en vue de leur participation à la seconde épreuve.

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Directeur de l'Enseignement supérieur,

CORRESPONDANCE

2453. — **Secret professionnel et accident de droit commun.**

Un casseur de bois de mes clients, atteint d'un éclat de bois à la jambe, présente — du fait de varices volumineuses — un épanchement sanguin lent à se résorber. Pas de plaie. Comme il avait une assurance individuelle, j'établis un certificat mentionnant, en plus du traumatisme, l'état variqueux de la jambe.

Quinze jours plus tard, le sous-agent de la Compagnie, qui réside dans la localité, me prie, suivant les ordres reçus, de prendre connaissance d'une lettre de la Compagnie déclarant que, la blessure étant attribuable à l'état constitutionnel du sujet, elle ne juge pas à propos de s'y intéresser, sauf dans la mesure où le traumatisme aurait agi en dehors de l'état variqueux. Après entente avec le blessé, je donne au sous-agent un certificat estimant que, chez un non-variqueux, l'accident aurait déterminé une incapacité d'environ 20 jours.

Mais nous voici à 40 jours de l'accident et le blessé n'est pas guéri. Et il craint que la Compagnie ne lui paye que 20 jours. Et il se demande si je n'aurais pas mieux fait de ne pas parler dans mon certificat de l'état variqueux de la jambe.

Il me semble que je n'avais pas le droit de passer sous silence cette circonstance aggravante, mais je serais heureux d'avoir votre avis sur ce sujet.

Dr X.

Réponse.

Vous êtes lié par le secret professionnel : dans la rédaction d'un certificat de droit commun,

vous devez n'indiquer dans cette pièce que ce que votre client vous demande de noter.

Et encore, avez-vous le devoir de faire remarquer à votre malade à quoi il peut s'exposer si, sur sa demande, vous divulguez, dans le certificat demandé, toute la vérité pathologique le concernant.

Ainsi, la déclaration d'ostéite tuberculeuse, de gomme syphilitique, d'orchite blennorrhagique peut faire perdre sa place et sa situation au malade, ou le faire exclure d'une société mutuelle par exemple.

Dans le cas présent d'assurance individuelle, votre blessé vous a demandé un certificat, d'après les termes de sa police d'assurance. Que disait cette police, en ce qui concerne le certificat médical de déclaration d'accident ? Probablement d'indiquer le traumatisme, sa réalité, son pronostic.

L'état antérieur doit-il être mentionné, dans cette pièce ? Je ne le crois pas, parce que les primes que versait le malade étaient parfaitement bien encaissées par l'assurance, tant que le malade n'avait pas recours à sa garantie. Or, la police d'assurance avait été signée, soit antérieurement, soit postérieurement à l'apparition des paquets variqueux. L'assuré avait donc été accepté avec sa tare et l'assurance ne saurait actuellement lui faire grief de cette infirmité qui prolonge l'incapacité temporaire.

De plus, en matière de droit commun, l'assurance a parfaitement le droit de désigner un médecin qui pourra visiter le blessé et faire un rapport à son mandant. Cette clause de contrôle doit sûrement figurer au contrat d'assurance que possède votre client. A ce médecin, représentant les intérêts de l'assurance, de décrire tout ce qu'il voit en faveur, non du blessé, mais de l'assureur.

J'estime donc que vous devez vous taire, lié que vous êtes par le secret professionnel, car, si vous hésitez, dans le cas de varices, auriez-vous hésité si votre client avait présenté une diathèse tuberculeuse, diabétique, ou syphilitique, pour laquelle vous l'auriez soigné antérieurement et qui prolongerait sûrement la durée de l'incapacité journalière ? Auriez-vous mentionné cette diathèse dans votre certificat ?

Au surplus, vous pourrez lire, dans un prochain *Concours*, une consultation que les recherches, que j'ai faites à votre sujet, m'ont conduit à rédiger en ce qui concerne les accidents du travail. Vous verrez que, là encore, le secret professionnel s'impose au médecin traitant, pour la rédaction de ses certificats.

Dr Paul Boudin.

La parcimonie des bourses d'études.

C'est un étudiant qui vous écrit, un étudiant qui va

commencer dans quelques jours sa 5e et dernière année d'études, un abonné du *Concours* qui est heureux de se sentir soutenu par ses aînés du Corps médical, ces docteurs dont il fera partie un jour qu'il espère n'être pas trop lointain, et qui remercie du fond du cœur les auteurs des articles du *Concours* qui défendent les étudiants pauvres.

Monsieur le Docteur, en raison de votre article sur la crise de la médecine militaire, vous êtes de ceux auxquels s'adressent mes remerciements sincères, et je vous prie de les agréer.

Voulez-vous que je vous conte une histoire ? Je suis pourtant encore bien jeune, mais ce que je vais vous dire illustrera votre argumentation contre M. Desmaretz qui prétend que l'on obtient des bourses comme l'on veut.

Je suis, Monsieur le Docteur, d'origine fort modeste : mon grand père maternel était maçon, mon grand-père paternel, maréchal-ferrant, et mon père, gendarme. Un gendarme, monsieur le Docteur, cela gagnait, quand je suis né, 75 fr. par mois, cinquante sous par jour. Mais un peu avant la guerre, lorsque mon instituteur dit que je pourrais peut-être faire un normalien et devenir comme lui maître d'école, mon père, alors brigadier de gendarmerie, gagnait 4 fr. par jour. Il fut décidé qu'en mai 1914, je me présenterais au concours des bourses d'enseignement primaire supérieur. Je fus reçu dans de bonnes conditions à A., au concours départemental, je crois.

Mais mon père était brigadier en Sèvres-et-Garonne. Bien que je fusse né en Basse-Vendée, de parents bas-vendéens, élève à R. d'une école bas-vendéenne, le préfet de la Basse-Vendée prétendit que c'était le préfet de Sèvres-et-Garonne où mon père exerçait son métier qui devait donner la bourse. D'où querelle entre les deux préfets. Mon père n'osait rien dire: il était brigadier de gendarmerie !! Moi, je ne savais pas ; mais comme les enfants, je croyais à la justice. Hélas ! les préfets se mirent d'accord... en ne me donnant rien.

Je ne leur en veux point, Monsieur le Docteur. J'ignore qui ils étaient d'ailleurs. Mais en 1916, j'étais en mesure de pouvoir me présenter au brevet d'instituteur avec des chances de succès. O stupeur ! ce m'est impossible ; il faut avoir au moins 16 ans, de par la loi, au 31 décembre 1916 pour pouvoir se présenter. Et je n'ai 16 ans que 41 jours plus tard, le 10 février 1917. La loi est la loi, et je ne peux pas me présenter.

Dans l'intervalle, mon père fut nommé sous-officier de gendarmerie. Blessé de guerre à Arras, il revint décoré et me dit toute son admiration pour les médecins qui l'avaient si bien soigné. Moi aussi je les aimais, les médecins, et je décidai d'en faire un. Reçu bachelier 1re partie en 1918, 2e partie en 1919, P. C. N. en 1920, je vais en novembre commencer ma 5e année.

La Faculté de médecine m'a accordé, durant ces 4 ans, l'exonération des droits d'inscription, soit 120 fr. par an. C'est tout ce dont l'Etat m'a fait cadeau. Fils de l'un de ses serviteurs les plus zélés, l'Etat m'i-

gnore quand même. Ainsi les bourses, les demi-bourses ne sont pas accordées *largement* (??) aux élèves qui justifient d'une insuffisance de ressources, ainsi que l'affirme M. Desmaretz.

Monsieur le docteur, voulez-vous m'excuser de vous avoir si longuement importuné ? Je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments très respectueux et reconnaissants.

A. S...

2866. — Prorogation de bail

Ma prorogation de 5 ans se termine en mars prochain. Désireux de rester dans la maison que j'occupe. je puis invoquer la loi visant les locataires de bonne foi et obtenir une prorogation jusqu'au 1er janvier 26. Loyer de 800 fr. Compétence du juge de paix. Mais ne puis-je invoquer une récente loi visant les locaux commerciaux accordant à l'occupant un droit de préférence à égalité de prix ? Si oui, s'agit-il d'un bail à durée normale (3-6-9) et quel est le juge compétent ? A quelle date a paru cette loi ? Est-elle à l'*Officiel* ?

Dr M.

Réponse.

La loi dite « sur la propriété commerciale » n'a été votée que par la Chambre des Députés, au cours de la dernière législature et se trouve actuellement pendante devant le Sénat. Ses dispositions ne sont donc pas encore arrêtées d'une façon définitive, mais il est très probable que son application ne s'étendra pas aux professions libérales et qu'en particulier les médecins n'en bénéficieront pas.

En l'état actuel de la législation, votre seule ressource est de demander la prorogation de la loi du 2 août 1924 jusqu'au 1er janvier 1926, en faisant votre demande trois mois au moins avant l'échéance de la prorogation en cours, par lettre recommandée ou par exploit d'huissier.

2200. — Frais de justice criminelle.

Je lis dans votre excellent *Concours médical*, dont je suis fidèle lecteur depuis 40 ans au moins, une réponse du Ministre de la Justice à une question posée par le député Grinda au sujet du calcul de la distance en matière de frais de justice.

J'avais moi-même dès le mois de juin 1923 provoqué une réponse du même ministre à la même question sous une autre forme. Il vous plaira peut-être de la lire et de la communiquer à vos lecteurs, car il n'y est point question de certificat d'agent-voyer et le principe de mairie à mairie n'y est point maintenu.

QUESTION

M. Paul Bernier (Indre-et-Loire), député, expose à M. le Ministre de la Justice, que le paragraphe 3 de l'article 19 du décret du 5 octobre 1920, portant rè-

(*Voir la suite page XLVII-2431*)

PROPOS DU JOUR

Toujours au sujet de la lutte contre la tuberculose. L'erreur du sanatorium populaire. L'opinion d'un praticien de province.

Il y a 68 ans (1856) que Hermann Brehmer, de Goerbersdorf, en Silésie, exposa dans sa thèse: « *Tuberculosis primis in stadiis semper curabilis* », les règles de la cure hygiénique et diététique dans des établissements fermés, uniquement consacrés à la cure des phtisiques. Ce ne fut qu'en 1859, grâce à l'appui d'Humboldt, que Brehmer obtint l'autorisation de fonder le premier sanatorium. Ce fut Dettweiler, son élève, qui perfectionna la méthode de Brehmer et fonda dans la région du Taunus, près de Francfort-sur-le-Mein, à Falkenstein, le sanatorium qui devait servir de type.

Mais ces établissements, qui se multiplièrent fort rapidement étaient coûteux et ne pouvaient recevoir qu'une clientèle très aisée, sinon riche.

Ce ne fut qu'en 1894, il y a à peine 30 ans, que Dettweiler fit construire le premier sanatorium populaire à Ruppertshein, dans le voisinage de Falkenstein. Il y avait bien eu déjà des essais d'hospitalisation spéciale des tuberculeux pauvres. Dès 1814, en Angleterre, fut construit le « *Royal Hospital for diseases of the chest* », exclusivement destiné aux phtisiques indigents et le Dr Trudeau fonda en 1890 à Saranac Lake, aux Etats Unis, l'« *Adirondack Cottage Sanitorium* », formé de petits pavillons isolés, pour y recevoir les tuberculeux pourvus de ressources modiques ; mais ces établissements anglais et américains n'étaient pas destinés à la cure hygiéno-diététique telle que l'avaient règlementée Brehmer et Dettweiler. Rappelons en passant que l'illustre infirmière, Miss Florence Nightingale, qui fut la véritable innovatrice de la cure d'air et de régime pour les tuberculeux. Sur ses conseils, un distingué thérapeute de Menton, le Dr Benett, parvint à se guérir de la phtisie par la vie en plein air et un régime reconstituant. Depuis, les sanatoriums eurent la fortune que l'on connait, et nous n'avons pas l'intention de discuter la valeur de la cure hygiéno-diététique qu'on y effectue. Elle donne de brillants résultats chez nombre de tuberculeux aisés, quand on a fait parmi eux une sélection soigneuse avant de leur conseiller le sanatorium. Ces résultats sont d'autant plus favorables que l'on assure le bon fonctionnement du sanatorium par des dépenses assez élevées. Il est en outre indispensable que le malade qui, après de longs mois de séjour à l'établissement, en sort avec les apparences de la guérison, continue assez longtemps à se soigner, à être surveillé et à vivre dans des conditions d'hygiène spéciales.

C'est parce que ces dernières conditions ne peuvent être qu'exceptionnellement et incomplètement remplies par les malades des sanatoriums populaires que beaucoup de médecins praticiens sont, avec nous, convaincus que le sanatorium, excellent instrument de cure pour malades aisés, ne peut à l'heure actuelle donner aucun résultat *socialement utile* dans la lutte antituberculeuse. L'exemple des sanatoriums allemands ne peut servir d'argument en France parce que les sanatoriums populaires en Allemagne sont peuplés de malades, très soigneusement sélectionnés qui, soutenus par les Caisses d'assurances sociales, peuvent, en sortant du sanatorium, prolonger leur cure jusqu'à l'époque où il est possible d'affirmer la certitude de la guérison.

Nous prétendons que jusqu'à nouvel ordre, l'on ne pourra en France escompter un bénéfice social des sanatoriums *populaires* ; que les résultats que l'on paraît en retirer sont *illusoires* et qu'il serait curieux de savoir ce que sont devenus *après quelques années*, les malades, *réellement* tuberculeux, qui sont sortis du sanatorium populaire avec les *apparences* de la guérison. Indiscutablement, en destinant à d'autres œuvres, telles que celles des logements ouvriers, les sommes énormes qu'absorbent les sanatoriums pour leur construction, leur aménagement et leur entretien, l'on obtiendrait au point de vue social des résultats infiniment plus satisfaisants, même pour la seule prophylaxie antitubercuse. Cela n'empêche que les hommes les plus avertis persistent à favoriser la manie et l'erreur du sanatorium populaire.

Un autre reproche que nous faisons à beaucoup de sanatoriums populaires en France, c'est leur manque d'organisation suffisante et l'indifférence ou le manque de discernement qui ont présidé au choix de la région où ils ont été établis.

Nous ne reviendrons pas sur Kerpape ; il serait cruel de raviver les remords que doivent

avoir les philanthropes qui ont ouvert cet établissement dans l'état où il nous a été décrit. Mais nous pouvons rappeler que la région où a été élevé le sanatorium de Montigny en Ostrevent, dans le Nord, a été l'objet de critiques justifiées de la part des praticiens de ce département. Nous pouvons signaler l'expérience desastreuse, faite il y a quelques années, au château de Canteleu, près de Rouen, où une œuvre privée avait installé un sanatorium. Ce sanatorium, repris par l'office départemental d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure, a été transformé en préventorium et convient parfaitement à sa nouvelle destination. Le préventorium en effet ne reçoit pas de malades. Les enfants bien portants qui y sont admis se promènent, courent, se livrent à des jeux et des sports, tandis que le tuberculeux, qui est tenu de faire à la fois une cure d'air et de repos, ne peut rester sans danger immobile sur un plateau balayé par tous les vents (1).

Un de nos lecteurs qui exerce dans le Loir-et-Cher, a visité durant les vacances dernières un sanatorium populaire, où étaient en traitement des malades auxquels il s'intéressait : il a été frappé, comme nous, du manque de discernement dans le choix de l'emplacement de ces établissements et des vices de leur organisation et de leur fonctionnement. Il nous en a fait part dans la note suivante qui mérite d'être publiée :

« Si la campagne antituberculeuse ne donne pas les résultats qu'on devait en attendre, il faut, en bien des circonstances, nous en prendre à nous-mêmes, qui, en moutons de Panurge, suivons trop souvent le sentier battu.

Le Sanatorium rentre actuellement dans le plan que nous acceptons par routine, convaincus que nos malades en reviendront le plus souvent guéris.

Je n'en connais que deux dans lesquels j'ai eu des malades ; je n'ai pas l'intention de généraliser, mais j'avouerai sincèrement que mon opinion à ce sujet n'est plus celle que j'avais primitivement.

Le premier était si défectueux qu'on a dû, depuis, modifier son affectation. Ainsi, pour ne donner qu'un exemple, le recrutement du personnel était déplorable ; c'était des infirmiers, qui posaient les ventouses aux femmes ; on rentrait du bal, dans la nuit, ou le matin, pour la visite. Celui-là, n'en parlons pas. C'est l'abstention pure et simple.

L'autre est un établissement à coté, que je ne nommerai pas davantage pour bien montrer que je ne fais pas ici, une critique de personnalité, mais de principe.

Je tiens à mettre, hors de cause les confrères qui le dirigent, et dont les soins éclairés et dévoués sont au-dessus de tout blâme. Ils doivent être souvent les premiers à déplorer les circonstances qui leur font incomber une responsabilité imméritée.

Ce sanatorium, résultat d'un bel élan de solidarité, appartient à une collectivité qui, aidée d'une subvention de l'Etat, l'a monté à frais communs.

C'est le type classique de la consruction de ce genre. Il peut hospitaliser 100 malades, nombre insuffisant, puisqu'on parle de l'agrandir.

De mon enqoête personnelle, de ce que j'ai vu, de ce que j'ai entendu de témoins impartiaux, résultent les renseignements suivants, qui permettront de se faire une opinion.

Trois faits, surtout, m'ont frappé.

L'emplacement est mauvais. Certains points de l'organisation intérieure laissent à désirer. Le contrôle de surveillance des malades est insuffisant.

L'hôpital, bâti à flanc de coteau, dans une région pittoresque, domine une vallée d'une vue fort agréable, mais d'une telle humidité, qu'il y aurait eu, paraît-il, en un an, 22 morts dues à des complications bronchitiques, sans compter ceux qui sont rentrés mourir dans leur famille.

A part les mois de juin, juillet, août, c'est-à-dire pendant presque toute l'année, chaque fois que l'état hygrométrique est bas, l'atmosphère des chambres est tellement saturée de vapeur d'eau que les murs sont ruisselants et que la literie n'est jamais sèche. La partie inférieure du matelas donne aux malades une impression de fraîcheur si pénible, qu'ils doivent, parfois, s'entourer de lainages dans leur lit.

Toute part faite de l'impression subjective qui, dans ce milieu volontiers suggestible, peut aussi bien être collectif qu'individue, il reste ce que l'on peut constater : quand, dans la mauvaise saison, dans une région montagneuse, on ne voit pas, on ne distingue pas devant soi les objets qui sont à courte distance, c'est qu'on est dans le nuage, et qu'on absorbe du brouillard.

Les promoteurs de l'idée qui tenaient à cet emplacement ont été mal inspirés, et ce qui aggrave le fait, c'est que leur choix eut la consécration officielle d'un de nos maîtres les plus autorisés qui, basant son appréciation sur la vue du site par une belle journée d'été, sans doute, et non par un temps brumeux de novembre, l'appuya de tout son crédit.

Cela permit, aussitôt, de construire un établissement modèle, mais dont une des conditions hygiéniques primordiales, était absente.

(1) Nous avons eu à Paris même un exemple curieux de l'incompréhension de certaines personnes qui veulent s'occuper de prophylaxie et d'hygiène. En 1905, fut inauguré, dans le XIIIe arrondissement, rue du Château-des-Rentiers, 182, un Dispensaire antituberculeux-Hôpital qui fut baptisé par le groupe mutualiste qui le fonda, du nom du président Emile-Loubet. Cet établissement eut une histoire qui serait peut-être intéressante à écrire. Il avait dans son armement antituberculeux un engin tout à fait remarquable, ses *galeries de cure d'air*, qui voisinait avec les écuries de la maison de transports Cabaret. Nous croyons bien que cet établissement et ses galeries de cure d'air fonctionnent encore vingt ans après !

L'organisation matérielle des chambres laisse à désirer. A part deux heures par jour, au moment de la toilette, on élève la température d'une façon trop peu sensible, pour assécher la vapeur d'eau.

Faute d'une double porte, dès qu'on ouvre la chambre, les malades sont sujets au refroidissement. Quand ils se lèvent la nuit, baignés de sueur et claquant des dents, il leur faut, pour passer dans la galerie, tourner le commutateur, qui est à l'extérieur, fouiller dans leur placard, extérieur lui aussi, pour prendre leur linge, risquer un second courant d'air, pour changer de chemise, sans compter un troisième, pour ouvrir à nouveau et éteindre.

La surveillance est notoirement insuffisante, et le personnel inférieur montre, relativement au régime, une complaisance excessive et intéressée.

Les malades à la chambre peuvent manger ce qu'ils veulent, ou ne pas manger. La plupart du temps ils font disparaître, avec la connivence du service, ce qu'ils n'absorbent pas. Aussi, la terrasse est-elle occupée par les nombreuses poules du voisinage, qui passent ensuite au dépotoir, où elles trouvent entre autres débris le son humide qui a servi à absorber le contenu des crachoirs. Il arrive même que d'autres convives indésirés, les rats, montent par les gouttières et les anfractuosités, pénètrent dans les chambres, et ramassent, la nuit, les miettes du dîner.

Les malades, trop libres, échappent au contrôle, même en admettant que les intempérants et les embrasés ne soient que des exceptions isolées et fortuites (?), leur exemple n'est pas sans apporter une certaine perturbation au bon ordre général. Il est certainement désastreux pour un milieu inoccupé auquel la vie collective a redonné une mentalité de pensionnaires.

Quant au malade, il supporte le premier les conséquences de ces écarts, compréhensibles, mais dont il faudrait le garder.

Les demandes d'admission sont si nombreuses que, pour prendre rang, certains attendent plusieurs semaines dans les hôtels de la localité une place disponible, contaminant ainsi des logements dont la désinfection est nulle ou illusoire.

Un sanatorium doit-il être un lazaret, ou une maison de cure ?

Il y a, dans le cas actuel, une erreur de conception administrative, due à une question très naturelle de sentiment, mais qui n'en est pas moins néfaste, pour les malades.

Tous les membres de l'Association, ayant droit aux soins, demandent une admission qui n'est refusée que dans des cas extrêmes.

Il résulte donc ceci : c'est que ce sanatorium, qui aurait dû être réservé à des tuberculeux au début, qui vivent d'une vie générale, disciplinée et en ressentent les bons effets, accepte des malades, bientôt alités, qui sont trop souvent livrés à eux-mêmes, et dont on ne peut s'occuper.

Ceux-ci s'aggravent et meurent, alors qu'ils auraient pu peut-être vivre dans d'autres conditions.

Qu'on fasse un autre hôpital sous des cieux plus cléments si on veut donner des chances de survie à des tuberculeux avancés, et qu'on désaffecte l'actuel ; autrement, ce sera la pure illusion, le vain mythe comme on en rencontre tant !

On a déjà fait remarquer, avec une judicieuse ironie, que la *protection du premier âge* était une « protection à rebours », parce que la mortalité des enfants « séparés » de leur famille était souvent plus considérable que celle des enfants qui y étaient restés.

Il ne faudrait pas qu'il en soit de même, pour les tuberculeux, qu'on sépare des leurs, en croyant mieux faire, sous le prétexte d'une discipline qu'on ne peut leur donner à domicile.

Si, dans quelques sanatoriums, on constate un nombre de morts évitables, cela prouve qu'il y a là un manque de méthode, ou d'organisation matérielle auquel il faut pallier rapidement.

Si nous ne voulons pas entendre dire, une fois de plus, que la campagne contre la tuberculose est une question de façade ou de prétexte à une vulgaire exploitation commerciale, nous ferons bien de signaler les erreurs que nous connaîtrons.

C'est pour nous un droit strict.

L'enquête s'imposera, l'opinion compétente décidera et le tuberculeux en profitera !

Quant à dire que la tuberculose diminue.....

Evidemment ! sur les statistiques maquillées !

Dr François HOUSSAY,

Pont-Levoy (Loir-et-Cher).

***

Nous remercions M. le Dr François Houssay d'avoir bien voulu nous envoyer le résultat de son enquête. Ce qu'il a constaté dans un établissement l'a été dans plusieurs autres qu'on nous a signalés. Nous ne les citerons pas, nous en avons même oublié les noms, car nous n'avons pas pour but, comme le dit très bien notre correspondant, de faire des critiques personnelles, mais d'attirer l'attention du corps médical et, par son intervention, celle des autorités compétentes, sur de mauvaises et dispendieuses organisations, nuisibles ou inutiles aux malades et ruineuses pour des budgets dont il est criminel, à l'heure actuelle, de gaspiller les ressources, alors qu'on pourrait en faire plus simplement un emploi plus judicieux et plus utile.

J. NOIR.

R. H. M. S. : 7059

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES DEUX ASPECTS CLINIQUES DE LA DÉMENCE SÉNILE

La forme progressive et la forme presbyophrénique,

Par Henri CLAUDE,

Professeur de Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale (1),

La démence sénile offre cette particularité, rare en neuropsychiatrie, que les lésions anatomiques ont donné naissance à de nombreux travaux, alors qu'une grande incertitude continue à régner relativement à la conception des formes cliniques. Beaucoup d'affections mentales ont été individualisées en des tableaux cliniques assez nets, mais on ignore encore quel est exactement leur substratum anatomique ; pour la démence sénile au contraire, les travaux de Tuszek, de Klippel et Lhermitte, d'A. Léri, de Nissl et Alzheimer, de Pierre Marie, de Marinesco, le mémoire publié par nous en collaboration avec Lhermitte (1910), ont permis de distinguer des types anatomiques précis.

Nous ne voulons insister aujourd'hui que sur les formes cliniques et nous nous bornerons à rappeler qu'au point de vue anatomique, les lésions macroscopiques de la démence sénile peuvent avoir trois aspects, souvent associés entre eux : l'atrophie des circonvolutions, les lacunes de désintégration (aspect vermoulu de Pierere Marie), l'athéromatose des vaisseaux cérébraux. Au microscope, l'anatomo-pathologiste distinguera les processus hémorragiques ou ischémiques miliaires, la dégénérescence des cellules et des fibres nerveuses, des proliférations névrogliques en feutrage dense, enfin l'existence de plaques rondes, probablement conjonctives, de Redlich-Alzheimer et les grandes plaques cyto-graisseuses, irrégulières et découpées en feuille de fougère, de Laignel-Lavastine et Tinel. A cette variété de trouvailles anatomiques, les auteurs qui se sont préoccupés de créer des syndromes anatomo-cliniques opposent naturellement une égale variété de formes cliniques : démence sénile délirante, cérébro-sclérose lacunaire de Grasset, encéphalite chronique sous-corticale de Binswanger, démence artério-sclérotique de Klippel et de Ladame, démence présénile de Kraepelin et Alzheimer, etc. Dans notre travail avec Lhermitte, nous distinguions, dans la démence sénile, entre les cas où les lésions corticales diffuses, substratum anatomique fondamental de la démence, sont conditionnées par les altérations vasculaires et les cas où, au contraire, elles évoluent indépendamment de celles-ci. Dans la première catégorie rentre la démence des artério-scléreux, qui affecte parfois le type de la paralysie générale, et les démences associées aux symptômes en foyer. La seconde classe comprend la démence sénile dans son type le plus pur, c'est-à-dire sans phénomènes somatiques.

Dans les cas qui ont fait l'objet du travail cité plus haut, et publié en collaboration avec Lhermitte, il existait une atteinte diffuse et inégale de tous les éléments constitutifs du cortex cérébral, sclérose diffuse atrophique, avec atteinte à la fois des cellules et des fibres. La désintégration des éléments nerveux nous semblait être due aux altérations vasculaires, et l'hypertrophie névroglique concomitante nous paraissait un phénomène réactionnel secondaire. Nous insistions également, dès cette époque, sur l'existence de produits de désintégration abandonnés par les éléments nerveux : substances lipoïdes et blocs granuleux représentant la transformation ultime du lipochrome. Notre conclusion au point de vue pathogénique était que les lésions anatomiques ainsi constatées, dans la démence sénile, ne résultent pas d'un seul facteur, mais sont la conséquence de plusieurs processus agissant les uns, de façon directe, mécaniquement pour ainsi dire, les autres, chimiquement, par l'intermédiaire de substances toxiques. Ces substances peuvent avoir pour origine un foyer infectieux ou être retenues dans l'organisme par l'insuffisance d'un émonctoire, foie ou rein, organes qui sont si souvent lésés à un âge avancé. Les troubles psychopathiques, chez les sujets de notre étude, se rapprochaient d'une part de l'état démentiel (affaiblissement intellectuel) et, d'autre part, des états confusionnels toxiques (désorientation, incohérence, fabulation) et de ces deux éléments de la démence sénile, l'affaiblissement intellectuel était permanent et progressif, tandis que le

(1) Leçon recueillie par le Dr P. Schiff.

second, soit l'état confusionnel, s'était montré soumis à des variations notables.

Néanmoins, il faut bien reconnaître que les efforts tentés par les auteurs pour superposer des syndromes cliniques aux syndromes anatomiques sont souvent restés vains. Les faits anatomiques que nous venons de rappeler brièvement se retrouvent, isolés ou combinés entre eux, à la base de presque tous ces types démentiels, mais on les trouve également à l'autopsie de certains vieillards qui n'avaient pas présenté de troubles intellectuels marqués, alors que des séniles profondément déments et chez qui l'on s'attendait à découvrir une artério-sclérose cérébrale extrême, montrent, au contraire, des dégénérescences relativement peu accusées.

Ainsi, à la fois la forme et l'intensité de la psychose ne semblent être en rapport direct ni avec la forme, ni avec l'intensité de la lésion. Que conclure de ce fait, sinon que l'anatomo-pathologie ne saurait encore tout expliquer, et que les progrès de la physio-pathologie nous renseigneront sans doute mieux sur les données du problème ? L'anatomo-pathologie du cerveau est loin d'être complète : des découvertes récentes, qui ouvrent de vastes perspectives, en sont la preuve ; mais ce n'est pas une raison pour que la psychiatrie moderne s'attache trop étroitement aux distinctions anatomiques. Le point de vue fonctionnel a au moins autant d'importance que le point de vue anatomique et il me semble, c'est là un point sur lequel il me paraît nécessaire d'insister toujours davantage, que la médecine mentale gagnera beaucoup à se rattacher de plus en plus à la médecine générale. Dans la démence sénile par exemple, tous les auteurs font jouer un rôle capital aux troubles circulatoires, mais d'après ce qui vient d'être dit, il est évident que les lésions vasculaires ne sauraient l'expliquer tout entière. Au moins autant que la *quantité du sang* qui irrigue les cellules du cerveau, deux facteurs interviennent pour conditionner les troubles mentaux de la sénilité : la *qualité du sang* qui irrigue ces cellules cérébrales, c'est-à-dire en somme le métabolisme général de l'individu, et la *qualité* propre de ces *cellules*, qualité constitutionnelle, pour la mesure de laquelle nos moyens d'investigation sont encore bien réduits.

***

En attendant de connaître des faits permettant d'établir, entre le syndrome mental de la démence sénile et sa cause organique, le parallélisme psycho-physique, qui est le but même de la psychiatrie (puisque seul il permettra une thérapeutique rationnelle des affections mentales), il importe, pour les besoins de la clinique courante, d'avoir une idée nette de cette psychose. Renonçant d'emblée à la tâche actuellement vaine de formuler une symptomatologie pathogénique, nous pouvons essayer de définir une symptomatologie clinique d'attente. Et il me semble que de ce point de vue, les distinctions les plus simples sont les plus utiles, et que la pratique les justifie. Toutes les formes variées, exposées par les auteurs, et dont je n'ai énuméré qu'une partie, peuvent, à mon avis, se présenter sous deux aspects : la démence sénile proprement dite et la presbyophrénie. La première est une démence *globale, progressive*, avec un tableau symptomatologique *varié* ; la seconde est une démence partielle, à évolution *moins progressive*, à symptomatologie assez *uniforme*. Je crois que ce n'est pas forcer les faits cliniques que d'opposer ces deux types de psychoses ; je crois également que les formes plus nombreuses des auteurs peuvent rentrer dans l'une ou dans l'autre catégorie. Nous étudierons donc successivement la forme progressive et la forme presbyophrénique de la démence sénile.

***

A. — *La démence sénile progressive.*

C'est la démence sénile habituelle et classique.

Elle n'est pas fonction absolue de l'âge. Certes, le grand âge peut diminuer la rapidité des processus intellectuels ; il est naturel aussi que le vieillard aime à revenir en arrière, à se reporter à l'époque de son apogée, où l'ambition de la génération plus jeune ne lui était pas une entrave, et tous les vieillards sont plus ou moins « *laudatores temporis acti* », même quand leurs facultés de mémorisation ne sont pas touchées. Mais dans la simple involution sénile, les facultés de jugement, de raisonnement, de volonté, sont peu troublées.

Dans d'autres cas, au contraire, l'âge se manifeste à un certain moment par une faiblesse dans la transformation des sensations en idées (Régis), une prédominance de l'automatisme mental. En général, c'est entre 60 et 70 ans que la démence sénile apparaît. Aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, elle semble survenir chez ces dernières surtout lorsque la ménopause s'est accompagnée de troubles particulièrement accusés. Au point de vue *étiologique*, la démence sénile reconnaît souvent des causes prédisposantes. On a pu montrer le rôle de l'hérédité (artério-sclérose familiale), celui des infections (alcoolisme, syphilis), des émotions et fatigues répétées, et aussi celui des causes locales accidentelles, foyers d'hémorragies et de ramollissement, poussées d'œdème cérébral à la suite d'une intoxication d'origine cardio-rénale ou hépatique.

Le début en est insidieux. Tantôt, c'est une inaptitude progressive à tout effort nouveau, un défaut d'adaptation aux conditions sociales nouvelles, la crainte des innovations et des initia-

tives. Tantôt, au contraire, c'est par une période d'excitation légère, et ces derniers cas, à ce stade, offrent parfois de sérieuses difficultés médico-légales. Il est souvent délicat d'apprécier où commence l'irresponsabilité civile et pénale d'un vieillard qui paraît encore actif et fait quelquefois l'admiration de ses amis, mais chez lequel l'entourage immédiat a cru observer des réactions inadaptées, des dépenses exagérées, des initiatives paradoxales, etc. Ou bien, il s'agit de petits actes illégaux, petites grivèleries, attentats à la pudeur plus ou moins caractérisés, où la lubricité imaginative essaye de suppléer à l'incapacité organique. Ou bien encore, il s'agit de phases très courtes et transitoires de propos délirants, d'actes absurdes, de fugues, qui alarment les proches et constituent le syndrome signal de la psychose.

Après une courte rémission, toujours possible, le malade entre peu à peu dans la *période d'état.* Il est obligé d'abandonner ses occupations ; les troubles de l'attention, du jugement et du raisonnement deviennent manifestes pour son milieu, si la vie professionnelle, en vertu de l'automatisme psychologique, reste parfois possible assez longtemps, même à cette période. En général, ce sont les troubles de la mémoire qui retrancheront le malade de la vie sociale active : amnésie progressive de fixation pour les faits récents, d'évocation pour les faits plus anciens, avec cette caractéristique bien connue, et qui est l'exagération du psychisme sénile non démentiel dont nous avons parlé : les acquisitions les plus anciennes, les mots et les faits les plus anciens sont les derniers à faire défaut ; les acquisitions les plus récentes sont aussi celles qui sont le plus précocement perdues. Le malade suppléera à son indigence mentale par des périphrases, et quand on examinera sa capacité mentale résiduelle en lui faisant nommer des objets, il y en a beaucoup qu'il ne pourra plus désigner que par les termes génériques de « chose » ou « machin ». Des méthodes analogues d'interrogatoire sur des faits élémentaires permettront de mettre en évidence les troubles de la représentation (le malade méconnaîtra l'usage des objets les plus banaux), les troubles de l'orientation, les troubles du jugement. Le malade sera incapable de constater les absurdités les plus flagrantes de certains de ses raisonnements ou acceptera sans contrôle les syllogismes absurdes qu'on pourra lui soumettre. Il n'a plus qu'une idée vague et incomplète du monde extérieur.

L'affaiblissement de l'idéation se traduit par des troubles du langage, le malade cherche ses mots, il répète cent fois le même, il « rabâche » et les mots et les idées qui lui restent.

Un *état délirant* s'installe aussi : délire hypocondriaque, ou de revendication ou de persécution, idées de suicide ou récriminations incessantes, avec parfois réactions de violence contre l'entourage. Ces idées délirantes sont rarement absentes, peuvent persister tout au long de l'évolution, ou bien elles sont intermittentes, ou bien encore surviennent sous forme de poussées aiguës qui sont conditionnées par une intoxication intercurrente d'origine alimentaire ou rénale, par un trouble circulatoire brusque, etc... Ces poussées délirantes sont si communes dans la démence sénile banale qu'elles nous paraissent contredire l'existence d'une forme autonome : la démence sénile délirante de certains auteurs. Et, de même, je n'arrive pas à faire une distinction entre le tableau clinique de la démence sénile simple ou progressive, celle que je viens de vous résumer sommairement, et le tableau des différentes démences artério-sclérotiques signalées au début de cette leçon ; la discussion au sujet des lésions fondamentales reste ouverte, mais, au point de vue symptomatologique, on peut dire, en un mot, que démence sénile progressive et démence sénile artério-sclérotique sont une seule forme, forme à modalités variées, avec prédominance tantôt de l'affaiblissement intellectuel, tantôt d'un délire actif, tantôt de troubles affectifs profonds.

Au point de vue de l'*évolution*, de même que le début a été lent et l'installation progressive, la marche de l'affection est également progressive. Précipités par de petits accidents aigus à répétition, tels que ramollissements multiples avec leurs signes organiques, la déchéance complète, le gâtisme peuvent survenir relativement vite. Mais très souvent aussi, l'état somatique reste florissant pendant longtemps, jusqu'à ce qu'une broncho-pneumonie emporte le malade ou qu'il meure de cachexie terminale.

Voici quelques exemples de démence sénile à forme progressive banale, évoluant depuis plusieurs années.

Observation I. — Mlle B. O., 77 ans, célibataire, entre à l'Asile clinique le 26 septembre 1922. *Antécédents* : sa mère maternelle a été atteinte de démence sénile. Une tante maternelle est morte dans un asile. Pas de maladie antérieure. Travailleuse, bon caractère. Depuis 8 ans, perte progressive de la mémoire, diminution de toutes les facultés. Depuis 8 mois, péjoration de l'état mental, ne reconnaissait plus sa sœur, sortait en chemise dans l'escalier. Irritabilité, turbulence entrecoupant des périodes d'apathie. Quand on la laisse seule, actes démentiels : coupe, par exemple, en morceaux la toile cirée de la table de cuisine. Quelquefois agitation nocturne avec angoisse, appelle au secours, appelle son père et sa mère, morts depuis longtemps, et qu'elle croit vivants.

A son entrée à l'asile clinique, désorientation complète. Croit ses parents vivants : « ils ont une quarantaine d'années ». Propos incohérents. Soliloquie.

Chantonne une chanson d'autrefois. Tendance à gémir, à se lamenter, à parler de choses confuses du passé. On note dans l'observation des lambeaux de phrases comme les suivantes : « J'ai été la femme la plus heureuse ... et maintenant, plus rien.. beau roman de ma vie ». Tendance aux fausses réminiscences. Gâtisme.

Observation II. — M. H. G., 66 ans. Entré à l'asile clinique le 28 janvier 1920, parce qu'il voulait quitter sa famille, son domicile, errer à l'aventure, se prétendait perdu. *Certificat immédiat après l'entrée* : « Etat anxieux avec grande agitation. Idées mélancolique : il est ruiné, il est perdu, il va mourir. Résistance à l'examen physique. A maintenir .» (Dr Logre).

Cet homme est donc arrivé au milieu d'un épisode délirant, qui se calme bientôt, laissant apparaître son fonds mental, très déficitaire. Le malade est désorienté dans le lieu et le temps. Il sait la date de sa naissance, mais ne peut dire son âge. Il croit qu'il est depuis un an à l'asile, alors qu'il y est arrivé de l'avant-veille. L'amnésie est complète, il ne se rappelle ni qu'il a été marié, ni qu'il a eu des enfants. Le nom de sa femme ne lui rappelle rien ; l'amnésie porte donc sur les faits anciens également. Le jugement est très déficient, le malade accepte les syllogismes les plus absurdes. Son psychisme est celui d'un mélancolique : idées de ruine, d'auto-accusation, mais peu accusées. Signes d'éthylisme chronique. Libéré en mai 1922, revient en décembre de la même année, sur réquisition d'un hospice de banlieue d'où il est évacué pour gâtisme.

A l'heure actuelle, pas de délire. Ce qui domine, c'est la torpeur, la passivité. Sait qu'il est à l'asile depuis deux ans. Sait qu'il s'y trouve parce qu'il est dans la misère et ne peut gagner sa vie. Ne fait rien de toute la journée. Ne peut pas lire parce qu'il n'a pas ses lunettes. Ne désire rien. N'est pas triste : « C'est par raisonnement qu'il sait que son existence est malheureuse ». La seule bonne chose, ce serait de bien manger. Reconnaît les objets usuels. Se souvient de quelques évènements anciens et particulièrement de la guerre de 1870.

Clangor diastolique à l'aorte. Pression maxima: 16, minima, 10 au Pachon. Ponction lombaire : Wassermann négatif. Lymphocytose (6 éléments) et albuminose (0.30) légères.

Observation III. — M. A. V., 70 ans. Marié trois fois. Entré à l'asile le 3 octobre.

Certificat d'entrée : « Dépression mélancolique avec anxiété. Craintes d'être brûlé. Idées de suicide préventif, menace de se brûler lui-même. Artério-sclérose. Pouls : 100. Errance nocturne dans la maison, sans aucun vêtement et souvent avec un outil en manière d'arme ». (Dr de Clérambault).

A l'entrée, Pression maxima 18, minima, 10 au Pachon. Orienté dans le lieu et dans le temps. Aspect soucieux et inquiet. Aurait tué ses enfants. Comment ? — Il ne le sait pas. — Combien en a-t-il tué ? — Cinq. — Combien a-t-il eu d'enfants en tout ?— Il ne sait pas. — Pense qu'il a été placé à la clinique pour être brûlé.

Le lendemain : Ne sait pourquoi on l'a amené, ignore ce qui s'est passé. — Cherche — .... A eu mal à la tête, un peu, a été étourdi. Il est possible qu'il ait été un peu fou. « Quand on pense trop, n'est-ce pas ? » A oublié ce à quoi il pensait, aurait dû l'inscrire sur un calepin.

Trois mois après : Désorienté dans le temps. Calme. Un peu anxieux, mais les idées de suicide ont disparu, le délire également. Gros affaiblissement intellectuel. Troubles de la mémoire portant surtout sur des faits récents. Pourtant, se souvient des principaux évènements de la guerre mondiale. N'a jamais su lire ni écrire.

Réaction de Wassermann légèrement positive dans le liquide céphalo-rachidien, mais négative dans le sang.

Il est des cas cependant où l'évolution se fait de façon accélérée, et il me faut attirer l'attention sur une forme qu'on observe quelquefois dans la clientèle privée.

Il s'agit de personnes ayant conservé jusqu'à un âge avancé une santé physique et psychique parfaite qui leur permettait d'occuper parfois des situations importantes. Rapidement, on remarque un changement dans leur comportement: ils manifestent une anxiété diffuse, ils ont de l'insomnie, une agitation sans but ; s'ils y sont contraints, ils conservent encore quelque temps une apparence d'état normal. Mais bientôt, ils font confidence à leur entourage d'idées délirantes : craintes d'être volé, suspicions multiples, idées de ruine, idées d'indignité, auto-accusations de fautes anciennes, réelles ou fictives, etc... L'agitation s'exagère. Les malades maigrissent, ils se cachectisent. Leur indifférence à l'égard de la famille, de leurs occupations devient choquante. Ils présentent des lacunes de la mémoire, des troubles de la conduite, font des fugues ou des actes dangereux (incendies, tentatives de suicide) ; enfin l'affaiblissement physique et psychique les conduit rapidement à la mort par complications pulmonaires, urinaires ou cardio-rénales.

Ainsi disparaissent très rapidement certaines personnalités dont l'activité se montrait normale quelques semaines auparavant. C'est la *forme galopante de la démence sénile*.

B. — *La démence presbyophrénique.*

Nombreux sont les caractères qui opposent cette forme à la forme progressive de la démence sénile. C'est une psychose de personnes âgées, ayant le plus souvent dépassé 75 à 80 ans et dont l'état mental était longtemps demeuré excellent.

❖❖❖

La très grande majorité survient surtout chez des femmes, et des femmes ayant une culture intellectuelle supérieure à la normale. Nous avons vu que la démence sénile progressive est fréquente chez l'homme, qu'elle débute entre 60 et 70 ans et, d'autre part, elle semblerait plus fréquente chez les frustes que chez les sujets cultivés ; dans la presbyophrénie, nous trouvons des conditions *étiologiques* nettement différentes.

Les *premières manifestations* sont insidieuses en général, mais souvent aussi, on a la révélation brusque d'un processus démentiel ancien chez une personne polie, aimable, aimant à recevoir et ayant conservé toute la routine de l'affabilité mondaine : on s'aperçoit que cette vieille dame vit dans un monde purement imaginaire, qu'elle a reporté sa vie mentale 30 ou 40 ans en arrière. L'habitus extérieur, l'automatisme social sont conservés durant la maladie, alors qu'ils sont profondément touchés à la période d'état de la démence sénile progressive. L'amnésie n'est pas l'amnésie progressivement déficiente de la D. S. P.; c'est une amnésie massive portant sur une période très prolongée de l'existence, amnésie antéro-rétrograde et amnésie de fixation. La désorientation est complète, la suggestibilité assez grande, les fausses reconnaissances, un phénomène constant. Mais le raisonnement et le jugement restent bons pour ce qui concerne les faits passés, le « gros bon sens » subsiste presque intact, le sens moral n'est pas touché. Ce qui caractérise surtout cette forme, c'est un symptôme qui manque dans la D. S. P. : une fabulation tout à fait spéciale, une fabulation niaise, béate, optimiste, faite de récits imaginaires, de mensonges puérils, inconsistants et fantaisistes, où les souvenirs du passé servent à embellir les éléments du présent. La presbyophrénie est la forme aimable, ornée, satisfaite de la démence sénile, comme la démence progressive en est la forme hargneuse et revendicatrice. Aussi, cette forme est-elle davantage une psychose de clientèle qu'une psychose d'asile.

Des exemples de ma pratique personnelle vous illustreront cette forme particulière de démence :

Observation IV. — Mme B., personne ayant été d'une intelligence remarquable — se signale vers la 80e année par des troubles de la mémoire pour des faits récents, troubles dont elle est consciente. Son activité reste remarquable, malgré son grand âge. Mais on constate dans sa conversation qu'elle raconte des choses inexactes. On lui reproche ses erreurs, et elles les reconnaît bien volontiers. Elle se présente toujours comme une personne très correcte, très affable et d'une tenue irréprochable. Les années passent, l'affaiblissement intellectuel fait des progrès insensibles. La fabulation augmente. Cette dame qui continue à recevoir est d'une correction absolue d'allures, mais se lance dans des explications purement imaginatives, se montre désorientée dans le temps et dans l'espace, pose plusieurs fois les mêmes questions aux personnes qui lui rendent visite. Elle s'intéresse aux personnes de sa famille, mais croit qu'elles ont vingt ou trente ans de moins. Elle cherche à s'occuper comme autrefois, s'inquiète des coups de sonnette, ne se résout à limiter son activité qu'à regret. Elle fabule de plus en plus, se croit dans sa propriété en province, bien qu'encore capable de circuler malgré son grand âge (89 ans), elle n'avait plus que la notion des soins matériels de la vie quotidienne et ne reconnaissait plus que ses enfants. Jamais elle n'avait eu aucun accident pouvant faire penser à un ictus.

Observation V. — Mme A., à qui j'ai donné mes soins pendant plus de 15 ans et qui mourut à 91 ans, était une femme fort intelligente et autoritaire. Vers sa 83e année, elle présente des troubles de l'humeur et du caractère, se montre agressive et même violente en paroles comme en actes. Elle demeurait toutefois très au courant de ses affaires, et très active. Cette période dura environ une année. Puis, en même temps que cette irritabilité tombait, l'activité générale devint moins grande. Mme T. ne pouvait plus sortir à pied, elle s'inquiéta moins de ses affaires, elle était toutefois toujours très soucieuse de la correction de sa tenue et de sa toilette. Mais, peu à peu, en même temps que sa mémoire faiblissait, sa vue diminuait du fait d'un glaucome double et bientôt, Mme A. devint à peu près complètement aveugle.

Dès lors, l'affaiblissement intellectuel s'accentua. Au point de vue social, le comportement était parfait, la politesse extrême. Mais la mémoire n'existait plus que pour les faits anciens. Néanmoins, la malade pouvait s'intéresser aux faits récents et s'accommodait bien des évènements du moment. C'est ainsi que, lors de mes visites, elle me prenait pour le Dr Andral, qui l'avait soignée autrefois. Elle me reconnaissait ensuite, mais un instant après, elle me demandait si j'étais allé chez son père, mort il y a plus de quarante ans. Elle s'enquérait à chaque visite de ma situation, voulait savoir si j'étais marié, si j'avais des enfants, toujours en termes fort aimables.

Plus tard, elle perdit la notion de son âge, tout en ayant conscience de sa personnalité sociale. Elle se croyait enceinte, elle attendait son bébé pour le mois prochain, elle avait toujours eu le désir de nourrir ses enfants, etc. Elle n'omettait jamais de sonner pour qu'on vienne me reconduire, mais à quelques minutes d'intervalle, oubliait ce que je lui avais dit, et même ma présence. Enfin, dans les deux dernières années, Mme A. toujours correcte et affable, mais devenue sourde et aveugle, donnait l'impression de vivre dans un monde imaginaire. Elle n'avait pas conscience de sa cécité et demandait de temps en temps qu'on apportât les lampes, parce qu'il ne faisait plus clair. En 1918, les bombardements, dont elle ne s'inquiétait plus, étaient considérés par elle comme des indices d'orages et elle demandait qu'on

fermât les fenêtres. Elle passait des journées devant sa table à faire marcher ses doigts comme si elle jouait du piano. Mais elle était parfois capable de raconter des anecdotes relatives à sa vie de jeune femme, à l'éducation de ses enfants, à ses relations. En revanche, elle avait complètement oublié la mort de l'un de ses fils survenue une dizaine d'années auparavant et le mariage d'un autre de ses fils un peu plus tard.

Mme A. avait d'ailleurs une santé physique remarquable, en dehors de quelques déformations articulaires et de quelques bronchites accidentelles. Elle n'eut jamais aucun signe qui indiquât qu'elle eût fait un ictus et ne présenta aucun trouble de la parole ou de la motilité juqu'à sa mort, qui survint en 36 heures, du fait d'une pneumonie.

Ces deux personnes, malgré la conservation de la tenue, de l'affabilité, des convenances mondaines et d'une conversation relativement correcte au sujet des évènements d'autrefois, étaient absolument désorientées, incapables d'apprécier leur état et de s'occuper de leurs affaires. Si leur caractère fort autoritaire restait encore assez difficile, elles se montraient très suggestibles et incapables de contrôler leurs actes. Cette constatation doit être signalée, car, au début, ces malades ont les apparences d'une conservation assez bonne des facultés intellectuelles, mais un examen de quelques minutes ne laisse pas de doute sur leur affaiblissement mental.

Observation VI.— C'est ainsi que Mme de X., que j'examinai avec le Dr Vallon en vue d'une procédure d'interdiction, nous reçut somptueusement habillée dans son salon et nous fit très aimable accueil et, les premiers mots, ne sortant pas des banalités d'usage, les apparences étaient favorables à cette dame âgée de 76 ans, dans un état excellent de santé physique. Il n'en fut pas de même lorsque nous lui posâmes des questions précises : elle ignorait le nom de la rue où elle habitait, le numéro de sa maison, le mois de l'année ; elle ne se rendait pas compte de l'heure de la journée. En revanche, elle nous racontait toutes sortes d'histoires relatives à l'emploi de sa journée, et absolument fantaisistes. On ne pouvait obtenir quelques précisions que lorsqu'elle exposait les détails de sa vie à la Cour d'un pays voisin, du vivant de son mari, les différents postes qu'occupa celui-ci. En revanche, elle ignorait les fonctions importantes que remplissait l'un de ses fils et ne savait rien de l'état de sa fortune.

L'*évolution* de la démence presbyophrénique n'est pas rigoureusement progressive. Le malade se maintient très longtemps « en plateau » dans l'état mental que je viens de vous décrire ; l'état physique reste passable, puis, brusquement, la démence augmente, la fabulation diminue d'intensité et de couleur, le caractère s'assombrit, l'insociabilité devient complète. Les différences symptomatologiques sur lesquelles nous venons d'insister s'effacent, et à cette phase terminale, la presbyophrénie n'est plus à distinguer d'une démence sénile progressive. La réciproque cependant n'est pas vraie et je ne puis partager l'avis de ceux qui reconnaissent des épisodes presbyophréniques au cours de la démence sénile banale. Il s'agit alors d'une de ces poussées délirantes aiguës, de ces phases intermittentes d'excitation dont nous avons parlé ; il ne s'agit pas de la fabulation paisible qui caractérise la presbyophrénie.

***

C.— *La démence présénile ou maladie d'Alzheimer.*

Kraepelin, en 1910, a essayé d'individualiser une forme spéciale de démence présénile en lui donnant pour base les trouvailles anatomiques d'Alzheimer que j'ai rapportées plus haut et dont je signalais, en accord d'ailleurs avec Alzheimer lui-même, l'absence de valeur pathognomonique. C'est une psychose d'involution profonde, rapide, avec déchéance intellectuelle massive, qui survient chez de rares sujets vers l'âge de 40 à 50 ans, et ce seul fait nous dispense de la discuter dans une étude sur la démence sénile. Il s'agit là d'une affection, à notre avis toute différente de la démence sénile, et qui mérite une description à part.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kyste suppuré de l'ovaire,

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Je vous ai déjà entretenus à plusieurs reprises, mais d'une façon un peu générale, des diverses complications que pouvait présenter l'évolution des kystes de l'ovaire. Je veux y revenir aujourd'hui, en insistant quelque peu sur un point particulier, car nous venons de constater un cas des plus intéressants, qui vous a montré en quelque sorte une double complication, infection et rupture : il s'est agi, en effet d'un kyste de l'ovaire atteint de suppuration et dont le contenu était en voie d'élimination par le rectum.

Voici l'histoire de notre malade : femme âgée de 48 ans, qui a été hospitalisée le 16 du mois

dernier au numéro 10 de notre salle Sainte-Marthe. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires et consanguins ; comme antécédents personnels, notre patiente aurait eu à l'âge de 13 ans, époque où elle fut réglée pour la première fois, une maladie ayant duré trois à quatre mois, et s'accompagnant de céphalées très violentes. Elle s'est mariée à vingt-huit ans, et n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

Vers la fin de l'année dernière, elle a commencé à ressentir une sorte de pesanteur dans la région abdominale droite, en même temps qu'il lui semblait que son ventre augmentait légèrement de volume ; mais comme elle venait de cesser d'être réglée, elle a cru qu'il s'agissait de quelques-uns de ces troubles qui accompagnent la ménopause, et ne s'en est plus inquiétée jusqu'à il y a deux mois environ. A ce moment, en effet, elle présenta des phénomènes douloureux dans la partie inférieure droite de l'abdomen, consistant en exacerbations journalières avec irradiations dans la région lombaire ; en même temps, elle constata dans cette même région la présence d'une tumeur assez volumineuse, douloureuse au toucher, pendant qu'elle commençait à éprouver de la difficulté pour aller à la selle et pour uriner. Bientôt, les phénomènes s'aggravèrent, tout travail devint impossible et il lui fallut garder le lit d'une manière complète.

Le traitement conseillé par son médecin, consistant en cataplasmes chauds laudanisés, calma les douleurs pendant quelques jours, mais fut sans aucune action sur les troubles intestinaux et urinaires, et comme au bout de très peu de temps, les crises douloureuses se manifestaient de nouveau avec la même intensité, et que l'état général devenait mauvais, avec des accès fébriles vespéraux et des vomissements presque quotidiens, elle se décida à venir à l'hôpital en vue d'une intervention.

En l'examinant, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, au facies terreux, qui se plaint de douleurs extrêmement vives dans le flanc droit, qui a de très fréquentes envies d'aller à la selle, mais qui peut à peine arriver à expulser quelques matières plus ou moins liquides ; les phénomènes dysuriques sont également assez accentués.

A la palpation, on trouve au niveau de l'abdomen la présence d'une tumeur assez volumineuse, occupant tout le flanc droit, jusqu'à la hauteur de l'ombilic, tumeur immobile, douloureuse au toucher, mate et rénitente. Au toucher vaginal, le col utérin se trouve dévié à droite, plaqué en quelque sorte contre la symphyse publienne : quant au corps, assez difficilement perceptible, il paraît situé en avant, contre la paroi abdominale. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une grosse tuméfaction, très douloureuse, se prolongeant assez profondément du côté droit du petit bassin dans lequel elle paraît quelque peu fixée ; mais on a l'impression qu'il existe également du côté gauche une autre tuméfaction, beaucoup moins douloureuse, et qui paraît se rapporter aux annexes de ce côté. Le toucher rectal donne des renseignements presqu'analogues ; par le palper combiné au toucher, on n'arrive que très difficilement à mobiliser légèrement la tumeur qui est indépendante de l'utérus. Le pouls est normal, la température oscille entre 37,9 et 38,6 ; ni sucre, ni albumine dans les urines, les autres appareils de l'économie ne présentent aucune perturbation dans leur fonctionnement.

En raison des divers symptômes observés, le diagnostic porté fut celui de kyste suppuré de l'ovaire droit, avec vraisemblablement l'existence d'une annexite gauche. L'intervention chirurgicale étant fixée pour le 21, une purgation donnée le 19 amena dans la nuit une débâcle diarrhéique qui s'accompagna de chute de la température.

Le 21, sous anesthésie générale à l'éther, on fit une laparotomie médiane sous-ombilicale qui montra la présence d'un volumineux kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large paraissant très adhérent ; à gauche, il existait un gros hydrosalpinx refoulant contre le pubis un tout petit utérus d'aspect infantile.

La grande cavité abdominale étant bien protégée en vue d'une rupture du kyste au cours du temps de clivage, on commença les premières manœuvres de libération qui furent assez faciles ; mais bientôt, comme je m'y attendais quelque peu, il se produisit une rupture de la poche avec issue d'un pus très fétide. Le kyste fut alors incisé d'un coup de ciseaux et vidé de son contenu ; puis, comme sa partie inférieure attenait très solidement dans le fond de l'excavation pelvienne, je me décidai, afin de faciliter les manœuvres, à pratiquer une hystérectomie totale de gauche à droite, passant entre l'utérus et le kyste et qui permettait l'ablation des annexes gauches.

Ceci fait, les parois du kyste furent saisies avec de fortes pinces, et j'arrivai, en m'aidant de compresses montées, à les décoller sur toute l'étendue et à pouvoir enlever ainsi toute la poche. Mais, je m'aperçus alors, qu'en appuyant sur la face antérieure du rectum, point où la paroi kystique avait adhéré fortement et où le clivage avait été très difficile, je faisais sourdre une certaine quantité de pus, et en examinant plus attentivement l'organe, je me rendis compte qu'il s'était produit dans cette région une infiltration purulente des parois, s'accompagnant de la nécrose d'une partie des couches musculaires. Toute cette partie de la paroi rectale, dont la vitalité était plus que suspecte, fut réséquée et la brèche créée, qui intéressait toute l'épaisseur de la face antérieure du rectum sur une hauteur d'environ

quatre centimètres, fut fermée par une suture transversale en trois étages.

Après avoir fait passer un drain par l'orifice rétréci par quelques points de suture, je refis assez aisément une cloison péritonéale en utilisant, comme péritoine postérieur, celui du côlon pelvien ; puis, après avoir lavé la cavité à l'éther, et placé un autre drain à la partie la plus déclive, je refermai la paroi abdominale en trois plans dont un au fil de fer.

Les suites opératoires furent excellentes, le drain abdominal put être retiré le cinquième jour ; quant au drain vaginal, simplement fixé intérieurement par un fil de catgut, et qui avait donné issue à une certaine quantité de pus, il tomba spontanément le neuvième jour.

Les selles, un peu diarrhéiques au début, ne tardèrent pas à se modifier, l'état général s'améliora progressivement ; au bout de 25 jours, notre opérée put commencer à se lever et à songer à repartir bientôt chez elle complètement guérie.

Si je résume maintenant en quelques mots cette observation, je vous dirai qu'il s'est agi là d'une malade présentant ; en plus d'un hydrosalpinx gauche, un kyste suppuré de l'ovaire droit inclus dans le ligament large et prêt à s'ouvrir dans le rectum dont il avait commencé à nécroser une partie de la paroi. Nul doute que, si l'intervention eût été, pour quelque cause, retardée de quelques jours, il se soit produit une perforation spontanée faisant alors communiquer la cavité purulente kystique avec le rectum.

Le kyste de l'ovaire peut, comme tous les autres kystes qui arrivent à se produire aux dépens d'un organe quelconque, présenter, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte, des complications infectieuses, et la suppuration, qui vient assez souvent imprimer une allure un peu spéciale à leur évolution clinique, est d'autant plus fréquente que le contenu du kyste est moins fluide, et plus épais. Aussi, comme l'a bien mis en évidence P. Delbet, voit-on cette complication frapper bien plus souvent les kystes dermoïdes que les kystes mucoïdes ; dans notre cas, cependant, il s'est bien agi d'un de ces derniers, car l'examen de son contenu et de sa paroi n'a pu laisser aucun doute dans notre esprit.

L'origine de cette infection peut relever de causes bien différentes : dans un certain nombre de cas, les agents de la suppuration proviennent d'un organe voisin, la propagation s'étant effectuée par voie lymphatique en suivant les adhérences qui unissaient le kyste aux viscères abdominaux ; et, c'est ainsi que l'on a pu incriminer les infections intestinales, l'appendicite en particulier, ainsi que certaines métrites, comme les métrites *post partum*.

Dans d'autres cas, les phénomènes de suppuration se trouvent sous la dépendance d'une affection générale, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie ou staphylococcémie, et l'apport microbien s'est alors effectué par voie hématogène. Cette suppuration, qui peut encore survenir après une torsion du pédicule avec nécrose du kyste, se voyait autrefois très fréquemment à la suite des ponctions évacuatrices que l'on pratiquait. Avant la période de la chirurgie moderne, au temps où l'on n'osait pas faire l'ovariotomie, la seule intervention que l'on osait pratiquer sur un kyste de l'ovaire volumineux, remplissant la plus grande partie de l'abdomen, et déterminant des phénomènes de compression, était la ponction. Or, cette petite opération s'accomplissait sans aucune des moindres précautions que nous employons aujourd'hui ; on ne faisait pas bouillir le trocart, on ne préparait pas la paroi abdominale, on ne se lavait pas les mains, et vous pouvez comprendre aisément que, dans ces conditions, la ponction d'un kyste de l'ovaire était bien souvent suivie de sa suppuration.

De ce rapide exposé étiologique, vous pouvez facilement conclure, étant donnée la diversité des sources dont provient l'infection, que les phénomènes de suppuration sont dus à des espèces microbiennes bien différentes : le pus que contient le kyste pourra renfermer du streptocoque ou du staphylocoque ; c'est ce que l'on observe le plus fréquemment ; dans d'autres cas, ce sera le colibacille, le pneumocoque, le bacille d'Eberth, ou encore certaines variétés d'anaérobies.

Au cours de l'intervention que j'ai pratiquée sur mon opérée, je n'ai certes pas manqué de recueillir une certaine quantité de pus en vue d'étude, et le résultat de l'examen bactériologique a été qu'il renfermait du colibacille. Etant donnée cette constatation, et que, d'autre part, notre malade possédait une région appendiculaire intacte, et qu'elle n'avait pas fait de maladie générale, je crois qu'il faut attribuer les causes de la suppuration au voisinage trop immédiat du rectum, ainsi qu'à la compression produite par le développement du kyste. Bridé en effet par le ligament large, et retenu dans le petit bassin, en comprimant d'une manière de plus en plus forte toute la partie du rectum avec laquelle il était en relation, le kyste a dû certainement exalter la virulence de la flore microbienne si abondante dans cette région, et grâce aux adhérences existantes, les colibacilles ont pu traverser par les voies lymphatiques les parois du rectum et du kyste pour venir se développer dans ce milieu nutritif si propre à leur prolifération.

La suppuration des kystes de l'ovaire peut évoluer sous deux formes bien différentes ; sous la forme aiguë à type péritonéal, et sous la forme chronique à type cachectique.

La forme aiguë, qui succède souvent à une affection générale, présente un tableau clinique à peu près comparable à celui de la péritonite

aiguë, c'est-à-dire se caractérisant par de la douleur, par des vomissements, par de la constipation, par de la fièvre, par du ballonnement du ventre, ainsi que par des modifications graves de l'état général ; il est à noter cependant que ces différents symptômes n'apparaissent pas aussi brusquement que dans la péritonite franche : leur évolution est plus lente, moins rapide, et aussi un peu moins accusée.

Quant à la forme chronique, dont vous avez eu un bel exemple, sous les yeux, elle se caractérise par certains troubles fonctionnels tels que douleurs abdominales plus ou moins vives, vomissements alimentaires, diarrhée, s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile, et surtout par des troubles graves de l'état général. Dans cette forme, ce sont particulièrement les symptômes généraux qui dominent, et devant un amaigrissement très rapide, devant un affaiblissement général de l'organisme, en un mot devant un véritable état cachectique, le clinicien a plutôt tendance à songer à l'évolution d'une tuberculose ou d'un néoplasme qu'à la suppuration d'un kyste de l'ovaire. Et c'est ce fait qui doit vous expliquer que le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré peut, dans nombre de cas, être rendu extrêmement difficile ; certes, si l'on connaît la présence dans la cavité abdominale d'une tumeur ovarienne, il est facile de rapporter les symptômes observés à leur véritable cause ; mais dans le cas contraire, la chose est beaucoup plus délicate, et ce n'est que par l'examen complet de la malade, examen qui nous révèlera l'existence d'un kyste, que nous pourrons poser le bon diagnostic.

Par suite des altérations que l'inflammation détermine au niveau de leurs parois, les kystes suppurés présentent une friabilité assez grande ; ils peuvent donc se rompre et leur ouverture s'effectuera soit dans l'abdomen, soit dans un organe creux, ou encore à la peau.

Si le kyste s'est ouvert dans la cavité abdominale, vous pouvez aisément vous rendre compte de la gravité de cette rupture, car elle va entraîner d'emblée une péritonite généralisée avec tous ses symptômes classiques que vous connaissez bien et sur lesquels je ne crois pas devoir insister aujourd'hui.

La rupture extrapéritonéale peut s'effectuer en différents points ; elle se fait exceptionnellement à la peau, elle se produit généralement au niveau d'un viscère, intestin, rectum ou vessie, plus rarement dans le vagin ou dans l'utérus. L'ouverture dans l'intestin se traduit en général par une douleur brusque, extrêmement violente, déchirante même, avec ultérieurement évacuation plus ou moins abondante de liquide purulent. Il s'est naturellement produit une fistule faisant communiquer l'intérieur du kyste avec la lumière intestinale, et dans les cas qui nous intéressent actuellement, c'est-à-dire dans les cas de kystes suppurés rompus, il n'y a pas à espérer de fermeture spontanée, ce qui se voit parfois dans les autres cas. La fistule persistera donc et pourra même être la cause de grosses complications, car les matières fécales pourront pénétrer librement dans la cavité kystique et augmenter encore les phénomènes de suppuration et de nécrose.

Si l'ouverture s'est faite au niveau de la vessie, la malade présentera des phénomènes dysuriques intenses, ainsi que du ténesme vésical, puis le contenu purulent sera évacué mélangé à l'urine.

Le diagnostic de cette complication est assez facile dans certains cas, il l'est un peu moinsdans d'autres, parfois même, il est impossible, s'il s'agit d'un petit kyste dont la présence a passé complètement inaperçue. Dans l'immense majorité des cas, l'affaissement subit du ventre, s'accompagnant de douleurs abdominales extrêmement vives, ainsi que les phénoèmènes réactionnels qui marquent bien la rupture kystique, permettent de la soupçonner, de l'affirmer même si la présence d'une tumeur abdominale ou pelvienne avait été reconnue auparavant. Quant à la rupture extra-péritonéale, elle est beaucoup plus facile à reconnaître, car l'apparition du contenu purulent du kyste par l'anus, l'urètre, ou encore par le vagin, entraîne le diagnostic.

Et j'en arrive, maintenant, Messieurs, aux indications opératoires, qu'entraîne l'apparition d'une de ces complications que je viens de vous exposer. Il est un fait bien certain, que loin de constituer une contre-indication opératoire, la suppuration d'un kyste de l'ovaire, ou sa rupture, qu'elle soit intra ou extra-péritonéale, nécessitent une intervention immédiate d'urgence. L'ablation seule du kyste, non suivie de drainage, ne pourra être réalisée que dans certains cas ; dans d'autres, il faudra drainer largement ; dans d'autres enfin, il sera nécessaire, comme dans celui que je viens de vous rapporter, de pratiquer l'hystérectomie, soit pour vous donner le jour nécessaire, soit pour vous procurer une meilleure évacuation des productions septiques qui auront souillé le petit bassin.

LA FIÈVRE DE MALTE TRAITÉE PAR LA GLACE ET L'ABCÈS DE FIXATION

Par le Dr J. Narich.

C'est en 1908 que nous avons eu l'occasion d'observer le premier cas de fièvre de Malte (obs. XIII). Cette tâche fut particulièrement malaisée à une époque où cette maladie n'était point connue en France. C'est le regretté professeur Lagriffoul qui me suggéra cette hypothèse, et qui pratiqua sur le sang de mon malade la séro-réaction de Wright qui fut nettement positive. Nous avons appris depuis, en présence d'états fébriles ondulants, à symptômes polymorphes, à penser à la fièvre de Malte et à faire confirmer le diagnostic clinique par le laboratoire. Le polymorphisme de cette maladie, ses localisations viscérales nombreuses et variées, peuvent la faire confondre avec une fièvre typhoïde atypique, une infection collibacillaire, une septicémie quelconque, la fièvre continue palustre, le rhumatisme articulaire aigu, voire même avec la tuberculose pulmonaire, ostéo-articulaire ou du testicule (orchite suppurée mélitococcique).

Les observations qui suivent n'ont point pour but de mettre en relief les aspects cliniques différents de cette maladie, ni d'étudier les localisations viscérales ou les signes généraux observés. Seul, le traitement spécial mis en vigueur au cours de trois observations (obs. I, II et III) à allure particulièrement grave, retiendra notre attention.

C'est d'ailleurs cette gravité qui a motivé notre façon d'opérer.

Observation I. — Mlle A.G., 12 ans. Enfant bien portante, robuste.

17 janvier 23. — Présente depuis quelques jours de la température, est courbaturée, se plaint de céphalée violente et transpire abondamment. Inappétence ; toux sèche ; insomnie.

La langue est légèrement saburrale, humide ; rien de particulier du côté de l'intestin.

L'état général de cette malade s'aggrave rapidement. Le 20 janvier apparaît du délire et les signes d'une myocardite grave qui nécessite l'application permanente d'une vessie de glace sur la région précordiale.

Le 22, prise de sang. L'agglutination des bacilles typhiques et paratyphiques demeure négative. Celle du mélitensis est positive au taux de 1/150 et 1/200. La courbe de température irrégulière caractérise cliniquement la fièvre de Malte.

Des noyaux disséminés de broncho-pneumonie ne tardent pas à apparaître ; le cœur atteint de myocardite infectieuse subit de plus la résistance déterminée par les poumons atteints de broncho-pneumonie. Le premier bruit n'est plus perceptible. Pulsations : 150 à la minute, avec de nombreuses intermittences.

En présence de cet état alarmant, nous pratiquons un large abcès de fixation le 2 février, qui est incisé le 5.

Le 7 février, la défervescence est manifeste. L'état du cœur s'est amélioré ; le premier bruit s'entend distinctement et la fièvre n'offre plus ces poussées vespérales atteignant et dépassant 40 degrés.

Le 8 février, cette jeune enfant entre en convalescence.

Durée de la maladie :32 jours.

Observation II. — Mlle E. P., 25 ans.

Fièvre typhoïde grave, il y a 2 ans, avec myocardite. A part cette maladie, bonne santé habituelle.

Le 1er juillet 1922, présente de la courbature, de la fièvre, des vomissements, de l'inappétence, de la constipation, de l'insomnie et une forte agitation. Des sueurs profuses accompagenent tous ces signes.

Cet état s'aggrave bientôt ; le muscle cardiaque atteint par l'infection, menace sérieusement.

Le diagnostic clinique, basé sur les signes observés et l'étude de la courbe irrégulière, ne laisse point de doute sur la nature mélitococcique de la maladie qui est confirmée par l'agglutination du mélitensis au taux de 1/150. Celle des bacilles typhiques et paratyphiques est négative.

La glace est ici également appliquée d'une façon permanente au niveau du cœur.

Le quatre août 1922, abcès de fixation qui est incisé le six. La défervescence ne se fait pas attendre. L'état du cœur s'améliore, la fièvre tombe et la malade est debout le quinze du même mois.

Durée : 45 jours.

Observation III. — M. A. C., 48 ans. Homme robuste.

Le 15 juillet 1922, est pris de frissons depuis quelques jours, qui se manifestent dans la soirée. N'a jamais eu de fièvres paludéennes ; se plaint de fatigue dans les membres, de malaises et de sueurs profuses, surtout nocturnes. Celles-ci ont lieu vers trois heures du matin, au moment de la défervescence fébrile. Ce malade est constipé. La séro-réaction de Wright est nettement positive au taux de 1/200.

Le 15 août, en présence de la persistance de ces signes, de l'amaigrissement accentué du malade, de la température atteignant 39 à 40°, un abcès de fixation est pratiqué. Il est ouvert trois jours après. Glace sur la région précordiale. L'état général s'améliore immédiatement ; la fièvre tombe ; huit jours après, la guérison est définitive.

Durée : 35 jours.

Observation IV. — A.R., 50 ans.

Fièvre de Malte cliniquement typique avec séro-diagnostic positif au taux de 1/150. Traitement :

repos au lit. Alimentation variée ; antithermiques, en particulier du pyramidon et toniques divers.

Durée : 6 mois.

***

Les six cas de fièvre méditerranéenne qui suivent ont une origine commune. Voici leur histoire :

Un propriétaire devient acquéreur d'un troupeau de chèvres malades ; plusieurs bêtes, à peine arrivées, ne tardent pas à mourir. Certaines mettent bas prématurément. Le propriétaire invite un domestique (qui fait l'objet de notre obs. V) à dépecer un des chevreaux mort-né, pour en garder la peau. Cet homme présente, quelques jours après, une mélitococcie. La santé précaire de ces bêtes incite leur propriétaire à s'en débarrasser au plus tôt ; quelques-unes sont vendues dans une localité voisine, indemne jusque-là de fièvre de Malte.

Une de ces chèvres met bas prématurément. L'opération étant laborieuse, la propriétaire de cet animal prie un de ses voisins de venir pratiquer la délivrance. Quelques jours plus tard, la propriétaire (obs. VII) et le vétérinaire occasionnel (obs. VI) sont atteints de mélitococcie.

Trois voisines de ce foyer d'infection sont tour à tour contaminées (obs. VIII, IX et X).

Observation V. — M. B. Homme de 28 ans robuste.

Huit jours après avoir dépecé un chevreau, né d'une bête malade, est pris de fièvre, de courbature, d'inappétence, de sueurs.

18 avril 1923. L'état général de ce malade s'aggrave progressivement. Il maigrit beaucoup (quinze kgr.) et présente des températures vespérales très élevées (39°-40°), avec rémissions matinales. Le repos au lit est prescrit à partir de 10 heures du matin, jusqu'au lendemain 8 heures. Aucune localisation viscérale. On utilise les compresses mouillées froides et divers antithermiques, en particulier le pyramidon en solution et à petites doses répétées toutes les heures.

Le séro est nettement positif. Le 28 août 1923, le malade fit une orchite gauche de nature mélitococcique. Simultanément, apparaissent des douleurs polyarticulaires, sans épanchement, localisées surtout au niveau des articulations des épaules.

La guérison complète ne survient que fin octobre 1923.

Durée : 6 mois environ.

Observation VI. — M. F., homme de 56 ans. A aidé à délivrer une chèvre malade le 15 avril 1923. Le 25 du même mois, cet homme se met au lit, et présente les signes d'une endocardite grave, avec température élevée. Le premier bruit ne se perçoit pas ; pouls à 120, tension artérielle très basse (6-7 centimètres au Vaquez-Laubry) ; par moments, violentes palpitations, angoisse permanente ; urines rares ; sueurs profuses, insomnie. Etat général très inquiétant. Des injections intraveineuses de septicémine sont pratiquées chaque jour, concurremment avec des doses élevées d'huile camphrée. Glace en permanence sur le cœur pendant 40 jours.

Cet état se maintient grave jusqu'au 15 juillet 23. Le malade et son entourage refusent l'abcès de fixation.

Le 1er août, apparaissent des douleurs articulaires dans toutes les grandes articulations, ainsi que les points classiques d'une sciatique double.

En même temps, nous observons un œdème prononcé des deux membres inférieurs jusqu'aux genoux, en relation avec l'état cardiaque toujours insuffisant. La courbe des températures, très variable, est des plus atypiques.

En octobre, l'état du malade s'améliore notablement et un mois plus tard, il rentre en convalescence.

Durée : sept mois et demi.

Observation VII. — Mme C., 65 ans, Présente des températures discrètes à partir du 30 avril 1923 (37°5-38°5), malaises, défaillances, manque d'appétit, constipation, sueurs nocturnes, diagnostic séro mélitococcique positif à 1/200.

Repos au lit. Antithermiques. Alimentation substantielle et variée.

En juin, des névralgies lombaires, d'une extrême intensité, obligent la malade à garder une complète immobilité. La fièvre, ainsi que les signes du début, persiste ; l'état général de la malade laisse de plus en plus à désirer. Aucune localisation viscérale. L'abcès de fixation n'est pas accepté. Cet état s'améliore peu à peu, et, en novembre 1923, la malade entre en convalescence.

Durée : 7 mois.

Observation VIII. — Mlle R., 66 ans. Constitution faible, anémique.

Luxation congénitale de la hanche droite.

Début : 30 avril 1923, sciatique droite accompagnée de température qui dure jusqu'au 15 mai. Amaigrissement notable. Courbature, constipation, céphalée et insomnie. Au cours de la nuit, sueurs profuses.

Séro de Wright positif au taux de 1/200. Courbe des températures atypique avec rémissions matinales ; le maximum de la température a lieu vers cinq heures du soir (de 38 à 39°5).

La malade n'accepte pas l'abcès de fixation.

Durée : cinq mois.

Observation IX. — Mme M., 60 ans.

Se plaint, depuis le 15 mai 1923, de courbature, de frissons, de céphalée, d'anorexie. Elle présente des températures discrètes variant entre 37 et 38 degrés. Les viscères sont intacts. Le séro est positif. Cet état se maintient jusqu'au 1er octobre.

Durée : environ quatre mois et demi.

Observation X. — Mme B. A., 29 ans.

Fièvre de Malte avec tout son cortège clinique habituel ; séro-réaction positive. Température parfois très élevée.

Traitée par les antithermiques, les compresses fraîches. Le malade refuse l'abcès de fixation.

Durée : quatre mois environ.

Observation XI. — M. R., 34 ans. Boucher.

En février 1913, courbature, fièvre ondulante, atypique, avec des rémissions quelquefois de plusieurs jours. Amaigrissement très notable. Sueurs profuses ; sommeil agité.

Séro de Whtrig positif pratiqué par le Dr Lagriffoul ; traitement : antithermiques-pyramidon, aspirine, bains tièdes (32°).

Durée de la maladie : environ six mois.

Observation XII. — Mlle R., 4 ans. Fille du précédent. Tombe malade une vingtaine de jours après son père. La contagion eut vraisemblablement lieu à son domicile. La petite fille couche dans la même chambre que le malade, et partage la vie commune. L'affection est caractérisée par de la fièvre, de l'amaigrissement, de l'inappétence, des sueurs profuses. Séro positif.

Durée : soixante quinze jours.

Observation XIII. — Mme R., 32 ans.

Mère de la précédente. Fait une fièvre de Malte, trois mois après son mari qui fait l'objet de l'observation XI.

Particularité à signaler : névralgies très douloureuses des deux sciatiques, ne cédant pas aux médications les plus énergiques ; atrophie des muscles des deux membres inférieurs. Séro positif.

Durée : quatre mois.

Observation XIV. — M. B., 42 ans.

1908. Homme robuste. N'a jamais été malade. Est' alcoolique.

Début : toux, amaigrissement, quelques crachats sans bacilles de Koch. Râles humides disséminés. Pas d'appétit ; sueurs abondantes ; température à grandes oscillations.

Je pratique une ophtalmo-réaction avec la tuberculine de Calmette ; résultat positif. Cet état se maintient ainsi pendant six mois ; le malade est envoyé à l'hôpital où il séjourne deux mois ; il rentre chez lui dans le même état.

Au huitième mois de la maladie, orchite double, extrêmement douloureuse.

C'est alors que le professeur Lagriffoul pense à la fièvre de Malte et pratique la séro-réaction de Whtrig qui se révèle positive. Les signes broncho-pulmonaires sont remarquables par leur mobilité ; ils se déplacent avec une extrême fréquence et laissent l'impression qu'il s'agit plutôt de phénomènes congestifs, fluxionnaires, que des signes de lésions organiques.

Vers la fin de la maladie qui dura *seize mois*, nous observons des névralgies diverses, notamment une névralgie faciale droite rebelle à tout traitement.

Depuis, le malade retrouva sa santé et sa vigueur primitive ; il mourut en 1915, d'une affection hépatique.

Observation XV. — Mme D., bouchère, 36 ans.

Mars 1912. Fièvre ondulante avec séro positif, d'une durée de cinq mois environ, traitée par les moyens habituels : pyramidon, bleu de méthylène, toniques, repos et alimentation modérée et variée.

Observation XVI. — M. A., cultivateur, 40 ans.

Manipule souvent du crottin de chèvre.

Fièvre ondulante en 1912.

Débute par une angine suivie de points broncho-pneumoniques disséminés, avec prédominance au poumon gauche. Amaigrissement notable. Inappétence ; constipation ; sueurs profuses ; courbe atypique. Séro diagnostic positif.

Au déclin de la maladie, vers le sixième mois, apparaît une orchite double, qui cède facilement, sous l'effet de l'immobilisation.

Cette longue affection a été traitée par les antithermiques usuels, le bleu de méthylène, le repos, et quelques toniques à base de quinquina.

Durée de la maladie : sept mois.

Observation XVII. — M. R., 52 ans.

En 1908. Cultivateur. Manipule souvent du fumier de chèvre et de brebis. Cet homme maigrit de plus de vingt kilos. Présente de la fièvre, avec des rémissions de plusieurs jours, des douleurs articulaires et le long des membres ; l'appétit est absent ; l'insomnie tenace ; le séro positif est pratiqué par le professeur Lagriffoul.

Comme complications particulières, il faut d'abord signaler une orchite du testicule droit, et tout à la fin de la maladie, qui a duré dix-huit mois, une arthrite suppurée de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Différents traitements symptomatiques ont été employés au cours de cette longue fièvre de Malte.

Les quatorze derniers malades ont reçu, pour tout traitement, les produits toniques, désinfectants généraux et antithermiques les plus divers, y compris parfois la balnéation.

Avec ces divers traitements, la durée de la maladie est ainsi décomposée :

Nombre de cas	Durée
1	2 mois 1/2
1	4 mois
1	4 mois 1/2
4	5 mois
1	5 mois 1/2
1	6 mois
3	7 mois
1	16 mois
1	18 mois

L'obs. XII, qui a trait à une jeune fillette de quatre ans, a seule été relativement de courte durée.

Un fait à remarquer, c'est que plus l'organisme est jeune, plus le cycle de la maladie est écourté.

La prolongation exagérée de cette affection, l'impossibilité de garder le malade au lit durant cette longue période, font que les sujets atteints, ambulants, sèment les germes sur leur passage et contaminent ainsi, non seulement leur entourage immédiat, mais portent souvent l'infection loin de son foyer primitif.

En 1922, nous eûmes l'occasion de soigner la jeune fille de vingt-cinq ans, qui fait l'objet de l'obs. II. Sa myocardite infectieuse, d'une exceptionnelle gravité, a fait penser à l'application permanente de la glace sur la région précordiale. L'infection générale ne rétrocédant pas, j'eus recours à un large abcès de fixation, qui amena la défervescence en quelques jours.

Depuis, j'érigeai ce traitement en méthode et les observations I et III m'ont donné depuis pleine satisfaction.

	Durée
	—
Observation I	32 jours
Observation II	45 jours
Observation III	35 jours

L'application permanente de la glace sur l'organe central de la circulation abaisse notablement la température et diminue, vraisemblablement, la virulence du bacille mélitococcique.

L'abcès de fixation doit agir ici, comme dans toutes les septicémies, en attirant vers le point faible, produit par la nécrose des tissus, l'infection qui envahit l'économie entière.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le diagnostic de la dilatation bronchique chez l'enfant au moyen du lipiodol.

Ce diagnostic présente souvent chez l'enfant de grandes difficultés, non seulement parce que les signes stéthacoustiques sont particulièrement difficiles à interpréter dans le jeune âge, mais parce que toute une série d'affections, engendrant des pertes de substance ou donnant lieu à des expectorations abondantes, se rencontrent avec une assez grande fréquence chez les jeunes sujets.

L'emploi du lipiodol en radiologie permet maintenant d'acquérir une notion absolument exacte de la disposition des lésions anatomiques, en établissant une topographie rigoureuse.

Voici, à cet égard, les résultats obtenus par MM. Armand-Delille, G. Duhamel et Marty : on doit affirmer la dilatation des bronches en présence d'images multiples juxta-hilaires, situées au voisinage d'une grosse ramification. Si les ombres confluent, mais peuvent néanmoins être décomposées en ombres secondaires, ce sont encore des dilatations bronchiques. Si les grosses ramifications bronchiques, sans présenter d'aspect bosselé, s'y révèlent notablement élargies, on doit admettre une dilatation cylindrique des bronches ; il y a également ectasie, si l'élargissement intéresse seulement les ombres des petites bronches.

Le diagnostic des cavernes tuberculeuses est rendu aisé par l'examen radioscopique simple ; celles-ci siègent d'ailleurs au sommet, contrairement aux pertes de substance d'autre nature ; les cavités, laissées par un abcès du poumon, donnent habituellement une ombre siègeant au-dessus du diaphragme, loin du hile, loin du médiastin et en général unique.

Les auteurs s'en sont toujours tenus à la méthode des injections inter-crico-thyroïdiennes ; celles-ci nécessitent une forte pression et ne peuvent se faire qu'au moyen d'une seringue spéciale pourvue d'anneaux, du type de la seringue de Guyon, et d'une capacité de 20 cmc ; on y adapte un trocart spécial, courbe, de 1 mm. 5 de diamètre extérieur, réalisant le même principe que la canule à trachéotomie. Le sujet a reçu auparavant une injection de 5 milligr. de morphine ou de 1 /2 cmc. de solution de sédol ; il est étendu, en position horizontale, la tête en hyperextension, sur la table où il sera radiographié, aussitôt après l'arrivée du lipiodol dans les bronches, après anesthésie locale, le trocart, comme dans la trachéotomie, est enfoncé dans l'espace intercricothyroïdien, on retire le mandrin, on injecte 5 c c. de solution de novocaïne, puis, changeant de seringue, le lipiodol, suivant un rythme très lent, 2 cmc. par 40 secondes environ.

Ces injections, d'une innocuité absolue, permettent aussi l'espoir d'en retirer une application thérapeutique. Les auteurs ont observé chez plusieurs jeunes sujets une diminution de la toux et de l'expectoration, des modifications des signes physiques, dénotant un assèchement des

lésions : on réalise, en quelque sorte, un pansement local iodé. (*La Presse médicale*, 14 *mai* 1924.)

Le curettage dans l'infection puerpérale post partum

Alors que, dans l'infection puerpérale *post abortum*, les résultats du curettage semblent à tous également bons, dans l'infection puerpérale *post partum*, rien n'est plus discuté que ses indications.

D'un côté, l'intervention pratiquée, en principe, chaque fois qu'il y a rétention placentaire ou rétention de caillots, mais que les circonstances amènent, si ce principe est admis, à pratiquer presque systématiquement en cas d'infection puerpérale post partum.

D'un autre côté, l'abstention, et non pas seulement du curettage, mais aussi de toute manœuvre intra-utérine.

Voici de quelle manière M. J. Bonnecaze résume les indications de ce curettage post partum.

1° Avant le cinquième jour, la température s'élevant, le curettage peut compléter une révision utérine faite au doigt et qui se serait montrée insuffisante ;

2° Mais il s'agit souvent d'indications tardives.

Ou bien il s'agit d'hémorragie : le curettage devra être fait systématiquement, et les résultats en seront, là surtout, excellents de façon constante.

Ou bien il s'agit d'infection : souvent on pourra soupçonner la rétention intra-utérine par les résultats de l'examen qui permet de constater un gros utérus mou, douloureux au palper, des pertes fétides qu'accompagnent parfois des hémorragies.

Dans ce cas, un curettage doit être pratiqué de façon systématique.

Mais ce ne sont là que des signes de présomption et leur absence est possible en cas de rétention placentaire. Surtout ils peuvent exister alors qu'il n'y a pas de rétention ; aussi, lorsque l'examen complet de la malade ne permet de reconnaître aucune autre cause possible à l'infection, doit-on pratiquer un curettage.

S'il permet d'évacuer des corps étrangers infectés, et c'est le cas le plus fréquent, le pronostic est excellent, et la température tombera.

Si l'utérus est vide, il faut tâcher de lutter contre la septicémie par ceux des moyens habituels en lesquels on a confiance. (*La Presse médicale*, 17 *mai* 1924.)

La fièvre prolongée, unique symptôme révélateur de syphilis anciennes méconnues.

En présence d'un état fébrile prolongé, surtout à caractère pseudo-palustre, qui n'a pas fait sa preuve par la découverte d'un foyer infectieux, par l'examen du sang, des crachats, des urines, par les hémo-cultures, les séro-diagnostics, la radiographie, il faut penser à la syphilis (Marcel Bloch) ; et ceci, quelles que soient les circonstances, même en l'absence de tout signe clinique, de tout antécédent de tout résultat de l'enquête familiale. La réaction de Bordet-Wassermann se montre positive, et en tout cas, il faut instituer un traitement spécifique (traitement et examen du sang peuvent être faits sans que le malade ou son entourage se doutent de leur nature exacte).

La fièvre tombe dès les premières injections novarsenicales ; dans certains cas, elle reprend si les injections sont insuffisantes ou trop tôt cessées.

On évitera ainsi de laisser indéfiniment certains malades étiquetés tuberculeux ou paludéens ou de faire pratiquer des interventions exploratrices à la recherche de foyers suppurés inexistants. (*La Presse médicale*, 17 *mai* 1924.)

Complications urinaires des fractures du bassin.

L'existence de lésions urinaires est de beaucoup la complication la plus fréquente et la plus grave des fractures du bassin. Ces lésions, dit M. Lévy-Weissmann, comportent une gravité immédiate par les phénomènes de shock qu'elles accentuent, par les accidents toxiques et surtout infectieux qu'elles peuvent entraîner. Elles assombrissent également le pronostic par leurs séquelles : fistules, lithiase vésicale, rétrécissement de l'urètre. Aussi, alors que les autres complications viscérales (rectum), vasculaires ou nerveuses entrent rarement en ligne de compte, alors que les cals vicieux déformant le bassin et raccourcissant le membre inférieur, n'entraînent qu'une incapacité définitive de 15 à 35 p. 100, les complications urinaires au contraire peuvent déterminer une incapacité temporaire totale atteignant 6 à 8 mois, et une incapacité définitive allant jusqu'à 80 p. 100.

Elles exigent donc une thérapeutique active. Le diagnostic exact de la lésion est souvent des plus difficiles ; mais toujours le chirurgien doit intervenir immédiatement par la méthode qui offre le maximum de sécurité avec le minimum de durée. Une place d'honneur revient ici à la cystostomie ; tantôt elle doit être envisagée comme une garantie utile ; tantôt elle constitue à elle seule toute l'intervention immédiate et s'affirme comme la véritable technique d'urgence. L'intervention d'urgence systématique a beaucoup amélioré le pronostic des complications urinaires des fractures du bassin : la mortalité, grâce à elle, est tombée aux environs de 20 p. 100. (*Gazette des hôpitaux*, 17 *mai* 1924.)

Enseignements cliniques à tirer de l'examen des liquides d'ascite.

MM. A. Lemierre et J. Levesque se sont proposé d'appliquer parallèlement à l'examen

des sérosités péritonéales tous les procédés connus qui, en raison de leur simplicité (cyto-diagnostic, dosage de l'albumine totale par le réfractomètre, ou par le tube d'Esbach après dilution au 1/10, évaluation de la fibrine) méritent d'entrer dans la pratique courante. Ils ont ainsi tenté d'établir des sortes de schémas, analogues à ceux qui sont en usage dans l'étude du liquide céphalo-rachidien.

L'*ascite des cirrhoses alcooliques* est, dans la règle, le type du *transsudat* : albuminose au-dessous de 12 grammes, absence de fibrine, cytologie faite de placards endothéliaux.

Toute modification de cette formule indique une anomalie ou une complication.

La polynucléose permet d'affirmer une péritonite aiguë à pyogènes.

La lymphocytose n'est pas due le plus souvent à des infections anaérobies, consécutives aux paracentèses. Elle est rarement le fait de la tuberculose, qui est relativement peu fréquente au cours de la cirrhose de Laënnec, tandis qu'elle apparaît presque fatalement au cours des cirrhoses malignes. Elle semble être fonction de périhépatite et périsplénite. Celles-ci sont habituellement légères au cours des cirrhoses alcooliques, et ne donnent lieu qu'à de la lymphocytose peu abondante. Mais si ces périviscérites sont intenses, engendrant la douleur, un état subfébrile, des modifications radicales de la formule du liquide, dans le sens de l'exsudat, on a des raisons de penser à la syphilis.

Pour affirmer l'existence d'un *exsudat* péritonéal, il faut constater une albumose d au moins 40 grammes. L'étude cytologique de ces exsudats permet de distinguer le cancer du péritoine de la péritonite tuberculeuse (lymphocytose pure, toujours abondante, sans les placards endothéliaux du cancer).

Entre ces deux types se groupent des ascites *intermédiaires* par leurs caractères. Ce sont celles des anasarques, c'est-à-dire en pratique les ascites des asystoliques, les ascites cirrhotiques compliquées, enfin certaines ascites développées au voisinage d'abcès abdominaux. (*Gazette des hôpitaux*, 22 *mai* 1924.)

L'état de mal cardio-gastro-angineux et l'infarctus du myocarde.

MM. C. Lian et L. Pollet, se basant sur leurs observations, décrivent ce syndrome spécial, essentiellement caractérisé par un état de mal angineux à début brutal, associé à des nausées ou des vomissements répétés et à une défaillance aiguë du myocarde.

La douleur angineuse, sous forme de crises subintrantes, dure des heures, des journées et même des semaines, peu ou pas influencée par les médications opiacées et nitrées. Son début dramatique survient assez souvent chez un sujet en bonne santé apparente, ou n'ayant présenté que de rares crises paroxystiques, courtes, d'angor typique. Siègeant à la région sternale ou précordiale, s'étend parfois avec maximum à l'épigastre, avec irradiations variées, mais à prédominance brachiale gauche.

Quant à la défaillance cardiaque aiguë, elle s'accompagne le plus souvent d'une chute brusque de la pression artérielle max. et min., avec pouls petit et misérable.

Ce syndrome, quand il est au complet, permet de porter avec une quasi-certitude le diagnostic anatomique d'infarctus du myocarde, avec ou sans rupture consécutive. Celui-ci impose un pronostic des plus sombres ; c'est la mort en quelques jours ou quelques semaines, soit brusquement par syncope ou collapsus cardiaque, soit plus lentement par insuffisance cardiaque subaiguë et asphyxie, parfois après une phase d'amélioration apparente par les toni-cardiaques.

Quelques difficultés peuvent survenir pour porter ce diagnostic important, au risque de regrettables erreurs. Voici comment.

Si le syndrome est complet, cependant les phénomènes épigastriques, par leur intensité, peuvent attirer spécialement l'attention du médecin, faire conclure à une affection abdominale grave, et parfois même conduire à une intervention chirurgicale intempestive (colique hépatique, néphrétique ; pancréatite aiguë, perforation d'un ulcus, etc.), on pense aussi parfois à une péricardite aiguë.

Le diagnostic, enfin, est particulièrement délicat dans les formes frustes.

Le repos absolu est de rigueur, les injections opiacées sont nécessaires pour calmer les paroxysmes. Enfin, une indication fondamentale est celle du traitement toni-cardiaque : digitaline cristallisée en ingestion, digifoline en injections intra-musculaires, ouabaïne cristallisée en injections intraveineuses. Les bienfaits de cette médication doivent faire oublier la crainte, toute théorique, qu'on pourrait avoir de favoriser ainsi la rupture de l'infarctus du myocarde. (*La Presse médicale*, 21 *mai* 1924.)

Rapports de la méningococcie avec l'infection grippale.

Avant la découverte du méningocoque, agent pathogène de la méningite cérébro-spinale, on admettait volontiers que cette affection n'était qu'une manifestation accidentelle des maladies épidémiques régnantes, qu'elle dépendait des fièvres éruptives, qu'elle était en rapport avec la grippe.

Le méningocoque étant connu, on démembra les méningites et l'on fit une place à la méningite cérébro-spinale méningococcique, avec sa spécificité, à côté des méningites formellement

secondaires à la grippe et dues au streptocoque, au pneumocoque, au bacille de Pfeiffer, etc.

Or, si nous en croyons M. Dopter, il faudrait en revenir de cette conception trop absolue à son sens, et considérer que la grippe peut se trouver à l'origine de certains cas de méningite cérébro-spinale.

Se basant sur l'apparition, au cours d'une épidémie de grippe dans un régiment, de quelques cas de méningococcie, représentés par un noyau épidémique développé brusquement, puis de cas isolés et disséminés qui se sont échelonnés sur une période de trois mois, l'auteur émet l'hypothèse que la grippe a agi comme condition favorisante, le virus grippal faisant le lit aux germes infectieux dont le rhino-pharynx est le siège habituel.

Il en serait du méningocoque comme des saprophytes des cavités respiratoires et digestives, qui développent et exaltent leur virulence et engendrent pour leur compte des pneumonies, des broncho-pneumonies, des néphrites, des hépatites, etc.

« On peut supposer que, sous l'influence de l'abdication de la défense de l'organisme, créée par l'entrée en scène du virus grippal, le méningocoque resté jusqu'alors inoffensif dans le rhinopharynx où il est hébergé et toléré, sortirait de son repaire pour envahir la circulation et coloniser au niveau des méninges ».

« ..... cette dernière (la grippe) peut être comptée parmi les causes favorisantes de la méningococcémie ; dans les milieux d'endémie méningococcique, elle peut donc être considérée comme susceptible d'intervenir pour provoquer soit des recrudescences, soit des explosions qui, tout en paraissant primitives, ne sont, en réalité, que l'expression de foyers greffés sur un terrain de méningococcie purement rhino-pharyngée ».

Exposé des plus intéressants puisqu'il tend à prouver l'importance indiscutable du terrain, que l'on a volontiers négligée pendant la splendeur de l'ère pastorienne, par rapport au microbe dont, par contre-coup, on exaltait excessivement l'action prépondérante. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 août 1924.)

Psychonévroses d'origine dentaire.

Il y a des maladies mentales d'origine infectieuse à foyer dentaire, dit M. Famenne, d'où nécessité de rechercher cette cause et de la faire traiter.

Cette affirmation repose sur quelques observations relevées par l'auteur, soit dans sa pratique personnelle, soit dans la littérature.

Ces faits intéressants et curieux sont d'ailleurs à rapprocher des faits, bien connus à cette heure, de rhumatisme ou de manifestations rhumatismales, ayant eu pour point de départ une pyorrhée alvéolo-dentaire. (*Bruxelles médical*, 17 août 1924.)

L'abcès du cerveau à forme hémiplégique.

Si l'hémiplégie est habituellement causée par une embolie, une hémorrhagie cérébrale, un ramollissement cérébral, il faut savoir *qu'elle peut* être due, non exceptionnellement, à un abcès du cerveau.

Et MM. Sabrazès, Bonnin et Delaunay d'en rapporter des exemples frappants qui leur permettent de préciser la symptomatologie de cette forme d'hémiplégie et son diagnostic. Car, si la préexistence d'une infection otique, nasale, d'un traumatisme périphérique du crâne, d'un projectile intra-crânien, peut évoquer la probabilité d'un abcès consécutif générateur de la paralysie, il est des cas où l'éloignement ou la latence de cette infection sont tels qu'on n'y pense pas assez et qu'il faut se baser sur un ensemble de signes et de symptômes assez caractéristiques et connus pour résoudre le problème. Ce sont précisément ces abcès métastatiques compliqués d'hémiplégie que les auteurs ont en vue.

Or, il existe un syndrome qui sera *la pierre de* touche du diagnostic. Ce syndrome est caractérisé par de la fièvre, de la céphalée, de la torpeur cérébrale, des vomissements, du ralentissement du pouls, de l'amaigrissement, des troubles du fond de l'œil, tous symptômes dus soit à l'infection, soit à l'hypertension intra-crânienne.

La fièvre est modérée et se tient aux alentours de 38°. Quelques dixièmes de degré d'ascension thermiques ne sont pas négligeables. La céphalée est constante, pénible, paroxystique, et siège souvent du côté atteint. On note en même temps de la torpeur cérébrale, de l'obnubilation des idées, de la somnolence, de l'indifférence, de la stupeur... Les vomissements s'observent surtout au déclin, au moment où les méninges se prennent. L'amaigrissement est rapide et marqué, allant jusqu'à l'émaciation. Le ralentissement du pouls est fréquent. Les troubles du fond de l'œil intéressent la papille. Les vertiges sont également fréquents, et marquent les paroxysmes de la céphalée. L'hyperleucocytose et la polynucléose modérée sont un bon élément de diagnostic.

Cet ensemble n'est pas toujours au complet, mais on saura tenir le plus grand compte de quelques-uns des signes qui évoquent l'idée du syndrome.

Si l'hémiplégie n'est qu'un symptôme de l'abcès constitué, le début en est marqué tantôt par des convulsions et des crises d'épilepsie partielle, tantôt par un accès apoplectiforme. A la période d'état, on note des troubles moteurs allant de la simple parésie à l'hémiplégie avec ou sans contracture, de la paralysie faciale, de la dysarthrie, de l'aphasie, de la paraplégie.

On observe en même temps des troubles sensitifs, des troubles vaso-moteurs, des troubles des réflexes, etc.

Le diagnostic est à faire avec la méningite, l'hémiplégie banale, les tumeurs cérébrales.

Le pronostic est grave rapidement si l'on n'intervient pas. Car, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, et elle compte à son actif des succès inespérés.

Enfin, les germes étant identifiés, on pourra recourir à la vaccinothérapie et à la sérothérapie. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 17 août 1924.)

Le pronostic de l'asystolie des vieillards.

Meilleur que l'on ne le penserait tout d'abord, si nous en croyons MM. BRELET et JOUBERT, qui relatent onze observations de vieillards dont l'âge s'échelonne entre 64 et 89 ans, qui ont tous de la myocardite chronique, avec un syndrome à peu près constant d'hyposystolie, dont cependant le cœur a réagi sous l'influence du traitement dirigé contre un accès d'asystolie franc, et qui auront vraisemblablement une survie longue.

Observations recueillies dans un service des vieillards de l'hospice Saint-Jean, où ceux-ci se reposent très complètement, se levant à peine quelques heures par jour, réduisant ainsi les efforts de leur cœur au minimum, mangeant peu et ne faisant jamais d'écarts de régime.

Ce sont, disent les auteurs, ces conditions qui expliquent de tels résultats, ainsi que les effets de la thérapeutique qui a consisté en digitale et ouabaïne comme toni-cardiaques, scille et théobromine comme diurétiques, réduction des liquides, saignée opportune, ventouses scarifiées aux bases pulmonaires, thoracentèse enfin au cas d'épanchement pleural. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er septembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Cancer du rectum et radium.

(M. ALGLAVE. — *Société de chirurgie* ; 2-7-1924.)

M. Alglave relate l'observation d'une jeune femme de trente-deux ans qui vint à l'Hôtel-Dieu en décembre 1921 pour un volumineux cancer de l'ampoule rectale, inextirpable. L'auteur pratiqua une exclusion du rectum avec anus iliaque et il fit faire ensuite des applications radiothérapiques. Aujourd'hui, deux ans et demi après le traitement, le résultat est encore très bon.

— M. SAVARIAUD remarque que, malheureusement, les résultats ne sont pas toujours aussi brillants. Un de ses malades, soigné dans les mêmes conditions, eut des lésions graves de la vessie et du rectum, et il succomba assez rapidement.

L'anesthésie locale pour les opérations gastriques.

(M. AUVRAY. — *Société de chirurgie* ; 9-7-1924.)

Dans le but de réduire les phénomènes de shock et de prévenir les complications pulmonaires, M. Auvray pratique les opérations gastriques à l'anesthésie locale, autant qu'il est possible du moins. Cette anesthésie est suffisante dans un grand nombre de cas (gastrotomies et gastro-entérostomies en particulier) et on peut la compléter d'ailleurs par quelques inhalations d'éther ou de chloroforme, à certains temps de l'intervention.

L'auteur a recours à la technique suivante. Il fait, avec une solution de novocaïne, de l'appendice xiphoïde jusqu'au dessous de l'ombilic, une infiltration cutanée et sous-cutanée sur la ligne médiane. Puis, de chaque côté, il crée trois foyers d'anesthésie superposés en hauteur dans le muscle droit, en poussant la solution novocaïnique en plein muscle et jusque sous le péritoine. L'incision pariétale peut être commencée dans ces conditions sans douleur. Une fois le ventre ouvert, s'il s'agit d'une simple gastro-entérostomie, il n'est pas nécessaire de rechercher une anesthésie locale de la paroi gastrique ; on évitera seulement de se livrer à trop de tiraillements de l'estomac. L'incision et les sutures de la paroi stomacale ne provoquent pas de douleur.

C'est à la fin de l'opération que, parfois, on peut être obligé de donner quelques bouffées d'éther ou de chloroforme pour faciliter la réintégration des viscères et la fermeture de la paroi abdominale.

Sur le traitement de l'infection puerpérale « post abortum ».

(M. LAPOINTE. — *Société de chirurgie* ; 9-7-1924.)

M. Lapointe aborde à son tour la question du traitement de l'infection puerpérale *post abortum*.

L'immense majorité des avortements infectés, dit-il, guérissent sans incident après évacuation de la cavité utérine, exécutée à l'aide de la curette. Mais, il ne s'agit pas de racler l'utérus avec énergie. Le curetage, ici, est simplement évacuateur. On a affaire le plus souvent à des avortements précoces dans lesquels l'œuf est décollé en bloc. Après large dilatation du col, le travail de la curette doit se borner à faire sortir l'œuf, s'il est encore dans l'utérus, et à extraire les caillots infectés. La gestation est-elle plus avancée et l'avortement se fait-il en

deux temps ? alors, c'est une délivrance en miniature qu'il faut exécuter : des pinces à mors plats viennent en aide à la curette pour amener le placenta et les membranes retenues.

La curette n'est dangereuse qu'entre les mains de ceux qui la manient comme si le but était le même que dans la métrite hémorrhagique : détruire l'endomètre en provoquant le « cri utérin ».

L'auteur à l'habitude de compléter le curetage en plaçant deux drains qui empêchent le col de se refermer et permettent des lavages.

En général, avec cette thérapeutique, tout se passe le plus simplement du monde. Quant aux indications de l'hystérectomie vaginale, préconisée par M. J.-L. Faure, elles sont peu nombreuses et assez difficiles à établir dans l'état actuel de nos connaissances.

— M. FAURE ne comprend pas, non plus, la répugnance des accoucheurs pour le curetage instrumental dans le traitement des infections post abortum, Le curage digital est plus septique et, d'autre part, dans ces utérus où la grossesse est débutante, on arrive difficilement à introduire autre chose que l'extrémité de l'index.

Verre cassé dans le rectum. Mort par péritonite

(M. MAUCLAIRE. — *Société de chirurgie* ; 9-7-1924.)

M. Mauclaire a reçu dans son service un homme porteur d'un verre, à bords ébréchés, dans le rectum. Bien que l'anus fut très dilaté, les manœuvres d'extraction par les voies naturelles furent des plus difficiles. Vingt-quatre heures plus tard l'opéré succomba avec des symptômes de péritonite par perforation. A l'autopsie, on trouva deux petites perforations lenticulaires, assez haut situées, sur la face antérieure du rectum.

M. Mauclaire se demande s'il n'eût pas été préférable de faire l'extraction franchement par voie abdominale et taille rectale. L'exploration du rectum par laparotomie eût été également utile.

Epilepsie récente guérie par le novarsénobenzol.

(M. LEREDDE.— *Soc. de dermatologie et syphiligraphie* 8-5-1924.)

L'épilepsie, chez les syphilitiques, dit M. Leredde est curable quand elle est traitée dès son début par les arsénobenzènes, énergiquement. Mais la syphilis ne peut dans bien des cas être démontrée par les stigmates cliniques ni par les moyens de laboratoire. Il en résulte qu'il faut appliquer le traitement à titre d'épreuve, *chez tout épileptique*, de suite après la première crise. Ce traitement doit être rigoureux, persévérant et fait avec les agents les plus actifs (arsénobenzènes).

L'auteur apporte à l'appui de sa thèse, trois observations d'épilepsie récente, sans signes de syphilis, guérie par le novarsénobenzol.

— M. TEULON-VALIO pense également que l'épilepsie est beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit d'habitude d'origine spécifique.

— M. QUEYRAT soutient depuis longtemps cette opinion que l'épilepsie dite essentielle de l'enfance n'est pas autre chose, dans l'immense majorité des cas, qu'une manifestation de syphilis héréditaire, justiciable du traitement anti-syphilitique et modifiable par lui.

Syphilis secondaire rebelle avec Wassermann négatif.

(M. LACAPÈRE. — *Soc. de dermat. et syphil.* ; 8-5-1924.)

M. Lacapère a soigné un malade atteint d'accidents cutanés secondaires psoriasiformes rebelles au traitement arsénobenzolé. Le Bordet-Wassermann et le Hecht étaient totalement négatifs.

— M. BALZER a vu un cas analogue. L'éruption était tellement psoriasiforme qu'il crut à un psoriasis provoqué par la syphilis. Mais peut-être était-ce plutôt une variété spéciale de syphilides, rebelle aux traitements.

— M. Clément SIMON remarque que chez le malade de M. Lacapère, le « grattage méthodique » de Brocq ne donne pas les réactions si caractéristiques du psoriasis. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est la coexistence d'une syphilis secondaire cutanéo-muqueuse non traitée avec une séro-réaction négative. N'assure-t-on pas que le Wassermann est positif dans 100 pour 100 des cas de syphilis secondaire ?

— M. RUBINSTEIN n'a jamais vu avec ses antigènes une seule roséole avec Bordet-Wassermann négatif.

Appareil pour douche filiforme.

(M. DIDIER. — *Société dermatologique de Nancy* ; 5-4-1924.)

La douche filiforme a été proposée par le Dr Veyrières (de la Bourboule) pour traiter diverses dermatoses et elle a été étudiée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Brocq, par Noël. Elle consiste dans l'emploi d'un jet percutant d'eau, très fin, de 1/2 à 1 millim. de diamètre, à une température variant entre 37° et 60°, sous une pression allant de 4 à 10 atmosphères.

La douche filiforme agit d'abord par sa pression, en détruisant les éléments cutanés malades. Elle agit ensuite par massage du derme et de l'épiderme. Elle détermine même un certain trouble général, intéressant dans la thérapeutique des prurits circonscrits avec lichénification, dont elle est actuellement le traitement de choix. Elle est indiquée aussi dans la séborrhée, les acnés polymorphes, les formes chroniques du psoriasis, de l'eczéma. On peut soigner, enfin, par ce moyen thérapeutique, les verrues planes, les chéloïdes, l'hyperhydrose, etc.

M. Didier présente un appareil pour appliquer en clientèle, la douche filiforme, utilisant comme

compresseur un tube d'acide carbonique liquéfié. L'appareil est portatif. L'auteur rappelle qu'il faut diriger le jet d'eau perpendiculairement par rapport à la région à traiter, en maintenant entre elle et l'orifice de la lance une distance d'environ 15 à 20 centimètres. Si l'on désire un effet de décapage, on peut se servir du jet oblique. Le temps d'application sur chaque point ne doit pas dépasser quelques secondes et les séances sont à espacer en général d'une huitaine de jours. Il se produit quelquefois des hémorrhagies légères et des excoriations ne laissant pas dans la suite de traces.

L'angiolupoïde.

(M. Milian. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie* ; 12-6-1924.)

M. Milian relate deux observations d'angiolupoïde. Dans le premier cas, la lésion, qui siégeait à la racine du nez, s'était développée à la suite d'un traumatisme. Elle avait la dimension d'une pièce de deux francs, faisant une saillie de 5 à 6 millimètres, de coloration rouge cuivré, de consistance molle. Sa surface était parcourue de nombreux vaisseaux capillaires, mais à la vitro-pression on ne trouvait pas de tubercules. Il s'agissait, en un mot, de l'affection décrite par Brocq sous le nom d'angiolupoïde. La guérison survint à la suite d'une biopsie.

Dans le second cas, la lésion semble s'être développée sur une syphilide, comme une chéloïde sur une cicatrice syphilitique. La tuberculose, chez ces deux malades, ne peut être mise en évidence, ni cliniquement, ni par les injections de tuberculine.

— M. Darier remarque que la disparition de l'angiolupoïde après biopsie partielle a été maintes fois signalée par lui-même. L'angiolupoïde est le nom donné par Brocq et Pautrier à une variété de sarcoïdes dermiques, mal individualisée d'ailleurs, Les sarcoïdes, comme les tuberculoïdes en général, peuvent être de nature tuberculeuse, syphilitique, ou autre.

— M. Ravaut a guéri un angiolupoïde par le salvarsan, mais cette affection réagit diversement aux traitements.

Syphilides palmaires 34 ans après le chancre.

(M. Watrin. — *Soc. dermatologique de Nancy* ; 5-4-1924.)

Chez le malade de M. Watrin, des syphilides palmaires (fissuraires et infiltrées) se montrèrent 34 ans après le chancre. P. L.

Les Congrès

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (1)

(*Suite*)

Deuxième rapport (Neurologie) : **Comment étudier les troubles du langage**, par M. J. Froment (de Lyon).

La question des troubles du langage reste obscure. Pour l'élucider, il convient de reprendre méthodiquement l'œuvre de revision commencée par Pierre Marie et de l'étendre à tous les problèmes qu'embrasse la question des troubles du langage.

Mais quels sont ceux de ces problèmes dont la solution s'impose d'abord ? Pour le rapporteur, c'est avant tout l'analyse clinique et phonétique des principaux troubles du langag e qui importe, afin d'établir objectivement en quoi ils consistent.

L'anatomie pathologique n'est pas susceptible actuellement d'étayer une étude et une classification des troubles du langage. Elle ne peut rien nous apprendre sur la nature d'un trouble tel que l'aphasie dite motrice, par exemple.

Psycho-physiologie du langage. — L'articulation et l'écriture sont des actes qui échappent à toute direction, à toute coordination consciente, et que nous exécutons machinalement sans les connaître. Seuls, les procédés d'inscription utilisés en phonétique ont pu montrer en quoi consistait l'articulation des 44 sons fondamentaux ou « phonèmes » qui sont utilisés dans la langue française et qui représentent les 44 notes du clavier articulaire. La mémoire motrice est une mémoire inconsciente et, pourrait-on dire, organique qui tient sous sa dépendance des habitudes articulaires et des habitudes graphiques, mais ne nous en donne d'aucune manière l'image. Les prétendues images motrices, articulaires et graphiques, ne correspondent à aucune réalité ; ce sont de simples vues de l'esprit que ne légitiment ni l'étude de l'homme normal, ni celle de l'aphasique et de l'halluciné.

On ne peut nier, par contre, la réalité des images auditives et visuelles verbales, qui sont bien de véritables images mentales ; c'est sur elles seules que repose la notion du mot.

L'évocation des images auditives verbales suffit à déclencher comme un réflexe les habitudes articulaires correspondantes aux phonèmes qui entrent dans la constitution desdits mots.

(1) Voir n° 41 p. 2360.

L'évocation des images visuelles verbales met en jeu et dirige les habitudes graphiques qui y ont été associées.

Le langage intérieur est, chez tout individu, constitué par les images auditives verbales avec ou sans accompagnement moteur, avec ou sans évocation concomitante des images visuelles verbales. D'intensité habituellement faible, il acquiert parfois, même à l'état normal, une plus grande sonorité et prend le timbre des voix connues.

Dysarthries. — C'est en se basant sur l'étude des dysarthries proprement dites qu'il faut d'abord chercher à préciser quels sont les caractères phonétiques des troubles avérés du mécanisme articulaire.

Le test des mots d'épreuve n'est pas un bon moyen d'analyse. La formule phonétique, par contre, est pathognomonique d'un trouble de ce mécanisme articulaire. Pour un cas donné, ce sont toujours les mêmes phonèmes qui sont indistincts ; les troubles répondent à une véritable constante qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

Aphasies. — Les troubles de la parole qui caractérisent les aphasies ne sont au contraire que paradoxe au point de vue phonétique.

Le même phonème aisément et correctement prononcé dans un mot, ne peut plus être prononcé s'il s'agit d'un autre mot ou à l'état isolé.

Mais un examen méthodique montre qu'aucun phonème ne manque réellement à l'appel, et donc, qu'aucun procédé articulaire n'est perdu. Il ne peut donc être ici question de trouble de la coordination articulaire, ni de perte du souvenir des mouvements articulaires.

La conception qui paraît le mieux rendre compte des particularités et des paradoxes de l'aphasie est la suivante :

Qu'il s'agisse d'aphasie d'expression dite motrice, ou d'aphasie de compréhension dite sensorielle, c'est toujours le souvenir auditif visuel du mot qui est en cause.

Mais tandis que, dans l'aphasie dite sensorielle, il y a amnésie avec trouble de la reconnaissance, dans l'aphasie d'expression, dite motrice, le trouble ne se porte à peu près que sur l'évocation. L'impossibilité d'évoquer l'image visuelle verbale engendre l'agraphie, et l'impossibilité d'évoquer l'image auditive verbale, l'incapacité de parler dite aphasie motrice. Entre l'aphasie motrice, type Broca d'une part, et d'autre part, l'aphasie amnésique et l'amnésie de l'homme normal, il n'y a que des différences de degré : c'est toujours parce que le mot ne résonne plus dans la tête que la prononciation en est impossible.

Dans l'aphasie motrice pure, la notion du mot n'est pas indemne ; il y a amnésie verbale, partielle et dissociée. L'image visuelle verbale peut être évoquée, ce qui permet au malade d'écrire et de passer avec succès l'épreuve de Proust-Lichtheim-Déjerine. Mais, par contre, le trouble de l'évocation de l'image auditive verbale subsiste et c'est ce qui empêche le malade de parler.

La possibilité de rééduquer les aphasiques dits moteurs sans aucune démonstration articulaire, en ne s'adressant qu'à leur oreille, et en s'efforçant simplement de fixer et coordonner les sons rebelles, est la vérification, pourrait-on dire, expérimentale de cette manière de voir.

Dysphasies. — La formule phonétique du bègue diffère très notablement de celle des dysarthriques.

Hallucinations verbales. — Elles seraient le résultat d'une dissociation ou d'une dislocation du langage intérieur.

Discussion. — Dr ANGLADE. — J'estime que la partie psychiatrique de l'aphasie a été négligée : de là provient en partie l'incompréhension où nous nous débattons aujourd'hui. L'étude des troubles du langage chez les aliénés mériterait d'être entreprise de façon approfondie et nous apporterait bien des documents intéressants.

S'il est exact que la méthode anatomique ne nous a donné souvent que des vérifications d'une précision insuffisante, je suis convaincu d'autre part que la méthode préconisée par M. Froment, c'est-à-dire de s'en tenir à l'étude psycho-physiologique du langage, ne sera pas très efficace. Restons fidèles à la vieille méthode anatomo-clinique, mais en la précisant, et étudions l'aphasie sans nous inféoder à une doctrine quelle qu'elle soit.

Dr VANDERVLOET estime qu'il est impossible de négliger les travaux anatomiques accumulés sur la question.

Dr HESNARD. — Pourquoi M. Froment veut-il nous faire rejeter les images motrices du langage pour nous faire adopter les images visuelles ?

Le langage est entièrement moteur, comme toutes les fonctions. Le dynamisme de l'esprit exige que nous formulions notre pensée. Je définirai la parole : l'écho moteur de l'apport sensoriel, sans qu'il soit besoin pour cela d'images. Ma conviction se base sur l'étude des hallucinés ; en étudiant ces malades, on s'aperçoit qu'ils refusent d'écouter leur langage intérieur parce qu'il formule des pensées teintées d'émotions désagréables, ce qui a pour résultat de les faire considérer au malade comme étrangères à lui.

Dr QUERCY. — Après une série d'arguments de fait et de raisonnement qu'il ne peut être question de résumer, M. Quercy conclut ainsi :

1° Les images auditives et visuelles ne jouent qu'un rôle contingent dans l'histoire du langage courant, du langage réfléchi, de l'aphasie sensorielle ou motrice et de la rééducation des aphasiques.

2° Il y a des images verbales motrices très riches, très précises et très complètes.

3° Les images motrices n'ont pas un rôle plus important que les images auditives et visuelles dans l'histoire du langage.

4° Jusqu'ici, on a remplacé les images, insuffisantes, par des mots plus que par des réalités.

Troisième rapport (Assistance) : **L'adaptation du malade mental à son milieu**, par le Dr Sano, médecin-directeur de la colonie de Gheel.

Après avoir rappelé que le vieil asile pour malades mentaux s'est heureusement transformé, que les idées de répression ont fait place à des idées de douceur, de bonté, d'idéalisme même, le rapporteur s'attache à établir qu'aucun milieu ne peut être aussi favorable à l'aliéné que le milieu familial. C'est là, en effet, que le malade mental trouvera le plus facilement quelqu'un à qui s'attacher, et qui lui donnera en même temps ce sentiment de protection qu'il réclame.

C'est là aussi qu'il trouvera le plus facilement l'occasion de s'occuper, de se rendre utile et même de se constituer un petit pécule pour le moment où il reprendra sa place dans la société. C'est aussi dans ce milieu que l'aliéné aura le plus de chances de conserver sa personnalité, de ne pas devenir comme à l'asile un simple numéro.

Bien souvent même, il est tellement adapté à la vie de famille à la colonie, qu'il faut insister pour le faire rentrer dans la société.

Le rapporteur montre par des statistiques que bien des malades soignés dans des asiles sont susceptibles de s'adapter au régime familial.

C'est ainsi que des aliénés de divers asiles belges, amenés à la colonie de Gheel sans sélection préalable s'adaptèrent dans la proportion de 87 .p. 100. Les résultats obtenus à Gheel peuvent être obtenus ailleurs, comme le prouve la création de la colonie de Dun-sur-Auron en France, de Lierneux en Belgique.

Que le psychiatre s'efforce donc de vider les asiles au lieu de contribuer à les remplir.

Discussion. — Dr Auguste Marie remercie le Dr Sano des paroles élogieuses qu'il a consacrées à la colonie de Dun-sur-Auron ; cette œuvre lui a demandé dix ans d'efforts, mais il tient à rappeler qu'il est venu en puiser l'idée à Gheel.

Dr Crocq estime que M. Sano est trop idéaliste ; entre les malades paisibles qu'il voit à la colonie et les psychopathes dangereux de l'asile-prison, il y a les aliénés ordinaires que nous voyons dans nos asiles ; ceux-ci ont souvent des tendances antisociales contre lesquelles il est de notre devoir de préserver la société.

Dr Van der Scheer. — Je dois relever dans le rapport de M. Sano une attaque qu'il lance contre la prise de sang et la ponction lombaire (que la loi belge a rendues obligatoires pour tout entrant dans les asiles.) Les progrès en psychiatrie sont dus beaucoup plus au perfectionnement de nos moyens diagnostiques qu'à celui des méthodes de traitement, et une bonne observation clinique est indispensable, quel que soit le milieu où l'aliéné est traité.

Dr Répond donne des indications sur le mode de traitement familial dans plusieurs cantons suisses ; les résultats obtenus sont excellents et les frais minimes, le malade placé en colonie ne coûtant guère que le quart ou le cinquième de ce que coûte le malade d'asile.

Il signale que les schizophrènes ne conviennent pas à l'asile, et qu'ils peuvent en grande proportion s'adapter au traitement familial.

Dr Decroly signale les bienfaits de l'assistance familiale en matière d'éducation d'enfants atteints de troubles graves du caractère et même de tendances dangereuses.

Dr Vermeylen corrobore l'opinion du Dr Decroly, signale les résultats très favorables obtenus à Gheel au point de vue rééducation des anormaux du caractère, grâce à une surveillance extrêmement active du malade et du milieu.

Réponse du rapporteur aux divers orateurs.— J'estime que nos confrères suisses font plutôt du reclassement social que du traitement familial, car leurs malades sont dispersés sur des étendues énormes.

Les malades que nous traitons à Gheel ne diffèrent pas essentiellement de ceux des asiles fermés, ni même de ceux de l'asile-prison ; je puis vous citer à titre d'exemple un malade admis à Gheel après avoir commis une tentative de meurtre sur plusieurs membres de sa famille, et qui ne nous a jamais donné le moindre ennui.

Quant à savoir comment on peut distinguer les malades susceptibles de s'adapter au régime familial, j'estime que c'est impossible et qu'en cette matière l'expérience seule est juge. *(A suivre.)*

Les Thèses

Lille. — Dr R. Chantelu. — **Contribution à l'étude de la digibaïne, 1924.**

L'auteur rapporte, dans cet intéressant travail une série d'observations cliniques de cardiaques traités par la digibaïne. Cette association digitaline-ouabaïne, préconisée par Laubry et ses élèves, il y a bientôt deux ans, a vu son emploi se généraliser rapidement. Aussi était-il intéressant de soumettre cette médication nouvelle à un examen critique rigoureux, sous le contrôle d'une expérimentation clinique bien conduite. C'est à cette tâche que R. Chantelu s'est consacré. Après une étude théorique de la digitaline et de l'ouabaïne, l'auteur en arrive à l'association intime des deux glucosides (digibaïne) qu'il a expérimentée sur un grand nombre de malades. Il rapporte quelques-unes des observations les plus concluantes qui démontrent la très nette supériorité de la digibaïne sur toutes les préparations de digitale y compris la digitaline. Il passe ensuite à une étude

détaillée de l'emploi et des indications de ce nouveau tonicardiaque, et il termine ainsi ses conclusions :

« En résumé la digibaïne peut être considérée comme la synthèse de tous les progrès réalisés ces dernières années en thérapeutique tonicardiaque.

Avec elle, la médication digitalique, stationnaire depuis l'avènement de la digitaline cristallisée, a atteint un plus grand degré de perfection, et cette association, très active et toujours parfaitement tolérée, mérite d'occuper, dans l'arsenal thérapeutique courant, une place de tout premier plan ».

Ly. — Dr Léon Barre, interne des hôpitaux de Lyon. — **Croissance et carence alimentaire.** Préface de M. le professeur Georges Mouriquand. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1923.)

La notion de carence, qui joue un rôle essentie dans l'étude de l'équilibre et de l'entretien de l'adulte, intervient encore plus dans l'étude des phénomènes de croissance. La croissance peut être influencée plus ou moins profondément par les diverses variétés de carence.

Les vitamines, dites de croissances, ne constituent que l'un des éléments de la question. Actuellement, deux vitamines ou groupes de vitamines méritent d'être étudiés à ce point de vue : le liposoluble (fat-soluble de Mc Collum, vitamine antirachitique de Mellamby) et l'hydrosoluble (watersoluble B de Mc Collum, élément voisin sinon identique de la vitamine antibéribérique de Funk).

A côté des avitaminoses, la carence comprend encore les diverses imperfections qualitatives qui peuvent rendre un aliment donné insuffisant pour la croissance ; ce qui distingue la carence proprement dite de l'inanition. La déficience qualitative peut porter sur les albumines. Une carence en amino-acides est un facteur de première importance. Les albumines, pour la croissance comme pour l'entretien, valent plus par leurs amino-acides constitutifs que par leur quantité proprement dite dans le régime.

Il existe, probablement, des troubles de la croissance dus à une carence de graisses ou d'hydrates de carbone proprement dits. La question n'est pas encore tranchée définitivement. La carence minérale peut porter sur la plupart des sels. Néanmoins, l'absence de certains d'entre eux (NaCl, Ca) retentit de façon plus précoce sur la croissance (facteurs limitants de croissance de Mc Collum).

L'état physico-chimique de l'aliment (aliment frais aliment vivant) que l'on peut identifier avec la substance antiscorbutique encore indéterminée, nous a paru, d'après nos expériences, avoir une influence moindre sur la croissance, et encore cette influence n'est-elle qu'indirecte, n'agissant que par l'intermédiaire des modifications de l'état général. L'exclusivité alimentaire ralentit la croissance, probablement en privant partiellement l'organisme de l'un ou de plusieurs des facteurs énumérés.

Le mode d'action des diverses substances minimales reste encore imprécis. Il semble démontré qu'elles constituent des aliments indispensables, dont l'organisme est impuissant à faire la synthèse.

Le mécanisme même de leur action (catalyseur, nutrition nucléaire) reste indéterminé.

Il est probable, mais non encore démontré, que ces substances minimales sont étroitement liées au fonctionnement du système endocrinien et par lui à celui de la nutrition tout entière. Dans la pratique, une variété alimentaire aussi précoce et aussi large que possible sera le procédé le plus sûr pour fournir à l'organisme en croissance la multitude des éléments minimaux nécessaires, dont l'absence ou la réduction constituerait l'une des formes de carence pure ou associée.

Strasbourg. — Dr Min-Yee Tsu Zong-Yung, médecin chinois. — **Le rythme vaginal chez la lapine et ses relations avec le cycle œstrien de l'ovaire** (8 figures, 7 planches hors texte en couleurs). *Strasbourg médical*, 1, place de l'Université (Foyer universitaire), Strasbourg, 1924.)

M. Tsu, chef de la Mission scientifique chinoise en France, s'est particulièrement adonné à l'étude de la biologie. Ainsi s'explique-t-on le choix du sujet de son mémoire inaugural, qui peut se résumer très brièvement dans les lignes suivantes :

Au cours de l'évolution génitale chez la lapine, le rythme vaginal passe par quatre phases distinctes dont l'une est différente suivant que des corps jaunes se forment ou ne se forment pas dans l'ovaire. Ces phases sont les suivantes :

Première phase : Diœstrum ou phase de l'intervalle ou de repos sexuel ; deuxième phase : Proœstrum ou phase préparatoire au rut ; troisième phase : Œstrum ou phase de rut ; quatrième phase : *a*) Post-œstrum ou phase qui correspond à l'atrésie folliculaire ; *b*) Métœstrum ou phase qui coïncide avec la présence des corps jaunes dans l'ovaire.

Chaque phase est caractérisée, d'une part par l'état de l'ovaire, et d'autre part, par les modifications histologiques du tractus génital, surtout par la structure de l'épithélium vaginal.

Esprit des plus distingués, grand lettré épris de la culture française, M. le Dr Tsu, qui vient de passer neuf ans parmi nous, en terminant ses études médicales à Strasbourg, a voulu donner une signification toute particulière aux sentiments qu'il professe pour la France.

Qu'il en soit tout à la fois félicité et remercié.

G. D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ASSURANCE INVALIDITÉ-MALADIE

La question des soins médicaux dans la future assurance invalidité-maladie a été suffisamment étudiée sous toutes ses formes dans les articles de journaux et dans les réunions professionnelles (Syndicats, Fédérations, Union des Syndicats) pour que je considère comme inutile de la reprendre dans ses détails.

Mais, à la veille des assemblées générales des Syndicats et de celle de l'Union des Syndicats il me semble nécessaire de résumer la situation et d'essayer de l'exposer nettement, telle que nous la concevons dans le Nord.

Si l'on veut bien envisager les faits d'une façon impartiale, on doit reconnaître que les votes émis par les dernières assemblées générales de l'Union en matière d'assurance-invalidité-maladie ont manqué de précision ; on pourrait même les accuser d'incohérence, puisque le dernier a abouti à l'adoption de deux systèmes contradictoires.

Mais ceci est le passé et il n'y a pas lieu de regretter ce qui a été fait : on a voulu éviter, avec raison, de diviser le Corps médical à propos d'une question dont l'importance était considérable et sur laquelle les Syndicats étaient insuffisamment documentés, et l'on a ainsi laissé à chacun le temps de lire ce qui avait été écrit, de discuter, de réfléchir et ainsi de se faire une opinion.

Le moment est maintenant venu de formuler nettement l'avis du Corps médical, puisque la loi est en discussion au Parlement. Le projet qui est sorti des délibérations de la Chambre a, je le suppose, montré aux médecins le danger qui les menace et la nécessité de s'y opposer énergiquement.

L'un des écueils que devra soigneusement éviter l'assemblée générale de l'Union des Syndicats sera de se perdre dans la discussion des divers projets qui ont été et qui seront proposés. Une réunion de 250 délégués ne peut entreprendre une pareille besogne ; en le faisant, elle s'exposerait à tomber dans la confusion et à prendre des décisions incohérentes et dangereuses. Ce qu'il faut, c'est que les Syndicats, puis l'Union, formulent les principes généraux dont le Corps médical exige le respect et l'application. Le Conseil d'administration de l'Union transmettra ces décisions aux Commissions compétentes de la Chambre et du Sénat. Et c'est à lui qu'il appartiendra de discuter avec elles, en s'inspirant de ces idées directrices et après s'être mis, au besoin, en rapport avec les Syndicats.

Les principes auxquels je viens de faire allusion constituent les conditions essentielles de l'exercice de la médecine, tel que l'ont toujours compris les médecins. Il est indispensable de les respecter si l'on veut assurer d'une part le maintien de la dignité médicale et la défense des intérêts des médecins, d'autre part, la protection de la santé publique.

Ces principes peuvent être résumés de la façon suivante :

Respect absolu du secret professionnel.
Libre choix absolu du medecin par le malade.
Paiement intégral et direct des honoraires au médecin par le malade. Pas de forfait même déguisé. Pas de tarifications des honoraires.

Le respect du secret médical doit être absolu. Il ne peut être question de transformer, à quelque degré que ce soit, le médecin traitant en contrôleur ou en expert et par conséquent en dénonciateur possible de celui qui s'est confié à lui ; on ne peut donc réclamer de lui, ni le nom de la maladie — ou de la catégorie à laquelle appartient cette maladie (1), ni un certificat déclarant que l'assuré est malade ou qu'il est guéri (2), etc...

Le choix du médecin doit être absolument libre :

(1) Dans l'accord que le Consortium patronal de Roubaix-Tourcoing a signé avec les Syndicats de ces deux villes pour le fonctionnement de l'allocation-maladie, les interventions sont classées en trois catégories (interventions petites, interventions moyennes et interventions grandes) dans lesquelles les Syndicats médicaux ont réparti toutes les opérations et dont le détail est connu des médecins seuls. L'ouvrier qui subit une opération reçoit du médecin une attestation qu'une opération de la 1re, de la 2e ou de la 3e catégorie lui a été faite et, sur le vu de cette attestation, il reçoit du Consortium 50 fr., 100 fr. ou 150 fr. Il paye directement au médecin les honoraires variables réclamés pour l'opération. Le secret médical est ainsi sauvegardé.

(2) L'attestation du début et de la fin de la maladie sera réclamée par les caisses. Devons-nous admettre que le médecin traitant la délivre ? N'est-ce pas mettre celui-ci dans une situation souvent embarrassante résultant de l'absence de l'indépendance nécessaire pour certifier la vérité.

Cette question étant controversée, les Syndicats devront l'étudier avec soin avant de la résoudre par l'affirmative ou par la négative.

On ne peut songer à le limiter parmi les médecins syndiqués, car cette clause ne serait admise ni par le Parlement, ni par les Caisses.

Les honoraires doivent être payés intégralement et directement par le malade au médecin, quel que soit l'acte médical — consultation, visite, intervention. Le malade peut ainsi s'adresser au médecin de son choix et lui paye les honoraires réclamés, quels que soient ceux-ci.

Nous devons nous opposer à toute tarification de soins, qui présente les inconvénients que l'on sait. Il appartient aux Syndicats de fixer le tarif minimum de leurs régions et aux médecins de juger si ce tarif est applicable aux assurés qui s'adressent à eux ou si certains relèvent d'un tarif supérieur (1).

Ainsi toute paperasserie disparaît. Les médecins savent, par expérience, les pertes de temps et les tracas que leur causent dans l'Assistance médicale gratuite, dans les soins aux pensionnés de guerre et aux accidentés du travail : 1° la correspondance avec les compagnies d'assurances ou les secrétaires des commissions de contrôle des soins aux mutilés, pour les informer que tel acte médical va être exécuté ou pour demander l'autorisation d'y procéder ; 2° la rédaction des billets de visite ou de consultation après recherche des tarifs variables suivant le décret ou le règlement en jeu, la nature de l'acte médical, la catégorie, la distance kilométrique, etc. ; 3° la mise en ordre de ces billets ; 4° la rédaction des mémoires parfois en plusieurs exemplaires (2) ; 5° l'envoi de ces mémoires ; 6° le dérangement pour aller recevoir les honoraires dus (3).

Ils peuvent se figurer ce que deviendra ce travail paramédical quand leur clientèle se composera d'assurés dans la proportion de 3/4 à 4/5.

Le temps du médecin doit être utilisé à exercer la médecine et non à faire de la paperasserie.

Celle-ci doit être limitée à l'attestation donnée par le médecin à l'assuré qu'une consultation, une visite ou une opération a été faite à telle date, cette attestation étant fournie contre le paiement comptant des honoraires pour l'acte médical. Muni de cette pièce, l'assuré pourra recevoir, de la Caisse d'assurances, l'allocation de visite, de consultation ou d'opération que ladite caisse aura établie.

Le *contrôle* aurait, si le projet de loi actuel était voté, une importance considérable et serait insupportable pour le médecin : l'expérience acquise par le fonctionnement de l'A. M. G. et de la loi des pensions a montré les inconvénients multiples du contrôle, même quand il est exercé par des médecins (1). Dans l'organisation de l'assurance sociale prévue par le projet de loi, tous les actes médicaux sont contrôlés, et cela d'autant plus que les Syndicats reçoivent des Caisses l'argent à distribuer aux médecins. Que l'on ne perde pas de vue, en effet, que le soin de répartir les honoraires médicaux est dévolu aux Syndicats auxquels les Caisses versent la somme totale à distribuer aux médecins de chaque région et que l'on veuille bien se figurer les résultats d'un pareil système : travail formidable infligé aux membres des Bureaux syndicaux (2) et aux médecins contrôleurs ou experts, vexations constantes infligées aux médecins, instabilité des honoraires qui varient suivant le nombre des actes médicaux (3).

Le contrôle doit être évité dans tous les cas où l'on peut s'en passer. Il sera inutile si l'exercice de la médecine chez les assurés ne diffère pas de l'exercice de la médecine chez les malades non assurés (4). Ce sont les assurés eux-mêmes qui l'exerceront parce qu'ils participeront dans une proportion importante au paiement des soins médicaux. Les Caisses auront aussi à l'exercer surtout sur les assurés. Si l'on estime cependant que des Commissions mixtes médico-administratives puissent être utiles pour parer à certains abus exceptionnels et pour étudier les problèmes qui se poseront, les Syndicats médicaux devront accepter d'y être représentés.

La future Loi de l'assurance invalidité-maladie peut très bien fonctionner en respectant les principes que j'ai rappelés plus haut et dont j'ai montré l'importance. J'appuie cette affirmation

(1) Il est donc désirable que l'allocation de visite ou de consultation accordée par la caisse ne soit pas proportionnelle aux honoraires payés au médecin par l'assuré.

(2) Bien intéressant est à ce point de vue le décret du 30 mai 1924 qui complique singulièrement l'établissement — déjà très compliqué — des mémoires d'honoraires pour soins aux réformés de guerre.

(3) Et il faut ajouter à cela les renvois de mémoires pour erreurs, etc... et les réductions d'honoraires quand — ce qui est fréquent — une formalité a été omise.

(1) Membre de deux commissions de contrôle depuis plusieurs années et président d'une grande Fédération, je suis bien placé pour connaître d'une part la valeur du contrôle exercé por ces Commissions, et d'autre part l'opinion des médecins sur ce contrôle. Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher à ce que j'ai écrit dans ce journal il y a deux ans (A propos des Commissions de contrôle, *Concours médical*, 1922, p. 3.900) et je résume mon opinion en déclarant que les Commissions de contrôle constituent un « mal nécessaire » en médecine sociale, qu'elles ne peuvent donner que des résultats très imparfaits, qu'elles ne peuvent réprimer qu'une faible partie des abus et qu'elles constituent une organisation vexatoire pour les médecins.

(2) Il ne serait pas commode de trouver des médecins acceptant de se charger d'une semblable besogne.

(3) Les chiffres donnés par le Dr Grinda, rapporteur du projet de Loi à la Chambre, au sujet de la moyenne des honoraires médicaux, doivent être considérés comme fantaisistes et exagérés.

(4) La Commission de contrôle, exclusivement médicale, prévue dans l'accord de Roubaix-Tourcoing, n'a jamais eu à fonctionner.

non sur les hypothèses, mais sur la pratique. Le service de l'allocation-maladie établi par le Consortium de l'industrie textile de Roubaix-Tourcoing avec le concours des Syndicats médicaux de ces villes sur les bases que la Fédération du Nord, d'accord avec beaucoup d'autres Fédérations et Syndicats, estime indispensables à l'exercice d'une « bonne médecine » (1) — fonctionne depuis le 1er avril de cette année à la satisfaction de tous.

On me reprochera peut être d'avoir passé sous silence, dans les lignes qui précèdent, les avantages que présente la médecine dite *collective* au point de vue de la qualité des soins et de la possibilité de recourir aux ressources des examens spéciaux : radioscopie et radiographie, laboratoire, etc. Mais qu'ajouterai-je sur ce sujet à la vigoureuse et substantielle critique de Jayle (2) ? Avec celui-ci, je soutiens énergiquement que la médecine *individuelle* ne présente aucune infériorité sur la médecine collective et qu'elle lui est supérieure à tous points de vue. Les examens spéciaux sont parfois utiles (ils sont loin de l'être toujours) et sont susceptibles de fournir à la clinique une aide précieuse que le médecin aurait tort de négliger. Il faut donc lui en faciliter l'usage ; mais est-il besoin pour cela de transformer la médecine individuelle en médecine collective ?

Que l'on veuille bien ne pas perdre de vue que des connaissances moyennes en pathologie, de la conscience et du bon sens constituent les bases d'un exercice fructueux de la médecine. C'est grâce à elles que le bon clinicien qu'est le médecin français de la ville ou de la campagne assure à ses malades des soins éclairés et le réconfort moral dont ils ont besoin. Et cela est bien préférable — je le dis par expérience — au système américain dont on voudrait nous gratifier et qui consiste à faire passer le malade par une série de laboratoires dont les examens successifs sont comparés entre eux et aboutissent à l'établissement du diagnostic et du traitement.

J'ai évité, à dessein, d'employer dans les lignes qui précèdent les expressions de « contrat collectif » et de « tiers payant ». Elles ont, en effet, été l'origine de discussions aussi nombreuses qu'inutiles et néfastes. Les avis diffèrent, du reste, sur le sens à donner à chacune d'elles.

Vouloir établir les bases d'une organisation de l'assurance sociale en se servant de ces deux expressions - que l'on admette ou que l'on rejette le contrat collectif et le tiers-payant - c'est vouloir entretenir la confusion et aboutir à la discorde dans le Corps médical. Il ne s'agit pas de tout ramener à une question de mots ; nous devons nous occuper seulement des faits et énoncer avec netteté et précision ce que nous voulons. J'insiste donc pour que, quelle que soit l'opinion de chacun sur le contrat collectif et sur le tiers payant, le Corps médical comprenne l'avantage qu'il y a à renoncer à employer ces expressions en matière d'assurance sociale... et aussi en d'autres matières.

J. Vanverts,

Président de la Fédération
des Syndicats médicaux du Nord.

R. H. M. S. : 0600

LES MÉDECINS MOBILISÉS

Les héros et .... les autres.

Tel est le titre, tel est le sous-titre à effet, de la brochure que vient de publier chez Berger-Levrault, à Paris, le Dr Ph. Ledoux (107e, R. I., 3e *bis* Zouaves, 275e R. A. C. Prix Legendre de la Société médicale des hôpitaux).

Dans une première partie, l'auteur étudie le Service de Santé, dans ses généralités ; le Poste de secours, sa construction, son plan général, etc. ; les gaz, et particulièrement l'ypérite, à propos de quoi il montre l'insuffisance du masque et les effets toxiques et irritants résultant de la condensation du gaz dans les vêtements et de sa pénétration à travers le tégument.

La deuxième partie est consacrée aux ambulances chirurgicales automobiles, aux H. O. E., à la Direction du Service de Santé de l'avant.

La troisième partie enfin est réservée au Service de Santé à l'intérieur.

La deuxième se termine par une citation empruntée au médecin inspecteur général Toubert, dont voici les dernières lignes : « *Le feu de l'ennemi a donc fait six à sept fois plus de victimes que la maladie. C'est un fait unique dans l'histoire des grandes guerres. Il démontre à la fois le rôle primordial de la chirurgie et celui de la médecine au cours de la guerre de* 1914-1918 ».

Je rappelle que, à la cérémonie commémorative du 25 janvier 1920, à La Sorbonne, en l'honneur des médecins et pharmaciens morts pour la France, M. le médecin inspecteur Toubert avait également, « dans une allocution d'une élégante simplicité et avec beaucoup de tact, montré *le rôle important que jouèrent la chirur-*

(1) L'exposé de cette organisation tel qu'il a été donné dans le *Médecin Syndicaliste* présente quelques inexactitudes.

(2) Jayle. — Rapport de la Commission de l'assurance maladie présenté à l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine le 1er juin 1924 (*S.M.S.*, septembre 1924, p. 224.)

gie et la médecine française dans l'œuvre de la victoire, qui fut obtenue par la récupération rapide des blessés et des malades guéris ». (J. Noir, *Concours médical*, 1920, p. 269).

Je laisserai de côté les deux premières parties, très documentées et très intéressantes, de l'ouvrage du Dr Ledoux, pour m'attarder plus longuement sur la troisième. Je l'ai lue attentivement, et le sentiment que m'a laissé cette lecture est profondément triste. Ce n'est rien moins, en effet, qu'un long et violent réquisitoire contre un nombre relativement important de médecins mobilisés. Et cela fait un contraste impressionnant et déprimant avec l'hommage rendu précédemment à la médecine française.

Je résume et je cite :

A l'arrière-front, il y avait une organisation chirurgicale voisine de la perfection ; mais, on y trouvait d'autres ambulances, d'autres hôpitaux que ceux où travaillait l'élite médico-chirurgicale française.

« Ces formations, — je cite intégralement — étaient dirigées par des médecins pourvus de trois, quatre galons ou davantage, qui leur avaient été donnés pour des motifs qui n'avaient trop souvent aucun rapport avec leur valeur morale, technique, intellectuelle ou militaire. Ceux-là semblaient rivés à leurs places, ou bien, quand ils allaient au front, ils ne connaissaient guère que la zone située en arrière du premier gendarme ... Nous verrons tout à l'heure que c'étaient le plus souvent *des médecins de campagne* représentant le peuple souverain dans les conseils généraux ou d'arrondissement. Ce sont ceux-là qui ont fait le plus parler d'eux et dont l'homme de troupe blessé ou malade conserve un amer souvenir. Leurs actes contestables, multipliés en quelque sorte par l'autorité qu'ils tenaient de leurs galons, *ont terni pendant quelques années le renom du Corps médical français et diminué le respect et la considération qu'avaient pour nous les corps constitués.*

« En effet, parmi les découvertes dont cette guerre aura été l'occasion, *une des plus étonnantes* pour les médecins qui raisonnent et savent voir, aura été *la constatation de l'infériorité inouïe d'un trop grand nombre de nos confrères* (p. 187).

« ... Tout au plus ai-je été étonné du nombre vraiment grand des médecins inférieurs à tout ce qu'auraient pu rêver les gens désireux de dénigrer le Corps médical. Mais ce qui passe l'entendement des gens à intelligence moyenne, c'est que, pendant la première partie de la guerre, la direction du Service de santé, jusqu'au grade de médecin-major de 2e classe inclus, ait été recrutée dans ce milieu d'une ignorance et d'une infériorité aussi extravagante.

« Qui plus est, non seulement on prit les médecins à trois, quatre, cinq galons parmi les médecins sans beaucoup de connaissance et politiciens, mais il suffisait de n'avoir jamais pratiqué la médecine, tout en ayant passé sa thèse quelque dix ou vingt ans auparavant, pour être nommé à trois galons au moins et diriger un important service médical ou chirurgical Et pendant que de grands savants n'avaient que deux galons et même moins, des directeurs de théâtre, des dentistes, des éleveurs de porcs en avaient trois ou quatre ». (P. 189 et 190.)

L'auteur attribue ces étrangetés au mépris où, dans le Service de Santé, on tenait les compétences, et aux affectations défiant le bon sens qui en résultaient, — des dentistes soignant des fièvres typhoïdes, des praticiens de campagne ouvrant des ventres, des oculistes faisant de la vénéréologie.....

Il les attribue aussi à la facilité avec laquelle de tels médecins, pourvus de nombreux loisirs, et faisant volontiers de nombreuses périodes d'instruction, avaient gagné leurs galons par le seul jeu mécanique et automatique de l'avancement, tandis que les médecins et chirurgiens des Facultés, des Hôpitaux, moisissaient dans les grades les plus inférieurs parce qu'ils........

« refusaient de sacrifier leurs études, leur clientèle ou leurs vacances pour aller perdre leur temps dans un camp d'instruction ou dans une ville de garnison ». (P. 194.)

« Il y a une catégorie de confrères qui ont une grosse importance pour les Pouvoirs publics : *ce sont les médecins de campagne.* Pour ceux qui nous gouvernent, ces confrères n'ont pas seulement pour rôle de soigner les malades, ils sont surtout des *agents électoraux.* Ils jouissent dans les campagnes d'un grand prestige..... » (P. 196.)

Ce sont ces médecins de campagne, à qui le Gouvernement donna galons et croix, qui dirigèrent des formations sanitaires importantes,...

« qui recupérèrent ou réformèrent les hommes dans des conditions tellement extravagantes, qu'il est à peu près impossible de réparer maintenant les fautes qu'ils commirent et que nous sommes embarrassés par des réformés dits de guerre qui ne purent jamais faire la guerre....... » (P. 197.)

« C'est pour cette raison (qu'ils ne peuvent y vivre), que tant de médecins de campagne acceptent les fixes de famine du Gouvernement, que les moins riches de clientèle parmi eux se poussent dans la politique, soutenus par les agents du pouvoir central qui, ayant eu l'occasion de les étudier depuis qu'ils sont appointés, sont sûrs de leur loyalisme gouvernemental.

« Ce sont donc les médecins de ce genre qui formèrent le personnel dirigeant les formations éloignées du front... »

Pour prouver ce qu'il vient d'avancer, l'auteur évoque l'attribution de 600 croix à des mé-

decins *non mobilisés*, c'est-à-dire à ceux des médecins qui, en raison de leur ancienneté, ont une plus grande influence électorale. J'avoue ne pas saisir la portée de cet argument, dans un exposé qui, jusque-là, a tendu à montrer l'insuffisance des médecins de campagne *mobilisés*, sous ce titre principal : *Les médecins mobilisés* .

D'ailleurs, s'il s'agit de faire le procès de la façon dont les décorations ont été décernées, je conviens que cette façon ne s'est pas toujours suffisamment inspirée du véritable mérite des candidats. Je n'arrive pas à comprendre comment il se fait qu'il existe encore un nombre si élevé d'officiers qui ont été cités une et plusieurs fois, blessés même, et qui attendentencore la Croix que la Commission Fayolle a négligé de leur accorder. Phénomène d'autant plus incompréhensible que cette Commission avait des pouvoirs numériques illimités ! !

Cette parenthèse fermée, comment le Dr Ledoux entend-il remédier à ce qu'il appelle une situation dangereuse ?

Suivons-le :

« Il faut que les directeurs des études médicales, je veux dire les professeurs de Facultés, fassent le nécessaire pour relever le niveau des connaissances des étudiants en médecine ».

Nous sommes d'accord, et nous le demandons pareillement. Mais ce desideratum est intimement lié à la réforme des études, selon laquelle on apprendra véritablement aux futurs médecins leur métier de praticiens.

« Il faut, en même temps, que les dirigeants de la collectivité médicale, c'est-à-dire les chefs d'associations ou de syndicats médicaux, obtiennent, dès le temps de paix, des affectations conformes aux besoins de la collectivité.......................

[Nous sommes encore d'accord : il s'agit là de l'utilisation des compétences]

et qu'ils sachent exiger des Pouvoirs publics les mesures nécessaires pour que puissent être éliminés de la corporation médicale, d'une part les étudiants qui se montrent trop inférieurs à ce que l'on peut raisonnablement exiger d'eux, et d'autre part, les médecins qui, au cours de leur carrière, font montre d'un trop grand irrespect des principes élémentaires de la déontologie » (P. 210).

En ce qui concerne l'élimination des étudiants insuffisants, la proposition n'est pas nouvelle. Je l'ai formulée moi-même, il y a bien longtemps pour la première fois, en précisant toutefois que cette élimination ne serait possible que tout au début des études, lors du premier examen. Oui, théoriquement. Mais dans la pratique, on peut dire qu'une pareille méthode se heurte à des difficultés, surtout d'ordre sentimental, à peu près insurmontables.

Quant à éliminer, de la corporation médicale, les médecins qui sont trop irrespectueux de la déontologie, c'est, de la part du Dr Ledoux, manière détournée de sacrifier au fameux Ordre des Médecins, dont les multiples projets prévoient comme pénalité extrême l'interdiction à vie d'exercer la médecine. Je ne recommencerai pas à ce sujet toute une argumentation que j'ai longuement développée dans le *Concours médical*, sur la valeur négative de cette sanction. Mais je rappelle qu'avec le professeur Verger, j'ai considéré qu'il serait possible d'exclure certains médecins, dans des conditions déterminées, de ce que j'ai appelé *la médecine publique*. Or, la pratique de la médecine militaire est un élément de cette médecine publique, de celle qui résulte d'une organisation de soins prévus par une loi d'Etat. En donnant aux médecins militaires ou militarisés, prévenus d'irrespect de la déontologie, toutes les garanties possibles de leur droit de défense, je ne verrais aucun inconvénient à ce qu'une pareille sanction puisse être prononcée contre eux : *je précise bien qu'il s'agirait de les exclure de la pratique médico-militaire.*

Je présume que l'irrespect de la déontologie, selon la conception de M. Ledoux, doit comprendre aussi l'insuffisance technique. Là, je demande un criterium. Comment constaterez-vous impartialement cette insuffisance, chez un homme ayant depuis longtemps abandonné l'école, et comptant de nombreuses années d'âge ? Quel examen lui ferez-vous subir ? Mais, en vertu de quel droit d'abord ? Prenez garde ! Votre idée est grosse de dangers : elle peut se retourner contre vous. Et puis, à tout prendre, un médecin diplômé, même insuffisant, n'est-il pas encore moins menaçant pour la santé publique que n'importe lequel des innombrables illégaux de la médecine ?

De tout son long exposé, le Dr Ledoux tire une conséquence qui ne laisse pas que de me surprendre. A l'en croire, — je cite de nouveau —,

« le public fut outré de voir naître tant de scandales dans le corps de santé... On rapprocha cela de ce que quelques médecins ne faisaient pas leur devoir, et l'on en conclut qu'il en était de même pour la majorité, sinon pour tout le corps médical... Aussi naquit-il une certaine suspicion, dans toutes les classes de la société, contre le corps médical.... »

Et voilà pourquoi les magistrats traitent avec rigueur les médecins que le hasard amène sous leur juridiction ! !

Eh non ! mon cher confrère. Vous n'y êtes pas du tout. Le corps médical est revenu de la guerre paré, dans son ensemble, d'une auréole qu'il avait largement méritée : je n'en veux pour preuve que les déclarations de M. le Médecin-Inspecteur

Toubert, rappelées au début de cet article. Et quelques défaillances individuelles, infiniment moins nombreuses qu'on serait tenté de le croire à vous lire, n'ont nullement terni cette auréole.

Si le Corps médical est l'objet d'une certaine suspicion, c'est que, depuis la guerre, une foule d'écrivains, non sans talent, — et c'est ce qui fait leur force —, tablant précisément sur ces défaillances individuelles, mènent, contre les médecins, des campagnes malfaisantes. Vous les connaissez comme moi : je ne leur ferai pas l'honneur de les nommer ici, les laissant aboyer sans relâche à nos trousses, jusqu'au jour, qui viendra, j'en suis sûr, où, pour eux ou pour les leurs, ils crieront au secours, et se prosterneront très bas devant celui d'entre nous qu'ils seront alors trop heureux d'appeler. Et laissez-moi ajouter que la troisième partie de votre livre vient malheureusement fournir des armes à ces écrivains. Il y a de mauvais prêtres ; je défie que vous trouviez un prêtre qui ait jamais publié un ouvrage pour les dénoncer publiquement.

Les magistrats se sont toujours montrés sévères envers les médecins qu'ils ont eu à juger, au civil comme au criminel. C'est pour eux une sorte de revanche envers ceux qui disposent en effet d'un pouvoir égal, sinon supérieur, au leur, et dont ils deviennent à leur tour, quand la maladie les étreint, les très humbles assujettis. Et si cette sévérité a de plus nombreuses occasions de s'exercer, à cette heure, c'est que le public, poussé et encouragé par les odieuses campagnes dont je viens de parler, multiplie ses réclamations et ses poursuites, dont je puis dire, d'ailleurs, fort de l'expérience que j'en ai au « Sou médical », qu'un certain nombre tournent à la confusion du poursuivant. Evénement qui serait encore plus fréquent si, au lieu de quatre mille adhérents, le « Sou médical » en comptait le double et même le triple.

***

Mais j'en reviens à l'ouvrage du Dr Ledoux. Toute cette troisième partie, qui m'a particulièrement retenu, est excessive, injuste, inopportune et déplacée surtout. On sent tout d'abord que l'auteur s'en prend à l'infériorité intellectuelle et morale d'un grand nombre de médecins de campagne mobilisés. Puis, il semble limiter sa querelle aux seuls médecins de campagne *politiciens* qu'il accuse, en citant une phrase de Noir détachée de son contexte, — ce qui lui enlève sa vraie signification —, d'être *les plus fermes soutiens du régime.* Un peu plus loin, ce sont les médecins étrangers établis en France qui encourent sa désapprobation. Plus loin encore, abandonnant les médecins mobilisés, les seuls qui devraient être en cause, à s'en tenir au titre du livre, il vitupère les vieux médecins non mobilisés, à l'occasion des 600 croix qui leur ont été attribuées.

Sur l'organisation défectueuse du Service de Santé au début de la guerre, sur les erreurs qui ont été commises, sur certains abus de pouvoir techniques reprochables, à cette époque, à quelques médecins mis à la tête de formations sanitaires importantes, et qui tranchèrent et coupèrent, avec une désinvolture coupable, nous sommes complètement d'accord. Mais ce ne furent que des exceptions passagères qu'il serait aussi coupable de vouloir trop généraliser. Et l'on sait qu'il y fut rapidement porté remède. Si, ainsi que j'en ai toujours été d'avis, on avait rendu le grade indépendant de la fonction, — le grade ayant été obtenu selon une législation militaire et des règlements qui n'avaient pas suffisamment tenu compte des possibilités de guerre —, toujours et partout le médecin aurait été utilisé, avec ses compétences particulières, *mais en médecin*, même s'il n'avait été mobilisé que comme soldat de seconde classe (1). Et l'on n'aurait pas vu un chirurgien des hôpitaux de Paris balayer les salles et vider les latrines d'un hôpital militaire de première *catégorie, par ordre de son médecin-chef*, mobilisé lui-même avec cinq galons, et membre de plusieurs Sociétés savantes.

Et puisque M. Ledoux cite, parmi les médecins évadés de la pratique de la médecine depuis de longues années, et désignés cependant pour d'importantes fonctions sanitaires au début de la guerre, un directeur de théâtre, je veux raconter ici l'aventure dont un médecin directeur de théâtre fut le héros, et dont il aurait pu être la victime, — en donnant à ces deux expressions un sens modéré.

Or donc, cet ex-praticien, devenu directeur de théâtre, se trouva, à la mobilisation, avec ses trois galons, médecin chef d'un hôpital complémentaire. Sous ses ordres, dans son personnel infirmier, il comptait, dans la situation la plus modeste, un professeur agrégé, médecin des hôpitaux. Et le médecin chef tint à son infirmier le discours suivant : « Vous êtes infiniment plus qualifié que moi-même pour diriger technique-

(1) On y est venu d'ailleurs en partie, quand furent institués les médecins et chirurgiens de secteur, qui pouvaient prendre, dans les formations sanitaires et dans les hôpitaux en particulier, de leur secteur, des décisions dont l'initiative était refusée aux médecins chefs de ces formations et hôpitaux.

Les médecins et chirurgiens de secteur étaient choisis parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les chefs de clinique, les anciens internes. Assimilables à certains points de vue, à des médecins consultants, ils offraient, en général, toutes les garanties de compétence désirables.

Mais ils avaient parfois un grade moins élevé que le médecin chef qu'ils venaient, en quelque sorte, contrôler.

Le service n'en fonctionnait que mieux. Mais le principe de la hiérarchie en recevait un fameux accroc ! ! !

G. D.

ment cet hôpital. Je vous abandonne cette direction technique, et je vous couvrirai de toute mon autorité ».

Le geste était assez joli, n'est-il pas vrai ? et faisait honneur à cet impressario, qui ne mentait pas trop à ses origines.

Mais attendez la fin. Cet hôpital complémentaire était rattaché à un hôpital de première catégorie dont le médecin chef, cinq fois galonné, le même qui brimait le chirurgien des hôpitaux précité, apprenant le fait, entra dans une violente colère et reprocha véhémentement au directeur de théâtre médecin de *prostituer ses galons,* lui enjoignant de remettre dans sa formation les gens à leur place, conformément au rè-gle-ment sous peine de sanction sévère.

Oui, confrère Ledoux, voilà ce qu'a fait un de ces camarades à qui vous vous en prenez si violemment. Et voilà aussi ce qu'a fait, en contrepartie, un membre de cette élite que vous admirez, membre qui, s'il a occupé de hautes situations, n'a pas laissé un grand nom....

Vous voyez donc bien que les brimades n'ont pas toujours été exclusivement l'apanage de ceux à qui vous menez la vie si dure.

***

Si des récupérations ont été faites à l'inverse du bon sens, ce n'est pas aux médecins de campagne incompétents qu'il faut s'en prendre, c'est au commandement qui, pour des raisons très graves, avait dû enjoindre aux Commissions de reprendre le plus grand nombre possible d'exemptés et réformés. Et si nous sommes embarrassés aujourd'hui par des réformés de guerre qui ne purent cependant jamais faire la guerre, ce n'est pas davantage aux médecins de campagne insuffisants qu'il faut s'attaquer, mais à la loi de mars 1919, qui n'a pas voulu faire le départ entre le combattant atteint sur le champ de bataille ou au cours des opérations militaires, et le mobilisé qui n'a jamais quitté son dépôt, où il a pu contracter une maladie indépendante du service, et surtout aggraver (!) une tare préexistante. Tout cela est de notoriété courante, et je m'étonne que, cinq ans après la fin de la guerre, il se trouve un médecin qui prétende remettre ces histoires lamentables en question.

Mais il est une conclusion qui me semble s'imposer, dans l'ouvrage de M. Ledoux, c'est qu'il fait partie des médecins *qui raisonnent et qui savent voir.* C'est aussi qu'il fut singulièrement favorisé et qu'il lui fut donné de se trouver en contact avec de nombreux médecins de campagne mobilisés, et de faire personnellement la constatation de l'insuffisance et des tares qu'il leur reproche.

Sur le premier point, je n'ai rien à dire. M. Ledoux se décerne à lui-même un brevet de clairvoyance, de puissante observation, et aussi de *suffisance,* en opposition avec l'insuffisance dont il fait grief à tant de ses confrères : c'est son affaire. Sur le second, il me permettra de faire les plus expresses réserves. Moi aussi, j'ai été en contact avec de nombreux confrères ; j'en ai eu de nombreux sous mes ordres. Ils n'avaient pas été triés sur le volet, et ils appartenaient à toutes les classes de la société médicale. A Langres, en août 1914, nous formions un ensemble important. En dehors des médecins d'hôpitaux, il y avait cinq médecins chefs de corps de troupe, une dizaine de médecins chefs des dépôts de régiments d'infanterie et de bataillons de chasseurs. Nous nous retrouvions tous les quinze jours chez le médecin chef de la place dont l'adjoint était *Pagniez,* médecin des hôpitaux de Paris, (l'on ne dira pas que celui-là n'avait pas été mis à sa place). La plupart étaient des médecins de petites villes et de campagne ; le regretté Dupré, de Groslay, Stœber, de Saint-Dié, François, de Fays-Billot ; il y avait Ledoux-Lebard, le radiologiste bien connu de Paris, et d'autres dont je n'ai pas retenu les noms. Nous composions, je l'affirme, une honnête moyenne à laquelle il n'y eut rien a reprocher.

Dans mon propre régiment, j'avais deux aides-majors, tous deux ruraux, et deux médecins auxiliaires, également de situation modeste. Mon bon camarade *Pillon,* de Vézelay, était l'un de ces aides-majors.

Plus tard, au cours des quatre années de campagne, j'en ai vu défiler un grand nombre qui furent mes subordonnés, et plus encore mes collaborateurs : *Le Boulch',* de Guémené-sur-Scorff, *Monnot,* tué à l'ennemi le jour où il partit en première ligne, *René Rosenthal,* de Nancy, *Fiévez,* de Malo-les-Bains, et tant d'autres que j'oublie...

Ils venaient un peu de partout, surtout de la campagne, et on ne les avait pas choisis exprès pour moi. Eh bien ! j'affirme hautement que tous se sont montrés à la hauteur de leur tâche, et que si l'expérience des débutants dans la carrière laissa parfois à désirer, pas un d'entre eux ne manqua de bon sens, et tous surent mériter des compliments et de l'avancement, même ce fou, dont je tairai le nom, mais qui ne m'en fit pas moins proprement une ponction d'urgence chez un pleurétique qui asphyxait avec cinq litres de pus dans la plèvre, lui sauvant ainsi la vie.

Je suis heureux de leur rendre à tous ici un public hommage. Tous ont été, de par la hiérarchie, mes subordonnés. Mais tous, de par l'estime que je leur conserve, ont été et sont mes amis.

En leur rendant cet hommage, j'entends les prendre comme les représentants de la foule anonyme des praticiens modestes des villes et des campagnes. Et je proclame bien haut que dix etcent défaillances individuelles ne sauraient pré-

valoir contre les qualités de cœur et d'esprit des milliers de bons confrères mobilisés, QUI ONT FAIT TOUT UNIMENT LEUR DEVOIR !

G. DUCHESNE.

Un peu de statistique.

Que doit-on entendre par médecin politicien ? Il me semble que cela devrait se limiter au médecin qui fait de la politique un métier, y consacrant tout son temps, ou la majeure partie de son temps, en fait : le *médecin sénateur* et le *médecin député*.

Ajoutons-y cependant le médecin conseiller général et le médecin conseiller d'arrondissement, et cherchons à nous rendre compte approximativement du nombre de médecins politiciens qui existait en France, en 1914.

On comptait environ 20 sénateurs médecins, sur 300, soit 6,6 % ; 41 députés médecins, sur 600, soit 6,6 %.

La France était divisée en 2.922 cantons, comprenant chacun un conseiller général et un conseiller d'arrondissement. Au total : 5.844.

Admettons que la proportion de médecins soit, dans les Conseils généraux et d'arrondissement, double et même triple de celle des médecins au Parlement. Soyons même large, et tablons sur 20 %. Nous obtenons un total de 1.170 médecins pourvus de ces mandats électifs. En y ajoutant les sénateurs et députés, on arrive au nombre de 1.231.

La plupart de ces confrères étaient, en août 1914, certainement âgés de plus de 45 ans. Nous conviendrons, pour rester toujours dans de larges limites, que les deux tiers furent mobilisés, soit qu'ils fussent encore d'âge mobilisable, soit qu'ils fussent restés volontairement dans les cadres ou qu'ils eussent repris du service.

Nous trouvons ainsi 800 médecins politiciens figurant dans les cadres du service de santé.

Eh bien ! Je vous le demande, en supposant que ces 800 confrères aient mérité les reproches que leur adresse M. Ledoux, que signifie ce nombre, par rapport à l'ensemble du personnel médecin de ce service, 9.000 à la mobilisation, qui furent portés peu à peu à une quinzaine de mille ?

G. DUCHESNE.

FISCALITÉS

Nos grandes règies financières ont été complètement désorganisées pendant la guerre par la mobilisation de leurs fonctionnaires les plus actifs.

Après l'armistice, il a fallu procéder, non seulement à leur reconstitution, mais encore à leur adaptation au nouveau régime fiscal institué par les lois relatives aux bénéfices de guerre, à l'impôt général sur le revenu, aux impôts cédulaires et à la taxe sur le chiffre d'affaires.

La tâche était formidable et bien au-dessus des forces d'un personnel subalterne absolument inexpérimenté. Il en est résulté, pendant les années écoulées, des retards considérables dans l'établissement des rôles et, par suite, dans le recouvrement des impôts.

Pour remédier à ce dernier inconvénient, le Ministre des Finances fit voter par les Chambres, l'article 18 de la loi du 31 décembre 1921 ainsi conçu :

« L'article 146 de la loi du 3 frimaire an VII et l'article 13 de la loi du 31 décembre 1918 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les contributions directes, les taxes assimilées, l'impôt général sur le revenu, ainsi que les impôts cédulaires recouvrés comme en matière de contributions directes sont exigibles mensuellement à partir du premier jour du mois qui suit la publication du rôle, et en autant de fractions égales qu'il reste de mois à courir depuis ce jour jusqu'à la fin de l'année. Toutefois lorsque le rôle a été publié postérieurement au 31 août, les contributions sont exigibles mensuellement en quatre fractions égales.

Si, à la date où la moitié au moins des fractions calculées conformément à la règle ci-dessus est devenue exigible, le contribuable ne s'est pas acquitté du montant des fractions échues, *il peut être poursuivi pour la totalité de la contribution* ».

Il résulte de ce texte que les impôts doivent être payés en un nombre de mensualités égal au nombre de mois entiers restant à courir depuis la date de la publication du rôle jusqu'à la fin de l'année. Ce nombre ne peut, en aucun cas, être inférieur à quatre.

D'autre part, si le débiteur n'a pas acquitté la moitié des mensualités dans le délai fixé par la loi, il sera contraint à verser immédiatement la totalité des échéances restant à payer.

Exemple : lorsque le rôle a été publié le 25 juin, l'impôt est payable en 6 mensualités. Si au 30 septembre, le contribuable n'a acquitté que deux mensualités, il peut être poursuivi pour le payement en une seule fois et immédiatement des 4 dernières échéances.

Or, la publication du rôle est une simple formalité qui ne fait nullement connaître à l'intéressé le montant des impôts qu'il doit. Seule la réception de l'avertissement le fixe sur le chiffre de sa dette à l'État. Il est donc absolument regrettable que les percepteurs n'envoient lesdits aver-

tissements que longtemps après la publication du rôle. Il peut en résulter pour certains contribuables l'obligation de décaisser sans délai une somme qu'ils n'ont pas à leur disposition ou qui leur est nécessaire pour leurs affaires.

D'autre part, les délais pour réclamer partent du premier jour du mois qui suit celui de la publication du rôle (art. 20 de la loi du 31 décembre 1921).

Ils sont de un mois pour présenter une réclamation à la mairie et de trois mois pour adresser une pétition au préfet.

Si comme cela est déjà arrivé à Paris, l'avertissement est envoyé après l'expiration du troisième mois qui suit la publication du rôle,le contribuable trop imposé est mis dans l'impossibilité de réclamer.

Cette situation est d'autant plus intolérable qu'il n'existe pas, en réalité, de publications de rôle pour les nouveaux impôts puisque la cotisation ne peut-être divulguée. L'avertissement seul fait connaître à l'intéressé le montant de l'impôt qui lui est réclamé. Nous pensons que le Conseil d'Etat ne saurait persévérer dans la jurisprudence qu'il a constamment appliquée au sujet des anciens impôts et d'après laquelle la date de la publication du rôle devait seule être prise en considération pour déterminer le délai de réclamation.

Une loi nouvelle ne nous paraît pas nécessaire puisque l'article 71 de la loi du 25 mars 1817 est ainsi conçu :

« Le premier avertissement, qui doit indiquer aux contribuables la somme totale qu'ils doivent payer, tant en principal qu'en centimes additionnels, dans les contributions foncières, personnelle mobilière, portes et fenêtres et patentes, sera rédigé à mesure que les rôles se confectionneront, et adressé en même temps que l'ordre pour la publication de ces rôles, pour être remis à chaque contribuable, moyennant cinq centimes pour les frais d'impression et de remise. »

Il est vrai que cet article ne vise que les formalités auxquelles est soumis le recouvrement, tandis que les délais de réclamation sont relatifs à l'assiette de l'impôt qui en droit fiscal sont choses tout à fait différentes.

En tout cas, si quelques-uns de nos lecteurs étaient victimes des retards imputables à l'Administration, nous nous chargerions bien volontiers de leur défense, soit devant la juridiction contentieuse des tribunaux administratifs, soit devant la juridiction gracieuse du Ministre des Finances.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal,
Directeur du *Contribuable français*.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

2 *Octobre* 1924.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; MIGNON, NOLLET, DE LA ROCHEFORDIERE, DUCHESNE et MAZEROUX.

Excusés : Mlle HAMILTON, MM. A. GASSOT, HUGUENIN et VIMONT.

En l'absence de M. BOUDIN, M. DE LA ROCHEFORDIÈRE, remplit les fonctions de secrétaire.

Sur la proposition de M. Gassot, *trésorier*, le Conseil vote le remboursement par le compte de gestion à la combinaison MA de la somme de 10.000 francs.

Ce versement termine heureusement l'opération commencée en 1921 : les comptes des combinaisons diverses ne porteront plus traces de dépenses de gestion. Le Conseil, à cette occasion, adresse ses félicitations au Trésorier.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil vote les allocations suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 fr.
66	MOULINIÉ	Dordogne	57 jours	570 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
81	TREILLE	Creuse	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
154	POIRSON	Jura	3 mois	300 »
164	DE GRISSOC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
176	VOYER	Loire-Inférieure	cure thermale	100 »
			A Reporter	2,470 »

			Report	2.470 »
192	Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
201	Coyola	Gironde	un mois et 21 jours chr	169 95
219	Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	6 mois	600 »
255	Demmler	Oise	6 mois	600 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
341	Chabanon	Lozère	3 mois	300 »
348	Miltas	Creuse	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
442	Froment	Bouches-du-Rhône	60 jours + 27 jours chr 1/2	344 80
490	Vincens	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
498	Fons	Pyrénées-Orientales	25 jours	250 »
506	Delucq	Gers	3 mois	300 »
535	Cunnac	Tarn	3 mois	300 »
540	Nordmann	Pas-de-Calais	26 jours	260 »
580	Klein	Seine-Inférieure	60 jours + 9 jours chr	629 95
638	Campuzan	Lot-et-Garonne	17 jours	170 »
647	Bellin	Isère	28 jours	280 »
668	Douare	Paris	45 jours	450 »
688	Monmarson	Manche	3 mois	300 »
690	Gruzu	Alpes-Maritimes	21 jours	210 »
696	Cézilly	Oise	3 mois	300 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
733	Giral	Gard	25 jours	250 »
745	Potié	Eure	cure thermale	100 »
807	Barge	Corrèze	60 jours + 4 jours chr	613 30
823	Moreau	Maine-et-Loire	cure thermale	100 »
833	Pilliere	Ardennes	3 mois	300 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
837	Bécour	Nord	3 mois	300 »
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
844	Willemetz	Pas-de-Calais	19 jours	190 »
848	Galand	Nord	9 jours	90 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
884	Bourdicaud-Dumay	Corrèze	3 mois	300 »
890	Guitton	Sarthe	60 jours + 1 mois et 3 jours chr	710 »
900	Duclos	Paris	3 mois	300 »
910	Mendel	Paris	17 jours chr	56 60
932	Baron	Pyrénées-Orientales	19 jours + 4 mois et 12 jours chr	663 25
951	de Gisson	Haute-Garonne	60 jours + 14 jours chr	646 60
954	Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
966	Compans	Gironde	51 jours	510 »
982	Ambrois	Isère	1/2 51 jours	255 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1020	Abelly	Vaucluse	2 mois + 9 jours chron	229 95
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057	Boudon	Tarn-et-Garonne	60 jours + 10 jours chr	633 35
1167	Besson	Isère	3 mois	300 »
1176	Tel	Lot-et-Garonne	43 jours	430 »
1190	Guillemin	Saône-et-Loire	12 jours	120 »
1213	Etienne	Ardennes	40 jours	400 »
1236	Thadée	Hérault	34 jours	340 »
1252	Gaillard	Morbihan	3 mois	300 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Finistère	60 jours + 1 mois et 1 jour chr	703 35
1291	Garcin	Isère	3 jours	30 »
1307	Mitzora	Paris	15 jours	150 »
1329	Goldenberg	Seine-et-Oise	31 jours + 7 mois	1.010 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1383	Durozoy	Seine-et-Oise	32 jours + 1 jour chr	323 35
1385	Landry	Deux-Sèvres	3 mois	300 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1474	Monier	Nord	34 jours	340 »
1543	Beaudot	Saône-et-Loire	31 jours	310 »
1563	Saint-Pau	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1567	Caussade	Seine-Inférieure	27 jours	270 »
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1596	Bardet	Puy-de-Dôme	5 jours	50 »
1611	Traversier	Isère	40 jours	400 »
1668	Maurat	Lozère	60 jours + 4 mois et 28 jours	1.095 25
			A reporter	27.154 70

		Report	27 154 70
1675 Frenel	Oise	3 mois	300 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
1756 Mme Mosnier	Gard	27 jours	270 »
1792 Limouzi	Loiret	44 jours	440 »
1796 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1804 Coste	Hérault	15 jours	150 »
1820 Priouzeau	Maine-et-Loire	12 jours	120 »
1822 Robert	Indre	8 -ours	80 »
1854 Laroche	Vosges	49 jours	490 »
1872 Le Couteur	Finistère	10 jours	100 »
1896 Roure	Belfort	2 mois	200 »
1944 Duprat	Hautes-Pyrénées	26 jours	260 »
1986 Roullet Audy	Corrèze	6 jours	60 »
		Total	29.884.70

Combinaison MAD.

13 Duron	Alpes-Maritimes	2 jours	40 »
43 Collignon	Sarthe	15 jours + 12 jours chr	379 90
128 Voyer	Loire-Inférieure	10 jours	200 »
132 Genet	Rhône	7 jours	140 »
150 Phelebon	Loir-et-Cher	51 jours	1.020 »
214 Le Troadec	Finistère	30 jours	600 »
647 Bellin	Isère	1/2 28 jours	280 »
807 Barge	Corrèze	1/2 60 jours + 4 jours chr	613 35
844 Willemetz	Pas-de-Calais	1/2 19 jours	190 »
1190 Guillemin	Saône-et-Loire	1/2 12 jours	120 »
1213 Etienne	Ardennes	1/2 40 jours	400 »
1383 Durozoy	Seine-et-Oise	1/2 32 jours + 1 jour chr	323 30
1474 Monier	Nord	1/2 34 jours	340 »
1567 Caussade	Seine-Inférieure	1/2 27 jours	270 »
1596 Bardet	Puy-de-Dôme	1/2 5 jours	50 »
1804 Coste	Hérault	1/2 15 jours	150 »
1872 Le Couteur	Finistère	1/2 10 jours	100 »
1896 Roullet Audy	Corrèze	6 jours	60 »
		Total	5.276.55

Le Conseil inflige au sociétaire nº 214 une amende de 50 francs pour retard dans ses déclarations.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension du 3e trimestre 1924 les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Gillette, Calvados	150 »
43	Veuve Chevreux, Paris	150 »
45	Veuve Valot, Haute-Saône	60 »
51	Veuve Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Sav.	125 »

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 30 septembre 1924.

Remboursement de cotisations contre-assurées.

Le Conseil ordonnance le remboursement à la succession de Mme Couénon P 151 de la somme de 1770 fr. montant des cotisations versées par elle en vue d'une pension à 60 ans.

Ratification d'admissions.

Le Conseil, sur le rapport du secrétaire général, prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA.

MM. Gaudefroy, Tison, Quénardel, Bézine, Emonin, Letorey, Cleu, Chevalier, Bazin, Périchon, Petit, Ladroitte.

Combinaison MAD.

MM. Bausset, Treuvey, Emonin, Cleu, Chalet, Bertrand, Géry, Chevalier, Bazin, Dubois, Perichon, Petit, Prignon, Blanchard, Ladroitte.

Passage de 1/2 MAD à MAD.

MM. Barlatier et Delmas.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil prononce l'admission à titre provisoire de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Castelbon, à Montargis (Loiret).
Demur, à Rieux (Haute-Garonne).
Barandon, à Eguzon (Indre).
Mayet à Bourg St-Maurice (Savoie).
Payré à Perpignan.
Laffitte à Chalons-sur-Marne.

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Demur, à Rieux (Haute-Garonne).
Barandon, à Eguzon (Indre).
Potié, Armentières (Nord).
Vilbonnet, à Blet (Cher).
Mayet à Bourg St-Maurice (Savoie).
Payré à Perpignan.
Laffitte à Chalons-sur-Marne.

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin décembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Potié, à Armentières (Nord).
Vilbonnet, à Blet (Cher).
Delvallez à Cousolre (Nord).
Payré à Perpignan.

Combinaison R

M. le docteur :
Vincens, à St-Chély-d'Apcher (Lozère).
Laffitte à Chalons sur-Marne.

Assemblée Générale.

Le Conseil décide que l'Assemblée générale ordinaire de la Mutualité Familiale se tiendra le dimanche 16 novembre prochain à 3 heures, salles du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

Il fixe l'ordre du jour de cette séance.

M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport qui est approuvé par le Conseil.

Lecture est ensuite donnée du rapport de M. Gassot, trésorier, sur l'exercice 1924. Ce rapport est pareillement approuvé.

La convocation et les rapports seront, comme le prescrivent les statuts, publiés dans le *Concours Médical* et adressés directement aux sociétaires non abonnés.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Trésorier, DE LA ROCHEFORDIERE.

Le Président, A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

—**Nécrologie.**— Nous apprenons avec peine la mort du professeur Auguste Broca, de la Faculté de médecine de Paris (clinique chirurgicale et orthopédie infantile)

Il était membre de la Commission du tarif Breton, délégué de l'Union des Syndicats à cette Commission. En dépit de ses hautes fonctions, il s'attacha à défendre les intérêts de la masse des praticiens, dans un esprit animé de la meilleure doctrine syndicaliste, et il y réussit parfaitement.

Nous saluons respectueusement sa mémoire, et nous offrons à sa famille nos condoléances attristées.

— **Une visite des chirurgiens polonais en France.** — A la suite d'une entente entre le bureau français de l'A. D. R. M. et son délégué à Varsovie, le Dr Zavadski, 40 chirurgiens polonais sont venus à l'occasion du Congrès français de chirurgie. Arrivés la veille de son ouverture, nos collègues polonais ont été reçus à la gare du Nord par le président de l'A. D. R. M., le professeur Hartmann, entouré des membres du bureau de l'association MM. Bezançon, Morax, Noir, Proust, Mathé, etc. Pendant tout le courant de la semaine, les chirurgiens polonais ont assisté l'après-midi aux séances du Congrès, le matin à des opérations dans divers hôpitaux. Entre temps, des visites ont été organisées pour eux au Musée de l'hôpital St-Louis sous la conduite du Dr Gastou représentant de l'A. D. R. M., au Musée de guerre du Val-de-Grâce, etc. En dehors du temps consacré au travail, nos hôtes ont été reçus par le Doyen, le professeur Roger, à la Faculté, le mardi ; le jeudi, ils assistaient à la soirée offerte par le président du Congrès le Dr Tuffier ; le vendredi, à une réception organisée par la Bienvenue française. Dans toutes ces réunions, s'est affirmée l'amitié franco-polonaise, qui a existé de tous temps, et qui actuellement est plus intime que jamais Dimanche, nos collègues polonais ont quitté Paris pour se rendre à Lyon, Vichy, Bordeaux, Biarritz et Berck, qu'ils avaient manifesté le désir de voir. Toute cette dernière partie de leur voyage a, de même que les conditions matérielles de leur séjour à Paris, été organisée par l'A. D. R. M., en particulier par le dévoué secrétaire de son bureau, le Dr Mathé.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — Cours de pratique obstétricale, par MM. Metzger, Le Lorier, Ecalle, agrégés, accoucheurs des hôpitaux ; Vaudescal, agrégé ; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, chef de clinique et anciens chefs de clinique ; Réglade, Cerné, chefs de clinique adjoints ; Chomé, assistés de MM. De Manet, Joanny, Vidal La Burthe, et Chappaz, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mercredi 15 octobre 1924. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Mercredi 15 octobre, 9 h. 1/2: Consultation de femmes enceintes ; 16 h. : Visite du musée : 18 h. : Conduite à tenir dans l'accouchement normal (M. Bénit).

Jeudi 16 octobre, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultation. Consultation des nourrissons ; 16 h. : Examen des femmes enceintes ; 18 h. : Conduite à tenir dans la délivrance normale (M. Couinaud).

Vendredi 17 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes ; 16 h. : Présentation de pièces histologiques ; 18 h. : Conduite à tenir au cours des accidents de la délivrance (M. Vaudescal).

Samedi 18 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur agrégé M. Vaudescal. 14 h. : Consultation de nourrissons ; 18 h. : Conduite à tenir dans l'infection puerpérale (M. Chomé).

Lundi 20 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation de nourrissons : 16 h. : Nouveaux traitements de la syphilis (hôpital Cochin) (M. Fournier) ; 18 h. : Les indications du forceps (M. Lantuéjoul).

Mardi 21 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur agrégé M. Vaudescal ; 16 h. : Présentation de

pièces histologiques ; 18 h. : Le forceps sur le sommet (M. Lantuéjoul).

Mercredi 22 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes ; 16 h. : Exercices pratiques du forceps. 18 h. : Le forceps sur la face, le front et le siège (M. Réglade).

Jeudi 23 octobre, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultation. Consultation des nourrissons ; 16 h.: Exercices pratiques du forceps ; 18 h. : La version par manœuvres internes (M. Cerné).

Vendredi 24 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes ; 16 h. : Exercices pratiques de version ; 18 h. : L'extraction du siège (M. Cerné).

Samedi 25 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur agrégé M. Vaudescal ; 16 h. : Exercices pratiques. Extraction du siège : 18 h. : L'embryotomie céphalique (perforation, basiotripsie, crânioclasie (M. Bénit).

Lundi 27 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultation de nourrissons ; 16 h. : L'embryotomie céphalique : 18 h. : Conduite à tenir dans le placenta prævia (M. Le Lorier).

Mardi 28 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par le professeur agrégé M. Vaudescal ; 16 h. : Exercices pratiques de forceps ; 18 h. : L'embryotomie rachidienne (M. Couinaud).

Mercredi 29 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes ; 16 h. : Exercices pratiques : embryotomie rachidienne ; 18 h. : Conduite à tenir dans la dystocie pelvienne d'origine rachitique (M. Vaudescal).

Jeudi 30 octobre, 9 h. 1/2 : Gynécologie : opérations et consultation. Consultation de nourrissons ; 16 h. : Examen des femmes enceintes ; 18 h. : Les médicaments ocytociques (M. Metzger).

Vendredi 31 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation de femmes enceintes.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. Le droit à verser est de 150 francs.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Cours pratique et complet de vénéréologie du 5 novembre au 2 décembre 1924 sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de MM. Sébileau, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique : Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint Louis ; Lemaire, professeur agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Gougerot, Lian, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ; Darré, De Jong, Tixier, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare ; Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux ; P. Chevallier, ancien chef de clinique, à la Faculté, ; Burnier, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, Hufnagel, chefs de clinique adjoints ; Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté ; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie ; Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Wolfromm, chef de laboratoire à la Faculté.

Le cours aura lieu du mercredi 5 novembre au mardi 2 décembre 1924, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la policlinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique ; echerche du tréponème, examens bactériologiques, réaction de Wassermann, ponction lombaire, biopsies, etc.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis, seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouvers de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme du cours (70 leçons). — Syphilis. Historique, Evolution générale, M. Jeanselme. — Le tréponème, M. Sézary. — Recherche du tréponème, M. Marcel Bloch. — Sérologie de la syphilis, M. Touraine. — Réaction de Bordet-Wassermann. Ponction lombaire, M. Marcel Bloch. — Syphilis expérimentale, M. Marcel Bloch. — Chancres syphilitiques. Chancre mou, M. Milian. — Diagnostic des ulcérations génitales, M. Schulmann. — Syphilis secondaire papuleuse, M. Hudelo. — Plaques muqueuses. Alopécie. Onyxis, M. Schulmann. — Syphilis secondaire. Manifestations viscérales. M. Hufnagel. — Syphilis maligne précoce, M. Burnier. — Méningites précoces, P. Chevallier. — Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. M. Civatte. — Syphilis secondaire latente, M. Gougerot. — Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme, M. Burnier. — Leucoplasie, M. Milian. — Syphilis rénale, testiculaire, ovarienne, M. Louste. — Syphilis du foie et de la rate, M. Louste. — Syphilis du tube digestif, M. Louste. — Poumon. Larynx. Médiastin, M. de Jong. — Période préclinique de la syphilis nerveuse, M. Ravaut. — Syphilis ostéo-articulaire, M. Louste. — Syphilis du cœur et des vaisseaux, M. Lian. — Syphilis des glandes endocrines. M. Schulmann. — Syphilis médullaire et cérébrale. Tabès, M. Lortat-Jacob. — Paralysie générale, M. Marcel Bloch. — Syphilis oculaire, M. Dupuy-Dutemps. — Syphilis de l'oreille, M. Hautant. — Syphilis du nez et du larynx, M. Lemaître. — Troubles mentaux des syphilitiques. M. Barbé. — Conduite générale du traitement, M. Jeanselme. — Mercure et iodure, M. Chevallier. — Les arsénobenzols : accidents, M. Milian. — Syphilis et grossesse. Hérédité, M. Louste. — Hérédo-syphilis précoce, M. Tixier. — Hérédo-syphilis tardive, M. Darré. — Déontologie. Mariage des syphilitiques. Prophylaxie, M. Gougerot. — Syphilis latente. Syphilis et cancer, M. Gougerot. — Blennorragie. Balanites. Végétations, M. Marcel Sée. — Chirurgie réparatrice, M. Sébileau. — Petite chirurgie urinaire. Technique, endoscopie, M. Wolfromm.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 fr. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.).

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A.D.R.M., Faculté de médecine, salle Béclard.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

glement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, stipule que les experts qui se déplacent au delà de deux kilomètres de leur résidence, touchent une indemnité de voyage qui est déterminée comme suit : « si le voyage ne pouvait s'effectuer en chemin de fer soit par transport en commun, l'indemnité est fixée à 60 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour » et demande si ce texte est en contradiction ou s'applique à tout autre cas que celui déterminé dans l'article 115 du même décret ainsi conçu : « Tous les frais de transport fait sur route, prévus au présent décret, sont calculés d'après le tableau de distance de chaque commune au chef-lieu de canton, au chef-lieu d'arrondissement et au chef-lieu de département, dressé par les soins des préfets, déposé aux greffes des cours d'appel, des tribunaux, etc., et soumis au ministre de la justice. (22 *juin* 1923.)

Réponse.

Il n'y a aucune contradiction entre les dispositions du paragraphe 3 de l'article 19 du décret du 5 octobre 1920, fixant à 60 centimes l'indemnité kilométrique accordée aux experts par un mode de locomotion autre que le chemin de fer ou les services de transport en commun, et les termes de l'article 115 du même décret portant que les transports faits sur route sont calculés d'après les indications figurant sur le tableau officiel des distances dressé pour chaque département par les soins du préfet, ces articles concernant chacun un point spécial de la question. Le premier vise exclusivement les experts, et a pour objet de déterminer le taux de l'allocation afférente aux transports effectués par voie de terre ; le second a une portée générale ; il s'applique à tous les transports faits sur route par tous auxiliaires de la justice et précise dans ce cas, le mode d'évaluation des distances. Loin d'être inconciliables, ces deux textes se complètent l'un et l'autre. De la combinaison des règles qu'ils posent, il résulte que, d'une part, les experts, pour les voyages excédant 2 kilomètres, ont droit à une indemnité kilométrique de 60 centimes tant à l'aller qu'au retour, et que, d'autre part, ils sont tenus, pour la supputation du nombre de kilomètres parcourus entre le lieu de leur résidence et le lieu du transport, de se conformer aux énonciations du tableau officiel susmentionné *toutes les fois qu'ils y trouvent des indications* relatives à la distance existant entre ces deux localités.

Autre question sur le même sujet.

Avez-vous eu l'occasion de trancher la question du cumul au sujet de l'art. 20 et de l'art. 21 du même décret du 5 octobre 1920, concernant les indemnités de déplacement allouées aux médecins experts pour des transports à plus de 25 kilomètres. C'est ainsi que dans l'art. 20, il est dit que pour les transports à

plus de 25 kilomètres, ils reçoivent une indemnité de 20 francs pour chaque journée de séjour et dans l'art. 21, il est dit que lorsque les experts sont entendus soit devant les cours ou tribunaux à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr. outre les frais *de transport et de séjour s'il y a lieu.*

Or, devant la Cour d'assises de T. (48 kilomètres de distance à l'aller et 48 kil. au retour), je me suis vu refuser la première allocation de 20 fr. de l'art. 20 sous le prétexte que la seconde allocation seule de l'art. 21 était valable, ma présence à T. ne devant pas être considérée comme un séjour. Mais alors quoi ? 96 kil. ne comptent pas ?

Le Président des Assises devant lequel je suis allé défendre ma cause, est monté sur ses grands chevaux et n'a rien voulu entendre.

Je n'ai pas été convaincu par ses arguments et me suis réservé de vous en parler à la première occasion.

Pouvez-vous me donner une réponse à ma question ? ou dois-je agir pour ce point comme je l'ai fait pour le premier chef, à savoir prier mon député de poser la question officiellement au Ministre de la Justice ?

Je lui en ai déjà parlé et il est tout à ma disposition pour ce faire.

Vous trouverez peut-être ma lettre un peu longue, mais je crois que les questions soulevées méritent d'être résolues pour l'instruction professionnelle des médecins -experts exploités par l'Etat.

Dr L.

Réponse.

Nous vous remercions de la communication que vous avez bien voulu nous faire de la question que vous avez fait poser par votre député au Ministre et de la réponse de celui-ci,

Quant à la question de l'interprétation de l'article 21 du décret du 5 octobre 1920, elle n'a, à notre connaissance, jamais été soulevée, mais il nous semble bien qu'elle doit être résolue comme vous l'indiquez.

En effet, l'indemnité de 20 francs prévue par l'article 21 est allouée aux experts, « outre leurs frais de transport et de séjour, il n'en est pas prévu d'autres que l'indemnité (de 20 fr. également, mais par jour), allouée aux experts s'ils se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence. Refuser le cumul de ces deux indemnités est donc retirer toute valeur à la disposition de l'article 21 et le considérer comme inexistant.

Quant aux mots, « s'il y a lieu », qui terminent l'article 21, ils signifient, à notre avis « s'il y a lieu à frais de transport et de séjour », car l'indemnité spéciale de l'article 21 peut être due en dehors de tous frais de transport et de séjour, par exemple à des experts qui sont enten-

dus devant les tribunaux ou les magistrats instructeurs de leur domicile. Ils ne peuvent signifier, comme sans doute le soutenait le Président des Assises, dont vous ne nous faites pas connaître les arguments, que l'appréciation des cas dans lesquels l'indemnité est due est laissée à l'arbitraire des magistrats.

Nous ferons très volontiers poser une question à ce sujet au Ministre de la Justice par un député.

2388. — **Cession de prorogation de bail.**

Observation en addition à la réponse faite dans le numéro du 28 septembre dernier :

D'après la jurisprudence la plus récente, lorsque le bail contient interdiction de sous-louer sans l'autorisation expresse et par écrit du propriétaire, cette clause est généralement interprétée non pas comme prohibition, mais comme restriction du droit du locataire.

Le propriétaire ne peut donc interdire la sous-location, s'il ne donne un motif *sérieux*.

2468. — **Exercice de la propharmacie.**

Installé à N., où il y a un pharmacien, je désire — tout en continuant d'exercer à N. — ouvrir un cabinet de consultations à X. situé à 13 kil. d'ici.

J'entends garder ma résidence à N. X. n'a pas de pharmacien (ni médecin), le plus proche est à 11 kil.

Ai-je le droit d'y exercer la propharmacie ?

Dr Z.

Réponse.

Pour qu'un médecin ait le droit de faire de la propharmacie, c'est-à-dire de débiter des médicaments à ses malades, sans toutefois pouvoir tenir officine ouverte, il faut qu'il soit établi dans un bourg, village ou commune où il n'y a pas de pharmacien installé (article 27 de la loi du 21 Germinal an XI).

Par le terme « établi » la loi entend que le médecin doit avoir son domicile et sa résidence réelle dans le lieu où il exerce la propharmacie. Par conséquent, vous ne pouvez faire de la propharmacie dans un village où il n'y a pas de pharmacien, si vous habitez un village dans lequel il y a une pharmacie ouverte.

2401. — **Contribution personnelle mobilière.**

Ayant quitté le pays où j'exerçais en octobre 1922, j'ai reçu dans le courant de l'année 1923 ma cote personnelle établie dans le pays que j'avais quitté. J'ai payé.

Il a été établi d'autre part à R., où je me trouve,

une cote personnelle pour 1923 au nom de la propriétaire de l'immeuble que j'habite.

Je suppose que c'est à moi de régler cette imposition. J'ai donc demandé dégrèvement de la première imposition.

Mais la seconde cote n'ayant pas été payée dans les délais, le percepteur veut appliquer la majoration de 10 %.

Est-il bien fondé de le faire ?

Je vous fais remarquer, pour résumer, que ma cote a été payée en 1923, mais pas au lieu où elle aurait dû l'être. Toute la question est là.

Dr M.

Réponse.

La contribution personnelle mobilière est un impôt essentiellement personnel.

En conséquence l'impôt établi au nom d'une personne ne peut être réclamé qu'à cette personne.

Vous n'avez pas à payer la contribution établie au nom de votre propriétaire de R. ; c'est à cette dernière seule qu'il appartient d'en demander la décharge.

Vous avez soldé légalement la contribution établie à votre nom à votre ancien domicile, vous n'auriez pu obtenir décharge que si vous aviez été imposé personnellement à votre nouveau domicile, ce qui n'était pas le cas.

En votre qualité de locataire vous pouvez être invité par le percepteur à payer l'imposition établie au nom de votre propriétaire, mais ce que vous payerez dans ces conditions devra venir en déduction du terme de loyer suivant. Naturellement, avant de payer au percepteur, avisez votre propriétaire.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2485. — Prorogation de bail. Délai pour former la demande.

Je vous suis très obligé des renseignements que vous avez bien voulu me donner par votre lettre du 18 septembre.

Un de mes amis, avoué ici, me conseille de ne pas attendre trois mois avant l'échéance de ma prorogation actuelle pour demander à rester dans ma maison jusqu'au 1er janvier 1926 — et il me dit que le dernier délai pour demander cette prorogation est novembre 1924 — Si vous êtes certain que je puisse attendre plus longtemps, je préfèrerais suivre votre conseil, ca r à ce moment-là de nouvelles dispositions seraient peut-être prises par le Gouvernement, et cela m'éviterait peut-être des difficultés avec mon propriétaire, qui va arguer que ce n'est vraiment pas la peine d'accorder une prorogation pour deux mois et engager sur cette base un procès peut-être.

Dr X.

Réponse.

La loi du 2 août 1924 se réfère pour ses conditions d'application à la procédure antérieurement instituée pour l'application des lois du 31 mars 1922 et 29 décembre 1923. Or, l'article 18, paragraphe 2 de la loi du 31 mars 1922, décide que la demande de prorogation « devra être formée trois mois au moins avant l'expiration du bail écrit ou de la prorogation en cours ». Le paragraphe 3 de l'article premier de la loi nouvelle est une disposition de style que l'on retrouve dans les lois antérieures et notamment dans la loi du 31 mars 1922. Ce paragraphe, qui est ainsi conçu : « Aucune forclusion ne pourra être invoquée contre les demandes de prorogation formées par application de la présente loi, avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de sa promulgation », ne veut pas dire que toutes les demandes de prorogation devront être formées dans le délai de trois mois, mais seulement que ceux dont le bail ou la prorogation sont venus à échéance avant le vote de la loi ou viendront à échéance avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi, pourront, dans les trois mois de la promulgation, demander la prorogation nouvelle sans qu'on puisse leur opposer la déchéance résultant de la tardivité de la demande. Quant à ceux dont la prorogation est toujours en cours, ils devront, comme nous vous le disions dans notre lettre précédente, faire leur demande trois mois au moins avant l'échéance de leur prorogation.

2463. — **Prorogation de bail. Durée.**

Je vous serais obligé de me faire connaître si je dois faire une démarche (par lettre recommandée ou huissier) dans un délai *déterminé*, pour le cas suivant.

J'habite normalement Paris, où j'exerce, et mon bail d'avant-guerre, expirait au cours des hostilités ; j'ai donc obtenu la prorogation de 5 ans et 83 jours qui expire le 1er janvier 1925, et j'ai dû supporter une augmentation d'environ 75 %.

La nouvelle loi permet une prorogation jusque janvier 1926.

Ai-je cette prorogation nouvelle de plein droit ? Sinon, dois-je faire une démarche quelconque ? Cette démarche doit-elle être faite avant une date déterminée et sous quelle forme ?

Je rentre à Paris pour le 15 octobre et vous serais obligé de me faire savoir quelle est ma situation exacte vis-à-vis mon propriétaire.

Dr G.

Réponse.

La prorogation professionnelle dont vous avez bénéficié est exactement de 5 ans et 83 jours (égale à la durée officielle des hostilités), augmentés du temps nécessaire pour achever le

terme en cours à son échéance, en vertu de la loi du 31 mars 1922. Votre prorogation ayant commencé à courir du 24 octobre 1919 ne sera donc pas encore terminée le 1er janvier 1925 ; par conséquent elle ne prendra fin que le 1er avril 1925.

Vous auriez pu jusque-là vous refuser à subir toute autre augmentation que celles fixées par la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire 5 % du loyer de 1914, plus l'augmentation des charges et des impôts incombant normalement aux locataires.

A l'expiration de votre prorogation, vous serez en droit de demander une nouvelle prorogation jusqu'au 1er janvier 1926. Pour cela il faudra que trois mois au moins avant l'échéance de votre prorogation actuellement en cours, c'est-à-dire avant le 31 décembre 1924, sous peine de forclusion, vous en fassiez la demande à votre propriétaire par lettre recommandée, ou, préférablement par exploit d'huissier.

2449. — **Augmentation de loyers prorogés.**

Dans votre correspondance du nº 9, sous le titre « augmentation sur les loyers prorogés », je trouve un renseignement qui m'intéresse au même titre que le Dr B. bien que je me trouve dans la situation contraire, locataire et non propriétaire.

Mon loyer est actuellement prorogé au titre de mobilisé et de mobilisé dans la zone des armées. Est-il exact qu'à ce titre, on ne puisse me faire subir les augmentations prévues par la loi du 31 mars 1922 ?

Dr J.

Réponse.

Pour que vous puissiez bénéficier de la prorogation au titre de mobilisé, il faut non seulement que vous ayez été mobilisé dans la zone des armées, mais encore que votre loyer d'avant-guerre n'ait pas dépassé 100 francs si vous êtes célibataire, 150 francs si vous êtes marié, plus 50 francs par enfant ou personne à votre charge, puisque votre commune ne compte pas 5.000 habitants (articles 56 et 15 de la loi du 9 mars 1918). Si vous remplissez les conditions requises, vous avez droit à une prorogation, au titre de mobilisé, égale à la durée effective de votre mobilisation, sans que votre propriétaire puisse vous demander aucune augmentation pendant sa durée.

Mais, à titre d'occupant de locaux à usage professionnel, vous avez droit à une prorogation plus intéressante pour vous, puisqu'elle est égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités, soit 5 ans et 83 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à l'échéance des 5 ans et 83 jours.

Pour cette prorogation, ni la mobilisation ni la présence aux armées n'entrent en ligne de compte.

Donc, si vous pouvez bénéficier de la prorogation au titre de mobilisé, vous n'avez aucune augmentation à supporter pendant sa durée, mais elle est probablement moins longue que la prorogation professionnelle, tandis que si vous bénéficiez de la prorogation professionnelle, vous devez payer les augmentations que nous indiquions dans notre réponse publiée le 2 mars, sans que vous puissiez opposer à votre propriétaire votre qualité de mobilisé.

2492. — Timbre des certificats.

A plusieurs reprises, j'éprouve des difficultés au sujet des accidents avec les patrons qui trouvent étrange que je leur fasse établir les certificats sur timbre. Les agents d'assurance leur disent du reste que c'est inutile.

Voulez-vous, par la voie du journal, me renseigner exactement afin que je puisse, à l'occasion, montrer votre réponse.

Les patrons, ayant une assurance individuelle, le certificat d'origine doit-il être dressé sur timbre ?

Et le certificat de guérison ?

Et s'il y a lieu de délivrer un certificat dans le cours du traitement ? Est-ce aussi sur timbre ?

Dr D.

Réponse.

Tous les certificats délivrés pour l'application de la loi sur les accidents du travail sont exempts de timbre (article 29 de la loi du 9 avril 1898).

Mais d'une façon générale tous les certificats délivrés par un médecin doivent être rédigés sur papier timbré, à moins qu'une loi, comme c'est le cas pour les accidents du travail, n'ait formellement accordé l'exemption.

Ainsi, en ce qui concerne les assurances individuelles que des patrons ont pu contracter à leur profit personnel, tous les certificats qui vous sont demandés doivent être établis sur timbre.

Application du Tarif Breton.

2485. — Le « transport des blessés » n'étant pas affaire médicale n'est pas taxé dans le Tarif Breton.

Un de mes clients se fait une fracture des deux os de la jambe (accident de travail). Par lettre recommandée, je préviens la Compagnie d'assurances que d'*urgence* je fais faire une radiographie. Je prends la blessée qui habite à 4 kil. de chez moi, je la conduis à la ville voisine (6 kil. de son domicile), j'assiste à la radio et je perds environ trois heures.

Dois-je compter *a*) la visite, le déplacement total, le temps perdu ; *b*) la consultation avec le radiographe et comment.

2° Je préviens par lettre recommandée la Compagnie que vu la gravité du cas, je fais appel à ce même radiographe qui fait de la médecine générale pour

m'aider dans la pose de l'appareil plâtré que nous faisons chez la malade. Que dois-je compter pour le confrère et pour moi ? Est-ce à moi à demander pour ce plâtre les honoraires des deux médecins et ce, dans une même note, ou devons-nous séparément les demander et combien chacun ?

Nous sommes, le confrère et moi, en 2e catégorie.

Dr B.

Réponse.

1° Tarif Breton en main, vous n'avez rien à réclamer pour avoir transporté un blessé, puisque ce n'est plus là une intervention médicale, mais plutôt une affaire du ressort des loueurs de voiture. J'ai déjà maintes fois mis les confrères en garde contre cet écueil, De plus, il n'y a pas de « consultation entre confrères » en cas de *radiographie*, puisque le radiologiste « doit fournir, pour les *prix indiqués*, deux exemplaires des épreuves.... avec leur *commentaire détaillé* » (article 26. V *in fine*), et c'est ce commentaire même qui est, en réalité, la « consultation » que vous désirez du radiologiste. Voyez à quoi vous en arrivez, faute de lire attentivement le tarif Breton.

2° « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés *lui-même* » (article 30, *in fine*). Vous n'avez donc rien à réclamer pour votre confrère. C'est à lui-même à le faire, soit 50 francs comme aide, comme il est dit à l'article 11.

Quant à vous, voyez l'article 18, où il est dit, en toutes lettres : « Réduction et contention de fracture des deux os de la jambe : 150 francs (première catégorie) ».

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 octobre.

Brevets d'infirmières. — Par arrêté du Ministre du Travail en date du 29 septembre 1924, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 1.100 infirmières attachées à divers établissements appartenant à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

4 octobre.

Vérification des poids et mesures. — Par décret du 24 septembre 1924, modifiant le deuxième alinéa de l'article 41 de l'ordonnance du 17 avril 1839, le délai imparti aux vérificateurs des poids et mesures pour établir et signer leurs procès-verbaux a été fixé à vingt jours. Ce délai était antérieurement de 24 heures.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2440-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression de bande.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr LOQUES, d'Orange (Vaucluse), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponsot.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 480. — Poste méd. à céd. en Dordogne, rapp. 43.000 touch. ; pays agr. sur gr. lig. à prox. de Bordeaux. Mais. à louer av. gr. jard.

No 481. — Méd. colon. en congé, acc. empl. ass. ou occ. ds clin. ou cab. méd. qq. heures par jour.

No 482. — Ronéophone à céd. pr 250 frs. tr. bon ét. Dr Maurice, 5, r. de Villersexel (7e).

No 483. — Aisne. Post. méd. proph. 150.000 recet. touch. ann. 1923. A céd. urg. 75.000 moit. compt. Ec. Roux, 7, rue Montcalm (18e) qui transmet.

No 484. — A vend. 1o autom. Grégoire, 10 CV, cond. int., 3 pl., bon ét. de marche ; 2o side-car Moto-rêve, 5 CV, bon ét. de marche. Dr Guérin. Cepoy (Loiret).

No 485. — Vve de Dr, habit. Paris (5e), louerait cab. et sal. à méd. célib. pr consult., ascens., chauff. cent.

No 486. — Méd. sér. demandé pr dirig. clin. pet. banl. ts les jours.

No 487. — Dr recom. tout part. dame 40 ans, excel. tenue, pr recev. cl. l'apr.-mid. chez conf. Mme Raynaud, 29, r. Bellefond (9e).

No 488. — Anjou. A vend. d'urg. apr. décès subit., bon. client. proph., 15 km. tr. gr. ville. Belle mais., jard., gar., eau, Recet. 47.000, indem. dem. 25.000 dont 15.000 compt., pharm. compr.

No 489. — Centre. Poste proph. seul méd. Recet.

50.000 susc. augm. ;mais. conf., gr. jard. et dépend. Loyer 1.500, long bail. Ind. 25.000, y compr. pharm. et matér., dont 15.000 compt.

Nº 490. — Bon et anc. cab. méd. à céd. à Lyon.

Nº 491. — Dr ch. infirmière sér. entre 30 et 45 a., même non dipl. pr une clin., réf. ex.

Nº 492. — Ds pet. ville de Normandie, tr. anc. client. rapp. 50.000 à augm. Gr. mais. présent. sér. Log. grat. du succes. pend 6 mois. Aff. except. S'adr. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris (5e).

Nº 493. —A céd. de suite, rég. cent., poste seul méd. proph. rapp. 70.000, mais. tr. agr. avec dépend. et jard. pet. indemn. vérit. occas. à saisir. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Nº 494. — A reprend. apr. décès, poste datant de 30 a., rapp. 50.000, belle mais. gr. jard., seul méd. proph. rég. riche. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Nº 495. — Cause doub. emploi, Mathis, 6 CV cond. int. 1923, amortis. Ecl. élect. Magondeaux. Dr Corvisy, 59 *bis*, rue du Mont-Cenis, Marcadet 21-48.

Nº 496. — A vend. Amilcar, 3 pl., 4 CV 1924, écl. et démar., roulé 8.000 km., conf. compt., montre, 12.500. Dr de Castelet, à Céreste (B.-A.).

CORRESPONDANCE

2469. — Tarif accidents en vigueur en 1918.

Abonné depuis bientôt 20 ans au *Concours médical*, je viens vous prier de vouloir bien me dire quel tarif doit être appliqué pour un accident survenu en novembre 1918.

Quel était le tarif en vigueur à ce moment ?

Le tarif Dubief simple ? ou le tarif Dubief majoré de 100 % ?

Dr D.

Réponse.

L'augmentation du tarif Dubief, décidée par sentence arbitrale de M. Bienvenu-Martin, président de la Commission du 22 juillet 1919, n'a eu effet qu'à compter du 1er avril 1919.

Les honoraires pour soins donnés en novembre 1918 doivent donc être comptés au tarif Dubief simple.

Mais, si vous avez à en poursuivre judiciairement le paiement, craignez qu'on ne vous oppose la prescription.

2445. — Réquisition d'un médecin maire.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire :

1º Si un médecin, sous prétexte qu'il est maire de sa commune, peut se refuser à délivrer un certificat disant la cause de la mort d'un noyé, pendu ou autre accident, qu'il y ait présomption de crime ou pas.

2º S'il est en droit de réquisitionner, à cet effet, un confrère d'une commune voisine ;

3º Comment doit être faite cette réquisition.

4º Quel prix le confrère doit demander pour son déplacement (il habite à 2 kilomètres), l'examen som-

maire du cadavre, et les certificats (un pour la mairie, l'autre pour la gendarmerie).

D[r] L.

Réponse.

Les maires, en leur qualité d'officiers de police judiciaire, ont le droit de requérir les médecins pour la constatation des décès dont la cause est inconnue et suspecte, à la condition qu'il y ait présomption de crime ou de délit. Il est difficile à un médecin, maire de sa commune, de se réquisitionner lui-même dans un cas semblable ; il pourrait à la rigueur se faire réquisitionner par son premier adjoint, mais il peut aussi réquisitionner un confrère d'une commune voisine.

Aucune forme spéciale n'est imposée pour ces réquisitions. Il est préférable qu'elles soient faites par écrit, mais elles peuvent aussi bien être faites verbalement.

Lorsque le médecin requis s'est borné à faire de simples constatations et à rédiger un certificat équivalant à un rapport, il a droit, dans les localités où ne siège pas un tribunal de première classe, à un honoraire de 15 francs. Si, pour accomplir sa mission, il a eu à se déplacer à plus de deux kilomètres de sa résidence, il a droit en plus à une indemnité kilométrique de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, à moins qu'il ne lui ait été possible de faire le voyage en chemin de fer, auquel cas l'indemnité n'est que de 0,20 par kilomètre.

Le mémoire doit être établi sur papier libre si la somme totale réclamée ne dépasse pas 50 francs et adressé en deux exemplaires au procureur de la République du ressort, qui fait taxer par le président.

2448. — **Soins donnés aux mutilés de guerre par les Sociétés de secours mutuels.**

Abonné au *Concours médical*, je serais heureux d'avoir votre avis, concernant un de mes clients mutilé de guerre.

Voici son cas : blessé par obus en 1915, main gauche amputée, criblé d'éclats, extraits par la suite, sauf un, superficiel et petit, perçu à la palpation dans le 6[e] espace intercostal gauche, sous le sein. Jusqu'à ces jours-ci, le blessé n'a plus souffert. Il y a 8 jours, à la suite de névralgies intenses, il me demande d'extraire l'éclat. J'adresse mon blessé au chirurgien. C'est alors qu'ayant demandé au mutilé son carnet, il nous répond qu'il n'en a pas. Il avait été porté par le maire de son pays sur la liste des bénéficiaires de l'art. 64, mais la préfecture l'a fait rayer malgré son 75 %, parce qu'il faisait partie d'une Société de secours mutuels. En conséquence, il n'a pas de carnet (ci-joint la réponse du maire, à la demande de carnet du mutilé).

Or, le président de la Société de Secours Mutuels (cette Société est une Caisse de secours accidents-maladie, alimentée avec le 4 % des salaires des

ouvriers des « Forges de P. », caisse qui fonctionne d'ailleurs à la satisfaction de tout le monde, médecins y compris), n'entend pas grever son budget pour des blessures de guerre, estimant que l'art. 64 doit couvrir tous les mutilés de la République. En conséquence, il refuse de prendre à sa charge les frais médico-pharmaceutiques nécessités par le traitement du blessé.

Qui a raison dans tout cela, le président de la Société, ou le préfet ? Il est bien évident que l'un des deux a raison et que l'autre a tort, mais comment les départager et devant quelle juridiction les citer ? Comment contraindre l'un ou l'autre à assumer les frais ?

Dr X.

Copie de la lettre du Maire.

Les carnets à souche, destinés à être remis aux mutilés pour soins médicaux et pharmaceutiques gratuits, ne peuvent être envoyés par la préfecture aux maires et remis par les maires aux mutilés, qu'à ceux qui figurent sur une liste déposée à la fois en mairie et en préfecture. Or, les mutilés qui font partie d'une Société de Secours Mutuels ne peuvent être portés sur ces listes. Vous étiez porté sur la liste, mais comme les autres mutilés de la commune vous en avez été rayé par ordre de la préfecture et vous avez été à cette époque informé de la radiation ainsi que M. T., président de votre Société de S. M. Il ne peut donc vous êtes délivré le carnet que vous avez demandé. Voyez donc M. T., à ce sujet. Il a été invité à prendre les mesures nécessaires pour permettre à la Société qu'il dirige d'assurer les soins gratuits à ses membres victimes de la guerre.

Signé : Pour le maire :
Le secrétaire, X...

Réponse.

Les conditions dans lesquelles les soins gratuits aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions peuvent être donnés par les Sociétés de secours mutuels font l'objet du Titre II du décret du 26 septembre 1919, qui, au contraire des Titres 1er et III, n'a pas été abrogé par le Décret du 25 octobre 1922.

Aux termes de l'article 20, toute Société de secours mutuels peut, sur sa demande, être admise, par décision du Ministre du Travail et de la Prévoyance sociales, à faire donner à ses adhérents, moyennant remboursement par l'Etat, les soins auxquels ils ont droit aux termes de l'article 64.

L'article 22 détermine les formalités de la demande.

L'article 23 dispose que le bénéficiaire de l'article 64, qui, membre d'une des sociétés admises aux termes de l'article 20 du décret, à donner à leurs adhérents les soins prévus par la loi, désire recevoir, le cas échéant, ces soins par l'interm

diaire de ladite société, adresse sa demande par écrit au Président qui en délivre récépissé.

Le Président de la Société s'assure, en s'adressant au maire de la résidence de l'intéressé, que ce dernier n'est pas inscrit sur la liste spéciale de la commune. Il transmet au Préfet, avec les pièces justificatives, les noms des adhérents qui reçoivent de la société les soins prévus à l'article 64, en indiquant à quelle catégorie chacun d'eux appartient.

Par conséquent, une société de secours mutuels ne peut être désignée d'office et malgré elle pour donner des soins au compte de l'Etat aux bénéficiaires de l'article 64, puisqu'elle doit demander au contraire à y être autorisée et que sa demande peut même être rejetée.

Et d'autre part, un bénéficiaire de l'article 64, même s'il fait partie d'une société de secours mutuels autorisée à cet effet, ne peut être contraint de recevoir ces soins par l'intermédiaire de cette société, puisqu'il doit également faire à cet effet une demande spéciale.

Nous ne nous expliquons donc pas pourquoi le préfet a refusé de délivrer au maire un carnet pour un mutilé de guerre, alors que la société de secours mutuels dont il fait partie ne veut pas assurer les soins à ses membres bénéficiaires de l'article 64 et n'a pas dû, par suite, faire la demande nécessaire à cet effet et que le mutilé de son côté, n'a pas demandé à recevoir les soins par l'intermédiaire de la Société, demande qui, en l'espèce, n'aurait pas pu être accueillie, la société n'étant pas autorisée à cet effet.

C'est donc le préfet qui a tort et l'intéressé peut saisir la Commission départementale de contrôle, qui est compétente, aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922, pour juger toutes les contestations auxquelles donne lieu l'application de cet article.

Avant de saisir la Commission, l'intéressé pourrait s'adresser au préfet.

2480. — Accident du travail. Tiers responsable.

Un de mes clients, chauffeur au service d'une entreprise de transports en commun, est victime d'un accident : son autobus a été heurté, alors qu'il était arrêté, par des chevaux sortant au grand galop d'une ferme, la faute du fermier est manifeste.

Il est atteint de section tendineuse du poignet qui peut laisser une incapacité permanente.

Il est naturellement couvert par la loi sur les accidents du travail, mais et c'est là le point qui l'intéresse, peut-il réclamer à l'auteur de l'accident le complément de son salaire, et une indemnité qui compléterait celle de l'assurance, au cas où il y aurait incapacité permanente ?

Mon blessé attend votre avis pour agir. Dr E.

Réponse.

L'article 7 de la loi du 9 avril 1898 prévoit formellement le cas que vous nous soumettez et donne à l'ouvrier victime de l'accident le droit de poursuivre contre le tiers responsable la réparation du préjudice dont il n'est pas indemnisé par application de la loi sur les accidents du travail. De leur côté, le patron ou son assureur peuvent poursuivre le tiers responsable en remboursement des indemnités qu'ils ont dû verser à l'ouvrier.

En l'espèce, votre client pourra donc réclamer au propriétaire des animaux qui ont causé l'accident le paiement du demi-salaire qu'il n'a pas touché, plus une certaine somme à titre de *pretium doloris*. Au cas où il resterait atteint d'une incapacité permanente, l'indemnité qu'il pourrait exiger pour compléter celle qui devrait lui être versée par son patron devrait lui être attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites.

S'il est nécessaire que l'affaire soit portée en justice, la procédure à suivre est la procédure ordinaire et non plus la procédure spéciale aux accidents du travail.

2510. — Fixation de la date de consolidation d'un accidenté du travail.

Sur ordonnance du juge de paix, un accidenté du travail passe une expertise avec un médecin désigné par le juge de paix.

Le rapport du médecin se termine ainsi : « La blessure est consolidée à l'expertise mais nous pouvons fixer la consolidation à la date du 7 avril date à laquelle l'avait consolidée le médecin traitant ».

Le médecin de la compagnie avait prétendu que le 22 mars le blessé devait être guéri à la suite d'un contrôle unique effectué le 12 mars.

En audience le juge de paix, faisant entièrement crédit au médecin de la compagnie, passe outre sur le rapport de l'expert et fixe la consolidation au 22 mars.

Le juge de paix a-t-il le droit de ne tenir aucun compte du rapport de l'expert ?

Aurait-on une chance de succès en appel ?

Si cette façon d'agir est tolérée, que deviendrait le rôle des médecins experts ?

Il est vrai que la médecine devient l'apanage de tout le monde sauf du médecin ! !

Dr B.

Réponse.

C'est un principe de droit que les juges ne sont pas tenus de suivre les avis exprimés par les experts qu'ils ont eux-mêmes commis, même en des matières où ils sont notoirement incompétents. Ils ne sont même pas tenus, selon un arrêt de Cassation, de justifier leur refus de se ranger

aux avis des experts. Cette règle a pour but de respecter l'indépendance du juge et d'empêcher une sorte de délégation de ses pouvoirs. Mais en fait, il est certain qu'elle aboutit souvent à des conséquences regrettables comme celle que vous nous signalez.

Malheureusement la décision du juge de paix en cette maitière n'est pas susceptible d'appel. En effet, il n'a pu rendre son jugement fixant la date de la consolidation qu'à propos d'une contestation sur le paiement de l'indemnité temporaire. Or l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 attribue compétence en dernier ressort au juge de paix pour les contestations relatives aux indemnités temporaires, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

Le seul recours possible serait un pourvoi en Cassation pour violation de la loi, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

2507. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Quelle est la rente accordée à un blessé du travail dont le salaire est de 27 francs par jour et dont l'incapacité permanente a été fixée à 10 % ? D'après les barèmes anciens, il me semble que cette rente est de 400 fr. environ ; je vous serais obligé de me faire savoir si mes chiffres sont exacts.

D[r] M.

Réponse

Les rentes allouées aux ouvriers victimes d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente sont calculées non pas sur le salaire journalier multiplié par un chiffre donné, mais sur le salaire effectivement touché au cours de l'année qui a précédé l'accident.

Pour pouvoir vous donne rune réponse, nous serons donc obligés de calculer le salaire annuel d'une façon approximative sur les bases que vous nous donnez.

En admettant que l'ouvrier ait travaillé 300 jours pendant l'année au salaire quotidien de 27 francs, il a gagné au total la somme de 8.100 francs.

Sur ces 8.100 francs, 4.500 sont à retenir intégralement pour le calcul de la rente, le solde soit 3.600 francs ne devant être retenu que pour un quart, soit 900 francs.

Le salaire qui servira de base au calcul sera donc de 4.500 plus 900, soit 5.400 frs.

L'incapacité permanente étant évaluée à 10 %, l'ouvrier aura droit à une rente égale au dixième de 5.400 francs, divisé par deux, soit : 270 *francs*.

(*Voir la suite page XLIII*-2481)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

16 NOVEMBRE 1924

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 16 NOVEMBRE 1924***, dans l'ordre suivant :

Chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A 2 heures 1/2.*

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ORDRE DU JOUR :

1° Rapports du Secrétaire Général, du Trésorier et du Comité des Censeurs ;
2° Approbation des Comptes de l'exercice 1923 ;
3° Divers.

II. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1923 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1923 ;
6° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Frigaux, Fraenkel et Kœnig, sortants et non rééligibles ;
7° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

III. — *A quatre heures.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1923 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1923 ;
5° Nomination de deux contrôleurs.
6° Modifications aux Statuts et Règlements

IV. — *A cinq heures 1/2.*

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1923 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Question traitée :
Responsabilité professionnelle et utilisation des méthodes modernes de diagnostic et de traitement.

V. — *A sept heures précises.*

BANQUET (souscription 35 fr. Le complément (plus de 20 frs) sera payé par la caisse de la Société Civile).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire avant le 10 novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

A propos de la réception d'une mission de chirurgiens polonais.

L'insuffisance de nos moyens et la modestie de notre hospitalité. Nécessité de remplir un devoir national en participant à la souscription du Foyer national des médecins français.

Une mission de médecins polonais, composée de trente-quatre chirurgiens et de six dames, est venue de Varsovie pour assister au Congrès de Chirurgie. Ces confrères, qui sont tous des praticiens distingués, et certains des maîtres éminents, ont été reçus à la descente du train à la gare du Nord par une délégation du Bureau des Relations médicales extérieures et de l'Association pour le Développement des Relations médicales (A.D.R.M.), conduite par le Pr Hartmann. Malgré la modicité des ressources de ces institutions, l'on s'ingéniera à faciliter le voyage en France de nos confrères polonais et à faire en sorte que, revenus chez eux, ils ne rapportent pas de notre pays un trop mauvais souvenir. Mais pourrions-nous affirmer que notre hospitalité sera suffisante ? Nous avons entendu narrer par nos amis, les docteurs Bellencontre et Decourt, tous deux présidents de nos Grandes Associations médicales, les fastueuses réceptions que les médecins français reçurent, il y a deux ou trois ans en Pologne, et nous sommes un peu honteux de celles qu'on leur a faites ou qu'on leur fera quand ils sont venus ou viendront en France. Sans doute, nous fera-t-on remarquer, Paris et la France sont très fréquemment visités par les médecins étrangers et le nombre des missions ou des groupes de voyageurs attitrés, qui viennent chez nous, est tel que, même avec un gros budget, nous ne pourrions égaler la splendeur de l'accueil fait aux nôtres dans les pays amis de la France. Cela est exact, mais, sans égaler les fêtes qui nous furent offertes un peu partout, nous pourrions, avec nos moyens restreints, donner à notre hospitalité un caractère plus digne de Paris et de la France, si nous étions mieux outillés et mieux organisés.

Ce qui nous manque pour cela, et ce que nous ne cessons de réclamer depuis plusieurs années, c'est un Foyer médical. Croyez-vous que si nous avions à nous l'hôtel que nous rêvons avec salons de réception, salle de concert et de conférences, il ne nous serait pas facile d'organiser sans grands frais des fêtes en l'honneur de nos visiteurs, de leur exprimer le plaisir que nous avons d'entrer en relations avec eux, de leur montrer que s'ils étaient tentés de revenir à Paris isolément, chacun d'eux trouverait au Foyer médical un accueil empressé, qu'on pourrait leur y fournir tous les renseignements, les documents qu'ils désireraient, leur faciliter l'accès de nos hôpitaux, de nos établissements scientifiques, etc., etc.

Tout ceci existe déjà, répliquerez-vous, avec l'A.D.R.M.. Nous le savons bien, puisque nous y collaborons, mais pour que pareille institution prenne tout le développement qu'il serait désirable, il conviendrait qu'elle fût installée dans un *Foyer médical national*, plus particulièrement organisé dans ce but. Certes, la Faculté de médecine met à la disposition de l'A.D.R.M. la salle Béclard d'accès facile, où sous la direction dévouée du Pr Hartmann, notre confrère, le Dr Mathe, et la secrétaire, Mademoiselle Huré, mettent un zèle, une délicatesse, une habileté à remédier à l'insuffisance des moyens mis à leur disposition pour aplanir toutes difficultés aux médecins étrangers et leur permettre de retirer plus de fruits de leur séjour à Paris. Certes, M. le Doyen de la Faculté de médecine, dont le patriotisme éclairé est bien connu de tous ceux qui le voient à l'œuvre, fait l'impossible pour suppléer par des réceptions à la Faculté à la modicité de nos ressources. Mais tout ceci est, à notre avis, trop limité : il conviendrait de faire beaucoup plus, de faire beaucoup mieux. Le prestige de la France l'exige ; notre devoir est d'entretenir à l'étranger les amitiés fécondes que nous y avons fait naître et d'encréer de nouvelles. C'est dans le corps médical des diverses nations que nous pouvons le plus facilement nous assurer, par les rapports amicaux, des défenseurs zélés des idées françaises. Leur influence cordiale s'exerçant chez eux en notre faveur vaudrait plusieurs armées et agira plus sûrement que la plus habile des diplomaties. Aussi, voudrions-nous voir se réaliser notre rêve de la création à Paris du *Foyer national des médecins français*.

Notre ami, le Dr Thiéry, secrétaire général de l'Association des médecins de France, qui préside le Comité du Foyer national, cherche avec

une activité et un dévouement qui lui méritent notre reconnaissance, le moyen de réaliser notre rêve. Une occasion se présente, occasion unique, celle d'acquérir l'Hôtel de l'Université des Annales qui nous serait cédé volontiers. Là, nous trouverions prêt à fonctionner le lendemain de l'acquisition le Foyer national tel que nous le désirons avec salon de réception, salles de conférence, de lecture, de correspondance, salle de spectacle avec scène, bibliothèque, locaux pour abriter les bureaux et les Archives de nos grandes Associations, pour y transporter les services de renseignements de l'A.D.R.M. Tout ceci pourrait être mis demain à la disposition de nos confrères parisiens, des praticiens de province de passage à Paris, et des médecins étrangers qui visitent la France. Cet hôtel, qui se trouve place Saint-Georges, au cœur de Paris, est d'un accès facile ; une station du métropolitain est à sa porte.

Pour acquérir cet immeuble, il suffirait de réunir *deux millions*, prix très faible étant donnés les avantages qu'il réunit, prix relativement modique que, pour des raisons d'ordre moral, on offre au corps médical.

Obtenir deux millions à l'heure actuelle, des médecins français, paraît être, au premier abord, quelque chose d'inconcevable, d'irréalisable. Réfléchissons cependant un peu. Qu'est-ce que deux millions si les 23.600 médecins français voulaient bien participer à leur souscription ? Ce ne serait pas un sacrifice de *cent francs* une fois donnés. N'y a-t-il pas en France dix mille médecins capables de sacrifier deux cents francs à une œuvre médicale et nationale pareille, dont ils auraient en outre mille fois l'occasion de bénéficier directement ou indirectement ? Deux cents francs, c'est à peine la somme de rachat d'une cotisation modique que l'on voudrait perpétuer !

Le Dr Thiéry, au nom du Comité du Foyer médical, a ouvert à la veille des vacances (moment mal choisi, il est vrai) une souscription d'actions de 100 francs chaque ; près de 3.000 actions ont été immédiatement souscrites. Il conviendrait de ne pas s'en tenir là. Nous prions nos lecteurs d'y réfléchir et d'envoyer leur souscription à une ou plusieurs actions, sans tarder, à M. le Dr Thiéry, *secrétaire général de l'Association des médecins de France, président du Comité du Foyer national des médecins français, 5, rue de Surène à Paris* (1). En ce faisant, ils feront une œuvre de patriotisme éclairé et n'auront pas lieu de se repentir de la création d'un foyer dont ils seront les premiers à bénéficier.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES TECHNIQUES DE PRÉCISION DANS LE TRAITEMENT NON SANGLANT DES FRACTURES

Par Henri Judet,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Docteur ès-sciences.

Il semblerait à lire diverses communications faites devant la Société de chirurgie et devant le récent Congrès de chirurgie, que les fractures ne peuvent être réduites qu'à ciel ouvert. De là à opérer toutes les fractures il y a qu'un pas ; ce pas est franchi — et de la meilleure foi du monde — par des chirurgiens qui n'ont pas pris la peine d'essayer *en les perfectionnant* les anciennes méthodes de traitement.

L'observation prolongée des malades montre sans contestation possible, que des fractures tant du membre supérieur que du membre inférieur sont guéries complètement, sans incapacité fonctionnelle, alors que les os ne sont pas soudés idéalement c'est-à-dire bout à bout, ; il y a donc *une marge de déformations permises*.

Que l'on doive réduire ces déformations au minimum, cela tombe sous le sens, car la fonction dépend dans une large mesure de la forme. Mais que l'on doive proclamer la nécessité absolue de l'ostéo-synthèse parce que telle fracture consolidée présente une malformation du cal — simple trouvaille des rayons sans importance fonctionnelle — cela nous paraît abusif.

L'osteo-synthèse est une méthode admirable elle a des indications très précises : elle est inutile, voire nuisible, lorsque la méthode non sanglante peut donner des résultats fonctionnels équivalents.

Un grand nombre de fractures peuvent être traitées avec toutes chances de succès de la manière suivante :

1° Radiographie préalable, de face et de profil, pour préciser la position respective des fragments ;

2° Réduction (avec ou sans anesthésie, suivant le cas) et appareillage précis immobilisant les articulations sus et sous-jacentes à la fracture. C'est généralement un plâtre qui est indiqué.

3° Contrôle radiographique sous l'appareil.

L'usage d'une *table à fracture* permet d'exécuter les diverses phases de ce traitement avec un minimum de peine et un maximum de précision ; cela compense, et au delà, la complication du matériel opératoire.

Une bonne table à fracture doit permettre :

1° De conduire sous le foyer de fracture une ampoule à rayons X permettant d'obtenir, à chaque instant, la projection des extrémités osseuses sur l'écran radioscopique (ce dispositif est classique et nous n'avons pas à y insister).

2° D'exercer sur le membre fracturé une traction continue, sans secousse, de force progressive (5 à 30 kgr.) et de direction variable ;

3° De construire — une fois la réduction obtenue et contrôlée par les rayons — un appareil plâtré exact, le membre, pendant toute la durée de l'appareillage restant immobilisé dans la position même de coaptation des fragments.

La table dont nous nous servons a été construite et perfectionnée, peu à peu sous la pression pouvons-nous dire, des *nécessités thérapeutiques* ; on peut imaginer d'autres dispositifs, mais les principes généraux resteront toujours les mêmes. Nous ne saurions rentrer dans le détail de toutes les techniques précises que l'on peut appliquer aux diverses fractures. Chacune d'elles feraient le sujet d'un article. On trouvera la plupart d'entre elles exposées dans notre Traité des fractures des membres (2e édition). Notre procédé concernant les fractures du col du fémur a fait l'objet d'une communication au Congrès de chirurgie le 6 octobre dernier. La technique se rapportant aux fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus est inédite et nous sommes heureux de l'offrir au *Concours médical.*

I. — Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Les types que nous avons particulièrement en vue sont ceux dans lesquels le fragment supérieur se place plus ou moins en abduction pendant que le fragment inférieur se porte en dedans vers l'apophyse coracoïde (voy. fig. 1).

Les appareils à extension continue, les plâtres, tel que celui de Hennequin, prenant exclusivement appui dans l'aisselle, se montrent impuissants à corriger la déformation angulaire des fragments, et la consolidation s'opère en « crosse » disgracieuse et gênante.

Pour réduire ces fractures, il faut tirer sur le coude en abduction dans le prolongement du fragment supérieur. Pour maintenir réduit, il faut un appareil plâtré thoraco-brachial immobilisant le bras dans la position même qui a permis de réduire.



Fig. 1. — Schéma d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus à grand déplacement.

Cet appareil, nous l'avons utilisé il y a longtemps (1), alors que personne, à notre connaissance, n'y avait recours. Si nous rappelons ce fait ce n'est pas par le désir de réclamer une vaine priorité, mais par celui de montrer que les idées justes font toujours leur chemin : la position d'abduction est aujourd'hui classique pour traiter les fractures du 1/3 supérieur de l'humérus.

Ces principes posés, voyons leur application. La figure 2 permettra de se faire une idée nette de cette technique qui n'a rien de complexe, qui est d'exécution facile, si l'on dispose d'une table à fracture.

A) Nous commençons par construire, autour du coude fléchi à 90°, une solide gaine plâtrée circulaire P s'étendant depuis le poignet jusqu'au tiers inférieur de l'humérus inclus. Dès que cette gaine est sèche, nous disposons autour d'elle une bande de toile formant étrier E : *elle servira d'attache pour l'extension.*

B) Le malade est alors étendu sur la table à fracture : il est maintenu soulevé au-dessus du plan de cette table par un *thoraco-support* (plaque métallique horizontale portée par un pied S et tout à fait analogue à un pelvi-support) qui vient s'appliquer entre les omoplates, les épaules restant en porte à faux. Des coussins durs C C soutiennent le bassin, la tête, au même niveau que le thorax.

C) Une bande de toile A est passée en sautoir

(1) Judet. — La fracture du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant, in *Bulletin médical*, 17 et 24 novembre 1906.

dans le creux axillaire du côté malade, capitonné d'un feutre F : elle *assurera la contre-extension.*

D) On installe alors la cordelette d'extension : celle-ci va se réfléchir sur une poulie portée au bout d'une tige coudée T qui peut tourner autour de son point d'implantation dans la table à fracture. Ainsi la poulie peut toujours être amenée dans la direction voulue, c'est-à-dire dans le prolongement de l'axe du fragment supérieur.

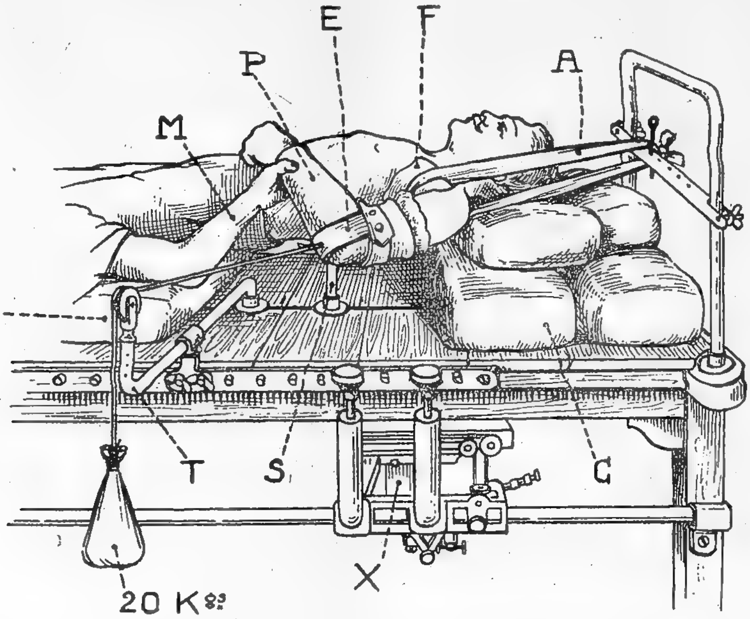


Fig. 2. — Réduction d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

On suspend les poids (sacs de sable de 10 kgr. d'abord). Au bout de quelques minutes on allume le tube à rayons X et on voit le résultat déjà obtenu.S'il est insuffisant, ce qui est la règle, on fait varier la position de la poulie pour augmenter ou diminuer l'abduction et on augmente la charge (15 puis 20 kgr.).

Pendant toutes ces manœuvres un aide M soutient l'avant-bras dans un plan intermédiaire entre le plan frontal et le plan sagittal, c'est cet aide qui empêche le « décalage » des fragments. Lorsque l'axe de l'os est rétabli et lorsque le chevauchement est notablement atténué, on construit le plâtre « sans que rien ne bouge ». Rien n'est plus facile puisque la main de l'opérateur peut passer librement autour du thorax, de l'épaule et du membre supérieur pour conduire les circulaires plâtrées.

L'appareil plâtré terminé est représenté figure 3.

Ce platre thoraco-brachial est très contentif, il est bien toléré à condition de capitonner au préalable le creux de l'aisselle, le pli du coude, la face antérieure de la poitrine. Cet appareil a besoin d'être surveillé : le fracturé dans son grand plâtre circulaire *doit être considéré comme un opéré* et vu par son chirurgien ou son médecin matin et soir. A cette condition on recueillera le bénéfice de la puissante action contentive de cet appareil sans s'exposer à des complications graves par compression.

Nota. — Remarquons que le malade n'a pas besoin d'être endormi : les manœuvres faites avec douceur sont peu douloureuses : rien ne les calme comme une extension bien conduite. Une simple injection sous-cutanée de sédol suffit chez les sujets calmes ; chez les pusillanimes mieux vaut recourir à l'anesthésie générale.



Fig. 3. — Appareil plâtré thoraco-brachial pour fracture du tiers supérieur de l'humérus à grand déplacement.

Suites opératoires. — Pour éviter l'enraidissement du coude on résèque la partie inférieure de la gaine de l'avant-bras du 15e au 20e jour. Au 35e jour on peut supprimer entièrement l'appareil car les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus se consolident vite.

II. — FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR.

On sait que ces fractures comprennent les variétés suivantes :

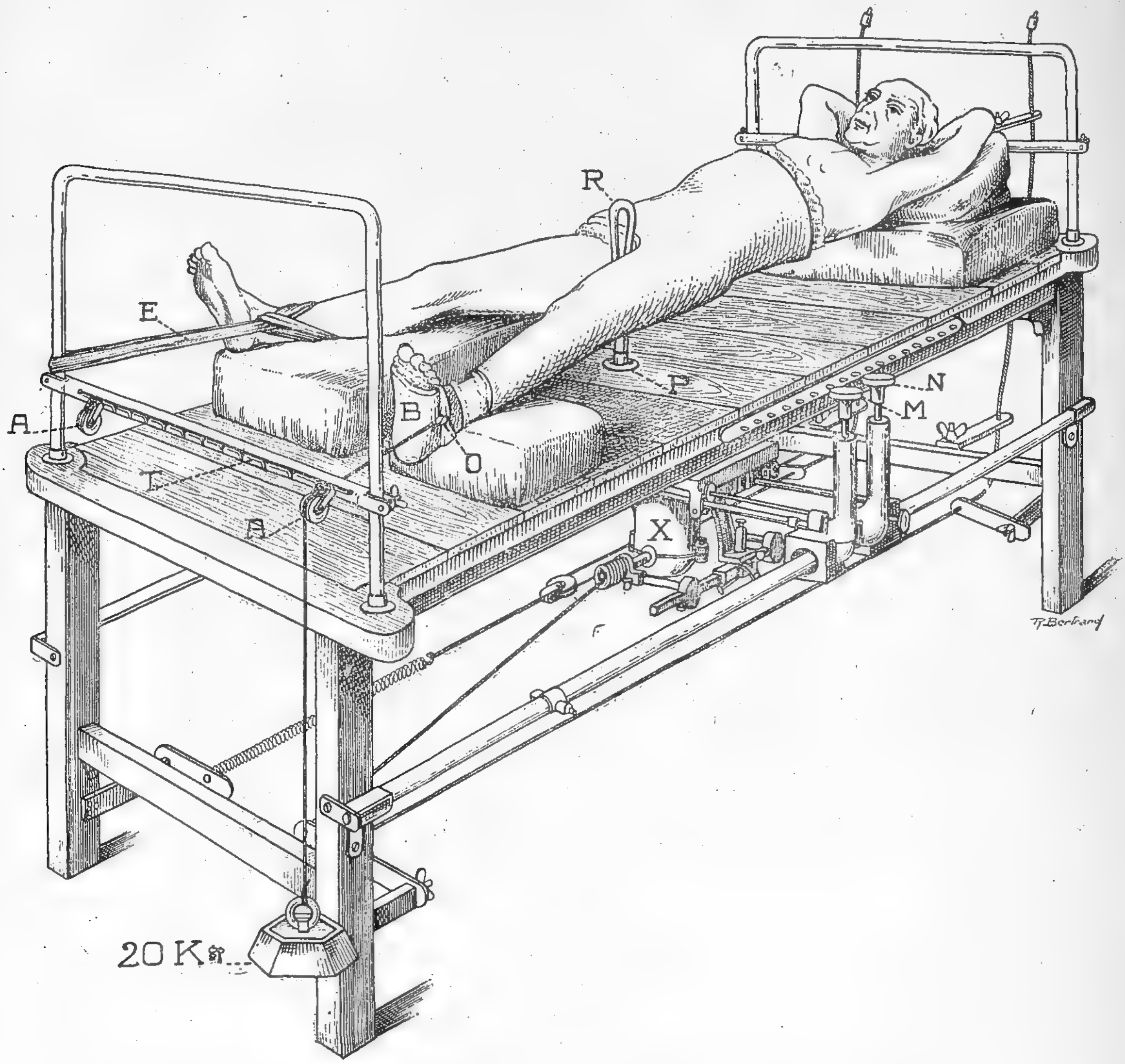


FIG. 4. — Réduction des fractures du col du fémur et plâtre de précision.

Fractures intra-capsulaires n'ayant qu'une très faible tendance à la consolidation spontanée en raison de la nutrition insuffisante des fragments, particulièrement de la tête, et aboutissant à la pseudarthrose presque invariablement lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes ;

Fractures extra-capsulaires (ou trans-trochantériennes) consolidant facilement mais avec attitude vicieuse du membre (rotation externe et adduction) lorsqu'on ne fait pas la réduction préalable.

Le grand appareil plâtré construit sur la table à fracture constitue une bonne manière de traitement des fractures du col du fémur quelle qu'en soit la variété.

Exposons d'abord la technique générale, qui convient à tous les cas, nous verrons ensuite les résultats dans les diverses variétés, les indications et les contre-indications.

On commence par construire une bottine plâtrée entourant le pied malade convenablement ouaté. Dès que ce plâtre est sec, on installe par dessus lui le lac extenseur auquel vont être rattachés les poids.

Le malade est alors hissé sur la table à fracture munie de son pelvi-support. La tige ascendante en forme de lyre qui prolonge le pied du pelvi-support vient se placer entre les cuisses sur les branches ischio-pubiennes ; c'est elle qui assurera la contre extension. (Voy. fig. 4.)

Les poids sont alors installés : d'abord 10 k., puis 20 k., puis 25 k. si le sujet est très musclé. Afin d'éviter l'entraînement latéral du côté malade ; on rattache le pied sain par un lacs à la barre transversale supportant les poulies.

Capitonnage du malade. — Le dos est garni par un épais coussin d'ouate, de même le ventre ; la région ischio-pubienne du côté fracturé est protégée par un petit coussin spécial, un autre est placé dans le creux poplité. Partout ailleurs il n'y a que l'épaisseur de la bande Velpeau qui assujettit les divers coussins.

est levé : on l'asseoit assez facilement avec un siège à dossier ayant pour hauteur la longueur du membre et présentant si possible une encoche latérale pour recevoir la face interne de la cuisse plâtrée. Au lit, le malade reste étendu habituellement sur le dos ; pendant une heure ou deux heures sur 24 on le met sur le ventre pour soulager les téguments de la région vertébrale.

L'appareil est laissé en place, en principe deux mois.

Nota. — L'anesthésie générale est tout à fait

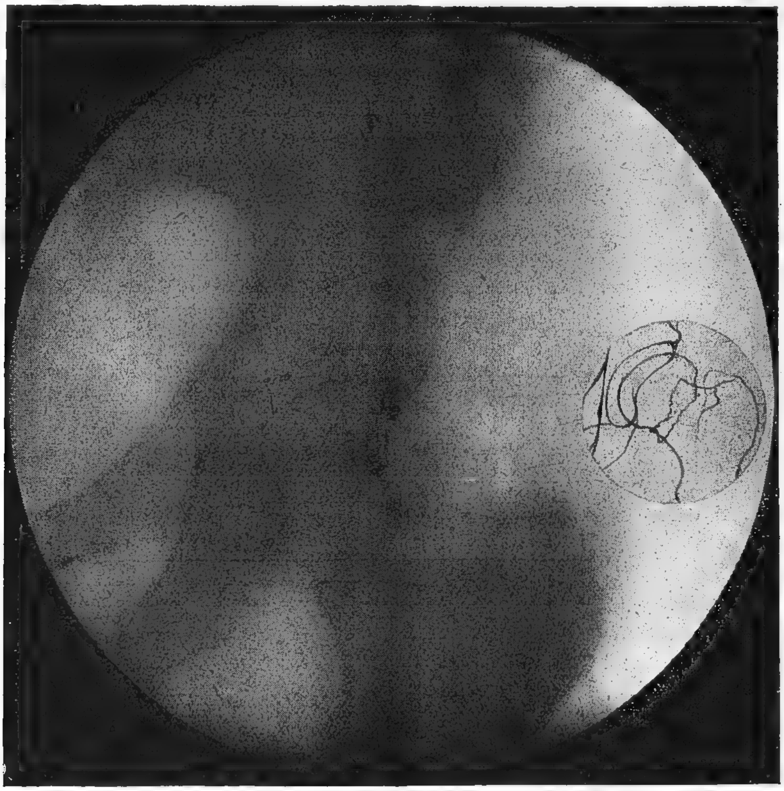


Fig. 5. — Fracture trans-cervicale moyenne chez un homme de 60 ans. Guérison intégrale par la technique indiquée figure 4.

inutile ; une injection sous-cutanée de sédol suffit.

On construit ensuite un plâtre exact, suivant les règles aujourd'hui universellement appliquées qui président à la confection des plâtres de coxalgie, de luxation... Avant que la dessiccation ne se produise on dessine fortement la taille, on pince le plâtre au niveau du condyle interne du fémur ; on le maintient étroitement appliqué contre la face postérieure de la fesse et du grand trochanter.

Pendant ce temps la traction se prolonge par l'intermédiaire de la bottine plâtrée qui a été réunie au plâtre jambier. Ce n'est que lorsque l'appareil est devenu résistant que les poids sont enlevés.

Dès le lendemain de l'appareillage, le malade

Indications et résultats. — *a*) Les fractures extra-capsulaires sont parfaitement réduites par la technique représentée figure 4. La restitution intégrale, ou peu s'en faut, est la règle et c'est cette méthode que nous conseillons jusque vers la soixantaine.

Chez les septuagénaires et les octogénaires nous conseillons plutôt le plâtre en flexion-abduction que nous avons étudié dans un précédent article (1).

(1) Voyez Judet : Le traitement des fractures extra capsulaires du col du fémur, in *Concours médical*, n° du 27 juillet 1924.

b) Que donne l'appareil plâtré dans les fractures intra-capsulaires (fractures transcervicales moyennes et décapitations) ?

Nous avons appliqué (au cours des années 1920-21-23) l'appareil plâtré en flexion-abduction dans 12 cas de fractures intra-capsulaires avec les résultats suivants : 3 consolidations osseuses avec bon résultat fonctionnel chez des malades âgés de moins de 60 ans ; 4 pseudarthroses serrées avec résultat fonctionnel passable aux âges de 67, 73, 74, 62 ans ; 4 pseudarthroses douloureuses, lâches, avec mauvais résultat ; 1 mort.

Depuis dix-huit mois nous avons renoncé à cette méthode pour employer la technique représentée figure 4.

Deux malades nous ont donné des succès remarquables : un homme de soixante ans a été consolidé en 2 mois par cal osseux d'une fracture transcervicale moyenne ; il peut faire sans boiterie et sans fatigue 20 km. Nous avons montré au récent congrès de chirurgie cette belle guérison. (Voy. fig. 5.)

Une femme de 52 ans nous a fourni plus récemment une consolidation osseuse non moins parfaite.

Nous n'avons pas la présomption de croire que nous réussirons dans tous les cas.

Nous sommes peruadé notamment que, passé 60, 65 ans, nous aurons des échecs, car le col du fémur à partir de cet âge présente des lésions importantes d'ostéoporose sénile.

Que vaut le vissage dans ces mêmes cas ?

Le Congrès de chirurgie, qui vient de se terminer, nous permet de nous faire une idée de la valeur de cette méthode.

Le Dr Dujarrier, chargé du rapport sur le traitement sanglant des fractures du col constate « que le pourcentage des bons résultats est forcément peu élevé. L'âge des malades, l'état des fragments, leur mauvaise vascularisation expliquent que la *restitutio ad integrum* soit exceptionnelle ». Malgré sa compétence reconnue, cet auteur sur 30 cas personnels opérés par le vissage (méthode du Pr Delbet) ne signale que 12 bons résultats ; 4 sont médiocres, 6 mauvais et il y a eu 8 morts.

La vis peut-elle faire mieux qu'un plâtre précis placé sur une fracture bien réduite ?

Cela n'est pas prouvé. La vis métallique n'apporte rien autre en effet que son pouvoir contentif ; personne n'a jamais pu prétendre qu'elle avait une valeur ostéogénique.

La consolidation osseuse des fractures intracapsulaires du col chez les gens âgés (au-delà de 65 ans) **nous paraît devoir être** cherchée dans des **procédés de stimulation du cal.** A ce titre l'enchevillement du col fracturé, avec un fragment de péroné emprunté au malade, nous paraît une solution intéressante. Nordenbos, d'Amsterdam, qui applique systématiquement cette méthode ne vient-il pas de produire une statistique sensiblement meilleure que celle des chirurgiens qui pratiquent le vissage ?

En résumé nous avons eu l'impression, en suivant les travaux du Congrès de chirurgie, que le traitement des fractures du col du fémur (variété intra-capsulaire) n'a pas trouvé sa formule définitive. Notre opinion personnelle est que jusqu'à 60 ans on peut les consolider par l'appareil plâtré de précision : point n'est besoin de recourir au vissage pour obtenir un cal osseux.

Passé 60 ans, la vis, comme le plâtre, expose à de nombreux échecs. La greffe péronière est peut-être la méthode de l'avenir mais alors on se heurte à la gravité de cette opération qui ne saurait être tentée impunément chez tous les vieillards.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Les indications rares de l'opération césarienne.

D'après une leçon du Professeur Jeannin (1)

Une secondipare à terme, ayant un bassin rétréci, donnait l'impression que la tête pourrait passer. Comme il est juste en pareil cas, on laisse la femme commencer son travail. Lundi matin, alors qu'elle souffrait depuis 18 heures, comme les battements du cœur étaient parfaits, la dilatation de 5 francs, on fait l'opération césarienne, on retire l'enfant vivant ; la mère se porte bien.

C'était une de ces indications rares de l'opération césarienne. Laissons de côté les indications de césarienne mutilatrice, c'est-à-dire tous les cas où, pour une raison quelconque, on doit enlever l'utérus. C'est le cas des utérus menacés de se rompre. C'est le cas des tumeurs nécessitant l'ablation de l'utérus. C'est le cas des utérus manifestement infectés. C'est le cas de certains obstacles permanents tels que certains rétrécissements vaginaux qui, non seulement créeraient une dystocie semblable, mais feraient craindre que l'écoulement lochial même ne puisse se faire.

Occupons-nous du seul cas où l'on fait la césa-

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr Laporte.

rienne avec l'idée de laisser l'utérus en place : c'est la vraie césarienne, qui laisse à la femme le moyen d'avoir de nouvelles gestations. Cette césarienne classique, conservatrice, est avant tout indiquée pour le bassin rétréci. En dehors de cette grande indication, il n'y en a guère qu'une autre, c'est celle où une tumeur vient obstruer le bassin sans appartenir à l'utérus.

La césarienne conservatrice doit être une *opération aseptique*, c'est-à-dire pratiquée soit avant le début du travail, tout au moins dès ce début, avec, autant que possible, un œuf intact, une absence de tout signe d'infection, enfin avec un état supposé parfait, et de la mère et du fœtus. Ce sont les cas purs. C'est l'indication classique de la césarienne.

Quelles sont les *indications rares*, les *indications exceptionnelles* de cette intervention ? On peut les grouper en deux variétés : d'une part, les *césariennes tardives*, et, d'autre part, les *césariennes à indications rares.*

Commençons par *les césariennes tardives*. Nous appellerons ainsi toute césarienne qui sera faite chez la femme en travail depuis un temps appréciable, depuis quelques heures, alors que les conditions requises d'asepsie ne sont plus parfaites.

La première condition d'asepsie, c'est l'intégrité de l'œuf. Eh bien, l'œuf est ouvert. La deuxième, c'est la femme n'ayant subi aucune espèce d'exploration, sinon un rapide et propre toucher avec une main gantée. Eh bien, les césariennes tardives sont les césariennes qu'on entreprend alors qu'une ou trois personnes ont touché cette femme et essayé de voir si la tête passera ou non.

Jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle, la césarienne a été une opération de fortune qui donnait des résultats variables, et somme toute, sauvait très peu de femmes, si bien que cette opération fut condamnée. Pajot, notamment, en jugeait ainsi. Vers la fin du dix-neuvième siècle, en 1886, une réaction s'est faite. Tout le monde était d'accord sur un point, c'est que la gravité de la césarienne, les cas de mort, étaient dus à ce que l'on avait opéré des femmes infectées. Il fallait donc sacrifier l'utérus, et ce fut l'origine de l'*opération de Porro*, actuellement désuète ; alors, la tendance qui s'est fait jour en Allemagne, à la suite des idées de Jean-Louis Kœhr, et en France, à la suite de la campagne de Bar, a été de n'opérer que des cas purs, descas propres. Il faut que la femme, ou ne soit pas en travail, ou que le travail débute à peine, — qu'elle n'ait aucune fièvre, — que l'œuf soit rigoureusement intact, qu'il n'y ait pas eu ou à peine eu de toucher. Dans ces conditions, l'opération est licite. Dans les autres conditions, elle est illicite.

Quelques années plus tard, en 1910-1912, certains esprits hardis, comme Boquel, d'Angers, ont fait des césariennes de façon tardive et le succès a couronné leurs tentatives. Certains accoucheurs ont pensé qu'on devait opérer pendant le travail, tant que la femme n'est pas manifestement infectée. Mais, devant certains désastres, un revirement se produisit.

Théoriquement, il ne faut opérer que les cas purs ; pratiquement, — et l'observation récente en est une preuve, — on peut opérer des cas qui qui ne le sont plus complètement.

Quels sont les éléments d'appréciation qui permettent de tenter l'opération césarienne ?

Le premier, qui certainement frappe le plus, mais qui est peut-être le moins important de tous, c'est la longueur du travail, puisque pour opérer d'une façon aseptique, on a conseillé d'opérer avant le travail, au terme supposé de la grossesse.

On a dit : un travail de quelques heures necompte pas beaucoup. Un travail de 18, 24 ou 48 heures compte beaucoup. Ce n'est pas exact. L'expérience journalière prouve que des femmes peuvent être longtemps en travail sans être infectées. C'est logique. Si une femme en travail ne dilate que peu son col, si même — ce qui arrive — elle le dilate si mal qu'elle garde le bouchon muqueux qui est un filtre protecteur, si elle ne rompt pas ses membranes, si on ne la touche pas, si on ne tente aucune intervention, si sa température ne dépasse pas 37°2 ou 37°3, son pouls 80, est-ce parce que le travail dure que la femme sera infectée ? Non.

Un second élement, c'est, dit-on, le degré d'ouverture de l'utérus. Une femme peut facilement en quelques heures arriver à la dilatation complète. Cette femme ne sera pas infectée. Mais une autre, avec un col gros, œdématié, une dilatation en apparence insuffisante, sera infectée. On ne peut donc pas tenir compte de la dilatation plus ou moins prononcée du col.

Le troisième élément, celui-ci d'importance capitale, est l'intégrité de l'œuf. Si l'œuf est ouvert à la pénétration des germes, il y a possibilité, non seulement d'infection pour la mère, mais d'infection ou de traumatisme pour l'enfant.

C'est là que l'élément durée peut avoir son importance.

La température prise chez une femme en travail monte-t-elle à 38°5, 39° ? Il est évident qu'on a affaire à une infectée.

Les touchers vaginaux répétés sont un élément d'infection possible. Mais il y a lieu de considérer l'origine de ces touchers. Le toucher fait correctement, avec un doigtier stérilisé, n'est pas comparable à celui fait, en ville ou à la campagne, avec un doigt non aseptisé.

En outre des touchers, il faut tenir compte des manœuvres antérieures que l'on a pratiquées. La césarienne a été faite chez des femmes chez

lesquelles on avait tenté d'abord d'extraire l'enfant par voie basse, et sans remonter aux temps anciens, ou des applications de forceps infructueuses étaient suivies d'une césarienne, il est arrivé qu'une césarienne, pratiquée après échec d'un ballon de Champetier, a été mortelle.

Résumons les éléments d'appréciation pour une césarienne retardée. Prenons deux types extrêmes : d'une part, la femme en travail depuis 14 ou 15 heures, mais qui a le col bien souple, les membranes intactes, qui a été touchée une ou deux fois ; c'est la femme limite qui n'est pas pure, mais n'est pas très impure. A l'opposé, il y a la femme touchée je ne sais combien de fois et par n'importe qui ; on a essayé de dilater le col, les membranes sont rompues. Cette femme est nettement septique, et dans ce cas, une césarienne dite retardée est vouée à un échec.

Evidemment, entre ces deux types extrêmes, il y a tous les intermédiaires : une femme en travail depuis trois heures seulement, mais dont les membranes se sont tout de suite rompues ; une femme en travail depuis douze heures, mais qu'on n'a pas touchée, etc.

Voici deux faits dans lesquels la césarienne fut tardive ; le bonheur a voulu que toutes deux réussissent ; ce sont cependant des cas à limite septique. On ne peut donc pas réserver la césarienne aux cas absolument purs, rigoureusement aseptiques.

Les *indications rares* de césarienne conservatrice sont, classiquement, le *placenta prævia* et la *procidence du cordon* (les indications usuelles étant le bassin rétréci et le kyste de l'ovaire).

Voyons d'abord la question de la *procidence du cordon*. Un cordon procident est un accident qui ne menace en rien la mère, mais qui est presque fatal pour le fœtus. Comment peut-on sauver celui-ci ? Par voie basse on par voie haute.

Par voie basse, en dilatant le col, ou en faisant une césarienne vaginale. Par en haut, en faisant une césarienne abdominale.

La césarienne abdominale est indiquée parce que c'est le procédé le plus rapide, et qu'en pareille circonstance, il s'agit d'extraire le fœtus le plus vite possible. La césarienne abdominale est donc indiquée par la procidence du cordon, mais sous les conditions suivantes.

Il faut qu'au moment où l'on songe à cette intervention, le fœtus soit parfaitement *vivant, et viable*, que les battements du cœur soient bons et non soufflants, c'est-à-dire que le cordon ne soit pas comprimé.

Toutes les fois que le col est souple, dilatable, et même j'ajoute, toutes les fois que le col est incisable, et de même le segment inférieur, il faudra extraire le fœtus par voie basse, par la voie vaginale. C'est seulement en cas d'impossibilité ou d'insuccès par cette voie qu'on aura recours à la césarienne abdominale. L'indication dépendra donc du degré de dilatation du col, de souplesse du segment inférieur ; elle dépendra aussi du volume du fœtus. Nous supposons, bien entendu, que la vie de la mère n'est pas compromise.

Passons au *placenta prævia*.

Voici un cas récemment observé : le travail ne se fait pas ; il y a un placenta prævia marginal. On opère, on extrait un enfant mort, et la femme meurt de shock dans les heures suivantes.

Voilà un autre cas : un placenta prævia central, diagnostiqué au début du travail. On opère : la mère et l'enfant sont vivants.

Dans ce cas, la césarienne a pour avantage d'opérer loin de la région dangereuse ; on assure une hémostase parfaite, d'autant plus que rien n'empêche de tamponner l'utérus. Mais c'est une laparotomie, c'est-à-dire une opération dangereuse, qui fait perdre du sang et diminue la résistance de la parturiente contre l'infection ; j'ajouterai : c'est une laparotomie chez une femme déjà infectée, car l'infection domine la question de l'insertion vicieuse du placenta ; l'infection et l'hémorragie sont les grandes causes de mortalité : pour les uns, 1 femme sur 3 meurt d'infection ; pour d'autres, 58 meurent d'hémorragie et 34 d'infection. L'hémorragie et l'infection sont deux circonstances déplorables pour l'opération césarienne. On la fait cependant, dans ces circonstances parce qu'on admet les indications suivantes.

Si la femme n'est pas encore en travail, si l'on diagnostique, grâce à la déhiscence du col, une insertion centrale, si le doigt trouve dans l'orifice cervical des cotylédons placentaires, cette femme étant vouée à de grosses hémorragies avant le commencement du travail, l'opération est bien indiquée et l'opinion des accoucheurs devient de plus en plus favorable à la césarienne pratiquée dans ces conditions.

L'indication de la césarienne abdominale pourra encore naître des contre-indications de toute autre intervention, quand le col est rigide, que le segment inférieur n'est pas formé, que l'enfant est gros, toutes circonstances s'opposant aux manœuvres par voie basse. La césarienne vaginale, que certains ont voulu proposer dans ces cas, serait trop dangereuse, au contraire.

Une autre indication rare de l'opération césarienne est l'excès de volume du fœtus, a-t-on dit. Cette indication est très discutable L'excès de volume du fœtus n'est pas une bonne indication. En effet l'expérience montre qu'un gros fœtus peut passer : on ne peut assimiler le cas du gros fœtus avec bassin normal à celui d'un bassin rétréci avec fœtus normal.

Si on a extrait l'enfant avec de grandes difficultés, et si la femme redevient enceinte, instruit par l'expérience, cet excès de volume sera une indication pour l'accouchement prématuré.

Une autre indication rare des césariennes conservatrices est le défaut de dilatation du canal cervico-segmentaire. Dans ce cas, l'utérus se contracte en vain et risque de se rompre. Il semble logique de faire une césarienne. Or, la non dilatation du canal cervico-segmentaire est un symptôme dépendant d'autres causes. C'est d'abord, l'*inertie utérine*. Or en pareil cas, la césarienne n'est nullement indiquée, et sur ce point, les avis sont unanimes. C'est ensuite la position haute ou l'irrégularité de la présentation du fœtus, qui ne sollicite pas bien la dilatation du canal. Ceci est tellement fréquent que ce ne saurait être une indication d'opération césarienne.

Si le canal cervico-segmentaire ne s'efface pas, ce peut être encore à cause de la rupture de la poche des eaux : ceci n'est pas une indication de la césarienne.

Enfin, ce peut être un bassin rétréci : cette fois, la césarienne est bien indiquée, non par l'état du canal cervico-segmentaire, mais par le rétrécissement, s'il est notable.

CURE HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE ET PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Depuis que, à la suite des médecins anglais (Bernet, Pollok, Ewart, Benham), Potain, en 1888, osa tenter ce qu'on nommait alors la *perflation pleurale*, en dépit des craintes manifestées jusque-là (« épilepsie pleurale » de Lemandé), dans le traitement de l'hydropneumothorax ; depuis qu'en 1896, Forlanini créa les bases du pneumothorax thérapeutique, la collapsothérapie a fait, dans la pratique médicale, des pas de géant.

De très nombreux ouvrages et articles ont paru sur la question. Et, une fois accepté, peu à peu, timidement, comme il convient à un art basé sur l'expérience comme la médecine, on élargit les « indications » du pneumothorax artificiel.

Réservé primitivement aux épanchements liquides de la plèvre (Picot, Brial, Phalip, Vaquez et Quiserne, Achard et Greuet), où l'on pensait obtenir, par la pression de la masse gazeuse, l'arrêt de la transsudation du liquide, il fut appliqué dans la suite à tous les cas où la compression du poumon paraissait accélérer, sinon déterminer, le processus de sclérose et de guérison. Mais, c'est surtout dans le traitement de la tuberculose pulmonaire que la collapsothérapie fut utilisée, parfois jusqu'à l'extrême.

On l'a d'abord réservée aux lésions rigoureusement unilatérales ; puis, on a pneumothoracisé des malades chez lesquels plusieurs radiographies avaient montré, avec l'auscultation, la non évolution du côté opposé à la plèvre à insuffler. Hervé, (de Lamotte-Beuvron (1) a signalé plusieurs cas même où il donne les « preuves de l'efficacité du traitement par la reprise fonctionnelle du poumon malade assurant seul l'hématose, au cours d'un nouveau pneumothorax effectué sur le second poumon. » (2).

Cependant, malgré les résultats rapportés, les praticiens paraissent rester sur la défensive et hésiter beaucoup à employer la méthode de Forlanini. Laissons de côté la question de l'outillage, pourtant résolue (appareils de Küss, de Muralt, de Bayeux, de Jousset, de Bréger), celle de la pratique, qui créa ici-même une savante controverse entre le Pr Jousset et les docteurs Giraud et Bernou (de Châteaubriant), et cherchons si l'hésitation du Corps médical ne serait pas due à un ordre d'idées beaucoup plus important : les résultats vrais du pneumothorax artificiel.

(1) *Concours médical*, 2 mars 1924.

(2) Dans ce dernier cas d'ailleurs, peut-être le poumon « guéri » n'est-il pas seul en cause, en ce qui concerne l'hématose. Une série de recherches nous a montré, en effet, (ce qui est d'ailleurs rationnel), qu'un malade traité par la collapsothérapie, présente une polyglobulie manifeste (7.500.000 hématies par mmc.)

Quels sont-ils ?

Il serait vain de dissimuler que la méthode offre des dangers. En laissant de côté la réaction épileptiforme que provoque, chez de très rares malades, la piqûre de la plèvre, le pneumothorax artificiel est souvent responsable de pleurésies purulentes septiques dont l'évolution est des plus graves, d'entérite tuberculeuse, comme le signalait Forlanini et comme le mettait récemment en mémoire le Dr Lévy-Darras, d'Evian (1).

Des perforations pulmonaires sont à craindre, et nous avons été témoin, comme tous les phtisiologistes, de ces pneumos spontanés éclatant sur un début de pneumothorax artificiel pourtant doucement mené, et menaçant le malade, par la dextrocardie qui en résulte (dans les pneumos gauches), d'un collapsus cardiaque imminent. D'ailleurs, l'état général du malade n'est pas indifférent, et notre maître Pissavy signale que, dans sa pratique personnelle, le nombre des cas favorables, chez les pneumothoracisés, passe de 41,2 % à 92,8 % suivant que les patients sont en mauvais ou bon état de résistance (2).

Chacun sait également, quoique les avis diffèrent dans le détail, que le Forlanini n'est pas applicable cliniquement à tout le monde, tant s'en faut. Le regretté professeur Rénon (3) déclarait en 1920, au Congrès de Bruxelles, que, sur 9.000 tuberculeux examinés en 9 ans, 84 (soit, moins de 1 %) avaient été traités par le pneumothorax artificiel. Que cette proportion soit due à la timidité des opérateurs, nous le voulons bien, mais il n'en reste pas moins que ce chiffre fait rêver.

(1) *Vie médicale*, 21 mars 1924.
(2) *Art médical*, 30 juin 1924.
(3) *Paris médical*, 1er janvier 1921.

Enfin, dans la pratique, même en s'entourant de tous les moyens d'investigation clinique les plus précis (radioscopie, radiographie, etc.), il est impossible de dire *à priori* si l'intervention projetée sera réalisable. Là encore les chiffres sont éloquents . Dans leurs statistiques, Saugman (1) et Burnand (2) donnent les proportions suivantes :

Pour Saugman, de 1907 à 1916, il compte 172 pneumos réussis et 85 irréalisables (soit 33 %).

Et Burnan (1911 à 1919) trouve 151 pneumos réalisés pour 73 irréalisables (soit 32,58 %).

Enfin, dernière considération, le pneumothorax, correctement fait, pratiquement réalisable, mené à bonne fin, donne-t-il au malade par lui-même, seul, la guérison complète et définitive ? Nous ne le croyons pas.

Saugman, sur ses 172 pneumos *réussis*, en trouve, au bout de 3 à 12 ans, 63 % morts *de tuberculose*, contre 32 % aptes au travail.

Burnan enregistre 49,6 % de décès dans les mêmes conditions.

Dumarest et Murard (3) dévoilent qu'au bout de 10 ans, 55,1 % de leurs malades sont morts et 75,7 % au bout de 15 ans.

Il serait intéressant de comparer le pourcentage de ces décès chez les opérés, avec celui des décès chez les non opérés. Malheureusement, les auteurs ci-dessus nommés ne nous donnent que les chiffres concernant les pneumos tentés. Nous sommes convaincus que ce pourcentage de morts des non opérés doit se rapprocher de celui des pneumo-thoracisés.

Est-ce à dire que nous considérons la collapsothérapie comme inutile et même dangereuse ? Ce serait une folie. Nous croyons, au contraire, le pneumothorax artificiel un excellent *moyen* de traitement, mais non un traitement complet en soi, applicable le plus possible, toutes les fois que le cas se présente. Nous souscrivons entièrement aux sages paroles du Dr Rosenthal (4) : « Le pneumothorax de Forlanini constitue un traitement mécanique de la lésion tuberculeuse : *il ne saurait en aucun cas constituer un traitement complet et s'opposer aux différentes médications.* Le pneumothorax est un traitement de longue haleine. Il ne doit être entrepris que s'il peut être continué et maintenu le temps nécessaire, sauf accidents nécessitant l'interruption. »

Et voilà où nous voulions en venir. La collapsothérapie est une méthode de traitement beaucoup moins universelle qu'on veut bien le dire, et il serait dangereux d'en élargir outre mesure les indications. Nous ne pouvons considérer que comme des acrobaties thérapeutiques les cas que nous avons signalés plus haut.

Le pneumothorax n'est pas non plus sans danger et la surveillance des voies digestives (« cette place forte du tuberculeux » d'après le mot de notre éminent confrère et ami, le Dr Hamant) est de règle avant de l'entreprendre. La plus grande prudence doit diriger les insufflations, qui ne sont en rien des actes mécaniques et réglés à l'avance par la théorie, car leurs détails (pression, quantité d'azote, vitesse, fréquence des opérations) sont commandés par l'état particulier de chaque malade.

Il est donc vain, pour ne pas dire plus, de faire miroiter aux yeux des tuberculeux l'image radieuse d'une intervention par laquelle la guérison future et la liberté d'action immédiate les attend.

On comprend fort bien que, pour le malade,etpour le médecin aussi, le pneumothorax soit bien tentant s'il délivre le premier de l'obsession de la cure et de ses minuties (sans lesquelles, il n'est point de cure efficace), etle second des soucis d'une surveillance difficile et assidue.

Nous n'enfonçons pas une porte ouverte : journellement, dans nos stations climatiques, nous voyons des opérés du Forlanini, aller et venir sans souci, faire de longues excursions, et se livrer sans contrainte aux plaisirs mondains des soirées et des thés dansants. Ce serait bien beau s'il pouvait en être ainsi sans danger !

Ce ne serait pas moins agréable pour le praticien, pour qui la thérapeutique se réduirait à un métier d'horloger remontant périodiquement la pendule, c'est-à-dire transportant en hâte d'un malade à l'autre son appareil de Küss ou de Muralt.Gain de temps, de tranquillité et aussi d'argent, mais nous voulons croire que c'est la dernière des préoccupations d'un médecin consciencieux.

Il n'en est point ainsi.

« Gagner du temps, disait le professeur Rénon (1), gagner quelques semaines, gagner quelques mois, voire même quelques années, tel est, à l'heure actuelle le but réellement pratique du pneumothorax artificiel ».

Gagner du temps, freiner sur la pente où glisse le malade, lui obtenir une détente permettant à l'organisme de résister et, par le jeu de ses antitoxines et de ses lymphocytes, de juguler l'infection, voilà seulement ce qu'il faut attendre du Forlanini.

Le malade n'est donc *en aucune façon* dispensé de la cure. Nous irons plus loin : il doit redoubler d'attention, de vigilance, de minutie, et avec lui, son médecin.

Qu'y a-t-il donc de changé chez l'opéré « réussi » ?

Dans les cas les plus favorables, la température est assagie, la toux moins fréquente, l'expectoration plus rare et peu ou plus bacillifère. L'état général se relève, l'appétit reprend (nous parlons des cas *les plus favorables*, car chez nombre d'aérophages — et l'on sait si ceux-ci sont nombreux — le pneumothorax, fait à gauche, gêne l'estomac et la digestion est un peu plus laborieuse.

Le malade se croit, se sent guéri. Il n'en est rien.

(1) *Paris médical*, 16 juillet 1921.
(2) XIVe Congrès de médecine, Bruxelles, 1920.
(3) *L'Hôpital*, juin 1924.
(4) « La pratique du pneumothorax thérapeutique », 2e édition.

(1) *Loco citato*, 1er janvier 1921.

C'est au contraire le moment grave et difficile : le danger a changé, voilà tout.

Le poumon opposé qui, seul, assure l'hématose, grâce à la polyglobulie signalée plus haut, est rarement indemne de toute atteinte bacillaire. C'est lui qui supportera seul la lutte contre toute affection des voies respiratoires surajoutée (rhumes, etc.). En un mot, le malade est, chirurgicalement parlant, un « opéré » constant, un blessé dont la plaie suppurante est seulement aveuglée, et les « opérés » d'ordinaire ne courent pas les chemins.

N'oublions pas d'ailleurs que la compression du poumon malade ne se fait que lentement en général, et qu'elle expulse dans l'arbre aérien des quantités parfois considérables de pus bacillifère qui peut « baver » à la bifurcation bronchique et ensemencer le côté « sain ».

Enfin, nombre de pneumothorax sont partiels, en raison des adhérences, et les toxines tuberculeuses continuent, quoique moins activement, à se déverser dans l'économie.

Si on adjoint à ces considérations les complications du Forlanini et, en premier lieu, l'hydrothorax, il semble bien que le malade n'ait pas trop de toute son énergie et de toute sa patience.

Donc, pas de reprise des « occupations » avant longtemps, chez les opérés de pneumothorax, pas de « permissions » extraordinaires. Ce serait folie de gaspiller leurs forces au moment où l'organisme en a tant besoin.

Là encore, le rôle du médecin est important. Si sa parole, ses arguments, sont extrêmement utiles dans le traitement du tuberculeux pulmonaire ; s'il est nécessaire, presque autant que les médications, d'entourer le malade d'une atmosphère de confiance, de lui insuffler de l'énergie, du courage, de la patience surtout, c'est, plus que jamais, le moment de le faire lorsque celui-ci, se sentant mieux, est tenté de relâcher le traitement. Heure délicate à tous points de vue. Il faut les convaincre, ces malades, de la nécessité *absolue* de la cure hygiéno-diététique, leur faire comprendre le danger des écarts, quelque légers et sans importance qu'ils apparaissent à leurs yeux. Et ce n'est pas d'ailleurs l'un des moins nobles côtés du grand rôle du praticien chez qui l'homme de science doit toujours se doubler d'un apôtre.

« Si le pneumothorax thérapeutique était absolument inoffensif, écrit notre maître Pissavy (1), on n'hésiterait pas une minute à en proposer l'application dès que le diagnostic de tuberculose unilatérale se trouve nettement établi. Malheureusement, nous savons que l'insufflation pleurale peut entraîner des complications mortelles . . . »

Nous voyons donc, dans le Forlanini, une méthode applicable à des cas nettement définis, dont l'exécution doit être entourée de toutes les garanties possibles.

Nous le considérons comme capable de produire d'heureux effets chez des malades choisis et éduqués.

Mais nous conservons comme une base intangible la cure hygiéno-diététique, qui « forme la partie essentielle, capitale, du traitement de la tuberculose pulmonaire » (2).

Dr J. TROTOT
(de Cambo-les-Bains).

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cystotomie, comme moyen de diagnostic dans le prostatisme.

J. DE SARD, par quelques observations personnelles, montre que, malgré les progrès accomplis dans l'exploration de la cavité vésicale et de l'urètre prostatique par les instruments optiques, introduits par les voies naturelles, ainsi que par la radiographie, c'est à la cystotomie qu'il faut avoir recours pour le diagnostic de certaines formes de prostatisme, dont nous connaissons maintenant le substratum anatomique (néoplasme ou sclérose) depuis l'opération de Freyer.

Si, bien des fois, celles-ci peuvent être diagnostiquées par la cystoscopie, l'urétrocystoscopie, la cysto-radiographie, ces moyens sont dangereux, inapplicables ou inefficaces dans certains cas cliniques bien déterminés :

Dangereux chez les grands distendus avec mauvais état général, chez les malades à canal dévié et à trajet prostatique étroit (fausses routes), chez les cancéreux douteux (hématuries sérieuses).

Inapplicables pour la cystite intense avec capacité vésicale minime, la pyurie abondante, l'hématurie abondante.

Inefficaces quand les adénomes de petit volume intra ou extra-vésicaux sont invisibles, quand la région cervicale est atteinte de sclérose, quand les diverticules sont remplis de calculs.

Alors, la cystotomie exploratrice s'impose ; elle peut devenir une opération curatrice ou palliatrice. (*La Presse médicale*, 21 *mai* 1924.)

(1) *Loco citato.*
(2) HAMANT. — Pour combattre la tuberculose.

L'hydrocèle du nourrisson dans ses rapports avec la syphilis héréditaire.

Mises à part l'hydrocèle de la crise génitale du nouveau-né et l'hydrocèle congénitale, l'hydrocèle persistante unilatérale et irréductible chez le nourrisson doit être tenue, d'après MM. P. Vallery-Radot et G. Sales, pour fortement suspecte d'hérédo-syphilis.

Voici, d'ailleurs, quels sont en pareils cas les éléments du diagnostic. La longue durée de l'hydrocèle, sa persistance au-delà de 4, 6 à 8 mois, doit faire craindre l'origine syphilitique ; elle est généralement unilatérale et irréductible, plus souvent à droite ; au-dessous le testicule est lésé ; il est le plus souvent dur comme une bille et petit. La vaginale est fréquemment épaissie.

Un examen clinique complet s'impose, avec recherche de la splénomégalie, du crâniotabes avec dilatation veineuse crânienne et de tous les signes de probabilité habituels. Le Wassermann est le plus souvent négatif dans le tout jeune âge, même chez les hérédo-syphilitiques avérés : il est précieux de pouvoir le rechercher chez la mère.

Bref, à cet âge, une lésion chronique du testicule, lorsque la cuti-réaction à la tuberculine est plusieurs fois négative, a de grandes chances d'être syphilitique, surtout si elle s'accompagne de splénomégalie avec anémie. (*Paris médical*, 24 *mai* 1924.)

La forme irréductible de l'insuffisance respiratoire.

L'insuffisance respiratoire reconnaît plusieurs causes : insuffisance nasale, insuffisance thoracique, insuffisance diaphragmatique. Le propre de toutes ces manifestations est de s'améliorer rapidement par un traitement méthodique et progressif ; mais quelle que soit la rigueur de la méthode suivie, même en physiothérapie, il est une forme irréductible de cette insuffisance respiratoire.

Notamment l'exercice diaphragmatique, en général rapidement utile, laisse le diaphragme inerte ; la spirométrie la plus patiente obtient difficilement un gain ridicule de 1/10 de litre ; elle amène une réaction inaccoutumée de fatigue sans résultat. Cependant, le malade reste un malingre, sans être voué à une évolution de déchéance progressive. Aux rayons, on note des arborisations bronchiques marquées sans lésions bacillaires.

D'après le Dr G. Rosenthal, l'étiologie de cette insuffisance irréductible semble variable. Faiblesse générale du développement, peut-être ossification précoce des articulations costo-vertébrales, mais surtout sclérose pulmonaire diffuse par infections à bacilles de Koch ou à tréponèmes doivent être invoquées. Le tissu pulmonaire dépourvu de toute souplesse ne saurait se dilater à l'inspiration ; la cage thoracique restreint son jeu, qui ne saurait être que traumatisant. D'autres fois, il s'agit de cardiaques, de rétrécissement mitral, maladie la plus dyspnéique ou d'aortite avec une étiologie totalement spécifique. (*Paris médical*, 31 *mai* 1924.)

Un petit point de diététique à propos du régime déchloruré.

La prescription du régime déchloruré a pris une extension qui dépasse singulièrement les bornes que ses auteurs lui avaient assignées. Pour beaucoup de praticiens, la rétention du chlorure détermine les œdèmes ; or, les œdèmes s'observent dans les néphrites, donc le chlorure de sodium est dangereux pour les reins. Mais il faut savoir que l'imperméabilité rénale est *élective*, soit pour le chlorure de sodium, soit pour l'urée ; il existe d'autres variétés de néphrites que la néphrite chlorurémique ; une déchloruration intempestive peut être nuisible ; lorsqu'elle n'est pas indispensable, le sel peut faire accepter au malade plus facilement un régime déjà sévère par ailleurs.

N'oublions pas que la déchloruration n'est que le traitement du syndrome de rétention chlorurée. Celle-ci, dit P.-L. Violle, comporte deux indications distinctes : enlever à l'organisme le sel et l'œdème qui l'encombrent ; puis, une fois ce but atteint, *instituer un régime, dont la chloruration soit en rapport avec le degré de perméabilité rénale du malade pour le sel.* (*L'Hôpital*, *mai* 1924, *B.*)

Aperçu clinique à propos de la fièvre syphilitique.

La fièvre syphilitique est assez fréquente aux diverses périodes de la syphilis ; son ignorance amène des confusions entre la typhose syphilitique secondaire et la fièvre typhoïde ou les paratyphoïdes, entre la syphilis maculeuse fébrile et la rougeole, entre la syphilis varioliforme et la variole. Cette fièvre est surtout méconnue à la période tertiaire, et cependant il existe, notamment, un type spécial d'hépatite syphilitique fébrile.

D'après le Dr Dupasquier, la fièvre syphilitique présente les caractères généraux suivants : elle est habituellement dépouillée du cortège de troubles fonctionnels des autres pyrexies ; c'est une fièvre purement thermométrique; sa longue durée est importante à connaître ; on a vu qu'elle pouvait se prolonger pendant plusieurs années. Elle offre une résistance opiniâtre à tous les antithermiques ; mais, par contre, elle est d'une remarquable docilité à la thérapeutique antisyphilitique, qui en a raison avec une extraordinaire rapidité.

Ces faits sont importants à connaître en raison de l'immense bénéfice que peuvent en tirer cer-

tains malades, voués à l'erreur de diagnostic et des thérapeutiques inopérantes. (*Pratique médicale française, mai* 1924, *B.*)

Action de la rachi-anesthésie sur la musculature des viscères abdominaux.

Dans plusieurs publications récentes, l'action spasmogène de la rachi-anesthésie en chirurgie viscérale a été mise en évidence. Des faits rapportés par MM. Mauclaire et Bouchard, il résulte que la rachianesthésie modifie bien la contraction des viscères abdominaux. Cela peut être utile pour certains cas d'occlusion intestinale, car, après l'évacuation spontanée des gaz et des matières, l'intervention exploratrice est pratiquée dans de bien meilleures conditions. De même si une rachi-anesthésie fait rentrer une hernie étranglée (par parésie momentanée très complète de la paroi abdominale et par spasme intestinal), il faut néanmoins opérer pour voir s'il n'y a pas eu réduction « en masse » d'une hernie avec intestin sain ou déjà sphacélé, sauf peut-être pour certaines hernies ombilicales avec simple engouement herniaire évident. (*Le Bulletin médical*, 24 *mai* 1924.)

Asthme et hyperthyroïdisme : traitement par la radiothérapie de la glande thyroïde.

Déjà MM. F. Widal et P. Abrami ont rapporté une observation montrant que l'hypothyroïdie poussée au maximum, puisqu'il s'agissait de myxœdème, est capable de faire apparaître un asthme anaphylactique. A l'inverse, l'hyperthyroïdie, dans son type le plus pur, la maladie de Basedow, est susceptible de favoriser l'éclosion d'un asthme caractéristique.

Ces auteurs développent quatre observations d'asthme essentiel, indépendant de toute altération constatable de l'appareil respiratoire, survenu chez des femmes offrant le tableau typique de la maladie de Basedow. La crise, sans aucune influence spécifique (pollen, poussières, médicamenteuses, etc.), était également indépendante de l'alimentation ; elle survenait sans cause apparente, ou bien à l'occasion d'influences banales : changement de température, respiration de vapeurs irritantes, émotion, menstruation. Elle offrait la même évolution et les mêmes stigmates sanguins que la crise d'anaphylaxie, et cependant, elle était indépendante de toute sensibilisation.

Chez ces quatre malades, il y avait association manifeste de l'asthme et de la maladie de Basedow, éclosion simultanée des deux syndromes, et évolution parallèle. C'est à la faveur de l'hyperthyroïdisme qu'est apparu l'asthme ; l'influence capitale dévolue au terrain endocrinien a été démontrée par les faits suivants : crise réalisée chez une malade par l'ingestion d'extrait thyroïdien ; effets remarquables de la radiothérapie thyroïdienne, et insuccès de toutes les autres méthodes dirigées exclusivement contre l'asthme.

Il est donc important, en présence de phénomènes de chocs spontanés ou d'ordre anaphylactique, de rechercher toujours l'existence possible du trouble endocriniea qui a pu leur constituer un terrain d'évolution favorable. La radiothérapie a réalisé chez trois asthmatiques basedowiennes ce qu'avait obtenu l'opothérapie chez une précédente malade atteinte de myxœdème : la guérison simultanée du trouble endocrinien et de l'attaque dyspnéique. (*La Presse médicale*, 31 *mai* 1924.)

La pyométrie des femmes âgées.

La pyométrie des femmes âgées est caractérisée, dit M. Mouchotte, par une rétention utérine, avec écoulement intermittent de pus fétide, douleurs variables dans leur intensité et leur manifestation, hémorragies variables dans leur abondance et leur répétition, atteinte plus ou moins marquée de l'état général.

Elle est un syndrome qui apparaît dans deux circonstances étiologiques différentes, tantôt, à l'occasion d'une métrite sénile ou ménopausique, d'une infection utérine, tantôt au cours de l'évolution d'une tumeur utérine, fibrome infecté, cancer du col ou du corps.

Cliniquement, ce diagnostic étiologique est difficile à établir. Ce n'est que par l'examen histologique, à la suite d'une biopsie, qu'on peut acquérir généralement la certitude qui conditionnera un traitement, variable, évidemment, selon le cas.

La pyométrie se traduit par l'écoulement intermittent d'un pus variable de qualité, de quantité, d'aspect. Les femmes notent et signalent, à des intervalles plus ou moins longs, l'apparition d'un flux que semblent provoquer certains mouvements, certaines fonctions physiologiques. Mais il existe parfois une certaine constance dans cet écoulement, qui est alors un suintement incessant, bien que l'irruption brusque du pus puisse être constatée par le médecin à propos de son examen au spéculum, à l'hystéromètre, ce qui montre que la rétention utérine est la règle dans cette affection.

L'auteur insiste sur l'odeur horriblement fétide de ce pus, qui ne dépend nullement de la nature néoplasique de sa cause.

La douleur n'a aucune valeur significative. Elle peut faire défaut, affecter le type d'une colique utérine expulsive, de siège variable.

L'examen local ne fournit lui-même que des renseignements vagues, sans signification précise : utérus lisse et mou, ordinairement augmenté de volume ; col atrophié, sclérosé, sain, ou atteint de lésions banales dues à l'irritation locale purulente, ainsi que le vagin.

Il convient donc, en présence de ce syndrome, de faire une exploration et un examen biopsique, presque constamment précis. « Et d'ailleurs, dans les cas extrêmement rares où, par suite de l'insuffisance des fragments ramenés par la curette exploratrice, soit du faible degré de l'évolution des lésions, le résultat biopsique serait discutable, hésitant, ou douteux... on interpréterait ces cas dans le sens le plus défavorable ».

Le traitement varie avec la cause de la pyométrie. S'il s'agit d'une métrite sénile, le curetage, le drainage et les lavages utérins suffisent à la guérir. S'il s'agit d'un néoplasme, on aura le choix entre l'hystérectomie et la curiethérapie. Mouchotte donne la préférence à cette dernière méthode, comme étant la plus efficace, la plus simple, la moins dangereuse. (*Rev. de gynécol. et d'obstétrique*, 25 juin 1924.)

L'urobilinurie.

L'urobiline existe normalement dans l'urine, en faible quantité Si cette quantité augmente, l'urobilinurie devient pathologique. Quelle est, en ce cas, sa signification séméiologique ? C'est la question que pose M. Hanns, qui étudie son lieu de formation, la raison pour laquelle elle passe dans l'urine, et finalement sa valeur diagnostique.

Etude dans laquelle il confronte des théories souvent opposées, mais de laquelle il semble résulter toutefois que l'urobiline se forme habituellement dans l'intestin, parfois dans les tissus, dans le sang.

Qu'elle soit d'origine entéro-hépatique, ou même hépatique, ou d'origine tissulaire, elle n'en traduirait pas moins en beaucoup de cas un certain degré d'insuffisance hépatique ; c'est-à-dire, de petites rétentions biliaires qui sont elles-mêmes dues à des troubles fonctionnels de la cellule hépatique. L'urobiline d'origine sanguine est beaucoup plus rare, et c'est une atteinte fonctionnelle du foie qu'il faut toujours soupçonner quand l'urobiline apparaît dans les urines. (*Strasbourg médical*, 20 août 1924.)

Traitement de la gale.

M. Dekeyser expose brièvement les méthodes habituellement en usage, et décrit celle qu'il leur préfère parce qu'elle supprime le bain, la frotte, la désinfection.

Il emploie la créoline Pearson, insistant fortement pour que ce soit cette créoline et non une autre, que l'on prescrive, selon la formule suivante :

Créoline Pearson	100 gr.
Eau distillée	500 gr.

Us. ext.

« Le malade, chaque soir, se badigeonne le corps avec cette préparation, pendant cinq à six jours. Il a soin, chaque fois, de toujours revêtir les habits en contact direct avec le corps. De cette façon, l'évaporation de la créoline assure la désinfection, aussi bien des literies que des vêtements. Après quelques jours de traitement, le malade prend un bain de propreté et revêt des vêtements propres. »

La sensation de cuisson produite par ce badigeonnage ne dure pas plus d'une demi-heure. Les démangeaisons cessent et le malade dort. Les infections secondaires, pustules de la peau, ne font pas obstacle à ce traitement, qui se fait à domicile, n'est pas coûteux et se montre très efficace. (*Bruxelles médical*, 7 septembre 1924.)

Les directives de la thérapeutique antisyphilitique.

Dans une tentative de conciliation, ainsi qu'il s'en flatte très spirituellement, M. Carle (de Lyon) essaye en effet de mettre en parallèle, selon les circonstances, les propositions de la Commission de prophylaxie, dont M. Pinard est le rapporteur, et qui recommande, le diagnostic posé, de pratiquer immédiatement des intra-veineuses arsenicales, jusqu'aux plus fortes doses, par séries de 7 à 8 injections, — et les propositions de M. Lacapère, qui recommande seulement les intra-veineuses arsenicales jusqu'à ce qu'aient disparu les accidents primaires, secondaires et même tertiaires, et leur substituer ensuite le bismuth, en recourant à une médication mixte arsenico-bismuthique, qui limite les grosses doses arsenicales intra-veineuses.

M. Carle envisage quatre cas : 1° services hospitaliers, consultations, services sanitaires, disposant d'un personnel spécialisé, et très éduqué : méthode arsenicale intra-veineuse dans tout sa rigueur ; 2° malade habitant une grande ville où exercent des confrères spécialisés : même méthode appliquée par ces confrères ; 3° malades habitant une petite ville où exerce un excellent praticien, faisant à l'occasion des intra-veineuses, mais très prudent, et décidé quoiqu'on fasse, à n'atteindre jamais les grosses doses : médication mixte bismutho-arsenicale ; 4° malade rural, éloigné de tout centre médical : pour le cas où il ne suivrait pas le conseil de se rendre régulièrement chez le médecin apte à la soigner, onctions et frictions mercurielles, par séries rapprochées, puis espacées pendant un temps illimité. « Les résultats ne sont pas mauvais, et nombre d'entre eux ont fait souche de petits paysants bien portants. Evidemment les plaques ont quelquefois fait leur apparition... Mais je les ai vues également survenir chez des malades qui venaient de recevoir fraîchement une demi-douzaine d'intra-veineuses soi-disant bien dosées. Et je n'ai pas cru devoir incriminer l'arsénorésistance. »

Paroles pleines de sagesse et de bon sens, en présence de questions qui ne sont que d'espèces, faisant état des réalités de la pratique médicale, et des possibilités du praticien qui doit tout de même bien pouvoir soigner la vérole de ses clients et la soigner opportunément et efficacement. (*Bull. méd.*, 20 septembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Varicelle et zona.

(MM. J. MICHAUX, LAMACHE et MARSSET. — *Société de pédiatrie* ; 20-5-1924.)

M. Michaux relate l'histoire d'une épidémie de cas intriqués de varicelle et de zona, qu'il a observée à la crèche de la maison de Nanterre. Varicelles et zonas se montrèrent mêlés chez des nourrissons et des mères hospitalisés ensemble. La communication de MM. Michaux, Lamarche et Marsset semble à première vue appuyer en faveur de l'identité du virus des deux maladies. Toutefois, on y trouve l'exemple d'une enfant atteinte de zona qui avait eu précédemment une varicelle non douteuse, ce qui cadre beaucoup moins avec l'unicisme de ces affections.

— M. MARFAN relève d'ailleurs ce détail. Il trouve troublants ces zonas survenant chez des enfants ayant fait antérieurement la varicelle, dès lors qu'on admet l'identité des deux maladies.

Accidents convulsifs au cours d'une coqueluche.

(MM. Julien HUBER et LEVASSOR. — *Société de Pédiatrie* ; 20-5-1924.)

L'apparition d'accidents convulsifs au moment d'une quinte de coqueluche fait penser à une rupture vasculaire, cérébrale ou méningée, conditionnée par la coqueluche. MM. Julien Huber et Levassor ont soigné un enfant de cinq ans chez lequel une toute autre pathogénie de ces accidents a pu être invoquée. Le petit malade fut pris, au début d'une quinte, de perte de connaissance, et de convulsions à type jacksonien. Il présenta ensuite des phénomènes dyspnéiques avec congestion de la base pulmonaire droite. Transporté à l'hôpital des Enfants-Malades, le dosage de l'urée sanguine révéla une azotémie de 1 gr. 30.

Il s'agissait d'une azotémie passagère dont les troubles de la circulation encéphalique avaient été la conséquence plus ou moins directe.

— M. APERT remarque la rareté, chez l'enfant, de l'urémie à forme comateuse.

Myxœdème acquis tardif.

(MM. APERT et GARCIN. — *Soc. de péd.* ; 20-5-1924.)

Une jeune fille, au cours d'un séjour dans un pays goitrigène, devint myxœdémateuse vers l'âge de 10 ans. Sa puberté, qui commençait à se développer, resta stationnaire : les seins ne grossirent plus, le système pileux se tint à quelques poils au pubis. Une cure opothérapique, commencée depuis quelques semaines, a déjà procuré une sensible amélioration.

L'action du myxœdème sur la puberté, observe l'auteur, s'est montrée ici démonstrative. Quand le corps thyroïde cesse de fonctionner, le sujet s'arrête au point où il se trouve. Dans le myxœdème congénital total, la morphologie du nouveau-né se prolonge. Quand l'affection thyroïdienne survient plus tard, le sujet reste enfant ou adolescent, selon l'âge du début de la maladie.

Les accidents de la dentition chez le nourrisson.

(M. HALLEZ. — *Société de Pédiatrie* ; 20-5-1924.)

Les anciens auteurs mettaient sur le compte de la première dentition une foule d'affections des jeunes enfants. Nos grands-pères voyaient dans la pousse des premières dents la cause d'un très grand nombre de troubles morbides. En 1892, à l'Académie de médecine, Magitot vint déclarer que toute cette pathologie supposée était sans base et il raya d'un trait de plume le groupe, jusque-là très important, des accidents de la première dentition.

Quelques cliniciens, cependant, pensent — et à juste titre, semble-t-il — que si les anciens auteurs exagéraient dans un sens, les nouvelles notions qui ont suivi la communication de Magitot exagèrent dans le sens opposé, et qu'entre les deux doit probablement se placer la vérité.

Sans vouloir entrer dans l'étude critique des accidents « généraux » de la première dentition, M. Hallez montre que les accidents locaux, avec ou sans répercussion générale, ne sont pas niables. Ils ont été signalés déjà par des stomatologistes autorisés, comme Fargin-Fayolle, Cruet, Ferrier.

M. Hallez rapporte un exemple, très intéressant pour le praticien, d'infection de la cavité péricoronaire, chez un jeune enfant, apparue au moment de l'éruption des dents temporaires, et qui donna lieu à des réactions générales rapidement calmées par le traitement local.

Tout d'abord, qu'est-ce que la cavité péricoronaire (ou sac dentaire) ? C'est simplement le petit sac conjonctivo-muqueux qui recouvre l'émail et le sépare de la muqueuse gingivale. On comprend que l'éruption dentaire, en traumatisant ce sac favorise son infection, et la pénétration des microbes de la bouche.

Le petit malade de M. Hallez, un nourrisson de 18

mois, fut pris un jour de vomissements, fièvre (40°), mouvements convulsifs,sans signe de maladie définie. On redoutait une encéphalite ou une poliomyélite. Les gencives supérieures étant opalescentes et tuméfiées au niveau des premières molaires, on les incisa, après badigeonnage à la teinture d'iode. Il s'en écoula un peu de sérosité purulente. Le lendemain, température à 38°5 le matin, à 37°2 le soir ; le surlendemain, 36°5. Tous les symptômes alarmants disparurent aussitôt.

L'auteur conclut que les accidents de la première dentition, d'origine infectieuse, existent réellement. Ils correspondent à une infection localisée à la cavité péricoronaire. Ils s'objectivent par des phénomènes locaux qu'il faut rechercher et peuvent provoquer des troubles généraux. Le traitement local les vérifie.

Le Bordet-Wassermann des arséno-résistants.

(MM. Gougerot, Fernet et Peyre. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 12-6-1924.)

Chez les malades arséno-résistants, MM. Gougerot, Fernet et Peyre ont trouvé des Bordet-Wassermann de sens très différents. Tantôt, la réaction est négative et reste telle pendant et après la disparition des accidents (sous l'influence du bismuth) ; tantôt le Wassermann tend à devenir positif au cours du traitement bismuthé ; tantôt, de négatif, il devient franchement positif quand on injecte le bismuth ; tantôt, au contraire, il est positif et se négative ensuite.

L'arséno-résistance n'implique donc pas une séro-réaction toujours positive ou toujours négative. Les arséno-résistants peuvent avoir un Bordet-Wassermann négatif. L'explication exacte de cette particularité n'est pas encore donnée.

Arriération mentale et syphilis ignorée de l'enfance.

(M. Leredde. — *Soc. de dermat. et de syphiligr.* ; 12-6-1924.)

M. Leredde, pose la question de la syphiliis gnorée de l'enfance dans le problème de l'arriération mentale. L'auteur conclut que l'arriérationmentale peut être due à la syphilis dans des cas où aucun signe clinique ni même humoral ne démontre l'existence de celle-ci chez l'enfant, ni chez les générateurs.

— M. Ravaut estime important de noter que la syphilis doit jouer son rôle, ici, longtemps avant l'apparition des accidents, dès la naissance, ou même au cours de la vie fœtale. Lorsqu'on examine les enfants au moment où se produisent les troubles intellectuels, il est souvent trop tard pour agir car les lésions sont sclérosées, ce qui explique que l'on trouve fréquemment un liquide céphalo-rachidien normal.

— M. Milian appuie l'opinion de M. Leredde, Il s'agit, dit-il,de notions encore trop peu répandues et l'on a quelquefois, pour ce motif, des difficultés à faire exécuter des traitements anti-syphilitiques dans les institutions spéciales où sont soignés les enfants arriérés. Le traitement anti-syphilitique s'associe très bien à l'opothérapie quand il y a insuffisance glandulaire notoire.

Leucoplasies et kraurosis vulvæ.

(MM. Louste, Thibaut et Bidermann. — *Soc. de dermat. et syphiligraphie* ; 12-6-1924.)

MM. Louste, Thibaut et Bidermann, rapportent un cas de leucoplasie vulvaire associée à un kraurosis en voie de dégénérescence néoplasique.

Le kraurosis apparaît là comme secondaire à la leucoplasie. Celle-ci étant, pour la plupart des auteurs, une affection d'origine toujours syphilitique, on peut penser, comme le veulent Gaucher et Louste, à une origine analogue du kraurosis. Certains cependant n'admettent pas cette conception et considèrent, avec Thibierge, que le kraurosis vulvæ est avant tout lié à une involution sénile de la peau des régions génitales, fréquemment en rapport avec la ménopause ou des troubles menstruels.

— M. Belot a constaté que la radio ou la radiumthérapie donnent rarement des résultats satisfaisants dans le traitement du kraurosis.

— M. Queyrat croit qu'il faut associer la curiethérapie à l'intervention chirurgicale.

Leucoplasie verruqueuse de la langue.

(MM. Louste et Thibaut. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 12-5-1924.)

Les aspects sous lesquels se montre la leucoplasie sont extrêmement variables. Il est habituel de désigner sous le même nom la simple tache blanche de la muqueuse buccale que l'on voit à jour frisant, et la plaque nacrée, épaisse, dure à la palpation et enchâssée dans la muqueuse.

M. Louste présente un malade qui offre une forme spéciale, verruqueuse, cérébriforme, de cette affection.

L'auteur se demande quelle thérapeutique il convient d'appliquer. Il est vraisemblable que la médication spécifique, arsenicale ou bismuthique, sera inefficace. L'intervention du chirurgien, la décortication de la langue, pourrait peut-être conduire à la guérison.

— M. Ravaut a pu obtenir la disparition de lésions analogues par plusieurs séances d'électro-coagulation. Sous l'influence du traitement, la carapace linguale s'est aplanie, les douleurs ont disparu, le malade parle et mange facilement. Avant d'employer l'électro-coagulation, M. Ravaut se servait de la neige carbonique et il a publié la première observation de leucoplasie traitée par ce procédé. Actuellement, il préfère de beaucoup l'électro-coagulation.

— M. Darier souligne que toute leucoplasie verruqueuse ou hyperkératosique, comme celle dont il vient d'être parlé, est un danger imminent de cancer. Il est formellement indiqué et indispensable d'enlever chirurgicalement ou de détruire de telles lésions

sans délai. L'intervention chirurgicale procure généralement de bons effets.

— Pour M. Queyrat, dans les cas de leucoplasie très épaisse, formant carapace, un des meilleurs traitements est la décortication de la langue. Chez un de ses malades, l'état lingual était tel que l'élocution était gênée, le patient pouvant difficilement se faire comprendre. Toutes les thérapeutiques ayant échoué, M. Morestin pratiqua la décortication. La langue fut si améliorée que le patient reprit ses fonctions de professeur : ses nombreux auditeurs, aujourd'hui, ne soupçonnent pas les difficultés antérieures de sa parole.

P. L.

Les Congrès

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française

XXVIIIe session. — Bruxelles, 1er au 7 août 1924.

(*Suite et fin*) (1).

Communications diverses. — Nous nous excusons d'être obligés d'en passer beaucoup sous silence et de résumer les autres très brièvement, pour rester dans les limites qui nous ont été imposées.

M. Froment, en collaboration avec Sedallian et P. Ravault, a précisé encore quelques points se rapportant à la doctrine qu'il défend relativement à la nature des troubles du langage.

Le Dr R. Ley a présenté les observations cliniques, les pièces anatomiques et les coupes microscopiques d'un cas d'aphasie de Wernicke et d'un cas d'aphasie motrice.

MM. Guillain, Alajouanine et Celice ont attiré l'attention sur un cas de contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne.

Le Dr Vervaeck, directeur du Service d'anthropologie pénitentiaire, a entretenu les auditeurs de l'activité des annexes psychiatriques des prisons belges.

MM. Van Bogaert et Nyssen ont présenté un cas de tumeur de la région hypophysaire avec syndrome parkinsonien, et un cas de syndrome bulbaire régressif chez l'enfant.

Le professeur Crocq a fait défiler une série de clichés pour démontrer le procédé qu'il emploie dans la représentation graphique de l'état mental des psychopathes.

Le professeur d'Hollander a donné les résultats de ses dernières recherches sur la systématisation des voies cortico-thalamiques.

Le Dr Hesnard a lu une intéressante étude intitulée : « Contribution à la psychogénèse des psychoses délirantes chroniques ».

Le Dr Quercy a soumis à une critique intéressante, du point de vue neurologique, certaines thèses exposées dans l'ouvrage de Bergson : *Matière et mémoire*.

Le Dr Crouzon a attiré l'attention sur l'existence de névrites traumatiques pluritronculaires ascendantes, complication des accidents du travail, et importantes à connaître au point de vue du pronostic.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 41 et 42.

Les Dr Jumentié et Olivier ont fait l'histoire d'un cas de néoplasme du ventricule cérébral latéral droit traité par la radiothérapie profonde ; cette thérapie fut efficace contre les crises convulsives que présenta le malade, mais n'empêcha pas l'évolution des troubles psychiques.

Le professeur Donaggio a exposé le résultat de ses recherches histo-pathologiques sur les lésions des centres nerveux dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Il a trouvé des lésions du *locus niger* dans tous les cas ; la région préfrontale était toujours fortement altérée. Aucune lésion dans les ganglions de la base, ni dans le noyau rouge, ni dans le cervelet. Il en conclut que le parkinsonisme encéphalitique ne doit pas être rattaché au groupe des syndromes pallidaux.

Le Dr Auguste Marie a exposé le résultat de ses recherches sur les virus neurotropes en collaboration avec Levaditi.

Le Dr Laruelle a fait l'exposé de huit cas personnels d'algies d'origine vertébrale.

Le Dr Beyerman a exposé les résultats de ses recherches anatomo-cliniques sur les anomalies congénitales du cervelet.

Le Dr Laignel-Lavastine a tenté d'établir l'identité du mécanisme psychologique qui conditionne le fétichisme et le réflexe conditionnel.

Les Dr Perrens et Desports ont présenté une analyse psychologique très fine et très poussée de l'état mental d'une jeune fille de vingt et un ans atteinte de sadisme.

Les Dr Arnaud et Sollier ont relaté le cas d'une femme atteinte de psychose mélancolique, qui finit par guérir après seize ans de maladie ininterrompue.

Le professeur Auguste Lévy a parlé des résultats obtenus en Belgique dans le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria.

Le professeur Orzechowski a parlé de l'action antinévralgique des médicaments d'ordre végétatif. Dans les symptômes sympathiques de nature irritative, la pilocarpine en injection, associée à la caféine, à la papavérine et au rhodazil, lui a donné des résultats extrêmement encourageants.

Le professeur SICARD a parlé du traitement local de la crise de migraine ; après cocaïnisation, il injecte au niveau de la zone douloureuse, d'une part 25 centigrammes de caféine, et d'autre part, un quart de milligramme d'adrénaline.

Cette méthode réussit 8 fois sur 10.

Le Dr HOVEN a présenté une communication intitulée « Syphilis et troubles mentaux ».

Le Dr BOULENGER a exposé les résultats de l'application de la loi antialcoolique belge de 1919.

Le Dr DE CRAENE a exposé l'action de la Ligue belge d'hygiène mentale.

Le Dr BREMER a fait part de ses très originales recherches sur la physiologie du cervelet et les a fait suivre de considérations générales très intéressantes pour le clinicien.

Le Dr VERMEYLEN a exposé l'organisation d'une section d'enfants anormaux à la colonie de Gheel.

Le Dr ALEXANDER a parlé de l'orientation professionnelle chez les débiles mentaux.

Le Dr HARTENBERG a présenté une intéressante étude clinique : « Urée sanguine, constante d'Ambard et régime hypo-azoté chez les épileptiques ».

Le professeur WIMMER a développé les principales caractéristiques du nouveau projet de loi pénale au Danemark.

Le Dr LIVET a exposé entre autres un mode de traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultra-violets et les rayons à basse fréquence.

La semaine du Congrès fut une semaine de travail intense ; néanmoins les réceptions, excursions et visites d'établissements furent nombreuses.

La veille du jour d'ouverture déjà, les congressistes présents à Bruxelles étaient invités à passer la soirée chez le Dr Glorieux, en son hôtel de l'avenue de Tervueren.

Le 1er août, les congressistes furent reçus à l'Hôtel-de Ville de Bruxelles par l'administration communale, qui leur offrit le thé. Ensuite, eut lieu la visite du somptueux monument historique sous la conduite de M. Des Marez, archiviste en chef de la ville.

Le soir, M. Masson, ministre de la Justice, a reçu les congressistes dans les salons de son hôtel ministériel.

Le dimanche 3 août fut réservé tout entier à une excursion à Anvers ; journée chargée pendant laquelle les congressistes visitèrent la ville, le port, les musées, le jardin zoologique et firent une excursion sur l'Escaut. Ils furent reçus à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre et l'administration communale qui leur firent un accueil très cordial et proposèrent aux membres du bureau de choisir Anvers pour siège du prochain Congrès à tenir en Belgique.

Le lundi 4, les congressistes se rendirent à Louvain ; ils tenaient à voir ou à revoir la ville martyre qui a tant souffert du passage des Barbares. Ils furent reçus également par l'administration communale à l'Hôtel de Ville, miraculeusement échappé à l'incendie ; après la visite de la ville, ils furent reçus par Mgr Ladeuze, receveur de l'Université ; après cette visite, les congressistes partirent pour Malines ; l'administration communale ayant appris leur arrivée, demanda spontanément que les congressistes l'honorent de leur visite. Ensuite les membres du Congrès furent reçus à l'archevêché ; l'état de santé de Mgr Mercier lui imposait un repos complet ; il céda cependant aux instances du Dr Glorieux et il tint à recevoir personnellement les congressistes. Ceux-ci assistèrent ensuite dans les jardins de l'archevêché au concert de carillon donné par Jef Denyn. Ce fut, pour la plupart de nos hôtes étrangers, une révélation et beaucoup nous ont déclaré avoir ressenti là une émotion qu'ils n'oublieront jamais.

Le mardi 5 août, le Congrès tint son assemblée générale ; on procéda à l'élection du bureau pour le Congrès de l'an prochain qui se tiendra à Paris. Le soir, une réunion intime rassemblait les Congressistes dans les salons du Cercle artistique ; le Cercle musical universitaire y donna une audition d'œuvres classiques et modernes extrêmement remarquable.

L'ambassadeur de France et Mme Herbette nous firent le grand honneur d'assister à cette réunion.

Le 6 août, le Congrès se rendit à Gheel. Il fut reçu à la gare par le Dr Sano et les médecins de section de la colonie. Après la visite de l'église Sainte-Dymphne, véritable berceau de la colonie, les congressistes se répartirent en petits groupes et furent conduits en auto dans des hameaux de la commune où ils purent observer des malades placés chez l'habitant. Cette visite intéressa vivement les psychiatres.

A midi et demi, un déjeuner offert par la colonie et présidé par le ministre de la Justice réunissait tous les congressistes.

Le 7 août, le Congrès se rendit à Saint-Servais-lez-Namur et visita l'établissement du Beau Vallon qui héberge environ 700 aliénés. Sous la conduite du chanoine Van Reckhem, ils visitèrent l'établissement qui peut être considéré comme un modèle au point de vue de la disposition des locaux, de l'hygiène et de la propreté. Après un lunch, offert par l'établissement, le Congrès tint une dernière séance dans la salle des fêtes de l'asile, tandis que les dames visitaient la citadelle et le musée archéologique de Namur qui renferme nombre d'antiquités intéressantes des périodes romaine, franque et mérovingienne. Elles furent reçues à l'Hôtel de Ville par l'administration communale.

Enfin, le 8 août, les congressistes se rendirent à Lierneux, où la province de Liège a organisé une colonie familiale. Après le déjeuner offert par la colonie, les excursionnistes partirent pour Spa et terminèrent leur journée à Liège. La province de Liège avait tenu à leur préparer une réception particulièrement fastueuse. Quant à l'accueil, on peut s'imaginer s'il fut vibrant et enthousiaste. Liège mérite toujours son nom de « cité ardente ». Les sentiments profondément francophiles des représentants liégeois se firent jour à l'heure des toast. Cette atmosphère de chaude sympathie fit certes oublier à nos hôtes les surprises désagréables du climat belge. Nous

espérons qu'ils auront emporté un bon souvenir de leur séjour en Belgique et qu'ils se sont aperçus que partout, aussi bien en pays flamand qu'en pays wallon, on leur réserva l'accueil cordial qu'on doit à des frères de pensée et de sentiment. Pendant le Congrès, nos confrères français et suisses se sont rendus en groupe au monument d'une de nos héroïnes nationales, Gabrielle Petit, fusillée par les Allemands, et au tombeau du Soldat inconnu pour y déposer des fleurs. C'est là un geste délicat qui nous a tous profondément touchés ; nous leur en exprimons toute notre reconnaissance. R. Rey (Bruxelles).

Association des pédiatres de langue française

4e Congrès (Paris, sept.-oct. 1924)

Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance.

M. J. Pescher (de Paris) passe en revue les applications diverses de l'*entraînement respiratoire spiroscopique* dans le traitement des pleurésies purulentes de l'enfance.

Il décrit les procédés nouveaux qui permettent, en toutes circonstances, au moyen du spiroscope, de ramener à sa place et à son fonctionnement le poumon déplacé ou comprimé par l'épanchement, et de prévenir ou de corriger les déformations thoraciques consécutives.

L'entraînement spiroscopique, qui s'est surtout développé en ce qui concerne ses applications dans les pleurésies, à la suite des phénomènes révélés par l'observation du malade de M. Mauclaire, à la Charité, a montré six ordres de faits, aujourd'hui incontestés et entièrement nouveaux dans les annales de la médecine, à savoir :

1° Il est possible, au moyen des exercices intensifiés du spiroscope, de gonfler un poumon par l'air de l'autre poumon en établissant entre les deux organes la solidarité des vases communicants.

2° Ce gonflement du poumon comprimé, déplacé ou atélectasié, pratiqué doucement par des exercices spéciaux, dosés comme un médicament dans une potion, ramène progressivement l'organe à sa place anatomique, à la paroi, en même temps qu'il lui fait graduellement récupérer son fonctionnement physiologique.

3° Dans les cas favorables, quand ni la thoracentèse ni une intervention quelconque n'ont été nécessaires le poumon, en se gonflant, progressivement, agit à chaque exercice, sur l'épanchement, à la manière du piston d'une pompe foulante, forçant peu à peu le liquide à se résorber ;

4° Dans les pleurésies purulentes, opérées par la thoracotomie, avec ou sans résection costale, et drainées, quand la poche ne se vide pas ou se vide mal, on voit, à chaque insufflation intensifiée, le malade souffler son pus par le drain (observation Rathery, hôpital Tenon) ;

5° Dans les vieux empyèmes, le poumon, préalablement libéré de ses adhérences ou de sa coque, par une intervention du type Delorme, comble peu à peu la cavité.

Certaines fistules intarissables peuvent être ainsi bouchées en un temps très court (observ. Claisse, Soc. méd. des hôpitaux, 1916. — Communication Souligoux, Soc. de Chirurgie, 1917.)

6° Chez les jeunes pleurétiques, dont le thorax est malléable comme une cire molle, les exercices spiroscopiques intensifiés font agir le poumon progressivement gonflé, de *dedans en dehors*, pour redresser, puis soutenir la paroi, prévenant ainsi ou corrigeant les aplatissements, déformations et scolioses secondaires.

Le *contenu poumon*, bien gonflé et en bon état de fonctionnement, soutient le *contenant thorax*.

M. Pescher montre des pleurétiques de diverses catégories chez lesquels on peut constater d'une manière directe les phénomènes ci-dessous décrits.

PHARMACOLOGIE

ENTRE PURGATIVES ÉTRANGÈRES ET FRANÇAISES QUEL CHOIX FAIRE ?

Aujourd'hui, où la mode d'employer les eaux purgatives allemandes ou dites telles — cette restriction parce que les plus usitées étaient hongroises — aujourd'hui, dis-je, où cette mode a passé, le public s'est habitué à utiliser, pour les remplacer, des eaux purgatives artificiellement préparées. A cela, y a-t-il un inconvénient ? Un petit, qui tient, comme nous le verrons plus loin, à une simple précaution à prendre ; mais, par ailleurs, il ne présente que des avantages, le plus appréciable étant de ménager l'exportation de nos capitaux. Si le blé sauve le franc, l'eau purgative sauve le centime, ou quelque chose d'approchant. Pour achever l'œuvre commencée, il faudrait maintenant qu'on se déshabitue d'utiliser les autres eaux étrangères. Au cours actuel des changes l'économie ne serait pas négligeable ; d'ailleurs, la plupart des purgatives venant de l'étranger à partir de la plus anciennement autorisée, ne sont pas embouteillées à la source. Elles

entrent en France en tonneaux et ne sont mises en bouteilles qu'après avoir été décolorées et désodorisées par un traitement au charbon de bois, puis filtrées. Les eaux qui ont subi ces manipulations, ainsi que nous l'enseigne un rapport de M. le prof. CAZENEUVE, devraient à coup sûr perdre le qualificatif d'*eau minérale purgative naturelle*. Pour un mobile difficile à comprendre, elles le conservent. Exception remarquable à la règle que s'est imposée l'Académie de médecine de n'accorder son approbation qu'aux seules eaux minérales embouteillées sur place, c'est-à-dire livrées au consommateur telles qu'elles sortent du sol. Quoi qu'il en soit, et sans insister sur ce point spécial, toutes les eaux purgatives naturelles ont une origine identique. Qu'elles viennent d'Allemagne, de Bohême, de Hongrie, de Suisse, toutes résultent du lessivage de terrains riches en sulfates sodique et magnésien par des eaux de surface ou d'infiltration. Pourquoi alors ne pas extraire ces sels du sol, puis les dissoudre dans un laboratoire ? L'eau minérale artificielle ainsi obtenue sera comparable à l'eau naturelle, et en aura toutes les propriétés : conclusion logique et qui découle des faits que le prof. Armand Gautier a signalés à l'Académie de médecine quand, le 14 juin 1892, il fit remarquer à ses collègues qu'un grand nombre d'eaux minérales sulfatées magnésiennes, allemandes ou bohémiennes, étaient obtenues au moyen de sondages artificiels, et lavages des terrains salifères sous-jacents, par introduction d'eaux de surface à travers le trou de sonde ; et que d'autres, comme certaines eaux espagnoles, étaient faites par dissolution directe des sels purgatifs naturels préalablement extraits de la couche salifère. L'éminent maître ajoutait même que des eaux possédant cette origine ne pouvaient avoir une composition constante, attendu qu'à mesure que les couches salifères se dissolvent, il s'en présente d'autres dont la composition change généralement plus ou moins de couche en couche.

Ceci posé, vu la pauvreté de la France en purgatives naturelles, — les sources qui existent ne débitant que des eaux trop faiblement minéralisées pour être actives, — rien n'est plus facile que préparer des eaux purgatives imitant celles qu'offre la nature, quand on a à sa disposition des sulfates purgatifs, c'est-à-dire le sel de Glauder et celui de Sedlitz. Oui ! Mais là, j'arrive au léger inconvénient signalé au début, c'est que à défaut de sulfates naturels, il faut employer des sulfates officinaux et non ceux du commerce, toujours impurs. Du reste, le Codex adopte cette façon de voir, puisque les eaux purgatives sont, parmi toutes les eaux minérales, les seules qui aient trouvé grâce en 1908. On relève en effet dans la pharmacopée officielle deux formules d'eaux purgatives ; or, aucun de ces succédanés des eaux purgatives naturelles, bien qu'il soit préparé avec des sels purs et de l'eau distillée, n'a la faveur du public. On a donc cherché autre chose, et c'est ainsi que, tenant compte de la remarque formulée par M. le Prof. G. Pouchet dans son « *Précis de Pharmacologie* », que l'*association du bi-carbonate de soude au sulfate de sodium est particulièrement recommandable comme correctif de la saveur et donne en outre des effets thérapeutiques se rapprochant de ceux obtenus avec l'eau de Carlsbad*, on a substitué pour la préparation d'une eau purgative artificielle, l'eau de Vichy à l'eau distillée. Mais ici, une question se pose. Est-il si facile de préparer une eau purgative à base d'eau de Vichy ? Evidemment, on peut y procéder partout puisque partout on a la faculté de se procurer de l'eau de Vichy. Cependant, il faut bien le reconnaître, pratiquement, économiquement, il n'y a qu'à Vichy qu'il soit intéressant de le faire. C'est en effet dans les environs immédiats de la célèbre station française, avec une eau du bassin de Vichy, qu'est préparée l'eau purgative qui a pris en pharmacie, au cours de ces années dernières, la place que l'on sait. Elle a été baptisée « *Purgos* » et, bien que renfermant 60 gr. de sulfates purgatifs par bouteille de 500 cmc., grâce à sa composition spéciale, puisque bicarbonatée sodique et légèrement gazeuse, elle s'ingurgite facilement sans provoquer les nausées souvent constatées avec les autres purgatives. Cette eau purgative artificielle agit comme les eaux purgatives naturelles en augmentant les sécrétions intestinales et produisant un péristaltisme modéré ; or, les purgatifs salins, tels ceux qui entrent dans la préparation de l'eau de Purgos, ont en thérapeutique beaucoup d'indications. On s'en sert, d'après le Dr G. Lyon (in *Clinique thérapeutique*), dans l'embarras gastrique, tant simple que fébrile, dans les entérites aiguës afin de combattre la toxi-infection, dans la dysenterie, dans la constipation, habituelle comme accidentelle, dans les cirrhoses, les néphrites aiguës, l'urémie, l'éclampsie puerpérale, la fièvre typhoïde, affection dans laquelle les purgatifs de cette nature ont une utilité incontestable puisque l'auteur cité ajoute que l'on constate souvent l'abaissement de la température et une amélioration générale à la suite de leur administration. Enfin, toujours d'après le Dr Lyon, ils trouvent encore leur application chez les cardiaques et les obèses pléthoriques. On voit que nombreuses sont les circonstances dans lesquelles on peut prescrire l'eau de Purgos. Il n'y a qu'à varier la dose à prendre suivant que l'on s'adresse à une affection ou à une autre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE

Dans les dispensaires. Ce j'ai vu.

2e série, D. Antisyph.

SOMMAIRE

I. — **Avant-propos** :
La Vérité sur la Question Vénérienne est en marche. Mais le XXe siècle est une période de transition qui se ressent de la Guerre.
L'Offensive et Défensive antisyphilitiques semblent se faire à grand renfort de Dispensaires et de Spécialistes. Mais le Tiers Etat médical soulève des objections.

II. — **Etude synthétique de l'Armement antivénérien actuel** :
A. — La lutte antisyphilitique selon la formule des spécialistes : hors du Dispensaire point de salut:
L'Evangile selon Saint-Marcel.
Les Prophéties de l'Apôtre.
Les Dogmes : les XII Tables de la Loi.
B. — Des D. antisyph. tels qu'ils existent et fonctionnent peut-on tirer un enseignement ?
1° Valeur discutable des statistiques actuelles.
2° Illégalité des infirmiers-injecteurs.
C. — La Cure de la S. est-elle possible en ville par le praticien. aussi bien qu'au D. ? d'où proviennent les difficultés ?
1° Conflit évident entre théoriciens et praticiens.
le Régime de la Terreur.
les exigences modernes du laboratoire de la thérapeutique.
Conséquences pour les médecins et les clients.
2° Causes profondes du conflit et considérations diplomatiques.
Etat d'esprit médical ;
Etat d'esprit du public.

III. — **Conclusions** :
1° La direction thérapeutique du médecin de famille semble socialement la plus bienfaisante ;
2° Rôle idéal du Dispensaire, s'il s'attachait surtout à faciliter les cures par le médecin de famille, à pratiquer une collaboration amiable ;
3° Nécessité pour le Corps des Praticiens de créer, commanditer et rédiger lui-même, en vue de l'éducation du public une Revue indépendante. Tribune de Vulgarisation médicale loyale et consciencieuse ; initiant, d'autre part, *le client au savoir-vivre pratique, lui enseignant à se servir du médecin et des médecins* ; et forgeant enfin une arme défensive contre les campagnes de Presse et toutes attaques.

Avant-propos.

Peut-être, un de ces jours, à la quatrième page du *Temps* ou des *Débats* (je ne parle point du *Rire*, ni de la *Vie Parisienne*), pourra-t-on lire une annonce ainsi rédigée : « Mr, 30 ans, vacc. Koch, Löffler, Eb. et Para, Gono et tous Spir. dem. âme sœur », ou bien : « Dame bien conservée, 49 à peine, Vacc. Eb. et Para A et B, Bact. Coli, Diplo, Staphylo et tous Spir. dés. union Mr mêmes garanties, et Voronoff ». — Peut-être, il faut s'y attendre. Mais nous n'en sommes pas encore là....

La vérité est en marche, on nous l'annonce. Et toute transmission de maladie vénérienne, si l'on en croit certain sénateur du Midi, sera bientôt soumise aux pénalités prévues par le Code. La recherche de la paternité d'une vérole ou d'une chaudepisse, voilà qui nous conduirait loin! Les experts auraient beau consulter l'article du professeur Balthazard sur l'art des dates en médecine légale, et réclamer force confrontations, ils donneraient souvent leur langue au chat !... révérence parler.

Tout de même, la syphilis ne passe pas encore pour une brisque glorieuse ; et les années de cure à Saint-Louis comptent peut-être double, mais pour l'avancement vers le Jugement dernier. L'avarie est restée indésirable, sinon inavouable. Bien rares sont les infectés, même guéris, même innocents hérédos, qui se confessent spontanément avant la demande en mariage ; et à l'Académie de médecine, Gaucher ressuscité n'aurait guère plus de succès qu'autrefois, s'il proposait à ses collègues atteints de lever le doigt pour se compter.

Des referenda, d'anodines enquêtes, ont été multipliés sur l'opportunité d'un certificat médical matrimonial et une réserve glaciale les a

accueillis. Ce furent *des fours* et parfois de véritables coqs-à-l'âne. L'an dernier, dans une revue illustrée, au recto d'une page, sous la signature de notre éminent confrère Bouffe de Saint-Blaise, on pouvait lire une critique compétente et raisonnée du diplôme d'aptitude conjugale hygiénique ; au verso s'étalait un dithyrambe de la main de Pétrone-André de Fouquières, en faveur du susdit brevet utopique et tutélaire, et notre national conducteur de cotillons y déployait toute son autorité en matière de génération. Facétieux paradoxe, en vérité !

Notre XX siècle navigue sur un volcan et vogue sur des vagues de transition...

A cette heure, Alfred Fournier paraîtrait timide avec sa Ligue baptisée d'euphémismes et ses brochures « Pour nos fils quand ils auront vingt ans ». La Guerre, ravageant le sol, a fouaillé les esprits. La croisade antivénérienne a suscité non pas un, mais cent Pierre l'Ermite, et d'autant plus audacieux que le féminisme militaire, la mante et la coiffe d'infirmières, ont vulgarisé le vocabulaire, voire l'ancien argot de Lourcine et de Saint-Louis.

Par surcroît, les véhémences d'un prophète dissident, Calvin de la floculation, Luther de la syphilimétrie, bruyant recruteur de disciples, n'ont pas peu contribué à stimuler les spécialistes, ses confrères, tout en déchaînant leurs imprécations. Oh ! un humble praticien n'a nullement l'autorité voulue pour arbitrer ces délicats problèmes. Mais tous les lecteurs et abonnés de la *Presse médicale* ont lu les articles de Brocq, ou épluché le compte rendu de Mutermilch (Essai de standardisation du séro-diagnostic de la syphilis à la Société des Nations, 13 août 1924). Si les résultats publics sont flatteurs pour notre amour-propre national, il n'en faut pas moins retenir que les examens de laboratoires les plus parfaits et les meilleures techniques sont passibles de certaines erreurs.

Cependant sur tous les toits, les haut-parleurs proclament : *Nous avons vaincu la syphilis* ; *c'est nous les Triomphateurs* ! — Et, pour que nul n'en ignore, des affiches ont été apposées dans les urinoirs parisiens. Les savants en ont évincé charlatans et tenanciers louches d'officines ambiguës qui, depuis la plus haute antiquité, depuis les Vespasiennes de Rome peut-être, s'étaient réservés pour leurs annonces les zones sèches des *privés publics*. Désormais, impossible d'uriner sans apprendre que la tuberculose, le cancer et la vérole sont soignés en tels hôpitaux ou dispensaires par d'excellentes méthodes. L'emplacement incite, semble-t-il, aux attentats, car des vandales lacèrent les imprimés officiels, y tracent des inscriptions et *graffitti* malsonnants ; et de médiocres dessinateurs esquissent de maladroits portraits des organes sexuels à la place des timbres à double décime ! Invoquant une analogie, le philanthrope bien connu *qui a fait un vœu* solliciterait, dit-on, l'admission d'*ex-votos* de ses clients reconnaissants sur les colonnes Morris, à côté des spectacles. Et même on aurait songé à une publicité lumineuse hygiénique (nécessaires prophylactiques) sur les pupitres musicaux des orchestres de jazz-bands... Instruire en les amusant les oisifs des dancings et music-halls, quel progrès !

Mais ce sont là pures calembredaines dont il faut rire ...

Un fait est certain : *La guerre à la syphilis est désormais vraiment déclarée, et les dispensaires se multiplient* comme foyers d'offensive, à l'égal des postes d'écoute aux tranchées du front.

De fondation plus récente que les Dispensaires antituberculeux, les D. antisyphilitiques semblent disposés à rattraper le temps perdu : ils manifestent un appétit caractérisé et une ambition convaincue. *Détiennent-ils donc la formule absolue en matière de défensive sociale* ?

« Oui, certes, à n'en pas douter ! » affirment avec quelque partialité les spécialistes fondateurs de ces Instituts. « C'est tellement notre avis », confirment les officiels de la « Faculté et des Hôpitaux », que nous avons transformé nos services et que, bannissant les dénominations mal famées de l'A. P., nous avons laïcisé : Ricord, Lourcine, le Midi sont des églises désaffectées ; et en nos annexes-dispensaires, nous soignons des maladies anonymes !

Qu'en pense le Tiers-Etat médical ?

L'avis des praticiens ne saurait être négligeable. Un discours de D. Berthelot, publié par défunt notre ami F. Helme, à propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose, m'a encouragé à écrire ce que je crois vrai, ce que pensent bien des amis. Après avoir rappelé la mort de Lavoisier et le dédain inexorable de la République révolutionnaire, déclarant n'avoir nul besoin de chimistes, astronomes, ni mathématiciens, Berthelot concluait : « L'ère des spéculations théori-
« ques est close. Il n'est plus temps de regarder
« les étoiles ; les hommes désormais se penchent
« sur la terre. Les problèmes sociaux les plus
« angoissants s'imposent de jour en jour davan-
« tage à la solidarité humaine. Si les droits de
« l'esprit ont pu être méconnus aux heures trou-
« bles, les sentiments de pitié se sont épanouis et
« élargis progressivement. *Qu'il s'agisse de tuber-*
« *culose, d'alcoolisme ou de syphilis, les prati-*
« *ciens semblent bien les plus fidèles interprètes du*
« *public* ».

Aujourd'hui, le drame vénérien est si connu pour ses dénouements tragiques, qu'on cherche à l'entraver. Et peut-être les partisans du droit de vote pour les femmes songent-ils plus ou moins consciemment à hâter cette évolution par

l'instruction de la mère future. En tous cas, certainement dans une telle question d'intérêt général, le médecin qui pénètre au sein des familles doit avoir voix au chapitre, autant que les plus savants et les plus érudits théoriciens.

***

II. Etude synthétique de l'armement antivénérien actuel

A. — La lutte antisyphilitique selon la formule des spécialistes : hors du Dispensaire, point de salut.

L'*Evangile syphiligraphique selon Saint-Marcel* a été sinon la première, du moins la plus formelle affirmation des nouveaux dogmes : il contient l'annonciation de réformes sensationnelles. L'apôtre y expose sa théorie, la genèse du Monde moderne *désyphilisé* (*de privatif*) omise dans la version biblique (édit. Lemaistre de Sacy).

Saint-Marcel a fait la guerre, et il marche au spirochète comme il allait au Boche. Il ne mâche point ses paroles, et ce jeune a au moins le mérite de savoir ce qu'il veut. Pourtant, il a paru aux âmes simples trop sûr de lui parfois, et son enthousiasme sacré frise l'intransigeance. On dit que c'est un tic de famille . . .

Son apostrophe « Jusqu'ici c'était le chaos » est d'une chute impressionnante : « Actuellement, « *le médecin n'est pas aussi complètement préparé* « *qu'il serait souhaitable. Avec la multiplicité des* « *médicaments, le grand nombre de manières de* « *procéder, le praticien s'y perd ; et sacrifiant à la* « *nouveauté, à la mode, il emploie souvent à mau-* « *vais escient des doses trop faibles, en séries* « *écourtées, inefficaces . . . . .* ».

Ce style a créé bien des mécontents, et qui ne sont pas de mauvaises têtes. Il n'est pas équitable, a-t-on dit, d'incriminer le médecin et sa préparation, ni même ses éducateurs. Il vaudrait mieux simplement et loyalement proclamer que la thérapeutique antisyphilitique, en grand progrès, n'est pas encore idéalement au point. Pourquoi répugnerait-on à ces aveux qui expliquent et absolvent nos échecs partiels ? Véritables sisyphes, éternels écoliers, les médecins travaillent *toujours à mieux* sans se décourager ; et c'est notre plus beau titre de gloire ! Affirmer l'infaillibilité médicale, sa toute puissance, c'est fourbir des armes aux calomniateurs de la profession. Si la Faculté a besoin d'un corps enseignant composé de savants et de chercheurs, c'est que le Grand Œuvre thérapeutique n'est pas achevé, le formulaire automatique idéal qui fournira des tickets-ordonnances comme les appareils des gares débitent du *savon ou des tablettes de chocolat.* Les docteurs ne sont pas encore des perroquets primaires *et les lacunes de leur science font la grandeur de leur art.*

Dans son courroux, le saint Prophète voue aux gémonies les tâtonnements d'adeptes fidèles à de faibles doses. Oh ! il est aisé aux pontifes favorisés du Très Haut et garantis par une auréole d'être hardis et même téméraires ; mais pour le praticien vulgaire, les doses *vénielles* sembleront toujours préférables aux prescriptions massives. Les homéopathes ordonnent, dit-on, des dilutions infinitésimales, et pour être allopathe, on n'en est pas moins prudent !! N'a-t-on pas vu les drogues les plus modernes et les mieux estampillées provoquer de graves accidents, voire le danger de mort, et contraindre des as de l'*As* à suspendre, interrompre ou cesser certaines cures ? Tel stock adultéré d'une précieuse poudre jaune-paille ne fut-il pas néfaste comme une *poudre de succession* ancien régime ?

Les prophéties de l'Apôtre ne sont pas moins impressionnantes que ses apostrophes : « *La syphilis* « *disparaîtra comme a disparu la variole et comme* « *disparaîtra la fièvre typhoïde, quand gouver-* « *nants, public et médecins le voudront* ».

Ces formules lapidaires sont toujours inquiétantes, et celle-là pourrait bien un jour faire lapider les pauvres Hippocrates que nous sommes. Il suffirait d'un lecteur myope ou presbyte, mettant hors de cause l'Etat et la Nation, pour nous attribuer une mauvaise volonté flagrante dans l'éradication du mal napolitain hors de France. Voyez-vous Gustave Téry, croisant un médecin sur le boulevard, faire les cornes pour se garantir du « *mauvais œil* », et nous offrir en holocauste propitiatoire sur l'autel de Vénus comme *jeteux de sorts et de chancres* ! ! !

Malheureusement, le Prophète, en annonçant l'avènement de l'Age d'Or, *sans syphilis, ni mercure*, n'a pas spécifié le nombre de jours escomptés pour la réalisation du prodige. Les jours, comme ceux de l'Ancien Testament, seront peut-être longs comme des semaines, des semaines à quatre jeudis . . .

Tout Messie d'ailleurs s'attend à rencontrer en foule ignorants, incrédules, hérétiques ou fanatiques intolérants. Il a donc toujours dans sa serviette de quoi les confondre.

***

Voici en effet les *XII Tables de la loi, les dogmes révélés* au nouveau Moïse. Hommes de peu de foi, sceptiques éternels, douterez-vous encore ? Ouvrez votre entendement.

I. — « *Sans documentation inutile, j'indiquerai* « *claire et concise la marche à suivre schématique* « *pour tout médecin qui veut stériliser la syphilis.* — *En matière de S., la seule prophylaxie effica-* « *ce réside dans la stérilisation des porteurs de* « *germes* ».

Ce texte a été critiqué. D'aucuns auraient dit à ce propos : « Monsieur de la Palisse un quart

d'heure avant sa mort... »; ils prétendent qu'on se doutait déjà de la nécessité, pour anéantir une maladie contagieuse, d'exterminer les germes pathogènes *sur les tiers porteurs*. D'autres, de mauvais plaisants, proposent de détruire simplement les porteurs de germes en personne, c'est-à-dire de castrer, de neutraliser tous les reproducteurs de l'un et l'autre sexe, suspects de S. ! !

Mais ce sont là inventions d'une insigne mauvaise foi.

II. — « *Hors les modes de contage banaux et clas-* « *siques, le grand mode de diffusion de la S.,* « *c'est la transmission héréditaire* ».

On ne nous ôtera pas de l'idée, disent les commentateurs, que Saint-Marcel avait grande envie d'interdire le coït à tous *impétrants incriminables ou incriminés de spirochétose. Vadete retro* (1)... Mais cette rigueur eût déplu peut-être à notre Grand Puériculteur national, glorieux Doyen des Chambres (avec C majuscule : c minuscule semblerait une allusion aux chambres accouchées)...

III. — « *Le syphilitique, imparfaitement guéri,* « *mal blanchi* (discourtoise assimilation pour « Batouala !), *contamine sa femme d'une S. invi-* « *sible, partant méconnue et non soignée, d'évolu-* « *tion aussi bénigne en général pour la mère que fa-* « *tale pour la descendance. Ces accidents héréditai-* « *res étant rarement rapportés à leur cause, la S.* « *larvée joue un rôle primordial dans la propaga-* « *tion du fléau* ».

IV. — *Et ce terrible Anathème* : « TOUTE SYPHI- « LIS NON GUÉRIE, QU'ELLE SOIT ACQUISE OU HÉ- « RÉDITAIRE, ET QUEL QU'EN SOIT LE STADE, « PEUT ETRE CONTAGIEUSE ». Fichtre ! Jésus chassait les marchands du Temple de Dieu. Les pontifes modernes, plus sévères pour le temple de Vénus, en interdisent l'accès au moindre soupçon, à la plus minime tache, hypothétique ou discutable. Quel déchet parmi les fidèles et les infidèles !

L'implacable Evangéliste invoque des précurseurs : N. P. Landouzy aurait autrefois signalé la contagiosité de certains accidents tertiaires. Hum ! hum ! en tous cas, *les accidents quaternaires* (Gaucher, Brocq) n'avaient point encore été dénoncés...

L'absolutisme sans appel de la condamnation formulée a soulevé les rumeurs de la foule. Devant certaines opinions, tout le monde s'incline : avec l'indépendant Leredde et la secte de Saint-Louis, on admet l'humeur plus que discrète, sournoise, insidieuse et camouflée de la syphilis.

(1) Ce bas-latin n'est pas là pour braver l'honnêteté... La phrase suivante en fait foi.

On s'accorde même à regretter la routine de certains confrères qui, pour poser le diagnostic, attendent un peu « que çà leur crève les yeux ! » Mais en revanche, quasi-uniquement on tient à conserver une distinction entre le contage direct ou indirect et la transmission des stigmates, tares et malformations diverses. Le qualificatif de « *contagieuses* » appliqué *en bloc à toutes S. acquises ou héréditaires à tous leurs stades* ne paraît pas justifié. Il voue une multitude de malades inoffensifs à une damnation définitive imméritée.

De bons esprits, des sages, observent d'autre part qu'un vent de *Pansyphilomanie* sévit depuis la guerre, qu'on croit voir le spirochète partout et toujours, et qu'il suffirait bien de le reconnaître là où il est. *Il serait dangereux de susciter une phobie vénérienne épidémique, qui pourrait créer une vraie panique de l'opinion insuffisamment éduquée.* Maints clients protestent déjà avec indignation, dès la moindre allusion aux analyses de sang qu'ils jugent nécessairement infamantes. Certains s'en vexent comme d'une injure, et ces rancunes sont parfois durables, car on sait rarement bon gré de bon cœur au « Monsieur qui a découvert un « vice du sang » dans la famille ». L'*Esculape* devient ainsi trop souvent un *bouc émissaire*, d'autant plus que les protocoles de laboratoires sont sujets à interprétations contradictoires, et que toute cure à ses débuts réserve quelques incidents, certaines déceptions, voire des surprises plus ou moins désagréables...

V. — « *Axiome* : « *La S. disparaîtrait du monde,* « *si le programme voulu, était adopté et observé.* « *Quatre catégories de malades à poursuivre* : 1° « *les adultes hommes et femmes convaincus de S.* « *acquise* ; 2° *tout hérédo jeune homme ou jeune* « *femme, — nul ne devant être autorisé à se marier* « *tant que sa séro-réaction est positive* (Bordet-W., « Hecht ou Desmoulières) ; 3° *toute femme en ges-* « *tation, atteinte de S. évidente ou larvée, dont le* « *mari est S.* ; 4° *tout nouveau-né de parents S. ou* « *hérédo-S. en puissance* »...

Ah ! Béni soit Saint-Marcel !... Vraiment les grands et purs esprits sont sujets à des naïvetés édifiantes, à des puérilités sacrées ! Interdire le mariage aux humains à séro-réaction positive ? Merveilleuse précaution certes, mais précaution inutile ! Seul un Saint innocent peut oublier que le coït non conjugal, le coït hors du Sacrement, suffit très bien à procréer, que la saine logique commanderait donc : « A toute *séro-réaction* +, *défense de coïter* » ! ! ! ...

Autre pieuse inconséquence du bon apôtre : « *Si nous manquons de critérium absolu de la gué-* « *rison, par bonheur nous disposons de critères* « *nombreux pour la mise en évidence de l'infec-* « *tion*... ». Ceci pourtant ne compense pas cela.

Dépister le mal, c'est fort utile assurément : mais pour promettre l'extinction du fléau, il ne serait pas mauvais d'abord d'être certain de guérir la maladie.

Vaines et mesquines discussions, sans doute (??), car voici les *décrets-lois* thérapeutiques VI à XII :

VI. — *Tout malade doit être traité jusqu'à disparition permanente des divers signes cliniques, sérologiques, céphalo-rachidiens, vérifiés après réactivation arsenicale de Milian, c'est-à-dire à l'aide de tous les procédés d'investigation connus.*

VII. — *La discipline thérapeutique, pour être efficace, doit s'astreindre au plan rigoureux et aux statuts ci-dessus révélés.*

VIII. — *En première année, les arsénobenzènes sont les plus puissants antisyphilitiques et doivent être utilisés à grosses doses, terme impropre, car ces grosses doses devraient être dénommées normales. Chez l'adulte, pratiquer des séries de neuf injections graduées (sauf cas exceptionnel), selon la progression :* 15, 30, 45, 60, 75, 90, 90 et 90 *centigrammes ; séries qui doivent être espacées de vingt-et-un jours au maximum. Au terme des intervalles, avant reprise du traitement, une analyse de sang est recommandée* (*B. W., Hecht ou Desm.*) *; et lorsque la séro-réaction sera devenue négative, une série encore d'Arséno* (*une au moins*) *doit être poursuivie.*

IX. — *Une fois la séro-réact. devenue négative, des séries de Hg ou Bi seront entreprises à titre d'entretien, répétées et plus ou moins intenses suivant la tolérance des sujets* (*choisir entre Iodure, Bi, huile grise argentique, calomel...*). *Environ 8 à 10 injections espacées de 6 à 7 jours. Repos d'un mois à six semaines après chaque dizaine...*

X. — *La deuxième année est année de contrôle : séro-réaction tous les deux mois. De toutes manières, au minimum, pratiquer deux séries de Hg insoluble ou Bi.*

XI. — *Avant toute décision, exécuter la réactivation arsenicale de Milian : analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien* (ponction lombaire) *consécutives bien entendu.*

XII. — *Alors seulement la délivrance d'une autorisation matrimoniale est devenue légitime, à condition toutefois de pratiquer une vérification ultérieure tous les six mois.*

Vraiment, le certificat signé, malade et médecin peuvent dire : Ouf ! ! !

La série d'opérations exigibles avant de pousser ce : Ouf ! ... est telle, qu'elle indique un état d'âme spécial des spécialistes. Qu'ils s'appellent Marcel, Pierre ou Jean, le consortium presque unanimement a souscrit aux XII Tables de la Loi, avec des variantes insignifiantes. Nos confrères sont intoxiqués, obsédés, hantés de l'idée fixe de la syphilis... C'est naturel, professionnel, et au reste, on ne saurait dire qu'ils ont tort absolument.

Dans ces conditions, ils devaient forcément adopter la formule du Dispensaire. Qui réaliserait en effet cet écrasant programme autrement ? où et par quels moyens ? La conclusion des vénéréologues était nécessaire, et elle est formelle :

Hors du Dispensaire point de salut !

(*A suivre.*) Dr H. Chatinière.
R. H. M. S. : 7240.

JURISPRUDENCE

Médecin. — Responsabilité. — Faute de droit commun et faute médicale. — Procédés de contrôle. — Radiographie. — Défaut d'emploi. — Manque de prudence. — Condamnation.

TRIBUNAL CIVIL DU HAVRE

22 mars 1924.

(*Gazette des Tribunaux*, 7-8 septembre 1924.)

La responsabilité du médecin peut procéder à la fois d'une faute de droit commun résultant de l'inobservation des règles élémentaires et générales de prudence applicables dans toutes les professions et d'une faute médicale, celle-ci devant avoir le caractère de faute lourde pour être retenue et pouvant être la conséquence soit d'une ignorance en matière médicale, soit de la méconnaissance des règles de bon sens et de prudence qu'un médecin, soucieux de la santé du malade, ne saurait ignorer ou négliger d'observer.

En négligeant d'avoir recours aux procédés de contrôle et d'investigations, tels que la radiographie par exemple, que la science met à sa disposition pour éclairer sa religion, et en ne s'entourant pas de tous les renseignements nécessaires ou même simplement utiles, en vue d'un diagnostic sérieux, le médecin traitant commet une faute telle qu'ils ne doit pas en commettre à moins de méconnaître les principes d'élémentaire prudence.

« Le Tribunal ;

« Attendu que le Tribunal statuant sur la demande en dommages-intérêts formulée par la veuve D, contre le docteur M. avait, avant faire droit, ordonné une enquête et une contre-enquête ;

« Attendu que ces mesures d'instruction ont été régulièrement édifiées ;

« Attendu que l'apurement ordonné par le Tribunal avait pour but de mettre la veuve D. à même d'établir d'une façon précise les griefs qu'elle alléguait contre le docteur M., tant au point de vue de la faute médicale qu'au point de vue de la faute de droit commun, réservant pour la première la possibilité d'une expertise s'il y avait lieu, le juge ne devant pas « s'ingérer témérairement dans l'examen des théories et des méthodes médicales et prétendre discuter des méthodes de pure science » ;

« Attendu que la responsabilité du médecin peut procéder à la fois d'une faute de droit commun, résultant de l'inobservation des règles élémentaires et générales de prudence applicables dans toutes les professions et d'une faute médicale, celle-ci devant avoir le caractère de faute lourde pour être retenue et pouvant être la conséquence soit d'une ignorance en matière médicale, soit de la méconnaissance des règles de bon sens et de prudence qu'un médecin, soucieux de la santé du malade, ne saurait ignorer ou négliger d'observer ;

« Attendu que les dépositions recueillies ont apporté la preuve que Mme Vve D. s'est blessée le 7 février 1921 à la main droite en nettoyant le plancher du bureau de M. H. :

« Qu'étant allée, le jour même, trouver le docteur M. celui-ci ne l'aurait envoyée à la radiographie que le 11 mars, c'est-à-dire plus d'un mois après la première visite ;

« Qu'il fut alors révélé que la demanderesse avait une aiguille dans la main ;

« Attendu que le défendeur déclare, dans ses conclusions, qu'il a donné ses soins à la dame veuve D., à une époque où personne, pas même l'intéressée, ne soupçonnait qu'elle eut une aiguille dans la main ;

« Qu'il reconnaît que la patiente lui avait déclaré s'être blessée avec une écharde en nettoyant le plancher du bureau ;

« Attendu que si cette relation de l'accident faite par la blessée excluait à tous égards, ainsi que le prétend le docteur M., l'hypothèse d'une aiguille dans la main droite, elle ne permettait, en aucune façon, d'écarter celle de la présence de tout ou partie de l'écharde dans la main ;

« Attendu que, sans examiner les faits au point de vue théorique et technique, dans le but de faire ressortir la faute du médecin, le Tribunal estime que la faute ordinaire du droit commun est d'ores et déjà établie ;

« Qu'il eût été prudent, en présence de la persistance et même de la recrudescence de la douleur, de ne pas attendre un mois pour faire radiographier la main de la dame D., dont la souffrance lui faisait souhaiter qu'on lui ouvrit la main (deuxième témoin) ;

« Attendu qu'en négligeant d'avoir recours aux procédés de contrôle et d'investigations que la science mettait à sa disposition pour éclairer sa religion, et, en ne s'entourant pas de tous les renseignements nécessaires et même simplement utiles qui lui eussent permis d'établir un diagnostic plus sérieux, le docteur M. a commis une faute telle qu'un médecin ne doit pas commettre s'il ne méconnaît pas les principes d'élémentaire prudence (Rouen, 21 avril 1923) ;

« Attendu enfin que le défendeur apparaît, d'après les dépositions des témoins, avoir traité la veuve D. avec une certaine insouciance ;

« Que c'est ainsi que le témoin, femme F, déclare que le docteur M, appelé téléphoniquement auprès de Mme D. le jour où la radiographie fut ordonnée, aurait dit en entrant : « Qu'est-ce qu'elle a donc à nous ennuyer cette sacrée bonne femme ? » ;

« Attendu que, dans ces conditions, l'article 1382 du Code civil trouve son application ;

« Sur le dommage causé ;

« Attendu que la dame D a dû subir l'amputation de l'avant-bras droit ;

« Qu'elle se voit ainsi fort restreinte dans l'exercice de métiers pouvant lui permettre de subvenir à ses besoins ;

« Par ces motifs ;

« Condamne le docteur M. à payer à la veuve D. une rente annuelle et viagère de 360 fr. à titre de dommages-intérêts ;

« Dit que le capital nécessaire au service de cette rente sera versé à telle Compagnie d'assurances choisie par le docteur M.,

« Condamne le défendeur aux dépens ».

Observations. — En ce qui concerne les conditions d'application de l'article 1382 du Code civil en matière de responsabilité médicale ou chirurgicale, voir : Trib. civ. Seine, 5 janvier 1901 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1901, 1er sem. 2.445) ; C. de Paris, 28 juin 1923 (*idem*, 1924.2.59) ; Trib. civ. d'Evreux, 16 novembre 1922 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1923.72.78) avec note de M. Léon Lesage et les nombreuses décisions rapportées au cours de cette note, et sur appel, C. de Rouen, 21 avril 1923 (*idem*, 1923.2.426).

Commentaires

Nous ne savons pas si ce jugement a été frappé d'appel. Quoi qu'il en soit, nous assistons, depuis 1919, à une évolution de la jurisprudence, qui tend, de plus en plus, à établir la différence entre la faute médicale, professionnelle, et la faute de droit commun commise par un médecin.

La faute technique ne peut être reprochable que si elle est lourde, dénotant, chez son auteur, une grossière ignorance de l'art de guérir. La science médicale est une science plus ou moins conjecturale ; souvent, le savant reste dans le domaine de l'hypothèse. Aux experts médecins de dire si l'erreur qu'a commise le médecin poursuivi provient d'une confusion grossière, dénotant l'ignorance de notions absolument élémentaires, ou d'un examen négligeant des précautions rigoureusement nécessaires (Cass., 16 avril 1921).

Aussi, le juge doit-il s'efforcer à séparer nette-

ment la faute scientifique de la faute de droit commun, c'est-à-dire lorsque le fait reproché est inséparable d'une faute caractérisée, d'une négligence grave, d'une ignorance des chosesqu'un homme de l'art doit nécessairement connaître.

Il ne s'agit plus, en pareil cas, de discussions scientifiques, affrontant des thèses contraires. Le domaine envisagé n'est plus celui de l'opinion ou de l'interprétation : c'est le domaine de la faute dégagée de toute incidence, et dont la gravité ressortira de l'examen et de l'appréciation des faits.

C'est la matérialisté de la faute qu'il s'agira d'atteindre, matérialité qui résulte de la négligence, de l'inaction, de la maladresse, de l'imprudence, ou de l'erreur coupable : c'est son existence même qu'il convient de constater et non les conséquences fâcheuses d'une conviction, voir même d'une erreur, si regrettable qu'elle puisse être.

Mais, d'après la nouvelle jurisprudence, dès que cette faute ressort nettement des faits, peu importe son caractère de gravité, ou de légèreté. Dans tous les cas, une sanction, ou une réparation, s'impose.

Le juge doit donc se préoccuper des seuls faits qui peuvent comporter une réparation et de ceux qui, n'étant pas de sa compétence, relèvent de la conscience professionnelle, du devoir, du savoir et de l'indépendance scientifique des hommes de l'art.

Cette notion découle nettement de l'arrêt de la Cour de Rouen, du 21 avril 1923 (*Concours médical*, 1923, p. 2131) réformant le jugement du tribunal correctionnel d'Evreux, du 16 novembre 1922.

Ainsi, en dehors du délit professionnel, le délit civil existe dès qu'il y a violation d'une règle de droit commun imposée par le législateur et c'est en vertu de ce principe que la partie civile lésée réclamera des dommages-intérêts. Le médecin serait donc responsable non pas parce qu'il a violé les règles de prudence et commis une faute, dont il doit réparation (art. 1382, Code civil), mais parce qu'il n'a pas accompli tous ses engagements contractuels et professionnels envers le client, qui lui a demandé ses soins (art. 1137 et 1142).

Dans le cas particulier du jugement du tribunal civil du Havre, le médecin a été condamné non pas parce qu'il a commis une erreur de diagnostic, en croyant à la présence d'une écharde dans la main, alors qu'il s'agissait d'une aiguille ; mais parce que, devant la persistance des douleurs de la patiente, il a omis et négligé d'avoir recours à un moyen d'investigation, en l'espèce l'emploi de la radiologie.

Le juge ne se demande pas si, dans l'hypothèse primitive d'une écharde de bois, introduite dans la main de la blessée, la radiographie aurait donné un bon résultat, le bois étant plus ou moins pénétrable aux rayons X : « attendu que, sans examiner les faits au point de vue théorique et technique, dans le but de faire ressortir la faute du médecin, le tribunal estime que la faute ordinaire de droit commun est d'ores et déjà établie ». Et le tribunal de penser que la persistance des douleurs aurait dû éveiller les soupçons du praticien sur une erreur possible, en ce qui concerne l'existence d'une écharde de bois dans la main de la patiente et que la plus élémentaire prudence indiquait un examen radiographique.

« Attendu qu'en négligeant d'avoir recours aux procédés de contrôle et d'investigations que la science mettait à sa disposition pour éclairer sa religion, et en ne s'entourant pas de tous les renseignements nécessaires et même simplement utiles qui lui eussent permis d'établir un diagnostic plus précis et plus sérieux, le Dr M. a commis une faute telle qu'un médecin ne doit pas commettre s'il ne méconnaît pas les principes d'élémentaire prudence (Rouen, 21 avril 1923, précité). ».

Qu'en conclure au point de vue pratique ?

Ce jugement ne doit pas nous effrayer. Le médecin hésite souvent à faire faire des frais à son malade ; en l'espèce, le Dr M. a cru inutile de faire dépenser quelques 30 francs pour une radiographie de la main, persuadé qu'il était, d'après les dires de la blessée, qu'il ne s'agissait que d'une écharde de bois, peu décelable à la radiographie et qui, superficielle, sortirait en provoquant un abcès léger.

Aussi, engageons-nous nos confrères à mettre désormais leur responsabilité à couvert, en en ne négligeant aucun moyen d'investigation, quelqu'onéreux que ce puisse être pour la bourse du client.

Aujourd'hui, ce sont les rayons X qui sont en cause : faisons examiner les fractures possibles, les luxations ou subluxations probables, voire même tout membre ou toute articulation traumatisée.

Demain, ce sera l'absence de piqûre de sérum antitoxique préventif, l'antitétanique par exemple. Ce sera un examen sérologique qui aura été omis, etc. Le public, comme les juges, croient à la prédominance du laboratoire sur la clinique ; donnons-leur satisfaction en demandant au laboratoire, non pas un diagnostic tout fait, mais un éclaircissement pour guider le diagnostic qu'établira la clinique. De sorte qu'en cas d'accident, d'erreur scientifique, ou professionnelle, les experts auront à discuter la question science pure et non pas la question de savoir s'il y a eu faute de droit commun, par négligence simple ayant occasionné au malade le dommage dont il demande réparation.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS

Il y a vraiment des choses stupéfiantes dans la loi du 16 juillet 1916 sur les stupéfiants. Pour empêcher quelques centaines ou même milliers de détraqués de s'intoxiquer, on a apporté des entraves à l'exercice de la médecine et cela, contrairement à l'intérêt supérieur des malades, en privant en partie nos infortunés chroniques des calmants nécessaires à leurs souffrances.

Pourtant chacun sait bien que ce ne sont pas les médecins qui approvisionnent les fêtards les poules de nos établissements montmartrois. L'introduction en France de produits toxiques venant surtout de l'Allemagne, et leur répartition par les soins des chasseurs-barnums et autres employés des boîtes de nuit et dancings, et des amis de ces dames, approvisionnent largement la clientèle des intoxiqués volontaires. Nous savons d'autre part que si l'on supprime à ces malades spéciaux leur drogue favorite, ils se rejetteront sur tout autre produit, alcool, eau de Cologne et ne feront que changer la forme de leur intoxication.

Pour lutter contre ce fléau, un décret a créé des tableaux A B C en attendant qu'on y ajoute progressivement pour d'autres motifs les autres lettres de l'aphabet. Or, c'est le décret visant le tableau B qui vient brider l'exercice de la médecine, surtout par l'article 39 interdisant aux médecins de prescrire pour une période de plus de sept jours les substances incrites à ce tableau.

La loi a oublié de nous dire quelle quantité nous pouvions prescrire pour 7 jours, et on a vu refuser des ordonnances portant des doses que le pharmacien jugeait supérieures à celles utilisées pendant une semaine. Car, en réalité, c'est le pharmacien qui reste seul juge des doses à employer. Nos cancéreux ont-ils droit à un centigr. ou deux ou trois par jour ? Rien n'est fixé sur ce point. Et nous savons que par suite de l'accoutumance, nous sommes obligés d'augmenter les doses pour apporter un soulagement efficace à nos malheureux incurables. Déjà un certain nombre de condamnations injustifiées nous montrent les lacunes de cet article visant la prescription des sept jours. Dernièrement, en voyage, j'ai eu besoin pour mon usage personnel de comprimés de pantopon Roche. J'ai fait une ordonnance en règle, en conformité de l'article 27, datée et signée, indiquant en lettres la quantité de médicaments, leur mode d'emploi. J'ai en plus indiqué mes nom, prénoms, adresse en ajoutant « usage personnel ». Le pharmacien s'est refusé à exécuter mon ordonnance. Je lui ai montré ma carte d'identité avec ma photographie, mes nom, prénoms, profession, adresse, mon empreinte digitale, la légalisation de ma signature, les certifications avec numéro d'ordre de la préfecture de police de Paris. Il a maintenu son refus, en invoquant le paragraphe de l'article 40 du titre II: « Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine. » Pour obtenir la délivrance de mes comprimés, je devais donc me rendre chez un confrère de la ville et le prier de me rédiger une ordonnance.

Voilà à quoi aboutit la loi. Je n'ai pas le droit de me soigner moi-même hors de mon domicile. Je n'ai pas le droit, dans les mêmes conditions, de donner mes soins à ma famille, et en cas d'urgence de faire une piqûre de morphine, sans réclamer l'assistance d'un confrère. Cela paraît abusif et apporte une sérieuse entrave à l'exercice de notre profession.

D'autre part, comment définir le mot de communes contiguës. S'agit-il des communes formant le cercle autour d'une commune restant en contact avec elle. Mais en ce cas, si le médecin donne ses soins à des habitants d'une commune au delà de la commune contiguë, bien que connu, le pharmacien pourra refuser d'exécuter les prescriptions. Comment alors pratiquer l'exercice de la médecine rurale où le champ d'action est souvent fort étendue ? Il y a là un abus qu'il faudrait faire disparaître.

Les imperfections de la loi de 1916 devaient amener des modifications. Aussi, nous voyons que la Commission du Codex a été chargée par le ministre de l'hygiène d'élaborer un projet de revision de la loi et des décrets concernant la vente des substances vénéneuses. Je ne sais quels sont les membres qui font partie de cette Commission ; j'ignore quel est le délégué de l'Union des Syndicats qui y représente officiellement le Corps médical ; mais cette commission s'est déjà réunie et a fait les propositions suivantes :

D'abord la création d'une carte d'identité médicale, la création d'un timbre délivré à chaque médecin par la préfecture, et peut-être la création d'un carnet à souche nécessaire à l'obtention des produits toxiques destinés à l'usage professionnel.

Voilà encore bien des moyens qui ne sont pas faits pour faciliter l'exercice de la médecine.

D'abord, pourquoi une carte d'identité médicale spéciale alors qu'il existe déjà des cartes d'identité officielles faisant mention de la profession, cartes que tout le monde devrait posséder. à l'heure actuelle et qui peuvent servir dans tous les cas ? Pourquoi vouloir faire une exception pour une profession ?

La question du timbre spécial n'est pas nouvelle : nous l'avons souvent agitée dans nos séances du Syndicat des médecins de la Seine où

elle avait ses défenseurs et ses détracteurs. Elle a surtout le défaut de créer de nouvelles difficultés à l'exercice médical. Et du reste, quelle est la garantie qu'elle peut offrir ? On peut perdre ce timbre ou le voler : et alors que de difficultés possibles pour l'obtention d'un nouveau timbre et combien de temps le médecin restera-t-il sans pouvoir exercer ? Il est aussi facile de faire fabriquer des timbres avec l'empreinte imprimée sur une ordonnance, et alors les toxicomanes auront à leur disposition un moyen facile de se procurer et morphine et cocaïne. Quelle est donc la garantie du timbre ? Reste le carnet à souche. Chose grave. Quelle pourra être son utilité pratique ? Le médecin sera obligé d'avoir toujours un véritable arsenal avec lui, son timbre, sa carte, son carnet à souche. Heureux si jamais il n'oublie l'un ou l'autre ! !

Mais enfin, pourquoi les médecins, car cette Commission comprend peut-être des médecins, cherchent-ils à créer eux-mêmes des entraves à leur profession ? Pourquoi établir pour eux-mêmes une surveillance administrative ? Pourquoi vouloir immiscer l'administration dans leurs affaires? C'est la porte ouverte à tous les abus, un début de la main-mise sur l'exercice professionnel, de surveillance injurieuse ; c'est admettre que les médecins sont sujets à caution et ont besoin d'être tenus à l'œil.

Une fois cette emprise établie, qui nous dit que d'autres mesures coercitives ne seront pas prises, qu'on ne créera pas de nouveaux carnets, et qu'en réalité, la médecine ne deviendra pas une organisation de paperasserie préparant ainsi les voies au fonctionnariat médical ?

R. H. M. S. ; 5818 Dr M. VIMONT.

MÉDECINE SOCIALE

Le budjet de l'assurance sociale.

On a beaucoup écrit sur l'assurance sociale, mais, jusqu'ici, on a peu parlé de son budget. Cette question mérite cependant de retenir l'attention et ce serait une erreur d'assimiler sur ce point cette collectivité nouvelle à l'Assistance médicale gratuite et aux réformés de guerre, dont le corps médical s'est résigné à subir les exigences, malgré des inconvénients indiscutables, en considération de la sécurité qu'il y trouve pour le paiement de ses honoraires. Mais le budget de l'Assistance médicale gratuite est un chapitre du budget départemental, et celui des réformés de guerre, un chapitre du budget de l'Etat : pour l'un et pour l'autre, quand les prévisions du budget primitif sont dépassées, il y est pourvu par le vote de crédits au budget supplémentaire et la somme due est toujours intégralement payée.

Il en sera tout autrement du budget de l'assurance sociale. D'après le projet, ce budget sera fait des seules contributions patronale et ouvrière et le versement annuel de l'Etat, prévu pour une certaine période et dont le quantum a été déjà fixé d'après les indications des actuaires, paraît destiné à permettre aux deux branches de l'assurance sociale (invalidité et vieillesse) d'entrer immédiatement en jeu. Il est évident que, sans cette contribution de l'Etat, ces deux catégories de bénéficiaires qui, ne touchant plus de salaires, ne verseront rien au budget, auraient appauvri, sans compensation, la caisse commune. C'est, semble-t-il, en attendant que le temps ait permis aux caisses de se constituer un fonds de garantie que cette contribution de l'Etat a été prévue : ce qui le prouve, c'est que, d'abord progressive, cette contribution est ensuite dégressive.

Supposons pour l'instant que le fonctionnement de ces deux branches de l'assurance sociale sera ainsi suffisamment assuré. Restera sa branche-maladie.

Or, pour celle-ci, a-t-on la certitude que les recettes seront toujours suffisantes pour couvrir les dépenses engagées ? Il y aura, dans le chapitre des recettes comme dans celui des dépenses, bien des inconnues — *pour les dépenses* : les épidémies qui peuvent d'une année à l'autre modifier d'une façon importante les résultats prévus — *pour les recettes* : l'impossibilité d'établir autrement que d'une manière seulement approximative le rendement du travail journalier alors qu'on ne peut, à l'avance, faire entrer en ligne de compte les périodes de grève, de lock-out, de chomage pendant lesquelles le salaire étant supprimé, les versements à la caisse n'auront plus lieu. A-t-on prévu cette éventualité ? A-t-on, du moins, pensé aux moyens d'y faire face ? Q'arrivera-t-il au moment du règlement si la caisse se trouve en déficit ? Si la loi n'a pas prévu, sous une forme ou sous une autre, un fonds de garantie, lorsque, en fin d'exercice, elle sera déficitaire, la caisse n'aura pas d'autre solution à offrir aux intéressés que la répartition de son en-caisse au prorata des visites faites, et, par ce chemin détourné, nous reviendrons au forfait contre lequel tout le corps médical a si justement protesté.

Il appartiendra à l'Union des syndicats de prendre, au moment du vote de la loi, les mesures nécessaires pour éviter ce danger.

Dr BOBRIE (La Rochelle).

R. H. M. S. : 0600

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de 1924

A l'époque où ces lignes paraîtront, le Salon de l'automobile viendra de fermer ses portes. Beaucoup de nos confrères, retenus par leurs obligations professionnelles, n'auront sans doute pas pu venir le visiter, C'est à leur intention que je vais essayer de le décrire et de résumer les principales nouveautés qui y sont exposées.

Parlons d'abord du décor. Comme tous les ans, du jaune et du rouge à profusion. Des oriflammes nombreuses, et un éclairage intensif dès la tombée de la nuit.

Les grandes pancartes portant le nom des exposants sont mieux établies que l'année dernière. Plus petites, elles ne gênent pas la vue. On se demande cependant si on ne pourrait pas les supprimer complètement, et les remplacer par des sortes de poteaux indicateurs placés au milieu des stands. Le spectacle d'ensemble aurait tout à y gagner.

La fanfare, que tout le monde déplore, parce qu'elle augmente encore le brouhaha, lance toujours ses appels cuivrés dans l'immense nef.

La foule, immense, naïvei ignorante, s'arrête devant les stands aux noms populaires, aussi bien que devant les plus insignifiants, si ceux-ci savent faire une publicité comprise par tous.

Les enfants raflent des milliers de catalogues luxueux pour le seul plaisir de les prendre ou même, peut-être bien, pour les revendre.

Le dimanche, c'est la cohue, et on ne peut s'empêcher de plaindre les malheureux exposants qui respirent des journées entières un air vicié et poussiéreux.

Suivons donc la foule, et cherchons à dégager des renseignements utiles.

Examinons d'abord les voitures. De ce côté, aucune création sensationnelle. On revoit tout ce qui a été exposé en 1923. Une remarque s'impose : le cycle-car semble beaucoup délaissé en faveur de la petite voiture. Les grosses maisons viennent à la 5 ou 6 HP. Citroën, Renault, Peugeot, etc., présentent des voiturettes charmantes, à châssis allongé, capable de supporter des carrosseries à 3 et même 4 places.

C'est là une innovation très intéressante pour les médecins, car de plus en plus, ils pourront abandonner les grosses voitures si coûteuses pour ces nouveaux petits, mais cependant, robustes engins.

Les moteurs sans soupapes gagnent du terrain, et sont maintenant montés sur des voitures légères. Peugeot, en particulier, lance une 12 H. P. S. S. très remarquée.

Un revirement semble se dessiner en ce qui concerne les moteurs poussés. On revient à plus de prudence.

Les vieilles marques françaises, aux voitures de solidité proverbiale, retrouvent de nombreux admirateurs. Panhard, de Dion, Delahaye, etc., ont des modèles remarquables à ce point de vue.

J'avoue que j'ai un faible pour leurs formules de sagesse qui n'excluent pas des moyennes horaires excellentes.

Les carrosseries aussi profitent de la nouvelle mentalité des automobilistes.

Les sièges sont plus confortables, plus larges. Les porte-bagages font partie intégrante de la voiture.

Les « transformables » ont un succès mérité. On ne veut plus être sale ou mouillé en descendant de voiture, et on a raison. Les portières sont plus larges, et on n'a plus d'acrobaties à faire pour s'asseoir ou se lever.

A signaler l'effort de Citroën qui sort une carrosserie en tôle emboutie d'une seule pièce. Avec elle, plus de jeu, plus de bruit ni de grincement. C'est un gros progrès. On voit aussi des carrosseries extra légères recouvertes de cuir ou de linoléum.

Passons maintenant aux accessoires.

Les pneus d'abord. C'est toujours la lutte entre les « câblés » et les pneus « balloon ».

Michelin présente officiellement un gros pneu balloon pour roues de 820 × 120, de 860 × 160

Pirelli a fait un nouveau pneu très intéressant demi-balloon qui se monte sans changement de roues sur les cycle-cars et les petites voitures. C'est un 715 × 100. Il a aussi un 800 × 130 pour roues de 710 × 90.

Bergougnan rentre en scène avec un « unicorde », fait de tissu sans trame.

Beaucoup, non pas de nouveautés, mais de. perfectionnements dans les petits accessoires.

Des essuie-glaces électriques pour temps de pluie, des dispositifs de fermeture de portières, des appareils anti-vol, des amortisseurs de tous types, des thermométres, des jauges à essence, des vérificateurs ingénieux, font, des voitures, des petits paradis de commodités et de confort.

Avant de clore cét exposé, signalons encore le gros effort de l'industrie étrangère,.

Fiat a une nouvelle 6 HP. Les Italiens présentent une fort belle exposition, avec des voitures de ligne impeccable. Lancia est toujours très admiré pour sa suspension spéciale. Itala a un châssis impressionnant par sa netteté.

Les Americains et les Anglais vont de la plus

grosse voiture de haut luxe, aux Rolls Roice ; et les autres à la démocratique Ford.

Nos amis Belges suivent le progrès quand ils ne le devancent pas. Minerva, F. N,. etc., n'ont rien à envier aux meilleures marques.

En résumé, le Salon de 1924 marque un arrêt dans les innovations, mais un réel souci de perfectionnement et de meilleure qualité. Félicitons-nous de cette orientation.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1923.

Mes chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la « Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français », pour l'exercice 1923 :

Recettes de l'année 1923.

Cotisations	17.075 »
Intérêts	28.920 34
Divers	1.968 85
	47.964 19

Dépenses de l'année 1923.

Pensions	67.324 50
Frais de gestion	1.547 42
	68.871 92

Compte de Profits et Pertes.

Dépenses	68.871 92
Recettes	47.964 19
Excédent de dépenses	20.907 73

Fonds social.

Le fonds social s'élevait au 31 décembre 1922, à	1.009.777 24
En en déduisant les pertes de l'exercice 1923	20.907 73
On obtient comme fonds social au 31 décembre 1923	988.869 51
Représenté par :	
En caisse	1.643 30
Crédit Lyonnais	5.965 16
Société Française des Reports et Dépôts	29.813 33
Compte de chèques postaux	4.491 04
Portefeuille	946.956 68
	988.869 51

Portefeuille au 31 *décembre* 1923 (1).

2.685 fr. de Rente 3 % amortissable	82.874 40
30 Obligations Est 3 % nouvelles	13.650 »
272 Obligations P. L. M. fusion ancienne	126.368 74
242 Obligations Midi 3 % anciennes	109.171 02
73 Obligations Midi 3 % nouvelles	33.591 76
113 Obligations P. O. 3 % anciennes	48.396 55
50 Obligations P. O. 3 % nouvelles	22.462 60
13 Obligations Nord 3 % anciennes	5.447 61
192 Obligations Ouest 3 % nouvelles	83.916 97
121 Obligations Foncières 3 % 1883	48.884 50
487 Obligations Banque Hypothécaire de France 3 % 1880	286.006 81
58 Obligations Banque Hypothécaire de France 3 % 1881	26.685 72
Bons de la Défense nationale	59.500 »
	946.956 68

Le Trésorier :

Dr G. Duchesne.

(1) Ont été remboursés en 1923 : 2 obligations Ouest nouvelles ; 1 obligation P.O. ancienne ; 20 obligations Est nouvelles ; 2 obligations Banque hypothécaire de France 1881 ; 3 obligations Banque hypothécaire de France 1880 ; 2 obligations Midi anciennes ; 15 fr. de Rente 3 % amortissable.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Laboratoire de sérologie,** 54, rue Saussure, XVIIe. Métro : Monceau. — M. RUBINSTEIN fera son cours de sé sérologie appliquée à la Clinique du 18 novembre au 18 décembre. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis à 14 heures.

Le cours comporte l'étude des réactions en vue du sérodiagnostic de la syphilis (Bordet-Wassermann et ses modifications, procédés de floculation, étude du liquide céphalo-rachidien), de la tuberculose (antigène de Besredka, antigènes méthyliques), de l'échinococcose, de la gonococcie, etc.

Le nombre des élèves est limité.

Les inscriptions sont reçues tous les jours de 14 à 18 heures.

Droit d'inscription : 200 francs.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire** 156 *bis*. avenue de Suffren, XVe arrondissement (Métro : Sèvres, — *Assistants titulaires* : Dr BOULANGER, GRANDJEAN et BRULÉ. *Assistant adjoint* : Dr QUENAY. *Assistant chirurgical* : Dr G. YVON. *Assistant médical* : Dr SIGURET. *Chefs des laboratoires* : Dr BEAUVY, DETOT, LE GUYON et LOBLIGEOIS. *Chef du service* : Dr F. CATHELIN :

Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes. Semestre d'hiver à partir du jeudi 16 octobre 1924.

Programme. — Consultations : les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures ; Opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures au Pavillon-Annexe ; Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie ; Radiographies : les mercredis à 9 heures ; Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures ; Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : les mercredis à 9 heures et demie ; Urétrites et examen des gouttes : les lundis à 10 heures ; Traitements : tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la Bibliothèque et les Laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

— Les auditeurs du cours de perfectionnement sur es maladies du tube digestif, fondé par le professeur Gilbert à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, ont fait les 27 et 28 septembre derniers sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, la visite de la station de Vichy.

Le nombre et la qualité des médecins étrangers : Belges, Hellènes, Italiens, Latins d'Amérique, Yougo-Slaves, Tchéco-Slovaques, Egyptiens, etc., qui participaient à ce voyage d'études médicales l'ont rendu particulièrement important.

Les hôtes de Vichy ont entendu une remarquable conférence, la dernière leçon du cours, faite par le Dr Willemin, président de la Société des sciences médicales de Vichy ; puis ils ont visité l'Etablissement thermal, les sources et les services très perfectionnés de la Compagnie Fermière.

Avant le départ, un banquet fut offert par la Compagnie Fermière, auquel assistaient notamment sous la présidence de M. Normand, secrétaire général de la Compagnie, M. le professeur agrégé Maurice Villaret, M. le Dr Willemin, M. le Dr Le Moignic, commissaire du Gouvernement, MM. les docteurs Chabrol, Moutier, Deval, La Garenne et Dumont.

Les discours prononcés caractérisèrent éloquemment la valeur incomparable du traitement thermal de Vichy, mise en lumière en particulier par les travaux de Franz Glénard et de Landouzy, ces grands initiateurs de la science hydrominérale moderne.

— **Syndicat des chirurgiens-dentistes.** — Le syndicat des chirurgiens-dentistes de France, à l'occasion de son assemblée générale annuelle, organise une manifestation scientifique et d'intérêts professionnels qui aura lieu les 8, 9 et 10 novembre prochain, à l'Hôtel Majestic et à laquelle tous les confrères sans distinction sont invités.

Cette manifestation comportera une exposition de fournisseurs et une partie scientifique composée de communications et de démonstrations, ainsi qu'une partie d'intérêts professionnels où seront traitées les questions professionnelles à l'ordre du jour.

Un banquet présidé par M. Justin Godart, ministre du Travail et de l'Hygiène, aura lieu le samedi soir au restaurant Marguery.

— **Clinique Tarnier.** — Cours de perfectionnement du jeudi soir.

Ce cours gratuit aura lieu chaque jeudi à 20 h. 3/4, du jeudi 27 novembre 1924 au 12 mars 1925.

Programme des leçons. — 27 novembre. M. Brindeau : De l'anesthésie rachidienne en obstétrique. — 4 décembre. M. Keiffer (Bruxelles) : La glande myométriale. — 11 décembre. M. Schickelé (Strasbourg) : Le rôle du placentad ans l'organisme de la femme enceinte. — 18 décembre. M. Lantuéjoul : Le forceps. Demelin. — 8 janvier : M. Metzger : Les hémorragies inter-utéro-placentaires. — 15 janvier . M. Ecalle : Les incisions du col en obstétrique. — 22 janvier, M. Vaudescal : La rétroversion partielle de l'utérus gravide. — 29 janvier. M. Jeannin : Formes cliniques et avenir des môles hydatiformes. — 5 février. M. Nattan-Larrier : Le placenta albuminurique. — 12 février, M. Le Lorier, Traitement de l'éclampsie puerpérale. — 26 février M. Ribadeau-Dumas : Débiles et prématurés. — 5 mars. M. Chome : Les formes septicémiques de l'infection puerpérale et leur traitement. — 12 mars. MM. J.-L. Faure et Brindeau : De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale après accouchement à terme.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2528. — Accident survenu à un ouvrier se rendant à son travail.

I

Avant-hier, je vous ai demandé un conseil pour le traitement d'une tuberculose osseuse, aujourd'hui c'est pour un accident.

Le 29 septembre, l'ouvrier agricole X se rendait comme d'habitude à la ferme de son patron (6 h. du matin), buvait son café avec ce dernier. « Ne prends pas les chevaux ce matin, dit le patron à X, mais une fourche et va retourner le fourrage à Z. ». La fourche à la main, X se rendit vers Z vers 7 h. 30. Sur sa route en voulant éviter une bicyclette, il est tombé sur sa hanche droite. Relevé par le bicycliste (seul témoin qui serait d'ailleurs introuvable), X put marcher une centaines de mètres, puis retomba. Son patron fut obligé de venir le chercher et de le reconduire en voiture à la maison.

Appelé aussitôt, je diagnostiquai fracture probable du col du fémur droit. A prévoir incapacité permanente partielle ».

Le 2 octobre, l'entourage m'apprenait qu'il s'agissait d'un accident du travail. C'est pourquoi, je n'ai fait le certificat de premier constat que le 2 octobre.

Le 6, pour préciser la nature de la lésion, je demandai à la compagnie l'autorisation de faire radiographier l'ouvrier X au service de son patron, son assuré. Voici la réponse de la compagnie.

« Cet accident étant survenu à l'ouvrier X avant qu'il soit parvenu sur le lieu de son travail, par conséquent ni pendant le temps ni sur le lieu du travail, dans ces conditions la loi déclare que ce n'est pas un accident du travail et un pareil accident ne donne pas à l'ouvrier X le droit à une indemnité. Je n'ai donc rien à payer à cette victime à raison de l'incapacité de travail qui va être la suite de son accident, ni aucune autorisation à donner pour la radio que vous demandez de faire..... »

X peut-il être considéré comme accidenté du travail. Aura-t-il chance de gagner son procès s'il poursuit son patron, si celui-ci récalcitre à son tour ? ?

Quelle conséquence aurait le retard apporté à la délivrance à la mairie du certificat de premier constat ? Dr G.

Réponse.

La jurisprudence a décidé en effet que le patron ne pouvait être rendu responsable de l'accident survenu à son ouvrier lorsque celui-ci se rendait à son travail ou en revenait. Elle n'a admis d'exception à cette règle que dans le cas où le transport de l'ouvrier de son domicile au lieu de son travail est assumé par le patron.

Mais dans l'espèce que vous nous soumettez, l'accident n'est pas arrivé pendant le trajet de la victime de son domicile au lieu de son travail, mais au contraire au cours d'un déplacement ordonné par le patron pour les nécessités du service, alors que l'ouvrier était déjà arrivé au

centre de l'exploitation et s'était mis à la disposition de son patron. Dans ces conditions, nous estimons que l'accident s'est bien produit au cours du travail et que le blessé a droit aux indemnités prévues par la loi.

Le retard apporté à la déclaration d'accident et au dépôt du certificat médical ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse pour le blessé. En effet ces formalités incombent normalement au patron, mais s'il omet de les accomplir, le blessé est en droit de les accomplir lui-même ou par l'entremise d'un représentant.

Puisque l'assurance refuse de reconnaître l'accident, l'ouvrier va être contraint de citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident pour obtenir le paiement de son demi-salaire. Cette procédure est peu coûteuse, ces actions étant exonérées du timbre et de l'enregistrement.

II

Un ouvrier sort de chez lui après le repas de midi pour se rendre à son travail. Une pluie torrentielle avait transformé la rue en face de sa maison en un véritable lac avec 20 à 25 cm. d'eau de hauteur. Pour l'éviter, il se rend au fond de la cour située devant la maison, prend une échelle, monte sur le mur de clôture et finalement saute dans la rue à un endroit où elle n'était pas inondée. Il se fait une entorse du genou avec fracture du plateau tibial.

La compagnie d'assurances de l'usine refuse l'accident. Peut-on plaider avec chance de succès ?

Dr G.

Réponse.

Pour qu'un accident donne lieu à application de la loi du 9 avril 1898, il faut qu'il se soit produit *par le fait* ou *à l'occasion* du travail. Interprétant cette disposition de la loi, la jurisprudence a décidé que ne pouvaient être considérés comme accidents du travail les accidents survenus pendant le trajet de la victime de son domicile au lieu de son travail ou vice-versa. Elle n'admet d'exception à cette règle que dans le cas où le transport de l'ouvrier est assumé par le patron.

Etant donnée cette jurisprudence, nous ne pensons pas que dans l'espèce que vous nous soumettez votre client ait quelque chance de succès, au cas où il actionnerait son patron en justice.

2552. — Accident survenu à un tâcheron.

Un de mes clients, tâcheron au service d'un entrepreneur du pays, a été victime il y a trois mois d'un accident grave à l'œil droit qui a nécessité, une quinzaine de jours après, l'énucléation du globe oculaire. La déclaration de l'accident a été faite par le patron.

mais maintenant que la blessure est consolidée, l'assurance refuse de verser quoi que ce soit à l'ouvrier, arguant qu'un tâcheron doit s'assurer lui-même. Qu'y a-t-il de vrai dans cette affirmation ? Il n'est pas possible en ce cas, que cet homme, dont la perte d'un œil réduit considérablement la capacité de travail, n'ait pas chance d'obtenir gain de cause en poursuivant la compagnie.

La compagnie ne refusera-t-elle pas aussi de me payer mes honoraires ? L'opération et les frais d'hospitalisation auraient, paraît-il, été payés par l'assurance.

Dr B.

Réponse.

La question de savoir si un tâcheron estc ouvert par la loi sur les accidents du travail est une question fort délicate et dont la solution varie avec les espèces.

Faute de connaître la nature exacte du contrat passé entre la victime de l'accident et l'entrepreneur et les conditions dans lesquelles le travail était effectué, nous ne pourrons que vous donner les bases de la distinction suivant laquelle les auteurs et la jurisprudence accordent ou refusent aux tâcherons le bénéfice de la loi. Si le tâcheron a pris à sa charge un travail, pour l'exécution duquel il jouisse d'une entière indépendance vis-à-vis de l'entrepreneur, il est lui-même un patron et n'est pas couvert par la loi. Si, au contraire, le tâcheron, en se chargeant d'un travail, est resté placé sous la surveillance immédiate et l'autorité de l'entrepreneur, il n'est qu'un contremaître payé à la tâche et a droit, en cas d'accident, aux indemnités de la loi de 1898.

Si votre client veut poursuivre, il faut d'abord qu'il cite son patron (et non pas la compagnie d'assurances, avec laquelle il n'a pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident en paiement de son demi-salaire.

Quant à la rente à laquelle il peut prétendre à la suite de l'incapacité permanente dont il reste atteint, c'est devant le tribunal civil qu'il doit la demander. Il faudra alors qu'il appelle en cause et son patron et la compagnie d'assurances.

Pour toutes ces instances, le blessé bénéficie de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement ; devant le tribunal civil il aura droit à l'assistance judiciai re.

Le sort de votre créance dépendra du succès de l'action intentée par le blessé, car il est certain que la compagnie refusera de vous payer si elle ne reconnaît pas l'accident. Nous vous conseillons de citer le patron devant le juge de paix en même temps que le blessé, de manière à ce que les deux affaires soient liées. Mais, de même que le blessé, vous ne pouvez citer la compagnie d'assurances en paiement de vos honoraires faute de lien de droit avec elle. Enfin, vous bénéficierez également de l'exemption de timbre et d'enregistrement.

Toutes ces actions doivent être intentées dans l'année de l'accident, sous peine de prescription.

2500. — Réquisition par un maire.

J'ai recours à votre estimable journal pour avoir un avis « puridique » sur le cas suivant : une maison de tolérance vient d'être ouverte. Le maire m'a désigné pour passer la visite bi-hebdomadaire des femmes de la dite maison. J'ai d'abord accepté, puis me rendant compte que je m'étais fourvoyé, et que pour des raisons diverses, purement morales, je ne pouvais m'occuper de ce service, j'en préviens le maire. Pour ce service, puis-je être requis légalement ? Suivant l'article 13 de la loi du 3 mars 1922 sur la police sanitaire qui formule des sanctions contre le médecin qui « aurait refusé d'obéir à des réquisitions d'urgence pour service sanitaire ? » — La dite maison, n'est que « tolérée » par l'administration, comme son nom l'indique : ce n'est pas un service *public*, administrativement parlant, ni *urgent*. En admettant, toutefois, que je puisse tomber sous le coup du dit article, ne pourrais-je pas me retrancher derrière mon « incompétence en vénéréologie » ?

Dr Z.

Réponse.

Un médecin ne peut être requis par un maire, ni par tout autre dépositaire de l'autorité publique, pour assurer un service municipal ou autre, tel que, par exemple, la visite d'une maison de tolérance.

L'article 13 de la loi du 3 mars 1822 (et non 1922, comme vous l'avez écrit), ne s'applique qu'en cas d'urgence et ne concerne que « l'invasion ou la crainte d'une maladie pestilentielle ». Cette loi, relative à la police sanitaire, n'est applicable qu'après publication et affichage, dans chaque commune de la portion du territoire français menacée.

2484. — Prorogation de bail.

Formidablement embarrassé par ce fouillis inextricable pour un pauvre médecin trop occupé de la ou plutôt des lois successives sur les loyers, je me vois obligé de venir vous demander quelques renseignements :

Je suis depuis ma démobilisation en juillet 1919, sous-locataire à l'année par bail verbal d'un logement déplorable que je n'ai gardé que faute d'autres jusqu'ici et pour lequel j'ai payé successivement 500 fr. 600 fr. et 1.000 fr. depuis l'an dernier. Un bien meilleur s'offrait à moi, le locataire devant le quitter au 25 mars 1925 et j'ai fait avec le propriétaire une promesse de bail sur timbre. Mais ce locataire se basant sur le moratorium accordé par la loi du 2 août 1924 ne partira sans doute pas malgré l'acte de sortie

reçu six mois avant, c'est-à-dire le 25 septembre. Je ne sais d'ailleurs s'il a droit à ce nouveau moratorium car il est propriétaire d'une maison dans la localité, maison qu'il fait d'ailleurs agrandir mais dont il retardera les travaux à dessein, sans doute. Une seule locataire occupe une seule pièce de cette maison et il reste sans l'agrandissement 3 pièces. Veuillez déjà me fixer sur ce point: peut-il dans ce cas invoquer la dernière loi et s'il l'invoque, quel est le moyen à employer par mon futur propriétaire pour lui en faire refuser l'application ?

Mais ce qui m'intéresse encore plus (car je ne voudrais pas me trouver sans logement, lâchant la proie pour l'ombre) c'est de savoir jusqu'à quand je puis réclamer pour moi-même l'application de la dernière loi. Mon année de location expire le 1er juillet : certains m'affirment que je dois demander le moratorium avant le 1er novembre, d'autres me disent qu'il suffit de le faire le 1er avril, c'est-à-dire trois mois avant l'expiration du bail. Cette date m'irait à merveille, car je me serais alors rendu compte le 25 mars si le locataire que je dois remplacer obeissait ou non à l'acte de sortie et je serais encore à temps s'il part pour donner congé à mon ancien propriétaire qui n'exige que trois mois.

En tout cas si cette date risque d'être trop tardive ou si seulement vous m'affirmez que j'ai droit à cession de ma prorogation à un sous-locataire, je demanderais dès ce mois mon moratoire.

Dr X.

Réponse.

1° Si le propriétaire de la maison que vous vous proposez de louer est en mesure de faire la preuve que son locataire actuel a à sa disposition un autre local répondant à tous ses besoins et à ceux des membres de sa famille demeurant avec lui, il peut valablement lui refuser une prorogation nouvelle, (article 1er de la loi du 2 août 1924 *in fine*). Au cas où malgré cela son locataire lui notifierait son intention de bénéficier de la prorogation, votre propriétaire éventuel devrait le citer devant le juge de paix si le loyer actuel ne dépasse pas 1.000 francs, ou devant le tribunal civil dans le cas contraire, pour entendre dire qu'aucune prorogation nouvelle ne peut lui être accordée. En outre, si l'engagement que le locataire a pris de s'en aller à une date déterminée est postérieur au 2 août 1924, il équivaut à une renonciation au bénéfice de la loi, renonciation valable puisque renonciation à un droit acquis.

2° Vous pouvez parfaitement attendre pour faire votre demande de prorogation à votre propriétaire actuel que votre location soit à trois mois de son échéance. L'obligation de faire cette demande avant le 1er novembre 1924 n'incombe qu'aux locataires dont le bail ou la prorogation sont venus ou viendront à échéance avant le 1er novembre.

Si votre bail ne contient aucune clause restric-

tive du droit de cession ou de sous-location, vous pouvez céder votre droit à la prorogation au même titre que votre bail.

2568. — Privilége du médecin pour ses honoraires.

Un de mes clients reste me devoir deux cent soixante-quinze francs de mars 1924 à août 1924 (accouchement de madame, visite à enfants, et consultations par lui même). Cet homme, un commissionnaire en bestiaux et petit cultivateur, ne pouvant plus payer, abandonne le peu qu'il a et s'enfuit.

Un huissier est chargé par les créanciers de réaliser et de donner à chacun d'eux au prorota. J'apprends la chose et j'envoie ma note à l'huissier qui m'a répondu qu'il fait le nécessaire pour faire comprendre ma note dans la répartition qui est commencée. Est-ce l'esprit de la loi.

D[r] B.

Réponse.

Le paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil donne un privilège au médecin pour les honoraires de la dernière maladie, qu'elle qu'en ait été la terminaison. Mais ce privilège ne s'applique qu'aux soins donnés au débiteur lui-même et non aux membres de sa famille ou de son entourage.

Vous ne pouvez donc réclamer d'être admis au passif par privilège qu'à concurrence du prix de vos visites à votre débiteur ; pour le reste, vous êtes obligé de subir la loi du concours comme les autres créanciers. Vous ne serez payé, pour cette partie de vos honoraires, qu'au marc le franc, c'est-à-dire au prorata de l'actif par rapport à la somme totale des créances.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Traitement des crises gastriques du tabès.

Les symptômes caractéristiques de la crise gastrique du tabès sont : la brusquerie de son apparition et de sa disparition, sa périodicité presque régulière, la violence extraordinaire des douleurs, la répétition des vomissements et l'intolérance presque complète de l'estomac, enfin l'asthénie profonde, pouvant aller jusqu'au collapsus, accompagnée d'hypotension artérielle et réalisant alors un véritable syndrome d'hypoépinéphrie réflexe aiguë.

Il y aura lieu, bien entendu, de s'assurer de l'intégrité de l'estomac et de l'absence d'une lésion organique (gastrite alcoolique ou médica-

menteuse, dyspepsie à type gastralgique chez un névropathe, crise aiguë solaire, accès aérophagique, etc.).

Le diagnostic une fois posé, on prescrira :

Repos absolu au lit et immobilité complète, alimentation liquide et glacée : lait hypersucré, café ou thé légers au lait, kéfir, eau champagnisée. Pas de boissons acides : éviter notamment la citronnade, franchement nuisible.

Appliquer, au creux épigastrique, une vessie de glace, ou bien faire, de temps à autre, une pulvérisation de chlorure de méthyle.

La médication devra être souple et variée. Ne pas se décourager ; les ressources sont nombreuses.

Il sera souvent possible d'arrêter la crise à son début par des inhalations d'ampoules de nitrite d'amyle.

On pourra également recourir à l'injection intra-veineuse d'un demi milligramme d'adrénaline en solution dans 10 cmc. de sérum. Il m'est arrivé d'obtenir le soulagement en 10 ou 15 minutes. La voie gastrique est utile, mais moins efficace : il s'agit, en effet, ici, d'une thérapeutique *anti-choc*, les crises provenant d'incitations humorales d'ordre hémoclasique, d'origine variée (changements de température, écarts alimentaires, etc.).

Si cette médication reste sans effet, recourir à l'injection sous-cutanée de morphine ou, mieux, pour éviter le morphinisme, inévitable si les crises se répètent, du complexe atropine-papavérine, qui ne présente pas les mêmes inconvénients.

Comme médication interne, on essayera :

1° Les cachets suivants, à raison de trois par 24 heures :

Solanine	un centigramme.
Poudre de belladone...	deux centigrammes
Bicarbonate de soude..	0 gr. 40

F. s. a. 1 cachet.

2° Cette potion, par cuillerées à café, de deux en deux heures.

Menthol	0 gr. 25
Chlorhydrate de cocaïne	trois centigrammes
Codéine	dix centigrammes
Eau chloroformée à saturation	60 gr.
Julep gommeux...p.f.	150 gr.

3° Le bismuth à haute dose :

Carbonate de bismuth ...... 29 gr.

Pour un paquet, à prendre en une fois, dans un peu d'eau, chaque matin.

4° Ce lavement :

Bromure de strontium.......	3 gr.
Hydrate de chloral	2 gr.
Eau distillée................	60 gr.

A prendre avec une poire.

La dose de chaque corps peut être portée à 4 grammes en augmentant la quantité de solvant et en se servant d'une canule longue de 15 cm. ; c'est une méthode américaine, dont le effets sont souvent remarquables.

5° Des pilules, à la dose de quatre par jour :

Extrait hydro-alcoolique de cannalis indica..........	0 gr. 02
Oxalate de cérium	0 gr. 05

Pour 1 pilule.

Dans les premiers stades du tabès, il faut soigner la neuro-syphilis.

Le traitement intra-rachidien, par l'arsénobenzol, peut être tenté, dans les conditions suivantes : pratiquer les injections intra-veineuses comme d'usage ; attendre une demi-heure ; prélever alors le sérum du malade, et en injecter 30 à 40 cmc. dans la cavité rachidienne. Ne pas faire plus de deux injecctions par mois. On note une diminution de la lymphocytose du C. R. et, assez fréquemment, la disparition des crises gastriques.

Le quinio-bismuth peut être essayé en cas d'insuccès.

La crise terminée, ne pas manquer de rechercher les symptômes dyspeptiques, et, s'il en existe, de leur appliquer un traitement sévère, de façon à supprimer toute cause locale d'accès ultérieur.

Dr A. Satre
(de Grenoble).

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 octobre.

Hygiene publique. — *Circulaire* relative à l'application du décret du 23 mars 1924 sur le *commerce du lait et des produits de laiterie.*

Instructions générales relatives aux eaux d'alimentation.

Ces deux documents seront publiés ultérieurement, au moins en partie.

11 octobre.

Enseignement de la médecine. — *Décret du* 10 *septembre* 1921 *portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.*

Ce document sera publié ultérieurement.

Mutualité. — *Arrêté du 10 octobre* 1924, *convoquant les délégués des syndicats médicaux*, le dimanche 16 novembre prochain, pour élire leur *représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.*

12 *octobre.*

Enseignement. — *Arrêté* du 11 octobre 1924 maintenant pour l'année scolaire 1924-1925 la *liste des diplômes, titres et certificats étrangers désignés en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire français* pour l'inscription dans les Universités, par les arrêtés des 16 novembre 1915, 30 novembre 1918, 9 avril 1920 et 9 février 1924.

13 et 14 *octobre.*

Mutualité. — *Circulaire relative à l'élection des représentants des syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels.*

Aux termes de cette circulaire, les syndicats médicaux doivent être invités à convoquer l'Assemblée générale, dans un délai de dix jours, pour la désignation de leurs délégués. L'assemblée générale doit désigner ces délégués au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Après deux tours de scrutin, la majorité relative suffit.

Le nombre des délégués est établi dans les proportions suivantes :

Jusqu'à 50 membres, un délégué.

De 51 à 100 membres, deux délégués.

Au-dessus de 100 membres, le nombre de deux délégués est augmenté d'un délégué par 100 membres.

Le président du Syndicat doit faire connaître les résultats de l'élection au maire, qui doit les afficher à la mairie et les transmettre au préfet.

La nomination du représentant des Syndicats médicaux aura lieu, comme on l'a vu plus haut, le 16 novembre. Le scrutin de ballottage, le cas échéant, aura lieu trois semaines après.

15 *octobre.*

Brevet d'infirmieres. — Par arrêté du Ministre du travail et de l'hygiène, le *brevet d'infirmière diplômée de l'Etat français* a été délivré à 480 *infirmières attachées à divers établissements appartenant à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.*

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2490-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression de bande.

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr FOVEAU, de Chartres (Eure-et-Loir), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 497. — Somme. Poste proph. 75.000 touch. susc. augm. Belle mais, conf. jard. Elec. Tél. gar. Mais. 50.000, client. 30.000. Repr. de la pharm. compt. à débat.

No 498. — Char.-Inf. occ. exc. Zèbre 8 CV 1923, cond. int. luxe 3 pl. ét. méc. et caros. garant. parf. 6 roues, pn. ét. n. a fait 12.000 km. Cause ach. 4 pl.

No 499. — Pharmacien, ancien administrateur d'une maison de spécialité pharmaceutique,expérimenté pour la publicité et l'exportation cherche à utiliser ses capacités.

No 500. — Infir. diplômée, ch. emp. ds clin. acc. trav. Mlle Langlois, 44, r. Berzélius (17e).

No 501. — A vend. par suite décès, app. électr. dont principaux : 1o crédence no 2 Gaiffe 110 alternat. ; 2o Tabl. Gaiffe continu 110 av. interrup. ; 3o Pied de Drault ; 4o Mach. stat. Roycourt, etc.

No 502. — Salon Louis XV, tr. bon état à céd. conv. à jne docteur s'inst. S'ad. Dr Boissenot, 28, R. des Boulets. Paris , 11e.

No 503. — 1o Moto Monet-Goyon 2 CV, 2 vit. débray. selle Leckia, pareboue, peu roulé, vend. conf. 1800. 2o Renault AX 2 cyl. cond. int. 2 pl. strap.,révisée juin, (pist. neufs) marche admir. à vend. 4.000, ou éch. voit. 4-6 pl. même val. S'ad. Dr Bedin, Jonchery-s-Vesle (Marne).

No 504. — A vend. cond. int. 4 pl. 11 CV Zédel. Entier. revue 1924, écl. élec. compt. OS. 5 roues Mich. Belle carr. Dr Richard 3 R. Cémonceaux, Le Perreux (Seine), ou 92, R. St-Lazare, Paris, s. rend.-vs.

No 505. — Dr reco. nourr. au sein dés. se placer. Dr Baslez, Charost (Cher).

No 506. — Conf. dés. acquér. client, demi-repos, banl. Paris.

No 507. — Le Cannet (Alp.-Mmes). Dr Daniel, tél. 38. Cure climat. pr tout conval. non contag. nerv., surm. Bronches délic. rhumatis. etc. Tout conf. Tous trait. Clim. le plus doux, site le pl. beau de la côte.

No 508. — Instr. appar. Ilect. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

No 509. — Paris, quart. centr. cab. méd. génér. et chirurg. gr. prod., loyer 6.000, bail 9 ans, sup. appart. 7 pièces tt. conf. cess. urg. S'ad. Breitel et Goret, 1, R. Dante, Paris, 5e.

No 510. — Rég. Nord, poste anc. rapp. 70.000 plus fixes import. pet. loyer, gr. mais. pays agr. sit. admir. Pressé. S'ad. Breitel et Goret, 1, R. Dante, Paris, 5e.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Du traitement des varices par injections sclérosantes.

Dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* (1922, p. 1.573), le professeur Sicard a rappelé que des tentatives pour guérir les varices par injections de substances sclérogènes avaient été faites dès 1850. Mais les liquides employés (solution iodo-tannique ou iodo-iodurée, iode, chloral, acide phéniqué), trop caustiques, provoquaient des escharres.

Comme on le sait, les injections intra-veineuses de certains novarsénicaux alcalins, sclérosent les veines, et cela sans douleur, sans œdème, sans troubles trophiques. Le professeur Sicard proposa donc d'employer le carbonate de soude pour oblitérer les varices, traitement qui assure une guérison radicale, pourvu que le liquide ne diffuse pas dans le tissu cellulaire, le carbonate de soude provoquant alors des escharres, non douloureuses, mais de cicatrisation très lente.

Dans ce même but, Montpellier et Lacroix utilisèrent le biiodure de mercure, et Genevrier, les sels de quinine. Après avoir essayé d'autres substances, telles que le chlorure de calcium et l'hyposulfite de soude, Sicard, Paraff et J. Lermoyez ont reconnu que les meilleurs résultats s'obtenaient au moyen du salicylate de soude, lequel provoque une réaction de l'endothélium veineux, tout en étant relativement bien toléré par le tissu cellulaire. La solution, employée en ampoules de 3 cc. était à 20, 30 ou 40 % d'eau distillée. Le salicylate a, sur le biiodure, l'avantage de n'être pas toxique et de ne provoquer aucune réaction gingivale. Par contre, il détermine, plus souvent que le carbonate de soude, une réaction de « périnévrite » : le vaisseau est entouré d'une zone empâtée, un peu douloureuse, indice de réaction très favorable et d'oblitération définitive.

Plusieurs centaines d'injections, faites depuis 1915, n'auraient jamais été suivies de phlébite ou de migration de caillot. Mais, au moins, un cas de mort ayant été signalé à la suite d'une injection intravariqueuse, on peut cependant redouter une embolie, en particulier dans le cas de grosses varices multiples et diffuses, lorsque le système veineux superficiel communique à plein canal avec le système veineux musculaire. Alors, la palpation permet de sentir, soit une boutonnière paraissant taillée à l'emporte-pièce, soit une nodosité donnant l'impression d'une petite hernie aponévro-musculaire.

Pour éviter tout danger d'embolie, et pour obtenir une sclérose plus prompte, nous avons pensé à lier les larges communications veineuses,

celles qui pourraient permettre le passage d'un caillot formé dans le segment variqueux, et d'autre part, la très rapide diffusion de la substance injectée. Lorsqu'il n'existe pas de ces anastomoses à plein canal avec le système musculaire, nous nous contentons de disséquer les veines à leur partie supérieure, et nous effectuons leurs ligatures au catgut, pratiquant, après suture de la peau, une série d'injections sclérosantes.

Nous employons cette méthode depuis huit mois ; elle nous a permis d'obtenir des guérisons sans danger, sans réactions de périphlébite plus intenses que dans le traitement ordinaire, et en un temps relativement court. Nous avons d'abord utilisé, comme liquide sclérosant, une solution de carbonate de soude, dont nous avons pu faire varier la concentration de 5 à 20 %. Nous nous sommes ensuite servis de salicylate de soude, aux concentrations indiquées ci-dessus. Bien entendu, les ligatures nous ont permis d'injecter chaque fois des quantités moindres que celles employées par le professeur Sicard.

Ne disposant pas d'un service hospitalier, nous n'avons encore qu'un nombre restreint de cas (9). Le tableau clinique ayant d'ailleurs été toujours le même, nous ne publions que deux observations, celles de nos malades les plus atteints :

Obs. I. — R. G., 20 ans, garçon livreur, gros paquet variqueux, douloureux, du territoire de la saphène droite, empêchant le malade de faire ses courses à bicyclette.

28 avril 1924 : ligature du tronc variqueux à sa partie supérieure.

29 avril : première injection de carbonate de soude à 5 % pour tâter la suceptibilité du sujet.

Après une série de douze injections effectuées à trois jours d'intervalle, avec un liquide de plus en plus concentré (jusqu'à 20 %, le malade a pu reprendre son service. La guérison s'est maintenue.

Obs. II. — E. L., 34 ans, employé de bureau. Paquet variqueux gauche. Comme il existe une large anastomose avec le système veineux profond, celle-ci est ligaturée, en même temps que la veine variqueuse supérieure, le 11 juin 1924.

Série de huit injections de salicylate de soude, pratiquées à trois jours d'intervalle, la première à 20 %, les autres à 30 %. Légère phlébite suivie de guérison.

***

Pour publier cet article, que le *Concours médical* avait bien voulu accepter, nous aurions volontiers attendu de posséder un plus grand nombre d'observations, si le docteur M. Ferrier, dans une note des *Pages médicales et parisiennes* (n° 39, août 1924), n'avait proposé une modification de la méthode de Sicard semblable à la nôtre : « procédé qui, dit-il, paraît possible,

mais n'a pas encore été appliqué ». Toujours pour éviter le danger d'embolie, il conseille de passer une aiguille sous les veines variqueuses, et de les lier sur la peau. En terminant cet article, nous sommes très heureux de dire à notre confrère que cette idée, *a priori* logique, est parfaitement réalisable.

D[r] Louis GÉLY et Etienne MAIGRE.

CORRESPONDANCE

2759. — Secret professionnel et certificat de décès

Le Ministre de la Justice a fait savoir (*Concours* 12 octobre 1924, page 2.367 au bas de la 1[re] col.) qu'il considérait comme COUPABLE de *violation* du secret professionnel le MÉDECIN dont une *déclaration* de décès aurait été surprise par un TIERS et *divulguée*.

***

Ceci me paraît énorme !

Je donne, à la FAMILLE, un certificat de décès bardé d'euphémismes comme *néo*, bacillose.... etc. ELLE en fait ce qu'ELLE veut et si tiers indiscret il y a, j'estime que cela regarde cette famille.

Mais il arrive aussi que j'écrive : « la cause du décès m'est inconnue ».

La suite est du ressort de la famille, me semble-t-il, comme ci-avant.

Me taire ? oui !

Faire une fausse déclaration, je ne crois pas.

Je suivrai vos commentaires attentivement.

D[r] J.-C.

Réponse.

Notre confrère a lu mon article d'une manière un peu hâtive, car son émotion aurait été moindre s'il s'était reporté aux lignes qui précédaient celles qu'il cite. J'écrivais, en effet, que « l'hiver dernier, nous avons fait partie d'une commission, instituée au ministère de l'hygiène, commission dont le but était de trouver le *modus faciendi*, pour que le médecin traitant puisse dévoiler le diagnostic exact des causes de décès sans violer le secret professionnel. »

C'est justement la divulgation de ce diagnostic *exact*, qui peut constituer la violation du secret professionnel.

Notre correspondant fait allusion aux certificats quelconques que tout médecin traitant délivre pour que la mairie ne fasse aucune difficulté pour faire enterrer un décédé. Sur ce certificat, on inscrit une cause « déclarable » de la mort, mais très rarement le diagnostic exact.

Quel que soit l'usage que la famille veuille faire de ce certificat, est-ce que notre confrère J. C. croirait pouvoir, sans violer le secret professionnel, délivrer une attestation relatant certaines causes de décès ?

La famille, dit-il, peut faire de ce certificat ce qu'elle veut. Non : la famille doit remettre ce certificat de décès au secrétaire de la mairie, qui, ensuite s'en servira pour des statistiques plus ou moins secrètes.

Il y aura donc une certaine publicité, restreinte il est vrai, mais qui n'en existera pas moins et c'est ce qui a arrêté les travaux de la Commission sus-nommée. Comment le médecin traitant peut-il dire toute la vérité et rien que la vérité scientifique, en ce qui concerne les causes de la mort d'un client ?

Délivrer un certificat simple, indiquant que le patient est bien mort, certificat destiné à la mairie, puis une fiche sanitaire complète et confidentielle adressée au médecin directeur du bureau d'hygiène, ou inspecteur départemental d'hygiène ? Ce confrère-fonctionnaire est, par profession, soumis aux obligations de l'article 378 du code pénal. Donc le secret professionnel sera sauvegardé.

Cependant, la question soumise au Ministre de la Justice était la suivante : « Si, dans un cas quelconque, le secret avait été violé par un tiers, le médecin traitant serait-il déchargé de son secret, ou serait-il traduit devant les tribunaux correctionnels ? »

Par exemple, la lettre officielle, par laquelle le médecin traitant indique à son confrère hygiéniste qu'une femme est morte des suites de manœuvres abortives, tombe entre les mains du Procureur de la République, par suite d'une indiscrétion d'un agent des postes. Le Parquet fait une enquête et poursuit. Le médecin traitant sera-t-il considéré comme ayant violé le secret professionnel ?

Oui, a répondu le Garde des Sceaux, car, en l'état actuel de la législation, le médecin est tenu au secret professionnel *erga omnes*. Il serait nécessaire qu'une loi nouvelle vienne décharger le Corps médical de l'obligation au silence, dans ce cas particulier de la déclaration des décès. Tant que cette loi ne sera pas votée, le garde des sceaux nous oblige au mutisme le plus absolu.

Et personnellement, je lui donne raison, car un décret présidentiel ou un arrêté ministériel ne sauraient supprimer, ou diminuer, les obligations d'une loi.

Du moment où l'article 378 du code pénal est rédigé en termes généraux et absolus, nous devons toujours nous taire, en ce qui concerne nos malades.

Leur remettre des certificats, c'est bien ! mais comme nos malades ne connaissent souvent pas la portée de nos déclarations, nous devons nous

montrer très circonspects, d'autant que le malade lui-même (et à plus forte raison sa famille), n'a pas le droit de nous délier du secret professionnel.

Celui-ci n'a pas été institué seulement dans l'intérêt d'un particulier, mais bien dans un intérêt public, au nom de l'ordre social.

En dehors des cas où une loi nous oblige à délivrer une attestation, nous avons toujours le droit (et souvent le devoir) de refuser un certificat à notre client.

La loi nous oblige à déclarer les maladies transmissibles (et pas toutes, encore) ; à délivrer des certificats aux blessés du travail industriel ou agricole, lorsque nous leur avons donné des soins.

Mais il ne faudrait pas confondre avec le cas où le médecin, n'ayant pas été le médecin traitant, vient auprès du malade, pour représenter un autre intérêt (médecin de l'état civil, médecin contrôleur, médecin certificateur pour une assurance-vie).

Ce confrère doit dire à son mandant ce qu'il a vu, entendu et contrôlé. : il est lié visà-vis de son mandant et nullement vis-à-vis du malade. Cependant, ce dernier est toujours en droit (en dehors des cas où une loi lui en fait une obligation) de se refuser à laisser pénétrer chez lui un médecin quelconque, lorsqu'il sait que ce docteur représente un autre intérêt que le sien.

Enfin, le Dr J. C. écrit, *in fine* : « Me taire ! oui ; faire une fausse déclaration ! Non ! »

Ceci est bien absolu. La confusion actuelle entre les fonctions de médecin traitant et celles momentanées de médecin de l'état civil mettent le docteur dans l'alternative ou de déclarer à la mairie la cause exacte du décès et par suite violer le secret professionnel, ou de se taire et ne pas remplir son mandat d'auxiliaire de l'officier de l'état civil.

Or, le maire a besoin de savoir que le défunt est bien mort et que la cause du décès est naturelle, sans qu'il y ait présomption de crime.

Notre devoir le plus strict devrait consister à nous refuser, d'une manière systématique et pour tous les cas, de délivrer un certificat de décès pour n'importe lequel de nos clients, que nous aurions soigné dans sa dernière maladie.

Je sais bien que des habitudes sont prises et que ce geste de refus serait mal interprété par des maires, ou des secrétaires de mairie, qui, bien souvent, ignorent beaucoup de lois et articles de nos codes.

Cependant si, sur mille cas, 999 fois on délivre le certificat de mort, avec le diagnostic « avouable » connu de tous (car tout se sait dans les petites localités) qu'en résultera-t-il, la millième fois, lorsque le médecin traitant refusera le certificat demandé ? Ne sera-ce pas, d'une manière déguisée, une dénonciation ? Ce refus

ne voudra-t-il pas indiquer que le médecin traitant, sachant que les causes de la mort ne sont pas naturelles, il y a lieu, pour l'officier de l'état civil, de se transformer en auxiliaire de la justice répressive ?

Cette question est fort complexe et demande un article, que je suis en train de préparer. Nous en reparlerons à l'assemblée générale prochaine du *Concours*.

Mais, en attendant, je ne saurais trop recommander la plus grande prudence à nos confrères, pour toutes ces questions de secret professionnel.

Je sais bien que, dans la vie professionnelle de tous les jours, le médecin est rarement mis dans l'obligation de se taire. Et cependant, ne dit-on pas trop fréquemment sa façon de penser à des voisines du malade ? Ne confie-t-on pas des diagnostics à sa propre femme ? N'écrit-on pas un résumé en tête d'une ordonnance ? Autant de violations du secret professionnel, qui, dans l'immense majorité des cas, n'ont pas bien grande importance, mais qui peuvent, un jour, faire poursuivre un malheureux médecin, auquel, à la Faculté de médecine, on n'aura jamais fait une leçon *clinique* sur l'obligation au secret.

D'ailleurs, entre juristes et médecins, souvent nous différons d'avis sur la doctrine des prescriptions de l'article 378 et de l'interprétation de ce dernier.

Dr Paul Boudin.

2488. — Pension militaire d'un aliéné interné.

Vous me permettrez de revenir sur une question que je vous ai posée il y a quelque temps et à laquelle vous avez répondu le 28 août.

Mon client pensionné de guerre a été réformé pour tuberculose pulmonaire et est interné comme aliéné au compte, je crois, du service départemental de l'A. M. G.

Ma cliente, femme du susdit, sans enfant, peut-elle toucher sa pension qui n'avait été sollicitée et accordée qu'après le mariage et qui n'était que de 15 %.

Vous m'avez répondu croyant que la pension provenait, comme l'internement, de la démence. Et c'est parce qu'il n'en est rien (?) qu'il me paraît plus difficile de répondre à ma cliente qu'elle a droit à une pension pendant le séjour de son mari à l'asile et après sa mort si le malheur arrive.

Dr T.

Réponse.

L'intéressé ne semble pas avoir droit à pension pour l'aliénation mentale (non imputable au service ?)

Quant à sa pension de 15 %, rien de changé, sa femme doit la toucher au nom de son mari, puisque c'est elle, probablement, qui s'occupe de ses intérêts.

S'il y a décès, la question de pension de veuve

(*Voir la suite page XLVII-2535*)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

16 NOVEMBRE 1924

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 16 NOVEMBRE 1924***, dans l'ordre suivant :

Chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A 2 heures* 1/2.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

II. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

III. — *A quatre heures.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

IV. — *A cinq heures* 1/2.

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

V. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — Souscription 35 fr. Le complément (plus de 20 frs) sera payé par la caisse de la Société Civile.

MENU

POTAGE

Bisque d'écrevisses Saint-Germain.

RELEVÉ

Filets de sole Marguery.

ENTRÉE

Cuissot de chevreuil Grand-Veneur.
Crème de marrons.

ROTI

Poularde de Bresse.

SALADE Mimosa.

LÉGUMES

Cèpes à la Bordelaise.
Petits pois à la Française.

FROMAGE

ENTREMETS

Glace Tutti-Frutti.

DESSERTS

Mignardises.
Petits Fours.
Corbeilles de fruits

VINS

Chablis en carafes.
Beaujolais en carafes.
Richebourg 1915.
Champagne Piper Heidsieck 1/2 sec.

Café — Liqueurs.

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire avant le 10 novembre, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la profession médicale. De la corporation au syndicalisme.

Ne faisant pas exception à la loi générale, la profession médicale a toujours subi l'influence du milieu où elle a vécu. Le syndicalisme qui s'est imposé à elle (comme à toutes les professions d'ailleurs) était une nécessité, et son évolution plus rapide depuis la guerre est moins dépendante que nous paraissons le croire de la volonté des médecins praticiens. Que quelques hommes énergiques et de bonne volonté, que quelques esprits clairs, voyant plus nettement et plus loin que les autres, aient imprimé à notre évolution syndicaliste un mouvement plus rapide, cela n'est pas douteux. Que, sous la pression d'événements imprévus, de transformations politiques et sociales, notre syndicalisme ait compris la nécessité de mieux s'organiser, d'augmenter ses ressources pour développer son action, personne ne saurait le contester.

Mais la profession médicale par la force des choses subit l'influence de l'évolution sociale, qui elle-même dépend de causes économiques qui dépassent en puissance toutes les volontés humaines. Sans doute, il nous serait possible d'essayer de résister au courant, mais cette résistance ne saurait être qu'éphémère, et ne compterait que comme un épisode dans l'histoire de notre profession. Si nous ne voulons pas être submergés, il serait sage de bien diriger notre esquif, d'éviter les écueils sur lequel il pourrait venir se briser, de ne pas le laisser entraîner trop rapidement à la dérive, au milieu même du torrent, mais de le maintenir sagement au voisinage de la berge pour pouvoir atterrir en cas d'avarie.

Au cours d'une de nos réunions syndicales, nous avons entendu un de nos collègues affirmer que la Constituante, en supprimant les Corporations, et parmi elles les corporations de médecins et de chirurgiens, avait fait une sottise. Notre confrère connaissait peu ou mal l'histoire des Corporations. Certes, leur suppression par la loi du 2-7 mars 1791 que fit voter Lechapelier, eut de graves conséquences. Elle laissa les métiers et les professions dans le désarroi d'un individualisme excessif qui pèse encore sur la mentalité de beaucoup de médecins. Mais cette opération chirurgicale s'imposait. Turgot, par l'édit de 1776, avait déjà donné le premier coup de hache au vieil édifice. Les Corporations furent supprimées parce qu'elles étaient devenues nuisibles, et si une période très longue d'anarchie régna dans les milieux professionnels avant qu'ils aient pu songer à se réorganiser sous la forme syndicale, cela tint à ce que les guerres et les nécessités de constituer l'Etat moderne accaparèrent toute l'énergie de la Nation. Cela tint aussi à ce que les professions habituées à ne considérer que leurs petits intérêts égoïstes, à ne pas voir au-delà du cercle étroit de leur milieu restreint et du présent immédiat, furent incapables de proposer une réforme véritable, une adaptation des Corporations aux nouvelles conditions d'existence de la Nation et pouvant évoluer avec elles.

Ce ne fut que lorsque le développement de l'industrialisme au XIXe siècle, provoqué par les découvertes techniques dues aux progrès de la science, eut bouleversé de fond en comble le régime économique, que se fit sentir la nécessité d'une nouvelle organisation professionnelle et que le Syndicalisme vit le jour. Il en fut de même pour la profession médicale. Ses membres vécurent pendant près d'un siècle sous le régime de l'individualisme le plus absolu, mais lorsque la médecine publique, devenue la médecine sociale et conséquence inéluctable de l'industrialisme et du machinisme, s'organisa, la nécessité du syndicalisme s'imposa au corps médical comme aux autres professions et cette nécessité paraît devenir de plus en plus impérieuse.

Il n'est pas sans intérêt, à l'époque de transformation que nous traversons, de jeter un coup d'œil sur le passé. Cela peut nous permettre de mieux nous rendre compte des événements présents et d'éviter bien des fautes dont notre profession et nous-mêmes pourrions être peut-être pendant longtemps les victimes.

***

L'histoire des corporations des médecins et de celles des chirurgiens (tout au moins celles de Paris), intimement liée à l'histoire de toutes les autres corporations, est pour ceux qui l'étudient véritablement passionnante.

Si, par le terme « Révolution » l'on entend dé-

signer un bouleversement politique avec guerres civiles, massacres et dictatures, l'histoire de tous les peuples nous en donne de nombreux exemples. Ces révolutions, le plus souvent éphémères, ne laissent après elles, comme conséquences, que la misère et de bien faibles modifications sociales.

Si par Révolution, on entend une transformation qui, souvent après une très longue gestation, vient tout à coup à s'imposer et à modifier, parfois sans le moindre désordre, mais de fond en comble la vie d'une nation pendant plusieurs siècles, le nombre de ces Révolutions, infiniment plus importantes pour l'humanité que les autres, est relativement restreint. Dans le cadre où nous nous trouvons, nous pouvons en signaler trois en France :

1° La constitution des corporations au XII[e] siècle et leur épanouissement au XIII[e] siècle, provoqués par la réaction contre la féodalité et par le mouvement municipal.

2° La suppression des corporations à la fin de XVIII[e] siècle, nécessitée par leur étroit égoïsme et leur méconnaissance absolue des nécessités et des progrès sociaux.

3° La naissance du syndicalisme à la fin du XIX[e] siècle, conséquence des transformations économiques et sociales provoquées par le machinisme, suivi lui-même de l'organisation de la grande industrie.

Ces trois étapes de l'organisation professionnelle qui ont eu, pour le développement de la Société française, une importance plus grande que toutes les guerres civiles ou nationales, se sont succédé par un enchaînement de faits qui les a rendues inévitables, et elles ont été franchies par la profession médicale exactement comme par les autres professions.

La naissance des corporations en France et de l'Université de Paris

L'origine des corporations professionnelles en France reste encore obscure. Il est possible que la tradition des collèges d'artisans romains qui s'étaient propagés en Gaule, ait survécu dans les siècles troublés qui suivirent la chute de l'empire. Il est encore possible que les guildes germaniques et anglo-saxonnes, sortes de confrères, tour à tour militaires, religieuses et sociales, aient pris parfois naissance dans le cadre professionnel. Ce fut bien le cas en Angleterre où, dès le XI[e] siècle, sont signalées les Craftgilds d'artisans et de métiers qui, gagnant le continent, prospérèrent au XII[e] siècle à Mayence. Ces Craftgilds étaient pourvues de statuts et de règlements qui étaient bien ceux des vieilles corporations, puisqu'ils se préoccupaient de la moralité de leurs membres, leur faisaient payer des droits, règlementaient l'apprentissage, assuraient des secours mutuels, garantissaient le fini et la loyauté dans l'exécution soigneuse du travail, exigeaient le maintien de la concorde et prévoyaient des sanctions contre la violation de leurs prescriptions.

Pendant le haut moyen âge, les corporations furent rares. La désintégration de la souveraineté de l'Etat ancien avait amené le régime féodal, sorte d'anarchie politique. Chaque seigneurie devait autant que possible se suffire à elle-même. A côté des serfs de la terre, le seigneur avait les serfs de ses ateliers, de ses offices, pour se servir du terme consacré, et lorsque ces offices prenaient une importance assez grande pour que la production dépassât les besoins du domaine féodal, l'intendant du seigneur vendait le surplus aux voisins. Le travail libre n'existait pas ou fort peu. Cependant, il semble bien qu'à Paris la confrérie des marchands de l'eau, transformée plus tard en une hanse pourvue de privilèges, ait maintenu le lien corporatif depuis l'époque romaine.

Mais l'organisation du travail libre ne s'effectua qu'avec le mouvement communal auquel elle fut intimément liée. Le seigneur féodal, poussé par le besoin d'argent, besoin accru par les aventures des croisades, vendit des libertés et des privilèges aux bourgeois des villes et aux artisans et marchands de ces villes qui, souvent déjà groupés en confréries religieuses, se transformèrent en corps de métiers, en corporations. Les rois de France favorisèrent dans leur domaine ce mouvement qui ne fut pas accepté avec la même libéralité par tous les féodaux laïques ou ecclésiastiques. Les Capétiens prévirent plus ou moins consciemment le parti qu'ils pourraient tirer de cette force nouvelle pour arriver à la reconstitution d'un Etat.

Les Corporations pourvues de privilèges portaient juridiquement le nom d'Universités, par exemple : *Universitas mercatorum* signifiait, dans le Nord de la France, la Corporation des marchands. Or, à Paris, autour de l'ancienne église de Notre-Dame, bâtie sur les ruines du temple d'Esculape, un grand nombre de clercs venaient enseigner les arts libéraux avec l'autorisation de l'Evêque de Paris ou de son délégué, le chancelier du chapitre de Notre-Dame qui leur délivrait la permission, c'est-à-dire la *licence d'enseigner*. L'Abbé de Sainte-Geneviève usant de son droit seigneurial, accordait aussi la même licence

La réputation de maîtres, comme Guillaume le Champeaux et Abélard, amenèrent à Paris, un afflux considérable d'étudiants et aussi de maîtres qui formèrent des groupements, des écoles, et un jour, dans le but de se protéger et de se défendre contre l'arbitraire des pouvoirs royal ou épiscopal, ils se réunirent tous en corporation sous le titre de *Universitas magistrorum et auditorum*. L'Université de Paris était fondée. Simple corporation à ses débuts comme les corporations de métiers, elle se divisait en écoles qui prirent plus tard le nom de Facultés. D'abord la Faculté des Arts, divisée en nations et en collèges donnant un enseignement général. Ses élèves, après avoir obtenu la maîtrise, pouvaient aborder les études spéciales, affectant un caractère professionnel, données par la Faculté de Théologie, celle de Droit ou Décret, et enfin celle de médecine, primitivement simple section de la Faculté des Arts. Un recteur élu dirigea plus tard l'Université dont les Facultés jouissaient d'une autonomie presque absolue.

A la suite d'une émeute, l'Université parisienne fut assez puissante pour se faire donner en 1200, par Philippe-Auguste, une Charte royale la plaçant sous la juridiction ecclésiastique de l'évêque et enlevant au Prévôt de Paris, dont dépendaient les Corporations, tout droit sur les maîtres et les écoliers. Bien plus, le Prévôt devait jurer de respecter les privilèges universitaires.

En 1215, le Légat du Pape, Robert de Courçon, ne permit au Chancelier de Notre Dame de ne délivrer les licences d'enseigner qu'après que l'Université eût, par des examens appropriés, reconnu la compétence de l'impétrant.

En 1231, le pape Grégoire IX, par la bulle *Parens scientiarum*, augmenta encore les privilèges de l'Université, l'autorisa à s'organiser, à se donner des statuts et, tout en maintenant les droits de l'Evêque et du Chancelier du Chapitre de Notre-Dame, diminua leur autorité. L'Université de Paris qui émigra sur la rive gauche, où elle fonda ses nombreux collèges et où s'établirent ses écoles, fut une sorte de République démocratique, purement ecclésiastique, corporation par ce fait anoblie car elle ne comprenait que des clercs. Au XIIe siècle la Faculté de médecine, tout en restant rattachée à l'Université, forma une corporation autonome. Elle se sépara de la Faculté des Arts à laquelle elle était primitivement incorporée. Ses docteurs-régents furent encore longtemps astreints au célibat, puisque ce ne fut qu'en 1452 que le légat du Pape Nicolas V, le Cardinal d'Estouteville, donna aux médecins de Paris l'autorisation de se marier lors de la révision du règlement de l'Université de Paris. Telles furent les origines de la corporation médicale parisienne.

Au début du XIIIe siècle, toujours sous le règne de Philippe-Auguste, s'était fondée l'Université de Montpellier dont le statut de la Faculté de médecine, délivré par le Cardinal Conrad de Porto, place cette faculté sous la juridiction d'un de ses membres le chancelier, professeur, élevé à cette fonction par l'évêque de Maguelone. En 1289, une bulle du pape Nicolas IV organisait définitivement cette Université. D'autres Universités sensiblement sur le même modèle et *toujours ecclésiastiques* s'étaient fondées vers la même époque, ou peu après, dans les grandes villes de la Chrétienté, tant en France que dans les autres nations.

Les chirurgiens, qui faisaient un métier manuel considéré comme indigne de la noblesse universitaire, formaient une très ancienne corporation, mêlée aux corporations des gens de métiers. Ils étaient confondus avec la corporation des barbiers, mais au XIIe siècle, ils s'en étaient séparés, formant la Confrérie de Saint-Côme et de Saint-Damien qui eut de si nombreux démêlés avec la Faculté de médecine et finit par en triompher.

En poursuivant l'étude de l'évolution des corporations, nous verrons que la corporation des médecins de Paris, bien qu'universitaire et noble parce que d'origine ecclésiastique, subit les mêmes épreuves, s'imprègne des mêmes préjugés que les autres corporations, les corporations roturières des gens de métiers. Nous verrons encore qu'à la fin de l'Ancien Régime, par ses fautes sans nombre, son étroit égoïsme, son esprit rétrograde ennemi de tout progrès, par la jalousie mesquine de ses membres, elle était devenue une institution misérable, sans autorité, sans ressources, ne possédant même plus une maison pour s'abriter, une salle pour y réunir ses élèves. Aussi la loi de la Constituante, en la supprimant avec toutes les corporations, mit, pour celle des médecins de Paris, un terme à une agonie pénible et sans dignité.

Mais avant d'arriver à cette fin lamentable, qui fut celle de la plupart des Corporations, elle évolua et, comme beaucoup d'institutions de l'Ancien Régime qui à une époque répondirent aux exigences de la Société, elle eut des périodes de prospérité. C'est cette évolution des corporations médicales au sein de toutes les autres corporations que nous désirons étudier avant d'arriver à leur disparition et à l'éclosion du syndicalisme.

R. H. M. S. : 6000 J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ASTHME

Par Jacques DECOURT,

Interne des hôpitaux de Paris.

Nulle question n'est aujourd'hui plus complexe et plus embrouillée que celle de l'asthme. Aussi ne saurait-on prétendre la traiter en quelques pages. Nous voudrions seulement tenter d'exposer les notions qu'il est indispensable de posséder à son sujet.

Si les travaux récents, en éclairant de nombreux points de sa pathogénie, sont venus apporter des données du plus haut intérêt clinique et thérapeutique, ils n'en ont pas moins contribué à compliquer son étude. Et dès les premiers pas, on se heurte à l'impossibilité d'en donner une définition satisfaisante.

Pour le moment, cette définition doit rester clinique, au risque d'être imparfaite, à la fois trop large et trop étroite.

Définition.

L'asthme n'est pas une maladie autonome, de signification univoque. C'est un *syndrome* clinique aux causes infiniment variées.

Ce syndrome est caractérisé par des *crises de dyspnée spasmodique, avec bradypnée et gêne expiratoire, et se terminant habituellement par une hypersécrétion bronchique.*

C'est à peu près la vieille définition de Brissaud. Elle est imparfaite, disons-nous. Trop large d'un côté, car elle embrasse le pseudo-asthme cardio-rénal simple. Trop étroite de l'autre, car elle ne comprend pas les asthmes larvés.

Aussi, avant d'aborder la clinique, et pour l'éclairer, nous faut-il préciser quelques points de sa pathogénie, dont l'intérêt n'est pas seulement spéculatif, mais hautement pratique, puisqu'ils devront guider l'étude du malade et la thérapeutique.

Notions pathogéniques.

Les classiques distinguaient, d'une part, un asthme essentiel, asthme-névrose, seul asthme vrai ; et d'autre part, des asthmes symptomatiques relevant de causes organiques.

On doit en réalité admettre aujourd'hui que *tout asthme est symptomatique.*

En effet, l'asthme dit essentiel n'est pas purement névrotique, car à son origine, nous retrouverons des modifications humorales, et souvent (sinon même toujours pour certains) une épine irritative locale.

Quoiqu'il en soit, comment peut-on expliquer la crise d'asthme ?

Commençons par l'effet pour remonter à la cause.

I. Le symptôme asthme relève de deux ordres de troubles pulmonaires : spasme des muscles respiratoires, troubles sécrétoires de la muqueuse.

Le spasme ouvre la scène : c'est la dyspnée. Il porte sur deux ordres de muscles : principalement sur les muscles des bronchioles, accessoirement sur le diaphragme. Or, comme le montrent la clinique, l'expérimentation et les méthodes thérapeutiques, un tel trouble est le résultat d'une excitation du nerf vague ou pneumogastrique, d'une *vagotonie*, comme on dit aujourd'hui. L'excitation du bout périphérique du vague détermine le broncho-spasme. L'excitation de son bout central provoque, par voie réflexe vago-bulbo-phrénique, la contraction du diaphragme.

On sait en outre la balance, l'antagonisme qui existe entre le sympathique d'une part, et le vague d'autre part. En même temps que le vague est excité, le sympathique est inhibé. Or, il est broncho-dilatateur, et son inhibition viendra donc ajouter ses effets au broncho-spasme dû à l'hypertonie du vague.

Mais cette inhibition n'est que temporaire. A la fin de la crise, le sympathique en quelque sorte reprend le dessus, et l'on voit alors l'excitation de ses filets vaso-moteurs et sécrétoires déterminer l'hypersécrétion de la muqueuse, l'expectoration, dont la venue vient annoncer le soulagement du malade.

La crise dyspnéique de l'asthme représente donc la manifestation d'un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans le sens vagotonique.

Mais ce premier point établi, il reste à préciser quelles causes produisent ce déséquilibre.

II. Ces causes peuvent être locales, représentées par *une lésion, une « épine », si minime*

soit-elle, siégeant dans la sphère d'influence du pneumogastrique ou du sympathique, c'est-à-dire en des points infiniment variés : tel est le rôle des lésions nasales, des affections chroniques du poumon, de l'adénopathie médiastinale, des malformations thoraciques, des affections gastriques et intestinales, réalisant en quelque sorte autant de variétés d' « asthmes réflexes ».

Mais il faut sans doute, pour que ces épines aient un rôle, que le sujet soit par une prédisposition spéciale, héréditaire ou acquise, dans un état d'instabilité neuro-végétative favorisant le déclanchement de la crise vagotonique.

Et encore faut-il expliquer pourquoi c'est seulement par intermittences, par paroxysmes espacés, que la crise apparaît, en un mot qu'elle est la cause occasionnelle, déclanchante.

III. C'est ici qu'interviennent *les causes générales, les troubles humoraux* mis en évidence par les recherches modernes.

Deux cas à ce propos peuvent se présenter.

1° Nombre d'asthmes ne sont qu'une *manifestation de l'anaphylaxie*, c'est-à-dire d'une sensibilisation telle du sujet, vis-à-vis de certaines substances protéiques étrangères, que le contact de son organisme avec une parcelle, même infinitésimale de ces substances, suffit à déterminer chez lui des accidents graves, en l'espèce la crise d'asthme.

Ces substances protéiques peuvent être d'origine alimentaire (œufs, viande, poisson, farine, pain, etc.), d'origine aérienne (provenant des poils, de la sueur, des débris cutanés des animaux, des plumes d'oiseaux, de la laine, des pollens végétaux, etc.) Elles peuvent être enfin d'origine microbienne (staphylocoque blanc ou doré, bacille de Koch, etc.). Nous ne pouvons insister ici sur ces faits actuellement bien connus.

Comme l'ont montré Widal et ses élèves, la manifestation clinique de l'anaphylaxie est ici précédée de manifestations humorales qui constituent ce qu'ils ont appelé la *crise hémoclasique* ou le *choc colloïdoclasique* (1). Ce choc, qu'ils attribuent à un déséquilibre brusque des colloïdes du sang, que M. Lumière interprète comme une floculation de ces colloïdes, se traduit par les phénomènes suivants : chute de la pression artérielle, diminution rapide du nombre des globules blancs, augmentation de la coagulabilité sanguine, diminution de l'indice réfractométrique du sérum.

La recherche de ces modifications sanguines, la méthode des cuti-réactions, l'épreuve de l'asthme provoqué, l'épreuve de l'anaphylaxie passive fournissent la preuve scientifique de la nature anaphylactique de ces variétés d'asthme.

La clinique la met parfois en évidence chez certains sujets qui présentent alternativement des crises d'asthme, et d'autres manifestations d'ordre anaphylactique telles que : urticaire, migraines, œdèmes de Quincke.

2° Mais, comme l'ont encore montré Widal et ses élèves, la crise colloïdoclasique, et l'asthme qui la suit, peuvent apparaître chez certaines sujets, indépendamment de toute sensibilisation préalable, donc en dehors de toute anaphylaxie.

Il s'agit là de sujets atteints d'instabilité colloïdale, d'une véritable *diathèse colloïdoclasique*, tare humorale héréditaire ou acquise (1).

Et chez de tels sujets, la crise d'asthme peut être déclanchée par des causes banales et très variables : le froid, la fatigue, les changements atmosphériques, des troubles digestifs, l'absorption de certains médicaments tels que l'aspirine ou l'antipyrine, les règles chez la femme, une simple émotion.

Cette aptitude à faire des chocs sous des prétextes futiles, cette diathèse colloïdoclasique semble bien voisine de la vieille diathèse neuro-arthritique, dont la conception dès longtemps mettait en relief l'*importance du terrain* dans l'éclosion de l'asthme.

Il resterait à expliquer pourquoi le choc humoral produit chez tel sujet de l'asthme, alors que chez tel autre, il se manifestera par de l'urticaire, de la migraine, ou de l'hémoglobinurie.

Faut-il admettre que, par les brusques modifications circulatoires qu'il apporte, le choc agit directement par excitation bulbaire ? (2). C'est ici surtout qu'interviennent les deux notions précédemment énoncées : celle d'un déséquilibre vago-sympathique, et celle d'une épine pulmonaire capable de drainer vers l'appareil respiratoire les manifestations du trouble humoral.

Quant à expliquer la nature de la diathèse colloïdoclasique, nous en sommes aujourd'hui bien incapables. On attire à son propos l'attention sur les altérations fonctionnelles du foie, sur l'*uricémie*. Un facteur qui joue un rôle indéniable, c'est le dysfonctionnement des *glandes endocrines*, ce qui ne saurait surprendre en raison de l'action qu'elles exercent, d'une part sur le milieu humoral, et d'autre part, sur le système neuro-végétatif. Des exemples frappants en ont été fournis par Widal et ses élèves à propos de la glande thyroïde.

En résumé, trois facteurs concourent au déterminisme de la crise d'asthme :

(1) Cf. *Presse médicale*, 11 juillet 1914, et 3 avril 1920. — *Rapport au XVᵉ Congrès de médecine*, Strasbourg, octobre 1921, p. 325.

(1) Cf. WIDAL, ABRAMI et J. LERMOYEZ. — *Presse médicale*, 4 mars 1922, p. 189.

(2) Cf. DE WAELE. — *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, tome XXIX, n° 3, séance du 26 avril 1919

a) Un déséquilibre du système vago-sympathique.

b) Un choc colloïdoclasique lié soit à l'anaphylaxie, soit à une cause banale et très variable, venant frapper un sujet en état d'instabilité humorale constitutionnelle.

c) Une épine irritative locale qui vient pour ainsi dire cristalliser sur l'appareil respiratoire la manifestation clinique du choc humoral, par l'intermédiaire du vago-sympathique que ce choc a ébranlé.

Ces trois facteurs sont-ils nécessairement réunis ? En pratique, ils le sont presque toujours. Mais sans doute faut-il admettre, avec Sergent, que le choc humoral n'est pas absolument indispensable, et que dans certains cas, il peut suffire d'invoquer l'épine pulmonaire et le trouble vago-sympathique, dans certains autres cas même, ce trouble vago-sympathique seul (ce serait alors l'ancienne névrose) ?

En réalité, c'est un peu question de doctrine, et cela dépend du cadre nosographique que l'on veut assigner à l'asthme.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de ces notions pathogéniques est considérable, puisque d'elles dépendra une thérapeutique rationnelle. Elles vont guider l'étude clinique de l'asthmatique.

Symptômes.

Nous prendrons comme type de description l'asthme essentiel des classiques, l'*asthme typique*, comme on dit aujourd'hui, et qui répondra par exemple à un cas d'asthme anaphylactique.

I) La crise d'asthme.

C'est brusquement, en pleine santé et le plus souvent sans cause apparente, que le sujet va faire, une nuit, sa première crise d'asthme.

A) *Prodromes.* — *La veille au soir*, il était bien portant. Assez souvent cependant, quelques prodromes se sont manifestés : de la flatulence gastrique, une saveur spéciale indéfinissable de la salive, un état de nervosisme, de mauvaise humeur.

Ces quelques troubles, très vagues, constituent une sorte d'aura qui avertit un vieil asthmatique, mais qui n'attire pas l'attention d'un malade à la veille de sa première crise.

Et, sans s'inquiéter, celui-ci se couche et s'endort.

B) *La crise.* — Après 2 ou 3 heures de sommeil, à une heure remarquablement fixe et précise, située habituellement *entre une et trois heures du matin*, il est réveillé par une sensation d'oppression, de manque d'air.

Inquiet, le malade s'agite, se lève. Son malaise augmente. Et progressivement, en quelques minutes, la dyspnée est à son apogée.

C'est une *dyspnée* intense, une sensation d'oppression, d'étouffement extrême.

Angoissé, le malade se précipite à la fenêtre, qu'il ouvre, pour aspirer cet air dont la soif le torture.

Mais il n'est pas calmé. Il se cramponne à un meuble, cherchant à donner un appui à l'effort de tous ses muscles respiratoires.

La face pâle, couverte de sueurs, les lèvres cyanosées, les yeux brillants et angoissés, parfois baignés de larmes, les narines battantes, la bouche ouverte, ne parlant pas, il est tout entier à la lutte contre l'asphyxie.

Le médecin qui l'observe reconnaît l'asthme aux caractères de la dyspnée.

Le *rythme respiratoire est ralenti*, bien que les pauses soient supprimées.

Le rythme est inversé : l'*expiration se prolonge*, devient deux ou trois fois plus longue que l'inspiration. C'est une expiration *active*, le malade mettant en jeu tous ses muscles expiratoires pour chasser l'air de sa poitrine, et *bruyante*, s'accompagnant d'un sifflement caractéristique, le *wheezing* des Anglais.

Le *thorax est globuleux*, fixé dans un état de distension permanente, si bien que l'inspiration elle-même est gênée, nécessitant l'emploi des muscles inspirateurs accessoires.

Si l'on percute, on note une hypersonorité de toute la poitrine, empiétant même sur la matité hépatique.

L'auscultation fait entendre l'expiration prolongée, bruyante, sifflante, suivie brusquement, sans pause, d'une inspiration courte, humée, à peine perceptible.

Fait capital : le pouls n'est pas accéléré. Si l'on prend la température, on la trouve normale.

Telle est la phase sèche, dyspnéique. Elle dure une heure, deux heures avec la même intensité.

Peu à peu, des sibilances disséminées encombrent l'expiration, se multiplient, annonçant la phase suivante.

Une *quinte de toux* survient, d'abord sèche ; puis se répète, plus humide.

Le malade *se met à cracher*. Rapidement l'expectoration devient abondante. Elle est muqueuse, et contient de petites particules opalines, arrondies, comparables à des grains de tapioca, constituant les « crachats perlés » de Laënnec, dont sera surtout intéressante l'étude microscopique.

A mesure qu'il crache, le malade est soulagé. La dyspnée s'atténue. C'est la fin de l'orage.

L'auscultation révèle à ce moment dans toute la poitrine des râles abondants, ronflants et sibilants, mêlés parfois de quelques sous-crépitants.

Souvent une débâcle urinaire termine la scène ; et le malade épuisé s'endort.

Le lendemain, il se réveille tard, un peu fati-

gué et courbaturé, ne conservant que quelques sibilances dans la poitrine, un foie un peu douloureux à la pression (cœur forcé).

Il vaque cependant à ses occupations.

C) *Laboratoire.* — Telle est la crise d'asthme typique. Actuellement sa description ne serait pas complète sans l'exposé des recherches de laboratoire qui l'authentifient et en montrent le processus.

a) *L'expectoration* tout d'abord présente des caractères très particuliers. Sur une nappe de mucus hyalin, se détachent des éléments figurés.

A l'examen direct entre lame et lamelle, sans fixation ni coloration on peut constater les corps spiralés de Curshmann qui ne sont autres que de petits filaments de mucus enroulés, et des *cristaux de Charcot-Leyden* qui ne présentent que des composés phosphatés organiques.

Mais beaucoup plus caractéristiques est l'étude, après coloration, des éléments cellulaires. Il n'y a pas trace de pus. On trouve des cellules bronchiques desquamées admirablement conservées, certaines mêmes munies de leur plateau cilié. Et surtout, fait caractéristique, la préparation est semée d'une grande quantité de *cellules éosinophiles*, poly- ou mononucléées. C'est là, pour MM. Bezançon et de Jong, *le meilleur critérium biologique de la crise d'asthme vrai* (1).

b) Parallèlement, on constaterait presque toujours une éosinophilie sanguine.

Nous avons vu quelles autres modifications sanguines on peut observer au moment de la crise d'asthme, révélant le choc colloïdoclasique.

II) **L'attaque d'asthme.**

Il est exceptionnel que la crise d'asthme soit unique. Le plus souvent elle se répète la nuit suivante, puis trois, quatre nuits de suite. Mais chaque nouvelle crise est moins intense, moins prolongée que la précédente.

Cette série de crises constitue l'*attaque d'asthme.*

Celle-ci terminée, le sujet retrouve son état de santé normal, jusqu'à ce que, à plus ou moins longue échéance, survienne une nouvelle crise, une nouvelle attaque.

Formes cliniques.

Nous avons décrit L'ASTHME TYPIQUE, l'ancien asthme essentiel, dont la symptomatologie varie peu.

Tantôt la phase hypersécrétoire terminale que nous avons décrite est nette, l'expectoration est abondante ; c'est dans une grande quantité de mucus que l'on trouve les petits pelotons perlés caractéristiques. L'asthme est dit *humide.*

Tantôt, au contraire, l'expectoration manque, ou tout au moins se réduit à quelques petits crachats grisâtres, émis avec peine : c'est l'asthme *sec.*

Dans les deux cas, l'élément spasmodique domine la scène.

Mais le syndrome asthme est capable de varier son aspect, réalisant des formes multiples que l'on groupe sous le nom d'ASTHMES ATYPIQUES.

I) **L'asthme infantile.**

Il revêt un de ces apects atypiques. L'asthme n'est pas rare chez l'enfant. On peut l'observer même chez le nourrisson (1).

C'est un asthme catarrhal.

La crise est généralement précédée, pendant quelques jours, d'un malaise avec coryza, éternûments, toux légère. Puis brusquement, en pleine nuit, elle éclate. La dyspnée est intense, rappelant, par son expiration prolongée et sifflante, par les sibilances qui l'accompagnent, l'asthme de l'adulte. La poitrine est encombrée de râles sonores. Mais il y a *polypnée* ; les ailes du nez battent ; le pouls est rapide ; et l'intensité de la dyspnée peut simuler le catarrhe suffocant. L'erreur est d'autant plus possible qu'il y a généralement de la *fièvre*, pouvant atteindre 39°.

La crise ne cède pas franchement. L'accès dure ordinairement deux ou trois jours, pendant lesquels la dyspnée subit des alternatives d'aggravation et de sédation. Toutefois, ses paroxysmes sont plutôt nocturnes. Il n'y a pas d'expectoration.

Puis, après deux ou trois jours, brusquement tout cesse et aucun signe physique ne persiste. Là est la note asthmatique.

Les accès se répètent plus ou moins fréquemment, s'atténuant pour disparaître vers la puberté. Le pronostic de l'asthme infantile est donc bénin, et d'autant plus, qu'il a commencé plus jeune.

II) **Asthmes larvés.**

On groupe sous ce nom des manifestations qui sont de même nature que l'asthme, mais ne revêtent pas les allures de la dyspnée asthmatique. Certains auteurs les qualifient d'*équivalents* de l'asthme.

Telles sont certaines crises paroxystiques d'*éternûments* ; de *coryza.*

Telle est la *trachéo-bronchite spasmodique* (2) qui se traduit par des crises de toux spasmodique, à allure parfois coqueluchoïde, réveillant brusquement le malade la nuit, à heure fixe, mais survenant parfois aussi le jour, sous l'influence d'une cause banale toujours identique pour le même malade, et suivies d'une expecto-

(1) Cf. *Presse medicale,* 22 octobre 1910.

(1) Cf. MARFAN. — L'asthme des nourrissons. *Presse médicale,* 17 juillet 1920.

(2) BEZANÇON et DE JONG, — *Paris médical,* 21 janvier 1922

ration glaireuse assez abondante où l'on retrouve des éosinophiles. L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Parfois, ces crises de toux restent sèches.

Dans d'autres cas, c'est une simple *anxiété paroxystique* réveillant les malades la nuit.

Certains auteurs même songent à rattacher à l'asthme la *laryngite striduleuse*, en raison de son caractère paroxystique et nocturne.

Ici se place enfin l'ASTHME DES FOINS, qui se manifeste d'avril à juillet, au moment de la floraison des graminées, et dont l'étude a mis sur la voie de l'origine anaphylactique de certains asthmes.

Tantôt ce n'est pas à proprement parler de l'asthme, c'est un simple rhume des foins (forme *oculo-nasale*) caractérisé par des crises spasmodiques de coryza, avec éternûments répétés, dus à des picotements nasaux intolérables, et suivis d'une hydrorrhée abondante, en même temps que les yeux s'injectent et larmoient abondamment. Ces crises, ordinairement diurnes, se répètent, laissant entre elles de la congestion nasale et conjonctivale, et souvent ne cessent qu'à la fin de l'été, incommodant considérablement le malade.

Tantôt c'est véritablement « l'asthme » des foins (*forme oculo-naso-bronchique*). Aux éléments précédents s'ajoute une gêne respiratoire, suivie d'une phase d'hypersécrétion bronchique avec toux, expectoration.

Entre ces deux types principaux se placent de nombreux cas intermédiaires.

III) Asthmes associés.

Mais que l'asthme soit typique, ou qu'il soit larvé, toujours le clinicien doit rechercher par un examen complet du malade si quelque cause ne vient pas en favoriser l'apparition.

Parfois rien n'est décelé ; l'asthme est *pur*. Il n'est cependant pas essentiel, nous l'avons vu, puisqu'à son origine on trouve des perturbations humorales.

Mais bien souvent, l'investigation clinique minutieuse décélera une lésion, une épine qui, si elle n'explique pas tout, constitue du moins un facteur adjuvant que la thérapeutique devra combattre.

1° *Asthme nasal.* — C'est ainsi qu'une lésion nasale, une déviation de la cloison, l'hypertrophie d'un cornet, des polypes, des végétations adénoïdes chez l'enfant, sont capables par les troubles de la perméabilité nasale et les rhinobronchites descendantes (1) qu'ils entretiennent, d'entraîner, chez des sujets prédisposés, des crises d'asthme qu'un traitement chirurgical approprié suffira souvent à faire disparaître.

(1) Cf. FLURIN. — *Journal méd. français*, n° d'octobre 1921.

2° Certaines *malformations thoraciques*, liées au rachitisme, ou consécutives à une gibbosité, peuvent également constituer un point d'appel.

3° Mais il faut insister surtout sur les *lésions broncho-pulmonaires*.

Certains sujets sont des *bronchitiques chroniques*, dans les antécédents desquels on retrouve des bronchites aiguës, ou une coqueluche, une broncho-pneumonie, et qui sous l'influence de modifications atmosphériques, d'une infection légère, font des crises asthmatiques à grand fracas. Leur expectoration est abondante, purulente. Mais on peut y trouver des éosinophiles. Dans l'intervalle des crises persistent des signes de bronchite, pouvant réaliser à la longue un véritable état d'*asthme catarrhal chronique* (1).

Toutes les affections chroniques du poumon, ou des bronches peuvent ainsi constituer une épine irritative.

Telles sont les *scléroses pulmonaires* qui, si souvent, en même temps qu'elles lésent le poumon, s'accompagnent de sclérose médiastinale capable d'irriter directement le pneumogastrique.

Tel est aussi le cas d'*anciens gazés* de guerre.

Tel est enfin l'*emphysème*, qui le plus souvent n'est pas, comme le croyaient les classiques, l'aboutissant des crises asthmatiques, mais en constitue, nous le verrons, la cause d'abord méconnue.

4° La *tuberculose*, loin d'être incompatible avec l'asthme, comme l'ont cru les anciens auteurs, peut aussi le déclancher. Mais c'est une tuberculose fibreuse, sclérosante, peu évolutive, ou même éteinte, cicatrisée (2).

C'est ce qui explique en particulier ces cas d'asthmes faussement appelés prétuberculeux.

Il ne faudrait cependant pas croire, comme l'a professé Landouzy, que tout asthme est tuberculeux (3). S'il est possible, comme celui-ci le pensait, que certains asthmes ne soient qu'une manifestation anaphylactique vis-à-vis des toxines du bacille de Koch, faisant apparaître leurs accès à l'occasion de décharges bacillaires dans l'organisme, il semble bien en réalité que la tuberculose ne joue un rôle qu'à titre d'épine irritative locale.

5° La *syphilis* peut jouer un rôle analogue par les lésions de sclérose pulmonaire, à la formation desquelles elle préside bien souvent, et dans d'autres cas, par des lésions de périaortite ou de médiastinite.

(1) De l'asthme catarrhal il faut sans doute rapprocher certains cas de bronchite muco-membraneuse avec expectoration de moules bronchiques dont l'examen révèle la présence de cristaux de Charcot-Leyden et de nombreux éosinophiles (LEMIERRE, L. KINDBERG et J. LEVESQUE, *Presse médicale*, 14 juillet 1923.

(2) Cf. BEZANÇON et DE JONG. — Asthme et tuberculose, *Paris médical*, 1er janvier 1921.

(3) Cf. MARFAN, *loc. cit.*

Peut-être même son rôle pourrait-il être élargi, si l'on veut la croire capable (en cas de vieille hérédo-syphilis surtout) de contribuer à créer la diathèse colloïdoclasique par les modifications des colloïdes humoraux qu'elle apporte, ainsi que tendent à le démontrer certaines réactions telles que celles de Desmoulière et de Vernes (1).

6° Chez l'enfant, on connaît les cas d'*asthme ganglionnaire* (2) au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. La toux coqueluchoïde, les phénomènes laryngés associés donnent une note spéciale à l'affection. L'examen physique et surtout la radioscopie décèlent l'adénopathie.

7° Il n'est pas jusqu'à des *affections gastro-intestinales* qui ne puissent entretenir l'asthme. C'est ainsi que l'on a pu parler d'*asthme appendiculaire* (1) où le foyer infectieux, latent ou connu, semble pouvoir agir par anaphylaxie microbienne ou par irritation réflexe.

Dans tous ces cas, le syndrome asthme est plus ou moins atypique. Mais tous les intermédiaires sont possibles entre eux et l'asthme dit essentiel. C'est que dans ce dernier, *la lésion irritative peut être latente*, et tous les auteurs modernes insistent sur la fréquence de ces asthmes associés, intriqués, que l'examen clinique, radiologique, doit s'efforcer de dépister.

En grande partie la thérapeutique en dépend, et le pronostic. (*A suivre*).

L'HYGIÈNE DU LAIT (3)

Par P. WORINGER,

Chef de laboratoire.

Quoiqu'à l'heure actuelle, on discute encore sur l'importance du mauvais lait dans l'étiologie des troubles digestifs du nourrisson, tout le monde est cependant d'accord sur ce point que l'enfant privé du sein et placé, par ce fait, dans des conditions anormales doit au moins être alimenté avec un lait de vache qui, au point de vue de la propreté, se rapproche autant que possible du lait qui coule du sein de la mère. Il n'est certainement pas indifférent pour l'intestin du nourrisson de recevoir un lait aseptique ou un lait qui contient plusieurs millions de germes par centimètre cube. Même pour le cas où le lait a été stérilisé avant d'être donné à l'enfant, il peut garder, selon l'avis de certains auteurs, une action nocive s'il a été par trop souillé avant la stérilisation ; car les corps microbiens, les toxines et endotoxines bactériennes et les produits de dégradation du milieu qui, eux, ne disparaissent pas par le chauffage, sont capables de léser les fonctions digestives si délicates du nourrisson. Il faut donc demander que le lait qui sert à l'alimentation des enfants soit un bon lait, le meilleur qu'il est possible d'obtenir.

Définition du bon lait.

Mais, qu'est-ce exactement, qu'un bon lait ? Pour suffire à la loi, un lait ne doit avoir subi ni écrémage, ni addition d'eau ou d'autres substances étrangères ; on pourrait en conclure qu'un lait qui n'a pas été écrémé, ni mouillé, peut être qualifié de bon lait. Ce serait une erreur grave. Un lait n'est pas bon parce qu'il est riche. Pour l'alimentation des nourrissons, la composition chimique grossière ne joue qu'un rôle de second ordre. Pour qu'un lait soit bon, il faut, avant tout, qu'il soit sain et propre.

Or, au cours du chemin que fait le lait depuis la vache laitière jusqu'au nourrisson qui le consomme, les occasions de souillure et de contamination sont si nombreuses que, pratiquement, il y a toujours ensemencement par des germes variés.

Souillures du lait.

Passons rapidement en revue les différentes manipulations que subit le lait et les microbes qui y pénètrent, jusqu'au moment où il arrive à destination. Nous comprendrons mieux alors les mesures de précaution qu'il est indispensable de prendre pour réduire à un minimum la pullulation microbienne, et pour empêcher ainsi les infections et les troubles digestifs dus au lait.

Le lait cru aseptique ne peut être obtenu qu'au prix de précautions multiples et de manipulations très coûteuses. En procédant comme pour une opération chirurgicale, en désinfectant avec soin la mamelle de la vache, en couvrant l'animal avec des linges stériles, et à condition d'opérer sur des vaches saines, on peut recueillir, par la traite mécanique, un lait à peu près aseptique ou ne contenant que quelques staphylocoques provenant des canaux lactifères.

Cette manière de procéder ne pouvant être introduite dans la pratique courante, c'est, en général, dès le moment de la traite et surtout à ce moment, que ce fait la contamination du lait. En effet, dans les conditions ordinaires, les causes de

(1) Cf. G. BILLARD. — *Journ. méd. fr.*, n° de décembre 1920.

(2) Cf. JUMON. — *La Médecine française*, 17 juillet 1920.

(3) Travail de la clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg. Directeur : Pr ROHMER.

(1) Cf. R. GUTMANN. — *Pr. méd.*, 3 nov. 1920.

souillure du lait sont nombreuses : les mains de la personne qui fait la traite, le pis de l'animal souvent souillé de matières fécales, le foin, l'herbe et la paille qui forment la litière, les récipients dans lesquels est recueilli le lait sont autant de sources de contamination. L'ensemencement par l'air est négligeable à côté de ces autres facteurs.

Nous reviendrons plus tard sur les germes qui proviennent de la vache laitière elle-même, lorsqu'elle est atteinte d'une maladie infectieuse. Arrêtons-nous un instant aux microbes introduits au moment de la traite. Ils peuvent être rangés dans deux catégories : les germes saprophytes et les germes pathogènes.

Parmi les microbes saprophytes, on rencontre d'abord ceux qui provoquent la fermentation du lait, c'est-à-dire qui vivent avant tout aux dépens du lactose qu'ils transforment en acides organiques (lactique, butyrique, acétique). Les principaux d'entre eux sont le bacterium lactis aerogenes, l'entérocoque, certains streptocoques, certaines espèces de colibacille. Ces derniers peuvent, du reste, parfois aussi être pathogènes. Ces agents de la fermentation, toujours présents dans le lait dès la traite, se développent avec une grande rapidité, si les conditions de température sont favorables ; ils provoquent l'acidification et, dès que l'acidité a atteint un certain degré, la coagulation du lait ; mais ils ne résistent pas à la chaleur et sont facilement détruits par tous les procédés de stérilisation.

Les agents de la putréfaction du lait, au contraire, sont des germes bien moins sensibles. Capables de former des spores qui résistent à des températures de 100°, ils se développent surtout lorsque, par une stérilisation incomplète, les autres germes ont été détruits. Ils s'attaquent aux matières protéiques, peuvent coaguler la caséine à l'aide de ferments du genre de la présure, puis ils liquéfient le coagulum en le peptonisant. Les principaux représentants de ces microbes protéolytiques sont le bacillus subtilis et le bacillus mesentericus vulgatus. Le premier, qu'on nomme aussi le bacille du foin, existe dans le fourrage, et ses spores sont éliminés avec les matières fécales. C'est avec celles-ci qu'il est introduit dans le lait. Le bacillus mésentéricus vulgatus ou bacille de la pomme de terre est également très répandu dans le règne végétal et se trouve dans les excréments des vaches.

Le rôle de ces germes saprophytes dans la pathologie digestive du nourrisson est encore assez obscur. S'il est à peu près certain qu'ils n'exercent pas d'action nocive directe sur l'intestin, il est pourtant possible que quelques produits de leur végétation soient capables de nuire aux fonctions digestives.

Pour ce qui concerne les germes pathogènes qui, accidentellement, peuvent être introduits dans le lait, il n'est pas douteux qu'ils ont souvent été la cause de maladies infectieuses.

Des épidémies de fièvre typhoïde, de diphtérie, de scarlatine, d'angine streptococcique, de choléra asiatique ont été signalées, qui avaient leur origine dans un lait contaminé par un vacher ou un laitier atteints de la maladie ou porteurs de germes. Dans ces cas, on a parfois pu déceler le microbe virulent dans le lait, et une stérilisation du lait a arrêté l'extension de l'épidémie.

Il est établi que presque tous les microbes pathogènes qui peuvent souiller le lait sont capables d'y vivre pendant un temps assez long ; ils sont cependant facilement détruits par les procédés de stérilisation habituels.

Il convient de faire une place à part aux germes qui, en cas de maladie de la vache laitière, peuvent passer dans le lait et devenir la cause de la transmission d'infections de l'animal à l'homme. La maladie la plus à craindre sous ce rapport, parce que très fréquente chez les bovidés, c'est la tuberculose. Dans nos contrées, environ 40 % du bétail donnent une réaction positive à la tuberculine. Or, le *bacille de Koch se rencontre souvent* et parfois en grande abondance dans le lait de ces vaches ; on admet qu'au moins 10 % des laits du commerce sont bacillifères. Il n'est pas douteux qu'un pareil lait virulent, absorbé en grande quantité, peut infecter l'enfant. Le danger de la transmission de la tuberculose par l'absorption de lait cru existe donc réellement. Si pourtant, dans nos pays, les cas de contagion de ce genre sont tout à fait exceptionnels, cela tient vraisemblablement au fait qu'on donne rarement du lait cru aux enfants, que les bacilles sont donc toujours détruits par la chaleur et que, pour infecter un sujet par l'intestin, il faut des doses de bacilles énormes, en comparaison de celles qui agissent par la voie bronchique.

La transmission d'autres maladies de l'animal à l'homme par le lait semble également être possible. Pour la fièvre aphteuse, elle a été niée par certains auteurs ; cependant d'autres (Marfan) sont d'avis qu'elle existe incontestablement.

Il est de notion courante que la fièvre de Malte est transmise à l'homme par l'ingestion du lait de chèvres infectées. Le chauffage du lait à 65° en détruit l'agent causal, le micrococcus melitensis.

En cas de mammite suppurée des animaux laitiers, accompagnée de l'élimination de streptocoques par les canaux lactifères, on a vu des entérites, des angines septiques suivre l'ingestion du lait. Ces faits montrent le danger qu'il y a à livrer *pour la consommation un lait cru.*

Si déjà, aumoment de la traite, le lait peut être le réceptacle de toute une série de germes nuisibles, leur nombre ne fait qu'augmenter au cours des manipulations ultérieures. Pendant le transport, quand la température n'est pas très basse, beaucoup de germes se multiplient dans

◆◆◆◆

le lait avec une extrême rapidité, et à chaque transvasement, à chaque contact avec des ustensiles malpropres, de nouveaux microbes viennent s'y ajouter. Après le trayeur, ce sont les nombreux intermédiaires, le ramasseur, le dépositaire, le livreur et le détailant qui manipulent et infectent le lait.

Un exemple montre la pullulation rapide des germes. Un lait trait à 6 heures du matin contenait :

Après 2 heures, 9.000 bactéries par cc. ;
Après 3 heures, 21,750 bactéries par cc. ;
Après 4 heures, 36.250 bactéries par cc. ;
Après 9 heures, 60.000 bactéries par cc. ;
Après 11 heures, 120.000 bactéries par cc. ;
Après 27 heures, 5.600.000 bactéries par cc.

La pullulation des bactéries dépend naturellement dans une large mesure de la température. Miquel a montré que, dans un même lait, après 15 heures, le nombre des bactéries était :

De 100.000 par cc. à 15° ;
De 72.000.000 par cc. à 25° ;
De 165.000.000 par cc. à 35°.

Il est vrai que les microbes qui se développent avant tout sont les germes de la fermentation lactique, dépourvus d'action nocive, et que les germes pathogènes sont, ou bien incapables de s'y reproduire, ou au moins entravés par la flore exubérante des saprophytes.

Règles à observer pour obtenir un bon lait.

En tenant compte de toutes ces données, il est possible d'établir maintenant quelques règles pour obtenir la production d'un lait d'e bonne qualité.

Pour que le lait soit bon, il faut avant tout que les vaches laitières soient saines et vivent dans de bonnes conditions hygiéniques. Le lait d'animaux malades, atteints par exemple de fièvre aphteuse ou de suppuration du pis, doit être exclu du commerce.

Pour ce qui concerne la tuberculose, il serait naturellement désirable de pouvoir éliminer, au moins de la production du lait pour nourrisson, toutes les vaches qui réagissent à la tuberculine ; malheureusement, leur nombre est actuellement trop élevé (40 p. c. dans nos régions) pour qu'on puisse interdire complètement la vente de leur lait.

Les vaches laitières doivent vivre dans des étables propres, bien aérées et bien éclairées. Elles doivent être tenues proprement, étrillées et lavées régulièrement. Leur nourriture sera suffisante, notamment sous le rapport de sa teneur en azote. L'alimentation demande à être surveillée, surtout lorsqu'il s'agit de la production d'un lait pour nourrissons. On proscrira les feuilles de betterave, certains déchets industriels, comme les pulpes de betteraves, les drèches de distillerie, certaines espèces de tourteaux ; car des observations indiscutables ont montré qu'un lait de vaches nourries avec ces produits peut avoir parfois une action toxique et provoquer la diarrhée chez les enfants.

Comme nous savons que la contamination du lait se fait principalement au moment de la traite, on cherchera à rendre cette opération aussi aseptique que possible. Les mains du trayeur et les pis de la vache seront savonnés soigneusement à l'eau chaude. On évitera toute souillure par les matières fécales et les poils de l'animal. Les premiers jets de lait seront rejetés. Le lait est ensuite recueilli dans des récipients passés à l'eau bouillante. Il est très important de refroidir le lait aussitôt, après la récolte, pour empêcher la pullulation des germes qui y ont pénétré. Pour le transport, le lait est mis dans des bidons métalliques, soigneusement fermés. Il doit être maintenu à une température aussi basse que possible, au moins au-dessous de 10°, à l'aide le glace ou dans des wagons frigorifiques, jusqu'au lieu de destination où se fera la stérilisation.

Le temps qui se passe entre la traite et la stérilisation doit être raccourci autant que possible.

Méthodes de stérilisation.

Nous ne parlerons ici que de la stérilisation par la chaleur, c'est la seule qui ait une valeur pratique. Elle a pour but : 1° de détruire les microbes pathogènes, notamment le bacille de la tuberculose ; 2° d'augmenter la conservation du lait. Les méthodes employées diffèrent selon qu'il s'agit de conserver le lait pendant des mois ou seulement pendant un ou deux jours, selon qu'on a à stériliser de grandes ou de petites quantités, ou selon que l'opération se fait sur du lait en bouteilles ou en vrac.

Pour la grande consommation journalière, le procédé de choix est la *pasteurisation* du lait. Trois méthodes de pasteurisation sont actuellement en usage. La première, connue sous le nom de pasteurisation haute, consiste à chauffer le lait, pendant deux ou trois minutes, à une température qui peut aller de 80 à 85 degrés ; la deuxième, la biorisation, méthode allemande, est caractérisée par un chauffage brusque vers 75° et par une réduction en poussière à laquelle le lait est soumis en entrant dans le récipient où le chauffage a lieu ; la troisième, la pasteurisation basse, a pour principe de chauffer le lait à 63° et de le maintenir à cette température pendant 30 minutes.

Par chacune de ces trois méthodes, on parvient à détruire jusqu'à 99 p. c. des bactéries du lait et particulièrement tous les germes pathogènes, à condition qu'au cours du chauffage, on évite le

formation d'écume ou de coagulums qui pourraient protéger les bactéries contre l'action de la chaleur.

Il est nécessaire de faire suivre le chauffage du lait immédiatement d'une réfrigération rapide, pour éviter qu'à une température de 40° environ, les germes protéolytiques survivants aient le temps de se développer.

De ces trois méthodes, seule la pasteurisation basse conserve au lait ses caractéristiques chimiques et physiologiques de lait cru, c'est-à-dire non bouilli, tout en lui assurant toute garantie au point de vue hygiénique et sanitaire. Le chauffage à des températures plus élevées, telles qu'elles sont atteintes avec les deux autres procédés, amène des modifications telles que l'échappement des gaz du lait, et par cela, un changement dans la solubilité du phosphate de chaux, l'altération de la caséine qui n'est plus que difficilement précipitée par la présure, l'altération de l'écrémage qui fait croire au consommateur que le lait chauffé est partiellement écrémé.

Ces inconvénients sont évités par la pasteurisation basse. C'est donc à celle-ci qu'il faut accorder la préférence. Elle a été réalisée sur une très grande échelle dans certaines entreprises laitières ; nous ne citerons que la Laiterie Centrale de Strasbourg qui pasteurise par ce procédé chaque jour entre 50 et 60.000 litres de lait.

Quel est le résultat pratique de la pasteurisation ? Le lait pasteurisé n'est pas un lait complètement stérilisé ; il contient encore quelques germes protéolytiques qui, après un certain temps, peuvent altérer le lait et provoquer une putréfaction. Il serait donc dangereux de conserver longtemps un lait pasteurisé ; celui-ci doit être consommé dans les 24 ou 48 heures qui suivent la pasteurisation. Mais la conservation du lait est cependant prolongée, de façon à permettre la distribution et la vente au détail sans que la coagulation soit à craindre. En outre, tous les germes pathogènes, y compris les bacilles tuberculeux, étant détruits, toute transmission de maladies par le lait est évitée.

Le problème technique de la pasteurisation basse est actuellement résolu pour le lait en vrac ; mais, pour le lait en bouteilles ou en biberons, il présente encore de sérieuses difficultés qui sont dues à la transmission lente de la chaleur dans les flacons. Pour cette raison, la méthode n'est pas encore utilisable dans les gouttes de lait et les services de nourrissons.

Lorsqu'il s'agit de stériliser le lait dans les biberons, le procédé le plus pratique est certainement le chauffage au bain-marie ; c'est celui qui est utilisé à la Clinique infantile de Strasbourg. Il est le même que celui qu'on emploie un peu partout dans les familles où on se sert des appareils de Soxhlet ou de Budin. Il consiste à chauffer l'eau, dans laquelle sont placés les biberons à froid, jusqu'à complète ébullition, de maintenir à cette température pendant quelques minutes (5 à 10 minutes) et de refroidir ensuite rapidement.

Le résultat de ce chauffage au bain-marie, au point de vue bactériologique, est à peu près le même que celui de la pasteurisation. Seuls, les spores des germes protéolytiques résistent. Le lait ainsi traité devra donc également être consommé dans les 24 ou 48 heures. Au point de vue chimique, les modifications que subit le lait sont certainement plus importantes que par la méthode de la pasteurisation basse ; les vitamines, par contre, restent conservées avec les deux procédés.

Dans les ménages, il est de coutume de stériliser le lait par une simple ébullition. Les résultats sont les mêmes que ceux obtenus par les méthodes précédentes. Il faut cependant savoir qu'au moment où le lait monte, il n'a que 75 à 80° environ ; à cette température, les gaz du lait s'échappent et soulèvent la pellicule d'albumine coagulée qui se trouve à la surface. Pour obtenir une vraie ébullition, il faut briser la pellicule et remuer jusqu'à l'apparition de gros bouillons. Le lait bouilli doit être conservé dans le récipient même, dans lequel il a été chauffé, pour éviter un nouvel ensemencement.

Si tous ces procédés suffisent pour l'usage journalier, partout où il est possible de se procurer tous les jours un lait frais, ils ne permettent cependant pas la conservation du lait à long terme. Pour complètement stériliser le lait, il faut ou bien le chauffer au-dessus de 100° ou bien le chauffer à plusieurs reprises dans des intervalles de 24 heures.

Le procédé de stérilisation absolue, habituellement employé, est le chauffage à l'autoclave sous pression. Il consiste à placer le lait en bouteilles dans une étuve et de le chauffer par la vapeur à 110° pendant quinze minutes. Si l'on préfère porter à une température un peu moins élevée (104°), il faut prolonger le temps de chauffage.

Le lait ainsi stérilisé est exempt de tout microbe ; il est modifié sous plusieurs rapports. Sa saveur est un peu spéciale, sa couleur parfois jaunâtre, due à un début de caramélisation. Il a subi les altérations chimiques que nous avons déjà vues se produire vers 80°, échappement des gaz, précipitation d'une partie des phosphates, modification de la caséine, précipitation de l'albumine, changement dans l'écrémage. Il est en outre, privé de tous ses ferments solubles et d'une grande partie de ses vitamines.

Pour réduire à un minimum ces altérations, on a parfois recours au procédé de chauffage discontinu ou tyndallisation. Il consiste à faire subir au lait des chauffages au-dessous de 100°, répétés plusieurs jours de suite. On arrive de

cette façon également à détruire les spores et à obtenir un lait aseptique. Ce procédé semble être peu employé dans l'industrie laitière.

Produits laitiers du commerce.

Pour qu'un lait puisse être transporté à de grandes distances et être utilisé des mois et même des années après sa récolte, il ne faut pas seulement qu'il soit aseptique, mais qu'il conserve aussi, autant que possible, son aspect, son goût et sa composition. A l'heure actuelle, ce problème se trouve résolu sous trois formes différentes qui toutes ont leurs avantages et leurs défauts ; ce sont le lait homogénéisé, le lait condensé et le lait desséché. Nous passerons rapidement en revue les procédés de préparation de ces laits du commerce pour pouvoir juger de leur valeur alimentaire et de leurs indications dans l'alimentation du nourrisson.

Le lait, complètement stérilisé à l'autoclave, ne se conserve pas indéfiniment. Il subit, au bout de quelques semaines, des altérations qui portent surtout sur la répartition de la crème. Les globules gras, qui dans le lait frais se trouvent en fine émulsion, peu à peu s'agglomèrent et forment à la surface du liquide une couche de beurre qui ne s'émulsionne plus lorsqu'on agite. Pour éviter cette séparation de la graisse et pour conserver au lait son homogénéité, on a eu l'idée de briser les globules gras et de les diviser en granulations graisseuses très petites. A cet effet, on fait passer le lait, sous une pression de 250 kilogrammes par centimètre carré, à travers un fuseau fermé à l'un de ses bouts et percé sur ses parois d'un nombre très élevé de petits trous capillaires au passage desquels les globules gras se trouvent brisés. Le lait ainsi fixé ou homogénéisé est ensuite stérilisé. Il se conserve sans s'altérer presque indéfiniment. Il a la même composition chimique que le lait pur.

Certains médecins sont d'avis qu'il est mieux supporté par le nourrisson que le lait ordinaire. Pourtant, son emploi prolongé est susceptible de déterminer le scorbut infantile. Il faudra donc toujours administrer un peu de jus d'orange à côté des biberons, si l'on veut le donner exclusivement et pendant longtemps à un nourrisson. Il est certain que le lait homogénéisé peut rendre de grands services comme aliment complémentaire dans l'allaitement mixte ou comme aliment transitoire en voyage ou pour la réalimentation après des troubles digestifs. Son emploi prolongé nous semble moins indiqué. (Lait Lepelletier, lait Mondia) (1).

Le plus ancien procédé de conservation du lait est la condensation et le sucrage. Il est encore utilisé actuellement sur une très grande échelle. La préparation du lait condensé sucré est la suivante : le lait, additionné d'environ 13 p. c. de sucre de canne, est concentré dans le vide jusqu'à peu près au quart de son volume. Pour assurer la conservation, on le pasteurise ensuite à 85° ; le sucre aidant à la conservation, il n'est pas nécessaire de chauffer plus haut. Il n'est pas non plus homogénéisé, car sa viscosité est telle qu'il n'y a pas à craindre que la matière grasse se sépare et monte à la surface.

Il existe dans le commerce également un lait condensé, non sucré. Ce produit ne se distingue du lait homogénéisé que par sa concentration qui est environ 2 à 2 fois et demie celle du lait naturel. Il a subi les mêmes opérations que le lait homogénéisé, notamment la fixation et la stérilisation à haute température. Il en a donc les avantages et les défauts. (*Lait Gloria.*)

Le lait condensé sucré a été chaudement recommandé pour l'alimentation du nourrisson par Lassablière et par Variot. Il est, en général, très bien supporté et n'a pas d'action scorbutigène, au moins lorsqu'il n'est pas trop vieux. Pour son emploi, il faut se rappeler que trois parties d'eau sont nécessaires pour une partie de lait condensé, afin de le ramener à la concentration primitive du lait. On diluera donc encore davantage, selon l'âge de l'enfant. La forte proportion de sucre qu'il contient augmente sensiblement sa valeur calorique. S'il est vrai que le lait condensé est très recommandable, partout où il est impossible de se procurer un bon lait, nous sommes cependant d'avis qu'il n'est pas supérieur au lait frais de qualité irréprochable.

Les bonnes marques françaises partent presque toutes, pour la fabrication du lait condensé, d'un lait pur, non écrémé. (*Lait Gallia, lait Nestlé, lait Mont-Blanc*). Il existe cependant dans le commerce des produits dans lesquels la quantité de graisse est sensiblement diminuée. Ces laits condensés, écrémés, doivent être proscrits de l'alimentation du nourrisson.

Le poids du lait se trouve réduit à son minimum dans le lait desséché qui, par ce fait, est le produit le plus facilement transportable. Cette poudre de lait est le résidu sec du lait et renferme, par conséquent, tous les principes du lait, excepté l'eau. Par l'addition d'une quantité convenable d'eau, il doit redonner un liquide reconstituant tout à fait le lait originel. Cette définition vraiment idéale du lait sec n'est pas absolument réalisée dans la pratique, car tous les procédés utilisés à l'heure actuelle modifient plus ou moins certains des composants du lait d'une façon irréductible.

La dessiccation du lait n'a pas été sans rencontrer des difficultés techniques assez sérieuses. Si l'on concentre au bain-marie ou dans le vide une

(1) Pour faciliter aux médecins l'emploi des laits du commerce, nous indiquons quelques marques sur lesquelles nous avons pu nous procurer des renseignements, sans toutefois pouvoir nous porter garant de leur bonne qualité.

certaine quantité de lait, on obtient, par suite de la caramélisation du lactose, un sirop épais de coloration brune. Pour réduire à un minimum cette altération du sucre et pour obtenir un produit blanc en poudre, il faut que la dessiccation soit instantanée, c'est-à-dire ne prenne pas plus que quelques secondes.

Ces conditions sont remplies dans les appareils modernes qui servent à préparer la poudre de lait. La méthode, qui semble à l'heure actuelle être la plus utilisée , est le procédé à deux rouleaux de Just-Hatmaker. Deux gros cylindres en acier, chauffés par la vapeur à 140° et séparés seulement par un intervalle d'un millimètre, tournent lentement sur leurs axes en sens inverse. Le lait, contenu dans un réservoir supérieur, s'écoule en un mince filet qui va se loger entre les deux cylindres. Entraîné par le mouvement de rotation de ceux-ci, il vient former à la surface de chacun d'eux une pellicule qui se dessèche de plus en plus au fur et à mesure qu'elle est entraînée dans le mouvement de rotation, pour constituer une feuille très mince, qui est détachée finalement par une lame couchée sur la surface des cylindres.

La température à laquelle sont portés les cylindres joue un très grand rôle pour la qualité de la poudre de lait. Elle doit être calculée de telle façon que, pour un temps de chauffage donné par le mouvement des cylindres, le lait soit complètement desséché sans qu'il y ait caramélisation du sucre ou racornissement de la caséine. D'autres procédés (*Gabler-Saliter*, *Mignot-Plumey*) ont cherché à abaisser la température et permettent de travailler au-dessous de 100°, grâce à une condensation préalable du lait ou à une dessiccation qui se fait dans le vide.

Nous ne ferons que mentionner ici le procédé du brouillard (*Bévenot- de Neveu*) qui repose sur un principe absolument différent de celui des cylindres. Le lait est projeté sous forme de brouillard dans une chambre traversée par un courant d'air surchauffé. Il est desséché presqu'instantanément et tombe sous forme de fine poudre au fond de la chambre.

La qualité de la poudre de lait dépend naturellement de celle du lait dont on s'est servi pour la préparer et varie selon le procédé employé. Le lait sec est dépourvu de germes pathogènes, mais peut contenir quelques microbes saprophytes qui ont pu y pénétrer au cours des différentes manipulations : pulvérisation, mise en boîtes, etc. Son état sec s'oppose absolument au développement des bactéries.

Au point de vue chimique, quelques modifications sont inévitables. L'albumine est coagulée et reste insoluble. Les sels de calcium sont également précipités en partie. Si l'opération de la dessication est bien menée,la caséine ne doit pas subir de modifications profondes. Il arrive cependant, lorsqu'il y a surchauffage,qu'une partie de la caséine se racornit et devient insoluble ; dans ce cas, la poudre de lait laisse un dépôt, lorsqu'on la délaye dans de l'eau chaude.

La poudre de lait, obtenue par le procédé du brouillard, est privée de ses vitamines ; elle a donc une action scorbutigène, dont il faut tenir compte. Par contre, le lait sec, préparé par le procédé des cylindres, a conservé en grande partie ses vitamines, grâce au chauffage très court.

La poudre de lait a très souvent une odeur un peu suiffeuse ; celle-ci semble être due à un phénomène d'oxydation de la matière grasse sous l'action de l'air.

Dans l'industrie, on prépare, en général, trois variétés de poudre de lait qui se distinguent par leur teneur en graisse. Selon qu'on se sert d'un lait non écrémé, mi-écrémé ou complètement écrémé, on obtient une poudre de lait grasse, demi-grasse ou maigre.

Pour reconstituer avec la poudre de lait 1.000 gr. de lait, il faut : 125 gr. de poudre de lait grasse et 875 gr. d'eau ; 110 gr. de poudre de lait demi-grasse et 890 gr. d'eau ; 90 gr. de poudre de lait maigre et 910 gr. d'eau.

La variété la plus usitée dans l'alimentation des nourrissons est la poudre de lait demi-grasse. Certains fabricants l'additionnent d'une certaine quantité de sucre de lait pour compenser la perte de calories qui résulte de l'écrémage partiel. Cette addition nous semble être pour le moins inutile, sinon nuisible pour sa bonne digestibilité.

Aviragnet et Dorlencourt, qui sont des partisans convaincus du lait sec dans l'alimentation des enfants, recommandent de prendre 135 gr. de poudre de lait demi-grasse, ce qui correspond à 30 cuillerées à soupe arasées, pour faire un litre de lait. Dans les ménages, on préparera par exemple un repas de 150 gr. en introduisant 4 cuillerées et demie à soupe arasées de poudre de lait dans un biberon et en ajoutant de l'eau bouillie encore chaude jusqu'à la division 150 et le sucre nécessaire.

Les poudres de lait les plus utilisées en France sont actuellement encore celles de fabrication étrangère : (*Dryco* (américain), *Glaxo* (anglais)). Il existe cependant aussi des marques françaises : *Sanzo* (Louviers, Eure), *le lait sec contrôlé* (Lyon)) ou suisses (*Guigoz*).

Laits modifiés.

A côté de ces trois types de lait de conserve, on rencontre dans le commerce de nombreuses préparations laitières qui sont soit-disant adaptées aux besoins du nourrisson, mais qui sont de valeurs alimentaires très inégales. Nous ne citerons que celles qui nous semblent répondre vraiment à un besoin.

Le babeurre, lait écrémé et soumis à une fer-

mentation lactique, rend, comme on sait, de grands services dans le traitement de certains intestins débiles ou malades. Comme sa préparation est trop délicate pour être menée à bien à domicile, il est important de pouvoir se procurer ce produit tout fait. La fabrication d'un babeurre de conserve rencontre certaines difficultés dues au fait que les fins flocons de caséine ont une tendance à s'agglutiner et à se séparer du liquide. Pour cette raison on ajonte, en général, un peu de farine (1 p. c.) pour augmenter la viscosité. Les babeurres de conserve, en vente chez nous, sont tous d'origine étrangère, suisse ou hollandaise, si nous sommes bien renseigné : (*Tribabeurre*, *Esbabeurre*, mis en vente par Fisch et Cie, à Mulhouse, *Babeurre Nutricia*, vendu par Bourdois et Claeys, à Paris). Ils sont concentrés, les uns au tiers, les autres environ à la moitié du volume primitif et sont vendus soit avec, soit sans addition de sucre de canne.

Récemment, on a également mis en vente un lait albumineux concentré qui pourra rendre de grands se vices dans les cas de troubles dyspeptiques chez le nourrisson. (*Trilait* de Fisch et Cie, Mulhouse, et *Eiwitmelk Nutricia*).

Nous citerons encore un lait homogénéisé hypersucré qui est indiqué chez les vomisseurs et chez certains hypotrophiques. (Lepelletier, Société Ampco).

Les nombreux autres procédés de correction du lait de vache qui tendaient à lui donner une composition chimique semblable à celle du lait de femme (procédé de Winter-Vigier, procédé de Gaertner), ou le soumettaient à des digestions artificielles (procédé de Backhaus, procédé de Budin et Michel) sont abandonnés à l'heure actuelle et n ont plus qu'un intérêt historique. Nous n'entrerons donc pas dans les détails de la préparation de ces laits, dits humanisés ou maternisés, ni des laits prédigérés qui ont eu une période de vogue, l y a plus d'un quart de siècle.

Farines lactées.

Par contre, il nous semble utile de dire quelques mots sur les farines lactées, non pas pour les recommander, car nous sommes d'avis qu'elles ne répondent pas à un besoin réel et qu'on pourrait très bien s en passer, mais pour exposer en quelques mots les principes qui président à leur préparation et pour donner quelques indications sur leur composition.

La tendance de remplacer le lait de femme par un produit artificiel ayant les mêmes propriétés et la même valeur nutritive remonte à von Liebig. C'est de la soupe de Liebig, aliment riche en farine préalablement soumise à l'action des diastases du malt, que se sont inspirés les fabricants de farine lactée. Les différents produits vendus sous ce nom sont des composés dans lesquels le lait, en quantité relativement peu importante, est associé à des hydrates de carbone sous forme de sucres et de farines, soumises au maltage ou au grillage. Leur préparation étant tenue secrète par la plupart des fabricants, il est impossible de faire une étude comparative des différents produits. Il est certain qu'ils sont de valeur alimentaire très inégale. D'après les indications que quelques fabricants ont bien voulu nous donner, il rentre dans la préparation d'une bonne farine lactée du lait non écrémé, de la farine de froment, du malt et du sucre. On prépare une bouillie épaisse qui est soumise à la dessiccation, pulvérisée et mise en boîte.

L'analyse montre que les farines lactées contiennent en général 9 à 13 p. c. de matières protéiques, provenant du lait et des farines, 3 à 5 p. cent de graisse et plus de 75 p. c. d'hydrates de carbone sous forme de sucre de lait ou de canne, de maltose, de dextrine et d'amidon.

Les farines lactées de moins bonne qualité contiennent encore moins de matières protéiques et presque pas de graisse.

Les farines lactées, préparées à l'eau, comme il est indiqué sur les boîtes, constituent un aliment dans equel la proportion des hydrates de carbone est beaucoup trop élevée par rapport aux autres composants. Aussi, voyons-nous fréquemment des nourrissons très jeunes être pris de troubles dyspeptiques au cours de ce régime. A la longue, le manque de graisse et de protéine peut devenir dangereux pour ces enfants.

Il est donc nécessaire de proscrire les farines lactées, préparées à l'eau, du régime de l'enfant. S'il est vrai que préparées avec du lait, elles sont souvent bien supportées et donnent de bons résultats, elles ne sont cependant pas supérieures à d'autres farines de bonne qualité.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La rupture du cœur.

Les ruptures spontanées du cœur, qui devraient, si l'épaisseur et la pression sanguine déterminaient leur formation, porter surtout sur les oreillettes et spécialement sur l'oreillette gauche, siègent presque toujours sur le ventricule gauche, dont la paroi est de beaucoup la plus épaisse. C'est qu'en réalité l'épaisseur de la paroi ne joue qu'un rôle très secondaire, et qu'il ne peut y avoir rupture du cœur que s'il existe une lésion, et une lésion bien localisée de cette paroi ; or celle-ci se rencontre avec une plus grande fréquence au niveau du ventricule gauche.

Exceptionnellement, elle est visible macroscopiquement : gomme, abcès du myocarde, anévrisme de l'artère coronaire, kyste hydatique du cœur.

Plus fréquent est l'anévrisme du ventricule gauche, déterminant un ramollisssement aigu du myocarde, Mais, d'après le Pr Aubertin, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un infarctus récent, déterminant un ramollissement aigu du myocarde.

Le plus souvent la mort est foudroyante ou rapide (en quelques heures). Mais un certain nombre de faits permettent aussi de lui décrire une évolution en deux temps, avec 11 heures, 48 heures et même 5 jours d'intervalle.

Le début brutal, par une douleur vive précordiale, avec vomissements, dyspnée, cyanose, porte à poser le diagnostic d'angine de poitrine par insuffisance ventriculaire gauche aiguë : pas de souffle, ni de bruit de galop ; aucun signe d'épanchement péricardique. Ces symptômes peuvent même s'amender ensuite lorsque après, brusquement, à l'occasion d'un mouvement ou même sans raison appréciable, le malade s'affaisse et meurt. D'après l'auteur, les premiers phénomènes douloureux correspondent à la formation de l'infarctus ; les phénomènes terminaux, à la rupture du cœur elle-même.

Cette conception avait fait naître des espoirs au point de vue d'une suture éventuelle du cœur; mais ils sont discutables car les lèvres de la fissure sont constituées, non par du tissu ventriculaire sain comme dans les plaies par coup de couteau, mais par du myocarde déjà effrité ramolli, dans lequel aucune ligature n'aurait chance de tenir. (*La Presse médicale*, 4 *juin* 1924.)

La benzolisme chronique dans l'industrie du caoutchouc.

MM. Heim, E. Agasse-Lafont et A. Feil décrivent sous le nom de benzolisme professionnel des manifestations morbides provoquées chez les ouvriers par l'inhalation des vapeurs de benzol ; ce terme désigne le produit impur (le seul employé industriellement) de la distillation de la houille, mélange de divers hydrocarbures, et souvent d'autres corps nocifs.

Ce benzolisme se différencie nettement des accidents que pourrait provoquer le benzol purifié ou benzène, dont l'usage est presque exclusivement thérapeutique, accidents auxquels sera réservé de préférence le nom de benzénisme.

Dans l'industrie du caoutchouc, le benzol est utilisé comme solvant du caoutchouc.

A la différence des accidents aigus du benzolisme (purpura hémorrhagique avec anémie grave et mononucléose), le benzolisme chronique professionnel ne présente pas, au point de vue hématologique, de stigmates pathognomoniques; mais il convient de signaler la présence assez fréquente d'éosinophilie et la possibilité d'une légère polynucléose.

Au point de vue clinique, les manifestations morbides se montrent spécialement du côté de l'appareil digestif (congestion de la muqueuse buccale, haleine à odeur caractéristique de benzol, crises gastriques) ; de l'appareil cardio-vasculaire (hypertension, athérome aortique, épistaxis) ; enfin et surtout du système nerveux (céphalée, vertiges, étourdissement, irritation, lassitude, etc.).

Cette étude précise l'importance qu'il faut accorder à l'asssainissement, par captation des vapeurs, des ateliers à benzol. (*La Presse médicale*, 7 *juin* 1924.)

De l'exploration radiologique des cavernes pulmonaires (C. muettes).

La pratique de l'exploration radiologique a apporté à l'étude des cavernes pulmonaires d'importantes acquisitions, qui font l'objet d'une étude intéressante publiée par M. Emile Sergent.

Confrontant les notions classiques avec les résultats des moyens nouveaux d'exploration, il convient de faire les remarques suivantes :

1° La constatation stéthoscopique des signes cavitaires classiques n'implique pas nécessairement l'existence d'une caverne ; ces signes peuvent exister sans caverne (*signes stéthoscopiques pseudo-cavitaires*) ;

2° La constatation radiologique d'une image *cavitaire n'implique pas nécessairement l'exis-*

tence d'une caverne, il y a de *fausses images cavitaires* ;

3° Il existe de *vraies cavernes*, qui sont *muettes* et *visibles*. Mais ces vraies cavernes muettes sont peut-être moins fréquentes qu'on a tendance à le croire actuellement. La vérité semble devoir être cherchée dans la *révision des signes dits « cavitaires »* ; cette revision aboutira vraisemblablement à montrer que l'exploration stéthoscopique et l'exploration radiologique, loin d'être en fréquent désaccord et de s'opposer l'une à l'autre, contribueront, si on les associe méthodiquement, à définir et à préciser la séméiologie complète des signes cavitaires. (*La Presse médicale*, 11 *juin* 1924.)

Étude sur le dermographisme.

Le dermographisme est un phénomène bien différent de celui de l'urticaire. Ce phénomène, disent MM. PASTEUR, VALLÉRY-RADOT, I. KRIEF et R. JACQUEMAIRE, n'est pas dû simplement, comme on le prétend généralement, à une simple perturbation vaso-motrice, le phénomène est plus complexe.

Il y a lieu de distinguer l'élément érythémateux, et l'élément œdémateux.

La rougeur subite, qui apparaît après la friction des téguments, et diffuse, en intensité variable suivant les moments bien au-delà du point irrité, comme le phénomène de la chair de poule qui précide la transsudation, sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs, particulièrement excitables chez les dermographiques.

Mais cette perturbation, d'origine sympathique, ne suffit pas pour expliquer l'œdème, qui succède à l'érythème pour constituer la raie dermographique. Cet œdème est surtout sous la dépendance d'un facteur mécanique et d'un facteur d'ordre circulatoire ; il n'est pas diffus comme l'érythème qui l'a précédé, il est dû à une pression forte sur les téguments, qui modifie vraisemblablement la paroi des capillaires et permet ainsi l'issue du plasma sanguin. Enfin si la circulation n'est pas normale, si elle est modifiée par un facteur quelconque (lien, action thermique, etc.), le dermographisme est retardé, diminué, ou empêché.

Il lui faut donc trois éléments pour apparaître: un trouble vaso-moteur d'origine sympathique, une action mécanique énergique, et une circulation régionale normale. (*La Presse médicale*, 14 *juin* 1924.)

La thérapeutique moderne du citrate de soude.

On connaît l'action anticoagulante du citrate de soude, immobilisant le calcium en solution dans le sang.

D'autre part, injecté à 30 % par exemple, dans les veines, il pourrait diminuer ou arrêter, au bout d'une demi-heure, les hémorrhagies spontanées ou provoquées ; dans le purpura, l'hémorrhagie cérébrale, dans certaines paraplégies, peut-être y aurait-il donc intérêt à injecter systématiquement tous les jours 5 à 6 grammes de citrate de soude en solution à 30 % ; cependant cette action paraît douteuse (J. Troisier).

En gastrologie, le citrate de soude, déjà recommandé par Variot (0,25 à 0,30 dans le biberon) contre les vomissements des enfants, peut remplacer le bicarbonate de NA.

C'est un merveilleux stabilisateur du sang dans la transfusion ; en solution à 4 ou 10 p. 1000, il n'est pas toxique pour les globules ; c'est à peine si à 2 ou 4 p. 100, dit le Dr J. TROISIER, des hématies paraissent légèrement déformées.

Comme anticoagulant, le citrate de soude a une action à peu près certaine ; on peut s'en servir dans toutes les maladies qui provoquent la thrombophlébite, comme certains fibromes, certaines cardiopathies ; comme adjuvant du citron par voie digestive à la dose de 5 à 10 grammes ; par voie sous-cutanée en solution isotonique, par voie endoveineuse à 10 %, dans la pneumonie, par exemple, dans la maladie de Vaquez (splénomégalie, érythrose, polyglobulie et hyperviscosité).

Dans les phlébites, il arrive de pouvoir arrêter le processus coagulant, d'empêcher de nouvelles phlébites de se produire, et d'en raccourcir l'évolution.

Le citrate de soude joue un rôle important dans les thrombo-artérites, qui correspondaient autrefois à la gangrène sénile : des injections quotidiennes dans la veine de 3 gr., puis de 4 gr. de citrate de soude feraient rétrocéder les phénomènes et éviteraient l'amputation du membre.

Si la voie intraveineuse est réservée aux cas graves, la voie sous-cutanée aux cas moyens, la voie digestive convient aux cas moyens.

Fait curieux remarqué, le point de la veine, où ont été pratiquées les injections, devient entièrement sclérosé, d'où l'idée d'appliquer la méthode du traitement des varices, avec des solutions très concentrées, à 100 p. 100, dont la densité dépasse 1,3. Dans ces conditions on peut obtenir des résultats appréciables.

Pour les varices, le citrate de soude permet d'obtenir des phénomènes d'endophlébite, analogues à ceux qu'on réalise avec le salicylate de soude déjà recommandé par Sicard, avec les sels de quinine (Génévrier). Mais il faut des aiguilles d'acier piquant bien, de 6 à 7 dixièmes de mm., d'un biseau très court, et avoir la pratique des injections intraveineuses. On se sert d'ampoules de 8 cm. contenant 8 grammes de citrate de soude ; on doit injecter en une série de points successifs. Il faut mettre le malade debout sans lien constricteur, qui diminue la saillie des varices. Les injections de solution stérilisée sont indolores ; elles peuvent être faites tous les jours.

Pour guérir un variqueux, il faut, d'après l'auteur, de 2 à 40 grammes. En moyenne, il est nécessaire de 35 à 40 grammes, soit un traitement de 2 à 3 semaines.

Le citrate de soude, en thérapeutique moderne, est donc loin d'être aujourd'hui considéré comme un simple eupeptique. (*Journal des Praticiens*, 14 *juin* 1924.)

Pourquoi Ambroise Paré a écrit ?

Etude critique de M. Guermonprez, d'après les Œuvres du célèbre chirurgien du XVI[e] siècle, de laquelle il résulte que : « Enseigner la vérité technique, servir la justice par ses soins professionnels, et reporter à la gloire de Dieu l'honneur de ses cures (*ie le pansay, Dieu le guarist*), tels ont été les buts d'Ambroise Paré ». (*Journ. des Sc. méd. de Llille*, 31 août-7 septembre 1924.)

Les mastoïdites apicales externes.

S'appuyant sur deux observations recueillies par lui-même, M. Rebattu décrit une forme de mastoïdite, dans laquelle le malade se présente avec une otite aiguë suppurée, une douleur mastoïdienne spontanée, du torticolis, du gonflement de la partie supérieure sous-apexienne de la gaine musculo-tendineuse du sterno-cléido-mastoïdien, de la douleur à la pression sur l'apex.

On pourrait penser à une mastoïdite de Bezold, dans laquelle on observe un abcès profond du cou. Mais ici l'abcès fait défaut ; on ne note aucune tuméfaction rétro-maxillaire ou cervicale profonde, et la pression des parties infiltrées ne fait pas sourdre le pus par le conduit auditif, ce dernier signe étant la signature de la mastoïdite de Bezold.

L'auteur termine son intéressant exposé par les considérations suivantes :

« Si, dans les mastoïdites de la pointe, c'est la corticale interne qui cède le plus souvent, donnant lieu au syndrome classique de Bezold, on peut voir, tout à fait exceptionnellement, l'infection se propager par la *corticale externe*. Il en résulte alors une *myosite des masses musculo-tendineuses* qui s'insèrent sur l'apex (sterno-cléido-mastoïdien, splenius capitius, complexus) avec *gonflement œdémateux pseudo-phlegmoneux* et parfois état lardacé.

« Cette marche de l'infection par la corticale externe se traduit cliniquement par une *douleur exquise à l'apex*, un *gonflement de la partie supérieure, sous-apexienne*, des *masses musculaires* et un *torticolis, sans qu'il y ait reflux du pus par le conduit lorsqu'on exerce une pression sur la région tuméfiée*.

« Ces *pseudo-mastoïdites de Bezold*, sont, en réalité, des *mastoïdites apicales externes* (1).

« L'intervention doit être pratiquée sans délai, et la suppression du foyer purulent mastoïdien donnera des résultats aussi rapides qu'excellents. » (*Lyon médical*, 7 septembre 1924.)

Le syndrome bradykinétique.

Ce syndrome consiste, dit M. Verger, « dans un caractère de lenteur dans le départ et l'exécution des mouvements volontaires, sans qu'il y ait paralysie à proprement parler, et sans aucun trouble de coordination »

Ce syndrome se retrouve dans plusieurs états morbides différents, que l'auteur étudiera ensuite successivement : maladie de Parkinson, cérébro-sclérose lacunaire, séquelles d'encéphalite épidémique, etc.

M. Verger décrit très clairement la physionomie immobile, figée des malades, mais qui peut être figée dans une certaine attitude expressive : air étonné, air souriant et béat... La parole est lente et courte. Même lenteur dans la mastication.

Si les mouvements sont lents, leur exécution est cependant parfaite, quoique avec des arrêts en cours de route. Mais ces caractères ne sont pas eux-mêmes permanents ni constants : certains malades peuvent présenter de la rapidité dans les mouvements s'ils ont un intérêt pressant à agir vite.

Au cours des mouvements passifs exercés chez ces malades, on observe une résistance réflexe exagérée, mais non suffisante pour empêcher le mouvement.

Enfin, on note chez eux une certaine tendance à la catatonie, c'est-à-dire à garder la position qu'on leur imprime passivement. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 septembre 1924.)

Réactions sériques de la plèvre.

Observation très intéressante, relatée par M. Sabrazès, d'une jeune fille qui, au cours d'une angine diphtérique, reçut 210 cmc. de sérum, et qui présenta, quelques jours après la cessation du sérum, des réactions classiques urticariennes et arthralgiques, en même temps qu'une pleurésie gauche peu abondante. Ponctionnée à plusieurs reprises, cette pleurésie donna un liquide peu fibrineux, et absolument stérile, et, en outre, des accidents de néphrite chlorurémique, — le tout terminé par la guérison.

Pour l'auteur, il s'agit d'une réaction sérique

(1) Si l'on veut attribuer le nom de mastoïdites de Bezold à toutes les mastoïdites de la pointe, il ne faudrait point parler ici de pseudo-mastoïdites de Bezold, et se contenter de distinguer *deux variétés de mastoïdites de Bezold* : les *mastoïdites apicales internes* aboutissant à la formation de collection purulente sous les masses musculaires de l'apex ou dans leur gaine, et les *mastoïdites apicales externes* se traduisant d'abord par de la myosite avec gonflement œdémateux des masses musculo-tendineuses de l'apex, conjonctivo-phlegmon pouvant aboutir ultérieurement à un ostéophlegmon.

Ce sont ces dernières formes, tout à fait exceptionnelles, que nous avons voulu individualiser dans cette étude.

à mettre sur le même plan que les poussées diarrhéiques, les douleurs abdominales, l'orchite, la tachy-arythmie, les polynévrites, etc., qui ont été signalées par différents auteurs.

Ayant éliminé l'hypothèse d'une pleurésie tuberculeuse, et d'un épanchement d'origine rénale, il se demande « si les séreuses, de même que les synoviales articulaires ne sont pas susceptibles d'être parties prenantes dans les réactions sériques... »

Enfin, il signale que récemment, on a proposé de soigner la maladie du sérum par les injections intra-veineuses du propre sérum du malade, selon la méthode de Pico, dont il faudra vérifier l'assertion. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 septembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Splénectomies pour traumatismes.

(M. PERRIN, de Saint-Denis. — *Société de chirurgie* ; 11-6-1924.)

M. AUVRAY présente, au nom de M. Perrin, deux observations de splénectomie pour traumatisme grave de la rate, toutes deux terminées par la guérison. Dans le premier cas, l'opération eut lieu une heure après l'accident, pour des symptômes d'hémorrhagie interne. Dans le second cas, la rupture splénique demeura d'abord silencieuse et l'intervention ne fut faite qu'après une phase de latence de soixante-huit heures.

M. Perrin a noté, chez ses deux opérés, un appétit considérable pendant leur convalescence et il ajoute que ce détail apporte un appui à la théorie récente du professeur Richet sur le rôle de la rate dans la nutrition. D'une série d'expériences, le professeur Richet a conclu que la rate joue un rôle important, sinon essentiel, dans la nutrition, spécialement dans l'assimilation des hydrates de carbone.

Traitement de l'infection puerpérale « post abortum ».

(M. J.-L. FAURE. — *Société de chirurgie* ; 11-6-1924.)

Laissant de côté les traitements de l'infection puerpérale par les sérums ou les vaccins, dont l'action est encore très discutable, M. Faure parle du traitement chirurgical de cette affection.

Il comprend tout d'abord le curetage. Lorsque, après un avortement, il y a persistance de l'écoulement sanguin ou de la fièvre, c'est qu'en principe l'utérus a été mal vidé. Tout utérus saignant quelques jours après un avortement doit être cureté. Cette règle devient plus impérieuse s'il y a de la température et surtout des frissons. La plupart du temps, les accidents disparaissent à la suite de cette thérapeutique simple. Mais, lorsqu'ils ne cèdent pas et deviennent, au contraire, de plus en plus menaçants, faut-il attendre ? M. Faure ne le pense pas et il conseille de recourir, dans la règle, à l'hystérectomie vaginale. Les indications de celle-ci sont, pour le chirurgien, affaire d'impression et d'expérience, mais on pourra avec elle sauver nombre de malades gravement atteintes, si l'on n'attend pas pour intervenir que tout espoir soit perdu.

—M. CUNÉO remarque qu'à côté des malades qui guérissent ainsi, il en existe un nombre non négligeable pour lesquelles l'opération ne donne pas de résultat.

— M. Louis BAZY pense qu'une fois l'infection sanguine réalisée, il devient difficile d'obtenir la guérison. L'hémoculture aurait un intérêt pour le pronostic.

— M. SAVARIAUD observe que l'opération n'est pas toujours suivie de succès et que, d'autre part, l'abstention réussit assez souvent — d'où l'embarras pour le chirurgien de prendre une décision.

— M. CUNÉO répond à M. Bazy que l'examen bactériologique du sang ne fournit malheureusement aucune indication susceptible de guider. Il a vu guérir, avec ou sans hystérectomie, des malades avec hémoculture positive, alors que d'autres succombaient avec un examen du sang négatif.

— M. LENORMANT considère l'indication opératoire de l'hystérectomie vaginale comme difficile à poser ici. Lorsqu'on est sûr de l'évacuation complète de l'utérus, dans les infections *post abortum*, il n'y a plus grande place pour une intervention active et il faut savoir attendre, même si la température reste élevée et l'état général inquiétant. Il en est de ces malades comme de certains grands blessés : lorsqu'on a nettoyé et paré soigneusement leurs plaies, il faut les laisser en paix et ne pas intervenir sans motif très grave. Même dans les cas qui semblent inquiétants au début, le pronostic actuel de l'infection *post abortum* ne paraît pas très mauvais. La proportion des décès est faible étant donné le nombre considérable d'avortements soignés dans les hôpitaux.

Arrêt d'hémorrhagies utérines par le citrate de soude.

(M. Anselme SCHWARTZ. — *Société de chirurgie* ; 11-6-1924.)

Chez une jeune fille de 14 ans atteinte d'écoulement hémorrhagique utérin qui se prolongeait depuis plus d'un mois, M. A. Schwartz a pratiqué une injection intra-veineuse de 10 cent. c. d'une solution

de citrate de soude à 30 p. 100. Douze heures après, l'hémorrhagie était complètement arrêtée.

— M. CHEVASSU a obtenu, en chirurgie urinaire, comme anti-hémorrhagique, d'excellents effets de l'anthéma, qui ne nécessite qu'une injection sous-cutanée, et est par conséquent d'un emploi plus facile que le citrate de soude.

Distension gazeuse du péritoine.

(M. PROUST. — *Société de chirurgie* ; 11-6-1924.)

M. Proust rappelle un cas de distension gazeuse du péritoine consécutive à une plaie de l'abdomen, qu'il a eu l'occasion d'observer pendant la guerre. Le blessé, atteint de plaie perforante de l'abdomen par shrapnell, présentait un ballonnement énorme du ventre, et accusait de vives douleurs. Une simple incision du péritoine, sous anesthésie locale, amena un échappement des gaz et un affaissement instantané de l'abdomen, en même temps que le malade — qui paraissait *in extremis* — renaissait à la vie.

— M. CHEVASSU prend acte de ce que le blessé de guerre en question, qui avait incontestablement une plaie de l'intestin, a guéri sans intervention. L'auteur est persuadé que beaucoup de blessés de ce genre sont encore vivants ; il en existe plus peut-être que de blessés de l'abdomen guéris après opération.

Kystes non parasitaires du foie.

(M. AUMONT, de Versailles. — *Société de chirurgie* ; 18-6-1924.)

M. LECÈNE présente deux observations, de M. Aumont, de kystes non parasitaires du lobe droit du foie. Ces kystes sont surtout connus depuis une quinzaine d'années et ils se rapprochent, en toute probabilité, des dégénérescences polykystiques qui frappent le rein. Il s'agit de tumeurs généralement latentes et découvertes par hasard, ou bien diagnostiquées kystes hydatiques.

Un nouveau mode d'anesthésie chirurgicale : le somnifène intra-veineux.

(M. Pierre FREDET et Mlle PERLIS. — *Société de chirurgie* ; 25-6-1924.)

Les chirurgiens emploient beaucoup, depuis quelques années, comme moyen complémentaire des grands anesthésiques généraux (chloroforme, éther), l'association morphine scopolamine, et ils font faire alors, une demi-heure avant le commencement de l'anesthésie, une injection hypodermique de 2/3 ou 3/4 de centim. cube d'une solution contenant 1 centigr. de morphine et 1 milligr. de bromhydrate de scopolamine par centimètre cube. Grâce à cette injection préliminaire, l'anesthésie est singulièrement améliorée. On n'a pas à craindre la syncope du début ou l'agitation ; le sommeil est obtenu avec une dose réduite de chloroforme ou d'éther, et le sujet, en outre, continue à se reposer avec calme durant plusieurs heures après l'opération.

D'autres produits que la morphine peuvent être utilisés dans un but analogue. Mlle Perlis et M. Cleisz, cherchant à obtenir l'accouchement sans douleur, se sont adressés au somnifène. M. Daniel Bardet a injecté dans les veines la même substance dans l'espoir de produire l'anesthésie générale. Il n'a pas eu de résultats pratiques, mais il a ouvert la voie aux recherches de M. Fredet.

Le somnifène est un mélange de deux hypnotiques dérivés de la malonylurée (ou acide barbiturique) Lorsque, dans le noyau barbiturique, on introduit par substitution un radical de la série éthyle, propyle, allyle, phényle, on obtient les hypnotiques connus sous les noms de véronal, proponal, dial, gardénal ou luminal. C'est à cette famille de véronals qu'appartient le somnifène.

M. Pierre Fredet, s'inspirant d'un vieux principe thérapeutique, a pensé que l'association de plusieurs anesthésiques et hypnotiques aurait pour conséquence d'accroître l'activité de chacun d'eux et que l'on pourrait avec des doses faibles obtenir des effets assez puissants. Il eut donc recours à la combinaison morphine + scopolamine + somnifène + chloroforme (ou éther) et il remarqua que les quantités de chloroforme nécessaires pour maintenir l'anesthésie complète dans ces conditions étaient très faibles et assez souvent nulles. Il obtenait l'anesthésie opératoire de plusieurs heures, avec la résolution et le silence de l'organisme, assez fréquemment sans avoir besoin d'anesthésique inhalé, ou encore avec quelques rares bouffées de chloroforme ou d'éther aux moments les plus délicats de l'opération. Il considère qu'il y a là un nouveau mode d'anesthésie chirurgicale qui mérite toute l'attention en raison de ses avantages.

Sa technique actuelle est la suivante :

1° Injection sous-cutanée de un centigr. de morphine et deux tiers ou trois quarts de milligramme de bromhydrate de scopolamine.

2° Au bout de quelques minutes (1/4 d'heure à 1/2 heure), injection intra-veineuse au pli du coude de 5 à 8 centim. cubes de somnifène. Dès qu'elle est achevée, le sujet dort et on le porte sur la table d'opération

L'anesthésiste se tient prêt, d'ailleurs, à donner quelques bouffées de chloroforme ou d'éther au moment de l'incision de la peau et des sutures, et si le sujet vient à remuer.

L'association de la morphine aux barbiturates est indispensable, les barbiturates étant à eux seuls incapables de procurer l'anesthésie chirurgicale.

La narcose ainsi produite dure environ trois heures. Elle est suivie d'un état de torpeur qui se prolonge 24 à 38 heures. Pendant ce laps de temps, il faut surveiller les opérés, les faire boire, leur commander d'uriner, en les aidant, et ne pas les laisser trop à leur torpeur.

Les avantages de cette méthode sont sa simplicité,

son innocuité (qui apparaît réelle, tout en demandant, de plus amples recherches), la suppression presque de l'anesthésiste. Les inconvénients sont minimes. Quelques sujets sont un peu agités vers le soir des l'opération, sans que cette agitation ait eu (sur les 60 anesthésies de ce genre pratiquées par M. Fredet) des conséquences fâcheuses.

— M. ALGLAVE demande si ce mode d'anesthésie ne favorise pas les saignements, comme le fait l'association scopolamine-morphine-chloroforme.

— M. SAVARIAUD attire l'attention sur la prolongation du sommeil pendant plusieurs jours.

— M. Pierre BAZY est surpris de la faible quantité d'urine rendue par les malades le jour de l'opération.

— M. P. FREDET a remarqué, comme M. Alglave, que la scopolamine favorise le saignement et il ne l'utilise pas pour les opérations portant sur le foie, le cou ou la face. Mais, les barbiturates semblent corriger l'action de la scopolamine et il n'a vu, au cours de ses essais, aucun saignement anormal.

L'auteur répond à M. Savariaud qu'il ne s'agit nullement de sommeil durant plusieurs jours, mais (et parfois seulement) 24 heures, et à M. Bazy que la diurèse est très suffisante chez les opérés qu'on fait boire.

Gangrène spontanée génitale et sérum anti-gangréneux

(M. SPILLMANN. — *Soc. derm. de Nancy*; 5-4-1924.)

C'est Fournier qui décrivit le premier une gangrène survenant chez des sujets jeunes, en pleine santé, sans lésion préalable des organes génitaux, gangrène entraînant des accidents graves et parfois mortels. Cette gangrène, le plus souvent signalée chez l'homme, est habituellement décrite sous le nom de gangrène foudroyante des organes génitaux.

Nous possédons, aujourd'hui, heureusement, un moyen de lutter plus efficacement contre cette affection assez redoutable : la sérothérapie anti-gangréneuse. Chez une jeune fille, qu'il put soigner au début des accidents, dès l'apparition d'une ulcération gangréneuse (reconnaissable à l'extrême fétidité de son odeur) du bord de la grande lèvre gauche, l'auteur obtint rapidement la cicatrisation par la sérothérapie anti-gangréneuse.

Le prurigo des ouvriers malteurs.

(M. SPILLMANN. — *Soc. derm. de Nancy*; 5-4-1924.)

Le prurigo des ouvriers malteurs est une dermite artificielle, causée par les poussières d'orge, qui apparaît au niveau des parties découvertes (cou, nuque, mains). Elle est constituée par des papules avec petites vésicules prurigineuses.

L'auteur a guéri ses malades en leur recommandant, outre les soins hygiéniques et une pâte de zinc, l'usage de chemises serrées au col et aux poignets, pour arrêter les poussières irritantes.

P.L.

Les Thèses

P. — Dr André PÉTURAUD. — **Action sérologique du bismuth dans les syphilis à Bordet-Wassermann arséno-résistant.** (Paris, Librairie Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 1924.)

La grande majorité des syphilis à B.-W. arséno-résistants est influencée favorablement par le bismuth et le plus souvent d'une façon durable (10 cas sur 14). Nos observations ne sont cependant pas suffisamment anciennes pour que nous puissions conclure à un résultat définitif.

La réduction du B.-W., bien que généralement rapide, peut être incomplète ou de courte durée (2 fois sur 14).

On peut observer des syphilis chez lesquelles le B.-W. n'est modifié ni par l'arsenic, ni par le bismuth et cela surtout dans les syphilis anciennes. En cas d'échec du traitement arsenical, il est donc indiqué de recourir sans retard au bismuth car, dans la majorité des cas, surtout les cas récents, la séro-réaction que les arsénobenzènes n'avaient pu réduire peut être négativée par le bismuth.

P. — Dr Jean LEFÈVRE. — **L'adsorption en thérapeutique. Le charbon animal.** (Paris, Gaston Jeanbin, 38, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 1924.)

Parmi les poudres utilisables en thérapeutique, c'est celle de charbon qui se montre douée du plus haut pouvoir adsorbant, comme en témoigne sa puissance de décoloration vis-à-vis du bleu de méthylène. Le charbon animal a un pouvoir adsorbant très supérieur à celui du charbon végétal. Tout charbon d'origine organique doit, pour l'usage thérapeutique, être exempt de cyanogène.

Le pouvoir adsorbant des différents charbons est essentiellement variable suivant le mode de préparation employé et la nature des matériaux soumis à la carbonisation. L'activité thérapeutique d'un charbon ne se mesure donc pas au poids qui en est administré, mais à sa puissance d'adsorption qui doit être mesurée.

De toutes les propriétés du charbon, liées à sa force adsorptive, la plus intéressante pour le médecin est son aptitude à fixer les bactéries, les toxines bactériennes, les produits toxiques en général et, en parti-

culier, les poisons. De là découlent toutes les indications du charbon en thérapeutique. Il semble établi que le charbon animal constitue l'*antidote universel*, efficacement applicable à tous les cas d'empoisonnements (sauf par caustiques).

En *thérapeutique intestinale*, le charbon trouve sa principale indication dans les affections qui relèvent davantage de l'action des toxines microbiennes que de l'infection et ne s'accompagnent pas de lésions profondes des parois intestinales. Les entérites aiguës proprement dites, le botulisme, les colites et entérocolites chroniques, les diarrhées des auto-intoxiqués sont les affections où on obtient les meilleurs résultats. *Ces résultats sont parfois surprenants en ce sens qu'ils guérissent en quelques jours des affections chroniques souvent graves qui avaient résisté à toute autre thérapeutique.* Le traitement par le charbon donne d'excellents résultats, par son action indirecte, dans les troubles du foie d'origine entérogène, dans les différentes manifestations de l'auto-intoxication intestinale et dans les anémies pernicieuses causées par cette même auto-intoxication. N'agissant qu'indirectement dans les flatulences gastriques contrairement à ce que l'on a longtemps cru, le charbon doit trouver une place de premier plan dans le traitement des affections gastriques, au même titre que le kaolin et le bismuth.

En usage externe, par sa propriété de fixer les bactéries et les ferments leucocytaires, la poudre de charbon est un agent cicatrisant très actif.

Nancy.— Dr Maurice ARNOUX, interne des hôpitaux. — **Le glaucome dans ses rapports avec la syphilis. Travail de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Nancy.** (Nancy, Société d'Impressions typographiques, 1924.)

Si le glaucome secondaire est très fréquemment consécutif à des lésions syphilitiques de l'œil, le glaucome primitif est, dans un grand nombre de cas, en coexistence avec la syphilis. L'infection tréponémique semble jouer un grand rôle dans la genèse du glaucome infantile, mais les études récentes paraissent lui donner également une large place dans l'étiologie du glaucome primitif ; par contre, elle n'a aucune influence sur la production du glaucome aigu.

Chez les glaucomateux chroniques, on rencontre très souvent des lésions vasculaires : ectasies de la crosse et de l'aorte thoracique, aortite, rétrécissement aortique, angine de poitrine, qui, presque toujours, reconnaissent une origine syphilitique. La fréquence de ces lésions fait que, pour plusieurs auteurs, le glaucome serait une localisation oculaire d'un processus vasculaire général. De plus, il ne faut pas oublier que le syndrome hypertensif de l'enfant est accompagné de lésions vasculaires, qui peuvent dépendre de la syphilis.

A côté des lésions cardio-vasculaires, il existe des troubles du système nerveux, tels que les signes de tabes, en particulier, qui ne font que confirmer la coexistence de la syphilis chez les glaucomateux observés.

La réaction de Wassermann a été trouvée positive dans le sang chez quelques malades atteints de glaucome chronique simple. Elle constitue un signe excellent de l'infection tréponémique et elle doit être pratiquée dans tous les cas.

Dans tout glaucome chronique primitif survenant sans cause avérée, il y a lieu d'instituer d'urgence un traitement anti-syphilitique. Les différents médicaments spécifiques peuvent être employés, mais la préférence doit être donnée à l'arsénobenzol, dont l'action hypotensive a été prouvée récemment.

Il semble difficile de dire, à l'heure actuelle, si le glaucome chronique primitif est une manifestation directe de la syphilis. Il faut cependant se rappeler que l'on n'a pas hésité à mettre le tabès, par exemple, sur le compte de la syphilis, alors que le traitement spécifique ne donnait aucun résultat, en raison de la proportion élevée de syphilitiques parmi les tabétiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même du glaucome, au moins dans un grand nombre de cas ? Nous n'avons nullement l'intention de dire que tous les glaucomateux sont des syphilitiques, mais nous croyons pouvoir affirmer que la syphilis se rencontre fréquemment dans le glaucome chronique et que très vraisemblablement, dans nombre de cas, il y a une relation de cause à effet.

Ly. — Dr R. PETITEAU. — **Contribution à l'étude de l'isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine (allonal) comme médicament analgésique.** (Lyon, 1924, Bosc et Riou, imp.)

Une préoccupation constante domine l'exercice de la profession médicale : la lutte contre la douleur, Certes, la thérapeutique, dans l'état actuel de la science, met à notre disposition nombre d'analgésiques et d'hypnotiques, tous plus ou moins maniables, tous plus ou moins toxiques.

Jusqu'à présent toutefois, nous ne possédions pas un médicament capable, en même temps, de supprimer l'élément douleur et, progressivement, de donner le calme et d'amener le sommeil.

L'allonal (isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine) présente des propriétés analgésiques en quelque sorte spécifiques (amidopyrine) qui sont consolidées et complétées par l'action sédative et hypnogène de l'acide isopropyl-propényl-barbiturique.

Nous avons donc dans l'allonal un « analgésique renforcé ». Comme le fait remarquer M. Petiteau, qui a étudié longuement ce produit, non seulement en clientèle privée, mais dans tous les hôpitaux de Lyon et en particulier chez le professeur Tessier, le sommeil déterminé par l'allonal est identique au sommeil physiologique ; il est suivi d'un réveil normal, sans lassitude, ni céphalée.

D'autre part, l'allonal n'est pas toxique aux doses thérapeutiques ; il ne produit pas de phénomènes d'accumulation; aucun effet sur le cœur, sur les reins, sur les poumons n'a été signalé ; enfin, sa puissance d'action est parfois remarquable dans certaines

circonstances, et, chez certains sujets, on a pu le substituer aux divers opiacés dont il ne présente pas les inconvénients.

Très actifs, faciles à prendre, toujours bien tolérés même par les estomacs délicats, les comprimés d'allonal (1 à 3 par jour) donnent d'excellents résultats dans les douleurs de toute origine, même causées par des lésions organiques profondes, et aussi dans toutes les névralgies de quelque nature qu'elles soient (dents, sinus, oreilles, nerfs facial, trijumeau, brachial), sciatique, plexus solaire, coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, génito-urinaires, rhumatismes, etc.). Cet « analgésique renforcé » semble appelé à remplacer, dans toutes les algies, les médicaments utilisés jusqu'ici qui ne présentent pas, comme lui, cette triple action analgésique, sédative et hypnogène, sans effets nocifs sur le tube digestif.

P. — Dr B. Joz. — **Etude de l'action cardiotonique et diurétique du scillarène.** (Henri François, imprimeur, 9, aven. de Taillebourg, Paris 11e). 1924.)

Ce travail fait dans le service de M. le professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, apporte des précisions nouvelles sur le glucoside *cristallisé*, isolé en 1921 par Stoll et Suter, du bulbe de la scille.

Le Scillarène est le principe actif de la plante. En raison de sa pureté, son titre d'activité est constant ; en outre, son pouvoir d'accummulation est extrêmement faible :

1° Parce que le médicament est éliminé en nature dans les 24 heures qui suivent son absorption ;

2° Parce que son pouvoir d'adhésion à la fibre cardiaque est faible et passager. Le Scillarène est donc sans danger d'accumulation. De plus, il est sans inconvénient pour le rein et l'estomac.

Ces deux qualités pratiques en permettent un usage thérapeutique aussi prolongé qu'il est nécessaire, et sans phénomènes secondaires nuisibles.

Deux propriétés cliniques caractérisent le Scillarène.

Une action cardiotonique et une action diurétique.

L'auteur étudie longuement et fixe par de nombreuses observations ces deux propriétés du Scillarène, et il établit les conclusions suivantes :

A. *Par son pouvoir cardiotonique*, le Scillarène produit : le ralentissement sinusal, le renforcement des systoles, l'allongement de la diastole ; de là les indications suivantes :

1° *Indications générales* : hyposystolie, insuffisance ventriculaire droite.

2° *Indications spéciales* : cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus, ou bien lorsqu'elle est mal tolérée.

Les intervalles du traitement digitalique dans lesquels le Scillarène maintient longtemps la compensation.

B. *Par son pouvoir diurétique* indirect (action cardiotonique) et direct sur l'épithélium rénal, le Scillarène, d'après Bernard Joz, agit puissamment et il est indiqué dans les oliguries des cardiaques, des rènaux, des cirrhotiques.

Enfin, il serait, d'après certains auteurs, en particulier Tilmant, un diurétique azoturique faisant baisser le taux de l'urée sanguine dans l'azotémie.

Les formes pharmaceutiques et les doses du Scillarène sont les suivantes : les comprimés dosés à 1/2 milligr. 2 à 8 par jour ; les gouttes (solution dosée à 1/2 milligr. par cc.) XV gouttes, 2 à 8 fois par jour ; les ampoules pour toutes injections renfermant chacune 0 milligr. 17, une à trois par jour.

NOTE SUR LA SUPÉRIORITÉ DU BISMUTH RADIFÈRE SUR LE BISMUTH ORDINAIRE DANS LE TRAITEMENT ANTI-SYHPILITIQUE

Par le Pr L. Jaloustre,
Ancien élève de l'Ecole Normale supérieure et de l'Institut Pasteur,
Agrégé de l'Université, Chargé de Conférences sur la « Radioactivité appliquée à la Médecine », à l'Hôtel-Dieu.
(Service du Dr Caussade.)

On sait quels résultats merveilleux a permis d'obtenir l'application de certains composés bismuthiques au traitement anti-syphilitique.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour considérer le bismuth, non seulement comme un agent anti-syphilitique intéressant dans les cas de mercuro et d'arséno-résistance, mais encore comme un agent anti-syphilitique de premier ordre, très puissant, très sûr, non dangereux, et pouvant rivaliser à tous égards avec l'arsenic.

Après la longue période de tâtonnements du début de l'étude pharmaco-dynamique et thérapeutique des composés du bismuth au point de vue anti-syphilitique, période pendant laquelle on s'orientait surtout vers des composés organo-bismuthiques complexes, plus ou moins analogues au tartro-bismuthate de sodium et de potassium qui avait primitivement servi de base à l'expérimentation de Sazerac et Levaditi, on est arrivé, tant dans les études cliniques qui ont été poursuivies dans ces dernières années que dans l'expérimentation de laboratoire, à la conclusion que l'hydroxyde de bismuth manifeste une supériorité réelle sur les divers composés plus complexes qui ont été en vogue tour à tour.

Cet hydroxyde de bismuth qui a été introduit dans la thérapeutique antisyphilitique pour la première fois par Fourcade, Jaloustre et Lemay (*Courrier médical* du 25 décembre 1921), est maintenant bien connu sous le nom de « Muthanol ».

Il a eu des imitateurs, mais il n'a pas de rival

pour la raison qu'il est le seul hydroxyde de bismuth à base de bismuth radifère et non pas de bismuth ordinaire comme ses concurrents.

La pratique ayant sanctionné la supériorité incontestable des résultats obtenus par l'hydroxyde de bismuth radifère par rapport à ceux obtenus par l'hydroxyde de bismuth ordinaire, je voudrais expliquer, en quelques mots, comment il faut comprendre les raisons de cette supériorité:

1° J'ai dit que le « Muthanol » était un hydroxyde de bismuth à base de bismuth radifère et non pas un hydroxyde de bismuth simplement radioactivé, parce que le bismuth se trouve dans le « Muthanol » associé à des éléments radio-actifs analogues chimiquement ou même isotopes du bismuth, et, par conséquent, inséparables, physiologiquement comme chimiquement, de l'ion bismuth auquel ils sont accolés.

C'est pourquoi cet ion bismuth radifère présente des propriétés thérapeutiques nouvelles puisque, d'une part, la radioactivité *catalyse*, en quelque sorte, l'action spirillicide du bismuth, et, d'autre part, elle exerce sur l'organisme, comme nous allons le démontrer, diverses actions favorisantes de l'action curative du bismuth.

2° En effet, la radioactivité agit d'abord sur la formule sanguine et, cela, de deux façons différentes :

a) On sait, depuis les expériences de CHEVRIER en 1910, que cette radioactivité augmente le nombre de globules rouges du sang et aussi le taux de l'hémoglobine.

Par conséquent, la syphilis étant une maladie essentiellement anémiante, on voit que l'action hématopoïétique de la radioactivité permet de placer l'organisme dans des conditions de résistance meilleure contre l'invasion syphilitique, puisque l'enrichissement du sang en hémoglobine permet aux phénomènes de nutrition de s'effectuer avec beaucoup plus d'intensité et, par conséquent, d'une manière plus favorable à la lutte contre l'infection.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le traitement bismuthique de la syphilis, comme tous les traitements anti-syphilitiques, ne tarde pas à amener chez le sujet qui y est soumis une certaine anémie bismuthique qui vient s'ajouter à l'anémie syphilitique et l'aggraver en quelque sorte. D'où la nécessité de remonter à chaque instant le malade au point de vue de sa richesse en globules rouges et en hémoglobine.

b) La radioactivité a également la propriété de produire sur la formule sanguine une leucocytose transitoire avec polynucléose ; puis, quand le nombre des globules blancs est redevenu normal, de laisser persister un certain degré de lymphocytose.

Quelles sont les conséquences de ces modifications transitoires des globules blancs du sujet traité ?

D'abord, c'est une amélioration des défenses naturelles de l'organisme qui se trouvent ainsi renforcées : les globules blancs plus nombreux pouvant plus efficacement lutter contre l'invasion syphilitique.

Ensuite, il ne faut pas oublier que les globules blancs sont d'actifs facteurs de répartition des agents médicamenteux dans l'organisme ; et, par suite, leur nombre augmenté permet une répartition plus active et en même temps une diffusion meilleure de l'ion bismuth radifère.

Comme l'a bien montré Marcel LABBÉ, dans son excellent petit ouvrage sur le sang (Paris, Baillière, 1910, 2e édition, pages 35 et 36), les leucocytes apporteraient le bismuth comme le mercure aux lésions syphilitiques, le fer aux organes hématopoiétiques des anémiques, l'arsenic à la glande thyroïde et aux productions épidermiques, l'acide cinnamique ou le baume du Pérou, aux foyers de tuberculose pulmonaire (d'après LANDERER : « Le traitement de la tuberculose », traduction Alquier, Paris, 1899).

Ce transport et cette localisation élective se feraient grâce à la chimiotaxie qui appelle les leucocytes vers tout foyer irrité, infecté ou traumatisé de l'organisme ; grâce aussi à la spécificité de localisation des médicaments dont il faut sans doute tenir un très grand compte.

En définitive, le leucocyte se présente comme l'intermédiaire entre les éléments nutritifs ou médicamenteux venant du dehors et les éléments de nos tissus, entre les éléments inorganiques et les éléments organisés.

Il apparaît donc que toute influence qui permettra de multiplier le nombre des leucocytes, c'est-à-dire des agents de répartition médicamenteuse dans l'organisme, pendant une période de lutte contre l'infection syphilitique, c'est-à-dire pendant la première période du traitement, favorisera considérablement l'action curative de l'agent thérapeutique spécifique administré au malade.

C'est l'une des raisons qui font que le bismuth radifère est incomparablement plus actif et plus efficace que le bismuth ordinaire dans le traitement anti-syphilitique.

3° Il y a plus, les études récentes communiquées à la Société de Biologie par SAZERAC et VAURS (séance du 18 juillet 1924) ont démontré que la phagocytose semble jouer un rôle notable dans l'action des composés bismuthiques insolubles contre la syphilis. Il semble probable, en effet, que la totalité ou tout au moins la plus grande partie du bismuth qui agit sur les parasites après injection passe dans l'intérieur des globules blancs avant de pouvoir produire un effet thérapeutique.

A la suite de ces expériences, on a été amené à penser que le rôle des globules blancs dans la

lutte contre les parasites de la syphilis pourrait consister dans la transformation du bismuth englobé par eux en un produit soluble doué d'un pouvoir spirillicide énergique.

Par conséquent, si les leucocytes jouent ainsi un rôle de premier ordre pour conférer au bismuth des propriétés spirillicides, si les composés du bismuth pour devenir spirillicides doivent d'abord passer à l'intérieur des globules blancs où ils subissent une transformation chimique nécessaire, il est extrêmement important de pouvoir, dans un traitement d'attaque, multiplier — au moins temporairement — le nombre des globules blancs, afin d'augmenter l'activité et la puissance de l'agent bismuthique employé.

Le « Muthanol » présente donc encore à ce point de vue une supériorité incontestable sur se s concurrents non radifères.

4° La syphilis entraîne généralement l'apparition de syndrômes asthéniques contre lesquels il est indispensable de lutter pour permettre aux divers organes intéressés de reprendre leur activité et leur fonctionnement normal.

Cette asthénie tend d'ailleurs plutôt à s'aggraver sous l'influence d'un traitement antisyphilitique intensif.

Or, Andréoli et Jaloustre ont démontré dans une étude publiée par les *Sciences médicales* du 15 mai 1924, que la radioactivité et, particulièrement le thorium X, permettait de lutter efficacement contre les asthénies d'origines diverses.

Le bismuth radifère qui renferme divers éléments radioactifs, parmi lesquels le thorium X (produit à chaque instant par le radiothorium dérivé du mésothorium qui y est contenu), est encore intéressant dans cet ordre d'idées pour s'opposer à l'asthénie habituelle des syphilitiques.

5° Certains produits de désintégration du mésothorium et du radiothorium contenus dans le « Muthanol » ont la propriété de se fixer principalement sur le foie et, par l'action du rayonnement alpha, d'exercer sur cet organe une certaine stimulation fonctionnelle.

Or, une communication de Maubert, Jaloustre et Lemay à l'Académie des Sciences (séance du 22 mai 1923) a fait ressortir que les éléments radioactifs, par leur rayonnement alpha, étaient capables d'agir sur la catalase du foie pour en augmenter l'activité.

D'autre part, Levaditi et Nicolau ont démontré, par une note à l'Académie des Sciences en date du 23 avril 1923, que les matières protéiques des extraits cellulaires et du foie en particulier entrent dans la constitution du dérivé bismuthique actif qui se formerait à l'intérieur de l'organisme après injection d'un composé quelconque de bismuth.

La toxalbumine bismuthée qui prendrait ainsi naissance et que les auteurs ont nommé bismoxyl est fortement parasiticide *in vitro* et *in vivo*, alors que le bismuth qui n'a pas subi l'action hépatique, est complètement inactif *in vitro*.

Il y aurait probablement intérêt, pour cette nouvelle raison, à utiliser le bismuth radifère qui, par augmentation de l'activité diastasique du foie, due à l'intervention de sa radioactivité, permettrait peut-être une production plus rapide du bismoxyl et favoriserait ainsi l'efficacité de l'action spirillicide du bismuth.

Conclusions

En résumé, le bismuth radifère connu aujourd'hui en thérapeutique sous le nom de « Muthanol », devrait sa supériorité sur le bismuth ordinaire des produits bismuthiques concurrents, aux raisons suivantes :

1° Sa radioactivité permet de lutter efficacement contre l'anémie syphilitique et de s'opposer à l'apparition de l'anémie bismuthique (voir les numérations de globules rouges effectuées au cours de traitements par le « Muthanol », par M. Fourcade, dans le service de Marie à Sainte-Anne et publiées dans les *Sciences médicales* du 31 juillet 1923).

2° Sa radioactivité permet de lutter contre l'asthénie syphilitique et de placer ainsi le malade dans de meilleures conditions de défense.

3° Sa radioactivité permet de catalyser, c'est-à-dire de rendre plus rapide l'activité thérapeutique du bismuth.

4° Par l'augmentation temporaire du nombre des leucocytes, sa radioactivité permet, dans la période d'attaque, de produire une meilleure répartition et une distribution plus rapide de l'ion bismuth radifère aux foyers infectés par les tréponèmes.

5° Le nombre des leucocytes étant plus considérable, la transformation du composé bismuthique insoluble en un nouveau composé spirillicide par phagocytose, devient plus rapide et plus intense, et, par conséquent, l'activité du médicament et son efficacité s'en trouvent notablement augmentées.

6° L'action de la radio-activité sur les diastases de l'organisme et, en particulier, sur l'activité fonctionnelle du foie, permet d'espérer qu'avec le bismuth radifère, il y a production plus rapide et plus intense de bismoxyl dans l'organisme et, par conséquent, activité et efficacité plus grandes du médicament.

On voit donc qu'i y a de multiples raisons pour justifier la supériorité du bismuth radifère ou « Muthanol » dans le traitement bismuthique de la syphilis, supériorité que, depuis trois ans, l'expérimentation clinique dans les hôpitaux, ainsi d'ailleurs que la pratique journalière, ont remarquablement sanctionnée de toutes parts.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE (1)
Dans les dispensaires. Ce que j'ai vu.

2e série, D. Antisyph,

(Suite et fin)

B. — Des D. Antisyphilitiques, tels qu'ils existent et fonctionnent, peut-on tirer un enseignement ?

Et d'abord, l'institution telle qu'elle s'organise et, tend à se généraliser actuellement, *semble-t-elle au point comme formule thérapeutique et prophylactique sociale* ?

La réponse est délicate, car les statistiques invoquées sont peu probantes. De multiples influences doivent entrer en ligne de compte, qui ont transformé depuis peu la vie moderne et la santé publique : la Guerre, l'évolution des idées et des mœurs... Il est difficile de faire la part légitime des divers facteurs du progrès. Notre expérience française du dispensaire est récente et sommaire. C'est, en somme, une importation anglo-américaine dont les initiateurs se disaient fort enthousiastes, nous éblouissant de chiffres miraculeux. En pratique, il faut ouvrir les yeux et faire des réserves. Les maisons de prophylaxie sont une belle invention, et les prescriptions rigoureuses de la discipline sanitaire alliée constituaient un admirable bréviaire ; mais volontiers, Tommies et Samies, *victimes de Vénus*, se faisaient soigner en ville, par des médecins hors cadres, pour éviter les sanctions ennuyeuses. Certes, les règlements sont faits pour être tournés, mais les fraudeurs faussaient singulièrement les calculs des statisticiens !

Plus encore que leurs camarades, nos poilus étaient fort rebelles aux enquêtes et aux perquisitions dans la vie privée, et devenus civils, défroqués du bleu ou du kaki, ils ne sont pas davantage enclins aux conseils de révision en masse. Après les *revues de pieds* du régiment, les *revues de sexe*, même gratuites et obligatoires, hem ! les types de chez nous tâcheront toujours d'y couper !

Autre enseignement. — Le rôle des infirmières visiteuses, recruteuses..., a été critiqué à propos des D. antituberculeux. Il serait fastidieux de reprendre cette antienne, quoique le métier d'enrôleuse de syphilitiques, même pour leur bien, sous la bannière de telle ou telle firme, semble peu féminin malgré son mérite du point de vue défensive féministe !...

Mais il y a ici un danger plus grave. Par une étrange aberration, les spécialistes insensiblement, inconsciemment, peut-être, *semblent s'associer* à une manœuvre d'exercice illégal. La multiplicité des injections intra-veineuses à exécuter les a incités à se décharger comme d'une corvée de cet acte opératoire sur leurs aides, puis sur des subalternes ; et on dresse à cet effet des auxiliaires à qui la loi interdit semblable pratique, en toute équité, *la responsabilité de l'opérateur devant être personnellement engagée.* Cette coutume, en outre, crée un danger ultérieur, car prenant confiance en son savoir-faire, un jour ou l'autre, l'infirmier succombera à la tentation de s'essayer en ville. Et comment sévir alors ? Comment délimiter les frontières exactes de l'exercice illégal ? Si nous « démolissons les Pyrénées, il ne nous sera pas facile de les reconstruire ... »

Qu'en certaines régions, aux Colonies, au Maroc par exemple, il soit indispensable de procéder ainsi, rien de mieux ; mais en plein Paris, où des docteurs diplômés végètent sans emploi !... Comment, après cela, s'étonner de lire aux annonces de journaux médicaux, très officiels, laréclame d'infirmières *excellemment expertes aux intra-veineuses* (hautes références), et postulant une place ?

Cependant, le Corps médical se plaint de n'obtenir en cas de procès aux sorciers ou rebouteux que des condamnations dérisoires... *Bizarre illogisme : nous nous suicidons nous-mêmes confraternellement.*

C. — La Cure de la S. est-elle possible en ville, par le praticien, aussi bien qu'au dispensaire ? Et quelles difficultés rencontre-t-elle ?

Les spécialistes, certes, n'ont jamais dit expressément que le praticien était incapable de soigner et de guérir un syphilitique ; mais cette conclusion ressort en somme d'une étude sans parti pris de leurs publications. Il y a conflit.

1° *Le conflit est évident entre théoriciens et praticiens.*

Première cause de divorce : la science moderne a inauguré le régime de la Terreur.

---

(1) Voir *Concours Médical*, n° 43, P. 2469.

L'Evangile, les Anathèmes, les Dogmes, insérés aux chapitres précédents, en font foi ; et ils n'ont pas été défigurés comme sens, malgré la forme plaisante adoptée.

Sévère anathème entre tous, celui-ci : Toutes les syphilis, à tous leurs stades, sont contagieuses. Oh ! je sais bien que l'auteur a soin d'ajouter : les S. *non guéries* ; mais, pour qui sait lire, cette restriction est sans valeur, puisque quelques lignes plus haut ou plus bas, il est écrit que nous n'avons jamais la certitude d'une guérison définitive, qu'un criterium de garantie nous fait défaut.

Vraiment, j'aimais mieux le style du vieux maître Alfred Fournier : « *Un syphilitique ne doit jamais oublier qu'il a eu la vérole* ». Cette simple phrase en disait tout autant, et même plus que la nouvelle ; et peut-être était-elle d'un réalisme plus authentique, plus exact. En tous cas, elle était moins désespérante...

D'ailleurs nos contemporains ont à peine prononcé leur « Lasciate ogni speranza » qu'ils sont pris de remords ; et, comme les promesses ne coûtent guère, ils nous affirment la *prochaine suppression de la S., si nous le voulons bien.* Mais comment est-ce possible, puisqu'en bonne conscience, on ne sait jamais si l'infection est blanchie à jamais ?... Et, entre nous, d'où proviendrait cette certitude, puisque notre expérience est trop courte, puisque nos drogues miraculeuses sont trop jeunes, puisque *nul ne peut répondre de l'avenir des arsénobenzénisés*, et *encore moins des Embismuthés* ?...

Deuxième divergence : les meneurs du mouvement thérapeutique, les bergers syphili-thérapeutes ont des exigences hyperboliques aux conséquences graves.

Exigences de laboratoire. — Je n'ose un recensement minutieux des réactions B. W., Hecht, Desmoulières, des analyses de sang et de liquide céphalo-rachidien inscrites au programme officiel : dix ou douze la première année, six environ la seconde, et ultérieurement deux par an ; c'est approximatif et déjà coquet ! ! !

Exigences thérapeutiques. — Les séries d'intraveineuses, puis d'intra-musculaires se succèdent et se répètent en bataillons serrés de dix unités environ espacés d'intervalles parcimonieusement mesurés. Et çà ne va pas toujours tout seul : réactions générales plus ou moins pénibles jusqu'à l'intolérance, incidents, complications, réactions locales, idiosyncrasies déconcertantes, sont journalières ! Sur la foi du prospectus ou de publications hâtives, vous annoncez telle injection comme totalement indolore, et le lendemain, le client vous accuse d'avoir menti sciemment, etc., etc.

Conséquences envers le praticien. — Les *spécialistes* ne sont pas des *praticiens*. Ils sont au maximum certes des *pratiquants*, mais nos confrères restent, malgré le labeur manuel et les rapports avec les malades, des thé-o-ri-ciens. Il suffit, pour le prouver, de rappeler ce désideratum exprimé par un syphiligraphe : « *Tout praticien devrait désormais posséder un ultra-microscope et savoir s'en servir pour découvrir précocement le spirochète, avant l'induration du chancre parfois retardée* ». — Commettre ce vœu, n'est-ce pas témoigner d'une incompréhension totale de la carrière de praticien ? N'est-ce point une utopie de théoricien ? et, regrettable à voir publier ?

Conséquences envers les clients. — Les exigences des syphilomanes risquent de produire des effets fâcheux moraux et matériels.

Devant tant d'insistance sur le péril vérolique, devant l'enflure démesurée des astreintes thérapeutiques, les intéressés par haine des contraintes sentent s'éveiller de la défiance. A ouïr comme à lire les programme de cure, beaucoup sont dégoûtés, et renoncent terrifiés, quitte à sombrer dans l'indifférence, dans le fatalisme. « Tant pis ! on verra bien ! ... »

D'ailleurs, les frais matériels des examens de laboratoire seuls, sans parler des dépenses de drogues et de médecin, créent une quasi-impossibilité pour la plus grande partie de la clientèle... Inutile, je crois, de faire le calcul détaillé.

Conséquences ultimes et épilogue. — L'*aboutissant* de ces exigences et de leurs effets, c'est le *dispensaire obligatoire* et le *triomphe du spécialiste.*

Hors du Dispensaire, point de salut : il apparaît de plus en plus indispensable, et parallèlement la mission sociale du spécialiste se dessine comme complémentaire. C'est une consécration dont les spécialistes ont été eux-mêmes les artisans. Ils ne se sont point bornés à démontrer la nécessité de leur coopération, à justifier leur spécialisation ; ils semblent viser à prouver l'incapacité notoire, l'impuissance des non spécialistes. Tout au moins, s'ils avaient cette arrière-pensée, ils n'agiraient pas autrement.

Misérable rivalité et vaine question de boutique certes, si, dans l'intérêt général, le Dispensaire doit se développer, si, pour le bien de tous, prophylaxie et traitement doivent être monopolisés par les syphiligraphes.

Or, on peut soulever ici des objections qui ne sont pas sans valeur. Inutile de s'attarder à des considérations accessoires : perte de temps pour les travailleurs, fâcheuse promiscuité, collaboration regrettable et peu légale des subalternes... Deux arguments paraissent suffisants.

Tout d'abord, le client du D. perd sa belle confiance au médecin de famille qui le soignait jusque-là, humble praticien de quartier, installé sans luxe d'officine, ni d'appareils. Tant qu'il s'agira d'accidents spécifiques, le D. est là, et tout va... Malheureusement, un syphilitique n'est

pas assuré contre les maladies banales, intercurrentes ; et le jour où alité il convoquera, faute de mieux, un docteur quelconque inconnu, tout ira-t-il aussi bien ? Les bonnes femmes ont des préjugés ; mais quand elles disent du bonhomme qui les a mises au monde : « *Personne ne me soignerait comme lui. Dame ! il connaît not'tempérament !* » — se trompent-elles beaucoup ?...

Autre chose. Que devient avec le D. le secret professionnel ? S'il n'existait pas, a-t-on dit, il eût fallu l'inventer en matière de syphilis. — Le malade doit pouvoir se soigner sans craindre une indiscrétion ; et cette garantie est à la base des rapports sociaux actuels de médecin et client en France. Vénérien ou non, enrhumé ou diabétique, chacun de nous a droit au silence de celui à qui il confie sa santé. Au D. la question devient aléatoire, surtout en province ou à la campagne. Le grand Paris enterre-t-il donc beaucoup mieux les secrets ; ce Paris où l'on ne peut se cacher ; où la moindre nouvelle se propage en deux heures ; où les quartiers sont des bourgades ; où concierges, cochers, balayeurs, mendiants... sont nos espions ?.....

2° *Ce conflit entre spécialistes et praticiens n'a-t-il pas des causes profondes ?* ....

Etre affirmatif en pareil cas serait prétention ou sottise. Mais il n'est pas défendu, en toute bonne foi, de chercher et discuter. *Deux causes* certaines entrent en jeu : l'*état d'esprit médical* et l'*état d'esprit du public.*

Etat d'esprit médical. — Le médecin est un éternel curieux et chercheur : il évolue donc, incessamment en progrès, mais en droite ligne, de biais, ou en ligne brisée ? Seuls dans mille ans les histoires le pourront dire... peut-être (?)

Au point de vue spécial de la syphilis, la guerre a certainement produit un branle-bas quasi mondial. Pendant la mobilisation des armées, une floraison de syphilis nouvelles a été constatée ; en même temps une offensive thérapeutique intensifiée s'organisait, et les services de santé en tous pays couraient sus aux spirochètes pour récupérer le maximum de combattants. Inévitablement, la diffusion du contage d'une part, c'est-à-dire d'une infection vaccinant ses victimes, et le perfectionnement de la thérapeutique d'autre part, gratuite et obligatoire au surplus, devaient préparer une réaction, une diminution brusque du chiffre des nouvelles contaminations. La hausse prépare toujours la baisse.

Actuellement les vénéréologistes, qui s'étaient vus un temps les maîtres du monde, ont subitement perçu le déclin de leur vogue : les chancres se font rares et *les injections intra-veineuses ne font plus la queue aux antichambres.* Peut-être se presse-t-on un peu de proclamer : Victoire ! Victoire ! le spirochète est dompté, vaincu ; il bat en retraite ; poursuivons -le de notre cavalerie, culbutons, anéantissons l'ennemi dans ses derniers retranchements ! Il ne faut pas aller trop vite. La syphilis n'a pas, ne peut pas encore avoir diminué, *sauf en apparence.* Les malades ne peuvent pas être certifiés guéris, *sauf en apparence.* Nul ne peut nier la possibilité de récidives, *sauf en apparence*... Et je passe sous silence les craintes de dégradations organiques tardives consécutives aux médications en usage, épicées et prolongées (craintes émises par des hommes sensés, nullement rétrogrades).

L'interprétation des faits de guerre laisse donc un peu à désirer, et les spécialistes, spécialomanes prédestinés, s'acharnent très naturellement à déceler le virus partout où il peut nicher ou se terrer.. Mais il ne faudrait pas porter aux excès et confondre par exemple S. et Parasyph., lésions spécifiques et cicatrices-stigmates, car il reste acquis que les médicaments mordent sur le processus infectieux, mais usent leurs dents en vain sur des *chéloïdes* (qu'on me passe l'image !)...

Au surplus, la médecine entière paraît à des maîtres glorieux engagée dans une passe inquiétante. Le XX[e] siècle sera sans doute un âge critique, un siècle de transition. — « *Tout cas exceptionnel est trop volontiers érigé en loi. C'est l'impossibilité absolue pour un praticien d'affirmer quelque chose à ses clients* »...

Voilà une opinion magistrale confidentielle. Le professeur Roger, notre doyen, en a une autre qui m'a sensiblement ému. Dans une allocution récente, en un banquet, il reprochait au Corps médical d'avoir proclamé de droite et de gauche que le médecin n'est pas un savant. — « Nous avons commis une erreur, dit-il. Notre corporation est de celles où la science est cultivée avec le plus d'ardeur, où l'abnégation et le dévouement sont quotidiens, où l'on masque ses vertus... ». Là-dessus les bravos éclatent et on se congratule. Dame ! on le pense bien, un homme de l'envergure d'Henri Roger n'a jamais tout à fait tort. Oui, en effet, la médecine est une science, ou plutôt elle est basée sur une pléiade de sciences. C'est entendu ; le médecin n'est pourtant pas un *savant.* La chimie, la physique sont des sciences ; chimiste, physicien sont des savants. Les ingénieurs, eux, ne sont pas des savants ; ce sont des praticiens comme nous, un peu artistes et artisans. Notre Doyen a déclaré que la profession a perdu du prestige. Certes ! Est-ce le moyen de le reconquérir que de nous vanter d'être détenteurs d'*une science,* quand on nous reproche déjà de ne point guérir à coup sûr ? Demain, on nous accusera de *mauvaise volonté à faire des miracles,* et nous n'aurons rien à répliquer...

Etat d'esprit du public. — Etant données les divergences médicales, comment le public verrait-il clair pour se bien guider ? L'éducation de la

clientèle est largement insuffisante, et surtout elle est mal orientée tant sur le chapitre vénérien qu'au point de vue de la médecine en général.

Sur les questions sexuelles, les connaissances sont beaucoup plus arriérées qu'on ne le croit. L'opinion s'est émue ; on s'est familiarisé avec les mots crus, on ne parle plus à mots couverts, on appelle aisément un chat un chat. Mais on ne comprend pas beaucoup mieux qu'autrefois. L'instruction est si mal faite ! Dans la Presse quotidienne, une campagne anti-médicale intéressée côtoie un article de vulgarisation sérieux ou prétendu tel, lui-même jumelé à quelque charlatanesque publicité plus ou moins déguisée ; et de la première à la huitième page, le lecteur doit se tenir sur ses gardes. Les brochures et les livres ne valent guère mieux : publications commerciales, œuvres obscènes, compilations pédantes et indigestes sans nul attrait dominent, et les manuels vulgarisateurs sont inintelligibles, ou si ennuyeux ! ! !

Le praticien se heurte journellement à d'invraisemblables ignorances. La transmission des maladies semble de l'hébreu pour les profanes : la notion du contage par exemple est si mal assimilée que, dernièrement, un ménage de propriétaires se plaignait d'avoir dû faire désinfecter une villa après le départ d'un locataire syphilitique (?). — *Qu'une infection qui se contracte par contagion et s'inocule par un chancre, puisse provenir d'héritage sans chancre et ne présenter aucun des symptômes de l'infection ordinaire*, que néanmoins l'*une et l'autre soient la même syphilis*, cela dépasse l'imagination du vulgaire ahuri !..... Et comment le public ne ferait-il pas du S. un paria, un lépreux, un pestiféré, quand les spécialistes dénoncent la contagion de tous les cas, de toutes les formes, à tous les stades ? Comment persuader les familles qu'il ne faut pas maintenir en éternelle quarantaine le malade dûment soigné et certifié guéri ; que s'opposer au mariage des ex-malades serait abusif, car, à enquêter sur le passé de chacun, on découvrirait dans tous les cas quelque empêchement (épilepsie, alcoolisme, aliénation, etc., etc.) ?

Et comment justifier certaines subtilités : qu'il ne s'agit pas d'une tare honteuse rédhibitoire, mais d'une diminution de valeur pouvant tout de même entraîner une déchéance de la race ? Que, dans ces conditions, l'essentiel est de ne pas ignorer le mal originel, d'être bien renseigné pour intervenir opportunément, pour atténuer ou limiter les dégâts, pour instituer une hygiène préventive, etc... ?

Hélas ! les esprits contemporains ne sont point préparés à recevoir le bon grain de l'enseignement. Sur un terrain qui n'a été ni fumé, ni amendé, les semaille prennent mal, et les premiers éléments des vraies humanités ne sont au programme d'aucune école. Cependant, avant de mettre une machine entre les mains d'un ouvrier, on lui en démontre l'anatomie et le mécanisme. L'homme est le seul apprenti réduit à improviser, comme doté de science infuse, et que ses parrains lâchent dans la vie sans le moindre fil d'Ariane, le laissant user ses organes, en détériorer les rouages les plus délicats, libre d'en gaspiller le rendement... (car sous prétexte d'acquérir de l'expérience, nous apprenons à nos dépens !) Ce soi-disant Roi privilégié est un déshérité : dépourvu de l'instinct défensif animal, il n'a que des pressentiments illusoires ; et « *ce qu'il ne faut pas faire* » est souvent ce qui lui plaît le mieux.

Ainsi, il s'entête à consulter le pharmacien *par économie*, comme si l'art du diagnostic, la chimie des lochs et des urines, la confection des étiquettes, le commerce des spécialités, etc., cousinaient dans les études. Le même ingénu se hasarde sans hésiter aux plus étranges inductions d'après ses lectures ou des on-dit, interprétant les analyses de laboratoires, dénaturant les conclusions des docteurs, etc., etc.

En somme, outre l'omission du « connais-toi toi-même » dans l'éducation élémentaire, une grave lacune handicape le civilisé moderne, animal sociable, solidaire obligatoire de ses congénères : c'est l'ignorance totale des domaines de compétences professionnelles, l'incertitude des critères valables d'estimation de la capacité individuelle, donc l'impuissance pour chacun de juger sainement à quels points de vue et dans quelle mesure on peut compter sur l'appui et les mérites authentiques du voisin.

III. Conclusions

Trois conclusions, dont la dernière, inédite, mériterait à ce titre particulière considération :

PREMIERE CONCLUSION. — *La direction thérapeutique du médecin de famille semble socialement la plus bienfaisante.*

Quiconque a lu mes précédents articles sur les Dispensaires antituberculeux ne sera pas surpris de ma première conclusion. Au syphilitique comme au tuberculeux, comme à tous les malades *qui savent s'en servir*, le médecin de famille est nécessaire. Nul mieux que lui ne peut garantir le secret, poser précocement le diagnostic, déceler les *S. insontium* si nombreuses ; lui seul peut poser le pronostic en connaissance de cause, appréciant une série de contingences dont il est spectateur ou confident ; lui seul peut intervenir indiscrètement dans certaines cures négligées ; lui seul peut rendre d'incomparables services prophylactiques, et *tenir au courant le carnet sanitaire familial* que ne remplaceront jamais, pour *le foyer*, la *dynastie et la race*, des dossiers de Dispensaires, où l'égoïsme individuel seul trouve son compte. Au Dispensaire-caravansérail, le malade

est un numéro, comme le voyageur dans les palaces ; en clientèle, le malade a, dans son docteur un ami dévoué, susceptible d'initiatives. Et ceci prime cela.

DEUXIÈME CONCLUSION. — *Rôle idéal du Dispensaire, s'il s'attachait surtout à faciliter les cures par le médecin de famille, à pratiquer une collaboration amiable.*

Le Dispensaire luxueux, richement meublé, pourvu et doté de matériel, pourrait faire profiter la communauté de ces avantages et rendre des services croissants.

Sans insister sur la concurrence illégale du personnel infirmier injecteur, menaçant pour la sécurité des malades, le praticien se heurte à des difficultés matérielles et financières qui grandissent dans des proportions inouïes avec les exigences du programme thérapeutique moderne. Si l'ultra-microscope n'est pas à la portée de tout le monde, les séro-réactions (sang, liquide céphalo-rachidien), sont dispendieuses ; et leur répétition qu'on tend à imposer créent une impossibilité pour la majorité des malades, d'autant plus que la thérapeutique par les injections crée une charge budgétaire déjà notable, et irréductible.

Le Dispensaire serait donc bien inspiré d'instituer un laboratoire annexe pour l'extérieur à tarifs réduits, accessible aux médecins de famille. On me dira qu'il existe, déjà des organisations gratuites, entr'autres à l'Institut Pasteur. Mais pourquoi, le praticien qui envoie lui-même, rue Dutot, un tube de sang aux fins de Wassermann, avec demande de réponse directe confidentielle à son domicile, pourquoi ce praticien est-il mal reçu ? ses envoyés plus ou moins houspillés ? Tellement qu'un beau jour dégoûté, on cesse de s'adresser à la Grande Maison. — Mystère ! Pourtant maintes analyses doivent être exécutées incognito..... Oh ! je sais bien qu'aucun laboratoire à Paris ne refuse une recherche gratuite à un docteur, son client, *à titre scientifique*. Mais enfin ! il faut être connu du préparateur, et on est redevable d'une complaisance...

TROISIÈME CONCLUSION. — *Nécessité pour le Corps des Praticiens de créer, commanditer et rédiger lui-même, en vue de l'éducation du public, une Revue indépendante : Tribune de vulgarisation médicale loyale et consciencieuse ; initiant, d'autre part, le client au savoir-vivre pratique, lui enseignant à se servir du médecin et des médecins ; et forgeant enfin une arme défensive contre les campagnes de presse et toutes attaques.*

Le docteur, si spécialiste et *si grand médecin* soit-il, n'est pas en possession d'une science mathématique infaillible, codifiable en équations constantes, immuables, absolues... Et tout en proclamant qu'il y aura toujours un lot d'incurables, il importe de dénoncer sans repos le danger des empiriques, des guérisseurs *de droit divin*, nuisibles par leurs médications absurdes et plus encore par les énormités de leurs diagnostics.

La vulgarisation se fait déjà, dira-t-on, un peu partout ! Hélas ! bien mal : ménagère de trop d'intérêts et sans idée directrice, encadrée d'ailleurs de hors-d'œuvres malfaisants, voisinant avec des articles contradictoires, tendancieux, d'une vénalité flagrante. Ce n'est pas ainsi que l'on opère des révolutions, ni même des réformes morales...

La moralité contemporaine, qui n'est pas près de changer, m'est représentée par un client comme nous en voyons tous. Fils de famille, né d'un père mort récemment P. G. à l'asile, il vint chez moi le matin même du mariage de sa sœur me consulter pour un chancre. Devant le diagnostic de chancre induré, dûment instruit du traitement à suivre pour se guérir, il m'annonça sa résolution de se suicider sur le champ. Vingt minutes plus tard, consolé et réconforté (trop peut-être ?), il me quittait pour enfiler son habit. Pendant six mois il se soigna régulièrement ; puis subitement éclipse totale..., et au bout d'un an, je recevais un faire-part de son mariage, très argenté, qui s'agrémenta naturellement de multiples fausses couches compliquées. De même, des parents ignares confient un nouveau-né syphilitique à une nourrice saine qu'il infecte, et de nombreux malades se refusent à admettre une hérédité possible... On nie, ou on s'effare en proie à une phobie aveugle, irraisonnée...

L'éducation sera donc laborieuse ; et, pour faire de bonne besogne, *il faudrait rabâcher, bourrer les crânes d'idées simples essentielles*. La seule prophylaxie nécessaire et suffisante, c'est un traitement précoce et complet avec conscience des responsabilités et de la vraie solidarité sociale. Le commencement de la sagesse pour un malade, c'est de choisir un médecin auquel il garde sa confiance ; et il convient de savoir choisir, de distinguer entre les compétences du praticien requis d'urgence, fortuitement, du médecin de famille et du spécialiste : demander à chacun ce qu'il peut et ne pas réclamer l'impossible. Qu'il s'agisse de syphilis ou d'autres maux, le médecin de famille semble un collaborateur utile à conserver, tant que le foyer paternel subsistera ; et ce directeur de conscience, ce guide dans l'art de vivre, devra toujours être élu avec soin.

N'est-ce pas une œuvre considérable ? Et impossible de réussir sans le concours de la masse des praticiens ! *Il faut en effet, intéresser le public, à coups d'attractions et de distractions* (c'est facile!) *et intéresser le médecin, tous les médecins, qui doivent devenir les grands recruteurs bénévoles d'abonnés et de lecteurs.*

Il faut composer un texte à la portée de tous

en style familier, en langage courant ; il faut créer le volapuk entre clients et docteurs, un vocabulaire qui permette à ceux-ci de donner des explications suffisantes et à ceux-là de les comprendre. Ainsi les confrères, se sentant soutenus et aidés par leur Revue, n'hésiteront pas à la soutenir et à la développer pour qu'elle reste leur appui. Les cotisations du début ne resteront pas longtemps une charge pour les budgets médicaux car la vente du journal sera rémunératrice, s'il reste impeccablement indépendant de toute chapelle, comme de toute firme politique, commerciale et pharmaceutique, bien entendu.

Le sujet est vaste ; le public sera vite alléché, car il y va de ses intérêts et l'instinct de conservation entrera en jeu. D'ailleurs, le programme sera plus passionnant encore, s'il embrasse ce qui ne s'enseigne nulle part : le *domaine exact et la définition des divers métiers ou professions, des capacités et aptitudes à développer chez l'enfant appropriées à son avenir*, etc..., *avec déductions sur le choix des carrières, sur les tests d'épreuve des vocations, sur les critériums pour apprécier les qualités et valeurs individuelles*...

NE SERAIT-CE PAS VRAIMENT LE MOYEN DE « CLORE LE BEC » DE LA PRESSE, D'ANÉANTIR MÉDISANCES ET CALOMNIES, DE METTRE UN FREIN A L'OUTRANCIÈRE COMMERCIALISATION DU JOURNALISME QUI TROP SOUVENT ÉGARE L'OPINION ? AU MOINS, NOUS POURRIONS DISCUTER ET TRAITER DE PUISSANCE A PUISSANCE.

Et ce projet n'est pas pure conception utopique, rêve puéril irréalisable. C'est un projet longtemps couvé et parfaitement viable. Le Corps médical ferait coup double : saine philanthropie et bonne affaire économique.

Qu'on se le dise et qu'on en jase ! Cela en vaut la peine.

Dr Henri CHATINIÈRE.

R. H. M. S. : 7240.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du secrétaire général sur l'exercice 1923-1924

La caractéristique de l'année 1923-24 ne consiste pas dans le maintien du nombre des petites questions banales, pour lesquelles une correspondance suffit pour faire donner satisfaction à nos adhérents, mais dans l'augmentation, dans une proportion considérable, du nombre des affaires contentieuses, nécessitant des études minutieuses de dossiers, des recherches de jurisprudence et enfin l'appui pécuniaire de notre Ligue, pour faire trancher le cas devant les tribunaux compétents.

Le Droit médical est une science qui se développe chaque jour, science spéciale à notre profession, relevant de l'application journalière des nombreuses lois sociales, pour la pratique desquelles le concours du médecin est nécessaire. Joignons à cela le changement d'orientation de la mentalité de nos clients : le théâtre, les journaux politiques, par des attaques fréquentes, soulignent le côté mercantile de la profession, en atténuant le côté quasi-sacerdotal de jadis. La mentalité des clients s'en ressent et le malade s'habitue à considérer son docteur, non plus comme l'homme de l'art, qui lutte contre la souffrance d'autrui, mais bien comme un salarié quelconque, lié à son client par un contrat d'entreprise, en vue de la guérison.

Pour nos malades, la science humaine, médicale, ne doit pas être faillible ; elle doit se traduire par une *restitutio ad integrum*, tout comme l'architecte reçoit d'un propriétaire la mission de ravaler un vieux bâtiment et de le remettre à neuf.

Qu'on ne s'étonne plus, dès lors, des résistances des clients pour honorer leur médecin. De fait, c'est surtout à l'occasion de questions d'honoraires, tant de droit commun, que dans le domaine accidents du travail, ou d'assistance médicale gratuite, que les difficultés juridiques nous sont soumises, allant souvent jusqu'à la mise en cause de la responsabilité professionnelle du médecin.

Honoraires de droit commun.

D'emblée, ce chapitre nous montre combien les mœurs modernes peuvent avoir un retentissement sur l'exercice de notre profession. Vingt-deux fois, cette année, nous avons dû intervenir juridiquement pour permettre à nos adhérents de se faire payer leurs honoraires pour soins donnés à des victimes d'accidents d'automobile.

L'augmentation du nombre des autos qui sillonnent les grands chemins a pour conséquence la plus grande fréquence des écrasements de piétons : l'écraseur, plein de pitié pour la victime, fait appel au médecin le plus proche et, sous le coup de l'émotion, recommande de donner les soins les plus attentifs et les plus dévoués.

Puis, à la réflexion, il se souvient qu'il est assuré. L'assurance est dans son rôle en discutant les responsabilités, les engagements pris ; de sorte, qu'en fin de compte, le médecin se trouve

en présence d'un écrasé qui se refuse énergiquement à solder les soins qu'il a reçus pour des blessures qui sont le fait d'autrui ; de l'écraseur qui, d'un cœur léger, répond qu'il est assuré ; de l'assurance enfin, qui ergote, ou fait la sourde oreille.

Grâce au « Sou médical », nos confrères sont payés, soit par arrangement à l'amiable, soit à la suite d'une assignation en justice, soit enfin après condamnation de l'écraseur et de son assurance. Dans un cas, nous nous sommes pourvus en cassation contre un jugement de paix, qui a débouté un de nos adhérents, sous le prétexte que la victime d'un accident d'automobile, n'ayant pas commandé les soins, ne devait pas payer, alors que l'écraseur avait fui, sans se faire connaître.

Notre pourvoi ayant été admis par la Chambre des requêtes, l'adversaire a renoncé devant les frais et a payé.

Entre autres affaires de ce genre, signalons l'appui que nous avons donné, pour défendre en justice, un de nos adhérents, contre une demande en réparation d'accident, alors que l'écraseur, affublé d'un faux numéro, avait égaré les soupçons sur notre confrère, dont la voiture portait justement ce numéro déclaré.

En matière ordinaire, notre appui fut accordé pour porter en justice les conflits suivants :

Un médecin traitant appelle un chirurgien, pour une intervention d'urgence ; le malade meurt et la veuve se refuse à payer le chirurgien, sous le prétexte que ce n'est pas elle qui l'a appelé.

Un autre confrère, médecin traitant, se voit refuser tout honoraire pour soins antérieurs et postérieurs à une opération, sous le prétexte que la somme versée au chirurgien était suffisante pour désintéresser le médecin traitant.

Un docteur fait des injections hypodermiques et fournit à son client des ampoules spéciales : le malade, non guéri, refuse de payer et visites et médicaments.

Plusieurs débiteurs se réfugient dans le maquis de la procédure ; les uns font appel d'une décision de justice les condamnant à payer les honoraires de leur docteur ; les autres soulèvent des exceptions de procédure ; certains se laissent condamner à la saisie et font opposition à cette voie d'exécution : bref, notre Ligue a dû souvent se ranger aux côtés de ses adhérents qui, s'ils étaient restés isolés, n'auraient pas pu se faire rendre raison, ou auraient reculé, effrayés, devant les frais à engager, pour obtenir satisfaction devant les tribunaux dits gratuits.

Signalons, pour terminer ce chapitre des honoraires, un procès que nous soutenons, procès dans lequel nous faisons intervenir la responsabilité de l'Etat, en ce qui concerne la surveillance des instituteurs sur les enfants qui sont confiés à leur garde. Où et devant quelles juridictions aurons-nous à plaider ? Quels sont les frais que nous aurons à engager ? Nous l'ignorons ; mais nous n'avons pas hésité à soutenir le confrère, pour le faire régler des soins qu'il a donnés pendant deux ans à une fillette horriblement brûlée.

Responsabilité professionnelle.

On ne saurait séparer ce chapitre du précédent : c'est toujours à l'occasion d'un règlement d'honoraires que le débiteur cherche à obtenir remise totale ou partielle de sa dette, en incriminant soit le résultat obtenu, soit la conduite du traitement.

Vingt affaires sont devenues contentieuses, au cours de cet exercice, car nous laissons de côté tous les cas que nous avons pu arranger par la crainte salutaire qu'inspire le « Sou médical » aux clients procéduriers et de mauvaise foi.

Un de nos adhérents, accusé d'avoir laissé un malade sans soins, dans un violon municipal, a été acquitté. Les adversaires font appel ; bien entendu nous résistons à cet appel, en soutenant notre confrère.

Un autre est assigné en dommages-intérêts par une ancienne domestique, à laquelle il a donné ses soins et a gagné son procès ; un troisième gagne en appel un procès par lequel des parents réclamaient des dommages-intérêts pour leur fils, mort sous anesthésie ; un chirurgien est assigné, pour avoir mal opéré une cliente d'une cicatrice vicieuse ; un oculiste gagne son procès en recouvrement d'honoraires, au cours duquel le client avait formulé une demande reconventionnelle, pour responsabilité professionnelle ; un autre, sur nos conseils, refuse une transaction, pour arrêter un procès fait par un client qui ne veut pas régler les honoraires médicaux, pour soins donnés à une fracture multiple de jambe, car il persiste de la claudication.

Un de nos adhérents voit diminuer ses honoraires par le tribunal parce qu'il a tardé à faire radiographier un membre fracturé, laissant ainsi le malade attendre une suture osseuse nécessaire.

Assigné par la veuve d'un client, un confrère attaque à son tour la plaignante pour diffamation.

Un autre de nos adhérents est poursuivi pour avoir fait tardivement le diagnostic de syphilis, dans un cas très embarrassant. Me Nattan-Larrier a gagné en correctionnelle ; mais nos adversaires font appel.

Un chirurgien est accusé d'avoir laissé un morceau de drain dans une plaie ; un autre a réduit une fracture sans le secours de la radiographie, ce qui, au dire du client, a provoqué une guérison incomplète.

Un radiographe est poursuivi pour radiodermite ; un médecin, par des injections intraveineuses, aurait fait apparaître de l'érythrodermie.

En somme, beaucoup de procès, beaucoup de menaces de procès ; mais il suffit que le « Sou médical » se range aux côtés de son adhérent, pour éviter souvent l'assignation, ou pour épargner à notre adhérent, et les ennuis de l'isolement et les frais de justice, pour voir enfin l'adversaire renoncer à ses menaces, ou se désister de son action en responsabilité et payer intégralement la somme qui lui était demandée par son médecin.

Diffamation.

Car, aussi bien en matière de responsabilité que de réputation professionnelle, nous nous montrons très méticuleux. Des propos malveillants peuvent avoir une grosse influence sur la clientèle, qui est portée à croire les médisances et les calomnies.

Aussi avons-nous enregistré avec plaisir la condamnation, que nous avons obtenue contre deux mutilés de guerre, qui avaient dénigré leur docteur ; une autre, contre une sage-femme, puis, contre un pharmacien, dont les propos n'étaient pas empreints de la réserve déontologique envers le médecin du pays.

Des racontars de femme nuisaient à la réputation d'un de nos adhérents : nous avons été assez heureux d'aplanir le conflit, par une intervention auprès du mari, l'une des notabilités de l'endroit.

Une poursuite judiciaire est actuellement pendante contre un client qui, après avoir poursuivi deux des membres de notre Ligue, pour faute professionnelle, les a diffamés publiquement.

Ce chapitre de la réputation professionnelle doit encore mentionner la réhabilitation d'un de nos confrères militaires, qui a été réinvesti dans ses titres et fonctions.

Mais en revanche, nous avons eu malheureusement à faire jouer les sévérités de nos statuts contre un de nos adhérents, dont les agissements professionnels ont paru répréhensibles à votre Conseil. Après avoir entendu le médecin incriminé, après examen des pièces soumises, le Conseil a cru utile, pour le bon renom de notre Ligue, de rayer à l'unanimité le docteur en question du nombre de ses membres.

Bien entendu, le médecin frappé peut toujours faire appel, par un recours devant l'assemblée générale souveraine.

Déontologie.

Bien que notre Ligue soit destinée à la défense en justice des droits de nos adhérents, nous évitons, autant que faire se peut, les procès entre médecins. Un membre du « Sou » ayant été dénigré par un confrère, au lit d'un malade, nous avons renvoyé les deux adversaires devant le conseil de famille du syndicat local, pour éviter, si possible, un procès au grand jour : un arrangement ou une sanction confraternelle nous paraissent préférables à l'exposé, en public, de nos déchirements et de nos rivalités intestines.

Remplacements.

Ce sont encore questions de déontologie ; malgré un dédit signé, un remplaçant s'installe à côté du médecin qu'il a remplacé : nos efforts de conciliation, en vue d'un arbitrage, ayant échoué, nous avons donné l'appui nécessaire, pour que notre adhérent puisse obtenir, devant les tribunaux, la réparation à laquelle il a droit.

Egalement, devant la justice le procès d'un de nos membres contre le successeur qui lui avait acheté sa clientèle : ce dernier fait appel du jugement qui le condamne et nous donnons à notre adhérent l'appui nécessaire pour résister à cet appel.

C'est encore le procès d'un acheteur d'une clientèle médicale, contre son vendeur, qui a surfait le rendement du poste et veut néanmoins toucher intégralement le montant des billets souscrits à diverses échéances échelonnées.

Nous avons été assez heureux pour arbitrer un conflit entre deux médecins, dont l'un, ayant jadis remplacé son confrère, s'était interdit, par contrat, d'exercer dans un rayon déterminé. Nous espérons arriver au même résultat amiable dans un cas analogue qui nous est soumis.

Détournements de clientèle.

Nous défendons également l'intégrité de la clientèle de nos membres contre les manœuvres des étrangers à notre profession, qui, par rancune ou autres motifs, engagent les clients à déserter le cabinet d'un médecin.

Une action judiciaire a été ouverte contre un secrétaire de mairie, qui détourne la clientèle de l'assistance médicale gratuite du cabinet d'un de nos adhérents.

L'appui est également accordé pour poursuivre un employé d'assurances qui détourne la clientèle des blessés du travail du cabinet d'un médecin, en employant l'intimidation et les menaces de renvoi.

Une enquête est menée dans deux cas analogues, pour que, si une action judiciaire est engagée, nous puissions avoir un résultat favorable aux intérêts de nos adhérents.

Notre appui fut encore également donné à un confrère, qui s'est plaint de voir l'administration prétendre faire envoyer des tuberculeux dans les hôpitaux de Paris, pour des pneumothorax alors que, dans la localité, se trouvent des médecins qualifiés pour pratiquer pareilles interventions.

Exercice illégal.

Cette forme de concurrence illicite est légion, en France, et la loi du 30 novembre 1892 bien insuffisante pour réprimer utilement le délit.

Dans deux cas, nous nous sommes retournés

vers l'Office pour la répression de l'exercice illégal, géré par l'Union des syndicats médicaux. Le dommage est plus souvent collectif, pour les médecins d'une région, alors que l'intérêt individuel est moins menacé. Aussi, légalement, devons-nous passer la main aux syndicats, nous réservant de prendre à notre charge la part des frais qui incombent à nos adhérents, au cours des poursuites judiciaires engagées.

Mais, dans un cas, nous avons refusé notre appui à un confrère, qui s'était fait le complice de l'exercice illégal de l'art dentaire et était poursuivi de ce chef. Nous avons estimé que l'illégalité de la situation de notre adhérent nous faisait un devoir de ne pas l'admettre au bénéfice de la garantie pécuniaire de la Ligue.

Cependant, dans un cas de poursuite pour exercice illégal de la pharmacie, contre un membre du « Sou », nous avons accordé notre appui pécuniaire. Le pharmacien, résidant dans la commune de notre confrère, refusait de délivrer les médicaments prescrits et son officine était très mal tenue, en raison de ses habitudes d'intempérance. Nous avons estimé qu'en délivrant quelques médicaments, à l'instar des médecins-propharmaciens, notre adhérent avait été mû surtout par un sentiment d'humanité, en voulant rendre service à ses propres malades.

Nous assistons également un médecin pro-pharmacien, qui se plaint des agissements d'une société coopérative qui vend indûment spécialités et médicaments.

Secret professionnel.

Grave question, qui d'ailleurs est d'actualité, non seulement à cause d'un procès criminel, au cours de l'instruction duquel est soulevé le problème de la délivrance des certificats de décès, mais également parce que nous assistons un de nos adhérents, qui est actuellement assigné devant la cour d'appel, alors que les premiers juges ont proclamé l'inviolabilité du secret médical *erga omnes*.

Nous soutenons également la défense d'un de nos adhérents, qui est l'objet d'une poursuite pour violation du secret professionnel, à l'occasion de la délivrance d'un certificat d'aliénation mentale.

Contrats et associations.

Il n'est pas niable que l'exercice de notre profession se modifie : les médecins ont tendance à s'associer entre eux, pour mettre en commun des ressources financières leur permettant d'avoir une maison de santé chirurgicale, une maison de diagnostic, ou autres.

Aussi notre service du contentieux est-il souvent consulté pour la rédaction de ces contrats d'associations.

Mais des tiers, étrangers à la médecine, peuvent être les bailleurs de fonds et si, malheureusement, comme cela se produit fréquemment, le médecin n'a pas consulté des compétences, surviennent rapidement des conflits et des litiges.

C'est ainsi que nous assistons un de nos adhérents qui, après avoir signé un beau contrat, qui se trouve être frappé de nullité juridique et légale, après avoir abandonné son appartement professionnel, se trouve maintenant sans logis et sans situation.

Nous aidons et soutenons également un médecin qui a été remercié brusquement de la situation fixe qu'il détenait. Il a obtenu 2.000 francs de dommages-intérêts.

Un autre membre du « Sou » a gagné en première instance et perdu en appel un procès contre un industriel, qui l'avait brusquement renvoyé de son usine, où il exerçait les fonctions de médecin du personnel. L'arrêt d'appel étant susceptible d'être soumis à la Cour suprême, nous faisons les frais de ce pourvoi en cassation.

De même l'appui a été accordé à un docteur révoqué de ses fonctions de médecin de société de secours mutuels, alors qu'il remplissait son service en conformité avec les décisions syndicales locales.

Car, il ne faut pas l'oublier, bien que défendant l'intérêt particulier de ses membres, le « Sou médical » ne saurait soutenir une cause particulière qui aurait été basée sur une violation des principes généraux, adoptés par nos grandes associations professionnelles.

Accidents du travail.

Nombreux ont été, cette année, les conflits qui nous ont été soumis ; mais tous sont occasionnés par des points de droit intéressants. Il va sans dire que nous excluons de ce rapport les cas innombrables de pratique journalière, les interprétations du tarif et autres questions, que nous considérons comme secondaires, parce qu'archi-jugées. Le dévouement et la compétence bien connues de notre collègue Decourt font gagner de grosses sommes annuelles à nos confrères, en permettant à ces derniers de toucher les honoraires auxquels ils peuvent prétendre légitimement.

Dans trois cas, nous avons dû intervenir en justice : le chef d'entreprise est en faillite, son assurance refuse d'accepter le sinistre parce que les primes n'ont pas été payées et la victime ne veut rien savoir, couverte qu'elle est par la loi de 1898.

Un autre confrère se voit opposer la prétention d'une assurance, qui ne veut pas dépasser, pour régler les honoraires médicaux, une moyenne journalière des frais.

Celui-ci se voit refuser ses honoraires, pour soins donnés à un ouvrier atteint de rechute

après consolidation ; celui-là a des difficultés à cause des visites faites en passant.

Nous ordonnançons les frais d'un pourvoi en cassation contre un jugement de paix, qui refuse à un médecin l'allocation de l'indemnité kilométrique, pour une visite faite à un ouvrier, empêché de se déplacer pour une infirmité antérieure à l'accident. La chambre des Requêtes a admis notre pourvoi.

Confrères, envoyez vos notes d'assurance dès la consolidation de chaque blessé. Si vous laissez ces notes s'accumuler, les chefs d'entreprise ou leurs assurances frémiront devant le total, s'il est important. Il faudra, comme dans deux cas actuels, vous aider pour vous faire gagner en première instance, puis résister à l'appel interjeté par vos adversaires.

Le bulletin d'avis, informant le médecin que l'ouvrier a été blessé dans son travail, peut, dans certains cas, servir de preuve pour faire condamner le patron à régler les honoraires médicaux.

Passant rapidement en revue les autres conflits, nous vous dirons que nous soutenons en justice un adhérent, qui se voit contester le prix d'une visite à heure fixe avec le médecin contrôleur, parce que celui-ci est arrivé en retard, après le départ du médecin traitant qui l'avait vainement attendu ; à l'amiable a été tranchée la question de savoir si le blessé peut se faire radiographier par le médecin de son choix et non par le radiographe imposé par l'assurance ; appui pour faire payer des soins donnés après consolidation fixée arbitrairement par un médecin expert ; nous avons perdu devant le juge de paix ; nous nous sommes pourvus devant la Cour de Cassation. Appui encore à un confrère auquel l'assurance oppose, sans preuve, un abus de pansements.

Dans deux procès, nous avons eu gain de cause alors que deux de nos adhérents étaient poursuivis pour prescription abusive de médicaments.

L'hospitalisation des blessés du travail soulève toujours le problème de savoir si le chirurgien d'hôpital peut toucher des honoraires, lorsque le règlement hospitalier le lui permet et si le médecin, propriétaire d'une maison de santé privée, peut se faire rembourser et des frais de séjour du blessé et des soins donnés.

La Cour de Cassation interprète *lato sensu* les mots « tout compris » et refuse tout droit aux honoraires médicaux, en cas d'hospitalisation. Néanmoins, nous avons soumis à la Cour suprême une question d'honoraires pour soins donnés dans une clinique privée ; également en Cassation, la question de savoir si un médecin peut toucher des honoraires, pour pansements faits à l'hôpital à un blessé qui n'est pas hospitalisé.

Malheureusement, dans deux cas, nous avons perdu et le médecin d'hôpital s'est vu refuser le droit aux honoraires. Sur les conseils de notre dévoué avocat à la Cour de Cassation, Me Auger, nous avons renoncé à nous pourvoir devant la Cour suprême.

Fonctions publiques.

Nous avons assisté un de nos adhérents pour lui faire obtenir le paiement par l'administration, des sommes qui lui étaient légitimement dues, comme directeur de bureau d'hygiène. Appui est donné contre un maire, qui a tenu des propos injurieux contre le directeur du bureau d'hygiène et a donné la publicité de l'affichage.

Un médecin communal d'Algérie se voit retirer ses fonctions sans motifs sérieux : appui devant la juridiction administrative.

Assistance médicale gratuite.

Appui devant le Conseil de préfecture à un confrère auquel on refuse les honoraires pour une réfugiée belge ; appui analogue à un autre adhérent auquel on refuse les honoraires d'un accouchement, malgré la remise d'un bon régulier ; appui devant la juridiction civile contre un client qui, quelque temps après un accouchement, tente de payer le médecin en lui remettant tardivement un bulletin d'assistance ; devant le conseil d'Etat, l'interprétation d'un règlement départemental, pour savoir si, par les termes « médecin le plus rapproché », il faut entendre tout docteur en médecine, ou tout spécialiste qualifié. En l'espèce, dans un cas chirurgical, sont-ce les honoraires du médecin, ou du chirurgien le plus rapproché, qui sont dus ?

Impôts.

Appui à un médecin qui a été taxé d'office pour un revenu professionnel bien supérieur à celui qu'il avait déclaré. Appui également pour une question de l'impôt sur le chiffre d'affaires, pour une maison de santé, qui est la propriété d'un médecin.

Conclusions.

Nous en avons fini, dans cette revue générale des conflits judiciaires de l'année du « Sou médical ». Nous ne rappelons que pour mémoire, la nombreuse correspondance reçue dans les bureaux du service du contentieux, correspondance qui permet à nos adhérents d'avoir satisfaction, sans avoir besoin de recourir aux tribunaux.

Aussi, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à MM. Dumesny et Meillet qui sont plus spécialement chargés de cet échange de correspondance, à notre collègue Duchesne, qui, avec Dumesny, donne des consultations orales aux nombreux confrères, qui viennent dans les bureaux du *Concours*.

A nos avocats conseils du « Sou » ira également toute notre reconnaissance. Me Nattan-Larrier, avocat à la Cour d'appel et Me Bernard Auger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassa-

tion, se mettent toujours très aimablement à notre disposition, pour étudier avec nous un dossier compliqué, pour donner le conseil utile et enfin pour défendre la cause de nos adhérents devant toute les juridictions.

Le résultat est tangible : grâce au « Sou médical », nos confrères sont défendus, soutenus et arrivent à se faire rendre justice.

Ce passé, ce présent sont, pour nous, le meilleur encouragement à persévérer vers l'avenir de plus en plus prospère de notre Ligue de Défense professionnelle. Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Nous venons d'apprendre avec le plus vif plaisir que Mlle Thérèse NOIR, fille cadette de notre Rédacteur en chef et ami, J. Noir, a été reçue, dans des conditions particulièrement honorables au baccalauréat (latin-sciences).

Nos bien sincères et sympathiques félicitations.

— **Internat et externat en médecine et internat en pharmacie.** — Un concours pour la nomination d'internes et d'externes en médecine et d'internes en pharmacie des hôpitaux d'Amiens aura lieu les 6 et 7 novembre 1924.

Les inscriptions seront reçues au secrérariat de l'administration hospitalière jusqu'au 3 novembre 1924.

— **Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.)** Séance du Conseil d'administration du 21 octobre. La « Scientific International Research » demande une série d'articles exposant les ressources médicales offertes par les Universités françaises aux travailleurs américains.

Demande du Dr Stephan, membre du Conseil de l'A-l'American College of Surgeons, de tirages à part des travaux émanant de chirurgiens français pour une bibliothèque chirurgicale que le College of Surgeons fonde à Chicago.

Elections de 16 membres nouveaux.

La prochaine assemblée générale de l'A.D.R.M.est fixée au mardi 18 novembre à 17 heures. Elle aura lieu à la Faculté dans l s lle du Conseil sous la présidence de M. Godart, ministre du travail et de l'hygiène.

— **IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires** *accompagné d'exercices de démonstrations techniques du service de santé et d'une exposition industrielle et commerciale comprenant des objets et produits intéressant les médecins et les pharmaciens* . Paris (Val-de-Grâce), 20-25 avril 1925.

COMMISSAIRES DU CONGRÈS. — Au titre de l'Armée active : Le médecin principal de 1re classe UZAC, adjoint au directeur du service de santé au Ministère de la Guerre, commissaire général du Congrès ; le médecin-major de 1re classe Armand VINCENT, de la Directon du service de santé au Ministère de la Guerre.

Au titre des Officiers de réserve : le médecin principal AUVRAY, secrétaire général du Congrès de Chirurgie ; le médecin-major PASTEAU, secrétaire général du Congrès d'urologie.

ORGANISATION DU CONGRÈS. — Au cours de la Guerre, pour faire bénéficier les blessés des progrès qu'elles avaient individuellement réalisés, les nations alliées furent conduites à instituer les *Conférences chirurgicales interalliées* dans lesquelles furent formulées les règles générales de traitement des diverses blessures.

Le service de santé de Belgique, estimant que cette heureuse collaboration scientifique devait se continuer en temps de paix, prit l'initiative, sous le haut patronage de Sa Majesté le Roi des Belges, de réunir, en 1921, un *Congrès international de médecine et de pharmacie militaires* où furent conviées toutes les Nations alliées et neutres. Cette première réunion de Bruxelles, où vingt Nations furent représentées, fut suivie, deux ans après, d'une réunion tenue à Rome, sous la présidence de Sa Majesté le Roi d'Italie, où trente-cinq puissances étrangères participaient.

C'est à la France que revient l'honneur d'organiser, en 1925, le IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. Il se tiendra à *Paris, du 20 au 25 avril* 1925, *au Val-de-Grâce*, berceau de la médecine d'armée. Cette réunion doit être une manifestation grandiose témoignant de l'union des cadres de l'armée active et de l'armée de complément, s'associant pour présenter à leurs collègues étrangers les progrès réalisés par notre pays dans l'ordre humanitaire.

Le Congrès comportera des *séances scientifiques*. — Etude des questions ci-après : la spécialisation technique comme base du fonctionnement du service de santé aux armées, des méthodes de sélection du contingent, l'étiologie et le traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles, les méthodes d'analyse du matériel de pansement et de suture.

En même temps auront lieu au Val-de-Grâce des *démonstrations de matériel technique* constitué en formations sanitaires de campagne, et une *exposition industrielle et commerciale*, organisée en accord avec le Ministère du Commerce, qui groupera sous les yeux des congressistes tout ce qui intéresse les médecins et pharmaciens dans toutes les branches de leur activité.

De brillantes *réceptions officielles*, un gala à l'Opéra, une visite à Versailles seront organisés, un Comité de D mes est prévu pour accompagner les Dames des congressistes et leur faciliter des visites instructives et attrayantes, des *circuits organisés* à tarifs réduits, permettront aux congressistes qui le désireront de visiter, dans les conditions les plus favorables, les environs de Paris, Chantilly, Fontainebleau, les champs de bataille de Verdun, les villes d'eaux des Pyrénées, du Massif Central, des Vosges, des Alpes ou de la Côte-d'Azur.

CONDITIONS D'ADHÉSION. — Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

1° Sont conviés au Congrès *tous les médecins et pharmaciens* appartenant ou ayant appartenu aux armées de terre ou de mer des Nations alliées, associées et neutres.

Tous les officiers appartenant ou ayant appartenu au Service de santé français, les dentistes militaires, les personnalités qui ont été chargées par le Ministre de missions se rapportant au fonctionnement du Service de santé, sont invités à participer au Congrès.

Les *Dames et les filles des congressistes* sont invitées à les accompagner.

2° La cotisation est fixée à 30 *francs français* pour les hommes, 20 *francs* pour les dames.

1° Les adhésions sont demandées, autant que possi-

ble, avant le 1er *décembre* 1924 et pour le 1er février 1925, terme de rigueur : elles seront adressées au COMMISSARIAT DU CONGRÈS, 66, *rue de Bellechasse, Paris (VIIe)*, directement par les intéressés ou par l'intermédiaire des Comités de propagande régionaux ou nationaux, ou des journaux médicaux qui consentiront à prêter leurs bons offices.

2° Les cotisations pourront être acquittées en numéraire, en mandats-poste, bons de poste, mandats-carte et mandats internationaux, ou par chèques, portant la souscription : *Monsieur l'Officier d'administration du Service de santé, Trésorier du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaire*, 66, *rue de Bellechasse, Paris (VIIe)*.

5° Il sera envoyé, en retour, une carte d'adhérent nominative et numérotée.

TENUE. — Tenue facultative. Le port de la tenue militaire est autorisé pendant toute la durée du Congrès, pour les officiers étrangers et les officiers de complément.

Elle est recommandée, autant que possible, pour la séance inaugurale, les réceptions officielles et les fêtes.

Pour les officiers français encore dans les cadres, la participation aux démonstrations techniques qui auront lieu pendant la durée du Congrès sera comptée, pour sa durée effective, comme *période d'instruction volontaire*, ne comportant ni solde, ni indemnités. Elle donnera droit, sur demande adressée au Directeur régional du Service de santé, à l'attribution d'un ordre de déplacement entraînant l'application du *tarif militaire sur les réseaux ferrés*, pour le seul itinéraire que déterminera le lieu de domicile et dans les délais stricts correspondants aux dates des exercices.

Ces mêmes officiers, s'ils le préfèrent, les *anciens militaires rayés des cadres et les congressistes étrangers* avec les femmes et filles non mariées de ces derniers seulement, pourront bénéficier d'une réducion consentie à titre exceptionnel par les *chemins de fer français, égale à 50 p. 100 des tarifs*, valable du 10 avril au 15 mai.

Selon les prévisions, en raison de la date du Congrès, les réductions consenties aux porteurs des bons de l'*Exposition des Arts décoratifs* seront utilisables.

RÉDUCTION CONSENTIES SUR LES LIGNES MARITIMES ET LES LIGNES AÉRIENNES. — Des réductions de tarif sont accordées aux congressistes :

1° Par les Compagnies de navigation maritimes Société générale de Transport à vapeur, réduction de 25 p. 100 ; Compagnie française de Navigation à vapeur Fabre-Line, réduction de 25 p. 100; Compagnie des Chargeurs réunis, réduction de 25 p. 100 ; Compagnie des Messageries maritimes, réduction de 50 p. 100 ; Compagnie de Navigation mixte (Cie Touache), réduction de 25 p. 100 ; Compagnie de Navigation Paquet, réduction de 25 p. 100 ; Compagnie générale Transatlantique (à l'exception de la ligne de New-York), réduction de 25 p. 100 ; Compagnie Fraissinet (sur les lignes du Levant seulement), réduction sensible.

2° Par les Compagnies de Navigation aériennes : Compagnie Air Union, réduction de 50 p. 100 ; Compagnie Latécoère, réduction de 50 p. 100.

Les bons de réduction sur les voies ferrées ou les lignes maritimes et les indications indispensables pour bénéficier de tarifs réduits seront adressés avec la carte d'adhérent aux congressistes qui feront parvenir leur adhésion, avec toutes les précisions voulues avant le 1er février 1925.

VOYAGES FACULTATIFS. — Excursions : En cours de Congrès, il est prévu des excursions facultatives à Fontainebleau, Chantilly, Verdun et, après la clôture du Congrès, des visites aux stations thermales et climatiques de France, suivant les cinq itinéraires ci-après :

Massif Central : Vichy et les cinq stations de la Fédération thermale d'Auvergne : Châtel-Guyon, Royat, Saint-Nectaire, le Mont-Dore, la Bourboule.

Savoie : Aix-les-Bains, Salins-Moutiers, Brides-les-Bains, Pralognan, Le Fayet-Saint-Gervais, Chamonix, Evian.

Vosges : Bourbonne-les-Bains, Vittel, Contrexéville, Martigny, Plombières, Luxeuil, Gérardmer, La Schlucht, Le Linge, Colmar, Le Hohwald, Sainte-Odile, Strasbourg et, éventuellement, Nancy-thermal.

Pyrénées : Biarritz, Salies-de-Béarn, Pau, Cauterets, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Luchon, Superbagnères, Font-Romeu, Le Vernet, Amélie-les-Bains.

Côte-d'Azur : Aix-en-Provence, Hyères, Toulon, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Nice, Peiroo-Cava, Saint-Martin-Vésubie.

Pour faciliter l'organisation de ces voygaes facultatifs, dont les conditions seront spécialement avantageuses, les membres du Congrès qui désireront y participer sont invités à s'inscrire à titre indicatif pour le voyage choisi, au Commissariat du Congrès, avant le 1er février 1925 : une cotisation particulière sera demandée.

ARRIVÉE. LOGEMENT. — Le Comité d'organisation prend dès maintenant des dispositions en vue de faciliter le séjour à Paris des congressistes et, particulièrement des congressistes étrangers. Il offre de s'occuper préalablement de rechercher des logements pour ceux qui lui en feront la demande, en donnant les indications relatives à la catégorie des hôtels, le nombre de chambres et le nombre de lits, les jours d'arrivée, la durée approximative du séjour.

En raison de l'affluence d'étrangers présents à Paris à cette date, les congressistes sont instamment priés de faire parvenir leur demande avant le 1er février 1925.

La veille du Congrès, des dispositions seront prises en des points qui seront déterminés à l'avance, en vue de donner aux congressistes tous renseignements utiles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

devra être étudiée ultérieurement ; il y aura lieu de prendre en considération la nature de la maladie, cause de la mort.

2160. — Carnet de grand invalide.

Je désirerais que vous me donniez les renseignements suivants :

1° Quelle est la loi qui a institué le carnet de grand invalide ?

2° Quelle en est la teneur dans ses lignes principales ?

Dr B.

Réponse.

C'est la loi du 30 avril 1924, qui a institué l'allocation aux grands invalides. Les décrets et instructions sont ceux des 21 mai 1924, modifiés par ceux du 22 août 1924 (*Journal Officiel* du 22 août 1924.)

Il existe six modèles de carnets d'allocation aux grands invalides :

N° 1 pour 85 %.
N° 2 pour 90 %.
N° 3 pour 95 %.
N° 4 pour 100 %.
N° 5 pour 100 % avec surpension.
N° 6 pour 100 % avec article 100 ; celui-ci correspond à 7.000 francs d'allocation annuelle.

2178. — Affectation militaire.

J'étais affecté en cas de mobilisation à la place de B. et le 18e jour je devais me rendre dans cette ville pour me mettre à la disposition du directeur du service de santé de la région, mon ordre datait d'octobre 1923.

Or il y a cinq jours je reçois une autre feuille rose me convoquant le 3e jour à D. pour « le groupe sanitaire de division de ligne n° ... Que signifie ce changement et cette affectation ? A mesure que je vieillis on me fait partir plus tôt. J'aurai 48 ans prochainement.

Est-ce légal de m'avoir affecté à un tel groupe ?

Dr N.

Réponse.

Votre affectation nouvelle n'est pas illégale ; vous pouvez, d'après les articles 48 et 52 de la loi sur le recrutement du 1er avril 1923, être employé au mieux des intérêts du service.

Cependant, étant donné votre âge, vous pourriez en référer à votre directeur du service de santé, lui demandant de bien vouloir vous donner, aussitôt qu'il lui sera possible, un poste qui vous convienne mieux.

2297. — Revision de pension militaire. Majoration pour enfants.

1° Un mutilé réformé à 40 % en 1919, puis à 10 %

en 1921 et 1922 (permanente) a-t-il le droit de demander revision de sa pension ? A qui doit-il s'adresser et transmettre mon certificat d'aggravation ?

2° Un malade (art. 64) titulaire d'une pension pour bronchite, emphysème, etc. (40 %) et que je considère comme tuberculeux, est un ivrogne, rend la vie impossible à sa femme et à ses enfants.

Sa réforme date de 1919. Ai-je le droit de faire faire une recherche de bacilles de K ? Si celle-ci est positive, mon client n'a-t-il pas droit automatiquement à 100 %. Que doit-il faire pour cela ? Puis-je le faire entrer dans un hôpital ? Quoi faire pour cela ?

3° Titulaire d'une pension de 25 % sur le grade de sous-lieutenant, je me suis marié depuis. Ai-je droit, à la naissance de mes enfants, à la majoration pour enfants (ou bien aurais-je dû les avoir au moment de l'attribution de ma pension !) Et dans l'affirmative de combien est cette majoration et quoi faire pour la toucher ?

Dr S.

Réponse.

I. Pendant les cinq années qui suivent la concession de sa pension définitive, ce mutilé peut demander la revision de sa pension pour aggravation. Qu'il adresse ses pièces par lettre recommandée au directeur du Service de Santé de sa région.

II. Même réponse.

Puisqu'il ne s'agit pas d'une hospitalisation d'urgence, adressez à la Commission de contrôle départementale, qui doit statuer dans les six jours (décret du 25 octobre 1922, article 21) un bulletin de visite extrait du carnet sur lequel :

1° Vous certifierez que l'hospitalisation est nécessaire.

2° Vous spécifierez la nature de l'affection.

3° Vous désignerez l'établissement public ou privé choisi par le malade.

III. La date de la naissance ne compte pas. Adressez-vous au sous-intendant militaire des pensions pour lui donner le certificat de vie de vos enfants.

25 % donnent une majoration annuelle de 75 francs par enfant.

2531. — Impôt sur le revenu. Versements en vue de la constitution d'une retraite.

J'ai porté comme appointements 9.000 fr. et 500 fr. pour les retraites à une employée ; le contrôleur envoie une feuille d'impôts sur les traitements basée sur 9.500 fr. Est-ce légal ? je croyais que les versements pour les retraites ne comptaient pas pour les impôts sur le revenu ou sur les traitements.

Dr H.

Réponse

Les versements faits en vue de la constitution

d'une retraite, soit par le patron, soit par l'employé, ne doivent pas être compris dans le revenu passible de l'impôt sur les traitements et salaires, à condition évidemment que toutes jusfications puissent être fournies.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2524. — Exemption de la patente.

Un médecin n'exerçant pas la médecine de chevet, mais se trouvant être médecin de lycée et médecin de la prison est-il assujetti à la patente ?

Dr Z.

Réponse.

Un médecin ne peut être exempté de la patente que s'il est fonctionnaire. De nombreux arrêts du Conseil d'Etat ont décidé que le « médecin de lycée » et le « médecin de prison » étaient imposables même s'ils n'avaient pas de clientèle particulière.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2471. — Paiement des taxes sur les automobiles.

Possesseur d'une nouvelle voiture, je veux en acquitter la taxe trimestrielle pour rouler à partir du 1er octobre. Mais j'habite un village où la recette buraliste qui délivre le permis de circulation ne peut pas encaisser la taxe y afférente et je dois pour cette dernière formalité me rendre à la ville voisine.

Je vais donc le 29 septembre prendre à la recette buraliste de mon village le permis de circulation et je vais le 3 octobre payer ma taxe à la ville voisine.

Dois-je, ayant pris mon permis de circulation le 29 septembre (mais n'ayant pas roulé en septembre) payer la taxe du 3e trimestre en même temps que celle du 4e trimestre ?

Il est mentionné sur le permis de circulation que le permis est considéré comme nul si les taxes afférentes ne sont pas acquittées, et d'autre part, pour pouvoir payer le 1er octobre il faut bien prendre sa carte en septembre puis qu'un déplacement est nécessaire.

Dr C.

Réponse.

La taxe sur les automobiles est en effet payable d'avance et par trimestre ; il fallait donc que vous soyez en possession de votre permis de circulation pour le 1er octobre. Mais ce permis devait être demandé et devait vous être accordé pour le 4e trimestre seulement. Vous ne deviez payer que les droits pour ce trimestre.— Si vous n'êtes pas sorti avec votre voiture au cours du 3e trimestre, vous ne devez rien payer pour ce

trimestre. Vous ne dites pas que les droits vous aient été réclamés pour ce 1er trimestre, nous supposons que c'est simplement la lecture de l'avis figurant sur le permis de circulation qui a motivé votre question.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2471. — Déclaration du revenu. Honoraires payés aux remplaçants.

Je vous serai reconnaissant de me donner les renseignements suivants sur la déclaration à faire en 1925 sur les bénéfices. Impôt sur le revenu, dans le cas qui est le mien de maladie au cours de l'année 1924.

Il est évident que je signalerais le manque à gagner du fait de mon absence pendant plusieurs mois.

Mais ne faudrait-il soustraire des bénéfices les frais causés par les remplaçants :

1° Leurs honoraires ;

2° Entretien, nourriture, blanchissage et de plus suis-je alors un patron et dois-je déclarer les noms, adresses et honoraires perçus par les remplaçants employés ?

Dr X.

Réponse.

Vos bénéfices de 1924 doivent être déterminés comme ceux des années précédentes en déduisant des recettes le montant de vos dépenses professionnelles qui comprendront exceptionnellement : les honoraires payés à vos remplaçants et les frais de leur entretien, etc.

Il est évident, que vos bénéfices de 1924 pourront se trouver inférieurs à ceux des années précédentes ; vous ferez bien d'expliquer cette différence en effet, en mentionnant que vous avez été malade.

D'après votre lettre, nous comprenons que les honoraires payés à vos remplaçants comprenaient :

1° Tant par mois ;

2° Des avantages en nature : logement, nourriture, entretien, etc......, et d'autre part, que vos remplaçants n'étaient pas des médecins établis et patentés et qu'ils visitaient exclusivement votre clientèle. Nous estimons en conséquence que les honoraires constituent un salaire qui doit faire l'objet d'une déclaration si, ajoutant au salaire en espèces, la valeur des avantages en nature telle que vous la ferez figurer dans vos dépenses professionnelles, le total dépasse 6.000 fr. par an et si chacun de vos remplaçants a été « salarié » par vous pendant plus de 30 jours consécutifs.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2454. — Radios par médecin traitant.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire donner les renseignements suivants sur la radiographie :

Ayant une clinique chirurgicale m'appartenant personnellement et dans laquelle je soigne les accidentés du travail, il m'arrive, ayant la radiographie chez moi, de faire soit des radioscopies ou des radiographies pour ces blessés, puis-je réclamer mes honoraires pour ces deux choses au tarif Breton comme les radiographes de métier et d'autre part lorsqu'il m'arrive de faire un examen radioscopique de main, pied ou jambe, pour fracture, quel tarif dois-je prendre, celui-ci n'étant pas prévu dans le tarif Breton qui ne prévoit que l'examen radioscopique pour la localisation de corps étrangers ?

Je suis un peu embarrassé pour savoir quelle conduite je dois tenir, car certains assureurs prétendent que le libre choix n'existe pas au point de vue radiographie.

En résumé ai-je le droit de faire passer à la radioscopie ou à la radiographie les blessés du travail que j'ai en traitement chez moi et quels sont les honoraires que je dois prendre ?

Dr N.

Réponse.

Ayant des appareils de radio chez vous, je pense qu'il vaut mieux ne faire payer que les radiographies car les radioscopies, même tarifées (et *a fortiori* celles non tarifées) seraient susceptibles, par leur répétition, de vous faire soupçonner d'abus. Ceci dit, si vous êtes *suffisamment* installé pour faire des radiographies sérieuses, je ne vois pas pourquoi vous ne seriez pas en droit de les faire payer en fournissant toutefois en double radios et commentaires, ainsi qu'il est prescrit (article 26 V). Le libre choix est dans la loi même et existe aussi bien pour les radios que pour toute autre question médicale ou pharmaceutique.

F. D.

II

2452. — Soins d'urgence.

Abonné au *Concours* et au « Sou » je vous serais très obligé de me dire de quelle façon je dois rédiger ma note d'honoraires pour un blessé du travail que j'ai soigné dans les conditions suivantes :

Appelé à une heure du matin dans une ferme située à 6 km. environ de mon domicile, je trouve un blessé du travail ayant fait une chute et présentant une plaie pénétrante du crâne avec coma ; 2° fractures multiples et fermées de côtes.

J'ai fait une piqûre d'huile camphrée, un panse-

ment sommaire de la plaie du cuir chevelu et j'ai appliqué un bandage serré sur le thorax. J'ai ensuite emmené dans une automobile le blessé jusqu'à l'hôpital de la ville.

Je comptais rédiger ma note de la façon suivante :

I. Visite de nuit avce injection hypodermique et pansement de la plaie crânienne (3 × 8) = ... 24 fr.

II. Surveillance prolongée du blessé (transport à l'hôpital) 1/2 heure.......... 8 fr.

III. Indemnité kilométrique 6 km. (12 × 1) 12 fr

(Dois-je compter cette indemnité attendu que le blessé habite la même comumne dans l'agglomération où se trouve la ferme ?)

IV. Réduction et contention des côtes... 15 fr.

(Art. 14 il ne s'agit pas de pansements sur un même segment de membre).

V. Certificat descriptif en cas de blessures graves .... 10 fr.

Total .... 69 fr.

Dr N.

Réponse.

Vous avez simplement à compter 50 francs pour « soins d'urgence », en vous basant sur les *avis* insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 (article 18). Ajoutez à cela votre déplacement *personnel* de douze kilomètres soit 12 francs, puis 10 francs pour le certificat descriptif, soit au total 72 francs.

Mais quant au transport du malade de chez lui à l'hôpital, je ne vois pas sur quel article du tarif Breton vous pourriez vous baser pour le compter. Et cela se comprend : le tarif Breton est un tarif médical, tandis que le transport dont vous parlez est une affaire de loueur de voitures, ainsi que je l'ai déjà expliqué maintes fois.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

2539. — Réponses ministérielles.

A la suite de quelques différends avec les préfectures au sujet des soins aux mutilés, j'ai posé au ministre des pensions les 4 questions suivantes :

1° A quel préfet dois-je adresser mes mémoires ? le mien ou celui du mutilé ?

2° Pour les hospitalisés dans des sanatoriums privés, qui doit présenter le mémoire pour interventions à tarif spécial ?

3° En cas d'intervention non prévue à la nomenclature officielle, ai-je le droit de demander des honoraires ?

4° Le Pas-de-Calais, sur mon intervention, a adopté un tarifs pécial pour les ponctions d'abcès froids ; ce tarif est-il admis partout ?

Je me fais un plaisir de vous envoyer copie de la

réponse qui m'a été faite ; lecteur assidu du *Concours médical*, je vois que pas mal de mes confrères sont souvent embarrassés ; je pense leur être utile en les éclairant sur ce s quatre points.

D[r] F.

Réponse.

Les quatre questions posées au ministre par le confrère F... ont déjà fait l'objet, dans le *Concours*, de réponses semblables à celles que nous communique notre confrère. Mais il m'a semblé intéressant néanmoins de les reproduire ici avec l'estampille officielle, ce qui leur donne plus de poids et d'autorité.

Voici donc la réponse du ministre :

MINISTERE DES PENSIONS.
Service des soins gratuits.

Paris, le 22 septembre 1924.

Le Ministre des pensions,
à Monsieur le docteur F.,

En réponse à votre lettre du 12 septembre 1924, j'ai l'honneur de vous faire connaître que :

1° La vérification et le paiement des notes d'honoraires incombent au département dans lequel les soins ont été donnés ;

2° Les mémoires doivent être présentés par l'établissement hospitalier ;

3° Lorsqu'une intervention ne figure pas au tarif, il appartient à la Commission tripartite départementale de me saisir de la question.

En ce qui concerne les ponctions d'abcès froids, je vous informe que, sur avis de la Commission supérieure, il convient d'adopter le tarif suivant qui sera entériné ultérieurement par décret :

Ponction simple .... 30 fr.
Ponction avec injection modificatrice de Calot .... 60 fr.

Pour le Ministre des Pensions le Directeur du contentieux, des travaux législatifs et des services médicaux.

Signé : *Illisible.*

Je prie nos confrères de faire bien attention surtout à la réponse n° 1, car il arrive souvent qu'on me demande à quelle préfecture on doit envoyer sa note pour un pensionné de guerre étranger au département. Ainsi, voilà qui est entendu, quel que soit le domicile légal du pensionné et le département ayant délivré le carnet, c'est à la préfecture du département où les soins ont été donnés (en pratique, celui où exerce le médecin) que les notes d'honoraires doivent être adressées.

F. D.

II

2447. — Injections en série.

Auriez-vous l'obligeance de me renseigner sur le

point suivant : je désire pratiquer à un réformé de guerre (bronchite tuberculeuse) une série d'injections intra-musculaires de collobiase de térébenthine Dausse. Dois-je détacher un bon du carnet à chaque piqûre et que dois-je compter pour chaque injection ? Dr T.

Réponse.

Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires (sauf quelques-unes bien spécifiée) n. sont pas l'objet d'une tarification spéciale- Elles sont donc comprises dans le prix de la vie site ou de la consultation. Si vous avez à faire une série de piqûres, le mieux, pour éviter tout ennui consécutif pour suspicion d'abus, est d'en donner avis préalable à la Commission de contrôle, avec explication détaillée, afin de se mettre d'accord sur la nécessité de ces séries de piqûres, donc de visites à payer. Il va de soi qu'à chaque visite ou consultation, on doit retirer un bulletin de visite puisque ce n'est que sur présentation de ce bulletin qu'on peut se faire payer visite ou consultation. F. D.

2544 b. — Droits des médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer s'il existe un statut règlant les droits des chirurgiens-adjoints des hôpitaux et hospices de France ou, si ce statut n'existe pas, quel est le « modus vivendi » habituellement adopté pour déterminer les droits respectifs des chirurgiens titulaires et adjoints.

Pourriez-vous d'autre part m'indiquer si, en cas de vacance du poste de titulaire, le chirurgien adjoint a un droit précis à cette succession ? A Z. la nomination des adjoints a lieu, sans épreuves écrites ou orales ou pratiques (ce qui serait plus normal), après examen des titres des candidats. Dr X.

Réponse.

Les droits des médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux sont déterminés par le règlement de leur hôpital.

En général, la publication des conditions d'un concours pour une ou plusieurs places de médecin-adjoint comporte les avantages conférés à ceux qui seront nommés.

Si ces conditions ne sont pas indiquées dans l'affiche qui annonce le concours, elles sont inscrites dans le règlement du service de santé de l'hôpital.

Aussi, pourriez-vous vous reporter à ces documents pour voir s'il existe quelque chose se rapportant aux droits des adjoints pour devenir titulaires.

Mais, s'il n'existe rien, c'est alors l'arbitraire le plus absolu : au mépris du bon sens, qui voudrait qu'un adjoint remplaçât automatiquement le

titulaire, les commissions administratives des hôpitaux ont parfaitement le droit de nommer, comme titulaire, un médecin qui n'aura même pas subi le concours de l'adjuvat.

Et même, parmi les adjoints, il n'existe aucune prérogative, due à l'ancienneté, si le règlement ne le prévoit pas : la commission administrative peut nommer, au poste titulaire, le plus jeune adjoint, laissant de côté les plus anciens. C'est ce qui découle d'un arrêt du conseil d'Etat du 24 février 1911 : « aucune disposition légale ou réglementaire n'ayant déterminé un rang d'ancienneté entre les suppléants d'un même hôpital, la commission administrative peut nommer les titulaires, parmi les suppléants, sans se préoccuper de leur ancienneté respective ».

Aussi reportez-vous à votre réglement de l'hôpital auquel vous appartenez, ou relisez votre lettre de nomination comme médecin adjoint, ou enfin vérifiez l'affiche du concours, ou les conditions du concours auquel vous avez participé : vous connaitrez ainsi vos droits... s'ils existent.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *octobre.*

Enseignement. — Arrêté du 6 octobre 1924 fixant la *liste des titres universitaires étrangers permettant de postuler le doctorat en droit, ès sciences ou ès lettres.*

Brevets d'infirmières. — Des *sessions d'examen d'Etat* (*infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose*) ont eu ou auront lieu : à Nancy, le 23 octobre 1924 ; à Nantes, fin octobre 1924 et à Lille, le 17 novembre 1924.

Le programme est celui spécifié par l'arrêté du 24 juin 1924.

19 *octobre.*

Assurance contre les accidents du travail. — Par arrêté du 18 octobre 1924, il est mis fin, en ce qui concerne les accidents du travail régis par la loi du 9 avril 1898, aux opérations d'assurances de la Société La Liberté, 9, rue Pasquier, à Paris.

Brevets d'infirmières. — Une *session d'examen d'Etat* (*infirmières hospitalières*) a eu lieu à Reims le 3 octobre 1924. Le programme était celui spécifié par arrêté du 24 juin 1924.

20 *et* 21 *octobre.*

Pensions civiles et militaires. — *Instruction pour l'application de la loi du* 14 *avril* 1924 *portant réforme du régime des pensions civiles et des pensions militaires* et du règlement d'administration du 2 septembre 1924 rendu pour l'application de cette loi.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2544-IV*)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :
Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricour, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 511. — Dr 40 ans, inst. dans ville du Midi, dés. reprend. client. à Paris.

No 512. — A vend. 5 CV. Citroen 1922, mécan.et caros. tr. bon état 7.800. Dr Gaudichon, 26, av. Mar.-Foch, Nice.

No 513. — A céd. coll. *Gazette des Hôpitaux*, de 1880 à nos jours. Reliée jusq. 1909. Faire off. Dr Dodré, 17, rue de Vauxhall, Calais.

No 514. — A adjuger le 6 déc., à 14 h., étud. Coste, notaire à Auxerre, le château de St-Georges, à 3 km. d'Auxerre. 20 pièces, parc, communs et dépendances d'une contenance de 14 hect. Excel. exposit. Pays tr. sain Conviend. à mais. de santé ou de retraite. S'ad. MM. Berheim, rue de l'Arcade, no 23.

No 515. — Oculiste est demand. pr. cab. de cons. banl. Ouest imméd. de Paris. Cond. avantag. S'ad. t. l. j. de 1 à 3 au Dr, 210, boulev. Péreire, à Paris.

No 516. — Ouest. Post. camp. fais. pharm. susc. aug. mais., gr. jard. et dépend. Cond. cess. mais. et indemn. 8.000 compt. comp. pharmac. et matér.

N° 517. — Anjou. urg. poste pro-pharm. 30.000 fac. à augm. belle mais. 15 km. gr. ville. Indemn. 25.000 dont 15.000 compt. y comp. pharm.

N° 518. — Renault, 6 CV., 3 pl. livr. de suite, contrat à céd. sans major. Dr à Puymirol (Lot-et-Gar.).

N° 519. — Dr ayant gr. poste camp. voul. s'inst. Paris ou banl. imméd. dés. entrer en relat. av. conf. paris. qui voud. céd. client. méd. génér. 50.000 minimum. Demande délai 3 à 4 mois pr. cession de son propre poste. Ecr. Henry, 47, rue St-Ferdinand, qui fera suivre.

N° 520. — Salon Louis XV, tr. bon état à céd. conv. à jeune doct. s'instal. S'ad. Poissenot, 28, rue des Boulets, Paris, 11°.

N° 521. — Pharmacien, ancien administrateur d'une maison de spécialité pharmaceutique, expérimenté pour la publicité et l'exportation cherche à utiliser ses capacités.

N° 522. — Paris. Dr 37 a., marié, 11 ans, import. client ds unique poste rech. à Paris client. à repr. collab. assist. conf. en vue succes. accouch. gyn. enf. pet. chirurgie intra-vein.

N° 523. — A céd. d'urg. excel. poste seul médec. proph. à 2 h. 30 de Paris, contrée riche, gr. et belle mais. neuve av. dépend. pet. indemn. S'ad. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris, 5e.

N° 524. — Rég. Ouest, ds chef-lieu cant. poste tr. anc. susc. de gr. rapp. ou conven. pr. demi-répos, rég. pittor. belle chas. et pêches. Prix intéres. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Pose de la première pierre du Sanatorium des Etudiants.

La loi du 7 septembre 1919 met à la charge des communes, des départements et de l'Etat, les dépenses de création et d'entretien des tuberculeux indigents, nécessiteux, membres de sociétés de secours mutuels, ou d'associations de bienfaisance, de groupes corporatifs, ayant assuré la création du sanatorium public.

Pourquoi les étudiants, ces médecins de demain, ces producteurs de la pensée, ne seraient-ils pas, eux aussi, aidés, secourus et sauvés par la Nation elle-même, alors que plus tard leur science aidera au sauvetage de tant d'existences ? N'est-il pas de toute justice d'aider à la guérison du jeune travailleur, qui aura contracté la maladie au chevet des malades, à l'hôpital, en apprenant l'art de guérir autrui ?

Voilà pourquoi dimanche 26 octobre, nous étions une centaine réunis autour de M. Honnorat, sénateur, ancien ministre, vice-président du Comité national pour la défense contre la tuberculose.

Malgré la pluie, des auto-cars nous transportent de Grenoble dans la direction de Chambéry, au pied d'un funiculaire, dont la pente atteint par endroits presque 90 %.

A 1.100 mètres d'altitude, le sanatorium uni-

versitaire s'élèvera sur le plateau des Petites-Roches, à côté du sanatorium construit par le Comité des Forges de France, pour son personnel tuberculeux.

Dans le voisinage immédiat sera également érigé le sanatorium interdépartemental de l'Isère et du Rhône.

Malgré le mauvais temps, nous avons pu, de ce belvédère élevé, admirer un panorama magnifique, ayant, dans une vision d'aéroplane, toute la vallée de l'Isère à nos pieds, cependant qu'en face de nous, des sommets neigeux nous rappelaient la précocité de l'hiver. Quel air pur, quelle oxygénation peut être ainsi donnée par la nature à des poumons altérés !

La cérémonie de la pose de la première pierre se déroula, malgré une rafale de pluie ; les accents entraînants de la musique d'un bataillon alpin, l'idée de la belle œuvre de solidarité sociale qui s'accomplissait sous nos yeux, nous empêchaient de sentir les morsures du vent et les coups de fouet d'une averse,qui n'était pas au programme.

Descente sur Grenoble, déjeûner fort bien servi ; nombreux discours (pouvait-il en être autrement). Le délégué du *Concours médical* apporta à nos jeunes camarades toute la sympathie des anciens, qui ont toujours lutté pour le Corps des praticiens, et qui sauront intéresser à leur noble cause les généreux donateurs, qui, par leurs offrandes diverses, voudront donner un logis certain, une aide efficace et le moyen de se guérir, à tous les étudiants atteints de la terrible maladie.

L'histoire de ce sanatorium mérite d'être racontée. La section de médecine de l'Association générale des étudiants de France s'était émue du nombre considérable d'étudiants, victimes de tuberculose et ne sachant pas comment se faire soigner utilement.

Au Congrès de Clermont-Ferrand, la section de médecine de Paris fit voter par l'Union nationale le principe de la création d'un sanatorium universitaire, dont l'idée généreuse avait été donnée par M. Rist, médecin des hôpitaux de Paris.

Les concours ne se firent pas attendre ; MM. Paul Strauss, Léon Bourgeois, Léon Bernard, aidèrent nos jeunes étudiants, tant pour constituer le comité d'études que pour entrer dans les réalisations pratiques.

Deux sanatoria devaient être installés sur le plateau des Petites Roches, à 18 kilomètres de Grenoble ; cet emplacement fut choisi, car il est destiné à devenir un centre de lutte contre le fléau. Le comité des Forges, propriétaire de ce plateau, pense pouvoir y établir de petites villas, pour y soigner les malades, qui ne voudraient pas de la vie commune d'hospitalisation.

M. Gavet, ancien architecte de l'Assistance publique de Paris, prévoit un établissement de 3 étages, sur un espace de 1.860 mètres carrés. Les constructions, disposées en éventail, pourront contenir 135 lits, par chambres de deux lits, ou en chambres d'isolement.

Mais, comme il s'agit d'étudiants, une grande bibliothèque, ainsi que des laboratoires sont pré-

vus, pour permettre à la « jeunesse studieuse » de continuer ses travaux malgré la maladie.

L'Etat a accordé aux étudiants une somme de 1.300.000 francs ; le président du Conseil, M. Herriot, leur a donné, ces jours derniers une somme de 100.000 francs. Avis aux généreux donateurs, à tous ceux qui veulent protéger nos enfants des Facultés contre le terrible fléau, qui fait tant de ravages parmi les étudiants en médecine. Espérons que ces appels seront entendus.

Mais nous ne saurions trop féliciter nos jeunes amis de leur succès. Certains, à l'esprit chagrin, avaient essayé de les décourager, en leur démontrant toutes les difficultés de l'œuvre entreprise. Nos jeunes camarades ont voulu vaincre et ils ont eu le succès. Aussi fallait-il voir la joie du Dr Amabert, président de la Commission d'organisation du sanatorium, de notre excellent ami Crouzat, président de la Fédération nationale des étudiants.

Entourés de nombreuses délégations d'étudiants, venus un peu de toutes les villes universitaires, tous les représentants officiels du gouvernement, des Facultés, du corps enseignant, des hôpitaux et des médecins praticiens se laissaient entraîner à cette gaîté et à cet espoir de vivre, qui anime notre belle jeunesse.

Ne croyez-vous pas qu'il serait utile d'aider ces étudiants, par tous les moyens possibles, dans la belle œuvre qu'ils ont entreprise ?

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

2558. — Accident survenu à un fermier.

Un de mes clients, fermier, conduisant du bois à son propriétaire, ce qu'il doit faire d'après une clause de son bail, tombe de charrette et se casse un bras.

Cet accident peut-il rentrer dans la catégorie des accidents agricoles ? Je ne le crois pas, mais serais heureux d'avoir votre avis.

Dr G.

Réponse.

La loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail n'est applicable, aux termes du paragraphe premier de l'article premier, qu'aux « ouvriers, employés et domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne ».

Or, un fermier n'a pas la qualité d'ouvrier, d'employé ou de domestique agricole ; bien au contraire, il est considéré par la loi comme un exploitant, c'est-à-dire qu'il est responsable des indemnités en cas d'accident survenant à l'un de ses ouvriers.

A vrai dire, il a la faculté d'adhérer personnellement à la législation sur les accidents du travail, mais c'est à lui qu'il appartient dans ce cas de se faire assurer et de payer les primes.

Entre le propriétaire de la ferme et lui, il n'existe pas de contrat de louage d'ouvrage impliquant un lien de dépendance et de subordina-

tion, mais un contrat de louage de chose, exclusif de toute idée d'autorité et de surveillance de la part du propriétaire.

Celui-ci n'est donc pas un « patron » au sens de la loi et n'est pas responsable des accidents dont peut être victime son fermier, même dans l'accomplissement des obligations mises à la charge de ce dernier par les clauses du bail.

2546. — Assujettissement d'une laveuse à la législation sur les accidents du travail.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire si une laveuse qui travaille à l'heure ou à la journée, tantôt chez un particulier et tantôt chez un autre, bénéficie de la loi sur les accidents du travail.

Dr L.

Réponse.

La loi du 2 août 1923, en vigueur depuis le 4 février 1924, a étendu le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages.

Une laveuse travaillant à l'heure ou à la journée chez des particuliers doit être considérée comme une domestique et comme telle bénéficier des avantages de la législation sur les accidents du travail.

2575. — Patron et ouvrier. Assujettissement à la législation sur les accidents du travail.

Un patron menuisier qui est en même temps ouvrier est-il soumis à la loi sur les accidents du travail ?

Dr A.

Réponse.

La question que vous nous posez est susceptible de différentes solutions suivant le sens que vous lui donnez.

Si vous avez voulu parler d'un patron menuisier qui occupe des ouvriers, mais travaille aussi lui-même, la loi sur les accidents du travail lui est applicable en tant que patron et non en tant qu'ouvrier, c'est-à-dire qu'il n'est pas couvert par la loi pour les accidents dont il serait personnellement victime, mais qu'il est responsable des accidents dont pourraient être victimes les ouvriers qu'il emploie.

Si vous avez entendu parler d'un menuisier qui tantôt travaille pour son compte et tantôt pour le compte d'un patron, il n'est pas couvert par la loi quand il travaille pour lui, tandis qu'il a droit aux indemnités prévues par la loi de 1898, si un accident lui arrive au cours du travail qu'il effectue pour un patron.

Enfin, s'il s'agit d'un tâcheron employant des ouvriers et se chargeant d'un travail pour le

compte d'un entrepreneur il peut être considéré comme patron ou comme ouvrier avec les charges ou les avantages résultant de ces qualités pour l'application de la loi sur les accidents du travail suivant la nature du contrat qui le lie au chef d'entreprise et le plus ou moins d'indépendance qu'il a conservée à l'égard de ce dernier pour l'exécution du travail. En ce cas, la solution dépend des circonstances particulières à chaque affaire.

Application du Tarif Breton.

I

2578. — *Injections antitétaniques fractionnées.*

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer par correspondance comment je dois établir ma note pour un blessé agricole dont le patron est assuré à la P.

Ce blessé à fait une chute de bicyclette en allant d'un champ dans un autre pour son travail (plaie anfractueuse et très souillée de la région maxillaire supérieure gauche, je l'ai nettoyé, pansé et quelques heures après je lui ai fait une injection antitétanique. Tout allait bien quand le 27 il a présenté des symptômes tétaniques très nets. J'ai fait appeler un confrère en consultation, j'ai prévenu par lettre recommandée son employeur pour que celui-ci prévienne l'assurance de la complication et de la consultation et nous avons décidé faire 40 cent. cubes de sérum par jour à doses fractionnées. Le blessé va d'ailleurs bien et a repris son travail le 10 octobre. Je vous remercie par avance. Je suis un très ancien membre du *Concours* et c'est la première fois que j'ai recours à vous pour une question d'honoraires. Ci-inclus le détail de mes interventions. Le blessè habite à 1.200 mètres environ de mon domicile.

Dr D.

Réponse.

1° Vous parlez d'un déplacement de 1.200 mètres dans la même commune et dans la même agglomération ? Si oui, pas de déplacement à compter. Si agglomération différente, même dans une même commune, vous pouvez compter aller et retour deux kilomètres de déplacement, soit deux francs par visite.

2° Quand il s'agit de visite et pansement ordinaire, prix de la visite simple.

3° Quand il y a eu visite, pansement, plus une injection antitétanique, il faut compter le prix de cette injection, soit 15 francs, en deuxième catégorie, sans ajouter de prix de visite.

4° Ici, cas très spécial de *très nombreuses visites* (jusqu'à cinq, le 27 septembre) en vue d'injections d'un demi ou d'un centimètre cube de sérum. Dans ce cas, je ferais rentrer ces injec-

tions à doses fractionnées dans les cas de simples injections sous-cutanées qui sont comprises dans le prix de la visite ou consultation. Et je compterais bien toutes mes visites multiples, mais chaque fois comme visites simples, tout en marquant pour mémoire les petites injections pratiquées et en donnant toutes explications techniques sur les causes qui m'ont obligé à multiplier ainsi mes visites.

F. D.

II

2613. — Cheminots et loi de 1898.

1° Les cheminots, blessés du travail, sont-ils soumis à la loi de 1898 (*En cas d'accident peuvent-ils choisir leur médecin.*)

2° Pour une brûlure assez profonde et infectée de 13 sur 15 centimètres de large, sur une jambe, quel prix appliquer, en accident du travail, art. 28 ?

Dr Z.

Réponse.

1° Les cheminots, blessés du travail, comme tout ouvrier, employé, etc..., de l'industrie et même, depuis le 1er septembre, de l'agriculture, bénéficient de la loi du 9 avril 1898. Par suite, ils ont le droit de choisir leur médecin.

2° Brûlure moyenne, soit 15 francs par pansement.

F. D.

III

2534. — Surveillance prolongée.

Le 2 sept., on m'amène à mon cabinet un jeune homme qui, en coupant un lien d'une gerbe, à la batteuse, s'est perforé la fémorale gauche. L'accident est arrivé 2 h. 1/2 auparavant et le blessé, très fort, commence à être exsangue. Impossible de pratiquer une ligature par le petit pertuis de la plaie. J'appelle d'urgence un chirurgien à 25 km. Pendant son attente, injections d'huile éthérée, camphrée, caféine, sérum artificiel.

Puis, sous anesthésie générale (que je pratique) le chirurgien fait la ligature. Le blessé est resté trois heures dans mon cabinet et je ne l'ai pas quitté un instant.

Je vous avoue être fort embarrassé pour établir ma note. Aussi pour être sûr d'éviter les objections de la Cie d'assurances et de pouvoir y répondre sans crainte, le cas échéant, je m'adresse à vous, en vous priant de me répondre, soit par lettre, soit par la voie du *Concours*, dont je suis un abonné depuis vingt-deux ans.

Dr V.

Réponse.

1° Le chirurgien comptera : « Ligature de l'artère fémorale : 200 francs » (article 17), plus son déplacement.

2° Vous aurez personnellement à compter : « Anesthésie : 50 francs » (article 12), plus quatre demi-heures passées à surveiller le blessé (en plus de l'heure opératoire), soit 4 consultations à 7 francs, 28 francs (article 6). Donc, pour vous, au total : 78 francs.

F. D.

2679. — Timbre des mémoires d'honoraires du Bureau de Bienfaisance. Mise au point.

Si cela peut intéresser les confrères.

Grâce aux bons renseignements du *Concours médical* (n° 26 *bis*, p. 933 du 26 avril 1924), j'ai obtenu gain de cause.

Les mémoires d'honoraires du Bureau de Bienfaisance communal, non rattaché au service départemental de l'Assistance médicale gratuite sont exemptés du timbre à 2 fr. comme se rapportant au service de l'assistance médicale gratuite.

Ainsi en a décidé le contrôleur ou inspecteur du timbre auquel en avait référé le percepteur qui m'obligeait à l'acquitter sur chaque mémoire.

Ci-joint la somme de 6 francs montant de 3 timbres de 2 fr. à moi remboursés par le percepteur récalcitrant et mal informé, somme que je parfais à 10 fr. en don au *Concours Médical* pour ses bons offices. Avec mes vifs remerciements.

Dr L.

2691. — Prorogation de bail.

Membre du « Sou médical », j'ai encore une fois recours à votre inépuisable bienveillance pour des renseignements concernant mon loyer.

Ma prorogation légale se termine le 24 juin 1925.

J'ai l'intention de demander une nouvelle prorogation de 6 mois, conformément à la loi du 2 août 1924. On me dit que je dois le faire avant le 2 nov. 1924.

Je vous serais donc reconnaissant de bien vouloir me rédiger un brouillon que je relèverai et adresserai à mon propriétaire.

Car je ne veux pas avoir recours à un huissier, ce *modus faciendi* ayant vivement froissé mon propriétaire.

Et si ce dernier refuse de me l'accorder, qu'aurai-je à faire ? En cas de refus absolu, devrai-je, sous peine de me voir expulser de force, quitter mon logement pour le 24 juin 1925.

Et si je reste malgré son refus, pourra-t-il me faire expulser avant le 1er janvier 1926 ?

Autre question. Si pour un motif ou un autre je quitte le logement avant la date extrême de ma

(*Voir la suite page XLIII-2587*)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

16 NOVEMBRE 1924

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 16 NOVEMBRE 1924***, dans l'ordre suivant :

Chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A 2 heures 1/2.*

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

II. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

III. — *A quatre heures.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

IV. — *A cinq heures 1/2.*

SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MEDICAL

V. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — Souscription 35 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société Civile.

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE

Avec le concours de :
Madame PERELLI, de l'Opéra-Comique.
Madame COURTOT-LEFEVRE, des Concerts du Conservatoire.
Monsieur MARCELLIN, de l'Opéra-Comique.
etc., etc., et un quintette de l'« Orchestre médical » sous la direction du docteur Louis DESTOUCHES.

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire *avant le 12 novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

A propos de l'exercice illégal de la médecine. Histoires rocambolesques de faux médecins.

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. Nous venons d'apprendre que, grâce à l'initiative du Syndicat des médecins de l'Aube, éclairé par la riche documentation de l'Office de la répression de l'exercice illégal de l'Union des Syndicats médicaux de France, un faux médecin vient d'être arrêté dans une ville de l'Est, où il était parvenu à se faire une belle clientèle et à en imposer aux praticiens de la région.

Voici, d'après le récit d'un confrère de ce pays, l'histoire de cet aventurier.

Etudiant en médecine, pourvu de 12 inscriptions, et ceci bien avant la guerre, X. avait abandonné ses études et ses inscriptions étaient sans doute périmées quand survint la mobilisation. Appelé aux armées, il fit valoir les études médicales qu'il avait entreprises, et comme il était loin d'être un imbécile, il devint d'infirmier médecin auxiliaire. Il sut se faire valoir et décrocha à la fin des hostilités le grade d'aide-major. A ce titre, il fut attaché à divers hôpitaux, se fit connaître dans plusieurs villes où il soigna officiellement la clientèle civile et, en 1919, fut se fixer en Lorraine dans un centre industriel.

Il n'eut aucune peine à se faire admettre au Syndicat, à la Société adhérente à notre Association générale et, muni de ces références, s'affilia même à notre « Sou médical ».

S'il s'en fût tenu là, il est plus que probable que notre aventurier eût pu, pendant de longues années et peut-être jusqu'à sa mort, exercer paisiblement la médecine. Mais il avait les dents longues, l'ambition le perdit. Il voulut aller se fixer dans une ville plus importante. Il y vint et de suite y réussit, car il savait s'y prendre.

Le malheur voulut qu'un médecin de la ville se souvint l'avoir rencontré quelques années auparavant dans un hôpital militaire. Convaincu qu'il ne pouvait être docteur, le confrère soupçonneux en avertit le Syndicat médical. On fut à la sous-préfecture et au greffe vérifier l'enregistrement du diplôme. Le diplôme avait été enregistré. Cela parut stupéfiant. Une enquête ouverte fit savoir qu'une vague copie d'un diplôme au nom de l'aventurier, copie certifiée conforme par un maire de village, avait servi de document authentique pour l'enregistrement exigé par la loi.

Une plainte fut déposée en faux et en usage de faux en écriture publique. Le pseudo-docteur, arrêté, protesta. Il avait, affirmait-il, perdu son diplôme. Des recherches, faites dans les Archives des Facultés, restèrent sans résultats et notre faux confrère attend sous les verrous le moment où il aura à régler ses comptes avec la justice des hommes.

Ces faits sont sans doute beaucoup plus fréquents que l'on ne pense. Nous avons reçu la lettre suivante du Dr Courgey, un de nos plus anciens correspondants. Il nous raconte, à ce propos, un fait analogue qui ne date pas d'hier :

Voici encore une affaire sensationnelle d'exercice illégal de la médecine, l'affaire X. Il s'agit d'un faux médecin qui s'était fabriqué un diplôme. On se demande comment il peut se faire qu'il soit si facile d'exercer la médecine.

Le public, dont nous ne voulons pas dire de mal, se livre au premier venu. Il a foi dans celui qui lui inspire confiance par son audace, son *bagout*, (c'est le mot qui exprime le mieux la chose), sa tenue extérieure. Et rien ne le fera démordre de son opinion une fois formée. Les magistrats eux-mêmes... mais taisons-nous, il y en aurait trop à dire.

Un type quelconque qui a été dans les hôpitaux pendant la guerre, s'installe, se donne les titres les plus ronflants, se constitue de faux diplômes et se crée une belle situation médicale au détriment des confrères ou plutôt des médecins du pays.

Les après-guerre sont favorables à l'escroquerie et à la fraude.

Nous nous rappelons qu'en 1872, dans un bourg de la Haute-Saône s'installa un de nos amis, camarade de lycée, fort intelligent, et qui avait fait son service dans les ambulances.

Il aurait pu continuer ses études en médecine, mais il ne passa pas son 3e examen de doctorat et préféra se donner immédiatement le titre de docteur. Il répandit quelques exemplaires d'une thèse d'un homonyme et pendant dix ans, il exerça *brillamment*, car il avait plus de savoir-faire encore que de savoir. Dans l'intervalle, il

s'était marié avec la plus riche héritière du pays et était devenu père de famille.

Des confrères du pays se demandaient chaque jour s'il était vraiment docteur en médecine. Ils me prièrent de m'informer à Paris, puisqu'il se réclamait de Paris. Aucune trace de thèse à Paris ; le dossier à son nom était arrêté au 3e doctorat de l'époque.

Il fut dénoncé au Parquet, condamné à une peine peu grave autant que je puisse me rappeler, purgea sa peine, s'installa à côté et recommença à exercer poussé par l'opinion publique.

Il n'en sera peut être pas de même de celui de l'Aube, espérons-le. Mais ces illégaux sont légion !

Aujourd'hui, nous avons nos moyens de défense. Il s'agit de les utiliser et c'est une chose extraordinaire que de nos jours encore, un rastaquouère, un aventurier quelconque, un faussaire, puisse s'installer comme médecin sans l'être, et exercer pendant plusieurs années sans être inquiété.

Voyons. Un de ces individus arrive ; il répond aux appels des clients, rédige des ordonnances. Le pharmacien pourrait déjà lui-même s'informer de la qualité du signataire, mais laissons le pharmacien de côté si l'on veut, son concours ne pouvant être obligatoire et la question ne le touchant guère.

Restent les organisations syndicales.

Tout médecin nouvellement installé doit déposer son diplôme à la préfecture et au Tribunal civil. Il y a donc lieu de s'assurer si le dépôt a été fait régulièrement, si les documents produits offrent tous les caractères d'authenticité voulus, s'il n'y a pas quelque tromperie, quelque subterfuge à éclaircir et à dévoiler.

Et souvent ce n'est pas chose facile, car les administrations préfectorales et autres n'apportent pas toujours les précautions nécessaires, ne s'imaginant pas qu'on puisse les tromper, et n'approfondissent pas suffisamment l'enquête.

Seul peut-être, un délégué de l'Union des Syndicats pourrait se renseigner et à l'aide de l'administration et de son bienveillant et *complet* concours, arriver à authentifier les titres du nouvel arrivant.

La question est à étudier et à mettre au point.

D'ores et déjà, nous pensons que l'*Union des Syndicats*, sauvegarde des intérêts de la collectivité, est toute désignée pour remplir cet office.

Dr Courgey.

Les faits de ce genre ne sont pas, répétons-le, absolument rares. Qui de nous ne se souvient de ce faux médecin très galonné, très apprécié, très pistonné, qui pendant les années de guerre, remplit, sans le plus petit diplôme, à Nice, les fonctions de chef d'une formation sanitaire.

Nous nous souvenons avoir entendu conter par Brouardel qu'un empirique, se donnant pour docteur, s'installa dans un chef-lieu de canton de la grande banlieue parisienne. Très considéré, très recherché, il se maria dans le pays, devint conseiller général, eut ses grandes et petites entrées à la Préfecture. Ses amis voulurent le faire décorer ; à ce propos l'on enquêta et découvrit la fraude. Averti à temps, il disparut.

Il y a une quinzaine d'années, le hasard fit découvrir qu'un praticien, réputé à Montmartre, très décoré et qui roulait carrosse, était un ancien maréchal-ferrant qui, de sa propre autorité, s'était créé docteur.

Il est probable que les faits de ce genre sont encore nombreux, surtout depuis la guerre.

Nous pensons, comme M. le Dr Courgey, que l'Office de la répression de l'exercice illégal de l'Union des Syndicats médicaux de France, maintenant qu'il est doté et réorganisé, arrivera à nous débarrasser de ces forbans doublement dangereux, car ils soignent les malades sans compétence et, se donnant pour médecins, ils déconsidèrent notre profession.

Nous ne croyons pas toutefois qu'il soit nécessaire de l'intervention d'un délégué de l'Union des Syndicats médicaux pour juger de l'authenticité d'un diplôme. Tout fonctionnaire sérieux, s'il remplit son rôle en conscience, pourra découvrir la plupart des supercheries, et si le faux diplôme est l'œuvre artistique d'un habile coquin, seul un technicien expert, et non un médecin, sera capable de découvrir la fraude.

J. Noir.

R. H. M. S. : 5120.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ASTHME (1)

Par Jacques DECOURT,

Interne des hôpitaux de Paris

(*Suite et fin*)

Evolution et pronostic.

Tandis que l'asthme infantile, nous l'avons vu, disparaît généralement vers l'âge de 12 ou 13 ans, l'asthme qui a débuté dans l'adolescence ou dans l'âge adulte a bien des chances de ne plus abandonner le sujet qu'il frappe, à moins d'une thérapeutique heureuse.

Pourtant le *pronostic de l'asthme pur*, typique, est généralement très bénin.

Si parfois, au cours de crises répétées ou d'une attaque prolongée, une dilatation passagère du cœur droit peut s'observer, traduite à distance par une douleur hépatique éphémère, elle cède rapidement et est sans conséquence grave.

Très exceptionnellement on a pu voir survenir un pneumothorax, mais qui n'était sans doute qu'une manifestation d'une tuberculose latente.

Pourtant, si l'asthme est en quelque sorte un facteur de bonne santé, il n'est pas sans retentir à la longue sur le poumon et sur le cœur. On connaît le schéma classique. L'asthmatique vieillissant, son asthme vieillit avec lui. Les crises s'espacent, s'abâtardissent. *L'asthme s'intrique*.

Le *catarrhe bronchique* s'installe, ne tardant pas à se compliquer d'*emphysème*. Au moindre effort, au moindre changement de temps, le malade est essoufflé. Son thorax est globuleux, hypersonore. Les vibrations vocales y sont affaiblies, le murmure vésiculaire faible, l'expiration prolongée, difficile, sibilante. Des poussées de broncho-alvéolite infectieuse réveillent les accès de dyspnée, qui gardent encore une certaine allure spasmodique.

Peu à peu la lésion retentit sur le cœur droit. *L'asystolie cardio-pulmonaire* s'installe, entraînant à son tour des crises de dyspnée, mais avec de la cyanose, des œdèmes, un gros foie douloureux ; et après des poussées successives que la digitale enraye, elle finit par devenir irréductible, entraînant la mort, souvent hâtée par l'urémie liée à des lésions rénales concomitantes.

Mais, en réalité, il semble aujourd'hui qu'une telle évolution *dépende surtout des lésions pulmonaires elles-mêmes qui ont constitué si souvent l'épine irritative provocatrice d'asthme* (1), et que l'asthme à lui seul, en tant que dyspnée paroxystique, soit peu capable de provoquer cette évolution. Tout au plus la favorise-t-il.

Et le pronostic d'avenir se basera surtout, au point de vue clinique, sur la notion du *facteur étiologique*, et sur *l'état du sujet dans l'intervalle des crises et des attaques*.

C'est dire une fois de plus l'importance d'une investigation clinique complète.

Diagnostic différentiel.

1° *L'asthme typique* est d'un diagnostic aisé. Le terrain sur lequel il s'installe, ses caractères de dyspnée spasmodique, paroxystique, avec ralentissement du rythme respiratoire, avec expiration difficile et sifflante, et suivie d'une expectoration perlée contenant de nombreux éosinophiles, le feront reconnaître à coup sûr.

L'erreur n'est guère possibleav ec la granulie suffocante (asthme de Graves) où la polypnée extrême, l'hyperthermie, la tachycardie, l'asphyxie progressive, sont très différentes.

Certains cas de bronchite pseudo-membraneuse ont pu faire hésiter, que vint ensuite caractériser l'expectoration de moules bronchiques. (Nous avons vu cependant que certains de ces cas ont pu être rattachés à l'asthme).

Les dyspnées laryngées sont caractéristiques avec leur cornage, leur tirage sus-sternal, la difficulté surtout inspiratoire qu'elles provoquent.

Les dyspnées pulmonaires des broncho-pneumonies, des embolies pulmonaires, sont des polypnées, et très différentes.

On songera enfin à certaines dyspnées purement nerveuses, en rapport souvent avec l'aérophagie.

2° *Chez l'enfant* pourtant, le diagnostic est souvent malaisé. Il faut savoir penser à l'asthme

(1) Voir *Concours Médical*, N° 44.

(1) Cf. BEZANÇON et DE JONG. — Asthme et sclérose pulmonaire. *Presse méd.*, 8 décembre 1920.

en se rappelant ses caractères de dyspnée spasmodique, paroxystique, cessant brusquement en laissant une poitrine libre.

A cause de la polypnée, de la fièvre, l'erreur est possible avec les broncho-pneumonies, la bronchite capillaire. Elle est moins possible avec le croup, avec la laryngite striduleuse : celle-ci d'ailleurs, nous l'avons vu, rentre peut-être dans de cadre des asthmes larvés.

On songera toujours à l'adénopathie trachéo-bronchique, mais s'il s'agit d'une dyspnée nettement asthmatiforme, c'est plutôt là un problème de diagnostic étiologique.

Chez le nourrisson, il faudra penser à l'hypertrophie du thymus.

3° Mais surtout chez des malades plus âgés, le diagnostic peut être très délicat en présence d'une dyspnée nocturne paroxystique. S'agit-il d'asthme vrai, ou d'un *pseudo-asthme cardiaque ou urémique* ?

Tel sujet atteint de *rétrécissement mitral* fait à l'occasion d'efforts, de fatigues, ou d'une petite infection bronchique, une crise de dyspnée, que le repos et la digitale feront cesser.

Tel autre, *albuminurique*, fait une poussée de bronchite, et la nuit est pris d'une crise dyspnéique avec râles ronflants et sibilants dans les deux poumons, et expectoration muqueuse, accident dont un régime déchloruré aura raison (c'est la bronchite albuminurique de Lasègue, liée en réalité à la chlorurémie).

Tel autre, atteint d'aortite ou de néphrite chroniques est pris brutalement la nuit, d'une crise de dyspnée violente, angoissante. Si d'emblée apparaît une expectoration mousseuse saumonnée et très albumineuse, en même temps qu'une marée de râles sous-crépitants fins envahit de haut en bas la poitrine, l'erreur n'est guère possible : il s'agit d'une crise d'*œdème aigu du poumon*, qu'expliquent par ailleurs l'hypertension, considérable, le bruit de galop, et qu'une saignée copieuse maîtrisera, en soulageant le ventricule gauche déficient. Et chez de tels malades il n'est pas rare de voir l'œdème aigu s'associer ou alterner avec l'angine de poitrine.

Mais chez ces mêmes malades la traduction clinique de l'insuffisance ventriculaire gauche peut consister en *crises de dyspnée nettement asthmatiformes* (asthme cardio-rénal). Même début inopiné au milieu de la nuit, même dyspnée progressivement croissante, même dilatation thoracique avec ralentissement de la respiration et gêne surtout expiratoire, même terminaison par une phase d'expectoration (1). La ressemblance est telle que certains auteurs n'hésitent pas à décrire parmi les formes cliniques de l'asthme cette dyspnée liée à l'insuffisance ventriculaire gauche associée ou non à la chlorurémie. Pourtant l'expectoration ne contient pas les particules perlées du crachat de l'asthmatique et surtout on n'y trouve pas d'éosinophiles. En outre il faut savoir se méfier d'un asthme qui débute après la cinquantaine. Ces malades d'ailleurs ont souvent présenté les jours précédents quelques petits accidents traduisant le fléchissement cardiaque : dyspnée d'effort, palpitations, douleurs précordiales. Leur dyspnée s'associe souvent à des manifestations douloureuses à type angineux avec irradiation plus ou moins nette au bras gauche.

Dans tous ces cas, ce qui rend surtout malaisé le diagnostic, c'est qu'il peut s'agir, nous l'avons vu, d'*asthme intriqué*, c'est qu'un vieil asthmatique peut faire de l'insuffisance cardiaque ou rénale.

Et l'on peut même se demander si les lésions broncho-pulmonaires chroniques, si fréquentes chez les cardio-rénaux, ne constituent pas une de ces épines irritatives que nous avons vues si souvent déclancher l'asthme ; — autrement dit *s'il ne s'agit pas partois d'un véritable asthme cardiaque ou rénal* ?

Diagnostic étiologique.

C'est donc l'examen complet du malade qui sera capable de trancher la question, de déceler la nature de l'asthme, et de mener à la thérapeuque convenable.

I) S'agit-il d'asthme cardiaque ou rénal ?

L'examen du cœur et du pouls, la recherche du bruit de galop et de l'hypertension artérielle, l'examen des urines, le dosage de l'urée sanguine et les différentes épreuves fonctionnelles capables de renseigner sur la qualité de l'élimination rénale, l'épreuve thérapeutique, seront les bases de ce diagnostic.

II) S'agit-il d'asthme associé ?

L'asthme reconnu, nous avons vu avec quel soin l'enquête clinique devait être poursuivie pour dépister l'une de ces épines irritatives qui en font si souvent un asthme associé à des lésions de l'appareil naso-broncho-pulmonaire.

Il faut multiplier les examens radioscopiques, sérologiques, les recherches de bacilles dans les crachats, pour dépister une tuberculose ou une syphilis, causes de sclérose pulmonaire.

Chez l'enfant il faut rechercher les végétations adénoïdes, l'adénopathie trachéo-bronchique, en s'aidant de la radioscopie et de la cuti-réaction à la tuberculine, les antécédents broncho-pulmonaires qui ont pu suivre une rougeole, une coqueluche.

III) S'agit-il enfin d'asthme pur ?

Nous avons vu l'importance du terrain spécial,

(1) Cf. BEZANÇON, DE JONG et JACQUELIN. — *Pr. méd.*, 11 mai 1921, p. 373.
Cf. également le récent livre de LAUBRY. — Séméiologie cardio-vasculaire. Doin, édit. 1924.

de cette vieille diathèse neuro-arthritique qui si souvent le conditionne. Et l'interrogatoire dépistera fréquemment dans l'ascendance des manifestations telles que la goutte, la gravelle, le rhumatisme chronique ; chez le malade lui-même des accidents tels que la migraine, l'eczéma, etc.

Apparaissant sur un tel terrain, une crise d'asthme typique impose d'emblée le diagnostic. L'examen des crachats le confirme en en donnant le meilleur critérium biologique : l'éosinophilie.

IV) Mais quelle en est la cause déclanchante ?

S'agit-il seulement d'un malade en état de débilité humorale chez qui la moindre influence est capable de déclancher le choc colloïdo-clasique qui donne naissance à la crise d'asthme ? Ou bien s'agit-il d'un asthme anaphylactique ?

V) L'examen complet de l'asthmatique, si nous nous rappelons les conditions pathogéniques plus haut énoncées, devra donc comprendre :

1) *L'étude du système neuro-végétatif* en vue de la recherche d'un état de vagotonie. On en recherchera les petits signes précisés par Eppinger et Hess : le myosis, la tendance à la bradycardie et à l'hypotension artérielle, l'arythmie respiratoire, les palpitations et extrasystoles, la sialorrhée, les éructations, l'aérophagie, l'hyperchlorhydrie, la diarrhée, les sueurs.

Mais ces signes sont ordinairement loin d'être au complet. Le moyen le plus pratique d'interroger le pneumogastrique est la recherche du *réflexe oculo-cardiaque* qui, comme l ont montré Lian et Cathala (1) est généralement exagéré (ralentissement très accentué du pouls pendant la compression des globes oculaires).

2° *L'étude des multiples causes capables d'influer sur ce système*, depuis les modifications morales apportées par un dysfonctionnement glandulaire, ovarien, ou surtout thyroïdien (insuffisance ou hypersécrétion), jusqu'aux causes en apparence les plus minimes : digestion, émotions, troubles gastro-intestinaux, etc.

3° *La recherche d'une épine respiratoire*, sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

4° *La recherche enfin d'une sensibilisation anaphylactique possible* à un élément quelconque.

Certains malades mettront parfois sur la voie en affirmant que leurs crises surviennent toujours dans les mêmes conditions : à la suite de l'inhalation d'une odeur ou d'une poussière, toujours la même, ou de l'ingestion de tel aliment, ou du contact avec tel animal domestique.

Habituellement ce renseignement fait défaut. Il faut s'informer du *genre de profession* du malade, des *animaux* qui peuvent habiter sa maison ou le voisinage, songer à la *literie*, aux *oreillers*, comparer les *menus* qui ont précédé l'éclosion de ses diverses crises, se rappeler que certains sujets réagissent à la viande de cheval parce qu'ils ont reçu antérieurement du sérum antidiphtérique ou antitétanique. Il faut tenir compte aussi de la *saison*, de l'*âge*. Les asthmes d'été sont souvent d'origine pollinique, les asthmes d'hiver d'origine bactérienne. Tandis qu'après la cinquantaine l'asthme anaphylactique est rare, il est au contraire fréquent chez les sujets jeunes. Si l'asthme a débuté dans les deux premières années de la vie, songer au lait, aux œufs, aux farines. Entre 2 et 12 ans, l'importance des aliments décroît, et à mesure qu'on avance dans la vie, la sensibilisation est surtout due aux bactéries (staphylocoques), aux émanations animales, ou aux pollens.

On pourra tenter l'*épreuve de l'asthme provoqué* en exposant le malade, par une véritable expérience clinique, à l'action de la substance considérée comme nocive (1).

Au cours de cette épreuve, on pourra rechercher simultanément les manifestations de la *crise colloïdoclasique* dont les plus simples à étudier sont les modifications de la tension artérielle et de la courbe leucocytaire.

On pourra enfin, à l'instar des Américains, recourir à la méthode des *cuti-réactions en série*. On fait à l'avant-bras de légères scarifications : sur chacune d'elles on dépose une goutte de la dilution d'une protéine déterminée, et une goutte de soude décinormale qui en facilite l'absorption. On laisse au contact une demi-heure, on essuie, et on note la réaction. Une papule blanche ou ortiée mesurant au moins 1 /2 cm. de diamètre constitue un résultat positif. On pratiquera toujours évidemment une scarification témoin pour éviter toute cause d'erreur chez des sujets à épiderme sensible.

Walker, en Amérique, aurait par cette méthode, sur 400 cas d'asthme étudiés par lui, décelé dans 48 % des cas la substance sensibilisatrice. Les résultats obtenus en France, et notamment par Pagniez et par Pasteur Vallery-Radot, sont loin d'être aussi brillants, et ces auteurs ont montré qu'il n'était pas toujours possible d'obtenir une cuti positive même avec la substance authentiquement provocatrice de l'asthme.

On se rappellera d'ailleurs que si nombre d'asthmes sont de nature anaphylactique, tous cependant ne le sont pas.

Quoi qu'il en soit, on voit de combien de patience est fait le rôle du médecin qui voudra apporter à l'asthmatique une aide thérapeutique efficace.

---

(1) *Paris médical*, 10 juillet 1920.

(1) On peut pratiquer cette épreuve indirectement, en injectant au cobaye le sérum du malade, et en recherchant ensuite si cet animal fait un choc anaphylactique quand on lui injecte une dilution de la substance incriminée (c'est l'épreuve de l'*anaphylaxie passive*).

Traitement.

Si dans cet article, qui avant tout voulait viser un but pratique, nous nous sommes étendu sur toutes ces données, c'est qu'il n'en est pas une qui ne concoure à l'établissement du traitement rationnel de l'asthme (1).

I) Traitement de la crise.

Jusqu'à ces dernières années la médication héroïque des grandes crises d'asthme était la *morphine* que l'on associait ou non à l'atropine. C'est là évidemment une thérapeutique efficace, et qui mérite d'être encore employée Mais chez les sujets aux crises violentes et répétées, il faut craindre l'accoutumance et la morphinomanie.

Or, nous avons aujourd'hui une substance dont l'action est habituellement remarquable, c'est l'*adrénaline*. Et cela ne saurait surprendre puisqu'elle est un énergique excitant du sympathique, l'antagoniste du vague.

En ingestion elle est peu efficace ; encore faut-il ne pas hésiter à donner rapidement 40, et même 60 gouttes de la solution habituelle au millième (2).

Aux mêmes doses on peut l'employer en instillations ou en pulvérisations intra-nasales, surtout dans l'asthme des foins.

Mais le seul procédé vraiment efficace est l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire. On injecte d'emblée 1 cc. de la solution au millième, additionnée au besoin d'1 cc. d'eau physiologique pour rendre l'injection moins douloureuse. Cette dose peut être renouvelée deux heures plus tard.

L'adrénaline a pourtant des contre-indications: on l'évitera chez les hypertendus, chez les aortiques, où l'on pourrait craindre l'œdème aigu du poumon. Dans ce sens d'ailleurs on lui associe souvent l'*extrait de lobe postérieur d'hypophyse* qui combat son action congestive sur le poumon. La préparation habituellement employée contient 1 milligr. d'adrénaline et 4 centigr. d'hypophyse pour 1 cc. de sérum physiologique. Telle est la composition du produit connu sous le nom d'évatmine.

Si l'adrénaline n'est pas efficace (ce qui tient souvent à la facile altération de ses solutions) on pourra recourir à l'*extrait surrénal total* qui a donné à Heckel (3) des résultats remarquables, à une dose correspondant à 1/2 milligr. d'adrénaline, véhiculée dans 5 cc. de sérum physiologique ou d'huile.

A cette médication héroïque on pourra joindre la *belladone*, qui déprime le pneumogastrique, et constitue donc un traitement de choix (1).

Nous n'insisterons pas sur tous les petits moyens classiques, l'emploi de poudres ou de cigarettes antiasthmatiques à base de datura, d'opium, de belladone, de jusquiame, l'inhalation de vapeurs de pyridine, les pulvérisations nasales de cocaïne ou de sulfate d'atropine, sans compter les pédiluves ou manuluves chauds, les sinapismes, les enveloppements humides chauds du thorax. Ces moyens suffiront parfois à calmer les petits ou moyens accès, les « accès mineurs » comme dit Martinet.

II) Après la crise.

Il faut tout mettre en œuvre pour entraver ou atténuer les accès suivants qui constitueront l'attaque d'asthme. Les indications essentielles sont les suivantes :

Prescrire un régime sévère ; l'asthmatique en période de crise doit manger peu, surtout le soir, et l'on doit viser surtout à la restriction azotée.

Donner des purgatifs salins à doses élevées, surtout chez les obèses.

Continuer l'usage de la belladone, et administrer maintenant l'adrénaline par la bouche.

Favoriser l'élimination des sécrétions bronchiques par l'antimoine, le polygala, la teinture de lobélie, les iodures, surtout l'iodure de caféine.

Eviter toute cause occasionnelle : refroidissements, fatigues, émotions.

III) Traitement étiologique.

L'attaque d'asthme terminée, il ne faudra pas se contenter d'administrer, selon le rite classique, les *iodures* et les *arsenicaux*. L'heure est venue de mettre tout en œuvre, clinique, laboratoire, pour s'efforcer de trouver la cause efficiente, et de la combattre.

On traitera d'abord , s'il en est, les causes locales, favorisantes. Tel malade verra son asthme guérir par le traitement de ses lésions nasales, tel autre par une appendicectomie (2), tel autre sous l'influence d'un traitement spécifique (3). Les résultats seront bien moins favorables dans les cas si fréquents d'asthmes associés à la bronchite chronique, à la sclérose pulmonaire, à la dilatation des bronches, à la tuberculose.

On se souviendra que des troubles endocriniens peuvent favoriser le choc humoral qui conditionne l'asthme, surtout les troubles thyroïdiens. Widal et ses élèves ont guéri une asthmatique myxœdémateuse par la seule opothérapie

---

(1) Nous laissons évidemment de côté les asthmes cardio-rénaux, qui ont leur thérapeutique propre.

(2) Cf SERGENT. — Mode d'administration et posologie de l'adrénaline. *Journ. de méd. et chir. pratiques*, 10 octobre 1917.

(3) Le médecin praticien devant l'asthmatique, *Journ. méd. fr.*, décembre 1920

(1) Cf. LIAN, *Presse médicale*, 17 décembre 1921, p. 997.

(2) Cf. GUTMANN, *loc. cit.*, et *Presse médic.*, 24 janvier 1923.

(3) Cf. SÉZARY et ALIBERT Soc. méd. hôp. Paris, 3 février 1922.

thyroïdienne (1), et quatre asthmatiques basedowiennes par la seule radiothérapie de la glande thyroïde (2).

On recherchera ensuite la cause déclanchante. S'il s'agit d'un asthme anaphylactique dont on a pu déterminer la cause, on recourera aux méthodes de *désensibilisation spécifique* (3). Elle consiste à faire absorber au sujet des doses faibles et lentement progressives de la substance nocive (procédé de Besredka), soit par voie sous-cutanée, soit par ingestion.

Des *vaccins* polliniques ont été ainsi employés sur une grande échelle en Amérique contre l'asthme des foins. Ils devront être maniés d'ailleurs avec une grande prudence, en raison des réactions très violentes qu'ils peuvent déterminer. Nous empruntons à Sergent l'exposé de la technique de Walker : « On choisit d'abord celui qu'on soupçonne le plus ; on injecte des dilutions progressives ; on commence par une injection de 1/10e de cc. de la dilution immédiatement inférieure à celle qui donne encore une cuti-réaction ; puis on augmente la dose chaque semaine et on ne passe à la dilution supérieure que lorsque l'organisme a supporté sans inconvénient 1 cc. plein de la solution précédente ; il faut faire les injections une fois par semaine jusqu'à ce que la cuti-réaction soit négative même avec une forte dilution. Les améliorations ne seraient guère à escompter qu'à partir de la septième, huitième, ou neuvième semaine. »

Des vaccins ont été également préparés avec les diverses substances nocives d'origine animale. Ceux-ci particulièrement doivent être très prudemment employés, avec des doses initiales très faibles et une progression très lente.

En France, Pasteur Vallery-Radot et Haguenau ont proposé la vaccination par des *cuti-réactions en série* à doses progressives.

Contre les sensibilisations microbiennes on peut utiliser des vaccins ou auto-vaccins, mono- ou polymicrobiens. Bonamour et Duquaire auraient obtenu de bons effets dans le traitement de l'asthme tuberculeux par la vaccinothérapie spécifique (4). Bouveyron a employé la tuberculine (5), qui pourrait même agir dans les cas d'asthmes non tuberculeux.

Les substances les plus diverses ont pu être employées par cette voie. On connaît le cas de ce pharmacien qui faisait de l'asthme à l'ipéca, et que Widal, Abrami et Joltrain ont guéri par des injections sous-cutanées d'émétine (6).

(1) Widal, Abrami et de Gennes. — *Presse méd.*, n° 36, 6 mai 1922.

(2) Widal et Abrami. — *Presse médicale*, n° 44, 31 mai 1924.

(3) Cf. Widal, Abrami et Pasteur Vallery-Radot. — L'antianaphylaxie. Congrès de Strasbourg, 1921.

(4) Soc. méd. hôp. de Lyon, 21 février 1922.

(5) Soc. de Biologie, 7 janvier 1922.

(6) *Presse médicale*, 22 avril 1922.

La désensibilisation spécifique peut être appliquée *par ingestion*, si la substance incriminée est d'origine alimentaire (viande, œuf, pain, etc.).

Le plus simple d'ailleurs quand on le peut est de soustraire le malade à l'action de la substance nocive.

En réalité, outre qu'il est souvent impossible de déterminer exactement l'agent sensibilisant, ces procédés demandent une longue patience de la part du malade et du médecin et d'ailleurs n'ont bien souvent qu'une action éphémère.

Il reste à employer alors les méthodes de *désensibilisation non spécifique.*

La *peptonothérapie* consiste à faire ingérer au malade, une heure avant chaque repas; un cachet de 0,50 cgr. de peptone (Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot). Les injections intraveineuses ou sous-cutanées de peptone (Nolf) sont moins inoffensives.

L'*autosérothérapie* est de technique assez simple. On prend 20 à 30 cc. de sang du malade pendant sa crise, on recueille le sérum après coagulation, et l'on en injecte ensuite chaque jour 1/4, puis 1/2, puis 1, puis 2 cc., soit dans les veines soit sous la peau. L'autohémothérapie est plus simple encore : elle consiste à réinjecter séance tenante le sang total.

Certains *vaccins polyvalents* (tel le vaccin G de l'Institut Pasteur pour les asthmes à épine pulmonaire, ou l'entéro-antigène de Danysz pour les asthmes d'origine intestinale) ont été aussi employés avec succès.

Les *substances cristalloïdes* même sont capables de provoquer la désensibilisation. C'est ainsi que l'on a préconisé les injections intraveineuses de sérum salé isotonique (Widal), d'hyposulfite de soude (Ravaut), de carbonate de soude (Sicard) qui agissent par choc.

On voit la variété des méthodes. Le traitement de l'asthme est une affaire de tâtonnements. A chaque cas particulier, sa thérapeutique propre. Il faudra souvent des essais multiples, une longue patience, avant d'obtenir les résultats désirés.

IV) Chez l'enfant.

Les mêmes méthodes générales s'appliquent. Pour la crise d'asthme, voici comment Marfan résume la conduite à tenir : pendant la crise, injecter sous la peau l'adrénaline à raison d'une goutte par année d'âge diluée dans 5 cc. d'eau physiologique. Après la crise, prescrire l'iodure de potassium, à la dose de 10 à 30 centigrammes selon l'âge.

V) Hygiène générale. Crénothérapie.

Ce sont ici des notions bien connues. C'est le traitement général de la diathèse neuro-arthritique.

L'asthme pur relève des trois stations classiques : le Mont-Dore, la Bourboule et Saint-Honoré-les-Bains (1). C'est affaire de cas particuliers. Telle station réussit à un malade, qui ne réussit pas à l'autre.

Certains asthmatiques d'ailleurs, selon la nature de leur épine viscérale favorisante, se trouveront bien de certaines cures telles que Pougues, Vichy, Royat, Cauterets, etc.

Tout ceci nous rappelle une fois de plus que l'asthme est un vaste syndrome dont le clinicien doit s'attacher à démêler tous les éléments s'il veut apporter au malade le maximum d'effet thérapeutique (1).

(1) Cf. Galup. — Thérapeutique hydrominérale de l'asthme, *Journ. méd. français*, décembre 1920.

(1) Outre les références indiquées en cours de route, nous signalons les récents travaux d'ensemble auxquels nous avons le plus emprunté.

Ameuille et Bordet. — Asthme. *In* traité de Sergent. Ribadeau-Dumas, Babonneix. Tome III, 1922.

Bezançon et de Jong. — Asthme, *in* traité Roger, Widal, Teissier, fascicule XI, 1923.

Delthil et Sédillot. — Catéchisme de l'asthmatique. *Expansion scientif. fr*, 1922.

Moncorgé. — L'asthme, 4e édition. Vigot, 1924.

Pagniez. — Conceptions actuelles sur la nature anaphylactique et le traitement de l'asthme. *Presse méd.*, 24 janvier 1920.

Pagniez. — Nouvelles recherches sur l'asthme d'origine anaphylactique. *Presse méd.*, 21 *juillet* 1923.

Sergent. — L'asthme, *in* : Les grands syndromes respiratoires, fascic. 1, Doin 1924.

Les articles de Léri, Billard, Heckel, Ségard, dans le *Journ. méd. français*, numéro de décembre 1920.

CLINIQUE MÉDICALE

La thoracentèse.

M. le professeur Chauffard,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'idée de soustraire du liquide de la poitrine, dans les cas pathologiques, est, peut-on dire, presque aussi vieille que la médecine elle-même. Mais, ce que les anciens ont connu, c'est l'empyème, l'ouverture du thorax à l'instrument tranchant. La paracentèse proprement dite n'est venue au monde qu'aux XVIIe et XVIIIe siècles. C'est au XVIIe siècle qu'un médecin français, Drouin, appliqua le trocart à la ponction thoracique. Reprise au siècle suivant, cette intervention trouva l'opposition de deux grands chirurgiens de l'époque, Chopart et Desault, et elle fut, dans ces conditions, abandonnée. En 1808, Audouard fit une nouvelle tentative pour l'introduire dans la pratique.

A la vérité, deux raisons entravaient l'emploi de cette opération : le mauvais matériel instrumental, d'abord ; l'insuffisance des diagnostics ensuite. On confondait, à cette époque, très facilement, la pleurésie, la pneumonie, la congestion pulmonaire et les bronchites graves. Pour sortir de ces difficultés, il fallut deux découvertes : celle de la percussion par un médecin viennois, et surtout celle de l'auscultation par Laënnec. On put alors poser, sur des bases solides, le diagnostic de la pleurésie avec épanchement.

Néanmoins, il faut arriver au milieu du siècle dernier pour voir la paracentèse de la poitrine entrer franchement dans la pratique, grâce à Trousseau. Nous devons à Trousseau deux méthodes de traitement qui ont sauvé un grand nombre de malades : la trachéotomie, qu'il emprunta à Bretonneau, et la thoracentèse. Il la proposa dans les communications qu'il fit à l'Académie de médecine en 1843-1844, et il obtint un rapport favorable en 1846. Tout n'alla pas sans grande résistance. En 1850 encore, une longue discussion fut soutenue sur ce sujet à la Société des hôpitaux. Puis, la thoracentèse devint une opération admise.

Si nous voulons compléter cet aperçu par l'histoire instrumentale de l'intervention, nous voyons qu'elle a passé par trois phases : la première d'instruments simples, la seconde d'instrumentation compliquée, la troisième de retour aux instruments simples. Il en est souvent ainsi, d'ailleurs, en technique opératoire.

Comment Trousseau pratiquait-il la thoracentèse ? Il employait (procédé de Reybard) une baudruche imbibée d'eau embrochée par un petit trocart. Il ponctionnait le thorax, le liquide sortait. Quand l'écoulement s'arrêtait, la baudruche humide venait se coller sur l'orifice extérieur du trocart et empêchait l'accès de l'air dans la cavité pleurale. Le liquide s'évacuait pour deux motifs : l'effet de la pesanteur d'abord, la ponction étant basse ; la pression du liquide pleural ensuite, supérieure à la pression atmosphérique.

En 1870, un jeune interne, qui devait devenir le second successeur de Trousseau à l'Hôtel-Dieu — j'ai nommé Dieulafoy — eut l'idée ingénieuse d'appliquer l'aspiration à l'extraction des liquides organiques. L'appareil de Dieulafoy était un

petit instrument excellent, très joli et très simple. Il fut peu employé et on lui préféra l'aspirateur, beaucoup plus incommode, de Potain. Nous avons tous utilisé l'appareil de Potain et aujourd'hui beaucoup de médecins s'en servent couramment.

On a reproché à l'aspiration d'aller trop vite, de faire des soustractions trop énergiques et variables, fortes au début, plus faibles ensuite.

A l'heure actuelle, nous sommes revenus aux instruments simples et nous nous servons du siphon. C'est une aiguille montée sur un siphon, que l'on amorce avec de l'eau. On ponctionne et il suffit d'abaisser l'autre extrémité de l'instrument pour avoir une évacuation douce et continue du liquide. Pour ma part, c'est, de beaucoup, l'instrument que je préfère pour la thoracentèse.

La présence d'un épanchement dans la plèvre trouble l'équilibre des organes thoraciques. Dans la cavité virtuelle de la plèvre existe physiologiquement une pression négative, inférieure à celle de l'atmosphère. En vertu de cette pression négative, le poumon vient s'accoler à la séreuse pleurale. Mais, qu'une inflammation de celle-ci entraîne une sécrétion de liquide, les conditions se modifient. Le liquide va faire sa place. Il va la faire, pour une petite partie, par ampliation thoracique. Quand vous prenez entre les mains l'hémithorax pleurétique, vous le sentez plus large. Toutefois, cette dilatation de la paroi ne va pas très loin, et le liquide est amené, en s'accroissant, à refouler les organes voisins, le cœur et le foie. La pression intra-pleurale, dès lors, change, et de négative devient positive. Il est assez facile de mesurer, avec l'appareil de Claude, cette pression. C'est un manomètre gradué en centimètres d'eau. La pression du liquide pleural, comme celle du liquide céphalo-rachidien, se mesure en centimètres d'eau et non (comme la pression artérielle) en centimètres de mercure.

Chez plusieurs de nos malades, nous avons mesuré la pression du liquide pleural au moment et au cours de la thoracentèse. Voici un cas où la pression, de 20 centimètres au début, descendit à 15 centiméètres après extraction de 500 cc. de liquide, et à 7 centimètres après écoulement de 1.800 centimètres cubes. Voici un autre cas où la pression, de 12 au moment de la ponction, tomba à 1 après soustraction de 800 cc. de liquide. Il n'y a pas, vous le voyez, parallélisme entre le liquide retiré et la baisse de la pression, chaque malade ayant sa façon de réagir.

Quelles précautions prendre avant de ponctionner ? Depuis de longues années, j'ai établi deux règles. Si sûr que l'on soit de l'existence d'un épanchement, il ne faut pas commencer la paracentèse avant d'avoir fait au préalable une exploration à la seringue. Vous vous éviterez l'ennui d'avoir annoncé une soustraction de liquide ... dans une spléno-pneumonie par exemple. Une autre précaution est de faire précéder l'opération d'une injection sous-cutanée cardiotonique (huile camphrée, strychnine, etc.). Si la pleurésie séro-fibrineuse, en effet, tue rarement, elle peut cependant causer la mort par un mécanisme qui est généralement le même, la syncope. Nombreuses sont les observations où cette syncope s'est produite pendant la thoracentèse, ce qu'expliquent le choc émotif et l'évacuation du liquide. On l'a vue parfois éclater alors que l'aiguille avait seulement pénétré la peau. L'injection cardio-tonique préalable est donc une bonne mesure préventive.

Comme attitude du malade, je préfère la station assise à la position couchée, moins commode.

Où faire la ponction ? Je crois qu'à ce point de vue, il faut sortir des notions anatomiques, se baser sur les repères cliniques et entrer l'aiguille en plein épanchement. La règle qui demande de ponctionner dans le septième ou huitième espaces intercostaux fait souvent manquer l'opération. J'ajoute qu'il y a des cas embarrassants, des pleurésies enkystées, des pleurésies antérieures ou multiloculaires. C'est dans ces cas-là qu'il peut être utile d'adjoindre à l'examen clinique le contrôle radiologique, voire parfois de ponctionner sous l'écran.

Combien de liquide retirer ? Les opinions ont varié là-dessus. A la phase de dénigrement de la thoracentèse a succédé une phase d'engouement. On a retiré des quantités exagérées de liquide et l'on a eu des accidents. Au lieu de la tension positive de l'épanchement pleural on est arrivé au vide que ne parvient pas à combler le poumon ; alors on voit, dans ces conditions, apparaître de l'expectoration albumineuse. Le malade crache une spume abondante et l'auscultation révèle des râles humides. Pour ma part, j'ai vu une fois ces phénomènes. Auprès d'un de mes malades atteint de pleurésie, et aussi d'anévrysme, j'avais appelé un jour un de mes maîtres en consultation. Il fit une thoracentèse, retira deux litres et demi de liquide, et s'en alla. Après son départ, le patient fut pris d'étouffements violents et je passai auprès de lui deux heures pénibles où je redoutai une terminaison fatale. Je n'ai pas observé ultérieurement cet accident parce que je ne vide jamais à blanc la plèvre (sauf cas particuliers). Dieulafoy conseillait de ne pas retirer plus d'un litre de liquide à la fois. Potain recommandait de calculer la quantité de sérosité épanchée (ce qui est bien difficile) et d'en extraire la moitié.

Si l'on voulait procéder physiologiquement, on dirait ceci : nous allons amener une tension plus basse sans affleurer la négative, tout en restant dans les tensions positives. A la vérité, la mesure de la tension pleurale, praticable à l'hôpital, est une complication dans la clientèle

de ville. Et puis, on sait que les réactions des malades, en matière de tensions pleurales au cours de la thoracentèse, sont variables, selon les particularités individuelles, l'élasticité thoracique, etc. Personnellement, je me règle sur la clinique. J'arrête la ponction au plus tard quand le malade commence à tousser et accuse une gêne thoracique profonde spéciale. Ceci coïncide à l'habitude avec une évacuation de 1.200 à 1.500 centimètres cubes de liquide. C'est probablement le moment où la tension arrive près de la négative.

Les indications de la thoracentèse ne comportent pas de règles générales. On aura à apprécier chaque cas particulier. L'opération est indiquée s'il y a grand épanchement ou dyspnée très vive. Une chose qu'il faut savoir est la suivante : l'absence de troubles fonctionnels n'est pas une raison pour rejeter la ponction. Trousseau avait déjà insisté sur ce point. Il y a des pleurétiques à gros épanchement qui ne toussent pas et sont peu dyspnéiques. On ne voit plus d'ailleurs aujourd'hui de pleurétiques asphyxiants, comme au temps de Trousseau, car on ne laisse pas les malades arriver à ce stade de l'affection. On n'a plus l'occasion, pour ainsi dire, de nos jours, de pratiquer des thoracentèses d'urgence, *in extremis*.

Une autre règle, en la matière, est de ne pas perdre trop de temps. Trousseau raconte dans une de ses cliniques qu'il vit un pleurétique un jour à 3 heures de l'après-midi. Il décid a la ponction pour le lendemain : à huit heures du matin, le malade était mort ! Des cas de ce genre doivent être très rares, mais il suffit qu'ils soient possibles.

Voilà donc déjà deux indications : l'opération d'urgence, pour grande dyspnée, et le grand épanchement. On a fait intervenir, à ce sujet, la question de côté. On a dit que la pleurésie gauche à cause du refoulement du cœur, est plus redoutable que la droite. Il semble bien que cette opinion ne repose pas sur des bases réelles. On a observé autant de morts subites dans les pleurésies droites que dans les gauches.

Les deux indications dont je viens de parler ne sont pas très communes. La plus fréquente est peut-être celle qui tient à la stabilisation de l'épanchement. Vous êtes en présence d'une pleurésie dont le liquide n'a pas tendance à la résorption, malgré le traitement, les diurétiques. Il y a intérêt à ponctionner. Vous risquez, en effet, si nous attendez, d'arriver à un état de pachypleurite, avec sclérose pulmonaire et symphyse.

Tout cela ne vise que la pleurésie arrivée à la période d'état. Je crois qu'il y a lieu de s'abstenir dans la phase d'augment. La durée normale d'une pleurésie non ponctionnée est assez longue : 3, 4, 5 semaines. Tant qu'elle évolue dans ce cycle, avec une quantité de liquide modérée, on attendra. Lorsque l'épanchement est abondant ou reste stationnaire l'indication de la ponction se pose. Si vous avez affaire à des pleurésies récidivantes — que Dieulafoy, dans son langage imagé, appelait des pleurésies intarissables — on pourra essayer de combiner l'introduction de l'air à l'évacuation du liquide, transformant la pleurésie en pneumothorax. Cette méthode, qui permet de retirer tout le liquide, tout en rendant de la tension dans la plèvre, à donné des résultats à Potain et à Vaquez.

Deux reproches ont été adressés à la thoracentèse. On a dit qu'elle pouvait transformer l'épanchement séreux en épanchement purulent. C'était vrai autrefois et cela tenait non à l'opération mais à son défaut d'asepsie. On a fait à la thoracentèse une autre objectoin plus moderne. Cette sérosité que l'on retire, a-t-on dit, contient des anticorps, des éléments de défense, dont la résorption est utile. En fait, ce reproche tombe devant la pratique. Je n'ai jamais vu que la thoracentèse exposât les malades plus qu'une pleurésie non ponctionnée à la tuberculose. Le milieu pleural est un milieu atténuant pour le bacille de Koch. Le liquide de l'épanchement pleural, comme celui de l'épanchement bacillaire péritonéal est à virulence basse — contrairement au liquide de l'épanchement méningé tuberculeux, qui est très virulent. L'objection biologique des anticorps ne paraît pas, en réalité, très juste.

Au point de vue thérapeutique, la thoracentèse est une arme précieuse contre une maladie où nous sommes assez mal armés. La plèvre est peu perméable aux médicaments. Comme les méninges, cette séreuse est fermée à la pénétration médicamenteuse. Donnez à un pleurétique 3 ou 4 grammes de salicylate de soude et analysez l'épanchement : le salicylate n'a pas passé. Aussi, cherche-t-on à attaquer l'épanchement par des moyens indirects, les diurétiques principalement. Ils augmentent la quantité d'urine, mais il n'est pas prouvé que ce soit aux dépens du liquide pleural. La thoracentèse rend donc des services, pratiquée suivant les règles dont je vous ai parlé.

Leçon faite à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le
Dr P. LACROIX.

LES CALCULS LOGARITHMIQUES DANS LEURS APPLICATIONS MÉDICALES

Par le Dr LAMBOLEZ,

Licencié ès-sciences, Préparateur à la Faculté (Nancy).

Un grand nombre de questions de physique médicale, d'électroradiologie en particulier et de recherches cliniques, nécessitent l'emploi des logarithmes et, de ce fait, ne peuvent être résolues que par des médecins familiarisés avec les mathématiques élémentaires. Citons entre autres : l'analyse des faisceaux X, la loi d'excitation des nerfs et des muscles, la constante d'Ambard, la cholémimétrie...

Nous avons pensé qu'il serait utile de rappeler ce qu'est un log. et comment on peut très simplement construire et utiliser une petite table généralement suffisante en pratique.

Très souvent deux grandeurs varient simultanément de façon que leur produit reste constant : c'est ainsi par exemple que des individus de même poids P et de volumes différents X ont des poids spécifiques moyens différents Y ; mais on a toujours :

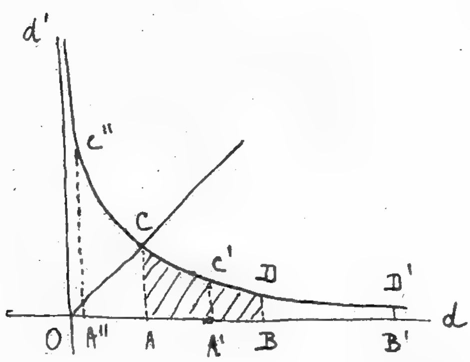
$$XY = P$$

Par un choix convenable des unités de mesure des grandeurs considérées, on peut toujours ramener une telle relation à la forme :

$$xy = 1$$

x et y sont deux variables simultanées : à une valeur de x correspond une seule valeur pour y qui est égale à l'inverse de x ; à un groupe de valeurs de x et y, on fait correspondre graphiquement un point D du plan défini par deux droites rectangulaires Odd' et tel que l'on ait :

$$OB = x \qquad BD = y = \frac{1}{x}$$



Quand x prend une valeur OB' = n x (n étant un nombre arithmétique quelconque) on doit avoir :

$$B'D'\,nx = 1, \text{ d'où } B'D' = \frac{1}{nx}$$

$$B'D' = \frac{BD}{n}$$

ce qui montre que, quand x varie, y varie et le point représentatif D se déplace dans le plan Odd' décrivant une courbe.

On remarque que le point C pris sur la bissectrice OC est tel que x = y = 1, car OAC est isocèle (OA = AC = 1).

On appelle logarithme naturel d'un nombre x représenté par la longueur OB, l'aire A B C D (en hachures) ; B se déplace de O à l'infini sur d (vers la droite) :

Les nombreux x positifs (valeurs de O B quand B se déplace), c'est-à-dire les nombres arithmétiques auront seuls des logarithmes.

L'aire A B C D est nulle si C B = 1, donc

$$\log. 1 = 0.$$

Or, 0 est le terme de passage entre les nombres positifs et négatifs en algèbre, et par rapport à A C ou à OA = 1, il existe des aires à droite (A B C D par exemple), ou à gauche (A C B'' D'' par exemple), d'où cette idée de distinction : les logs des nombres inférieurs à 1 seront négatifs (aire A B'' C D''), les logs des nombres supérieurs à 1 seront positifs (aire A B C D).

Enfin, la symétrie de la courbe par rapport à OC montre que le logarithme d'un nombre très grand (notation $+\infty$) étant très grand($+\infty$) le logarithme d'un nombre très petit (0 puisqu'il s'agit d'un nombre arithmétique) est lui aussi très petit (notation $-\infty$) car il s'agit d'une aire à gauche de A C).

Donc, $\log + \infty = \infty$

$\log 0 = -\infty$

On démontre, et on peut le vérifier graphiquement, que

si O B = x   O B' = nx   OA' = n

n étant un nombre arithmétique quelconque, on a aire A, B' C D' = aire A C A' C' + aire A B C D, traduction de la propriété fondamentale : le log d'un produit est égal à la somme des logs des facteurs

$$\log nx = \log n + \log x.$$

La multiplication étant une opération associative et permutative, on en déduit les propriétés suivantes :

u, v, w, étant 3 nombres arithmétiques, log. u. v.w = log u + log v + log w, et si u = v = w, $\text{Log. } u^3 = 3 \text{ Log } u$.

et si au lieu de 3 nombres il y en a n, $\log u^n = n \log u$, formule qui s'étend au cas ou n est fractionnaire ou négatif :

si $n = \frac{1}{p}$, $\log u^{\frac{1}{p}}$, c'est-à-dire $\log \sqrt[p]{u} = \frac{1}{p} \text{ Log } u$

si $n = -p$, $\log u^{-p}$ c'est-à-dire $\log \frac{1}{u^p}$

$= -\ p \text{Log}\, u$;

et, enfin $\log \frac{u}{v}$ c'est-à-dire $\log u\, v^{-1}$,

$= \log u - \log v$.

Nous avons ainsi résumé toute la théorie des logarithmes.

Graphiquement, on sait déterminer une aire plane telle qu'A B C D, soit au moyen de formules géométriques (de Poncelet par exemple) ou au moyen de planimètres (d'Amsler, par exemple). On trouve ainsi en faisant successivement O B = 2, 3, 5, les valeurs des aires correspondantes, c'est-à-dire les logarithmes (avec 3 décimales).

log 2 = 0,301	log 11 = 1,041
log 3 = 0,477	log 13 = 1,113
log 5 = 0,698	log 17 = 1,230
log 7 = 0,845	log 19 = 1,278

La surface 1 (carré construit sur O A) représente log 10, car on a $\log 10 = \log 5 \times 2 = \log 5 + \log 2 = 0{,}301 + 0{,}698 = 1$ très approximativement.

On en déduit $\text{Log } 100 = \log 10^2 = 2 \log 10 = 2$.

$\text{Log} = 0{,}1 = \log \frac{1}{10} = \log 1 - \log 10 = -1$

et ainsi de suite $\log 10^3 = 3 \ldots\ldots \log 10^n = n \ldots$

$\log \frac{1}{10^n} = -n.$

Il est inutile d'évaluer les logarithmes de tous les nombres, car un nombre quelconque est toujours décomposable en facteurs premiers ; il suffit par conséquent de connaître les logs des nombres premiers les plus usuels.

Exemple : $56 = 2^3 \times 7$ donc :

$\log 56 = 3 \log 2 + \log 7 = 3.0{,}301 + 0{,}845 = 1{,}148.$

Exemple : $0{,}056 = \frac{56}{10^3}$, donc :

$\log 0{,}056 = \log 56 - \log 10^3 = 1{,}148 - 3 = -1{,}852.$

Il ne peut y avoir de difficultés pour trouver le log d'un nombre, qu'il soit supérieur ou inférieur à 1. Voyons le problème inverse.

Si le logarithme donné est positif, le nombre cherché est supérieur à 1.

Ex. : soit $\log x = 3{,}456$, on écrira : $\log x = 3 + 0{,}456 = \log 10^3 +$ log d'un nombre compris entre 2 et 3 que l'on déterminera par une régle de trois : quand le log augmente de $0{,}477 - 0{,}301 = 0{,}176$, le nombre augmente de $3 - 2 = 1$, donc, quand le log augmente de $0{,}456 - 0{,}301 = 0{,}155$, le nombre augmente de $\frac{0{,}155}{0{,}176} = 0{,}880$

d'où $\log x = \log 10^3 + \log 0{,}880$

$x = 10^3 \times 0{,}880 = 880$ environ.

Si le log est négatif, le nombre est inférieur à 1 ; on ramène ce cas au précédent.

Ex. : $\log x = -2{,}341 = -3 + 1 - 0{,}341 = -3 + 0{,}5659$

$= \log \frac{1}{10^3} +$ log d'un nombre compris entre 3 et 5 qui est déterminé par la règle de trois :

$$\frac{0{,}659 - 0{,}447}{0{,}698 - 0{,}447} = 0{,}844$$

d'où $\log x = \log \frac{1}{10^3} + \log 0{,}844$

$$x = \frac{0{,}844}{10^3} = 0{,}000844$$

Le problème du calcul par logarithmes est ainsi résolu. Nous attirons l'attention sur la partie originale de cette note : il n'y a pas lieu d'introduire dans la valeur d'un logarithme une partie décimale toujours positive, la partie entière pouvant être positive ou négative. Un logarithme est positif ou négatif, peut se calculer en partant de quelques logarithmes connus des nombres premiers 2, 3, 5, 7, 11... ; de telle sorte que l'on arrive à posséder en tête une table à 3 décimales tout aussi aisément qu'une table de multiplication.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'endocardite rhumatismale.

Quelques points importants méritent d'être retenus, à la lecture d'un intéressant travail publié par le Pr Aubertin sur cette question.

Cette variété d'endocardite se ramène au rhumatisme en réalité, que ce soit le rhumatisme articulaire aigu ou un de ses dérivés, ou un rhumatisme infectieux, ou une chorée, affection dont la nature rhumatismale est admise par nombre d'auteurs.

Le début, généralement insidieux, peut être marqué par de la fièvre sous forme d'une légère recrudescence de la température ; cependant, ce n'est pas parce qu'un rhumatisant a une fièvre très élevée qu'il faut craindre une complication et inversement ; il n'y a là aucun parallélisme. La douleur précordiale, quand elle existe, doit plutôt faire penser à une péricardite, et seuls les signes physiques permettent de faire le diagnostic.

A ce sujet, rappelons la nécessité de l'auscultation quotidienne minutieuse des malades ; l'endocardite rhumatismale est, en effet, bien plus

souvent méconnue que confondue avec une autre affection.

Prenons pour type la lésion la plus fréquente, l'endocardite *mitrale*.

Dans un premier stade, du 6e au 10e jour du rhumatisme articulaire aigu, il existe un seul symptôme : l'assourdissement du 1er bruit, qui traduit le gonflement inflammatoire de la valvule ; s'il existe également à la base et au 2e bruit, il faut penser à la péricardite ou à la myocardite. Il est d'autant plus frappant qu'il existe un clangor à la base. Cet assourdissement s'atténue, puis le bruit devient sec, et, au 15e jour, ou bien tout rentre dans l'ordre, le bruit redevenant normal, ou bien apparaît un souffle tardif, qui traduit la lésion valvulaire.

La tachycardie (96 à 100), contrastant avec l'abaissement de la courbe fébrile, serait aussi caractéristique ; l'arythmie est exceptionnelle, la tension artérielle est rarement modifiée.

Quant à la lésion *aortique*, l'évolution est la même ; elle est le plus souvent associée à la lésion mitrale.

Les *complications* sont : la péricardite sèche ou avec épanchement, la myocardite, l'aortite, les artérites, etc.

Il peut y avoir exceptionnellement une forme évolutive grave (de Litten), en raison du terrain (chez les débilités), avec frissons violents, phénomènes asphyxiques et hémorrhagiques, épistaxis ; on note aussi des troubles du rythme (palpitations, extra-systole, bradycardie), mais le pronostic de ces différents troubles n'est pas aussi grave que chez les cardiaques chroniques.

Bref, le pronostic vital de l'endocardite pure, sans myocardite ni péricardite, est bon ; mais, *tôt ou tard, la lésion sera moins bien compensée* ; donc l'avenir reste réservé. (*Le Progrès médical*, 7 juin 1924.)

Le réflexe solaire dans la pratique.

Dans l'étude clinique du tonus neuro-végétatif, il est important de déterminer la participation respective du vague et du sympathique : le réflexe oculo-cardiaque permet d'explorer le tonus du vague ; le réflexe solaire, celui du sympathique. Ces procédés sont préférables aux tests pharmaco-dynamiques, toujours longs et délicats, souvent pénibles pour les malades.

D'après MM. SANTENOISE et CODET, l'excitation élective du plexus solaire détermine des réactions d'ordre vaso-moteur dans les territoires abdominal et pulmonaire. Lorsque la vaso-dilatation réflexe abdominale et la vaso-constriction pulmonaire associées concourent à abaisser la pression différentielle, à déterminer l'indice oscillométrique, le réflexe solaire est positif.

Le sujet, à jeun depuis la veille au soir, est examiné dans le décubitus dorsal, débarrassé des causes de striction des vêtements ; on le met en confiance et lui commande de respirer tranquillement, de ne pas se défendre en contractant les muscles abdominaux ; on applique au poignet le brassard de l'oscillomètre sphygmométrique de Pachon et on recherche l'oscillation maxima. On pratique alors la compression de la région épigastrique au niveau de la ligne ombilico-xiphoïdienne et en son milieu. La pression sera exercée à deux mains, obliquement, c'est-à-dire en se dirigeant dans la profondeur, vers la coupole diaphragmatique ; les doigts seront juxtaposés et agissant par leur pulpe progressivement et d'une manière diffuse ; opérer sans brusquerie, de manière à sentir les battements aortiques, sans toutefois écraser le vaisseau. On constate alors, si le réflexe est positif, après un temps perdu de quelques secondes, que l'indice oscillométrique diminue d'amplitude, pouvant même devenir très petit. Quand, après une vingtaine de secondes, on relâche la compression, la diminution des oscillations persiste un certain temps, puis l'état normal revient progressivement. Quand ces modifications ne se produisent pas, le réflexe est nul. On peut aussi le mettre en évidence par la méthode auscultatoire avec le sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry.

On trouve le R. S. chez les excitables sympathiques, offrant, à l'examen, de l'instabilité vaso-motrice : accès brusques de rougeur ou de pâleur, raies vaso-motrices accentuées, troubles sécrétoires paroxystiques, bouffées de chaleur, palpitations ; ces conditions sont plus particulièrement réalisées dans la maladie de Basedow et les troubles consécutifs à la ménopause, naturelle ou opératoire. Grâce au R. S. on peut, au cours des états anxieux et obsédants, faire le point de départ de ce qui revient à l'émotivité elle-même.

L'étude parallèle du R. S. et du R. O. C. permet d'orienter la thérapeutique au début, et de la modifier selon les besoins.

D'une façon générale, avec l'usage des médicaments agissant sur le sympathique (extrait d'ovaire, gardénal, luminal, cratægus, etc.), on constate parallèlement l'atténuation des troubles vaso-moteurs, et la réduction du R. S.

La recherche du R. S. est donc un moyen pratique pour apprécier l'état actuel d'excitabilité du sympathique, pour instituer un traitement effectif et en contrôler les résultats. (*Le Progrès médical*, 31 mai 1924.)

Traitement externe des diabétides vulvaires.

Les diabétides vulvaires, essentiellement caractérisées par du prurit et des lésions éruptives, ne sont que des dermo-épidermites par levures ; dans cette région, les levures trouvent un merveilleux milieu de culture : température, humidité et provende sucrée renouvelée à chaque miction.

Traitement. — Voici, d'après le Dr VEYRIÈRES,

ce qu'il ne faut pas faire : ne pas employer comme pansement la levure de bière ; ses colonies résorberaient peut-être le sucre déposé à chaque miction, mais la présence de ces levures, de plus en plus abondantes, ne ferait qu'exagérer l'éruption.

Ce qu'il faut faire : toilettes fréquentes, après chaque miction, avec un liquide antiseptique, solution de sulfate de cuivre à 2 ou 3 p. 1000 tant qu'il y aura des ulcérations, puis à 5 et même 10 pour 1000.

Si la sécrétion est très abondante, entre les toilettes, saupoudrer avec talc ou kaolin, 30 ; sous-carbonate de fer, 1 à 1.50, en prévenant la malade que cette poudre rouillera son linge.

Mais c'est le nitrate d'argent en badigeonnages (1/10, 1/20, rarement au-dessous), tous les 5 jours, qui activera au mieux la cicatrisation des ulcérations, et mieux que tout, calmera le prurit.

Ce traitement, au cours de 40 années d'expérience, a donné les meilleurs résultats à l'auteur. (*Le Bulletin médical*, 4-7 juin 1924.)

La dilatation aiguë de l'estomac.

D'après MM. F. Ramond et A. Ravina, il existe trois variétés de dilatations aiguës : les dilatations d'ordre chirurgical et obstétrical, que l'on confond dans leur description, et les dilatations d'ordre médical.

Les premières ont pu succéder à des opérations septiques abdominales, par suite de péritonite purulente ; on les observe aujourd'hui, soit à la suite d'une contusion ventrale, d'une intervention abdominale parfaitement conduite, soit à la suite d'un accouchement dur et prolongé.

Dix à quinze jours après des suites opératoires, le plus souvent au bout de quelques heures, apparaissent les deux signes primordiaux : la douleur épigastrique et le vomissement, facile, surtout liquide, muqueux ou bilieux, peu alimentaire, exceptionnellement fécaloïde. L'état général est rapidement mauvais : pouls filiforme, oligurie, aspect péritonéal ; la température est exceptionnelle, l'hypothermie fréquente. Mais, ce qui frappe avant tout, si l'on songe à enlever le pansement, c'est la distension énorme de toute la région sus-ombilicale ; l'estomac, comme soufflé, se dessine en relief, et finit par occuper la plus grande partie de la région abdominale. Le cathétérisme de l'estomac ramène des gaz, puis un liquide très abondant, souvent visqueux, coloré, d'odeur désagréable, renfermant fréquemment de la bile, du suc pancréatique ou du sang. L'évolution est en général rapide ; la mort survient en quelques jours, voire même en 48 h. Cependant, une thérapeutique précoce peut abaisser la mortalité de 85 %, à 40 % et même 25 %.

Plus rare est la dilatation d'ordre médical (septicémies graves, pneumopathies, urémie, comas, asystolie) ; sa marche est plus lente ; ses manifestations sont incomplètes ; il n'y a ni douleurs épigastriques, ni vomissement ; par contre le refoulement du diaphragme gêne la respiration, et amène des troubles circulatoires graves.

Au point de vue pathogénique, il y aurait ectasie gastrique, puis occlusion intestinale. L'aérophagie coutumière fournirait la raison principale de la dilatation. Le décubitus dorsal causerait surtout la dilatation subaiguë médicale ; il faut aussi signaler le rôle du foie mobile et hypertrophié qui, dans la position couchée, vient écraser l'œsophage à son débouché abdominal.

Il faut savoir, grâce à ces symptômes si caractéristiques, distinguer l'ectasie gastrique de la pancréatite aiguë, de la péritonite septique et de l'occlusion intestinale, quoiqu'elle puisse compliquer ces affections.

On recourra d'abord au traitement médical, dirigé avant tout contre l'aérophagie ; des mesures simples suffiront parfois : bouchon placé entre les dents, cravate ou ruban peu serré autour du cou ; puis on cherchera une position qui facilite le relâchement de la corde mésentérique et l'issue des gaz par l'œsophage (position ventrale, genu-pectorale, position de Trendelenburg) ; on videra le contenu stomacal, avec lavage consécutif. On agira ensuite contre le collapsus et la deshydratation du malade par le sérum et les tonicardiaques. La gastro-entérostomie, ou la jéjuno-entérostomie, tentées dans quelques cas, donnent des résultats médiocres, du fait de l'état précaire des malades. (*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 25 mai 1924.)

Sur la toxicité de l'iode.

Revue intéressante de MM. David et Happe, à propos de deux tentatives d'empoisonnement par la teinture d'iode absorbée à la dose de 30 gr., dont les deux victimes ont pu quitter l'hôpital, guéries, trois jours après.

La guérison peut s'expliquer d'abord par l'abondance et la précocité des vomissements ; ensuite, par la présence de l'iodure de potassium, dans la teinture qu'il stabilise. Après que l'estomac eut rejeté une grande partie de cette teinture, le résidu s'est stabilisé et la protection gastrique a été assurée.

Le contrepoison de l'iode, au dire de l'auteur, appuyé sur Fonzes-Diacon, est l'hyposulfite de soude, dont on administre immédiatement de 3 à 6 gr. dans un demi-verre d'eau tiède prise par gorgées. Ce sel cristallisé transforme l'iode en iodure de sodium inoffensif, tandis qu'il passe lui-même à l'état de tétrathionate de sodium, également inoffensif. (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 14 septembre 1924.)

Les extraits hypophysaires en obstétrique.

L'hypophyse mérite-t-elle la réputation que

certains auteurs lui ont faite d'être un véritable forceps en bouteille ? Faut-il l'employer au cours de l'accouchement ? A quel moment et à quelles doses ? Ce sont là questions dont la solution est particulièrement intéressante pour le praticien.

M. LE LORIER s'efforce de les résoudre dans un exposé très clair et très affirmatif, dans lequel j'ai noté cette constatation, qu'il n'est pas inutile de rappeler ici, que la lenteur de l'accouchement, acte physiologique, est une condition nécessaire de sa bonne exécution, tant pour la mère que pour l'enfant, quand cette lenteur ne dépasse pas certaines limites, et qu'il n'y a en conséquence aucun avantage à essayer de violenter la nature, en dehors des indications classiques.

L'auteur est donc hostile à l'emploi de l'hypophyse au cours de l'accouchement. Par contre, il recommande volontiers ce produit, l'accouchement terminé.

Et de résumer ainsi son opinion : « Je déconseille l'hypophyse pendant le travail, la réservant à un très petit nombre de cas d'inertie utérine prolongée au début ou à la fin de la période d'expulsion. Dans tous ces cas, je recommande l'emploi de doses très minimes (huitième de lobe postérieur de bœuf par injection) quitte à renouveler l'injection si l'effet obtenu est insuffisant ou s'épuise trop vite. On se mettra ainsi complètement à l'abri des accidents résultant d'une sensibilité anormale au produit ; 2° j'emploie assez volontiers l'hypophyse à toutes petites doses pendant la période de délivrance, lorsqu'il existe une cause ou une menace d'inertie utérine secondaire ; 3° je conseille et je recommande l'emploi, après la délivrance, de l'hypophyse à doses moyennes (1/4 à 1/2 lobe postérieur) comme préventif de l'hémorragie par inertie utérine secondaire. Par contre, après la pubiotomie, il m'arrive, pour accélérer le travail, de recourir à l'hypophyse. (*Rev. de Gyn. et d'Obstétr.*, 10 juillet 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Verrues planes et kératose sénile chez une jeune femme.

(MM. MILIAN et PÉRIN. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 12-6-1924.)

M. Milian a traité une malade — une jeune femme de 24 ans — atteinte de deux catégories de lésions, les unes répondant au type de verrues planes, les autres offrant les caractères de la kératose sénile pré-épithéliale. Elles sont apparues, simultanément, il y a neuf ans, ce qui semblerait indiquer une certaine identité de nature.

— M. DARIER note, dans le cas actuel, les caractères de la *dyskératose folliculaire*, maladie précédemment nommée psorospermose folliculaire. La constatation de verrues planes sur le dos des mains, chez ces sujets, a été remarquée par M. Darier, dès 1889. La coïncidence est si commune que ces verrues peuvent être considérées comme un signe mineur de la maladie, au même titre que les kératoses ponctuées palmaires et plantaires, que la langue villeuse, etc.

Sur l'élimination du bismuth.

(MM. LACAPÈRE, RESTOUD et BUGEARD. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 12-6-1924.)

Les sels solubles de bismuth, en injections intramusculaires, s'éliminent assez vite. On commence à les trouver dans l'urine le lendemain de l'injection. La réaction (pour le tartro-bismuthate soluble en particulier) est fortement positive pendant deux jours ; elle reste encore positive jusqu'au cinquième jour, puis la recherche devient négative.

Le bismuth insoluble s'élimine beaucoup plus lentement, mais il existe des différences sensibles selon les préparations. M. Lacapère pense que certains composés bismuthiques abandonnent plus facilement leur élément bismuth à l'organisme et offrent ainsi une activité plus grande.

Les rayons ultra-violets guérissent-ils l'alopécie ?

(M. L. BIZARD. — *Société de dermat. et de syphiligr.* ; 12-6-1924.)

Certains dermatologistes étrangers, qui ont appliqué les rayons ultra-violets au traitement de l'alopécie séborrhéique, prétendent en avoir obtenu des résultats surprenants. Non seulement, les cheveux auraient repoussé en totalité sur des têtes depuis longtemps dégarnies, mais encore la repousse n'aurait été mêlée d'aucun cheveu blanc, même chez des personnes âgées.

En France, aucune observation nette n'a été publiée sur ce sujet et il a paru intéressant à M. Bizard d'étudier la question. L'auteur a employé les rayons ultra-violets dans onze cas d'alopécie séborrhéique. Les effets furent nuls avec les appareils de faible intensité, tels que ceux en usage chez les coiffeurs. Il faut des lampes assez fortes pour obtenir une action favorable. Il importe, aussi, de choisir les cas. Il est inutile de s'attarder à traiter les calvities anciennes, avec cuir chevelu sclérosé.

Lorsqu'une personne paraît justiciable du traitement, et qu'elle en a accepté les inconvénients, il est indispensable, dans un premier temps, de préparer la région, en supprimant les cheveux qui persistent et l'enduit gras du cuir chevelu. La tête sera rasée et le cuir chevelu dégraissé par une friction appuyée à la liqueur d'Hoffmann. On fait, ensuite, l'irradiation, mais il est bon de procéder par régions, le traitement pouvant entraîner une réaction assez forte qui serait très pénible si elle intéressait toute la tête. On limitera donc, chaque fois, le champ d'action, et l'on protègera aussi le visage et les yeux.

Tandis que, dans la cure des adénopathies et de la laryngite bacillaire, la durée des applications ultra-violettes doit être progressive, dans l'alopécie séborrhéique au contraire, il faut donner d'emblée les doses massives. Il s'ensuit une céphalée assez violente et un érythème d'intensité variable du cuir chevelu. On entretient cet érythème pendant six semaines, en renouvelant les séances.

Résultats ? Les cheveux repoussent-ils ... ? Non ! M. Bizard a noté, cependant, chez les sujets au-dessous de quarante ans, un arrêt, qui lui paraît réel, momentané tout au moins, de la chute des cheveux. — M. Sabouraud a observé aussi cet arrêt, pour quelques mois, de la chute des cheveux, après emploi des rayons ultra-violets. Le traitement, toutefois, est pénible et empêche toute autre médication.

Psoriasis des ongles.

(MM. Hallé et Decourt. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 15-4-1924.)

MM. Hallé et Decourt montrent une fillette de trois ans atteinte de psoriasis des ongles. Le diagnostic a été posé au moment de l'apparition de placards psoriasiques sur l'abdomen.

Le psoriasis des ongles est une affection toujours difficile à reconnaître, lorsqu'il n'existe pas de lésion de même nature en d'autres points du revêtement cutané. Elle est, d'autre part, fort rare chez l'enfant.

Atrophie optique d'origine hérédo-syphilitique.

(M. Babonneix. — *Société de Pédiatrie* ; 15-4-1924.)

L'atrophie optique est habituellement rattachée, chez l'enfant, à une tumeur cérébrale ou à une méningite cérébro-spinale. M. Babonneix pense que, dans quelques cas tout au moins, elle peut être produite par l'hérédo-syphilis. Il en relate quatre observations ou l'hérédo-syphilis serait intervenue, à son avis, par le mécanisme d'une méningite de la base.

Chez l'adulte, c'est un adage classique que l'atrophie « primaire » de la papille relève toujours d'une infection par le tréponème. Chez l'enfant, lorsque l'atrophie optique ne se rattache pas à une cause tangible (méningite cérébro-spinale, tumeur cérébrale), il serait logique de penser à la syphilis.

La bouillie épaisse contre les vomissements des nourrissons.

(M. Gelston. — *Société de pédiatrie* ; 15-5-1924.)

M. Gelston (de l'Université de Californie) emploie avec succès, dans certains cas de vomissements chez les nourrissons, l'alimentation par les bouillies épaisses, de consistance gélatineuse, difficiles à vomir par conséquent. Elles seraient indiquées dans les vomissements par spasmes du pylore ou sténoses légères ne relevant pas du traitement chirurgical.

Diabète infantile et insuline.

(MM. Lereboullet, Chabanier, Lobo-Onell et Lebert. — *Société de Pédiatrie* ; 15-5-1924.)

On connaît la gravité du diabète infantile en général et les difficultés de son traitement. La découverte de l'insuline a apporté heureusement une atténuation au pronostic et permis d'espérer des améliorations notables de cette maladie.

M. Lereboullet montre une petite malade qu'il soigne depuis plus d'un an par les injections d'insuline, faites en séries. Chaque cure a été suivie d'un arrêt des troubles principaux et, sans qu'on puisse parler de guérison, puisque la glycosurie reprend après la cessation des piqûres, l'état général s'est transformé et se maintient satisfaisant. L'auteur estime que l'on pourra obtenir ainsi un traitement de fond du diabète infantile, à l'aide de cures successives d'insuline entrecoupées de périodes de repos.

La rougeole à l'hôpital en 1923.

(*Société de Pédiatrie de Paris.* — 15-4 et 20-5-1924).

La Société de Pédiatrie de Paris, après avoir entendu une série de communications sur la mortalité de la rougeole dans les hôpitaux pendant l'épidémie de 1923 (communications de M. Debré, concernant l'hôpital Bretonneau ; de M. Lesné, concernant l'hôpital Trousseau ; de M. Apert, concernant l'hôpital des Enfants-Malades), adopte le rapport et les vœux généraux suivants relatifs à la prophylaxie de la rougeole :

« La mortalité relativement élevée dans les pavillons de rougeole au cours de la dernière épidémie s'explique par la sévérité même de l'épidémie, par la coexistence de la grippe et par le chiffre important de très jeunes enfants frappés; on sait que la rougeole est beaucoup plus grave au-dessous de 2 ans que chez les sujets plus grands.

« Les enfants âgés de moins de deux ans ont succombé avec une grande fréquence, dans les quartiers pauvres de la ville, à une rougeole compliquée. Le plus souvent, ils furent admis à l'hôpital ayant déjà contracté chez eux une broncho-pneumonie grave. Malgré ce nombre de petits malades conduits à

l'hôpital pour y mourir, les statistiques accusent une mortalité notablement moindre que celles d'il y a 15 ans.

« Pour diminuer encore la mortalité par rougeole, il faudrait généraliser au maximum dans les salles hospitalières le système des boxes, auquel on doit l'amélioration déjà constatée, et atténuer l'insuffisance numérique du personnel des pavillons de contagieux, notamment pendant les heures de nuit ».

La Société de Pédiatrie demande aux médecins des bureaux de bienfaisance d'envoyer le plus tôt possible à l'hôpital les enfants qu'ils sont appelés à voir dans les taudis et les logements surpeuplés, et spécialement ceux atteints de maladies contagieuses, pour leur isolement.

Convaincue, d'autre part, de la valeur prophylactique du sérum de convalescent, elle insiste à nouveau sur la création de Centres de prévention antimorbilleuse qui permettraient de mettre en œuvre aussi largement que possible la séro-prophylaxie.

La rougeole n'est grave en général que chez les petits enfants et dans les familles pauvres. Dans la clientèle aisée de la ville, les cas mortels sont rares. L'injection préventive de sérum de convalescent chez les tout petits principalement, l'isolement précoce en boxes à l'hôpital pour les enfants pauvres, pourront réduire beaucoup la mortalité rubéolique.

Entorse et électrothérapie.

(M. A. LAQUERRIÈRE. — *Société de médecine de Paris*; 26-4-1924.)

Le traitement électrique de l'entorse est déjà ancie n puisque, jadis, Apostoli et Tripier le recommandaient. Ce traitement soulage la douleur dès la première séance, il guérit rapidement et réduit l'impotence fonctionnelle à un petit nombre de jours. Il consiste en applications de courant faradique à interruptions très rapides. Toutefois, deux conditions sont nécessaires : la mise en œuvre de la médication dès le début de l'entorse (dans les vieilles entorses, les résultats sont beaucoup moins nets), et l'établissement d'un diagnostic précis par la radiographie. S'il y a quelque chose à réduire et à maintenir réduit, l'électrisation n'est plus qu'un moyen accessoire.

— M. SÉE rappelle que son père a proposé un traitement très simple des entorses, la pose d'une bande de caoutchouc qui soulage très vite les malades.

— M. LAQUERRIÈRE ajoute que, dans les entorses anciennes, il se sert de courant continu et non de courant faradique. Le courant continu amène l'assouplissement des tissus.

— M. DARTIGUES mène de front les deux méthodes, le massage et l'électricité. Celle-ci lui paraît utile surtout pour lutter contre les troubles trophiques.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie (1).

(Paris, 6-11 octobre 1924.)

Première question.

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur. Leurs résultats éloignés.

Rapporteurs : MM. Charles DUJARIER et Léon IMBERT.

Dans l'unique rapport dont la première question a été l'objet, les généralités et le traitement orthopédique ont été rédigés par M. L. IMBERT ; le traitement opératoire et les fractures sous-trochantériennes par M. C. DUJARIER.

L'extrémité supérieure du fémur peut se fracturer en différents points, mais, dans la presque totalité des cas, c'est au niveau du col que siège la lésion.

C'est donc surtout cette variété de fracture que les rapporteurs ont étudiée. Ils n'ont pas oublié cependant la fracture « sous-trochantérienne » relativement fréquente, mais ne font que citer les variétés « trochantéro-diaphysaire » et « intra-trochantérienne » car ce sont là des formes rares qui ne réclament pas de thérapeutique spéciale.

Considérations générales. — Quatre méthodes se partagent actuellement le traitement des fractures du col du fémur : la mobilisation précoce, l'extension continue, la réduction avec appareil plâtré et l'intervention sanglante.

Toutes ont leurs partisans, et ont à leur actif de bons résultats ; mais aucune ne doit prétendre à supplanter les autres dans tous les cas. Le choix de la méthode varie avec les caractères anatomiques de la fracture, les tendances personnelles du chirurgien, l'état général du blessé.

Ce dernier facteur joue un rôle considérable dans l'évolution de la fracture et peut, à lui seul, orienter définitivement le choix du traitement.

On sait maintenant que la fracture du col du fémur n'est pas l'apanage du vieillard, qu'elle se rencontre tout aussi fréquemment chez l'homme mûr, et même chez l'enfant. Cela n'empêche pas qu'elle est particulièrement grave chez le sujet âgé en raison des

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

complications pulmonaires toujours possibles et de la lenteur des phénomènes de consolidation ; aussi, tel procédé d'immobilisation qui donnerait un résultat excellent chez l'enfant ou l'adulte, n'aboutirait chez le vieillard qu'à une mort rapide.

Enfin, il faut admettre qu'il y aura toujours des blessés, déments, séniles ou gâteux, qui ne relèvent d'aucun traitement autre que le séjour au lit « accompagné d'un simulacre d'extension continue » et voués infailliblement à la broncho-pneumonie. De ceux-ci, on ne peut tenir compte dans cette étude thérapeutique et les rapporteurs supposeront toujours, dans leur exposé, qu'il s'agit de sujets dont l'organisme est encore doué d'une résistance vitale suffisante.

Classification. — Delbet et son école, revisant la classification des anciens auteurs, distinguent trois variétés de fractures :

I. Les fractures cervico-trochantériennes.
II. Les fractures sous-capitales.
III. Les fractures transcervicales.

Sur 85 fractures du col du fémur rencontrées à l'Hôtel-Dieu et à la Conception de Marseille, 4 étaient du type sous-capital, 25 transcervicales, et 46 cervico-trochantériennes.

Il faut tenir compte, dans de telles statistiques, du coefficient personnel ; il est rare qu'une fracture cervico-trochantérienne prête à contestation, mais il n'en est pas de même des trans-cervicales et des sous-capitales.

Les adultes et les enfants présentent surtout les variétés sous-capitales et transcervicales ; les formes cervico-trochantériennes se rencontrent plutôt à l'âge avancé.

Etude radiologique. — Un bon examen radiologique s'impose. L'interprétation du cliché peut être délicate. Il faut se garder, en particulier, de conclure de la superposition des ombres à la pénétration des fragments auxquels elles correspondent.

Le cliché sera pris, le malade couché sur le dos en position horizontale, reposant sur la plaque sensible, le tube au-dessus de lui, le foyer se trouvant dans la verticale de la tête fémorale. On doit donner au pied une position telle que l'on évite les effets de raccourci qui modifient l'aspect du col. Et, à ce sujet, Japiot a fait remarquer que le pied ne doit pas seulement être vertical, mais encore en rotation interne maxima.

Seule, cette attitude corrige l'angle de déclinaison du col et permet d'obtenir tout le développement de ce col. Pour réaliser cette position du pied, l'articulation doit être mobile et le col non déformé. Or, ces deux conditions manquent souvent. Nous ne jugeons de la position du col que par l'attitude du pied ; chez le fracturé, cette relation est modifiée, et c'est cette modification qu'il importe de connaître.

En résumé, c'est l'attitude de chaque fragment que le chirurgien doit demander à la radiographie.

La position du pied indique déjà cliniquement l'attitude du fragment externe, mais l'examen radiographique est nécessaire pour apprécier celle du fragment interne. A l'épreuve prise en position couchée, il convient parfois d'ajouter d'autres épreuves dessinant le col non plus de face, mais de profil — ou de recourir au procédé décrit par Ducroquet. Il consiste, le sujet étant couché, à mettre la cuisse fracturée à angle droit pour que le col soit saisi de profil, à la porter en abduction à 40 degrés pour corriger l'angle d'inclinaison, et en légère rotation externe pour corriger l'angle de déclinaison.

Dans toute fracture douteuse, il est de bonne pratique de faire un examen radiographique comparé des deux hanches fixées dans la même attitude. On rencontrera parfois certaines anomalies bilatérales qui, faute d'un tel examen, en auraient imposé pour une lésion du squelette.

Evolution des fractures du col du fémur. — Une place spéciale doit être faite aux fractures incomplètes dont l'existence n'est mise en doute par personne. Celles-ci guérissent d'ordinaire sans accident et sont diagnostiquées « contusion de la hanche », Exceptionnellement, elles peuvent « se compléter » à l'occasion d'un traumatisme insignifiant ; elles sont alors considérées comme des fractures spontanées.

Les fractures du col du fémur, primitivement ou secondairement complètes, peuvent aboutir plus ou moins rapidement à la mort. Celle-ci est souvent la conséquence d'une pneumonie hypostatique ou de lésions viscérales concomitantes. Suivant les statistiques, elle survient de 17 à 30 fois sur 100 et apparaît généralement dans les huit jours qui suivent l'accident.

Si le blessé a échappé à la mort, il est menacé par deux complications qui constituent vraiment le « nœud » du pronostic fonctionnel : la pseudarthrose et la consolidation vicieuse.

La *pseudarthrose* est fatale dans les fractures sous-capitales. Elle est encore fréquente dans les fractures transcervicales ; mais souvent, dans ces cas, elle s'accompagne d'une formation de tissu dense et fibreux qui permet un rétablissement fonctionnel suffisant.

Dans les fractures cervico-trochantériennes, la consolidation osseuse est de règle.

Les *consolidations vicieuses* sont rares. Les mouvements de la hanche sont toujours limités, mais l'ankylose vraie est exceptionnelle. D'ordinaire, la flexion de la cuisse arrive à l'angle droit et l'abduction est diminuée de moitié.

Traitement des fractures du col du fémur. Il peut être orthopédique ou chirurgical.

Traitement orthopédique. — MÉTHODE DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Elle vise à éviter les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire, tout en diminuant les risques de congestion hypostatique. Elle consiste dans le lever précoce, dans la pratique du massage, de la mobilisation passive, puis active, du membre malade.

Les résultats fonctionnels sont médiocres, mais la méthode doit être conservée pour les cas où l'âge avancé et les complications pulmonaires ne permettent pas de recourir à un autre traitement.

La TRACTION CONTINUE cherche à obtenir la dépénétration des fragments par application d'un poids de 15 à 25 kilos. Cette traction doit être faite en attitude d'abduction et de rotation interne. L'appareil de Tillaux répond à ces indications. Judet, Bruns, Beely, se sont ingéniés à améliorer son dispositif.

Les résultats sont souvent mauvais, exceptionnellement bons.

La méthode n'est applicable qu'à un malade robuste capable de se surveiller. Elle réclame un contrôle radiologique fréquemment renouvelé et une surveillance médicale continue. La contre-extension y est mal assurée.

L'appareil de cuisse de Delbet, la méthode de Codivilla, celle de Ruth, marquent d'heureuses modifications de l'appareil de Tillaux, mais sont passibles des mêmes reproches.

La MÉTHODE DE ROYAL WHITMAN paraît être le procédé orthopédique le meilleur. Elle traite la fracture du col comme toute autre fracture, par la réduction et la contention en bonne attitude.

Le malade endormi est placé sur un pelvi-support dont la tige verticale s'applique sur le périnée. Un autre support permet de placer les épaules à la même hauteur que le bassin. Deux aides maintiennent les jambes et exercent sur elles des tractions longitudinales égales de chaque côté ; leurs efforts tendent à corriger le raccourcissement.

Pendant que s'accomplit la réduction, le chirurgien soulève la cuisse et, par des pressions appropriées, facilite la remise en place des fragments et la rotation interne.

Les deux membres inférieurs sont mis symétriquement en abduction complète ; on sent du côté malade que le col du fémur entre en contact avec l'acétabulum, quand l'angle d'abduction est voisin de 45 degrés.

On applique alors un long spica plâtré maintenant le membre en extension complète, abduction et rotation interne. Le plâtre remonte des orteils à la ligne axillaire.

Le malade est replacé sur son lit dont la tête est légèrement surélevée. On le retourne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt sur le ventre, pour éviter les escarres et les complications d'hypostase.

L'appareil est laissé en place de huit à douze semaines, mais le malade doit garder le lit plus longtemps, jusqu'à rééducation de ses muscles et reprise des mouvements.

Nombreux sont les chirurgiens qui ont cru devoir modifier cette méthode. Barbarin applique un plâtre court s'arrêtant aux genoux. Judet ajoute à l'abduction et à la rotation interne l'attitude en flexion permettant la station assise. Baldo Rossi combine l'appareil plâtré et l'extension prolongée et laisse malgré cela le malade se lever.

Les résultats que donne la méthode de Whitman sont généralement considérés comme bons. Campbell, dans 90 p. 100 des cas, a obtenu de solides réunions osseuses dans des fractures centrales ou cervicales vraies. Whitman lui-même, cité par Rossi, aurait noté 89 p. 100 de succès.

Par contre, on peut opposer à ces faits l'expérience de Delbet qui n'a jamais vu de fracture cervicale vraie consolidée.

Les indications du traitement orthopédique. — Il faut distinguer les fractures cervicales et les fractures cervico-trochantériennes.

Dans le premier cas, on peut avoir affaire à une sous-capitale ou à une transcervicale. Les fractures sous-capitales ne se consolidant pas, le traitement orthopédique est illusoire ; le seul espoir est dans l'intervention sanglante permettant l'enchevillement.

Les fractures transcervicales se consolident souvent. Campbell a observé le fait 24 fois sur 29 blessés. Barbarin, Trèves, Judet et Alazard ont rapporté des cas incontestables de consolidation. C'est encore l'opinion de Baldo Rossi, qui proteste contre l' « absolutisme » de Delbet.

Dans ces fractures transcervicales, le résultat favorable est d'autant plus probable que le trait de fracture est plus externe et, par suite, le fragment interne plus long. Pour ces cas, le traitement orthopédique est indiqué et pourra souvent être tenté avec chance de succès.

Les fractures cervico-trochantériennes seront traitées différemment suivant l'état général des malades.

Les sujets fatigués, âgés, pour qui le décubitus dorsal serait gros de conséquence, ceux dont la radiographie montrera une transparence anormale du col fémoral, bénéficieront de la méthode de Lucas-Championnière.

Pour les sujets plus résistants, le choix s'exercera entre l'extension continue et l'appareil plâtré. Les préférences iront souvent à l'appareil de Whitman ou à ses dérivés, notamment à celui de Judet.

Traitement opératoire des fractures transcervicales. — Fractures récentes. — Bien que le vissage ou l'enclouage du col fémoral fracturé aient été pratiqués dès 1858 par Lengenbeck, et depuis par quelques autres chirurgiens, Trendelenburg, Nicolaysen, Lambotte, c'est à Pierre Delbet que revient le mérite d'avoir créé, pour le traitement des fractures transcervicales, une méthode opératoire précise.

I. La MÉTHODE DE DELBET consiste essentiellement, après réduction de la fracture et sans arthrotomie, à introduire à travers le col une vis qui, partant de la corticale externe diaphysaire, va jusqu'au noyau central de la tête du fémur et solidarise ainsi les deux points solides de l'extrémité supérieure de l'os.

Cette opération nécessite un repérage de la tête et la connaissance de l'angle de déclinaison du col. La

tête ne peut être repérée avec sécurité que par la radiographie. Quant à l'angle de déclinaison, Delbet a d'abord montré que cet angle est de 12 degrés environ quand, le sujet étant couché sur le dos, le pied est ramené à la verticale ; il a ensuite imaginé une instrumentation qui comporte un guide cylindrique ou canon, grâce auquel le forage et le vissage à travers le col peuvent être faits avec une inclinaison de 12 degrés sur l'horizontale dans la direction de la tête déterminée par un index.

Pratiquement, voici comment procède Delbet : le malade est couché sur une table en bois plane. La réduction est obtenue par une traction de 15 à 20 kilogs sur chaque pied, les deux pieds étant maintenus verticaux et attachés l'un à l'autre par leur gros orteil. Les deux membres doivent être absolument symétriques. Après anesthésie générale ou locale, une incision longitudinale est faite à la face externe du membre de manière à découvrir le fémur au-dessous de la crête sous-trochantérienne. On met alors en place l'appareil-guide, on règle la hauteur du canon afin que la perforation puisse attaquer l'os à un centimètre au-dessous de la crête, à égale distance des faces antérieure et postérieure du fémur et on conduit la pointe de l'index sur le repère cutané qui représente le centre de la tête. Forage du col jusqu'à la tête avec une mèche de 7 millimètres. Une vis à bois de 7 à 9 centimètres, selon la longueur du col, est enfoncée à bloc et la plaie est suturée.

II. Technique de Dujarier. — Le rapporteur a cherché à améliorer la technique précédente à trois points de vue :

1° Radioscopie et radiographie pendant l'opération ;

2° Emploi d'une table opératoire combinée de telle sorte que le sujet, l'appareil de Delbet et la table soient étroitement fixés l'un par rapport aux autres ;

3° Choix du matériel de prothèse.

1° *Radioscopie et radiographie.* — Comme il est très difficile d'empêcher l'appareil de Delbet de se déplacer au cours des manœuvres opératoires, Dujarier a pris le parti de n'opérer que sur une table permettant de contrôler par la radioscopie et la radiographie, la progression de la vis. Au début, il utilisait seulement la vérification radioscopique à la bonnette, mais ce procédé manque de précision et a encore le défaut de ne renseigner le chirurgien qu'indirectement.

La radiographie contrôle bien la marche de l'opération si l'on prend successivement plusieurs clichés. En la combinant à la radioscopie et en faisant repérer la tête avant l'opération sous traction et dans la position opératoire, on peut se contenter de deux clichés et même d'un seul. Mais il faut savoir que le rayon normal de l'ampoule doit passer à la fois par l'axe de l'index et celui du canon, et d'autre part, que la longueur du col est amplifiée sur la radiographie, de 1 cm. 5 en moyenne, quand l'ampoule est à 60 centimètres de la plaque.

2° *Plan opératoire spécial.* — Dujarier a adapté à la table de Rechou un plan dérivé de celui de Ducroquet qui comporte une planche coulissant sur la table, des fiches en bois pour fixer le malade — trois du côté sain, une du côté malade — une pièce interfémorale rembourrée, un coussin sacré et deux longues tiges d'acier munies d'étriers auxquels les pieds sont attachés dans la position verticale. Une pièce spéciale permet de fixer l'appareil de Delbet à la table.

3° *Matériel de prothèse.* — Les vis en os tué, armées ou non, qui ne présentent aucun avantage et se fracturent souvent, sont abandonnées par la plupart des chirurgiens. Le rapporteur emploie des vis de 7 millimètres de diamètre, pourvues à leur extrémité, comme les vis de Lambotte, d'une langue d'aspic et d'un taraud, présentant un filetage large, étendu à toute la longueur de la vis et longues de 8 à 9 centimètres.

Ces vis spéciales ont été construites pour lutter contre le tassement secondaire qui s'accompagne d'une sortie partielle de la vis. Afin d'éviter le dévissage qui est incontestable en certains cas, on fera bien de creuser une logette au point d'implantation pour la tête de la vis.

Dujarier a quelquefois placé deux vis, mais cette pratique plus compliquée ne lui a pas paru présenter grand avantage.

Il a enfin dans quatre cas, et d'ailleurs avec un seul succès, essayé d'obtenir une meilleure régénération osseuse par l'emploi des greffes ostéopériostiques, selon une technique plus généralement appropriée au traitement des pseudarthroses.

Acier nouveau employé en instrumentation chirurgicale. — Le docteur Dartigues présente au Congrès une communication sur un nouvel acier inoxydable et inaltérable employé en instrumentation chirurgicale, et qui peut apporter une véritable révolution en chirurgie.

Il s'agit, en effet, d'instruments fabriqués avec l'acier en question, baptisé « Stainless », qui est un acier découvert, en 1915, par un savant anglais, M. Brearley.

C'est un acier à haute teneur en chrome (13 %) qui possède également une haute résistance mécanique et une grande élasticité.

Cet acier, fabriqué à l'heure actuelle en France, offre la propriété particulièrement remarquable de rester inaltérable à l'état trempé.

Doué de cette grande résistance à la corrosion, il a ainsi cet avantage d'éviter, par son brillant perpétuel, le nickelage, le chromage ou l'argenture. Le nettoiement des instruments en « Stainless » est plus facile que celui des instruments en acier ordinaire ; de plus, il résiste à la surchauffe des stérilisations répétées et il supporte la stérilisation prolongée dans l'eau bouillante.

L'instrumentation fabriquée avec ce nouvel acier « Stainless » réalise ainsi une économie de temps et une économie d'argent considérables.

A l'appui de sa communication, le docteur DARTIGUES présente deux trousses et toute une série d'instruments fabriqués avec l'acier « Stainless » ayant subi les stérilisations nécessaires et qu'il a employées personnellement avec succès dans des opérations importantes.

Le docteur DARTIGUES présente également quelques instruments de grande chirurgie ; un laparostat, des couteaux à amputation, etc.

Il n'est pas exagéré de dire qu'une ère nouvelle s'ouvre devant l'instrumentation chirurgicale, grâce aux magnifiques propriétés de l'acier « Stainless ».

(*A suivre.*)

Les Livres

Librairie MALOINE, Paris.

G. DE PARREL. — **O. R. L. Oto-rhino-laryngologie.**

Les livres de notre ami de Parrel jouissent avec raison de la faveur des praticiens qui les comparent à ceux de notre regretté Martinet.

Suivre le mouvement scientifique est à notre époque une impossibilité absolue ; aussi, est-il nécessaire que des auteurs qualifiés nous présentent de temps en temps ce qu'il faut retenir des travaux parus. C'est ce qu'a fait l'auteur avec autant d'érudition que de clarté ; sans compter que chaque chapitre se termine par un résumé qui fixe et précise les idées.

Lisez avec soin l'identification de l'hérédo-syphilis dans le secteur cervico-facial ; vous verrez avec quelle précision la dent d'Hutchinson est présentée. Voyez tout l'intérêt que présentent la prophylaxie des affections rhinopharyngées et celle de la surdité qui en découle. Syphilis, consanguinité, absence de surveillance des enfants au point de vue acoustique et respiratoire, otites purulentes non traitées, pas de cliniques scolaires, voilà la source des sourds, infirmes tristes et malheureux.

J'ai particulièrement apprécié les notes de chirurgie d'urgence, depuis le traitement du furoncle du conduit jusqu'à celui de l'épistaxis, et bien souvent je recours au formulaire si sobre et si clinique.

Le livre de Parrel est vraiment écrit pour nous tous.

Georges ROSENTHAL.

Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

René CLOGNE. — **Guide pratique d'analyses de chimie biologique pour l'urine, le sang, le suc gastrique, les matières fécales, etc.** (In-16, 282 pages, 2e édition, 1924. Prix : 14 fr.).

Cette deuxième édition, considérablement augmentée, est à jour des dernières investigations scientifiques des hommes de laboratoire. On y trouve les méthodes les plus récentes de recherche ou de dosage que les perfectionnements de la science ont rendues classiques, ainsi que certains tours de main, qui ont le mérite, tout en étant personnels et originaux, de rendre extrêmement simples, précises, et à la portée de tous, des manipulations qui, jusqu'alors, semblaient ne pouvoir être effectuées que par des laboratoires spécialement outillés.

Les derniers chapitres, nouvellement ajoutés, traitent de l'analyse chimique des eaux et de la recherche des médicaments dans les urines, recherches nécessaires pour le contrôle de la fonction ou de la perméabilité rénale. Tous ces procédés, toutes ces méthodes sont d'ailleurs mis en pratique par l'auteur lui-même, dans son beau et vaste laboratoire de la rue Verniquet, 15.

Gaston DOIN, éditeur, Paris.

Dr L. DARTIGUES. — **La douleur en chirurgie.** (Un vol. Prix : 8 francs.

Dans une étude à la fois littéraire, philosophique et scientifique à laquelle il a mis comme exergue cette phrase : « La plus noble conquête que l'homme ait jamais faite est bien celle qu'il a réalisée sur l'empire de la douleur », Dartigues trace une grande fresque avec aperçus nouveaux de tout ce que l'homme a fait pour lutter contre la douleur opératoire. Cette étude, dédiée à ces deux grands chirurgiens-écrivains, les professeurs. J.-L. Faure, de Paris, et Forgue, de Montpellier et qui comprend une vingtaine de portraits, est une synthèse qui n'avait jamais été faite et qui est extrêmement curieuse et attachante.

Dartigues traite : de la douleur en général, de la psychologie du chirurgien devant la douleur ; il passe en revue la valeur signalétique et la signification clinique de la douleur, fait l'historique des anesthésiques chirurgicaux et esquisse l'évolution de l'anesthésie chirurgicale et son avenir probable. Il termine par des considérations sur les conséquences psychiques et pratiques du progrès de l'anesthésie chirurgicale ; il montre la psychologie des malades devant la douleur chirurgicale, et les rapports de l'anesthésie avec la rapidité opératoire.

Enfin, il parle de ce qu'on peut se permettre d'entrevoir par anticipation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES SOINS MÉDICAUX DANS L'ASSURANCE SOCIALE

L'organisation des soins médicaux, dans le cadre de l'assurance sociale, continue à solliciter l'attention du corps médical. Il semble même que les discussions, les propositions, les projets qu'elle provoque, se multiplient, au fur et à mesure qu'approche l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux. Et sans doute aussi, parce que le vote hâtif de la loi par la Chambre défunte, dans les derniers jours de son agonie, tout en demeurant un vote de circonstances, n'en marque pas moins un pas important dans la voie des réalisations parlementaires.

Nous avons publié les études que nous ont remises Decourt, Vanverts, etc. Nous continuerons très volontiers notre rôle de tribune libre, où toutes les opinions peuvent se produire, sous la responsabilité de leurs auteurs, jusqu'au jour où le corps médical organisé aura manifesté nettement sa préférence pour tel régime plutôt que pour tel autre. Quel que soit-il, nous nous inclinerons.

Il n'en faut pas moins essayer, dans la période préparatoire actuelle, de réunir tous les éléments du procès, de ramasser tous les arguments en faveur de ceci ou de cela. Nous ne saurions trop nous éclairer les uns les autres.

Il semble bien que la majorité de nos confrères, pris dans leurs Syndicats ou isolément, se prononce de plus en plus pour le régime qui établira le libre choix, le respect du secret professionnel, le tarif à la visite, *et la rémunération directe du médecin par le malade.* Subsidiairement, pour diminuer le petit risque ou plutôt les abus qu'il engendre, il semble également admis que les premiers jours de maladie doivent être exclus du bénéfice de l'assurance, *sans effet rétroactif possible.*

Ces principes étant acceptés, je cherchais à me représenter comment ils pourraient être mis en pratique, et j'essayais de concrétiser leur application, lorsque j'ai eu la bonne fortune de trouver cette concrétisation à la fin d'une savante et très complète étude, publiée par M. Joubert dans le *Bulletin du Groupement des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou* (juillet et août 1924).

Voici, dans son texte intégral, la conception de notre confrère :

Le *Syndicat contracte* avec la *caisse*, en réservant les droits des médecins d'honorabilité reconnue, mais *non syndiqués* qui accepteraient les conditions d'exercice du contrat.

1° Il garantit aux ressortissants de la caisse les *soins* de ses membres et la *délivrance des pièces* qui leur seront nécessaires dans leurs rapports avec la caisse ;

2° La caisse garantit le respect du *libre choix*, du *secret professionnel* ; l'exercice d'une *thérapeutique complète.* La question de l'*hospitalisation* sera réglée d'un commun accord.

3° Il est spécifié au contrat que le *paiement* sera fait *intégralement* par le *malade*, à la *visite* ; le malade sera *remboursé proportionnellement* par la caisse ; le médecin se réserve le droit : *a*) de se faire payer comptant ; *b*) de refuser ses soins au débiteur récalcitrant qui, passé certain délai, aura refusé de l'honorer ;

4° Le *tarif, pour les assurés obligatoires*, ne sera pas inférieur au tarif *minimum de la clientèle ordinaire*, au moment du contrat. Il *sera plus élevé pour l'assuré facultatif* ;

5° Les *pièces* que le médecin traitant s'engage à remplir sont :

a) Le *livret de santé individuel*, propriété du malade dont il a seul le libre usage ;

b) Les *certificats de maladie et de guérison*, remis au seul assuré ;

c) La *feuille de maladie* sur laquelle le médecin porte chaque intervention et son prix, avec date et signature. Elle sert à l'assuré de *reçu* auprès de la caisse. Par simplification, elle pourrait aussi tenir lieu de certificat.

Tels sont les points où le Syndicat a droit d'*exiger*. De plus, il pourrait *conseiller* la caisse et *débattre* avec elle au sujet de questions où il n'est intéressé qu'indirectement. Il est extrêmement désirable ;

6° Que toutes les *maladies* soient *assurées* à partir du troisième (ou quatrième) jour, sans effet rétroactif pour les premiers jours ;

7° Que l'*assuré participe à tous les frais médicaux et pharmaceutiques pour une cote de* 20 *à* 25 % au moins, le remboursement des 80 à 75 % lui étant fait par la caisse et par règlements rapprochés. En cas de charges extraordinaires, à déterminer (maladie très prolongée ou très coûteuse), la part de l'assuré pourrait être réduite à x %, sur certificat du médecin traitant et avis du contrôle ; les cas litigieux étant soumis à l'arbitrage. ;

8° La caisse reste juge du *contrôle* à organiser. Elle peut avoir son *médecin contrôleur*, spécialisé dans ce rôle, ne pouvant en aucun cas être traitant des assurés. Elle peut s'entendre avec le Syndicat pour instituer une *commission*, un médecin ne devant jamais dans un cas donné contrôler le malade qu'il aura traité.

L'assuré visité par le contrôle a le droit de se faire assister par son médecin.

G. JOUBERT.

La région des Charentes et du Poitou est une de celles où l'organisation des soins médicaux dans l'assurance sociale a été le plus complètement étudiée. Aussi, le *Bulletin* auquel j'emprunte les idées de Joubert est-il fertile en publications diverses sur ce sujet.

Dans son numéro d'août, le Dr AUDOUIN, de Thouars, se prononce dans le même sens que le Dr Joubert, et montre, par un exemple vivant, dont il a déjà entretenu nos lecteurs (*Concours médical*, n° 29, p. 1732) combien il est facile de réaliser l'entente directe du médecin et du client, lorsque celui-ci fait partie d'une collectivité qui le garantit contre la maladie.

Par contre, le Dr BREFFEIL essaye de faire prévaloir les avantages qu'il reconnaît au système de la rémunération directe du médecin par la collectivité garantissante, à la place du malade.

Voici l'un des principaux arguments qu'il produit à l'appui de sa thèse :

(*Avec le système de l'entente directe*), le malade ne se soignera pas du tout et empochera purement et simplement l'indemnité. D'où préjudice pour tout le monde : collectivité lésée par la prolongation de l'incapacité, médecin privé de salaire, malade privé de soins, etc... ».

Et plus loin,

« En échange de cette liberté, que de notes impayées, que de marchandages, que de sabotages des tarifs solennellement votés en assemblée générale ; quelle curée pour l'exercice illégal de la médecine, protégé beaucoup mieux que l'exercice régulier, tant par l'inertie de l'administration que par de bonnes amnisties régulières et larges ! »

Tout cela a déjà été dit. Combien spécieuses m'apparaissent ces objections au régime de l'entente directe ! Et comme il est facile de les réfuter !

Je ne m'y attarderai pas de nouveau : d'autres l'ont fait, qui ont dit excellemment tout ce qu'il fallait.

Un seul mot pourtant, à propos d'un point qu'il me parait renversant de soulever, *le malade ne se soignera pas et empochera purement et simplement l'indemnité*... Ah çà ! S'imagine-t-on de bonne foi que l'Assurancce indemnisera l'assuré, *purement et simplement*, sur sa seule déclaration qu'il a été malade, et que son incapacité de travail aura duré tant de jours ! Tout de même, c'est la supposer plus naïve et plus simple qu'elle n'est ou ne sera.

Je présume — et je ne pense pas qu'on puisse s'inscrire en faux contre ma supposition, — que l'acte initial qui déclanchera mécaniquement le jeu de l'assurance, sera un certificat médical, une attestation médicale, un geste médical, j'emploie à dessein des expressions de plus en plus vagues — qui fixeront le début de la maladie, de même qu'un geste du même ordre fixera la fin de celle-ci. Ainsi en est-il, par exemple, dans notre Mutualité familiale, qui n'est autre qu'une assurance maladie réservée aux médecins.

Certes, on peut tout prévoir, dans le domaine de la fraude ; une collusion est possible entre malade et médecin, celui-ci authentifiant une maladie inexistante, et acceptant de paraître donner des soins qui n'auront jamais été fournis.

Avec cela qu'il n'en pourrait pas être de même, dans le régime du paiement direct des honoraires par l'assurance ? Un filou trouvera toujours le moyen d'exercer, *en toute circonstance*, son habileté, jusqu'au jour, qui ne manquera pas de venir, où il sera pincé. Et alors, de sévères sanctions l'empêcheront de continuer ou de recommencer.

Je n'insiste pas !

Donc, le projet Joubert me semble très complet et très acceptable. Puisque certaines expressions doivent être abandonnées, soit qu'elles prêtent à l'équivoque, au *qui proquo*, comme dit Decourt, soit qu'elles effrayent certains timorés qui acceptent et pratiquent bien la chose, mais éprouvent une répugnance incompréphensible pour le mot, il est entendu que nous ne parlerons plus de *tiers payant*, ni de *contrat collectif*.

Question de pure forme, qui ne gêne en rien la discussion.

En fait, le Syndicat contractera avec l'assurance (la Caisse), pour des buts nettement définis. L'un de ces buts doit être, selon moi, l'organisation de Commissions tripartites, chargées d'arbitrer les conflits qui pourraient surgir, et de procéder au minimum de contrôle dont il sera impossible de se passer.

Ces Commissions devraient avoir, selon moi, une autre attribution. Nous sommes tous partisans du libre choix que certains voudraient limiter aux seuls médecins syndiqués. Je suis partisan du *libre choix absolu* par le malade, considéré comme un malade privé. Mais j'admets pour l'assurance le droit d'apporter un certain tempérament à ce libre choix absolu. Je m'explique : nous sommes unanimes à déplorer, à propos des accidents du travail, l'existence de

médecins marrons, de cliniques louches, véritables usines de soins standardisées pour donner le moins de mal possible et rapporter le plus possible. Nous souhaitons la disparition de ces individus, de ces cliniques, qui font tant de tort moral à notre profession. Nous regrettons qu'il soit impossible, dans l'état actuel de la législation, d'empêcher les accidentés de s'adresser aux uns ou aux autres.

Or, il est à craindre que médecins marrons et cliniques louches ne cherchent à exploiter de la même manière les assurés sociaux.

Eh bien ! Je pense que l'un des attributs des Commissions tripartites devrait être d'enquêter sur médecins marrons et cliniques louches, et quand leur véritable caractère serait rigoureusement établi, d'avoir le droit de les exclure du service médical de l'assurance. Comment, me direz-vous, avec le régime de l'entente directe du médecin avec son malade ? — Oh ! le plus simplement du monde : en refusant à l'assuré toute indemnité, toute allocation s'il persistait à réclamer les soins du médecin ou de la clinique mis à l'index.

Ce serait le seul moyen de tarir définitivement la clientèle de ces indésirables.

Relativement au contrôle que pourrait exercer la Commission tripartite, il importe de rechercher dans quelles conditions il serait appelé à jouer.

Essayons !

L'assuré malade a appelé le médecin de son choix. Celui-ci lui remet un certificat, une attestation ..... déclarant : 1° qu'il est malade depuis tel jour ; 2° que sa maladie est présumée devoir durer tant de jours.

Le pronostic de durée s'étant vérifié, le médecin remet de nouveau à son malade un certificat, une attestation, déclarant qu'il est guéri à telle date, et qu'il peut reprendre son travail.

Par contre, le pronostic de durée ne s'est pas vérifié. La maladie s'est aggravée, ou elle change de caractère. Elle se prolongera au delà des délais primitivement indiqués. Nouveau certificat, nouvelle attestation, déclarant que le malade n'est pas encore guéri et que son incapacité présumée durera encore tant de jours.

Il pourra arriver que la durée prévue, soit la première fois, soit du fait d'une prolongation, paraisse anormale à l'assurance, par sa longueur ou sa répétition. L'assurance en saisira la Commission tripartite qui déclanchera le contrôle. Le contrôle pourra être annoncé à l'avance au malade. Il pourra, à l'occasion, être inopiné. Si le médecin contrôleur se rencontre avec le médecin traitant, — ce qui toujours, sera souhaitable, — il est à présumer qu'ils se mettront d'accord pour fixer la date de la reprise du travail, ou le passage à la chronicité. Si le médecin traitant n'assiste pas à cette visite de contrôle, le médecin contrôleur rendra compte à la Commission des résultats de son enquête. Sur sa proposition, celle-ci fixera la date de la reprise du travail, et en informera le malade, qui en informera à son tour son médecin.

S'il y a désaccord entre médecin traitant et médecin contrôleur, soit directement, soit indirectement, ce sera exceptionnel. Alors la Commission désignera un tiers arbitre médecin, chargé de départager les deux premiers.

On me dira peut-être : c'est bien compliqué ! — J'en conviens. Mais je répète qu'à mon sens, ces cas seront exceptionnels, et que leur rareté même réduira au minimum la complication dont les difficultés ne seront ainsi jamais insurmontables.

Voilà ce que j'avais à dire sur l'exercice du contrôle tel que je le conçois.

Enfin, je suis d'accord avec les Drs Vanverts et Joubert, pour prévoir que le malade aura droit à un supplément d'allocation, à l'occasion d'une intervention sortant du cadre habituel de la pratique courante. De même, si certaines recherches, dont il ne faut pas abuser (je m'en rapporte au Dr Lyonnet et à mon ami Noir) se montraient indispensables.

Qu'on ne dise pas qu'une semblable organisation est difficile, sinon impossible, à mettre sur pied. Les faits parlent d'eux-mêmes. Elle existe déjà, — *ne serait-ce que dans l'entente conclue* entre le Syndicat médical de Tourcoing-Roubaix et les industriels du textile, — et elle donne des résultats particulièrement satisfaisants pour les parties contractantes, et pour les malades.

Et maintenant, attendons avec confiance la manifestation de l'opinion du corps médical organisé.

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 0600.

LES MÉDECINS MOBILISÉS

Une lettre de M. le Dr Ledoux.

Mon cher Confrère,

Je m'excuse de répondre aussi tard à votre critique de mon livre : *les médecins mobilisés*, paru chez Berger Levrault ; malheureusement, je l'avoue à ma honte, je n'avais pas lu ce numéro du *Concours médical*. Aussi un de ces derniers jours, ne fus-je pas peu surpris de trouver dans mon courrier une lettre où il était dit :

« Le *Concours médical* fait une violente critique de votre livre, je pense bien que vous allez répondre, et, si vous avez besoin de documents pour cela, je vous en fournirai ».

Qui m'écrivait ainsi ? Un médecin de ville ? Non, un confrère d'une commune de Touraine qui, sans doute, en a gros sur le cœur lui aussi.

Il a compris que je n'attaque pas les médecins de campagne, mais les mauvais confrères. Il ne trouve pas, comme vous, que mon livre est *profondément triste*, que ma critique est *excessive, inopportune* et *déplacée* parce qu'elle peut fournir des armes à ceux qui aboient après les individualités contestables du Corps médical français.

La grande majorité de nos confrères est composée de savants, et d'hommes faisant tout leur devoir, et souvent même plus que leur devoir ? Ce n'est pas moi qui l'ai jamais nié, puisque je l'ai proclamé plusieurs fois au cours de mon ouvrage, et qu'à la page 251, avant de reproduire l'élogieux compte rendu du médecin inspecteur Roujet, j'ai écrit cette phrase qui traduit très exactement mes sentiments :

« Il faut proclamer hautement que, quelles que soient les fautes commises par quelques individualités, elles furent largement réparées par la science et le dévouement de l'ensemble du Corps médical ».

Nous sommes donc du même avis sur ce point. Mais où nous différons, c'est sur la conduite à tenir vis-à-vis des confrères dont les défaillances ternissent l'éclat de notre bonne renommée. Comme je l'ai constaté dans les quelques réunions de médecins où je suis allé, vous êtes d'avis qu'il faudrait gazer un peu tout cela. Moi, ce n'est pas du tout le mien, car, en agissant ainsi, nous nous rendons complices des mauvaises actions accomplies par les voisins, les 20.000 médecins propres baissent pavillon devant les 100 ou 200 confrères qui ne devraient pas avoir le droit d'exercer. Pour moi, mon choix est fait. Je préfère casser les vitres que d'être mis sur le même pied que les avorteurs ou les marchands de morphine.

Des écrivains disent du mal de nous ?... Je le regrette, mais je voudrais qu'on en profitât pour chasser du Corps médical nos rares brebis galeuses. Les campagnes de presse disparaîtraient ou n'auraient pas d'échos et il n'y aurait sans doute plus de médecins traînés devant les tribunaux.

Vous dites que je sacrifie ainsi d'une manière détournée au fameux ordre des médecins ?

Vous ne vous trompez pas, mon cher confrère, j'en suis tout à fait partisan ; croyez que s'il existait, déjà il aurait empêché beaucoup de scandales récents sur les carnets de mutilés, qui ont fait beaucoup plus de mal à notre profession que mon pauvre petit livre n'en sera capable, et que tous les journalistes à court de copie qui disent du mal de nous.

Au sujet de mon affirmation que les médecins de campagne sont considérés comme des agents électoraux par le pouvoir central, vous dites (page 2422).

« Pour prouver ce qu'il vient d'avancer, l'auteur évoque l'attribution de 600 croix à des médecins non mobilisés, c'est-à-dire à ceux des médecins qui, en raison de leur âge, ont une plus grande influence électorale. J'avoue ne pas saisir la portée de cet argument dans un exposé qui, jusque-là, a tendu à montrer l'insuffisance des médecins de campagne *mobilisés* sous ce titre principal les *médecins mobilisés* ».

Je note d'abord que vous commettez une erreur. Une partie de la fin de mon ouvrage est une critique, que je reconnais acerbe, de l'insuffisance des médecins *politiciens* de campagne et non pas des *médecins de campagne*. Les médecins des villes n'ont pas, dans mon esprit, le monopole de la valeur technique et du dévouement. J'ai moi-même de nombreux amis qui exercent à la campagne, mais je n'en aurais pas que je saurais qu'il y existe de bons praticiens et qu'il y en a également de mauvais dans les villes.

Je n'aurais pas cru qu'il était nécessaire d'enfoncer cette porte ouverte, mais je vous remercie de m'avoir permis de le faire, puisque à mon grand étonnement, mon livre vous avait induit en erreur sur ce point. Mais, ceci dit, je suis tout à fait étonné de votre objection, car elle me permet d'insister à nouveau sur le point central de mon argumentation.

Si, en effet, les pouvoirs publics, à l'occasion de la guerre, couvrent de décorations des médecins qui n'ont pas fait la guerre, si, pour parler comme vous, « les croix ont été décernées sans tenir un compte suffisant du véritable mérite des candidats », il doit y avoir une cause. J'ai dit d'abord comme vous : « Je n'arrive pas à comprendre comment il se fait qu'il existe encore un nombre si élevé d'officiers qui ont été cités une ou plusieurs fois, blessés même, et qui attendent en-

core la croix que la commission Fayolle a négligé de leur accorder ».

Alors, mon cher confrère, j'ai cherché à comprendre. Et, dans mon esprit, j'ai rapproché les faits qui vous offusquent à bon droit, de cette constatation que, parmi les médecins civils mobilisés, les seuls à avoir trois galons et davantage, à part ceux qui avaient des titres dans les hôpitaux et dans les facultés, étaient des politiciens de village, leurs fils ou leurs gendres. Vous êtes fâché parce que j'accuse ces confrères d'insuffisance. Ainsi présentée, cette proposition est une inexactitude. J'ai dit et je répète que, parmi ces confrères qui avaient trois galons et davantage, il y en avait beaucoup trop qui les avaient obtenus pour des raisons qui n'avaient rien de commun avec leur valeur technique, intellectuelle ou morale. Mais, j'ai eu bien soin de spécifier (pages 200 et 201 de mon ouvrage) que certains des bénéficiaires de cet avancement politique avaient les qualités nécessaires.

Dans votre indignation contre mes affirmations, vous vous laissez emporter .... jusqu'à les confirmer.

En effet, vous dites à peu près (page 2424 du *Concours médical*) « Dans mon régiment, il y avait des médecins de campagne remarquables ».

Je ne vous contredirai pas sur ce point, parce que je suis presque sûr qu'aucun de ceux-là n'était représentant du peuple souverain, et j'ai bien spécifié, comme vous l'avez remarque vous-même, que tous ceux dont je parle étaient prudemment tenus à l'*arrière-front*.

J'entends bien que vous avez dit plus haut : « A Langres, nous composions une honnête moyenne ». Dans la ville où j'ai fait pendant quelques mois la guerre à la syphilis, il n'y avait pas seulement une honnête moyenne, il y avait des médecins remarquables, tels que les docteurs B., T., P., mais les seuls qui faisaient tache étaient les quelques médecins politiciens.

Pour que votre objection ait de la valeur, il aurait fallu que vous disiez le nombre des médecins politiciens que vous avez coudoyé, les galons qu'ils avaient et quelles furent leurs affectations. Hors cela, tout est littérature.

Mais, quand je compare vos ardentes dénégations, et les encouragements et les nombreux documents qui furent mis à ma disposition et dont je n'ai point fait état parce que je voulais ne citer que des souvenirs personnels notés au jour le jour durant la guerre, je me rends compte que mon livre était nécessaire pour montrer certaines réalités, certains coins sombres de la médecine, à ceux de nos confrères qui les ignoraient complètement.

Je termine cette lettre un peu longue en vous demandant de vouloir bien préciser le sens de cette phrase de Noir :

« Les médecins praticiens furent, en grande majorité, depuis un demi siècle, les meilleurs soutiens du régime ».

Vous dites qu'en la détachant de son contexte, je lui enlève sa vraie signification. J'avoue que je suis assez sensible à ce reproche. Je tiens essentiellement à ne pas trahir la pensée des autres, car, ainsi que le montre notre critique de mon livre, ceci peut aller jusqu'à l'oubli de la charité chrétienne.

Aussi voulez-vous, pour mes confrères et pour moi, rétablir la vraie pensée de celui qui pourrait être le « bâtonnier » de l'ordre des médecins de Paris.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien publier cette lettre dans le plus prochain numéro du *Concours médical*, et je vous prie de croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr LEDOUX.

***

M. le Dr Ledoux se défend d'avoir voulu incriminer, en les taxant d'insuffisance, les *médecins de campagne*, pris en général. Ce sont les seuls *médecins de campagne politiciens* qu'il déclare viser.

J'enregistre avec la plus vive satisfaction cette mise au point d'un texte qui manque, à mon sens, de précision.

J'enregistre également, qu'au regard de 20.000 médecins propres, il n'en existerait que 100 à 200 qui ne devraient pas avoir le droit d'exercer. Et alors, je constate que nous sommes loin du « nombre vraiment grand de médecins inférieurs à tout ce qu'auraient pu rêver les gens désireux de dénigrer le Corps médical », et aussi, « de l'infériorité inouïe d'un trop grand nombre de confrères... »

Dès lors que M. Ledoux ne met plus en cause que les médecins politiciens, cela devient de la politique, qui ne m'intéresse plus ici. Maintenant la *politique* de M. Ledoux vaut-elle mieux que ma *littérature*? A nos lecteurs d'en décider. J'en sais dont le choix est déjà fait.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Rédaction des certificats et secret professionnel. Etat antérieur.

En présence d'un blessé du travail, quelle doit être la conduite du médecin traitant, en ce qui concerne la rédaction de son certificat initial ? Doit-il mentionner tout ce qu'il voit, non seulement l'état du traumatisme, mais encore les symptômes d'affections coexistantes, pouvant avoir un retentissement sur la guérison ; ou doit-il se borner à décrire purement et simplement les lésions provenant uniquement de l'accident ?

L'article 11, 3e §, de la loi du 9 avril 1898, est ainsi conçu : « dans les quatre jours qui suivent l'accident,si la victime n'a pas re pris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Première thèse.

Le médecin tient son mandat de la loi : il doit mentionner dans son certificat tout ce qu'il voit, comme s'il était un expert, ayant à rédiger un véritable rapport.

En faveur de cette interprétation, nous dirons que la loi demande au médecin traitant d'indiquer l'état de la blessure, les suites probables du traumatisme et le pronostic.

Par conséquent, le certificat initial devra donc mentionner :

1° L'état de la blessure et ses caractéristiques ;

2° Si l'état de la blessure correspond bien aux dires de l'ouvrier.

N'oublions pas, dans ce cas particulier, que quelques médecins ont été inculpés de complicité d'escroquerie, parce qu'ils avaient décrit les caractères d'une blessure qui, postérieurement, fut contestée et reconnue comme ayant été artificiellement provoquée par la victime.

3° La durée probable de l'incapacité temporaire de travail, les complications possibles. Par conséquent, il convient d'indiquer les diathèses, les maladies antérieures non encore guéries, ou les infirmités entravant la cicatrisation normale de la plaie.

4° Y aura-t-il ou non incapacité permanente partielle de travail ? Cette indication est nécessaire, pour permettre au juge de paix de faire l'enquête prévue par la loi.

Deuxième thèse.

Tout au contraire, le médecin doit se considérer comme étant lié par le secret professionnel, à l'égard de son client et même *erga omnes*. Son certificat initial doit donc se borner à décrire la matérialité du traumatisme, le pronostic probable, non pas celui d'un traumatisme analogue survenu chez un individu sain, mais chez le blessé qui est devant lui, sans qu'il ait à mentionner ni les maladies coexistantes, ni les diathèses, ou autres.

Si le blessé a été jadis le client du médecin, ce dernier est lié par le secret professionnel antérieur et ne peut donc pas décrire dans son certificat ce qu'il a appris auparavant, dans l'exercice de sa profession. L'accord est unanime sur ce point, dans tous les auteurs et dans toutes les décisions de jurisprudence. (Cour de Cassation, ch. crim., 9 mai 1913.)

Mais si le blessé est totalement inconnu du médecin traitant, celui-ci n'étant pas lié au silence pour des faits antérieurs, doit-il, dans son certificat, indiquer tout ce qu'il voit ?

Après avoir rappelé l'opinion du prof. Brouardel : « le praticien, qui donne le certificat, est en réalité un expert et c'est une véritable expertise qu'il devra faire, pour répondre à l'esprit de la loi ». MM. Forgue et Jeanbrau, dans leur livre « Guide du médecin dans les accidents du travail » 3e édition, 1914, page 33, écrivent : « Or, une expertise médicale n'est possible qu'à la condition de décharger le médecin du secret professionnel. Les médecins examinateurs des compagnies d'assurances sur la vie ne pourraient remplir leur mission, s'ils étaient astreints au silence. On peut, sans être répréhensible, dire tout ce que l'on a constaté chez un blessé, dont on n'est pas le médecin habituel. Supposons qu'un blessé inconnu de nous vienne solliciter un certificat pour constater un écrasement d'orteil, avec lymphangite du pied. L'examen nous fait soupçonner un diabète et nous trouvons du sucre dans l'urine du malade. Nous avons le droit de réserver le pronostic, à cause de la glycosurie et nous ne manquons pas plus au secret professionnel, en mentionnant l'existence de la glycosurie qu'en précisant les caractères de la lésion traumatique elle-même ».

Les Prof. Forgue et Jeanbrau se rallient donc à la première thèse, que nous avons mentionnée.

Mais, lisons encore les dernières lignes qu'ils écrivent sur ce chapitre : « Nous conclurons donc qu'il y a deux cas distincts. Dans le premier, il s'agit d'un blessé inconnu du médecin ; dans le second, le blessé est son client habituel. Cette dernière éventualité seule est embarrassante ; il est préférable de conseiller au blessé de s'adresser à un autre confrère qui lui délivrera certificat en toute indépendance ».

Nous regrettons d'être d'un avis diamétralement opposé. Nous ne faisons personnellement

aucune distinction entre le cas d'un ancien client et celui d'un nouveau malade, qui vient nous demander de l'examiner pour constater une blessure survenue au cours du travail. Nous estimons que le secret professionnel s'impose aussi impérieusement dans un cas que dans l'autre.

Tout d'abord, les auteurs précités font une erreur dans la situation juridique du médecin traitant, lorsqu'il rédige son premier certificat. Son rôle n'est pas assimilable du tout à celui du médecin examinateur pour une compagnie d'assurances sur la vie. Ce dernier représente ses mandants, les assureurs ; il doit, comme homme de l'art, leur dire ce qu'il pense du candidat à l'assurance. Mais il n'en reste pas moins lié par le secret professionnel, car en dehors de ses mandants, il ne doit révéler à personne le résultat de son enquête.

Ici, dans le cas d'accident du travail, le mandant est le blessé qui, en vertu de l'article 11, demande à son médecin un certificat permettant au chef d'entreprise, ou à lui-même, blessé, de faire la déclaration obligatoire à la mairie.

Ce certificat sera remis à des tiers : les employés de la mairie ; plus tard, surtout s'il y a incapacité permanente partielle, ce certificat ira au greffe de la justice de paix, sans compter que le duplicatum sera transmis aux employés de la compagnie d'assurance.

Le médecin traitant doit donc se borner à décrire la blessure telle qu'il la voit, son pronostic probable, sans entrer dans les détails d'affections coexistantes, pouvant modifier ou aggraver le pronostic de la blessure.

Cela est si vrai que la loi considère qu'il y a deux intérêts en présence : celui du blessé d'une part, celui du chef d'entreprise responsable, de l'autre.

L'intérêt du blessé est sauvegardé par les conseils de son médecin traitant, qui doit mettre tout en œuvre pour guérir son malade et pour ce, provoquer, de son client, toutes les confidences utiles, rechercher tous les antécédents personnels ou héréditaires pour que le traumatisme soit le moins nocif possible pour la victime.

Ces confidences ne peuvent être faites que si le malade est certain que son médecin, son confident, est lié par le secret professionnel envers quiconque.

Au contraire, l'intérêt du chef d'entreprise est sauvegardé par la visite hebdomadaire que le patron est toujours en droit de faire faire, par le médecin qu'il désigne librement, aux termes du 5e paragraphe de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant la loi du 9 avril 1898.

Allant même plus loin, le législateur a spécifié, dans l'article 13, 3e §, que « lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé ».

Ainsi, tous les intérêts en présence sont sauvegardés et le médecin traitant ne doit pas inconsciemment se faire l'agent médical du chef d'entreprise ou de son assurance, en mentionnant sur son certificat tout ce qu'il a vu, entendu, ou surpris, dans l'exercice de ses fonctions. Le libre choix du médecin a été accordé, par le législateur, à l'ouvrier blessé uniquement pour que les droits de ce dernier soient sauvegardés et que la victime du travail puisse avoir un conseiller technique médecin, alors que le même législateur a accordé au chef d'entreprise ou à son assurance la facilité d'avoir également un conseiller technique, en la personne du médecin contre-visiteur (art. 4, § 5).

S'il n'en était pas ainsi, ne pourrait-on pas craindre que tout soit organisé pour que le blessé ait beaucoup de difficultés pour faire valoir ses droits ?

Que dit, en effet, le bulletin d'avis que la victime remet à son médecin de la part de son patron ? « M. le Dr X., choisi par le blessé, est prié par M. Y., chef d'entreprise, d'examiner le nommé Z. son ouvrier, qui prétend avoir été blessé dans son travail le ...... et de bien vouloir délivrer un certificat de constatation ».

Pour un docteur, qui prend la peine de lire attentivement les bulletins d'avis, qui lui sont ainsi remis, il y aura doute vis-à-vis du client qui se présente. Je sais fort bien que le chef d'entreprise ne peut pas d'emblée admettre la blessure comme ayant été provoquée à l'heure, au lieu et à l'occasion du travail : ce sera à l'ouvrier à en faire la preuve par témoins.

Néanmoins, si le médecin traitant ne se considère pas comme étant le mandataire de l'ouvrier qui se confie librement à ses soins, il aura tendance à se laisser influencer par cette sorte de suspicion et à avoir une certaine méfiance pour les dires de la victime.

Cependant, en cas de contestations ultérieures, le chef d'entreprise, (ou son assurance) refusera de payer au médecin, autre chose que la première visite et le certificat qu'il a demandés. Si la blessure n'est pas admise au bénéfice de la loi sur les accidents du travail, qui donc aura à payer le médecin des soins qu'il a donnés, en sus de la première visite, sinon le blessé lui-même ?

Nous devons en conclure que, contrairement à l'opinion des Drs Forgue et Jeanbrau, le médecin de l'ouvrier n'est pas un expert, mais le docteur de la victime : il représente les intérêts de son seul malade et est lié envers lui par toutes les règles de droit commun, et notamment par celles du secret professionnel.

Le certificat initial ne devra comprendre que les données, qui se rapportent immédiatement à l'accident et ne doit pas faire mention de l'état antérieur.

Etat antérieur.

Ici encore, le médecin traitant doit être le défenseur technique de l'intérêt de l'ouvrier.

A mon avis, le chef d'entreprise est mal venu de faire ultérieurement grief à son ouvrier de son état pathologique antérieur à l'accident, pouvant avoir une influence sur ce dernier. Pourquoi demander que soient mises à la charge de la victime les complications pouvant provenir d'un état diathésique : diabète, tuberculose, syphilis ? Pourquoi venir déclarer qu'une plaie sur une jambe saine, n'aurait duré que trois semaines, par exemple, alors que la guérison est retardée par un état variqueux du membre blessé ?

Pareille prétention ne pourrait être prise en considération, que si le patron avait, préalablement à l'embauchage, fait subir un examen médical à tout son personnel ouvrier. Mais, du moment où celui-ci travaille normalement, produit régulièrement, malgré ses tares, ses diathèses, ses infirmités antérieures, la réparation doit être complète au cas d'accident venant interrompre cette capacité de travail de la victime.

Cela est si vrai que la jurisprudence constante de la Cour de Cassation se refuse à admettre l'influence de l'état antérieur sur le pronostic de l'accident.

« Le patron ne saurait prétendre, sous le « prétexte que les conséquences de l'accident « ont été aggravées par une affection antérieure, « diminuer la réduction que subit le salaire au « cas d'incapacité permanente partielle ; la ré- « duction du salaire reçu au moment de l'acci- « dent est la base nécessaire du règlement de « l'indemnité (trib. civ. de Marvejols, 26 octobre 1900 ; — Cour de Cassation, ch. des requ. 30 juin 1903 ; — Cass. civ., 25 juillet 1904 ; — Cass. civ., 24 octobre 1904 ; — Cass. civ., 18 juillet 1905 ; — Cass. civ., 31 juillet 1906 ; — Cass. ch. des req., 12 avril 1907 ; — Cass. ch. civ. 1er décembre 1908 ; — Cass. civ.27 mai 1910 ; tous ces arrêts sont publiés dans le *Recueil* des accidents du travail, réunis par le Ministère du Travail ; — Cass. civ. 26 avril 1920 ; *Gaz. Pal.*, 19 mai 1920 ; — cour de Lyon, 3e chambre, 16 juin 1921 ; *Mon. fud. Lyon*, 4 nov. 1921 ; — trib. civ. Lyon, 5e chambre, 23 mars 1922 ; Cass. civ., 6 février 1922 ; Cass. civ., 13 décembre 1922 ; *Gaz. Pal.*, 6 février 1923) ».

Les complications, provenant d'une maladie, ou diathèse préexistante, donnent néanmoins droit aux indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail.

« L'affection préexistante, dont l'évolution a « été favorisée et aggravée par un accident du « travail, donne droit aux indemnités de la loi du 9 avril 1898 (justice de paix du Mans, 18 mai 1900 ; — Cour d'Appel de Paris, 8 février 1902 ; — Cour d'Appel de Paris, 22 mars 1902 ; Cour d'Appel de Paris, 30 juillet 1902, cités par *Recueil* des accidents du travail du ministère du travail ;

« Lorsqu'à la suite d'un accident du travail, les « juges du fait déclarent que le blessé avait an- « térieurement et à l'état l'état latent une « affection du cœur, que celle-ci a été aggravée « par l'immobilité prolongée, nécessitée par son « traitement et que, si l'accident n'avait pas eu « lieu et si l'ouvrier avait continué à travailler « normalement, sa maladie serait restée ce qu'elle « était auparavant, ces constatations souverai- « nes établissent que l'incapacité de travail a « bien été la conséquence directe et immédiate « de l'accident. (Cass. civ., 13 mai 1919 ; *Gaz.* « *Trib.*, 18 juin 1919) ».

A propos des complications tuberculeuses, pouvant survenir à l'occasion des accidents du travail, je prie nos lecteurs de bien vouloir se rapporter à l'article que j'ai publié sur ce sujet, dans le *Concours médical*, 1924, page 1141 et suiv.

Bien entendu, la responsabilité du chef d'entreprise ne sera pas engagée s'il est prouvé que la maladie antérieure était guérie et était restée sans effet sur l'accident (Cour de Cassation, ch. civ. 21 février 1912 ; *Rev. Min. Trav.* XV 313).

Il faut toujours qu'il y ait relation de cause à effet entre l'aggravation de la maladie antérieure du fait du traumatisme, sinon, il faudra faire le départ entre les dégâts imputables à l'accident, et les désordres qui doivent être mis à la charge de la maladie antérieure.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 19 juin 1922 (*Gaz. Pal.*, 13 octobre 1922) décide qu' « en cas d'incapacité temporaire, la guérison, qui éteint le droit de l'ouvrier victime de l'accident à l'indemnité journalière dans les termes de la loi du 9 avril 1898, consiste dans la disparition des seules lésions traumatiques ou morbides, occasionnées par l'accident, abstraction faite de tout état pathologique postérieur ou antérieur, que l'accident n'aurait ni produit, ni aggravé ».

A contrario, si l'accident a été la cause déterminante d'une maladie restée à l'état latent et n'entravant pas le travail avant le traumatisme, ou si ce dernier a été l'occasion d'une aggravation de cet état antérieur, ces complications doivent rester à la charge du chef d'entreprise, comme étant étroitement liées à l'accident.

De même il importe peu, au point de vue de l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, que le travail pénible d'un ouvrier ait pu progressivement aggraver chez lui un état de tuberculose préexistante, si ce travail ne lui a occasionné aucune lésion traumatique et dans ces conditions, on ne saurait considérer que l'amputation d'un bras, due à une lésion ostéo-articulaire tuberculeuse préexistante du

poignet, est la conséquence d'un accident du travail (Cas. civ., 30 juillet 1919 ; *Gaz. Trib.*, 12 septembre 1919).

La Cour d'Appel d'Orléans, 8 décembre 1900, *Rec. Min. Travail*, 1.692 a décidé que « l'état « d'alcoolisme de la victime fût-il établi, ne dé- « chargerait pas le patron de sa responsabilité, « sous le prétexte que l'ouvrier a succombé non « aux suites de sa blessure, mais à cause de ses « habitudes d'intempérance ».

D'ailleurs le patron n'est pas fondé à réclamer la production d'une fiche anthropométrique, pour établir une affection antérieure chez l'ouvrier (trib. civ. de la Seine, 3 décembre 1901, *Rec. Min. Trav.*, 11.25) ni à faire rechercher, par une expertise, une diathèse préexistante chez la victime d'un accident (Cour d'Appel de Rouen, 4 mai 1901 ; *Rec. Min. Trva.*, 1.808.)

Il en est d'ailleurs de l'affection préexistante comme de la complication intercurrente qui survient chez la victime, à l'occasion du traitement de sa maladie : pneumonie hypostatique, chez un veillard blessé et alité ; tandis qu'il en serait différemment pour une fluxion de poitrine *a frigore* n'ayant aucune relation avec l'accident, ni la blessure.

Allant même plus loin la Cour de Cassation ch. civ., a décidé, par arrêt du 21 avril 1920 (*Droit ouvrier*, 1920, p. 203) que « le traitement « médical formant avec le traumatisme un tout « indivisible, l'incapacité de travail, qui en ré- « sulte, est une conséquence directe et immé- « diate de l'accident et, comme telle, confère à « la victime le droit aux indemnités prévues « par l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 ;

« Doit donc être cassé l'arrêt, qui sans contes- « ter que l'accident survenu chez le patron soit « un accident du travail, déboute la victime de « sa demande en paiement des indemnités de « la loi du 9 avril 1898, par le motif que la bles- « sure avait été insignifiante et que l'aggrava- « tion ultérieure en était due à sa négligence « seule et à l'imprudence qu'elle a eue de confier « sa plaie aux soins d'un pharmacien, dont le « traitement est seul responsable de la gangrène, « complication qui a nécessité l'amputation d'une « phalange ; en effet, une simple négligence, ou « imprudence de la victime est impuissante à « priver celle-ci du bénéfice de la loi du 9 avril « 1898. »

Différences entre le rôle du médecin traitant et celui, soit du médecin patronal, soit du médecin expert.

a) *Médecin traitant.*

Nous voyons donc que le médecin traitant est un médecin lié par le secret professionnel au blessé, qui l'a librement choisi. Par conséquent, il devra rédiger son certificat en décrivant ce qu'il constate, comme étant le fait du traumatisme et en indiquant le pronostic probable. Il remettra ce certificat à la victime, ou aux ayants droit de celle-ci et non au patron, ou à l'assurance de ce dernier.

Mais, si, dans un cas difficile, le médecin avait un scrupule, pour délivrer le certificat initial, à cause des soins qu'il aurait donnés antérieurement à la victime, qu'il se récuse d'emblée et envoie le blessé chez un autre confrère, librement choisi par l'accidenté.

En effet, hormis les cas d'urgence, dans lesquels les devoirs de pure humanité s'imposent, jamais un médecin n'est obligé de donner ses soins à un malade quelconque : il a le droit de s'y refuser.

Mais s'il accepte de soigner un blessé du travail qui invoque le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, le docteur n'est plus désormais en droit de se dérober pour la rédaction des certificats réclamés par ladite loi. Il faut donc ou se refuser d'emblée à soigner la victime du travail et la renvoyer chez un autre confrère, ou lui donner soins et certificats, selon les prescriptions de la législation des accidents du travail.

Dans quelles limites le médecin traitant est-il lié par le *secret professionnel*, au cas où il a délivré les certificats nécessaires ?

Un arrêt de la Cour de Pau (31 juillet 1906 ; *F. judic.* 1907, 2,326) décide que « le médecin, « qui a dressé un certificat médical en vertu « d'un mandat qu'il tient de la loi, notamment « celui qui, en matière d'accident du travail a « délivré le certificat qui doit être joint à la dé- « claration d'accident, peut être entendu comme « témoin sur les faits qu'il a constatés, ou qui « sont parvenus à sa connaissance, dans l'ac- « complissement de son mandat.

« Il ne peut, à cet égard, ni se retrancher der- « rière le secret professionnel, ni être reproché « comme ayant donné un certificat sur les faits « relatifs au procès.

« Il est tenu, au contraire, en vertu du secret « professionnel, de ne pas divulguer les faits par- « venus à sa connaissance, en sa qualité de mé- « decin privé, en dehors de l'accomplissement « de sa fonction légale ».

Un arrêt de la Cour de Cassation, chambre criminelle, du 9 mai 1913 (*Concours médical*, 1913, p. 1403) décide qu' « un médecin contre- « vient à l'article 378 du code pénal, en rensei- « gnant sur les causes de la maladie de la vic- « time d'un accident du travail, confiée à ses « soins, l'assureur du patron, par l'intermé- « diaire du médecin chargé par l'assureur de « vérifier les causes de cette maladie, ce dernier « médecin devant, en outre, être considéré « comme complice du délit commis par le méde- « cin traitant.

« Attendu que la disposition de l'article 378 « du code pénal est générale et absolue, et qu'elle

« punit toute révélation du secret profession-
« nel, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la
« charge du révélateur, l'intention de nuire ; que
« c'est là ce qui résulte, tant des termes de la
« prohibition que de l'esprit dans lequel elle
« est conçue ; qu'en imposant à certaines per-
« sonnes, sous une sanction pénale, l'obligation
« du secret comme un devoir de leur état, le
« législateur a entendu assurer la confiance qui
« s'impose dans l'exercice de certaines profes-
« sions ; qu'ainsi le délit existe, dès que la révé-
« lation a été faite avec connaissance, indépen-
« damment de toute intention spéciale de nuire ».

De ces deux arrêts résulte très clairement le devoir du médecin traitant : décrire le résultat du traumatisme, en indiquer le pronostic probable et se taire sur tout ce qui n'est pas en relation directe avec l'accident lui-même.

Au chef d'entreprise d'user des prérogatives que lui donne la législation sur les accidents du travail et de se faire renseigner sur l'état exact de la victime.

Je pousserai même plus loin mon raisonnement, en me remémorant certains procès correctionnels, où l'on a rendu des médecins complices d'escroqueries à l'accident du travail.

En présence d'une plaie, volontairement provoquée par l'ouvrier, le médecin traitant peut être trompé, tant par l'aspect de la plaie, qui peut lui paraître traumatique et occasionnée par un véritable accident du travail, que par le bulletin d'avis d'accident, que lui remet le blessé de la part du patron. Le docteur donc délivre le certificat initial.

Quelle devra être sa conduite, si, le lendemain, pris de doute, il obtient, par son interrogatoire, la vérité de la part du blessé et l'aveu que ce dernier s'est fait, ou fait faire une plaie artificielle ? Le médecin traitant devra-t-il dénoncer son malade au chef d'entreprise ? Non : la confidence lui a été faite à l'occasion de ses fonctions médicales ; il est lié par le secret professionnel, qui l'empêche de se porter dénonciateur. D'autant que le médecin désigné par le chef d'entreprise viendra à son tour examiner la plaie et faire le diagnostic de la supercherie.

Mais le médecin traitant devra avertir l'ouvrier que ce sera désormais ce dernier qui devra lui régler ses honoraires de soins et non pas le chef d'entreprise, quitte au blessé à se faire, ou non, rembourser par son patron, des frais médicaux qu'il aura déboursés.

Sans dénoncer son client, il me semble qu'il est de stricte honnêteté, de la part du médecin traitant, de ne pas faire supporter au chef d'entreprise des soins, qui, en réalité, ne doivent pas lui incomber, puisqu'ils ne découlent pas d'un accident du travail.

b) *Médecin désigné par le chef d'entreprise.*

Ce dernier a la mission d'examiner le blessé pour le compte du patron, ou de l'assurance de ce dernier. A lui de voir, de surprendre, puis de déclarer à son mandant le résultat de ses constatations, pour défendre les intérêts du responsable.

Ce médecin est lié par le secret professionnel, non pas vis-à-vis du blessé, mais vis-à-vis de toute personne autre que le chef d'entreprise, ou son assurance, auquel il doit toute la vérité.

Le médecin patronal doit visiter le blessé en présence du médecin traitant, pour que l'ouvrier ait près de lui son défenseur technique, c'est-à-dire le docteur qu'il a librement choisi pour lui donner des soins. Mais ce n'est pas une consultation entre confrères, puisqu'aux termes de l'arrêt de Cassation du 9 mai 1913, précité, le médecin traitant ne peut, sans manquer aux obligations de l'article 378 du code pénal, communiquer à son confrère, représentant les intérêts du patron, quoi que ce soit, concernant l'état du blessé, en dehors des termes du certificat qu'il a délivré dès la première constatation.

Médecin expert.

Nous avons sous les yeux le livre très bien fait du Dr Maillon sur « l'expertise devant la justice de paix, dans les accidents du travail » (Masson, 1922). L'auteur déclare que le médecin expert, commis par le juge de paix, à l'effet de dire si une tare pathologique (diabète, syphilis, varices, etc.) a retardé longtemps la guérison n'a pas à s'en préoccuper, quant aux conséquences. L'expert peut dire, dans son rapport, pourquoi la guérison a été retardée, mais il ne doit pas faire état de cette cause, pour fixer la date de consolidation. Néanmoins, lorsqu'il lui est demandé de fixer s'il y a relation de cause à effet entre un accident et des troubles fonctionnels présentés par un blessé, l'expert sera obligé de chercher quel était l'état de santé de l'ouvrier avant l'accident, afin de pouvoir dire si le traumatisme a fait naître une lésion interne, ou a aggravé une maladie préexistante, ou s'il lui est étranger. Mais encore une fois, la durée du demi-salaire ne sera pas diminuée, si l'état antérieur, ou la prédisposition est en cause (page 22).

Plus loin (page 64), le Dr Maillon écrit encore : « Il s'agit de plaies ulcéreuses chez des ouvriers ayant des varices, de plaies récentes, d'anciennes cicatrices à tissus fragiles, de plaies minimes à guérison longtemps retardée chez les syphilitiques.

« La tâche de l'expert est souvent délicate : la plaie préexistait-elle à la date donnée de l'accident ? Ou est-ce la tare qui provoque le retard de la consolidation ? Dans la première hypothèse, il ne s'agit pas d'un accident du travail ; dans la deuxième, cette diathése, nous l'avons dit, ne diminue en rien la responsabilité pécuniaire du patron ».

Il faut en déduire que le rôle du médecin expert est celui d'un arbitre médical, qui, ayant d'un côté le médecin du chef d'entreprise, qui cherche à diminuer la responsabilité de son mandant, ou même à la nier complètement et, de l'autre, le docteur qui a été librement choisi par la victime pour lui donner des soins, se trouve en présence de deux thèses pathologiques, parfois très opposées.

A l'expert de s'entourer de toutes les garanties, de tous renseignements et examens, pour que sa tâche d'arbitre médical ne s'écarte pas du cadre scientifique et de la mission très précise qui lui a été confiée par le tribunal.

L'expert ne doit pas craindre, dans les cas douteux, de faire part aux juges de toute son hésitation à se prononcer : il n'est pas lui-même un juge : il n'est que l'auxiliaire de la justice chargé de renseigner cette dernière au point de vue technique.

Malheureusement, combien de médecins experts croient de leur devoir de donner, non pas le résultat brutal de leur expertise, résultat qui peut être négatif, dubitatif, ou nécessitant un complément d'enquête, mais bien leur propre opinion, basée sur leur pratique personnelle, alors qu'ils ne se placent pas suffisamment soit dans la peau du médecin traitant, soit même dans celle du blessé.

La pondération, basée sur le doute scientifique, doit être le plus sûr guide pour ne pas se départir de la plus stricte impartialité.

Conclusions.

En matière d'accident du travail, il n'est en rien dérogé aux règles du droit commun. La loi oblige simplement le médecin traitant à délivrer les certificats qui sont indispensables pour le bon fonctionnement de la loi. Le docteur, qui donne ses soins, ne saurait s'y refuser.

Mais il n'en reste pas moins soumis aux obligations du secret professionnel, tout en se considérant comme le conseiller technique de la victime, alors que celle-ci aura, en face d'elle, le conseiller technique médical du chef d'entreprise.

Et, pour cette question de l'état antérieur, le médecin traitant ne doit pas en faire état. Néanmoins si une constatation quelconque devait être prise en considération par le docteur du blessé et que ce praticien se croie obligé de faire mention dans son certificat d'une lésion préexistante, le médecin aura le devoir de prévenir son blessé que la jurisprudence constante de la cour de Cassation ne reconnaît pas l'influence de cet état antérieur pathologique. Le médecin n'est pas seulement un donneur de soins : il doit également être à même de donner des conseils en ce qui concerne les lois qu'il a à appliquer.

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. : 4150.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1923-1924

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou Médical » pour l'exercice 1923.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 3.723 en augmentation de 443 sur l'exercice 1922 qui n'en avait compté que 3280. Cette progression constante du nombre des sociétaires montre l'importance des services rendus et la confiance qu'inspire notre œuvre de protection et de défense confraternelles.

1° Comptes de l'année 1923.

Recettes.

Les recettes de l'année 1923 se sont montées à 161.141 fr. 28, savoir :

Cotisations	93.075 »
Intérêts	3.975 81
Dons	426 25
Recouvrements	1.929 45
Remboursements d'indemnités	1.683 45
Réalisations de valeurs	59.565
Remboursement de valeurs	486 32
	161.141 28

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à :

Frais généraux	11.269 64	
Secrétariat général	13.360 90	
Frais de réunions	3.590 »	
Service des accidents du travail	1.000 »	66.671 09
Service judiciaire et contentieux	31.865 35	
Frais de défense générale et de propagande	5.329 70	
Frais à l'occasion du Jubilé	255.50	
Pour ordre : versement à la caisse de garantie		14.892 »
		81.563 09

Balance.

Avoir au 31 décembre 1922 :

Espèces à la Société générale	16.446 06	14.391 88
Moins dû au Trésorier	2.054 18	
Recettes de l'année 1923		161.141 28
		175.533 16
Dépenses de l'année 1923		81.563 09
Reste avoir		93.970 07

dont emploi :

Achats de valeurs		64.445 »
Espèces à la Société générale	34.460 65	
moins dû au trésorier	4.935 58	29.525 07
Total égal		93.970 07

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1922		74.110 78

Recettes de l'année 1923 :

Cotisations	93.075 »	
Intérêts	3.975 81	
Recouvrements	1.929 45	
Dons	426 25	101.162 43
Boni sur recouvrements de valeurs (1)	72 47	
Remboursements d'indemnités	1.683 45	
		175.273 21

Dépenses de l'année 1923 :

Versement à la caisse de garantie	14.892 »	
Dépenses (dont détail plus haut)	66.671 09	81.563 09
Reste avoir		93.710 12

représentés par :

1° Portefeuille, valeur de 1922	59.718 90	124 163 90	
plus achats de 1923	64.445 »		
moins valeur remboursée	413 85	59.978 85	64.185 05
et réalisations	59.565 »		
2° Espèces à la Société générale	34.460 65		
moins dû au trésorier	4.935 58		29.525 07
Total égal			93.710 12

3° Portefeuille du Sou Médical

600 fr. Rente française	10.000 »
13 obligations Ch. de fer 2.5 %	5.380 05
20 bons du Trésor, octobre 1923	9.850 »
41 bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	38.955 »
	64.185 05

Caisse de garantie

1° Compte de l'année 1923.

Avoir au 31 décembre 1922 :

Espèces à la Société générale	723 40	
Espèces en caisse	2.641 45	3.364 85

Recettes de l'année 1923 :

Cotisations	14.892 »	
Intérêts	5.104 26	
Remboursement de valeurs	4.824 5	54.415 51
Réalisations de valeurs	29.595 »	
Avoir		57.780 36

(1) Une obligation PLM 2,5 % remboursée 486,32. achetée 413,85 ; boni 72,47.

dont emploi :

Achats de valeurs		51.220 60
Espèces en caisse	3.133 45	
Espèces à la Société générale	3.426 31	6.559 76
Total égal		57.780 36

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1922		110.901 43
Cotisations	14.892 »	
Intérêts	5.104 26	20.640 31
Boni sur remboursement de valeurs (1)	644 05	
Avoir		131.541 74

représentés par :

1° Portefeuille, valeur de 1922		107.536 58	
moins valeurs remboursées	4.180 20	33.775 20	
et réalisations	29.595 »		
		73.761 38	
plus achats de 1923		51.220 60	124.98198
2° Espèces en caisse		3.133 45	
Espèces à la Société générale		3.426 31	6.559 76
Total égal			131.541 74

3° Portefeuille de la caisse de garantie

	Prix d'achat
450 fr. Rente française 5 %	7.861 25
20 Bons du Trésor 6 % 1922	9.950 »
8 Obligations de la Défense nationale 5 %	7.645 85
10 Obligations Ch. de fer Ouest 3 % anc.	4.597 10
10 Obligations Ch. de fer Ouest 3 % nouv.	4.069 95
24 Obligations Ch. de fer PLM fusion 3 % anciennes	8.432 78
18 Obligations Ch. de fer Dauphiné 3 %	7.634 93
21 Obligations Ch. de fer Ouest Algérien 3 %	9.075 87
10 Obligations Gouv. Gal de Madagascar	4.637 50
40 Obligations Ch. de fer du Maroc	19.000 »
12 Obligations Ch. de fer PLM 3 % nouv.	4.826 75
37 Bons de la Défense nationale de 1000 fr. à un an	37.050 »
Total	124.981 98

La situation du « Sou Médical » va sans cesse en se fortifiant. Sa caisse générale a un avoir de 93.710 fr. 12 capable de faire et au-delà face à toutes les éventualités des affaires en cours et sa caisse de garantie, qui n'a pas eu à fonctionner en 1923, s'est accrue de plus de 27.000 francs provenant de ses ressources normales.

Le trésorier,
A. Gassot.

(1) Dix obligations PLM anciennes remboursées 4.824, 25 achetées 4.180, 20 ; boni 644, 05.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

prorogation, dois-je perdre par cela même mes droits à une demande d'indemnité contre mon propriétaire, dans le cas où il louerait à une tierce personne ou n'habiterait pas lui-même dans le délai voulu son logement (il donne en effet ce prétexte pour me faire partir, bien qu'il ait un autre logement actuel).

Enfin, quand et comment mon propriétaire doit-il me signifier mon congé ? Doit-il le faire par écrit, et à moi personnellement, ou sa déclaration à une tierce personne, soit verbale, soit par écrit pour me le signifier verbalement, est-elle valable.

D^r S.

Réponse.

1° Pour être valable, il suffit que votre demande de prorogation soit faite trois mois au moins avant l'échéance de votre prorogation actuellement en cours. Mais vous pouvez aussi la faire avant cette date extrême et dès avant le 2 novembre si vous le préférez. La demande doit être faite par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. Si vous la faites par lettre recommandée, vous n'avez aucune forme sacramentelle à observer ; il est seulement nécessaire d'indiquer que vous demandez la prorogation de la loi du 2 août 1924 jusqu'au 1er janvier 1926 et que vous proposez une augmentation de loyer (celle adoptée par la Commission paritaire dans la localité la plus proche de votre domicile où était applicable la loi du 29 décembre 1923). Si votre propriétaire refuse de vous accorder la prorogation, le différend devra être tranché par le juge de paix si votre loyer actuel ne dépasse pas 1.000 francs et par le Tribunal Civil dans le cas contraire, à la requête de la partie la plus diligente. Mais tant qu'il n'aura pas été statué sur votre demande de prorogation, votre propriétaire ne pourra pas vous expulser.

2° Si vous quittez votre logement à la suite d'un accord amiable avec votre propriétaire, vous n'aurez contre lui aucune action en dommages-intérêts s'il venait à relouer le logement à un tiers. Cette action ne vous serait ouverte que dans le cas où il aurait obtenu votre expulsion en justice pour reprendre personnellement possession des lieux et où il aurait reloué à un tiers avant le délai d'un an.

3° Le congé étant un acte unilatéral, c'est-à-dire dépendant de la volonté d'une seule personne, n'est soumis à aucune forme particulière, à moins qu'il n'en soit prévu une dans l'acte de location. Le congé peut être verbal ou écrit, mais en pratique, en raison des nécessités de preuve, il est presque toujours écrit.

Mais nous vous signalons que si votre prorogation actuelle a fait suite à un bail ou à une location verbale échue, le propriétaire n'a pas besoin de vous donner congé pour faire cesser votre location. A la fin de votre prorogation, vous serez *ipso facto* dans l'obligation de vider les lieux,

sauf accord avec votre propriétaire ou demande de prorogation régulièrement formée en application de la loi du 2 août 1 924.

2527. — Accident du travail. Faute inexcusable ?

Le cas suivant vient de se présenter. Un employé de chemin de fer en service commandé est renversé de bicyclette par un automobiliste et grièvement blessé. L'enquête ouverte semble démontrer qu'il y a eu faute de la part de l'employé, celui-ci ayant négligé de prendre sa droite (c'était pendant la nuit). Il y a, je pense, incontestablement accident de travail, et la compagnie de chemin de fer (en l'espèce l'Etat) est responsable d'après la loi de 1898. Mais ne peut-on se baser sur les résultats de l'enquête pour esquiver cette responsabilité ? Un argument de ce genre pourrait-il être admis ?

Dr D.

Réponse.

S'il est démontré que l'accident est dû à une faute de la victime, celle-ci ne peut réclamer aucune indemnité au conducteur de la voiture, mais la faute qu'elle a pu commettre ne lui enlève pas le droit d'être indemnisée par application de la loi sur les accidents du travail, du moment qu'elle était en service quand l'accident est arrivé. C'est seulement au cas où il y aurait faute inexcusable que la pension, s'il y a incapacité permanente, pourrait être réduite, mais non supprimée. Quant aux indemnités temporaires, elles seraient dues intégralement même dans ce cas. Mais la faute inexcusable, au sens de la loi de 1898, est une faute d'une exceptionnelle gravité, consistant par exemple dans la non-observation d'ordres formels, et non pas seulement dans une imprudence, ou la non observation de règlements de police. D'ailleurs, la jurisprudence se montre extrêmement rigoureuse pour admettre la faute inexcusable et nous ne pensons pas que dans l'espèce elle puisse être utilement invoquée.

2638. — Brûlure par la chaux. Accident du travail.

J'ai recours à votre obligeance et vous prie de bien vouloir m'informer si une brûlure de la région lombaire par la « chaux hydraulique » n'est pas un accident du travail. Il s'agit d'un ouvrier qui déchargeait un camion rempli de sacs de chaux hydraulique. Le mélange de la sueur et de la chaux a provoqué un fort érythème avec desquamation ayant obligé l'ouvrier d'abandonner son travail. Ci-jointe la lettre de la Cie d'assurance Veuillez me dire s'ils ont raison.

Dr S.

Réponse.

Dès lors que l'action corrosive de la chaux s'est produite soudainement, et non par suite d'un contact prolongé avec la peau de l'ouvrier, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un accident du travail garanti par la législation spéciale.

Il en a été décidé ainsi, dans une espèce analogue, par le Juge de Paix de Marseille, le 31 octobre 1911 (Recueil du Ministère du Travail, XV.19). Il s'agissait d'un ouvrier mineur, employé accidentellement à transporter des sacs de chaux, qui en répandit sur son dos, de sorte que, sous l'action de la sueur, se produisirent des brûlures. Le jugement dit que ce fait pourrait être assimilé à l'action produite par un liquide corrosif, qui constituerait d'une façon indéniable un accident du travail.

2532. — Contestation de maladie professionnelle.

Une dame A. travaillant dans une fabrique d'accus, a en avril 1923 une attaque de coliques de plomb. Pas de contestation.

En juin 1924, dans la même maison, nouvelle crise.

J'en délivre le certificat « coliques de plomb, constipation opiniâtre ». Je signale : A déjà eu une atteinte en avril 1923, même usine.

La P. refuse de payer estimant qu'il s'agit d'une rechute.

Un jugement de la J. de P. la condamne à payer, mais la compagnie d'assurances fait appel.

Ma note est peu élevée : 53 fr. et ne vaut pas le dérangement.

Néanmoins je crois que dans l'intérêt du corps médical. Il y aurait peut être intérêt à suivre.

Dr P.

Réponse.

Puisque la question de savoir si la malade avait droit aux indemnités temporaires de la loi sur les maladies professionnelles est actuellement débattue entre les parties intéressées, nous ne pensons pas qu'il y aurait intérêt pour vous à poursuivre immédiatement le recouvrement de vos honoraires. En effet, si le Tribunal donne raison à la malade, il est probable que la Compagnie ne fera plus de difficultés pour vous payer. Au contraire, si le Tribunal déboute la malade, votre action en justice n'aurait aucune chance de succès.

A notre avis, il serait plus avantageux pour vous d'attendre l'issue du procès en cours avant de faire aucune démarche. Toutefois, si le procès se prolongeait trop, il y aurait lieu pour éviter la prescription de citer le patron devant le juge de paix avant l'expiration de l'année qui suivra la date à laquelle vous avez donné vos

soins. Dans ce cas, le patron ne manquerait pas d'opposer à votre demande une exception de sursis qui suspendrait la solution de votre affaire jusqu'à ce que soit intervenu un jugement sur le fond du droit, mais vous éviteriez de vous voir opposer la prescription, si ce jugement n'est pas rendu dans l'année.

2533. — Abattements sur les bénéfices professionnels. Droit proportionnel de patente.

J'ai l'honneur de vous soumettre ma feuille d'impôt relative à mon impôt sur les bénéfices de l'année 1923 aux fins de la vérifier.

Mon bénéfice est de 10430 fr. J'avais calculé suivant les articles de la loi le bénéfice dépassant 6.000. Abattement marié sans enfant : 3.000, soit 1.430 fr.

Le contrôleur des Contributions prétend que je n'ai pas droit à cet abattement de 3.000 lequel ne serait pas applicable aux professions libérales, et m'impose sur 4.430.

De même pour ma patente habitant une maison de 9 pièces dont le loyer est de 1600 fr. je suis imposé sur la totalité de la maison alors que pour ma profession je n'occupe que 3 pièces. Doit-on être imposé sur les locaux professionnels ou sur la totalité ?

Dr C.

Réponse.

1° Pour le calcul de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales la loi n'a prévu aucun abattement supplémentaire en faveur du contribuable marié ou chargé de famille, votre cotisation est exactement calculée après déduction de l'abattement de 6.000 fr. Vous avez confondu avec l'impôt général sur le revenu.

2° Le droit proportionnel de patente est calculé sur la valeur locative des locaux servant tant à l'habitation qu'à l'exercice de la profession. Votre cotisation est donc exactement calculée sur 1,600 fr.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2053. — Timbre des certificats pour les secours aux femmes en couches et la prime d'allaitement.

Les certificats exigés pour l'obtention du secours de femmes en couches, loi du 17 juin 1913 et pour l'obtention de la prime d'allaitement (loi du 24 oct. 1919), doivent-ils être délivrés sur papier timbré ou sur papier libre. Autrefois on les délivrait généralement sur papier libre, mais je ne les ai pas trouvés figurant sur la liste des certificats exempts du timbre. Toutefois ceux pour l'assistance aux familles nom-

breuses en sont exempts. Il devrait, ce me semble, en être de même pour les secours aux femmes enceintes.

Dr B.

Réponse.

Les certificats exigés pour l'obtention du secours aux femmes en couches et pour l'obtention de la prime d'allaitement peuvent être établis sur papier libre.

A. M.

2583. — Explications à fournir sur les augmentations de revenus.

Le contrôleur des contributions directes (impôt sur le revenu) m'écrit par lettre recommandée datée du 4 octobre et portant à la poste le timbre du 10 octobre seulement : « J'ai l'honneur de vous demander, en vue de l'établissement de votre imposition des années antérieures à 1924, des éclaircissements sur les points suivants :

« Dans votre déclaration souscrite le 26 février 1924 au titre de l'année 1924 (revenus de 1923), vous faites état de 11.587 francs de revenus mobiliers.

« Dans votre déclaration faite au titre 1923 vous déclarez à cette même cédule 9.258, et en 1922 vous déclarez 6.680 fr.

« Je vous prie de vouloir bien me donner tous éclaircissements utiles au sujet de ces différences. »

Que vient faire cette demande puisque mes déclarations vont sans cesse en augmentant ?.

Il s'agit de déplacements de fonds avec meilleur rendement, et de bons de la défense nationale, consolidés en valeurs cotées à la bourse, les bons de la défense nationale étant, je crois, exemptés de l'impôt sur le revenu.

Le contrôleur ne soupçonne-t-il pas une dissimulation antérieure de mes honoraires, convertis en placements mobiliers, chose inexacte, car ma clientèle a beaucoup fondu depuis quelques années.

Dr X.

Réponse

Le contrôleur a dû supposer, en effet, que le capital correspondant à l'augmentation de 5.000 francs de revenus provenait de bénéfices professionnels non déclarés.

Précisez-lui donc, comme vous nous l'indiquez, que cette augmentation provient de modifications apportées à la composition de votre portefeuille et, si vous avez encore des bordereaux de vente et d'achat de titres, fournissez-lui quelques exemples.

Nous vous rappelons que les intérêts des bons de la défense perçus antérieurement au 1er janvier 1924, *ne sont pas exempts de l'impôt général sur le revenu.*

A. M.

R. C. Seine 37.721

2187. — Groupe sanitaire de division de ligne. Aptitude au service militaire.

Voulez-vous bien, je vous prie, me donner les renseignements suivants, d'ordre militaire :

1° Qu'entend-on par *groupe sanitaire de division de ligne*? A quelle zone correspond cette formation ?

2° Peut-on affecter à cette formation un aide-major de la classe 1897 ?

3° La lésion suivante entraîne-t-elle le service armé auxiliaire, ou réforme chez le même officier : scotome central de la rétine, légère dyschromatopsie abaissant l'acuité visuelle de l'œil à 2 dizièmes, l'autre œil normal ? Dr B.

Réponse.

1° Il s'agit d'un élément sanitaire, comprenant le groupe de brancardiers et l'ambulance qui *marche et se déplace* avec la division. Cette formation correspond donc à la zone de l'avant.

2° Les articles 48 et 52 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement permettent d'utiliser les compétences au mieux du service.

3° Cet état de la vision correspond à l'aptitude au service armé, qui exige au moins 1/2 d'un œil et 1/20 pour l'autre après correction.

2424. — Affectation en cas de mobilisation.

Voici ce dont il s'agit : Je suis médecin aide-major de 1re classe, depuis 1916. J'ai 41 ans (je suis né en 1883), je suis marié et j'ai trois enfants en bas âge.

Or, je viens d'être affecté en cas de mobilisation, à un bataillon d'infanterie de l'Active, avec l'ordre de rejoindre immédiatement et sans délai, s'il y avait mobilisation.

Je désirerais savoir, si étant donné mon âge et ma situation de père de 3 enfants, mon affectation à un bataillon d'Infanterie est légale.

Et si je n'aurais pas intérêt à donner ma démission d'officier ? Dr N.

Réponse.

Les articles 48 et 52 de la loi du 1er avril 1923 permettent, dans leur lettre et dans leur esprit, de vous utiliser au mieux des intérêts du service en cas de mobilisation, malgré votre âge. Cette affectation n'est donc pas illégale et, si elle ne correspond pas tout à fait à celle que vous seriez en droit d'espérer, il y a tout lieu d'espérer que votre Directeur du Service de Santé ne vous l'a donnée que contraint par les nécessités et qu'il la changera dès qu'il disposera d'autres ressources médicales. Vous pourriez d'ailleurs lui adresser une demande rédigée dans ce sens.

Le nombre d'enfants vous fait gagner des classes dans la réserve, sans entraîner toutefois aucune réduction dans la durée totale des obligations militaires.

Etant donné l'état actuel des périodes d'instruction, nous ne pensons pas que vous ayez intérêt à donner votre démission d'officier.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les propriétés pharmacodynamiques de « Allium sativum »

Nous avons parlé, il y a quelques mois, d'une thèse du Dr M. Vlaïcowitch, de Nancy, sur l'ail en thérapeutique.

Rappelons que cet auteur s'était surtout attaché à montrer l'action de l'alcoolature d'Allium dans les maladies pulmonaires, la tuberculose en particulier. Il avait remarqué que le rythme de l'élimination de l'ail par les voies respiratoires n'était pas le même chez les différents sujets traités et il avait cherché s'il n'y avait pas un moyen de mesurer la vitesse d'élimination de l'ail chez l'individu sain et chez le tuberculeux. C'eût été là une méthode d'exploration fonctionnelle du poumon comparable à celle que nous possédons déjà pour le rein. Malheureusement, aucun réactif suffisamment sensible ne permet de doser les sulfures dans l'air expiré et la question en était restée là lorsque le Dr Girardot, de Lyon, (thèse 1924) eut l'idée d'utiliser la propriété hypotensive de l'ail pour juger de sa vitesse d'élimination.

Le Dr Pouillard, dans un précédent travail sur l'ail et son pouvoir hypotenseur (thèse Paris, 1922), avait signalé déjà que la baisse de tension obtenue par l'absorption d'ail était toujours plus importante et de plus longue durée chez le malade atteint d'affection pulmonaire.

Le Dr Girardot a confirmé cette observation en vérifiant les baisses de tension obtenues chez des tuberculeux pulmonaires traités par l'ail, mais il ajoute qu'un mauvais état du foie peut aussi retarder l'élimination ou la destruction de l'ail dans l'organisme, et il conclut ainsi :

« Bref, dans l'impossibilité où nous sommes de « déterminer, chez nos malades traités par l'ail, « qui subissent une variation de la tension artérielle, la part de responsabilité qui revient au « poumon et celle qui revient au foie, nous pensons devoir considérer l'emploi de la teinture « d'ail comme un mode d'exploration fonctionnelle mixte de ces organes dans la tuberculose « pulmonaire et, en définitive comme une épreuve des moyens de résistance générale de l'organisme à l'infection bacillaire ».

Il était intéressant de signaler ces essais qui montrent bien que l'ail n'est pas une plante quelconque, mise en vedette par la mode, mais un médicament aux propriétés pharmacodynamiques maintenant bien définies , grâce aux divers travaux qui ont été faits sur la pharmacodynamie de l'ail depuis trois ans.

Maladies pulmonaires et hypertension restent toujours les deux affections tributaires de l'ail qui peut être administré soit sous forme d'alcoolature, soit sous forme de pilules dragéifiées sans aucune odeur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 *octobre*,

Sanatoriums. — *Décret du* 11 *octobre* 1924 *modifiant le décret du* 10 *août* 1920 *relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums* :

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 7 septembre 1919 ;

Vu le décret du 10 août 1920 ;

Vu l'avis de la commission permanente de défense contre la tuberculose,

Décrète :

Art. 1er. — Le chapitre II du décret du 10 août 1920, est modifié ainsi qu'il suit :

CHAPITRE II

Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums publics ou les établissements assimilés aux sanatoriums publics.

SECTION I

Sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire.

Art. 7. — Sans changement.

Art. 8. — Les sanatoriums qui reçoivent des adultes ou des enfants de plus de quatorze ans doivent être réservés à des malades du même sexe. Ceux qui recevront, en vertu des dispositions exceptionnelles de l'article 12, des adultes ou des enfants de plus de quatorze ans, des deux sexes, doivent justifier que des quartiers séparés, avec des lieux de promenade distincts, sont réservés à chaque sexe.

Art. 9, 10, 11 et 12. — Sans changement.

SECTION II

Sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Art. 12 *bis*. — Les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires doivent être installés dans des conditions telles qu'on puisse y pratiquer, d'une façon efficace, la cure d'air, et la cure de soleil.

L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé contre certains vents dominants.

Il faut pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable suffisante.

Art. 12 *ter*. — Il doit y avoir, dans chaque sanatorium, des lits d'isolement dans la proportion de 10 p. 100 au minimum de la population totale des malades, pour permettre de recevoir les contagieux, les septiques chirurgicaux et les opérés.

La surface des chambres à un lit doit être d'au moins 9 mètres carrés et celle des autres chambres et des dortoirs de 5 mètres carrés par lit.

Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 9 et celles de l'article 10 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Art. 12 quater. — Tout sanatorium doit justifier qu'il dispose dans ses propres locaux ou à proximité : 1° d'un laboratoire outillé pour la bactériologie et la radiologie ; 2° d'un service dentaire ; 3° d'un service de désinfection.

Il doit être muni : 1° d'une bonne installation pour la désinfection des pansements souillés ; 2° d'un caveau à linge sale, lavable, complètement séparé des services des malades ; 3° d'un nombre suffisant de baignoires et de bains douches.

Il doit y avoir, à proximité des dortoirs, des lavabos à eau courante, des cabinets d'aisance et des galeries d'héliothérapie bien orientées, de plain-pied avec les dortoirs, où les lits pourront être roulés facilement.

Dans les établissements recevant des enfants, les entrants devront être isolés, à leur arrivée, dans un lazaret collectif, où ils subiront une période d'observation d'au moins quinze jours.

Art. 12 quinquiès. — Tout sanatorium doit avoir à sa disposition une salle d'opérations, deux salles de pansements, l'une pour les septiques, l'autre pour les aseptiques, une salle de plâtres et une salle de stérilisation chirurgicale.

Pour 100 malades alités nuit et jour, le personnel infirmier doit comprendre, au minimum, une surveillante spécialisée, deux panseuses spécialisées, huit filles de service de jour et deux filles de service de nuit.

Pour les autres malades, le personnel infirmier peut être réduit à une panseuse spécialisée, deux filles de service de jour et quatre filles de service de nuit, pour 100 lits.

Art. 12 sexiès. — Des dispositions doivent être prises pour qu'en cas d'incendie les malades immobilisés puissent être évacués, avec rapidité et facilité, et sans danger pour leur affection.

Les mesures contre l'incendie sont prises d'accord avec le service local des sapeurs-pompiers.

Art. 12 septiès. — Les dispositions de l'article 8 sont applicables aux sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. L'article 12 est également applicable à ces établissements qui pourront ne pas réunir toutes les conditions exigées par les articles 12 *bis* et suivants ci-dessus.

Art. 2. — L'article 37 du décret du 10 août 1920 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 37. — Sont applicables aux sanatoriums privés, à l'exception de l'article 8, les dispositions du chapitre II du présent décret.

Les sanatoriums privés recevant des adultes ou des enfants de plus de quatorze ans, des deux sexes, devront justifier que des quartiers séparés, avec des lieux de promenade distincts, sont réservés à chaque sexe.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Asiles d'aliénés. — *Décret du* 14 *octobre* 1924 *complétant le décret du* 3 *janvier* 1922 *relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés.*

Art. 1er — L'article 13 du décret du 3 janvier 1922, modifié par le décret du 26 décembre 1922, est complété par la disposition suivante :

« En attendant leur nomination à un poste définitif, les candidats admis peuvent être appelés d'office par le ministre à assurer dans l'intérêt du service, les remplacements et suppléances.

« Ces emplois provisoires ne peuvent être attribués pour une durée supérieure à une année.

« La désignation d'office ne s'exerce, toutefois, qu'à défaut d'acceptation des candidats admis et pressentis dans l'ordre de classement.

« Les services ainsi rendus par les médecins acceptant un poste dans lequel ils ne sont appelés provisoirement que pour faire un remplacement, ou par les médecins désignés d'office à cet effet, sont reconnus au nombre de ceux qui doivent entrer en ligne de compte dans le calcul de la valeur ou de l'ancienneté des services.

« Les médecins appelés à un poste provisoire conservent le droit au choix d'un poste définitif suivant leur rang de classement. »

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

29 *octobre.*

Accidents du travail. — M. le Dr LENORMANT, chirurgien des hôpitaux, est nommé membre de la première section de la Commission du Tarif Breton, en remplacement de M. le Dr Auguste Broca, décédé.

Quarante-sixième année. N° 45 bis. 12 Novembre 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES
du *Concours Médical* et de ses Œuvres

Nous rappelons à nos adhérents que nos assemblées générales et le banquet auront lieu le 16 novembre prochain, au Restaurant Marguery, 38, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 2 h. 1/2. — Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical.

A 3 heures. — Mutualité familiale du Corps Médical.

A 4 heures. — Sou Médical.

A 5 heures 1/2. — Société Civile du Concours Médical.

A 7 heures très précises. — Banquet.

A 9 heures 1/2. — Soirée artistique.

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXXIII-2643).

AUX LECTEURS, AUX AMIS
du CONCOURS MÉDICAL

Le Concours Médical, *qui est dans la quarante-sixième année de son existence, n'éprouve pas le besoin de faire son propre éloge. Il lui suffit d'enregistrer, au jour le jour, le nombre sans cesse croissant de ses abonnés, pour constater que sa formule répond aux besoins du plus grand nombre.*

Ce plus grand nombre, c'est le praticien des villes et des campagnes, à l'intention de qui notre journal est rédigé, de la première à la dernière ligne, avec un souci de la variété scientifique et professionnelle, tel qu'il n'est pas un seul lecteur qui ne trouve, dans chaque numéro, une ou plusieurs pages qui l'intéressent plus particulièrement.

Le Concours Médical *n'est pas seulement un journal. C'est encore une œuvre qui s'est toujours inspirée, dans ses créations, de l'intérêt du corps médical. Parmi ces créations, citons le* **«Sou Médical»**, *et la* **Mutualité Familiale du Corps Médical Français**, *dont il sera parlé d'autre part.*

Enfin, si le Concours Médical *s'occupe plus spécialement des intérêts généraux du corps médical, il ne reste pas indifférent aux intérêts particuliers, les plus honorables, des médecins.*

Ayant eu la bonne fortune de voir mettre à sa

disposition, par la Société de la Reine de Vals, *une somme importante, il vient de la distribuer dans les proportions suivantes :*

Une allocation de 2.500 francs *a été attribuée à une veuve de médecin, dont le mari a été tué accidentellement, et qui reste sans ressources avec sept enfants, dont l'aîné a 13 ans.*

Deux allocations de 1.250 francs, *chacune, ont été attribuées, l'une à un confrère âgé de 67 ans, atteint de paralysie et d'amnésie, complètement ruiné par la guerre ; l'autre à un confrère âgé de 69 ans, ruiné également et paralysé.*

Deux allocations de 2.500 francs *chacune, ont été attribuées, l'une aux six orphelins d'un confrère, décédé ainsi que sa femme, et dépourvus de ressources ; l'autre, à sept enfants, dont l'aîné n'a que 16 ans, restés également sans ressources, après la mort de leur père.*

Trois allocations de 500 francs *chacune, attribuées à un étudiant en médecine en fin d'études, comme bourse de voyage pour le V.E.M. de 1925.*

Ces sommes seront versées à leurs attributaires respectifs, à la fin de l'année.

Ces faits parlent d'eux-mêmes : ils se passent de tout commentaire, et nous dispensent d'en dire plus long sur l'esprit dont nous sommes animés, et qui s'inspire des sentiments de la confraternité la plus agissante.

LA DIRECTION DU CONCOURS MÉDICAL.

LE SOU MÉDICAL

Dernièrement, un membre du « Sou médical », qui occupe une haute situation universitaire dans une ville du midi, ayant réclamé à un de ses clients, qui s'y refusait, le règlement de ses honoraires, celui-ci répondit, ainsi que la mode paraît devoir s'en installer, par une demande reconventionnelle en *cent mille francs* de dommages-intérêts pour une négligence professionnelle, qui aurait mis en jeu sa responsabilité.

L'affaire fut évoquée devant le tribunal du ressort. Mais les juges n'eurent pas à se prononcer. Car le client récalcitrant de notre confrère, sans attendre le prononcé du jugement, se hâta de lui verser intégralement les honoraires qu'il lui demandait, en même temps qu'il se désistait de sa plainte reconventionnelle.

La cause de notre adhérent était excellente. Mais, il résulte de ses propres déclarations, que son titre de membre du « Sou médical », dont il sut se prévaloir à propos en montrant ainsi qu'il avait derrière lui une ligue puissante, ne fut pas étranger à la prompte détermination prise par son adversaire de se reconnaître vaincu, et de s'exécuter, sans demander son reste.

Des résultats de ce genre sont de tous les jours, soit que la crainte du « Sou médical » soit, pour les adversaires de ses membres, le commence-

ment d'une salutaire sagesse qui les amène rapidement à composition, soit que ses conseils juridiques, forts de leur longue expérience de ce que nous appelons le droit et la jurisprudence médicale, mènent les affaires que le « Sou médical » a prises en main, devant toutes les juridictions, si haut placées, si exceptionnelles soient-elles, dans de telles conditions que, généralement, le succès couronne leurs efforts.

Ces lignes ne s'adressent pas aux membres du « Sou médical » : ils savent à quoi s'en tenir sur les avantages qu'ils en retirent. Elles visent tous les médecins sous les yeux desquels passera ce numéro spécial du *Concours médical*, et qui ne sont pas encore des nôtres.

Et nous leur disons : « Que vous demandons-nous ? *Vingt-cinq francs par an*. Une misère à l'heure actuelle.

« Que vous offrons-nous en échange ? Nos conseils permanents ; notre appui, dans tous les cas où vos droits ou vos intérêts se trouveraient menacés dans l'exercice de votre profession, dans toutes les circonstances où votre isolement risquerait de vous laisser succomber. Appui moral, cela va sans dire ; appui pécuniaire également, pour faire face aux frais de procédure et plaidoiries inséparables de tout procès ».

Nous leur offrons encore, jusqu'à *cinquante mille francs*, la garantie d'une caisse spéciale constituée à cet effet, contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient leur être intentées pour des actes cliniques et thérapeutiques.

Qu'ils prennent la peine de comparer l'offre et la demande. Qu'ils supputent les difficultés qu'ils ont déjà rencontrées, ou qui pourraient surgir devant eux un jour plus ou moins prochain. Et nous voulons croire que, sans plus attendre, ils nous enverront leur bulletin d'adhésion, dûment rempli et signé, tel qu'ils le détacheront de la page 2.647 du présent numéro.

Le secrétaire général du « Sou Médical ».

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 2, 16 *et* 30 *septembre* 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6522 Masson, Marcq-en-Barœul (Nord).
6523 Dezon, Blangy-sur-Bresle (Seine-Inférieure).
6524 Mongeot, Tavaux (Jura).
6525 Saillant, Falaise (Calvados).
6526 Richoux, Saumur (Maine-et-Loire).
6527 Massina, Oms (Pyrénées-Orientales).
6528 Larigaudry, Montreuil (Seine).
6529 Faligant, Craon (Mayenne).
6506 Maisons, Le Mans (Sarthe).
6530 Lafitte, Châlons-sur-Marne (Marne).
6531 Bertin, 34, rue Saint-Bazile, Marseille (Bouches-du-Rhône).

6532 Giguier, Villefranche-sur-Saône (Rhône).
6533 Tauzin, Le Pizou (Dordogne).
6534 Ducellier, Albert (Somme).
6535 Boucher, 47 *ter*, rue des Ponts-de-Comines, Lille (Nord).
6536 Van Nieuwenhuyse, Roubaix (Nord).
6537 Melin, Bourgoin (Isère).
6539 Bried, Agen (Lot-et-Garonne).
6540 Martin, Bazas (Gironde).
6541 Bigo, Marseille (Bouches-du-Rhône).
6542 Bardon, Lillebonne (Seine-Inférieure).
6543 Citron, Lormes (Nièvre).
6544 Gache, Villefranche-Saint-Phal (Yonne).
6545 Baumier, Noyant (Maine-et-Loire).
6547 Ferlaud, Nedde (Haute-Vienne).

Accidents du travail.

Le Dr V. (Hérault) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents du travail.

Le Conseil lui promet l'appui pécuniaire en appel, soit qu'il y soit entraîné par son adversaire, soit que le jugement de paix soit inacceptable, mais à la condition qu'il modifie sa note conformément à l'avis qui lui a été donné par le Dr Decourt.

Le Dr R. (Côtes-du-Nord) se voit refuser à nouveau le paiement de l'indemnité kilométrique pour visites faites à un blessé du travail qui, par suite d'une infirmité antérieure à l'accident, ne peut lui-même se déplacer pour se rendre au cabinet du médecin. Il s'agit du même blessé et d'un cas analogue à celui pour lequel l'appui pécuniaire a été accordé au Dr R. devant la Cour de Cassation, dont la Chambre des Requêtes a admis le pourvoi, actuellement pendant devant la Chambre civile.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr R. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, en attendant la décision de la Cour de Cassation, la Compagnie refusant de payer avant que cette décision soit rendue.

Le Dr S. (Hérault), indique que, dans l'affaire en détournement de clientèle dont il a saisi antérieurement le « Sou » (voir procès-verbaux du mois d'août), il peut produire deux témoins et fait connaître le nom de l'auteur du délit.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre en correctionnelle, pour violation de l'article 30 de la loi de 1898.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais de l'avoué de l'adversaire, s'élevant à 153,25, dans l'affaire du Dr L. (Seine-et-Oise), déférée avec l'appui pécuniaire à la Cour de Cassation. Le paiement sera effectué sous réserve du pouvoir en cassation.

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Oise) demande le remboursement des honoraires de son avocat (200 fr.) et de son avoué (100 fr.), dans une affaire de recouvrement d'honoraires qui a été solutionnée à l'amiable, après un rapport d'expertise qui lui était favorable.

Le Conseil accorde le remboursement demandé.

Le Dr B. (Loiret), a gagné devant le tribunal, sur appel de son adversaire, le procès en recouvrement d'honoraires pour lequel il avait obtenu l'appui pécuniaire, en appel.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avoué plaidant, qui sont de 200 fr.

Le Dr B. (Maine-et-Loire) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de 15 francs d'honoraires dus par un client qui refuse de payer, sous prétexte qu'à plusieurs reprises il aurait vainement attendu le Dr B. qui lui aurait donné rendez-vous en son cabinet.

Le Conseil, considérant que la minime importance de la somme réclamée, étant donné que le Dr B. doit aller plaider en dehors de son domicile, donne à l'affaire un caractère différent d'un recouvrement ordinaire, accorde l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr B. (Seine-et-Marne) annonce qu'il a obtenu amiablement le paiement de ses honoraires de l'auteur responsable de l'accident d'automobile, dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Dr V. (Saône-et-Loire), ayant envoyé à un client une note d'honoraires détaillée, puis accepté d'en réduire le montant à un chiffre rond, a reçu de ce client une lettre injurieuse et demande l'appui pécunaire pour le citer en justice.

Le Conseil, étant donné le caractère particulier de cette affaire, accorde au Dr V. l'appui pécuniaire demandé.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr C. (Nièvre) a été débouté par le Conseil de préfecture d'une demande en paiement de frais de déplacement dus par le service de l'assistance médicale gratuite. Chirurgien spécialisé, il n'a obtenu que l'indemnité due au médecin non spécialiste le plus rapproché.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour former un pourvoi en Conseil d'Etat.

Responsabilité civile.

Le Dr C. (Marne) est traîné en appel d'un jugement qui a débouté ses adversaires d'une demande en dommages-intérêts pour responsabilité civile et violation du secret professionnel.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale lui sont continués devant la Cour d'Appel.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr J. (Seine-et-Oise) des frais judiciaires (686,30) et des honoraires de son avocat (250 fr.), dans son affaire de responsabilité civile.

L'avoué du Dr D. (Hérault) demande 400 fr. de provision pour chacune des deux affaires en cours (affaire de responsabilité civile et affaire de suppression d'une inscription injurieuse sur une tombe).

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 400 fr. de provision pour l'affaire de responsabilité civile. Quant à l'autre affaire qui intéresse surtout le Syndicat local, il décide que le « Sou » participera au versement de la provision dans la proportion du nombre des membres du Syndicat qui font partie du « Sou ».

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine), ayant proposé un arbitrage dans une affaire où sa responsabilité civile devait être mise en cause, la partie adverse y consent, à la condition qu'il reconnaisse le principe de sa responsabilité, l'arbitrage ne devant porter que sur le quantum de l'indemnisation.

Conformément à l'avis du secrétaire général, qui est approuvé par le Conseil, le Dr R. a rejeté cette proposition.

Secret professionnel.

Le Dr A. (Isère) a été accusé faussement, par une nourrice, d'avoir violet le secret professionnel en ce qui concerne l'état de santé d'un nourrisson et des parents de celui-ci.

Dans le cas où il serait poursuivi, l'appui pécuniaire et la garantie statutaire lui seraient acquis.

Le Dr B. (Ardennes) se plaint d'un pharmacien, qui a révélé à une de ses clientes, à laquelle il avait eu soin de le cacher, qu'il la soignait pour la syphilis. La cliente lui a remis une attestation écrite de ce fait.

Le Conseil accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le pharmacien pour violation du secret professionnel.

Consultations fiscales.

M. Martinot, conseiller fiscal signale que, parmi les lettres et documents qui lui sont communiqués, se trouvent des dossiers dont l'examen nécessite un travail assez important, pour lequel il se voit contraint de demander un honoraire spécial.

Le Conseil en prend acte et décide qu'il y aura lieu, le cas échéant, de demander à l'intéressé s'il consent à payer à M. Martinot les honoraires demandés.

Ces honoraires seraient, en règle générale, les suivants :

Vérification des avertissements, rédaction des pétitions et réclamations : 5 fr. et 10 % des dégrèvements obtenus.

Rédaction des déclarations fiscales d'après les documents fournis par les intéressés : 10 fr.

AVIS

aux médecins directeurs d'établissements médicaux (cliniques, maisons de santé, sanatoriums, etc.).

Le fisc, s'appuyant principalement sur un arrêt de Cassation qui a déclaré qu'un sanatorium, appartenant à un médecin qui n'y reçoit que des

malades qu'il soigne lui même, est une entreprise commerciale, émet actuellement, après maintes tergiversations, la prétention de faire payer à tous les médecins directeurs d'établissements médicaux, quels qu'ils soient, les impôts commerciaux, notamment l'impôt sur le chiffre d'affaires et l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

Quelques directeurs d'établissements de cette nature ont, pour lutter contre les exigences fiscales, constitué récemment le « Syndicat des médecins directeurs d'établissements médicaux ».

En attendant que la question litigieuse ait été tranchée, soit par la voie judiciaire, soit par la voie législative, le nouveau Syndicat a obtenu, par une démarche auprès du Ministre des finances, qu'il soit sursis jusqu'à nouvel ordre aux poursuites engagées.

Une Commission, composée des Conseils juridique du Syndicat et du « Sou médical » va, d'autre part, examiner comment la campagne pourrait être utilement menée sur le terrain judiciaire.

Les intéressés sont priés de fournir tous renseignements utiles, soit au président fondateur du « Syndicat des médecins directeurs d'établissements médicaux », M. le Dr Hervé, à Lamotte-Beuvron (Loir et-Cher), soit au « Sou médical », 132, faubourg Saint-Denis, Paris (10e Arrt).

CORRESPONDANCE

2726. — Accident du travail causé par un tiers.

Un blessé des abattoirs a-t-il droit au salaire entier quand sa blessure a été causée par un compagnon appartenant à une maison étrangère à la sienne ? Mon blessé est meneur de bétail et le compagnon est tueur. C'est en coupant le jarret d'un bœuf, qu'il a donné un coup de sabre au doigt de mon client, sans I. P. P.

Le blessé a-t-il droit au demi-salaire de l'assurance de son patron, augmenté du demi-salaire de l'assurance de l'employé responsable ?

Dr F.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail laisse intact le droit de la victime de poursuivre contre le tiers responsable de l'accident la réparation intégrale du préjudice subi ou tout au moins de la partie de ce préjudice dont elle n'est pas indemnisée par l'application de la loi de 1898.

Si donc votre blessé est en mesure de faire la preuve que l'accident est dû à l'imprudence, à la maladresse ou à la négligence d'un tiers étranger à l'exploitation dont lui-même dépend, il

Voir la suite page XXXI-2641

PARTIE SCIENTIFIQUE

DE LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Par M. Paul DELMAS,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Voici une femme accouchée depuis quatre jours : courbature, céphalée, et parfois frissons ont attiré l'attention sur son état général ; la température est élevée et le pouls a subi une accélération parallèle.

Un examen méthodique a éliminé toute cause purement médicale, angine, grippe, réveil de paludisme, etc.

Restent à explorer trois organes, plus volontiers en cause au cours des suites de couches : rien aux seins, pas de stase intestinale, seule la matrice peut être incriminée.

A. — De fait, en dépit de l'évacuation préalable des réservoirs, vessie en particulier, la hauteur utérine l'emporte sur les chiffres moyens. L'organe est gros, mollasse, et souvent une de ses cornes est sensible au palper. — L'écoulement lochial est modifié, soit que la quantité en soit diminuée, parfois jusqu'à la suppression, soit que la modification porte sur l'aspect, tantôt brunâtre, tantôt purulent, soit sur son odeur qui peut accuser une fétidité plus ou moins marquée. — Le toucher enfin montre un col d'une anormale perméabilité, comme si derrière cette porte ouverte se trouvait un contenu utérin demandant à être évacué.

L'accoucheur s'est bien gardé de rien introduire dans la cavité de l'organe, de crainte d'y apporter quelque souillure nouvelle avant que n'ait été pratiquée à l'eau bouillie salée une injection détersive du vagin, donnée à basse pression, pour éviter de franchir la barrière du col.

B.— Alors seulement il peut, celui-ci exposé par un spéculum de Collin ou des valves, faire une exploration inoffensive de l'utérus.

a) Tout d'abord, une ouate stérile, montée sur pince longuette, sera introduite avec douceur jusqu'au fond de la cavité pour ramener des lochies prélevées *in situ* et destinées au laboratoire qui déterminera l'existence des germes, les identifiera, et, au besoin, les transformera en autovaccins.

b) Une fois prise cette précaution, et le spéculum retiré, un toucher intra-utérin prudent sera tenté.

1. Tantôt, il sera difficile, sinon impossible, tellement l'organe est revenu sur lui-même; mais une coudure accusée du col sur le canal cervico-segmentaire aura été redressée et une gorgée de liquide lochial s'écoule ; il s'agit de lochiométrie. Une injection intra-utérine sera pratiquée, à ciel ouvert, col exposé au spéculum, fixé et abaissé avec une pince de Museux, franchi avec une sonde de Budin, et la cavité irriguée avec une solution de liqueur de Labarraque à 30 p. 1.000. Le plus souvent alors, tout rentre dans l'ordre, mais il est quelquefois nécessaire, si la température ne tombe pas, de maintenir la perméabilité de l'utérus par la mise en place d'un drain métallique, coudé et fenêtré, de Mouchotte, de 10 cm. de long sur 15 mm. de diamètre, à travers lequel, si besoin est, quelques lavages utérins pourront être faits au cours des jours suivants.

2. Tantôt la béance de l'utérus, dont la main abdominale maintient et refoule le fond, permet l'entrée d'un doigt explorateur. Celui-ci, selon le cas, reconnaît, soit l'existence de débris ovulaires, cotylédons ou membranes, soit d'un placard irrégulier de caduque épaissie.

Dans l'étuve chaude et humide que représente l'utérus, ce matériel mort est un milieu de culture exceptionnellement favorable pour les germes, apportés de l'extérieur, s'il y a eu faute d'asepsie au cours de l'accouchement, ou pullulés sur place au cas d'infection autogène. Leur virulence exaltée, en vase clos à surface d'absorption considérable, a frappé de stupeur la fibre utérine, d'où le volume de la matrice, sa mollesse et la béance du col.

Quelle conduite à tenir ?

I

A. — A la suite de Jean-Baptiste DE LEE, dont les arguments ont été résumés dans un article de Vignes paru dans *L'Obstétrique* de 1920, nombre d'accoucheurs, et non des moindres, estiment toute thérapeutique obstétricale vaine ou périlleuse.

A les en croire, ce matériel mort s'éliminera de lui-même. Point n'est besoin de courir le risque d'ouvrir par un nettoyage intra-utérin de nouvelles portes à l'absorption, le réensemencement et la dissémination septique, sans même avoir la certitude d'avoir pu enlever les débris incriminés. C'est l'abstention érigée en système.

De leurs objections, il est un point inattaquable, celui qui vise les interventions inopportunes. — Entrepris avant le quatrième jour, le nettoyage de l'utérus, outre qu'il prête trop facilement à des perforations de la paroi, peut être inutile, dans la mesure où les débris ovulaires sont éliminés spontanément en bloc ou par lambeaux. — Par contre, l'intervention, passé le huitième jour, détruit sans profit la barrière leucocytaire qui commençait à s'édifier, sans pouvoir s'attaquer au myomètre dont les interstices sont déjà bourrés de germes, en même temps que la mise à vif de sa doublure muqueuse ou le massage excentrique de sa paroi musculaire réalisent la mobilisation de colonies septiques, d'où une aggravation de l'état de la malade.

B. — Ces réserves faites, il n'est pas démontré que du 4e au 8e jour, l'intervention soit nocive : ni trop tôt, car le diagnostic est alors établi, ni trop tard, car l'infection est encore locale. Le nettoyage de l'utérus est aussi légitime que la trépanation d'un foyer d'ostéomyélite ou l'épluchage des plaies de guerre à la Gaudier-Lemaitre.

Pour réaliser ce nettoyage, trois éventualités possibles commandent trois techniques appropriées. Leur pratique est singulièrement facilitée par la mise en œuvre préalable d'une analgésie rachidienne qui donne tout ensemble l'insensibilisation de la patiente et plus facile accès dans une cavité dont elle bannit la gênante contracture.

a. Le doigt, tout d'abord, essaie de décortiquer de la paroi les fragments de cotylédons retenus, et au besoin les enlève par morceaux, après les avoir effrités ; c'est la pratique du curage digital.

b. La paroi semble-t-elle irrégulière, tomenteuse et friable, comme il se rencontre au cas de cette endométrite polypoïde, si fréquente, qui accompagne la rétention de la caduque : l'ablation à la curette tranchante reprend tous ses droits.

c. Si enfin, la rétention des membranes ovulaires est en cause, l'écouvillonnage sera pratiqué méthodiquement en imprimant à l'écouvillon des mouvements alternatifs de va-et-vient combinés à la rotation sur son axe.

Dans la pratique, ces trois modes de nettoyage sont souvent combinés, surtout lorsque l'opérateur, n'ayant pas fait lui-même la délivrance, est incertain de la nature de la rétention à laquelle remédier.

C. — Il se peut que ce nettoyage ne ramène à l'extérieur aucun débris appréciable ; mais même alors, l'intervention n'aura pas été inutile.

De deux choses l'une en effet.

a. Ou l'utérus contient du placenta qui n'a pu être extrait, auquel cas l'hystérectomie vaginale s'impose, pour mettre fin à ce foyer d'infection mortel.

b. Ou bien, l'utérus est reconnu vide : la preuve est faite que l'infection a franchi l'endomètre, l'économie est envahie. Une hémoculture aussitôt pratiquée montre tout à la fois l'existence et la nature des germes en cause dans la septicémie ainsi réalisée. Seule, une thérapeutique d'ordre général lui peut être opposée.

Le nettoyage ou la révision de la cavité utérine effectuée, et complètement, car il n'y faut sous aucun prétexte revenir désormais, comment traiter cette plaie ?

II

Deux indications sont à remplir. S'opposer à la dissémination des germes intra-cavitaires. Lutter contre leur virulence.

Un utérus infecté montre à la coupe des faisceaux musculaires plus ou moins frappés de stupeur, délimitant des espaces intra-fasciculaires très agrandis où stagnent veines et lymphatiques largement béants pour la résorption. Celle-ci, et l'argument a été souligné par les opposants aux manœuvres intra-utérines, se trouve doublement facilitée du fait de la destruction de la muqueuse et des pressions exercées sur l'éponge musculaire sous-jacente.

A. — Aussi convient-il, à l'exemple des accoucheurs canadiens, René de Cotret en particulier, d'immobiliser au maximum l'organe, tant par l'application en permanence d'une vessie de glace sur l'hypogastre que par l'administration d'ergot de seigle au cours des deux ou trois premiers jours qui suivent l'intervention. Par là est obtenue une sorte de crispation musculaire qui s'oppose à la tache d'huile des germes intra-utérins.

B. — Mais aussi convient-il, dans le même sens, de se rappeler que toute plaie cavitaire infractueuse et infectée expose à la rétention, donc aux résorptions toxiques, d'où la nécessité de la soupape de sûreté, représentée ici par le drain de Mouchotte.

L'infection ainsi cantonnée, comment lutter contre la virulence des germes, encore dans la place ?

III

Selon les tendances régnantes, trois techniques de stérilisation ont été employées.

Du temps de la foi aveugle en l'action microbicide des antiseptiques, supposés agir comme *in vitro* sur les microbes de l'organisme, le nettoyage intra-utérin était suivi d'attouchements plus ou moins prolongés, sinon de la mise en place de tampons, à la teinture d'iode. Mais promptement, la preuve a été faite que l'action brutale de produits chimiques, si elle était nocive aux assaillants microbiens, ne l'était pas moins aux défenseurs leucocytaires.— La même critique pouvait être adressée au tamponnement à l'es-

sence de térébenthine pure, mais du moins, ici, se trouvait réalisé, comme une sorte d'abcès de fixation intra-utérin, le point de départ de modifications humorales favorables à la guérison.

Au lendemain des hostilités, après le parallèle si judicieux établi par Wallich, dans son article de la *Presse médicale* de 1919, entre la plaie de guerre et l'utérus puerpéral, l'irrigation discontinue à la solution de Dakin, préconisée par Carrel, a connu un engouement justifié, moins en faveur de l'action microbicide, d'ailleurs réelle, de ce produit, que de son action sur les tissus mortifiés qu'il digère, solubilise et achève de balayer

IV

Les recherches de Wright ont, à l'heure actuelle, orienté le problème dans une direction toute différente. Le plus efficace procédé de lutte contre les germes, c'est de faire appel aux substances empêchantes qui, directement ou non, résultent de leur multiplication.

Un organisme aux prises avec les microbes peut réaliser l'immunité qui le rendra victorieux par deux procédés.

L'un d'urgence, en quelque sorte, lorsque, selon la formule de Jousset, « il faut agir rapidement et fournir à l'organisme une arme toute prête qu'il n'aurait pas le temps de forger lui-même ». Le principe de la sérothérapie est précisément de neutraliser les toxines microbiennes et de s'opposer à la pullulation des germes en leur opposant le sérum d'un animal qui a réagi avec succès contre leur agression.

Des travaux récents ont montré que, si cette immunité passive pouvait être recherchée par la voie sous-cutanée ou intra-veineuse au cours d'infections généralisées, ce qui est en dehors du sujet ici traité, elle était aussi susceptible de bons résultats par applications locales au niveau de la plaie infectée.

L'action des sérums thérapeutiques est double : par leurs propriétés physiologiques, ils forment à la surface de la muqueuse déblayée mécaniquement, mais encore enflammée, un milieu occasionnel éminemment favorable à la régénération des éléments anatomiques. Mais aussi et surtout, à l'encontre des antiseptiques qui frappent à la fois microbes et cellules, l'action spécifique du sérum apporte le renfort des anticorps, sous forme de sensibilisatrice préformée qui s'ajoute à l'alexine banale secrétée par les abondants leucocytes de la plaie. D'où, en ce qui concerne celle-ci, la contre-indication formelle de tout antiseptique, mais le simple lavage avec une solution isotonique chaude, sérum artificiel ou mieux, solution de chlorure de magnésium à 18 pour 1.000, préconisée par Delbet, et, pour ce qui est des germes, la nécessité de leur opposer le sérum spécifique correspondant. Or, en fait, quelle que soit la fréquence de la streptococcie comme cause de l'infection puerpérale, ce germe est souvent associé à d'autres, à supposer que ceux-ci ne soient pas seuls en cause. Aussi, dès le nettoyage utérin achevé, il convient d'agir sans délai, sans attendre la réponse du laboratoire.

De là découle l'emploi local des sérums polyvalents, telle l'Opsolysine de Leclainche et Vallée qui vise à la fois le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, le pyocyanique, etc...

L'action du sérum doit être prolongée. Elle suppose donc son usage, non en injections locales, mais en tamponnement. Or, celui-ci, même renouvelé de 12 en 12 heures, fait bouchon, en gênant l'écoulement lochial, d'où l'opportunité de faire un tamponnement-drainage, en introduisant dans l'utérus un drain de Mouchotte, entouré de quelques tours de bande d'une gaze imbibée de sérum polyvalent. De tels pansements peuvent et doivent être répétés autant qu'il est nécessaire. En applications locales, il n'est pas d'action anaphylactique à redouter.

V

Entre temps, le laboratoire a fourni sa réponse touchant la nature des germes responsables de l'infection. Il sera dès lors possible, sans avoir perdu de temps dans une irréparable inaction thérapeutique, de faire appel à un second procédé d'immunisation d'effet plus durable, la vaccinothérapie.

Par elle, c'est l'organisme qui fait activement les frais de la défense, en répondant à la sollicitation de l'agresseur dont la nocivité aura été largement atténuée. Il ne saurait ici être question de la vaccination générale, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse : celle-ci exige, en effet, pour réaliser l'augmentation du taux des séro-globulines dont on a tendance à faire le support physico-chimique des propriétés dites « anti-corps », un délai approximatif d'une semaine, au cours de laquelle se produit une hypersensibilité temporaire (phase négative de Wright, ou vagotonique) précédant la phase de non réceptivité (phase positive ou sympathico-tonique), ce qui en limite l'emploi à l'infection subaiguë ou traînante.

Le procédé auquel il est fait appel est celui de l'immunité locale, décrit par Besredka, et dont les applications ont été mises cliniquement en œuvre par Mademoiselle Bass ainsi que, en matière d'infection puerpérale, par Lévy-Solal.

Faisant appel à la prédilection des germes pour l'organe qui leur a servi de porte d'entrée d'abord, de quartier général ensuite, la vaccinothérapie locale réalise dans cet organe un processus d'immunité locale tissulaire, sans production d'anti-corps.

Ce résultat peut être obtenu, soit par le rôle

empêchant des bouillons vaccins filtrés, soit par l'utilisation de vaccins microbiens, dont les germes à virulence atténuée ou détruite par la chaleur, les antiseptiques ou le vieillissement, sollicitent la riposte leucocytaire *in situ* combinée à des phénomènes d'imperméabilité locale au virus.

Deux sortes de vaccins peuvent être utilisés.

A. — Au cas d'éloignement de la malade d'un centre bactériologique, il est plus simple et plus rapide de faire appel à des stocks-vaccins, à souches multiples, dans l'ignorance où se trouve le médecin du rôle respectif joué par les germes en cause. Donc, utilisation de vaccins polyvalents, tels ceux des maisons CARRION, GRÉMY, RANQUE et SENEZ, et bien d'autres, (à base de streptocoque, staphylocoque, colibacille, anaérobies, etc.), ou même de bouillons vaccins polyvalents filtrés, tels celui de Delbet encore connu sous le nom de Propidon.

Mais il ne faut pas oublier que l'activité des vaccins est fonction de la fraîcheur des souches utilisées au même titre que la spécificité des germes à ensemencer.

B. — D'où, sans doute, la supériorité des auto-vaccins, lorsque le voisinage du laboratoire a permis la mise au point, à bref délai, des autovaccins, en partant du prélèvement lochial effectué dès avant le nettoyage intra-utérin.

Qu'il s'agisse de bouillons vaccins, qu'on utilise les vaccins auto ou stocks, le mode d'emploi sera le même que celui décrit pour la sérothérapie locale en application *in situ*, après imprégnation par le liquide immunisant de mèches de gaze entortillées autour d'un drain de Mouchotte.

Tel est, à l'exclusion de tout emploi d'antiseptique sur place, le traitement local de l'infection puerpérale que j'emploie depuis près d'un an, avec les résultats les plus encourageants.

VI

Dans une direction toute différente, l'utérus une fois déblayé mécaniquement, d'autres accoucheurs, à l'exemple de BRINDEAU, JEANNIN et CATHALA, font appel à la concurrence microbienne par des pansements intra-utérins à la bouillie lactique. Aseptiquement, une bouillie homogène sera préparée avec un mélange de cultures pures de bacille lactique et de lactose ; ce dernier n'a pas besoin d'être stérilisé. L'application en est identique à celle des bouillons ou vaccins microbiens.

Mais, encore une fois, il ne faut pas, quelle que soit l'importance du foyer d'origine, considérer l'utérus infecté comme un organe isolé, offert sur un piquet, sous globe, dans un musée anatomique.

VII

C'est pourquoi l'importance du traitement général ne sera jamais perdue de vue.

A. — Il n'est que des avantages à prendre l'agresseur entre deux feux. Donc :

a) Antisepsie interne par l'injection quotidienne intra-veineuse d'urotropine injectable, telle la septicémine, sans réaction de choc, donnée par la voie veineuse à la dose de 4 cmc., qui peut être répétée jusqu'à quatre fois par jour dans les formes sévères.

b) Recherche et production d'un choc colloïdoclasique par l'injection intra-veineuse quotidienne de 10 cmc. de métaux colloïdaux : argent colloïdal ou électrargol, rhodium colloïdal ou lantol, etc. Cette dose peut être portée, dans les cas graves, à 30 cmc. d'emblée. — Le même résultat peut être obtenu, mais avec plus d'intensité, par l'injection intraveineuse de 1 gr. 50 de peptone.

c) C'est encore du choc colloïdoclasique, par la protéinothérapie, que relève l'usage des vaccins sous-cutanés ou intraveineux. En général dosés à un milliard de germes par centimètre cube, il les faut utiliser, de deux jours en deux jours, à la dose de 1/2, 1, 1.1/2, 2 cmc., quand l'infection est traînante.

Une vaccinothérapie mixte peut être réalisée par l'usage simultané de la voie intraveineuse et de la voie gastro-intestinale, en ayant soin, dans ce dernier cas, de faire ingérer un extrait biliaire, en même temps que les comprimés vaccinants.

d) Dans un sens analogue, mais par la sollicitation des défenses humorales résultant de l'activité leucocytaire, les abcès de fixation, obtenus en injectant sous la peau de la cuisse 1 cmc. d'essence de térébenthine pure, constituent un procédé devenu justement classique et dont la faveur ne paraît pas près de finir.

B.—Il va de soi que la médication symptomatique (tonicardiaques, hypnotiques, antithermiques toniques) devra, le cas échéant, être mise en jeu.

LES CONVULSIONS DES JEUNES ENFANTS

Par le Dr Germain Blechmann

Ancien Chef de Clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Manifestation nerveuse infiniment commune chez les jeunes enfants, le syndrome convulsion présente les aspects cliniques les plus divers, depuis l'attaque dramatique calquée sur l'attaque d'épilepsie de l'adulte, se terminant parfois par la mort, jusqu'à la crise fruste, à peine saisissable, réduite à un petit tremblement d'un membre, à une inhibition transitoire.

Nous nous refusons à refaire une fois de plus la description du tableau des convulsions et d'en rappeler fastidieusement les causes innombrables (voir Traités).

On nous saura mieux gré de schématiser cliniquement quelques-uns des aspects les plus typiques des convulsions, en essayant de préciser pour chaque forme les indications thérapeutiques.

I. Les convulsions des premiers jours.

L'accouchement a été pénible et a nécessité une longue application de forceps. En venant au monde, l'enfant a mal respiré et on a dû le ranimer.

Dès les premières heures après la naissance ou dans les premiers jours, subitement les convulsions apparaissent, atteignant successivement toutes les parties du corps ; la face est vultueuse, la respiration est plus ou moins arrêtée.

Après quelques secondes, quelques minutes, survient la résolution musculaire, la face devient pâle et la respiration stertoreuse ; la fontanelle est tendue.

Les accès peuvent se répéter dans la journée, se rapprocher, chevaucher sous forme d'état de mal...

Une ponction lombaire faite alors révèlera une hémorragie méningée. Celle-ci peut survenir même avec un traumatisme obstétrical insignifiant chez des prédisposés (vaisseaux fragilisés par l'HΣ) et l'hémorragie méningée passe inaperçue. La *restitutio ad integrum* peut se faire, mais trop souvent les convulsions des premiers jours sont l'annonce d'une future encéphalopathie, d'une maladie de Little, d'une idiotie.

II. Convulsions et tétanie.

Après le 2e mois et plus fréquemment dans la seconde moitié de la première année, sur la crise éclamptique se greffent d'autres symptômes.

En même temps que les contractions et les secousses cloniques, localisées ou généralisées, le petit nourrisson fait du spasme de la glotte, véritable convulsion interne, la face se cyanose, la respiration s'arrête.

Après quelques instants d'asphyxie, on entend un sifflement inspiratoire : l'accès est terminé. Parfois le laryngospasme survient sans autre convulsion.

Chez ce petit malade, les extrémités peuvent être raides, main « d'accoucheur », pied en équin.

Si vous percutez légèrement avec le médius le milieu d'une ligne joignant la commissure des lèvres au conduit auditif, on constate une contraction « brusque en éclair », des muscles peauciers de la face (signe de Chvostek), La percussion faite un peu de dehors de l'orbite, provoque une contraction « brusque en éclair » des muscles des paupières, du sourcil et du front (signe de Weiss).

Ce syndrome constitue la tétanie (spasmophilie), si fréquente chez l'enfant du premier âge que d'après Rohmer (de Strasbourg), 90 % des convulsions ne sont qu'une de ses manifestations, ce qui est très exagéré, d'après mon maître Marfan.

Traitement. — Dans un cas que nous avons observé chez un nouveau-né âgé de 20 jours, avec crises d'apnée spasmodique et signe de Chvostek, le chlorure de calcium a fait merveille. Nous nous sommes servi de chloro-calcion : 8 à 10 fois X gouttes dans un peu d'eau sucrée avant les tétées, *pro die* (80 gouttes de chloro-calcion = 1 gramme de $CaCl^2$). Le traitement fut poursuivi 20 jours durant à doses décroissantes, puis repris après une période de repos.

Certains prescrivent, s'il y a urgence, un gramme de $CaCl^2$ d'heure en heure, jusqu'à la 6e heure, et continuent cette très forte dose jusqu'au 10e, 12e jour chez des enfants de moins d'un an (1).

M. Marfan recommande l'emploi de l'*huile phosphorée à un pour dix mille* (bien spécifier 1 pour 10.000). A un enfant âgé de moins de 2 ans, on pourra donner 2 cuillerées à café par jour, dans un biberon et l'on alternera $CaCl^2$ et huile phosphorée par périodes de 15 à 20 jours.

A l'huile phosphorée, on peut très avantageusement substituer des bains de soleil ou l'exposition à la lampe de quartz à vapeur de mercure. Un traitement de trois à quatre semaines, avec un temps total d'exposition à la lampe de quartz, qui varie entre trois et cinq heures, suffit pour amener une guérison définitive. Dans la spasmophilie latente, ce traitement suffira, même à lui

(1) *Année Médicale Pratique*, 1922, p. 413.

seul, dit Rohmer, sans qu'il faille recourir à la médication calcique.

III. La convulsion symptomatique.

1) *Au début des fièvres.* Un enfant de 2 ou 3 ans, jusque-là bien portant, de souche neuro-arthritique, a présenté quelque malaise, un vomissement, puis subitement, il fait des convulsions. Quand on arrive auprès du petit malade anxieusement cerné par une famille toute « retournée », l'accès est terminé ; l'enfant sommeille en ronflant, ou bien regarde au plafond, tant soit peu obnubilé. Le thermomètre marque 39° ou 40° et la gorge est rouge. Quelquefois on distingue sur la muqueuse jugale les petites élevures caractéristiques décrites par Köplik, signe d'invasion de la rougeole.

De même peuvent débuter la grippe, une broncho-pneumonie, une otite, etc. (1). Cette convulsion est de pronostic habituellement bénin. Elle pourra se renouveler avec chaque incident de la vie pathologique de l'enfant... elle pourra également ne jamais se reproduire...

2) *Les convulsions de l'otite.* — Au Congrès International d'otologie de 1922, Kutvirt (de Prague) a avancé que dans la grande majorité (80 %) des cas d'éclampsie chez le nourrisson, il s'agissait d'otite moyenne aiguë. La paracentèse ferait cesser les convulsions aussitôt et la fièvre s'abaisse ; si le convulsions se reproduisent, c'est signe de rétention de pus.

En fait, comme nous l'avons dit, les convulsions marquent souvent le début de l'otite aiguë, mais au cours ou au décours de celle-ci, quand l'éclampsie apparaît, l'éventualité d'une propagation méningée se pose : on tentera une nouvelle paracentèse.

3) *La méningite à forme éclamptique.* — Chez un nourrisson, la convulsion appelle —véritable réflexe — la palpation de la fontanelle et l'examen du système nerveux.

Si la fontanelle est tendue (même lorsque manquent les signes de Brudzinski, la raideur de la nuque et le Kernig), la ponction lombaire s'impose : le liquide est clair, riche en lymphocytes, il s'agira, hélas ! du début de la méningite tuberculeuse.

Si le liquide est louche ou purulent, injectez d'emblée du sérum antiméningococcique polyvalent sans attendre la réponse du laboratoire.

4) *Les convulsions terminales.* — A la période terminale des méningites, des bronchites capillaires, du choléra infantile, les convulsions annoncent le coma, précurseur de la mort imminente.

(1) Dans la coqueluche, la pathogénie de la convulsion est complexe (troubles circulatoires, hémorragie cérébrale ou méningée, réaction méningée au cours d'une BrPn, méningite otitique).

5) *Les convulsions d'origine toxique.* — Une mère éclamptique met au monde un nouveau-né qui dans les heures et les jours qui suivent la naissance présente des convulsions. Sous l'influence du poison gravidique, une nourrice alcoolique peut donner à son nourrisson un lait nocif. Le médecin a pu prescrire un médicament pour lequel l'enfant présente une indiosyncrasie : au premier plan, *la santonine.* On a incriminé le rhum dans certaines potions, le bromoforme, la morphine, l'acide phénique.

Enfin, un gros peloton d'helminthes agit sans doute plus par les toxines que les parasites sécrètent qu'en tant que corps étranger.

Comme foyer de toxi-infection agissent sans doute brûlures étendues, eczémas...

IV. Les convulsions des encéphalopathies

A l'origine, on retrouve un traumatisme encéphalique, une encéphalite aiguë, l'hydrocéphalie, une thrombose des sinus d'origine infectieuse, d'où sclérose cérébrale, porencéphalie, malformations et arrêts de développement.

Cliniquement, c'est un hémiplégique spasmodique, parfois sans nulle arriération mentale, un infirme diplégique, ou bien un malheureux enfant, chronique épave de toutes les consultations d'hôpital, le regard vague ou strabique, la tête ballante, les membres à la fois raides et atoniques, qui bien qu'incapable de sourire, de jouer et d'absorber seul sa nourriture, croît en taille et en poids comme un enfant normal !

Chaque mois, chaque semaine, chaque jour même, ces mutilés du névraxe tombent en convulsions.

Traitement. — Les remarquables recherches de Babonneix ont révélé la part énorme que joue la *syphilis héréditaire* dans la genèse des encéphalopathies infantiles.

En présence de convulsions d'origine méningo-encéphalique de cause obscure :

a) Il faut tenter la chance d'un traitement spécifique intensif ; *b*) bloquer l'accès convulsif.

a) Chaque fois qu'on le peut, faire la séro-réaction du sang et une ponction lombaire avec examen chimique, cytologique, séro-réaction.

La ponction lombaire exerce parfois une sédation sur l'état de mal convulsif.

Il tombe sous le sens que le traitement ne peut rien sur les lésions constituées, mais si le diagnostic de l'encéphalopathie est porté précocement, si la lésion est encore d' « infection » et non de « dégénérescence », on peut obtenir des résultats parfois inespérés.

On s'est servi d'Hg, des arsénobenzènes par tous les modes et par toutes les voies. Quand il est bien toléré, le bismuth insoluble, blanc ou rouge, en injections intramusculaires (avec une surveillance constante de la muqueuse gingivale

et de la fonction rénale) me paraît le traitement de choix de la Σ nerveuse de l'enfant (Dupérié, Ribadeau-Dumas, Tixier, etc.). (Congrès de Pédiatrie, 1924.)

b) On se sert classiquement des *bromures* de sodium, de potassium ou de calcium : 0 gr. 50 par jour avant 6 mois, 0 gr. 75 à 1 gr. par jour de 6 mois à 1 an, la dose quotidienne étant prise en 3 fois et pendant 15 jours consécutifs.

Reprendre après 5 ou 10 jours d'arrêt.

Le *gardénal* introduit récemment dans la thérapeutique a donné des résultats excellents dans les cas de convulsions essentielles pour lesquelles le bromure avait été inefficace.

On peut administrer le gardénal à la dose de 0,02, à 0,03 et même 0,05 centigrammes par jour avant l'âge de 6 mois, mais on surveillera les urines et on diminuera les doses en cas de somnolence.

De 6 mois à un an on pourra augmenter les doses légèrement sans dépasser 0,07 à 0.08 centigrammes.

Le gardénal existe maintenant en comprimés d'un centigramme, ce qui permet de fragmenter les doses quotidiennes.

Bien formuler en toutes lettres et en chiffres :

Gardénal Poulenc : un centigramme (0,01 centigramme) comprimés pour l'usage infantile.

V. La convulsion esssentielle. Son pronostic lointain et ses rapports avec le mal comitial de l'adulte.

Les convulsions auxquelles on ne peut assigner aucune cause certaine, on les appelle classiquement : convulsions essentielles. De un à six mois, leur fréquence est deux fois plus grande que de 6 mois à 1 an, quatre fois plus grande que de 1 à 2 ans, puis elle décroît rapidement.

Cette fréquence dans les premiers temps de la vie est liée au développement incomplet du cerveau, à la surexcitabilité des centres bulbo-spinaux.

La convulsion essentielle présente la même symptomatologie que toute crise éclamptique qui a fait sa preuve. Elle peut donc être généralisée, complète, régulière, s'accompagnant de perte de connaissance, d'évacuation involontaire des urines et des matières, se prolonger par une parésie transitoire ; les convulsions peuvent être localisées, partielles, irrégulières ; ne revenir qu'après un long intervalle en évoluant sur un long espace de temps, ou se répéter pendant des semaines et des mois.

Enquête étiologique. — Les convulsions essentielles ne sont liées à aucune affection organique *évidente* du système nerveux, elles apparaissent *en dehors* de la diathèse spasmogène, d'une affection aiguë, d'une lésion viscérale agissant par voie réflexe, d'une intoxication.

Peut-être sont-elles plus fréquentes *au moment de la dentition.*

L'hérédité directe a été très exagérée, mais il n'est pas douteux que les convulsions essentielles surviennent habituellement chez des enfants *issus* de névropathes, de syphilitiques, d'alcooliques, de tuberculeux, de saturnins, d'albuminuriques, de diabétiques.

A. Le démembrement des convulsions essentielles. Le rôle de la syphilis héréditaire. — Pour M. Marfan, toute convulsion dite essentielle, survenant *avant l'âge de 3 mois* est habituellement d'origine syphilitique.

On recherchera les signes de certitude et de probabilité, coryza du nouveau-né, végétations adénoïdes précoces, mégalosplénie, rachitisme à prédominance crânienne (crânio-tabes), l'adénite sus-épithrochléenne bilatérale, etc. (1).

Chez le nourrisson plus grand et chez l'enfant du second âge atteint de crises convulsives, avant de conclure à la convulsion essentielle, on procèdera à un examen clinique approfondi. Au besoin, faites pratiquer l'examen des selles pour rechercher les œufs d'helminthes.

L'observation de Pignero (2) sort du cadre de cet article puisqu'il s'agissait d'un enfant de 13 ans, mais n'est-elle pas instructive ? Des absences passagères, une crise épileptoïde ne se reproduisent jamais plus après l'ablation de végétations adénoïdes abondantes.

Et si la convulsion reste « essentielle », on pensera encore à la syphilis. Nous ne comptons plus les observations où nous la retrouvons quand l'éclampsie infantile paraissait de cause inconnue.

Chez un petit malade âgé de 6 ans, le sérodiagnostic put être pratiqué après plusieurs années malgré les obstacles familiaux, et donna un B.W. positif : trois cures de bismuth diminuent très sensiblement le nombre des crises et rendent la séro-réaction négative.

Chez un autre malade de 3 ans, l'examen clinique reste muet. Un accès grave fournit le prétexte à une ponction lombaire et le B.W. du liquide céphalo-rachidien retiré se montre légèrement positif.

B. Le pronostic des convulsions essentielles. — Que de fois on vous interrogera avec inquiétude pour savoir si elles conduisent le petit comitial au *morbus sacer* de l'adulte !

On pensait autrefois que les convulsions dites essentielles se reliaient à l'épilepsie vraie ou conduisaient à l'idiotie. M. R. Cruchet écrit que « jusqu'à 2 ou 3 ans, il n'existe pas de clinicien au monde qui puisse faire une distinction entre la crise de convulsions et la crise épileptique. »

(1) Voir *Année médicale Pratique* 1923, p. 169.
(2) *Arch. méd. enfants*, septembre 1912.

M. Marfan admet la thèse de son maître Lasègue : la convulsion essentielle des jeunes enfants guérit très souvent sans laisser aucune séquelle et l'épilepsie vraie commence généralement entre 8 et 12 ou 13 ans, c'est-à-dire à la période prépubère.

D'après A. COLLIN (1) « le pronostic immédiat « et lointain des convulsions devra être basé sur :
« La forme des secousses convulsives qui per- « mettra de les diviser en secousses cloniques ou « bénignes, toniques ou graves.

« L'évolution des enfants ayant eu des convul- « sions bénignes ou des convulsions graves est « absolument différente.

« Les premiers sont des névropathes qui feront « des accidents pathologiques plus ou moins « fréquents, lesquels ne répondent à aucune ana- « tomie pathologique actuellement connue.

« Les seconds, devenus hémiplégiques, épi- « leptiques ou morts de méningite ou d'encépha- « lite, ont, dans l'immense majorité des cas, des « lésions décelables au microscope. *Toute phase « tonique constatée au cours d'un état convulsif « doit faire réserver le pronostic immédiat et loin- « tain.* »

Il y a une part de vérité dans la doctrine de Collin, dit M. Marfan, mais existe-t-il des cas avec des convulsions cloniques pures ?

VI. Traitement d'un accès convulsif essentiel ou non.

Avec l'accès de faux croup, la convulsion est le *leit-motiv* de la médecine infantile *d'urgence*.

Si l'état convulsif dure encore :

Rassurer la famille ; étendre l'enfant sur un lit, le débarrasser de ses langes ou de ses vêtements, incliner la tête de telle sorte que les mucosités n'obstruent pas le larynx, laisser les mouvements libres et attendre la fin de l'accès s'il est court et isolé.

Essayer de glisser un petit bouchon de liège entre les arcades dentaires (si l'enfant a des dents) pour éviter la morsure de la langue.

Si l'asphxyie persiste, on pourra être amené à pratiquer la respiration artificielle ou des tractions rythmées de la langue, à faire respirer de l'éther à petites doses répétées, ou de l'oxygène.

Si les convulsions se répètent et si la température s'élève, faites donner un bain à 35°-36° pendant 10 minutes, en laissant couler un peu d'eau froide sur la tête, et l'on reprendra la température toutes les 3 heures. Chaque fois qu'elle atteindra ou dépassera 39°, on baignera l'enfant de nouveau (1).

Tandis que l'on donne les premiers soins, formulez une ordonnance où figureront : bromure et chloral et antipyrine (à la fois antithermique et antispasmodique). Il n'est pas aisé de faire absorber une potion par la bouche, si l'enfant a la mâchoire contractée et animée de mouvements convulsifs ; on aura recours au petit lavement médicamenteux (absorption plus rapide et plus complète qu'après l'ingestion, dit Manquat).

Pour un enfant de 4 ou 5 mois :

Bromure de sodium..	0,50 centigrammes
Hydrate de chloral...	0,20 centigrammes
Antipyrine	0,15 centigrammes
Jaune d'œuf n° 1	
Eau distillée........	210 cc.

à administrer tiède en deux fois à une ou plusieurs heures d'intervalle. (On augmentera les doses de médicament suivant l'âge.)

Dans tous les cas où les crises sont fréquentes, il faut pratiquer une ponction lombaire et même la répéter ; elle servira à la fois au diagnostic et au traitement, surtout lorsqu'il y a hypertension.

Il convient de repousser certaines pratiques inutiles et parfois nuisibles (vomitif, émissions sanguines, sinapisation, injection d'eau salée ou d'huile camphrée).

L'accès terminé, dans les convulsions symptomatiques, on mettra en œuvre le traitement causal, et si elles se répètent, on prescrira le bromure ou le gardénal ainsi que nous l'avons indiqué.

L'hygiène de l'enfant comitial. — Si l'épilepsie persiste après 5 ou 6 ans, l'enfant devra vivre dans un milieu calme, au grand air de préférence, sans médications intempestives (bains salés, par exemple). Le café, le thé, les boissons fermentées seront exclus de ses repas, on limitera plus tard ses lectures, on évitera le cinéma qui apporte à tant de jeunes cervelles des causes indéniables d'excitation.

(1) *Arch. méd. enfants*, t. XX, n° 6, juin 1917.

(1) En partie d'après l'enseignement du Pr Marfan.

COMMENT FAUT-IL CONCEVOIR ET PRATIQUER LE TRAITEMENT ACTUEL DE LA SYPHILIS ?

Par le Dr Louis Bory (de Paris)

Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Voilà une question bien posée, et je me félicite d'avoir à y répondre, sur l'invitation qu'a bien voulu m'en faire notre excellent confrère, le Dr Duchesne.

Concevoir et pratiquer sont en effet deux choses différentes et le meilleur concept n'est pas toujours du domaine de la pratique. Concevoir c'est tout d'abord se créer une opinion ; il n'est pas absolument nécessaire qu'elle soit personnelle, à moins que ce caractère personnel ne signifie le résultat d'une réflexion combinant les données d'une expérience propre et celles de l'habituelle pratique des gens plus particulièrement aptes à porter un jugement sur la question. En médecine, il n'est guère de conception qui n'ait ce caractère. J'essayerai donc d'éclairer la vôtre en combinant les opinions de la majorité des syphiligraphes et d'en tirer la conclusion sous forme de lois, que nul de vous certes, pas plus que moi, ne voudra considérer comme immuables ou infaillibles.

On reproche souvent aux syphiligraphes d'avoir chacun une opinion et une pratique différentes et même d'adopter et de préconiser successivement des méthodes opposées. Comment le praticien, sollicité chaque jour par tant de problèmes divers, qui l'obligent à être un véritable polytechnicien de la médecine, ne se poserait-il pas la question qui nous sert de titre, à la lecture des variations de ceux-là même auxquels il demande de préciser les points spéciaux de sa pratique ?

A vrai dire, il serait sage, avant d'accuser, de se demander si la matière du procès existe. Or, malgré quelques apparences, je ne crois pas qu'il y ait, en matière de thérapeutique, de médecins qui soient plus parfaitement d'accord que les syphiligraphes sur la « conception » tout au moins du traitement actuel de la syphilis ; leurs variations apparentes portent seulement sur quelques détails appartenant au domaine de la pratique ; quant aux modifications successives qu'un auteur peut faire intervenir dans ses méthodes, elles tiennent aux progrès incessants de la science, aux multiples produits qu'elle nous découvre, enfin à ce désir de mieux faire, constamment renouvelé, qui tend à nous perfectionner chaque jour. Tout cela, je pense, est au-dessus de la critique.

Nous sommes donc tous en réalité d'accord sur les principes essentiels du traitement actuel de la syphilis. On peut les exprimer ainsi :

I. — **La syphilis qui débute est celle qui a le plus de chances de guérir radicalement et dans le minimum de temps. Nous devons tout mettre en œuvre pour traiter la maladie dès son apparition.**

On peut actuellement considérer comme possible la stérilisation radicale du syphilitique à cette première condition. Bien que la diffusion du germe de la maladie paraisse commencée déjà lors de l'apparition de l'accident primitif, celui-ci se comporte comme une maladie locale, qu'un traitement précoce et suffisant peut arrêter dans son évolution. Pratiquement la véritable généralisation du mal n'est effectuée que du jour où les premiers indices d'un Bordet-Wassermann positif se sont montrés dans le sérum ; jusque-là s'écoule une période, dite *pré-sérologique*, caractérisée par la négativité absolue de la séro-réaction, et durant laquelle les quelques spirochètes essaimés dans la circulation générale sont un peu comme des éclaireurs, non destinés à se fixer ; mobiles et vulnérables, ils préparent le terrain pour l'invasion, mais sont moins armés que ceux qui viendront plus tard la réaliser ; une contre-attaque précoce et soutenue peut refouler ou tuer les éclaireurs et empêcher les troupes d'attaque de sortir de leurs tranchées. Ainsi les images nées de la guerre nous aident-elles toujours à mieux comprendre les actions et réactions de cette lutte microscopique pour l'équilibre économique, qui heurte les unes aux autres des forces vitales opposées.

Il serait essentiel, d'après ce qui précède, de connaître la durée de la période pré-sérologique ; il est classique de dire qu'elle dure de 10 à 15 jours, quelquefois plus, jusqu'au moment où la séro-réaction est devenue franchement positive ; elle est réellement très souvent beaucoup plus courte, car elle cesse à partir du jour où les premiers indices de la réaction, progressivement croissants comme on le sait, se manifestent avec les antigènes ou les méthodes les plus sensibles dont nous disposons. La durée de la période peut varier ainsi, suivant la sensibilité des méthodes et des réactifs des divers laboratoires ; en l'absence d'un accord général sur la standardisation du Wassermann, facile à réaliser cepen-

dant avec un peu de bonne volonté, le praticien doit seulement se souvenir qu'elle est fort courte; que le temps perdu, en matière de syphilis primaire est le plus fâcheux adversaire qu'on doit éviter de laisser grandir, si l'on ne veut pas être dépassé par lui ; enfin qu'une seule chose compte : le diagnostic précoce, ultra-précoce, immédiat, de la nature syphilitique d'un chancre à son début, dès le premier jour, les premières heures si c'est possible.

Tout malade éventuel doit être assez éduqué sur tout cela pour aller montrer au médecin toute érosion suspecte, fût-elle très minime.

Tout médecin doit savoir que toute érosion limitée, même infime, de la zone génitale (à moins qu'il ne s'agisse d'herpès typique récidivant, et encore...) est suspecte ; que les caractères classiques du chancre syphilitique (surélévation papuleuse, teinte vermillon de la surface exulcérée, induration, adénopathie) sont déjà des caractères tardifs ; que le chancre débutant est une simple tache érodée, arrondie ou ovalaire, à fond grisâtre ou rosé, lisse, généralement bien limitée mais sans bords, non douloureuse, même peu ou pas sensible à un contact instrumental, en somme simple surface érosive, laissant sourdre spontanément mais surtout à l'irritation, une sérosité parfaitement claire. L'examen direct de celle-ci permet seule le diagnostic, car, si nul essai thérapeutique n'a été fait en ce point, il révèle la présence à l'état pur des tréponèmes. *Un simple frottis, coloré à l'argent* par la méthode de Fontana-Tribondeau, *permet à tout praticien, muni d'un microscope* (*sans ultra*), *de faire en cinq minutes le diagnostic de la nature syphilitique d'un ulcération* suspecte, dès les premières heures de son apparition, ce qui lui permet d'effectuer, la minute d'après, sans tarder, la première injection stérilisante, et de rendre son malade non contagieux en moins de huit jours, ce qui ne saurait signifier cependant le retour sans restrictions aux pratiques sexuelles.

La syphilis, la tuberculose, la blennorrhagie, la diphtérie et combien d'autres affections microbiennes sont assez fréquentes pour que chaque médecin considère la possession et l'usage d'un microscope comme aussi nécessaire sinon plus à l'exercice de sa profession que ceux d'une table d'opération ou d'un thermo-cautère. Pourquoi laisser à d'autres le soin de faire des constatations comme celles du bacille de Koch ou du tréponème de Schaudinn, qui engagent si fortement notre responsabilité médicale ; elles risquent de peser si lourdement sur la vie et l'état moral de nos malades, que nous leur devons bien, quand cela ne nécessite pas vraiment de connaissance très spéciales ou difficiles à acquérir, une opinion personnelle sur de pareils sujets.

Donc, malades et médecins doivent être bien pénétrés de ce premier principe.

La syphilis doit être traitée dès sa toute première apparition, et son diagnostic, possible de façon extrêmement précoce grâce à une technique bactérioscopique très simple, ne doit souffrir, ainsi que la mise en œuvre de son traitement, aucun retard. *Roséole, adénopathie, induration même du chancre sont des choses, que, contrairement au passé, il y a un intérêt capital à ne pas voir survenir.* Pour en donner l'idée, il suffira de savoir qu'une syphilis primitive traitée dans les premières 48 heures a toutes chances de guérir radicalement, après un traitement d'attaque bien conduit d'un semestre, alors qu'une syphilis traitée seulement après une, deux, trois semaines ou plus naturellement, d'attente, nécessitera pour guérir, et sans la même certitude d'une stérilisation définitive, deux, trois, quatre années ou plus, tout comme autrefois.

II. — Le traitement d'attaque de la syphilis doit être précoce ; mais il doit aussi dès ce moment être intense et soutenu.

Les petites doses de médicaments actifs ou l'emploi de formes médicamenteuses peu actives gênent le développement du spirochète et blanchissent le malade de ses lésions, mais elles ne le stérilisent pas ; bien plus elles paraissent favoriser l'apparition des récidives et l'on n'oserait affirmer qu'elles ne sont pour rien dans le déterminisme de certaines localisations viscérales, artérielles ou méningées, qui sont à l'origine des complications tardives redoutées.

Les traitements pilulaires d'autrefois, même les injections mercurielles répétées aux faibles doses de un ou deux centigrammes de benzoate ou de biiodure, n'empêchaient guère l'apparition du tabes, de l'aortite ou de la P.G. Les récidives d'accidents secondaires en plein traitement étaient d'observation courante.

Aujourd'hui ces dernières sont vraiment exceptionnelles et ne s'observent que dans des cas tardivement traités, ou mollement traités au début, ou trop rapidement libérés d'un traitement actif. Dans un article récent (1), plutôt pessimiste et décevant sur l'efficacité des traitements actuels, MM. Hudelo et Rabut, parlant de ces récidives chez les syphilitiques traités, signalent, à côté des cas, les plus nombreux, où l'action thérapeutique a été manifestement trop faible, deux ou trois observations où elle semble avoir été régulièrement conduite ; mais le détail de ces observations nous paraît insuffisant pour qu'elles puissent porter atteinte à la valeur presque absolue des principes admis par la majorité des syphiligraphes. Par exemple, voici, dans l'article de MM. Hudelo et Rabut, un malade qui

(1) HUDELO et RABUT. — Récidives secondaires et accidents chancriformes chez les syphilitiques traités. *Presse médicale*, 10 septembre 1924, p. 740.

fut soigné « dès les premiers jours de son chancre, alors que son Hecht était encore négatif. » Voilà tout d'abord qui ne démontre pas que la période sérologique n'était pas déjà atteinte ; dès les premiers jours cela peut signifier aussi bien 10 jours que quelques heures ; d'autre part l'épreuve de Hecht seule (surtout avec un antigène de faible sensibilité) est, pour les sérums à potentiel spécifique encore faible, une des plus trompeuses, puisque un pouvoir hémolytique naturel un peu fort masque aisément cette faible valeur du potentiel en voie d'accroissement ; un antigène cholestériné et une méthode au sérum chauffé eussent révélé peut-être *cette montée du Wassermann, après le début de laquelle le traitement risque de n'être plus aussi radicalement efficace.* Dans ces conditions le détail du traitement institué aurait son importance : « ce malade reçut, à trois semaines d'intervalle, une série de 606 jusqu'à la dose de 0,60 et une série de 914, jusqu'à 0,90, traitement suivi de plusieurs séries d'huile grise ; deux ans et demi, après le chancre, il présentait des accidents secondaires ». Cela peut paraître beaucoup comme traitement et cela peut être aussi en réalité bien peu de chose. Je passe sur l'huile grise : il n'est pas de médicament plus commode ; il n'en est pas aussi de plus infidèle, se résorbant mal, avec lenteur, distillant en quelque sorte les doses, excitant plus le mal profond qu'actif à le détruire. Il reste donc comme seul et unique traitement d'attaque deux séries arsenicales, dont nous ignorons la progression, le nombre d'injections, les intervalles compris entre les piqûres, la dose totale en fin de série. Même en supposant valable la négativité de l'épreuve de Hecht, le malade étant au 6e ou 8e jour de son chancre, si l'on fit ce jour 0,10 d'arsénobenzol et qu'on ait attendu huit jours pour faire 0,20 puis huit jours encore pour faire 0,30 et ainsi de suite, on a perdu au moins trois semaines avant d'atteindre la dose capable d'amorcer une stérilisation radicale et l'on a permis aux tréponèmes de se garer, d'acquérir cette arséno-résistance, qui est le prélude des récidives.

Le traitement d'attaque doit être intense d'emblée : il doit atteindre aussi rapidement que possible la dose stérilisante : c'est pourquoi les doses premières d'arsénobenzènes, agents les plus actifs de l'attaque, sont, contrairement aux pratiques antérieures, faites aussi rapprochées que possible, dans les limites de la tolérance de l'organisme. C'est aussi pourquoi nous pouvons admettre comme justifiée la pratique du traitement mixte, arsenico-mercuriel ou bismuthique, aux périodes initiales, de façon à ce que l'attaque arsenicale soit soutenue par un « barrage » quasi constant, pour quoi les préparations insolubles de bismuth apparaissent particulièrement indiquées.

III. — La réaction de Bordet-Wassermann n'est pas un moyen de contrôle infaillible, mais c'est le meilleur dont nous disposons néanmoins pour poursuivre efficacement la guérison définitive du mal.

Nous sommes d'accord sur la nécessité d'un traitement très précoce, intense et soutenu. Encore devons-nous savoir sur quoi nous baser pour le réduire ou l'interrompre.

Ici, ne le nions pas, les voix commencent à être légèrement discordantes. L'explication en est facile ; c'est la multiplicité et la diversité des cas auxquels on s'efforce d'appliquer des lois générales ; c'est surtout le défaut d'unification des techniques de la séro-réaction qui rend si différente pour les auteurs l'appréciation, la mesure du potentiel syphilitique des humeurs. C'est là une question capitale : *Tant que l'on n'aura pas adopté une technique standard, tenant compte de toutes les causes de variation de la réaction de B. W., il sera difficile de baser sur elle un contrôle certain de l'efficacité thérapeutique.* Lorsque la question du mariage des syphilitiques fut discutée, ces dernières années, à la Société de Dermatologie, l'on admit comme assurée la guérison de ceux qui, après un traitement suffisant, étaient arrivés à une négativité absolue de leur Wassermann et la maintenaient telle après plus d'une année sans traitement, dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien, une fois passée l'épreuve de la réactivation. Mais quel est le critérium de la négativité absolue ? Il varie suivant la sensibilité de la méthode ou des réactifs ; que de réactions considérées ailleurs comme négatives depuis longtemps se sont révélées positives encore, à un degré plus ou moins élevé, dans mon laboratoire, où six réactions différentes, avec des antigènes des plus au moins sensibles, sont effectuées pour chaque sérum ! Avant de formuler les règles générales du traitement de la syphilis, et si notre action ou inaction thérapeutique doit être basée sur l'activité et le silence de la réaction humorale, il faut formuler au préalable et faire adopter par tous les règles précises nécessaires pour qu'un résultat de B.-W. apparaisse aussi rigoureusement certain qu'il est possible, et *tout particulièrement en ce qui concerne la gamme négative de la réaction.*

Ces règles précises, je les ai défendues en maintes publications (1), d'autant plus librement qu'aucune nouveauté personnelle ne s'y trouvait

(1) Peut-on standardiser actuellement le Bordet-Wassermann ? (*Presse médicale*, 14 janvier 1922). — La nécessité et les moyens de standardiser la réaction de B.-W. (Premier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue fançaise, Paris 1922, Masson, éditeur, p. 345.) — Limite et importance du rôle en syphiligraphie de la réaction de B.-W. standardisée. (*Journal médical français*, août 1923.)

attachée ; mais n'ayant jamais eu l'espoir de rien changer au train habituel des techniques acquises (dont beaucoup certes et fort heureusement donnent les meilleures garanties), je me suis contenté de les appliquer à ma propre pratique, ce qui ne me permet, hélas ! que de vous communiquer la modeste opinion que je me suis faite. La voici en trois points :

1° *La réaction de B.-W. est encore le meilleur moyen que nous ayons, dans les syphilis cliniquement silencieuses, de contrôler l'efficacité du traitement et le silence humoral des organes.*

Les réactions de floculation suivant la technique et l'instrumentation de Vernes, qu'on a essayé, non sans quelque bruit prématuré, de substituer aux réactions d'hémolyse, ne se sont pas montrées plus sûres et, dans l'ensemble même, le sont moins puisque leur sensibilité dans le négatif est moindre ; leur énorme échelle de positivité, de 5 à 180 et plus, n'a aucune utilité pratique. Je parle seulement au point de vue du contrôle thérapeutique. Ainsi devrions-nous conserver la réaction d'hémolyse pour compléter les résultats de la floculation. Jusqu'à plus ample informé c'est une complication tout à fait inutile, dans ce dédale déjà si compliqué de la sérologie de la syphilis (1).

2° *La négativité absolue de la R. de B.-W. n'a de valeur que pour les syphilis récentes.*

Les syphilis anciennes peuvent être cliniquement actives et cependant sérologiquement négatives, bien que la sensibilité de certains antigènes réduise beaucoup le nombre de ces cas.

On a signalé quelques rares observations de syphilis secondaires actives avec séro-réaction négative ; je n'ai jamais pour ma part rien observé de semblable, sauf erreur de diagnostic ou insuffisance de précautions techniques, par exemple négligence de l'index hémolytique naturel, très élevé pour certains sérums. Sans nier la possibilité de pareils cas, qui coïncident presque toujours avec une résistance bien marquée à la thérapeutique, je crois qu'on ne sera autorisé à les juger que le jour où la technique standard du Wassermann permettra d'affirmer qu'aucune cause d'erreur n'a été laissée dans l'ombre. Pour l'instant, quand cette technique, pour une syphilis récente séro-positive, marque le retour et le maintien à la séro-négativité absolue, l'absence de tout accident est la règle et la guérison tout à fait probable. A plus forte raison, quand la réaction n'a jamais été positive, comme cela est dans les syphilis primaires traitées dès les premières heures.

(1) Voir sur ce sujet l'article impartial et très documenté de DERMANCHE et GUÉNOT. Valeur de la floculation comparée aux autres méthodes sérologiques pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis. *Annales de l'Institut Pasteur*, tome XXXVIII, n° 7, juillet 1924.

3° *Lorsque la période préhumorale de la syphilis initiale a été dépassée, autrement dit que la positivité du Wassermann a commencé à se manifester, la négativité absolue est souvent difficile à obtenir ou à maintenir.*

Ainsi nous arrive-t-il, après deux ou trois années de traitement bien conduit, en présence d'un Hecht ou d'un Wassermann (à antigène sensible, cholestériné ou non) à positivité légère persistante, d'être fort embarrassé pour décider de la continuation ou de l'interruption du traitement. Dans ces cas et lorsque vraiment aucun essai d'un médicament courant ou nouveau ne paraît modifier la formule sérologique, j'ai l'habitude de ne plus en tenir compte (sauf si elle redevient plus franchement positive), de cesser le traitement d'attaque au bout de trois ou quatre années consécutives et d'ordonner, comme autrefois, un traitement de précaution, durant trois mois au cours de trois ou quatre autres années consécutives.

Je ne saurais donc trop revenir sur ce que je disais au début : Le point le plus capital dans le traitement de la syphilis est de le commencer avant la toute première perturbation de l'équilibre humoral.

IV. — **Le traitement d'attaque de la syphilis doit, autant que possible comporter l'administration de doses élevées d'arsénobenzènes et, jusqu'à plus ample informé, c'est la voie intra-veineuse** (1) **qui permet le plus sûrement d'atteindre la négativation rapide et absolue du Bordet-Wassermann.**

Le bismuth est un remarquable adjuvant de l'attaque ; c'est la forme insoluble qui a les préférences de la majorité et par suite l'injection intra-musculaire.

Nous touchons ici au point le plus important de la pratique, celui qui concerne le choix du médicament et de son mode d'emploi.

Aucun doute n'existe sur la puissance comparée des médicaments dont nous disposons :

En première ligne : *l'arsenic* ; en deuxième : *le bismuth* ; en troisième : *le mercure* ; en quatrième : *l'iode*. Les deux premiers seuls paraissent capables d'entraîner la guérison définitive du mal et la négativation rapide et permanente du Wassermann.

Les ARSÉNOBENZÈNES *doivent donc être les premiers agents de l'attaque.*

Doit-on les employer en injections intravei-

(1) Je ne ferai que signaler ici les données les plus récentes de la syphiligraphie concernant l'emploi par voie buccale des dérivés des acides phényl-arsiniques (dérivés acétylé et formylé), dont l'expérience clinique, encore trop récente, paraît cependant riche de promesses pour le praticien, en lui donnant peut-être de précieux équivalents médicamenteux, permettant au malade qui se déplace de se traiter lui-même efficacement.

neuses ou intramusculaires ? La réponse des syphiligraphes est fort nette : Milian, Bodin l'ont formulée excellemment dans leurs rapports au deuxième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française (1).

« Dans le domaine de l'arsénothérapie, dit Bodin (de Rennes) est-il besoin de m'étendre sur la supériorité de la médication intra-veineuse sur toutes les autres méthodes contre les accidents syphilitiques en évolution. C'est un fait acquis, démontré, admis même par ceux qui sont les moins partisans de ces injections. »

« Un fait, dit Milian, domine la chimiothérapie des maladies spirillaires ou à protozoaires : la nécessité de la *dose massive*. Les petites doses sont stimulantes de la maladie, les fortes doses sont stérilisantes. Ehrlich a fixé à 1 centigr. 5 par kilogramme la dose de 914 nécessaire pour obtenir la guérison de la syphilis chez l'animal. Transportant ces chiffres chez l'homme, on voit qu'il faut injecter 1 gr. 05 de 914 à un homme de 70 kilogr. pour avoir le droit d'ambitionner un résultat analogue. Quelle voie thérapeutique permet, pour les arsénobenzènes, la réalisation de la dose massive ? Dans l'état actuel des choses, il n'y en a qu'une : la voie veineuse. *Seule, du fait de son indolence, la voie veineuse est actuellement praticable aux doses massives.* La voie sous-cutanée ou intramusculaire est trop douloureuse. C'est là le fait brutal qu'aucune discussion ne peut entamer. » Seul le nourrisson peut supporter sous la peau les doses suffisantes, et chez lui l'injection intra-veineuse est d'ailleurs d'une trop réelle difficulté.

De tous les arsénobenzènes, le novarsénobenzol ou 914 *est le plus maniable, le mieux expérimenté, le moins toxique. Aussi lui donne-t-on très généralement la préférence.*

L'action du 606, arsénobenzol, n'est pas sensiblement supérieure à celle du 914 ; plus toxique et moins facile à manier, il n'est utilisé que par un très petit nombre de syphiligraphes.

La règle du centigramme et demi par kilogramme de poids est capitale ; il faut atteindre le plus rapidement possible cette dose massive et la répéter deux ou trois fois, à intervalles suffisants, si elle est bien tolérée. Chez le jeune enfant et le nourrisson, on peut même atteindre deux centigrammes par kgr. Les autres préparations arsenicales peuvent avoir une valeur équivalente ; pour beaucoup elle n'est pas démontrée ; elles peuvent néanmoins être précieuses comme médicaments de substitution ; mais leur nombre et les noms divers qui désignent souvent le même produit sont plus gênants pour le praticien qu'ils ne lui sont utiles.

Cela est encore plus vrai pour le BISMUTH et il n'est pas de jour où n'éclose une spécialité nouvelle ; il est compréhensible que le médecin éprouve quelque difficulté à fixer son opinion. Les uns prônent les sels solubles, d'autres les préparations insolubles, d'autres encore les colloïdales, et qu'il s'agisse des unes ou des autres les noms se multiplient et se heurtent. Comme le bismuth est un remarquable adjuvant de l'arsenic, auquel il peut à la rigueur se substituer, il suffira de savoir, et ceci résume l'opinion de la majorité :

Que *le bismuth, sous la forme insoluble, constitue la préparation la moins toxique, la plus pratique et la mieux expérimentée* ; les sels solubles et les colloïdes ont une action immédiate, mais très passagère, en raison de l'élimination très rapide et massive qui rendrait presque nécessaire l'injection quotidienne. Si donc, on décidait de substituer le bismuth au novarsénobenzol pour la première cure d'attaque, il serait logique de faire le premier jour une injection double, l'une d'un sel soluble (intra-musculaire ou intra-veineuse), l'autre, d'une préparation insoluble (intramusculaire) et de continuer un ou deux jours encore le sel soluble, jusqu'à la deuxième injection insoluble.

L'élimination des produits de cette deuxième catégorie est en effet plus lente à se manifester dans les urines (1) et se prolonge aussi plus longuement, avec des variations assez grandes suivant les individus et la formule même du médicament. Le bismuth précipité (genre néo-trépol) et l'iodo-bismuthate de quinine (genre quinby) sont à ce point de vue les préparations les plus actives, les mieux tolérées, les plus recommandables pour l'attaque (début de l'élimination urinaire du 4e au 5e jour. LACAPERE, RESTOUX et BUGEARD) ; les tartro-bismuthates (trépol) et les oxydes (muthanol, curaluès), d'élimination plus lente, semblent devoir être réservés logiquement pour les séries ultérieures.

La teneur respective en bismuth métal des composés employés, est avec la rapidité moyenne de son élimination, le facteur essentiel de l'activité de ces produits et règle par suite la valeur des doses à utiliser.

La dose moyenne de bismuth métal pour une injection (une tous les trois ou quatre jours), chez un adulte de poids moyen (65-70 kilogr.) est de huit à douze centigrammes. Pour ce dosage les préparations de Bi. précipité sont évidemment les plus pratiques ; mais toutes les autres formes du médicament sont présentées avec l'indication de la teneur pour cent en Bi. ce qui rend aisé pour chacune d'elles le calcul des doses moyennes.

Sauf intolérance, et ceci sans aucune rigueur, la

(1) IIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, *Strasbourg*, 1923, Masson, éditeur.

(1) LACAPÈRE, RESTOU et BUGEARD. — Recherches sur l'élimination du bismuth. (Soc. de dermatologie et de syphiligraphie, séance du 12 juin 1924, p. 331.

dose moyenne doit être répétée une quinzaine de fois, dans une série, pour que celle-ci puisse être considérée comme ayant la valeur d'une cure d'attaque.

Quel rôle est réservé au MERCURE *et à* L'IODE *dans la cure d'attaque de la syphilis ?*

Ce que nous avons dit ci-dessus montre qu'il est réduit à celui d'une médication de second ordre, dont l'emploi diminue de jour en jour, au fur et à mesure que sont mieux connus et moins redoutés les médicaments de premier plan, les seuls qui permettent d'espérer et d'obtenir avec le minimum de gêne la stérilisation du mal. « Le mercure est toujours débout », aphorisme répété par ceux qui s'habituent difficilement à l'idée que les dieux puissent ne pas toujours garder leur renom d'immortalité, cette courte formule des opposants de la première heure doit disparaître raisonnablement de nos conceptions. La découverte du pouvoir spirillicide du bismuth a porté le dernier coup au vieux mercure. S'il était tout à fait mort, nous pourrions d'ailleurs jeter des fleurs sur ses obsèques, en raison du rôle unique que cet « imparfait » a joué pendant plusieurs siècles en syphilithérapie ; il nous reste heureusement et peut nous rendre encore, à titre vicariant, de signalés services, notamment dans le traitement de certaines syphilis oculaires et viscérales, où l'action vive d'une médication d'attaque est quelquefois, mais non toujours à désirer. L'iodure de potassium est pareillement un adjuvant fort remarquable ; mais, reconnaissons-le, ni le mercure, ni l'iode (sous les formes actuelles) ne sont des agents stérilisants de la syphilis. La dose toxique est trop voisine de la dose tolérée et celle-ci trop éloignée encore de la dose stérilisante, au moins dans les conditions de la vie courante.

***

Ces principes établis, il nous resterait à en indiquer l'application pratique ; mais autant de malades, autant de cas, autant de possibilités ou d'impossibilités devant quoi les règles les mieux établies deviennent lettre morte.

J'ai essayé ailleurs (1) de résoudre, à l'usage des nombreuses éventualités de la pratique, la question des *équivalences médicamenteuses* pour faciliter au médecin, suivant les possibilités dont il est si souvent le seul juge, le choix raisonné entre plusieurs thérapeutiques. Mais cela encore ne saurait constituer une règle.

De même, pour la détermination de la durée de cure, des échéances, des épreuves de contrôle (sur le sérum et le liquide céphalo-rachidien), nous ne saurions donner de critérium absolu.

(1) La SYPHILIS, au point de vue physique et psychologique. Prophylaxie et guérison, 300 pages. Alcan, éditeur, 1923.

Quelques observations me serviront à résumer seulement la façon dont les règles et les principes se sont matérialisés pour moi devant les questions posées par la pratique.

Elles montreront combien, sur ce sujet, cependant l'un des plus positifs de la médecine, celle-ci reste éloignée de la mathématique pure, où des savants, peut-être un peu tapageurs (les grands journaux du moins nous ont donné cette impression fâcheuse), ont cru pouvoir, prématurément hélas ! la faire entrer. Loi des trois huit, mesure optique de la floculation, syphilimétrie, sont des mots qui peuvent séduire par leur netteté des mathématiciens, des physiciens, des hommes politiques, des industriels, même des médecins ; mais c'est mal servir la médecine et les malades que de décréter l'exclusive en faveur de ces formules dont les chiffres ni les abaques ne les abritent de l'erreur, grande loi humaine. En médecine il faut prendre ses décisions avec beaucoup de science, le plus possible, mais les prendre avec davantage encore de bon sens et celui-là n'est tel que s'il est éclectique.

Descendons dans le domaine de l'observation et de l'expérience.

OBSERV. I. — *Syphilis à la période préhumorale. Diagnostic dans les premières heures. Traitement immédiat. Réactions humorales toujours silencieuses. Stérilisation apparente et probable.*

M. X., 49 ans, marié, est envoyé le 29 septembre 1922 par son médecin à qui il est venu montrer le matin, peu après son réveil, une tache érosive, qui n'existait pas la veille au soir, sur le gland. Le rapport suspect extra-conjugal remontait à trois semaines environ.

Un examen microscopique après imprégnation au Fontana-Tribondeau révèle les tréponèmes et fait poser le diagnostic de syphilis aussi précocement qu'il est possible.

Traitement immédiat :

Le 29 septembre : cautérisation ignée de l'érosion par le thermocautère, en surface ; poudrage au salicylate de bismuth. Première intraveineuse novarsénobenzol : 0.20.

(J'ouvre aussitôt une parenthèse pour indiquer le plan que les principes m'indiquaient de suivre. Dans un cas aussi favorable, je pensais faire un traitement d'attaque d'un semestre au minimum, avec trois séries, la première de novars., la deuxième de bismuth la troisième de novars. Poids du malade 92 kgr. ; donc dose stérilisante de novars. 1 gr. 38). Mais teinte subictérique ancienne, insuffisance mitrale, incitant à plus de prudence. Le bismuth est associé à l'arsenic dès la troisième séance.

Le 1er oct. (3e jour) 2e IV novar. 0.30
5 oct. (7e jour) 3e » » 0.45 soit 0.90 pour la 1re semaine.

Une IM. de quinio-bismuth de vingt centigrammes

10 oct. (12e jour) Novar.	0.60		
Quin-Bis.	0.20		
16 oct. (18e jour) Novar.	0.75	Quin-Bis	0.20
22 oct. (24e jour) Novar.	0.90	Quin-Bis	0.20

(A partir de ce moment je pensais, après chaque intervalle de huit jours et la tolérance paraissant bonne, délaisser le bismuth, ajouté seulement jusque là pour me permettre d'atteindre la dose utile d'arsenic et d'augmenter celle-ci jusqu'à la dose théoriquement stérilisante ; mais les circonstances m'obligèrent à changer de conception).

L'injection du 22 est suivie de douleurs vives à caractère de coliques néphrétiques, du côté gauche, accompagnées de fièvre, d'état saburral, d'un peu de diarrhée. Il n'est possible de reprendre le traitement qu'après neuf jours ; la crainte de l'arsénobenzol manifestée par le malade, d'autres considérations tenant aux soupçons de l'entourage, nous obligent à cesser l'arsenic ; mais la série d'attaque eût été insuffisante ; elle est complétée par sept nouvelles injections de quinio-bismuth, tous les trois jours 0.30.

Ainsi avait pu s'achever la première série d'attaque, grâce à la conception des équivalences médica-médicamenteuses.

La deuxième série prévue devait subir le contrecoup de ce changement de programme.

Après 21 jours de repos, réaction de B.-W. standard : absolument négative à tous les procédés et aux divers antigènes. Les dernières injections de bismuth étant trop rapprochées, d'autre part l'attaque arsenicale du début nous paraissant insuffisante, enfin les considérations familiales étant peu favorables à la reprise des intraveineuses de novarséno, nous nous décidons pour les intra-musculaires d'éparséno, malgré les réactions locales et la fatigue générale souvent causées par ce médicament assez toxique. Deux fois par semaine nous injectons 1 cc. d'éparséno (amino-arséno-phénol) jusqu'à concurrence de 20 injections.

La troisième série, commencée après un nouveau repos de 21 jours devait être une série de novarséno ; nous l'avons amorcée par cinq injections intramusculaires de bismuth, pour augmenter l'intervalle compris entre les injections d'éparseno et les nouvelles de novar qui se succèdent (sans difficulté d'ordre familial cette fois) à intervalles progressivement élargis de trois, quatre, cinq, six, sept jours et aux doses progressives de 30, 45, 60, 75, 90, 90, 90.

Un mois après réaction de B.-W. standard : absolument négative.

Cessation de toute thérapeutique.

Contrôle de la guérison espérée :

Nouvelle réaction standard deux mois après : absolument négative.

Nouvelle réaction trois mois après (après épreuve de réactivation : novarseno IV 0.30 prise de sang 10 jours après). Négativité persistante.

Un an après, à la suite de deux nouvelles réactions du sérum négatives (une par semestre), nous avons pratiqué une ponction lombaire et trouvé normales toutes les qualités du liquide céphalo-rachidien (cytologie, albumine, Wassermann, réaction du benjoin).

Voilà donc un malade, traité dès le début de la période pré-humorale, dans les conditions les meilleures, soumis à un traitement d'attaque mixte, mais intense et soutenu, puis aux règles habituelles de contrôle thérapeutique (Wassermann du sérum, réactivation, ponction lombaire) et que nous pouvons considérer comme radicalement guéri de son mal. Le traitement n'a cependant pas duré plus de six mois. C'est un minimum et si, au lieu de l'avoir observé tout au début de son chancre, je l'eusse vu seulement trois ou quatre jours après, malgré la négativité persistante du B.-W., je lui aurais imposé, après son premier semestre de cure une double série de sécurité (bismuth puis arsenic) avant de commencer la période de pur contrôle.

En réalité on peut considérer que cet homme n'a jamais eu la maladie générale appelée syphilis ; il a été atteint d'un accident local à tréponèmes, d'où le feu d'une part, le barrage sanguin thérapeutique d'autre part, ont empêché la pullulation et le départ de spirochètes assez virulents, assez résistants, pour être véhiculés à travers le plasma, sans y être dissous et provoquer ainsi l'infection générale de l'organisme.

Observ. II. — *Syphilis à la période préhumorale. Traitement commencé le cinquième jour. Réactions humorales silencieuses. Guérison apparente et probable malgré la durée théoriquement insuffisante de l'attaque d'ailleurs fort intense.*

M. X., 43 ans m'est envoyé en mars 1923, porteur d'un accident primitif du prépuce datant de 4 ou 5 jours ; peu étendu mais déjà légèrement induré et accompagné d'une adénopathie double très récente. Le malade n'ayant fait aucune application sur le chancre (fait capital pour la valeur négative de l'examen microscopique) l'épreuve de Fontana-Tribondeau est pratiquée, révèle en quelques minutes les tréponèmes caractéristiques. Un prélèvement de sang pour Wassermann eût dû être fait ; des considérations diverses font que nous n'hésitons pas à nous passer de ce renseignement, surtout à ne pas attendre de commencer le traitement pour l'obtenir. Nous sommes à la limite de la période préhumorale, moins que jamais il n'y a de temps à perdre.

Aussitôt (1er jour) nous faisons une IV de novar. (rhodarsan) 0.15.

La cautérisation du chancre nous semble inutile, l'envahissement ganglionnaire s'étant déjà produit. Simples attouchements à l'huile xylo-iodée et poudrage au salicylate de bismuth.

3e jour	IV	0.30	
6e	» »	0.45	
11e	» »	0.60	
16e	» »	0.75	plus oxyde de Bi (muthanol) 0,15
22e	» »	0.90	id.
28e	» »	0.90	id.
33e	» »	0.90	id.
40e	» »	0.90	id.
47e	» »	0,90	id.

Soit au total près de sept grammes de novar. et de 80 centig. de bismuth métal.

Six semaines après la fin de la série (le malade avait été prié de revenir plus tôt). Réaction de B.-W. standard négative absolue. Le malade nous annonce la nécessité impérieuse de son départ prochain pour une usine de Bretagne où la médication intra-veineuse sera pour lui difficile à réaliser. Nous décidons de profiter des trois semaines dont il dispose pour répéter l'attaque novarsenobenzolique, au lieu et place de la série bismuthique forte que je comptais faire avant de reprendre l'arsenic.

1er jour	IV	Rhodarsan	0.30
4e	» »	»	0.45
11e	» »	»	0.75
14e	» »	»	0.90
19e	» »	»	1.05 (poids du malade 72 kg.)
25e	» »	»	1.20

Ainsi, pour ne pas risquer de faire perdre au malade le bénéfice de l'attaque première et prévoyant que loin de la ville, le traitement ultérieur serait sans doute irrégulièrement suivi, j'avais été amené à changer mon programme et à dépasser la dose stérillisante normale, tout en n'observant pas exactement la règle des intervalles de sept jours entre les doses massives du médicament ; l'intervalle très court entre le 11e et le 14e jour était destiné à compenser celui du 4e au 11e trop prolongé du fait du malade lui-même. Ce n'est pas là certes une conduite à recommander d'une façon générale ; mais elle illustre bien, je crois, combien la règle est difficile à suivre et combien le raisonnement, suivant le cours des circonstances, doit au contraire à chaque instant la modifier ; — ce qui permet néanmoins d'atteindre le but qu'on se propose. La surveillance stricte du malade et la tolérance parfaite du médicament ont naturellement favorisé ce résultat.

Comme c'était à prévoir, et malgré mes conseils, aucun traitement nouveau n'a été suivi. J'ai revu seulement ce malade de temps à autre pour des contrôles sérologiques. Et ceux-là se sont toujours montrés négatifs absolus, depuis 15 mois que le traitement a été interrompu. Celui-ci est théoriquement insuffisant, malgré la netteté du résultat. Cependant si l'épreuve de réactivation et plus tard la ponction lombaire ne révèlent rien d'anormal, la guérison pourra être considérée comme définitive. Et dans ce cas, connaissant l'action réactivante des traitements courts ou trop faiblement dosés, j'ai préféré conseiller l'abstention thérapeutique plutôt que les médications dites d'entretien par pilules, élixirs ou suppositoires, dont l'action stérilisante semble tout à fait illusoire.

Ces deux cas, parmi d'autres tout aussi favorables, m'ont paru intéressants à rapporter en détails pour montrer, en même temps que la « mobilité » du problème thérapeutique, l'efficacité du traitement d'attaque précoce et soutenu.

Les deux observations ci-dessous vont illustrer le cas contraire et montrer que, passé le début de la période sérologique, le traitement a une action stérilisante beaucoup moins certaine, en tout cas beaucoup plus longue et difficile à obtenir ; au lieu de six mois l'attaque doit se prolonger presque toujours deux, trois années et plus, tout comme autrefois.

Observ. III. — M. X., 35 ans, consulte en mai 1920 son médecin, pour une petite érosion très récente du gland paraissant être de l'herpès. Tel est d'ailleurs le diagnostic porté. Douze jours après cependant, l'érosion persistant, le médecin pour rassurer le malade inquiet (et fort impressionnable) fait faire une réaction de B.-W. et le hasard veut qu'elle me soit confiée, à l'hôpital, sans que je visse le malade. Le résultat (sérum chauffé seulement. Antigène Desmoulières H 4, anti. de foie H 4, Anti. moins sensible H 6) est considéré par le médecin traitant comme négatif, ce qui est au moins une imprudence, car ces chiffres de l'échelle de Vernes indiquent déjà un indice de posivité suffisant pour éveiller les soupçons, surtout en connaissance du cas clinique assez suspect par lui-même. Le petit chancre qui ne fut pas, première faute, l'objet d'un examen microscopique dès son apparition, fut donc traité par de simples poudrages au dermatol. Il disparut vers le 17e jour de son apparition. Par prudence cependant on décida de faire une nouvelle réaction, qui fut, celle-là, plus nettement positive (Hecht +++ ; sérum chauffé, mêmes anti. que ci-dessus H 2, 3, 4). A ce moment seulement on se décide au traitement en présence de la montée évidente du Wassermann.

Donc traitement tardivement institué.

D'autre part attaque insuffisamment énergique. 1re série : six norvars. 0.30 ; 0.30 ; 0.45 ; 0.60 ; 0.60 ; 0.75, plus, dans les intervalles de huit jours compris entre les novars. 17 injections intra-musculaires de benzoate de mercure à 0,02 ; — soit un total de 3 grammes de novars: sans atteinte de la dose stérilisante classique (poids 70 kgr. ; dose à atteindre 1 gr. 05. Dose totale en fin de série 5 gr. 5 à 6 gr.).

2e série, à peu près aussi faible, n'est commencée que six semaines après la fin de la première (30, 45, 60, 75, 90, 90).

Un mois après le B.-W. donne : Hecht positif ; sérum chauffé, avec antigènes ci-dessus H 1, 4, 8 ; un mois encore même résultat positif atténué, mais positif toujours, alors que, traité dès le début, ce

malade aurait toujours eu vraisemblablement un W. négatif.

Après ces deux mois de repos, 10 injections de benzoate de Hg., une tous les deux jours, suivie après quelque repos d'une troisième série arsenicale, plus faible encore que les précédentes (30, 45, 60 75, 90). Une réaction de W. technique Calmette-Massol est faite en ville et se montre négative ; on fait une épreuve de réactivation : W. moyennement positif (procédé Hallion-Bauer).

A ce moment, je vois le malade, apprends toute son histoire passée et lui donne l'espoir avec un traitement un peu intensifié d'arriver à la négativité absolue de la réaction de B.-W. Espoir déçu, car malgré un traitement correct et soutenu pendant trois ans encore, la séro-réaction demeure positive aux antigènes et procédés suffisamment sensibles (antigène de Desmoulières, Hecht et antigène de Noguchi).

Quelle conduite suivre en pareil cas ? Continuer à se laisser hypnotiser par le B.-W. et à bourrer le malade de médicaments variés (je n'ai pas besoin de vous dire que pendant ces trois années écoulées je n'ai ménagé ni l'arsenic, ni le bismuth, ni même le mercure aux doses massives d'attaque que j'avais préconisées autrefois, alors que le Bi n'existait pas et que les arsénobenzènes avaient un renom de toxicité fâcheuse, assez justifié parfois à cette époque) ? Ma foi non. Il doit exister des limites aux actions médicamenteuses, qu'il est prudent de ne pas dépasser, surtout lors que le résultat ne varie guère. Aussi ai-je supposé qu'avec ces quatre années de traitement à peu près continu, ce malade s'était assuré, autant qu'on peut le faire, contre les risques d'accidents ultérieurs et j'ai conseillé désormais l'asbtention de médicaments, mais non la cessation de toute surveillance et si l'examen du liquide céphalo-rachidien est normal, je recommanderai une dernière ponction dans deux ans, après quoi nous aurons vraiment pris, je crois, toutes les précautions pour ne pas laisser grandir dans l'ombre la localisation possible, la plus redoutable du grand mal vénérien.

Je pourrais, si je ne craignais d'allonger inutilement cet article, citer nombre d'observations analogues et moins favorables encore, où les fautes commises au début du mal, ou au cours du traitement, plus souvent d'ailleurs du fait du malade ou des circonstances que de son médecin, ont obligé à prolonger la cure pendant plusieurs années, sans permettre toujours d'atteindre le résultat désiré, même lorsque les doses stérilisantes sont utilisées, après les premières négligences. Je citerai seulement, pour terminer :

Observ. IV. — Le cas de cet homme de 29 ans (73 kgr.) qui contracte la syphilis en Allemagne en décembre 1919, et ne commence à être traité que 4 mois après par un grand médecin de Cologne, qui, au pays du 606, silbersalvarsan et autres, commença l'attaque par les injections mercurielles. Trois séries de 20 intra-veineuses, une tous les deux jours. Une série encore de trente. Puis réaction de Wassermann demeurée positive. On se décide alors pour le néosalvarsan dont on fait deux séries, une de 5 gr. 75 (début à 0.45), une de 6 gr. 07 (début à 0.60) avec, entre les deux, intervalle de 2 mois sans piqûres. Un mois après la fin de la 2e la réaction de Wassermann est encore positive.

Je vois le malade à ce moment, et lui conseille, à mon habitude, avant de faire une nouvelle séro-réaction, un semestre de cure, avec 3 séries, 2 de novarsenobenzol, avec 1 de bismuth intercalaire. Le B.-W. demeure positif, à peine atténué et il en est encore de même aujourd'hui, après 3 séries longues de quinio-bismuth, faites à l'étranger.

Je n'insiste pas et me résume seulement :

1° Le traitement de la syphilis a son maximum d'efficacité au début, tout au début de la maladie ; plus on attend, plus il risque d'être inefficace, moins il donne de garantie ; moins il est économique.

2° Les arsénobenzènes sont les meilleurs, les plus puissants agents de l'attaque ; mais il faut qu'ils soient administrés suivant certaines règles dont les principales sont : 1° l'emploi de l'injection intra-veineuse ; 2° des doses progressives, rapprochées au début, associées même lors de la toute première série à des injections intra-musculaires de préparations insolubles de bismuth ; 3° atteinte aussi rapide que possible et la répétition de la dose stérilisante, un centigramme et demi au minimum par kgr. de poids vif ; la répétition des premières séries d'attaque à des intervalles aussi courts que possible (3 semaines au maximum) et de façon telle que, dans le premier semestre soient groupées 3 séries fortes, deux d'arsénobenzène, une de bismuth (sans compter les injections de ce métal ayant pu intervenir au cours des séries arsenicales).

3° Le contrôle de l'efficacité du traitement est basé naturellement sur l'absence de tout accident spécifique, mais aussi et surtout, faute de mieux, sur le maintien de la séro-réaction absolument négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, mais à condition d'être très sévère sur la façon dont les résultats de la réaction ont été obtenus, ce qui n'est possible qu'à condition d'adopter un étalon, un standard de cette réaction, comportant au moins une réaction de Hecht avec antigène éprouvé et 3 ou 4 réactions au sérum chauffé, avec des antigènes de sensibilité, très grande, moyenne et faible, permettant la mesure aussi rigoureuse que possible, en l'état actuel des choses, du potentiel spécifique des humeurs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE MOUVEMENT SYNDICAL DE L'ANNÉE

Lorsque, parcourant le *Concours médical*, le *Médecin syndicaliste* et les autres journaux, qui publient les comptes-rendus des divers syndicats médicaux, on cherche, chaque année, comme nous le faisons régulièrement à la société d'études du *Concours*, à se faire une opinion sur le mouvement syndicaliste de l'exercice écoulé, on observe que, s'il y a des différences profondes d'une année à l'autre, dans la manifestation extérieure de la défense des intérêts corporatifs, il se dessine néanmoins une accession progressive, plus ou moins lente, selon les moments, vers la collaboration du syndicalisme médical avec les organisations publiques.

Questions syndicales locales.

La question dominante est celle du *relèvement des tarifs*. La vie est chère pour le médecin, ses impôts s'accroissent, l'auto est ruineuse : il faut donc faire monter le prix des honoraires avec le coût moyen de la vie.

De fait, beaucoup de syndicats locaux ont posé, par referendum, la question à leurs membres : quel doit être le prix de la consultation ? celui de la visite ?

Chose curieuse : alors que certains antisyndicalistes craignent l'intolérance syndicale, croyant que, lorsque tous les médecins d'une région sont syndiqués, ils vont en profiter pour imposer des prix formidables à la clientèle, les praticiens au contraire se montrent fort raisonnables : combien le malade moyen est-il capable de nous payer le prix minimum de l'acte médical ? 8 francs la consultation, 10 francs la visite : voilà la grosse majorité des réponses.

Faut-il voir, dans ces chiffres, un exemple de la tyrannie syndicale à l'endroit de nos clients ? Les mercantis de l'alimentation ont-ils, comme les médecins, le même souci de se préoccuper de la capacité de paiement du consommateur ?

Mais s'est posée, à ce sujet, une grave question : *quel doit être le prix du kilomètre parcouru en campagne* ? Doit-on, comme par le passé, augmenter le prix de la visite de celui des kilomètres effectués, tant à l'aller et au retour ? Faut-il, au contraire, envisager, avec le Dr Renon, des zones concentriques, à prix moyens et uniformes pour chacune d'elles ?

Une discussion, parfois passionnée, s'est ouverte dans les syndicats. La grande majorité de nos confrères s'est prononcée pour le maintien des anciennes habitudes de faire payer chaque kilomètre effectivement parcouru. Mais peut-être certains n'ont-ils pas tout à fait saisi le problème posé par le Dr Renon.

Lorsqu'un malade, à la campagne, fait venir à son domicile le médecin de la localité voisine, il sait quel prix il aura à payer pour le déplacement. Mais si un client profite de la présence du docteur, appelé par un autre malade de l'endroit, ou s'il l'arrête au passage, il va payer, non plus le prix de la visite avec déplacement, mais celui d'une consultation, majoré ou non.

Beaucoup de syndicats se sont préoccupés de cette question, dite *des visites de passage*, ou des tournées à jours fixes. Certains groupements les interdisent à leurs membres, en ce sens que le client doit toujours payer le prix fort, comme si le docteur s'était dérangé exprès pour eux ; d'autres syndicats les tolèrent, car ces pratiques sont entrées dans les mœurs professionnelles et médecin comme clients y trouvent leur compte.

Pourquoi, dit le Dr Renon, ne pas faire masse des visites avec déplacement ; diviser le total annuel ainsi obtenu par le nombre de malades examinés ; on obtiendrait un quotient qui serait le prix moyen de visite pour un cercle déterminé.

Ce système présente des avantages, surtout en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents agricoles : les patrons responsables et leurs assurances connaissent d'avance le prix moyen des visites avec déplacement, au lieu d'avoir à se reporter à un barème variable, selon la distance de chaque localité du domicile de chaque médecin traitant.

On pourrait également appliquer ce prix à l'assistance médicale gratuite, aux vaccinations, etc.

Mais, par contre, disent les adversaires (et les deux tiers des réponses ont été hostiles au projet) ceci constituerait un forfait, tout en incitant le médecin à visiter plus souvent le client rapproché, pour délaisser quelque peu le client éloigné, puisque le déplacement, effectué pour donner des soins à l'un ou à l'autre malade, sera toujours payé le même prix.

L'assistance médicale gratuite.

Questions de tarif encore, lorsque les syndicats médicaux locaux se préoccupent de l'augmentation *des honoraires*, votés par les conseils généraux, pour chaque département. De l'étude, constamment mise à jour par les soins du Dr Rinuy, secrétaire général adjoint de l'Union

des syndicats médicaux, il ressort que 7 départements seulement pratiquent encore le tarif à l'abonnement. Partout ailleurs, tarif à la visite.

La grosse moyenne des départements a 3 à 5 francs, pour la consultation et 4 à 6 francs pour la visite. Et les médecins se demandent toujours pourquoi, seuls parmi tous les citoyens, on les force à diminuer leurs prix, pour soins donnés aux indigents ; alors que tous les autres corps de métier ne font aucune distinction entre le client aisé ou pauvre (boulanger, boucher, charbonnier, etc.)

Signalons également la tendance qu'auraient certains départements à accorder *la demi-assistance* à des malades qui, sans être toutefois des indigents, se trouvent, par le fait de la maladie, hors d'état de payer soit leur médecin, soit leurs médicaments.

Questions d'honoraires encore, lorsque les syndicats discutent av ec les *mutualités* qui, sous le prétexte qu'elles constituent des œuvres de philanthropie, demandent au corps médical une réduction considérable sur les honoraires.

Pourquoi ne pas exiger du mutualiste la cotisation nécessaire, pour que chaque adhérent soit couvert du risque maladie qu'il encourt, véritable assurance mutuelle, au lieu de quémander constamment des secours, des subventions et des aumônes ?

D'ailleurs, il ressort des procès-verbaux des différents Syndicats, que nous avons eus sous les yeux, que, de plus en plus, s'introduit le système par lequel le médecin ignore complètement la mutualité. Le malade paye comme un client ordinaire ; mais il se fait remettre, par son docteur, une attestation, constatant qu'il doit recevoir des soins, ainsi qu'un reçu des honoraires qu'il a payés directement. A la société de faire contrôler, comme elle le désire, les allégations de ses adhérents.

Localement, les syndicats se sont préoccupés de l'organisation de l'*inspection médicale des écoles.* Pas d'organisation d'ensemble ; pas de crédits suffisants, ou même existants ; pas de collaboration entre l'administration et le corps médical. Aussi dans la plupart des villes cette inspection médicale n'existe pas ou, si elle a été organisée, elle est absolument inopérante.

Mais les syndicats médicaux, se préoccupant de la lutte pratique contre la tuberculose, pensent qu'une des premières mesures à prendre c'est de dépister la pré-tuberculose, ou les formes torpides de cette infection, chez les écoliers. Point n'est besoin d'un examen hâtif de beaucoup d'enfants, examen qui n'aboutit qu'à remplir des fiches inutiles et inopérantes.

Pour protéger efficacement la santé publique, les syndicats médicaux estiment qu'ils devraient être chargés, par les pouvoirs publics, d'organiser cette inspection médicale des écoles, à seule fin de la rendre pratique et utile.

C'est dans cet ordre d'idées, que le syndicat médical du Lot-et-Garonne a signé avec la préfecture un contrat collectif, par lequel le syndicat a le mandat d'organiser l'inspection médicale des écoles du département, ainsi qu'il l'a déjà fait pour les vaccinations antivarioliques.

Egalement le syndicat médical de Toulouse a obtenu de la ville la signature d'un contrat collectif pour l'inspection médicale des écoles.

Une quinzaine de syndicats, dans leurs comptes-rendus, signalent qu'ils sont sur le point de conclure de pareils arrangements avec les municipalités, ou que rien ne sera organisé localement sans que le syndicat médical n'ait été appelé à donner son opinion.

Ententes intersyndicales.

Les syndicats locaux éprouvent de plus en plus le besoin de se concerter pour des études, ou des actions communes. Pour discuter avec le préfet, ou avec le conseil général, il faut une entente préalable entre tous les syndicats médicaux d'un même département.

Si même un contrat collectif doit être signé pour un service départemental, celui des vaccinations, de la lutte antisyphilitique ou tuberculeuse, par exemple, il faut, en face de l'administration départementale, qu'il n'existe qu'un groupe médical : le syndicat départemental ou la fédération départementale.

D'ailleurs ces ententes au sein d'un même département existent depuis fort longtemps, surtout en ce qui concerne l'unification des tarifs pour la clientèle ordinaire. Un confrère qui exerce aux confins de deux ou plusieurs syndicats d'arrondissement, peut se trouver gêné s'il existe des différences de tarifs syndicaux locaux.

C'est cette même question des tarifs qui a incité certains groupes départementaux à former des ententes ou fédérations régionales, afin d'aplanir les difficultés de l'exercice de la médecine aux confins de plusieurs départements.

Les questions peuvent ainsi être étudiées en commun et aboutir à une organisation régionale de la médecine.

C'est ainsi que le « Bloc de l'Ouest » donne l'allure d'une puissance imposante aux yeux des pouvoirs publics, pendant que les syndicats des Charentes et du Poitou peuvent éditer , à frais communs, un journal intersyndical, imitant en cela d'autres journaux régionaux très utiles pour nos confrères de la région.

Les tarifs généraux.

Grosses discussions pour les modalités d'application du tarif Breton pour les *accidents agricoles.* Le ministre de l'agriculture, M. Chéron, fit faire, par ses représentants à la commission du tarif

Breton, une opposition, qui ressemblait beaucoup à une obstruction. Finalement, grâce à l'énergie de nos représentants, le tarif Breton fut intégralement appliqué ; mais, par arrêté, le ministre du Travail indiqua que, pour prévenir et régler amiablement les différends susceptibles de s'élever, à l'occasion de l'application dudit tarif, les parties intéressées pourront convenir soit de la constitution de commissions de contrôle et d'arbitrage, soit de la désignation d'un tiers médecin contrôleur ou arbitre.

Aussi l'Union de syndicats a-t-elle saisi immédiatement les groupes affiliés pour que localement soient désignés soit un médecin contrôleur (ceux des commissions de contrôle de soins aux mutilés par exemple), soit le secrétaire de la commission départementale en cas du contrôle d'une seule note, soit, comme arbitre, le président, ou le secrétaire du syndicat médical, soit enfin prévoir l'organisation de commissions de contrôle à créer localement.

D'ailleurs, depuis de nombreuses années, existe à Paris une commission de contrôle et d'arbitrage, qui fonctionne à la plus grande satisfaction et des médecins et des compagnies d'assurances.

Conventions collectives et contrats de travail.

A l'occasion des accidents du travail industriel ou agricole, le corps médical a contracté, tant pour la tarification des actes médicaux que pour la solution des conflits divers, qui peuvent résulter de l'application du tarif officiel.

Remarquons qu'il en est de même pour l'application de la loi sur les réformés de guerre, avec cette différence cependant que l'une des parties contractantes n'est pas une entreprise privée, comme les compagnies d'assurances contre les accidents, mais bien le gouvernement lui-même.

Ainsi le syndicalisme médical est-il arrivé à proposer, puis à obtenir une juridiction spéciale, juridiction d'exception, en ce qui concerne les conflits profesionnels relevant de l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, de celle du 15 décembre 1922, sur les accidents agricoles et du 31 mars 1919, sur les réformés de guerre.

Les commissions d'arbitrage, composées de représentants élus par chacune des parties, donnent toutes garanties d'impartialité et leurs décisions sont toujours acceptées de part et d'autre.

Les assurances sociales.

Depuis l'assemblée générale dernière de l'Union, les syndicats médicaux ont-ils abordé le problème du mode selon lequel les soins seront donnés. Egalement les journaux médicaux ont reproduit des articles, appuyés par les différents referendums qui ont pour but de faire connaître l'opinion du corps médical sur la question du « tiers payant ».

De ces discussions, émises au cours de cette dernière année syndicaliste, se détache nettement l'impression que le corps médical redoute l'intrusion d'un tiers, interposé entre le malade et son médecin.

Se considérant, à juste titre, comme les défenseurs avertis de leurs malades, les médecins entendent que le bénéficiaire futur de la loi sur les assurances sociales soit traité sur le même pied que le client plus fortuné qui, ayant les moyens de consulter le médecin de son choix, saura que ce dernier est lié par le secret professionnel.

Ce secret sera-t-il bien conservé, si le médecin de l'assuré est mis dans l'obligation de signer des feuilles de maladie, en indiquant son diagnostic ? Sera-t-il encore respecté, lorsqu'il faudra, sur les bordereaux de paiement, révéler la nature des soins qui ont été donnés, à seule fin de se faire payer les honoraires dus par la caisse d'assurance ?

Ce respect du secret professionnel implique le droit absolu, pour le malade, de choisir librement son médecin.

Tarif à la visite, bien entendu, disent encore les syndicats médicaux, car un tarif à forfait est nuisible aux bons rapports entre médecins et malades.

Mais par qui seront soldés les honoraires ?

Pas de « tiers payant », disent les uns : les malades payeront directement leur médecin comme cela se passe pour la clientèle ordinaire, quitte à ces malades à se faire délivrer des reçus par leurs docteurs aux fins de remboursement intégral ou partiel par la caisse d'assurances sociales.

Ce mode direct, sans interposition quelconque entre le client et son docteur, rencontre l'adhésion de la plupart des rédacteurs d'articles dans nos journaux professionnels. Les referendums donnent également les mêmes résultats.

Cependant, disent certains confrères, nous savons que le législateur ne tient pas à donner beaucoup d'argent à l'assuré, craignant que ces sommes ne soient détournées de leur véritable destination. Le projet de loi prévoit le maximum de prestations, non en argent, mais en nature et les soins médicaux sont de ce nombre.

Aussi, que se passera-t-il si le corps médical se trouve en présence d'une loi qui, une fois votée, s'opposera au paiement direct du médecin par son malade ? Il est utile de prévoir un mode de contrat collectif de travail, contrat passé entre le syndicat médical local et la caisse d'assurances locales. Ce contrat devra préciser la manière dont les soins seront donnés, le tarif de la rémunération des divers actes médicaux.

De plus, disent les défenseurs du contrat collectif, il sera facile d'organiser les commissions mixtes d'arbitrage devant, d'une part, exercer un contrôle sur les actes professionnels, et, d'autre part, connaître des conflits qui pourraient surgir entre les diverses parties en cause.

Non, répondent les adversaires du tiers payant, point n'est besoin de contrôle du médecin : ce dernier est surveillé par son malade, lorsque celui-ci rémunère directement son docteur. Libre à la caisse de faire exercer une surveillance sur ses assurés qui se disent malades et se prétendent en traitement.

Alors que nous voyons les uns invoquer des précédents, avec l'organisation de soins, soit pour l'assistance médicale gratuite, soit pour les accidents du travail industriel ou agricole, soit enfin pour les mutilés de guerre, les adversaires montrent que tous ces clients ne constituent qu'une infime partie de la clientèle habituelle, alors que les assurances sociales vont englober la majeure partie des malades de la classe ouvrière et moyenne.

La prochaine assemblée générale de l'Union se trouvera, encore une fois, devant ce problème, alors que le principe du contrat collectif semblait acquis par les votes des années précédentes.

Le médecin est amoureux de sa liberté : il craint toute entrave apportée au libre exercice de sa profession et il invoque les précédents fâcheux des docteurs divers, qui, ayant trop de malades à examiner, font de mauvaise besogne sociale.

Aussi, disent encore certains, supprimons le petit risque : celui-ci restera à la charge de l'assuré ; la caisse d'assurances sociales n'interviendra que pour la maladie obligeant à une interruption de travail de plus de quatre jours.

Non, disent les opposants à ce système : l'assurance sociale entend être non seulement une loi de cure et de guérison de malades, mais aussi une loi de préservation sociale. Comment dépister la maladie, bénigne au début, mais devenant grave si on la néglige ?

Bien au contraire, l'ouvrier, le bénéficiaire de la loi sur les assurances sociales, doit pouvoir avoir la faculté et la facilité de consulter, car il ignore si sa maladie est bénigne ou non.

De plus par analogie avec ce qui se passe pour les accidents du travail, les incapacités temporaires étant toujours supérieures à dix jours, pour permettre le remboursement des quatre premieres journées, ne serait-il pas à craindre que le malade n'exagère ses symptômes, justement pour échapper au « petit risque » non couvert et simuler ainsi une affection plus grave ?

Quoi qu'il en soit, adversaires ou défenseurs du contrat collectif avec ou sans tiers payant, se préoccupent surtout de la répercussion que la loi future aura sur l'exercice professionnel de la médecine. Le docteur aura-t-il tendance à se fonctionnariser ? fonctionnaire dépendant de la caisse d'assurances, ou du syndicalisme médical? Sera-t-il, au contraire, tout en conservant sa liberté professionnelle et scientifique, obligé de moderniser ses méthodes actuelles de diagnostic et de traitement ? En face des médecins libres, ne serait-il pas à craindre l'organisation de maisons de cure et de diagnostic, créées par les caisses d'assurances et dirigées par des médecins appointés à forfait ?

La mutualité a échoué, dans ses tentatives, faute d'argent ; en serait-il de même pour les caisses d'assurances qui, si les prévisions actuarielles se réalisent, auront des sommes considérables à gérer, soit en les dépensant pour guérir leurs assurés, dans le minimum de temps, soit en faisant des placements immobiliers, par cette création de maisons de cure et de diagnostic ?

La « prise en charge » de la médecine par les syndicats médicaux sera peut-être la vérité dans un avenir très proche et obligera le médecin à ne plus se cantonner dans un individualisme ancestral, pour envisager une médecine plus collective, en collaboration avec les confrères. Ceux-ci, grâce au syndicat, ne seront plus les concurrents, les adversaires abhorrés, mais bien les collaborateurs d'une tâche sociale commune : celle de guérir et de prévenir les maladies.

Déontologie. Le conseil de l'Ordre.

Utopie, me dira-t-on : *medicus medici lupus.* D'autant que le syndicat, malgré ses qualités moralisatrices, ne sera jamais obligatoire.

D'accord, répond l'Union des syndicats médicaux ; mais nous entendons rendre le syndicat indispensable par intérêt : il donnera de tels avantages qu'il sera impossible de rester à l'écart de ses confrères.

Laissant de côté les tractations collectives de travail, nous citerons ici les travaux d'une commission instituée par l'Union des syndicats, aux fins d'étudier les modalités d'organisation d'une juridiction professionnelle. Cette commission a eu plusieurs séances ; elle a envisagé les justices d'exception existant dans d'autres professions ; elle a recherché l'utilité de l'application d'une discipline professionnelle médicale et surtout la possibilité de faire exécuter et respecter les sentences prononcées contre un délinquant.

Résultat : les syndicats vont être consultés et appelés à donner leur opinion sur ce qu'il faut entendre par morale professionnelle, c'est-à-dire en quoi doit consister la déontologie, grâce à la rédaction d'un code professionnel.

En second lieu, comment faire respecter les règles de ce code de déontologie avec les pouvoirs que donnent les lois du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, sur les syndicats profes-

sionnels et enfin par l'utilisation des tribunaux de droit commun ?

Si ces moyens de coercition et de moralisation étaient jugés insuffisants, on étudierait de quelle manière et en quels termes il faudrait demander au Parlement la modification de la loi du 30 novembre 1892, pour instituer une juridiction professionnelle médicale rendue obligatoire pour tous ceux qui voudraient exercer l'art de guérir.

Exercice illégal de la médecine.

Ce chapitre de la déontologie nous conduit à parler des luttes toujours menées contre les illégaux et empiriques, qui abusent de la crédulité publique. Malheureusement, la loi du 30 novembre 1892 est ancienne ; ses sanctions sont bien faibles, pour ne pas dire illusoires; la justice est lente, bien lente, surtout lorsque l'adversaire fait défaut, opposition au défaut, appel et pourvoi en cassation : cela représente plusieurs années, pendant lesquelles l'illégal continue son fructueux métier, alors qu'il sait que sa condamnation sera de 50 à 100 francs d'amende. Mais il aura eu le plaisir de faire faire des frais au syndicat poursuivant. Est-il condamné à des dommages-intérêts qu'il s'empresse de déguerpir sans payer.

Aussi l'Union des syndicats, faisant revivre l'ancien Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, créé et si bien dirigé par notre ami Levassort, centralise, par un système de fiches, toutes documentations sur les différents illégaux de France.

Il sera dès lors plus facile de retrouver la trace d'un empirique condamné, de même qu'on aura la possibilité d'organiser la répression systématique d'un délit, bien plus nuisible à la santé publique qu'aux intérêts des médecins.

Encore une fois, en luttant contre l'exercice illégal de la médecine, les syndicats médicaux se posent moins en défenseurs d'un intérêt corporatif plus ou moins égoïste, qu'en champions des pauvres malades, abusés et grugés par une réclame éhontée, qui s'étale partout, principalement dans les colonnes des journaux politiques qui sont entre toutes les mains.

Révision des statuts de l'Union.

Mais, pour mener à bien cette besogne coordonnée de tous les syndicats, deux problèmes se posent.

Comment un syndicat local doit-il s'organiser, pour que son secrétariat fonctionne véritablement ? pour que la besogne syndicale soit faite ? pour que tous les syndiqués puissent véritablement donner leur avis, au lieu de ne former qu'une masse moutonnière, désireuse de quitter la salle des délibérations, pour passer dans celle du banquet ? comment rétribuer tous les services rendus ? car tout travail mérite salaire.

En second lieu, comment organiser des ententes intersyndicales ? entre syndiqués habitant des régions limitrophes, mais séparés par les divisions administratives départementales.

Comment provoquer le travail régional, lorsque les syndicats locaux estiment utile ce mode de groupement ? Mais aussi, comme corollaire, y a-t-il lieu d'imposer, au sein du conseil de l'Union, cette même représentation régionale ?

Une commission s'est mise à l'étude et soumettra une partie de son travail à la prochaine assemblée générale.

Lutte contre la syphilis et la tuberculose.

Le *Médecin syndicaliste* a publié dans deux numéros spéciaux de cette année quelles sont les conceptions de l'administration au regard de celles des syndicats médicaux.

Est-il utile d'organiser de nombreux dispensaires sociaux, ouverts à tout venant, qui y trouvera diagnostics, soins et traitements ? Ces organisations doivent-elles comporter des médecins fonctionnaires, nommés par l'administration, selon un statut spécial ?

Faut-il, au contraire, demander la collaboration du corps médical local, lequel trouvera, au dispensaire, non plus une concurrence, mais une aide précieuse pour le dépistage et le diagnostic des maladies ?

Au dispensaire le soin de faire des examens de laboratoire, des radioscopies, des mensurations que le médecin praticien ne peut exécuter chez lui, faute d'instrumentation nécessaire.

Au médecin spécialisé du dispensaire de faire un diagnostic, en collaboration avec le médecin traitant.

Le traitement sera toujours fait par ce dernier avec les médicaments fournis, s'il y a lieu, par le dispensaire, traitement au tarif local de l'assistance médicale gratuite, si le malade est indigent ; au tarif normal, dans tous les autres cas.

Signalons qu'au cours de cette dernière année des tentatives locales de collaboration ont été instituées.

Le Lot-et-Garonne a signé un contrat collectif avec le comité départemental, pour la lutte contre la tuberculose, contrat extensible à la lutte contre la syphilis et contre le cancer.

Tentative semblable dans les Deux-Sèvres, mais sans succès, avec tarif de l'A. M. G. pour les indigents et libre choix du médecin traitant.

Dans l'Aisne, tous les médecins concourent au service antisyphilitique : les médicaments leur sont fournis gratuitement, mais à la condition de justifier qu'ils n'ont servi que pour des malades nécessiteux.

Projet analogue dans le Loiret et dans l'Ille-et-Vilaine.

Des syndicats médicaux de ville ont également passé des contrats collectifs pour la lutte contre

la syphilis : Rochefort, Saint-Pol, Tarbes, Cholet, Honfleur.

Commissions de contrôle.

C'est toujours un souci de déontologie qui fait réclamer, pour un syndicat, le droit d'affirmer la parfaite honorabilité de ses membres, et qui a conduit les groupes professionnels médicaux à provoquer la création de commissions mixtes devant, soit faire du contrôle, soit arbitrer des notes d'honoraires litigieuses.

Nous nous souvenons tous que c'est le syndicat des médecins de Marseille qui, le premier, a eu le courage de se désolidariser publiquement avec les médecins, qui, plus tard, comparaissaient sur les bancs de la correctionnelle,

Et maintenant, nous assistons à ce fait bien caractéristique : les représentants de l'Union des syndicats médicaux sont écoutés à la commission des accidents du travail. Ils peuvent faire établir un tarif applicable aux accidents de l'industrie et du travail agricole, comme ils ont la possibilité de faire établir une sorte de jurisprudence, pour l'interprétation des cas litigieux.

Aussi les conflits sont de moins en moins nombreux, qui doivent être portés devant les tribunaux. Les consultations, données par le Dr Decourt, sont publiées dans le *Médecin syndicaliste* comme dans le *Concours médical* et forment une sorte de recueil jurisprudentiel, auquel chaque praticien se reporte, lorsqu'il est embarrassé pour une application du tarif Breton.

D'autre part, les secrétaires des commissions départementales de contrôle pour les réformés de guerre se sont réunis pour échange de vues ; le secrétaire de la commission supérieure de contrôle a même fait paraître dans le *Médecin syndicaliste* un copieux rapport précisant un certain nombre de points ; ce qui permet aux centres locaux d'avoir, non pas des jugements tout faits, mais des directives leur servant d'inspirateur, de guide dans l'interprétation de certains cas particuliers.

Rappelons le bon travail effectué par la commission mixte d'arbitrage du département de la Seine, entre syndicats médicaux et délégués des assurances contre les accidents du travail.

Ainsi, par ces commissions d'arbitrage s'établit une juridiction d'exception, rappelant quelque peu celle des prud'hommes et qui donne les meilleurs résultats.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Cette année, le Dr Rinuy, délégué officiel de l'Union des syndicats médicaux, a pu siéger officiellement au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Disons que, dans beaucoup de milieux étrangers à notre profession, on s'imaginait trop facilement que, parce qu'un docteur en médecine siégeait dans une commission, il représentait le corps médical.

Il a fallu beaucoup de temps et de persévérance pour démontrer que, quelle que soit la compétence de ce confrère, il ne représentait que sa seule personne et ses seules idées : il n'y y a que le délégué officiel de l'Union des syndicats médicaux, dûment mandaté par elle, qui puisse se dire le représentant du corps médical organisé.

Notre collègue Rinuy a de suite fait de bonne besogne au conseil supérieur et le *Médecin syndicaliste* a publié son rapport très documenté, en ce qui concerne l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite dans le département de la Seine, ainsi que le vote de ses conclusions par la section permanente du Conseil supérieur.

Egalement, dans le *Médecin syndicaliste* et dans le *Concours médical*, l'enquête pour l'organisation et l'existence actuelle de maisons de santé à bon marché, qui seraient créées par des hospices et hôpitaux locaux, en faveur de malades demi nécessiteux.

Conclusions.

L'utilité du syndicalisme médical n'est plus à démontrer et l'année qui vient de s'écouler le prouve surabondamment. Intérêts locaux défendus, souvent même résolus par les syndicats locaux; questions départementales étudiées par la fédération départementale et aboutissant soit à un contrat collectif, soit à un accord amiable ; intérêts généraux, communs à tous les médecins de France, défendus par l'Union.

Est-il matériellement possible de calculer les sommes considérables que le syndicalisme médical a obtenu, en faveur de la profession, en ce qui concerne les accidents du travail, par le tarif Breton ? Ce même tarif devient applicable pour les accidents agricoles grâce à l'Union des syndicats médicaux. Par le tarif pour les réformés de guerre, tarif qui n'est pas de famine, comme pour l'assistance médicale gratuite, par exemple, parce que l'Union des syndicats a pu démontrer que presque tous les médecins sont syndiqués et par suite, justiciables du conseil de famille syndical.

L'utilité de l'Union ne se traduit-elle pas également par la documentation syndicale et professionnelle qu'elle accumule ? La parution du « Répertoire » fut une innovation heureuse et utile. Un haut fonctionnaire administratif me témoignait, il y a peu de temps, son étonnement de voir les syndicats médicaux avoir fait tant de travaux, alors que l'administration ne s'en doutait seulement pas.

Cette documentation permet de guider les syndicats locaux dans toutes les entreprises professionnelles qu'ils peuvent tenter pour amé-

liorer la situation morale et professionnelle de leurs adhérents.

Utilisation du syndicalisme médical : elle existe justement dans cette représentation officielle de la corporation. A la Faculté de médecine ,le soin de lever très haut l'étendard de la science médicale ; aux syndicats, le devoir de défendre la profession, en montrant que nos intérêts sont intimement liés à ceux des malades et de la santé publique.

Utilisons les syndicats, comme nous avons continué à le faire en 1923-24, pour entamer des pourparlers avec les collectivités publiques, ou privées, pour contracter, pour arbitrer, pour juger même. Ce qu'un médecin isolé ne peut, ou n'ose faire, la personne morale du syndicat, plus anonyme, aura la possibilité de l'accomplir.

A l'Union de concerter les grandes études collectives des syndicats , de recueillir les résultats des différents referendums, cependant que le *Concours médical,* se plaçant sur un plan différent, entretient la discussion hebdomadaire, provoque l'agitation sur certaines conceptions, accueille toutes les opinions : ainsi préparés, les syndiqués peuvent, en assemblée générale locale, aborder les discussions de toutes les questions professionnelles et, par le canal de leur secrétaire, adresser au Conseil de l'Union les résultats de l'opinion syndicale d'un département, ou d'une région.

Utilisation du syndicalisme médical encore, en préparant, comme on le fait pour 1925, de grandes assises professionnelles ; seuls, les gens qui s'intitulent spécialistes en quelque chose, en tuberculose, par exemple, ne doivent pas accaparer la lutte sociale contre les fléaux. Le monde des praticiens, par ses syndicats, entend également donner son avis sur la protection de la santé publique.

Et puisque, dans certains congrès, des paroles regrettables ont été prononcées par des « savants », les praticiens que nous sommes, organisent à leur tour, pour 1925, un congrès de la tuberculose, dans lequel les conceptions pratiques et les moyens de lutte, envisagés par les docteurs, sans titre officiel, mais qui, chaque jour, vivent au chevet des malades, seront comparés aux discours pompeux et verbeux d'hommes bien intentionnés, certes, mais mus par des directives administratives élaborées, non chez le malade, mais dans le silence des cartons verts d'un bureau d'administration.

Est-ce encore une bonne utilisation du syndicalisme médical, que cette collaboration dernière aux « *journées médicales de Toulouse* » ? Praticiens syndiqués ont travaillé côte à côte avec les maîtres de la Faculté et des hôpitaux, dans une commune collaboration professionnelle.

L'année, qui vient de s'écouler, prouve que le syndicalisme entre franchement dans sa voie nouvelle : se préoccuper bien moins des intérêts immédiats de la profession qu'apporter aux pouvoirs publics de tous ordres une collaboration étroite, mais pratique, parce que vécue chaque jour, en vue de la santé publique et de l'amélioration des conditions d'existence de nos concitoyens.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'indemnité maladie.

J'écris ici pour ceux qui ignorent, pour les jeunes générations médicales qui n'ont pas assisté aux temps héroïques de nos œuvres, pour lesquels les noms de Cezilly et de Jeanne ne rappellent rien : il faut bien les instruire, car chaque année accroît leur nombre et nous devons nous mettre en communauté d'idées avec eux comme nous l'avons été avec leurs prédécesseurs.

Il y a bien longtemps que les sombres conséquences d'une incapacité de travail prolongée chez le médecin, qui n'a que son travail pour vivre, ont frappé les apôtres de la prévoyance confraternelle qui nous ont précédés. Notre vieille Association générale avait été sollicitée d'étudier cette question, mais elle avait répondu par un *non possumus*, aussi les médecins prévoyants, impatients de venir en aide aux affligés de la profession, se tournèrent d'un autre côté.

C'est ainsi que les Drs Gallet et Lagoguey organisaient pour le département de la Seine la société qui porte leur nom. C'est ainsi que Cézilly, lassé de supplier vainement l'A. G. de faire la même chose pour ses adhérents, aidé du concours de Gassot, de Maurat et de Jeanne, créa en 1894, l'*Association amicale des médecins français.* Mais, voulant faire œuvre sérieuse et durable, il s'assura les conseils d'un actuaire, M. Léon Marie, et tous les cinq mirent sur pied des statuts et des barèmes qui depuis ont évidemment été plusieurs fois retouchés et améliorés, mais dont les clauses fondamentales forment encore la base de notre société actuelle.

Le but était de donner au praticien, cloué au lit par une cause pathologique quelconque, une somme journalière qui l'indemnisât, non pas du fait d'être malade ou blessé (cela est l'affaire des compagnies d'assurances et répond à d'autres fins) mais du fait

de ne plus pouvoir exercer sa profession et d'être obligé de passer la main à un confrère ou à un remplaçant.

Les fondateurs voulaient en même temps éviter que cette indemnité ne devînt une prime à la paresse et au truquage : il fallait donc que le taux alloué fût inférieur au gain normal et cependant assez élevé pour être de quelque secours, payer le remplaçant par exemple. — A cette époque bénie, tout le monde fut d'accord pour fixer ce taux à dix francs par jour. — Mais ils estimèrent qu'une incapacité morbide se prolongeant au delà de deux mois ne pouvait être indemnisée au même prix sous peine, ou bien de demander des cotisations trop élevées, ou bien de se trouver aux prises avec des difficultés qui auraient risqué de faire tomber la société : il fut donc décidé qu'au delà du 60e jour de maladie et jusqu'à la fin, l'indemnité deviendrait mensuelle et serait de cent francs par mois — l'avenir devait démontrer la sagesse de cette mesure.

Pour faire face au service des indemnités, il fallait établir un barème de cotisations constantes mais variables avec l'âge d'entrée des sociétaires. M. Léon Marie, ne disposant pas d'une table de la morbidité médicale, s'appuya sur les données qui lui semblaient pouvoir convenir au Corps médical et fit ses calculs en réduisant le résultat autant qu'il était possible ; Cézilly l'empêcha même de prévoir les frais de gestion, ce qui était une erreur, car il y a toujours et il ne peut pas ne pas y avoir des frais de gestion qui fatalement s'accroissent avec le développement de la société.

Mais cette réserve faite, les calculs de Léon Marie étaient si justes que, pendant plus de vingt ans, ils furent capables d'assurer le service des indemnités et qu'il fallut la guerre, la révolution économique et fiscale à laquelle nous assistons pour que ces cotisations fussent devenues insuffisantes. Un inventaire très serré, fait par M. Fleury, qui avait remplacé M. Léon Marie, remit les choses au point : grâce à une élévation très supportable des cotisations et l'adjonction indispensable de frais de gestion, il est certain que le service des indemnités sera assuré dorénavant en même temps que se trouveront amortis les frais de gestion des premières années.

Il faut croire que la création de l'« Amicale » répondait à un besoin réel puisque, à la veille de la guerre, après vingt années d'existence, elle avait recruté 2.000 membres. D'ailleurs, à la suite de circonstances sur lesquelles il serait inutile et trop long d'insister, l'Amicale avait étendu son champ d'action et créé une combinaison de retraites à 65 ans destinée à donner une pension de droit aux confrères qui ne seraient plus couverts par l'indemnité maladie dont l'action cessait à 65 ans.

D'autre part, comme il fallait faire face à de nouveaux desiderata, on créa une combinaison retraites à 60 ans, puis une combinaison pensions aux veuves et aux orphelins. C'est alors que notre vieille « Amicale » dut changer son nom et prendre celui actuel de *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français.*

Notre société a perdu, du fait de la guerre, plusieurs centaines de membres, plusieurs dizaines de milliers de francs de cotisations, beaucoup d'argent sur le revenu de ses valeurs, et cependant, elle a pu faire face à tous ses devoirs, à tous les besoins de ses membres : c'est là peut-être la plus belle preuve de sa solidité et de la sagesse de son administration financière.

Je tiens à dire aussi, et cela pour dissiper une erreur trop commune même parmi ses membres, que la Mutualité familiale n'est pas une compagnie d'assurances, qu'elle n'a pas de capital à rémunérer, pas d'actionnaires, qu'elle est une société de secours mutuels libre, régie par la loi de 1898.

Elle est dirigée par un Comité d'administration exclusivement composé de médecins et nommé par l'Assemblée générale ; un conseil d'arbitrage est prévu pour étudier et solutionner les litiges qui pourraient survenir entre la société et ses membres ; un Conseil de commissaires des comptes, nommé également par l'Assemblée générale, surveille la gestion financière.

Elle reste, en un mot, une mutuelle exclusivement médicale, foncièrement confraternelle et amicale (pour lui rendre son ancien titre) ; tous les sociétaires sont des amis, des camarades et les meilleurs rapports n'ont jamais cessé de régner entre eux.

La Mutualité familiale, je l'ai dit, accorde l'indemnité à tout sociétaire qu'une maladie ou un accident met dans l'impossibilité complète de soigner ses clients : comme il s'agit d'indemniser l'incapacité et non la morbidité, il n'y a pas d'indemnité même réduite pour incapacité partielle.

Cette indemnité commence à courir à partir du 5e jour de l'incapacité de travail : elle est journalière pendant 60 jours et mensuelle au-delà, quelle que soit la durée de l'incapacité de travail.

Cette indemnité est, au gré des sociétaires :

journalière de 10 francs et mensuelle de 100 francs ;
journalière de 20 francs et mensuelle de 200 francs ;
journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs ;

Pour faire partie de la société, il faut signer un bulletin d'adhésion et passer un examen médical. Le secrétaire général constitue le dossier et le soumet au Conseil d'administration qui statue dans ses séances trimestrielles.

En cas de maladie ou d'accident, le sociétaire prévient le secrétaire général et lui envoie un certificat signé du confrère qui lui donne ses soins. Le secrétaire général constitue pareillement un dossier et le soumet au Conseil d'administration, qui statue dans ces mêmes séances.

Dans la huitaine, le trésorier envoie, nette de tous frais, l'indemnité qui a été allouée.

Confrères,

Sachez que, le jour où vous y penserez le moins, vous pouvez être atteints — je pourrais dire que vous serez sûrement atteints — par la maladie, que celle-ci vous arrêtera pour un temps plus ou moins long, sinon d'une manière définitive, et assurez-vous l'indemnité que nous pouvons vous donner.

Vous croyez que j'exagère ? — Lisez la lettre suivante à laquelle je me reprocherais de changer un seul mot :

Mon cher confrère,

Je ne voulais pas m'avouer vaincu, mais le mal est plus fort que moi et je suis obligé de capituler. Dès demain, je cesse à nouveau mes visites au dehors pour ne donner que quelques consultations et, à la fin du mois, j'abandonne totalement l'exercice de ma profession et transmets toute ma clientèle à un jeune confrère que je m'efforcerai de faire entrer à la Mutualité Familiale.

Dès ce jour, hélas ! je deviens une charge définitive pour elle et jusqu'au jour de ma mort ! D'avance je lui adresse mes remerciements pour le secours qu'elle va me continuer dans ma nouvelle vie et dans l'existence de gêne qui m'attend.

Combien je me félicite d'avoir été prévoyant et d'être, il y a vingt ans, devenu membre de la Mutualité familiale ! Cent francs par mois, par les temps où nous vivons ce n'est pas beaucoup — possible ! mais c'est toujours cela et lorsque chaque trimestre, arrivera la quittance de mon loyer, je serai heureux d'avoir pour m'aider à la payer les 300 francs que je recevrai par votre intermédiaire.

Quelle bonne œuvre que notre Mutualité Familiale ! Les jeunes confrères devraient bien, eux que la maladie ne menace pas encore, être pénétrés de cette idée et s'assurer, grâce à elle, des secours pour l'avenir qui peut, plus tôt qu'ils ne le pensent, leur apporter la misère avec la maladie.

Dr C.

Voilà un confrère qui touche à peine la cinquantaine et qui se trouve immobilisé à jamais — pas le moindre espoir d'amélioration — il a lutté tant qu'il a pu, mais, comme il le dit lui-même, il doit capituler en dépit des peines et des privations que lui réserve son existence désormais inactive. Ce n'était certes pas l'avenir qu'il entrevoyait, quand il y a vingt ans, il donnait son adhésion à la Mutualité familiale.

Et combien d'exemples semblables je pourrais citer !

Sans doute, dirons-nous avec notre confrère, l'indemnité de cent francs par mois est peu de chose, mais c'est encore quelque chose, et maintenant les adhérents nouveaux peuvent doubler, tripler cette indemnité...

Confrères qui êtes jeunes, qui êtes pleins de vie, écoutez le conseil de ce pauvre malade, qui, lui aussi, a été jeune, qui, lui aussi, a eu vos espérances, qui, lui aussi, a cru dans l'avenir, et qui, désillusionné, se félicite d'avoir eu un instant de sagesse et d'avoir, alors que la chose lui était facile, fait acte de prévoyance. Regardez autour de vous : il est impossible que vous ne trouviez pas des exemples semblables de confrères que la maladie terrasse avant l'âge et qui, après avoir eu une situation sinon brillante du moins très sortable, se trouvent, du jour au lendemain, eux et leur famille, plongés dans la gêne, dans la misère.

Dites-vous que vous avez sous la main, dans la Mutualité familiale, une œuvre de prévoyance essentiellement confraternelle qui, dans la mesure du possible, vous garantit contre les effets de la maladie et de la vieillesse, qui vous permet d'envisager l'avenir avec plus de sécurité. Et surtout, ne remettez pas à plus tard.... il pourrait être trop tard.

Nous sommes 1.800 membres inscrits aux combinaisons-maladie ; nos réserves au 31 décembre dernier étaient de 760.000 francs ; nous payons, chaque trimestre, environ 30.000 francs d'indemnités.

Voici, pour terminer, le tableau des cotisations annuelles selon les divers âges d'entrée. L'âge d'entrée est celui que l'on a eu ou que l'on aura au cours de l'année d'admission.

Les frais de gestion, qui sont de 10 %, s'ajoutent aux chiffres ci-dessous.

Age d'entrée	Indemnité de 10 francs	de 20 francs	de 30 francs
25 ans	68 fr.	148 fr.	223 fr.
26 —	69 »	151 »	227 »
27 —	71 »	154 »	232 »
28 —	72 »	157 »	237 »
29 —	73 »	160 »	241 »
30 —	75 »	163 »	246 »
31 —	77 »	166 »	251 »
32 —	78 »	170 »	256 »
33 —	80 »	174 »	262 »
34 —	82 »	178 »	268 »
35 —	84 »	182 »	274 »
36 —	86 »	187 »	282 »
37 —	88 »	192 »	289 »
38 —	91 »	197 »	297 »
39 —	93 »	202 »	304 »
40 —	96 »	208 »	313 »
41 —	98 »	213 »	321 »
42 —	101 »	219 »	330 »
43 —	104 »	226 »	341 »
44 —	107 »	232 »	350 »
45 —	110 »	239 »	360 »

La limite d'âge d'entrée est 45 ans.

Je n'ai voulu parler aujourd'hui que de l'indemnité maladie, mais la Mutualité familiale sert aussi des pensions de retraite à 60 ou 65 ans et des pensions aux veuves. Je m'empresserai de donner tous détails et toutes explications aux confrères qui voudront bien m'écrire ou m'envoyer le bulletin de demande de renseignements qu'ils trouveront à la page 2644.

H. MIGNON.

UN COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LA PRÉHISTOIRE DE NOTRE PAYS

L'antiquité de l'homme et des civilisations. — La France est un des foyers les plus anciens et sans doute le plus complet des arts et des industries primitives. — Le centre préhistorique des Eyzies dans la vallée de la Vézère. — Au pays des Mégalithes : Menhirs, Alignements. Cromlechs. Dolmens, Allées couvertes, Kyst-Vens, Tumulus et Galgals. — La superposition et la continuité des civilisations dans les mêmes lieux.

Necdum res igni scibant tractare, neque uti
Pellibus et spoliis corpus vestire ferarum,
Sed nemora atque cavos montis silvasque colebant,
Et frutices inter condebant squalida membra
Verbera ventorum vitare imbris que coacti. (1)

LUCRÈCE.

Imprégnés par notre éducation classique des légendes et des traditions sémitiques, nous avons appris, dès notre enfance, à placer en Asie le berceau de l'humanité et à faire de l'Asie-Mineure le foyer des premières civilisations. Il est vrai, en effet, qu'en Haute-Egypte, en Palestine, en Elam, en Chaldée, d'importantes industries néolithiques se sont développées plusieurs milliers d'années avant l'époque probable de celles que l'on a constatées en Europe occidentale et par conséquent dans notre pays. Mais que comptent 10 et même 20.000 années dans la période d'évolution de l'humanité, si, comme paraît le démontrer la découverte des éolithes du Puy de Courny, du Puy de Boudieu, dans le Cantal, de Thenay dans le Loir-et-Cher, d'Otta en Portugal et enfin d'Ipswich (Suffolk en Angleterre), l'origine de l'homme remonte à la période géologique tertiaire, peut-être même avant le pliocène. Ce serait alors à plus de 200.000 ans qu'il faudrait remonter. Remarquons que ces gisements, comme ceux de Mauer, près Heidelberg, et de Pitdown, près de New-Haven, où l'on croit avoir mis à jour les ossements humains les plus anciens, sont en Europe occidentale.

Il est vrai que, depuis la découverte que fit le docteur hollandais Dubois au Trinil, dans l'île de Java, de la calotte crânienne, du fémur et de quelques molaires du Pithecanthropus erectus, d'autres recherches en Insulinde et en Asie centrale ont fait constater des ossements attribués à l'homme tertiaire. Il serait donc aussi oiseux de discuter quel fut le berceau de l'humanité que d'affirmer qu'il y en eut plusieurs ; ce serait ouvrir à nouveau la querelle des monogénistes et des polygénistes, querelle jusqu'à nouvel ordre stérile. Contentons-nous donc de constater ce que l'on peut observer.

Or, depuis un peu moins d'un siècle que Boucher de Perthes a jeté les bases de la Paléontologie humaine, cette science a fait de considérables progrès. Elle a fait remonter très haut les fouilles des archéologues. L'Histoire s'est prolongée dans la nuit des temps et avant la Protohistoire, l'on a trouvé les éléments documentaires suffisants pour écrire une Préhistoire.

Ces sciences nouvelles, nées en France, y ont pris leur essor et s'y développent de plus en plus, car il n'est pas de pays au monde où l'on puisse trouver à leur sujet une documentation aussi riche et aussi variée.

Depuis l'origine de l'homme, depuis l'époque pliocène à la fin de la série géologique tertiaire, le sol français n'a cessé d'être habité et l'on trouve sur tout le territoire de notre pays les vestiges des industries et des civilisations qui *sans interruption* s'y sont succédées.

Aux environs d'Aurillac (Cantal), à Chelles (Seine-et-Marne), à St-Acheul (Somme), au Moustier (Dordogne), à Aurignac (Haute-Garonne), à Solutré (Saône-et-Loire), à la Madeleine (Dordogne), à la Fère-en-Tardenois (Marne), à la Tourasse (Haute-Garonne) et au Mas d'Azil (Ariège), l'on a pu suivre époque par époque, nous allions dire année par année, le développement des industries humaines pendant toute la période quaternaire, pendant toute la partie ancienne de l'âge de pierre que l'on a dénommée le Paléolithique.

Le Néolithique qui lui a succédé au début de l'ère actuelle, a pu être étudié à Campigny (Seine-Inférieure) et enfin aux pieds des mégalithes, dans les tumulus qui fourmillent en Bretagne et que l'on retrouve dans tout l'Ouest et le Centre de la France et des pays occidentaux d'Europe et du Nord de l'Afrique.

I. LE CENTRE DES EYZIES ET LA VALLÉE DE LA VÉZÈRE.

Chacun des gisements que nous venons d'énumérer depuis Chelles jusqu'à Campigny marquent une étape dans l'évolution de la civilisation humaine. Sans doute, les races qui se sont succédé ont varié et paraissent avoir été souvent disparates, mais souvent aussi elles se sont fondues et en tous cas, dans bien des régions, elles se sont superposées, parfois exactement sur le même sol. Une de ces régions où l'on peut avec le plus de fruit étudier sur place la Préhistoire et dans tous ses détails, depuis les origines chelléennes, jusqu'à notre époque, est la vallée de la Vézère dans le département de la Dordogne, à quelques kilomètres autour du bourg de Eyzies-de-Tayac.

Le village des Eyzies est la capitale de la Préhistoire en France et son Musée local, si richement

(1) Ils (les hommes primitifs) ne savaient encore ni traiter les objets par le feu, ni utiliser les peaux de bêtes et se vêtir de leurs dépouilles. Mais ils se réfugiaient dans les bois, les cavernes, les montagnes et les forêts. Ils abritaient leurs corps rudes et souillés sous des branchages pour se protéger de la violence des vents et de la pluie. LUCRÈCE. (*De Rerum Natura*, liv. V).

et si bien classé, œuvre de l'instituteur M. D. Peyrony qui a consacré toute sa vie à fouiller cette région, est le centre d'études de Paléontologie humaine le plus intéressant et le plus riche.

L'homme tout à fait primitif et sauvage, l'*homme de Chelles*, a habité à quelques kilomètres des Eyzies au Moustier et à La Ferrassie. Vivant sous un climat presque tropical, contemporain de l'éléphant méridional, connaissant probablement déjà le moyen de faire du feu, il fabriquait des silex taillés, s'armait de coups de poings en pierre, se servait de pointes, de racloirs, de perçoirs en silex.

Bien des siècles plus tard, tout à fait dans la même région, à Tayac, l'homme de Chelles fait place à une race nouvelle, semblable à *la race de Néerdenthal* qui vivait dans la Rhur et à celle de Spy en Belgique. Le climat de la région était devenu plus froid et l'homme trouvait un refuge dans des abris sous roches et les cavernes qui abondent sur les bords de la Vézère. Contemporain du mammouth et du rhinocéros, il fabriquait des instruments plus soignés, identiques à ceux qui furent découverts en si grand nombre à *St-Acheul.*

Le froid s'accrut progressivement dans la région, le lion, l'ours, le tigre, le cheval, le bœuf, le bison, le bouquetin vinrent s'adjoindre au mammouth, la même race d'hommes, celle de Néerdenthal au crâne allongé (dolichocéphale), de petite taille (1 m. 50), habitait toujours la région, au *Moustier.*

L'homme du Moustier s'était singulièrement civilisé. Ses instruments,plus soignés, se composaient de couteaux et de pointes ; il utilisait les os ; il devenait d'artisan artiste car c'est à cette époque qu'il essayait de graver des figures dans le rocher. Le sentiment religieux commença à poindre, il construisit des sépultures orientées de l'Est à l'Ouest et, dans la grotte de La Chapelle-aux-Saints dans le département voisin de la Corrèze, MM. Bardon et Bouyssonie ont eu la rare fortune d'exhumer un squelette bien conservé.

Des siècles s'écoulèrent, et le froid sec succéda au froid humide, les cavernes et les abris sous roches de la Vézère donnèrent asile à une race toute différente, à la race *Aurignacienne.* Bien que toujours dolichocéphale, son crâne était plus développé, comme l'on put s'en rendre compte en exhumant le crâne de Combe-Capelle et celui du vieillard de Cro-Magnon.

L'industrie aurignacienne a laissé de beaux échantillons à la Ferrassie. Les instruments en silex sont encore plus soigneusement retouchés, l'industrie de l'os s'est perfectionnée. Les arts se sont développés. L'Aurignacien de la Vézère fabrique des colliers avec des dents perforées. Près des Eyzies, à Laussel, il a sculpté sur une dalle calcaire le corps d'une femme dont il a rehaussé les bords de peinture rouge (fouilles du Dr Lalanne). Il a peint sur les parois des grottes des silhouettes d'animaux. A la Ferrassie l'on a encore trouvé une pierre creusée qui paraît bien avoir été une lampe rudimentaire.

La région se refroidissait de plus en plus et après de nombreux siècles, la faune de la vallée de la Vézère se réduisait au renne, au renard et au loup. Ce fut alors l'époque de la *race de l'homme de Solutré* toujours dolichocéphale, vraisemblablement apparenté aux races de Néerdenthal et de Cro Magnon. L'industrie et l'art se développèrent encore malgré la rigueur du climat. Les lames de silex furent minutieusement taillées, elles affectèrent parfois la forme de feuilles de laurier et l'industrie de l'os prospéra car le Solutréen des Eyzies a fabriqué des aiguilles en os. Le sentiment religieux se développa de concert avec l'habileté artistique. Les sépultures en font foi, En outre le Solutréen de la Vézère pénétra dans le fond des couloirs difficilement accessibles de la grotte de Fond de Gaume pour y graver et peindre sur les murs des images d'animaux, remarquablement dessinés. C'est là sans doute qu'il a commencé à célébrer les mystères d'une religion primitive.

Le froid se fit encore de plus en plus intense et la région des Eyzies devint une sorte de Laponie. Elle fut habitée alors par la *race de la Madeleine*, dolichocéphale, assez semblable à celle de Solutrée, mais peut-être de stature plus élevée, bien que de taille moyenne. La faune, outre le renne, est alors composée de bœufs, de bisons, de bouquetins, de chamois, de rongeurs.

Le Magdalénien préféra travailler l'os que la pierre. Il fabriqua avec les os et les cornes d'animaux des harpons barbelés et des bâtons gravés. Il sculpta des lampes, des statuettes en ivoire, grava des personnages sur des galets. Il décora avec art les parois des grottes de Fond de Gaume et de Combarelles. Il se servit dans ce but d'ocre et d'oxyde noir de manganèse avec lesquels il peignit habilement des bisons et des rennes. Peut-être déjà avait-il imaginé le rudiment d'un alphabet et le savant préhistorien, M. A. Viré, nous a montré un fragment de corne gravé de caractères qui ont bien l'aspect de signes alphabétiques. Cette pièce provenait des fouilles des grottes de Lacave dont M. Viré est l'inventeur.

Des milliers et des milliers d'années se sont succédés et le climat des Eyzies est devenu meilleur, la température y fut même douce. Les Magdaléniens se sont vraisemblablement mélangés à une race nouvelle, venue peut être d'Espagne et d'Afrique. L'humidité a rendu les grottes et les abris sous roches inhabitables. Cette race nouvelle (*tourrasnienne* ou *azilienne*) construisit des huttes sur les plateaux. Le cerf, le cheval, le bœuf paissaient dans la vallée. L'industrie du silex était devenue de plus en plus pauvre. L'homme fabriquait surtout ses armes et ses instruments en bois de cerf. L'art tomba en décadence, ses manifestations se bornèrent à des galets colorés. C'est pour la civilisation une période régressive bien qu'on ait constaté des signes alphabétiques, gravés sur des bois de cerf qui se rapprochent singulièrement de l'alphabet créto-égéen.

Nous touchons à la fin de l'époque paléolithique

la race déjà métissée, subit un mélange de brachycéphales, venus peut-être de la Haute-Italie, cette race nouvelle est la *race Tardenoisienne*. L'art a disparu, mais le sentiment religieux s'est accru et l'on trouve dans les sépultures, des rangées de crânes orientés, faisant face au soleil couchant.

L'ère néolithique débute avec la période géologique actuelle. Les dolichocéphales sont de plus en plus submergés par les brachycéphales qui seraient venus de l'Est et du Sud-Est.

La *race campignienne* dont le type a été étudié en Seine-Inférieure à Campigny, habite aussi la vallée de la Vézère. Le climat de la région est tempéré et les abris sous roches ne sont plus déserts. Les forêts sont peuplées de cerfs, de chevreuils, de sangliers. Aux produits de la chasse, l'homme ajoute ceux de la pêche et se nourrit de coquillages et de poissons. Sur les bords de la mer les coquilles et les débris de poissons forment de véritables montagnes, les Kjokkenmöddings en Danemark et à Mugem en Portugal. Même dans ces derniers, les pêcheurs portugais préhistoriques ont caché leurs sépultures. La civilisation a fait de très sérieux progrès. Le chien est devenu un animal domestique. Les poteries d'argile sont mieux tournées et cuites au feu. Les instruments et les armes, haches, pics en silex, gaines et peignes en bois de cerf, atteignent un fini inconnu jusqu'alors.

Quelques milliers d'années s'écoulent et les hommes se rapprochent de plus en plus des êtres civilisés que nous sommes.

La région des Eyzies ne cesse d'être peuplée d'un mélange de brachycéphales et de dolicéphales qui s'allient et se fondent, donnant naissance à de nombreux mésaticéphales. La civilisation se développe à pas de géants. Elle brille surtout dans les cités lacustres telles que celles, explorées depuis 1854, à Robenhausen sur le lac de Zurich.

Cette *race robenhausienne* a laissé de nombreuses traces dans notre pays, à La Motte près de Soissons, à Meulan et à Pas-de-Grigny en Seine-et-Oise, à Bougun et à Nagand dans les Deux-Sèvres, à la Charité-sur-Loire dans la Nièvre, au Camp de Chassex en Saône-et-Loire, à Béthencourt dans la Somme, à Villemaur dans l'Aude, à Bergerac, à Retoirac, à Peyrols dans la Dordogne, en somme un peu partout en France. C'est l'*âge de la pierre polie*, avec ses belles haches et ses flèches finement sculptées. L'os la corne, le bois servent de matières aux industries nouvelles. L'on voit alors naître l'industrie textile, la vannerie et se perfectionner la céramique. Les Robenhausiens creusent des pirogues. Ils domptent le cheval et le bœuf. Très habiles artisans, ils restent des artistes médiocres. Ils deviennent agriculteurs et cultivent le blé.

Religieux, superstitieux comme tous les primitifs, ils trépanent souvent les crânes de leurs morts, parfois même ceux des vivants.

Leur civilisation ne tarde pas à découvrir les métaux, nous arrivons par des transitions lentes à l'*âge du cuivre*, le *chacolithique* qui se rencontre aux débuts de la civilisation égéenne en Crète. Puis arrive l'*âge du bronze*, dont l'origine orientale peut être discutée, car Egéens et Phéniciens durent aller chercher l'étain en Occident, leurs pays en étant dépourvus. C'est en Espagne et sur les côtes de Cornouailles, dans les îles Cassitérides (les Scilly de l'archipel des Sorlingues) qu'étaient les seuls gisements d'étain, exploités à cette époque.

Les âges de la pierre polie, du cuivre et du bronze se confondirent pendant une assez longue période de transition. Cette période fut en Occident celle des monuments en pierres énormes, les mégalithes. C'est encore en France que l'on en trouve les exemples les plus beaux et les plus nombreux, mais pour les étudier dans toute leur splendeur il nous faut quitter la Dordogne et la vallée de la Vézère, il convient de gagner la Bretagne, plus particulièrement le Morbihan qui est le vrai pays des mégalithes.

Au Pays des mégalithes.

Si pour l'étude du Paléolithique et du début du Néolithique il existe en France une région privilégiée dans la vallée de la Vézère avec le centre des Eyzies, nous avons pour l'étude de l'âge de la Pierre polie et de l'âge de Bronze, ou pour être plus précis, pour celle de l'époque des mégalithes, la Basse-Bretagne et plus particulièrement la région du golfe du Morhbian dont la capitale préhistorique est Carnac.

Dans ce coin de l'Armorique les mégalithes surabondent, ils se comptent par milliers et certains, par leur dimension, leur disposition, leur construction, leur structure et les objets que l'on a découvert en les fouillant, ne le cèdent en rien comme intérêt à la vallée de la Vézère. A Carnac, la préhistoire de France continue celle des Eyzies et nous permet d'arriver jusqu'à l'époque historique, l'époque gallo-romaine.

Comme les Eyzies, Carnac a été le centre d'études archéologiques passionnées, comme aux Eyzies, les résultats des fouilles, d'abord dispersées dans divers Musées (musée de Saint-Germain-en-Laye, musée de Vannes, etc.) sont maintenant recueillis dans un musée local, fondé par J. Miln à Carnac. J. Miln archéologue anglais, mort en 1881, se passionna aux fouilles de la région de Carnac. Il transmit le feu sacré à son disciple et collaborateur M. Le Rouzic, actuellement conservateur du musée de Carnac. M. Le Rouzic, comme M. Peyrony aux Eyzies, s'est consacré entièrement aux fouilles et à l'étude de la préhistoire de cette région. Nombreuses sont ses découvertes, ingénieuses sont ses interprétations qu'en homme sincère, consciencieux et savant, il donne comme des hypothèses vraisemblables mais qu'il se garde bien d'affirmer comme des dogmes tant est difficile la recherche de la vérité dans le domaine cependant de moins en moins mystérieux de la préhistoire. Avec une complaisance sans bornes, M. Le Rouzic se met à la disposition des visiteurs pour leur donner tous les éclaircissements qu'ils

désirent et en quelques minutes, il expose avec clarté en montrant les pièces les plus curieuses et les moulages du Musée de Carnac, tout ce que l'on sait et tout ce que l'on présume sur les mégalithes du Morbihan. Du reste c'est à M. Le Rouzic et à ses intéressantes publications, bien plus qu'aux trop rapides observations personnelles que nous avons pu faire (le Dr Vimont et moi) qu'est dû le petit intérêt de ce que nous allons exposer.

***

La configuration actuelle de la côte du Morbihan date manifestement d'une époque assez récente. La presqu'île de Quiberon, le récif de la Teignouse, Belle-Ile-en-Mer, les récifs des Chevaux, les iles d'Houat et de Houëdic sont manifestement les débris d'une côte ancienne effondrée. Le golfe du Morbihan, avec ses archipels et ses presqu'îles, est aussi indubitablement de date récente. Les menhirs, vestiges d'importants cromlechs de l'îlot d'Erlannich dont plusieurs n'apparaissent qu'à marée basse tandis que les autres se dressent dans l'île (1) prouvent bien qu'il s'est produit une dépression du sol après leur construction. Ceci explique comment des monuments mégalithiques de grande importance, tels que ceux de Gavr'inis et de l'Ile Longue, ont pu être construits dans les ilôts de peu d'étendue. Quoiqu'il en soit du golfe, de ses côtes découpées et de ses îles souvent boisées, de ses courants et des reflets merveilleux de ses eaux au coucher du soleil se dégage un charme mystérieux qui envoûte en quelque sorte les âmes sensibles et les obligent à revenir dans cette région.



Fig. 1. — Menhirs des Alignements de Kermario (2).

C'est à l'Ile aux Moines, l'île la plus importante et la perle de l'archipel du Morbihan, qu'il convient de séjourner (comme nous le fîmes avec le Dr Vimont) pour bien apprécier le Morbihan et visiter facilement la région. Les steamers y font un service régulier et les voiliers sont à la disposition de tous les touristes à des prix abordables.

L'Ile aux Moines est coquette avec son port, ses plages et ses baies. Ses pointes sont couvertes de bois de pins gracieux aux noms poëtiques : le bois d'Amour, le bois des Soupirs, le bois des Regrets. La végétation y est, par endroits, luxuriante ; les palmiers, les magnolias, les mimosas et les figuiers y abondent. A côté des petites maisons des indigènes, parfois couvertes de chaume, se dressent çà et là de fort belles villas, entourées de parcs. Certaines, datant de plus d'un siècle, offrent un aspect sobre, harmonieux et charmant. La population y est courtoise. Les jeunes filles, toutes jolies, élégantes et fines, ont conservé leur ancien costume : le bonnet qui les coiffe d'un gracieux diadème, le fichu et le tablier de soie de couleurs vives, richement brodés de fleurs, la jupe courte. Les îliennes de l'île aux Moines se considèrent, sans doute avec quelque raison, comme une aristocratie morbihannaise ; il faut les entendre parler avec dédain des habitants de l'île d'Arz voisine et des « Sinagots », les hardis marins de la presqu'île de Séné dont les longs bateaux noirs et les voiles quadrangulaires peintes en rouge sombre, évoquent, dans notre imagination, les aventuriers normands de l'époque carolingienne.

(1) La plupart des menhirs de l'île étaient renversés, M. Le Rouzic les a fait relever à la place même où ils se trouvaient.

(2) Nous devons ces belles photographies à Mademoiselle Vimont, fille de notre excellent collègue et ami.

Les barques de ces « pirates rouges » comme les dénomment avec mépris les îliennes, sillonnent sans cesse le golfe et gagnent les prix de toutes les régates, d'où, sans doute, l'origine de l'antipathie qu'on leur témoigne.

Mais revenons aux mégalithes. Nous n'avons pas la prétention d'en faire en quelques lignes une étude même superficielle, ni même l'énumération sommaire des plus curieux que nous sommes très loin d'avoir tous visités. Tout au plus désirons nous en indiquer très brièvement les caractères, leur destination probable et la place qu'ils doivent tenir à la fin de la préhistoire.

1° Les menhirs. — Les mégalithes comprennent tout d'abord les menhirs (pierre longue) appelés encore *peulven*, sortes de stèles monolithes en pierre brute, verticalement dressés, parents pauvres des obélisques égyptiennes. Ce sont les mégalithes les plus nombreux en Bretagne. Le géant de Kerderf à Carnac, qui n'a pas moins de 5 mètres de hauteur, le Mane-er-H'rœck (Pierre de la Fée) qui gît à Locmariaquer à côté du dolmen de la table des Marchands, brisé en quatre fragments dans sa chute et qui avait 23 mètres 25 de hauteur et de 3 à 5 mètres d'épaisseur, en sont les plus beaux exemples. Les fouilles au pied des Menhirs ont donné peu de résultats, il est probable que leur destination était religieuse ou commémorative. Mais au cours des siècles (car les menhirs doivent pour la plupart dater de 4.000 à 5.000 ans) ces mégalithes ont été l'objet de vénération ou de craintes superstitieuses de la part des habitants de la région. Des croix ont été sculptées sur les côtés ou fixées au sommet de certains menhirs qui ont pris le nom de *lechs*, comme par exemple à Plouharmel. Certains ont voulu voir dans quelques menhirs des indicateurs de tombes, des sortes de bornes kilométriques comme les colonnes miliaires des Romains, des bornes marquant des frontières territoriales ou des limites de propriétés. Toutes ces hypothèses sont défendables et il se peut qu'au cours des siècles les menhirs aient eu ces multiples destinations.

2° Alignements. — Parfois les menhirs sont groupés en grand nombre et forment plusieurs lignes. Ils portent le nom d'Alignements.

Les plus beaux de ces alignements sont à Carnac où ils forment trois groupes. Ceux du champ du Ménec, qui ne comprennent pas moins de 1.169 menhirs, alignés sur 11 rangées ; ceux de Kermario dont les premiers menhirs sont énormes, où 982 mégalithes s'étendent sur 10 rangées. Enfin ceux de Kerlescan comprenant 579 menhirs sur 13 rangées. De nombreux menhirs, groupés çà et là dans la région, paraissent indiquer que les alignements s'étendaient beaucoup plus loin (Petit Ménec) et que tout le pays formait une véritable forêt de pierres levées. Les menhirs des alignements ont de 6 mètres de hauteur à 0 m. 50, les plus hauts partant de l'Ouest et gagnant l'Est en diminuant.



Fig. 2. — Une rangée des Alignements de Kermorio.

3° Cromlechs. — Les Alignements sont généralement précédés d'un cromlech (crom, cercle ; lech, lieu) formé de menhirs, rangés en demi-cercle ; on en observe à l'Ouest des alignements du Ménec (formé de 70 menhirs) et de Kerlescan. Parfois les cromlechs sont isolés, tels sont ceux de l'îlot d'Er-lannic dont une partie, recouverte par les eaux, n'est bien visible qu'à marée basse et celui de l'île aux Moines sur la route de Kergonan où nous avons comptés 14 menhirs, rangés en demi-cercle, ceux des extrémités de plus de 3 mètres de haut. Ce dernier cromlech, inclus dans diverses propriétés et dont la plupart des menhirs sont enfouis dans des clôtures broussailleuses, exige un peu d'attention pour être reconstitué. Il existe des cromlechs de forme quadrilatère comme celui de Crucuno. Parfois, un cromlech forme une sorte de clôture autour de petits tumulus.

Il ne paraît guère douteux que les alignements et les cromlechs aient été construits dans un but reli-

gieux. Selon M. Le Rouzic les cromlechs devaient être le sanctuaire où officiaient les prêtres tandis que les alignements auraient limité des sortes de voies sacrées par où affluaient les fidèles. Les plus grands menhirs des alignements sont dressés au voisinage du cromlech et les autres vont en diminuant progressivement en s'éloignant du sanctuaire.

M. Le Rouzic pousse plus loin son hypothèse. Se basant sur l'orientation de leurs alignements, il pense qu'on aurait célébré au Ménec et à St-Pierre-de-Quiberon les fêtes du solstice d'été et à Kermario les fêté du solstice d'été et des équinoxes.

Un officier de marine, M. A. Devoir, a étudié et précisé l'orientation des alignements bretons. Certains (Ste-Barbe et St-Pierre-Quiberon) correspondent au lever et au coucher du soleil à égale distance de l'équinoxe d'automne et du solstice d'hiver. A Erdeven, ils marquent le lever intermédaire du soleil en été. Le Ménec et Kerlescan jalonnent la ligne équinoxiale, tandis que Kermario et le Petit Ménec donnent la direction du lever au solstice d'été et du coucher au solstice d'hiver. Ces jalonnements se rapportent aux dates du 8 novembre, temps des semailles, 4 février, époque du début de la germination, 6 mai, début de la floraison et 8 août, moisson. Ce calendrier néolithique et agronomique aurait été importé, selon M. Devoir, par des envahisseurs asiatiques qui étaient agriculteurs.

Pousser aussi loin l'hypothèse nous paraît quelque peu risqué, bornons-nous à admettre la probabilité du culte solaire dans le lieu saint de la région de Carnac. Cette supposition en tous cas vaut la légende des paysans bretons qui explique ainsi l'origine des alignements :

Saint Cornély (le pape Corneille), chassé de Rome par les payens, mit ses bagages sur un bœuf, monta sur un autre, et s'enfuit, poursuivi par une cohorte de soldats. Il traversa sans s'arrêter plaines, montagnes, fleuves et rivières, quand tout à coup il se trouva à Carnac en face de l'Océan. Que faire ? Les soldats avançaient en colonnes compactes et lignes rangées ; Saint Cornély les métamorphosa en pierres et voilà pourquoi, sur l'église de Carnac, St-Cornély, coiffé de la tiare, est représenté entre deux bœufs et pourquoi des rangées de menhirs rappellent dans la campagne la mésaventure des soldats payens.

4° Les dolmens. — Les alignements et les menhirs ne marquaient que fort rarement des lieux de sépulture, quelquefois cependant l'on observe un menhir au sommet d'un petit tumulus (Manio) et l'on trouve, mais bien rarement, des restes humains, des haches et des poteries au pied d'un menhir. Les sépultures de personnages d'importance étaient déposées dans les *dolmens* (tables de pierre). Le dolmen est composé d'une chambre rectangulaire, formée de dalles dressées verticalement comme les menhirs qui servaient de supports à une ou plusieurs dalles horizontales, la ou les tables du dolmen. On a accès à la chambre par une allée couverte plus ou moins longue, couloir moins large que la chambre dont les pierres, formant les parois latérales, servaient de support à une succession de dalles formant plafond. Parfois le sol lui-même est dallé comme à Mané-Lud. Cette sorte d'hypogée, enfoncée dans le sol, était toujours recouverte d'un amoncellement de petites pierres formant une butte artificielle ou *galgal*, (galgal de Gavr'inis par exemple) ou bien d'une vraie colline de pierres et de terre rapportées, parfois très élevée et très étendue qui porte le nom de *tumulus* (tumulus de Saint-Michel à Carnac). Les fouilles de ces galgals et de ces tumulus ont permis de découvrir des dolmens et d'y recueillir les sépultures et les objets qui avaient été déposés avec le corps. Nombre de dol-



Fig. 3. — L'entrée du couloir de la Table des Marchands à Locmariaquer.

mens, tels que ceux de Gavr'inis, de l'Ile Longue, de Mané-Lud et de Mané-er-H'roëk à Locmariaquer, sont encore recouverts de leur galgal, ou de leur tumulus. Comme les menhirs nous ont apparu les parents pauvres des obélisques égyptiens, les tumulus et les galgals nous paraissent apparentés aux pyramides dont ils ont eu les mêmes destinations.

Les dolmens ont été mis à nu par le temps ou la main inconsciente des hommes ; quelques-uns sont fort beaux, comme la table des Marchands, le dolmen de Retual à Locmariaquer, le dolmen qui avoisine l'alignement de Kermario, le dolmen de Penhap à l'île aux Moines ; ils ont tous été indiscutablement recouverts d'un tumulus ou d'un galgal. Ce sont, selon l'expression de M. Le Rouzic, les charpentes solides d'un monument aujourd'hui disparu.

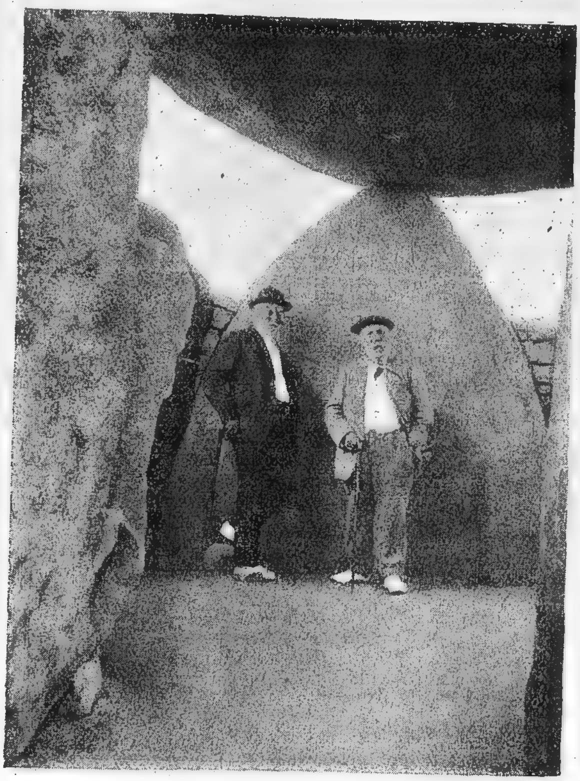


Fig. 4. — Le support ogival clôturant le fond de la Table des Marchands sur lequel sont gravés les épis et le disque solaire.

5° Allées couvertes. — Parmi les mégalithes nous devons encore signaler les allées couvertes assez semblables aux couloirs qui donnent accès à la chambre funéraire des dolmens, mais ayant une étendue et une importance plus grande. Les Pierres Plates de Locmariaquer sont le type de l'allée couverte. Ces allées, assez rares d'ailleurs, pourraient bien être des monuments funéraires car il existe aux Pierres Plates une chambre latérale.

6° Les Kyst-vens. — A côté des dolmens sont de petits monuments funéraires, soit isolés, soit groupés dans les tumulus autour d'un dolmen plus important. Les uns sont sans doute contemporains des dolmens ; d'autres paraissent plus récents. On peut voir dans la galerie creusée sous le tumulus Saint-Michel, à Carnac, plusieurs de ces sépultures soigneusement conservées, ayant l'aspect de coffres, construits régulièrement avec des blocs de pierre et fermés par une sorte de couvercle dont les blocs forment une petite voûte irrégulière. Ce sont les *Kyst-vens* (tombes en pierre) où l'on a trouvé souvent le squelette du mort couché sur le côté et les membres inférieurs à demi fléchis. Il y a de grands Kyst-vens assimilables aux dolmens, mais ils sont complètement clos, alors que les dolmens ont toujours une allée d'accès. Les coffres, si nombreux du tumulus Saint-Michel, avec la variété des objets qu'on y a recueillis, portent à supposer que ce grand tumulus allongé, véritable colline, a été durant de très longues années une importante nécropole.

Les Kist-vens isolés offrent des types différents. Tandis que dans les fouilles récentes du tumulus de Manio, M. Le Rouzic a découvert des coffres assez grossiers, M. Le Carguet a décrit au Congrès d'archéologie française, tenu à Brest et Vannes en 1914, les Kist-vens du Cap Sizun et de la région d'Audierne. Ces coffres enfouis dans la terre meuble, sans galgal, ni tumulus, ou groupés autour d'un tumulus, séparés

par des petits murs de pierre comme les tombes dans nos modernes cimetières, sont de petites dimensions (0 m. 28 sur 1 m. 30). Formés de quatre pierres mises de champ, ils sont obturés en haut par un couvercle d'une pièce, sur lequel a été creusée une rainure qui permet une fermeture plus hermétique. L'intérieur des pierres a été finement piqueté avec un instrument en métal et l'aspect est bien celui d'un cercueil. Au Cap Sizun, on les appelle *Arched Korik* (cercueil de Korik, habitant des hauteurs).

Tandis que le mode funéraire des dolmens a été, pense-t-on, durant assez longtemps l'incinération, comme paraissent le démontrer le voisinage de *Karn* (épaisses couches de cendres recouvertes de pierres, jetées sans ordre), lieux où l'on brûlait les corps, analogues à l'*ustrina* des Romains, le mode funéraire des Kyst-vens était l'inhumation. Les ossements reposaient sur une couche de sable et de petits galets, ils n'étaient entourés d'aucun mobilier funéraire. A peine y a-t-on trouvé quelques ornements intimes. Les cadavres y étaient orientés du S. E. au N. O., la face tournée vers le N. O. Ces sépultures paraissent être voisines de la conquête romaine et avoir été celle des Odis (habitants du rivage) qui étaient presque tous des mésaticéphales.

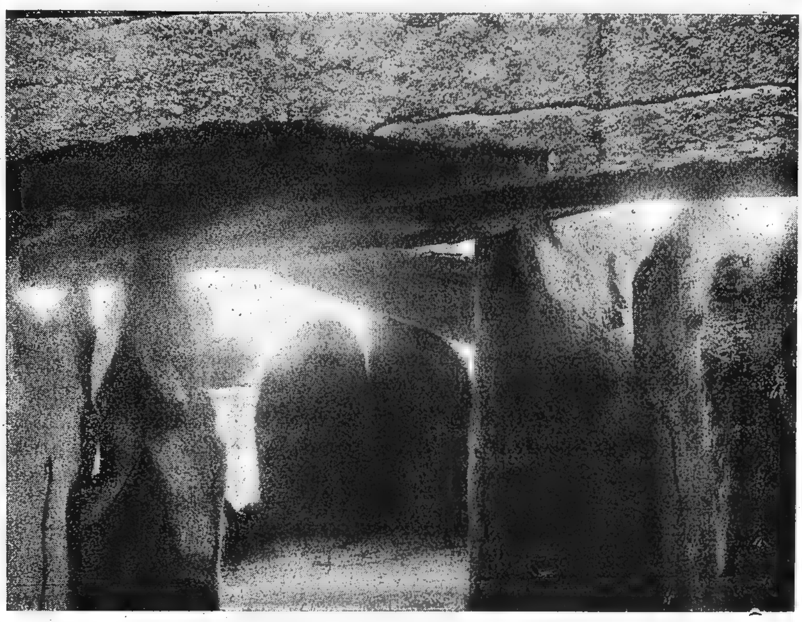


Fig. 5. — La chambre du Dolmen de Mané-Retual.

Le mobilier funéraire des dolmens. — Les fouilles des dolmens ont permis de découvrir un mobilier des plus variés datant d'époques différentes, car si le dolmen est bien d'origine néolithique, il a été utilisé et sans doute imité longtemps après la découverte des métaux pendant l'âge de bronze et même celui du fer. Les haches en pierre polie (celtœ) en fibrolite, en diorite, en quartz-agathe, en chloromélanite, en serpentine, en grés, en jadéite, les pendeloques celtiformes, percées d'un trou, en micachiste et en une des substances que nous venons d'énumérer, se trouvent couramment dans les chambres des dolmens. Certaines de ces pendeloques rangées côte à côte ne permettent pas de douter qu'elles formaient un collier.

Les haches sont trop belles et trop soignées pour permettre de croire qu'elles étaient destinées à servir d'armes ou d'instruments. Vraisemblablement, c'étaient des haches votives ou des objets servant au culte. La belle hache en jadéite qui se trouve au Musée J. Miln, de Carnac, découverte à Sarzeau dans la presqu'île de Rhuis sur la rive du Morbihan qui fait face à Locmariaquer, a posé le problème de l'importation de ces haches, la jadéite étant inconnue dans la région. Mais en forant un puits à Port-Navalo, vers l'entrée du golfe, l'on a rencontré récemment un filon de jadéite. A côté de ces haches, dans certains dolmens, ont été trouvés des tessons de poteries plus ou moins fines, des bijoux et des armes en bronze et même en or.

Des ossements humains, des cendres, des ossements de bœufs, de chevaux, trouvés au voisinage du dolmen, dans plusieurs tumulus, portent à croire que le chef mort était accompagné dans sa tombe par ses animaux familiers et peut-être par ses esclaves.

Les gravures des dolmens. — Mais ce qui donne lieu aux interprétations les plus curieuses, ce sont les gravures que l'on rencontre dans les dolmens.

Les parois de certains sont recouvertes de sculptures qui paraissent n'avoir pu être burinées qu'avec des instruments en métal. Les plus belles sont celles

du dolmen découvert sous le galgal de la petite île de Gavr'inis (île de la Chèvre). Les parois de l'allée et de la chambre sont entièrement sculptées de lignes incurvées se croisant qui ressemblent à d'énormes empreintes digitales superposées ; sur certaines, l'on peut voir une bordure assez semblable à une suite d'épis intriqués. A la base d'un support. dans l'entrée à droite, sont en outre sculptés d'une façon très nette en une rangée des hâches et des serpents. Sur la dalle qui ferme le fond de la chambre, l'on prétend qu'il existe le vague dessin d'une forme humaine assise. Nous avouons ne pas l'avoir nettement décelée peut-être à cause de l'imperfection de notre éclairage.

La table des Marchands de Locmariaquer présente aussi de curieuses sculptures. La dalle de soutien qui forme le fonds de la chambre funéraire a une forme ogivale à laquelle M. Le Rouzic donne, sans doute avec raison, une réelle importance symbolique, en la comparant à des menhirs-statues qu'il a étudiés à Guernesey et à Collorgues et Castelnau-Valence dans le département du Gard. Cette dalle ogivale est sculptée de baguettes dont l'extrêmité est incurvée, baguettes que l'on a qualifiées, nous ne voyons guère pourquoi, de bâtons de commandement. Au dessous est figuré un cercle.

M. Le Rouzic émet l'hypothèse que les lignes à extrémités incurvées représentent des épis de blé et le cercle, le soleil, et il voit dans le support ogival du fond de la Table des Marchands une figuration symbolique de la Terre nourricière, aux fécondes moissons mûries par le soleil. A proximité du reste, sous la grande table du dolmen, l'on aperçoit nettement gravée une hache assez bizarrement emmanchée, reliée par deux lignes à une figure qui paraît être l'arrière-train d'un quadrupède. M. Le Rouzic émet l'hypothèse que ce signe est la figuration d'une hache-charrue attelée. Le même signe se rencontre sur un des supports du dolmen de Penhap à l'Ile aux Moines où nous avons pu le voir très nettement. Il est aussi gravé plusieurs fois sur une pierre en granit, trouvée près de l'entrée de la crypte funéraire du tumulus de Mané-er-H'roëk à Locmariaquer, fouillé en 1863. Cette prétendue hache-charrue se trouve gravée au-dessous et au-dessus d'une sorte d'écusson ogival, buriné au milieu de la pierre. Comme l'on a objecté avec à propos que la hache-charrue par la disposition verticale du soc n'aurait pas permis de tracer un sillon, M. Le Rouzic a émis l'opinion que les agriculteurs d'alors pouvaient, avant de labourer, défoncer et préparer le sol et qu'alors la hache-charrue n'aurait eu aucune difficulté à tracer le sillon et, à l'appui de sa thèse, il signale un bas-relief de la tombe de Chamhati de la XVIIIe dynastie égyptienne (1.600 à 1.200 ans avant J. C.) conservé au Musée de Boulacq, où les Egyptiens défoncent le sol avec des houes avant de le labourer.

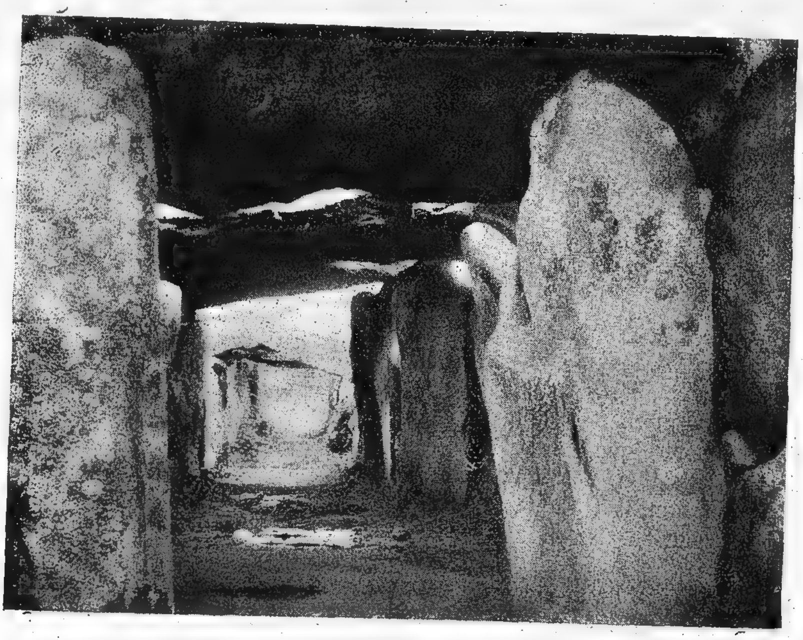


FIG. 6. — L'allée couverte donnant accès à la chambre du Dolmen de Mané-Retual.

M. Le Rouzic peut avoir raison mais sa hache-charrue ne ressemble à aucune des charrues primitives dont nous avons recherché l'image. Elle ne ressemble pas aux instruments aratoires primitifs découverts en Asie centrale par Flniders Petrie et que E. Reclus reproduit dans *L'Homme et la Terre.* Elle n'a aucune similitude avec la charrue primitive de Mazandéran dont J. de Morgan a rapporté la photographie, lors de sa mission en Perse. Au Musée du Louvre (Antiquités égyptiennes) est une petite statuette en terre représentant un laboureur avec une charrue attelée de bœufs qui n'évoque en rien l'image de la hache-charrue des

dolmens. Nous avons fait la même constatation sur un papyrus, exposé au Musée du Louvre, et sur les fresques reproduisant les travaux agricoles de l'Egypte antique au Musée Guimet où sont figurées des charrues. Toutes ces charrues anciennes ressemblent à s'y méprendre à l'« araire » dont se servaient encore tout récemment nos paysans d'Auvergne. Est-ce à dire que l'interprétation de M. Le Rouzic doit être rejetée ? Nous ne le pensons pas.

La figure de la hache-charrue ressemble singulièrement à certains signes des inscriptions hittites, gravées sur la pierre en Syrie, il y a environ 3.500 ans. Est-ce que la figuration de la hache-charrue ne serait pas un simple idéogramme, une sorte d'hiéroglyphe qui représenterait une charrue archaïque stylisée ? Ce ne serait pas la charrue des laboureurs, mais la charrue mystique, la charrue rituelle.

Le culte du blé, du labour, des bœufs et de la moisson doit avoir en Bretagne une très vieille origine. Les bœufs de St-Cornély en font foi et dans toutes les églises du Morbihan se trouve la statue de St-Isidore, tenant une faucille de la main droite et serrant avec le bras gauche une gerbe de blé. En outre, n'avons-nous pas vu des épis mûrs à la tête inclinée, brodés gracieusement sur tous les riches tabliers de soie multicolores des belles îliennes de l'Ile aux Moines, rappelant les épis du support de la Table des Marchands.

***

Après ce rapide exposé, peut-être fastidieux, mais bien insuffisant, de la préhistoire de la France, il nous est permis de conclure que, depuis l'origine de l'homme et de la civilisation, notre pays a été habité, que, sans interruption, il a été un foyer intense de culture et d'évolution des industries humaines.

Il est inutile de chercher à établir un synchronisme entre les âges de ces industries dans les diverses contrées. En Afrique, en Océanie, l'on trouve quelques peuplades qui se servent encore d'instruments en pierre polie. Hérodote fait, dans son histoire, la description des contingents des peuples tributaires de la Perse, formant l'armée de Xerxès lors de la deuxième guerre médique (Ve siècle avant J. C.). Alors que tous les peuples étaient armés de fer, il signale les Ethiopiens dont les flèches étaient garnies de pointes en pierre très dure et dont les épieux étaient terminées par des cornes de chevreuil pointues et travaillées comme des fers de lance. L'on était cependant en Grèce et en Asie-Mineure très loin de l'Age de pierre à cette époque.

En France, les civilisations se sont superposées souvent dans les mêmes lieux depuis les origines. Nous avons cherché à le montrer dans le rapide exposé de l'évolution des industries humaines dans la région des Eyzies. Là, encore, près de l'abri sous roche de Laugerie-Basse, où M. Maury a fait de belles fouilles, nous avons pu voir une coupe remarquable et soigneusement conservée ; sur cette coupe s'étagent, au-dessus du terrain vierge, des couches superposées à partir de l'époque magdalénienne, entrecoupées de couches stériles, de foyers et se terminant à la surface par une ruine gallo-romaine. Est-il d'ailleurs besoin de rappeler que Schliemann, en fouillant la colline d'Hissarlik, a trouvé que la Troie, chantée par Homère, était la sixième ville construite au même endroit sur des ruines superposées de cinq autres. Et M. Boni, dans ses fouilles remarquables du Forum Romain, a trouvé à plusieurs mètres au-dessous de la Voie Sacrée une Nécropole préhistorique, bien antérieure à la date présumée de la fondation de Romulus.

Mais qu'est-ce que l'antiquité de Rome et de la Cité de Priam à côté de celle des gisements paléolithiques, de Chelles, de Saint-Acheul et de la vallée de la Vézère ?

La France a été de tous temps un foyer de civilisation. C'est chez elle qu'on peut le plus utilement étudier la préhistoire, préhistoire paléolithique aux Eyzies, préhistoire néolithique et de l'âge de bronze à Carnac.

C'est en France qu'est née la Préhistoire, c'est chez elle que les recherches les plus passionnantes, les découvertes les plus intéressantes se sont effectuées.

Depuis Boucher de Perthes, une longue série de savants, de chercheurs se sont consacrés à cette étude.

C'est grâce à cette légion de Français, peut-être plus qu'aux savants étrangers dont, certes, nous ne voudrions en rien diminuer le nombre ni l'importance des travaux, qu'un peu de lumière est déjà projetée sur les origines des hommes, de leurs industries et de leurs civilisations, mais combien encore de mystères à dévoiler et de ténèbres à dissiper ?

J. Noir.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

peut poursuivre l'auteur de l'accident et le patron de ce dernier comme civilement responsable du paiement du demi-salaire qui ne lui est pas payé par son propre patron. En outre, si l'accident doit lui laisser une incapacité permanente, il pourra demander dans les mêmes conditions le complément de la rente qui lui sera servie par son patron.

Mais l'action du blessé, dans ce cas, est l'action du droit commun, résultant de l'article 1382 et suivants du Code civil. En conséquence, la procédure à suivre est la procédure ordinaire et non la procédure spéciale aux accidents du travail.

2703. — Accident du travail. Choc indirect.

Je viens vous demander conseil pour un de mes clients. Celui-ci, âgé de 60 ans, ouvrier de tuilerie, en brouettant une très lourde charge de terre le 21 sept. 1924 est heurté aux deux cuisses (face externe) par les brancards de sa brouette. Il ressent à ce moment une douleur assez vive dans le testicule gauche, il laisse sa brouette et va à un travail plus léger

Il cesse tout travail le 22 septembre. au soir.

Il me fait appeler le 24 septembre.

Je constate un gonflement douloureux du testicule gauche, épididyme et cordon, et rédige le certificat.

La Cie d'assurances envoie un médecin contrôleur, le 4 octobre 1924, pour examiner le blessé ; celui-ci déclare ne pas avoir reçu de choc direct sur les bourses, mais avoir eu le testicule gauche fortement serré entre les deux cuisses. Le médecin contrôleur *me dit* qu'il ne lui est pas possible d'admettre que cette lésion soit le fait d'un accident de travail. L'examen du blessé fait ce jour, ne permet pas non plus de conclure à une orchite bacillaire, spécifique ou gonococcique.

Le gonflement traité par le repos et les compresses chaudes a diminué peu à peu, et le 18 octobre, l'ouvrier, presque tout à fait guéri, a demandé à reprendre le travail : j'ai fixé la consolidation au 20 octobre.

En portant le billet de guérison chez son patron, l'ouvrier apprend que la Cie refuse d'admettre l'accident de travail, il vient me revoir et me prie de l'aider de mes conseils pour toucher ses demi-salaires.

Cet ouvrier, que je connais depuis plus de 20 ans, me paraît de bonne foi et n'a pas l'intelligence assez développée pour être un simulateur, dans ce cas il aurait invoqué un choc direct.

Pensez-vous que la lésion rentre dans la catégorie des accidents du travail ? L'ouvrier est-il en droit de réclamer ses demi-salaires ? A qui doit-il adresser une réclamation pour enquête et expertise ? Au juge de paix ?

Dr G.

Réponse.

Il n'est pas douteux que l'accident dont a été victime votre client dans les circonstances énoncées dans votre lettre doit être considéré comme un accident du travail. La nécessité d'un choc direct ne s'impose nullement, en effet. C'est bien par le fait du travail que l'ouvrier a subi un choc, qui a eu pour effet de serrer le testicule entre ses cuisses. La lésion qui a résulté de cette constriction doit bien être considérée comme provenant d'un accident du travail.

L'ouvrier est donc en droit de réclamer son demi-salaire et vous le paiement de vos honoraires. Cette demande doit être formée devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Quant à l'enquête, elle ne serait nécessaire que s'il y avait incapacité permanente, ce qui ne paraît pas être le cas.

En ce qui concerne l'expertise, elle pourra être ordonnée par le juge de paix pour établir que l'affection dont a été atteint l'ouvrier provenait bien de l'accident.

2555. — Prorogation de bail.

J'ai l'honneur de vous prier de me donner l'avis du Conseil du « Sou » relativement à une question de loyer. Mon bail avait expiré pendant la guerre, j'avais fait le nécessaire pour obtenir la prorogation prévue par la loi du 9 mars 1918 et d'après l'avis du « Sou » je pouvais occuper ma maison jusqu'au 1er juillet 1925. Dernièrement, il y a eu encore une loi prorogeant, paraît-il, jusqu'au 1er janvier 1926. Pour bénéficier de cette nouvelle prorogation suis-je tenu à des formalités ou bien y aurais-je droit d'office ? Au cas où il y aurait lieu à faire quelques formalités, veuillez me les indiquer ainsi que les délais : et ceci assez à temps pour que je puisse faire le nécessaire.

Dr L.

Réponse.

Il y a en effet une loi du 2 août 1924, qui donne aux occupants de locaux à usage professionnel le droit de demander une prorogation pouvant aller jusqu'au 1er janvier 1926.

Cette demande doit être formée, à peine de forclusion, par lettre recommandée ou par exploit d'huissier, trois mois au moins avant la fin du bail ou de la prorogation actuellement en cours.

Dans sa notification, le locataire doit offrir à son propriétaire une augmentation de loyer. Bien que la question de savoir si le taux-limite est applicable aux médecins qui habitent dans le même local que celui où ils exercent leur profession soit encore controversée, nous vous conseillons d'offrir à votre propriétaire l'augmentation fixée dans votre département par la Commission paritaire pour l'application de la loi du 29 décembre 1923.

Si le propriétaire vous refuse la prorogation ou prétend vous imposer une augmentation supérieure à celle que vous offrirez, il faudra que vous portiez l'affaire devant le juge de paix si votre loyer actuel ne dépasse par 1.000 francs, ou devant le tribunal civil dans le cas contraire.

2580. — Impôts sur les bénéfices professionnels. Déductions, amortissements, abattements.

Installé à N., et n'y exerçant que pendant la saison, je n'ai encore pas fait de déclaration pour l'impôt sur le revenu (mes frais déduits des recettes, mon bénéfice est inférieur à 6.000 fr.). Le surplus qui m'est nécessaire m'est donné par mon père : ce n'est pas une rente obligatoire, c'est de l'argent qu'il me fournit bénévolement. Donc, je ne pense pas que cela doive être déclaré, puisque mon père ne le déduit pas, dans sa déclaration de revenu.

Bien qu'exerçant pendant la saison seulement, j'habite 7 à 8 mois la villa que je loue meublée. Dois-je la compter dans mes frais pour 1/3, ce qui me paraît raisonnable, de même que pour les frais domestiques et jardin ? Je joins la liste des frais que je déduis des recettes. N'y a-t-il rien à y changer ?

Dois-je néanmoins faire une déclaration au percepteur, car s'il m'imposait d'office sur les signes extérieurs, que pourrais-je faire ensuite.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner (j'ajoute que je suis marié depuis plus de 2 ans et que je n'ai pas d'enfants).

Dr X.

Réponse.

1° La rente bénévole qui vous est donnée par votre père n'est pas à comprendre dans vos revenus, attendu que cette rente n'est pas déductible des siens.

Comme le contrôleur pourrait être amené à critiquer l'absence de déclaration de votre part, afin d'établir une présomption, il serait bon que vous ayez trace des payements de cette rente : talons de mandats ou de chèques.

2° L'élévation de vos dépenses nous paraît en effet raisonnable.

Seules ne sont pas admises :

Le 1/3 de la cote personnelle-mobilière ;

Le 1/3 des gages du jardinier.

Il s'agit là de dépenses qui n'ont aucun caractère professionnel.

En ce qui concerne le loyer, la fraction à considérer comme dépense professionnelle doit résulter de la comparaison de l'importance des locaux d'attente, de réception ou de consultation avec celle de la totalité de la villa.

Le cas échéant, vous devez faire état de l'amortissement de vos appareils ou instruments médicaux — l'amortissement étant la somme

SERVICE DE PROPAGANDE

Le Docteur (Nom et prénoms) ____________________

demeurant à ____________ *Rue* ____________ *N°* ____

départt de ____________

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du "Concours Médical".*

A ____________ *le* ____________ 1924.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical* 132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

mise en réserve chaque année pendant une durée égale à celle présumée de l'appareil à amortir pour reconstituer le prix d'achat.

Ainsi un appareil a coûté 1.000 fr., il est à présumer qu'il durera 5 ans, son amortissement annuel sera de 200 fr. et ces 200 fr. doivent être compris dans vos frais.

Il est entendu également que vous devez porter en dépense les achats de médicaments ou produits quelconques (pour analyses par exemple) que vous utilisez au cours de vos visites ou consultations.

3° Le projet ministériel en ce qui concerne l'évaluation forfaitaire des bénéfices des professions non commerciales n'a encore été ni développé ni précisé. Il est à supposer qu'il n'aura pas d'effet rétroactif. Dès que ses dispositions principales seront connues, nous les commenterons dans le *Concours Médical.*

En tout état de cause, nous vous conseillons de tenir au jour le jour un livre de recettes et de dépenses professionnelles. La présentation de ce livre au contrôleur est le meilleur moyen de discussion.

4° Vous n'êtes pas passible :

a) De l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, si votre gain professionnel net est inférieur à 6.000 fr.

b) De l'impôt général sur le revenu, si ces gains professionnels augmentés le cas échéant de vos autres revenus, mobilier, foncier, etc........ sont inférieurs à 9.000 fr. pour chacune des années 1921 et 1922, et à 10.000 fr. pour 1923. Dans ce cas vous n'avez aucune déclaration à souscrire.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2598. — Avantages fiscaux accordés aux parents des morts pour la France.

Est-il exact que les ascendants d'un militaire *mort pour la France* sont exempts de l'impôt sur le revenu ?

Dr R.

Réponse.

Les ascendants d'un militaire mort pour la France ne sont pas exempts de l'impôt général sur le revenu si le montant total de leurs revenus est supérieur au minimum exempté.

Toutefois, ils sont exempts de la majoration de 10 % prévue par l'article 9 de la loi du 25 juin 1920, pour les contribuables qui, au 1er janvier de l'année de l'imposition, n'ont pas d'enfant et ne se trouvent avoir personne à leur charge, si tous leurs enfants sont morts à la guerre.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2170. — Affectation militaire en cas de mobilisation.

J'appartiens à la classe de mobilisation 1899, et je suis père de 3 enfants.

Je viens de recevoir un nouvel ordre de mobilisation m'affectant à un régiment d'artillerie de position en qualité de médecin major de 2e cl. et m'enjoignant de rejoindre immédiatement et sans délai.

1914. Aide-major 1er ambulance divisionnaire de réserve, départ 3e jour.

1921. M.-major de 2e cl., hôpital militaire de la zone des armées. Départ 6e jour.

1924. M..-major de 2e cl., régiment d'artillerie de position zone des armées. Départ immédiatement et sans délai.

La note qui accompagne mon ordre de mobilisation indique que cette dernière affectation est conforme à la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée. Elle sera révisée lorsque les ressources en officiers de complément plus jeunes seront mises à la disposition de la région.

Que dit à ce sujet la loi du 1er avril 1923 ? Comment expliquez-vous qu'en 1921, je parte le 6e jour, et en 1924 — immédiatement et sans délai ? Il me semble cependant que depuis 3 ans, d'autres officiers de complément plus jeunes ont dû être mis à la disposition de la région. Qui me dit que dans 3 ans on ne va pas m'affecter à un régimnet d'infanterie et me faire partir avant la mobilisation ?

Cette situation est-elle régulière et dois-je l'accepter sans « hésitation ni murmure »?

Dr X.

Réponse

Votre situation est régulière (articles 43 et 52 de la loi) ; elle correspond à une nécessité du moment et nul doute, votre directeur le dit lui-même, qu'elle soit modifiée favorablement dès que la chose sera possible.

2250. — Droit de la veuve d'un tuberculeux de guerre.

Un tuberculeux de guerre réformé à 100 pour 100 vient de mourir. Sa veuve a-t-elle droit à une pension ? Il y a 2 enfants vivants. La réforme date du 29 février 1916 (la réforme définitive ne datant que de 1920). Le mariage date du 16 février 1920.

Dr X.

Réponse.

Le mariage étant postérieur à la réforme, par conséquent à l'origine ou à l'aggravation, la veuve n'a pas droit à pension, en principe. Cependant, depuis un récent arrêt du Conseil d'Etat (cas Mariaud), il appartient au Ministre et aux tribunaux d'apprécier cette question de fait, à savoir si, au moment de son mariage, la femme pouvait prévoir, d'après l'état de son

mari, une issue fatale à brève échéance. Que la veuve s'adresse donc au sous-Intendant militaire des pensions de sa région pour demander une pension, et peut-être obtiendra-t-elle gain de cause.

Toujours est-il que celle-ci peut demander au ministre des finances (Dette inscrite) que la majoration, à laquelle avaient droit les enfants, leur soit conservée jusqu'à l'âge de 18 ans.

Application du Tarif Breton.

I

2676. — Ablation d'esquilles, etc.

Un ouvrier est blessé dans une scierie le 7 mars 1924 et envoyé à l'Hôtel-Dieu de R. où il subit l'amputation d'une partie de la 2e phalange du pouce droit. Par la suite, je continue les soins. Environ 20 jours après la sortie de l'hôpital, le blessé, qui ne retravaille pas encore, accuse une douleur à la pression sur l'extrémité du moignon.

La douleur s'accentuant et s'accompagnant progressivement de phénomènes inflammatoires, je pense à un séquestre. L'intervention doit être faite sous chloroforme, étant donné l'acuité de la douleur. Après incision et débridement large, le chirurgien extrait en effet une esquille. Le blessé est définitivement consolidé le 16 mai 1924. Je sais que j'ai droit à 50 fr. pour avoir donné le chloroforme, mais que puis-je réclamer pour le chirurgien ? Cette intervention, comme d'autres, n'est pas indiquée au tarif Breton. Dois-je demander pour le chirurgien le tarif appliqué à une régularisation après épluchage ? Je suis perplexe et vous demande conseil, comptant sur votre amabilité et votre bonne confraternité habituelles pour me renseigner sur le prix que je dois demander à l'assurance.

Dr L.

Réponse.

1° Vous n'avez rien à réclamer pour le chirurgien qui enverra sa note directement, d'après l'article 30, disant *in fine* : « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ».

2° L'ablation d'une esquille sur le moignon de la deuxième phalange du pouce est assimilable, ce me semble, à l'extraction d'un corps étranger superficiel : 20 francs » (voir tableau terminal de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921). Je ne vois pas d'autre analogie possible.

3° Quant à l'anesthésie générale pour cette intervention, elle me paraît pouvoir être l'objet de discussions avec la compagnie d'assurances, ce que je crois devoir vous signaler, ayant eu plusieurs fois l'occasion de le constater, en des cas analogues.

F. D.

II

2456. — Fracture paraarticulaire avec luxation concomitante.

J'ai soigné un blessé qui avait à la fois une luxation tibio-tarsienne et une fracture des deux os de la jambe, à environ 5 cm. au-dessus de l'articulation lésée, donc deux interventions sur le même segment de membre.

Comment dois-je établir ma note ? Réduction et contention de fracture, 150 fr. *Quid* pour la luxation, puisque la contention est commune aux deux lésions ?

Dr L.

Réponse.

Dans le cas de fractures des extrémités inférieures des deux os de la jambe, la luxation tibio-tarsienne se présente encore assez souvent. On peut dire que c'est une « complication », non très rare, de ce genre de fracture, mais ce n'est là qu'une complication, une conséquence et non une seconde *lésion distincte* de la première. Je ne pense donc pas qu'on puisse la compter en plus, le prix de « réduction et contention des fractures des deux os de la jambe » ayant été fixé à 150 francs, précisément à cause des difficultés techniques de traitement qu'elles peuvent présenter.

F. D.

III

2659. — Catégories de domicile et catégories techniques.

L'article 15 du tarif Breton établit-il une distinction de catégorie entre le médecin de ville et ceux de campagne pour les tarifs quels qu'ils soient, ou seulement pour ceux de pratique courante ? Les mots « catégories techniques » veulent-ils dire 1re et 2e catégories ou catégorie chirurgie, catégorie fractures, catégorie luxation... etc. Dans vos commentaires du *Concours médical* vous établissez une destinction entre 1re et 2e catégorie pour toutes les opérations de pratique courante et spécialités.

Or, depuis mon installation ici (mars 1923) je n'ai apporté une diminution de 25 % que pour les soins énumérés dans l'article 16, ayant cru comprendre que seuls ces soins étaient rémunérés suivant deux tarifs. Mes notes m'ont été intégralement payées sur le tarif plein, par diverses compagnies, par exemple : extraction de corps étranger de la cornée : 15 fr.; suture simple : 15 fr ; ouverture d'abcès superficiel : 20 fr. ; appareil pour fracture humérus : 120 fr. ; appareil pour fracture jambe : 150 fr. ; répétition d'appareil plâtré : 50 fr.

Les Cies d'assurances admettaient donc qu'il n'y a distinction en 1re et 2e catégories que pour l'article 16 ?

Je vous livre ces réflexions pour ce qu'elles valent.

C'est en toute bonne foi que j'ai établi mes notes d'honoraires.

Je vous serais obligé de me dire si je dois cesser cette manière d'agir qui semble pourtant avoir été acceptée par 8 compagnies d'assurances.

Dr B.

Réponse.

Les deux catégories du tarif Breton basées sur le domicile du médecin sont établies pour *tous* les articles *postérieurs* à l'article 15, qui parle des « chiffres ci-dessous » (sauf pour les radiographies qui font partie des travaux de laboratoire et non des soins médicaux). En parlant des « catégories techniques », le deuxième paragraphe de l'article 15 veut dire que le tarif Breton est applicable à *tous* les médecins, spécialistes ou non, même pour les interventions inscrites dans les catégories techniques de chirurgie ou de spécialité. Cette ambiguité provient du mot « catégorie » employé dans deux acceptions différentes, ainsi que je l'explique en détail dans l' « Agenda » du *Concours* 1924, pages 130 et 151.

Si des compagnies vous ont parfois payé le tarif de première catégorie pour des interventions, c'est faute d'avoir examiné votre note en détail, ce qui montre que vous êtes bien « coté » par les assureurs de votre région.

F. D.

2547. — Décès d'un réformé de guerre. Droit de la veuve à pension.

Un homme de 49 ans est atteint subitement le 30 septembre dernier d'une hémorragie cérébrale avec paralysiedu côté droit et meurt trois jours après.

Cet homme était réformé nº 1 et pensionné à 65 % pour réduction de la vision de l'œil gauche à la perception lumineuse par décollement rétinien total, suite de plaie pénétrante de l'orbite gauche par éclat de torpille.

Blessé le 23 août 1917 ; opéré le 24 août 1917 à l'ambulance.

Croyez-vous que l'hémorragie cérébrale qui a causé la mort de ce malade soit une conséquence de sa blessure et puis-je délivrer à sa veuve un certificat pour avoir droit à une pension ? Elle a deux enfants mineurs. A qui adresser le certificat ?

Dr X.

Réponse.

Il vous est, croyons-nous, possible de rédiger un certificat médico-légal établissant une relation de cause à effet rationnelle entre la plaie pénétrante du crâne et la maladie cause du décès.

Ce certificat doit être adressé avec les autres pièces à fournir par la veuve au sous-intendant militaire régional des pensions, chargé d'établir ces dossiers.

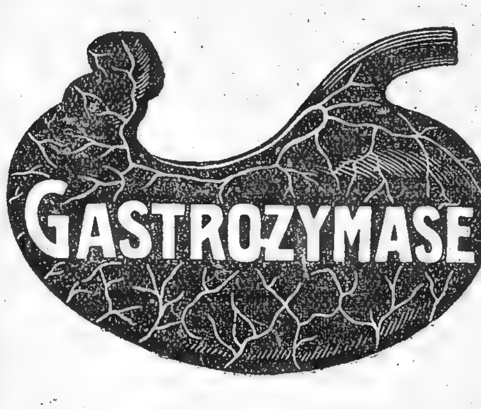
Voir Bulletin ci-contre

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2650-IV)





AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr LECOINTE, de Châtellerault (Vienne), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 525. — A vend. urg. compl. ét. marc. Peugeot 7 CV fisc. 2 pl. et spid., carros. cui., capr. et rid. mica. 5 r. garnies, amort. écl. Magond. le t. b. état. Dr Albert, Bessé-s-Braye (Sarthe) T.p.r.

N° 526. — A adjuger le 6 déc., à 14 h., étud. Coste, notaire à Auxerre, le château de St-Georges, à 3 km. d'Auxerre, 20 pièces, parc, communs et dépendances d'une contenance de 14 hect. Excel. exposit. Pays tr. sain. Conviend. à mais. de santé ou de retraite. S'adr. MM. Berheim, rue de l'Arcade, n° 23.

N° 527. — Pharmacien, ancien administrateur d'une maison de spécialité pharmaceutique, expérimenté pour la publicité et l'exportation cherche à utiliser ses capacités.

N° 528. — Salon Louis XV, tr. bon ét. à céd. conv. à jne doct. s'inst. S'adr. Dr Poissenot, 28, rue des Boulets. Paris, 11e.

N° 529. — Le Cannet (Alp.-Mmes). Dr Daniel, tél. 28. Cure climat. pr tout conval. non contag. nerv. surm. Bronches délic. rhumatis. etc. Tout conf. Tous trait. clim. le plus doux, site le pl. beau de la côte.

N° 530. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos rég. Paris.

N° 531. — Pau. Appart. meublé à l., cuis. s. à m. ch., eau, gaz, élec. soleil de 9 h. au coucher, 2.500 fr. pr saison. Dr Bouchet, Navarrenx (B.-P.).

N° 532. — Paris. Doct. spéc. esthét. client. sélect. dem chez dentiste, méd. ou mais. comm. de luxe ou ch. partic 1 ou mieux, 2 pièces claires vides, av. jouis. salon comm. et services, r. côté, Madel. Op. ou Elys. de préf. Chipon, 5, rue Châteaudun, Paris.

N° 533. — S.-femme diplôm. et infirm. dés. emploi. Références.

N° 534. — A vend. en part. état torp. 11 CV Zédel 1923, 2 pare-br. 2 r. sec. tous acces. 16.500. Dr E. Gaston, Forges-les-Eaux (S.-Inf.).

N° 535. — Doct. en méd. jne marié. méd. génér. accouch. prendr. suite client. import. Sud-Ouest.

N° 536. — A céd. pr c. sant. poste méd. av. proph. et mais. de conval. de 20 p. et dépend. sur les côteaux de la Loire, sit. unique en tant que vue et orient. Fac. de comm. pr. gr. ville, tennis, parc, ombr.

N° 537. — Mén. infirm. tr. expér. et recom. dés. pl. dans clin. ou mais. de sant.

N° 538. — Ds jol. local. de Normandie, pr. gr. ville, poste anc. rapp. 40.000, poss. aug... belle mais. conf. rég. riche S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 539. — A céd. à Paris, bon quart. client. méd. génér. rapp. 36.000 env. loyer 2.900. Bail 4 ans app. 5 p., cuis. et ann. Prés. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris, 5e.

A propos de l' « Alimentation et des troubles alimentaires du nourrisson »

Les leçons sur l'alimentation et les troubles alimentaires du nourrisson qui ont été publiées dans le *Concours médical* m'ont valu un certain nombre de lettres de confrères, auxquels je demande la permission de leur donner une réponse collective, tout en les remerciant de l'intérêt qu'ils ont bien voulu témoigner à mes articles.

1° Quant au mode d'administration du chlorure de calcium, on prescrit une solution de cinq grammes de sel anhydre, ou de dix grammes de sel cristallisé sur 100 gr. d'eau. Il est difficile d'en masquer le mauvais goût ; nous le donnons généralement dans les dernières gorgées de lait du biberon ou, aux enfants au-dessus d'un an, avec du sirop de framboises, à parties égales. Généralement les enfants le prennent sans trop de difficulté.

2° Pour ce qui concerne l'étiologie des troubles gastro-intestinaux aigus, et du choléra infantile en particulier, je suis le dernier à contester l'influence énorme du manque de soins, de l'incurie, de l'ignorance, de la négligence et de la malpropreté souvent répugnante de l'entourage des enfants. Je ne manque aucune occasion pour insister sur le rôle capital que ces facteurs jouent dans la morbidité et la mortalité surtout des nourrissons qui sont allaités artificiellement. Mais tout nous fait croire qu'ils agissent en déprimant et viciant les fonctions digestives ; il n'existe jusqu'à présent — à mon avis, du moins ! — aucune preuve d'une étiologie infectieuse, ni spécifique, ni banale.

Pr ROHMER.

CORRESPONDANCE

Pour le tiers payant.

Le tiers payant, c'est l'ennemi. Voilà aujourd'hui le mot d'ordre qu'il est de bon ton de répéter dans la famille médicale.

J'avoue humblement que je ne suis pas de cet avis et je demande la permission à l'hospitalier et bienveillant *Concours* de vous dire pourquoi.

Tout d'abord, je reconnais volontiers que le tiers payant a des défauts (quel système n'en a pas ?) mais on les a suffisamment étalés et amplifiés pour que je puisse me dispenser d'en parler. D'ailleurs, ces défauts peuvent être très atténués par le ticket modérateur.

Voici, je crois, quels sont les avantages du tiers payant :

1° Au point de vue matériel, nos comptes seront simplifiés par le fait que nous n'avons qu'un débiteur au lieu d'en avoir un grand nombre ;

2° Nous enverrons nos notes tous les trois mois au lieu de les laisser traîner par négligence ou par fatigue, ce qui nous fait perdre pas mal d'argent.

3° Nous n'aurons pas à attendre le paiement de nos notes parfois pendant des années.

4° Le tiers payant prendra avantageusement la place d'un certain nombre de clients non payants ;

5° Il augmentera la consommation de soins médicaux. Aujourd'hui, c'est un fait que personne ne démentira, beaucoup de gens hésitent à faire venir le médecin ou lui demandent une visite alors qu'il en faudrait plusieurs. Avec le tiers payant, nous soignerons mieux nos malades et nous gagnerons davantage.

6° Aujourd'hui, lorsque le malade est pauvre (ou le paraît), lorsque la maladie est longue, le médecin, au moment du règlement des comptes, se laisse aller à faire sauter un certain nombre de visites, ne fait pas payer certaines interventions. Avec le tiers payant, il ne sera pas obligé de voler ses enfants pour faire la charité à ses clients.

Enfin, il y a un côté sentimental de la question que je ne trouve pas négligeable. Lorsque des visites multiples et des interventions sont nécessaires, à quel médecin n'est-il pas arrivé d'éprouver une gêne, une crainte que son désintéressement ne soit suspecté, qu'on ne l'accuse de pousser à la visite. Tout cela disparaîtra avec le tiers-payant. Ce sera un soulagement pour le médecin et un avantage pour le malade qui sera soigné sans arrière-pensée.

Après une maladie longue et grave, où le médecin s'est donné tout entier, où il a lutté de toutes ses forces, partagé les souffrances et les craintes du malade et de la famille, il éprouve une véritable gêne à toucher de l'argent de ceux qui ont été ses compagnons de lutte et d'angoisse. Et pourtant, il faut bien que le médecin vive.

D'ailleurs, ce n'est pas une nouveauté, le tiers-payant. Je laisse de côté les accidentés du travail et les réformés de guerre pour lesquels il s'agit de risques limités, mais tous les médecins dont la clientèle modeste comprend des mutualistes (avec paiement à la visite), pratiquent depuis longtemps le tiers payant.

Les Sociétés de Secours mutuels nous reprochent parfois de faire des ordonnances trop chères. Elles nous reprochent bien rarement des visites trop nombreuses. Le terrible danger du tiers payant démoralisateur n'est donc pas si effrayant.

Ce qu'il nous faut obtenir, c'est un tarif suffisant établi sur la base du tarif Breton, un contrôle effectif, un ticket modérateur, qui modère vraiment et ne soit pas une plaisanterie.

Ce qui me paraît surtout grave dans la voie où nous entraînent nos militants, c'est que nous occuperons une position intenable. Jamais le Parlement n'acceptera, pour nous faire plaisir, les assurances sociales sans tiers payant. Il y a là une tendance qui se manifeste dans tous les domaines et contre laquelle il me paraît peu indiqué de vouloir à toute force nous briser.

Nous pouvons faire ce que nous voulons, le tiers payant sera voté et si nous le repoussons, il le sera contre nous. Nous aurons inutilement fait figure de grincheux et de mauvais coucheurs.

Il faut concentrer toutes nos forces (et elles sont grandes), d'une part, pour refuser tout forfait (ou tarif à la visite à l'intérieur d'un forfait), d'autre part pour obtenir :

1° Une rémunération suffisante ;

2° Un ticket modérateur qui nous mette à l'abri des carottiers ;

3° Un contrôle loyal qui (je le sais parce que j'ai pas mal d'accidents du travail), loin de gêner le médecin traitant, facilite sa tâche et vis-à-vis des assurances parfois soupçonneuses et vis-à-vis des ouvriers souvent profiteurs.

Je n'ai pu m'empêcher de jeter un cri d'alarme, car j'ai de plus en plus la conviction que nous nous lançons dans une voie dangereuse. Nous allons épuiser nos forces à lutter contre le tiers payant qui nous est plutôt avantageux. Nous nous mettrons en mauvaise posture en paraissant vouloir faire échec à la loi.

Nous serons battus et nous ne serons plus qu'une armée vaincue et démoralisée lorsque s'engagera la bataille décisive dont le succès doit nous donner la possibilité de soigner convenablement nos malades et le moyen de vivre et de faire vivre notre famille.

Dr V. Bentz,
Lormont (Gironde).

2509. — Augmentation des loyers prorogés Prorogation nouvelle.

J'ai été mobilisé du 31 juillet 1914 au 1er mars

1919. A partir de quand dois-je subir l'augmentation de loyer ?

Mon propriétaire me réclame l'augmentation à partir du terme prochain, 5 octobre. Est-il dans son droit ?

J'ai toujours cru que l'augmentation de loyer partait de janvier 1925.

Dr D.

Réponse.

Pour vous donner une réponse précise sur votre cas, nous aurions eu besoin de connaître exactement votre situation en tant que locataire, notamment de savoir si vous aviez un bail avant la guerre ou une location verbale, si vous avez reçu congé et quand vous avez signifié votre demande de prorogation à votre propriétaire.

Mais, en se basant sur l'hypothèse la plus défavorable pour vous, au cas où votre bail serait venu à échéance au cours de la guerre, par exemple, — votre prorogation doit prendre fin au plus tôt le 1er avril 1925. En effet, comme médecin occupant de locaux à usage professionnel, vous aviez droit non à la prorogation de mobilisé dont bénéficiaient seulement les locataires de petits logements, mais à la prorogation professionnelle égale à la durée de la guerre, soit 5 ans et 83 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à l'expiration de cette période. Dans l'hypothèse sur laquelle nous raisonnons, cette prorogation a commencé à courir le 24 octobre 1919 ; 5 ans et 83 jours calculés à partir de cette date nous mènent jusqu'aux premiers jours de janvier 1925, c'est-à-dire pendant le cours du terme ; donc votre prorogation doit être prolongée jusqu'au 1er avril 1925. Jusqu'à cette date, vous n'avez pas d'autres augmentations à supporter que celles fixées par la loi du 31 mars 1922, soit 5 % du loyer d'avant-guerre, plus l'augmentation justifiée des impôts et des charges par rapport à 1914.

En outre, la loi du 2 août 1924 vous donne la possibilité de demander une seconde prorogation pouvant aller jusqu'au 1er janvier 1926. Pour cela, il faudra que vous demandiez cette prorogation à votre propriétaire, trois mois au moins avant l'échéance de votre prorogation actuellement en cours, par lettre recommandée ou mieux par exploit d'huissier. Dans votre demande, vous devrez offrir une augmentation de loyer ; si le propriétaire n'accepte pas cette offre, le juge vous départagera. Bien que la loi ne fixe pas le taux limite d'augmentation pour la nouvelle prorogation accordée aux locataires de locaux à usage professionnel, nous vous conseillons de proposer l'augmentation fixée par la loi du 29 décembre 1923, soit 75 % du loyer de 1914, plus 10 % de charges.

Si votre situation réelle est différente de celle que nous avons envisagée, nous nous tenons à

votre disposition pour vous donner tous renseignements complémentaires.

2632. — Stationnement des automobiles.

Permettez-moi de vous demander un renseignement sur la circulation des automobiles dans la campagne.

Une auto peut-elle être à l'arrêt sur sa gauche sur une route de la campagne ?

Dans le code de la route, rien ne dit au chapitre « stationnement des véhicules » que l'auto à l'arrêt doit occuper telle ou telle position.

Dr V.

Réponse.

Rien, en effet, dans le Code de la route, ne prescrit l'arrêt d'une automobile ou d'un véhicule quelconque sur le côté de la route à sa droite.

Ce n'est qu'en vertu d'arrêtés locaux, pris par le préfet ou par le maire, que cette obligation peut être imposée. Mais de tels arrêtés sont parfaitement légaux et obligatoires.

2618. — Recouvrement des notes d'honoraires accidents.

Excusez-moi de faire appel à votre complaisance, mais j'aurais besoin de savoir si un patron, ou mieux son assureur substitué, peut exiger *légalement* que les notes d'honoraires lui soient envoyées aussitôt après la guérison : il me semble que la loi, ou plutôt la jurisprudence, exige simplement qu'elles ne soient pas présentées plus d'un an après la date de la guérison.

Dr B.

Réponse.

Vous êtes en droit d'envoyer vos notes d'honoraires soit au patron, soit à la Compagnie d'assurances, quand bon vous semble. Mais vous avez intérêt à le faire le plus tôt qu'il vous est possible, car le délai de prescription en cette matière est seulement d'un an et commence à courir suivant les cas du jour de l'accident, ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire. Et cette prescription ne peut être interrompue par l'envoi de votre note, mais seulement par une citation en justice. Si vous attendiez trop pour envoyer vos notes, vous pourriez vous exposer, en cas de contestation, à laisser passer le délai sans avoir pu agir.

2616. — Opérations exécutées par les chirurgiens dentistes.

Je ne me souviens plus si je vous ai informé que l'affaire dont vous m'avez entretenu dans votre lettre du mois d'août dernier vient d'être solutionnée par le règlement de Madame L. Je vous remercie des conseils donnés.

Voudriez-vous me dire si un chirurgien dentiste est en droit de pratiquer la résection des alvéoles au cours d'un traitement. Après extractions, peut-il le faire en vue d'établir la pose du dentier qu'il a entrepris ? D. M.

Réponse.

Si nous nous reportons aux termes de la loi du 30 novembre 1892, nous voyons que rien ne limite le droit, pour les chirurgiens dentistes, de soigner les dents et leurs annexes.

Il semble donc aussi légitime, pour un chirurgien dentiste, d'opérer une résection d'alvéole, que de soigner une fistule d'origine dentaire, par exemple.

Mais il conviendrait d'observer que, dans certaines circonstances, le chirurgien dentiste se doit conformer aux règles de la prudence. Il n'a pas étudié la médecine dans son ensemble ; il n'a pas la pratique opératoire des docteurs, qui font de la chirurgie.

Aussi, dans certains cas, sa responsabilité civile pourrait-elle être engagée, s'il avait entrepris de faire une opération dépassant sa compétence scientifique. Donc, question d'espèce.

Voici une des raisons pour lesquelles, personnellement, je suis de l'avis que l'art dentaire ne devrait être exercé que par des docteurs en médecine, qui se spécialiseraient en stomatologie. L'art dentaire a fait des progrès considérables : beaucoup de maladies générales ont une influence marquée sur la bouche ; le dentiste n'est plus simplement un habile opérateur en extractions, en obturations, ou en prothèse : il doit posséder une science médicale de plus en plus considérable.

Aussi, à mon avis, point n'est besoin de la création d'un nouveau diplôme en chirurgie dentaire, comme certains en prêtent l'intention au gouvernement, soutenu dans cette idée par le groupe des chirurgiens dentistes ; il n'y a, à mon sens, qu'un seul diplôme que doivent obtenir tous ceux qui pratiquent l'art de guérir en médecine humaine, celui de docteur en médecine.

Que demain, on modifie la loi du 30 novembre 1892, pour que, désormais, il ne soit plus fait de chirurgiens dentistes ; qu'on supprime ces derniers, comme on a supprimé les officiers de santé ; qu'on étudie, dans nos groupes professionnels, les voies et moyens de transition, pour préserver les droits des titulaires actuels du diplôme de chirurgien dentiste ; qu'on voie avec eux, avec les syndicats médicaux, avec la Faculté, la possibi-

lité de leur faire octroyer, sous certaines conditions, le titre de docteur en médecine.

D'ailleurs, j'en connais un certain nombre qui n'hésiteraient pas à passer quelques examens.

Et ainsi ne se poserait plus la question quelque peu embarrassante qu'est la vôtre, en ce sens que, devant le mutisme de la loi, on en est conduit à se demander quel est le véritable intérêt du malade, lorsqu'il se confie à son chirurgien dentiste, uniquement sous l'empire du droit commun, c'est-à-dire pour l'observation de règles de prudence et de savoir que tout homme de l'art doit observer.

Dr Paul BOUDIN.

2589. — Patente et contribution personnelle mobilière.

Abonné au *Concours*, puis-je me permettre de recourir à votre inaltérable et universelle obligeance, pour être éclairé au sujet de ma feuille de contributions ci-jointe. Elle est tellement plus élevée que l'an dernier ! Cela tient à l'augmentation du centime le franc ? (1 fr. 72 l'an dernier, contre 2 fr. 47 cette année), quotité de centimes (3 fr. 48 l'an dernier, pour 5 fr. 03 cette année). Pourriez-vous me rappeler la façon exacte dont est calculé l'impôt, personnelle-mobilière, patente ? Sur quelle base ?

Marié, 4 enfants. Loyer : 3.500 fr.

Réponse

La patente des médecins ne comprend qu'un droit proportionnel calculé au 15e ou au 12e suivant l'importance du loyer.

Ainsi en ce qui vous concerne, le droit proportionnel est calculé au 15e sur une valeur locative de 3.500 fr.

$$\frac{3.500}{15} = 233 \text{ fr. } 33.$$

A ce principal est appliqué un coefficient qui varie suivant les communes et qui est fixé chaque année.

$$233,33 \times 5,0371145 = 1.175,31.$$

La contribution personnelle-mobilière est basée sur le montant du loyer, déduction faite des abattements à la base qui sont fixés pour chaque commune.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2601. — Dépenses à déduire du revenu professionnel.

Une fois de plus, j'ai recours aux excellents offices de votre journal.

J'ai appris récemment que tout médecin devrait tenir un registre de recettes et dépenses pouvant être vérifié par les contrôleurs de contributions, —

(*Voir la suite page XLVII-2697*)

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la profession médicale en France. De la corporation au Syndicat (1) Un aperçu historique de l'évolution des corporations y compris les corporations médicales.

Au moment où le Corps médical éprouve le besoin de parfaire son organisation, de chercher le moyen d'éliminer de son sein les éléments indignes et de s'adapter aux conditions nouvelles que les progrès techniques et les lois sociales font surgir pour l'exercice de la médecine, il est d'actualité d'étudier comment les professions médicales furent organisées en France et quelle fut leur évolution parmi les autres corporations dont elles partagèrent d'ailleurs le sort.

Un bref exposé historique de ce sujet, non seulement présente un grand intérêt, mais peut être, à notre avis, un enseignement précieux pour guider notre conduite à venir.

***

Nous avons vu les corporations se constituer au XIe et au XIIe siècles et s'organiser pour se libérer de la tyrannie féodale. Que ce soit l'Université des Maîtres et des Etudiants de Paris (comprenant les médecins) qui s'appuie sur le Pape pour s'affranchir de la tutelle du Prévôt d'abord, de l'Evêque ensuite, que ce soit les corps de métiers (comprenant les chirurgiens) qui obtiennent des privilèges tant dans le domaine royal que dans les villes émancipées et érigées en communes, l'évolution, nous allions dire la Révolution, s'opère partout et dans tous les cas de la même façon et donne lieu aux mêmes conséquences.

Au XIIIe siècle, le mouvement corporatif est arrivé au sommet de son développement. Le Pouvoir Royal, tout au moins à Paris, cherche à le stabiliser.

C'est, en 1200, Philippe Auguste qui accorde sa charte à l'Université de Paris et en fait une Corporation très privilégiée, ecclésiastique et, de ce fait noble ; c'est, en 1258, sous le règne de Saint-Louis, le Prévôt de Paris, Etienne Boileau, qui enregistre, réforme et codifie les statuts et règlements des corporations dans le *Livre des Métiers.*

(1) Voir le « Propos du Jour» du 2 novembre 1924.

Etienne Boileau était un homme d'énergie qui, en arrivant à la Prévôté, résolut de mettre de l'ordre dans la ville et dans les affaires. Justicier impitoyable, il fit pendre son propre neveu, coupable de plusieurs vols, et le sire de Joinville raconte que les malandrins, traqués par le terrible Prévôt, s'enfuirent de Paris épouvantés.

Ce fut cet homme, le plus puissant après le Roi, qui résolut de codifier les statuts des corporations et de stabiliser le mouvement corporatif. Il espérait créer ainsi à Paris un élément de tranquillité, d'ordre et de paix, qui accroîtrait singulièrement la puissance royale.

Etienne Boileau invita les représentants des corps de métiers à se rendre au Châtelet pour lui permettre de faire son enquête. Cent corporations répondirent à l'appel. Quelques-unes s'abstinrent et, parmi elles, la puissante et très ancienne corporation des bouchers.

Le Prévôt de Paris rédigea alors le *Livre des Métiers* qui nous donne les détails les plus précis et les plus curieux sur l'organisation corporative.

Chaque corps de métier avait une organisation autonome et des privilèges variés, mais au fond leurs statuts et leurs règlements étaient analogues.

La Corporation comprenait trois classes de membres : les apprentis, les valets et les maîtres.

L'apprenti entrait tout jeune chez le maître pour apprendre le métier en vertu d'un contrat que ce dernier était tenu de respecter. Il faisait partie de la famille du maître qui ne pouvait prendre qu'un nombre limité d'apprentis. La durée de l'apprentissage variait de 3 à 7 ans selon les métiers. Une fois l'apprentissage fini, l'apprenti s'il prouvait qu'il savait son métier, (ce qui, plus tard, consista dans l'épreuve du chef-d'œuvre), et, s'il avait des ressources suffisantes, pouvait devenir maître. Dans le cas le plus fréquent, il devenait valet.

Les valets, qui, plus tard, prirent le nom de compagnons, étaient des ouvriers qui louaient librement leurs services aux maîtres, auxquels ils n'étaient pas aussi étroitement attachés que

l'apprenti. Ils jouissaient de certains droits dans la corporation et prenaient part aux Assemblées générales.

Le maître était le patron, propriétaire de son atelier ou de sa boutique. Il payait un droit à la Corporation et, en outre, un droit au Roi.

La Corporation était administrée par un Conseil de prud'hommes ou jurés dont les fonctions consistaient à gérer les finances et à assurer la police du métier. Le Prévôt de Paris avait dans sa juridiction la surveillance des corporations et le maintien de leurs statuts et règlements.

Un devoir incombait encore aux maîtres, celui du service du guet. Le guet était une milice, chargée de la police en temps de paix et de la défense de la ville en temps de guerre. Le Prévôt désignait parmi les maîtres deux clercs du guet qui convoquaient les maîtres à tour de rôle pour assurer le service ; c'était une charge lourde dont les métiers cherchaient à se libérer, soit en obtenant le privilège de la dispense, soit en payant une taxe de remplacement. La perception des taxes et le guet amenèrent les corporations à s'occuper de politique. Le Roi y trouva d'abord son avantage. Les sergents de Saint-Louis, c'est-à-dire sa garde du corps, étaient fournis par la corporation des fèvres-maréchaux. Un d'entre eux, d'ailleurs, sauva la vie au Roi à la bataille de Mansoura. Mais, aux époques de troubles, cette force armée organisée devint un danger pour le pouvoir qui, peu à peu lui substitua un guet permanent sous le commandement du chevalier du guet et les corporations virent progressivement le service personnel du guet transformé en impôt.

Nous avons insisté sur l'institution du guet, parce qu'elle montre bien comment le Roi sut utiliser les corporations, s'appuyant sur elles quand l'Etat était embryonnaire et faible, les prenant en défiance, quand l'Etat, devenu mieux organisé et plus fort, avait plus besoin d'argent que de milices mal disciplinées et peu sûres.

Les corporations se développèrent, avons-nous dit. parce qu'elles répondaient à un besoin.

Pour obtenir des métiers un travail suffisant, bien exécuté, pour procurer aux artisans des matières premières, difficiles à acquérir à cette époque, pour éviter de les voir accaparer par quelques-uns, alors que les transactions et les transports étaient difficiles, il fallait avoir recours à des organisations collectives, qui, en revanche, pour compenser les risques réels courus, jouissaient d'un monopole et réglementaient à leur gré le travail.

Cette réglementation, basée sur le lever et le coucher du soleil, nous porterait à croire que l'on menait dans les métiers une vie de forçat du moins en été ; mais les chômages étaient très fréquents et régulièrement répartis par les fêtes religieuses plus nombreuses que de nos jours auxquelles s'ajoutaient les dimanches, les fêtes des saints patrons du métier, celles du maître, de sa femme, de ses enfants, celle de la paroisse, etc., etc. En outre, le samedi soir et la veille des fêtes chômées, le travail cessait plus tôt : comme de nos jours, existait en somme la semaine anglaise. De sorte. que les ouvriers travaillaient notablement moins qu'à notre époque, même avec la journée de huit heures.

A Paris, les corporations paraissaient avoir supprimé toute concurrence et détenir un monopole absolu. Mais ce monopole jusqu'au XVIIe siècle, où le Pouvoir Royal devint plus grand, était diminué par les corporations organisées en dehors de la juridiction du Prévôt dans les seigneuries ecclésiastiques qui étaient souveraines de certains quartiers ou faubourgs de la ville : l'abbaye de Saint-Germain-des-Prés, celle de Sainte-Geneviève, celle de Saint-Marcel, le Prieuré de Saint-Martin-des-Champs, le Temple, etc. Nous avons vu les maîtres de l'Université gênés dans leur enseignement par le Prévôt de Paris et par l'Evêque, franchir la Seine et aller fonder leurs Collèges sur la rive gauche, aux flancs de la Montagne Sainte-Geneviève relevant de la juridiction de l'Abbé.

Les corps de métiers de toutes ces seigneuries ecclésiastiques formaient des corporations dissidentes qui, sans sortir des limites du domaine seigneurial, pouvaient concurrencer les métiers royaux.

A côté des corporations, indépendantes d'elles, étaient les *confréries*. La confrérie était une association religieuse, placée sous la protection du Saint du métier. Elle avait sa bannière, son chef élu ou bâtonnier, se réunissait dans sa chapelle, possédait un trésor qui servait à secourir ses membres. La confrérie différait comme constitution de la corporation. Tous ses membres étaient égaux. Aussi devinrent-elles, au sein des métiers, des foyers d'agitation et d'opposition politiques ou professionnelles.

Ce furent les confréries qui, en 1306, fomentèrent une émeute pour protester contre les falsifications monétaires de Philippe-le-Bel. La révolte fut cruellement réprimée, les confréries furent supprimées, puis rétablies en 1309.

Les confréries pouvaient aussi agir dans le ca-

dre professionnel. Les chirurgiens qui faisaient partie de la Corporation des barbiers, fondèrent une confrérie sous l'invocation de Saint-Côme et de Saint-Damien. Cette confrérie organisa un enseignement ou apprentissage pour les barbiers qui se destinaient à la chirurgie. Au sein de la grande Corporation des barbiers, elle forma une petite communauté dont les statuts furent homologués dans le Livre des Métiers par Et. Boileau en 1268. Ces statuts prévoyaient la désignation de six jurés pour examiner ceux qui voulaient être autorisés à pratiquer des opérations. Les barbiers se trouvaient donc divisés en *barbiers laïques* ou barbiers-chirurgiens, ou chirurgiens de robe courte et en *barbiers clercs*, chirurgiens-barbiers, chirurgiens de Saint-Côme ou chirurgiens de robe longue. Lanfranc et Pitard, chirurgiens réputés, obtinrent du Prévôt de Paris, Renaud Barbou, en 1301, une ordonnance interdisant sévèrement l'exercice de la chirurgie aux barbiers avant d'avoir subi l'examen des jurés de Saint-Côme. Cette décision fut confirmée par une nouvelle ordonnance royale de 1311, obtenue du roi par Pitard qui était alors chirurgien du Châtelet.

Les chirurgiens de Saint-Côme nommaient six jurés qui se joignaient à ceux des barbiers dans la grande corporation. Ils prêtaient, *comme tous les jurés*, le serment au Prévôt de Paris de dénoncer les crimes et les délits dont ils pouvaient avoir connaissance et d'indiquer les blessés qu'ils étaient appelés à soigner quand l'origine des blessures étaient de nature délictueuse ou criminelle. L'on faisait bon marché alors du secret professionnel. Il n'en était pas de même pour la noble Université, c'était le Prévôt de Paris qui prêtait le serment de respecter ses privilèges et de les défendre.

***

A la tête du métier était le maître ou roi du métier. D'abord choisi par les maîtres de la corporation, il ne tarda pas à être désigné par le Roi, et, comme ces maîtres du métier touchaient certaines redevances, le Roi, en désignant ses grands officiers pour ces charges, leur octroyaient ainsi de sérieux bénéfices. Le premier barbier du Roi fut d'abord le maître de la Corporation des barbiers et des chirurgiens. Puis, pour les chirurgiens, le maître de la communauté fut le Premier Chirurgien du Roi, tout comme le grand Panetier était le maître des boulangers, le grand Maréchal, maître des fèvres-maréchaux, des fèvres-couteliers et des serruriers, le grand Ecuyer, maître des savetiers, etc. Bien que la Faculté de médecine n'ait pas eu à proprement parler de maître, elle était tenue à rendre certains honneurs et à payer certaines taxes au Premier Médecin du Roi. Ces maîtres avaient primitivement des pouvoirs juridiques mais leur charge finit peu à peu à devenir purement honorifique.

Les métiers prenaient une part active à l'administration de la Cité, et cela plus en province qu'à Paris. Cependant, dans la capitale, aux périodes de troubles de la fin du XIVe et du commencement du XVe siècle, les Prévôts des marchands de Paris qui, avec les eschevins, émanations des corps de métiers, administraient la ville, eurent un rôle considérable.

Trois fois les corporations prirent en mains violemment le pouvoir. Ce fut d'abord en 1357 après la bataille de Poitiers qu'Etienne-Marcel, à la tête des plus riches corporations, réunit les Etats généraux et fut quelque temps le maître de Paris. En 1382, la révolte des Maillotins fut plutôt une émeute de la populace bien que des corporations y jouèrent un rôle important. Enfin, 1413, eut lieu l'insurrection cabochienne qui fut l'œuvre de la seule corporation des bouchers, soutenue par le parti des Bourguignons.

De même au siècle suivant, sous la Ligue, les Corporations prirent fait et cause contre le pouvoir royal.

Aussi les rois cherchèrent-ils de diverses façons à amoindrir la puissance corporative ? Ils ne pouvaient pas supprimer les corporations car elles étaient indispensables à la vie économique du royaume, mais ils s'efforcèrent peu à peu à saper leur influence et à les domestiquer.

Les corporations d'ailleurs facilitèrent étrangement la tâche du pouvoir royal. Au lieu de s'organiser, de se fédérer, de rester unies, elles se jalousèrent entre elles. Elles comprenaient une sorte d'aristocratie, formée par les six corps marchands (1° drapiers ; 2° épiciers ; 3° changeurs qui furent plus tard remplacés par les bonnetiers ; 4° merciers ; 5° pelletiers et 6° orfèvres) qui entre eux mêmes se disputaient la préséance (1). Puis venaient les marchands de vins et les bouchers, corporations encore très puissantes. Des conflits et des procès éclataient entre les divers métiers et des divisions au sein même de ces corporations. Pour rester dans le cadre médical, rappelons que la Faculté de médecine intenta de nombreux procès aux apothicaires et aux chirurgiens. Elle fit repousser à diverses reprises les tentatives des chirurgiens de Saint-Côme qui de-

(1) Pour porter le dais royal dans certaines cérémonies par exemple : entrée du roi ou d'un légat à Paris.

mandaient à être incorporés dans l'Université et pour cela avaient exigé de leurs élèves l'obtention du grade de maître ès-arts. La Faculté fut encore plus loin, pour nuire aux chirurgiens de Saint-Côme qui avaient fait un véritable effort pour s'instruire et perfectionner leur art, elle fut jusqu'à faire des cours aux simples barbiers, espérant malgré leur ignorance absolue, s'en servir contre les chirurgiens. Elle se rendit même ridicule en allant en procession effacer le mot *collegium*, inscrit sur le fronton de l'amphithéâtre de Saint-Côme, parce que ce mot ne pouvait être attribué qu'à une organisation universitaire. Cette jalousie professionnelle dont la Faculté de médecine donna tant d'exemples, contre les médecins des autres facultés, contre les chirurgiens, contre la première tentative de création d'une Académie de médecine, et plus tard contre la Société royale de médecine qui, avec les chirurgiens, finit par triompher d'elle, cet exclusivisme féroce, cette répugnance à l'égard de tout progrès (opposition à l'adoption des médicaments chimiques comme l'émétique, rejet *a priori* de la découverte de la circulation du sang, dédain de la clinique, etc.), n'étaient pas les apanages des seuls médecins. Toutes les corporations furent de même à partir du XVIe siècle. Leur raison d'être, qui avait été le perfectionnement du métier, la bonne exécution du travail, la garantie de la bonne qualité, disparut peu à peu ou passa au second plan. A partir du XVIe siècle, toute la préoccupation des maîtres était de réduire la concurrence, en rendant la maîtrise inaccessible. Lechef-d'œuvre fut institué et les frais de maîtrise furent tels qu'il n'y avait que le fils ou l'héritier d'un maître qui pouvaient compter l'obtenir. Les corporations s'interdisaient entre elles tout progrès. Les merciers avaient adopté les boutons faits au métier, qui réalisaient pour le public une réelle économie, aussitôt les passementiers-boutonniers en vertu de leurs privilèges s'opposèrent à leur vente. Quelques marchands ayant annoncé par une publicité un peu étendue la vente de certains objets manufacturés, à prix fixe, immédiatement les corporations interdirent cette innovation gênante pour le plus grand nombre si elle faisait l'affaire du public. La vente des indiennes, la fabrication des toiles de Jouy par Oberkampf amenèrent de la part des corporations une opposition irréductible.

De sorte qu'on put définir le monopole des corporations : une sorte de titre de rente perpétuelle dont le public payait les arrérages.

Toutes ces raisons, et nous devons aussi le dire, le besoin et le désir de se procurer de l'argent, poussèrent les Rois à réduire peu à peu les Corporations jusqu'au moment où n'ayant plus du tout de raison d'être et étant devenues manifestement nuisibles, ils les supprimèrent. Les Corporations étaient mortes moralement avant que la Constituante leur porta par la loi Chapelier le coup de grâce en 1791.

J. NOIR.

(*A suivre*).

R. H. M. S. : 6050.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉTUDE DES LAITS MODIFIÉS LES PLUS UTILISÉS EN FRANCE DANS L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS, BIEN PORTANTS ET MALADES

Par le Dr Germain BLECHMANN,

Ex-chef de Clinique de la 1re enfance à la Faculté de médecine de Paris. (Service de M. le Pr Marfan).

Le lait de vache destiné à l'alimentation des nourrissons doit être de qualité irréprochable.

En France, comme l'écrit M. le Pr Marfan, « il s'agit ici d'une question très grave, non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue national ; il s'agit de la vie des petits enfants ; il s'agit d'empêcher de mourir ceux qui meurent le plus, ce qui est encore le moyen le plus direct de combattre la dépopulation. »

Le problème du lait pour nourrissons est si difficile à résoudre qu'on s'est demandé s'il n'arrivera pas en France, et à Paris en particulier, ce qui est déjà arrivé à l'étranger, *la production du lait pour nourrissons ou pour malades devenant un service public.*

Si l'emploi du lait stérilisé a contribué à diminuer la mortalité infantile encore très élevée dans la classe ouvrière, si l'emploi d'un lait privé

de microbes est une condition nécessaire de l'allaitement artificiel, elle est loin d'être la seule.

Que de difficultés pour obtenir un lait stérilisé d'une manière convenable, et peu de temps après la traite ! Combien de cas d'intolérance du nourrisson pour le lait de vache, même correctement dilué et sucré et donné en proportions convenables à des heures régulières ! Combien de cas d'impossibilité d'employer le lait de vache comme aliment dans les affections digestives ou les troubles de la nutrition des petits enfants.

Ces faits de la pratique de tous les jours expliquent le succès des divers succédanés du lait de vache et les tentatives que l'on a faites pour lui substituer des laits dits humanisés, fixés, homogénéisés, maternisés, condensés, la poudre de lait, le babeurre, etc.

Depuis la guerre, les pédiâtres français se sont particulièrement préoccupés de ces questions. Ne pouvant passer en revue tous les succédanés du lait de vache qui ont été utilisés, nous nous proposons d'examiner brièvement ceux qui ont été le plus récemment étudiés.

I. — Lait condensé.

Lassablière incline à regarder le lait condensé comme un des meilleurs aliments pour les nourrissons. La crise du lait qui a sévi pendant la guerre et l'après-guerre aurait eu « des conséquences terribles pour notre population si le lait condensé n'avait comblé le déficit, régularisé la consommation ».

Composition. — En général, le lait condensé est préparé avec du lait écrémé ; parfois il l'est avec du lait qui est dépourvu à la fois d'une partie de sa crème et de son lactose. L'addition de saccharose compense en partie cette soustraction. Mais il résulte de toutes ces manipulations que, en dépit des affirmations des prospectus, il est impossible, quelle que soit la proportion d'eau ajoutée, de reconstituer avec le lait condensé un liquide qui ait la composition du lait de vache originel.

En réalité, le lait condensé sucré est une sorte de « sirop de lait ».

Quelques médecins, très partisans de l'emploi du lait condensé, pensent pouvoir répondre à l'objection tirée de sa composition, en demandant que ce produit soit préparé avec du lait possédant toute sa crème.

Nous ne sommes pas de leur avis, dit le Pr Marfan, pour les raisons suivantes :

« Le lait condensé gras se conserve moins bien que le lait condensé écrémé ; il risque à la longue de prendre le goût de suif ou de rancir, surtout lorsque la boîte qui le renferme reste quelque temps ouverte. Le lait condensé écrémé est meilleur marché que le lait condensé gras. Enfin, le lait condensé écrémé est mieux digéré par le nourrisson, surtout par le nourrisson dyspeptique, que le lait condensé gras.

Mais comme le public ne doit pas être trompé par les prospectus, les boîtes de lait concentré devraient porter la mention : « Lait condensé écrémé et sucré ».

Dilution. — Le prospectus de certaine marque avance qu'on peut reconstituer du lait en ajoutant cinq parties d'eau bouillie tiède à une partie de ce lait condensé. Les analyses faites à l'hôpital des Enfants-Malades, ajoute M. Marfan, « montrent que cette assertion est inexacte. Quelle que soit la proportion d'eau ajoutée, on peut assurer qu'on ne reconstitue pas un liquide de composition analogue à celle du lait de vache originel. On obtient seulement un liquide qui sous le même volume, a une valeur calorigène à peu près équivalente à celle du lait de vache. Et, si on veut nourrir un enfant d'un mois avec ce produit, pour qu'il ait une ration suffisante, il faut donner, 7 fois en 24 heures, deux cuillerées à café de lait condensé diluées dans 75 grammes d'eau ; à un enfant de deux mois, il faut donner dans les 24 heures sept repas composés de trois cuillerées à café de lait condensé dilué dans 100 grammes d'eau. Cependant ces doses sont plus fortes que celles qu'indiquent les prospectus.

Indication. — Sucré ou non sucré, le lait condensé possède, dit Lassablière, une action anti-émétique.

M. Variot a attribué ces propriétés à l'excès de sucre qu'il renferme et il a proposé de traiter tous les vomissements du nourrisson *qui ne dépendent pas d'une sténose organique du pylore*, par l'emploi d'un lait hypersaccharosé (renfermant 10 p. 100 de sucre de canne).

Si le lait condensé sucré, écrémé et préparé à basse température, n'expose pas au scorbut (Variot) (à l'inverse du lait condensé non sucré), néanmoins, M. Comby recommande par précaution, l'emploi du jus de fruit quand on en fait un usage exclusif chez le nourrisson.

M. Marfan ne regarde le lait condensé que comme un succédané du lait stérilisé qui ne doit être employé, au moins dans nos pays, que comme un aliment complémentaire ou transitoire ; son emploi ne doit pas être à la fois exclusif et trop prolongé.

II. — Poudre de lait.

Historique. — Le lait desséché ou poudre de lait est le résidu sec du lait séparé, aussi complètement que possible, de l'eau de composition de ce liquide. C'est donc un produit qui doit renfermer tous les principes du lait, excepté l'eau, et qui mélangé à l'eau en proportions convenables, doit reconstituer le lait originel.

L'idée qui a incité les industriel à préparer le lait sec est identique à celle qui a donné nais-

sance au lait condensé. Quand, il y a plus d'un siècle, on concentra le lait hypersaccharosé, on se proposa d'abord de réduire le volume du liquide, ce qui diminue les difficultés et les frais de transport, ensuite d'assurer une conservation quasi illimitée du produit. En desséchant le lait, on pousse encore plus loin, on pousse à sa dernière limite la réduction de volume du lait ; on n'en garde que les principes fixes et utiles. La poudre de lait est un extrait sec de lait, car la proportion d'humidité qu'elle renferme est infime.

Il est tout naturel que l'idée de dessécher le lait soit née presque en même temps que celle de le condenser. En fait, il semble qu'elle soit venue d'abord à celui qui, le premier, condensa le lait, à Appert, lequel en 1810, prépara des tablettes au lait par dessication (1).

Le procédé d'Hatmaker le plus usité et le moins scorbutigène, consiste à faire tomber le lait sur des cylindres chauffés à 240°. L'opération est si rapide (2'') que le surchauffage n'a pas le temps de détruire les vitamines.

Composition. — C'est la poudre de lait demi-gras (ou demi-maigre, ce qui signifie la même chose) qui est la plus usitée, car la longueur de la conservation dépend de la variété : en boîte close, c'est la poudre de lait maigre qui se conserve le plus longtemps, au moins 8 à 10 mois ; la poudre de lait demi-gras se conserve 3 à 4 mois ; la poudre de lait gras, deux mois et demi.

Dans la poudre de lait, les principes du lait sont modifiés comme ils le sont dans tous les laits surchauffés.

La matière grasse est parfois légèrement oxydée, les graisses phosphorées sont en partie décomposées, les modifications de la caséine sont favorables à la protéolyse, etc. Ces modifications ne diminuent pas la digestibilité de la poudre de lait.

Dilution. — Les poudres de lait les plus usitées sont de marque étrangère (Glaxo, Nutricia, Dryco). (2) En pratique, on met une cuillerée à soupe de poudre de lait *arasée* non aplatie (environ 6 grammes) pour 50 grammes d'eau ; deux pour 100 grammes d'eau ; trois pour 150 grammes d'eau (3).

Pour que la dilution de poudre de lait soit homogène, on met la dose convenable dans un récipient aseptique ; puis on verse dessus, petit à petit et en délayant avec une cuillère, la quantité d'eau nécessaire ; cette eau doit avoir bouilli et être à la température de 70 ° à 80°. Si la poudre de lait employée n'a pas été additionnée de sucre, nous ajoutons du saccharose à cette eau (1 à 5 p. 100), à moins que l'état des nourrissons ne contre-indique cette addition.

(1) Marfan. — *Traité de l'allaitement*, p. 547.

(2) Signalons également la nouvelle marque française *Séklé*.

(3) Parfois la croissance en poids est insuffisante avec cette dose et il faut mettre une cuillerée à soupe *et demie* de poudre de lait pour 50 grammes d'eau.

Indications. — La poudre de lait desséché a des partisans enthousiastes. Le lait reconstitué avec elle, disent-ils, est pris facilement par les nourrissons et il est aussi bien digéré que le lait stérilisé ou bouilli. On avance même qu'il l'est mieux.

Certains hygiénistes et certains médecins, se fondant sur la digestibilité et le prix modique du lait desséché, ont proposé de substituer systématiquement le lait sec au lait bouilli ou stérilisé.

Ces indications ont été discutées par la *Société de Pédiatrie* (juillet 1922) qui a adopté les conclusions suivantes :

« La poudre de lait est d'un maniement facile qui offre des avantages économiques indiscutables (1). Le lait sec ne peut pas remplacer le lait de femme, ni même le lait frais, mais, aussi bien que tout lait de conserve irréprochable, il offre des garanties de premier ordre.

Par suite de son mode de préparation et de sa composition chimique, le lait sec a, sur certains laits modifiés, une supériorité indiscutable qui permet de reconnaître des indications à son emploi dans un grand nombre de cas pathologiques.

Toutefois, pas plus que les autres aliments de régime, le lait sec ne saurait résoudre tous les problèmes de la diététique infantile ».

Le lait sec constitue donc un auxiliaire avantageux dans le traitement des troubles digestifs du premier âge et il mérite d'entrer dans la pratique journalière.

Pour conclure, comme le dit M. Marfan, « nous pensons que la poudre de lait desséché peut rendre de très grands services comme aliment complémentaire ou comme aliment transitoire », pour compléter un allaitement au sein insuffisant, pendant les fortes chaleurs de l'été, quand on ne peut disposer d'un bon lait frais, dans les diarrhées communes, quand on ne peut se procurer du babeurre, dans les cas d'intolérance pour le lait de vache.

M. le Pr Marfan ajoute : « On pourra essayer la poudre de lait chez certains nourrissons soumis à l'allaitement artificiel qui, sans souffrir de troubles digestifs sérieux, présentent un retard ou un arrêt de la croissance. Quand on ne peut donner le sein, ce qui est toujours la meilleure solution, et quand il n'y a pas dans leur état de symptôme prédominant qui indique l'usage d'un aliment spécial, on en est réduit à « tâtonner » à changer plusieurs fois l'alimentation, à essayer

(1) Ce qui est exagéré, le cours des changes mettant le lait sec à un prix relativement élevé.

du lait humanisé, ou du lait fixé, ou du lait écrémé, du babeurre, de la poudre de lait, du lait condensé, des bouillies maltées. » Quand les troubles digestifs ont disparu, quand la croissance a repris son cours, on revient peu à peu au lait ordinaire bouilli, c'est-à-dire à celui qui a subi les modifications les moins profondes et qui a été conservé le moins longtemps possible.

III. — Le lait réduit par ébullition.

Le Pr Weill (de Lyon) a proposé depuis plusieurs années l'emploi du lait de vache frais, soumis à une ébullition prolongée, dans l'alimentation de nourrissons atteints de diarrhée, pour reprendre l'alimentation à la suite d'une poussée de gastro-entérite, ou chez des enfants ne prenant pas de poids, malgré une digestion d'apparence normale.

Comme pour le lait condensé (Lassablière), l'observation clinique permet de penser que par le chauffage et l'évaporation, le lait est modifié de telle sorte qu'il est ensuite mieux digéré et assimilé.

Préparation. — La *préparation du lait évaporé* est des plus simples, et peut être réalisée sans dispositif spécial. Le lait de vache frais est placé dans un récipient et porté à l'ébullition, en ayant soin de rompre la pellicule albumineuse qui se forme à la surface. L'ébullition une fois commencée est entretenue sur une flamme douce pendant le temps nécessaire pour obtenir la réduction demandée. Il faut en moyenne 35 minutes pour obtenir une réduction de 1/4, 75 minutes de 1/3, 110 minutes de 1/2 et 140 minutes de 3/4.

On obtient après cette évaporation un lait de coloration normale au 1/4, légèrement jaunâtre au 1/3, marron clair à 1/2. La consistance varie avec le degré de réduction. Pour le lait au 1/4 et au 1/3, la consistance est légèrement sirupeuse, mais il est encore possible de le donner au biberon à condition d'agrandir l'orifice de la tétine. Avec des concentrations plus élevées, on a une véritable crème qu'il faut faire prendre à la cuillère.

La saveur est celle du lait cuit, légèrement salée au 1/4, plus salée mais non désagréable à 1/2. Il se dégage une odeur assez vive rappelant celle de la crème. Les enfants le prennent sans difficulté.

Indications. — Les indications des nourrissons auxquels MM. Weill et Gardère (1) ont donné du lait réduit peuvent être groupées de la façon suivante : *troubles digestifs aigus avec fièvre, dyspepsie chronique consécutive à des fautes répétées d'alimentation, hypotrophie, intolérance pour les différents laits.* Dans ces divers cas, les indications sont analogues. Il faut donner au nourrisson un aliment dont les principes protéiques ont été modifiés dans un sens favorable à la digestion, et d'autre part, il y a souvent intérêt à donner l'aliment sous un petit volume, car il paraît ainsi mieux toléré. Le lait réduit, donné sans dilution, réalise ces deux conditions.

(1) Le *Monde médical*, n° 614, 15 novembre 1922.

Dans la plupart des cas, les auteurs donnent le lait réduit tel quel, *sans aucune sur-dilution.*

En ce qui concerne le *degré de réduction*, les observations qu'ils rapportent, montrent que dans la plupart des cas, le lait réduit de 1/3 suffit à faire disparaître les troubles digestifs et à provoquer l'augmentation de poids. Il y a cependant intérêt à utiliser un lait plus fortement réduit, de 1/2 par exemple, soit pour réaliser une alimentation suffisante, ou une suralimentation sous un petit volume, soit lorsqu'il est indiqué de donner un lait très modifié par l'action de la chaleur : par exemple dans les gastro-entérites ou les colites graves, ou chez les jeunes nourrissons présentant une intolérance marquée pour le lait de vache. La réduction de 3/4 donne un aliment de consistance crémeuse qui permet de réaliser un régime sec dont l'indication principale est constituée par la diarrhée avec selles nombreuses, comme l'a montré Gallois.

Une autre indication réside dans les vomissements par aérophagie : la déglutition d'un aliment consistant, à la cuiller, favorise moins l'entrée de l'air dans les voies digestives que la déglutition du lait ordinaire, et d'autre part, le contenu gastrique plus dense est rejeté moins facilement au moment où l'air est expulsé de l'estomac.

IV. — Bouillie maltée.

Dans certains cas, le nourrisson paraît incapable de digérer le lait, ou bien sa croissance est insuffisante avec le régime lacté exclusif. Or, l'enfant du premier âge est apte à digérer les farines beaucoup plus tôt qu'on ne le pense.

La bouillie maltée, imaginée autrefois par Liebig, étudiée plus tard par Keller, vulgarisée en France par E. Terrien, permet de faire tolérer aux nourrissons des doses suffisantes de farine. Le maltosage consiste à faire subir à l'amidon un début de digestion artificielle ; la diastase du malt ou amylase agit sur l'amidon absolument de la même manière que la diastase de la salive ou du suc pancréatique.

D'autre part, la liquéfaction de la bouillie permet de la faire prendre au biberon.

Comment prépare-t-on la bouillie maltée. — Dans 1/4 de verre d'eau froide, mettre une cuillerée à café de mélange de crème de riz et de crème d'orge. Verser le tout dans 3/4 de verre de lait tiède, faire cuire 20 minutes. Retirer du feu environ deux minutes, ajouter une cuillerée à

dessert d'extrait de malt (qui remplace le sucre) et remuer jusqu'à liquéfaction complète. Remettre sur le feu une minute. A faire prendre tiède, au biberon.

Si l'on se sert de lait condensé ou de poudre de lait, on prépare les bouillies maltées exclusivement à l'eau d'abord, c'est-à-dire que l'on mettra la farine dans un verre d'eau, et c'est après la cuisson et le maltosage que l'on ajoutera le lait condensé et la poudre de lait (diluée dans un peu d'eau). Suivant l'âge, on pourra augmenter progressivement la quantité de farine pour arriver à une cuillerée à dessert, puis à une cuillerée à soupe par bouillie.

A QUEL AGE PEUT-ON DONNER LA PREMIERE BOUILLIE MALTÉE ? — Chez les enfants atteints de troubles digestifs, de la maladie des vomissements habituels, présentant une croissance insuffisante, nous avons pu commencer à 5 mois, même à 4 mois, voire un peu avant. Chez des enfants âgés d'un peu plus de 6 mois, nourris au sein et auxquels on doit bientôt donner une bouillie, on peut commencer par la bouillie maltée avant de donner une bouillie épaisse, car les enfants ne prennent pas alors facilement à la cuiller.

Dans des cas d'hypothrepsie marquée, nous avons pu remplacer momentanément la plupart des biberons par des bouillies maltées.

Ne pas oublier que la bouillie maltée n'est qu'un « aliment-médicament » (Marfan). Donc, pas d'usage exclusif ni trop prolongé.

RÉSULTATS. — *a*) Les selles : chez les enfants nourris au sein et constipés, la bouillie maltée à la farine d'orge donne des selles plus faciles ; chez l'enfant présentant des selles mal digérées, mal liées, la bouillie maltée à la crème de riz seule, avec moitié lait, moitié eau, rend les selles plus fermes, moins fréquentes.

C'est un bon moyen d'essayer la mutation lactée chez les enfants nourris exclusivement au lait de femme et qui présentent la diarrhée commune, dite des enfants au sein.

b) La croissance : grâce à la bouillie maltée, l'enfant prend non seulement du lait, mais des hydrates de carbone en quantité appréciable. En quelques semaines, en quelques jours même, la courbe pondérale change, l'aspect de l'enfant se transforme, les hypothrepsiques fabriquent du pannicale adipeux et leurs joues sa remplissent.

V. — La Bouillie au beurre.

Dans ces dernières années, des articles élogieux ont été consacrés par des pédiatres étrangers à l'étude du nouvel aliment pour les nourrissons proposé en 1918 par Czerny et Kleinschmidt, « la mixture beurre-farine ».

Lors du 2e Congrès des pédiatres scandinaves (1921) le plus grand nombre des communications faites à la suite du rapport de Wernstedt, sur le traitement et la prophylaxie des perturbations alimentaires chroniques, fut favorable à l'emploi du mélange de Czerny-Kleinschmidt.

Une telle faveur, se manifestant sous des latitudes si diverses, a incité mon ami M. le Pr agrégé Dupérié, médecin des hôpitaux de Bordeaux, à faire connaître les résultats de l'expérience qu'il a faite de ce régime (1).

Le but dans l'élaboration de cet aliment, a été de fournir au nourrisson un mélange de protéines de graisse et d'hydrates de carbone en des proportions telles que celles qui existent dans le lait de femme.

La formule originale est la suivante :

Beurre 7 gr. ; farine de blé 7 gr. ; sucre en poudre 5 gr. ; eau bouillie 100 gr. ; soit pour 24 heures : beurre 20 gr. ; farine 20 gr. ; sucre 15 gr. ; eau bouillie 300 gr. à mélanger après préparation, avec des quantités de lait variables avec l'âge du sujet.

MODE DE PRÉPARATION. — *a*) Faire fondre le beurre dans une casserolle, à feu très doux ou sur une plaque d'amiante jusqu'à ce qu'il cesse d'écumer et se colore en brun (environ 7 minutes) ; *b*) ajouter farine et sucre en mélangeant soigneusement et faire bouillir jusqu'à épaississement et coloration brune de la masse (4 à 5 minutes) ; *c*) ajouter l'eau en agitant constamment ; porter de nouveau à l'ébullition pendant 5 à 10 minutes ; passer sur un fin tamis ; ramener avec de l'eau bouillie le volume total à 300 gr. ; *d*) mélanger enfin la mixture avec la quantité voulue de lait bouilli et refroidi et conserver au frais jusqu'au moment de l'emploi.

Pour les enfants de 3 kilos et au-dessous, mélanger 1 /3 de lait et 2 /5 de la mixture ; pour les enfants de plus de 3 kilos mélanger 2 /5 de lait et 3 /5 de mixture ; ne pas donner plus de 150 à 200 gr. par kilo de poids du corps et par jour. Pour un nourrisson de 7 livres, on peut régler ainsi l'alimentation : mixture 420 gr., lait 210 gr. à répartir en 7 prises. La valeur en calories du mélange est de 24 calories par 30 grammes.

L'expérience de M. Dupérié, basée sur une trentaine de cas traités pendant les étés 1921 et 1922 dans les services hospitaliers de l'hôpital des Enfants et au printemps de 1923 dans le service de M. le Pr Moussous, confirme d'une façon générale l'impression favorable donnée par les recherches antérieures : « Nous n'avons pas employé la bouillie au beurre chez les prématurés ; nos essais pour alimenter avec la bouillie les nouveau-nés au lait de vache, vomisseurs ou diarrhéiques n'ont pas été favorables. Nos résultats les plus beaux ont été obtenus chez des

(1) *L'Hôpital*, n° 110, janvier 1924 (A).

enfants de 3 à 6 mois, hypotrophiques, intolérants au lait de vache ; chez la plupart, dès le début du régime, nous avons noté une augmentation de poids régulière et persistante : un de nos sujets a pris 640 gr. en 25 jours ; un autre 640 gr. en 26 jours ; un autre, âgé de un mois 1/2 a pris 620 gr. en 27 jours. Chez les athrepsiques, on observe dès l'institution du nouveau régime, une augmentation de poids, mais il s'agit le plus souvent d'un phénomène éphémère et bientôt le sujet retourne à son état antérieur. Comme régime de réalimentation après cessation des troubles digestifs aigus, la bouillie au beurre nous a paru utilisable au même titre que les bouillies maltées et les laits fermentés ».

VI. — **Soupe de babeurre concentré.**

Avant la guerre, nous avons pu constater dans le service du Pr Marfan les résultats intéressants obtenus par le babeurre fabriqué à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades. Il était utilisé dans les diarrhées des nourrissons hospitalisés et dans certains cas, on en distribuait aux mères qui amenaient leurs enfants à la consultation.

Nous devons dire toutefois que les résultats obtenus étaient assez irréguliers.

Quelques mois avant la guerre, sur le conseil de M. Marfan, nous essayâmes, dans son service et en ville, une marque étrangère de bouillie de babeurre condensé. Avec une boîte d'environ 450 grammes que l'on diluait dans l'eau, on obtenait environ 1 litre de soupe de babeurre. Nos essais avaient été satisfaisants et nous nous proposions de les poursuivre quand la guerre éclata.

En 1921, le hasard nous donna l'occasion d'utiliser dans une famille hollandaise une bouillie de babeurre concentré, analogue à celle dont nous avions commencé les essais avant la guerre. Nous parvînmes à en faire entrer en France et nous eûmes à nous en servir pour la première fois dans les conditions suivantes :

Deux jumeaux âgés de 4 mois, sevrés avant les grandes chaleurs de l'été, et que nous avons suivis avec le Dr Chevalier (de Lagny) présentaient de la diarrhée à répétition avec intolérance absolue pour le lait de vache et tous ses succédanés.

Cette diarrhée résistait à la thérapeutique habituelle (voir obs. (1)) et même avec le babeurre de l'hôpital, nous n'obtînmes que des résultats transitoires qui paraissaient compromis dès qu'on essayait d'augmenter un peu la quantité de nourriture ou de la varier.

Avec l'emploi de la bouillie de babeurre condensé sucré et au riz, en quelques jours, l'état des enfants s'améliora d'une façon tout à fait remarquable : la diarrhée cessa, les selles redevinrent normales, le poids remonta très sensiblement.

Depuis, nous avons pu nous procurer une quantité suffisante de cette bouillie de babeurre concentré. Nous l'avons utilisée au pavillon Pasteur (hospice des Enfants-Assistés) chez des enfants hospitalisés et d'autre part, à la consultation des nourrissons, il a été fait des distributions de bouillie de babeurre dilué toute préparée que les mères emportaient le matin.

Les résultats ont été très satisfaisants, en particulier chez des nourrissons à l'allaitement artificiel et présentant des troubles digestifs à

---

(1) Nous reproduisons cette observation des plus typiques :

Jumeaux : poids de naissance : François, 2 kgr. 100, nourri au sein 1 mois et demi, et Nicole, 2 kgr. 500, nourrie au sein 3 mois. Pas de signes d'hérédo-syphilis.

Nourris au lait d'une vache « personnelle » et bien portante.

Le 13 juillet 1921 (3 mois et demi) : François 4 kgr.550 et Nicole, 4 kgr. 490. Début des accidents.

Diarrhée banale qui cède après 5 à 6 jours de traitement (purgation, bismuth), mais après deux jours d'accalmie, rechute avec 6 à 10 selles vertes, muqueuses, mousseuses. Diète hydrique, puis bouillon de céréales, acide lactique, gelée. Les troubles intestinaux continuent et pour François prennent un caractère plus sévère : facies pâle, traits tirés, fontanelle déprimée, pouls rapide, fonte musculaire.

Pas de vomissements. T° : 38°5. Le cri et l'œil restent bons. Pas de persistance du pli cutané, perte de poids de 360 grammes en 18 jours.

Reprise de la diète hydrique, puis babeure avec eau de chaux et eau de riz et enfin lait condensé. Les bains sont continués. Bismuth ; sérum caféiné, huile camphrée et qui remontent le pouls. Lavements d'amidon.

La diarrhée continue, la situation est sérieuse ; on prescrit du petit suisse battu avec du babeurre et on administre des lavements de permanganate de potasse.

Le babeurre a certainement amené, surtout chez François, une légère amélioration, mais en fait la situation est inchangée. On ajoute bouillies maltosées et acétyltanin : pas de changements. Toujours cette désespérante diarrhée chez les deux enfants, plus accusée chez François.

Nicole à son tour, malgré le babeurre et les bouillies maltosées recommence de la diarrhée avec selles vertes nombreuses.

C'est alors qu'est institué le traitement et l'alimentation par la bouillie de babeurre condensé.

Les simples chiffres sont éloquents :

Du 14 juillet (début des accidents) au 26 (début du traitement par la bouillie de babeurre) les poids sont restés strictement stationnaires.

13 juillet : François, 4 kgr. 550, Nicole, 4 kgr. 490.
26 août : François, 4 kgr. 550, Nicole, 4 kgr. 350.
On commence la bouillie de babeurre.

Les selles redevenues normales ou à peu près. Les jumeaux se transforment de jour en jour.

10 jours après : François, 4 kgr. 700, Nicole, 4 kgr.500.
Fin septembre, François, 5 kg. 160, Nicole 4 kg. 970.

Le 1er novembre, on essaie prudemment de renforcer la bouillie de babeurre avec de la poudre de lait écrémée (1 cuillerée à café par biberon).

Après deux biberons, la diarrhée est déclenchée de nouveau ; les selles sont fréquentes, semi-liquides, le facies s'altère. Après la diète hydrique, il faut regagner le terrain perdu, reprendre tout doucement l'alimentation par la bouillie de babeurre et les bouillies à l'eau.

répétition, chez des enfants sevrés prématurément et ayant montré une intolérance complète vis-à-vis du lait de vache et de tous ses succédanés (lait condensé, poudre de lait, etc.), convalescents de diarrhée, d'entéro-colite dysentériforme, chez quelques hypothrepsiques, etc.

Nous avons pu nous convaincre que les résultats donnés par la bouillie de babeurre condensé sucré, au riz ou au froment, étaient habituellement supérieurs à ceux donnés, soit par la soupe de babeurre fabriquée à l'hôpital, soit par les divers succédanés du lait (lait homogénéisé, lait condensé, poudre de lait) etc.

D'autre part, sauf de très rares exceptions, les enfants prennent très volontiers cette nourriture qui contient une quantité importante de sucre.

Si l'emploi de la bouillie de babeurre ne guérit pas toutes les diarrhées infantiles, du moins quand les enfants ont besoin de passer de la diète hydrique à une nourriture plus normale, cet aliment nous paraît plus apte que n'importe quel autre produit à remplir cette fonction (1).

A M. Marfan (2), la bouillie de babeurre paraît l'aliment de choix durant le premier mois de la vie, pour les débiles à qui on ne peut donner du lait de femme.

« Son emploi évite presque sûrement des troubles digestifs ; il empêche assez souvent la dénutrition progressive qui conduit à l'athrepsie la plupart des débiles privés du sein ; il permet aussi la survie et le développement ultérieur d'un nombre important de débiles du 2e et du 3e degré ». Aux indications de l'emploi du babeurre que nous connaissons déjà il faut en ajouter une : « son emploi dans l'alimentation des débiles qu'on ne peut nourrir de lait de femme ».

L'emploi de la soupe de babeurre mérite donc de se répandre, à condition de la considérer surtout comme un aliment de transition.

Conclusions.

Ce que dit le Pr Marfan de l'allaitement artificiel le mieux réussi vaut pour les succédanés du lait de vache que nous avons passés en revue et si les enfants au biberon passent souvent pour bien portants, l'enfant nourri avec du lait de vache, même lorsqu'il présente l'apparence de la santé, ne ressemble pas en tous points à l'enfant nourri au sein.

« L'enfant élevé au lait de vache, même bien portant en apparence, même avec un poids normal, diffère de l'enfant à la mamelle par toute une série de caractères : pâleur et mollesse des chairs, débilité musculaire, digestion plus difficile et accompagnée de putridité intestinale avec changement de la flore des selles ; irrégularité de la courbe des poids ; nécessité d'une ration alimentaire plus grande pour qu'elle ne reste pas au-dessous de la normale ; température oscillante ; prédisposition aux affections digestives, aux infections septiques communes, et surtout à l'hypothrepsie et à l'athrepsie ». (Marfan).

Les caractères qui séparent les enfants au biberon des enfants au sein sont d'autant plus marqués que l'allaitement artificiel exclusif a été institué plus près de la naissance.

Pour obvier à ses inconvénients et à ses dangers sans parler de l'allaitement au sein qui, sauf des cas absolument exceptionnels, doit toujours être préféré, on recourra le plus souvent qu'on pourra à l'*allaitement mixte* : le lait de femme, grâce à ses enzymes et enzymoïdes qui font de lui un aliment vivant et spécifique font que « recevant avec le lait de femme des ferments actifs, l'enfant est capable de digérer et d'utiliser plus complètement le lait de vache qu'on donne en supplément » et ce qui est vrai pour le lait de vache l'est naturellement pour les aliments qui en sont dérivés.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire

M. J. P. TOURNEUX,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Si, dans nos services hospitaliers, nous voyons assez souvent des malades nous présenter des affections diverses de certaines glandes salivaires comme la parotide, il est au contraire infiniment plus rare de se trouver en présence de sujets atteints de tumeurs de la glande sous-maxillaire : aussi, ai-je l'intention de profiter du séjour dans nos salles d'un certain nombre de malades présentant des altérations variées de ces formations glandulaires, pour passer successivement en revue avec vous les différentes lésions qu'il nous est donné d'observer.

Bien que les processus morbides, que nous voyons si fréquemment évoluer au niveau de la

(1) G. BLECHMANN. — L'emploi de la soupe de babeurre condensée en diététique infantile. (*Soc. de Pédiatrie*, 15 novembre 1921).

(2) Emploi du babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles (MARFAN, TURQUÉTY, ARIS), *Paris médical*, novembre 1924).

parotide, semblent attaquer bien moins souvent la glande sous-maxillaire, ainsi qu'en témoigne d'ailleurs la pauvreté de la littérature médicale à ce sujet, je crois qu'il convient toutefois de bien connaître les différentes affections, que l'on peut être amené à diagnostiquer, et c'est ce qui m'amène aujourd'hui à vous parler des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.

C'est une lésion relativement assez rare, car, depuis le mémoire fondamental de Küttner, paru en 1896, où cet auteur pouvait rassembler 65 observations, c'est à peine si quelques nouveaux cas dus à Hinglais, à Morestin et à Legendre ont été publiés, rappelant ainsi l'attention sur ces néoplasies si intéressantes au double point de vue structural et pathogénique. Ces quelques chiffres suffisent à vous indiquer le peu de fréquence des tumeurs mixtes sous-maxillaires, dont la plupart d'entre vous ont eu récemment sous les yeux un exemple des plus frappants dont je vais vous rappeler rapidement l'histoire.

Il s'agit d'une femme, âgée de 60 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'elle porte dans la région sous-maxillaire droite, et dont les antécédents tant héréditaires que consanguins et personnels ne présentent aucun intérêt particulier ; jamais de maladie de l'enfance ni de l'adolescence, excellent état de santé, deux grossesses à terme, ménopause depuis la quarante huitième année.

Il y a un an environ que notre malade s'est aperçue un jour de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une amande, située sous le rebord du maxillaire inférieur gauche. Cette tumeur, de consistance plutôt ferme et dure, absolument indolore, était complètement mobile par rapport aux plans superficiels et profonds : elle resta quelque temps stationnaire, puis elle se mit à augmenter de volume d'une façon lentement progressive, mettant ainsi plusieurs mois pour arriver à atteindre les dimensions d'une noix. A partir de ce moment, le développement du néoplasme est devenu beaucoup plus rapide, car en moins de trente jours, la tumeur parvenait à acquérir le volume d'un œuf de poule.

En même temps que la malade notait ces phénomènes d'accroissement, qui s'arrêtèrent depuis lors, elle constata également que cette tumeur, presque cachée au début sous le rebord du maxillaire, tendait de plus en plus à proéminer vers l'extérieur, semblant en quelque sorte se détacher progressivement des plans profonds pour venir faire une saillie de plus en plus marquée au niveau du cou. C'est à ce moment que la malade, justement inquiète de cet état, est venue nous consulter et nous prier de la débarrasser de cette grosseur.

Il existe actuellement sur la partie gauche du cou, une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, mesurant environ six centimètres de long sur quatre de large, et s'étendant depuis l'angle du maxillaire jusqu'à deux travers de doigts de la ligne médiane. Cette tumeur, à grand axe antéro-postérieur, est assez régulièrement arrondie, ne présente que des bosselures superficielles ainsi qu'une consistance uniformément dure. Au palper, elle apparaît comme particulièrement mobile, tout-à-fait indépendante de toutes connexions musculaires, et ne semble avoir aucune attache profonde : elle est complètement indolore. La peau qui la recouvre est normale, on ne constate pas de changement de coloration, ni du développement vasculaire ; elle n'est pas adhérente à la tumeur sur laquelle il est facile de la faire glisser. La malade ne présente d'autre part aucune trace d'adénopathie, et il n'y a pas non plus de phénomènes douloureux locaux ou irradiés. Rien à signaler du côté des divers appareils de l'économie, qui fonctionnent normalement.

L'évolution d'abord si lente de ce néoplasme, puis plus rapide, jointe aux différents signes objectifs fournis par l'examen clinique, me fit porter le diagnostic de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire, vraisemblablement en voie de malignisation.

Une intervention fut décidée, et eut lieu sous anesthésie générale à l'éther, une huitaine de jours plus tard. Une incision longue de quelques centimètres intéressant la peau, le muscle pancier et l'aponévrose cervicale superficielle, permit d'arriver sur la tumeur. Cette dernière, parfaitement encapsulée, était entourée d'une atmosphère celluleuse lâche, qui facilita le clivage des formations environnantes : le doigt put facilement l'énucléer, et l'extirpation fut complète après ligature du pédicule vasculaire. Les bords de l'excision aponévrotique furent rapprochés par quelques points de catgut, et la peau fut réunie sans drainage par des agrafes métalliques. La plaie cicatrisa par première intention, et la malade put bientôt quitter le service complètement guérie.

La tumeur enlevée, très légèrement bosselée, est de bonne consistance dure et crie sous le couteau : la coupe présente un aspect uniforme, dense, ferme, grisâtre avec des travées blanches irrégulières. En examinant sa structure histologique, on se rend compte que d'une manière générale, on retrouve dans presque tous les points envisagés une disposition à peu près identique.

La base du néoplasme est constituée par du tissu cartilagineux, hyalin et fibreux, et du tissu conjonctif. En certains points, les cellules cartilagineuses n'ont point gardé leur physionomie ordinaire, mais se présentent sous un aspect étoilé : il n'existe nulle part de nodules osseux.

Au sein des espaces conjonctifs, en certaines zones très riches en cellules conjonctives et qui présentent en d'autres points des altérations myxœdémateuses, on note la présence de nombreux acini et tubes glandulaires, dont beaucoup sont hypertrophiés et dont certains montrent une prolifération épithéliale des plus actives, car on voit que plusieurs amas épithéliaux sont le point de départ de trainées cellulaires s'enfonçant dans le stroma conjonctif. Cette prolifération épithéliale est particulièrement marquée en quelques points et les cellules ont pris à ce niveau un caractère tout à fait atypique.

En somme, il s'est donc agi, dans le cas présent, d'une femme âgée de 60 ans, présentant une tumeur de la glande sous-maxillaire gauche évoluant depuis environ un an, tumeur à structure fort complexe, une myxo-chondro-épithélioma ; la prolifération épithéliale, apportant un caractère de malignité, n'est venue se manifester que secondairement ; l'évolution clinique et les constatations histologiques sont parfaitement d'accord sur ce point.

Les tumeurs mixtes constituent la variété de beaucoup la plus fréquente des divers néoplasmes se développant aux dépens des glandes salivaires, qu'il s'agisse de la parotide comme de la sous-maxillaire : la statistique donnée par Küttner est à ce point de vue tout à fait démonstrative puisque sur les 78 tumeurs de la sous-maxillaire que cet auteur rapporte, et dont la structure soit nettement connue, il a pu relever 65 cas de tumeurs mixtes, qui par la bénignité habituelle de leur évolution s'opposent aux tumeurs à caractère malin, épithéliomas ou sarcomes, qui sont infiniment plus rares.

Bien que la plupart de ces tumeurs s'observent surtout de 10 à 30 ans, on peut cependant les rencontrer à tout âge, et notre malade nous a en effet montré que les tumeurs mixtes pouvaient également apparaître un peu tardivement.

Pendant un temps assez long, l'évolution de ces néoplasmes semble rester assez insidieuse : il s'agit au début d'un petit noyau arrondi, très bien limité, mobile, roulant sous le doigt, de consistance plutôt dure, complètement indolore, qui n'est perçu que par hasard par le malade, et qui peut à ce moment être très facilement confondu avec un ganglion hypertrophié. L'accroissement de la tumeur se fait très lentement ; aussi la plupart des malades ne viennent se faire examiner qu'au bout de plusieurs années, leur tumeur ne dépasse pas cependant à ce moment le volume d'une noix ou d'un œuf. Il est des cas cependant où, abandonnées complètement à elles-mêmes, elles peuvent arriver à acquérir des dimensions très considérables : Nasse et Socin ont observé des tumeurs mixtes sous-maxillaires du volume d'une tête d'enfant, et Morestin a fait l'ablation d'une tumeur énorme, du poids de 6.500 grammes, qui venait pendre en avant du thorax.

Ces tumeurs, localisées à la région sous-maxillaire, de forme ovoïde, bosselées superficiellement, tendent à se développer uniquement vers l'extérieur, et viennent à un moment donné faire saillie sous la peau qui garde sa mobilité ainsi que sa coloration normale. Dans leur développement, elles n'atteignent que tout à fait exceptionnellement la ligne médiane et en arrière ne dépassent pas un plan passant par l'angle du maxillaire inférieur, où elles sont en rapport avec le sterno-cléido-mastoïdien. Suivant leur volume, elles empiètent en bas plus ou moins sur l'os hyoïde et sur la région latérale sous-hyoïdienne ; dans quelques très rares cas, on les a vues se développer en haut, refoulant le plancher buccal pour venir faire saillie sous la muqueuse.

Leurs limites sont toujours des plus nettes, et quelles que soient les dimensions auxquelles elles puissent parvenir, ces tumeurs restent toujours mobiles sur les plans profonds auxquels elles n'adhèrent jamais. Quant à leur consistance, elle est assez variable : lorsqu'il s'agitde tumeurs petites ou de moyen développement, elles sont en général uniformément dures, presque ligneuses, mais quand elles ont acquis des dimensions plus considérables, la palpation permet de reconnaître par place une consistance élastique, molle ou pseudo-fluctuante, bien que l'on puisse toujours retrouver en quelques points cette dureté qui constitue un des meilleurs caractères objectifs des tumeurs mixtes.

On ne relève pas en général, chez les malades présentant ces néoplasmes, de troubles fonctionnels, la tumeur n'est jamais douloureuse ni spontanément, ni à la pression. Dans quelques observations où il s'agissait de tumeurs extrêmement volumineuses, on a pu relever un certain degré de gêne des mouvements de la mâchoire et de la langue, ainsi que des troubles de la mastication et de la phonation. Ainsi que l'a fait observer Lenormant, il semble bien que cette gêne provienne uniquement du volume excessif de la tumeur, et il ne semble pas que l'on doive incriminer, ainsi que l'a fait Küttner, une compression possible du nerf grand hypoglosse. Il semble également qu'il ne faille pas tenir grand compte de modifications de la sécrétion salivaire qui ont été signalées par certains auteurs comme Pengrueber et Poncet et qui semblent bien difficiles à constater.

Ainsi, si l'on excepte leur accroissement, d'ailleurs très lent, les tumeurs mixtes ne se modifient guère ordinairement au cours de leur évolution, et il existe de nombreux cas, où elles existaient depuis de longues années, vingt à trente ans, sans avoir atteint des dimensions

bien considérables, et en tous cas sans entraîner de troubles sérieux.

Cette évolution bénigne est donc la règle ; mais il faut bien savoir qu'elle n'est pas absolument constante,et qu'à la sous-maxillaire,comme à la parotide, on peut observer, à un moment donné, que la tumeur augmente rapidement de volume. Au bout d'un certain temps, elle commence à devenir douloureuse, puis on la voit adhérer à la peau ainsi qu'aux plans profonds, pendant que l'on constate que sa dureté tend à disparaître pour faire place à du ramollissement. La tumeur mixte évolue alors comme une tumeur franchement maligne, pouvant, dans certains cas, donner lieu à des métastases viscérales, et dont l'aboutissant final est toujours la mort.

Cette transformation maligne, toujours possible, et qui n'est pas absolument rare, puisque Küttner l'a signalée 6 fois sur 56 observations, vous avez pu la constater chez la malade dont je viens de vous rapporter l'histoire, absolument démonstrative à ce point de vue. J'ai en effet tout particulièrement insisté sur ce fait que cette tumeur, découverte par hasard, au moment où elle ne présentait encore que la grosseur d'une amande, a mis plus d'un an pour acquérir les dimensions d'une petite noix. Elle se développait donc avec une lenteur toute particulière, quand elle s'est mise tout à coup à proliférer d'une façon extraordinairement rapide, puisqu'en moins de 30 jours elle arrivait à atteindre le volume d'un œuf de poule. C'est à ce moment que la malade, justement inquiète, est venue à notre consultation, demandant une intervention chirurgicale, et l'examen histologique de la tumeur enlevée est venu confirmer ce que je soupçonnais, du fait de cette évolution un peu spéciale, en me montrant une prolifération épithéliale désordonnée, qu'il s'agissait d'une tumeur mixte en voie de malignisation.

La malade est heureusement venue au début de la transformation, quand les noyaux de cellules cancéreuses n'avaient encore envahi qu'une partie de la tumeur avant que les phénomènes douloureux se soient manifestés, et surtout avant que des adhérences immobilisant le néoplasmes, aux plans avoisinants, ne soient venues revêler la phase d'extension néoplasique à toute la loge sous-maxillaire. Assurément, l'épaisse capsule fibreuse qui enveloppe les tumeurs mixtes oppose bien pendant un certain temps une sorte de digue à l'envahissement cellulaire, mais en matière de cancer, on ne saurait jamais intervenir de trop bonne heure. Retenez donc bien la dégénérescence toujours possible des tumeurs mixtes : il faut en tenir grand compte dans l'appréciation du pronostic, elle constitue une des raisons qui engagent à extirper le néoplasme dès les premiers stades de son évolution.

Les caractères anatomiques de ces tumeurs sont aussi nets que leurs signes cliniques. Elles sont, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant, toujours entourées d'une capsule fibreuse, qui les sépare de l'atmosphère celluleuse lâche qui les rattache aux formations environnantes. Lorsqu'on les sectionne, la coupe montre un tissu gris ou blanchâtre, assez uniforme, ferme, parfois ramolli en certains points, et présentant en diverses régions un aspect translucide, qui est du à l'existence de tissu cartilagineux.

Quant à leur structure propre, sur laquelle je ne crois pas devoir insister bien longtemps, elle rappelle tout à fait celle des autres tumeurs mixtes : au sein d'un stroma conjonctif, lâche ou fibrillaire suivant les points envisagés, on note l'existence d'îlots muqueux ou cartilagineux ainsi que celle d'amas cellulaires épithéliaux, plus ou moins abondants, disposés sous forme de travées, de traînées, de cordons pleins, ou de tubes glandulaires plus ou moins bien ordonnancés.

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire ont donné lieu aux mêmes divergences d'interprétation, avec mêmes discussions pathogéniques que celles de la parotide : leur génèse ne me paraît pas cependant bien difficile à expliquer. Nous n'en sommes plus en effet réduits aux théories de Plantian et de Berger sur l'origine glandulaire des tumeurs mixtes, qui se conciliaient difficilement avec l'existence de formations cartilagineuses, ni aux hypothèses endothéliales de Volkmann et de Küttner, insoutenables au point de vue histologique.

Les recherches de Cohnheim, de Ponsot et d'Hinsberg ont montré en effet que les tumeurs mixtes des glandes salivaires se développaient aux dépens de germes embyonnaires inclus simultanément et provenant d'ébauches glandulaires et du périchondre du cartilage de Meckel, ce qui nous donne la raison d'être des différentes formations rencontrées ; et je ne pense pas qu'il faille comme Willms invoquer une inclusion embryonnaire encore plus précoce, portant sur l'ectoderme non encore différencie ainsi que sur le mésenchyme.

L'origine de ces tumeurs, et leur signification vous étant connues, il me resterait à vous dire quelques mots de leur traitement, mais je ne crois pas qu'il faille insister bien longtemps sur ce point. L'extirpation s'impose en effet dès que le diagnostic a été posé, et, grâce à la capsule fibreuse qui les entoure, l'énucléation de ces tumeurs mixtes est facile, inoffensive, complète, sans aucune crainte de récidive.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les petits signes de la dyspepsie lithiasique.

Leur connaissance est d'une utilité incontestable, en raison de la grande fréquence de la dyspepsie lithiasique à forme fruste ; sur dix dyspeptiques, pris au hasard, qui consultent pour des troubles digestifs, tous sont des lithiasiques (Félix RAMOND).

Cette lithiase est fruste, sans signes bien caractérisés ; on hésite à rattacher les troubles dyspeptiques à l'état vésiculaire.

La plupart de ces petits signes ne sont pas pathognomoniques à vrai dire, mais la coexistence de plusieurs d'entre eux prend une importance capitale.

Tout d'abord les *petits signes gastriques.*

La dyspepsie lithiasique débute souvent en pleine santé par des crampes, plutôt que des brûlures, tardives, simulant celles de l'ulcus ; mais, alors que le gastrique vrai s'achemine lentement vers la période d'état, dans la lithiase, la douleur peut varier, non seulement dans son intensité, mais encore dans son horaire. Les lithiasiques conservent toujours leur appétit, même exagéré, presque douloureux, comme beaucoup d'ulcéreux duodénaux.

Chez tout dyspeptique, de nervosisme normal, mais aérophagique, il faut penser à la lithiase. On observe aussi la pituite, sans caractère défini. La nausée est banale ; elle n'est pas toujours matinale comme dans l'appendicite chronique ; elle apparaît assez facilement après un repas copieux, et surtout après la marche, l'effort, la trépidation d'une voiture.

On observe facilement le syndrome vaso-moteur du type sympathique, aussitôt après le repas. plus rarement au bout d'une demi-heure ; mais, contrairement au dyspeptique, la pâleur du visage remplace ici la congestion, et le refroidissement des extrémités est plus intense : en hiver, les malades ne peuvent pas arriver à se réchauffer. Le dyspeptique lithiasique est le plus souvent un constipé, et l'entérite muco-membraneuse n'est pas exceptionnelle : coliques et selles bilieuses, irritantes au cours du repas ou aussitôt après.

Plus marqués sont les *petits signes lithiasiques.*

La douleur vésiculaire, souvent presque nulle, provoque des irradiations à distance : ceinture thoraco-abdominale, plus marquée à droite, 1/2 heure à 1 heure après le repas ; irradiation thoracique à droite (sorte d'angine de poitrine droite).

Toux lithiasique spontanée ou provoquée par la pression de la vésicule.

Signe respiratoire, décrit par l'auteur : diminution marquée du murmure vésiculaire à la base droite ; il se rencontre dans d'autres affections hépatiques, mais permet de différencier la lithiase de l'ulcère duodénal.

Le vertige, rare dans la gastrite, est presque banal dans la lithiase.

Il existe des poussées d'urticaire, de prurit, d'acné, qui différencient une lithiase d'une affection douloureuse du carrefour sous-hépatique.

Dans beaucoup de cas, la palpation permet de lever toute hésitation, mais il ne faut pas trop généraliser, car les points douloureux peuvent manquer, comme ils peuvent exister en dehors de toute lithiase. Elle réveille la douleur classique avec irradiations, point vésiculaire, xiphoïdien, point cœliaque droit (à 2 travers de doigt en bas et à droite de l'ombilic).

Enfin le traitement spécifique, plus efficace dans l'affection à laquelle il s'adresse, fournit également un appoint sérieux au diagnostic.

Si le diagnostic reste en suspens, on est autorisé, dit F. RAMOND, à recourir à la laparotomie exploratrice, dont la gravité est à peu près nulle, et qui permet, par une intervention précoce, de conjurer les complications redoutables de la dyspepsie lithiasique et des ulcères gastriques ou duodénaux. (*La Presse médicale*, 18 *juin* 1924.)

Les maladies des veines et les infections phlébosclérosantes.

Ces injections, écrit le Dr P. POINCLOUX, ont pour but l'oblitération des veines superficielles dilatées, en réalisant des ligatures internes multiples étendues. Quand le traitement d'un variqueux est achevé, le sang ne circule plus dans son réseau veineux sous-cutané, mais emprunte les veines profondes, qui, elles, ne deviennent pas variqueuses, parce qu'elles sont protégées par les muscles circonvoisins.

L'auteur emploie habituellement la solution suivante :

Biiodure de mercure	0,01
Iodure de sodium	0,01
Chlorure de sodium	0,01
Eau distillée	2 cc.

Doses : 1 à 2 cc. pour chaque injection ; 8 à 10 cmc. au plus en une séance. Deux séances par semaine au maximum.

Les injections sont faites debout, sans lien constricteur, qui n'augmente pas la saillie de la

veine, mais risque de déplacer l'aiguille, au moment où on la retire.

A la première séance, il injecte 1 cc. de biiodure à 1 p. 200, afin d'éprouver la susceptibilité des veines du sujet ; trois jours après, jugeant de l'intensité de la réaction, on détermine la quantité à injecter en chaque point du réseau variqueux, le nombre des différentes piqûres à pratiquer en une séance et leur espacement. Enfin 3 ou 4 jours après cette première séance réellement thérapeutique, on règle le rythme des séances ultérieures : on fait rarement plus de 4 injections dans le même membre en une séance.

En moyenne, P. Poincloux obtient la guérison d'un membre atteint d'abondantes varices en 6 à 10 semaines ; il pratique 4 à 6 séances d'injections pendant les 3 ou 4 premières semaines. Le malade reste ensuite au repos pendant 15 à 21 jours. Puis, nouvelle série de piqûres (1 ou 2 séances). Repos 15 jours ; enfin injections terminales.

Le carbonate de soude, sclérosant puissant, peu réactionnel, serait excellent s'il n'exposait à des escarres tenaces, en cas de fausses routes.

Le salicylate de soude, moins énergique, s'altère facilement, et provoque des douleurs très aiguës, quand il s'échappe dans le tissu sous-cutané.

Les sels de quinine, associés à l'uréthane, sont excellents, et donnent des résultats plus rapides que le biiodure.

En choisissant convenablement la substance sclérosante, en l'adaptant à la sensibilité du sujet (concentration, répétition des injections, etc.), on peut guérir actuellement, sans incapacité temporaire de travail, les varices et les hémorroïdes dans leurs formes habituelles. Le varicocèle peut être traité au prix d'une interruption de travail de 2 jours.

Peut-être cette méthode pourrait-elle être utilisée dans certains anévrysmes artériels ou artério-veineux. Ce serait reprendre la méthode de Pravaz, qui injectait dans les anévrysmes des solutions de perchlorure de fer. (*Le Bulletin médical*, 18 *juin* 1924.)

La cryothérapie des chéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes.

La cryothérapie, dit le Dr L. LORTAT-JACOB, est le traitement de choix des chéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes. Elle améliore notablement les premières, quand elle ne les guérit pas totalement, par le processus du suintement, qui fait « pleurer » la chéloïde, et provoque l'affaissement du tissu fibreux. La cicatrice chéloïdienne, plus encore que la chéloïde vraie, est accessible à ce mode de traitement. Le résultat esthétique est la règle pour les cicatrices. (*Pratique médicale française*, juin 1924 *A.*)

Traitement radical de la bartholinite aigue récidivée.

Le traitement classique de la bartholinite aiguë est, comme l'on sait, l'incision, suivie de lavages antiseptiques et de tamponnement.

Il est cependant des cas où, malgré cette thérapeutique rationnelle, on observe des récidives, parfois à longue distance.

Dans ces cas, M. THELIN est partisan de l'extirpation sous anesthésie générale, au moyen d'une incision verticale suivant exactement le fond du sillon de la petite lèvre.

La dissection est longue et sanglante, il est nécessaire de procéder à une hémostase minutieuse. Mais le résultat est excellent, et la crainte de la récidive est écartée. (*Rev. de Gynéc. et d'Obstétrique*, 25 juillet 1924.)

Y a-t-il un équivalent non douloureux de l'angine de poitrine d'effort ?

D'après M. GALLAVARDIN, l'arrêt forcé, c'est-à-dire l'impossibilité d'avancer davantage, est dû à trois grandes causes : la dyspnée d'effort, les palpitations d'effort et l'angor d'effort.

Or, il a recueilli un assez grand nombre d'observations de malades chez lesquels on constatait un autre syndrome d'arrêt, caractérisé par l'impossibilité pour eux d'avoir leur respiration comme si la respiration était bouchée, l'air ne pouvant plus pénétrer dans la poitrine.

Dans ce syndrome d'arrêt spécial, l'auteur veut voir un véritable équivalent non douloureux de l'angor d'effort.

On n'y trouve ni palpitations prédominantes, ni polypnée véritable ; lui-même existe dans le syndrome angineux classique. Si l'on considère que le syndrome angineux résulte d'une série de réflexes viscéro-sensitifs, viscéro-sympathiques et viscéro-moteurs, constituant la réponse de la moelle à l'excitation des fibres cardiaques centripètes, il n'est pas impossible de concevoir que les centres respiratoires inférieurs de la moelle puissent être l'objet de cet ébranlement médullaire, et donner ainsi lieu à la respiration bouchée considérée comme un équivalent angineux. D'ailleurs, les deux manifestations peuvent alterner ou se succéder, et c'est encore là un argument de plus en faveur de la conception de l'auteur.

Il existe des syndromes angineux frustes, dans lesquels peut manquer l'un des éléments qui classiquement s'y retrouvent : la douleur thoracique les irradiations brachiales et l'angoisse. Les irradiations brachiales peuvent ainsi se manifester seules. De même peuvent-elles manquer elles-mêmes et être remplacées par le syndrome de la respiration bouchée. (*Lyon médical*, 14 sept. 1924.)

Existe-t-il un choc obstétrical ?

On observe souvent, après l'accouchement, des accidents syncopaux, avec défaillance, pâleur, pouls petit et rapide, chute de la pression artérielle, etc., tous symptômes qui ont pu faire penser qu'il existait un choc obstétrical comparable au choc traumatique et au choc opératoire. M. Marc Rivière ayant étudié cette question très complètement, à la faveur de 49 observations qu'il relate et qu'il analyse, examine quelle part il faudrait faire, dans la génèse des accidents constatés, aux modifications circulatoires produites par l'évacuation de l'utérus, surtout chez les femmes dont le myocarde a été surmené ou touché par une infection grave.

Il résume ensuite son argumentation en montrant que ce serait à tort que l'on prétendrait faire rentrer dans le même cadre des phénomènes qui n'ont de commun que la chronologie, en ce qu'ils apparaissent toujours après l'accouchement, mais qui ressortissent à des causes très différentes : ruptures utérines vraies, dégénérescences aiguës du foie, collapsus cardiaque, symphyse pleurale entraînant la mort subite, etc.

Pour lui, il n'y a pas de choc obstétrical, et ce terme ne doit même plus être employé, car « il semble conférer une unité à des faits essentiellement dissemblables, unité apparente qui peut entraîner des erreurs de diagnostic pathogénique, de pronostic et de traitement, susceptibles de coûter la vie à la malade ». (*Rev. de gynéc. et d'obstétrique*, 10 août 1924).

Erysipèles de la face à répétition et ethmoïdites

Ces érysipèles sont bien connus des praticiens qui ont l'occasion de les observer de temps en temps. Ils sont généralement bénins, mais reparaissent avec une facilité déconcertante, débutant presque toujours par un coin des ailes du nez ou par l'un des points lacrymaux.

Ce point de départ a donné à M. Lavrand l'idée que l'infection devait venir d'une région plus profonde. Et il a trouvé en effet, en utilisant la diaphanoscopie, la transillumination et l'exploration méthodique au stylet mousse ou ouaté, que l'ethmoïde est habituellement atteinte d'ostéite.

La confirmation de sa conception lui a été donnée d'ailleurs par l'épreuve thérapeutique. Le traitement dirigé contre cette ethmoïdite, occasion de culture du streptocoque, a fait disparaître l'érysipèle. Ce traitement consiste à désinfecter les fosses nasales à l'aide d'huile ou de pommade au menthol, au goménol, à l'eucalyptol. Le méat moyen malade est pansé au chlorure de zinc, après cocaïnisation. On peut être enfin amené à pratiquer le curettage des cellules ethmoïdales malades.

En résumé, l'ethmoïdite chronique demeure habituellement latente. Elle mérite d'être recherchée et soignée, car elle est souvent à l'origine d'ozène, d'hydrorrhée, d'érysipèles, de troubles visuels, de céphalées tenaces, etc. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 28 septembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sérothérapie anti-charbonneuse chez l'homme.

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 7-10-24.)

On a employé, dans le traitement de charbon, chez l'homme, un sérum anti-charbonneux, des antiseptiques, du sérum normal de bovidés, des injections de peptone, etc. C'est surtout dans la République Argentine et dans l'Uruguay, où les cas de charbon sont fréquents, que la question a été étudiée.

M. Lignières estime que les succès attribués aux injections de sérum simple et de peptone rentrent dans la protéinothérapie et qu'il est préférable de s'adresser au sérum spécial, anti-charbonneux, puisque l'on fait alors de la protéinothérapie et quelque chose de plus.

Pour l'auteur, le traitement le plus recommandable du charbon humain est constitué par les injections intra-veineuses d'un bon sérum anti-charbonneux. Il faut apprécier sa valeur par un essai préalable chez le cobaye. La dose sera de 10 cent. cubes dans les cas légers, de 20 cc. dans les cas moyens et de 30 centicubes dans les cas graves. On fait une deuxième injection le lendemain, si la situation n'a pas varié, et une troisième le jour suivant, s'il y a lieu. Une quatrième injection est rarement nécessaire. Si l'on se contente d'injections intra-musculaires, la dose devra être augmentée et portée d'emblée à 30 centicubes. La cautérisation de la pustule serait inutile et peut-être nuisible quand on a recours à la sérothérapie.

Les résultats du jeûne prolongé.

(M. Marcel Natier. — *Société de médecine de Paris* ; 26-4-1924.)

Le jeûne est devenu à la mode non seulement en thérapeutique mais aussi dans des circonstances d'un ordre tout différent. Nombre de prisonniers, de prisonniers politiques en particulier, en usent pour obtenir des atténuations au régime qui leur est imposé. Que risquent-ils ?

— M. Guelpa, qui connaît bien la question, puisqu'il est le père du jeûne thérapeutique, pense que la privation d'aliments peut durer, sans suites trop graves, pendant 30 ou 40 jours. Quand on jeûne bien, on perd 2 à 300 grammes par jour. Or, on ne meurt qu'après avoir perdu 1/3 de son poids. Un homme pesant 60 kilogr. devra donc diminuer de 20 kilogr. pour mettre son existence en danger, ce qui le conduit vers le 80e jour. Pour l'auteur, on ne meurt pas alors de faim, mais d'infection. En purgeant le sujet, on évite celle-ci et le jeûne a lieu sans souffrances.

— M. Natier remarque que, en tout cas, le jeûne (thérapeutique) peut être continué plusieurs jours sans le moindre inconvénient.

— M. Marcel Labbé ajoute qu'il faut se garder d'employer cette méthode à tort et à travers, dans toutes les maladies. Si le jeûne représente la thérapeutique d'urgence contre les suppurations des diabétiques, il ne convient pas d'en déduire qu'il est utile contre les suppurations chez les autres sujets. En outre, il ne suffit pas qu'un patient soit au jeûne, pour attribuer à ce dernier la guérison de la maladie. Le jeûne a été institué comme thérapeutique d'antithèse, pour lutter contre les excès des traitements par l'alcool et la suralimentation. C'est souvent entre les deux que l'on trouvera la vérité, chaque méthode n'étant pas une panacée et ayant seulement des indications.

— M. Natier, revenant sur la question des « grévistes de la faim », rappelle l'histoire du brigand Granié qui, condamné à mort en 1831, décida d'échapper au châtiment en se laissant mourir de faim. Cette résolution, le prisonnier l'accomplit, en restant 63 jours sans rien prendre qu'un peu d'eau de puits. Au bout de ce temps, il mourut dans d'atroces convulsions. Son corps, d'une organisation vigoureuse, ne pesait plus que 52 livres (relation du Dr Moreau-Christophe, inspecteur des prisons).

Les grands accidents de la dent de sagesse.

(M. Dufourmentel. — *Société de médecine de Paris* ; 26-4-1924.)

Les accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse sont de deux ordres : muqueux et osseux. Muqueux, ils sont bénins ; osseux, ils sont beaucoup plus sérieux.

Au moment de son éruption — qui a lieu d'habitude entre 16 et 30 ans, mais souvent plus tard — la dent de sagesse accomplit une migration verticale de bas en haut. Il arrive que, étant coincée, elle bascule et subit une évolution horizontale, qui peut déterminer des conséquences très fâcheuses, de l'ostéite, des phlegmons, des gangrènes, des éliminations osseuses. M. Dufourmentel relate un exemple de ces énormes dégats. Il concerne un homme qui perdit ainsi tout son maxillaire inférieur, d'une seule pièce, consécutivement à des accidents de la dent de sagesse. L'auteur intervint à ce moment par une opération réparatrice.

Pour prévenir d'aussi graves accidents, on se guidera sur la radiographie. Ne sont à craindre que les dents de sagesse basculées, dont l'éruption entraîne un véritable travail de mine. Ces dents doivent être enlevées chirurgicalement et d'assez bonne heure, intervention quelquefois difficile mais accessible à nos moyens instrumentaux, aux tours électriques en particulier.

Dégénérescence épithéliale de papillomes du larynx.

(M. Caboche. — *Soc. de médecine de Paris* ; 9-5-24.)

M. Caboche rapporte un cas de papillomes du larynx, en voie de transformation épithéliale, qu'il a traité, une première fois sans succès par la curiethérapie, et une seconde fois avec bon résultat par la rœntgenthérapie profonde. Si les observations de ce genre se multipliaient, elles simplifieraient le traitement des épithéliomes du larynx, la rœntgenthérapie profonde étant ici d'application plus simple que la radiumthérapie.

Ictère hémolytique congénital.

(MM. Nobécourt, R. Mathieu et Ricci. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 17-6-1924.

Les travaux de Chauffard, Widal, Gilbert et leurs élèves ont défini les caractères cliniques et hématologiques des ictères hémolytiques. La question du traitement est encore discutée. M. Nobécourt rapporte l'observation d'un garçon de onze ans soigné à la clinique médicale des enfants pour un ictère hémolytique acquis.

Deux méthodes de traitement doivent être discutées en pareille circonstance : la radiothérapie de la rate et la splénectomie. D'après M. Béclère, la radiothérapie se montrerait généralement inefficace dans le traitement des ictères hémolytiques. La splénectomie, pratiquée fréquemment à l'étranger, donnerait une mortalité globale de 10 pour 100, moindre chez les enfants. Elle serait indiquée dans les états qui ont une marche progressive.

Spina bifida occulta avec douleurs.

(M. Lance. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 17-6-1924.)

M. Lance présente une fillette de 14 ans 1/2 venue le consulter pour des douleurs de la région sacrée remontant à deux années. Ces douleurs semblaient provoquées par la station assise prolongée. L'examen montra un point douloureux au contact, et une dépression, au niveau de la Ve vertèbre lombaire, indiquant un spina bifida occulta.

L'auteur pratiqua une injection épidurale de 5 cent. c. de lipiodol et mit la malade pendant 2 heures en position déclive. Les phénomènes douloureux disparurent dès le surlendemain. L'injection épidurale de lipiodol par voie sacro-coccygienne peut donc soulager les spina bifida occulta lombo-sacrés douloureux.

Traitement du pied-bot du nourrisson.

(M. TREVES. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 17-6-24.)

M. Trèves traite tous les pieds bots chez le nourrisson par la contention au moyen de bandelettes de leucoplaste. Il en applique quatre, après réduction de la malformation, bien entendu : la première s'oppose à l'adduction, la seconde à la supination, la troisième à l'équinisme. Les trois éléments de la difformité étant ainsi corrigés, une quatrième bandelette vient solidariser les précédentes en entourant le quart inférieur de la jambe.

Les paralysies obstétricales chez le nouveau-né.

(MM. LAMY et ROUDINESCO. — *Soc. de Pédiatrie* ; 17-6-1924.)

On connaît les paralysies obstétricales du plexus brachial, chez les nouveau-nés, consécutives à des accouchements difficiles. M. Lamy signale un autre ordre de paralysie, du même genre, chez le nourrisson. Il s'agit de paralysie radiale par englobement dans un cal exubérant. Il en a observé un exemple chez un enfant qui eut, au cours de l'accouchement, une fracture de l'humérus. La fracture fut traitée par un petit appareil en carton, mais, quand on enleva les attelles, on constata une flexion permanente du poignet, dû à une paralysie radiale, causée elle-même par un cal volumineux. Une intervention chirurgicale amena la guérison de la lésion nerveuse.

— M. Victor VEAU ajoute que ce fait montre qu'il y a, chez le nouveau-né, d'autres paralysies que les paralysies obstétricales ordinaires. Celles-ci restent, encore maintenant, à Paris, assez fréquentes, et l'on ne peut rien à leur égard. L'observation de M. Lamy incite à rechercher, en pareil cas, la fracture du bras, plus accessible au traitement.

Les rayons ultra-violets dans le rachitisme.

(MM. MARFAN, DORLENCOURT et TURQUETY. — *Soc. de Pédiatrie* ; 17-6-1924.)

On emploie beaucoup, depuis quelque temps, en thérapeutique, les rayons ultra-violets, qui paraissent donner des résultats intéressants dans diverses affections. A l'étranger, Huldschinsky, Riedel, en France, M. Marfan, M. Dorlencourt, M. Lesné, ont utilisé avec succès la médication actinique dans le rachitisme.

M. Marfan signale aujourd'hui les bons effets qu'il a obtenus avec les rayons ultra-violets pour la consolidation du crânio-tabes. Chez sept nourrissons qu'il a soumis à l'action de la lampe de quartz à vapeurs de mercure, il a vu le crânio-tabes se consolider complètement et rapidement.

— M. TIXIER a observé un cas analogue. L'influence des rayons ultra-violets n'est pas seulement salutaire dans l'évolution du crânio-tabes, elle se fait aussi sentir dans tous les cas de spasmophilie, de tétanie. Les rayons ultra-violets élèvent le taux du calcium et de l'acide phosphorique dans le sang.

— MM. LESNÉ et DE GENNES traitent depuis un an, à l'hôpital Trousseau, le rachitisme en évolution par les rayons ultra-violets. Le phosphore sanguin est ramené à sa quantité normale et l'amélioration clinique est évidente. Les nourrissons supportent bien le traitement. Pour éviter la conjonctivite, on protège les yeux avec une compresse de toile.

— M. LEREBOULLET a guéri, après dix séances de rayons ultra-violets, un crânio-tabes très accentué.

— M. RIBADEAU-DUMAS a appliqué, à la Maternité, les rayons ultra-violets chez les débiles et les rachitiques. En ce qui concerne ces derniers, les résultats ont été très bons. Pour ce qui a trait aux débiles, il faut faire quelques réserves.

— M. COMBY remarque que les guérisons obtenues avec les rayons ultra-violets dans le rachitisme sont en opposition avec la thèse qui soutient l'origine hérédo-syphilitique du rachitisme.

— M. TRÈVES a soumis nombre de rachitiques, également, aux irradiations ultra-violettes, avec radiographies des épiphyses des jambes et des poignets prises régulièrement. Il a assisté à des modifications cliniques et radiographiques très rapides.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fibromes calcifiés.

M. ALBERTIN commente la communication faite précédemment par M. Dumas. Pour lui, l'absence de pédicule reliant la tumeur à l'utérus est due à la torsion progressive qui a fini par le détruire. En même temps, le ralentissement de la circulation dans la tumeur la fait passer par les phases de régression jusqu'à la calcification. Dans une première phase, il y a ralentissement de la circulation, le sang stagne dans les capillaires ou s'infiltre dans la masse, donnant une coloration rouge ; puis se produit la dégénérescence lipoïde, donnant au tissu une coloration jaune, et enfin se fait l'imprégnation calcaire. Il arrive qu'on trouve sur une même tumeur trois zones concentriques, calcaire, mastic, et rouge, correspondant à ces trois stades de dégénérescence.

M. LAROYENNE présente un fibrome utérin dont une partie était calcifiée. La femme qui en était porteur avait toléré sa tumeur pendant une dizaine d'années, puis au moment de la ménopause elle présenta des symptômes généraux, avec teint jaune et température sub-fébrile, que M. Laroyenne attribue à la résorption de produits toxiques.

M. GOULLIOUD montre deux fibromes très volumineux, absolument calcifiés, enlevés à une femme de 72 ans. Longtemps tolérés, ils avaient fini par causer des douleurs, ainsi que de la gêne de la miction et de la défécation. Ces deux fibromes, qui pesaient respectivement 1 kgr. 670 et 1 kgr. 920, ne tenaient au corps utérin que par un pédicule gros comme le

pouce. Une radiographie montra une calcification en masse de la tumeur.

Anomalie viscérale.

MM. Guilleminet et Ricard ont observé un cas d'inversion partielle avec troubles de développement du gros intestin : situation du cæcum à gauche et abaissement du côlon droit dans son ensemble.

Mégaœsophage et cancer.

MM. Rebattu, Gravier et Pétouraud présentent l'observation d'un homme de 39 ans, entré à l'hôpital pour des vomissements. A son entrée, on ne notait aucun signe objectif du côté de l'appareil digestif ; la radioscopie montrait une obscurité du médiastin postérieur en position oblique. L'œsophagoscopie révélait, à 25 cm. des arcades dentaires, une sorte de diaphragme, au-dessus duquel on apercevait un œsophage plutôt élargi. Une nouvelle radioscopie montra une ombre médiastinale débordant à droite, un épanchement dans la plèvre gauche avec ligne de niveau oscillant par la succussion ; la bouillie bismuthée s'arrête à 8-10 cm. de la bouche œsophagienne, franchit ce niveau avec peine et s'éparpille ensuite dans une zone floue et élargie ; pas d'ectasie aortique. Le malade se cachectise très rapidement et meurt.

Autopsie : mégaœsophage sur lequel est venu se greffer un cancer, cas fort rare ; le mégaœsophage était resté latent pendant toute la vie. La tumeur elle-même n'avait pas produit de sténose ; mais l'œsophage était comprimé par de nombreux ganglions.

Action des irritations cutanées sur le développement des éruptions secondaires.

M. L.-M. Bonnet. Il est connu que les éruptions secondaires dans la syphilis se développent souvent avec prédilection sur des points de la peau ayant subi une irritation quelconque. Mais l'inverse peut aussi se produire et M. Bonnet relate un cas dans lequel une éruption secondaire papuleuse très confluente s'arrêtait net sur les bords d'un quadrilatère correspondant à une surface cutanée sur laquelle avait été récemment appliquée un sinapisme. Il en est de même, dit l'auteur, des tatouages, qui tantôt favorisent, tantôt, plus rarement, semblent entraver le développement des syphilides secondaires.

Evolution spontanée d'une tuberculose rénale.

MM. Pallasse et Sautereau présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une malade entrée mourante à l'hôpital, après avoir été traitée chez elle depuis un an et demi pour de l'albuminurie ; les urines étaient rares et purulentes, mais seulement depuis peu de temps. Le rein droit volumineux était complètement creusé d'une série de cavernes séparées les unes des autres par du tissu fibreux, sans trace de parenchyme sain ; uretère complètement imperméable. Le rein gauche présentait cinq ou six cavernes, séparées par du parenchyme sain ; l'uretère de ce côté est perméable. Aux poumons, petits tubercules en voie de ramollissement. Pas d'autres lésions tuberculeuses. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre des faits qu'il est devenu rare d'observer depuis qu'on traite chirurgicalement la tuberculose rénale.

Cancer du rein.

MM. Gayet et Dechaume relatent une observation de cancer du rein enlevé par néphrectomie. Les seuls symptômes constatés avaient été des hématuries et une augmentation de volume de l'organe. Pas de douleurs.

Hydronéphrose.

MM. Gayet et Dechaume présentent l'observation d'un homme entré à l'hôpital pour pollakiurie, pyurie, douleurs en fin de miction et dans la région lombaire. A l'examen, on perçoit le pôle inférieur du rein gauche, petit nodule de l'épididyme droit, urines purulentes renfermant des bacilles de Koch. Cystoscopie : vessie mauvaise, mais sans ulcération ; séparation des urines : sanguinolentes à droite, troubles à gauche. On pense à une tuberculose rénale et on fait une néphrectomie. Il s'agissait d'une hydronéphrose que seule peut expliquer une malformation congénitale du rein ou du bassinet. La question de tuberculose reste néanmoins à envisager. La néphrectomie était en tout cas le seul traitement.

Fractures latentes de la colonne vertébrale.

M. Durand montre des radiographies d'une fracture des 12e vertèbre dorsale et 1re lombaire, par chute sur le dos de 4 m. environ, chez un homme de 38 ans. Cet homme n'avait présenté ni déformation locale, ni trouble nerveux des membres inférieurs, et la fracture avait été méconnue par deux chirurgiens. De tels faits sont assez fréquents, selon M. Durand

M. Japiot, à l'occasion de la communication de M. Durand présente des clichés mettant en évidence les raisons qui font méconnaître ces fractures. Les raisons sont : 1° la limitation de l'examen à une zone restreinte, la zone douloureuse ; 2° l'absence d'examen systématique de profil.

Kyste de l'ovaire chez une enfant de 15 ans.

M. André Rendu relate l'observation d'une jeune malade de 15 ans atteinte de kyste de l'ovaire. Réglée à 13 ans, elle avait vu ses règles se supprimer à 14 ans, en même temps que son ventre grossissait. Peu après, crise douloureuse abdominale violente pour laquelle elle entre à la Charité. On fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique et on l'envoie à Giens. Des ponctions successives sont pratiquées; le liquide se reproduisant chaque fois très rapidement, la malade est renvoyée dans le service du prof. Nové-Josserand, où M. Rendu intervient par laparotomie médiane sous-ombilicale et tombe sur un kyste de l'ovaire renfermant 16 litres de liqui-

de C'est le quatrième cas observé depuis 25 ans dans le service de chirurgie infantile de M. Nové-Josserand. Des trois autres, l'un fut diagnostiqué assez facilement ; un autre le fut après avoir simulé une crise appendiculaire ; un troisième enfin avait, comme celui-ci, simulé une péritonite tuberculeuse. L'affection est donc très rare chez l'enfant et d'une symptomatologie polymorphe.

Cancer du rein.

M. L. Phélip expose l'observation d'une femme de 51 ans ayant offert de la pyurie, des douleurs rénales droites, un gros rein. Pas de B. de Koch ni de gonocoques dans le pus ; pas d'hématuries ni de globules rouges dans l'urine. Le rein malade avait (fait déjà signalé) une meilleure élimination d'urée que le rein sain, ce qui permettait d'exclure la tuberculose et la lithiase. On pouvait donc penser à une tumeur para-néphrétique, à un kyste ou à un cancer de la glande elle-même. A l'intervention, c'est ce dernier diagnostic qui se trouva vérifié.

Calcul latent de la vessie.

M. Reynard rapporte un cas de calcul vésical resté remarquablement latent et révélé seulement par la cystoscopie, le malade étant venu consulter pour de la pollakiurie légère.

Société médicale des hôpitaux.

Encéphalite tuberculeuse hémorrhagique consécutive à une tuberculose méningée.

MM. Gayet et Porthiat présentent l'observation d'un malade envoyé de l'Hôtel-Dieu, où il était soigné pour une arthrite et une épididymite tuberculeuses, dans le service des tuberculeux du Perron pour des accidents pulmonaires (hémoptysie). A l'entrée, dyspnée marquée, crachats purulents, signes de broncho-pneumonie caséeuse bilatérale. En outre, le malade est obnubilé, sans raideur de la nuque, sans troubles pupillaires, réflexe rotulien gauche normal (plâtre à droite). Température : 39°. Mort six jours après l'entrée, après une crise dyspnéique violente. A l'autopsie, lésions pulmonaires tuberculeuses banales ; nombreuses granulations méningées, au niveau de la sylvienne, et tuberculome méningé dans la même région, du volume d'un œuf de pigeon. Au-dessous, on trouve à la coupe des lésions d'encéphalite présentant deux stades : encéphalite hémorrhagique et ramollissement jaune. A noter, dans cette observation, que : 1° cliniquement, on ne constatait, au point de vue nerveux, que des signes psychiques ; 2° anatomiquement, il existait de notables lésions méningées à côté des lésions encéphalitiques, ce qui n'est pas la règle dans les cas analogues antérieurement signalés.

Syndrome infundibulaire.

MM. Rouquier et Lacombe ont traité un jeune soldat dont l'affection a débuté trois mois avant son hospitalisation actuelle par un état confusionnel léger avec légère hyperthermie (38°, 38°5), diplopie intermittente, hypersomnie, céphalée. A l'entrée, on est frappé par une adiposité marquée et manifestement récente, intéressant surtout la région mammaire, la paroi abdominale antérieure, la face externe des cuisses. Pas d'atrophie des organes génitaux externes, système pileux normal. Rien du côté du système nerveux, sauf une légère inégalité pupillaire. Polyurie (2 lit. à 2 lit. 400), pas de glycosurie. Tension artérielle (Vaquez-Laubry) 10,5-7. Réflexe oculo-cardiaque positif. Au point de vue mental, grosse asthénie psychique et physique ; ce malade répond à peine et reste presque constamment couché ; une tentative de suicide. L'état du malade s'améliora progressivement et seule la polyurie persista. Cinq injections d'infundibuline Poulenc furent pratiquées. Les auteurs pensent qu'on doit rattacher le syndrome présenté par ce malade à une poussée d'encéphalite épidémique.

Tumeurs intra-rachidiennes.

M. Bériel apporte à la Société les résultats des interventions qu'il a fait pratiquer, en 1923, pour tumeurs intra-rachidiennes. Sur ces cas, au nombre de sept, on trouve : un cas douteux non vérifié à l'opération, un cas de kyste hydatique, un cas de tumeur maligne (lymphosarcome) d'origine extra-rachidienne ayant pénétré par les trous de conjugaison et envahi l'espace extra-dural en comprimant la queue de cheval et les nerfs radiculaires, un cas de neurogliome d'une racine de la queue de cheval, trois cas de tumeurs primitives des méninges (l'un de la dure-mère, les deux autres de la méninge molle). Au point de vue de la localisation, en dehors du cas non vérifié, on trouve : région sacrée, une observation ; région lombaire, deux observations ; région dorsale, trois observations. Au point de vue des résultats : *a*) immédiats : aucun incident opératoire ni post-opératoire, malgré l'état souvent grave des malades ; *b*) éloignés : *statu quo*, trois cas ; guérison complète, deux cas ; guérison incomplète, tardive, mais maintenue, un cas ; guérison complète avec récidive passagère, un cas. M. Bériel a pu revoir en outre les cas guéris de l'année précédente : tous les résultats se sont maintenus. Tout diagnostic de tumeur rachidienne apparemment primitive doit donc avoir une conséquence logique : l'intervention.

M. Bériel présente, en outre, une note sur les conditions de récupération des fonctions médullaires après la libération chirurgicale. A ce point de vue, les lésions peuvent se ranger en trois groupes : lésions purement mécaniques (compression) permettant une récupération rapide et définitive ; lésions exsudatives, susceptibles de disparaître complètement, mais dans un délai assez long ; lésions néoplasiques, destructives et scléreuses, non récupérables ; dans les cas de sclérose, toutefois, l'opération est utile parce qu'elle arrête l'évolution progressive.

Arthropathie tabétique.

MM. Froment, Sédaillan et Exaltier présentent l'observation d'un malade atteint d'arthropathie volumineuse du genou gauche, manifestation précoce d'un tabes qui n'a donné jusqu'ici comme signes que des douleurs fulgurantes, de l'inégalité pupillaire, un signe d'Argyll et des troubles de la sensibilité profonde. Pas de troubles de la réflectivité tendineuse. Pas de modification du liquide céphalo-rachidien. Wassermann du sang et du liquide articulaire négatif. Les auteurs discutent la question de savoir si, dans un tel cas, où les manifestations tabétiques sont particulièrement frustes, on peut prétendre qu'il s'agit d'une arthrite syphilitique tertiaire. L'existence de troubles sensitifs profonds et de troubles vaso-moteurs du côté des artères des membres inférieurs, décelant une perturbation sympathique, plaident nettement en faveur de l'hypothèse du trouble trophique.

Parkinsonisme aigu.

MM. Rouquier et Lacombe présentent l'observation d'un malade atteint de parkinsonisme aigu avec polyurie et glycosurie intermittente, état confusionnel prolongé, au cours d'une encéphalite épidémique.

Troubles sensitifs et trophiques consécutifs à la neurotomie rétro-gassérienne.

MM. Leriche et Wertheimer présentent un malade chez lequel ils ont pratiqué, pour une névralgie faciale, la neurotomie rétro-gassérienne. Ce malade est guéri de la névralgie. Mais les auteurs veulent surtout insister sur les constatations d'ordre physiologique que l'on peut faire sur lui. Ce sont : 1° suppression des sensibilités douloureuse et thermique et conservation de la sensibilité tactile, dans la moitié de la face correspondante au nerf sectionné ; 2° conservation de la sécrétion lacrymale ; 3° existence sur la lèvre inférieure et le bord droit de la langue, de deux ulcérations trophiques.

Hémorrhagie ventriculaire au cours d'une pneumonie double.

MM. Dumas et Grandmaison relatent l'observation d'un homme de 73 ans, hospitalisé au Perron comme vieillard ; bien portant jusque-là, il fut pris brusquement, un matin, de faiblesse, tomba en quelques minutes dans le coma et mourut au bout de 36 heures, après avoir présenté des signes d'inondation ventriculaire. A l'autopsie, on trouva en effet une hémorrhagie au niveau du ventricule de l'hémisphère gauche, et de plus, une *pneumonie double* au stade d'hépatisation, c'est-à-dire certainement antérieure à l'hémorrhagie cérébrale. Ce cas pose à nouveau la question de la pathogénie de l'hémiplégie pneumonique, sur laquelle R. Lépine a attiré l'attention. Il est probable que cette pathogénie n'est pas univoque. Dans le cas de M. Dumas, il s'est agi vraisemblablement d'une infection méningée, de nature pneumococcique probablement. Pourquoi celle-ci aboutit-elle à une hémorrhagie, et non à une simple exsudation séreuse ? Il faut sans doute faire intervenir l'hypertension artérielle, habituelle dans la pneumonie, et les altérations du foie. Chez ce malade, la tension, prise au moment du début des accidents comateux, était de 20/12 et le foie était nettement hypertrophié et scléreux.

Influence de l'âge et du sexe sur les maladies par carence.

MM. Mouriquand et Michel. — Il semble, cliniquement, que les organismes jeunes soient plus sensibles que les adultes aux troubles de la nutrition d'origine alimentaire ; mais ici les troubles digestifs compliquent le problème. D'autre part, le scorbut et le béribéri frappent avec prédominance les adultes vigoureux. Expérimentalement, les auteurs ont recherché, avec l'avitaminose C, à préciser l'influence de l'âge et du sexe. Ils concluent que le sexe ne semble jouer aucun rôle (chez le cobaye) tandis que l'âge paraît avoir une influence nette, les sujets jeunes étant plus sensibles.

Arthropathie syringomyélique du poignet.

MM. Tavernier et Froment présentent un malade atteint d'arthropathie du poignet avec subluxation du carpe. L'existence de troubles de la sensibilité thermique montra qu'il s'agissait d'une arthropathie syringomyélique. La lésion était indolore et le malade continua à travailler jusqu'au moment où se produisit la subluxation. Une arthrodèse fut pratiquée et donna un très bon résultat. Le poignet reste gros, mais le malade peut se servir de sa main.

Purpura fulminans. Méningococcémie. Lésions hémorrhagiques des capsules surrénales.

M. Fontanel rapporte trois observations de son service de l'hôpital militaire Desgenettes. La première concerne un convalescent de rhumatisme articulaire aigu qui fut pris brusquement de malaise intense, avec douleurs généralisées, fièvre (40°), raideur musculaire sans kernig vrai, pouls filiforme, prostration marquée ; mort 15 heures après le début ; l'examen du cadavre révèle deux larges taches purpuriques (face et thorax) ; la première avait été constatée par une infirmière avant la mort, quelques taches plus petites sur le tronc et les membres. L'ensemencement d'exsudat d'une de ces taches donna du méningocoque B. Autopsie : la lésion essentielle porte sur les surrénales qui sont volumineuses et nettement hémorrhagiques.

La seconde observation concerne un jeune soldat, convalescent de bronchite banale, qui est pris brusquement de frissons, malaise intense, prostration, céphalée, douleurs généralisées, raideur musculaire, purpura disséminé sur tout le corps, pouls filiforme et incomptable, cyanose des extrémités. Hémocul-

ture : méningocoque B. Mort 26 heures après le début des accidents. Pas d'autopsie.

La troisième observation concerne un soldat mort presque subitement après s'être levé un matin, s'étant fait porter malade. Le cadavre présente du purpura. L'autopsie montre une hémorrhagie profuse dans les deux capsules surrénales.

Malgré l'absence d'autopsie dans la seconde observation, et l'absence d'examen bactériologique dans la troisième (un camarade de ce troisième malade était mort vers le même temps de méningite cérébro-spinale), M. Fontanel croit pourvoir rapprocher ces trois observations et en faire des cas de méningococcémie à forme purpurique. Il insiste sur ce fait que ces cas reproduisent exactement le tableau de l'insuffisance surrénale aiguë décrit par Sergent et Léon Bernard : prostration extrême, douleurs, troubles musculaires, troubles circulatoires.

Cancer double des surrénales avec métastases multiples.

MM. Bouchut, Barbier et Dechaume rapportent l'observation d'une femme de 56 ans entrée à l'hôpital avec : 1° une hémiplégie installée sans ictus, 2° de l'aphasie, 3° de l'hémianopsie, 4° un épanchement pleural. On pense à une métastase cancéreuse en raison de la cytologie de cet épanchement (grandes cellules vacuolaires avec noyaux suspects). Une petite hématémèse fait penser que le cancer initial siège à l'estomac. Or, à l'autopsie, pas de cancer gastrique, mais cancer des deux capsules surrénales avec métastases pleurale, pulmonaire, cérébrale et dans les ganglions trachéo-bronchiques. Histologiquement, la muqueuse gastrique était le siège de lésions métastatiques, non visibles macroscopiquement, et expliquant l'hématémèse. A noter la difficulté du diagnostic dans cette forme à symptomatologie surtout cérébrale.

Epilepsie et castration.

MM. Cotte et Rebattu, se fondant sur des faits qui semblent indiquer l'existence de relations possibles entre l'épilepsie et le fonctionnement de l'ovaire (apparition fréquente au moment de la puberté, plus grande fréquence au moment des règles, suppression parfois à la ménopause ou pendant la grossesse), ont provoqué chez deux malades la ménopause au moyen du radium, et cela sans succès. Par contre, chez une autre malade, une fixation utérine fit disparaître un état de mal ancien de quatre ans. Lawson Tait avait déjà pratiqué des castrations chez des épileptiques et avec succès. Il s'agissait sans doute d'épilepsie réflexe, avec lésions de l'appareil utéro-annexiel.

Cancer bilatéral des glandes surrénales.

MM. Gravier et Bernheim présentent un autre cas de cancer des deux capsules surrénales avec métastase médiastinale. Les lignes de compression dues à cette dernière dominaient la scène.

Epilepsie de type jacksonien dans l'urémie convulsive.

MM. Gravier et Bernheim présentent l'observation d'un malade qui, au cours d'une néphrite aiguë typique, d'étiologie inconnue, a offert à deux reprises des phénomènes éclamptiques d'allure jacksonienne, caractérisés par le début brachial des convulsions, et surtout l'existence, après la crise, d'une hémiplégie transitoire. De tels symptômes ont été rarement signalés au cours de l'urémie convulsive.

A.C.

Les Congrès

XXXIII[e] Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*)

III. Technique de Noordenbos. — Le chirurgien d'Amsterdam a une longue expérience de la réparation opératoire des fractures du col qu'il pratique depuis 1914 et dans la thèse de son élève Weijtland ont été publiées, en 1923, 70 de ses observations. Son procédé se distingue par la simplicité du repérage et par le matériel de synthèse.

L'extension est faite par un aide sur le membre malade, mis en abduction maxima, le pied étant placé en rotation interne de 12 à 15 degrés pour annuler l'angle de déclinaison du col qui se trouve sensiblement horizontal. L'opérateur pour forer le col attaque la face externe du fémur à 2 centimètres au-dessous du grand trochanter et vise l'épine iliaque antéro-supérieure du côté opposé. Le canal creusé par la mèche est de 9 centimètres chez l'homme, de 8 chez la femme. Il sert à loger un greffon péronier qu'on enfonce au maillet jusqu'à la profondeur voulue.

Cette technique simple qui se passe de la radiographie s'est montrée exacte et efficace dans la plupart des cas.

IV. Technique de Santy. — La tête est repérée radiographiquement et l'opération est conduite suivant les principes de Delbet, mais sans l'appareil-guide. Le canon est remplacé par une manœuvre qui consiste, après engagement de la tarière, à abaisser la main de 3 centimètres environ pour suivre l'angle de déclinaison. Santy a toujours pu ainsi enfoncer ses vis en bonne place.

V. Technique de Robineau et Contremoulins. — Elle est extrêmement précise , mais compliquée.

La réduction est faite en associant à la traction longitudinale, une traction transversale qui se montre particulièrement utile dans les cas difficiles. On construit par la méthode métroradiographique une épure qui permet de repérer à un millimètre près tous les détails de l'extrémité supérieure du fémur. Les fragments sont maintenus par une vis d'os de bœuf qui n'est filetée que dans la partie correspondant au fragment interne et dont un écrou appuyé sur une cale oblique maintient la partie externe.

Pseudarthroses du col. — La consolidation des fractures du col est très lente, elle demande six mois à un an, mais au point de vue thérapeutique, il semble qu'on doive traiter comme une pseudarthrose toute fracture du col datant d'un ou deux mois.

Anatomiquement, dans les cas anciens, le col attenant au grand trochanter se résorbe, comme l'a montré Basset, mais non la tête, et une couche osseuse se forme au niveau du trait de fracture aussi bien du col que du côté de la tête.

Cliniquement, la pseudarthrose est bien différente dans ses manifestations suivant qu'elle est lâche ou serrée. Dans les cas douteux, le signe du tiroir, décrit par Delbet, peut rendre service. Le sujet étant assis, quand il y a pseudarthrose, la cuisse tirée en avant et refoulée effectue un mouvement de tiroir. Ce signe peut d'ailleurs être recherché aussi bien sur le sujet couché. Chez les sujets gras, il est préférable de comparer deux radiographies faites l'une sans traction, l'autre sous forte traction.

Au point de vue opératoire, il faut distinguer les rares pseudarthroses qui ne causent que peu de troubles fonctionnels et peuvent être abandonnées à elles-mêmes, de celles infiniment plus nombreuses qui constituent de graves infirmités et doivent être opérées.

A. Les méthodes d'enchevillement. — I. *Technique de Delbet.* — Un greffon péronier de 7 à 11 centimètres est prélevé à la sciede Gigli, dépériosté et enfoncé au maillet dans un tunnel foré à travers la tête et le col avec des mèches de 7, 10 et 12 millimètres. Le greffon tient, en général, de lui-même ; quelquefois, il est nécessaire de le fixer par une agrafe.

II. *Technique d'Albee.* — On pratique d'abord une arthrotomie antérieure. La fracture est réduite sous le contrôle de la vue, les extrémités osseuses sont économiquement avivées au ciseau. Puis le grand trochanter est mis à nu comme dans la méthode de Delbet. Le col est foré avec une mèche de 12 mm. 25, mue par le moteur électrique d'Albee, et on la remplace par un greffon tibial façonné en cheville, de même calibre que la mèche.

III. *Greffe ostéo-périostique.* — Pour obtenir plus sûrement la consolidation osseuse, Dujarier a, dans quelques cas, utilisé la greffe ostéo-périostique, enroulant cette greffe dans un tube métallique pour la pousser dans le tunnel du col. Cette technique n'a rempli son but que dans la moitié des cas, soit parce qu'elle est sujette à se déplacer secondairement, soit parce que certains sujets ne sont plus capables de former de l'os.

B. Autres méthodes. — La résection de la tête a été pratiquée avec des résultats très variables par de nombreux chirurgiens : Schede, Howe, Régnier, Lejars, Ito et Asahara et récemment Bonn.

Lexer et Withmann, après avoir réséqué la tête, modèlent le fragment externe et le reposent dans le cotyle. Cette technique leur a donné de bons résultats.

Brackett désinsère les muscles trochantériens, avive la pointe du grand trochanter et l'enfonce dans le fragment interne avivé.

Lorenz fait une ostéotomie oblique du fémur à la base du grand trochanter et déplace le fragment inférieur en dedans sous le fragment interne, constituant ainsi à ce dernier un appui solide.

Soins postopératoires. — Fractures récentes. — Delbet fait lever ses malades du troisième au treizième jour s'ils ont un appareil de marche, du douzième au trentième jour s'ils n'ont pas cet appareil.

Dujarier ayant remarqué qu'avec le lever précoce, il se produisait un tassement secondaire amenant l'infléchissement du col, a peu à peu prolongé la période de repos au lit. Actuellement, il applique à ses malades après l'opération un grand appareil plâtré allant des orteils à l'aisselle du côté malade et prenant la cuisse du côté sain. Il n'enlève ce plâtre qu'au bout de deux à trois mois. Puis, le malade marche avec des béquilles et est enfin autorisé à s'appuyer sur son membre du quatrième au sixième mois.

Pseudarthroses. — Ici encore Delbet fait lever ses malades précocement, du dixième au soixantième jour, suivant qu'ils sont ou non pourvus d'un appareil de marche, alors que la plupart des autres chirurgiens immobilisent longuement leurs opérés et souvent dans un appareil plâtré.

Evolution anatomique des fractures transcervicales. — Les études histologiques d'Axhausen et de Letulle sur des pièces d'autopsie montrent qu'il se produit une nécrose partielle ou totale de la tête insuffisamment vascularisée par l'artère du ligament rond et que secondairement cette tête est revascularisée, soit par le fragment externe, soit par l'artère du ligament rond, de l'os nouveau venant entourer l'os ancien. Ces faits expliquent la lenteur de la consolidation, la fréquence des pseudarthroses et plaident en faveur du repos prolongé pour de tels malades.

Résultats. — Le rapporteur analyse trois statistiques globales : celle de Delbet et de ses élèves, exposée dans le livre de Basset, celle de Noordenbos et la sienne.

I. Statistique de Delbet. — La mortalité globale est de 12 p. 100 (11 morts sur 90 cas) mais elle

est bien moins forte dans la seconde série 5 p. 100 que dans la première 14 p. 100. Il y a eu 7 phlébites post-opératoires et 6 échecs opératoires. Les bons résultats fonctionnels sont, pour les fractures récentes, de 25 s ur 45 cas et, pour les pseudarthroses, de 13 sur 24.

II. Statistique de Noordenbos. — Elle comporte 70 cas dont un certain nombre sont défalqués pour diverses raisons. Restent 46 cas utilisables dont 33 fractures récentes, 3 fractures datant de un à trois mois et 10 pseudarthroses. Des 33 premiers cas, 17 sont complètement guéris, 10 présentent un bon résultat mais avec limitation des mouvements, 6 sont de mauvais résultats : 4 arthrites déformantes et 2 pseudarthroses. Les 3 fractures de un à trois mois ont donné 2 guérisons complètes et un mauvais résultat. Parmi les 10 pseudarthroses, il y a eu 3 très bons résultats, 3 bons résultats, 3 résultats médiocres et un échec de la greffe par résorption.

III. Statistique de Dujarier. — Elle comporte 60 cas : 39 fractures transcervicales, 5 cervicotrochantériennes et et 16 pseudarthroses.

Les 39 premiers cas ont donné 8 morts survenues presque toutes chez des malades âgés et plus ou moins tarés qu'il aurait mieux valu ne pas opérer. 6 malades ont été perdus de vue et 3 sont récemment opérés. Sur les 22 autres, il y a eu 12 résultats bons, 4 médiocres et 6 mauvais.

Pour les 5 fractures cervico-trochantériennes, on note 3 bons résultats, un médiocre et un inconnu.

16 pseudarthroses ont été opérées sans mort, 2 sont des cas récents, 2 n'ont pu être vus, un résultat primitivement bon est devenu mauvais. Les 11 autres résultats sont bons.

Les fractures sous-trochantériennes. — Les fractures sous-trochantériennes ne sont pas rares. D'après une statistique qui groupe celles de Henderson, de Walker et de Boppe, elles représentent 16,7 p. 100 des fractures du fémur.

Elles surviennent surtout à la suite d'un gros traumatisme chez de jeunes sujets, contrairement à l'opinion classique qui en fait une fracture du vieillard.

On observe des fractures transversales, obliques ou spiroïdes et à fragments multiples. Ici encore, selon le rapporteur, il est inexact, comme on le dit généralement, que les fractures transversales soient plus rares que les obliques. Le déplacement est toujours marqué : le fragment inférieur se porte en haut et en dedans ; le fragment supérieur se met en rotation externe, en flexion et en abduction.

En dehors des signes habituels des fractures, on observe deux signes positifs : la déformation « en crosse de pistolet » et un raccourcissement de 4 à 9 centimètres, et deux signes négatifs : la non ascension du grand trochanter et son immobilité quand la diaphyse est mise en rotation.

A cause des déplacements complexes des fragments, l'ostéosynthèse doit être préférée en général aux appareils plâtrés ou à l'extension continue.

Dans les fracturres transvesales, on utilisera la plaque vissée, modelée ou non. Dans les fractures obliques, le cerclage constitue le procédé idéal. Dans les fractures à fragments intermédiaires plus ou moins nombreux, on se conduira de façon diverse selon le cas, en combinant les plaques et les cercles. D'ailleurs, des dégâts trop considérables constituent une contre-indication opératoire.

Lorsque le traitement sanglant ne pourra être utilisé, par suite de l'état général ou local, on choisira le grand plâtre en abduction appliqué en réduction sous traction et suivi d'un contrôle radiographique périodique. La marche ne sera permise qu'après plus de deux mois.

Chastenet de Géry et Dariau.

(*A suivre.*)

Les Livres

Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr L. Meunier. — **Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours.** (Un vol. 642 pages, 2e *édition*, 1924. Prix : 30 francs.)

Le livre, qu'avait publié en 1910 chez Baillière l'auteur, était un petit volume excellent, alerte, simple et complet, qui tenait le juste milieu entre les traités doctrinaires et les abrégés analytiques ; il était assez didactique pour instruire les ignorants, assez complet pour attirer les plus instruits.

On y trouvait à peu près tout ce que l'on dev ait connaître des hommes et de leurs œuvres, des théories qu'ils avaient défendues, le trait qui marquait leur caractère où l'évènement qui illustrait leur vie le nom de leur œuvre princeps et l'exposé de la découverte à laquelle ils devaient l'immortalité.

Des origines de la médecine, l'auteur dessinait une esquisse exacte sur Gallien et Hippocrate ; il apportait une étude très complète et raisonnée ; sur les mœurs médicales de la Grèce, du Moyen-Age et du XVIIIe siècle, sur les chimistes, les mécaniciens, d'intéressants détails et des aperçus critiques sages et mesurés ; sur le XXe siècle enfin, des développements plus étendus où nous pouvions entrevoir tout, la beauté des horizons nouveaux.

Ce livre fut épuisé en quelques mois, et le Dr Meunier mourut avant d'avoir pu faire une deuxième édition. Il faut savoir gré à sa famille d'avoir consenti **à un nouveau tirage.**

Librairie LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

MARTY's.— **Natalité et longévité.** (Une brochure in-8° 1923. Prix : 2 fr.).

Ce travail repose tout entier sur une méthode médicale appelée hématothérapie. La méthode, due au Dr Maurice Bloch, consiste à prélever de un à deux centimètres cubes de sang, soit dans la veine, soit dans les tissus sous-cutanés d'un sujet vigoureux, et ce sang est immédiatement inoculé à des malades, les uns atteints d'une maladie infectieuse, les autres d'une tuberculose au début, les troisièmes d'une sénilité précoce, etc., etc. Ce n'est pas une transfusion c'est une « greffe ».

Ces inoculations sont particulièrement utiles aux enfants chétifs, et bien des mères qui perdaient leurs enfants en bas-âge ont pu, grâce à ce procédé, connaître les joies de la maternité. A valeur égale, le sang des congénères est plus actif que celui d'un sujet étranger ; cette méthode doit contribuer à la longue au développement de la natalité, à l'amélioration de la longévité.

JAVAILIER, éditeur,
47, rue Poncelet, Paris, 17e.

Dr Paul ALEXANDER.— **La beauté de la chevelure.** Un vol. in-8, 188 pages orné de 75 bois et dessins originaux, par Henri GAZAN, 1924. (1er *volume des Manuels de science et de beauté.*)

Ce livre met à la portée du public les méthodes et les travaux les plus récents de l'école dermatologique française. Très pratique, il ne dédaigne pas les menus détails de l'art du coiffeur. Hommes et femmes y trouveront un guide sûr pour recouvrer et mettre en valeur la plus belle parure du visage.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris 6e.

Georges BELLAIR, ancien jardinier en chef des Parcs et orangeries du Palais de Versailles.— **Les rosiers. Culture et multiplication.** Un volume 11,5 × 18, de 192 pages, avec 62 figures et une couverture en couleurs. Broché : 6 francs ; franco : 6 fr. 60.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'ozone naissant en thérapeutique par le Néol.

La question des antiseptiques, née avec les découvertes bactériologiques, se présente depuis la guerre d'une façon fort complexe.

Tout d'abord, lorsque PASTEUR et ses élèves eurent mis en évidence les agents des maladies contagieuses, il y eut une ère d'enthousiasme. Leur origine microbienne étant reconnue, il semblait facile de combattre le microbe, soit en forçant l'organisme lui-même à émettre un contre-poison, ou à multiplier ses phagocytes, soit en introduisant directeement dans cet organisme une substance anti-bactérienne.

Mais bientôt une première difficulté se présenta. La constitution protoplasmique des bactéries étant identique à la base histologique de nos tissus, il fallait trouver un antiseptique qui attaquât la cellule microbienne tout en respectant la cellule humaine.

Divers antiseptiques connurent des vogues fugitives.

Tout d'abord le phénol fut employé par LISTER et LUCAS-CHAMPIONNIERE en pansements, pulvérisations et lavages. Mais les solutions du phénol sont caustiques et irritantes et peuvent aboutir à la formation d'escharres. Le gros inconvénient de l'acide phénique est de s'éliminer par les reins, et d'entraîner à la longue des lésions qui aboutiront à une néphrite chronique.

Le sublimé corrosif, bactéricide énergique, mais malheureusement d'action aussi énergiquement toxique vis-à-vis de l'organisme.

Le formol et ses dérivés sont irritants pour les muqueuses et entraînent une mortification trop profonde des tissus.

L'acide picrique entraîne des phénomènes d'intoxication et tout récemment encore le docteur BERNARD-BALLET rapportait à la Société de Dermatologie deux observations de dermite généralisés, dont une grave, produite par l'acide picrique sur une brûlure de l'avant-bras.

Quant aux cas d'iodisme provoqués par des applications trop larges de teinture d'iode, ils ne sont pas rares. Après une débauche de teinture d'iode au début des hostilités, cet antiseptique fut abandonné très vite pour les pansements des blessés.

Par contre, il est un antiseptique qui n'a pas encore trouvé de détracteurs : c'est l'ozone naissant, qui n'est pas un toxique, et est, en même temps, un cicatrisant remarquable, non irritant.

Dès 1912, ROUX émettait l'opinion que l'ozone permettait d'obtenir le maximum d'action destructive sur les bactéries en raison de l'oxydation intense que ce gaz produit à l'état naissant.

Pendant la guerre, BORDAS et GOSSET ont essayé avec d'excellents résultats l'ozone gazeux et dissous.

L'ozone, et l'ozone naissant surtout, a l'avantage sur tous les antiseptiques de n'être pas caustique comme le sont toujours plus ou moins les hypochlorites, le Dakin et produits similaires. Si le chlore, qui est la base de ces diverses préparations est incontestablement un bon désinfectant, ce n'est certes pas un ami de la cellule, un cytophylactique, comme le dit DELBET.

Puissant bactéricide, tout en respectant les éléments cellulaires, l'ozone au contraire semble réaliser le type de antiseptique cicatrisant rationel.

Mais la difficulté était d'avoir cet ozone d'une façon maniable. Le problème a été résolu bien avant que l'expérience de la guerre vienne pleinement justifier sa composition, par le Néol de BOTTU. C'est, qu'en effet, le néol n'est pas un mélange de phénol, de formol, d'eau oxygénée, etc., c'est, en somme, une dissolution stabilisée de sels peroxygénés constituant dès lors une véritable solution auto-génératrice d'ozone naissant. C'est un des rares produits qui soit demeuré en vogue dans les hôpitaux de Paris, malgré la guerre, et malgré les fluctuations de la mode en matière d'antiseptiques.

Cette véritable eau ozonée n'a aucune action nocive vis-à-vis de la peau, des muqueuses et des viscères. Elle n'a aucune toxicité à tel point que certains médecins ont recommandé le néol en ingestions, et d'autres en lavements. Ce produit trouve donc son application dans tous les cas où il faut favoriser le *self-defense* de l'organisme, c'est-à-dire à aider les tissus malades à se refaire tout en luttant contre l'infection microbienne telle que dans les brûlures et plaies phagédéniques, les ulcères variqueux et rebelles, l'escharre sacrée, les ulcérations, dites indigènes, spéciales aux pays chauds.

Le mode d'emploi le plus général est la solution au cinquième ou eau néolée qui doit remplacer l'eau oxygénée dans ses indications.

En gargarismes, le néol sera le gardien vigilant de la bouche, du nez, de l'arrière-gorge contre les germes des affections grippales et des fièvres éruptives. Les gargarismes néolés (2 cuillerées à potage de néol pour un verre d'eau légèrement tiède, soit pure, soit préférablement additionnée de bicarbonate de soude) constituent un traitement de choix de toutes les formes d'angines, à l'exception de l'angine diphtérique, où l'on devra lui associer le sérum. Le meilleur procédé d'application du néol dans l'angine, surtout dans les formes herpétiques est le lavage au bock (4 cuillerées à potage dans un demi-litre d'eau). Les résultats sont tels que l'on peut juguler d'emblée l'évolution morbide en 24-36 heures.

Enfin, si certaines indications du néol intéressent plus particulièrement certains spécialistes : cryothérapie (LORTAT-JACOB), radiumthérapie (MERLIN), stamatologie (BROCQ et MONIER), etc., tous les praticiens peuvent apprécier sa réelle efficacité et la facilité de son emploi en prescrivant avec tout traitement mercuriel ou bismuthique des lavages bi-quotidiens de la bouche comme préventif et curatif des gingivo-stomatites.

A titre documentaire, nous sommes autorisés à publier l'observation suivante qui a le double mérite d'être aussi laconique que démonstrative.

« Je viens d'employer le néol au cours de la se-
« maine dernière dans la cavité abdominale après l'a-
« voir neutralisé au bicarbonate de soude, dans un
« cas de gangrène appendiculaire avec volumineux
« abcès de la fosse iliaque droite.

« Après ouverture de cet abcès (le 11e jour d'une
« première crise d'appendicite aiguë chez un jeune
« homme de 21 ans), le processus gangréneux s'é-
« tendait rapidement à la paroi énormément infiltrée
« des gaz d'une putréfaction anaérobie, les tissus du
« voisinage dégénérant en quelques heures en mas-
« ses noirâtres, déliquescentes et fétides. Un examen
« direct sur lame des sécrétions purulentes de la plaie
« a montré une prédominance du *b. fragilis*. Ce pro-
« cessus gangréneux s'est accompagné d'algidité
« complète du malade dont l'état général était ex-
« cessivement mauvais.

« Pour la première fois dans une circonstance de ce
« genre, j'ai employé largement le néol au 1/4, irri-
« gant 4 fois par jour la plaie et dans l'intervalle la
« laissant bourrée de compresses imbibées de cette
« solution.

« J'ai eu l'impression que cette gangrène était ju-
« gulée dès les premières 24 heures et le 3e jour, je
« n'étais plus en présence que d'une suppuration ba-
« nale complètement désodorisée.

« Actuellement, cette plaie, qui est toujours drai-
« née, bourgeonne activement et se répare rapi-
« dement.

« Je me fais un plaisir de vous signaler cette obser-
« vation, car j'en ai retiré l'impression très nette que
« mon malade devra la vie à quelques centaines de
« grammes de néol, que sans la gravité du cas, je
« n'aurais pas osé mettre pendant quelques jours au
« contact du péritoine. »

Docteur G. RÉMONDY, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES

Les soins médicaux dans la branche invalidité-maladie.

I

Rapport du Comité d'études sur les assurances sociales.

Ce rapport, que nous extrayons du Bulletin du Groupement des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou (octobre 1924), pose admirablement la question sous toutes ses faces. Nous sommes heureux de pouvoir le reproduire intégralement dans les colonnes du Concours Médical.

En présence de la nombreuse documentation qui a déjà été fournie, tant par le *Médecin syndicaliste* que par le *Bulletin du Groupement*, sans tenir compte des autres journaux (*Concours, Presse médicale*, etc.) le Comité d'études, devant la nécessité d'aboutir par un vote clair et précis, a décidé de soumettre aux Assemblées syndicales du groupement les différentes solutions qui ont été proposées et entre lesquelles les médecins seront appelés à choisir vis-à-vis des assurances sociales.

Ces solutions peuvent se ranger dans quelques groupes bien caractérisés. Nous les présentons sous les rubriques que tout le monde connaît maintenant ; nous les faisons suivre de commentaires très courts, montrant les avantages et les inconvénients de chaque système.

En un mot, nous exposons en toute impartialité.

Première solution

Entente directe du malade et du médecin. Ignorance de la Caisse et de l'Assurance.

C'est vouloir en somme continuer l'exercice de la médecine comme par le passé, comme si la loi n'existait pas.

C'est demeurer étranger aux tractations de la Caisse avec l'assuré, c'est considérer celui-ci comme un client habituel, exiger de lui directement nos honoraires, c'est aussi rester libre de remettre au malade, s'il nous le demande, tel ou tel certificat. C'est ignorer l'assurance et partant la Caisse.

Par conséquent, c'est, pour le corps médical, le refus de consentir aucun contrat collectif.

Les protagonistes de cette attitude se sont recrutés surtout parmi les médecins affiliés aux syndicats du nord de la France et ceux adhérents à la Fédération lyonnaise.

Avantages du système.

Au premier chef, c'est le maintien d'une situation qui, jusqu'ici, n'a donné, ni aux malades, ni aux médecins, de graves sujets de mécontentement. Pourquoi ne pas s'en tenir au *statu quo*, puisqu'il satisfait tout le monde ?

D'autre part, les essais de contrats entre syndicats et collectivités, qu'il s'agisse de l'Etat, des mutualités, des départements, se sont montrés jusqu'ici trop malheureux pour qu'il apparaisse comme opportun de généraliser un système vicieux.

Enfin, cette solution conserve à chaque partie, malade et médecin, la plus grande indépendance, la plus grande liberté.

Inconvénients.

Cette solution, qui équivaut à ignorer la loi, ne laisse pas, malgré les avantages ci-dessus exposés, d'offrir de graves inconvénients.

En effet, deux questions se posent :

1° S'il est possible d'ignorer la loi ?

En principe, oui, et les « esprits forts » démontrent que la chose est possible.

En fait, n'hésitons pas à répondre non, cent fois non.

Qu'on le veuille ou non, c'est la grève, administrative s'entend.

Les conditions de sa réussite sont celles-ci :

1° *Que l'unanimité du corps médical soit réalisée sur cette proposition.*

Il est de toute évidence qu'elle ne l'est pas, même parmi les médecins syndiqués.

De plus, n'oublions pas que toute une catégorie de médecins échappe à la discipline syndicale. Ce sont eux qui profiteront de l'aubaine. Avec eux, les caisses passeront des contrats draconiens, sans doute, mais enfin, par notre attitude intransigeante, nous nous serons nous-mêmes éliminés de l'arène, à moins que... l'âme descendue à de moindres hauteurs nous n'ayions tout simplement capitulé.

2° *Il faut pouvoir tenir.*

Au fond, tout est là. Eh bien, disons-le tout de suite : nous ne saurions tenir longtemps. Il n'est donné à personne, si ce n'est à quelque héros, de pouvoir mener si longtemps aussi dure lutte.

Des exemples récents nous l'ont appris ; malgré l'unanimité, malgré la justesse de la cause, au sujet de la loi des pensions, des défections se sont produites, parmi les troupes qui paraissaient les plus vaillantes et les plus résolues.

3° *C'est se placer sur un mauvais terrain de combat.*

Question tactique, en effet. Dans de très grandes villes (par ailleurs nous montrerons que c'est là que les défaillances se feront le plus vite sentir), on peut concevoir que les inconvénients qui résulteront de l'ignorance de la loi auront une portée réduite.

Fraîchement reçu par son client, le médecin aura cependant le loisir de s'installer à la terrasse d'un café d'un autre quartier que le sien, sans être montré du doigt comme le monsieur qui est « dur pour le pauvre monde », car, n'en doutons pas, des campagnes récentes ont dû nous l'apprendre, un courant d'opinion sera vite créé contre notre corporation.

Mais dans les campagnes ? Croyez-vous que la vie du médecin ne serait pas bientôt intenable ? Nous savons où cela le mènerait...

Au surplus, c'est se désintéresser d'une question dont la solution nous importe au premier chef.

Il faut craindre, en effet, que les Caisses, devant le petit nombre de médecins disposés à entrer en relations avec elles, ne résolvent le problème par le « tout à l'hôpital » avec les beautés du « tout compris ».

2° S'il est utile d'ignorer la loi.

Quoi qu'on en ait dit, la grande majorité des médecins syndiqués est prête à donner son concours à une loi qui se présente dans son objet comme un incontestable progrès social.

Il n'est pas douteux, en effet, que le désir de prévenir et de limiter le risque maladie et les conséquences financières que ce risque fait naître ne soit un souci digne de retenir l'attention du législateur.

D'autre part, il n'est pas téméraire d'affirmer que ce besoin de sécurité obtenu par l'assurance est un besoin du « moment ». Il suffit de jeter le regard sur les législations étrangères pour en être convaincu.

Mais il convient de faire remarquer qu'en France, tout au moins, cette aspiration vers l'assurance ne résulte pas d'un élan des masses comme on s'est plu à le reconnaître.

C'est un fait de chaque jour et que le médecin, mieux que personne, est à même d'apprécier (car il en subit souvent un préjudice), que la maladie cause dans les budgets modestes des désordres souvent irréparables.

Sans doute, il y a l'assistance, mais n'y entre pas qui veut. A l'heure présente, il est toute une catégorie de citoyens, extrêmement nombreuse, pour qui la maladie, la vieillesse, deviennent une véritable calamité, et qui ne pourront jamais obtenir leur inscription sur les listes d'assistance.

Appelé près d'eux, le médecin se trouve cruellement embarrassé. Il se voit contraint de diminuer, non la qualité de ses soins, mais leur étendue, il hésite à employer des moyens d'investigation coûteux, à proposer l'hospitalisation dans les cliniques, etc.

Pour dire le vrai, ce n'est pas à l'assistance qu'est dispensée une « médecine pour pauvres », mais bien à toute une partie de la population, trop riche pour être assistée, trop pauvre pour user largement de toutes les possibilités de la médecine moderne.

Considérez avec quelle aisance et quel luxe de renseignements sont soignés les malades dans les hôpitaux des grandes villes ! Tout est mis en œuvre. La classe moyenne : salariés, fonctionnaires, petits rentiers, petits commerçants, ne peut bénéficier de semblables avantages. Pour y suppléer, l'ingéniosité du médecin, son dévouement, y suffisent souvent, sa charité aussi. Certes, c'est la fierté du corps médical français d'avoir montré depuis si longtemps une si haute conception de son devoir. Mais il ne saurait être ennemi d'une disposition législative qui lui permette d'exercer sa profession plus efficacement et avec plus d'ampleur.

Cela, la loi d'assurances sociales doit le fournir et aux malades et aux médecins. Il n'est pas téméraire de penser qu'elle pourra le réaliser si elle est bien construite, bien adaptée.

Il est donc naturel que, pour ce qui est de l'application de la loi, le corps médical, souscrivant au principe, fasse connaître les conditions qui lui paraissent les meilleures pour que sa collaboration soit féconde en résultats.

S'il est démontré qu'une combinaison est possible, n'ayant aucun des inconvénients relatés ci-dessus, et qui permette un exercice normal de notre profession, pourquoi la rejeter ?

Il n'est pas de notre intérêt de persévérer dans une attitude intransigeante, dans une voie qu'il est facile de montrer comme hérissée de difficultés, conduisant à de nombreux déboires.

Une arme et un moyen : le contrat collectif.

S'il est logique de ne pas vouloir s'accommoder du « tiers payant », il apparaît comme hasardeux de vouloir se passer de contrat collectif.

Une confusion regrettable s'est établie, en effet, entre ces deux termes ; pour beaucoup, contrat collectif implique tiers payant (nous donnons à ce terme son sens le plus large, c'est-à-dire l'*Entité* qui se substitue *d'office* au client pour le paiement des honoraires).

Il est aisé d'imaginer une solution écartant le « tiers payant » et permettant le libre exercice d'une médecine honnête grâce au contrat collectif.

La loi dispose que les Caisses traiteront avec les Associations professionnelles et qu'un lien les unira entre elles : le contrat collectif.

Nous avons dit au nom de quels principes certains médecins s'étaient opposés à ces contrats. Ils arguent surtout du souci qui les domine de garder leur liberté. Nous ne leur ferons pas l'injure de croire que la liberté qu'ils revendiquent est celle qui consiste à ne faire que ce qui leur plaît toujours et partout.

Ceci n'est plus la liberté, c'est l'arbitraire ; c'est le bon plaisir.

S'ils sont résolus à conserver leur indépendance morale et matérielle vis-à-vis de leurs clients et à l'endroit des Caisses, ils ne pourront le faire qu'avec

un contrat. Il sera collectif, car l'individu isolé ne saurait espérer obtenir les mêmes avantages qu'une collectivité organisée.

Nous devons contracter, moins pour imposer nos revendications que pour faire respecter les droits qui nous auront été reconnus. Jusqu'ici, à traiter isolément, à nous draper dans notre magnifique indépendance, nous n'avons réussi qu'à une seule chose : accepter sans discussion les conditions imposées.

Au reste, comme le disait fort bien Joubert, il faut choisir ; contrat syndical, contrat collectif, l'un est la conséquence de l'autre, et si votre esprit ne se peut accommoder du second, il ne saurait souffrir le premier.

Deuxième solution

Contrat collectif avec organisation de soins, contrôle et tiers-payant.

Il n'apparaît pas comme utile de décrire ce système, bien connu de tous : c'est celui des réformés et mutilés de guerre.

AVANTAGES.

A bien voir, son seul avantage réside dans la certitude d'être payé. La Caisse apparaît aux yeux de beaucoup comme un débiteur autrement solvable que le malade lui-même, surtout en matière d'assurances sociales, où les assurés seront recrutés parmi les classes pauvres ou très modestes de la nation.

Le présent numéro publie une étude qui a pour but de montrer que les honoraires consentis par le « tiers payant », par les Caisses, seront peut-être moins élevés que beaucoup ne se l'imaginent. Les calculs des actuaires, les prévisions permises par les tables de mortalité sont battus en brèche par nombre de spécialistes qui n'hésitent pas à proclamer que l'équilibre financier de la loi n'est pas assuré.

INCONVÉNIENTS.

Le tiers payant risque de payer peu, difficilement (contrôle, papiers, états) et suivant certaines catégories (loi des pensions, accidents du travail, etc.). Mais ces inconvénients matériels ne sont rien à côté des inconvénients moraux que tout le monde se plaît à lui attribuer.

1° *L'organisation des soins est un leurre.*

En effet, ce terme, qui évoque une idée harmonieuse de méthode dans la façon dont les soins sont donnés aux malades, se résume en fait à fixer quelques points de procédure (avertissement au contrôle avant une opération, etc.), et à l'établissement d'un tarif. Il serait plus exact de dire : tarification de soins.

2° *Tiers payant = Contrôle.*

Il n'est pas possible, en effet, de concevoir une caisse payant sans justification. Or, le contrôle d'un acte médical, même exercé par des confrères, est une chose particulièrement délicate. De plus, elle est de nature à jeter la suspicion sur le corps médical.

Un certain nombre de médecins s'illusionnent lorsqu'ils pensent que les caisses paieront «à guichet ouvert », comme le font actuellement certaines mutualités. Ces dernières ont limité le risque « abus » — et se dispensent ainsi du contrôle — en n'assurant que le « petit risque » qui se traduit par le paiement de quelques visites ou consultations.

L'assurance sociale qui a la prétention d'assurer le gros risque, se montrera plus difficile, partant elle ne paiera que sur pièces justificatives.

3° *Le tiers payant nous met dans l'obligation de violer le secret professionnel.*

Obligés de nous soumettre au contrôle, c'est évidemment faire connaître au « tiers payant » la raison et le pourquoi de nos interventions, et, pour que le contrôle soit efficace, dévoiler la nature de la maladie que nous avons soignée.

Pour le faire sans risques, il est absolument indispensable que l'article 378 du Code pénal soit abrogé. Avons-nous intérêt, de même que nos malades, à ce qu'il en soit ainsi ?

4° *Le tiers payant ruine la confiance du malade dans son médecin.*

En effet, et cela est écrit tout au long dans la loi (1), le médecin devient le contrôleur au premier degré. Son premier souci est de s'assurer qu'il n'a pas affaire à un simulateur, à un paresseux qui vient quémander l'exemption de service, lui permettant d'avoir droit à « l'assurance invalidité ».

Ce rôle qu'on veut faire jouer au médecin, est absolument incompatible avec l'exercice normal de sa profession.

Le médecin n'a pas pour mission de sauver les intérêts de la Caisse, il ne peut consentir à devenir le garde-chiourme de l'assurance.

Troisième solution

L'assurance des maladies.

C'est la solution qui paraît devoir être présentée par la Commission de médecine pratique de l'Union à laquelle s'est jointe une Commission du Syndicat de la Seine.

Ce système sera vraisemblablement exposé dans un prochain *Médecin syndicaliste*, où seront publiés les rapports préparatoires à l'Assemblée générale ; mais, pour mettre nos confrères dès à présent au courant de ce projet, nous allons l'exposer très succinctement.

D'après ce projet, l'assurance ne s'occuperait que du *risque vrai* et éliminerait d'emblée toutes les affections d'une courte durée et sans gravité que l'on peut englober sous le nom de *petit risque*.

Il comporte : le libre choix, le respect du secret professionnel, le tarif à la visite, l'entente directe du médecin avec le malade, un contrat collectif entre l'assurance et les syndicats.

(1) Sans cesse, il (le Médecin) aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie... La prospérité, la vie de la Caisse sont à ce prix. (Rapport Grinda).

Dans ce système, ce sont les maladies qui sont assurées :

Chaque maladie, en moyenne, dure X jours, elle nécessite X visites, donc elle coûte X francs. La Caisse paiera donc X francs pour telle maladie constatée ou rentrant dans la catégorie des maladies durant en moyenne X jours. Cette somme sera remise au malade, qui honorera directement son médecin.

Le contrôle de la maladie appartient à la Caisse.

Avantages.

Il semble qu'il y ait là, au premier abord, une heureuse solution du problème. En effet, les grands principes votés dans les assemblées générales de l'Union et auxquels souscrivent tous les médecins : libre choix, respect du secret, tarif à la visite, entente directe, sont sauvegardés.

C'est en somme la pratique ordinaire de la clientèle, avec cette seule adjonction qu'il convient :

1° D'indiquer dans quelle catégorie doit être classée la maladie dont est atteint le client (on peut supposer ces catégories assez vastes, assez étendues pour que le secret soit impossible à pénétrer).

2° D'établir le partage entre le « grand » et le « petit » risque.

Ces deux propositions supposent l'établissement d'un diagnostic dans *tous* les cas.

C'est ici que les difficultés commencent et que les inconvénients apparaissent.

Inconvénients.

Sans s'attarder trop longtemps à la divulgation du secret — nous avons vu qu'on pouvait en rendre la pénétration quasiment impossible, — il faut dire cependant que son respect n'est pas intégralement sauvegardé, et, qu'en particulier, il est subordonné à l'établissement d'un catalogue suffisamment complet pour qu'il soit possible d'y faire entrer *toutes* les maladies, séparé en compartiments assez étendus pour que le secret soit impénétrable.

La chose semble particulièrement ardue à réaliser et devoir offrir, dans la pratique, des difficultés inouïes, surtout si l'on envisage, ce qui est admis par tous les médecins, qu'il n'y a pas de *maladies*, mais bien des *malades*.

La discrimination à établir entre le petit et le grand risque semble devoir soulever des difficultés encore plus grandes.

Quel critérium y apporter ? Sera-ce le nombre de jours de maladie qui le déterminera ? Sera-ce la gravité de l'affection ? Autant de cas d'espèces à trancher. Il sera possible d'en appeler au contrôle ? Soit, mais des divergences d'interprétation peuvent se montrer préjudiciables au malade aussi bien qu'au médecin.

En admettant même que le contrôle puisse s'exercer correctement et sans chicanes, il apparaît qu'il aura à jouer dans un très grand nombre de cas, en particulier ceux où la maladie n'aura pu recevoir, en raison de sa complexité ou de son imprécision, une étiquette diagnostique.

En outre, il semble douteux que l'on puisse amener le législateur à écarter le « petit risque » qui conditionne absolument la prophylaxie.

Enfin, il est un autre danger, d'ordre pécuniaire celui-là, inhérent à ce système. Chaque maladie se voit attribuer une indemnité forfaitaire, par exemple :

Une pneumonie = tant de visites, soit X francs.
Une typhoïde = tant de visites, soit Y francs.

Ce qui veut dire que le malade recevra de la caisse X ou Y francs pour une maladie déterminée, ou, pour être plus exact, pour une maladie rentrant dans une catégorie déterminée.

Si l'affection est moins longue, tant mieux pour le bénéficiaire, dit-on. Si elle est plus longue que ne l'ont désigné les experts, tant pis.

Et que devient le médecin dans tout ceci ? Sera-ce lui qui bénéficiera des cas heureux, quitte à supporter le dommage dans les cas rebelles ?

Tout ceci nous reporte à vingt ans en arrière, au moment où nous combattions le forfait. Car, qu'on le veuille ou non, le forfait que l'on imposera à l'assuré s'appliquera au médecin par ricochet. Peut-être sera-ce pire. L'assuré entendra bénéficier du forfait avantageux, laissant l'autre à son médecin.

Quatrième solution

Contrat collectif sans tiers payant.

L'exposé d'un pareil contrat a été fait dans le *Médecin syndicaliste* (1er juillet 1924, page 64) et dans le *Bulletin du Groupement*, nos 7 et 8. Les conclusions des études auxquelles nous faisons allusion ont été publiées *in extenso* dans le n° .. du *Concours Médical*, page ...., auquel nous renvoyons nos lecteurs.

Les avantages.

1° *Le contrat réserve donc aux seuls médecins syndiqués le bénéfice des soins à donner aux assurés.* On peut réserver les droits des médecins non syndiqués, mais d'honorabilité reconnue, qui accepteraient les conditions du contrat).

Là encore il convient de ne pas confondre, dans le sens inverse de celui relaté dans l'exposé de la première solution, contrat collectif et tiers payant. Pour certains, en effet, sans tiers payant, il ne saurait y avoir de contrat collectif. Le contrat fixe les engagements réciproques des médecins et de la Caisse ; c'est la base sur laquelle s'assied la collaboration ; le tiers payant ne résoud que les modalités de paiement des honoraires ; s'il est accepté, c'est lui qui se substitue au malade, s'il est rejeté, le soin d'honorer le médecin incombe au seul assuré : voilà quelles sont ses limites ; mais qu'il y ait ou non « tiers payant », s'il existe un contrat collectif, il ne peut y avoir de rapports qu'entre contractants. Assurés d'une part, médecins de l'autre.

2° *Le secret professionnel est, par ce moyen, intégralement respecté.*

Payé directement par son client, le médecin ne doit des comptes qu'à lui seul. Si son malade lui demande un certificat descriptif de l'affection dont il est atteint, libre à lui de lui délivrer. C'est au malade d'en faire tel usage qui lui paraîtra utile. Si sa divulgation est de nature à lui porter préjudice, il ne pourra s'en prendre qu'à lui seul

3° *Il ne risque pas d'avilir les honoraires.*

Ceux-ci, en effet, ne sont pas conditionnés par l'état plus ou moins florissant de la Caisse.

4° *Enfin, il respecte la liberté de confiance et ne transforme pas le médecin en un contrôleur.*

Nous avons vu que ce système respectait le secret professionnel, qu'il permettait donc l'établissement de l'atmosphère de confiance qui doit régner entre assuré et médecin.

Cette atmosphère n'est pas troublée par le rôle de contrôleur au premier degré que certaines solutions dévoluent au praticien.

Cela ne veut pas dire que tout contrôle doit être supprimé. Que non pas ! Ce rôle est dévolu d'abord au malade, qui n'hésite pas à l'exercer, puisqu'il est directement intéressé par le paiement direct des honoraires. En cas de conflit, chacun est remis à sa place, puisque le médecin traitant n'est pas appelé en tant qu'*expert* à donner un avis sur le cas qu'il a été à même de connaître en tant que *traitant*.

Les inconvénients.

Ils se résument à quelques griefs :

1° Le contrat collectif sans « tiers payant » ne garantit pas les honoraires du médecin. En effet, la perception de ceux-ci est ainsi moins sûre qu'avec le « tiers payant » ; mais nous avons montré que la sûreté du « tiers payant » est assez problématique et qu'il fallait l'acheter d'un grand prix. Et puis, est-il si difficile de se faire honorer par les clients ? Il semble que non. En tous les cas, ils auront encore moins d'excuses que présentement à se montrer mauvais débiteurs, puisqu'une grande partie des frais qu'ils auront avancés leur sera remboursée. Aussi bien, serait-il possible d'avoir recours dans ces cas à la commission d'arbitrage prévue au contrat.

3° Pour se faire rembourser par la Caisse, le malade devra produire un certificat de son médecin. Or, il se présentera des cas où la délivrance de cette pièce posera une question de conscience pour ce dernier. Il est des circonstances où la vérité n'est pas bonne à dire, surtout à un malade, chacun hésitera à remettre à son client un certificat équivalent à un arrêt de mort. Le dilemme sera grand pour le médecin. La difficulté n'est, heureusement, pas insurmontable. Il suffira, dans ces cas, de décrire les symptômes majeurs. Ce n'est pas la première fois que les médecins se voient dans l'*obligation* de céler la vérité à leurs malades.

Conclusions.

Chaque syndicat devra, dans sa prochaine assemblée d'automne, discuter ces quatre solutions, et même une autre si des esprits ingénieux la découvrent.

Il faudra noter et enregistrer les votes, pour et contre. La majorité sera la loi.

Le délégué à l'Assemblée générale de l'Union devra donc y arriver avec un mandat impératif.

La décision à prendre est grave. Notre façon d'exercer la médecine peut être bouleversée.

Etudiez, réfléchissez, décidez.

***

Nous souhaitons qu'ainsi éclairés et documentés, les syndicats se prononcent d'une façon précise et qu'à l'Assemblée générale de l'Union, une majorité se dégage, qui se prononcera en faveur du système le plus compatible avec le bien public et l'intérêt du corps médical.

G.D.

II

J'ai lu avec le plus grand intérêt dans un récent numéro du *Concours*, l'article du Dr Vanverts, à propos des assurances sociales. Comme vous le savez, dans la Seine, la grande majorité des médecins s'est prononcée pour le paiement direct des honoraires par le malade, le respect du secret professionnel et la réduction au minimum des formalités adiministratives (lisez : paperasseries) permettant le fonctionnement de l'assurance.

Sur ce dernier point, toutefois, la conception du Dr Vanverts me paraît par trop simple et le fait pour le médecin traitant de donner un reçu mentionnant le nombre des visites, consultations et interventions faites à un malade, me paraît à lui seul insuffisant pour permettre de mettre sur pied un système d'assurances qui ait des chances d'aboutir, c'est-à-dire d'être accepté par les intéressés. C'est pourquoi, je me permets de vous envoyer ces quelques réflexions dont vous ferez l'usage que bon vous semblera.

Quelle que soit la regrettable confusion qui s'est établie au sujet du mot « tiers payant » dans nos discussions professionnelles, il est indispensable de reconnaître que tout système d'allocation maladie suppose l'existence d'un « tiers payant » c'est-à-dire d'une caisse qui est chargée de solder les allocations journalières de maladie et les frais médicaux et pharmaceutiques si le remboursement de ceux-ci est perçu.

Ce principe admis, on est bien forcé d'admettre aussi que les gérants responsables de cette caisse ne devront faire ces remboursements que s'il leur est prouvé que l'assuré a été malade et obligé d'arrêter son travail.

Or, la production de reçu de visite ou de consultations, même parfaitement authentiques, ne prouve qu'une chose, c'est que le malade a été

voir le médecin ou l'a appelé à son domicile et l'a payé. Si aucun certificat, déclarant que l'assuré était malade et qu'il est guéri, — ce certificat que le Dr Vanverts ne veut pas que l'on puisse demander au médecin traitant, — n'est produit à l'appui de la demande de remboursement, le système revient à donner à l'assuré le libre choix de ses jours de repos pour maladie et du nombre de ses visites et consultations. Système irréalisable, puisqu'il supposerait d'abord la bonne foi absolue de tous les assurés, et ensuite leur compétence pour fixer le nombre de jours de repos qui leur sont nécessaires.

On comprend donc très bien que la caisse, pour effectuer les remboursements prévus, ait besoin d'une pièce émanant d'une personnalité compétente, en l'espèce un médecin, affirmant que l'assuré était réellement malade et que sa demande est justifiée. Elle doit exercer, en un mot, un contrôle technique médical sur les demandes de remboursement des assurés. Trois solutions, et trois seulement, s'offrent à elle pour le réaliser : 1° Un service de contrôle fixe la durée de l'arrêt du travail et les frais médicaux à rembourser. Il ignore le médecin traitant et le médecin traitant l'ignore ; 2° les médecins traitants sont, en même temps, les contrôleurs ; ce sont eux qui fournissent à la caisse les renseignements et attestations la mettant en mesure de payer ; 3° les attestations des médecins traitant servent encore de base aux allocations, mais un service de contrôle est organisé (médecins de confiance, médecins experts, commissions d'arbitrage, etc.), chargé de réprimer les abus signalés, de résoudre les cas litigieux, de statuer sur certains cas engageant fortement les finances de la caisse, etc...

Examinons rapidement ces trois systèmes.

Le premier système, un service de contrôle complètement en dehors du médecin traitant et qui, administrativement du moins, c'est-à-dire en droit, l'ignore totalement, permet l'application des principes posés par le Dr Vanverts. Le système, nous le connaissons, certaines grandes administrations l'appliquent, par exemple les P. T. T., sauf pour les sous-agents, la Société du gaz de Paris, etc. ; encore faut-il remarquer que ces administrations, si elles laissent le libre choix du médecin traitant à leurs agents, ne leur remboursent pas les frais médicaux, mais seulement leur allocation journalière.

C'est le système que préconise, depuis plusieurs années, notre confrère Gallois pour les assurances sociales. Le médecin traitant voit le malade, lui prescrit un traitement, touche ses honoraires et c'est tout. Il peut lui conseiller de prendre du repos en espérant que ce repos lui sera accordé, mais c'est tout. Si le contrôle ne le reconnaît pas et lui fait reprendre son travail, il le déplore, mais s'en lave les mains. C'est le système Ponce-Pilate appliqué à la médecine sociale. Il se peut que ce système soit le plus agréable pour le médecin traitant, mais il ne faut pas compter qu'il ait l'appui des futurs assurés qui constituent une masse imposante dont les amis pèseront dans le vote de la loi. Dans les grandes administrations, où il est appliqué, il est sujet aux plus vives critiques de la part de ceux qui y sont soumis, et nous avons eu encore l'écho récemment au Syndicat de la Seine des plaintes des agents d'une grande administration où ce système est en vigueur. Je crois donc que le Corps médical, en présentant ce système, rencontrerait dans les milieux ouvriers une vive opposition et risquerait de se les aliéner complètement.

Supposons, pour nous faire une idée de l'opposition rencontrée, que nous demandions l'application de cette méthode aux accidentés du travail. Les médecins traitants donneraient uniquement les soins ; ils n'auraient aucunement à intervenir dans la fixation de la durée d'incapacité temporaire, ni dans l'appréciation des conséquences possibles. Incapacités temporaires et permanentes seraient fixées uniquement par des médecins contrôleurs. Vous voyez d'ici quel succès aurait cette proposition.

Le deuxième système laisserait la fixation de l'incapacité de travail pour maladie au seul médecin traitant choisi par l'assuré. Il faudrait pour cela qu'il soit établi que le diplôme de docteur en médecine n'est obtenu que par des personnes d'une honnêteté absolue. Il y a une minorité de médecins qui considèrent toute médecine collective comme une mine à exploiter par tous les moyens possibles. C'est une minorité, mais c'est une minorité agissante, surtout dans les grands centres, et les entreprises commerciales si florissantes qui vivent de la loi sur les accidents du travail malgré l'organisation du contrôle, prendraient, au cas où elles pourraient mettre en coup réglée, sans aucun frein, la loi sur les assurances sociales, une telle extension que si, par un hasard improbable, le Parlement avait consenti à voter de telles dispositions, il serait en peu de temps obligé de revenir sur ces décisions.

Que reste-t-il ? Le troisième système, celui qui tenant compte de l'opinion du médecin traitant, prévoit un système de contrôle et d'arbitrage pour les cas litigieux. C'est, en somme le système adopté par les Syndicats Roubaix-Tourcoing et la Fédération du textile. Il prévoit une Commission d'arbitrage qui, paraît-il, n'a pas eu à fonctionner. Mais, n'oublions pas que le libre choix est limité aux membres du Syndicat, chose impossible à obtenir dans un projet de loi comme en convient M. Vanverts. Si le contrat s'étendait à tous les médecins de l'agglomération Lilloise, il est probable que la Commission aurait déjà eu à intervenir pour réprimer les abus.

Ainsi donc, je pense que, même avec le système

du libre choix avec paiement direct des honoraires par le malade, système qui me paraît en effet le meilleur, il faut prévoir un moyen de contrôle et d'arbitrage, et cela à cause de ce fameux « tiers payant » qui a besoin de payer en connaissance de cause. Le problème pour nos syndicats consiste à trouver un système donnant suffisamment de garanties pour qu'il puisse être accepté par le parlement, respectant le plus possible le secret professionnel et réduisant la paperasserie au minimum.

Dr Ch. Ferry,

R. H. M. S. : 0600.

JURISPRUDENCE

Révocation de sage-femmes de maternité hospitalière.

CONSEIL D'ÉTAT

(15 *décembre* 1922)

Commet un excès de pouvoir, entraînant l'annulation de sa délibération, la commission administrative qui prononce la révocation d'une sage-femme de maternité, sans avoir respecté les formalités administratives prescrites par les lois du 7 aout 1851 (*art.* 14), 30 *novembre* 1892 *et* 22 *avril* 1905 (*art.* 65), *c'est-à-dire : approbation préfectorale et communication du dossier personnel à l'intéressée.*

Dame Comode c. Hospices d'Autun

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux,

Sur le rapport de la première sous-section du Contentieux,

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour la dame Comode, ex sage-femme de la Maternité d'Autun, demeurant boulevard Mazagran, à Autun, ladite requête et ledit mémoire enregistrés au Secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, les 11 janvier et 7 octobre 1921 et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler une délibération du 11 décembre 1920, par laquelle la Commission administrative des Hospices d'Autun l'a révoquée de ses fonctions ;

Ce faire, attendu que ladite délibération invitait la requérante à donner sa démission, faute de quoi elle devrait cesser ses fonctions à partir du 1er janvier 1921 ; que la dame Comode s'étant abstenue de démissionner a subi l'effet de la révocation conditionnelle contenue dans la délibération attaquée ; que cette mesure, qui n'a pas été approuvée par le préfet, a été prise en violation de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 ; qu'elle n'a pas été précédée de la communication complète du dossier prescrite par la loi du 22 avril 1905 ;

Vu la délibération attaquée ;

Vu les observations en défense présentées par la commission administrative des Hospices d'Autun en réponse à la communication qui lui a été donnée du pourvoi, lesdites observations enregistrées comme ci-dessus le 14 janvier 1922 et tendant à son rejet comme irrecevable par les motifs que la dame Comode n'a pas été l'objet d'une révocation ; qu'elle a quitté volontairement son service et a notamment reçu en paiement une indemnité de 1.800 francs que prévoyait l a délibération attaquée ; qu'il résulte de cette acceptation et d'autres faits qu'elle a acquiescé à l'exécution d'une mesure qu'elle n'est plus recevable à critiquer ;

Vu les observations présentées par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en réponse à la communication qui lui a été donnée du pourvoi, lesdites observations enregistrées comme ci-dessus le 21 février 1922 et tendant à son rejet par les motifs que, s'il est exact que l'approbation préfectorale était nécessaire pour la régularité de la délibération attaquée, la dame Comode a commis la faute de quitter son poste avant que ne lui ait été notifiée la décision régulière comportant sa révocation ;

Vu les observations en réplique présentées par la dame Comode, lesdites observations enregistrées comme ci-dessus le 1er juin 1922 et tendant aux mêmes fins que la requête par les mêmes moyens et en outre par les motifs que, si le préfet approuve, la Commission administrative décide la révocation ; qu'il est constant qu'il y a là révocation irrégulière ; qu'il est légitime que la requérante ait accepté une indemnité correspondant au dommage subi ; qu'il résulte d'un rapport de la Commission administrative versé au dossier qu'une pièce importante n'a pas été communiquée à la dame Comode ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu les lois des 7 août 1851, 30 novembre 1892, 22 avril 1905, 7-14 octobre 1790 et 24 mai 1872 ;

Ouï M. Ettori, auditeur, en son rapport ;

Ouï Me Lemanissier, avocat de la dame Comode, en ses observations ;

Ouï M. Mazerat, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions ;

Sur la recevabilité de la requête :

Considérant que la dame Comode n'a quitté son service le 1er janvier 1921 que pour se conformer à la décision de la Commission administrative, fixant à cette date la cessation de ses fonctions ; qu'il ne résulte ni de ce fait, ni d'aucune des circonstances de l'affaire que la requérante ait acquiescé à la mesure dont elle a été l'objet ;

Au fond :

Considérant que l'article 14 de la loi du 7 août

1851, sur les hospices et les hôpitaux, dispose que la Commission administrative nomme les médecins et chirurgiens, mais ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet ; que les sages-femmes, dont la profession est réglementée par la loi du 30 novembre 1922 sur l'exercice de la médecine, doivent bénéficier des garanties assurées aux médecins et chirurgiens par l'article 14 précité ; qu'il résulte de l'instruction que la délibération attaquée portant révocation de la dame Comode de ses fonctions de sage-femme de la Maternité d'Autun, n'a pas été prise, ainsi que l'exige ledit article 14, avec l'approbation du préfet ;

Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, tous les fonctionnaires civils et militaires ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier, avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ; qu'il résulte de son propre rapport que la Commission d'enquête désignée par la Commission administrative a refusé de communiquer à la requérante des pièces concernant son honorabilité et qui devaient nécessairement figurer à son dossier ; qu'il suit de là que la dame Comode est fondée à soutenir que la délibération de la Commission administrative des Hospices d'Autun a été prise en violation des dispositions de lois ci-dessus rappelées et à en demander l'annulation par excès de pouvoir ;

Décide :

ARTICLE PREMIER. — La délibération susvisée de la Commission administrative des Hospices d'Autun, en date du 11 décembre 1920, est annulée.

Commentaires

Cet arrêt est intéressant, parce qu'à propos de la révocation d'un membre du corps médical d'un hôpital, il décide que la révocation ne doit être prononcée qu'après approbation du préfet et, qu'en outre, l'intéressé a droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant son dossier, avant qu'il puisse être l'objet d'une mesure disciplinaire.

Pures questions de forme, dira-t-on, mais ces questions de forme permettent au médecin, comme à la sage-femme d'un hôpital, de résister autant que faire se peut, contre les révocations arbitraires, émanant de la rancune de potentats locaux.

Dans l'espèce ci-dessus, nous avons pu savoir qu'en sa séance du 11 décembre 1920, la Commission administrative avait pris une délibération, aux termes de laquelle il était reproché, à la sage-femme, de négliger son service de maternité, au profit de sa clientèle de ville et de s'être soustraite à toute subordination vis-à-vis du chirurgien en chef de l'hôpital, sous le contrôle et la responsabilité duquel fonctionne la Maternité.

Un conflit aurait éclaté entre le chirurgien en chef et la sage-femme et, pour que les malades n'aient pas à souffrir de pareil état de choses, la Commission administrative décida qu'une démarche amiable serait faite auprès de la sage-femme, pour l'engager à donner votontairement sa démission de sage-femme de la Maternité.

Mais, en cas de refus de sa part, elle cesserait ses fonctions à partir du 1er janvier 1921 et devrait laisser libre, à cette date, le logement qu'elle occupe.

En outre, une allocation de six mois de traitement lui sera accordée.

La délibération chargeait son président de faire, avec le chirurgien en chef, les diligences nécessaires, pour remplacer la sage-femme par une autre remplissant les conditions prévues par le règlement.

Sans nous immisser dans le point de fait, on peut dire qu'en droit, la sage-femme a eu raison de recourir au Conseil d'Etat, pour faire annuler cette délibération. Celle-ci devait, avant toute notification à l'intéressée et mise à exécution, être soumise à l'approbation préfectorale, ce qui n'a pas été fait.

En outre, la sage-femme ne semble pas avoir été mise à même de présenter sa défense, après qu'elle eut pris connaissance de toutes les pièces du dossier.

Il est bon de noter toutes décisions et arrêts, qui permettront peu à peu de stabiliser la situation, parfois précaire, des médecins d'hôpitaux. Partout où la nomination est faite sans concours, par relations, recommandations, ou autre, le Corps médical hospitalier peut se voir retirer un jour le poste qu'il a obtenu par tout autre moyen que le mérite.

Il est donc de toute nécessité que le « Sou médical » puisse s'appuyer sur une jurisprudence précise, pour qu'il puisse faire respecter les droits de ses adhérents.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE FISCALE

Les carrières libérales et le fisc.

Le ministre des finances, désireux d'équilibrer le budget de 1925, a pensé aux carrières libérales parce que celles-ci n'ont pas, comme les commerçants et industriels, une comptabilité régulière comprenant un bilan et un compte d'exploitation servant à déterminer leur situation financière et le bénéfice net obtenu pendant le dernier exercice.

Il a été péniblement impressionné en constatant que son administration n'était pas suffisamment armée pour dépister les embusqués de ces carrières enviées du commun des assujettis et, ne supposant pas que l'on puisse être honnête sans y être obligé, il a décidé de forcer les avocats, les médecins, les professeurs, les artistes à consigner sur un registre leurs recettes et leurs dépenses professionnelles.

La sincérité de cette comptabilité sera contrôlée au moyen des signes extérieurs (loyer, dépenses visibles et considérées comme somptuaires).

Comme exemple, on a donné le contribuable qui a déclaré un revenu global de 25.000 fr. avec un loyer de 8.000 fr., une auto et une maison de campagne : d'après ce ssignes extérieurs l'administration lui supposera un revenu de 100.000 fr. et le taxera en conséquence.

Cette prétention nous semble excessive, car le loyer de 8.000 fr., à Paris ou dans une grande ville, peut être imposé par le nombre d'enfants et par la nécessité de se loger convenablement pour exercer une profession qui ne permet pas de recevoir la clientèle dans une maison mal tenue ou d'apparence trop modeste.

L'auto est, dans la plupart des cas, un instrument de travail dont les frais viennent en déduction du bénéfice de la profession.

Quant à la maison de campagne, il serait bon de savoir s'il s'agit d'une villa d'agrément ou simplement d'une petite maison où la famille va se reposer et faire une cure d'air indispensable à sa santé et qui lui permet d'affronter, sans danger, les études si déprimantes pour la jeunesse des grandes villes.

Nous paraissons aller vers l'arbitraire et le ministre nous semble mal inspiré en cherchant à frapper une catégorie de travailleurs qui font partie, au point de vue intellectuel, de l'élite de la nation, mais qui, au point de vue financier, sont en général aux derniers degrés de l'échelle sociale.

En effet, quelles sont les personnes qui exercent une profession libérale ? les avocats, les architectes, les artistes (théâtre, musique, peinture, sculpture, chant, etc.), les chefs d'institutions et professeurs, les hommes de lettres, les médecins, les publicistes, les sages-femmes et les vétérinaires.

Si on évalue leur nombre global à 200.000 en chiffres ronds, on ne saurait contester qu'il n'y a pas 5 %, dans chaque branche énumérée ci-dessus, qui fassent fortune en exerçant leur profession.

Or, la cédule des professions non commerciales, que le ministre appelle professions libérales dans son exposé, a payé, en 1923, 48.040.000 fr., tandis que les bénéfices agricoles n'ont donné que 24.239.000 fr. Cependant, l'agriculture passe pour produire la moitié des revenus de la France.

Ces chiffres sont ceux publiés par le ministre des finances ; par conséquent, on ne saurait douter de leur exactitude.

Puisque les carrières libérales, dont les trois quarts des membres tirent le diable par la queue, ont donné spontanément un si bel exemple de courage fiscal, elles ont, semble-t-il, le droit d'être traitées avec plus d'égards par le ministre des finances dont le projet paraît inspiré par la suspicion.

Il ne faut pas oublier que les deux chiffres ci-dessus, 48 millions et 24 millions, ne représentent que le montant de l'impôt cédulaire et doivent être doublés si on y ajoute l'impôt général sur le revenu. Leur différence est donc encore plus sensible.

On peut donc affirmer que, plus que n'importe quelle autre catégorie de contribuables, celle des professions libérales a fait preuve, dans son ensemble, d'une grande honnêteté fiscale et pour cette raison, ne doit pas être moins bien traitée que les autres assujettis à l'impôt.

Voyons donc quelle est sa situation fiscale et comparons la à celle des autres cédules.

Les agriculteurs ne tiennent pas de comptabilité et sont taxés sur un bénéfice évalué en multipliant la valeur locative des terres qu'ils exploitent par un coefficient approprié. Donc, pas de justification à fournir. Et le ministre ne pense à en demander qu'à ceux dont le bénéfice annuel dépassera 21.000 fr. Or, le mode d'évaluation qui leur est appliqué ne donnera que bien rarement, et seulement pour les grandes exploitations, un bénéfice aussi élevé ; c'est d'ailleurs ce qui explique le chiffre dérisoire de 24 millions payé comme impôt cédulaire par les agricultueurs.

D'après la loi du 16 avril 1924, les commerçants et les industriels qui ne font pas plus de 200.000 fr. de chiffre d'affaires peuvent également ne tenir aucune comptabilité et sont imposés au moyen d'un forfait.

La catégorie des travailleurs (manuels ou intellectuels) salariés sont imposés sur leur salaire net d'après la déclaration faite par les employeurs. Mais ils bénéficient, aux termes de la législation en

vigueur modifiée par la loi du 30 mars 1923, des déductions ci-après :

Pour eux-mêmes, dans la Seine,	7.000 fr.
S'ils sont mariés, pour leur femme,	3.000 »
S'ils ont 3 enfants de moins de 18 ans à 2.000 × 3 = ...	6.000 »
S'ils ont une personne à leur charge	1.500 »
Total à déduire.............	17.500 »

Le travailleur intellectuel, qui se trouve dans les mêmes conditions, s'il exerce une profession libérale (médecin, avocat, artiste, professeur,), a droit à une réduction de .... 7.000 fr.

La partie comprise entre 7.000 et 8.000 est comptée pour moitié $\frac{8.000 - 7.000}{2}$ = ... 500 »

Total à déduire........... 7.500 »

A quelque cédule qu'on les compare, les contribuables des professions libérales sont *matériellement* désavantagés.

Jusqu'à présent, le fisc, respectant la tradition établie pour les professions libérales, leur concédait *des avantages moraux* puisqu'il leur laissait au moins l'apparence de s'en rapporter à leur bonne foi en ne leur imposant pas de justifications comptables incompatibles avec le secret professionnel, et avec le libre exercice de la profession.

Le chiffre versé par les contribuables de cette cédule prouve que le Trésor n'avait pas à se plaindre de sa manière d'agir.

M. CLÉMENTEL, désireux de donner satisfaction à l'opinion publique qui considère comme favorisées par la fortune les personnes qui, par leur situation sociale, sont obligées de tenir un certain rang, a décidé de soumettre les avocats, les artistes, les professeurs, les médecins à un contrôle fiscal rigoureux.

Est-ce pratiquement réalisable ?

Peut-on exiger qu'un médecin ou un avocat tiennent comme un commerçant, un registre de débit sur lequel ils marqueront chaque consultation avec les noms et adresses des clients, et la somme versée ?

La chose est impossible, car, dans beaucoup de cas, la consultation est confidentielle. Le client qui redoutera une indiscrétion consultera un praticien qui ne le connaît pas et donnera un faux nom. On ne peut exiger des clients, une carte d'identité. Or, sans nom et adresse permettant au fisc d'interroger le client, aucun contrôle n'est possible.

Quant aux signes extérieurs, nous avons démontré plus haut combien ils pouvaient être trompeurs.

En tout cas, si on applique aux professions libérales les règles commerciales ou le contrôle des professions salariées, il faudra bien leur accorder, en même temps, les mêmes réductions à la base, c'est-à-dire dans le cas envisagé plus haut 17.500 fr. exemptés au lieu de 7.500 fr.

Si le contribuable habitait une ville moins importante, la réduction serait de 16.500 fr. seulement. Elle serait suffisante pour qu'un grand nombre de médecins de province n'aient pas beaucoup d'excédent de bénéfice net, après défalcation de leurs dépenses professionnelles.

Si les règles commerciales étaient appliquées à cette cédule, elle aurait le droit, comme les commerçants, de porter aux frais généraux des appointements pour la femme qui, souvent, sert de secrétaire et qui serait chargée de tenir la comptabilité.

De plus, les commerçants et industriels amortissent le prix de leurs instruments de travail. Or, pour l'intellectuel, ses instruments de travail sont les connaissances qu'il a acquises à grands frais.

Cette somme de 50.000 fr. ou 60.000 fr. dépensée pour acquérir le bagage scientifique, devra s'amortir suivant les règles établies pour chaque profession, après consultation des groupements intéressés.

La réforme projetée par le ministre des finances nous paraît pleine de dangers ; elle sera néfaste pour les professions libérales qui y perdront un peu de leur prestige auprès du public et elle sera préjudiciable à l'Etat, car la suspicion dont seront l'objet les contribuables de cette catégorie leur donnera le désir de diminuer par tous les moyens en leur pouvoir leur bénéfice net imposable.

Avant d'aller plus loin dans son projet d'inquisition, que le ministre médite les deux chiffres déjà cités plus haut.

Les professions libérales payent 48 millions d'impôts cédulaires.

Les agricultueurs en payent 23 millions.

Quels sont ceux qu'il convient de soumettre au régime de la comptabilité ?

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal,
Directeur du *Contribuable Français*.

R.H.M.S. : 5560.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La réfection des routes. Le goudronnage. Les passages à niveau.

Je tiens avant tout à remercier mes lecteurs qui ont bien voulu s'intéresser à l'enquête ouverte sur « la voiture du médecin ». J'espère que d'autres suggestions me parviendront encore et permettront de définir exactement les besoins de la majorité.

A ce sujet, je crois utile de signaler dès aujourd'hui que plusieurs médecins ont déjà proposé de ne presque rien modifier aux voitures habituelles, mais de porter les efforts sur la construction d'un type de remorque légère qui serait aménagée avec toutes les spécialités requises.

Il y a là une idée intéressante, qui mérite d'être étudiée plus à fond.

***

Dans ma dernière chronique, j'ai exposé plusieurs remarques faites au cours de mes vacances.

Le sujet n'est pas épuisé, et il y a encore bien des plaintes à formuler, hélàs !

Il me semble que c'est l'intérêt général de les développer dans une revue aussi écoutée que le *Concours médical.*

En voici donc quelques-unes.

Je n'apprendrai rien aux automobilistes en disant que les routes sont mauvaises. C'est là une des conséquences de la guerre et du manque d'argent. Mais certaines pratiques sont tellement absurdes, et il serait par contre si facile d'y remédier, que l'on ne saurait jamais assez les critiquer.

Pourquoi, par exemple, défoncer puis « recharger » la totalité de la largeur de la route, dans les secteurs en cours de réfection ?

Avant la guerre, avec les mêmes machines, on faisait d'excellentes routes en laissant toujours un passage suffisant pour une voiture.

Aujourd'hui, il faut passer, sous l'œil sarcastique des cantonniers, sur un lit de silex aigus disposés comme à plaisir pour user jusqu'à la toile, en quelques centaines de mètres, les meilleurs pneumatiques.

Que l'on ne vienne pas dire que c'est une nécessité, car dans certains départements, on a conservé la bonne et ancienne coutume.

Quelques plaintes motivées adressées à nos députés et conseillers généraux feraient sans doute supprimer cette véritable brimade imposée aux automobilistes sans aucune raison sérieuse.

Ne pourrait-on pas exiger aussi, pour sauvegarder les intérêts des contribuables, qu'aucune réfection de route ne soit exécutée sans être *immédiatement* suivie du goudronnage ?

Il est admis par tous que le goudron protège efficacement les routes et empêche ce que l'on appelle vulgairement les « têtes de chats », c'est-à-dire la mise à nu des cailloux, dès les premières pluies, phénomène si désagréable pour les automobilistes qui sont secoués terriblement sur des routes qui semblent très bonne d'aspect.

L'eau, grâce au goudron, glisse sans entamer la chaussée. De plus, le goudron supprime la poussière, cet autre cauchemar des touristes.

Pourquoi, dès lors, puisqu'il y a unanimité sur les bienfaits du goudronnage immédiat, attend-on neuf fois sur dix plusieurs semaines avant de l'appliquer sur les routes nouvellement rechargées ?

Il est alors trop tard ; les cailloux sont déjà ressortis, et le goudronnage, dépense inutile, est absolument sans résultat.

Une meilleure liaison entre les services intéressés éviterait un tel gaspillage.

Et puisque nous sommes sur les grandes routes, profitons-en pour parler des passages à niveau. Est-il admissible qu'il y ait encore des routes nationales qui traversent « à niveau » des lignes de chemin de fer ? Personnellement, dans un petit village de Normandie, j'ai attendu 14 minutes l'ouverture d'un passage à niveau, près d'une gare où un train faisait des manœuvres.

Nous étions au moins une dizaine de chaque côté des barrières, à attendre ainsi la fin de la comédie. On ne peut pas croire que l'on ne puisse pas, dans un avenir très prochain, supprimer de telles absurdités.

Et maintenant, je voudrais essayer de faire profiter mes lecteurs de l'enseignement de l'expérience pour les mettre en garde contre certains oublis fort désagréables quand l'occasion se présente de s'en trouver la victime.

Etant donné que l'on n'est jamais à l'abri de la panne, j'entends de la vraie panne, ne manquez pas de vous munir d'une forte corde.

Vous trouverez toujours un automobiliste complaisant pour vous remorquer jusqu'au prochain village, mais pour cela, une corde est indispensable,.

Or, combien négligent ce complément si utile de la trousse à outils ?

Emportez aussi toujours une bobine de fil de laiton. Si vous crevez deux fois et que vous n'ayez plus de roue de secours disponible, vous constaterez neuf fois sur dix, en prenant votre pompe pour regonfler, que le tuyau ne tient plus sur la tige. Et sans laiton, rien à faire. La ficelle ne serre pas assez, et le fil de fer coupe le caoutchaouc.

Faute d'une petite précaution préalable, vous pompez pendant une heure au lieu de quelques minutes.

Si, à la corde et au laiton, vous ajoutez un jeu de rechange des charbons de votre magnéto, vous avez bien des chances de faire votre randonnée sans gros ennui.

Je me suis trouvé avec un voyageur qui s'est vu immobilisé 8 jours dans le fin fond du Finistère, à la suite de la rupture d'un charbon de magnéto.

S'il en avait eu de rechange, il aurait pu repartir dix minutes après.

En auto, comme en tout, prévoir, c'est réussir.

Dr M. T.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Journées médicales marocaines** (Casablanca-Rabat, 26-29 décembre 1924). — La *Société de médecine et d'hygiène du Maroc* et le journal *Maroc médical* organisent pour les 26, 27, 28 et 29 décembre, à Casablanca et Rabat, des *Journées médicales* dont le but est, en facilitant l'étude, la mise au point et la discussion des grandes questions de pathologie marocaine, de contribuer à l'entretien scientifique des médecins du Maroc, par l'établissement de rapports réguliers avec les maîtres et praticiens de France.

M. le maréchal LYAUTEY, résident général au Maroc qui, au cours de sa longue carrière de colonisateur et d'organisateur, a toujours su apprécier les médecins et leur donner dans son œuvre civilisatrice un rôle important, a tenu à accorder son patronage et l'appui de la Direction du Service de Santé à cette première manifestation collective, et non officielle, de la science médicale au Maroc.

Les organisateurs de ces premières Journées médicales forcément modestes, ont toutefois déjà obtenu la précieuse collaboration de maîtres qui iront exposer aux praticiens et spécialistes du Maroc les résultats de leur expérience et de leurs recherches personnelles, tels : le prof BERGONIÉ, le prof. J.-L. FAURE, le prof. GARIN, le prof. RAVAUT, le prof. BÉGOUIN, le prof. agr. Noël FIESSINGER, le Dr NICOLLE (de l'Institut Pasteur), le Dr ROUX-BERGER (chir. des hôpitaux).

A proximité immédiate de la Salle des Conférences, les praticiens et les dirigeants de grands services et exploitations trouveront exposées les réalisations pratiques des grandes maisons de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie, et de mobilier hospitalier.

Enfin, comme les Journées médicales marocaines ne pourront que de très loin, rappeler les brillantes Journées médicales de Bruxelles et de Toulouse, les organisateurs ont étudié tout un programme de distractions et d'excursions, qui fera oublier en partie la modestie de cette première tentative d'exportation scientifique coloniale.

Des avantages considérables ont été consenitis par les Compagnies de navigation, de transport automobiles, et les hôteliers du Maroc, aux participants des *J. M. M.*

Des auto-circuits Nord-Africains, à tarifs très réduits, pour les médecins adhérents qui désirent visiter le Maroc et l'Algérie ont été organisés par la Compagnie Générale Transatlantique (4.700 fr. au lieu de 7.000, pour un circuit de 28 jours).

Pour tous renseignements, s'adresser à Casablanca, au *Maroc médical*, ou au Secrétaire des J. M. M., le Dr LEPINAY.

Pour les circuits Nord-Africains, s'adresser à Paris, à la Compagnie Générale Transatlantique, rue Auber, ou à l'Office du Maroc, rue des Pyramides.

— **Associations pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).** — Séance du Conseil d'administration du 21 octobre. La « Scientific International Research » demande une série d'articles exposant les ressources médicales offertes par les Universités françaises aux travailleurs américains.

Demande du Dr Stephan, membre du Conseil de l'American College of Surgeons, de tirages à part des travaux émanant de chirurgiens français pour une bibliothèque chirurgicale que le College of Surgeons a fondé à Chicago.

Elections de 16 membres nouveaux.

La prochaine assemblée générale de l'A. D. R. M. est fixée au mardi 18 novembre à 17 heures. Elle aura lieu à la Faculté, dans la Salle du Conseil, sous la présidence de M. Godard, ministre du travail et de l'hygiène.

— **Hôpital Broussais**, 96, *rue Didot*. — *Enseignement clinique médical*. — M. le Dr H. Dufour fera, tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. Première conférence le vendredi 14 novembre 1924.

— **Maladie des yeux**. — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs JOITROIS et FOMBEURE, fera le samedi 22 novembre 1924, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes. Présensation de malades. Projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en février et en juin 1925. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

comme preuve de véracité des déclarations fiscales. Bien des médecins, et j'en suis, ne tenaient pas un état précis de leurs recettes et dépenses. Alors, si on me vérifie pour mes déclarations antérieures, que faire ?

Et à partir de quelle date le registre de recettes et dépenses doit-il être légalement tenu ?

Autre cas particulier : un de mes enfants ayant suivi un long traitement, cela m'a occasionné en 1922-1923, des frais considérables de voyages, clinique, radio, appareillage, etc., se montant au bas mot (je n'ai même pas tenu registre de ces dépenses), à une vingtaine de mille francs.

Peut-on faire état de pareilles dépenses au point de vue déclaration, impôts sur le revenu ?

Et pour l'amortissement de l'auto, et de l'installation médicale (achat de poste, de maison et de matériel) sur combien d'années peut-on échelonner l'amortissement, ou faut-il tenir compte simplement de l'intérêt du capital abandonné ?

Que tout cela est compliqué ! D[r] Z.

Réponse

Les dispositions dont vous nous parlez relatives aux professions non commerciales, figurent au projet de budget et ne seront applicables que si elles sont adoptées par les Chambres.

En ce qui concerne les dépenses, vous ne pouvez comprendre, dans les frais professionnels, des dépenses personnelles comme celles dont vous nous parlez (frais de clinique, voyages pour votre enfant).

Les dépenses déductibles sont :

Le loyer des locaux spécialement affectés à l'exercice de la profession, les frais d'entretien, d'éclairage et de chauffage de ces locaux, les frais d'aides, d'encaissement des notes d'honoraires.

L'amortissement des instruments médicaux, de l'automobile servant à l'exercice de la profession, etc.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2651. — Patente de médecin et patente de directeur d'établissement médical.

J'ai cru comprendre dans un de vos articles-réponses qu'un médecin qui paye comme patente, 1 /50 sur la valeur locative de sa clinique, ne paye que le 1 /20 sur la valeur locative de son habitation, quand celle-ci est distincte de sa clinique.

Or, je suis imposé au 1 /15. Est-ce exact ?

Réponse.

Le médecin qui, exerçant à son domicile la profession de médecin, possède en outre un établissement dans lequel il donne des consultations et reçoit des pensionnaires qui sont logés et

nourris moyennant rétribution est considéré comme exerçant deux professions. Il doit le droit fixe de « tenant une maison particulière de santé » et le droit proportionnel au taux du 50e à raison des locaux qui constituent la maison de santé. Il doit le droit proportionnel au 15e sur l'habitation.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2736. — Timbre des certificats.

Dernièrement, j'avais à délivrer un certificat à un client blessé et assuré individuellement. J'ai exigé une feuille de papier timbré pour l'établissement du certificat. L'agent d'assurances a reproché à mon client de s'être servi de papier timbré, disant que tous mes confrères se servaient de papier libre pour l'établissement des certificats d'assurance-individuelle.

Tout récemment, le même cas se produisit... Même apostrophe de l'agent d'assurances (un autre que celui du premier incident). D'après mon client, cet agent fut presque insolent à mon égard.

Je vous serais reconnaissant de me dire si, pour l'établissement d'un certificat d'assurance-individuelle-accidents, on peut employer le papier libre.

Si j'ai raison, j'attirerai l'attention des confrères au Syndicat d'abord pour les mettre en garde eux-mêmes contre les taquineries possibles de l'enregistrement et ensuite pour ne pas risquer moi-même d'être boycotté par les agents d'assurance et de perdre ainsi des clients.

Dr C.

Réponse.

En principe, tout certificat doit être établi sur papier timbré. Ce n'est que dans des cas exceptionnels limitativement énumérés dans des lois spéciales que certains certificats en sont exemptés.

Vous avez donc bien fait en délivrant vos certificats sur timbre chaque fois qu'il s'agissait d'une assurance individuelle, car en cette matière aucune exemption n'est prévue.

Il se peut que certains de vos confrères aient délivré ces certificats sur papier libre et que jusqu'ici ils n'aient eu aucun ennui à ce sujet, mais que l'un de ces certificats vienne à être produit en justice, le signataire aura à subir une amende d'au moins une centaine de francs et cela autant de fois qu'il y aura de contraventions constatées.

2681. — Fonctionnement d'un dispensaire.

Dans ma commune, le contrôle médical des Pupilles de la Nation ne fonctionne pas encore, le retard me paraît dû au doux entêtement du président de la subdivision locale qui semble tenir à ce que l'exa-

men médical ait lieu au dispensaire. En effet, à notre première et unique réunion (décembre 1923), il s'était empressé de proposer comme local d'examen le dispensaire du bourg et comme secrétaire, l'infirmière visiteuse.

Je ne pus m'empêcher de lui faire remarquer que c'était le dernier local à choisir pour un défilé d'enfants non malades ; que le dispensaire devait être considéré comme un milieu sinon certainement infect, du moins très suspect.

Depuis, un médecin administratif haut placé est venu me relancer pour tâcher de m'amener à une meilleure compréhension, il n'a guère réussi : le dispensaire doit être réservé à une certaine catégorie de malades. Pourquoi vouloir lui faire jouer un rôle de factotum ! Je suis décidé à donner ma démission de médecin contrôleur des pupilles si le dispensaire est imposé comme salle de visite.

Sur ce différend latent, je serais très heureux de savoir jusqu'à quel point vous partagez ma manière de voir.

Dr N.

Réponse.

Nous sommes d'avis que vous avez raison, tout au moins en principe. Un dispensaire, qui est un local destiné à recevoir des malades, ne saurait, sans danger, être utilisé pour recevoir des enfants bien portants. Il semble superflu d'insister sur les dangers de contagion que présenterait cette utilisation.

Il n'en serait autrement que si le dispensaire possédait des locaux assez importants pour que la salle où aurait lieu l'examen médical des pupilles de la nation soit distincte des autres salles destinées à recevoir les malades, ce qui est peu probable, étant donné qu'il s'agit, croyons-nous comprendre, d'un dispensaire de commune peu importante et non d'un dispensaire de grande ville.

2732. — Prorogation de bail.

Je vis sous le régime d'une prorogation de loyer : mon bail se terminait en octobre 1918 et le jeu de la prorogation de cinq ans me conduisait à janvier 1925. L'été dernier, aucune disposition législative n'ayant été prise et ne voulant pas me trouver sur le pavé, je me suis arrangé avec mon propriétaire qui, moyennant l'augmentation légale de 67 %, m'a accordé une prorogation de bail, enregistrée légalement pour jusqu'au 1er janvier 1926. Dois-je, dans ces conditions lui envoyer un papier recommandé, avant le 2 novembre, pour lui dire que je veux bénéficier de la loi du 2 août 1924 ?

Dr Y.

Réponse.

La loi du 2 août 1924 a eu seulement pour effet d'accorder la possibilité d'obtenir une pro-

rogation pouvant aller jusqu'au 1er janvier 1926 aux locataires dont la prorogation était déjà expirée ou à ceux qui avaient reçu congé de leur propriétaire.

Mais les dispositions de cette loi ne vous intéressent pas, puisque vous avez réglé votre situation à l'amiable avec votre propriétaire précisément jusqu'au 1er janvier 1926.

Vous n'avez donc aucune signification à faire à votre propriétaire avant le 2 novembre ni à toute autre date.

2702. — Droits d'un tuberculeux de guerre.

En mai 1917 étant médecin aide-major de 1re classe, je fus hospitalisé pour tuberculose pulmonaire avec bacilloscopie positive. J'ai eu une convalescence, je me suis soigné et j'ai été pensionné en 1921, puis en 1923, pension T. avec 10 % pour :

1° Condensation des sommets, toux et expectoration sans bacilles, cœur à 84. Bon état général ;

2° 10 %, pour séquelles d'entérite et congestion du foie, pas d'ictère.

(Conséquence d'une gastro-entérite attrapée en 1915 au Sud-Tunisien).

Je viens de me faire examiner et radiographier pour contracter une assurance.

On constate :

Percussion, matité des sommets et particulièrement à droite.

Auscultation, rudesse de la respiration, pas de bruits surajoutés.

R. X, très légère grisaille du poumon droit.

Croyez-vous que je sois dans le cas où je puisse demander l'application de la loi ?

D[r] X.

Réponse

A priori, votre affection pulmonaire ne semble entraîner qu'une invalidité inférieure à 10 %. Pour bénéficier des dispositions du décret du 8 août 1924, il faut ou des bacilles ou des lésions évolutives.

Cependant, afin d'être certain de la solution qui vous concerne, réclamez toujours une nouvelle visite motivée (application de ce décret) au médecin chef de votre centre de réforme.

2724. — Majoration pour enfants. Droits de la veuve d'un réformé de guerre.

1° Un de mes clients est actuellement réformé de guerre, 65 % à titre provisoire.

Par jugement du tribunal de M., deux de ses enfants mineurs, 14 et 12 ans réciproquement, sont admis au bénéfice des pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917). Le jugement date du 1er juillet 1924. Cette admission entraîne-t-elle des droits à des in-

demnités mensuelles ou trimestrielles pour ces deux enfants ? Quel en serait le montant et les formalités à faire ?

2° La veuve en cas de décès subit du mari, malgré le titre provisoire, a-t-elle droit à une pension permanente ?

Dr J.

Réponse.

1° Pour deux enfants légitimes, ou naturels reconnus, âgés de moins de 18 ans, le taux de pension de 65 % entraîne par enfant une majoration annuelle de 195 francs, mais il faut que votre client réclame le bénéfice de ces majorations au sous-intendant militaire régional, qui lui paye sa pension.

2° Les droits de la veuve dépendent de la nature de la maladie (imputable ou non) cause du décès, ou du taux de la pension (au moins égal à 60 %) du mari. Cependant il faut que le mariage soit antérieur à l'origine ou à l'aggravation de la maladie, et, comme il y a là beaucoup de cas d'espèce, mieux vaudrait, le moment venu, nous soumettre à nouveau la question.

Application du Tarif Breton.

2672. — Ponction répétée d'un petit kyste superficiel.

Que dois-je demander pour l'intervention suivante : *ponction répétée* (quotidienne), d'un épanchement de synovie formant kyste à la face dorsale du poignet à la suite d'un retour de manivelle d'auto ?

20 fr. (comme abcès superficiel) ou 8 fr., consultation ?

Réponse.

J'ai bien fait accepter qu'une ponction d'abcès soit payée comme une incision, mais vous me parlez là d'une ponction « *quotidienne* ». Dans ce cas, je n'oserais jamais soutenir l'assimilation au-delà de la première fois. Les autres me font plutôt penser à une injection hypodermique ordinaire, mais faite en sens contraire, si je puis dire, laquelle injection est comprise dans le prix de la visite ou consultation.

F. D.

Un sanatorium pour petites bourses

Le Sanatorium de Gorbio, près Menton, est le Sanatorium départemental des Alpes-Maritimes. Il est géré par l'Union des Femmes de France qui a eu l'excellente idée de penser non seulement aux tuberculeux de l'article 64, de l'A. M. G. et des dispensaires, mais aussi à cette catégorie de malades qui ne peuvent pas être rangés, socialement parlant, dans les différentes catégories indi-

quées ci-dessus et qui n'ont pas les moyens de se faire soigner dans un sanatorium privé.

D'accord avec la Préfecture des Alpes-Maritimes, tout un étage a été réservé pour recevoir des malades, payant eux-mêmes un prix de journée abordable, puisque ce prix de journée est de 20 fr. dans une chambre à 3 lits, 25 fr. dans une chambre à 2 lits et 30 fr. dans une chambre à un lit.

Cette particularité du Sanatorium de Gorbio (qui ne fonctionne que depuis un an) n'est pas connue.

J'ai pensé m'adresser au *Concours médical* (j'y suis abonné) pour faire connaître à cette catégorie de malades intéressants, qui n'ont la chance ni de recevoir des secours de l'Etat ou de leur département, ni d'avoir une fortune suffisante, que, au Sanatorium de Gorbio, ils pourront être soignés sans être exploités.

Le Sanatorium est situé dans un diverticule de la vallée de Gorbio, la vallée la mieux protégée de la Côte-d'Azur (les citronniers y poussent en pleine terre), diverticule entouré lui-même d'un demi-cercle de hauteurs recouvertes de pins qui assurent une protection efficace contre les vents du Nord, de l'Est et de l'Ouest.

Nous disposons ici d'une installation radioscopique et d'une installation laryngologique, et, à côté de la cure d'air et de repos très sévèrement surveillée, nous pratiquons *sans exagération* le pneumothorax artificiel, la tuberculinothérapie, les injections intra-trachéales, etc., sans oublier le traitement du moral au moyen de distractions variées, cinéma, T. S. F., concerts, jeux de plein air accessibles aux tuberculeux, etc.

Dr Foaré,
Médecin de Sanatorium d'avant guerre et médecin assistant des Sanatoriums de Bligny.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

A propos d'un nouveau traitement de la coqueluche

Je crois devoir signaler à nos confrères les résultats remarquables que l'on obtient dans le traitement de la coqueluche, — cette maladie désespérante contre laquelle nous étions jusqu'ici à peu près complètement désarmés — par les *injections d'huile goménolée éthérée*, traitement préconisé récemment par M. le professeur Carrière (de Lille).

L'observation suivante me paraît intéressante à publier :

Armand D..., 3 ans, demeurant avenue de Paris à T... (Seine). Premières quintes le 17 août. Il est fait une première injection d'huile goménolée éthé-

rée (huile goménolée à 20 % 5 cmc., éther 1 cmc.) le 23 août, dans les muscles de la fesse. L'enfant est en pleine maladie, et les quintes sont déjà nombreuses. Une seconde injection, de 10 cmc. celle-là, avec 1 cmc. d'éther, est pratiquée le 25 août. Une semblable le 27, et ainsi de suite tous les deux jours.

Les résultats furent les suivants : les quintes qui avaient débuté le 17 août, ont augmenté de fréquence jusqu'au 27 août, jour où elles ont atteint le chiffre de 18. A noter que, depuis le 23 août déjà, on avait commencé le traitement, et que ce maximum relativement faible de 18 quintes en 24 heures, peut s'expliquer vraisemblablement par l'action dudit traitement.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce jour, les quintes ont diminué tous les jours de fréquence : le 29 août, on note 12 quintes ; le 2 septembre, 9 ; le 7 septembre, 6 ; et le 10 septembre, une seule ; le 13 septembre, elles ont disparu.

Je dois d'ailleurs faire remarquer que, par un excès de scrupules, on a compté comme quinte tout accès de toux plus ou moins quinteuse. Mais vraiment, dans les derniers jours, ces quintes n'avaient rien de comparable avec la si pénible quinte de coqueluche.

Les injections doivent être intra-musculaires. Elles n'offrent aucun danger et sont peu douloureuses. Aussitôt après, l'enfant s'endort ou revient à ses jeux, sans indiquer la moindre souffrance.

En dehors de leur action sur la force et la fréquence des quintes, on remarque qu'elles semblent fluidifier l'expectoration, l'enfant « arrache » plus facilement. Autre résultat très curieux, du moins dans l'observation ci-dessus : l'appétit qui, jusque-là, avait été médiocre, a augmenté subitement d'une façon notable, à tel point qu'il fallait rationner le petit malade. Enfin, l'état général a toujours été parfait. Il n'a pas été donné, concurremment, d'autres médications.

Il est certain que ce traitement est un peu dispendieux pour les familles, ces injections ne pouvant guère être faites que par le médecin traitant. Mais on peut donner à choisir aux parents entre les méthodes actuelles qui guérissent (?) la coqueluche en 2 ou 3 mois, sans toujours mettre à l'abri des complications ou des séquelles souvent redoutables pour l'avenir des petits malades, et un traitement qui la jugule en trois semaines. Les parents intelligents n'hésiteront pas.

Ainsi que le recommande l'auteur de la méthode, M. le professeur Carrière, le traitement doit être *précoce*, et les injections commencées aussitôt que la quinte caractéristique aura été constatée, ou tout au moins dans les 8 ou 10 premiers jours. Plus tard, le succès devient de plus en plus douteux. Enfin, ces injections peu-

vent être faites même tous les jours : les résultats n'en seront que plus rapides.

Dr M. Rigal (de Paris).

P.S. — Les doses indiquées par M. le professeur Carrière sont les suivantes :

5 cm³	enfants de moins de	1 an ;
8 cm³	— —	1 à 2 ans ;
10 cm³	— —	2 à 3 ans ;
15 cm³	— —	3 à 5 ans ;
20 cm³	— —	5 ans et plus.

Additionner de préférence de 1 ou 2 cm³ d'éther.

Dr R.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2, 3 *et* 4 *novembre.*

Stations hydrominérales et climatiques.

Décret du 30 *octobre* 1924 *nommant des membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.*

Au nombre de ces membres figurent MM. les Dr Dequidt, Bouloumié, Boursier, Macé de Lépinay, G. Baudoin, Moncorgé, Piatot, Francis Rathery, Bordas, Durand-Fardel, Meillon et Gardette.

Service de Santé militaire.

Décret du 31 *octobre* 1924 *modifiant le décret du* 15 *avril* 1924 *relatif aux attributions de la Commission consultative médicale.*

Art. 1er. — Le second alinéa de l'article 1er du décret du 15 octobre 1920, modifié par le décret du 15 avril 1924, est modifié de la façon suivante :

« Le procès-verbal de la commission de réforme accompagné de toutes les pièces du dossier est ensuite tranmis au ministre des pensions, qui, après avoir pris l'avis de la commission consultative médicale, procède à la liquidation des pensions ».

Art. 2. — Les ministres des pensions, de la guerre, de la marine et des colonies, chacun en ce qui le concerne, sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Service de Santé colonial.

Décret du 1er *novembre* 1924 *modifiant les attributions du service spécial et central de santé au ministère des colonies.*

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies,

Vu le décret du 17 août 1894 constituant au ministère des colonies une inspection générale du service de santé ;

Vu la loi du 7 juillet 1900 portant organisation des troupes coloniales ;

Vu le décret du 4 novembre 1903 portant organisation des services de santé coloniaux ;

Vu le décret du 21 juin 1906 portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales ;

Vu le décret du 28 décembre 1908 portant organisation des services militaires à l'administration centrale des colonies ;

Vu le décret du 12 février 1910 modifiant les attributions de l'inspection générale du service de santé ;

Vu le décret du 12 octobre 1910 instituant au ministère des colonies un service spécial et central de santé.

Décrète :

Art. 1er. — Le service spécial et central de santé créé par décret du 12 octobre 1910 est rattaché à l'inspection générale du service de santé des colonies et placé sous l'autorité immédiate du médecin inspecteur général du service de santé des colonies.

Art. 2. — L'inspecteur général du service de santé a dans ses attributions et présente au ministre :

1° Toutes les questions se rapportant à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et sanitaires civils, à l'exercice de la médecine aux colonies, à la police sanitaire, aux mouvements démographiques, etc. (matériel, personnel, formations) ;

2° Toutes les questions se rapportant à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et sanitaires du service général et des troupes (matériel, personnel, formations sanitaires, prévisions budgétaires, emploi des crédits, etc.).

Pour toutes les questions visées au paragraphe précédent, le médecin inspecteur général reste en liaison étroite avec la direction des services militaires.

Art. 3. — Les questions d'administration non techniques relatives au personnel médical civil (enquêtes administratives, mise en route, passages, stages professionnels, missions, discipline, retraites, successions, etc.) restent du ressort de la direction du personnel et de la comptabilité, pour le service médical civil.

De même les questions d'administration non techniques relatives au service médical militaire (centralisation du budget d'Etat, délégation des crédits, mises en route, passages, etc.) restent du ressort de la direction des services militaires.

Ces questions sont, dans tous les cas, soumises au visa du médecin inspecteur général du service de santé des colonies.

Art. 4. — Toutes les questions d'ordre médical et sanitaire civiles et militaires à traiter avec les autres départements, les groupements scientifiques et les autorités extérieures sont du ressort de l'inspection générale du service de santé.

Art. 5. — Toutes dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 6. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Rôle du médecin membre du Tribunal des Pensions.

650. — M. DELORY, député, demande à M. le mi nistre de la justice quel est le rôle exact du médecin membre du tribunal des pensions militaires : 1° si ce médecin peut procéder, notamment, à une vérification médicale des mutilés en instance de pension, c'est-à-dire remplir le rôle d'expert, et ce, au jour même de l'audience, sans que, de ce fait, l'intéressé puisse être assisté de son médecin lors de cette vérification médicale ; 2° si ce médecin peut être juge et médecin en même temps, c'est-à-dire juger sa propre expertise ajoutant que cette façon de faire serait contraire aux garanties données aux mutilés par l'article 40 de la loi du 31 mars 1919. (*Question du* 29 29 *juillet* 1924.)

Réponse. — L'article 40 de la loi du 31 mars 1919 prévoit expressément les conditions dans lesquelles le tribunal des pensions peut ordonner une expertise médicale complémentaire et contradictoire. Il appartient d'ailleurs uniquement à la cour régionale des pensions, ou au conseil d'Etat, d'apprécier, pour chaque espèce, si un tribunal s'est conformé à ce texte et si un médecin assesseur est sorti de ses attributions de juge.

(*J. O.*, 12 octobre 1924.)

Validité d'un permis ancien pour conduire un motocycle à quatre roues.

824. — M. LESACHÉ, député, demande à M. le ministre des finances si un permis de conduire pour motocycles à quatre roues pesant plus de 160 kilogr., délivré en 1908, est valable pour la conduite d'une auto d'une force de 5 CV. (*Question du* 21 *août* 1924.)

Réponse. — La règlementation en vigueur en 1908 ne prévoyait que deux catégories de certificats de capacité : l'un afférent aux véhicules automobilles en général, l'autre spécial aux motocycles à deux roues. Un certificat délivré à cette époque pour la conduite d'un véhicule à moteur sur quatre roues ne peut donc être assimilé qu'au permis de conduire actuellement délivré pour la conduite des voitures automobiles en général (permis modèle A sans extension spéciale de validité).

(*J. O.*, 12 octobre 1924.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2708-IV)

(Suite du Sommaire)

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

AVIS

Abonnements

En raison de l'augmentation croissante du prix du papier et des frais d'impression du Concours Médical, nous nous voyons dans l'obligation de porter, à partir du 1er janvier prochain, l'abonnement annuel à **trente francs.**

Nous avons longtemps hésité avant de prendre cette décision qui nous est imposée par une situation économique dont les causes sont indépendantes de notre volonté. Devant une nouvelle hausse du papier, nous avons dû céder.

C'est d'ailleurs une mesure générale prise par les grands périodiques médicaux, qui souffrent tous de la même crise.

Nos abonnés, dont la plupart sont en même temps nos amis, comprendront les raisons qui dictent notre conduite, et nous sommes persuadés qu'ils nous approuveront par leur constance et leur fidélité.

LA DIRECTION DU *Concours Médical.*

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, du Dr TESTOT-FERRY, de Jouet-sur-l'Aubois (Cher), la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 540. — Bon poste méd. à prendre de suite à Lyon.

N° 541. — Doct. en méd. jne marié, méd. génér. accouch. prendr. suite client. import. Sud-Ouest.

N° 542. — A vend. Poupinel, av. ts. acces. 30 × 30 × 45 cm. Faire of. Dr Respaut à Salces (Pyr.-Or.).

N° 543. — Poste dans l'Est pouv. att. gr. chif. aff. à céd. ds tr. bon cond.

N° 544. — A vend. cause sant. moto Blériot. Pas roulé 300 km., mach. sup. cond. avant. Rens. sur dem. T. p. r.

N° 545. — A céd. pr. Paris, excel. poste. Rapp 100.000 Tt. payé compt. Fixes. Pavil. 8 p., garag. Aff. en progrès ds local. en plein dévelop. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), 23e année.

N° 546. — Ds ville du Centre. Import. client. fais 80.000 env. peu de frais de locom. Fixes. Médec. du

---

CORRESPONDANCE

Protection des enfants en bas-âge et repopulation.

Dans l'intéressante lettre du Dr Houssay, au sujet des sanatoria, que vous publiez dans un récent numéro du *Concours*, je relève une phrase quelque peu malheureuse et qui n'a certes pas manqué de choquer quelques-uns de vos lecteurs. Voici cette phrase : « On a déjà fait remarquer, avec une judicieuse ironie, que la protection du premier-âge était une *protection à rebours*, parce que la mortalité des enfants séparés de leur famille était souvent plus considérable que celle des enfants qui y étaient restés ».

Cette assertion téméraire doublée d'une question mal posée mérite, à mon sens, une réfutation. Et d'abord, comparer la mortalité des nourrissons élevés par leurs mères, c'est-à-dire généralement au sein, avec celle des enfants élevés loin de leurs parents, presque toujours au biberon, c'est déjà un non-sens ! *A priori*, étant donnée la supériorité bien connue de l'allaitement au sein, les résultats ne peuvent plus être comparables. Mais encore, faudrait-il savoir ! Quelle est la mortalité moyenne des enfants protégés ? On a jeté du haut des tribunes officielles, législatives ou académiques, des chiffres exorbitants, on a parlé d'une mortalité de 70 à 80 % dans certains départements ! Mais de quels enfants s'agit-il, des protégés ou des assistés ? On ne nous le dit pas, mais tout porte à croire que cette hécatombe épouvantable ne s'applique qu'aux enfants assistés de la Seine qui, souvent débiles et transportés trop jeunes, succombent fréquemment au cours du premier mois. La distinction aurait pourtant son importance, à seule fin d'éviter les confusions regrettables qui ne manquent pas de se faire dans l'esprit du public et même des... journalistes. Quant aux enfants protégés par la loi Roussel, je demande qu'on nous apporte la statistique exacte de leur mortalité, avant de venir nous parler de « protection à rebours », comme dit votre correspondant. Pour le département de la Nièvre, cette mortalité, pour les enfants de 0 à 1 an,

n'atteint pas 5 %, *elle est sensiblement inférieure à celle des enfants élevés par leurs mères.*

J'aime à croire que la Nièvre n'a pas le monopole d'une aussi faible mortalité et que la plupart des autres départements peuvent se targuer d'aussi beaux résultats. En tous cas, nous sommes loin des statistiques lamentables que la grande presse répand à profusion et qui jettent l'alarme au sein des familles. Non content d'étaler ces chiffres, un grand quotidien y ajoutait récemment la conclusion suivante, émanant d'un éminent accoucheur et puériculteur : « *Tout enfant séparé de sa mère et mis en nourrice est en danger de mort* ».

Ne voyez-vous pas tout le danger de ces aphorismes à rebours, lancés par tous les échos de la presse, et qu'à les propager, on aboutirait à ce résultat paradoxal, la restriction de la natalité que l'on se propose d'encourager ?

Représentez-vous, en effet l'angoisse des malheureuses mères ou futures mères, ouvrières d'ateliers ou d'usines, sous les yeux desquelles cette phrase fatidique vient à tomber ? Voilà qui prouve bien qu'avec la meilleure foi du monde, l'exagération d'une idée juste peut aboutir à de monstrueuses erreurs. La vérité est celle-ci et pourquoi ne pas la dire bien haut ? La mère qui peut nourrir, qui n'en est pas empêchée médicalement ou socialement, doit allaiter son enfant. Quant aux nombreuses autres, que les nécessités économiques actuelles obligent à s'en séparer, elles peuvent en toute sécurité le confier à une nourrice de leur choix, avec la certitude qu'une surveillance médicale efficace s'exercera et assurera à leur enfant un élevage rationnel. La faillite de la loi Roussel, voilà une légende créée en haut lieu, mais qu'à la lumière des statistiques, il convient d'abattre sans scrupule.

Et d'ailleurs, pour élargir un peu ce sujet, cette question de la mortalité infantile qui fait couler tant d'encre, il faut bien dire qu'elle est traitée avec une exagération manifeste et qu'elle fait imprimer des absurdités. Un autre grand quotidien affirmait dernièrement, par la bouche de son rédacteur médical, qu'on pourrait gagner 150.000 *vies* françaises par la seule réduction de la mortalité infantile et de la mortinatalité. Or, cette mortalité ne dépasse pas la proportion de 8 %, atteignant le chiffre moyen de 70.000 décès annuels, pour les enfants de 0 à 7 ans, supérieur de 20.000 environ à la mortalité anglaise dont on sait le faible taux. 20.000 vies françaises à économiser, c'est assurément intéressant, bien qu'il faille compter dans ce nombre bien des existences précaires et d'un appoint social douteux. Mais cela ne justifie pas toutes les levées de boucliers auxquelles nous assistons ainsi que les débauches de prose versée dans la grande presse. Ce n'est pas en tous cas par cette économie de vies françaises qu'on résoudra le problème de la dépopulation qui prend d'année en année les proportions les plus inquiétantes.

Dr LETINOIS,
Corvol-l'Orgueilleux (Nièvre).

Les médecins mobilisés.

J'ai lu dans le *Concours Médical* du 9 novembre, la lettre du Dr Ph. Ledoux, en réponse à votre article publié dans le numéro du 19 octobre, au sujet de la brochure *Les Héros et... les autres*. A la lecture des extraits cités par vous, mon premier mouvement fut de prendre la plume et de protester avec indignation, au nom des médecins de campagne que je représente à la Présidence du Syndicat de la Charente contre les allégations formulées, tout au moins à la légère et beaucoup trop généralisées, du Dr Ledoux. Le temps mis à la réflexion changera quelque peu le ton de la riposte, que je vous prie d'insérer dans un prochain *Concours*.

Et d'abord, il me plaît de constater que le Dr Ledoux restreint aujourd'hui de singulière façon le champ de ses accusations ; il ne retient plus que les médecins *de campagne politiciens* ! Pourquoi n'a-t-il pas tout d'abord nettement délimité cette catégorie et pourquoi n'a-t-il pas défini le médecin politicien ?

La précaution était élémentaire, avant de lancer un volume destiné à faire du bruit, avant d'inscrire en tête un titre à grand effet, paraissant viser au scandale, afin d'éviter qu'une foule de braves gens de la profession ne risquent d'être atteints par les éclaboussures, du moins dans l'esprit du public ardent à la critique.

Le chiffre de 800 politiciens mobilisés par le Service de santé, que vous fixez approximativement, est assurément fort au-dessus de la réalité. Mais en le supposant exact, le Dr Ledoux serait-il fondé à écrire :

« Il y a une catégorie de confrères qui ont une grosse importance pour les Pouvoirs publics : *ce sont les médecins de campagne*. Pour ceux qui nous gouvernent ces confrères n'ont point seulement pour rôle de soigner les malades, ils sont surtout des agents électoraux (page 196) »

Et plus loin :

« C'est pour cette raison (qu'ils ne peuvent y vivre) *que tant de médecins de campagne acceptent les fixes de famine du Gouvernement*, que les moins riches de clientèle parmi eux se poussent dans la politique .... Ce sont donc les médecins de ce genre qui formèrent le personnel dirigeant, les formations éloignées du front.... »

L'expression a sans doute dépassé la pensée du confrère, puisqu'il se défend aujourd'hui d'avoir voulu généraliser, et réduit son lot de têtes de turc à 100 ou 200 personnages.

Qu'il me permette de lui dire que sa brochure démontre une méconnaissance absolue de la médecine à la campagne, que la plupart des médecins qui y exercent sont très jaloux de leur indépendance, y vivent honorablement d'une médecine irréprochable, que ce n'est pas parmi eux qu'on trouve en général les médecins marrons. Nous n'apprendrons rien à personne en affirmant que c'est dans les villes qu'ils

se recrutent, à la faveur de la pléthore et de la misère souvent trop réelle.

En tous les cas, en Charente, le nombre des politiciens mobilisés, auxquels pourrait s'appliquer sa diatribe, est tout à fait infime ; certains se sont trouvés à leur place, ont accompli leur devoir ; ils ne sont pas tous décorés.

Le Dr Ledoux a certainement rencontré, à Angoulême, en 1914 et 1915, alors que, muni d'un diplôme tout neuf, il y faisait, *dans un hôpital complémentaire*, « *la guerre à la syphilis* », un certain nombre de médecins de campagne qui ne répondent en rien à son signalement. Son séjour dans notre chef-lieu lui a-t-il laissé de si mauvais souvenirs qu'il n'en fasse pas mention dans les diverses affectations inscrites en tête de sa brochure ?

Après vingt-huit ans de pratique médicale... *à la campagne*, nanti d'une douce philosophie, il ne m'est pas possible de lire sans un brin d'ironie des phrases comme les suivantes :

« Parmi les découvertes, dont cette guerre aura été l'occasion, une des plus étonnantes pour les médecins qui raisonnent et savent voir, aura été la constatation de l'infériorité inouïe d'un trop grand nombre de nos confrères (page 187).............. tout au plus ai-je été étonné du nombre vraiment grand des médecins inférieurs à tout ce qu'auraient pu rêver les gens désireux de dénigrer le corps médical. »

Pauvre médecin de campagne, être inférieur, je restais persuadé que les médecins de complément, à quelques exceptions près, s'étaient débrouillés dans des situations difficiles, et généralement montrés à la hauteur de la tâche, pour laquelle ils n'étaient guère préparés ! Ces affirmations émanent-elles d'un praticien mûri sous le harnais, d'un professeur de Faculté, d'un savant en possession de la somme des connaissances médicales et chirurgicale, prononçant au nom d'on ne sait quelle suprême infaillibilité un jugement sans appel sur la valeur professionnelle des médecins de France ?

Au 107e R.I., au 3e Zouaves, au 275e R.A.C., le Dr Ledoux s'est-il trouvé en contact assez fréquent, pour pouvoir les juger, avec de nombreux médecins ?

Mon passage dans un bataillon d'infanterie, en qualité de médecin aide-major de 1re classe (à 46 ans, mes deux ficelles ne devaient rien à la politique), ne m'a laissé le souvenir que d'un très petit nombre de camarades, qui tout comme moi se tiraient d'affaire au mieux possible, dans l'isolement des voisins qu'on ne pouvait voir à l'œuvre, et des chefs... qui les visitaient rarement au poste de secours.

Ah ! je sais bien qu'en première ligne, les jours de cafard, on avait facilement la hantise de l'embuscade, qu'on racontait des histoires écœurantes sur les ambulances, l'arrière-front, les réserves du personnel, l'intérieur ; elles étaient souvent peu précises et mal vérifiées.

Est-ce à dire qu'aucune défaillance ne s'est produite dans le corps médical, que les compétences ont

été régulièrement mises à leur place, que le service de santé a été une merveille de préparation et d'organisation ? Une réforme profonde s'impose, j'en tombe d'accord avec le Dr Ledoux. Les Syndicats médicaux s'en sont préoccupés et y travaillent activement, grâce au concours de 16.000 syndiqués, « *médecins propres* qui ne baisseront pas pavillon « devant les 100 ou 200 confrères qui ne devraient « pas avoir le droit d'exercer. »

Si le confrère est inscrit au Syndicat de la Seine, il doit avoir lu dans le *Médecin Syndicaliste*, dont la lecture est fort à recommander, un projet de Statut des Médecins de complément.

Le jour prochain où les quatre ou cinq mille médecins, dignes de ce nom, qui, sous de vains prétextes, sont restés en dehors du mouvement syndicaliste, voudront bien s'inscrire, les Syndicats suffiront à la besogne de salubrité nécessaire ; ils n'ont pas attendu à ce jour pour « *casser les vitres* » en ce qui concerne la malpropre exploitation d'un quarteron de médecins marrons que les Pouvoirs publics n'étaient pas désireux de poursuivre. Qu'on laisse en paix l'Ordre des médecins, machine d'un autre âge, mauvais cadeau de l'Etat à une profession qu'il n'a jamais su ni voulu défendre contre les « *avorteurs*, les *marchands de morphine* », les tenanciers de faux Instituts, les fabricants de panacées merveilleuses, sorciers, somnambules et charlatans de tout poil, exploiteurs de la souffrance et de la crédulité publique sous l'œil amène des juges qui, trop souvent, sont les premiers à y avoir recours !

L'Etat a souvent embêté les héros, et ....parfois il a décoré les autres !

Dr Maffre.

2752. — Tarif applicable aux patrons agriculteurs assujettis à la législation sur les accidents du travail.

Dans les accidents du travail, agricoles ou non, si l'assuré est à la fois blessé et patron, quel tarif est applicable ? Le tarif Breton au le tarif local ?

Souvent des petits patrons, agriculteurs ou boulangers, minotiers, etc., ont des assurances individuelles ou sont assurés collectivement avec leur personnel.

Dr J.

Réponse.

Le tarif Breton n'est que la part que le médecin est en droit d'exiger du patron lorsque c'est l'ouvrier lui-même qui l'a choisi. Le médecin peut toujours, bien que, en fait, il n'use jamais de ce droit, exiger de l'ouvrier le paiement de la différence existant entre le tarif Breton et le tarif local.

Par suite, lorsque c'est un patron qui, bénéfi-

ciant de la loi sur les accidents agricoles, s'est assujetti volontairement, le médecin est en droit de lui demander, comme patron, ou plutôt, de demander à la Compagnie d'assurances, avec ou sans son intermédiaire, puisqu'il n'y a pas d'assujettissement volontaire sans assurance, le paiement de ses honoraires au Tarif Breton et ce, en admettant même que ce soit comme ouvrier, et non comme patron, qu'il l'ait choisi.

Mais, d'autre part, le considérant alors, non plus en sa qualité de patron, mais en sa qualité d'ouvrier (son propre ouvrier), son médecin traitant pourra se retourner contre lui pour lui demander le paiement de la différence entre le tarif local applicable à sa situation sociale et le tarif Breton.

Quant aux patrons autres que les agriculteurs, la loi ne leur accorde pas la faculté de s'assujettir personnellement à la législation sur les accidents du travail et le droit du médecin de leur demander les honoraires du tarif de droit commun ne saurait faire de doute.

2771. — Carte d'identité médicale spéciale.

Je lis dans le *Concours Médical*, page n° 2476 du 26-x-24; qu'il existe « une carte d'identité médicale spéciale. »

Où et comment se procurer cette carte ? Vous seriez bien aimable de donner la réponse dans le prochain numéro du *Concours*, car cela peut intéresser tous les confrères.

D M.

Réponse.

Comme il est indiqué dans l'article du Dr Vimont, auquel vous faites allusion, la carte d'identité médicale spéciale n'existe qu'en projet. Nous ne savons si ce projet sera jamais mis à exécution.

Il ne saurait donc être question actuellement des conditions dans lesquelles on pourrait se la procurer.

2746. — Assistance médicale d'une personne tombée malade hors de son domicile de secours.

Je suis appelé dernièrement à trois kilomètres de mon domicile sur la demande d'une personne tombée malade sur le bord de la route. Ce malade, étranger à la commune qu'il traversait, se trouvait, d'après ses dires, à peu près sans ressources et voyageait pour cette raison à pied, cherchant du travail mais n'en pouvant trouver à cause de sa santé. Il montrait en effet un billet d'hospitalisation daté et timbré du 31 août dernier de l'assistance médicale gratuite de Paris où il avait été soigné pour bacillose avec hémoptysie.

Il ne possède pas de domicile fixe depuis longtemps. Veuf, il a encore sa belle-mère et un enfant résidant dans une commune de Saône-et-Loire.

Médecin de l'assistance médicale gratuite dans la commune où il est tombé malade, pourrais-je me faire payer mes honoraires par celle-ci ?

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 20 de la loi du 15 juillet 1893, en cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune. L'admission est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le Préfet et en rend compte au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Les frais avancés par la commune restent à sa charge pendant les dix premiers jours (art. 21). Après les dix premiers jours de traitement, ils sont remboursés par le département où l'assisté a son domicile de secours.

2803. — Accident du travail et secret professionnel.

Chargé d'un petit service de chirurgie courante dans un hôpital de province, j'ai reçu il y a 2 mois une femme atteinte de fracture du tibia par accident du travail et hospitalisée par un confrère. Quelque temps après, cette femme fit une fièvre typhoïde qui se compliqua d'eschare sacrée et dont elle mourut.

La Cie d'assurances m'écrit pour me demander « de vouloir bien lui faire connaître les causes du « décès, et si elles ont une relation directe avec l'accident. »)

A mon sens, le secret professionnel en pareille circonstance ne devrait pas exister. Mais la loi nous faisant une obligation de l'observer et cette affaire pouvant peut-être donner lieu à des contestations devant les tribunaux, je me propose de répondre à la Cie que, n'ayant soigné cette femme que comme médecin traitant, je ne puis donner les renseignements demandés. Je crois cette réponse prudente et conforme aux conseils du livre de Forgue et Jeanbrau que j'ai consulté.

Est-ce votre avis ?

Je vous serais également très obligé de bien vouloir me dire, d'autre part, si je dois accepter ou refuser, le cas échéant, les fonctions d'expert dont le juge pourrait me charger dans cette affaire.

Dr X.

Réponse.

Le secret professionnel existe en matière d'accident du travail comme en toute autre matière et la Cour de Cassation l'a reconnu formellement. Par suite, vous ne pouvez remettre à la Compagnie d'assurances, dans l'espèce qui fait

(*Voir la suite page XLIII-2751*)

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la profession médicale en France. De la corporation au Syndicat Un aperçu historique de l'évolution des corporations y compris les corporations médicales.

(Suite et fin).

Lorsque les confréries et les corporations intervinrent dans le domaine politique, les Rois et leurs Prévôts n'hésitèrent pas réprimer rudement, même avec cruauté, ces révoltes. Cela eut lieu sous Philippe-le-Bel, sous Jean-le-Bon, sous Charles VI. Mais les sanctions étaient éphémères, les confréries supprimées étaient au bout de peu de temps reconstituées (1), la prévôté des marchands suspendue, était rétablie, les privilèges des corporations (comme ce fut le cas pour les bouchers) restitués, même parfois accrus.

Ces inconséquences dans la politique royale à l'égard des corporations paraît un peu déconcertante aux gens qui, comme nous, ont coutume de voir se dérouler dans un Etat ordonné les événements politiques et sociaux si non avec logique du moins avec une certaine régularité. Mais au XIVe au XVe et même au XVIe siècle, l'Etat, tel que nous le concevons, tel que le fondèrent Richelieu, Mazarin, Louis XIV, n'existait pas. Toutes les mesures, les lois, les règlements étaient en réalité précaires. Aussi voyons-nous ordonnances sur ordonnances se succéder à quelques années d'intervalle pour accorder et confirmer exactement le même privilège. Nous avons entre les mains, une supplique de la Faculté de médecine de Paris priant le Roi Henri III, le 23 décembre 1585, de l'exonérer d'une taxe pour participer à l'entretien des fortifications de la ville, rappelant que le Roi Henri II lui avait accordé cette dispense en 1555.

Malgré cette inconstance apparente, la politique royale, dès le début du XVIe siècle, s'ingénia avec une activité croissante à diminuer la liberté des corporations, à les asservir jusqu'à l'époque où elle jugera utile de les supprimer.

Un arrêt du Parlement en 1500 défendit au Prévôt de donner l'autorisation de créer de nouvelles confréries. Une ordonnance royale de 1539 les supprima, ce qui, nous l'avons vu, s'était produit plusieurs fois, ce qui ne les empêcha pas de se reconstituer. Mais plus sérieuses furent les conséquences de l'Edit de Henri II de 1559 supprimant le guet bourgeois, lui substituant le guet royal entretenu par une taxe payée par les corporations. Ces dernières perdaient ainsi la force armée dont elles avaient pu disposer.

Cependant vers la même époque, les corps de métiers reçurent une atteinte beaucoup plus grave qui fit une brèche sérieuse à leur monopole, brèche que le Pouvoir royal ne cessa d'agrandir.

En 1545, sous le règne de François Ier, avait été fondé l'hôpital de la Trinité pour y recueillir les enfants abandonnés. Un édit de 1553, sous Henri II, ayant organisé l'enseignement professionnel pour ces enfants, accordait la maîtrise aux artisans qui se dévouaient à leur apprendre leur propre métier. En outre, les maîtres, en dépit des règlements corporatifs, purent prendre un apprenti supplémentaire parmi ces enfants et l'hôpital eut le droit de fabriquer dans ses ateliers et de vendre les objets les plus divers.

Le but de l'édit était noble et charitable, mais que comptait-il devant l'intérêt corporatif menacé ? Les gens de métier protestèrent et se livrèrent à des voies de fait contre les compagnons et les nouveaux maîtres qui enseignaient un métier aux enfants trouvés.

Les Rois firent plus. François Ier avait, en 1514, autorisé le duc de Valois à créer un maître par métier et par ville du Royaume. Puis, le trésor royal profita de toutes les occasions pour délivrer contre beaux deniers comptants des lettres de maîtrises sans se soucier des exigences des règlements corporatifs. Ce fut à propos du sacre, du mariage du Roi, de la naissance d'un dauphin, de l'entrée d'un légat du pape, etc., etc. Les corporations se plaignirent amèrement, les maîtres ne connaissaient plus leurs métiers et devenaient de simples entrepreneurs. Charles IX eut l'air de prendre ces plaintes en considération, mais les affaires furent de mal en pis pour les maîtres.

On imagina de créer des offices qui rapportaient au trésor royal, car les charges de ces offices étaient vénales. François Ier avait commencé

(1) Elles furent supprimées sous Philippe le Bel, sous Charles VI, sous François Ier (1539), sous Charles IX (édit de Moulins, 1566).

en 1544, en enlevant aux poissonniers l'élection des vendeurs de poissons et en les remplaçant par des officiers publics. Cette vente des offices devaient, au siècle suivant, donner lieu à des exactions fiscales de la part de Mazarin qui furent sans mesure.

Charles IX permit en 1563 aux six corps marchands auquel s'adjoignirent les libraires, les marchands de vins, de bois et de laine de nommer des juges consuls, origine des tribunaux de commerce, qui siégeaient au cloître Saint-Merri, mais en 1544, puis définitivement en 1597, le roi des merciers, qui jouissait de pouvoir très étendu, tel que celui de délivrer des lettres de maîtrise, vit sa dignité supprimée et ses prérogatives données au grand Chambellan du Roi.

François Ier voulut faire encore acte d'autorité dans le domaine des corporations. Par une ordonnance de janvier 1544, il décida que les chirurgiens de Saint-Côme jouiraient « des privilèges, franchises, libertez, immunitez et exemptions dont les escoliers, docteurs-régens et autres graduez et suppostz de l'Université ont accoustumé de joyr et user ». C'était faire entrer dans l'Université les chirurgiens qui avaient déjà depuis longtemps fondé un collège et ériger ce dernier en Faculté. Le Roi y mettait deux conditions : les chirurgiens apprendraient le latin et feraient une consultation gratuite à Saint-Côme tous les lundis. Ce fut cette décision qui obligea A. Paré à user de subterfuge pour que, lui simple maître-barbier, ignorant le latin ou le sachant très mal, bien que déjà célèbre, put obtenir ses grades au Collège de Chirurgie en 1554. Mais la Faculté de médecine s'opposa de toutes ses forces à l'entrée des chirurgiens dans l'Université qui, malgré l'ordonnance royale, repoussa avec dédain ces gens qui se livraient à un métier manuel. N'oubilons pas le caractère ecclésiastique de l'Université et l'adage auquel elle restait fidèle : *Ecclesia abhorret a sanguine.*

***

Les abus des Corporations faisaient déjà, sous Henri III, réclamer leur suppression, mais l'époque n'en était pas encore venue puisque Jean Bodin, orateur du Tiers-Etat aux Etats Généraux de 1576, reconnaissait qu'elles étaient indispensables. Le Roi résolut cependant de réformer et d'unifier leur réglementation, d'en faire une véritable institution d'Etat. Ce fut l'objet de l'ordonnance de décembre 1581 qui uniformisait dans toute la France l'organisation corporative, qui limitait les frais pour obtenir la maîtrise, réglait l'épreuve du chef-d'œuvre, protégeant contre l'arbitraire des jurés les candidats à la maîtrise. Cette ordonnance excellente resta lettre morte à cause des guerres civiles et religieuses de cette époque. Mais dès que Henri IV eut établi son pouvoir, il reprit par l'ordonnance de 1597 les dispositifs de celle de 1581, non seulement dans le but de « soulager le peuple, d'éviter les monopoles, longueurs et excessives dépenses qui se pratiquent jourellement au détriment des pauvres artisans », comme il l'affirme dans les considérants de l'ordonnance, mais encore pour établir et percevoir les taxes que réclamait la pénurie du trésor royal. C'est dans ce but qu'il institua des examens accompagnés de droits à payer au Roi. Citons, l'article 2 de l'ordonnance de 1597, instituant une commission composée d'un médecin et de quatre maîtres, qui doit présider aux épreuves d'admission pour les métiers d'apothicairerie, de chirurgie et de barberie.

Cette généralisation à toute la France de l'organisation corporative, officiellement réglementée et rendue obligatoire, ne plut pas aux métiers qui firent entendre leurs protestations et doléances aux Etats Généraux de 1614.

Mais les corporations ne faisant aucun effort de progrès, n'ayant aucune initiative permettant le perfectionnement de leurs industries, Colbert créa les manufactures royales privilégiées dont les directeurs étaient de véritables fonctionnaires (Beauvais, les Gobelins, le Louvre, la Savonnerie, pour les tapisseries ; l'atelier de Boule aux Gobelins pour l'ébénisterie ; Alençon, Chantilly pour les dentelles ; Amiens pour les draps, etc.). Les six corps marchands protestèrent inutilement contre cette atteinte à leurs privilèges.

Louis XIV, par l'Edit de 1673, exigea l'exécution stricte des édits de Henri III et de Henri IV. Il voulut que la corporation fût encore plus une institution d'Etat, supprima toutes les juridictions seigneuriales à leur égard, mais maintint les privilèges des professionnels attachés à la Cour, tels des marchands suivant la Cour, des ateliers des hôpitaux et des manufactures royales.

Les exigences des dépenses royales trouvèrent une mine à exploiter dans la création des officiers royaux que le contrôleur général Pontchartrain créa sans mesure ayant pour mission de diriger les corporations auxquelles on laissa le droit de racheter les charges pour en disposer.

Enfin, en 1691, un nouvel Edit divisa les communautés en quatre classes. Les apothicaires épiciers, les chirurgiens et les barbiers-perru-

quiers faisaient partie de la première. Les sages-femmes étaient dans la troisième.

Pendant le XVIIIe siècle, les corporations continuèrent à évoluer vers la décadence qui devaient les conduire à leur ruine.

Le Roi, dont les besoins d'argent étaient toujours de plus en plus pressants, soit pour répondre aux dépenses de la cour, soit pour subvenir aux frais des guerres continuelles, protégeait les corporations dont il tirait ses principales ressources, mais leur suscitait une concurrence de plus en plus grande par les marchands, les artistes et tous les professionnels attachés à sa cour.

Les professions médicales ne firent pas exception à la règle. Avec l'appui du Roi ou des Grands Seigneurs, l'on fit bon marché des statuts, des règlements et des privilèges. Un aventurier, Jacques Beaulieu, plus connu sous le nom de frère Jacques, pouvait impunément, grâce à de hautes protections, opérer les hernies et pratiquer la taille, malgré les protestations des chirurgiens de la Charité.

Quant aux conflits entre les médecins de la Cour, pour la plupart docteurs de Montpellier, et la Faculté de médecine de Paris, ils furent si nombreux au cours du XVIIe et du XVIIIe siècle que nous ne pouvons les relater ici. Nous en avons déjà fait plus d'une fois le récit. Les médecins du Roi finirent par triompher. Au Collège de France, au Jardin du Roi, à Saint-Côme, qui devint l'Académie Royale de Chirurgie, furent organisés des cours qui firent une concurrence victorieuse à l'enseignement assez pauvre donné à la Faculté de médecine.

Le projet de Chirac, premier médecin de Louis XV qui, par une Académie de médecine, voulait établir un lien entre tous les médecins du Royaume et unifier le Corps médical français, trouva dans la Faculté une adversaire irréductible à l'esprit étroit et imprévoyant. Il en fut de même quand, quarante ans plus tard, de Lassonne, aussi premier médecin du Roi, avec l'appui de Turgot, fonda en 1776 la « Commission des médecins de Paris pour tenir une correspondance avec les médecins de Province, pour tout ce qui peut être relatif aux épidémies et aux épizooties ».

Au lieu de prendre la tête de cette institution qui répondait à l'intérêt public, la Faculté lui fit sottement une obstruction maladroite, invoquant ses privilèges et son intérêt égoïste, s'appuyant sur l'Université dont l'autorité était devenue nulle. La Commission, transformée en Société Royale de médecine, fut énergiquement dirigée par Vicq d'Azyr, son secrétaire perpétuel, reçut l'appui de la Cour, de l'Académie des Sciences et fut installée au Louvre, tandis que la Faculté de médecine, ayant abandonné les Ecoles de la rue de la Bûcherie en ruines, pour aller occuper rue Jean-de-Beauvais l'ancienne Ecole de Droit qui menaçait aussi de s'effondrer, resta sans domicile et finit misérableement. A la même époque, l'Académie de Chirurgie, son autre rivale, se faisait construire un Palais à l'Hôtel de Bourgogne.

Cette lutte entre les corporations et les officiers de toutes professions attachés à la Cour n'exista pas pour les seuls médecins ; il en fut de même, par exemple, pour la corporation des peintres sculpteurs au XVIIe siècle. Les peintres du Roi, pour résister à l'égoïste monopole de la corporation, dite collège de Saint-Luc, obtinrent du Roi, des lettres-patentes et fondèrent l'Académie Royale de Peinture et Sculpture. Les luttes fort vives de ces deux groupements donnèrent un spectacle un peu analogue aux rivalités récentes des Artistes français et de la Société nationale des Beaux-Arts avec leurs deux salons rivaux.

Il en fut encore de même pour les musiciens du Roi qui, échappant à la juridiction étroite du roi des Ménétriers, chef de la Corporation des maîtres à danser et joueurs d'instruments, fondèrent pour affranchir leur profession l'Académie royale de Danse.

Nous voyons donc que les médecins et les chirurgiens, bien qu'exerçant des professions libérales et bénéficiant de privilèges qui en faisaient des corporations à part, partagèrent jusqu'à la fin de l'ancien régime le sort de la plupart des autres Corporations. Les mêmes causes amenèrent leur décadence.

***

Au cours du XVIIIe siècle, les difficultés financières de l'Etat avaient provoqué des études économiques. Vauban, en 1707, dans sa *Dîme Royale*, puis son disciple Bois-Guillebert, réclamaient plus de liberté dans le commerce sans poursuivre la suppression des corporations. Maie avec l'économiste Melon (1734), les monopoles sont mis en discussion et la plupart des maîtrises sont attaquées. « Tout cela, écrit-il, n'est que perte, et d'hommes et d'argent ». Les Encyclopédistes avec Diderot, Quesnay, Fiquet de Villeneuve, réclamaient la liberté de la concurrence et l'entière liberté du commerce. Clicquot de Blervache, sous le nom de Delisle, rédigea dans son *Mémoire sur les corps de métiers* le plus élo-

quent réquisitoire contre les corporations et Mercier de la Rivière, en 1767, réclama leur suppression dans son ouvrage : l'*Ordre naturel dans les Sociétés politiques*.

En 1775, les économistes publièrent, après la mort de l'auteur, une attaque contre les corporations du président Begot de Sainte-Croix (*Essai sur la liberté du commerce et de l'industrie*) qui eut un grand retentissement. Les esprits se trouvaient donc préparés quand Turgot fit signer au Roi l'Edit de 1776 qui supprimait brutalement les Corporations et établissait la liberté de travail.

Le Parlement fut effrayé des conséquences d'une pareille révolution économique qui parut à beaucoup trop brusque et trop radicale. Il refusa d'enregistrer l'édit. L'avocat général Séguier montra le danger d'une pareille réforme sans transition, il esquissa un plan de réformes pour réprimer les abus corporatifs et fit entrevoir prophétiquement que si l'on supprimait le régime antique des métiers, il serait nécessaire de reconstruire tout l'édifice politique.

Séguier exposa cette défense dans le lit de Justice que tint le Roi le 12 mars 1776 pour contraindre le Parlement à enregistrer l'Edit. Cette réforme suscita tant de haines contre Turgot que, deux mois plus tard, il était en disgrâce et Maurepas se hâtait par l'Edit d'août 1776 de rétablir les corporations, mais pour éviter dans une certaine mesure les anciens abus, deux classes de professions furent créées, les unes libres, les autres organisées en communauté et des droits perçus par le fisc furent fixés pour ces dernières.

Les six corps marchands de Paris, convaincus que la victoire des corporations, était éphémère s'organisèrent pour se défendre.

Les Etats généraux étant sur le point d'être réunis, ils émirent la prétention d'y être représentés par des délégués spéciaux. Pour cela, ils firent démarche sur démarche et, chose étrange, ce fut un médecin, le célèbre docteur Guillotin, de la Faculté de Paris, qui les conseilla et écrivit en leur faveur pour le Parlement une *Pétition des citoyens domiciliés à Paris*.

Dans les cahiers des Etats généraux, les opinions furent partagées au sujet du maintien ou de la suppression des communautés. Lors de la nuit du 4 août, l'Assemblée vota sans discussion la réforme des jurandes, mais la question en reste là jusqu'au 15 février 1791 où Dallarde, rapporteur du Comité des Contributions publiques, en déposant un projet de loi sur l'impôt des patentes, fit le procès des corporations et fit voter une loi consacrant leur suppression.

Ce fut la loi du 2-17 mars 1791. Aussitôt, des mouvements ouvriers se produisirent, les anciens compagnons s'empressèrent de réclamer des augmentations de salaires et de fomenter des troubles et des grèves. Ce fut alors que Chapelier fit voter la loi du 14 juin 1791 dont voici le texte de l'article 2 : « Les citoyens de même état et profession, les ouvriers et compagnons d'un art quelconque ne pourront lorsqu'ils se trouveront ensemble se nommer de président, de secrétaire du syndic, tenir des registres, prendre des arrêtés, former des règlements *sur leurs prétendus intérêts communs* ».

L'individualisme qui régna près d'un siècle, était établi. On ne tarda pas à en constater les inconvénients, surtout quand le machinisme donna un essor imprévu à l'industrialisme moderne.

Le Corps médical suivit là encore le sort des Corporations, sort qu'il n'avait cessé de partager depuis l'origine.

Cette dislocation aura pour les professions médicales une utilité, celle d'amener la fusion des médecins et des chirurgiens, de les obliger, par le fait de leur isolement, à réfléchir, à abandonner les préjugés égoïstes de la vieille Faculté et de toutes les Corporations, à se persuader que le médecin est fait pour le malade et que le malade n'est pas fait pour le médecin ; en somme à préparer les voies au Syndicalisme dont l'esprit diffère essentiellement de celui de la corporation. Le syndicat est, en effet, composé d'adhérents libres et égaux qui acceptent tous une discipline volontairement consentie. Le Syndicat ne peut prospérer que s'il se pénètre de l'idée qu'il est un organe vivant du Corps social, qu'il ne doit pas borner son action aux limites étroites de ses intérêts corporatifs, qu'il doit s'adapter au milieu où il vit, y jouer un rôle, s'y rendre utile.

C'est pour n'avoir su, ni pu comprendre cette nécessité d'adaptation au milieu social que les Corporatinons furent frappées de mort bien avant l'époque révolutionnaire et nous pouvons conclure de cet exposé très imparfait de l'histoire des Corporations que tout syndicat qui voudra suivre leur exemple, qui se croira capable de vivre de sa vie propre sans se préoccuper du mouvement social et économique par lequel il est fatalement entraîné, qui voudra se borner à la défense de ses propres intérêts sans les adapter aux intérêts généraux de la Société, sera destiné au même sort que les anciennes Corporations. Seulement , il faut songer qu'à notre époque la

marche des évènements est plus rapide et qu'en très peu d'années, il arriverait pour ces Associations professionnelles imprévoyantes ce qui a demandé plusieurs siècles pour conduire à leur fin, les vieilles corporations (1).

J. NOIR.

(*R. H. M. S.* : 6050.)

La Croix de Gaston Duchesne.

Au cours du dîner confraternel de dimanche dernier, à l'occasion des remerciements que j'avais le devoir d'adresser à tous les collaborateurs du *Concours médical*, j'ai été amené à annoncer à l'assistance la nomination de notre collègue et ami, le Dr G. DUCHESNE, secrétaire de la rédaction, au grade de Chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire.

Duchesne a en effet été mobilisé 55 mois, et a fait la campagne comme médecin-major de 2e, puis de 1re classe, en quelque sorte comme engagé volontaire, puisque, à la mobilisation, il était dégagé de toutes ses obligations militaires, depuis trois ans.

Son fils Robert, sergent au 226e R. I., a été tué glorieusement à l'ennemi, tout à fait au début de la guerre (27 décembre 1914).

Le Dr Bellencontre, Président de l'Association des médecins de France, a, en termes particulièrement heureux, complimenté Duchesne, au nom du grand groupement qu'il représente.

Les bravos répétés dont l'assistance a salué ces déclarations ont prouvé à notre ami G. Duchesne en quelle sympathique estime il est tenu par tous ceux qui le connaissent, et à quel haut degré la distinction dont il vient d'être l'objet a réjoui ses nombreux amis.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Par le docteur André VERDEAU,

Médecin-major au Laboratoire de vaccination antityphoïdique de l'Armée au Val-de-Grâce.

A l'exception de la vaccine, considérée à juste titre comme une prophylaxie spécifique et active de la variole, l'ignorance dans laquelle nous sommes de la nature des différents virus des fièvres éruptives ne nous permet pas d'appliquer dans la lutte contre ces maladies d'autre méthode que la méthode générale employée contre les maladies infectieuses. Cette méthode, il faut le reconnaître, n'a donné contre les fièvres éruptives que des résultats incertains. L'expérience a montré qu'il n'y avait pas grand'chose à attendre d'elle et BROWNLEE, qui a récemment consacré un travail à la prophylaxie publique de la rougeole, a montré que l'unique moyen de protection est l'immunité conférée par une première atteinte et que la maladie se joue des mesures habituelles de prévention.

Si la variole était jusqu'à ces dernières années la seule des maladies éruptives contre laquelle nous possédions des moyens prophylactiques spécifiques, l'étude de la rougeole et de la scarlatine paraît, grâce à des travaux plus récents, entrée dans une voie nouvelle et féconde. L'emploi des sérums de convalescents, en donnant au clinicien une thérapeutique active, fournit à l'épidémiologiste un moyen de prévention qui peut, dans une certaine mesure, limiter la diffusion de la maladie et l'extension des épidémies.

Si décevants que soient les résultats obtenus, quand il s'agit de maladies aussi contagieuses que les fièvres éruptives, l'application des mesures de prophylaxie basées sur les principes généraux de la lutte contre les maladies infectieuses ne saurait en aucun cas être négligée.

La déclaration de la maladie, l'isolement du malade, la désinfection des objets à son usage doivent constituer les premiers gestes de l'épidémiologiste.

Pour envisager dans son ensemble la prophylaxie des fièvres éruptives en général, deux méthodes s'offraient à nous : ou bien exposer successivement la prophylaxie de la variole,

(1) Ceux de nos lecteurs qui voudraient approfondir cette question pourraient consulter avec fruit :
L'histoire de France de LAVISSE. — DE MENORVAL : Paris depuis ses origines jusqu'à nos jours. — Marcel POETE : Une vie de Cité, Paris. — FRANKLEN : La vie privée d'autrefois : Les chirurgiens. — P. DELAUNAY : Le monde médical parisien au XVIIIe siècle. — Louis LIARD : L'université de Paris ; et surtout E. MARTIN SAINT-LÉON : Histoire des corporations de métiers, 3e édit., F. Alcan, édit., 1922.

de la rougeole, de la scarlatine ; ou bien, pour éviter les redites inévitables, prendre comme têtes de chapitres les différentes mesures que comporte la prophylaxie de ces maladies et les étudier successivement en fonction de ces maladies mêmes. C'est cette dernière méthode que nous avons choisie.

L'isolement.

L'isolement des malades est, bien que la première, une acquisition assez récente de l'épidémiologie. Déjà au XVIIIe siècle bien des médecins réclamaient qu'on employât contre la variole et la scarlatine, seules maladies éruptives dégagées du groupe confus des fièvres exanthématiques, les moyens qui avaient si bien réussi contre la peste et la lèpre : isolement des malades dans des hôpitaux spéciaux hors de la ville. Mais cent ans après, vers 1860, les maladies contagieuses étaient encore traitées dans les salles communes des hôpitaux de Paris. C'est à ce moment que Vidal écrivit un rapport remarquable sur les déplorables conséquences de cette promiscuité.

Cédant à ces sollicitations, l'Assistance publique consentit à l'affectation de salles ou de pavillons spéciaux aux varioleux dans les hôpitaux St-Antoine et St-Louis. *La variole fut ainsi la première maladie contagieuse isolée à Paris*, mais on ne tarda pas à reconnaître que ce n'était là qu'une demi-mesure qui laissait subsister le danger des relations entre le personnel du pavillon des contagieux et les autres habitants, aussi se décida-t-on à en venir à l'isolement complet par la création de l'hôpital d'Aubervilliers qui comprend outre les pavillons de varioleux, des pavillons spéciaux pour la rougeole et la scarlatine.

Nous n'insisterons pas sur la valeur des arguments qui, à l'origine, ont été invoqués contre l'isolement des maladies contagieuses. Depuis 1870 où la question a été l'objet d'une longue discussion à la Société médicale des hôpitaux, la prophylaxie des maladies contagieuses a été assez longuement étudiée pour que la pratique de l'isolement ne soit plus discutée.

Cet isolement doit être *absolu*. Seules s'approcheront des malades les personnes qui auront à leur donner des soins. Les prescriptions hygiéniques : lavage des mains au moment des repas, brossage des dents, gargarismes antiseptiques, seront particulièrement surveillées lorsque ces personnes ne bénéficieront pas de l'immunité que confère une première atteinte et seront par là davantage exposées à la contagion.

Il doit être *précoce*.

Ici se pose la question de savoir à quelle période de leur évolution les fièvres éruptives sont transmissibles.

Pour la variole, il semble que la contagiosité existe à toutes les périodes de la maladie mais que le pouvoir infectant croît avec l'évolution : peu développé au début, il atteindrait son maximum à la période de desquamation. Au temps de la variolisation on se servait de lymphe transparente, de virus jeune, parce qu'on comptait obtenir une variole plus légère, une variole fruste. C'est en s'inspirant de ces faits qu'Hoffmann, à une époque plus récente, donnait le conseil un peu singulier de ne pas isoler les malades dans les huit premiers jours pour que l'immunité de l'entourage pût s'affirmer ou se développer au prix d'une atteinte légère. On a signalé des exemples démontrant que la variole serait transmissible pendant la période d'incubation. Le docteur Schaeffer rapporte qu'une femme ayant été amputée du bras à la Charité de Berlin, des fragments de peau furent pris et greffés sur d'autres sujets. L'opérée qui ne ressentait aucun symptôme avant l'opération fut prise quelques heures après d'un frisson violent, d'une fièvre intense et deux jours après d'un exanthème variolique. Or, l'un des individus qui avait subi la greffe a présenté six jours après une variole typique.

Rougeole. — Pour la rougeole, si précoce que soit l'isolement, il vient malheureusement toujours trop tard et c'est là que toutes les mesures générales sont inopérantes. La période d'incubation est absolument silencieuse et l'invasion elle-même, qui correspond à la contagiosité maxima de la maladie, n'est marquée que par des phénomènes d'une grande banalité chez l'enfant.

Scarlatine. — Sur la période de contagion de la scarlatine et sur la durée possible de cette contagion, nos connaissances se sont profondément modifiées depuis une trentaine d'années. On admettait autrefois que la scarlatine était surtout contagieuse à la période de desquamation, comme la variole ; que les squames, comme les croûtes varioliques, étaient les facteurs exclusifs de cette contagion. Cette opinion fut admise sans conteste jusqu'au moment où Girard, de Marseille, apporta en 1865, des faits indiscutables de contagion précoce. Il fallut attendre jusqu'à 1882 pour que Cameroun publiât un nouveau cas favorable à cette opinion.

Toutefois, on n'en continuait pas moins à opposer la rougeole contagieuse à son début à la scarlatine et à la variole dangereuses surtout à une période tardive. Il fallut les recherches de MM. les professeurs Lemoine et Vincent pour faire admettre que l'angine de la scarlatine était l'équivalent du catarrhe oculo-nasal de la rougeole ; et Lemoine démontre que si la contagiosité se prolonge si loin dans l'évolution de la maladie cela tient non à la présence de squames mais à la persistance du virus dans la gorge des

malades. Mais pour justifier l'isolement précoce des malades, il faut que le diagnostic de la scarlatine soit rapidement porté. Or les formes frustes, sur le danger desquelles Kelsch avait depuis longtemps attiré l'attention, sont parfois d'une identification difficile.

C'est au diagnostic de ces formes frustes que nous destinerons ces signes de *probabilité de la scarlatine* que les cliniciens nous ont récemment proposés et qui, sans avoir une valeur absolue, donnent une indication suffisante pour motiver l'isolement du malade suspect.

Ce sont : *le signe du pli du coude*, consistant en l'apparition de taches pétéchiales consécutives à l'application sur le bras d'un lien constricteur ;

Les corpuscules de Dohle, qui ne sont pas évidemment, comme on l'a cru à un moment donné, des formes de dégénérescence d'un spirochète spécifique mais que l'on retrouve dans le sang des scarlatineux avec une fréquence plus grande que dans toute autre maladie.

La formule leucocytaire, polynucléose d'autant plus marquée que l'on est plus près du début de l'affection.

Phénomènes d'extinction de Schultz et Charlton enfin, dont la nature n'est pas encore complètement élucidée, mais dont la spécificité est indiscutable.

On sait en quoi consiste le phénomène :

Au cours d'essais thérapeutiques faits avec le sérum de convalescents, Schültz et Charlton avaient remarqué que lorsqu'ils injectaient dans le derme de scarlatineux en pleine éruption, du sérum de malades guéris déjà depuis plusieurs semaines, il se produisait au point injecté, au bout de huit à dix heures, une disparition complète et définitive de l'exanthème.

Etudiant de plus près ce phénomène ils établirent : d'abord, que le sérum humain normal ainsi que celui des scarlatineux, dont la maladie date de plus de trois semaines, jouissent du pouvoir d'éteindre l'exanthème scarlatineux dans la région où ils ont été injectés et qu'ils restent sans action sur tout autre érythème non scarlatineux ; qu'ensuite, *seul* de tous les sérums humains, le sérum de scarlatineux en pleine maladie est incapable de provoquer le phénomène d'extinction ; qu'enfin les sérums d'origine animale sont dénués de toute influence sur l'exanthème de la scarlatine.

Telles furent les constatations fondamentales de Schültz et Charlton. Cette méthode a un double intérêt : d'abord par les résultats pratiques qu'on peut en tirer dans le diagnostic de la scarlatine, ensuite parce qu'elle peut éclairer la pathogénie restée si obscure de la maladie.

Ce phénomène de Schültz et Charlton peut être considéré de deux façons différentes :

Une méthode directe. — Il s'agit d'un érythème suspect à identifier. On injecte du sérum normal : si l'extinction se produit, il s'agit d'un scarlatineux puisque les sérums normaux sont sans action sur les érythèmes non scarlatineux.

Une méthode indirecte. — Un malade est atteint d'angine avec érythème éphémère, on injecte son sérum à un scarlatineux en pleine éruption, si l'extinction ne se produit pas il s'agit bien d'un cas de scarlatine puisque seul de tous les sérums, le sérum des scarlatineux est impuissant à éteindre l'exanthème.

En résumé l'isolement s'impose dès le début de l'affection, le plus tôt possible, et non seulement des malades atteints de forme caractéristiques mais ceux aussi atteints de formes frustes.

Quelle sera la durée de l'isolement ?

En ce qui concerne la scarlatine, le Conseil supérieur d'hygiène a fixé à 40 jours la durée de l'isolement des malades. Cette prescription, qui s'inspire du délai moyen de la desquamation, ne répond certainement pas à la durée maxima de la contagiosité.

On a cité des exemples de contagion beaucoup plus prolongée. Ce chiffre de 40 jours est trop absolu, il est trop long ou trop court. Si la scarlatine a été régulière, si elle a évolué sans complication, si elle a été l'objet de soins de propreté les plus actifs, l'on a le droit de considérer comme non contagieux un scarlatineux qui, à partir du 25e au 30e jour, ne présente plus aucun symptôme morbide, dont les cavités bucco-pharyngées sont redevenues normales, dont la desquamation est terminée.

Ce qui importe plus que la durée de l'isolement, c'est, nous le répétons, la précocité de cet isolement.

La durée de l'isolement a beaucoup moins d'importance pour la rougeole. On sait que la rougeole est surtout contagieuse au moment où elle est encore méconnue et c'est ce qui explique son extrême diffusion.

La contagiosité diminue lorsque l'exanthème apparaît ; elle disparaît cinq à douze jours après. La contagiosité des squames n'est pas démontrée.

La rigueur de ces mesures d'isolement, pour la scarlatine surtout, pourrait être atténuée, d'après certains auteurs, par l'application systématique de la méthode de Milne. Cette méthode permettrait, en effet, de traiter les fièvres éruptives sans isolement.

La *méthode de Milne*, récemment introduite en France dans la pratique hospitalière, date, en réalité d'une quarantaine d'années. C'est vers 1880, en effet, que le docteur Robert Milne, appelé à la direction médicale des asiles d'enfants à Londres, fut amené à rechercher une méthode qui limitât l'extrême diffusion des fièvres éruptives. « La contagion était telle, dit Milne, qu'il

n'y avait plus qu'à fermer les écoles et à les transformer en hôpitaux ».

Milne commença par installer un service de triage qui eut pour but de dépister, dès l'entrée, malades et suspects de fièvres éruptives, en établissant un diagnostic précoce afin de permettre l'application immédiate de la méthode.

Milne insiste, en effet, d'une façon particulière sur la nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible, avant même l'éruption. Il attache une importance considérable à l'examen de la muqueuse buccale et pharyngienne, dont les modifications précèdent l'exanthème cutané de 24 à 48 heures.

L'éruption qui se produit sur les muqueuses « consiste en des taches légèrement surélevées, d'un rouge clair ; entourées d'un anneau d'érythème, localisées surtout sur la luette et le voile du palais. La muqueuse y est plus pâle que dans le reste de la bouche, tant que les amygdales ne sont pas prises. » Ces signes sont les seuls relevés dans les formes bénignes. Dans les formes graves un rash uniforme apparaît sur tout le pharynx et la partie postérieure de la bouche.

Cette visite faite, chaque enfant, malade ou suspect, est envoyé dans le dortoir commun, où grâce à l'emploi immédiat de la méthode, tout danger de contagion disparaît. Cette méthode emprunte ses éléments aux données banales de toute prophylaxie des maladies contagieuses, puisqu'elle comprend les deux mesures reconnues par tous les hygiénistes comme constituant la base d'un traitement prophylactique, à savoir l'isolement du malade et la désinfection des régions de l'organisme, réceptacles des produits d'infection.

Mais tandis qu'on commence, en général, par isoler le malade, Milne donne le pas à la désinfection intensive et précoce, destiné à rendre l'isolement tout à fait passager, et, pour ainsi dire, secondaire.

Donc, aussitôt que possible, les amygdales, le pharynx et le cavum sont badigeonnés d'une façon complète avec une solution de glycérine phéniquée à 1/10e *toutes les deux heures* pendant les premières 24 heures. Milne, entrant dans le détail de l'opération, recommande de faire usage d'un tampon de coton assez ferme, de la grosseur de la première phalange du pouce du sujet, fixé au bout d'une longue tige de bois ou de métal, ou d'un porte-éponge. Une fois la langue abaissée, on touche toutes les parties très doucement, de façon à ne produire aucune excoriation ; le mieux est de ne produire aucun frottement et de tamponner la muqueuse. Pour s'assurer que le badigeonnage a été exécuté complètement, on colore la solution au bleu de méthylène, par exemple, et on pratique un examen soigneux de la région badigeonnée, à l'aide du miroir laryngien. La préoccupation de l'auteur est qu'on touche d'une façon suffisante la partie postérieure du pharynx et des fosses nasales.

La solution phéniquée bien faite (acide phénique neigeux dissous directement dans la glycérine dans la proportion de 1 gr. pour 10), outre ses propriétés antiseptiques, présente l'avantage d'anesthésier la muqueuse. Le malade, qui peut rendre compte de ses sensations, accuse un sentiment de fraîcheur au fond de la gorge et dans la bouche.

On procède ensuite *à la désinfection de la surface cutanée*, en pratiquant sur celle-ci *depuis la racine des cheveux jusqu'à la plante des pieds*, des onctions douces avec de l'essence d'eucalyptus. Ces onctions sont répétées matin et soir pendant quatre jours, puis une seule fois par jour pendant les six jours suivants.

Le mode d'isolement est un des côtés originaux de la méthode de Milne.

On aménage autour du malade un voile de gaze, affectant la forme d'une moustiquaire dont on suspend le sommet à 0 m. 70 à 1 mètre au-dessus du lit, en lui donnant assez d'ampleur pour pouvoir abriter en même temps la tablette sur laquelle se trouvent divers objets nécessaires : crachoirs, verre, pots à tisane, etc.

On peut encore adopter le dispositif suivant :

Trois arceaux, par exemple des cercles de barriques disjoints, enjambent transversalement la couchette du malade, l'un aux pieds, l'autre à la tête, le troisième au milieu. Ils sont fixés, d'une manière amovible, par leurs extrémités, dans des boucles de métal, clouées sur les bords du châlit et servent de support au voile de gaze.

Cet isolement a pour but de mettre l'entourage du malade à l'abri des projections causées dans l'atmosphère ambiante par la toux et les éternuements des malades, surtout de ceux atteints de rougeole, et par les crachements continuels des scarlatineux provoqués par l'angine dont ils sont atteints.

Cette gaze doit être aspergée toutes les deux heures, de quelques gouttes d'essence d'eucalyptus.

Enfin, pour les enfants sains qui entourent le malade, on a soin d'asperger leur oreiller pour la nuit et leurs vêtements de dessous, pendant le jour, avec 8 à 10 gouttes d'essence d'eucalyptus.

Milne résume les avantages de sa méthode dans les propositions suivantes :

1° Suppression de la contagiosité ;

2° Disparition des formes sévères ;

3° Disparition des infections secondaires et par conséquent des complications ;

4° Absence de rechutes ;

5° Les enfants peuvent sans risques demeurer dans la même pièce.

De nombreux faits épidémiologiques, d'importantes statistiques, montrent la valeur de la méthode.

Elle fut employée pendant la guerre, par le professeur Lemoine, en particulier, par Favre, de Lyon, dans des circonstances où l'isolement des rougeoleux et des scarlatineux était impossible : aucun cas de contagion ne fut observé.

La méthode de Milne mérite donc de retenir l'attention des praticiens. Employée de bonne heure dans le milieu familial et dans les cas isolés survenant dans le milieu scolaire ou hospitalier, elle permettra de diminuer, si ce n'est de supprimer, les complications secondaires et la léthalité des maladies contagieuses et en particulier des fièvres éruptives, et de la grippe.

La désinfection.

L'isolement des fièvres éruptives ne peut donner de résultats qu'autant qu'on y associe la destruction des germes déposés par les malades sur leurs effets et sur leur literie ainsi que dans les locaux affectés à leur installation. La désinfection est l'acte complémentaire de la séquestration.

Les mesures de désinfection de tout ce qui a été contaminé directement ou non par le malade ne diffèrent pas pour la variole de ce qu'elles sont pour les autres maladies infectieuses : le linge, les récipients qui ont servi aux malades, la vaisselle seront désinfectés.

Eau bouillante jávellisée pour le linge, sulfate de cuivre à 10 % pour les bassins, les seaux hygiéniques, les crachoirs, eau bouillante additionnée de carbonate de soude pour la vaisselle.

Prophylaxie spécifique.

Et nous en arrivons à la deuxième partie de notre sujet, à la prophylaxie spécifique. Ici, nous sommes obligés de dissocier le groupe des fièvres éruptives, de prophylaxie spécifique: il n'en existe véritablement que pour la variole.

Pour la rougeole et la scarlatine nous traiterons surtout de l'emploi des sérums de convalescents, méthode qui a sans doute, au point de vue prophylactique, un intérêt indéniable, mais qui ne saurait être comparée quant à ses résultats pratiques avec la vaccine.

Avant d'aborder le chapitre important de la vaccine, il nous faut dire quelques mots d'une méthode qui l'a de beaucoup précédée : la variolisation. Le sujet n'a sans doute plus qu'un intérêt historique mais il est intéressant à deux points de vue : d'abord parce qu'envisagée au point de vue symptomatique, la variole inoculée occupe une position intermédiaire entre la variole et la vaccine, ensuite parce qu'elle constitue le premier essai de vaccination par les virus atténués.

Les procédés de variolisation employés furent nombreux. Ils ont varié suivant les temps et les pays et partout suffi au but qu'ils se proposaient d'atteindre. La méthode chinoise consistait à introduire dans les fosses nasales des tampons ou des mèches de coton imprégnées de poudre provenant de *croûtes varioliques* préalablement desséchées.

Dans les Indes, où l'inoculation variolique remonte aux temps les plus reculés, elle était pratiquée par la méthode *du séton*. On faisait passer dans la peau du mollet un fil de soie imbibé de pus variolique que l'on retirait le 3e ou 4e jour.

L'inoculation du virus sur la peau préalablement dénudée par frottement, grattage ou vésicatoire a été employée en Angleterre. *L'incision* faite sur le dos de la main entre deux métacarpiens est encore la porte d'entrée du virus variolique en Asie ; enfin la piqûre avec une aiguille fine trempée dans du pus varioleux fut employée en Circassie et en France par GATI.

La comparaison de la variole inoculée avec la vaccine humaine fait ressortir une similitude très grande entre les deux affections dans leur stade d'incubation et d'éruption locale. Mais dans la vaccine, l'éruption générale fait régulièrement défaut et l'ascension thermique qui accompagne la suppuration des pustules a des allures beaucoup plus modérées que dans la variole.

Malgré des résultats incontestablement heureux, la vaccination n'était pas assez inoffensive pour devenir une méthode de prophylaxie générale ; elle contribuait d'ailleurs à l'entretien et à la diffusion du virus.

La vaccine est la variole de la vache ; inoculée avec succès à l'homme, elle le préserve de sa variole propre : c'est à ce titre qu'elle a succédé à la variolisation. La vaccine était dans le peuple avant d'être dans la science. Bien avant Jenner on savait dans certains pays que les personnes qui avaient contracté une éruption varioliforme dans leur contact avec la vache pouvaient dans la suite traverser impunément les épidémies de variole. D'après des auteurs anglais, cette notion est, dans les Indes, aussi ancienne que la variolisation. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en 1803 DE HUMBOLDT la rencontra comme une tradition courante au milieu des bergers des montagnes de Mexico.

Il était réservé à JENNER, médecin à Berkley, d'entrevoir la haute importance de cette notion et de faire avec une donnée purement empirique une grande et féconde découverte.

Il consacra près de 30 ans (depuis 1768) à vérifier expérimentalement la vertu préservatrice du *cow-pox*. Enfin le 14 *mai* 1796, sûr de lui et confiant dans le résultat de ses recherches, il procéda à la première vaccination publique. Sur une pustule de cow-pox développée accidentellement sur la main d'une fille de ferme, il préleva un peu de pus qu'il porta sur la main du jeune Phipps âgé de huit ans. Trois jours après

les piqûres se couvrent de petits boutons. L'enfant était-il préservé ? En juillet, Phipps fut inoculé ; après trois jours, les piqûres s'éteignent sans fièvre, sans aucun signe d'infection.

En 1798, se place la première vaccination directe avec le *cow-pox* de la vache, et Jenner démontre là que cinq passages successifs dans l'organisme humain n'avaient pas affaibli le virus. Le virus du cow-pox développé dans le corps de l'homme possède les mêmes propriétés de celui qui est fourni par l'animal.

La découverte de Jenner, contrôlée et vérifiée sur tous les points de l'Angleterre, y suscita un enthousiasme immense. La méthode ne tarda pas à être employée sur le continent ; en France, des comités furent créés pour propager la vaccination. Un établissement fixe, l'hospice de la vaccine, fut créé à Paris. Plus tard le Comité central fut supprimé et le service de la vaccine passa dans les attributions de l'Académie de médecine, entre les mains de laquelle il se trouve encore aujourd'hui.

Mais les espérances conçues au moment de la découverte de Jenner devaient s'évanouir devant les épidémies qui de 1820 à 1840 allaient se multipliant sans cesse. La foi du public dans la vaccine en fut profondément ébranlée. C'est alors que l'on découvrit que l'action prophylactique de la vaccine n'était que temporaire et que s'est imposée la nécessité de la compléter par la revaccination. Le pouvoir qu'on lui avait prêté de supprimer la variole résidait donc à l'avenir dans la revaccination et dans la vaccination animale.

La vaccination animale, en remédiant à l'insuffisance des ressources vaccinales ordinaires, au danger de la transmission de la variole de bras à bras, a marqué la dernière phase de l'histoire de la vaccine. L'espérance formulée il y a plus d'un siècle par le Comité central qui avait déclaré résolu le problème de l'extinction de la variole était réalisé.

Immunité vaccinale,

Elle ne s'établit pas le jour même de l'inoculation. De nombreuses expériences ont démontré que l'action préservatrice de la vaccine ne commençait guère à se manifester chez l'homme qu'au septième jour.

L'immunité ainsi acquise persévère pendant un temps variable, elle peut exceptionnellement se prolonger jusqu'à la vingtième, la trentième année.

L'observation montre qu'elle dure en moyenne sept à dix ans. A partir de la dixième année elle subit une décroissance progressive.

On a commis à l'égard de l'immunité variolique la même erreur qu'à l'égard de l'immunité vaccinale. On a pu croire que la première était indéfinie et rendait la vaccination inutile. L'immunité variolique est sans doute plus forte que celle d'une première vaccination, mais il s'en faut qu'elle couvre toute la vie ; des récidives de variole en témoignent.

Réceptivité vaccinale. — La réceptivité originelle pour la vaccine est presque absolue. On estime à 98 % les succès obtenus chez les nouveau-nés par la vaccination. Elle diminue avec l'âge : la proportion est encore de 70 à 80 % à la période scolaire ; elle s'abaisse à 60 % à la caserne pour les jeunes recrues ; à 30 % pour les réservistes, à 15 % pour les territoriaux.

Nécessité de la vaccination. — Dans les premiers temps de la découverte la croyance à la pérennité de la protection vaccinale était absolue. Il a fallu après, de nombreux cas de variole survenant chez des individus depuis longtemps vaccinés pour se rendre à l'évidence et le principe de la revaccination s'est imposé.

C'est à partir de 10 à 12 ans que la variole menace à nouveau les vaccinés et le danger est au minimum de 10 à 30 ans.

L'immunité récupérée par la revaccination n'est pas plus permanente que la première. Comme celle-ci elle s'affaiblit peu à peu.

Vaccination animale. — La méthode jennérienne était insuffisante pour assurer à la vaccination une place dans les services publics ; le cow-pox nature se rencontre rarement, la pénurie du vaccin humain se fait trop souvent sentir. La *vaccination animale* était seule capable de fournir des sources de vaccin plus abondantes. Comme le cheval peut être atteint d'une maladie transmissible à l'homme, la morve, c'est à peu près uniquement à la vache que l'on emprunte le vaccin animal.

Enfin un dernier progrès a été réalisé dans la technique de la vaccination. L'entretien d'un animal vaccinifère ne pouvait se faire que dans les grands centres, on a remplacé la méthode de vaccination directe de l'animal à l'homme par l'emploi de vaccin conservé en ampoules — pulpe glycérinée — dont l'activité peut rester intacte jusque vers le quatrième mois.

La méthode est donc actuellement depuis longtemps au point.

Vaccination et revaccination restent les seuls moyens préventifs et efficaces contre une maladie aujourd'hui presque complètement disparue et qui fut la terreur des siècles passés.

Rougeole.

Aux yeux du public la rougeole est de toutes les maladies infectieuses de l'enfance la plus bénigne. Elle est, en réalité, après la tuberculose, la maladie la plus meurtrière. Si, dans les milieux aisés, chez les enfants ayant dépassé cinq

ans et dans les conditions hygiéniques favorables, la rougeole revêt le plus souvent un caractère bénin ; dans les classes pauvres, à l'hôpital et dans les crèches elle cause de terribles ravages ; 85 à 90 % des cas mortels atteignent des enfants de moins de six ans.

La mortalité globale de la rougeole est de 6 à 7 %, mais elle va jusqu'à 27 % dans les crèches et les pouponnières.

On ne saurait oublier, d'autre part, que la rougeole, lorsqu'elle frappe les adultes, n'est pas toujours une affection bénigne ; les troupes des camps militaires des U. S. en 1917 en ont fait la triste expérience.

Il apparaît donc que les plus grandes précautions devraient être prises et qu'une prophylaxie active devrait intervenir pour empêcher la propagation de cette maladie dans les collectivités.

Pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, l'application des mesures de prophylaxie basées sur les principes généraux de la lutte contre les maladies infectieuses ne pouvait guère réussir à empêcher la diffusion de la rougeole.

Depuis peu, la prophylaxie de la rougeole paraît devoir entrer dans une voie nouvelle et plus féconde. Nous allons retracer les diverses tentatives faites en vue de lutter contre la contagion.

Rompant avec les méthodes de prophylaxie jusqu'ici en usage, les chercheurs se sont ingéniés à trouver le moyen d'immuniser préventivement les sujets sensibles à l'infection.

Deux procédés s'offraient à eux : l'immunisation passive, assez facile à mettre en œuvre mais dont le bénéfice ne peut être que transitoire ; *l'immunisation active*, d'une réalisation beaucoup plus difficile pour une infection dont le virus reste ignoré mais promettant par contre d'être d'une solidité plus grande.

Il est curieux de constater que l'immunité si durable et si grande qui suit la rougeole n'ait que tout récemment suggéré l'idée d'utiliser le sérum des sujets guéris pour préserver les individus réceptifs.

L'initiative des premières recherches faites dans cette direction appartient aux expérimentateurs français Cl. Nicolle et Conseil qui, témoins d'une petite épidémie de famille survenue en 1916 à Tunis, eurent l'idée d'essayer de protéger le plus jeune des enfants au moyen du sérum provenant d'un de ses frères guéri depuis quelques jours. Bien que maintenu au contact de ses frères, l'enfant ne contracta pas la rougeole.

Encouragés par ce premier succès, les auteurs conseillent d'employer cette méthode de prophylaxie toutes les fois qu'au cours d'une épidémie de rougeole on trouvera de jeunes enfants exposés à une contagion certaine. Pour éviter les inconvénients qu'offre le sérum humain (transmission de la tuberculose ou de la syphilis) Nicolle et Conseil conseillent de filtrer le sérum ou de le laisser séjourner assez longtemps à la glacière.

En 1920, ces auteurs apportent deux faits nouveaux établissant la valeur de la méthode.

Une femme allaitant un enfant de six mois contracte la rougeole et continue à donner le sein : au 12e jour de la rougeole on injecte 2 cc. de sang maternel sous la peau du nourrisson qui reste indemne.

Deuxième cas. Dans une famille de trois enfants, deux contractent la rougeole ; le 3e est préservé grâce à l'injection de sang total provenant du premier enfant atteint et prélevé au 3e jour de la convalescence.

Richardson et Connor en Amérique, s'inspirant des travaux de Nicolle et Conseil, mirent en pratique cette immunisation passive pour protéger de jeunes enfants.

Ils utilisèrent un mélange de plusieurs sérums conservés par l'addition d'une solution de tricrésol à 0 gr. 25 pour 100. C'est ainsi qu'un cas de rougeole étant survenu dans une salle de diphtériques, ils parvinrent à protéger tous les enfants de la même salle qui n'avaient pas eu la rougeole.

Dans l'étude de cette immunisation passive, Degkwitz mérite une place à part pour avoir, dès 1919, réalisé sur une vaste échelle cette méthode de séro-prévention de la rougeole et précisé quelques données d'un intérêt pratique incontestable.

Comme les auteurs américains, il recommande d'employer plusieurs sérums, car il y a chez les humains comme chez les chevaux de mauvais producteurs d'anticorps. Le sérum conservé à la glacière garde ses propriétés pendant plusieurs mois après addition d'une goutte de solution de phénol à 5 %.

Le succès de la sérothérapie préventive dépend de deux facteurs :

1° Du moment où le sérum est administré ;

2° De la quantité injectée.

Si l'on injecte peu de temps après la contamination, le virus ne s'est pas encore multiplié notablement et de petites doses suffisent. Des doses de plus en plus fortes sont nécessaires au fur et à mesure que l'infection progresse, puis vient un moment où il est désormais impossible, même avec une dose considérable, de neutraliser l'infection existante.

Degkwitz a montré que jusqu'au 4e jour 2 *cc.* 5 suffisent pour mettre sûrement un enfant de 4 ans à l'abri de la rougeole ; c'est ce qu'il appelle *l'unité préventive.*

Aux 5e et 6e jours, il faut 2 unités soit 5 à 6 cc. de sérum. L'injection devient généralement inutile à partir du 8e jour ; d'après Degkwitz des doses de sérum même de 30 cc. sont impuissantes à empêcher l'explosion de la maladie.

Cette dernière affirmation est contredite par

✦✦✦✦

certains auteurs. Torday, Zchaü, Debré ont observé que des enfants injectés les 8e et 9e jours font souvent des rougeoles bénignes,.

Degkwitz démontre l'importance de trois délais :

1° *Délai de 7 jours* à dater de la défervescence, qui correspond au moment où le sérum de convalescent est le plus riche en substances protectrices.

2° *Délai de* 6 *jours* à partir de la contamination, au-delà duquel l'injection de sérum n'empêche plus l'éclosion de la rougeole chez le sujet en incubation.

3° *Délai de* 30 *jours* à compter depuis l'injection de sérum, à l'expiration duquel l'immunité passive cesse le plus souvent. Ces délais intéressants qui ont servi de base aux études ultérieures ont été modifiés par la suite.

Selon Degkwitz, cette immunité n'est pas de nature purement passive, elle a un caractère mixte, l'injection étant faite une fois l'infection contractée.

D'après Debré, la sérothérapie antimorbilleuse ouvrirait une double action, partageant l'opinion de Degkwitz sur le caractère mixte de l'immunité conférée ; elle permettrait d'obtenir soit une prévention pure et simple de la maladie, mais qui n'engendre qu'une immunité éphémère, soit une immunité plus durable par le moyen d'une injection délibérément tardive faite à la fin de la période d'incubation ; c'est dans le premier cas une *séro-prévention.*

Dans le second cas, c'est une *séro-atténuation.*

Les caractères de cette rougeole modifiée sont particuliers.

La rougeole débute d'emblée par la période éruptive, l'exanthème est discret, fièvre légère ou nulle, pas d'enanthème, pas de complications.

La durée de l'immunité est dans le premier cas d'autant plus longue que l'injection a été faite plus tard ; elle varie de 25 jours à plusieurs mois.

Dans le second, elle est aussi prolongée qu'une rougeole ordinaire. Pour renforcer cette immunité Degkwitz propose de soumettre les enfants à une réinjection quatre semaines après la première.

Il va sans dire que cette sérothérapie ne comporte aucun danger ni aucune contre-indication. Il s'agit d'un sérum homologue qui ne cause ni maladie sérique ni accident d'anaphylaxie.

Récolte du sérum.

a) Choix du donneur. — Sur le choix du donneur les avis sont divergents. Les uns ne recommandent pas le sérum d'adulte parce que contenant peu d'anticorps. Debré, au contraire, préfère employer ce sérum ou celui d'un enfant âgé d'au moins dix ans.

S'assurer qu'on a affaire à un rougeoleux certain ; il faut non seulement un érythème typique, mais que l'interrogatoire révèle les symptômes classiques de la période d'invasion :

Le convalescent doit être indemne de syphilis, tuberculose, paludisme.

Syphilis. — Réaction de Wassermann. Elle peut être négativée par la rougeole, au cours de la maladie peut-être, mais pas après elle.

Tuberculose. — On éliminera les cas où après la rougeole persiste une fièvre prolongée, des signes pulmonaires persistants, des troubles généraux.

Paludisme. — Interrogatoire du malade, examen du sang, enfin *observation* du donneur après la prise de sang, pour vérifier qu'il n'est pas, au moment du prélèvement, en incubation de maladie infectieuse.

b) **Choix du moment du prélèvement.** — Le meilleur moment est compris entre le 7e et le 9e jour de la convalescence. Du 10e au 12e jour le sérum donne encore d'excellents résultats. Son efficacité est nettement diminuée du 20e au 30e jour. Prélevé avant *le 7e jour* il risquerait d'inoculer la maladie.

c) **Conservation du sérum.** — Chauffage à 56° pendant 30 minutes. Séjour à la glacière qui ne sera pas inférieur à 4 jours.

Ensemencement de contrôle.

Réaction de Bordet-Wassermann.

Mélange de plusieurs sérums.

Cette méthode n'entrera dans la pratique journalière que si les médecins peuvent se procurer facilement du sérum de convalescents.

Degkwitz a proposé la création de stations centrales qui délivreraient le sérum et qui seraient organisées dans les hôpitaux de contagieux.

Cette sérothérapie reste malgré tout d'un usage limité puisqu'il s'agit d'un sérum humain. Mais le but n'est pas tant de faire disparaître la maladie de la face du monde que de reculer son apparition jusqu'à un âge où les risques qu'elle fait courir restent minimes. Le sérum n'a que de rares indications au-dessus de 4 ans.

Immunisation active. — Le reproche qu'on peut adresser à la méthode précédente c'est la brièveté de la période de protection ; mais il ne s'agit, pour accomplir un immense progrès, que de faire reculer l'époque d'apparition de la rougeole jusqu'à l'âge scolaire. La sérothérapie préventive antidiphtérique dont nous connaissons les merveilleux résultats ne confère pas une immunité plus longue.

Divers expérimentateurs ont pensé obtenir une protection plus durable avec une immunisation active.

Dès 1915, Hermann entreprit des recherches sur ce sujet, il se basa sur l'immunité vis-à-vis de la rougeole que possèdent les nourrissons de

moins de 6 mois, immunité si grande sur laquelle WEILL et BROCA viennent à nouveau d'insister.

Hermann inocula la muqueuse nasale de ces nourrissons en l'enduisant avec du mucus prélevé dans le nez chez des rougeoleux 24 heures avant l'apparition de l'exanthème. 40 enfants furent ainsi traités, la plupart ne firent aucune réaction ; 15 eurent un peu de fièvre et quelques-uns de rares macules sur la face et le corps. Depuis, 4 de ces vaccinés ont été en contact avec des rougeoleux sans contracter la maladie.

RICHARDSON et CONMOR reprirent ces essais en 1918. Ils inoculèrent à la fois le virus et le sérum de convalescent, espérant ainsi obtenir une immunisation active sans trop de risques pour le patient.

Une fillette atteinte de coqueluche qui avait été au contact d'un rougeoleux reçut 15 cc. de sérum de convalescent et le même jour fut badigeonnée avec les sécrétions naso-pharyngées toutes fraîches de deux rougeoleux qui venaient de faire leur exanthème.

Douze jours plus tard elle présentait les signes d'une rougeole abortive.

HIRAISHI et OKAMOTO ont cherché quelle est la plus petite quantité de sang citraté de rougeoleux prélevé juste avant l'injection en plein exanthème capable de donner la rougeole. Quand on l'injecte sans tarder sous la peau des sujets réceptifs, cette dose est comprise entre 0 cc. 001 et 0 cc. 002. Ils ont pensé que l'inoculation d'une dose inférieure de virus qui ne provoque pas la rougeole, pourrait conférer l'immunité active. Ils firent l'inoculation en employant 1 /10000 de cc. dilué dans une solution citratée jusqu'à 1 cc. chez les enfants âgés de 1 à 1 0 ans, qui n'avaient pas eu de contact avec les rougeoleux les jours précédents. L'inoculation se montra complètement inoffensive.

Son efficacité fut recherchée soit en injectant aux enfants une dose virulente, soit en badigeonnant la gorge des sujets avec des mucosités pharyngées de rougeoleux, ou bien encore en exposant les enfants à l'infection naturelle. Sur 14 enfants ayant reçu la dose préventive de 1 /10000e de cc., 8 échappèrent à la maladie.

Pour renforcer l'immunité obtenue, les auteurs se proposent à l'avenir de faire deux injections préventives au lieu d'une seule, la première avec 1 /10000e de cc., la seconde au bout de deux à trois semaines avec 1 /10000e de cc. au-dessous de 5 ans et 2 /10000e au-dessus de cet âge.

Enfin DEGKWITZ a publié les premiers résultats obtenus avec un autre procédé d'immunisation : il ensemence des milieux de culture additionnés d'albumine humaine avec les sécrétions conjonctivales et pharyngées des rougeoleux. Les cultures sont inoculées aux enfants réceptifs : 12 à 15 jours après surviennent du catarrhe nasal et un léger mouvement fébrile.

Tous les enfants ainsi inoculés se montraient encore réfractaires à la rougeole après plusieurs mois.

Les résultats en matière d'immunisation active sont loin d'être aussi brillants et aussi démonstratifs que ceux qu'a donnés l'immunisation passive avec le sérum des convalescents.

Scarlatine. — La réaction de Schultz et Charlton devait encourager encore à pratiquer la sérothérapie de la scarlatine.

Dans les scarlatines graves, c'est Weisbecker qui, en 1897, utilisa le premier les injections de sérum de convalescents ; son exemple fut suivi par différents auteurs dans les années suivantes (Huber Blumenthal, etc.). Tous ces médecins, à l'exemple de Weisbecker, n'ont injecté que de faibles quantités de sérum, l'injection sous-cutanée étant souvent unique ; les résultats furent variables et dans l'ensemble assez peu démonstratifs. Aussi ce traitement fut-il délaissé jusqu'en 1912, moment où JUNGMANN et REISS reprirent l'étude de la sérothérapie de la scarlatine. Ils réinjectèrent par voie veineuse des quantités relativement considérables de sérum 50 à 60 cc.) et répétèrent trois et quatre fois ces injections ; leurs résultats furent très favorables. Ils furent confirmés depuis par une série de travaux.

En 1918 KLING et WILDFELD employèrent avec succès la sérothérapie dans 237 cas de scarlatine maligne.

PARAF et DEBRÉ ont eu l'occasion d'appliquer ce traitement chez une fillette atteinte de scarlatine maligne et les résultats obtenus furent démonstratifs malgré l'extrême gravité de l'état de l'enfant.

Comme dans toute sérothérapie l'action du sérum est d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce : les effets sont nets chez les malades traités du 4e au 5e jour. Après le 10e jour l'injection de sérum est inefficace.

L'action du sérum se manifeste rapidement, dès la 3e ou 4e heure qui suit l'injection : la température qui était aux environs de 40° descend à 38° ; elle remonte parfois au bout de 24 à 36 heures. Une nouvelle injection de sérum produit une nouvelle chute de la température.

La durée et l'évolution de l'éruption ne sont habituellement pas modifiées par l'injection de sérum.

DEBRÉ et PARAF recommandent d'utiliser le sérum de convalescents d'une scarlatine de moyenne intensité *prélevé à la* 5e *semaine* de la maladie, d'autres auteurs ont utilisé avec d'excellents résultats du sang prélevé à une époque plus tardive, le 2e et 3e mois.

Les précautions à prendre seront celles qui ont été indiquées par Debré et Paraf à propos de la sérothérapie de la rougeole.

Le sérum sera conservé à la glacière pendant au moins cinq ou six jours avant son utilisation. La réaction de Bordet-Wassermann sera pratiquée pour éliminer la syphilis. L'interrogatoire du malade et l'examen de son sang suffiront pour mettre le paludisme hors de cause. Le donneur sera mis en observation pendant les quelques jours qui suivront le prélèvement pour vérifier qu'il n'est pas en incubation d'une maladie infectieuse. Enfin le sérum sera inactivé à 56°.

Au sérum, ZINGHER préfère le sang citraté dont l'emploi est plus commode et qui donne des résultats analogues.

Doses : 1re injection intramusculaire de 40 à 50 cc. ; puis les jours suivants, injections sous-cutanées de 30 à 40 cc.

En résumé.

Nous voyons que des travaux récents ont mis à la disposition du clinicien, d'abord, pour le diagnostic de la scarlatine, de l'épidémiologiste ensuite, pour la prophylaxie de la rougeole, des moyens efficaces dans la lutte contre ces deux maladies. Il reste entendu que l'agent pathogène des fièvres éruptives est encore inconnu, mais les travaux de Salimbeni, de Kermorgant, de Caronia, entre autres, nous donnent à penser que l'origine même de ces affections ne tardera pas à être élucidée.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

L'hydramnios,

D'après une leçon du Professeur JEANNIN (1).

Je laisserai absolument de côté dans cette leçon l'hydramnios aigu, qui est très rare, et très spécial dans certaines de ses causes, son évolution et son traitement ; celui que tout le monde entend quand on parle de l'hydramnios, c'est l'hydramnios chronique. Ce terme d'ailleurs est loin d'être précis : il représente l'abréviation du mot polyhydramnios ou augmentation anormale du liquide amniotique. Généralement on réserve le nom d'hydramnios véritable aux cas dans lesquels la quantité de liquide dépasse *deux litres* ; ceci d'ailleurs n'a rien d'absolu : dans tel cas l'hydramnios existe avec 1.500 grammes, dans tel autre cas, il n'y a aucun signe d'hydramnios avec des quantités supérieures de liquide.

L'hydramnios chronique débute vers la fin de la grossesse, dans les trois derniers mois ; du moins c'est l'époque à laquelle il arrive à se manifester. Son début est essentiellement insidieux et progressif.

Les premiers *troubles fonctionnels*, les troubles de compression, dont on a exagéré l'importance, se réduisent à très peu de chose. Que voit-on ? Un peu de dyspnée, un peu d'œdème des membres inférieurs, quelques varices, mais cela est banal à la fin de la grossesse. Si c'est une multipare, elle se trouve plus lasse que dans ses précédentes grossesses. Si c'est une primipare, les termes de comparaison lui manquent. D'autre part, elle a de vagues douleurs en ceinture, ayant tendance à s'irradier dans le haut des cuisses et dans le massif pelvien. Elle sent beaucoup plus remuer que d'habitude, alors même qu'il n'y a pas de grossesse gémellaire. La multipare, à l'approche du terme, remarque que son enfant remue trop.

L'*inspection* montre le volume exagéré de l'abdomen, eu égard à l'époque présumée de la grossesse. Le ventre ne s'étale pas, l'utérus est très rond, très plein. Il n'existe pas d'œdème, à moins qu'il n'y ait en même temps une grossesse gémellaire.

La *palpation* montre l'excès de tension permanente de l'utérus. A aucun moment il n'est assez souple pour bien permettre de palper le fœtus. Presque toujours la tension de l'hydramnios est assez prononcée pour que la sensation de flot soit transformée en une autre qu'on appelle la sensation de rénitence. Quand les membranes se sont rompues spontanément, ou quand elles ont été rompues artificiellement, et que l'utérus vide son trop plein, à ce moment vous obtiendrez une sensation de flot. L'hydramnios a donc pour signe une sensation de flot, mais surtout de rénitence.

Un symptôme extrêmement important est la difficulté du palper fœtal, en raison et de la tension de l'utérus par l'excès de liquide, et de l'interposition de ce liquide entre le fœtus et la paroi. De plus, cet excès de liquide rend le fœtus hypermobile, rend ballottables des parties qui normalement ne devraient pas l'être à l'époque où on les examine. Le ballottement de la tête qui doit être si net dans les premiers mois, mais qu'on ne doit plus sentir à terme, peut encore se rencontrer dans l'hydramnios dans les trois derniers mois, comme il existait vers le quatrième mois. Normalement, le siège ne ballotte pas ; dans l'hydramnios il ballotte, si bien qu'on le prend pour une tête.

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, le 26 juin 1924, et recueillie par le Dr LAPORTE.

L'*auscultation* est souvent difficile ; les bruits du cœur sont lointains.

Le *toucher*, à la fin de la grossesse, montre ordinairement que le col n'est pas effacé ni sensiblement diminué de volume : il est long et fermé. Si l'hydramnios est fort, on voit la déhiscence du col ; ceci diffère de l'effacement et de la dilatation ; c'est un col dont les parois se trouvent éloignées l'une de l'autre sans avoir sensiblement perdu de leur longueur, parce qu'il y a excès de tension. On a l'impression d'une poche des eaux. Ce n'est pas un col effacé, ce n'est pas un col dilaté. La preuve, c'est que si les membranes sont rompues, de façon à permettre à un litre de liquide amniotique de s'écouler, ce pseudo-effacement disparaît et le col se referme. C'était donc bien un col dont les parois étaient écartées et non en travail. Ceci est caractéristique de l'hydramnios.

Le toucher montre encore très souvent l'absence de toute présentation. C'est plus qu'une présentation mobile. C'est une mobilité anormale de la présentation.

Les *symptômes généraux* se réduisent à peu de chose ou même à rien.

L'*évolution* doit être envisagée à trois périodes : grossesse, accouchement, délivrance.

Toutes les fois qu'il y a vraiment hydramnios, il y a tendance à l'interruption de la grossesse avant terme, parce qu'il y a surdistension de l'utérus, et fréquemment rupture prématurée des membranes ; les membranes se rompent à sept mois et demi ou huit mois. Il survient un premier phénomène qui constitue l'hydrorrhée amniotique. Ou bien le travail se déclare dans les 48 heures, ou bien l'hydrorrhée continue pendant des semaines, ce qui est rare.

Dans l'accouchement, il y a à considérer deux ordres de phénomènes, les phénomènes maternels et les phénomènes fœtaux. Du côté maternel, lorsqu'il y a hydramnios, on constate très souvent de l'*inertie*. Pour qu'un muscle se contracte bien, il faut qu'il soit à un certain degré de tension, ni trop faible, ni trop forte. La preuve, c'est qu'une femme porteuse d'un petit fœtus a souvent un travail moins régulier et moins bref qu'une femme porteuse d'un gros enfant bien engagé. S'il y a hydramnios, l'utérus est trop tendu, il est mal à l'aise pour se contracter.

Les phénomènes fœtaux s'imposent. C'est tout d'abord la fréquence des présentations hautes : l'excès de liquide aminiotique forme une sorte de frein hydraulique qui gêne la descente de la présentation. C'est la fréquence des présentations anormales, par exemple de l'épaule. C'est l'absence de toute présentation, conséquence du défaut d'accommodation.

Lors de la délivrance, il y a assez souvent de l'inertie entraînant une hémorragie, et il peut aussi y avoir de la rétraction utérine par suite de la brusque dépression.

Le pronostic fœtal est toujours réservé en cas d'hydramnios véritable. Il est réservé à cause de la grande fréquence de la prématurité, de la mort possible pendant le travail par présentation vicieuse, procidence du cordon et des membres. Dans 50 % des cas le fœtus a une malformation ou la syphilis.

Le *diagnostic différentiel* comporte l'examen de deux groupes d'erreurs. Il y a les erreurs faciles et les erreurs difficiles à éviter. Il y a des erreurs auxquelles il suffit de penser. La première c'est la rétention d'urine. Le premier geste sera de sonder la femme ; elle peut n'avoir pas été sondée ou insuffisamment. On ne pensera jamais assez à cette cause d'erreur. Une autre cause d'erreur facile à éliminer également, est l'adipose abdominale. Le météorisme abdominal se reconnaîtra à la sonorité. L'ascite siège autour de l'utérus et a des caractères spéciaux faciles à reconnaître. Le kyste de l'ovaire se distinguera par ce fait qu'à côté de lui on trouvera l'utérus ; tant qu'on n'a pas fait cette constatation, un gros kyste de l'ovaire peut simuler une hydramnios.

Voici maintenant des erreurs difficiles à éviter. Ce sont l'excès de volume du fœtus et la gémelliparité. Le diagnostic du gros fœtus est cependant facile quand on peut constater le volume des parties fœtales, mais ici la palpation est difficile parce que l'utérus est tendu. Il faut se rappeler la fréquence de l'hydramnios à l'occasion de la gémelliparité et chercher les symptômes de celle-ci.

L'hydramnios est de causes fœtales et maternelles. En pratique les causes maternelles sont négligeables. Vous verrez des albuminuriques ayant des œdèmes et qui n'ont pas d'hydramnios. Dans un tiers des cas la cause reste inconnue. Dans les autres on relève trois causes principales. C'est la syphilis. La femme est probablement une syphilitique, ou a été fécondée par un syphilitique, ce qui en l'espèce revient au même. Le traitement est indiqué. La seconde cause, c'est la gémelliparité. Il n'est pas rare de voir l'hydramnios dans les grossesses bivitellines, il est fréquent de la voir dans les grossesses univitellines. La troisième cause, ce sont les malformations fœtales, certaines malformations cardio-vasculaires. L'hydrocéphalie est fréquente dans l'hydramnios ; elle relève probablement d'un même principe causal.

Le traitement pendant la grossesse est seulement palliatif et consiste à mettre la femme au repos au lit. On a recommandé le régime déchloruré et le régime lacté. Faut-il ou non interrompre la grossesse ? En principe, il vaut mieux ne pas l'interrompre. Pourtant si la tension est trop forte, si elle devient inquiétante, l'interruption de la grossesse devient nécessaire. Elle

◆◆◆◆◆

doit être réalisée par un seul procédé, la ponction ovulaire. Personne ne songerait à placer un ballon dilatateur dans un utérus hypertendu, tandis que la perforation des membranes réalise une indication symptomatique. On diminue la tension de l'abdomen ; la femme respire mieux. On peut palper l'utérus et reconnaître s'il y a deux jumeaux. Dans la règle, la femme ainsi traitée entre en travail immédiatement.

Pendant le travail, la conduite à tenir comporte une grosse indication : s'assurer de la verticalisation et de l'immobilisation de la présentation, éviter que le fœtus ne se mette en biais, ne se présente par l'épaule, si l'utérus avait tendance à se rétracter ; rompre les membranes avant la dilatation complète pour permettre au fœtus de descendre ; version podalique quand la dilatation est complète.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La climatothérapie de la tuberculose pulmonaire.

La France possède, y compris le versant suisse des Alpes, des régions de plaines, de moyenne et grande altitude et des climats côtiers permettant de traiter la tuberculose pulmonaire selon ses formes et les réactions individuelles des malades.

Indépendamment des réactions du malade, de la forme de la maladie, il faut aussi tenir compte des conditions géologiques, topographiques, et climatériques, de la région envisagée. Ce sont là les trois données essentielles de la climatothérapie.

Quels qu'ils soient, les différents climats doivent posséder des qualités communes, qui les rendent propres à la cure. Ce sont : la perméabilité du sol, la rareté des brouillards, la stabilité thermique relative, la limpidité atmosphérique, la pauvreté de l'air en germes microbiens, la faiblesse des vents, la puissance de l'insolation, un état hygrométrique moyen, un minimum de poussières.

Pour le *climat de plaine*, dit A. VAUDREMER, les différentes régions ont chacune leurs caractères propres et s'adressent à des types morbides et individuels déterminés.

Du *climat de montagne* (800 à 1.800 m. d'altitude), il faut écarter les malades ayant dépassé la quarantaine, les emphysémateux, les scléreux, les dilatés des bronches, les insuffisants cardiaques et les hypertendus, les tuberculeux à forme fibreuse hémoptoïque récidivante chronique avec accès asthmatiformes, les tuberculeux jeunes à type fibro-caséeux, à poussées évolutives successives de type fébrile ou sub-fébrile. Les autres formes de tuberculose pulmonaire bénéficieront des climats d'altitude.

Climats du Sud-Ouest. La phase d'acclimatation n'existe pas à Pau et à Cambo, dont l'action est sédative. Ces deux stations conviennent aux malades en évolution et sont contre-indiquées pour les anorexiques, les dyspeptiques et les tuberculeux à forme rapide, auxquels Arcachon pourra convenir.

Le *climat méditerranéen* est toujours stimulant ; il est mixte, alpestre et marin. Il trouve son indication dans tout état d'insuffisance, de torpidité, de débilité, de passivité organique. Il demeure toujours indiqué pour toutes les formes de tuberculose torpide. Il donne des résultats satisfaisants dans la tuberculose des gens âgés, dont les fonctions artérielles et cardio-rénales sont souvent atteintes, ceux précisément à qui la montagne ne convient pas. Il faut l'interdire à la phtisie aiguë, progressive, comme à la tuberculose hyperexcitable, congestive, avec poussées bronchitiques faciles, à la tuberculose laryngée. (*La Médecine*, mai 1924.)

Les cures thermales après l'appendicectomie.

Dans une excellente étude, le Dr J. BAUMANN (de Châtel-Guyon) montre que l'appendicectomie n'est qu'un épisode du traitement de l'appendicite. Après comme avant, le traitement médical reprend ses droits, peut-être plus stricts et plus sévères qu'auparavant. Il s'agit de s'attaquer aux complications et aux séquelles, qui font que le malade continue à souffrir. C'est à ce moment que les cures thermales sont susceptibles de rendre les meilleurs services, d'autant plus que certaines d'entre elles ont une action spécifique.

Dans l'*appendicite aiguë*, les séquelles sont assez rares, surtout chez les jeunes sujets. Cependant, certains névropathes peuvent faire de l'entérite muco-membraneuse et même du psychisme. Une cure de repos, avec diététique sévère, s'impose. Châtel-Guyon offre ses eaux stimulantes, Plombières ses eaux sédatives, sans compter les ressources balnéothérapiques, climatiques, etc., de ces stations.

Après l'*appendicite chronique*, les *complications inflammatoires* sont plus communes. Si un traitement hydro-minéral ne peut libérer un intestin des brides ou des adhérences qui le gênent, il est cependant possible, par des cures spéciales et méthodiques, d'atténuer les phénomènes

inflammatoires, la colite, etc. Les eaux chlorurées magnésiennes de Châtel-Guyon ont une influence considérable sur l'élément colite ; ses applications hyperthermiques de boues minérales, sa gamme de bains carbo-gazeux décongestifs, sa cure de boisson désinfectante et cicatrisante, ses applications intra-coliques d'eau minérale par le goutte à goutte rectal ont, sur la colite et les lésions même graves du gros intestin, des effets remarquables.

Dans les *états infectieux*, notamment la colibacillose, les cures thermales, insuffisantes par elles-mêmes, sont néanmoins très utiles ; par action directe antiseptique, les eaux de Châtel-Guyon sont indiquées. Vichy ou Brides ont sur les fonctions biligéniques une action spécifique. Si les voies urinaires sont atteintes, on a recours aux cures de diurèse d'Evian, Vittel, Martigny. Dans les dysménorrhées douloureuses, si fréquentes au cours d'appendicites ignorées, Châtel-Guyon, Capvern, La Roche-Posay, Vichy, assurent les fonctions intestinales. Salies-de-Béarn, Salins-de Jura, Salins-Moutiers sont réservées aux suspects de tuberculose. Cependant, dans la tuberculose latente et larvée, quand les cures thermales sont capables d'opérer une réactivation, il faut préférer le traitement classique : cure d'air, etc.

Dans les *entéralgies*, les *entéro-névrites*, Plombières est la station type avec ses eaux très radioactives.

La *toxémie appendiculaire* nécessite une cure de désintoxication soit à Evian, Contrexéville, Vittel, soit à la Bourboule (eaux arsenicales), à Bussang (eaux ferrugineuses), et cette cure est associée avec avantages à une cure de Brides, Châtel-Guyon, Plombières ou Vichy. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1924).

L'anesthésie transcutanée en stomatologie.

Si l'on est d'accord pour convenir que les résultats de l'anesthésie locale sont des plus satisfaisants dans l'extraction des dents, il n'en est plus de même s'il s'agit d'une intervention portant sur les maxillaires, qui dépasse la région alvéolaire, et l'anesthésie devient alors beaucoup plus difficile à obtenir par la voie intra-buccale. On doit recourir ici à l'anesthésie générale, avec ses risques plus marqués (vomissements, choc).

Or, le Dr Maurice Roy est arrivé à obtenir par l'anesthésie locale, grâce à une technique particulière, par infiltration, une anesthésie absolument parfaite du maxillaire supérieur comme du maxillaire inférieur. Sa méthode est dénommée : anesthésie transcutanée. Pour obtenir ainsi une anesthésie osseuse, il faut porter directement l'anesthésique au contact de l'os et de son périoste, dont la circulation assurera la diffusion du médicament.

Cette anesthésie s'obtient aisément dans la portion alvéolaire, quand on fait, suivant la technique habituelle, des injections dans la fibro-muqueuse, celle-ci étant constituée par l'union intime de la muqueuse, du périoste osseux et de la membrane péri-radiculaire. Mais, pour les régions supra-alvéolaires, il faut porter l'anesthésique à leur niveau, et, sous peine d'échec, *directement* au contact du périoste osseux. Pour les portions buccales de l'os, l'auteur obtient ce résultat en traversant le tissu cellulaire sous-muqueux pour arriver au périoste ; pour les portions extra-buccales, il fait les injections à travers la peau, afin d'arriver également au contact du périoste. Il arrose en quelque sorte, par une série de petites injections, *transmuqueuses* d'abord, transcutanées sensuite, toute la surface du maxillaire, et il obtient ainsi une excellente anesthésie de l'os dans sa totalité, sitôt les injections terminées, qui lui permet des interventions très étendues sans aucune douleur.

En terminant son étude, le Dr Roy décrit en détail les points d'injection pour obtenir l'anesthésie du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur.

Par cette méthode, qui recherche l'anesthésie de l'os et non pas celle de la peau, on évite l'anesthésie générale. (*Journ. des Praticiens*, 7 juin 1924).

Le zona varicelleux, son existence, sa fréquence.

Les faits d'observation clinique ont démontré au Dr Netter qu'il existe réellement une parenté entre deux maladies, pour lesquelles les dissemblances l'emportent beaucoup sur les analogies, entre la varicelle, maladie contagieuse par excellence, et le zona, affection à apparition généralement isolée, et dont la contagiosité, en tout cas fort rare, avait encore besoin d'être prouvée.

Ce qui est surtout impressionnant, c'est l'apparition, dans une famille ou dans une salle d'hôpital, de cas de varicelle après un premier cas de zona, sans que l'on puisse trouver une source de contagion. Il n'est pas exceptionnel non plus de voir l'ordre inverse, la varicelle ayant précédé le zona, ou encore la succession varicelle-zona-varicelle-varicelle, zona-zona-varicelle, et cela à des intervalles réguliers de 10 à 17 jours, ou de 7 à 27 jours ; or, ces chiffres sont précisément ceux qui ont été notés pour l'incubation de la varicelle.

Enfin, les sujets atteints de zona n'ont généralement jamais eu la varicelle, et, tout en restant en contact avec les varicelleux, ils ne prennent pas la varicelle. Ces faits montrent l'immunité conférée par l'une de ces affections éruptives vis-à-vis de l'autre.

La sérologie démontre, d'autre part, par la réaction de fixation, la nature varicelleuse de ces zonas, que dénonçaient la clinique et l'étiologie.

La varicelle, ainsi que le démontre Netter, n'est plus seulement la cause d'un certain nombre de zonas ; c'est la cause d'un très grand nombre de zonas.

A noter enfin que les antigènes varioleux et vaccinaux se comportent vis-à-vi s des anticorps vaccinaux et varioleux comme ceux du zona avec ceux de la varicelle. Cependant, s'il n'a jamais été observé de variole dans le voisinage d'une vaccine même généralisée, les cas de varicelle autour d'un zona ont été observés assez souvent.

Il s'agit probablement de virus filtrants. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour établir la proportion des zonas non varicelleux, s'il en existe. (*Paris médical*, 7 juin 1924.)

Types vagotonique et vaso-moteur des sympathoses complexes.

Les sympathoses complexes, décrites par le P[r] LAIGNEL-LAVASTINE, sont l'association de plusieurs syndromes sympathiques plus ou moins généralisés ; elles appartiennent au domaine de la clinique.

La conception schématique du sympathicotonisme et du vagotonisme a le très grand avantage de donner une forme scientifique aux conceptions anciennes des tempéraments et des diathèses. Elle permet de réunir et de grouper des troubles morbides qui coexistent ou se succèdent, et qui, malgré leurs localisations différentes et leur aspect disparate, relèvent d'un mécanisme unique. Elle explique aussi les malaises, dont se plaignent beaucoup de sujets, qu'on ose à peine qualifier de malades imaginaires, alors qu'en réalité, il n'y a pas de malades imaginaires. Il y a seulement des individus dont le système nerveux est hyperexcitable, qui sentent plus vivement que les autres et, pour une cause en apparence légère, ont des réactions extrêmement violentes. Ce sont, si l'on veut, des névropathes, mais à la condition de donner à ce mot un sens bien précis : ce sont des sujets dont le système nerveux organique subit le contrecoup des *troubles apportés dans les sécrétions internes*. (*Paris médical*, 26 juin 1924.)

La pathogénie des malformations du bec-de-lièvre.

Le D[r] F. CADENAT étudie cette malformation congénitale de la face, qui consiste en une solution de continuité des tissus mous et durs de la lèvre et de la mâchoire supérieures.

Réservant les circonstances qui accompagnent et peut-être causent cet arrêt de développement, il cherche à vérifier si la non-coalescence des ébauches embryonnaires peut, à elle seule, expliquer toutes les malformations du bec-de-lièvre.

Or, la figure que l'on peut réaliser artificiellement en fendant une face normale n'est pas superposable à une face congénitalement malformée, mais l'on peut trouver cependant dans l'étude des dispositions normales l'indication du sens dans lequel s'accompliront les transformations pathologiques ; c'est le seul but auquel peut prétendre une explication pathogénique d'une malformation congénitale. (*Gazette des Hôpitaux*, 8 et 10 juillet 1924.)

Eruptions post-arsénicales.

Dans cette étude, le D[r] VEYRIÈRES n'envisage que les composés minéraux de l'arsenic, qu'il faut distinguer des composés organiques, d'architectures moléculaires différentes, et d'élimination rapide.

L'arsenic a été pendant longtemps la panacée dermatologique ; puis, il a été abandonné presque complètement par terreur exagérée de l'arsenicisme cutané.

Sans faire état des points encore litigieux (action sur l'état général, sur le fonctionnement du système nerveux végétatif, sur celui des glandes vasculaires sanguines), on doit prendre en considération les points indiscutés actuellement. Or, on sait qu'une des voies principales de l'élimination de l'arsenic, c'est la peau, dans laquelle même il se fixe volontiers ; d'autre part, sans accoutumance possible, l'élimination de l'arsenic demande de 30 à 40 jours. De plus, il s'accumule et cette accumulation peut être un jour la cause d'accidents. La clinique nous enseigne aussi que si, chez certains individus, les incidents cutanés banaux peuvent succéder aux premières doses, les accidents cutanés, que l'on peut réellement dire arsenicaux, ne se voient que lorsque l'usage de l'arsenic a été trop longtemps prolongé, et lorsque l'absence de périodes de repos, ne permettant pas l'élimination, a amené l'accumulation.

La méthode des doses progressives est bien ce qu'on pouvait trouver de mieux pour favoriser l'accumulation. L'arsenic ne doit être donné jamais qu'à très petites doses, par périodes d'un mois ou six semaines, séparées par des intervalles de repos de même durée, qui permettront l'élimination et s'opposeront à l'accumulation. Orfila fixait à 35 jours le temps nécessaire à l'élimination.

Dans ces conditions, et administré par périodes pendant un temps suffisamment long, il est un très grand médicament du psoriasis, de tous les troubles de la fonction épidermique (surtout chez les xérodermiques)) et des prurits chroniques ne tenant pas à une déficience hépatique ou rénale. Cette amélioration de fond de la peau s'obtient surtout chez des sujets encore jeunes. L'arsenic n'est pas un remède héroïque ; il ne peut agir qu'à la longue, par sa fixation dans la peau, par une modification suffisante et durable des téguments. (*Le Bulletin médical*, 9-12 juillet 1924.)

(1)

« Il s'agit moins de prendre de la chaux que d'en garder » (FERRIER).

Cette formule « lapidaire » domine toute la thérapeutique *dite* de recalcification. S'il est rationnel, en effet, de prescrire des sels minéraux dans tous les cas où l'organisme les élimine en excès (Tuberculose, Chloro-anémie, Rachitisme, Neurasthénie, Fractures, Convalescences, Croissance, etc.), il est indispensable de faire cet apport sous une forme essentiellement utilisable. Et les sels de chaux, on le sait, sont difficiles à fixer dans les tissus.

Les travaux de STOLZER BOSSI, BEZANÇON, LÉON BERNARD, sur le Rachitisme et l'Ostéomalacie, de CARNOT, sur les fractures, de RÉNON et surtout de SERGENT sur la Tuberculose, ont mis en évidence l'action favorisante de l'adrénaline sur les échanges minéraux, et, en particulier calciques.

ANDRÉ RICHARD, dans sa thèse : « Métabolisme des sels de chaux et calciurie dans la Tuberculose », étudie les variations calciuriques chez des malades soumis au traitement calcique seul, et chez ceux soumis au traitement calcique associé à l'adrénaline. Il conclut nettement en faveur de cette dernière méthode.

Une thérapeutique rationnelle de reminéralisation doit s'inspirer de ces données cliniques et biochimiques. La CRINOCALCINE HATIER utilise, comme fixateurs de la chaux, *l'extrait total de capsules surrénales* dont est retirée l'adrénaline. et *l'extrait total d'hypophyse.* Cette synergie opothérapique diminue l'acidité humorale, assure de façon parfaite le métabolisme des calcaires, et a, de plus, l'avantage de renforcer la pression artérielle dont le fléchissement est particulièrement marqué dans les états de déminéralisation.

Associée aux sels minéraux déficients (Chaux, Phosphore, Silice, Fluor, Magnésie), elle fait de la CRINOCALCINE HATIER le produit de recalcification le plus complet, le plus rationnel, le plus efficace.



Les Sociétés Savantes

Paris

La prophylaxie du charbon.

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 7-10-1924.)

M. Lignières fait une communication sur les moyens d'éviter la contamination par les produits charbonneux d'origine animale.

La prophylaxie du charbon chez les animaux est la base de la défense de l'homme contre cette maladie, en même temps qu'elle représente une sauvegarde des grands intérêts de l'élevage.

La prévention du charbon chez les animaux domestiques s'appuie sur des mesures sanitaires simples, dont la principale est l'immunisation par vaccination. Les vaccins employés, toutefois, doivent avoir une activité suffisante. Or, le commerce livre aux agriculteurs, en Sud-Amérique principalement, des produits vaccinaux dont la valeur est quelquefois discutable. Il importerait de ne les autoriser qu'après contrôle officiel par un laboratoire compétent. Ce qui se passe, à ce sujet, dans les centres d'élevage américains n'est pas sans intérêt pour l'Europe, puisque des objets susceptibles d'être vecteurs de germes charbonneux (peaux, cornes, etc.) peuvent nous venir de ces régions.

La stérilisation des produits suspects (cuirs, peaux, laines, etc.) est également utile, mais elle n'est pas toujours pratiquement réalisable, car elle doit être économique et ne pas détériorer les matières traitées.

La diathermie dans la gangrène diabétique humide.

(MM. Cluzet et Chevallier. — *Académie de médecine* ; 7-10-1924.)

La gangrène diabétique sèche a été soignée avec succès par un assez grand nombre de moyens, mais, pour la gangrène humide, la thérapeutique se heurte à beaucoup plus de difficultés, et l'amputation haute du membre est considérée alors, en général, comme inévitable.

MM. Cluzet et Chevallier ont eu recours, chez cinq diabétiques atteints de gangrène humide du membre inférieur et chez un sixième offrant une gangrène humide du scrotum, à la diathermie, qui leur a procuré d'excellents résultats. Chez leurs malades, l'amélioration s'est dessinée dès les premières applications et elle s'est accentuée constamment jusqu'à la guérison complète. Dès le début, les douleurs et l'œdème ont diminué, l'écoulement sanieux est devenu plus abondant, entraînant des débris tissulaires de diverse nature ; puis, les escarres se sont détachées et la cicatrisation s'est faite rapidement. La guérison a été obtenue indifféremment et dans les mêmes délais, que les malades aient ou non reçu de l'insuline.

La diathermie intervient probablement ici par l'action calorique et l'action vasculaire, si bien mises en évidence par d'Arsonval. En tout cas, elle semble constituer un moyen thérapeutique d'une efficacité incontestable dans les gangrènes diabétiques humides.

Sur une question médico-légale du suicide à deux.

(MM. A. Marie et R. de Fursac. — *Soc. de médecine de Paris* ; 26-4-1924.)

Dans le suicide à deux, il arrive parfois que l'un des suicidés ne meurt pas et est poursuivi devant les tribunaux pour homicide. Dans l'affaire Chambige, on se le rappelle, l'amant survivant fut durement condamné par les juges.

MM. Aug. Marie et Rogues de Fursac signalent quelques cas de ce genre dans lesquels s'est produite une particularité psychique qui les a autorisés à proposer un non-lieu en faveur de l'inculpé. Trois fois, ils ont vu des sujets qui, après avoir tué leur maîtresse ou leur femme, se sont tirés des coups de revolver dans la région temporale. Ayant survécu et examinés ensuite au point de vue mental, ils ont été reconnus normaux, sauf une amnésie portant sur le moment de l'homicide et du suicide. MM. Marie et de Fursac ont conclu à leur entière responsabilité. Prenant acte, toutefois, de l'infériorité où ces individus se trouvaient pour se défendre, du fait de l'amnésie du moment du suicide, ils ont demandé au juge de clore l'instruction par un non-lieu.

— M. Dartigues relève l'avis de M. Marie concernant le déficit psychique considérable que peut entraîner une perte de substance cérébrale. Il en est ainsi souvent mais non toujours, car l'on voit des blessés du crâne, avec perte de substance cérébrale notable, conserver intactes leurs fonctions mentales, chez l'enfant surtout.

La goutte pendant et après la guerre.

(M. Monsseaux. — *Société de médecine de Paris* ; 9-5-1924.)

La guerre a-t-elle eu une influence sur la goutte ? Il est certain que cette maladie, qui est favorisée par la bonne chère et par la vie facile, n'a pas trouvé toujours ses meilleures conditions d'éclosion pendant et depuis la guerre. M. Chauffard déclarait dernièrement que la goutte était, d'une manière générale, actuellement en voie d'atténuation. M. Morsseaux ne croit pas qu'elle soit réellement diminuée, mais il pense

qu'elle s'est modifiée. Nombre d'anciens goutteux ont vu leur affection s'atténuer, soit par une mobilisation qui a changé leur mode d'existence, soit par un régime plus pauvre nécessité par la vie chère. Par contre, nombre d'autres sujets qui, avant-guerre, n'étaient pas candidats à la goutte sont devenus goutteux du fait d'une vie de repos à l'arrière, parfois d'une suralimentation et de séjour à l'humidité dans les services de l'avant, sans parler des nouveaux riches dont le tempérament est en train de se modifier par une bonne chère à laquelle ils n'étaient pas habitués.

De nouveaux goutteux, dit l'auteur, se forment dans des milieux qui semblaient les moins prédisposés. Toutes les catégories sociales sont représentées parmi les goutteux d'après guerre. Les hauts salaires de certains corps de métier, favorisant une alimentation plus copieuse, feront peut-être apparaître la goutte chez des sujets qui, autrefois , restaient très éloignés de cette maladie. Voilà une égalité sociale qui ne doit guère être recherchée !

Le spiroscope dans la tuberculose pulmonaire.

(M. PESCHER. — *Société de médecine de Paris* ; 9-5-1924.)

M. Pescher fait une communication sur les applications du spiroscope dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les hérédo-tuberculeux, déclare l'auteur, sont généralement des insuffisants respiratoires. L'entraînement spiroscopique, s'il ne peut rien de direct contre le bacille, est tout puissant pour fortifier le terrain. Non seulement, il améliore l'état général, mais il fait acquérir aux poumons des qualités indéniables de résistance.

Dans la tuberculose pulmonaire confirmée, la spiroscopie trouve aussi ses indications. Elle doit être écartée, bien entendu, dans les poussées aiguës, mais elle rend des services lorsqu'elle est faite méthodiquement et progressivement dans nombre d'états chroniques.

— M. ROSENTHAL fait observer qu'en matière d'éducation respiratoire, il ne faut pas oublier l'importance de la respiration nasale dont le rôle est essentiel dans l'ampliation de la cage thoracique.

L'hypocalcémie dans la tétanie.

(M. DORLENCOURT et Mlle SPANIEN. — *Soc. de Pédiatrie* ; 17-6-1924.)

L'hypocalcémie est la règle au cours des états de tétanie de la première enfance. C'est un indice sérologique si constant en pareil cas, qu'il peut, semble-t-il, servir de critère pour différencier la tétanie vraie de certains accidents convulsifs qui peuvent la simuler.

L'hypocalcémie se voit dans d'autres affections que la tétanie mais lorsqu'elle est absente, que la calcémie est normale ou exagérée, l'origine tétanienne des troubles paraît pouvoir être écartée avec certitude.

— M. R. DEBRÉ confirme dans leur ensemble les remarques de M. Dorlencourt. Toute spasmophilie (à laquelle se rattache la tétanie) est accompagnée d'hypocalcémie. Chez d'autres catégories de malades (nourrissons tuberculeux, asthmatiques), l'auteur a trouvé une calcémie normale.

— M. LESNÉ a rencontré également une calcémie normale dans la chorée de Sydenham.

Ostéopsathyrosis héréditaire.

(MM. PASTEUR VALLÉRY-RADOT et ARIS. — *Soc. de Pédiatrie* ; 17-6-1924.)

L'ostéo-psathyrosis ou fragilité constitutionnelle des os est une maladie peu fréquente, décrite par Lobstein en 1825. Son caractère familial et héréditaire, signalé dans les livres, est peu mentionné dans les observations cliniques. MM. Pasteur Valléry-Radot et Aris en ont vu un cas qui s'est manifesté par une série de fractures osseuses consécutives à des chocs minimes. Le père du petit malade était manifestement un ostéopsathyrosique.

Dans l'ostéopsathyrosis, on note la facilité et la rapidité de la consolidation osseuse, sans déformation, sans cal exubérant. Il s'agit souvent de fracture sous-périostée, en bois vert.

Hypertension artérielle infantile et hérédo-syphilis.

(MM. GÉNÉVRIER et BREUNIEL. — *Soc. de Pédiatrie* ; 8-7-1924.)

MM. Génévrier et Breuniel ont recherché si, dans la seconde enfance et dans l'adolescence, certaines hypertensions ne pouvaient pas être rattachées à l'hérédo-syphilis. Ils en ont effectivement trouvé quelques cas et ils pensent qu'en poussant plus avant les recherches le nombre des observations pourrait s'accroître notablement. L'hypertension artérielle en question peut être isolée, avec ou sans troubles fonctionnels (céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreilles, dyspnée d'effort), ou s'accompagner d'atteinte rénale ou cardio-rénale.

Le traitement spécifique n'a pas amené de modification de la tension. Il a, toutefois, amélioré l'état général. Le régime hypoazoté et le repos ont rendu la tension tout au moins stationnaire.

Les rayons ultra-violets dans la première enfance.

(M. SAIDMAN et Mme HENRY. — *Soc. de Pédiatrie* ; 8-7-1924.)

M. Saidman a employé les rayons ultra-violets dans la thérapeutique de diverses affections de la première enfance ; rachitisme, hypotrophie, prématurité, infections (pyodermites, etc.), broncho-pneumonies, tétanie, asthme. L'auteur n'insiste pas sur l'action des rayons ultra-violets dans le rachitisme, qui est connue. Il estime que cette médication offre

d'autres indications et qu'elle peut rendre des services, en particulier chez les prématurés, les hypotrophiques, les nourrissons infectés.

Réanimation du cœur par injection intra-cardiaque d'adrénaline.

(MM. Lereboullet, Lelong et Cournaud. — *Soc. de Pédiatrie* ; 8-7-1924.)

L'injection intra-cardiaque d'adrénaline a pris récemment droit de cité dans la thérapeutique de certaines syncopes graves. Il y a trois mois à peine, M. Petit-Dutaillis pouvait réunir 33 observations où ce mode de traitement avait été mis en œuvre, avec 17 succès définitifs, soit 51 pour 100.

M. Lereboullet y a eu recours chez un enfant en état de syncope au cours du tubage. Le résultat fut immédiat. Quelques instants après l'injection, le petit malade revint à la vie, le cœur recommença à battre vigoureusement. Bien que l'enfant ait succombé vingt-quatre heures plus tard avec des crises convulsives, l'auteur estime que les effets de l'injection ont ont été ici remarquables et indiscutables.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*)

Discussion des rapports.

M. Willems (de Gand) estime que, dans le traitement des fractures du col du fémur, il faut savoir borner ses ambitions. Toutes les méthodes ont à leur actif de bons et de mauvais résultats et le pronostic reste toujours incertain même avec les fractures qui se prêtent le mieux à la consolidation. Les méthodes sanglantes sont intéressantes, mais elles s'appuient encor e sur trop peu de faits pour qu'on puisse les juger équitablement. Un des meilleurs procédés de traitement est, sans doute, celui de Whitman. L'extension continue donne aussi des résultats suffisants. Seulement, cette extension est appliquée, par l'auteur, à l'aide des broches de Steinman sur la cuisse en rectitude et non en abduction et la réduction peut ainsi être obtenue sans traction trop forte. D'autre part, il est essentiel de ne pas faire marcher trop tôt les malades. Chez le vieillard, on cherchera plutôt, par la mobilisation et le lever précoces, à éviter les accidents d'hypostase qu'à obtenir une consolidation illusoire.

M. Kummer (de Genève) présente une statistique de 81 cas dont 44 se rapportent à des hommes et 37 à des femmes, avec un maximum de fréquence entre soixante et soixante-dix ans. Presque tous ces cas traités par l'extension continue sur broche métallique avec des poids suffisants ont donné de bons résultats. Le raccourcissement fut toujours léger et même nul chez quelques blessés. Dans un cas, la broche ayant déterminé une nécrose superficielle avec suppuration dut être supprimée et remplacée par une extension au leucoplaste. Le vissage à la Delbet a été pratiqué trois fois dans des fractures transcervicales avec des résultats médiocres. Il convient de laisser les malades au lit très longtemps. Le lever précoce est responsable de la plupart des pseudarthroses.

M. Hansen (de Copenhague) emploie presque exclusivement la méthode de Whitman qui lui a donné 60 à 65 p. 100 de bons résultats et 35 à 40 p. 100 de pseudarthroses. Sa statistique comporte 300 cas avec 10 p. 100 de morts. Il remarque que la pseudarthrose est souvent compatible avec un bon résultat fonctionnel. Chez les blessés qui continuent à souffrir longtemps après le traitement, l'extirpation de la tête fémorale est à conseiller.

M. Verhoogen (de Bruxelles) a obtenu de bons résultats de la méthode de Delbet dans les fractures par décapitation, mais pense que les fractures extra-capsulaires relèvent de l'extension continue. Chez les malades très âgés, gâteux ou présentant des tares organiques graves, aucun traitement actif ne doit être appliqué. Si la fracture survient chez un ancien syphilitique, ce qui n'est pas rare, la meilleure thérapeutique est l'extension continue.

M. Lambotte (d'Anvers) est d'avis que, dans le traitement sanglant des fractures du col, comme dans celui des autres fractures, il faut opérer à ciel ouvert et par conséquent, faire une arthrotomie. L'incision qui passe en dedans du couturier donne peu de jour, saigne abondamment et sectionne des nerfs musculaires importants. L'incision d'Ollier avec relèvement du grand trochanter est préférable. En outre, la vis n'assure pas une solidité suffisante, elle tient mal dans le tissu spongieux et peu résistant de la tête. Mieux vaut dégager cette tête du cotyle et la fixer au col avec de longs clous de menuisier. Dans un cas, l'auteur n'avait pas employé de clous assez longs, la tête fémorale ne tenait pas, il dut en pratiquer l'ablation. Le résultat fut bon néanmoins. Ce malade est présenté au Congrès, ainsi qu'un autre fracturé, plus récemment opéré et dont la tête fémorale est réunie au col par quatre clous.

M. J. Guyot (de Bordeaux) approuve les conclusions des deux rapports ; il a obtenu d'excellents résultats dans les fractures du col du fémur avec le plâtre à la Whitman et a pratiqué 7 opérations de vis-

sage avec une mort par congestion au sixième jour chez un vieillard et 6 bons résultats dont 2 tout à fait remarquables datant l'un et l'autre de trois ans. Dans une observation, il s'agissait d'une pseudarthrose avec impotence fonctionnelle complète datant de plusieurs mois : le vissage métallique, sous-rachi, a permis d'obtenir un cal osseux avec retour à des fonctions normales. Ces deux opérés font facilement 7 et 8 kilomètres par jour à pied et cela sans douleur ni fatigue. L'auteur a été une seule fois amené à enlever la vis ; il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, opérée à Versailles, et qui présenta des accidents douloureux tenaces, de névralgie sciatique. La vis qui fut enlevée un an après l'intervention, était entourée d'une sorte de kyste à contenu huileux, la tête de la vis étant complètement indépendante des parties fibreuses trochantériennes.

M. Mauclaire (de Paris).

M. Arnaud (de Saint-Etienne) indique quelques détails de technique personnelle et montre d'intéressantes radiographies.

M. Robineau (de Paris) reconnaît un certain nombre de contre-indications aux opérations pour fracture transcervicale du col du fémur ; les unes sont tirées de l'état général, âge trop avancé, déchéance organique ou psychique ; les autres, de l'état anatomique de la fracture, fractures irréductibles et comminutives ou véritables fractures spontanées. Les résultats éloignés sont souvent médiocres, la fonction de la hanche étant compromise ; l'opération n'évite pas toujours la pseudarthrose ; les résultats excellents sont assez rares.

L'auteur attribue les insuccès et demi-succès à des causes diverses : la réduction incomplète de la fracture dans le sens antéro-postérieur peut faire échouer la synthèse ; il recommande de réduire après disjonction des fragments par traction latérale. Le défaut de coaptation prédispose à l'usure du col et au déplacement secondaire ; il faut employer une vis et la placer exactement dans la région centrale de la tête du fémur ; la technique de Contremoulins permet ce vissage correct. L'emploi des vis métalliques produit toujours le tassement et la déformation secondaire du col, de même que le lever précoce et la reprise prématurée de la marche ; une immobilisation de soixante à quatre-vingt-dix jours est nécessaire.

L'auteur emploie donc de nouveau les vis en os de bœuf pour la synthèse du col ; bien bloquées, elles ne sont pas encore résorbées au bout de trois ans ; elles ne provoquent pas l'ostéoporose du col ; leur rupture est évitée en laissant les opérés assez longtemps au lit.

M. Patel (de Lyon).

M. Masmonteil (de Paris), après avoir opéré un certain nombre de fractures du col, est convaincu que l'arthrotomie est indispensable. Seule, elle permet de constater la position respective des fragments, variable d'un cas à l'autre, de pratiquer une exacte réduction et de conduire la vis à travers le col dans la tête, sans aléa possible. D'autre part, dans l'extension continue qui sera faite avec des poids variant de 25 à 40 kilogrammes, le pied doit être placé en rotation interne forcée, son bord interne reposant sur la table. Enfin, l'auteur estime encore qu'une seule vis est insuffisante à maintenir les fragments qui peuvent se déplacer l'un sur l'autre par rotation alors que deux vis assurent leur fixité d'une façon absolue. Un repos au lit de quarante jours au moins est nécessaire.

M. Auvray (de Paris) a vu opérer dans son service M. Masmonteil. Il confirme l'exactitude des constatations faites par celui-ci et des conclusions qu'il en a tirées touchant les points essentiels d'une bonne technique opératoire. Les résultats obtenus ont toujours été immédiatement très bons comme le prouvent les radiographies, mais ne se sont pas, en général, maintenus, le col s'infléchissant peu à peu sans qu'on puisse bien apercevoir les raisons de ce déplacement secondaire.

M. Reynes (de Marseille) a pu pratiquer le vissage sans autre moyen que des radiographies et une minutieuse exploration de la région par le palper. Il s'est servi de simple vis à bois de menuisier ayant 8 à 9 centimètres de longueur. Ces vis ayant des tours de spires espacés offensent au minimum le tissu osseux et sont bien tolérées. Le vissage n'est possible que pour des fractures transversales à deux fragments, transcervicales ou cervico-céphaliques et chez des sujets dont le col n'est pas trop raréfié.

M. Prat (de Nice) communique les résultats qu'il a obtenus dans 21 cas de fractures du col du fémur chirurgicalement traitées. La technique opératoire suivie est dans ses grandes lignes celle de Delbet, mais faisant jouer, dans la perfection des résultats, un rôle primordial à la précision de la réduction, l'auteur emploie une table de bois opératoire et radioscopique à la fois, facile à improviser, et qui permet de faire avant l'extension des membres inférieurs l'écartement latéral des fémurs. Deux palettes appliquées à la partie interne et supérieure des cuisses et actionnées par une tige filetée de deux pas de vis opposés, permet aisément l'écartement réciproque des fémurs. C'est cette action d'écartement qui rend au col fémoral sa longueur en mettant les deux fragments en affrontement. Les radios des fractures ainsi traitées sont démonstratives.

En ce qui concerne la nature des greffons, l'auteur portera plus volontiers son choix sur le greffon vivant péronier, car il a dû enlever tardivement (après deux ans) une vis d'os armé ayant donné lieu à un abcès aseptique.

Dans les fractures transcervicales avec engrènement, M. Prat préconise également pour leur réduction précise le temps primordial de l'écartement des fémurs. Ici, l'ostéosynthèse par vissage est difficile à cause des altérations de l'os écrasé sur qui la vis ne mord pas. Mais elle est le plus souvent inutile. Et la réduction obtenue, un grand appareil plâtré de coxalgie avec cuissard du côté sain suffit à la maintenir.

L'auteur a résumé dans un tableau toutes ces opé-

rations et il en analyse les résultats anatomiques et les résultats cliniques. Les vissages métalliques (14 opérés) pour *fractures récentes, transcervicales vraies*, ont été correctement intra-osseux du premier coup, sauf un qui nécessita une rectification. Un vissage pour sous-capitale nécessita tardivement une ostéosynthèse péronière. Les suites opératoires ont toujours été très simples localement. Cependant, l'auteur compte 4 morts sur ces 15 premiers opérés (une hémorragie cérébrale, deux pneumonies, une infection générale par escarres préopératoires). Les deux basicervicales traitées ont eu des suites opératoires également aseptiques.

Parmi les 7 opérés pour *transcervicales anciennes*, 3 ont eu des greffons vivants péroniers, 4 des vis d'os.

Dans les fractures transcervicales anciennes, la réduction anatomique satisfaisante n'a été que rarement obtenue.

Peut-être ce temps serait-il désormais amélioré par l'écartement primordial des fémurs. La mise en place des greffons est plus facile dans les transcervicales vraies ; dans les sous-capitales le greffon n'a souvent pas de prise solide dans le fragment de la tête trop réduit et de tissu alvéolaire fragile.

Cependant M. Prat a pu obtenir des résultats cliniques satisfaisants 2 fois sur 3 dans les transcervicales vraies, 2 fois sur 4 dans les sous-capitales anciennes.

M. Leveuf (de Paris) apporte et commente longuement une statistique de 144 observations du service de M. Delbet qui datent de un à quatorze ans. Les résultats obtenus sont bons dans les deux tiers des cas, mauvais dans un tiers. Dans les fractures récentes, la meilleure méthode chez les sujets jeunes est le vissage; chez les vieillards le greffon osseux placé sous anesthésie locale ou rachianesthésie. Dans les pseudarthroses, il faut employer simultanément le vissage et la greffe.

M. Barbarin (de Paris) persiste à penser que le vissage ou la pose d'un greffon constituent des interventions sérieuses chez le vieillard et reste fidèle à la méthode orthopédique.

Le meilleur procédé dans la généralité des cas et surtout s'il s'agit de très vieilles gens est celui de Whitman. Mais l'auteur raccourcit le plâtre en l'arrêtant aux genoux. Il prend point d'appui sur le condyle interne du fémur. Il a pu facilement faire lever ses malades dès le quinzième jour et a obtenu chez des sujets de quatre-vingt deux, quatre-vingt-quatre, quatre-vingt-huit ans des résultats lointains favorables. Quand il peut faire l'extension, chez des sujets énergiques et bien surveillés, il la réalise au moyen de sa gouttière qui permet en même temps que l'extension, l'abduction et la rotation interne.

Il estime, comme le rapporteur, qu'il faut près d'un an (trois à quatre mois d'immobilisation, six mois de traitement consécutif) pour obtenir un bon résultat fonctionnel, soit par une consolidation osseuse, soit par une pseudarthrose serrée.

M. Judet (de Paris) applique systématiquement l'appareil plâtré. Pour les *fractures intracapsulaires*, il se sert d'une table spéciale comportant un pelvi-support, un système de traction par des poids, un tube à rayons X se déplaçant sous la table.

La réduction est obtenue par un poids de 20 à 25 kilos tirant sur le membre placé dans la rectitude, abduction légère, rotation nulle. Après contrôle radiographique, le plâtre est construit, sans que rien ne bouge : il doit être très précis. On l'enlève au bout de deux mois.

Dans les cas où l'auteur a suivi cette technique, il a obtenu un cal osseux solide, avec résultat fonctionnel excellent. (L'auteur présente au Congrès l'un de ses malades entièrement guéri).

Pour les *fractures extracapsulaires*, M. Judet est resté fidèle à son procédé de plâtrage en flexion et abduction. Cet appareil corrige la rotation externe et l'adduction de la cuisse. Il permet d'asseoir de suite, dans un fauteuil, le malade, et ce faisant, il prévient dans une large mesure les escarres du décubitus, les congestions pulmonaires, et il abaisse la mortalité : sur 16 vieillards de soixante-dix à quatre-vingt-huit ans, 2 seulement ont succombé, ce qui est une faible proportion si l'on veut bien se rappeler la gravité des fractures du col du fémur chez les personnes très âgées. Les 14 autres malades ont guéri avec un bon résultat fonctionnel.

M. Treves (de Paris) indique ses préférences pour la méthode orthopédique, en particulier pour le procédé de Whitman.

M. Petit de la Villéon (de Paris) pratique le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire. Il insiste sur la simplicité et la sécurité de cette opération dont voici les temps successifs :

Dans une salle radio-opératoire à lumière rouge-orangée intensive, sous anesthésie locale :

1° Obscurité. Rayons X. Reconnaître la fracture. Points de repère ;

2° Lumière rouge. Incision longitudinale, basse, jusqu'à l'os ;

3° Obscurité. Rayons X. La mèche du perforateur est mise en place, conduite jusqu'à la tête, en suivant les angles d'inclinaison et de déclinaison. Mise en place de la vis ;

4° Contrôle et sutures. Pas d'appareil.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) pense que, *chez les sujets résistants*, la suture osseuse faite à ciel ouvert est la conduite qui donnera le résultat le plus rapide et le plus sûr dans les fractures siégeant sur la moitié externe du col chirurgical. La suture des fragments par un cercle transversal qui traverse le fragment interne du col du fémur et chemine sous la couche cortico-périostique du grand trochanter est plus certainement efficace que le vissage. Le fil doit être souple, robuste, et serré très énergiquement.

Cette opération comporte quatre éléments principaux de succès :

1° L'anesthésie au chlorure d'éthyle donné goutte à

goutte qui permet un sommeil prolongé sans affaiblissement du sujet ;

2° Une large voie d'accès antérieure ;

3° Une aiguille perforante, de courbure appropriée, qui permet de traverser le fragment interne d'avant en arrière, puis de contourner la face externe du grand trochanter, en cheminant sous sa couche cortico-périostée ;

4° Un fil de cuivre suffisamment souple et robuste pour permettre une suture qui reste immuable malgré les mouvements imprimés au fémur.

L'auteur préconise chez les sujets résistants la greffe à ciel ouvert.

Seule cette opération permet : la résection du tissu fibreux interposé, l'avivement des fragments, leur coaptation exacte, le greffage par enchevillement placé correctement dans la tête fémorale et dans une mortaise trochantérienne ; l'encerclement du foyer par un manchon ostéo-périostique, qui, solidement fixé par une ligature, maintient la coaptation exacte des fragments. Seule l'opération à ciel ouvert permet de maintenir les fragments à l'aide des tendons qui traversent l'épine iliaque antéro-inférieure et le fragment trochantérien.

Dans les fractures et les pseudarthroses du col du fémur qui affectent des sujets âgés et peu résistants, le vissage par la méthode Delbet-Dujarier reste indiqué.

M. Descarpentries (de Roubaix) signale qu'il emploie pour obtenir la réduction des fractures du fémur sans à-coups, sans heurts et avec facilité, un dispositif qu'il n'a vu signaler par aucun auteur ; à l'aide de la table basculante, il place son malade en plan déclive et le suspend relativement par le membre fracturé à une poulie mobile sur une barre de fer scellée au mur de la salle d'opération de façon à exercer une traction suivant l'axe du membre. La réduction obtenue, grâce à cette traction automatique et toujours semblable à elle-même, il peut effectuer tout à son aise le contrôle radiographique, l'opération ou le plâtre suivant le cas.

Il décrit une attelle, modification de celle de Thomas, qui remplace l'appareil plâtré après l'opération lors du séjour au lit ; en obviant au porte à faux du col fémoral, elle permet de faire reprendre plus vite la station debout, la marche et la vie active, but principal, à son avis, de l'opération.

Depuis un an, il fait le vissage à l'aide de deux vis, estimant que pour empêcher totalement la tête de pivoter sur le fragment fémoral , il faut qu'elle y soit assujettie par deux attaches assez distantes l'une de l'autre. Malgré le double vissage, tant vaut le vissé, tant vaudra le vissage.

Chastenet de Géry et Dariau.

(*A suivre.*)

Les Thèses

Ly. — Dr François Rouzaud. — **Traitement de la syphilis de l'adulte en évolution, par le protochlorure de mercure léger et dissociable en injections intramusculaires.**

Le *protochlorure de mercure léger et dissociable* en injections intramusculaires hebdomadaires, a une action nette et rapide sur les accidents primaires et secondaires de la syphilis, qui disparaissent en général entre la 4e et 5e injection.

Au cours du traitement d'attaque, la réaction de Wassermann dans le sang fléchit, sans se négativer complètement. Cependant, dans plusieurs cas où le traitement a été poursuivi plus longuement, la réaction de Wassermann, Sachs-Georgi et Hecht, ont été nettement négatives.

La constance d'action de ce médicament sur les accidents syphilitiques primaires et secondaires fait poser la question de son efficacité possible en tant que traitement de fond de la syphilis. Il reste entendu que le novarsénobenzol lui reste manifestement supérieur.

Le produit est atoxique, aux doses thérapeutiques, comme il résulte des observations cliniques de l'auteur et de l'expérimentation sur le chien. Cette absence de toxicité serait un des plus grands avantages du *protochlorure de mercure léger et dissociable* sur le calomel ordinaire. Elle semble due à sa constitution moléculaire qui en assure la régulière élimination dans l'organisme.

L'injection intramusculaire, non toujours complètement indolore, est, en général, mieux supportée que l'injection des préparations insolubles ordinaires, telles que le calomel et l'huile grise. Les sujets traités peuvent continuer à vaquer à leurs occupations. Les injections n'ont jamais été suivies d'abcès ni de nodosités persistantes.

Il semble donc que, toutes les fois qu'on ne pourra ou qu'on ne voudra pas recourir au novarsénobenzol intraveineux, et qu'on se décidera pour la thérapeutique mercurielle, on puisse faire sérieusement entrer en ligne de compte le *protochlorure de mercure léger et dissociable.*

Parmi les préparations insolubles de mercure, on le choisira de préférence.

Parmi les sels solubles, seul, le cyanure de mercure, dont l'action paraît très près de celle du médicament étudié, garde l'avantage de son caractère complètement indolore, mais a, contre lui, l'ennui des injections fréquentes et intraveineuses.

En somme, atoxique, peu douloureux, d'une application commode et peu assujettissante, le *protochlorure de mercure léger et dissociable* peut être utilisé comme agent anti-syphilitique soit seul, soit comme

adjuvant de la thérapeutique arsenicale, associé à celle-ci ou alternant avec elle.

Les indications du *protochlorure de mercure léger et dissociable*, en dehors de la méthode conjuguée, arséno-mercurielle, dans le traitement d'attaque, sont les suivantes : arséno-résistance, intolérance à l'arsenic, contre-indications à l'arsenic.

Les contre-indications, à l'intensité près, sont les mêmes que celles des sels de mercure.

P.— Dr Edouard NATAF.— **Arthropathie tabétique et accidents du travail.** — (Paris. Imprimerie M. Baron, 27, rue Pastourelle, 1924.)

L'arthropathie tabétique est parfois attribuée à un accident, mais la plupart du temps celui-ci n'est pas réel et est, comme dans le cas de l'auteur, un simple mouvement habituel, avec distorsion, peut-être favorisée par une laxité ligamenteuse jusqu'alors latente. Même s'il y a eu entorse caractérisée à peu près nettement, il ne peut y avoir eu que révélation de l'état morbide par l'accident.

L'expert doit examiner s'il y a eu alors aggravation par l'accident, ce qu'il juge par l'évolution de l'arthropathie, celle-ci étant d'ailleurs, presque toujours, après le trauma révélateur. En cas d'accident réel, hypothèse rare, mais possible, il y a donc lieu d'admettre une incapacité temporaire comme dans une articulation normale, puisque la jurisprudence actuelle n'admet pas qu'on invoque l'état antérieur, mais l'incapacité permanente partielle ne doit pas être attribuée à cet accident.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'utilité des hypnotiques

La question peut être posée, la médication hypnotique étant redoutée de beaucoup de praticiens, qui la considèrent comme un pis aller auquel il ne convient de recourir qu'en cas de nécessité absolue. Cette opinion assez courante repose sur les mécomptes que donnent beaucoup d'agents somnifères aussi bien par leur action variable que par les accidents qu'ils provoquent parfois. Ces accidents ne se produisent guère, en réalité, que chez les vieillards, et les sujets atteints d'affections cardiaques ou rénales, mais ils suffisent à justifier dans une certaine mesure la répugnance de quelques thérapeutes vis-à-vis de ces médicaments. Etant admis cependant qu'en certains cas il convient d'y recourir, la question se pose donc ainsi : A quel moment le manque de sommeil impose-t-il la prescription d'un hypnotique ? Autrement dit encore : quand sommes-nous autorisés à conclure que l'insomnie du malade lui est plus préjudiciable que ne le seront les médicaments destinés à le faire dormir ? C'est, en somme, le problème de l'importance physiologique du sommeil qui se trouve soulevé. Cette importance est très grande et elle l'est d'autant plus que l'on a affaire à des sujets dont le système nerveux est plus fragile ; chez ceux-ci l'insomnie ne tarde pas à provoquer un état d'irritabilité psychique et il se crée très vite une phobie du manque de sommeil qui, à son tour, devient facteur d'insomnie. Une médication hypnotique judicieusement choisie rend alors les plus signalés services en brisant dès son apparition le cercle vicieux qui tend à s'établir. On donnera la préférence au dial en raison de son activité à doses faibles (d'où nulle surcharge médicamenteuse pour l'organisme), de son élimination rapide, de l'absence de tout effet secondaire fâcheux lorsqu'il est pris anx doses thérapeutiquement utiles (10 à 20 centigr. suivant les sujets), et de son action sédative générale. On le prescrira généralement en comprimés (un ou deux) à prendre le soir, au coucher, avec une infusion chaude. Il est certains nerveux qui avalent mal les comprimés, qui chez eux sont quelquefois coïncés plus ou moins longtemps par un spasme œsophagien. Chez de tels sujets, lors même que le comprimé est dégluti, la sensation de sa présence dans l'œsophage persiste au point de devenir obsédante et d'inhiber le sommeil. On aura recours chez eux au *dial soluble* qu'on prescrira à la dose de 1 cmc (ou XXX gouttes) dans un liquide froid ou chaud. Cette forme du dial, en raison de la rapidité de son action, convient mieux aux sujets qui se couchent tard, chez ceux dont l'insomnie se manifeste au cours de la nuit, de même que chez les enfants auquels on le prescrira par X ou XX gouttes suivant l'âge. Enfin, dans des cas plus rares, chez les grands agités, les anxieux, les alcooliques, les intolérants du tube digestif, on utilisera le médicament par la voie sous-cutanée. Son injection est indolore et ne tarde pas à produire la sédation recherchée. Une ampoule de 1 cmc. suffit en général ; on peut cependant aller, si besoin est, jusqu'à deux et même trois ampoules chez les adultes ne présentant pas de tares viscérales.

A. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ÉCHOS DE LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

En attendant que nous en publiions les comptes rendus détaillés, nous tenons à constater dès aujourd'hui que cette Journée a été, du commencement jusqu'à la fin, particulièrement réussie.

Les Assemblées générales du *Concours médical* et de ses filiales ont été suivies par un nombre de leurs adhérents particulièrement élevé.

Des questions intéressantes ont été ou traitées ou amorcées, comme devant faire l'objet d'études approfondies.

Le soir, 134 convives de marque se pressaient dans la grande et somptueuse salle gothique du restaurant Marguery. Autour de notre directeur, le Dr Gassot, nous avons eu plaisir à reconnaître l'élite de la science médicale française, et de nos milieux professionnels.

Parmi cette élite, je tiens à placer tout d'abord nos distingués confrères et grands amis belges, René Beckers et Raoul Bernard, qui représentaient parmi nous *Bruxelles médical* et les Journées médicales belges.

Beckers n'a-t-il pas déclaré, dans un toast d'une haute élévation de pensée, et d'une forme étincelante de charme et de grâce, que la frontière qui sépare les deux pays n'est là que pour marquer que, géographiquement, chacun d'eux forme un tout parfaitement autonome, auquels leurs ressortissants respectifs demeurent fidèlement attachés, mais que, par-dessus cette frontière, l'interéchange d'idées et de sentiments, à la faveur de la même langue, créait de telles affinités que Belgique et France sont deux sœurs très étroitement unies ?

Et je cite : le sympathique professeur H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le professeur Delmas, de Montpellier ; le professeur Bardier, de Toulouse ; le professeur Rohmer, de Strasbourg ; le professeur Vanverts, de Lille ; les professeurs agrégés, médecins des hôpitaux Lian et Faroy, de Paris ; le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris ; le docteur Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse ; les Drs Bellencontre, président, Thierry, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France ; Decourt, président, Quivy, secrétaire général de l'Union des Syndicats ; Le Fur, président du Syndicat des médecins de la Seine ; Lafontaine, secrétaire des Grandes Commissions de l'Union ; Chapon, directeur de la « Prévoyance médicale »; G. Blechmann, Léon Giroux, Truffert, Turquety, R. Massart, Odile, Doizy, Dequidt, Mes Nattan-Larrier, avocat à la Cour de Paris et B. Augé, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, etc., etc. J'en oublie, que je prie de m'excuser. Mais nous y reviendrons.

Le dîner terminé, après les toasts éloquents de Gassot, de Noir, de M. le Doyen, de R. Beckers, de Bellencontre, de Decourt, de Thierry, une soirée artistique très bien organisée par nos amis, les Dr Destouches et Sadoun, nous a permis d'applaudir Mme Pirelli de l'Opéra-Comique, toute grâce, tout sourire, toute beauté, dont le grand talent a été vivement goûté par l'auditoire ; Mme Courtot-Lefebvre, dont le souple archet sait marier les sons mélodieux du violon à une voix chaude et pure ; Mlle Jacqueline Fernay, fine, spirituelle, à l'émotion communicative ; M. Guénot, de l'Opéra-Comique, grand artiste par la façon dont il sait manier un timbre aux sonorités harmonieuses et prenantes ; M. le Dr Moullet, et nos camarades de l'Orchestre médical ; Didsbury, Maurice Renaud, médecin des hôpitaux de Paris, Dupont, et L. Destouches dont nous avons savouré une fois de plus le Carillon-Valse, si puissamment évocateur des cloches de la vieille église, et des pensées que leurs envolées inspirent.

Et l'on se sépara aux environs de minuit, en se promettant de se retrouver à pareille fête l'an prochain.

G. Duchesne.

LES MUTUALITÉS LYONNAISES ET LES ASSURANCES SOCIALES

Par le Dr Bolliet (de Lyon).

Ancien Membre du Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, en 1910 et 1911.

Le moment nous paraît propice pour faire connaître aux confrères des autres régions ce qui se passe actuellement, à Lyon, au point de vue du service médical des Sociétés de Secours mutuels et ce que pensent quelques confrères à propos des Assurances sociales.

Au mois de janvier 1922, un *referendum* concernant le service médical des Sociétés de Secours mutuels de Lyon eut lieu parmi les 250 membres du Syndicat (sur 500), qui consentaient à faire ce service.

La première question du *referendum* était ainsi libellée :

Etes-vous partisan de conserver le service syndical des Sociétés de Secours mutuels, organisé par le Syndicat des médecins du Rhône et *basé sur le contrat collectif* ?

Ou bien, préférez-vous *la liberté pure et simple*, vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels ?

Résultats du referendum.

213 votants.

Pour le contrat collectif.........	189 voix
Pour la liberté pure et simple....	23 —
Un vote nul................	1 —
	213 votants

***

En juin 1923, se tenait à Lyon un Congrès national de la Mutualité française. Le 31 décembre de la même année, expiraient les contrats du Syndicat des médecins du Rhône avec plus de 200 Sociétés.

Le bureau de l'*Union générale de la Mutualité* du Rhône aurait bien désiré connaître, avant la fin du Congrès, nos conditions et tarifs futurs. Il nous demanda, dès le mois de février, une entrevue. Le bureau du Syndicat ne voulut consentir à les révéler que dans la lettre de dénonciation des contrats, qui serait envoyée à chaque Société, le 30 juin.

Une deuxième réunion eut lieu, au début d'octobre, entre le Syndicat et la Mutualité. L'entente paraissait faite. Il avait été convenu qu'une prochaine entrevue mettrait définitivement au point quelques questions restées en suspens. Mais, le 3 novembre, les pourparlers avec le Syndicat des médecins furent rompus brusquement et d'une façon peu loyale par le Bureau de l'*Union générale de la Mutualité*. La lutte entre les deux groupements était dès lors engagée. Elle dura deux mois. Les membres du Syndicat, au nombre de plus de 500, formèrent, à l'appel de leur Bureau, un bloc compact et résistant, qui fut digne des plus vifs éloges. *Pas une défection ne se produisit.*

Jusqu'à ce jour, 202 Sociétés ont signé un contrat collectif de 5 ans, *directement* avec le Syndicat des médecins, sans l'intermédiaire, comme auparavant, de l'*Union générale de la Mutualité* du Rhône. Celle-ci n'a pu trouver, pour soigner les membres de quelques Sociétés désireuses de conserver l'ancien tarif de 6 fr. et 8 fr., qu'une dizaine de médecins restés volontairement ou non en dehors du Syndicat.

Le succès du Syndicat des médecins du Rhône a permis de relever les prix des consultations et visites mutualistes aux mêmes chiffres que pour les blessés du travail et pour les victimes de la guerre : 8 fr. au cabinet et 10 fr. à domicile.

Il a eu aussi pour résultat de libérer les Sociétés, au point de vue médical, de la tutelle du Bureau de l'*Union générale de la Mutualité.*

Nous allons passer en revue et commenter brièvement les principaux articles de notre contrat actuel avec les Sociétés de S. M., contrat qui pourra être proposé ultérieurement aux Caisses d'assurance créées par ces Sociétés et aux autres Caisses, patronales, ouvrières, industrielles, etc., avec modifications au besoin par un avenant.

***

Contrat collectif.

Entre :

Le Syndicat des médecins du Rhône, représenté par son président, M. le Dr........ d'une part.

Et :

La........ Société (ou Caisse d'assurance), représentée par son président (ou directeur)........ d'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

La ...... Société (ou Caisse d'assurance) s'engage à prendre le service médico-chirurgical, qui sera assuré par l'intermédiaire du Syndicat, aux conditions indiquées dans ledit contrat.

D'autre part, le Syndicat des médecins s'engage à fournir la liste de ses adhérents qui consentiront à donner leurs soins aux membres de la ...... So-

ciété (ou Caisse d'assurance), d'après les conditions stipulées.

La durée du contrat est fixée à 5 ans, avec prorogation de 5 ans en 5 ans par tacite reconduction, sauf préavis 6 mois avant l'expiration d'une période de 5 ans.

Toutefois, en raison des variations économiques actuelles les prix fixés pour les honoraires pourront être revisés tous les ans d'un commun accord.

Liste des médecins.

Elle comprend aujourd'hui 250 médecins, dont 168 praticiens pour Lyon et la banlieue, et 82 spécialistes.

La liste porte les *noms* et *adresses* des médecins qui ont accédé aux conditions du contrat, leurs *jours* et *heures* de cabinet, les *numéros des sections* qu'ils consentent à desservir pour les visites à domicile.

La ville de Lyon et sa banlieue sont divisées en 25 *sections* numérotées de 1 à 25. Chaque section a ses limites : Nord, Sud, Ouest, Est, indiquées en bas de la liste, dans la partie intitulée : *Sectionnement du service médical.*

Pour Lyon, les noms des médeecins sont groupés dans l'ordre alphabétique, *par arrondissement* (de 1 à 7 arrondissements et Villeurbanne).

Ensuite viennent, pour la banlieue, les noms des localités classés dans l'ordre alphabétique, avec les noms des médecins, etc.

A la fin de la liste se trouvent les noms des spécialistes dans l'ordre alphabétique, avec l'indication de leurs spécialités, etc.

La liste porte également, en tête, un petit règlement du service médical.

Elle est fournie, à titre onéreux, le 1er janvier de chaque année par le Syndicat aux Sociétés (ou Caisses d'assurance) qui doivent en faire parvenir une copie à leurs membres adhérents, après y avoir apposé le sceau de la Société (ou de la Caisse d'assurance).

Au verso des listes pour les Caisses d'assurance, on pourrait mettre :

1° Les noms des médecins qui ne font pas partie d'un groupement professionnel ayant passé un contrat collectif avec les Caisses, mais qui ont adhéré aux conditions fixées par elles ; 2° la liste des sages-femmes ; 3° la liste des chirurgiens-dentistes ; 4° la liste des pharmaciens.

Libre choix du médecin.

Chaque Sociétaire (ou assuré) a la liberté complète d'aller consulter à son cabinet tout médecin porté sur la liste ; pour *les visites à domicile*, le Sociétaire (ou assuré) doit s'adresser à un médecin ayant accepté de faire le service de sa section, ou à tout autre médecin, mais après entente avec ce dernier.

Chaque Société (ou caisse d'assurance) s'interdit de s'immiscer par un mode quelconque dans le libre choix du sociétaire (ou de l'assuré).

Paiement de chaque consultation ou visite.

Le paiement se fait au moyen de tickets qui sont bleus pour la consultation au cabinet et jaunes pour la visite à domicile. La couleur importe peu. Sur les tickets, il y a la place pour mettre le nom du malade, la date, la signature du médecin. Il n'y a pas de prix marqués, les prix pouvant varier d'une amende à l'autre. Les prix sont ceux spécifiés au contrat. Les tickets doivent porter le sceau ou le numéro de la Société (ou Caisse d'assurance).

A chaque consultation ou visite, le sociétaire (ou l'assuré) doit donner un ticket au médecin. Le médecin traitant plusieurs malades dans la même famille a droit à un ticket à domicile pour une personne et à un ticket au cabinet pour chacun des autres malades qu'il soigne en même temps.

Le sociétaire (ou l'assuré) doit faire connaître sa qualité de mutualiste (ou d'assuré) dès le début de la consultation au cabinet ou de la visite à domicile.

Pour les tickets des assurés, *au verso* du ticket *à domicile*, on pourra, comme dans les tickets des mutilés, mettre une colonne pour y noter, s'il y a lieu :

1° Les consultations entre confrères ;

2° L'indemnité kilométrique (indiquer la distance parcourue) ;

3° Les interventions de la nomenclature spéciale (à préciser).

Ticket payant ou modérateur. Le meilleur frein aux abus de visites.

Sous ce titre : *le meilleur frein aux abus de visites*, j'ai fait, en mars 1913, une communication au Congrès mutualiste de Montpellier, dans laquelle je disais : A Lyon, nous avons depuis longtemps déclaré aux Sociétés que pour prévenir les abus, le moyen le plus efficace, celui qui doit être préconisé avant tous les autres, peut se résumer dans cette proposition : *intéresser directement le sociétaire* (ou l'assuré) *dans le prix de la consultation ou de la visite.* Il faut que chaque consultation ou visite oblige le sociétaire (ou l'assuré) à débourser une certaine somme en plus de ses cotisations mensuelles.

Et je terminais ma communication par une dizaine de conclusions dont je rappellerai les trois suivantes :

1° La participation du sociétaire (ou de l'assuré) à la dépense médicale est *le meilleur frein aux abus de visites* ;

2° Les visites étant plus rares, les *frais phar-*

maceutiques sont aussi *moins élevés*, chaque visite étant habituellement accompagnée d'une ordonnance ;

3° *La création de médecins contrôleurs*, onéreuse pour les Sociétés, *devient inutile*. A Lyon, parmi les 202 Sociétés adhérentes actuellement au service du Syndicat des Médecins du Rhône, il n'existe aucun médecin contrôleur.

La Société (ou Caisse d'assurance) peut intéresser directement le sociétaire (ou l'assuré) dans la participation aux frais médicaux en lui faisant payer le 1/4, le 1/3 ou la 1/2 de la valeur du ticket. C'est cette dernière proportion — la moitié — qui est la plus usitée actuellement dans les Sociétés lyonnaises.

Tarif minimum actuel (des Sociétés à Lyon).

Consultation au cabinet	8 fr.
Visite à domicile............	10 —
Examen complet d'admission..	12 —

Pour les visites de nuit, demandées de 7 h. du soir à 8 h. du matin (heures de fermeture et d'ouverture des pharmacies), pour les visites demandées les dimanches et jours fériés, les sociétaires (ou les assurés), devront remettre eux-mêmes au médecin en plus du ticket de la Société (ou de la Caisse) une somme en espèces égale à la valeur du ticket et payée comptant.

Les assurés obligatoires, âgés de moins de 60 ans, seront admis de droit dans l'assurance, sans examen médical.

Les assurés facultatifs seront soumis à un examen médical constatant qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie chronique ou incurable, ni d'une invalidité totale ou partielle susceptible d'élever leur morbidité. Ils devront être âgés de moins de 30 ans.

Médecins spécialistes (Sociétés de Lyon).

Pour chaque consultation, il est remis au médecin spécialiste un ticket au cabinet de 8 fr., plus une somme en espèces égale à la valeur du ticket et payée comptant par le sociétaire.

Toute intervention chirurgicale ou visite à domicile est traitée de gré à gré entre le sociétaire et le spécialiste.

Chirurgie générale.

Avec les Sociétés de Lyon, le Syndicat n'a jamais eu un tarif de chirurgie générale, à cause de la modicité des cotisations mutualistes.

Dans les futurs contrats avec les Caisses d'assurance, il nous semble que, pour les consultations, visites et opérations des spécialistes, pour les opérations de petite chirurgie et de chirurgie générale, pour les examens de laboratoires, etc., il y aurait peut-être lieu d'accepter les tarifs alloués pour les soins aux victimes de la guerre (tarif MAGINOT), avec des modifications si c'est nécessaire.

Commissions de contrôle (Assurances sociales).

En ce qui concerne le contrôle administratif, la Caisse pourra envoyer des visiteurs à domicile, etc.

Pour les consultations et visites des praticiens, il n'y aura pas d'abus et le contrôle sera inutile si la Caisse d'assurance fait usage du ticket « modérateur », c'est-à-dire si elle a soin de ne délivrer les tickets à l'assuré qu'à un prix d'achat suffisamment élevé, le *tiers* ou plutôt *la moitié* de la valeur du ticket. A Lyon, notre Commission mixte médico-mutualiste ne s'est réunie qu'une fois en 22 ans, pour cause d'abus de visites.

Quant aux *contestations* des mémoires relatifs aux consultations, visites et opérations des spécialistes, aux opérations de petite chirurgie et de chirurgie générale, aux interventions pour les accouchements, aux examens de laboratoires, aux ordonnances pharmaceutiques, au tarif kilométrique, etc., nous estimons, comme le Dr GRINDA, qu'il convient d'adopter un régime analogue à celui de la loi des pensions. Pour ce contrôle, le rapport GRINDA a proposé qu'il y ait des Commissions régionales tripartites « composées de 3 délégués de l'Office, 3 délégués des caisses, 3 délégués des groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens ». Ce texte a été voté par la Chambre des Députés en première lecture.

Secrétaire pendant un an de la Commission de contrôle du Rhône pour les soins aux victimes de la guerre, je n'hésite pas à dire que la composition des Commissions régionales tripartites de contrôle pour les assurés, ne peut pas donner satisfaction au Corps médical, telle qu'elle a été adoptée. En effet, tandis que dans les Commissions de contrôle tripartites pour les victimes de la guerre, il y a 2 médecins, dans les Commissions de contrôle tripartites pour les assurés, il n'y en a qu'un. Cependant le Corps médical a des intérêts plus nombreux et plus importants à défendre dans l'application de la loi sur les assurances sociales, qui englobe environ 13 millions d'assurés, que dans la loi sur les pensions qui ne comprend que quelques centaines de mille bénéficiaires. Au surplus, un seul médecin ne pourrait suffire au travail de la Commission et des sous-Commissions.

Quand la loi sur les assurances sociales reviendra en discussion devant le Parlement, il faudra que les députés ou sénateurs du groupe médical demandent la revision de l'article 24, paragraphe 4, alinéa 3. Les Commissions régionales tripartites pour les assurés devront comprendre au moins deux médecins et pour cela, il sera néces-

saire qu'elles se composent du même nombre de membres que les Commissions tripartites pour les mutilés, savoir :

4 délégués de l'Office ;

4 délégués des Caisses ;

4 délégués des Syndicats et Associations médicaux, pharmaceutiques et de sages-femmes (soit 2 médecins, 1 pharmacien, 1 sage-femme).

Les Commissions pourront constituer 2 sous-commissions :

1re sous-commission médicale et des sages-femmes ;

2e sous-commission, pharmaceutique.

Les Commissions, après avoir pris connaissance des observations des intéressés, arrêtent notamment les honoraires et ordonnances contestés. Leurs décisions doivent être motivées.

Règlement du service médical. — Organisation des soins.

Nous n'insisterons pas sur ces points qui peuvent varier suivant l'entente de chaque Syndicat avec les Caisses. L'exposé de ces questions nous entraînerait trop loin. Nous y reviendrons plus tard si c'est nécessaire. On trouvera à ce sujet des indications dans le rapport du Dr GRINDA, dans le décret du 25 octobre 1922 (décret MAGINOT) et peut-être aussi dans les règlements d'administration publique qui paraîtront après le vote définitif de la loi.

Paiement semestriel (ou trimestriel) des honoraires médicaux.

M. Daniel VINCENT, dans son projet de loi, disait, à l'article 25, § 4 : « Les médecins et chirurgiens sont rémunérés par le groupement professionnel au prorata du nombre de leurs consultations et du montant de leurs frais de déplacement sur l'ensemble des sommes versées par la caisse ».

Le Dr GRINDA a supprimé avec raison ce paragraphe qui impliquait le paiement à forfait. Il a dit simplement : « ART. 24, § 4. — Lorsque des contrats collectifs sont passés entre les Caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins ou de sages-femmes, ils déterminent *les modalités* suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux ou chirurgicaux ». Deux modalités, importantes pour le Syndicat, à faire déterminer, seront les suivantes : *tarif à la visite* avec ticket modérateur, et répartition par le Syndicat des honoraires médicaux.

Avec l'emploi du ticket modérateur, le médecin des Sociétés (ou Caisses d'assurance) n'a pas de paperasserie à faire. Il place les tickets dans un tiroir ou un classeur. A la fin de chaque semestre (ou trimestre), il reçoit du Syndicat un bordereau de comptabilité *qui sera aussi simple que possible.* Il met alors les tickets de chaque Société (ou Caisse d'assurance) dans une enveloppe différente et remplit le bordereau. Puis les tickets et le bordereau sont envoyés à l'agent comptable du Syndicat.

Quand les comptes des Sociétés (ou Caisses d'assurance) sont terminés, il est adressé à chacune d'elles un bordereau où se trouvent marqués le nombre des consultations, le nombre des visites, etc., et la somme due. Elles sont invitées en même temps à verser l'argent dans une banque désignée, où elles prendront les tickets et les bordereaux pour les contrôler, si elles veulent.

Les tickets ou mémoires *contestés* (pour les assurances sociales), seront réservés à l'examen de la Commission de contrôle tripartite des assurés.

Pendant la période des versements les comptes des médecins sont établis, et dès que les versements sont à peu près finis (il faut quelquefois plusieurs lettres de rappel à certaines Sociétés), chaque médecin reçoit un état récapitulatif de ses consultations, de ses visites, de ses opérations, etc., et de la somme qui lui est due, avec un chèque à toucher à la banque où ont été faits les versements.

Tel est le système employé à Lyon depuis 22 ans, et qui sera continué avec les Caisses d'assurance créées par les Mutualités ou avec les autres Caisses, patronales, ouvrières, industrielles, etc., en faisant quelques modifications, s'il y a lieu.

***

Je n'ignore pas que, pour les Assurances sociales, des confrères demandent le régime de la liberté, qui place le médecin directement en face de son malade, sans intervention entre eux d'un organisme quelconque, sans intermédiaire de ce qu'on a appelé récemment « *le tiers payant* ». Cet individualisme professionnel, qui présuppose la cohésion complète du Corps médical, est possible dans les localités où il n'y a qu'un médecin.

Il est possible également dans les villes où n'exercent qu'un petit nombre de médecins et où ne s'installe un médecin que tous les 8 ou 10 ans. Il peut y avoir dans ces conditions une entente confraternelle assez forte et loyale pour permettre d'obtenir, sans contrat collectif, une rémunération suffisante. Toutefois ce système présente des inconvénients. D'abord, le *non paiement* par l'assuré, faute d'argent.

Il ressort de la classification des assurés obligatoires faite par les actuaires du Ministère du travail, que les 4 premières classes, c'est-à-dire 93 *pour* 100 *des assurés*, ont des salaires de 1.200 fr. à 6.000 fr. (V. rapport GRINDA, pages 138 et 207).

Il résulte également du rapport GRINDA que l'*allocation journalière* pour les 4 premières classes d'assurés sera respectivement de : 1 fr. 75,

3 fr., 5 fr., 7 fr. 50, par jour ouvrable à partir du 4e jour de l'affection ou de l'accident.

D'autre part, les calculs du rapport GRINDA (page 142 et page 143, paragr. 4) font connaître que la part du Corps médical, fournie par la Caisse, sera d'une manière générale de 3 fr. par journée de maladie.

Si l'on tient compte de la cherté de la vie, de la nécessité parfois de nourrir une famille et de la perte du salaire pendant la maladie, ces *allocations journalières* si faibles ne permettront à certains assurés que de vivre difficilement. Comment, dans ces cas, les assurés des 4 premières classes, s'ils n'ont pas des économies, pourront-ils compléter, pour payer le médecin, la subvention de 3 fr. par journée de maladie, à partir du 4e jour ?

Les confrères qui demandent à être payés directement de la poche des assurés et espèrent obtenir d'eux individuellement des honoraires équivalents à ceux de la clientèle ordinaire, nous paraissent se leurrer singulièrement. N'est-il pas à craindre que pour les maladies un peu longues : tuberculose, affection cardiaque, fièvre typhoïde, etc., le médecin ne soit pas toujours rémunéré ? Et pour les opérations des spécialistes et des chirurgiens, les Caisses voudront-elles consentir à verser aux mains des assurés les centaines de francs nécessaires au règlement des honoraires ?

Devant ces perspectives, n'y aurait-il pas avantage le plus souvent à s'entendre avec les Caisses qui, ayant en réserve et pouvant disposer de la part des frais médicaux attribuables aux assurés non malades et du montant de l'achat des tickets modérateurs, pourront accorder un *prix moyen* d'honoraires à la visite, se rapprochant, autant que faire se pourra, du tarif minimum de la clientèle ?

Qu'on veuille bien, d'ailleurs, remarquer que beaucoup de confrères qui manifestent une fougueuse hostilité contre le *tiers payant* pour les assurances sociales, acceptent la rémunération d'un *tiers payant* quand ils soignent des victimes de la guerre, des blessés du travail, des mutualistes, quand ils sont médecins fonctionnaires de l'Etat, des Préfectures, des P. T. T., des Lycées, Ecoles, Inspections sanitaires, A. M. G., etc., ou bien médecins des administrations privées, mines, usines, etc.

Un autre inconvénient du paiement par l'assuré réside dans la *présence ou l'arrivée de confrères dissidents qui, le cas échéant, pourront accaparer les soins au rabais.* D'après le docteur Specklin (de Mulhouse), l'individualisme a presque disparu en Alsace et « la vie syndicale, du fait du contrat collectif avec les assurances, a pris une intensité insoupçonnée de ceux qui ignorent cette institution ».

Quant aux grandes villes et particulièrement aux villes de Faculté comme Lyon, où il y a plus de 500 médecins, où une moyenne de 20 à 25 nouveaux confrères s'établissent chaque année, l'entente verbale entre médecins y est à peu près impossible à réaliser et ne pourrait certainement pas durer. L'individualisme professionnel ramènerait forcément et à brève échéance, à Lyon entre autres, le régime que le Syndicat des médecins du Rhône a eu tant de peine à démolir en 1902, c'est-à-dire le forfait, la sous-enchère et la course des visites au rabais. On voyait, autrefois, le prix d'une visite aux mutualistes être payé fréquemment au prorata de 40 ou 50 centimes. Il est bon de rappeler aux anciens et aux jeunes confrères, surtout à ceux de Lyon, que c'est la signature par le Syndicat, en 1902, d'un contrat collectif avec les Mutualistes, que c'est aussi la création d'un service syndical autonome, absolument indépendant des collectivités, qui ont été le point de départ du développement considérable du Syndicat des médecins du Rhône et du relèvement de nos tarifs à Lyon.

Les partisans de la liberté des soins aux assurés, considérés comme des clients ordinaires, peuvent essayer de faire insérer ce principe dans le texte de loi. Nous nous permettons de douter que le législateur (ou l'Etat) admette que les 278.000.000 millions de prévisions budgétaires pour soins médicaux, annoncés par le Dr GRINDA, passent directement des Caisses d'assurances dans les mains des assurés obligatoires pour que ceux-ci payent eux-mêmes leurs médecins. L'argent pourrait être employé à d'autres buts que le paiement des médecins, et les assurés retomberaient à la charge de l'Etat.

Nous devons donc prévoir le cas où le régime de la liberté pure et simple n'étant pas adopté, la loi avec le contrat collectif nous serait imposée, une fois votée. Quelle serait dans cette dernière alternative le meilleur moyen de protéger nos intérêts ?

Nous regrettons que l'inscription dans la loi du *tarif à la visite* n'ait pas été proposée. Mais nous avons dit que l'article 24, paragr. 1, du projet GRINDA, voté par la Chambre, permet aux Syndicats de déterminer, par contrat avec les Caisses, *les modalités* du service médical.

Alors même que les Caisses recevraient, pour rémunérer les médecins, une somme *forfaitaire* par tête d'assuré, ce système ne serait pas incompatible avec le tarif à la visite, du moment surtout qu'à cette somme forfaitaire viendrait s'ajouter dans tous les cas le montant des tickets modérateurs préalablement délivrés aux frais de l'assuré par les Caisses.

Le *modus faciendi* serait, en somme, identique au « système lyonnais », auquel fait allusion l'exposé du projet de loi. En effet, le mutualiste lyonnais paye à sa Société, sous forme de cotisation, un forfait mensuel de 2 francs, 3 francs, 4 francs, etc. Notre Syndicat ne se préoccupe pas

de ces considérations économiques d'ordre intérieur. Il dit aux Mutualités, comme il dira aux Caisses d'assurance, nos tarifs sont les suivants : consultation 8 fr. ; visite, 10 fr. Pour chaque consultation, vos assurés remettront aux médecins un ticket valant 8 francs, et, pour chaque visite, un ticket valant 10 francs. Vous fixerez pour le prix d'achat de ces tickets le chiffre que vous jugerez utile à l'équilibre budgétaire de votre Caisse. A Lyon, beaucoup de Sociétés demandent pour l'achat d'un ticket *la moitié* de la valeur portée sur notre contrat, c'est-à-dire 4 fr. pour le ticket de consultation, 5 fr. pour le ticket de visite. De cette façon, le ticket jouera, dans le service des Caisses, un rôle non seulement « modérateur » des abus de visites, mais il pourra être suffisamment « rémunérateur » pour que les Caisses d'assurance accordent aux médecins le tarif à la visite, sans crainte d'aléas pour elles.

Mais, si l'on conserve dans la loi l'article 25, § 2, qui dit que le prix d'achat du ticket modérateur ne peut excéder *le tiers* de l'allocation journalière, nous craignons que même avec l'appoint du prix du ticket modérateur, qui sera *en moyenne* (pour les 6 classes d'assurés) de 2 fr. 20, le tarif à la visite dans les grandes villes ne soit pas suffisamment rémunérateur. Nous croyons donc qu'il serait utile que les Caisses puissent, le cas échéant, augmenter la limite *maxima* du prix du ticket modérateur, d'autant plus qu'à Lyon la plupart des Sociétés font déjà payer *la moitié* de sa valeur. Il faudrait, par conséquent, modifier l'article 25, § 2, et mettre : « ..... il (le prix du ticket modérateur) ne peut excéder *la moitié* du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré...................
au lieu de : il ne peut excéder *le tiers* du montant de l'allocation journalière ... »

On a parlé de « l'exclusion du petit risque ». Cette idée ne nous paraît pas avoir grande chance d'être admise par le législateur : « La loi, comme le dit avec raison le Dr Grinda, doit avoir autant et plus même une action préventive que thérapeutique et curative. Le but de la loi doit être de donner des soins rapides aux travailleurs, d'éviter les maladies longues en les soignant *dès le début*, pour éviter la chronicité, la contagion, etc. »

Quant au respect du secret médical, nous sommes d'avis qu'il doit être observé. Mais n'est-ce pas pousser l'exagération un peu loin que d'écrire, ainsi que le faisait récemment un confrère : « On ne peut réclamer du médecin, ni le nom de la maladie, ni un certificat déclarant que l'assuré est malade ou guéri, etc. ». Dans ces conditions, à moins de mettre un médecin expert ou contrôleur dans chaque localité, le fonctionnement de la loi n'est pas possible. Et si l'on se place à un point de vue si étroit, on peut dire que les médecins traitants des blessés du travail, des victimes de la guerre, des malades des administrations publiques ou privées, etc., commettent chaque jour des violations du secret professionnel.

En terminant, je crois devoir rendre hommage au rapport si important, remarquable et consciencieux du docteur Grinda.

Le Corps médical ne peut qu'être reconnaissant à notre confrère d'avoir proposé l'insertion dans la loi des directives suivantes : libre choix, contrat collectif, ticket modérateur, et d'avoir laissé aux Caisses la plus grande liberté, la plus entière autonomie pour l'organisation du service médical, d'accord avec les Syndicats.

Il n'y aura *pas de réglementation unique*, pas de *tarif national*, pas de *catégories de médecins* comme pour les blessés du travail et les victimes de la guerre.

Mais il y aura des *tarifs locaux*, sans catégories.

Les Syndicats médicaux conserveront ainsi leur autonomie complète au point de vue des tarifs et règlements.

Conclusions.

Je suis partisan :

Du contrat collectif, du tiers payant, du libre choix du médecin, du ticket modérateur, du tarif à la visite, du secret médical.

Je propose que les députés ou sénateurs du Groupe médical parlementaire soient invités par le Bureau de l'Union des Syndicats médicaux de France à demander les deux modifications suivantes au texte de loi sur les assurances sociales, voté par la Chambre en première lecture :

1° A l'article 24, paragraphe 4, alinéa 3, le texte sera ainsi modifié : « Le contrôle et le règlement des difficultés sont confiés à des Commissions régionales composées de : 4 délégués de l'Office, 4 délégués des Caisses, 4 délégués des Groupements professionnels, de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens (soit 2 médecins, 1 pharmacien, 1 sage-femme).

2° A l'article 25, paragraphe 2, le texte sera ainsi modifié :

« ... il (*le prix du ticket modérateur*) ne peut excéder *la moitié* du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré..
....
au lieu de : il ne peut excéder *le tiers* du montant de l'allocation journalière.... »

R. H. M. S. 0600.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — Nous avons été vivement peinés par la nouvelle de la mort prématurée du Dr L. CHEINISSE, causée par un stupide accident d'automobile.

Notre distingué et regretté confrère tenait, dans la *Presse médicale*, la rubrique du « Mouvement thérapeutique ». Toute question à l'ordre du jour, dans l'art de guérir, retenait son attention. Il colligeait tout ce qui venait d'être publié à ce propos, dans le monde entier. Cela lui était particulièrement facile, puisqu'il parlait et écrivait sept langues. Il faisait ensuite une revue d'ensemble, dans laquelle il ne manquait pas d'introduire sa note personnelle, d'autant plus autorisée que c'était un médecin de grande valeur. Et la question se trouvait ainsi complètement mise au point.

Chaque année, il publiait en volume une collection de ces Mouvements, qui avait acquis, dans le monde médical, sous le nom de l'*Année thérapeutique*, une légitime réputation.

A cette occasion, le *Concours médical* adresse à sa famille et à la rédaction de la *Presse médicale*, l'assurance de ses condoléances les plus sympathiques et les plus attristées.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine** (*hôpital Lariboisière*). — Un cours complémentaire sera fait sous la direction du professeur SÉBILEAU *du* 2 *au* 23 *décembre* 1924, par MM. L. Dufourmentel, R. Miégeville, Fl. Bonnet-Roy, P. Truffert, H.-P. Chatellier, P. Cornet, P. Winter, anciens chefs de clinique, chefs de clinique et assistants ; MM. Valat et Carréga, internes du service.

Ce cours comprendra 10 leçons, consistant en présentations de malades, examens par les auditeurs et exercices de petite chirurgie spéciale.

Le cours commencera le *mardi* 2 *décembre* à 10 h. 1/2, dans la salle des conférences de la clinique, il se continuera à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire à la Faculté de médecine.

— **Clinique médico-chirurgicale des médaillés militaires**, 60, rue Vergniaud. — Le docteur Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté fera, tous les dimanches, de 10 à 11 h., à partir du 7 décembre, des démonstrations pratiques sur l'électro-cardiographie. Enregistrement des films électriques, leur interprétation, leur utilité pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies du cœur.

— L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des Relations médicales (A. D. R. M.), a eu lieu à la Faculté de Médecine, salle du Conseil, le mardi 18 novembre à 17 h. sous la présidence de M. Justin GODARD, ministre du Travail et de l'Hygiène.

— **Journées médicales de Toulouse.** — Les prochaines journées médicales auront lieu les 11, 12, 13 et 14 juillet 1925.

— **Hôtel-Dieu.** — Service de M. Caussade.

Détail des conférences qui ont lieu tous les mercredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Dupuytren.

Mercredi 26 novembre : méthodes d'exploration appliquées à l'étude de la circulation (sphygmographie, pléthysmographie, capillaroscopie. Mesure des pressions sanguine, artérielle, veineuse et capillaire, spectroscopie du sang et des tissus), par M. A.-C. Guillaume.

Mercredi 3 décembre : Arythmie extrasystolique, par M. A. Foucart. — Mercredi 10 décembre : l'hydraulique circulatoire, par M. A.-C. Guillaume. — Mercredi 17 décembre : diagnostic des trois variétés d'arythmies (arythmie respiratoire, complète et extrasystolique), par M. A. Foucart. — Mercredi 24 décembre : les vaso-moteurs, par M. A.-C. Guillaume. — Mercredi 7 janvier 1925 : les tachycardies paroxystiques, par M. A. Foucart.

Mercredi 14 janvier : Physiologie et pathologie des capillaires, par M. A.-C. Guillaume. — Mercredi 21 janvier : les bradycardies, par M. A. Foucart. — Mercredi 28 janvier : exploration du poumon dans ses rapports avec la circulation, par M. A.-C. Guillaume. — Mercredi 4 février : pouls alternant et bruit de galop, par M. A. Foucart.

Les conférences du 2e semestre seront annoncées au début de janvier avec les jours, les heures et le local où elles auront lieu. Ces conférences porteront sur les affections de l'appareil des voies respiratoires (G. Caussade, G. Rosenthal, Bossan, Pescher). Les affections tuberculeuses de la peau seront traitées par M. A. Lévy-Franckel.

Conférences pratiques d'oto-rhino-laryngologie faites par M. A. Galand à la salle Dreyfous, le samedi à 10 h. — 1° samedi 8 novembre : fosses nasales. Anatomie et physiologie ; 2° samedi 15 novembre : catarrhe aigu. Symptômes, diagnostic, traitement. Catarrhe chronique Rhinite atrophique (M. Galand insistera surtout sur le diagnostic) ; 3° samedi 22 novembre : épistaxis. Traitement d'urgence en présence des cas graves. Polypes (diagnostic). Sinusites (diagnostic) ; 4° samedi 29 novembre : syphilis nasale et tuberculose nasale ; 5° samedi 6 décembre : notions d'anatomie et de physiologie de l'oreille ; 6° samedi 13 décembre : diagnostic et traitement de l'eczéma, de la furonculose et des corps étrangers du conduit auditif externe ; 7° samedi 20 décembre : diagnostic des otites moyennes aiguës et chroniques. Indications de la paracentèse du tympan. ; 8° samedi 27 décembre : méthodes d'examen du pharynx et du larynx. Maniement du laryngoscope.

Samedi 3 janvier 1925 : amygdalites chroniques et leur traitement ; samedi 10 janvier : les végétations adénoïdes. Diagnostic. Traitement consécutif aux opérations ; samedi 17 janvier : laryngites catarrhales aiguës ; samedi 24 janvier : laryngites catarrhales chroniques ; samedi 31 janvier : syphilis du larynx. Diagnostic et traitement.

Samedi 7 février : tuberculose du larynx. Diagnostic et traitement. — Samedi 14 février : diagnostic des paralysies des cordes vocales.

— **Inspection médicale des écoles.** — Un concours est ouvert à la préfecture de Saône-et-Loire pour le choix, sur une liste de candidats arrêtée par le jury, de médecins inspecteurs chargés du service d'inspection médicale des écoles. Les candidats devront avoir 28 ans au moins le 1er janvier 1925 et 40 ans au plus.

Le concours aura lieu sur titres. Les candidats devront donc produire, outre leur diplôme de docteur en médecine, tous autres titres ou diplômes dont ils seraient titulaires, tels que, par exemple : diplôme d'hygiène ; services hospitaliers (externe, interne) ; titres universitaires (préparateur, chef de laboratoire, etc.) : titres scientifiques.

La situation des médecins sera la suivante : traitement annuel : 18.000 fr. ; indemnité forfaitaire pour frais de déplacement, 5.000 fr.

Les candidats, sur leur demande adressée au préfet de Saône-et-Loire, à Macon, recevront un exemplaire du règlement départemental d'inspection médicale des écoles, indiquant les détails d'organisation du service.

Les inscriptions pour concours seront closes le 30 novembre, *dernier délai*.

A l'appui de sa demande, qui indiquera les fonctions déjà exercées, chaque candidat devra produire son bulleti n de naissance.

Il indiquera en outre, les titres, diplômes ou attestations scientifiques qu'il possède en dehors de son diplôme de docteur en médecine et devra justifier de ces titres au plus tard le jour du concours.

La date du concours, qui aura lieu dans les premiers jours de décembre, sera portée à la connaissance des candidats admis à concourir.

Le service d'inspection médicale des écoles devra fonctionner à partir du 1er janvier 1925.

— **Pathologie expérimentale et comparée.** — M. le professeur Roger a commencé son cours le jeudi 13 novembre, (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continue les samedis et jeudis suivants, à 17 heures.

M. Garnier, agrégé, commencera une conférence complémentaire le mardi 6 janvier 1925, à 17 h. (petit amphithéâtre), et la continuera les mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Programme de l'examen de 3e année

— **Nos relations médicales franco-espagnoles.** — Sous le patronage de l'UMFIA notre collaborateur et ami., le Dr R. Molinéry vient de faire en Espagne un « voyage d'interéchange ». Au cours d'une réception offerte à Madrid, à MM. les docteurs Mariscal, membre de l'Académie royale de Médecine, Aguilar professeur à la Faculté, médecin du Roi, Cortezo, fils de l'éminent président de l'Académie royale, Recassens, fils du Doyen de la Faculté, Poulido, Arquelada, médecin de l'hôpital des enfants, Bartoloti, médecin chef du dispensaire antisyphilitique de Madrid et décoré pour fait de guerre de la plus haute distinction militaire qui soit donnée en Espagne : la Croix de laurier de St-Ferdinand, au général Fernandez de Castro, on nous annonça que la veille nos distingués confrères et amis, MM. les docteurs Bandelac de Pariente et Dartigues, tous deux fondateurs de l'UMFIA venaient d'être l'objet de la distinction la plus flatteuse que puisse recevoir en Espagne, un médecin français. Tous deux ont, en effet, été nommés membres correspondants de l'Académie de médecine, Le Dr Bandelac avec résidence en France et le Dr Dartigues au titre étranger. Il nous est agréable de rappeler que le Dr Bandelac de Pariente fut le premier à introduire en Espagne la technique du 606 et que depuis Charles-Quint, il est le premier médecin espagnol qui ait été choisi à ce titre par un souverain étranger. Notre revue compte parmi ses collaborateurs nos amis Dartigues et Bandelac, nul plus que nous n'applaudira à leur nomination.

— **Journées médicales Toulousaines** : dernier écho. — Notre correspondant d'Espagne nous fait savoir qu'à la demande de M. le Dr Bandelac de Pariente, médecin du Consulat d'Espagne à Paris, M. le professeur Abelous doyen de la Faculté de médecine de Toulouse vient d'être promu grand officier dans l'Ordre d'Isabelle la Catholique ; MM. les docteurs Bardier, professeur à la même Faculté et Molinéry, secrétaire adjoint de l'UMFIA ont reçu l'un et l'autre la cravate de Commandeur. Tous nos meilleurs compliments.

— **Conférences de la syphilis héréditaire.** — La *Ligue nationale française contre le péril vénérien* :

Considérant l'obscurité qui règne encore sur la fréquence, les formes et le traitement de la syphilis héréditaire ;

Considérant que l'étude de cette question, à la fois médicale et sociale, ne peut progresser que par la collaboration de tous les médecins et particulièrement des syphiligraphes, pédiatres et obstétriciens ;

A décidé de réunir, dans ce but, une *conférence de la Syphilis héréditaire*, qui aura lieu à Paris, au début d'octobre 1925, immédiatement après le Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

L'ordre du jour de la conférence comprendra les seules questions suivantes :

1° La syphilis héréditaire larvée. Rapporteurs : MM. Emile Leredde (de Paris) ; Lesné, médecin des hôpitaux de Paris ; Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris ; Carle (de Lyon) ;

2° Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance. Rapporteurs : MM. Marcel Pinard, Henri Lemaire, médecins des hôpitaux de Paris ; Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon ;

3° Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. Rapporteurs : MM. Milian, médecin des hôpitaux de Paris ; Lévy-Solal, accoucheur des hôpitaux de Paris ; le professeur Spillmann (de Nancy) ; le professeur Petges (de Bordeaux).

Les membres des Associations de langue française et des Sociétés françaises de Syphilagraphie, de Pédiatrie et d'Obstétrique sont particulièrement invités à prendre part à cette conférence et priés d'y apporter les éléments statistiques qu'ils possèdent sur le bilan de la syphilis héréditaire.

Le bureau de la Conférence sera composé de la manière suivante : Président, M. le professeur Jeanselme, président de la *Ligue nationale française contre le péril vénérien*, président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Vice-présidents : MM. Queyrat, vice-président de la *Ligue nationale française contre le péril vénérien*, président d'honneur de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie ; P. Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de Médecine de Paris ; Couvelaire, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

Secrétaire général : M. Hudelo, secrétaire général de la *Ligue nationale française contre le péril vénérien*, médecin-chef de service de l'hôpital Saint-Louis.

Secrétaire général adjoint : M. Fernet, médecin de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

Le taux de la cotisation à la Conférence est fixé à 40 fr.

Les adhésions sont reçues dès à présent.

Toute la correspondance doit être adressée au secrétariat de la *Ligue nationale française contre le péril vénérien*, 7, rue Mignon, Paris (VIe).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

l'objet de votre lettre, un certificat constatant la cause du décès de la blessée.

Vous devrez donc répondre à la Compagnie par un refus de certificat, basé sur l'obligation de respecter le secret.

Aux termes de l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 22 mars 1902, l'expert ne peut être le médecin qui a soigné le blessé. Vous devriez donc refuser de vous charger de l'expertise si le juge de paix vous désignait.

2805. — Récidive d'accident du travail indemnisé par une rente.

J'ai donné mes soins en février 1924 à un homme blessé au cours de son travail et atteint de luxation de l'épaule ; je pratiquai la réduction et immobilisai pendant quelques jours. Je revis le blessé 3 fois ensuite.

La compagnie d'assurance refuse de me payer ce sinistre, sous prétexte que le blessé est titulaire depuis le 29 mai 1922 d'une rente consécutive à une incapacité permanente partielle produite par une luxation récidivante de cette épaule. Elle déclare que le blessé étant titulaire d'une rente, elle ne peut prendre cette rechute à sa charge, et que je dois m'adresser directement à l'ouvrier.

Est-elle dans son droit ?

L'ouvrier ne s'était jamais reluxé son épaule depuis 1922.

Dr K.

Réponse.

Lorsqu'une victime d'accident du travail reste atteinte d'une incapacité permanente pour laquelle une rente lui a été allouée, elle cesse d'avoir droit au paiement des indemnités temporaires (demi-salaire, frais médicaux et pharmaceutiques) du jour où sa rente commence à lui être servie.

Si l'ouvrier que vous avez soigné a reçu une rente précisément pour la lésion qui a motivé vos soins, la Compagnie d'assurances est dans son droit en refusant de payer vos honoraires et en soutenant qu'ils doivent rester à la charge l'ouvrier.

Pour que l'ouvrier ait droit aux indemnités temporaires il faudrait qu'il y eût une lésion nouvelle indépendante de celle pour laquelle une rente lui a été allouée.

2665. — Calcul d'impôt sur les bénéfices professionnels.

J'ai fait au contrôleur la déclaration suivante :

Bénéfices professionnels : 12.500 ; marié ; un enfant d'un an.

Je reçois l'avertissement suivant :

Bénéfices imposables 12.500. Produit brut de l'impôt 378, montant des réductions pour charge de famille (1 personne) taux de 7,50 % = 28,35.

Montant net de l'impôt : 378 — 28,35 ; reste 349,65, que j'ai payés.

Veuillez me dire si je n'ai pas droit à d'autres réductions et dans ce cas les formalités à remplir pour me faire rembourser la somme indûment perçue.

Dr M.

Réponse.

Professions non commerciales.

Bénéfice imposable..........	12.500 fr.
Sur cette somme, pour le calcul de l'impôt	
6.500 fr. comptent pour.........	0
1.500 fr. comptent pour 1/2.....	750
4.500 fr. comptent pour le tout...	4.500
12.500	5.250

$$\frac{5.250 \times 7,20}{100} = 378 \text{ fr.}$$

Réduction de 7,50 %..	28,35
Reste.........	349,65

L'impôt est exactement calculé.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2600. — Base de la patente.

J'ai un appartement de 7 pièces, plus grenier, cave, 2 celliers, garage, jardin, pour 1500 fr. par an. Je n'utilise pour ma profession qu'une seule pièce, soit moins du 1/7e de la maison. Or, ma patente est calculée sur une valeur locative de 500 fr. par an. Je croyais qu'elle ne portait que sur la valeur locative des locaux utilisés pour l'exercice de la profession. Si cela est, j'occupe à peine le 1/7e de la maison, ce qui correspondrait à une valeur locative de 1.500 : 7, soit un peu plus de 200 fr. J'estime donc être imposé deux fois trop.

Dr P.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est calculé sur la valeur locative des locaux servant à l'exercice de la profession ainsi que sur celle des locaux d'habitation.

En conséquence votre patente doit être calculée sur un loyer de 1.500 francs.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2749. — Pansements compliqués.

Je soigne en ce moment un blessé du travail (tarif Breton) atteint d'un phlegmon de la main droite, pour

lequel un chirurgien a pratiqué une intervention consistant en deux larges incisions des deux faces de la main avec drainage. Or, les pansements consécutifs sont assez compliqués et consistent en bains antiseptiques, ablation de parties nécrosées, enlèvement du drain et lavages, etc.

Chaque pansement dure en moyenne de 20 à 30 minutes ; veuillez donc me dire à quel prix je dois tarifer ces pansements, car je ne pense pas qu'ils soient compris dans le prix d'une consultation (sept francs) ?

Dr H.

Réponse.

Contrairement à ce qui existe dans le tarif Maginot, il n'existe pas, dans le tarif Breton, de tarification spéciale pour les « pansements spéciaux, longs et compliqués ». Et cela faute d'une Commission de contrôle qui pût en autoriser la tarification spéciale, suivant les cas. Il en résulte que tous les pansements sans exception sont compris dans le prix de la visite ou consultation (article 16), ce qui est parfois injuste, comme dans votre cas.

F.D.

II

2739. — Soins à l'hôpital et déplacements para-médicaux.

Un ouvrier est blessé par accident de charrette à 10 km. de P. Je passais en tramway électrique, je le soigne et le raccompagne à l'hôpital de P., dans l'auto de son patron prévenu.

1° Ai-je droit à l'indemnité kilométrique puisque j'ai dû revenir le lendemain faire les visites que cet accident m'avait empêché de faire ?

2° Le patron et l'ouvrier m'ont demandé de continuer à donner mes soins, donc, en arrivant à l'hôpital, j'ai aidé le chirurgien pour une intervention.

Ai-je droit aux honoraires comme aide ?

3° De plus je vais chaque 2 ou 3 jours voir le blessé à l'hôpital.

Ai-je droit aux honoraires pour ces visites ?

Je ne suis pas médecin de l'hôpital où le libre choix n'existe que parmi les médecins et chirurgiens de l'hôpital, désignés par le conseil d'administration.

Dr P.

Réponse.

1° Vous oubliez le fameux « tout compris » que nous nous efforçons de faire disparaître et grâce auquel les patrons n'ont à payer, pour leurs blessés du travail soignés dans un hôpital, que le *prix de journée* en tout et pour tout, lequel prix « comprend » tous les soins et interventions, etc.

2° L'indemnité kilométrique n'est tarifable que « du domicile du médecin au domicile du malade » (article 2), c'est-à-dire au sujet du *déplacement* causé au médecin pour aller *soigner* un blessé à *domicile*, toutes choses qui ne sont pas dans le cas que vous me présentez, et encore

déplacement payable, dans tous les cas, suivant l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché (article 2).

Peut-être, à l'amiable, pourriez-vous demander au patron une indemnité pour tous vos dérangements puisqu'il sait combien vous avez été bon et humain pour son blessé, mais, tarif en main, je ne vois, pour vous, aucun article à faire valoir.

F.D.

Application du Tarif Maginot

I

2740. — Injections intra-musculaires.

J'ai donné dans le courant du 2e trimestre 1924 des soins à un réformé de guerre,et eus à faire 4 injections intra-musculaires de 10 cc. d'hémoplase. J'ai porté sur mon mémoire : 4 injections sérum antitoxique (hémoplase) à 20 fr. = 80 fr.

La commission de vérification rectifie à 10 au lieu de 20, m'invitant à fournir des explications, je fis remarquer que des injections intramusculaires de 10 cc. ne sont pas assimilables à des « injections hypodermiques » prévues à l'article 60 du tarif.

Le président de la commission de contrôle m'informe que la décision prise antérieurement est maintenue, et m'invite à accepter la réduction, ou à me pourvoir devant la commission supérieure.

L'article 60 prévoit que les injections hypodermiques sont tarifées au prix de la visite ou de la consultation. Les injections hypodermiques sont généralement de 1 à 2 cc. Toute la question est de savoir si des injections intramusculaires de 10 cc. sont des injections hypodermiques, je ne le crois pas.

Maintenant que faire ? Aller devant la commission supérieure ? Il est vraisemblable que la décision sera purement et simplement confirmée, car je ne suppose pas que dans le monde officiel on se tire aux jambes ; et puis, il y a là une question de principe que l'administration s'efforcera de faire trancher conformément à son intérêt.

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner votre avis, afin de me permettre de prendre une décision.

Dr A.

Réponse.

1° Les injections intramusculaires ne sont pas l'objet d'une tarification spéciale à l'article 74. Il en résulte qu'elles rentrent *jusqu'à nouvel ordre* dans les « menues interventions » prévues à l'article 60, qui sont comprises dans le prix de la consultation ou de la visite, « menues interventions (est-il dit), *telles que* pansements, massages... injections hypodermiques ». Et le mot « telles que » indique qu'il y a là une énumération nullement limitative, qui *n'exclut pas* les injections intramusculaires, comme vous paraissez le penser.

2° Quant à votre réflexion sur l'appel devant la Commission supérieure, qu'il soit « vraisemblable que la décision sera purement et simplement confirmée, car je ne suppose pas que, dans le monde officiel, on se tire aux jambes »... je puis vous certifier, mon cher confrère, comme délégué de l'Union à la dite Commission et nullement « du monde officiel » pour cela, qu'il nous arrive de casser les décisions de première instance et cela chaque fois que celles-ci ne nous paraissent pas conformes au texte ou à l'esprit du tarif.

F.D.

II

2727. — Agrément pour une clinique privée.

1° Les honoraires de petite chirurgie (art. 74) et chirurgie générale (en l'espèce injection intraveineuses de novarsénobenzol) doivent-ils se compter en sus de la consultation (ici ophtalmologie, art. 76) ou comprennent-ils le prix de la consultation au cours de laquelle elles ont été pratiquées ?

2° A qui réclamer d'une non réponse à une demande d'agrément de clinique privée, de la part de la commission de contrôle, alors que la demande invoquait un cas d'urgence pour obtenir rapidement le dit agrément ?

Dr L.

Réponse.

1° Il n'y a pas de *cumul*, donc les prix des interventions sont nets sans qu'on puisse y ajouter celui de la visite ou consultation concomitante.

2° C'est la *seule* Commission départementale de contrôle qui peut *agréer* une clinique privée (article 31) et ce n'est qu'après notification de son refus qu'on peut, au besoin, en appeler devant la Commission supérieure. Elle ne saurait le plus souvent donner un « agrément » *d'urgence* car il lui faut le temps matériel d'enquête. Mais aussi pourquoi le directeur d'une clinique privée attend-il un cas de bénéficiaire devant entrer chez lui pour faire sa demande d'agrément ?

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Paiements des frais médicaux faits par des bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions militaires.

6447. — M. de Blois, sénateur, demande à M. le ministre des pensions si une commission tripartite instituée par le décret du 25 octobre

1922 peut refuser le remboursement des frais de médecins et pharmaciens engagés par un mutilé de guerre, de mars à juin 1921, chez un médecin et un pharmacien civils, sous le seul prétexte que les reçus fournis comme pièces justificatives par l'intéressé ne sont pas établis sur des carnets médicaux réglementaires, alors qu'à cette époque, un certain nombre de médecins refusaient de se servir desdits carnets, l'accord n'étant pas encore réalisé entre les associations syndicales et l'Etat. (*Question du* 30 *juillet* 1924.)

Réponse. — Les commissions tripartites départementales sont de véritables tribunaux et peuvent, par jugement motivé, refuser certains remboursements. Dans le cas d'espèce, si le demandeur se trouve lésé ou estime que la loi a été violée par la juridiction de première instance, il lui appartient d'interjeter appel devant la commission tripartite supérieure ou de former un recours devant le Conseil d'Etat. (*J.O.*, 5 *novembre* 1924.)

Soins aux militaires à l'hôpital de Barèges.

898. — M. Calmon, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° pourquoi l'on ne dirige pas sur l'hôpital thermal de Barèges de nombreux blessés et malades dont l'état de santé s'améliorerait après le traitement thermal, alors qu'il existe des lits disponibles et des dortoirs entièrement inoccupés ; 2° pourquoi l'on ne donne pas suite à des demandes auxquelles la commission de réforme avait donné avis favorable après examen du blessé ; 3° pourquoi l'on ne fait que trois périodes au cours de la saison ; 4° quel est le nombre d'anciens officiers en traitement pendant les trois périodes de 1924 et quel est le nombre d'anciens soldats ; 5° pour quelles raisons, on fait une distinction pour les heures d'entrée et de sortie entre les anciens officiers et les anciens soldats, puisqu'à l'heure actuelle tous sont rendus à la vie civile. (*Question du* 21 *août* 1924.)

Réponse. — 1° et 2° Satisfaction est toujours donnée aux demandes d'admission à l'hôpital militaire thermal de Barèges, lorsque les intéressés sont proposés régulièrement par les commissions de réforme chargées de les examiner ; il arrive, en effet, dans certains cas, que les commissions de réforme auxquelles se sont présentés d'anciens combattants émettent des avis défavorables, soit que l'état de santé des intéressés ne justifie pas l'envoi dans une station thermale, soit même que les eaux de Barèges leur soient nettement contre indiquées ; 3° et 4° quatre saisons de vingt et un jours chacune et non trois ont été organisées, en 1924, à l'hôpital militaire de Barèges. Le nombre total des admissions,

cette année est de 37 anciens officiers et 144 anciens soldats ; 5° les sous-officiers et soldats de l'armée active ou anciens militaires doivent être rentrés le soir à l'hôpital à vingt heures trente, heure qui paraît raisonnable dans un établissement où les hospitalisés bénéficient d'une liberté entière pendant la journée. (*J.O.*, 5 *novembre* 1924.)

Promotion dans la Légion d'honneur des officiers rayés des cadres.

1187. — M. Cazals, député, demande à M. le ministre de la guerre : 1° si les officiers de complément rayés des cadres par anticipation pour maladie contractée pendant la guerre et non rayés des cadres à l'expiration du service légal se trouveront privés de tout droit pour être proposés pour la Légion d'honneur ; 2° dans le cas de l'affirmative, si le ministre ne doit pas envisager une promotion spéciale pour les officiers susvisés ; 3° pourquoi il n'a été accordé aux officiers rayés des cadres que le bénéfice de la première promotion, celle de 1923, malgré la circulaire du 31 mai 1922 ; 4° s'il n'aurait pas été équitable de réserver en partie le tableau de concours de 1923 à cette catégorie d'officiers ; 5° lorsqu'un candidat relève de la grande chancellerie, quelles sont les formalités exigées pour l'en saisir. (*Question du* 4 *novembre* 1924.)

Réponse. — 1° et 2° Les dossiers des officiers de complément rayés des cadres ont été examinés lors de la mise en application des dispositions des lois des 15 et 19 juin 1920, 23 juin et 21 juillet 1922 ; ceux dont les titres ont été reconnus suffisants, ayant reçu à cette occasion la Légion d'honneur, il n'y a pas lieu d'envisager actuellement de mesure spéciale à l'égard des officiers de cette catégorie. D'autre part, les officiers rayés des cadres pour raison de santé ou par limite d'âge, ne faisant plus partie de l'armée, leur candidature à la Légion d'honneur relève de la grande chancellerie à qui il appartient de l'examiner et de lui donner la suite qu'elle est susceptible de recevoir. Exception n'est faite à cette règle qu'en faveur des officiers rayés des cadres pour blessures de guerre, qui peuvent obtenir la croix de la Légion d'honneur au titre du ministère de la guerre, lorsque leur degré d'invalidité atteint le taux minimum de 65 p. 100 (loi du 30 mai 1923) ; 3° et 4° la circulaire du 31 mai 1922 pour l'établissement du tableau de concours au titre de l'année 1923, prévoyait, ainsi d'ailleurs qu'il devait être indiqué à l'article 1er de la loi du 21 juillet 1922, que les officiers rayés des cadres depuis le 24 octobre 1919, seraient admis à concourir, pour la dernière fois, avec les autres officiers des réserves pour l'obtention éventuelle de la Légion d'honneur, lors de l'établissement du premier tableau

de concours qui suivrait la promulgation de cette loi. Ces dispositions ont été rigoureusement appliquées, les officiers rayés des cadres ont été placés en tête du tableau de concours pour l'année 1922 (*Journal Offieiel* du 6 février 1923), et ont par suite été compris dans la première promotion faite au titre de ce tableau ; 5° les officiers rayés des cadres qui désirent faire examiner leur candidature par la grande chancellerie de la Légion d'honneur, doivent adresser à cette administration une demande comportant tous renseignements nécessaires pour qu'il puisse être procédé utilement à l'étude de leur dossier. (*J.O.*, 6 novembre 1924.)

Admission dans un sanatorium.

1326. — M. Delory, député, expose à M. le ministre du travail comme suite à la réponse à sa question écrite n° 977, du 23 août 1924, que, puisqu'une fiche d'ordre social doit intervenir dans le classement des malades demandant leur admission dans un sanatorium, l'établissement de cette fiche devrait être rendu obligatoire pour tous les malades ; qu'il serait anormal que certains malades se trouvent exposés à être classés à un rang plus éloigné parce que les communes où ils habitent ne sont pas desservies par un dispensaire d'hygiène sociale, et demande au ministre : 1° s'il ne pourrait décider que toute demande d'admission dans un sanatorium devra être accompagnée d'une fiche sociale, laquelle sera établie, quelle que soit la commune habitée par le malade, par le bureau d'assistance de cette commune, celui-ci pouvant faire appel, s'il lui plaît, pour l'établissement de cette fiche, à tel organisme de son choix, dispensaire d'hygiène sociale ou autre ; 2° pourquoi, en ce qui concerne les malades de l'A.M.G. cette fiche doit indiquer les ressources, puisque, inscrits sur la liste de l'A.M.G., ces malades ont été considérés comme privés de ressources suffisantes. (*Question du 4 novembre* 1924.)

Rénonse. — 1° La loi du 15 avril 1916 a confié aux dispensaires d'hygiène sociale, le soin d'assurer et de faciliter l'admission des tuberculeux dans les sanatoriums et autres établissements hospitaliers. Pour leur permettre d'accomplir cette mission, il est de toute nécessité de leur laisser le soin d'instruire les demandes de placement dans les sanatoriums et en particulier d'établir la fiche sociale. On ne comprendrait pas que le dispensaire qui propose un placement dans un sanatorium, souvent à ses frais, soit obligé de faire appel au bureau de bienfaisance ou au bureau d'assistance pour refaire une instruction à laquelle il a lui-même procédé, et alors qu'il dispose déjà de tous les éléments

nécessaires pour établir la fiche sociale. Même s'il s'agit de malades non proposés par un dispensaire, il est impossible de ne pas recourir à ce dernier. Il y a, en effet, un intérêt primordial à ce que les tuberculeux non inscrits au dispensaire lui soient signalés, de façon à lui permettre de prendre les mesures de désinfection et de préservation nécessaires, et de suivre le malade et son entourage. Il y a là un rôle d'hygiène et de prophylaxie sociales qui échappe en grande partie aux bureaux de bienfaisance et d'assistance et en vue duquel certains de ces établissements publics ne sont ni préparés ni outillés. C'est pour cette raison que, même dans les communes dépourvues de dispensaires, le décret du 10 août 1920 n'a pas cru pouvoir rendre obligatoire l'intervention du bureau de bienfaisance et du bureau d'assistance. Rien ne s'oppose, par contre, à ce que les dispensaires d'hygiène sociale soient en liaison constante avec les bureaux de bienfaisance et d'assistance et il est même très désirable qu'il en soit ainsi. Cette collaboration a d'ailleurs été réalisée dans la plupart des communes ; 2° l'indication des ressources sur la fiche sociale ne présente aucun intérêt pour les malades de l'assistance médicale. Par contre, l'indication de la profession est indispensable pour établir les statistiques de la morbidité dans les différentes professions et pour permettre, éventuellement, de réglementer les conditions du travail dans certains métiers reconnus favorables au développement de la tuberculose. Il y a également intérêt pour l'autorité chargée du classement des demandes à connaître la professsion des malades. Il peut y avoir, en effet, urgence à hospitaliser un malade exerçant une profession insalubre, ou un métier qui l'oblige à vivre en commun avec d'autres personnes et dans lequel il constitue un danger de contagion pour autrui. Il en est de même en ce qui concerne l'hygiène du logement. Il peut y avoir urgence à retirer de son milieu un malade qui vit dans des locaux insalubres ou surpeuplés. (*J.O.*, 6 novembre 1924.)

Fonctionnement du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

1324. — M. Delory, député, expose à M. le ministre du travail que le comité d'hygiène de la Société des nations organise, chaque année, des échanges de personnels sanitaires qui réunissent dans différents pays les hygiénistes d'un certain nombre de nations pour y étudier le fonctionnement des services d'hygiène ; que, par circulaire du 29 septembre 1924 adressée aux préfets, M. le ministre du travail semble ne vouloir considérer comme faisant partie du « personnel sanitaire » susceptible de bénéficier de ces voyages d'études que les fonctionnaires sanitaires (inspecteurs départementaux d'hygiène, médecin directeur de bureaux municipaux, autres

fonctionnaires sanitaires), ajoutant qu'il y aurait intérêt à reconnaître officiellement que tout médecin praticien est, par essence, un agent sanitaire, et à lui permettre de se perfectionner dans les questions d'hygiène en le mettant à même de bénéficier de ces voyages d'études, et demande au ministre s'il ne pourrait pas étendre à tous les médecins français le bénéfice des dispositions prises par le comité d'hygiène de la Société des nations. (*Question du 4 novembre* 1924.)

Réponse. — Le comité d'hygiène de la Société des nations a organisé des échanges de personnel sanitaire en vue de l'amélioration des services d'hygiène (nationaux, départementaux ou municipaux) et non pour le perfectionnement dudit personnel dans la science de l'hygiène, cet enseignement supérieur ne pouvant être donné que par des organismes scientifiques. Le but poursuivi est l'amélioration de méthodes et non le perfectionnement de personnalités médicales. Il était donc rationnel que la sélection s'opérât uniquement parmi les fonctionnaires sanitaires. D'ailleurs celle-ci ne devant aboutir qu'à la désignation de six ou huit médecins par année, il est plus rationnel de choisir parmi le petit nombre de médecins hygiénistes plutôt que parmi les 22.800 médecins environ non spécialisés dans cette branche de la science médicale. (*J.O.*, 8 novembre 1924.)

VARIÉTÉS

Un correspondant nous communique la coupure suivante, prise dans un journal local :

LE DOCTEUR X médecin major de 1re classe, ex-médecin et chirurgien traitant à l'hôpital militaire d'A., admis, sur sa demande, par le Ministre de la Guerre, à faire valoir ses droits à la retraite, informe ses amis et connaissances qu'il a ouvert son cabinet de consultations, rue ....

Maladies des femmes et des enfants.
Accouchements.
Consultations de 2 à 4 h. et sur rendez-vous.
Téléphone : ....

***

Il y a quarante ans, on vendait, en librairie, un Manuel d'accouchements dont l'auteur était un médecin de la marine de guerre.

Les temps n'ont pas changé et la spécialité Gynécologie-Obstétrique-Pédiatrie continue à avoir les faveurs de certains de nos confrères en retraite de l'armée.

Quarante-sixième année N° 48 30 Novembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2762-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Gache, de Villefranche-St-Phal (Yonne), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (**Le**), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (**Le**) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : B. Sauet, Petrmond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy. Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*
Vernet-les-Bains : Dr Pons

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 548. — Dans jolie banl. Paris très recherch., ch. de fer, excel. client. à céder de suite.

N° 549. — A céd. client. à Paris [illegible] de 4 à 6, Synd. des méd. Paris, 28, rue Serpente (6e).

N° 550. — Conf. dispos. de matinées dem. sit. méd. ou para-méd. à Paris.

N° 551. — Le Cannet (Alp.-Mmes). Dr Daniel, tel. 28. Cure climat. pr tout conval. non contag., nerv., surm. bronches délic., rhumatis. etc. Tout conf. Tous trait. clim. le plus doux, site le pl. beau de la côte.

N° 552. — Conf. dés. acquéri. client. demi-repos rég. Paris.

N° 553. — Doc. ch. env. de Paris, poste demi-repos. Mais. et jard.

N° 554. — Bon poste camp., pro-pharm., 15 km. gr. ville, Pays agréable, chasse et pêche. Belle mais. av. dépend. Rapp. 35.000. Très urg.

N° 555. — Buchet 1920, cond. int. 10 CV., parf. état marche. Prix : 8.500. Dr Lemaire, Cosne (Nièvre).

N° 556. — Eure-et-Loir. Bon poste ds chef-lieu cant. Seul méd. pro-pharm., rapp. 40.000, vaste mais., jard. Indemn. 10.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 557. — Région Nord. Ds local. agric. tr. agréab., anc, poste fais. 80.000 y comp. fixes. Belle mais. sit. intér. près ville. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 558. — Doct. en méd. jne marié, méd. génér. accouch. prendr. suite client. import. Sud-Ouest.

CORRESPONDANCE

Un sanatorium pour petites bourses.

Nous lisons dans le *Concours médical* du 16 novembre, sous le titre « un sanatorium pour petites bourses », un article où se trouve mentionnée la modicité des prix d'un établissement, le rendant accessible à la classe moyenne, qui n'a pas toujours les moyens de faire une cure dans un sanatorium privé.

L'existence de ces établissements devient certes une nécessité sociale, chaque jour plus évidente, et peut-être ne serait-il pas sans intérêt pour vos lecteurs de leur faire savoir qu'il existe depuis peu, dans les environs de Paris, et dans des conditions climatiques exceptionnellement favorables à tous égards, un sanatorium privé où la cure hygiéno-diététique et le traitement par le pneumothorax artificiel sont correctement et consciencieusement pratiqués.

Le prix de pension est de 20 fr. dans les lits à petit dortoir (de 4 à 8 lits) et de 30 fr. en chambre particulière.

Drs Chevrolet et Imbert,
Médecins-directeurs du Sanatorium de Sainte-Colombe, par Aubergenville (S.-et-O.)
Abonnés du *Concours Médical.*

A propos de l'article « Les calculs logarithmiques » du numéro du 9 novembre.

Un certain nombre d'erreurs grossières ont dû être relevées par la plupart des lecteurs. Mais nous ne pouvons laisser passer sous silence les exemples numériques, qui, bien entendu, ne sont que des calculs approximatifs :

Exemple : $56 = 2^3 \times 7$, lire au résultat 1,748 au lieu de 1.148.

Exemple : 0,056.

lire $1{,}748 - 3 = -1{,}252$ au lieu de $1{,}148 - 3 = -1{,}852$.

Exemple : $\log x = 3{,}456$.

lire $\log x = \log 10^3 + \log 2{,}880$ au lieu de $\log 10^3 + \log 0{,}880$ donc $x = 10^3 \times 2{,}880 = 2880$ environ.

Enfin le dernier exemple doit être résolu comme suit :

Ex : $\log x = -2{,}341 = -3 + 1 - 0{,}341 = -3 + 0{,}659 = \bar{3}{,}659$

$= \log \frac{1}{10^3} +$ log d'un nombre compris entre 3 et 5 qui est déterminé par la règle de trois :

$$(5 - 3)\frac{0{,}659 - 0{,}477}{0{,}698 - 0{,}477} = 1{,}64 \text{ environ}$$

$$\text{d'où } \log x = \log \frac{1}{10^3} + \log(3 + 1{,}64) = \log \frac{4{,}64}{10^3}$$

$$x = \frac{4{,}64}{10^3} = 0{,}00464 \text{ environ}$$

Tout en nous excusant nous prions nos lecteurs de prendre bonne note de ces corrections capitales.

R. L.

2876. — Honoraires d'expertise à la Cour des *Pensions*.

J'ai été commis expert par la Cour régionale des pensions, dans une affaire en appel du tribunal départemental des pensions.

Pourriez-vous me dire quel chiffre d'honoraires je dois demander pour mon expertise et par quel règlement sont fixés les honoraires en pareille matière ?

Dr P.

Réponse.

L'article 44 du Décret du 2 septembre 1919 fixe à 25 francs la somme à allouer aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, par pensionné examiné. Le décret est muet en ce qui concerne les honoraires alloués aux experts devant la Cour des Pensions.

Il y a lieu de penser que ce sont les mêmes honoraires de 25 francs qui sont alloués devant la Cour que devant le tribunal, de même que les honoraires sont les mêmes pour les expertises civiles, qu'elles aient lieu devant le tribunal civil ou devant la Cour d'Appel. Le travail à effectuer, en effet, est le même.

2828. — Offre de paiement des honoraires par un ouvrier dont l'accident est contesté.

J'ai eu à soigner un ouvrier porteur d'une ampoule forcée formant abcès.

J'ai dû ouvrir cet abcès, et faire quelques pansements consécutifs ; ma note de 55 francs, adressée comme à l'habitude à l'assurance, m'a été retournée impayée.

Le patron de l'ouvrier se refuse également à me payer (voir dossier). Il a fait appeler l'ouvrier et lui

a fait entendre, à l'aide d'arguments que vous devinez, que l'ouvrier lui-même devait me régler.

Ce brave garçon, que je connais personnellement, m'écrit en effet qu'il est prêt à me régler pour éviter des histoires avec son usine. *Mais je ne veux rien recevoir de lui*, ne connaissant que son patron qui me l'a adressé avec le bon de soins que je joins également au dossier.

Comment faut-il s'y prendre. Le « Sou médical » peut-il m'aider dans cette affaire ?

J'ajoute que la Compagnie et son agent ont toujours agi correctement vis-à-vis de moi et que cette note est la seule parmi une trentaine de valeur sensiblement égale qui m'ait été refusée.

Dr Z.

Réponse.

Dès lors que l'ouvrier, votre client, « pour ne pas faire d'histoire », d'après les propres expressions de sa lettre, offre de vous payer lui-même, nous ne pouvons que vous conseiller d'accepter.

Il n'y a plus, en effet, d'intérêt pour vous à aller en justice de paix. Il est même préférable de ne pas courir les aléas d'un procès et, d'autre part, l'ouvrier a peut-être ses raisons pour éviter un conflit. Il craint peut-être un renvoi de la part de son patron, non pas motivé par votre demande, ostensiblement du moins, mais dont celle-ci pourrait être le prétexte inavoué, le renvoi étant effectué seulement quelque temps après et pour tout autre motif, ou même sans motif indiqué.

2891. — Exhumation et secret professionnel.

Un homme marié et habitant à C. est mort chez ses parents à S. de tuberculose pulmonaire le 2 janvier 1924. Il a été enterré à S. dans un caveau de ses parents. La veuve veut faire transporter le corps de son mari à C. qui n'est pas dans le même département que S. ; les parents s'y opposent et s'appuient sur la loi qui, paraît-il, défend le transfert du corps d'un homme décédé de maladie contagieuse, avant trois ans. Ils me demandent de faire un certificat mentionnant que leur fils est mort de maladie contagieuse. En ai-je le droit et la veuve ne peut-elle pas m'attaquer pour violation du secret professionnel si j'établis ce certificat ?

Dr Y.

Réponse.

Les exhumations des corps sont règlementées par un décret du 15 avril 1919, qui, dans son article 11, dispose que l'autorité qui permettra l'exhumation (le maire) prescrira les mesures à prendre dans l'intérêt de la salubrité.

Demandée par le plus proche parent du mort (en cas d'existence du conjoint, il est généralement admis que c'est à celui-ci que ce droit

appartient), l'exhumation doit se faire en présence d'un parent ou d'un ami de la famille.

Si le corps est destiné à être transporté dans une autre commune, le cercueil doit être mis dans une nouvelle bière. Mais le décret précité ne contient aucune disposition interdisant le transfert d'un corps moins de trois ans après le décès si celui-ci a eu pour cause une maladie contagieuse.

Les motifs donnés par les parents nous semblent donc inexacts. Dans tous les cas, vous n'avez pas le droit, sans violer le secret professionnel, de leur délivrer un certificat constatant que leur fils est décédé de maladie contagieuse. Vous n'auriez même pas le droit de délivrer un semblable certificat à la veuve, ou à toute autre personne.

2868. — Honoraires pour soins donnés à une femme mariée.

J'ai opéré il y a quelques mois, une cliente chez elle, après avoir été appelé par le mari.

Ces jours-ci je présente ma note, le mari est parti, abandonnant sa femme. Celle-ci dit ne pas avoir les moyens de me payer, de m'adresser à son mari.

Qui est-ce qui doit me payer : le mari ou la femme ? Ou faut-il attaquer tous les deux ?

Dr P.

Réponse.

Le principal débiteur de vos honoraires est le mari en sa qualité de chef de la communauté, qui subsiste tant que le mariage n'est pas dissous. Mais d'autre part vous pouvez vous adresser à la femme directement puisque c'est elle qui a bénéficié de vos soins.

La procédure à suivre est de citer les époux solidairement devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux, si votre note n'excède pas 600 francs. Si votre note est supérieure à cette somme, le Tribunal compétent est le Tribunal civil et le ministère d'un avoué vous sera indispensable.

Si vous obtenez une condamnation solidaire, vous pourrez exécuter le jugement sur les biens de la communauté ou sur les biens particuliers de l'un ou de l'autre des époux.

2585. — Paiement des taxes sur les automobiles (1).

Je vous remercie des renseignements que vous avez bien voulu me faire parvenir. Oserai-je vous demander de vouloir bien faire préciser un peu

(1) Voir n° du 2 novembre, p. 2537. question n° 2524.

plus, car je tiendrais, sur cette question de principe, à être très exactement documenté.

J'ai demandé pour une voiture neuve, un permis de circulation le 29 septembre. La régie ne m'a demandé aucun détail et m'a remis ce permis bien rempli et portant « délivré le 29 septembre ».

Je ne suis pas sorti avec cette voiture le 29, ni le 30 septembre et par conséquent aucun agent fiscal n'a pu me faire observer que je roulais sans avoir payé mes droits.

Quand je suis allé, le 30 octobre, payer mes droits pour le 4e trimestre 1924, et que j'ai présenté mon permis de circulation sur lequel le receveur des contributions indirectes devait inscrire la somme trimestrielle dont j'étais redevable, ce fonctionnaire, par ce fait qu'il lisait sur le permis : « délivré le 29 septembre », a exigé que je paye les droits du 3e trimestre passé + les droits du 4e trimestre commencé depuis 3 jours.

Le problème est donc celui-ci :

Un permis de circulation délivré le 29 de la fin du trimestre pour une voiture neuve oblige-t-il au payement des droits de ce trimestre, qui se termine, alors que cette voiture ne roulera pas pendant les deux *derniers jours de ce trimestre* et alors qu'on ne passera payer les droits que dans le commencement du trimestre suivant.

Dr C.

Réponse

La taxe sur les automobiles est exigible *par trimestre* et d'avance.

Il s'ensuit que, si un véhicule commence à circuler au cours d'un trimestre donné, les droits afférents à ce trimestre sont dus intégralement.

Votre permis de circulation étant daté du 29 septembre, le receveur des contributions indirectes était en droit de vous réclamer la taxe du troisième trimestre.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2843. — Impôts en cas de changement de domicile.

Je viens faire appel à votre bienveillante obligeance pour un renseignement relatif à des taxes d'impôts.

J'ai changé de résidence et suis à P. depuis mai 1924, mais au 1er janvier 1924, j'exerçais et habitais à O., et il me semble que l'on paye la patente dans la commune où l'on exerce au 1er janvier.

J'ai payé cette taxe au percepteur d'O., taxe de 115,88 sur une valeur locative de 560 fr. Or j'ai reçu ces temps-ci une feuille d'avertissement supplémentaire portant à l'article patente :

(*Voir la suite page XXXIX-2801*)

PROPOS DU JOUR

La journée du « Concours Médical ».

L'heureuse évocation de l'ombre du fondateur du *Concours Médical*, A. Cézilly, par notre directeur, M. Gassot, au banquet qui a si brillamment clôturé notre journée du 16 novembre, lui a permis de résumer en quelques phrases le passé de notre œuvre et la singulière fortune de son évolution au cours de 45 ans d'existence.

Si nos deux anciens, MM. Gassot et Maurat, fondateurs de notre journal avec Cézilly, peuvent avoir la légitime fierté de compter les étapes parcourues et de contempler le passé, nous, qui sommes venus après eux et qui avons collaboré avec passion à la prospérité de l'œuvre, nous jetons, malgré notre âge, nos regards vers l'avenir et, tout en appréciant à sa valeur la situation que nous avons tous contribué à réaliser, nous ne saurions borner ainsi notre ambition. Nous arrêter serait déchoir.

Avec la conviction profonde dont nous sommes pénétrés de la mission utile que nous avons à remplir, avec l'énergie et la volonté dont nous nous sentons capables, avec l'appui de nos collaborateurs, de nos amis, toujours plus nombreux et plus dévoués, nous pouvons et nous voulons aller plus loin et faire chaque année davantage.

Et c'est avec une réelle satisfaction, et même un peu d'orgueil, que nous avons pu montrer à nos amis du *Bruxelles Médical*, MM. Beckers et Raoul Bernard, les organisateurs des inoubliables *Journées Médicales de Bruxelles*, les représentants de toutes les forces médicales françaises, réunis à la table du *Concours Médical* et fraternisant cordialement à son banquet.

Devons-nous les énumérer ? Sans doute, car leurs noms seuls suffiront à montrer dans quelle atmosphère de rapprochement amical nous avons pu grouper tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent à la médecine française.

Certes, tous ne vivent pas dans les mêmes milieux, ne conçoivent pas de la même façon l'action que nous devons mener pour assurer l'avenir de notre profession, mais tous au même degré sont dévoués à la même cause, tous poursuivent le même idéal : augmenter le prestige du corps médical français en élevant son niveau scientifique et moral et en améliorant les conditions matérielles de la vie du médecin.

C'est là le seul but, c'est là tout le programme du *Concours médical*.

Que l'on parcoure ses colonnes, de la partie scientifique à la partie professionnelle, et l'on s'apercevra que nos efforts poursuivent uniquement ce but.

Le corps médical français est une élite. Chaque médecin est suffisamment instruit, suffisamment pourvu de sens critique, pour juger, une fois renseigné, quelle opinion il doit adopter, quelle ligne de conduite il doit suivre. Aussi nous efforçons-nous d'accumuler dans notre journal les documents, même parfois contradictoires, pour permettre aux idées, même les plus hardies, de se produire, de provoquer les discussions les plus passionnées, tout en exigeant qu'elles restent courtoises ; et nous sommes persuadés que, sans imposer nos idées, sans proclamer de dogmes, sans jeter d'anathèmes, nous faisons d'excellente besogne en incitant nos confrères à réfléchir sur les grands problèmes sociaux à la solution desquels le médecin doit fatalement contribuer pour la plus large part.

Aussi tous nos convives se trouvaient bien à leur place à notre table. Le sympathique doyen de la Faculté de Paris, M. le Pr Roger, était certain d'être compris et applaudi de tous, quand, avec sa simple et émouvante éloquence, il faisait allusion aux efforts qu'il accomplissait chaque jour pour resserrer les liens qui unissent déjà la médecine française aux médecins des pays amis et, quand il rappelait que la Belgique doit avoir une place à part chez nous, car les cœurs des Français et des Belges battent à l'unisson. La réplique du Dr Beckers, du *Bruxelles Médical*, fut d'une telle élévation de pensée et exprimée en termes si chaleureux qu'il nous est impossible de l'analyser sans risquer de l'amoindrir (1).

Le Président de l'Association générale des médecins de France, notre ami Bellencontre, sut exprimer sa vieille amitié aux directeurs du *Concours Médical*, en termes dont la sincérité n'excluait pas une fine ironie, et le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, notre

(1) Nous la publierons prochainement.

J. N.

ami Decourt, voulut bien rappeler ce que le *Concours Médical*, berceau du syndicalisme médical français, a fait, fait et fera, quoi qu'il arrive, pour les syndicats médicaux.

Le *Concours Médical* ne poursuit pas une œuvre de décentralisation, car le mot est mauvais, il suppose l'éloignement, et c'est, au contraire, le rapprochement médical qu'il désire et qu'il opère. Aussi, parmi nos invités, nous comptions M. le Pr Delmas, de Montpellier, qui s'intéresse si vivement à notre journal et à nos œuvres, M. le Pr Rohmer, de Strasbourg, dont l'active collaboration nous est si précieuse, M. le Pr Vanverts, de Lille, M. le Pr Bardier, l'innovateur heureux des journées médicales de Toulouse, M. le Dr Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, dont tous nos lecteurs connaissent les remarquables articles de chirurgie générale.

A ces représentants de nos Facultés de province venaient se joindre de jeunes maîtres de Paris dont la réputation n'est plus à faire, MM. Lian et Faroy, professeurs agrégés et médecins des hôpitaux de Paris ; M. Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris ; M. Fribourg-Blanc, agrégé du Val-de-Grâce et psychiâtre de talent. Puis venait la cohorte des chefs de clinique ou de laboratoire et de leurs anciens, dont la collaboration active et régulière contribue pour une grosse part à la réputation de ce journal. Citons au hasard de nos souvenirs notre ami Leredde, le champion inébranlable de la lutte antisyphilitique, MM. Léon Giroux, Rosenthal, Blechmann, Truffert, Turquety, Raphaël Massart, Jacques Decourt, le fils de notre ami, dont les noms sont bien connus et les articles très appréciés de nos lecteurs.

Ajoutons-leur notre vieil ami Molinéry, si versé dans les questions hydrologiques, notre ancien camarade Disdbury, M. Ott, l'hygiéniste réalisateur, M. Veillard aux idées originales et troublantes sur le rôle des farines avariées dans les accidents nerveux attribués à l'encéphalite, MM. Chabanon, de Lyon, Satre, de Grenoble, et beaucoup d'autres.

A tous ces collaborateurs venaient se joindre le président du syndicat des médecins de la Seine, Dr Le Fur ; nos amis, Lafontaine, qui fut et est encore avec son esprit clair, son enthousiasme indomptable, son éloquence persuasive, le plus puissant animateur de notre syndicalisme, Quivy, de l'Union des syndicats, Chapon, de la Prévoyance médicale, Thierry, de l'Association générale des médecins de France, Levassort, de l'Office de la répression de l'exercice illégal, Crinon, de l'*Informateur médical*, Pamart, du Syndicat des médecins de la Seine, Mignon, de la Mutualité familiale, Jacob, Siguret, etc.

Quelques personnalités officielles et nos conseillers techniques avaient bien voulu répondre à notre invitation. Parmi elles, M. le médecin inspecteur Odile, président, et notre collègue, le Dr Lenglet, secrétaire de la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits au ministère des Pensions qui, avec une conscience absolue et une inaltérable courtoisie, assument une tâche utile, ingrate et accablante dont nos confrères ne se doutent guère et qui leur vaut toute notre reconnaissance ; M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs qui, en fondant le *Mouvement sanitaire*, désire amener un échange de vues entre les hygiénistes de profession et les médecins praticiens ; notre dévoué Dr Doizy, qui fut au Parlement le vaillant défenseur des médecins au cours de la guerre ; M. Fleury, notre actuaire, aux précieux conseils ; M. Nattan-Larrier, avocat à la Cour d'appel ; M. Bernard Auger, avocat au Conseil d'Etat, M. Martinot notre conseiller fiscal.

Enfin, nous ne saurions oublier nos amis, les docteurs Destouches et Sadoun, de l'*Orchestre médical*, les habiles organisateurs de la soirée qui clôtura le banquet où furent chaleureusement applaudis Mademoiselle Perelli, de l'Opéra-Comique, Mademoiselle Jacqueline Fernay, du Théâtre de Paris ; Madame Courtot-Lefebvre, des Concerts du Conservatoire ; M. Guénot, de l'Opéra-Comique ; le Dr Mouillet du Théâtre d'Esculape et un quintette de l'Orchestre médical, dirigée par le Dr Destouches.

***

Nous eûmes à la fin du banquet une agréable mission à remplir, celle de témoigner notre gratitude comme rédacteur en chef à nos collaborateurs immédiats, notamment les docteurs Paul Lacroix et Fischer, deux de nos fidèles les plus anciens, dont l'éloge n'est plus à faire, et de féliciter notre ami G. Duchesne de la récente distinction qu'il venait d'obtenir : la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Pour tout autre que G. Duchesne, des compliments de notre part au sujet d'une décoration eurent pu paraître ironiques. Nos amis savent en effet que nous ne partageons guère, et pour des raisons qu'il serait fastidieux d'exposer aujourd'hui, l'engouement que la plupart des Français manifestent pour les distinctions de ce genre.

Mais nous savions que G. Duchesne avait, durant la guerre, sacrifié cinq ans de sa vie avec un zèle et un dévouement sans limites au service de la Patrie, alors qu'il eût pu se libérer et rester tranquillement dans ses foyers comme tant d'autres. Nous savions qu'il avait donné un fils à la France, modeste héros, blessé d'abord, tué ensuite dans les tranchées avec beaucoup trop d'autres, nous savions qu'il comptait 37 ans de services et 4 campagnes, que, mobilisé du 2 août 1914 au 25 février 1919, il avait mis tout son talent de médecin très instruit, et tout son cœur d'excellent Français au service de nos soldats malades ou blessés. Nous savions que sa promotion au grade de chevalier était la réparation d'un oubli, si non d'une injustice, et nous étions heureux d'associer nos amis du *Concours Médical* à cet acte de la reconnaissance officielle. Les applaudissements répétés qui ont accueilli nos félicitations, ont montré à G. Duchesne qu'il a mérité et obtenu mieux qu'une croix, c'est l'estime et l'affection de tous ceux qui le connaissent. Est-il utile de lui affirmer que depuis longtemps, il jouit de la nôtre et que nous sommes en droit d'y ajouter la reconnaissance de la Direction et de la Rédaction du *Concours Médical*, nous qui savons avec quelle habileté et quel dévouement il y assume une tâche compliquée et absorbante.

J. Noir.

Nous ne saurions oublier l'appel chaleureux que M. le Dr Thierry, secrétaire général de l'A.G. a adressé à nos convives en faveur du *Foyer national des médecins français.* Ce foyer est un rêve en voie de réalisation. Il suffirait à chacun de nos lecteurs de souscrire une, deux ou trois actions de cent francs et d'envoyer cet engagement de souscription au Dr Thierry, 5, rue de Surène, pour qu'avant la fin de l'année notre foyer fût ouvert à nos confrères français et étrangers.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE PNEUMOTHORAX DE FORLANINI AU SERVICE DU PRATICIEN

Par Georges Rosenthal.

Dans la misère actuelle de la lutte médicale antituberculeuse, un rayon de lumière et d'espérance — quoique limitée — nous arrive par les résultats de la méthode de Forlanini (1).

L'*insufflation d'azote ou d'air filtré dans la plèvre est capable d'arrêter l'évolution des lésions pulmonaires* ; voilà le fait fondamental qui découle des travaux du professeur de Pavie. Les travaux poursuivis en France depuis environ vingt ans ont contrôlé la valeur de la méthode italienne. Grâce à Küss, Rist, Dumarest et Murard, Léon Bernard, Piéry, Pissavy et tant d'autres, le pneumothorax artificiel conquiert une place légitimement due. Il est nécessaire qu'aucun praticien ne l'ignore actuellement et c'est parce qu'il nous a semblé que nombre de nos collègues hésitaient encore à y avoir recours et surtout ne savaient pas avec précision ce qu'ils pouvaient en attendre, que nous avons voulu en entretenir les lecteurs du *Concours*.

Deux faits indiscutables doivent être rappelés tout d'abord : le premier est l'extrême gravité de toute lésion fébrile évolutive de tuberculose pulmonaire. Je demande aux collègues qui lisent cet article de songer un moment, non pas aux jeunes bacillaires qu'ils soignent actuellement et qui, à force de soins, de ménagements, de précautions de toute sorte, arrivent à obtenir une certaine amélioration, mais de songer aux bacillaires du poumon qu'ils ont soignés il y a 3 ou 5 ans.

Ils seront, comme Burnand le rappelait récemment, vraiment effrayés du pronostic lointain de la lésion, même limitée, à évolution fébrile et à crachats bacillifères, positifs comme nous disons actuellement.

Mais de plus, qu'ils se rappellent l'impression de lutte impossible qu'ils ont eue devant une pneumonie ou une bronchopneumonie d'allure bâtarde, que leur instinct médical leur avait montrée d'origine suspecte et que l'examen des

(1) Pour l'étude complète de la méthode, se reporter aux livres classiques parus sur la question. Lire en particulier la deuxième édition de Dumarest et Murard : La pratique du pneumothorax thérapeutique, ouvrage très complet et d'une lecture claire et agréable.

crachats fait immédiatement a révélé due au bacille de Koch. C'est la mort sans phrase. Et bien, cet arrêt de mort dans la phtisie galopante, dans la pneumonie caséeuse n'est plus exact. Sous certaines conditions, dont l'unilatéralité des lésions est malheureusement la plus exigeante, le pneumothorax de Forlanini peut faire régresser la désintégration rapide du poumon. (Notre article *Journal de médecine de Paris*, juin 1918). Une méthode qui peut, par une technique simple, inoffensive, sans danger, arrêter une évolution fatale en dehors d'elle, est une grande méthode et constitue un grand progrès.Le médecin qui peut, grâce à elle, faire reculer l'inévitable mort en ressent une émotion scientifique qu'il veut faire partager, pour que cette chance de salut ne soit plus refusée à aucun des malades qui pourraient en tirer toujours bénéfice, souvent guérison et amélioration.

Dès le début, nous posons une restriction fondamentale ; car, dans un domaine aussi important, le praticien doit savoir ce qu'il peut attendre et ce qu'il ne doit pas espérer d'un procédé thérapeutique. La méthode de Forlanini, c'est-à-dire l'insufflation d'azote dans la plèvre est une médication mécanique, physiothérapique ; elle n'est pas une médication antitoxique, elle n'est pas une médication anti-infectieuse. Quels que soient les résultats apparents qu'elle puisse donner, quand bien même en quelques semaines elle ferait du fébrile aigu amaigri un sujet reprenant l'apparence extérieure de la santé, elle n'est pas une thérapeutique complète de la maladie. Les méthodes ont plus à redouter une extension exagérée qu'un dédain injuste qu'elles arrivent tôt ou tard à vaincre. Tour à tour, Hervé, comme Dumarest, comme nous-même insistons sur cette face du problème. Si nous avons cru nécessaire, à la Société du 8e arr., comme à la Société de thérapeutique, comme à la Société de médecine de Paris (1) et des Praticiens, de mettre à l'ordre du jour la méthode de Forlanini, si à l'Hôtel-Dieu le vendredi matin dans le service de notre bien-aimé maître et ami G. Caussade, nous nous efforçons de démontrer toute la valeur clinique, pratique, réelle et rapide des insufflations intrapleurales, nous redoutons l'exagération qui ferait dire à un médecin qu'il soigne la tuberculose pulmonaire, — fût-ce dans les cas d'indication — par une technique mécanique, alors qu'il s'agit d'un processus singulièrement complexe, et que la cure de compression pulmonaire ne saurait se substituer à la cure hygiéno-diététique aidée des médications chimiques. Dumarest insiste sur ce fait que la cure par la méthode de Forlanini sera d'autant plus puissante que l'intoxication du malade sera moins prononcée ; nous y reviendrons.

(1) Soc. de Médecine de Paris, 8 février 1924.

Un premier point doit se préciser : QUELLE EST, D'APRÈS L'ENSEMBLE DES TRAVAUX, LA CONDITION FONDAMENTALE DE L'INDICATION DU PNEUMOTHORAX ? *C'est de l'avis unanime l'unilatéralité des lésions.* Cette condition nécessaire est presque suffisante. Encore est-il indispensable de préciser l'avis des auteurs. Il n'y a aucune discussion sur cette proposition que le cas typique d'indication du pneumothorax thérapeutique est l'unilatéralité absolue de la lésion, quels qu'en soient le siège et l'étendue.

Cette unilatéralité doit être constatée d'abord cliniquement à l'auscultation et à la percussion. Mais l'examen clinique ne peut suffire. Il faut lui adjoindre un examen radioscopique, et, si la radioscopie ne fournit pas une réponse catégorique, une épreuve radiographique.

La lésion unilatérale est le cas type, — il est, malheureusement, relativement rare.

Mais doit-on refuser le bénéfice de la cure de compression dès que l'autre côté n'est pas strictement intact. Ici interviennent discussion et interprétation. Comme j'y ai insisté au Congrès de l'Avancement des Sciences (Nîmes, 1912) le pneumothorax de Forlanini est pour le côté sain, une manœuvre de gymnastique respiratoire non méthodique et obligatoire. Dès qu'il y a, de ce côté, lésion parenchymateuse pulmonaire en activité ou en possibilité de réveil, il y a donc danger. Il n'en est pas de même, s'il s'agit, soit de lésions non réactivables comme des calcifications ganglionnaires, soit d'opacité bronchique ou d'arborisations artérielles, ces dernières fréquentes d'après les travaux récents, soit même de lésions minimes pulmonaires scléreuses. Au clinicien de décider en mettant en balance le bénéfice probable et le danger possible. Si la situation générale du malade est favorable et qu'il y ait appréhension de réveil évolutif, attendez le résultat de la cure hygiéno-diététique d'un trimestre de campagne ; si la situation est précaire, et que l'évolution naturelle vous paraisse défavorable, tentez le pneumo, en ayant soin d'établir la compression progressivement et doucement, en multipliant les examens de rayons X, de façon à suspendre la méthode si les opacités du côté sain perdent leur contour limité pour prendre une auréole flou et faire pour ainsi dire tâche d'huile. Sachez qu'en médecine un risque est légitime quand il vient supprimer un danger plus grand.

Enfin, par-dessus tout, il faut rappeler qu'Hervé a affirmé qu'au sanatorium, la loi de l'unilatéralité était bien moins absolue qu'à la ville ; et, dans la visite que nous avons faite aux Escaldes, nous avons pu contrôler ce fait.

Mais il y a plus. En présence d'une évolution aiguë unilatérale, malgré l'existence d'une lésion limitée active de l'autre côté, vous pouvez, et j'ajoute : vous devez passer outre et ordonner le

pneumothorax ; puisque mieux vaut un risque incertain qu'une catastrophe certaine. C'est le cas que nous désignons avec notre chef et ami G. Caussade sous le nom de pneumothorax *ultima spes.*

Dernière espérance, seule chance de salut pour l'adolescent qui a une bronchopneumonie bacillaire du lobe moyen droit, par exemple, et une infiltration du sommet gauche. Ne pas faire l'insufflation, c'est signer l'arrêt de mort d'un être jeune ; car en médecine, ne pas agir c'est prendre une décision ; refuser u n traitement, c'est prendre une responsabilité comme dans la prescription d'une thérapeutique.

Agissez alors prudemment ; procédez par petites insufflations partielles quitte, si le côté moins atteint ne se réveille pas, à compléter plus tard la compression, quitte, si la lésion de l'autre côté se réveille, à suspendre vos injections d'azote ; mais il est possible qu'un pneumothorax *temporaire* ait transformé une lésion aiguë en une lésion subaigüe ou torpide ; et là encore, la méthode de Forlanini aura été singulièrement favorable. Nous avons eu, avec G. Caussade, un succès décisif chez une fillette de 16 ans, qui a passé ainsi d'une phtisie subaiguë à une tuberculose chronique pour aboutir à la guérison inespérée.

Les localisations tuberculeuses extra-pulmonaires sont considérées par l'ensemble des auteurs comme une contre-indication aux insufflations pleurales. Ici encore, le clinicien doit décider. Si la vie de votre malade est compromise immédiatement par une entérite bacillaire par exemple, vous concluez à l'abstention, d'autant plus que le pneumothorax ne paraît pas (?) avoir une influence favorable sur l'évolution de la lésion intestinale. Mais s'il s'agit d'une lésion osseuse, ostéite du sternum ou du tibia, sans retentissement marqué sur l'état général, ou s'il s'agit d'une laryngite qui sera d'autant plus accessible à la cicatrisation spontanée ou provoquée par la galvanopuncture, que les crachats seront moins virulents, alors n'hésitez pas à vous engager dans la voie des insufflations. (*Archives internationales de laryngologie* de E. Lemaître, notre article de janvier 1924).

Quelles sont, en second lieu, les conditions de l'efficacité du pneumothorax ? Pour réduire la question aux faits essentiels, on peut envisager les trois conditions suivantes :

a) Il faut que le décollement soit possible et que les cavités s'affaissent ;

b) Il faut que des complications graves ne se produisent pas ;

c) Il faut que le pneumothorax soit entretenu un temps suffisant, avec maintien de la cure hygiéno-diététique.

a) *Il est malheureusement impossible de prévoir si le décollement sera ou non possible,* sera partiel ou complet. Ni l'examen clinique le plus attentif, ni les commémoratifs de phénomènes pleuraux, ni l'examen complet aux rayons X ne peuvent à ce sujet nous assurer autre chose qu'une probabilité. En raison de la gravité d'une lésion évolutive fébrile, même limitée, nous sommes partisan des pneumos précoces ; or, il arrive que chez un sujet ayant simplement un début de désintégration du sommet, la plèvre soit symphysée ; il arrive aussi que la plèvre soit libre de toute adhérence malgré des pleurites antérieures. Le fait est classique ; nul ne peut prévoir la symphyse totale, nul ne peut à l'avance diagnostiquer les adhérences partielles, nul ne peut savoir si les adhérences seront définitives ou céderont après quelques insufflations.

D'où la conclusion clinique suivante : dites que vous allez essayer le pneumothorax thérapeutique, en insistant sur l'innocuité de la manœuvre, mais ne dites jamais à un malade que le pneumo est son unique chance de salut ; car, si le décollement est impossible, dans quelle angoisse néfaste aurez-vous plongé votre client.

L'affaissement des lésions, l'oblitération des cavités, sont des conditions des plus utiles. La conclusion est donc en faveur d'une intervention précoce avant qu'une spélunque ait constitué une coque conjonctive scléreuse qui annihilerait en partie votre action. G. Caussade a montré que l'action reste néanmoins favorable.

b) *Il faut bien savoir que les complications pleurales sont la règle.* Elles se trouvent dans les trois quarts des cas ; et Billon qui injecte de l'azote goménolée par un dispositif intéressant arrive approximativement aux mêmes chiffres que Dumarest. Mais la valeur de ces complications est singulièrement variable.

Du simple exsudat à éosinophiles, à inoculation négative au cobaye, jusqu'à la pleurésie purulente riche en bacilles de Koch, fébrile et grave, s'étage toute une série de manifestations pleurales, à exsudats sérofibrineux, lymphocytaires, louches ou purulents, *qui ont toutes la valeur de pleurotuberculoses.* De l'avis général, elles ne seront pas ponctionnées, sauf surabondance du liquide qui, quelquefois remplit toute la plèvre. Lorsque leur évolution est bénigne, elles ont l'avantage de diminuer le pouvoir de résorption de la plèvre et de permettre ainsi l'espacement des injections gazeuses. Dumarest recommande en tout cas la ponction par aiguille inclinée en bas introduite au-dessus du niveau supérieur du liquide pour éviter la contamination du trajet de la ponction, déjà moins probable, si on emploie des aiguilles fines.

Seuls sont vraiment redoutables la pleurésie purulente septique banale à pyogènes et surtout la perforation bacillaire du poumon. La pleurésie purulente septique à pneumocoques ou à strepcocoques relèvera avant toutes choses de la

ponction répétée, de l'injection intra-pleurale de bleu de méthylène (Nobécourt, P.-E. Weill) et de la vaccinothérapie bien étudiée récemment par Minet (de Lille). La pleurotomie est singulièrement aléatoire.

La perforation du poumon est due à l'évolution de la lésion tuberculeuse initiale qui, grâce au collapsus, a plus facilement atteint la plèvre (Dumarest). Le pneumothorax est alors le siège d'un épanchement purulent septique, souvent à infections associées, d'un pronostic des plus sombres. Il semble que l'oléothorax de Bernou (de Châteaubriant) soit le seul traitement à opposer à cet accident grave (voir notre article de *La Clinique*, juillet 1924) dont le premier effet est de mettre obstacle à toute pression différentielle pleurale, et qui mène à la mort par cachexie et hecticité.

c) *Il faut aussi que le pneumothorax soit maintenu un temps suffisant*, et que le malade reste dans de bonnes conditions hygiénodiététiques. Là est le véritable écueil du traitement, si l'on peut appeler écueil d'une thérapeutique un résultat trop rapidement et trop complètement favorable en apparence.

Dès qu'un décollement se produit totalement, lorsque en quelques jours ou en quelques semaines s'installe l'apyrexie, je ne manque jamais de rappeler au malade déjà prévenu que *sa lésion est non guérie, mais en activité suspendue* ; elle entre en sommeil. Faute de prendre cette précaution, le malade reprend malgré vous sa vie de travail ; quelquefois même il refuse de continuer les insufflations : il va ainsi à une rechute d'autant plus grave que la résorption totale de l'air injecté a souvent comme conséquence l'établissement d'une symphyse pleurale irrémédiable avec impossibilité de rétablir plus tard le coussin d'air protecteur.

La durée du pneumothorax thérapeutique ne saurait actuellement être déterminée. La question, encore insoluble, est de haute importance ; car, avant d'engager un malade dans cette voie, il faut bien réfléchir qu'il ne s'agit pas d'une insufflation à faire, mais d'une série d'insufflations faites d'abord à une semaine, puis à deux, à 4 semaines d'intervalle et chaque fois sous le contrôle des rayons X. C'est donc une servitude à la fois pour le malade comme pour le médecin. *Ne vous engagez pas dans une cure qui ne sera pas maintenue.*

Par comparaison avec la durée des affections osseuses bacillaires, les auteurs estiment à trois ans environ la durée nécessaire pour obtenir la cicatrisation du poumon. Cette appréciation reste encore hypothétique ; elle semble n'être qu'un minimum ; car, certains malades, par appréhension, continuent indéfiniment leur traitement.

Le mécanisme de l'action favorable de la méthode de Forlanini relève de plusieurs facteurs auxquels les auteurs attachent une valeur variable :

Presque tous, par comparaison avec la cure des bacilloses ostéo-articulaires, invoquent le repos de l'organe. Le poumon guérirait par l'immobilisation comme guérissent le genou ou la hanche ankylosés. C'est l'idée directrice, initiale et fondamentale de Forlanini.

Dumarest attache une importance de premier ordre à la suppression des infections secondaires ; le poumon rétracté ne présente plus une plaie ouverte contaminable par tous les germes de l'atmosphère ; d'où la tendance à la cicatrisation. Or, il semble bien d'après les travaux récents que la gravité des infections secondaires au cours de la tuberculose pulmonaire ait été au moins exagérée. D'aucuns ont même tendance à en contester l'existence.

Pour notre part, nous attribuons une grande part du résultat à la diminution puis à l'arrêt de la résorption du poumon désintégré (Bossan). C'est à la suppression de cette résorption des produits d'autolyse pulmonaire, dont le Doyen Roger a montré expérimentalement toute la toxicité, que nous rapportons également en grande partie l'action favorable des injections intratrachéales *vraies*, c'est-à-dire faites avec notre technique sous-glottique à la haute dose de 10 à 20 cc. par injection.

L'arrêt immédiat de la résorption par affaissement cadre bien avec l'amélioration immédiate ; de même que la rechute rapide cadre avec la reprise du déplissement du poumon, suivi à nouveau de désintégration et de résorptions toxiques.

Quant au rôle des modifications de la circulation dans le système de l'artère pulmonaire ou des artères bronchiques nourricières du poumon, elles sont interprétées dans des sens différents dans les mémoires qui les étudient.

Le résultat peut se schématiser en quelques exemples :

Voici un malade à crachats positifs abondants, à température oscillant entre 37°5 et 39° le soir, maigrissant, suant la nuit. Les médications ambulatoires et le simple repos ont échoué. Dès la première insufflation, les crachats diminuent. Au bout d'un mois, le poids s'est stabilisé, la température oscille entre 37 et 38° ; plus de sueurs. L'appétit revient, et la confiance renaît. Dans ce cas favorable, vous aurez à lutter contre l'optimisme exagéré du malade. Il doit guérir ; à lui d'être prudent et obéissant.

Voici un malade atteint de bronchopneumonie caséeuse voué à une mort prochaine. T. 39°5 à 40°5, dyspnée, amaigrissement formidable, asthénie complète. Après 3 semaines, le pronostic s'améliore et la fièvre oscille de 38°5 à 39°. L'espérance renaît ; le succès est possible si la cure

hygiénodiététique aidée des médications s'associe à l'action du pneumothorax.

Voici un malade pris d'une hémoptysie qui semble devoir être ultime. Faites un pneumo d'urgence et vous mettez vraiment une ligature sur l'artère pulmonaire. A vous de décider ensuite si le pneumo pourra être maintenu ou s'il sera temporaire. Une hémoptysie foudroyante peut être jugulée par l'injection d'azote.

De toutes façons, n'oubliez pas que la méthode n'exclut ni le repos, ni l'hygiène générale. Il n'y a pas un traitement par le pneumothorax de Forlanini à opposer aux autres médications.

Il y a une manœuvre efficace à adjoindre ou non au reste de la thérapeutique.

***

L'action du pneumothorax est malheureusement limitée à un certain nombre de cas.

Dans l'état actuel de la pratique de la méthode, dans un service de médecine générale, où, sous l'impulsion active de G. Caussade, nous cherchons à répandre les bienfaits de la compression azotée du poumon, en tenant compte du recrutement spécial dû à la collaboration de nos collègues, le pourcentage des indications reste inférieur à 10 %. Les chiffres classiques sont analogues.

Mais la faiblesse de ce pourcentage est absolument factice. Il tient essentiellement à ce que nombre de malades qui auraient pu bénéficier du traitement ont franchi le stade d'application favorable ; pour eux, il n'est plus temps. Des articles comme celui-ci remédieront à ce fâcheux état de choses. D'autre part, le *consensus omnium* n'est pas encore acquis : le partisan le plus sincère et le plus fervent de la méthode hésite devant la bénignité apparente, illusoire et trompeuse des petites lésions évolutives ; le livre de Burnand, le retour de chacun vers le passé, donneront cette autorisation morale de ne plus réserver aux seuls cas trop graves l'admirable méthode du professeur de Pavie.

Même limitée à ce faible taux, en acceptant encore que le tiers des pneumos effectués doit être abandonné par accident, intolérance ou complication, c'est toujours 4 à 6 % de cas graves qui évoluent favorablement, et cela en jugulant la contagion puisque le crachat est supprimé. Les enfants (Armand-Delille), les femmes enceintes comme les adultes peuvent devoir la vie à l'insufflation d'azote.

Les travaux de Forlanini remontent à 40 ans. Même après ce laps de temps, la diffusion de la méthode n'est pas suffisante, car le progrès est vraiment trop lent : pourtant déjà le professeur de Pavie avait étudié l'application de la méthode en dehors des lésions ulcéreuses de la tuberculose pulmonaire. Ces applications, auxquelles, avec P.-E. Weill, nous avons consacré, dans *Le Journal médical français* de mai 1920, une étude d'ensemble, donneront des résultats des plus intéressants ; car, en dehors de la tuberculose, la loi de l'unilatéralité ne joue pas et toute lésion cavitaire ou pseudocavitaire à *prédominance* unilatérale peut bénéficier du pneumothorax de Forlanini pourvu qu'elle puisse, sous l'influence de la compression, voir diminuer ou disparaître la cavité pathologique.

Ainsi, tour à tour, la dilatation des bronches (Rist) dont la sécrétion purulente chronique épuise le malade, la gangrène pulmonaire lobaire (P.-E. Weill), si difficile à combattre, maladie chronique à poussées aiguës et à réveils incessants (G. Caussade), bénéficient des insufflations. Il n'est pas jusqu'à la broncho-pneumonie infantile rubéolique qui, avec Léon Bernard, n'ait donné des succès. Mais ce sont là cas particuliers d'étude et nous renvoyons à notre article déjà signalé, comme aux travaux de Forlanini et aux mémoires récents de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Dans cette revue rapide, nous avons laissé volontairement bien des chapitres sans les aborder. Puissions-nous nous voir reprocher notre laconisme et avoir donné envie à nos lecteurs de se reporter aux livres plus complets. Nous n'avons qu'un désir, c'est de convaincre le praticien, qui a le dur devoir d'orienter ses malades dans le sens le plus favorable possible, qu'il ne saurait plus ignorer la méthode de Forlanini.

Toute tuberculose pulmonaire ouverte, fébrile et évolutive, si limitée que soit la lésion, doit être étudiée cliniquement et radioscopiquement avec l'espérance, pour éviter l'évolution presque constamment progressive et fatale, qu'elle est justiciable du pneumothorax thérapeutique, agent d'arrêt de contagiosité par suppression des crachats, méthode qui, appliquée à juste titre, maintenue un temps suffisant, surveillée rigoureusement, aidée des médications chimiques comme de la méthode hygiéno-diététique est capable d'orienter la maladie dans un sens favorable, de raccourcir la durée de la cure d'air, de juguler fièvre, hecticité, amaigrissement et hémoptysie et de donner aux médecins la foi inoubliable de la guérison de malades autrefois voués à la mort (1).

(1) Nous avons volontairement dans cette étude laissé de côté la partie technique de la réalisation de la méthode. A nos lecteurs de nous dire s'ils ne craignent pas l'aridité d'une étude médico-chirurgicale documentaire de l'admirable méthode de Forlanini.

Nous donnerons ultérieurement la revue des travaux nouveaux de Bezançon, Tenret, etc...

ARTICLE SYNTHÉTIQUE ET SYNOPTIQUE

Résultats des greffes testiculaires anthropoïdo-anthropiques au point de vue génital.

par DARTIGUES.

Notre collaborateur Dartigues, nous apporte aujourd'hui, sous la forme originale d'un article synthétique et synoptique, *l'essentiel d'une question qu'il vient de traiter devant le* Congrès français de chirurgie. *Nous pensons qu'il sera intéressant pour nos lecteurs de connaître les résultats précis de la* greffe testiculaire anthropoïdo-anthropique, *comme l'appelle Dartigues, considérée sous ce rapport spécialement génital. On connaît le tact, la sincérité et la clairvoyance de notre collaborateur ; il était, à cause de cela, et aussi de sa grande expérience de la question qu'il a été un des très rares à étudier à fond, tout désigné pour porter ce sujet si délicat devant un aéropage qui tient, serrés de près, les faits : celui des membres de l'Association générale de chirurgie Française. On verra de plus, par une instruction rapide et directe, que Dartigues, connu pour l'abondance de ses idées et la générosité d'un style qui ne compte pas, sait cependant se contracter en nous donnant sous la forme la plus concise, nous dirons la plus économique de temps et d'attention, la « substantifique moelle » de ce qu'il a appris et veut nous faire partager.* *N. D. L. R.*

Il n'y a rien de plus instructif que des observations bien prises. La lecture en est cependant quelquefois aride ; et, d'ailleurs, un groupe d'observations concises peut à son tour être condensé tout en gardant sa substantialité et en dégageant davantage les conclusions générales. J'ai essayé cette synthèse pour nos lecteurs du *Concours Médical* ; elle est tirée de 5 observations.

I. — OBSERVATION GÉNÉRALE.

Age et profession
- Cinq cas d'impuissance, concernant des hommes de 60, 57, 50, 33 et encore 33 ans. Il s'agit de : commerçant, architecte, administrateur de société, pharmacien, avocat ; ces gens étaient très équilibrés au point de vue mental.
- Leurs femmes ou compagnes sont les mêmes qu'avant l'impuissance déclarée ; le retour de la puissance s'est effectué avec ces mêmes femmes, ce qui ajoute de la valeur à l'observation.

Etat général avant l'opération.
- Ces hommes se sont fait opérer spécialement pour l'impuissance ; mais cet état s'accompagnait d'asthénie générale.
- Plusieurs avaient des troubles d'hypertrophie prostatique (principalement pollakiurie nocturne et dysurie).
- Il ne s'agissait pas de névropathes : mais le travail intellectuel était devenu difficile, la mémoire avait faibli, l'énergie physique avait notablement baissé.

Etat génital avant l'opération.
- Le fléchissement de la fonction génitale datait de 12 ans à un an, et l'impuissance réelle de 3 ans à 6 mois.

Opération de la greffe.
- Ces greffons ont été fournis tantôt par le chimpanzé, tantôt cynocéphale, tantôt mi-partie chimpanzé et cynocéphale.

Résultat thérapeutique de la greffe.
- *gain général*
  - *Disparition de l'asthénie* : forces générales revenues ; état eusthénique.
  - *Retour de l'énergie physique* : possibilité d'exercices, marches, ascensions.
  - *Reprise du travail intellectuel* : plus grande lucidité, meilleure mémoire, travail plus facile.
  - *Diminution de l'adiposité* : augmentation de la fermeté musculaire.
  - *Disparition des troubles prostatiques* : plus de pollakiurie nocturne, ni de dysurie.
  - *Etat psychique meilleur* : goût à l'activité de l'existence.
- *gain génital*
  - *Date d'apparition du renouveau génital* (3 mois, 2 mois 1/2, 6 semaines, 18 jours, 8 jours après la greffe).
  - *Rapport de l'apparition de ce renouveau avec la greffe* :
    - Ne semble pas en rapport avec la durée de l'impuissance.
    - Ne semble pas en rapport avec l'animal-donneur du greffon ; chimpanzé ou cynocéphale.
  - *Rapport de l'intensité de ce renouveau avec le greffon* :
    - Variable ; dans un cas le greffon de chimpanzé a donné une intensité très grande.

Examen physique génital. Dans tous les cas, on sent le relief des greffons non résorbés.

Impressipon générale des greffés.

Etat moral excellent : satisfaction et même allégresse. Sentiment partagé par femmes qui furent témoins de l'impuissance.

Pas de mauvais souvenir de l'opération : car ils n'ont pas souffert.

Pas de dégoût d'avoir en eux de la substance simiesque, empruntée dans ce but.

Aveu spontané de tous qu'ils recourraient de nouveau à l'opération, s'ils venaient à fléchir à nouveau.

En somme, possibilités psychiques, physiques, érotiques, qu'ils n'avaient pas auparavant.

II. — Conclusions générales.

Nécessité des applications multiples.

Il n'est pas bon d'être solitaire pour prouver une chose. (Nous ne le sommes d'ailleurs plus). Mais nous demandons la *multiplication de l'expérience, des applications nombreuses, la mise en commun des résultats* : ainsi la question sera vite tranchée.

Apport de résultats indubitables.

On nous a mis au défi de pouvoir présenter dans un an quelques opérés avec des possibilités psychiques, physiques et amoureuses que ne comporte pas leur âge réel.

J'apporte consciencieusement les résultats positifs produits de mon enquête. Cependant, je ne suis pas un exhibitionniste et je ne peux tout de même pas, pour convaincre, montrer des hommes en érection ; mais néanmoins faut-il ajouter foi aux déclarations d'hommes sérieux et sincères qui nous disent avec précision ce qu'ils n'étaient pas avant et ce qu'ils sont devenus après la greffe, surtout quand ces déclarations sont corroborées par leurs femmes ou compagnes qui n'ont pas d'intérêt à mentir.

Evolution de l'idée du rapport sexuel.

On a parlé des *hommes préhistoriques* qui ne songeaient pas, comme ceux de plus tard, à augmenter leur rendement amoureux et qui obéissaient à leur pur instinct sexuel ; *ils faisaient de l'organothérapie sans le savoir*, en se nourrissant, quand l'occasion se présentait, de testicules d'aurochs ou de grands animaux supertesticulaires, mais c'était pour augmenter leur force de lutte et de combat : *un instinct puissant les précipitait vers ces sources d'énergie que la science aujourd'hui précise.*

L'idée du coït a évolué : *instinctif* pour la reproduction et la création familiale pendant des époques indéfinies, il est devenu dans notre civilisation moderne très *conscient et volontaire* quand il s'agit de poursuivre ce même but.

Le désir réel des impuissants est de rentrer dans la normalité physiologique sexuelle.

Nos malades ne sont pas venus nous demander de leur donner, par la greffe, un *aphrodisiaque contre leur déficience génitale.* Je le fais remarquer bien haut : ils sont venus nous demander de lutter contre leur triste impuissance, car *ils voulaient rentrer dans la normalité.*

J'en appelle aux urologistes qui voient beaucoup d'impuissants, pour causes très diverses d'ailleurs. Que leur demandent-ils ces impuissants ? Non pas d'être des supergénitaux, des hyperérotiques ; ils leur demandent simplement de *redevenir normaux et non excessifs.*

Le potentiel vital énorme du testicule.

Le sentiment de la *valeur du potentiel énorme du testicule*, tant au point de vue psychique que somatique, et qu'énergie vitale d'ensemble, est général. On a vu des exemples d'offres généreuses, pour relever, par piété filiale, un organisme affaibli.

Utilité de la fonction sexuelle pour l'équilibre de l'organisme.

Il ne faut pas, par hypocrisie, comme tant, avoir l'air de faire fi du plaisir vénérien. Qui oserait donner tort aux hommes qui cherchent la survivance, le réveil d'une fonction génitale prête à s'éteindre, puisque *cette fonction bien réglée, est utile à l'équilibre de l'organisme, à la circulation d'hormones essentielles* dont il est imprudent de laisser tarir trop tôt la sécrétion par inaction, continence inutile ou exagérée.

Utilité psychique de l'accomplissement de la fonction sexuelle.

Et puis, au point de vue psychique, soyons francs, n'est-ce pas par l'appétence sexuelle et par l'*exercice normal de la fonction sexuelle* que l'homme se prouve le mieux à lui-même sa valeur réelle, en un mot sa *virilité* ?

Evolution spirituelle de l'instinct sexuel et dissociation anormale.

En réalité, l'amour, depuis que la Grèce antique a disparu, et Rome, s'il s'est *épuré dans un sens sentimental* s'accordant avec une vie climatique différente et une évolution sociale différente, sous l'influence d'une littérature qui a cherché depuis des siècles *à le spiritualiser*, s'est singulièrement déformé et est *sorti des normes de la nature*, quand on a voulu le dissocier et ne pas accorder qu'en dehors de « la question cœur », il a *sa valeur physiologique indépendante* et qu'il est *nécessaire pour l'élaboration et la répartition endocriniennes* et pour l'*équilibre hormonique de l'organisme.*

Jusfification de l'endocrinothérapie chirurgicale sexuelle.

Et c'est pourquoi, s'il est prouvé par des faits comme ceux que je viens apporter aujourd'hui, et par d'autres, que l'on apportera sûrement, que l'*impuissance présénile* peut être enrayée dans nombre de cas bien déterminés, il y aura lieu d'admettre que l'*endocrinothérapie chirurgicale par la greffe sexuelle* dont je propose le nom en même temps que la chose, a sa raison d'être.

LA PROPHYLAXIE DE LA SURDI-MUTITÉ

L'article que nous publions ci-dessous est un chapitre de l'important ouvrage : LES SOURDS-MUETS : ÉTUDE MÉDICALE, PÉDAGOGIQUE ET SOCIALE, *qui vient de paraître en librairie* (1) *sous la signature du* Dr DE PARREL, *ancien chef de clinique, et de Madame* LAMARRE, *professeur à l'Institution Nationale des Sourds-muets de Paris. Nous sommes très reconnaissants aux auteurs de ce beau livre d'avoir réservé ce chapitre aux lecteurs du* Concours Médical.

N. D. L. R.

On compte 35.00 sourds-muets en France. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre d'entre eux sont des *syphilitiques héréditaires.* La prophylaxie de la surdi-mutité se confond bien souvent avec celle de la syphilis et ce fait peut autoriser pour l'avenir bien des espoirs. D'autre part, parmi les surdi-mutités acquises, un certain nombre pourraient certainement être évitées, si l'on défendait plus efficacement les enfants contre la méningite cérébro-spinale, l'otite moyenne suppurée, les infections rhino-pharyngées, les labyrinthites. Ceci revient à dire que par des mesures judicieuses, conçues suivant un plan méthodique, et dont quelques-unes ne peuvent produire leurs effets qu'à longue échéance, on obtiendrait à coup sûr la diminution du nombre des cas de surdi-mutité ; le rendement-travail de la collectivité s'en trouverait accru et les charges d'assistance de l'Etat deviendraient moins lourdes.

Les mesures de protection qui s'imposent contre l'installation pré-natale ou post-natale de la surdi-mutité découlent logiquement des notions étio-pathogéniques que l'on a pu dégager de l'étude attentive des statistiques et observations recueillies, des rares protocoles d'autopsies publiées et des dossiers constitués par des expérimentateurs.

Nous dirons en fin d'article ce qu'on pourrait faire dans les écoles de sourds-muets pour unifier le mode d'enquête clinique et en tirer un enseignement prophylactique précieux.

(1) Paris. — Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, 49 (35 frs.).

Surdi-mutités héréditaires pré-natales ou post natales.

I. — *Règlementation du mariage.*

Une question domine le problème de la prophylaxie de la surdi-mutité héréditaire, c'est celle de la *règlementation du mariage* des syphilitiques, des descendants de familles entachées de tares auditives, des consanguins, s'ils apportent un capital pathologique important. Nous allons nous en expliquer tout d'abord.

1° MARIAGE DES SYPHILITIQUES. — La conduite à tenir a été récemment définie par une Commission nommée à cet effet par la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* de Paris.

Voici d'après le rapport de cette Commission à quelles conditions le mariage des syphilitiques peut être autorisé :

a) *Conditions cliniques* : institution d'un traitement régulier selon les modalités actuellement en usage ; absence d'accidents contagieux pendant une année toute thérapeutique spécifique étant supprimée ; absence de toute lésion organique. On interdira absolument le mariage aux sujets qui présentent un signe clinique de lésion du système nerveux.

b) *Conditions biologiques* : négativité de la réaction de Bordet-Wassermann pendant une année depuis la cessation du traitement ; absence de modification du liquide céphalo-rachidien, examiné chaque fois qu'il sera possible.

Nous devons signaler que, dans certains pays, le candidat au mariage doit fournir un certificat médi-

cal constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie vénérienne contagieuse. La Suède et la Norvège ainsi que certains Etats des U. S. A. ont adopté cette réglementation sévère ; pourquoi les mêmes mesures de protection ne seraient-elles pas appliquées ailleurs ? Il est juste d'ajouter que les parents ont toujours le droit de prier le fiancé de se rendre chez le médecin de famille pour y subir un examen, ledit fiancé déliant le praticien du secret professionnel.



FIG. 1.

Frontispice du livre de J.-B. Bonnet publié en 1620 : premier ouvrage sur l'enseignement des sourds-muets.

Mais cette façon de faire est loin d'être entrée dans nos mœurs, car elle heurte de front des habitudes traditionnelles dictées par un excès de délicatesse. Il faut souhaiter qu'elle apparaisse bientôt aux intéressés comme une indispensable formalité préliminaire au mariage.

En ce qui concerne la femme, il convient d'apporter plus de rigueur encore dans l'application du traitement et la fixation du délai minimum avant qu'elle ne soit autorisée à contracter mariage. N'oublions pas en effet que le legs héréditaire de la part de la mère est prépondérant ; de la part du père il est exceptionnel. La transmission est maternelle ou mixte ; une femme qui porte une syphilis virulente infecte son enfant par voie transplacentaire et cette hérédo-contagion peut se produire à toute époque de la grossesse.

2° MARIAGES CONSANGUINS. — Le facteur consanguinité, si les deux conjoints sont indemnes de tout héritage morbide de quelque conséquence, a perdu beaucoup de terrain dans la pathogénie de la surdi-mutité. Il semble bien que le véritable danger de telles unions réside dans l'apport de tares caractérisées, comme la syphilis, la surdité familiale, les dégénérescences nerveuses, l'alcoolisme. En semblable occurrence le médecin a le devoir de déconseiller le mariage. Il ne réussira généralement pas, car la menace d'un péril hypothétique ne saurait provoquer de la part des candidats une décision de haute prudence.

3° SURDITÉ FAMILIALE. — Théoriquement, on devrait interdire le mariage aux descendants de familles atteintes de surdité. Pratiquement, un tel veto est impossible, car aucun candidat au mariage n'admettra la nécessité d'une mesure aussi radicale. Pour la dicter, il faudrait d'ailleurs avoir minutieusement compulsé le dossier morbide des deux familles, ce qui n'est pas toujours facilement réalisable. Au reste, les observations recueillies avec grand soin par Gradenigo nous ont appris que de toutes les formes cliniques de surdité familiale la surdité-mutité était de beaucoup la plus rare (1).

traitement de la femme enceinte syphilitique avérée ou présumée syphilitique, celle du traitement du nouveau-né et du nourrisson syphilitiques ou présumés tels, celle enfin de la recherche chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant, des stigmates dénonciateurs de l'infection syphilitique. Nous serons bref, car ce sont des notions classiques. Elles trouvent en la circonstance une de leurs applications les plus opportunes.

1° TRAITEMENT DE LA FEMME ENCEINTE SYPHILITIQUE. — Il est admis aujourd'hui que la transmission de la syphilis à l'enfant ne peut être opérée que par la mère. C'est donc sur elle que doit porter l'effort de *prophylaxie thérapeutique préconceptionnelle*, s'il existe le moindre doute de contamination récente ou ancienne. Ceci n'empêche pas d'ailleurs d'attaquer avec énergie la syphilis du père, si elle existe.



FIG. 2.

L'abbé de l'Epée et le sourd-muet Joseph dit « Comte de Solar » par Ponce Camus, 1802.

II. — *Prophylaxie de la surdi-mutité hérédo-syphilitique.*

C'est là surtout que le médecin de famille, confident et conseiller technique, doit faire preuve d'intelligence avertie, de sens clinique et de diplomatie. Quelles sont les directives à suivre dans cette mission prophylactique si délicate ? Nous avons déjà répondu en ce qui concerne le mariage des syphilitiques. Il nous reste donc à envisager la question du

Connaissant la tolérance de la femme enceinte pour le traitement arsenical et l'efficacité de cette imprégnation médicamenteuse, il n'y a pas à hésiter à entreprendre une *offensive thérapeutique vigoureuse dès le début de la gestation* et *pendant toute sa durée*, même si l'infection de la mère semble clini-

(1) Consulter les *Monographies O. R. L. Internationales*, n° 8, 1921. Amédée Legrand, éditeur.

quement et sérologiquement éteinte. Néanmoins, on peut surseoir à ce traitement de prudence si la femme est en état de paix clinique depuis plus de huit ans et si elle ne présente aucune réaction humorale spécifique depuis plus de trois ans.

Quand la femme contracte la syphilis au cours de la grossesse, le danger de contamination du fœtus offre un caractère particulier d'acuité. On croit même que si cette infection intervient au cours du premier semestre de gestation, le produit de la conception ne peut échapper au tréponème. Raison de plus pour limiter les dégâts pathologiques en instituant un traitement intensif et prolongé jusqu'à la limite de tolérance chez la mère et en appliquant d'autorité au nouveau-né une thérapeutique anti-syphilitique, même sans appel clinique ou sérologique bien net.

L'organisation sociale de la protection pré-natale contre la syphilis comporte la création de nombreux centres de consultations gratuites pour les femmes enceintes indigentes ou nécessiteuses, où toutes les investigations cliniques et biologiques pourraient être pratiquées au cours de la grossesse.

Pour réaliser la liaison entre la consultation et les gestantes, des infirmières visiteuses instruites et dévouées représentent des auxiliaires précieuses, à condition qu'elles se confinent strictement dans leur rôle de conseiller désintéressé. Ceci exige une sélection rigoureuse de ce personnel et une rétribution suffisante de ses services. Toute dépense de cette nature est un heureux placement pour la collectivité : c'est en capital-santé et en intérêt travail qu'elle sera récupérée.

Si l'on poussait plus loin l'effort de prophylaxie préalable on en arriverait, comme le conseille Hata, à l'examen biologique de toutes les femmes enceintes. Une telle manière de faire n'est pas irréalisable dans les consultations d'obstétrique ; mais pour les sages-femmes et pour le médecin de famille, ce contrôle est bien difficile à pratiquer, en dehors de toute manifestation clinique dénonciatrice.



Fig. 3.

Jacob Rodrigues Péreire (1715-1790) apprenant à parler à Mlle Marois d'Orléans. (Fac similé du tableau de Lenepveu).

Il faudrait aussi organiser la propagande par la conférence, la brochure et la presse, afin d'instruire la femme enceinte sur les règles d'hygiène qu'elle doit suivre, les dangers qui la menacent et la nécessité pour elle-même et son futur enfant d'examens médicaux répétés, même en l'absence de tout symptôme pathologique. Ne pas oublier que la plupart des femmes syphilitiques ignorent leur maladie. La méconnaissance de l'accident initial est de règle chez la femme, à quelque milieu qu'elle appartienne. Le chancre est d'ailleurs difficile à découvrir dans les replis vulvaires, surtout chez la femme enceinte dont les organes génitaux sont œdématiés et imbibés de pertes plus ou moins abondantes. Ajoutons, comme

le fait remarquer le Dr Carle (de Lyon) (1), que les *accidents secondaires* passent aussi très souvent inaperçus en raison de leur bénignité habituelle et de l'incroyable facilité avec laquelle ils disparaissent, même en absence de toute thérapeutique. En réalité, c'est l'arrivée inopinée d'*accidents tertiaires* qui est le premier signe visible d'une syphilis ignorée.

Le Pr Brindeau (de Paris) a eu l'idée de procéder systématiquement à la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann chez les femmes de son service de clinique obstétricale et il a communiqué à l'Académie de médecine le résultat de son enquête (2). Sur 500 femmes ainsi examinées il a trouvé :

5,4 % de réactions positives fortes,

4,2 % de réactions positives faibles.

Le total, 9,6 %, correspond à la proportion de 10 % que l'on considère comme celle des humains entachés de syphilis.

D'autre part, l'enquête a montré que cette maladie est bien responsable d'un grand nombre d'avortements, puisque les femmes qui avaient eu un accident de ce genre avaient une réaction positive dans 62 % des cas. Un enseignement du même ordre est fourni par la proportion de réactions positives (10 sur 17) chez les femmes ayant accouché d'un fœtus mort et macéré.

Pour donner toute sa mesure, la propagande doit atteindre les masses, créer une opinion publique et lui donner une « conscience sanitaire ».

En Belgique, des efforts en ce sens, méthodiquement accomplis, ont donné des résultats très encourageants. Le Pr Bayet (de Bruxelles) en a récemment proclamé l'efficacité dans deux éloquentes conférences prononcées l'une au Musée Social (juin 1922) et l'autre (en février 1923) chez Mme A. André, directrice générale de l'œuvre de la *Préservation et du sauvetage de la Femme* (1). Il a appuyé son argumentation sur des documents statistiques impressionnants.

Le public belge a été instruit par tous les moyens (cours, conférences, films, brochures, journaux, etc.). D'autre part, on a cherché a stériliser rapidement et complètement les porteurs de germe. C'est la prophylaxie par la thérapeutique. Aujourd'hui la durée des accidents transmissibles est réduite des trois quarts ; de ce fait la diminution du nombre des contaminants se trouve réalisée dans les mêmes propor-

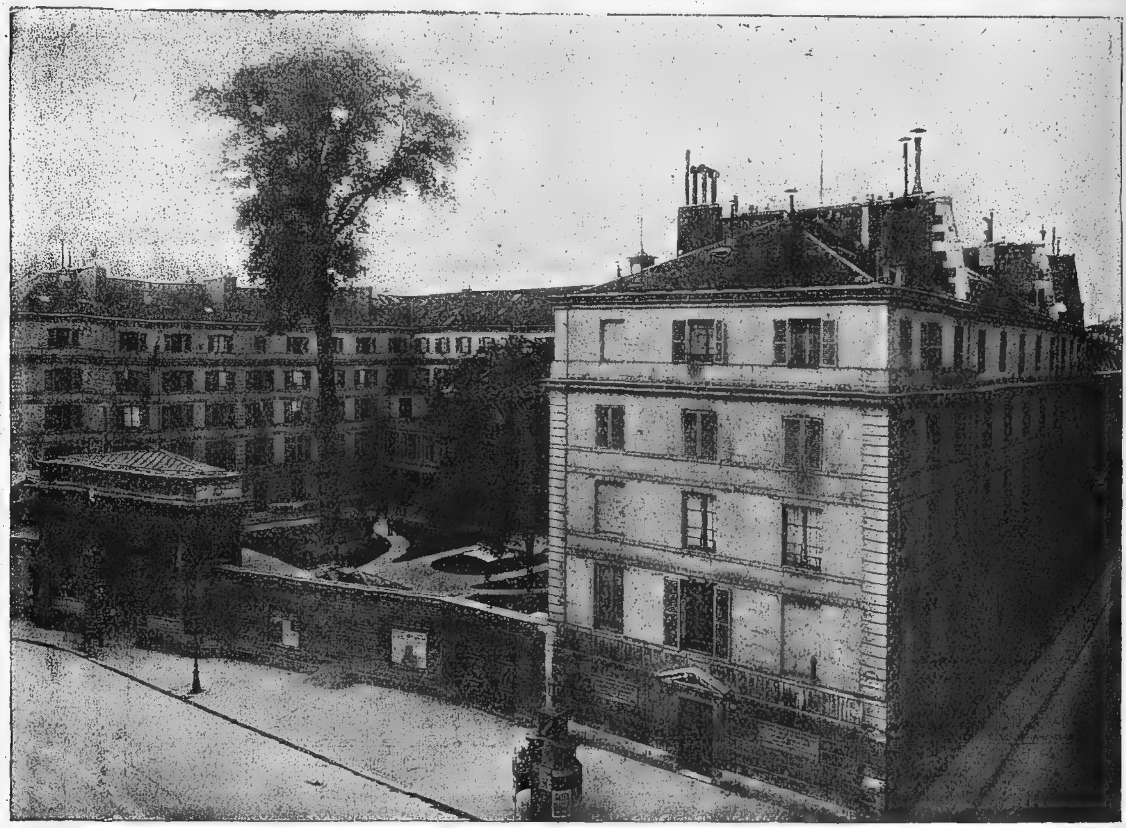


Fig. 4.

Institution nationale des sourds-muets de Paris. Vue d'ensemble et entrée principale.

(1) Voir article du *Journal de Médecine de Lyon* sur la transmission héréditaire de la syphilis, 1923, p. 125 et suiv.

(2) Séance du 20 mars 1923.

(1) Le texte de cette seconde conférence a été publié *in extenso* dans le *Bulletin Médical*, 1923, p. 333.

tions. Au lieu de s'acharner à règlementer la prostitution, ce qui est inopérant, il faut faire l'éducation des syphilitiques comme on fait celle des tuberculeux ; il faut créer des dispensaires où les malades trouvent toutes facilités de diagnostic et de traitement.

En France, pour entreprendre efficacement cette lutte, il faudrait consentir de grandes dépenses. La Commission de prophylaxie et des maladies vénériennes les estime à 20 millions, notamment pour l'organisation et le fonctionnement des dispensaires antisyphilitiques indispensables. Lorsqu'on connaît l'étendue des ravages du fléau syphilitique, on ne peut que souhaiter ardemment la réalisation rapide du programme proposé par la Commission.

L'initiative privée, qui en France, est toujours à l'avant-garde du mouvement de prophylahxie sociale, a depuis longtemps entrepris une campagne en ce sens. Les travaux du Conseil national des Femmes françaises et particulièrement de Mmes Avril de Sainte-Croix, Brunschvicg, Dieterlen, Landry-Thuillier, Nathan, Misme, ont déjà porté leurs fruits, et déterminé un heureux effort de réalisation pratique.

2° La prophylaxie post-natale précoce des accidents hérédo-syphilitiques. — Nous savons qu'il faut assurer l'intégralité du traitement des parents syphilitiques avant la procréation ; appliquer la thérapeutique classique dès le début de la gestation si l'on conçoit le moindre soupçon d'imprégnation spécifique. A l'égard du nourrisson, quelle attitude doit-on prendre ? — Celle de l'expectative armée, si l'on n'ose pas adopter celle de l'offensive systématique.

L'hérédo-syphilis peut se tenir longtemps en période de latence. L'apparence saine de l'enfant à la délivrance ne signifie pas que la partie est gagnée et que le traitement de la mère a été efficace. C'est souvent très tard qu'apparaissent des accidents de syphilis héréditaire. Dans ces conditions, il semble indiqué d'accorder le bénéfice d'un traitement antisyphilitique à tous les nourrissons issus d'une mère contaminée. La thérapeutique arsenicale par injections intraveineuses dans la veine jugulaire externe ou dans les veines épicrâniennes ou par injections intra-musculaires d'*éparséno infantile* titré à 0 gr. 05 par centimètre cube (1) est très facilement supportée par l'enfant ; elle donne des résultats rapides si le nourrisson présente déjà des lésions hérédo-spécifiques. Quant aux frictions mercurielles, elles n'ont pas la valeur thérapeutique que leur accorde la Renommée aux cent bouches ; il semble établi qu'elles sont inactives et toxiques. Leredde a requis contre elles avec vigueur dans une récente communication (2) et la condamnation de cette médication indosable et surannée paraît certaine.

(1) Voir la technique et la posologie de l'éparséno chez le nourrisson dans l'article de M. Pomaret (*L'Hôpital*, mars 1923, p. 106).

(2) Société de médecine de Paris : séance du 9 juin 1922.

En présence de stigmates dystrophiques de l'hérédité syphilitique on doit avoir recours au traitement opothérapique. En général, c'est un syndrome pluriglandulaire qui en est cause ; c'est donc à l'opothérapie associée qu'il faut faire appel.

3° La prophylaxie post-natale tardive des accidents hérédo-syphilitiques. — L'ensemble des mesures que nous venons de rappeler pour le traitement des parents, de la femme enceinte et du nourrisson, suffirait à établir un cordon prophylactique autour du fléau syphilitique. Mais il faut avouer que bien souvent elles ne sont pas appliquées, parce que l'instruction du public et des sages-femmes est particulièrement déficiente sur ce point et qu'il n'est point fait appel aux conseils du médecin, si aucun symptôme morbide ne réclame sa présence.

Pratiquement, il existe beaucoup de nourrissons, d'enfants et d'adolescents, qui sont des hérédo-syphilitiques latents et méconnus. Pour les protéger contre les périls qui les menacent, il y a donc lieu d'organiser une prophylaxie retardée, une *post-prophylaxie*, pourrait-on dire. On conçoit toute l'importance du contrôle du médecin de famille, des médecins de clinique infantile, de dispensaire et d'hôpital, des médecins d'établissements scolaires, etc... Nous ne pouvons nous y arrêter. Exposons simplement quel peut être le rôle de l'oto-rhino-laryngologiste dans cette œuvre de préservation de l'enfance.

Le secteur qui est dévolu à nos soins est un des plus riches en manifestations hérédo-syphilitiques de tout genre (1). Combien de fois, au hasard d'un examen clinique pratiqué pour quelque cause que ce soit, n'avons-nous pas découvert un stigmate révélateur de l'imprégnation spécifique héréditaire ? Il serait de bonne politique prophylactique d'attacher à tous les services hospitaliers, cliniques infantiles et écoles un médecin spécialisé dans l'oto-rhino-laryngologie, qui contribuerait à l'établissement du dossier sanitaire de chaque sujet, et qui se livrerait à des examens systématiques répétés.

En ce qui concerne le péril hérédo-syphilitique, une telle collaboration du spécialiste ne peut présenter que des avantages, car il aura l'occasion de dépister précocément les manifestations actives, latentes ou cicatricielles de cette affection.

La surdité et la surdi-mutité sont de beaucoup les accidents les plus graves qui peuvent survenir ; ils aboutissent très rapidement, quand ce n'est pas du jour au lendemain, à des déchéances acoustiques définitives. On doit donc chercher à en prévenir l'éclosion par un traitement antisyphilitique intensif, dès que l'on a reconnu chez un sujet la tare spécifique ancestrale, surtout s'il existe dans la famille des antécédents de surdité.

Malheureusement il ne semble pas, dans l'état

(1) Nous les avons décrites dans *ORL : documents pour les praticiens* sous le titre : *Identification de l'hérédo-syphilis dans le secteur cervico-facial*. (Maloine, éditeur 1924.)

actuel de nos moyens d'investigation clinique, que nous puissions reconnaître une menace plus spécialement dirigée vers l'organe auditif. Pourtant il est certain que des affections de l'oreille moyenne et du rhino-pharynx chez des enfants présumés syphilitiques doivent faire l'objet d'une thérapeutique vigoureuse, car elles représentent comme partout un point d'attraction pour d'autres lésions par création d'un centre de moindre résistance. D'autre part, la mise en œuvre des procédés habituels de contrôle des fonctions labyrinthiques, l'interrogation diapasonique et électrique du nerf auditif, l'étude des modifications de la courbe auditive, etc., peuvent conduire l'otologiste vers la découverte de symptômes ébauchés de décadence de l'appareil de perception et du nerf auditif.

Ces signes prémonitoires constitueraient un syndrome mal défini, dont nous avons essayé dans un travail récent (1) de grouper les différents éléments. Ce *syndrome de prélabyrinthisme* permettrait de découvrir les signes prémonitoires d'une déchéance labyrinthique chez les hérédo-syphilitiques. A ce titre il rendrait un éminent service prophylactique, car son identification donnerait le signal d'une *offensive antisyphilitique immédiate* pour tenter de sauver l'enfant de la surdi-mutité ou de la surdité que le menacent.

Même en présence d'une *labyrinthite syphilitique à la période d'état*, il ne faut pas hésiter à prescrire les injections intraveineuses d'arsénobenzol. Des résultats inespérés ont été obtenus ; l'acuité auditive s'est relevée rapidement et les symptômes labyrinthiques ont rétrocédé.

Il est évident qu'une action favorable n'est possible que s'il s'agit de cas légers, traités dès l'apparition des premiers symptômes de surdité et de déséquilibration. S'il y a eu hémorragie importante ou production d'un exsudat abondant et altération profonde de l'organe de Corti, on ne saurait prétendre rétablir une situation anatomiquement compromise. Mais lorsque les dégâts n'ont pas été trop graves et que tout se réduit à quelques troubles hyperémiques légers sans atteinte sérieuse de la trame si délicate de l'appareil cochléaire, une offensive arsenico-mercurielle combinée peut faire opposition à la déchéance de l'oreille interne et même récupérer la plus grande partie du terrain perdu. Notre collègue Predescu-Riou (de Bucarest) a publié deux (1) cas de labyrinthite hérédo-syphilitique avec chute rapide de l'audition, phénomènes marqués de déséquilibre et présence de gommes dans l'oreille moyenne et le cavum, dans lesquels il a obtenu une grande amélioration par les injections intraveineuses de néosalvarsan et de cyanure de mercure. La réaction de Bordet-Wassermann était positive.

Des faits aussi encourageants doivent inciter l'otologiste à donner des soins thérapeutiques précoces lorsqu'apparaissent des symptômes d'otite interne. « Même dans le cas où intervenant trop tardivement, écrit Escat, le traitement peut rester impuissant contre un labyrinthe fortement compromis, il peut avoir une action curative sur le labyrinthe opposé encore faiblement altéré. Traiter et guérir une labyrinthopathie à la période prescléreuse, voilà la bonne prophylaxie de la labyrintho-sclérose. » Moralité : faire des diagnostics précoces et appliquer d'urgence la thérapeutique arsenicale nécessaire et suffisante, sans fausse manœuvre, sans essai timide et inutile de frictions mercurielles.

(A suivre).

(1) Cf. *Archives de Laryngologie*, juin 1922, p. 711.

(1) Cf. *Paris Médical*, 10 mai 1923 p. 236 : *Deux cas de labyrinthites hérédo-syphilitiques guéris.*

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rayons X et coagulation sanguine. Applications thérapeutiques.

MM. Ch. Pagniez, A. Ravina et I. Solomon ont repris les recherches antérieurement faites sur la coagulation sanguine par les rayons X, et ils en ont fait quelques applications thérapeutiques. Ils exposent avec rigueur la méthode suivie et les effets favorables obtenus dans des cas d'hémophilie, d'ulcération gastro-intestinale, d'épistaxis à répétition.

Grâce aux rayons X, le temps de coagulation, qui était de 6'20, passe une heure après à 2'55, pour revenir après 4 h. 30 à 3'50, après 30 h. à 3'55, après 120 h. à 6'20.

Les rayons X peuvent agir sur le sang lui-même, ou amener le passage dans le sang de produits dérivés des tissus, des organes ou des endothéliums vasculaires, que ce passage soit la résultante de l'action même des rayons, ou qu'il relève d'une action à distance, réflexe ou hormonique. A noter que les modifications de coagulabilité sanguine produites par l'irradiation ne se réalisent que dans l'organisme, et que l'irradiation est sans action sur le sang *in vitro*.

L'action hémostatique obtenue par l'irradiation en thérapeutique était certainement mise en œuvre de façon inconsciente chez bon nombre de malades (femmes traitées pour fibromes). Les

spécialistes n'avaient pas manqué, en effet, de remarquer que cette action favorable sur les métrorragies pouvait se produire très rapidement, bien avant que, sous l'influence des rayons, la fonction des ovaires fût supprimée.

Quand on répète les irradiations à intervalle rapproché, tous les jours par exemple, on peut encore, par accumulation de l'action, voir le temps de coagulation se réduire. Mais il arrive un moment où le sujet est immunisé en quelque sorte et où les irradiations sont sans effet sur la coagulation. Mais, l'accoutumance pouvant être très rapide, il faut faire d'emblée la dose utile, ou faire des irradiations répétées, de façon à obtenir le maximum de rendement.

La dose de 500 R (2 H. 5) paraît être la dose moyenne parfaitement efficace. En cas d'insuccès, on peut le lendemain, ou quelques heures après, recommencer une dose semblable ou double ; il n'a jamais paru utile de dépasser la dose de 2.000 R. (10 H.).

La porte d'entrée semble indifférente ; cependant, l'irradiation de la région splénique ou de la région fémorale semble la plus indiquée.

Cette méthode doit prendre place désormais parmi les procédés susceptibles de donner d'excellents résultats dans nombre d'affections entraînant la tendance aux hémorragies. (*La Presse médicale*, 25 juin 1924.)

L'hématome pelvi-pariéto-colique gauche dans le cas de grossesse extra-utérine rompue.

Il s'agit là d'une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue. C'est une forme intermédiaire entre l'hématome localisé du Douglas à la Nélaton, que précise le toucher, et la vaste inondation cataclysmique à la Barnes avec grand épanchement liquide évident dans l'abdomen.

On sait, d'ailleurs, que la recherche des signes physiques de l'hémorragie interne est un point capital pour le diagnostic de la rupture d'une grossesse tubaire.

Cet hématome, localisé au petit bassin et la gouttière pariéto-colique gauche, présente, d'après le Pr Chaton (de Besançon), une symptomatologie propre ; il en rapporte deux observations intéressantes. Les limites de cet épanchement, opératoirement constatées, sont d'un côté la cavité pelvienne et le côté latéral gauche de l'abdomen, de l'autre le fond cæcal dilaté, l'anse oméga relevée en barrière avec son méso, le côlon iliaque et le côlon descendant.

Dans de telles conditions, en cas de syndrome abdominal aigu, il apparaît comme utile de rechercher dans l'exploration de l'abdomen par la percussion, qui est un élément important de diagnostic, à côté de la matité classique, qui se déplace, la matité fixe du flanc gauche et de la région sus-pubienne. Dans certains cas, ce dernier ensemble symptomatique sera le signe d'un épanchement sanguin collecté pelvi-pariéto-colique gauche, ayant son origine dans la rupture d'une grossesse ectopique. (*La Presse médicale*, 12 juillet 1924.)

Hématomes sous-unguéaux et tétanos.

L'attention des médecins a été maintes fois attirée sur les dangers de certaines plaies anfractueuses quant à la possibilité de leur infection tétanique. A l'appui de cette thèse, MM. L. Bérard et A. Lumière rapportent 7 observations probantes, qui font ressortir une fois de plus la nécessité de recourir aux injections préventives de sérum dans toutes les plaies suspectes, de procéder à l'exploration minutieuse et complète de ces plaies et à l'ablation de tous les corps étrangers qui peuvent les souiller ainsi qu'à la désinfection précoce des anfractuosités.

Elles montrent, en outre, combien il est important de dépister le tétanos dès l'apparition de ses premières manifestations, de façon à appliquer sans retard les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

Elles font enfin ressortir le *danger des hématomes sous-unguéaux* pour lesquels ces recommandations s'imposent plus impérieusement encore que pour les autres plaies. (*La Presse médicale*, 23 juillet 1924.)

Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse.

MM. A. Calmette, C. Guérin et Weill-Hallé, etc., dans une série de recherches poursuivies depuis plus de 20 ans, après avoir étudié le mécanisme de l'infection bacillaire et le rôle des réinfections dans l'évolution de la tuberculose expérimentale, ont démontré qu'il est possible, en utilisant comme virus-vaccin la culture vivante d'un bacille d'origine bovine, artificiellement atténué et privé de toute propriété tuberculigène, de conférer *aux jeunes animaux indemnes de tuberculose préexistante* une véritable immunité à l'égard des contaminations naturelles ou artificiellement provoquées.

Le procédé d'atténuation du bacille consiste à le cultiver en séries ininterrompues en présence de bile de bœuf, afin de modifier héréditairement sa constitution physico-chimique, en l'entraînant à se développer dans un milieu extrêmement alcalin et particulièrement riche en lipoïdes.

Après 230 cultures successives ainsi réalisées en 13 ans sur pommes de terre cuites dans la bile de bœuf glycérinée à 5 p. 100, la culture est devenue inoffensive, même à haute dose, pour toutes les espèces animales, y compris les singes anthropoïdes. Elle ne peut plus provoquer la formation de tubercules par inoculation intraveineuse, intra-péritonéale ou sous-cutanée, ni par ingestion. Les animaux résistent ensuite à un bacille tuberculeux ordinaire, dont l'infection

est mortelle pour les témoins en 6 à 8 semaines par granulie aiguë. L'immunité ainsi acquise dure 6 mois chez le cobaye, 18 mois chez les bovins ; il faut que les sujets soient indemnes de toute infection bacillaire, et dès lors, la vaccination par ingestion est tout à fait inoffensive.

Mais ce n'est pas avant quelques années, et en donnant une grande extension à ces essais, qu'on pourra établir l'efficacité de la méthode dans la pratique.

Il semble qu'elle doive surtout trouver son application à la protection des jeunes enfants et des individus transportés d'une région indemne de tuberculose dans une région infectée (nègres africains, par exemple, venant en France). (*La Presse médicale*, 2 juillet 1924.)

Tabac et angine de poitrine.

Il faut continuer à interdire le tabac aux angineux, non pas parce que le tabac, dit le Dr Gallavardin, est ou n'est pas générateur de la maladie (sclérose aortique ou coronarienne), mais parce que, comme les émotions, l'élaboration digestive, le coup de vent, la fumée peut, chez certains sujets, provoquer ce quelque chose (spasme ou autre), qui donne naissance aux paroxysmes angineux.

Quant au *rôle du tabac dans l'étiologie de l'angine de poitrine*, sur 200 angineux, appartenant au sexe masculin et non syphilitiques (ni antécédents, ni stigmates, ni Bordet-Wassermann fait et négatif chez la moitié d'entre eux), 27 p. 100 des sujets n'avaient jamais fumé, et 4 pour cent avaient cessé de fumer plusieurs années avant l'apparition du premier accès, alors que 68 p. 100 se rangeaient parmi les fumeurs légers, moyens ou grands. En y ajoutant le groupe féminin qui fait 21 p. 100 du total des cas, on arrive à cette conclusion que la moitié des angineux observés par l'auteur n'avaient jamais fumé.

Sans nier la possibilité de l'influence nocive du tabac dans l'établissement du processus angineux, le Dr Gallavardin estime donc que le tabac n'est pas en cause dans la moitié des cas d'angine de poitrine non syphilitiques. (*La Presse médicale*, 23 juillet 1924.)

L'hypertension de la ménopause. Pronostic et traitement.

D'une série d'observations publiées par MM. L. Giroux et I. Yacoel il découle que l'opothérapie semble jouer, à côté du régime et des médications iodurées et nitritiques, un rôle essentiellement actif dans le traitement de l'hypertension de la ménopause, chez les obèses en particulier, et qu'en conséquence le pronostic de cette affection est beaucoup moins sombre que dans tous les autres types d'hypertension.

On sait aussi que, depuis les travaux de Vaquez, on a tendance à considérer l'hypertension artérielle comme la conséquence d'une modification des glandes à sécrétion interne, des organes chromafines, disposés tout le long du sympathique. Il ne s'agit donc là probablement que d'une perturbation endocrinosympathique.

Le fait que les malades traitées par les auteurs ont pu être considérablement améliorées, que cinq d'entre elle même ont été complètement guéries, et que cette guérison persiste depuis plus d'un an, tend à confirmer et à démontrer, une fois de plus, le rôle important qui semble dévolu à ces glandes endocrines quant à l'origine de certains types d'hypertension et quant au traitement possible de l'hypertension en général. (*Le Bulletin médical*, 21 juin 1924.)

Les congestions pulmonaires des enfants.

Rare chez l'adulte, la congestion pulmonaire s'observerait fréquemment chez l'enfant. Cette fréquence s'explique, pour M. Auban, par la prédisposition aux réactions réflexes, vives et subites et intenses, bien connue chez l'enfant, et grâce à laquelle, en l'absence d'action frénatrice des centres supérieurs, le système végétatif détermine des réactions désordonnées aboutissant à la vasodilatation artérielle et capillaire, qui caractérise précisément la congestion active d'un organe.

Il décrit d'abord les congestions secondaires, qui se surajoutent très souvent à des affections broncho-pulmonaires plus ou moins définies ou systématisées (bronchites aiguës, pneumonies, pleurésies, broncho-pneumonies...). Il faut être prévenu de leur possibilité pour attacher la véritable importance qu'ils méritent à un souffle, à une zone de submatité, rencontrés soudainement là où précédemment il n'y avait rien.

Les congestions primitives ressortissent à trois types principaux : la congestion à type pneumonique, ou maladie de Woillez ; la splénopneumonie de Grancher, et la congestion pleuropulmonaire aiguë de Potain. Or, d'après l'auteur, la maladie de Woillez peut être considérée comme une pneumonie d'une forme clinique particulière ; la splénopneumonie serait une forme de la tuberculose pleuro-pulmonaire (cortico-pleurite à BK). Reste donc la congestion pleuro-pulmonaire aiguë, caractérisée par des signes essentiellement disparates et mobiles : fièvre, toux, agitation inquiète, submatité et même matité, à laquelle correspond une respiration soufflante ou un souffle à tonalité basse. En plus, dans les secousses de la toux, qu'il faut savoir attendre, on entend des frottements râles, participant à la fois du râle crépitant et de la crépitation pleurale, et provenant de ce que plèvres et poumons sont touchés au même titre, en raison de l'interpénétration des réseaux lymphatiques de l'un et l'autre organe. « Cette participation pleurale, si méconnue en pratique infantile, expli-

que en grande partie la persistance des signes physiques, la lenteur d'évolution de certains processus congestifs, lenteur et persistance qui inquiètent le médecin, font le plus souvent hésiter diagnostic et pronostic.. »

Le diagnostic est naturellement à faire avec la bronchite avec poussées congestives et la broncho-pneumonie. « Signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques devront former un important faisceau dont la connaissance et l'interprétation constitueront les bases du diagnostic. »

Conclusions : « Nous pouvons résumer ce qui précède en affirmant d'une part, la réelle *fréquence des réactions congestives* pulmonaires dans le jeune âge, de l'autre la difficulté de bien délimiter et de bien classer la plus grande partie de ces réactions. Si le terme de congestion peut pratiquement rendre au médecin de gros services, il n'en est pas moins vrai qu'à lui seul, il ne peut rationnellement satisfaire une bonne nosologie. D'un côté, si les poussées congestives peuvent se rencontrer fréquemment à titre d'élément surajouté et accessoire dans le tableau des pneumopathies classiques, elles peuvent cependant prendre, par leur importance, une place prépondérante au point de paraître constituer toute la maladie. De par ailleurs, dans d'autres circonstances, s'il est loisible de rattacher un grand nombre d'états congestifs du poumon au groupe des pneumonies bâtardes ou avortées, il est possible de conserver à titre de véritable entité la congestion pleuro-pulmonaire, qui a pour elle la réalité de nombreux faits cliniques. On peut d'ailleurs fort justement y rattacher les corticopleurites. » (*Toulouse médical*, 15 juillet 1924.)

Les signes de la mort.

Après avoir passé en revue les signes actuellement classiques de la mort, ainsi que les différentes épreuves qui permettent d'affirmer qu'elle est constante : phlyctène explosible, pâleur de la peau, lividités cadavériques, empreinte parcheminée, application de ventouses scarifiées, absence de respiration, épreuve de l'aiguille, épreuve de l'acide sulfurique, M. Boudimir décrit une méthode à la portée de tout le monde : c'est la recherche de la coloration que produit, sur les tissus, une ventouse sèche. Faisant état de nombreuses expériences qu'il a faites à ce sujet, il conclut :

« Il résulte de nos recherches que : 1° sur l'individu dont le cœur n'a pas cessé de battre, les ventouses placées dans la région ombilicale déterminent la formation de la tache violacée caractéristique ; 2° sur un cadavre, les ventouses placées dans la même région quelques instants après la cessation complète de tout battement cardiaque à l'auscultation attentive ne provoquent plus aucune modification de coloration de la peau. Dans ce cas, l'épreuve des ventouses est négative.

« L'utilisation de cette simple épreuve qui donne une garantie suffisante pratiquement mériterait d'être généralisée surtout à la campagne, où le contrôle de la mort est rarement fait par un médecin. Dans les cas de grandes épidémies ou sur les champs de bataille, où le nombre des cadavres est assez considérable, de sorte qu'il est impossible d'examiner chacun d'entre eux d'une manière attentive, le procédé de choix semble être celui de MM. Chavigny et Simonin (épreuve de l'acide sulfurique). » (*Strasbourg médical*, 22 septembre 1924).

Les méfaits du colibacille.

M. Lemoine attire l'attention sur le rôle du colibacille comme générateur d'infection dont la véritable nature pourrait passer ignorée si l'on ne pensait pas à ce germe, hôte à peu près inoffensif de l'intestin chez l'individu sain, virulent et prompt à émigrer au loin avec une pullulation considérable, dès que la maladie intervient.

C'est ainsi qu'on peut observer des septicémies colibacillaires dans leurs formes aiguës qui peuvent se prolonger longtemps, et qui simulent de plus ou moins près la fièvre typhoïde. Ces septicémies peuvent partir des divers appareils de l'économie, biliaire, urinaire, génital... D'autre part, le foie, le rein, le poumon ou la plèvre, en réagissant de façon particulière sous l'influence du coli, donnent naissance aux syndromes entéro-hépatique, entéro-rénal, entéro-pulmonaire... On retrouve le coli-bacille dans les petits abcès miliaires qui se rencontrent chez les vieux prostatiques, et la pneumonie dont ils sont souvent atteints n'aurait pas d'autre cause.

A côté des formes aiguës, il faut noter un syndrome colibacillaire chronique, qui expliquerait l'hépatisme de Glénard, la cholémie familiale de Gilbert, l'auto-intoxication de Bouchard.

Donc, le colibacille doit être recherché ; on le trouvera dès lors dans nombre d'états pathologiques, soit comme agent causal, soit comme agent secondaire, et on pourra diriger contre lui une thérapeutique spécifique avec les vaccins ou la méthode de Doumer. (*Gazette des Prat.*, 1er octobre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les lésions rénales et l'hypertension artérielle.

(MM. Camille LIAN et R. BARRIEU. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-7-1924.)

D'une étude (portant sur 206 malades) concernant la fréquence et l'importance des lésions rénales dans l'hypertension artérielle permanente, MM. Camille Lian et R. Barrieu tirent les conclusions suivantes :

1° La recherche de la constante d'Ambard et de l'azotémie montre que les fonctions rénales sont troublées dans 90 p. 100 des cas d'hypertension artérielle permanente. L'atteinte des reins est donc, ici, un phénomène habituel et non accessoire.

2° L'azotémie, toutefois, n'est assez marquée pour noircir le pronostic que dans à peine un dixième des cas. Le danger de l'hypertension est surtout, dès lors, d'ordre mécanique, d'où la gravité, en l'espèce, de la grande hypertension.

3° Les faits sus-indiqués incitent à prescrire le régime hypoazoté et les diurétiques chez ces malades.

Les variations spontanées du liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux.

(MM. SÉZARY et BARBÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-7-1924.)

MM. Sézary et Barbé ont étudié, en collaboration avec MM. Pomaret et Gallerand, l'évolution des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux non traités. Ils ont vu que, au point de vue biologique (leucocytose, albuminose, etc.), le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux pouvait présenter des variations spontanées, même accentuées, mais irrégulières et généralement passagères. Le Bordet-Wassermann est plus stable, tout en offrant parfois des atténuations temporaires. Aussi, disent les auteurs, faut-il se garder, au cours d'une expérimentation thérapeutique dans la maladie de Bayle, d'attribuer à l'action d'un médicament ce qui est le fait de l'évolution naturelle des choses.

La diphtérie chez le nourrisson.

(MM. RIBADEAU-DUMAS, LACOMME et LOISEAU. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 25-7-1924.)

On admet assez couramment que le nouveau-né possède (jusqu'à six mois environ, du moins) une certaine immunité contre la diphtérie et qu'à cette période de la vie, l'infection lœfflérienne est rare.

M. Ribadeau-Dumas estime que l'immunité en question n'est peut-être pas aussi complète qu'on le croit habituellement. Il pense qu'à côté de la forme typique (qui se traduit surtout par le coryza), il est, chez le nourrisson, des formes camouflées de la diphtérie. Elles se manifestent par des troubles généraux (hyperthermie, phénomènes digestifs) accompagnés parfois de coryza très discret.

Dans ces conditions, les erreurs de diagnostic sont faciles, la diphtérie apparaissant alors comme une cause assez aisément méconnue de débilité et de mort des sujets en bas âge.

M. Blechmann a déjà observé des cas où, malgré une réaction de Schick négative, la diphtérie est survenue quelques jours après la recherche de la réaction. M. Ribadeau-Dumas a vu se produire la même particularité chez quatre nourrissons de la crèche de la Maternité. Il en conclut qu'à cet âge, l'épreuve de Schick n'a pas une valeur absolue. Il lui semble plus sage de pratiquer la vaccination préventive chez tous les enfants nouveau-nés et sans trop tenir compte ici des résultats de l'épreuve de Schick.

Traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée.

(M. BARTHÉLEMY. — *Soc. dermatologique de Nancy* ; 3-6-1924.)

Le sucre urinaire, la glycémie, peuvent jouer un rôle dans la genèse et l'aggravation de certains ulcères de jambe. Le sucre, en applications locales, aurait, par contre, s'il faut en croire M. Barthélemy, des propriétés cicatrisantes dans les ulcères variqueux de la jambe.

L'auteur a traité ainsi deux malades par les pansements à l'eau sucrée. Après avoir désinfecté l'ulcère par une série de pansements au permanganate ou au liquide de Dakin, il mit sur les cratères variqueux des compresses imbibées d'eau bouillie, sucrée dans la proportion de 60 pour 1000. En quelques semaines, la cicatrisation a été obtenue.

Pour conserver la beauté du visage.

(M. R. SABOURAUD. — *Soc. dermatologique de Nancy* ; 3-6-1924.)

M. Sabouraud, avec sa grande compétence du sujet, fait une intéressante communication sur les moyens de retarder la décrépitude du visage.

La beauté de la peau du visage est altérée par divers agents extérieurs : le vent, l'air trop chaud ou trop froid, la lumière solaire. Le prompt vieillissement de la peau des paysans en est une preuve. Il est opportun d'avoir soin de son visage comme on a soin de ses yeux, de ses dents, et du reste de son corps.

Il faut distinguer deux groupes de peaux : les peaux fines et sèches, et les peaux grosses et grasses. Les premières s'irritent facilement par le froid, la

chaleur, le savon. L'utilité des crèmes appliquées en permanence est alors indubitable. Un préjugé veut que l'usage des crèmes et des fards irrite et vieillisse la peau. L'expérience de M. Sabouraud lui a appris le contraire. Il conseillerait presque mieux de mauvaises crèmes et de mauvais fards que pas de crèmes du tout. De bonnes crèmes à la vasolanoline, à la diadermine, aux stéarates, peuvent être employées pendant des années, et avec avantage. En voici une formule, entre beaucoup d'autres :

Oxyde de zinc	3 gr.
Vaseline	20 gr.
Lanoline	āā 5 gr.
Eau distillée	
Verveine	III gouttes

L'eau ne mouillant pas les crèmes, on nettoie le visage à l'ouate et à l'huile :

Huile de sésame	20 cc.
Huile de noyaux	40 cc.
Huile vierge d'olives	60 cc.
Œillet q.s. pour parfumer.	

et on efface les traces d'huile avec une boulette d'ouate humide d'un liquide dégraissant tel que :

Acétone anhydre	āā 30 cc.
Alcool à 90°	
Eau distillée	60 cc.

Le maquillage avec les crèmes a donc son utilité, et les femmes du monde qui en adornent leur visage, seront heureuses de l'avis du Dr Sabouraud. Les poudres sont nécessaires pour enlever le luisant des crèmes, et elles ne touchent pas la peau d'ailleurs dans ces conditions.

Ceci concerne les peaux du visage normales. Les peaux malades demandent évidemment des soins spéciaux. On traitera les peaux grasses, séborrhéiques, par le soufre, en poudre, en lotion. Le type est la lotion de Vidal :

Soufre précipité lavé	20 gr.
Alcool camphré	20 cc.
Eau distillée	āā 50 cc.
Eau de rose	

On recommandera la compression élastique par les masques de caoutchouc et le massage, dans l'acné hypertrophique ; les frictions de neige carbonique — 8 à 10 secondes — dans l'érythrose faciale ; l'igniponcture fine, pénétrant à 1/4 ou 1/2 millimètre de profondeur dans les vaisseaux ectasiés, en cas de couperose.

Le galvanocautère est également indiqué pour détruire les verrues plates, certains points de séborrhée concrète, les molluscums pendulums, les nævi fibromateux (exception faite pour les nævi gris bleu qu'il vaut mieux détruire à l'électrolyse).

Dans l'hypertrichose, il est bon de régulariser les règles. Localement, en dehors des dépilatoires usuels qui sont de simples rasoirs chimiques, l'emploi quotidien longtemps poursuivi (dix mois et plus) d'une pommade à l'acétate de thallium à 1 % diminue les poils de nombre, de grosseur et de couleur. La disparition, toutefois, n'en peut être obtenue que par l'électrolyse, opération longue et délicate.

Quant aux teintures de cheveux, elles se groupent en cinq espèces. D'abord, les décolorants, l'eau oxygénée en tête, aujourd'hui seule employée. Ensuite, les colorants végétaux, le henné (roux) et l'indigo (bleu) dont le mélange donne les châtains. Il y a, d'autre part, les rastiks (pyrogallates), les teintures métalliques (sels de plomb, d'argent, etc.), et les teintures à base d'aniline.

Toutes les teintures sont mauvaises pour le cheveu qu'elles rendent cassant. Seules, toutefois, les teintures dérivées de l'aniline peuvent déterminer, par idiosyncrasie, des accidents aigus d'intoxication. On peut permettre à la rigueur une teinture, ajoute M. Sabouraud, mais non la recommander. En tout cas, déconseiller les teintures issues du plomb ou de l'aniline à tous ceux qui n'en ont pas déjà fait usage sans accident.

L'endocardite au cours de la scarlatine.

(M. Nobécourt. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 8-7-1924.)

A propos de deux cas d'endocardite mitrale au cours de la scarlatine, présentés par MM. Roudinesco et Aris, M. Nobécourt rappelle les grands types cliniques d'endocardite que l'on peut rencontrer chez les scarlatineux, types déjà différenciés par Jaccoud et que M. Nobécourt a décrits dans une série de communications.

Le premier est l'endocardite simple, comparable à celle de la maladie de Bouillaud. Elle est souvent associée à des manifestations articulaires analogues aux arthropathies du rhumatisme aigu. Pour ce type, on peut parler de rhumatisme et d'endocardite scarlatineux.

Le deuxième type est l'endocardite maligne, ulcéreuse, ulcéro-végétante, susceptible de s'accompagner d'arthrites suppurées. Il s'agit d'endocardites infectieuses, compliquant la scarlatine. Les hémocultures et l'examen des lésions de l'endocarde décèlent des infections secondaires dues notamment au streptocoque.

Ascaridiose intestinale mortelle.

(MM. Dayras, Ferny et Fèvre. — *Société de Pédiatrie* ; 8-7-1924.)

M. Dayras rapporte deux observations d'enfants reçus à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite toxique, qui moururent quelques heures après leur arrivée et à l'autopsie desquels on ne trouva pas autre chose que de l'ascaridiose intestinale. Aucune lésion viscérale, aucune atteinte péritonéale : seulement de nombreux ascarides dans la région cæco-appendiculaire.

Les pseudo-appendicites vermineuses ne sont pas très rares, mais il est absolument exceptionnel que leur terminaison soit mortelle.

L'orchite aiguë sérique.

(M. G. Blechmann. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 8-7-1924.)

M. Blechmann a signalé en 1920 l'orchite aiguë sérique, la manifestation de la maladie sérique sur le testicule. Depuis cette observation *princeps*, d'autres cas ont été publiés par MM. Guinon, Lamy et Mlle Odier, et par M. Carrieu. M. Blechmann relate aujourd'hui, au nom de M. Duval-Arnould, un nouvel exemple d'orchite aiguë sérique, qui constitue le sixième venu à sa connaissance.

Accidents anaphylactiques consécutifs à l'ingestion de viande de cheval.

(MM. Lesné et M. Lévy. — *Soc. de Pédiatrie* ; 8-7-1924.)

M. Lesné a vu survenir des accidents anaphylactiques du type maladie de Quincke chez un enfant de 9 ans consécutivement à l'usage de viande crue de cheval, administrée dans un but anti-bacillaire. Le petit malade se trouvait sensibilisé au sérum de cheval par une injection de sérum anti-diphtérique qui lui avait été faite antérieurement.

P.L.

Les Thèses

P. — Dr Paul Mangini.— **Diagnostic radiologique des affections de l'artère pulmonaire.** (Paris, Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 1924.)

La radioscopie met en lumière les moindres modifications anatomiques de l'artère pulmonaire et de ses branches. Elle joue donc un rôle considérable dans le diagnostic des affections de ce vaisseau qui se révèlent en clinique par des signes physiques et fonctionnels d'interprétation toujours délicate. Il faudra recourir à l'exploration radiologique de l'artère pulmonaire et de ses branches, toutes les fois qu'on suspectera une lésion de ce vaisseau, au même titre qu'on explore l'aorte chez un malade présentant les moindres signes périphériques d'aortite.

La sclérose de l'artère pulmonaire devra être recherchée dans tous les cas où il existe une hypertension dans la petite circulation et, en particulier, lorsqu'à ce facteur mécanique vient s'ajouter un facteur d'infection qui, en pareil cas, semble être la syphilis. C'est au niveau des branches intra-pulmonaires que les lésions sont le plus facilement décelables à l'écran. Elles produisent une forte accentuation des images hilaires d'où partent des arborisations nombreuses qui irradient dans les champs pulmonaires. Sur le tronc, la sclérose se révèle par une accentuation de l'ombre de l'artère et par une augmentation souvent assez notable du calibre du vaisseau.

La dilatation est surtout marquée dans l'insuffisance et dans le rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Elle se traduit par un élargissement de l'arc moyen au niveau de son quart supérieur et dans les positions obliques par la saillie exagérée de l'image du tronc dans le médiastin antérieur.

De plus, en oblique gauche, on voit le tronc barrer obliquement le flanc gauche de l'aorte.

La dilatation n'épargne pas les branches de bifurcation qui sont nettement visibles en arrière dans l'espace rétro-aortique.

L'anévrisme, extrêmement rare, donne une saillie ampullaire qui déborde en avant et en arrière dans la clarté du médiastin.

De plus, le pédicule est considérablement élargi au niveau de l'arc moyen.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur une médication étiologique active de la constipation par acholie ou constipation habituelle,

Par le docteur E.-L. Galand.

De même que Dieulafoy insistait dans son enseignement, sur les petits signes du brightisme qui ne sont, en somme, que les signes prémonitoires de l'artério-sclérose, de même, les auteurs modernes et parmi eux, Gilbert, Chauffard, Carnot, Mathieu, Carrière,ont attiré l'attention sur les petits signes de l'hépatisme, signes prémonitoires de l'insuffisance hépatique vraie.

Ce dysfonctionnement cellulaire se traduit souvent par une affection tenace : la constipation habituelle, par acholie.

On a beaucoup écrit sur la constipation, et sur son étiologie. Cependant, l'école moderne a montré que souvent, la constipation, symptôme d'entérite chronique, est due à une insuffisance biliaire, facile à reconnaître à la décoloration des fèces. Nous savons que la bile, et, en particulier, les *sels biliaires* sont le plus puissant des cholagogues (Roger). Ils excitent le péristaltisme intestinal et facilitent l'exonération. Ils ont, en outre, une influence empêchante sur la toxcicité locale, tout en préservant la vitalité des microbes favorables tels que le B. mesentericus vulgatus (Roger).

On comprend ainsi pourquoi la constipation, et de même l'entérite chronique, sont la consé-

quence d'une insuffisance biliaire ; ces affections commencent et se développent quand commence et se développe le trouble de la physiologie cellulaire, en particulier de la fonction biligénique.

Cette étiologie est malheureusement trop méconnue encore, et c'est ce qui explique la faiblesse des moyens ordinairement utilisés pour combattre la constipation. Ceux-ci amènent pendant quelques jours une exonération intestinale, mais irritent souvent la muqueuse et restent ensuite sans effet.

Depuis longtemps, nous nous sommes attachés à la recherche d'une thérapeutique tout à la fois rationnelle et scientifique de la constipation, et, dans les cas si fréquents où l'acholie existe, nous avons observé que, par une médication stimulante de la cellule hépatique, la constipation disparaît presque toujours.

Nos recherches ont d'abord porté sur la bile pure, mais les résultats obtenus ont été variables et la plupart du temps passagers. De plus, la *bile nature* contient de la cholestérine et des pigments plus ou moins nocifs qu'il vaut mieux ne pas introduire dans l'économie. Aussi, avons-nous abandonné cette méthode pour nous attacher à l'étude plus scientifique des *sels biliaires*.

Les récents travaux publiés par Vialard (1) et par E. Larcher (2) sur les effets remarquables dans la lithiase biliaire et les angiocholites, du *sel des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine* (Félamine) ont orienté nos recherches sur ce médicament, agent, *tout à la fois*, de l'opothérapie et de la désinfection hépato-biliaire, et nous avons demandé à une expérimentation clinique prolongée s'il n'y aurait pas là un traitement actif et durable de la constipation habituelle.

Vialard et Larcher ont, à vrai dire, cité des cas de constipation améliorés par ce traitement, et nous n'avons fait que reprendre une étude qu'ils avaient ébauchée. Mais, à l'heure actuelle, le nombre de nos observations est assez important pour nous permettre d'énoncer l'opinion suivante : dans la presque généralité des cas, la Félamine améliore l'entérite chronique, modifie le milieu intestinal, et fait disparaître la constipation non pour quelques jours, mais pour longtemps. On peut dire que, grâce à elle, l'exonération est rétablie et régularisée.

Voici d'ailleurs, résumées, quelques-unes de nos observations personnelles prises à notre Clinique privée et que nous croyons utiles de signaler à l'attention des praticiens :

Observation I. — Mme D., 30 ans, sujette à des crises d'entérite accompagnées de constipation et de congestion douloureuse de la vésicule biliaire.

Appétit inégal ; anorexie presque complète quand la constipation existe depuis quelques jours, et ensuite, appétit considérable quand l'intestin s'est exonéré.

Cette malade a essayé toutes les médications possibles de la constipation et absorbé tous les laxatifs minéraux et végétaux.

Quand nous voyons cette femme, il existe une douleur pongitive dans la région costale sous-hépatique, et l'on constate la présence d'une vésicule distendue et très sensible au moindre contact..

La constipation existe depuis six jours, le facies est pâle, subictérique. Dans l'attente d'une colique hépatique, par rétention possible d'un calcul dans le cholédoque, nous prescrivons un cataplasme laudanisé très chaud et l'absorption de 250 cc. d'huile d'olive vierge.

Courte et insuffisante amélioration. Nous prescrivons alors huit comprimés de Félamine, à prendre à raison de deux comprimés à quatre heures d'intervalle : douze heures après, une selle mastic apparaît accompagnée de légères coliques.

En présence de ce résultat, nous continuons à prescrire le méd:cament aux mêmes doses pendant 4 jours, et ensuite 6 dragées par 24 heures.

En une huitaine de jours, tout est rentré dans l'ordre. La vésicule a repris son volume normal et n'est plus douloureuse, la constipation n'existe plus.

Depuis cette époque, six mois ont passé, et, cette malade qui prend la Félamine pendant deux semaines par mois (4 dragées quotidiennes) n'a plus de constipation ; l'entérite a disparu progressivement et l'on constate une amélioration considérable de l'état général.

Observation II. — Mme G.F., 44 ans, rétroversée utérine avec constipation chronique. Malade d'une sobriété exemplaire ; régime alimentaire lacto-végétarien strict.

Lassée d'avoir recours, sans grand succès, aux divers cholagogues, l'intéressée est venue, il y a quatre mois, me demander un avis.

J'ai commencé par prescrire le traitement suivant :

1° Prendre chaque jour, au souper, une pilule ainsi composée :

Podophyllin	0,05
Evonymine	0,05
Extrait de belladone	0,01

2° Introduire, dans l'anus, en se couchant, un suppositoire à la glycérine.

Pendant 15 jours, tout alla bien. Les selles étaient redevenues quotidiennes.

Puis, l'intestin reprit sa paresse. C'est alors que je prescrivis des pilules de bile pure. Nouveau succès momentané, suivi d'une nouvelle accoutumance intestinale.

J'ai alors prescrit la Félamine, à raison de 3 comprimés après chacun des 3 repas, à prendre pendant 15 jours, sans désemparer. Actuellement, ma cliente, en absorbant 4 comprimés quotidiens, obtient chaque matin, depuis 3 mois, une selle normale et sans colique.

(1) *Journal des Praticiens*, 1er décembre 1923.
(2) *Les Sciences médicales*, 31 mars 1924.

Observation III. — Mme L., 57 ans, prolapsus utérin, avec col ectropié, érosé et débordant largement le vagin.

La sangle abdominale est très relâchée, cette malade n'obtient une selle que par des lavements.

Il s'agit donc d'une *constipation avec atonie musculaire.*

Traitement : Réduction du prolapsus par les moyens ordinaires ; dès lors, selles moins rares, mais la malade doit recourir encore, tous les deux jours, à ses lavements habituels.

Pour ramener la fonction biliaire excitatrice du péristaltisme intestinal, nous ordonnons la Félamine à une dose d'abord très forte : 10 comprimés en 24 heures, puis progressivement diminuée.

Excellents résultats, diminution nette de la constipation. Pendant 3 mois, nous avons eu en traitement cette malade à notre clinique, pour réfection du col, et nous avons pu nous rendre compte que, grâce à l'emploi journalier de 3 à 4 comprimés du médicament, pendant 15 jours par mois, la constipation habituelle avait disparu.

Observation IV. — L.D. mineur à D., 47 ans, obstruction mécanique intestinale.

Il s'agit d'un homme atteint de gastrite chronique, que notre examen nous a permis de classer dans le cadre très connu de dyspepsie hyperchlorhydrique et hyposthénique. Mais, ce n'est pas seulement pour son algie gastrique que ce client venait nous consulter, mais encore pour une constipation opiniâtre contre laquelle avait échoué de nombreux médicaments. Nous devons avouer qu'en le traitant pour sa gastrite, nous pensions guérir, en même temps la constipation. Les résultats obtenus n'ont pas confirmé ce s prévisions et il nous a paru que le traitement était insuffisant pour faire disparaître l'atonie intestinale.

D'ailleurs, cet homme, un peu tardivement, nous déclara qu'il avait été consulter un radiologue et que ce dernier lui avait annoncé l'existence d'une coudure sous-cæcale.

Nous prescrivons donc à ce malade 6 dragées de Félamine par jour , et les selles ont reparu normales, mieux que par nos anciennes prescriptions. Quatre dragées ont ensuite suffi par 24 heures, pour maintenir le résultat acquis et les selles sont restées normales après cessation du traitement.

Observation V. — Mme F.R., 47 ans, hépatique avec les symptômes suivants : appétit inégal, fréquentes migraines, constipation opiniâtre.

Après un examen minutieux, il apparaît que le foie est seul responsable par son insuffisance fonctionnelle, des troubles observés : région de l'hypocondre droit douloureuse, matité hépatique accrue, sensibilité légère à la région vésiculaire.

Nous prescrivons, pendant 8 jours, 6 dragées de Félamine par 24 heures, 3 à la fin des deux repas principaux. Retour des selles et diminution de la matité hépatique. La douleur de la vésicule a été la première à disparaître. Le traitement est continué à raison de 4 dragées par jour, et pendant encore 15 jours. Excellents résultats, le foie a repris son volume normal, la constipation n'existe plus.

Depuis lors, cette malade reprend chaque mois sa cure, à raison de 4 comprimés par 24 heures, pendant 15 jours, et les bons résultats obtenus se maintiennent ainsi depuis 8 mois.

Nous pourrions citer encore d'autres faits cliniques analogues, mais ils n'ajouteraient rien aux précédents et ne feraient que les confirmer.

De cet ensemble de constatations, il résulte conclusion la suivante :

Lorsque la constipation s'accompagne d'un état plus ou moins accusé d'acholie, c'est-à-dire, lorsque les selles sont mal colorées, notre traitement amène d'excellents résultats dans plus des deux tiers des cas. Les selles reprennent une consistance normale, se colorent et se régularisent. Ce résultat, quand le traitement est assez prolongé, car enfin, on ne modifie pas un état glandulaire en quelques jours, se maintient longtemps et la constipation ne reparaît pas comme il arrive après la cessation d'autres médicaments.

Chez les malades qui, après la régularisation des selles, veulent suivre cette méthode thérapeutique, à doses fables (3 à 4 dragées par jour), pendant environ 15 jours par mois, la fonction intestinale reste normale et les symptômes d'entérite s'éloignent progressivement. Ce *modus faciendi* est celui que nous conseillons toujours et nous insistons sur son action curative.

Lorsque nous n'obtenons que des résultats passagers ou insuffisants, nous pensons qu'il s'agit d'une entérite étiologiquement mal définie, qu'il s'y mêle d'autres éléments provocateurs ou que la cellule hépatique lésée réagit mal à la médication. Il convient alors, pour s'en assurer, de faire un examen approfondi du malade et de faire appel au laboratoire pour rechercher à l'analyse les symptômes urinaires complets de l'insuffisance hépatique.

En un mot, nous estimons que le traitement de la constipation n'est pas dans les laxatifs ou dans les seuls cholagogues, mais qu'il se trouve représenté par la *stimulation régulière du fonctionnement hépato-biliaire.* Il faut ramener le cours naturel de la bile dans l'intestin et pour cela agir, tout à la fois, par l'opothérapie et la désinfection. Nous sommes ainsi de l'avis de Vialard lorsqu'il écrivait : « Le sel des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine agit d'une façon rapide, sûre, durable, et il n'occasionne aucun spasme intestinal douloureux. »

Nous ajouterons seulement ces quelques lignes : la Félamine est le traitement physiologique actif de la constipation, quand on l'emploie aux doses voulues et pendant le temps nécessaire à une opothérapie hépato-biliaire efficace.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'HYGIÈNE DE LA MAISON AU SALON DES ARTS MÉNAGERS

L'hygiène est à la mode : mais ce sont souvent des discours pompeux, à belles phrases sonores, qui célèbrent la lutte contre les maladies transmissibles, pour combattre la tuberculose. A la fin des banquets, on déclarera la guerre aux microbes, cependant qu'on n'aura pas fait attention aux souillures des assiettes, qui ne sont propres qu'en apparence ; on ne se sera pas méfié de la contagiosité des serviettes, des ustensiles de table, lavés on ne sait trop comment ; on ne s'apercevra pas les poussières que le parquet, mal balayé, laissera voler sous les pas des convives.

L'hygiène, c'est bien beau, dans des discours officiels ; mais a-t-on pensé à rendre plus hygiénique la demeure de chacun ? A-t-on recherché les moyens de lutter contre les pollutions microbiennes, qui nous entourent, dans notre vie ménagère de chaque jour ?

C'est pourquoi, en médecin, je me suis rendu au deuxième Salon des Arts ménagers, pour voir si l'initiative privée ne rendrait pas tangibles les aspirations hygiéniques des chercheurs.

Nous avions déjà visité le salon de l'an dernier et nous avons pu constater que celui de cette année offre un réel progrès.

L'Office national des Recherches et Inventions, qui a à sa tête M. J.-L. Breton, ancien ministre, dont le nom est bien connu dans le monde médical (ne serait-ce que par le tarif des accidents du travail qui porte son nom), la chambre syndicale du commerce et de la nouveauté, la chambre syndicale des bazars de Paris ont organisé une grande exposition, au Champ de Mars, et institué un concours concernant les appareils susceptibles de rendre plus agréables et plus hygiéniques les travaux ménagers.

L'immense hall ressemble à une fourmilière : exposants fort nombreux, public très empressé et surtout très curieux ; discussions à propos des démonstrations ; femmes de toutes classes, de tout rang social s'arrêtant, questionnant, faisant fonctionner les divers appareils : partout circule un public peu bruyant parce qu'affairé, occupé à s'instruire. Oui, à s'instruire, car l'enseignement pratique de l'hygiène a été donné à des milliers de visiteurs, autrement mieux que par des conférences plus ou moins soporifiques, bourrées de termes techniques, incompréhensibles pour les profanes.

Hygiène de la table.

Votre vaisselle est mal lavée, lorsque les assiettes baignent dans une eau sale, souillée de graisses, de détritus alimentaires, puis sont essuyées avec le même linge, changé de temps à autre.

Au restaurant, où le plongeur nettoie à la va vite verres et assiettes, dans une eau innommable, les précautions hygiéniques ne sont qu'un leurre.

Avec des appareils spéciaux, mus à la main, ou à l'électricité, la vaisselle se nettoie sous une pluie d'eau chaude, dans un appareil animé d'un mouvement giratoire ; puis, elle est séchée par un courant d'air. Une seule opération est nécessaire pour projeter, en pluie, l'eau savonneuse de lavage ; puis, pour envoyer l'eau de rinçage, enfin pour sécher la vaisselle, soit à la vapeur, soit par courant d'air, selon les systèmes.

La vaisselle peut être retirée parfaitement propre et être mise dans le buffet, sans le moindre coup de torchon.

Le lavage du linge est également facilité : cuves ou petites lessiveuses, les unes à moteur, les autres actionnées à la main. Le linge est nettoyé par l'action de la vapeur et de l'eau bouillante savonneuse ; il est remué par des appareils différents selon les modèles exposés.

Ici, au sortir de la lessiveuse, le linge sera rincé à l'eau froide, passé au bleu et séché. Dans un autre modèle, après le lavage et le rinçage, la bassine agit ensuite, comme une centrifugeuse et en deux minutes, le linge est sec.

Plus loin, une essoreuse très simple assèche le linge.

Grands ou petits, destinés, soit à d'importants établissements, soit à de modestes cuisines, partout, on admire des appareils permettant d'obtenir un linge blanc, propre, sans que la ménagère aie besoin de mettre les mains à l'eau, ni de brosser son linge.

Chauffage et éclairage.

Le courant électrique, le gaz, le bois de chauffage sont utilisés par des appareils commodes et propres. Fourneaux de cuisine, radiateurs d'appartement, lampes d'éclairage : partout, nous re-

marquons des inventions ingénieuses autant qu'utiles.

Mais, c'est l'électricité qui domine et, en visitant ces nombreux stands, où nous admirions le fourneau électrique, le cuiseur pouvant être placé sur la table de la salle à manger, à portée de la main de la maîtresse de maison, les chauffe-plats, les radiateurs de toutes sortes, les fers à repasser, appareils à air chaud, ventilateurs, aspirateurs, etc., je ne pouvais d'empêcher de penser que la production de l'électricité devrait être nationalisée. Si l'énergie électrique produite par des appareils, installations, et usines d'Etat, nous était vendue pour la consommation, sans bénéfice (pour les sociétés anonymes), partout le bien-être, le confort, l'hygiène, pénètreraient dans les intérieurs les plus humbles. Partout la lumière, partout le chauffage, sans la poussière du charbon, partout l'aspirateur pour enlever les autres poussières : bref, serait ainsi obtenu le meilleur moyen de combattre la propagation de la tuberculose. Mais le Ministère des Travaux publics et celui du Travail et de l'Hygiène sont trop chichement dotés par le Parlement. Celui-ci ne se préoccupe pas assez de la défense sociale contre les fléaux, défense autrement plus importante que celle dite nationale, pour la préparation des guerres, en vue de l'extermination des êtres humains.

Le gaz et l'essence ont cependant leur part dans la présentation des appareils de chauffage. On peut même faire son gaz soi-même à la campagne.

Quant aux appareils à bois ou à charbon, ils présentent les garanties nécessaires de sécurité, pour qu'on n'aie pas à déplorer des asphyxies par émanations et dégagements de gaz délétères.

Aspirateurs de poussières.

Ici, triomphe de l'hygiène préventive. Presque tous les appareils comportent un ventilateur d'aspiration mû par l'électricité ; cependant, certains sont actionnés à la main.

Depuis quatre ans, j'utilise, dans mon intérieur, un aspirateur électrique et point n'est besoin de se défendre contre les nuages de poussière qu'un balai chasse d'un endroit pour les déposer dans un autre. Propreté, économie de temps, aspiration des poussières partout, sur le plancher, les tapis, les murs, les tableaux, les meubles : bref, joli joujou à mettre entre les mains d'une domestique, ou de la maîtresse de maison. Plus de propagation de ces poussières nauséabondes, lorsque la concierge « fait ses escaliers », en répandant partout, à tous les étages, les germes plus ou moins nocifs, que chacun a entraînés et apportés sous ses pas.

Machines diverses.

Ici, c'est une cireuse de parquets : fini l'antique cirage au pied si pénible. Que de domestiques femmes refusaient d'entrer dans une place, parce qu'il leur aurait fallu cirer les parquets et laver le linge. L'objection tombe maintenant.

Certains stands nous présentent des groupes électrogènes, pour installation générale de la maison. Toute villa, ou habitation, que sa situation empêche de pourvoir d'un branchement sur un secteur électrique, peut être dotée d'un moteur, ou d'un générateur électrique permettant de réaliser toutes les applications domestiques d'éclairage.

Ailleurs, ce sont de petits moteurs électriques, actionnant des machines à coudre, les machines à laver le linge, la vaisselle ou les accessoires de la cuisine : hachoir, moulins à café, barattes, sorbetières, etc.

Salles de bains.

Ce qui a également attiré notre attention, c'est la possibilité d'agencer facilement une salle de bains, dans n'importe quel appartement, voire même dans une cuisine. Nous avons vu des baignoires pouvant facilement être déplacées : le remplissage se fait aisément par un tuyau adapté au robinet de la cuisine ; le chauffage s'opère au moyen d'une rampe à gaz, que l'on glisse sous la baignoire. Pour vider celle-ci sur un évier, on dispose, sur le robinet de l'évier, une trompe à eau, qui forme succion, en entraînant l'eau de la baignoire, grâce à un tuyau de caoutchouc, qui relie la trompe à l'orifice d'évacuation. Dans un autre modèle, le vidage se fait par siphonage.

Certaines baignoires peuvent recevoir, dans leur intérieur, tout l'appareil de chauffage et l'ensemble peut être rangé dans un coin d'une pièce, soit placé droit contre le mur.

Donner ainsi la possibilité à tous les ménages d'avoir une salle de bains chez soi, n'est-ce pas le véritable commencement de l'enseignement populaire de l'hygiène ?

Petit outillage ménager.

L'ingéniosité des inventeurs est ici à l'extrême au sujet des instruments les plus divers : pinces nombreuses, affûte-lames, nettoyeur de couteaux, tire-bouchons, etc., etc.

La crise domestique est conjurée.

N'est-ce pas un lieu commun que de dire que toutes les maîtresses de maison se plaignent de ne plus pouvoir se faire servir ?

Nous avons vu un meuble, buffet mobile, préparé pour un repas de six personnes ; plats froids sur l'étagère, plats chauds dans le four et sur les réchauds, portant également dans ses flancs couverts, serviettes, verres, assiettes, etc.

Pendant le repas, la maîtresse de maison n'a pas à quitter sa chaise ; tout est à portée de sa main, pour servir et desservir à chaque plat. Il y a même une cafetière électrique, dans cette ser-

vante, cafetière qu'on branchera sur le courant, au dessert, pour avoir un café très chaud.

Le repas terminé, la table est desservie sans qu'il soit besoin de se lever. Chaque objet reprend sa place et la servante-buffet est roulée à la cuisine, pour que la vaisselle soit lavée, puis replacée dans cette armoire roulante.

Plus loin, un groom électrique vous prouvera qu'il est capable de remplacer une domestique ; il fera mouvoir la machine à laver le linge, celle à laver la vaisselle, le hachoir à viande, le polissoir de couteaux, le moulin à café, la sorbetière, la machine à coudre, le nettoyage divers, etc. etc.

En effet, nous avons vu une machine à nettoyer les chaussures.

Conclusions.

La fée électrique fait des prodiges : pourquoi l'électricité nous est-elle vendue si cher, au lieu d'être mise à la portée de toutes les bourses ? Les routes, les jardins et squares nationaux ne sont-ils l'apanage que des seuls favorisés de la fortune ?

Ce deuxième salon des arts ménagers montre que l'hygiène ne pénètrera dans les masses que par l'exemple et par le souci du confortable. Simplifier l'installation d'une salle de bains, c'est inciter à la propreté du corps.

Mettre à la disposition de la maîtresse de maison des appareils mécaniques, des machines domestiques bien comprises pour simplifier, faciliter sa besogne, la rendre moins fastidieuse, moins désagréable et parfois même moins répugnante, n'est-ce pas de bon travail social ? Il sera facile de donner plus de confort, plus de propreté, plus de bien-être dans le ménage le plus humble de ville ou de campagne.

Le mari aura moins de tendance à rechercher le faux luxe du café ; il préfèrera son intérieur, plus riant et moins sale. Les enfants baignés, lavés, ayant leur linge souvent changé, puisque la lessive n'est plus une grosse fatigue, ne respireront pas les nuages de poussières, soulevés par l'antique balai, alors que l'aspirateur nettoiera sûrement, sans déplacement des germes nocifs.

J'estime donc, en médecin, que M. J.-L. Breton, Directeur de l'Office national des recherches et inventions, a fait œuvre de bon citoyen et d'excellent hygiéniste (ne fut-il pas ministre du Travail et de l'Hygiène !) en organisant deux années de suite cette vaste exposition, en vue du confort du home familier.

La meilleure guerre à l'alcool et à la tuberculose, c'est la lutte contre le taudis, contre le logement inconfortable. Si on la fait pénétrer partout, la fée électrique apportera le bien-être et la diminution du travail fastidieux, cependant que d'autres appareils, plus modestes, pourront faire le bonheur des personnes qui ne peuvent encore utiliser le courant électrique.

L'outillage mécanique pourra enrayer la crise domestique et chacun pourra vivre chez soi, avec un serviteur muet, qui obéira par un bouton ou par un commutateur.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DES NOUVEAUX IMPOTS ET DE LEUR PERCEPTION

Le projet de M. Clémentel, notre nouveau ministre des Finances, se basera sur « l'habitus extérieur » si j'ose dire, ce que l'on appelle en matière fiscale « les marques extérieures de la richesse », sinon, il faudra se débattre, apporter les preuves de son revenu déclaré.

Qui dit « preuves », en matière médicale, dit : 1° comptabilité ; 2° violation du secret professionnel. Les agents du fisc sont tenus dira-t-on, au secret professionnel ; ce qui est faux, car, un récent jugement de Nancy, que j'ai rapporté en la *Gazette Médicale du Centre* (15 août 1924) les en dégage ; et en admettant que ce fût vrai, et cela n'est pas, leur personnel de petits scribes est encore moins tenu à cette obligation inéluctable pour le médecin et l'avocat.

Il faudra donc tenir une comptabilité ; qui la tiendra ? Le médecin rentrant fourbu, éreinté, après ses visites de jour et de nuit ! Il devra à l'occasion produire les pièces comptables, mais comment les avoir ? Le simple praticien n'a en général pas sa voiture, il prend souvent des taxis, et va-t-il demander aux chauffeurs des reçus en sortant de leur voiture ! il sera bien *reçu*, c'est le cas de le dire !

En son récent livre : *Les impôts du chirurgien-dentiste*, M. Bouland conseille aux dentistes, également victimes du fisc, de tenir une comptabilité régulière, mais ce qui peut être possible pour ces spécialistes, comme pour diverses autres branches de l'art médical allant peu à domicile, ne l'est pas pour les surmenés, les plus nombreux, de notre profession.

Mais la femme du médecin est là, dira le fisc ! Tous les médecins ne sont pas mariés, certains sont veufs ou célibataires. D'autre part, avec la crise domestique actuelle, la femme du médecin « a d'autres chats à fouetter », son intérieur est assez absorbant, pour y pratiquer l'économie, y éviter le coulage, le gâchage... sans faire fuir son rare personnel, quand elle en a !...

Relever le livre de visites du médecin est facile, dira-t-on ; mettre des chiffres, deux colonnes, recettes, dépenses ! Encore faut-il des explications où le

secret professionnel entre en jeu, et la femme, la ... secrétaire, la dactylographe, l'infirmier ou infirmière à qui tant de spécialistes dictent maintenant leurs observations avec les noms des intéressés — ce contre quoi j'ai déjà protesté — ne sont pas tenus au secret professionnel. Alors ? Que de beaux arguments fournissent ainsi, au fisc, ces confrères trop occupés ou trop aidés !...

J'en dirai évidemment autant du comptable que peut, que devra prendre le médecin. Celui-ci n'est nullement tenu à respecter notre article 378 du Code pénal. D'autre part, il le faudra payer pour son travail, ce qui diminuera d'autant les recettes du médecin, et par suite — je signale ce danger au fisc — les recettes du fisc.

Nous devons diminuer, pour l'établissement de la cédule médicale, nos dépenses professionnelles. Cette comptabilité rentrera bien dans les diminutions à faire, partant moins de recettes, moins d'éléments sur lesquels on prélèvera l'impôt, et moins de recettes pour l'Etat. Je crois que ce dernier ne voyant que de l'argent à prendre, n'a nullement prévu cette répercussion. La défiance engendre de nouveaux fonctionnaires, de nouveaux frais, dépassant les éléments perçus. A côté de cela, nous connaissons tous des fortunes scandaleuses édifiées pendant la guerre et qui n'ont rien payé !...

Nous voyons maints commerçants, malgré leur comptabilité, l'impôt sur leurs chiffres d'affaires, faire quand même fortune en peu d'années. Voit-on cela chez les médecins « trimant » jusqu'au dernier souffle, tout en collaborant aux œuvres sociales, à l'Etat, soignant ses agents, ses gendarmes... pour rien !...

Des fonds commerciaux se vendent 10, 20, 50 fois leur prix d'achat ; M. Clémentel va faire intervenir le fisc ! Nous, nous n'avons même pas de fonds, et nos « marques extérieures » dépendent de la famille qui nombreuse, exige un grand appartement, du personnel. Le spécialiste électro-radiologiste tient beaucoup de place, son matériel évolue et change souvent et coûte !... La famille nombreuse, le radiologiste gagne t-il pour cela tant d'argent ? On se serre, on reste digne, mais le fisc ne sait, ne peut saisir les nuances... et puis, il a des ordres, il faut de l'argent, n'insistons pas.

En attendant, on dépense sans compter, pour des piscines municipales, des Jeux olympiques, des expositions des arts décoratifs... où « le fait du Prince » joue le plus grand rôle ;.

Aussi augmente notre patente basée sur l'étendue du local : c'est l'impôt — on ne le dira jamais assez — prélevé sur la famille nombreuse !

Autant que la vie chère sans cesse augmentant, les nouveaux impôts créent un état d'âme inquiétant, angoissant, une mentalité qui se dérègle... Plus de sécurité d'aucune sorte. On ne peut plus établir son budget, car on ne sait pas ce que demain réserve comme affaires, et surtout comme impôts. N'a-t-on pas cité ce contribuable inquiet se suicidant en se jetant du haut de l'Arc de Triomphe ; il y a de cela deux ans, que serait-ce aujourd'hui ?...

En les *Libres Propos* du *Paris Médical*, 18 octobre 1924), le prof. Jean Camus (dont la Revue *La femme et l'enfant*, célébrait récemment la belle famille : 12 enfants), décrit *La fiscophobie* et cite des faits. Nous en connaissons tous, chez tant d'ébranlés de la guerre, chez ces petits propriétaires longtemps non payés (de 1914 à 1919) et maintenant parfois bien peu, chez ces commerçants de la vieille école s'étant mis en 40 ou 50 ans pour amasser de petites rentes maintenant insuffisantes, chez nos vieux confrères que l'âge ou la maladie ont condamnés à un repos bien mérité ou prématuré. Ne sommes-nous pas, du reste, avec la dureté des temps, condamnés aux travaux forcés à perpétuité ? C'est, sans parler de la politique extérieure, l'inquiétude de tous les jours, qui perturbe et détraque. Citons notre confrère Jean Camus, à propos des impôts :

« Un petit « rentier » est possesseur, près des fortifications, d'une maison branlante, mal entretenue, habitée par de pauvres gens qui le paient mal. Pour établir ce qu'on appelle son revenu, il passe son temps à compter, à recompter scrupuleusement ses dépenses, ses frais d'entretien, les loyers, l'argent qu'il doit, celui qu'on lui doit, la valeur locative de tel taudis, sa valeur réelle après les réparations, etc. ; il s'y perd, il a une peur terrible de se tromper, il est déjà âgé, son cerveau se fatigue, s'épuise, il maigrit, ne dort plus, il préférerait être mort, il le dit, il fait une tentative de suicide, le voilà en plein délire ; c'est pourquoi son médecin inquiet me demande ce que je pense de son état. — Rien de bon, mon cher confrère.

Une veuve a la responsabilité d'un commerce, avant la guerre florissant ; elle se lève au point du jour, elle passe ses journées surveillant sans trêve les entrées et les sorties des denrées, les livres, ses enfants, les employés. Le soir tard, elle ferme, exténuée, le magasin. Elle va pouvoir se reposer ? Point, voilà l'époque de la déclaration. Elle passe ses nuits.. enfin la déclaration est faite et envoyée. Elle va pouvoir respirer ? Nullement ; elle est prise d'inquiétude. Elle a dû se tromper ; elle a dû oublier un chapitre de revenus. Elle recommence mentalement ses calculs. Elle n'y voit plus clair, mais elle s'est trompée, elle le sent. Les employés vont la dénoncer. Déjà l'un d'eux la regarde d'un drôle d'air ! Elle va être poursuivie, c'est la honte, le déshonneur, la maison vendue, les enfants sans mère. On vient pour la saisir, elle entend les pas dans le couloir, on chuchote derrière la cloison. Voici le Fisc, il froisse dans ses mains des papiers couverts de chiffres, il la regarde, il a les yeux méchants, il la suit, il la poursuit jusque dans la maison de santé où elle est maintenant... »

Nos syndicats médicaux ont déjà agi l'an dernier, ils interviendront encore. Les professions libérales sont assez visées, car les fonctionnaires de tous ordres, dont « la déclaration est forcément exacte »

nous dit-on, veulent l'égalité fiscale, ce qui est juste. Mais n'y a-t-il pas aussi souvent, quelque casuel, travaux supplémentaires, littérature, leçons... chez les fonctionnaires, les professeurs... à côté de leur traitement fixe ! De même, que d'ouvriers font en plus de leur travail chez les patrons, quelques travaux de droite et de gauche.

Nous demandons l'égalité de TOUS les citoyens devant l'impôt, sans inquisition, sans violation de ce qui est la santé et la sécurité publique : le secret médical professionnel, sans des obligations nouvelles qui diminueraient du reste la matière imposable donc, le revenu fiscal !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

R. H. M. S. : 5.560

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Comment éviter les crevaisons.

Puisque les colonnes du *Concours* sont largement ouvertes à tous les médecins qui veulent rendre service à l'ensemble du corps médical, en publiant les remarques qui peuvent faciliter la tâche de tous les praticiens lecteurs de votre journal, je suis heureux de pouvoir faire aujourd'hui une communication sensationnelle au corps médical, qui, en somme, est un des premiers usagers de l'automobile.

Le médecin est l'ennemi de la crevaison, qu'elle soit dans sa clientèle ou dans ses pneus. La crevaison est la bête noire du praticien, qui rage sur la route, quand, appelé pour un cas pressant, accident, accouchement, il se voit à plat, obligé de changer pneu ou roue, de nuit dans la boue, ou sous un soleil torride procurant la copieuse suée.

J'ai fait une découverte, je n'y ai pas eu le moindre mérite, j'ai été servi par le hasard.

Un jour de juillet 1923, j'allais chez mon mécano, quand je vis un monsieur, qui s'amusait, en manière de démonstration, à enfoncer dans ses pneus, à coups de marteau, des clous, des bouts de limes, des pointes de 5 cent. de long sur 3 mm. de diamètre. Quand le clou était enfoncé jusqu'à la tête, il prenait des tenailles l'arrachait, et la chambre restait gonflée au grand ébahissement de tous les assistants.

Je crus qu'il s'agissait d'un produit bien connu comme l'Invulner ou le Cotop ou autre produit similaire, dont je ne suis pas partisan parce qu'à chaque perforation un peu de liquide sort de la chambre et vient stagner entre celle-ci et l'enveloppe où, ne s'évaporant pas, il finit par pourrir les toiles.

Il s'agissait d'un nouveau procédé, et le monsieur nous montra un échantillon de chambre dont je vis parfaitement la coupe. C'était une chambre munie du côté externe, d'un croissant, formé lui-même de deux épaisseurs de gomme, l'une interne, l'autre externe, avec entre elles, une couche de plastique dont la propriété est de revenir sur lui-même et de boucher hermétiquement le trou produit, les deux épaisseurs de gomme ordinaire n'étant destinées qu'à maintenir le plastique et l'empêcher de fuir son logement.

A mon objection que ce plastique pouvait être trop dur l'hiver, trop mou l'été, le démonstrateur me répondit qu'il roulait depuis un an avec les mêmes chambres, qu'il avait passé l'été précédent et l'hiver sans crever une seule fois.

La découverte me parut tellement pratique et séduisante que je n'hésitais pas à écrire à ce fabricant et à lui demander 4 chambres 710 × 90 pour gréer une de mes voitures. J'attendis quelque temps pour être servi, mais depuis que j'ai ma voiture munie de chambres increvables, je n'ai *jamais* crevé, et je n'ai donné de coups de pompe que dans les cas où les valves perdaient très lentement.

Le fabricant ne m'a pas livré de chambres, il m'a simplement cuirassé les chambres neuves que je lui ai fournies, c'est-à-dire les chambres de mon choix, mais il me fit remarquer que les chambres galbées étaient plus faciles à cuirasser.

Un jour, une de mes enveloppes présentait une fente longitudinale, sur un des côtés et cette fente montrait les toiles. Je voulus démonter cette enveloppe pour l'envoyer aux usines qui l'avaient créée pour faire réparer cette défectuosité qui, avec la boue, aurait fini par pourrir les toiles. Mon étonnement fut grand de trouver, une fois la chambre sortie de l'enveloppe, un morceau de fil de fer tordu de 4 mm d'épaisseur et de 5 cent., de longueur tout rouillé et plein d'aspérités, il s'était complètement enfoncé dans l'enveloppe, ne paraissait plus à l'extérieur et perçait la chambre où il s'était enfoncé jusqu'au bout sans heureusement aller jusqu'à la partie inférieure non cuirassée qui touche la jante. Comme une tête n'avait pu le retenir à la surface de l'enveloppe, je n'avais pu le voir. Depuis combien de temps était-il là ? On l'arracha, on remonta la chambre sur l'enveloppe neuve, sans la moindre réparation et le pneu roula comme si rien n'était arrivé. L'expérience était concluante, aussi je pars tranquille, de jour, de nuit, et jamais depuis que ma voiture a ses 4 chambres increvables je n'ai eu ce qui peut s'appeler le moindre ennui. C'est la sécurité complète.

Bien, me direz-vous, mais n'y a-t-il pas d'inconvénients et le prix !!! L'inconvénient c'est que l'on ne peut emporter une chambre increvable roulée dans le coffre comme une chambre ordinaire. Une chambre increvable doit être conservée au rond, mais je n'emporte point de rechange, j'ai seulement une chambre ordinaire et un paréclat qui me servirait à rentrer chez moi si j'avais un éclatement. Entendons-nous bien, cette chambre est increvable, mais elle n'est pas inéclatable, elle résiste mieux à la hernie grâce à la chappe protectrice qui a au milieu de la

bande 6 mm. d'épaisseur, mais dans le cas où une enveloppe aurait un vaste trou dans les toiles, elle finirait pas éclater, ce qui est arrivé à un automobiliste de la localité, qui, malgré les conseils du mécano, a monté ses chambres increvables sur des enveloppes plus qu'usagées et dont les toiles étaient pourries. Il ne faut pas de trop mauvaises enveloppes, mais il faut dire que comme on ne roule jamais à plat, les enveloppes ont une durée beaucoup plus longue. J'ajouterai qu'une chambre increvable éclatée se répare facilement à l'usine.

Maintenant le prix ? Ce que je vais écrire est peut-être paradoxal, mais c'est exact, *le prix est en raison inverse de l'âge du propriétaire de l'auto.* C'est cher pour un jeune automobiliste, mais ce n'est pas cher pour un vieux, n'ayant pas les moyens de se payer un chauffeur et qui approche à grands pas de la soixantaine, ce qui est malheureusement mon cas. Un jeune automobiliste donnera facilement les 150 ou 200 coups de pompe nécessaires pour mettre un pneu de 710 × 90 à 3 k. 500 ou 4 k. Mais un vieux ! Quelle fatigue, quelle suée, quelle courbature pour être resté accroupi à démonter son pneu ou sa roue et être resté penché à donner des coups de pompe. Personnellement, je trouve que malgré le prix j'y gagne, trouvant qu'à mon âge, les coups de pompe valent très cher.

Pour donner une indication aux confrères j'ai fourni 4 chambres X*** neuves, celles que je préfère, et chacune m'a coûté pour être rendue increvable la somme de 65 fr. C'est donc pour ma voiture une dépense supplémentaire de 260 fr. Ce doit être moins cher pour les dimensions inférieures et plus cher pour les supérieures. Mais je n'en sais rien. Je n'ai point regretté cette dépense. J'ai évité bien des ennuis, des retards, des fatigues, j'ai eu la sécurité et cela compte quand on devient vieux.

Je ne veux point abuser de la complaisance du *Concours* qui m'a ouvert ses colonnes dans l'intérêt des médecins, je m'arrête après cette communication. Que ceux qui, comme moi, veulent vivre tranquilles, partir sans la moindre appréhension, mépriser la crevaison écrivent à Monsieur Dexpert, à Gironde (Gironde). Je me tiens à la disposition de tous pour tous renseignements complémentaires, mais je prie de mettre un timbre de 25 c. (pas deux) pour la réponse, l'affranchissement d'une lettre n'étant pas négligeable quand il se renouvelle, cela finit par faire des sommes au prix des lettres d'après-guerre.

Dr O. BAYSSELLANCE.

(Eymet. Dordogne.)

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pourquoi ne progresse-t-elle pas plus vite ?

J'ai montré que la cause principale de la lenteur du recrutement était l'indifférence du médecin, mais l'indifférence entraîne l'ignorance : celui qui ne se préoccupe pas de ce qui l'attend ou de ce qui peut lui arriver, ne cherche pas par quels moyens il pourrait se garantir.

Je ne prétends pas que le médecin français ignore la solidarité médicale : il sait évidemment qu'une foule de Sociétés médicales ont été créées pour l'attirer.

Il sait qu'il existe des Syndicats, il fait partie du sien, en théorie tout au moins, car il a si peu de temps d'assister aux réunions, si peu de temps de lire les comptes rendus, et il s'en remet au Bureau du soin de faire ses affaires. Il sait aussi qu'il y a une Association générale des médecins de France — parmi les cotisations que sa femme paye en son absence peut-être y en a-t-il une pour cette œuvre — il faudra voir cela un de ces jours, et le jour ne vient jamais. Il y a la Prévoyance médicale dont lui parle quelquefois un camarade voisin, il faudrait s'y affilier car il paraît que ce n'est pas cher et que cela rapporte beaucoup..... à la première occasion on y repensera. Il y a le *Concours médical*, ce gros journal dont il reçoit de temps en temps un exemplaire qu'il place en vue sur son bureau, mais qui le lendemain sera recouvert d'autres paperasses.

Vaguement, il sait aussi que ce *Concours* prône certaines œuvres de prévoyance et de solidarité, mais il ne cherche pas plus avant... et il y a aussi la foule des agents d'assurances qui l'assaillent pour lui arracher des signatures sur des contrats qui l'assureront contre l'incendie, contre les accidents, contre les risques professionnels, contre le vol, contre les accidents causés aux tiers, etc., etc.

Au milieu de tout cela, comment ne pas perdre la tête ? Comment s'y reconnaître, y réfléchir, quand le client est là qui harcèle et quand il faut courir nuit et jour par tous les chemins, par tous les temps ?

Rien d'étonnant à ce que le praticien confonde solidarité et prévoyance, assurance et mutualité, à ce que souvent il ignore même la nature, la fonction, le rôle des Sociétés pour lesquelles, un jour, on a fini par lui arracher une adhésion ! Naguère, un excellent confrère, membre de la M. F. depuis 1913, me demandait ce qu'il fallait faire pour y être admis !... et il paye régulièrement ses cotisations ! ! !

C'est qu'au point de vue de ses intérêts pro-

fessionnels, l'éducation du médecin français est encore toute à faire. J'ai vu avec un vif plaisir des professeurs de Facultés se mettre à cette besogne et apprendre aux étudiants en fin d'études ce que sont le « Sou médical », la Mutualité Familiale, le *Concours médical*, l'Association Générale, etc... Cet effort devrait être encouragé, développé, généralisé.

Mais, en attendant, il faut atteindre ceux qui ignorent et la presse médicale se prête mal à cet enseignement. A la Mutualité Familiale, nous avons le *Concours* qui nous ouvre largement ses colonnes, mais combien de confrères ne l'ouvrent même pas ? Heureusement leurs femmes souvent le lisent et ce sont elles alors nos meilleurs agents.

Notre Mutualité Familiale commence à être connue à l'étranger : après les médecins Suisses, Belges, Italiens, d'autres nous demandent nos statuts ; les vétérinaires Français veulent s'inspirer de notre fonctionnement et de notre organisation pour créer une œuvre similaire dont ils sentent le besoin urgent... Et, en France, nombre de confrères nous ignorent parce qu'ils ne prennent pas la peine de nous lire !

Il nous faudrait avoir, nous aussi, des agents qui visiteraient les médecins et verbalement pourraient leur expliquer ce que nous sommes, ce que nous faisons, quelles garanties nous offrons. Et pourtant, nous avons dû renoncer à une telle organisation, quelque séduisante qu'elle puisse paraître : une étude approfondie nous a montré que, tout en étant onéreuse, elle ne rendrait pas les services attendus et pourrait même présenter de sérieux inconvénients.

Nous devons nous contenter de la publicité dont nous disposons, quitte à répéter ce que nous avons pu dire déjà à maintes reprises, à frapper une fois de plus sur le clou pour l'enfoncer.

Et c'est pour cette raison que je reprendrai l'étude des circonstances et des conditions dans lesquelles a été fondée la Mutualité Familiale ou qui ont nécessité des modifications dans son organisation primitive.

***

Enfin, il est une cause que je ne saurais passer sous silence : la multiplicité des œuvres de Mutualité médicale.

Il y a trop de petites sociétés, trop de dispersion dans la solidarité.

Ce n'est pas, qu'on le croie bien, par envie ou par jalousie que j'écris ces lignes : la Mutualité Familiale est au dessus de ces considérations mesquines, mais je me demande quel peut être l'intérêt d'une œuvre qui ne s'adresse qu'à une catégorie limitée de praticiens ou bien qui ne vise que des cas particuliers toujours relativement rares. Des organisations de ce genre ne sauraient jamais avoir le nombre qui, en pareille matière, est indispensable et forcément elles sont appelées à péricliter dans un avenir plus ou moins éloigné — cependant elles portent préjudice au recrutement des œuvres plus assises.

Il y a rivalité, a-t-on dit, et non pas concurrence : le fait n'en est pas moins que, le plus souvent, qui va à l'une ne va pas à l'autre, à moins que, hésitant entre les deux et ne parvenant pas à se décider, il n'aille ni à l'une ni à l'autre et s'abstienne complètement.

Le véritable intérêt du Corps médical voudrait que toutes ces Sociétés fusionnassent pour ne laisser subsister qu'une ou deux suffisamment larges et réellement bien organisées .... Mais les hommes sont les hommes et, s'il est déjà difficile de les accorder entre eux, il est bien autrement difficile d'unir les œuvres qu'ils ont pu créer.

Je ne parle pas, bien entendu, des sociétés qui ne reposent que sur les illusions de fondateurs fort bien intentionnés sans doute, mais tout à fait incompétents. Et pourtant ces Sociétés qui font des promesses magnifiques, mais d'une réalisation impossible, détournent, elles aussi, des œuvres sérieuses les confrères qui ne prennent pas la peine de réfléchir.

Confrères, vous avez à votre portée une œuvre qui a été spécialement créée pour vous, qui répond à tous vos besoins, qui, depuis trente années a fait ses preuves : pourquoi ne cherchez-vous pas à vous instruire sur ce qu'elle est, sur les avantages qu'elle peut vous assurer, sur les garanties qu'elle vous offre ?

Pourquoi ne lisez-vous pas les études qu'elle publie, les tracts de propagande qu'elle envoie ? Pourquoi ne faites-vous pas appel à son secrétaire général pour vous éclairer ?

Je puis vous assurer que vos lettres ne resteront jamais sans réponse.

H. MIGNON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** — L'Assemblée générale du quatrième trimestre de l'année 1924 du syndicat des médecins de la Seine s'est tenue dimanche 23 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Sur la question de l'organisation des soins médicaux dans l'assurance sociale, l'ordre du jour suivant a été voté :

« Le S. M. S. n'acceptera de participer au fonctionnement de l'assurance-maladie-invalidité que si les principes suivants, essentiels à l'exercice d'une médecine normale, saine et honnête, sont inscrits dans la loi :

« 1° Libre choix réciproque du médecin par le malade et du malade par le médecin ;

« 2° Respect du secret professionnel ;

« 3° Rejet de tout forfait, parce qu'immoral ;

« 4° Paiement des honoraires médicaux à la visite ou à l'acte médical suivant un des trois modes prévus par la Commission de médecine pratique de l'Union des Syndicats médicaux, liberté étant laissée aux Syndicats médicaux et aux Caisses de choisir après accord un de ces trois modes :

a) Tarif moyen limitatif des honoraires médicaux.

b) Tarif de responsabilité des Caisses et non tarif limitatif des honoraires médicaux.

c) Entente directe du médecin et du malade, paiement direct et intégral des honoraires par l'assuré suivant les conditions de la pratique courante.

Le Syndicat des médecins de la Seine a déclaré donner nettement sa préférence à ce dernier mode.

— **Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.** — L'assemblée générale, qui devait avoir lieu le 29 novembre, est reportée au samedi 6 décembre, à 16 heures, 12, rue de Seine.

Adresser les demandes de candidature au président Dr Durand-Fardel, 164, rue de Courcelles (XVIIe), toute autre correspondance au secrétaire général, Dr Aine, 12, rue de Seine.

— **Cours de l'hôpital Saint-Michel** (33, *rue Olivier-de-Serres, XVe*). — *Année* 1924-1925. — Lundi 1er décembre, à 14 h., Dr Pauchet : Les hémorragies gastriques post-opératoires ; lundi 15 décembre, à 14 h., Dr Heitz-Boyer : Le traitement moderne des urétrites chroniques ; lundi 22 décembre, à 14 h., Dr André Sorel : Radiologie ; lundi 12 janvier, à 14 h., Dr Maurice Delort : Les hémorragies digestives sans lésion macroscopique visible ; lundi 26 janvier, à 14 h., Dr Pauchet : Occlusion intestinale aiguë ; lundi 9 février, à 14 h., Dr Maurice Delort : Troubles hépatiques (1re leçon) ; lundi 16 février, à 14 h., Dr André Sorel : Radiologie ; lundi 23 février, à 14 h., Dr Léopold-Lévi : Comment reconnaître les diverses variétés de l'insuffisance endocrinienne ; lundi 2 mars, à 14 h., : Dr Maurice Delort : Troubles hépatiques (2e leçon) ; lundi 9 mars, à 14 h., Dr Luquet : Notes sur la chirurgie biliaire ; lundi 16 mars, à 14 h., Dr Heitz-Boyer : Diagnostic du syndrome entéro-rénal ; lundi 23 mars, à 14 h., Dr Pauchet : La démultiplication opération ; lundi 30 mars, à 14 h., Dr Léopold-Lévi : Les angiocriniens.

— **Hôpital Debrousse.** — M. P.-F. Armand-Delille fera, du 12 au 31 janvier 1925, dans son service d'enfants tuberculeux de l'hôpital Debrousse (pavillon Benjamin-Franklin), un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, sauf le mardi, à l'hospice Debrousse, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, deux leçons auront lieu les vendredis à 4 h., au siège de l'œuvre Grancher, 4, rue de Lille.

M. Ribadeau-Dumas fera, deux mardis consécutifs, une leçon sur la tuberculose du nourrisson, à l'hôpital de la Maternité.

Nombre d'élèves limité. Prix de l'inscription: 60 fr. S'inscrire au laboratoire du Service des enfants tuberculeux, hôpital Debrousse, 148, rue de Bagnolet.

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. — 2. Primo infection, premier stade ; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. — 3. Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. — 4. Stade de généralisation ; tuberculoses aiguës. — 5. Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 6. La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 7. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 8. Tuberculoses viscérales ; symphyse cardio-tuberculeuse ; tuberculose rénale. — 9. Tuberculose pulmonaire. — 10. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 11. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon. — 12. Méningite tuberculeuse. — 13 Diagnostics bactériologique, sérologique et cuti-réaction. — 14. Principes de thérapeutique ; héliothérapie ; thalassothérapie. — 15. Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant ; rôle de l'assistance sociale.

— **Hôpital Lariboisière.** — Maladies du cœur et des vaisseaux. Salles Grisolle et Rabelais. M. Antonin Clerc Les mardis, à 10 h., consultation externe et policlinique. Le vendredi à 10 h., radioscopie et électro-radiographie. Le samedi à 11 h., leçon clinique.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. le professeur Jeanselme a commencé ses cliniques le vendredi 21 novembre à 10 h. 1/2 et les continuera les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la clinique : leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades.

Tous les mardis, à 10. h. 1/2 à partir du 25 novembre : leçons de dermatologie Les lundis et vendredis à 9 h. 1/4 examen des malades à la policlinique au pavillon Bazin (1er étage). Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4 visite des malades dans les salles du pavillon Bazin. Les mercredis, à 9 h., examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

Les jeudis, à 9 h. 1/4, examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique. Opérations dermatologiques à la policlinique.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

(Mai) Pharmacien 3e cl.
Médecin D. Valeur locative. 900 fr.

Impôt 129 fr. 47	129 47
Taxes assimilées	14 70
Total	144 70

Je viens vous prier de vouloir bien me dire s'il est régulier que je paie *deux patentes* cette année car, enfin, je n'exerce pas dans deux pays à la fois. Dois-je faire une demande en réclamation de dégrèvement et à qui ?

Le fait que la feuille d'impôt porte *pharmacien* 3e *cl.* (à P.) indique-t-il que je doive être imposé comme pharmacien ? Pourtant il me semblait et je crois savoir, d'après la loi et le journal le *Propharmacien* que le médecin propharmacien (ne tenant pas officine ouverte) n'est pas astreint à une autre patente que celle de médecin ordinaire.

Je profite de cette occasion pour vous prier de me faire connaître si le médecin-propharmacien est astreint (à la fin de l'année) à la déclaration d'un impôt sur les bénéfices commerciaux ou s'il doit, simplement, ajouter son bénéfice de pharmacie à son chiffre d'honoraires médicaux.

Dr C.

Réponse

1o D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin qui se borne à fournir des médicaments aux personnes près desquelles il est appelé dans les communes où il n'y a pas de pharmacien, n'est pas imposable à la patente en qualité de pharmacien.

Si vous n'avez pas d'officine ouverte au public et si vous vendez dans les conditions indiquées ci-dessus, c'est à tort que vous êtes imposé.

2o D'autre part, en raison de votre changement de résidence, vous ne pouvez être assujetti à la patente à P. qu'en raison de l'augmentation de la valeur locative de votre habitation en l'espèce 900 — 560 = 340, à moins cependant que vous ayez cédé votre clientèle à O. et que votre successeur n'ait pas été imposé personnellement à la patente.

3o Si vous exercez la pharmacie dans les conditions indiquées ci-dessus au § 1, vous n'êtes passible que de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, les bénéfices de la pharmacie devant évidemment être ajoutés au montant des honoraires médicaux.

4o Le cas échéant, pour la régularisation de votre imposition à la patente, vous pouvez vous adresser au contrôleur des contributions directes ou présenter une pétition sur papier timbré au sous-préfet de votre arrondissement.

Nous pouvons nous charger de la rédaction de la pétition moyennant des honoraires fixes de 5 fr. payables immédiatement plus 10 % des dégrèvements obtenus, payables dans le

mois de la décision que vous vous engagez à nous communiquer. Si vous acceptez ces conditions, veuillez nous transmettre vos avertissements et nous fournir les précisions visées ci-dessus.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2860. — Perte de livret de médaille militaire.

J'ai recours à votre universelle compétence. Peut-être pourrez-vous me donner un renseignement que, jusqu'ici, je n'ai pu obtenir.

Décoré de la médaille militaire, j'avais un livret, muni de coupons que je détachais au moment de toucher ma pension. Or, j'ai égaré (ou on m'a volé) ce livret.

Puis-je en avoir un autre ? Quelle serait, dans l'affirmative, la marche à suivre ? Dois-je m'adresser à la Chancellerie de la Légion d'honneur (dont j'ignore l'adresse), ou au ministère des pensions (dont l'adresse m'est également inconnue) ?

Dr B.

Réponse.

Il faut immédiatement faire opposition à tout paiement entre les mains de l'agent du trésor chargé de vous payer (perception, bureau des postes).

Adressez une demande au Grand Chancelier de la Légion d'honneur, rue Solférino, Paris 7e, en exposant dans quelles conditions vous avez perdu votre titre. Il est probable que son remplacement exigera un certain temps.

2703. — Majoration de pension militaire.

Un soldat réformé à 100 % a droit à une pension de 2.400. Certains ont une majoration de 1.000. Qui l'établit ? Quelle est la pension d'un aide-major de 1re classe, 1er échelon, réformé à 100 % pour T. P.

Dr M.

Réponse.

1o Ces majorations sont établies par le Ministère des Pensions, service de la liquidation, 1re direction, 139, rue de Bercy, Paris, 12e.

2o La pension d'invalidité d'un aide-major de 1re classe, 1er échelon, réformé à 100 %, est de 3.650 francs.

2789. — Droits d'un tuberculeux de guerre.

Ne pourriez-vous me faire savoir s'il n'a pas été pris récemment de nouvelles dispositions, en ce qui concerne les réformés pour tuberculose, leur attribuant à tous 100 % d'invalidité, quel que soit le taux qui leur était accordé antérieurement ?

Et, dans l'affirmative, cette disposition est-elle appliquée d'office sans aucune démarche des intéressés, ou au contraire doivent-ils en demander individuellement le bénéfice, et à qui ?

Dr P.

Réponse.

Le décret du 8 août 1924 accorde un taux d'invalidité de 100 % aux tuberculeux qui ont une expectoration bacillifère ou qui présentent des lésions évolutives, quel que soit le taux accordé antérieurement, sous réserve de subir une contre-expertise, si la Commission de réforme le juge nécessaire.

Les intéressés doivent en faire la demande au médecin-chef du Centre spécial de réforme dont ils dépendent, ou mieux encore, au directeur du service de santé de leur région.

Application du Tarif Breton.

I

2793. — Blessures multiples.

Membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant : que dois-je réclamer à une compagnie d'assurances pour un accidenté du travail qui a présenté des blessures multiples (1° plaies contuses superficielles du front ; 2° plaies superficielles contuses de la main droite ; 3° plaies contuses superficielles de la main gauche ; 4° plaie contuse assez profonde de la hanche) ?

Je n'ignore pas l'article 14 du tarif Breton ; mais ici s'il s'agit de blessures multiples ne portant pas sur un même segment de membre, il s'agit par contre de plaies contuses n'ayant exigé que des pansements simples.

S'il n'y avait qu'une seule de ces blessures, je ne serais en droit de compter comme honoraires que le montant d'une visite ; mais il y a eu *quatre* pansements simples.... le prix d'une visite me paraît nettement insuffisant .... Est-ce cependant ce qui m'est dû ?

Dr V.

Réponse.

L'article 14 « sur les blessures mutiples » parle, précisément, des plaies non situées sur un même segment de membre (hors le cas...). C'est ce qui a lieu dans votre cas. Vous avez donc à compter autant de fois le prix d'une visite ou d'une consultation que vous avez eu de pansements à faire. Naturellement, si vous ne voulez pas abuser, vous ne compterez ainsi que les pansements sérieux et non pas un bout de gaze sur une écorchure.

F.D.

II

2852. — Examens et rapport d'un spécialiste.

Lorsque, au cours du traitement, le patron ou la

compagnie d'assurances estiment nécessaire le contrôle de la blessure par un médecin spécialiste, ils appellent en consultation le spécialiste pour avis. Celui-ci examine, rédige son rapport, pose le diagnostic, peut-être une indication opératoire. Dans ce cas, le spécialiste réclame à la compagnie des honoraires (de 25 à 50 fr.) qui lui sont payés.

Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire l'avis d'un médecins pécialiste, il prévient la compagnie et adresse son blessé au médecin spécialiste, souvent fort éloigné. Comme dans le cas précédent, le spécialiste examine, rédige son rapport, pose le diagnostic et peut-être une indication opératoire.

Mais, dans ce cas où le travail du spécialiste est le même, quels sont les honoraires ? L'article 7 n'en porte pas . Serait-ce le tarif de la simple consultation, soit 7 ou 8 francs . Ce serait bien peu.

Dr A.

Réponse.

Le tarif Breton, sauf en quelques cas, (articles 23, 26-VI-27) n'alloue pas des honoraires majorés aux spécialistes pour un examen du malade. Il n'y a de majoration sous ce rapport (pour spécialistes comme pour praticiens) qu'en cas de consultation entre confrères avec visite triplée (article 5), ou bien quand la visite a lieu de nuit (article 4). Dans le cas dont vous parlez, d'un examen suivi d'un rapport, le médecin a toujours droit (si ce rapport n'est autre qu'un certificat descriptif destiné à la Compagnie) de demander le prix de la visite plus 10 francs pour le certificat. Je ne vois pas d'autre cas de majoration que ceux ci-dessus.

F. D.

III

2823 — Rapports d'expertise.

J'ai encore recours à votre obligeance pour m'éclairer au sujet de l'application du tarif Breton.

Assurance agricole.

Cultivateur atteint : 1° de plaie de 5 centim. de la face palmaire de la 1re et de la 2e phalange du médius gauche : 3 points de sutures ; 2° section complète de la moitié de la première phalange de l'annulaire par fauchement : amputation juxta-articulaire du reste de la phalangette pour pouvoir recouvrir et obtenir une réunion par première intention : anesthésie locale à la cocaïne. Ces interventions ont été faites dans mon cabinet à 22 heures 1/2.

Comment tarifer la majoration pour le travail de nuit, puisqu'on ne peut cumuler le prix de la visite avec le tarif de l'amputation et des sutures qui sont compris dans le prix de la visite ?

Certificat 5 fr.	5
Sutures multiples du médius	18 75
Amputation juxta-articulaire de la phalangette de l'annulaire	37 50
	61 25

Il me semble que tripler le prix de suture et de l'amputation serait exagéré. Peut-on ajouter le prix de deux consultations en plus simplement ou bien le tarif triple doit-il être appliqué pour toutes les interventions ?

Comment tarifer en général les rapports d'expertise pour les révisions de rente d'accident du travail :

1° Quand ces examens sont demandés par les compagnies d'assurances ?

2° Quand on est commis par le président du tribunal en collaboration avec un ou deux autres confrères pour examiner un blessé, fixer la date de consolidation d'une blessure et déterminer le degré d'incapacité de travail. Combien de vacations peut-on compter sans tomber dans l'exagération ?

Dr N.

Réponse.

1° Pour les interventions de nuit, la majoration est de 25 % (article 8) et non pas triplée comme pour les visites.

2° Les rapports d'expertise ne sont pas du ressort du tarif Breton : *a*) quand ils sont demandés par une assurance à un médecin, celui-ci agit alors comme médecin de l'assurance et c'est affaire de convention entre elle et lui ; *b*) quand ils sont demandés par un tribunal, la rémunération des experts nommés par un tribunal n'est pas fixe et ne peut être déterminée uniquement que par le nombre de vacations. Tous les éléments nécessaires à la fixation des honoraires doivent entrer en ligne de compte : temps passé, difficultés techniques, etc. Il appartient aux experts de proposer un chiffre pour leurs honoraires à la fin de leur rapport et le Président du tribunal apprécie la taxe qui doit être allouée.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2794. — Spécialités.

Encore une fois j'ai recours à vos bons conseils. La lettre ci-jointe est une réponse à un de mes malades dont voici la situation.

Tuberculeux 100 % compliqué d'asthme grave à forme suffocante en crises très prolongées. Après essais de très multiples et modernes médications, ne trouve son soulagement que par des fumigations de poudre anti-asthmatique durant toute la durée de la crise, d'où consommation manifestement anormale. Un rapport que je fis à la commission ne parvint jamais, si bien qu'un beau jour je me suis vu refuser le paiement de mes visites à ce malade jusqu'à concurrence du paiement du remède incriminé. Protestation, comparution sur ma demande devant l'aréopage tripartite, sans avoir pu convaincre personne que, dans un cas exceptionnel, il pouvait y avoir dépense exceptionnelle, (135 fr. environ en 3 mois) et sans la moindre supercherie. Nous continuons à con-

sommer et je suis encore condamné à payer. Finalement je me vois dans l'obligation de cesser de formuler la poudre antiasthmatique ; le malade, lui, se voit obligé de payer de sa poche le seul médicament qui le soulage ; mais quand on a sept enfants et fort peu de ressources, la chose est pénible. Je lui conseille alors de se faire donner la facture de ses débours et de la soumettre à la commission. La réponse, la voilà : que pouvons-nous faire ? Pourtant ce pauvre homme ne peut continuer à soustraire de sa pension les 200 fr. nécessaires à sa provision de poudre et puisqu'on lui a reconnu le 100 %, on lui doit bien les soins utiles.

Dr P.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

X, le 13 octobre 1924.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre, a examiné votre demande de remboursement de frais pharmaceutiques, dans sa séance du 8 courant, et n'a pu donner un avis favorable (les médicaments non portés sur les ordonnances des carnets de soins médicaux étant seuls remboursés aux pharmaciens)?

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

LE PRÉFET,
Pour le Préfet en tournée de révision,
Le secrétaire général,
Signé : ILLISIBLEMENT.

Réponse.

Que la commission refuse le paiement au *blessé* des médicaments, cela va de soi, puisque ceux-ci ne doivent être payés qu'au pharmacien et encore sur ordonnance médicale inscrite sur le feuillet spécial du carnet. Elle ne pourrait faire autrement sans ouvrir la porte à tous les abus de la part des bénéficiaires.

Mais vous auriez pu prescrire au blessé la quantité nécessaire d'une poudre anti-asthmatique du Codex, en formulant, à la place de la poudre de X ou Y, spécialités *non payables* par la Commission. Et alors le pharmacien (tout en fournissant au besoin la poudre Y qui réussit si bien au malade) aurait pu se faire payer par la Commission la poudre du Codex qui ne doit guère être moins chère, le blessé, en tous cas, pouvant toujours parfaire la différence, peu ruineuse pour lui. Je ne vous donne pas là un conseil officiel, mais je ne vous dis seulement ce que j'aurais fait, il me semble, en l'occurrence, afin de faire pour le mieux dans l'intérêt de mon malade.

Quant à la *consommation anormale* de poudre antiasthmatique, si vos explications n'avaient pas été jugées suffisantes par la Commission, vous pourriez lui demander la visite du médecin contrôleur pour s'enquérir sur place des faits de la cause.

Je ne vois que cette façon d'en sortir..., pour les fournitures de l'avenir, s'entend.

Nota. — Quant à la réponse préfectorale, j'avoue humblement ne pas comprendre clairement la fin de la phrase sur l'explication de l'avis défavorable. Il y a un lapsus et on doit, ce me semble, supprimer le « non » qui se trouve avant le mot « portés ».

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Accident survenu à un ouvrier travaillant pour le compte d'un hospice.

1407. — M. Bonnet de Paillerets, député, demande à M. le ministre du travail si un homme, employé salarié à titre permanent dans un hospice, pour l'exécution de travaux divers, qui a été victime au cours de son travail d'un accident ayant entraîné une incapacité permanente, a droit aux indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail. (*Question du 7 novembre* 1924.)

Réponse. — Les accidents survenus depuis le 3 février 1924, date d'entrée en application de la loi du 2 août 1923, donneront droit aux domestiques, concierges, serviteurs à gages ou salariés du même genre, occupés par les hôpitaux publics ou privés, au bénéfice de la législation sur les accidents du travail. N'en bénéficie pas toutefois, le personnel occupé à des travaux d'écritures. S'il s'agit d'un salarié exécutant des travaux analogues à ceux qui sont commandés par un industriel ou un commerçant, il peut revendiquer le bénéfice des lois des 9 avril 1898 et 12 avril 1906 qui s'appliquent aux personnes morales lorsque les ouvriers qu'elles occupent se trouvent exposés aux mêmes risques que ceux qu'ils auraient courus chez des particuliers assujettis. (Cass., 20 mars 1912.) (*J.O.*, 16 *novembre* 1924.)

Accident agricole survenu le dimanche.

1322. — M. Chaussy, député, demande à M. le ministre du travail si un domestique agricole, victime d'un accident survenu le dimanche, au cours de ses occupations quotidiennes de domestique, soin du bétail, etc., est protégé par la loi sur les accidents du travail et si une compagnie d'assurance peut prétexter que, l'accident étant survenu le dimanche, jour de repos hebdomadaire obligatoire, elle ne doit rien à la victime. (*Question du 4 novembre* 1924.)

1re *réponse.* — Un exploitant agricole est responsable dans les termes de la loi du 15 décembre 1922 de tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à ses ouvriers sans qu'il y ait lieu de distinguer s'il s'est produit un jour ouvrable ou un jour de repos hebdomadaire obligatoire. A défaut de stipulation contraire du contrat d'assurance, et dans les conditions qu'il énonce, l'assureur doit couvrir cette responsabilité. Les dispositions légales ou règlementaires relatives au repos hebdomadaire ne s'appliquent pas à l'agriculture. L'honorable député est prié de faire connaître la compagnie qui aurait fait valoir cet argument. (*J.O.*, 12 et 13 *novembre* 1924.)

VARIÉTÉS

Dans un mémoire où il est question de l'exercice de la médecine au XVIIIe, un confrère sans doute jaloux (*Invidia medicorum*) critiquant les procédés arrivistes de certains médecins, formulait les aphorismes suivants :

1° Tout médecin qui, dans sa jeunesse, ne s'occupe que d'intrigues pour se faire un nom, oublie le peu qu'il a appris de l'Ecole et ne peut aspirer qu'à une aveugle routine.

2° Tout médecin qui déclame contre le savoir et qui ne vante que l'expérience est un ignorant qui s'accuse lui-même.

3° Tout médecin qui ne cherche des lumières que dans les livres, ne voit dans les malades que ce qu'il a lu.

4° Tout médecin qui voit trop de malades, voit mal les maladies.

5° Tout médecin qui de l'Ecole passe subitement à la plus haute réputation est un médecin avorté.

6° Tout médecin qui prétend expliquer la nature par des hypothèses, et qui ne s'applique pas à la connaître par des faits, s'occupe de ce qu'il ne connaîtra jamais et néglige ce qu'il peut apprendre.

7° Tout médecin qui entreprend de tout expliquer et de tout prédire, ne connaît ni le présent, ni l'avenir.

8° Tout médecin qui se détourne de son art pour étudier d'autres sciences, ne croit pas que la vie de l'homme mérite tous ses soins.

9° Tout médecin qui cherche à lutter par l'esprit cherche plutôt ce qu'il a à dire, que ce qu'il a à faire.

10° Chacun n'a qu'à examiner son médecin sur ces aphorisme.

A titre de curiosité rétrospective.

Dr M. VIMONT.

Quarante-sixième année — N° 49 — 7 Décembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2810-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs JOUVE, de Gisors (Eure) et BOUCHET, de St-Loup-sur-Thouet (Deux-Sèvres), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 559. — Dans jolie banl. Paris très recherch., ch. de fer, excel. client. à céder de suite.

N° 560. — Bon poste camp., pro-pharm., 15 km. gr. ville. Pays agréable, chasse et pêche. Belle mais. av. dépend. Rapp. 35.000. Très urg.

N° 561. — Buchet 1920, cond. int. 10 CV., parf. état marche. Prix : 8.500. Dr Lemaire, Cosne (Nièvre).

N° 562. — Instr. appar. elect. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel. Paris.

N° 563. — A céd. pr. c. sant. poste méd. av. proph. et mais. de conval. de 20 p. et dépend. sur les côteaux de la Loire, sit. unique en tant que vue et orient. Fac. de comm. pr. gr. ville, tennis, parc, ombr.

N° 564. — Dr recomm. une nourrice en pleine période de lactation.

N° 565. — Poste méd. av. mais, jard., gar. à louer ou vend. sur ligne Quimper-Vannes, ds. chef-l. cant.

N° 566. — A vend. cause achat triplace, torp. Citroen 5 CV. 1922, magnéto, 2 pl., bon état. 8.000 t. p. r.

N° 567. — Vermorel, 10 CV., torp. 4 pl., mod. 1914, toujours conduite par propriétaire. Excel. état., entièr. remise à neuf. Prix, 6.000. S'ad. Dr Th. Champneuf, Azile (Aude).

N° 568. — A vend. : 1° auto Peugeot, 10 CV., 4 pl., mod. 163 excel. état, n'ayant fait que 12.000 km., éclair démarr., élect., 14.000 ; 2° superbe chien Grohendal, 9 mois, 400 frs. S'ad. Dr Lherminez, Raimbeaucourt (Nord).

N° 569. — Fam. riche désire adopter orpheline de méd. de 3 à 7 ans, bien portante. S'ad. Assoc. générale des médec. de France, 5, rue de Surène, Paris (8e).

N° 570. — A céd. 150 km. de Paris, bon poste seul méd. propharm. Rapp. 40.000 fixes, petit loyer, gr. mais. aff. en progr. rég. riche, chasse. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 571. — Gr. banlieue, poste tr. ancien, fais. 40.000, habit. tr. agréab. chauff. cent., élect., localit, tr. riche, indem. 25.000. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger (A.D.R.M.)

M. Justin Godart, ministre de l'hygiène, a bien voulu présider, le 18 novembre, à la Faculté, l'Assemblée générale de l'A. D. R. M.

En souhaitant la bienvenue au ministre, M. le Doyen de la Faculté, le Pr Roger, a, en termes heureux, exposé brièvement le but de l'A. D. R. M. qui est de faciliter et de développer les relations des médecins français et étrangers et de contribuer ainsi, dans le domaine médical, à accroître dans tous les pays amis le prestige moral de la France. Cet effort est réalisé par une symbiose, celle de l'A. D. R. M., association indépendante, et du B.R.M.E. (Bureau des Relations Médicales Extérieures), organisme officiel, où l'A. D. R. M. a ses représentants et qui est chargé d'utiliser au mieux les fonds que lui remet le ministre des Affaires étrangères. Le Pr Roger a rappelé l'origine de l'A. D. R. M., conçue par le le Dr Dehelly, médecin du Havre, au retour d'un voyage en Amérique. D'abord presque exclusivement parisienne, l'Association s'étend de plus en plus dans la France entière, car son but n'est pas parisien, mais national. Il espère que M. le ministre de l'hygiène voudra bien s'intéresser à cette œuvre utile.

Le Président de l'A. D. R. M., le Pr Hartmann, a fait le résumé rapide des travaux de l'Association en 1924 : nombreux renseignements donnés au siège social (salle Béclard, à la Faculté) par l'aimable et zélée secrétaire, Mlle Huré, correspondance importante échangée avec tous les pays du monde, conférences faites par des médecins français au retour de voyages ou de missions à l'étranger, notamment par M. Et. Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, à son retour de Russie et par M. le Dr Cadenat, chirurgien des hôpitaux, en revenant d'Extrême-Orient, réceptions des délégations médicales étrangères et organisation de programmes d'enseignement complémentaire avec le concours de la Faculté, organisation de voyages et d'excursions à la demande des médecins étrangers comme

il a été fait pour les chirurgiens polonais, venus récemment en France à l'occasion du Congrès de chirurgie. Le Pr Hartmann s'est réservé la direction du Bureau des relations médicales extérieures et s'occupe surtout de ce qui a trait aux peuples de langue anglaise, laissant au directeur adjoint, M. le Dr Mathé, le souci de s'occuper des nations de langue espagnole.

En outre, cette année, grâce au ministère des colonies, à l'Office colonial, aux représentants des Pays de protectorat, le Bureau des relations médicales extérieures est en mesure de renseigner d'une façon précise les médecins français qui désireraient aller s'installer dans nos colonies ou pays de protectorat.

Après l'exposé de la situation financière, relativement florissante, de l'A. D. R. M., par le Dr Le Maître, trésorier, M. le Ministre Justin Godart prend la parole. Il félicite les membres de l'A. D. R. M. et du B. R. M. E. de l'œuvre utile qu'ils accomplissent. Il regrette que le manque absolu d'organisation de son ministère, au point de vue de l'hygiène, ne lui donne pas les moyens d'intervenir en leur faveur avec efficacité, mais il espère réaliser cette organisation désirable. Alors il demandera si, dans la symbiose A. D. R. M. et B. R. M. E. ne pourrait pas s'associer son propre ministère. En attendant, il laisse entrevoir l'intérêt qu'il y aurait pour l'A. D. R. M. à se faire représenter dans certaines commissions rattachées à la Société des Nations ou à faire envoyer en mission, par cette voie, certains de ses membres. Il souhaite toute la prospérité nécessaire à l'A. D. R. M. pour accomplir une tâche à laquelle il sera très heureux de prendre part.

J. Noir.

CORRESPONDANCE

2850. — Propharmacie et patente.

Installé ici depuis bientôt 3 ans et faisant la propharmacie, je reçois hier, pour la première fois, un avis de patente au titre de pharmacien.

Je pense qu'une réclamation au contrôleur devrait être écoutée ; nous n'avons pas d'existence légale en tant que pharmacien (non inscription au registre du commerce, interdiction d'ouvrir boutique, etc.).

Mais en envisageant un autre aspect de la question, je me demande si le fait de payer sans protester cette patente ne me donnerait pas le droit par exemple de vendre plus ouvertement. C'est une suggestion

que je vous livre, je ne sais même pas si j'userais de ce droit ; mais il me semble qu'il y a là une question de principe intéressante à éclaircir.

J'ajoute que, naturellement, je paye la patente de médecin.

Dr X.

Réponse

N'étant pas pharmacien et ne vendant des médicaments qu'en qualité de propharmacien, c'est-à-dire qu'accessoirement à votre profession de médecin, vous ne pouvez être assujetti à la patente comme pharmacien. Il y a donc lieu de réclamer auprès du contrôleur dans le mois de la réception de l'avertissement pour vous faire décharger de l'impôt qui vous est réclamé à tort.

Il ne faut pas croire que le fait de payer l'impôt sans protester vous donnerait le droit de tenir officine ouverte et de vous assimiler à un pharmacien. Les lois qui règlent les conditions d'exercice de la pharmacie et les lois fiscales sont deux choses bien distinctes qui ne peuvent avoir d'influence l'une sur l'autre. S'il en était autrement, le simple fait de payer patente pourrait autoriser n'importe qui à exercer la médecine ou la pharmacie sans aucun diplôme et toute règlementation de ces professions resterait vaine.

2798. — Abattements complémentaires dans les régions libérées.

J'ai l'honneur de vous adresser ma feuille d'impôts pour 1923 en même temps que celle pour 1922. Pourquoi cette différence de tarif ?

J'ai un enfant ; on me déduit une personne, alors qu'en 1922 où je n'avais pas d'enfant on me déduit 2 personnes ?

Dr D.

Réponse.

La commune de V. ayant été sinistrée, vous avez bénéficié pour l'imposition au titre de 1923 des dispositions du régime fiscal des régions libérées qui prévoyaient une majoration de 25 % des abattements à la base. En 1924, il n'y a plus aucun avantage de ce genre.

Les deux avertissements ont été exactement établis. Si au 1er janvier 1923, vous n'aviez pas deux personnes à votre charge, c'est qu'une erreur a été commise à votre avantage.

Nous croyons cependant devoir vous rappeler que parmi les personnes à charge sont compris non seulement les enfants mineurs, mais aussi les ascendants âgés de plus de 70 ans ou infirmes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2845. — Allocations d'ascendants de militaires tués à l'ennemi.

Un de mes clients, me pose la question suivante :

Un ascendant de militaire tué à l'ennemi, n'ayant que 58 ans en 1922, a touché pendant 2 ans 400 fr. de pension à titre d'allocation provisoire, pour cause de maladie.

Aujourd'hui, sa femme atteint 55 ans et lui 60 ans, le titre d'allocation provisoire lui a été retiré et remplacé par un nouveau titre d'allocation provisoire de 800 fr. à son nom et à celui de sa femme. Il touche donc maintenant sa pension à cause de son âge.

Il désire savoir si sa maladie ne lui octroie pas un droit à 400 fr. de pension supplémentaire.

A priori, je pencherais pour la négative, mais la logique n'a rien à faire dans l'interprétation de la loi, et je vous serais reconnaissant de me dire quel est le droit de mon client.

Dr R.

Réponse.

Dans l'allocation d'ascendant, la maladie, ou mieux l'infirmité, n'intervient que pour faire allouer cette allocation plus tôt, c'est-à-dire avant l'âge légal ; la maladie ne donne droit à aucune pension supplémentaire.

Le cas, tel que vous le décrivez, est donc régulièrement indemnisé, maintenant que l'ascendant et l'ascendante ont atteint l'un et l'autre l'âge légal.

2864. — Aspermie par suite de blessure de guerre.

Un de mes malades a eu les testicules perforés par une balle au cours de la guerre. Depuis ce temps, il n'a plus d'érection et sa femme l'a quitté pour cette raison. Il a 35 % de pension. N'a-t-il pas droit à davantage et que peut-il faire pour obtenir le maximum ?

Dr A.

Réponse.

Votre malade peut réclamer le taux de 90 % accordé par le barème de 1919 soit pour « atrophie considérable des deux testicules », soit pour « aspermie ou perte de la fonction spermatique ».

Qu'il adresse une réclamation motivée au Ministère des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris ; son dossier sera certainement examiné avec la plus grande bienveillance.

2966. — Calcul du demi-salaire dans les accidents agricoles.

Je soigne un ouvrier agricole qui, le 28 octobre dernier, travaillant à une entreprise de battage à la journée (pour le battage seulement), tombe d'un tas et se blesse gravement (paralysie des 4 membres, qui s'améliore et s'améliorera peut-être complète-

ment). Il gagnait ce jour-là 12 fr. plus sa nourriture 8 fr. soit 20 fr. Il a droit au demi-salaire, mais l'agent d'assurances lui dit : je vous payerai au taux ordinaire des ouvriers habituels de la ferme qui sont payés au mois, soit (6 fr. + 8 fr.) = $\frac{14 \text{ fr.}}{2}$ = 7 fr.

Quels sont les droits de mon client blessé, 10 fr. ou 7 fr. ? Dr B.

Réponse.

En matière d'accidents industriels ou commerciaux, le demi-salaire de la victime est calculé d'une façon simple : on prend pour base le salaire que touchait la victime au moment de l'accident. Mais dans les accidents du travail agricoles, il n'en va pas de même. Sans doute a-t-on conservé le principe que l'indemnité temporaire devait être égale à la moitié du salaire, mais quand il s'est agi de passer à l'application, on a édicté des règles compliquées qui rendent le demi-salaire variable et changeant suivant des circonstances souvent difficiles à déterminer.

Voici d'ailleurs comment est rédigée la loi à ce sujet : *Article* 8 « L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire.

« En cas de salaire variable, cette indemnité journalière est égale à la moitié du salaire que touchait la victime au moment de l'accident, et ce, pendant tout le temps qu'aurait duré dans l'exploitation le travail auquel elle était occupée.

« A l'expiration de cette période, cette indemnité journalière est calculée sur le taux arrêté, tous les deux ans, pour chaque département, par le préfet, après avis de la commission départementale du travail, ou, à son défaut, du conseil général et après enquête suivie, notamment, auprès des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles et des syndicats agricoles ouvriers et patronaux, d'après le salaire moyen annuel des travailleurs agricoles.

« Le tableau dressé par le préfet, en exécution du paragraphe précédent, pourra l'être par région agricole et devra l'être par catégories de travailleurs.

« S'il y a rémunération en nature, elle est calculée, à moins de stipulation contraire élevant le chiffre de sa quotité, sur le taux arrêté, comme au paragraphe précédent, d'après la valeur moyenne de cette rémunération dans le département. »

Pour pouvoir vous répondre avec précision, il faudrait donc que nous sachions :

1° Si le salaire était variable ou fixe ;

2° Combien de temps a duré dans l'exploitation le travail auquel était occupé l'ouvrier au jour de l'accident ;

3° Quel est le taux moyen du salaire d'un ouvrier de cette catégorie déterminé par le préfet après l'enquête exigée par la loi ;

4° Si le prix de la nourriture faisant partie du

salaire était égal ou supérieur à la valeur moyenne de cette rémunération dans le département admise par le préfet.

2936. — Accident survenu à un voisin.

Un petit cultivateur est assuré depuis le 1er septembre dernier, lui, sa femme et un ouvrier (environ 30 jours par an) n'occupant un ouvrier que dans les moments de grands travaux. Il recourt ces jours derniers à l'aide d'un de ses voisins, qui travaille de temps en temps pour lui, pour attacher dans l'écurie une vache récalcitrante ; pendant ce travail, il reçoit un coup de corne, d'où fracture de côte et incapacité de travail de 15 jours.

L'assurance, après guérison du blessé, écrit à son assuré, qu'elle n'accepte pas le sinistre, l'accident tombant dans la catégorie des accidents risques aux tiers.

A-t-elle raison ?

Dr C.

Réponse.

Seuls, peuvent bénéficier de la loi sur les accidents agricoles les *ouvriers* agricoles et les exploitants, ainsi que leurs familles. En dehors donc de l'exploitant ou de sa famille, pour lesquels d'ailleurs une assurance particulière doit être contractée, il est nécessaire pour être couvert par la loi, d'être le salarié de l'exploitation, d'être relié au maître par un contrat de travail. Quand cette condition essentielle fait défaut, il ne peut jamais y avoir lieu à application de la loi sur les accidents du travail.

Si donc le voisin de votre client travaillait chez lui, non pas comme ouvrier, mais comme voisin qui vient aider à l'occasion moyennant réciprocité éventuelle, c'est à bon droit que l'assurance refuse de considérer l'accident comme un accident du travail.

2971. — Accident survenu à un facteur des postes.

Appelé à donner mes soins à un facteur des postes, qui, en tournée, s'était fait une fracture du col du fémur par chute de bicyclette (accident du 28 juin 1924, consolidation de la blessure le 26 septembre 1924). *J'ai adressé ma note* au directeur des postes *le 6 octobre dernier*, note s'élevant à : médecine : 413.50 ; pharmacie : 80.15 ; total : 493.65 calculée *au tarif Breton.*

1° Est-ce bien, comme la receveuse l'a dit, l'Etat qui doit me payer directement, au tarif Breton ?

2° *Dans le cas contraire*, maintenant que j'ai déjà envoyé ma note à l'administration des postes et que le facteur le sait, comment dois-je faire pour me faire payer par celui-ci ?

Dois-je susciter du directeur des Postes une réponse (affirmative ou négative) au sujet du paiement par l'Etat de la note que je lui ai envoyée il y a un mois ? Et alors avoir une arme pour me retourner directement vers le facteur mon client, qui va quitter le pays ?

Mais, pour ne pas faire de fausses manœuvres, je serais auparavant désireux d'avoir votre avis.

Dr R.

Réponse.

Les facteurs des postes sont ou ne sont pas assujettis à la législation sur les accidents du travail suivant qu'ils appartiennent au cadre auxiliaire ou au cadre permanent.

La raison de cette différence est que les facteurs du cadre permanent sont des fonctionnaires appelés à bénéficier de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles. A ce titre et sous certaines conditions, ils ont droit aux soins médicaux en cas de maladie et à plus forte raison en cas d'accident survenu pendant le service. Quant aux facteurs du cadre auxiliaire, ils ne sont pas fonctionnaires, ce sont simplement des employés de l'administration à l'égard de laquelle ils sont dans la situation d'ouvriers ordinaires à l'égard de leurs patrons. Ceux-là ont donc droit à l'application de la loi de 1898 en cas d'accident du travail.

Dans l'un ou l'autre cas, c'est l'administration qui devra supporter le paiement de vos honoraires.

Mais si vous craignez des contestations sur le tarif à appliquer ou d'attendre trop longtemps le règlement, il ne faut pas oublier que le premier et principal débiteur de vos honoraires est votre client lui-même. Vous pouvez donc vous faire payer directement par lui, quitte à lui remettre un reçu grâce auquel il se fera rembourser par son administration dans la mesure de ses droits, sans que vous ayez à intervenir dans ces tractations.

Le fait que vous avez déjà envoyé votre note à l'administration ne vous empêche pas de vous adresser dès maintenant au blessé et au besoin de le poursuivre devant le juge de paix s'il refuse de vous payer.

2963. — Accident du travail. Prescription.

Le 19 novembre 1923, je suis appelé à donner mes soins à un ouvrier qui avait une fracture compliquée du coude (fracture de l'olécrâne et de l'apophyse coracoïde). Il avait en même temps quelques plaies superficielles. Je l'ai fait entrer 15 jours à l'hôpital afin qu'il soit plus près de moi pour que je puisse lui faire ses pansements et au bout des quinze jours, je lui enlève son plâtre. Il sortit de l'hôpital et vint me voir à la consultation pendant les mois de

(*Voir la suite page XLVII-2857*)

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la profession médicale en France. De la Corporation au Syndicat. La naissance et l'évolution du syndicalisme.

A la dernière Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, au cours de la discussion sur l'organisation des assurances sociales, notre confrère et ami, le Dr Cibrie, ancien président du Syndicat, a franchement déclaré que ce qui divisait les syndiqués était la façon différente dont ils concevaient le syndicalisme.

« J'accepte le syndicalisme parce que le corps médical y trouve le moyen de se défendre, a dit en substance le Dr Cibrie. Tandis que d'autres, avec notre confrère, le Dr Lafontaine, veulent, au moyen du syndicalisme, et par le syndicat, créer une organisation nouvelle de la profession médicale ».

Notre ami Lafontaine, qui aime les situations nettes, a remercié le Dr Cibrie : « C'est l'exacte vérité, a-t-il répliqué en propres termes. Seulement se bornant à se défendre au jour le jour, fait-on bien réellement du syndicalisme ? »

Ceux qui nous font l'honneur de nous lire savent que depuis une trentaine d'années que nous nous occupons de syndicats et de syndicalisme, nous avons toujours défendu la conception du syndicalisme médical organisateur. Depuis près de 50 ans qu'il existe, il n'a cessé de plus en plus d'évoluer dans cette voie et que notre ami le Dr Cibrie nous permette de le lui dire : Si le syndicalisme médical ne parvient pas à réorganiser la profession médicale, à l'adapter au milieu social, qui se transforme tous les jours, à lui faire prendre les initiatives nécessaires pour la rendre plus utile et même indispensable au bien-être de la nation, c'en est fait de la profession médicale en tant que profession libérale. Après quelques convulsions que la rapidité vertigineuse de l'évolution sociale actuelle rendra assez brèves, la profession libérale médicale mourra de sa belle mort et sera remplacée par un fonctionnariat ou un salariat médical que la carence du syndicalisme et l'anarchie individualiste mettront les Pouvoirs publics, quels qu'ils soient, dans la nécessité de créer .

L'histoire de la profession médicale, que nous avons essayé de résumer en la situant dans l'évolution générale des corporations, nous a prouvé qu'une profession, quelles que soient son utilité et son importance, ne peut vivre et prospérer en temps que corps professionnel que s'il s'adapte aux besoins de la Société.

Nous allons montrer qu'avec le nouveau régime, à la suite de la Révolution et de la loi Chapelier, le mouvement professionnel dut se plier aux mêmes règles et s'adapter aux transformations sociales et économiques.

La loi de Chapelier (14 juin 1791), qui, en somme, n'était que le corollaire de la loi de Dallarde du 17 mars 1791, et interdisait sévèrement toute tentative d'organisation corporative, était à vrai dire une loi de circonstances, dirigée surtout contre les menées démagogiques d'associations ouvrières que Marat cherchait à organiser et à exploiter. Néanmoins, elle fut respectée, sans doute pour des motifs exclusivement politiques pendant les périodes révolutionnaires de la Convention et du Directoire.

Le Premier Consul fit une tentative pour reconstituer les corporations en les réorganisant selon ses désirs. En l'an VII et en l'an IX, il créa les offices ministériels (avoués, huissiers notaires) ; en l'an XI, il entreprit la règlementation des professions médicales (loi du 19 ventôse an XI sur l'exercice de la médecine — loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie — qui est encore en vigueur). Un arrêté consulaire du 19 vendémiaire an XI rétablissait deux communautés nécessaires à l'alimentation, les boulangers et les bouchers. Mais à la même époque, la loi du 22 germinal an XI édictait des pénalités contre le délit de coalition.

Les marchands de vin de Paris pensèrent pouvoir bénéficier de ces dispositions favorables du Premier Consul, ils demandèrent le rétablissement des corporations. Ils se heurtèrent à l'opposition irréductible de la Chambre de Commerce. Les choses restèrent en état pendant tout l'Empire, quand vint la Restauration.

Les partisans des corporations crurent que le

nouveau régime s'efforcerait de faire revivre toutes les institutions de l'époque antérieure à la Révolution. Il n'en fut rien. L'on demanda à la Chambre Introuvable le rétablissement des Jurandes et des Maîtrises. Levacher-Duplessis rédigea une pétition en faveur du rétablissement des corporations, mais comme il négligeait de montrer comment elles pourraient s'adapter à l'évolution économique, il rencontra une opposition énergique dans la Chambre de Commerce de Paris (18 octobre 1917) et l'économiste et banquier célèbre, Pillet-Will, réfuta facilement les arguments de la pétition.

Sous la Monarchie de Juillet, des esprits généreux tels que Sismondi, Buchet, Villeneuve-Bargemont, de la Farelle, Buret, etc., cherchèrent à réveiller l'idée corporative en faveur des ouvriers dont les conditions d'existence étaient des plus misérables. Mais J.-B. Say et Bastiat, fidèles disciples des économistes du XVIIIe siècle repoussèrent avec énergie toute intervention de l'Etat ou de la profession dans les rapports entre les individus, et Rossi qualifia d'utopie rétrograde toute tentative de résurrection des corps de métiers.

A cette époque, eut lieu cependant le grand Congrès de médecine de 1847 réuni par le ministre de Salvandy avec le désir nettement exprimé de réorganiser les professions médicales.

Survint la République de 1848 qui permit à l'idée associationiste de faire des progrès sans que les gouvernements de ce régime aient pu arriver à organiser quelque chose de durable. La création des coopératives ouvrières fut en fait un échec lamentable.

Le mouvement corporatif n'était pas cependant détruit. Depuis le premier Empire, il prit le masque des associations mutuelles professionnelles qui, bien que légalement défendues, furent tolérées par les gouvernants. Ces associations, jointes à des sociétés secrètes de compagnonnage sous l'apparence d'inoffensives mutualités, formèrent de véritables syndicats occultes sous le nom de *résistances*.

Sous le second Empire, les associations professionnelles mutuelles et les résistances se multiplièrent et s'organisèrent. L'exposition de Londres de 1862 permit d'étudier l'organisation professionnelle anglaise qui devint un modèle que l'on s'efforça de réaliser en France.

Le développement inouï du machinisme, la révolution économique que créa l'industrialisme, changèrent totalement les conditions de l'existence et rendirent nécessaires les associations professionnelles. Le gouvernement impérial dut, par la force des choses, se montrer d'une tolérance assez grande. Il reconnut par la loi des 25-27 mai 1864 le droit de coalition et de grève, et une organisation syndicale déjà puissante, bien qu'en dehors de la loi, existait avant la guerre de 1870.

Sous la IIIe République les syndicats se multiplièrent de plus en plus. Ils commencèrent même à se grouper en Fédérations. Ce furent les charpentiers en 1876, les chapeliers en 1879.

En 1876, Lockroy déposa un projet de loi pour instaurer la liberté d'association, et reconnaître l'existence légale des syndicats. Ajourné, puis repris en 1880 par le gouvernement de Jules Ferry, présenté par Allain-Targé à la Chambre en 1881, ce projet transformé fut enfin adopté grâce à l'intervention de Waldeck-Rousseau.

La loi sur les syndicats fut promulguée le 21 mars 1884. Les syndicats purent s'organiser, s'unir, se confédérer, et la loi du 12 mars 1920 vint encore accroître les libertés syndicales.

L'évolution de la profession médicale suivit exactement la même voie que celle des autres professions.

Nous ne voulons pas faire ici l'historique des associations médicales depuis la Révolution, mais nous ferons remarquer qu'après la disparition de la vieille Faculté, de l'Académie de chirurgie et de la Société royale de médecine, les médecins cherchèrent à se grouper de nouveau, malgré les rigueurs des nouvelles lois. Ils se réunirent à Paris le 2 germinal an IV (11 mars 1795) sous le titre de *Société de Santé de Paris* et en 1796 fondèrent la *Société médicale d'Emulation*. Puis furent créées le 15 fructidor an XIII (2 sept. 1805) la *Société médico-pratique*, en 1808, la *Société de médecine pratique* et en outre les *Sociétés médicales d'arrondissements*. La Société de chirurgie ne fut fondée qu'en 1843, la Société médicale des hôpitaux en 1849. En province, des Sociétés médicales départementales se formèrent maintenant une sorte de cohésion dans le corps médical, ce qui permit d'ailleurs d'organiser le Congrès de 1847.

Comme pour les autres professions, les mutualités intervinrent et furent, pour les syndicats ce que les confréries avaient été pour les corporations. D'abord ce fut en 1833, l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila pour maintenir la dignité de la profession, venir en aide aux infortunes professionnelles et combattre l'exercice illégal. Rayer et Amédée Latour fondèrent en 1857 l'Association des médecins de France avec ses Sociétés locales, départe-

mentales qui, tant bien que mal et plutôt mal que bien, tentèrent de jouer un rôle de défense professionnelle.

Or dès 1879, nous vîmes dans le *Concours médical* lancer l'idée de la création des syndicats médicaux. Nous constatons leur réalisation en 1881, *trois ans avant le vote de la loi des syndicats professionnels*. L'*Union des Syndicats médicaux* se constitue en 1884, lors de la promulgation de la loi, et près de 100 syndicats médicaux existaient déjà. Bien que non reconnus par la loi, après procès, menés jusqu'en cassation, nos syndicats continuèrent à vivre et prirent une part active à l'élaboration de la loi de 1892 qui leur donna l'existence légale.

Malgré une opposition vive, même violente, dans le corps médical et au sein de l'Association des médecins de France, les syndicats médicaux prospérèrent *parce qu'ils répondaient à un besoin non seulement pour les médecins mais pour la société toute entière*. Sans leur collaboration, l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite de 1893 eût été impossible. Leur intervention, lors de l'application de la loi de 1898 sur les Sociétés de secours mutuels, eut le rare mérite de démasquer la fausse mutualité qui promet beaucoup et ne peut rien tenir. La part si active, prise par les syndicats médicaux à l'application et la modification de la loi sur les accidents du travail, permit de sauvegarder la dignité et les intérêts médicaux mais aussi de protéger et de défendre l'ouvrier blessé, et le syndicalisme médical en retira une nouvelle prospérité et une nouvelle puissance.

En faisant la critique de nos lois sanitaires, en en montrant l'inefficacité, le syndicalisme médical défendit autant l'intérêt public que l'intérêt médical.

C'est en liant l'intérêt des mutilés à celui du médecin qu'il a triomphé lors du conflit suscité par la loi des pensions.

C'est en cherchant à concilier l'intérêt médical avec les nécessités de la réalisation des assurances sociales, que le syndicalisme médical sauvera, s'il y réussit, la profession médicale, destinée sans cela à sombrer dans le fonctionnariat ou le salariat.

Le médecin subit indirectement les conséquences de l'industrialisme et du machinisme qui ont bouleversé les conditions d'existence de notre époque. Il subit en outre les transformations que les découvertes scientifiques imposent à l'exercice de la médecine. Ces deux grands facteurs qui n'existaient pas ou peu il y a 50 ans, entrent pour une part de plus en plus prépondérante dans le problème professionnel que nous devons solutionner.

C'est par le syndicat, grâce à l'élaboration de contrats collectifs, que nous empêcherons la fonctionnarisation des services médicaux publics de plus en plus nombreux (médecins sanitaires, scolaires, des dispensaires antituberculeux, antisyphilitiques, de la protection de l'enfance, des administrations publiques, etc. etc.) ou le salariat des organisations privées (compagnies de transport, sociétés industrielles, sociétés de bienfaisance, etc., etc.) Si le Syndicalisme médical se borne à la défense de l'individualisme du médecin, qui par le fait des progrès de la science et de la technique médicale, est appelé rapidement à disparaître, s'il ne prend pas part à l'évolution sociale où la place du médecin est de plus en plus importante, il disparaîtra comme un rouage inutile, et le médecin isolé, réduit à l'impuissance, sera obligé d'accepter pour vivre les fonctions les plus mal rétribuées avec les obligations les plus dégradantes et par son imprévoyance et son esprit de routine il se laissera charger de chaînes qui, hélas ! ne seront pas dorées.

J. NOIR.

R.H.M.S. : 6000.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE DU NOURRISSON PAR LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE

Par R. TURQUETY,

Chef de clinique de la Faculté.

L'histoire clinique de la tuberculose du nourrisson est toute entière dominée par la découverte que fit, en 1907, von Pirquet, de la cuti-réaction à la tuberculine.

La tuberculose du premier âge, certes, était de connaissance fort ancienne déjà, puisqu'on en connaît d'importantes monographies parues en 1829 et en 1830 sous la signature de Tonnelé et Papavoine.

Les observations de Landouzy et, à l'étranger, les travaux d'Hamburger, de Finkelstein, d'Ibrahin, mirent bien en évidence les grands symptômes de la maladie.

Mais, avant que la clinique ne s'aidât de la cuti-réaction, la connaissance de la tuberculose dans le premier âge se limitait aux lésions anatomo-pathologiques et aux formes cliniques confirmées de cette affection.

La découverte de von Pirquet, en permettant le diagnostic précoce de la maladie, ouvrit aux médecins un large champ d'observation et fut le signal de toute une série de travaux qui aboutirent à la description des signes de début de cette maladie.

Elle mit en évidence l'aspect polymorphe de la tuberculose du nourrisson, l'extrême fréquence des formes frustes, larvées de la maladie, et la difficulté où l'on serait maintes fois de la dépister par la seule clinique, même aidée de la radiographie. L'épreuve du temps n'a fait que confirmer la valeur incomparable de ce moyen de diagnostic et, si l'interprétation de la cuti-réaction doit comporter certaines réserves, surtout dans le cas où elle se montre négative, elle n'est cependant passible d'aucune défaillance.

Quand Robert Koch, en 1890, fit connaître les propriétés de sa « lymphe », médecins et vétérinaires s'empressèrent de recourir à son emploi. Von Bergmann, le premier, utilisa chez l'homme la tuberculine comme moyen de diagnostic d'une tumeur de la joue et Nocard, par ailleurs, étudiant pendant ce temps l'emploi de la tuberculine en vue du diagnostic de la tuberculose des bovidés, formulait, dès 1892, des conclusions auxquelles le temps n'a rien changé. A ce moment, les médecins, qui s'étaient surtout orientés vers l'emploi thérapeutique de la tuberculine, comprirent qu'ils devaient bien plutôt demander à cette substance de les aider au diagnostic des cas douteux de tuberculose. Mais, là, encore, des recherches entreprises en divers pays aboutirent à des résultats souvent défavorables. L'injection sous-cutanée de doses même minimes de tuberculine provoquait parfois des réactions locales, des réactions générales suivies de l'apparition à brève échéance de poussées évolutives. Ainsi, l'injection sous-cutanée de tuberculine de Koch, quelque minime qu'ait été la dose utilisée, que ce soit dans un but de traitement ou de diagnostic, se montrait passible de nombreux reproches. Et une même suspicion réunit bientôt dans l'esprit des praticiens la tuberculinothérapie et le tuberculino-diagnostic.

Cette défaveur devait durer jusqu'à la découverte de la cuti-réaction dont on est redevable à von Pirquet, assistant à Vienne du Pr Escherich, et chargé de diriger le service des vaccinations anti-varioliques. Les observations de von Pirquet le conduisirent à rapprocher, du point de vue de leur signification, les réactions des sujets anaphylactisés au sérum et les réactions des tuberculeux à la tuberculine : il les considéra les unes et les autres comme des phénomènes de sensibilisation.

D'autre part von Pirquet avait eu l'occasion d'observer en pratiquant des vaccinations antivarioliques des cas de réaction vaccinale précoce — ou fausse vaccine — chez des sujets antérieurement vaccinés. Il émit l'hypothèse que ces réactions, d'apparition précoce, de faible intensité et d'évolution fugace, ne s'observant que chez des sujets ayant subi plus ou moins longtemps auparavant une vaccination positive, traduisaient sans doute un état de sensibilisation au vaccin antivariolique.

Il est donc possible, pensa-t-il — et ce fut là l'origine de sa découverte — de mettre en évidence par une simple scarification, un état de sensibilisation. Ayant attribué, d'autre part, à l'anaphylaxie les réactions des tuberculeux à la

tuberculine, il chercha à déceler celle-ci par une simple scarification de la peau suivie du dépôt en ce point d'une goutte de tuberculine : la cuti-réaction était découverte. Elle devait en quelques années transformer l'étude de la tuberculose du premier âge, comme le prévoyait von Pirquet dans le mémoire où il faisait, en 1907, l'exposé de sa méthode.

On proposa dans la suite de nombreuses variantes au procédé fondamental de von Pirquet : réaction de piqûre, réaction percutanée, intra-dermo-réaction, ophtalmo-réaction, rhino, uréthro, vagino-réactions. Peu de ces procédés ont résisté à l'épreuve du temps. La cuti-réaction est la plus communément employée ; on y associe parfois l'intra-dermo-réaction de Mantoux. Chacun a été à même de pratiquer la cuti-réaction : après désinfection à l'alcool de quelque point des téguments, région deltoïdienne ou face dorsale du pied, on pratique au vaccinostyle, sans faire saigner, deux scarifications de 3 ou 4 millimètres intéressant seulement la couche superficielle du derme. Sur l'une on dépose une goutte de la tuberculine brute de Koch ; l'autre, qui servira de témoin, ne reçoit pas de tuberculine.

En cas de cuti négative, une simple cicatrice linéaire marquera, les jours suivants, le même traumatisme subi par les téguments.

Si la cuti est positive, il se forme au point d'inoculation, vers la 12e heure, une macule qui, le lendemain, se transforme en une papule indurée, rose, rouge vif ou violacée, cernée d'un halo érythémateux qui se confond insensiblement avec les tissus sains. La cuti-réaction se juge à l'œil et, mieux encore, au doigt, l'induration étant le plus caractéristique des trois éléments qui la constituent : rougeur, surélévation et induration. Puis la papule pâlit, sa teinte se fane, elle s'affaisse, l'induration s'assouplit ; mais il n'est pas rare qu'on puisse l'apercevoir encore après deux ou trois semaines. Il est cependant des degrés dans l'intensité et les conditions d'apparition de la cuti-réaction : on peut observer des réactions fortes : réaction large, œdémateuse, purpurique, ecchymotique, parfois vésiculeuse, pouvant aller jusqu'à la nécrose ; des réactions faibles où la rougeur et l'induration sont discrètes. Et ce type, plus intéressant, de papule à peine saillante ni indurée, de coloration livide, d'aspect flétri, que l'on rencontre parfois aux phases ultimes de la tuberculose : réaction cachectique. Enfin, suivant la date d'apparition de la réaction, on peut observer des réactions précoces, nettement positives au bout de 12 heures, et des réactions retardées jusqu'au 5e ou 6e jour, mais pouvant persister des semaines.

Malgré ces variations, il est exceptionnel que l'on ait des doutes sur le caractère positif ou négatif d'une cuti-réaction. On pourrait utilement, s'il en était ainsi, pratiquer l'intra-dermo-réaction, plus délicate, mais un peu plus sensible. Elle consiste à injecter dans l'épaisseur même du derme une quantité dosée de tuberculine, soit un centième de milligramme, en dilution dans l'eau physiologique ; on jugera de son caractère positif par l'apparition au point d'inoculation d'une élevure rappelant, selon la comparaison de Chauffard et Troisier, un minusule élément d'érythème noueux. Pas plus que la cuti-réaction, l'intra-dermo-réaction ne provoque de réaction, générale ou locale. Comme, d'autre part, elle fait pénétrer dans le derme une quantité strictement dosée de tuberculine, elle permet, mieux que ne le ferait la cuti, de comparer entre elles des réactions partiquées en série chez un même sujet.

Chacun s'accorde à attribuer à la cuti-réaction — et, d'une façon générale, à toutes les réactions de tuberculine — un sens précis et limité.

Signification d'une cuti-réaction positive. — Une cuti-réaction positive indique simplement que le sujet qui la présente est porteur de bacilles tuberculeux. Elle ne signifie nullement, par elle-même, que le sujet présente une lésion tuberculeuse en évolution. Pour que la cuti soit positive, il suffit qu'il y ait dans l'organisme, dans les poumons ou dans les ganglions lymphatiques, une petite lésion, même fibreuse, où subsistent quelques rares bacilles, c'est-à-dire une lésion minime, au repos, cliniquement guérie. En somme une cuti positive signifie seulement que l'organisme porte en lui un foyer bacillaire, qu'il s'agisse d'un foyer en activité ou d'un foyer au repos complet et définitif. Cette notion permet de fixer la valeur de la cuti-réaction pour le diagnostic de la tuberculose. Elle fait comprendre pourquoi cette valeur est avant tout fonction de l'âge du sujet. La cuti-réaction ne saurait avoir chez l'adulte et l'adolescent qu'une valeur minime, car l'un et l'autre sont, du moins dans les pays civilisés, toujours porteurs de bacilles. Dans la deuxième enfance, les réactions de tuberculine présentent encore un médiocre intérêt, puisque les statistiques nous montrent, qu'entre 6 et 8 ans, 50 % des enfants ont déjà une cuti positive. C'est donc au moment de la vie où le sujet, neuf, est exposé à la primo-infection tuberculeuse, c'est-à-dire dans la première enfance, jusqu'à deux ans, que les réactions de tuberculine présentent tout leur intérêt. Au-dessous d'un an, en effet, il n'y a, pour ainsi dire, pas d'infection bacillaire au repos ; donc une cuti-réaction positive à cet âge revèle presque toujours une tuberculose en évolution. De un à deux ans, les formes fixées, arrêtées dans leur évolution peuvent s'observer ; mais elles sont rares et la cuti-réaction garde encore une valeur considérable.

Le bacille tuberculeux, pénétrant dans l'organisme du nourrisson, va s'y multiplier durant une période d'environ deux à trois mois : période d'incubation strictement silencieuse où le bacille ne traduit sa présence par aucun signe clinique ni humoral. Le premier symptôme en date de l'infection sera l'apparition de la première cuti positive, seule manifestation, à cette date, de la présence du bacille de Koch dans l'organisme. Le caractère positif de la cuti indique que l'organisme, sensibilisé à la toxine tuberculeuse, réagit à la tuberculine différemment que ne le ferait un sujet sain : c'est la *réaction allergique* de von Pirquet. Et l'on appelle de la sorte *période anteallergique* de la tuberculose cette période d'incubation silencieuse de deux à trois mois qui sépare la pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme, de l'apparition de la première cuti positive.

Premier symptôme en date, la cuti positive peut être, durant une période de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, un symptôme isolé de l'infection en cours. La caractéristique, en effet, de la tuberculose du premier âge va être, durant une période souvent longue de son évolution, le peu de spécificité des signes qui la traduisent. La tuberculose, comme le ferait toute infection chronique, va susciter dans l'organisme du nourrisson des réactions portant sur le système hémo-lymphatique, sur le squelette, sur la nutrition, et réaliser de l'anémie, un trouble de la croissance pondérale, des adénopathies, un léger rachitisme, tous signes dont la constatation, même quand ils sont groupés, n'emporte pas le diagnostic de tuberculose. Ce sont seulement, pourrait-on dire, des signes d'orientation : leur constatation amènera à pratiquer la cuti-réaction. Les signes vraiment révélateurs : cornage expiratoire, toux bitonale, par compression ganglionnaire, splénomégalie, n'apparaîtront que plus tard, devançant de peu parfois la généralisation tuberculeuse. C'est dire la valeur incomparable des réactions de tuberculine pour le diagnostic d'une affection à ce point fruste ou larvée. Elles constituent, tant au début qu'à la période d'état de la maladie, le moyen à la fois le plus sûr et le plus précoce de préciser un diagnostic incertain, car la recherche des signes physiques, même aidée de la radiographie, permet bien rarement, à elle seule, de rattacher à la tuberculose le syndrome observé chez le nourrisson.

Atypique dans son début et dans sa période d'état, la tuberculose du nourrisson le sera tout autant dans son évolution. La généralisation de l'infection tuberculeuse est l'aboutissant très fréquent des tuberculoses contractées dans les premiers mois de la vie. Souvent des signes manifestes de tuberculose, compression ; cornage expiratoire, toux bitonale ou coqueluchoïde, accompagnés ou non de splénomégalie, feront pressentir cette évolution. Mais il n'en est pas toujours ainsi et bien souvent la tuberculose du premier âge évolue si insidieusement que les signes de généralisation semblent se produire dans un organisme indemne, contrastant alors, surtout chez l'enfant au sein, avec un état de nutrition en apparence satisfaisant. Les accidents de généralisation, qu'ils se fassent par voie sanguine, aboutissant à la granulie pulmonaire, à la granulie généralisée ou à la méningite tuberculeuse, ou, par voie bronchique, réalisant une pneumonie caséeuse, posent autant de problèmes susceptibles d'embarrasser le clinicien. Le tuberculino-diagnostic fournira-t-il à cette période des renseignements d'une valeur égale à ceux qu'il a donnés au début et à la période d'état de la tuberculose ? Et pourrons-nous compter sur sa réponse s'il s'agit d'éclairer le diagnostic d'une réaction méningée, d'une dyspnée, d'un syndrome de toxi-infection, ou d'un foyer de condensation pulmonaire dont la nature nous paraît suspecte ?

Les auteurs qui se sont particulièrement attachés à l'étude des réactions de tuberculine chez l'enfant nous fournissent sur ce point des résultats parfois contradictoires.

Des observations de von Pirquet, en 1907, il ressort que 12 pour 100 des enfants tuberculeux chez qui la réaction fut pratiquée répondirent négativement : ces enfants étaient des cachectiques ou des tuberculeux miliaires. Jules Lemaire, Debré et Jacquet, Combe, de Lausanne, signalent la diminution de l'intensité et de la durée de la réaction à mesure que l'on se rapproche de la date de la mort. Cette manière de voir comporte cependant quelques réserves : les nourrissons ne comptent que pour une faible part dans les statistiques fournies par les auteurs et, dans ces statistiques, on voit réunis les cas de mort par cachexie de la tuberculose cavitaire et les cas de généralisation par voie sanguine : granulie généralisée, granulie pulmonaire ou méningite tuberculeuse. Or il semble qu'il faille, à la lecture de ces travaux, faire une réserve pour la méningite tuberculeuse. Von Pirquet, puis plus tard Oppert, Mlle Mioche, ont signalé la persistance de la cuti-réaction positive durant toute l'évolution de la méningite tuberculeuse. Nous avons repris cette étude, en collaboration avec Henri Lemaire, dans le service du Pr Marfan, sur des nourrissons en état de généralisation tuberculeuse : méningite tuberculeuse, granulie pulmonaire ou granulie généralisée.

Dans tous ces cas nos constatations ont été identiques : la cuti-réaction s'est montrée nettement positive au moment où survenaient les signes de généralisation tuberculeuse et toujours elle nous a permis, par sa netteté, d'affirmer la

nature tuberculeuse des accidents que nous observions.

Durant toute la durée des accidents de généralisation, elle a conservé son caractère nettement positif : c'est seulement très tard, 24 ou 36 heures avant la mort, que cette cuti a fléchi progressivement pour prendre, avant de disparaître, l'aspect flétri, livide, de la réaction dite cachectique.

Il n'y a pas lieu d'être surpris des opinions contradictoires émises par les auteurs sur ce point quand on a constaté, à la lecture de leurs travaux, qu'ils ont confondu dans leurs statistiques les méningites et les granulies pulmonaires du nourrisson d'une part, les tuberculoses pulmonaires excavantes de la deuxième enfance de l'autre. C'est, en effet, au cours de la cachexie tuberculeuse des cavitaires que l'on voit le plus fréquemment les réaction de tuberculine s'affaiblir et disparaître assez longtemps avant la mort. Il nous apparaît que les malades conservent bien plus longtemps leur réaction allergique c'est-à-dire leur cuti-réaction positive, quand leur affection évolue vers la généralisation par voie sanguine, qu'il s'agisse d'une granulie généralisée, d'une granulie pulmonaire ou d'une méningite tuberculeuse.

Et nous pouvons affirmer que la cuti-réaction conserve au stade de l'essaimage par voie sanguine toute la valeur qu'on lui reconnaît au début et à la période d'état de la tuberculose du nourrisson.

Signification de la cuti-réaction négative. — Une cuti-réaction négative a, dans certaines conditions, une grande valeur diagnostique. La cuti-réaction en effet est négative soit parce que l'organisme n'héberge pas le bacille de Koch, soit parce que, bien que porteur de bacilles, il a perdu le pouvoir de réagir à la tuberculine. Nous avons déjà signalé quelques-unes des causes qui empêchent l'organisme de réagir à la tuberculine, des *causes d'anergie*, comme on les appelle.

C'est tout d'abord l'*anergie de la période d'incubation* de la tuberculose. Nous savons qu'il s'écoule un certain temps entre le moment où le bacille pénètre dans l'organisme et l'apparition de la première cuti positive. Cette durée, comme nous l'avons dit, est de deux à trois mois : elle constitue la période ante-allergique de la tuberculose. Donc, chez un enfant très jeune qu'on suppose infecté depuis peu, si une première épreuve est négative, il faudra répéter la cuti-réaction à intervalles réguliers. Si, au bout de trois mois, la cuti persiste à se montrer négative, on pourra rejeter l'hypothèse de l'infection tuberculeuse.

Ajoutons en passant que la plus ou moins longue durée de la période ante-allergique n'est pas indifférente : sa durée se trouve abrégée dans les infections sévères (où un peut la voir réduite à 20 ou 30 jours), elle se trouve prolongée à trois mois et peut-être davantage dans les infections discrètes. Plus se montre précoce l'apparition de la première cuti positive après le contage, plus la tuberculose s'annonce sévère.

C'est ensuite l'*anergie liée à l'extension du processus tuberculeux.* Nous avons indiqué que si, chez l'adulte et le grand enfant, il était de règle de voir la cuti-réaction se montrer négative au stade ultime de la tuberculose cavitaire, il n'en était pas de même chez le nourrisson. La tuberculose du premer âge a, comme mode de terminaison le plus habituel, la généralisation par voie sanguine au cours de laquelle, comme nous l'avons montré, les réactions de tuberculine restent positives.

C'est enfin l'*anergie due à certaines maladies.* — Au cours de certaines maladies, la cuti-réaction antérieurement positive peut devenir négative et le rester jusqu'à la guérison de ces maladies ; à ce moment la cuti-réaction redevient positive. Le type des *maladies anergisantes* est la rougeole lorsqu'un enfant qui présente une cuti-réaction positive est atteint de rougeole, la réaction faiblit pendant la période d'invasion. Elle devient négative pendant la période d'éruption ; elle redevient positive après l'éruption, d'abord faiblement, puis fortement. D'autres maladies ont encore le pouvoir de déterminer l'anergie : la coqueluche, la grippe épidémique, la pneumonie. Mais leur action est moins constante que celle de la rougeole. La scarlatine, par contre, la varicelle, sont sans action.

La connaissance de ces divers états d'anergie au cours de la tuberculose du nourrisson n'enlève rien à la valeur de cet incomparable moyen de diagnostic que constitue la cuti-réaction. Ils n'interviennent que dans des conditions bien déterminées, qu'il est facile de dépister.

Les connaissant, on devra, sans hésitation, recourir à l'épreuve de la tuberculine pour dépister la tuberculose du premier âge *à toutes les périodes* de son évolution.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Le zona.

(Zona et varicelle)

M. le Pr Jeanselme,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Tous les ans, de février à mai, le nombre des zonas devient assez important. Autrefois, Hardy avait coutume de dire qu'il n'entrait jamais dans son service un malade atteint de zona sans qu'il soit suivi par d'autres. Effectivement, nous avons actuellement plusieurs cas de cette maladie dans nos salles. Ma leçon d'aujourd'hui portera donc sur le zona et aussi sur les relations du zona et de la varicelle. Vous n'êtes pas sans savoir que, depuis quelque temps, une théorie tend à s'accréditer, qui admet l'identité de virus de ces deux états morbides.

Au point de vue objectif, le zona est une dermatose érythémato-bulleuse. Toutefois, une définition aussi étroite est imparfaite. Déjà, au milieu du siècle dernier, on avait insisté sur la douleur paroxystique qui accompagne l'éruption. Il en résulte l'idée que cette affection est la projection sur la peau d'une lésion du système nerveux, relevant elle-même d'une cause ou toxique ou infectieuse. Le zona peut s'observer à la suite d'une intoxication, oxycarbonée, arsenicale. Trousseau avait remarqué que le zona peut être épidémique et contagieux, et on a cité des épidémies familiales et de maisons. On sait qu'il apparaît parfois dans la convalescence de maladies infectieuses, de la grippe, de la fièvre typhoïde, et qu'il est commun au cours de l'évolution de la tuberculose et de la syphilis, de la tuberculose particulièrement.

Donc, trois éléments sont à considérer ici : un objectif, l'autre anatomo-pathologique, un troisième étiologique. Nous dirons que c'est une dermatose du type érythémato-bulleux, causée par une lésion du système nerveux, dont l'origine est quelquefois toxique, et plus souvent infectieuse. L'infection n'est pas banale, car ordinairement elle confère une sorte d'immunité, l'individu étant en général réfractaire à une seconde atteinte du zona.

Je passe à la description clinique. L'éruption cutanée est quelquefois le premier phénomène en date. Quand vous interrogez les malades, cependant, vous voyez que, à l'habitude, il y a une phase prémonitoire, caractérisée par une fébricule : c'est la fièvre zostérienne d'Erb et Landouzy. Elle peut s'accompagner de troubles digestifs, de légère albuminurie, d'angine (porte d'entrée probable, alors, du germe). On note de la polynucléose.

Qu'il y ait eu, ou non, des prodromes généraux, l'affection commence de la manière suivante : une sensation de picotement, d'ardeur à la peau, à fleur de peau, quelquefois de la raideur de la nuque, de la rachialgie, phénomènes dont on a fait état pour dire que la maladie avait une origine centrale. Outre cette douleur superficielle, existe une douleur profonde, lancinante, redoutable parfois. Apparaît l'éruption. Ce sont des nappes érythémateuses, généralement ovalaires, à grand axe vertical aux membres, horizontal au tronc. Elles sont ordonnées en séries linéaires. Rapidement, en vingt-quatre heures à peine, on voit pointer des petites saillies qui deviennent véisculeuses, bulleuses même, et s'ouvrent les unes dans les autres.

Je m'arrête sur la description de la vésico-bulle. La bulle du zona diffère tout à fait de celle de l'herpès. Elle est plate, ne forme pas un dôme. Souvent, elle est déprimée au centre. Bien que son contenu soit un liquide limpide, son aspect est opalin, gris bleuâtre, le liquide étant vu au travers d'une épaisseur d'assises nombreuses de kératine. La lésion étant profonde se termine par dessiccation. L'herpès, au contraire, est plutôt une bulle hémisphérique, superficielle, à la surface de l'épiderme, s'ouvrant facilement pour ce motif, et éphémère. L'histologfe montre bien les différences : œdème intra-cellulaire, des couches superficielles, dans la vésicule d'herpès ; œdème extra-cellulaire, des couches profondes, dans le zona, avoisinant le derme, ce qui explique les cicatrices. Sauf les herpès récidivants au même point, les cicatrices font défaut dans l'herpès. Bien que le contenu de la vésicule de zona soit ordinairement clair, il arrive parfois qu'il est un peu hémorrhagique. Lorsque toutes les bulles sont hémorrhagiques, un état général grave (albuminurie, diabète, etc.) est souvent en cause.

La vésicule de zona se termine naturellement par dessiccation, formation d'une croûtelle noire enchâssée dans le derme.

Il est un élément que j'ai laissé de côté, pour ne pas couper la description : c'est l'adénite, qui accompagne fréquemment la poussée de zona. Elle est pour ainsi dire constante et peut même précéder l'éruption. Elle est plus ou moins douloureuse. Personnellement, je l'ai étudiée dans plusieurs travaux. Malgré des essais négatifs d'inoculation du suc ganglionnaire à la cor-

née du lapin, je crois que le virus du zona a une localisation dans l'adénite.

Au bout d'une semaine environ, l'éruption est séchée. Tenant compte des poussées successives, en quatre à cinq semaines, dans la règle, tout est terminé. Chez les enfants, les douleurs se tiennent à l'arrière plan. Chez les adultes, elles se prolongent plus. Chez les vieillards, elles sont quelquefois si persistantes que l'on a proposé contre elle des interventions chirurgicales. Au niveau des points où il y a eu des plaques de zona il est fréquent, d'autre part, de rencontrer longtemps après des troubles de sensibilité.

Je n'insisterai pas sur les localisations du zona. La plus habituelle est le zona thoracique ; je ne dis pas le zona intercostal, des nerfs intercostaux. Le zona de la verge peut faire croire à de l'herpès simple. L'unilatéralité de l'éruption et les douleurs zostériennes guideront le diagnostic. Au membre supérieur, les zonas sont assez nombreux. Dans le zona cervical, occipital, on trouve sur le cuir chevelu des croûtelles qui font penser à des folliculites banales, à de l'impétigo. Plus intéressant est le zona de la région du trijumeau, le zona ophtalmique. Il peut être grave, s'accompagner de coryza unilatéral, de conjonctivite, de kératite, d'ulcère perforant de la cornée. C'est dans le zona ophtalmique que l'on constate certaines complications anormales, rares, des convulsions, des paralysies. Le zona ophtalmique est d'autant plus sérieux qu'il siège plus près de la ligne médiane et que l'on trouve de l'insensibilité de la cornée, présage d'une lésion cornéenne importante. Sur les autres branches du trijumeau (maxillaire supérieur et inférieur) le zona se complique parfois d'une prétendue angine et stomatite, dont le caractère est de se localiser d'un côté.

Considérons les lésions nerveuses qui conditionnent le zona. En 1863, on a décrit les altérations des ganglions spinaux postérieurs. Puis, la vogue étant allée aux névrites périphériques, Pic, en 1883, signala des névrites périphériques dans le zona. Elles y existent effectivement, d'ailleurs. Remarquons qu'on ne trouve ici aucun signe des névrites périphériques. Celles-ci ne déterminent pas d'éruption. Même dans le zona intercostal, il n'y a pas une superposition exacte entre la ligne de l'éruption (horizontale, en ceinture) et la ligne des espaces et nerfs intercostaux (oblique en bas et en avant). Brissaud et Achard ont insisté sur les différences de trajets des nerfs et des zonas.

C'est alors que naquit la théorie centrale. Elle admet qu'il existe des zones métamères commandées par des segments de la moelle. Cette théorie ingénieuse n'a pas été vérifiée par les faits. On n'a pas observé la concordance avec les zones métamériques. On a constaté, par contre, une distribution rizomérique, suivant les racines, et l'on revint à la notion des lésions des racines et ganglions médullaires. Les autopsies ont été confirmatrices. On a trouvé, dans les zonas récents, des infiltrations sanguines du pôle postérieur, des cellules nerveuses, des ganglions postérieurs. Dans les zonas anciens — chez des sujets qui succombaient à une maladie quelconque, dix ans, vingt ans après un zona — on a vu des scléroses de même localisation. La ponction lombaire révèle, souvent, en outre, de l'hyper-albuminose.

Autre question. Depuis longtemps, on sait que le zona n'est pas toujours cantonné à un territoire unique. En 1895, Tenneson a fait allusion aux vésicules aberrantes du zona. En 1898, avec Leredde, nous avons parlé de ces vésicules aberrantes, et montré qu'il ne s'agissait pas d'auto-inoculation, mais d'éruptions à caractère spécifique, excentriques. Il y a dix ans, j'ai observé un cas où ces vésicules aberrantes étaient tellement florides qu'elles avaient masqué le zona et fait penser à un érythème polymorphe érythémato-bulleux. Ceci m'amène à vous parler des conceptions nouvelles relatives aux rapports du zona et de la varicelle.

En 1892, un médecin hongrois, Bokay, émit le premier l'hypothèse qu'il existait peut-être une relation étiologique entre le zona et la varicelle. Il publia la relation de cinq petites épidémies de famille où la varicelle et le zona avaient coexisté et il se demandait si l'agent de la varicelle ne pouvait pas se manifester parfois sous la forme d'éruptions de zona. En 1909, il revint sur la question, plus affirmatif cette fois. En 1919 il rapporte cinq observations nouvelles. Entre temps, un médecin anglais exerçant aux colonies appuyait l'opinion de Bokay (1913). En 1920 enfin, M. Netter porta la question à la tribune de l'Académie et, de toutes parts, les observations vinrent affluer, si bien que M. Netter fils put, dans sa thèse de 1922, rassembler 102 cas, le plus grand nombre recueillis en Angleterre.

Voici quelques exemples-types. Dans une salle où règne la varicelle, on introduisit un enfant qui depuis trente jours était isolé en box, à l'abri de toute contagion. L'enfant fit un zona. Dans une famille soignée par M. Durand, varicelles et zonas s'intriquèrent. Dans un cas de M. Netter fils, un enfant qui n'avait eu aucun contact avec d'autres personnes depuis treize jours prit une varicelle auprès de sa mère atteinte de zona.

Des objections nombreuses ont été faites à M. Netter. La fréquence de la varicelle chez les enfants, par exemple, qui fait qu'il peut s'agir de simples coïncidences. M. Netter remarque que l'intervalle qui sépare ces zonas des varicelles correspond à la durée habituelle de l'incubation de celle-ci, 14, 15 jours, 16 jours. Il est venu y ajouter, récemment, des arguments d'ordre sérologique.

Tel est l'état de la question. Le débat n'est pas clos et personnellement je ne saurais y prendre part. Cette théorie, néanmoins, est séduisante et mérite d'être étudiée avec soin. L'avenir dira si elle est exacte.

Deux mots du traitement du zona. Il sera le plus simple possible. Pas d'applications compliquées, pas de pansements humides en particulier, qui risqueraient de favoriser l'ouverture extérieure des vésicules et les infections secondaires. Lorsque les douleurs sont vives, on est quelquefois obligé de recourir aux analgésiques. Défiez-vous de l'opium et de la morphine, car ce peut être une manière d'entrer dans la morphinomanie.

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. LACROIX.

LES SOURDS-MUETS

Dr G. DE PARREL
Ancien chef de clinique

Mme G. LAMARQUE,
Professeur

à l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris.

La Prophylaxie de la Surdi-mutité (*Suite et fin* (1).

4° IDENTIFICATION DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET L'ENFANT. — Il est certain qu'un des moyens de protection les plus efficaces des fonctions acoustiques réside dans l'identification précoce de l'hérédo-syphilis. Nous ne pouvons ici entrer dans le détail des procédés cliniques et sérologiques qui fournissent au médecin la possibilité de découvrir les signes révélateurs de l'infection syphilitique. Ce sont là des notions sémiologiques de notoriété unanime. Il n'est pourtant pas inutile de condenser en un tableau schématique les symptômes capitaux de l'hérédo-syphilis chez le nouveau-né et chez l'enfant. Dès le diagnostic établi, il faut instituer le traitement antisyphilitique, qui doit être continué jusqu'à disparition des traces de l'infection, contrôlée par les moyens cliniques et de laboratoire.



FIG. 5.

Syphilides labiales radiées, perpendiculaires au grand axe des lèvres, chez le nourrisson.



FIG. 6.

Cicatrices péribuccales. Séquelles des lésions précédentes chez l'adulte. (D'après Edmond Fournier, in *Traité de Sergent.*)

Hérédo-syphilis du nouveau-né

SIGNES DE CERTITUDE :

1. — *Pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds* existant dès la naissance, jamais après la dixième semaine.

2. — *Coryza des premiers jours de la vie* : sécrétion séro-purulente se concrétant en croûtes verdâtres et jaunâtres souvent noircies de sang. Les bords narinaires sont fissurés. Coexistence fréquente d'une lésion des os propres du nez.

3. — *Mégalosplénie précoce*, reconnaissable à la palpation. Avant 3 mois, elle permet d'affirmer la syphilis dans les climats où le paludisme et le kala-azar n'existent pas.

4. — *Syphilides maculeuses ou papuleuses.* Les lésions atteignent souvent le revêtement cutanéo-muqueux des orifices et y déterminent des *fissures* multiples, radiées, saignantes, croûteuses, de préférence à la lèvre supérieure et aux commissures. Prédilection pour la face.

5. — *Pseudo-paralysie de Parrot* : ostéochondrite syphilitique de l'extrémité diaphysaire des os longs. Apparaît vers la sixième semaine, jamais après 4 mois. Impotence d'un ou plusieurs membres.

SIGNES DE PROBABILITÉ :

Cri pénétrant, persistant nuit et jour, attribué à des douleurs osseuses.

Hydrocéphalie. Persistance des fontanelles. Cranio-tabes. Adénite sus-épitrochléenne bilatérale.

Convulsions et états méningés.

(1) Chapitre extrait de l'intéressant ouvrage du Dr de Parrel et de Mme Lamarque, édité par les Presses Universitaires de France, 49, boulevard St-Michel, Paris (35 frs). Voir *Concours médical* n° 48.

Gastro-névrose émétisante. — Anorexie — Mauvais état général. Facies simiesque et sénile. Hémorragies : hématémèse, omphalorragie, melæna. — Rachitisme précoce à prédominance cranienne. — Cardiopathies.

La persistance d'une *hydrocèle* au delà de 4 ou 5 semaines, surtout lorsqu'elle est unilatérale et irréductible, et l'état du testicule sous-jacent apprécié après évacuation du liquide (testicule dur et presque toujours en voie d'atrophie).

Adénoïdisme précoce. — Hypertrophie du thymus.

Hérédo-syphilis de l'enfant.

Signes de certitude :

1. — *Dystrophies dentaires* : dent d'Hutchinson, dent en tournevis, dystrophie hutchinsonienne de la dent de six ans : sillon circulaire en plein plateau.

2. — *Lésions oculaires* : Kératite interstitielle, chorio-rétinite maculaire ; gomme de l'orbite.

3. — *Gono-arthrite.*

4. — *Gommes* du larynx, des fosses nasales, de la langue, du voile du palais.

5. — *Effondrement des os propres du nez.*

6. — *Surdité brusque ou progressive rapide* accompagnée de troubles de l'équilibration, de dissociation entre les épreuves calorique et rotatoire, de nystagmus (signe de la fistule sans fistule). Il s'agit de neuro-labyrinthite et cette affection apparaît entre 5 et 14 ans, en général.

Signes de probabilité :

Cicatrices labiales, commissurales et palpébrales. — Lésions de l'os incisif. *Synéchies et sténoses rhino-pharyngées ou laryngées.* — Rhinite atrophique. Leucoplasie.

Bec-de-lièvre, perforations palatines.

Dysfonctions endocriniennes : syndrome thyroïdien et hypophysaire ; insuffisance pluri-glandulaire.

Dystrophies cardiaques.

Dystrophies craniennes : saillie des bosses frontales (front olympien) ou des bosses pariétales (crâne natiforme).

Déformations tibiales.

Syndrome d'hypotrophie avec retard de la croissance staturale et pondérale, parfois accompagné d'insuffisance intellectuelle et de symptômes hypothyroïdiens.

Nous n'avons pas à décrire les symptômes de l'hérédo-syphilis tardive, après 12 ans, puisqu'il s'agit ici de prophylaxie de la surdi-mutité et que cette infirmité n'apparaît dans son intégralité fonctionnelle qu'avant la consolidation des gestes phonétiques, c'est-à-dire en général chez l'enfant au-dessous de 6 à 7 ans au plus tard. « Avant l'âge de 4 ans le sujet qui perd l'ouïe est fatalement voué à la surdi-mutité ; passé cet âge, de 4 à 8 ans, cette conséquence, sans être fatale, est d'autant plus menaçante qu'on s'occupe moins de la prévenir. » (Lermoyez.)

Nous ne parlons pas dans ce paragraphe des accidents auditifs apoplectiformes irrémédiables de l'hérédo-syphilis, puisque leur installation marque par définition la fin de la période prophylactique. Contre la surdité bilatérale foudroyante, la thérapeutique anti-syphilitique semble malheureusement déficiente. Elle n'intervient que pour protéger les autres secteurs organiques.

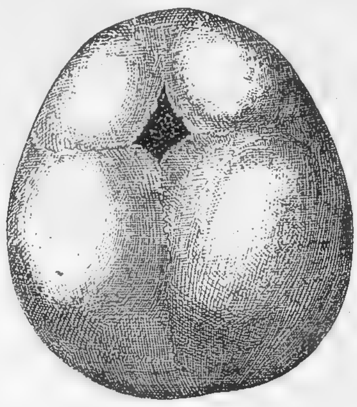


Fig. 7.

Crâne natiforme : renflé à sa partie postéro-supérieure par une ampliation sphéroïdale de la région occipito-pariétale. Les deux renflements pariétaux sont séparés dans le sens antéro-postérieur par une dépression.



Fig. 8.

Front olympien : bombant en avant et très développé en hauteur et en largeur. Effondrement de la base du nez.

Surdi-mutités acquises.

Contre la surdi-mutité acquise notre vigilance doit être mieux encore tenue en éveil, car cette infirmité résulte en certains cas d'affections évitables ou au cours desquelles des mesures préventives auraient fait obstacle à l'éclosion d'accidents auditifs graves.

I. — Otites du nourrisson et du nouveau-né. — C'est ainsi que pour défendre l'oreille du nouveau-né contre tout processus infectieux rhinogène, certains soins prophylactiques devraient entrer dans les habitudes des accoucheurs et des sages-femmes ;

◆◆◆◆

elles seraient le corollaire de ceux que l'on exécute pour mettre la conjonctive à l'abri des infections.

Ces mesures prophylactiques comportent :

1° La désinfection à la naissance du vestibule narinaire et des fosses nasales après aspiration des mucosités ; le nettoyage à sec péri-narinaire avec un tampon d'ouate hydrophile ; des instillations endo-nasales de glycérine argyrolée à 10 % ou résorcinée à 1 %.

2° Si l'état général ne semble pas normal : antisepsie du conduit auditif externe avec quelques gouttes de glycérine résorcinée au centième.

3° La surveillance systématique du conduit auditif et de la région antrale.

Contre l'otite moyenne déclarée ou même soupçonnée, une thérapeutique offensive doit être entreprise sous forme de ponction du tympan, et, au moindre signe de rétention, d'antrotomie.

En cas de suppuration déjà installée : nettoyer le conduit, drainer la caisse du tympan, désinfecter les abords rhino-pharyngés, car c'est par voie transtubaire que se renouvelle l'apport infectieux.

Ainsi seront évitées, enrayées ou guéries, les *otites du nourrisson* dont on connaît la lourde responsabilité dans l'éclosion ultérieure de troubles plus ou moins marqués de l'audition et parfois d'accidents labyrinthiques bilatéraux laissant après eux des cophoses définitives.

II. — Méningite cérébro-spinale. — On a dit de cette maladie épidémique qu'elle était « la plus grande pourvoyeuse de la surdi-mutité ». Cette réputation ne semble pas usurpée. La lésion initiale précédant l'apparition des phénomènes méningés siège dans le rhinopharynx et non seulement les individus atteints propagent la maladie, mais aussi les porteurs de germes cliniquement sains. La contagion s'opère par les particules liquides projetées par la toux, la parole ou l'éternuement, qui véhiculent le virus. Par conséquent, en période épidémique, les précautions prophylactiques les plus minutieuses doivent être prises pour mettre les enfants et les nourrissons à l'abri du contage pharyngé en les éloignant des foyers suspects, en les isolant strictement si le danger est proche, en désinfectant fréquemment le cavum par les moyens habituels.

A la première alerte un traitement sérothérapique sera institué suivant les règles établies. Ainsi seront évitées beaucoup de labyrinthites et de névrites acoustiques bilatérales, dont la surdi-mutité est la plus déplorable conclusion fonctionnelle.

III. — Otite scarlatineuse. — Toutes les fièvres éruptives, les infections éberthienne, ourlienne ou grippale, représentent pour l'oreille un danger, mais les troubles qu'elles provoquent ne sont pas en général d'une extrême gravité. Il s'agit le plus souvent d'otites moyennes suppurées dont on reste maître par une paracentèse précoce et un drainage convenable. La surdité-mutité est exceptionnelle après ces affections.

Seule, l'*otite scarlatineuse* jouit à juste titre d'une fâcheuse renommée : d'une particulière virulence, elle peut déclencher un processus destructeur d'une rapidité foudroyante, qui emporte toute la chaîne des osselets et anéantit les organes labyrinthiques. Si le sujet est encore très jeune, c'est la surdi-mutité.

L'observation de ces désastres, heureusement assez rares, doit nous inciter à prescrire les mesures habituelles d'antisepsie oto-rhino-pharyngée et à contrôler leur exécution, non seulement au cours de la scarlatine, mais encore aux premiers symptômes d'état grippal ou typhoïde. de fièvre éruptive et d'oreillons.

IV. — Otorrhée. — Toute suppuration chronique de la caisse du tympan représente pour l'oreille interne et la fonction acoustique une menace permanente. En règle absolue, toute *otorrhée* exige un examen spécial de l'auriste et une surveillance attentive de sa part.

Les parents, les infirmières scolaires, les instituteurs, doivent être informés qu'il est indispensable de signaler au médecin les écoulements d'oreille au lieu de considérer ces évacuations de pus comme dénuées d'importance ou même bienfaisantes.

Si les pansements ou les vaccins ont déterminé l'arrêt de l'écoulement, la question thérapeutique n'est pas résolue pour cela. Ni les praticiens, ni les parents ne doivent ignorer qu'une *oreille asséchée n'est pas une oreille guérie*. Il persiste des raideurs articulaires, des brides cicatricielles, une réduction marquée de la mobilité de la chaîne des osselets. Des manœuvres de massage aérien, électrique ou sonore, des insufflations transtubaires de vapeurs médicamenteuses, des cures sulfureuses, contribueront, suivant le cas, à rétablir la situation auditive et à consolider la guérison en assouplissant les tissus cicatriciels et en excitant la vitalité des muqueuses.

V. — Adénoidisme. — En ce qui concerne les végétations adénoïdes, parents et médecins seront d'accord pour envisager leur ablation par le spécialiste.

L'erreur répandue dans le public du danger de l'adénoïdectomie chez les enfants âgés de moins de 7 ans doit être dissipée par tous les moyens de propagande.

Même chez le nourrisson, le curettage du cavum doit être exécuté, si la gêne respiratoire entrave l'alimentation et si la suppuration cavaire menace les voies aéro-digestives.

L'opération une fois pratiquée, l'action thérapeutique n'est pas close. L'oreille doit être surveillée pendant plusieurs mois et s'il persiste une diminution de l'acuité auditive, du fait des lésions de la caisse du tympan, il faut lutter contre la rétraction cicatricielle et la dégénérescence fibreuse par des exercices acoustiques, des essais de mobilisation méthodique du tympan et de l'appareil ostéo-arthro-musculaire de l'oreille moyenne.

Ceci n'est point indifférent à rappeler, car en général aucun conseil en ce sens n'est donné dans les ser-

vices hospitaliers et les cliniques où sont pratiquées en série les adénoïdectomies, sans que les opérés soient revus par la suite. C'est là une déplorable lacune au point de vue de la prophylaxie de la surdité et de la surdi-mutité.

VI. — PROPHYLAXIE DE LA MUTITÉ ET DES TROUBLES DYSLALIQUES CHEZ LES ENFANTS DEVENUS SOURDS. — En terminant, nous croyons devoir si-

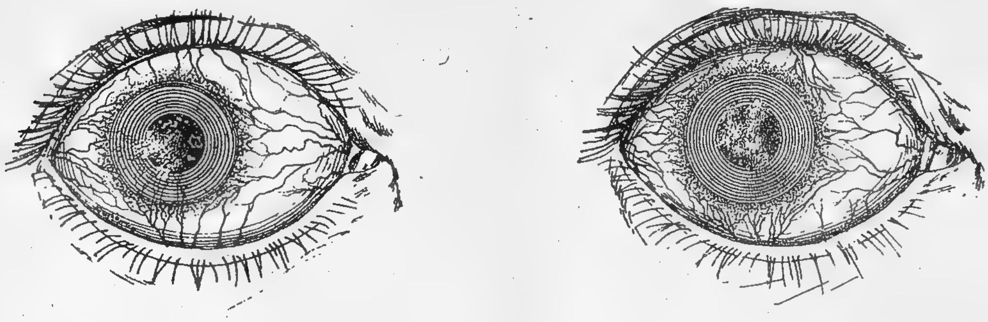


FIG. 9.

A. — Kératite interstitielle, stigmate d'hérédo-syphilis (vaisseaux en crins de brosses).

B. — Kératite superficielle (vaisseaux en branches d'arbre).

gnaler l'importance de la consolidation méthodique des gestes phonétiques chez les enfants devenus sourds après l'âge de quatre ans. Faute d'un effort dans ce sens, l'enfant perd peu à peu l'usage de la parole, parce qu'il oublie le vocabulaire qu'il ne possédait qu'imparfaitement et que, privé du contrôle auditif, il déforme peu à peu l'articulation.

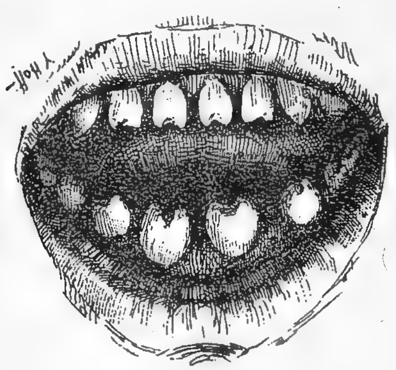


FIG. 10.

Dents en tournevis à échancrure semi-lunaire d'Hutchinson.

En présence d'un jeune sujet brusquement jeté dans le silence par une affection comme la méningite cérébro-spinale, la scarlatine ou l'hérédo-syphilis, il n'y a pas un jour à perdre pour instituer des exercices de phonation et de lecture sur les lèvres et commencer l'enseignement de l'écriture et de la lecture. A défaut de professeur spécialisé, la mère peut s'acharner à cette noble tâche avec la certitude de rendre à son enfant un service éminent. Elle s'efforcera de tenir constamment en éveil l'esprit et les yeux du jeune sourd, de le faire parler, lire et écrire, de l'interroger fréquemment, de relever les incorrections du langage dès qu'elles apparaissent, par des exercices labiologiques devant la glace en suivant toutes les règles établies (1).

Naturellement il faut interdire à l'enfant l'usage des signes et le faire participer à la vie commune. Le complément indispensable de cette instruction réside dans les exercices réglés de gymnastique respiratoire, tant pour améliorer l'état général que pour développer la puissance respiratoire dont dépend la qualité de l'émission vocale. L'enfant sourd sera placé ainsi dans les meilleures conditions de réceptivité pour son instruction complète ; il en profitera au maximum le moment venu et se défendra mieux plus tard, dans la lutte pour la vie.

Renseignements statistiques, dossiers sanitaires et prophylaxie.

Pour organiser dans l'avenir une prophylaxie rationnelle du surdi-mutisme, il est évident qu'il faudrait commencer par recueillir dans toutes les institutions spéciales des *documents cliniques et étiologiques très complets*. — Mais, pour être pratiquement utilisable. une enquête de cette nature devrait être conduite suivant une méthode uniforme. Autrement dit, les fiches d'examen et de renseignements devraient comporter un questionnaire, un plan d'observations, des schémas d'organes, etc., établis avec grand soin et ne laissant place à aucune omission. Ces fiches seraient adoptées dans toutes les écoles importantes ; les médecins attachés à ces établissements auraient l'obligation de les remplir et de les tenir à jour.

Il ne semble pas qu'à l'heure actuelle on ait fait tout le nécessaire à ce point de vue. Chaque élève a bien sa *fiche sanitaire*, mais elle semble un peu incomplète. Il faudrait en particulier réserver une place d'honneur au *diagnostic étiologique* de la déchéance

(1) Nous ne pouvons ici indiquer, même succinctement, la technique de cette instruction. Nous l'avons décrite en détail dans notre *Précis d'Anacousie vocale et de Labiologie* (Maloine, éditeur, Paris).

acoustique, qui représente un élément capital si l'on veut dresser des statistiques et en faire état pour essayer de réaliser des mesures prophylactiques à longue échéance. C'est pourtant le but principal à atteindre : instruire les sourds-muets, les préparer à la vie sociale, c'est bien ; mais en diminuer le nombre, n'est-ce pas encore mieux ?

En réalité ce n'est pas une fiche qu'il faudrait, mais un ensemble de cinq fiches, ainsi réparties :

1° Interrogatoire des parents et renseignements fournis par le médecin de famille.

2° Examen de l'état général et, dans certains cas, renseignements fournis par le laboratoire (épreuves sérologiques).

3° Examen oto-rhino-laryngologique complet.

4° Examen ophtalmologique.

5° Examen dentaire et maxillaire.

L'ensemble de ces cinq fiches formerait le *dossier sanitaire individuel de l'élève.* S'il existe un inconvénient à inscrire en clair le diagnostic étiologique de la surdi-mutité, on pourrait le désigner par un numéro conventionnel. Mais il est indispensable de savoir si l'infirmité est due à la syphilis, à la consanguinité, à un traumastisme, à une infection, etc.

Nous avons par ailleurs donné toutes indications utiles sur les causes du surdi-mutisme, sur l'interrogatoire des parents, sur l'examen général et sur les examens O. R. L., ophtalmologiques et maxillo-dentaires. En suivant nos plans et tableaux synoptiques, nous croyons qu'il ne serait pas difficile d'établir des modèles de fiches où aucune investigation ne pourrait être omise. D'autre part, il y aurait intérêt à insérer dans chacune d'elles des *schémas d'organes* (tympans, fosses nasales, larynx, pharynx, globes oculaires, système dentaire, poumons, face, etc.), de manière à en rendre la rédaction et la lecture plus rapides et plus claires,

Après quelques tâtonnements, il n'est pas douteux qu'on arriverait pour chacune de ces fiches à un modèle définitif, tout au moins pour les Institutions nationales.

En ce qui concerne l'enquête auprès des parents et des médecins de famille, il conviendrait de préparer des *questionnaires* auxquels ils pourraient au besoin répondre par écrit.

Peut-être faudrait-il envisager le moyen de mettre les dossiers à l'abri des indiscrétions ? Le mieux serait en ce cas de remplacer le nom de l'élève par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature tenue secrète et qui resterait entre les mains du directeur de l'établissement. En ce cas la fiche pédagogique ne figurerait pas au même dossier. Elle serait conservée à part. Actuellement, c'est la même fiche qui comporte les renseignements sanitaires et pédagogiques.

Nous croyons très réalisable ce *système de dossiers sanitaires*, constitués pour chaque élève dans les quatre Institutions nationales de Sourds-Muets. Nous vivons une époque de « standardisation » des efforts et de discipline collective, ce n'est qu'à ce prix que l'on peut obtenir des résultats importants, comparables entre eux. Dans le cas présent, on conçoit toute la valeur d'une documentation statistique ainsi rassemblée, établissant clairement le *pourcentage étiologique* de la surdi-mutité. Ainsi éclairés, les médecins, les hygiénistes et les Pouvoirs publics pourraient prendre d'un commun accord toutes les mesures utiles pour réduire considérablement le nombre des infirmes de l'audition en luttant contre celles des causes de la surdi-mutité qui sont évitables ou dont on peut annuler les fâcheux effets, c'est-à-dire la syphilis, la méningite cérébro-spinale, la consanguinité, les infections otitiques de l'enfance et en général tous les facteurs de dégénérescence ou de dystrophie.

Conclusion.

De cet exposé il résulte clairement que la prophylaxie de la surdi-mutité ressortit à la fois aux *grands principes de prophylaxie sociale* qui devraient régler les conditions du mariage en se basant sur le casier sanitaire individuel des candidats, et *aux procédés actuellement en usage pour défendre l'oreille contre les causes d'infection endogène ou exogène*

Traumatismes physiques ou moraux atteignant la mère en cours de gestation, infections pré-natales de l'oreille du fœtus, vices de développement des organes périphériques ou centraux de l'audition, représentent des éléments pathogéniques imprévisibles contre lesquels nous sommes impuissants : nous sommes mieux armés pour protéger l'enfant contre la surdi-mutité, en *réglementant les conditions d'accès au mariage* des syphilitiques, des descendants de familles atteintes de surdité, des consanguins — surtout si leur dossier morbide est chargé — et de façon générale de tous les porteurs de tares (dégénérescence nerveuse, alcoolisme, tuberculose, etc.).

Nous estimons que le point capital de cette organisation préventive contre la déchéance acoustique héréditaire est la lutte méthodique contre la transmission aux enfants de l'infection syphilitique et l'identification précoce de l'hérédo-syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson. Nous avons fourni en ce sens tous les éclaircissements désirables.

L'éducation sanitaire du public, les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique, la décentralisation jusque dans les plus lointaines campagnes des moyens de défense contre la maladie et la misère, la multiplication des hôpitaux, des consultations de femmes enceintes, des dispensaires, des cliniques infantiles et des bureaux d'hygiène, l'intervention précoce des otologistes et des sérologistes, représentent des moyens de défense très efficaces contre la surdi-mutité.

Le rôle du médecin de famille est primordial, car c'est à lui qu'incombe la charge de protéger l'enfant contre les maladies héréditaires ou acquises plus particulièrement dangereuses pour l'oreille : hérédo-syphilis, méningite cérébro-spinale, otite du nourrisson, scarlatine, otites moyennes suppurées, etc.

Certaines de ces affections sont évitables ; les autres peuvent être efficacement combattues dès leur appari-

tion ou même atténuées d'avance par un traitement préventif ; par conséquent on peut escompter, lorsque seront prises méthodiquement des mesures prophylactiques judicieuses, la diminution du nombre de cas de surdité et de surdi-mutité.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA PROPHYLAXIE DE LA SURDI-MUTITÉ.

Surdi-mutités héréditaires.

- *Règlementation du mariage des*
  - Syphilitiques (conditions cliniques et sérologiques).
  - Descendants de familles entachées de tares auditives.
  - Consanguins porteurs de tares (surdité, syphilis, névropathie, etc.).
- *Prophylaxie de la surdi-mutité hérédo-syphilitique.*
  - Traitement de la femme enceinte syphilitique.
  - Organisation sociale de la protection prénatale : consultations gratuites, propagande, etc.
  - Prophylaxie post-natale précoce : traitement des nourrissons.
  - Prophylaxie post-natale tardive : rôle de l'oto-rhino-laryngologiste.
  - Identification de l'hérédo-syphilis chez l'enfant (signes capitaux.)

Surdi-mutités acquises.

- *Prophylaxie de la surdi-mutité infectieuse.*
  - Otite du nouveau-né et du nourrisson : sa fréquence, ses dangers.
  - Mesures prophylactiques à la naissance contre l'infection de la caisse du tympan.
  - Méningite cérébro-spinale (contage par le rhino-pharynx ; mesures de protection).
  - Otite scarlatineuse et otite des fièvres éruptives, de la grippe etc. ; prophylaxie.
  - Otorrhée (une oreille asséchée n'est pas une oreille guérie).
  - Adénoïdisme suppuré (curetages précoces du cavum ; soins post-opératoires).
- *Prophylaxie de la mutité.*
  - Nécessité d'exercices phonétiques, labiologiques et respiratoires pour conserver à à l'enfant devenu sourd l'usage de la parole.
  - Rôle de la mère.

Utilisation dans un but de prophylaxie des renseignements statistiques et des dossiers sanitaires. Nécessité d'unifier les méthodes d'enquête dans toutes les écoles.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les fractures.

Dans le traitement des fractures, il faut rechercher l'idéal, c'est-à-dire la *restitutio ad integrum* au point de vue anatomique, esthétique et fonctionnel.

Cette perfection du résultat est rare, et, dit le Dr A. SCHWARTZ, si l'on doit faire la part du feu, il faut tout sacrifier au *résultat fonctionnel.*

Voici quelques exemples :

Dans une fracture bi-malléolaire, quel que soit le traitement (sanglant ou non), penser constamment, et dès le début, à la tibio-tarsienne, et rechercher l'axe normal du membre, puis appliquer un appareil de marche vers le 10e ou 12e jour.

Pour une fracture de la rotule, dès le 4e ou 5e jour après la suture, recourir à la marche précoce, puis plus tard à l'exercice musculaire actif, si l'on veut éviter l'enraidissement du genou.

Dans une fracture de cuisse, commencer la mobilisation de toutes les jointures du membre inférieur, et surtout du genou, dès qu'il est possible, c'est-à-dire quelques jours après l'ostéosynthèse, ou un mois après l'immobilisation si l'on a employé les moyens ordinaires. (*Paris médical*, 14 juin 1924.)

Considérations critiques sur la psychanalyse.

La doctrine psychanalytique a fait l'objet de commentaires plutôt défavorables en France, de la part de personnes qui ne la jugeaient qu'à travers des analyses d'ouvrages de vulgarisation ou de critique judicieuse. Or, dit le Pr Henri CLAUDE quand l'analyse psychologique simple, mise en œuvre rationnellement, sagement, par un médecin perspicace, reste inefficace en thérapeutique, il est bon de recourir à la psychanalyse qui, *restant strictement dans le domaine médical*, peut donner des résultats.

La méthode psychanalytique ne doit pas être

généralisée ; elle ne s'applique qu'à des cas limités.

Si, dans bien des circonstances, l'exploration psychanalytique a pour but de mettre en lumière les origines sexuelles de ces fameux complexes refoulés dans l'inconscient, elle ne doit pas se limiter à ce seul objectif. Le pansexualisme ne résume pas toute cette doctrine ; la notion de la Libido, trop étendue et trop largement diffusée par Freud (et aussi, mal interprétée), a provoqué une impression fâcheuse dans les esprits. Il y a d'autres instincts que l'instinct sexuel à l'origine de nos actes et de nos sentiments : l'instinct de la conservation, certaines tendances intéressées individuelles, etc.

Nous devons donc nous montrer éclectiques et accepter, au point de vue médical, certaines des notions,non pas nouvelles,mais placées en lumière par Freud, et ensuite, par notre expérience personnelle, sans parti pris, chercher comment nous pouvons les adapter à l'étude pathogénique des psychoses et des psychonévroses, et couronner cette étude par des applications thérapeutiques prudentes, mais seulement dans certains cas soigneusement choisis. (*Paris médical*, 14 juin 1924.)

Sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte.

Les erreurs de diagnostic possibles se classent en trois catégories : vomissements provenant d'une maladie concomitante (maladies graves, tabès, tumeurs du cervelet) ; simulation ou exagération ; vomissements nerveux ou hystériques.

En présence de vomissements graves chez une femme enceinte, il est très difficile, d'après MM. le Pr BRINDEAU et P. LANTUÉJOUL, de savoir si ces vomissements ne sont pas dus à une maladie organique coexistant avec la grossesse ; il est impossible de reconnaître si ces vomissements ne sont pas pithiatiques.

Cependant, on peut affirmer que les vomissements incoercibles de la grossesse sont d'origine pithiatique ; ils s'accompagnent d'accidents secondaires graves, qui sont provoqués par l'inanition. Quand ils sont traités dès le début, ils ne doivent pas atteindre la période dangereuse pour la vie de la femme. Il n'existe qu'un *traitement logique* des vomissements incoercibles, c'est l'isolement absolu de la malade, isolement doublé de la psychothérapie.

Il est évident que les symptômes secondaires devront être traités : hydratation de la malade, alimentation par voie rectale, ou duodénale, semi-narcose par le chloral, la morphine, la pilocarpine , etc. Si l'accoucheur est appelé trop tard et si l'isolement ne suffit pas, on devra, en dernier ressort, pratiquer l'avortement, car on n'a pas le droit de priver les malades de cette dernière chance de guérison.

Quant à savoir pourquoi le pithiatisme est plus fréquent chez la femme enceinte, la chose est actuellement difficile. (*Paris médical*, 21 juin 1924.)

Quels sont les fibromes qu'il faut opérer ?

Et tout d'abord, dit le Pr SCHICKELÉ, rendons-nous compte des armes dont nous disposons et des chances qu'elles comportent.

La supériorité de l'*opération* est indiscutable ; elle permet d'enlever tout ce qui est malade , de voir clair et de conserver, autant que possible, ce qui est important chez une personne encore jeune ; elle permet aussi de reconnaître des affections déjà anciennes. Cependant, elle nécessite une anesthésie, un séjour au lit ; elle comporte aussi une mortalité, et le danger d'une thrombophlébite, suivie parfois d'une embolie mortelle.

La *rœntgenthérapie*, pratiquée en doses faibles (ni profonde, ni massive), même à doses répétées n'a , en somme, pas de mortalité. En choisissant bien les cas, l'échec ne doit pas dépasser 4 à 6 p. 100 des cas traités. Cependant, avec elle, si le gynécologue n'est pas consulté, le diagnostic reste incertain.

Quant à la *curiethérapie*, les conditions et les résultats ne sont pas encore bien établis ; il existe une certaine mortalité, et le danger d'infection est indiscutable. Seuls, en sont justiciables les petits fibromes, développés dans la paroi de l'utérus, soit solitaires, soit multiples, et dont l'ensemble ne dépasse pas le volume d'un utérus gravide à la fin du 4e mois, à condition que la cavité utérine (à vérifier par un curettage explorateur), soit bien accessible, et non séparée, par le développement particulier du fibrome, en cavités accessoires formant des culs-de-sac ou des cryptes.

L'auteur, tablant sur 329 observations en cinq années, désigne ainsi les fibromes à opérer :

1° Les tumeurs volumineuses comblant une grande partie de la cavité abdominale et gênant la malade dans ses occupations journalières ;

2° Les fibromes qui exercent une compression sur les organes voisins et déclanchent ainsi des symptômes précis ;

3° Les fibromes sphacélés, ou accompagnés de lésions inflammatoires au niveau des annexes, soit récentes, soit anciennes.

4° Le fibrome sous-séreux pédiculé, bien qu'il n'y ait pas nécessité absolue, en raison de la possibilité d'une torsion et d'une complication ultérieure.

5° Le fibrome accompagné d'hémorrhagies très fortes. Si l'on est parfois obligé de remettre l'opération pour permettre à la malade de se relever un peu de sa dernière hémorrhagie, il est bon d'opérer avant les prochaines époques.

6° Le fibrome, qui, à partir d'un certain temps, s'est développé rapidement.

7° Le fibrome calcifié.

8° Les malades, qui n'ont obtenu aucun résultat de la röntgen ou de la curiethérapie.

9° Il faut encore opérer, quand le diagnostic reste incertain.

Quand il y a fibrome et grossesse reconnue, mieux vaut, généralement, laisser évoluer la grossesse, à moins d'un fibrome sous-séreux.

Dans ces conditions, on opère environ 50 p. 100, plus exactement 54,7 p. 100 des malades atteintes de fibrome. On doit également tenir compte de l'âge ; la radiothérapie est absolument inefficace chez une jeune femme, entre 20 et 30 ans, qui est atteinte d'un fibrome gros comme les deux poings ; l'opération, tout en supprimant la possibilité d'une grossesse, peut laisser en place les ovaires, dont la fonction continuera un certain temps. Même observation pour la décade suivante. A partir de quarante ans seulement, elle commencera à entrer en concurrence avec l'opération. (*Paris médical*, 21 juin 1924).

Quelques applications intéressantes de la diathermie.

La diathermie consiste essentiellement à faire passer, dans les tissus, des courants de haute fréquence, avec un débit d'une intensité qui peut atteindre de 800 à 4000 milliampères et plus, y faisant apparaître, sans aucun dommage, une quantité d'énergie considérable qui se transforme presque entièrement en chaleur.

Elle agit en élevant la température locale, en provoquant une forte vaso-dilatation, avec afflux leucocytaire, qui active les échanges cellulaires. Elle agit aussi en élevant la température générale, en déterminant une vaso-dilatation périphérique, de la sudation, une augmentation des mouvements respiratoires.

On note en même temps une action analgésique marquée, et une action hypotensive qui peut être utilisée chez les hypertendus fonctionnels.

Cette méthode commence à jouir d'une faveur légitime, et voit ses indications s'étendre journellement (cholécystites douloureuses, spasmes intestinaux douloureux, etc.).

M. Bavelaer la recommande dans le traitement des arthrites chroniques douloureuses, d'origine traumatique ou rhumatismale, et des pleurites douloureuses consécutives souvent aux affections pulmonaires aiguës ou chroniques à retentissement pleural.

Il rapporte un certain nombre d'observations concluantes, et il se résume en ces quelques lignes : « Il apparaît bien que la diathermie est un agent thérapeutique précieux, en particulier dans les arthrites et les pleurites ; dans les deux cas, on obtient la disparition en général assez rapide de l'élément douleur : l'action analgésique est l'une des premières qui se manifeste, parfois dès la première séance, par conséquent avant que l'on puisse envisager un notable et réel changement des éléments pathologiques. L'action vraiment curatrice ne se manifeste qu'au bout de la 5e ou 6e séance en général, et il est apparu qu'il fallait en moyenne dix à quinze applications pour la consolider... » (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 5-12 octobre 1924.)

Le traitement rapide et propre du psoriasis.

M. H. Bonnin rappelle que, quelle que soit la forme de l'éruption, le traitement pourra se réduire souvent aux injections intra-musculaires d'huile soufrée, préconisées tout d'abord par Bory.

La formule adoptée par l'auteur est celle de Pautrier et Brisson :

Soufre octaédrique..........	5 gr.
Huile cholestérinée........	80 gr.
Eucalyptol	20 gr.

On pratique des injections intra-fessières de 2 à 3 cmc., à raison d'une tous les cinq jours ; 6 à 8 injections suffisent à faire disparaître les squames ; 10 à 15 blanchissent à peu près complètement le psoriasique.

Ces injections d'huile soufrée peuvent provoquer des réactions assez vives, dont il faut prévenir le malade : fièvre, soif, douleurs, insomnie.

M. Bonnin expose qu'il est possible d'associer utilement un traitement externe au traitement interne. Aux membres et au tronc, on emploiera avec précaution la pommade de Drew, en procédant par applications partielles, membre par membre, demi-tronc par demi-tronc, et en surveillant étroitement les réactions, de manière à cesser s'il survenait un érythème rouge diffus. On renoncera à cette pommade, en cas de psoriasis irritable.

Les grands bains quotidiens ou biquotidiens aident à la chute des squames.

Au visage et au cuir chevelu, on utilisera une vaseline soufrée salicylée à 3 %.

L'auteur cite encore, comme procédés thérapeutiques du psoriasis, la radiothérapie et l'émétine, en injection sous-cutanée. Mais il retient comme méthode propre, rapide et élégante, l'huile soufrée et la pâte de Drew, isolées ou combinées. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 octobre 1924.)

Tuberculose mammaire.

MM. Charbonnel et Lasserre ont en vue les formes de début ou celles qui n'en sont encore qu'à un stade assez précoce, dans lesquelles le diagnostic hésite entre tuberculose, cancer, et mastite.

« En pratique, disent-ils, le parti le plus sage dans les cas inextricables est de faire, en présence d'une tumeur non suppurée, une ablation locale assez large en tissu sain. L'examen macrosco-

pique seul de la pièce sera très insuffisant dans bien des cas d'aspect squirrheux ou adénomateux ; et même si on trouve à l'incision des foyers enkystés, de pus épais verdâtre, qui ressemblent d'ailleurs à ceux des mastites banales, la recherche dans ce pus du BK et l'inoculation au cobaye seraient alors à pratiquer pour identifier la tuberculose. L'examen histologique extemporané est très délicat et, trop rapide, peut ne voir qu'un côté de la pièce... souvent pas celui qu'il faudrait. C'est donc un examen histologique complet en plusieurs points, qui seul révèlera aussi bien les lésions simples que les lésions associées.

Dans certains cas, même sans suppuration, on peut aussi inoculer au cobaye les produits de raclage de la tumeur suspecte.

Ainsi, seules, quelques mastites chroniques banales pourront, même après examen histologique complet et faute d'éléments spécifiques visibles, rester sans étiquette.

C'est selon le résultat de cet examen et sans attendre plus de 48 heures qu'on interviendra largement dans le cas de cancer. Sinon, on restera dans l'expectative, et avec l'aide d'un traitement local et général, beaucoup de ces tuberculoses mammaires circonscrites, opérées localement, resteront guéries... »(*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 octobre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'épreuve d'hyperglycémie après ingestion de glycose.

(M. Marcel Labbé. — *Acad. de médec.* ; 21-10-1924.)

Le diabète, décelé autrefois par la glycosurie, est aujourd'hui principalement caractérisé par l'hyperglycémie. Il peut exister, en effet, une exagération de la glycémie sans passage du sucre dans l'urine, et, d'autre part, de la glycosurie sans hyperglycémie. Ce que l'on nomme le diabète rénal, par exemple, n'est autre chose qu'une sur-perméabilité des reins au glycose, sans glycémie anormale, sans symptôme de diabète, sans retentissement sur l'état général, sans diabète, en un mot.

La recherche de la glycémie est donc un des éléments majeurs du diagnostic du diabète dans les formes légères de celui-ci, et dans ses états de début principalement. La découverte des méthodes de dosages microchimiques du sucre sanguin, en permettant de recourir à des prises de quelques gouttes de sang seulement, a beaucoup facilité l'étude de la question. S'il suffit de deux gouttes de sang pour apprécier le degré de la glycémie, on voit combien il devient facile de demander aux malades de se soumettre à cette épreuve, même répétée.

Une technique ancienne pour déceler un diabète en puissance est celle de Colrat, qui consiste à rechercher le sucre urinaire après ingestion d'une certaine quantité de glycose. Plus précise est l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée par ingestion de glycose, dont parle M. Marcel Labbé. Elle consiste à doser le sucre sanguin à jeun, à faire absorber 50 grammes de glycose pur, et à mesurer de demi-heure en demi-heure, pendant trois à cinq heures consécutives, le taux de la glycémie. La récolte du sang n'offre pas de grosses difficultés, puisque deux gouttes seulement sont nécessaires chaque fois. Notant sur un schéma les chiffres atteints par la glycémie, toutes les demi-heures, on obtient une courbe qui se traduit par une sorte de triangle de dimensions variables, dont l'auteur calcul la superficie en centim. carrés.

Cliniquement, l'épreuve d'hyperglycémie après ingestion de glycose peut donner lieu à trois classes de réactions : une réaction normale, où l'hyperglycémie causée par la prise de glycose est légère (triangle de 0 cent. carré 20 à 0 cm. 40), une réaction très forte (2cm. à 7 cent.), et une réaction seulement exagérée (0.60 à 0.50). La première s'obtient chez les sujets sains, la troisième chez les diabétiques véritables ; la seconde indique un trouble de glyco-régulation qui se produit dans des états pathologiques divers, et appartient à une sorte de pré-diabète ou mieux de para-diabète, voisins du diabète vrai d'ailleurs.

— M. Gilbert a soumis à l'épreuve de l'ingestion de glycose un groupe d'arthritiques et il a trouvé chez eux une hyperglycémie intermédiaire entre celle des sujets normaux et celle des petits diabétiques. Ce sont ces malades qu'il a qualifiés, avec M. Baudouin, de prédiabétiques.

La lutte contre le cancer du col utérin.

(M. J.-L. Faure.— *Acad. de médecine* ; 21-10-1924.)

M. Faure rappelle la statistique qu'il a publiée au mois de mai dernier, à la Société de chirurgie, concernant des opérations d'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus, n'enregistrant que 2 morts opératoires sur 75 interventions. Les résultats ont été des guérisons durables dans la proportion de plus de 50 %. Pour les cancers opérables, l'auteur estime que la décision à prendre est simple : il faut opérer. L'hystérectomie dans les bons cas — les cas où l'utérus est mobile, avec ou sans volumineux col végétant — donne une guérison définitive presque habituelle (80 %).

La fragilité rénale et le choc provoqué.

(M. Legueu. — *Académie de médecine* ; 21-10-1924.)

L'azotémie et la constante d'Ambard fournissent des renseignements importants sur la valeur des reins, mais elles ne suffisent pas pour prévoir le pronostic rénal d'une opération. Pour se rendre compte — dans une certaine mesure — de l'ébranlement rénal que pourra provoquer l'opération, M. Legueu propose de soumettre le malade à un choc modéré, qu'il réalise par l'injection veineuse de sérum hyperglycosé. L'injection provoque-t-elle une élévation notable de l'azotémie et de la constante (fragilité rénale), l'auteur diffère l'opération.

Accidents cutanés de l'insuline.

(MM. Lereboullet, Lelong et Frossard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-7-1924.)

La possibilité d'accidents cutanés au cours du traitement par l'insuline a déjà été signalée. En Amérique, Elliott, Joslin, Gray et Rost ont cité des cas d'urticaire avec prurit, Murray et Corwin, d'urticaire avec œdème. Ils ont comparé ces troubles à la maladie sérique et les ont attribués aux impuretés protéiniques de la préparation. En France, des réactions cutanées analogues ont été vues par Léon Blum, Rathery, Bith, etc.

Les accidents en question ont un caractère exceptionnel. Ils peuvent acquérir une réelle gravité, parfois. Lereboullet, chez une fillette de cinq ans traitée par l'insuline, a assisté à l'apparition de phénomènes cutanés impressionnants qu'il croit pouvoir désigner sous le nom d'érythrodermie œdémateuse insulinienne. Ils ont consisté en altérations locales (rougeur avec empâtement érysipéloïde au point de l'injection) et en accidents généralisés (urticaire, érythèmes, érythrodermie diffuse avec œdème cutané, fièvre élevée, mauvais état général), tableau rappelant les formes sérieuses de la maladie sérique, ou encore l'érythrodermie arsénobenzolique.

Il est utile de connaître, malgré sa rareté, cette intolérance cutanée à l'insuline. Le terrain sur lequel évoluent ces accidents doit sans doute jouer un rôle dans leur genèse. La petite malade avait été sensibilisée déjà par deux injections antérieures préventives de sérum.

Sensibilisation au pain.

(MM. Pasteur Vallery-Radot et Barrieu ; *Soc. méd. des hôp.* ; 10-10-1924.)

La sensibilisation à la farine de blé peut être, d'après les auteurs américains, à l'origine d'un certain nombre d'asthmes et d'eczémas. En France, quelques cas — peu nombreux — de ce genre ont été publiés. M. Turretini a vu une maladie de Quincke se produire par sensibilisation au pain et M. Grenet, un eczéma par anaphylaxie à la farine.

M. Pasteur Vallery-Radot relate aujourd'hui l'observation d'un enfant de onze ans qui, depuis l'âge de dix-huit mois, a présenté des accidents ortiés à la suite de l'ingestion du pain. Dans l'histoire de cette anaphylaxie, il y eut trois phases : une première, ayant duré plus de neuf années, où l'enfant fut sensibilisé uniquement à la farine de blé ; une seconde, où il fut sensibilisé à des protéines multiples (seigle, pommes de terre, œuf) ; une troisième, où il se désensibilisa spontanément. C'est par l'élimination successive des divers aliments que put être reconnue la sensibilisation à la farine, mais c'est par l'étude des cuti-réactions que furent décelées dans la suite les autres sensibilisations : ceci est tout à fait exceptionnel, car, d'une façon générale, les cuti-réactions ne donnent que rarement des résultats positifs dans les cas d'urticaire.

Détail intéressant. Alors que le pain ordinaire, la farine de blé pure, provoquait des accidents cutanés, le pain complet (farine et son) était bien toléré. M. Pasteur Vallery-Radot se demande si le cortex du blé n'agissait pas là à titre de vitamine et comme substance neutralisant les propriétés anaphylactiques de la farine.

— M. Lesné critique l'usage alimentaire excessif du pain. L'abus de cette substance, dit-il, est nocif. En supprimant du régime uniquement le pain, on guérit bien des dyspeptiques et on fait parfois disparaître rapidement des couperoses, acnés, eczémas séborrhéiques et urticaires.

Chez les enfants, le strophulus, le prurigo et l'urticaire relèveraient souvent aussi de cet aliment. Donnée au nourrisson dans le cours de la première année, la banale croûte de pain n'a pas l'innocuité qu'on lui suppose. L'usage prématuré du pain chez l'enfant peut provoquer des troubles dyspeptiques.

Pour l'auteur, le pain pourrait être bien des fois remplacé avantageusement par d'autres produits énergétiques plus complets et plus digestibles.

Urticaire géante par ingestion de pain.

(MM. Pagniez et Coste. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-10-1924.)

MM. Pagniez et Coste ont observé également un exemple d'urticaire par ingestion de pain. Les accidents se montraient d'autant plus intenses que la quantité de pain absorbée était plus grande. D'ailleurs, ils n'apparaissaient pas après les premiers repas, mais à la suite de plusieurs repas au pain. La méthode des cuti-réactions ne donna pas de résultat, comme il est d'habitude dans les cas d'urticaire ; ceci rend plus difficile la recherche de l'aliment à incriminer.

M. Pagniez a noté de son côté l'innocuité du pain complet, alors que le pain blanc, sans son, déclanchait l'urticaire. Bien mieux, l'ingestion de pain complet, d'abord seul, puis ingéré en même temps que le pain ordinaire, a désensibilisé la malade.

Le rôle des matières grasses du lait dans la digestion de la caséine.

(M. Dorlencourt et Mlle Spanien. — *Soc. de Pédiatrie* ; 17-6-1924.)

L'abondance des matières grasses du lait est souvent à l'origine de troubles dyspeptiques de la première enfance. On explique habituellement cette action nocive de la graisse en admettant que celle-ci constitue un élément de digestion difficile, s'il est en excès. Cette façon d'interpréter la dyspepsie en question a été combattue. L'analyse coprologique, en effet, a montré qu'en pareil cas la graisse neutre est d'ordinaire bien digérée, alors qu'au contraire la caséine subit imparfaitement l'action des sucs digestifs. On a admis alors que les graisses en surabondance enrobaient en quelque sorte les coagulums de caséine et les protégeaient contre une dissolution digestive.

M. Dorlencourt s'est proposé de vérifier cette hypothèse. S'appuyant sur une série d'analyses, il pense que le trouble apporté à la digestion de la caséine par l'excès des aliments gras ne relève point d'un simple rôle de présence. Le mécanisme de cette action d'inhibition apparaît comme plus complexe et de nouvelles recherches sont nécessaires pour le fixer.

Néphrite d'origine rhino-pharyngée.

(MM. Léon Kindberg et A. Bloch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-10-1924.)

La fréquence des manifestations rénales au cours des angines est bien connue. Mais il y a plus. Outre ces syndromes aigus, on a signalé, depuis quelques années, les liens étroits qui unissent les infections chroniques du rhino-pharynx à certains accidents d'ordre rénal, albuminurie, hématuries, etc. L'intervention du spécialiste, comme l'a démontré M. Castaigne, peut alors débarrasser le malade de ses troubles néphritiques.

MM. Kindberg et Bloch ont soigné un jeune homme atteint d'albuminurie avec hypertension, qui disparurent à la suite de l'ablation des amygdales et de la désinfection du cavum. Il est donc intéressant, chez les sujets jeunes en particulier, de penser à cette étiologie spéciale des états néphrétiques, ou aigus, ou chroniques.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*)

Deuxième question.

Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins.

Rapport de M. G. Labey (de Paris).

Indications opératoires en dehors de la grossesse.

Les indications opératoires qui se posent en présence de fibromes doivent être distinguées selon qu'il s'agit de fibromes simples ou bien de fibromes présentant une complication d'ordre biologique ou d'ordre mécanique.

Fibromes simples. — L'opération, qu'elle ait lieu par la voie abdominale ou par la voie vaginale, peut être conservatrice, c'est-à-dire, se borner à l'exérèse de la tumeur, ou mutilante, c'est-à-dire comporter l'ablation de l'utérus. Chacune de ces voies, chacune de ces méthodes, en dehors même des tendances personnelles du chirurgien, a ses indications particulières.

I. **Chirurgie conservatrice.** — La méthode conservatrice a des avantages certains tant pour l'individu que pour l'espèce.

Les accidents de la ménopause artificielle, troubles trophiques, nerveux et circulatoires sont, en effet, plus fréquents et plus accentués, surtout chez les femmes jeunes, que ceux de la ménopause normale. Ils sont, d'ailleurs, variables suivant l'âge des femmes, suivant leur état organique et leur état nerveux antérieur. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'insister sur l'intérêt qu'il y a à laisser aux femmes opérées la possibilité d'être fécondées.

Mais l'opération conservatrice n'offre-t-elle pas, en regard de ses avantages, des inconvénients et des dangers, une gravité plus grande que celle de l'opération mutilante, la possibilité de la récidive nécessitant une nouvelle opération ? C'est ce qu'il convient d'examiner.

A. Chirurgie conservatrice abdominale. — La *gravité* de cette méthode ne peut être appréciée qu'en se rapportant à des statistiques récentes. Celle de Goullioud, en 1922, donne 4 morts sur 104 cas, soit une mortalité de 3,85 p. 100. Dans celle de W. Mayo, en 1922 également, la mortalité est de 0,5 p. 100. Enfin, Giles (de Londres) a publié, en 1923, une statistique de 1.004 hystérectomies abdominales avec une mortalité de 1,69 p. 100 et de 173 myomectomies abdominales avec une mortalité de 1,7 p. 100.

La gravité de la myomectomie serait donc à peu près égale ou même inférieure à celle de l'hystérectomie. Malheureusement, ces chiffres n'ont qu'une valeur restreinte, car l'extirpation des fibromes pédiculés et les énucléations intra-utérines confondues

dans les statistiques comportent des difficultés et des risques très différents.

On a reproché à la myomectomie le risque d'hémorragie qu'elle ferait courir à la malade. Mais, c'est une objection plus théorique que réelle. Plus sérieuses sont les complications infectieuses dues à l'ouverture de la cavité utérine. C'est pour les prévenir que Tuffier, ayant préalablement dilaté l'utérus, draine par le col quand une brèche a été faite à la muqueuse.

La possibilité de *récidives* est la plus grosse critique formulée contre la méthode conservatrice. Cependant, ces récidives paraissent assez rares : 4 sur 123 myomectomies (Martin), 4 sur 540 (Zwibel), 4 sur 104 (Goullioud). Et, d'ailleurs, la crainte d'une récidive dont l'intéressée est avertie n'est pas de nature à faire repousser l'opération chez une femme qui désire des enfants.

On constate, en effet, que le nombre des grossesses survenues après myomectomie, sans être très élevé, n'est nullement négligeable. Voici des chiffres : 2 grossesses sur 122 opérées (Martin), 18 sur 540 (Zwibel), 15 sur 104 (Goullioud), 43 sur 504 (W. Mayo). Encore faut-il remarquer que parmi les femmes opérées de ces statistiques, il y avait bon nombre de célibataires et de femmes ayant dépassé quarante ans. Les grossesses multiples ne sont pas exceptionnelles. Des femmes qui étaient stériles avant l'opération ont cessé de l'être après.

D'autre part, contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, la grossesse après myomectomie se passe généralement d'une façon tout à fait normale.

S'il est incontestable que l'opération conservatrice est légitime, les cas dans lesquels elle est justifiée et même commandée doivent être précisés avec soin.

D'abord, en principe, la myomectomie et l'énucléation n'offrent d'intérêt et ne seront pratiquées que sur des femmes jeunes, au-dessous de quarante ans.

Ensuite, les *conditions anatomiques* dans lesquelles se trouve la tumeur jouent un rôle important.

Les *fibromes pédiculés* représentent une des indications les plus formelles de la myomectomie. Mais il ne faut pas que la tumeur présente des signes de dégénérescence.

Le *volume* du fibrome, même s'il s'agit d'une énucléation, ne semble guère devoir entrer en ligne de compte. Des fibromes de plusieurs kilogrammes ont pu être enlevés sans hystérectomie avec succès.

Le *nombre* des tumeurs est un facteur plus discutable et la multiplicité des noyaux doit faire renoncer à conserver un utérus qui n'est plus alors qu'une « loque » sans utilité.

La *situation* des fibromes commande certaines réserves. Ainsi, quand on enlève une tumeur de la corne utérine, la fermeture de la cavité peut amener l'oblitération de la lumière salpingienne, et l'ablation des fibromes bas situés, intraligamentaire, est quelquefois très difficile et plus dangereuse que l'hystérectomie.

Enfin, les *lésions concomitantes* de l'utérus, cancer du col ou du corps, métrite chronique invétérée ou lésion des annexes constituent évidemment une contre-indication formelle de l'opération conservatrice. A peine, doit-on faire une exception pour certains cas de lésions annexielles chez des femmes jeunes où il est possible de conserver un ovaire et l'utérus. C'est dans de telles circonstances que peut aussi être indiquée l'hystérectomie fundique.

B. CHIRURGIE CONSERVATRICE PAR VOIE VAGINALE. — L'ablation des fibromes par voie vaginale a des indications nettes. Tel est le cas des polypes ou fibromes pédiculisés, à évolution cavitaire.

Si le polype s'insère sur le col, l'opération est des plus simples. S'il est implanté sur le corps, la dilatation et souvent la section des commissures sont nécessaires.

Les tumeurs volumineuses emplissant le vagin doivent parfois être morcelées.

Quant aux fibromes sessiles ou interstitiels, lorsqu'ils siègent sur le col, ils peuvent encore être assez facilement énucléés par le vagin, mais lorsqu'ils sont plus haut situés, leur ablation par cette voie devient discutable. La colpotomie antérieure, latérale ou postérieure, cette dernière surtout, permet à la rigueur d'énucléer de petits fibromes de la portion sus-vaginale du col, mais non des tumeurs volumineuses et l'ablation vaginale des fibromes interstitiels du corps utérin est aujourd'hui presque totalement délaissée.

II. **Hystérectomie.** — Pour éviter des répétitions, on peut dire que les indications de l'hystérectomie se confondent avec les contre-indications de la myomectomie. Les deux voies abdominale et vaginale se retrouvent ici, la seconde n'ayant d'ailleurs plus guère de partisans, sauf dans de rares exceptions.

A. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — La technique en est aujourd'hui parfaitement réglée. Mais on discute encore sur les mérites comparés de la totale et de la subtotale et, aussi, sur l'utilité de conserver un ovaire.

Hystérectomie totale ou subtotale ? — La question ne se pose évidemment pas dans certains cas. Par exemple, l'hystérectomie totale est seule applicable aux cas de fibromes présentant une dégénérescence maligne ou associés à un cancer du col ou du corps utérin. De même, est-il sûrement préférable de faire la subtotale chez les vierges dont le col est sain et chez les femmes grasses à bassin profond. Mais les annexites, les métrites, les déchirures obstétricales du col compliquant le fibrome, laissent les chirurgiens divisés touchant l'étendue à donner à l'exérèse. Et, au sujet des fibromes simples, la divergence des opinions persiste encore, les partisans de l'hystérectomie totale faisant surtout valoir le risque d'une cancérisation du moignon cervical, ceux de l'hystérectomie subtotale la gravité bien moindre de cette dernière opération. L'accord n'est donc pas encore fait sur ce point de doctrine, mais le rapporteur estime que l'hystérecto-

mie totale gagne actuellement du terrain. Sans doute, il ne faut pas exagérer le péril du cancer secondaire du col. Les statistiques importantes de Routier, de Schwartz, de J.-L. Faure, sont vierges à ce sujet. Cependant, il faut tenir compte de cette éventualité possible comme le montrent certaines observations. En outre, l'hystérectomie totale ne semble guère plus dangereuse que la subtotale si l'on emploie une bonne technique, comme celle de Walther, ou la subtotale, qui consiste à enlever le corps et le col de l'utérus successivement et à laquelle recourt habituellement e rapporteur. Dans ces techniques, la désinsertion du vagin se fait au plus près du col, qui est « dépiauté » par les ciseaux courbes, refoulant la couche vasculaire péricervicale. Aussi l'hémorragie est presque nulle et la blessure de l'uretère à peu près impossible. D'ailleurs Walther n'a eu que 2,6 p. 100 de mortalité sur 496 cas et Baumgartner 2,8 p. 100 sur 138 cas d'hystérectomie totale.

Conservation d'un ovaire. — L'ovaire sans utérus et sans flux menstruel ne paraît pas présenter pour les malades un avantage. Polack, Graves, dépouillant leur statistique, concluent que la conservation de l'ovaire n'offre aucun intérêt physiologique et peut être dangereuse. Doléris, Legueu partagent cette opinion. Cependant certains chirurgiens préfèrent conserver un ovaire sain chez une femme jeune.

B. Hystérectomie vaginale.— Les indications se font, de plus en plus restreintes. Les fibromes très hémorragiques chez des femmes présentant des tares viscérales ne sont même plus de son ressort, depuis que sont employées la radio et la curiethérapie. Mais l'hystérectomie vaginale reste une bonne et utile opération dans le traitement de certains fibromes compliqués.

Fibromes compliqués.— Il n'est question ici que des complications locales provenant du fibrome lui-même.

Fibromes dégénérés.— Seules prêtent à des considérations spéciales les dégénérescences dans lesquelles l'infection joue un rôle et il semble logique de réunir, au point de vue des indications opératoires, les fibromes sphacélés et les fibromes suppurés.

1° Polypes sphacélés. — S'il y a un pédicule, on peut souvent se borner à l'ablation du polype en ayant soin de laver et de drainer l'utérus. En cas de tumeur sessile, la paroi est souvent plus ou moins sphacélée, il faut enlever l'utérus. La tumeur est-elle petite ? L'opération se fera par le vagin. Est-elle volumineuse ? Le mieux sera de l'enlever en totalité ou en partie par le vagin ; puis, ayant tamponné l'utérus, de pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec tamponnement à la Mikulicz.

2° Fibromes sous-péritonéaux pédiculés sphacélés et infectés. — On doit en ce cas toujours intervenir par l'abdomen et faire varier l'acte opératoire selon le cas. L'extirpation de la tumeur peut être simple, mais il arrive que tout se borne à l'ouverture d'un fibrome plein de pus, adhérent à la paroi.

3° Fibromes non pédiculés sphacélés ou suppurés. — Il est rare que le foyer soit fermé, c'est-à-dire sans communication avec la cavité utérine. Dans ce cas, l'hystérectomie peut être abdominale ou vaginale selon le volume de la masse. Quand le foyer communique avec l'utérus, l'intervention est grave et la voie vaginale souvent assez peu commode pour que certains chirurgiens aient dû terminer par l'abdomen une opération entreprise par le vagin. C'est donc une hystérectomie abdominale et toujours totale qui est indiquée ici, suivie d'un tamponnement à la Mikulicz.

Complications d'ordre mécanique : torsion. — La torsion porte, tantôt sur un fibrome sous-séreux pédiculé, tantôt sur la partie moyenne d'un utérus étiré par la masse fibromateuse. Les altérations anatomiques varient considérablement suivant le degré de la torsion, sa rapidité, les adhérences de la tumeur avec les organes voisins. De même, on observe des formes cliniques différentes : torsion aiguë, torsion à poussées successives, torsion lente, qui simulent les syndromes abdominaux les plus variés et dont le diagnostic n'est souvent pas fait avant l'intervention. Le pronostic dépend de la forme clinique. L'intervention s'impose dès que la torsion est soupçonnée. S'il s'agit d'un fibrome tordu au niveau de son pédicule, l'ablation du fibrome suffit, à moins qu'il n'y ait au niveau de l'utérus d'autres tumeurs nécessitant l'hystérectomie. La torsion axiale de l'utérus peut quelquefois être traitée par la réduction de la torsion avec myomectomie. Mais, le plus souvent cette opération conservatrice sera difficile ou impossible et l'hystérectomie s'imposera.

Indications opératoires au cours de la grossesse.

Il est rare que pendant la grossesse, les fibromes produisent des complications ; il est même de notion classique que le fibrome peut se modifier pendant la gestation de manière à régresser et même à disparaître. D'autre part, les conditions de la thérapeutique se trouvent changées par ce fait qu'il y a deux existences en jeu et qui doivent être ménagées l'une et l'autre.

Mais l'intervention chirurgicale, si elle est rarement indiquée, peut néanmoins être rendue nécessaire par les motifs suivants :

1° Craintes de dystocie : fibrome prævia ;
2° Troubles d'ordre mécanique : compression ;
3° Dégénérescence : le plus souvent nécrobiose.

1° Craintes de dystocie. — Il est difficile de prévoir avant la fin de la grossesse qu'un fibrome pelvien sera sûrement dystocique. Cependant certains signes permettent dans une certaine mesure cette prévision. Moins la tumeur est grosse, plus elle est molle et plus l'ascension vers l'abdomen a de chances

de se faire. Les fibromes de la partie antérieure ou latérale du segment inférieur ont beaucoup plus de chances de s'élever. Ceux qui siègent dans le Douglas ne sont pas compatibles en général avec un accouchement spontané.

Quant au moment de l'intervention, si elle est ainsi indiquée, il est déterminé de façon différente selon les chirurgiens. Bégouin chez une primipare attend le travail et chez une multipare intervient d'emblée. Pour d'autres auteurs, l'acte opératoire est toujours préférable à l'expectative, aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

2° **Troubles d'origine mécanique.** — La compression s'observe surtout dans les fibromes du segment inférieur. Le rectum, l'urètre, les uretères, peuvent être gênés dans leur fonctionnement, d'où s'ensuivent des troubles graves comme l'occlusion intestinale, la rétention d'urine, l'uronéphrose et même l'anurie. La compression vasculaire et nerveuse se traduit par des douleurs, des varices, des phlébites. L'intensité de ces troubles mécaniques commande l'intervention.

3° **Dégénérescence.** — La nécrose aseptique ou nécrobiose considérée comme rare parce que rarement reconnue est, d'après Brindeau et Leroux, une des principales complications des fibromes gravidiques. La nécrobiose, qui ne s'infecte pas en général pendant la durée de la grossesse, est au contraire très souvent envahie par des germes aérobies ou anaérobies pendant les suites de couches. Les signes d'intensité très variable par lesquels se manifeste cette complication se présentent sous la forme de crises douloureuses rappelant les crises péritonéales. En même temps, symptôme important signalé par Bégouin, la tumeur devient sensible à la pression. L'intervention chirurgicale est alors formellement indiquée et quelquefois d'extrême urgence.

4° **Autres indications.** — L'*hémorragie*, si elle est causée par un fibrome du col, est une indication opératoire ; si elle est due à un fibrome interstitiel, elle commande, au contraire, l'abstention, à moins que la vie de la femme ne soit en danger.

Les *menaces d'avortement*, quand elles paraissent avoir pour origine une tumeur gênant le développpement normal de l'utérus, conduisent à l'intervention, du moins si la tumeur est facilement accessible.

La myomectomie est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible et ce sont les cas les plus fréquents. Son pronostic s'est beaucoup amélioré. Sur 116 cas réunis par Cotte et Creyssel d'une part, par Labey, d'autre part (114 myomectomies abdominales et 2 myomectomies vaginales), il n'y a eu que 2 morts maternelles et 18 avortements post-opératoires.

C'est donc uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie.

Lorsque le fœtus est arrivé à la période de viabilité, l'opération, quelle qu'elle soit, doit être précédée de la césarienne.

(*A suivre.*)

Les Livres

L'Expansion scientifique française,
22, rue du Cherche-Midi, Paris.

Dr L. Abramovitsch (du Havre). — **La dualité du corps humain.** (Un vol. in-8 coq. de 80 pages. Paris 1924. Prix : 6 francs.)

Il ne s'agit dans ce curieux ouvrage que d'une hypothèse, mais d'une hypothèse ingénieuse et extrêmement séduisante. La fécondation provoque la juxtaposition, et non la fusion, des deux germes ; d'où résulte une véritable dualité du corps humain, avec indépendance de chaque hémicorps et de la solidarité fonctionnelle.

Tour à tour, l'auteur invoque à l'appui de son hypothèse la physiologie, la biologie, la clinique. A la racine de tous les modes de nutrition, et de toutes les déviations morbides, il place une forme d'énergie qu'il appelle *gaz-vital*, et l'on goûtera particulièrement les aperçus au moyen desquels il s'est efforcé de justifier cette interprétation.

A signaler une excellente préface du Dr Ch. Fiessinger, qui attire l'attention des médecins curieux des grands problèmes de la vie sur cet ouvrage très documenté et écrit de façon fort originale.

Bureaux du « *Strasbourg-médical* »,
1, place de l'Université, Strasbourg.

Paul Blum. — **Les sources médicinales de l'Alsace.** (Une brochure, nombreuses illustrations, 1924. Prix : 8 fr. plus 10 % pour le port.)

Ce livre vient combler une lacune des traités actuels d'hydrologie ; il a pour but de rappeler au monde médical l'histoire et les indications thérapeutiques des sources médicinales de l'Alsace. Doté d'une préface du Dr Munsch, de Niderbronn, il contient tous les éléments d'histoire, de géologie, de chimie et de clinique thérapeutique qui permettent de fixer à chaque source la place qu'elle doit occuper dans l'ensemble des stations françaises. En outre, l'auteur a pris soin d'ajouter, les constantes physico-chimiques particulières à chaque source.

Les stations sont groupées suivant leur action physiologique, de telle façon que le lecteur puisse lui-même poser leurs indications thérapeutiques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES DISPENSAIRES ANTISYPHITIQUES

I

A PROPOS DES ARTICLES SUR « LE DISPENSAIRE ANTISYPHILITIQUE »

Réponse du Dr Marcel PINARD.

Je ne puis laisser sans réponse les deux articles du Dr Chatinière à propos des Dispensaires antisyphilitiques.

Tout d'abord, j'aurais mauvaise grâce à ne pas remercier mon excellent confrère de m'avoir procuré un avancement aussi rapide dans la hiérarchie ecclésiastique puisqu'il m'a si aimablement canonisé.

Il est vrai qu'il m'a bien montré que les Saints étaient comme les autres, pas toujours très bien inspirés.

Pourtant il est quelques points d'importance pour lesquels je ne suis pas repentant.

Il ne s'agit pas de savoir si « pour le praticien vulgaire les doses vénielles sembleront toujours préférables aux prescriptions massives », mais bien d'employer les méthodes efficaces, taxis ou cure radicale de la hernie ?

Tout médecin reste libre de traiter ses malades comme il le croit utile, aussi la notice sur les méthodes thérapeutiques à appliquer pour soigner les syphilitiques n'est-elle qu'une directive générale résumant l'opinion des syphiligraphes, qui ont participé à sa rédaction après mûre discussion. Comme le dit excellemment M. Leredde, « les syphiligraphes qui l'ont discutée ont oublié ce qui les séparait pour se rappeler ce qui devait les unir : tous ont fait quelques sacrifices pour arriver à élaborer un texte commun, une doctrine commune et la proposer aux médecins. »

Les doses vénielles ont paru dangereuses et inefficaces au point de vue de la stérilisation et la commission avait le devoir de le dire.

Un deuxième point a choqué mon excellent confrère : c'est qu'une syphilis non guérie tertiaire ou héréditaire pouvait être contagieuse.

Je sais bien que seul le chancre était considéré comme contagieux avant 1858, les accidents secondaires le sont devenus, puis les accidents tertiaires à leur tour, l'histo-bactériologie et les inoculations aux singes le démontrent.

Même conclusion pour les syphilitiques héréditaires dont les produits de conception peuvent être tués par le tréponème ou peuvent naître avec des accidents contenant l'agent pathogène.

Tant que la syphilis n'était pas considérée comme une maladie microbienne, on pouvait « conserver une distinction entre le contage direct ou indirect » ; on ne le peut plus aujourd'hui qu'on connaît le tréponème. Les saillies des bosses frontales, qui constituent une des dystrophies les plus communes,sont le reliquat d'une ostéite à tréponèmes, ainsi que M. Milian l'a démontré.

Une autre de mes « inconséquences » serait d'interdire le mariage aux humains à séroréaction positive.

La nuance est capitale : je ne veux pas, dans un semblable cas, donner mon autorisation de médecin, car je ne me sentirai jamais autorisé à donner à quelqu'un la permission médicale de contaminer un de ses semblables.

Je peux ne pas autoriser, je n'aurais aucun pouvoir d'interdire.

La cure de la syphilis est possible en ville par le praticien, je dirai même que c'est la solution idéale, mais à une condition : c'est que, de même que le praticien qui voudra opérer une hernie devra apprendre, de même le praticien qui voudra traiter une syphilis devra apprendre.

Vous n'acceptez pas l'emploi de l'ultra-microscope : il faudra pourtant que le praticien qui veut établir un diagnostic précoce ou bien se serve lui-même de l'ultra ou qu'il envoie son malade au laboratoire et c'est ici que le dispensaire peut intervenir.

Le dispensaire devrait soigner les indigents et toutes les personnes qui viendraient avec un mot de leur médecin traitant ; celui-ci conserverait la direction du traitement et utiliserait le dispensaire, comme laboratoire, médecin consultant, ou agent de traitement pour ceux qui ne pourraient faire les frais de telle recherche ou de telle thérapeutique.

Il doit y avoir union absolue entre le dispensaire et le praticien et ainsi les intérêts de tous seront sauvegardés, ainsi que ceux du malade et de la santé publique.

II

L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS ET LES DISPENSAIRES ANTISYPHILITIQUES

Par le Dr LEREDDE.

Les articles publiés par le Dr CHATINIERE le 26 octobre et le 2 novembre dans le *Concours médical* ont appelé l'attention des lecteurs de ce journal sur les dispensaires antisyphilitiques. Ceux-ci se multiplient tous les jours et les médecins doivent s'attendre, d'ici peu, à en rencontrer dans toutes les villes de France.

Il serait temps que nos confrères et d'abord les « militants », les « états-majors » de nos syndicats s'occupent de la question et prennent la peine, enfin, de savoir et de dire ce qu'ils veulent. Une commission des maladies vénériennes, qui n'a pas fait mystère de son existence, travaille depuis 1920 au Ministère de l'hygiène. Dans l'intérêt de l'œuvre qu'ils poursuivent, — dont le but est la disparition de la syphilis, *fléau social plus grave que la tuberculose elle-même,* — les syphiligraphes souhaitent la collaboration des médecins. Mais ceux-ci n'ont pas indiqué encore comment ils comprennent cette collaboration. Le *Médecin syndicaliste* lui-même a remarqué l'inertie des groupements professionnels. Comment l'Union pourrait-elle présenter aux pouvoirs publics un projet d'organisation, si les syndicats ne lui disent pas quels sont leurs désirs et leurs exigences ?

***

D'après le Dr Chatinière, le rôle idéal du dispensaire est de faciliter la cure par le praticien d'être un centre d'éducation et de travail en commun : aucune direction thérapeutique ne vaut, chez le syphilitique, celle du médecin de famille.

Je suis du même avis que notre confrère, *sous la réserve que le médecin de famille ait bien compris le sens de la révolution syphiligraphique actuelle et n'en soit pas resté à ce qu'il a appris au cours de ses études.*

Ce que dit le Dr Chatinière, je l'ai à peu près dit dès 1916 dans mon livre sur le domaine de la syphilis.

A. DES LABORATOIRES.

Pour « faciliter les cures », *la création et l'organisation de laboratoires est plus nécessaire et plus urgente que la création même de dispensaires.*

M. Chatinière a critiqué avec esprit le rapport du Dr Marcel Pinard, qui s'est fait le porte-paroles des membres de la commission des maladies vénériennes, lesquels ont essayé de « standardiser » le traitement de la syphilis. Ce rapport, auquel j'ai collaboré, je l'approuve dans son esprit, sinon dans tous ses détails. M. Chatinière reconnaît cependant que le diagnostic, à la période primaire, exige la recherche du spirochète à l'ultra-microscope et sans doute que le diagnostic de la syphilis, à toutes ses périodes, sous toutes ses formes, exige des recherches sérologiques, *étant bien entendu qu'une séro-réaction positive* — BIEN FAITE — *démontre l'existence de la syphilis et qu'une réaction négative ne permet* JAMAIS *de l'exclure.*

Mais l'importance des recherches de laboratoire n'est pas moindre au point de vue : contrôle des résultats du traitement.

Le Dr Chatinière ne semble pas avoir vu que l'effort des syphiligraphes est aujourd'hui d'apporter une *précision* de plus en plus grande dans le traitement de la syphilis (= traitement de l'infection syphilitique) ET QUE SEULES LES MÉTHODES DE LABORATOIRE PERMETTENT DE JUGER DE L'ÉTAT DE CELLE-CI. La précision que les syphiligraphes réclament dans le diagnostic, ils la réclament aussi dans le traitement.

Je sais bien que certains proposent encore (ce qu'avait fait Fournier à une époque où les moyens actuels étaient inconnus), des formules toutes faites, applicables à tous les malades, qui dispensent le médecin de tout effort pour adapter le traitement au cas particulier. Mais la plupart des syphiligraphes remarquent que la formule de l'un n'est jamais celle de l'autre et repoussent, semble-t-il, toute formule MÉCANIQUE.

Tous sont aujourd'hui d'accord sur la règle suivante : poursuivre, chez tout syphilitique récent, le traitement jusqu'à ce que la séro-réaction soit devenue *négative.*

Parce que, dans ces conditions, les récidives secondaires sont assez rares, c'est-à-dire que le malade ne redevient pas contagieux. Tous les syphiligraphes savent aujourd'hui et déclarent que la syphilis peut disparaître par l'action du traitement sur les porteurs de germe.

Malheureusement ces notions ne sont pas encore connues de tous les médecins; *et ceux qui les connaissent ne peuvent pas suivre la règle, là où il n'existe pas de laboratoire.*

D'où la pagaie syphiligraphique, que j'ai signalée il y a quelque temps ET LA PERSISTANCE DE L'ENDÉMIE SYPHILITIQUE (1).

(1) LEREDDE et LOISELET. — La pagaie syphiligraphique, *Annales des maladies vénériennes*, 1922.

La doctrine que je défends personnellement et que j'applique *sans résistances, sans difficultés*, chez tous mes malades, est beaucoup plus rigoureuse. Lorsqu'on cesse le traitement dès que la séro-réaction est devenue négative, on ne prévient pas en effet toutes les récidives, tous les accidents contagieux (1).

La méthode habituelle est insuffisante au point de vue social ; elle est en outre insuffisante au point de vue individuel, au point de vue de l'avenir du syphilitique. La stérilisation doit être vérifiée par tous les moyens, examens du L.C.R. compris, après traitement précoce, régulier, énergique : c'est ce que j'appelle la MÉTHODE NORMALE (2).

La plupart des syphiligraphes paraissent admettre, comme je le fais moi-même, que l'avenir du syphilitique dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la rigueur du traitement initial. Il serait trop long d'exposer les faits sur lesquels s'appuie cette opinion ; il suffit de dire que les localisations qui se révèlent 10, 20, 30, 40 ans après le début de l'infection semblent toujours dues aux localisations premières : il faut donc prévenir la fixation du spirochète sur les organes de moindre résistance DÈS LE DÉBUT DE LA SYPHILIS.

Il ne suffit pas, pour faire disparaître toutes les traces de l'infection, d'atteindre une réaction négative. Que l'on fasse alors, une ponction lombaire, et on trouvera *quelquefois*, assez rarement, un liquide normal, *beaucoup plus souvent* un liquide altéré et *parfois* des altérations importantes. Seul, l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de déterminer la durée du traitement et d'obtenir la *stérilisation* de l'organisme (au sens relatif du terme). Chez tel malade, soigné au début de la roséole, deux mois de traitement (par les arsénobenzènes) suffiront ; chez tel autre, soigné plus tôt, c'est-à-dire dans des conditions meilleures, six mois, huit mois suffiront à peine. Combien d'examens cette méthode, plus sévère que la méthode habituelle, exige-t-elle dans un cas *moyen* ?

Deux ont été faits au début, si le malade est à la période primaire (recherche du spirochète, examen sérologique) ; un seul (ex. du sérum) si la roséole est apparue déjà.

Au bout de 2, 3 mois (chez les malades traités par les arsénobenzènes, la séro-réaction est en général négative, le liquide en général altéré. Le traitement est repris ; un nouvel examen du liquide est fait, après un temps qui dépend de l'importance des altérations constatées lors de la première ponction lombaire.

(1) V. HUDELO et RABUT. — Récidives secondaires, *Presse médicale*, 10 septembre 1924.

(2) LEREDDE. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis, 1re édition, Maloine, Paris, 1916.

Nous voici à cinq examens de laboratoire. Restent ceux de la période de surveillance, destinés à constater la présence ou l'absence de récidives humorales, et qui se font à des dates de *plus en plus éloignées*.

En deux ans, *dans un cas moyen*, sept ou huit examens sont nécessaires. Le Dr Chatinière me dira que c'est beaucoup. Mais de deux choses l'une : il faut traiter l'infection suivant une règle mécanique, comme le faisait Fournier, traiter certains malades trop longtemps et les autres trop peu. Ou bien il faut adapter le traitement de l'infection au cas particulier : SEULS LES EXAMENS DE LABORATOIRE PERMETTENT UNE THÉRAPEUTIQUE PRÉCISE, *à moins qu'on attende, comme on le fait trop souvent, des accidents cliniques pour reprendre le traitement*. La plupart des médecins ne suivent encore ni la règle de Fournier, ni les règles actuelles (1).

J'ai dit que les syphilitiques acceptent, *sans aucune difficulté*, les examens de laboratoire qui leur sont demandés, examens du L. C. R. compris. La thérapeutique leur devient intelligible ; ils comprennent parfaitement bien que le but du traitement est de supprimer les traces de l'infection, de prévenir les récidives *et qu'il faut constater les résultats obtenus*, pour diriger le traitement. S'il existait partout des laboratoires de sérologie, si les médecins suivaient et *pouvaient suivre* chez tous leurs malades les règles que j'indique ; si l'*éducation du public* était faite au sujet des dangers de la syphilis, de la nécessité du traitement *immédiat, rigoureux, contrôlé dans ses effets* : la syphilis disparaîtrait et les syphilitiques, à de rares exceptions près, seraient sans doute à l'abri de ses conséquences lointaines.

Les dispensaires seraient théoriquement inutiles : encore faudrait-il que l'Etat, en France comme en Belgique, facilite le traitement en distribuant les arsénobenzènes aux praticiens, ces agents thérapeutiques, employés seuls (ou associés si l'on veut au bismuth), étant l'arme *nécessaire* de l'action prophylactique.

B. DES DISPENSAIRES.

Suffit-il, cependant, d'indiquer des règles aux médecins, auront-ils jamais la foi nécessaire pour les appliquer et les imposer aux malades, s'il ne les ont pas vu appliquer, s'ils n'ont pas appris à faire des injections intra-veineuses, s'ils n'ont pas appris, au contact d'un médecin mieux informé, les notions récentes de la syphiligraphie ? La création de dispensaires est justifiée par le nombre de malades sans ressources, que l'Etat ne voudra pas faire traiter par les praticiens pour des raisons économiques ; cette création est justifiée par la nécessité d'édu-

(1) LEREDDE et LOISELET. — La pagaie syphiligraphique, *loco citato*.

quer le médecin au contact des faits. *Un dispensaire antisyphilitique est une petite école de syphiligraphie.*

Le Syndicat des médecins de la Seine, qui vient d'étudier la question de l'organisation de la lutte contre la syphilis à Paris, demande qu'il n'y ait d'autres dispensaires que ceux des hôpitaux et admet que l'existence de ceux-ci n'est justifiée que par les nécessités de l'enseignement. Je ne suis pas d'accord et je réclame, en province, et même à Paris, l'organisation de dispensaires d'un type différent.

Les dispensaires des hôpitaux ont fait et font encore une excellente besogne à Paris, en traitant par les arsénobenzènes un nombre considérable de malades. Tous les syphiligraphes et tous les médecins ont constaté, depuis qu'ils existent, une diminution *considérable* des cas nouveaux. Mais cette besogne ne peut être que *superficielle*, en raison même du nombre des malades, de l'encombrement, et en outre de l'absence trop fréquente d'unité de direction.

Les critiques que j'ai formulées ont été pleinement confirmées par un travail de MM. Halbron, Barthélemy et Isaac Georges (1) : ces auteurs ont déclaré que les dispensaires hospitaliers ne se prêtent pas au traitement de la syphilis ancienne (ni, bien entendu, de la syphilis héréditaire), parce que les malades se dérobent après quelques injections. A cela, rien de surprenant. On ne peut soigner un syphilitique ancien sans exercer sur lui une autorité morale ; il ne peut être traité que par le médecin qui l'a examiné, qui a pris son observation, qui l'interroge chaque fois qu'il se présente, et auquel il accorde sa pleine confiance.

Si on veut traiter d'une façon plus complète les syphilitiques récents, *supprimer, dans tous les cas, les accidents contagieux, traiter sérieusement les syphilitiques anciens et héréditaires*, il faut réaliser des dispensaires d'un type différent de celui des dispensaires hospitaliers, tel que celui que j'ai créé dans le XVII[e] arrondissement, *où le nombre des malades est limité*, et où l'unité de direction médicale est assurée de ce fait même (2). Au point de vue de l'enseignement et des recherches, ces dispensaires peuvent d'ailleurs rendre les plus grands services.

Comment assurer la collaboration des médecins et des dispensaires antisyphilitiques ?

J'accepte entièrement, pour ma part, les conceptions de l'Union des syndicats relatives à la lutte antituberculeuse.

Le médecin praticien, médecin traitant, médecin de famille, doit jouer le rôle capital, essentiel, en matière de prophylaxie comme en matière de thérapeutique antituberculeuse.

(1) *Presse médicale*, 1924.
(2) LEREDDE. — Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis, *loco citato.*

Il est indispensable que le corps médical, dans son ensemble, participe directement, activement, à la lutte antituberculeuse.

Conclusions acceptées d'ailleurs par le Comité national contre la tuberculose : j'accepte également les propositions annexes, *qui organisent la collaboration.*

Le dispensaire comprend :

Un médecin chef ;

Des médecins adjoints techniques s'il y a lieu ;

Tous les médecins praticiens exerçant dans la circonscription du dispensaire et appartenant au syndicat ;

Des infirmières visiteuses ;

Toutes ces formules peuvent être appliquées à l'organisation antisyphilitique (sous réserve du rôle des infirmières visiteuses, qui n'est pas encore déterminé).

Reste aussi à déterminer le mode de nomination du médecin chef. L'Union des syndicats accepte, à mon grand regret, que celui-ci soit, dans les dispensaires antituberculeux, un fonctionnaire, désigné par l'Etat. Cette formule est approuvée par les syndicats qui paraissent craindre la concurrence de médecins choisis par eux-mêmes. Elle me paraît mauvaise, pour bien des raisons : je voudrais qu'en matière de syphilis, comme en matière de tuberculose, les médecins chefs soient élus par les syndicats, POUR UN TEMPS LIMITÉ (trois ou cinq ans, avec faculté de réélection) et dirigent les dispensaires après avoir fait un stage (rémunéré) de plusieurs mois dans un dispensaire déjà existant. La syphiligraphie et peut-être même la « tuberculographie » sont en évolution incessante, et je crains que des médecins, *désignés à vie*, vieillissent quelquefois dans leurs fonctions. Je voudrais surtout intéresser les médecins jeunes à la vie des dispensaires, leur rendre accessible, pour une période déterminée, la direction de ceux-ci. Je ne voudrais pas que les médecins de dispensaires n'aient aucune besogne en dehors et ne participent pas à la vie médicale commune ; l'exemple des médecins des hôpitaux prouve qu'on peut faire partout une besogne excellente, comme médecin d'assistance, à certaines heures et, comme praticien, à d'autres.

II

Je n'ai guère parlé jusqu'ici que de questions d'organisation. Il en est d'autres, que le D[r] Chatinière a abordées dans son article.

DE LA SYPHILOPHOBIE. Notre confrère a parlé de la terreur de la syphilis : terreur qui serait bienfaisante, si le médecin savait toujours en tirer parti, dans l'intérêt du malade, *mais qui a toujours existé.*

Fournier a fait une leçon, je crois, sur le suicide des syphilitiques. Un homme, qui se pré-

sente chez un syphiligraphe, apprend qu'il a un chancre, et se tue le soir même.

Le fait, en général, prouve qu'il a été reçu par un syphiligraphe *pressé*. Le pronostic de la syphilis, beaucoup plus grave que ne le croyait Fournier lui-même, est beaucoup moins grave qu'à l'époque de Fournier.

Il faut trouver le temps d'écouter un malade et de lui dire :

Votre maladie est une maladie des plus sérieuses, *mais il n'en est pas une seule contre laquelle nous soyons mieux armés*. Votre avenir dépendra du traitement que vous recevrez. Si vous êtes traité d'une manière énergique, pendant le temps nécessaire, si le traitement est contrôlé par les moyens de laboratoire, vous ne verrez *jamais* aucune manifestation de la syphilis. Vous pourrez vous marier ; vous aurez une femme *saine* et des enfants *sains*. La syphilis restera dangereuse pour vous, *si vous ne la surveillez pas, si vous attendez des accidents pour vous traiter*. Soignez-vous et vous mourrez tranquillement à 90 où 95 ans, non guéri, mais d'une maladie différente.

Le Dr Chatinière ne dit pas que la syphilis n'est pas une maladie grave, mais il voudrait, je crois, que nous ne le disions pas au public. Je suis d'un avis contraire, parce que je crois beaucoup plus que lui à l'efficacité d'un traitement antisyphilitique, *quand il est bien fait*.

De la guérison et de la contagion de la syphilis, sous ses diverses formes. La syphilis n'est pas une infection curable, au sens absolu du terme.

Le fait même d'une réinfection ne démontre pas sa curabilité totale, mais seulement une atténuation, qui a pour conséquence la disparition de l'immunité. Cette immunité *absolue* n'existe qu'à la période la plus virulente, à la fin de la période primaire et au début de la secondaire. *Tous les héréditaires, sans exception, peuvent être atteints de syphilis acquise.*

Les cas nombreux et indiscutables de réinfection, que l'on a publiés depuis la découverte d'Ehrlich, montrent, toutefois, les progrès admirables qui ont été accomplis dans le traitement. Fournier ne croyait pas à la réinfection de la syphilis : les cas, chez les malades mercurialisés, étaient en effet exceptionnels, *toujours tardifs*, et pouvaient toujours être discutés. On observe aujourd'hui des réinfections, *quelques mois après le chancre*.

On savait au temps de Fournier qu'un malade atteint de chancre présente *nécessairement* une roséole. Chez les malades traités par les arsénobenzènes à la période primaire, la roséole ne s'observe *jamais*, à moins que le traitement ait été commencé à la veille de l'exanthème secondaire.

On discutait sur l'action *préventive* du mercure, et on observait des plaques muqueuses chez la plupart des malades mercurialisés. Elles ne s'observent jamais chez les malades traités suivant la méthode normale : j'ai vu, depuis 10 ans, un cas *unique* de roséole de retour avec séro-réaction positive forte, chez un malade traité au début de la période secondaire, suivant la méthode normale et chez lequel j'avais suspendu le traitement depuis 3 mois, après examen du sérum et du L.C.R.

Un autre fait, plus frappant encore, montre l'importance des progrès accomplis. Les statistiques de Pinard, Champetier de Ribes, Boissard, Potocki, Jeanselme, Sauvage, relatives au sort des enfants nés de femmes syphilitiques traitées pendant la grossesse, soit par le mercure et l'iodure, soit par les arsénobenzènes donnent les résultats suivants (1) :

	Décès	Enfants vivants	
Traitement mercuriel et ioduré...	82.9 %	17.6 %	
Traitement arsenical...........	13.14 %	86.6 %	(Jeanselme).
	6.70 %	93.3 %	(Sauvage).

Bien traitée, la syphilis n'est plus contagieuse, *en principe*. Non traitée ou mal traitée, elle est souvent contagieuse au-delà des cinq premières années, puisqu'on a observé des plaques muqueuses 10, 15, 20 ans après le chancre. Nous savons que dans des conditions exceptionnelles, un accident tertiaire externe, *ouvert*, peut être contagieux. Qu'importe, si l'infection, étant traitée avec vigueur, on ne constate plus de plaques muqueuses, ni même d'accidents tertiaires externes ? Nous savons que le passage de la mère à l'enfant est de règle ; je crois même pour ma part qu'il est constant, même quand la mère a été traitée d'une façon rigoureuse pendant la grossesse. Mais, dans ce cas, l'infection de l'enfant est atténuée, souvent à un tel point qu'elle peut se révéler seulement par des altérations sanguines que j'ai longuement étudiées dans des travaux récents (2).

La transmission de la syphilis héréditaire, de l'homme à la femme, est encore des plus discutables. Quelques syphiligraphes la considèrent comme certaine *a priori* et publient des observations de syphilis congénitale chez des enfants dont le père est hérédosyphilitique. Mais telle est la fréquence de la syphilis héréditaire qu'on rencontre souvent un homme et une femme ma-

(1) D'après Tixier : Prophylaxie et traitement de la S. infantile, 4e Congrès des Pédiatres de langue française. Masson, 1924.

(2) Leredde. — Hémodiagnostic de la S. héréditaire, Soc. de derm., 9 mars 1922. — Hémodiagnostic de la S. héréditaire. Contribution à l'étude étiologique des anémies, Soc. de méd. de Paris, 13 juin 1924. — Le diagnostic de la S. héréditaire et les altérations du milieu sanguin, *Presse médicale*, juillet 1924.

fiés, l'un et l'autre hérédosyphilitiques : le problème est des plus difficiles et exigera, pour être résolu, des recherches longues, minutieuses et précises.

En pratique, dans les conditions actuelles, un enfant né d'un père syphilitique est en général infecté, mais ne l'est pas toujours, et il est facile d'en juger si l'on compare la fréquence des avortements et des morts en bas âge : 1° au cours ou à la suite de cent grossesses de femmes dont la syphilis est démontrée ; 2° au cours ou à la suite de cent grossesses de femmes dont le mari est syphilitique et qui n'ont pu être étudiées elles-mêmes (1).

Le fait prouve simplement *qu'en pratique, dans les conditions actuelles*, la plupart des hommes syphilitiques sont traités d'une manière insuffisante et contaminent leur femme, souvent sous des formes atténuées, qui restent ignorées du mari, de la femme... et du médecin.

De l'arsénophobie. — Malheureusement, pour bien traiter la syphilis et en particulier la syphilis récente, il faut employer les armes les plus énergiques, c'est-à-dire les arsénobenzènes, et les employer aux doses normales, *que l'on a tort de considérer comme des doses fortes*. L'activité du bismuth est moindre, de l'avis de tous les syphiligraphes, l'activité du mercure moindre que celle du bismuth, et beaucoup moindre que celle des arsénobenzènes comme le prouvent les faits et les statistiques rapportés plus haut.

Le Dr Chatinière a cédé aux préjugés qui se sont établis parmi les praticiens, sous l'impulsion insuffisamment raisonnée de quelques syphiligraphes, en écrivant que les doses *vénielles* leur paraîtront toujours préférables aux doses *massives*. Le fait est exact seulement pour ceux qui n'ont pas étudié d'assez près la question des doses et des accidents dus aux arsénobenzènes.

Lorsque le sérum antidiphtérique a été découvert, la mortalité par diphtérie s'est abaissée de suite de 1432 chiffre moyen à Paris (de 1890 à 1894) à 420 en 1895 (chiffres moyens de 1895 à 1900 = 350).

A la suite d'une communication de M. Moizard à la Société des hôpitaux sur un cas de mort après une injection de sérum, la mortalité est remontée, de suite, aux chiffres de 713 et 724 ! A l'heure actuelle, des cas nombreux de mort par diphtérie s'expliquent encore par le fait que le praticien n'ose pas se servir du sérum à doses suffisantes, où n'ose s'en servir que lorsqu'il est trop tard.

Tout ceci parce qu'on a parlé des dangers du sérum, SANS INDIQUER AU MÉDECIN LA MANIÈRE DE LES ÉVITER.

On lui a parlé et on lui parle encore des dangers des arsénobenzènes ; on amène le médecin à renoncer aux armes les plus actives, *et à laisser mourir des milliers de malades* parce qu'on ne lui dit pas comme il le faudrait :

1° Qu'il meurt chaque année en France, un nombre immense de syphilitiques, lesquels meurent trop tôt, *parce qu'ils ont été mal soignés*.

2° Que les accidents mortels dus aux arsénobenzènes sont *exceptionnels si l'on tient compte du nombre énorme d'injection*.

3° Que certains ont été dus à des produits mal préparés qu'on ne rencontre plus aujourd'hui.

4° Que la plupart de ceux qui ont été publiés s'expliquent par des fautes de technique *élémentaires* que nous connaissons fort bien aujourd'hui (1).

5° Que les dangers du traitement sont dus non à la dose, mais à l'état du malade, QUE LES DOSES FAIBLES SONT DANGEREUSES CHEZ CERTAINS SYPHILITIQUES, que les doses fortes (1 gr. 50 chez un malade de 60 kgr., ne le sont absolument pas chez la plupart, et je puis le dire mieux que personne puisque tous les cas de mort que j'ai observés ont été consécutifs à des injections à doses faibles (deux cas après injection à 0,15) ; JE N'EN AI JAMAIS EU APRÈS DES INJECTIONS A DOSES FORTES.

6° Qu'il existe une intolérance hémorrhagique, facile à éviter, puisqu'il suffit de suspendre le traitement chez les malades qui présentent des hémorrhagies quelconques, des pétéchies, dont les règles se prolongent, etc.

Les médecins informés savent tout cela que d'autres ignorent, mais quelques-uns ont peur de la mort, dans leur cabinet, consécutive à l'injection d'arsénobenzènes.

C'est là un accident infiniment rare, *qui ne peut se produire que chez des malades dont le système cardio-vasculaire est profondément altéré*, et qu'on pourrait sans doute éviter par une saignée immédiate. Je comprends que chez ces malades on ne veuille pas faire d'injections intraveineuses, qu'on préfère les injections d'arsénobenzènes sous la peau ou dans les muscles ou même qu'on préfère les injections de bismuth.

Je comprends d'ailleurs l'embarras du praticien, que les syphiligraphes et surtout la Société de Dermatologie auraient *le devoir absolu* de gui-

(1) Lebedde. — La syphilis héréditaire et la famille syphilitique. *Sous presse.*

(1) *Ainsi toutes les morts par apoplexie séreuse sont dues à l'emploi de doses trop fortes au début du traitement.* En 1923, on trouve encore dans la thèse du Dr Mahoux (Toulouse) un cas de mort survenu chez une femme de 60 ans à laquelle on fait le 17 octobre une injection de 1 gr. 50 d'acétylarsan, 0 gr. 75 5 jours après, 0 gr. 75 3 jours après (25 octobre) ! ! le 30 octobre, convulsions épileptiformes, hémiplégie, coma, mort. A l'autopsie, méningite chronique.

der, qui ne sait à qui entendre, qui sait fort bien qu'il faut soigner ses malades le plus énergiquement possible, mais veut aussi, et cela est fort légitime, éviter tout accident.

Il me semble qu'on pourrait présenter la question sous une forme nouvelle telle que la suivante :

1° Il existe des cas où il faut réprimer, *sans perdre de temps*, l'infection de la *manière la plus complète*. Ce sont : a) les cas de syphilis acquise récente ; b) les cas de syphilis héréditaire jeune.

Ici l'indication des arsénobenzènes, *aux doses actives*, est ABSOLUE. Il n'y a d'ailleurs *aucun danger*, sous la réserve que le traitement soit commencé à doses faibles, qui seront élevées d'une manière progressive. *Il n'existe aucun danger chez le nourrisson*, sauf chez les débiles et les prématurés : les cas de mort très rares que l'on signale encore chez ceux-ci, (et que peuvent amener de simples frictions mercurielles) étant encore dus à des doses trop fortes, au début !

2° Mais dans la syphilis ancienne et la syphilis héréditaire au delà de la petite enfance, le médecin peut employer l'arme antisyphilitique DONT IL A L'EXPÉRIENCE, le bismuth étant toujours préférable au mercure et les arsénobenzènes au bismuth.

Encore est-il qu'il existe des cas de syphilis ancienne où les indications des arsénobenzènes sont précises. Quelques-uns me viennent à l'esprit.

Voici un malade atteint d'épilepsie récente, cette épilepsie est curable ; plus ancienne elle peut être encore curable. Dans un cas et dans l'autre elle ne peut guérir qu'en employant l'agent antisyphilitique le plus énergique, à doses fortes.

Voici un tabétique : presque toujours l'affection est rebelle. La guérison relative peut être obtenue chez les malades traités par les arsénobenzènes, à doses fortes, beaucoup mieux que par tout autre moyen [Leredde (1)].

J'allais oublier les femmes enceintes....

***

Mais je n'ai pas l'intention d'étudier ici, dans les détails, les indications et les contre-indications des arsénobenzènes, du bismuth et du mercure. La lecture des articles du Dr Chatinière m'a montré qu'il existe des dissentiments, entre médecins et syphiligraphes, au sujet de la prophylaxie et du traitement de la syphilis. Dans l'intérêt de nos malades, dans l'intérêt social, et même dans l'intérêt du corps médical, il est à souhaiter que ces dissentiments disparaissent *et ceci exige un effort des praticiens* aussi bien que des syphiligraphes.

R. H. M. S. : 7240.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Nous avons souvent, dans nos articles, insisté sur la présence dans les sociétés de secours mutuels de membres ayant une aisance suffisante pour honorer convenablement leur médecin, sans recourir à l'exploitation des sociétés et du corps médical. Nous avons dit que le nombre de ces parasites était plus important que ne l'avouaient les dirigeants de la Mutualité.

Nous savons qu'à l'heure actuelle des travailleurs, dans beaucoup de professions, touchent des salaires qui ne permettent plus de les ranger parmi les nécessiteux, qu'ils se font un devoir et un honneur d'honorer dignement et sans marchandage leurs médecins, réclamant en retour des soins dévoués et intelligents leur permettant de reprendre le plus tôt possible leur travail. Aussi à l'heure actuelle les seuls gens susceptibles de rentrer dans le cadre de la Mutualité seraient les petits rentiers, les petits retraités, les petits fonctionnaires.

Nous avons dit que l'exploitation pratiquée par les membres aisés des sociétés de secours mutuels était une des grandes causes de la révolte du corps médical contre l'organisation mutualiste, la cause de maints conflits, l'obstacle à toute entente.

Nous sommes heureux de constater que certains milieux mutualistes partagent notre manière de voir et nous sommes heureux de reproduire un article publié dans le journal la *Mutualité* sous la signature de M. Georges Grau.

M. V.

Une question de conscience.

A la dernière réunion du *Comité de Patronage des Sociétés de Secours Mutuels de l'Aube*, l'un des membres du Comité a soulevé une question dont l'importance relativement nouvelle ne saurait être trop sérieusement considérée.

On sait que l'une des difficultés actuelles des Sociétés est la mise au point du service médical. Longtemps, médecins et mutualistes ont fait le meilleur des ménages. Les premiers se laissaient volontiers gagner par le désir de faciliter la tâche des travailleurs qui s'associaient pour parer aux risques de la maladie ; quelques-uns d'entre eux voyaient dans la Mutualité le moyen d'assurer la rémunération de soins qui, sans elle, seraient presque toujours restés gratuits ; tous pensaient qu'il n'y avait, en tous cas, qu'un nombre restreint de mutualistes, sans influence sur la clientèle réelle. Aussi, les fondateurs des Sociétés trouvaient-ils, près d'eux, le concours le plus

(1) LEREDDE. — Traitement du tabes. Maloine, Paris, 1918.

empressé et le plus efficace et obtenaient d'eux, sans aucune difficulté, de très appréciables concessions de tarifs.

Avec le temps, la situation changea, et vers 1900, se dessina l'antagonisme qui, en beaucoup d'endroits, en est venu aujourd'hui à un conflit aigu.

Les conditions s'étaient modifiées, en effet. La loi de 1893 sur l'Assistance médicale avait assuré la rémunération des soins donnés aux indigents, et il n'était plus nécessaire pour les médecins que la Mutualité leur rendît ce service. Un temps devait venir, et il est venu, où la rémunération de l'assistance dépasserait celle que donnaient les Sociétés.

De plus, l'exercice de la profession était devenu plus difficile et plus onéreux ; le nombre des praticiens augmentant, chacun devait étendre son rayon d'action, multiplier son activité, et l'usage du téléphone et de l'automobile se traduisait, d'abord, par de nouvelles dépenses. Quand, à ces causes anciennes se joignit la crise de la vie chère, le Corps médical dut, de toute évidence, augmenter ses prétentions.

Enfin, la Mutualité se développait, s'étendait. Elle gagnait des couches nouvelles de la population, tandis que le montant des salaires ne cessait de s'accroître, surtout depuis la guerre. Les médecins ont constaté que beaucoup de mutualistes se trouvaient maintenant dans une position aisée ; ils se sont demandé, et ils nous ont demandé à quel titre on sollicitait des concessions pour les sociétaires.

Ils le demandent chaque fois que l'on discute avec eux, et il faut avouer que la réponse n'est pas facile.

Bien entendu, il ne s'agit pas des Sociétés qui pourraient se former spécialement pour des gens aisés ; la question ne se poserait pas, car elles ne songeraient pas à demander des atténuations de tarifs. Il s'agitde nos modestes Sociétés ordinaires, formées de travailleurs, à titre d'aide réciproque, autant que de prévoyance et bien plus que d'assurance.

Pourquoi contiennent-elles des membres qui ont droit à l'assurance, mais non à l'aide et dont la place serait parmi les membres honoraires ? Quelques-uns sont admis lorsqu'ils sont déjà tels ; les Sociétés qui le font, maîtresses de leurs admissions, doivent se résigner à choisir entre les deux termes d'une alternative : ou bien cesser une pratique qui constitue une sorte d'abus, ou reconnaître que le Corps médical est fondé à les traiter comme des clients ordinaires.

Mais il en est d'autres, entrés dans la Société à un moment où ils avaient besoin d'être aidés et le méritaient. Ils ont vécu et travaillé ; leur intelligence, leur application, leur bonne conduite, les ont amenés à prospérer ; ils sont à leur aise, et le méritent bien, puisqu'ils le doivent à de véritables vertus. Que vont-ils devenir ?

C'est à eux de trancher la difficulté. Qu'ils consultent leur conscience ; elle leur dira sûrement qu'ils ne peuvent constituer pour leurs camarades un poids mort et un obstacle. Ils ont des droits acquis, à la retraite par exemple, aux honneurs funéraires ; les statuts doivent les leur garantir. Sous cette réserve, ils se doivent de changer de catégories, de passer à l'honorariat.

On comprendrait des dispositions statutaires qui imposeraient ce passage. A quoi bon les édicter ? Faisons confiance à nos mutualistes, attendons d'eux notre salut, il est entre leurs mains.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

A L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX

Le vote sur les soins médicaux dans l'assurance sociale.

En attendant la publication du compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union (27-28-29 novembre) nous tenons à donner à nos lecteurs l'ordre du jour voté sur la question des soins médicaux dans l'Assurance sociale.

La collaboration des Syndicats médicaux au fonctionnement de la loi éventuelle d'assurances sociales sera acquise aux conditions suivantes nécessaires et suffisantes pour l'exercice de toute médecine saine, conditions qui seront inscrites dans la loi :

1° Respect du libre choix ;

2° Respect absolu du secret professionnel ;

3° Rejet de tout forfait pour le règlementdes honoraires médicaux, paiements de ces honoraires à l'acte médical.

Les honoraires du médecin seront des honoraires à la visite déterminés :

A. — Soit par un tarif établi d'accord par la Caisse et le Syndicat, et qui pourra être :

a) Ou bien un tarif limitatif avec ou sans ticket modérateur,

b) Ou bien un tarif de responsabilité des Caisses et non un tarif limitatif des honoraires médicaux.

B. — Soit par une entente du médecin et du malade, cette entente directe n'excluant pas l'établissement d'une convention entre les Syndicats et les Caisses et qui permettrait le fonctionnement des Caisses, ni la possibilité d'un contrôle établi d'accord par la Caisse et le Syndicat.

La loi devra laisser toute liberté aux Syndicats médicaux et aux Caisses de contracter selon l'une des modalités prévues ci-dessus.

* * *

Sur la question du *tiers-payant* en particulier, le vote a enregistré 10.185 voix CONTRE le tiers payant, et 2.328 POUR.

C'est net et significatif.

Réorganisation des études médicales.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 10 septembre 1924

Monsieur le Président,

Une organisation des études médicales aussi conforme que possible aux nécessités présentes de la profession médicale et aux progrès incessants des sciences de la nature et de la vie, a toujours été une des préoccupations les plus pressantes des autorités universitaires qui ont la charge des facultés et des écoles de médecine. Si cette organisation a dû être remaniée à plusieurs reprises depuis cinquante ans, on ne saurait ni s'en étonner ni s'en plaindre. Les réformes générales de 1878, de 1893, de 1911, n'ont fait que suivre le développement de la science et de ses applications à la médecine sous toutes leurs formes. Un enseignement médical qui se fixerait dans des règles considérées comme définitives, fussent-elles parfaites au moment où elles auraient été établies, serait bientôt un enseignement suranné justement déprécié.

La réforme profonde faite en 1911 n'a pas échappé au sort commun. Conçue depuis plus de vingt ans, précisée enfin après les consultations et les délibérations les plus larges, par le décret du 14 novembre 1911, retardée de cinq ans par la guerre dans sa véritable application, elle a été presque aussitôt l'objet de critiques diverses qui ont fait ressortir les insuffisances, ou, au contraire, les excès de certaines de ses dispositions les plus importantes, les difficultés, sinon les impossibilités qui en résulteraient et aussi la nécessité de tenir compte des enseignements nouveaux qu'avait donnés la guerre elle-même. D'autre part, il apparut que ce nouveau régime si savamment édifié était bien complexe, qu'il faisait peser, par ses obligations comme par la tentation qu'il éveillait d'augmenter sans cesse le nombre des cours et conférences, une trop lourde charge scolaire sur la tête des étudiants, enfin, que des connaissances accumulées et d'autant plus vite oubliées ne pouvaient tenir lieu d'un travail mieux ordonné, plus posé et plus réfléchi. Ainsi est né presque aussitôt le désir très vif et très justifié dans l'enseignement médical de procéder à une révision générale et à un amendement raisonné du régime de 1911.

Il ne s'agit pas, en effet, dans le projet, de proposer une véritable réforme et un autre régime, mais de tenir compte de ce que les premières expériences ont bien vite révélé. C'est dans le cadre même du régime actuel que les améliorations ont été recherchées. Certains projets très dignes d'attention allaient certes beaucoup plus loin ; ils auraient pu sans doute être retenus et leur application eût été très tentante en un temps moins difficile, avec des installations transformées et des ressources largement accrues. Ce sera la tâche d'un avenir plus ou moins lointain de reprendre ces idées et de les rendre vraiment pratiques. Pour le moment, le projet ci-joint est un travail plus modeste, résultat d'une double consultation des facultés et de trois délibérations de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement supérieur. Il a semblé que ce quintuple examen était suffisant pour préparer une simple révision.

Au début même des consultations, une question s'est posée qu'il a fallu écarter . Depuis le régime de 1893, les futurs étudiants en médecine doivent faire à la faculté des sciences une année préparatoire de sciences physiques, chimiques et naturelles, d'où l'abréviation usuelle de P. C. N. Les facultés de médecine n'ont cessé de regretter pour la plupart cette initiation scientifique faite en dehors d'elles, qui, d'après elles s'adaptent mal aux études proprement médicales et prolonge sans grand profit la formation déjà si lente des futurs médecins. La question mérite certes d'être étudiée avec grand soin, peut-être un moyen terme pourra-t-il être trouvé. Mais il n'est pas possible , pour des raisons d'ordre général et financier, de revenir dès maintenant sur ce qui a été fait en 1893, surtout lorsqu'il ne s'agit pas d'une réforme d'ensemble, mais seulement de la mise au point du régime de 1911.

La modification la plus importante du plan des études médicales tel qu'il a été établi par le décret de 1911 est dans la répartition des diverses matières entre les cinq années préparatoires au doctorat en médecine. Il est prévu un premier cycle d'études morphologiques et biologiques de deux années, où la première année a été réservée à l'anatomie, à l'embryologie et à l'histologie, la seconde à la physiologie, à la physique et à la chimie médicales qui forment un ensemble parfaitement logique et auquel le développement de la science obligeait de réserver désormais une place plus importante. Des regrets ont été exprimés par les partisans d'un enseignement anatomique approfondi s'étendant sur les deux premières années. Mais c'est là une évolution fatale, qui s'est manifestée surtout depuis la guerre et imposée dans tous les pays où les études médicales sont fortement organisées. Comme on l'a dit, pour l'enseignement de la médecine, à la période proprement anatomique doit succéder la période physiologique. Au demeurant, pour calmer les inquiétudes exprimées, il a été prévu un enseignement complémentaire et pratique d'anatomie chirurgicale et médecine opératoire en quatrième année. C'est également dans le premier cycle, en deuxième année, qu'a été placée la bactériologie qu'il y a intérêt à étudier au début des études et de rapprocher des sciences enseignées dans cette seconde année.

La préoccupation s'est manifestée d'éviter autant que possible en troisième année l'encombrement et l'accumulation des matières que n'a pas su éviter le

programme de 1911. Allégée de la bactériologie, de la médecine opératoire, de la chimie pathologique qui rentrera de préférence dans la chimie médicale de deuxième année, des travaux pratiques de médecine expérimentale, laquelle se contentera utilement de démonstrations, avec un enseignement de parasitologie ramené à l'exposé des notions générales et essentielles, cette troisième année permettra ainsi une étude plus solide et plus efficace des matières qui y seront maintenues et, en particulier, de la pathologie médicale et chirurgicale et de l'anatomie pathologique.

Réciproquement, il a paru possible de compléter le programme de la quatrième année qui était beaucoup plus restreint. A la pathologie chirurgicale et médicale, s'ajouteront la pathologie générale et l'enseignement pratique d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire. Quant aux spécialités, elles sont ramenées à six : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, maladies cutanées et syphilitiques, maladies contagieuses, psychiatrie, clinique infantile.

Enfin, en cinquième année, la déontologie serait réunie à la médecine légale. La pharmacologie et la thérapeutique, avec comme annexe l'hydrologie, formeraient un ensemble. La stomatologie ne comporterait pas d'examen spécial.

Il est incontestable que de cette nouvelle disposition des matières, il résulterait, pour le plus grand profit des études, plus de clarté, un enseignement plus solide, un allègement général sans sacrifices regrettables, tout compte fait, un très sensible progrès.

L'organisation même de ces études est l'objet d'améliorations diverses. Les inscriptions, sauf les exceptions prévues à l'article 9 du décret du 21 juillet 1897, devront être prises avant le 16 novembre au lieu du 1er décembre. Il serait vain de maintenir la disposition de l'article 6 du décret de 1911 qui oblige à soumettre le programme annuel de chaque enseignement au ministre, mais qui n'a jamais été appliqué. Les programmes seront seulement soumis à l'assemblée de la faculté et le doyen présentera sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de l'enseignement et ses programmes pendant la nouvelle année scolaire. Le régime de l'enseignement clinique et des stages ne présente que de très légères modifications ; il est cependant prévu une sanction efficace, soit le refus de l'inscription trimestrielle pour le manque d'assiduité aux stages.

Le système des examens de fin d'année n'est pas modifié malgré certains regrets exprimés à l'égard du régime antérieur à 1911, qui semblait plus souple, mais était beaucoup moins ordonné. La répartition des matières entre les divers examens et la nature des épreuves ne sont que la conséquence du plan général des études tel qu'il vient d'être exposé.

L'organisation même des examens subit quelques changements Certaines facultés avaient demandé la liberté de faire faire pour certaines matières des épreuves écrites. Il a paru qu'il était difficile d'autoriser une telle liberté qui mettrait trop d'inégalité entre les épreuves et entre les facultés. On ne juge pas utile, d'autre part, de maintenir la limite de dix candidats pour chaque série d'oral, ni de prévoir plus de trois ou quatre juges par jury, d'imposer l'obligation de faire passer chaque épreuve devant le jury complet, dispositions trop souvent inapplicables, mais sous la réserve que les résultats seront toujours établis en réunion plénière du jury. Les épreuves seront désormais cotées en chiffres, de 0 à 10. Pour chaque matière, toute note inférieure à 5 obligera le candidat à se présenter pour cette matière à la session suivante. Les questions posées aux candidats pourront être prises dans l'ensemble du programme de l'enseignement, même si le professeur n'en a exposé qu'une partie.

Le règlement des examens de clinique est assez sensiblement modifié. Les épreuves devront comprendre un stage d'un jour dans les services de deux au moins des membres du jury, avec examen d'un malade, puis rédaction dans un local isolé de l'observation relative au malade, enfin examen récapitulatif à la faculté d'après le dossier constitué à la clinique, sans préjudice d'ailleurs des questions accessoires que pourraient poser chaque juge dans son service et le jury pendant l'examen récapitulatif. Ce régime est plus précis et plus sûr que celui de l'article 20 du décret du 29 juillet 1912. Il est destiné à rendre aux épreuves cliniques l'importance et l'efficacité qu'elles devraient toujours avoir.

Plus de précision est proposée également en ce qui touche la thèse. Le sujet devra être déposé deux mois avant la présentation et être approuvé par le futur président de la soutenance. Le jury sera composé de quatre membres au lieu de trois. Il a paru, contrairement à certaines opinions, qu'il était nécessaire de distinguer par une mention spéciale les meilleures thèses. Le candidat sera admis à cette épreuve, soit sans mention, soit avec la mention honorable ou très honorable.

Enfin, une dernière question, souvent débattue, se présente pour les écoles préparatoires de médecine. Ces écoles, qui donnent l'enseignement de la troisième année, demandent instamment à faire également passer les examens qui terminent cette année. L'obligation de se présenter à ces examens dans une faculté prive en effet ces écoles de la plupart de leurs élèves de troisième année. La commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement supérieur, tout en reconnaissant la valeur de cet argument d'intérêt local, a estimé qu'en raison de l'importance décisive des études de troisième année pour l'entrée dans la carrière médicale et des ressources parfois insuffisantes à tous égards des écoles préparatoires, il convenait de ne rien changer au régime actuel et de laisser aux facultés le soin et la responsabilité de juger les résultats déjà acquis par les étudiants dont elles ont à achever la formation et qu'elles doivent conduire jusqu'au doctorat.

Telle est, dans ses parties essentielles, cette revision du régime de 1911 dont la nécessité s'est impo-

sée d'une façon presque unanime. On ne peut espérer atteindre la perfection. Mais le projet de décret paraît bien représenter un effort de logique, de clarté, de simplification, d'adaptation aux résultats acquis et aux nouvelles tendances des sciences médicales qui aura pour effet de mieux garantir la valeur scientifique et professionnelle des médecins de demain et de maintenir à l'enseignement médical français le prestige qu'il ne peut garder qu'en ne se laissant jamais distancer dans la voie du progrès.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux arts,

FRANÇOIS-ALBERT.

Décret du 10 septembre 1924.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les décrets et arrêtés des 31 mai et 22 juillet 1902, relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Vu les décrets et arrêtés des 31 juillet et 31 décembre 1893 et l'arrêté du 20 février 1907, relatifs au certificat d'études physiques chimiques et naturelles ;

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1886 ;

Vu les décrets des 21 juillet 1897 et 31 juillet 1920 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu.

Décrète :

TITRE I[er].

DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADES. INSCRIPTIONS. — LIVRET INDIVIDUEL.

Art. 1[er]. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non comprise l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

A l'expiration de chacune des cinq années d'études, les étudiants sont tenus de satisfaire à un examen pour être autorisés à continuer leurs études.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques chimiques et naturelles.

La première inscription de l'année scolaire doit être délivrée au plus tard le 15 novembre de chaque année, sauf dans les cas prévus au paragraphe 2 de l'article 9 du décret du 21 juillet 1897.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, modifié par le décret du 8 juillet 1914, et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret individuel au nom de chaque étudiant, dans les conditions prévues au décret du 31 juillet 1920.

Le livret, tenu à jour par les soins de l'administration de l'établissement où l'étudiant est inscrit, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens.

TITRE II

ENSEIGNEMENT.

Art. 5. — L'enseignement en vue de grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine ;

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement.

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté. Le doyen présente sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de l'enseignement et ses programmes pendant la nouvelle année scolaire.

Art. 7. — Le doyen ou le directeur est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut, à cet égard, se faire aider par la commission scolaire.

Art. 8. — Dans chaque faculté ou école il est fait, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

L'enseignement théorique, pratique et clinique est réparti entre les cinq années d'études, conformément aux indications du tableau ci-après :

Répartition des enseignements

ANNÉES	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE	ENSEIGNEMENT CLINIQUE
1re année	Embryologie.	Anatomie. Histologie.	Sémiologie appliquée dans les services généraux de médecine ou de chirurgie.
2e année	»	Physiologie (cours, démonstrations ou travaux pratiques.) Physique médicale. Chimie médicale (y compris la chimie pathologique). Bactériologie.	Stages de médecine générale et chirurgie générale.
3e année.	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale.	Anatomie pathologique. Obstétrique. Médecine expérimentale (cours et démonstrations) Eléments de parasitologie.	3e, 4e et 5e année : Stages de médecine générale et chirurgie générale. Stage d'accouchement (3 mois) et stages de spécialités. Ophtalmologie. Oto-rhino-laryngologie. Maladies cutanées et syphilitiques ; psychiatrie ; maladies contagieuses. Clinique de médecine infantile (2 mois).
4e année	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale. Pathologie générale.	Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	
5e année	»	Hygiène (avec démonstrations). Médecine légale (y compris la déontologie). Thérapeutique (y compris l'hydrologie), pharmacologie. (Cet enseignement peut aussi être donné au cours du semestre d'été de la 4e année).	

Enseignement technique (travaux pratiques).

Art. 9. — Les exercices pratiques sont répartis ainsi qu'il est indiqué au tableau ci-dessus.

Chaque période d'exercices pratiques donne lieu, pour chaque étudiant, à l'attribution de deux notes écrites au livret individuel, l'une pour le travail, l'autre portant sur une interrogation subie devant le chef des travaux à la fin de chaque période d'exercices pratiques.

L'échelle des notes est la suivante :

Très bien. — Bien. — Assez bien. — Passable. — Mal.

L'enseignement pratique de la médecine expérimentale et de la physiologie comprend des démonstrations au cours desquelles les étudiants, réunis par petits groupes, peuvent suivre les opérations exécutées par le professeur et ses aides.

Enseignement clinique.

Art. 10. — L'enseignement clinique tel qu'il est indiqué au tableau ci-dessus, comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année ;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ;

3° Les enseignements cliniques de spécialités : dermatologie et syphiligraphie, psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladies contagieuses. Les stages afférents à ces enseignements sont de deux mois. Ils sont effectués au cours des trois dernières années d'études. Durant ces mêmes années et dans le temps laissé libre par les stages de spécialités, sont accomplis, en outre, au moins un semestre de stage de médecine générale et au moins un semestre de chirurgie générale qui s'ajoutent pour ces deux ordres d'enseignements, aux stages accomplis en deuxième année.

Art. 11. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.

Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années.

Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant, en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

Art. 12. — Chaque année, la période de stage est de neuf mois. En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances, sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 13. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'Assistance publi-

que, est tenu pour équivalent du stage de médecine ou de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes et externes des hôpitaux pour l'accomplissement du stage obstétrical et des stages spéciaux.

Art. 14. — Les stagiaires de première année sont groupés dans les services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'Assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, obligatoirement, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital dans la mesure et avec les moyens propres à chaque faculté.

Art. 15. — Au cours de chaque période de stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

A la fin de chaque période de stage il lui est délivré un certificat comprenant une note d'assiduité et une note de travail. Tout étudiant ne justifiant pas de l'assiduité aux stages et aux travaux pratiques ne peut être autorisé à prendre l'inscription trimestrielle.

TITRE III

Des examens.

Art. 16. — Les examens qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine sont de deux sortes :

1° 5 examens de fin d'année ;

2° 3 examens de clinique, comportant trois épreuves distinctes de clinique médicale, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Examens de fin d'année.

Art. 17 — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées, conformément au tableau inséré à l'article 8. Ils comprennent des épreuves pratiques et des épreuves orales réparties comme ci-dessous :

EXAMENS	ÉPREUVES PRATIQUES	ÉPREUVES ORALES
1er examen de fin d'année.	Anatomie. Histologie.	Anatomie. Histologie et embryologie.
2e examen de fin d'année.	Physique médicale Chimie médicale (avec une épreuve de chimie pathologique). Bactériologie.	Physiologie. Physique. Chimie. Bactériologie.
3e examen de fin d'année.	Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie.	Anatomie pathologique. Médecine expérimentale. Parasitologie.
4e examen de fin d'année.	1re partie. — Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire. 2e partie	Pathologie chirurgicale. Accouchements; Pathologie médicale. Pathologie générale.
5e examen de fin d'année.	Pharmacologie.	Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

Dispositions générales.

Art. 18. — La première session d'examens a lieu en juin-juillet de chaque année ; la deuxième en octobre-novembre.

Les dates des examens sont fixées par le doyen ou le directeur.

Sauf pour les examens de clinique, aucun examen individuel ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions règlementaires.

Art. 19. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen ou du directeur, après avis de la commission scolaire, subir l'examen correspondant à son année d'études et à la première session de juin-juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre-novembre, les candidats ajournés à la première session ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art 20. — Les jurys des examens de fin d'année comprennent chacun trois ou quatre membres

Leur composition est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales.

Peuvent en faire partie les professeurs titulaires, les professeurs sans chaire, les agrégés en exercice, les agrégés libres, les chargés de cours et, dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de docteur en médecine.

Art. 21. — Pour les épreuves pratiques et orales, le nombre de candidats à admettre par série sera réglé par le doyen ou le directeur, sur l'avis des professeurs intéressés.

Art. 22. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble du programme de l'enseignement correspondant.

L'examen est public.

L'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury complet.

Les épreuves orales donnent lieu, pour chaque matière, à une note variant de 0 à 10, qui se combine, s'il y a lieu, avec celle de l'épreuve pratique correspondante.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou des travaux pratiques. Il est attribué à chaque candidat une note variant de 0 à 10. L'ensemble de ces notes est soumis à l'approbation du jury d'examen de fin d'année.

Tout candidat n'ayant pas obtenu, dans un examen, au moins 5 points pour une matière, est ajourné, pour cette matière, à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivant en cas de nouvel échec.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant ; le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

Dispositions spéciales aux examens de clinique.

Art. 23. — Les jurys des examens de clinique sont composés de trois juges appartenant à l'enseignement de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique. L'un des juges peut être choisi parmi les représentants des cliniques spéciales.

Le professeur de gynécologie et d'hygiène de la première enfance peut faire partie du jury de l'épreuve de clinique obstétricale.

Peuvent faire partie des jurys des examens de clinique les chargés de cours de clinique annexe désignés dans les conditions prévues au décret du 26 janvier 1909.

Art. 24. — Les examens de clinique ne peuvent être subis qu'après validation de tous les stages obligatoires et après accomplissement de la scolarité.

Chaque examen est subi dans l'ordre choisi par le candidat.

Pour la clinique chirurgicale et pour la clinique médicale, chaque série comprend, au maximum, quatre candidats.

Pour la clinique obstétricale, chaque série comprend six candidats au maximum.

Chacun des trois examens de clinique comprend :

1° Un stage dans les services de clinique de la faculté ou dans les services hospitaliers désignés à cet effet ;

2° Un examen récapitulatif.

Le stage est de un jour dans le service d'au moins deux juges.

Au cours de chacun de ces stages, le candidat est tenu d'examiner, sous la surveillance du juge, un malade pendant un quart d'heure. Le malade est désigné par le juge. Ensuite, le candidat est enfermé dans un local spécial. Il lui est accordé une demi-heure pour la rédaction de l'observation relative à ce malade.

Chacune de ces observations est mise sous une enveloppe contresignée par le juge et le candidat.

Les observations servent de base à l'examen récapitulatif.

A l'occasion des visites, le juge peut, en outre, interroger le candidat et lui faire examiner d'autres malades, exécuter toute manœuvre clinique (application d'appareils, de pansements, etc.), exécuter toutes recherches de laboratoire jugées opportunes.

Il est constitué, par chaque juge, un dossier, qui est soumis à l'approbation du jury réuni pour examen récapitulatif.

L'examen récapitulatif a lieu au siège de la faculté ou école ; il porte sur la lecture des observations, les interrogations au sujet des malades examinés et sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance les salles où il aura à subir les épreuves cliniques.

Tout candidat ajourné à un des examens de clinique ne peut s'y représenter qu'après avoir accompli un nouveau stage d'une durée de trois mois ou de deux mois, suivant le cas.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

Art. 25. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de clinique et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Le sujet de la thèse doit être déposé au secrétariat de la faculté, par le candidat, deux mois avant l'époque de sa présentation, avec approbation du sujet par le futur président de la thèse. Elle consiste en un mémoire de longueur quelconque, rédigé en français. La thèse est admise ou refusée. Il peut être attribué la mention honorable ou la mention très honorable. Les thèses ayant été l'objet de la mention très honorable peuvent concourir pour un prix ou une récompense spéciale.

La thèse se passe à une époque quelconque de l'année ; le jury comporte quatre juges.

Art. 26. — Les quatrième et cinquième examens de fin d'années, les examens de clinique et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 27. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens

correspondant aux trois premières années d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens correspondant aux deux premières années d'études.

Art. 28. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examens sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur le résultat des examens.

Art. 29. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 30. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

Art. 31. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel.*

(*J. O.*, 11 octobre 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).** — M. le Dr THALHEIMER fera, le samedi 13 courant à 17 h. 1/2, Salle Béclard, Faculté de Médecine, une causerie sur : « Un voyage aux Etats-Unis ».

Cette réunion sera présidée par M. APPELL, recteur de l'Académie de Paris.

— **Enseignement de la radiologie** (Faculté de médecine de Paris). — Cet enseignement a pour but de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques de radiologie médicale. Il a lieu du 1er décembre 1924 au 9 mars 1925. Les leçons de Mme Curie seront faites à son amphithéâtre, 1, rue Pierre-Curie. Les leçons de MM. Regaud et Ledoux-Lebard, sur le cancer, auront lieu au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm, à 17 h. 1/2. D'autres leçons auront lieu à la Faculté de médecine à 18 h.

Les inscriptions aux travaux pratiques sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercrdis et vendredis, de 15 h. à 17 h. Le nombre des places est limité.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien** — La deuxième Assemblée générale de la Ligue nationale française contre le péril vénérien aura lieu le mercredi 10 décembre 1924, à 21 h. dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre du travail et de l'hygiène.

M. le professeur JEANSELME, président de la Ligue, exposera la vie et l'action de la Ligue. M. Queyrat, vice-président, fera une conférence publique sur l'organisation de la lutte contre la syphilis, à laquelle sont particulièrement invités les médecins praticiens et les étudiants. Cette conférence sera suivie de la projection d'un film : la syphilis fléau social.

— Le Dr LEREDDE commencera, le dimanche 7 décembre 1924, à 10 h. 1/2, du matin à son Dispensaire, 54, rue Saussure (XVIIe), Métro Villiers, une série de leçons sur la syphilis héréditaire de l'enfance et son traitement et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— **Association amicale des anciens étudiants de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims.** — Les médecins et pharmaciens de Paris et environs, anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims, se sont réunis le dimanche 23 novembre dernier au Restaurant Radlé, rue d'Hauteville à Paris, en un déjeuner confraternel où ils ont été reçus par un certain nombre de leurs anciens camarades de Reims et des environs.

Le déjeûner — fort bien servi — et organisé par le camarade Weill, de Paris, était présidé par le Dr Roussel, chirurgien à Reims, assisté de M. Lesœur, pharmacien honoraire à Paris et entouré de M. le Dr Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims, de M. le Dr Colleville, ancien professeur à l'Ecole, de M. le Dr Michel, médecin à l'hôpital Tenon à Paris et de M. le Dr Guelliot, ancien professeur à l'Ecole.

Parmi les excusés, citons le Dr Lardenois, les docteurs Jandon, Menu, Saint-Aubin, etc., etc.

Parmi les assistants, nous avons relevé la présence de MM. Minel, Parmentier, Mignon, de Paris, Fontaine, de Garches, Mignon, du Vésinet, Caillet, pharmacien, etc...

Notre ami Bottu, pharmacien à Paris, un vieil ami du *Concours médical*, comme tant d'entre nous d'ailleurs, a prononcé au champagne une verveuse allocution, chaleureusement applaudie, et il a insisté sur la nécessité d'une vigoureuse propagande pour grouper autour de nous, en une société solide autant qu'amicale et confraternelle, tous les anciens élèves de notre vieille Ecole de Reims, les jeunes surtout, qu'ils habitent le Nord-Est ou qu'ils soient venus exercer à Paris et aux environs.

Nous ne saurions trop recommander à nos confrères anciens étudiants à Reims, de s'inscrire à ce groupement. Qu'ils se hâtent donc d'envoyer leur adhésion à l'ami Weill, et pour qu'ils n'en ignorent, disons leur que Weill, toujours dévoué, toujours l'âme de notre Association, habite à Paris, 50, rue de Rome.

Pour les camarades,
Dr H. MIGNON,
(du Vésinet).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

décembre, janvier, février et mars jusqu'au 22 afin que je lui fasse des massages et de la mobilisation. Il avait en effet une limitation marquée de l'extension et de la flexion du coude.

La compagnie me répondit en juillet dernier que ma note lui paraissait trop élevée.

1° J'avais compté les pansements que je faisais à l'hôpital.

2° Je faisais des massages la semaine et non le dimanche. La compagnie ne s'expliquait pas que le blessé ayant besoin de massages tous les jours de la semaine pouvait s'en passer le dimanche et en fin de compte me proposa d'abaisser ma note de 1.063 fr. à 600 francs.

Etant nouvellement installé, j'ignorais que les pansements fais à l'hôpital étaient gratuits. Je répondis donc à la compagnie en consentant à supprimer les frais médicaux du blessé tandis qu'il était à l'hôpital comme la loi l'exige. Ma note était ainsi abaissée à 793 francs.

Depuis la compagnie ne m'a pas répondu. Combien de temps puis-je attendre ainsi ? Le délai d'un an à partir duquel moment court-il dans ce cas ? Quelle serait à votre avis la meilleure conduite à tenir pour le moment ?

Dr F.

Réponse.

La prescription en matière d'accidents du travail, aussi bien pour les honoraires médicaux que pour les indemnités dues à l'ouvrier personnellement, est d'un an à compter, suivant les cas, du jour de l'accident, du jour de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

Etant données l'importance de la lésion et la longueur des soins qu'elle a nécessités, il est certain que le blessé a touché son demi-salaire pendant longtemps et qu'un an ne s'est pas encore écoulé depuis le jour où il a cessé de le toucher. Dans ces conditions, vous pouvez encore agir utilement.

Puisque l'assurance conteste votre note et refuse maintenant de répondre à vos lettres, il faut sans retard employer la voie judiciaire, d'ailleurs peu coûteuse puisque, dans cette matière, la loi a accordé l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement. Pour cela, il faut que vous citiez devant le juge de paix du lieu de l'accident, non pas l'assurance, avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit, mais le patron du blessé.

Nous vous conseillons de ne réclamer que la somme de 793 francs, les soins donnés à l'hôpital étant englobés dans le « tout compris » de l'article 4 de la loi de 1898.

2918. — Accident du travail par la faute d'un tiers.

Un chauffeur d'auto, appartenant à une usine dont je suis le médecin, va chercher le directeur de la dite usine à son domicile situé à 3 kilomètres, avec la camionette de l'usine. Au retour, la camionnette s'engage sur un passage à niveau dont les barrières sont restées ouvertes (par la faute du garde-barrière qui d'ailleurs reconnaît ses torts) et se jette dans une locomotive qui passait à toute allure. Le directeur est tué, le chauffeur grièvement blessé.

Y a-t-il, dans ce cas, accident du travail, et dois-je faire une déclaration comme d'habitude ? Ou bien la compagnie de chemins de fer est-elle seule responsable et dois-je me désintéresser de ce cas ? Quel est en la circonstance mon devoir ?

D[r] D.

Réponse.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, il y a à la fois accident du travail et accident de droit commun. Il y a accident du travail, parce que le chauffeur accomplissait un acte de sa fonction au moment où il a été blessé. En conséquence il peut demander à son patron le paiement de son demi-salaire, des frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement d'une rente s'il doit rester atteint d'une incapacité permanente. Le devoir du patron, en la circonstance, est donc de faire la déclaration de l'accident à la mairie, conformément à la loi sur les accidents du travail. Comme cette déclaration doit être accompagnée du dépôt d'un certificat médical, vous devez, médecin traitant, délivrer ce certificat.

Mais, d'autre part, la responsabilité de l'accident est imputable à un tiers, en l'espèce le garde-barrière, dont la compagnie de chemins de fer est civilement responsable. Le blessé pourra donc demander à la compagnie une indemnité représentant le préjudice dont il n'aura pas été indemnisé par l'application de la loi de 1898, loi forfaitaire. De son côté, le patron pourra poursuivre la Compagnie en remboursement des indemnités qu'il devra payer en vertu de la dite loi.

Si le directeur de l'usine qui a été tué dans l'accident n'était pas le propriétaire de l'entreprise, s'il n'y était qu'employé, il y a lieu aussi à son égard à l'application de la loi de 1898 dans les mêmes conditions. Dans ce cas, il y a lieu aussi en ce qui le concerne de faire une déclaration à la mairie avec dépôt de certificat.

2774. — Suppression d'allocation à un pensionné de guerre.

Il s'agit d'un mutilé de guerre réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire auquel je donne mes

soins depuis tantôt 5 ans et qui vient de recevoir de l'office départemental l'avis de la suppression de l'allocation journalière accordée aux tuberculeux soignés à domicile sous prétexte qu'il ne se conforme pas aux règles de prophylaxie.

Le mutilé en effet ne va pas aux consultations du dispensaire d'hygiène sociale et reçoit assez mal l'infirmière visiteuse de ce dispensaire. Je croyais jusqu'à aujourd'hui que les mutilés avaient le libre choix du médecin ; si on les oblige à aller au dispensaire pour toucher cette allocation journalière, que devient alors le libre choix du médecin ?

Pourriez-vous me dire quelles sont les démarches à suivre pour que mon malade continue à percevoir son allocation ?

Je n'ai pas l'intention de laisser le dispensaire nous chiper tous nos mutilés tuberculeux et cela avec l'aide des officiels.

Dr N.

Réponse.

A notre avis, vous devriez adresser sur ce point une réclamation à la commission départementale de contrôle qui siège à la préfecture.

2768.— Augmentation de pension militaire pour aggravation.

Membre du *Concours médical* et du « Sou médical », je vous serais bien obligé de vouloir bien me renseigner sur le cas d'un de mes clients, blessé de guerre, dont voici l'histoire :

Pensionné à 30 % du 5 août 1919 au 4 août 1921 avec le diagnostic suivant :

« Parésie de la cuisse droite et névrite légère du crural, douleurs lombaires intermittentes, suite de plaies dorsolombaires, 2 cicatrices adhérentes de la cuisse gauche ».

Pensionné à 40 % du 5 août 1921 au 4 août 1923 pour : « troubles du système nerveux, tabès fruste, abolition des réflexes rotuliens ; ébauche de Romberg début d'incoordination motrice des membres inférieurs. Paresse de la mémoire, instabilité du caractère ; petites cicatrices à la région dorsale médiane (orifice d'entrée de la balle) petite cicatrice opératoire à l'a région externe de la cuisse gauche ».

Pensionné à 70 % du 1er février 1923 au 4 août 1923 à la suite d'un examen pratiqué par un professeur de Faculté, spécialiste en neurologie, les médecins experts ont admis le diagnostic du professeur de Faculté qui est le suivant :

« 1° Troubles médullaires et radiculaires après blessure de guerre par balle, entrée au niveau de la 12° dorsale et sortie espace ischio-rectal droit. Romberg ébauché, incontinence d'urine partielle.

« 2° Séquelles de fracture du crâne par chute de motocyclette en 1916. Céphalée fréquente ; amnésie partielle. »

Dans ces conditions le blessé peut-il espérer, son état n'ayant pas changé depuis le 5 août 1919, date

de la première visite, obtenir, au besoin en allant devant le tribunal des pensions, le taux de 70 % à partir du 5 août 1919 alors que ce taux ne lui a été attribué que le 1er février 1923 ; s'il n'est pas nécessaire qu'il aille devant le tribunal des pensions, que doit-il faire pour obtenir satisfaction ? Dr M.

Réponse.

Votre blessé n'a droit au taux de 70 % que du jour où l'aggravation a été constatée par la Commission de réforme. Il ne pourrait donc être question pour lui de percevoir une augmentation de taux à partir du 5 août 1919, puisqu'à cette date n'existaient pas encore les symptômes qui ont motivé une élévation de ce taux, mais seulement à partir du 1er février 1923, ou, peut-être, du 5 août 1921.

Qu'il adresse d'abord une réclamation au Ministre des pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris.

S'il n'obtient pas satisfaction, il aura la faculté de se pourvoir devant le tribunal départemental des pensions ; une décision sera prise alors soit par conciliation, soit par jugement.

2848. — Taxes sur les automobiles.

J'ai vendu le 28 avril dernier une voiture 9 HP. Citroën dont j'avais en janvier payé l'impôt pour toute l'année.

Je dois recevoir ces jours-ci en remplacement une 9 CV. Citroën.

Comment doit se régler l'impôt de cette nouvelle voiture ?

J'ai en outre une 5 CV. Citroën, pour laquelle j'avais encore payé l'impôt en janvier.

Or les contributions indirectes m'ont réclamé il y a quelque temps 73.25 de supplément. Est-ce conforme ?

J'avais payé en janvier 406 fr. 50.

Dr B.

Réponse.

Voici comment ont été calculées les taxes sur les voitures automobiles.

Pour le 9 HP. Droit par voiture.....	60 fr.
Taxe pour 9 HP : 9 × 15..........	135
	195
Taxe pour fonds commun : $\frac{195}{4}$...	48,75
	243,75
Demi taxe : $\frac{243,75}{2}$...............	121,87
Taxe de circulation...............	100
	221,87
5 HP. Taxe par voiture...........	60
Taxe pour 5 HP : 5 × 15..........	75
	135

Droit pour fonds commun : $\frac{135}{4}$ 33,75

168,75

Demi taxe : $\frac{168,75}{2}$ 84,37

Taxe de circulation................ 100

184,37

soit, pour les deux voitures :

$$221,87 + 184,37 = 406,24$$

que vous avez payés en janvier.

Or, la loi du 23 mars 1924 a modifié les taxes instituées par la loi du 25 juin 1920.

Les taxes ci-dessus ont été appliquées seulement pendant le 1er trimestre, soit :

$$\frac{406,24}{4} = 101,56.$$

Pour les trois autres trimestres, les taxes ont été calculées comme suit :

$$36 \times 5 = 180$$
$$36 \times 9 = 324$$
$$\frac{504 \times 3}{4} = 378$$
$$378 + 101,58 = 479,56$$

Vous avez versé....... 406,24

D'où un supplément de 73,32 qui vous a été réclamé.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2806. — Etablissement de la patente.

Je suis imposé 2 fois sur la patente : une fois pour mon cabinet qui est en ville et où j'ai un concierge (ce qui est normal) ; je paye une 2e patente pour le logement que j'occupe en-dehors de l'agglomération dans une villa appartenant à mes beaux-parents.

Je ne reçois pas de clientèle dans ce logement, excepté quelquefois des demandes de visites, et j'y suis relié à mon cabinet par un réseau particulier de téléphone.

J'ai payé jusqu'ici depuis la fin de la guerre parce que la contribution était assez minime 80 fr., mais je ne crois pas être dans l'obligation de payer cette 2e patente. Qu'en pensez-vous ?

Dr X.

Réponse.

La patente est établie non seulement pour les locaux professionnels, mais aussi pour les locaux d'habitation. En conséquence, c'est à juste titre que vous êtes imposé deux fois.

A. M.

2720 — Calcul d'impôts divers.

Membre du « Sou médical » et du *Concours*, de vieille date, je viens vous demander de vouloir bien faire vérifier les feuilles d'impôts incluses et me les retourner avec la réponse.

Renseignements : marié, un enfant.

J'ai déclaré, pour l'impôt cédulaire, 16.459 d'affaires, et estimé mes dépenses professionnelles à 6.000 fr., reste 10.459 bénéfices.

Dr Z.

Réponse.

Art. 1215/1, 1924 (1923). — Professions non commerciales :

Bénéfice net 10.450 fr. conforme à déclaration:

6.000 non imposables.		
2.000.....	1/2	1.000
2.450.....	1	2.450
10.450		3.450

$$\frac{3.450 \times 7{,}2}{100} = 248{,}40$$

Réduction de 7,50 %. 18,63

Reste.............. 229,77

Art. 2.831. — Personnelle-mobilière :

300 × 0,3315119 = 99,45

Patente : $\frac{700}{15} \times 7{,}5306 = 351{,}45.$

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2905. — Plaine ou montagne ?

Ayant compté à une compagnie d'assurance 1 fr.50 le kilomètre pour l'indemnité kilométrique (le département étant considéré comme région montagneuse), pour visites faites à un accidenté du travail de V..., ce tarif est contesté par la compagnie d'assurance sous prétexte que la région de V... n'est pas région montagneuse.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur l'interprétation de l'art. 2 dans lequel il est dit : « la division en région de plaine et en région de montagne sera faite suivant les divisions administratives existant actuellement».

Dr F.

Réponse.

La division en région de plaine ou de montagne est une question *régionale* qui est, d'ordinaire, réglée à l'avance par la Préfecture, ne fût-ce qu'à propos des soins aux pensionnés de guerre, ce dont vous pourriez vous servir *par analogie*. Demandez donc au secrétaire de votre syndicat des renseignements locaux à ce sujet. Vous comprendrez que, de loin, je ne peux rien vous dire de plus.

F. D.

II

2901. — Brûlures.

Il s'agit d'un garçon de restaurant qui en service est tombé le bras en avant dans une marmite de graisse bouillante.

Dans l'espace de 2 mois et demi, j'ai fait 32 pansements à domicile.

Grande brûlure d'un membre tarifée 50 fr. en 1re catégorie.

Il me paraît exagéré de réclamer 50 francs pour chaque pansement. Les premiers ont, certes, été fort longs, durant parfois 3/4 d'heure. Mais au bout de 15 jours, la plaie était réduite d'un quart ; au bout d'un mois de moitié et au bout de 2 mois des 3/4 pour se réduire à 0 au dernier pansement.

J'ajoute que j'ai fait tous les pansements *à domicile* dans la ville. L'assurance, qui est assez chicanière, ne va-t-elle pas m'objecter que le blessé, au moins dans les derniers temps, aurait dû se rendre à mon cabinet ?

J'attends dans un prochain numéro du *Concours* une de ces réponses claires dont vous êtes coutumier.

Dr Q.

Réponse.

1° Pour que vous comptiez « grande brûlure d'un membre : 50 francs » il faut que les *trois segments* soient atteints (arrêté ministériel du 28 juin 1921, avis sur l'article 14, pour définition des segments). soit en l'espèce : main, avant-bras et bras.

2° « Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie de « grande brûlure » dans celle de « moyenne brûlure », puis de « petite brûlure », suivant la surface à laquelle elle devient comparable au fur et à mesure de la cicatrisation » (même arrêté, avis sur l'article 38).

3° Dans le cas de pansements de brûlure, le prix *spécial* est le même en visite ou en consultation, je ne vois donc pas la « chicane » que vous signalez comme possible.

F.D.

III

2906. — Pansements de doigts.

Membre du « Sou médical », je viens vous demander de vouloir bien m'indiquer quel tarif je dois appliquer dans l'accident du travail suivant :

Section complète des phalangettes, des index, des médius et des auriculaires des deux mains, par conséquent, pansements aux six doigts.

Injection de sérum antitétanique. Certificat.

Dr R.

Réponse.

Vous me donnez bien les lésions du blessé, mais non ce que vous avez *fait*, ce qui est *seul* tarifable. S'il ne s'agit que des pansements, vous

avez à compter pour chaque main : pansements multiples : 15 francs. Donc : *a*) pour le premier jour : 15 + 15 + 20 (injection antitétanique), + 5 (certificat), au total : 55 francs ; *b*) pour les jours suivants : 15 + 15 + 30 fr. par séance de pansements. F.D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 et 18 *novembre.*

Ecoles d'infirmières.

Le nombre des membres du *Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières* est porté à 36.

Sont nommés membres de ce conseil : MM. les professeurs Roger et Pinard, MM. Merma et Risler.

Asiles d'aliénés.

Le poste de *directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier* (*Ardèche*) sera vacant à dater du 1er janvier 1925.

21 *novembre.*

Hygiène publique coloniale.

Par décret du 16 *novembre* 1924, sont abrogése, en ce qui concerne l'*Afrique Occidentale française*, les dispositions du Décret du 2 septembre 1914 étendant aux colonies françaises le décret du 14 août 1914 qui édicte *des mesures exceptionnelles en vue de prévenir et de combattre les maladies infectieuses.*

23 *novembre.*

Légion d'honneur.

Par décret du 21 *novembre,* les membres de la Légion d'honneur nommés ou promus à partir de la date dudit décret auront à verser, pour *prix de leurs décorations,* savoir : chevalier, 44 fr. ; officier, 246 fr. ; commandeur, 536 fr. ; grand officier, 730 fr. ; grand'croix, 958 fr.

Frais de justice criminelle.

Par décret du 21 *novembre* 1924, est homologuée une décision de l'assemblée plénière des délégations financières algériennes *exonérant du droit de timbre de dimension les états et mémoires en matière de frais de justice criminelle qui ne s'élèvent pas à plus de* 50 *francs.*

Pensions militaires.

Instruction relative à l'application du décret du 31 *octobre* 1924 *fixant les attributions de la commission consultative médicale pour l'attribution des pensions.*

Paris, le 22 novembre 1924.

Art. 1er. — La commission consultative médicale est composée comme suit :

1° Un président, médecin-inspecteur ou médecin principal de 1re classe de l'armée active ;

2° Un vice-président, médecin principal de l'armée active ;

3° Des membres en nombre variable, selon les besoins, comprenant :

a) Des médecins militaires de l'armée active, de la guerre ou de la marine. Les uns et les autres étant plus spécialement chargés des questions relatives au personnel relevant de leur département.

b) Eventuellement, des médecins civils, vacateurs pourvus soit de titres universitaires ou hospitaliers acquis au concours, soit du titre de médecin expert près des tribunaux civils, soit du diplôme de l'institut de médecine légale de Paris ou ayant dix ans de pratique médicale ;

4° Un officier d'administration du service de santé de l'armée active, gestionnaire, et des comptables civils en nombre variable, selon les besoins ;

5° Du personnel civil de bureau (secrétaires, copistes, dactylographes) et d'exploitation, en nombre variable, selon les besoins.

Les désignations des médecins de l'armée active et de l'officier d'administration sont effectuées par les ministres de la guerre et de la marine, après entente avec le ministre des pensions.

Le personnel civil, médical et autre, est nommé par le ministre des pensions.

Art. 2. — La commission consultative médicale remplit auprès du ministre et de l'administration centrale le rôle de conseil technique. Ses attributions consistent à examiner ou contrôler, sur pièces, au point de vue médical ou médico-légal, toutes les questions d'ordre technique que le ministre lui soumet. Elle constitue un organe autonome.

Art. 3. — En matière de pensions d'infirmités, elle apprécie les propositions faites par les médecins experts et les commissions de réforme.

Elle s'attache à vérifier :

1° Si l'invalidité a été causée ou aggravée ou si elle peut être présumée avoir été causée ou aggravée, médicalement parlant, par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service ;

2° Si l'évaluation des invalidités est bien déterminée d'après les barêmes règlementaires ;

3° S'il y a lieu à pension temporaire ou définitive ;

4° S'il y a lieu d'appliquer les dispositions de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919.

Avant de formuler son avis, elle fait procéder à tout complément d'instruction ou nouvelles expertises qu'elle juge utile.

Elle a qualité de proposer au ministre soit le taux le plus élevé parmi ceux qui sont proposés par les experts et la commission de réforme, soit une augmentation de ce taux, mais jamais elle ne propose un abaissement de pourcentage sans qu'il ait été procédé à un nouvel examen médical et sans appuyer son avis sur des motifs précis.

Art. 4. — En matière de pension de veuves ou d'orphelins et d'allocation d'ascendants, la commission consultative médicale est appelée à émettre un avis dans tous les cas où il y a lieu d'établir une

filiation médicale entre le décès et l'affection imputable ou présumée imputable au service.

Art. 5. — Elle émet un avis sur le degré d'invalidité et le caractère d'incurabilité afférent aux infirmités invoquées par les ascendants qui demandent à bénéficier d'unne allocation avant de remplir les conditions d'âge requises par la loi.

Art. 6. — Elle émet un avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre notamment en ce qui concerne l'application de la loi du 2 juillet 1915 (morts pour la France), la loi du 26 décembre 1914 (exonération des droits de succession), la loi du 27 juillet 1917 (pupilles de la nation), la loi du 24 juin 1919 (victimes civiles de la guerre).

Art. 7. — Les avis de la commission consultative médicale sont toujours purement consultatifs, le pouvoir de décision appartient au ministre seul, et c'est contre la décision du ministre que peuvent s'exercer les recours contentieux des intéressés.

Art. 8. — La commission consultative médicale est à la disposition des ministres de la guerre, de la marine et des colonies, pour l'étude de toutes les questions médico-légales qu'ils jugent à propos de lui soumettre et, en particulier, pour l'examen des dossiers de mise en non activité ou à la retraite, de mise hors cadres ou de radiation des cadres des officiers et des dossiers d'accidents du travail survenus dans les établissements de la guerre ou de la marine.

Le ministre des pensions,
BOVIER-LAPIERRE.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Le Cromlech de la Maigrane. Saint-Bomer (Orne).

SONNET

A l'ombre et sous l'orgueil des chênes séculaires,
Traversant l'épaisseur des humus entassés,
Saillent, comme les os des âges trépassés,
Les rocs, blancs de lichens et lourds de capillaires.

Le cromlech, profilant son temple orbiculaire,
Paraît un arc dentaire, aux chicots espacés,..
Au devant, sur des blocs que l'effort a dressés,
S'étale le dolmen, en autel tumulaire.

Des époques sans nom dorment en cet enclos...
Le rêve impérieux évoque, en leur chaos,
Le sacrifice humain où Teutatès s'abreuve.

Le couteau de l'eubuge entre, sûr et profond,
Et de la gorge, on voit s'écouler, comme un fleuve,
Le sang de la victime, en la vasque sans fond.

D[r] LOUVEL,
La Ferté-Macé.

Quarante-sixième année — N° 50 — 14 Décembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 2868-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, **Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs L., de X. et L., de Z., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Andoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap-d'Ail : Lyons
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte Carlo : S. Vivant
Nice: Ardcin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Petheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St Raphael-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1925 vient de paraître et l'expédition qui a lieu par postal sera terminée d'ici quelques jours. Les souscripteurs auront donc satisfaction à bref délai.

Nous disposons encore de quelques volumes, et nous informons les lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'*Agenda Memento du Praticien*, en versant immédiatement la somme de 15 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris. 167-95.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 572. — Dans jolie banl. Paris. très recherch., ch. de fer, excel. client. à céder de suite.

No 573. — Le Cannet (Alp.-Mmes). Dr Daniel, tel. 28. Cure climat. pr tout conval. non contag., nerv., surm.,

bronches délic., rhumatis. etc. Tout conf. Tous trait. Clim. le plus doux, site le pl. beau de la côte.

N° 574. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos rég. Paris.

N° 575. — Etudiant 20 inscrip. fils de méd. dés. occup. médic. les apr. midi.

N° 576. — A vend. Doriot-Flandrin 7 CV, cond. int., 2 pl. sort. de l'usine mars 1924. Parf. état, 13.000 fr. Cause allure trop rap. S'ad. Dr Duteil, Mayenne.

N° 577. — Plac. d'enf. au sein et au biber. à la camp. et soins méd. S'ad. Dr Fayolle à Bonnat (Creuse).

N° 578. — A vend. 1° : tr. beau Setter-Lavrack, un an, tr. belle origine, ttes garant. 400 fr. ; 2° torp. Peugeot 4 pl. Type 163 ; mod. 1922. Bon état marche. 10.000 fr.

N° 579. — A céd. caus. sant. poste méd. propharm. et mais. de sant. (20 p. et dépend.) sur coteaux de la Loire, pr. gare gr. ligne, 25 km. gr. ville.

N° 580. — A vend. Zèbre 1920, cond. int. 2/3 pl. revisée et repeinte phares secours. excel. état march. 9.000 à débat.

N° 581. — Directrice clinique, sér. capac. et référ. ch. gérance fin janvier.

N° 582. — Rég. Est. Bon cab. O.R.L. ds gr. ville. rapp. 60.000, ss perte. Tr. belle instal. ds mais. partic, tt conf. jard. d'agr. Prix 40.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 583. — A céd. à Paris, bon quart. Pet. noyau méd. génér. appart. ds mais. bien, 4 p. cuis. cab. de toil. Bail. Loyer 3350. Prix 15.000. Cess. urg. S'ad, Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 584. — Le Dr Clair, à St-Jean-d Aulph près Thonon (Haute-Savoie), demande un médecin assistant, situation d'avenir.

Pour aider à la documentation des thèses de doctorat

Par M. le Dr J. Vanverts,
Professeur à l'Université de Lille.

Etudiant dans deux articles antérieurs (*Presse médicale*, 1920, p. 217 ; *Concours médical*, 1924, p. 704) la question des thèses de doctorat en médecine, j'ai montré qu'il était possible d'augmenter l'intérêt de ces travaux, d'en faciliter la rédaction pour l'étudiant, et aussi d'en diminuer les frais d'impression. Poursuivant l'étude de cette question, je viens aujourd'hui demander l'aide du *Concours médical*, à l'effet de rendre plus aisé et plus fructueux le travail de documentation préparatoire à la confection des thèses.

Si l'on excepte les étudiants qui désirent présenter au jury un travail de valeur, pouvant au besoin leur être utile dans les concours ultérieurs, et qui, en conséquence, consacrent à la préparation de ce travail les recherches et le temps indispensables, on constate que les autres — qui constituent la grande majorité — n'ont qu'un but : rédiger le plus rapidement possible le nombre de pages nécessaire pour constituer quelque chose de présentable au jury. Les thèses élaborées dans ces conditions n'ont aucune valeur, et seules, les observations originales communiquées par un ou plusieurs maîtres des hôpi-

taux ou de la Faculté constituent la partie intéressante du travail.

Etant données les conditions dans lesquelles se trouve l'étudiant « en mal de thèse », on ne peut attendre de lui une œuvre qui révolutionne la science, et la réunion de quelques observations inédites, à propos desquelles l'auteur présente quelques remarques, continuera à être la base de la plupart des thèses. On ne peut demander davantage.

Pour constituer cette base, l'étudiant s'adresse à l'un de ses maîtres ; parfois — mais beaucoup plus rarement — il entreprend des démarches auprès d'autres maîtres à l'effet d'obtenir d'autres documents se rapportant à l'objet de son travail.

Ne serait-il pas possible de mettre plus facilement à la disposition du futur docteur les observations dont il a besoin pour l'édification de sa thèse, et ainsi, d'augmenter l'intérêt de ce travail ? Ces observations existent, et ceux qui les possèdent les communiqueraient d'autant plus volontiers à ceux qui les leur demanderaient qu'ils savent bien que, sans cette occasion, les dites observations resteraient dans les cartons où elles ont été rangées et d'où elles ne sortiraient jamais. Faciliter la publication de ces documents précieux pour la science serait faire œuvre très utile.

C'est pour mener à bien cette œuvre que je m'adresse au *Concours médical*. Celui-ci ne pourrait-il ouvrir dans ses colonnes une rubrique spéciale dans laquelle ceux qui se proposent de rédiger une thèse feraient paraître une demande de documents sur le sujet qui les occupe ? Les lecteurs nombreux du journal prendraient connaissance de la dite demande, et s'ils possédaient les documents réclamés, les communiqueraient à l'intéressé. Celui-ci remercierait ceux qui lui auraient ainsi rendu service en leur adressant un exemplaire de son travail.

J'ajoute que les demandes de documents pourraient être faites, non seulement en vue de la rédaction des thèses de doctorat, mais aussi pour celle de tout autre travail médical.

***

La Direction du *Concours Médical* accepte très volontiers la très intéressante suggestion de M. le professeur Vanverts, dont elle le remercie.

Dès à présent, elle ouvre ses colonnes aux étudiants en médecine et aux médecins qui voudront les utiliser pour se documenter.

Le médecin et l'impôt sur le revenu

Sous ce titre, l' « Association de la Presse médicale française » nous communique, avec prière de la publier ou de l'analyser, une consultation de son avocat conseil, Me Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'Appel.

L'auteur, dans une première partie, s'élève contre l'opinion qui paraît exister, dans certains milieux, que le médecin emploie la dissimulation pour éviter de payer ce qu'il doit. C'est une erreur. « Le médecin n'entend pas se créer un régime spécial ; il entend payer sa part contributive dans l'impôt comme tous les contribuables. Mais il demande d'être imposé sur une base qui ne soit pas incompatible avec l'exercice de sa profession ».

Or, le secret professionnel, qui « doit demeurer inviolable et est nécessaire au bien public », ne peut subsister, au moins dans son intégralité, si, comme le projet gouvernemental le prescrivait, le médecin est forcé de tenir des registres et une comptabilité qui, pour avoir une utilité pour le fisc, doivent pouvoir être ouverts à ce dernier. L'objection que les agents du fisc sont eux-mêmes tenus au secret professionnel n'a pas de valeur. « Un secret professionnel, partagé avec d'autres personnes, surtout quand celles-ci sont étrangères à la profession médicale, n'est plus un secret professionnel ». Puis, comment le secret serait-il respecté si l'agent du fisc, suspectant la modicité d'un honoraire ou l'exagération d'une dépense, veut se renseigner auprès du malade ou d'une personne étrangère ? Et *quid*, en cas de soins donnés gratuitement ?

« Obliger le corps médical à tenir des registres, comme le demande le Gouvernement, dit Me Ribadeau-Dumas, c'est vouloir l'obliger à trahir la confiance mise en lui par son malade, c'est l'inciter à agir contre sa conscience, c'est enfin lui faire commettre une infraction à la loi pénale ; toutes choses impossibles ».

Aussi, la Commission des finances a-t-elle refusé de sanctionner le projet du Gouvernement. Mais, une solution intermédiaire entre celle de l'obligation aux registres et celle actuelle de la simple obligation à la déclaration, a été cherchée et l'on a envisagé l'application d'un impôt basé sur les signes extérieurs de la richesse.

Cette proposition ne paraît pas acceptable, car elle est contraire à l'équité et arbitraire. L'appartement du médecin n'est pas un signe de richesse, surtout s'il est à la tête d'une famille nombreuse. « C'est la condition même, indispensable, de l'exercice de sa profession. » Il en est de même de l'automobile que le médecin emploie pour l'exercice de sa profession.

Une base différente a été proposée ; la valeur locative des seules pièces servant au médecin pour l'exercice de sa profession (amendement de M. le Dr Grinda) (1). Mais si cette proposition paraît réduire au minimum les inconvénients

(1) Un petit lapsus s'est glissé dans la consultation de l'éminent avocat : ce n'est pas le loyer professionnel, mais le loyer total, professionnel et d'habitation, qui sert actuellement de base à la perception de la patente.

signalés, il reste à fixer le coefficient à appliquer à cette base pour déterminer le revenu professionnel, et ce sera encore là une occasion de tomber dans l'arbitraire, car un médecin de campagne peut gagner autant qu'un médecin de grande ville, qui aura un loyer plus lourd que lui.

L'auteur, qui est enclin à préférer le régime actuel à l'une quelconque des propositions nouvelles, ne propose aucune solution, mais conclut que ce qui doit dominer le débat, c'est le rejet absolu de l'obligation pour le médecin, comme pour l'avocat, d'ouvrir des registres au fisc. Mais le médecin ne s'opposera pas à payer sa part contributive dans l'impôt sur le revenu, si la base envisagée n'est pas incompatible avec l'exercice de sa profession ».

Aucun médecin, aucune association, aucun syndicat médical ne viendra certainement combattre ces conclusions.

J. D.

CORRESPONDANCE

2986. — Accident du travail causé par un tiers.

Je viens de lire avec un vif intérêt, dans le dernier numéro de propagande du *Concours médical* (n° 45 *bis* du 12 novembre), sous la rubrique correspondance (p. 2604 — X), la réponse à la très judicieuse question posée par l'un de vos adhérents, le Docteur F., au sujet d'un *accident du travail causé par un tiers.*

Quoique non encore affilié à votre excellente ligue de défense professionnelle, ce qui d'ailleurs ne saurait tarder, étant entièrement acquis à vos idées, me permettrez-vous, mon cher confrère, de mettre à contribution les très obligeants conseils du « Sou médical » en vous posant une question qui se rattache de très près à celle du Dr F. et la complète même en quelque sorte? Je vous en remercie bien sincèrement par avance.

Etant acquis que, dans un accident du travail causé par l'imprudence, la maladresse ou la négligence d'un tiers étranger à l'exploitation dont dépend le blessé, ce dernier peut prétendre à la réparation intégrale du préjudice qu'il a subi (la moitié de ce préjudice étant, de par la loi de 1898, à la charge du patron du blessé, et l'autre moitié, de par le droit commun, à la charge de l'auteur responsable de l'accident), *dans le même ordre d'idées*, le médecin qui a soigné le blessé est-il fondé, par analogie avec ce qui se passe pour le blessé lui-même, à prétendre être honoré :

1° Au tarif Breton, par le patron du blessé ou son assurance ;

2° A la différence entre ce tarif et le tarif de clientèle, par l'auteur responsable de l'accident ou son assurance ?

En d'autres termes :

DE MÊME QUE, dans un accident du travail ordi-

naire, la loi de 1898 met seulement à la charge du patron le *demi* salaire du blessé, la réparation de la *moitié* de sa réduction de capacité de travail, s'il y a incapacité permanente, et *une partie* des frais médicaux occasionnés par la blessure, cette partie étant ce qu'on est tenu d'appeler le tarif Breton (l'autre partie des frais médicaux, c'est-à-dire la différence entre le tarif de clientèle et le tarif Breton, étant à la charge du blessé) et *que*, lorsque l'accident est le fait de l'imprudence d'un tiers n'ayant avec le blessé ou son patron aucun lien de droit, ce tiers est tenu à verser au blessé le complément des rentes ou indemnités que la législation des accidents du travail ne met pas à la charge de son patron, *de même* dans le même cas, le tiers est-il responsable vis-à-vis du médecin traitant du blessé du complément de ses honoraires (c'est-à-dire de la part, différence entre le tarif Breton et le tarif clientèle, que la loi de 1898 ne met pas à la charge du patron du blessé) ?

Il s'agit en l'occurrence d'un employé de chemin de fer (compagnie de l'Est) que j'ai soigné, ayant été blessé dans son service par un plomb de chasse provenant d'un coup de fusil tiré par un chasseur situé dans le voisinage de la voie (plaie pénétrante d'un œil).

Le tiers ayant été poursuivi devant le tribunal correctionnel pour blessure par imprudence et condamné, sa responsabilité civile est patente.

Et en fait, le blessé lui intente une action civile qui est actuellement en cours, en vue de se faire verser le complément de salaire et de rente qui n'est pas à la charge de la compagnie de l'Est au titre de la loi de 1898.

En ce qui me concerne, ayant envoyé ma note d'honoraires établie au tarif de clientèle à l'assurance du tiers auteur de l'accident, celle-ci me l'a retournée en me disant qu'il s'agissait d'un accident du travail et qu'il fallait que j'envoie ma note établie au tarif Breton au patron du blessé, la compagnie de l'Est.

Celle-ci m'a répondu qu'elle voulait bien me payer au tarif Breton, mais après qu'elle aurait reçu la somme nécessaire à ce règlement de l'assurance de l'auteur de l'accident.

Que dois-je faire ?

Ai-je le droit d'exiger que la compagnie de l'Est me paye sans délai au tarif Breton et que l'assurance de l'auteur responsable de l'accident me paye la différence entre le tarif clientèle et le tarif Breton. Suis-je fondé à poursuivre la dite assurance pour l'y contraindre ?

Dr E.

Réponse.

Comme vous le dites bien, en cas d'accident du travail, la loi de 1898 met à la charge du patron, lorsque c'est le blessé qui a choisi son médecin, une partie seulement des frais médicaux, celle qui est fixée conformément au tarif Breton, l'autre partie, constituant la différence entre le tarif Breton et le tarif de droit commun restant à la charge du blessé.

Lorsque l'accident a été causé par la faute d'un tiers, comme dans votre espèce, le blessé, qui n'est garanti par son patron que partiellement, aussi bien pour les frais médicaux que pour les autres indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail, a le droit d'exiger que le tiers responsable lui paye la différence entre le tarif Breton et le tarif de droit commun. Mais le médecin qui l'a soigné n'a d'action que contre lui, blessé, son client, et non contre le tiers responsable, avec lequel il n'a pas de lien de droit, ni, *a fortiori*, contre l'assureur de ce tiers.

Ce n'est donc qu'à l'ouvrier que, en l'espèce, vous pouvez vous adresser et non à la compagnie d'assurances de l'auteur de l'accident, sauf à l'ouvrier à se retourner contre cet auteur, qui lui-même s'adressera à son assureur.

Quant à la Compagnie de l'Est, elle n'est pas en droit d'exiger, pour vous payer au tarif Breton, qu'elle ait reçu la somme nécessaire à ce règlement, de l'auteur de l'accident ou de son assurance. Vous avez contre elle une action directe à concurrence du tarif Breton.

Vous pouvez donc citer solidairement la compagnie de l'Est et son ouvrier devant le juge de paix du lieu de l'accident, au moins à concurrence de votre note établie conformément au tarif Breton, l'ouvrier seul étant cité en outre en paiement de la différence entre ce tarif et le tarif de droit commun.

3053. — Exercice de l'art dentaire.

1° Quels sont les diplômes exigés pour l'exercice de l'art dentaire en France ?

2° A quelles formalités sont assujetties les personnes pratiquant l'art dentaire ?

3° Quelles sont les mesures à prendre pour la répression de l'exercice illégal de l'art dentaire ?

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, nul ne peut exercer en France la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste délivré par le Gouvernement français. Cependant, une dérogation a été admise par l'article 32 au profit de tout dentiste non muni de diplôme, pouvant justifier qu'il était inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892, mais les dentistes de cette catégorie n'ont le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé, sous peine de se rendre coupables du délit d'exercice illégal de la médecine.

Les formalités qui sont imposées aux chirurgiens-dentistes avant de commencer à exercer leur profession sont les mêmes que celles qui sont imposées aux médecins : enregistrement du diplôme à la préfecture ou à la sous-préfecture,

(*Voir la suite page XLVII-2913*)

PROPOS DU JOUR

La dernière Assemblée Générale de l'Union des Syndicats médicaux.

La conférence des secrétaires des Commissions de contrôle instituées pour l'application de l'article 64 de la loi des Pensions. L'intérêt d'une statistique.

Quelques-uns de nos amis, attristés des scènes de violence trop fréquentes qui se sont produites au cours des discussions de la dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, nous exprimaient leurs inquiétudes sur l'avenir du syndicalisme médical. Comme nous l'avons dit au banquet, nous ne partageons pas ces craintes. La vivacité des invectives, la véhémence des apostrophes sont les preuves de l'intérêt porté par les délégués aux questions mises à l'ordre du jour. Ce n'est pas là le danger pour le corps médical, bien au contraire.

Le danger serait s'il y avait indifférence et inertie et si les délégués bien sages approuvaient sans discussion, comme dans certaines commissions officielles, où mécaniquement les têtes s'inclinent lorsque sont tombées les paroles dogmatiques de la bouche d'un maître à qui l'on répond : Brigadier, vous avez raison !

Dieu merci ! nous n'en sommes pas là et nos syndicats par les cris de leurs délégués ont puissamment démontré qu'ils étaient vivants et bien vivants et qu'on ne pourrait qualifier leur assemblée de Congrès des Beni-Oui-Oui.

Sans doute certains délégués auraient pu faire preuve de plus de sang-froid, et la fureur épileptoïde de quelques-uns, fureur qui détonnait un peu avec la gravité du sujet à l'étude, était un argument de bien faible importance. Nous ne pensons pas que dans un milieu médical, pareils procédés persuadent les adversaires et entraînent la conviction des indécis ; tout au plus rendent-ils pénible la tâche du président et nous avons plaint de tout cœur notre pauvre ami Decourt dont le devoir était de tenir tête à tous et d'apaiser les forcenés. Mais ces derniers étaient au fond de très braves gens qui prenaient leur rôle tout à fait au sérieux et nous ne saurions le leur reprocher. En revenant chez eux, ils auront le droit de dire qu'ils ont fait plus que leur devoir et bien mérité de leurs mandants. Le plus curieux, nous faisait remarquer un de nos amis qui, comme nous, n'étant pas délégué, contemplait l'Assemblée avec la sérénité d'un observateur, le plus curieux, c'est que les plus violents étaient ceux qui s'intitulaient les défenseurs de la dignité professionnelle et des vieilles traditions du corps médical, qui accusaient par des vociférations qui leur tenaient lieu de preuves, ceux qui ne pensaient pas tout à fait comme eux d'être d'exécrables révolutionnaires. Et ces gens qui se nommaient Quivy, Lenglet, Lafontaine, etc., parlaient au contraire avec un calme, un sang-froid et une clarté qui contrastaient plaisamment avec les fureurs de certains défenseurs de la dignité et des saines traditions.

L'Assemblée, d'ailleurs, n'avait pas besoin d'être convaincue ; son siège était fait. Chaque délégué était au courant. Malgré le manque de précision des questions posées qui prêtaient sur certains points à l'équivoque, une très grosse majorité s'est prononcée en faveur de l'entente directe du médecin et du malade dans l'organisation du service médical des assurances sociales.

Cette entente directe ne nous paraît nullement exclure l'intervention des syndicats et leur entrée en relations avec les futures caisses. C'est du moins ce que pensaient le plus grand nombre de ceux qui ont approuvé l'entente directe.

L'Assemblée du reste, par un vote qui, lui, ne prête à aucune discussion, a montré qu'elle savait reconnaître les services rendus à la cause syndicale et que ceux qui, durant ces dernières années, se sont dévoués à la défense professionnelle, ont conservé la confiance des syndicats et continueront à administrer l'Union. On nous faisait remarquer que tous les membres du Conseil n'étaient pas exactement du même avis sur plus d'un point important du programme syndical et que peut-être des opinions contraires se heurteraient au cours des séances. Tant mieux. Comme tous les élus sont des gens intelligents et de bonne foi et que leur seul but est de servir utilement le corps médical, nous sommes per-

suadés que chacun saura se faire entendre et que tous sauront s'entendre.

D'ailleurs au Conseil on apercevra vite ce que l'on ne voit pas assez dans les Assemblées générales, tant dans celles des syndicats que dans celle de l'Union, c'est que les médecins ne sont pas seuls en cause et qu'ils ne sont nullement chargés de légiférer sur les assurances sociales. Certes ils ont une voix au chapitre et cette voix doit pouvoir se faire entendre, mais il y a encore celle du public intéressé et celle du Parlement. Comme indiscutablement dans ce concert, l'organe médical ne sera pas le plus fort, il conviendra d'user de diplomatie et de souplesse, de produire des arguments capables de convaincre et de s'ingénier à trouver des transactions pour tâcher de résoudre les plus délicats problèmes. Nous connaissons bien et de longue date ceux qui forment le bureau de l'Union, ils sont tous de nos amis ; nous pouvons avoir confiance.

Regrettons cependant que la rigueur des statuts prive momentanément l'Union d'hommes comme Quivy, Bongrand, Rinuy, Renon et autres, qui ont rendu les plus grands services et auraient été capables d'en rendre plus encore. Nous espérons qu'ils continueront dans les commissions à collaborer à l'action syndicale et nous souhaitons les voir revenir à la tête du syndicalisme médical dont ils ont si bien mérité.

***

La *deuxième conférence des secrétaires des commissions de contrôle pour les soins gratuits aux pensionnés* s'est réunie la veille de l'Assemblée générale. Les trois quarts des secrétaires étaient venus des quatre coins de la France et les délégués médecins de la commission supérieure de surveillance et de contrôle assistaient aux réunions.

Le Dr Decourt, président de l'Union des syndicats et membre de la commission supérieure, dirigeait les débats et le Dr Lenglet, secrétaire de la commission supérieure, rapporteur, exposait la situation d'après les renseignements que lui avaient préalablement fournis tous les secrétaires des commissions de France et répondait à toutes les observations.

Dès le début de la séance, après ma courte allocution où le président Decourt tint à insister sur la grande importance qu'avait le fonctionnement des commissions de contrôle et de la haute portée morale qui résultait de leur action, le secrétaire de la commission des Alpes-Maritimes, M. Gruzu, voulut féliciter au nom de ses collègues, le secrétaire de la commission supérieure, le Dr Lenglet, qui par son travail acharné, sa grande compétence, sa droiture, et son caractère, avait su inspirer à tous la confiance et le respect et avait ainsi effacé les suspicions que de trop nombreux scandales avaient fait naître contre le corps médical.

Dans deux longues séances qui occupèrent toute une journée, les secrétaires firent la critique, article par article, du décret du 25 octobre 1922, dans le but de s'entendre sur l'ensemble des modifications qu'il conviendrait d'apporter à l'organisation et à la règlementation des soins donnés au titre de l'article 64 de la loi des Pensions.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les observations qui furent faites. Notons que la plupart des secrétaires se plaignent de la négligence des maires, de la mauvaise rédaction des listes des bénéficiaires et des carnets remis aux pensionnés, de la mention sur les carnets des lésions inscrites avec la note « *pour mémoire* » qui laisse croire au médecin que ces lésions donnent droit aux soins, ce qui est inexact.

Ils se plaignent encore de l'illisibilité de l'écriture d'un trop grand nombre de confrères, de l'imprécision de l'article 17 qui ne permet pas souvent de déclancher utilement le contrôle, des difficultés pour faire pratiquer les radioscopies et les radiographies.

Un certain nombre de secrétaires insistent sur la délicatesse de leurs fonctions qui ne doivent pas être rigides. Le contrôle est destiné à prévenir les abus et non à brimer par des mesures administratives et des obligations d'un étroit formalisme les médecins honnêtes.

L'accord paraît unanime pour la suppression des catégories dans le tarif, pour la nécessité d'autoriser légalement les sanctions et, comme le secrétaire Lenglet fait remarquer que seuls les pensionnés s'opposent aux sanctions que les médecins et les pharmaciens réclament, il est conseillé à tous les secrétaires de faire le possible pour convaincre les bénéficiaires de l'utilité des sanctions.

Le contrôle des notes pharmaceutiques exige l'intervention d'un pharmacien qui doit être rétribué et il est fâcheux que certains secrétaires en soient réduits à rémunérer de leurs propres deniers leurs employés pour assurer le bon fonctionnement de leur service. Les contrôleurs ne sont pas assez nombreux et sont insuffisamment

rétribués. L'Etat qui bénéficie considérablement de tout ce travail, a le devoir d'en assurer les frais et c'est du reste son intérêt.

En terminant, le Dr Lenglet annonce qu'il a essayé d'obtenir des renseignements statistiques que l'administration a mis à sa disposition avec une réelle bonne volonté. Il n'a pas eu encore le temps d'étudier à fond les documents qui, d'ailleurs, ne lui sont pas tous arrivés, mais, dès à présent, il a pu faire quelques constatations extrêmement intéressantes.

Dans quelques départements (*Lozère*, *Loire-Inférieure* par exemple) 10 *à* 15 *pour cent* seulement des inscrits ont réclamé des soins. Aussi, bien entendu, comme seuls les malades très graves se sont fait soigner, le coût de chaque malade est assez élevé : 429 fr. par tête.

Dans les départements où 20 *à* 30 *pour cent* des inscrits se font soigner le malade revient moins cher en moyenne, nombre de petites affections sans gravité étant traitées. En *Seine-et-Marne*, *Doubs*, *Aisne* et *Savoie* le prix annuel des soins est de 140 francs en moyenne par bénéficiaire ; dans le *Lot* et *l'Ain*, 190 francs ; dans la *Seine-et-Oise* 212 francs.

La catégorie des départements où 30 *à* 40 *pour cent* des inscrits sont soignés comprend l'*Aude*, où le malade revient à 170 francs, le *Lot-et-Garonne* et le *Pas-de-Calais* où il revient à 230 francs.

La catégorie où 40 *à* 50 *pour cent* des inscrits sont soignés, compte *Isère* et les *Basses-Alpes* (prix de revient du malade : 140 francs), le *Loiret* (205 francs), la *Gironde* (253 francs), tandis que le *Cher*, où 50 pour cent des inscrits sont soignés le malade revient à 57 fr. 83 par tête et chaque médecin touche en moyenne 600 fr. 51.

Il y a 59 pour cent des inscrits soignés dans l'*Ariège* et dans le *Rhône* où le malade revient à 185 francs. Dans le *Gard*, les *Alpes-Maritimes* les soignés sont plus nombreux (60 %) mais il faut tenir compte des tuberculeux de guerre qui, surtout en hiver, affluent dans les départements du Midi.

La catégorie où 70 *pour cent* d'inscrits sont soignés comprend le *Jura*, l'*Eure* (moyenne 72 francs).

Dans le *Var*, 71 *pour cent* inscrits reçoivent des soins qui coûtent 250 francs par tête.

Enfin, dans l'*Ille-et-Vilaine*, 90 *pour cent* des inscrits se font soigner.

Il y a là une mentalité spéciale des bénéficiaires qui varie selon les localités et dont il serait fort intéressant de rechercher les causes.

Le Dr Lenglet a fait en outre une autre constatation, tandis que dans certaine ville le tuberculeux de guerre coûte 7.700 francs de soins, il en est d'autres où il coûte 3.800 francs.

Le Dr Lenglet, en poursuivant avec méthode l'étude de cette statistique et en en tirant les conclusions qu'elle comporte avec toute sa conscience, son indépendance et sa bonne foi, rendra un service signalé à l'Etat, aux bénéficiaires honnêtes et aux médecins consciencieux.

Ce court exposé suffit à montrer tout l'intérêt que présente une réunion comme la conférence des secrétaires des commissions de contrôle. Somme toute, ce premier essai de médecine sociale, organisé dans des conditions difficiles, donne, au bout de deux ans, malgré l'inexpérience complète de ceux qui l'ont réalisé, un résultat satisfaisant qui ne peut que s'améliorer.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA DOULEUR GASTRIQUE ET SA SÉMÉIOLOGIE

Par L. PRON.

LASÈGUE a dit qu'on n'était dyspeptique qu'à la condition de souffrir. C'est là un aphorisme, qui a vécu. Il est, en effet, un assez grand nombre de malades de l'estomac qui n'éprouvent jamais de douleurs proprement dites, et surtout (point sur lequel j'ai attiré l'attention, à plusieurs reprises, entre autres à l'Académie de médecine : 20 mai 1919, p. 690 du *Bulletin*), il arrive fréquemment qu'il n'y ait pas de parallélisme entre le degré ou la nature d'une affection gastrique et l'intensité ou la modalité des sensations qu'elle provoque. La proportion des gastropathies sé-

rieuses (dilatation prononcée et ulcus), qui n'ont qu'une symptomatologie *subjective* estompée est appréciable. Inversement, l'estomac peut n'être atteint d'aucune maladie et souffrir de façon aiguë, uniquement parce qu'il reçoit le contre-coup d'une anomalie du voisinage (foie, intestin, etc.), ou du système nerveux.

Laissant de côté la question, pourtant importante, des dyspepsies secondaires et celle des gastropathies latentes ou frustes, je n'envisagerai ici que les cas à physionomie courante, en établissant deux grandes classes : *douleur spontanée* et *douleur provoquée.*

1° Douleur spontanée.

Et d'abord, quand un malade se plaint d'une douleur *en dehors de la région épigastrique,* ne peut-il s'agir de l'estomac ?

Oui, assez souvent.

En effet, quand l'estomac est dilaté ou atone, ce qui est fréquent, il descend, dans la station debout, bien au-dessous de l'ombilic, et si c'est son fond ou la région inférieure de la grande courbure qui est douloureux, la douleur siègera en plein abdomen, vers la gauche. Si c'est le pylore, elle se localisera au voisinage de la fosse iliaque droite. Dans le décubitus dorsal, le pylore débordant nettement la ligne médiane, sa douleur risquera d'être rapportée à la vésicule biliaire. S'il y a aérophagie, la douleur, due à la distension gastrique, se trouvera en plein gril costal, dans le bas de l'aire du cœur, ou quelquefois vers la gauche, dans la région splénique.

C'est l'interrogatoire (bien conduit et non laissé à la prolixité embrouillée du patient) et surtout la palpation profonde de l'abdomen qui, en l'absence de laboratoire radiologique, permettra de délimiter l'estomac et d'éviter de grosses erreurs de diagnostic : appendicite, colite, lithiase hépatique ou rénale, etc.

Etant admis que c'est bien l'estomac qui souffre, la douleur a une signification bien différente, selon sa nature, son intensité, sa fréquence, son horaire et ses conditions d'apparition.

Douleur en crises espacées. — A intervalles plus ou moins longs (quelques semaines, plus souvent quelques mois), le malade est pris, soudainement ou après quelques jours de malaises mal définis, d'une douleur violente au creux épigastrique, généralement au milieu ou un peu à droite. Il la compare soit à une torsion, soit à une crampe, soit à la sensation d'une plaie à vif, soit à un écrasement entre les mors d'un étau. Rapidement, elle irradie vers l'un ou l'autre des hypocondres, c'est-à-dire en ceinture, ou vers les seins, ou vers les flancs, ou vers le dos, soit franchement transfixiante, quand elle reste médiane et épigastrique, soit sous-scapulaire droite (quelquefois gauche), soit haute, entre les omoplates. Généralement, elle ne s'accompagne pas de vomissements, *ceux-ci ne se montrant que dans un quart des cas* et étant alors composés le plus souvent de liquide muco-acide, ou de bile, ou de mélange des deux, rarement de débris alimentaires.

La douleur éclate rarement de suite après les repas ; le plus souvent, c'est deux, trois, quatre heures après la prise de nourriture qu'elle commence ; de temps en temps la nuit, vers minuit ou deux heures du matin, c'est-à-dire encore tardivement par rapport au repas du soir. Elle dure quelques heures, puis tout rentre dans l'ordre ; ou bien, après une accalmie, elle reprend, ceci à plusieurs reprises, et la période algique dure, en somme plusieurs jours.

Dans l'intervalle des crises, la santé est complètement bonne, ou bien il y a de légers malaises gastriques, ou bien l'estomac fait sentir, à un degré moyen, son état morbide.

Le diagnostic, qui vient le premier à l'esprit, est celui d'*ulcère*. Mais, de par la clinique, comme même, dans certains cas, après la radioscopie, la distinction est impossible entre l'*ulcère prépylorique* et l'*ulcère duodénal franc.* La douleur, dans ce dernier, se localise souvent au milieu du creux épigastrique. Les autres signes qu'on a donnés, dans l'intervalle des crises, n'ont pas davantage de valeur. Il y a un syndrome ulcéreux pyloro-duodénal ; il n'y a pas, d'une part, un syndrome d'ulcère prépylorique et, d'autre part, un syndrome d'ulcère duodénal.

Quand, entre les crises, le fonctionnement de l'estomac est bon, mais que le patient se plaint de nausées fréquentes, de migraines, de gêne dans l'hypocondre droit ou dans la région sous-scapulaire ; quand les selles présentent de l'hypo ou de l'hypercoloration ; quand il y a du subictère passager après la crise, on pensera à la *lithiase hépatique* ou simplement à un état de *dyshépatie chronique,* entrecoupé de phases aiguës (mélange d'insuffisance hépatique et d'angiocholite). Mais, on n'oubliera pas que dans l'ulcère duodénal, il y a souvent subictère. L'examen clinique et le laboratoire trancheront la question dans presque tous les cas, mais pourtant pas dans tous absolument.

Deux autres causes que l'ulcère sont susceptibles de provoquer des crises intermittentes épigastriques.

C'est d'abord l'*occlusion chronique du duodénum,* par aplatissement de ce segment digestif par l'artère mésentérique supérieure et les ligaments suspenseurs de l'iléon, entraînés dans la ptose de la masse abdominale chez les amaigris ou par de la périduodénite adhésive. Elle est caractérisée par des vomissements bilieux extrêmement abondants et périodiques.

C'est ensuite la *ptose gastrique* pure, qui existe

soit seule (ce qui est l'exception), soit associée à la ptose rénale droite, à la ptose hépatique) qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit) ou à la ptose du transverse ou de tout l'intestin. Les excitations quotidiennes par tiraillement sur le plexus solaire s'additionnent, et, un beau jour, éclate une crise de *solalgie*, soit spontanément, soit à l'occasion d'une fatigue physique ou d'un choc moral.

Chez les *sympathicotoniques*, on rencontre des crises gastriques avec nausées ou vomissements, qui rappellent les *crises tabétiques*. L'examen clinique (mydriase intermittente, tachycardie, bouffées de chaleur à la tête, réaction à l'adrénaline) et l'épreuve thérapeutique (sédation par l'ésérine) permettent de reconnaître la sympathicotonie.

La *claudication intermittente gastrique*, par ischémie transitoire des parois de l'estomac, sera soupçonnée chez les sujets âgés, artérioscléreux, ou syphilitiques.

Douleurs aiguës par phases de longue durée. — A côté des grandes crises survenant à longs intervalles, prennent place les cas plus nombreux, où les malades éprouvent une douleur aiguë quotidienne, qui dure plusieurs semaines ou plusieurs mois, avec ensuite un état à peu près constant de manifestations dyspeptiques moyennes ou légères, de type variable.

Il s'agit à peu près toujours d'*ulcère*.

Douleur aiguë ou subaiguë quotidienne. — Depuis des mois ou, plus souvent, depuis plusieurs années, le patient se plaint, au creux épigastrique, d'une douleur supportable, qui dure plusieurs heures par jour. Généralement, cette douleur se montre de façon non régulière vers 9 h. du matin, et régulièrement, plus ou moins tôt, après le repas de midi, le plus fréquemment entre 2 et 4 heures ; de façon inégale, la nuit. C'est une sensation de brûlure plus qu'une algie vraie. Une prise d'aliment quelconque la calme.

D'autres fois, elle est très tardive, c'est-à-dire qu'elle apparaît vers 11 heures du matin et 5 ou 6 heures du soir, accompagnée d'une faim vive, et le repas est attendu avec peine. Ce repas amène un bien-être immédiat, mais qui ne dure que peu.

Beaucoup moins souvent, la douleur se montre pendant le repas ou immédiatement après.

D'une façon générale, je dirai même presque exclusive, cette douleur-brûlure interprandiale, calmée par la nourriture, est caractéristique de l'*hyperchlorhydrie*. Mais celle-ci est rarement simple. Dans une proportion très fournie, il y a non seulement excès de sécrétion à l'occasion des repas, mais *sécrétion continue* ou *catarrhe acide*. J'ai insisté déjà maintes fois sur cette anomalie, à savoir que, le matin à jeun, malgré la présence de suc gastrique en contact direct depuis plusieurs heures avec la muqueuse (c'est-à-dire depuis que le chyme a été évacué), la douleur est rare. Il y a également longtemps que j'ai montré que la description classique du *syndrome de Reichmann* ne correspond guère à la réalité ; il n'y a, cliniquement, souvent aucune différence entre le tableau de ce syndrome et celui de l'hyperchlorhydrie simple.

C'est que, d'une part, le catarrhe acide (qui ne peut se diagnostiquer que par le tubage à jeun, après constatation du bruit de clapotage) est loin de s'accompagner régulièrement d'ulcère. C'est que, d'autre part, quand il y a *ulcère*, la symptomatologie est, là encore, plutôt bénigne dans les trois quarts des cas ; et il est impossible, en l'absence de grandes crises et d'hémorragies (celles-ci étant une complication et non un signe habituel de la maladie), de distinguer, autrement que par les moyens de laboratoire, l'hyperchlorhydrie banale de l'hyperchlorhydrie avec ulcère.

De même, il ne faut pas compter sur la séméiologie classique pour localiser la lésion. L'ulcère gastrique siège presque toujours le long de la petite courbure et dans la région pylorique ou prépylorique, et, avec cette localisation, la douleur peut se montrer aussi bien, une ou deux heures après le repas que quatre heures après. Quant à l'ulcère du cardia, c'est une exception ; là, l'horaire a plus de valeur ; la douleur se montre dès le début du repas. Pourtant, il peut en être ainsi dans l'ulcère pylorique, par spasme réflexe ou par contact direct.

La douleur tardive peut aussi bien être due à un *blocage pylorique* par spasme qu'au contact prolongé du suc gastrique avec la muqueuse, à un moment où l'estomac ayant évacué complètement son contenu alimentaire, continue, dans le catarrhe acide, à sécréter. Elle peut encore être due à l'évacuation retardée dans la *ptose simple*, avec pylore normalement perméable ; alors, elle est calmée par la position horizontale.

Mais, ce n'est pas seulement dans l'hyperchlorhydrie qu'on rencontre la douleur-brûlure interprandiale, calmée par les aliments ou les alcalino-terreux. Elle se rencontre souvent dans l'*achylie* ou la grande *hypochlorhydrie* et, là aussi, l'appétit peut être exagéré, en raison de l'évacuation gastrique prématurée par insuffisance pylorique. Un symptôme, qui met sur la bonne voie, est la lientérie.

Douleur constante. — La douleur continue ou à peu près est assez rare. Elle est due généralement à de la *périgastrite* ou à de la *périduodénite*. Quelle que soit la sévérité du régime alimentaire, le simple fait que l'estomac se trouve distendu par l'introduction en lui d'un liquide ou d'un plat semi-liquide détermine un tiraillement, qui dure d'un repas à l'autre, en raison de la gêne

mécanique d'évacuation. La douleur est augmentée par certains mouvements du tronc ou par les secousses ; inversement, elle est diminuée par certaines positions (décubitus dorsal ou latéral droit ou gauche, ou position penchée en avant).

Je passe sur la *sténose du pylore*, facilement reconnaissable cliniquement, en général.

Lourdeur post-prandiale. — La *gêne*, engendrée par les repas, ne devrait pas être mentionnée à propos de la douleur. Mais, outre que dans bon nombre de cas, il y a lourdeur douloureuse ou un mélange de douleur sourde avec sensation de distension, je tiens à répéter ici ce que j'ai commencé à montrer en 1913 (Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac, p. 104), à savoir que, toutes les fois où existe de l'*atonie de l'estomac* avec ou sans dilatation, *quel que soit le chimisme*, le patient éprouve des symptômes d'hyposthénie, immédiatement après le repas. Les vieux hyperchlorhydriques dilatés se plaignent bien plus de leur insuffisance musculaire gastrique que de leur excès de sécrétion. Cliniquement, il faut distinguer l'hyperchlorhydrie avec hypersthénie, qui fournit la symptomatologie classique — et l'*hyperchlorhydrie avec hyposthénie*, qui en impose pour de l'hypochlorhydrie.

Quand le malade éprouve une constriction gastrique avec serrement à la gorge ou à l'œsophage, on pensera à du *nervosisme* ou à de l'*aérophagie*.

DOULEUR PROVOQUÉE.

Je serai bref à son sujet.

Après avoir rappelé que la douleur-signal de Leven (douleur à la pression du creux épigastrique, qui cède par le relèvement du bas-fond de l'estomac) traduit une *ptose* de l'estomac ou de la masse gastro-intestinale, je mentionnerai les points suivants, qui me paraissent avoir une grande importance pratique :

1° Pour explorer la sensibilité du creux épigastrique, il faut, non pas appuyer sur lui, mais *tapoter* avec l'extrémité des doigts recourbés en marteau. La douleur, absente ou légère avec le premier de ces modes d'examen, est souvent présente ou forte avec le second, au même moment (voir *Journal des Praticiens*, 19 août 1922). C'est pourquoi, j'ai renoncé, depuis 15 ans, à l'emploi de l'esthésiomètre gastrique, qui n'exerce qu'une pression continue.

2° La *douleur latérale* indique une *hyperesthésie viscérale avec ou sans lésion*. La *douleur médiane* indique aussi souvent une *hyperesthésie viscérale* qu'une *hyperesthésie du plexus solaire*. Dans l'*ulcère*, le plexus solaire a le droit d'être irrité, aussi bien que dans la dyspepsie simple ou avec ptose.

3° Quand la douleur manque ou n'est que légère après le repas de midi et qu'elle est présente ou forte *le matin à jeun*, il y a de grandes probabilités pour qu'il y ait *ulcère* (signe de grande valeur pour moi).

4° Le siège de la douleur provoquée (par exemple, la douleur provoquée, qui se localise souvent à gauche du creux épigastrique) ne correspond pas toujours au siège de l'ulcère.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

(*Hôpital des enfants-malades*)

M. le professeur NOBÉCOURT.

L'ictère catarrhal chez les enfants.

Cette fillette est née le 18 octobre 1912, de parents bien portants. Ses antécédents personnels n'offrent rien à noter ; cependant, depuis l'âge de 4 ans elle aurait eu assez souvent, tous les huit ou dix jours, des crises de céphalée frontale avec douleur oculaire et quelquefois des vomissements, que la mère qualifie de migraines. En outre, depuis sa petite enfance, elle est sujette à la diarrhée.

Elle entre le 21 avril, parce que depuis une huitaine de jours, elle a de la diarrhée, des douleurs abdominales, surtout du côté droit, de la céphalalgie.

C'est une fille de 11 ans et demi, d'une bonne taille (145 cm.), d'un poids un peu faible, (33 kilos 300). Elle a le teint pâle, les yeux cernés ; elle est très asthéniée. La température est de 38°1, l'anorexie complète ; il y a de la constipation. Le ventre est mou ; la pression provoque une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite.

Cette malade donne à M. Janet, qui la voit à ce moment, l'impression d'une infection intestinale grave. Il prescrit la diète hydrique et des injections de sérum physiologique.

Le soir, la température ne dépasse pas 38°2.

Le lendemain 23 avril, apparaît un ictère modéré mais très net; les urines sont ictériques, rares (d'un demi-litre environ), les matières fécales, dures, décolorées, mastic ; la température est de 38°.

Les jours suivants la température revient à la normale. Cependant, l'ictère s'accentue, tout en restant modéré. Le foie, indolent, déborde un peu les fausses côtes. La rate est normale. Le

cœur est normal ; le pouls à 90 ; la tension, prise au Vaquez, de 12.5-9. Les urines sont toujours peu abondantes, de 500 à 800 cmc. et gardent le même caractère ictérique.

Le 27 avril, quatrième jour de l'ictère, les urines augmentent jusqu'à un litre et demi ; puis l'ictère diminue d'intensité, le foie redevient normal, les selles sont toujours décolorées.

Le 30 avril, il n'y a plus qu'un léger subictère des conjonctives ; les selles sont normales, les urines claires.

Finalement, le 3 mai, l'enfant a repris son teint habituel ; le pouls est à 80, la tension au Vaquez à 14-10.

Actuellement, vous voyez que cette enfant est encore un peu pâle, décolorée, mais son poids a augmenté de 2 kgr. environ ; il dépasse 35 kgr.

Nous avons poursuivi chez cette malade une enquête étiologique et quelques recherches physiologiques.

Nous avons appris que dans la pension d'où elle vient il y a eu ces temps derniers trois autres cas d'ictère.

Dans les urines nous n'avons pas trouvé le *spirochète de l'ictère hémorragique.*

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le sang a donné à deux reprises un Bordet-Wassermann négatif (H^7), un Hecht très légèrement positif, un Verne positif (28 le 26 avril, 8 le 3 mai, alors que normalement il est inférieur à 6).

Les *urines*, examinées à plusieurs reprises, contenaient des pigments biliaires et des acides biliaires abondants ; de l'urobiline, de l'uro-érythrine, de l'indoxyl. Elles n'ont jamais contenu ni albumine, ni sucre. Le 27 avril, s'est produite la crise urinaire ; le 1er mai les urines contenaient encore des pigments et des acides biliaires, ceux-ci ont disparu le 3 mai.

Le *poids* a présenté les variations classiques: pendant le cours de la maladie il s'est maintenu au voisinage de 32 kgr 400, puis dans les jours qui ont suivi la crise il a baissé rapidement de 700 gr., puis, est remonté.

M. Bidot a dosé, le 26 avril, 0 gr. 70, et le 2 mai 0 gr. 25 d'*urée* dans le *sérum sanguin.* Il existait donc un certain degré d'*azotémie.* M. Ricci y a dosé 3 gr. 25 et 3 gr. 13 de *cholestérine* les 26 et 28 avril ; 2 gr. 10, le 8 mai. Il y avait de l'*hypercholestérinémie.*

L'affection dont était atteinte notre malade ne soulevait aucune difficulté de diagnostic : nous nous trouvions en présence d'un ICTÈRE CATARRHAL.

Cet ictère est un ictère aigu par rétention, ayant les allures d'une maladie infectieuse primitive.

Il s'observe à tous les AGES. On le rencontre surtout chez les jeunes gens et les adultes jeunes, mais également chez les enfants. Depuis le 1er janvier 1921 jusqu'à ce jour, nous en avons observé 13 cas dans le service ; ce nombre vous donne un aperçu de sa fréquence.

Cet ictère est assez rare *avant* 2 *ans.* Dans un mémoire de l'*American journal of diseases of children*, en 1915, Hempelmann mentionne comme faits rares trois cas survenus chez des enfants âgés respectivement de 2, 8 et 11 mois.

Il est un peu moins rare de 2 *à* 4 *ans.* Deux de nos 13 malades avaient 2 ans, soit 15.3 %.

L'un de ces malades est entré le 23 juillet 1923, à l'âge de 2 ans et 3 mois. C'était une petite fille hypotrophique pesant 8 kgr. 850 et mesurant 79 c.m., ayant un Bordet-Wassermann négatif (H^6), et un Hecht légèrement positif. Elle présentait depuis huit jours des vomissements répétés qui empêchaient l'alimentation, une diarrhée fétide, de l'anorexie, de l'amaigrissement. Au moment de l'entrée, la température était élevée (39°), mais la fièvre ne dura pas. Le cinquième jour d'hôpital, apparut un ictère léger sans décoloration des matières. L'enfant sortit guérie le 5 août après un séjour de douze jours.

L'autre malade, âgée de 2 ans et 10 mois, toujours bien portante, présenta le 2 juin 1923 des vomissements alimentaires, de l'anorexie, de l'agitation, de la fièvre, de l'insomnie, de la diarrhée avec décoloration des matières, des urines foncées. Elle entra le 12 juin, avec une température à 38°3, 38°8, très abattue. On notait un léger ictère des conjonctives, des selles blanches, mastic. Les urines contenaient des acides et des pigments biliaires.

Les jours suivants, la fièvre tomba et redevint normale le 14 juin, douzième jour de la maladie, l'ictère s'atténua le 17, quinzième jour de la maladie ; selles colorées, urines claires. L'enfant sortit le 2 juin.

A partir de 5 ans, et surtout à partir de 9 ans, l'ictère devient plus fréquent. Sur les 13 cas que nous avons observés, 11 fois il s'agissait d'enfants âgés de plus de 5 ans, soit 84,6 %. Ces enfants avaient 5, 7, 8, 10, 11, 13 et 14 ans.

D'après mes observations, l'ictère atteint surtout les FILLES : 9 filles pour 4 garçons.

***

Il y a tout d'abord une PHASE D'INVASION, une PÉRIODE PRÉICTÉRIQUE qui se traduit par des troubles digestifs.

L'enfant présente des vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux ou muco-bilieux ; tantôt il ne vomit qu'une ou deux fois ; tantôt les vomissements se répètent pendant plusieurs jours et empêchent l'alimentation ; l'enfant n'a d'ailleurs pas d'appétit. La langue est saburrale : il y a de la constipation ou de la diarrhée, quel-

◆◆◆

quefois fétide. L'abdomen est indolent ; parfois l'enfant se plaint de coliques.

L'enfant est fiévreux, fatigué, asthénique, courbaturé ; il peut avoir quelques frissons. Quelquefois, surtout s'il s'agit d'un petit, il est abattu, somnolent. D'autres fois, il présente de l'agitation, a de l'insomnie, de la céphalée.

Ces symptômes varient d'intensité suivant les cas. Ils peuvent être très atténués, très légers ou au contraire très marqués. Tous les états intermédiaires peuvent se rencontrer.

A cette période, on ne porte pas de diagnostic précis. On parle d'*embarras gastrique fébrile, d'entérite*, ou on pense au début d'une *maladie infectieuse*.

Dans quelques cas la douleur abdominale jointe aux vomissements fait penser à une *appendicite*, comme chez un de nos malades.

Un garçon de 14 ans et demi se réveille le 10 juin 1923 avec un état nauséeux ; il vomit son premier déjeuner. Les jours suivants, il n'a pas d'appétit, il est fatigué, a de la fièvre, de la céphalée, il a de nouveau quelques vomissements et en outre quelques légères coliques.

Le 13 juin, son médecin pense à une *appendicite*. Le 14 juin, c'est-à-dire quatre jours après le début, il entre à l'hôpital.

Nous l'examinons le surlendemain. Nous trouvons un *ictère* généralisé. La langue est saburrale, l'haleine fétide. Le foie déborde de quatre travers de doigt le rebord costal, et il est douloureux. La rate est grosse. La pression profonde révèle de la douleur au point de Mac Burney. Les selles sont dures, peu colorées, les urines rares ; elles contiennent des pigments et des acides biliaires ainsi que 0 gr. 30 d'albumine. On dose dans le sérum sanguin 0 gr. 15 d'urée.

Le 19, la crise urinaire se produit, puis l'ictère s'atténue ; le malade sort guéri le 28 juin n'ayant plus aucune douleur abdominale.

La période préictérique est le plus souvent assez courte, de 2, 4 ou 5 jours. Mais il n'est pas rare de la voir se prolonger pendant 8 ou 10 jours. C'est seulement au bout de ce temps que l'ictère se montre et impose le diagnostic.

Avec l'ictère, commence la deuxième période, la PÉRIODE D'ICTÈRE.

L'ictère a les caractères classiques. Il est rarement très intense, parfois il est léger, généralisé.

Les *urines* sont rares, foncées, rougeâtres, avec un reflet verdâtre. Elles contiennent des pigments et des acides biliaires, de l'urobiline, de l'uro-érythrine, souvent de l'indoxyl. Elles sont quelquefois albumineuses. Il n'y a pas de glycosurie.

Les selles sont fermes, décolorées, mastic ; on n'y retrouve ni sels, ni pigments biliaires, ni aucun dérivé de la bile. La décoloration est parfois à peine ébauchée et très passagère. Parfois même les selles restent colorées.

Le *sérum sanguin* contient des pigments biliaires.

Parfois le taux de l'*urée* y est augmenté, témoin la petite malade que j'ai montrée tout à l'heure ; mais l'azotémie n'est pas constante ; elle faisait défaut le 6e jour de l'ictère chez le garçon de 14 ans et demi pour qui on avait pensé à une appendicite.

La *cholestérine* y est augmentée ; le cas que j'ai cité tout à l'heure en est un exemple.

La *résistance globulaire* est augmentée ; ce phénomène est lié à l'élévation de la cholestérinémie.

Le nombre des *hématies* est normal, ou un peu diminué. Il y a une légère *leucocytose*.

La *fièvre* est assez légère. Assez souvent la température s'élève seulement à 38°, 38°5, pendant deux ou trois jours, puis revient rapidement à la normale. Dans d'autres cas, tantôt il y a une forte fièvre, tantôt apyrexie complète.

La *pression artérielle*, le *pouls*, le *cœur* ne présentent rien de particulier.

Le *foie* est souvent hypertrophié ; il déborde le rebord costal de deux, trois ou quatre travers de doigt. La *rate* peut être tuméfiée mais en général son augmentation de volume est peu marquée.

En dehors de l'abattement, les *phénomènes nerveux* sont légers et de courte durée.

Il ne se produit pas d'*hémorragies*.

La période ictérique a une *durée* variable. Souvent elle est très courte : la coloration des téguments commence à diminuer après 2, 4, 8 ou 10 jours ; puis elle disparaît progressivement. En même temps, se produit une crise urinaire, du dixième au quinzième jour de la maladie, les urines deviennent claires, les pigments et acides biliaires diminuent, puis disparaissent, et les selles se recolorent.

Le *poids* subit une baisse passagère au moment de la crise urinaire.

La *durée totale de la maladie* ne dépasse guère 10 à 15 jours ou 20 jours. La *convalescence* est assez rapide, sauf si l'enfant a été profondément touché.

La *guérison* est la règle.

L'ÉVOLUTION n'est pas toujours aussi rapide et aussi régulière. Il y a des cas où cet ictère catarrhal présente des RECHUTES, ou bien PERSISTE, réalisant le tableau de l'*ictère catarrhal prolongé*. En voici deux exemples :

Premier exemple.

Un garçon, né le 27 novembre 1912, est soigné à la policlinique depuis le 29 mars 1923 pour une

rhinopharyngite chronique et un état général médiocre ; on pratique l'ablation des végétations adénoïdes. Il avait eu quelques accès d'asthme ; la mère était d'ailleurs asthmatique. Il présentait des traces de rachitisme, bosses occipitales saillantes, voûte palatine ogivale, il paraissait suspect d'hérédo-syphilis. Cependant la réaction de Bordet-Wassermann était négatifve (H8).

Il entre dans notre service le 20 septembre, étant âgé de 11 ans et 10 mois, parce que quatre jours avant il a été pris de vomissements alimentaires, puis muqueux, et de courbature. Les urines étaient diminuées, foncées, les selles s'étaient décolorées. Il était fatigué.

A son entrée il n'a pas de fièvre (37°2), il présente un ictère léger des conjonctives et de la peau, des selles décolorées, des urines rouge foncé contenant des pigments et des acides biliaires. Le foie et la rate sont normaux. Le Bordet-Wassermann pratiqué de nouveau est positif (H3), le Hecht très légèrement positif.

Cet enfant s'améliore rapidement, son ictère diminue, ses selles se colorent, ses urines redeviennent normales. Il sort le 29 septembre, considéré comme guéri.

Onze jours après, le 10 octobre, il revient avec une température à 38° et un ictère franc généralisé ; ses selles sont de nouveau décolorées ; les urines contiennent en abondance des pigments et des acides biliaires. Le foie est un peu gros, la rate normale.

L'ictère se fonce, il persiste avec des variations d'intensité en plus ou en moins. La température est irrégulière : 37°5, 38°. Les selles restent décolorées. Les urines contiennent toujours les éléments de la bile. Le foie et la rate grossissent.

L'enfant reste dans cet état jusqu'au 1er novembre. A partir de cette date l'ictère diminue, les selles se recolorent, les urines deviennent moins foncées, mais le foie est toujours gros. C'est seulement le 25 novembre, quarante-sixième jour de la rechute, que l'enfant sort de l'hôpital ; il présente encore un léger subictère des conjonctives, cependant son poids a augmenté de 1.900 gr.

Nous avons recherché au cours de la rechute, le 17 octobre, le spirochète de l'ictère hémorragique dans l'urine, sans le trouver.

Le sang contenait, le 29 octobre, 4.400.000 hématies, 8.200 leucocytes avec 49 polynucléaires pour 100. La résistance globulaire était augmentée.

Pendant la phase d'amélioration, le 8 novembre, l'ingestion de 90 gr. de glucose, c'est-à-dire de 4 gr. par kilogr. a provoqué une légère glycosurie.

Deuxième exemple :

Une fille atteinte de paralysie infantile à l'âge de 18 mois entre à la salle Parrot, le 6 juin 1921, à l'âge de 7 ans, pour de l'ictère.

En mars, une sœur plus jeune a eu un ictère, qui a duré quinze jours. Peu après, à la fin d'avril, notre malade a eu une première atteinte d'ictère avec décoloration des matières qui a duré huit jours ; elle a guéri et a été envoyée en convalescence à la campagne.

Au bout d'une dizaine de jours, le 25 mai, sans prodromes, l'ictère reparaît et s'accentue rapidement. Le 6 juin, l'enfant entre de nouveau à l'hôpital : l'ictère est foncé, jaune verdâtre ; les selles sont mastic ; les urines, brunâtres, contiennent des pigments et des acides biliaires ; le foie déborde de 4 centimètres les côtes, la rate est perceptible au palper. Il y a du prurit.

L'ictère persiste. Vers le 20 juin, il commence à diminuer. Le 25 juin, les urines ne contiennent plus qu'une petite quantité d'acides biliaires. Le 1er juillet, trente-cinquième jour de la rechute, la coloration des téguments a complètement disparu, les urines sont claires et abondantes, le foie est redevenu normal.

L'enfant quitte l'hôpital le 10 juillet.

Le 10 juin, la recherche du spirochète dans l'urine a été négative. Le séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique, pratiqué à l'Institut Pasteur, a été également négatif.

Ces deux enfants ont donc été atteints d'ictères à rechutes et d'ictères persistants ; chez le premier la rechute s'est produite après un intervalle de treize jours et a duré quarante-six jours ; chez le second, la rechute s'est produite au bout d'une douzaine de jours et a duré trente-cinq jours.

L'ictère catarrhal et prolongé n'est pas exceptionnel, puisque 2 sur 13 malades en ont été atteints, soit 15 %.

Vous en trouverez une observation dans la thèse de Mlle Herzenstein, en 1890, consacrée à l'*étude de l'ictère catarrhal prolongé* : chez une fille de 5 ans et demi l'ictère a duré 120 jours.

Vous en trouverez deux observations dans la thèse de Baron, sur l'*ictère catarrhal chez les enfants*, en 1895. Un garçon de 6 ans et demi a une première attaque d'ictère qui dure environ cinq semaines ; le quarante-cinquième jour se produit une rechute : la durée totale est de 70 jours. Une fille de 7 ans a une première atteinte d'ictère durant quatre ou cinq jours, puis fait une rechute après 15 jours d'intervalle ; et l'ictère persiste encore le soixantième jour. Le foie reste gros.

En 1920, Gustin, dans sa thèse sur l'*ictère catarrhal à forme prolongée dans la seconde enfance*, publie l'observation d'une malade du professeur Hutinel. Une fille de 13 ans a un ictère qui dure deux mois ; pendant ce temps se pro-

duisent deux rechutes ou plutôt deux reprises, car l'ictère n'a jamais complètement disparu.

Je citerai plus loin d'autres faits d'ictère prolongé à propos de l'ictère émotif.

***

Abordons maintenant l'ÉTIOLOGIE de l'ictère catarrhal.

Je ne reviens pas sur la fréquence suivant l'âge et suivant le *sexe*, dont j'ai parlé tout à l'heure. Cet ictère peut être isolé, *sporadique*. Plus souvent, il est *épidémique*.

Ce caractère épidémique de l'ictère catarrhal des enfants a été noté depuis longtemps par Meissner en 1864, Henoch en 1885, Barthez et Sanné, en 1887. Dans la deuxième édition du *Traité des maladies de l'enfance* de GRANCHER et COMBY, en 1904, Rénon écrit : « Alors que, chez l'adulte l'ictère dit catarrhal est la plupart du temps sporadique, cette variété d'ictère est généralement épidémique chez l'enfant ». Krasnobaff, Kessel, en 1896, ont rapporté des épidémies observées à Moscou.

En Angleterre, les épidémies sont assez fréquentes. En 1894, elles ont été étudiées par Hall, Calwert, Pope, Bartlett, etc.

En janvier 1913, dans le *British journal of children's Diseases*, Guthrie relate des épidé mies observées en 1910, 1911, et 1912.

A Paris, les cas d'ictère catarrhal ont été plus nombreux en 1921 que dans les années suivantes ; sur 13 cas, 6 ont été observés en 1921, 3 en 1922, et 4 en 1923.

L'ictère catarrhal des enfants apparaît de préférence à certaines *périodes*. Divers auteurs signalent qu'il est fréquent surtout dans les mois d'octobre à février. Pour mes malades, au contraire les cas sont survenus surtout de juin à octobre. En 1921, nous voyons un cas en février et 5 de juin à octobre ; en 1922, un cas en mars et 2 en juin ; en 1923, 3 cas seulement, de juin à septembre.

Les épidémies ont ceci de particulier que les enfants ne sont pas pris simultanément mais *successivement*, à intervalles de quelques jours, de trois semaines, d'un mois.

Il s'agit en général, de *petites épidémies*, qui frappent une maison, un groupe de maisons, une école, une salle d'hôpital, une famille.

Fringuet, dans la *Presse médicale* du 5 juillet 1899, relate une épidémie d'école de campagne. Sur 30 élèves, 7 sont pris d'ictère ; or, ils venaient de deux villages différents, mais en classe ils étaient placés à côté les uns des autres.

Baron a vu apparaître quelques cas d'ictère dans une salle d'hôpital où était soigné un ictérique.

Dans la *Presse médicale* du 10 janvier 1920, Chabrol et Dumont décrivent *une épidémie familiale d'ictère catarrhal*. Successivement, trois sœurs sont atteintes d'ictère : chez l'une, âgée de 8 ans et demi, il débute le 8 novembre 1918 ; chez l'autre, âgée de 11 ans et demi, le 12 novembre ; chez la dernière, âgée de 10 ans, le 3 décembre.

La sixième des enfants dont j'ai cité les observations a été prise d'ictère quelque temps après que la sœur avait eu la même affection.

Plusieurs médecins anglais ont été frappés des relations qui peuvent exister entre les *épidémies d'ictère* chez les enfants et les *épidémies de grippe*. Ce fait a été constaté par Hall en 1894. Bronson y est revenu en 1919, dans un mémoire du *British journal of children's Diseases*. Pendant l'épidémie de grippe de 1918, il a observé de nombreux cas d'ictère chez les enfants. Les faits se divisent en trois catégories.

Dans une première catégorie de faits, l'enfant n'a pas la grippe, mais après avoir eu contact avec des grippés il contracte l'ictère. Bronson cite 12 cas de ce genre.

Dans un deuxième groupe de faits, l'ictère peut être considéré comme une séquelle de la grippe, mais cette circonstance est rare, puisque Bronson n'en cite que 2 cas.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, l'ictère survient sans qu'il y ait de contagion grippale.

Il est probable qu'il n'y a qu'une simple coïncidence entre l'ictère et la grippe. Il convient de remarquer, en effet, que l'ictère est très rare chez les enfants qui ont eu la grippe, qu'il apparaît surtout chez les enfants qui ont été en contact avec les grippés.

Guthrie, dans le mémoire que je citais tout à l'heure, a voulu voir une *analogie entre l'ictère épidémique des enfants et les oreillons*. Il a remarqué que parfois l'ictère catarrhal évoluait à la même époque que les oreillons, et il s'est demandé s'il n'y avait pas quelque analogie entre la pancréatite ourlienne et les syndromes infectieux avec ictère. C'est possible, mais il s'agit de faits exceptionnels.

Tout permet donc de penser que l'ictère catarrhal résulte d'une INFECTION, mais nous ignorons l'origine de cette dernière. On a incriminé l'usage d'aliments altérés, d'eaux impures, les excès alimentaires. D'ailleurs, nous ne savons rien non plus de l'*agent* qui détermine ces ictères. On a rencontré parfois le bacille d'Eberth, les bacilles paratyphiques, le colibacille, le bacille de Gartner et divers germes. Si ces microbes jouent un rôle il est certainement bien restreint.

Chez les enfants d'une même famille atteints

d'ictère, Chabrol et Dumont ont pratiqué le séro-diagnostic vis-à-vis du bacille typhique, des paratyphiques, du colibacille, du bacille de Gartner ; les résultats ont tous été négatifs.

Un agent pathogène qu'il convient de rechercher tout particulièrement est le *spirochète de l'ictère hémorragique*. Ce spirochète n'est pas responsable seulement de ce type d'ictère si spécial qui survient de façon épidémique et qui a été si fréquent chez les soldats à certaines périodes de la guerre ; il peut réaliser également d'autres variétés cliniques. Marcel Garnier et Reilly, dans leur *Essai de classification des ictères infectieux primitifs* publié dans la *Presse médicale* du 13 novembre 1920, montrent qu'il faut penser à son intervention en présence d'un ictère fébrile, surtout quand il est suivi d'une recrudescence thermique après une phase d'apyrexie, d'un ictère apyrétique avec fièvre légère tardive, d'un ictère grave.

Le spirochète a été recherché dans l'ictère catarrhal des enfants. Chabrol et Dumont dans 2 sur 3 cas d'ictère familial, ont constaté quelques très rares spirochètes dans les urines ; mais l'inoculation de l'urine au cobaye a été négative ; dans les 3 cas, le séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique pratiqué par M. Pettit a été négatif. Pour 4 de mes malades nous avons recherché, sans le trouver, le spirochète dans l'urine, dont 2 fois pendant la rechute. Chez un de nos malades le séro-diagnostic de la spirochétose a été en outre négatif.

Le germe qui cause les épidémies d'ictère catarrhal est encore à trouver. Il semble bien qu'il s'agisse d'un germe spécial qui intervient, mais c'est une simple hypothèse.

On peut se demander si certains malades ne sont pas prédisposés à contracter l'infection cause de l'ictère, par des troubles digestifs antérieurs et une débilité hépatique. Autrefois même on considérait l'infection intestinale comme la cause déterminante. Mais une telle prédisposition n'est pas nécessaire.

La *syphilis*, qui peut réaliser un ictère spécifique dont je parlais tout à l'heure, peut entraîner une prédisposition hépatique. Mais les enfants atteints d'ictère catarrhal ne sont pas plus souvent syphilitiques que ceux qui n'ont pas d'ictère.

Voici les constatations que nous avons faites à cet égard.

Le Bordet-Wassermann et le Hecht ont été pratiqués pour 7 malades et 5 d'entre eux ont eu un B. W. négatif (H^7 ou H^8) avec un Hecht négatif ou très légèrement positif. Un autre a eu un B. W. douteux (H^6) avec un Hecht positif. Enfin un dernier, B. W. positif (H^3) avec un Hecht très légèrement positif ; il s'agit de ce garçon présentant des stigmates suspects d'hérédosyphilis, qui auparavant avait eu un B. W. négatif (H^8).

Dans certaines circonstances, l'ictère catarrhal apparaît à la suite d'une ÉMOTION. On peut parler alors d'*ictère émotif* dont on a beaucoup discuté. Ce dernier a surtout été étudié chez l'adulte ; il se rencontre quelquefois chez l'enfant. Les observations publiées sont relativement assez rares et l'une de mes élèves, Mlle Valleix, dans sa thèse de 1912 sur l'*ictère émotif chez l'enfant*, n'en avait réuni que 11 observations, dont 4 publiées en 1911 à la *Société de pédiatrie* par Prosper Merklen, Roger Voisin, moi-même et Mouriquand.

Presque toujours il succède à une émotion pénible. C'est à la suite d'une peur (7 fois sur 11) ou de la colère (3 fois sur 11), quelquefois d'une simple contrariété (1 fois sur 11) qu'il apparaît.

L'ictère émotif présente les caractères cliniques de l'ictère catarrhal que je viens de décrire. Il s'installe suivant deux modalités qu'il importe de distinguer.

Dans une première catégorie de faits, l'ictère se montre dans les heures qui suivent l'émotion, sans présenter de symptômes d'embarras gastrique. C'est le cas du malade de Roger Voisin ; un garçon de 10 ans, qui était à bicyclette, tombe et manque d'être écrasé par une automobile ; il rentre chez lui, et, quatre heures après, l'ictère apparaît.

Dans une seconde catégorie de faits, les plus communs, l'ictère survient assez longtemps après l'émotion. Il y a une phase prémonitoire d'invasion pendant laquelle se montrent des phénomènes d'ordre infectieux, de la fièvre, de la céphalée ; c'est un, deux ou trois jours après l'émotion que l'ictère apparaît. Comme l'écrit le professeur Merklen il existe parmi les ictères d'origine émotive une catégorie d'ictère de nature infectieuse.

Les observations rapportées par Merklen à la *Société de pédiatrie* le 21 février 1911 le montrent. Une fille de 11 ans manque d'être écrasée ; le surlendemain, elle a de la céphalée, des nausées, de l'inappétence ; trois jours après de l'ictère ; celui-ci guérit rapidement ; l'enfant va en convalescence chez un oncle ; quinze jours après son arrivée, ses deux cousins ont de l'ictère.

J'ai fait des constatations analogues chez le garçon de 11 ans que j'ai observé avec le Dr Guilloire dans la banlieue parisienne. Cet enfant passant sur la voie du tramway a le pied pris entre les rails ; un tramway arrive et s'arrête au moment où il allait lui passer sur le corps. Cet enfant éprouva naturellement une grande frayeur. Trois jours après apparurent des malaises, des vomissements alimentaires et bilieux, de la diarrhée ; le lendemain, de l'ictère avec fièvre légère, urines bilieuses et selles décolorées.

Cet ictère présente une autre particularité

intéressante : il se prolonge. Je vois le malade soixante-cinq jours après le début : le foie et la rate sont gros, les matières décolorées. Je me demandais s'il n'y avait pas un processus de cirrhose. J'ai appris quelque temps après que les selles étaient redevenues colorées, que l'enfant avait cessé d'être ictérique et avait guéri.

***

Cet ictère catarrhal est donc un *ictère par rétention* causé par une *infection*. Il peut être dû à des germes divers, quand il s'agit d'un ictère sporadique ou d'un ictère émotif ; il semble dû à un germe spécial, quand il s'agit d'ictères épidémiques.

La PATHOGÉNIE de cet ictère est difficile à préciser parce que nous ne connaissons pas l'anatomie pathologique : on ne meurt pas de cette affection.

La *théorie ancienne*, émise par Andral et par Frerichs, attribue l'ictère catarrhal à la propagation d'un catarrhe du duodénum au canal cholédoque et à l'oblitération de ce conduit par la muqueuse tuméfiée et un bouchon muqueux.

Cette conception est actuellement abandonnée. Le terme de catarrhal, appliqué à l'ictère, est détourné de son sens étymologique ; il ne veut pas dire qu'il existe une augmentation de la sécrétion muqueuse. Deux théories se trouvent en présence.

D'après l'une, l'ictère catarrhal est une *affection locale hépato-biliaire*. Il est causé par une infection ascendante des voies biliaires déterminant soit une angiocholite oblitérante du cholédoque, ce qui est peu probable, soit une inflammation des canalicules biliaires intra-hépatiques, soit une altération de la cellule hépatique. Cette théorie de l'infection ascendante semble de plus en plus abandonnée.

D'après l'autre théorie, qui est le plus généralement admise, il s'agit d'une *infection générale à localisation hépato-biliaire*. C'est la théorie qu'ont émise le professeur Chauffard en 1885, Kelsch et bien d'autres. Avec M. Chauffard, on considère l'ictère catarrhal comme un *ictère infectieux primitif bénin*.

Les uns pensent qu'il s'agit d'une angiocholite descendante, les autres, avec MM. Widal, Abrami et Brulé, d'une atteinte de la cellule hépatique. L'atteinte de la cellule entraîne une modification du cours de la bile, soit que la tuméfaction de la cellule détermine une compression des canalicules biliaires, soit que le trouble fonctionnel de la cellule détermine un changement dans le sens d'excrétion de la bile.

***

Quand l'ictère est apparu, le DIAGNOSTIC est généralement très facile, car le tableau est assez caractéristique.

Si l'ictère se prolonge, on peut se demander si la rétention de la bile n'est pas la conséquence de l'*obstruction du cholédoque par un calcul* ; d'une *compression des voies* biliaires ; d'une *angiocholite* ; ce sont des affections très rares chez l'enfant. On peut penser encore à une hépatite chronique, à une *cirrhose biliaire hypertrophique* du type Hanot ; mais dans celle-ci, affection d'ailleurs exceptionnelle, la bile s'écoule librement, les selles sont même hypercolorées, les rétentions (quand elles se produisent) sont fugaces et passagères.

On doit penser à la *syphilis*. Chez l'adulte atteint de syphilis acquise il existe un *ictère syphilitique secondaire* qui peut revêtir les caractères cliniques de l'ictère catarrhal. Chez l'enfant dont la syphilis congénitale est à la période tertiaire, on ne voit pas cette variété d'ictère.

Il est rare d'observer des enfants atteints de syphilis acquise mais alors ils peuvent présenter de l'ictère catarrhal, pendant la période secondaire.

J'ai présenté dans une leçon sur *les premières étapes de la syphilis acquise chez les enfants*, reproduite par la *Pédiatrie pratique* du 5 mars 1924, une enfant de 17 mois qui était entrée dans le service avec des plaques muqueuses sur les amygdales, des syphilides ulcéreuses périanales et vulvaires ; elle avait un Bordet-Wassermann fortement positif. Pour les raisons que j'ai énumérées à cette époque, nous avons admis que cette enfant était atteinte d'une syphilis acquise. Or, quelque temps après, l'enfant a eu un ictère par rétention qui a débuté avec toutes les allures de l'ictère catarrhal. Cet ictère a résisté aux traitements spécifiques ; il s'est prolongé. L'enfant, toujours ictérique, a été emmenée par sa mère au bout de quatre mois. M. Janet l'a revue quelques mois plus tard à l'hôpital St-Louis dans un état de cachexie avancée ; elle a dû mourir peu de temps après.

Sauf exception, le PRONOSTIC de l'ictère catarrhal est favorable. Chez l'enfant on ne le voit guère se transformer en ictère grave comme cela se voit quelquefois chez l'adulte, dont le foie présente souvent des tares profondes.

L'ictère, même lorsqu'il est prolongé, guérit spontanément. Aussi, point n'est besoin de s'ingénier à chercher une THÉRAPEUTIQUE particulièrement vigoureuse.

On met l'enfant au régime lacté, ou lacto-végétarien, avec des bouillons de légumes, des purées de pommes de terre, des bouillies, des fruits.

On stimule les fonctions hépatiques par des applications de compresses froides sur la région hépatique, des alcalins, sous forme de bicarbonate

de soude mélangé de petites doses de sulfate de soude. On réalise dans une certaine mesure l'antisepsie des voies biliaires par le salicylate de soude ou la formine.

C'est cette conduite que nous avons tenue pour notre petite malade qui a guéri rapidement et d'une façon complète.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

LES ANOMALIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE (1)

Par le Dr C. RŒDERER,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis.

Les anomalies de la colonne vertébrale étaient à peu près inconnues avant l'ère radiologique.

Sans doute, on connaissait les spina-bifida complets, fentes vertébrales associées à une tumeur constituée par les méninges distendues. On connaissait aussi de graves déformations vertébrales congénitales, pures ou associées à d'autres anomalies, qui représentaient de véritables curiosités anatomiques et étaient considérées comme des monstruosités le plus souvent incompatibles avec la vie. On conservait, dans les Musées d'anatomie, quelques rachis offrant des difformités considérables et qui résumaient, semblait-il, l'histoire des anomalies de cet organe.

En bonne logique, il aurait dû en être autrement :

D'abord, parce que l'étude des squelettes, si elle avait été bien faite, aurait permis de constater la fréquence et la diversité des malformations ;

Ensuite parce que l'examen des conditions si périlleuses dans lesquelles se développe la colonne vertébrale aurait dû amener à comprendre cette fréquence.

Faut-il rappeler les stades de ce développement ?

A une première période, la colonne vertébrale, représentée par la corde dorsale, est membraneuse. A un deuxième stade, qui se place au début du deuxième mois, la colonne devient cartilagineuse, puis elle s'ossifie assez rapidement. Cette ossification consiste, au moment de la naissance, en un bloc osseux médian qui est le corps (il a été fait de deux parties symétriques à la période membraneuse) et en deux arcs osseux latéraux issus des points neuraux qui font les lames et les pédicules (une autre partie du neural a donné le costal). La partie postérieure est encore cartilagineuse et elle le demeurera jusque vers 4 ans et demi, et même cinq et six ans pour les trois premières cervicales et la première sacrée. Mais l'ossification de la vertèbre n'est pas terminée. Deux points complémentaires donneront les lames de recouvrement, qui constituent les faces supérieure et inférieure de chaque corps vertébral.

La complexité de cette formation, sa précocité, sa longue durée, et le fait, peut-être aussi, que la colonne convexe, directement accolée aux parois utérines est exposée aux traumas et aux adhérences, expliquent que les anomalies vertébrales, que l'on croyait rares, soient aussi fréquentes. On peut affirmer, éclairé désormais par la radiographie, qu'aucune région du corps ne présente des malformations aussi nombreuses.

Ce sont des lésions qui vont en série de la simple déviation d'une apophyse épineuse, de l'ascension d'une apophyse transverse, jusqu'à des réductions importantes de tout un segment vertébral, ou à des malformations localisées à une vertèbre ou à quelques vertèbres voisines, mais d'une extrême gravité.

Beaucoup remontent au stade membraneux. C'est à cette période qu'il faut se reporter pour bien comprendre les malformations rachidiennes. A cette époque, il y a six points de formation par vertèbre et le non-développement de l'un ou de l'autre de ces points, la non-coalescence de l'un d'entre eux avec le voisin, permettent une série de combinaisons qui répondent à des anomalies graves et qui ont été particulièrement bien étudiées par Putti.

Ces anomalies sont parfois métamériques. En même temps que l'anomalie vertébrale, il existe une anomalie connexe du côté des côtes : absence de plusieurs côtes, existence des côtes surnuméraires, fusion de plusieurs côtes entre elles, etc. Dans ce cas, elles se signalent le plus souvent à l'attention par un caractère morphologique extérieur.

Considérées en elles-mêmes, ces diverses anomalies vertébrales ont pu être classées par Putti en quatre groupes principaux.

Il existe : 1° des *anomalies de différenciation régionale.* Ce sont celles où une confusion s'est établie entre des vertèbres de deux groupes voisins.

La vertèbre limite (ou les vertèbres limites) prend des caractères appartenant à deux régions voisines.

Il n'est pas étonnant que les caractères régionaux ne soient pas absolument constants, qu'ils ne restent pas fixés par la rigidité des divisions coutumières en colonne cervicale, dorsale, lombaire, sacrée, car les vertèbres sont embryologiquement constituées sur le même modèle et ne se différencient que tardivement. Quelques éléments de cette différenciation peuvent subsister sur les vertèbres voisines des zones de transition.

Les anomalies de cette nature, extrêmement fréquentes, ne donnent, en général, pas lieu à des modifications extérieures : elles peuvent demeurer in-

(1) Conférence faite à la Société médico-chirurgicale du Brabant.

connues toute la vie, représenter des découvertes radiologiques.

Il en est ainsi surtout entre les lombes et le dos.

Au point de passage du cou au dos, au contraire, la dorsalisation d'une vertèbre cervicale qui se complète d'une apophyse transverse volumineuse ou d'une côte cervicale, peut se traduire extérieurement et peut aussi donner lieu à des phénomènes que nous passerons en revue dans cette conférence.

Au point de passage des lombes au sacrum, les anomalies de transition ne se traduisent pas non plus, du moins habituellement, par une variation de l'aspect morphologique extérieur, mais elles engendreront des manifestations douloureuses dont le diagnostic n'est point aisé.

Les anomalies de cette région sont les plus fréquentes, car un phénomène particulier concourt à ce niveau à les créer.

Chez le fœtus, on ne compte que quatre vertèbres sacrées et six lombaires. L'ascension tardive du bassin détermine le passage de la dernière lombaire dans la file des vertèbres sacrées. Selon que cette ascension se fait tôt ou tard, complètement ou incomplètement, la cinquième vertèbre lombaire peut conserver son type primitif ou le perdre, demeurer lombaire ou se « sacraliser ». Il arrive même, si le bassin exagère son ascension, que la vingt-quatrième vertèbre soit englobée dans le sacrum. On a alors un sacrum à six vertèbres et une colonne lombaire à quatre vertèbres seulement. C'est la sacralisation, dont il a été souvent question en ces dernières années.

Le développement de cette vertèbre sacralisée peut être complet ou incomplet. Est-il complet ? Il peut n'en résulter aucun trouble, la déformation demeurera inconnue.

Mais, plus souvent, le développement est incomplet, ce qui, d'une part, modifie la forme du sacrum, détermine des appuis anormaux entre la cinquième vertèbre lombaire et le bassin et ce qui, d'autre part, transforme les conditions de passage des derniers nerfs lombaires. Des manifestations douloureuses peuvent se voir, dont le diagnostic peut être sujet à discussion.

Il existe : 2e *des anomalies numériques.* Celles-ci sont par excès, ce qui est exceptionnel, ou au contraire par défaut (diminution du nombre des vertèbres), ce qui se voit souvent à la région du cou.

Enfin, on voit : 3º *des anomalies morphologiques* : ce sont des soudures, des déformations de diverses formes, des fentes, soit du corps, soit de la partie postérieure.

Et souvent on observe : 4º *des anomalies complexes* dans lesquelles se combinent une ou plusieurs malformations.

Messieurs, je n'ai pas la prétention de vous faire une conférence sur les anomalies vertébrales en général mais bien de vous montrer le rôle important qu'elles jouent dans la pathologie de la colonne vertébrale. On leur doit des phénomènes douloureux, des attitudes ou des déformations qui font penser au mal de Pott. On leur doit aussi très souvent des modifications de la station vertébrale et la production des courbures latérales. Ces scolioses congénitales apparaissent de bonne heure ou tardivement.

A) Anomalies congénitales confondues avec le mal de Pott.

Nous verrons d'abord celles qui donnent lieu à des symptômes qu'on peut prendre pour des symptômes pottiques.

Dans un grand nombre de cas qui nous sont passés par les mains en ces dernières années, des diagnostics laborieux avaient été échafaudés et maints malades avaient été traités comme des pottiques. Ce nombre est si imposant que nous supposons, faisant un retour sur le passé et rapprochant telle ou telle observation ancienne de celles plus récentes et plus précises que nous avons pu suivre, que bien des fois nous avions considérés comme atteints de spondylite tuberculeuse des malades qui étaient simplement des anomaliques congénitaux, et nous supposons qu'il existe dans bien des lieux de cure plus d'un malade de cette nature.

Il y a une véritable croisade à entreprendre pour répandre cette notion. Je vous y convie.

Deux des symptômes qui appartiennent au mal de Pott peuvent donner lieu à confusion.

C'est la gibbosité, ou plus simplement l'attitude soudée, d'une part.

Ce sont les douleurs, d'autre part.

Parfois, ces deux éléments se rencontrent associés et la difficulté du diagnostic devient immense, malgré le concours qu'apporte la radiographie.

I. — La confusion vient de l'attitude, de l'aspect soudé, de la gibbosité. — Les hémivertèbres.

Nous pouvons tout d'abord rencontrer la gibbosité chez des enfants du premier âge, parfois chez des nourrissons. Elle se rapporte, dans ces cas, à une hémivertèbre.

Cette hémivertèbre peut être, ou bien une vertèbre hors série, ou bien une vertèbre numérique normale dont un côté s'est atrophié et dont l'autre s'est développé d'une façon régulière. D'ailleurs, quelle que soit celle des deux catégories à laquelle on a affaire, elle se présente sensiblement de la même manière et l'on ne peut, avant d'avoir examiné toute la colonne vertébrale du sujet, distinguer si la vertèbre est surnuméraire ou non. Cela n'a d'ailleurs qu'une fort médiocre importance.

L'hémivertèbre affecte la forme d'un coin interposé entre deux vertèbres. Ce coin est de dimensions fort variables. Tantôt, il n'a que la moitié de la hauteur de la vertèbre normale, ou les deux tiers, ou toute la hauteur, ce qui a évidemment de grosses conséquences au point de vue de la statique vertébrale et des signes cliniques. Ce coin peut être libre, séparé des vertèbres sus- et sous-jacentes par deux disques, ou bien plus souvent il affecte des connexions étroites avec l'une ou l'autre ou avec les deux.

La déformation qui résulte de cette interposition d'un coin vertébral aussi considérable est augmentée de celles qui se produisent primitivement et secondairement (on ne sait) dans les vertèbres voisines. Celles-ci sont également plus ou moins asymétriques.

De plus, le coin osseux, au lieu d'être rangé dans l'alignement de la pile vertébrale, est très fréquemment déplacé en dehors. Il fait saillie et, de plus, a parfois subi comme un mouvement de rotation, de telle façon que l'apophyse transverse de la vertèbre cunéiforme est reportée en arrière.

Dans les cas heureux, il n'existe qu'une seule vertèbre cunéiforme, ou encore deux vertèbres placées de part et d'autre de la colonne,à droite et à gauche, de telle sorte que l'une compense l'autre. Mais on compte parfois deux vertèbres cunéiformes ou plus, placées du même côté, et la déviation peut être importante. Elle prend alors le pas sur la cyphose.

Cette vertèbre, si elle appartient à la numération normale, peut se présenter dans toutes les régions du rachis. C'est le cas le plus rare.

Si elle est supplémentaire, elle se voit surtout dans les régions de transition : à la région cervico-dorsale, à la région dorso-lombaire, qui est son siège de prédilection. Dans cette région, on observe surtout l'interposition entre la première et la deuxième vertèbre lombaire, plus souvent entre la douzième vertèbre dorsale et la première sacrée, ou entre la deuxième et la troisième lombaire.

Cliniquement, ce n'est qu'assez tard, au cours du développement de l'enfant, qu'*un coin interposé dans la région dorsale* peut donner lieu à des symptômes extérieurs. Ce n'est pas alors à un mal de Pott que l'on pense, mais tout simplement, comme nous le verrons, à une scoliose essentielle, de développement particulièrement rapide.

Il n'en est pas toujours ainsi, et ces tout derniers jours, je voyais à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. Mouchet, un cas de cette nature et fort embarrassant. L'enfant, une forte fille de 13 à 14 ans, avait été examinée par moi, il y a quelques mois. Je l'avais alors prise pour une scoliotique vulgaire et je l'avais fait admettre à la gymnastique. Elle revient me trouver, il y a une semaine. Des symptômes parétiques se montraient dans les membres inférieurs, les réflexes étaient perturbés, de vives douleurs se faisaient sentir, douleurs en ceinture d'abord, mais qui affectèrent par la suite le caractère d'irradiations descendant dans la zone du sciatique.

Pouvait-on parler de mal de Pott ? La radio montrait un coin osseux au niveau de la sixième vertèbre dorsale et une courbure scoliotique accentuée : le coin était manifestement très net, sans flou circonférentiel. Le disque était conservé. Le mal de Pott était à écarter, c'est en face d'une scoliose congénitale que nous nous trouvions. Mais des symptômes médullaires de compression se manifestaient en raison d'un processus que nous avons mal analysé, mais dont plus d'un exemple a été relevé dans ces derniers mois entre autres par M. Léri.

Dans le cas d'un ou de plusieurs coins lombaires, l'attention, avons-nous dit, est attirée sur la colonne vertébrale dès les premiers mois de la vie, dès les premiers jours même (Feutelais), dans la première semaine (Sainton), dans le premier mois (Guinon).

Si la gibbosité est moins nette, elle peut passer inaperçue jusqu'au jour *où l'enfant fait ses premiers pas*. Ce n'est pas alors le dos qui attire l'attention de la famille, mais l'attitude générale, le déséquilibre. On regarde le dos par surcroît et la gibbosité est alors remarquée, ainsi que la scoliose qui à cet âge, est déjà notable. Elle affecte — caractère particulier — la forme d'une scoliose en baïonnette.

Tout au contraire, la scoliose causée par une hémivertèbre n'est pas le symptôme le plus apparent *chez l'enfant très jeune*. C'est la gibbosité qui est surtout marquante et voici comment elle est apparue à M. Mouchet dans une des premières descriptions qu'il en donnait. « Il existe une gibbosité très marquée, constituée par la série des apophyses épineuses de la huitième dorsale à la quatrième lombaire. Cette gibbosité n'est pas exactement médiane, elle est déviée du côté gauche, où elle présente une forte convexité. C'est en ce point, au niveau de la première vertèbre lombaire environ, que la saillie osseuse est le plus prononcée : elle ne paraît pas, comme dans le reste de son étendue, être constituée par une apophyse épineuse, mais plutôt par la partie latérale gauche de la vertèbre lombaire. »

C'est ainsi, en effet, que l'hémivertèbre se présentait dans les nombreux cas que nous avons étudiés. A l'inspection, on remarque une petite gibbosité, une cyphose non point antéro-postérieure, mais légèrement latérale. La palpation permet, mieux d'ailleurs que l'inspection, souvent difficultueuse chez un tout petit qui se défend et gigote sans cesse, de percevoir une inflexion brusque de la ligne des apophyses épineuses, en arrière et légèrement sur le côté. En même temps, et c'est presque ce qui est pathognomonique, dans la gouttière, sur le côté convexe s'il y a scoliose, on sent la masse latérale de l'hémivertèbre. Elle saille parfois dans la gouttière d'une façon si aiguë, qu'on dirait une seconde apophyse épineuse. Car la vertèbre surajoutée, si elle est déviée de la pile des vertèbres, a en même temps supporté un mouvement de rotation qui fait que la masse latérale déborde en arrière le massif des masses latérales voisines.

Cette cyphose est une cyphose raide, et voilà ce qui la distingue de la cyphose rachitique, d'ailleurs plus étendue. C'est une cyphose raide, à court rayon.

Si l'on place l'enfant à plat ventre, on ne peut pas réduire la petite gibbosité en soulevant les membres inférieurs. On ne réduit, d'ailleurs, qu'imparfaitement la scoliose associée. Par la pression directe, non plus, on n'obtient aucune réduction.

Ces manœuvres de mobilisation, non plus que la pression, la succussion, ne sont habituellement dou-

loureuses. J'ai vu pourtant la pression de la masse latérale être assez pénible à quelques sujets.

En général, ce n'est que tardivement que se montrent des compensations à la courbure scoliotique primitive.

Ainsi donc, voici un nourrisson qu'on nous présente parce qu'il a un nœud du dos plus accentué. C'est même parfois une véritable bosse. La famille a entendu parler du mal de Pott ; un confrère, peut-être, s'y est laissé prendre (MM. Rocher et Trautmann, de Bordeaux, ont présenté le 12 novembre 1923, une observation d'une scoliose congénitale avec deux hémivertèbres alternées, chez une enfant de deux ans, plâtrée pour mal de Pott). Quelques symptômes différentiels vont nous permettre de faire le diagnostic :

1° Tout d'abord, il n'est point rare que les téguments eux-mêmes, et c'est là une remarque d'ordre général qui est vraie pour toutes les autres déformations congénitales du rachis, soient le siège d'une anomalie de pigmentation. C'est une tache vasculaire, un nævus, une plaque de télangiectasie, ce sont des bouquets de poils, c'est une fossette coccygienne développée. La présence d'une de ces anomalies doit immédiatement nous mettre en garde.

De plus, nous savons combien le mal de Pott est rare aux premiers mois de la vie. C'est la cyphose rachitique, souple et de grand rayon, que l'on observe à cet âge ; beaucoup plus rarement le mal de Pott.

Notre gibbosité n'est point franchement médiane, comme dans le mal de Pott : elle est un peu latérale elle s'accompagne d'une courbe scoliotique courte. On ne voit point de contracture des muscles paraspinaux, si l'on mobilise la colonne vertébrale. Aussi l'enraidissement est-il moins complet et plus localisé que dans le mal de Pott. Enfin, il n'existe aucun symptôme douloureux. Cette anomalie vertébrale, quand on la connaît, peut être dépistée même avant la radiographie. Cliniquement, aucune confusion n'est possible.

La radio viendra toujours confirmer le diagnostic. Que montre-t-elle ?

Un coin à bords nets, de même valeur d'ombre que les os voisins, inclus entre deux vertèbres, généralement rattaché à l'une d'elles et séparé de l'autre par un disque normal, mais ni flou, ni ombre, ni image d'abcès. Quant on a vu un de ces clichés, on n'en perd plus le souvenir.

2° *Une autre anomalie du même ordre, qui fournit aussi une gibbosité,* a donné lieuà des confusions avec la gibbosité pottique. En vérité, c'est une anomalie plus rare, mais comme précisément elle est peu décrite, je vous demande d'insister un peu à son sujet.

C'est à l'autre bout de l'enfance qu'on a l'occasion de l'observer. Le sujet est un grand adolescent de 16 à 18 ans, qui, depuis quelques mois, se voûte. La famille a remarqué une transposition de la tête en avant, un dos rond, un certain enraidissement, un peu de difficulté dans l'exercice de certains mouvements. Le sujet étant déshabillé, ce qui vous frappe, c'est d'abord une cyphose assez accentuée, mais non point de grand rayon, non point cette cyphose aiguë des adolescents que vous vous attendiez à voir, une cyphose qui n'est pas en arc de cercle, mais en arc brisé. Quelquefois, d'ailleurs, le sommet de l'arc, au niveau de la brisure, porte une apophyse épineuse nettement proéminente. Celle-ci saille sous la peau, plus ou moins rouge ou tannée à son niveau ; on peut la prendre entre deux doigts, apprécier la profondeur de sa saillie. Vous croyez être en présence d'une cyphose, c'est bien décidément un mal de Pott. Cette saillie est irréductible, la région est enraidie. Pourtant, la pression n'est nullement douloureuse, l'enraidissement est limité à la région interscapulaire. Il n'y a aucun trouble des réflexes, aucune douleur spontanée en ceinture, en somme aucun signe nerveux. Fait-on faire la radiographie, l'examen de la seule radio de face va nous jeter dans l'erreur. On voit une vertèbre qui semble écrasée et dont les disques ont disparu. Décidément, c'est bien un mal de Pott.

Mais la radio de profil, absolument indispensable, donnera des indications opposées. Dans un cliché ainsi obtenu, les éléments de différenciation apparaissent. On se trouve en présence d'une vertèbre en coin, non point la vertèbre en coin latéral, que nous venons d'étudier à la région lombaire sous le nom d'hémivertèbre, mais en coin antéro-postérieur. La vertèbre est comme amenuisée en avant. Elle a perdu, semble-t-il, une partie de sa face inférieure. Elle se glisse entre deux vertèbres qui se sont rabattues sur elle. Les segments sus- et sous-jacents du rachis se rattachent à ce niveau en faisant un angle à sinus antérieur. Ces vertèbres sont séparées d'elle, d'ailleurs, par deux espaces égaux aux autres espaces intervertébraux avec disques absolument normaux. Il n'y a pas de flou, pas d'ombre autour de cette vertèbre d'apparence normale, rien qui puisse figurer un abcès : sa trabéculation, sa transparence, sont normales.

Il s'agit d'une hémivertèbre congénitale. Durant toute l'enfance, elle a passé inaperçue, la colonne étant droite ou à peu près, mais au moment deu l'accroissement en hauteur des autres vertèbres, au moment où se produit aussi une augmentation pondérale, un tassement s'est produit, la cyphose est apparue.

Voici un cas très intéressant qui se rapporte à cette origine. Lance en a publié deux dans la seule année dernière. Il n'est pas douteux qu'on en rencontrerait davantage, si on savait les dépister. Malheureusement, jusqu'à ces dernières années, les très mauvais résultats des radiographies de profil à la région dorsale supérieure ne permettaient pas l'observation nette des signes sur lesquels repose la différenciation.

J'ai souvenir d'un malade vu avant la guerre, dont la cyphose avait certainement cette origine. Je suppose que plusieurs vertèbres étaient atteintes chez lui. On lui avait toujours connu le dos un peu rond, mais quand je le vis, garçon de vingt ans, il avait une

cyphose accentuée de toute la région dorsale supérieure, et sur cette cyphose, de grand rayon, était annexée une autre cyphose de rayon plus court. Deux vertèbres pointaient. La région était absolument enraidie. J'ai cru, malgré l'absence de symptômes nerveux ainsi que d'antécédents, malgré la bizarrerie de l'évolution, à un mal de Pott et l'ai traité comme tel pendant près de deux ans par des plâtres (heureusement, en lui laissant la liberté d'aller remplir un emploi commercial).

(*A suivre.*)

PSYCHOPATHIES MENSTRUELLES

Par le Dr Marcel Gommès,

Ancien chef de clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Paris et médecin des Asiles.

Quelques auteurs tendent à admettre que l'état de fécondation étant chez la femme l'état normal, la menstruation ne traduirait qu'un état théoriquement accidentel, qu'un phénomène de décharge des réserves accumulées, auto-intoxicantes parce qu'elles n'ont pu trouver leur emploi naturel. Ces réserves seraient fournies par l'organisme tout entier, l'ovaire compris, comme aussi l'ensemble des glandes endocrines (thyroïde et surrénale particulièrement). Si, dans cette théorie, qui est loin d'être classique, la sécrétion interne de l'ovaire jouait cependant un rôle spécial dans le raptus sanguin, ce ne serait que par sa subite carence tenant lieu d'injection déchaînante, et déterminant ce choc colloïdoclasique qui favorise l'écoulement du sang par la modification de sa coagulabilité (Petit-Dutaillis) (1). On comprend beaucoup mieux l'explication anaphylactique suivante : l'œuf qui n'est pas fécondé se détruit et met en liberté des substances qui, étant résorbées, — comme sont résorbés le sucs des muscles broyés dans les plaies déchiquetées, — produisent dans l'organisme féminin des effets analogues à une injection déchaînante, parce que cet organisme a été sensibilisé par la résorption antérieure des ovules précédents qui ont agi comme injection préparante.

Quel que soit le rôle exact de l'ovaire, quels que soient les rapports d'interdépendance pathogénique entre le métabolisme général et les sécrétions spéciales, ovarienne comprise, la concordance existant, de fait, entre certains stades évolutifs ovariens et certains états mentaux et nerveux a été depuis longtemps l'objet de constatations qui ne laissent plus place au doute : c'est un fait que des modifications importantes parasympathiques et sympathiques ont lieu aux époques, rythmiques ou non, où le dynamisme ovarien entre en action. De même le système nerveux supérieur cérébro-spinal réagit parallèlement par le dérèglement de ses rouages, tout aussi délicats. Voilà ce qui, cliniquement, doit être retenu.

La première étape de transformation profonde dans ce dynamisme glandulaire, la phase pubérale — même quand l'évolution en semble parfaitement normale, — s'accompagne constamment (fait connu de toute antiquité) de modifications très appréciables, dans le domaine psychique : affectivité et intelligence. On en trouve toutes les modalités — jusqu'aux plus romanesques — dans la remarquable monographie de Marro (1) sur la *Puberté*. Je les ai résumées dans mon petit précis de Psychiatrie infantile (2). Tout le monde aussi connaît la « Chérie » des frères de Goncourt.

Des troubles symétriques se retrouvent à la ménopause, où l'instabilité nerveuse est la règle, où les manifestations névrosiques de tout genre (jalousie, hypocondrie, mysticisme, etc.) sont si peu rares qu'il existe toute une classe de petites psychopathies, des dépressions mélancoliques surtout, — se greffant particulièrement sur des cerveaux prédisposés par des altérations artério-scléreuses, — qui sont dites psychoses d'involution (Kraepelin, Capgras).

Que chez des sujets entachés de tares névropathiques, héréditaires ou acquises, ces désordres endocriniens et plus particulièrement ovariens (quoique, encore une fois, la thyroïde (3) et les surrénales puissent être également en cause), prennent la forme de manifestations anxieuses (obsessions, panophobies, impulsions) et même franchement vésaniques (psychoses maniaques-dépressives, paranoïas, etc.), il n'y a point lieu d'en être surpris.

Entre ces deux pôles — puberté et ménopause

(1) Petit-Dutaillis. — Pathogénie des fibromes utérins, *La Gynécologie*, 1924.

(1) Marro. — La puberta, Torino, 1898. — Ziehen. Psychoses de la puberté, *Congrès international*, Paris, 1900. — Barbaud et Lefevre. La puberté chez la femme. — Auvard. Troubles psychiques de l'instauration menstruelle, *Journ. de médecine*, 1898.

(2) M. Gommès. — Les troubles mentaux de l'enfance (Récompensé par l'Académie de Médecine), Paris, 1899 Préface de M. le Pr Joffroy.

(3) Bloquier de Claret et Tavrani. — *Société des Sciences médicales*. Montpellier, 1923.

— de l'évolution féminine, d'autres troubles névropathiques également explicables peuvent se manifester avec une fréquence tout aussi grande : ceux qui reviennent habituellement par crises périodiques au moment des époques menstruelles, caractère qui permet de les rattacher aussi aux modifications ovariennes. Se présentent en particulier : les impulsions à voler (1), à vagabonder, à boire, à mettre le feu (telle la petite Hedwige du *Canard Sauvage* d'Ibsen), etc., sur lesquelles notre maître Magnan a écrit des pages définitives ; même le délire hallucinatoire aigu à teinte érotique, mystique ou terrifiante, la confusion mentale simple ou avec stupeur. O. Rehm (2) lui-même, un des rarissimes auteurs hostiles à cette conception, constate cependant 36 % de troubles menstruels dans l'ensemble des psychoses manies-mélancolies.

Sans doute, il est difficile de donner de ces psychopathies une explication pathogénique d'une précision absolue. Sont-ce là, des phénomènes de saturation toxémique à point de départ ovarien ? Vraisemblablement. La céphalalgie, les migraines, les vertiges, avec parfois les vomissements et troubles oculaires qui accompagnent les troubles mentaux, sont en faveur de cette interprétation, et plus encore la constatation si fréquente d'une exacerbation de ces divers malaises en cas de dysménorrhée, d'oligoménorrhée et d'aménorrhée, et de leur atténuation ou de leur disparition avec la reprise d'une menstruation normale. En faveur de cette thèse, classique, plaide également la fréquence des crises épileptiques et hystériques au moment de la période cataméniale (3). Il a été d'autre part signalé chez la plupart des vésaniques et des démentielles une poussée de leur délire, de leur excitation ou de leurs impulsions (bouffée délirante) au moment des périodes menstruelles.

Il semble donc que l'on puisse admettre, d'après l'opinion de l'immense majorité des psychiatres, que ces désordres sont liés à une intoxication. Transitoire et bénigne lorsque le sang des règles en débarrasse l'organisme, celle-ci prendrait un caractère plus accusé en cas d'insuffisance menstruelle. Plus encore en cas d'aménorrhée. Les formes graves, vésanies proprement dites, seraient caractéristiques de lourdes tares héréditaires.

En conséquence, le traitement de tels symptômes doit, comme condition majeure, tendre à rétablir la fonction menstruelle troublée. Pour cela, l'opothérapie est assurément l'un des plus rationnels moyens thérapeutiques à mettre en

(1) M. Gommès. — Les vols dans les grands magasins, *Bull. de l'Œuvre des libérées de St-Lazare*, Paris, 1905.

(2) O. Rehm (de Bremen-Allen). — *Archiv für Psychiatrie*, 1920.

(3) Rebattu, Molion et Sedaillan. — *Société méd. des hôpitaux de Lyon*, 1922.

œuvre. Elle forme aujourd'hui une pratique devenue classique.

Cependant, pourquoi l'opothérapie ovarienne totale s'est elle montrée souvent décevante dans ces cas ?

C'est très vraisemblablement parce que poudre et extraits totaux sont, par nature, des mélanges extrêmement complexes, de véritables thériaques opothérapiques, pour employer l'expression de Laignel-Lavastine (1) concernant les associations poly-glandulaires, où se mêlent les éléments du corps jaune (qui n'apparaît plus d'ailleurs comme le *primum movens* du phénomène menstruel), avec des substances paraganglionnaires, folliculaires, interstitielles, toutes manifestant des activités endocriniennes dont il n'est pas encore possible de faire, pour chacune d'elles, le départ physiologique. Schafer a eu (2) le grand mérite de penser le premier à une discrimination entre ces actions si différentes. Stolper (3) a suivi, en se plaçant d'ailleurs plus au point de vue contractilité utérine qu'au point de vue écoulement sanguin proprement dit.

Dans l'impossibilité où l'on se trouve encore d'affirmer quel est dans l'ovaire l'élément véritablement efficient de la crise menstruelle, et admettant avec la majorité des auteurs que l'organe en entier y participe, le follicule y ayant peut-être une part prépondérante, nous admettons aussi volontiers que cette sécrétion ovarienne totale peut être « dissociée », comme l'a écrit Pouliot (4), en corps suffisamment différenciés, bien que ne correspondant pas encore, en l'état actuel des recherches, à de véritables entités chimiques. La différenciation de ces corps repose surtout sur leur division en protéides et lipoïdes. Le composé protéidique, amine basique de constitution complexe, serait analogue à ceux que l'on peut aussi extraire de l'hypophyse et de la thyroïde ; le composé lipoïdique, non moins difficile à caractériser chimiquement, serait surtout constitué par de la lutéine, des lécithines et autres phosphatides, de la cholestérine et des éthers cholestériques.

Ces deux constituants de la glande ovarienne auraient sur l'utérus une action antagoniste que d'assez nombreux travaux semblent bien avoir établie et contrôlée. L'élément protéidique se trouve communément désigné sous le nom d'agomensine, et l'élément lipoïdique sous le nom de

(1) Laignel-Lavastine. — Rapports du sympathique et des glandes endocrines, Paris 1923. — Nombreuses publications du même auteur sur le sympathique et les sympathoses.

(2) Schafer. — Les glandes à sécrétion interne, Doin, 1921.

(3) Stolper. — Menstruation et système nerveux Végétatif. *Wiener Klin Wochenschrift*, 1923.

(4) Pouliot. — Essai sur l'opothérapie des troubles menstruels. *Paris Médical*, 11 novembre 1922.

sistomensine ; ces deux dénominations à étymologie gréco-latine exprimant les réactions physiologiques déterminées par chacune d'elles : excitante, congestive, activante de la menstruation pour l'agomensine ; inversement, modératrice, décongestionnante et frénatrice du flux menstruel pour la sistomensine. Leur action combinée, ou isolée, peut être synthétisée par le schéma ci-après :

Sécrétion ovarienne totale		
	+	Hormone activante = un protéide (agomensine)
		Harmozone (non encore isolée) régulatrice
	—	Chalone frénatrice = un lipoïde (sistomensine).

Schéma des endocrines ovaro-menstruelles.

En serrant ainsi de plus près l'action physiologique de l'ovaire, on peut espérer remédier de manière plus adéquate soit à sa déficience, soit à son hyperfonctionnement. La clinique, d'ailleurs, par des observations chaque jour plus nombreuses, apporte à ce concept la légitimation et la consécration de l'expérience (1). Pour notre part, nous avons connu de nombreux cas où seule cette interprétation permettait de donner une explication satisfaisante aux faits observés.

Il s'agit dans l'un d'eux d'une jeune fille de 20 ans. Celle-ci rentre en province après un séjour de quelques années à Paris où elle a eu, depuis un an, toutes sortes d'ennuis : trois deuils successifs, dont un chez une parente de son âge morte de méningite cérébro-spinale, ce qui l'impressionna beaucoup. Très affectée par cet ensemble de circonstances, cette jeune fille devient d'une instabilité émotive, d'une hyperexcitabilité extrême, et à la suite d'une séance d'électrothérapie elle fait des troubles mentaux graves : délire anxieux permanent, agitation continuelle avec disparition totale de tout sentiment de pudeur, ayant peur de tout, même d'elle même, se croyant à son tour atteinte de méningite, entendant des rats ronger le cercueil dans lequel elle se voyait enclose, etc., (anxiété panophobique avec prédominance d'idées hypocondriaques). Après cette première phase de *melancholia agitata*, qui coïncidait avec une période de menstruation où les règles étaient absentes, il y a une accalmie, mais tout se reproduit de la même façon au moment où les règles manquent pour la seconde fois. Vue peu après, on lui prescrit l'agomensine à raison de 4 comprimés par jour, huit jours avant l'époque présumée des règles, et cela pendant trois mois consécutifs. En même temps, deux fois par semaine, une injection de sérum neurotonique à base d'eau de mer. Dès le premier mois de ce traitement, les règles réapparaissent, et la malade se calme immédiatement. Par la suite les règles ne manquent jamais plus, bien que depuis deux mois la malade ne prenne plus d'agomensine. Son état psychique se maintient actuellement tout à fait normal.

Dans une autre observation, il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, dans les antécédents de laquelle on ne signale rien de particulier. Pas d'alcoolisme. Pas de spécificité apparente. Père et mère vivants, névropathes, mais non vésaniques. La malade a toujours présenté des règles assez faibles, durant deux jours seulement, et toujours aussi, à cette période, des troubles de l'affectivité : gaieté excessive ou tristesse exagérée (forme cyclothymique). Il y a 18 mois, ces troubles se sont notablement accentués, jusqu'au jour où s'est produite une vraie crise d'agitation maniaque, assez violente pour nécessiter le transfert de la malade dans une maison de santé où elle séjourne trois mois. Pendant tout ce laps de temps, l'état reste le même : crises analogues, quoique un peu moins fortes aux règles suivantes, alors que, au contraire, le calme existe durant la période intermenstruelle. Au cours d'une de ces périodes de calme, la malade rentre chez elle, et on lui prescrit un traitement par l'agomensine : 4 comprimés par jour, pendant les 8 jours précédant les règles et au cours de celles-ci. Les règles, dès le premier mois, sont plus abondantes et les troubles très amendés. Le traitement est continué de la même façon, et pendant les mois qui suivent les troubles s'atténuent toujours de plus en plus jusqu'à disparaître complètement au bout de 7 ou 8 mois. Cette jeune fille s'est mariée peu après, est devenue enceinte. Examinée à nouveau à cette occasion au début de sa grossesse, il est constaté un utérus et des ovaires normaux. Sa grossesse évolue de même très normalement et rien actuellement dans son état mental ne rappelle les troubles si marqués qu'elle a présentés il y a près de deux ans.

Tels sont, succinctement exposés, les faits observés après administration de la protéamine ovarienne (agomensine), en comprimés dosés de 0,02, chez des malades où des troubles mentaux psychiatriquement différents étaient en relation évidente avec un même dysfonctionnement de l'ovaire. Nous ne rechercherons pas ici si ces troubles étaient sous la dépendance directe de ce dysfonctionnement en général, où s'ils doivent plutôt être rattachés plus spécialement à l'aménorrhée qui les traduisait objectivement. Cons-

(1) L. Maragniani. — L'opothérapie ovarienne dans l'aliénation avec troubles menstruels *Rev. di. Clin.*, mai-juin 1924.

tatons seulement que l'amélioration mentale a coïncidé avec le retour des règles, et que celles-ci n'ont réapparu qu'à la suite du traitement opothérapique par l'agomensine. Pour des cas comme ceux-là il s'agit en somme de rétablir un équilibre rompu dans des organismes dont le système nerveux fragile et instable ne peut supporter sans réactions violentes la crise anaphylactique menstruelle. L'opothérapie judicieusement administrée peut certainement beaucoup alors pour le rétablissement de cet équilibre. Nouvelle preuve que sympathique et sécrétions internes concourent parallèlement à l'hétérorégulation du fonctionnement organique. C'est leur mécanisme combiné qui assure le jeu harmonique de l'activité vitale, c'est-à-dire le rythme même de la vie (Pachon) (1).

Note. — Dans de tels cas on pourrait d'ailleurs tout aussi bien invoquer, avec C. Bru (2), que la sécrétion ovarienne est troublée surtout dans sa qualité : il y a bien, peut-on dire, insuffisance, mais insuffisance partielle. Le choc colloïdoclasique normalement libérateur des toxines déversées périodiquement dans l'organisme par l'ovaire, ne se produit pas parce qu'il y manque un des éléments déchaînants, peut-être l'élément folliculaire ; il se produit donc une rétention anormale des autres éléments, de ceux issus du corps jaune notamment. Les troubles mentaux seraient alors la traduction, par un organisme fragile et prédisposé, d'une toxémie lutéinique, en suite de la résorption dont il a été parlé plus haut. On conçoit, dès lors, l'efficacité d'une opothérapie ovarienne adéquate : celle-ci, en apportant l'élément ovarien déficient, aidera au déclanchement du choc libérateur et bienfaisant qui permettra à l'organisme d'évacuer par la voie menstruelle (la seule ici normale) les dites substances intoxicantes. Nous admettons, quant à nous, d'autant plus volontiers cette hypothèse que l'opothérapie efficace est celle qui, par l'agomensine, introduit des protéides analogues à ceux élaborés par le follicule (alors que le corps jaune est de constitution surtout lipoïdique). L'opothérapie du syndrome aménorrhée serait, en somme, une thérapeutique par le choc, mais par un choc spécifique, sans grand fracas, déterminant simplement les modifications normales de la coagulabilité sanguine à la période menstruelle. — Pour déterminer cette légère crise anaphylactique, la voie buccale semble dans la plupart des cas suffisante, mais il est à présumer qu'en présence d'éc' ec ou d'insuffisance de son action, on agirait mieux et plus rapidement par la voie hypodermique, comme l'a signalé Schil (1).

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'arthrite sacro-iliaque chronique.

Affection fréquente, cette arthrite est généralement méconnue, parce qu'on n'y pense pas, et qu'il suffirait d'y penser pour la découvrir par la radiographie. Et cependant, une fois diagnostiquée, elle éclaircirait plus d'un cas obscur et apporterait un peu plus de lumière dans la pathologie sensitive de la région lombo-sacrée.

L'arthrite sacro-iliaque chronique, lésion nouvellement décrite, possède une symptomatologie rigoureusement précise, qui permet, d'après le Pr A. Léri et Mlle A. Linossier, de la distinguer cliniquement et d'emblée de toutes les autres manifestations douloureuses de la région lombo-sacrée, notamment de la sciatique, trop facilement invoquée.

Quoique cette affection puisse, comme tout rhumatisme, évoluer sans douleur, et devenir une découverte à la radio, des manifestations cliniques douloureuses accompagnent d'ordinaire le développement de l'arthrite sacro-iliaque. Les douleurs les plus nettes siègent au niveau de l'article intéressé, c'est-à-dire à 3 ou 4 cent. de la crête sacrée médiane et à un travers de main au-dessous de la crête iliaque, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure. Elle est subcontinue, et généralement, paroxystique. Ces douleurs augmentent par le jeu de l'article, c'est-à-dire quand le malade se penche en avant ou en arrière. Elle sont parfois déterminées par l'inclinaison du tronc vers le côté malade. Elles peuvent même être éveillées par la simple flexion un peu vive de la tête en avant.

Ce symptôme douloureux n'est d'ordinaire pas exagéré par la manœuvre, qui est classique dans les sacro-coxalgies, la pression simultanée sur les deux crêtes iliaques comme pour les rapprocher l'une de l'autre. Possédant des irradiations diverses, c'est surtout vers la fesse ou la cuisse qu'il irradie, et simule ainsi la sciatique.

D'une manière générale, l'articulation sacro-iliaque est trop profonde pour être sentie à la palpation ; aussi, dès que l'on présume par les signes cliniques précédents que cette articulation est atteinte, doit-on chercher l'origine des symptômes sur une image radiographique. Tel est le point important mis en évidence par cette étude.

(1) Pachon. — Considérations physiologiques sur les rapports fonctionnels du sympathique et des glandes endocrines. *Congrès de Médecine*, Bordeaux, 1923.

(2) C. Bru. — De l'action antagoniste de deux substances extraites de l'ovaire. *Bulletin Médical*, 14 avril 1923.

(1) Schil. — Au sujet de l'administration hypodermique des extraits d'ovaires dissociés. *Progrès Médical*, 11 octobre 1924.

Si la radiographie est suffisamment bonne, on trouve l'un des aspects suivants : voile plus ou moins opaque, et plus ou moins continu, effaçant plus ou moins l'articulation, strié transversalement ou en éventail de dedans en dehors et parsemé de nodules denses, très irréguliers de volume et de répartition.

Le diagnostic fait, on instituera la thérapeutique rationnelle des localisations rhumatismales articulaires : repos de l'article, traitements physiothérapiques et médicamenteux, etc. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1924).

Forme bénigne de l'empoisonnement par le sublimé.

Le Pr Ch. Achard relate un cas où l'empoisonnement ne s'est guère traduit que par des lésions rénales, qui d'ailleurs ont été si légères, qu'on n'a pu les reconnaître et en suivre l'évolution qu'en recherchant de parti pris les troubles rénaux, tant le sujet présentait peu l'apparence d'un malade. En pareilles intoxications, si les troubles digestifs relèvent d'une action directe du toxique, les troubles urinaires, dus aux altérations des reins, consistent principalement dans l'insuffisance de la dépuration par oligurie et même anurie et fléchissement du pouvoir concentrateur, accessoirement dans l'albuminurie. Le cas relaté par l'auteur a été si bénin qu'il s'est réduit à une indisposition transitoire.

Tous les éléments du syndrome rénal, observé chez le malade en question, s'expliquent par une altération légère des tubes contournés, la néphrite de l'intoxication par le sublimé étant surtout une néphrite épithéliale.

Voici l'enchaînement des faits :

1° Phase d'agression initiale sur le rein avec un peu d'oligurie et une albuminurie massive ;

2° Phase d'insuffisance fonctionnelle de l'épithélium tubulaire où, malgré le relèvement graduel de la diurèse et la chute rapide de l'albuminurie, l'insuffisance de la concentration sécrétoire de l'urée augmente progressivement le taux de cette substance dans le sang.

3° Phase de restauration de l'épithélium rénal, où la concentration sécrétoire redevient suffisante pour la dépuration de l'organisme, et où la rétention d'urée disparaît.

A signaler deux symptômes négatifs, mais importants : la tension artérielle et le poids ont subi des variations insignifiantes. (*Journal. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1924.)

La tuberculose rénale chez l'enfant.

Elle ne paraît pas moins fréquente que chez l'adulte, écrit le Dr Paul Mathieu, et les résultats définitifs de la néphrectomie ne semblent pas différer de ceux obtenus chez l'adulte.

Les trois principales formes de la tuberculose rénale chez l'enfant sont : 1° la pyonéphrose tuberculeuse avec uretère imperméable ; 2° la forme avec périnéphrite et abcès froid lombaire ; 3° la forme caverneuse avec uretère perméable.

La première se présente comme un gros rein, dont la nature peut être difficile à préciser si le bacille de Koch n'est pas constaté dans l'urine ; mais la légitimité de l'intervention sur la tumeur rénale n'est pas discutable si l'autre rein fonctionne bien.

La périnéphrite avec abcès lombaire a souvent donné lieu à confusion avec un abcès ossifluent ; cette forme est habituellement très grave ; elle n'est pas favorable pour un traitement chirurgical radical.

La forme caverneuse avec uretère perméable est la vraie forme chirurgicale de début, celle qu'il faut dépister sur de petits signes cliniques, et qu'il ne faut pas laisser évoluer vers une des formes précédentes, si l'on veut intervenir dans des conditions favorables.

Il est bon de savoir apprécier à leur juste valeur la polyurie de couleur pâle et trouble, les douleurs lombaires, la pollakiurie, la cystalgie. Ces petits signes doivent immédiatement imposer la recherche très sérieuse du bacille de Koch dans les urines.

Le diagnostic, très important, se base sur un bon examen de laboratoire, et toutes les garanties doivent être demandées à celui qui le pratique.

Le diagnostic de tuberculose posé, les difficultés sont encore considérables chez l'enfant, du sexe masculin tout au moins, pour déterminer le côté lésé. La division des urines, par cathétérisme urétéral, est pratiquement inutilisable chez lui avec les instruments actuels ; même si on arrive à passer le plus petit tube cystoscopique, les orifices urétéraux demeurent introuvables. Chez des garçons, en dessous de huit à dix ans, l'auteur a fait radiographier les reins, qui, comparés l'un à l'autre, sont no non, d e volume normal. Puis, il a étudié l'azotémie, enfin il a pratiqué une lombotomie exploratrice, qui, chaque fois, lui a montré les bosselures caractéristiques et l'a conduit à une néphrectomie.

Le Dr Mathieu reconnaît cependant qu'il y a lieu de perfectionner le matériel de cathétérisme cystoscopique pour affirmer l'unilatéralité clinique. (*Paris médical*, 19 juillet 1924.)

Stérilisation des instruments en ophtalmologie.

La méthode recommandée par M. Dor est parfaitement applicable dans la pratique de tout médecin de médecine générale, et c'est pourquoi nous la signalons ici.

Etant entendu que la seule stérilisation réellement efficace est la stérilisation par la chaleur, pour conserver ensuite les instruments stériles, à l'abri d'une souillure possible, l'auteur emploie des boîtes en fer blanc qui peuvent avoir la largeur que l'on veut, pourvu qu'elles mesurent 15 cmc. de hauteur au moins et qu'à 10 cmc. du

fond, il y ait une grille sur laquelle reposent les instruments. Des pastilles de trioxyméthylène sont mises au fond de la boîte et l'odeur se dégage. On peut multiplier les boîtes, mettre dans l'une les couteaux, dans l'autre les pinces, etc. On peut entourer les toiles métalliques de gaze, faire tous les perfectionnements que l'on veut. (*La Clinique Ophtalmologique*, septembre 1924.)

Traitement des grandes hémorrhagies.

Ces grandes hémorrhagies sont soit d'origine locale (plaies, ruptures d'anévrysme, épistaxis, hémorrhagie puerpérale), soit d'origine générale (hémophilie, hémogénie, insuffisance hépatique, hypertension). M. JEANNENEY en décrit le traitement comme suit : 1° traitement local, comportant soit la compression directe sur le point qui saigne, avec des mèches de gaze stérile sèche ou imbibée de vaso-constricteurs (antipyrine, adrénaline) ou de coagulants (sérum gélatiné), soit la compression à distance, à l'aide du garrot, à la condition qu'il ne soit pas maintenu trop longtemps en place. On procède ensuite à l'hémostase définitive par la ligature des deux bouts du vaisseau qui saigne.

Les petites hémorrhagies seront combattues non avec du perchlorure de fer, mais avec des attouchements au nitrate d'argent ou au thermocautère.

Le traitement général d'urgence comporte la position horizontale ou même de Trendelenburg, le réchauffement, les tonicardiaques maniés prudemment. Puis, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum physiologique à 7 p. 1000 (cas moyens) ou de sérum hypertonique à 20 p. 1000, de sérums colloïdaux, de sérum de Locke gommé.

Si le résultat n'est pas suffisant, c'est que le déficit globulaire entrave l'oxygénation des centres. On recourra alors à la transfusion de 500 gr. de sang citraté d'un donneur dont on se sera assuré au moins que son sérum n'agglutine pas les hématies d'une goutte de sang du récepteur.

On pourra essayer ensuite de prévenir le retour des hémorragies en augmentant la coagulabilité sanguine avec des sels de calcium, des injections ou lavements de sérum frais. On emploiera aussi le citrate de soude, le sérum sérique, etc. Enfin on ne négligera pas le traitement général des suites des grandes hémorragies. (*La Médecine*, octobre 1924.)

Transfusion du sang dans l'infection puerpérale.

Bien que la plupart des auteurs soient d'un avis opposé, il n'est pas absolument démontré que la transfusion du sang soit contre-indiquée chez les grands infectés. Et d'autres, tel Jeanbrau, ont noté le coup de fouet stimulant d'une transfusion effectuée dans certains cas de septicémie.

Pour M. P. DELMAS, il s'agit moins là d'une greffe globulaire que d'une stimulation des organes hématopoiétiques, et de l'introduction de substances anti-toxiques, anti-bactériennes. Le fait est surtout évident si le donneur est convalescent d'une affection dont l'agent infectieux est le même que chez le récepteur.

Tant est-il que l'auteur, dès 1920, a utilisé la transfusion du sang, dans quatre cas d'infection puerpérale. Dans les deux premiers, l'effet de cette thérapeutique a été positif et immédiat ; dans le troisième, il plane une incertitude sur l'action favorable de la transfusion. Dans le quatrième enfin, résultat négatif.

Sans conclure d'une façon rigoureuse, M. Delmas estime que ces faits sont de nature à susciter de nouvelles recherches. « ..... Je persiste à penser, dit-il, d'après les deux cas couronnés de succès, que les forces défaillantes de l'organisme peuvent être efficacement sollicitées par la stimulation active imprimée, tant aux glandes vasculaires sanguines qu'aux globules blancs, pour aboutir à des réactions cellulaires et à des réactions humorales jusqu'alors suspendues. Soutenu, il est vrai, par ce renfort étranger, c'est l'organisme lui-même qui a été l'artisan de sa propre victoire. » (*Languedoc Médical*, 10 octobre 1924.)

Les dermatoses de l'eau et du savon.

En dehors de l'eau de javel, du carbonate de soude, du savon noir, du savon minéral, l'eau pure et les savons ordinaires peuvent déterminer l'éclosion de dermites artificielles. Celles-ci s'observent, selon M. RIME, 1° chez les personnes qui utilisent des savons soit trop riches en soude pure, soit impurs, soit médicamenteux ; 2° dans les professions manuelles comportant le contact prolongé avec l'eau : blanchisseuses, laveurs de vaisselle, cuisiniers, ménagères, etc. Il faut tenir compte évidemment en outre d'une certaine prédisposition individuelle. Les lésions communément observées sont les dartres volantes du visage, les gerçures et crevasses des mains, la dermite artificielle eczémateuse, l'eczématose ou eczéma maladie, consécutivement à la dermite précédente.

Pour les dartres, cesser les savonnages, et utiliser la crème s. l. f. :

Vaseline	ââ 5 gr.
Lanoline	
Eau de rose	
Oxyde de zinc..............	4 gr.

Ajouter quelques gouttes d'essence de roses, et une parcelle d'ichtyol chez les brunes.

Les gerçures et les crevasses réclament la cessation du contact avec l'eau et les onctions avec la glycérine pure ou coupée de son volume d'eau de laurier-cerise. Le baume du Com-

mandeur, les cautérisations au nitrate d'argent, agissent favorablement.

La dermite artificielle, et l'eczématose, qui lui succède parfois, demandent d'abord la suppression de la cause qui les a provoquées. Comme traitement curatif, pas de pansements humides ; à lotions et pulvérisations avec l'eau d'Alibour. Le liniment oléo-calcaire, l'axonge fraiche, les applications de nitrate d'argent accompagnées de l'emploi de la pommade suivante, donnent de bons résultats.

Pommade :

Ichtyol	2 gr.
Oxyde de zinc	ââ 10 gr.
Talc	
Vaseline	10 gr.

Comme traitement général, on cherchera la désensibilisation par l'hyposulfite de soude, l'autohémothérapie. (*Pratique médicale française*, septembre 1924.)

Paralysies du plexus brachial consécutives au zona.

A propos de deux cas qu'ils ont observés, MM. Goyet et Chaix rappellent les caractéristiques de ces paralysies qui, bien que rares, se rencontrent sans intervention de l'âge, ni du sexe, ni de l'état antérieur, et méritent d'être connues.

Les paralysies du plexus brachial sont les plus fréquemment notées après les faciales. Elles répondent au territoire topographique de l'éruption. Ce sont des paralysies flasques, accompagnées souvent d'amyotrophie, d'altération des réflexes tendineux, tantôt incomplètes, tantôt totales, avec réactions électriques habituellement troublées.

Le pronostic en est favorable. Elles finissent par guérir complètement.

Elles seraient dues, si l'on admet la théorie qui met le zona sous la dépendance d'une inflammation du ganglion spinal, à une lésion radiculaire antérieure causée directement par l'inflammation dudit ganglion.

On pourrait concevoir que la compression de cette racine provoquerait les parésiestransitoires, tandis que l'inflammation propagée donnerait lieu aux paralysies plus complètes. (*Lyon Médical*, 19 octobre1924.)

La fracture du poignet.

Voici la manœuvre de réduction préconisée par M. Delbez : « L'opérateur se place à la droite du blessé, pose le pied gauche sur une chaise ; sur son genou fléchi il amène le poignet fracturé ; de la main gauche, il saisit l'avant-bras et le maintient solidement ; de la main droite, il embrasse solidement le membre blessé à la hauteur des métacarpiens. Une brusque secousse de la main droite vers le haut disloque les fragments comme si elle voulait augmenter le déplacement, puis immédiatement, par une traction vive du membre, elle ramène la main en pronation, flexion et abduction cubitale... » Durée : deux secondes. Ensuite, on applique un appareil représenté soit par une attelle dorsale, soit par un bandage plâtré circulaire remontant au-dessus du coude. Il faut maintenir le membre en pronation et éviter tout mouvement de supination avant le 12e jour qui suit la réduction. Au bout de 5 à 7 jours, on ouvre le bandage et on commence les mouvements de mobilisation. (*Liège Médical*, 26 octobre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La stérilisation de l'eau de mer en ostréiculture.

(M. H. Violle. — *Académie de médecine* ; 28-10-24.)

Pour stériliser l'eau de mer fournie aux ostréiculteurs, divers moyens ont été mis à l'étude. On a recommandé le passage de l'eau à travers des filtres de sable et l'ozonisation.

M. Violle a recherché si le procédé de la chloration par l'eau de Javel,employé pour les eaux d'alimentation, ne fournirait pas de bons résultats. Il lui est apparu, effectivement, que la javellisation constituerait un moyen pratique et efficace de purifier l'eau de mer destinée à l'ostréiculture.

La suraération de l'eau de mer en ostréiculture.

(M. Barbary. — *Académie de médecine* ; 28-10-1924).

M. Barbary fait connaître les résultats d'une série d'expériences qu'il a poursuivies dans un établissement spécial de Nice, sur la valeur de l'eau de mer suraérée pour l'élevage des huîtres.

Un bassin de suraération est constitué, en principe, par un réservoir à parois étanches, d'une hauteur d'un mètre, dont le fond est garni d'une couche de sable marin. Des conduites d'arrivée d'air aboutissant à mi-hauteur du liquide injectent de l'air à ce niveau, par une série d'orifices. Les mollusques sont placés dans la zone supérieure. En fait, ce procédé débarrasse la couche aqueuse où baignent les huîtres des agents microbiens, du coli-bacille en particulier, la rendant apte au but recherché.

Tétanos guéri par la sérothérapie.

(MM. Trabaud et Baur. — *Soc. méd. des hôp* ; 10-10-1924.)

Si la valeur prophylactique du sérum antitétanique n'est plus, à l'heure actuelle, discutée, il n'en est pas

de même de sa valeur curative. L'accord n'est pas fait sur le meilleur traitement à appliquer au tétanos déclaré. Certains auteurs, s'appuyant sur les travaux de Roux et Vaillard (qui déclarent le sérum impuissant à guérir le tétanos déclaré), ont recours soit à la méthode de Bacelli, soit au chloral, soit encore aux injections intra-rachidiennes de sels de magnésie préconisées par l'Ecole américaine. Quelques médecins cependant utilisent le sérum à hautes doses.

Partisans de cette dernière pratique, MM. Trabaud et Baur l'ont employée chez deux malades, atteints l'un de tétanos grave, généralisé, l'autre de tétanos localisé. Grâce à l'administration de fortes doses de sérum (400 à 700 cent. cubes, en plusieurs jours), associées au chloral, les deux patients ont complètement guéri.

L'ictère toxique par les moules.

(MM. Noël Fiessinger et A. Ravina. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-10-1924.)

On connaît bien, cliniquement, l'intoxication par les moules dans sa forme aiguë brutale. Les accidents débutent trois ou quatre heures après l'ingestion des mollusques, par des vertiges, des nausées, souvent des vomissements, rapidement suivis de mydriase, de fourmillements, d'agitation et de mouvements qui rappellent ceux de l'ivresse (Netter et Ribadeau-Dumas). Puis, se montrent des phénomènes paralytiques, de l'angoisse, de la cyanose, et la mort survient dans le collapsus, dans plus d'un quart des cas. Plusieurs pathogénies ont été proposées pour expliquer ces troubles et l'on admet généralement qu'ils relèvent d'une toxine (mytilotoxine) que la moule normale (*Mytilus edulis*), en dehors de toute altération spéciale, serait capable d'élaborer. La mytilotoxine a été minutieusement étudiée, sous le nom de mytilo-congestine, par le prof. Richet, qui considère ses effets comme d'ordre anaphylactique.

M. Noël Fiessinger a observé des accidents toxiques d'un autre ordre, moins redoutables, provoqués par l'ingestion de moules. Il s'agit d'ictère débutant deux à trois jours après le repas toxique, ictère bénin et le plus ordinairement complet. Le foie est légèrement augmenté de volume et les matières sont décolorées. Ce sont les caractères de l'ictère catarrhal simple, suivi de guérison assez rapide.

L'auteur pose finalement — et sans pouvoir donner une réponse catégorique — la question : le poison paralytique des grandes intoxications par les moules et le poison ictérigène est-il le même, à des doses différentes ?

Vaccinothérapie de l'arthrite typhique.

(MM. H. Dufour et Baruk. — *Soc. médicale des hôp.* ; 10-10-1924).

M. Dufour rapporte un cas d'arthrite puriforme du genou survenue huit ans après une fièvre typhoïde, avec agglutination de l'Eberth par le liquide articulaire, guérie par quatre injections de vaccin T. A. B.

— M. Sicard remarque qu'il ne faudrait pas croire que la vaccination anti-typhoïdique donne toujours des résultats thérapeutiques aussi remarquables au cours des arthrites ou des ostéites post-typhoïdiques. Dans deux cas qu'il vient d'observer de spondylite typhique, l'un avec M. Nandrot (de Montargis), l'autre avec M. Hastings, l'échec a été complet. Chez les deux malades en question, l'intervention chirurgicale (laminectomie) a amené un amendement immédiat des accès douloureux, suivi de guérison complète et définitive.

— M. Dufour a relaté dans la thèse de son élève, M. Guyard, les excellents effets qu'il a obtenus de la vaccinothérapie, précisément dans la spondylite typhique. Il sera donc toujours bon d'essayer d'abord le vaccin (T. A. B.), pour passer ensuite à l'acte chirurgical, s'il est nécessaire.

Curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique.

(MM. Sézary et Benda. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

M. Sézary relate un nouvel exemple d'hémiplégie par artérite syphilitique très rapidement guérie par l'arsénobenzol à doses élevées, le bismuth et le cyanure de mercure. La malade, syphilitique notoire, put être traitée dès les premières heures de l'hémiplégie. L'efficacité du traitement ne s'explique bien que dans l'artérite et non dans l'hémorrhagie cérébrale.

L'auteur rappelle, en concluant, les propositions qu'il a déjà émises dans un précédent travail :

« Dans toute hémiplégie survenant sans cause avérée, chez un sujet jeune et indemne d'affection cardiaque, il faut instituer d'urgence un traitement antisyphilitique intensif, avant même d'avoir recours aux méthodes de laboratoire utilisées pour dépister la syphilis.

« Chez l'homme âgé, où l'athérome artériel est une cause fréquente de ramollissement cérébral, il faut cependant suspecter la nature spécifique de toute hémiplégie par artérite, et, au moindre indice, commencer le traitement. Toutefois, cette règle ne serait pas applicable s'il y avait contre-indication par tares viscérales ».

— M. Sicard partage le même avis. Le traitement, il est vrai, même intensif, ne donne pas toujours dans l'hémiplégie syphilitique une guérison certaine. De plus, dans diverses formes de syphilis nerveuse, dans la paralysie générale, par exemple, il est des hémiplégies qui s'amendent spontanément.

— M. Milian se joint à M. Sézary pour conseiller le traitement spécifique d'urgence dans toute hémiplégie suspecte, sans attendre les résultats des examens du sang et de la ponction lombaire.

Sur l'élimination du bismuth.

(M. Jeanselme. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 10-7-1924).

M. Jeanselme n'adopte pas entièrement l'opinion

émise par M. Lacapère — que nous signalions dernièrement — quant à l'élimination du bismuth par les urines. Des recherches faites dans son service, par M. Delalande, ont montré une apparition assez rapide du bismuth (de la 12e à la 18e heure) dans les urines, après injection de sel insoluble. Après injection de tartro-bismuthate soluble, le bismuth se constate dès la 2e heure, pour atteindre son maximum à la 12e heure, et décroître ensuite progressivement. M. Jeanselme est, toutefois, d'accord avec M. Lacapère sur la variabilité de l'élimination selon les préparations.

— M. Lafay remarque que pour être fixé définitivement, de nouvelles recherches (longues, mais sans difficultés) seront nécessaires.

Les cheveux blancs peuvent-ils noircir naturellement ?

(M. Darier. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 10-7-24.)

M. Darier relate l'aventure dermo-pathologique assez curieuse d'un de ses malades. Il s'agit d'un homme de 53 ans qui, en deux mois, vit tous ses cheveux et poils devenir blancs, sans cause appréciable, puis tomber presque en totalité. Seize mois plus tard, ils étaient repoussés, en grande partie noirs, ou à peine grisonnants.

Le traitement suivi a eu sans doute une influence favorable. En même temps que sa canitie et sa pelade décalvante, le patient accusait des troubles (fatigue, frilosité, frigidité génésique). M. Darier le soumit à la médication thyroïdienne et phosphorée, et les symptômes généraux s'améliorèrent en même temps que les altérations pilaires.

Un point intéressant de cette observation est le suivant. Le malade a remarqué — et il est affirmatif sur ce point — que des poils blancs se repigmentaient sans tomber. M. Sabouraud a signalé déjà la réalité du fait et il a vu que des poils blancs se reteintaient quelquefois par leur pointe. La vie des poils, ajoute M. Darier, renferme encore beaucoup d'inconnues.

— M. Sabouraud a été témoin plusieurs fois de ce processus de pigmentation des cheveux blancs, qui redeviennent noirs, sans avoir été remplacés. L'explication du phénomène reste très problématique. La nature fait ici ce que nous sommes incapables de faire : colorer un cheveu blanc sans teinture ! C'est la pointe qui se colore la première, en général.

Réaction de Wassermann au sérum frais et au sérum chauffé.

(MM. Bœtz et Schreiber. — *Soc. dermatologique de Strasbourg* ; 18-5-1924.)

La réaction de Wassermann pratiquée simultanément par la méthode au sérum chauffé et par celle au sérum frais donne des résultats qui sont quelquefois discordants. MM. Bœtz et Schreiber ont rencontré cette discordance dans la proportion de 2 1/2 %. Ils estiment qu'il faut, chaque fois, employer les deux techniques, l'une complétant et contrôlant l'autre. Ils croient aussi qu'il n'est pas prudent d'attribuer à la réaction de Bordet-Wassermann une valeur absolue, et que ses indications doivent être considérées comme une documentation d'appoint destinée à compléter la symptomatologie dans la mesure des indices de probabilité et de possibilité qu'elle fournit.

— M. Pautrier s'associe aux conclusions des auteurs. Les méthodes au sérum frais ne lui paraissent pas autoriser un diagnostic ferme sur un résultat positif. Une réaction positive au sérum frais et négative au sérum chauffé a simplement la valeur d'une sonnette d'alarme. Elle indique qu'il faut renouveler les réactions.

Ulcère de jambe, chez une glycémique, guéri par l'insuline.

(MM. Pautrier, Ambard, Schmid et Salmon. — *Soc. dermatologique de Strasbourg* ; 20-7-1924).

M. Pautrier relate l'observation d'une femme de 84 ans atteinte d'ulcère de jambe remontant à quelques semaines. L'analyse des urines ayant révélé la présence du sucre (50 gr. par litre), on institua un traitement par l'insuline. Très rapidement, l'ulcère se réduisit de dimensions, montrant une action très nette du médicament. P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*Suite*)

Rapport de M. Tixier (de Lyon).

Le fibrome de l'utérus est une tumeur bénigne compatible avec l'existence du sujet qui la porte. Ce sont les complications du fibrome qui mettent la vie en danger. Etudier les indications du traitement chirurgical des fibromes revient donc à établir quelles sont celles de ces complications qui relèvent uniquement de l'intervention ou qui trouvent en elle la thérapeutique la meilleure.

I. Indications d'un traitement chirurgical d'urgence. — L'indication opératoire peut s'imposer, rarement il est vrai, avec un caractère d'extrême urgence, et ceci dans trois circonstances :

1° Des troubles mécaniques modifient brusque-

ment la nutrition du fibrome, c'est la *torsion*, ou déterminent une compression de l'intestin, c'est l'*occlusion intestinale*.

2° Des phénomènes *infectieux* et septiques agissent directement sur la tumeur et produisent la *suppuration*, ou la *gangrène* du fibrome, ou déclanchent une *péritonite aiguë*.

3° Des ruptures *vasculaires* peuvent être l'origine d'hémorragies rapidement menaçantes pour la vie.

Les complications brusques se traduisent par des signes variables suivant que la tumeur a eu une évolution sous-séreuse, et abdominale, ou intra-utérine et vaginale. D'où deux types cliniques.

A. **Type vaginal.** — Il s'agit le plus souvent d'un polype fibreux dont le pédicule est *tordu* ou *comprimé*. L'accouchement par le vagin d'un semblable polype est un mode de guérison spontanée ; le travail se fait lentement, sans accident et le chirurgien n'a qu'à cueillir la tumeur.

Mais celle-ci peut être assez volumineuse pour qu'au passage du col utérin elle soit ischémiée, puis sphacélée. L'opération devient alors plus importante, il faut accoucher opératoirement le fibrome.

Le *sphacèle* peut lui-même s'accompagner de suppuration intense et de *septicémie utérine*. Il est nécessaire, dans ces conditions, d'intervenir par la voie abdominale et de faire l'hystérectomie.

Enfin, une *hémorragie* abondante peut se produire. Tout en se rappelant qu'une fibromateuse peut saigner d'une façon impressionnante sans que sa vie soit vraiment en danger, le chirurgien pourra être amené à prendre une décision immédiate. Mais avant de songer à l'hystérectomie, il aura recours aux moyens hémostatiques ordinaires, voire à la transfusion qui suffiront le plus souvent.

B. **Type abdominal.** — La *torsion intra-abdominale des fibromes utérins* est brutale. La malade, en pleine santé, ressent brusquement des douleurs très vives. Elle demeure immobile, couchée, les genoux repliés sur le bassin. Un état syncopal est de règle. On peut penser à un kyste de l'ovaire ; l'erreur est sans importance : dans les deux cas, il faut opérer. On réalisera suivant les cas, une myomectomie, une polypectomie, une hystérectomie.

Les fibromes interstitiels ou sous-séreux sont susceptibles de se *gangréner* et de *suppurer*, bien que le fait ait été mis en doute. Ce sont les signes généraux qui appellent l'attention : température élevée, frissons, céphalée, vomissements, tachycardie, langue saburrale.

L'intervention radicale s'impose quoique, dans de telles conditions, la malade soit particulièrement shockée et peu résistante.

Une *péritonite aiguë*, une *hémorragie intrapéritonéale* cataclysmique, comme on peut en observer dans les fibromes télangiectasiques, exigent de même une intervention rapide ; dans ces cas, le fibrome passe au second plan. C'est la péritonite qu'il faut traiter de suite, c'est l'hémorragie qu'il faut tarir d'abord.

II. Indications générales du traitement chirurgical des fibromes. — Le fibrome réclame, en somme, exceptionnellement une intervention d'urgence. La thérapeutique chirurgicale de cette affection est une thérapeutique « à froid », dirigée contre des accidents qui évoluent d'une façon lente et torpide. Presque toujours c'est l'exagération d'un symptôme habituel qui décide à opérer.

Exagération ou modification des symptômes habituels. — Les *hémorragies* sont rarement à elles seules une indication. L'anémie vraie qu'elles provoquent cède en général aux moyens médicaux. Mais le teint cireux de certaines fibromateuses, les œdèmes et les troubles vasculaires qu'elles présentent et qui peuvent coexister avec une anémie marquée, relèvent le plus souvent de la nature histologique de la tumeur qui déverse dans le sang des *lipoïdes hémolytiques* — ou du volume de cette tumeur qui comprime les vaisseaux et les uretères. Dans ces conditions, il est clair que l'exérèse chirurgicale s'impose, mais elle vise moins la suppression de l'hémorragie que celle de l'infection et de la compression et il faut noter qu'elle est ici particulièrement grave.

L'*exagération de la leucorrhée*, chez une femme jeune, doit faire penser à la possibilité du sphacèle, soit d'un fibrome sous-muqueux, soit d'un fibrome interstitiel exposé, et l'indication d'intervenir peut devenir urgente.

Chez la femme âgée, une leucorrhée persistante qui empèse le linge et répand une odeur fade et tenace est parfois le premier signe d'un cancer du corps.

La *douleur* est peu marquée au cours de l'évolution du fibrome utérin ; quand elle s'exagère, la tumeur devient suspecte. On se souviendra qu'elle est spontanée dans le léiomyome, provoquée par la palpation dans le sarcome et qu'elle coïncide dans les deux cas avec un affaissement rapide de l'état général.

Chez les vieilles femmes on peut admettre qu'un utérus fibromateux qui devient douloureux est un utérus cancéreux.

L'indication thérapeutique est l'intervention chirurgicale dans tous les cas.

En dehors de l'exagération des symptômes habituels, d'autres conditions peuvent imposer l'acte chirurgical, en particulier les *modifications de consistance de la tumeur*.

Le fibrome pur est uniformément résistant et élastique ; il est aisé de s'en assurer par la palpation et le toucher. Mais, quand la tumeur est multilobulée, ce contrôle devient difficile. Or, les modifications tissulaires ont une valeur diagnostique et pronostique considérable.

La tumeur est particulièrement ferme dans la dégénérescence fibreuse ; c'est un bon processus de guérison qui peut être utilement aidé par la physiothérapie.

Dans la dégénérescence calcaire, le fibrome est dur « comme de la pierre ». Si, dans ces conditions, il devient douloureux et si l'état général semble décliner,

l'exérèse est indiquée, car des phénomènes de mortification toxique menacent l'organisme. Traiter semblable fibrome par les rayons serait parfaitement inutile et parfois dangereux.

Une consistance molle, gélatineuse, quasi fluctuante, traduit la dégénérescence œdémateuse et la transformation kystique avec troubles vasculaires menaçant la nutrition de la tumeur. Il serait alors imprudent d'user des agents physiques ; mieux vaut prendre le bistouri.

Il en va de même toutes les fois que le fibrome de consistance normale présente une série de lobes plus ou moin s pédiculés.

Enfin, une sensation de mollesse pâteuse caractérise le fibrome « en dégénérescence rouge ». L'hystérectomie en est le seul traitement ; encore faut-il qu'elle soit totale ; il s'agit souvent, en effet, d'une forme atténuée de leiomyome malin.

Le chirurgien est encore appelé à intervenir en raison de *troubles urinaires* graves. La rétention d'urine est le plus fréquent de ces troubles. Elle apparaît surtout le matin et peut être intermittente, totale et définitive, ou au contraire prendre les caractères de la rétention chronique incomplète. Elle impose le cathétérisme et, par suite, toutes les complications inhérentes à l'infection urinaire des rétentionnistes.

L'obstacle mécanique cause de la rétention est constitué par l'enclavement pelvien de l'utérus qui a basculé en arrière sous le poids d'un fibrome de la paroi postérieure du corps utérin. C'est la rétroversion qui crée la rétention et cette rétroversion persistera aussi longtemps que le noyau fibreux sera appendu à l'utérus. Il faut l'enlever ; on ne saurait attendre la réduction lente et aléatoire du volume de la tumeur sous l'influence de la physiothérapie.

Les *troubles rénaux* sont à peu près constants dans les fibromes d'un certain volume. Ils sont la conséquence d'une compression, d'un soulèvement ou d'un étirement des uretères. Une gêne permanente dans l'évacuation de l'urine entraîne la dilatation progressive du bassinet et des calices. Le parenchyme rénal lui-même finit par souffrir. La pyonéphrose et le phlegmon périnéphrétique ne sont pas exceptionnels. Des troubles cardiaques s'installent : palpitations, hypertension artérielle, œdèmes périphériques, exceptionnellement anurie.

La constatation de ces troubles ne doit pas logiquement faire rejeter l'intervention, car le véritable moyen de soulager le rein est d'enlever la tumeur. Mais l'opération sera précédée d'une préparation soigneuse de la malade qu'on mettra quelques jours en observation. Il conviendra d'ausculter son cœur et son poumon, de prendre sa température, d'établir le taux de son urée sanguine et de juger la valeur fonctionnelle de son rein par la constante d'Ambard.

Toutes les fois que l'on notera une déficience sensible du rein, il faudra rejeter l'idée d'un traitement par les moyens physiques. Son action est trop lente, et les phénomènes de résorption qui suivent son application ne peuvent qu'imposer à l'organisme un travail supplémentaire dangereux.

Complications. — Une indication très spéciale de l'intervention chirurgicale est fournie par l'existence de la *nécrobiose* ou gangrène aseptique des fibromes. Elle peut accompagner indifféremment les tumeurs sous-péritonéales et les tumeurs interstitielles non exposées.

Ce sphacèle aseptique est dû à l'ischémie du fibrome. Tous les procédés physiothérapiques sont contre-indiqués ; et même, il est permis de penser que ces procédés appliqués d'une façon intempestive sont capables par leur seule action de provoquer cette nécrobiose.

L'*infection* est la cause du plus grand nombre des complications des fibromes. Elle peut se fixer soit sur l'utérus fibromateux, soit sur les annexes.

L'*endométrite infectieuse* est une des causes de la fièvre des fibromes. De là partent les thromboses pelviennes qui se manifestent sous forme de phlébites des membres ou d'embolies pulmonaires. L'acte opératoire est grave chez de telles malades, mais est seul capable de les sauver.

Les *complications annexielles* sont les plus fréquentes. Il s'agit tantôt d'annexites latentes et torpides, tantôt d'une véritable suppuration salpingienne. Le diagnostic en est parfois difficile. La douleur, surtout quand elle est réveillée par la palpation profonde latéro ou rétro-utérine, une température constante doivent faire songer à la salpingite. La chirurgie, sans présenter nécessairement le caractère de l'urgence, est ici presque toujours indiquée. Seule, elle est prudente alors que la radiothérapie est au moins inactive et la curiethérapie dangereuse.

La *transformation maligne des fibromes* de l'utérus peut aboutir soit au sarcome, soit au leiomyome suivant que la dégénérescence frappe le tissu fibreux ou le tissu musculaire lisse. Il est difficile de saisir cliniquement le moment précis de la transformation.

La *dégénérescence sarcomateuse* serait de 2 p. 100 d'après Piquand. C'est d'ordinaire au moment de la ménopause qu'elle se manifeste par une exagération de tous les symptômes du fibrome et l'apparition de phénomènes douloureux. A la palpation la tumeur est de consistance inégale avec des zones de ramollissement.

La décision thérapeutique dépendra de l'existence ou de l'absence de noyaux secondaires. Toute méthode active est naturellement contre-indiquée en cas de généralisation. Dans les autres cas, on pratiquera une hystérectomie totale. La mortalité opératoire est voisine de 10 p. 100, mais dans l'état actuel de nos connaissances sur le traitement des sarcomes en général, personne n'ose espérer mieux des méthodes physiothérapiques.

La thérapeutique des leiomyomes est encore plus décevante.

Quand il y a *coexistence d'un fibrome utérin et d'un cancer du col ou du corps*, le seul traitement rationnel

est l'hystérectomie abdominale élargie à la « Riès-Wertheim ».

On volt, par cet exposé détaillé, que les indications de l'intervention chirurgicale se présentent avec une fréquence extrême au cours de l'évolution des fibromes utérins.

L'excellence d'un traitement se juge en définitive par sa mortalité. Or, celle-ci ne dépasse pas 5 p. 100 dans l'hystérectomie abdominale. Ce pourcentage peut encore s'améliorer, car quelques morts paraissent s'expliquer par l'infection opératoire.

Dans les cas de tumeurs sphacélées ou manifestement septiques, on devrait opérer plus souvent par la voie vaginale ou pratiquer des hystérectomies à pédicule externe. Le drainage abdomino-vaginal et le drainage à la Mickulicz trop peu souvent employés sauveraient encore quelquses malades.

La mortalité par embolie est très élevée : 1 p. 100. Les gros fibromes des femmes à circulation veineuse ralentie sont particulièrement dangereux à ce sujet. On cherchera à éviter ce redoutable accident en supprimant toutes les causes de ralentissement circulatoire, ainsi l'injection de morphine et la purgation pré-opératoire, en surveillant la position de l'opérée au cours de l'intervention, en évitant de léser les vaisseaux par des manœuvres brutales.

En tenant compte des ressources précieuses qu'offre la physiothérapie, la chirurgie des fibromes doit être essentiellement *conservatrice* ou essentiellement *radicale.*

Il faut étendre les indications de la myomectomie qui laisse l'utérus intact, car il est important pour une femme de garder le plus longtemps possible une vie physiologique normale, laquelle est essentiellement conditionnée par la persistance de la fonction menstruelle. La sécrétion interne ne suffit pas, il faut conserver l'utérus.

Mais, quand la chirurgie des fibromes ne peut plus être nettement conservatrice, elle doit être essentiellement radicale. Puisque l'utérus doit être sacrifié, il faut du même coup supprimer les ovaires qui, sans la présence de la muqueuse utérine n'ont qu'une action physiologique discutable et qui parfois deviennent dans la suite le point de départ de douleurs ou le siège de lésions dangereuses.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

(A suivre.)

Les Thèses

P. — Dr Marcel THÉBAULT. — **Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1923.)

Lorsqu'on est appelé à examiner un blessé présentant une plaie de l'abdomen, quelle qu'elle soit, c'est le bistouri en main qu'il faut explorer cette plaie. C'est là, un enseignement de la chirurgie de guerre dont la pratique civile doit profiter. L'intervention doit être précoce et devrait même être immédiate s'il n'était nécessaire souvent de réchauffer le blessé et de relever sa tension sanguine. De toutes façons ne pas temporiser plus de trois ou quatre heures. Si, à ce moment, malgré tous les soins donnés, l'état de dépression du blessé n'est pas amélioré, si son pouls reste filant et incomptable, l'opération est généralement inutile.

Si le débridement a révélé une plaie non pénétrante, se contenter d'exciser les tissus contus et refaire la paroi.

En cas de plaie pénétrante : laparotomie par une incision large permettant d'y voir clair. Toutes les fois qu'il y aura possibilité de le faire, inciser par le trajet du projectile, trajet que l'on aura soin d'exciser.

Dans les lésions du foie, on fera la suture de la plaie au gros catgut en ayant soin de charger le parenchyme sur toute la profondeur de la plaie et de serrer faiblement les fils. Quand la suture ne sera pas possible, on fera un tamponnement serré de la plaie.

La cholécystorraphie, dont l'exécution rapide est un avantage précieux en chirurgie d'urgence dans les opérations graves et en milieu septique, aura son indication dans les petites plaies vésiculaires.

Suture de la paroi abdominale en trois plans ; réfection soigneuse du muscle grand droit.

Des soins post-opératoires minutieux sont le complément indispensable de ces interventions.

Lorsque l'opération aura été jugée inutile, soit par la persistance d'un shock grave, soit à cause de l'arrivée trop tardive du blessé à l'hôpital, il reste le traitement médical avec l'espoir, bien faible d'ailleurs, d'une guérison spontanée. Immobilisation dans un lit chaud après pansement. Si le blessé est très shocké : position horizontale ; autrement : position de Fowler.

Sérum rectal, huile camphrée, caféine, spartéine, morphine, seront judicieusement administrés.

Diète prolongée et vessie de glace sur le ventre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Le décret ministériel réorganisant les études médicales a été publié dans le *Concours Médical* du 30 Novembre 1924. Il est précédé d'un rapport du ministre, expliquant les modifications apportées au régime précédemment en vigueur.

Rapport et décret ne sont pas exempts de critiques. On voit, une fois de plus, que les Pouvoirs publics ont été fidèles à leurs vieilles habitudes ancestrales, en négligeant de prendre l'avis de ceux qui, par l'expérience personnelle qu'ils ont de la façon dont ils furent instruits, possèdent à ce sujet une réelle compétence, j'entends les praticiens.

Notons d'abord que le P. C. N., contre lequel Decourt, Noir et moi avons mené campagne pour la façon dont il est organisé, demeure intangible et continuera à sauver de la ruine les Facultés des sciences qui ne doivent leur semblant de vitalité qu'aux futurs médecins qui sont obligés d'y faire cette année préparatoire d'études. Il paraît que des raisons d'ordre général et financier ont exigé qu'il en soit ainsi : du moins le ministre le prétend-il. A quoi servent dès lors les professeurs et agrégés de physique, chimie et histoire naturelle des Facultés de médecine, s'ils doivent se borner à enseigner la physique, et la chimie médicales prévues dans le programme de la deuxième année ? Ne sont-ils pas au contraire excellemment qualifiés pour donner cet enseignement préparatoire que les médecins de ma génération ont reçu à Paris des Gariel, des Gautier, des Raphaël Blanchard ? Prétextes donc encore une fois. Il faudra y revenir. C'est une nouvelle Bastille à mettre bas. Nous y reviendrons.

Notons encore, en le regrettant, que la durée de l'étude de l'anatomie est réduite de moitié et n'occupe plus qu'une seule année, au lieu de deux.

Le ministre a beau jeu pour proclamer avec une certaine solennité que : « pour l'enseignement de la médecine, à la période proprement anatomique doit succéder la période physiologique ».

Certes, il est indispensable de faire reposer la science médicale sur ce fondement qu'est le fonctionnement de l'organisme ; mais ce fonctionnement lui même ne sera bien compris que s'il s'appuie sur une connaissance aussi complète que possible de la structure de ce même organisme. Or, l'anatomie, cela ne s'apprend pas tant dans les livres et dans les leçons théoriques que par la dissection du cadavre. Les préparations sèches, les coupes, les démonstrations *ex cathedra* ont un intérêt que je ne saurais nier; mais combien moins instructives sont-elles que l'effort personnel produit par l'élève qui, le couteau à la main, cherche et trouve l'organe dont la forme, la situation, les rapports, se gravent ainsi infiniment mieux dans sa mémoire !

Le nouveau décret prescrit la participation au service de garde et aux consultations des hôpitaux des statgiaires, à partir de la troisième année. Mesure excellente, encore que la prescription soit un peu molle, puisqu'elle s'accompagne de réserves au sujet d'une entente préalablement nécessaire entre la Faculté et les administrations hospitalières, et de la mesure et des moyens propres à chaque Faculté.

Quand il s'agit de former des médecins, on ne saurait y apporter trop de soins. Et puisqu'il est démontré que c'est encore à l'hôpital que les étudiants font le meilleur de leur apprentissage de futurs praticiens, il n'y a pas de réserves à formuler, et cette participation aux gardes et aux consultations devrait être obligatoire.

En réalité, nous ne pourrons parler, semble-t-il, d'une véritable réforme des études médicales que le jour où l'hôpital sera pris comme le vrai centre d'enseignement.

Ce sera sans doute une révolution. Mais n'est-ce pas l'un des plus haut placés dans notre hiérarchie universitaire, M. le doyen Weiss, de la Faculté de Strasbourg qui, cette année même, n'a pas craint de demander que les Facultés de médecine cessent de faire partie de l'enseignement supérieur, et participent, au contraire, de l'enseignement technique ? Et où mieux qu'à l'hôpital cet enseignement peut-il être donné ?

Notons enfin que les examens de clinique, au nombre de trois, sont compris de manière à permettre au juge de se rendre compte aussi exactement que possible de l'instruction théorique et pratique des candidats, et de ne laisser par suite pénétrer dans la carrière que ceux qui auront donné des garanties suffisantes d'un savoir réel.

En effet, le candidat devra faire un stage d'un jour dans le service hospitalier de deux au moins de ses juges. Chacun de ceux-ci lui fera examiner

devant lui, pendant un quart d'heure, un malade dont, ensuite, il rédigera l'observation à tête reposée, dans un local où il sera enfermé pendant une demi-heure. Cette observation servira de base à un examen récapitulatif subi à la Faculté.

En outre, le juge aura le droit d'interroger le candidat sur d'autres malades du service, et de lui demander de montrer qu'il sait faire telle recherche, manier tel appareil, faire tel pansement.

Si les juges, en y mettant toute la bienveillance possible, mais sans faiblesse, comme sans sévérité excessives, veulent bien profiter de la latitude, que leur donne ce nouveau décret, de sonder à fond l'intelligence des candidats, nous pourrons avoir foi que les jeunes médecins, lancés dans la circulation, sauront être les bons défenseurs et les vigilants gardiens de la santé publique.

G. Duchesne.

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX

Son rôle, ses attributions, les limites de son action.

C'est toujours avec une vive curiosité et un grand intérêt que nous lisons dans le *Concours médical* les nombreux articles ayant trait à la lutte antituberculeuse et aux dispensaires antituberculeux. Laissant à d'autres plus qualifiés le soin de dire leur mot sur les directives générales données à la lutte elle-même, qu'il soit permis à un médecin de dispensaire d'exprimer son opinion sur le fonctionnement de ces organismes et de répondre en même temps au dernier article en date sur cette question, celui du Dr Bottemer, paru dans le numéro du 12 octobre dernier sous la rubrique : « A propos des dispensaires antituberculeux ».

Notre confrère se plaint de n'avoir vu nulle part « exposé jusqu'à présent le vrai remède à l'antagonisme existant entre les dispensaires et le corps médical ». Cet antagonisme — qui est loin d'exister partout, soit dit en passant — serait dû à l'hostilité des praticiens « contre la conception étatiste de la lutte antituberculeuse ». Cette conception « étatiste » aboutirait à ce résultat, toujours d'après l'auteur de l'article, que tout malade envoyé au dispensaire par son médecin serait irrémédiablement perdu pour celui-ci.

Nous sommes vraiment surpris, navré même, de voir le Dr Bottemer, et avec lui d'autres praticiens probablement, émettre et soutenir une telle accusation. Elle nous paraît profondément injuste et laisse supposer, ou bien que nous ignorons complètement les règles de la bonne confraternité et de la déontologie la plus élémentaire, ou bien que, les connaissant, nous n'hésitons pas à les violer. Or ni l'une ni l'autre hypothèse n'est admissible. Nous avons en vue bien entendu le dispensaire soi-disant « étatiste » — le terme est tout à fait impropre, mais peu importe ici, acceptons le tel quel pour ne pas compliquer la question et nous faire mieux comprendre.

Ajoutons également que nous parlons en notre nom personnel et que nous ne sommes le mandataire ou l'interprète d'aucun comité, d'aucune association, d'aucun syndicat ; c'est-à-dire que nous assumons personnellement la complète responsabilité des idées que nous allons exprimer.

Comment fonctionne et doit fonctionner tout dispensaire antituberculeux ?

Il doit avoir à sa tête un médecin nommé sur titres ou sur épreuves par un jury, dans la composition duquel un membre du syndicat médical local ou régional est prévu. Ce médecin, une fois nommé, doit prendre l'*engagement écrit de ne pas faire de clientèle* : il doit consacrer tout son temps au dispensaire. A cet effet il doit être suffisamment rétribué, ce qui malheureusement n'est pas le cas partout ; toutefois, empressons-nous de le dire, cette insuffisance de traitement ne peut en aucun cas être invoquée comme excuse et l'autoriser à chercher ailleurs un supplément d'honoraires.

Jusqu'ici, nous sommes d'accord croyons-nous avec le Dr Bottemer.

Mais nous ne saurions admettre avec lui qu' « il faudrait qu'aucun malade ne fût admis au dispensaire s'il n'est envoyé par son médecin ». Sans parler de ceux qui n'en ont pas — il en existe, — il y a lieu de remarquer que le dispensaire est un organisme de salut public, conçu, créé et organisé pour sauvegarder la santé de tous, riches et pauvres. En tant que service d'utilité publique, il est entretenu, subventionné avec l'argent de tous. Il nous paraît donc illogique, irrationnel et injuste d'en éloigner une catégorie quelconque de citoyens : l'entrée doit en être ouverte à tous et gratuite pour tous. D'ailleurs notre confrère va comprendre que la pratique de la « porte ouverte à tous » ne saurait léser en aucune façon les intérêts du médecin traitant.

Définissons en effet le rôle du dispensaire, ses attributions, ses limites.

Le médecin du dispensaire antituberculeux n'a à rechercher chez ses clients que la tuberculose. Après examen clinique, radioscopique et analyse des crachats, s'il y a lieu, il doit « sortir » et renvoyer à *son médecin traitant* tout malade

reconnu « non tuberculeux ». A tous tuberculeux contagieux, il doit donner des conseils hygiéno-diététiques — après lui avoir révélé la nature de son mal, bien entendu — délivrer un crachoir de poche et de chambre, un sac à linge sale et lui laisser entrevoir l'éventualité de se laisser hospitaliser au sanatorium ou à l'hôpital suivant le cas. *Jamais il ne doit faire acte de thérapeute*, jamais il ne doit délivrer une ordonnance quelconque. Ceci regarde le médecin traitant et lui seul. C'est pourquoi le médecin de dispensaire doit remettre au malade, à l'adresse de son médecin, ou envoyer directement à celui-ci le résumé de son examen clinique, radioscopique et bactériologique. Il peut y joindre un mot, s'il le juge à propos, et il est préférable qu'il le fasse, sur la nécessité d'une cure sanatoriale. Le médecin traitant prévenu jugera si cette cure n'est pas possible à domicile et, dans ce cas, avisera le dispensaire de n'entreprendre aucune démarche pour le placement de son client.

Voilà dans ses grandes lignes le rôle médical du dispensaire. Laissons les détails, ils nous embrouilleraient inutilement.

Passons à son rôle social.

Celui-ci est assuré par la visiteuse d'hygiène ou infirmière visiteuse. En dehors du dispensaire, où elle assiste aux consultations, elle se rend régulièrement au domicile des contagieux, et de ceux-là seulement. Elle y prend certains renseignements d'ordre social (hygiène de l'appartement, situation de fortune, etc.), et surtout s'assure que les prescriptions hygiéniques recommandées au dispensaire par le médecin ont été bien comprises et sont exécutées. C'est tout. Jamais elle ne doit aller voir des malades non inscrits au dispensaire ; jamais elle ne doit aller à leur domicile contre leur gré ou contre celui de leur médecin ; jamais elle ne doit faire acte d'infirmière soignante, jamais elle ne doit s'occuper de thérapeutique et à plus forte raison critiquer celle instituée par le médecin traitant ; jamais elle ne doit « rabattre » au dispensaire un malade qu'elle sait être soigné par un praticien. Tout ceci ne la regarde pas. Par contre, elle ne sort pas de son rôle en invitant tous les membres d'une famille où il y a un contagieux, les enfants principalement, à aller se faire examiner au dispensaire. Cette visite constitue un acte prophylactique destiné à dépister les premiers symptômes de la tuberculose et à prendre les mesures préservatrices nécessaires. Le médecin traitant ne saurait voir là aucun « rabattage » ni aucun détournement de clientèle. Il doit être prévenu si quelque autre membre de la famille est reconnu atteint. Quant au placement préventorial des enfants, il est fait par les soins du dispensaire qui s'occupe de toutes les démarches nécessaires et de toute la « paperasserie ». Aucun praticien, croyons-nous, n'a le goût ni les loisirs de faire semblable besogne ; aucun, par conséquent, ne peut trouver anti-déontologique et anti-confraternel de voir le médecin du dispensaire la faire sienne, « l'accaparer » si l'on veut.

Tel est, d'après nous, répétons-le, la conception qu'il faut se faire du dispensaire antituberculeux soi-disant « étatiste ». C'est celle-là que nous essayons de « réaliser » depuis bientôt trois ans au dispensaire départemental dont on nous a confié la direction. C'est assurément celle-là aussi que « réalisent » tous nos confrères nommés au concours sur titres ou sur épreuves.

Y a-t-il dans cette façon de voir et d'agir quelque chose de critiquable ? Nous ne le pensons-pas.

Que veulent les praticiens ? Que le médecin du dispensaire ne fasse pas de clientèle, qu'il reste dans son dispensaire, qu'il soit leur collaborateur en faisant bénéficier leurs malades, tous leurs malades, de l'organisation et de l'instrumentation du dispensaire. Nous le voulons aussi.

Que demandent-ils encore ? Que les visiteuses ne voient pas leurs malades, qu'elles ne les « rabattent » pas au dispensaire, qu'elles ne critiquent pas leur thérapeutique auprès de ceux où elles ont accès. Ces recommandations, nous ne cessons de les faire toutes les fois que les circonstances l'exigent.

Ainsi rien, semble-t-il, ne justifie la défiance et l'hostilité des praticiens à notre égard.

Et cependant elles existent, dans certaines régions tout au moins.

Pourquoi ? Comment les expliquer ?

Ne serait-ce pas parce que précisément cette conception, improprement appelée « étatiste », répétons-le, n'est pas partout comprise et surtout réalisée ? Que partout on exige du médecin attaché à un dispensaire qu'il prenne l'engagement écrit de ne pas faire de clientèle, que partout on exige et s'assure que réellement il n'en fait pas, que partout on veille à ce que les visiteuses restent dans leur rôle, et partout nous verrons une collaboration franche et de plus en plus étroite s'établir entre le dispensaire et les praticiens. Ceux-ci ne craindront plus d'y adresser leurs malades, ils augmenteront sa clientèle, qui est la meilleure, on l'a déjà dit, et nous ne craignons pas de le répéter, ils contribueront à sa prospérité, ils le feront vivre pour tout dire en un mot. Celui-là sera leur auxiliaire absolument désintéressé, leur guide, voire même, si on ne trouve pas le terme trop prétentieux, leur conseiller technique dans les cas embarrassants : il le peut grâce à son outillage et aussi, disons-le sans aucune intention blessante pour personne, grâce à l'entrainement de son personnel. Et ainsi la lutte contre le fléau social qu'est la tuberculose sera complète parce que menée de front

et efficace. Hors de là, pas de victoire possible. « Rien ne sert de délayer les choses, écrit le Dr Bottemer, il faut les dire carrément telles qu'elles sont pour en tirer la conclusion utile ». C'est ce que nous avons essayé de faire, heureux si notre faible voix concourt à dissiper un malentendu et à terminer une querelle qui n'a déjà que trop duré.

Dr N. Roure,
Médecin du Dispensaire d'hygiène sociale de Béziers.
Abonné au *Concours médical.*

LES EXPLOITANTS AGRICOLES PEUVENT-ILS COMME LEURS OUVRIERS BÉNÉFICIER DES DISPOSITIONS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ?

Certains de nos confrères sont émus à l'idée que des patrons cultivateurs peuvent contracter des assurances contre les accidents, les plaçant, ainsi que leurs ouvriers, sous l'empire de la loi du 9 avril 1898. Il en résulte que ces exploitants agricoles, ou plutôt leurs assurances, veulent imposer aux médecins traitants les rémunérations prévues au tarif Breton et se refusent à accepter les tarifications syndicales locales.

1° Cette manière de faire est-elle juridique ?

La loi du 15 décembre 1922, étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, décide, dans son article 4, § 2, que les exploitants, assujettis ou non, travaillant soit avec un personnel domestique, soit seulement avec les membres de leur famille, soit seuls, pourront contracter une assurance et se placer eux-mêmes, pour les accidents dont ils seraient victimes, sous le bénéfice de ladite législation.

Ils peuvent également adhérer à la loi sur les accidents agricoles pour les membres de leur famille, ou pour leurs collaborateurs occasionnels.

Le décret du 29 juillet 1923 détermine les formalités à accomplir pour l'adhésion de ces exploitants agricoles à la législation sur les accidents du travail. Conformément à la loi du 18 juillet 1907, qui leur est applicable, ils doivent faire une déclaration à la mairie du siège de leur principale exploitation, pour indiquer qu'ils entendent se placer eux-mêmes, ou placer les membres de leur famille travaillant avec eux et leurs collaborateurs occasionnels, sous l'empire des lois sur les accidents du travail. Récépissé leur sera donné de leur déclaration.

Ils devront en même temps présenter le contrat d'assurance, souscrit par eux, sur lequel le maire devra mentionner les dates et heures de la réception de la déclaration d'adhésion.

De tout ce qui précède résulte donc la réponse, à savoir qu'il est parfaitement licite pour les exploitants agricoles de se placer eux-mêmes, ainsi que les membres de leur famille, travaillant avec eux, sous l'empire des dispositions des lois sur les accidents agricoles.

2° Droits des médecins.

Mais les docteurs, qui donnent leurs soins à ces assurés facultatifs, doivent-ils accepter le tarif Breton ?

Aucune loi, aucun texte règlementaire, n'oblige le corps médical à accepter une tarification quelconque, en matière d'accident du travail.

L'article 4, § 2, de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, n'est applicable qu'aux relations qui doivent exister entre chef d'entreprise responsable et son ouvrier blessé, lorsque celui-ci a fait lui-même choix de son médecin.

Dans ce cas, une part des frais médicaux est mise à la charge du patron, dans les limites d'un tarif déterminé par arrêté ministériel (tarif Dubief-Breton).

La différence entre ce tarif officiel patronal et le tarif syndical local, applicable à la classe ouvrière, est mise à la charge de la victime, qui doit la payer au médecin.

Si ce dernier n'a que rarement réclamé cette part à l'ouvrier, cela provient de ce que le médecin ne connaît pas les lois qu'il a à appliquer et qu'il croit que le tarif Breton est la seule rémunération à laquelle il a droit. Disons cependant que certains syndicats, celui de Bourg-Trévoux en particulier, ont décidé, depuis nombreuses années, de faire payer par l'ouvrier (ou son patron responsable) la totalité des honoraires, calculés selon le tarif syndical, sauf au patron à se faire rembourser par son assurance les quotités prévues au tarif Breton et par son ouvrier la différence entre le dit tarif ministériel et le tarif syndical médical.

En second lieu, les docteurs sont habitués à être des philanthropes et il leur est pénible de demander à une victime d'un accident du travail, qui ne touche que son demi-salaire, une somme quelconque pour parfaire les honoraires, calculés d'après le tarif ministériel.

Mais, dans le cas particulier qui nous est soumis, celui de patrons agricoles voulant bénéficier des avantages de la loi sur les accidents du travail, pourquoi ne pas rester dans le droit commun ?

Le médecin n'a l'obligation légale que de délivrer les certificats prévus par la loi du 9 avril 1898 : l'initial et le terminal.

En dehors de la délivrance de ces pièces, il est libre de considérer son blessé comme un malade de droit commun. S'il use de l'action directe que lui confère l'article 4, § 4, de la loi du 31 mars

1905, modifiant celle du 9 avril 1898, c'est uniquement pour rendre le patron solidaire de la dette de son ouvrier. La preuve en est qu'en cas de litige, le médecin, conseillé par le « Sou médical », actionne toujours solidairement en paiement des honoraires, l'ouvrier, comme ayant reçu les soins et le chef d'entreprise comme légalement responsable. Le juge dira ensuite qui doit payer, et dans quelles proportions chacun doit payer le dû au docteur.

Quant aux contrats d'assurances que les patrons agriculteurs peuvent avoir souscrits, il n'est nullement nécessaire, pour le médecin, de s'en préoccuper. Si le patron agricole s'est soumis pour lui-même à la législation des accidents du travail, il demandera à son docteur les certificats nécessaires, pour faire la déclaration du sinistre personnel ; puis il réclamera, après paiement, le reçu des honoraires touchés par le praticien, à seule fin de se faire rembourser, par son assurance, la part qui incombe à cette dernière, selon les termes de la police d'assurances.

Le médecin doit rester étranger à ces tractations, qui ne se rapportent pas directement à l'art de guérir.

Conclusions. — Le syndicat médical local doit prendre, en assemblée générale, une délibération engageant ses membres à percevoir les honoraires syndicaux, en ce qui concerne les accidents du travail industriel ou agricole, laissant les ayants droit libres de se faire rembourser tout ou partie par qui de droit.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS DE L'IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES

Le Corps médical a été assez ému lorsque parurent dans les journaux les projets du Gouvernement de créer un registre de comptabilité pour l'établissement des bénéfices de la profession médicale et de compléter les déclarations par une taxation d'office basée sur les signes extérieurs de la fortune.

L'intention du gouvernement était d'empêcher l'évasion fiscale, résultant de déclarations incomplètes et fantaisistes de quelques confrères. Mais quel pouvait être le total des pertes subies par le trésor du fait de ces fraudeurs, au regard des fraudes énormes relevées chez certains mercantis du commerce et de l'industrie tenant il est vrai une comptabilité, mais combien truquée ! ! !

Allait-on, pour quelques rares confrères inconscients de leur devoir patriotique de contribuable, porter atteinte aux principes même de l'exercice professionnel en supprimant une de ses bases : le secret professionnel ? Voici quelle était l'économie du projet :

Projet de loi des finances de 1925

P. 388.

Art 8. — Tout contribuable passible de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales devra tenir un livre annuel aux pages numérotées sur lequel il inscrira jour par jour le montant des honoraires ou profits de toute nature qui lui sont acquis à l'occasion de l'exercice de sa profession, ainsi que le montant détaillé de ses dépenses professionnelles.

Le livre prescrit à l'alinéa précédent devra être conservé pendant un délai de 6 ans ; il devra être représenté à toute réquisition des agents des contributions directes ayant au moins le grade de contrôleur.

Le refus de communiquer ledit livre ou la destruction de celui-ci avant l'expiration de délai de six ans, ci-dessus visé, sera constaté par un procès-verbal et soumis aux sanctions établies par l'article 5 de la loi du 17 avril 1906.

Les déclarations auxquelles sont tenus les redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales seront établies d'après les énonciations du livre prévu au présent article. Toutes omissions ou insuffisances relevées sur ce titre entraîneront l'application de la majoration édictée par l'article 37 de la loi du 31 juillet 1917 modifié par l'article 3 de la loi du 31 juillet 1920.

P. 389.

Art. 14. — Tout contribuable qui, pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu, déclare un revenu net inférieur au montant de ses dépenses ostensibles est tenu, s'il en est requis par le contrôleur, de prouver l'exactitude de la déclaration. Il en est de même si le revenu déclaré est inférieur à la valeur locative de sa ou de ses diverses résidences multipliée par un coefficient calculé conformément à un barème spécial.

Faute de fournir, dans ces deux cas, les justifications nécessaires dans un délai de vingt jours à partir de la réception de l'avis par lequel elles lui sont demandées, le contribuable est taxé d'office dans les conditions prévues par l'article 19 de la loi du 15 juillet 1914 modifié par l'article 5 de la loi du 30 décembre 1916.

Il en est de même si le revenu déclaré est inférieur à la valeur locative de sa ou de ses diverses résidences multipliée par un coefficient calculé conformément au barème suivant :

COMMUNES DONT LA POPULATION MUNICIPALE EST DE :			
VILLE DE PARIS	100.001 HABITANTS ET AU-DESSUS.	30.001 à 100.000 HABITANTS.	COEFFICIENT.
Valeur locative d'habitation.	Valeur locative d'habitation.	Valeur locative d'habitation	
de 0 à 4.000 fr.	de 0 à 2.000 fr.	de 0 à 500 fr.	4
de 4.001 à 6.000 fr.	de 2.001 à 3.000 fr.	de 501 à 1.200 fr.	5
de 6.001 à 8.000 fr.	de 3.001 à 4.000 fr.	de 1.201 à 2.400 fr.	6
de 8.001 à 20.000 fr.	de 4.001 à 10.000 fr.	de 2.401 à 6.000 fr.	7
de 20.001 à 40.000 fr.	de 10.001 à 20.000 fr.	de 6.001 à 12.000 fr.	8
supérieure à 40.000 fr.	supérieure à 20.000 fr.	supérieure à 12.000 fr.	9
10.001 à 30.000 HABITANTS.	5.001 à 10.000	5.000 HABITANTS ET AU-DESSOUS	
Valeur locative d'habitation	Valeur locative d'habitation	Valeur locative d'habitation	
de 0 à 350 fr.	de 0 à 250 fr.	de 0 à 150 fr.	4
de 351 à 700 fr.	de 251 à 500 fr.	de 151 à 300 fr.	5
de 701 à 1.500 fr.	de 501 à 1.000 fr.	de 301 à 600 fr.	6
de 1.501 à 3.500 fr.	de 1.001 à 2.500 fr.	de 601 à 1.500 fr.	7
de 3.501 à 7.000 fr.	de 2.501 à 5.000 fr.	de 1.501 à 3.000 fr.	8
supérieure à 7.000 fr.	supérieure à 5.000 fr.	supérieure à 3.000 fr.	9

Faute de fournir, dans ces deux cas, les justifications nécessaires dans un délai de vingt jours à partir de la réception de l'avis par lequel elles lui sont demandées, le contribuable est taxé d'office dans les conditions prévues par l'article 19 de la loi du 15 juillet 1914 modifié par l'article 5 de la loi du 30 décembre 1916.

Si nous étudions l'économie de ce projet, nous voyons qu'en ce qui concerne le registre, il s'agit bien d'un livre contenant les noms et adresses de nos clients, et non d'un registre portant simplement l'indication des sommes reçues sans noms ou adresses. Car il faut que le fisc puisse faire un contrôle et il ne peut le faire sans avoir la contre-partie de renseignements auprès des clients. Pour cela, il lui faut noms et adresses. Si le registre ne permettait pas un contrôle efficace, il n'aurait plus sa raison d'être. C'était donc l'abolition du secret professionnel et la commercialisation de la médecine.

Le système des coefficients offrait également de gros inconvénients.

D'abord, malgré les déductions possibles, c'était établir un impôt sur les familles nombreuses. Or, il n'était pas question de coefficient portant strictement sur la partie du loyer afférente à l'exercice de la profession, mais sur l'ensemble des locaux.

C'était causer également un gros préjudice aux jeunes débutants, obligés par suite de la crise des loyers et de l'augmentation vénale des appartements, de louer un local d'un prix élevé et nullement en rapport avec leurs recettes professionnelles.

Ces projets furent discutés par la C. T. I. (confédération des travailleurs intellectuels) et notamment par la section des classes libérales qui groupe avocats, dentistes, médecins, au sein de laquelle j'ai l'honneur de représenter le « Sou médical », qui juge qu'on ne peut se désintéresser des questions générales professionnelles.

Après conversations avec le ministre des finances et la Commission, le projet du registre et celui de la taxation d'après les signes extérieurs de la fortune furent abandonnés.

Mais, ce ne fut pas un abandon pur et simple. Un nouveau projet semble surgir à l'heure actuelle, qui n'est pas encore rédigé, mais qui reposerait sur les données suivantes : double déclaration faite par le médecin de ses bénéfices professionnels, d'une part, les bénéfices bruts, c'est-à-dire le chiffre d'affaires réalisé, et d'autre part le bénéfice net. La différence entre les deux sommes représenterait le chiffre des dépenses. Mais vous voyez déjà quelle source de chicane avec le fisc ces deux données de revenu, vont créer.

Si le chiffre des recettes paraît insuffisant aux contrôleurs, si, d'autre part, le chiffre des dépenses au regard des recettes brutes paraît exagéré, ils nous mettront en demeure de justifier le montant de nos déclarations, et c'est nous qui aurons à faire la preuve de la véracité de nos déclarations, contrairement au régime antérieur qui attribuait la charge de preuve aux contrôleurs.

Si nous ne pouvons faire cette preuve, c'est la taxation d'office et nous ne pouvons établir la preuve que par la production de livres, de factures, etc. C'est le retour au rétablissement du registre commercial prôné par le ministre des finances. Si encore, nous pouvons justifier de nos recettes, il semble plus difficile d'établir le bilan de nos dépenses ; à moins de demander un reçu à nos chauffeurs pour tout emploi de véhicules.

Les avocats seraient désireux de voir établir un coefficient de dépenses proportionnelles au chiffre des recettes ; cela paraît facile pour l'exercice de cette profession qui se fait pour tous au Palais et dans les mêmes conditions.

Il n'en est pas de même pour les médecins. La pratique de l'art médical n'est pas la même à la ville et à la campagne, la même pour le praticien qui bouffe des kilomètres ou grimpe des étages et le spécialiste qui ne donne que des consultations, pour le radiographe ou le médecin de stations thermales. Il semble donc impossible, dans ces conditions, d'établir un coefficient uniforme de dépenses.

Mais, en réalité, il existe déjà des coefficients partiels de nos dépenses. Nous savons que le loyer professionnel représente environ le quart ou le tiers du loyer familial, que si le médecin n'a qu'une domestique, il doit évaluer environ à 30 % le prix à retrouver pour sa profession ; il en est de même pour le téléphone et l'auto dont on doit défalquer une proportion pour l'usage de sa famille.

On a fixé également à tant pour cent des recettes, la dépense en moyens de transport, d'achat de livres, d'instruments et d'entretien du matériel. Je ne veux pas m'étendre davantage sur ce point. Ces renseignements ont été publiés par certains groupements professionnels. On pourrait peut être reviser ces différents coefficients, et une fois établis, créer un coefficient résultant du total de ces coefficients partiels. La chose est à étudier.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE BANQUET DU 16 NOVEMBRE

A ce banquet, avons-nous déjà dit, se pressaient 120 convives de marque, appartenant, tant à l'élite scientifique du Corps médical qu'aux états-majors de nos grands groupements professionnels.

A l'heure des toasts, notre Directeur, le Dr A. GASSOT, prit la parole en ces termes :

Mes chers confrères,

Ma première parole, en me levant à cette place, doit être une parole de gratitude : je ne saurais oublier les témoignages de sympathie que vous m'avez prodigués l'an dernier lorsqu'une grave opération me tenait éloigné de vous : je tiens à vous en remercier et à vous assurer de ma plus vive reconnaissance.

Laissez-moi maintenant vous parler comme l'un des plus vieux, sinon le plus vieux des membres du *Concours médical.*

Lorsqu'en 1879 Cézilly fonda le *Concours*, il était hanté par cette idée que l'union des médecins était nécessaire, indispensable en face des dangers qu'allait faire surgir pour eux l'évolution économique et sociale qu'il pressentait.

Il fallait grouper les praticiens ; il fallait, chose plus difficile, unir entre elles les sociétés qu'ils avaient fondées antérieurement, celles qu'ils allaient créer : c'était le but auquel il voulait arriver, et, s'il commença par publier un journal, c'est qu'il lui fallait avant tout avoir entre les mains un instrument de vulgarisation et de propagande.

Il s'adressa à toutes les bonnes volontés, ouvrit les colonnes de son journal à toutes les idées, à toutes les initiatives, à toutes les études; il suscita et provoqua la création de syndicats médicaux et tendit loyalement la main aux groupements professionnels existants ; il fonda des œuvres de prévoyance et de défense professionnelle dont l'existence lui semblait nécessaire et qui constituaient encore des moyens d'union.

Cézilly mourut avant d'avoir vu se réaliser son rêve, mais les idées qu'il avait lancées étaient en marche — les années ont passé, et, s'il pouvait revenir un instant parmi nous, il pourrait constater que le *Concours* est devenu un centre amical où toutes les sociétés, toutes les institutions médicales peuvent fraterniser.

Qui verrait-il en effet assis à cette table ? Le respecté Do[illegible]n de la Faculté de Paris, M. le professeur ROGER ; il aurait pu voir le professeurs HARTMANN qui, aujourd'hui même, s'excuse d'être dans l'impossibilité d'être des nôtres : tous deux sont aussi des fervents de l'idée d'union, ils font tous leurs efforts pour établir avec les médecins des pays amis des relations de plus en plus cordiales et suppléent par leur activité

à l'insuffisance des moyens mis à leur disposition... ils méritent toute notre reconnaissance et tout notre appui en tant que médecins français.

Il verrait MM. les professeurs DELMAS, de Montpellier ; BARDIER, de Toulouse ; VANVERTS, de Lille ; ROHMER, de Strasbourg ; MM. les professeurs agrégés LIAN, FAROY ; MM. les docteurs VIGNES, accoucheur des hôpitaux de Paris, TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux de Toulouse. Je laisse à mon collègue Noir le soin de vous dire quelle part de collaboration personnelle ils nous ont apportée.

A côté d'eux, il verrait M. le Dr Doizy qui occupa si longtemps dans ce groupe une place prépondérante.

Les représentants de nos grandes associations: BELLENCONTRE, président, et THIERRY, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France ; DECOURT, président ; QUIVY, secrétaire général ; LAFONTAINE, secrétaire des grandes commissions de l'Union des Syndicats médicaux ; LE FUR, du syndicat de la Seine ; CHAPON, directeur de la Prévoyance médicale et de la Société Lagoguey. Nous savons le zèle qu'ils apportent tous à la défense des intérêts médicaux et nous pouvons les assurer que nous apprécions hautement leurs efforts.

MM. les docteurs ODILE, président et LENGLET, secrétaire de la commission supérieure de surveillance et de contrôle du service médical des mutilés, dont vous appréciez la grande courtoisie et le labeur acharné et qui montrent ce que peut et doit être une juridiction à laquelle collabore le corps médical.

Il verrait les membres des conseils de nos œuvres de prévoyance et de défense professionnelle: MIGNON, NOLLET, DE LA ROCHEFORDIÈRE, PAMART, HUGUENIN, MAZEROUX, de la Mutualité Familiale ; LEVASSORT, MOLINÉRY, VILPELLE, JACOB du « Sou Médical » ; les présidents de la section médicale de l'Association générale des Etudiants et de l'Association corporative des Etudiants en médecine.

Il verrait nos confrères du corps médical belge: MM. les docteurs BECKERS, BERNARD, ces apôtres de l'union en Belgique qui ont reçu, pendant les Journées de Bruxelles, nos délégués avec une généreuse et cordiale hospitalité qui nous a été droit au cœur.

Il reconnaîtrait enfin toutes les figures de ces amis jeunes et vieux du *Concours* qui sont les fidèles de nos réunions et viennent de tous les coins de la France, nous apporter leurs encouragements et les témoignages de leur sympathie.

Et alors, Messieurs, croyez-vous qu'il n'éprouverait pas une certaine fierté du résultat obtenu et qu'il ne penserait pas que le *Concours Médical* y a bien été pour quelque chose.

Je m'arrache à cette évocation de l'œuvre du *Concours* pour remplir un devoir qui m'est fort agréable :

Nous avons parmi nous, ce soir, un représentant de l'administration : M. le Dr DEQUIDT, inspecteur général des services administratifs au Ministère du travail et de la Prévoyance sociale. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de venir parmi nous. Il sait que si, dans certaines circonstances, nous n'avons pas les mêmes conceptions sur les questions qui touchent à la médecine sociale, nous sommes animés du même désir de contribuer dans la mesure la plus large aux améliorations sociales et que nous ne séparons jamais la cause du progrès de celle des intérêts matériels et moraux du corps médical.

Nous avons aussi nos conseils : M. FLEURY, sous-directeur de l'Union-Vie, qui veut faire de la Mutualité Familiale une société modèle ; M. MARTINOT, qui veut bien nous guider dans nos démêlés trop fréquents avec le fisc ; enfin, MMes NATTAN-LARRIER et AUGER, nos conseils juridiques si dévoués, qui écartent de nous les difficultés et gagnent nos procès quand ils n'ont pu les éviter.

Vous vous joindrez tous à moi pour adresser à nos sympathiques invités nos bien vifs remerciements et les assurer de notre reconnaissance.

Mes chers confrères, je porte votre santé à tous, la santé de nos invités et termine en buvant à l'union et à la solidarité de tout le corps médical.

Notre grand ami, René Beckers, lui répondit par une allocution dont nous avons déjà eu l'occasion de vanter la forme irréprochable, et les idées particulièrement touchantes, et qu'il nous est infiniment agréable de reproduire ici aujourd'hui.

Monsieur le Président,
Mes chers confrères,
Mes chers amis du *Concours Médical,*

Avec mon ami le Dr Raoul BERNARD, j'ai l'honneur et la joie toujours renouvelée, de représenter *Bruxelles-Médical* à la Journée du *Concours Médical,* et j'ai pu dire à ce titre, ce midi, dans la cordiale intimité d'un déjeuner plus que confraternel, combien nous nous sentions près de vous par le cœur et par l'esprit. C'est là une vérité que nous avons maintes fois affirmée et vous, et moi. Mais je la comprends mieux chaque fois que le plaisir m'est donné de me rapprocher de vous ; je la comprends mieux quand vous m'offrez une place dans le cénacle du *Concours Médical.*

L'ambiance seule est déjà accueillante. Mais quand j'écoute parler mes hôtes, quand je regarde autour de moi, et que je vois MM. Gassot, Noir, Maurat, Duchesne, quand je vois MM. le Doyen Roger, Vanverts, Delmas, Bardier, Rohmer, Le Fur, Lian, Bellencontre, Decourt, Le-

redde, Molinéry, Siguret, Massart, Blechmann, tant d'intelligence liée à tant d'amabilité, avec émotion, je sens que nous tressaillons ensemble aux beautés d'une même langue, que nous suivons avec un intérêt également partagé l'évolution d'une même science, que nous vivons avec la même intensité, la même anxiété peut-être aussi, les dures années d'un grand malaise européen.

Et nous sommes tellement unis par tant de sentiments communs, que nous haussons les épaules quand nous voyons nos diplomates s'essayer au jeu des traités.

Ah, si on nous confiait les pouvoirs des plénipotentiaires !

Il y a longtemps que nous, médecins français et belges, avons établi un *modus vivendi*. Sans nous arrêter à des frontières que nous respectons cependant, car nous avons tous, et vous, et nous, le légitime orgueil de notre patrie glorieuse, nous faisons l'agréable commerce de nos idées, nous échangeons nos pensées, avec toute notre honnêteté, toute notre volonté, tout notre cœur aussi.

Et cela constitue une force morale contre laquelle les faux intellectuels d'Outre-Rhin livreront d'inutiles assauts. Il est réconfortant de se le dire.

Mes chers collègues, nous sommes venus ce soir pour vous redire à tous notre fidèle sympathie, pour porter au *Concours Médical*, qui atteindra bientôt un demi-siècle d'existence, nos vœux de grandeur et de prospérité. Mais vous ne m'en voudrez pas si, par un sentiment bien humain, je salue plus spécialement au nom de *Bruxelles Médical*, et en mon nom personnel, quelques uns d'entre vous que les liens d'amitié unissent à la grande famille médicale belge.

Et vous tout d'abord, Monsieur le Doyen, que votre élection à l'Académie royale de médecine de Belgique avait déjà rapproché de nos cœurs, et qui avez conquis la capitale, et le pays, depuis qu'en mission officielle de votre Gouvernement aux Journées Médicales de Bruxelles, vous nous êtes apparu affable et accueillant et nous avez adressé ces paroles pleines d'émotion, d'esprit, de grandeur et de noblesse qu'on n'a pas oubliées.

Et vous, M. le professeur Bardier, qui le premier avez fait triompher en France l'idée qui m'est particulièrement chère des Journées médicales.

Et vous, nos bons, nos grands amis Noir et Duchesne, infatigables travailleurs, qui avez fait du *Concours* le grand journal qu'on estime, qui avez accepté avec une si chaleureuse spontanéité mon invitation aux Journées médicales. Laissez-moi vous redire le souvenir précieux que vous avez laissé à Bruxelles. Nous vous aimions, sans réfléchir, parce que vous étiez Français, mais depuis que nous avons réfléchi, nous vous aimons mieux encore.

Et puisque la joie m'est donnée de parler alors que les Dames déjà apportent à cette docte assemblée le geste clair de leurs élégances, je leur demanderai humblement la permission de porter leur santé en la personnification de la plus aimable, de la plus gracieuse, de la plus belle, de la France, de la France immortelle, de la France glorieuse et indomptable.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— M. Paul Hardy, *docteur en pharmacie*, ancien interne des hôpitaux, résignant ses fonctions de chef du Laboratoire des Produits « Usines du Rhône », vient de se rendre propriétaire de la Pharmacie du Mail, 100, rue Montmartre (Central 20-45) et garantit l'exécution parfaite, sous son contrôle personnel, de toutes ordonnances et analyses que MM. les docteurs voudront bien lui adresser.

— **Cinquième Salon des Médecins.** — Pour répondre à la demande générale, en même temps que donner satisfaction aux confrères qui n'ont pu participer au dernier, il a été décidé que cette manifestation artistique aurait lieu désormais annuellement. Cette année (1925), il s'ouvrira donc du 8 *au 20 mars au Cercle de la Librairie*, 117, *boulevard Saint-Germain* et se terminera par un banquet suivi d'une soirée dont le programme sera publié ultérieurement.

Tous nos confrères : peintres, sculpteurs, graveurs, dessinateurs, de même que nos amis : les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires pratiquant ces arts ainsi que les leurs, sont instamment priés de se joindre à nous pour donner le plus d'éclat possible à cette fête corporative de l'art.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser : au Dr Paul Rabier, secrétaire organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe).

— **Les Journées médicales de** 1925. — La cinquième session des Journées Médicales de Bruxelles aura lieu les 21, 22, 23 et 24 juin. On peut, dès à présent, obtenir des renseignements au sujet de ces Journées, en s'adressant au Secrétaire général, Dr Beckers, 36, rue Archimède, Bruxelles.

— **Les prochaines Journées médicales de Bruxelles.** — Le gouvernement égyptien, dont on sait l'extraordinaire activité dans tous les domaines, a bien voulu faire connaître déjà qu'il se ferait représenter officiellement à la cinquième session des J. M.

— **Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire** 1923-1924. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1923-1924 est de 1.289 ; soit pour chaque Faculté :

	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université	Total
Alger	43	1	44
Beyrouth	28	»	28
Bordeaux	133	27	160
Lille	45	»	45
Lyon	152	42	194
Montpellier	103	7	110
Nancy	29	10	39
Paris	496	58	554
Strasbourg	42	15	57
Toulouse	53	5	58
	1.124	165	1.289

— **Conférences psychiatriques**, 1924-1925. — Le Dr de Clérambault, médecin-chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police, fait, *chaque jeudi*, à 15 heures, au dépôt, une présentation de malades avec conférences. Sujets spécialement traités : psychiatrie du praticien de ville, simulation, psychoses passionnelles, etc. S'inscrire : 3, quai de l'Horloge, Paris.

— **Bourses d'études Edgard Stern.** — Sous le nom de Fondation Stern, donation a été faite à l'Université de Paris d'une rente de 10.000 fr., dont les arrérages doivent servir à attribuer cinq bourses de 2.000 fr. aux élèves des Facultés de Paris. Une de ces bourses est réservée aux étudiants en médecine.

Conditions à remplir : être Français, avoir un nombre d'inscriptions suffisant. La bourse est renouvelable.- Adresser les demandes au Directeur du Bureau des renseignements, à la Sorbonne.

— **L'Association de Thalassothérapie** que préside le professeur Gilbert, membre de l'Académie de médecine, tiendra son prochain *Congrès international*, à Arcachon, du 22 au 25 avril 1925. Le bureau est composé comme suit :

Président : M. F. Lalesque, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : M. A. Hameau, président de la Société scientifique et station biologique d'Arcachon, Laboratoires marins (Université de Bordeaux) ; M. F. Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau de Paris ; M. A. Moussous, professeur de clinique médicale infantile (Faculté de médecine de Bordeaux).

Secrétaire général : M. H. Chauveau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pour tous renseigaements s'adresser soit à M. le Dr Léo, secrétaire général de l'Association thalassothérapique, 50, avenue du Président Wilson, Paris, soit à M. le Dr Chauveau, Villa La Rouvraie, Arcachon.

— **Faculté de Médecine de Toulouse** : *Nouveau professeur*. — M. le Dr Serr, agrégé, vient de se voir titularisé dans la chaire d'hydrologie du professeur Garrigou. Nul n'applaudira plus que nous à cet heureux choix du Ministre. Notre camarade de promotion à l'Internat, le nouveau professeur, s'impose à tous par son labeur et sa conscience professionnelle. Après un brillant concours d'agrégation, le Dr Serr fut chargé d'un cours de propédeutique clinique où il se fit rapidement apprécier, et de ses collègues et de ses élèves.

La chaire déclarée vacante par le départ du professeur Laforgue — celui-ci passait à l'hygiène — paraissait tout naturellement destinée à l'agrégé Serr. Chargé du cours de l'hydrologie, Serr se mit immédiatement au travail et réunit, en quelques mois, la plus fructueuse des documentations. Fidèle des V.E.M. desprofesseurs Carnot et Rathery, des Congrès pyrénéens de climatologie et d'hydrologie, rien de ce qui intéressait ses nouvelles fonctions ne le laissait indifférent. Et nous le vîmes bien lors des inoubliables Journées Médicales de Toulouse ! Sous la présidence et du professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, et du professeur Abelous, doyen de la Faculté de médecine, eut lieu, en juillet dernier, la séance constitutive de la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse qui, après soixante-dix ans, renouait la tradition avec une société analogue, fondée au sein de la même faculté.

Enseignement magistral, enseignement technique, enseignement clinique, enseignement pratique, telles vont être les préoccupations du professeur Serr. L'Institut d'hydrologie de la F. de M. de Toulouse possède d'admirables laboratoires où des maîtres éminents dispenseront la science aux nombreux élèves déjà inscrits et où les médecins « anciens » des villes d'eaux recevront le meilleur accueil. Chacun doit se mettre au courant des méthodes nouvelles. Souvenons-nous des paroles du grand Filhol dont l'enseignement brilla d'un si vif éclat vers le milieu du siècle dernier ; « *L'étude de l'action thérapeutique des eaux minérales constitue l'un des problèmes les plus compliqués dont la solution puisse être proposée au médecin. Si vous demandez à la chimie seule de vous dévoiler le secret de leur activité, elle ne pourra vous fournir que des données insuffisantes. Voulez-vous, au contraire, vous en tenir à l'observation pure et simple des faits, vous tombez dans l'empirisme et l'on sait où conduit une pareille voie.* »

Praticiens et élèves, expérimentateurs et cliniciens, trouveront donc auprès de la Faculté de Toulouse, dans les laboratoires d'hydrologie et de climatologie, les éléments choisis de leurs études et ce n'est pas sans un légitime orgueil que l'Ecole médiévale de Lupus et de Saporta et de Franicsco Sanchez peut mesurer la beauté du chemin parcouru.

Raymond Molinéry.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

au greffe du tribunal civil et visa à la mairie du domicile. Le défaut d'accomplissement de ces formalités est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs, et en cas de récidive d'une amende de 100 à 500 francs. Si l'exercice illégal s'accompagne d'usurpation du titre de dentiste, il est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Si vous avez connaissance de faits d'exercice illégal, vous devez porter plainte au parquet et au besoin faire intervenir les syndicats médicaux de la région. Si les syndicats restaient inactifs, vous pourriez même citer directement l'illégal en correctionnelle, mais il faudrait dans ce cas que ses agissements vous causent un préjudice personnel et direct.

3034. — Accident survenu à un ramoneur travaillant pour son compte.

Un ramoneur, dont le domicile fixe est à R., va, traînant sa poussette de village en village pour vivre de son travail. Au cours d'un ramonage de cheminée, un platras lui tombe sur la tête et le blesse grièvement. Le propriétaire de la maison, qui payait cet homme à raison de 5 fr. par cheminée, est-il responsable ?

En résumé, le sinistre est-il couvert par la loi sur les accidents du travail ?

Dr D.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail entraînant l'application de la loi de 1898, il faut que l'accidenté soit lié à la personne pour laquelle il travaillait par un contrat de travail, c'est-à-dire qu'il soit l'employé d'un patron.

Lorsque ce lien de subordination fait défaut, lorsque, par exemple, il s'agit d'un entrepreneur effectuant un travail pour le compte d'un particulier, ce particulier n'est pas responsable des accidents qui peuvent survenir à l'ouvrier pendant le travail, à moins d'une faute, d'une négligence, d'une imprudence de sa part, mais alors, selon le droit commun (article 1382 du Code civil).

Dans l'espèce dont vous nous parlez, le ramoneur n'était pas l'ouvrier du propriétaire mais un entrepreneur travaillant pour son propre compte. Dans ces conditions, le propriétaire n'est pas responsable de l'accident.

2985. — Secret professionnel et assurance vie.

Une société étrangère d'assurances sur la vie m'écrit : « Par la présente, nous prenons la liberté d'avoir recours à votre obligeance dans le cas suivant. M. X. est décédé en octobre dernier des suites de tuberculose laryngée et pulmonaire. Comme vous avez eu l'occasion de le soigner, nous vous prions de vouloir bien nous adresser un rapport aussi détaillé que possible sur la maladie de X. A quelle époque remonte, selon vos observations et votre expérience, *le début* du mal qui emporta notre assuré ?

« Selon ses déclarations, les médecins qui l'ont traité sont autorisés par lui à donner à la direction de notre société tous les renseignements demandés sur son état ».

Veuillez me dire ce que je puis répondre à cette demande. Le secret professionnel me permet-il d'envoyer le rapport demandé ? En outre, en qualité de spécialiste, je n'ai traité que le larynx (et non le poumon) de l'assuré, et encore, dans les dernières semaines seulement, alors qu'il était malade depuis quelque temps déjà.

Dr N.

Réponse.

Votre client serait-il encore vivant qu'il ne pourrait vous délier du secret professionnel auquel vous êtes tenu en toutes circonstances. La seule chose qu'il aurait pu faire aurait été de vous demander de lui délivrer un certificat que vous lui auriez remis en mains propres, et dont il aurait fait l'usage qu'il aurait voulu. Mais maintenant qu'il est mort, vous avez l'obligation encore plus impérieuse peut-être de garder le secret et de ne communiquer à personne ce que vous savez de la maladie que vous avez soignée et dont est mort le malade. Le malade peut avoir renoncé dans sa police à se prévaloir du secret professionnel, mais cette clause est inopérante à votre égard et ne peut constituer pour vous aucune espèce d'obligation.

Vous devez donc refuser de fournir à l'assurance le rapport qu'elle vous demande.

2973. — Duplicata de certificat d'accident du travail.

Lorsque le juge de paix fait son enquête dans un accident du travail qu'il termine par une incapacité permanente partielle, il exige que le blessé lui remette, avant tout, une copie du certificat de consolidation et il m'expédie régulièrement le malade, lui affirmant que je dois fournir ce double. Je serais heureux de savoir si je le *dois* en effet. Et ce double ne comporte-t-il donc aucune rétribution, car le blessé sait qu'il n'a rien à débourser du fait de son accident et la compagnie ne payera jamais que le certificat

dont elle a besoin et que je remets, avec toutes indications utiles, à la fin de mes soins.

Si je suis dans mon droit en refusant cette copie, que dois-je conseiller au blessé ? L'agent de la compagnie a refusé de faire lui-même ce duplicata et le juge refuse absolument de faire quoi que ce soit sans cette copie. Comment dès lors l'ouvrier peut-il arriver à faire régler son accident et son incapacité ?

Dr A.

Réponse.

Le duplicata du certificat n'est prévu ni dans la loi ni dans le tarif Breton. D'autre part, le médecin n'est pas contraint de faire gratuitement un travail quelconque et peut parfaitement se refuser à délivrer un duplicata sans en être rémunéré.

Lorsque le certificat, qu'en principe, le médecin traitant, tenu par le secret professionnel, ne peut remettre qu'à son client lui-même, le blessé, doit être déposé à la mairie ou entre les mains du juge de paix, comme d'autre part, il est juste que le patron ou la compagnie d'assurances, qui sont responsables, en aient connaissance, si le médecin refuse d'en délivrer un diplicata et si l'ouvrier, le patron et la compagnie se refusent à le payer, une solution possible, à notre avis, est que l'ouvrier dépose à la mairie ou au juge de paix l'original du certificat et remette au patron ou à la compagnie une copie, certifiée conforme par lui-même. Il est évident que, souvent, le fait que l'ouvrier est illettré rend impossible cette solution. C'est alors au médecin traitant de juger ce qu'il peut faire pour venir en aide à cette incapacité spéciale de son client.

Application du Tarif Breton.

I

2875. — Fracture du maxillaire inférieur.

Abonné du *Concours médical*, je vous prie de vouloir bien me dire les honoraires à réclamer pour un accidenté du travail.

Le blessé victime d'un accident d'automobile *pendant le travail* a été soigné par moi à 1 *heure du matin*. Le diagnostic est le suivant : fracture de la branche montante du maxillaire inférieur près de son articulation temporale.

2° Plaie contuse de la lèvre inférieure (suture simple). Contusion du maxillaire supérieur avec fracture de plusieurs dents.

Comme je vous le dis, je me suis rendu au domicile du blessé à une heure du matin.

Dr T.

Réponse

Vous donnez bien les lésions présentées par le blessé, mais ne dites pas ce que vous avez *fait*, ce qui est seul tarifable. Je suppose néanmoins, que nous n'avez pas eu une fracture compliquée du maxillaire inférieur ou qu'en tous cas, vous ne l'avez pas « opérée » (voir article 18). Je compte donc: « Réduction et contention de fracture du maxillaire inférieur non opérée, 30 francs, plus suture simple de la lèvre inférieure, 15 francs », soit au total 45 francs. Mais comme il s'agit d'une intervention de *nuit*, il faut majorer le prix ci-dessus de 25 % (article 8), soit : 11.25 ce qui donne 45 plus 11.25 c'est-à-dire 56.25. Ajouter enfin 5 ou 10 francs pour le certificat suivant qu'il aura été simple ou descriptif.

F. D.

II

2888. — Fracture du calcanéum.

Je vous serais obligé de me dire quel prix il faut demander pour une fracture du calcanéum par écrasement (fracture de Malgaigne), y compris l'appareil plâtré dans un accident du travail.

Je ne trouve pas cette fracture mentionnée au tarif Breton.

Dr B.

Réponse.

A défaut de tarification officielle, il me semble qu'on pourrait assimiler la fracture du calcanéum, comme difficulté technique, à la « réduction et contention d'une fracture d'un seul os de l'avant-bras » et, par analogie, demander de même 60 francs.

F. D.

III

2922. — Cumul.

Il est entendu que la visite ne se cumule pas avec un acte opératoire, mais en est-il de même pour le visite *avec pansements multiples* (15 fr.) quand on a dû faire autre chose (injections de sérum ou ouverture d'abcès) ?

Dr X.

Réponse.

Le cumul est défendu entre une intervention et la visite ou consultation (article 13), mais non pas quand il s'agit de plusieurs interventions à tarif spécial, *distinctes* l'une de l'autre, telles que : injection antitétanique et ouverture d'abcès par exemple. Et il en est de même quand il s'agit d'une de ces deux interventions en même temps que de cette autre intervention à tarif spécial, notée « pansements multiples : 15 francs ».

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 novembre.

Accidents agricoles.

Tableaux des salaires agricoles fixés par les préfets *pour la détermination des indemnités dues aux ouvriers agricoles victimes d'accidents du travail* en exécution des articles 8 et 9 de la loi du 15 décembre 1922.

27 novembre.

Enseignement de la médecine.

Un *concours* s'ouvrira, le 29 mai 1925, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de *suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.*

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

3 décembre.

Asiles d'aliénés.

Décret du 25 *novembre* 1924 *modifiant le décret du* 13 *mars* 1920 *réglementant le concours pour les fonctions de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.*

Art. 1er (art. 1er du décret du 13 mars 1920, modifié). — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, c'est-à-dire des asiles clinique (Sainte-Anne), de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche et de Moiselles.

Par mesure transitoire et par analogie avec l'article 2 du décret du 13 mars 1920, un poste sur trois sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs médecins des colonies familiales et asiles agricoles de la Seine, actuellement en fonctions et comptant à ce titre dix années de services non interrompus à la date du présent décret.

Art. 2 (art. 2 du décret du 13 mars 1920). — Les concours, dont les opérations s'effectueront à Paris par les soins du préfet de la Seine, seront annoncés au *Journal officiel.*

Art. 3 (nouveau). — Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Art. 4 (art. 4 du décret du 13 mars 1920). — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service de

CHOLÉÏNE CAMUS

CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE
FIEL DE BŒUF
Dose : 4 à 6 Capsules par jour

LITHIASE BILIAIRE
COLIQUES HÉPATIQUES
ACHOLIE, ICTÈRES
CONSTIPATION
AUTO-INTOXICATIONS

Laboratoires DARRASSE
7, 9, 11, 13, rue St-Maurice
NANTERRE (Seine)

R. C. Seine 140.162.

Échantillons et Littérature sur demande à MM. les Docteurs.

MÉDICATION ALCALINE
ÉCONOMIQUE

Aux personnes ne pouvant faire usage de l'eau minérale naturelle de **Vichy-Etat.**

Prescrire le

SEL VICHY-ETAT

le seul réellement extrait de
l'Eau des Sources de l'Etat dont il contient tous
les principes.

R. C. Paris 30.051.

l'assistance départementale, 2e bureau, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, Paris (4e)), pour obtenir leur inscription en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites à l'article 3.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 5 (art. 5 du décret du 13 mars 1920). — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet de la Seine.

Art. 6 (art. 6 du décret du 13 mars 1920, modifié par l'article 2 du décret du 29 novembre 1921.) — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury, qui doivent être désignés conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une commission, composée d'un inspecteur général des services administratifs, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 7 (art. 7 du décret du 13 mars 1920, modifié par l'article 2 du décret du 29 novembre 1921).— Le jury est composé comme suit :

Un inspecteur général des services administratifs, nommé par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, président.

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine parmi lesquels pourra figurer le professeur de la clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin chef à l'asile clinique Sainte-Anne.

Un médecin chef appartenant soit à la Maison nationale de santé, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière.

Deux directeurs médecins ou médecins en chef du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un sera pris parmi les directeurs médecins et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les directeurs médecins ou médecins en chef du cadre, en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet, et doivent comprendre tous les médecins des asiles de la Seine et tous les médecins des asiles de province n'ayant pas fait acte de candidat, comptant au moins cinq ans de grade et n'ayant pas

pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury avec voix consultative :

Le chef du service de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ou son délégué ; le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ou son délégué.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté préfectoral pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 8 (art. 8 du décret du 13 mars 1920). — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours, mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 9 (art. 9, et 17 modifié, du décret du 13 mars 1920). — Les épreuves du concours sont ainsi réglées :

1° Une épreuve orale (clinique, traitement, assistance) sur deux malades de sexe différent d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, une heure de réflexion et une heure pour l'exposé ;

2° Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif sera mis à la disposition du candidat, auquel, il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, pourront être mis à la disposition des candidats ;

3° Une épreuve de titres et travaux scientifiques dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours. Les titres et travaux seront l'objet, de la part de chacun des candidats, d'un exposé oral d'une durée maximum de trente minutes.

Une note spéciale sera réservée aux états de services.

Les points de l'épreuves de titres et travaux scientifiques, ainsi que la note d'états de services, seront donnés au début du concours.

Art. 10 (art. 10 du décret du 13 mars 1920). — Le maximum des points à attribuer à chacune des épreuves est ainsi fixé :

Etats de services, 10 points.
Titres, travaux scientifiques, 40 points.
Epreuve orale, 20 points.
Epreuve écrite, 30 points.

Art. 11. — La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine, notamment, les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves

et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 12. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Art. 13. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 14. — Les candidats qui ont subi avec succès les épreuves du concours sont, en cas où plusieurs places seraient mises au concours, classés par le jury dans l'ordre de mérite. De toute façon ils prennent rang dans les asiles de la Seine à la suite des directeurs médecins et médecins en chef déjà en fonctions dans ces établissements et font choix des places à pourvoir suivant leur ordre de classement.

Art. 15. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à allouer et la date de leur entrée en fonctions sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 16. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 17. — Sont abrogés les décrets des 13 mars 1920 et 29 novembre 1921 et toutes dispositions contraires au présent décret.

(*J. O.*, 3 décembre 1924.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Exercice illégal de la pharmacie. Intervention des Syndicats de pharmaciens.

1025. — M. Vermare, député, rappelle à M. le ministre de l'agriculture que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui est toujours en vigueur, porte que « les pharmaciens ne pourront vendre aucun remède secret », et demande si, lorsqu'un commerçant herboriste diplômé et droguiste patenté est poursuivi pour vente de remèdes secrets, tels que saltrates Rodell, ouate thermogène, Jouvence de l'abbé Soury, etc., les pharmaciens qui n'ont eux-mêmes aucun droit de vente à revendiquer sont fondés à se porter partie civile au procès. (*Question du 4 novembre 1924.*)

Réponse. — Les herboristes et droguistes non pourvus du diplôme de pharmacien ne peuvent délivrer aucun médicament. En l'espèce, les commerçants visés doivent être poursuivis pour exercice de la pharmacie, que les remèdes soient considérés comme secrets ou non. Dans ces conditions l'intervention d'un syndicat de pharma-

ciens paraît recevable. Toutefois, l'administration ne peut préjuger des décisions de justice qui interviendront à cet égard, en prenant pour base à la fois les lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie et l'article 6 de la loi du 21 mars 1884, modifié par la loi du 12 mars 1920, la déclaration de recevabilité étant de la compétence du tribunal. (*J.O.*, 20 *novembre* 1924.)

Dépenses d'assistance pour les ressortissants de pays étrangers.

6504. — M. Bruguier, sénateur, demande à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur quelles dispositions légales, l'administration départementale s'appuie pour imputer au compte des cotisations municipales les dépenses occasionnées par l'admission aux diverses assistances de ressortissants de pays étrangers ayant un traité avec la France et si, au contraire, ces traités ne laissent pas entièrement à la charge de l'Etat lesdites dépenses. (*Question du* 3 *novembre* 1924.)

Réponses. — Aux termes des traités de réciprocité d'assistance passés entre la France et un certain nombre d'Etats étrangers, les ressortissants de la France et de l'un quelconque de ces Etats qui ont besoin d'une assistance quelconque doivent être traités, sur le territoire de l'autre Etat contractant, pour l'application des lois d'assistance, à l'égal des ressortissants de ce dernier.

Par suite, les dispositions législatives qui déterminent les conditions dans lesquelles est fixé pour les Français le domicile de secours comme celles qui règlent l'admission à l'assistance et le mode d'assistance ainsi que les voies d'appel et de recours, sont applicables aux ressortissants de ces pays étrangers comme aux Français.

C'est en ce sens que se sont prononcées, pour l'interprétation des traités, et la commission de préparation des traités internationaux, et la commission centrale d'assistance, toutes sections réunies.

Cette procédure implique donc, pour la détermination du domicile de secours, et pour l'admission à l'assistance ainsi que pour le mode d'assistance, l'intervention des mêmes autorités administratives, communales, départementales ou préfectorales que pour les Français et par voie de conséquence l'obligation pour ces diverses collectivités communales, départementales ou de l'Etat, de participer à la dépense dans les mêmes conditions que pour les Français pour la partie des dépenses d'assistance qui n'est pas à la charge de l'Etat d'origine. (*J.O.*, 19 *novembre* 1924.)

Quarante-sixième année — Nº 51 — 21 Décembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2922-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

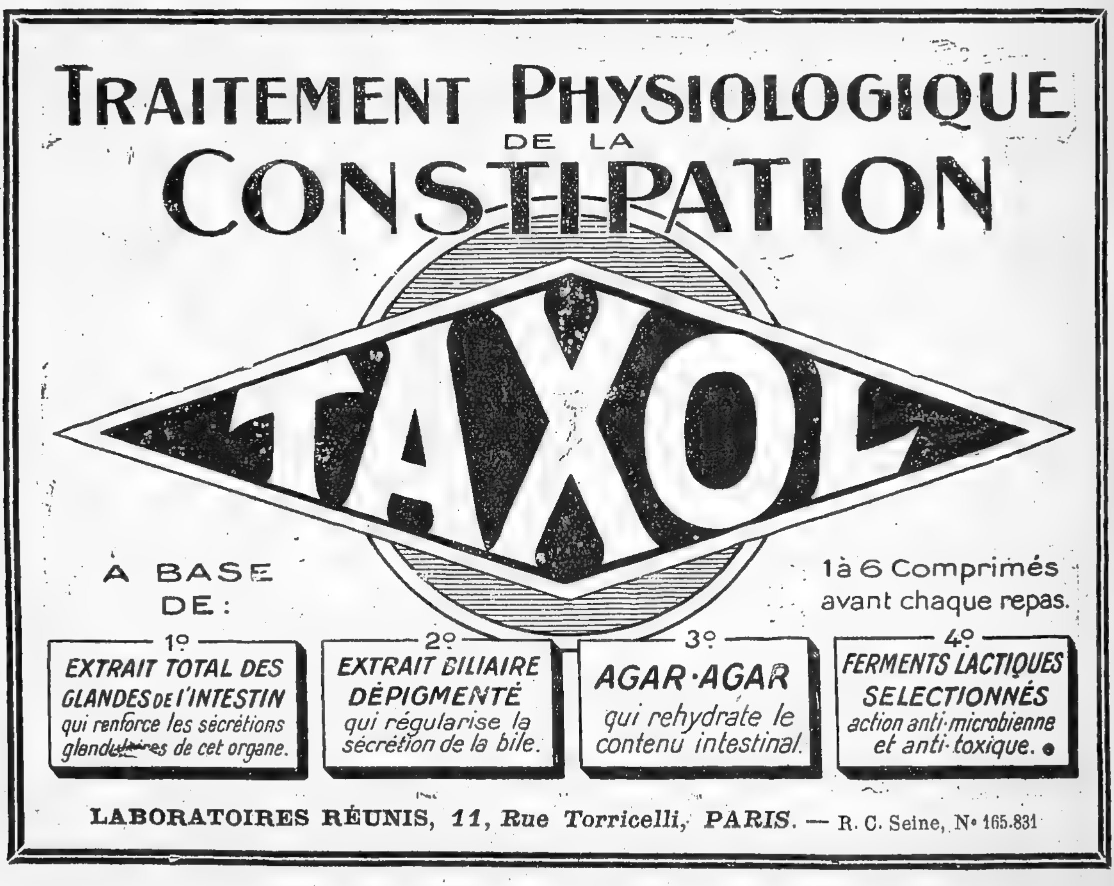
(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).



II

Abonnements

En raison de l'augmentation croissante du prix du papier et des frais d'impression du Concours Médical, *nous nous voyons dans l'obligation de porter, à partir du 1er janvier prochain, l'abonnement annuel à* **trente francs.**

Nous avons longtemps hésité avant de prendre cette décision qui nous est imposée par une situation économique dont les causes sont indépendantes de notre volonté. Devant une nouvelle hausse du papier, nous avons dû céder.

C'est d'ailleurs une mesure générale prise par les grands périodiques médicaux, qui souffrent tous de la même crise.

Nos abonnés, dont la plupart sont en même temps nos amis, comprendront les raisons qui dictent notre conduite, et nous sommes persuadés qu'ils nous approuveront par leur constance et leur fidélité.

LA DIRECTION DU *Concours Médical.*

III

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1925 vient de paraître et l'expédition qui a lieu par postal sera terminée d'ici quelques jours. Les souscripteurs auront donc satisfaction à bref délai.

Nous disposons encore de quelques volumes, et nous informons les lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'*Agenda Memento du Praticien*, en versant immédiatement la somme de 15 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris. 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Drs GODENEL, de Gannat ; OLIVIER, de Binic ; TESTUT, de La Roche-Posay, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 585. — Clin. dem. infirmière sér. connais. la salle d'opérat. Ec. Dr Fontaine, 87, rue des Capucins, Reims.

No 586. — A vend. Citroen 1922, 5 CV., 2 pl., delco. peint. jaune, excel. état marche. 6.000 fr. S'ad. Dr Moignet, à Viroflay (S.-et-O.).

No 587. — A vend. Renault, 6 CV., cond. int., 3 pl., 1923, type J. M., roulé 15.000 km. Parf. état. Prix 14.000. S'adr. Dr Robert, à Joigny (Yonne).

No 588. — Cent. de Paris, spéc. de peau et mal. vénér. Client. à céd. compt. avec bail.

No 589. — Doct. ay. loisirs, ch. représent. spéc. pharm. Visiter. conf. Pourr. voyager av. son auto.

No 590 — A céd. à Paris, tr. bon quart. client. méd. génér: rapp. 46.000 en aug. appart. 5 p. s. rue. Loy. 2.900. Bail. A reprend. de suite. Cond. avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (23e année).

CORRESPONDANCE

Les médecins mobilisés.

Réponse du Dr Ledoux au Dr Maffre.

Mon cher confrère,

On aura vraiment tout vu au cours de cette paix qui n'en est pas une ! Voilà maintenant que vous me reprochez le titre même de ma... brochure ! Je pense que ce qui vous heurte, c'est moins le titre que le sous-titre, et j'apprends par là qu'en certains milieux, il est malséant de déclarer que, si la majorité des médecins a fait tout son devoir, il en est d'autres qui furent plus ménagers de leur sang pendant cette guerre. Est-ce ainsi que vous l'entendez ? Si oui, quand vous en aurez le pouvoir, faites déclarer sacrilège le mot « *héros* », et punissez sévèrement ceux qui oseront user d'un tel vocable.

Ce sera une façon de tenter d'effacer dans la mesure du possible cette malencontreuse période dite de guerre, où les idées humanitaires à fumet international passèrent un bien fichu quart d'heure.

Mais ce qui m'étonne dans votre critique, c'est, permettez-moi de vous le dire, son inconsistance. En effet, j'avais été tenté de croire, en lisant ce que les *Médecins mobilisés* avaient suggéré au Dr Duchesne, que, lui et moi, nous n'avons pas connu les mêmes faits et que d'autres coins avaient été plus honorifiques que le mien pour la médecine civile. Mais vous reconnaissez que nous avons vécu dans la même ville, l'un et l'autre, pendant une durée de temps inégale. Malgré cela, il vous est tout à fait loisible de considérer ma critique comme exagérée. Mais votre opinion, pour être différente, n'a cependant pas plus d'importance que la mienne. Elle aurait une valeur beaucoup plus grande si vous pouviez dire : « les faits sur lesquels vous vous appuyez sont faux. » Je vous le demande carrément : *Sont-ils faux* ?

Mais il est d'autres faits d'ordre général que j'ai cités dans mon livre. J'ai demandé que le Dr Noir voulût bien préciser le sens de cette phrase qui me paraît très importante : « Les médecins praticiens

furent en grande majorité, pendant un demi-siècle, les meilleurs soutiens du régime. »

Je n'ai pas encore eu de réponse.

Je n'ai pas fait que cette citation, j'ai abondamment puisé dans le *Journal Officiel* et j'ai particulièrement cité M. Louis Marin, député de Nancy, dont la parole fait autorité à la Chambre à cause de sa parfaite honnêteté. A-t-on trouvé quelque objection à formuler contre ses affirmations ? Non ? alors ?

Vous déclarez encore que je ne suis pas assez savant pour porter un jugement infaillible sur ce que j'ai vu. J'en tombe d'accord avec vous. Et vous ajoutez encore que mes affirmations sont formulées à la légère et beaucoup trop généralisées.

Si vous aviez eu l'occasion de le rechercher, vous auriez constaté que sur tous les sujets que je connais le moins mal, je suis tout à fait d'accord avec les professeurs Gougerot et Pautrier. Il n'y a pour s'en convaincre qu'à consulter le n° 5 du *Journal médical français* de 1918. Mais si cette référence ne vous suffisait pas, vous n'auriez qu'à vous reporter au livre qui fait l'objet de ce débat. Vous verriez que, sous les titres de guerre dont je parlerai tout à l'heure, il y a cette ligne que je transcris :

« *Prix Legendre de la société médicale des hôpitaux* » ce qui veut dire que cette société ayant mis au concours ce sujet, « *le service de santé pendant la guerre* » : elle a cru devoir m'accorder une partie du prix. Et savez-vous, mon cher confrère, ce qui, je crois, m'a valu cette marque de distinction ? Tout simplement ce chapitre sur les médecins politiciens qui a eu le malheur de tant vous irriter. Nos maîtres, qui ont une science, une pondération et une expérience qui me manquent, n'ont pas hésité à reconnaître que ma description était assez voisine de ce qu'ils avaient pu voir dans les différents postes qu'ils avaient occupés pendant la guerre.

Vous voulez me faire dire : « Tous les médecins de campagne sont mauvais et tous les médecins de ville parfaits », tandis que pour vous, au contraire, ce serait un marronnier qui représenterait les armes parlantes de la corporation médicale dans les villes. Non, mon cher confrère, vous vous trompez. Si nous, en ville, nous sommes empoisonnés par les médecins marrons, vous êtes, vous, fort desservis par vos médecins politiciens.

C'est pour cette raison que beaucoup de confrères sont de plus en plus décidés à faire le nécessaire pour que l'Ordre des médecins soit une réalité, car beaucoup de choses doivent être réformées dans notre profession.

Et cette réforme aura une importance d'ordre général. On déclare en effet souvent : « La politique est exclue des organisations médicales. » Bien ! Cependant il suffit de réfléchir un peu pour comprendre que le fait de se faire inscrire à une association d'arrondissement, à un syndicat ou à la C.T.I., cela comporte, qu'on le veuille ou non, l'*acceptation* d'une politique. J'entends bien que vous allez protester

véhémentement — et d'autres avec vous : je veux dire ceux qui savent ce que je veux dire. — J'en discuterai en d'autres temps si cela vous convient. Qu'il me suffise pour aujourd'hui de vous dire que toutes ces organisations sont fondées les unes et les autres sur un plan politique préétabli. Il suffit pour s'en convaincre de réfléchir à la façon dont les assurances sociales nous sont présentées.

Et ceci m'amène à vous parler de mes titres de guerre et à vous dire pourquoi je n'ai pas fait mention de mon séjour dans une ville de l'intérieur. C'est que, pour avoir le droit d'ouvrir la bouche sur ce sujet, et sur quelques autres, il faut avoir fait *vraiment* la guerre. Je dirai même davantage. Pour avoir le droit de proclamer que des médecins se sont mal conduits pendant la guerre, il faut avoir été blessé ou malade et avoir subi dans sa chair, ou dans celle de l'un des siens, les méfaits des errements contre lesquels on se croit en droit de s'élever.

Les gens de ma génération, stupéfaits de se trouver plongés dans cette guerre effroyable pendant si longtemps, essayèrent de comprendre pourquoi un malheur si grand leur était réservé, à eux qui n'en étaient responsables à aucun degré.

Peut-être nous serions-nous contentés d'en avoir réchappé par une série de hasards providentiels. Mais que constatons-nous maintenant ? Que chaque matin, la menace de recommencer ça est suspendue sur nos têtes.

Que cela vous agrée ou non, c'est une perspective qui nous déplaît. Nous voulons faire notre possible pour que cesse ce petit jeu meurtrier, et c'est une des raisons qui m'ont poussé à écrire ce livre.

Je vous prie d'agréer mes meilleurs sentiments confraternels. R. LEDOUX.

2858. — Situation militaire.

Alsacien, né en juin 1877, j'ai fait mon service militaire dans l'armée allemande. Je suis entré en service le 1er *avril* 1896 pour faire mes premiers 6 mois de service actif. Après avoir terminé mes études j'ai fait comme médecin le reste de mon service actif du 1er octobre 1900 au 31 mars 1901. Selon mon livret, j'appartiens à la classe 1897, or je crois déjà avoir lu dans un renseignement du *Concours*, qu'on appartient à la classe de l'année dans laquelle on a commencé son service. En ce cas j'appartiendrais à la classe 1896 et non 1897 et mon obligation militaire terminerait le 31 décembre 1924 et non seulement le 31 décembre 1925. Quel est votre avis ?

Dr Z.

Réponse.

Vous appartenez en effet à la classe qui était au service lorsque vous avez été incorporé. Or le 1er avril 1896 vous avez rejoint la classe incorporée le 1er novembre 1895, par conséquent la classe 1894.

Cette classe avait donc effectué une année de service en novembre 1896 : elle aurait terminé ses 28 années de service en novembre 1924.

2921. — Honoraires pour examens des candidats aux emplois réservés aux mutilés de guerre.

Vous savez qu'il a été institué une commission médicale pour examen de l'aptitude des candidats aux emplois réservés aux mutilés de la guerre, qu'elle comprend obligatoirement 2 médecins militaires du chef-lieu du département et un médecin civil désigné par le préfet. Depuis novembre 1914, je prends part à une commission par semaine, cela m'est quelquefois très gênant. J'ai donc demandé à la place de B. si une indemnité de déplacement tout au moins était affectée à cet acte professionnel. Ceci pour pouvoir me faire remplacer en cas d'empêchement, car j'ai quelque scrupule à détourner un confrère de ses occupations pour une perte de temps non rétribuée. L'administration militaire m'a répondu qu'aucun crédit n'a été prévu pour cela. Cependant, cela m'étonne.

Pourriez-vous savoir ce qui se passe ailleurs, et me dire si réellement cette perte de temps et ces examens peu difficiles, il est vrai, sont gratuits.

Dr P.

Réponse.

Les fonctions en question seront certainement rétribuées ; en principe les frais doivent être supportés, pour une quote-part, par chacune des administrations intéressées dans le recrutement aux emplois réservés. Mais la chose n'a pas encore été mise au point définitivement par le ministre des finances.

2940. — Droits de la veuve et des enfants d'un réformé de guerre.

Un de mes clients réformé de guerre à 40 % pour fistule de la cuisse droite consécutive à un éclat d'obus, vient de mourir d'une méningite cérébro-spinale. Je l'ai vu avec un de mes confrères et nous avons été d'avis que nous ne pouvions pas établir de relations entre l'affection dont ce malade est décédé et la blessure de guerre.

Il y a malheureusement une veuve et un enfant de 4 ans ; on a dit à la veuve qu'elle n'avait droit à rien et que pour l'enfant tout ce qu'on pouvait faire pour lui était de le faire inscrire comme pupille de la nation.

Ces assertions sont-elles exactes ?

Dr L.

Réponse.

Ces assertions sont malheureusement exactes, surtout si l'intéressé est décédé en dehors des délais pendant lesquels il avait droit au bénéfice de la présomption légale, c'est-à-dire plus d'un an après sa libération du service. Il s'agit d'une maladie aiguë, qu'on ne peut pas rattacher aux fatigues de la vie militaire. D'autre part l'intéressé n'a que 40 % d'invalidité, taux insuffisant pour donner droit à une pension de veuve, dite de réversion.

On doit se contenter de faire admettre l'enfant comme pupille de la nation.

2847. — Déductions à opérer sur le revenu professionnel.

Ayant reçu du contrôleur des contributions directes une lettre me priant de lui indiquer le montant de mes bénéfices professionnels pour l'année 1923, voudriez-vous avoir l'obligance de me donner quelques renseignements à ce sujet, et ce que je dois défalquer de ce que j'ai touché. J'ai un domestique homme et une domestique femme, dois-je en diminuer le salaire des deux ? J'ai deux autos ; que faut-il défalquer pour mon cabinet ? etc.

D[r] F.

Réponse,

Vous pouvez déduire du montant de vos recettes brutes :

1° Fraction du salaire des domestiques (compte tenu de la nourriture) correspondant au temps passé par eux pour l'exécution des travaux se rattachant à l'exercice de votre profession. (Service de la porte, entretien de vos locaux professionnels, de l'auto qui sert à vos déplacements professionnels, etc.).

2° Loyer de vos locaux professionnels, frais d'entretien, de chauffage et d'éclairage de ces derniers.

3° Frais de bureau, d'abonnement aux revues professionnelles, de recouvrement d'honoraires, etc.

4° Frais des déplacements professionnels, c'est-à-dire fraction de vos frais d'autos correspondant à ces derniers.

5° Amortissement des autos (même proportion que ci-dessus) et vos frais d'installation.

6° Dépenses diverses nécessitées par l'exercice de votre profession : petits instruments ou appareils et accessoires, médicaments, objets de pansement, produits pour analyses, etc.

7° Impôts professionnels : patente, impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

A. MARTINOT.
Conseil Fiscal.

2765. — Etablissement de l'impôt sur les bénéfices professionnels.

Je me permets de vous adresser ma feuille avertissement et copie de ma déclaration sur bénéfices non commerciaux pour 1923 et revenus. Je ne puis m'expliquer comment M. le contrôleur a pu établir les chiffres portés sur ladite feuille d'avertissement. Malgré le double décime, je trouve, pour mon revenu la somme de 324 un peu excessive.

Puis-je faire une réclamation, auquel cas dans quel sens, ou comme toujours s'incliner, payer et ne rien dire.

D[r] G.

Réponse.

D'après votre déclaration, votre revenu professionnel net serait de : 16.866 fr. — 7.612 = 9.254 fr., alors que vous êtes imposé sur 11.240 fr., votre revenu net global serait de 9.440 fr. alors que vous êtes imposé sur 13.900 fr.

En principe, le contrôleur ne peut rehausser les revenus déclarés par vous sans vous notifier les motifs de ce rehaussement. Si cette notification vous a été faite, prière de nous la transmettre. Dans la négative, nous vous conseillerions de voir le contrôleur ou de lui écrire pour lui demander l'explication des rehaussements. Nous transmettre ces explications.

D'après les renseignements contenus dans votre lettre, nous supposons que le contrôleur n'a pas admis la totalité de vos frais d'automobile et les dépenses pour remise en état de votre propriété de V..

Dès réception des renseignements demandés ci-dessus, nous vous dirons s'il y a lieu de présenter une réclamation et vous indiquerons les observations dont vous devrez tenir compte dans vos déclarations futures.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

2772. — Base de la patente.

Je vous adresse ci-joint ma feuille de contributions (patente et cote personnelle mobilière) pour l'année 1924 aux fins de vérification.

L'année dernière je vous avais adressé celle où par erreur le percepteur me comptait 2 mois en plus (je ne m'étais installé dans la ville qu'en avril 1923) ; j'ai pu d'après vos conseils d'alors obtenir gain de cause. Je vous en remercie très sincèrement.

Je vous demanderai donc cette année de vouloir bien vérifier si la cote mobilière qui y est inscrite ainsi que la patente sont exactes.

La ville où j'exerce a 23.000 habitants, j'occupe un appartement de 4 pièces du loyer annuel de 800 fr., 3 pièces sont employées à l'exercice de ma profession. La 4e pour mon usage personnel.

Je ne comprends pas très bien comment a été établie ma cote mobilière et personnelle ? Est-elle exacte ? Je vous adresse ci-jointe ma feuille d'imposition.

Dr X.

Réponse.

La patente est exactement calculée.

La contribution personnelle étant un impôt de répartition, la seule règle générale que nous puissions vous indiquer est la suivante :

Deux habitations de même importance, par conséquent de valeur locative identique, doivent être cotisées suivant la même base appelée en l'espèce loyer matriciel.

Le loyer matriciel servant de base à votre imposition est de 250 fr. D'après votre lettre, une seule pièce est réservée à votre habitation, les 3 autres pièces à usage professionnel n'entrant pas en ligne de compte, votre cotisation doit être inférieure de beaucoup à celles payées par d'autres locataires de votre immeuble qui utilisent les 4 pièces de l'appartement comme habitation. Nous vous conseillons de vous renseigner auprès d'eux et au besoin de voir le contrôleur des contributions directes.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

Avortement et secret professionnel.

Je vous communique ci-dessous une histoire navrante dont vous ferez tel usage et tirerez telle conclusion qu'il vous plaira.

Il y a quelques jours, la cour d'assises de Z. a acquitté à l'unanimité une fille-mère qui, ayant accouché clandestinement, fut dénoncée ; et alors, pressée de questions, avoua qu'elle avait donné le jour à un enfant bien vivant qu'elle avait étranglé.

Le fait en lui-même est épouvantable, mais lisez la suite :

A quelques jours de là, une autre fille-mère vient me trouver dans mon cabinet, me demandant sans aucun préambule de lui donner « de la besogne pour faire tomber son enfant ».

Inutile de vous dire que je me récusai, et me mis en devoir de persuader à l'intéressée de prendre des précautions pour mener sa grossesse à bon terme, lui promettant de m'occuper, quand son enfant aurait quelques mois, de lui trouver une place grassement payée de nourrice dans une grande ville voisine, d'où je reçois souvent des demandes de filles-mères susceptibles de remplacer une maman en défaillance de lait. Puis, essayant de la moraliser, je lui fis entrevoir les sanctions légales qu'elle ne manquerait pas d'encourir.

« Bah ! me répond la femme, vous avez bien lu dans les journaux que cette fille qui avait étranglé son petit avait été acquittée à Z. Je sais bien que je ne serai pas punie. . . » Les bras m'en tombèrent, j'eus beau lui dire qu'étrangler un enfant était un crime punissable et puni ; elle me resservit le même argument.

Je connais cette fille, elle est convaincue de son impunité, et elle veut, à tout prix, ne pas « s'encombrer d'un marmot ». Je n'ai pas le droit de la dénoncer ; heureusement je compte sur les faits eux-mêmes.

Mais pourquoi la condamnerait-on après avoir acquitté l'autre ? !. . .

Ne croyez-vous pas qu'il faudrait interner les jurés qui ont rendu un verdict aussi infamant ou leur coller au minimum 6 mois de prison à chacun ?

Dr B.

(*Voir la suite page XLVII-2969*)

PROPOS DU JOUR

Au sujet de l'Inspection médicale des Ecoles.

Il paraît qu'une Commission tient des séances mystérieuses à l'Hôtel de Ville de Paris, pour réorganiser — ou disons tout simplement : organiser — l'inspection médicale des écoles.

Le problème, vingt fois posé, se pose encore aujourd'hui, se reposera sans doute demain. Les uns rêvent de doter la ville de quelques douzaines de nouveaux fonctionnaires municipaux, que les maîtres de l'heure pourraient choisir parmi leurs amis. Ces néofonctionnaires, médiocrement payés et chargés d'une tâche écrasante — sur le papier — rendraient les services qu'ont coutume de rendre un nombre estimable de fonctionnaires... même municipaux. Les autres, sortes de Knock inconscients, hantés par la gloire des Claude Bernard et des Pasteur, qu'ils croient pouvoir éclipser, pensent qu'il serait temps de transformer l'école en une sorte de laboratoire de biologie pédagogique, où l'enfant, pesé, toisé, mensuré, inoculé, leur permettrait de dresser de fort intéressants graphiques, avec lesquels ils feraient, à défaut de besogne utile, au moins momentanément quelque bruit.

Récemment, nous causions à cœur ouvert de tout cela avec une personne amie ; elle nous exposa en toute sincérité son opinion sur la question. Nous trouvâmes ses idées, sinon absolument originales, du moins très intéressantes et nous la priâmes de bien vouloir nous les exposer par écrit. Elle le fit aimablement, tout en nous priant, par pure modestie, de lui garder l'anonymat. Voici, pour les lecteurs du *Concours médical*, la conception que cette personne a de ce que devrait être la médecine scolaire.

***

Avec l'instruction obligatoire, l'enfant (à l'exception de rares privilégiés) quitte obligatoirement son milieu familial pour être momentanément plongé dans la collectivité scolaire.

C'est alors que l'Etat a le devoir :

1° D'adapter autant que possible le milieu et l'enseignement aux modalités physiques de chaque enfant pour atteindre, le plus facilement possible le but qu'on se propose à l'école sans nuire à son développement.

2° D'empêcher ce milieu, imposé à l'enfance studieuse, de la contaminer.

C'est ce double devoir, et lui seul, qui impose et justifie l'existence de l'inspection médicale des écoles ; en dehors de lui, le médecin scolaire n'a pas de raisons d'être dans un externat. L'enfant qui ne passe que quelques heures à l'école, n'appartient pas à l'école, il appartient à sa famille qui doit diriger son hygiène et pourvoir à tous ses besoins.

Il apparaît alors que l'école n'a pas à veiller à la croissance physique de l'enfant, à signaler à la famille ses défectuosités ou ses maladies, c'est au contraire à la famille à les signaler à l'école.

Chaque enfant devrait posséder un carnet médical et se soumettre obligatoirement et périodiquement à l'examen médical du médecin choisi par sa famille. Ce médecin consignerait sur ce carnet ses observations relatives à la croissance physique de l'enfant, aux maladies présentées par lui depuis le dernier examen, à ses tares organiques et formulerait des conclusions.

Ces conclusions, qui seules importent au point de vue scolaire, portées sur un feuillet détachable du carnet, seraient alors transmises au médecin inspecteur sous couvert du directeur de l'école.

Ce médecin inspecteur, nommé au concours, est le technicien de l'hygiène scolaire, c'est-à-dire de l'hygiène d'un milieu spécial avec ses locaux spéciaux, son mobilier spécial, son emploi du temps spécial et son règlement spécial, déterminé par la nécessité de satisfaire aux exigences de la vie en commun et de l'enseignement collectif. Ce médecin doit être le délégué de l'Etat, chargé d'adapter les conditions de vie dans ce milieu, qu'en raison de sa technicité il connaît mieux que quiconque, à l'état physique ou même pathologique de l'enfant, que le médecin de famille connaît mieux que lui.

Médecin de famille et médecin scolaire se complètent l'un l'autre ; il doit exister une coopération dans laquelle le médecin de famille parle à la famille et le médecin scolaire au pédagogue ; le médecin scolaire ne doit pas avoir à donner d'avis à la famille, c'est à lui à en recevoir, à les interpréter et à donner aux maîtres des directives susceptibles de concilier les exigences individuelles et celles de l'enseignement, cherchant dans la mesure du possible à adapter, non pas l'enfant à la vie scolaire, mais la vie scolaire à l'enfant.

Cette adaptation faite, il reste encore au mé-

decin inspecteur d'école à empêcher cette dernière de contaminer l'enfant. C'est alors que se pose la question de la prophylaxie des maladies contagieuses.

L'école primaire n'est pas un internat ; les enfants ne séjournent à l'école que quelques heures et habitent dans leur famille. C'est dire que la maladie contagieuse n'est pas inhérente à l'école, puisque ses hôtes ne sont que temporaires et non permanents.

La maladie contagieuse est dans le quartier, dans les familles ; les malades atteints se recrutent dans le quartier, comme s'y recrutent aussi les hôtes de l'école du quartier, du cinéma du quartier, de l'église du quartier, de l'autobus du quartier ; aussi, rien d'étonnant si, parmi ceux-ci, figurent des malades du quartier, il n'en résulte pas pour cela que la maladie est une maladie de l'école, du cinéma, de l'église, de l'autobus... la maladie est dans le quartier et l'état sanitaire de l'école n'est que le reflet de l'état sanitaire du quartier. C'est donc en dehors de l'école, dans le quartier, dans la famille que doit se faire la véritable prophylaxie d'une maladie contagieuse.

Mais comme les enfants peuvent la transporter avec eux à l'école, le médecin inspecteur d'école doit collaborer à l'œuvre prophylactique commencée au dehors.

Toutefois son rôle prophylactique, très limité, serait même inopérant, sans la collaboration effective du médecin de famille. Le médecin inspecteur d'école, qu'il soit fonctionnaire ou praticien libre, ne peut qu'éliminer de l'école les suspects ou même les malades qui en ont franchi le seuil, détruire le contage introduit pour que l'école n'en soit pas le réceptacle et que la maladie, née dans le quartier, ne s'y étende pas par l'intermédiaire de l'école.

Il peut arriver à limiter une épidémie en détruisant le contage au fur et à mesure qu'il est apporté à l'école, mais comme il ne peut atteindre la source à laquelle, à chaque interclasse, les écoliers vont se contaminer, celui-ci est sans cesse ramené à l'école où il semble renaître de ses cendres comme pour stériliser à son tour les efforts du médecin inspecteur.

Et cette conception du rôle restreint du médecin inspecteur d'école, en matière de prophylaxie, s'éclaire d'un vif éclat à la lueur des faits.

Il y a quelques années, une épidémie de diphtérie sévissait dans un quartier du XIV[e] arrondissement, et le médecin inspecteur de l'école était régulièrement prévenu des cas qui, à intervalles plus ou moins éloignés, se manifestaient parmi les enfants appartenant à la population scolaire dont il avait la garde. Non moins régulièrement, il mettait en jeu tous les moyens prophylactiques dont il disposait : des cas nouveaux n'en continuaient pas moins à lui être signalés. Alors, grand émoi : puisque la maladie continuait à sévir sur les écoliers, c'est que le médecin inspecteur s'acquittait mal de sa tâche. Un médecin d'un haut renom scientifique, très compétent en la matière, fut chargé d'examiner les faits : le médecin inspecteur de l'école remplissait rigoureusement et scrupuleusement son rôle ; la conclusion fut alors qu'on devait s'adresser aux familles. La haute autorité scientifique put convaincre les familles de la nécessité de la sérothérapie préventive pratiquée en série ; elles se laissèrent inoculer et l'épidémie cessant dans le quartier, la maladie cessa de se manifester sur les enfants des écoles ; mais pour obtenir ce résultat, on avait fini par où l'on aurait dû commencer.

Conclusions :

1° Maintenir l'inspection médicale des écoles avec son cadre actuel.

2° Ne pas fonctionnariser le médecin inspecteur : cette fonctionnarisation élèverait le traitement, mais diminuerait le nombre des médecins inspecteurs, alors qu'il y a intérêt à ce que au besoin, l'inspection puisse se faire au même moment dans un plus grand nombre d'écoles.

3° Alléger la tâche du médecin inspecteur par la suppression de la vaccination et de l'établissement de la fiche dans les écoles, nécessaires l'une et l'autre, mais mieux à leur place en dehors de l'école.

4° Faire faire la vaccination et la fiche médicale par les familles, *indemnisées* au besoin selon les cas, et qui s'adresseraient au médecin de leur choix, payé directement par elles de façon à n'avoir à faire intervenir aucun contrat entre l'Etat et le corps médical. Les familles remettraient ensuite le certificat de vaccination et les conclusions de la fiche médicale au médecin inspecteur de l'école.

5° Se souvenir qu'en matière de prophylaxie, le rôle du médecin inspecteur de l'école est très limité, car, après le dépistage des suspects, l'éviction des contagieux et la désinfection de l'école, la persistance dans le quartier ou les familles du foyer d'infection, auquel les enfants se contaminent de nouveau dans l'interclasse, assure à chaque rentrée en classe le retour du contage dans l'école.

Signé : *Un père de famille confiant ses enfants* :
1° *Au dispensaire ou à son propre médecin pour qu'ils les soignent.*
2° *A l'église de son choix pour qu'elle les catéchise.*
3° *A l'école pour qu'elle les instruise.*
JUS SUI CUIQUE.

Ces réflexions d'une personne sensée, à l'esprit très libéral, dans le meilleur sens du mot, et qui s'intéresse tout particulièrement à l'enfance et à l'école, méritent d'être méditées.

A une époque où l'affaiblissement de la natalité angoisse tous les citoyens qui ont encore quelque souci de l'avenir de la France, qui a joué et jouera encore, nous l'espérons, un rôle prépondérant dans le progrès de la civilisation mondiale, les hommes politiques semblent oublier que c'est la famille qui est l'élément essentiel (la cellule dirait-on dans le jargon du jour) de la Société. Or, au lieu de fortifier l'esprit de famille, au lieu de permettre à la famille de s'épanouir et de resserrer ses liens, il semble que, poussés par un mauvais génie, les pouvoirs publics de tous ordres s'efforcent de la dissocier, d'enlever les enfants aux parents, de désintéresser ces derniers de la santé des premiers, de leur faire oublier qu'ils ont des devoirs envers eux. Le rôle de ceux qui nous gouvernent et nous administrent devrait cependant consister à faciliter aux parents l'accomplissement de ces devoirs. Ainsi, nous voyons créer des sanatoriums, des préventoriums quand le bon sens exigerait d'abord la construction de maisons saines où les familles pourraient croître et prospérer librement dans des logements confortables, hygiéniques et à bon marché.

De même, nous assistons aux manœuvres de gens, bien intentionnés sans doute, mais à vue singulièrement basse, qui rêvent d'enlever à l'école son rôle d'établissement d'enseignement public, encore bien insuffisant, pour la transformer en nous ne savons quelle caserne où l'enfant, militarisé, serait arraché à l'autorité des parents qui finiraient par oublier que leurs devoirs familiaux consistent surtout dans le souci de l'éducation et dans la surveillance du développement physique et de la santé de leurs enfants.

Heureusement la bonne nature a remédié d'avance à tout cela en donnant aux parents l'amour de leurs enfants contre lequel lois et règlements ne sauraient prévaloir.

Nous entendons d'ici l'objection que l'on ne manquera pas de nous faire :

« Mais si les familles ne savent ou ne peuvent s'occuper de leurs enfants ? »

A cela nous répondrons, c'est au législateur de faire que les parents puissent s'occuper de leurs enfants ; c'est à tous les bons citoyens et aux pouvoirs publics d'enseigner la morale, cette hygiène de l'esprit, et l'hygiène, cette morale du corps, au public qui, du reste, ne demande qu'à s'instruire. Nous l'avons plus d'une fois constaté même récemment et nous reviendrons du reste sur cet intéressant sujet ; il en vaut la peine.

J. Noir.

R. H. M. S., 4350.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

RADIOTHÉRAPIE

I

RADIOTHÉRAPIE DES TUBERCULOSES

Par le Dr Guilbert,

Radiologiste des hôpitaux.

L'action des rayons X dans les tuberculoses n'est pas comparable à leur action sur les cellules cancéreuses, autant que celle-ci est définie par la loi de Bergonié-Tribondeau (1). Elle est une excitation de l'auto-défense organique, et nullement une action de destruction élective.

(1) Peut-être arrivera-t-on à la déterminer par les expériences en cours sur l'action des rayons X sur les oxydases (communication au Congrès de l'Avancement des sciences, 1924, Guilbert, R. Petit, Lemay et Jaloustre).

Technique.

Dès lors, on est amené à chercher cette excitation de la self-défense localement d'abord, du côté de l'état général ensuite. C'est, en raccourci, toute la technique radiothérapique des tuberculoses.

Traitement local. — La technique ancienne consistait en des doses infimes répétées, 1/3 ou 1/2 H. par séance (Zimmern). Sauf les cas que nous préciserons plus loin, il est presque toujours utile d'atteindre des doses plus importantes.

Au début de l'application de la méthode dite « radiothérapie profonde », les auteurs allemands ont donné en une séance une dose unique de 50 % en profondeur de la dose d'érythème (Wintz).

Personnellement, nous avons adopté cette dose comme extrême limite, et nous la donnons en quatre ou six séances hebdomadaires, selon l'état de la lésion. La prudence est d'autant plus de règle que le ramollissement est plus à redouter. Ainsi, on peut surveiller la lésion et arrêter le traitement si la menace se faisait plus précise.

Traitement général. — De date récente, puisque l'initiative de ce traitement revient au Dr Manoukhine (ses travaux préparatoires remontent en 1913 et l'application clinique en 1921), l'irradiation de la rate fut reprise et étudiée par d'autres auteurs. Les docteurs Colombier et Trémolières ont publié à l'Académie de Médecine et à la Société de Radiologie leurs premiers travaux en 1922.

La technique de Manoukhine consiste dans l'irradiation directe de la rate par deux portes d'entrée, l'une antérieure, l'autre postérieure. Il évite soigneusement d'irradier l'estomac, la région cardiaque, le plexus, pour ne pas provoquer de réactions du côté de l'estomac et de l'intestin. Les doses de Manoukhine correspondent à 1 H. 1 /2 avec 12 centimètres d'étincelle équivalente et un filtre de un millim. d'aluminium.

Colombier et Trémolières opèrent un peu différemment : leur porte d'entrée est franchement latérale, leur dose à la peau est de 9 /10e à 1 H., filtre sur un millim. d'aluminium. De plus, ils alternent l'irradiation de la rate et celle des os longs et du sternum.

Personnellement, nous avons appliqué le traitement de Manoukhine dès 1921, et nous avons attendu les résultats avant d'émettre une opinion. Notre technique diffère peu de celle du médecin russe. Nous employons des rayons de courte longueur d'onde filtrée sur 5 /10 de zinc. (simple question d'organisation). Les doses utilisées sont un peu plus élevées ; elles correspondent au 1 /8e de la dose d'érythème à la peau. L'irradiation des os longs nous paraît inutile. De plus, nous opérons généralement par série de 7 séances hebdomadaires avec une période de repos de 2 à 3 mois entre chaque série.

La raison de cette façon de faire est qu'elle est excessivement simple, donnant toute garantie du côté de la peau. De plus, nous avons remarqué avec Colombier, qu'après 7 séances, le malade marque une certaine fatigue et l'action des Rayons X paraît s'épuiser comme le montrent les variations globulaires.

Action des rayons X dans les tuberculoses. — Le principe fondamental de la radiothérapie, en général, est que des doses légères excitent la fonction cellulaire, que les doses fortes l'entravent, la suspendent et finalement détruisent les cellules selon leur sensibilité propre. Quelques auteurs ne croient pas à la dose d'excitation. Nos travaux personnels sur les oxydases cellulaires démontrent que, pour les cellules de défense du moins, l'excitation des rayons X à faible dose est certaine (Culture de polynucléaires irradiés.)

Donc, à notre avis, il y a dans la radiothérapie de la tuberculose, localement, une excitation de défense — conjonctive — et, dans l'irradiation de la rate, une action beaucoup plus complexe sur les éléments figurés du sang et, par leur intermédiaire sans doute, une action sur l'état général.

Action de l'irradiation de la rate. — MM. Colombier et Trémolières, qui ont étudié (*Presse médicale*, 9 mai 1923) les variations de la formule leucocytaire chez les tuberculeux traités par irradiation de la rate, ont démontré qu'après 6 à 7 séances, les globules rouges et les globules blancs ont augmenté dans des proportions considérables (en chiffres ronds) :

	Hématies	Globules blancs
Tableau III.	2.000.000	8.000
Tableau IV	3.600.000	3.700
Tableau V	1.200.000	13.000
Tableau VI	2.200.000	25.000

Nous avons pris dans les tableaux précédents, non pas les chiffres extrêmes, mais ceux correspondant à la sixième irradiation qui nous a toujours paru celle où le résultat est le meilleur. Du reste, par la suite, dans les tableaux de Colombier, les chiffres baissent presque toujours.

Cette hyperglobulie se fait par oscillation et c'est ce qui avait fait croire à Manoukhine que la destruction globulaire mettait en liberté des antitoxines, équivalant à une auto-vaccination. Cette hypothèse ingénieuse n'est peut-être pas dénuée de fondement, car nous avons constaté avec le Dr Raymond Petit un état granuleux des bacilles dans toutes les expectorations des malades traités.

Action du traitement local. — Par le traitement local, on cherche, disent les auteurs allemands, une destruction du tissu tuberculeux très radiosensible et l'excitation de la défense conjonctive. Ainsi présentée, l'action des rayons X sur les tissus tuberculeux est trop facilement définie. L'écart entre la radiosensibilité conjonctive et celle du tissu tuberculeux est très grand. Mais il n'y a pas de tissu tuberculeux propre ; ce que l'on appelle ainsi n'est, au fond, qu'une organisation anormale du tissu lymphoïde et du tissu conjonctif de néoformation avec une réaction inflammatoire plus ou moins complète. Dès lors,

le rôle de la radiothérapie locale est un rôle : 1° de décongestion ; 2° d'excitation et d'organisation de la défense conjonctive seulement. A aucun prix, il ne faut entraver celle-ci, et ne pas perdre de vue que les cellules lymphoïdes, le tissu conjonctif *jeune,* sont très sensibles à l'action des rayons X, et si l'on doit activer la résorption des éléments anormaux, il faut se garder de provoquer leur nécrose. Dès lors, l'action des rayons X est variable et, partant, les doses sont variables avec la maturité des lésions. C'est ainsi que s'expliquent, à notre avis, les différences entre les résultats obtenus avec des doses identiques. C'est ainsi que s'impose la contre-indication formelle de l'irradiation locale d'une lésion suspecte de ramollissement. Si, comme nous le verrons, on peut irradier les lésions ouvertes ou fistulisées, c'est que, dans ce cas, on cherche à provoquer une polynucléose qui favorise l'élimination. Dans ce cas, on n'a plus à redouter la suppuration, il faut cependant ménager le tissu conjonctif de défense et se garder d'exagérer les doses.

Dans les cas suspects de ramollissement, nous nous contentons d'un traitement général. Ce n'est que par la suite, quand la lésion s'est modifiée, que l'on peut songer à un traitement local prudent.

Conduite du traitement.

Contre-indications. — Il n'est guère possible de donner de règle générale pour la conduite du traitement, sauf les deux points suivants : dose faible sur la rate et traitement par séries, séparées par des périodes de repos. Dose locale assez faible, 30 à 40 % de la dose érythème, répartis sur plusieurs séances : 6 à 8 séances.

Il importe pour la conduite du traitement général de surveiller toujours la température, le poids, et de faire des numérations globulaires au moins avant le traitement et vers la 6e semaine. Une poussée de température, une perte de poids est l'indice d'une dose splénique trop forte. Si, malgré la diminution des doses, cet état de fatigue persistait, il faudrait suspendre le traitement général.

La caverne pulmonaire et l'état cachectique sont, à notre avis, des contre-indications constantes de l'irradiation splénique qui peut exagérer la température.

Dans les lésions locales, le ramollissement et le *début* de la suppuration sont des contre-indications. Mais, on peut et on doit irradier les foyers ouverts et drainés où la réaction conjonctive de défense commence à s'organiser et la température est encore ici un guide précieux.

II

RÉSULTATS DU TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE DES TUBERCULOSES OBSERVATIONS

(Drs Guilbert et R. Petit).

Les résultats de cette thérapeutique systématisée sont assez encourageants, comme le démontrent les observations suivantes :

Observation I. — *Adénite inguinale bacillaire.* — M. H., 40 ans, présente dans ses antécédents une atteinte de bacillose pulmonaire (sommet droit). Il a depuis plusieurs années une ulcération du fourreau de la verge. Examiné le 2 mai 1923, il présente sur le côté gauche de la face externe du prépuce, au voisinage de sa base, une petite ulcération lenticulaire, atone, violacée, et dont la base est un peu infiltrée. On constate en outre un ganglion inguinal droit (interne) augmenté de volume et fluctuant, du volume d'un œuf, à grand axe oblique ; au-dessous et au-dessus de cette masse on sent quelques ganglions durs augmentés de volume. Aucune lésion du côté de l'anus ou de la prostate et des vésicules séminales ; canal déférent normal.

Le 5 mai 1923, excision de l'ulcération à l'anesthésie locale. Sutures. Incision du ganglion suppuré ; le pus est granuleux et mal lié, drainage.

Les coupes histologiques de l'ulcération laissent voir des cellules géantes typiques. La plaie de l'aine droite reste atone, d'aspect fongueux, état général médiocre.

Traité par la radiothérapie, 2 séances locales dont la dose totale est de 1/2 D.E., soit 35 % au niveau de la lésion.

Peu de jours après, la lésion de l'aine se modifie rapidement et se cicatrise en quatorze jours. Les ganglions régressent. Etat général beaucoup meilleur. La guérison se maintient parfaite à l'heure actuelle (mai 1924).

Observation II. — *Chondro-ostéite costale bacillaire.* — M. B., 20 ans, a eu une pleurésie gauche à 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Il fait en 1920 une chute de bicyclette, à la suite de laquelle se développe un abcès froid au niveau des cartilages des 5e, 6e et 7e côtes droites. Cet abcès a été incisé. Peu après un nouvel abcès apparaît au-dessus du premier qui est devenu fistuleux. Ouverture spontanée suivie de fistulisation.

Lorsqu'on l'examine, au début de mars 1921, le stylet introduit dans les trajets fistuleux arrive sur du cartilage dénudé.

Opération le 5 mars 1921 : incision courbe à con-

cavité externe, en volet ; on trouve des lésions de bacillose chondro-costale des 7e, 8e et 9e cartilages costaux, près du sternum. Derrière le 9e cartilage un trajet fistuleux conduit à un abcès rétro-costal, derrière la 9e côte, avec un point d'ostéite bacillaire. Résection des 7e, 8e et 9e cartilages et d'une partie de la 9e côte (3 centimètres), Ouverture ponctiforme de la plèvre, oblitérée péniblement par des points de catgut (tissus très friables). Curettage des parties molles ; cautérisation au chlorure de zinc. Suture du volet cutané ; drainage au crin.

Au début d'avril, il reste au niveau du drainage un trajet fistuleux et fongueux. Grattage et injections d'éther iodoformé. Traitement général. Pas de tendance à la cicatrisation : ulcération de la peau vers la ligne médiane. Nouvelle intervention vers la fin d'avril, conduisant à l'abrasion du bord droit du sternum dans la même région. Cicatrisation en trois semaines.

Vers la fin mai, petit abcès dans la partie moyenne de la cicatrice. Incision et grattage ; pas de points osseux ou cartilagineux dénudés. Drainage. La plaie reste atone malgré l'amélioration de l'état général ; peu de tendance à la cicatrisation. Il y a quelques ganglions axillaires avec péri-adénite formant une petite masse du volume d'une noix.

Traité par la radiothérapie :

33 % de D.E. au niveau de la lésion costale ;

36 % de D.E. sur les ganglions axillaires ;

2 séances d'irradiation de la rate.

Dix jours après les deux premières irradiations, la plaie change nettement d'aspect et bourgeonne. A la fin de juin la cicatrisation est complète. On ne sent plus de ganglions axillaires. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Etat général excellent.

Observation III. — *Péritonite bacillaire, fosse iliaque droite.* — Mlle G., 23 ans, a eu une pleurésie en 1918, qu'elle a peu soignée. Nouvelle atteinte de pleurésie en 1920. Réglée à 12 ans 1 /2 normalement, elle a eu une interruption de 15 à 17 ans avec état anémique prononcé et mauvais état général. En 1921, manifestations suspectes du côté d'une apophyse épineuse (2e lombaire) traitée par le repos et des pointes de feu. Tout rentre dans l'ordre. Au mois de janvier 1922, état syncopal le matin, diarrhée persistante durant 29 jours, amaigrissement rapide, perte de forces ; la malade doit renoncer à tout travail. Transpirations nocturnes. Son médecin constate une tuberculose péritonéale à forme ascitique (Dr Viel). Traitement : ferment bulgare, héliothérapie, traitement général. Au bout de deux mois et demi, le liquide est résorbé et l'on perçoit un cæcum suspect, induré, amaigrissement considérable.

Je l'examine le 12 mai 1922. Submatité de la moitié inférieure du poumon droit avec diminution de la respiration, augmentation des vibrations thoraciques et pectoriloquie aphone. L'abdomen est un peu météorisé et inégal. On sent dans la fosse iliaque droite une masse bosselée, dure et douloureuse du volume d'un gros œuf de dinde. Pas de liquide perceptible, ni nausées, ni vomissements. Pas d'œufs de parasites dans les matières. Amaigrissement considérable (poids 44 kilos) et très mauvais état général. Réaction de Wassermann négative ; réaction de Besredka fortement positive.

Radiothérapie, traitement local très léger 10 à 15 % de D.E. Vu le mauvais état général, on insiste sur l'irradiation de la rate, 1re série de 7 irradiations, la malade augmente de 2 kgr. (juillet 1922).

Je revois la malade le 2 octobre 1922, et constate une amélioration considérable ; l'état général est bien meilleur, la malade a repris du poids. Du côté de l'abdomen, le météorisme a disparu et le palper de la fosse iliaque droite, à peine sensible, ne permet plus de sentir la masse cæcale indurée, si nette la première fois. Cependant la malade a pris froid il y a quelques jours et accuse quelques douleurs vers la base gauche ; l'auscultation révèle à ce niveau quelques frottements discrets.

Deux séries de 7 irradiations de la rate en octobre 1922.

J'ai revu la malade le 31 janvier, et le 11 mars 1923 ; elle a visiblement engraissé, l'état général est excellent. Il est impossible de soupçonner qu'elle a eu quelque chose du côté du cæcum. Revue le 12 mars 1924, dans un état local et général parfaits ; elle pèse aujourd'hui 56 kgr. 600 et a repris son travail sans fatigue.

Observation IV. — Mlle G., 17 ans, a été prise le 23 mai 1922 à 6 heures du matin d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec nausées et sans vomissements. Température 38°8, pouls 90. Depuis quelques jours elle avait des pertes blanches abondantes et une douleur vague dans le bas-ventre, à droite. On ne retrouve, à l'interrogatoire, aucune trace de crise appendiculaire antérieure. A l'examen la douleur est exquise au point de Mac Burney ; il y a de la défense musculaire nette dans la fosse iliaque droite. La douleur est irradiée vers le côté droit du pelvis. Au toucher rectal on sent un utérus mobile, mais le cul-de-sac postéro-latéral droit est occupé par une masse sensible, de consistance inégale avec des parties dures et d'autres fluctuantes.

Opération le soir même, anesthésie générale à l'éther (aucun symptôme anormal n'a été perçu du côté des poumons). Incision transversale sus-pubienne, dissection du lambeau supérieur, laparotomie verticale sous-ombilicale. Le tissu propéritonéal est très vascularisé ; le péritoine est épaissi et parsemé d'innombrables granulations tuberculeuses. L'épiploon, adhérent partout à la paroi, limite en bas une ascite enkystée à loges multiples occupant le bassin et la fosse iliaque droite. L'intestin grêle et le cæcum sont semés de granulations tuberculeuses ; l'appendice est gros, adhérent, rouge, turgescent et fortement renflé en massue. Résection de l'appendice, fermeture de l'abdomen avec drainage que l'on sup-

prime vers le 5e jour. La plaie de passage du drain ne se ferme pas, devient atone et semble évoluer vers la fistulisation.

Le 20 juin 1922, traitement radiothérapique, localement 40 % de la D.E. en 4 séances (irradiation de la rate). Amélioration locale et générale dès la troisième séance.

Le 13 juillet, légère élévation thermique ; la malade a maigri de 600 grammes. Le traitement est repris du 20 juillet au 7 décembre (irradiation de la rate).

En janvier 1923, je revois la malade engraissée, en bon état général. On ne sent plus d'empâtement de la fosse iliaque droite et du bassin ; le ventre est parfaitement souple.

Observation V. — M. O., 31 ans, est examiné le 4 avril 1923. A eu une péritonite tuberculeuse à 16 ans, opérée ; convalescence en deux mois. Rien jusqu'en 1922. En juin 1922, orchite du testicule droit apparue en quelques heures, volume d'un gros œuf, soignée pendant trois semaines par héliothérapie. Diminution notable de volume, état général bon, mais poussées de fièvre 38, 7-39, céphalées, douleurs testiculaires. En décembre 1922, troubles du côté des vésicules séminales pendant un mois ; douleurs, sensations de brûlure intermittente et peu violente. En février, accroissement des douleurs qui empêchent le malade de marcher. Mauvais état général. Besoin d'uriner fréquent, sensation de brûlure.

Depuis le début de l'année, après une fièvre typhoïde précédée d'une période de grand surmenage intellectuel, il maigrit considérablement et perd ses forces. Apparition d'une tuméfaction du testicule droit avec sensation de pesanteur et sensibilité. Besoins fréquents d'uriner ; constipation.

Lorsque je l'examine, je trouve un testicule dur, bosselé ; l'épididyme est parsemé de nodosités assez volumineuses (noisette) ; l'une, à la tête de l'épididyme est adhérente à la peau, sans modification de couleur des téguments. Noyaux en grains de plomb sur le trajet du cordon droit. A gauche, on perçoit aussi sur le déférent deux petits nodules analogues à la racine des bourses. Le toucher rectal permet de sentir une prostate assez grosse et farcie de granulations. Vésicules séminales infiltrées. Mictions très fréquentes, douloureuses, troublant le sommeil. Etat général très mauvais, amaigrissement considérable, perte des forces, très mauvais état moral. Il n'y a pas eu de sang dans les urines. Réaction de Wassermann négative. Réaction de Besredka très fortement positive. Anorexie complète. Impossibilité de tout travail. Pas de symptômes pulmonaires.

Le 13 avril traitement radiothérapique :

1 champ 8 × 10, 30 cm. testicule droit périnée, 40 min.

1 champ 6 × 8, 23 cm. hypogastrique médian, 33 min.

1 champ 6×8, 23 cm. sacral médian, 30 min.

Le 7 mai. le malode urine moins souvent ; il ne se relève que deux fois par nuit. Réveil de l'appétit. Irradiation de la rate, 7 séances.

Reprise du traitement radiothérapique le 12 juillet après une période de repos.

Le 12 juillet 1 champ 8 × 10 à 30 cm. sur les 2 testicules, 30 min.

7 séances d'irradiation de la rate.

La prostate a diminué très notablement de volume. Le testicule droit est beaucoup moins gros, les nodosités de l'épididyme sont réduites dans une importante proportion. Etat général beaucoup meilleur, reprise de l'appétit, augmentation du poids. Etat moral meilleur.

A la fin d'août le malade accuse encore une très notable amélioration. La prostate est de volume normal, parsemée de points durs, fibreux. Les vésicules séminales sont à peine sensibles au toucher.

En octobre 1923, le malade est en état très satisfaisant ; il a cessé de porter un suspensoir et ne ressent plus de pesanteur douloureuse. Le testicule droit est de volume normal, un peu irrégulier comme consistance. L'épididyme est mobile et assoupli. Les mictions sont à peu près normales et le malade dort toute sa nuit. Augmentation de poids. Appétit excellent, très bon état général et moral. Le sujet reprend son travail. En mai 1924, l'état s'est maintenu très bon.

Observation VI. — M. G., 20 ans, présente dans ses antécédents une coxalgie gauche à l'âge de 7 ans. Il est examiné le 3 août 1923 : quinze jours après Pâques il a ressenti des douleurs dans la jambe droite, dans le pied droit et particulièrement au niveau des malléoles ; le pied s'est tuméfié dans son ensemble, puis le gonflement s'est localisé derrière la malléole interne, et sur le dessus du pied au niveau des tendons extenseurs. A l'examen on trouve tous les signes d'une synovite bacillaire à forme fongueuse de la gaine des fléchisseurs, derrière la malléole, et de la gaine des extenseurs sur le coup de-pied. Pas d'amincissement de la peau ni de changement de coloration des téguments. Bacillose pulmonaire du sommet droit avec petits craquements humides discrets. Amaigrissement considérable ; mauvais état général.

Après un séjour à la mer et applications de pointes de feu répétées, l'état général s'améliore et le malade reprend 4 kilos.

Le 22 décembre 1923, perte d'appétit, aggravation des synovites tendineuses, perte de poids. Etat général beaucoup moins bon.

Le traitement radiothérapique est commencé :

Le 11 février :

1 champ lat. int. 6 × 8, 15 min.

Irradiation de la rate 6 × 8, 23 cm., 5 min.

Le 18 février :

1 champ dessus du pied 6 × 8, 23 cm., 15 min.

Irradiation de la rate 6 × 8, 23 cm., 5 min.

Le 25 février :

1 champ ant. lat. interne 6 × 8, 23 cm., 10 min.

Irradiation de la rate 6 × 8, 23 cm., 5 min.

(Augmentation de poids : 2 kilos.)

Le 3 mars :

1 champ lat. ext. pied 6 × 8, 23 cm., 10 min.

Irradiation de la rate 6 × 8, 23 cm., 5 min.

Les 17, 24 et 31 mars :

Irradiation de la rate 6 × 8, 23 cm., 5 min.

Actuellement, le malade est considérablement amélioré. Il a augmenté de poids ; l'état général est bon. Localement la synovite des fléchisseurs ne laisse plus de traces, la région rétro-malléolaire interne est souple, sans aucune tuméfaction. Conservation des mouvements. Au niveau du cou-de-pied, il reste un peu d'empâtement dans la gaine des extenseurs.

Observation VII. — M. G., 19 ans 1/2, présente des signes non douteux de bacillose pulmonaire de tout le sommet droit au premier degré en arrière. Il a subi pendant la guerre de grandes privations pendant l'occupation allemande. L'état général est des plus précaire : amaigrissement énorme ; sujet grand et véritablement décharné, teint blafard. Anorexie complète. Dépression générale très accusée. Sueurs profuses le matin. Etat subfébrile tous les soirs. Une réaction de Wassermann est négative et la réaction de Besredka est fortement positive.

Irradiation de la rate, 7 séances commencées le 1er mars. Dès le début, le malade a engraissé de 200 grammes. Depuis la fin de mars, la toux a disparu à peu près complètement ; on ne perçoit plus de craquements secs ; cependant il reste un peu de submatité et d'exagération des vibrations thoraciques. Au 30 avril, l'état général est excellent, le malade est gai, plein d'entrain. Il commence à travailler sans fatigue et sans élévation de la température. Etat d'embonpoint normal pour son âge et sa taille. Bon appétit, bonnes digestions. En juin, état local et général excellents. Actuellement (fin mai 1924) la guérison se maintient parfaite.

Observation VIII. — Mme A., 36 ans, a eu une enfance chétive, elle a eu une adénite cervicale et une sous-mentale, à évolution lente ; ni l'une ni l'autre n'ont suppuré. Grippe en 1903, à la suite de laquelle elle a maigri et toussé pendant trois mois.

Je vois la malade le 2 mars 1923 ; à la suite d'un rhume grippal au commencement de l'hiver, elle a continué de tousser d'une façon persistante ; elle se sent très fatiguée. Amaigrissement très considérable. Elévation de la température tous les soirs au-dessus de 38°5. L'examen des crachats montre l'existence de bacilles de Koch. La réaction de Besredka est fortement positive, la réaction de Wassermann négative. Sueurs nocturnes. Anorexie complète.

L'auscultation permet de constater des signes assez étendus de bacillose au 2e degré au sommet droit en arrière. En avant, à gauche, on entend des craquements secs avec expiration prolongée. Mauvais état général.

Le traitement radiothérapique est commencé le 15 mars 1923 : irradiation de la rate, 7 séances de 5 min. Le 22 mars la malade a augmenté de 700 grammes. En même temps l'appétit s'est réveillé. La malade tousse moins. A ce moment, elle fait une petite poussée à gauche et perd 500 grammes.

Le 19 avril, la malade va mieux ; les signes stéthoscopiques à gauche se sont bien amendés. On trouve encore quelques bacilles dans les crachats. La malade a passé de 61 k. 450 à 62 k. 280.

Depuis ce moment, l'état général s'est beaucoup amélioré, la malade a pu reprendre ses occupations ; elle ne tousse plus. Il reste des signes stéthoscopiques à droite, discrets ; à gauche, la respiration est à peu près normale. Pas d'élévation de température. Poids stationnaire.

Observation IX. — Mlle B., 20 ans. Une sœur morte de méningite bacillaire en bas âge. Bacillose pulmonaire gauche consécutive à une grippe en 1918. Traitée à Arcachon pendant les années 1919, 1920 et 1921. En 1921, elle a dû être opérée pour une crise appendiculaire assez sévère. Réunion par première intention sans incidents. La malade retourne à Arcachon pendant un an.

Je la revois le 1er octobre 1922. Mauvais état général, état presque cachectique, sueurs nocturnes profuses. Symptômes cavitaires au sommet gauche, assez étendus. Etat congestif marqué au sommet droit. Expectoration abondante nummulaire.

Traitement radiothérapique le 4 octobre (excitation de la rate). Le 12 octobre, la malade a augmenté de 200 gr. Elle se sent un peu mieux. Pas de température. Malheureusement, après deux séances de traitement, la malade retourne à Arcachon. L'état a continué de s'améliorer pendant deux mois et demi. Puis les lésions ont repris une phase évolutive et la malade a succombé, dans un état de cachexie complète, en 1923.

Observation X. — Mlle C., 17 ans, est examinée au début de novembre 1922. Rien de saillant à relever dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Depuis quelques mois, elle a maigri sensiblement à la suite d'une grippe, et depuis trois semaines elle présente une gomme bacillaire cutanée près du lobe de l'oreille, tout à fait caractéristique. Son état général est assez mauvais, le teint est pâle ; la malade se plaint d'une toux sèche, un peu quinteuse.

A l'examen, on constate du côté du sommet droit de la submatité, de l'exagération des vibrations thoraciques, de la pectoriloquie aphone. La respiration est diminuée, l'expiration prolongée ; on perçoit à la fin de l'inspiration quelques craquements secs, discrets. Pas d'expectoration. Perte complète de l'appétit.

Traitement radiothérapique local, joue droite 33 % D.E. et 7 séances d'irradiation de la rate.

L'amélioration a été vraiment sensible après la 4e séance. Réveil de l'appétit, augmentation du poids, meilleur état général.

En décembre, la gomme a nettement régressé. Au mois de mars, l'état général est florissant ; l'auscultation ne laisse percevoir qu'une légère diminution

respiratoire sans bruits anormaux. L'état de la joue est excellent.

OBSERVATION XI. — *Bacillose génito-urinaire avec pelvi-péritonite.* — Mme A., 30 ans. Antécédents très chargés. Troubles urinaires, cystites, gros rein gauche sensible, fistules fermées de chaque côté de la symphyse pubienne. Pertes blanches abondantes. Règles douloureuses. Empâtement de tout le petit bassin, utérus fixe, sensible. A chaque période menstruelle, exacerbation des douleurs et des pertes. Amaigrissement.

En décembre 1922, traitement radiothérapique. Le problème qui se posait était ici d'obtenir une suppression momentanée des règles, sans dépasser la dose limite que nous donnons dans la tuberculose péritonéale, soit 33 % de D.E. La dose a été répartie en 4 champs et donnée en une séance. Suspension des règles pendant 8 mois, sédation des phénomènes douloureux, augmentation de poids 9 kilos.

En août 1923, les règles reviennent, peu d'abord, puis normales, pas d'écoulement, pas de douleur. L'état général se maintient bon à l'heure actuelle.

En dehors de ces dix malades traités avec succès, nous avons deux malades dont le traitement a été incomplet et que nous n'avons pas revues, et quelques observations trop récentes pour que nous puissions les considérer comme démonstratives.

Dans l'observation IX, l'irradiation chez une malade déjà cachectisée n'a pas donné de résultat et il faut voir ici la raison de cet insuccès dans l'état de trop grande faiblesse de la malade.

Dans tous les cas, surtout quand l'état général dominait l'état local, nous nous sommes toujours trouvés très bien d'une excitation indirecte de la rate.

CONCLUSION.

En conclusion, dans les tuberculoses locales comme dans la tuberculose générale, la radiothérapie offre un moyen thérapeutique qui, non seulement n'est pas négligeable, mais peut amener des améliorations inespérées (obs. VI).

Nous nous sommes toujours très bien trouvé de l'association de l'irradiation locale et de l'irradiation de la rate dans tous les cas où l'état général était fléchissant. Sans aller aussi loin que Manoukhine, qui a vu la disparition des bacilles dans les expectorations tuberculeuses, nous avons pu constater une diminution notable des bacilles par champ et nous avons noté un état granuleux de ceux qui subsistaient. Ce fait était dû à une amélioration notable des lésions.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Les formes frustes de la syringomyélie.

M. le prof. agrégé FOIX.

La syringomyélie est essentiellement constituée dans ses lésions par une excavation médullaire qui s'étend à l'intérieur de la moelle sur une grande longueur, en général sur 10 à 12 segments : c'est d'ailleurs de cet aspect en « moelle de roseau » que la syringomyélie tient son nom. Cette excavation prédomine constamment au niveau de la moelle cervicale. Il en résulte que les symptômes donnés par cette lésion sont particulièrement accentués dans le domaine dépendant de ce segment médullaire. La symptomatologie est généralement facile à reconnaître. Elle est constituée par deux ordres de signes : 1° des *signes lésionnels* en rapport avec le siège de la lésion médullaire et correspondant par conséquent au territoire de la moelle cervico-brachiale. Ils sont constitués par de l'*amyotrophie*, de la *paralysie* et des *troubles des réflexes*, de la *sensibilité* et de la *trophicité* ; 2° des *signes sous-lésionnels* siégeant dans le territoire sous-jacent à la lésion médullaire et caractérisés par une *paraplégie* plus ou moins marquée.

Voici un premier malade, il nous montre les deux groupes de signes de l'affection. Vous le voyez marcher en traînant un peu la jambe, mais ce qui frappe avant tout l'attention, c'est l'aspect de ses membres supérieurs. Il existe, en effet, une dissociation considérable entre les symptômes existant du côté des membres supérieurs et ceux des membres inférieurs.

I. — Au niveau des bras apparaissent les signes lésionnels, c'est le syndrome cervico-brachial caractérisé ici par des *troubles moteurs*, des *troubles sensitifs* et des *troubles trophiques*.

a) *Les troubles moteurs* sont d'ordre paralytique. Il s'y associe de l'amyotrophie et de la contracture. L'association de paralysie, d'atrophie et de contracture caractérise la syringomyélie, car, dans les névrites ou dans la sclérose latérale amyotrophique, la contracture est absente et dans l'hémiplégie, il n'y a pas d'atrophie notable. Ici, l'amyotrophie l'emporte sur la paralysie. Ce fait est dû à la prédominance de la lésion au niveau de la substance grise. La main est relevée dans une attitude spéciale due à la paralysie et à l'atrophie des muscles antérieurs de l'avant-bras, auxquelles s'oppose la contracture des mus-

cles de la face postérieure. Cette attitude spéciale de la main a été décrite sous le nom de « main de prédicateur ».

On observe parfois une contracture des fléchisseurs des doigts qui donne un aspect de « main en griffe » ou de « main en pince ». Ce dernier aspect a été décrit par MM. Pierre Marie et Guillain dans les cas où l'intégrité du pouce et de l'index étant conservée, ces deux premiers doigts servent seuls à la préhension.

Ces caractères de la contracture peuvent faire penser à eux seuls à la syringomyélie.

Il n'y a généralement pas parallélisme entre l'aspect des deux mains. C'est ainsi que chez ce malade, nout voyons du côté gauche, une main en griffe, et à droite, une simple amyotrophie du type Aran-Duchenne.

b) *Le syndrome sensitif* dans la syringomyélie est essentiellement caractérisé par une *dissociation de la sensibilité* avec conservation de la sensibilité tactile et perte de la sensibilité thermique et parfois aussi de la sensibilité à la douleur.

Chez ce malade, on délimite facilement la zone de l'insensibilité thermique. Vous voyez qu'elle englobe les bras et s'étend sur le thorax un peu plus bas que le mamelon.

La perte de la sensibilité thermique est un signe capital de la syringomyélie sous ses formes frustes. Il faut savoir cependant que ce signe peut manquer, mais son absence est très rare.

Dans certains cas, les troubles sensitifs existent, mais sans dissociation, la perte de la sensibilité étant totale. Ce fait se produit dans les cas de lésions étendues où, après un stade de dissociation, s'installe un stade de perte complète des sensibilités.

c) *Les troubles de la réflectivité* constituent le symptôme le plus constant. Ils consistent en une abolition des réflexes tendineux du membre supérieur. Cette abolition est toujours précoce et précède parfois tout autre signe. Mais il est une particularité intéressante à signaler. C'est l'exagération du réflexe de flexion des doigts obtenu par la percussion de la styloïde radiale, alors que le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras est aboli. Ce symptôme, sur lequel M. Babinski a attiré l'attention, est d'une très grande fréquence dans la syringomyélie. Il traduit l'existence d'une lésion de la moelle au niveau du 5e segment cervical. C'est, en effet, en C^5 que siège le centre du réflexe de flexion de l'avant-bras, tandis que le réflexe de flexion des doigts a son centre plus bas situé, en C^8. On pourrait cependant s'attendre, d'après ce que nous avons dit sur la longue étendue de la cavité syringomyélique, à ce que le centre situé en C^8 soit atteint lui aussi et, par là-même, à ce que le réflexe de flexion des doigts soit également aboli. Mais la destruction médullaire au-dessous de C^5 est généralement insuffisante et il persiste en C^8, une certaine portion de corne antérieure qui explique le maintien et l'exagération du réflexe de flexion des doigts. Sur 20 cas où j'ai pu constater l'existence de cette dissociation des deux réflexes, il s'est agi 17 fois de syringomyélie et une fois d'un mal de Pott comprimant la moelle en C^6.

d) *Les troubles de la trophicité* rencontrés dans la syringomyélie ont quelque chose de singulier. Ils revêtent un aspect tout particulier à cette affection et intéressent à la fois la peau, les os et les articulations.

On observe une projection en avant des épaules, un renfoncement de la poitrine en creux qui donne l'aspect du « thorax en bateau » signalé par le prof. Pierre Marie, et très souvent une cyphose ou une cypho-scoliose. Les mains sont rouges, violacées et froides en raison de troubles circulatoires importants. La peau est amincie, rosée, d'aspect succulent. Le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi et l'augmentation de volume des mains a fait créer dans ces cas le terme de « chiromégalie ». Les troubles trophiques s'étendent parfois à la face et l'on peut voir une saillie du menton par hypertrophie du maxillaire inférieur, tandis que la face est aplatie. Il s'y associe dans certains cas un syndrome sympathique unilatéral.

Les articulations sont souvent atteintes et l'on peut avoir des arthropathies comparables à celles du tabes. Le malade que vous voyez présente un épaississement du poignet qui est l'indice d'un début d'arthropathie syringomyélique.

Il faut noter aussi la mauvaise résistance aux infections, due, en partie, à ce que le malade ne sent pas et se blesse souvent, mais aussi à ce que la défense des tissus se fait mal. Ces infections donnent naissance au « panaris analgésique ».

L'ensemble du syndrome cervico-brachial est composé de ces divers symptômes que l'on peut grouper en deux catégories : 1° *les symptômes qui éveillent l'attention* en faveur de la syringomyélie. Ce sont : l'atrophie, les troubles trophiques, les panaris, la cypho-scoliose, le thorax en bateau ; 2° *les symptômes de diagnostic*, qui sont : l'état spécial de la sensibilité et la main de syringomyélique.

II. Du côté des membres inférieurs se manifestent les signes sous-lésionnels. C'est la *paraplégie spasmodique*. Les phénomènes de spasmodicité dans le territoire sous-jacent à la lésion sont dus à ce qu'au niveau de la moelle cervicale, la cavité syringomyélique empiète sur le faisceau pyramidal. Dans le cas de ce malade, la jambe la plus atteinte est celle qui correspond au bras le plus lésé. Il s'agit bien d'une paraplégie spasmodique, car on trouve l'exagération des réflexes tendineux, le clonus du pied et de la rotule et le signe de Babinski.

Le syndrome paraplégique n'est pas constant dans la syringomyélie. Son existence dépend de

l'étendue des lésions et l'on peut cataloguer les cas en deux groupes : le groupe des paraplégiques et celui des non paraplégiques.

Formes frustes. — Les formes frustes de la syringomyélie sont très nombreuses. Ce fait s'explique par le développement très lent de la maladie.

Les exemples abondent où l'affection est restée très longtemps méconue. Tel est le cas d'une femme qui, à l'âge de 40 ans, vint nous consulter présentant une paraplégie spasmodique et, du côté des membres supérieurs, des troubles sensitifs et de l'abolition des réflexes tendineux. Cette femme avait eu à l'âge de 14 ans un panaris indolore et, dès l'enfance, présentait une cypho-scoliose. Tous les cas commencent par être frustes. C'est au début que le diagnostic est difficile.

Il faut envisager la question de ce diagnostic suivant les groupes de manifestations que l'on peut rencontrer.

1° DANS LES FORMES CERVICO-BRACHIALES, on peut observer : *a*) des *formes amyotrophiques.* Nous avons vu une jeune fille qui présentait pour toute symptomatologie une maladresse de la main gauche avec une amyotrophie du type Aran-Duchenne à cette main, un peu de raideur et de contracture, et chez qui le diagnostic fut établi par l'existence de troubles sensitifs dans le domaine de C^5 et de C^6. La radiothérapie vint arrêter le cours de l'évolution des lésions et ce résultat montre bien l'intérêt qu'il y a à porter un diagnostic précoce.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une forme à prédominance nettement unilatérale revêtant un type d'hémiplégie gauche avec, du côté du membre supérieur, une abolition des réflexes tendineux, de l'amyotrophie et de la dissociation des sensibilités.

b) Des *formes sensitives,* souvent difficiles à reconnaître, constituées parfois par des douleurs vagues, d'autres fois, par des douleurs plus vives s'irradiant tout le long du bras et faisant penser, soit à du rhumatisme, soit à des névralgies.

c) Des *formes trophiques,* revêtant divers aspects. Le type le plus net est le *panaris de Morvan,* énorme panaris indolore dont la pathogénie a suscité de nombreuses discussions. Joffroy et Achard en font une forme fruste de syringomyélie. D'autres cliniciens y voient une manifestation de la lèpre. Il semble bien que la plupart des cas observés soient rattachables à la syringomyélie.

Il faut penser aussi aux *manifestations arthropathiques.* Nous avons rencontré un cas d'arthrite de l'épaule consécutive à un traumatisme de cette articulation par accident du travail. L'arthropathie présentait, dans ce cas, un aspect tabétique avec grosse dislocation de l'épaule. Les articulations de la colonne cervicale n'étaient pas indemnes et l'on relevait, en outre, des troubles des réflexes et de la sensibilité qui dénotaient la nature syringomyélique de l'affection.

d) Le *début par un syndrome sympathique* peut être observé. Il se manifeste par le syndrome de Claude Bernard-Horner : exophtalmie, myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, pseudoptosis et s'accompagne parfois d'aplatissement de la face. Lorsque ce syndrome est net, il faut se méfier de la possibilité d'une syringomyélie dont la lésion, en sectionnant le centre du sympathique cervical qui siège en C^8 et D, peut entraîner les signes liés à l'altération de ce centre.

2° FORMES FRUSTES A PRÉDOMINANCE BULBAIRE. — Quand la lésion siège au niveau du bulbe, elle constitue une *syringobulbie.* Dans cette région du névraxe, le canal épendymaire s'élargit pour former le 4e ventricule. La lésion, dans ce cas, n'est plus constituée par une cavité siégeant en avant de l'épendyme, comme dans la moelle, mais par des fentes traversant le bulbe, empiétant sur l'olive ou sur le faisceau pyramidal, et aplatissant le bulbe d'un côté.

On peut observer cliniquement dans ces cas, une paralysie du voile du palais et du larynx d'un même côté, constituant un *syndrome d'Avellis* par atteinte du noyau ambigu. Il est d'ailleurs à noter que le syndrome d'Avellis relève presque toujours soit du tabes, soit de la syringomyélie. Dans un cas de syringomyélie, j'ai vu le syndrome d'Avellis s'accompagner d'une abolition des réflexes aux membres supérieurs et d'une exagération de la réflectivité aux membres inférieurs confirmant le diagnostic. Mais, dans un autre cas, ce syndrome ne s'accompagnait que d'une dissociation de la sensibilité à type syringomyélique au niveau des territoires de C^3, C^4 et C^5.

Il nous a été donné de vérifier un cas de syringomyélie qui ne s'était caractérisée cliniquement que par une *névralgie faciale* pure avec simple ébauche d'un syndrome de Claude Bernard-Horner et dans lequel on ne découvrit que des lésions minimes de la racine bulbaire du trijumeau; une destruction massive de la Ve paire eût d'ailleurs entraîné la disparition des douleurs.

Dans la syringobulbie, on peut rencontrer une *hémiatrophie linguale* par lésion du grand hypoglosse dont les filets radiculaires traversent le bulbe et qui peuvent être touchés dans leur trajet par la fente syringomyélique.

La maladie peut enfin être caractérisée au début uniquement par une *forme sensorielle* ou *vestibulaire* dans laquelle on observe des troubles de l'équilibre, de légers vertiges et du nystagmus.

3° FORMES FRUSTES DORSALES. — La lésion syringomyélique a parfois une prédominance dorsale initiale et se traduit d'abord par une cyphoscoliose comparable à la cypho-scoliose des adolescents. L'application d'un corset ne modifie

◆◆◆◆

pas, dans ce cas, la déformation rachidienne et l'on voit survenir plus tard, une paraplégie. Mais, ces cas sont peu fréquents. Les recherches que j'ai systématiquement entreprises pour dépister la syringomyélie chez les sujets atteints de cyphoscoliose ne m'ont permis de découvrir que deux cas méconnus de cette affection.

4° FORMES FRUSTES LOMBO-SACRÉES. — Quand l'altération médullaire siège dans le segment lombo-sacré, on peut avoir des troubles vésicaux et des troubles moteurs. Le diagnostic se fait par l'abolition des réflexes, l'amyotrophie et les troubles sensitifs siégeant du côté paralysé.

5° SYMPTÔMES A DISTANCE. — Dans certains cas de syringomyélie, on a pu noter l'existence du signe d'Argyll-Robertson. M. Babinski donne ce signe comme pathognomonique de la spécificité nerveuse. C'est une règle exacte en principe, mais il existe quelques exceptions rares et ces exceptions sont fournies par la syringomyélie.

Les lésions de la syringomyélie dans leur extension vers l'encéphale ne dépassent jamais la protubérance et donnent au maximum une *paralysie de la VIe paire* ou un *syndrome de Foville* en touchant les voies vestibulo-oculaires. Mais la maladie peut s'accompagner de distension ventriculaire. L'aqueduc de Sylvius s'élargit dans ce cas de 5 à 6 fois ses dimensions normales, il peut s'ensuivre une altération des noyaux de la IIIe paire qui sont accolés à l'aqueduc, d'où l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière.

La syringomyélie peut, dans quelques cas s'accompagner d'un *syndrome adiposo-génital*. Cette malade que je vous présente en est un exemple. Vous pouvez voir chez elle, une adipose considérable, une diminution du système pileux et la malade nous dit que ses règles ont complètement disparu depuis l'âge de 39 ans. Ces cas se compliquent parfois de polyurie et cet ensemble de symptômes appelle l'attention sur l'atteinte de la région infundibulo-tubérienne par dilatation du 3e ventricule et aplatissement consécutif de l'hypophyse et du tuber. Il est logique de conclure que le syndrome infundibulo-tubérien peut être déterminé par cette distension et par ce refoulement.

La cécité que l'on peut voir survenir au cours de la syringomyélie est peut-être due à un processus analogue de compression du chiasma et des nerfs optiques.

La syringomyélie peut donc revêtir des aspects tout à fait variables que le clinicien doit bien connaître. Il suffit pour faire le diagnostic de cette affection de penser à sa possibilité et de rechercher systématiquement les signes cardinaux de la maladie.

Traitement. — Il n'est pas indifférent pour le malade de savoir établir ce diagnostic, car la syringomyélie est justiciable d'un traitement actif qui, lorsqu'il est entrepris suffisamment tôt, peut enrayer l'évolution des lésions. Ce traitement est la *radiothérapie*. Les irradiations doivent être larges. Il faut qu'elles dépassent en hauteur les bornes de la lésion, telles qu'on a cru pouvoir les établir par les symptômes constatés. On ne doit pas craindre de faire porter les irradiations de la moelle sur la région bulbaire inférieure. L'application des rayons en ce point demande certaines précautions, mais ne saurait provoquer d'accidents sérieux quand le traitement est conduit par un radiologue averti.

On ne peut espérer faire disparaître les lésions syringomyéliques par la radiothérapie, mais on est en droit de compter sur un arrêt de leur évolution et ce fait constitue un avantage très appréciable.

Leçon recueillie à l'hôpital de la Salpêtrière,
par le Dr FRIBOURG-BLANC.

A PROPOS DU TRAITEMENT DES VARICES

I

Dans le numéro du *Concours médical*, du 2-11-24, MM. Gély et Maigre donnent le résultat de neuf cas d'injections sclérosantes avec ligature préalable faite dans le but d'éviter la migration éventuelle d'un embolus.

Cet article me semble devoir appeler quelques observations.

1° Les auteurs font état d'un cas, unique, de mort subite survenu en 1920 et qui aurait pu être causé par une injection sclérosante intra-variqueuse faite quelques jours auparavant.

Ignorent-ils qu'il n'y a là qu'une simple hypothèse émise par M. Sicard à une époque où peu d'injections sclérosantes avaient été pratiquées ? Le fait était possible ; il ne pouvait être vérifié ; il était néanmoins prudent de tenir compte de cette coïncidence et d'en faire le point de départ d'une enquête.

2° Or, depuis cette époque, on a fait des quantités d'injections sclérosantes.

On en faisait depuis longtemps : je veux parler des oblitérations involontaires des veines du pli du coude que tous les praticiens ont eu l'occasion de déplorer, non pour leurs malades, qui ne s'en portaient pas plus mal, mais pour eux-mêmes.

Le danger n'est apparu, pour quelques-uns, que du jour où on a sclérosé des varices.

Cependant, c'est par milliers que ces injections ont été faites systématiquement, tant par M. Sicard et ses élèves que par le Dr Luidi (Italie), le Dr Bique, de Valence (Espagne), Montpellier et Lacroix, d'Alger, Génévrier, Giordani, Bazélis, Filderman, A. Mathieu, de Marseille, Oster, de Saint-Dié, pour ne citer que ceux qui les ont le plus employées.

Nous possédons nous-même 1.250 observations de malades de tout âge, nullement choisis ni triés, traités à Saint-Dié d'abord, à Paris ensuite, avec plus de dix mille injections intra-variqueuses : pas plus que nos confrères, nous n'avons eu d'accident.

Une telle innocuité se rencontre-t-elle dans la pratique des autres injections intra-veineuses, celles de sels arsénicaux, par exemple ? Nous en doutons.

3° D'autre part, pour qu'il y ait embolie, il faut un caillot mobilisable.

Or, l'anatomie pathologique a répondu jusqu'à présent : à une injection faible correspond une endoveinite ; à une injection forte correspond une endoveinte accompagnée d'un thrombus organisé, adhérent, et d'une inflammation du voisinage.

Nous convenons toutefois que des recherches nouvelles sont nécessaires ; elles sont plus complexes qu'on ne le croit communément, car elles demandent une expérimentation minutieuse et longue, d'après un plan méthodique et dans des conditions extrêmement variées.

En attendant, la clinique montre que toutes les injections ne déterminent pas une oblitération, même momentanée, et qu'on peut, par des injections faibles et souvent répétées, obtenir une sclérose suffisante, sans que le vaisseau cesse d'être perméable.

Elle montre également qu'à défaut d'injection forte, les traumatismes, qu'il s'agisse d'un choc violent ou plutôt de chocs faibles, mais répétés, fréquents chez les terrassiers, les tonneliers, les bûcherons, les schlitteurs par exemple, donnent un coup de fouet à l'endoveinite.

Nous avons dû enregistrer de nombreux cas de ce genre ; ils aboutissaient parfois à de formidables inflammations de tout le membre, des chevilles à l'aine. Un repos de huit jours suffisait généralement pour permettre la reprise du travail. Y avait-il caillot ? Si oui, il faut convenir en tout cas qu'il était solidement fixé.

N'est-ce pas ici le lieu de parler d'une curieuse statistique publiée le 22 janvier 1924 par le Pr Magnus, d'Iéna. Il a examiné 32 cas d'embolies pulmonaires mortelles survenues à la suite d'opérations diverses, à la clinique chirurgicale universitaire. Les procès-verbaux d'autopsies ont montré que ces embolies mortelles n'avaient jamais eu leur origine dans le territoire des veines saphènes, mais bien dans les gros troncs. Quoique ces thromboses n'aient rien de commun avec la thrombose d'origine chimique qui nous intéresse, nous pensons qu'il est utile de signaler à nouveau ces observations ; nous souhaitons également que d'autres statistiques, faciles à établir, viennent les confirmer.

Disons enfin, qu'en traitant les ampoules inesthétiques, ces sortes de « pastilles » noires ou violet foncé qui ressemblent à des confettis, par injection et ponction, procédé analogue à celui de Calot pour les abcès froids, on obtient à volonté, à la ponction, du liquide trouble, de la bouillie rouge, et une pellicule noire qu'un coup d'ongle enlève sans cicatrice apparente ; on sèche la pastille comme s'il s'agissait d'une ampoule du creux de la main. Nous n'avons jamais trouvé là de caillot.

Il nous semble donc que rien n'autorise à opposer un seul fait, toujours le même, doublement douteux, à une méthode qui, depuis quatre années a fait largement ses preuves, et nous ne voyons pas la nécessité d'employer des procédés nouveaux pour pallier à un danger qui n'est pas encore démontré.

La nécessité de la ligature préalable pour empêcher la rapide diffusion de la substance injectée n'apparaît pas davantage.

On arrive parfaitement, avec un peu d'expérience, à diriger le liquide sclérosant, à le faire circuler là où l'on désire son action, à en graduer les effets, soit par le dosage, soit par la quantité injectée, soit par la durée du contact avec l'endoveine, et, par suite à n'injecter, si l'on veut, que des quantités de liquide tout à fait minimes. L'habitude apprend à juger la résistance probable des veines, le degré de la réaction éventuelle, chose essentielle pour pratiquer à volonté la cure lente ou la cure rapide, pour traiter les cas compliqués d'eczéma et d'ulcères, pour s'attaquer aux jambes transformées en éponges variqueuses en évitant non seulement les escarres locales, mais aussi les escarres à distance.

Mais, nous nous réservons de revenir sur ce sujet lorsque nous publierons, avec un peu de recul, les résultats d'une expérience déjà longue.

Ils sont tout à l'honneur d'une méthode parfaitement sûre, applicable à tous les cas ou presque, car les contre-indications véritables sont extrêmement rares.

Cette méthode, il nous semble superflu de la compliquer davantage par des interventions ingénieuses mais inutiles. Elle n'est pas déjà toujours si aisée à appliquer, et, comme le dit Mathieu, « s'il est bien évident qu'il est facile de guérir une « varice isolée, il est bien autrement délicat

« d'apporter la guérison à des membres couverts « de varices ou de leurs complications : il faut « pour cela de la persévérance, de la prudence, « du doigté. »

Nous pensons que, dans la plupart de ces cas difficiles, le procédé de la ligature préalable, que, par ailleurs, nous avons jugé inutile, serait par surcroît inapplicable.

Dr Louis HUMBERT.

II

Dans une « Note de Pratique Quotidienne » (v. *Concours médical* du 2-XI-24). MM. Louis GÉLY et Etienne MAIGRE écrivent :

« Plusieurs centaines d'injections, faites depuis 1915, n'auraient jamais été suivies de phlébite ou de migration de caillot. Mais, au moins, un cas de mort ayant été signalé à la suite d'une injection intravariqueuse,on peut cependant redouter une embolie, en particulier dans le cas de grosses varices multiples et diffuses, lorsque le système veineux superficiel communique... »

Je pense, que si des accidents graves se sont produits à l'occasion des injections sclérosantes, ce que j'ignore, n'en ayant pas vu un seul, ils ne sont pas dus aux injections sclérosantes.

Depuis cinq ans, je fais,tous les jours, plusieurs injections et n'ai jamais constaté le moindre incident. J'injecte du salicylate de soude dans les varices, dans les hémorrhoïdes, dans la glande thyroïde (contre le goitre exophtalmique) et depuis peu, dans les adénites bacillaires. J'en ai injecté à des malades de 77 ans, à des alcooliques, à des enfants et à des femmes enceintes sans le moindre inconvénient.

Grâce aux procédés décrits ici-même et ailleurs, les résultats obtenus sont extrêmement rapides : une ou deux injections dans la plupart des cas aussi bien pour les varices que pour les hémorrhoïdes.

Il n'est donc point nécessaire de rechercher des procédés compliqués pour « obtenir des guérisons « sans danger, sans réactions de périphlébite plus « intenses que dans le traitement ordinaire, et « en même temps relativement courts ».

J'attirerai l'attention des praticiens sur les faits suivants :

Par trois fois dans mon cabinet et une fois en ville, j'ai vu des malades qui marchaient et réclamaient des injections sclérosantes en pleine période aiguë de phlébite inflammatoire. Ces quatre malades m'avaient été adressés par quatre médecins. A supposer qu'un accident de migration thrombosique se fût produit à un de ces malades en dehors de toute injection sclérosante, n'eût-on pas été tenté d'attribuer l'accident à notre méthode ?

Les variqueux sont sujets à des poussées phlébitiques fréquentes, localisées à des petites branches ; je suis persuadé qu'il se produit parfois des guérisons spontanées par phlébo-sclérose oblitérante.

Certaines morts subites inexpliquées ou attribuées à tort à des causes diverses (notamment chez des parturientes ou des femmes enceintes ou en couches), sont dues à des migrations thrombosiques parties de phlébites méconnues.

Une injection intra-variqueuse peut déterminer une mobilisation dans un embranchement atteint de phlébite. Elle peut aussi coïncider avec une mobilisation d'un thrombus d'une veine du membre qui n'a pas été injecté. Dans ces deux cas, l'accident peut survenir quelque temps après l'injection sans qu'on soit en droit d'incriminer la méthode et de la rendre suspecte aux malades si nombreux à qui elle pourrait rendre de précieux services.

Ce qu'il faut avant tout, c'est un examen minutieux du malade et surtout de ses DEUX membres inférieurs avant chaque injection.

Il faut aussi une rigoureuse asepsie des instruments et une excellente préparation et conservation des solutions.

Dans ces conditions, les injections sclérosantes permettent, avec une bonne technique, l'oblitération en quelques jours de toutes les variétés de varices des membres inférieurs et de l'anus.

Dr FILDERMAN.

LES ANOMALIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE QUI DONNENT LIEU A DES ERREURS DE DIAGNOSTIC (1) (*suite*).

Par le Dr C. RŒDERER,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis.

3° *Une certaine anomalie des vertèbres cervicales, la réduction numérique des vertèbres*, se présente sous une physionomie clinique très particulière et tellequ'à première vue, quand on rencontre ces malades dans la rue, on a nettement l'impression d'un mal de Pott. Sans doute, dans le type extrême, quand il y a absence complète du rachis cervical, quand on se trouve en présence d'*un homme sans cou*, la différenciation est bien claire. On n'aura pas de doute non plus quand la déviation se complique, comme dans un cas présenté le 29 mars dernier à la Société anatomique de Paris, par Feil, Vanbackstall et Roland, d'autres

(1) Voir *Concours Médical* n° 50.

malformations accentuées de la face et du tronc, ni même quand il y a réduction atrophique de trois ou quatre vertèbres cervicales fusionnées entre elles et avec les trois ou quatre premières dorsales en un bloc osseux.

Mais dans les types frustes, quand la réduction ne porte que sur une ou deux vertèbres, le tassement cervical et la modeste limitation des mouvements, peuvent, au premier abord, en imposer pour un mal de Pott. Bertolotti a présenté, récemment, à la Société Anatomique de Paris, un cas de cet ordre dont il disait lui-même qu'on pouvait croire à un mal de Pott sous-occipital.

Pourtant, une première remarque prédispose en faveur d'une lésion congénitale. Les sujets atteints de malformation cervicale sont presque toujours des brachycéphales. Leur tête est généralement volumineuse, dit Breton, qui a consacré en 1921 un important travail à cette question. Ces malades se présentent avec un air figé, leur tête semble enfoncée dans leurs épaules. Tantôt, elle est un peu penchée de côté et l'on croit à un torticolis, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, elle demeure droite. On a bien l'impression qu'il s'est fait un tassement comme dans la spondylite.

Trois signes cardinaux dominent la symptomatologie. Ce sont :

L'implantation basse des cheveux ;

L'absence de cou ;

La limitation des mouvements de la tête.

L'implantation basse des cheveux indique presque toujours une anomalie et son importance paraît porportionnelle avec la gravité de la déformation. Les photographies de Feil, de Bertolotti et Breton sont significatives à ce point de vue. S'il n'y a qu'une ou deux vertèbres manquantes, on a, au lieu de cheveux abondants, « des poils souples, fins, longs, formant une hypertrichose diffuse » descenpant de la nuque jusque sur le haut du dos et se développant au moment de la puberté.

L'absence de cou se complique d'un élargissement de cette région.

Quant à la limitation des mouvements, elle est assez caractéristique et différente de ce que l'on constate dans les différents types de maux de Pott cervicaux. Dans le *sens antéro-postérieur*, les mouvements d'extension sont très réduits. Certains malades ne peuvent lever le menton plus haut que l'horizontale. La flexion est aussi limitée : le menton quoique plus rapproché du thorax que chez des individus normaux, ne peut arriver à toucher le sternum.

Dans le sens latéral, les mouvements sont encore plus réduits.

Ils sont nuls *dans le sens de la rotation*. Prié de tourner la tête pour regarder un objet placé de côté le sujet tourne seulement les yeux ou, au contraire, tout le corps.

Il en est autrement dans le mal de Pott cervical, où ce sont, suivant le siège, ou bien les mouvements de flexion, ou ceux de rotation, ou ceux d'inclinaison qui sont touchés.

Du reste, *d'autres petits signes* sont associés dans le cas de malformation congénitale. Il n'est pas rare que l'*occipital* fasse une cyphose considérable et déborde énormément en arrière de la région cervicale. *L'ouverture de la bouche* est fort réduite : les arcades ne peuvent presque pas s'écarter.

Les bras du sujet sont disproportionnés avec la longueur du tronc et, enfin, on peut observer l'abaissement des aréoles mammaires, l'abaissement des oreilles, l'obliquité de l'axe des yeux, la déformation en carré des omoplates.

La radiographie, en cas de doute, donnerait la certitude. Malheureusement, cette radiographie n'est point toujours facile à obtenir, surtout pour la région atloïdo-occipitale, en raison de la difficulté d'écartement des arcades dentaires, et aussi de la cyphose basilaire concomitante, l'occipital venant masquer de son ombre l'image de l'atlas et de l'axis. Elle doit, du reste, obéir à une technique particulièrement délicate.

Il convient d'avoir, en premier lieu, une vue d'ensemble de toute la région cervicale. Une radiographie oblique antérieure gauche et une oblique antérieure droite ensuite sont indispensables. Pour avoir l'extrémité du rachis et surtout l'articulation atloïdo-occipitale, on recourt au procédé de Contremoulin et Galland, de la radiographie par le cavum nasal, en entrant à un centimètre au-dessus de la pointe du nez.

D'autres auteurs, Bertolotti entre autres, ont radiographié en plaçant une plaque sous le menton et l'ampoule sur le vertex. L'interprétation de ces radiographies inaccoutumées est fort difficile.

Des radios de profil sont toujours indispensables.

L'ensemble de ces clichés, la constatation d'une déformation qui dure depuis longtemps, que le sujet croit avoir toujours connue, surtout l'absence de douleurs, pourrait permettre, chez l'adulte, la différenciation avec le mal de Pott.

Pourtant, dans presque toutes les observations, on trouvera que l'erreur a été commise. Elle le fut chez un homme de 24 ans traité pour un mal de Pott sous-occipital (Feil), chez un jeune homme de 16 ans, porteur d'une minerve (Feil), chez un homme de 30 ans dont l'histoire est rapportée par Bertolotti, chez un jeune homme de 18 ans vu par le même auteur, chez une filette de 12 ans suivie ensuite par Lance.

Il est, d'ailleurs, deux ordres de cas très embarrassants. C'est d'abord quand le syndrome de Klippel-Feil, ordinairement silencieux, se complique de douleurs. C'est heureusement exceptionnel, mais Roger et Astier (Comité Médical des Bouches-du-Rhône, en novembre 1923) rapportèrent l'histoire d'un vieillard de 83 ans atteint d'une réduction numérique des vertèbres du cou, qui avait commencé à ressentir depuis l'âge de 30 ans des algies cervicales, d'abord intermittentes puis continues et telles qu'elles avaient simulé le mal de Pott.

C'est, enfin, *quand on a affaire à un sujet très jeune* dont la radiographie est difficile à interpréter.

Ces derniers mois, un confrère m'appelait auprès de son neveu âgé de six mois. Les parents avaient récemment remarqué qu'il avait le cou dans les épaules et, dans le milieu isréalite, transporté récemment à Paris, où les tuberculoses sont si fréquentes, on pouvait craindre un mal de Pott. Une excellente radiographie me laissa encore dans le doute et à l'heure actuelle je ne suis pas encore complètement fixé.

Breton rapporte dans sa thèse un cas d'erreur très préjudiciable à une enfant. Il s'agissait d'une fillette alors âgée de 12 ans. Quand elle avait 7 ans 1 /2, les parents remarquèrent la brièveté du cou et son immobilité, et le diagnostic de mal de Pott cervical avait été posé ; l'enfant fut maintenue trois ans durant dans des minerves plâtrées et un an de plus dans des appareils amovibles, au grand dommage de son développement général. Il s'agissait d'une malformation étendue du rachis, avec extrême aberration morphologique de toute la chaîne métamérique.

Il n'y avait que trois vertèbres et demie à la région cervicale, dix dorsales, quatre lombaires et demie. Ce fait est à retenir ; quand il y a doute, chez l'enfant très jeune, il faut tenir compte du spina-bifida que l'on note presque toujours d'une façon concomitante avec la réduction numérique et, en tout cas, il faut explorer méthodiquement tout le rachis, car il est fréquent de trouver ailleurs des anomalies vertébrales qui feraient préjuger d'anomalies cervicales même, si la radiographie de ce segment était peu claire.

Une autre anomalie vertébrale est d'un diagnostic encore plus difficile avec le mal de Pott sous-occipital. C'est l'occipitalisation de l'atlas, dont il existe deux formes : une forme unilatérale légère et une forme bilatérale symétrique, où la tête est à peine déviée.

Le malade porte le chef un peu de travers, et, dans le jeune âge, on a pu croire à un torticolis congénital. Certains ont même été opérés. Devenus adultes, ces sujets n'ont pas l'aspect soudé des hommes sans cou. Ils ont seulement un peu de limitation latérale des mouvements, mais la flexion et l'extension demeurent normales. Ils sont peu gênés par leur infirmité, ils ne ressentent aucune douleur.

La radio de cette région occipito-atloïdienne est, nous l'avons dit, fort difficile à faire, elle est encore plus difficile à interpréter.

Ces cas peuvent toujours prêter à confusion.

II. — La confusion s'est établie en raison des troubles nerveux.

Plus souvent encore qu'en raison d'une attitude soudée, d'une limitation de mouvements, d'une gibbosité, c'est parce qu'un sujet présente des troubles nerveux de divers ordres qu'on peut mettre au compte d'un mal de Pott des phénomènes qui sont à inscrire au bilan d'une anomalie vertébrale.

Trois ordres de faits surtout sont à retenir qui peuvent donner lieu à des douleurs ou à des désordres moteurs, ce sont :

Les côtes cervicales ;

La sacralisation ;

Le spina-bifida occulta.

1° *Les côtes cervicales* d'abord. Elles ont été à l'honneur en ces derniers mois, à la suite de quelques recherches intéressantes. Elles furent l'objet du rapport de M. André Thomas, au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, à Besançon, en 1923, et d'un important mémoire de Sénèque dans le *Journal de Chirurgie*, en août dernier.

La radiographie a montré combien cette anomalie était fréquente. Aussi tandis que les ouvrages classiques ne leur consacraient que quelques lignes, occupent-elles quelques pages dans la chirurgie du thorax, d'Anselme Schwartz.

Ces côtes cervicales se développent presque toujours aux dépens de la septième, parfois de la dixième, enfin, dans de rares observations, il existait une huitième vertèbre cervicale porteuse d'une côte surnuméraire.

Ces côtes sont, la plupart du temps, bilatérales, mais inégalement développées des deux côtés. Leur développement est, d'ailleurs, fort variable. On peut avoir un simple bourgeon osseux, rudimentaire, ou une côte flottante, ou une côte plus développée venant se fixer en bas sur l'omoplate ou sur la première côte par fusion ou par ligament fibreux, ou enfin une vraie côte s'articulant avec le sternum. Il y a divers degrés dans ce que Bertolotti appelle la dorsalisation de la septième vertèbre cervicale. Du reste, des syndromes douloureux ont été observés dans des cas où il n'y avait pas de côte cervicale, mais simplement une hypertrophie de l'apophyse transverse de la septième cervicale. C'est une notion à retenir. Il n'y a aucun parallélisme entre le développement du costal de la septième cervicale et les troubles nerveux présentés par le sujet.

Pourtant, du fait de la présence de cette côte anormale, des modifications anatomiques plus ou moins importantes vont modifier la topographie de la région. L'artère sous-clavière, qui passe sur la première côte, en arrière du tubercule de Lisfranc, passera, si la côte supplémentaire est longue, au-dessus d'elle, suivant un trajet remontant, en faisant un coude qui peut correspondre à une diminution de calibre. La veine passe à sa place habituelle, mais le plexus brachial partage le sort de l'artère et ses branches inférieures peuvent être tiraillées.

Au début de la vie, le malade s'accommode de cette déformation qui n'est que rudimentaire.

Mais plus tard, entre 15 et 25 ans habituellement, tandis que s'opère la croissance de la côte et que l'ossification de sa tête s'effectue, qu'ainsi la côte devient plus rigide, plus fixe, des troubles fonctionnels vont apparaître. Ces troubles sont très variables et la seule disposition du plexus et de la côte ne peu-

Spécifique de l'Eczéma Chronique
DERMATOSES A FORME SÈCHE

INDICATIONS

ECZÉMA CHRONIQUE
VÉGÉTATIONS
PITYRIASIS du CUIR CHEVELU
VERRUES PLATES
SÉBORRHÉIQUES du VISAGE
Dites
CRASSE des VIEILLARDS
PSORIASIS, SYCOSIS
PITYRIASIS VERSICOLOR
TEIGNE, FAVUS

Pommade Lenoir
à la Cinnamoléine

MODE D'EMPLOI : Onctions matin et soir sur la partie malade.

Littérature et Échantillon médical :
LABORATOIRES A. LEJEUNE, 12, Rue Emilio Castelar, PARIS (12e)

R.C. Seine n° 111.464

Troubles de la Ménopause
INSUFFISANCE OVARIENNE.
Maladies du Système Veineux, Varices, Phlébites, Hémorrhoïdes
Pléthore par Stase Veineuse

1° SIMPLE

Hamamelis
Marron d'Inde
Condurango
Viburnum
Anémone
Séneçon
Piscidia

Indhaméline Lejeune

SIMPLE ⟵ Deux formes ⟶ PLURIGLANDULAIRE
20 à 30 Gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas
(20 jours par mois)

2° PLURIGLANDULAIRE

Hypophyse
Ovaire, Surrénale
Thyroïde.
& principes végétaux de l'INDHAMÉLINE LEJEUNE simple.

LITTÉRATURE & ÉCHANTon MÉDICAL — *LABORATOIRES A. LEJEUNE, 12, Rue Emilio Castelar, PARIS (12e)* — R.C. Seine n° 111.464.

ATOPHAN-CRUET

Produit Français

Fabrication Française



Rhumatismes articulaires

En cachets ou comprimés dosés à 0,50

3 à 8 par 24 heures

GOUTTE

En cachets ou comprimés dosés à 0,50

3 à 8 par 24 heures

Littérature et échantillons : 6, rue du Pas-de-la-Mule, PARIS (3e) R. C. Seine N° 30.923

vent en expliquer la pathogénie. C'est que dans la plupart des cas, il y a, en même temps qu'une côte cervicale, des associations multiples. Kayser, Bertolotti, Glover, Desfosses et Chevrier ont, en particulier, attiré l'attention sur la fréquence du spina-bifida antérieur concomitant. D'autres, Klippel, O. Neisen, ont noté la réduction numérique, la fusion atloïdo-occipitale, les demi-vertèbres.

On en vient donc à penser qu'il ne faut pas tenir compte seulement, dans la production des phénomènes douloureux, de troubles mécaniques, mais aussi peut-être, d'anomalies originelles du névraxe. Certains auteurs, comme Klippel-Feil, ont attiré l'attention sur des faits où la parenté avec le syndrome syringomyélique était indéniable. M. Fouilloud-Buvat a émis l'hypothèse qu'en ce qui concerne les troubles sympathiques, la lésion pouvait siéger au niveau de l'origine médullaire des filets sympathiques. Il ne faut donc pas tout rapporter à la compression, dans les côtes cervicales, et il n'est pas illogique de supposer que la dorsalisation de la septième vertèbre peut traduire extérieurement une malformation médullaire « dont l'existence donnerait l'explication de beaucoup de symptômes ».

Quoi qu'il en soit, ces troubles surviennent à un âge déjà avancé, donnant lieu souvent à des erreurs de diagnostic considérables.

Voici un fait, entre autres, qui a été publié dans la *Revue d'Orthopédie*, par M. Fouilloud-Buvat, assistant du professeur Nové-Josserand, de Lyon.

Une jeune fille de vingt-cinq ans est prise, en pleine santé, d'endolorissement, d'engourdissement vague dans tout le membre supérieur droit : il s'y ajoute bientôt des fourmillements dans la main. Ces sensations pénibles étaient à peu près continues, mais s'accentuaient si la malade était debout, la main pendante, ou portait un objet un peu lourd. Les doigts étaient gonflés ; la main, encore que toujours mouillée, était froide.

Un traitement par la strychnine et l'iodure ne donna aucune amélioration. Au contraire, les douleurs s'accrurent. Elles s'irradièrent à la base du cou, à la nuque, dans la région occipitale. Des crises de tachycardie se montrèrent ensuite, qui même, à plusieurs reprises, s'accompagnèrent de petites syncopes à l'occasion du passage brusque de la station assise à la station debout.

Le diagnostic de mal de Pott cervical fut alors posé par le médecin et par un consultant appelé par lui, et une minerve fut appliquée. Après un mois, aucune amélioration n'était survenue : le plâtre fut enlevé et des douleurs se montrèrent du côté opposé, analogues à celles du côté droit. Une immobilisation nouvelle fut alors commandée.

Cependant, la colonne cervicale était demeurée bien mobile et un supplément d'enquête fut ordonné par M. Fouilloud-Buvat. La radiographie montra deux côtes cervicales bien développées, fusionnées avec la première côte normale.

Une observation qui ne ressort pas directement à notre sujet, mais qui porte une haute signification et qui se grave bien dans la mémoire, a été produite, il y a quelques mois, par mon ami Lavenant. Il s'agissait d'un blessé de guerre qui présentait des troubles radiculaires dans un bras. On pensa que des éclats d'obus, au niveau du plexus, pouvaient être la cause des douleurs et des manifestations parétiques, et on procéda à leur enlèvement. Les troubles persistèrent. Une radiographie mieux faite permit de se rendre compte qu'il s'agissait d'une côte cervicale et, après son exérèse, tout rentra dans l'ordre.

Nous avons dit que c'était surtout autour de la vingt-cinquième année que se montraient les troubles nerveux dans la côte cervicale. Ce n'est pas toujours vrai. Certains malades ont présenté ces troubles beaucoup plus tard.

M. Crouzon, qui, d'ailleurs, a fait sur les côtes cervicales, dans la *Presse Médicale*, en novembre 1923, un article des plus complet et des plus intéressant auquel je vous renvoie, a présenté à la Société de Neurologie l'observation d'une femme de 53 ans ayant manifesté depuis quatre mois, d'abord des fourmillements, puis des douleurs dans les deux membres supérieurs, et chez laquelle s'est installé peu à peu un état parétique des mains et des poignets, avec attitude légèrement en flexion des doigts et début de contracture. Il n'y avait aucun trouble sensitif objectif. Il s'agissait d'une dorsalisation de la septième cervicale, avec grosses apophyses costiformes et côte surnuméraire d'un seul côté.

Une autre malade, également une adulte, de MM. Crouzon et Mathieu, présentait des douleurs persistantes au niveau du membre supérieur gauche, et une bande d'hypoesthésie sur le bras gauche. Elle n'avait que des apophyses costiformes hypertrophiées et très obliques et pas de vraies côtes cervicales.

2° Une affection qui donne lieu à de nombreuses confusions avec le mal de Pott, est *la sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire*. Il en a été tant parlé en ces derniers mois qu'il faudrait lui consacrer une conférence entière. Nous serions à son sujet entraînés très loin, si nous voulions en faire l'étude. En vérité, je crois qu'on a beaucoup exagéré son importance. M. Vauclaire, examinant un grand nombre de pièces osseuses de la Faculté de Paris, est arrivé à cette conclusion que la cinquième vertèbre lombaire était très souvent anomalique. Elle l'est si souvent, a dit un auteur américain, qu'on ne sait pas exactement comment devrait être la vertèbre normale. Ainsi, plus de la moitié du genre humain souffrirait de cette région, si toutes ces anomalies se traduisaient fatalement par une manifestation douloureuse. Ce qui est rare, c'est la sacralisation totale dans laquelle le corps, l'arc postérieur, prend l'aspect de la vertèbre sacrée, et les apophyses transverses rappellent la forme de l'apophyse costiforme.

La sacralisation ne se remarque pas chez l'enfant. Il faut attendre, pour qu'elle devienne douloureuse, l'ossification complète, à la fin de l'adolescence et de l'âge adulte.

C'est généralement vers la vingtième année que l'attention est attirée sur la région. Les douleurs, d'ailleurs, revêtent des caractères très variables. Ce sont parfois de simples élancements, un peu d'engourdissement de la fesse, mais souvent de véritables crises de névralgie lombo-sacrée avec irradiations dans la fosse iliaque interne et jusque dans le domaine du sciatique.

Cette douleur, contrairement à ce qui fut cru longtemps, n'est due que rarement au contact de l'apophyse transverse et de l'aile sacrée, mais à la compression de la cinquième paire lombaire dans le trou de conjugaison, dont la lumière est diminuée.

On conçoit le nombre énorme de faux pottiques qu'a pu fournir la sacralisation, avant que Bertolotti ait attiré l'attention sur ce syndrome. Actuellement encore, il arrive dans le cabinet de l'orthopédiste plus d'un malade avec l'étiquette de pottique, qui n'est qu'un vulgaire sacralisé. La radiographie en témoigne, car dans ce cas elle est démonstrative.

Mais l'erreur inverse, depuis quelque mois, a été plus souvent constatée par moi-même. En l'absence de radiographie, un nombre imposant de vrais pottiques sont envoyés de la campagne pour des douleurs que l'on rapporte à la sacralisation.

On a attiré l'attention sur ce syndrome avec tant d'opiniâtreté qu'on a fini par lui rapporter toutes les douleurs de cette région. Il ne faudrait pourtant pas oublier que, parmi les maladies de la colonne vertébrale, il y a aussi le mal de Pott, le vieux mal de Pott qui a perdu des rangs, c'est entendu, mais qui n'en demeure pas moins fréquent, à tout âge, dans toute situation sociale, avec ou sans antécédents.

A défaut de la radiographie, il faut savoir qu'un examen de la région peut permettre de dépister la vertèbre sacralisée. La lordose lombaire est effacée en partie, le bassin paraît plus large, les mouvements de la colonne lombaire sont enraidis et limités. La palpation permet de sentir les ailerons sacrés qui sont plus hauts et plus volumineux.

3° Une autre cause de douleurs et de manifestations parétiques est due au spina-bifida occulta.

Le spina-bifida occulta se voit à la cervicale et, dans ce cas, il s'associe à d'autres anomalies. Il est exceptionnel à la région dorsale, il est commun à la région lombaire. Il est même, il faut qu'on le sache, extrêmement commun.

Ces mois derniers, les services de chirurgie infantile reçurent la visite d'un élève du professeur Curtillet, d'Alger, qui va faire sa thèse sur cette question. Ce jeune médecin, prenant toutes les radiographies de colonnes lombaires, qu'elles se rapportent à des coxalgies, à des maux de Pott, à des scolioses, découvrit plus de cinquante pour cent de spina-bifida occulta.

Mutel, le professeur agrégé de Nancy, n'arrive pas à un nombre aussi imposant dans le mémoire qu'il prépare pour le prochain Congrès d'orthopédie, en octobre, mais cette fréquence l'a également frappé

Nous nous trouvons donc en présence d'un fait. La colonne lombaire, ou mieux la cinquième vertèbre lombaire et la première sacrée se ferment d'une façon extrêmement tardive chez un très grand nombre d'enfants.

Vous savez qu'on tend à admettre que les pieds bots, l'incontinence nocturne relèveraient d'une agénésie concomitante de la moelle, plus ou moins adhérente à ses enveloppes et tiraillée par elles. Ceci n'est pas de notre domaine ; mais, pour en venir à la partie qui nous intéresse, nous pouvons affirmer que la soudure tardive des lames s'accompagne d'un travail à retentissement douloureux.

Le hasard a fait qu'en ces derniers mois nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux malades suspects de mal de Pott, chez lesquels, occasionnellement ou à la suite d'une recherche systématique, la radiographie montrait un spina-bifida plus ou moins étendu, dont le siège semblait coïncider avec celui des douleurs.

Quelques-unes de ces observations ont été produites par nous à la Société de Pédiatrie, seul ou en collaboration avec M. Mouchet, quelques autres à la Société des Chirurgiens.

Le cas le plus symptomatique est bien celui que nous avons présenté à la Société de Pédiatrie d'abord, puis à la Société de l'Elysée, à l'occasion d'une communication sur les anomalies vertébrales. Rappelons-le sommairement. Une jeune fille de 16 ans, faisait, aux dires de plusieurs chirurgiens qu'elle avait consultés, un mal de Pott à forme scoliotique. A grand peine nous pûmes avoir une radiographie claire, qui, après trois ans et plus de traitement plâtré, dans différents sanatoria marins, nous montra qu'il s'agissait d'un spina-bifida occulta de la quatrième vertèbre dorsale.

Le fils d'un musicien célèbre a ainsi été traité comme un pottique en dépit de nos avis et un grand garçon de 12 ans nous a été l'occasion d'une longue lutte contre des confrères autorisés.

Ces crises douloureuses liées au spina-bifida occulta ou mieux occlusa, comme propose de l'appeler Froelich, de Nancy, sont plus fréquentes qu'on ne l'imagine.

C'est surtout chez l'enfant de 7 à 14 ans que la non-coalescence des lames vertébrales de la quatrième ou de la cinquième vertèbre lombaire, ou de ces deux vertèbres, ou de la première sacrée, donne lieu à des phénomènes douloureux, parfois très tenaces, arrivant par crises de plus en plus rapprochées, finissant par être subintrantes et s'accompagnant, comme il convient, d'une *raideur accentuée* et parfois assez élevée de la colonne vertébrale, c'est-à-dire dépassant nettement la région lombaire.

La palpation révèle assez souvent le spina. La ligne des apophyses épineuses est brusquement interrompue. Au lieu de rencontrer une éminence, le doigt pénètre dans une dépression : c'est le trou épineux de Denucé et Gourdon. Provoquer une légère douleur à ce niveau est, peut-on dire, de règle. On peut aussi

provoquer fréquemment la douleur par la percussion et la succussion des vertèbres voisines, et même par une succussion un peu forte, appliquée dans la région des masses sacro-lombaires.

Chez l'adulte, la persistance du spina est rare ; aussi y pense-t-on moins souvent en présence de phénomènes douloureux persistant. Pourtant, il paraît bien que l'on puisse rapporter à cette cause un certain nombre de rachialgies. Nous soignons plusieurs malades dont les troubles douloureux et l'enraidissement de la colonne vertébrale nous paraissent relever de cette origine. L'un d'eux est un chasseur de restaurant de 27 ans, qui a été pris, il y a dix-huit mois, de douleurs lombaires irradiées en ceinture et descendant dans la fesse, douleurs qui, d'abord espacées, sont arrivées à constituer des crises de plus en plus fréquentes, calmées par le décubitus horizontal, mais non par l'immobilisation plâtrée en position debout. Le diagnostic de mal de Pott a été posé de différents côtés. La radiographie montre chez lui un spina de la première sacrée et aucune autre modification de l'image normale.

Un autre est un mécanicien, homme fort robuste, de 34 ans, qui souffre depuis une quinzaine d'années du bas de la colonne vertébrale. Il a consulté partout sans résultat et a dû changer de situation, car les douleurs étaient plus vives dans la position verticale. La radiographie montre un spina de la cinquième vertèbre lombaire.

Un confrère parisien fit venir de l'Ile Maurice son frère âgé d'une cinquantaine d'années, qui souffrait de rachialgie abominablement tenace et douloureuse depuis une dizaine d'années. La radiographie nous montra un spina considérable, qui atteignait la douzième vertèbre dorsale et les trois premières vertèbres lombaires.

Mais le spina ne produit pas seulement des troubles sensitifs, mais bien souvent des troublesparétiques. M. Léri, en ces dernières années, en a donné un grand nombre d'observations d'autant plus intéressantes que certaines ont été suivies d'interventions pratiquées par le professeur Pierre Delbet et qui donnèrent d'intéressants résultats.

Un cas publié par MM. P. Harvier et Chabrun, à la Société Médicale des hôpitaux de Paris, en mai 1924, est tout particulièrement curieux, en ce qu'il est une preuve formelle de l'apparition tardive de troubles nerveux graves liés à un spina-bifida.

Ces auteurs ont vu chez un homme de 54 ans, atteint de torticolis congénital, se constituer, en quatre étapes successives, une quadriplégie. L'impotence commença par le membre inférieur droit, gagna le membre supérieur du même côté, puis le membre inférieur du côté opposé et enfin le membre supérieur. Il s'agissait d'une quadriplégie organique flasque incomplète, prédominant à droite. La force musculaire était considérablement diminuée, la station debout et la marche impossibles. Tous les réflexes tendineux et osseux étaient conservés et plus vifs à droite. Ni troubles sensitifs, ni sphinctériens. Liquide céphalo-rachidien normal. Une radiographie décela la présence au niveau de la première vertèbre dorsale et de la première cervicale, d'un spina-bifida non apparent extérieurement.

Quelquefois, le diagnostic causal est fort laborieux. Chez une de nos malades, de 45 ans, les douleurs commencèrent à la suite d'une chute et il est difficile de dire dans quelle mesure celle-ci n'a pas produit des phénomènes analogues à ceux de la maladie de Kummel, dont le siège serait la cinquième lombaire. La radiographie montre que cette vertèbre présente, en effet, des troubles de la transparence et du contour, mais, coïncidence troublante, la première sacrée est nettement anomalique. Sa base supérieure est tourmentée, figure plusieurs lignes courbes de contours bien nets, et son développement est moindre du côté gauche que du côté droit.

Un autre cas plus complexe se rapporte à un mutilé de guerre. Celui-ci présente d'abord une cicatrice adhérente de la région sacrée et tout un semis d'éclats d'obus dans la région lombaire. Comme il possède également un spina de la cinquième vertèbre lombaire, on ne sait si l'on doit rapporter les douleurs constantes qu'il a commencé à ressentir quelques années après sa blessure et qui prennent de temps à autre une allure de crises paroxystiques, à la cicatrice adhérente, à l'organisation de tissu fibreux autour d'un nerf de la région, ou tout simplement à la non-coalescence des lames de la vertèbre susdite.

Reste à savoir pourquoi cette anomalie vertébrale congénitale, tolérée jusqu'à un certain âge, devient douloureuse secondairement. On peut accuser l'influence de la croissance, des modifications de statique dues à l'attitude professionnelle, des processus de décalcification dus à l'âge ou à une maladie infectieuse. Les phénomènes de traction, d'élongation des ligaments, qui exigent des contractions musculaires de renfort et de remplacement, vite changées en contractures, retentissent sur l'appareil nerveux du voisinage.

Une autre constatation a été faite, celle de véritables maux de Pott non douteux au voisinage de vertèbres anomaliques. Nous en possédons une observation un peu discutable, mais des cas formels ont été produits. Si bien qu'on peut se demander dans quelle mesure une altération osseuse préalable et congénitale ne prédispose pas une pièce vertébrale à une maladie ultérieure, se développant soit parce que l'infection en est facilitée par les petites entorses qui ne manquent pas de se produire dans le système ligamentaire d'une pièce osseuse soumise à des glissements anormaux, soit surtout parce que la défense de cette pièce osseuse est moins bien organisée, en raison d'une calcification plus tardive.

(*A suivre*).

L'Actualité Scientifique

La Presse

La puissance de la diathermie dans le cancer du col utérin.

La diathermie, on le sait, possède déjà une grande efficacité dans les cancers cutanés, les cancers des radiologistes, les cancers de la langue, des amygdales, du plancher de la bouche.

Le Pr H. BORDIER, dans une étude très détaillée et pratique, indique ses résultats dans le cancer du col utérin. Il estime que la diathermie, combinée à la radiothérapie profonde, et appliquée correctement, avec des électrodes convenables, avec une intensité assez forte, et sans laisser la moindre parcelle de tissu néoplasique à l'abri de la coagulation diathermique, mérite d'avoir une place importante dans le traitement du cancer du col, surtout au début, soit dans les formes bourgeonnantes à type pavimenteux, soit dans la forme ulcéreuse, rongeante, cavitaire (une observation personnelle). (*Paris médical*, 26 juillet 1924.)

Traitement médico-chirurgical des péritonites tuberculeuses.

Se basant sur l'observation d'une série de cas personnels, le Dr Emile GIROU estime que, dans l'affection médico-chirurgicale que sont les péritonites bacillaires, les formes avec occlusion de l'intestin ne donnent que des mécomptes : les traitements tant médicaux que chirurgicaux sont impuissants. Dans les formes apyrétiques, sauf le cas de départ salpingo-ovarien, c'est le traitement chirurgical qu'il faut mettre en première ligne, en l'aidant, si l'on veut, par le traitement médical, surtout par la vaccinothérapie ou la sérothérapie de Jousset. Dans les formes fébriles, ou à point de départ salpingo-ovarien, le traitement médical est le traitement de choix,et le traitement chirurgical ne peut être qu'un adjuvant. (*Journ. des Praticiens*, 6 septembre 1924.)

La toux quinteuse d'origine nasale.

Cette variété de toux, étudiée par le Dr BOUTAREL, est sèche, violente, extrêmement pénible. Elle se produit à propos d'une légère variation de température, de la modification du décubitus (dans la position couchée), dans une atmosphère de fumée de tabac, et parfois sans la moindre raison appréciable. Elle est souvent annoncée par des picotements pharyngés ou laryngés, ou par une sensation de chatouillement nasal ; d'autres fois, elle débute sans aucun symptôme prémonitoire. Les quintes se renouvellent plusieurs fois par jour, parfois toutes les heures ; elles durent plusieurs minutes. Quelquefois la toux n'affecte pas la forme de quinte, elle est moins pénible, mais non moins agaçante.

Un examen minutieux du malade demeure complètement négatif ; les divers organes sont sains, y compris le poumon, normal aussi à la radioscopie. Rien ne réussit au malade ; même les antispasmodiques agissent mal et, seul, l'opium apporte un soulagement appréciable, mais éphémère.

Cependant, le spécialiste découvre une pharyngite plus ou moins intense, avec rougeur et varicosités du voile et des piliers. L'examen du larynx est négatif. Dans le nez, on trouve une légère hypertrophie des cornets inférieurs avec congestion de la muqueuse.

En pareil cas, il convient de ne pas se borner à un traitement insuffisant de la pharyngite ; mais le résultat de la résection des cornets dépassera parfois ce que l'on était en droit d'attendre. (*Paris médical*, 6 septembre 1924.)

L'apparition et la progression du saturnisme professionnel.

La fabrication des peintures plombifères expose les ouvriers, aujourd'hui encore, à des accidents précoces et parfois graves, en particulier dans les petits ateliers, lorsqu'ils sont insuffisamment surveillés et que les mesures de protection individuelles sont négligées.

Au cours d'une enquête poursuivie pendant seize mois, MM. HEIM, AGASSE-LAFONT et FEIL ont pu, en effet, constater l'apparition rapide et l'évolution progressive des stigmates et des symptômes de l'imprégnation et de l'intoxication saturnine. Dès les premiers jours de leur contact avec le plomb, chez presque tous les ouvriers examinés, ils ont relevé les stigmates du saturnisme (liseré, présence d'hématies à granulations basophiles, etc.) et chez quelques-uns ses accidents caractéristiques (coliques de plomb, parotidite, etc.).

On peut même voir survenir une anémie pernicieuse saturnine à marche sub-aiguë et progressive.

Des examens hématologiques précoces et répétés permettraient de déceler le danger à son début, et d'établir la prophylaxie nécessaire, peut-être même, dans les formes les plus graves, d'en arrêter l'évolution, qui peut devenir fatale si l'ouvrier n'est pas soustrait à temps au danger de sa profession. Par là même s'affirme la néces-

sité du dépistage et de la surveillance, par les méthodes de laboratoire, du présaturnisme et du saturnisme confirmé. (*La Presse médicale*, 6 septembre 1924.)

Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité.

Ceux-ci sont relativement fréquents en clientèle ; mais il n'est pas besoin au médecin non spécialisé de savoir cataloguer chaque variété de vésanie ; il lui sera infiniment plus utile, au point de vue pratique, de reconnaître les caractères essentiels des accidents, de les rapporter à leur véritable cause et surtout d'en établir le pronostic.

D'après le Dr BOURRET, les altérations de l'intelligence couramment observées au cours ou à l'occasion de puerpéralité peuvent se diviser très simplement en trois catégories : deux, nettement individualisées par leur origine même, comprennent les psychoses post-éclamptiques et celles de l'infection puerpérale ; une troisième embrasse tous les autres troubles psychiques qui se voient au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la lactation, et dont la cause est souvent moins nette, les manifestations cliniques infiniment plus variables.

L'auteur dégage de son étude rapide la notion capitale que pour expliquer ces troubles, quels qu'ils soient, il y a toujours lieu de rechercher d'abord une cause infectieuse ou toxique, dont le traitement sera évidemment la thérapeutique la plus efficace à leur opposer ; à défaut d'une origine infectieuse ou toxique, c'est généralement dans l'hérédité que l'on trouvera l'explication de ces accidents, et aussi de la gravité plus grande du pronostic aussi bien des accidents cérébraux actuels que de ceux qui risquent bien de se reproduire et de s'aggraver à chaque nouvelle grossesse. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 et 28 août 1924.)

La psychanalyse.

Dans une étude intéressante, le Dr G. HEUYER établit pour quelles raisons et par quels moyens la psychanalyse est une méthode qui permet d'étudier l'inconscient mieux qu'on avait pu le faire avant elle. S'il est loisible de critiquer son allure systématique et l'ensemble de la théorie pansexualiste, elle a le mérite de tenir compte du rôle de l'affectivité dans le mécanisme de la psychologie normale et pathologique. Si l'on discute la nature entièrement ou partiellement sexuelle de cette affectivité, néanmoins, on doit reconnaître que le rôle de la sexualité dans la symptomatologie et l'étiologie de nombreuses psychopathies est un fait important. L'existence d'une sexualité infantile précoce affirmée par Freud est un fait véritable.

En thérapeutique, la psychanalyse paraît réservée à certaines psychopathies qui ont résisté à d'autres médications. Son utilité, incontestable dans l'analyse des délires, est douteuse dans le traitement des psychoses.

La psychanalyse est une méthode clinique d'examen et de traitement. Elle a été modifiée successivement par Freud et ses élèves ; elle est susceptible de modifications ultérieures. De la théorie, il restera ce qui reste de toute théorie systématique ; mais elle a révélé des faits psychologiques qui ont eu déjà et qui auront sans doute des conséquences importantes dans les conceptions psychiatriques.

Enfin, la pratique de la psychanalyse est longue et délicate. Le psychanalyste doit posséder beaucoup de qualités. Mais d'abord, il doit être médecin, c'est-à-dire capable de faire un diagnostic de la maladie d'en suivre l'évolution, de varier la thérapeutique en cours de traitement, car bien ou mal maniée, la psychanalyse peut ou rendre d'incontestables services ou gravement nuire au malade. (*Journ. de médecine et de chirur. pratiques*, 10 août 1924.)

Cancer de l'estomac chez les manipulateurs d'acides.

De deux observations rapportées par le Pr E. DUROUX, se dégage l'important fait étiologique suivant : deux hommes placés constamment dans une atmosphère saturée de vapeurs irritantes (acides sulfurique, chlorhydrique et azotique) ont présenté un cancer ayant le même caractère anatomo-pathologique d'infiltration massive. Cet auteur estime que les brûlures produites par les vapeurs d'acides, auxquelles étaient soumises ces deux malades, ont engendré des ulcérations chroniques diffuses de la muqueuse stomacale, créant un état précancéreux de l'estomac et favorisant ainsi l'éclosion du cancer.

Nous savons, en effet, que les gaz suffocants ne déterminent pas seulement des troubles des voies respiratoires, mais produisent encore une irritation et une congestion de l'estomac de degré variable. Les autopsies des gazés ont même révélé sur cet organe des pétéchies d'un brun rouge. Nous connaissons, en outre, le rapport étroit existant entre les irritations locales répétées, les ulcérations et le cancer.

Telles sont les ulcérations épithéliomateuses des goudronneurs, des paraffineurs, les tumeurs malignes se développant sur les ulcus rœntgéniens, les cancers utérins se développant sur les cols irrités ou déchirés, etc.

Il peut donc exister une relation entre les vapeurs irritantes dégagées par les acides et le néoplasme diffus de l'estomac (chaudronniers, tanneurs, décapeurs sur cuivre).

Il serait, par conséquent utile, pour faire de la prophylaxie cancéreuse, de protéger les ouvriers manipulant ces agents chimiques par le port d'un

masque efficace. (*Le Bulletin médical*, 13-16 août 1924.)

Les avantages et les inconvénients de l'uroformine.

L'uroformine reste un précieux médicament (FIESSINGER). Si ce médicament n'est pas diurétique, il favorise cependant l'*excrétion urinaire*. La rétention d'urine post-opératoire serait arrêtée par l'injection du remède dans les veines (solution à 40 p. 100, injection de 7 à 10 cc.), qui doit se faire huit à dix heures après l'opération. Après l'accouchement, la méthode pourrait éviter le cathétérisme vésical, toujours périlleux.

Dans certaines maladies, infectieuses, il garde une place d'honneur : *suppuration des voies urinaires* (pyélite, cystite), 3 cachets de 0.50 cent. par jour, ou injections intra-veineuses de 2 cc. Les *infections biliaires* sont également amendées par la médication, à condition qu'il ne s'agisse pas de violents accès fébriles , qui réclament une intervention chirurgicale d'urgence. Même dans les fièvres modérées, il ne faut pas prolonger les piqûres d'uroformine au-delà de 8 à 10 jours.

Dans d'autres infections (encéphalite léthargique, endocardites infectieuses, et même fièvre typhoïde, grippe), l'uroformine est un médicament commode, qui déguise l'absence de remède simplement spécifique ; il est bon toutefois d'en user. (*Journ. des Praticiens*, 23 août 1924.)

Au sujet de l'administration par voie hypodermique des extraits d'ovaires dissociés.

On trouve, dit M. L. Schil, dans la littérature de ces dernières années d'assez nombreux travaux ayant trait à l'action de l'opothérapie ovarienne dissociée par les extraits protéidiques et lipoïdiques (agomensine et sistomensine) ; mais si l'on compulse les observations citées, on se rend compte que presque toutes ne font état que de leur administration par voie buccale. L'auteur ayant trouvé, à l'hôpital comme dans sa clientèle de ville, de fréquentes occasions d'administrer ces deux extraits par voie hypodermique, a noté, pour chacun d'eux, les résultats obtenus. Ses observations, étiologiquement et nosologiquement des plus complètes, apportent une fort intéressante contribution à la connaissance encore un peu sommaire de ces extraits administrés par voie parentérale. L. Schil, bien qu'il se défende, par scrupule scientifique, d'en tirer des conclusions et des affirmations absolues, y trouve matière à considérations et remarques qui valent d'être connues. Parmi celles-ci, notons au passage la confirmation de ce fait déjà observé que, dans les insuffisances multiglandulaires, lors même que le symptôme ovarien est dominant, l'opothérapie ovarienne seule est généralement inefficace : il faut agir en même temps sur l'hypophyse, la thyroïde ou la surrénale. De même l'extrait lipoïdique sera-t-il inopérant dans les hémorragies non liées à une suractivité lutéinienne ou folliculaire. Mais ces cas particuliers mis à part, *exceptis excipiendis*, l'action spécifique des extraits d'ovaires dissociés se retrouve dans l'injection avec les mêmes caractères que dans l'ingestion, c'est-à-dire, activante et stimulante pour l'agomensine, frénatrice et régularisatrice pour la sistomensine, mais avec une intensité plus grande et surtout plus de rapidité ; ce qui d'ailleurs n'a rien de surprenant car il n'appara t guère douteux que, aussi bien la molécule proteidique que la molécule lipoïdique, subissent du fait de leur contact avec les sucs digestifs, une dégradation partielle qui ne peut qu'amoindrir leurs propriétés spécifiques.

Dans la plupart des cas, d'ailleurs, le traitement ayant débuté par la forme injectable, peut être continué par la forme ingérable, qu'il s'agisse d'aménorrhée rebelle, indiquant l'usage de l'agomensine, ou au contraire de règles profuses, indiquant la sistomensine ; le fonctionnement ovarien, dans un cas comme dans l'autre, ayant reçu, par une période de trois mois en général d'injections de l'extrait indiqué, un amorçage ou un coup de frein que maintient ensuite le traitement buccal. (*Progrès Médical*, 11 octobre 1924 (nº 41).

La tuberculose de la cornée.

MM. ROLLET et COLRAT relatent trois observations de tuberculose de la cornée, primitive deux fois, secondaire la troisième. Ils en ont rapproché les observations qu'ils ont rencontrées dans la littérature médicale et en ont tiré des conclusions intéressantes.

Les formes primitives sont exceptionnelles, et doivent être en réalité considérées comme une localisation cornéenne d'une tuberculose viscérale primitive (ganglionnaire ou médiastinale). Les formes dites secondaires succèdent à une tuberculose de l'iris, de la sclérotique ou de la conjonctive.

L'infection de la cornée se produit, soit directement de dehors en dedans, notamment après un traumatisme ; soit directement, sans lésion de l'épithélium, l'apport provenant de l'iris ou de la sclérotique ; soit enfin par l'intermédiaire de l'humeur aqueuse (tuberculose ganglionnaire profonde et latente).

Deux types cliniques : la kératite interstitielle et l'ulcère de la cornée.

Le pronostic serait plus grave dans les formes secondaires que dans les primitives. Le diagnostic est à faire entre la kératite interstitielle hérédo-syphilitique et la kératite interstitielle tuberculeuse. Celle-ci se caractérise par des infiltrations discrètes localisées aux couches postérieures, avec des tubercules visibles habituellement, par une vascularisation à gros troncs vasculaires,

par l'unilatéralité des lésions. La kératite hérédo-syphilitique s'accompagne ordinairement de signes dentaires, d'atteintes ostéo-articulaires, de surdité, et la R. B. W. est positive.

On aura à distinguer les formes superficielles du trachome.

Le traitement général n'est pas négligeable. Le traitement local comporte l'emploi de la tuberculine, délicate à manier. Les injections d'air stérilisé sous-conjonctivales sont abandonnées. Les auteurs préfèrent la radiothérapie, avec collaboration constante de l'oculiste et du radiologiste. Enfin, les méthodes chirurgicales, supprimant au bistouri les foyers tuberculeux, ont leur partisans.

En certains cas, cependant, on sera amené à pratiquer l'énucléation. (*Lyon médical*, 26 octobre 1924.)

Néphrite parenchymateuse et tuberculose pulmonaire.

MM. Monnier et Perrin ont observé une jeune fille chez laquelle ils diagnostiquèrent tout d'abord une néphrite subaiguë du type parenchymateux, et qui fit, sous leurs yeux, une poussée de tuberculose pulmonaire évolutive localisée au sommet gauche.

Ils concluent de ce fait : « en présence d'une néphrite parenchymateuse chronique ou d'une néphrite subaiguë réalisant le type de la néphrite *a frigore*, il est de toute nécessité de songer à une des causes étiologiques, si fréquentes en pareil cas, à la tuberculose à début sans signes fonctionnels et physiques apparents, et à évolution ordinairement rapide. » (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er nov. 1924.)

L'extrait hypophysaire dans l'accouchement.

C'est à tort que l'on appelle l'hypophyse un forceps en bouteille. Son emploi, au cours de l'accouchement, doit être très prudent et basé sur de formelles indications. C'est pour avoir méconnu ces principes que des sages-femmes ont mis l'utérus de leurs clientes en état de contracture, nécessitant l'intervention opératoire de l'accoucheur, en l'espèce M. Balard, qui, en relatant ces faits, demande que la prescription et l'emploi de l'extrait d'hypophyse soient interdits aux accoucheuses.

Il précise, à ce propos, qu'il faut distinguer l'inertie vraie des grandes multipares ou de la période d'expulsion, justiciable peut être de l'hypophyse, de l'hypertonie du muscle utérin qui, lorsqu'elle se produit, détermine un arrêt des contractions. Si, en ce cas, on administre l'hypophyse, on tétanise la fibre musculaire et on aggrave la situation qui se dénoue habituellement par la mort du fœtus.

Il y a d'ailleurs d'autres contre-indications à l'hypophyse, que les sages-femmes peuvent difficilement reconnaître : un état cardio-rénal de la parturiente. Localement, c'est la dystocie, de quelque nature qu'elle soit ; c'est l'insuffisance de dilatation du col. (*Gaz. des Sc. médicales de Bordeaux*, 26 oct. 1924.)

Quelques essais d'actinothérapie chez le nourrisson.

L'actinothérapie est l'utilisation thérapeutique des rayons ultra-violets produits par la lampe de quartz. Cette méthode a déjà été signalée dans le *Concours médical* par le professeur Rohmer, et par le Dr G. Blechmann, qui la recommandent dans le traitement des convulsions, de la spasmophilie.

M. Fonteyne a, de son côté, reconnu les bons effets des rayons ultra-violets qui produiraient :

Une action curatrice spécifique sur la tétanie infantile ;

Une action bienfaisante, eutrophique, sur l'état général des enfants ;

Une action curatrice spécifique sur le rachitisme et le cranio-tabes.

L'action eutrophique a été constatée chez des enfants atteints d'atrophie grave avec gastro-entérite chronique ; chez d'autres enfants qui, sans souffrir positivement d'entérite, assimilent mal la nourriture ; chez d'autres encore qui, au moment où, vers 8 ou 9 mois, commencent à s'alimenter avec des farineux, cessent temporairement de progresser et traversent une période difficile. (*Le Scalpel*, 1er nov. 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène en Tunisie.

(M. Dinguizli. — *Académie de médecine* ; 4-11-1924.)

M. Dinguizli signale quelques améliorations hygiéniques à introduire dans les lieux de réunion en commun des musulmans de l'Afrique du Nord (bains, boutiques de barbiers arabes, cafés maures, lieux de piété, etc.). D'une façon générale, ces mesures visent à assurer la propreté des établissements (interdiction de cracher à terre, par exemple) et la désinfection des objets utilisés en commun (baignoires, linge de bains, instruments de coiffure, tasses à café, etc.). La difficulté semble résider dans l'apathie musulmane, peu accessible à la propagande hygiénique si on ne parvient pas à faire comprendre aux Arabes l'importance des mesures établies. Pour attein-

dre ce but, l'auteur propose de recourir au phonographe, que possèdent la plupart des cafés maures. L'éducation de la population indigène pourrait être faite par des poésies d'auteurs locaux que l'on chargerait de célébrer les bienfaits de l'hygiène. Confiées au phonographe, ces pièces de vers deviendraient d'excellents agents de propagation des grandes règles de la prophylaxie générale des maladies transmissibles, de la tuberculose et de la syphilis, en particulier.

Formes anatomiques rares de la grossesse tubaire.

(M. Auvray. — *Académie de médecine* ; 4-11-1924.)

A côté des formes ordinaires de la grossesse extra-utérine, siégeant dans la portion moyenne de la trompe ou au niveau de l'isthme, il existe des formes rares où l'œuf se greffe à l'insertion utérine du salpinx, ou sur des moignons de trompes extirpées. On peut voir aussi des grossesses tubaires bilatérales (de même âge ou d'âge différent), des grossesses tubaires gémellaires, des grossesses tubaires coexistant avec une grossesse normale (qui aboutit à un avortement ou à un accouchement à terme).

M. Auvray remarque, enfin, que le nombre des cas de grossesse tubaire observés dans les hôpitaux est en progression croissante.

Les blessés de guerre améliorables.

(M. Rouvillois. — *Académie de médecine* ; 4-11-24.)

M. Rouvillois a opéré un malade atteint de main bote, suite de blessure de guerre, lésion qui était classée comme définitive et irrémédiable. Il a pu obtenir une amélioration sensible. L'auteur se demande, à ce propos, s'il n'existe pas, à l'heure actuelle, un certain nombre de blessés de guerre porteurs de pseudarthroses considérées à tort comme incurables et auxquelles la chirurgie pourrait apporter un remède efficace. La pension de ces blessés devrait, bien entendu, rester intangible.

Effets hémostatiques de la pectine.

(MM. Violle et Saint-Ray. — *Académie de médecine* 4-11-1924.)

La pectine, contenue dans un certain nombre de plantes (pétales de roses rouges, racine de gentiane, écorces d'oranges amères, etc.) jouit d'un pouvoir hémostatique très net. Elle accélère la coagulabilité du sang. Elle est utilisable cliniquement par voie gastrique, soit isolée (en solution à 1 ou 2 %), soit par ingestion des végétaux qui la contiennent.

L'action anti-diabétique de Vichy jugée par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.

(MM. Marcel Labbé, Tamalet et Nepveux. — *Académie de médecine* ; 10-11-1924.)

M. Marcel Labbé présentait dernièrement une étude générale de l'épreuve dite d'hyperglycémie provoquée. Il signale aujourd'hui une application de cette épreuve en clinique thérapeutique hydrologique

Il a fait pratiquer la dite épreuve chez un certain nombre de malades (hépatiques, diabétiques) au début et à la fin d'une cure hydro-minérale de Vichy. Sur neuf hépatiques, sept avaient retrouvé, après le traitement, une réaction d'hyperglycémie normale. Chez trois diabétiques, le trouble de la glycorégulation offrait une atténuation très nette.

L'emploi de l'épreuve d'hyperglycémie, ajoute l'auteur, peut donc permettre de mesurer l'action curative exercée par un traitement, un médicament ou par une eau minérale.

— M. Chauffard rappelle que la preuve biologique de l'action directe de Vichy sur la glyco-régulation a déjà été établie par l'effet réducteur de la cure thermale sur l'hyperglycémie diabétique (Biscous et Rouzaud). Des constatations du même ordre ont été faites à Contrexeville.

— M. Labbé estime que l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée est ici un moyen plus précis d'appréciation, car elle est moins influencée par le régime du malade.

Paralysie post-sérothérapique.

(MM. Sicard, de Gennes et Coste. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 17-10-1924.)

Les paralysies consécutives à la sérothérapie ont été signalées en 1919 par Lhermitte. Depuis, un certain nombre de cas ont été observés par Marchal, Sicard et Cantaloube, Mouriquand, Sézary, etc. MM. Sicard, de Gennes et Coste en relatent aujourd'hui un nouvel exemple, consécutif à une injection de sérum antitétanique. Comme mécanisme pathogénique, les auteurs proposent d'admettre une sorte d'urticaire du tissu nerveux (analogue à l'urticaire cutanée concomitante de la maladie sérique), tronculaire, funiculaire, ou même médullaire.

Le sérum antitétanique paraît, plus que les autres, prédisposer à l'éclosion de ces paralysies post-sérothérapiques. Il n'en a pas, cependant, l'apanage exclusif. Le sérum antidiphtérique provoque quelquefois aussi de tels accidents.

— M. Hallé n'a jamais vu de faits de ce genre chez les enfants.

— M. Lereboullet a suivi, au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, plusieurs centaines de jeunes sujets traités par des hautes doses de sérum de Roux. Il a naturellement rencontré des accidents sériques assez nombreux, mais jamais de paralysies post-sérothérapiques. Il semble bien que celles-ci soient surtout causées par la sérothérapie antitétanique.

— M. Lesné ne voit plus de maladie sérique depuis qu'il se sert du sérum antidiphtérique privé de ses albumines. Peut-être pourrait-on préparer un sérum antitétanique analogue pour éviter les accidents de la sérothérapie, les paralysies entre autres.

— M. Flandin remarque que les parésies et même les paralysies durables font partie du tableau classique du choc anaphylactique chez l'animal.

— M. André LÉRI a eu l'occasion d'assister à l'éclosion de paralysies graves à la suite non pas de la sérothérapie, mais de la vaccinothérapie. Il a observé, après une injection de vaccin antityphique T.A.B., le développement d'une paralysie ascendante aiguë du type maladie de Landry.

Injection de sérum antitétanique : paralysie et mort.

(MM. MORICHAU-BEAUCHANT et FAGART. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 17-10-1924.)

Injecter, à titre préventif, à un sujet atteint de blessure peu grave, 10 cent. c. de sérum anti-tétanique, voir survenir treize jours après des accidents sériques (urticaire, vomissements) avec paralysie post-sérothérapique, des membres inférieurs, des muscles respiratoires, suivis de mort du malade au bout de trois jours, telle est l'observation intéressante de MM. Morichau-Beauchant et Fagart.

Habituellement, les paralysies post-sérothérapiques, affectent le plexus brachial, sont unilatérales, s'accompagnent d'amyotrophie, durent longtemps, mais finissent par guérir. Ici, l'évolution éveille plutôt l'idée d'une atteinte médullaire à marche ascendante avec extension aux centres bulbaires.

De tels faits sont heureusement exceptionnels, mais leur connaissance est importante en pratique, étant donné l'emploi courant du sérum antitétanique chez les blessés par accidents divers. Leur extrême rareté, d'ailleurs, ne saurait empêcher, en aucune façon, l'usage préventif de ce sérum.

Abcès amibiasique du poumon.

(MM. P. EMILE-WEIL et LAMY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

M. P. Emile-Weil a soigné un malade chez lequel aucun indice clinique ne permettait de suspecter l'amibiase pulmonaire. La radiographie montrait une image claire, entourée d'un cercle sombre. Soupçonnant l'amibiase, l'auteur institua une cure émétinique, qui fut suivie de guérison rapide.

Transfusion de sang arsenobenzolé dans les hémorrhagies intestinales typhiques.

(MM. Ch. FLANDIN et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

Les grandes hémorrhagies intestinales ne s'observent plus guère, de nos jours, au cours de la fièvre typhoïde. Dans les cas où on les rencontre, cependant, nous sommes mieux armés que jadis. Les injections d'émétine, les injections intra-veineuses de citrate de soude rendent des services. Comme dernière ressource vient la transfusion du sang. M. Flandin recommande, à cet effet, la transfusion de sang arsénobenzolé. L'arsénobenzol rend le sang incoagulable, comme le citrate de soude, mais serait supérieur à ce dernier. M. Flandin, dont l'expérience s'appuie sur plus de 300 transfusions de sang arsénobenzolé, a appliqué cette méthode chez deux typhiques atteints d'hémorrhagies intestinales graves (injection de 300 c.c. de sang additionné de 0 gr. 30 de sulfarsénol pour 100 cent. c. de sang). Les deux malades ont guéri.

— M. P. EMILE-WEIL ne trouve aucun avantage ici, à l'arsénobenzol, au contraire, et il préfère le citrate de soude.

L'arsénobenzol pour faciliter la saignée.

(MM. Ch. FLANDIN et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

Lorsque l'on pratique la saignée par ponction veineuse à l'aiguille, on est souvent gêné par la coagulation du sang qui arrête l'écoulement sanguin. C'est même plutôt chez les malades dont l'état est particulièrement justiciable de l'émission sanguine que cet incident se produit. Pour y parer, MM. Flandin et Tzanck proposent de se servir de l'arsénobenzène.

Déjà, le seul fait du plonger l'aiguille, avant la ponction de la veine, dans une solution d'arsénobenzol, rend l'écoulement du sang plus facile. Mais, il vaut mieux encore injecter, 10 ou 15 centigr. de novarsénobenzol, avant la saignée, pour rendre celle-ci aisée, en raison des effets sur la coagulation du sel arsenical. Si l'on veut n'employer que des doses plus faibles d'arsénobenzène, on injectera seulement l'anticoagulant dans le segment de veine isolé par le lien compresseur suivant la technique indiquée par Sicard pour la topophylaxie.

L'anatoxi-réaction.

(MM. LEREBOULLET, BOULANGER-PILET et LELONG. *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

On connaît les applications de l'anatoxine Ramon pour la prophylaxie de la diphtérie. M. Zoeller, dans une série de travaux récents, a étudié les effets locaux de l'injection d'anatoxine et signalé une nouvelle réaction diphtérique : l'anatoxi-réaction.

Pour la produire, il injecte dans la peau de l'avant-bras quatre gouttes d'une dilution à 1 pour 100 d'anatoxine dans du sérum physiologique. On recherche le lendemain, ou mieux le surlendemain, la modification cutanée consécutive : papule rouge plus ou moins intense et plus ou moins persistante.

M. Zoeller considère cette réaction comme un indice d'une hypersensibilité spéciale aux protéines du bacille de Loeffler, mettant en évidence une sorte d'*immunité incomplète* du malade, auquel il donnele nom d'*allergie diphtérique*. Ainsi donc, à côté de la réaction de Schick, qui traduit la réceptivité ou la non réceptivité à la diphtérie, l'anatoxi-réaction révèlerait une réceptivité atténuée et permettrait de comprendre la signification biologique des formes atypiques de la diphtérie (angines rouges, angines cryptiques, etc.).

Les recherches de M. Zoeller furent faites chez les adultes. M. Lereboullet les a confirmées chez les enfants et il estime que l'anatoxi-réaction sera susceptible de fournir des renseignements intéressants en clinique et en épidémiologie.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Roger Weber. — **Déboisement et paludisme. Etude d'hygiène sociale.** (A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1922.)

Le déboisement provoque le paludisme, soit directement s'il s'agit de plaine, soit indirectement s'il s'agit de montagnes. Le reboisement fait disparaître le paludisme ; on en a eu la preuve dans les Landes et en Sologne.

La culture intensive peut réussir de même.

La Corse est notre seul département où le paludisme s'aggrave actuellement sous la double influence d'un déboisement intensif et d'une misère croissante.

Le reboisement doit être exécuté, et par l'Etat, et par des associations privées comme celle de Bordeaux pour les aménagements des montagnes.

Mtp. — Dr Paul Ramain. — **L'influence des radiations solaires ultra-violettes et infra-rouges sur le taux des globules blancs et la formule hémoleucocytaire.** (Montpellier, Imprimerie « L'Abeille », Coopérative ouvrière, 1923.)

Les sujets réagissent d'une façon *différente* à l'une des radiations suivantes : lumière solaire, rayons ultra-violets, radiations infra-rouges.

A la *lumière solaire directe correspond surtout une hyperleucocytose* avec inversion de la formule et lymphocytose. Quelques rares sujets réagissent par de la leucopénie, et certains tuberculeux (avec TP à évolution rapide) donnent une réponse plus énergique dans un sens ou dans l'autre. Rééquilibre leucocytaire en 24 ou 48 heures. Eosinophilie fréquente.

Aux *rayons ultra-violets, il y a tantôt leucopénie accentuée, tantôt hyperleucocytose* ; ces réactions suivent immédiatement la séance d'irradiation. Quelques sujets ont fourni une réponse particulière, consistant *en une succession d'hyperleucocytose et de leucopénie*, avec amortissement progressif. Rééquilibre leucocytaire plus rapide qu'avec le soleil.

Les modifications de la formule hémoleucocytaire portent surtout sur les lymphocytes ; il y a généralement lymphocytose, qu'il y ait leucopénie ou bien hyperleucocytose. Eosinophilie fréquente mais tardive.

Aux *radiations infra-rouges correspond surtout une leucopénie* s'installant immédiatement après la séance d'irradiation, généralement très accentuée et ayant tous les caractères d'un choc hémoclasique. Rééquilibre leucocytaire très rapide.

Ici, encore, les modifications de la formule hémoleucocytaire portent de préférence sur les lymphocytes, qui sont augmentés. Eosinophilie presque de règle, mais immédiate et fugace.

Aux *radiations ultra-violettes et infra-rouges simultanées*, il semble y avoir tantôt hyperleucocytose, tantôt leucopénie prononcée, les résultats paraissant tenir à l'une ou à l'autre de ces radiations ; mais il paraît exister, au point de vue *dermique*, un antagonisme entre ces deux sortes de radiations. Des expérimentations futures viendront peut-être affirmer cette constatation n'ayant encore porté que sur un petit nombre d'observations.

A une même sorte de radiation de longueur d'onde semblable, un même individu semble toujours réagir d'une façon identique. Certains sujets, comme des hépatiques, des bacillaires ou des cancéreux, paraissent réagir plus violemment que d'autres à telle ou telle radiation.

Certains résultats fournis par les radiations ultra-violettes plus spécialement, ainsi que quelques modifications un peu particulières constatées dans la formule hémoleucocytaire, font envisager la possibilité d'une action cytolytique agissant sur les globules blancs d'un individu soumis à une de ces irradiations.

P. — Dr Guillaume Roussellier, diplômé de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Paris. — **Cyclothymie et périodicité neuro-végétative dans les fugues infantiles.** (Paris, Société Générale d'imprimerie et d'édition, 71, rue de Rennes, 1924.)

Il est une variété de fugues infantiles, survenant par accès, qu'il y a intérêt à bien connaître, celles qui se produisent à la faveur d'une phase d'excitation ou de dépression cyclothymiques. La recherche d'un trouble de l'équilibre neuro-végétatif, notamment l'examen du réflexe oculo-cardiaque, dont l'exagération accompagne toujours, semble-t-il, les phases aiguës de la psychose périodique, permet de rapporter ces fugues et les autres manifestations, qui leur sont équivalentes, à leur véritable cause.

Ces fugues sont dues à la libération de l'élément moteur et des perversions instinctives, qui peuvent l'accompagner, du fait que la volonté, qui les refrénait, est « barrée » par le déséquilibre du caractère.

Au point de vue médico-légal, ces malades doivent être tenus pour pénalement irresponsables, ou très partiellement responsables. Mais des mesures de surveillance sont justifiées à leur égard tant qu'il ne s'est pas écoulé une accalmie suffisamment prolongée pour autoriser leur sortie. La notion du déséquilibre vago-sympathique permet de tenter le traitement abortif de l'accès d'excitation et une cure prolongée de la constitution périodique de pareils malades.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN HOPITAL PEUT-IL SE REFUSER A ADMETTRE LES BÉNÉFICIAIRES DES LOIS SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES RÉFORMÉS DE GUERRE ?

La loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, ne vise, dans son article 1er, que les individus, privés de ressources, tombés malades dans une commune.

Les différentes lois sur les accidents du travail laissent à la victime le libre choix de son médecin. Il en résulte que le blessé peut se refuser à être soigné à l'hôpital. D'ailleurs, cette hospitalisation facultative n'est prévue qu'au paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898 : il n'est question que de la responsabilité pécuniaire du chef d'entreprise, en ce qui concerne le règlement des frais d'hospitalisation. La jurisprudence est unanime pour déclarer cette hospitalisation facultative pour les blessés du travail, (voir *Concours médical* 1923, page 3773).

La loi du 31 mars 1919, sur les pensionnés de guerre, dans son article 64, paragraphe 4, reconnaît le libre choix du médecin. Le paragraphe 6 concerne l'hospitalisation, lorsque celle-ci est reconnue nécessaire, et encore les malades auront le droit de choisir les salles civiles ou les salles militaires des hôpitaux de leur ressort.

Le modèle de règlement pour les hôpitaux et hospices, adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1920, prévoit, dans son article 24 (et dans la note adjointe à cet article), l'admission des bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et celle des pensionnés de guerre. Le nombre de lits à affecter aux malades payants de divers ordres est envisagé à l'article 28 et notamment dans la note 3.

Disons enfin que ce texte réglementaire prévoit, dans son article 30, les modalités d'admission des malades indigents, bénéficiaires de la loi du 7 août 1851 ; dans son article 31, celles des bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 (Assistance médicale gratuite) ; enfin, l'article 33 prévoit les modalités d'admission des malades n'entrant pas dans l'une des catégories déjà énumérées.

Nous devons maintenant interpréter ces textes et pour ce faire, nous nous sommes reportés au livre de M. Gouachon, docteur en droit, secrétaire général des hospices civils de Lyon, intitulé : « Du rôle des hôpitaux et hospices » (Lyon, imprimerie Noirclerc, 1921).

Page 15, nous lisons que les hôpitaux « peuvent » : (et non « doivent ») admettre des malades autres que les indigents.

Enfin, page 32, nous lisons l'interprétation de l'article 8, § 4, de la loi du 7 août 1851, en ce qui concerne l'obligation de faire approuver par le préfet, les règlements du service, tant intérieur qu'extérieur et de santé.

Mais nulle part, nous n'avons relevé l'obligation, pour un hôpital, d'avoir à recevoir les blessés du travail, ou les pensionnés de guerre.

Bien entendu, nous devons éliminer un certain nombre de restrictions :

1° Tout d'abord, bien que respectueux de l'autonomie des hôpitaux, autonomie consacrée par la loi du 7 août 1851, nous estimons qu'un hôpital serait mal venu de refuser l'admission à l'établissement, pour un cas d'extrême urgence, dans lequel la vie d'un homme est en danger. Il y a des devoirs d'humanité qui doivent être placés bien au-dessus des textes de lois, ou de règlements.

2° En second lieu, les hôpitaux et hospices sont souvent liés par des conventions passées avec des sociétés de secours mutuels, avec des usines, des sociétés diverses, voire même des communes. Ces conventions ne sont fréquemment que la contrepartie de subventions allouées par ces sociétés, usines, ou communes, pour que tous les malades desdites collectivités puissent être admis à l'hôpital.

3° Eliminons enfin les fondations, les legs, obligeant les hôpitaux et hospices, qui en sont bénéficiaires, à admettre divers malades, présentés sous certaines conditions.

En dehors de ces cas restrictifs, nous n'avons vu, nulle part, l'obligation légale ou réglementaire, pour un hôpital, d'avoir à recevoir les victimes du travail ou les réformés de guerre.

Il s'en suit que le règlement particulier de l'hôpital peut parfaitement ne pas mentionner ces malades et blessés dans la catégorie des individus qui peuvent être admis dans l'hôpital.

L'établissement hospitalier a parfaitement le droit de réserver ses lits aux seuls indigents, bénéficiaires des lois du 7 août 1851, du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, du 14 juillet 1905, sur les vieillards, infirmes et incurables et enfin aux malades demi-nécessiteux.

Reste maintenant le point de savoir si l'hôpital, bien qu'usant de son droit légal de n'admettre que les malades payants qu'il lui plait, agirait ainsi sagement.

Dans une grande ville, dans laquelle existent des maisons de santé, l'hôpital peut se refuser à admettre toutes autres personnes que les indigents. C'est son droit absolu, car les devoirs d'humanité seront respectés, puisque les malades et blessés urgents pourront trouver asile et soins dans une maison de santé privée.

L'hôpital de grande ville a l'obligation de se conformer au désir du législateur de 1851, qui considère l'hôpital comme étant l'asile des pauvres. Il est inutile qu'un établissement public, qui, presque toujours, ne peut vivre que par suite des subventions communales, se transforme en concurrent déloyal des établissements privés.

Les subventions, payées par la collectivité des contribuables, ne doivent pas se retourner contre certains de ces mêmes contribuables.

En effet, l'admission *larga manu* des malades payants, des blessés du travail et des réformés de guerre, dans un hôpital, enlèvera aux cliniques et maisons de santé privées la possibilité de vivre, ou d'abaisser leurs prix de journée.

Un hôpital n'a pas les mêmes frais généraux qu'une clinique privée, il ne paye pas d'impôts ; il bénéficie de la loi du nombre pour les achats divers, etc.

Mais, dans les localités de moindre importance, lorsqu'il n'y existe pas, ni à proximité, de maison de santé privée, l'hôpital doit faire fonct on de clinique pour toute une catégorie de malades, qui, bien que n'étant pas indigents, ne peuvent pas recevoir ailleurs les soins nécessaires à leur état.

Et, c'est principalement cette catégorie de localités que j'ai en vue, lorsque je me demande si, *stricto sensu*, l'hôpital agirait bien, en usant de son droit absolu de ne pas admettre les blessés du travail et les réformés de guerre.

Ce sont questions d'espèce, qui doivent être laissées à l'appréciation des commissions administratives locales.

Disons enfin, pour terminer, combien il est désirable qu'une entente étroite, voire même une collaboration, puisse exister entre commissons administratives d'hôpitaux et corps médical local.

Certes, je ne dissimule pas que la question générale qui m'a été posée et à laquelle j'essaye de répondre ne vise que des cas particuliers : commission administrative d'hôpital trouvant des inconvénients surtout pécuniaires à l'admission de tels malades et corps médical local voulant enrayer l'exploitation, dont il est la victime, de la part de tiers, qui, devant payer la note des soins donnés, trouvent plus économique de faire admettre les ayants droit dans l'asile des pauvres en violant souvent le principe du libre choix du médecin, reconnu par les lois sur les accidents du travail et celle sur les pensionnés de guerre.

Ces ententes locales, cette collaboration n'aura d'autre but que les améliorations à apporter aux soins à donner aux malades hospitalisés, tout en respectant de légitimes intérêts.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. 0420

L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE EN FRANCE.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION (1)

Dr DEQUIDT,

Inspecteur général des Services Administratifs

MM.

La Société de médecine publique a, cette année, apporté au programme de son congrès d'hygiène, une innovation qui mérite d'être soulignée. Elle a décidé, en effet, que les rapports et communications figurant à ce programme seraient orientés pour la plupart autour d'un sujet commun, « l'enseignement de l'hygiène ».

Ce n'est pas dans une assemblée comme celle-ci qu'il convient d'insister sur l'importance primordiale de ce sujet.

Quand le Conseil d'administration de la Société m'a chargé du rapport général, j'ai accepté par esprit de discipline. Je me demande maintenant si je n'ai pas eu tort.

Il semble, en effet, que ce travail doive être la synthèse des communications et des rapports particuliers, des discussions qui ne manqueront pas de les suivre, et trouverait mieux sa place après le congrès.

J'exprime le vœu qu'il tente l'un d'entre vous, mais me voici pour ma part obligé d'être infidèle au titre sous lequel est annoncée mon intervention : « L'enseignement de l'hygiène en France ; état actuel de la question ».

Plus modestement, je m'efforcerai de vous présenter quelques vues générales sur cette question et un exposé d'ensemble qui contribuera à donner à vos travaux l'unité que les organisateurs de ce congrès ont entendu leur assurer.

***

Que faut-il entendre par l'enseignement de l'hygiène ?

Sans nous risquer à une définition qui serait périlleuse, je crois pouvoir affirmer que les hy-

(1) Rapport présenté au Congrès d'Hygiène de la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire.

giénistes sont d'accord sur le but que doit se proposer cet enseignement. Les praticiens de l'hygiène et ceux qui, comme moi, ont eu l'occasion de les voir à l'œuvre et quelquefois de me mettre à leur place, savent que le grand obstacle à leur action est l'ignorance et l'incompréhension des milieux où ils exercent. Il serait facile de citer tels exemples où il leur a été impossible de faire comprendre la portée de mesures d'hygiène élémentaire comme le déplacement d'un tas de fumier contaminant le puits voisin ou la cueillette hygiénique d'un lait.

La simple connaissance théorique des préceptes de l'hygiène ne suffit pas d'ailleurs et nous savons que des milieux cultivés sont parfois réfractaires à leur application pratique.

L'hygiéniste, dont la fonction est de protéger la santé publique comme aussi de fortifier et de développer la santé des individus, se heurte à des habitudes traditionnelles, à une routine contre laquelle trop souvent se brisent ses efforts.

Un bon enseignement de l'hygiène doit donc tendre à créer une mentalité favorable aux progrès de l'hygiène, à développer des habitudes, en un mot à préparer les mœurs sans lesquelles, suivant l'adage bien connu, les lois les meilleures et les règlements les mieux établis restent inefficaces.

Si l'hygiène peut, à juste titre, et depuis les découvertes pasteuriennes, être considérée comme une science positive, il ne lui suffit pas de s'imposer aux intelligences, elle doit entraîner l'adhésion des volontés, se diffuser et se répandre selon les méthodes des sciences morales.

L'enseignement de l'hygiène est, avant tout, affaire d'éducation et le problème qu'il soulève apparaît ainsi comme un problème social dont les données varient dans les différents pays, avec le caractère de la population, ses tendances, ses préjugés, son évolution, son régime politique et, dans chaque pays, avec les différents milieux, dont la psychologie doit être parfaitement connue de qui veut en faire l'éducation.

Voilà, Messieurs, quelques principes généraux, dont l'évidence élémentaire n'est contestée par personne, et dont nous allons étudier les conditions d'application en France, en envisageant successivement : « l'enseignement de l'hygiène à l'école, dans les familles et dans les différents milieux sociaux ».

***

L'enseignement de l'hygiène à l'école.

Puisqu'il s'agit d'un enseignement moral à diffuser dans différents milieux de la Nation, nous avons à nous demander à qui incombe ce grand devoir d'éducation qui est à la base d'une bonne protection de la santé publique et quels sont les agents les plus qualifiés pour le remplir.

La biologie enseigne et l'expérience confirme que c'est à l'enfant qu'il convient de s'adresser pour lui inculquer des habitudes en quelque sorte organiques susceptibles de résister à des influences contraires et à une ambiance défavorable.

Et cette observation souligne dès le début que le rôle de premier plan dans l'enseignement de l'hygiène, tel que nous l'avons défini, revient aux instituteurs et à tous les éducateurs de l'enfance. Il appartient, en effet, à ces derniers, de modeler suivant les conceptions nouvelles de la pédagogie et de la science cette « cire molle » que constitue le cerveau vierge des enfants qui leur sont confiés.

Ce que doit être l'enseignement de l'hygiène à l'école, la valeur des différents programmes, des rapporteurs distingués vous le diront à ce congrès, chacun avec une compétence spéciale, mieux que je ne pourrais le faire.

Aussi, n'insisterai-je pas sur l'inutilité d'un enseignement qui serait purement didactique, sur l'insuffisance même des leçons de choses qui ne s'adapteraient pas à la pratique quotidienne de la vie de l'enfant et nous sommes pleinement d'accord sur la supériorité des principes qui ont inspiré cette œuvre magnifique de « l'hygiène par l'exemple » dont un exposé vous sera fait au cours même de ce congrès et dont nous devons, suivant l'expression même de M. Marchoux, une application modèle au Dr Viabaux, directeur du preventorium de Camiers.

Ce que je puis tenter ici, c'est de caractériser l'esprit dans lequel les maîtres des écoles doivent enseigner l'hygiène, science vivante et qui ne peut être réellement transmise que par ceux qui y croient pratiquement. Aussi est-ce à la formation spéciale de ces maîtres, lors de leur passage à l'école normale, qu'il faut surtout s'attacher.

Nous connaissons le programme des douze leçons qui constituent notamment le cours d'hygiène professé aux élèves maîtres, lors de leur dernière année d'école normale. Les notions qu'y acquiert le futur instituteur n'auront de réelle valeur que si ce dernier est vraiment convaincu de leur importance pratique et surtout s'il est parfaitement pénétré de leur portée sur les jeunes élèves qu'il aura à diriger plus tard.

Pour le rendre plus fécond, je recommanderais volontiers la collaboration, partout où elle est possible, du médecin à l'enseignement des écoles normales sous la forme de conférences organisées dans ces écoles que, grâce à l'action concentrée des inspecteurs de l'Académie et des inspecteurs départementaux et directeurs des bureaux d'hygiène comme nous connaissons dans la Loire notamment avec le Dr Everic, et le Rhône, des multiples exemples.

Une grande importance doit être accordée aussi à l'organisation de l'Ecole annexe placée à côté de l'Ecole normale et où l'élève-maître commen-

ce l'apprentissage de ses fonctions. Nous ne sommes pas sûrs que toutes les écoles annexes soient des écoles modèles et que notamment leur installation matérielle ne heurte aucune des règles d'hygiène qui y sont enseignées.

Nous touchons ici du doigt une des lacunes les plus graves de l'organisation des services scolaires au point de vue de l'enseignement de l'hygiène, car à n'en pas douter, il y a une influence de l'école elle-même et de ses installations sur cet enseignement.

La maison d'école doit être une habitation modèle au point de vue de l'hygiène et c'est à ce prix seul que l'enfant qui y passe les premières années de sa vie pourra y acquérir les bonnes habitudes qu'il faut lui inculquer.

Il est réellement impossible d'apprendre aux enfants à être propres dans une école qui ne dispose même pas d'un lavabo et comment parler des bienfaits de l'aération et de l'ensoleillement dans un local encombré et mal situé.

Je sais bien qu'il est des municipalités comme celle de Dunkerque, par exemple, qui poursuivent méthodiquement la transformation hygiénique de leurs écoles et que le Ministre de l'Instruction publique dispose de maigres crédits pour les aider, mais les projets dressés à cet effet souvent attendent de longues années avant tout commencement d'exécution.

La raison en est, je ne l'ignore pas, aux circonstances, aux difficultés financières que nous traversons, mais peut-être serait-il possible de réaliser dans toutes les écoles, dans un délai qui ne serait pas trop long, des améliorations comprises dans ce que j'appellerai un programme minimum et qu'à cette réalisation, l'Instruction publique consacre méthodiquement les fonds dont il dispose.

Je me permets d'en faire la suggestion au Ministre de l'Instruction publique.

Pour le guider, il lui suffira de considérer les résultats obtenus dans les écoles déjà en nombre appréciable où l'hygiène par l'exemple a précisément poursuivi ces améliorations minima, c'est-à-dire, l'installation de lavabos, de casiers-vestiaires, de bains-douches,

L'exemple de la ville de Narbonne que je remercie Mme Demaison, directrice du Bureau d'hygiène, de m'avoir signalé, où ont été créées des classes modèles sans dépenser de gros crédits, nous paraît à cet égard des plus démonstratifs.

Je suis ainsi amené à parler de l'inspection médicale des écoles et de la collaboration susceptible d'être apportée à l'enseignement de l'hygiène, non seulement au point de vue de l'aménagement hygiénique des locaux, condition indispensable de l'éducation sanitaire des enfants, mais pour la formation directe de ceux-ci. Certains projets ou propositions de lois relatifs à la création généralisée de l'inspection médicale des écoles dont nous attendons depuis longtemps le vote par le Parlement mentionnent que cette inspection doit porter sur « la constatation du degré d'instruction des élèves en matière d'hygiène ».

Mais, en réalité, la collaboration du médecin scolaire et des instituteurs doit être constante, et sans aller ici jusqu'à l'enseignement direct aux enfants pour lequel l'instituteur a été spécialement préparé, le médecin doit apporter ses conseils et ses directives et profiter de ses visites dans les classes ou de l'examen des enfants pour appuyer l'action des maîtres.

C'est ici que je dois signaler le rôle des assistantes scolaires, rôle excessivement fécond même au point de vue de l'enseignement direct, à la condition de s'exercer sous l'autorité du médecin et en parfaite harmonie avec l'action de l'instituteur.

Je signalerais volontiers, comme des organisations modèles, bien qu'il y en ait d'autres à citer, celle que nous devons dans l'Aisne à l'Association d'hygiène sociale, dirigée par Miss E. Molker, où dans 62 écoles plus de 15.000 enfants suivent un cours de puériculture assuré par une nurse, ainsi que l'organisation du 13e arrondissement où grâce à la Nouvelle Etoile, présidée par Madame Gonse Boos, les enfants des écoles reçoivent un enseignement théorique et pratique de puériculture.

En dehors de l'enseignement règlementaire, les initiatives ont été prises utilisant le concours des médecins pour parachever la formation des instituteurs et les rendre plus aptes à leur tâche d'éducateur en hygiène.

Nous voulons parler franchement de l'enseignement donné au musée d'hygiène de Paris et à l'Institut Universitaire de pédagogie de Lyon.

Le Musée d'hygiène de la ville de Paris offre par lui-même un ensemble de collections et d'installations qui doivent bénéficier largement à l'éducation populaire. Mais, outre les conférences ouvertes au public et d'ailleurs très fréquentées, l'administration a organisé des promenades conférences auxquelles ont été conviés les enfants des écoles conduits par un maître se rendant à jour fixe au musée.

L'idée a été émise d'organiser de véritables cours d'hygiène pratique pour les instituteurs et les institutrices de la Seine, cours qui serait sanctionné par un certificat dont il serait tenu compte pour l'avancement des maîtres. Elle nous paraît des plus fécondes.

L'Institut Universitaire Pédagogique de Lyon, dû à l'initiative de M. Chabout, professeur à la Faculté des Lettres, a organisé un enseignement qui, sans doute, ne trouve pas son équivalent ailleurs et mérite d'être signalé. Il comporte outre les cours de pédagogie, de législation sco-

laire, de psychologie expérimentale de l'enfant, un cours d'hygiène scolaire professé par le Dr Rochaix et un cours de puériculture assuré par le Dr Chatin.

Cet enseignement qui dure toute l'année et se donne le jeudi, s'adresse aux instituteurs et institutrices de la région lyonnaise, ainsi qu'aux élèves des écoles normales d'instituteurs et d'institutrices et est sanctionné par un certificat de pédagogie où l'hygiène a son épreuve.

A cette organisation, il faut ajouter les conférences faites par le Dr Rochaix, dans un cours normal d'éducation maternelle qui s'adresse aux directrices et aux adjointes des écoles maternelles de toute la région, ainsi que les conférences prévues dans une semaine pédagogique qui tient également ses assises annuelles.

L'enseignement de l'hygiène dans les familles.

L'enseignement de l'hygiène au sens où nous l'avons entendu, c'est-à-dire l'éducation en matière d'hygiène, la création de bonnes habitudes hygiéniques commencées à l'école, doit être poursuivi ou mené parallèlement dans la famille.

Il n'est pas douteux d'ailleurs qu'il y ait étroite répercussion d'une formation sur l'autre et l'on a justement noté l'heureuse influence exercée sur les parents eux-mêmes par les enfants, convaincus des règles d'une bonne hygiène apprise à l'école, introduisant dans leur famille les habitudes de propreté qui y étaient inconnues, obtenant pour certaines installations défectueuses des transformations sanitaires utiles, se faisant les propagandistes de l'hygiène autour d'eux.

L'école elle-même peut devenir un véritable centre d'instruction et d'éducation pour les familles, et je vous signale à ce sujet un article paru dans le *Mouvement sanitaire* : « L'éducation des familles en hygiène par l'école maternelle », connu de la plupart d'entre vous, où le professeur Rochaix étudie les différents moyens envisagés pour réaliser une véritable entente , une union féconde entre la famille et l'école en matière d'hygiène.

Moyens d'action individuelle : 1° distribution d'instructions aux parents au début de l'année ou envoi de ces instructions par fractions successives sous la forme de pancartes et de papillons ; 2° carnet de correspondances ; 3° visites des parents aux directrices et visites des directrices chez les parents.

Moyens d'action collective : 1° examen de santé en présence des mères ; 2° semaines de parents ; 3° soirées de parents ; 4° cercle de parents éducateurs ; 5° réunions et fêtes à l'école.

Ces titres sont suggestifs par eux-mêmes ; pour leur développement, je ne puis évidemment que renvoyer à l'article de M. Rochaix.

Mais ici, le principal rôle dans l'éducation des familles peut et doit être exercé par les médecins. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire à ce sujet, la doctrine de M. Emile Roux, le maître incontesté de tous les hygiénistes en France :

« Il semble utile, dit-il, — dans le discours qu'il a prononcé en juin 1920 à l'assemblée générale du Comité de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique — que les véritables éducateurs d'hygiène de la Nation soient les médecins, ils sont appelés dans les familles, en connaissent les membres, ils voient la disposition des logements et mieux que personne, ils peuvent donner des conseils pour leur aménagement hygiénique. Leur devoir est non seulement, de soigner les malades, mais aussi de préserver l'entourage. Avec eux, l'hygiène paraît pénétrer partout ».

La vérité de ces paroles est évidente et l'on voit quelle force de propagande et d'éducation représenterait pour l'hygiène une action méthodique de tous les médecins praticiens se faisant les conseillers et les instructeurs de leurs clients, non seulement au sujet de la prophylaxie et de la préservation des maladies, mais pour tout ce qui concerne l'amélioration de leur santé, la conduite de leur vie physique, l'aménagement de leur foyer.

Mais il serait difficile de soutenir qu'une telle action est actuellement généralisée en France, et M. Roux, constatant que les médecins ne jouent pas, dans la diffusion de l'hygiène, le rôle que l'on pourrait attendre, en trouve deux raisons sur lesquelles il nous paraît nécessaire d'insister et qui nous paraissent d'ailleurs étroitement liées.

La première est relative aux conditions d'exercice de la profession médicale qui ne permettent que difficilement aux médecins « de remplir le rôle d'hygiénistes qui semble naturellement leur revenir ».

Ici encore, je demande la permission de citer :

« Dans les grandes villes, les maîtres de la science sont des consultants appelés dans les familles seulement dans les circonstances graves. Les médecins de quartier sont obligés de faire chaque jour un grand nombre de visites , de monter beaucoup d'étages ; après avoir examiné le malade et prescrit le traitement, ils ne peuvent donner que sommairement les conseils essentiels de prophylaxie... Pour ce qui est du médecin de campagne, moins encore que le médecin de la ville, il dispose du temps nécessaire à la prophylaxie des malades et à l'instruction hygiénique de ses clients ».

Messieurs, voilà le fait ! Peut-il être modifié et comment ? Je crois, pour ma part, que le premier coupable est ici le client lui-même qui accepte de payer largement « quand le danger passé n'est pas trop loin », le médecin dont il a reçu la guérison, mais il n'a pas l'idée de l'appeler pour se préserver contre une maladie grave et onéreuse,

encore moins de le rémunérer pour les conseils d'hygiène dont il a matériellement bénéficié.

Toute l'éducation du public est à faire sur ce point et s'il était admis que le médecin peut vivre de la prophylaxie et de l'hygiène, comme il est légitime qu'il vive de la thérapeutique, si le client était convaincu qu'il a intérêt à faire appel à celle-là pour lui éviter de subir celle-ci, la situation signalée par M. Roux, en serait grandement améliorée.

Mais, cette situation s'explique elle-même par une insuffisante préparation du médecin à ses fonctions d'hygiéniste et c'est précisément l'insuffisance de l'enseignement reçu à la Faculté qui apparaît à M. Roux comme la seconde raison s'opposant à ce que le médecin soit le principal propagandiste de l'hygiène qu'il devrait être.

L'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine doit faire l'objet d'un rapport de M. Courmont et Rochaix, représentant cette Faculté de Lyon où l'enseignement de l'hygiène brille d'un si vif éclat et où M. J. Courmont a créé cet enseignement complémentaire destiné aux spécialistes et sanctionné par un diplôme, qui a servi de modèle à toutes les organisations ultérieures. Une communication vous sera faite également sur ce sujet par le professeur Bourdignière qui doit à sa double qualité de professeur et d'inspecteur départemental d'hygiène de pouvoir orienter son enseignement dans un sens pratique, et vous entendrez tout à l'heure, le rapport du professeur Léon Bernard sur l'organisation de l'enseignement de l'hygiène à l'étranger.

Vous comprendrez que j'aie quelques scrupules à aborder un sujet qui sera traité par de telles autorités.

Peut-être, du point de vue où je me suis placé, me sera-t-il permis d'insister sur le caractère éducatif que doit revêtir l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine aussi bien que dans les écoles primaires et secondaires.

L'exercice de la médecine tend à devenir une charge sociale et c'est à la Faculté que le médecin doit être instruit des obligations qui lui sont imposées s'il veut devenir un véritable « médecin social » suivant l'expression du Dr Louvard que je demande la permission de citer : « Dans tous les problèmes angoissants qui ont pour objet la lutte contre la misère, contre les maladies physiologiques et tous les fléaux qui affligent la pauvre nature humaine, il (le médecin) doit apporter le concours de sa science et de son dévouement. Non seulement, soulager, aider à la guérison de tant de misères imméritées, mais encore donner le réconfort moral et, par les œuvres d'assistance et de prévoyance sociales, faire reculer les frontières de la maladie.

« Sa sollicitude s'étend à tous les âges de la vie ; mais elle a une prédilection pour l'enfance ; il visite les enfants protégés, il consulte les nourrissons, il consulte les écoliers, il veille en tout et partout à la conservation de la santé des enfants.

« Le rôle du médecin grandit avec le développement de la civilisation, avec l'épanouissement de la charité, avec la poussée du génie démocratique, avec le mouvement qui emporte les nations vers le progrès social ».

Je livre ces paroles à vos méditations, car elles définissent avec netteté le rôle que l'évolution des idées et des institutions sociales tend à imposer au médecin.

Les dirigeants du Corps médical et parmi eux des journaux d'avant-garde, comme le *Concours médical*, insistent sur les transformations subies par notre profession, du fait même de cette évolution et, c'est l'occasion de nous féliciter que le programme de notre Congrès comporte une communication d'un des plus sympathiques représentants du syndicalisme médical, le Dr Lenglet, sur l'enseignement de l'hygiène au point de vue syndical.

L'intervention des médecins praticiens est tellement liée à l'action des services publics d'hygiène qu'il serait vain de former d'excellents spécialistes pour diriger ces services si, faute d'une éducation et d'une formation commune, une collaboration étroite n'était possible entre eux.

Nous pensons que toute propagande officielle en matière d'hygiène serait stérile, si elle n'était appuyée, soutenue, continuée par le concours du médecin praticien.

Dans ce domaine comme dans celui de toutes les institutions sanitaires telles que les consultations et les divers dispensaires d'hygiène sociale (que je dois mentionner, car elles ont, par elles-mêmes un pouvoir de diffusion des préceptes et de la pratique d'hygiène), il est indispensable de concilier les points de vue de l'administration et des groupements médicaux, et je suis sûr d'être d'accord avec toutes les autorités qualifiées pour demander que la formation des médecins à la Faculté s'inspire de cette conception.

Nous ajouterons seulement que, dans tous les pays, se dessine une tendance manifeste à orienter l'enseignement médical dans le sens de la prévention des maladies et nous citerions volontiers l'exemple d'une importante école de médecine américaine où la fondation Rockefeller a développé à ses frais tout un plan dans le but, suivant l'expression du compte rendu de son président, « d'obliger tous les professeurs à amplifier les aspects préventifs et généraux de chaque sujet traité dans les cours ordinaires ».

En parlant tout à l'heure du rôle des dispensaires et consultations sociales en tant qu'organes de diffusion des règles de l'hygiène, nous avons naturellement songé aux infirmières visiteuses qui sont les agents essentiels de ces institutions et les collaboratrices immédiates des médecins. Vous aurez l'occasion d'entendre une communi-

cation spéciale sur l'enseignement de l'hygiène et des écoles d'infirmières. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de cet enseignement dont Mlle Chaptal a défini en termes heureux le caractère, et qui doit demeurer résolument pratique et ne jamais perdre de vue, dans l'avenir, la nécessité d'une parfaite harmonie de l'action de l'infirmière avec celle du médecin.

L'enseignement de l'hygiène dans les différents milieux sociaux.

L'action de l'instituteur à l'école, celle du médecin dans la famille, sans oublier le rôle de l'infirmière visiteuse et des institutions sociales placées sous la direction et le contrôle du médecin, sont les facteurs primordiaux de cette éducation hygiénique des populations, conditions préalables d'une bonne protection de la santé publique.

Il était important de les mettre en relief.

D'autres influences peuvent contribuer à créer une mentalité favorable à l'hygiène et nombreuses sont les organisations qui tendent à vulgariser, à diffuser dans le public les notions utiles d'hygiène générale ou spéciale, complétant ainsi, soit isolément, soit en liaison avec eux, l'œuvre de l'instituteur et du médecin.

Nous signalerions volontiers certaines initiatives de la grande presse, qui peut jouer dans cette voie un rôle très utile, dans la mesure où elle s'efforce moins de vulgariser la médecine, que de donner au public les notions élémentaires de prophylaxie et d'hygiène qui facilitent l'action ultérieure du médecin.

Nous devons également insister sur les tracts, les brochures de propagande, dus à l'initiative d'associations ou groupements privés, tels que la Ligue contre le péril vénérien, le Comité National de l'enfance, dont tout le monde connaît la brochure sur la puériculture, répandue à profusion dans les écoles et qui a facilité l'action des maîtresses. Une mention spéciale doit être faite au Comité National de défense contre la tuberculose, dont le Comité de propagande, présidé par M. Louis Forest, édite une revue : « La vie saine » qui constitue par l'originalité de sa rédaction, alternant l'image avec des démonstrations écrites, connaissant l'art de frapper l'attention par des titres originaux, un modèle de vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène.

La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge édite également une très intéressante revue de propagande d'hygiène, mais il conviendrait surtout de mettre en relief le rôle de l'une de ses sections : la Croix-Rouge de la jeunesse qui organise sous la direction de Mlle Elsie Graves Bénédict, cette correspondance inter-scolaire dont l'hygiène a fait souvent l'objet. Il y a là une formule d'éducation mutuelle au sujet de laquelle je dois à l'obligeance de la Ligue des Croix-Rouges une documentation des plus intéressantes, mais j'aurais scrupule à déflorer la communication de M. le Dr Humbert, chef de la Section d'hygiène de la Ligue, doit vous faire à ce sujet, cet après-midi.

Le Comité National de propagande, d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique poursuit un but de propagande dans tous les domaines de l'hygiène, et nous savons le succès du congrès qu'il a organisé en 1923 au cours duquel les questions de l'enseignement de l'hygiène sexuelle et de la puériculture ont été plus particulièrement traitées. Son Directeur général, le Dr Sicard de Plauzoles, poursuit depuis vingt ans, au Collège libre des sciences sociales et à l'usage du public, un enseignement inauguré en 1896 par le Dr Duménil. Il fait, en outre, à la Sorbonne, un cours libre dont il vous parlera lui-même, et qui a pour objet la lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race.

Cette initiative est à rapprocher du cours populaire professé à la Faculté d'Alger par le Dr Chassevant, une fois par semaine, qui est ouvert au grand public, annoncé par les journaux et accompagné de films cinématographiques. En Algérie également, à la suite d'un accord entre la Faculté, l'Institut Pasteur et l'inspection générale des Services d'hygiène, il a été créé un institut d'hygiène et de médecine coloniales, qui se propose en premier lieu de répandre dans le public les notions de propreté et d'hygiène, puis de faire une série de cours, conférences, travaux pratiques, expositions se rapportant à la prophylaxie et devant s'adresser non seulement aux étudiants et aux médecins, aux ingénieurs, architectes, mais aux maires, administrateurs et autres personnalités appelées à exercer le pouvoir et à prendre des décisions ayant un retentissement sur la santé publique.

Il serait possible d'allonger la liste des organisations et des manifestations dues, la plupart, à l'initiative privée, qui contribue à faire l'éducation sanitaire du public. Mais nous devons une mention spéciale à l'œuvre éducative seulement ébauchée, mais qui nous paraît appelée à se développer de plus en plus dans le cadre professionnel.

Nous ne voulons pas parler seulement de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles professionnelles, mais encore des initiatives prises par les groupements professionnels en vue de la diffusion de l'hygiène parmi leurs membres.

En ce qui concerne l'enseignement proprement dit, dans les établissements d'enseignement technique, il suffira de se référer au rapport qui sera présenté à ce congrès même et avec une compétence toute particulière par M. Frois, inspecteur divisionnaire du travail.

De même, sera spécialement étudié l'enseignement de l'hygiène dans la Marine marchande, par les docteurs Clerc et Schæffer, dans les écoles militaires, par le médecin-major Descilleuls.

Je veux seulement, à titre d'exemple de la collaboration susceptible d'être établie entre les médecins ou les services publics d'hygiène et les maîtres de ces enseignements spéciaux, mentionner certaines interventions dont m'a fait part le docteur Delon, directeur du Bureau d'hygiène de Nîmes, qui est chargé, depuis 1892, d'un cours d'hygiène à l'Ecole pratique d'industrie et de commerce de cette ville.

De même, le Dr Lucien Raynaud, inspecteur général des Services d'hygiène d'Algérie, nous signale que son service fait, depuis deux ans, aux cent élèves de l'Institut agricole d'Alger, un cours d'hygiène et de médecine usuelle, en quinze leçons, dont plusieurs d'ordre pratique. Le Dr Mahomet, son adjoint, fait un cours de même nombre de leçons aux élèves de l'Ecole de navigation du commerce d'Alger.

Nous devons faire une place spéciale et peut-être M. Portevin, ingénieur architecte, qui doit nous faire une communication sur l'enseignement de l'hygiène par l'exemple dans l'enseignement technique, nous apportera-t-il toutes les précisions désirables, à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles d'architectures. Le programme adopté par la section spéciale d'architecture de l'école des Beaux-Arts comporte bien quelques notions relatives à l'hygiène de la construction, et l'on sait que cette école a charge de délivrer les diplômes aux élèves des écoles régionales d'architecture, encore en petit nombre, prévues par le décret de 1903. Mais l'hygiéniste ne peut s'empêcher de remarquer que cet enseignement sommaire d'hygiène, n'est même pas servi à tous les futurs constructeurs et de déplorer que la profession d'architecte n'est pas réglementée et que le passage dans une école spéciale n'est pas obligatoire.

L'insuffisance de l'enseignement d'hygiène dans les écoles techniques souligne l'intérêt de la création récente par le sous-secrétariat d'enseignement d'un institut technique sanitaire adjoint au Conservatoire national des Arts-et-Métiers. Cet Institut est destiné à la formation de techniciens sanitaires, ingénieurs, architectes, constructeurs. La Direction en a été confiée au Dr Heins, professeur au Conservatoire et directeur de l'Institut d'hygiène industriel à la Faculté de médecine, et les élèves se voient décerner, après un examen final, un brevet de technicien sanitaire.

Quant à l'enseignement dans les écoles d'agriculture, il nous suffira de dire ici son importance au point de vue de la diffusion de l'hygiène dans les milieux ruraux. Une loi récente autorise sur le 1/2 % du Pari Mutuel réservé à l'enseignement agricole un prélèvement de 500.000 fr. destiné au cinéma agricole, et je sais que l'un des premiers films a été consacré à la puériculture.

Nous avons relevé dans l'une des écoles pratiques d'agriculture, à Aurillac, que l'enseignement de l'hygiène y était donné par un médecin. Par contre, il apparaît qu'aucun enseignement d'hygiène n'est actuellement donné à l'Institut agronomique et aux Ecoles nationales d'agriculture, qui sont cependant la pépinière des professeurs des écoles pratiques. Il suffira, semble-t-il, que le Congrès d'hygiène souligne cette lacune à notre ministre de l'Agriculture qui est un médecin, pour qu'il s'efforce de la combler.

Nous devrions aussi dire un mot de l'enseignement dans les écoles vétérinaires, sachant quelle précieuse collaboration les vétérinaires pourraient, comme les directeurs des Services agricoles, apporter dans les départements aux médecins hygiénistes avec lesquels ils sont en contact fréquent.

Une observation générale pour conclure, à la suite de cet aperçu de l'enseignement professionnel, et c'est pour souligner les répercussions qu'une bonne organisation de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles techniques peut avoir sur l'ensemble de la population dont les élèves de ces écoles deviennent,par la suite, en raison de leur situation sociale, les guides et les conseillers. Dans leur sphère respective, ils sont, en effet, des éducateurs naturels d'où l'intérêt à ne pas négliger, au point de vue sanitaire, leur propre éducation. En outre, il y a une corrélation évidente entre le développement de l'hygiène générale et les progrès de la technique, car si l'ingénieur doit, dans une certaine mesure,proportionner ses méthodes au niveau social de la population au milieu de laquelle il exerce, il est également certain que les perfectionnements qu'il apporte dans ses installations ont, sur cette population, une influence éducatrice.

C'est toute la question du logement populaire salubre qui pourrait être soulevée ici, et qui a, au point de vue de l'éducation sanitaire du public, une importance parallèle à celle de l'école au point de vue de l'éducation des enfants.

Quant aux initiatives prises par les groupements professionnels, pour l'éducation sanitaire de leurs membres, elles s'inspirent sans doute de considérations d'ordre philosophique ou de défense corporative. Il nous suffit que ces initiatives servent utilement les intérêts de l'hygiène et c'est à ce point de vue qu'elles s'imposent à notre attention.

Nous ne saurions avoir la prétention d'en faire un inventaire complet, mais des renseignements qui nous ont été donnés, notamment à la Bourse du Travail de Paris, ou des constatations que nous avons pu relever sur place, il semble que les syndicats ouvriers sont loin de se désintéresser de l'éducation sanitaire de leurs ressortissants. On sait l'intérêt qu'ils ont pris à la lutte anti-alcoolique et à la lutte antivénérienne et nous avons appris d'autre part que de véritables

cours d'hygiène professionnelle ont été institués, soit au centre, soit même par des syndicats locaux, à l'occasion desquels les travailleurs reçoivent des notions d'hygiène générale et d'utiles conseils pratiques.

C'est ainsi qu'il existe dans certaines bourses du travail de véritables secrétariats ouvriers d'hygiène, comme celui que nous avons relevé à Lille, et même des écoles syndicales où une large place est faite à l'enseignement de l'hygiène comme celle créée par le syndicat des coiffeurs à Lyon.

Il n'est pas douteux que chaque profession a une façade sur l'hygiène et il est intéressant de souligner les efforts des organisations ouvrières, comme d'ailleurs des Syndicats patronaux, pour organiser dans leur section une éducation sanitaire appropriée.

Les encouragements officiels dans cette voie ne doivent pas leur être ménagés.

Conclusions.

Nous voici arrivé au terme de notre exposé, trop long, et qui cependant ne saurait prétendre vous apporter un tableau complet de l'enseignement de l'hygiène en France.

Du moins s'est-il efforcé de dégager quelques-unes des caractéristiques que cet enseignement doit revêtir aux yeux de l'hygiéniste dont il prépare et facilite l'action.

Désireux de saisir ses manifestations dans les milieux les plus divers, depuis l'école jusqu'aux bourses du travail, en passant par la famille et les centres d'action sociale, il a également permis de mettre en relief la multiplicité des concours intervenus, la souplesse et l'ingéniosité des formules adoptées, la variété et l'originalité des méthodes suivies.

Nous reconnaissons là les qualités distinctives de l'initiative privée qui peut revendiquer, en effet, une grande part des concours apportés à cette grande œuvre d'éducation et de propagande nationale qui a pour objet de convaincre les esprits, d'entraîner l'opinion, de faire naître dans la population le désir éclairé d'une meilleure hygiène.

Mais il n'en résulte pas que dans ce domaine le devoir de l'Etat ne soit pas primordial, non seulement parce que l'enseignement de l'hygiène est, dans une certaine mesure, une branche de l'enseignement général, mais parce que l'Etat a, dans ses attributions, la protection de la santé publique.

C'est à ce dernier titre qu'il doit prendre la responsabilité de la propagande sanitaire qui n'est que l'un et le premier des services publics d'hygiène.

Il lui appartient d'encourager les collaborations spontanément offertes à son action, d'en susciter de nouvelles, là où les besoins de l'état sanitaire de la population l'exigent ; de guider et d'orienter les unes et les autres dans le sens le plus favorable à l'intérêt général, d'apporter l'ordre et l'unité là où la confusion et l'incoordination risquaient de stériliser les efforts et les bonnes volontés. En définitive, d'élaborer — pour nous servir d'un mot récemment mis en relief par l'Académie — ses directives et d'assurer partout la continuité de vues, sans laquelle aucune activité féconde n'est possible.

Un tel programme suppose une information étendue, une documentation précise, des moyens d'action matériels, financiers, en un mot, une organisation dont nous connaissons tous . . . à l'étranger, des exemples utiles à méditer.

Espérons que l'administration française ne sera pas la dernière à s'en inspirer.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale.

16 *Novembre* 1924.

M. le président MAURAT ouvre la séance à 3 h. Il constate que la convocation de l'Assemblée générale a été publiée dans le n° 40 du *Concours médical* (5 octobre), que le rapport du secrétaire général a été publié dans ce même numéro et le rapport du trésorier dans le numéro 41 (12 octobre), qu'un tirage à part de cette convocation et de ces rapports a été adressé aux sociétaires non abonnés ; les formalités statutaires ayant ainsi été remplies, il déclare que l'Assemblée générale est régulièreement constituée et peut valablement délibérer.

Il donne la parole au secrétaire général pour la lecture de son rapport :

Ce rapport a été publié : « Concours Médical », *pages* 2309 *et suivantes.*

M. le D[r] Mignon ajoute que, depuis la publication de son rapport, il a reçu un certain nombre de lettres de confrères qui se proposent comme examinateurs : il les en remercie bien vivement, mais il ne pourra user également de toutes les bonnes volontés.

Il faut, en effet, que l'examinateur soit à portée du candidat qu'on ne peut obliger à un trop

grand déplacement et à une perte de temps exagérée : force lui est de diriger ce candidat près de l'examinateur dont l'accès est le plus facile.

Quelques-uns de ceux qui se sont proposés comme examinateurs lui ont demandé quelle indemnité ils recevraient pour leurs examens. La chose est réglée depuis longtemps : l'examinateur reçoit vingt francs, e t c'est pour payer cet honoraire en même temps que certains frais d'administration qu'on réclame un droit d'entrée de 25 francs. Si le candidat n'est pas admis, il ne verse pas le droit d'entrée, mais l'examinateur n'en est pas moins honoré.

M. Mignon rappelle qu'il est demandé un examen pour chacune des combinaisons MA et MAD et deux examens pour la combinaison V. Il est bien entendu que lorsqu'on demande deux examens, c'est près de deux confrères différents. Il est arrivé que des candidats lui ont envoyé deux certificats du même examinateur, croyant ainsi être en règle : il est évident que cela ne saurait répondre au but proposé.

Le Président donne la parole au trésorier pour la lecture de son rapport sur l'exercice 1923 :

Ce rapport a été publié : « Concours Médical », *pages* 2369 *et suivantes.*

Le Président donne la parole à l'un des commissaires aux comptes pour la lecture de leur rapport.

M. le Dr Rigal, commissaire aux comptes, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Les commissaires aux comptes se sont réunis au siège social le 18 septembre 1924.

Etaient présents : MM. les docteurs Fraënkel, Rigal et Frigaux.

Excusés : MM. les docteurs Molinéry et Kœnig.

Les commissaires soussignés, après avoir examiné les comptes des diverses combinaisons de la Mutualité Familiale du Corps médical français et vérifié le portefeuille, n'ont pu que constater la parfaite régularité des écritures et admirer l'ordre et la clarté avec lesquels elles sont tenues.

Ils proposent à l'Assemblée générale d'approuver ces comptes et de voter des remerciements et des félicitations au trésorier, le Dr Gassot, dont le zèle et le dévouement méritent toute notre reconnaissance.

Signé : Dr FRIGAUX,
Dr RIGAL,
Dr FRAENKEL.

Personne ne demandant la parole, le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1923.

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité.

M. Gassot, trésorier, reprend la parole pour faire à l'Assemblée générale la communication suivante :

Messieurs,

Aux débuts de notre Société, par suite d'une conception erronée du Dr Cézilly, il n'avait pas été prévu de frais de gestion dans le calcul des cotisations, mais ces frais n'en existaient pas moins et force était de les imputer comme dépenses sur les comptes des combinaisons au prorata du nombre des membres inscrits à chacune d'elles.

Quand l'Association Amicale s'est transformée en Mutualité Familiale, il fut prévu un compte de gestion spécial et c'est à ce compte que désormais furent portés tous les frais de gestion, mais l'état antérieur n'en subsistait pas moins et les comptes des combinaisons MA et B portaient toujours aux dépenses des frais de gestion : 18.653 fr. 54 pour la combinaison B et 27.128 fr. 16 pour la combinaison MA.

Sur ma proposition, le Conseil d'administration décida de comprimer autant que faire se pourrait les dépenses de gestion, et, sur les économies ainsi réalisées, de rembourser les combinaisons de ces dépenses qui les grevaient sensiblement.

L'opération, commencée fin 1921, est aujourd'hui terminée ; les deux combinaisons MA et B ont été intégralement remboursées et leurs comptes ne présentent plus comme dépenses que les indemnités maladie.

Nous devons nous féliciter de ce résultat que je tenais à vous signaler.

M. le Président Maurat ajoute qu'il est dû surtout au dévouement et à l'abnégation du trésorier.

(*Applaudissements.*)

L'ordre du jour appelle l'élection de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Frigaux, Fraënkel et Kœnig, sortants et non rééligibles.

L'Assemblée générale élit MM. les docteurs LEBRUN, de Paris ; MONIN, d'Ivry-le-Temple et DUROZOY, de Villeneuve-Saint-Georges, commissaires aux comptes pour une période de deux années 1925-1927.

L'ordre du jour appelle la nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

L'Assemblée nomme MM. les docteurs HENNE, KOUINDJY, BOURDON et ARAGO, membres du Conseil d'arbitrage pour l'année 1925.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, fait un nouvel appel aux membres de la Société pour la propagande : malgré tout ce qu'on fait, la Mutualité Familiale n'est pas assez connue, et c'est rendre un véritable service aux confrères que de la leur faire connaître.

M. MOLINÉRY demande si le Conseil ne pourrait désigner, par région ou par département, un confrère bénévole qui ferait de la propagande dans toutes les occasions favorables et notamment dans les réunions médicales.

M. Mignon répond que cette tentative a été faite autrefois lors de la création de correspondants, elle n'a pas réussi ; mais le Conseil acceptera toujours avec reconnaissance toutes les initiatives individuelles et il remercie bien vivement les confrères, notamment M. Molinéry, qui ont bien voulu parler de la Mutualité Familiale, distribuer des statuts et recruter des adhérents au cours de l'année qui vient de s'écouler.

M. Mignon ajoute qu'il va faire une nouvelle tentative : dans deux départements où l'idée de prévoyance lui a paru en faveur, il va faire une propagande directe aussi intense que possible et il espère que de dévoués confrères l'aideront dans sa tâche. Si le résultat est bon, il prendra deux autres départements et ainsi de suite.

En même temps, il continuera, de concert avec le trésorier, la publication dans le *Concours* d'articles d'étude sur la Mutualité Familiale puisque c'est toujours le mode de propagande qui donne le plus de résultats.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secretaire, P. Boudin. *Le président,* A. Maurat.

SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée Générale du 16 Novembre 1924.

La séance est ouverte à 6 heures sous la présidence de M. Gassot, président, assisté de MM. Maurat, Noir, Vimont, Boudin et Duchesne.

M. Maurat, trésorier, donne lecture des comptes de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1923 au 30 septembre 1924.

Capital indisponible.

Au 1er octobre 1923, le capital indisponible se décomposait comme suit :

Portefeuille	54.264 27
Espèces	378 08
	54.642 35

Depuis cette époque, aucune modification n'est survenue.

Capital disponible.

Recettes.

Au 1er octobre 1923, l'avoir était de	6.336 95
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de don à la Société pour « Bons offices du journal *Le Concours Médical* » se sont élevées à	530 »
Produit des Insertions aux « Demandes et Offres » dans le *Concours Médical*	719 05
Intérets du portefeuille	2.967 95
Produit du Service des Remplacements	1.038 25
Total	11.592 20

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet	4.969 40
Office de renseignements et contentieux	1.200 »
Droits de garde des Titres	60 48
Indemnité au trésorier	800 »
Indemnité au Comptable	50 »
Jetons de présence du Conseil	950 »
Cotisation au 9e Congrès de Médecine Légale	50 »
Total	8.079 88

Recettes	11.592 20
Dépenses	8.079 88
	3.512 32

L'avoir de la Société se décompose donc comme suit au 1er octobre 1924 :

Capital indisponible	54.642 35
Capital disponible	3.512 32
Total	58.154 67

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Responsabilité professionnelle et utilisation des méthodes modernes de diagnostic et de traitement.

M. Paul Boudin rappelle que plusieurs décisions judiciaires rendues récemment dans des affaires de responsabilité civile ont condamné des médecins qui avaient négligé d'utiliser, pour assurer leur diagnostic, les méthodes modernes, telles que la radiographie.

Il estime qu'il y a lieu, pour le corps médical, de se préoccuper de cette tendance des tribunaux et se propose d'étudier de près la question. Il invite ceux de ses confrères qui auraient des communications intéressantes à faire sur cette question à les lui adresser.

Son étude sera publiée par le *Concours Médical.*

Projets fiscaux relatifs à l'établissement des bénéfices médicaux.

M. Vimont donne lecture de deux articles du projet de budget établi par le Gouvernement, qui avaient pour but d'obliger le médecin à tenir une comptabilité en règle, ou, s'il ne le faisait pas, d'évaluer ses bénéfices professionnels au moyen de barèmes ayant pour base les signes extérieurs de la richesse (1).

A la suite de l'examen de ce projet par la Commission, ces articles ont été abandonnés, mais il est à craindre que des dispositions légales soient prises,

(1) Voir no 50 du 14 décembre, page 2907.

qui seraient de nature à nuire aux intérêts matériels et moraux du corps médical. Il serait donc urgent, le budget devant être voté avant le 1er janvier, d'intervenir soit auprès du Gouvernement, soit auprès du Parlement, pour éviter une règlementation inacceptable des conditions dans lesquelles pourront être évalués les bénéfices médicaux.

Après discussion, l'Assemblée s'en remet à l'Union des Syndicats du soin de défendre en cette circonstance les intérêts de la profession.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Société de médecine de Paris.** — Nous apprenons avec plaisir que notre très distingué collaborateur, le Dr Dartigues, vient d'être nommé président de la Société de médecine de Paris, à la séance du 12 décembre dernier. Toutes nos félicitations à notre excellent ami.

— **Prix à décerner par la Société des chirurgiens de Paris.** — La Société des chirurgiens de Paris dispose de trois prix :

1° Prix de la Société des chirurgiens de Paris (Fondation Dartigues) sur n'importe quel sujet intéressant de la chirurgie.

2° Prix de chirurgie gastro-intestinale (Fondation Pauchet).

3° Prix d'urologie chirurgicale (Fondation Cathelin).

Ces prix sont de 1.000 francs chacun.

Les manuscrits dactylographiés devront être remis avant le 1er mars 1925.

— **Groupement des médecins normands.** — Les médecins originaires de Normandie (Seine-Inférieure, Calvados, Eure, Orne et Manche) exerçant à Paris, sont invités à adhérer à ce groupement, en vue de resserrer les liens de solidarité entre confrères de ces régions.

Adresser les adhésions : au Dr Du Pasquier, 164, rue de Vaugirard, Paris (15e), ou au Dr Cottard, 15, rue Thérèse, Paris (1er).

— **Le centenaire de Charcot.** — La Société de neurologie de Paris a pris l'initiative de célébrer le centième anniversaire de la naissance de Charcot, qui aura lieu en 1925. Un comité d'organisation a été constitué dans ce but.

— **A la mémoire de Pravaz.** — La ville de Pont-de-Beauvoisin (Isère) se propose d'élever, dans un avenir prochain, un monument à la mémoire de Ch.-G. Pravaz, l'inventeur de la thérapeutique hypodermique.

— **Le nombre des étudiants à la Faculté de médecine de Paris.** — Le nombre des étudiants ayant fait acte de scolarité à la Faculté de médecine de Paris a été plus grand en 1924 qu'en 1923. Il s'est élevé à 4.971 contre 4.561 en 1923.

— **Cure marine. Croisières de démonstrations pour les médecins.** — Pour apprécier la valeur de la cure marine en thérapeutique, des croisières de démonstration, organisées sous le patronage de l'Association de la Presse médicale française, ont lieu à des prix spéciaux pour le corps médical :

Compagnie Havraise Péninsulaire. — Croisière du Havre-Oran-Alger-Marseille. Prix ordinaire : 800 francs.

Prix spécial pour la croisière médicale : 700 francs.

Durée du voyage : une quinzaine environ.

Compagnie des Messageries Maritimes. — Marseille-Naples-Messine-Malte-Le Pirée-Constantinople-Smyrne-Rhodes-Beyrouth-Caïffa-Jaffa-Port-Saïd-Alexandrie.

Prix spécial pour la croisière médicale : 2.500 francs.

Durée du voyage : trente jours.

Compagnie Générale Transatlantique. — Saint-Nazaire-Santander-La Corogne-Saint-Jacques-de-Compostelle. La Corogne-Santander-Saint-Nazaire.

A bord des grands paquebots de luxe : Cuba et Espagne.

Prix médical : 1.300 francs, excursions comprises.

Voyage au Maroc, excursions comprises.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Loir : 12 *bis* rue de Caligny, Le Havre.

— **Institut de Médecine et Pharmacie coloniales.** — La première série des cours de l'Institut de médecine et pharmacie coloniales de Marseille (allées Léon-Gambetta, n° 40) commencera le 5 janvier 1925. L'examen en vue de l'obtention du diplôme d'études médicales ou pharmaceutiques coloniales et du titre de médecin sanitaire maritime aura lieu fin mars 1925.

Les candidats peuvent s'inscrire dès maintenant audit Institut ou au secrétariat de l'Ecole de médecine (Palais du Pharo).

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — M. le professeur Gilbert ; MM. Rathery, Maurice Villaret, Lereboullet, Baudouin, agrégés, médecins des hôpitaux ; M. Etienne Chabrol, médecin des hôpitaux, feront en décembre 1924, janvier et février 1925, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau), les samedis, à 10 h. 3/4, une série de conférences sur *le diabète sucré*.

— **Hôpital Laënnec.** — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec fait tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

3188. — Maladie professionnelle non garantie par la loi.

J'ai observé à plusieurs reprises depuis que j'exerce la médecine des éruptions plus ou moins confluentes de papules, souvent volumineuses, accompagnées de fortes démangeaisons, et siégeant aux mains et aux poignets (face dorsale), chez des filles de ferme ; tout récemment encore, j'en ai observé un cas typique chez une servante dont le service consistait surtout en la traite des vaches ; or, une de celles-ci était malade (j'ignore de quelle maladie ; en tous cas il ne s'agit pas de fièvre aphteuse).

N'y a-t-il pas là possibilité de voir, dans ces dermatoses dues à la contagion, des cas de maladies professionnelles ? Il serait intéressant, à mon sens, d'élucider cette question au plus tôt, les malades et blessés de l'agriculture étant assimilés à ceux de l'industrie.

Dr B.

Réponse.

La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles n'est applicable qu'aux maladies nommément désignées dans les tableaux qui y sont annexés et encore lorsque ces maladies atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels énumérés aux dits tableaux.

Comme il ne figure, dans ces tableaux, aucun travail agricole, ni aucune maladie se rapprochant de celle à laquelle vous faites allusion et que, d'autre part, c'est bien là une maladie et non un accident, il faut en conclure que la responsabilité du patron n'est pas engagée.

3120. — Accident agricole.

Depuis juillet, je soigne un brave homme, domestique de ferme, qui, en abattant des arbres, s'est fait casser une jambe. Il est toujours en cours de traitement, mais la guérison approche.

Comment dois-je faire pour mes honoraires ? Suis-je astreint au tarif Breton ? Ou bien l'accident ayant eu lieu avant septembre, ne puis-je, comme autrefois, réclamer le tarif commun beaucoup plus élevé dans notre région ?

Dr G.

Réponse.

L'accident étant antérieur au 1er septembre 1924 n'est pas couvert par la loi sur les accidents agricoles. D'autre part il ne peut non plus être couvert par la loi du 15 juillet 1914 qui a étendu la législation sur les accidents du travail aux exploitations forestières, puisque le blessé ne travaillait pas pour le compte d'une exploitation forestière et que la loi n'est pas applicable aux coupes de bois effectuées pour son usage per-

sonnel par le propriétaire du sol ou par le fermier ou métayer.

Votre seul débiteur en l'occurrence est donc le blessé, auquel vous pouvez réclamer vos honoraires suivant votre tarif habituel pour la clientèle ouvrière. Vous n'avez d'action contre son patron que si celui-ci a pris envers vous l'engagement de faire son affaire du paiement de vos honoraires. Cet engagement peut être formel ou tacite et s'induire de certains faits comme par exemple le fait d'être venu vous chercher et de vous avoir fait soigner le blessé chez lui sans faire aucune réserve.

D'ailleurs, d'une façon générale, en matière d'accidents du travail, le tarif Breton ne représente que la part des frais médicaux mise par la loi à la charge du chef d'entreprise, le médecin restant libre de demander à son malade le complément de ses honoraires, s'il estime que le tarif Breton n'est pas assez rémunérateur.

3113. — Paiement des honoraires d'expertise civile.

Voudriez-vous me dire avec quelque détail et quelques précisions comment nous devons régulièrement nous y prendre pour encaisser les frais d'expertises faites en exécution d'un jugement d'un tribunal de première instance en matière civile.

Nous n'éprouvons aucune difficulté lorsqu'il s'agit d'expertises criminelles ou d'accidents de travail ; mais il en va autrement en matière civile. Quelquefois les avoués payent les experts ; d'autres fois, non et l'on se heurte à des difficultés.

Exemple : Je m'occupe de faire rentrer un mémoire d'expertise en matière civile faite en juin 1914 et sans succès. L'avoué du perdant a écrit plusieurs fois en assurant toujours que l'expertise serait réglée, qu'on ne risquait rien, qu'au moment du règlement il penserait au mémoire de frais d'expertise. En 1920, pressé, il répond que l'affaire n'est pas terminée et est en appel et qu'une fois terminée, tout sera réglé. Or on apprend par le plaidant gagnant que l'affaire est terminée depuis plusieurs années et n'est pas allée en appel. L'avoué du plaidant gagnant dit, lui, que tout est réglé depuis longtemps, mais qu'il n'a pas encaissé les honoraires de l'expert. Finalement l'avoué du perdant, pressé d'en finir, envoie promener l'expert avec pertes et fracas.

Comme il n'y avait rien à faire avec les avoués, on saisit de la question le procureur de la République dudit tribunal, qui ne s'en occupe pas et se borne à transmettre trois lignes écrites par l'avoué du perdant disant « qu'il appartient à l'expert de se faire payer lui-même. »

Enfin on s'adresse au greffier dudit tribunal, le priant de vouloir bien envoyer un exécutoire pour encaisser les honoraires de l'expert. Dans une réponse par courrier, le greffier veut bien envoyer cet exécu-

toire. Dans une seconde lettre écrite huit jours plus tard, il se rétracte et refuse d'envoyer ledit exécutoire, disant comme le procureur « qu'il appartient à l'expert de se faire payer lui-même ; que le greffier n'est pas chargé des recouvrements » !

Que pensez-vous de cette attitude de l'avoué, du procureur, du greffier et que convient-il de faire dans ce cas particulier ?

Dr P.

Réponse.

En matière d'expertise civile, le ou les experts doivent évaluer leurs honoraires à la fin de leur rapport afin que le président puisse les taxer. Jusqu'en 1920 les honoraires étaient calculés par vacations, mais depuis le décret du 27 décembre 1920 il n'existe plus aucune tarification, c'est le président qui les fixe sur la proposition des experts, en tenant compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni. Ordinairement cette taxation est faite dans le dispositif même du jugement qui statue sur le fond de l'affaire. Mais si, par hasard, le jugement est muet sur ce point ou bien si l'affaire se termine sans jugement, les experts peuvent présenter requête au président, qui rend alors une ordonnance de taxe. Ce point est capital, car c'est seulement sur ordonnance du président ou en vertu du dispositif du jugement que les experts peuvent obtenir un exécutoire. La taxation étant rendue exécutoire, les experts peuvent poursuivre en paiement leur ou leurs débiteurs en suivant les voies ordinaires d'exécution sans autre procédure. En principe, c'est la partie qui leur a fait signifier le jugement les commettant qui doit payer les experts, mais ceux-ci peuvent poursuivre également la partie adverse.

Dans votre cas particulier, vous pourriez demander au greffe si vos honoraires ont été taxés. Si oui, le greffe ne peut se refuser à vous délivrer l'exécutoire et vous pouvez en référer au procureur de la République. Si non, présentez requête au Président de la Chambre qui a rendu le jugement pour taxation de vos honoraires. Cette requête devra être rédigée sur papier timbré.

Pour éviter le retour de pareils incidents vous pourriez employer le moyen en usage à Paris parmi les experts, qui consiste à demander à la partie qui fait procéder à l'expertise, par le ministère de son avoué, une provision préalable au dépôt du rapport. Cette pratique n'est formellement autorisée par le décret du 27 décembre 1920 que lorsque les experts ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle ou lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles et encore doivent-ils demander l'autorisation au prési-

dent, mais en fait à Paris cette pratique est usitée couramment, même sans autorisation du président.

3108. — Tarifs d'expertises.

Pourriez-vous me faire parvenir le tarif :

1° Des expertises criminelles (expertise ordonnée par le Tribunal en vue de connaître l'état mental d'un prévenu en prison) ;

2° Expertises civiles (expertise ordonnée par le Tribunal pour accidenté du travail).

Dr P.

Réponse.

1° Pour un examen mental en matière criminelle, l'article 26, paragraphe 6 du décret du 5 octobre 1920, accorde un honoraire de 40 francs dans les localités où ne siège pas un Tribunal de première classe, comme c'est le cas dans votre ville. Mais le texte porte « dans les cas simples » et le paragraphe suivant décide que « au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée ». Si vous estimez que le cas que vous avez eu à examiner n'était pas simple et présentait des difficultés particulières, vous pouvez demander dans votre mémoire un honoraire plus élevé en expliquant pourquoi et sur quels textes vous vous appuyez.

2° En matière d'accident du travail, les frais d'expertise sont réglés comme en matière criminelle par les soins du Trésor. Pas plus qu'en matière civile il n'existe de tarification. C'est à l'expert de réclamer la somme qu'il estime lui être due en raison du temps passé et des difficultés techniques de sa mission et les honoraires sont ensuite taxés par le président.

2889. — Situation militaire.

Je vous serais obligé de me donner tout renseignement au sujet de ma situation militaire.

Né en 1884, engagé à 19 ans, donc marchant avec la classe 1902. Aide-major de 1re classe depuis 1917. Marié, père de 5 enfants vivants, un sixième est attendu dans 1 mois 1/2. Je n'ai rien reçu concernant mon affectation militaire en cas de mobilisation. Je ne désire certes pas me soustraire à aucun devoir, j'ai fait 2 ans de régiment d'infanterie dont 1 an comme médecin auxiliaire.

Ce que je crains exclusivement, la mobilisation étant un événement rapide et ne permettant aucune discussion, c'est une affectation qui ne tiendrait pas compte des droits que je peux avoir.

Dr X.

Réponse.

Né en 1884, vous apparteniez à la classe 1904, mais, vous étant engagé à l'âge de 19 ans, vous

marchez avec la classe de votre incorporation qui est la classe 1902, incorporée en octobre 1903. Dès lors vos obligations militaries (28 ans de service) doivent prendre fin en octobre 1931.

Adressez une demande motivée au Directeur du Service de santé de votre région pour obtenir l'affectation de mobilisation à laquelle vous avez droit.

Application du Tarif Maginot

I

2968. — Soins donnés sans livret.

Je vous serai très obligé si vous pouvez me donner, si possible, quelques renseignements concernant le cas suivant : il s'agit d'un jeune homme renvoyé dans ses foyers, il y a 2 mois, pour tuberculose pulmonaire et réformé 100 %. Ce malade possède le livret de paiement de l'allocation spéciale aux grands invalides, a un titre de paiement de l'allocation provisoire d'attente. Le maire de la commune dans laquelle réside le réformé ne veut pas lui délivrer de carnet de soins médicaux sous prétexte qu'il ne connaît pas le diagnostic porté lors de la réforme.

Je soigne ce malade depuis deux mois pour tuberculose.

Que dois-je faire pour obtenir le livret ? Dois-je continuer à écrire mes ordonnances sur un papier blanc à en tête et attendre que le diagnostic arrive avec d'autres pièces de réforme ?

La commission de contrôle me payera-t-elle les soins ainsi donnés avant la délivrance du carnet et le pharmacien sera-t-il payé pour les ordonnances exécutées dans ce même temps ?

Je serais très heureux d'être fixé sur ces différents points.

Dr A.

Réponse.

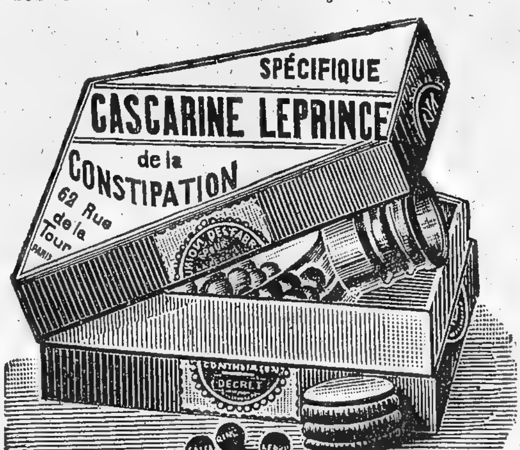
Je ne pense pas que la commission de contrôle puisse vous payer des honoraires, ni au pharmacien des frais pharmaceutiques, alors que ni l'un ni l'autre vous ne fournissez à l'appui les bulletins tirés du carnet de soins. C'est au pensionné qu'il appartient de se prémunir du dit carnet avant de vous demander le bénéfice des soins gratuits. Vous, médecin, vous n'êtes nullement qualifié pour faire une réclamation quelconque sur ce point, afin « d'obtenir ce livret ». Vous ne pouvez que conseiller à votre malade ou aux siens, de faire agir auprès de la commission de réforme, ou de se plaindre au préfet directement s'il y a lieu, afin d'être mis, au plus tôt, en possession d'un carnet de soins, si votre malade y a droit.

F.D.

II

3070. — Injections intra-musculaires.

A la suite d'une réclamation adressée à la commis-



sion de contrôle au sujet d'une réduction d'honoraires, la commission me fait la réponse suivante :

Les injections intra-musculaires d'huile grise ne sont pas marquées sur le tarif, il a donc fallu rayer 240 fr. pour ces interventions (12).

J'estime qu'une injection intra-musculaire d'huile grise ne doit pas être assimilée à une injection sous-cutanée et j'ai pensé assimiler à une intra-veineuse en demandant 20 francs. J'ai recherché dans le *Médecin syndicaliste* parmi les réponses que vous avez publiées et n'ai rien trouvé d'analogue.

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez me donner votre avis et si je dois réclamer à nouveau.

Dr C.

Réponse.

Les injections intramusculaires ne sont pas, dans le tarif Maginot, l'objet d'une tarification spéciale. Pour qu'elles le soient, il faudrait qu'à la suite d'un avis dans ce sens, à la commission supérieure, une *addition* au tarif soit décidée sur ce point. Je ne pense pas que la question ait été posée en *appel* devant cette commission. Il serait peut être bon de le faire pour que cela fût tranché une bonne fois, dans un sens ou dans l'autre. Mais jusque-là, tarif en main, je ne vois pas et l'ai déjà dit et écrit, qu'elles puissent être payées spécialement.

F. D.

3052. — Origine du décompte kilométrique dans les deux tarifs Breton et Maginot.

Installé depuis 6 mois seulement, quelques modalités administratives restent pour moi encore un peu ténébreuses. J'ai parcouru avec grand intérêt et profit votre correspondance du *Concours medical* dans ma collection de ce journal que je reçois depuis 2 ans (je suis aussi depuis peu membre du « Sou »). Beaucoup de petits tuyaux pratiques donnés par vous m'ont éclairci des voies obscures. Il est cependant un point qui m'intéresse particulièrement et sur lequel je n'ai pas trouvé de réponse assimilable. C'est pourquoi je me permets de faire appel à votre obligeance pour me renseigner.

1° Habitant à la limite de V. (ancien octroi.), ville de 25.000 habitants, j'ai fréquemment à soigner des accidentés du travail ou des réformés habitant des communes voisines. La plus rapprochée est celle de P.-E. (3.000 habitants) dont me sépare la largeur d'une route et dont la mairie est à 1 kilomètre de mon domicile. Mais je suis médecin de V., et mon domicile se trouve à 2 kilomètres 500 de la *mairie de cette ville* et *du domicile du plus proche de mes confrères.*

Comment, alors, puis-je compter l'indemnité kilométrique ?

Le tarif Breton parle bien de la distance de la *mairie du domicile du medecin* au domicile du malade. Mais le tarif Maginot parle de distance *entre les*

seuls domiciles. Et combien mes confrères de V. peuvent-ils compter puisque c'est moi le médecin *le plus rapproché ?*

Dr D.

Réponse.

Vous n'avez qu'à suivre exactement ce qui est dit dans *chaque tarif*, suivant que le malade relève de l'un ou de l'autre et cela, en suivant toujours la loi du médecin le plus rapproché. Si vous êtes domicilié sur la commune de V., tous vos confrères de V. sont dans le même cas que vous, pour le tarif Breton, puisque c'est la mairie qui est le point d'origine du déplacement.

Par contre, pour le tarif Maginot, on ne parle que de distance entre les deux domiciles. Ce serait donc, non plus la mairie, mais le domicile du médecin qui serait le point d'origine du déplacement. Et, dans votre cas particulier, vous seriez pour les bénéficiaires de la loi des Pensions, le médecin le plus rapproché par rapport aux confrères du centre de la ville, dans le cas où ceux-ci réclameraient un déplacement. Mais je tiens à dire en terminant que c'est là un point à faire trancher par *appel* devant la commission supérieure, avant qu'on puisse donner un avis ferme.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 décembre.

Brevet d'infirmières.

Une *session d'examen d'Etat* (*infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose*) a eu lieu à Paris du 20 au 29 novembre.

Retraites ouvrières et paysannes.

M. Emile Fleury, *membre agrégé de l'Institut des actuaires français*, a été nommé *membre du conseil supérieur des retraites ouvrières et paysannes*, en remplacement de M. Achard, décédé.

5 décembre.

Brevet d'infirmières.

Décret relatif à l'institution d'un examen spécial pour les infirmiers et infirmières, victimes de la guerre, visés au décret du 27 juin 1922 qui, exerçant en fait d'une manière permanente la profession d'infirmiers ou infirmières professionnels, n'ont pas cependant antérieurement subi les épreuves d'un examen ou d'un concours.

7 décembre.

Brevet d'infirmières.

Est approuvé sans réserve le règlement de l'*Ecole d'infirmières et d'infirmiers sanitaires et coloniaux de l'Institut Lannelongue*, à Paris.

Hygiène sociale.

8 et 9 décembre.

Décret du 4 décembre 1924 créant à Paris un Office national d'hygiène sociale.

(Ce décret sera publié ultérieurement).

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Demandes d'équivalences ou de dispenses pour le doctorat en médecine d'État.

Communication du Ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts reçoit chaque jour de médecins étrangers, non pourvus du grade français de bachelier de l'enseignement secondaire, des demandes d'équivalences ou de dispenses pour obtenir rapidement le doctorat en médecine d'Etat et exercer la médecine en France.

Ces demandes, dont le nombre ne cesse de grandir, sont présentées sons diverses formes. Les pétitionnaires sollicitent tantôt l'équivalence de leur diplôme étranger de docteur en médecine avec le doctorat d'Etat, tantôt la dispense ou l'équivalence du grade de bachelier de lenseignement secondaire.

O'r, ces demandes ne sont pas recevables. Les règlements n'admettent que des dispenses partielles de scolarité et d'examens et réservent ces facilités aux médecins étrangers (pourvus soit d'un diplôme étranger de docteur en médecine, soit du doctorat d'université obtenu dans une université française), titulaires du baccalauréat français de l'enseignement secondaire.

Aucune dispense ou équivalence de baccalauréat ne peut être accordée en vue de l'obtention du doctorat en médecine d'Etat.

Afin d'éviter un travail inutile et aussi les déceptions des solliciteurs, il convient de rappeler que, tant que les règlements actuels seront en vigueur, aucune demande de dispense ou d'équivalence de baccalauréat en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, permettant l'exercice de la profession médicale en France, déposée dans les facultés ou adressée au ministère ne pourra être examinée et le dossier sera aussitôt renvoyé au postulant. (*J.O.*, 27 *novembre* 1924.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Compétence du Tribunal des Pensions et de la Commission de contrôle.

1281. — M. Delory, député, expose à M. le ministre des pensions que l'article 64 de la loi

du 31 mars 1919, modifié par la loi du 31 juillet 1922, stipule que, par dérogation de l'article 35 de la loi du 31 mars 1919, toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'article 64 seront jugées en premier ressort par la commission de contrôle du domicile de l'intéressé, et demande si, en présence de ce texte, qui ne fait aucune distinction entre les diverses contestations susceptibles d'être soulevées pour l'application de l'article 64, ce n'est pas à tort que les décrets des 25 octobre 1922 et 8 juillet 1924 attribuent néanmoins, pour trancher certains litiges relevant dudit article, compétence au tribunal départemental des pensions (art. 7 et 9 du décret des 25 octobre 1922 et 8 juillet 1924). (*Question du 4 novembre 1924.*)

Réponse. — Le contentieux de l'article 64 comprend : 1° le contentieux relatif à l'application proprement dite de l'article 64 pour les bénéficiaires déjà inscrits sur les listes spéciales ; 2° le contentieux relatif à l'inscription sur les listes. D'une part, en effet, la loi du 21 juillet 1922, modifiant l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dispose que : « Par dérogation à l'article 35 de la loi du 31 mars 1919, toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'article 64 seront jugées en premier ressort par la commission de contrôle du domicile de l'intéressé et, en appel, par la commission supérieure ». Mais, d'autre part, cet article qui, comme tous les textes de dérogation, doit être interprété dans un sens strict, vise les constestations auxquelles donne lieu « l'application de l'article 64 ». Pour que la dérogation joue, il faut donc que l'article 64 soit d'abord applicable, c'est-à-dire que l'intéressé ait déclanché cette applicabilité par une inscription régulière sur les listes spéciales des bénéficiaires. Ainsi les tribunaux de pensions demeurent seuls compétents pour statuer sur les litiges relatifs à l'inscription sur les listes spéciales, comme ils sont seuls compétents pour juger les contestations relatives au droit à pension, dont au surplus le droit à l'inscription n'est qu'une modalité. (*J.O.*, 21 *novembre* 1924.)

Sursis d'un étudiant candidat à l'internat

6.522. — M. le général STUHL, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre si un étudiant en médecine, sursitaire de la classe 1920, titulaire de dix-sept inscriptions et se préparant au concours de l'internat, peut bénéficier du sursis jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, sans présenter sa thèse de doctorat. (*Question du* 12 *novembre* 1924.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 26 *novembre* 1924.)

Quarante-sixième année — N° 52 — 28 Décembre 1924

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2978-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les docteurs CABBA, du Havre, DUCAMP, de Retiers, ROUSSET, de Warlon-Baillon, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Calduguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — ***Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).***

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, ***Paris 167-95.***

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse**

N° 593. — A vend. cabriol. Citroen 5 CV, pneus, confort, grais. Técalemit, montre, compt. kilom. ayant roulé 4.000 km.

N° 594. — Doc. act. dés. acquérir client. banl. Paris.

N° 595. — A vend. torp. Renault 18 CV, 5 pl. mod. 21, démarr. et éclair. électr., en excel. état de marche. Prix 13.500. S'ad. Dr Leleux, à Divion, (Pas-de-Calais).

N° 596. — Bon poste méd. à céd. sans indemn. règ. cent., conv. à jne méd. actif.

N° 597. — Jne doct. 30 a. marié, tr. au courant client. ch. sit. avec fixe dans clin. ou chez conf. en vue succes., ou même sit. paraméd. à Lyon ou banl. imméd.

N° 598. — Infirm. soignante demand. pr sanat. privé Dr Chevrolet, 107, av. de Villiers (17e).

N° 599. — Le Cannet (Alp.-Mmes). Dr Daniel, Tél. 38. Cure climat. pr tout convalesc. non contag., nerveux, surm. bronches délic. rhumatis. etc. Tout confort. Tous traitem., climat le plus doux, site le plus beau de la côte.

N° 600. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos banl. Paris.

N° 601. — Banl. Paris. 7 km., tr. import. client. Rapp. 100.000, habit. tr. pratique, 8 p. Aff. en progr., ds local. en plein dévelop. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris.

N° 602. — 130 km. Paris, ds local. agréab. poste seul méd. propharm. Rapp. 40.000, en progr. pays de chasse et pêche, aff. sérieuse. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

L'indice du calomel

Par le Dr Ed. Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

En pratique médicale, j'ai fréquemment recours à l'emploi de *calomel*, comme purgatif, d'abord à cause de son action spéciale sur l'intestin et sur le foie, et ensuite parce qu'il est facile de le faire accepter par de nombreux malades rebelles à l'emploi des purgatifs habituels, d'un goût plus ou moins répugnant. L'action *vermicide* de ce produit constitue aussi l'une des raisons de ma préférence. Il arrive fréquemment, en effet, qu'en purgeant le malade, on le débarrasse en même temps de parasites intestinaux insoupçonnés : on fait ainsi d'une pierre deux coups.

Depuis longtemps, j'avais été frappé par le nombre de cas d'intolérance individuelle pour le calomel et qu'on ne pouvait mettre sur le compte de réactions de celui-ci sur les matières alimentaires ou les déchets de celles-ci, pouvant se trouver en contact avec lui, dans l'intestin, puisque je prescris toujours de le prendre, le matin à jeun, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., avec une infusion quelconque. J'évite de l'associer au lait, comme de nombreux médecins se croient encore obligés de le conseiller, tantôt sous l'empire de traditions quasi-classiques où ils se sont incrustés, et tantôt et un peu aussi par habitude irraisonnée.

Par sa *caséine*, on peut craindre, en effet, la production de phénomènes toujours regrettables, diversement interprétés et qualifiés, selon les cas, d'*anaphylaxie, de choc hémoclasique* et autres expressions à la mode, et dus à la désintégration variable des *albumines*, en général, avec manifestations toxiques plus ou moins graves, allant de la simple *indigestion* jusqu'à l'*hémolyse* analogue à l'empoisonnement par certains champignons vénéneux.

Cette intolérance se manifeste par les symptômes suivants :

1° *Habituels et constants* : *anorexie*, dégoût pour les aliments d'une durée de 24 heures, environ ; troubles gastro-intestinaux ; langue saburrale ;

2° *Fréquents* : vomissements ou efforts non suivis d'effet, asthénie générale ;

En effet, le *calomel* agit comme *frénateur*, et même comme *inhibiteur* sur certaines sécrétions glandulaires de l'intestin, et comme *moteur* et *excitateur* sur d'autres formations analogues. C'est cet *antagonisme*, agissant avec une énergie variable, qui donne naissance aux troubles de sécrétion intestinale passagers, avec traduction de l'effet *purgatif* proprement dit. Là se borne l'action du *calomel*, limitée à l'intestin, lorsque les *résistances humorales* de l'organisme sont suffisantes pour empêcher le déclanchement de troubles généraux dus au *mercure*, sous forme d'*intolérance mercurielle*.

Par parenthèse, je ne crois pas à la transformation du *calomel* (protochlorure) en *bichlorure* de mercure, au contact du *chlorure de sodium* et de l'*acide chlorhydrique* libre du suc gastrique, par la raison bien simple que cette réaction chimique devrait se produire *toujours* et non *exceptionnellement*, après l'ingestion du calomel comme purgatif. Le chlorure de sodium se trouvant, à l'état constant et naturel, aussi bien dans le milieu *extérieur* que dans le milieu *intérieur* de l'organisme. Cette opinion m'a été confirmée par des expériences *in vitro* et par le fait que j'ai pu observer fréquemment que l'*hyperchlorhydrie* et l'*hypochlorhydrie* sont sans influence sur cette prétendue réaction chimique, *tant redoutée* par tous les auteurs, sans que jamais personne n'ait pu authentiquer le fait par une observation. C'est donc encore un *épouvantail* à reléguer au *musée des antiques*.

Après cet essai (*indice du calomel*) qu'on pourrait appeler *spécifique*, on est averti si, dans le *cercle* étroit ou plutôt le *quatuor bi-métallo-bi-métalloïdique* Hg, I, As, Bi, constituant, jusqu'ici, la base classique de la thérapeutique moderne antiΣ, on doit éviter l'emploi de Hg, ou l'entourer de certaines précautions. Malgré cette *proscription*, ici spécifiée de Hg, ce dernier métal n'en reste pas moins le premier en date des remèdes héroïques contre l'*avarie* et aussi celui qui a la plus mauvaise réputation, chez les profanes. L'*indice du calomel* peut spécialement rendre des services, dans les cas de *cancers de la langue*, où le *traitement d'épreuve* par Hg est très critiquable, parce que capable de donner un coup de fouet fatal au terrible mal.

CORRESPONDANCE

Pour aider à la documentation des thèses et travaux scientifiques.

J'approuve entièrement l'idée du professeur Vanverts « pour aider à la documentation des thèses » et je félicite le *Concours* de vouloir bien lui ouvrir ses colonnes.

Je m'empresse d'ailleurs de profiter de ce nouveau moyen puissant de documentation.

Chargé d'un rapport sur « *Le traitement marin du rachitisme* » au Congrès international de Thalassothérapie d'Arcachon (avril 1925), je serais très reconnaissant aux confrères qui voudraient bien me fournir des documents sur cette question.

Dr E. Saint-Martin
Carnac-Plage (Morbihan).

2981. — Hernie accident du travail.

Le nommé G., contremaître chez un négociant en bois, aidé par des hommes de service à placer sur un charriot une lourde pièce de bois, est pris de coliques, de douleurs de ventre, après un effort considérable. Les hommes appelés à témoigner rappellent le fait tel qu'il s'est passé.

Appelé à examiner le patient, je trouve une hernie ombilicale étranglée. Petite hernie épiploïque, irréductible, de la grosseur d'une belle noisette. Le repos au lit, les applications de glace ne donnent pas de résultat. J'opère avec deux confrères, aide et chloroformateur, le blessé.

L'assurance refuse à l'accidenté le paiement des honoraires, sous prétexte que la hernie avait pu exister antérieurement.

Ce jeune homme a fait la campagne 1914-1918 sans ne jamais rien ressentir. J'ai eu l'occasion de soigner ce blessé autrefois pour fièvre typhoïde, et n'ai jamais constaté la trace de la moindre hernie.

Il me semble avoir lu que la hernie peut être considérée non seulement comme un accident de travail quand elle se produit au moment d'un effort, mais que son étranglement doit être considéré comme un accident de travail quand la hernie préexiste.

Ce sont la jurisprudence ou les lois nouvelles qui permettent d'envisager comme accident de travail l'accident ci-dessus relaté, que je viens vous demander de vouloir bien m'indiquer ou me préciser, si mes souvenirs sont bien exacts. Je ne sais où retrouver la lecture des textes que j'ai dû lire précédemment.

Dr E.

Réponse.

Comme il ne doit pas être tenu compte, dans l'indemnisation des accidents du travail, de l'état antérieur de la victime, ainsi que l'ont

admis un grand nombre de décisions judiciaires, il suffit que la hernie préexistante ait été décelée ou aggravée par suite de l'accident pour que ses conséquences soient mises à la charge du patron.

D'autre part, la Cour de Cassation (chambre civile, 22 décembre 1909) a reconnu comme accident du travail la hernie causée par un travail, même normal. De même pour la hernie provenant d'un simple effort au cours du travail (Cassation civile, 7 mars 1921, *Concours médical*, 1921. 2658).

Dès lors qu'il existe des preuves que, à la suite d'un effort, votre client a vu se produire une hernie, celle-ci doit être considérée comme ayant pour cause un accident du travail et l'ouvrier a droit à la réparation forfaitaire du préjudice causé, dans les conditions fixées par la loi sur les accidents du travail.

2904. — Calcul d'impôts sur le revenu.

Je vous adresse ci-joint deux feuilles d'impôts vous priant de vouloir bien les examiner et me faire connaître si c'est exact.

1° *Impôt sur le revenu.* Il s'agit des bénéfices réalisés en 1923 ; or le 29 février 1924, j'adressais à M. le contrôleur des contributions directes de T. le relevé suivant :

Recettes : 14.813 dont 600 francs de fixe de l'assistance.

Dépenses :

Imposition locale	498
Impôt sur revenu (établi pour 1922, perçu en 1923)	150
Frais déplacement	365
Frais bureau	100
Frais domestique	1.200
Paragraphe V. Intérêts 6 % sur solde 6.000 fr. pour achat de terrain	210
Banque de province, intérêt pour prêt de 5.000 fr. pour paiement villa	330
Impôt sur revenu établi pour 1923 (perçu en 1923)	394
Total	3.247

14.813 — 3.247 = net : 11.566.

2° *Patente* : Pharmacien vendant au détail. Je suis médecin et pharmacien ; installé dans un faubourg de T., assez éloigné de la ville, je cédais quelques médicaments ; un beau jour, le syndicat des pharmaciens me cherche noise. Je déclare donc : je fais de la médecine ; à l'occasion, je continue à céder quelques médicaments. Ma pharmacie ? *C'est, dans une pièce de la villa*, deux rayons et une table.

Il paraît que maintenant je ne paie que pour la profession de la patente la plus élevée.

Est-ce que tout cela est exact, dans un cas ou dans les deux ? Puis-je avoir une réduction ? si oui, comment procéder ?

Dr Z.

Réponse.

D'après votre déclaration la base de l'impôt cédulaire devrait être établie comme suit :

Recettes		14.183
à déduire :		
Impositions locales	498	
Impôt sur le revenu	150	
Frais divers	1.665	
Total	2.313	2.313
Soit		11.870

A noter cependant que le contrôleur est en droit de ne pas admettre la contribution personnelle mobilière comprise dans les impositions locales et l'impôt général sur le revenu compris dans les 150 francs.

Cependant, en ce qui concerne l'impôt général sur le revenu, le contrôleur a admis intégralement votre déclaration et vous a imposé sur 11.500 francs. Il y a là une anomalie que lui seul peut vous expliquer.

Les calculs des impôts sont exacts.

Patente.

D'après l'avertissement que vous nous transmettez, vous êtes imposé uniquement en qualité de pharmacien.

Si la valeur locative de 600 francs est celle de la totalité de la villa que vous occupez, vous n'avez pas à réclamer, car, si vous étiez imposé en qualité de médecin, votre patente serait plus forte.

A. Martinot,
Conseil Fiscal.

2944. — Refus de pension à un mutilé de guerre

Homme mobilisé le 10e jour de la mobilisation — service armé — fait campagne un an au cours duquel il est hospitalisé à deux reprises : première fois, rhumatisme ; deuxième fois, parésie *a frigore* main droite.

En septembre 15, la loi Dalbiez le fait rentrer à l'arrière dans un atelier de guerre (fonderie de cuivre fabriquant pour l'armée).

Dès le début de 1916, il présente des troubles gastro-entéritiques sévères et des sommets suspects: soigné par le médecin civil du pays, depuis décédé.

En novembre 1920, il fait une demande de réforme et d'indemnisation. Réformé temporaire, proposé pour un taux variant de 15 à 30 pour cent, il voit sa demande rejetée deux fois par le ministre, une fois en appel par le tribunal des pensions ; le motif est que *la demande a été postérieure aux délais de présomption légale*, les maladies actuelles n'étant pas complication de celles pour lesquelles il avait été hospitalisé au front.

1° De combien était donc le délai de présomption légale : deux ou cinq ans ?

Le début du délai datait-il pour lui comme pour les autres de la date de cessation des hostilités ? ou, au contraire une disposition particulière faisait-elle courir les délais, du jour où il était redevenu ouvrier ? (septembre 15).

3° Dans ce cas, néanmoins, travaillant dans un atelier privé mais fournisseur de guerre, est-il fondé à demander, s'il peut en faire la preuve, réforme et indemnisation pour fatigues contractées au service de l'Etat ?

Dr D.

Réponse.

1° Les délais durant lesquels les anciens militaires ont droit au bénéfice de la présomption légale sont de six mois. Normalement, ces délais commencent à courir du jour de la libération du service actif, mais, à titre exceptionnel pour les militaires renvoyés dans leurs foyers au moment de la promulgation de la loi du 31 mars 1919, le délai n'a commencé à courir que le 3 septembre 1919 (publication du règlement d'administration publique) et il a pris fin le 3 mars 1920.

2° Si l'intéressé était détaché comme ouvrier, et non en sursis, il continuait à avoir droit au bénéfice de la loi du 31 mars 1919 et, dès lors, adressant sa demande de pension en dehors des délais de présomption, il lui appartenait de faire la preuve, pourvu qu'elle soit reconnue valable, qu'il avait souffert de sa maladie pendant le service.

2902. — L'évaluation des infirmités multiples.

J'ai recours à vos conseils relativement à la pension allouée à un malade qui m'intéresse.

D'après l'article de R. Painvin, avocat à la cour et paru dans le *Journal des mutilés et reformés de Paris*, il semble que l'on doive tenir compte pour l'établissement du taux de pension de toutes les fractions établies pour les infirmitées multiples. Or, d'après les certificats ci-joints (que j'ai copiés) vous verrez que les 3 pourcentages établis 65, 20 et 20 ont donné lieu à 85 %, c'est-à-dire à une sous-estimation, puisque l'addition de ces 3 chiffres dépasse 100.

En ma qualité de médecin, j'ajouterai que les 65 % pour la lésion crânienne sont bien justes : l'intéressé est sujet à des crises jacksoniennes qui surviennent à la moindre fatigue cérébrale ; que l'acuité visuelle réduite notablement n'est estimée qu'à 20 %. Il y a eu perte de substance cérébrale, le nerf optique gauche a été sectionné. Le blessé ne voit pas du côté droit — des deux yeux — la lecture lui est ainsi très difficile, je me suis permis d'ajouter ces observations pour en faire juge le *Concours médical* et je vous serais reconnaissant de me dire, d'après le certificat de pension établi, s'il y a lieu de réclamer une élévation du taux acccordé le 22 juillet 1921.

Dr Y.

Réponse.

L'invalidité d'ensemble de votre malade est de 85 %, et il n'y a pas eu sous-estimation du fait que l'addition des trois chiffres (65, 20 et 20) dépasse 100.

Voici, en effet, comment doit se calculer l'invalidité d'ensemble résultant d'infirmités multiples. On ne doit pas additionner purement et simplement les taux justifiés par chacune des infirmités. Si aucune des infirmités n'entraîne l'invalidité absolue (ce qui est le cas), le taux d'invalidité est considéré intégralement pour l'infirmité la plus grave, et pour chacune des infirmités supplémentaires, il est calculé proportionnellement à la validité restante.

De plus, chacune des infirmités supplémentaires rangées par ordre décroissant, est majorée de 5, de 10, de 15 % suivant qu'elle occupe le deuxième, le troisième, le quatrième rang (article 11 de la loi).

Les trois infirmités en question seront ainsi évaluées :

A 65 % pour la première ;

A 20 + 5 pour la deuxième, soit 25 % ;

D 20 + 10 pour la troisième, soit 30 %.

Ceci dit, la première infirmité (65 %) laisse une validité restante de 35 % et c'est par rapport à celle-ci que sera calculée l'augmentation d'invalidité due à la deuxième infirmité par la simple règle de trois suivante : $\frac{25 \times 35}{100} = 8{,}75$.

L'invalidité des deux premières infirmités est donc 65 plus 8,75 soit 73,75 et l'invalidité restante est dès lors de 26,25.

Par le même calcul, on obtient l'augmentation de l'invalidité qu'il faut attribuer à la troisième infirmité, portée à 30 %, ainsi qu'il est dit : $\frac{30 \times 26{,}25}{100} = 8{,}87$.

Dès lors l'invalidité totale est de 73,75 plus 7,87, soit : 81,625 %.

Or, il est dit (article 9) que lorsque l'invalidité est intermédiaire entre deux échelons, écartés l'un de l'autre de 5 %, l'intéressé bénéficie du taux afférent à l'échelon supérieur.

81,625 % étant intermédiaire à 80 et 85 %, votre blessé obtient 85 %.

Vous voyez dès lors pour quelles raisons le taux de 85 % est équitable.

Il est arrivé, dans ces calculs, qu'on ait tenu compte des centièmes de décimales seulement pour donner l'échelon supérieur. Or le ministre veut désormais que l'on tienne compte même des millièmes. C'est ce qui fait l'objet de l'article de journal auquel vous vous référez.

Si vous pensiez que dans le cas auquel vous vous intéressez il y ait eu sous-estimation, il ne

(*Voir la suite page XLVII-3033*)

PROPOS DU JOUR

Le bon exemple officiel en matière d'hygiène.

L'histoire d'un bureau de Ministère. — Comment nos édiles conçoivent à Paris le développement de la ville et la construction d'habitations à bon marché. — Un discours de M. le Sénateur André Honnorat.

La Sagesse des Nations affirme que le bon exemple doit venir de haut ; ce serait donc à l'Etat et à ses administrations à donner l'exemple du respect des règles de l'hygiène ; ce serait à nos Universités à nous montrer, par la bonne tenue de leurs établissements, en de véritables leçons de choses, qu'elles prennent au sérieux les paroles de leurs maîtres.

Or, nous voyons dans nos plus hautes institutions universitaires des recoins poussiéreux, des carreaux souillés, des crachoirs bas, remplis de sable ou autres poussières, disséminés au ras du sol, de ces crachoirs qu'un ironiste professeur d'hygiène, au Val-de-Grâce, définissait : des récipients autour desquels on a l'habitude de cracher.

Sénateurs, députés, académiciens, ministres, directeurs, préfets, épaulés d'un plus menu fretin, prêchent sur tout le territoire la croisade de l'hygiène et de la prophylaxie; les célibataires les plus endurcis, les époux les plus stériles qui se trouvent dans leurs rangs, s'indignent avec des accents émus et des yeux larmoyants de la dénatalité et de la dépopulation qui menacent la France. Nous ne doutons pas de leur sincérité: elle est sans doute la manifestation tardive de quelque secret remords; mais comme il y a loin, fort loin, des paroles aux actes, voyons comment ils parviennent à corriger leur impuissante carence, en favorisant l'épanouissement de la santé de ceux et de celles qui pourraient les suppléer dans le domaine de la natalité.

Une personne absolument digne de foi nous a conté l'histoire suivante qui a la valeur d'un apologue, dont nos lecteurs sauront tirer toute la moralité.

Le personnel de nos grandes administrations, sérieusement accru depuis la guerre, ne put trouver asile dans les locaux des ministères existants. Il fallut aviser. Quelques casernes furent désaffectées et leurs chambrées transformées en bureaux. Dans une de ces chambrées, exiguë, où il est impossible à un homme de stature un peu au-dessus de la moyenne de se tenir droit sans se cogner la tête aux poutres du plafond, une vingtaine de jeunes femmes furent entassées et travaillèrent à remplir ou à classer les paperasses administratives.

A l'approche de l'hiver, il fallut songer au chauffage; on eut recours aux appareils qu'avait laissés l'autorité militaire, et le séculaire poêle en fonte, recouvert de sa cloche et muni de son interminable tuyau coudé, bourré jusqu'à la gueule, se mit à ronfler et à rougir. L'air, que les exhalaisons de vingt poitrines et de vingt peaux de femmes contribuaient à altérer, devint tout à fait irrespirable lorsque le poêle en fonte, selon son activité, distillait alternativement dans l'atmosphère ambiante l'acide carbonique et l'oxyde de carbone. La santé des employées ne tarda pas à en souffrir. En outre, les punaises qui, depuis plus d'un siècle, pullulaient dans les boiseries, se mirent à proliférer d'une façon inquiétante et une pluie de ces insectes indésirables s'abattit sur le cou et la chevelure de nos pauvres employées. Les plaintes se multiplièrent ; l'administration fit la sourde oreille. De quoi se plaignait-on ? De la chaleur ? Il n'y avait qu'à éteindre le poêle et à ouvrir les croisées. Quant aux punaises ! Des générations et des générations de soldats les avaient bien supportées et ces jeunes gens valaient bien les employées, veuves de guerre pour la plupart. Un mal à l'origine mystérieuse força cependant l'attention des chefs. Des éruptions prurigineuses et rebelles, formant des cercles rouges ou rosés, ou des placards arrondis et squameux, apparurent à la nuque, au cou, au dos des mains et des poignets des employées du bureau. Cette fois, l'affaire devenait plus grave, car si une Parisienne consent assez volontiers à se laisser anémier, asphyxier et tuberculiser, pour rien au monde, elle ne souffrira l'éruption hideuse qui, altérant sa peau, peut compromettre son charme, sinon sa beauté. Les plaintes se firent véhémentes, furent puissamment appuyées. Une enquête fut décidée et une Commission technique de plusieurs membres vint visiter les malades et les lieux. Chacun s'enquit, interrogea, inspecta. Les dermatologues de la Commissions classèrent les éruptions

parmi les tricophyties et l'un d'eux rapporta, quelques jours après, un tube où,sur une plaque de gélatine, avait végété une sorte de moisissure blanchâtre que le savant qualifia de *tricophyton endo-ectothrix*.

Cette constatation fit grand plaisir aux jeunes femmes atteintes et quelques-unes se montrèrent très fières de nourrir un parasite porteur d'un si beau nom. Les conclusions de la Commission furent la condamnation à mort de deux pauvres chats qui fréquentaient le bureau, et la construction de placards pour permettre à chaque employée d'abriter et d'isoler chapeau, manteau et fourrure. De l'exiguïté des locaux, du procédé de chauffage et des punaises, il ne fut pas question. Ce n'était pas sans doute du ressort de ces Messieurs de la Commission d'enquête.

Les résultats ne se firent pas attendre. L'exécution des chats fut suivie d'une invasion de souris qui rongèrent les paperasses des archives — ce qui pour nous est de faible importance — mais ajoutèrent leurs puces aux punaises dont pâtissaient déjà les pauvres employées. La construction des placards restreignit encore le cube d'air insuffisant de la pièce et l'atmosphère devint encore plus irrespirable ; quant au tricophyton endo-ectothrix, il continua à végéter sur les peaux tendres et fertiles et à faire le désespoir de Mesdames les petites fonctionnaires.

La santé de vingt femmes, quelques-unes mères de familles, toutes aptes à le devenir, resta et reste sans doute encore compromise.

Et ce petit exemple, modeste leçon pratique d'hygiène administrative, n'est certes pas isolé, ni borné à la capitale. Voilà pour les administrations de l'Etat. En est-il autrement pour Paris, la ville Lumière ?

La première mesure à prendre après la guerre, pour assainir Paris et pour remédier à cette crise de l'habitation, si angoissante pour tous, si dangereuse au point de vue social et sanitaire, était de construire le plus grand nombre possible de maisons hygiéniques et à bon marché. Les terrains abondaient tout autour de Paris depuis le déclassement des fortifications et de la zone militaire. Nos édiles pouvaient faire construire autour de la ville des quartiers neufs, ensoleillés, aérés, avec des espaces libres comme la cité universitaire qui s'élève derrière Montsouris, grâce aux générosités de Deutsch de la Meurthe. L'opération, coûteuse certes, n'eût pas été improductive puisque les maisons auraient été louées à un prix raisonnable. Mais notre administration et nos édiles préférèrent gaspiller ici et là le produit de nos taxes à l'achat coûteux de propriétés,de châteaux etc., etc., transformés à prix d'or en établissements, prétendus sanitaires, pour y soigner les tuberculeux que la construction de maisons saines eût empêché de tomber malades.

Enfin, au bout de quelques années, les élections approchant, le Conseil municipal jugea prudent de s'occuper de la question de l'habitation et vota pour cela l'émission d'un emprunt de 300 millions.

Nous laissons à un ancien ministre, M. le sénateur André Honnorat, le soin d'exposer et d'apprécier au point de vue hygiénique les projets du Conseil municipal de Paris, et nous nous contenterons de citer *in extenso* son discours extrait du compte rendu de la séance du Sénat du 23 août 1924.

M. André Honnorat. — Messieurs, le projet de loi sur lequel vous êtes appelés à délibérer a pour objet de permettre à la ville de Paris de contracter un emprunt de 300 millions destiné à la construction d'habitations à bon marché.

J'ai à peine besoin de dire qu'il ne me vient pas une seconde à l'esprit de contester l'utilité de cet emprunt. Paris manque de locaux d'habitation. Il est naturel que le conseil municipal veuille remédier à la crise redoutable qui en résulte. Il est légitime qu'il tienne à faire bénéficier de ses sacrifices les familles qui ressentent le plus douloureusement les effets de cette crise. Mais, autant le but est louable, autant les méthodes par lesquelles on se propose de l'atteindre, motivent les plus sérieuses objections. Je me flatte de l'espoir que je n'aurai pas à retenir trop longtemps votre attention pour vous le démontrer.

Quel est, en effet, Messieurs, le programme qu'on nous demande indirectement de sanctionner par nos votes? Je m'en réfère aux indications que nous donne l'honorable M. Schrameck dans son rapport. Il s'agit de couvrir 24 hectares de Paris de vastes immeubles dont certains contiendront 500 logements, c'est-à-dire de 1.500 à 2.000 locataires. Et ce qui ajoute aux craintes que cette perspective peut faire concevoir, *c'est que plus du tiers de ces constructions doit s'élever à l'interieur de la ville, dans les arrondissements où la population est déjà excessive.*

Je ne connais pas les considerations qui ont engagé le conseil municipal de Paris à n'utiliser, pour la réalisation de ce programme de constructions d'habitations à bon marché, qu'une fraction des 60 hectares qu'il est tenu d'utiliser sur la superficie de l'ancienne enceinte fortifiée. Mais ce que je sais, c'est que nous commettrions une faute impardonnable, si nous ne lui demandions pas de faire un emploi plus judicieux des sommes qu'il nous demande l'autorisation d'emprunter.

Vous en serez comme moi intimement convaincus, lorsque je vous aurai démontré par des chiffres irré-

futables que l'avenir de Paris risque d'être compromis d'une façon irrémédiable, précisément par l'excès de densité de sa population.

Paris comptait, il y a cinquante ans, 240 habitants à l'hectare. Vingt ans plus tard, en 1911, il en comptait 308. Il en compte aujourd'hui 373.

Ce sont des proportions qu'on ne retrouve dans aucune autre grande ville. A Londres, par exemple, le nombre d'habitants à l'hectare ne dépasse pas 148, et à Bruxelles — anciennes limites — 162.

Cette différence de 148 et 162 à 373 vous permet déjà, Messieurs, de saisir la cause première de toutes les difficultés auxquelles on se heurte, dés qu'on aborde l'examen des divers problèmes que soulève le développement de Paris.

M. SCHRAMECK, *rapporteur de la Commission des finances.* — Très bien !

M. André HONNORAT. — Mais je tiens à faire mieux apparaître encore l'étendue de ces difficultés, et, pour cela, à opposer les uns aux autres, non plus des chiffres globaux qui peuvent toujours prêter à discussion, mais des chiffres fragmentaires, empruntés à ceux de certains quartiers de Londres et de certains quartiers de Paris dont la situation est rigoureusement analogue.

Voici, par exemple, le quartier de Westminster, qui est un des quartiers riches de Londres : il contient 182 habitants à l'hectare, c'est-à-dire une proportion un peu plus forte que la moyenne. Or, quel est le chiffre pour le 8° arrondissement, qui est le quartier de Paris ayant le plus d'analogie avec Westminster ? 255 ! Et ce chiffre est, à l'exception de celui de Passy, le plus faible de tout Paris !

Passons maintenant, si vous le voulez bien, à Southwark, qui est le quartier le plus mal partagé de Londres. Ici, la population atteint une densité exceptionnellement élevée. On y compte jusqu'à 456 habitants à l'hectare. Mais je me hâte d'ajouter que c'est un cas unique, dont on ne retrouve l'équivalent nulle part ailleurs.

Or, à Paris, dix arrondissements sur vingt ont une densité de population infiniment plus forte. Deux d'entre eux, — le 2e et le 3e — atteignent même les chiffres fantastiques de 636 et de 669 habitants à l'hectare.

Que sera-ce, quand la ville de Paris aura édifié dans dix arrondissements de la périphérie et dans deux arrondissements du centre les vastes casernes qu'elle projette d'édifier ? C'est une perspective qu'on n'envisage pas sans angoisse quand on sait, par des données aussi positives que celles dont je viens de faire état, que les Parisiens sont d'ores et déjà, dans leur immense majorité, condamnés à vivre dans des conditions infiniment plus défavorables à tous les points de vue que ne le sont les habitants du quartier le plus mal partagé de Londres.

Vous partagerez davantage encore mes appréhensions, quand je vous aurai rappelé qu'il n'y a pas de milieux plus propres à la propagation de la tuberculose, — comme de toutes les maladies sociales, d'ailleurs, — que ceux dans lesquels les individus vivent sans cesse en contact les uns avec les autres.

Or, savez-vous combien il y avait d'habitants à Paris par surface bâtie en 1911 ? *Exactement* 1.041 *à l'hectare. Et savez-vous combien il y en avait dix ans plus tard ? Exactement* 1.139. *Soit un dixième en plus.*

J'ajoute que, si saisissants qu'ils soient, ces chiffres ne donnent cependant qu'une idée bien insuffisante de ce que peut être le péril dans certains arrondissements comme le 18e, le 4e et le 3e, où la population atteint par surface bâtie jusqu'à 1.600 et 1.700 habitants à l'hectare, soit moins de six mètres carrés par habitant.

La logique voudrait que nous suivions l'exemple de la ville d'Amsterdam qui, alarmée de constater qu'elle comptait 829 habitants par hectare bâti en 1911, a réussi, par un programme d'édilité admirable, à faire tomber, en dix ans, la densité de sa population à 694 habitants par hectare bâti.

Hélàs ! C'est juste l'inverse qu'on nous propose de faire.

L'erreur n'est pas moins grande pour la sauvegarde des intérêts économiques qui sont liés à la prospérité de Paris que pour la sauvegarde de l'hygiène sociale dans la capitale.

Je n'en veux pour preuve qu'un exemple. En 1911, les voitures du Métropolitain et du Nord-Sud, les autobus et les tramways, ainsi que les wagons des diverses compagnies de chemin de fer avaient transporté 1.163.943.000 voyageurs. En 1921, ils en ont transporté 1.756.679.000 !

Ainsi, malgré les contre-coups de la guerre qui ont si puissamment contribué à enrayer le développement de Paris, la circulation a augmenté, en dix ans, de 51 p. 100. On peut juger par là de ce qu'elle sera en 1931.

Or, il va de soi que, plus on concentre les habitants dans l'intérieur de Paris, plus on complique les difficultés de la circulation. Et il est à peine besoin de dire que, plus la circulation devient difficile, plus elle entraîne des dommages directs et indirects pour la ville, comme pour les particuliers.

Je sais bien, Messieurs, qu'on pourra m'objecter que le conseil municipal est averti de ces choses, et que si elles n'ont pas motivé de sa part des inquiétudes aussi vives que celles dont je me fais l'écho devant vous, c'est que peut-être je m'alarme à tort. Mais il me sera bien permis de faire remarquer que le conseil municipal de Paris n'est pas tout à fait libre d'envisager le problème de haut et que la responsabilité des erreurs contre lesquelles je m'élève, lui est, pour beaucoup de raisons, bien moins imputable qu'à nous-mêmes.

Son action est, en effet, strictement circonscrite ; elle ne peut s'exercer que dans les limites d'une enceinte, vieille de près d'un siècle, dont la pioche des démolisseurs n'a commencé qu'il y a quatre ans à éventrer une partie, et pour laquelle, d'ailleurs, l'Etat lui réclame une dîme de 100 millions.

◆◆

Est-ce que, si nous avions été prévoyants, nous n'aurions pas dû prendre nous-mêmes l'initiative de lui faciliter la tâche, de l'aider à favoriser l'exode des Parisiens hors de Paris, suivant un plan d'ensemble méthodiquement conçu, à l'élaboration duquel nous l'aurions invité à collaborer d'accord avec toutes les communes de la banlieue, de la banlieue de Seine-et-Oise, et même de Seine-et-Marne, comme de la banlieue de la Seine.

Vous me pardonnerez si je vous rappelle ce qui s'est passé il y a trente ans, lorsque, pour la première fois, la question s'est posée à Paris.

L'Etat avait décidé de faire une exposition universelle en 1900. Il fallait à tout prix que la ville pût disposer pour cette date de moyens de transport plus rapides et plus pratiques que ceux qui étaient alors en usage. On songea à prolonger les lignes de banlieue vers une gare centrale et à les relier entre elles par une série de lignes circulaires.

Mais Paris tirait alors de l'octroi la moitié de ses recettes ; qu'allait-il advenir de ses finances, si les Parisiens, en trop grand nombre, désertaient ses quartiers encombrés pour aller se fixer en banlieue ? La ville eut peur, elle adopta un projet de chemin de fer métropolitain d'un gabarit tel qu'entre Paris et sa banlieue, il ne pût pas y avoir de communications rapides et constantes. Or, l'année même où la première ligne de ce chemin de fer métropolitain était livrée à l'exploitation, le Parlement votait une loi sur les boissons dites hygiéniques qui privait la ville de la moitié de ses recettes d'octroi.

Croit-on que si la ville avait pu prévoir que l'Etat l'obligerait à si brève échéance à remplacer ses recettes d'octroi par des taxes nouvelles, elle eût commis l'erreur manifeste que constitue le modèle réduit adopté par elle pour la construction du métropolitain ? Et croit-on que si, à l'époque, le Parlement l'avait mise en garde contre cette erreur, elle y eût quand même persévéré ?

La question qui se pose aujourd'hui est rigoureusement de même nature. Car, qui ne se rend compte que la ville de Paris sera hors d'état de résoudre les multiples problèmes qui se posent à son attention, tant qu'une ligne de transport rapide en grande banlieue ne traversera pas son territoire ? Et qui peut imaginer qu'elle soit, à elle seule, en mesure de subvenir aux charges que doit, fatalement, entraîner la construction d'une pareille ligne ?

Ce n'est pas seulement pour cela que l'aide des pouvoirs publics lui est indispensable. Elle en a également besoin pour que le plus grand Paris, celui qui se crée en dehors d'elle, sur tout le territoire des communes suburbaines, ne lui fasse pas une ceinture hideuse, où la spéculation seule trouve son compte ?

Réfléchissez-vous à ce que sera cette banlieue dans un demi-siècle ? Vous demandez-vous si la population qui y vivra, trouvera l'équivalence de ce que représentaient, pour les Parisiens, il y a un siècle, le bois de Boulogne et le bois de Vincennes ? Songez-vous à ce que deviendra la circulation, si une législation prévoyante ne permet pas d'en sillonner le territoire d'avenues suffisamment spacieuses ?

Et qu'adviendra-t-il, si, sous l'effet de ce désordre, de ces difficultés, de ces mauvaises conditions d'existence, Paris perd une partie du prestige qu'il doit à sa beauté et qui constitue l'un des plus sûrs instruments de la puissance morale de la France dans le monde ?

Je ne sais pas, Messieurs, si j'ai réussi à vous convaincre que le problème du développement de Paris est un problème d'ordre national plus encore que d'ordre municipal. (*Très bien !*) Mais que j'y aie réussi ou non, vous m'accorderez, j'en suis sûr, que nous avons le droit et le devoir d'appeler l'attention de M. le ministre de l'intérieur sur la gravité de ce problème et de lui demander de ne pas s'en désintéresser.

S'il me le permet, je lui dirai quelles sont les initiatives que je souhaiterais lui voir prendre. Pour l'instant, je lui demande uniquement de se faire l'interprète de nos appréhensions auprès du conseil municipal et de prier celui-ci, pour toutes les raisons que je viens de vous exposer, de vouloir bien procéder lui-même à la révision du programme de travaux auxquels il destine le produit de l'emprunt que nous allons l'autoriser à émettre. (*Applaudissements*).

Nous n'ajouterons rien au discours de M. André Honnorat, nous laisserons à d'autres le soin de chercher les causes et les motifs de l'aberration du Conseil municipal de Paris. Mais quand nous entendons, dans les cérémonies publiques, certains de nos élus, parlementaires, départementaux et municipaux, doublés d'administrateurs, d'académiciens, de ligueurs, de commissaires et autres thuriféraires, nous faire avec des trémolos dans la voix, de pompeux discours sur l'hygiène, la prophylaxie et la natalité, nous nous hâtons d'en sourire pour éviter d'en pleurer.

J. Noir.

R. H. M. S., 3381.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE BACTÉRIOPHAGE DE D'HÉRELLE, SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Docteur Paul HAUDUROY,

Chef de laboratoire (bactériologie) à la Faculté de Médecine.

En 1917, d'Hérelle faisait à l'Académie des Sciences de Paris sa première communication sur le bactériophage. Depuis lors, des travaux multiples ont été publiés sur cette question : elle est encore à l'étude et nous ne devons pas nous dissimuler qu'il subsiste de nombreuses inconnues dans la « biologie » du principe qui produit le phénomène de d'Hérelle et dans ce phénomène lui-même. Cependant on peut déjà jeter un coup d'œil en arrière sur le chemin parcouru : on s'aperçoit tout de suite que la découverte de d'Hérelle est d'une importance capitale, qu'elle va probablement révolutionner nos conceptions de l'immunité et surtout qu'elle a d'immenses applications thérapeutiques que nous ne faisons qu'entrevoir.

Je veux résumer ici les principales données sur le phénomène, dire ce qu'est le bactériophage et montrer quels espoirs il nous permet pour le traitement de nos malades.

Je rappellerai d'abord en quelques mots en quoi consiste le phénomène de d'Hérelle. Mettons à incuber pendant 24 heures dans du bouillon ordinaire les selles d'un convalescent de dysenterie ou de typhoïde. Filtrons la culture sur une bougie de porcelaine. Le filtrat obtenu est stérile en ce sens qu'il ne contient aucun élément visible. Ajoutons-en quelques gouttes à une culture jeune de bacilles d'Eberth. Portons le mélange à l'étuve. Au bout de quelques heures, il ne reste plus trace des bacilles typhiques : ils ont été lysés. Cette lyse est transmissible en série indéfiniment, une goutte du premier tube éclaircira en effet une deuxième culture jeune, une goutte du 2e une troisième, etc.

La lyse n'a pas toujours cette netteté : le tube auquel on a ajouté du filtrat peut n'être que partiellement éclairci.

On peut, en partant d'un tube où la destruction des microbes par le filtrat n'a pas été complète arriver à l'éclaircissement absolu par des passages. Il suffit de filtrer le premier tube, d'ajouter le filtrat à une culture jeune de bacilles d'Eberth par exemple, de recommencer 4 ou 5 fois cette opération : à la fin de la série, la lyse est totale. Il y a là une véritable exaltation de virulence.

Si on transporte sur un tube de gélose inclinée le mélange bactériophage + bactérie, au moment où la lyse n'est pas encore faite, on voit apparaître une culture homogène au milieu de laquelle se trouvent des « trous » où rien de visible n'a poussé : ce sont « les plages claires ». Elles sont de véritables colonies isolées de l'ultra-microbe producteur de la lyse.

On voit toute la nouveauté du phénomène : rien de semblable n'est connu en bactériologie. On peut bien produire certaines lyses (bile et pneumocoque, venins de serpents et certaines bactéries) mais *aucune d'elles n'est transmissible en série.*

Le principe qui produit ce phénomène possède un certain nombre de propriétés particulières qu'il est intéressant de connaître.

a) Le bactériophage traverse les filtres de porcelaine, même les plus serrés. C'est sur cette propriété qu'est basée sa technique d'isolement. Il traverse les filtres de collodion et on a pu approximativement mesurer sa taille qui est voisine de celle des virus de la vaccine, de l'encéphalite léthargique, de la rage.

b) Le bactériophage est invisible. Il est impossible en effet de rien voir dans une émulsion de bactériophage (résultat d'une lyse) quelle que soit la coloration employée. Cette propriété le rapproche des germes dits filtrants et invisibles (rage, vaccine, etc.).

c) Le bactériophage est sensible à l'action de la chaleur. J'ai montré qu'il était *inactivé* à une température variable avec chaque souche et qu'il était *tué* après un chauffage de cinq minutes au-dessus de 100° (102° C.).

d) Le temps a peu d'action sur le bactériophage et une souche de principe conservée 7 ou 8 années produit le phénomène presqu'avec la même activité que le premier jour.

e) Le bactériophage est sensible à l'action de certains antiseptiques (quinine, fluorure de sodium, glycérine ...). Il meurt à leur contact dans beaucoup de cas, mais — et ceci est très important — il peut aussi *s'adapter* à leur action nocive.

f) Il est en effet susceptible d'adaptation : adaptation à l'influence destructive d'antisepti-

ques, de sérum anti. D'Hérelle, avec juste raison, a tiré un grand argument de cette propriété pour affirmer la nature vivante du principe lytique.

g) Le bactériophage injecté à l'animal provoque l'apparition de sérum anti. Ce sérum a la propriété d'arrêter la lyse *in vitro* : un mélange bactérie + principe lytique qui devait se clarifier, reste trouble comme les témoins, si on lui ajoute une petite quantité de sérum anti-bactériophage. Une autre propriété — et qui au premier abord est surprenante — est la suivante : injectons à un lapin une dose non mortelle de bacille de Shiga et à un autre la même dose et une petite quantité de sérum antibactériophage. Le premier animal reste bien portant, le second animal *meurt*. Le sérum est sensibilisant, il favorise l'infection en paralysant probablement les moyens de défense naturelle de l'individu. Son action est juste l'action inverse de celle des sérums que nous étions habitués à connaître.

h) Le bactériophage est polyvalent. Son action en effet s'étend à de nombreuses bactéries.

Les microbes du groupe Eberth, coli, dysentérique, sont facilement lysés, ainsi que le staphylocoque, l'entérocoque, le pneumobacille de Friedlander, le bacille de Yersin, le vibrion cholérique, etc. On peut adapter un bactériophage donné à l'attaque d'une bactérie qu'il ne détruisait pas primitivement, on peut exalter ou diminuer la virulence. Il est théoriquement possible de trouver un bactériophage lysant les microbes pathogènes que nous connaissons : cette découverte est assez difficile, car elle est le résultat, la plupart du temps, d'un heureux hasard.

i) Le bactériophage se développe seulement aux dépens des microbes vivants. Cette propriété est une des plus importantes et des plus curieuses. Introduit dans les milieux les plus variés, suivant les techniques les plus diverses, *jamais* le principe ne se développe. Il lui faut, de toute nécessité, des bactéries jeunes, bien vivantes, comme « nourriture ».

Telles sont, très rapidement résumées, les principales propriétés du bactériophage connues actuellement.

Quelle est la nature de ce principe ?

Toute la discussion, qui dure depuis plusieurs années entre d'Hérelle et d'autres savants, a pour but la réponse à cette interrogation.

Je ne veux pas exposer ici tous les arguments apportés par les uns ou par les autres. Je dirai simplement que la question peut se ramener à ceci : le bactériophage est-il un être vivant ou n'est-il qu'une substance chimique ou diastasique. D'Hérelle a eu le grand mérite de construire une théorie qui repose sur des faits expérimentaux que personne jusqu'ici n'a infirmés. Pour lui le bactériophage n'est pas autre chose qu'un ultra-virus, semblable en tous points au virus de la rage, de la vaccine, etc. Au lieu de se développer aux dépens des cellules nerveuses ou épithéliales, il se développe aux dépens des bactéries et la lyse en série n'est que la traduction macroscopique de cette culture.

Le rôle du bactériophage dans l'immunité.

Dès ses premières publications d'Hérelle indiqua que le bactériophage jouait un rôle dans l'immunité. La maladie qu'il a particulièrement étudiée à ce point de vue est la fièvre typhoïde. J'ai pu de mon côté effectuer les mêmes recherches et les conclusions que l'on peut tirer de tous ces travaux sont les suivantes :

1° Dans la première période de la maladie, au moment où la température s'élève, où elle est en plateau, on ne trouve pas de bactériophage.

2° Il est possible d'en trouver au moment où la température tombe. Il apparaît le plus souvent quand commence la défervescence, persiste jusqu'à ce qu'elle soit finie, disparaît ensuite. Dans certains cas, on ne le trouve qu'une fois et le début de la convalescence coïncide avec son apparition.

3° Le maximum de puissance du principe lytique correspond en général au début de la défervescence.

4° On voit toujours réapparaître le bactériophage si la température tend à s'élever à nouveau (menace de rechute).

5° On trouve le bactériophage dans les hémocultures positives ou négatives faites à la fin de la fièvre typhoïde (Hauduroy).

6° Les résultats observés sont constants.

On peut traduire d'une autre façon tous ces faits en disant qu'il y a coïncidence absolue entre l'amélioration momentanée ou la guérison définitive du malade et l'apparition du principe lytique.

Actuellement, il est possible de dire que le bactériophage joue un rôle extrêmement important dans le processus de guérison de la fièvre typhoïde.

Une étude semblable a été ébauchée pour d'autres maladies : elle conduira probablement à des résultats identiques.

D'autre part, d'Hérelle a suivi des épidémies de typhose aviaire, infection dont le germe est détruit par le bactériophage. Il a pu constater que les animaux guéris possédaient dans leur intestin un principe lytique extrêmement puissant. Ce principe est dispersé avec les selles dans la terre, dans l'eau, et est absorbé par d'autres animaux qui *ne tombent pas malades* car ils *s'infectent* en quelque sorte avec le bactériophage. En d'autres termes, dans certains cas, l'*immunité peut être contagieuse* car la « maladie des microbes » produite par l'ultra-virus bacté-

riophage se répand sur eux, les détruit et empêche leur dispersion.

On voit quel rôle immense joue le bactériophage dans l'immunité et ce n'est pas trop dire que beaucoup de nos conceptions anciennes seront modifiées profondément par la découverte de d'Hérelle.

Le rôle du bactériophage en thérapeutique.

Il était logique après ces constatations de tenter des essais thérapeutiques avec le bactériophage. C'est ce que d'Hérelle eut le mérite de faire le premier. Je n'examinerai ici que les maladies humaines dans lesquelles ce mode nouveau de traitement a été appliqué.

Dysenterie. — D'Hérelle a traité sept cas de dysenterie bacillaire à B. de Shiga. Dans tous, il a obtenu après absorption de bactériophage par la bouche, une amélioration rapide (24 heures) se manifestant par une diminution des symptômes généraux, une moins grande fréquence des selles et surtout — fait capital — par la disparition du bacille de Shiga des matières fécales. La cause n'existant plus, la maladie doit cesser : c'est ce qui se passe dans les cinq ou six jours suivants où la convalescence et la guérison s'établissent sans incident.

Davison a essayé de confirmer ces résultats. Il administre des quantités variant de 5 cc. à 1.300 cc. de bactériophage à des enfants atteints de dysenterie. Aucune amélioration n'a suivi.

Les résultats obtenus par d'Hérelle ont été récemment confirmés d'une manière brillante par da Costa Cruzu, en Amérique du Sud, qui, après avoir traité 10.000 malades environ déclare que le bactériophage amène la guérison en quelques heures et qu'il est incontestablement le meilleur remède existant de la dysenterie.

Infection à bacille typhique et paratyphique. — Les premiers essais ont été tentés par Beckerich et Hauduroy. Il sportent sur une douzaine de cas. Ces auteurs ont toujours vu une amélioration nette succéder à l'administration de principe lytique.

Hauduroy et Arsimoles ont eu l'occasion de traiter une forme anormale d'infection typhique. Il s'agissait d'un syndrome dysentériforme à bacilles d'Eberth. Le résultat obtenu par l'ingestion de bactériophage fut parfait : disparition des bacilles et guérison rapide.

Otto et Munter ont essayé des traitements et n'ont obtenu aucun résultat.

Récemment (12 juin 1924, Soc. méd. des hôpitaux) MM. Ch. Richet fils, Azerad et Delarue ont obtenu un beau succès dans une fièvre typhoïde grave.

J. Smith (*The Brit. med. Journal*, 12 juillet 1924) a traité toute une série de malades : en 4 ou 5 jours la température tomba définitivement, les bacilles disparurent des selles.

Infection à colibacilles.

Les premiers essais ont été faits par Beckerich et Hauduroy. Ils portèrent sur onze cas : il y eut deux échecs.

Nous rapportons une de leurs observations :

Mme H..., 35 ans, est atteinte de cystite chronique depuis trois ans à la suite d'une infection puerpérale. Au moment où le médecin la voit pour la première fois, les principaux symptômes sont les suivants : mictions fréquentes et peu abondantes, ténesme et brûlures, pas de fièvre ; mais la malade a beaucoup maigri et l'état général est mauvais. Jusqu'alors, la maladie a eu une évolution cyclique ; à des poussées aiguës ont succédé des périodes de rémission.

La dernière crise remonte à la fin de mars 1922. Un traitement est institué : application de pelvitherme et urotropine. Aucune amélioration ne se manifeste. L'examen bactériologique montre que les urines sont une véritable culture pure de colibacilles. On isole le microbe et on le met *in vitro* en contact avec du bactériophage : il est lysé. On fait alors une injection sous la peau de la cuisse droite de 2 cc. de bactériophage. Le lendemain, on constate un peu de rougeur, de gonflement et une légère douleur. La température est restée normale. La cystite n'est pas améliorée. Deux jours après la première injection, on en pratique une seconde (2 cc.). Il y a une légère réaction locale non douloureuse.

Le lendemain, les douleurs que la malade éprouvait en urinant ont disparu. Les mictions sont beaucoup moins fréquentes. Dans les jours qui suivent, elles s'espacent encore. Le cinquième jour après la deuxième intervention, l'examen bactériologique montre que les urines sont complètement stériles. Le traitement général est continué (fortifiant). Au mois de juillet, la malade avait augmenté de 11 livres, l'état général était excellent, les mictions normales, les douleurs disparues. On peut considérer la guérison comme définitive.

En résumé : cystite chronique à colibacilles. Echec du traitement médical. Guérison clinique et bactériologique en sept jours par deux injections de bactériophage.

Depuis ces premières publications j'ai eu l'occasion de traiter de nombreux malades, soit en ville, soit à l'hôpital. J'ai observé des succès nombreux. De temps en temps le traitement échoue : il s'agit en général d'infections chroniques durant depuis plusieurs années. L'étude de ceux-ci est d'ailleurs particulièrement intéressante, (voir *Annales de médecine*, sept. 1924.) On se rend compte que la bactériologie des infections urinaires nous est assez mal connue. Récemment MM. Arloing, Dufourt, Bouvier et Sempé ont obtenu une guérison absolue après

injection et ingestion de bactériophage dans un cas de pyélonéphrite.

Infections à staphylocoques.

Bruynoghe et Maisin ont, les premiers, essayé de lutter contre les infections à staphylocoques avec un bactériophage spécifique. Ils ont obtenu de bons résultats dans les cas de furonculoses. Gratia, Jaumain, Hauduroy, Bastin, Gougerot et Peyre ont confirmé ces travaux.

Comment doit-on préparer un bactériophage pour l'usage thérapeutique ?

Avant de donner au malade du principe lytique, il faut de toute nécessité être éclairé sur la nature exacte de l'infection bactérienne en cause et avoir isolé le microbe cause de cette infection.

C'est en le lysant avec une souche de bactérophage conservée au laboratoire qu'on fabrique un principe destiné au malade.

Agir d'une autre façon, donner sans contrôle bactériologique préalable du lysat est aller *forcément* au devant d'échecs.

La préparation du bactériophage doit être rapide. Elle est assez difficile.

La technique en elle-même est simple cependant ; elle devient compliquée du fait de l'appareillage spécial qu'il faut posséder, des garanties de sécurité dont il faut s'entourer et je crois que seul un spécialiste, habitué à le manier depuis longtemps, est susceptible de préparer rapidement et sûrement un bactériophage actif sur un microbe donné.

Actuellement, dans le cas d'infections urinaires, j'introduis le bactériophage de la façon suivante.

1° Sous la peau : 2 injections à 24 heures d'intervalle, de 3 à 4 cc. chacune.

2° Par la bouche : absorption journalière à 4 ou 5 reprises de 10 à 20 cc. de bactériophage.

3° Dans la vessie : on introduit par sondage 20 cc. de bactériophage pur. On répète cette opération tous les jours ou tous les deux jours (4 à 5 fois).

Dans certains cas, on sera obligé de donner au malade du principe lytique soit par la bouche, soit dans la vessie un nombre de fois beaucoup plus grand. On ne répétera *jamais* les injections sous-cutanées. A la suite de ces applications il n'y a pas de réactions locales et pas de réaction générale : le bactériophage est un médicament absolument inoffensif qui ne détermine jamais de chocs.

La guérison est prompte la plupart du temps : elle apparaît dans les quelques jours qui suivent l'application. Cependant j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs malades chez lesquels la continuation de l'application pendant un temps assez long amena seule la disparition des troubles.

Par quel mécanisme le bactériophage procure-t-il la guérison ? Il est bien probable que le phénomène de lyse que nous voyons se produire *in vitro* se produit aussi dans l'organisme. Il est évident que dans ce dernier cas il ne peut avoir la même régularité : trop de facteurs peuvent intervenir.

On obtient avec le bactériophage dans certains cas une véritable stérilisation de l'organisme. Quelle autre médication a jamais donné un résultat semblable ?

Je dois ajouter enfin que des recherches, sur lesquelles je ne peux insister ici, ont permis à d'Hérelle de voir qu'on pouvait *vacciner* avec le bactériophage contre toute une série d'infections et qu'il permettrait d'obtenir des sérums thérapeutiques extrêmement actifs.

***

Si maintenant, arrivé au terme de cette étude rapide, nous jetons un regard en arrière, nous voyons l'importance de la découverte de d'Hérelle. Le bactériophage est destiné à modifier profondément nos connaissances en immunologie, en bactériologie même. Les quelques applications thérapeutiques qu'on a pu faire ont donné dans l'ensemble de bons résultats : elles doivent nous inciter à entrer sans crainte dans cette voie nouvelle. Je suis convaincu que nous arriverons à guérir, peut-être même à faire disparaître beaucoup de maladies infectieuses, en nous servant du bactériophage de d'Hérelle (1).

(1) Le Dr HAUDUROY vient précisément d'obtenir, à l'Académie de médecine, le prix STANSKY, pour ses travaux sur le bactériophage de d'Hérelle.

Tous nos compliments à notre distingué collaborateur.

N.D.L.R.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Le placenta prævia.

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1).

A quelle époque de la gestation peut et doit se poser le diagnostic de l'insertion vicieuse ? Une femme enceinte de moins de six mois peut perdre par placenta prævia ; à cette époque le diagnostic différentiel du placenta prævia ne peut pas être établi de façon formelle. Parmi les causes d'avortement spontané, il faut placer le placenta prævia. Qu'il s'agisse d'hémorragie, qu'il s'agisse d'avortement, aucun signe clinique ne permet de reconnaître que la cause est un placenta prævia, dans les six premiers mois. Aussi a-t-on coutume de confondre la description du placenta prævia avec celle des hémorragies des trois derniers mois et du travail. Il faut étudier successivement les signes fonctionnels, les symptômes généraux et les signes physiques.

Ce sont les *signes fonctionnels* qui frappent la femme. C'est avant tout l'hémorragie. D'après la notion classique, cette hémorragie apparaît dans les trois derniers mois de la grossesse, ou au cours du travail. Est-ce vrai ? Très certainement. Du reste on ne s'expliquerait pas comment depuis des siècles des accoucheurs et sages-femmes se soient trompés aussi grossièrement sur la date d'apparition d'un symptôme. Que nos aînés, que les hommes du dix-septième et du dix-huitième siècles se trompent souvent en matière de médecine sur l'interprétation d'un symptôme, sur sa valeur, sur son explication, c'est admissible ; ils se trompent comme nous nous trompons aussi ; mais quand il s'agit d'observer et de voir si une femme est depuis plus ou moins longtemps enceinte au moment où elle saigne, ceci est à la portée de toutes les générations. Est-ce complètement vrai ? Non, il faut apporter deux restrictions importantes à cette date : 1° parce que l'insertion vicieuse fait saigner avant les trois derniers mois ; 2° parce que nombre d'insertions vicieuses ne saignent qu'à terme ; bien plus, nombre d'insertions vicieuses ne saignent qu'à l'occasion du travail ; quelques insertions vicieuses ne saignent absolument qu'à la dilatation complète et même quelques insertions très vicieuses n'ont jamais saigné.

On voit donc qu'il y a toute la gamme, depuis la femme qui saigne dans les premiers mois de sa grossesse jusqu'à celle qui n'a jamais saigné : ces dernières sont des raretés ; mais ce qui n'est pas rare c'est l'apparition de l'hémorragie pendant le travail. Il y en a de nombreux exemples

Voici une parturiente qui n'a commencé à saigner qu'à une dilatation d'une paume de main, avec une insertion centrale. Une autre, une primipare, n'a commencé à saigner qu'en entrant en travail, avec une insertion marginale.

Donc, sous le prétexte qu'une femme enceinte à terme n'a pas eu encore d'hémorragie, il faut bien se garder de conclure qu'elle n'a pas d'insertion vicieuse du placenta. On pourrait peut-être dire que les insertions vicieuses qui ne saignent que pendant le travail sont très souvent des insertions particulièrement vicieuses, dans lesquelles le placenta est à peu près sur le col.

A ce propos il existe une notion trop courante qu'il y a lieu d'abandonner. On prétend que l'insertion vicieuse du placenta est le triste apanage des *multipares*. Or, il y a beaucoup de *primipares* qui ont des insertions vicieuses, et si on a exagéré la fréquence des multipares, c'est qu'on a obéi à des considérations étiologiques, parce que pour les uns le placenta prævia serait le fait des utérus se contractant mal, pour d'autres, des utérus atteints d'endométrite.

Il faut savoir qu'il y a des femmes n'ayant pas trace d'endométrite et qui ont une insertion vicieuse du placenta à leur première grossesse.

Il est classique de dire que la première hémorragie par insertion vicieuse du placenta est absolument imprévue ; c'est un accident survenant chez la femme au repos, et on ajoute : nocturne. Ce dernier point est inexact. L'hémorragie peut apparaître à n'importe quelle heure du jour. Il faut abandonner cette notion de l'hémorragie nocturne, de même que celle que l'on accouche toujours la nuit.

Cette hémorragie est silencieuse. Ce n'est pas la conséquence d'un état de douleur, de malaise, comme le suintement hémorragique qui suivrait le décollement prématuré du placenta. Toutes les malades rapportent qu'elles se sont senties mouillées d'une façon tellement subite, tellement inopinée et à la fois tellement abondante, du moins en apparence , qu'elles croient ou avoir perdu les eaux, ou avoir eu des émissions involontaires d'urine. C'est une hémorragie complètement indolore, de sang liquide, mais qui ne tarde pas à se coaguler dans le vagin, surtout si la femme, terrorisée, reste complètement immobile. Cette hémorragie, dit-on, est essentiellement progressive. C'est très ordinaire ; cependant il y a des femmes qui font leur première hémorragie extrêmement abondante, particulièrement

(1) Leçon faite le 3 juillet 1924 à la Maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr LAPORTE.

lorsqu'elles saignent pour la première fois, à terme ou au moment du travail.

Le mode de répétition de ces hémorragies présente de grandes bizarreries. Généralement, la malade commence à perdre vers le septième mois ; après quinze jours survient une nouvelle hémorragie, puis les hémorragies se rapprochent de plus en plus. Cependant la malade n'est pas aussi souvent cachectique qu'on l'a dit. On a parlé de la rupture prématurée des membranes. Ce n'est pas un élément suffisant pour faire le diagnostic de placenta prævia puisque c'est un accident qui peut arriver dans d'autres circonstances.

Les symptômes généraux ne sont pas autre chose que la conséquence de cette hémorragie : c'est l'anémie post-hémorragique. C'est avant tout la brusque pâleur, la décoloration des téguments et des muqueuses, et l'altération du pouls : il augmente de fréquence et diminue de force, jusqu'à devenir si misérable que l'on est obligé de le rechercher sur des vaisseaux plus gros, la crurale, par exemple, ou par l'auscultation du cœur. La malade accuse une soif d'air, par déficience de son hématose, des bourdonnements d'oreilles ; l'œil se voile.

L'examen de la malade repose sur l'interrogation, l'auscultation, la palpation, le toucher.

Est-elle primipare ou multipare ? A-t-elle déjà perdu ? Quand et sous quelle forme ? Il faut se rappeler que les malades exagèrent toujours. Il faut la regarder pour voir si elle est pâle. La pâleur est particulièrement notable aux lèvres, à moins qu'elles ne soient fardées, aux conjonctives, aux oreilles.

On demandera à regarder le linge de la malade, pour juger de l'abondance réelle de l'hémorragie.

La *palpation*, dans la majorité des cas montre une présentation haute, ou l'absence de présentation. L'insertion basse du placenta empêche en effet l'engagement de la tête. Il y a néanmoins des placentas prævias où la tête est parfaitement engagée. Il n'en est pas moins vrai que généralement le fœtus est haut, mobile et plus ou moins mal présenté . En somme, le palper montre ordinairement une présentation haute ou mobile.

L'*auscultation* n'a aucun intérêt, sauf le cas où l'hémorragie a été assez abondante pour amener un décollement tel du placenta que l'enfant a succombé. Dans les cas ordinaires, le fœtus meurt en cours de travail et de manœuvres.

Contrairement à ce qu'on a tendance à croire, le *toucher* ne fournit pas de grands symptômes. Très souvent il montre une très grande souplesse du col ; le segment inférieur est ordinairement mal formé. Il y a un peu de déviation latérale du col. Et c'est tout.

Le vrai toucher est le toucher intra-cervical. Deux cas se présentent. Ou la femme qu'on examine a un col long et fermé : n'y introduisez pas le doigt . Ou le col est soit ouvert, soit simplement largement déhiscent : le toucher intracervical prudent devient licite ; on sent des membranes rugueuses et tomenteuses ; il ne faut pas insister de crainte de les déchirer.

Le diagnostic différentiel entre le placenta prævia et les autres causes d'hémorragies se pose avec les hémorragies par décollement du placenta normalement inséré et par rupture du sinus circulaire, plus rarement avec les varices du col, etc.

Ces hémorragies ne prêtent pas réellement aux erreurs de diagnostic. La rétro-placentaire ne donne lieu qu'à un suintement et s'accompagne d'autres symptômes : tétanisation de l'utérus, etc.

Il faut penser quelquefois à une hémorragie par rupture latéro-clitoridienne, survenue au cours de l'accouchement. Le diagnostic consiste à *laver la malade et voir d'où vient le sang.*

Il y a en certains cas erreurs de diagnostic entre l'insertion vicieuse du placenta et le *cancer du col* chez la femme en travail. Certains cancers du col saignent avec abondance. Il suffit de penser à cette cause d'erreur ; par le toucher on reconnaît le chou-fleur cancéreux. Encore est-il que dans quelques cas l'erreur a été possible.

Il faut en outre faire le diagnostic de la *variété* de l'insertion vicieuse, car suivant qu'on aura affaire à tel ou tel mode, le traitement que l'on appliquera sera peut-être complètement différent. Peut-on établir le diagnostic des variétés d'insertion vicieuse ? Il est d'usage d'en décrire trois. Il y a une première variété qui est la variété *latérale* dans laquelle le placenta n'aborde pas le col ; une variété *marginale*, dans laquelle le bord inférieur du placenta vient aborder la margelle du col ; une troisième variété, dite *centrale*, dans laquelle le placenta est sur le col luimême ; on la distingue en partielle et totale. Pratiquement on peut envisager deux variétés essentielles d'insertions vicieuses : des insertions latéro-marginales, et des insertions centrales.

Il n'est d'ailleurs pas toujours très facile de faire ce diagnostic. Même lorsque le col est déhiscent, il y a des difficultés quelquefois très réelles, à savoir si ce sont des membranes proches du placenta, et par conséquent rugueuses et tomenteuses, ou si c'est le placenta lui-même. En somme, l'insertion vicieuse du placenta se résume en une hémorragie, c'est le seul point intéressant de son histoire ; c'est parce qu'il y a hémorragie que l'enfant et la mère peuvent mourir, et c'est pour arrêter l'hémorragie qu'on fait un traitement et en particulier, dans certains cas, l'opération césarienne.

PSYCHIATRIE

Pratique sémiologique des maladies mentales (1)

« La conception que le vulgaire se fait des aliénés persiste jusqu'à un certain point chez nombre de médecins qui n'ont pas l'habitude de ces malades. On se les représente le plus souvent comme des incohérents dans leurs actes, leurs paroles, leur attitude, et il est quelquefois difficile de faire admettre qu'un mélancolique simple soit un aliéné, même s'il a des hallucinations et des idées de suicide ».

Rien de plus vrai que cette affirmation en quelque sorte liminaire, que j'emprunte à la page 2 du très intéressant et très pratique ouvrage de mon maître et ami Paul Sollier et de Courbon.

Rien de plus difficile, par suite, pour le médecin qui ne possède que de vagues notions psychiatriques, que de reconnaître un psychopathe, et surtout de le situer dans le cadre de la nosographie spéciale. Or, d'un diagnostic suffisamment précis découlent nécessairement, non seulement la prescription d'une thérapeutique répondant aux indications de chaque cas, mais encore, à l'occasion, l'affirmation de la nécessité de mesures à prendre, mesures de sauvegarde et de protection bilatérales, oserai-je dire, quand il s'agit de malades dont les réactions ont ou peuvent avoir une répercussion sociale, et qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

Problème infiniment complexe, de la solution duquel peuvent résulter des conséquences plus ou moins graves pour les biens et pour la vie des intéressés.

Cette solution, la « Pratique séméiologique des maladies mentales », de Sollier et Courbon, permet précisément de la trouver dans la grande majorité des cas.

« Ce livre, disent excellemment les auteurs dans leur préface, s'adresse aux praticiens et aux étudiants. Il a pour but de les guider, en dehors de toute connaissance théorique, dans l'examen d'un malade atteint de troubles mentaux, et de les conduire progressivement au diagnostic. »

Et de fait, il leur apprend comment ils doivent aborder un aliéné, à quoi ils le reconnaîtront, quels renseignements ils pourront tirer tout d'abord de sa physionomie, de son attitude, de sa mimique, de son costume, de sa tenue. Il les guide dans l'examen qu'ils doivent faire, pour chaque malade, au point de vue physique et physiologique, examen portant sur la sensibilité générale et spéciale, sur le sang, sur les sécrétions, sur les différents appareils, sur le liquide céphalo-rachidien, etc.

Les troubles moteurs seront soigneusement recherchés : chacun d'eux a sa signification propre. Le tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue du paralytique général qui va parler est aussi caractéristique que l'attitude catatonique du dément précoce.

L'examen physiologique terminé, le médecin procédera ensuite à l'examen psychologique. Il notera, à ce point de vue, les antécédents héréditaires et personnels du sujet, il s'efforcera de remonter aux causes. Il s'enquerra du sommeil, des rêves. Il donnera au mutisme sa véritable signification, selon que le sujet refuse de répondre ou qu'au contraire, il est dans l'impossibilité de le faire.

Les troubles du langage feront l'objet d'une attentive discrimination. Les illusions et les hallucinations seront dépistées. Avec Sollier et Courbon, vous apprendrez à découvrir les hallucinations de l'ouïe du persécuté réticent, quand vous le verrez, à son insu, tendre l'oreille aux voix qu'il entend.

De l'ensemble des signes et des symptômes que vous aura révélés votre patiente investigation, vous déduirez l'état auquel il correspond : état d'excitation, d'agitation, de dépression, confusion mentale, troubles de la mémoire, de l'imagination, hypochondrie, etc.

Vous saurez distinguer les insuffisances mentales, qui sont congénitales (idiotie, imbécillité), des déchéances mentales acquises (démences). Vous ne confondrez pas les idées de persécution du délire systématisé chronique, avec les idées d'indignité, de culpabilité de la mélancolie.

Vous pourrez vous reconnaître dans le dédale des idées fixes, des phobies et des obsessions qui sont à la base de la psychasténie. Et si votre malade accuse des idées de grandeur, vous serez suffisamment averti pour imputer celles-ci, selon le cas, à une paralysie générale en évolution, à un délire chronique, ou à un délire toxique polymorphe.

Enfin, quand votre diagnostic sera correctement posé, s'il vous amène à conclure à la nécessité d'un internement dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales, vous trouverez, dans un dernier chapitre, quelles sont les formalités à accomplir avec modèles de certificats et indications des démarches à faire. Et s'il ne s'agit que d'une cure d'isolement dans un établissement libre, vous n'éprouverez aucun

(1) Un volume de 450 pages, édité chez Masson et Cie 120, boulevard St-Germain, Paris.

embarras pour conseiller utilement ceux qui s'adresseront à vous.

J'ajoute que cet ouvrage est illustré de 89 figures représentant différents types d'aliénés, des spécimens d'écriture, de dessins, qui complètent très heureusement un texte dont la lecture est d'autant plus facile qu'il se déroule suivant un plan admirablement conçu et qu'il est écrit dans une langue élégante et claire, d'où sont autant que possible bannis les termes difficilement compréhensibles, les néologismes étant toujours accompagnés des termes anciens qu'ils prétentent remplacer.

Et je ne puis me défendre, en terminant, de citer quelques lignes de la préface, dont la lecture m'a particulièrement fait plaisir.

« *La manie du néologisme semble avoir passé du camp des aliénés dans celui des aliénistes.* Si certains d'entre eux répondent à une donnée réellement nouvelle ou à une précision plus grande, un grand nombre ne répondent pas à cette double condition. On a introduit l'adjectif « prévalent » allemand, qui est un barbarisme, alors que l'adjectif français « prédominant » ou « prépondérant », rend parfaitement ce que le premier à la prétention de signifier. Des néologismes tels que « autisme, schizoïdie, syntonie », n'apportent aucune notion nouvelle ni plus précise que ce qu'on exprimait en termes français.........

« Comme on peut le voir par cet aperçu, tout changement ne veut pas dire progrès ».

Mais la « Pratique séméiologique des maladies mentales » en est un indiscutablement, en ce que cet ouvrage représente un perfectionnement et un complément du « Guide pratique des maladies mentales » publié en 1893 par Sollier, et qui fut alors une révélation ; en ce que, tenant compte des acquisitions de la science psychiatrique réalisées au cours des trente années écoulées depuis lors, il représente, dans sa simplicité, une excellente mise au point d'une branche de la médecine qu'il n'est plus permis au médecin moderne d'ignorer, et qu'il ignorera d'autant moins qu'il aura consulté ce livre que je suis particulièrement heureux de présenter et de recommander aux lecteurs du *Concours Médical.*

G. Duchesne.

LES ANOMALIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE QUI DONNENT LIEU A DES ERREURS DE DIAGNOSTIC

Par le Dr C. Rœderer,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis.

(*suite et fin*) (1).

B) Les anomalies congénitales productrices de scolioses

J'en arrive, Messieurs, à la deuxième partie de ma conférence : le rôle que jouent les anomalies vertébrales dans la production des scolioses.

En ce qui concerne la première partie, les anomalies qui simulent des maux de Pott, je crois qu'il n'y a pas de discussion possible. Tous les auteurs qui s'occupent de la colonne vertébrale ont produit des faits de cette nature. C'est pour vous tous, au moins en ce qui concerne la sacralisation, de l'histoire courante. J'étais sur un terrain stable, déblayé, formel, où je me rencontre avec les maîtres de l'heure et les praticiens.

En ce qui concerne le rôle des anomalies vertébrales dans la production des scolioses, je vais peut-être paraître un peu téméraire et je dois avouer que bien des hypothèses que je vais vous soumettre n'ont que moi pour répondant. Mais il convient de savoir parfois braver l'opinion et se montrer un peu révolutionnaire.

Il y a d'abord et c'est clair, un grand nombre de scolioses congénitales que l'on ne saurait discuter. Commençons par celles-là. En tête, se placent les scolioses qui accompagnent les élévations congénitales de l'omoplate, ce syndrome sur lequel notre ami Delchef a publié devant la Société française d'orthopédie, un mémoire qui est un chef-d'œuvre de clarté, d'esprit clinique et qui pendant longtemps, va demeurer classique.

Il y a aussi les scolioses consécutives à des hémivertèbres. Je crois devoir leur consacrer quelques minutes.

Nous avons vu qu'elles appartenaient surtout à la région lombaire et qu'elles donnaient lieu à une déviation en baïonnette, accompagnée d'un peu de cyphose raide, qu'elles étaient visibles à la naissance, que leur symptomatologie ne pouvait prêter à grandes confusions.

Mais quand elles siègent à la région dorsale ou dorsale supérieure, il n'en est pas de même. Il y a une quinzaine d'années, quelle attention n'était pas attirée sur les anomalies vertébrales ! Je vis venir à l'hôpital un énorme scoliotique de 12 ans. La gibbosité était dorsale droite non douloureuse : l'épaule droite était fortement remontée et la famille qui avait depuis les premiers mois remarqué que la colonne était de travers, voyait s'accentuer cette déformation avec les années. Tous les traitements gymnastiques avaient été impuissants. Une fort

(1) V. *Concours médical*, nos 50 et 51.

mauvaise radiographie ne me permettait pas de voir, ocmme un de mes collègues le découvrit plus tard (car le cas se trouve actuellement dans les livres classiques), que la quatrième vertèbre dorsale n'était représentée que par sa moitié droite et qu'il manquait une côte. Cette scoliose est l'exemple le plus pur de scoliose liée à une hémivertèbre dorsale qu'il m'ait été donné de voir.

Quant aux scolioses liées à une hémivertèbre lombaire, j'en ai suivi un nombre respectable, une dizaine peut-être.

Il est intéressant de connaître l'évolution que cette scoliose subit. Quand je présentais, il y a quatorze ans, le premier cas que je vis, à un maître de la chirurgie infantile, il dévisagea l'enfant et les parents avec un tel air de tristesse que je me félicitais d'avoir tenu à me couvrir par cette consultation. On pouvait tout craindre, en effet. Voici une pile de briques en bas de laquelle on inclut un coin ; la pile, fatalement, doit s'incliner. Une colonne vertébrale soumise à ce mécanisme, doit fournir, à l'âge de l'adolescence, une déformation considérable. Eh bien, ce pronostic de notre maître et cette logique de la déduction mécanique sont, fort heureusement, complètement erronés. La scoliose par hémivertèbre lombaire ne fournit pas, semble-t-il, je parle de ce que j'ai vu, une scoliose formidable. Vous vous en rendrez facile ment compte en considérant ces clichés que je vous passe. Le premier a trait à cette enfant à laquelle je faisais allusion tout à l'heure. Pendant quatorze ans, elle fut l'objet de soins persévérants : gymnastique, corset, lit plâtré, furent tour à tour mis en œuvre. Elle a actuellement, à 17 ans, un dos parfaitement présentable.

Il y a mieux. Je découvris, par hasard, une vertèbre cunéiforme chez un enfant soigné pour une tumeur blanche du genou. Pendant toute une période de sa vie, alors qu'il était couché, je ne constatais aucune asymétrie dans l'état du dos. J'attendais avec inquiétude le moment où il serait remis debout. Il y a un an qu'il marche, et que, pour diverses raisons, négligence de la mère absorbée par les préoccupations relatives au genou, impécuniosité, éloignement, l'enfant n'a subi aucun soin. La colonne vertébrale pourtant demeure en excellent état.

Comment expliquer ce paradoxe ? Par ceci, à mon avis : tandis que, dans une scoliose essentielle, il y a toute une série de vertèbres malléables soumises à l'action déformante, dans la scoliose par hémivertèbre lombaire, il n'y a qu'une ou deux vertèbres déformées et définitivement déformées, sans raison de progrès de la déformation, et, au-dessus et au-dessous d'elles, des vertèbres de structure, de morphologie, d'activité, de développement, normales. Ces vertèbres sus- et sous-jacentes s'accommoderont d'une coudure aussi localisée. Les lois de l'adaptation osseuse fonctionneront à leur endroit. Elles se prêteront à des déformations secondaires compensantes. Elles se tasseront du côté de la convexité. Enfin, c'est le bas de la colonne vertébrale qui est atteint ; il y a donc, dans la production d'une grande courbure de compensation secondaire portant sur tout l'axe rachidien, un remède à la déviation sous-jacente. Il s'agit de compenser un ou deux centimètres peut-être et cette compensation porte sur une tige de 70 à 80 centimètres de longueur. Celle-ci subira une inflexion insignifiante.

Si un traitement sagace a dirigé le sens de cette correction, si des poussées faites par un corset, par un lit plâtré, ont longtemps opéré leur action pour la réduction de la courte courbure locale, le résultat pourra être une apparence de dos rectiligne.

Une autre scoliose est manifestement due à des lésions congénitales. C'est celle qui se montre dans le spina-bifida de la cinquième vertèbre lombaire ou de la première sacrée, et les déformations congénitales, nous l'avons dit, très fréquentes, et qui, souvent, ne s'accompagnent d'aucun symptôme. Mais d'autres fois, le spina paraît être à l'origine de la scoliose. Leroy, dans une thèse faite dans le service du professeur Ombredanne, conclut que le spina-fibida de la région lombaire peut déterminer la scoliose par deux malformations :

1° Par atrophie, en longueur, de l'un des membres inférieurs, conséquence de l'agénésie médullaire liée au spina. Nous connaissons ces scolioses par raccourcissement d'un membre inférieur, qui se montrent de bonne heure, vers l'âge de neuf ans, et nous savons leur porter remède ;

2° Par atrophie unilatérale ou prédominante d'un côté de la cinquième vertèbre lombaire ou du sacrum qui accompagne ou non un spina-bifida.

Cette scoliose, due à la seule obliquité, se rencontre plus tardivement, vers l'âge de douze ans ; elle est plus fréquente chez les filles, nous allons voir pourquoi.

Mais d'abord, nous voulons faire remarquer que de nombreux auteurs ont fait valoir, à la suite d'Adams, que l'asymétrie de la cinquième vertèbre lombaire n'était pas seule en cause, mais qu'il fallait faire une part importante aux anomalies si difficiles à dépister, des apophyses articulaires. Le seul obstacle au glissement en avant de la cinquième vertèbre lombaire sur la forte pente oblique du sacrum, est représenté par les apophyses articulaires. Que ces apophyses manquent d'un côté, soient dirigées de façon anormale, le corps vertébral subira une modification d'orientation. Or, au moment de la puberté, alors que l'angle lombo-sacré augmente, déterminant une bascule du plancher de la première vertèbre sacrée, que les ligaments relâchés par la croissance sont moins solides et que les épiphyses ne sont pas soudées, cette déviation trouve de bonnes conditions pour s'accentuer.

En fait, c'est de 12 à 14 ans que se montrent ces scolioses qui sont assez caractéristiques. Dans la forme banale, ce sont de grandes courbures lombo-dorsales compensées excessivement haut.

Quand l'asymétrie est considérable, comme dans un cas personnel dont nous avons fait paraître la ra-

diographie, avec M. Mouchet, dans notre rapport sur la scoliose congénitale, au Congrès des Pédiatres de langue française, qu'il y a une véritable bascule latérale de cette pièce osseuse, on peut voir une autre forme de déviation. La scoliose est précoce, énorme, à brève courbure inférieure.

Messieurs, tout ceci est connu et admis. J'en viens à ce que je soupçonne, sans pouvoir le prouver absolument.

Quand on lit les classiques à l'article scoliose, on voit inscrit à l'étiologie, les attitudes scolaires, la fatigue due au surmenage, la chlorose même, maladie en train de mourir, le relâchement musculaire, voire les troubles endocriniens ; mais quand on passe aux symptômes et à l'évolution, on voit avec étonnement que certaines de ces scolioses, auxquelles on reconnaît le même mécanisme déterminant, guérissent aisément, tandis que d'autres, au contraire, donnent lieu à de vraies difformités.

Voilà vingt ans que, suivant une expression à laquelle je tiens, je pousse dans des dos, et j'ai constaté que certaines scolioses guérissent, en effet, sans trop de peine, et que d'autres, en dépit de soins continuels portant sur l'état général et sur l'état local, en dépit de la gymnastique la plus minutieuse et des corsets les plus opérants, continuent des évolutions navrantes, font le désespoir des parents, demeurent l'opprobre de l'orthopédiste et finissent par des monstruosités. Comme le disait M. Jalaguier : « Il y a la scoliose que tout guérit et la scoliose que rien ne guérit ».

En général, les scolioses qui guérissent, qui sont celles de la fatigue et de la croissance, ne se montrent qu'à 10, 11, 12 et 14 ans, tandis que celles qui deviennent graves ont débuté de très bonne heure.

J'en suis arrivé à cette conclusion qu'on se trouvait en présence de deux sortes de maladies bien distinctes, qu'on ne pouvait rattacher à une même cause. J'ai écrit ce mot qui a été repris : « Il y a deux sortes de scolioses : la scoliose musculaire et la scoliose osseuse ».

Cette scoliose osseuse, j'admets qu'elle peut être due à des décalcifications accidentelles, mais dans plus d'un cas, je pense, dans ces scolioses graves et qui deviennent invétérées, qu'il s'agit d'une anomalie développement, d'une viciation du germe.

Il n'y a point, à proprement parler, d'hémivertèbre à la naissance, mais il y a vertèbre tarée, qui grandit, par exemple, de trois à droite et d'un à gauche. Ce vice de développement peut se localiser à une vertèbre. Il peut aussi s'étendre à plusieurs vertèbres consécutives, frappant particulièrement l'une d'elles et un peu moins celles qui précèdent et celles qui suivent.

Il y a une observation qu'on ne peut manquer de faire, c'est que ni au point de vue clinique, ni au point de vue radiologique, ces scolioses graves, dites essentielles, ne se comportent comme les scolioses (celles-là sûrement accidentelles) qui succèdent à des pleurésies, à des paralysie infantiles. On ne trouve pas chez ces dernières une vertèbre cunéiforme aussi nette que dans la scoliose essentielle, ni de symptômes de rotation aussi accentués : toute une pile de vertèbres sont déformées, une l'est davantage mais non pas presque exclusivement comme dans la scoliose essentielle. Il y a un élément très spécial, dont la véritable nature nous échappe encore, mais qu'on doit mettre hors de pair.

Messieurs, je n'avais pas l'intention de vous faire une conférence sur les anomalies vertébrales en général, mais j'ai voulu vous montrer que, lorsque nous étudions les affections, nous devons nous habituer à penser à ces anomalies, savoir les rechercher, les dépister, établir leur diagnostic, car si nous les confondons avec un mal de Pott, nous commettons une erreur ridicule et préjudiciable au malade ; si nous ne mettons pas à leur compte une scoliose, nous risquons de passer à côté du traitement utile et surtout de poser un pronostic complètement erroné

L'Actualité Scientifique

La Presse

Prophylaxie des pneumopathies post-opératoires par la sérothérapie préventive.

MM. Le Cerf et N. Pauly, frappés de la fréquence des complications pulmonaires au cours des opérations gastriques, avaient préconisé, dès 1922, la vaccination antipneumococcique à titre prophylactique. Il avait été établi, en effet, que dans l'immense majorité des cas, le pneumocoque était en cause et provoquait des congestions pulmonaires et pleuro-pulmonaires, des pneumonies franches aiguës ou des bronchopneumonies.

Le début des troubles était en général précoce (dans les 48 heures après l'opération), et ceux-ci se produisaient avec une fréquence élevée (une fois sur six).

Les auteurs préfèrent à la vaccinothérapie (d'une action plus longue) la sérothérapie, et ils confèrent ainsi aux malades une immunité passive par analogie à ce qui se fait dans le tétanos et la diphtérie.

Afin de se mettre à l'abri du grand choc anaphylactique, c'est au cours de l'opération même (et non la veille ou l'avant-veille, comme au

début), qu'ils introduisent le sérum ; sous anesthésie générale ; le choc dû à l'injection déchaînante est évité et on fait disparaître l'état anaphylactique. Cette précaution semble surtout de mise chez les enfants, qui fréquemment se trouvent sous l'emprise latente d'un sérum antidiphtérique. Cette technique met à l'abri des accidents immédiats et graves de la sérothérapie. Les réactions tardives sont plus fréquentes ; au bout de 6 à 10 jours dans 8 p. 100 des cas ; mais aucun cas, sur 2500, n'a été alarmant et n'a duré plus de deux jours francs ; 2 gr. d'aspirine, par doses fractionnées, calment le prurit, la céphalée, et agissent favorablement sur la poussée thermique.

Depuis que les auteurs ont généralisé cet emploi de la sérothérapie, les suites post-opératoires semblent plus bénignes. Tout se passe comme si les phénomènes généraux de défense étaient stimulés et renforcés dans leur activité. Et même si des accidents pulmonaires surviennent, ils ont une symptomatologie très atténuée.

MM. Cerf et Pauly ont généralisé l'emploi préopératoire de sérum au cours de toutes les opérations quels qu'en soient le siège, la nature et la durée. (*La Presse Médicale*, 24 septembre 1924.)

Les abus des injections intraveineuses.

Peu d'avantages et beaucoup d'inconvénients pour cette méthode ; son triomphe actuel est appelé à une défaite prochaine, déclare Ch. Fiessinger.

Les seules injections intra-veineuses, qui restent *classiques*, sont celles des arséno-benzènes et des mercuriaux, et encore les syphiligraphes maintiennent-ils la supériorité des injections intraveineuses, tandis que les neurologues ne sont pas convaincus : Sicard, par exemple, préfère les injections sous-cutanées à petites doses répétées et prolongées, dont les résultats sont remarquables dans la neuro-syphilis. De même les praticiens, qui savent que des morts subites ont fait suite aux injections intraveineuses, emploient de préférence la voie intramusculaire, et usent du novarsénobenzol en solution glucosée à 47 p. 1000 ou du sulfarsenol (6 centigr. par centimètre cube d'eau distillée). Pour le mercure, les injections intraveineuses de cyanure gardent leurs indications en cas d'urgence ; en général, la voie intramusculaire suffit si l'on a soin de réduire la douleur de piqûre, par l'adjonction au produit injecté d'une faible quantité de stovaïne. Et puis le médecin dispose encore de la voie rectale trop souvent négligée : les suppositoires avec 5 ou 6 centigr. d'onguent napolitain font merveille.

Autrement nombreuses se pressent les injections intra-veineuses *facultatives* ; la plupart sont inutiles, car aucune raison ne justifie leur emploi. Tout au plus démontrent-elles la complaisance du système veineux, qui se laisse torturer avec un grand mérite de longanimité. Ainsi on a préconisé les injections de salicylate de soude, car dans le rhumatisme articulaire aigu il faut de hautes doses, et l'estomac se révolte ! Mais nous savons aussi qu'en préparant une solution avec le double de bicarbonate de soude, l'irritation gastrique ne se produit pas, et l'on peut encore détourner une partie du remède par la voie rectale : le salicylate de soude en injection intra-veineuse ne répond à aucune nécessité et c'est aussi l'avis des Américains. Pour l'ouabaïne, et pour la digitaline la voie intra-musculaire et la voie hypodermique produisent en général des effets similaires. Pour les sérums médicamenteux (sauf pour le sérum antipesteux), la supériorité des injections intra-veineuses n'est nullement démontrée. Des considérations analogues s'appliquent à l'uroformine, au chlorhydrate de quinine, au chlorure de calcium, au bromure de calcium, à l'huile camphrée, à l'adrénaline, aux solutions glycosées, au citrate de soude, etc.

Bref, les résultats obtenus ne dépassent qu'à de très rares exceptions ceux dont se félicite la simple injection hypodermique ; quand il n'y a pas urgence, la méthode ne saurait être recommandée, et si l'urgence commande une intervention active, le remède à plus haute dose par voie stomacale ou intra-musculaire produit souvent des effets similaires. (*Journal des Praticiens*, 27 septembre 1924.)

Citrate de soude et hémostase.

On avait remarqué qu'à la suite des transfusions de sang citraté, les hémorragies opératoires paraissaient moins abondantes, et on avait traité avec succès par le citrate de soude les hémorragies des hémophiles ; aussi, deux Américains, Hofmuster et Neubauer injectèrent-ils systématiquement des solutions concentrées de citrate par voie intra-musculaire avant les opérations où ils craignaient d'être gênés par l'abondance des hémorragies, et les résultats obtenus furent très satisfaisants.

Le Dr Renaud (en collaboration avec Juge) essaya le citrate de soude dans les hémorragies des cancéreux, devant lesquelles les sérums et extraits d'organes restaient impuissants ; quand la voie intra-veineuse eut été, pour l'injection, substituée à la voie intra-musculaire, à cause de l'irritation locale et de ses ennuis, le résultat dépassa toutes les espérances.

Chez de nombreux malades qui, depuis de longs mois, présentaient un saignement presque continu, entrecoupé d'hémorragies profuses, les hémorragies ont tari subitement dans les heures qui ont suivi une seule injection de citrate, et n'ont jamais reparu pendant quatre ou cinq

mois. Le résultat était le même, quel que soit le siège de la tumeur.

Le citrate de soude a été également utilisé contre les hémoptysies des tuberculeux. Ces malades ont été traités soit à la période initiale, soit à la période terminale de leur maladie. Les résultats ont été excellents, en particulier chez plusieurs malades âgés et très cachectiques, chez lesquels l'injection n'a déterminé l'apparition d'aucun incident fâcheux.

Dans les affections gynécologiques, la médication citratée a déjà rendu quelques services (hémorragies de l'accouchement, métrorragies des fibromes).

Le plus souvent l'injection n'entraîne aucun inconvénient ; parfois cependant elle provoque l'apparition de phénomènes (angoisse, malaises, pâleur, petitesse du pouls, céphalée) qu'il faut attribuer moins au choc qu'à une intoxication, car on les observe aussi bien après les injections intramusculaires qu'après les injections intraveineuses. Ils peuvent être atténués par l'administration concomitante d'une médication toni-cardiaque (spartéine, quinidine). Ils sont toujours très passagers, et ne donnent pas d'inquiétude.

Voici la prescription : on injecte dans une veine de 15 à 30 centicubes d'une solution de citrate de soude à 30 grammes pour 100 cent. cubes d'eau. La solution, assez instable, doit être fraîchement préparée. (*Paris médical*, 20 septembre 1924.)

L'insuffisance ventriculaire droite.

La conception classique se résume dans les phénomènes de stase veineuse, les œdèmes et les congestions viscérales ; point de signes locaux, ou des signes locaux se perdant dans le cortège autrement impressionnant des signes vasculaires périphériques. Telle n'est pas celle de MM. Ch. LAUBRY, D. ROULIER et R. LARGEAU.

Pour eux, le ventricule droit n'a que faire dans les œdèmes de la période asystolique banale ; le facteur mécanique qui préside à leur genèse réside dans le même ventricule dont la faillite se déroule implacable sans entraîner celle de son voisin. Le ventricule droit, inférieur à sa tâche, donne des *symptômes locaux* calqués sur ceux du ventricule gauche.

Ce sont : la *tachycardie*, persistant au repos, s'exagérant au moindre effort, précoce, et faiblement influencée par les toni-cardiaques.

La *dilatation du ventricule droit*.

Le *bruit de galop droit*, signe capital, ayant son maximum dans l'angle costo-xiphoïdien. Pour être certain qu'il ne s'agit pas d'un galop gauche propagé ou d'une coexistence de deux galops, aucun procédé n'est supérieur à l'enregistrement graphique qui donne un cardiogramme caractéristique ;

Le *souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire*, signe inconstant mais de haute valeur ;

Le *souffle systolique d'insuffisance tricuspidienne* ; enfin l'*image radioscopique*, caractéristique en position frontale, en position oblique, mais surtout en position transverse.

Il existe aussi d'importants *signes périphériques et fonctionnels*, qui donnent quelquefois aux signes locaux un tel relief qu'ils feraient figure de signes cardinaux s'ils n'avaient contre eux leur banalité et leur inconstance : dyspnée, cyanose, œdème, anasarque, oligurie, congestion hépatique.

Ce qui domine l'*évolution* de l'insuffisance ventriculaire droite, c'est sa *rapidité et sa fatalité*. Ce n'est pas par années, mais par mois que se calcule cette évolution. On peut observer des rémissions passagères notamment dans l'étiologie congénitale, mais l'affection constitue un arrêt de mort pour le malade. Les tonicardiaques les plus puissants, qui dans d'autres cas font merveille, se brisent sur elle ou épuisent rapidement leurs effets.

Les causes en sont : les maladies congénitales du cœur droit ; les affections pulmonaires (artérites, médiastinites compressives, symphyses pleuro-péricardiques) ; les anévrismes des gros vaisseaux de la base ; les anévrismes artério-veineux ; les lésions du cœur gauche. (*La Presse médicale*, 16 août 1924.)

Acquisitions récentes sur la « maladie du sérum ».

Jusqu'à ces dernières années on en distinguait deux grandes modalités précoces : la première, tardive, d'allure bénigne, évoluant comme une fièvre éruptive éphémère, dix à quinze jours après la première injection de sérum ; la deuxième, précoce ou même immédiate, véritable choc vasculo-nerveux survenant après une réinjection sérique. Mais tous les intermédiaires existent entre ces deux formes (toxique ou anaphylactique), et cette distinction ne mérite plus d'être conservée.

D'autre part, on a tendance à restreindre le domaine de la maladie sérique, en montrant que certains érythèmes qu'on lui rattachait sont dus, en réalité, à des infections secondaires ou à l'infection primitive ; on élimine ainsi certaines réactions de foyer, dues à l'exacerbation de l'affection traitée (angine dans la diphtérie, raideurs dans le tétanos) ainsi que les réactions locales.

Par contre, écrivent MM. Paul BLUM et Léon POLLET, on agrandit le domaine de la maladie sérique en lui rattachant des accidents tout à fait atypiques, que décrivent ces auteurs, tels que polynévrites, hémiplégie organique, arythmies, orchites et orchi-épididymites, adénites généralisées, pleurésies sériques.

Comme facteurs étiologiques, on envisage tou-

jours le sérum, la voie d'introduction, et le terrain réceptif.

Quant à la pathogénie, plus élucidée par l'expérimentation sur l'animal que par la clinique, elle rentre dans le problème plus général de l'anaphylaxie.

On connaît les méthodes thérapeutiques aujourd'hui classiques ; les unes concernant la préparation du sérum (chauffage quatre fois de suite à 56° ; sérum âgé de plus de deux mois ; utilisation de sérums d'animaux différents au cours de réinjections ; sérums privés de leurs albumines) ; les autres comprennent les moyens préventifs et curatifs : peptone, chlorure de calcium, hyposulfite de soude, carbonate de soude ; méthode des injections sous-cutanées à faible dose, adrénaline, autosérothérapie.)

Bref, ces accidents sériques, qui peuvent désormais intéresser tous les tissus et organes, sont en général d'une importance minime en comparaison des bienfaits de la sérothérapie, qu'il ne faut pas hésiter à employer dans tous les cas nécessaires en prenant les précautions indiquées. (*Le Bulletin médical*, 8-11 octobre 1924.)

Traitement des eczémas suintants par l'enveloppement caoutchouté.

L'eczéma suintant est caractérisé par des vésicules qui s'ouvrent en laissant sourdre sans cesse une sérosité citrine et poisseuse, qui se concrète en croûtelles variables d'épaisseur, plus ou moins grasses et adhérentes.

C'est l'eczéma des goutteux, des auto-intoxiqués, des ressortissants du neuro-arthritisme, de certains rénaux. Pour le guérir et non le blanchir momentanément, M. Lortat-Jacob est d'avis qu'il faut le laisser suinter longtemps et abondamment. Ce résultat est obtenu par l'enveloppement caoutchouté, pratiqué de la façon suivante.

Il faut préalablement, et pendant 48 heures, faire tomber les croûtes et modifier la flore microbienne, par l'applications de pansements humides au sérum physiologique additionné de sulfate de zinc à 1 pour 1000.

Puis, on pose une toile fine caoutchoutée sur l'eczéma lui-même, en évitant les plis et les godets. On la fixe par des tours de bande modérément serrés. Les parties malades étant mises au repos, on observe d'abord une recrudescence du suintement, qui est irritant par lui-même et qui provoque le prurit. Dès que celui-ci apparaît, il faut enlever la toile, essuyer la surface malade avec un tampon imbibé de sérum physiologique, et refaire l'enveloppement avec une toile sèche et propre. Au début, ce changement doit être fait toutes les deux heures parfois.

Si le pansement est maintenu ainsi jusqu'à épuisement du suintement, l'épiderme est lisse et doux au toucher, recouvert d'une légère desquamation furfuracée, la guérison est obtenue.

On procède alors à des onctions grasses avec de l'axonge fraîche, de préférence à toute autre graisse, additionnée d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth, à 1 gr. pour 20.

Avec cette méthode, l'auteur réalise une véritable saignée séreuse et il évite l'apparition des accidents considérés comme des équivalents, d'eczémas trop rapidement séchés. (*La Médecine* novembre 1924.)

L'injection vaginale dans les suites de couches.

Classique, deux fois par jour, il y a une trentaine d'années, l'injection vaginale dans les suites de couches est prohibée par tous les accoucheurs, quand les choses se passent normalement, et que le drainage naturel du vagin est assuré par la position de l'accouchée dans son lit.

Toutefois, vers le quatrième ou le cinquième jour, l'écoulement lochial prend habituellement une odeur désagréable. Sans être formellement indiquée, l'injection vaginale trouve alors son utilité, à la condition d'être faite correctement. Voici comment M. Job recommande de la pratiquer :

« Il faut proscrire les canules vaginales à orifice terminal. L'introduction de la canule ne doit être faite qu'après toilette vulvaire minutieuse, lavage, savonnage ; s'il existe des lésions suspectes d'infection, il faut les toucher, préalablement, à la teinture d'iode. La canule doit pénétrer directement dans l'orifice hyménéal, c'est dire que deux doigts doivent écarter largement les grandes et les petites lèvres et exposer à la vue l'orifice béant du vagin. Le bock laveur ne doit pas dépasser la hauteur de 0 m. 40 du dessus du plan du lit, et une main doit empaumer l'utérus à travers la paroi abdominale s'opposant à l'ascension de son fond et à l'augmentation de volume de sa cavité. De ces différentes précautions nécessaires — je ne parle pas de l'obligation évidente de la stérilisation du matériel, des liquides à injecter et des mains — découle une conséquence pratique : l'injection vaginale ne peut être donnée par une personne seule, un aide est indispensable ; au pis-aller, il est vrai, l'accouchée peut être utilisée pour maintenir le bock injecteur ». (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre 1924.)

Choc chez un nourrisson après ingestion d'eau albumineuse.

Mlle Condat a observé un nourrisson de cinq mois qui, après avoir absorbé un biberon d'eau albumineuse pour combattre une diarrhée banale, fut pris au bout de deux heures d'accidents inquiétants : vomissements, pâleur, refroi-

dissement, hypothermie, et un peu plus tard, urticaire.

Pour l'auteur, il ne saurait s'agir d'intoxication alimentaire commune. Les signes constatés ont en effet constitué dans leur ensemble le syndrome bien connu du choc, de telle sorte qu'on peut incriminer l'anaphylaxie.

Mais, on donne habituellement le nom d'anaphylaxie à l'état de sensibilisation spéciale dans lequel est mis l'organisme après une première ingestion de la substance sensibilisante, de telle sorte que c'est une seconde ingestion qui déclanche la crise. Or, chez ce nourrisson, il s'agissait d'une première ingestion.

En fait, les accidents sont déterminés par le passage d'hétéro-albumines non transformées dans la circulation. Ce passage est favorisé par certaines conditions : alimentation excessive, lésions intestinales, hépatiques, propriétés anormales des sucs digestifs.

Ces conditions sont facilement réalisées chez le nourrisson dont la muqueuse intestinale est facilement perméable aux albumines hétérogènes.

« Cet enfant de cinq mois, dit l'auteur, issu de souche arthritique et nerveuse, allaité artificiellement, a présenté de l'eczéma qui traduit une prédisposition aux accidents du type anaphylactique, ou tout au moins une sensibilité particulière et l'instabilité de l'équilibre humoral. Les troubles digestifs ont facilité la pénétration de la substance étrangère, et l'absorption d'eau albumineuse a suffi pour déclancher le choc colloïdoclasique, comme l'aurait réalisé une injection expérimentale. » (*Toulouse médical*, 1er novembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Identité de l'oulou Fato (maladie du chien fou) et de la rage.

(MM. Remlinger et Curasson. — *Académie de médecine* ; 10-11-1924.)

Au Sénégal et au Soudan existe une maladie du chien, appelée *oulou-fato* ou maladie du chien fou, qui rappelle la rage dans ses formes atténuées. M. Remlinger démontre qu'il s'agit de la rage véritable, contrairement à l'opinion des indigènes qui croient cette maladie non transmissible à l'homme. Il faudrait donc s'en protéger.

Diabète sucré par lésion nerveuse.

(MM. J. Camus, Gournay et Le Grand. — *Académie de médecine* ; 10-11-1924.)

M. Camus a pu réaliser, chez le lapin, un diabète expérimental par lésion de la région infundibulo-tubérienne. Alors que le diabète créé par la piqûre du 4e ventricule (piqûre de Claude Bernard) est très éphémère, le diabète tubérien de M. Camus est plus durable et plus important.

— M. Chauffard estime que ces études ne sauraient exclure le rôle de l'hypophyse en tant que glande endocrine dans la genèse des polyuries diabétiques. La clinique, en montrant l'action si nette de l'injection hypophysaire dans la polyurie insipide, marque un point qu'on ne saurait négliger.

— M. Marcel Labbé répond que l'action de l'extrait hypophysaire sur la polyurie n'est pas constante. Elle n'est donc pas spécifique.

— M. Achard est également d'avis qu'on ne peut tirer de là un argument valable pour attribuer à la glande pituitaire un rôle précis dans le diabète insipide.

La communication de M. Camus, on le voit, pose à nouveau la question de la pathogénie du diabète insipide.

Diagnostic précoce du cancer des voies digestives

(M. H. Surmont, de Lille. — *Académie de médecine* ; 10-11-1924.)

La clinique permet, à elle seule, dans un nombre important de cas, de reconnaître les cancers de l'appareil digestif (œsophage, estomac, intestin, rectum), mais le diagnostic ainsi posé est souvent tardif. Pour dépister la maladie — et l'on sait l'importance ici d'un diagnostic précoce —, il faut demander plutôt à la clinique de soupçonner la néoplasie maligne et s'adresser alors à tous les examens complémentaires dont nous disposons : l'œsophagoscopie, la rectosigmoïdoscopie, la radioscopie et la radiographie, la cytologie des liquides gastriques, la biopsie des tumeurs rectales, la recherche dans le sérum sanguin des réactions de Bordet-Wassermann et de Botelho, le dosage du pouvoir antitryptique, l'examen cytologique du sang, etc.

Considérations statistiques sur les cancers de l'appareil digestif.

(M. Surmont, de Lille. — *Académie de médecine* ; 10-11-1924.)

S'appuyant sur une statistique de 252 cas de cancer des voies digestives, l'auteur montre que cette affection, dont il n'a pas observé d'exemple au-dessous de 20 ans, augmente de fréquence avec l'âge, pour atteindre son maximum entre 50 et 60 ans. Chez la femme, le maximum est plus tardif et a lieu de 60 à 70 ans. Les cancers génitaux et des seins tien-

nent, en effet, une place prépondérante, dans le sexe féminin, jusqu'à 60 ans.

La statistique de M. Surmont indique également une précocité plus grande du cancer de l'intestin sur celui de l'œsophage et de l'estomac.

Intolérance au pain complet.

(M. Ch. FLANDIN. — *Société médicale de hôpitaux* ; 17-10-1924.)

MM. Pagniez et Valléry-Radot relataient récemment des exemples d'anaphylaxie au pain blanc et ils montraient, chez leurs malades, l'action désensibilisatrice du pain complet.

M. Flandin a observé pendant la guerre des cas exactement inverses : des intolérances au pain complet, cessant par l'usage du pain blanc ou du pain grillé. Les accidents en question apparaissaient sous forme de vomissements, de céphalée, de courbature, d'urticaire, d'eczéma, évoquant l'idée d'une intoxication alimentaire. Le remplacement du pain complet par le pain blanc était suivi de guérison de tous ces troubles.

L'auteur conclut que, dans certaines conditions et chez certains sujets, le pain est toxique ; pour les uns, c'est le pain frais, pour d'autres, le pain complet.

Un point commun à ces diverses observations est l'échec des thérapeutiques habituelles de désensibilisation générale ou spécifique. Le problème reste posé s'il y a là des phénomènes anaphylactiques ou une action toxique véritable.

Le traitement de l'hémiplégie syphilitique doit-il être toujours intensif ?

(M. Henri DUFOUR. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 24-10-1924.)

Commentant un travail de MM. Sézary et Benda sur le traitement de l'hémiplégie syphilitique au début, M. Dufour montre qu'il ne faut pas toujours intervenir pour une cure intensive. La médication arsenicale à doses élevées débouche l'artère mais elle apporte alors, dans le territoire cérébral envisagé,une substance toxique, sans inconvénient sérieux si l'état cellulaire est bon, mais avec des suites fâcheuses possibles au cas de déchéance cellulaire.

— Pour M. SICARD, il n'y a pas de traitement univoque de l'hémiplégie syphilitique. Il faut tenir compte de l'âge du malade, de l'âge de la maladie, de la pression artérielle, etc.

— M. Maurice RENAUD ajoute qu'il convient de mettre en regard des cas heureux les nombreux cas où l'efficacité du traitement spécifique a été absolument nulle.

La grande majorité des hémiplégies que nous observons, dit l'auteur, sont dues à des ramollissements cérébraux, où la signature de la syphilis ne se montre guère, et où l'on voit coïncider les lésions banales d'athérome et d'artério-sclérose. Ces hémiplégies, même survenant chez des syphilitiques, ne sont pas directement en rapport avec des lésions tréponémiques. S'il est logique de recourir dans ces circonstances, à la cure spécifique, on ne fondera pas sur celle-ci de grands espoirs, son efficacité apparaissant nulle dans 99 % des cas.

Sur le shock traumatique.

(M. Pierre MOCQUOT. — *Société de Chirurgie* ; 15-10-1924.)

Quand on applique un garrot chez un blessé atteint de traumatisme grave d'un membre, non seulement on arrête l'hémorrhagie, mais encore on empêche la résorption des produits toxiques élaborés dans les muscles écrasés. Le danger éclate au moment où on lève le garrot ; il s'ensuit une résorption massive de substances toxiques charriées par les artères redevenues libres et l'on voit se développer les accidents du shock traumatique. Dans un autre ordre d'idées, l'amputation du membre traumatisé, en supprimant le foyer élaborateur d'agents toxiques, a, dans nombre de circonstances, pour résultat de faire cesser un état de shock traumatique.

M. Pierre Mocquot relate deux observations qui se rapportent à l'un et l'autre de ces faits. Le premier cas, vu par MM. COURTY et PIQUET, de Lille, concerne un homme atteint d'écrasement de la jambe gauche. Un premier garrot, posé sur le lieu de l'accident, peu serré, n'empêcha pas l'absorption et le shock se montra. Un second garrot, mieux serré, arrêta la circulation du membre et fut suivi d'une disparition de l'état de shock. M. Courty ayant décidé l'amputation, le garrot fut enlevé : au bout de quelques minutes, le shock se reproduisit et le malade mourut.

Le second cas, soigné par M. LEVEUF, se rapporte à un homme atteint de fracture de cuisse avec contusion violente du membre. Malgré des phénomènes de shock intense, M. Leveuf pratiqua l'amputation de la cuisse : le shock s'amenda et le blessé guérit.

M. Mocquot conclut qu'en dépit d'un état de shock grave, il peut être indiqué d'amputer, pour supprimer le réservoir de produits toxiques ; que, d'autre part, si un garrot a été mis, il faut prendre garde aux accidents de sa levée, si le membre a été très traumatisé. L'amputation doit précéder l'enlèvement du garrot et non le suivre, comme l'a recommandé M. Quénu dans son étude sur la toxémie traumatique.

Les anévrysmes aortiques silencieux.

(M. G. MIGINIAC. — *Société de chirurgie* ; 15-10-1924.)

M. Miginiac a opéré un malade chez lequel le diagnostic porté, après une série d'examens divers, était kyste hydatique du poumon. Le patient se plaignait d'un point de côté tenace. La radiographie montrait une ombre correspondant à une tumeur arrondie, *non pulsatile*, dans l'hémithorax gauche. Wassermann négatif et réaction de Weinberg positive. Il s'agissait

en réalité, d'un anévrysme de l'aorte qui se termina, d'ailleurs, ultérieurement par rupture.

L'auteur signale, à ce propos, les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu l'épreuve de Weinberg. On trouve, remarque-t-il, dans la littérature médicale, de temps à autre, des observations de syphilomes, épithéliomes, sarcomes, tuberculomes, avec Weinberg positif. Celui-ci ne saurait donc faire poser que sous réserves le diagnostic d'échinococcose.

L'absence de battements à l'examen radioscopique ne doit pas faire rejeter l'anévrysme thoracique. MM. Walther et Bourgeois ont signalé récemment un exemple d'anévrysme non pulsatile, auquel s'ajoute celui de M. Miginiac. Le poumon peut, en effet, encapuchonner la tumeur, ou encore celle-ci peut être blindée par des adhérences, ce qui rend l'anévrysme silencieux et immobile.

— M. Lecene, après examen des radiographies présentées par M. Miginiac, estime que celles-ci ne cadraient pas bien avec le diagnostic de kyste hydatique, le contour d'un kyste hydatique étant sphérique et assez net. Les causes d'erreur sont, il est vrai, multiples.

L'incision de L. Bazy en chirurgie rénale.

(M. Abadie, d'Oran. — *Société de Chirurgie* ; 12-11-1924.)

Le professeur Guyon abordait le rein en arrière, par une incision lombaire, et un grand nombre de chirurgiens continuent à employer cette voie d'accès. En 1914, M. Louis Bazy a proposé de faire une incision antérieure et transversale, pour faciliter l'arrivée sur le rein. M. Abadie rapporte aujourd'hui trois observations, concernant des affections rénales diverses, dans lesquelles il a employé avec avantage l'incision transversale antérieure de Bazy.

Anévrysmes et sérum gélatiné.

(M. Le Dentu. — *Société de Chirurgie* ; 22-10-1924.)

Le sérum gélatiné, recommandé jadis par Lancereaux dans le traitement des anévrysmes et qui fut beaucoup utilisé il y a une vingtaine d'années doit-il être abandonné aujourd'hui ? On sait que la cure spécifique et le traitement chirurgical ont pris, de nos jours, une place prépondérante dans la thérapeutique des lésions anévrysmales.

M. Le Dentu estime que l'injection de sérum gélatiné ne mérite pas, malgré tout, de tomber dans le discrédit. Il relate à ce propos un cas d'anévrysme de l'artère axillaire qu'il a soigné il y a dix-neuf ans par des injections sous-cutanées de sérum gélatiné. L'excellent résultat obtenu s'est parfaitement maintenu depuis cette époque.

Ne pas oublier, quand on a recours à cette médication, les deux complications possibles (le tétanos et la coagulation en masse suivie de gangrène), que l'on évitera par la stérilisation à 115° ou même à 110° (Chantemesse, Roux) ou par la tyndalisation en deux séances à 105°, et en se servant de solutions dans lesquelles la quantité de gélatine ne dépasse pas 2 %.

L'injection sera sous-cutanée (et non intra-musculaire), à la face externe de la cuisse par exemple, aux doses de 180 à 250 gr. Le nombre des séances, que l'on espace de huit à quinze jours en moyenne, ou plus encore, peut varier de huit ou di x à vingt.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite*) (1)

Discussion des rapports.

M. Zawadzki (de Varsovie) communique quelques observations instructives. Chez une malade traitée par hystérectomie et à laquelle il avait laissé un ovaire, il dut réintervenir trois ans plus tard pour un volumineux kyste ovarien multiloculaire adhérent au foie, au rein et à l'intestin grêle et dont l'extirpation fut particulièrement difficile.

Deux fois il eut à opérer des fibromes précédemment irradiés. Dans le premier cas l'intervention pratiquée un an après l'irradiation fut pénible en raison d'adhérences multiples. Dans le second, l'opération eut lieu douze ans après l'irradiation. Il y avait eu un bon résultat immédiat, mais une récidive se produisit avec dégénérescence néoplasique.

L'auteur accuse les rayons de provoquer des adhérences et de donner un véritable coup de fouet à la tumeur si elle est en voie de transformation maligne. En principe, il conseille la myomectomie chez les femmes jeunes et, après quarante ans, l'hystérectomie totale ou subtotale. Pour les tumeurs suspectes, un examen histologique doit être fait au cours même de l'opération.

M. Daniel (de Bucarest) estime que le traitement chirurgical reste le traitement de fond des fibromes utérins.

La voie abdominale sera suivie aussi bien dans les fibromes simples chez les femmes jeunes (chirurgie conservatrice) que dans les cas difficiles et complexes (chirurgie radicale). La voie vaginale sera réservée aux fibromes de petites dimensions et lorsque la voie abdominale semble dangereuse (femmes âgées, obè-

(1) Voir *Concours Médical* nos 45, 46, 47, 49 et 50.

ses, fibromes infectés ou compliqués de suppurations pelviennes, affections médicales, anémie post-hémorragique).

L'intervention comporte de nombreux détails de technique qui varient avec les cas : laparotomie transversale, hémostase provisoire avec des pinces à demeure abdominales, décollation préliminaire suivie d'hémisection utérine, morcellement intra-abdominal, hystéro-polypectomie vaginale en bloc. Enfin, drainage transcervical et tamponnement à la Mikulicz par voie vaginale.

Les troubles de l'état général ne sont pas une contre-indication, ils commandent, au contraire, l'intervention qui sera précédée d'une thérapeutique médicale appropriée.

M. ROUFFART (de Bruxelles), après avoir été un partisan décidé de la physiothérapie, pense actuellement que dans la plupart des cas le traitement chirurgical est le meilleur parce qu'il redresse les diagnostics erronés, guérit en une seule séance la tumeur et ses complications, conserve dans certains cas la menstruation et même la possibilité de grossesse. La myomectomie est le traitement idéal. L'hystérectomie, suivant l'état du col utérin, sera totale ou subtotale. L'auteur a observé sur 712 hystérectomies subtotales 3 cas de cancérisation ultérieure du col. Il ne conserve pas d'ovaire à moins que ne subsiste assez de muqueuse utérine pour que la menstruation soit possible ; il ne traite plus par les rayons ou le radium que les cas d'utérus fibromateux sans fibromes, ceux où l'utérus présente des parois peu épaisses, où les hémorragies sont fréquentes et tenaces. Après la ménopause, le traitement sera toujours chirurgical. L'auteur n'a jamais observé d'embolie.

M. BEUTINER (de Genève) communique et commente longuement sa statistique qui comporte 410 cas dont 260 ont été opérés et 150 traités par les agents physiques. Sur les 260 opérations, 243 ont été faites par voie abdominale : 9 myomectomies, 225 hystérectomies subtotales et 9 totales ; 17 par voie vaginale : 1 morcellement, 10 hystérotomies, 6 hystérectomies. Dans ses conclusions, l'auteur indique que ses préférences vont plutôt au traitement chirurgical mais que la physiothérapie convient aux utérus fibromateux dont le volume ne dépasse pas celui d'un utérus gravide de trois à quatre mois dont la forme est conservée et qui ne s'accompagnent pas de lésions d'un autre organe pelvien.

M. MAYER (de Bruxelles) relate 250 observations d'interventions pour fibromes dont 10 par voie vaginale et 240 par laparotomie (146 hystérectomies totales, 92 supravaginales, 2 myomectomies). Dans 3 de ces cas, il a pratiqué l'hystérectomie fundique. Mortalité globale 6 cas, soit 2,4 p. 100 (2 par infection et 1 par embolie, 2 par pneumonie, 1 par hémorragie). Dans 1 des 2 cas, 1 grossesse normale. Dans 1 cas de subtotale, le moignon cervical s'est cancérisé après un an. Comme lésions concomitantes, il a trouvé dans plus de la moitié des cas des annexites (hydrosalpinx, etc.), des dégénérescences nécrotiques (10) ou un néoplasme du col (2 épithéliomas très limités) ; 10 cas de fibromes douloureux présentaient une torsion plus ou moins accusée. Il insiste sur le danger de l'application des rayons X et du radium dans les fibromes multiples et réserve ces méthodes aux myomes hémorragiques des jeunes filles où il en a obtenu d'excellents résultats. L'hystérectomie vaginale, aveugle, doit être délaissée. L'hystérectomie totale doit se faire dans les cas difficiles et suspects ; l'hystérectomie fundique est indiquée dans les cas faciles chez des femmes de moins de quarante ans ; la myomectomie n'a que peu d'indications.

M. KŒNIG (de Genève) partage d'une manière générale, les opinions des rapporteurs et insiste sur deux points : 1° L'intérêt qu'il y a à conserver, toutes les fois que cela est possible, un ovaire et un segment important de muqueuse du corps utérin ; 2° l'utilité du drainage dans tous les cas.

En outre, quand la physiothérapie est indiquée, l'auteur préfère aux rayons X le radium, dont l'application sera toujours faite dans la cavité utérine après dilatation du col et biopsie.

M. AUBERT (de Genève) dit ses préférences, quand le traitement chirurgical n'est pas nettement indiqué, pour le radium, à l'exclusion des rayons. Pour lui, la meilleure méthode chirurgicale est l'hystérectomie subtotale.

M. BÉCLÈRE (de Paris). Au point de vue thérapeutique, on peut classer les fibromes en trois groupes :

Ceux qui sont justiciables indifféremment de la chirurgie et des méthodes physiques.

Ceux qui réclament absolument la chirurgie.

La physiothérapie est applicable dans la presque totalité des cas, qu'il s'agisse de fibromes purs ou dégénérés. Dans le service de J.-L. Faure, on traite ainsi actuellement les deux tiers des fibromes, et dans les cliniques de Francfort et de Bonn, la proportion est encore plus élevée. Le volume extraordinaire de certaines tumeurs n'est pas une contre-indication au traitement physique et l'auteur a vu régresser même des fibromes dépassant largement l'ombilic et tendant à s'engager sous le rebord costal.

Les indications chirurgicales ne peuvent être tirées que de la nature histologique de certaines tumeurs et des lésions des organes voisins. Mais on doit se rappeler que certaines annexites peuvent guérir par un traitement purement médical qui laisse ensuite la possibilité d'appliquer avec succès les méthodes physiothérapiques.

M. HARTMANN (de Paris) a eu, depuis 1911, 868 fibromes utérins à traiter : 670 l'ont été par l'hystérectomie abdominale (25 morts, 3,7 p. 100). L'hystérectomie a été 491 fois subtotale (17 morts, 3,17 p. 100) et 179 fois totale (8 morts, 4,4 p. 100) ; 50 myomectomies abdominales ont donné 50 guérisons. Chez 72 malades, on est intervenu par voie vaginale et on a fait 6 hystérectomies, 57 ablations de polypes et 9 morcellements de fibromes intra-utérine ; il n'y a eu qu'une mort. Enfin, dans 80 cas on a eu

recours à la curiethérapie, sans aucun accident ; 75 fois on a obtenu la ménopause immédiate et parfois la disparition totale du fibrome, 1 fois la ménopause est survenue après une deuxième application de radium, 4 fois la malade a dû subir une hystérectomie secondaire.

L'auteur indique quelques points particuliers de sa technique. Quand il s'agit de fibróme inclus dans le ligament large, il commence par enlever la tumeur en la morcelant par son centre, puis il pratique l'hystérectomie comme à l'ordinaire. Dans la subtotale il évide le col jusqu'au vagin. La myomectomie est faite avec ou sans morcellement suivant le volume de la tumeur et la cavité qui en résulte est capitonnée par un ou plusieurs rangs de sutures en surjet. La muqueuse utérine, quand elle forme le fond de la cavité, est généralement épaissie et n'a jamais été rompue. Les applications de radium consistent dans la pose intra-utérine de deux ou trois tubes placés bout à bout, contenant chacun 15 milligrammes de radium élément et laissées en place de trois à cinq jours.

L'auteur, en opérant des malades traitées antérieurement par les agents physiques, radium ou rayons, n'a pas rencontré de difficultés spéciales.

M. Delagénière (du Mans) rejette la radio et la curiethérapie parce que ce sont des méthodes mutilantes, souvent inefficaces, qui ne protègent pas sûrement contre les récidives et exposent peut-être les malades à la transformation maligne de leur tumeur.

La chirurgie a au moins l'avantage de pouvoir être conservatrice dans un grand nombre de cas. Les préférences de l'auteur vont donc, selon la formule anatomo-clinique de la lésion, à la myomectomie, dont les seules contre-indications sont le nombre trop grand et le volume trop considérable des fibromes, à l'hystérectomie fundique trop rarement possible, à l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des deux ovaires et à l'hystérectomie vaginale trop délaissée chez certaines femmes obèses, dans les cas de petits utérus fibromateux mobiles et dans les fibromes infectés.

M. Goullioud (de Lyon) fait une large place dans les indications thérapeutiques du fibrome à deux méthodes : L'*abstention*, dissimulée ou aidée par le traitement médical, mais sous une surveillance réelle, et la *myomectomie*, méthode conservatrice dont il reste le partisan fidèle, mais dont les indications sont limitées.

Sa statistique, établie dans la thèse de Paul Achard (Lyon, 1922) comportait alors : 118 observations, avec 4 décès post-opératoires, 15 observations de femmes, devenues enceintes et ayant eu une ou plusieurs grossesses, et quelques récidives nécessitant une hystérectomie jadis, une application de radium aujourd'hui. Mais ces récidives n'ont nécessité une nouvelle intervention, que dix ans, onze ans et vingt-quatre ans après la myomectomie et dans deux cas la femme avait eu un ou deux enfants entre les deux opérations.

Cependant, il ne faut pas s'attaquer aux fibromes trop nombreux , aux fibromes sous-muqueux anémisant ou à ceux qui s'accompagnent d'une infection latente de la cavité utérine dont l'ouverture, dans ces cas, est toujours grave.

La curiethérapie, chez des femmes de quarante à cinquante ans, a donné à l'auteur une belle série de succès : quatre-vingt-six cas, sans un décès. Il a spécialement suivi 25 cas, traités en 1920, donc observés quatre ans. Cette série comporte : 2 hystérectomies secondaires ; 1 application itérative de radium ; 4 cas de réapparition de règles modérées et très espacées ; 18 cas de ménopause précoce parfaite, sans accidents.

Enfin, il a contrôlé un certain nombre de cas traités par M. Arcelin par la radiothérapie, avec succès. Cette méthode, convient aux malades chez qui l'on redoute même l'application du radium in utero.

M. Forgue (de Montpellier) pense que la question thérapeutique est dominée par celle du diagnostic. Il semble que nous ayons encore beaucoup à apprendre sur ce dernier point. Un examen scrupuleux, attentif, prolongé, s'impose chez toutes les malades. Il serait désirable que toute tumeur opérée fût disséquée avec soin, examinée histologiquement sur un grand nombre de ses portions. L'auteur a l'habitude après l'examen clinique de dessiner les formes de la tumeur et ses rapports, et de faire la critique de ses dessins après l'opération, la pièce en mains. Il souhaite que de plus en plus se généralisent les consultations à trois : chirurgien, radiothérapeute et médecin, la voix prépondérante restant au chirurgien.

L'auteur avoue avoir peu l'expérience de la myomectomie et se présente comme un partisan des opérations radicales.

Il emploie toujours la rachicocaïnisation et n'a jamais eu à le regretter. Sa mortalité opératoire ne dépasse guère 2 p. 100.

M. J.-L. Faure (de Paris) est l'ennemi des chiffres et des statistiques. Son impression est que la mortalité dans le traitement chirurgical des fibromes est autour de 4 p. 100.

Relèvent de la chirurgie tous les fibromes à diagnostic douteux, ceux où la physiothérapie serait nuisible, les fibromes coexistant avec une appendicite chronique, les fibromes calcifiés, ceux qui s'accompagnent de grossesse, ceux qui évoluent rapidement ou qui déterminent des phénomènes de compression, enfin les fibromes pédiculés et ceux qui se compliquent de néoplasmes.

En principe, l'auteur préfère l'hystérectomie subtotale parce que moins grave et plus rapide que l'hystérectomie totale. Mais il reconnaît que la myomectomie est l'opération idéale quand elle est possible, surtout chez les femmes jeunes ne présentant ni lésions des annexes, ni tumeur à tendances dégénératives.

La cancérisation ultérieure du col s'observe, mais

bien rarement. M. J.-L. Faure a pu opérer une série de 127 cas sans mortalité.

M. Témoin (de Bourges) préfère l'hystérectomie subtotale, plus facile et exposant moins aux accidents à distance.

L'opération idéale est cependant la myomectomie que l'auteur a largement contribué à répandre en France dès 1890. Mais cette méthode n'est applicable que si la tumeur est facilement énucléable, et n'est pas trop profondément incluse.

Le nombre des tumeurs n'est pas une contre-indication à la myomectomie. Il a pu enlever 9 fibromes chez une femme qui présenta ultérieurement et mena à bien quatre grossesses.

La radiothérapie n'est guère de mise que pour des malades refusant absolument l'opération. Trop souvent du reste les radiothérapeutes irradient sans faire de diagnostic ; parfois même les rayons sont appliqués par des gens qui ne sont pas médecins. L'auteur souhaite, lui aussi, la collaboration du chirurgien, du médecin et du radiothérapeute.

M. Jayle (de Paris) est d'accord avec les rapporteurs sur plusieurs points en discussion. Les indications de la myomectomie doivent être étendues. En particulier, il n'y a pas à s'inquiéter de laisser un ou deux petits nodules qui, le plus souvent, les gros fibromes étant enlevés, s'atrophient ou cessent de croître. De même, la difficulté de l'hystérectomie totale ne peut plus, dans l'état actuel de la chirurgie, être une objection. Mais la subtotale a l'avantage de ne pas déformer le fond du vagin. Enfin, l'auteur a observé, comme M. Tixier, des fibromes toxiques amenant de graves troubles de l'état général sans rapport avec les pertes de sang.

Par contre, il se sépare des rapporteurs sur deux points : les ovaires doivent être autant que possible conservés pour remédier, dans une certaine mesure, aux troubles de la ménopause prématurée qui ne sont nullement exceptionnels, du moins en France. Et, d'autre part, le tamponnement de Mikulicz, qui devrait, d'ailleurs, porter le nom de Dupuytren, lui paraît être une mauvaise pratique.

En terminant, M. Jayle indique que la mortalité actuelle du traitement chirurgical des fibromes est plus faible qu'on ne le dit. Sa dernière série opératoire comprend 100 cas dont 9 myomectomies, 66 subtotales, 26 totales, sans une mort.

(A suivre.)

Les Thèses

P. — Dr Jules Thomas. — **De la démence précoce consécutive au mal comitial** (« L'Expansion scientifique française », 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1923).

A côté des déments précoces présentant des manifestations épileptiques, et à côté des épileptiques aboutissant à la démence, il existe une catégorie de malades primitivement épileptiques, chez qui apparaît le syndrome de la démence précoce alors que cessent les crises comitiales. Ces malades ne sont ni des déments précoces à manifestations comitiales, parce que chez eux le syndrome épileptique a disparu le jour où s'installait la démence, ni des déments épileptiques parce que chez eux il n'y a pas de rapport entre l'évolution de la démence et l'évolution du mal comitial.

Ces malades ne sont pas non plus des comitiaux chez lesquels l'épilepsie convulsive s'est transformée en épilepsie psychique, parce que leurs troubles mentaux ne présentent pas le caractère transitoire, ni la symptomatologie des équivalents.

On ne peut faire que des hypothèses sur les rapports de l'épilepsie et de la démence précoce. L'épilepsie et la démence précoce surviennent fréquemment sur un terrain dégénératif et on peut comprendre ainsi la succession de ces deux affections chez les sujets qui sont manifestement des prédisposés.

Tout en attachant une grande influence au terrain, on peut envisager dans cette succession des deux syndromes, épilepsie et démence précoce, l'évolution de mêmes altérations cortico-méningées qui, après s'être manifestées cliniquement par des crises comitiales, continueraient à évoluer pour aboutir au syndrome de la démence précoce.

P. — Dr Jean Trotot. — **Contribution à l'étude de la tyrosino-réaction dans la tuberculose pulmonaire.** (Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, 1923.)

La tyrosino-réaction de Pissavy-Monceaux, réaction simple d'oxydation de la tyrosine par l'extrait glycériné de Russula delica en présence d'air, si elle n'est pas absolument spécifique du crachat tuberculeux, n'en est pas moins positive dans l'immense majorité des cas de bacillose pulmonaire.

Elle est toujours positive dans les cas où la bactérioscopie est positive, et fréquemment dans des cas où la recherche des bacilles est négative, quoi qu'il y ait processus tuberculeux.

Elle est presque toujours négative lorsque le processus tuberculeux n'est pas en cause, fait vérifié à l'autopsie, même lorsqu'il s'agit de cas où il y a stagnation des crachats en vase (dilatation bronchique) au contraire de la théorie défendue par N. Fiessinger et Blum.

La tyrosino-réaction positive semble être en rapport avec l'activité du processus tuberculeux, puisque, dans les cas de bons effets de la cure d'air ou du pneumothorax artificiel, la présence de tyrosine ne peut plus être décelée dans l'expectoration.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA MISIATRIE

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une entité nouvelle dont s'enrichirait la nosographie. Sans remonter jusqu'à Esculape, il n'est pas douteux que cette singulière affection a fait endémiquement des victimes, dans tous les temps et dans tous les lieux, partout où il y eut des malades, et des médecins.

Mais, depuis la fin de la grande guerre, la misiatrie revêt les allures d'une sorte d'épidémie, et c'est à ce point de vue qu'une revue clinique à son sujet s'impose.

La misiatrie, ou haine du médecin, sévit plus particulièrement chez les gens de lettres qui sont, comme l'on sait, animaux à plumes. L'âge semble ne jouer aucun rôle dans son apparition. Par contre, les hommes paraissent plus souvent atteints que les femmes.

Nous sommes peu fixés sur la durée de l'incubation, non plus que sur l'invasion. Toutefois, de curieuses observations ont permis de saisir, pour ainsi dire sur le vif, le point de départ de l'affection, en même temps que de reconnaître la circonstance étiologique qui parfois marque celui-ci.

C'est ainsi que, dans un cas, il s'agissait d'un gendelettre qui prétendait que point n'était besoin d'yeux pour y voir, et que la peau était pourvue d'une multitude d'organes doués de la perception visuelle.

Comme il s'agissait de physiologie et d'anatomie, des médecins, et non des moindres, voulurent contrôler les expériences qui, d'après l'inventeur, prouvaient le bien fondé de son affirmation. Ils découvrirent sans peine qu'il n'y avait là que supercherie et fraude : la question était jugée pour eux. Mais le gendelettre n'en fit pas moins un violent accès de misiatrie.

Dans un autre cas, il advint qu'un écrivain, très parlementairement apparenté, eut la mauvaise chance d'être atteint d'un diabète grave, au cours duquel survint un anthrax. Un chirurgien éminent, professeur par surcroît, incisa cet anthrax *secundum artem*. Mais cette intervention ne sut empêcher le diabète de poursuivre son œuvre et le malade mourut. Cet événement fut, chez un gendelettre, ami et collaborateur de ce diabétique, le point de départ d'un accès extrêmement violent de misiatrie, qui dure encore à cette heure.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie et des prodromes, nous sommes infiniment mieux fixés sur la symptomatologie de la période d'état.

Chez ces gendelettres, animaux à plumes, avons-nous dit, la plume se hérisse, court, grince, et déverse une sécrétion généralement abondante, noire comme de l'encre d'imprimerie, parfois d'odeur nauséabonde et d'aspect répugnant, parfois au contraire assez parfumée pour donner le change sur son véritable caractère, et qui dure tant que l'accès sévit.

Sur la durée de l'accès, nous sommes en présence de différences très grandes. Certains misiatres ne font qu'une poussée éphémère, sans lendemain. D'autres, par contre, offrent une certaine périodicité dans la sécrétion morbide, qui est la caractéristique même de leur maladie.

Quant à l'évolution, elle est habituellement bénigne, en ce sens que jusqu'à présent, on n'a signalé aucun cas de mort parmi les gendelettres atteints de misiatrie.

Le traitement est d'une simplicité infantine. Il comprend deux prescriptions essentielles qui se résument en ces deux mots : la Blague et le Mépris. C'est celui que nous conseillons fortement à nos confrères de mettre en pratique.

Certains médecins ont proposé de tendre un cordon sanitaire autour du misiatre, dès qu'un cas se révèle, afin d'éviter que la sécrétion morbide puisse se répandre au loin. Mesure, à notre avis, inutile. En réalité, la sécrétion du misiatre, comme la bave du crapaud, n'est pas toxique, et si elle a pu parfois irriter le système nerveux ou échauffer la bile de quelques-uns parmi nous, ils furent l'exception, la majorité ayant trouvé au contraire matière à rire à gorge déployée, devant certains de ses aspects.

***

Sur ce préambule un peu long, voici une observation d'un beau cas de misiatrie, dont j'ai précisément la sécrétion sous les yeux. Elle a été recueillie en effet par une feuille peu connue, en dépit de sa réclame, que je m'abstiendrai de nommer, pour ne pas contribuer à lui en faire ici.

Elle concerne un gendelettre, M. G. de P.

Les morbiculteurs, sécrète donc M. de P., au cours de sa crise de mésiatrie, voilà ce que sont à cette heure, la plupart des médecins.

« Avec les méthodes nouvelles, utilisant le client jusqu'à l'os, la médecine nous fait entrevoir une période particulièrement brillante de son histoire, capable de bouleverser les mœurs. Il ne s'agit plus désormais d'amener maladroitement au tombeau le premier malade qui se présente, en lui administrant au petit bonheur quelque remède, mais, bien au contraire, de faire naître la maladie et le malade, et de cultiver, durant des années, ce précieux capital dont il suffira désormais de toucher la rente.....

.....Aujourd'hui la personne, malade ou bien portante, qui met le petit doigt dans l'engrenage médical voit son corps passer tout entier dans l'infernale machine..... Ce qu'il faut faire immédiatement, c'est une prise de sang, une analyse d'urine, un graphique de la pression artérielle et des mouvements du cœur : c'est muni seulement de ces différents renseignements délivrés par autant de spécialistes avec qui l'on partage les honoraires, qu'un diagnostic sérieux pourra être établi..

Je ne vais pas, vous pensez bien, vous étaler ici toute cette sécrétion qui tient quatre colonnes de l'organe en question. Sachez qu'il y est question encore des ententes entre médecins et chirurgiens, de combinaisons de spécialités, de maisons de santé, de traitements électro-mécaniques... Sachez aussi que le misiatre ne peut comprendre :

« L'inégalité de traitement que consacrent nos lois, en punissant les tireuses de cartes et les somnambules qui ne font, en somme, qu'amuser sans danger et consoler les imbéciles, et en accordant des brevets officiels à d'*innombrables medecins* dont le métier e st, en somme, identique, à cela près qu'il tue...

Vous y retrouvez quelques-uns des caractères essentiels de la sécrétion qui constitue le maître symptôme de la misiatrie, à savoir l'aspect répugnant et l'odeur nauséabonde.

***

Or, voyez comme le destin est parfois ironique. Au moment même où M. de P. dénonce avec tant de malveillance l'emploi inconsidéré que nous faisons, à l'entendre, des méthodes nouvelles de recherche, de diagnostic et de traitement, voilà qu'un tribunal condamne un médecin à payer une rente viagère à une malades précisément parce qu'il a négligé de recourir à l'une de ces méthodes. Dans un cas analogue, le confrère réclamait des honoraires à un de ses clients, qu'il avait soigné pour une fracture de jambe, qui ne put être consolidée que par une intervention chirurgicale ; il s'est vu encore véhémentement reprocher de n'avoir pas pris la précaution de faire dès sa première visite, radiographier la fracture, et il a dû supporter les frais du procès qu'il avait intenté à son client récalcitrant.

Ainsi, si l'on emploie radiographie, réactions sanguines, graphiques biologiques, on est un morbiculteur, selon la formule P., c'est-à-dire un charlatan digne, tout comme les tireuses de cartes, des rigueurs des justes lois. Mais si on ne les emploie pas, les justes lois n'attendent pas les diatribes misiatriques pour sévir à l'encontre du négligent...

. Avouez une fois de plus qu'il est difficile de contenter tout le monde, et le père P. par dessus le marché...

Mais faut-il vraiment prendre la peine de répondre à de pareilles sornettes ? Ce nouvel accès de misiatrie, que nous observons chez ce P., mérite-t-il un autre traitement que celui que nous préconisons ci-dessus ?

Non, cent fois non. D'autant plus qu'elles n'ont certainement pas le retentissement qui leur auteur en attend sans doute. Qui connaît en effet la feuille où il secrète de pareilles insanités ? Qui la lit ? Et parmi ceux qui la lisent, combien en est-il que cette prose puisse influencer ?

Car, et cela doit servir de conclusion à cette chronique, que demain, M. de P. ait le moindre malaise, tenez pour assuré qu'il s'empressera de courir chez un des innombrables médecins dont il critique si durement les honteux agissements, et qu'il sera le premier à dire à celui qu'il aura choisi : « Et surtout, Docteur, n'y regardez pas ; soignez-moi sans rien négliger. Et s'il le faut, allez-y de la prise de sang, et de la R. B.-W., et de la mesure de la tension, et du cardiogramme... »

Pour ce qu'il lui en coûterait probablement !!!

G. DUCHESNE.

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET LA PARTICIPATION DES MÉDECINS AUX MESURES OFFICIELLES DE PROPHYLAXIE

La question du mode de déclaration des maladies contagieuses par les médecins va revenir prochainement devant les Chambres avec la discussion du rapport de notre confrère, M. le député GADAUT, rapport qui a été repris par la nouvelle commission de l'hygiène à la Chambre. Nous avons déjà dit dans un article précédent, publié par le *Concours*, notre façon de penser qui est celle-ci : non seulement le mode de déclaration envisagé par le projet de la chambre n'enlèvera pas aux médecins la responsabilité et le souci d'un acte fastidieux, parce que jusqu'ici stérile, mais encore entraînera des difficultés pour les praticiens en même temps que des complications administratives à n'en plus finir.

Avec le régime actuel, la déclaration pouvait être faite instantanément par le constatant et c'en était fini pour lui. Avec le projet de la Chambre, celui-ci aura à se souvenir pendant trois ou quatre jours du nombre de maladies constatées et en pratique, à faire la plupart des déclarations par carence de l'entourage et cela, dans les cas et les milieux où une intervention prophylactique est indispensable.

En présence de ces faits, nous avons pensé qu'au lieu de cette formule boiteuse du projet de la Chambre, il vaudrait mieux pour les pouvoirs publics, s'assurer la collaboration des praticiens. Pour cela nous avons exprimé le désir de voir remplacer la déclaration banale actuelle faite par le moyen de la fiche d'un carnet qui ne renseigne nullement les autorités chargées de la protection de la santé publique aussi bien sur la gravité et les causes de la maladie déclarée que sur les mesures à prendre par une déclaration plus complète qui serait une véritable enquête sanitaire. Pour tenter cet essai, nous avons proposé au Conseil général de la Côte-d'Or d'envisager la rémunération des médecins qui se prêteraient à la réalisation de cette mesure et nous avons établi un modèle de fiche dont voici la description :

PRÉFECTURE de la COTE-D'OR — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

1re DIVISION — 4e BUREAU

Nom du médecin déclarant ou
Numéro de son carnet :
Numéro de la maladie déclarée :

1° Nom du malade :

2° Domicile :

3° Désignation des membres de la famille exposés à la contagion (enfants) :

4° Point de départ de la maladie :

5° Mesures prises concernant l'isolement du malade :

Sont-elles suffisantes ?

6° Mesures prises concernant la prophylaxie en cours de maladie :

Le sont-elles sous le contrôle du médecin ?

Sont-elles suffisantes ?

7° Faut-il déléguer le chef de poste ?

....l'infirmière-visiteuse ?

8° A quelle date la désinfection finale devra-t-elle être faite ?

Sur quoi devra t-elle porter ?

9° En cas de demande par la famille d'exécuter la désinfection finale, voudrez-vous en faire le contrôle?

10° Quelles sont, à votre avis, les mesures d'ordre général ou local qu'il y aurait lieu de prendre, notamment en ce qui concerne les écoles, les eaux d'alimentation, les lieux ouverts au public, la vente des denrées alimentaires par l'entourage du malade, etc.?

Signature du médecin :

Cette déclaration complète donne droit à une indemnité de (six francs) pour le déclarant. Elle doit être détruite immédiatement après son enregistrement par les soins de l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène.

Cette fiche serait envoyée directement par le déclarant sous le couvert du préfet, à l'inspecteur départemental des services d'hygiène. Celui-ci préviendrait aussitôt le maire et le sous-préfet intéressés en leur précisant les mesures qu'il leur appartient de prendre chacun dans sa sphère réciproque. De plus, le médecin aurait la facilité de faire prendre sous sa responsabilité les mesures de désinfection et de prophylaxie dans le cas où la famille entendrait s'en charger, comme le prévoit la loi de 1902 et cela en prenant conjointement avec elle l'engagement écrit légalement prévu.

Dans le cas contraire, là où le médecin estimerait ne pas devoir prêter ainsi son concours à l'administration, la déclaration lui incomberait en vertu même des lois sur l'exercice de la médecine et de celle du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, sous la forme banale actuelle.

Nous avons pensé que l'adoption de notre projet permettrait :

1° De garantir le respect du secret professionnel des médecins praticiens puisque ceux-ci feraient leur déclaration à un confrère.

2° De renseigner efficacement les maires sur les mesures techniques et administratives qu'ils auraient à prendre selon les cas.

3° D'économiser les frais de voyage des chefs de poste de désinfection qui, actuellement, font trop souvent des déplacements aussi onéreux qu'inutiles.

4° De pratiquer avec la plus grande discrétion possible, sous le contrôle et la responsabilité des médecins traitants, les opérations de désinfection nécessaires.

5° D'éviter les enquêtes des médecins des épidémies ou des délégués sanitaires, le praticien étant plus qualifié que n'importe qui pour renseigner à bon escient les autorités.

6° De reconnaître les services indiscutables que rendent les médecins praticiens dans la lutte contre les maladies contagieuses et d'en faire les collaborateurs des autorités chargées de la protection de la santé publique.

De cette façon, les médecins éviteraient, je crois, de creuser un fossé entre eux et les hygiénistes officiels dont le rôle sera d'autant plus prépondérant que leurs confrères s'abstiendront davantage de collaborer avec eux sous le prétexte de ne pas violer le secret professionnel ou pour toute autre cause. Actuellement, la mortalité due aux maladies transmissibles est trop élevée en France et il faut que la société se défende.

Si les médecins praticiens refusent leur collaboration, il est à craindre que des organisations sanitaires extra-médicales ne paraissent justifiées et ne soient réalisées, ce qui serait désastreux pour tout le corps médical, officiel ou non.

Nous laissons à nos confrères le soin d'apprécier notre modeste tentative et nous serons reconnaissants à ceux qui voudront bien nous faire part de leurs observations.

Dr H. Mallard,
Inspecteur départemental des Services d'hygiène de la Côte-d'Or.

R. H. M. S. 3100.

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LES COMMISSIONS DE CONTROLE

1332. — M. Grinda, député, demande à M. le Ministre du Travail, si le médecin qui a soigné le bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est contraint d'indiquer à l'administration préfectorale, en particulier pour la commission de contrôle, la nature de l'affection dont ce malade était atteint, ou si, au contraire, l'obligation de garder le secret, sanctionnée par l'article 378 du code pénal, met obstacle à cette indication. (*Question du 4 novembre* 1924).

Réponse. — La règle du secret professoinnel des médecins ne souffre, en principe, aucune exception. Seules les lois du 30 novembre 1892 (art. 15) et du 15 février 1902 (art. 5) autorisent le médecin à déclarer les maladies transmissibles. Mais si les services sanitaires ont intérêt à être renseignés aussi exactement que possible sur toutes les maladies, les indications qui leur sont fournies à cet égard ne doivent jamais être nominatives. (*J.O.*, 20 *novembre* 1924.)

Commentaires.

Cette réponse est parfaitement conforme aux lois et codes ; le secret professionnel est absolu *erga omnes*.

Mais la question posée par l'honorable Dr Grinda est grosse de conséquences : elle soulève, en effet, la légalité du processus actuel de toutes les commissions de contrôle et, indirectement, la grosse question des certificats de décès.

Seules les lois du 30 novembre 1892 (article 15) et du 15 février 1902 (article 5) délient le médecin traitant de l'obligation au secret, mais uniquement en ce qui concerne la déclaration des maladies transmissibles. Encore faut-il que cette déclaration soit faite par indication de numéros conventionnels et non par la désignation, en clair, de la nature et du nom de la maladie.

Or, aucune loi n'a permis la divulgation du diagnostic ni de la conduite du traitement, en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite, les mutualités, les réformés de guerre, les accidents du travail, etc. ; en un mot, pour tout ce qui se rapporte à cette médecine sociale, dans laquelle un tiers est interposé entre le médecin et son malade.

Pour se faire payer, pour établir le bien fondé des honoraires qu'il réclame, le docteur est bien obligé d'indiquer à des tiers (ceux qui doivent le payer au lieu et place du consommateur de soins) le diagnostic exact de l'affection et le traitement qui a été employé. Et, si nous nous appuyons sur la réponse ministérielle, lue plus haut, réponse parfaitement juridique, le médecin, ce faisant, viole consciencieusement le secret professionnel.

Je sais bien que pareilles habitudes ont tendance à entrer dans les mœurs et que tout contrôle en médecine sociale, collective, serait impossible, sans cette déclaration du médecin, pour établir le bien fondé de sa réclamation d'honoraires. Mais l'article 378 du Code pénal n'en reste pas moins impérieux.

Mais, me direz-vous, le médecin adresse sa déclaration à un confrère, secrétaire de la commission de contrôle. Cela est vrai pour la loi des pensions ; cela ne l'est pas pour l'assistance médicale gratuite.

Pour cette dernière loi, la commission de contrôle comprend d'autres personnes que les médecins et les notes d'honoraires, portant les dia-

gnostics, sont exposés, divulgués à d'autres qu'à des docteurs.

Rappelons encore ici, que, consulté sur le point de savoir si une indiscrétion commise par l'administration des postes, par exemple, indiscrétion qui aurait pour effet de transmettre une déclaration médicale de décès, non pas au médecin inspecteur d'hygiène, mais au procureur de la République, ne constituerait pas une violation du secret professionnel, le Garde des Sceaux a répondu affirmativement.

Par suite pourrait être poursuivi pour violation du secret professionnel un médecin ayant dévoilé à une commission de contrôle le diagnostic et le traitement d'un malade, pour les soins duquel il demanderait paiement avec preuves à l'appui.

Que se passera-t-il, dès lors, pour la future loi sur les assurances sociales et comprend-on pourquoi la plupart des syndicats médicaux se prononcent pour le payement direct des honoraires par le malade ? Ce dernier sera libre de disposer du reçu qui lui sera délivré, reçu comportant les indications justificatives du traitement. Libre au malade à se servir ou non de cette pièce pour se faire payer et rembourser les soins qu'il aura reçus, à moins qu'il ne trouve préférable de ne pas mettre des tiers dans la confidence de sa maladie et qu'il veuille garder le secret sur son affection, en payant de sa propre poche les honoraires réclamés par le docteur.

Je sais bien encore que beaucoup souriront en me faisant observer que le secret professionnel est fréquemment le secret de polichinelle. D'autres me diront que mon rigorisme empêchera tout contrôle.

Aux premiers, je répondrai que *dura lex sed lex* et que, tant que l'article 378 du code pénal ne sera ni abrogé, ni modifié, nous devrons l'observer strictement, sans avoir à nous demander si le secret est absolu ou s'il n'est que celui de polichinelle.

Aux seconds, je dirai qu'il est bien regrettable que nous ayons consenti à nous engager dans une médecine publique, depuis 1893, lorsque le 15 juillet la loi sur l'assistance médicale gratuite nous a imposé un tiers payant entre l'indigent malade et son docteur.

Mais cette loi et les suivantes, sur les accidents du travail, les mutualités, les réformés de guerre ne contiennent aucune exception, en ce qui concerne le secret professionnel. Par suite, un client grincheux, furieux de voir que sa maladie a été déclarée à des tiers, uniquement pour que le médecin soit payé de ses soins, pourrait parfaitement poursuivre son docteur et le faire condamner pour violation de l'article 378 du code pénal. Et le tribunal correctionnel ne pourrait pas faire autrement que de condamner, avec le bénéfice de la loi de sursis, peut-être, mais condamner tout de même.

J'engage donc mes confrères à réfléchir à toutes ces questions à la veille du vote de la loi sur les assurances sociales.

D[r] Paul Boudin.

R.H.M.S., 5200.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Des bruits... Les 3 HP, les auto routes...

Il est vraiment curieux de constater que tous les ans, pendant le salon de l'Automobile, des « bruits » sensationnels circulent et sont répétés avec une telle insistance qu'il devient difficile de distinguer le vrai du faux.

On en arrive à se demander si les intéressés n'usent pas tout simplement du procédé si cher aux politiciens, qui consiste à tâter l'opinion publique avant de prendre des décisions.

Cette année, nous n'avons pas à envier les précédentes dans cet ordre d'idées.

Que n'a-t-on pas dit sur le rachat par un groupement financier de l'une des plus fameuses marques françaises, jadis célèbre par ses avions. Ces capitalistes seraient ceux qui ont déjà soutenu, il y a quelques années, un constructeur particulièrement populaire.

La morale à tirer de cette histoire semble assez limpide. Nous sommes à une époque où la classe moyenne tend à disparaître. Il n'y a plus que des arrivés ou tout au moins des arrivistes, et des jongleurs de dollars et de livres sterling.

Il est donc tout naturel que le même constructeur qui tient déjà bien en mains la clientèle des arrivés cherche à accaparer également celle des puissants du jour. A côté des 5 et 10 HP, une superbe 20 HP rehausse l'éclat d'une marque.

Mais alors, que vont devenir ceux qui ne sont ni riches, ni arrivés, ni arrivistes ? N'ont-ils pas le droit de gagner leur vie, et pour cela de bénéficier des progrès de la science. Rassurons-les. On a dit, toujours au Salon, que de grosses firmes étudient en ce moment la création d'un véhicule vraiment économique, destiné réellement aux affaires, dont la puissance déclarée ne dépasserait pas 3 HP.

Vous voyez d'ici ce que signifierait pour beaucoup le succès d'une telle entreprise. Toute personne gagnant 1.500 francs par mois pourrait avoir son auto. Ce serait une vraie révolution dans nos habitudes, et la France aurait bientôt autant de voitures en circulation que les Etats-Unis.

Nous avons d'ailleurs encore une marge avant

cette ère de vie intense. Un journal des plus sérieux n'a-t-il pa s dit que la France peut encore absorber 5.000.000 de voitures avant d'atteindre le degré de saturation des Etats-Unis.

Pour le corps médical, ces prévisions sont extrêmement intéressantes, car il y a, hélàs ! encore beaucoup de médecins qui ne peuvent pas supporter les frais occasionnés par les voitures actuelles. Et puis, si presque chaque famille a une auto, il est probable que le client viendra plus facilement chez son docteur au lieu d'exiger que ce dernier le visite à domicile, quand la gravité de la maladie le permettra.

Les gains du médecin seront supérieurs avec moins de peine et moins de frais.

Nous pouvons donc nous réjouir de cette agréable perspective qui peut se réaliser très vite.

Mais si le nombre des véhicules augmente sans cesse, nous devrons très rapidement aussi prévoir l'organisation d'autoroutes, suivant l'exemple donné par nos voisins Italiens.

A ce sujet, je voudrais m'élever contre la prétention des promoteurs de ces autoroutes, de prélever un droit de passage, payable par les automobilistes. Pourquoi ne pas faire plutôt payer ceux qui profiteront du passage, tels que les garagistes, restaurateurs, hôteliers, postes d'essence, marchands de souvenirs, etc.

Est-ce une raison parce que l'automobiliste sème la prospérité partout où il va, pour le pressurer encore davantage ?

Pourquoi alors ne ferait-on pas payer les piétons à qui l'on réserve les trottoirs ?

Voyez-vous un médecin appelé d'urgence auprès d'un blessé, payer un droit spécial s'il emprunte la route la plus directe pour aller le soigner ? Non vraiment, ce serait à désespérer du bon sens de nos concitoyens.

Et puis, comment encaisser la taxe de passage ? Une autoroute aura fatalement de nombreux points d'accès. Il faudrait organiser à chacun d'eux un bureau et un service de contrôle.

Quelque chose en somme d'analogue aux fameux bureaux d'octroi de la ville de Paris. Et l'on recommencerait à voir des files de voitures arrêtées, embouteillant la circulation, et les malheureux automobilistes perdant un temps précieux.

Alors qu'il serait infiniment plus facile de taxer les commerçants et même les simples nouveaux habitants des maisons en bordure des autoroutes.

Suivant le système adopté ici, nous prions nos confrères de nous faire part de leurs suggestions sur tout ce qui sera susceptible de favoriser la création de routes réservées aux automobilistes, mais sans dommage pour ceux-ci.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Assemblée Générale du 16 novembre 1924.

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Maurat, président, assisté des membres du Conseil.

Rapport du secrétaire général.

M. Paul Boudin, secrétaire général, commente son rapport annuel, qui a été publié dans le n° 44 du *Concours Médical.* Le nombre des affaires qui sont soumises au « Sou », dit-il, ne fait qu'augmenter d'année en année. Outre les consultations usuelles, que nous donnons, Duchesne, Dumesny, Meillet et moi, et qui dépassent annuellement le nombre de 3.000, il y a indépendamment des procès en responsabilité ou autres, pour lesquels l'appui pécuniaire est accordé, un assez grand nombre de consultations plus importantes, qui nécessitent un gros travail de recherches.

Les confrères semblent attacher une importance plus grande à la garantie de la responsabilité professionnelle qu'aux autres branches de l'activité du « Sou » ; c'est une erreur, la question responsabilité n'est que le petit côté de notre rôle. On en exagère l'importance dans la grande majorité des cas et les condamnations, très rares, n'atteignent pas des chiffres très élevés. Par exemple, dans une affaire récente, qui a fait beaucoup de bruit, le chirurgien accusé d'avoir tué une femme par suite d'une erreur de diagnostic, n'a été condamné qu'à 11.000 fr. de dommages-intérêts.

Tout est dans la manière dont la défense du médecin est présentée. Les compagnies d'assurances vous disent : « Il faut vous assurer pour 100.000, 200.000, 300.000 francs et plus ». Au « Sou », la garantie n'est que de 50.000 francs, plus les frais du procès, mais nous faisons ce que personne ne fait ; nous ne nous bornons pas à la défense, nous attaquons et lorsqu'un client menace son médecin de mettre en cause sa responsabilité, s'il ne renonce pas à ses honoraires, nous conseillons au confrère de pour-

suivre et au besoin lui donnons l'appui à cet effet. Nous sommes ainsi soucieux de l'honorabilité professionnelle, parce que, lorsqu'un médecin consent à réduire ses honoraires, il donne un mauvais exemple et incite ses autres clients à agir avec lui comme l'a fait celui qui a obtenu une réduction.

Pour augmenter, si possible, la force du « Sou », il faut lui recruter de nouveaux adhérents et, pour cette propagande, je fais appel à vous tous. Souvent, un confrère qui n'appartient pas au « Sou Médical » vient chez moi me consulter, je lui demande comme honoraires un bulletin d'adhésion au « Sou ». Faites de même lorsque vous en aurez l'occasion et ce sera la meilleure manière de défendre, non seulement les intérêts particuliers, mais les intérêts généraux de notre profession, le « Sou » contribuant à l'établissement d'une jurisprudence dont bénéficie le corps médical tout entier.

Comptes de l'exercice 1923.

M. Gassot, trésorier, donne lecture de son rapport sur les comptes de l'exercice 1923, qui a été publié dans le nº 45 du *Concours Médical.*

Puis M. Jacob, l'un des commissaires des Comptes, donne lecture du Rapport des commissaires, qui est ainsi conçu :

Le 28 octobre 1924, le trésorier du « Sou Médical » nous a présenté ses livres, qui sont tenus dans la perfection, et nous a donné, avec la plus grande clarté, toutes les explications que nous lui avons demandées. Nous avons constaté la parfaite concordance des chiffres portés au Rapport avec ceux des livres et n'avons aucune critique à formuler.

Nous proposons donc à l'Assemblée générale d'approuver les comptes du trésorier et de lui adresser nos remerciements bien mérités pour la peine qu'il se donne.

Nous avons fait la vérification du portefeuille : bons de la défense nationale et obligations de chemins de fer, dont les certificats de dépôt nous sont été présentés ; nous les avons trouvés conformes à l'énumération qui figure au rapport.

J. Jacob. E. Vilpelle.

Après la lecture de ce rapport, personne ne demandant la parole, l'approbation des comptes est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Election des commissaires contrôleurs.

Aux termes des Statuts, deux commissaires contrôleurs doivent être nommés, chaque année, par l'Assemblée générale, pour l'examen des comptes.

Les commissaires sortants sont MM. Vilpelle et Jacob. Ils sont rééligibles.

Sur la proposition des membres de l'Assemblée, MM. Vilpelle et Jacob sont élus, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1924.

Modification des Statuts.

M. Paul Boudin. — L'article 4 des Statuts, qui fixe le siège du « Sou Médical », n'ayant jamais été modifié régulièrement, la Préfecture de la Seine nous a demandé de combler cette lacune. Nous vous proposons donc de voter la résolution suivante :

L'article 4 des statuts est modifié ainsi qu'il suit :

« Son Siège est à Paris, actuellement, 132, rue du Faubourg Saint-Denis.

« Il pourra être transféré en toute autre endroit de la même ville, par simple décision du Conseil d'Administration ».

Cette résolution, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Déontologie.

L'Assemblée générale se constitue en comité secret pour juger l'appel formé, en exécution de l'article 10 des Statuts, par un membre du « Sou Médical » dont le Conseil d'administration a prononcé l'exclusion par application dudit article 10.

En conséquence, les personnes étrangères au « Sou Médical » qui se trouvaient présentes dans la salle, se retirent, sur l'invitation du président.

Puis, l'appelant est introduit et entendu dans ses explications. Après cette audition, et suivie des réponses faites par divers membres du Conseil l'intéressé se retire et l'Assemblée générale, après délibération, confirme la décision prise par le Conseil, à l'unanimité, sans aucune abstention.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le 10 décembre dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est tenue l'Assemblée générale de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, sous la présidence de M. Le Beau, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance, qui représentait M. Justin Godart, empêché.

Aux côtés de M. Le Beau se tenaient les membres du bureau de la Ligue : le président, Pr Jeanselme ; les vice-présidents : Mme Caroline André, M. le sénateur Honnorat, ancien ministre de l'instruction publique ; M. le Pr Pinard, député de Paris ; M. le Dr Queyrat ; le secrétaire général : Dr Hudelo ; le directeur général Dr Sicard de Plauzolles et la plupart des membres du Conseil d'administration, professeurs et médecins des hôpitaux.

Le ministre de la guerre était représenté par M. le médecin inspecteur général Rouget, et Son Eminence le Cardinal archevêque de Paris par Monseigneur Mério.

On remarquait en outre dans l'assistance les représentants de l'Union Internationale contre le péril vénérien, de la Croix-Rouge française et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge.

Devant la très nombreuse assistance qui emplissait le grand amphithéâtre, M. le Pr Jeanselme a retracé la vie et l'action de la Ligue pendant l'année écoulée, notamment les conférences faites dans différents milieux : Musée social, Union chrétienne des jeunes gens, Ligue pour l'accroissement de la population, Union des grandes associations pour l'Essor national, etc., etc., par les Dr Queyrat, Leredde, Leri, Clément Simon, Marcel Pinard, le cours libre d'hygiène sociale professé par le directeur général de la Ligue le Dr Sicard de Plauzolles à la Sorbonne, et M. Jeanselme a insisté sur la tâche essentielle de la Ligue, de poursuivre par tous les moyens possibles, l'éducation du public. Il a signalé à ce sujet le grand succès et l'heureuse influence de la pièce de Loic Le Gouriadec : « Le mortel baiser ».

Après le remarquable exposé de la situation de l'armement sanitaire de la France par M. Le Beau qui a mis en relief l'insuffisance des crédits consacrés à l'hygiène : 21 millions, quand l'Assistance absorbe près de 370 millions, M. le Dr Queyrat a exposé de la manière la plus complète et la plus brillante, le plan idéal de la lutte contre la syphilis par l'organisation des dispensaires et des laboratoires pourvus de l'outillage indispensable et confiés à des médecins et à des chefs de laboratoire éprouvés et choisis au concours. M. Queyrat a montré comment la syphilis qui coûte à notre pays plusieurs milliards par an, peut disparaître en quelques années avec un budget annuel de vingt à trente millions. Il a fait appel à la collaboration pour cette œuvre, des Pouvoirs publics, des initiatives privées et du corps médical tout entier, persuadé que les Syndicats médicaux et la Ligue se mettront facilement d'accord sur les moyens de mener à bien la lutte contre la syphilis.

La projection d'un film : La syphilis fléau social établi sous la savante direction de M. le Dr Leredde a terminé la séance.

— **Hôpital Trousseau.** — Tous les jours, dans le service de M. Lesné (sauf le jeudi et le vendredi), à 10 h., enseignement clinique au lit des malades (maladies de la 1re et de la 2e enfance : diphtérie et coqueluche).

Le jeudi, à 10 h., consultation (1re et 2e enfance).

Le vendredi, à 11 h., leçon clinique et thérapeutique avec *présentation de malades.*

A partir du 13 janvier 1925, des leçons seront faites les mardis et samedis, à 17 h. (nouvelle crèche), avec la collaboration de MM. Baruk, L. Binet, Blamoutier, Boutellier, Clément Robert, de Gennes, Langle, Marquézy Turpin, anciens internes du service.

Programme des leçons. — Mardi 13 janvier, M. L. Binet : Données générales sur la nutrition des enfants du premier âge. — Samedi 17 janvier, M. L. Binet : Moyens de défense du nourrisson. — Mardi 20 janvier, M. Langle : Cytologie du sang du nourrisson normal et malade. Anémies du nourrisson. — Samedi 24 janvier, M. Langle : Propriétés physiques, chimiques et biologiques du sérum sanguin du nourrisson.

Mardi 27 janvier, M. de Gennes : Le rachitisme. — Samedi 31 janvier, M. de Gennes : Le rachitisme. — Mardi 3 février, M. Turpin : Spasmophilie et tétanie. — Samedi 7 février, M. Turpin: Spasmophilie et tétanie. — Mardi 10 février, M. Blamoutier : Gastrospasme, sténose pylorique. — Samedi 14 février, M. Blamoutier : Anaphylaxie alimentaire chez le nourrisson.

Mardi 17 février, M. Boutellier : Eczéma du nourrisson. — Samedi 21 février, M. Boutellier : Eruptions bulleuses chez le nourrisson. — Mardi 24 février, M. Clément Robert : Méningites aiguës non tuberculeuses chez le nourrisson. — Samedi 28 février, M. Marquézy : Diphtérie chez le nourrisson.

Mardi 3 mars, M. Baruk : Encéphalopathies chroniques de la première enfance. — Samedi 7 mars, M. Marquézy : Fièvres éruptives et coqueluche chez le nourrisson. — Mardi 10 mars, M. Lesné : La tuberculose du nourrisson. — Samedi 14 mars, M. Lesné : La tuberculose du nourrisson. — Mardi 17 mars. M. Clément Robert : Affections congénitales du cœur. — Samedi 21 mars, M. Lesné : Maladies par carence, avitaminoses. scorbut infantile.

— **L'Académie de médecine en désaccord avec le Conseil d'Etat.** — La loi du 25 avril 1895, qui régit la vente des sérums et produits similaires, a spécifié que cette vente serait soumise à une autorisation gouvernementale, après avis du Conseil d'hygiène et de l'Académie de médecine.

En 1923, une autorisation ayant été demandée pour préparer et vendre un entéro-vaccin bilié (méthode Besredka), la Commission académique, s'appuyant sur ce fait que la vaccination par ingestion de vaccin bilié n'a pas une efficacité suffisamment établie et pourrait faire négliger la vaccination anti-typhique ordinaire par piqûres, dont l'activité est démontrée, proposa de surseoir à l'autorisation.

Le ministre de l'hygiène d'alors, estimant que l'Académie n'avait à se faire juge que de l'origine et de la préparation du vaccin et non de son efficacité, soumit la question au Conseil d'Etat, qui émit un avis favorable à l'interprétation ministérielle.

La Commission des sérums de l'Académie et son rapporteur, M. Netter, en appellent aujourd'hui au Conseil d'Etat mieux informé. Ils estiment que, pour la protection de la santé publique, l'efficacité d'un sérum ou vaccin est la condition primordiale de son examen en vue d'autorisation de vente, et elle maintient les conclusions du rapporteur (M. Carnot) de la commission des sérums de 1923. Si la haute assemblée administrative persistait dans son sentiment, ils demandent que la loi soit amendée par un nouveau texte, plus précis, sur ce sujet.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1924

2e Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

B

F

G

H

I

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

F

H

I

R

S

T

V

III

NOMS DES AUTEURS

B

C

D

F

G

H

J

L

M

N

P

R

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

pourrait s'agir que d'une sous-estimation par les experts de chacune des infirmités prise à part. Parmi celles-ci, la vision, semble en effet, un peu sous-cotée et il y aurait lieu de faire estimer les crises jacksoniennes non évaluées.

Adressez à cet égard au Directeur du service de santé une demande de nouvelle visite pour aggravation.

3254. — L'autorité du « Sou Médical » auprès des assurances.

Je crois devoir vous communiquer une petite histoire vraie qui prouve l'autorité du « Sou Médical » et que beaucoup de médecins pourraient méditer.

Le blessé en question était porteur d'une plaie contuse par arrachement (4 × 2 cm) de la face palmaire de la 2e phalange du pouce droit. Plaie infectée, que j'ai épluchée, régularisée et suturée, et pour laquelle je demandais l'honoraire prévu à l'art. 17, soit 30 francs.

Lettre de la compagnie ci-jointe. Je réfute son objection, faisant remarquer que le pouce faisait partie de la main et que le nettoyage, la régularisation et la suture d'une plaie était chose différente des sutures multiples qu'on voulait y assimiler. J'ajoutais d'ailleurs, que je n'étais pas intransigeant et je proposais votre arbitrage auquel, d'avance je déclarais m'en remettre..... Quinze jours ont passé et j'ai reçu hier paiement... intégral de mes honoraires.

La démonstration me paraît nette.

Dr H,

Lettre de la Compagnie.

Monsieur le Docteur,

Afin qu'aucune difficulté ne surgisse quand vous recevrez le mandat qui vous sera adressé prochainement, nous avons l'honneur d'appeler votre attention sur la réduction que nous avons fait subir à votre note d'honoraires pour le sinistre P., du 22 octobre, pour le motif suivant :

Le 22 octobre, vous nous comptez une somme de 30 francs pour régularisation, épluchure et suture d'une plaie contuse du pouce.

Nous pensons que cette rubrique ne peut s'appliquer à une plaie d'un doigt, et qu'en l'espèce, c'est l'honoraire prévu pour sutures multiples (15 francs, seconde catégorie), qu'il faut compter.

Nous pensons que vous serez d'accord avec nous et vous créditons dès maintenant de la somme de 70,35.

Veuillez agréer, etc.

P. le chef du service des sinistres,
Illisible.

3099. — Indemnité au témoin devant le Tribunal des Pensions.

Je reçois à l'instant la lettre suivante :

Tribunal civil de 1re instance d'A.
Greffe.

Monsieur.

Le président du Tribunal des Pensions du département de L., mande et ordonne à M. le Dr M. d'avoir à comparaître devant le tribunal à son audience du 2 décembre 1924 à 10 heures pour y être entendu dans l'affaire C.

P. le président,
Illisible.

1° Suis-je tenu d'y assister sous peine d'amende ?
2° Qui me paiera mon déplacement et à quel tarif ?

Dr M.

1re Réponse.

Il faudrait savoir à quel titre vous êtes cité devant le Tribunal des Pensions, si c'est comme témoin (ce qui est probable) ou comme expert. La convocation est muette sur ce point.

Comme témoin, vous auriez droit, aux termes de l'article 47 du décret du 2 septembre 1919, à une indemnité de 2 fr., plus 4 fr. si vous habitez à plus de 2 myriamètres et demi et moins de cinq du lieu où vous serez entendu.; si vous êtes domicilié au-delà de 5 myriamètres, à 5 francs par 5 myriamètres ou fraction de 5 myriamètres.

Le décret est muet en ce qui concerne les indemnités des experts entendus par le Tribunal des Pensions et l'on peut en conclure qu'il leur est dû seulement la même indemnité qu'aux témoins ou même que leur audition est comprise dans l'honoraire de 25 fr. par pensionné examiné, alloué aux experts.

Témoin ou expert, vous devrez vous présenter à la convocation, et pourriez, à défaut de le faire, être condamné à une amende. Si vous êtes simplement témoin et que vous soyez interrogé sur des faits que vous avez connus dans l'exercice de votre profession, vous devrez invoquer le secret professionnel et ne pas répondre.

3132. — 2e lettre.

Je vous remercie de vos renseignements et surtout de la prompstitude que vous avez mise à me répondre.

Je m'excuse cependant de vous importuner encore car je vous avouerai que la lecture de votre lettre m'a plongé dans une stupéfaction profonde.

Je l'ai relue trois fois et la troisième fois, j'ai été encore plus étonné que la première ! Franchement, je croyais à une « galéjade » et m'attendais à lire Tarascon sur le timbre. La mention Paris m'a fait

comprendre que vos renseignements étaient sérieux à moins que votre dactylo ait commis un *lapsus calami* (espoir suprême).

Je lis en effet qu'une indemnité de deux francs me serait accordée plus une somme de quatre francs si j'habite à plus de deux myriamètres et demi du lieu de l'audience. N'est-ce pas kilomètres qu'il faut lire au lieu de myriamètres ?

Et si ce dernier terme est exact, je me permets de vous prier d'insérer mon affaire sur le *Concours* car elle intéresse certainement tous mes confrères.

Voici donc mon cas.

J'ai soigné en 1919 un démobilisé pour une tuberculose pulmonaire à laquelle il a succombé en 1920. Sa veuve réclame aujourd'hui une pension ; je lui ai fourni un certificat à cet effet et suis cité par le président du Tribunal des Pensions pour confirmation de mon diagnostic.

J'habite à vingt kilomètres du lieu de l'audience ; j'ai dû, en me rendant par les moyens les moins dispendieux, partir à neuf heures de chez moi, rester à l'audience jusqu'à midi et n'ai pu rentrer qu'à 14 heures.

Coût : chemin de fer en troisième : 4 fr. 05 ; restaurant : 7 francs ; manque à gagner : c'était jour de consultations dans mon cabinet, 4 consultations à 5 francs = 20 francs. De sorte que ce déplacement me coûte 31 francs et m'a fait perdre cinq heures !

Pour cela, d'après vos renseignements, l'Etat m'alloue royalement *deux* francs ?

Une pareille bouffonnerie est-elle possible à l'heure où notre grand argentier Clémentel se prépare à lancer ses foudres contre les médecins, ces nouveaux riches qui dissimulent des bénéfices énormes et volent le fisc ?

Et que font nos Syndicats et l'Union, si fière de sa puissance ?

N'est-ce pas une honte d'accepter des tarifs que le dernier ouvrier dans le métier le moins payé repousserait avec dédain ?

Pour moi je déclare que si pareille convocation m'est adressée à l'avenir, je préfèrerais, plutôt que d'y répondre, encourir une amende, fût-elle élevée ?

D[r] M.

2e Réponse.

Voici le texte de l'article 47 du décret du 2 septembre 1919 auquel nous nous sommes reporté pour vous répondre :

« Il est alloué aux témoins entendus qui en font la demande une somme de 2 fr. comme indemnité. S'ils sont domiciliés hors du canton, à plus de deux myriamètres et demi et moins de cinq, ils reçoivent 4 fr. S'ils sont domiciliés au-delà de 5 myriamètres, la somme allouée est portée à 5 fr. par 5 myriamètres ou fraction de 5 myriamètres. »

Contrairement à ce que nous vous avions dit, il faut comprendre que les indemnités de 4 et 5 fr. ne s'ajoutent pas à celle de 2 fr., mais que ce



sont ces indemnités seules qui sont dues et qu'elles comprennent l'indemnité de témoignage et l'indemnité de déplacement.

Il ne s'agit pas là d'une indemnité allouée aux médecins en cette qualité, mais d'une indemnité allouée aux témoins devant le Tribunal des Pensions, quels qu'ils soient. Les organismes de défense de la profession médicale n'ont donc pas été appelés à se prononcer sur son montant et ne sauraient être blâmés de n'avoir pas protesté contre une mesure générale.

Le témoignage en justice, qui est obligatoire, sauf exceptions, doit être considéré comme un devoir civique, qui constitue pour ceux qui sont appelés à le fournir, une charge, dont la loi ne les indemnise que très chichement.

Mais le médecin a, la plupart du temps, lorsqu'il est cité en témoignage sur des faits concernant l'exercice de sa profession, la possibilité d'échapper à l'obligation de témoigner et, en l'espèce, vous auriez pu, en invoquant le secret professionnel, écrire au Président du Tribunal que vous ne croyiez pas devoir témoigner sur les faits connus dans l'exercice de votre profession. Il est peu probable que, en cette occurence, une amende vous eût été infligée.

Application du Tarif Maginot

I

3085. — Soins en dehors du département.

J'ai soigné ici (visites et consultations) un mutilé du Lot. J'ai envoyé ma note à Cahors. On m'a répondu en m'imposant une réduction. J'avais en effet appliqué le tarif de Seine-et-Oise et on voulait m'imposer celui du Lot. Ma demande a été rejetée. Que dois-je faire ?

Pourtant le *Medecin Syndicaliste*, page 278, nº 17 me donne raison. Dr P.

Réponse.

Il n'y a pas un tarif de Seine-et-Oise à opposer à un tarif du Lot, le tarif Maginot étant le même pour toute la France. Les prix ne dépendent que du domicile du pensionné, c'est-à-dire du *lieu* où celui-ci a reçu les soins à domicile. En outre, vous n'aviez qu'à envoyer votre note à *votre* préfecture, quel que soit le département d'*origine* du carnet, celui-ci étant valable dans toute la France.

Puisque vous l'avez envoyé dans le Lot, si la Commission de contrôle de ce département vous impose une réduction qui ne soit pas conforme au tarif, étant donné le « domicile » où le blessé a reçu les soins, vous n'avez qu'à faire appel devant la Commission supérieure, qui tranchera le litige. F. D.

II

3127. — Aide pour pneumothorax

Je viens d'assister un confrère, spécialiste pour les maladies respiratoires, qui vient de faire à domicile à un mutilé que je soigne un pneumothorax artificiel, Puis-je me considérer comme aide et compter la somme de 50 francs sur le bulletin de visite que j'ai détaché le jour de l'intervention, en même temps que le confrère spécialiste en a détaché un également, sur lequel il comptera 200 francs pour ponction de la plèvre avec injection d'azote ?

Dans l'affirmative, puis-je à chaque nouvelle injection d'azote, quoique comptant seulement 100 fr. au spécialiste, compter pour moi encore 50 fr. pour avoir aidé ? Dans la négative, puis-je tout au moins compter une visite simple pour avoir assisté à l'intervention ?

Dr N.

Réponse.

Je ne crois pas un seul instant qu'une Commission de contrôle accepte de considérer comme nécessaire un *aide* médecin, pour pratiquer un pneumo-thorax et, par suite, qu'elle accepte de vous payer chaque fois 50 fr. dans ce but,

F. D.

Application du Tarif Breton.

3128. — Air chaud.

J'ai toujours, jusqu'ici, demandé à toutes les compagnies d'assurances, *même à celle qui, aujourd'hui, refuse de conclure, l'application d'un tarif accepté jusqu'à ce jour*, 11 fr. 25 par séance d'air chaud (bain d'air chaud de source électrique).

Je me fondais sur l'article 26, par. VI, alinéa III, ainsi conçu : « Traitement comprenant électrisation complète du corps comme électricité statique, etc., *air chaud*, lumière, etc... » Je ne sache pas qu'un bain d'air chaud, aussi général soit-il, puisse entraîner l'électrisation complète du corps, pas plus qu'un bain de lumière, ou une séance d'ionisation.

Je pense donc qu'il y a dans cet article un défaut de ponctuation ou de rédaction, et qu'on ne saurait invoquer l'art. 24, pour tarifer un bain d'air chaud, de source électrique, et qui entraîne, par ce fait même, une installation et une dépense d'électricité, qui justifient l'application de l'art. 26, à mes yeux.

Si l'art. 24, est applicable, il revient à 7.50 en 2e catégorie ; un bain d'air chaud est à peine supérieur à une séance de massage (7 fr.), et cependant entraîne une dépense bien supérieure. Je ne crois pas que ce soit là la pensée du législateur.

Je vous serais obligé de me faire connaître votre avis. Je crois certainement qu'il y a là matière à discussion, mais je pense aussi que corps médical

---

doit se défendre devant ces interprétations du tarif Breton, toujours à son désavantage.

Dr D.

Réponse.

Vous avez raison, ce me semble, en disant que le traitement par air chaud n'entraîne pas l'électrisation complète du corps, malgré les « deux points » énumératifs qui suivent le mot « comme ». Il y a là une erreur de ponctuation. Mais, d'autre part, au paragraphe VII de l'article 26, dont vous parlez, après les titres des alinéas 2 et 3, remarquez chaque fois le renvoi en note, disant que : « tout acte d'électro-diagnostic ou d'électrothérapie ne pourra être fait par le médecin *électrologiste* qu'après *avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. « Remarquez également qu'après le titre électrothérapie, titre du paragraphe dans lequel est compris air chaud, il est dit également dès le début : « Traitement électrique par *un spécialiste*... », ce qui exclut de cette tarification spéciale le praticien de médecine générale. Tout cela fait que je n'oserais vous conseiller d'aller devant un tribunal, où on ne manquerait pas d'invoquer : *a*) votre qualité de *non spécialiste* ; *b*) le manque d'*avis conforme*, et cela même alors qu'il s'agit d'air chaud, d'ionisation, de lumière, etc., tous ces traitements étant inclus dans la même énumération de tarif que les traitements électriques en général.

Quant à l'article 24, il vous est manifestement inapplicable, puisqu'il ne l'est qu'aux « spécialistes kinésithérapeutes ».

Conclusion. — Surtout quand on est praticien de médecine générale, avant de faire électrisation, air chaud, ionisation, lumière, etc., s'entendre toujours *auparavant et par écrit*, avec l'assurance... sans quoi vous risquez de voir ces interventions tarifées au prix de la visite ou consultation simple, c'est-à-dire considérées comme « non reconnues », comme on dit au régiment.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *décembre*

Enseignement de la médecine.

Un *concours* s'ouvrira le 22 juin 1925 *devant la Faculté de médecine de Montpellier* pour l'emploi des *suppléants de la chaire de chirurgie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.*

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

11 *décembre.*

Brevet d'infirmières.

Réglementation des examens en vue de l'obtention du diplôme d'infirmière.
(Sera publiée ultérieurement).

14 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

Un *concours* s'ouvrira le mardi 16 juin 1925 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de *suppléant de la chaire de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.*

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Assistance publique.

Décret du 4 décembre 1921 rattachant à la première section du Conseil supérieur de l'Assistance publique le Conseil Supérieur de la Protection de l'enfance.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 4 décembre 1924.

Monsieur le Président,

Il a été signalé de divers côtés que la multiplicité des organes consultatifs fait obstacle à la coordination des mesures d'exécution et ralentit l'expédition des affaires.

La fusion des divers conseils et commissions qui ont un objet commun permettrait de grouper les efforts dispersés et de présenter à l'autorité chargée de prendre les décisions la solution d'ensemble pour les problèmes qui ont besoin d'être étudiés.

En matière d'assistance préventive, notamment, il est désirable que les groupements de spécialistes, institués pour examiner les questions à des points de vue techniques, ne se bornent pas à une action fragmentée, mais se concertent dans une interpénétration permanente.

L'expérience d'un secrétariat administratif commun à certains de ces organes montre que, pour maintes affaires à caractère mixte, l'attribution à tel ou tel conseil ou commission est nécessairement incertaine ou arbitraire, et qu'il se produit forcément des doubles emplois susceptibles d'aboutir à des divergences irréductibles.

J'ai l'honneur, en conséquence, de vous proposer de revêtir de votre signature de projet de décret ci-après, qui a pour objet d'entrer immédiatement dans la voie de l'unification pour ce qui est de la protection de l'enfance.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Justin GODART.



Le Président de la République française,

Vu le décret du 28 février 1919, modifié par les décrets des 10 juillet 1919, 9 juillet, 10 novembre et 24 décembre 1921 et 7 avril 1923 concernant le conseil supérieur de l'assistance publique ;

Vu le décret du 27 janvier 1920 portant institution du conseil supérieur de la natalité ;

Vu le décret du 16 mai 1922 relatif au conseil supérieur de la protection de l'enfance et au secrétariat administratif de divers conseils et commissions ;

Vu l'article 2 de la loi du 13 juillet 1924 fixant la dénomination du département ministériel dont relèvent les services d'assistance et d'hygiène ;

Sur la proposition du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Décret du 4 *décembre* 1924.

Art. 1er. — Le conseil supérieur de la protection de l'enfance est rattaché à la première section du conseil supérieur de l'assistance publique ; ceux de ses membres qui ne font pas déjà partie du conseil supérieur de l'assistance publique en sont nommés membres adjoints.

Art. 2. — Il sera pourvu aux vacances qui se produiront dans les catégories des membres du conseil supérieur de l'assistance publique à la désignation du ministre en choisissant de préférence les anciens membres du conseil supérieur de la protection de l'enfance, à commencer par la section permaennte.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Lutte anticancéreuse.

Sont nommés *membres du Conseil d'administration du centre anticancéreux de Toulouse* : MM. les docteurs Saint-Martin, Garipuy et Chevalier.

Asiles d'aliénés.

Le poste de *médecin chef de service, préposé responsable du quartier d'aliénés de l'Hospice de Pontorson* (*Manche*), sera vacant à dater du 1er janvier 1925.

15 *et* 16 *décembre.*

Brevet d'infirmières.

Arrêté relatif aux programmes des examens pour le titre d'infirmier, d'infirmière et d'infirmier-masseur de l'Etat français.

(Sera publié ultérieurement.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Révision des pensions des tuberculeux de guerre.

1284. — M. Delory, député, demande à M. le Ministre des Pensions, comme suite à la réponse à la question écrite n° 972, du 23 août 1924 : 1° quel délai est accordé aux victimes de guerre déjà pensionnées définitivement pour tuberculose pulmonaire pour adresser leur demande en révision, en vue de bénéficier des dispositions du



décret du 8 août 1924, et à quelle autorité cette demande devra être adressée, si une simple demande suffira ou si l'intéressé devra joindre un document médical établissant le bien-fondé de sa demande ; 2° si le décret du 8 août 1924 n'est pas également valable pour les victimes civiles de la guerre. (*Question du 4 novembre* 1924.)

Réponse. — 1° Aucun délai particulier n'est prévu pour demander à bénéficier du décret du 8 août 1924 ; il appartient au pensionné et il est de son intérêt de faire diligence ; 2° réponse affirmative ; le barème prévu par l'article 9 de la loi du 31 mars 1919 étant applicable aux victimes civiles de la guerre (art. 3 de la loi du 24 juin 1919). (*J. O.*, 12 décembre 1924.)

Les Livres

MEDICUS, édition de 1925, par A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles, Paris, Ve.

Nul n'ignore à quelles difficultés se butent ceux qui veulent éditer un Annuaire. Bien que l'article 10 de la loi sur l'exercice de la médecine exige que, par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire, il soit dressé dans chaque département une liste des médecins avec nom, prénoms, résidence, date et provenance du diplôme, liste qui devrait être affichée en janvier dans chaque commune, il est un fait certain, c'est que ces listes, lorsqu'elles existent, fourmillent d'erreurs. Ce n'est donc qu'avec des renseignements privés, obtenus difficilement et à la longue, qu'un annuaire peut approcher de l'exactitude. « Medicus » de 1925 y a réussi dans toute la mesure du possible.

Mais *Medicus* est autre chose qu'un Annuaire exact, c'est un guide précieux. Nous ne connaissons pas d'ouvrages de ce genre, donnant avec pareille précision et autant de détails tous les renseignements ayant trait à l'enseignement qui peuvent intéresser le médecin et l'étudiant, tant à Paris qu'en province.

Cette année, les chapitres qui ont trait à l'Assistance publique et à l'organisation si complexe de l'hygiène en France ont été plus particulièrement soignés. Les renseignements sur le placement des tuberculeux, sur la prophylaxie des maladies vénériennes, etc. sont groupés avec ordre et peuvent permettre de cette façon de rapides recherches.

Nous félicitons l'intelligent et actif auteur et éditeur de *Medicus*, M. A. Rouzaud, qui, à force de persévérance et de travail, est parvenu à créer cet important et complet Guide Annuaire, développant et donnant toute son ampleur à l'idée originale qu'avait eue Bourneville il y a plus d'un demi-siècle, en rédigeant le numéro des étudiants du *Progrès Médical*. Tout en développant les renseignements que Bourneville destinait aux seuls étudiants et en y ajoutant ceux que réclament les médecins, M. Rouzaud a couronné cette œuvre en y ajoutant l'Annuaire. Nous ne pouvons que le féliciter et le remercier de cette publication utile à tous qu'il s'ingénie à perfectionner à chaque nouvelle édition.

J. Noir.